

ΧΑΡΟΚΟΠΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΙΑΚΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ & ΟΙΚΟΛΟΓΙΑΣ

ΠΜΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ & ΠΟΛΙΤΙΣΜΟΣ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
ΚΟΡΕΤΣΗ ΕΛΕΝΗ

**“ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΑΡΑΔΟΣΙΑΚΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ
ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΕΦΗΒΟΥ”**

ΑΘΗΝΑ 2011

Η παρούσα διπλωματική εκπονήθηκε στο πλαίσιο των σπουδών για την απόκτηση του Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στην κατεύθυνση

ΑΓΩΓΗ & ΠΟΛΙΤΙΣΜΟΣ

που απονέμει το Τμήμα Οικιακής Οικονομίας & Οικολογίας του Χαροκοπείου Πανεπιστημίου.

Εγκρίθηκε την 21^η Φεβρουαρίου 2011 από την εξεταστική επιτροπή:

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ

ΒΑΘΜΙΔΑ

Ε. Γεωργιτσογιάννη
(επιβλέπουσα)

Αναπληρώτρια καθηγήτρια

Β. Κωσταρέλλη
Αικ. Αντωνοπούλου

Επίκουρος καθηγήτρια
Λέκτορας

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περιεχόμενα

Ευχαριστίες

Περίληψη

Abstract

Εισαγωγή

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ: Θεωρητική Προσέγγιση

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο: Ελληνική παραδοσιακή διατροφή

1.1 Γενικά χαρακτηριστικά της ελληνικής παραδοσιακής διατροφής	σ.16
1.2 Παραδοσιακό τρόφιμο	σ.18
1.3 Η Ελληνική κουζίνα	σ.21
1.4 Η Ελληνική διατροφή σήμερα	σ.23
1.5 Η αντιμετώπιση των ενδιαφερόμενων φορέων	σ.24
1.6 Μεσογειακή διατροφή	σ.25

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο: Μεσογειακή διατροφή

2.1 Ιστορική αναδρομή	σ.26
2.2 Τα οφέλη της μεσογειακής διατροφής	σ.27
2.3 Η μεσογειακή δίαιτα και η πυραμίδα της Μεσογειακής Διατροφής	σ.28
2.4 Η μεσογειακή διατροφή σήμερα	σ.32

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο: Διατροφή και έφηβος

1. Διατροφή στην εφηβική ηλικία

1.1 Αλλαγές στην σωματική ανάπτυξη των εφήβων	σ.35
1.2 Ψυχοκοινωνική ανάπτυξη του εφήβου	σ.36
1.3 Η σημασία της σωστής διατροφής για τον έφηβο	σ.36
1.4 Παράγοντες που επηρεάζουν τη διατροφική συμπεριφορά των εφήβων	σ.37
1.4.1 Φύλο	σ.38
1.4.2 Βαθμός ευχαρίστησης από την λήψη της τροφής	σ.38
1.4.3 Μέσα μαζικής ενημέρωσης	σ.39
1.4.4 Παρακολούθηση τηλεόρασης	σ.39

1.4.5 Διαδίκτυο	σ.40
1.4.6 Γνώσεις	σ.40
1.4.7 Συνομήλικοι	σ.40
1.4.8 Οικονομία και διατροφή	σ.41
1.4.9 Η εικόνα του σώματος και οι διατροφικές συμπεριφορές	σ.42
1.4.10 Γονεϊκή επιρροή	σ.43
2. Διατροφική συμπεριφορά εφήβου	
2.1 Διατροφικές συνήθειες του εφήβου	σ.44
2.2 Η συμβολή του πρωινού γεύματος στην ισορροπημένη διατροφή του εφήβου	σ.46
2.3 Η αξία των οικογενειακών γευμάτων	σ.47
2.4 Σχολικά κυλικά	σ.48
3. Προβλήματα της εφηβικής ηλικίας που σχετίζονται με τη διατροφή	
3.1 Παχυσαρκία	σ.49
3.2 Διατροφικές διαταραχές στην εφηβική ανάπτυξη	σ.51

Κεφάλαιο 4^ο : Ποιότητα ζωής εφήβου

4.1 Έννοια της ποιότητας ζωής	σ.54
4.2 Εκτίμηση της ποιότητας ζωής του εφήβου σήμερα	σ.56
4.2.1 Σωματική δραστηριότητα και υγεία	σ.58
4.2.2 Γενική διάθεση και συναισθήματα εφήβου	σ.59
4.2.3. Σύγχρονες οικογενειακές σχέσεις και έφηβος	σ.61
4.2.4 Κοινωνικοποίηση εφήβων μέσω φίλιας	σ.63
4.2.5 Σχολείο και Μάθηση	σ.64

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ: Ερευνητική προσέγγιση

1.Μεθοδολογία

➤ Σκοπός της έρευνας	σ.68
➤ Χρόνος και διαδικασία έρευνας	σ.68
➤ Δείγμα	σ.69
➤ Ερωτηματολόγιο και κλίμακες μέτρησης	σ.69
➤ Ανάλυση	σ.75

2.Αποτελέσματα

σ.76

Πίνακας 1. Τα στατιστικά στοιχεία για την ηλικία και τα ανθρωπομετρικά χαρακτηριστικά που δήλωσαν οι ερωτηθέντες ανά φύλο, τόπο διαμονής και συνολικά. σ.76

Πίνακας 2. Χαρακτηρισμός των εφήβων ανάλογα με τον ποσοστό παχυσαρκίας ανά τόπο διαμονής. σ.77

Γράφημα 1. Το μορφωτικό επίπεδο του πατέρα για τα παιδιά που διαμένουν στην Αθήνα. σ.77

Γράφημα 2. Το μορφωτικό επίπεδο του πατέρα για τα παιδιά που διαμένουν στα Νησιά σ.78

Γράφημα 3. Το επάγγελμα του πατέρα για τα παιδιά που διαμένουν στην Αθήνα σ.78

Γράφημα 4. Το επάγγελμα του πατέρα για τα παιδιά που διαμένουν στα Νησιά σ.79

Γράφημα 5. Το μορφωτικό επίπεδο της μητέρας για τα παιδιά που διαμένουν στην Αθήνα σ.80

Γράφημα 6. Το μορφωτικό επίπεδο της μητέρας για τα παιδιά που διαμένουν στα Νησιά σ.80

Γράφημα 7. Το επάγγελμα της μητέρας για τα παιδιά που διαμένουν στην Αθήνα σ.81

Γράφημα 8. Το επάγγελμα της μητέρας για τα παιδιά που διαμένουν στα Νησιά σ.81

Γράφημα 9. Ραβδόγραμμα που αναπαριστά τα γεύματα που καταναλώνουν καθημερινά οι έφηβοι μαθητές με τους γονείς τους σ.82

Γράφημα 10. Ραβδόγραμμα που αναπαριστά τα γεύματα που καταναλώνουν καθημερινά οι έφηβοι μαθητές σ.83

Πίνακας 3. Τα στατιστικά στοιχεία για το σκορ του Δείκτη KIDMED στο δείγμα σ.83

Πίνακας 4. Κατηγοριοποίηση των εφήβων ανάλογα με το βαθμό προσκόλλησής τους στην Μεσογειακή διατροφή σ.84

Γράφημα 11. Τα στατιστικά στοιχεία για το σκορ του Δείκτη KIDMED στο δείγμα σ.84

Πίνακας 5. Κατηγοριοποίηση των εφήβων ανάλογα με το βαθμό προσκόλλησής τους στην Μεσογειακή διατροφή συνυπολογίζοντας το φύλο τους και τον τόπο διαμονής τους σ.85

Πίνακας 6. Διασταυρωμένος Πίνακας του τόπου διαμονής με την προσήλωση στη Μεσογειακή Διατροφή σ.86

Πίνακας 7. Διασταυρωμένος πίνακας του φύλου με το χαρακτηρισμό ανάλογα με το ποσοστό παχυσαρκίας σ.86

Γράφημα 12. Χαρακτηρισμός των εφήβων ανάλογα με το ποσοστό παχυσαρκίας σ.87

Πίνακας 8. Διασταυρωμένος Πίνακας του τόπου διαμονής με το χαρακτηρισμό ανάλογα με το Δ.Μ.Σ σ.88

Πίνακας 9. Διασταυρωμένος Πίνακας του τύπου διαμονής με την κατανάλωση αναψυκτικών σ.88

Γράφημα 13. Διασταυρωμένος Πίνακας του τύπου διαμονής με την κατανάλωση αναψυκτικών σ.89

Πίνακας 10. Διασταυρωμένος πίνακας του τύπου διαμονής με την χρήση ελαιολάδου σ.90

Πίνακας 11. Διασταυρωμένος Πίνακας του τύπου διαμονής με τη συχνότητα μαγειρέματος παραδοσιακών φαγητών στο σπίτι σ.90

Πίνακας 12. Διασταυρωμένος Πίνακας του τύπου διαμονής με την στάση απέναντι στη διατήρηση της παραδοσιακής διατροφής σ.91

Πίνακας 13. Τα στατιστικά στοιχεία για κάθε τύπο διαμονής ως προς τις επιμέρους διαστάσεις του ερωτηματολογίου KIDSCREEN 27 σ.91

Πίνακας 14. Ο στατιστικός έλεγχος t για έλεγχο της διαφοράς ως προς τις επιμέρους διαστάσεις του ερωτηματολογίου KIDSCREEN 27 σ.92

Πίνακας 15. Τα στατιστικά στοιχεία για κάθε φύλο ως προς τις επιμέρους διαστάσεις του ερωτηματολογίου KIDSCREEN 27 σ.93

Πίνακας 16. Ο στατιστικός έλεγχος t για έλεγχο της διαφοράς ως προς τις επιμέρους διαστάσεις του ερωτηματολογίου KIDSCREEN 27 σ.93

Πίνακας 17. Τα στατιστικά στοιχεία για κάθε κατηγορία ατόμων ανάλογα με το Δ.Μ.Σ ως προς τις επιμέρους διαστάσεις του ερωτηματολογίου KIDSCREEN 27 σ.94

Πίνακας 18. Ο στατιστικός έλεγχος One-Way ANOVA για έλεγχο των διαφορών ως προς τις επιμέρους διαστάσεις του ερωτηματολογίου KIDSCREEN 27 σ.95

Πίνακας 19. Τα στατιστικά στοιχεία για κάθε κατηγορία προσήλωσης στη Μεσογειακή διατροφή ως προς τις επιμέρους διαστάσεις του ερωτηματολογίου KIDSCREEN 27 σ.96

Πίνακας 20. Ο στατιστικός έλεγχος One-Way ANOVA για έλεγχο των διαφορών ως προς τις επιμέρους διαστάσεις του ερωτηματολογίου KIDSCREEN 27 σ.97

Πίνακας 21. Σύγκριση των αποτελεσμάτων της παρούσας έρευνας ως προς την ποιότητα ζωής του συνόλου του δείγματος με αυτών του κ. Τούντα, αλλά και τον Ευρωπαϊκό Μέσο Όρο σ.98

➤ Αδυναμίες και περιορισμοί της έρευνας.....σ.99

3. Συζήτηση & σχολιασμός των αποτελεσμάτων.....σ.100

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....σ.104

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....σ.106

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....σ.125

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η παρούσα διατριβή εκπονήθηκε στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού προγράμματος «Εκπαίδευση και Πολιτισμός» του τμήματος Οικιακής Οικονομίας και Οικολογίας του Χαροκοπείου Πανεπιστημίου.

Απευθύνω πολλές ευχαριστίες στην κ. Γεωργιτσογιάννη επιβλέπουσα καθηγήτρια της διπλωματικής εργασίας, η οποία εισηγήθηκε το θέμα και μου έδωσε το έναυσμα να ασχοληθώ και να εμβαθύνω στο θέμα της πτυχιακής μου.

Θερμές ευχαριστίες στην κ. Κωσταρέλλη για την καθοδήγησή και τις καίριες κατευθυντήριες γραμμές που μου παρείχε καθ' όλη την διάρκεια της εκπόνησης της εργασίας.

Θέλω επίσης να ευχαριστήσω την κ. Αντωνοπούλου για τη συνεχή ενθάρρυνσή που μου παρείχε στην πορεία της ολοκλήρωσης της εργασίας.

Πολύτιμη βοήθεια και συνεργασία υπήρξε και με όλους τους καθηγητές του Μεταπτυχιακού τμήματος στην βελτίωση των δεξιοτήτων απόκτησης γνώσεων αλλά και στη διαμόρφωση στάσεων και απόψεων, στοιχεία απαραίτητα για την εκπόνηση διπλωματικής εργασίας.

Περίληψη

Στόχος της συγκριμένης έρευνας είναι να διερευνήσει την προσκόλληση των εφήβων στην Ελληνική παραδοσιακή διατροφή και τους δείκτες ποιότητας ζωής σε σχέση με τον τόπο διαμονής τους, συγκρίνοντας την περιφέρεια Αττικής με τη Νησιωτική περιφέρεια της Δωδεκανήσου.

Μεθοδολογία: Η δειγματοληψία επιλέχθηκε σε δείγμα 359 εφήβων, ηλικίας 12-16 ετών από σχολεία της Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης της Αθήνας και της Δωδεκανήσου. Ως ερευνητικό εργαλείο της αξιολόγησης των αποτελεσμάτων χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο, το οποίο αποτελείται από τέσσερα συστατικά μέρη:

- Στο Α' μέρος συλλέγονταν πληροφορίες για κάποια δημογραφικά χαρακτηριστικά των εφήβων μαθητών και των οικογενειών τους που απάρτιζαν το δείγμα.
- Στο Β' μέρος μετριόταν η προσκόλληση των συμμετεχόντων στη Μεσογειακή Διατροφή χρησιμοποιώντας το δείκτη KIDMED.
- Στο Γ' μέρος περιέχονταν ερωτήσεις σχετικά με την παραδοσιακή διατροφή.
- Στο Δ' μέρος μετρήθηκε η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής των ατόμων χρησιμοποιώντας το ερωτηματολόγιο KIDSCREEN 27.

Όλα τα δεδομένα που συλλέχθηκαν μέσω των ερωτηματολογίων αναλύθηκαν χρησιμοποιώντας το εξειδικευμένο στατιστικό λογισμικό SPSS for Windows έκδοση 17.

Η σύγκριση των ομάδων έγινε με την χρήση παραμετρικών δοκιμασιών t για ανεξάρτητα δείγματα, ANOVA και των απαραμετρικών χ^2 για ανεξαρτησία μεταβλητών.

Αποτελέσματα: Το συνολικό σκορ προσκόλλησης του εφήβου στην Μεσογειακή διατροφή έχει ως εξής: φτωχή προσκόλληση στην Μεσογειακή διατροφή ποσοστό 11%, μεσαία προσκόλληση ποσοστό 56% και καλή προσκόλληση ποσοστό 32%.

Σχετικά με το πόσα γεύματα καταναλώνουν οι έφηβοι της Αθήνας, η έρευνα έδειξε στατιστικά μεγαλύτερη συχνότητα απ' ότι για τους εφήβους της Νησιωτικής Ελλάδας. Τα γεύματα που παίρνουν οι έφηβοι καθημερινά μαζί με τους γονείς τους είναι λιγότερα από δύο και δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά με κριτήριο τον τόπο διαμονής τους.

Επίσης, δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στην προσκόλληση στην Μεσογειακή διατροφή, στην ποιότητα ζωής συγκριτικά με τον τόπο διαμονής.

Σχετικά με το φύλο φάνηκε να διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά η αντιλαμβανόμενη ποιότητα ζωής, με τα κορίτσια να δηλώνουν χαμηλότερη ψυχολογική ευημερία αλλά και καλύτερη αντίληψη σχολικού περιβάλλοντος.

Η ποιότητα ζωής των Ελλήνων εφήβων της έρευνάς μας έδειξε, ότι η ψυχολογική ευεξία κυμαίνεται στο 78,9/100 με αντίστοιχο ευρωπαϊκό μέσο όρο 74,6/100, η κοινωνική στήριξη για τους Έλληνες έφηβους κυμαίνεται στο 80,6/100 με αντίστοιχο ευρωπαϊκό 72,8/100 και η αντίληψη για το σχολικό περιβάλλον κυμαίνεται στο 75,1/100 για τους Έλληνες εφήβους και αντίστοιχα στο 62,6/100 για τους Ευρωπαίους έφηβους.

Ο βαθμός προσκόλλησης στο μεσογειακό πρότυπο διατροφής φάνηκε ότι επηρεάζει στατιστικά σημαντικά όλες τις επιμέρους διαστάσεις της αντιλαμβανόμενης ποιότητας ζωής του εφήβου εκτός από την κοινωνική υποστήριξη.

Συμπεράσματα: Σύμφωνα με τα πορίσματα της παρούσας έρευνας, δεν υπάρχουν διαφορές ως προς την προσκόλληση στην Μεσογειακή διατροφή ανάμεσα στην Αττική και τη Νησιωτική περιφέρεια, ωστόσο τα παιδιά που τρώνε σύμφωνα με το πρότυπο της Μεσογειακής διατροφής σκοράρουν υψηλότερα στην ποιότητα ζωής.

***Κορέτση Ελένη
Φεβρουάριος, 2011***

Abstract

The aim of the present study is to explore adherence rates to the Greek traditional diet for adolescences and life quality index associated with the living milien as well as to compare the regions of Attica and the Dodecanese.

Methodos :

Sampling of 359 adolescences aged 12-16 in secondary schools of Athens and the Dodecanese was selected. The questionnaire used as a result evaluation tool consists of four parts. In the first part, information about some demographic characteristics of adolescents and then families was collected. In the second part, participant's adherence to the Mediterranean diet was evaluated using KIDSMED scores. The third part, includes questions concerning traditional diet. In the fourth part, individual's health – related quality of life was assessed using KIDSSCREEN 27 questionnaire. All data collected in questionnaire were analyzed using special statistical software SPSS for windows version 17. Comparison between different groups was drawn by using parametric to tests for independent samples, ANOVA and a parametric x2 for independent variables.

Results:

The total score of adolescents adherence to the Mediterranean diet is mentioned below 11% of adolescents were classified as low adherence, 56% as medium adherence and 32% as high adherence.

Adolescents in Athens are reported to have more meals a day than adolescents on Greek islands. As to daily meals with then parents, only two are mentioned and here is no considerable difference taking the living milien into account .There was no substantial difference either between adherence to the Mediterranean diet and life quality as for as the living milien is concerned. With respect to sex, perceived quality of life seemed considerably diversified, with girls reporting lower psychological well-being and better outlook on school environment. As regards Greek adolescents quality of life, our study showed that psychological well-being comes to 78,9% (European average 74,6%) social support to Greek adolescents comes to 80,6%(European average 72,8%) and outlook on school environment comes to 75,1% for Greek adolescents and respectively to 62,6% for European adolescents.

Adherence rates to Mediterranean diet pattern seemed to affect considerable all aspects of adolescents perceived life quality except for social support.

Conclusion

According to the findings of the present study, there are no differences concerning adherence to the Mediterranean between the region of Attica and the Greek islands. However, children adhered to the Mediterranean diet pattern have better quality of life.

February 2011

Εισαγωγή

Οι τεχνολογικές εξελίξεις και η πρόοδος των επιστημών κατά την διάρκεια του προηγούμενου αιώνα έφεραν αναπόφευκτες αλλαγές στο σύγχρονο τρόπο ζωής, στο προσδόκιμο επιβίωσης, αλλά και στην εμφάνιση χρόνιων νοσημάτων που έχουν τις ρίζες τους στις καθημερινές μας συνήθειες. Η ποιότητα ζωής του εφήβου όσο αφορά στην ψυχοσωματική του υγεία σχετίζεται άμεσα με τον σύγχρονο τρόπο ζωής, ο οποίος άπτεται των καθημερινών διατροφικών συνηθειών. Η έκταση της παιδικής και εφηβικής παχυσαρκίας στην Ελλάδα, σύμφωνα με έρευνα (*Karayiannis et al, 2003, p.p.580-586*) που έγινε σε δείγμα 4.299 μαθητών 11.5, 13.5, και 15.5 ετών από τους οποίους 51.3% ήταν κορίτσια και 48.7% ήταν αγόρια, έδειξε ότι το 9.1% των κοριτσιών και το 21.7% των αγοριών ήταν υπέρβαρα.

Η παρούσα μελέτη στοχεύει στην υιοθέτηση της Ελληνικής παραδοσιακής διατροφής από τον εφηβικό πληθυσμό και την πρόληψη των διάφορων χρόνιων νοσημάτων (π.χ. καρδιοπάθειες, σακχαρώδης διαβήτης κ.ά) που σχετίζονται με διατροφικές συνήθειες. Χρόνιες ασθένειες που εμφανίζονται κατά την ενήλικη ζωή σχετίζονται με το βάρος και τις συμπεριφορές υγείας που διαμορφώνονται κατά την παιδική ηλικία (*Kropski et al, 2008, p.p. 1009-1018*).

Σύμφωνα με έρευνα του Serdula βρέθηκε σταθερή σημαντική συσχέτιση μεταξύ των ανθρωπομετρικών χαρακτηριστικών παχύσαρκων κατά την παιδική και εφηβική ηλικία με αυτά κατά την ενήλικη ζωή. Μεταξύ των παιδιών σχολικής ηλικίας το 42 με 63 % ήταν παχύσαρκοι και ως ενήλικες. Τα αίτια υπερβάλλοντος βάρους κατά την εφηβική ηλικία έχουν τις ρίζες τους κυρίως σε συμπεριφοριστικούς παράγοντες (*Serdula, 1993*).

Οι έφηβοι συχνά υιοθετούν διαταραγμένες διατροφικές στάσεις και συμπεριφορές στην προσπάθειά τους να αντιμετωπίσουν την εφηβεία και τις διαδικασίες ωρίμανσης συμπεριλαμβανομένων των σωματικών και ψυχολογικών αλλαγών (*Drewnowski et al, 2006*). Επιπροσθέτως η παιδική παχυσαρκία έχει συσχετισθεί με ψυχοκοινωνικές παραμέτρους, όπως η φτωχή αυτό-εικόνα και χαμηλός αυτοσεβασμός (*Erikson et al, 2000*). Ένας μεγάλος αριθμός ψυχολογικών παραγόντων έχουν εμπλακεί στην αιτιολογία της διαταραγμένης διατροφικής συμπεριφοράς σε νεαρά άτομα (*Awad & Voruganti, 2004*).

Το Εργαστήρι Υγιεινής και Επιδημιολογίας της Ιατρικής Σχολής Αθηνών, στις 28 Μαρτίου του 2007 δημοσιεύει τα αποτελέσματα μιας δι-ευρωπαϊκής μελέτης για την ποιότητα ζωής των εφήβων που πραγματοποιήθηκε το 2003-2005 ταυτόχρονα σε 13 Ευρωπαϊκές χώρες. Στόχος της ήταν η εκτίμηση της ποιότητας ζωής των εφήβων σε σχέση με την Υγεία σε όλες τις διαστάσεις της. Στην πανελλήνια έρευνα συμμετέχουν 1.200 έφηβοι

μαθητές (12-18) ετών. Ο διευθυντής του Κέντρου Μελετών Υπηρεσιών Υγείας Γ. Τούντας και η ψυχολόγος της έρευνας Χ. Δημητρακάκη κοινοποιούν ότι οι Έλληνες μαθητές έφηβοι δηλώνουν φτωχότεροι σε ποιότητα ζωής όσον αφορά στην αυτονομία τους και την ψυχολογική τους ευεξία. Οι σοβαρές ψυχο-σωματικές επιπτώσεις της ανθυγιεινής διατροφής, καθιστούν αναγκαία την διερεύνηση των διατροφικών συνηθειών των εφήβων καθώς προάγουν τις συμπεριφορές της υγείας του.

Επιπλέον, η απουσία αντίστοιχης μελέτης για την Ελληνική παραδοσιακή διατροφή και την ποιότητα ζωής του εφήβου επιβεβαιώνει την ανάγκη και την σπουδαιότητα της παρούσας μελέτης.

Τις τελευταίες δύο δεκαετίες και κυρίως μετά την σύνοδο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας στην Οτάβα του Καναδά το 1986, έχει διαμορφωθεί ένα ολιστικό πλαίσιο αντιλήψεων και στάσεων για την υγεία η οποία ορίζεται ως η πλήρης σωματική, πνευματική, ψυχική, και κοινωνική ευεξία του ατόμου, η οποία εμπεριέχει και την ποιότητα ζωής του ανθρώπου.

Ως τρόπος ζωής του εφήβου ορίζονται οι συνειδητά επιλεγμένες προσωπικές συμπεριφορές του, οι οποίες σχετίζονται με την υγεία (Μανιός, 2007, σ.σ.12). Στόχος της συγκεκριμένης μελέτης είναι να αξιολογήσει τις διατροφικές συνήθειες του εφήβου και του τρόπου ζωής του σε σχέση με την Ελληνική παραδοσιακή διατροφή. Η απομάκρυνση από την Ελληνική παραδοσιακή διατροφή και η υιοθέτηση ενός δυτικοποιημένου τρόπου ζωής που συνδέεται από μειωμένη κατανάλωση φρούτων, λαχανικών και φυτικών ινών, φαίνεται να είναι υπεύθυνη για το φαινόμενο αυξημένης παχυσαρκίας στους εφήβους.

Τα διατροφικά αίτια της εφηβικής παχυσαρκίας αποδίδονται σε διάφορους παράγοντες, όπως η κατανάλωση γλυκών, αναψυκτικών, τροφίμων με υψηλή περιεκτικότητα σε λίπος και την πρόσληψη μεγαλύτερης ποσότητας ενέργειας από την απαιτούμενη (Newby, 2009). Παράλληλα διαιτητικές συμπεριφορές και συνήθειες, όπως η παράλειψη γευμάτων, τα ακατάστατα γεύματα, τα αυξημένα γεύματα εκτός σπιτιού και η παράλειψη του πρωινού, φαίνεται να σχετίζονται με την εφηβική παχυσαρκία (Toschke et al, 2005).

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ:

Θεωρητική Προσέγγιση



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο: Ελληνική παραδοσιακή διατροφή

Η παραδοσιακή διατροφή αντανακλά την ταυτότητα και τον τρόπο ζωής των Ελλήνων, αφού αποτελεί μέρος της ελληνικής πολιτιστικής κληρονομιάς της χώρας. Η Ελληνική παραδοσιακή μαγειρική είναι ένα ολοκληρωμένο σύστημα, μια συγκροτημένη πρόταση που αφορά τον σύγχρονο άνθρωπο (*Βουτσινά, 2002, σ.σ.11*) Ο σύγχρονος τρόπος ζωής όμως και οι αλλαγές στο κοινωνικό – πολιτιστικό περιβάλλον, απομακρύνουν όλο και περισσότερο τον Έλληνα από τα πλεονεκτήματα που προσφέρει η παραδοσιακή διατροφή. Παρατηρείται όμως στροφή στην παραδοσιακή κουζίνα από τον σύγχρονο άνθρωπο που οφείλεται στον κορεσμό του από τα βιομηχανοποιημένα τρόφιμα, την επιθυμία ανάκλησης των γευστικών του απολαύσεων και τις πεποιθήσεις του για υγιεινότερες στάσεις στον τρόπο ζωής του.

1.1 Γενικά χαρακτηριστικά της ελληνικής παραδοσιακής διατροφής

Η Ελλάδα έχει μια από τις αρχαιότερες γαστριμαργικές παραδόσεις στον κόσμο. Η παράδοση αυτή ξεκινάει από την αρχαιότητα και διατηρείται έως σήμερα, αφού αναγνωρίζεται ότι η σωστή διατροφή αποτελεί βασική προϋπόθεση για τη διατήρηση της σωματικής και ψυχικής υγείας του ανθρώπου. Η διατροφή σε όλους τους μεγάλους πολιτισμούς θεωρούνταν σημαντικός παράγοντας για την προστασία της υγείας (*Τούντα, 2009, σ.σ. 238*).

Η διατροφή μιας κοινωνικής ομάδας εξαρτάται από παράγοντες οικονομικούς, τεχνικές δυνατότητες, ιστορικές διαδικασίες και προσαρμόζεται στην τοπική παράδοση, στο κλίμα, και τις πολύμορφες ανάγκες, αποτελώντας βασικό πολιτιστικό παράγοντα. Έτσι η άγονη γη, η περιορισμένη παραγωγή, η δυσκολία επικοινωνίας, οι συχνοί πόλεμοι διαμορφώνουν το λιτοδίαιτο των αρχαίων Ελλήνων (*Λαμπράκη, 1998*).

Στην ελληνική πραγματικότητα το φαγητό είναι πάντα ένα κοινωνικό γεγονός, μια χρήσιμη δραστηριότητα που νοσηματοδοτείται από σχέσεις και συνεπάγεται πολιτισμική συμπεριφορά (*Σκουτέρη-Διδασκάλου, 2008*). Το φαγητό στον Ελλαδικό χώρο συνδέθηκε με την έννοια της επικοινωνίας, της ψυχαγωγίας και του πολιτισμού.

Αξιοσημείωτο, όμως, είναι ότι η «κουζινική παράδοση» της Ελλάδας, από την αρχαιότητα ακόμη, διατρέχεται σε όλο της το εύρος, από την έννοια του μέτρου. Τα πολύπλοκα γεύματα, είτε συμπόσια, είτε γιορτές γίνονται που και που, ενώ η καθημερινή διατροφή στηρίζεται σε όλη την Ελλάδα στα αναρίθμητα όσπρια και λαχανικά, στο

ελαιόλαδο και στο βούτυρο (ως γνήσιο προϊόν και όχι ως απομίμηση) και στο περιορισμένο κρέας (Βουτσινά, 1998). Αντίθετα, η πρόσληψη γάλακτος είναι μέτρια, αλλά η κατανάλωση τυριού και γιαουρτιού υψηλή, ενώ το κρασί καταναλώνεται σχεδόν πάντα κατά τη διάρκεια των γευμάτων. Το κρέας, τα γλυκά και το κρασί τα καταναλώναν σε περιορισμένες ποσότητες (Shiadias et al, 2001).

Έτσι λοιπόν ο τρόπος παρασκευής φαγητών στις διάφορες περιοχές της χώρας της Ελλάδας επαναλαμβανόμενος ανά τους αιώνες από τόπο σε τόπο και από νοικοκυριό σε νοικοκυριό συντέλεσε ώστε να δημιουργηθεί η Παραδοσιακή Ελληνική Κουζίνα.

Κάτι τέτοιο είναι αυτονόητο, αφού γνωρίζοντας ότι η μαγειρική ενός λαού είναι κομμάτι του πολιτισμού του, κατανοούμε ότι εξελίσσεται μαζί με αυτόν – με το σύνολο της κοινωνίας. Η παραδοσιακή μαγειρική λοιπόν είναι κομμάτι του λαϊκού πολιτισμού και επομένως αποτελεί παράδοση προφορική και όπως κάθε άλλος τομέας του λαϊκού πολιτισμού εξελίσσεται με τον βραδύ ρυθμό της ιστορίας, ενσωματώνοντας μόνο τα νεωτεριστικά εκείνα στοιχεία που συγκινούν τη λαϊκή ψυχή και υιοθετούνται από αυτήν. Η παραδοσιακή διατροφή είναι αυτάρκης αφού χρησιμοποιεί αποκλειστικά τα προϊόντα που παράγει το ίδιο το νοικοκυριό και είναι κομμάτι της αγροτικής κοινωνίας. Η μετάβαση της παραδοσιακής μαγειρικής από την αγροτική στην αστική μορφή, πραγματοποιήθηκε στην Ελλάδα γύρο στο 1960, μετά το Β' Παγκόσμιο Πόλεμο, μια χρονολογία που σηματοδοτεί το τέλος της αγροτικής Ελλάδας από κάθε άποψη (Βουτσινά, 1998).

Σε ό, τι αφορά τους παράγοντες που συνέβαλαν στη διαμόρφωση της ελληνικής κουζίνας, οι κυριότεροι είναι το κλίμα της χώρας, η γεωγραφική θέση των διαφόρων περιοχών, αλλά και τα ήθη και έθιμα που έχουν διαμορφωθεί σε αυτές.

Ιδιαίτερη αναφορά θα πρέπει να γίνει στην επιρροή που ασκεί η θρησκεία, στις διατροφικές συνήθειες των Ελλήνων. Σύμφωνα με τους Chliaoutakis, η θρησκεία ασκεί άμεση επίδραση στην διατροφή και έμμεση στην υγεία των ανθρώπων και για το λόγο αυτό υπήρξε αντικείμενο συζήτησης για χιλιάδες χρόνια (Chliaoutakis et al, 2002).

Συγκεκριμένα, σε εκείνες τις μέρες του χρόνου που οι ορθόδοξοι χριστιανοί νηστεύουν, οι διατροφικές τους συνήθειες αλλάζουν, αφού πολλές από τις τροφές όπως το κρέας, το τυρί, τα αυγά ή και το λάδι, αποκλείονται από το τραπέζι. Οι διαιτητικές μέθοδοι που χρησιμοποιεί η Εκκλησία για αλλαγή νοοτροπίας και συμπεριφοράς, θα μπορούσαν να αποδειχθούν αποτελεσματικές στην διατήρηση βιολογικών στόχων, όπως η διατήρηση του φυσιολογικού βάρους ή η ελάττωση του αυξημένου βάρους (Καφάτου, 2002, σ.σ.Ι) Έτσι

θα μπορούσε να πει κανείς ότι οι νηστείες που συνιστά η Ορθόδοξη Εκκλησία φαίνεται ότι αποτελούν έναν άριστο οδηγό καλής διατροφής που προάγει την καλή υγεία.

Στις μέρες όμως, η παραδοσιακή ελληνική διατροφή μεταβάλλεται γρήγορα κατά τρόπο μη ευνοϊκό. Σε γενικές γραμμές το γεγονός ότι τα παραδοσιακά ελληνικά τρόφιμα είναι ιδιαίτερα ελκυστικά από την άποψη οργανοληπτικών χαρακτηριστικών, δημιουργεί ευοίωνες προοπτικές για τις παραγωγικές και εξαγωγικές δραστηριότητες. Οι δραστηριότητες αυτές προάγουν την υγεία, ενώ παράλληλα ωφελούν την εθνική οικονομία και συντελούν στη διατήρηση της πολιτισμικής μας κληρονομιάς. Συμπερασματικά, τα τοπικά τρόφιμα συνιστούν ένα σημαντικό μέσο στη διάχυση του πολιτισμικού στοιχείου μίας χώρας και οι τοπικές μαγειρικές παραδόσεις αντανakλούν την ιστορία, τις παραδόσεις και τον πολιτισμό (: <http://www.fagito.com/our-news/MESOGELAKI-DIATROFH.html>).

1.2 Παραδοσιακό τρόφιμο

Η έννοια του παραδοσιακού τροφίμου συνδυάζεται με την έννοια του «τοπικού προϊόντος» που φέρνει τα τοπικά χαρακτηριστικά της προέλευσής του (γεωγραφικής και ιστορικής). Τα παραδοσιακά τρόφιμα είναι ως επί το πλείστον προϊόντα τα οποία παράγονται από αγνά υλικά, είναι φυσικά, χωρίς τεχνητά πρόσθετα, βασίζονται σε παραδοσιακές συνταγές, συνεισφέρουν θετικά στην υγιεινή διατροφή, ενώ επιπλέον βοηθούν στη διατήρηση της τοπικής κουλτούρας. Τα παραδοσιακά τρόφιμα συσχετίζονται με τα τοπικά και τα χειροποίητα τρόφιμα που αναφέρονται στα συγκεκριμένα συστατικά, τον τόπο παραγωγής και την τεχνογνωσία.

Τα τελευταία χρόνια η λέξη «ποιότητα» έχει γίνει λέξη κλειδί στην αγορά και οι καταναλωτές αναζητούν τρόφιμα με ειδικά χαρακτηριστικά και με υψηλή διατήρηση των ποιοτικών χαρακτηριστικών και της ασφάλειάς τους. Η πρυτανεία του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, σε δελτίου τύπου που εκδίδει στις 15-7-2009 ανακοινώνει τα αποτελέσματα της έρευνας του μεταπτυχιακού τμήματος της Γεωπονικής Σχολής για την προτίμηση των καταναλωτών στην αγορά παραδοσιακών τροφίμων και ποτών. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στην Θεσσαλονίκη από τον Ιανουάριο έως τον Απρίλιο του 2009, από ανθρώπους διαφορετικού κοινωνικοοικονομικού χαρακτήρα, νέους και ηλικιωμένους. Περίπου οι μισοί από τους ερωτώμενους (48,8%) απάντησαν, ότι συχνά καταναλώνουν παραδοσιακά τρόφιμα και ποτά, το 29,5% ότι τα καταναλώνουν περιστασιακά, το 16,9% ότι τα καταναλώνουν πολύ συχνά, το 4,3% των ερωτηθέντων ότι

τα καταναλώνουν σπάνια , ενώ μόνο το 0,5% δεν καταναλώνουν ποτέ παραδοσιακά τρόφιμα και ποτά. Αναφορικά με τα διάφορα είδη των παραδοσιακών τροφίμων και ποτών, τα δημοφιλέστερα στην κατανάλωση είναι το γιαούρτι το μέλι, τα τοπικά τυριά, μαρμελάδες τα γλυκά κουταλιού ο τραχανάς οι χυλοπίτες και το κρασί (<http://health.ana-mpa.gr/view1.php?id=5767>) . Η Ευρωπαϊκή Ένωση, έχοντας ως κίνητρο αυτή την τάση των καταναλωτών, και λαμβάνοντας παράλληλα υπόψη τις ανησυχίες των παραγωγών όσον αφορά τον κίνδυνο εξαφάνισης των αυθεντικών, παραδοσιακών προϊόντων του κάθε κράτους μέλους με την πάροδο του χρόνου, προχώρησε το 1992 στο σχεδιασμό της «πολιτικής ποιότητας» με τη δημιουργία τριών συστημάτων προστασίας ονομασιών (<http://www.eytrofia.gr/index.php?/pop/poiothta-trofimon-proionta-pop-739.php>) :



την Προστατευόμενη Ονομασία Προέλευσης (ΠΟΠ¹),



την Προστατευόμενη Γεωγραφική Ένδειξη (ΠΓΕ²)



τα Ειδικά Παραδοσιακά Ιδιότυπα Προϊόντα.

Μέχρι τώρα έχουν καταχωρηθεί στον κοινοτικό κατάλογο αγροτικών προϊόντων, 88 ελληνικά προϊόντα.: 27 ελαιόλαδα, 10 επιτραπέζιες ελιές, 20 τυριά, 23 φρούτα, λαχανικά, ξηροί καρποί και όσπρια, 1 προϊόν αρτοποιίας, 1 ψαριών, 1 μέλι, 2 μαστίχα , τσίχλα, ένα αιθέριο έλαιο και ένα μπαχαρικό. Εκκρεμούν αιτήσεις για κατοχύρωση άλλων 8 προϊόντων (μανταρίνι Χίου, πατάτα Νάξου, σταφίδα Ηλείας, ξινόγαλο Σητείας, αρνάκι Ελασσόνας, αγουρέλαιο Χαλκιδικής και ξερά σύκα Ταξιάρχη) Είναι σημαντικό να

¹ Προϊόντα τα οποία είναι πολύ στενά συνδεδεμένα με μια συγκεκριμένη τοποθεσία αφού τα χαρακτηριστικά τους εξαρτώνται από τα χαρακτηριστικά της τοποθεσίας αυτής

² Έχουν πιο ελαστικό δεσμό με τη γεωγραφική περιοχή καταγωγής τους, αφού είναι αρκετό ένα από τα στάδια της παραγωγής του προϊόντος να διεξάγεται στη γεωγραφική περιοχή.

σημειωθεί ότι και η γνωστή διεθνώς φάβα Σαντορίνης, στις 9-10-2010 καταχωρήθηκε στον κοινοτικό κατάλογο των Προϊόντων Ονομασίας Προέλευσης και Προστατευμένων Γεωγραφικών Ενδείξεων, μαζί με άλλα 7 ευρωπαϊκά αγροτικά προϊόντα, με απόφαση της Ευρωπαϊκής Επιτροπής (<http://unews.pathfinder.gr/economy/h-faba-santorinhskatohyrotthke-ws-proion-onomasias-proelefshs.html#3>). Τον Οκτώβριο του 2002 καταχωρήθηκε από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή ως προστατευόμενη η ονομασία «φέτα», για το λευκό τυρί άλμης από την Ελλάδα .

Πολλά ακόμα ελληνικά παραδοσιακά τρόφιμα θα μπορούσαν να αναγνωριστούν από τον κοινοτικό κανονισμό, που αφορά την προβολή σχέσεων διατροφής και υγείας. Η ένταξη αυτή θα συνέβαλε στην ανάδειξη της αξίας των παραδοσιακών ελληνικών τροφίμων. Το ερευνητικό έργο που έχει γίνει στην Ελλάδα σχετικά με τη σημασία της ελληνικής παραδοσιακής διατροφής και τα παραδοσιακά τρόφιμα συνέβαλε ουσιαστικά στη διεθνή καταξίωση της μεσογειακής διατροφής και των παραδοσιακών τροφίμων που συνδέονται με αυτήν. Πολλές από τις σημαντικότερες σχετικές εργασίες, σε παγκόσμια κλίμακα, έγιναν στο πλαίσιο της έρευνας ΕΠΙΚ (Ευρωπαϊκό Πρόγραμμα Ιατρικής και Κοινωνίας) στην οποία παρακολουθούνται διαχρονικά, επί σχεδόν μία 15ετία, περισσότεροι από 28.000 Έλληνες και Ελληνίδες, που έχουν παράσχει εθελοντικά στοιχεία, πληροφορίες και βιολογικά δείγματα. Το πρόγραμμα ΕΠΙΚ ξεκίνησε στην Ελλάδα το 1994 και πραγματοποιήθηκε σε 10 Ευρωπαϊκές χώρες στο πλαίσιο προγράμματος «Ευρώπη κατά του καρκίνου» (Katsiyianni *et al*, 1997). Την ελληνική συμμετοχή στο πρόγραμμα συντόνισε το εργαστήριο Υγιεινής και Επιδημιολογίας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών (Riboli, 1992) . Τα στοιχεία που προέκυψαν αποτελούν ισχυρές ενδείξεις, ότι η προσήλωση στην παραδοσιακή διατροφή προφυλάσσει από καρδιακά νοσήματα και σχετίζεται με την μείωση του κινδύνου ανάπτυξης του καρκίνου του μαστού στις γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση. Τα αποτελέσματα της έρευνας δημοσιεύτηκαν στο έγκριτο επιστημονικό περιοδικό American Journal of Clinical (Νάσκα και συνεργατών, 2003, σ.σ.142-171).

Για την παραγωγή των παραδοσιακών τροφίμων γενικά χρησιμοποιούνται προϊόντα τοπικής παραγωγής. Η καλλιέργεια των τοπικών προϊόντων συμβάλλει στην επίτευξη ενός βιώσιμου περιβάλλοντος και στην απασχόληση του τοπικού ανθρώπινου δυναμικού, καθώς και στην ανανέωση των τοπικών οικονομιών. Τοπικές γυναικείες κοινωνίες διατήρησαν τα χρόνια «μυστικά» της παραγωγής των παραδοσιακών προϊόντων. Οι γυναίκοι συνεταιρισμοί της υπαίθρου στο σύνολο τους ασχολούνται με την παραγωγή παραδοσιακών προϊόντων. Από τους 117 γυναικείους συνεταιρισμούς στην Ελλάδα οι 86

ασχολούνται με την παραγωγή παραδοσιακών προϊόντων (Μπελιμπασάκη, 2007). Ο συνδυασμός του «υγιεινού και εύγευστου» είναι πολύ ελκυστικός στη βιομηχανία τροφίμων και τα παραδοσιακά τρόφιμα θα μπορούσαν ενδεχομένως να περάσουν στη διαδικασία της μαζικής παραγωγής. Ωστόσο, αν η παραγωγή τους δεν έχει κανόνες, υπάρχει κίνδυνος να κυκλοφορούν απομιμήσεις των παραδοσιακών τροφίμων, με αποτέλεσμα τη σταδιακή απαξίωσή τους και την παραπλάνηση των καταναλωτών. Για τον λόγο αυτόν, είναι ανάγκη να νομοθετηθεί και τυποποιηθεί η παραγωγή των παραδοσιακών ελληνικών τροφίμων, έτσι ώστε να προστατευθούν τα προϊόντα, οι παραγωγοί τους και οι καταναλωτές. Η κατοχύρωση αυτή θα μπορούσε να ενθαρρύνει τη μικρής κλίμακας παραγωγή τους από μικρομεσαίες επιχειρήσεις και να επεκτείνει την προοπτική εξαγωγής τους σε χώρες εκτός Ελλάδας. Δυστυχώς, στην Ελλάδα, μερικά παραδοσιακά τρόφιμα απειλούνται από εξαφάνιση στο άμεσο μέλλον λόγω της αλλαγής του τρόπου ζωής. Κατά συνέπεια, υπάρχει πραγματική ανάγκη για μελέτη και προώθηση των παραδοσιακών τροφίμων, έτσι ώστε να συντηρηθούν τα σημαντικά αυτά στοιχεία της λαογραφίας και του πολιτισμού με σκοπό τον εμπλουτισμό και τη βελτίωση της διατροφής στη χώρα, αλλά και πέραν αυτής (Τριχοπούλου, 2010).

1.3 Η Ελληνική κουζίνα

Αυτό που αποκαλούμε ελληνική κουζίνα είναι μια γευστική πανδαισία που συνδυάζει πληθώρα προϊόντων και ένα μεγάλο φάσμα τρόπων προετοιμασίας και απόλαυσής τους.

Η ελληνική διατροφή αποτελεί μέρος της ελληνικής ιστορίας. Οι πρώτες ελάχιστες αναφορές καταγράφουν λίγα και φτωχά υλικά που υπήρχαν στον ελλαδικό χώρο από τα προϊστορικά χρόνια. Οι κύριοι παράγοντες που επηρέασαν την ελληνική κουζίνα ήταν η ναυτιλία, οι πόλεμοι, οι αποικίες, οι κατακτητές που έφεραν τους Έλληνες σε επαφή με νέους πολιτισμούς, νέα υλικά και τεχνικές οι οποίες επηρέασαν τις διατροφικές συνήθειες. Κατά τη διάρκεια του 5ου π.Χ. αιώνα παρατηρείται μία αρκετά πλούσια κουζίνα στο κράτος των Αθηνών όπου επί Περικλή συγκεντρώνεται το εμπόριο, οι οικοδομικές δραστηριότητες και γενικότερα η οικονομία (Flaceliere, 1959, p.p.33-37).

Αρκετές από τις πρώτες επιδράσεις στις γαστρονομικές συνήθειες έρχονται από τους μάγειρες της ευρύτερης Μεσογείου, που είναι περιζήτητοι στις κουζίνες των πλούσιων Αθηναίων και Ρωμιών, φέρνοντας μαζί τους όλες τις επιρροές από τους τόπους τους, είτε είναι τρόποι μαγειρέματος είτε καρυκεύματα και συνδυασμοί τροφών. Με τις εκστρατείες του Μ. Αλεξάνδρου εξελίσσεται και η Μακεδονική κουζίνα, που μέχρι τότε είχε κυρίαρχη

την κατανάλωση κρέατος. Οι καινοτομίες έρχονται στους Βυζαντινούς χρόνους. Ήταν κοινώς αποδεκτό, ότι οι Βυζαντινοί τηρούσαν με μεγάλη ακρίβεια της νηστείες (Koder, 1970, p.p.203-341). Βασική τροφή παρέμενε το ψάρι και το κρέας. Το 12ο αιώνα εντάχτηκαν στη διατροφή το χαβιάρι, το αυγοτάραχο και οι παστές ρέγκες από τη Βρετανία. Στο Αιγαίο και στην ηπειρωτική Ελλάδα πειραματίζονται στα γαλακτοκομικά προϊόντα, ενώ κορυφώνεται η χρήση μπαχαρικών, που αποτελούν αναπόσπαστο τμήμα της καθημερινής ζωής στο Βυζάντιο. Σχετικά με τα ποτά, τα πιο διαδεδομένα ήταν το νερό και το κρασί (Κουκουλέ, 1952, σ.σ.121-135). Δημοφιλή ήταν και τα αρωματισμένα κρασιά με γλυκάνισο, μαστίχα ή ρετσίνι, πρόγονοι των σημερινών λικέρ.

Στους ρωμαϊκούς χρόνους αρχίζουν οι επιρροές από ανατολή και δύση, όπως τη Σικελία και τη Λυδία. Στους Βυζαντινούς χρόνους η γαστρονομία έγινε μια ελληνική και ρωμαϊκή σύνθεση. Παράλληλα με το εμπόριο των μπαχαρικών, της ζάχαρης και νέων λαχανικών, οι Έλληνες δοκιμάζουν να πειραματιστούν και να μούνε σε νέους γευστικούς δρόμους. Με το πέρασμα των χρόνων, διαμορφώνονται δύο τάσεις, η ανατολίτικη (Μικρά Ασία και ανατολικό Αιγαίο) που αποτελεί την βυζαντινή κουζίνα και η λιτή κουζίνα της κυρίως Ελλάδας, που βασιζόταν κυρίως στην τοπική παράδοση και λιγότερο στην ανταλλαγή των προϊόντων.

Κατά την περίοδο της Τουρκοκρατίας στα αστικά κέντρα συνυπάρχουν φραγμοί και αλληλοεπιδράσεις στις οθωμανικές και χριστιανικές νόρμες: ψητό κρέας (κεμπάπ) και ψητά κοτόπουλα και στα ιχθυοπωλεία (συνήθως οι χριστιανοί) πουλούν φρέσκα ψάρια (Ματθαίου,1998, σ.σ.114-116).

Με την μικρασιατική καταστροφή ενώθηκαν οι δύο τάσεις και έδωσαν προϊόντα και τεχνικές που εξελίχτηκαν ανάλογα με τις οικονομικές και κοινωνικές δυνατότητες σε μεικτές κουζίνες.

Η αστικοποίηση μετά το 1960 έφερε τις ανάλογες αλλαγές και στην ελληνική κουζίνα με νέες συνταγές, νέους τρόπους παρουσίασης και περισσότερα επεξεργασμένα τρόφιμα. Σαν αποτέλεσμα η σημερινή ελληνική κουζίνα είναι ένα σύνολο από τοπικές κουζίνες και ξένες επιρροές που με το πέρασμα του χρόνου έχουν ελληνοποιηθεί σαν αντίληψη και εκτέλεση (http://www.driskas.com/UserFiles/Image/seminars/ellhnikh_kouzina.pdf).

Συμπερασματικά, κάνοντας μια αποσύνδεση της Ελληνικής κουζίνας διαπιστώνει κανείς ότι υπάρχουν τρεις βασικές αρτηρίες που διατρέχουν την ελληνική κουζίνα: α) η παραδοσιακή μαγειρική των ποιμένων, β) η λιτή μαγειρική των νησιών του Αιγαίου πελάγους και γ) η αστική μαγειρική των Ελλήνων της Μ. Ασίας (Τσιαμήτρος, 2009):

- Ποιμενικές φυλές: Τα κύρια χαρακτηριστικά των ποιμενικών φυλών είναι: γάλα, τυρί, γιαούρτι, μερικά προϊόντα που έχουν παρασκευαστεί από δημητριακά όπως ζυμαρικά με βάση το καλαμπόκι και το γάλα, τραχανάς, χόρτα, κρέας και βούτυρο.
- Τα νησιά του Αιγαίου: Η κουζίνα που δημιουργήθηκε στα ελληνικά νησιά είναι τελείως διαφορετική και συνδέεται άμεσα με το κλίμα και τα εδάφη στις περιοχές αυτές. Βάση της είναι τρία από τα βασικότερα συστατικά της Ελληνικής κουζίνας και συγκεκριμένα: δημητριακά, σταφύλια και ελιές.
- Η Μ. Ασία: Η μαγειρική της Μ. Ασίας αποτελεί ένας μωσαϊκό αντικρουόμενων στοιχείων μεταξύ Ανατολής, Νότου όπως και Περσικής μαγειρικής.

1.4 Η Ελληνική διατροφή σήμερα

Σήμερα, δυστυχώς παρατηρείται πως η διατροφή μας αλλάζει εις βάρος της υγείας μας, καθώς φεύγουμε από τους παραδοσιακούς τρόπους ζωής και εμπλεκόμαστε στους ρυθμούς της σύγχρονης εποχής, στην οποία υπερτερεί το έτοιμο και βιομηχανοποιημένο φαγητό (Trichoroulou et al, 2003). Συνέπεια είναι ότι μια σειρά από ασθένειες ταλαιπωρούν την Ελλάδα αλλά και όλο το δυτικό κόσμο.

Κάτι τέτοιο είναι αποτέλεσμα της παγκοσμιοποίησης και της εκβιομηχάνισης του συστήματος των τροφίμων που έχουν υποβαθμίσει την ποιότητα των προϊόντων διατροφής. Έτσι οι κάτοικοι των αστικών κέντρων δεν έχουν επίγνωση της ποιότητας των μεταποιημένων τροφίμων που καταναλώνουν ούτε των επιπτώσεων που έχει η παραγωγή αυτών των προϊόντων στο περιβάλλον (Μπεόπουλου, 2010). Τα καταναλωτικά προϊόντα της βιομηχανικής παραγωγής έχουν εφήμερο χαρακτήρα και περιορίζουν την διαιτητική ποικιλία. Εκπρόσωποι βιομηχανοποιημένων τροφίμων είναι η ζάχαρη, το λευκό αλεύρι, τα διάφορα σπορέλαια, τα υδρογονωμένα λίπη τα οποία και παρέχουν σε πολλές περιπτώσεις έως και τα τρία τέταρτα των συνολικών θερμίδων (Matalas & Grivetti, 1993).

Παρά την εκβιομηχάνιση που έχει οδηγήσει στην αφθονία και την ποικιλία σε όλα τα είδη των αγαθών, εμφανίζεται και πάλι η στροφή προς την παράδοση. Ειδικότερα για τις κοινωνίες που είναι απομονωμένες και έχουν πρόσφατα μπει στην οικονομία της αγοράς, η επιστροφή στους παραδοσιακούς τρόπους διατροφής θεωρείται ως μια εναλλακτική προσέγγιση για την βελτίωση της διατροφής. Αντίδραση στις τυποποιημένες και γρήγορες λύσεις πρόχειρου φαγητού, αποτελεί η μαγειρική και η κριτική των εστιατορίων που έχει πάρει μόνιμη θέση στα τηλεοπτικά προγράμματα και τις εφημερίδες, προβάλλοντας συχνά

παραδοσιακές συνταγές και προϊόντα. ηλεκτρονικές σελίδες όπως η www.triadelta.gr και η www.Mato.gr κ.λ.π υπόσχονται ποιοτική διατροφή στον έλληνα καταναλωτή, βασισμένη σε πατροπαράδοτες αγνές πρώτες ύλες, με έμφαση στην *delicatessen* γεύση. Το δικαίωμα στην γεύση διεκδικεί, το διεθνές πολιτιστικό κίνημα Slow Food για την προστασία της κουζίνας και του δικαιώματος στη γευστική απόλαυση. Σε ένα πολιτισμό χωρίς γευστικούς κώδικες επιχειρείται η στροφή προς τις ελληνικές γαστρονομικές γευστικές, που τα νέα παιδιά λίγο γνωρίζουν. Με το πέρασμα του χρόνου αντιλαμβανόμαστε όλο και περισσότερο ότι τα παραδοσιακά τρόφιμα είναι στοιχεία εθνικής ταυτότητας, ικανά να προσδιορίσουν την πολιτιστική ανάπτυξη της κάθε ελληνικής κοινότητας και μέσο για την προβολή του τουρισμού.

1.5 Η αντιμετώπιση των ενδιαφερόμενων φορέων

Στην Ελλάδα, η πολιτική για τη διατροφή έχει ως κύρια κατεύθυνση τη διασφάλιση της υγιεινής και ασφάλειας των τροφίμων, καθώς και των επιχειρήσεων τροφίμων και εστίασης. Στον τομέα αυτό, ο κύριος φορέας σχεδιασμού και άσκησης της πολιτικής τροφίμων είναι ο Ενιαίος Φορέας Ελέγχου Τροφίμων (Ε.Φ.Ε.Τ.). Ο Ε.Φ.Ε.Τ. ιδρύθηκε με το Ν. 2741/1999, ως Ν.Π.Δ.Δ. που τελεί υπό την εποπτεία του Υπουργείου Ανάπτυξης. Ο Ε.Φ.Ε.Τ., σύμφωνα με τον ιδρυτικό του νόμο, περιορίζεται σε συγκεκριμένους στόχους, όπως (1) η προστασία του καταναλωτή με τη διασφάλιση της εισαγωγής, της παραγωγής και της διακίνησης υγιεινών τροφίμων, (2) η πιστοποίηση της ποιότητας και η ποιοτική αναβάθμιση των τροφίμων, (3) η αποτροπή φαινομένων νοθείας, καθώς και η μέριμνα για την αποτροπή της παραπλάνησης και η προστασία των οικονομικών συμφερόντων του καταναλωτή. Επιπλέον, από το 2000, ορίστηκε ως ο αρμόδιος φορέας για την εφαρμογή των συστημάτων διασφάλισης υγιεινής των τροφίμων (H.A.C.C.P.) στις επιχειρήσεις τροφίμων (<http://www.bestrong.org.gr/el/healthylife/healthydiet/alimentarypolicies/>).

Ενδεικτικά αναφέρουμε και μέρος της ομιλίας της υπουργού Αγροτικής Ανάπτυξης Κατερίνα Μπατζελή, στην ημερίδα με θέμα «Προϊόντα Ελληνικής γης. Προϊόντα μεσογειακής διατροφής στην Ελλάδα και στον κόσμο. Στρατηγική προώθησης» (Μπατζελή, 2010). «Η προβολή και προώθηση της Ελληνικής Μεσογειακής Διατροφής αποτελεί κεντρική προτεραιότητα της κυβερνητικής μας πολιτικής. Τα αγροτικά προϊόντα και τρόφιμα συνδέονται άμεσα με την υγεία των καταναλωτών, την προστασία του περιβάλλοντος, τον τουρισμό, την παιδεία, τον πολιτισμό, την υγεία. Το ελαιόλαδο, τα φρούτα και λαχανικά, τα όσπρια, τα ψάρια, το κρασί, τα γαλακτοκομικά, τα σιτηρά, τα ελληνικά προϊόντα που

συνθέτουν τη Μεσογειακή Διατροφή, κυριαρχούν ποσοστιαία στο σύνολο της αγροτικής μας παραγωγής. Η Ελληνική Μεσογειακή Διατροφή είναι φιλοσοφία και στάση ζωής. Είναι μια κληρονομιά ιστορικής αξίας, που οφείλουμε να υπερασπιστούμε. Να αναδείξουμε και να προωθήσουμε σε κάθε άκρη της γης. Επιζητούμε»:

- Την βελτίωση του εμπορικού και αγροτικού ισοζυγίου μας μέσα από την προώθηση ενός μοντέλου ποιοτικών και ασφαλών τροφίμων, είναι στόχος και δέσμευσή μας.
- Την παραγωγή ποιοτικών προϊόντων με υψηλή προστιθέμενη αξία αποτελεί τον πυρήνα της στρατηγικής μας για την ενίσχυση της αγροτικής μας οικονομίας.
- Την ανάπτυξη συνεργασιών στην εσωτερική και τη διεθνή αγορά.
- Τη δημιουργία ενός εθνικού σήματος για την Ελληνική Μεσογειακή Διατροφή με πολλαπλά οφέλη: εγγύηση της ποιότητας των προϊόντων μας, συμβολή στην αναγνωσιμότητα τους και βεβαίωση του τόπου προέλευσης και της χώρας καταγωγής που αποτελεί την αιχμή του δόρατος της πολιτικής μας.
- Τη διαμόρφωση των διατροφικών συνηθειών των νέων μας από τη μικρή ακόμη ηλικία, με στόχο να τους φέρουμε κοντά τους κοντά στη φύση και στην αγροτική παραγωγή, προασπίζουμε την υγεία τους και δημιουργούμε τους νέους Πρεσβευτές της Διατροφικής μας Διπλωματίας.

Στο σημείο αυτό θα πρέπει να σημειωθεί ότι ακολουθώντας τις συστάσεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης, κατά τα τελευταία χρόνια πολλές ευρωπαϊκές χώρες έχουν αναλάβει πρωτοβουλίες για την προώθηση της υγιεινής διατροφής, της σωματικής άσκησης και την καταπολέμηση της παχυσαρκίας (Nestle, 1995)

1.6 Ελληνική Μεσογειακή διατροφή

Η Ελληνική παραδοσιακή διατροφή βρίσκεται πολύ κοντά στην Μεσογειακή διατροφή. Η ελληνική έκφανση της Μεσογειακής διατροφής έχει τα ακόλουθα χαρακτηριστικά: 1. Υψηλό λόγο μονοακόρεστων προς κορεσμένα λιπαρά οξέα, 2. Μέτρια κατανάλωση αιθανόλης, 3. Μεγάλη κατανάλωση οσπρίων, 4. Μεγάλη κατανάλωση δημητριακών, συμπεριλαμβανομένου του ψωμιού, 5. Μεγάλη κατανάλωση φρούτων, 6. Μεγάλη κατανάλωση λαχανικών, 7. Μικρή κατανάλωση κρέατος και κρεατοσκευασμάτων και 8. Μέτρια κατανάλωση γάλακτος και γαλακτοκομικών προϊόντων (Τριχόπουλου και συνεργατών, 2000, σ.σ.417).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο : Μεσογειακή Διατροφή

Στο προηγούμενο κεφάλαιο έγινε αναφορά στην ελληνική παραδοσιακή διατροφή. Στο σημείο αυτό είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι η τελευταία ανήκει στην κατηγορία της μεσογειακής διατροφής, στην οποία γίνεται εκτενέστερη αναφορά στο παρόν κεφάλαιο.

2.1 Ιστορική αναδρομή

Ο όρος «Μεσογειακή Διατροφή», αναφέρεται σε διατροφολόγιο χωρών που περιστοιχίζονται από τη Μεσόγειο Θάλασσα και ιδιαίτερα της Κρήτης και κάποιων μερών της Ελλάδας και της Νότιας Ιταλίας (*Wahrburg et al, 2002*). Ο όρος αυτός άρχισε να χρησιμοποιείται από τη δεκαετία του 1950 μέσα από μια διατροφική έρευνα, τη λεγόμενη έρευνα των επτά χωρών, από τον Ancel Keys (*1970*). Ο Ancel Keys διεξήγαγε συγκριτική μελέτη διαφόρων πληθυσμών με στόχο να διερευνήσει το ρόλο της διατροφής στην διαμόρφωση του δείκτη στεφανιαίας καρδιοπάθειας. Η έρευνα διήρκησε 30 χρόνια και συμμετείχαν 12.763 άνδρες. Η ελληνική συμμετοχή στην έρευνα συμπεριλάμβανε 686 άνδρες από την Κρήτη και 529 άνδρες από την Κέρκυρα, ηλικίας 40-59 ετών. Τα ευρήματα έδειξαν πως το σύνολο των διατροφικών θερμίδων που προερχόταν από λίπη ήταν 25-37%, ενώ το 7% προερχόταν από κορεσμένα λιπαρά οξέα. Η μελέτη έδειξε πως η Ελλάδα είχε πολύ χαμηλά επίπεδα στεφανιαίας καρδιοπάθειας και κάποιων τύπων καρκίνου καθώς και μεγάλο προσδόκιμο ζωής λόγω του χαμηλού περιεχομένου κορεσμένων λιπιδίων.

Αναλυτικότερα μετά τον Β' Παγκόσμιο πόλεμο, το ίδρυμα Ροκφέλερ αποφάσισε να διεξάγει μια οργανωμένη έρευνα διατροφικής ταυτότητας της Μεσογείου, στην Κρήτη, που έγινε γνωστή με το όνομα «Μελέτη των 7 χώρων», προκειμένου να διαπιστώσει τη σχέση της δίαιτας με τα καρδιακά νοσήματα. Μέσα λοιπόν από την έρευνα αυτή η οποία περιλαμβάνει τη διαχρονική παρακολούθηση 700 περίπου ανδρών αγροτικής περιοχής της Κρήτης, διαφάνηκαν χαμηλά επίπεδα καρδιαγγειακών νοσημάτων λιγότερα περιστατικά από εγκεφαλικά, καρκίνο του μαστού του παχέος εντέρου, καθώς και μεγάλη μακροβιότητα στον πληθυσμό της Κρήτης σε σχέση με τους πληθυσμούς των άλλων χωρών που έλαβαν μέρος στην έρευνα (*Γιουγκοσλαβία, Ελλάδα, ΗΠΑ, Ιαπωνία, Ιταλία, Ολλανδία και Φινλανδία*) λόγω της διατροφής στην περιοχή αυτή (*Σημοπούλου, 2006, σ.1*).

2.2 Τα οφέλη της μεσογειακής διατροφής

Η Μεσογειακή διατροφή σήμερα υπόσχεται μακροζωία, αφού συντελεί στην πρόληψη διαφόρων νοσημάτων.

Μια σημαντική έρευνα σχετικά με τη μεσογειακή διατροφή είναι η Lyon Heart Study. Η έρευνα βασίστηκε σε δείγμα 605 ασθενών, που είχαν υποστεί έμφραγμα. Οι μισοί ακολούθησαν μεσογειακή διατροφή κι οι άλλοι δυτική. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας (μετά από 4 χρόνια) τα άτομα που ακολουθούσαν διατροφή μεσογειακού τύπου παρουσίασαν 50% - 70% μικρότερο κίνδυνο καρδιαγγειακού επεισοδίου σε σχέση με τα άτομα που ακολουθούσαν διατροφή δυτικού τύπου (*De Lorgeri et al, 1999*).

Από την άλλη σύμφωνα με την μελέτη EPIC, η μεσογειακή διατροφή μειώνει κατά 25% την ολική θνησιμότητα και κατά 33% την καρδιακή θνησιμότητα, ανεξαρτήτου δημογραφικών χαρακτηριστικών, καπνιστικών συνηθειών και φυσικών δραστηριοτήτων. Τέλος, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης CARDIO 2000, η μεσογειακή διατροφή μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης της στεφανιαίας νόσου κατά 16% (*Panagiotakos et al, 2002*). Στην ίδια μελέτη φάνηκε ότι η τήρηση του μεσογειακού τύπου δίαιτας μειώνει τον κίνδυνο για ανάπτυξη στεφανιαίας νόσου ακόμη και στην περίπτωση συνύπαρξης άλλων παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου. (*Panagiotakos, Pitsavos et al, 2001*).

Ισπανοί ερευνητές δημοσίευσαν έρευνα στην επιθεώρηση «Diabetes Care» σύμφωνα με την οποία όσοι ακολουθούν την παραδοσιακή δίαιτα έχουν λιγότερες πιθανότητες να εμφανίσουν σακχαρώδη διαβήτη, σε σχέση με εκείνους που ακολουθούν μια δίαιτα χαμηλή σε λιπαρά. (*Green Markets, 2010*).

Επιστημονικά δεδομένα που βγαίνουν στο φως τα τελευταία χρόνια αποδεικνύουν ότι η μεσογειακή δίαιτα είναι προστατευτική, γιατί παρέχει άφθονες ποσότητες β – καροτίνης, όπως και βιταμίνης E και C. (*James et al, 1998*).

Η μεγάλη σημασία της Μεσογειακής διατροφής όχι μόνο για την υγεία ενός ανθρώπου, αλλά και για τον πολιτισμό της χώρας μας, αποδεικνύεται και από το γεγονός ότι το 2010, η UNESCO συμπεριέλαβε την Μεσογειακή Διατροφή στον Κατάλογο της Άυλης Πολιτιστικής Κληρονομιάς της Ανθρωπότητας, ύστερα από αίτημα που υπέβαλαν από κοινού οι χώρες Ελλάδα, Ισπανία, Ιταλία και Μαρόκο (*Βάτου, 2010*).

Για την καλύτερη κατανόηση των πλεονεκτημάτων της Μεσογειακής διατροφής, τα κύρια χαρακτηριστικά της παρουσιάζονται συνοπτικά στην επόμενη παράγραφο μέσω της πυραμίδας της Μεσογειακής Διατροφής.

2.3 Η μεσογειακή διαίτα και η πυραμίδα της Μεσογειακής Διατροφής

Στο σημείο αυτό θα πρέπει να σημειωθεί ότι πολύ συχνά με στόχο την καλύτερη κατανόηση των διατροφικών οδηγιών, αυτές απεικονίζονται σχηματικά με τη μορφή τριγώνου ή πυραμίδας, η βάση της οποίας περιέχει τρόφιμα που θα πρέπει να καταναλώνονται πολύ συχνά και η κορυφή αναφέρεται σε τρόφιμα που θα πρέπει να καταναλώνονται σπάνια, με τα υπόλοιπα τρόφιμα να καταλαμβάνουν τις ενδιάμεσες θέσεις. Δίνει έμφαση στις συχνότητες κατανάλωσης και όχι στις ακριβείς ποσότητες των τροφίμων σε γραμμάρια. Η μεσογειακή πυραμίδα διατροφής χαρακτηρίζεται από την απαιτούμενη ποσότητα σε μηνιαία, εβδομαδιαία και καθημερινή βάση των ειδών διατροφής. Βασίζεται σε επιστημονικά στοιχεία διαιτητικών προσλήψεων, θρεπτικών συστατικών σε διάφορα τρόφιμα και τρόπους επιλογής τροφίμων για την διατήρηση της υγείας. Οι διατροφικές οδηγίες Ελλάδας έγιναν σε επίπεδο τροφίμων για να μπορούν εύκολα να χρησιμοποιηθούν από τον μέσο καταναλωτή, που σκέφτεται και αποφασίζει για τρόφιμα και όχι για θρεπτικά συστατικά. Μια ομάδα που οργανώθηκε στο Πανεπιστήμιο Harvard των Η.Π.Α., με σημαντική συμβολή από Έλληνες επιστήμονες έχει διαμορφώσει μια εναλλακτική πυραμίδα η οποία βασίζεται στις αρχές της πυραμίδας Μεσογειακής Διατροφής.

Στην Ελλάδα το Ανώτατο Ειδικό Επιστημονικό Συμβούλιο Υγείας απεικονίζει με την μορφή πυραμίδας τις διατροφικές οδηγίες σε επίπεδο τροφίμων για τον ελληνικό πληθυσμό.

Στη βιβλιογραφία υπάρχουν πολλές πυραμίδες (δίαιτες) που ακολουθούνται από μεγάλους πληθυσμούς³, όμως τα κύρια χαρακτηριστικά της Μεσογειακής διατροφής, που αναλύεται στο κεφάλαιο αυτό, παρουσιάζονται συνοπτικά με τη χρήση της λεγόμενης Πυραμίδας Μεσογειακής Διατροφής όπως αυτή παρατίθεται στη συνέχεια (Υπουργείο Υγείας & Πρόνοιας, Ανώτατο Ειδικό Επιστημονικό Συμβούλιο Υγείας, 1999).

³ Π.χ. Λατίνο – αμερικάνικη διαίτα, Ασιατική διαίτα, Δίαιτα φυτοφάγων βλ. «Διατροφικές Πυραμίδες» <http://www.diet-net.gr/main.php?p=21&page=1>



Παραδοσιακή μεσογειακή διατροφή (σχηματική απεικόνιση της ελληνικής μεσογειακής δίαιτας)
Πηγή: Ανώτατο Ειδικό Επιστημονικό Συμβούλιο Υγείας, Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας

Η Μεσογειακή Διατροφή αποτελείται από πολλούς υδατάνθρακες και φυτικές ίνες (δημητριακά, λαχανικά, όσπρια κα φρούτα), καθώς και μονοακόρεστα λιπαρά οξέα (ελαιόλαδο) και έχει τα εξής χαρακτηριστικά:

- 1) Υψηλή αναλογία σε μονοακόρεστα προς κορεσμένα λιπαρά οξέα
- 2) Μέτρια κατανάλωση αιθυλικής αλκοόλης (κόκκινου κρασιού)
 - Υψηλή κατανάλωση οσπρίων
 - Υψηλή κατανάλωση δημητριακών (και ψωμιού)
 - Υψηλή κατανάλωση φρούτων
 - Υψηλή κατανάλωση λαχανικών
 - Χαμηλή κατανάλωση κρέατος και προϊόντων κρέατος
 - Μέτρια κατανάλωση γάλακτος και γαλακτοκομικών

Στη βάση της Μεσογειακής Διατροφής οι τροφές (κυρίως μη επεξεργασμένες) που είναι πλούσιες σε υδατάνθρακες και φυτικές ίνες, όπως ψωμί, ζυμαρικά, ρύζι, καλαμπόκι, πλιγούρι, άλλα δημητριακά και πατάτα. Αυτές οι τροφές είναι πλούσιες σε ενέργεια, βιταμίνες, μέταλλα και φυτικές ίνες. Η αυξημένη πρόσληψη φυτικών ινών είναι πολύ ευεργετική για την πρόσληψη καρδιαγγειακών ασθενειών και καρκίνου.

Τα φρούτα, τα λαχανικά και τα όσπρια παρέχουν φυτικές ίνες, ουσιώδη μεταλλικά στοιχεία και βιταμίνες συμπεριλαμβανόμενων και των αντιοξειδωτικών βιταμινών.

Η πηγή λίπους στη μεσογειακή διατροφή προέρχεται κυρίως από το ελαιόλαδο (μονοακόρεστα λιπαρά οξέα τα οποία αποτελούν το 15-20% των συνολικών ημερησίων θερμίδων), 10-15% είναι πολυακόρεστα λιπαρά οξέα, ενώ λιγότερο από το 10% των λιπαρών είναι κορεσμένα, με αποτέλεσμα το συνολικό λίπος να ανέρχεται σε 30-40% των συνολικών ημερησίων θερμίδων.

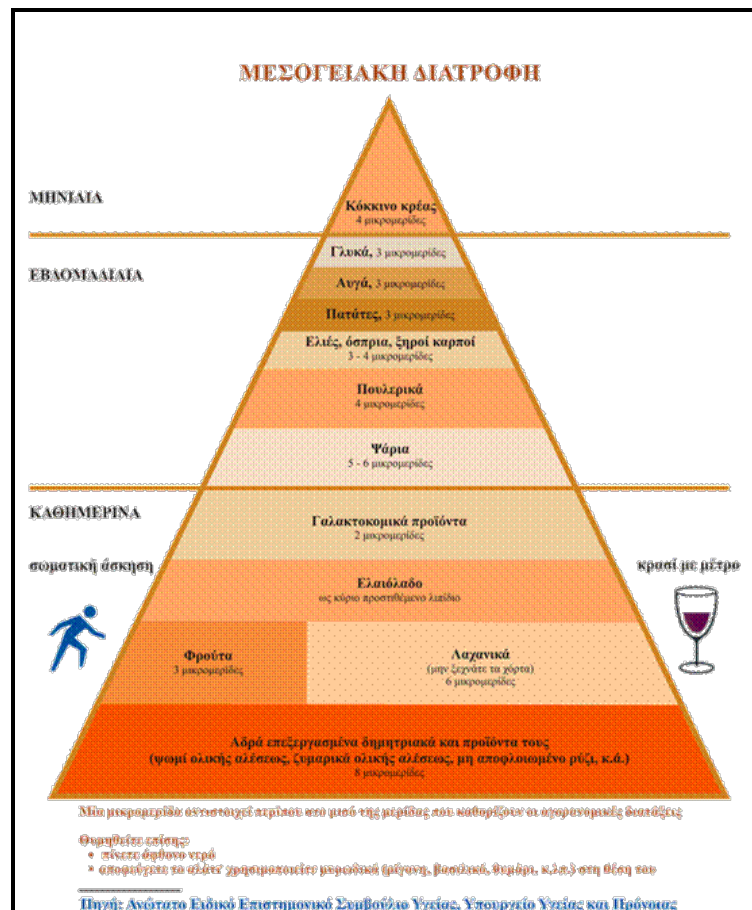
Για την ομάδα των γαλακτοκομικών η Μεσογειακή Διατροφή προτείνει κυρίως γιαούρτι και τυρί, καθημερινά σε μέτρια κατανάλωση. Από τα γαλακτοκομικά προσλαμβάνουμε κυρίως ασβέστιο, πρωτεΐνες και βιταμίνες Β.

Τα ψάρια και τα πουλερικά συνιστώνται να καταναλώνονται και 2-4 φορές την εβδομάδα διότι είναι η κύρια πηγή πρωτεϊνών και είναι πλούσια σε βιταμίνες Β και σίδηρου. Τα ωμέγα-3 λιπαρά οξέα που προέρχονται από τα λιπαρά ψάρια (σαρδέλες, γαύρος, σκουμπρί, τσιπούρα, ρέγκα, σολομός) είναι λίπος που είναι αποδεδειγμένα ευεργετικό για την καρδιά.

Στη Μεσογειακή Διατροφή το κόκκινο κρέας βρίσκεται στην κορυφή της πυραμίδας παρόλο που είναι εξαιρετική πηγή σιδήρου και πρωτεΐνης υψηλής βιολογικής αξίας. Η μειωμένη κατανάλωση του κόκκινου κρέατος (ελάχιστες φορές το μήνα) οφείλεται στο ότι το κόκκινο κρέας έχει συνδεθεί με τα καρδιαγγειακά νοσήματα, τον καρκίνο του παχέος εντέρου και με την παχυσαρκία και αυτό επειδή εκτός από πρωτεΐνη περιέχει και κορεσμένο λίπος.

Το κόκκινο κρασί όταν καταναλώνεται με μέτρο (1-2 ποτηράκια την ημέρα) έχει αποδεδειγμένα ευεργετική δράση στο καρδιαγγειακό σύστημα και βοηθά στην διατήρηση της «καλής» χοληστερόλης (HDL) λόγω των πολυφαινολών (κατεχίνες και ρεσβερατόλη) που περιέχει (Μανίκα, 2009).

Ενδεικτικά αναφέρεται ότι η μεσογειακή δίαιτα όπως προαναφέρθηκε είναι πλούσια σε μονοακόρεστα λιπαρά. Σύμφωνα με πολλές μελέτες η κατανάλωση τροφών χαμηλών σε κορεσμένα λιπαρά μειώνει τα καρδιαγγειακά νοσήματα, ενώ παράλληλα η κατανάλωση ελαιόλαδου αυξάνει την HDL χοληστερόλη και μειώνει την LDL χοληστερόλη.



Μεσογειακή πυραμίδα

Πηγή: Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Ανώτατο Ειδικό Επιστημονικό Συμβούλιο Υγείας 1999

Η αξία της Μεσογειακής πυραμίδας στη διατροφή έχει αναγνωριστεί διεθνώς. Οι συνιστώμενες συχνότητες κατανάλωσης τροφίμων που προτείνει η πυραμίδα, φυσικά δεν έχουν προκύψει τυχαία. Έχουν προέλθει από μελέτες που δείχνουν ότι η Μεσογειακή διατροφή καλύπτει τις διατροφικές ανάγκες του γενικού πληθυσμού και αποτελεί ένα πλάνο διατροφής που προστατεύει από την εμφάνιση χρόνιων νόσων όπως τα καρδιαγγειακά νοσήματα και ο διαβήτης. Επομένως, όταν η διατροφή μας βασίζεται στην κατανάλωση ποικιλίας τροφίμων, με τη συχνότητα που προτείνει η Μεσογειακή διατροφή, μπορούμε να είμαστε σίγουροι ότι καλύπτονται οι ανάγκες μας σε βιταμίνες και μέταλλα (Φαρατζιάν, 2008).

Σημειώνεται, ότι σειρά μελετών έχει καταδείξει ότι η ευεργετική δράση της παραδοσιακής Μεσογειακής διατροφής εκφράζεται από το σύνολό της και όχι από μεμονωμένα τρόφιμα και θρεπτικές ουσίες. Φαίνεται ότι ο συνδυασμός των τροφίμων και οι βιολογικές αλληλεπιδράσεις των διαφορετικών συστατικών της Μεσογειακής διατροφής αποφέρουν τα σημαντικά οφέλη για την υγεία. Οι ευεργετικές συνέπειες μπορούν επίσης να αποδοθούν στα παραδοσιακά τρόφιμα τα οποία αποτελούν τον κορμό της παραδοσιακής

Μεσογειακής διατροφής και στα οποία έγινε εκτενέστερη αναφορά στο πρώτο κεφάλαιο. Τα παραδοσιακά αυτά τρόφιμα ενσωματώνουν τη γνώση και τη σοφία των γενεών του παρελθόντος οι οποίες, ζώντας κάτω από δύσκολες συνθήκες, έμαθαν πώς να αξιοποιούν τα τοπικά διαθέσιμα προϊόντα με σκοπό την παραγωγή εύγευστων εδεσμάτων και συνταγών συμβατών με τις επιταγές της σωστής διατροφής (Τριχοπούλου, 2010).

Συμπερασματικά, η μεσογειακή πυραμίδα απευθύνεται σε κάθε σύγχρονο άνθρωπο που θέλει να ακολουθήσει ένα υγιεινό τρόπο διατροφής. Προφανώς μπορεί να εφαρμοστεί ευκολότερα στις χώρες της μεσογείου, όπου είναι πολύ πιο οικεία η κατανομή των τροφών της και τα τρόφιμα που την απαρτίζουν βρίσκονται σε αφθονία και είναι πιο ποιοτικά, όμως σίγουρα είναι κατάλληλη και για άλλους πολιτισμούς και κουλτούρες.

2.4 Η μεσογειακή διατροφή σήμερα

Κρίνεται σκόπιμο όμως να σημειωθεί στο σημείο αυτό, ότι το πρότυπο της μεσογειακής διατροφής, το συναντάμε σε διάφορες παραλλαγές ανάλογα με την κουλτούρα, τον πολιτισμό και τη γεωγραφική θέση της κάθε Μεσογειακής χώρας (Simopoulos, 2001). Όμως, όπως χαρακτηριστικά αναφέρει η Τριχοπούλου, (2010), οι διάφορες περιοχές της Μεσογειακής λεκάνης έχουν τις δικές τους τοπικές διατροφικές συνήθειες, οι οποίες ποικίλουν σημαντικά από χώρα σε χώρα. Η ελληνική μεσογειακή διατροφή όμως συγκεντρώνει όλα τα πλεονεκτήματα, για να φέρει τον τίτλο της «Πρότυπης Μεσογειακής Διατροφής», διότι οι Έλληνες καταναλώνουν περισσότερα τυπικά προϊόντα της δίαιτας αυτής όπως είναι το ελαιόλαδο, το ψωμί και τα οπωροκηπευτικά. Στον ελληνικό πληθυσμό, το ποσοστό λιπιδίων που προσλαμβάνονται με την τροφή είναι 40% και προέρχονται από την κατανάλωση ελαιολάδου (Willett et al, 1995). Παρόλο αυτά υπάρχουν κοινά διατροφικά χαρακτηριστικά σε όλες τις πυραμίδες μεσογειακής διατροφής. Τα περισσότερα από τα οποία απορρέουν από το γεγονός ότι το ελαιόλαδο καταλαμβάνει κεντρική θέση στη διατροφή των περιοχών αυτών. Είναι λοιπόν εύλογο να θεωρηθούν τα διατροφικά αυτά πρότυπα ως παραλλαγές μιας ενιαίας οντότητας. Η Μεσογειακή διατροφή δεν αντιπροσωπεύεται μόνο από τα τρόφιμα αλλά και από τις πεποιθήσεις, τις παραδόσεις και την ευχαρίστηση που συνδέεται με την προετοιμασία και την πρόσληψη της τροφής (Francesco, 2009).

Όταν αναφερόμαστε στην παραδοσιακή Μεσογειακή διατροφή, δεν μπορούμε να ισχυριστούμε ότι τηρείται από όλους ή ακόμη τους περισσότερους από τους σημερινούς κατοίκους των Μεσογειακών χωρών. Δυστυχώς αυτό το διατροφικό πρότυπο αργά αλλά σταθερά εγκαταλείπεται. Επισημαίνεται ότι τα επιστημονικά στοιχεία που τεκμηριώνουν τις

ευεργετικές ιδιότητες της Μεσογειακής διατροφής αφορούν στην παραδοσιακή Μεσογειακή διατροφή και όχι τη σημερινή διατροφή των χωρών της Μεσογειακής περιοχής. Στο πλαίσιο αυτό χρειάζεται η διαμόρφωση μιας πολιτικής για τη διατήρηση του εξαιρετικού αυτού προτύπου διατροφής (Τριχοπούλου, 2010).

Παρά τα πλεονεκτήματα λοιπόν της μεσογειακής διατροφής, ο βαθμός υιοθέτησης της φαίνεται να φθίνει, ιδιαίτερα σε άτομα μέσης και μικρότερης ηλικίας. Κατά τα έτη 2005-2007, υπό την αιγίδα του Ελληνικού Ιδρύματος Καρδιολογίας και την έγκριση του Χαρακοπέιου Πανεπιστημίου, διεξήχθη η επιδημιολογική έρευνα MEDIS (Mediterranean Islands Study), η οποία συμπεριέλαβε 1190 ηλικιωμένα άτομα, άνω των 65 ετών, χωρίς καρδιαγγειακή νόσο ή καρκίνο στο ιατρικό ιστορικό τους, που διαμένουν μόνιμα σε νησιά του Αιγαίου, Ιονίου και την Κύπρο. Μεταξύ άλλων διερευνήθηκε ο βαθμός υιοθέτησης στην παραδοσιακή διατροφή των προγόνων μας. Η ανάλυση των στοιχείων έδειξε ότι τα ηλικιωμένα άτομα της μελέτης υιοθετούσαν ικανοποιητικά την Μεσογειακή διατροφή σε ποσοστό 61% (χωρίς ιδιαίτερες διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών), ενώ ελαφρώς μεγαλύτερη προσκόλληση φαίνεται να έχουν άτομα που διαμένουν σε αγροτικές περιοχές έναντι των αστικών. Άλλες έρευνες σε Ευρωπαϊκό επίπεδο έδειξαν ότι υπάρχει σαφής τάση για απομάκρυνση από την παραδοσιακή Μεσογειακή διατροφή, ιδιαίτερα από τις περιοχές της Ανατολικής και Νότιας Ευρώπης. Το αισιόδοξο διατροφικό παράδειγμα των ηλικιωμένων νησιωτών της Ελλάδας και της Κύπρου, δεν φαίνεται να ακολουθούν άτομα από άλλες ηλικιακές ομάδες, τόσο στην Ελλάδα, όσο και στο εξωτερικό (Παναγιωτάκου, 2008).

Επιπλέον, πανελλαδική μελέτη που διενήργησε το Ίδρυμα Αριστείδης Δασκαλόπουλος σε δείγμα 1300 ατόμων ηλικίας άνω των 15 ετών, έδειξε ότι δεν καταναλώνουμε στον βαθμό που συνιστάται από την πυραμίδα της Μεσογειακής Διατροφής δημητριακά και τα προϊόντα τους, λαχανικά και φρούτα, και στον αντίποδα τρώμε πολύ κόκκινο κρέας και αρκετά περισσότερες πατάτες. Συγκεκριμένα, καταναλώνουμε 46% λιγότερα δημητριακά, 60% λιγότερα φρούτα, 70% λιγότερα λαχανικά, 80% περισσότερες πατάτες και 340% περισσότερο κόκκινο κρέας από τις συνιστώμενες ποσότητες της Μεσογειακής Διατροφής. Από την έρευνα προέκυψε, ακόμη, ότι μόλις 4 στους 10 εφήβους ηλικίας 15-17 ετών τρώνε φρούτα μία φορά την ημέρα ή συχνότερα. Τέλος, θα πρέπει να σημειωθεί, ότι τα γαλακτοκομικά προϊόντα, στο σύνολό τους, καταναλώνονται σύμφωνα με τις διατροφικές οδηγίες, χωρίς να παρατηρούνται σημαντικές διαφοροποιήσεις από ηλικία σε ηλικία. (Παπαχρήστου, 2008).

Άλλες έρευνες κατέδειξαν ότι τα ποσοστά προσκόλλησης στη Μεσογειακή δίαιτα είναι χαμηλά σε ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα παιδιών και εφήβων στην Ελλάδα. Συγκεκριμένα

σκοπός στην έρευνα των Kontogianni et al (2008) ήταν να ερευνήσουν την προσκόλληση σε ένα υπόδειγμα μεσογειακής διατροφής που αφορούσε ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα παιδιών και εφήβων από την Ελλάδα. Το δείγμα της μελέτης (3-18 χρόνων) ήταν αντιπροσωπευτικό του ελληνικού πληθυσμού σε φύλο και ηλικία ενώ το ερευνητικό εργαλείο που χρησιμοποίησαν ήταν το KIDMED. Μόνο το 11,3 των παιδιών και 8,3 των εφήβων είχαν άριστη βαθμολογία KIDMED. Στην εφηβεία μερική ανάλυση συσχέτισης αποκάλυψε μια αρνητική, ασθενή σύνδεση μεταξύ του KIDMED και του BMI ($r = -0.092$; $P = 0.031$) (Kontogianni et al, 2008). Επίσης, αποτελέσματα της μελέτης CRKIDS σε Κυπριακό σχολείο για τα χαρακτηριστικά και το είδος ζωής φανέρωσαν ότι η συμπεριφορά διατροφής και είδους ζωής είναι συνδεδεμένη με χρόνιες ασθένειες. Δείγματα έχουν δοθεί από 24 δημοτικά σχολεία. Οι εκτιμήσεις βασίστηκαν στην ποσότητα και συχνότητα τροφής καθώς και στην υιοθέτηση της Μεσογειακής δίαιτας. Το 6,7% των παιδιών είναι πολύ προσκολλημένα στη Μεσογειακή διατροφή, το 37% είναι προσκολλημένα, το 20% των αγοριών και το 25% των κοριτσιών γευματίζουν με τους γονείς τουλάχιστον 5 φορές την βδομάδα . Ένα μεγάλο ποσοστό των παιδιών στην Κύπρο έχουν χαμηλής ποιότητας διατροφής και ανεπαρκή σωματική δραστηριότητα (Lazarou et al, 2009).

Σε γενικές γραμμές οι σύγχρονες εξελίξεις στον χώρο της διατροφής έχουν δημιουργήσει σύγχυση στον καταναλωτή, για ποιο διατροφικό μοντέλο να ακολουθήσει και επομένως έχουν αλλάξει τις διατροφικές του συνήθειες. Κρίνεται απολύτως απαραίτητο όμως όπως φαίνεται ξεκάθαρα από τα προαναφερθέντα ότι ο σημερινός καταναλωτής θα πρέπει να ακολουθήσει το μεσογειακό μοντέλο διατροφής. Σε κάτι τέτοιο συμβάλλουν οι εξελίξεις σε διάφορες επιστήμες, αλλά και στον τρόπο παραγωγής τροφίμων, που προτείνουν και άλλες διατροφικές λύσεις (τρόφιμα) οι οποίες σε συνδυασμό με τη μεσογειακή διατροφή υπόσχονται πολλά.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο: Διατροφή και έφηβος

1. Διατροφή στην εφηβική ηλικία

Η εφηβεία είναι η περίοδος της ζωής του ανθρώπου που ξεκινά με την ήβη και φτάνει μέχρι την ενηλικίωση, όπου και ολοκληρώνεται η ανάπτυξη-ωρίμανση του οργανισμού. Η διατροφή στην εφηβική ηλικία πρέπει να καλύπτει τις αυξημένες ανάγκες του εφήβου που προκύπτουν από το αυξημένο ρυθμό ανάπτυξης, την αύξηση των οστών, του μυϊκού ιστού, τον όγκο του αίματος

1.1 Αλλαγές στην σωματική ανάπτυξη των εφήβων

Η εφηβεία είναι μια περίοδος όπου γίνονται σημαντικές σωματικές, ψυχικές, νοητικές και ψυχοκοινωνικές διαδικασίες (New S.A, 2001). Η εφηβική ηλικία προσδιορίζεται μεταξύ των 11 και 18 ετών, ξεκινά με την ήβη και φτάνει μέχρι την ενηλικίωση, όπου ολοκληρώνεται η ανάπτυξη-ωρίμανση του οργανισμού. Τα στάδια ανάπτυξης κατά την εφηβεία: (10 έως 11 ετών) στη μέση (14 έως 17 ετών) και στην όψιμη (17 έως 21 ετών). Ο ρυθμός ανάπτυξης είναι γρήγορος και έντονος. Οι μεταβολές στη σύσταση του σώματος είναι ανάλογη με το φύλο. Ενώ στην προ-εφηβική περίοδο το ποσοστό λίπους στο σώμα είναι για τα κορίτσια 19% και για τα αγόρια 15% στο τέλος της εφηβικής ηλικίας είναι περίπου για τα κορίτσια 23% λίπος στο σώμα τους και για τα αγόρια μόνο 12%. Χαρακτηριστικά των μεταβολών στην εφηβική ηλικία είναι η αύξηση του βάρους και ύψους και οι αλλαγές στη σύσταση του σώματος. Τα αγόρια παίρνουν βάρος από το 12^ο ως το 16^ο έτος, ενώ τα κορίτσια από το 10^ο ως το 14^ο έτος. Μετά το 14^ο έτος όμως και με την ολοκλήρωση της αναπτυξιακής διαδικασίας στο 20^ο έτος τα αγόρια υπερέχουν των κοριτσιών και στις δύο τιμές (βάρος, ύψος) κατά 10% περίπου (Rizzoli & Bonjour, 1999). Η εφηβεία χαρακτηρίζεται από ταχύτατη σκελετική ανάπτυξη περίπου το 40% της συνολικής οστικής μάζας αποκτάται κατά την περίοδο αυτή. Η ανάπτυξη και υγεία των οστών κατά την εφηβική ηλικία επηρεάζονται από γενετικούς ορμονικούς μηχανικούς (φυσική δραστηριότητα) και διατροφικούς παράγοντες.

Οι ενεργειακές απαιτήσεις των κοριτσιών αυξάνονται από 1.000 θερμίδες/ ημέρα στην ηλικία των 2 ετών σε 2.600 θερμίδες/ημέρα στην ηλικία των 18 ετών. Η αύξηση είναι μεγαλύτερη στα αγόρια από 1.200 θερμίδες σε 3.600 θερμίδες (Ζαμπέλας, 2003, σ.σ.241) . Οι ενεργειακές ανάγκες του εφήβου ποικίλουν, αφού εξαρτώνται από το ρυθμό της ανάπτυξης, το βάρος, το ύψος και την φυσική δραστηριότητα. Βέβαια, η ανάπτυξη του εφήβου είναι

αποτέλεσμα της βιοσωματικής, γνωστικής και συναισθηματικής αναπτυξιακής πορείας προς την ενηλικίωση.

1.2 Ψυχοκοινωνική ανάπτυξη του εφήβου

Παράλληλα με τα φυσική ανάπτυξη ο έφηβος αναπτύσσεται νοητικά, συναισθηματικά και κοινωνικά. Κατά την διάρκεια της εφηβείας ο έφηβος εξοικειώνεται με τις μεταβολές που συμβαίνουν σε αυτόν και ταυτόχρονα τις συγκρίνει με τις αντίστοιχες στο σώμα των συνομηλίκων του. Η ανάπτυξη της εικόνας του σώματος είναι απαραίτητη προϋπόθεση για την απαρτίωση της εικόνας του εαυτού και την διαμόρφωση της ατομικής ταυτότητας. Η εικόνα του σώματος έχει διατυπωθεί ως η εσωτερική απεικόνιση της εξωτερικής εμφάνισής μας (*Thomson et al, 1999*). Ο έφηβος αποκτά επιπλέον την ικανότητα να αντιλαμβάνεται πιο αφηρημένες έννοιες, να σκέπτεται μεθοδικά, να κάνει συγκρίσεις, να αναπτύσσει ικανότητες σχετικά με την επίλυση προβλημάτων και να λαμβάνει αποφάσεις. Αποτέλεσμα των ψυχικών μεταβολών που υφίσταται ο έφηβος είναι η προσπάθειά του να αυτονομηθεί από τους ενήλικες και να ταυτισθεί με την ομάδα των συνομηλίκων. Μέσω της ομάδας των συνομηλίκων που λειτουργούν ως πρότυπα, ο έφηβος βιώνει την ψευδαίσθηση της ελευθερίας.

1.3 Η σημασία της σωστής διατροφής για τον έφηβο

Ισορροπημένη διατροφή για τον έφηβο χαρακτηρίζεται από μέτρο και ποικιλία καλής ποιότητας τροφίμων και εξασφαλίζει στον οργανισμό τα θρεπτικά συστατικά στις ποσότητες που απαιτούνται για την υγεία και την ανάπτυξη. Μια δίαιτα πλούσια σε φρούτα, λαχανικά, όσπρια και δημητριακά, κρέας και γαλακτοκομικά, μπορεί στις περισσότερες περιπτώσεις να καλύψει τις ανάγκες του εφήβου, δίνοντας πάντα προσοχή στο ισοζύγιο ενέργειας (*Ζαμπέλας, 2003, σ.σ.249*).

Σε αυτή την περίοδο της ζωής του το άτομο αποκτά διατροφικές συνήθειες οι οποίες θα γίνουν συνήθειες μιας ζωής με τις ανάλογες θετικές ή αρνητικές επιπτώσεις στη σωματική και ψυχική υγεία. Έτσι, ένα παιδί που σε μικρή ηλικία τρώει φρούτα και λαχανικά καθημερινά, είναι πιθανότερο να συνεχίσει να τα περιλαμβάνει στη διατροφή του και στη μετέπειτα ζωή, αντίθετα με ένα παιδί που έχει εκτεθεί από μικρή ηλικία σε πληθώρα τροφών πλούσιων σε λίπος και ζάχαρη (*Birch and Fisher, 1998*). Ο συσχετισμός μεταξύ διατροφής κατά την παιδική ηλικία και κινδύνου καρκίνου στην ενήλικη ζωή, έδειξε μια σαφή προστατευτική επίδραση της κατανάλωσης φρούτων και λαχανικών (*Αλεξίου, 2004*). Βασική

προϋπόθεση για την καλή υγεία και την μακροβιότητα είναι η τήρηση ενός υγιεινού διαιτολογίου από την παιδική και εφηβική ηλικία. Τα σύγχρονα διατροφικά πρότυπα καθώς και η έλλειψη φυσικής δραστηριότητας λειτουργούν αθροιστικά στη παθητική υπερκατανάλωση ανθυγιεινών τροφίμων (Gibson & Neate, 2007). Οι νέες διατροφικές αξίες συνάδουν με τα lifestyles της εποχής, τα οποία απομακρύνουν τον έφηβο από την μεσογειακή και παραδοσιακή διατροφή και ακολουθεί περισσότερο «δυτικά» διατροφικά πρότυπα.

1.4 Παράγοντες που επηρεάζουν τη διατροφική συμπεριφορά των εφήβων

Η διαιτητική συμπεριφορά του εφήβου εξαρτάται από μια ποικιλία παραγόντων όπως η ηλικία, το φύλο, το μορφωτικό επίπεδο, οι διαπροσωπικές σχέσεις/ κοινωνικότητα, η οικονομική κατάσταση, η διαμορφωμένη κουλτούρα, τα κοινωνικά δίκτυα, η αποπροσανατολιστική διαφήμιση τροφίμων, ο έλλειψη προσωπικού χρόνου του εφήβου, η οικογενειακή του κατάσταση καθώς και η ύπαρξη κυλικείου στο χώρο του σχολείου.

Το διατροφικό περιβάλλον που παρέχουν οι γονείς στο παιδί, διαμορφώνει τις διατροφικές του συνήθειες σε μεγάλο βαθμό για την μετέπειτα ζωή του. Όσο αυξάνεται η ηλικία, αυξάνεται ταυτόχρονα και το ενδιαφέρον για την προσωπική υγεία, με αποτέλεσμα να αυξάνεται και η αναζήτηση διατροφικών πληροφοριών.

Οι διατροφικές επιλογές των εφήβων είναι συνάρτηση των εξής παραγόντων:

- της δομής και των χαρακτηριστικών της οικογένειας και κυρίως οι διαιτητικές συνήθειες των γονέων,
- της διαφήμισης,
- των κοινωνικών και πολιτιστικών αξιών καθώς και των σωματικών προτύπων , που προωθεί η βιομηχανία,
- της εικόνας του σώματός τους,
- των προσωπικών εμπειριών,
- της γεύσης και της εμφάνισης των τροφίμων. Τα παιδιά προτιμούν τρόφιμα με έντονο χρώμα, αλλά με ήπιες γεύσεις και μυρωδιές, γιατί αντιλαμβάνονται με μεγαλύτερη οξύτητα τη γεύση,
- της ευκολίας παρασκευής ή διαθεσιμότητας των τροφίμων (Ζαμπέλας, 2003, σ.σ.253).

Πρέπει χαρακτηριστικά να σημειωθεί, ότι οι διατροφικές επιλογές των εφήβων είναι μέσο για να δηλώσουν την αυτονομία τους απέναντι στην οικογένεια και την κοινωνία και να προσδιορίσουν ταυτόχρονα την δική τους ταυτότητα.

1.4.1 Φύλο

Το φύλο λαμβάνεται υπ' όψιν στη διατροφική συμπεριφορά, καθώς οι έφηβες σε σύγκριση με τα συνομήλικα αγόρια, φαίνεται ότι ακολουθούν δίαιτες ελλειπείς στις περισσότερες ομάδες τροφίμων, σε μια συνεχή προσπάθεια μείωσης του σωματικού τους βάρους. Σε γενικές γραμμές οι γυναίκες υιοθετούν υγιέστερα διατροφικά πρότυπα, περιλαμβάνοντας συχνότερα στο διαιτολόγιό τους φρούτα και λαχανικά (*Prattala et al, 2006, p.520-525*).

Ερευνητικά στοιχεία που συλλέχθηκαν κατά την προκαταρκτική φάση του προγράμματος «Pro children Project» σε εννέα Ευρωπαϊκές χώρες, με εθνικά αντιπροσωπευτικά δείγματα 12 χρόνων μαθητών, έδειξαν ότι τα κορίτσια καταναλώνουν φρούτα ή λαχανικά σημαντικά πιο συχνά σε σχέση με τα αγόρια, σε όλες τις συμμετέχουσες χώρες (*Kleep, 2005*). Στη μελέτη τους οι Neurmark-Sztainer σχετικά με την ανεπαρκή πρόσληψη φρούτων ή λαχανικών από μαθητές ηλικίας 12 ετών και άνω, βρήκαν ανεπαρκέστερη πρόσληψη από τα αγόρια (*Neurmark-Sztainer et al., 1996*). Γενικά φαίνεται, πως οι γυναίκες είναι περισσότερο ευαισθητοποιημένες ή ενημερωμένες από τους άνδρες για την θρεπτική αξία των τροφίμων.

1.4.2 Βαθμός ευχαρίστησης από την λήψη της τροφής

Οι διάφορες γεύσεις αποτελεί καταλυτικό παράγοντα στην τελική διαμόρφωση των τροφών που ο έφηβος θα επιλέξει να καταναλώσει (*Bere & Kleep, 2004*). Μελέτες που επηρεάζουν την κατανάλωση φρούτων και λαχανικών στα παιδιά, καταδεικνύουν τη σπουδαιότητα μεταβλητών όπως η γευστική προτίμηση, η οποία διαμεσολαβεί για την εμφάνιση της επιθυμητής συμπεριφοράς.

Οι έφηβοι έχουν την προδιάθεση να μαθαίνουν να προτιμούν τροφές πλούσιες σε θερμίδες, αφού έχουν μάθει να συνδέουν την οσμή και την γεύση αυτών με ένα ευχάριστο συναίσθημα που προκύπτει από την κατανάλωση τέτοιων τροφίμων (*Birch & Fisher, 1998*). Οι έφηβοι καταναλώνουν κάποιο τρόφιμο επειδή ικανοποιεί την γεύση τους, την οσμή τους αλλά και λόγω της εμφάνισής του (*Birch, 1998*). Η κατανάλωση ενός τροφίμου συνδέεται άμεσα με την διαθεσιμότητά του. Σπουδαίο ρόλο στις προτιμήσεις των παιδιών διαδραματίζουν η διαθεσιμότητα (availability) και η προσβασιμότητα (accessibility) των τροφών που καταναλώνουν. Οι έφηβοι καταναλώνουν αυτά που τους είναι διαθέσιμα στο περιβάλλον που ζουν.

1.4.3 Μέσα μαζικής ενημέρωσης

Από τις σημαντικότερες επιρροές στη διαμόρφωση διατροφικών επιλογών ασκούν τα Μ.Μ.Ε. και ιδιαίτερα η τηλεόραση.

Στην διατροφική συμπεριφορά των παιδιών μέγιστη επίδραση ασκούν τα Μ.Μ.Ε. μέσω της βιομηχανίας των διαφημίσεων. Οι διαφημίσεις των τροφίμων είναι η μεγαλύτερη κατηγορία προϊόντων που προβάλλονται στην τηλεόραση κατά την διάρκεια των παιδικών προγραμμάτων και αριθμούν το 50% των διαφημίσεων που προβάλλονται συνολικά. Επιπρόσθετα οι μισές από τις διαφημίσεις για τρόφιμα αφορούν προβολή προϊόντων όπως γλυκίσματα, σνακ και δημητριακά πρωινού (Kennedy, 2000, p.p.272-281). Οι διαφημίσεις τροφίμων προβάλλονται με χιούμορ και κίνηση ενώ η κατανάλωση τροφίμων συνδέεται με διασκέδαση και ευχάριστη διάθεση. Οι τηλεοπτικές διαφημίσεις επηρεάζουν τις τροφικές επιλογές των παιδιών.

1.4.4 Παρακολούθηση τηλεόρασης

Ιδιαίτερα σημαντικό όσον αφορά στην παρακολούθηση τηλεόρασης είναι το γεγονός ότι σχετίζεται με αλλαγές στη διατροφική συμπεριφορά πχ μέσω αύξησης των πρόχειρων γευμάτων και στις διατροφικές συνήθειες λόγω μεγαλύτερης έκθεσης σε διαφημίσεις τροφίμων πλούσιων σε ζάχαρη και λίπος (Taras, Cage, 1995). Στοιχεία ερευνητικά δείχνουν ότι η συστηματική παρακολούθηση τηλεόρασης από εφήβους συμβάλλει στην κατανάλωση λιγότερο υγιεινών, παραδοσιακών τροφών που διαφημίζονται Συγκεκριμένα σε δείγμα 12-χρονων μαθητών βρέθηκε ότι οι ώρες παρακολούθησης συνδέονται αντιστρόφως ανάλογα με την πρόσληψη φρούτων-λαχανικών (Boynton-Jarret et al, 2003).

Οι επιλογές των εφήβων όσον αφορά στο φαγητό σχετίζονται με τη συχνότητα που βλέπουν στην τηλεόραση να διαφημίζονται κάποια τρόφιμα και με τον τρόπο που αυτά διαφημίζονται (πχ μέσω αθλητών, μοντέλων που οι έφηβοι έχουν ως πρότυπα) και τα οποία τελικά υιοθετούν στο διαιτολόγιό τους (Faith et al , 2001, p.p.1043-8). Τέλος θα πρέπει να σημειωθεί ότι η επίδραση της τηλεόρασης στην εμφάνιση της παχυσαρκίας παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον. Οι ώρες τηλεόρασης θεωρούνται, ότι προωθούν την αύξηση του βάρους όχι μόνο λόγω της αντικατάστασης της φυσικής δραστηριότητας, αλλά και λόγω της αύξησης της ενεργειακής πρόσληψης (Robinson et al, 1998).

1.4.5 Διαδίκτυο

Η υπερβολική ενασχόληση των εφήβων με τον χώρο του διαδικτύου παρατηρείται , σύμφωνα με έρευνα που διεξήγαγε η ομάδα SafeNetHome, στο πλαίσιο ευρωπαϊκής δράσης SafeNetHome σε συνεργασία με το ΤΕΙ Θεσσαλονίκης. Η ομάδα έχει θέσει σε λειτουργία την ανοιχτή γραμμή βοήθειας Help Line 80111 ΕΚΑΤΟ. Η έρευνα κατέδειξε τα εξής: το 44% των εφήβων χρησιμοποιούν το διαδίκτυο για προσωπικούς λόγους, το 25% χρησιμοποιεί το διαδίκτυο από το internet station ή café, το 10% το χρησιμοποιεί σε χώρους εργασίας, ποσοστό 51% των εφήβων χρηστών του διαδικτύου το χρησιμοποιεί για να κατεβάζει μουσική, ενώ το 21% δηλώνει ότι αγνοεί τους κινδύνους από το διαδίκτυο (www.ads.gr.com/forum/showthread.php?t=46004). Τα υψηλά ποσοστά διείσδυσης του διαδικτύου στους Έλληνες εφήβους, μπορεί να σημαίνουν:

α) σωματικά:

- διατροφικές διαταραχές,
- μείωση αθλητικής δραστηριότητας,
- διαταραχές στον ύπνο,
- παραμέληση προσωπικής υγιεινής και

β) ψυχολογικά:

- αίσθηση ευφορίας και καλής διάθεσης
- απομόνωση από το οικογενειακό περιβάλλον και τους φίλους.

1.4.6 Γνώσεις

Οι γνώσεις των εφήβων γύρω από τη διατροφή αποτελεί ένα παράγοντα που επηρεάζει τις τροφικές του επιλογές. Σύμφωνα με έρευνα των Gibson et al υπάρχει μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση των γνώσεων διατροφής μεταξύ των παιδιών και των μητέρων τους, ιδιαίτερα όσον αφορά τις γνώσεις των μητέρων για το περιεχόμενο λίπους και ζάχαρης που περιέχονται στα διάφορα τρόφιμα. Το επίπεδο των γνώσεων σχετικά με τις τροφές και τα οφέλη που προκύπτουν για την υγεία επηρεάζουν την κατανάλωσή τους (Gibson et al,1998).

1.4.7 Συνομήλικοι

Η διαιτητική συμπεριφορά του εφήβου, εκτός του ό,τι πρέπει να προμηθεύει τον έφηβο με ενέργεια και θρεπτικά συστατικά, αποτελεί πολύ συχνά και μέσο με το οποίο ο ίδιος χρησιμοποιεί για να καλύψει τις ψυχοκοινωνικές του ανάγκες. Η ένταξη των εφήβων σε ομάδες φιλίας τους προσφέρει θετικά στοιχεία (βαθύτερη αυτογνωσία, πνευματική και κοινωνική ανάπτυξη, ανάληψη ευθυνών κ.α).

Πιο συγκεκριμένα, λοιπόν, ο ρόλος των συνομήλικων κατά την εφηβεία είναι καθοριστικός και ικανός να λειτουργήσει είτε ευεργετικά, είτε κατασταλτικά στην ψυχοσωματική ανάπτυξη του εφήβου. Οι έφηβοι που είναι κοινωνικά αποδεκτοί είναι συνήθως άτομα κοινωνικά, με ανεκτικότητα, ευελιξία σκέψης, μειωμένο άγχος, αυτοπεποίθηση, με φιλοδοξίες και στόχους. Οι συνομήλικοι βοηθούν αφενός να αφομοιώσει ο έφηβος αυτά που συμβαίνουν καθώς βιώνουν και αυτοί την ίδια κατάσταση και αφετέρου βοηθούν στην ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων.

Ο έφηβος προσπαθεί να αυτονομηθεί, επαναστατεί και ταυτίζεται με τους συνομηλίκους του. Στην εφηβική ηλικία, σύμφωνα με έρευνα ο Birch διαπίστωσε, ότι προνήπια άρχισαν να τρώνε τροφές που παλαιότερα αντιπαθούσαν όταν χωριζόντουσαν σε ζευγάρια και το άλλο παιδί, που ήταν μαζί τους προτιμούσε την τροφή αυτή (Birch, 1980). Στην εφηβική ηλικία οι διαιτητικές προτιμήσεις είναι άμεσα συνυφασμένες με την επιθυμία του εφήβου να ενσωματωθεί στην κοινωνική ομάδα των συνομηλίκων του.

Οι συνομήλικοι λειτουργούν ως πρότυπα και ιδιαίτερα στην εφηβεία, που το αίσθημα του «ανήκειν» σε ομάδα είναι έντονη, ψυχο-συναισθηματική ανάγκη. Άλλωστε οι έφηβοι (ιδιαίτερα αυτό συμβαίνει στους αλλοδαπούς), αφιερώνουν αρκετό χρόνο για να γευματίσουν με τους φίλους τους, γιατί θεωρούν πως αυτό συμβάλλει στην κοινωνικοποίηση και την ψυχαγωγία τους (Bergman, Joseph, 2000). Με αυτόν τον τρόπο, λοιπόν, επιδιώκουν να γίνουν αποδεκτοί από τους συνομήλικους τους επιδεικνύοντας την τάση να υιοθετούν τις διατροφικές συνήθειες των φίλων τους.

1.4.8 Οικονομία και διατροφή

Στις μέρες μας η οικονομική κρίση πλήττει τα κατώτερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα. Οι δείκτες υγείας σε μια οικονομική κρίση αντί να βελτιώνονται χειροτερεύουν καθώς το στρες που είναι το κύριο αποτέλεσμα μιας τέτοιας κρίσης οδηγεί από μόνο του σε μια «ανθυγιεινή» συμπεριφορά η οποία σχετίζεται με μεγάλες ποσότητες κατανάλωσης πρόχειρου φαγητού αλλά και διαταραχές ύπνου. Οι κακοί οικονομικοί δείκτες βρίσκονται σε αναλογία με την κακή υγεία (<http://health.ana-mpa.gr/view1.php?id=7059>).

Η παρουσία της οικονομικής κρίσης στη χώρα μας έχει επηρεάσει εκτός από την αγορά καταναλωτικών αγαθών προσωπικής και οικιακής χρήσης και την επιλογή των προϊόντων διατροφής. Η ανατιμολόγηση των ειδών διατροφής έχει κάνει επιφυλακτικούς τους καταναλωτές στην επιλογή τροφών σε βαθμό τέτοιο που μπορεί να παραβλέπεται η θρεπτική αξία ενός τροφίμου και η πληρότητά του σε θρεπτικά συστατικά.

Το κόστος του τροφίμου είναι ένας σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει τις διατροφικές συμπεριφορές. Η παράμετρος αυτή γίνεται περισσότερο εμφανής σε εφήβους που

προέρχονται από χαμηλά κοινωνικοοικονομικά στρώματα. Έφηβοι που προέρχονται από αυτά τα στρώματα καταναλώνουν λιγότερα φρούτα και λαχανικά (Pollard et al, 2002, p.p.373-387). Άλλωστε η μείωση του ημερήσιου χρηματικού ποσού που λαμβάνουν καθημερινά είναι πιθανό να βελτιώσει την ποιότητα της διατροφής και το σωματικό τους βάρος, ενώ οι έφηβοι ξοδεύουν χρήματα σε δυτικού τύπου τροφές (Γραμματικοπούλου και συνεργατών, 2009). Το κόστος διαμορφώνει επίσης την επιλογή των επεξεργασμένων και κατεψυγμένων προϊόντων που θεωρούνται οικονομικότερα στην τιμή πώλησης. Τα περισσότερα επεξεργασμένα τρόφιμα περιέχουν μεγάλη ποσότητα υδατανθράκων αλλά όχι αρκετή πρωτεΐνη και φυτικές ίνες.

1.4.9 Η εικόνα του σώματος και οι διατροφικές συμπεριφορές

Η εικόνα του σώματος είναι μια πολυδιάστατη έννοια που αναφέρεται στην υποκειμενική αντίληψη κάθε ατόμου, καθώς και στα βιώματα και στη συμπεριφορά του προς το σώμα του και ιδιαίτερα προς τη φυσική του εμφάνιση.

Τα αισθητικά στερεότυπα από το τέλος του 20^{ου} και 21^{ου} αιώνα, θεωρούν ως κοινωνικά αποδεκτό το λεπτό σωματότυπο. Η επιρροή του μοντέλου των Δυτικών κοινωνιών σήμερα προωθούν ως πρότυπο το αδύνατο σώμα, αλλά ταυτόχρονα παρέχουν πληθώρα τροφίμων, εύληπτων και νόστιμων, πλούσιων σε ενέργεια και εύκολα διαθέσιμων.

Η εφηβεία είναι μια περίοδος με μεγάλες αλλαγές στο σώμα και ειδικότερα στα κορίτσια η φυσιολογική ωρίμανση που συμβαίνει στο σώμα τους, τα ωθούν να αισθάνονται άβολα με τις αλλαγές που παρατηρούν και βιώνουν. Οι αλλαγές αυτές οδηγούν σε αρνητικά συναισθήματα, όσον αφορά στην εικόνα του σώματος, ειδικά όταν συνδυάζονται με τα εξιδανικευμένα πρότυπα του γυναικείου σώματος και της ομορφιάς, που προβάλλουν τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης (Harrison, 2003, σ.σ.255-264). Οι φίλοι, η οικογένεια και κυρίως οι μητέρες επηρεάζουν σημαντικά την εικόνα του σώματος των νεαρών εφήβων και κατ' επέκταση τη δυσαρέσκεια για το βάρος και το σχήμα του σώματος, που εμφανίζεται συχνά στην ηλικία αυτή.

Η δυσαρέσκεια ως προς το σώμα έχει εξαπλωθεί τόσο ανάμεσα στις έφηβες, που τείνει να αποτελέσει φυσιολογικό χαρακτηριστικό γνώρισμα της ηλικίας (Ζαμπέλας, 2003, σ.261). Πρώτος ο Nylander στη Σουηδία, έδειξε ότι το 28% των 14χρονων και το 50% των 18χρονων μαθητών δηλώνουν, ότι αισθάνονται παχιές και ότι εξ αυτών το 10% των 14χρονων και το 40% των 18χρονων κάνουν συστηματικά δίαιτα με σκοπό την ελάττωση του βάρους τους. Αντίθετα, στην ίδια έρευνα τα αγόρια-μαθητές σπανιότερα κάνουν δίαιτα (Nylander, 1971).

Η αρνητική εικόνα σώματος μπορεί να έχει σημαντικές αρνητικές συνέπειες τόσο στην ψυχική όσο και στη σωματική υγεία. Οι νεαρές γυναίκες και ειδικά τα κορίτσια στην εφηβεία

που βιώνουν ραγδαίες αλλαγές στο σώμα τους, διατρέχουν ακόμη μεγαλύτερο κίνδυνο για σοβαρές ψυχολογικές συνέπειες, όπως κατάθλιψη, άγχος και διατροφικές διαταραχές (Giudice, 2006). Στις νεαρές γυναίκες η μη ικανοποιητική εικόνα σώματος ερμηνεύεται από την άποψη, ότι έχω αυξημένο βάρος και στους νεαρούς άνδρες χαρακτηρίζεται από την προσπάθεια να βάλουν ή να χάσουν κιλά (Furnham. & Calman, 1998, σ.σ.58-72).

Τέλος, πρέπει να σημειωθεί ότι, κοινό χαρακτηριστικό των διατροφικών διαταραχών σύμφωνα με την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία (1994) θεωρείται η μη ικανοποιητική εικόνα σώματος που χαρακτηρίζεται ως ουσιαστικός παράγοντας ανάπτυξης διαταραχών στη λήψη τροφής.

1.4.10 Γονεϊκή επιρροή

Η οικογένεια αποτελεί το βασικότερο παράγοντα που επηρεάζει τις διατροφικές συνήθειες του παιδιού. Οι γονείς μεταφέρουν γνώσεις διατροφής, αποτελούν ισχυρά πρότυπα προς μίμηση, καλλιεργούν συγκεκριμένο συναισθηματικό περιβάλλον σχετικά με την όλη διαδικασία του φαγητού, επηρεάζοντας σημαντικά τις διατροφικές συνήθειες του παιδιού. Τα διατροφικά πρότυπα που εμφανίζουν τα μέλη μιας οικογένειας, πιθανόν να αποτελούν τη συνέπεια της μιμητικής συμπεριφοράς των παιδιών (modeling), τα οποίας υιοθετούν τη συμπεριφορά των γονέων τους (Cullen et al , 2000).

Οι γονείς έχουν τον άμεσο έλεγχο στα είδη των τροφίμων που είναι διαθέσιμα στο σπίτι. Τρόφιμα που παρουσιάζονται στο παιδί με την μορφή της ανταμοιβής, ως επιβράβευση, αυξάνει σε γενικές γραμμές την κατανάλωσή του. Αντίθετα εάν τα ίδια τρόφιμα παρουσιασθούν ως απαίτηση, τότε αυτό έχει ως αποτέλεσμα να μειωθεί η προτίμηση ή και η κατανάλωσή τους από τον έφηβο.

Επιπρόσθετα, το κοινωνικό πλαίσιο στο οποίο προσφέρεται η τροφή, καθώς και ο τρόπος με τον οποίο προσφέρεται φαίνεται να επηρεάζουν σημαντικά το βαθμό στον οποίο θα την καταναλώσει το παιδί (Birch, 1999)

2. Διατροφική συμπεριφορά εφήβου

Η διατροφική συμπεριφορά ταυτίζεται με την ψυχο-σωματική ευεξία, που νιώθει ο έφηβος και χαρακτηρίζεται από το είδος των τροφίμων, τα γεύματα που επιλέγει καθώς και τον τρόπο και τον τόπο που τα καταναλώνει

2.1 Διατροφικές συνήθειες του εφήβου

Οι έφηβοι δεν καταναλώνουν τις μερίδες κατανάλωσης που προτείνει η Διατροφική πυραμίδα, αν και γνωρίζουν την θετική επίδρασή της στην υγεία (Cruz, 2000). Σε έρευνα που διεξήχθη στις Η.Π.Α. με συμμετοχή 3.307 παιδιών και εφήβων βρέθηκε, ότι το ποσοστό των νέων που καταναλώνει τις προτεινόμενες μερίδες γαλακτοκομικών, δημητριακών, πρωτεϊνούχων τροφών, φρούτων και λαχανικών κυμαίνεται περίπου από 30-60%, ενώ το 16% δεν καταναλώνει καμιά προτεινόμενη μερίδα κατανάλωσης τροφίμων (Munoz et al, 1997).

Επίσης, σε μελέτη που διεξήχθη στην Ευρώπη και σε δείγμα 3.450 παιδιών και εφήβων διαπιστώθηκε, ότι λιγότερο από το 50% αυτών καταναλώνουν καθημερινά γαλακτοκομικά προϊόντα (Cavadini et al., 1999). Παράλληλα διαπιστώθηκε, ότι η κατανάλωση δημητριακών ή πρωτεϊνούχων τροφών από τα παιδιά και τους εφήβους είναι κάτω από τα προτεινόμενα κριτήρια κατανάλωσης αυτών (Rocket et al, 2001). Τέλος, μειωμένη εμφανίστηκε και η κατανάλωση σε λιγότερο από μια μερίδα φρούτα την ημέρα και το 29% σε λιγότερο από μια μερίδα φρέσκα λαχανικά την ημέρα (US Department of Health and Human Services, 2000).

Παρόμοια είναι η μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε δείγμα 582 παιδιών και εφήβων στη Βόρεια Ελλάδα με σκοπό να αξιολογηθεί η διαιτητική τους πρόσληψη. Τα αποτελέσματα έδειξαν, ότι η πρόσληψη λίπους αποτελεί το 40,9% και το 43,5% της ολικής προσλαμβανόμενης ενέργειας για τα αγόρια και τα κορίτσια αντίστοιχα. Η πρόσληψη υδατανθράκων και πρωτεϊνών προσεγγίζουν το 45% και το 15% της ολικής ενέργειας και για τα δύο φύλα. Επίσης, είναι η υψηλότερη κατανάλωση λουκάνικων, αυγών, ψωμιού, ζάχαρης, γλυκών και αναψυκτικών των αγοριών σε σχέση με τα κορίτσια (Hassapidou, Fotiadou 2001).

Είναι αξιοσημείωτο, ότι η μειωμένη κατανάλωση φρούτων και λαχανικών από τους νέους συνοδεύεται με την αύξηση της κατανάλωσης ανθυγιεινών τροφών (Cavadini et al, 2000) με αποτέλεσμα η διατροφή των νέων να είναι πλούσια σε λιπαρά και νάτριο και πτωχή σε σίδηρο, φολικό οξύ, ασβέστιο, μαγνήσιο, ψευδάργυρο και βιταμίνες (Burghardt et al, 1995 & Cavadini et al., 2000).

Μελέτες δείχνουν, ότι οι έφηβοι καταναλώνουν με μεγάλη συχνότητα και σε σημαντικές ποσότητες τρόφιμα όπως πατατάκια, παγωτά, κρουασάν, πίτσες, τηγανιτές πατάτες (Diehl 1999) δηλαδή τρόφιμα πλούσια σε λίπος, ζάχαρη και νάτριο ενώ αποφεύγουν τρόφιμα πλούσια σε φυτικές ίνες, βιταμίνες και ανόργανα στοιχεία (Dietz, 1999). Τρόφιμα όπως τα φρούτα και τα λαχανικά (Perez-Rodrigo, 2003) δεν τα αποδέχονται και δεν τα προτιμούν. Ο έφηβος συνήθως δεν ακολουθεί τις διατροφικές συνήθειες της οικογένειάς του, γευματίζει πολλές φορές «εκτός σπιτιού» και αρκετές φορές θέλει να ετοιμάσει μόνος του την τροφή του. Τα έτοιμα γεύματα (fast food) καλύπτουν μεγάλο ποσοστό της συνολικής ενεργειακής πρόσληψης πολλών εφήβων, επηρεάζοντας την ποσότητα της τροφής. Τα λίπη που προσφέρουν τα ταχυφαγεία είναι πάνω από το 50% των θερμίδων τους, ενώ χαμηλά σε σίδηρο, ασβέστιο, ριβοφλαβίνη, βιταμίνη Α, φυλικό οξύ και βιταμίνη C. Επίσης, τα πολυθερμιδικά «πρόχειρα γεύματα» είναι κύριες πηγές πρόσληψης κορεσμένου λίπους.

Ανεπαρκής σε θρεπτικά συστατικά καθίσταται η διατροφή του εφήβου λόγω της υπερκατανάλωσης αναψυκτικών και της εκτόπισης του γάλακτος και των χυμών από το διαιτολόγιο. Με την συχνή κατανάλωση αναψυκτικών, τα οποία περιέχουν ζάχαρη και παρέχουν μεγάλα ποσά φρουκτόζης και γλυκόζης, έχει συσχετισθεί η εμφάνιση της παχυσαρκίας, η οποία είναι ένας σημαντικός παράγοντας για την εμφάνιση του διαβήτη (Malik et al, 2006). Επιπλέον, η μεγάλη κατανάλωση αναψυκτικών συνέβαλε στην πρόσληψη λιγότερου φωσφόρου, πρωτεϊνών, μαγνησίου, ασβεστίου και βιταμίνης Α από τον οργανισμό σε ημερήσιο επίπεδο. Οι έφηβοι που καταναλώνουν καθημερινά έτοιμο φαγητό, πρέπει να προσέχουν την ποικιλία των θρεπτικών συστατικών στην τροφή τους. Τα συμπτώματα από την καθημερινή κατανάλωση έτοιμου φαγητού θα φανούν στην ενήλικη ζωή. Επίσης, έχει παρατηρηθεί, ότι οι έφηβοι τείνουν να αποφεύγουν κάποια γεύματα της ημέρας και να αναπτύσσουν ακανόνιστες διαιτητικές συνήθειες, όπως η συχνή αποφυγή πρωινού γεύματος.

2.2 Η συμβολή του πρωινού γεύματος στην ισορροπημένη διατροφή του εφήβου

Χαρακτηριστικό της διατροφής πολλών εφήβων είναι η παράλειψη του προγεύματος. Ένα καλό πρόγευμα παρέχει στον οργανισμό ενέργεια και σημαντικά θρεπτικά συστατικά κυρίως βιταμίνη C, ασβέστιο και ριβοφλαβίνη, βελτιώνει την φυσική απόδοση και αυξάνει την πνευματική ικανότητα του ατόμου. Υπάρχει μεγάλος αριθμός ερευνητών που μελετούν τις θετικές επιδράσεις του πρωινού στην υγεία και ειδικότερα στην ποιότητα ζωής.

Έρευνες μελέτησαν την ευεργετική επίδραση του πρωινού στις αυτοαναφορές των υποκειμένων για την ψυχική υγεία (Smith, 1998), για το υποκειμενικό αίσθημα ευεξίας (Smith, 2003), τη λειτουργία της μνήμης (Smith, 2000) τη διατήρηση του κατάλληλου σωματικού βάρους (Βασιλάκου & συνεργατών, 2000) και προσδιόρισαν τους μηχανισμούς με τους οποίους το πρωινό επιδρά στο στρες (Smith, 2002^a).

Τα άτομα, λοιπόν, που καταναλώνουν πρωινό καθημερινά, δηλώνουν λιγότερο πιεσμένα συναισθηματικά και με χαμηλότερα επίπεδα αντιληπτικού στρες. Σχετικά με την λειτουργία οι έρευνες έδειξαν, ότι όσοι καταναλώνουν πρωινό έχουν καλύτερη μνημονική απόδοση από αυτούς που δεν καταναλώνουν (Smith, 2000). Στην διατήρηση του κατάλληλου σωματικού βάρους έφηβοι που έτρωγαν πρωινό είχαν μικρότερο Δ.Μ.Σ. (Fiore et al., 2006). Επίσης, έφηβοι με έναν ή δύο γονείς παχυσαρκίας, οι οποίοι έτρωγαν πρωινό κάθε μέρα, έτειναν να έχουν φυσιολογικό Δ.Μ.Σ. σε σύγκριση με εκείνους που παρέλειπαν το πρωινό καθημερινά (Fiore et al., 2006).

Σημαντικός είναι και εδώ ο ρόλος του κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου με το 44% των ανωτέρω στρωμάτων να τρώει τακτικά πρωινό, έναντι του 23% των χαμηλότερων στρωμάτων. Οι αιτίες που παραλείπει ο έφηβος το πρωινό γεύμα είναι συνήθως η έλλειψη χρόνου, η μειωμένη όρεξη ή και ο φόβος για την αύξηση του βάρους του. Για να είναι ο μεταβολισμός του καλά ρυθμισμένος, να γίνονται οι απαραίτητες καύσεις, αλλά και να έχει καλά επίπεδα ενέργειας καθ' όλη την διάρκεια της ημέρας είναι απαραίτητο να μοιράζεται η ενεργειακή πρόσληψη σε πέντε γεύματα.

Το πρωινό γεύμα πρέπει να καλύπτει το 25% των καθημερινών μας αναγκών σε ενέργεια και θρεπτικά συστατικά. Συνέπεια της παράλειψης του πρωινού είναι η μειωμένη σχολική επίδοση και συχνά υπερκινητικότητα. Η παράλειψη ενός γεύματος ωθεί στην υπερκατανάλωση ενός άλλου γεύματος, που θα επιβαρύνει τον μεταβολισμό, θα κάνει τον έφηβο να νοιώθει κουρασμένο με μειωμένη συγκέντρωση κατά την διάρκεια της υπόλοιπης

ημέρας και θα οδηγήσει σε υπερφαγική κρίση. Η συνήθεια της λήψης πρωινού καλλιεργείται στο περιβάλλον της οικογένειας (Rocandio, et al ,2001).

Οι αλλαγές στον τρόπο διατροφής των εφήβων, ως προς την κατανομή των γευμάτων , οφείλονται στο γεγονός ότι οι έφηβοι μεγαλώνουν σε ένα καινούριο κόσμο με διαφορετικό κοινωνικο-οικογενειακό μοντέλο.

2.3 Η αξία των οικογενειακών γευμάτων

Το οικογενειακό τραπέζι αποτελούσε για τους Έλληνες ένα ισχυρό συνδετικό δεσμό για όλα τα μέλη της οικογένειας. Τα υλικά μαγειρικής εκτός από τις γαστρονομικές αναφορές και αναμνήσεις, υποδηλώνουν φροντίδα, αγάπη και ισορροπία μεταξύ των μελών της οικογένειας. Η είσοδος της Ελληνίδας στην παραγωγική διαδικασία, η ανάπτυξη των αλυσίδων διανομής γρήγορου φαγητού, η έλλειψη χρόνου, ο εντατικός ρυθμός ζωής, τα εστιατόρια πρόχειρου φαγητού (fast food) και το delivery έχουν αλλάξει ριζικά τις οικογενειακές συνήθειες των Ελλήνων.

Τα τελευταία χρόνια πολλές επιστημονικές μελέτες έχουν αναδείξει την αξία των οικογενειακών γευμάτων στην προαγωγή της ανάπτυξης και της υγείας των παιδιών. Το οικογενειακό γεύμα βοηθά τον έφηβο να υιοθετήσει υγιεινές και ισορροπημένες διατροφικές συνήθειες. Έφηβοι που γευματίζουν μαζί με τους γονείς έχουν λιγότερες πιθανότητες να καταναλώσουν ανθυγιεινά τρόφιμα καθώς οι γονείς ελέγχουν την ποσότητα και την ποιότητα των τροφών. Γενικά γεύματα που καταναλώνονται με την οικογένεια έχουν συσχετισθεί με υψηλής ποιότητας διατροφή (Woodruff & Hanning, 2008).

Σε έρευνα του Hannon (Hannon, 2003, p.p.77-83) βρέθηκε, ότι όσο αυξάνεται ο αριθμός των γευμάτων, που τα παιδιά μοιράζονται με τη μητέρα τους, τόσο αυξάνεται το επίπεδο πρόσληψης φρούτων και λαχανικών, καθώς τα γεύματα τείνουν να είναι πιο υγιεινά. Ερευνητές στις Η.Π.Α. στα πλαίσια διαχρονικής μελέτης για την υγεία των εφήβων και σε δείγμα 18.177 εφήβων διαπίστωσαν, ότι όσες περισσότερες φορές εβδομαδιαίως οι έφηβοι έτρωγαν μαζί με τους γονείς, τόσο περισσότερο αυξάνονταν οι πιθανότητες να τρώνε πρόγευμα και μεγαλύτερες ποσότητες φρούτων και λαχανικών (www.medloou.net/default.asp). Η επιρροή των γονέων και οι κοινές δραστηριότητες της οικογένειας παίζουν σημαντικό ρόλο στην καθιέρωση προτύπων στην οικογένεια καθώς ο έφηβος μιμείται τις διατροφικές συμπεριφορές των ενηλίκων.

Εκτός, όμως, από τα οφέλη σωστής ανάπτυξης των εφήβων από το οικογενειακό τραπέζι συγχρόνως προάγεται και η ψυχική υγεία των μελών. Ο διάλογος του εφήβου με τα άλλα

μέλη της οικογένειας κατά την διάρκεια του γεύματος εξασφαλίζει την ανάπτυξη του λεξιλογίου του και την ικανότητα να συντάσσει λόγο. Ήρεμες συζητήσεις με έμφαση στο εμπλουτισμένο λεξιλόγιο, ενισχύουν την επικοινωνία μεταξύ των μελών της οικογένειας και αναπτύσσουν τις δεξιότητες της κοινωνικοποίησης.

Σύμφωνα με την μελέτη E.A.T. (Eating Among Teens) του Πανεπιστημίου της Μινεσότα και τις έρευνες του CASA (The National Center on Addiction and Substance Abuse at Columbia University) η χαμηλή συχνότητα των οικογενειακών γευμάτων συνδέεται με παραβατικές συμπεριφορές, συμπληρώματα κατάθλιψης ή διαταραχές διατροφής. Αντίθετα, έφηβοι που τρώνε πέντε γεύματα στο οικογενειακό τραπέζι έχουν πιο ομαλή κοινωνική συμπεριφορά, καθώς νιώθουν, ότι έχουν συναισθηματική στήριξη και μπορούν να αντιστέκονται πιο εύκολα σε πιέσεις συνομηλίκων τους (http://www.lovecooking.gr/index.php?Itemid=60&id=362&option=com_content&view=article).

2.4 Σχολικά κυλικεία

Το κυλικείο του σχολείου θεωρείται χώρος που προάγει την υγεία των μαθητών και των εκπαιδευτικών. Το σχολείο θεωρείται ιδανικό πεδίο δράσης για τον περιορισμό των ανθυγιεινών διατροφικών επιλογών. Ωστόσο οι μαθητές συνήθως προτιμούν στα κυλικεία τροφές που είναι πλούσια σε λίπη, ζάχαρη και τις περισσότερες περιπτώσεις κακής ποιότητας.

Τα σχολικά κυλικεία παρέχουν ανθυγιεινά τρόφιμα πχ. Κρουασάν, πατατάκια, τοστ με τυριά και αλλαντικά με πλήρη λιπαρά (ζαμπόν, μπέικον κ.λ.π.). Σύμφωνα με την νομοθεσία Ν.1183/31.8.2006 επιτρέπεται η πώληση μόνο υγιεινών τροφίμων, όπως φρέσκα και αποξηραμένα φρούτα σε ατομική συσκευασία, μπισκότα σε χαμηλά λιπαρά, σταφιδόψωμο, μουστοκούλουρα, γάλα, γάλα σοκολατούχο με χαμηλά λιπαρά, τοστ ολικής αλέσεως χωρίς μαγιονέζα, ανάλατοι ξηροί καρποί, παστέλι με μέλι, σε ατομική συσκευασία σοκολάτα υγείας, γιαούρτι χωρίς γλυκαντικές ουσίες, ρυζόγαλο χωρίς ζάχαρη, φρέσκοι χυμοί. (www.thematadiatrofis.blogspot.com/2008/09/blog-post_11.html). Προσπάθειες για την τήρηση και επιβολή της νομοθεσίας πρέπει να ασκήσει η πολιτεία. Ο γονιός οφείλει να είναι ενήμερος για τις σωστές διατροφικές συνήθειες του εφήβου και με την προτροπή στο σχολικό περιβάλλον, να συμβάλλει σε υγιεινές στάσεις μαθητών.

3. Προβλήματα της εφηβικής ηλικίας που σχετίζονται με τη διατροφή

Στο πλαίσιο πολυπαραγοντικών επιδράσεων (περιβαλλοντικών, πολιτισμικών, οικογενειακών) εγγράφονται οι διατροφικές διαταραχές στην εφηβική ανάπτυξη και είναι αποτέλεσμα μιας σειράς αμυντικών παθολογικών μηχανισμών, που πολλές φορές σκοπό έχουν να χρησιμοποιήσουν το αντικείμενο (τροφή) σε βάρος του εαυτού. Ο έφηβος εκτίθεται σε έντονες βιολογικές και ψυχικές μεταβολές ενώ ταυτόχρονα δοκιμάζεται η προσαρμογή του στην κοινωνία. Η αποδοχή των αλλαγών προϋποθέτει υγιή ψυχική λειτουργία. Ο σύγχρονος τρόπος ζωής του εφήβου δημιουργεί διατροφικές διαταραχές.

3.1 Παχυσαρκία

Η παχυσαρκία ορίζεται ως η υπερβολική ύπαρξη σωματικού βάρους και λιπώδους ιστού σε σχέση με την άλιπη μάζα σώματος (Mahan, Escott-Stump 2004, p.p.284-299). Πολλές έρευνες (Kontogianni et al, 2008 & Lazarou et al, 2009) επιβεβαιώνουν την σχέση της αυξημένης κατανάλωσης τροφίμων πλούσιων σε θερμίδες και φτωχών σε θρεπτικά συστατικά με αποτέλεσμα την υπέρμετρη αύξηση βάρους σε εφήβους. Το θετικό ισοζύγιο ενέργειας για τον οργανισμό σημαίνει πρόσθεση σωματικού βάρους. Η παχυσαρκία εκτιμάται από το Δείκτη Μάζα Σώματος Δ.Μ.Σ. (Body Mass Index, B.M.I.) που αποτελεί μια συνεκτίμηση του βάρους και του ύψους $[B (kg) / Yψος (m)^2]$. Ο επιπολασμός της παχυσαρκίας έχει λάβει επιδημικές διαστάσεις σε παγκόσμια κλίμακα. Ο Π.Ο.Υ. χαρακτήρισε την κατάσταση ως πανδημία («globesity»), αφού τα ποσοστά των υπέρβαρων και παχύσαρκων, συνεχώς ανεβαίνουν.

Στην Ευρώπη επιπολασμός της παχυσαρκίας, σύμφωνα με το πρόγραμμα IDEFICS (Identification and prevention of dietary and lifestyle-induced health effects in children and infants), μια πολυεπίπεδη, επιδημιολογική μελέτη η οποία θα διενεργηθεί από το φθινόπωρο του 2006 έως 2011 σε 17.000 παιδιά, εννέα ευρωπαϊκές χώρες, συμπεριλαμβανομένης της Ελλάδας και της Κύπρου, η παχυσαρκία υπερέβη το 20% (Bamman et al, 2006). Ανάλογα αποτελέσματα προέκυψαν από την Εθνική Έρευνα Εξέτασης της Υγείας και της Διατροφής στις Η.Π.Α. (National Health and Nutrition Examination Survey) κατά τα έτη 1999 έως 2002, όπου βρέθηκε, ότι το 31 % των παιδιών και των νέων ηλικίας 6-19 ετών βρίσκονται σε κίνδυνο να εμφανίσουν παχυσαρκία, ενώ το 16% είναι ήδη υπέρβαρα (Hedley et al, 2004).

Στη χώρα μας οι διαπιστώσεις είναι οδυνηρές και οφείλονται στις καταστρεπτικές συνήθειες ζωής και στην εγκατάλειψη του παραδοσιακού τρόπου ζωής. Τα στοιχεία που

προέκυψαν από σύγκριση των τροφίμων, που έπαιρναν οι Κρήτες το 1960 (μελέτη 7 χωρών) με αυτά που παίρνουν οι σημερινοί Κρήτες, δείχνουν την αλλοίωση που έχει υποστεί η Κρήτη στις διατροφικές συνήθειες. Η κατανάλωση κρέατος αυξήθηκε κατά 157%, του ψαριού κατά 100% και του τυριού 334%. Αυξημένη είναι η λήψη ζωικής πρωτεΐνης και η προσλαμβανόμενη ποσότητα ζωικού λίπους. Επίσης, παιδιά σχολείων, έφηβοι και φοιτητές Ιατρικής υπερβαίνουν κατά πολύ την συνιστώσα ημερήσια ποσότητα (κάτω από το 10% των ολικών ημερησίων θερμίδων) ζωικού λίπους. Το 1962 η μέση χοληστερόλη του ορού των ανδρών στην Κρήτη ήταν 182mg/dl, στις αρχές του 1970 ήταν 220mg/dl και το 1988 ήταν 242mg/dl (Καφάτου & Λαμπαδαρίου, σ.σ.2-3).

Σε μετρήσεις που διενεργήθηκαν το 1992 σε 1046 παιδιά της νήσου Κρήτης, στα πλαίσια μακροχρόνιας μελέτης, βρέθηκε, ότι οι μαθητές εκεί είχαν υψηλότερο δείκτη μάζας σώματος (B.M.I.) σε σχέση με Αμερικάνους συνομηλίκους. Οι Κρητικοί εμφάνισαν υψηλότερη αναλογία υπέρβαρων παιδιών (Mamalakis et al, 2000).

Στην Ελλάδα εκτιμάται, ότι ο επιπολασμός της παχυσαρκίας στα παιδιά σχολικής ηλικίας 6-17 ετών είναι 17,3% (Georgiadis, Nassis, 2007, p.p.1072-1074). Τα διαθέσιμα στοιχεία στον ελληνικό πληθυσμό φανερώνουν μία τάση για υψηλό επιπολασμό της παχυσαρκίας και παραγόντων κινδύνου για καρδιαγγειακά νοσήματα των παιδιών και των εφήβων (Manios et al, 1999, pp.149-159). Ο καθηγητής της Καρδιολογίας κ. Λεκάκης στο 13^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Λιπιδιολογίας (Ελληνική Εταιρεία Λιπιδιολογίας Αθηροσκληρώσεως & Αγγειακής Νόσου, 2010) αναφέρθηκε σε μελέτη η οποία πραγματοποιήθηκε στο Δήμο Περιστερίου και έδειξε, ότι το 10% των μαθητών είναι παχύσαρκοι και το 10% υπέρβαροι. Σύμφωνα με τον καθηγητή στα παχύσαρκα παιδιά η αρτηριοσκληρώωση αρχίζει νωρίς με την παθολογική λειτουργία των αγγείων.

Μακροπρόθεσμες έρευνες δείχνουν, ότι η παιδική παχυσαρκία συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο παχυσαρκίας στην ενηλικίωση (Kvaavik et al, 2003, p.p.1212-1218) με αυξημένη νοσηρότητα, θνησιμότητα (Gibson & Neate, 2007, pp.445-460) καρδιαγγειακά νοσήματα και κάποιους τύπους καρκίνου (Serra-Majem et al, 2006). Επιπροσθέτως, έχει συσχετισθεί με ψυχοκοινωνικές παραμέτρους, όπως η φτώχη αυτό-εικόνα, χαμηλός αυτό-σεβασμός, συμπτώματα κατάθλιψης, διατροφικές διαταραχές και χαμηλή ποιότητα ζωής (Sharma, 2006, pp155-167).

Στην αύξηση των λιποκυττάρων οφείλεται και η ανάπτυξη του σακχαρώδους διαβήτη τύπου 2. Στην ανθυγιεινή διατροφή, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ) οφείλεται το 60% των θανάτων παγκοσμίως ([www.ethnos.gr/article.asp?catid=11387 & subid=2 & pubid=50446984](http://www.ethnos.gr/article.asp?catid=11387&subid=2&pubid=50446984)).

Παράγοντες που επηρεάζουν την αύξηση της παχυσαρκίας είναι η σταδιακή εγκατάλειψη της μεσογειακής και παραδοσιακής διατροφής και η γενική στάση να ακολουθούνται περισσότερο «δυτικά διατροφικά πρότυπα». Η εμπορευματοποίηση της τροφής, η τεχνολογία, η κοινωνικοοικονομική ανάπτυξη συνιστούν, ό,τι σήμερα ονομάζουμε περιβάλλον που προάγει την παχυσαρκία (obesogenic environment) με κύρια στοιχεία την υπερβολική κατανάλωση φαγητού και τον παθητικό τρόπο ζωής. Ο τρόπος ζωής διαταράσσει τον έλεγχο του βάρους του σώματος, γιατί οι θερμίδες που το άτομο προσλαμβάνει είναι πολύ περισσότερες από όσες καταναλώνει. Τα διάφορα ψυχολογικά προβλήματα οδηγούν σε υπερφαγία, ενώ η ανθυγιεινή διατροφή, η έλλειψη σωματικής άσκησης και η παρακολούθηση τηλεόρασης κατά την εφηβική ηλικία αποτελούν παράγοντες παχυσαρκίας (Καφάτου, 2002, σ.σ.27).

Η θεραπεία είναι πολυδιάστατη και απαιτεί μακροχρόνιες και πολύ προσεκτικές παρεμβάσεις στην διατροφική συμπεριφορά. Πρωταρχικό ρόλο παίζουν οι γονείς και γενικότερα το περιβάλλον των εφήβων (οικογενειακό –σχολικό -φιλικό). Οι γονείς θα πρέπει να αποτελούν πρότυπα προς μίμηση σωστών διατροφικών συνηθειών. Να εφαρμόζουν ένα μοντέλο συμπεριφοριστικής προσέγγισης απέναντι στο φαγητό. Οι γονείς ας έχουν υπόψη, ότι η διαθεσιμότητα των τροφίμων διαμορφώνει την προτίμηση της κατανάλωσης και ο έλεγχος για την ποσότητα και ποιότητα της τροφής δεν γίνεται αποδεκτός από τον έφηβο.

Παρότι το πρόβλημα είναι των παιδιών, τόσο η θεραπεία, όσο και η πρόληψη της παιδικής παχυσαρκίας είναι ευθύνη των ενηλίκων (γονέων, παιδιάτρων, εκπαιδευτικών, κοινωνικών και πολιτικών φορέων).

3.2 Διατροφικές διαταραχές στην εφηβική ανάπτυξη

Σύνηθες φαινόμενο στην εφηβική ηλικία είναι οι διατροφικές διαταραχές. Η νευρογενής και η ψυχογενής ανορεξία είναι ασθένειες που σχετίζονται με την διατροφική και ψυχολογική διάθεση του εφήβου. Η διευθύντρια του ελληνικού κέντρου διατροφικών διαταραχών κ.α Τσιάκα υποστηρίζει, ότι οι διατροφικές διαταραχές αποτελούν σοβαρότατη πάθηση που εμφανίζονται συνήθως στα χρόνια της εφηβείας. Η σοβαρότερη μορφή της είναι η νευρική ανορεξία, η οποία έχει το μεγαλύτερο ποσοστό θνησιμότητας (20%). Με βάση επιδημιολογικές μελέτες στην Ελλάδα νοσεί το 6% (1% από νευρική ανορεξία και 5% από νευρική βουλιμία) ενώ το 7% του πληθυσμού παρουσιάζει ορισμένα συμπτώματα και από τις δύο παθήσεις, ανεβάζοντας το συνολικό ποσοστό των πασχόντων σε 13% (Φυντανίδου, 2010). Η ψυχογενής ανορεξία έχει το μεγαλύτερο ποσοστό θνησιμότητας απ' όλες τις

ψυχιατρικές και ψυχογενείς διαταραχές (20-25%). Οι κοινωνικές πιέσεις που ασκούνται για την απόκτηση «λεπτού και καλλίγραμμου σώματος» οδηγούν τις έφηβες σε ασιτία. Αποδέκτες των επιπτώσεων είναι πρώτα οι γονείς. Η στάση της οικογένειας και των φίλων απέναντί τους πρέπει να είναι σταθερή, ένθερμη και σε καμιά περίπτωση επικριτική.

Μια άλλη διατροφική διαταραχή είναι αυτή που σχετίζεται με το ισοζύγιο των θερμίδων η οποία προκαλείται από την συνήθεια του εφήβου να κοιμάται πολλές ή λίγες ώρες. Μελέτη με επικεφαλής τη δρ. Σούζαν Ρεντλάιν του νοσοκομείου Brigham και Women's Hospital και του ιατρικού κέντρου Μπεθ Ίσραελ της Βοστόνης, η οποία δημοσιεύτηκε στο περιοδικό «Sleep», σύμφωνα με το πρακτορείο Ρόιτερ, διαπιστώθηκε, ότι ο λιγοστός ύπνος μπορεί να επιφέρει χρόνιες αλλαγές στην διατροφή των νέων, αυξάνοντας τον κίνδυνο των καρδιακών παθήσεων και της παχυσαρκίας. Οι ερευνητές μελέτησαν 240 νέους ηλικίας (16-19 ετών) που για ένα χρονικό διάστημα φορούσαν στον ύπνο τους μια ειδική συσκευή περασμένη στον καρπό του χεριού, ενώ παράλληλα καταγραφόταν η ημερήσια λήψη θερμίδων από τη διατροφή τους.

Η μελέτη έδειξε, ότι όσοι νέοι κοιμούνταν λιγότερο από οκτώ ώρες το βράδυ κατανάλωναν κατά μέσο όρο 2,2% περισσότερες θερμίδες από λίπη και 3% λιγότερες θερμίδες από υδρογονάνθρακες, σε σχέση με τους νέους που κοιμούνταν περισσότερο από οκτώ ώρες. Οι ερευνητές διαπίστωσαν πως ο κίνδυνος για την υγεία μπορεί να μειωθεί καθώς κάθε πρόσθετη ώρα ύπνου μειώνει κατά 21% τις πιθανότητες ο νέος να φάει ένα σνακ με πολλά λιπαρά. Η Αμερικανική Ακαδημία Ιατρικής του Ύπνου, εκτιμά, ότι ο έφηβος χρειάζεται εννέα ώρες βραδινού ύπνου (<http://www.inews.gr/31/o-ypnos-katapolema-tin-pachysarkia.htm>) .

Παραμελημένη φαίνεται να είναι και η στοματική υγιεινή των εφήβων. Οι ορμονικές αλλαγές της εφηβείας μπορεί να αποτελέσουν παράγοντα κινδύνου για ανάπτυξη νόσων περιοδοντίου στα νέα άτομα. Η τερηδόνα είναι ασθένεια που καταστρέφει τη σύσταση των δοντιών (την οδοντίνη και την αδαμαντίνη). Η ασθένεια αυτή σχετίζεται με την διατροφή καθώς η πρόσληψη υδατανθράκων, αναψυκτικών, ζαχαρούχων τροφών προσβάλλουν την υγεία των δοντιών (Working Party, 2001).

Η τερηδόνα σχετίζεται με τις πιο συχνές ασθένειες και αποσπά το 10% της Ευρωπαϊκής Ένωσης για θέματα υγείας (Ζαμπέλας, 2003, σ.σ.215). Προστατευτικό έχει αποδειχθεί το φθόριο για την υγεία των δοντιών, σε μερικές χώρες έχουμε φθορίωση του νερού, ενώ στο εμπόριο διατίθενται φθοριωμένες οδοντόκρεμες. Η πρόληψη της σωστής καθημερινής υγιεινής, έχει την μεγαλύτερη σημασία στην φθορά των δοντιών.

Οι διατροφικές διαταραχές του εφήβου σχετίζονται και με το επίπεδο stress που βιώνει προκειμένου να ολοκληρωθεί η ψυχο-σωματική του ανάπτυξη. Το stress είναι μια απαίτηση στις προσαρμοστικές δυνατότητες του πνεύματος και του σώματος. Στρεσογόνες πηγές για τον έφηβο είναι: η οικογένειά του, ο ίδιος του ο εαυτός, το σχολείο που φοιτά, το κοινωνικό του περιβάλλον. Πιο συγκεκριμένα, το εκπαιδευτικό σύστημα με τις αλληπάλληλες εξετάσεις είναι πηγή ιδιαίτερα στρεσογόνος για τον μαθητή, που καλείται ν' ανταπεξέλθει επιτυχώς..

Μελέτη σ' ένα εθελοντικό δείγμα 22 πανεπιστημιακών σπουδαστών (15 γυναίκες και 7 άνδρες) που διεξήγαγε ο Δρ.Kimball του Πανεπιστημίου Stanford στην Καλιφόρνια, επιβεβαιώνει, ότι το stress μπορεί να επιδεινώσει την ακμή (Kimball, 2003). Σχετικά με την διατροφή λόγω του γεγονότος, ότι το άγχος επιδεινώνει τα προβλήματα ακμής και επειδή οι έφηβοι πολύ εύκολα έχουν αισθήματα ενοχής για τις διατροφικές τους επιλογές, η καλύτερη συμβουλή για τον έφηβο είναι να αποβάλλει τα αισθήματα ενοχής σχετικά με τα τρόφιμα και να έχει μια ισορροπημένη διατροφή.

Το stress προκαλεί αλλαγές στην ποσότητα και την ποιότητα των τροφών που καταναλώνονται. Η κατανάλωση φαγητού, ενώ έχει επέλθει κορεσμός, είναι μια συμπεριφορά που ανταμείβει το χρήστη άμεσα και σε μεγάλο βαθμό γιατί προκαλεί σε βιολογικό επίπεδο συναισθήματα ευφορίας και ευχαρίστησης. Η συμπεριφορά αυτή αποδίδεται με τον όρο «stress eating» ή «emotional eating». Το γεγονός αυτό οδηγεί σε παχυσαρκία, αλλά και αντίστροφα το πάχος προκαλεί stress.

Έχει βρεθεί, επίσης, πως το σωματικό και ψυχολογικό stress μειώνει σημαντικά την ποσότητα της βιταμίνης C, ενός αντιοξειδωτικού που λαμβάνεται με την διατροφή (<http://www.scientific-journal-articles.com/greek/free-online-journals/medical/medical-articles/mpenetouaik1/STRESS.htm> & Καραγιώργος, 2007). Το άτομο, το οποίο αντιμετωπίζει καθημερινά στρεσογόνες καταστάσεις πολύ συχνά στρέφεται σε μια ανθυγιεινή και χωρίς καθορισμένο ωράριο διατροφή.

Πρέπει, επίσης, να τονιστεί, ότι, αν και στην εφηβεία έχουμε συμπτώματα υπερφαγίας, η σιδηροπενική αναιμία αποτελεί μια συχνά εμφανιζόμενη διατροφική έλλειψη. Οι ομάδες που διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να εμφανίσουν σιδηροπενική αναιμία είναι οι κοπέλες σε ηλικία όψιμης εφηβείας και οι έφηβες αθλήτριες (Rockett, 1997).

Η αναιμία στους εφήβους μειώνει την ικανότητα αντοχής για φυσική δραστηριότητα μειώνει την αντίσταση του οργανισμού στις λοιμώξεις, παρεμποδίζει την ρύθμιση της θερμοκρασίας του σώματος και μειώνει την ικανότητα συγκέντρωσης σε προχωρημένο στάδιο. Οι προτεινόμενες διατροφικές συστάσεις αφορούν την αύξηση του κόκκινου κρέατος και την πρόσληψη βιταμίνης C.

Κεφάλαιο 4^ο : Ποιότητα ζωής εφήβου

Η ποιότητα ζωής είναι ένας όρος με ευρύ περιεχόμενο, ο οποίος περιέχει ποικίλες διαστάσεις, όπως ψυχολογικές, κοινωνικές και περιβαλλοντικές. Ασχολείται με πολλές επιστήμες και θέματα, όπως η υγεία, ο πολιτισμός, η οικονομία κ.α. Η ποιότητα ζωής είναι το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης όλων αυτών των παραγόντων που επηρεάζουν τον τρόπο ζωής και ανάπτυξης των κοινωνιών. Ο σύγχρονος τρόπος ζωής του εφήβου φαίνεται ότι έχει υποβαθμίσει την ποιότητα ζωής του, αφού πρωταρχικά έχει επιβαρύνει την ψυχοσωματική του υγεία.

4.1 Έννοια της ποιότητας ζωής

Η ποιότητα ζωής είναι μια πολυπαραγοντική έννοια με τρεις κύριες διαστάσεις:

1. τη σωματική ευεξία που αφορά την εκτίμηση του ατόμου για την υγεία του και εξετάζεται η νοσηρότητα, ο πόνος, το επίπεδο σωματικής λειτουργίας
2. τη ψυχική ευεξία όπου μελετάται η ψυχοσυναισθηματική προσαρμοστικότητα του ατόμου, με κλίμακες που αφορούν στην αυτοεκτίμηση, στην ευεξία, στην συνολική ικανοποίηση, αλλά και στο άγχος, στην κατάθλιψη, στην ικανότητα προσαρμογής.
3. την κοινωνική ευεξία που αντανακλά το βαθμό γενικής ικανοποίησης του ατόμου από την ζωή του, τη συμμετοχή του σε κοινωνικές δραστηριότητες, την άσκηση κοινωνικών των ρόλων, τις διαπροσωπικές σχέσεις, την κοινωνική στήριξη από το στενό του περιβάλλον (φίλους-οικογένεια) (Παναγιωτάκη, 2009).

Οι πρώτες αναφορές στην ποιότητα ζωής έχουν γίνει από τον Πλάτωνα, ο οποίος περιγράφει, ότι ο Σωκράτης συζητούσε για την ποιότητα ζωής συγκρίνοντάς την με την ποσότητα. Η διάδοση του όρου «ποιότητα ζωής», άρχισε να γίνεται γνωστή στη δεκαετία του '50, στις Η.Π.Α. και με τον καιρό αναπτύχθηκε και έγινε περισσότερο σύνθετη. Αρχικά χρησιμοποίησαν τον όρο «επίπεδο διαβίωσης», «βιοτικό επίπεδο», κοινωνιολόγοι και πολιτικοί, προσδίδοντάς του μια καταναλωτική έννοια. Ο ελεύθερος χρόνος, οι ευκαιρίες για αναψυχή και διακοπές προστέθηκαν αργότερα. Το 1960 ο όρος διευρύνεται και περιλαμβάνει την έννοια της υγείας, της ευεξίας και ολόκληρης της βιομηχανικής-οικονομικής ανάπτυξης. Στις αρχές της δεκαετίας του 1980 παρουσιάστηκε ο όρος στην βιβλιογραφία των Οικονομικών της Υγείας. Ο όρος, όμως, ποιότητα ζωής, έχει τις ρίζες του από το 1958 μετά από ένα ορισμό της υγείας που πρότεινε ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Υφαντόπουλου & Σαρρή, 2001).

Ο Hornquist (1982) θεωρεί, ότι συνολικά η ποιότητα ζωής έχει να κάνει με το βαθμό ικανοποίησης των αναγκών, αναφορικά με τους σωματικούς, ψυχολογικούς, κοινωνικούς, υλικούς και διαρθρωτικούς τομείς της ζωής, ενώ κατά τον Lewis (1982) η ποιότητα ζωής καθορίζεται από τον βαθμό στον οποίο κάποιος έχει αυτοεκτίμηση, στόχους στη ζωή και ελάχιστο άγχος.

Στις σύγχρονες καταναλωτικές κοινωνίες όλο και πιο έντονα προβάλλεται το αίτημα για την ποιότητα ζωής, ως ζητούμενο για κάθε ηλικία, φύλο. Για τον κάθε άνθρωπο η ποιότητα ζωής είναι καθαρά υποκειμενική. Παρά την ποικιλία των απόψεων και των ερμηνειών του όρου υπάρχει μια συμφωνία ως προς την ασθένεια, την φτώχεια, την ηχορύπανση, ό,τι μειώνει την ποιότητα ζωής. Ένας πλήρης ορισμός της ποιότητας ζωής πρέπει να περιλαμβάνει όρους σαφείς, ξεκάθαρους, διεθνώς αναγνωρισμένους και αποδεκτούς. Παρόλα αυτά μόνο ένα 15% της βιβλιογραφίας περιλαμβάνει ένα πλήρη εννοιολογικό ορισμό της ποιότητας ζωής (Holmes, 2005).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η ποιότητα ζωής ορίζεται ως «*Η υποκειμενική αντίληψη που έχει το άτομο για τη θέση του στη ζωή, μέσα στα πλαίσια του συστήματος αξιών και πολιτισμικών χαρακτηριστικών της κοινωνίας στην οποία ζει, καθώς και σε συνάρτηση με τους προσωπικούς στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τις ανησυχίες του*» (Whoqol Group, 1993). Ο Farquhar (1995) κατατάσσει τους ορισμούς της ποιότητας ζωής σε τρεις μεγάλες κατηγορίες. Η πρώτη κατηγορία περιλαμβάνει τους γενικούς και περιεκτικούς ορισμούς που ερμηνεύουν την ποιότητα ζωής σαν ο βαθμός ικανοποίησης ή δυσαρέσκειας που νιώθει το άτομο για τις διάφορες πλευρές της ζωής του. Είναι ο βαθμός ευχαρίστησης και ικανοποίησης που χαρακτηρίζει την ανθρώπινη ύπαρξη. Αποτελεί την αξιολόγηση των εμπειριών του κάθε ατόμου και περιλαμβάνει τις συνθήκες και τις εμπειρίες ζωής (Farquhar, 1995). Η δεύτερη κατηγορία περιλαμβάνει έννοιες ή διαστάσεις ή συγκεκριμένα χαρακτηριστικά απαραίτητα για τον υπολογισμό της ποιότητας ζωής. Στην κατηγορία αυτή η έννοια της ποιότητας ζωής διακρίνεται σε 4 διαστάσεις: στη γενική υγεία και λειτουργικότητα του ατόμου, στην κοινωνικοοικονομική κατάσταση του ατόμου, στην ικανοποίηση από την ζωή και στον αυτοσεβασμό. Τέλος, η τρίτη κατηγορία αφορά ορισμούς που εστιάζουν σε έννοιες που συνθέτουν την ποιότητα ζωής. Ένας μικροοικονομικός ορισμός της ποιότητας ζωής αφορά την ικανοποίηση που νιώθει το άτομο από την κατανάλωση αγαθών, αγορά και δημόσιων αγαθών, από τον ελεύθερο χρόνο καθώς και από άλλα φυσικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά του περιβάλλοντος που ζει (Farquhar, 1995).

Συμπερασματικά, η έννοια της ποιότητας ζωής είναι πολυσύνθετη με ποικίλες ερμηνείες. Είναι ένας όρος που όλοι τον χρησιμοποιούν, αλλά λίγοι μπορούν να ερμηνεύσουν. Είναι έννοια υποκειμενική και μπορεί να γίνει κατανοητή από την οπτική γωνία του κάθε ατόμου.

Γενικά είναι μια ευρεία κυμαινόμενη έννοια που επηρεάζεται με έναν σύνθετο τρόπο από τη φυσική υγεία του προσώπου, από την ψυχολογική κατάσταση, από το επίπεδο ανεξαρτησίας, από τις κοινωνικές σχέσεις και από τις σχέσεις τους με τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα του περιβάλλοντος διαβίωσης. Αντιπροσωπεύει τις θετικές και αρνητικές απόψεις της ζωής και είναι πολυδιάστατη (Holmes, 2005). Στην παρούσα εργασία θα αναλύσουμε δείκτες της ποιότητας ζωής του εφήβου.

4.2 Εκτίμηση της ποιότητας ζωής του εφήβου σήμερα

Στο Ευρωπαϊκό Πρόγραμμα KIDSCREEN (2002) επιχειρείται μια πρώτη διευρωπαϊκή συνεργασία για την δημιουργία ενός δια-πολιτισμικά ευαίσθητου εργαλείου μέτρησης της Ποιότητας Ζωής, σχετιζόμενης με την Υγεία για παιδιά και εφήβους. Μια διευρωπαϊκή προσέγγιση της Δημόσιας Υγείας (2002-2004). Στο πρόγραμμα είχαν συμμετοχή επτά ευρωπαϊκές χώρες (Αυστρία, Γερμανία, Γαλλία, Ολλανδία, Ισπανία, Ελβετία και Αγγλία) στα πλαίσια του ευρύτερου προγράμματος «Ποιότητα Ζωής και διαχείρισης Ανθρώπινων Πόρων». Ακολούθησε η συμμετοχή άλλων έξι χωρών Ευρωπαϊκών χωρών στο πρόγραμμα (Ιρλανδία, Σουηδία, Τσεχία, Ουγγαρία και Πολωνία). Υπεύθυνοι για την ελληνική ομάδα: Τούντας Γ., Τσιάντης Γ., Δημητράκη Χ., Ευρωπαϊκό συντονιστικό κέντρο: Robert Koch Institute, Bettin (<http://www.neahygeia.gr/page.asp?p=604>).

Η συμμετοχή της Ελλάδας ξεκίνησε το 2002 με ανεξάρτητη εθνική χρηματοδότηση από το Υπουργείο Παιδείας, Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής, το Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών και την Γενική Γραμματεία Νέας Γενιάς. Η χρηματοδότηση του προγράμματος συνεχίζεται μέχρι σήμερα (ΠΥΘΑΓΟΡΑΣ II – ΕΠΕΑΕΚ II). Στο δείγμα της Ελλάδος συμμετείχαν 1.192 μαθητές 12- 18 ετών (77,13% από όλες τις Δ/νσεις Δ/θμιας Εκπαίδευσης) και 1.044 γονείς (63%). Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν, ότι οι Έλληνες έφηβοι μαθητές δηλώνουν φτωχότερη ποιότητα ζωής όσον αφορά στη ψυχολογική τους ευεξία, δηλαδή τα θετικά συναισθήματα και την ικανοποίηση από την ζωή τους. Η ποιότητα ζωής σχετίζεται και με το φύλο, με τα κορίτσια να δηλώνουν χαμηλότερη ποιότητα ζωής σε πολλές διαστάσεις της. Η εφηβεία και η έναρξη της εμμηνορρυσίας μπορεί να εξηγούν ως ένα βαθμό τη φτωχότερη σωματική και ψυχολογική ποιότητα ζωής. «Αγχώνονται» δε περισσότερο όσον αφορά στο

σώμα και την εμφάνισή τους από τα αγόρια. Το ίδιο σημαντικά φτωχότερη ποιότητα ζωής δηλώνουν όσον αφορά στην αυτονομία τους. Πιθανόν γι' αυτό να παίζει ρόλο το υπερφορτωμένο εξωσχολικό πρόγραμμα, το οποίο δε τους αφήνει ευκαιρίες να δημιουργήσουν το δικό τους χρόνο για κοινωνικές σχέσεις και ψυχαγωγία.

Σε σύγκριση με τους περισσότερους Ευρωπαίους συνομηλίκους τους, οι Έλληνες έφηβοι δηλώνουν φτωχότερη ποιότητα ζωής. Το 22,3% των εφήβων δήλωσαν ότι «ποτέ ή σπάνια» έχουν αρκετό χρόνο οι γονείς τους να διαθέσουν για αυτούς, ενώ το 20% δήλωσαν, ότι «ποτέ ή σπάνια» μπορούν να μιλήσουν στους γονείς τους όταν θέλουν. Ενδιαφέρον είναι, ότι στις αντίστοιχες ερωτήσεις που απάντησαν οι γονείς, μόνο το 11,8% των γονιών δήλωσαν, ότι «σπάνια ή ποτέ» δεν έχουν αρκετό χρόνο για να διαθέσουν για το παιδί, ενώ μόνο 7% των γονέων δήλωσαν, ότι το παιδί τους δεν μπορεί να τους μιλήσει όποτε θέλει.

Αισιόδοξα, όμως, για τα Ελληνόπουλα είναι τα ευρήματα της έρευνας για την ποιότητα ζωής τους και το σχολικό περιβάλλον. Αξιολογώντας την αντίληψη του εφήβου για την γνωστική του ικανότητα ως προς τη μάθηση και τη συγκέντρωση καθώς και τα συναισθήματά του για το σχολείο, τα Ελληνόπουλα είναι πολύ κοντά στο μέσο όρο. Επίσης, στη διάσταση Κοινωνική Αποδοχή στο σχολικό περιβάλλον οι μαθητές στην Ελλάδα δηλώνουν καλύτερη ποιότητα ζωής σε σχέση με τους υπόλοιπους Ευρωπαίους. Σε σχέση με τους οικονομικούς πόρους των εφήβων, οι Έλληνες έφηβοι βρίσκονται στον μέσο όρο σε σχέση με την ικανοποίηση από τα οικονομικά τους. Σε σχέση με τις υπηρεσίες υγείας οι Έλληνες έφηβοι δηλώνουν σε πολύ μικρότερο ποσοστό, ότι έχουν έναν επαγγελματία υγείας, που μπορεί να της παρέχει εμπιστευτικές συμβουλές, ενώ σπάνια υποβάλλονται σε προληπτικούς ιατρικούς ελέγχους. Το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο της οικογένειας καθορίζει κατά πολύ την ποιότητα ζωής που δηλώνουν οι Έλληνες έφηβοι. Χειρότερη ποιότητα ζωής δηλώνουν οι έφηβοι των οποίων οι οικογένειές τους προέρχονται από χαμηλά κοινωνικο-οικονομικά στρώματα (Τούντα, 2008).

Σύμφωνα με την ευρωπαϊκή κλίμακα οικονομικής ευημερίας της οικογένειας, φάνηκε, ότι οι Έλληνες έφηβοι μαθητές υπολείπονται των Ευρωπαίων συνομηλίκων τους. Συγκεκριμένα, το 40% των εφήβων μαθητών στην Ελλάδα δεν έχουν ηλεκτρονικό υπολογιστή στο σπίτι. Το 31,6% των εφήβων μαθητών στην Ελλάδα δεν έχει δικό του υπνοδωμάτιο, ενώ μόνο χώρες της ανατολικής Ευρώπης, όπως η Τσεχία και η Πολωνία ξεπερνούν αυτό το ποσοστό. (Καραγιώργου, 2007).

Το lifestyle της εποχής μας, η αστικοποίηση, η τεχνολογία, ο πλούτος, οι συνεχώς μεταβαλλόμενες αξίες και νόρμες της σύγχρονης κοινωνικής και οικογενειακής ζωής έχουν επηρεάσει τις συμπεριφορές των νέων σήμερα. Οι απόψεις, οι πεποιθήσεις, οι στάσεις και οι

συμπεριφοράς των εφήβων στη χώρα μας, σε θέματα ποιότητας ζωής είναι ανάγκη να διερευνηθούν, ν' αξιολογηθούν και να εκτιμηθούν εκτενέστερα, ώστε ν' αναπτυχθούν στρατηγικές πρόληψης ψυχικής υγείας του εφήβου, αυξάνοντας τις πιθανότητες για προσωπικές βελτιώσεις της εφηβικής ζωής. Παράγοντες που σχετίζονται με την ποιότητα ζωής του εφήβου είναι: σωματική και ψυχολογική του ευεξία, η οικογενειακή του ζωή, οι σχέσεις που αναπτύσσει με τους φίλους του, το σχολικό περιβάλλον και η κοινωνική αποδοχή, που απορρέει απ' αυτό.

4.2.1 Σωματική δραστηριότητα και υγεία

Η σωματική δραστηριότητα είναι ένας σημαντικός παράγοντας που καθορίζει το επίπεδο της υγείας και της ποιότητας ζωής των νέων. Έρευνες έχουν δείξει, ότι τα παιδιά και οι έφηβοι που παίρνουν μέρος σε τακτική φυσική δραστηριότητα έχουν πνευματική, ψυχολογική και σωματική υγεία (Hagger et al, 2001). Η κανονική φυσική δραστηριότητα έχει οφέλη στα οποία περιλαμβάνονται η αύξηση της δύναμης, η καρδιοαναπνευστική αντοχή. Έρευνες δείχνουν, ότι υπάρχει μια δυναμική σχέση μεταξύ της άσκησης και της ικανοποίησης σώματος (Robinson, 2003). Ερευνητικά δεδομένα δείχνουν, ότι οι αθλητές έχουν θετικότερη εικόνα για το σώμα τους, έναντι των μη αθλητών (Hausenblas & Fallon, 2006). Η άσκηση βοηθάει να περιοριστεί η αρνητική εικόνα που έχει κάποιος για το σώμα του και όπως αποδείχθηκε σε γυναίκες ασκούμενες, να βελτιώσει τη σωματική τους κατάσταση (Russell & Coy, 2003). Η τακτική σωματική δραστηριότητα συνδέεται θετικά στους εφήβους με υψηλότερα επίπεδα αυτοεκτίμησης και αυτοπεποίθησης και με χαμηλότερα επίπεδα άγχους και στρες (Theodorakis et al, 2002).

Ο σύγχρονος τρόπος ζωής κάνει τους εφήβους να κινούνται όλο και λιγότερο. Οι έφηβοι και τα παιδιά δεν έχουν πρότυπο τη μέτρια προς έντονη φυσική δραστηριότητα (Sallis et al, 2000). Οι έφηβοι σήμερα είναι λιγότερο ενεργητικοί απ' ότι οι προκάτοχοί τους, λόγω του αυξημένου χρόνου που σπαταλάται σε καθιστικές δραστηριότητες (Sallis et al, 1992) και αυτή η ακινησία έχει συμβάλει στην αύξηση της παιδικής παχυσαρκίας. Η έρευνα Crooks (Crooks, 2000) έδειξε, ότι τα υπέρβαρα παιδιά ανέφεραν περισσότερη παρακολούθηση βίντεο και παιχνίδι με τον ηλεκτρονικό υπολογιστή, σε σύγκριση με τα μη υπέρβαρα και ότι τα αγόρια σπαταλούν περισσότερη ώρα απ' ότι τα κορίτσια μπροστά στον ηλεκτρονικό υπολογιστή και την τηλεόραση.

Ερευνητικές αναφορές εστιάζονται στο γεγονός, ότι υπάρχει μια αρνητική συσχέτιση μεταξύ των επιπέδων φυσικής κατάστασης, φυσικής δραστηριότητας και παχυσαρκίας

(Reybraick et al, 1987). Οι Ward & Evans (Ward & Evans, 1995) αναφέρουν, ότι τα υπέρβαρα και παχύσαρκα παιδιά και έφηβοι έχουν χαμηλότερα επίπεδα φυσικής κατάστασης σε σχέση με τους συνομηλίκους τους με φυσιολογικό βάρος. Παχύσαρκα παιδιά συμμετέχουν σε επαρκή φυσική δραστηριότητα και αυτό λόγω των μειωμένων αθλητικών τους επιδόσεων. Επιπλέον, η τακτική φυσική δραστηριότητα μπορεί να μειώσει το ποσοστό σωματικού λίπους στα παιδιά και ιδιαίτερα σ' εκείνα που πάσχουν από διαβήτη, καρδιοπάθεια και παχυσαρκία. Άλλωστε, έχει αναφερθεί, ότι η συμμετοχή σε φυσική δραστηριότητα σε νεαρές ηλικίες αυξάνεται, όταν τα παιδιά αισθάνονται ευχαριστημένα, ικανοποιημένα (Graig et al, 1996). Ενισχυμένη παρουσιάζεται η κοινωνικοποίηση των εφήβων που συμμετέχουν σε αθλήματα. Η πολιτεία χρειάζεται να προωθήσει κατάλληλα προγράμματα άσκησης για νέους και τα οποία θα παρακινούν όλα τα παιδιά σε υιοθέτηση συμπεριφορών καθημερινής φυσικής δραστηριότητας.

4.2.2 Γενική διάθεση και συναισθήματα εφήβου

Η ψυχική υγεία των εφήβων είναι σημαντική εξαιτίας της μεγάλης σύνδεσής της με συμπεριφορές. Η εφηβεία είναι η περίοδος της ζωής του ανθρώπου που χαρακτηρίζεται από συναισθηματισμό. Ο όρος συναισθηματισμός αναφέρεται στην ψυχική διάθεση του εφήβου που μπορεί να είναι ευχάριστη ή δυσάρεστη. Οι ψυχικές διαθέσεις διακρίνονται:

- α) συγκεχυμένα ευχάριστα ή δυσάρεστα συναισθήματα,
- β) αμυντικά συναισθήματα,
- γ) επιθετικά συναισθήματα,
- δ) κοινωνικά συναισθήματα,
- ε) διάφορα ανώτερα συναισθήματα (π.χ. καλαισθησία), (Rauste-von, Wright, 1989).

Ο έφηβος κάθε εποχής και κοινωνίας χαρακτηρίζεται από παρορμητισμό, ενθουσιασμό, ιδεαλισμό, έντονη σεξουαλική αναζήτηση, τάση για υπερβολή, εγωκεντρισμό. Διανύει την ηλικία των εναντιώσεων και των αντιρρήσεων, αναζητώντας διαρκώς νέα πρότυπα προς εξιδανίκευση και ταύτιση. Υπάρχει, όμως, και μια άλλη κατηγορία εφήβων που φαίνεται να αποστασιοποιείται και να μην προσομοιάζει με την εικόνα του εφήβου «επαναστάτη». Πολλοί έφηβοι νοιώθουν την ανάγκη να «κλειστούν» στον εαυτό τους προκειμένου να προσαρμοστούν στα νέα εισερχόμενα ερεθίσματα. Βασικές αιτίες του πλούσιου συναισθηματισμού των εφήβων είναι κυρίως οι μεταβολές του ενδοκρινικού συστήματος και τα πολλά ερεθίσματα που στέλνει το κοινωνικό περιβάλλον. Το πώς αισθάνονται οι έφηβοι για τον εαυτό τους, «θα αποτελέσει συνισταμένη των προηγούμενων εμπειριών, του τρόπου

με τον οποίο η ψυχική εξέλιξη που προηγήθηκε στις άλλες φάσεις είχε γίνει αποδεκτή από τους γονείς» (π.Θερμός, 2008, σ.σ.59). Ο τρόπος που βλέπουν οι έφηβοι τον εαυτό τους, η αυτοεκτίμησή τους δηλαδή, επηρεάζει πολύ τα συναισθήματά τους. Τα τελευταία χρόνια ένας μεγάλος αριθμός θεωριών έδωσε έμφαση στο ρόλο των θετικών συναισθημάτων στη γενική ευημερία του ατόμου (Stalikas & Fitzpatrick, 2004).

Η εφηβεία είναι η εποχή των νέων, έντονων και μπερδεμένων συναισθημάτων. «Μόνο όταν ο έφηβος ταυτίσει τα συναισθήματά του με λέξεις, θα αρχίσει να τα χειρίζεται με έναν λογικό και ώριμο τρόπο» (Strommen M. & Strommen I., 1999, p.p.64). Η αυτογνωσία έχει μεγάλη σημασία για τον έφηβο. Κατά κανόνα ο έφηβος και η σωστή γνώση του εαυτού του έχει και αντικειμενική γνώση του κόσμου που τον περιβάλλει. Η αυτογνωσία συνδέεται με την ψυχική υγεία του εφήβου. Η ψυχική υγεία είναι ένα δυναμικό φαινόμενο και όχι στατικό. Είναι κάποιες χαρακτηριστικές έννοιες που είναι στενά συνδεδεμένες με την ψυχική υγεία του εφήβου:

- Οι απόψεις των ατόμων για τον εαυτό του
- Η δυνατότητα του ατόμου να διασκεδάζει και να αγαπάει
- Η κυριαρχία του ατόμου στο περιβάλλον (το εξουσιάζει ή εξουσιάζεται απ' αυτό)
- Ο τρόπος και ο βαθμός της ανάπτυξης του ατόμου
- Η προσωπικότητα του ατόμου και η δυνατότητά του για αυτοδυναμία
- Η επάρκεια με την οποία το άτομο αντιλαμβάνεται την πραγματικότητα και η ικανότητά του να δίνει λύσεις στα προβλήματά του
- Ο βαθμός ανεξαρτητοποίησης του ατόμου από κοινωνικές επιδράσεις
- Η ικανότητά του για αντίσταση σε καταπιεστικές συνθήκες.

Σύμφωνα με αυτά τα χαρακτηριστικά, το ψυχικά υγιές άτομο έχει επίγνωση της ταυτότητάς του, ρεαλιστική άποψη για τις δυνατότητές του και η εμπιστοσύνη στον εαυτό του (Παπάνη, 2009). Η εφαρμογή του «γνώθι σ'αυτόν» στον έφηβο αποτελεί καθημερινή άσκηση αυτοελέγχου και αυτοσυγκράτησης.

Ο έφηβος βιώνει γύρω του συνεχείς αλλαγές, τόσο στο σωματικό, όσο και στον ψυχικό κόσμο. Αυτές οι αλλαγές μεταφράζονται σε εσωτερικές εντάσεις. Αφενός επιθυμεί να μεγαλώσει, αφετέρου νοσταλγεί την παιδική του ηλικία, έχει ανάγκη να επιβεβαιωθεί, αλλά ταυτόχρονα, φοβάται να συγκρουστεί με τον εσωτερικό του κόσμο. Η διάθεση του εφήβου χαρακτηρίζεται από απότομες και μη ανεξήγητες εναλλαγές. Η ευχαρίστηση, η εγρήγορση, η χαρά μεταβάλλονται εύκολα σε ανία, άγχος, ανασφάλεια, αγωνία, μελαγχολία. Αυτές οι μεταπτώσεις είναι φυσιολογικές. Συχνά επεκτείνονται και στη συμπεριφορά του (Καρλατήρα,

2010). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα έρευνας της Unisef τα Ελληνόπουλα από μικρή ηλικία βιώνουν τις δυσκολίες της ζωής. Τα αποτελέσματα της έρευνας για τους έφηβους έχουν ως εξής:

- Γυρίζουν την πλάτη στο σχολείο 70%
- Λένε πως οι γονείς τους αφιερώνουν ελάχιστο ως καθόλου χρόνο 40%
- Έπεσαν θύματα βίας από συνομηλίκους το τελευταίο δίμηνο 25%
- Βρίσκονται εκτός δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης 20%
- Ζουν σε συνθήκες φτώχειας 12%
- Ζουν στο σπίτι με άνεργους και τους δύο γονείς 2%
- Γνωρίζουν ότι τα οικονομικά της οικογένειά τους δεν πάνε καλά, 29% (*Πενταρβάνη, 2009*).

Τα στοιχεία της έρευνας που πραγματοποιήθηκε το 2007 δεν ενθαρρύνουν την κοινωνικοποίηση του εφήβου. Αν ένας έφηβος δεν λειτουργεί αποτελεσματικά κοινωνικά, δεν μπορεί να δημιουργήσει κοινωνικές σχέσεις. Νιώθει θλίψη, μελαγχολία, απομόνωση που τον καθιστά κοινωνικά αδρανή και έχει μειωμένη διάθεση για δραστηριότητες.

Ο έφηβος έχει έντονη την ανάγκη για κοινωνικότητα. Αναζητά την ταυτότητά του, αλλά και επιδιώκει την επιβεβαίωση από τον κοινωνικό περίγυρο. Ο έφηβος αναζητά αγάπη, συμπαράσταση, πραγματικό ενδιαφέρον για ό,τι αντιμετωπίζει. Εάν ο έφηβος δεν καλυφθεί συναισθηματικά, οδηγείται σε αδιέξοδο, το οποίο γίνεται έκδηλο με την μορφή της κατάθλιψης. Οι γονείς, οι εκπαιδευτικοί, ο κοινωνικός περίγυρος, πρέπει να είναι αρωγοί στην προσπάθεια του εφήβου να φθάσει στην ωριμότητα και την εσωτερική πληρότητα.

4.2.3. Σύγχρονες οικογενειακές σχέσεις και έφηβος

Η οικογένεια αποτελεί έναν όρο από τους βασικότερους κοινωνικούς θεσμούς. Η μορφή της οικογένειας και ο ρόλος των μελών της μεταβάλλονται, καθιστώντας την οικογένεια πεδίο διαμάχης μεταξύ της παράδοσης και της νεωτερικότητας. Παλαιότερα οι ανάγκες του κάθε μέλους χωριστά, ήταν υποβαθμισμένες, αφού προτεραιότητα είχαν οι ανάγκες του συνόλου της οικογένειας. Σε αντίθεση με σήμερα, όπου υπάρχει στροφή προς το άτομο και τις ατομικές του ανάγκες.

Η σύγχρονη οικογένεια χαρακτηρίζεται από εκδημοκρατισμό, ανεκτικότητα στις σχέσεις και ατομισμό. Οι συνθήκες στη σύγχρονη οικογένεια και ο επαναπροσδιορισμός των ρόλων με την είσοδο της γυναίκας στην αγορά εργασίας, έχουν προκαλέσει μεγάλες αλλαγές στην οικογενειακή κοινωνικοποίηση. Οι γονείς δεν μπορούν να διαθέσουν σημαντικό χρόνο στα

παιδιά τους, έτσι η καθημερινή απουσία των μεγάλων από τη σταθερή και αποτελεσματική απουσία των μεγάλων από τη σταθερή και αποτελεσματική επικοινωνία με τους μικρούς εφήβους, συνεπάγεται τη δημιουργία δύο διαφορετικών κόσμων. Άλλωστε, το υπερφορτωμένο σχολικό πρόγραμμα του εφήβου σε σχολικές και εξωσχολικές δραστηριότητες π.χ. φροντιστήρια, Η/Υ, έχει ως αποτέλεσμα την έλλειψη ή και την ανυπαρξία του ελεύθερου χρόνου στους εφήβους. Η ψυχολογική ωριμότητα που ζητείται στην εφηβική ηλικία δεν ολκνώνεται με τη μοναχική ζωή του εφήβου αλλά με συλλογικές δραστηριότητες που ο ίδιος επιλέγει, με παρέες συνομηλίκων εφηβικής ηλικίας, με επιδιώξεις κοινής κοινωνικής ζωής που ο ίδιος αναζητά.

Είναι σημαντικό το κάθε άτομο, όχι μόνο να έχει ελεύθερο χρόνο, αλλά να τον αξιοποιεί με τον καλύτερο δυνατό τρόπο. Για τον έφηβο η ικανοποίηση από τη ζωή σχετίζεται με την αντίληψη που έχει για την ποιότητα των οικογενειακών σχέσεων (*Huebner et al, 1999*). Η σωστή αντιμετώπιση του ελεύθερου χρόνου του γονέα για συνεύρεση με τον έφηβο, προσδιορίζει θετικά την ποιότητα ζωής του εφήβου. Ο χρόνος είναι σημαντικός για την εγκατάσταση σχέσης μεταξύ γονιού και εφήβου, τη δημιουργία θετικού κλίματος για να υπάρξει εμπιστοσύνη και τη δημιουργία συνθηκών που θα οδηγήσουν στη συνεργασία με τον έφηβο. Σε μεγάλη έρευνα που έγινε στις Η.Π.Α. σε δείγμα 10.467 γονέων, τους ζητήθηκε να ιεραρχήσουν τη σημασία που είχαν γι' αυτούς δεκαέξι αξίες. Οι δυο πρώτες στις προτιμήσεις τους ήταν «να είμαι καλός γονέας» και «να έχω σοφία» (ώριμη κατανόηση) δηλαδή επιθυμούσαν να καταλάβουν καλύτερα τα παιδιά τους. Ωστόσο, οι μισοί δήλωσαν, ότι «Δεν είμαι τόσο καλός γονέας όσο θα έπρεπε» (*Strommen M. & Strommen I., 1993, p.p.12,16*). Στην ίδια έρευνα οι πατεράδες έτειναν να βλέπουν τους εαυτούς τους ως ανεξάρτητους και ικανούς να παίρνουν αποφάσεις. Οι μητέρες αυτοχαρακτηρίζονταν ως συναισθηματικές και πλήρως αφοσιωμένες στους άλλους. Σε Πανελλήνια έρευνα για τον τρόπο ζωής και την υγεία των εφήβων (έρευνα HBSC/WHO) του Ερευνητικού Πανεπιστημίου Ινστιτούτου Ψυχικής Υγείας 2006 (Ε.ΠΙ.ΨΥ.) οι έφηβοι δηλώνουν, ότι απευθύνονται συνήθως στη μητέρα για θέματα που τους απασχολούν (*Ε.ΠΙ.ΨΥ, 2006*).

Οι έφηβοι σήμερα, όπως αναφέρθηκε στην έρευνα του Κέντρου Μελετών Υπηρεσιών Υγείας της Ιατρικής Σχολής Αθηνών δηλώνουν, ότι σπάνια, οι γονείς τους έχουν χρόνο να αφιερώσουν σ' αυτούς. Πολλές φορές οι έφηβοι δίνουν την εντύπωση, ότι θέλουν να διακόψουν τους δεσμούς με την οικογένεια και να φύγουν από το σπίτι, στην πραγματικότητα αυτό που επιθυμούν είναι να επαναδιαπραγματευθούν τους ρόλους και τις σχέσεις, εξερευνώντας την ταυτότητά τους και αποκρυσταλώνοντας μια αίσθηση του ποιοι πραγματικά είναι (*Niller, 1994, p.p.37-77*). Η ικανότητα της ακρόασης των σκέψεων και των

συναισθημάτων του εφήβου, αλλά και η ανταλλαγή απόψεων και προβληματισμών είναι τα σημαντικότερα στοιχεία στη σχέση γονέα-εφήβου, για να την αναδείξουν λειτουργική. Οι κοινές δραστηριότητες ψυχαγωγίας του γονέα με τον έφηβο, θα ενδυναμώσουν και θα αναζωογονήσουν τη σχέση αυτή.

Οι γονείς πρέπει να είναι συναισθηματικά κοντά στους εφήβους, να έχουν την ικανότητα να αντέξουν την επιθετικότητά τους και όλα τα αρνητικά συναισθήματα που προβάλλουν επάνω τους. Είναι σημαντικό να κατανοήσουν οι γονείς τον αναπτυξιακό στόχο της συναισθηματικής απομάκρυνσης του εφήβου στα πρώτα κυρίως χρόνια της εφηβείας και να μην την αποδώσουν σε δήθεν απόρριψή τους (Silverberg, 1996, p.p.12-61). Με την στήριξη των γονέων του, ο έφηβος θα οδηγηθεί σε μια ασφαλή κατάσταση, ώστε να τολμήσει να αναγνωρίσει και να μοιραστεί μαζί τους βαθύτερα συναισθήματα, φόβο και ανησυχίες που μέχρι τότε αρνιόταν να αποδεχθεί, γιατί ερχόταν σε αντίθεση με τις προσδοκίες της οικογένειας και την καταπιεστική ανάγκη για θετική αναγνώριση από τους άλλους (Ζαβαρίνου, 2009). Ο έφηβος χρειάζεται προσωπικό τρόπο κατανόησης του κόσμου. Η αποεξιδανίκευση του γονέα ή του δασκάλου γίνεται δείκτης γνωστικής ωρίμανσης και αίτιο συναισθηματικής εξέλιξης.

4.2.4 Κοινωνικοποίηση εφήβων μέσω φίλιας

Η εφηβεία δεν μπορεί να εννοηθεί ως απλό βιολογικό γεγονός. Οι ψυχοσωματικές αλλαγές λαμβάνουν χώρα μέσα σε ένα κοινωνικό πλαίσιο. Την περίοδο αυτή οι έφηβοι τείνουν να υποκαταστήσουν τους γονείς τους με την προσκόλληση στην ομάδα των συνομηλίκων τους. Μέσα στις ομάδες των συνομηλίκων ο έφηβος αναγνωρίζεται, ανήκει και μοιράζεται εμπειρίες και με την κάλυψη της ομάδας θα μπορέσει να επιχειρήσει νέες προσπάθειες για αυτονομία, ανεξαρτητοποίηση και δοκιμή των ικανοτήτων του και των προσωπικών του ορίων.

Στην προαναφερθείσα έρευνα του Κέντρου Μελετών Υπηρεσιών Υγείας της Ιατρικής Σχολής Παν/μίου Αθηνών ο καθηγητής κ. Τούντας αναφέρει, ότι το 22,5% των εφήβων στην Ελλάδα βιώνουν τα αρνητικά συναισθήματα του εκφοβισμού, της μη αποδοχής τους από τους συνομηλίκους καθώς το 7,8% των εφήβων έχει συχνές τέτοιες εμπειρίες. Οι έφηβοι με την μεγαλύτερη κοινωνική υποστήριξη δηλώνουν σημαντικά λιγότερες εμπειρίες κοινωνικού εκφοβισμού και μη αποδοχής απ' ότι οι έφηβοι με φτωχά κοινωνικά στηρίγματα (Τούντας, 2009). Το φύλο, επίσης, αποτελεί σημαντικό παράγοντα διαχωρισμού του φαινομένου: τα

αγόρια δηλώνουν σημαντικά περισσότερα επεισόδια εκφοβισμού και μη αποδοχής από τους συνομηλίκους απ' ότι τα κορίτσια.

Στο πως οι έφηβοι βιώνουν τη φιλία συναντούμε διαφορές ως προς το φύλο. Τα κορίτσια τα ενώνει η αυτοαποκάλυψη και το συναίσθημα, ενώ τα αγόρια οι κοινωνικές δραστηριότητες (Fischer et al, 1996, p.p.95-129). Η ενσυναίσθηση και η αποδοχή από την πλευρά των γονέων είναι προϋπόθεση για εδραίωση σχέσης εμπιστοσύνης γονέων και εφήβων, ισχυροποιώντας την αυτοεκτίμηση του εφήβου. Η αυτοεκτίμηση του εφήβου θα τον βοηθήσει να αναπτύξει ουσιαστικές και γόνιμες φιλίες.

Το να έχουν φίλους και παρέες οι έφηβοι δεν συνεπάγεται αυτονόητα πως οι έφηβοι θα νιώθουν ο εαυτός τους. Οι μισοί από δείγμα 7.050 εφήβων παραδέχονται, ότι στην ομάδα των φίλων συχνά συμπεριφέρονται διαφορετικά από αυτό που νιώθουν (Strommen, 1993, p.p.26). Μεταξύ των 40 ευχών που τους δόθηκαν το 75% επέλεξε το «να είμαι περισσότερο ο εαυτός μου στην ομάδα». Πρώτη ήλθε σε προτιμήσεις η ευχή «να βρω νόημα στη ζωή και να έχω φίλους» το επέλεξε το 78% των εφήβων (Strommen, 1993, p.p.35).

Η συμμετοχή του εφήβου σε φιλικές ομάδες θα αυξήσει την αυτοεκτίμησή του αλλά συμβαίνει και το αντίστροφο. Ένας έφηβος με στερεή, γερή σχέση με τους γονείς του θα κάνει πιο εύκολα σχέση με τα άλλα παιδιά (Λιακοπούλου, 2010).

4.2.5 Σχολείο και Μάθηση

Το σχολείο αποτελεί το δεύτερο μετά την οικογένεια βασικό φορέα, ο οποίος συνεχίζει σε πολλές περιπτώσεις παράλληλα με την οικογένεια την κοινωνικοποίηση των παιδιών. Η επίδρασή του στην εξέλιξη του ατόμου είναι αποφασιστική, κυρίως με τη διδακτέα ύλη που εκπνοεί τις αξίες που προωθεί, τα πρότυπα που προσφέρει, τις κατευθύνσεις στις οποίες δίνει έμφαση, την μεθοδολογία που χρησιμοποιεί, τις εξωσχολικές δραστηριότητες που οργανώνει, τις παρωθητικές καταστάσεις που αναπτύσσει.

Το σύγχρονο σχολείο έχει στόχο όχι μόνο την ανάπτυξη των παραδοσιακών γνωστικών δεξιοτήτων αλλά και την ανάπτυξη των ενδοπροσωπικών δεξιοτήτων της κάθε προσωπικότητας και της ικανότητας ελέγχου της προσωπικής ζωής του κάθε μαθητή. Με την ανάπτυξη των διαπροσωπικών δεξιοτήτων το παιδί μπορεί να δημιουργήσει φιλίες, να αποκτήσει κοινωνικούς ρόλους. Συμπεραίνουμε, λοιπόν, ότι οι δεξιότητες μπορούν να οδηγήσουν σε μεγαλύτερη επιτυχία στο σχολείο, να δημιουργήσουν αισθήματα αυτοαποδοχής και να μειώσουν την αρνητική διάθεση (Mayer & Salovey, 1997, p.p.3-31).

Βρέθηκε, ότι οι μαθητές με αυξημένη αυτογνωσία και ικανότητες ήρεμης και μεθοδικής (reflective) σκέψης, είναι πολύ πιθανό να έχουν θετική αυτοεκτίμηση, να διαθέτουν ικανότητα ηθικής κρίσης και να τα πηγαίνουν καλά με το σχολείο και με τους φίλους. Πολλές έρευνες έδειξαν, ότι η κοινωνική και συναισθηματική μάθηση σχετίζεται θετικά με την αυξημένη σχολική απόδοση και τους καλύτερους βαθμούς (*Bloodworth et al, 2001*), την προσκόλληση στους στόχους, την αυξημένη παρακίνηση, το ενδιαφέρον για το σχολείο και την ανάπτυξη θετικών στάσεων και συμπεριφορών (*Ragozzino et al, 2003*).

Έρευνες έδειξαν, ότι οι μαθητές που έχουν αναπτυγμένες συναισθηματικές ικανότητες μπορούν να χειρίζονται σωστά τα συναισθήματά τους, ανταποκρίνονται αποτελεσματικά στα συναισθήματα των άλλων, αντέχουν στις δυσκολίες (*Elias et al, 1992*). Η μάθηση των δεξιοτήτων αυτών είναι σημαντικές τόσο για την επιτυχία των μαθητών γενικά στη ζωή, δεν είναι θέμα μόνο διδασκαλίας και ειδικών δραστηριοτήτων. Είναι θέμα γενικότερης αγωγής με τη δημιουργία της ανάλογης «κουλτούρας» μέσω του σχολικού περιβάλλοντος και ειδικά του περιβάλλοντος της τάξης (*Lickona, 1997*). Το περιβάλλον της μάθησης στην σχολική τάξη είναι αυτό που παρέχει φροντίδα και ασφάλεια στο μαθητή και ευνοεί τη συμμετοχή του στη διδακτική πράξη. Συχνά, όμως, η χαρά της σχολικής κοινωνικής ζωής υπονομεύεται από την χαμηλή σχολική επίδοση του εφήβου. Η σχολική αποτυχία του εφήβου ενδέχεται να είναι συνέπεια της κακής του διάθεσης, του παθολογικού άγχους, των πολλών ενδοψυχικών συγκρούσεων και άλλων αιτιών, τα οποία σχετίζονται με τον ψυχικό του κόσμο και την οικογένειά του. Έτσι η αντιμετώπιση αγχογόνων καταστάσεων από τον έφηβο είναι πιθανόν να τον οδηγήσουν σε μια παθητική έκφραση ως επιθετικότητα (*Γαβριηλίδου, 1998, σ.σ.183-215*). Η παθητική επιθετικότητα αναφέρεται στην αδράνεια που παρουσιάζει ο έφηβος και στην άρνησή του να αναλάβει να εκπληρώσει τις υποχρεώσεις του.

Σο Δυτικό κόσμο η επιβάρυνση του εφήβου με το σχολείο γίνεται όλο και μεγαλύτερη χωρίς να έχει γίνει το εκπαιδευτικό σύστημα περισσότερο ελκυστικό (*π. Θερμός, 2008, σ.σ.121*). Η πανελλαδική έρευνα του Παιδαγωγικού Ινστιτούτου κατέγραψε ενδιαφέροντα συμπεράσματα για τα συναισθήματα των μαθητών, όταν βρίσκονται στο σχολείο. Τα αποτελέσματα της έρευνας έχουν ως εξής:

68% των μαθητών νιώθουν κούραση,

58% νιώθουν πίεση,

53% νιώθουν πλήξη,

52% νιώθουν άγχος,

27% νιώθουν απαισιοδοξία,

32% νιώθουν απογοήτευση,

23% νιώθουν οργή,

27% νιώθουν ευχαρίστηση,

22% νιώθουν χαρά,

22% νιώθουν αισιοδοξία,

15% νιώθουν μοναξιά (*Πενταρβάνη, 2009*).

Συμπερασματικά προβάλλεται επιτακτική η ανάγκη της βελτίωσης των διαπροσωπικών σχέσεων στο σχολικό περιβάλλον και η οποία θα έχει ως απόρροια την βελτίωση των μαθητικών επιδόσεων, οι οποίες διεθνώς υποβαθμίζονται (*Κάτσικα, Θεριανού, 2006, σ.σ.13*). Η πολιτεία χρειάζεται να επιμεληθεί ένα πρόγραμμα σπουδών ελκυστικότερο από το σημερινό για τους εφήβους. Οι εκπαιδευτικοί να θεωρήσουν τη σχολική τάξη ως ένα σημαντικό δυναμικό μέσω αγωγής, «η μαθησιακή εμπειρία του εφήβου πρέπει να νοείται λιγότερο σαν συνέχεια του παιδικού σχολείου και περισσότερο ως η αρχή μιας ισόβιας αυτοϋποκινούμενης μαθησιακής διδασκαλίας» (*Graham, 2004, p.p.212*). Κίνητρο για μάθηση είναι η παρώθηση (motivation), κατάσταση στην οποία ο μαθητής έχει θετική στάση απέναντι στη μάθηση και επιδιώκει να δραστηριοποιηθεί. Σημαντική, άλλωστε, στην ενεργοποίηση του μαθητή είναι και η συμβολή του εκπαιδευτικού.

Επιπλέον, είναι αποδεκτό, ότι για να είναι αποτελεσματική η παρέμβαση του σχολείου στην γνωστική και συναισθηματική ανάπτυξη των μαθητών απαιτείται η ομαλή συνεργασία των γονέων και των εκπαιδευτικών. Μια θετική θεώρηση της συνεισφοράς του γονέα στην εκπαίδευση, τον ωθεί στην ενεργητικότερη συμμετοχή του στη σχολική ζωή και ενισχύει σημαντικά το αίσθημα της αποτελεσματικότητας του ρόλου του (*Grolnick et al, 1997*). Την γονεϊκή συμμετοχή ενεργοποιεί η σχολική επίδοση του παιδιού και την επηρεάζει θετικά.

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ:

Ερευνητική προσέγγιση



1.Μεθοδολογία

➤ Σκοπός της έρευνας

Η παρούσα ερευνητική εργασία έχει ως σκοπό να διερευνήσει την προσκόλληση των εφήβων στην Ελληνική παραδοσιακή διατροφή σε σχέση με τον τόπο διαμονής τους και την σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής τους (health-related quality of life / HRQOL). Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στην περιφέρεια της Αττικής και στη Νησιωτική περιφέρεια της Δωδεκανήσου.

Η διερεύνηση έχει ως στόχο να μελετήσει, αν διαφέρει η αντιλαμβανόμενη ποιότητα ζωής των εφήβων, που σχετίζεται με την υγεία, ανάμεσα σε έφηβους που διαμένουν στην Αττική και στην Νησιωτική Ελλάδα, ανάμεσα σε αγόρια και κορίτσια, ανάμεσα σε κανονικά, υπέρβαρα και παχύσαρκα άτομα και τέλος ανάμεσα σε εφήβους με διαφορετικό βαθμό προσκόλλησης στην Μεσογειακή Διατροφή.

Η απόδειξη στατιστικά σημαντικών σχέσεων ανάμεσα στα διερευνόμενα χαρακτηριστικά της έρευνας, θα προσδώσει ακόμα μεγαλύτερη κατανόηση για την επίδραση που ασκεί η ποιοτική διατροφή στην αντιλαμβανόμενη ευημερία και ποιότητα ζωής του εφήβου. Είναι πρώτη φορά που αυτές οι μεταβλητές συνδυάζονται αναλυτικά σε μια έρευνα.

➤ Χρόνος και διαδικασία έρευνας

Η έρευνα που πραγματοποιήθηκε για τη συλλογή των απαραίτητων πρωτογενών δεδομένων ήταν διαστρωματικού χαρακτήρα (cross-sectional) και η πραγματοποίησή της έλαβε χώρα μεταξύ των μηνών Σεπτεμβρίου και Οκτωβρίου 2010. Ως εργαλείο συλλογής των απαιτούμενων πληροφοριών χρησιμοποιήθηκε ένα δομημένο ερωτηματολόγιο που αποτελούταν από τέσσερα (4) μέρη. Το ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε από μαθητές Γυμνασίου που διέμεναν σε διάφορες περιοχές της Αθήνας και της Νησιωτικής Ελλάδας, πιο συγκεκριμένα σε νησιά των Δωδεκανήσων όπως η Ρόδος και η Κως. Προκειμένου να προσεγγιστούν οι υποψήφιοι συμμετέχοντες μαθητές έπρεπε πρώτα να επιλεγούν τα σχολεία τα οποία θα περιλαμβάνονταν στην έρευνα.

Η επιλογή των σχολείων που συμπεριλήφθηκαν στην έρευνα, έγινε με γνώμονα την ύπαρξη όσο το δυνατόν μεγαλύτερης αντιπροσωπευτικότητας των συμμετεχόντων στο γενικό πληθυσμό και την μεταβλητότητα ως προς το κοινωνικοοικονομικό προφίλ των οικογενειών από τις οποίες προέρχονταν. Το ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε από τους μαθητές στο σχολείο κατά τη διάρκεια των προγραμματισμένων διδακτικών τους ωρών και η όλη διαδικασία διεξαγωγής της έρευνας δεν διήρκεσε παραπάνω από 30 λεπτά.

➤ Δείγμα

Ερωτήθηκαν συνολικά 400 έφηβοι μαθητές, αλλά 41 από αυτούς δεν συμπεριλήφθηκαν στην ανάλυση λόγω του μεγάλου ποσοστού ελλιπών απαντήσεων στα ερωτηματολόγια που παρέδωσαν. Σαν αποτέλεσμα, οι αναλύσεις που πραγματοποιήθηκαν, στηρίχθηκαν στις απαντήσεις των 359 έφηβων μαθητών των οποίων τα ερωτηματολόγια ήταν ερευνητικά αξιοποιήσιμα.

Η ηλικία των συμμετεχόντων κυμαινόταν μεταξύ 12 και 16 ετών. Το 46 %, δηλαδή 166 στον αριθμό, ήταν αγόρια και το 54 %, δηλαδή 193 συνολικά, ήταν κορίτσια, ενώ τα άτομα που προσεγγίστηκαν και διέμεναν στην Αθήνα ήταν σχεδόν ίσα με αυτά που ρωτήθηκαν και διέμεναν σε νησί, καθώς ο αριθμός τους ήταν 179 και 180 αντίστοιχα. Το Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο Αθηνών, έδωσε την ηθική έγκριση για το πρωτόκολλο διεξαγωγής της έρευνας.

➤ Ερωτηματολόγιο & κλίμακες μέτρησης

Το ερωτηματολόγιο⁴, το οποίο είναι το εργαλείο με το οποίο συλλέχθηκαν οι απαντήσεις των συμμετεχόντων ως προς τις μεταβλητές ενδιαφέροντος, ξεκινούσε με μια σύντομη εισαγωγή. Ο μαθητής ενημερώθηκε, πως η έρευνα γινόταν στα πλαίσια μιας μεταπτυχιακής μελέτης, του δόθηκαν οδηγίες για τα στοιχεία που θα συλλεχθούν από το ερωτηματολόγιο, δίνοντας έμφαση στο ότι δεν πρόκειται για διαγώνισμα όπου υπάρχουν σωστές και λάθος απαντήσεις. Τέλος, του ζητήθηκε να απαντήσει σε όλες τις ερωτήσεις με τη μέγιστη δυνατή ειλικρίνεια και ακρίβεια και υπήρχε διαβεβαίωση για την ανωνυμία και την αποκλειστική εκμετάλλευση των πληροφοριών που παρείχε στα πλαίσια της συγκεκριμένης έρευνας.

Το σύνολο του ερωτηματολογίου αποτελούνταν από 11 σελίδες και όπως αναφέρθηκε προηγουμένως εκτός από την σύντομη εισαγωγή, είχε τέσσερα (4) κύρια συστατικά μέρη:

- Στο Α΄ μέρος συλλέγονταν πληροφορίες για κάποια δημογραφικά χαρακτηριστικά των εφήβων μαθητών και των οικογενειών τους που απάρτιζαν το δείγμα.
- Στο Β΄ μέρος μετριόταν η προσκόλληση των συμμετεχόντων στη Μεσογειακή διατροφή χρησιμοποιώντας το δείκτη KIDMED.
- Στο Γ΄ μέρος περιέχονταν ερωτήσεις σχετικά με την παραδοσιακή διατροφή.
- Στο Δ΄ μέρος μετρήθηκε η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής των ατόμων χρησιμοποιώντας το ερωτηματολόγιο KIDSCREEN 27.

⁴ Αντίγραφο του ερωτηματολογίου που διαμοιράστηκε στους συμμετέχοντες παρέχεται στο παράρτημα.

Πιο συγκεκριμένα, το απαντητικό μέρος του ερωτηματολογίου ξεκινούσε με διάφορες κοινωνικο-δημογραφικές ερωτήσεις που είχαν να κάνουν με το φύλο, το έτος γέννησης, τον τόπο διαμονής των παιδιών καθώς και με το μορφωτικό επίπεδο και το επάγγελμα των γονιών τους. Υπήρχαν ,επίσης και ανθρωπομετρικές ερωτήσεις που είχαν να κάνουν με το βάρος και το ύψος των παιδιών από τα οποία υπολογίστηκε το ποσοστό παχυσαρκίας (Body Mass Index / BMI).

Ανάλογα με τον δείκτη μάζας σώματός τους, οι συμμετέχοντες έφηβοι χωρίστηκαν σε φυσιολογικούς, υπέρβαρους και παχύσαρκους χρησιμοποιώντας ως τιμές διαχωρισμού (cut off points) αυτές που προβλέπονται από την βιβλιογραφία (Cole et al, 2000) συνυπολογίζοντας το φύλο και την ηλικία του καθενός. Σε αυτό το πρώτο μέρος, πληροφορίες ,επίσης, συλλέγονταν σχετικά με το πόσες φορές την εβδομάδα πηγαίνει ο έφηβος βόλτες, πόσες ώρες τη μέρα παρακολουθεί τηλεόραση, πόσες ώρες την εβδομάδα ασχολούταν με το Internet ή τα ηλεκτρονικά παιχνίδια, πόσες ώρες κοιμόταν ημερησίως, ποια γεύματα έτρωγε καθημερινά και ποια από αυτά μαζί με τους γονείς του. Τέλος, του ζητήθηκε να προσδιορίσει τη συχνότητα κατανάλωσης αναψυκτικών.

Στο δεύτερο μέρος, σκοπός ήταν να καταγραφούν οι διατροφικές συνήθειες του κάθε εφήβου και πιο συγκεκριμένα η προσκόλλησή του στα πρότυπα της Μεσογειακής Διατροφής. Για να καταστεί αυτό δυνατό, χρησιμοποιήθηκε ο δείκτης KIDMED που αναπτύχθηκε από τον Serra-Majem και τους συνεργάτες του (2004). Ο δείκτης KIDMED είναι ο πρώτος δείκτης που προσπαθεί να μετρήσει την προσκόλληση των παιδιών και των εφήβων από 2 έως 24 ετών στα διαιτητικά πρότυπα της Μεσογειακής Διατροφής και κατ' επέκταση και σε υψηλή ποιότητα διατροφής.

Η Μεσογειακή διαίτα είναι ίσως ένα από τα πιο υγιεινά διαιτητικά μοντέλα που υπάρχουν σήμερα και άτομα που την ακολουθούν εμφανίζουν χαμηλότερα ποσοστά χρόνιων ασθενειών και υψηλότερη διάρκεια ζωής (Hu, 2003; Serra-Majem et al, 2004). Ο συγκεκριμένος δείκτης αποτελείται από 16 ερωτήσεις όπου οι συμμετέχοντες απαντούν με ένα απλό ναι ή ένα όχι. Οι δώδεκα ερωτήσεις που υποδηλώνουν συμφωνία με τις επιταγές της Μεσογειακής Διατροφής είναι οι εξής: 1) καταναλώνεις ένα φρούτο ή χυμό φρούτων κάθε μέρα, 2) καταναλώνεις ένα δεύτερο φρούτο κάθε μέρα, 3) καταναλώνεις λαχανικά μια φορά τη μέρα, 4) καταναλώνεις λαχανικά περισσότερο από μια φορά τη μέρα, 5) καταναλώνεις ψάρι τακτικά (τουλάχιστον 2-3 φορές την εβδομάδα), 6) καταναλώνεις όσπρια περισσότερο από μια φορά την εβδομάδα, 7) καταναλώνεις ψωμί, ζυμαρικά ή ρύζι σχεδόν κάθε μέρα (5 ή περισσότερες φορές την εβδομάδα, 8) για πρωινό τρως συνήθως δημητριακά (τύπου corn flakes) ή ψωμί ή φρυγανιές ή αρτοσκευάσματα, 9) καταναλώνεις ξηρούς καρπούς τακτικά

(τουλάχιστον 2-3 φορές την εβδομάδα), 10) καταναλώνεις ελαιόλαδο (είτε σε σαλάτα είτε σε φαγητό, 11) για πρωινό συνήθως τρως ή πίνεις ένα γαλακτοκομικό προϊόν όπως γάλα, γιαούρτι, 12) καταναλώνεις δυο γιαούρτια ή και λίγο τυρί (40 γραμ.) ημερησίως] βαθμολογούνται με +1 αν οι ερωτώμενοι απαντήσουν ναι, ενώ οι υπόλοιπες τέσσερις [α) καταναλώνεις πρόχειρο φαγητό περισσότερο από μια φορά την εβδομάδα (τύπου fast food), β) συνήθως παραλείπεις πρωινό, γ) για πρωινό συνήθως τρως γλυκά, δ) καταναλώνεις γλυκά κάθε μέρα] που υποδηλώνουν διαφωνία με -1. Όταν οι ερωτώμενοι απαντήσουν όχι, το σκορ του δείκτη παραμένει ανεπηρέαστο. Το σκορ που μπορεί λοιπόν να συγκεντρώσει ένα άτομο, κυμαίνεται ανάμεσα στο -4 και το 12 και αυτό είναι ενδεικτικό του βαθμού προσκόλλησης του στην Μεσογειακή διατροφή και σε μια υψηλής ποιότητας δίαιτα. Υψηλότερο σκορ δηλώνει, ότι το άτομο ακολουθεί και πιο επιθυμητό διαιτητικό πρότυπο.

Σαν αποτέλεσμα, υφίστανται τρεις κατηγορίες προσκόλλησης στις οποίες μπορεί να συμπεριληφθεί ένας ερωτώμενος ανάλογα με το σκορ που συγκεντρώσε και που αναφέρθηκε προηγουμένως: α) αν έχει ένα σκορ ίσο ή μεγαλύτερο από οχτώ (≥ 8) τότε θεωρείται ότι έχει υψηλή προσκόλλησης και ακολουθεί με βέλτιστο τρόπο τη Μεσογειακή Διατροφή, β) αν συγκεντρώσει ένα σκορ από 4 έως 7 τότε το άτομο έχει μέτρια προσκόλλησης και χρειάζεται να γίνουν τροποποιήσεις, ώστε να εναρμονιστεί με τα πρότυπα της Μεσογειακής Διατροφής και τέλος γ) αν το σκορ είναι από τρία και κάτω (≤ 3) (τότε υφίσταται μικρή / ασθενής προσκόλληση και μια σαφώς χαμηλή ποιότητα διατροφής).

Μετά την μέτρηση της προσκόλλησης του ατόμου στα πρότυπα της Μεσογειακής διατροφής, ακολουθούσε το τρίτο μέρος του ερωτηματολογίου. Σε αυτό κεντρικό θέμα ήταν η παραδοσιακή διατροφή. Ζητήθηκε από τους ερωτηθέντες να δηλώσουν πόσα από τα έξι παραδοσιακά φαγητά του τόπου τους, που τους αναφέρονταν, γνώριζαν και πόσο συχνά και ποιος μαγειρεύε αυτά τα φαγητά στο σπίτι. Επίσης, δήλωναν την εκτίμησή τους για το πόσο ελαιόλαδο χρησιμοποιούσαν στο σπίτι για την παρασκευή των φαγητών, αν τρώνε παραδοσιακά τυριά και γλυκά και αν τα παίρνουν ως κολατσιό στο σχολείο και πόσο συχνά. Η ενότητα έκλεινε με τους εφήβους να δηλώνουν, αν προτιμούν σπιτικά σνακ ή του εμπορίου, αν επιθυμούν ή όχι τη διατήρηση της παραδοσιακής διατροφής και για ποιο λόγο και τι θα τους έκανε να αλλάξουν συνήθειες και να ακολουθούν περισσότερο την παραδοσιακή διατροφή ανάμεσα από έξι υπάρχουσες επιλογές.

Στο τελευταίο μέρος του ερωτηματολογίου σκοπός ήταν να μετρηθεί η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής (Health related quality of life / HRQOL) των συμμετεχόντων εφήβων. Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής (HRQOL) μπορεί να οριστεί ως ένα πολυδιάστατο μέτρο που καταγράφει την ικανοποίηση ή την ευτυχία του ατόμου σε

διάφορους τομείς της ζωής του που επηρεάζουν ή επηρεάζονται από την υγεία (Evans, 1994). Πιο συγκεκριμένα, περιλαμβάνει την υποκειμενική αντίληψη του ατόμου για τις σωματικές, συναισθηματικές, ψυχικές, κοινωνικές και συμπεριφορικές πτυχές της ευεξίας και την λειτουργικότητά τους (Bullinger, 1991; Bullinger & Hasford, 1991; Stewart & Ware, 1990).

Αυτή η έννοια έχει τα τελευταία χρόνια κεντρίσει το ενδιαφέρον της κοινότητας που σχετίζεται με τη δημόσια υγεία καθώς θεωρείται πως αποτελεί ένα σχετικό αποτέλεσμα της υγείας που συμπληρώνει τις σωματικές μετρήσεις, όπως η νοσηρότητα και η θνησιμότητα (Michel *et al*, 2009). Πιστεύεται πλέον πως η κατάσταση της υγείας ενός πληθυσμού δεν πρέπει να αξιολογείται μόνο μέσω τυπικών δεικτών υγείας, σύμφωνα με το βιο-ιατρικό μοντέλο, αλλά θα πρέπει να περιλαμβάνει και την έννοια της υποκειμενικής αντίληψης του ατόμου για την λειτουργικότητα και την ευημερία του.

Η μέτρηση της σχετιζόμενης με την ποιότητα ζωής των παιδιών και των εφήβων είναι σε μεγάλο βαθμό ένα υπο-μελετημένο θέμα στην βιβλιογραφία και ειδικά σε Ευρωπαϊκό επίπεδο (Ravens-Sieberer *et al*, 2007). Για την μέτρηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής, χρησιμοποιήθηκε ένα πολύ αξιόπιστο και αποδεκτό από την βιβλιογραφία εργαλείο, το KIDSCREEN 27 που διαμορφώθηκε από το Ευρωπαϊκό γκρουπ KIDSCREEN.

Το Ευρωπαϊκό γκρουπ KIDSCREEN, ιδρύθηκε τον Ιανουάριο του 2001 από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή (European Commission) και ήταν το πρώτο ερευνητικό γκρουπ που ανέπτυξε ένα διαπολιτισμικό, τυποποιημένο εργαλείο κλιμάκων μέτρησης για την σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής για παιδιά και εφήβους από 8 έως 18 ετών που ανήκουν στο γενικό πληθυσμό (Rajmil *et al*, 2006; *The KIDSCREEN Group Europe*, 2006). Το πρόγραμμα KIDSCREEN ξεκίνησε με τη συμμετοχή επτά Ευρωπαϊκών χωρών (Αυστρία, Γερμανία, Γαλλία, Ολλανδία, Ισπανία, Ελβετία, και Αγγλία) στα πλαίσια του ευρύτερου προγράμματος "Ποιότητα Ζωής και Διαχείριση Ανθρωπίνων Πόρων"/ 5ο Πρόγραμμα-Πλαίσιο για την Έρευνα. Ακολούθησε η συμμετοχή άλλων έξι ευρωπαϊκών χωρών στο πρόγραμμα (Ελλάδα, Ιρλανδία, Σουηδία, Δημοκρατία της Τσεχίας, Ουγγαρία, και Πολωνία) με ανεξάρτητη εθνική χρηματοδότηση.

Η αξιόπιστη διαπολιτισμική εφαρμογή του αποκτά ιδιαίτερη βαρύτητα στην σημερινή εποχή της Ενωμένης Ευρώπης. Ο σκοπός του εργαλείου θα ήταν να μπορεί να ξεχωρίσει τα υγιή άτομα από αυτά που είναι άρρωστα ή σε κίνδυνο, ώστε να είναι δυνατή η παρακολούθηση της κατάστασης της υγείας ενός πληθυσμού μέσα στο χρόνο και με τον αξιόπιστο εντοπισμό των τελευταίων να μπορούν να σχεδιαστούν έγκαιρες και καινοτόμες προληπτικές ή κατασταλτικές παρεμβάσεις και πολιτικές δημόσιας υγείας που θα συμβάλλουν στη βελτίωση της κατάστασής τους.

Το συγκεκριμένο εργαλείο μέτρησης καταφέρνει να ενσωματώσει το γεγονός, ότι η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής είναι πολυδιάστατη, ένα σημείο στο οποίο οι προηγούμενες προσπάθειες και μετρήσεις είχαν αποτύχει (Schmidt & Power, 2006). Το εργαλείο KIDSCREEN περιλαμβάνει σωματικά, ψυχολογικά και κοινωνικά στοιχεία ευημερίας σε εναρμόνιση με προηγούμενες μελέτες (Patrick & Chiang, 2000; Rajmil et al, 2004) και τον ορισμό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (World Health Organization, 1948). Οι κλίμακες του εργαλείου KIDSCREEN εφαρμόζονται και είναι κατάλληλες τόσο για υγιείς όσο και για άρρωστους πληθυσμούς.

Αρχικά αναπτύχθηκε το γενικό ερωτηματολόγιο KIDSCREEN 52 που αποτελούταν από 52 ερωτήσεις και κάλυπτε δέκα (10) διαστάσεις σχετικά με την σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής. Για την ανάπτυξή του συνεργάστηκαν ταυτόχρονα και οι 13 ευρωπαϊκές χώρες που αναφέρθηκαν προηγουμένως, ανάμεσά τους και η Ελλάδα, και η εγκυρότητα και η αξιοπιστία του ελέγχθηκε και επαληθεύτηκε σε ένα μεγάλο αντιπροσωπευτικό δείγμα 22.296 Ευρωπαίων εφήβων. Αποτέλεσμα της ταυτόχρονης ανάπτυξης σε όλες αυτές τις χώρες είναι τα ερωτηματολόγια KIDSCREEN να διατίθενται στις εξής 10 γλώσσες: αγγλικά, γαλλικά, γερμανικά, ελληνικά, ισπανικά, ολλανδικά, ουγγρικά, πολωνικά, σουηδικά και τσέχικα. Επίσης, συνοδεύονται από εγχειρίδια και οδηγούς χρήσης σε όλες τις παραπάνω γλώσσες

Το KIDSCREEN 27 είναι μια, νέα συντομότερη και πολλά υποσχόμενη έκδοση του γενικού ερωτηματολογίου KIDSCREEN 52 με σκοπό να εφαρμοστεί σε επιδημιολογικές και κλινικές μελέτες καθώς συνεπάγεται μικρό απαντητικό φόρτο, χωρίς, όμως, να χάνει την ικανότητα να μετράει τα πιο σημαντικά στοιχεία του ευρύτερου KIDSCREEN 52 (The KIDSCREEN Group, 2007_a, 2007_b). Άλλα πρόσθετα χαρακτηριστικά του KIDSCREEN 27 είναι ότι ικανοποιεί τις υποθέσεις του μοντέλου του Rasch και αναπαριστά την ποιότητα ζωής και καλύπτει τις βασικότερες πλευρές αυτής της εννοιολογικής κατασκευής.

Το KIDSCREEN 27 περιλαμβάνει 27 ερωτήσεις που αντιπροσωπεύουν πλήρως τις αρχικές δέκα διαστάσεις του KIDSCREEN-52, οι οποίες, όμως, εδώ έχουν συγχωνευτεί σε πέντε (5), με κάθε διάσταση να μετριέται με 4 έως 7 ερωτήσεις που έχουν 5 σημεία και ακραίες επιλογές από “καθόλου” έως “υπερβολικά” όταν μετρούν την ένταση μιας στάσης ή από “ποτέ” έως “πάντα”, όταν μετρούν τη συχνότητα μιας συμπεριφοράς ή ενός συναισθήματος. Οι απόψεις των ερωτηθέντων αναφέρονται με σημείο αναφοράς την προηγούμενη εβδομάδα. Η πρώτη διάσταση είναι η Σωματική Ευημερία (5 ερωτήσεις) και προσπαθεί να εξερευνήσει το επίπεδο της φυσικής δραστηριότητας, ενέργειας και φυσικής κατάστασης των ερωτηθέντων, ακολουθεί η Ψυχολογική Ευημερία (7 ερωτήσεις) που περιλαμβάνει τη μέτρηση των θετικών συναισθημάτων, της ικανοποίησης από τη ζωή και της

συναισθηματικής ισορροπίας, κατόπιν η Αυτονομία και Οι Γονείς (7 ερωτήσεις) όπου διερευνώνται οι σχέσεις με τους γονείς, η ατμόσφαιρα στο σπίτι, τα αισθήματα σχετικά με την ύπαρξη αρκετής ελευθερίας ανάλογα με την ηλικία καθώς και την ικανοποίησή τους από τους χρηματικούς πόρους που διαθέτουν. Επόμενη διάσταση είναι οι Συνομήλικοι και η Κοινωνική Στήριξη (4 ερωτήσεις) με σκοπό να εξακριβωθεί η φύση της σχέσης των παιδιών / εφήβων με άλλους συνομηλίκους τους και τέλος το Σχολικό Περιβάλλον (4 ερωτήσεις) όπου γίνεται προσπάθεια να καταγραφούν οι αντιλήψεις των ερωτηθέντων σχετικά με την διανοητική τους ικανότητα για μάθηση και συγκέντρωση, καθώς και τα αισθήματά τους για το σχολείο.

Συγκεκριμένες ερωτήσεις επανακωδικοποιήθηκαν πριν τη στατιστική ανάλυση προκειμένου να αντιπροσωπεύουν μεγαλύτερα σκορ και καλύτερη ποιότητα ζωής για όλες τις κλίμακες. Τα αθροιστικά σκορ για κάθε διάσταση μετασχηματίστηκαν σε μια τιμή T με μέσο όσο 50 και τυπική απόκλιση 10. Αυτό πραγματοποιήθηκε μετατρέποντας αρχικά τις αθροιστικές τιμές κάθε διάστασης σε τιμές της τυποποιημένης κατανομής z (standardized z distribution) και εφαρμόζοντας τον τύπο $T = 50 + 10 z$ προκύπτει ο μετασχηματισμός που αναφέρθηκε με τις αντίστοιχες ιδιότητες ως προς την τιμή του μέσου και της τυπικής απόκλισης.

Από τις 5 επιμέρους μετασχηματισμένες διαστάσεις υπολογίστηκε ένας συνολικός δείκτης σχετιζόμενου με την υγεία ποιότητας ζωής για κάθε ερωτηθέντα (HRQOL index) που αποτελεί το προφίλ του ως προς αυτή την παράμετρο ενδιαφέροντος. Ο συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach α για κάθε επιμέρους διάσταση ήταν πάνω από την ελάχιστη αποδεκτή τιμή 0,7 που πρότεινε ο Nunnally (1994) (πιο συγκεκριμένα κυμαινόταν μεταξύ 0,74 και 0,81) αποδεικνύοντας την πολύ καλή αξιοπιστία και εσωτερική συνέπεια που επιδεικνύει το συγκεκριμένο ερευνητικό εργαλείο (Robiteil et al, 2006; The KIDSCREEN Group Europe, 2006). Όλες οι μετρήσεις ακόμα και στα σωματικά χαρακτηριστικά που ζητήθηκαν, έγιναν στηριζόμενοι στα νούμερα και τις απαντήσεις που έδωσαν τα ίδια τα παιδιά (self-reported data) και όχι σε αντικειμενικές μετρήσεις με όργανα.

➤ Ανάλυση

Όλα τα δεδομένα που συλλέχθηκαν μέσω των ερωτηματολογίων αναλύθηκαν χρησιμοποιώντας το εξειδικευμένο στατιστικό λογισμικό SPSS for Windows έκδοση 17 που αναπτύχθηκε από το Πανεπιστήμιο του Chicago (SPSS Inc., Chicago, IL, U.S.A.). Μονομεταβλητές και διμεταβλητές αναλύσεις πραγματοποιήθηκαν και επεξηγηματικά γραφήματα δημιουργήθηκαν όπου υπήρχε ανάγκη να γίνει κάτι κατανοητό με έναν πιο εποπτικό και εύληπτο τρόπο.

Για τις ποσοτικές μεταβλητές παρουσιάζεται ο μέσος όρος (mean) και η τυπική απόκλιση (standard deviation), ενώ για τις ποιοτικές οι σχετικές και απόλυτες συχνότητες (absolute and relative frequencies) οι διμεταβλητές αναλύσεις μεταξύ ποσοτικών και ποιοτικών μεταβλητών πραγματοποιήθηκαν χρησιμοποιώντας το independent samples t-test ή την ανάλυση διακύμανσης κατά ένα παράγοντα (One Way ANOVA), ανάλογα με τον αριθμό των κατηγοριών που απάρτιζαν την κάθε ποιοτική μεταβλητή. Για τον εντοπισμό της διαφοράς μεταξύ των κατηγοριών της ποιοτικής μεταβλητής, στην ανάλυση διακύμανσης κατά ένα παράγοντα (One Way ANOVA) ξεχωριστά εκ των υστέρων τεστ (post hoc).

Οι σχέσεις μεταξύ ποιοτικών μεταβλητών ελέγχθηκαν χρησιμοποιώντας διασταυρωμένους πίνακες (crosstabs) και το κριτήριο χ^2 . Η αξιοπιστία και η εσωτερική συνέπεια των διαστάσεων του εργαλείου KIDSCREEN 27 αξιολογήθηκαν χρησιμοποιώντας το συντελεστή αξιοπιστίας άλφα (α) του Cronbach. Όλες οι σχέσεις που χαρακτηρίζονται ως στατιστικά σημαντικές αναφέρονται σε δικατάληκτους ελέγχους (two-tailed tests) με επίπεδο σημαντικότητας (α) 5 %.

2. Αποτελέσματα

Αρχικά πραγματοποιήθηκαν απλές περιγραφικές αναλύσεις για τα ανθρωποκεντρικά χαρακτηριστικά που δήλωσαν οι ερωτηθέντες έφηβοι μαθητές όπως η ηλικία, το βάρος και το ύψος τους, ενώ διαιρώντας το βάρος του κάθε ατόμου με το τετράγωνο του ύψους του [Βάρος (Kg) / Ύψος² (m)], υπολογίστηκε το ποσοστό παχυσαρκίας (Body Mass Index / BMI). Τα στοιχεία που προέκυψαν από το δείγμα για αυτές τις μεταβλητές ανά φύλο, τόπο διαμονής και συνολικά παρουσιάζονται στον Πίνακα 1.

Πίνακας 1: Τα στατιστικά στοιχεία για την ηλικία και τα ανθρωπομετρικά χαρακτηριστικά που δήλωσαν οι ερωτηθέντες ανά φύλο, τόπο διαμονής και συνολικά.

	Αθήνα (n = 179)			Νησιά (n = 180)			Σύνολο (n = 359)		
	Αγόρια (n=74)	Κορίτσια (n=105)	Σύνολο (n=179)	Αγόρια (n=92)	Κορίτσια (n=88)	Σύνολο (n=180)	Αγόρια (n=166)	Κορίτσια (n=193)	Σύνολο (n=359)
Ηλικία									
M.O	13,06	13,01	13,03	13,24	13,19	13,21	13,16	13,09	13,12
T.A	(0,25)	(0,10)	(0,18)	(0,62)	(0,68)	(0,64)	(0,49)	(0,47)	(0,48)
Ύψος (m)									
M.O	1,65	1,64	1,64	1,66	1,62	1,64	1,66	1,63	1,64
T.A	(0,09)	(0,06)	(0,07)	(0,10)	(0,07)	(0,09)	(0,10)	(0,06)	(0,08)
Βάρος (kg)									
M.O	56,17	51,29	53,42	56,45	52,19	54,34	56,32	51,71	53,89
T.A	(11,22)	(8,30)	(9,92)	(13,21)	(7,77)	(11,00)	(12,32)	(8,05)	(10,48)
Δ.Μ.Σ. (kg/m²)									
M.O	20,50	19,26	19,74	20,48	19,70	20,09	20,49	19,41	19,91
T.A	(3,44)	(2,73)	(3,11)	(3,84)	(2,50)	(3,26)	(3,65)	(2,63)	(3,18)

Συνδυάζοντας τον χαρακτηρισμό του ατόμου ως κανονικό, υπέρβαρο ή παχύσαρκο, ανάλογα με ποσοστό παχυσαρκίας, το φύλο του και την ηλικία του, με τον τόπο διαμονής του προέκυψε ο ακόλουθος πίνακας:

Πίνακας 2: Χαρακτηρισμός των εφήβων ανάλογα με τον ποσοστό παχυσαρκίας ανά τόπο διαμονής.

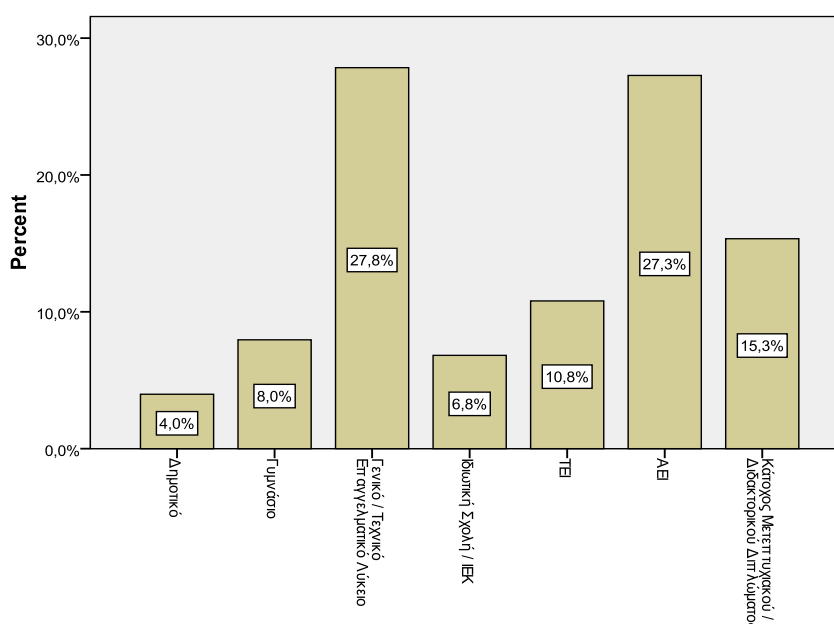
	Αθήνα (n = 172)	Νησιά (n = 169)	Σύνολο (n = 341)
Κανονικό Άτομο	147 (85,5 %)	135 (79,9 %)	182 (82,70 %)
Υπέρβαρο Άτομο	23 (13,4 %)	30 (17,8 %)	53 (15,54 %)
Παχύσαρκο Άτομο	2 (1,2 %)	4 (2,4 %)	6 (1,76 %)

Συγκρίνοντας το χαρακτηρισμό κάθε ατόμου ως κανονικό, υπέρβαρο ή παχύσαρκο, ανάλογα με το ποσοστό παχυσαρκίας, με το φύλο του, προκύπτει το συμπέρασμα πως τα αγόρια τείνουν να είναι πιο παχύσαρκα ή υπέρβαρα από τα κορίτσια (βλέπε πίνακα 7 & γράφημα 3). Αυτή η σχέση μάλιστα αποδείχθηκε στατιστικά σημαντική (χ^2 (1, 340) = 4,74, p = 0,029⁵).

Από τον πίνακα μπορεί να ειπωθεί, πως οι διαφορές μεταξύ Αττικής και Νησιών δεν παρουσιάζονται ιδιαίτερα μεγάλες.

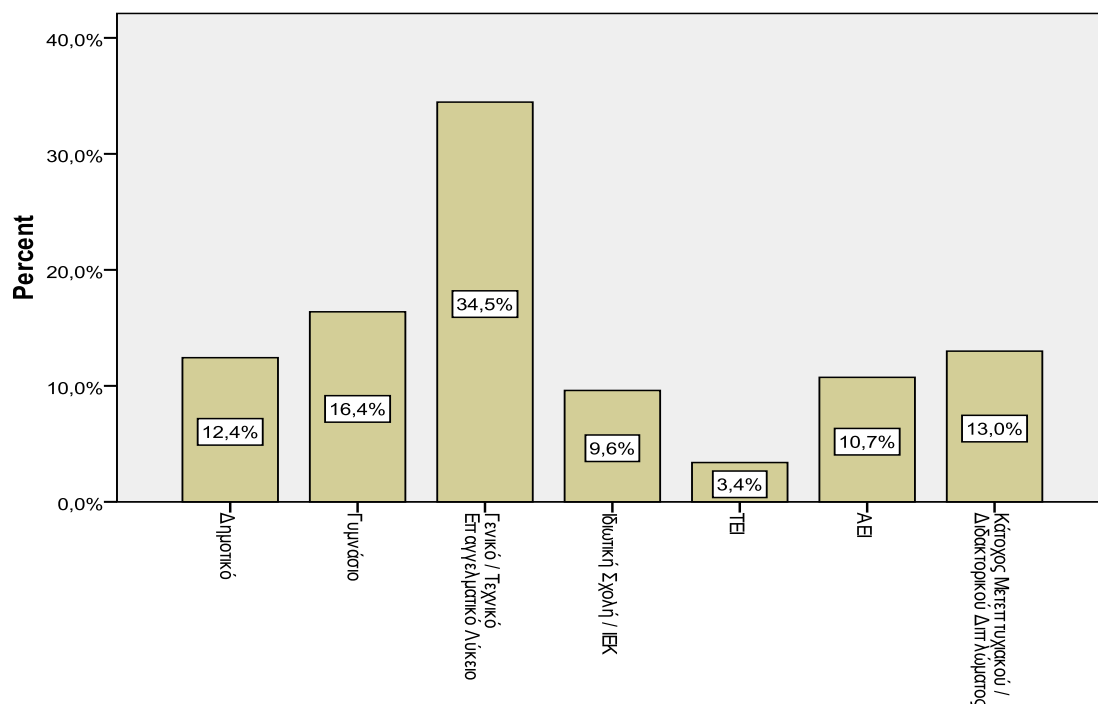
Εξετάζοντας το επάγγελμα και το μορφωτικό επίπεδο των δυο γονιών ανάλογα με τον τόπο διαμονής προέκυψαν τα ακόλουθα γραφήματα:

Γράφημα 1: Το μορφωτικό επίπεδο του πατέρα για τα παιδιά που διαμένουν στην Αθήνα.

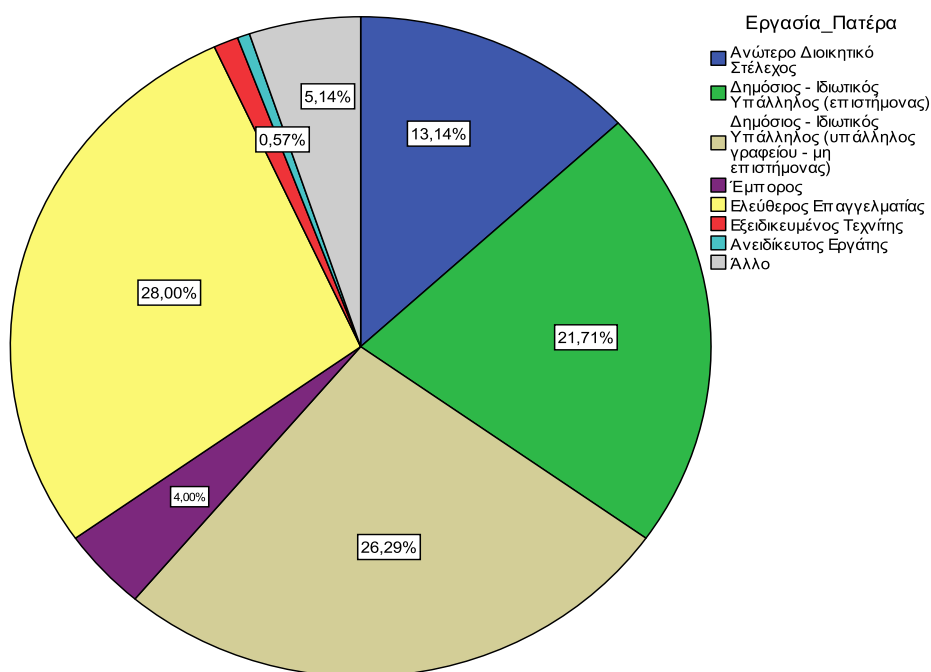


⁵ Προκειμένου να πραγματοποιηθεί η ανάλυση χ^2 με αξιοπιστία, χρειάστηκε να συμπτυχθεί η κατηγορία των υπέρβαρων με τα παχύσαρκα άτομα καθώς πάνω από το 20 % των κελιών είχε αναμενόμενη συχνότητα κάτω από 5 παραβιάζοντας την υπόθεση της κανονικότητας.

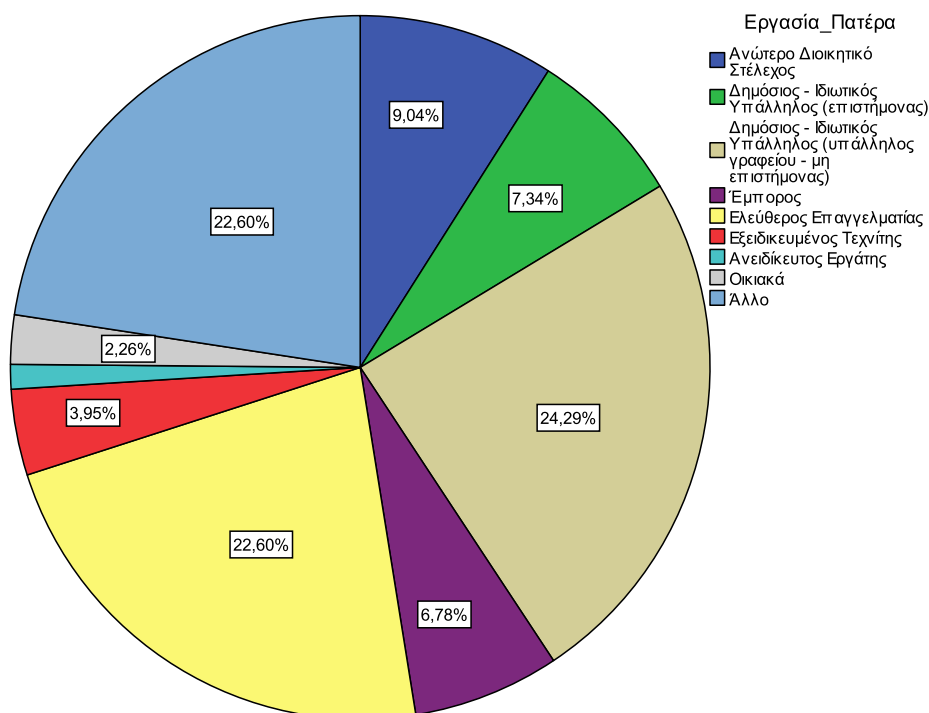
Γράφημα 2: Το μορφωτικό επίπεδο του πατέρα για τα παιδιά που διαμένουν στα Νησιά.



Γράφημα 3: Το επάγγελμα του πατέρα για τα παιδιά που διαμένουν στην Αθήνα.



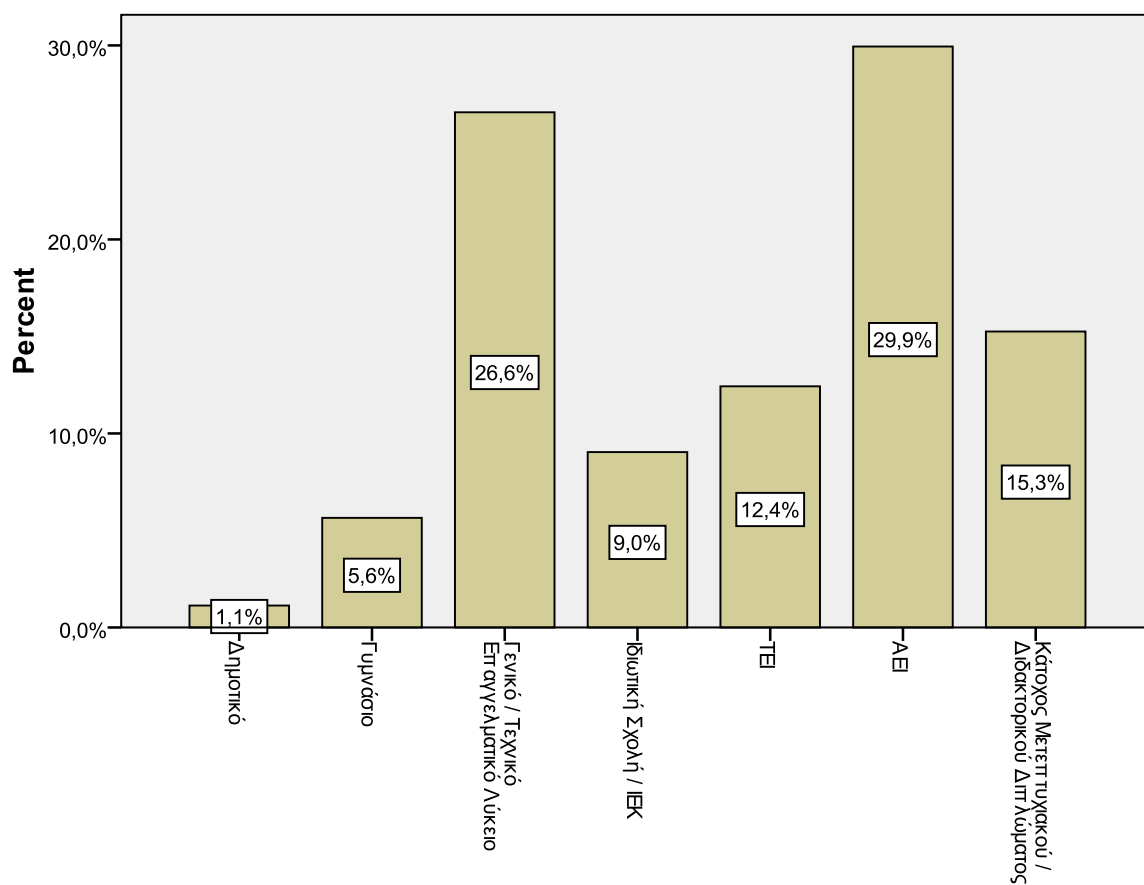
Γράφημα 4: Το επάγγελμα του πατέρα για τα παιδιά που διαμένουν στα Νησιά.



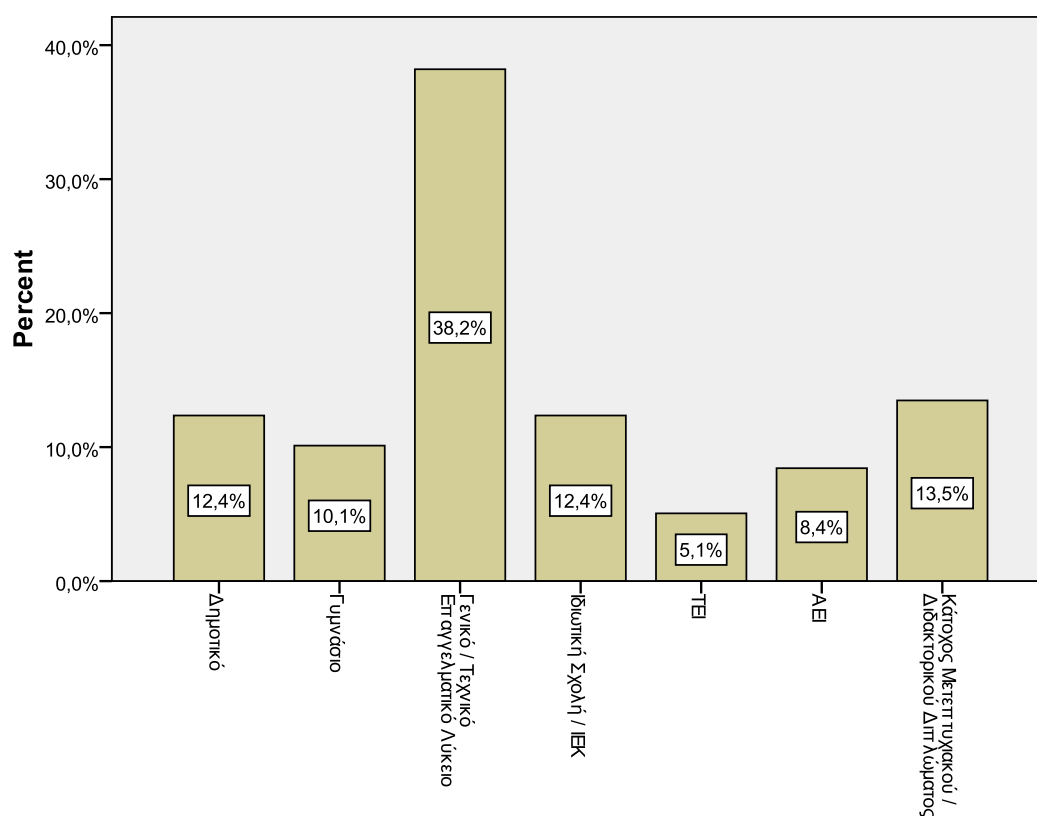
Από τα γραφήματα είναι εμφανές, ότι οι πατεράδες στην Αθήνα είναι πιο μορφωμένοι από αυτούς στα νησιά και έχουν ως επάγγελμα υπαλληλικές και επιστημονικές θέσεις, ενώ αυτοί στα νησιά κατέχουν κυρίως εργατικές θέσεις. Η σχέση ανάμεσα στον τόπο διαμονής και το επάγγελμα του πατέρα αποδείχθηκε στατιστικά σημαντική σε απόλυτο βαθμό (χ^2 (6, 353) = 34,79, $p = 0,000$) και το ίδιο συνέβη και με την εργασία (χ^2 (6, 352) = 41,94, $p = 0,000^6$).

⁶ Προκειμένου να πραγματοποιηθεί η ανάλυση χ^2 με αξιοπιστία, χρειάστηκε να συμπτυχθεί η κατηγορία των εξειδικευμένων με τους ανειδίκευτους εργάτες και τα οικιακά με το άλλο επάγγελμα καθώς πάνω από το 20 % των κελιών είχε αναμενόμενη συχνότητα κάτω από 5 παραβιάζοντας την υπόθεση της κανονικότητας.

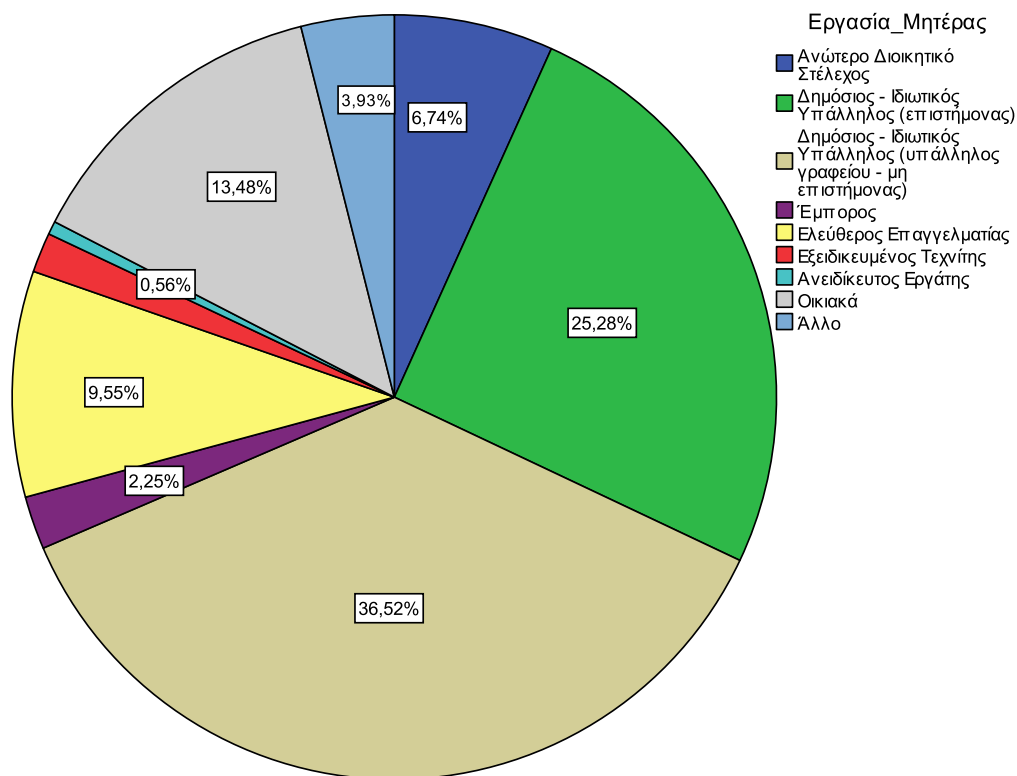
Γράφημα 5: Το μορφωτικό επίπεδο της μητέρας για τα παιδιά που διαμένουν στην Αθήνα.



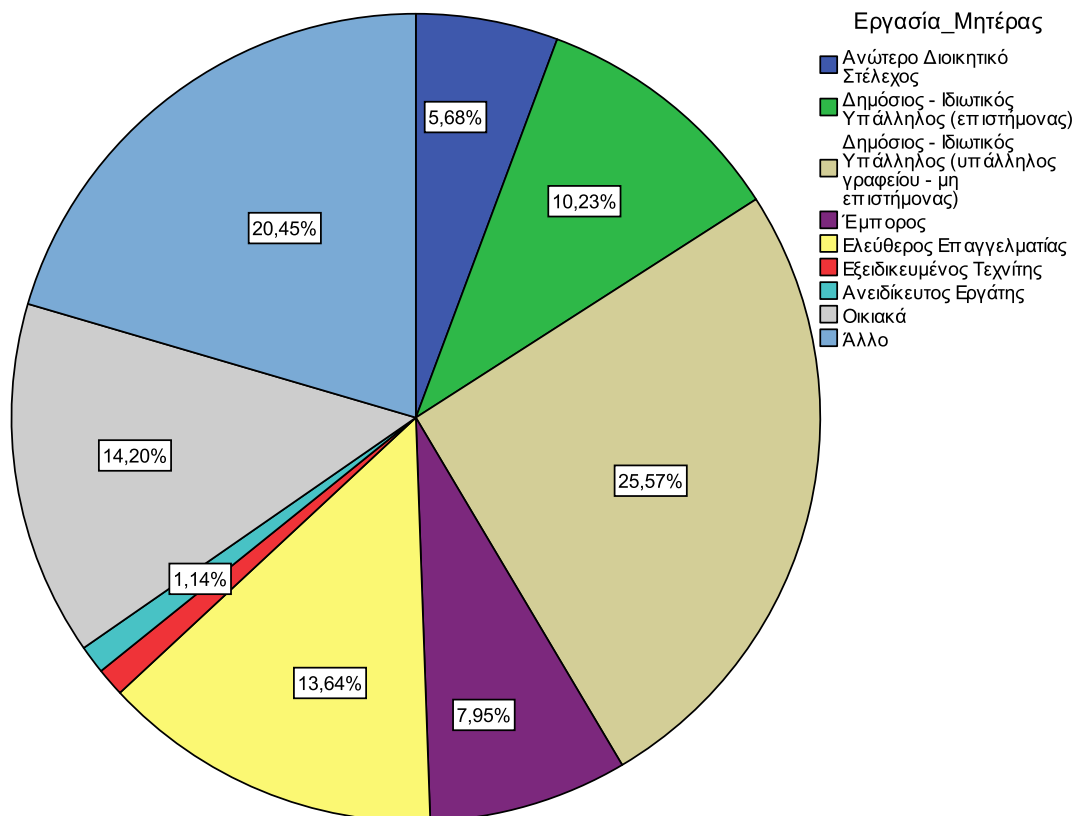
Γράφημα 6: Το μορφωτικό επίπεδο της μητέρας για τα παιδιά που διαμένουν στα Νησιά



Γράφημα 7: Το επάγγελμα της μητέρας για τα παιδιά που διαμένουν στην Αθήνα.



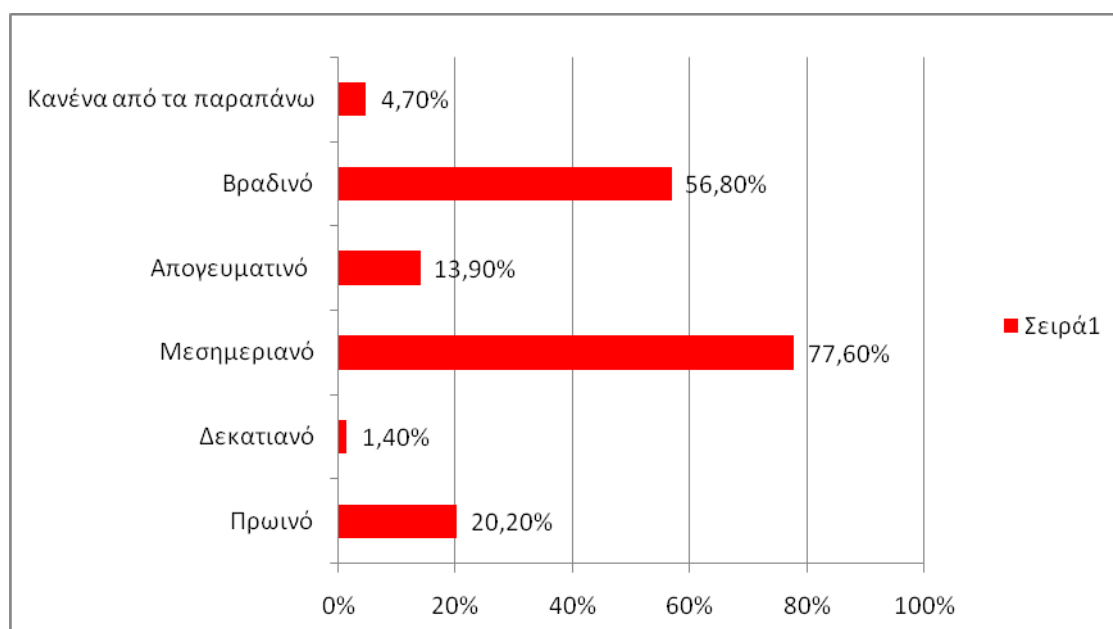
Γράφημα 8: Το επάγγελμα της μητέρας για τα παιδιά που διαμένουν στα Νησιά.



Από τα γραφήματα είναι εμφανές πως, ότι ίσχυε για τους πατεράδες των παιδιών στην Αθήνα και στα νησιά, ως προς την μόρφωση και την εργασία ισχύει με ακριβώς το ίδιο μοτίβο και για τις μητέρες. Συμπερασματικά και για τις μητέρες η σχέση ανάμεσα στον τόπο διαμονής και το επάγγελμά τους αποδείχθηκε στατιστικά σημαντική σε απόλυτο βαθμό ($\chi^2 (6, 355) = 50,60, p = 0,000$) και το ίδιο συνέβη και με την εργασία ($\chi^2 (6, 354) = 31,91, p = 0,000^7$).

Σχετικά με τα γεύματα που καταναλώνουν καθημερινά οι ερωτηθέντες μόνοι τους ή με τους γονείς τους, προέκυψαν τα ακόλουθα γραφήματα:

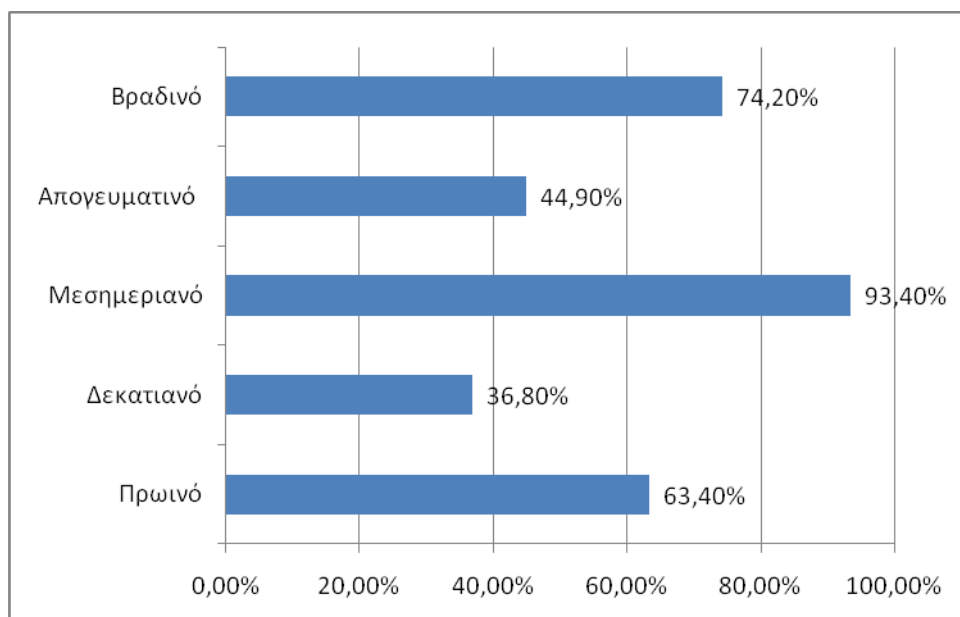
Γράφημα 9: Ραβδόγραμμα που αναπαριστά τα γεύματα που καταναλώνουν καθημερινά οι έφηβοι μαθητές με τους γονείς τους.



Από την ερώτηση σχετικά με το πόσα γεύματα καταναλώνουν την ημέρα οι ερωτηθέντες έφηβοι αποδείχθηκε, ότι κατά μέσο όρο παίρνουν περίπου 3 γεύματα τη μέρα ($\text{mean} = 3,13, \text{s.d.} = 1,27$) με τους έφηβους στην Αθήνα να γευματίζουν με στατιστικά μεγαλύτερη συχνότητα από αυτά της Νησιωτικής Ελλάδας ($\text{mean}_{\text{Αθήνα}} = 3,34, \text{mean}_{\text{Νησιά}} = 2,92, t(355,83) = 3,13, p = 0,002$). Τα γεύματα που παίρνουν οι έφηβοι μαζί με τους γονείς τους είναι λιγότερα από δυο ($\text{mean} = 1,71, \text{s.d.} = 0,94$) και δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα σε Αθήνα και Νησιωτική Ελλάδα ($\text{mean}_{\text{Αθήνα}} = 1,65, \text{mean}_{\text{Νησιά}} = 1,77, t(359) = -1,29, p = 0,199$).

⁷ Όμοια με παραπάνω υποσημείωση.

Γράφημα 10: Ραβδόγραμμα που αναπαριστά τα γεύματα που καταναλώνουν καθημερινά οι έφηβοι μαθητές.



Είναι εμφανές, ότι το πρωινό, το μεσημεριανό και το βραδινό γεύμα καταναλώνονται σε μεγάλο ποσοστό καθημερινά από τους μαθητές, ενώ με τους γονείς τους τρώνε κυρίως μεσημεριανό και βραδινό. Υπάρχει ένα ποσοστό που φτάνει σχεδόν το 5 % που δεν τρώει κανένα γεύμα με τους γονείς του κάθε μέρα.

Αθροίζοντας τις επιμέρους ερωτήσεις που απαρτίζουν το δείκτη KIDMED που προσπαθεί να εξετάσει την προσκόλληση των εφήβων στην Μεσογειακή Διατροφή σύμφωνα με τις οδηγίες των δημιουργών του (Serra-Majem *et al*, 2004) σχετικά με τις βαρύτητες / βαθμολογίες που έχουν οι επιμέρους ερωτήσεις, προκύπτει ένα συνολικό σκορ για κάθε άτομο. Τα αποτελέσματα του δείγματος για αυτό το σκορ είναι τα ακόλουθα:

Πίνακας 3: Τα στατιστικά στοιχεία για το σκορ του Δείκτη KIDMED στο δείγμα.

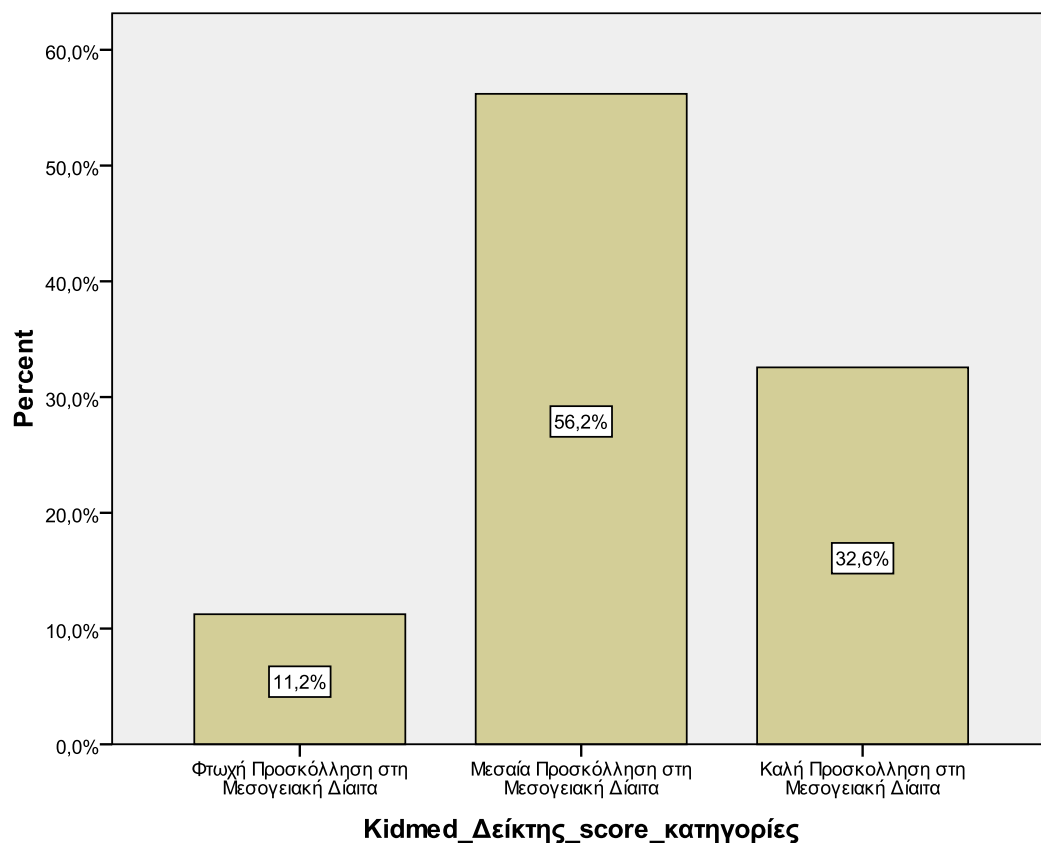
Kidmed Δείκτης score		
N	Έγκυρα	347
	Μέσος Όρος	6,27
	Τυπική Απόκλιση	2,37

Το σκορ που αναφέρθηκε προηγουμένως δεν χρησιμεύει ιδιαίτερα από μόνο του καθώς δεν είναι ιδιαίτερα πληροφοριακό. Με βάση όμως αυτό το σκορ κάθε άτομο μπορεί να ομαδοποιηθεί σε κατηγορίες που μας δείχνουν την ένταση της προσκόλλησής τους στη Μεσογειακή Διατροφή και κατ' επέκταση και την ποιότητα του διαιτολογίου του. Πιο συγκεκριμένα η στατιστική ανάλυση παρήγαγε τα εξής αποτελέσματα:

Πίνακας 4: Κατηγοριοποίηση των εφήβων ανάλογα με το βαθμό προσκόλλησής τους στην Μεσογειακή διατροφή.

	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα
Φτωχή Προσκόλληση στη Μεσογειακή Δίαιτα ($\text{score} \leq 3$)	39	11,2 %
Μεσαία Προσκόλληση στη Μεσογειακή Δίαιτα ($4 \leq \text{score} \leq 7$)	195	56,2 %
Καλή Προσκόλληση στη Μεσογειακή Δίαιτα (≥ 8)	113	32,6 %
Σύνολο	347	100 %

Γράφημα 11: Ραβδόγραμμα που παρουσιάζει πως χαρακτηρίζονται οι έφηβοι συμμετέχοντες μαθητές ανάλογα με την προσκόλλησή τους στη Μεσογειακή Διατροφή.



Συνδυάζοντας το φύλο και τον τόπο διαμονής των ατόμων, με την κατηγοριοποίησή τους σύμφωνα με το βαθμό προσκόλλησής τους στη Μεσογειακή διατροφή δημιουργείται ο ακόλουθος συγκεντρωτικός πίνακας:

Πίνακας 5: Κατηγοριοποίηση των εφήβων ανάλογα με το βαθμό προσκόλλησής τους στην Μεσογειακή διατροφή συνυπολογίζοντας το φύλο τους και τον τόπο διαμονής τους.

	Αθήνα (n = 176)			Νησιά (n = 167)			Σύνολο (n = 343)		
	Αγόρια (n=72)	Κορίτσια (n=104)	Σύνολο (n=176)	Αγόρια (n=83)	Κορίτσια (n=84)	Σύνολο (n=167)	Αγόρια (n=155)	Κορίτσια (n=188)	Σύνολο (n=343)
Φτωχή Προσκόλληση	4 (5,6%)	13 (12,5%)	17 (9,7%)	15 (18,1%)	7 (8,3%)	22 (13,2%)	19 (12,3%)	20 (10,6%)	39 (11,4%)
Μεσαία Προσκόλληση	39 (54,2%)	60 (57,7%)	99 (56,3%)	41 (49,4%)	51 (60,7%)	92 (55,1%)	80 (51,6%)	111 (59%)	191 (55,7%)
Καλή Προσκόλληση	29 (40,3%)	31 (29,8%)	60 (34,1%)	27 (32,5%)	26 (31%)	53 (31,7%)	56 (36,1%)	57 (30,3%)	113 (32,9%)

Παρατηρούμε ότι, ο βαθμός προσκόλλησης στην Μεσογειακή διατροφή για την Αττική και τα Νησιά δεν παρουσιάζει στατιστικά σημαντική διαφορά. Επίσης, το σκορ της καλής προσκόλλησης παρουσιάζεται υψηλό, ενώ το άθροισμα μεσαίας και φτωχής προσκόλλησης είναι επίσης υψηλό φανερώνοντας μία διατροφή κακής ποιότητας

Ταυτόχρονα δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στην προσκόλληση στην Μεσογειακή διατροφή και στον τόπο διαμονής (βλέπε πίνακα 4 & γράφημα 11) (χ^2 (2, 347) = 1,06, p = 0,588) αμφισβητώντας τον ισχυρισμό ότι η συνέχιση της παραδοσιακής μεσογειακής διατροφής είναι μεγαλύτερη στις μικρές πόλεις και στην επαρχία απ' ότι στις μεγάλες πόλεις (Petridou et al, 1995). Ακολουθεί ο πίνακας:

Πίνακας 6: Διασταυρωμένος πίνακας του τύπου διαμονής με την προσήλωση στη Μεσογειακή διατροφή

		Kidmed_Δείκτης_κατηγορίες			Σύνολο
		Φτωχή Προσκόλληση στη Μεσογειακή Διατροφή	Μεσαία Προσκόλληση στη Μεσογειακή Διατροφή	Καλή Προσκόλληση στη Μεσογειακή Διατροφή	
Τύπος Διαμονής	Συχνότητα	17	100	60	177
	<i>Αθήνα</i>				
	%	9,6%	56,5%	33,9%	100,0%
	Συχνότητα	22	95	53	170
	<i>Νησιωτική Ελλάδα</i>				
	%	12,9%	55,9%	31,2%	100,0%
Σύνολο	Συχνότητα	39	195	113	347
	%	11,2%	56,2%	32,6%	100,0%

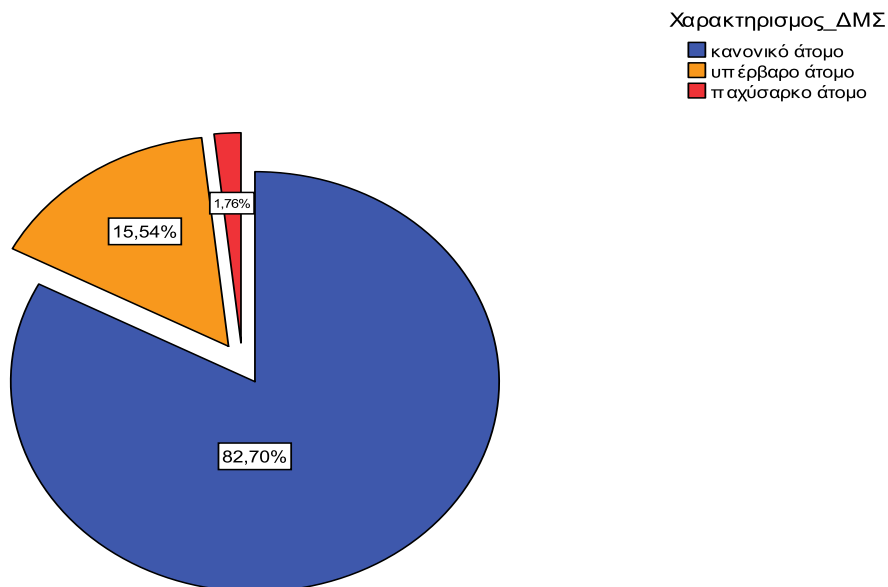
Πίνακας 7: Διασταυρωμένος πίνακας του φύλου με το χαρακτηρισμό ανάλογα με το ποσοστό παχυσαρκίας.

		Χαρακτηρισμός Δ.Μ.Σ.			Σύνολο
		Κανονικό άτομο	Υπέρβαρο άτομο	Παχύσαρκο άτομο	
Φύλο	Συχνότητα	123	29	6	158
	<i>Αγόρι</i>				
	%	77,8%	18,4%	3,8%	100,0%
	Συχνότητα	158	24	0	182
	<i>Κορίτσι</i>				
	%	86,8%	13,2%	,0%	100,0%
Σύνολο	Συχνότητα	281	53	6	340
	%	82,6%	15,6%	1,8%	100,0%

Παρατηρείται, λοιπόν, ότι τα αγόρια σε αυτήν την ηλικία είναι πιο υπέρβαρα από τα κορίτσια.

Χρησιμοποιώντας τις τιμές που προτείνονται από την βιβλιογραφία (Cole *et al*, 2000) σχετικά με το ποτέ ένας έφηβος θεωρείται κανονικός, υπέρβαρος ή παχύσαρκος συνυπολογίζοντας το φύλο του και την ηλικία του, προέκυψε το εξής γράφημα:

Γράφημα 12: Χαρακτηρισμός των εφήβων ανάλογα με το ποσοστό παχυσαρκίας.



Από το γράφημα είναι εμφανές, πως ένα μικρό ποσοστό του συνόλου μπορεί να χαρακτηριστεί ως υπέρβαρο και ένα σαφώς μικρότερο ως παχύσαρκο. Συγκρίνοντας το χαρακτηρισμό κάθε ατόμου ως κανονικού, υπέρβαρου ή παχύσαρκου, ανάλογα με ποσοστό παχυσαρκίας, με τον τόπο διαμονής του, έδειξε πως δεν υπάρχουν διαφορές ανάμεσα στην Αθήνα και στην Νησιωτική Ελλάδα ως προς αυτόν τον παράγοντα και πολύ λογικά η σχέση αποδείχθηκε στατιστικά μη σημαντική ($\chi^2 (1, 341) = 1,86, p = 0,173^1$).

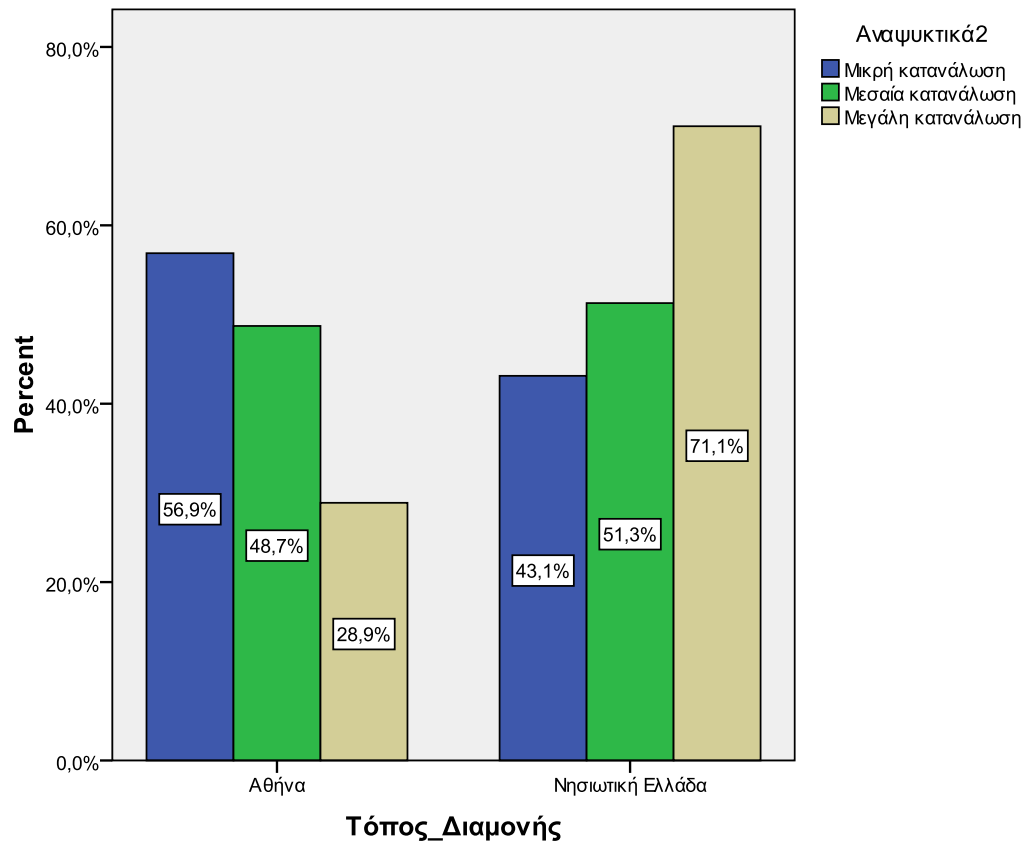
Πίνακας 8: Διασταυρωμένος πίνακας του τύπου διαμονής με το χαρακτηρισμό ανάλογα με το ποσοστό παχυσαρκίας

		Χαρακτηρισμός Δ.Μ.Σ.			Σύνολο
		Κανονικό άτομο	Υπέρβαρο άτομο	Παχύσαρκο άτομο	
Τύπος Διαμονής	Συχνότητα	147	23	2	172
	<i>Αθήνα</i>				
	%	85,5%	13,4%	1,2%	100,0%
	Συχνότητα	135	30	4	169
	<i>Νησιωτική Ελλάδα</i>				
	%	79,9%	17,8%	2,4%	100,0%
Σύνολο	Συχνότητα	282	53	6	341
	%	82,7%	15,5%	1,8%	100,0%

Πίνακας 9: Διασταυρωμένος Πίνακας του τύπου διαμονής με την κατανάλωση αναψυκτικών

		Αναψυκτικά ²			Σύνολο
		Μικρή κατανάλωση	Μεσαία κατανάλωση	Μεγάλη κατανάλωση	
Τύπος Διαμονής	Συχνότητα	91	76	13	180
	<i>Αθήνα</i>				
	%	50,6%	42,2%	7,2%	100,0%
	Συχνότητα	69	80	32	181
	<i>Νησιωτική Ελλάδα</i>				
	%	38,1%	44,2%	17,7%	100,0%
Σύνολο	Συχνότητα	160	156	45	361
	%	44,3%	43,2%	12,5%	100,0%

Γράφημα 13: Ομαδοποιημένα ραβδογράμματα με τα άτομα κάθε τύπου διαμονής να διαχωρίζονται ανάλογα με την κατανάλωση αναψυκτικού.



Συνδυάζοντας την κατανάλωση αναψυκτικών με τον τόπο διαμονής, προκύπτει το συμπέρασμα πως οι έφηβοι που διαμένουν σε περιοχές της Νησιωτικής Ελλάδας καταναλώνουν μεγαλύτερες ποσότητες αναψυκτικών, πράγμα που αποδεικνύεται και στατιστικά σημαντικό ($\chi^2 (2, 361) = 11,15, p = 0,004$). Πιθανότατα το ζεστό κλίμα των νησιών του Νοτιοανατολικού Αιγαίου όπου έγινε η έρευνα, να έχει συμβάλει σε σημαντικό βαθμό σε αυτό το εύρημα.

Πίνακας 10: Διασταυρωμένος πίνακας του τόπου διαμονής με την χρήση ελαιολάδου

		Χρήση_ελαιόλαδο2			Σύνολο
		Καθόλου / Λίγο	Πολύ	Πάρα Πολύ	
Τόπος_Διαμονής	Συχνότητα	36	83	45	164
	<i>Αθήνα</i>				
	%	22,0%	50,6%	27,4%	100,0%
	Συχνότητα	48	54	55	157
<i>Νησιωτική Ελλάδα</i>					
	%	30,6%	34,4%	35,0%	100,0%
Σύνολο	Συχνότητα	84	137	100	321
	Αναμενόμενη Συχνότητα	84,0	137,0	100,0	321,0
	%	26,2%	42,7%	31,2%	100,0%

Πίνακας 11: Διασταυρωμένος πίνακας του τόπου διαμονής με τη συχνότητα μαγειρέματος παραδοσιακών φαγητών στο σπίτι.

		Συχνότητα Μαγειρέματος Παραδοσιακών Φαγητών Στο Σπίτι				
		Ποτέ	Πολύ Αραιά	Συχνά	Πολύ Συχνά	Σύνολο
Τόπος_Διαμονής	Συχνότητα	6	39	108	27	180
	<i>Αθήνα</i>					
	Αναμενόμενη Συχνότητα	15,0	56,7	84,2	23,6	180,0
	%	3,3%	21,7%	60,0%	15,0%	100,0%
<i>Νησιωτική Ελλάδα</i>	Συχνότητα	24	74	60	20	179
	%	13,4%	41,3%	33,5%	11,2%	100,0%
Σύνολο	Συχνότητα	30	113	168	47	359
	Αναμενόμενη Συχνότητα	30,0	113,0	168,0	47,0	359,0
	%	8,4%	31,5%	46,8%	13,1%	100,0%

Η κατανάλωση ελαιολάδου βρέθηκε να είναι στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερη στην Αθήνα απ' ότι στα νησιά (χ^2 (2, 321) = 8,70, p = 0,013) (βλέπε πίνακα 10) όπως και το μαγείρεμα των παραδοσιακών φαγητών στο σπίτι (χ^2 (4, 359) = 37,40, p = 0,000) (βλέπε πίνακα 11).

Πίνακας 12: Διασταυρωμένος πίνακας του τόπου διαμονής με την στάση απέναντι στη διατήρηση της παραδοσιακής διατροφής

		Να διατηρηθεί η παραδοσιακή διατροφή		Σύνολο
		Όχι	Ναι	
Τόπος_Διαμονής	Συχνότητα	6	174	180
	<i>Αθήνα</i>			
	%	3,3%	96,7%	100,0%
	Συχνότητα	17	165	182
	<i>Νησιωτική Ελλάδα</i>			
	%	9,3%	90,7%	100,0%
Σύνολο	Συχνότητα	23	339	362
	%	6,4%	93,6%	100,0%

Επίσης, η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων μαθητών τάχθηκε υπέρ της διατήρησης της παραδοσιακής μας διατροφής, φτάνοντας το 93,6 % με τα παιδιά στην Αθήνα να τάσσονται περισσότερο υπέρ από αυτά των Νησιών με στατιστικά σημαντικό τρόπο ($\chi^2 (1, 362) = 5,49, p = 0,019$).

Πίνακας 13: Τα στατιστικά στοιχεία για κάθε τόπο διαμονής ως προς τις επιμέρους διαστάσεις του ερωτηματολογίου KIDSCREEN 27.

Τόπος_Διαμονής		N	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση	Τυπικό Σφάλμα Μέσου
Σωματική_Ευημερία	<i>Αθήνα</i>	177	49,77	9,41	,71
	<i>Νησιωτική Ελλάδα</i>	175	50,24	10,58	,80
Ψυχολογική_Ευημερία	<i>Αθήνα</i>	177	49,68	9,99	,75
	<i>Νησιωτική Ελλάδα</i>	171	50,33	10,03	,77
Σχέσεις_Με_Γονείς	<i>Αθήνα</i>	164	49,72	9,69	,76
	<i>Νησιωτική Ελλάδα</i>	169	50,28	10,31	,79
Κοινωνική_Στηριξη	<i>Αθήνα</i>	178	49,90	9,16	,69
	<i>Νησιωτική Ελλάδα</i>	171	50,11	10,83	,83
Σχολικό_Περιβάλλον	<i>Αθήνα</i>	179	49,60	9,76	,73
	<i>Νησιωτική Ελλάδα</i>	179	50,40	10,25	,77
Kidscreen_Συνολικό_Score	<i>Αθήνα</i>	180	49,75	7,24	,54
	<i>Νησιωτική Ελλάδα</i>	180	50,27	7,72	,58

Πίνακας 14: Ο στατιστικός έλεγχος t για έλεγχο της διαφοράς ως προς τις επιμέρους διαστάσεις του ερωτηματολογίου KIDSCREEN 27

		Levene's Test for Equality of Variances				
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)
Σωματική_Ενημερία	Equal variances assumed	2,01	,16	-,44	350	,67
	Equal variances not assumed			-,44	344,39	,66
Ψυχολογική_Ενημερία	Equal variances assumed	,10	,75	-,61	346	,55
	Equal variances not assumed			-,61	345,47	,55
Σχέσεις_Με_Γονείς	Equal variances assumed	,61	,44	-,51	331	,61
	Equal variances not assumed			-,51	330,66	,61
Κοινωνική_Στηριξη	Equal variances assumed	2,62	,11	-,19	347	,85
	Equal variances not assumed			-,19	333	,85
Σχολικό_Περιβάλλον	Equal variances assumed	,003	,96	-,75	356	,45
	Equal variances not assumed			-,75	355,16	,45
Kidscreen_Συνολικό_Score	Equal variances assumed	,38	,54	-,67	358	,51
	Equal variances not assumed			-,67	356,50	,51

Τέλος, η αντιλαμβανόμενη ποιότητα ζωής των συμμετεχόντων εφήβων αποδείχθηκε πως δεν επηρεάζεται από τον τόπο διαμονής τους ως προς καμία διάσταση.

Πίνακας 15: Τα στατιστικά στοιχεία για κάθε φύλο ως προς τις επιμέρους διαστάσεις του ερωτηματολογίου KIDSCREEN 27

Φύλο	N	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση	Τυπικό Σφάλμα Μέσου	
Σωματική_Ενημερία	Αγόρι	161	50,64	10,83	,85
	Κορίτσι	187	49,49	9,24	,68
Ψυχολογική_Ενημερία	Αγόρι	155	51,26	8,73	,70
	Κορίτσι	189	49,02	10,86	,90
Σχέσεις_Με_Γονεις	Αγόρι	147	49,80	9,46	,78
	Κορίτσι	182	50,23	10,47	,78
Κοινωνική_Στηριξη	Αγόρι	158	49,32	10,08	,80
	Κορίτσι	188	50,51	9,98	,73
Σχολικό_Περιβάλλον	Αγόρι	163	48,63	10,47	,82
	Κορίτσι	191	51,20	9,44	,68
Kidscreen_Συνολικό_Score	Αγόρι	163	49,90	7,40	,60
	Κορίτσι	193	50,14	7,58	,55

Πίνακας 16: Ο στατιστικός έλεγχος t για έλεγχο της διαφοράς ως προς τις επιμέρους διαστάσεις του ερωτηματολογίου KIDSCREEN 27

		Levene's Test for Equality of Variances				
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)
Σωματική_Ενημερία	Equal variances assumed	3,97	,05	1,07	346	,29
	Equal variances not assumed			1,06	316,39	,29
Ψυχολογική_Ενημερία	Equal variances assumed	3,84	,05	2,07	342	,04
	Equal variances not assumed			2,12	341,88	,04
Σχέσεις_Με_Γονείς	Equal variances assumed	,18	,67	-,39	327	,70
	Equal variances not assumed			-,39	322,81	,70
Κοινωνική_Στηριξη	Equal variances assumed	,01	,93	-1,10	344	,27
	Equal variances not assumed			-1,10	332,61	,22
Σχολικό_Περιβάλλον	Equal variances assumed	2,49	,12	-2,43	352	,02
	Equal variances not assumed			-2,41	329,41	,02
Kidscreen_Συνολικό_Score	Equal variances assumed	,01	,94	-,30	354	,77
	Equal variances not assumed			-,30	346,58	,77

Το φύλο από την άλλη μεριά φάνηκε να διαφοροποιεί στατιστικά σημαντικά την αντιλαμβανόμενη ποιότητα ζωής ως προς τις διαστάσεις της ψυχολογικής ευημερίας και του σχολικού περιβάλλοντος (βλέπε πίνακες 15 & 16). Τα κορίτσια δηλώσαν χαμηλότερη αντιλαμβανόμενη ψυχολογική ευημερία αλλά καλύτερη αντίληψη σχετικά με το σχολικό περιβάλλον.

Πίνακας 17: Τα στατιστικά στοιχεία για κάθε κατηγορία ατόμων ανάλογα με το ποσοστό παχυσαρκίας ως προς τις επιμέρους διαστάσεις του ερωτηματολογίου KIDSCREEN 27

		N	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση	Τυπικό Σφάλμα Μέσου
Σωματική_Ευημερία	Κανονικό άτομο	275	50,99	9,46	,57
	Υπέρβαρο άτομο	51	48,16	10,77	1,51
	Παχύσαρκο άτομο	6	37,90	8,86	3,62
	Σύνολο	332	50,32	9,84	,54
Ψυχολογική_Ευημερία	Κανονικό άτομο	269	49,43	10,31	,63
	Υπέρβαρο άτομο	53	52,40	8,82	1,21
	Παχύσαρκο άτομο	6	53,11	4,44	1,81
	Σύνολο	328	49,98	10,06	,56
Σχέσεις_Με_Γονείς	Κανονικό άτομο	261	49,85	10,10	,63
	Υπέρβαρο άτομο	50	51,38	9,70	1,37
	Παχύσαρκο άτομο	3	45,10	4,72	2,73
	Σύνολο	314	50,05	10,01	,57
Κοινωνική_Στηριξη	Κανονικό άτομο	273	49,79	9,91	,60
	Υπέρβαρο άτομο	52	52,46	8,75	1,21
	Παχύσαρκο άτομο	6	43,07	10,49	4,28
	Σύνολο	331	50,09	9,81	,54
Σχολικό_Περιβάλλον	Κανονικό άτομο	278	50,14	9,93	,60
	Υπέρβαρο άτομο	53	51,80	9,16	1,26
	Παχύσαρκο άτομο	6	42,03	7,01	2,86
	Σύνολο	337	50,26	9,83	,54
Kidscreen_Συνολικό_Score	Κανονικό άτομο	279	50,03	7,49	,45
	Υπέρβαρο άτομο	53	51,21	6,71	,92
	Παχύσαρκο άτομο	6	44,14	5,15	2,10
	Σύνολο	338	50,11	7,38	,40

Το ποσοστό παχυσαρκίας επηρεάζει στατιστικά σημαντικά την αντιλαμβανόμενη σωματική ευημερία του εφήβου να μαρτυρούν πως τα παχύσαρκα άτομα υστερούν έναντι των υπέρβαρων και των κανονικών ($p < 0,05$). Τα παχύσαρκα παιδιά σκοράρουν χαμηλότερα όσον αφορά στις παραμέτρους της ποιότητας ζωής, δηλαδή στην σωματική ευημερία και στο κοινωνική στήριξη. ($p=0,041$ και αντίστοιχα $p=0,01$) Το ποσοστό παχυσαρκίας παρουσιάζεται επίσης να επηρεάζει στατιστικά σημαντικά την κοινωνική στήριξη και οριακά δεν έχει στατιστικά σημαντική επιρροή στο σχολικό περιβάλλον και στο συνολικό σκορ .

Πίνακας 18: Ο στατιστικός έλεγχος One-Way ANOVA για έλεγχο των διαφορών ως προς τις επιμέρους διαστάσεις του ερωτηματολογίου KIDSCREEN 27.

ANOVA						
		Αθροισμα Τετραγώνων	Βαθμοί Ελευθερίας	Μέσο Τετράγωνο	F	Sig.
Σωματική_Ευημερία	Between Groups	1287,05	2	643,53	6,89	,00
	Within Groups	30730,98	329	93,41		
	Σύνολο	32018,03	331			
Ψυχολογική_Ευημερία	Between Groups	451,76	2	225,88	2,25	,11
	Within Groups	32657,80	325	100,49		
	Σύνολο	33109,56	327			
Σχέσεις_Με_Γονεις	Between Groups	172,94	2	86,47	,86	,42
	Within Groups	31188,74	311	100,29		
	Σύνολο	31361,68	313			
Κοινωνική_Στηριξη	Between Groups	612,87	2	306,44	3,23	,04
	Within Groups	31166,08	328	95,02		
	Σύνολο	31778,95	330			
Σχολικό_Περιβάλλον	Between Groups	536,02	2	268,01	2,81	,06
	Within Groups	31900,37	334	95,51		
	Σύνολο	32436,39	336			
Kidscreen_Συνολικό_Score	Between Groups	279,85	2	139,93	2,60	,08
	Within Groups	18059,76	335	53,91		
	Σύνολο	18339,61	337			

Ο βαθμός της προσκόλλησης στο Μεσογειακό Πρότυπο διατροφής φαίνεται να επηρεάζει στατιστικά σημαντικά και μάλιστα τις περισσότερες φορές σε απόλυτο βαθμό, όλες τις επιμέρους διαστάσεις της αντιλαμβανόμενης ποιότητας ζωής εκτός από την

Κοινωνική Στήριξη. Αποδεικνύεται με αυτόν τον τρόπο το πόσο ευεργετική επίδραση έχει αυτός ο απόλυτα υγιής τρόπος διατροφής για την ψυχοσωματική υγεία του ατόμου με τα άτομα που έχουν καλή προσκόλληση να δηλώνουν στατιστικά σημαντικά υψηλότερα σκορ ($p < 0,001$) από εκείνους που έχουν μεσαία προσκόλληση οι οποίοι στατιστικά παρουσιάζουν σημαντικά υψηλότερα σκορ ($p < 0,001$) από εκείνους που έχουν φτωχή.

Πίνακας 19: Τα στατιστικά στοιχεία για κάθε κατηγορία προσήλωσης στη Μεσογειακή διατροφή ως προς τις επιμέρους διαστάσεις του ερωτηματολογίου KIDSCREEN 27.

		N	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση	Τυπικό Σφάλμα
Σωματική_Ενημερία	Φτωχή Προσκόλληση στη Μ.Δ.	37	43,91	11,85	1,95
	Μεσαία Προσήλωση στη Μ.Δ.	192	49,94	9,21	,66
	Καλή Προσήλωση στη Μ.Δ.	109	52,61	9,39	,90
	Σύνολο	338	50,14	9,88	,54
Ψυχολογική_Ενημερία	Φτωχή Προσκόλληση στη Μ.Δ.	38	46,27	11,70	1,90
	Μεσαία Προσήλωση στη Μ.Δ.	189	49,51	9,52	,70
	Καλή Προσήλωση στη Μ.Δ.	108	51,75	9,97	,96
	Σύνολο	335	49,86	10,03	,55
Σχέσεις_Με_Γονείς	Φτωχή Προσκόλληση στη Μ.Δ.	37	46,65	11,33	1,86
	Μεσαία Προσήλωση στη Μ.Δ.	177	49,77	9,42	,71
	Καλή Προσήλωση στη Μ.Δ.	106	51,53	10,04	,98
	Σύνολο	320	49,99	9,94	,56
Κοινωνική_Στηριξη	Φτωχή Προσκόλληση στη Μ.Δ.	38	48,01	11,77	1,91
	Μεσαία Προσήλωση στη Μ.Δ.	189	49,75	8,97	,65
	Καλή Προσήλωση στη Μ.Δ.	110	51,23	10,68	1,01
	Σύνολο	337	50,04	9,91	,54
Σχολικό_Περιβάλλον	Φτωχή Προσκόλληση στη Μ.Δ.	38	45,39	10,85	1,76
	Μεσαία Προσήλωση στη Μ.Δ.	192	49,29	9,60	,69
	Καλή Προσήλωση στη Μ.Δ.	113	53,00	9,38	,88
	Σύνολο	343	50,08	9,91	,54
Kidscreen_Συνολικό_Score	Φτωχή Προσκόλληση στη Μ.Δ.	38	46,10	8,72	1,42
	Μεσαία Προσήλωση στη Μ.Δ.	194	49,68	6,58	,47
	Καλή Προσήλωση στη Μ.Δ.	113	51,96	7,78	,73
	Σύνολο	345	50,03	7,43	,40

Οι έφηβοι που έχουν προσήλωση στην Μεσογειακή παραδοσιακή διατροφή σκοράρουν υψηλά και στις διαστάσεις της ποιότητας ζωής.

Πίνακας 20: Ο στατιστικός έλεγχος One-Way ANOVA για έλεγχο των διαφορών ως προς τις επιμέρους διαστάσεις του ερωτηματολογίου KIDSCREEN 27.

ANOVA					
		Άθροισμα Τετραγώνων	Βαθμοί Ελευθερίας	Μέσο Τετράγωνο	F Sig.
Σωματική_Ευημερία	Between Groups	2108,87	2	1054,44	11,49 ,00
	Within Groups	30751,67	335	91,80	
	Σύνολο	32860,54	337		
Ψυχολογική_Ευημερία	Between Groups	896,29	2	448,15	4,55 ,01
	Within Groups	32731,02	332	98,59	
	Σύνολο	33627,31	334		
Σχέσεις_Με_Γονείς	Between Groups	674,20	2	337,10	3,47 ,03
	Within Groups	30821,04	317	97,23	
	Σύνολο	31495,25	319		
Κοινωνική_Στηριξη	Between Groups	328,49	2	164,25	1,68 ,19
	Within Groups	32661,78	334	97,79	
	Σύνολο	32990,27	336		
Σχολικό_Περιβάλλον	Between Groups	1921,66	2	960,83	10,28 ,00
	Within Groups	31794,64	340	93,51	
	Σύνολο	33716,30	342		
Kidscreen_Συνολικό_Score	Between Groups	1032,17	2	516,08	9,84 ,00
	Within Groups	17937,41	342	52,45	
	Σύνολο	18969,58	344		

Τα παιδιά με παχυσαρκία σκοράρουν χαμηλά στην σωματική ευημερία και στην κοινωνική στήριξη και οριακά στο σχολικό περιβάλλον.

Πίνακας 21: Σύγκριση των αποτελεσμάτων της παρούσας έρευνας ως προς την ποιότητα ζωής του συνόλου του δείγματος με αυτών του Κέντρου Μελετών Υπηρεσιών Υγείας(Τούντας) και του Ευρωπαϊκού Μέσου Όρου.

	Παρούσα Έρευνα	Τούντας	Ευρωπαϊκός Μέσος Όρος
Ψυχολογική Ευεξία	78,9 / 100	70,3 / 100	74,6 / 100
Συνομήλικοι & Κοινωνική Στήριξη	80,6 / 100	70 / 100	72,8 / 100
Σχολικό Περιβάλλον	75,1 / 100	65,9 / 100	62,6 / 100

Στην παρούσα έρευνα παρατηρήθηκαν υψηλά σκορ για τους Έλληνες έφηβους στις διαστάσεις της ψυχολογικής ευεξίας και της κοινωνικής στήριξης ενώ η διάσταση του σχολικού περιβάλλοντος κυμαίνεται σε υψηλότερα σκορ απ' ότι των Ευρωπαίων συνομηλίκων τους

Αδυναμίες και περιορισμοί της έρευνας

Τα αποτελέσματα και τα συμπεράσματα που παρουσιάστηκαν προηγουμένως πρέπει να αξιολογηθούν και να αξιοποιηθούν συνυπολογίζοντας ταυτόχρονα και τις όποιες αδυναμίες υπάρχουν στην ερευνητική μεθοδολογία και οι οποίες χαρακτηρίζουν κάθε ερευνητική προσπάθεια.

Ένας περιορισμός μπορεί να εντοπιστεί στο ότι κατά την συλλογή των στοιχείων στα σχολεία, δεν ρωτήθηκαν τα άτομα αν είναι όλα αυτόχθονες ή αν υπήρχαν ανάμεσά τους και παιδιά μεταναστών, καθώς κάτι τέτοιο είναι πολύ πιθανό να συνέβη. Τα παιδιών των μεταναστών είναι φυσικό λόγω του μικρού χρόνου παραμονής τους στη χώρα και της διαφορετικής διατροφικής και πολιτισμικής κουλτούρας που έχουν κληρονομήσει, να δυσκολεύονται να δηλώσουν αν γνωρίζουν τα παραδοσιακά τρόφιμα που τους παρουσιάστηκαν και αν ακολουθούν την Μεσογειακή Διατροφή αλλοιώνοντας τα δεδομένα και τα συμπεράσματα.

Όλα τα συλλεχθέντα δεδομένα στηρίχθηκαν σε δηλώσεις και εκτιμήσεις των συμμετεχόντων στην έρευνα και όχι σε πραγματικές μετρήσεις. Ακόμα για ζητήματα που αφορούν στις διατροφικές συνήθειες της οικογένειας καθώς και την συχνότητα παραδοσιακού τρόπου μαγειρικής αρμόδιοι θα ήταν οι γονείς των εφήβων. Αυτή η πραγματικότητα είναι μια πηγή σφάλματος και μεροληψίας ανάκλησης για την έρευνα, ειδικά σε ότι αφορά τη δήλωσή τους σχετικά με τα γεύματα και τη λήψη θρεπτικών ουσιών (*Kristal et al, 1998*).

3. Συζήτηση & σχολιασμός των αποτελεσμάτων

Η παρούσα εργασία είχε ως στόχο την διερεύνηση πιθανών διαφορών όσον αφορά στην προσκόλληση της Ελληνικής παραδοσιακής διατροφής σε σχέση με τον τόπο διαμονής, συγκρίνοντας την περιφέρεια Αττικής με τη Νησιωτική περιφέρεια των Δωδεκανήσου.

Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας έδειξε, ότι ο συγκεκριμένος τομέας δεν έχει μελετηθεί αρκετά από την ελληνική και ξένη βιβλιογραφία. Σχετικά με την προσκόλληση των εφήβων στο υγιεινό πρότυπο της Μεσογειακής διατροφής και την αντιλαμβανόμενη ποιότητα ζωής τους, προέκυψαν πολύ ενδιαφέροντα ευρήματα.

Το φύλο φάνηκε να συμβάλλει στην κατηγοριοποίηση του εφήβου σχετικά με τον χαρακτηρισμό του σε κανονικό, υπέρβαρο ή παχύσαρκο άτομο, ενώ ο τόπος διαμονής και ο βαθμός προσκόλλησης στη Μεσογειακή Δίαιτα δεν άσκησαν καμία στατιστικά σημαντική επίδραση στην ίδια μεταβλητή.

Οι γονείς των παιδιών στην Αττική αποδείχθηκε, πως τείνουν να είναι πιο μορφωμένοι και να κατέχουν ανώτερες υπαλληλικές και επιστημονικές θέσεις από εκείνους που ζουν στη Νησιωτική περιφέρεια, υποδηλώνοντας έτσι πως κατέχουν ένα υψηλότερο κοινωνικο – οικονομικό προφίλ. Το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο της οικογένειας δεν φαίνεται να επηρέασε στατιστικά το σκορ της ποιότητας ζωής του εφήβου.

Ο τόπος διαμονής δεν φάνηκε από την στατιστική ανάλυση να διαφοροποιεί την προσκόλληση στη Μεσογειακή διατροφή και τις διατροφικές συμπεριφορές. Σε ασυμφωνία με την παρούσα έρευνα έρχεται η ακόλουθη μελέτη, ότι η συνέχιση της παραδοσιακής μεσογειακής διατροφής είναι μεγαλύτερη στις μικρές πόλεις και στην επαρχία σε σύγκριση με τις μεγάλες πόλεις (*Petridou et al, 1995*). Στην έρευνα μας, όμως, φαίνεται, ότι ο σύγχρονος δυτικοποιημένος τρόπος ζωής έχει επηρεάσει τις μικρές πόλεις των νησιών της Δωδεκανήσου, εξομοιώνοντας τις διατροφικές τους συνήθειες με αυτές της Αττικής.

Σχετικά με τη συχνότητα των γευμάτων, οι έφηβοι μαθητές φαίνεται, πως καταναλώνουν κυρίως μεσημεριανό, βραδινό και πρωινό γεύμα, ενώ τα γεύματα που παίρνουν με τους γονείς είναι κυρίως το μεσημεριανό και το βραδινό. Ο τόπος διαμονής διαφοροποιεί τον αριθμό των γευμάτων που καταναλώνει ο έφηβος καθημερινά, με τους διαμένοντες στην Αθήνα να δηλώνουν υψηλότερη συχνότητα σε γεύματα, παράμετρος που δηλώνει σωστή υγιεινή διατροφή. Ο αριθμός γευμάτων που καταναλώνει ο έφηβος με τους γονείς του παραμένει χαμηλός, τόσο για την περιοχή της Αττικής όσο και των Νησιών. Η συχνότητα

μαγειρέματος παραδοσιακών σπιτικών φαγητών, είναι μεγαλύτερη στην Αττική απ' ό τι στην Νησιωτική Ελλάδα, ενώ οι έφηβοι των νησιών, δηλώνουν μερική άγνοια των παραδοσιακών τοπικών φαγητών και αυτό πιθανόν να οφείλεται στο ότι πολλά από τα παραδοσιακά τρόφιμα που συμπεριλήφθηκαν στο ερωτηματολόγιο των νησιών δεν συμπεριλαμβάνονται στο καθημερινό τους διαιτολόγιο, αλλά κυρίως σε ειδικές εορταστικές περιστάσεις.

Στο σύνολο του δείγματος ένα σημαντικό ποσοστό εφήβων που έφτανε το 32,6% είχε καλή προσκόλληση στη Μεσογειακή Διατροφή, το 56,2 % είχε μεσαία προσκόλληση, ενώ το ποσοστό των εφήβων με κακή προσκόλληση έφτανε στο 11,2 %. Τα ευρήματα, όμως, της έρευνας των Kontogiannis (*et al*, 2008) όπως προαναφέρθηκαν στην παρούσα εργασία έδειξαν καλή προσκόλληση των εφήβων στην Μεσογειακή διατροφή μόνο σε ποσοστό 8,3%. Η έρευνα των Tsartsali, Thompson & Jago (2008) στη Χίο σε δείγμα 200 εφήβων ηλικίας 15-17 ετών ενέτεινε την ανησυχία για τη δυνατότητα επιβίωσης και συνέχισης της παραδοσιακής Μεσογειακής διατροφής (Avellone *et al*, 1994; Cruz, 2000; Greco *et al*, 1998; Guerra, Feldl, & Koletzko, 2001) αφού οι νέοι σήμερα την εγκαταλείπουν. Έλληνες έφηβοι ανέφεραν, ότι ακολουθούν περισσότερο το πρότυπο της διατροφής δυτικού τύπου και συγχρόνως απομακρύνονται από το παραδοσιακό τρόπο διατροφής.

Εντούτοις, όμως το ποσοστό του 11,2% στο συνολικό δείγμα των συμμετεχόντων εφήβων της μελέτης μας έχει κακή συμμόρφωση με τις αρχές της Μεσογειακής διατροφής, γεγονός ανησυχητικό για το βαθμό καλής προσκόλλησης των εφήβων στην παραδοσιακή Μεσογειακή διατροφή. Επιπλέον, εάν αθροίσουμε τα ποσοστά της μεσαίας και κακής προσκόλλησης στην Μεσογειακή διατροφή (56,2+11,2), το άθροισμα του ποσοστού που προκύπτει (67,4%), φανερώνει την μεγάλη απόκλιση που παρουσιάζουν σήμερα οι έφηβοι από τον παραδοσιακό τρόπο διατροφής.

Επίσης, ένα σχετικά μικρό ποσοστό των εφήβων μαθητών 15,5% που συμμετείχαν στην έρευνα ήταν υπέρβαροι, ενώ ένα μικρότερο ποσοστό που δεν ξεπερνά το 2% ήταν παχύσαρκοι. Στην έρευνα Karayianni (2003), όπως προαναφέρθηκε στην εργασία, το ποσοστό των υπέρβαρων εφήβων ήταν 9,1% για τα κορίτσια και 21,7% για τα αγόρια. Στην επιδημιολογική μελέτη του προγράμματος IDEFICS των εννέα Ευρωπαϊκών χωρών, συμπεριλαμβανομένης και της Ελλάδας, το ποσοστό παχυσαρκίας υπερβαίνει το 20%. Το 1998 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ανακοινώνει, πως για κάθε παχύσαρκο άτομο αφαιρούνται εννέα χρόνια ζωής (Σκόρδης, 2009). Επιπρόσθετα, η παχυσαρκία συνδέεται με χαμηλή αυτοεκτίμηση, λόγω της αρνητικής εικόνας σώματος που αναπτύσσει ο έφηβος. Η κακή εικόνα του σώματος και η χαμηλή αυτοεκτίμηση παίζουν σημαντικό ρόλο στην ομαλή ψυχολογική εξέλιξη του παχύσαρκου παιδιού (Seidel & Tijhuis 2002).

Αναφορικά με την κατανάλωση του ελαιολάδου παρατηρήθηκε μεγαλύτερη η συχνότητα στην περιοχή της Αθήνας από ότι στην Νησιωτική περιφέρεια. Το γεγονός πιθανόν να οφείλεται στο ότι τα συγκεκριμένα γεωγραφικά διαμερίσματα της Δωδεκανήσου δεν είναι έντονα ελαιοπαραγωγικά.

Επίσης, η κατανάλωση αναψυκτικών εμφανίστηκε πιο αυξημένη στα νησιά, ένδειξη κακής ποιότητας διατροφής καθώς τα υψηλά επίπεδα σάκχαρις οδηγούν σε εμφάνιση νοσημάτων. Πιθανόν, όμως, το ζεστό κλίμα του Νοτιοανατολικού Αιγαίου, κατά τον μήνα Οκτώβριο, όπου και διεξήχθη η έρευνα, να συνέβαλε στην αύξηση κατανάλωσης αναψυκτικών.

Η συντριπτική πλειοψηφία των εφήβων που συμμετείχαν στην έρευνα (94 %) τάχθηκαν υπέρ της διατήρησης της ελληνικής παραδοσιακής διατροφής, με τους έφηβους που ζουν στην Αθήνα να έχουν πιο ένθερμη στάση. Όλοι οι συμμετέχοντες ανεξαρτήτως τόπου διαμονής, υπερασπίστηκαν τη διάσωση της παραδοσιακής διατροφής ως υγιεινότερου διατροφικού μοντέλου και αναπόσπαστου μέρους της ταυτότητας και του πολιτισμού μας. Οι στάσεις και οι απόψεις αυτές είναι αισιόδοξες για τη συνέχιση της παραδοσιακής διατροφής παρά τις επιρροές της Δύσης σε όλες τις εκφάνσεις του τρόπου ζωής του εφήβου.

Σε ότι αφορά στην αντιλαμβανόμενη ποιότητα ζωής των εφήβων, που σχετίζεται με την υγεία, ο τόπος διαμονής δεν φάνηκε να την διαφοροποιεί. Τα αποτελέσματα της έρευνάς μας ως προς την ψυχολογική ευημερία και την κοινωνική στήριξη κυμαίνονται πολύ κοντά στον ευρωπαϊκό μέσο όρο, ενώ η έρευνα του Κέντρου Μελετών Υπηρεσιών Υγείας της Ιατρικής Σχολής Παν/μίου Αθηνών (Τούντας 2007) παρουσίασε χαμηλότερο σκορ (πίνακας 13). Η διάσταση του σχολικού περιβάλλοντος σημείωσε υψηλότερο σκορ σε σχέση με την αντίστοιχη του ευρωπαϊκού μέσου όρου και της έρευνας του κ.Τούντα (πίνακας 13). Τέλος, το φύλο διαφοροποίησε την ποιότητα ζωής με τα κορίτσια να έχουν σαφώς χειρότερη ψυχολογική ευημερία, αλλά καλύτερες σχέσεις με το σχολικό περιβάλλον. Αυτή η διαφορά των κοριτσιών ως προς την ψυχολογική ευημερία είναι σε συμφωνία με προηγούμενες έρευνες, που έδειξαν ότι, υπάρχει διαφορά ανάμεσα στα δυο φύλα ως προς την αντίληψη για την ποιότητα ζωής (Bergman & Scott, 2001; Bisegger et al, 2005; Simeoni et al, 2000).

Τα κορίτσια γενικά μετά την ηλικία των 12 έχουν χειρότερα σκορ σχετικά με το πως αντιλαμβάνονται την υγεία τους σε σχέση με την ποιότητα ζωής τους, απ' ότι τα συνομήλικα αγόρια. Ταυτόχρονα μελέτες αποδεικνύουν, ότι οι έφηβες κοπέλες είναι εξαιρετικά πιο ανήσυχες για την ψυχοσωματική ευημερία τους, γεγονός που τις κάνει πιο ευαίσθητες. (Nolen-Hoeksena & Girgus, 1994; Paton & Viner, 2007; Steinberg & Morris, 2001).

Τέλος, το πιο σημαντικό και πρωτότυπο εύρημα συνολικά στην παρούσα έρευνα έγκειται στο ότι οι έφηβοι με καλή προσκόλληση στη Μεσογειακή δίαιτα είχαν καλύτερα σκορ στο σύνολο των διαστάσεων της ποιότητας ζωής. Επίσης, τα άτομα με μεσαία προσκόλληση είχαν καλύτερα σκορ από αυτά με φτωχή προσκόλληση. Είναι, λοιπόν, εμφανές πως, μια όλο και πιο έντονη συμμόρφωση στα πρότυπα αυτού του υγιεινού παραδοσιακού τρόπου διατροφής έχει όλο και πιο ευεργετικά αποτελέσματα για την ψυχοσωματική υγεία του εφήβου.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η υγεία του εφήβου είναι αποτέλεσμα υγιεινών διατροφικών συμπεριφορών, ενώ η ποιότητα ζωής του αφορά στην σωματική, συναισθηματική και κοινωνική διάσταση. Η επιστήμη και η τεχνολογία παρουσιάζουν μεγάλη ανάπτυξη στην εποχή μας και ο ρόλος τους στην καθημερινή μας ζωή γίνεται ολοένα και σημαντικότερος. Οι συνθήκες διαβίωσής μας έχουν επηρεαστεί από την επιστήμη θετικά και αρνητικά. Η ποιότητα της διατροφής μας συνεχώς υποβαθμίζεται, το γεγονός όμως αυτό δεν είναι μη αναστρέψιμο. Η ενημέρωση και η εκπαίδευση του εφήβου σε κανόνες υγιεινής διατροφής θα αποτρέψει και θα ελαχιστοποιήσει την έκθεσή του σε ανθυγιεινά τρόφιμα.

Η εκπαίδευση για τη σωστή διατροφή μπορεί να ανταποκριθεί στις σύγχρονες προκλήσεις και να δώσει το κίνητρο και τις γνώσεις εκείνες που απαιτούνται, ώστε να αναπτύξουν οι έφηβοι ικανές συμπεριφορές και στάσεις στο ζήτημα της σωστής διατροφής. Το σχολείο αποτελεί τον ιδανικό χώρο προώθησης και εφαρμογής προγραμμάτων «διατροφής» και έμμεσα έχουμε την δυνατότητα πρόσβασης στο σύνολο του πληθυσμού. Οι απώτεροι στόχοι μας έχουν ως εξής:

- να ενημερώσουμε τα παιδιά για τις επιδράσεις της μη υγιεινής διατροφής στην ανθρώπινη υγεία, οδηγώντας τα σε επιλογές και στάσεις για μια ποιοτικότερη και υγιεινότερη ζωή.
- να τονώσουμε την αυτό-συνείδηση των μαθητών, ορίζοντας και διερευνώντας την έννοια της ατομικής ευθύνης για καλύτερη ποιότητα ζωής
- να υπογραμμίσουμε την αξία και τη βαρύτητα της συμμετοχής των παιδιών σε κοινωνικά προγράμματα προώθησης παραδοσιακής διατροφής.

Η βιομηχανία τροφίμων, οι έμποροι, οι διανομείς τροφίμων, οι αγρότες, οι επαγγελματίες υγείας, οι εστιάτορες, τα Μ.Μ.Ε., οι τοπικοί ηγέτες, το σχολείο, η πολιτική ηγεσία, η οικογένεια και φυσικά οι ίδιοι οι έφηβοι να θέσουν βραχυπρόθεσμα στόχους και με ρεαλιστικά βήματα να βοηθήσουν στην προώθηση της Ελληνικής παραδοσιακής διατροφής. Η διεξαγωγή προγραμμάτων για την προώθηση της παραδοσιακής Ελληνικής διατροφής είναι σχεδόν ανύπαρκτη. Μέσα από δημιουργικές και ευχάριστες δραστηριότητες οι έφηβοι είναι δυνατόν να επηρεασθούν για τις διατροφικές τους επιλογές.

Σε επίπεδο πρωτογενούς πρόληψης για την προώθηση μιας ισορροπημένης διατροφής του εφήβου αναπτύσσεται στα πλαίσια της διδακτέας ύλης του μαθήματος της Οικιακής Οικονομίας. Κρίνεται απαραίτητη η διερεύνηση αυτής της προσπάθειας τόσο στην Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση όσο και στις λυκειακές τάξεις της Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης.

Η ανάπτυξη μιας «διατροφικής πολιτικής» από το σχολείο, η εμπλοκή της κοινότητας με συμμετοχή τοπικών φορέων (παραγωγής και διακίνησης αγαθών), η συνεργασία τοπικών συλλόγων (πχ αγροτουριστικοί σύλλογοι) και φορείς σχετιζόμενοι με την υγεία αποτελούν αναγκαία συστατικά μιας ολιστικής παρέμβασης. Στις προθέσεις των υπουργείων Υγείας και Παιδείας σύμφωνα με ανακοίνωσή τους στις 19-11-2010, είναι η πρόθεση για έκδοση κάρτας υγείας «δείκτης μάζας σώματος», για τους μαθητές και τις μαθήτριες ξεκινώντας από την Α΄ δημοτικού.

Η ολιστική παρέμβαση του σχολείου αφορά το επίσημο ωρολόγιο πρόγραμμα αλλά και τα στοιχεία που συνθέτουν το κρυμμένο αναλυτικό πρόγραμμα ενός σχολείου (πχ κανόνες, αξίες, σχολική ζωή) δίνοντας έμφαση στις δεξιότητες, όπως ο βελτιωμένος τρόπος ζωής και η ανάπτυξη διαιτητικών συμπεριφορών.

Η ενεργή συμμετοχή των γονέων τόσο στο σχολείο όσο και στο σπίτι κρίνεται απολύτως απαραίτητη ώστε να αναβαθμιστεί η διατροφική αξία των τροφίμων που καταναλώνει ο έφηβος και να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής του. Σε κυβερνητικό επίπεδο επισημαίνονται οι υποχρεώσεις της πολιτείας σχετικά με την προαγωγή και την προώθηση υγιεινών διατροφικών προτύπων στους εφήβους.

Βελτίωση στη διατροφική συμπεριφορά του εφήβου επιφέρουν εκπαιδευτικά προγράμματα που αφορούν την προαγωγή της υγιεινής διατροφής, στο πλαίσιο δράσεων και κατευθύνσεων για την προαγωγή της δημόσιας υγείας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ξενογλώσση

Avellone, G., Di Garbo, V., Panno, A.V., Cordova, R., Abruzzese, G., Rotolo, G, et al, (1994), «*Cardiovascular risk factors and dietary habits in secondary school children in southern Italy*», International Angiology, 13, p.p.148-153

Awad C. & Voruganti L., (2004), «*Body weight, image and self-esteem evaluation questionnaire: development and validation of a new scale*», Schizophrenia Research, 70, p.p.63-67.

Baranowski T., (2000), «*Process Evaluations of the 5-a-Day Projects*», Health Education & Behavior, ; 27(2), p.p.157-166.

Bamman K., Peplies J., Sjostron M, Lissner L., De Henauw St., Calli C., Iacoviello L., Krogh V., Marild St., Pigeot I., Pitsiladis I., Pohlabein H., Reisch L., Siani A., Ahrens W., on behalf of the IDEFICS Consortium, (2006), «*Assessment of diet physical activity social and environmental factors in a multi-centre European project on diet-and lifestyle-related disorders in children (IDEFICS)*», Journal of Public Health 14: p.p.279-289.

Bere E. & Klepp K.I., (2004), «*Correlates of fruit and vegetable intake among Norwegians schoolchildren: parental and self reports*», Public Health Nutrition: 7(8), p.p.991-998

Bergman, M.M., & Scott, J., (2001), «*Young adolescents' well-being and health risk behaviors: Gender and socio-economic differences*», Journal of Adolescence, 24 (2), p.p.183-197.

Bergman E., Joseph E., (2000), «*Time spent by schoolchildren to eat lunch*», Journal of American Diet Association 100(6): p.p.696-698.

Birch LL., (1999), «*Development of food Preferences*», Annual Review of Nutrition; 19: p.p.41-62.

Birch LL. and Fisher JO., (1998), «*Development eating behaviors among children and adolescents*», Pediatrics; 101: p.p.539-549.

Birch LL., (1998), «*Psychological influences on the diet*», The Journal of Nutrition, Vol 128: p.p.4075-4105.

Birch LL., (1980), «*Effects of peer models' food choices and eating behaviors on preschool's' food preferences. Child Development*», vol.51, p.p.489.

Bisegger, C., Cloetta, B., von Rueden, U., Abel, T., & Ravens-Sieberer, U., (2005), «*Health-related quality of life Gender differences in childhood and adolescence*», Sozial- und Präventivmedizin, 50 (5), p.p.281-291.

Bloodworth, M.R., Weissberg, R.P., Zins, J.E. & Walberg, H.J., (2001), «*Implications of Social and Emotional Research for Education: Evidence Linking Social Skills and Academic Outcomes*», The CEIC Review, 10(6), p.p. 4-6.

Bowman SA, Gortmaker SL, Ebbeling CB, Peteria MA, Ludwig DS, (2004), «*Effects of fast food consumption on energy intake and diet quality among children in a national household survey*», Pediatrics; 113 (1Pt1): p.p.112-118.

Boynton-Jarret R., Thomas T., Peterson K.E., Wiecha J., Arthur M., Gortmaker S & S., (2003), «*Impact of Television Viewing Patterns on Fruit and Vegetable Consumption Among Adolescents*», Pediatrics; 112; p.p.1321-1326.

Bullinger, M., (1991), «*Quality of life: definition, conceptualization and implications-a methodological view*», Theoretical Surgery, 6, p.p.143-148.

Bullinger, M., & Hasford, J., (1991), «*Evaluating quality of life measures in German clinical trials*», Controlled Clinical Trials, 12, p.p.915-1055.

Burghardt, G. A., Devaney, B.L. & Cordon, A.R., (1995), «*The school nutrition dietary assessment study: Summary and discussion*», American Journal of Clinical Nutrition, 61, p.p.2525-2575.

Cavadini, C., Siega-Riz, A., Popkin, B.M., (2000), «*US adolescent food intake trends from 1965 to 1996. Archives of Disease in Childhood*», 83, p.p.18-24.

Cavadini C., Decardi, B., Dirren H., Caudey M., Narring F., & Michaud P.A. (1999), «*Assessment of adolescent food habits in Switzerland*», Appetite, 32, p.p.97-106.

Chliaoutakis, J. El., Diakou, I. & Gnardellis, Ch., (2002), «*Greek Christian Orthodox Ecclesiastical Lifestyle: Could it become a Pattern of Health – Related Behaviour*», Preventive Medicine, Vol. 34, p.p. 428 – 435.

Cole, T.J., Bellizzi, M.C., Flegal, K.M., & Dietz, W., (2000), «*Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey*», British Medical Journal, 320, p.p.1240-1246

Crooks DL, (2000), «*Food consumption activity and overweight among elementary school children in an Appalachian Kentucky community*», American Journal Anthropology,; 112(2): p.p.159-70.

Cruz JA., (2000), «*Dietary habits and nutritional status in adolescents over Europe-Southern Europe*», European Journal Clinical Nutrition; 54: p.p.529-535.

Cullen K.W, Baranowski T, Rittenberry L., Olvera N., (2000), «*Social-environmental influences on children's diets: results from groups with African-, Euro-, and Mexican American children and their parents*», Health Education Research; 15(5):p.p.581-590.

De Longeri M. Salen P., Martin JL., Monjand, I., Pelage, J. και Mamelle, N. (1999), «*Mediterranean Diet, Traditional risk factors and the rate of cardiovascular complication after myocardial infarction: Final report of the Lyon Heart Study Circulation*», Vol.16, p.p.779-785.

Dietz PM., (1999), «*How to tackle the problem early? The role of education in the prevention of obesity*», International Journal of Obesity Rel Metab Disord, May; 23 (Suppl 4): p.p.S7

Diehl JM., (1999), «*Food preferences of 10-to 14-years-old boys and girls*», Schweiz Med Wochenschr, Feb 6; 129 (5): p.p.151-61.

Drewnowski A., Krahm, (2006), «*Body weight and dieting in adolescence: Impact of socioeconomic status*», International Journal of eating disorders, 16(1): p.p.61-65.

Elias, M.J., Ubriaco, M., Reese, A., Gera, M., Rothbaum, P., & Haviland ,(1992), «*A Measure for Adaptation to Problematic Academic and Interpersonal Tasks of Middle School*», Journal of Middle School Psychology, 30, p.p.41-57.

Erikson S.J., Roninson T.N, Farish Haydel K., Killen J.D., (2000), «*Are Overweight Concerns in Elementary School Children*», Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine; 154: p.p.931-935.

Evans, D.R., (1994), «*Enhancing quality of life in the population at large*», Social Indicators Research, 33, p.p.47-88

Farguhar M., (1995), «*Definition of quality of life: A taxonomy*», Journal of Advanced Nursuring, p.p.503-504.

Faith MS, Berman N, Heo M, Pietrobelli A, Gallagher D, Epstein LH, Eiden MT, Allison DB, (2001), «*Effects of contingent television on physical activity and television viewing in obese children*», Pediatrics, May; 107(5): 1, p.p.1043-8.

Fiore, H., Travis, S., Whalen A., Auinger P., Ryan, S., (2006), «*Potentially protective factors associated with healthful body mass index in adolescent with obese and nonobese parents: A secondary data analysis of the third national health and nutrition examination survey, 1988-1994*», Journal of the American Dietetic Association, 106: p.p.55-64.

Flaceliere, R., (1959), «*La vie quotidienne en Grece au siecle de Pericles*», (=Ο δημόσιος και ιδιωτικός βίος των αρχαίων Ελλήνων), μετάφραση Γ. Δ. Βανδώρου, Αθήνα, (1974), p.p.33-37.

Francesco Sofi, (2009), «*The Mediterranean diet revisited: evidence of its effectiveness grows*», Current Opinion Cardiology 24:p.p. 442-446.

Furnham, A. & Calman, (1998), «*Body dissatisfaction in adolescent males*», European Eating Disorders Review, 6, p.p.58-72.

Georgiadis G., Nassi GP., (2007), «*Prevalence of overweight and obesity of Greek children and adolescents*», European Journal of Clinical Nutrition, 61 (9): p.p.1072-1074.

Gibson & Neate D., (2007), «*Sugar intake, soft consumption and body weight among British children: Further analysis of National Diet and Nutrition Survey data with adjustment for under-reporting and physical activity*», International Journal of Food Sciences and Nutrition; 58 (6): p.p.445-460.

Gibson El., Wardle J. and Watts CJ., (1998), «*Appetite*», 31: p.p.205-228.

Giudice, J., (2006), «*Body image concerns of the adolescent female and the impact on self-esteem and life satisfaction*», Dissertation Abstracts International: Section b: The sciences and Engineering, 67 (2-B), p.p.1181.

Graig S., Goldberg J., Dietz WH., (1996), «*Psychosocial correlates of physical activity among fifth and eighth graders*», Preventative Medicine, 25: p.p.506-513.

Graham Philip, 2004, «*The end of adolescence*», Oxford University Press, p.p.212.

Greco, L., Musmarra, F., Franzese, C., & Auticchio, S., (1998), «*Early childhood feeding practices in southern Italy: is the Mediterranean diet becoming obsolete?*», Study of 450 children aged 6-32 months in Campania, Italy, Cultural Paediatric Association. Acta Paediatrica, 87, p.p.250-256.

Grolnick W. & Slowiaczek M., (1994), «*Parents' involvement in children's schooling: A multidimensional conceptualization and motivational model*», Child Development, 65, p.p.237-252.

Guerra, A, Feldl, F., & Koletzko B., (2001), «*Fatty acid composition of plasma lipids in healthy Portuguese children: is the Mediterranean diet disappearing?*», Annals of Nutrition & Metabolism, 45, p.p.78-81.

Hagger M., Chatzisarantis N. & Biddle S., (2001), «*The influence of self-efficacy and past behavior on the physical activity intention of young people*», Journal of Sport Sciences 19, p.p.711-725.

Hannon P.A., Bowen D.J., Moynour C.M., McLerran D. F., (2003). «*Correlations in perceived food use between the family food preparer and their spouses and children*», Appetite 40; p.p.77-83.

Harrison, K., (2003), «*Television viewers ideal body proportions: The case of the curvaceously thin woman*», Sex Roles, 48 (5-6), p.p.255-264.

Hassapidou M., Fotiadou E., (2001), «*Dietary intakes and food of adolescents in northern Greece*», International Journal of Food Sciences and Nutrition; 52(2): p.p.109-116.

Hausenblas H.A. & Fallon E.A., (2006), «*Exercise and body image*», Psychology and Health, 21(1), p.p.33-47.

Hedley A.A., Ogden C.L., Johnson C.L., Carrol M.D., Curtin L.R., Flegal K.M., (2004), «*Prevalence of Overweight and Obesity among VS Children, Adolescents and Adults*», 1999-2002 IAMA, 291 (23): p.p.2847-2850.

Herbold NH, Frates S.E., (2000), «*Update of nutrition guidelines for the teens: trends and concerns*», Current Opinion Pediatric; 12: p.p.303-309.

Holmes S., (2005), «*Assessing the quality of life-reality or impossible dream? A discussion paper*», International Journal of Nursing Studies, 42, p.p.493-501.

Hornquist J.O., (1982), «*The concept of quality of life*», Scandinavian Journal of Social Medicine, 10, p.p.57-61.

Hu, F., (2003), «*The Mediterranean diet and mortality – olive oil and beyond*», New England Journal of Medicine, 348, p.p.2595-2596.

Huebner E.S., Gilman R. & Laughlin I.E., (1999), «*A multimethod investigation of the multidimensionality of children's well-being reports: Discriminant validity of life satisfaction and self-esteem*», Social Indicators Research 46, p.p.1-22.

James W.P.T., Duthie G.G., Wahle K.W.J., (1998), «*The Mediterranean diet: protective or simply not-toxic?*», Nutrition-Dietics, Series B, 2(3-4): p.p.81-91.

Judith Fischer, Joyce Munsch, Shannon Greene, (1996), «*Adolescence and intimacy.Psychosocial development during adolescence*», Gerald Adams, Raymond Montemayor, Thomas Gullota (eds), Sage publ, , p.p.95-129

Karayianis D., Yannakoulia M., Terzidou M., Kokkervi A & Sidossis LS, (2004), «*Nutrition related habits of Green adolescents*», European Journal of Clinical Nutrition (4): p.p.580-586.

Katsiyianni K., Rim E., Cnarbelus C., Trichopoulou A., Polychronopoylos E.,Trichipoulos D., (1997), «*Reproducibility and relative of an extensive semi-quantitative food frequency Questionnaire using dietary records and chemical markets among Greek chool teachers*», International Journal of Epidemiology, 26 (Suppl 1): p.p.118-127.

Kvaavik E., Tell G.S., Klepp K.I., (2003), «*Predictors and Tracking of Body Mass Index from Adolescents into Adulthood, Follow-up of 18 to 20 Years in the Oslo Youth Study*», Arch Pediatric Adolescent Medicine; 157: p.p.1212-1218.

Kennedy C., (2000), «*Examining television as an influence on children's health behaviors*», Journal of Pediatric Nursing; 15 (5): p.p.272-281.

Klepp KI, (2005), «*Promoting fruit and vegetables through school: A European perspective EGEA*», International Conference of Mediterranean-Style Diets, Session 2: from scientific evidence to health prevention actions, IARC-WHO, Rome, 2005, p.p.35.

Keys, A., (1970), «*Coronary heart disease in seven countries*», Circulation, 41 (4), p.p.1-211.

Koder J., (1970), «*Das fastengedicht des Patriarches Nikolaos III Grammatikos*», στο I.O.B.19, p.p. 203-34.

Kristal, A.R., Andrilla, H.A., Koepsell, T.D., Diehr, P.H., & Cheadle, A., (1998), «*Dietary assessment instruments are susceptible to intervention-associated response set bias*». Journal of the American Dietetic Association, 98, p.p.40-43.

Kropski Jonathan A., Keckley Raul H., and Jensen Cordon L, (2008), «*School-dased Obesity Prevention Programs: An Evidence-based Review*», Obesity 16: p.p.1009-1018.

Lewis F.M., (1982), «*Experienced personal control and quality of life in late stage cancer patients*», Nursing Research, 31, p.p.113-119.

Lickona, T. (1997), «*The teacher's role in character education*», Journal of Education, 179(2), p.p.63-80.

Mahan, Escott-Stump, (2004), «*Kreause's food, Nutrition and Diet Therapy*», 11th edition: p.p.284-299.

Malik VS, Schulze MB, Hu FB.,(2006), «*Intake of sugar-sweetened beverages and weight again: a systematic review*», American Journal of Clinical Nutrition; 84 (2): p.p.274-288.

Mamalakis G., Kafatos A., Manios Y., Anagostopoulou T., Apostolaki, (2000), «*Obesity indices in a cohort of primary school children in Crete: a six year prospective study*», International Journal of Obesity 24, p.p.765-771.

Manios Y., Moschandreas J., Hatzios C. , Kafatos A.,(1999), «*Evaluation of a Health and Nutrition Education Program in Primary School Children of Crete over a Three-Gear Period*», Preventive Medicine, 28, p.p.149-159.

Matalas A-L., & Grivetti, (1993), «*Mediterranean Diet in the 19th and 20th centuries. The Case of Two Ship Crews and their Provisions*», International Journal of Food Sciences and Nutrition, Vol.44, p.p. 261-279.

Mayer J.O & Salovey P., (1997), «*What is emotional intelligence: In P. Salovey & D. Sluyter (Eds). Emotional development and emotional intelligence: Implications for educators*», New York: Basic Bonus, p.p.3-31.

Maziak W., Ward K.D., Stockton M.B., (2008), «*Childhood obesity: Are we missing the big picture?*», Obesity reviews; (9) : p.p.35-42.

Michel, G., Bisegger, C., Fuhr D. C., & Abel, T. (2009). Age and gender differences in health-related quality of life of children and adolescents in Europe: a multilevel analysis, Quality of Life Research, 18, p.p.1147-1157.

Munoz, K.A., Krebs-Smith, S.M., Ballard-Barbash, R. & Cleverland L.E., (1997), «*Food intake of US children and adolescents compared with recommendations*», Pediatrics 100, p.p.323-329.

Nestle, M., (1995), «*Mediterranean diets: historical and research overview*», American Journal of Clinical Nutrition, Vol. 61:p.p.1313S-1320S.

Neumark-Sztainer D., Story M., Resnick M., D., Wm. Blum R., (1996) «*Correlates of Inadequate Fruit and Vegetable Consumption Among Adolescents*», Preventive Medicine, 25, p.p.459-505.

New SA, (2001), «*Exercise, bone and nutrition*», Proceedings of the Nutrition Society, 60: p.p. 265-274.

Newby P.K., (2009), «*Plant foods plant-based diets: protective against childhood obesity?*» American Journal of Clinical Nutrition,; 89(5): p.p.1572S -1587S.

Nolen-Hoeksema, S., & Girgus, J.S. (1994), «*The emergence of gender differences in depression during adolescence*», Psychological bulletin, 115 (3), p.p.424–443.

Nunnally J., & Bernstein I., (1994), «*Psychometric theory*», U.S.A., New York: McGraw-Hill Inc.

Nylander, I., (1971), «*The feeling of being fat and dieting in as school population. An epidemiologic interview investigation*», Acta Sociomed Scand, 1971; 3: p.p.17-26.
Panagiotakos P., Pitsakos, C., Chrysohoou, C., et al, (2002), «*The Role of traditional Mediterranean Type of Diet and Lifestyle in the development of acute coronary symptoms: minary results from CARDIO 2002 study*», p.p.1-2, 7-11.

Panagiotakos, D.B., Pitsakos, C., Chrysohoou, C., Stefanadis, C., Toutouzas, P.K., (2001), «*Risk Stratification of Coronary Heart Disease through Established and Emerging Lifestyle factors, In A Mediterranean Populations*», CARDIO 2000, Epidemiological Study J, Cardiovasc Risc, 8(6), p.p.329-335.

Patricia Noller, (1994), «*Relationships with parents in adolescence: process and outcome. Personal relationships during adolescence*», Montemayor Raymond, Adams Gerald, Gullota Thomas, Sage publ., p.p.37-77.

Patrick, D.L., & Chiang, Y.P, (2000), «*Measurement of health outcomes in treatment effectiveness evaluations: Conceptual and methodological challenges*», Medical Care, 38, p.p.II14-II25.

Patton, G.C., & Viner, R., (2007), «*Pubertal transitions in health*», Lancet, 369 (9567), p.p.1130–1139.

Perez-Rodrigo C., Ridas L., Serra-Majem L., Aranceta J., (2003), «*Food preferences of Spanish children and young people: the enkid study*», European Journal of Clinical Nutrition, Sep; 57, Suppl I: p.p.545-8.

Petridou, E., Malamou, H., Doxiadis, S., Pantelakis, S., Kannellopoulou, G., Toupadaki, N., et al, (1995), «*Blood lipids in Greek adolescents and their relation to diet, obesity, and socioeconomic factors*», Annals of Epidemiology, 5, p.p.286-291.

Pine DS, Coldstein RB, Wolk S., Weissman M.M., (2001), «*The association between childhood depression and adulthood nody index*», Pediatrics; 107 (5): p.p.1049-1056.

Pollard J., Kirk SFL and Cade LF, (2002), «*Factors affecting food choice in relation to fruit and vegetable intake: a review*», Nutrition Research Reviews, 15: 3+3 p.p.373-387.

Popkin B.M., (1994), «*The nutrition transition in Low income countries: an emerging crisis*», Nutrition Reviews; 52: p.p.285-298.

Prattala R., M. Paalanen L., Drinberga D., Helasoja V., Kasmel A., Petkeviciene J, (2006), «*Gender differences in the consumption of meat, fruit and vegetables are similar in Finland and the Baltic countries European*», Journal of the Public Health, 17: (5), p.p.520-525.

Ragozzino K., Resnik H., Utne-O'Brien M. & Weissberg, R.P., (2003), «*Promoting Academic Achievement through Social and Emotional Learning*» Educational Horizons, 81(4), p.p.169-171.

Rajmil, L., Herdman, M., De Sanmamed, M.J.F, et al, (2004), «Generic health-related quality of life instruments in children and adolescents: A qualitative analysis of content», *Journal of Adolescent Health*, 34, p.p.37-45.

Rauste-von, Wright, M., (1989), «*Body Image Satisfaction in Adolescent Girls and Boys: A Longitudinal Study*», *Journal of Youth and Adolescence*, Vol.18 (1), p.p.71-83.

Ravens-Sieberer, U., Schmidt, S., Gosch, A., Erhart, M., Petersen, C., & Bullinger, M., (2007), «Measuring subjective health in children and adolescents: results of the European KIDSCREEN / DISAKIDS Project», *GMS Psycho-Social-Medicine*, 4, p.p.1-13.

Reybraick T., Weymans M., Vinckx L., Stijns H. & Vanderschueren M., (1987), «*Cardio respiratory function during exercise in obese children*», *Acta Pediatric Scandinavian*, 76, p.p.342-348.

Riboli E., (1992), «*Nutritio and cancer ,background and ratinal of the European Prospective investigation into Cancer and Nutrition (EPIC)*», *American Oncology*, 3: p.p.783-791

Rizzoli R., Bonjour J-P, (1999), «*Determinants of peak bone mass and mechanisms of bone loss*», *Osteoporos, Int. Suppl 2*: p.p.S17-S23.

Robinson R.T., (2003), «*Clothing behavior, body cathexis and appearance management of women enrolled in a commercial weight loss program*», *Institutional Review Board*, p.p.1-232.

Robitail, S., Simeoni, M.C., Erhart, M., Ravens-Sieberer, U., Bruil, J., & Auquier, P. (2006), «Validation of the European proxy KIDSCREEN 52 pilot test health-related quality of life questionnaire: First Results», *Journal of Adolescents Health*, 39, p.p.596 e1 -596 e 10.

Rocandio AM, Ansotegui L., Arrogo M., (2001), «*Comparison of dietary intake among overweight and non-overweight schoolchildren*», *International Journal of Obesity & Related Metabolism Disorders*; 25 (11); p.p.1651-1655.

Rocket, H.R., Berkey, C.S., Field, A.E. & Colditz G.A., (2001), «*Cross-sectional measurement of nutrient intake among adolescents in 1996*», *Preventive Medicine*, 33, p.p.27-37.

Rockett HRH, Golditz GA, (1997), «*Assessing diets of children and adolescents*», *American Journal of Clinical Nutrition*; 65 (suppl): p.p.1116S-1122S.

Russell W.D., & Cox R.H., (2003), «*Social physique anxiety, body dissatisfaction and self esteem in college females of differing exercise frequency, proceived weight discrepancy and race*», *Journal of Sport Behavior* (26), p.p.56-62.

Sallis J,F., Prochaska J,S., Taylor WC., (2000), «*A review of correlates of physical activity and intervention in youth*», *Medicine & Science in Sports & Exercise* ; 32: p.p.963-975

Sallis J,F, Simons-Morton B,G., Stone E,J., et al., (1992), «*Determinants of physical activity and intervention in youth*», *Medicine & Science in Sports & Exercise*; 24:p.p.5248-57.

Savage GS, Ball K., Worsley A., Crawford D., (2007), «*Food intake patterns among Australian adolescents*», *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*, 16 (4): p.p.738-47.

Schmidt, S., & Power, M., (2006), «*Cross-cultural analyses of determinants of quality of life and mental health: Results from the Eurohis Study*», *Social Indicators Research*, 77 (1), 95-138.

Seidell JC, Kahn HS, Williamson DF, et al, (2001), «*Report from a center for disease control and prevention workshop on use of adult anthropometry for public health and primary health care*», *American Journal of Clinical Nutrition*, 73:p.p.123-126.

Serdula M.K., et al (1993), «*Do obese children become adults?*», *Preventive Medicine*, 1993; 22: p.p.167-177.

Serra-Majem L., Aranceta Bartina J., Perez-Rodrigo C., Barba L., Delgado-Rudio A., (2006), «*Prevalence and determinants of obesity Spanish children and young people*», *British Journal of Nutrition* 96, Suppl. L, p.p.567-572.

Serra-Majem L., Ribas L., Ngo, J., Ortega R.M., Garcia A., Perez-Rodrigo, C., & Aranceta, J. (2004), «*Food, youth and the Mediterranean diet in Spain. Development of KIDMED, Mediterranean Diet Quality Index in children and adolescents*», *Public Health Nutrition*, 7 (7), 931-935.

Sharma M., (2006), «*International school-based interventions for preventive obesity in children*», *Obesity reviews* 8, p.p.155-167.

Shepherd R. , (2005), «*Influences and food choice and dietary behavior*», *Forum of Nutrition*; (57): p.p.36-43.

Shiadias, D.K. & J.G Lascaratos, (2001), «*Dietetics in ancient Greek philosophy: Plato's concepts of health diet*», *European Journal of Clinical Nutrition*, 55, p.p.532-537.

Silverberg Susan, (1996), «*Dawn Gondoli Autonomy in adolescence: a contextualised perspective. Psychosocial development during adolescence*», Gerald Adams, Raymond Montemayor, Thomas Gullota, p.p.12-61.

Simeoni, M.C., Auquier, P., Antonioti, S., Sapin, C., & San Marco, J.L., (2000), «Validation of a French health-related quality of life instrument for adolescents: The VSP-A», *Quality of Life Research*, 9 (4), p.p.393-403.

Simopoulos, A., (2001), «*The Mediterranean Diet. What is so special about the diet of Greece? The scientific evidence*», *Journal Nutrition*, Vol.131, p.p.3065S-3073S.

Smith A.P., (2003), «*Breakfast cereal consumption and subjective reports of health by young adults*», *Nutritional Neuroscience* 6 (1): p.p.59-61.

Smith, A.P., (2002a), «*Stress, breakfast cereal consumption and cortisol*», *Nutritional Neuroscience* 5 (2), p.p.141-144.

Smith A.P., (2000), «*Breakfast cereal, caffeinated coffee, mood and cognition*», *Nutrition* 16 (3); p.p.228-229.

Smith A.P., (1998), «*Breakfast and mental health*», *International Journal of food sciences and Nutrition* 49, p.p.397-462.

Stalikas A. & Fitzpatrick M., (2004), «*Theoretical and research advances in the study of positive emotion*», Paper presented at the 1st International Conference of the Psychological Society of Northern Greece, Aristotle University of Thessaloniki, 3-5 December 2005.

Steinberg, L., & Morris, A.S., (2001), «*Adolescent development*», *Annual Review of Psychology*, 52, p.p.83–110.

Stenner P., Cooper D. & Skevington M.S., (2003), «*Putting the Q into quality of life, the identification of subjective construction of health-related quality of life using Q methodology*», *Social Science & Medicine* (57), p.p.2161-2172.

Stewart, A.L., & Ware, J., (1990), «*Measuring function and well-being*», Durham, NC: Duke University Press.

Strauss RS, Knight J., (1999), «*Influence of the home environment on the development of obesity in children*», *Pediatrics*; 103 (6):p.p.e85.

Strommen A. Merton, Strommen Irene, (1993), «*Five cries of parents*», Harper, Sanfrancisco, p.p.12,16, 64.

Strommen Merton, (1993), «*Five criew of youth*», Harpet, Sanfrancisco, 2nd revised ed., p.p.26, 35.

Taras HL, Gage M., (1995), «*Advertised foods on children television*», *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, Jum; 149: (6) p.p.649-52.

The KIDSCREEN Group Europe, (2006), «*The KIDSCREEN questionnaires. Quality of life questionnaire for children and adolescents*», Handbook. Lengerich: Pabst Science.

The KIDSCREEN Group Europe, (2007_a), «*Testing the structural and cross-cultural validity of the KIDSCREEN 27 quality of life questionnaire*», Quality of Life Research, 16, p.p.1335-1345.

The KIDSCREEN Group Europe, (2007_b), «*The KIDSCREEN 27 quality of life measure for children and adolescents: psychometric results from a cross-cultural survey in 13 European countries*», Quality of Life Research, 16, p.p.1347-1356.

Theodorakis Y., Natsis P., Papaioannou A. & Goudas M., (2002), «*Correlation between exercise and other health related behaviors in Greek students*», International Journal of Physical Education, 39, p.p.30-34.

Thomson R.A. and Sherman R.T., (1999), «*Good Athlete: traits and characteristics of Anorexia Nervosa: are they similar? Eating Disorders*», The Journal of Treatment and Prevention, 7(3), p.p.181-190.

Toschke A.M., Kuchenhoff H., Koletzko B., Von Kries R., (2005), «*Meal frequency and childhood obesity*», Obesity Research, 13: p.p.1932-1938.

Trichopoulou, A., Costacu, T., Bamia, C. & Trichopoulos, D., (2003), «*Adherence to a Mediterranean diet and Survival in a Greek Population*», The New England Journal of Medicine (348): p.p.2599 – 2608.

Tsartsali P.K., Thompson J.L., & Jago R., (2008), «*Increased knowledge predicts greater adherence to the Mediterranean diet in Greek adolescents*», Public Health Nutrition, 12 (2), 208-213.

Vanelli M., Iovane B., Bernardini A., Chiari C., Errico KK, Gelmetti C., Corchia M., Ruggerini A., Volta E., Rosseti S., (2005), «*Students of the Post-Graduate School of Paediatrics, University of Parma. Breakfast habits of 1.202 northern Italian children admitted to a summer school. Breakfast skipping is associated with overweight and obesity*», Acta Biomed, Sep; 76 (2): p.p.79-85.

Wahrbug, U. Kratz, M, Cullen, P., (2002), «*Mediterranean diet olive oil and health*», European Journal of Lipid Science, Vol.104, p.p.698-705.

Ward D.S. & Evans R., (1995), «*Physical activity aerobic fitness and obesity in children*», Medicine Exercise, Nutrition and Health, 4, p.p.3-16.

WHOGOL Group, (1993), «*Study protocol of the World Health Organisation project to develop a Quality of life assessment instrument (Whoqol)*», Quality of life Research, 2, p.p.153-159.

Willet, W.C., Sacus, F., Trichopoulou A., Drescher G., Ferroluzzi, A., Helsing, E., and Trichopoulos, D., (1995). «*Mediterranean diet pyramid: a cultural model for healthy eating*», American Journal of clinical nutrition, 61, p.p.1402S-1406S.

Williamson, D., Netemeyer, R., Jackman L., Anderson, D., Funsch, C. and Rabalais J., (1995), «*Structural equation modeling for risk factors development of eating disorder symptoms in female athletes*», International Journal of Eating Disorders 17, p.p.387-393.

Woodruff SJ, Hanning R.M., (2008), «*A review of family meal influence on adolescents' dietary intake*», Can I Diet Practice and Research, Spring; 69 (1): p.p.14-22.

Working Party1, (2001), «*European diet and public health the continuing challenge*», Public Health Nutrition, 4 (2A): p.p.252-292.

World Health Organization, (1948), «*Constitution of the World Health Organization*», Genf.

Ελληνόγλωσση

Βασιλάκου Τ., Γαρδέλλη Α., Τριχοπούλου Α., (2000), «*Μελέτη σωματικού βάρους σπουδαστών ΤΕΙ και συσχέτιση με την συχνότητα κατανάλωσης πρωινού γεύματος*». Αρχεία ελληνικής διατροφής 17 (1), σ.σ.61-67.

Βουτσινά Ε., (2002), «Γεύση Ελληνική .Ψωμιά- Κουλούρια –Παξιμάδια -Πιτίτσες», τόμος Α΄, εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα σ.σ 11.

Βουτσινά, Ε., (1998), «*Η αστικοποίηση της Ελληνικής κουζίνας*», Επτά ημέρες Καθημερινή αφιέρωμα ένθετο στην Ελληνική κουζίνα, 19-4-1998, σ.σ. 22- 23, σ.σ.27 – 28.

Γαβριηλίδου Μ., (1998), «*Η ψυχοδυναμική και ο θεραπευτικός ρόλος της σχέσης εφήβων-εκπαιδευτικών*», «Εφηβεία», τόμος Β΄ , τεύχος 1ο , εκδόσεις Καστανιώτη, σ.σ.183-215.

Γραμματικοπούλου Μ., Γαλλή-Τσινοπούλου Α., Στυλιανού Χ., Τσίγγα Μ., Δασκαλάκου Ε., Βαρλάμης Γ., (2009), «*Σωματικό βάρος, προσκόλληση στην μεσογειακή διατροφή και ημερήσιο χαρτζιλίκι*», 2^ο Συνέδριο Μ.Ε.Υ Β΄ Παιδιατρικής κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών Νοσοκομείου Π. & Α. Κυριακού, 20-22/04/2009, σ.σ.230.

Ελληνική Εταιρεία Λιπιδολογίας Αθηροσκλήρυνσης και Αγγειακής Νόσου, (2010), «*13^ο Πανελλήνιο συνέδριο Λιπιδιολογίας, Αθηροσκλήρυνσης και Αγγειακής νόσου*», 7-9 Οκτωβρίου 2010, Αθήνα.

Ζαμπέλα Αν., (2003), «*Η Διατροφή στα στάδια της ζωής*», Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα, σ.σ.215, 241, 249, 253, 261.

π.Θερμού Β., (2008), «*Ταραγμένη Άνοιξη* », εκδόσεις δομή, Αθήνα, σ.σ.59, 121.

Κάτσικα Χ., Θεριανού Κ., (2006), «*Η εκπαίδευση της αμάθειας*», εκδόσεις Gutenberg, σ.σ.13.

Καφάτου Α., Λαμπαδαρίου Δ., (1990), «*Τελευταίες εξελίξεις στη κλινική διατροφή και επιδημιολογία των νοσημάτων διατροφής*», Πανεπιστήμιο Κρήτης Τμήμα Ιατρικής Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής, Πρόγραμμα Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης και Διατροφής, Ηράκλειο Κρήτη, σ.σ.2-3.

Καφάτου Αν., (2002), «*Παχυσαρκία: Πρόληψη και αντιμετώπιση*», εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, σ.σ.1, 27.

Κουκουλέ Φ., (1952), «*Βυζαντινών Βίος και Πολιτισμός*», τόμος Ε', εκδόσεις Παπαδήμα, Αθήνα, σ.σ.121-135.

Λαμπράκη Α., (1998), «*Τι γεύονταν οι αρχαίοι Έλληνες.*»,Επτά ημέρες Καθημερινή (18-4-1998), αφιέρωμα ένθετο στην Ελληνική Κουζίνα, σ.σ.8-10.

Μανιός Γ., (2007), «*Διατροφική Αγωγή: Θεωρίες και Μοντέλα Αγωγής και Προαγωγής της Υγείας*», Ιατρικές εκδόσεις, Π. Χ. Πασχαλίδης, σ.σ. 12.

Ματθαίου Αν.,(1998), «*Η διατροφή κατά την Τουρκοκρατία*», Καθημερινή, Ένθετη έκδοση «Επτά ημέρες», Ελληνική διατροφή, 19-4-1998, τομ.54^ο , σ.σ.114-116.

Μπελιμπασάκη Σ., (2007), «*Ο ρόλος της γυναίκας στη διατήρηση των παραδοσιακών τροφίμων*», ΕΘ.Ι.ΑΓ.Ε Απρίλιος- Ιούνιος, Αθήνα, τευχ.28, σ.σ.12-15.

Νάσκα Α., Μπάμια Χ., Βαλάκου Ε., Τριχοπούλου Α., (2003), «*Διατροφικές έρευνες. Αντικείμενο, μεθοδολογία και εφαρμογή τους στον Ελληνικό πληθυσμό.*», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, τομος 20^ο , Τευχος 2^ο , σ.σ.142-171.

Παναγιωτάκου Δ., (2008) , «*Η Μεσογειακή διατροφή στο κατώφλι του 21^ο αιώνα*», Πρακτικά 3^ο Σεμινάριο Οικ. Οικονομίας και Οικολογίας 27-09-2008. «*Διατροφή: Υγεία και Πολιτισμός*», Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο.

Σημοπούλου, Α., (2006), «*Η παραδοσιακή ελληνική διατροφή. Πόσο την γνωρίζουμε και πόσο μας ωφελεί*»; 1ο Διήμερο Διεθνές Συνέδριο τροφίμων και διατροφής του ιδρύματος Αριστείδης Δασκαλόπουλος, 31/10-01/11/2006, σελ.1.

Σκουτέρη-Διδασκάλου Ελ., (2008), «*Η απλό ητα ως σύνθεση : το παράδειγμα της Ελληνικής κουζίνας* », Τα Ιστορικά, (26) τευχ.48, Αθήνα ,σ.σ.3-24.

Τούντα Γ., (2009), «*Κοινωνία και υγεία*», εκδόσεις Οδυσσέας / Νέα Αθήνα, σ.σ. 238.

Τούντα Γ., (2009), «Ο εκφοβισμός στους εφήβους», εφημερίδα Ελευθεροτυπία, έντυπη έκδοση 19/05/2009.

Τριχοπούλου-Καλαποθάκη-Πετρίδου, (2000), «Προληπτική Ιατρική και Δημόσια Υγεία», Αθήνα, εκδόσεις ΖΗΤΑ, σ.σ.417.

Τριχοπούλου, Α., (2010), «Μεσογειακή διατροφή, παραδοσιακά μεσογειακά τρόφιμα και υγεία», Ελληνική επιθεώρηση διαιτολογίας – διατροφής, τεύχος 1(1), σ.σ.13-15.

Υφαντόπουλου Η., & Σαρρή Μ., (2001), «Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής. Μεθοδολογία μέτρησης», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 18 (3) σ.σ.218-229.

Πηγές από το διαδίκτυο

«Παραδοσιακή ελληνική μεσογειακή διατροφή: Έκφραση πολιτισμού, ιστορίας και τρόπου ζωής», Διαθέσιμο στο: <http://www.fagito.com/our-news/MESOGIYAKI-DIATROFH.html>

Αναρτήθηκε- στις 05-12-2010.

«Η πλειονότητα των καταναλωτών αγοράζει παραδοσιακά τρόφιμα και ποτά», έρευνα Α.Π.Θ., Διαθέσιμο στο: <http://health.ana-mpa.gr/view1.php?id=5767>

Αναρτήθηκε στις 15-07-2009.

«Ποιότητα τροφίμων και Προϊόντα ΠΟΠ», Διαθέσιμο στο: <http://www.eytrofia.gr/index.php?/pop/poiothta-trofimon-proionta-pop-739.php>

Αναρτήθηκε στις 06-12-2010.

«Η φάβα Σαντορίνης κατοχυρώθηκε ως Προϊόν Ονομασίας Προέλευσης», Διαθέσιμο στο: <http://unews.pathfinder.gr/economy/h-faba-santorinhs-katohyrothhke-ws-proion-onomasias-proelefshs.html#3>

Αναρτήθηκε στις 06-12-2010.

«Ελληνική κουζίνα», Διαθέσιμο στο: <http://www.driskas.com/UserFiles/Image/seminars/ellhinkhkouzina.pdf>

Αναρτήθηκε στις 07-12-2010.

Τσιαμήτρου, (2009), «Η Ελληνική παραδοσιακή κουζίνα κατά περιοχές και η αξία της επαφής των νέων με αυτήν και τις τοπικές γιορτές», Διαθέσιμο στο: <http://www.laosver.gr/news/articles/20602.html>

Αναρτήθηκε στις 08-12-2010.

Μπεόπουλου Ν., (2010), «Αειφορία στη γεωργία και στην παραγωγή τροφίμων: προσαρμογή απέναντι στο μεταβαλλόμενο φυσικό, κοινωνικό, οικονομικό και θεσμικό περιβάλλον», Διαθέσιμο στο: <http://www.agronews.gr/content/view/61576/200/lang.el/>

Αναρτήθηκε στις 08/12/2010

www.triadelta.gr

www.Mato.gr

«Μέτρα και Πολιτικές για τη Διατροφή. Διατροφική πολιτική στην Ελλάδα; Ασφάλεια και υγιεινή των τροφίμων», , Διαθέσιμο στο:

<http://www.bestrong.org.gr/el/healthylife/healthydiet/alimentarypolicies/>

Αναρτήθηκε στις 22-08-2010.

Μπατζελή Κ., (2010), «Προϊόντα Ελληνικής γης. Προϊόντα μεσογειακής διατροφής στην Ελλάδα και στον κόσμο. Στρατηγική προώθησης», Διαθέσιμο στο:

<http://www.minagric.gr/greek/press/2010/06/greek230610a.shtml>

Αναρτήθηκε στις 23-06-2010.

Βάτου Έρ., (2010), « Πολιτισμός, η μεσογειακή δίαιτα», Ελευθεροτυπία, έντυπη έκδοση. Διαθέσιμο στο:

<http://www.enet.gr/?i=issue.el.home&date=17/11/2010&id=224587>

Αναρτήθηκε στις 17-11-2010.

«Διατροφικές Πυραμίδες», Διαθέσιμο στο: <http://www.diet-net.gr/main.php?p=21&page=1>

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ, Ανώτατο Ειδικό Επιστημονικό Συμβούλιο Υγείας (1999). «Διατροφικές οδηγίες για ενήλικες στην Ελλάδα». Ηλεκτρονική Πύλη Ασκληπιακού Πάρκου. ΙΑΣΠΣ, Διαθέσιμο στο: <http://panacea.med.uoa.gr/topic.aspx?id=178>

Μανίκα Β., (2009), «Πυραμίδα της Μεσογειακής Διατροφής», Διαθέσιμο στο: http://vassiamanika.blogspot.com/2008/09/blog-post_14.html).

Αναρτήθηκε στις 10-11-2009.

Φαρατζιάν, Π., (2008), «Χρειάζεται Συμπλήρωμα η Μεσογειακή Πυραμίδα;». Διαθέσιμο στο: http://www.iatronet.gr/article.asp?art_id=5396

Αναρτήθηκε στις 03-06-2008.

Παπαχρήστου Π., «Ο σύγχρονος τρόπος ζωής και διατροφής», Διαθέσιμο στο:

http://www.dietologoi.gr/index.php?id=75&option=com_content&task=view

Αναρτήθηκε 05/2008

Kontogianni MD, Vidra N, Farmaki AE, Koinaki S, Belogianni K, Sofrona S, Magkanari F, Yannakoulia M., (2008), «Adherence rates to the Mediterranean diet are low in a representative sample of Greek children and adolescents», PubMed J Nutrition Oct;138(10):1951-6. Διαθέσιμο στο:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18806106>

Αναρτήθηκε 10/2008.

Lazarou C, Panagiotakos DB, Kouta C, Matalas AL, «Dietary and other lifestyle characteristics of Cypriot school children: results from the nationwide CYKIDS study», PubMed, BMC Public Health.2009 May 20;9:147. Διαθέσιμο στο:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19457230>

Αναρτήθηκε 05/2009.

Αλεξίου Ε., (2004), «Διατροφικές συνήθειες των εκπαιδευτικών της Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης». Διαθέσιμο στο:

http://www.oikologos.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=211&Itemid=208

Αναρτήθηκε στις 11-06-2004.

«Κολλημένοι με το internet οι Έλληνες έφηβοι, αλλά αγνοούν τους κινδύνους», Διαθέσιμο στο: www.ads/gr.com/forum/showthread.php?t=46004

Αναρτήθηκε στις 31-08-2006.

«Υγεία και Κρίση», Διαθέσιμο στο: <http://health.ana-mpa.gr/view1.php?id=7059>

«Department of Health and Human Services, (2000), «Promoting Lifelong Healthy eating», Διαθέσιμο στο: <http://www.cdc.gov/nccd.php/dash/nutguide.htm>

«Έφηβοι: Γιατί πρέπει να τρώνε με την οικογένεια», Διαθέσιμο στο: http://www.medlook.net/article.asp?item_id=1065

Αναρτήθηκε στις 14-08-2003.

«Διατροφή των παιδιών και σχολικά κυλικάκια», Διαθέσιμο στο: http://thematadiatrofis.blogspot.com/2008/09/blog-post_11.html

Αναρτήθηκε στις 11-09-2008.

Green Markets, (2010), «Η Μεσογειακή διαίτα μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο εμφάνισης σακχαρώδους διαβήτη», Διαθέσιμο στο: <http://www.ecofinder.gr/articles/Διατροφή>

Αναρτήθηκε στις 3-11-2010.

«Η αξία των οικογενειακών γευμάτων», Διαθέσιμο στο:
http://www.lovecooking.gr/index.php?Itemid=60&id=362&option=com_content&view=article

Αναρτήθηκε στις 03-02-2009.

«Η κακή διατροφή θερίζει ζωές», Διαθέσιμο στο:
<http://www.ethnos.gr/article.asp?catid=11387&subid=2&pubid=50446948>

Αναρτήθηκε στις 13-01-2011

Φυντανίδου Έ., (2010), «Νευρική ανορεξία και βουλιμία, σύγχρονες παθήσεις», Διαθέσιμο στο:

www.tovema.gr/default.asp!pid=2&ct=1&artid=3170958&dt=26/02/2010

Αναρτήθηκε 26-02-2010

«Ο ύπνος καταπολέμα την παχυσαρκία», Διαθέσιμο στο:

<http://www.inews.gr/31/o-ypnos-katapolema-tin-pachysarkia.htm>

Αναρτήθηκε στις 12-09-2010.

Kimball AB, Chon SY, Chik A., «The response of skin disease to stress: changes in the severity of acne vulgaris as affected by examination stress», Stanford, CA 94305-5334, USA, PubMed National Library of Medicine (MLM) United States MEDLINE, Αρχεία δερματολογίας, , Διαθέσιμο στο:
www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?CMD=search&DB=PudMed

Αναρτήθηκε στις Ιούλιος 2003.

Μπενέτου Α., «Stress. Αισθητικά προβλήματα που οφείλονται στο στρες. Στρες και ελεύθερες ρίζες».

Διαθέσιμο στο: <http://www.scientific-journal-articles.com/greek/free-online-journals/medical/medical-articles/mpenetouaik1/STRESS.htm>

Παναγιωτάκη Δ.-Κ., (2009), «Η Ποιότητα Ζωής», Διαθέσιμο στο:

www.beStrong.org.gr/el/cancer/support/qualitylife/

Αναρτήθηκε στις 17-02-2009.

«Εκτίμηση και Προαγωγή της Ποιότητας Ζωής Σχετιζόμενης με την Υγεία στα Παιδιά και στους Εφήβους 8-18 ετών στην Ελλάδα: Το Διευρωπαϊκό Πρόγραμμα Kidscreen», Διαθέσιμο στο: <http://www.neahygeia.gr/page.asp?p=604>

Τούντα Γ., (2008), «Η μελέτη Kidscreen και ο ρόλος της πρόληψης κατά την εφηβική ηλικία», Διαθέσιμο στο: <http://www.neahygeia.gr/page.asp?p=771>

Αναρτήθηκε στις 28-05-2007.

Καραγιώργου Δ., (2007), «Υστερεί η ποιότητα ζωής των εφήβων έναντι των Ευρωπαίων», Διαθέσιμο στο: www.iatronet.gr/newsarticle.asp?art_id=1423

Αναρτήθηκε στις 28-04-2007.

Παπάνη Ε., (2009), «Εφηβική κατάθλιψη», Διαθέσιμο στο: www.healthview.gr.

Αναρτήθηκε στις 10-08-2009.

Καρλατήρα Π., (2010), «Γνώρισε την ψυχολογία του εφήβου», Διαθέσιμο στο: http://www.akappatou.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=141:2010-11-04-08-29-53&catid=49:2010-11-04-07-10-20&Itemid=47). Αναρτήθηκε στις 17-01-2010.

Πενταρβάνη Θ., (2009), «Οι ανήλικοι σε υψηλό κίνδυνο, ευθύνη όλων», Διαθέσιμο στο: www.epaa.gr/eis7.htm

Αναρτήθηκε στις 08-04-2009.

Ε.ΠΙ.ΨΥ, (2006), «Πανελλήνια έρευνα για τον τρόπο ζωής και την υγεία των εφήβων», Διαθέσιμο στο:

www.epipsi.gr/tekmiriosi/epid/epidimiologikes_erevnes/hbscgr.php

Ζαβαρίνου Χ., (2009), «Οι γονείς με παιδιά στην εφηβεία», Διαθέσιμο στο: www.stirizo.gr/articles/opinions/67-gonis-me-pedia-sti-efivia.html

Αναρτήθηκε στις 30-12-2010.

Λιακοπούλου Μ., (2010), «Η κοινωνική ζωή του παιδιού και του εφήβου με σακχαρώδη διαβήτη», Διαθέσιμο στο: [www.dromostherapeia.gr/index.php?option=com_content & view=articles-2082:2010-12-30-10-42-32 & catid=117:2010-09-24-14-11-00 & Itemid=79](http://www.dromostherapeia.gr/index.php?option=com_content&view=articles-2082:2010-12-30-10-42-32&catid=117:2010-09-24-14-11-00&Itemid=79)) Αναρτήθηκε 05/2009.

Σκόρδη Ν., (2009), «Παιδική παχυσαρκία», Διαθέσιμο στο: <http://www.paidiatros.com/easyconsole.cfm/id/154>

Αναρτήθηκε στις 01-10-2009.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΤΟΥ ΓΟΝΕΑ/ΚΗΔΕΜΟΝΑ

Συμφωνώ να συμμετέχει το παιδί μου στην έρευνα που θα πραγματοποιηθεί στο σχολείο του με θέμα « Ελληνική παραδοσιακή διατροφή και ποιότητα ζωής του εφήβου» και με την υπογραφή μου επιτρέπω στο παιδί μου

(όνομα και επώνυμο παιδιού)

να συμμετέχει. Έχω πληροφορηθεί για το σκοπό και τη μεθοδολογία του προγράμματος. Η μελέτη θα πραγματοποιηθεί σύμφωνα με τη νομοθεσία που ισχύει για την προστασία των προσωπικών δεδομένων.

Η συμμετοχή του παιδιού μου στο πρόγραμμα, είναι εθελοντική και οποιαδήποτε στιγμή μπορεί να αλλάξει γνώμη και να τη διακόψει.

Γνωρίζω ότι καμιά προσωπική πληροφορία για μένα και το παιδί μου δε θα δοθεί σε τρίτους και δίνω τη συγκατάθεσή μου μόνο κάτω από αυτές τις συνθήκες.

(περιοχή και ημερομηνία)

(υπογραφή γονέα η κηδεμόνα)

ΧΑΡΟΚΟΠΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΙΑΚΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ & ΟΙΚΟΛΟΓΙΑΣ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΕΦΗΒΩΝ

Αγαπητέ μαθητή έχεις επιλεγεί για να λάβεις μέρος σε μια έρευνα στο πλαίσιο μεταπτυχιακής μελέτης.

Θα θέλαμε να μάθουμε για σένα, πώς είσαι , πως νιώθεις , αν προσέχεις την προσέχεις την υγεία σου έχοντας ως πρότυπο τις διατροφικές παραδόσεις του τόπου σου.

Παρακαλούμε διάβασε κάθε ερώτηση προσεκτικά.

Σημείωσε την πρώτη απάντηση που θα σκεφτείς.

Θυμήσου , αυτό δεν είναι τεστ διαγωνίσματος και έτσι δεν υπάρχουν λάθος απαντήσεις. Είναι σημαντικό να απαντήσεις σε όλες τις ερωτήσεις , με ειλικρίνεια.

Οι πληροφορίες που θα μας δώσεις θα χρησιμοποιηθούν ανώνυμα στο πλαίσιο της συγκεκριμένης έρευνας.



ΚΩΔΙΚΟΣ ΣΧΟΛΕΙΟΥ.....

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΕΝΙΚΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ

Α' ΜΕΡΟΣ : ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

1. Φύλο μαθητή

Αγόρι ☐

Κορίτσι ☐

2. Έτος γέννησης:

3. Ύψοςm..

Βάρος.....kg

4. Τάξη φοίτησης:

5. Στο σπίτι σου ζεις:

(1) Και με τους δύο γονείς σου ☐

(3) Μόνο με τον πατέρα σου ☐

(2) Μόνο με τη μητέρα σου ☐

(4) Άλλο (σημειώνω αναλυτικά):

6. Ποιο είναι το μορφωτικό επίπεδο του πατέρα και της μητέρας σου;

	Πατέρας	Μητέρα
Δημοτικό		
Γυμνάσιο		
Γενικό Λύκειο / Τεχνικό Επαγγελματικό Λύκειο		
Ιδιωτική Σχολή / ΙΕΚ		
ΤΕΙ		
ΑΕΙ		
Κάτοχος Μεταπτυχιακού / Διδακτορικού διπλώματος		

7. Ποια είναι η εργασία των γονιών σου; (σε περίπτωση συνταξιοδότησης σημειώνετε την απασχόληση πριν από τη συνταξιοδότηση)

	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		

Οικιακά		
Άλλο		

8. Πόσες φορές την εβδομάδα βγαίνεις έξω από το σπίτι για να κάνεις βόλτα ή να διασκεδάσεις;

- | | | | |
|-------------------------------|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| (1) Καθόλου | ☐ | (4) 4 ως 5 φορές την εβδομάδα | ☐ |
| (2) 1 φορά την εβδομάδα | ☐ | (5) 5 + φορές την εβδομάδα | ☐ |
| (3) 2 ως 3 φορές την εβδομάδα | ☐ | | |

9. Πόσες ώρες συνήθως την ημέρα παρακολουθείς τηλεόραση ή DVD;

- | | | | |
|---------------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|
| (1) Καθόλου | ☐ | (4) Περίπου 2 ως 3 ώρες | ☐ |
| (2) Λιγότερο από μισή ώρα | ☐ | (5) Περίπου 4 ώρες | ☐ |
| (3) μισή έως 1 ώρα | ☐ | (6) Παραπάνω από 4 ώρες | ☐ |

10. Πόσες ώρες συνήθως την εβδομάδα «μπαίνεις» στο Internet ή παίζεις ηλεκτρονικά παιχνίδια;

- | | | | |
|------------------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|
| (1) Καθόλου | ☐ | (4) 4 ως 6 ώρες | ☐ |
| (2) Λιγότερο από 1 ώρα | ☐ | (5) 7 ως 9 ώρες | ☐ |
| (3) 1 ως 3 ώρες | ☐ | (6) 10 + ώρες | ☐ |

12. Πόσες ώρες την ημέρα αφιερώνεις για να κοιμηθείς ;

- | | |
|----------------------------|--------------------------|
| (1) 8 ως 9 ώρες | ☐ |
| (2) Περισσότερο από 9 ώρες | ☐ |
| (3) Λιγότερο από 8 ώρες | ☐ |

13. Ποια από τα παρακάτω γεύματα τρως **καθημερινά**;

- | | | | |
|-----------------|--------------------------|------------------|--------------------------|
| (1) Πρωινό | ☐ | (4) Απογευματινό | ☐ |
| (2) Δεκατιανό | ☐ | (5) Βραδινό | ☐ |
| (3) Μεσημεριανό | ☐ | | |

14. Ποια από τα παρακάτω γεύματα τρως **μαζί με τον/τους γονείς σου**;

- | | | | |
|-----------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|
| (1) Πρωινό | ☐ | (4) Απογευματινό | ☐ |
| (2) Δεκατιανό | ☐ | (5) Βραδινό | ☐ |
| (3) Μεσημεριανό | ☐ | (6) Κανένα από τα παραπάνω | ☐ |

15. Καταναλώνεις αναψυκτικά (τύπου coca-cola, fanta, sprite κλπ.)

- | | | | |
|-----------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|
| (1) Καθόλου | ☐ | (3) 1 φορά την εβδομάδα | ☐ |
| (2) 1-3 φορές το μήνα | ☐ | (4) 2-4 φορές την εβδομάδα | ☐ |

(5) 5-6 φορές την εβδομάδα ☐

(6) 1 φορά την ημέρα ☐

(7) 2-3 φορές την ημέρα ☐

(8) 4-5 φορές την ημέρα ☐

(9) 6+ φορές την ημέρα ☐

Β' ΜΕΡΟΣ: ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ - ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΣΥΝΗΘΕΙΩΝ (KIDMED)

Απάντησε στις παρακάτω ερωτήσεις με Ναι ή Όχι:

1. Καταναλώνεις ένα φρούτο ή χυμό φρούτων κάθε ημέρα;	Ναι ☐	Όχι ☐
2. Καταναλώνεις ένα δεύτερο φρούτο κάθε ημέρα;	Ναι ☐	Όχι ☐
3. Καταναλώνεις λαχανικά μία φορά την ημέρα;	Ναι ☐	Όχι ☐
4. Καταναλώνεις λαχανικά περισσότερο από μία φορά τη ημέρα;	Ναι ☐	Όχι ☐
5. Καταναλώνεις ψάρι τακτικά (τουλάχιστον 2-3 φορές τη εβδομάδα);	Ναι ☐	Όχι ☐
6. Καταναλώνεις πρόχειρο φαγητό περισσότερο από μία φορά την εβδομάδα (τύπου fast food κλπ) ;	Ναι ☐	Όχι ☐
7. Καταναλώνεις όσπρια περισσότερο από μία φορά την εβδομάδα;	Ναι ☐	Όχι ☐
8. Καταναλώνεις ψωμί, ζυμαρικά ή ρύζι σχεδόν κάθε ημέρα (5 ή περισσότερες φορές την εβδομάδα);	Ναι ☐	Όχι ☐
9. Για πρωινό τρως συνήθως δημητριακά (τύπου corn flakes) ή ψωμί ή φρυγανιές ή αρτοσκευάσματα;	Ναι ☐	Όχι ☐
10. Καταναλώνεις ξηρούς καρπούς τακτικά (τουλάχιστον 2-3 φορές την εβδομάδα);	Ναι ☐	Όχι ☐
11. Καταναλώνεις ελαιόλαδο (είτε σε σαλάτα είτε σε φαγητό);	Ναι ☐	Όχι ☐
12. Συνήθως παραλείπεις το πρωινό;	Ναι ☐	Όχι ☐
13. Για πρωινό συνήθως τρως ή πίνεις ένα γαλακτομικό προϊόν, όπως γάλα, γιαούρτι κ.α.	Ναι ☐	Όχι ☐
14. Για πρωινό τρως συνήθως γλυκά;	Ναι ☐	Όχι ☐
15. Καταναλώνεις δύο γιαούρτια ή και λίγο τυρί(40 g) ημερησίως;	Ναι ☐	Όχι ☐
16. Καταναλώνεις γλυκά κάθε μέρα;	Ναι ☐	Όχι ☐

Γ' ΜΕΡΟΣ ΠΑΡΑΔΟΣΙΑΚΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ

1. Ποιά παραδοσιακά τοπικά τρόφιμα γνωρίζεις; (Διάλεξε όσα γνωρίζεις)

α) Μπριάμ ☐

β) Σπανακόρυζο ☐

γ) Στιφάδο ☐

δ) Φασολάδα ☐

ε) Τραχανάς ☐

στ) Μπακλαβάς ☐

2. Μαγειρεύονται στο σπίτι σου τέτοια φαγητά:

Πότε ☐ Συχνά ☐

Πολύ αραιά ☐ Πολύ συχνά ☐

Σε ειδικές περιστάσεις (π.χ. γιορτές)

3. Εάν ναι, ποιός τα μαγειρεύει;

Μητέρα ☐ Γιαγιά ☐

Πατέρας ☐ Παππούς ☐ Θεία ☐

Άλλο πρόσωπο; (Σημειώσατε)

4. Χρησιμοποιείται ελαιόλαδο για την παρασκευή των φαγητών σας στο σπίτι;

Λίγο ☐ Πάρα πολύ ☐ Πολύ ☐

Καθόλου ☐ Δεν γνωρίζω ☐

5. Ποια από τις δύο παρακάτω κατηγορίες τυριών τρως περισσότερο;

α) Τοπικά τυριά (φέτα, γραβιέρα, μυζήθρα.....) ☐

β) Τυριά σούπερ μάρκετ (γκούντα, ένταμ.....) ☐

6. Τρως τοπικά γλυκά (γλυκά κουταλιού, μελομακάρονα, ραβανί, δίπλες, κουραμπιέδες, τσουρέκια κ.ά.)

Ναι ☐ Όχι ☐

7. Παίρνεις μαζί σου στο σχολείο κάποια από τα σπιτικά παραδοσιακά τρόφιμα που αναφέραμε πιο πάνω ως κολατσιό;

Ποτέ ☐ Συχνά ☐ Σπάνια ☐ Πολύ συχνά ☐

8. Ποιά από τα παρακάτω τρόφιμα προτιμάς γευστικά; (Διάλεξε μια απάντηση)

Τυρόπιτα σπιτική ☐ Κρουασάν και σνάκς εμπορίου ☐

Τυρόπιτα εμπορίου ☐ Κουλουράκια σπιτικά ☐

9. Πιστεύεις ότι η παραδοσιακή διατροφή είναι καλή για την υγεία μας και πρέπει να διατηρηθεί;

Ναι

☐

Όχι

☐

Αν ναι ή όχι (αναλόγως) πες μας γιατί κατά την γνώμη

σου.....
.....

10. Αν δεν ακολουθείς την παραδοσιακή διατροφή του τόπου σου ,τι θα σε έκανε από τα παρακάτω, να αλλάξεις τον τρόπο διατροφής σου και τελικά να προτιμήσεις τα τοπικά προϊόντα (έχεις όσες επιλογές θέλεις)

α)Συσκευασία προϊόντος

☐

β)Γεύση

☐

γ) Εμφάνιση (χρώμα, σχήμα, μέγεθος)

☐

δ)Να μαγειρεύονται πιο συχνά στο σπίτι

☐

ε)Να υπάρχουν πιο συχνά στο κυλικείο , στα μαγαζιά, στις ταβέρνες

☐

στ)Να γνωρίζεις τον τρόπο παρασκευής του και την ωφέλεια στον οργανισμό μας

☐

KIDSCREEN-27

Ερωτηματολόγιο Υγείας για Παιδιά και Νέους

Έκδοση για Παιδιά και Εφήβους

8 έως 18 ετών

1. Σωματικές Δραστηριότητες και Υγεία

Σε γενικές γραμμές, πώς θα έλεγες ότι είναι η υγεία σου;

1.

- ☐ άριστη
- ☐ πολύ καλή
- ☐ καλή
- ☐ μέτρια
- ☐ κακή

Έχοντας στο μυαλό σου την περασμένη εβδομάδα ...

	καθόλου	λίγο	μέτρια	πολύ	υπερβολικά
2. Ένιωθες σε φόρμα και υγιής;	☐	☐	☐	☐	☐
3. Ήσουν σωματικά δραστήριος/α (π.χ τρέξιμο, σκαρφάλωμα, ποδηλασία);	☐	☐	☐	☐	☐
4. Μπορούσες να τρέχεις καλά;	☐	☐	☐	☐	☐

Έχοντας στο μυαλό σου την περασμένη εβδομάδα ...

	ποτέ	σπάνια	αρκετά συχνά	πολύ συχνά	πάντα
5. Ένιωθες γεμάτος/η από ενέργεια;	☐	☐	☐	☐	☐

2. Γενική Διάθεση και Συναισθήματα

Έχοντας στο μυαλό σου την περασμένη εβδομάδα ...

	καθόλου	λίγο	μέτρια	πολύ	υπερβολικά
1. Η ζωή σου ήταν ευχάριστη;	☐	☐	☐	☐	☐

Έχοντας στο μυαλό σου την περασμένη εβδομάδα ...

	ποτέ	σπάνια	αρκετά συχνά	πολύ συχνά	πάντα
2. Είχες καλή διάθεση;	☐	☐	☐	☐	☐
3. Διασκεδάζεις;	☐	☐	☐	☐	☐

Έχοντας στο μυαλό σου την περασμένη εβδομάδα ...

	ποτέ	σπάνια	αρκετά συχνά	πολύ συχνά	πάντα
4. Ένιωθες λυπημένος/η;	☐	☐	☐	☐	☐
5. Ένιωθες τόσο άσχημα που να μην θέλεις να κάνεις τίποτα;	☐	☐	☐	☐	☐
6. Ένιωθες μοναξιά;	☐	☐	☐	☐	☐
7. Ένιωθες ευχαριστημένος/η με αυτό που είσαι;	☐	☐	☐	☐	☐

3. Οικογένεια και Ελεύθερος Χρόνος

Έχοντας στο μυαλό σου την περασμένη εβδομάδα

	ποτέ	σπάνια	αρκετά συχνά	πολύ συχνά	πάντα
1. Είχες αρκετό χρόνο για τον εαυτό σου;	☐	☐	☐	☐	☐
2. Μπορούσες να κάνεις τα πράγματα που θέλεις να κάνεις τον ελεύθερο σου χρόνο;	☐	☐	☐	☐	☐
3. Οι γονείς/ός σου είχαν αρκετό χρόνο για σένα;	☐	☐	☐	☐	☐
4. Οι γονείς/ός σου φέρονταν δίκαια;	☐	☐	☐	☐	☐
5. Μπορούσες να μιλήσεις στους γονείς/ό σου όταν το ήθελες;	☐	☐	☐	☐	☐
6. Είχες αρκετά χρήματα να κάνεις τα ίδια	☐	☐	☐	☐	☐

πράγματα που κάνουν και οι φίλοι σου;						
7.	Είχες αρκετά χρήματα για τα έξοδα σου;	ποτέ ☐	σπάνια ☐	αρκετά συχνά ☐	πολύ συχνά ☐	πάντα ☐

4. Φίλοι

Έχοντας στο μυαλό σου την περασμένη εβδομάδα ...		ποτέ	σπάνια	αρκετά συχνά	πολύ συχνά	πάντα
1.	Περνούσες χρόνο με τους φίλους σου;	ποτέ ☐	σπάνια ☐	αρκετά συχνά ☐	πολύ συχνά ☐	πάντα ☐
2.	Διασκεδάζεις με τους φίλους σου;	ποτέ ☐	σπάνια ☐	αρκετά συχνά ☐	πολύ συχνά ☐	πάντα ☐
3.	Εσύ και οι φίλοι σου βοηθούσατε ο ένας τον άλλον;	ποτέ ☐	σπάνια ☐	αρκετά συχνά ☐	πολύ συχνά ☐	πάντα ☐
4.	Μπορούσες να βασιστείς στους φίλους σου;	ποτέ ☐	σπάνια ☐	αρκετά συχνά ☐	πολύ συχνά ☐	πάντα ☐

5. Σχολείο και Μάθηση

Έχοντας στο μυαλό σου την περασμένη εβδομάδα ...		καθόλου	λίγο	μέτρια	πολύ	υπερβολικά
1.	Ήσουν χαρούμενος/η στο σχολείο;	καθόλου ☐	λίγο ☐	μέτρια ☐	πολύ ☐	υπερβολικά ☐
2.	Τα πήγαινες καλά στο σχολείο;	καθόλου ☐	λίγο ☐	μέτρια ☐	πολύ ☐	υπερβολικά ☐

Έχοντας στο μυαλό σου την περασμένη εβδομάδα ...		ποτέ	σπάνια	αρκετά συχνά	πολύ συχνά	πάντα
3.	Μπορούσες να προσέχεις στο μάθημα;	ποτέ ☐	σπάνια ☐	αρκετά συχνά ☐	πολύ συχνά ☐	πάντα ☐
4.	Τα πήγαινες καλά με τους καθηγητές σου;	ποτέ ☐	σπάνια ☐	αρκετά συχνά ☐	πολύ συχνά ☐	πάντα ☐