

ΧΑΡΟΚΟΠΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΙΑΚΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΛΟΓΙΑΣ

Π.Μ.Σ. ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΣΜΟΣ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
ΧΡΥΣΟΥΛΑ ΜΗΝΟΥ

***«ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΑΠΟΨΕΩΝ ΚΑΙ ΣΤΑΣΕΩΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΩΝ
ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΓΙΑ ΤΙΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ
ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΣΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ»***

ΑΘΗΝΑ 2012

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

ΑΓΩΓΗ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΣΜΟΣ

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

Εγκρίθηκε την..... από τη εξεταστική επιτροπή:

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ

ΒΑΘΜΙΔΑ

ΥΠΟΓΡΑΦΗ

Κ. Κουτρούμπα

Επ. Καθηγήτρια

Β. Κωσταρέλλη

Επ. Καθηγήτρια

Μ. Βαμβακάρη

Επ. Καθηγήτρια

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΠΙΝΑΚΩΝ.....	4
ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΩΝ.....	6
ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	7
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	8
ABSTRACT.....	9
 <u>I. ΕΙΣΑΓΩΓΗ</u>	10
 <u>Ι.Ι. ΓΕΝΙΚΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ</u>	14
 ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο: ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΣ	15
1.1. Εφηβεία.....	15
1.1.1. Σωματικές αλλαγές.....	15
1.1.2. Ψυχοκοινωνικές αλλαγές.....	16
1.2. Σπουδαιότητα της διατροφής στην εφηβική ηλικία.....	16
1.3. Διατροφικές συνήθειες εφήβων και παχυσαρκία.....	17
1.4. Διατροφή και Εικόνα Σώματος.....	21
 ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο: ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΑΓΩΓΗ	24
2.1. Εννοιολογική προσέγγιση Διατροφικής Αγωγής.....	24
2.2. Η Διατροφική Αγωγή στο σύγχρονο σχολείο και η μεθοδολογία της.....	26
2.3. Ο ρόλος του εκπαιδευτικού στη Διατροφική Αγωγή.....	29
2.4. Η προσέγγιση θεμάτων διατροφής στα Αναλυτικά Προγράμματα Σπουδών.....	34
2.5. Ο θεσμός της Αγωγής Υγείας στο σχολείο.....	36
 ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο: ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ	44
3.1. Μοντέλα και Θεωρίες που διαμορφώνουν τις παρεμβάσεις Διατροφικής	

Αγωγής.....	44
3.2. Μέθοδοι ανάπτυξης παρεμβάσεων Διατροφικής Αγωγής.....	48
3.3. Ανασκόπηση παρεμβάσεων Διατροφικής Αγωγής ανά τον κόσμο.....	50
3.3. Ανασκόπηση παρεμβάσεων Διατροφικής Αγωγής στην Ελλάδα.....	53
3.4.1. Ελληνικές Μελέτες.....	53
3.4.2. Συμμετοχή σε Ευρωπαϊκά Προγράμματα παρέμβασης.....	56
<u>Ι Ι Ι. ΕΡΕΥΝΑ ΠΕΔΙΟΥ.....</u>	63
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο: ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΠΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ.....	64
4.1. Εισαγωγή.....	64
4.2. Σκοπός και στόχοι της έρευνας.....	64
4.3. Μεθοδολογία της έρευνας.....	65
4.4. Αποτελέσματα έρευνας-Περιγραφική Στατιστική.....	67
4.4.1. Δημογραφικά Στοιχεία.....	67
4.4.2. Δείκτες υγείας και διατροφικές συνήθειες.....	68
4.4.3. Εκτίμηση εικόνας σώματος.....	69
4.4.4. Ειδικές ερωτήσεις παρεμβάσεων Διατροφικής Αγωγής.....	73.
4.5. Αποτελέσματα ελέγχου υποθέσεων ανεξαρτησίας με τη βοήθεια του χ^2 τεστ (Chi-Square)-Πίνακε Διπλής Εισόδου.....	79
4.5.1.Αποτελέσματα ελέγχου υποθέσεων ανεξαρτησίας χ^2	80
4.6. Εκτίμηση Εικόνας Σώματος – Ερωτηματολόγιο MBSRQ.....	91
4.6.1. Αποτελέσματα συσχετίσεων του ερωτηματολογίου MBSRQ με τη βοήθεια του συντελεστή συσχέτισης Spearman rho.....	92
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	96
ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	102
<u>V. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....</u>	104
<u>VI. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ.....</u>	123

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας Α: Κατανομή συχνοτήτων σε ποσοστό επί τις % σχετικά με τις απόψεις και στάσεις των εκπαιδευτικών για θέματα διατροφικών συνηθειών.....	69
Πίνακας Β: Κατανομή των συχνοτήτων σε ποσοστά επί τις % σχετικά με την αξιολόγηση εικόνας σώματος των εκπαιδευτικών.....	70
Πίνακας Γ: Κατανομή συχνοτήτων σε ποσοστό επί τις % σχετικά με τις γνώσεις εκπαιδευτικών για τις παρεμβάσεις Διατροφικής Αγωγής, τη συμμετοχή σε παρέμβαση και υλοποίηση από τους ίδιους.....	73
Πίνακας Δ: Κατανομή συχνοτήτων σε ποσοστό επί τις % σχετικά με την άποψη των εκπαιδευτικών για την αξιοποίηση γνωστικών αντικειμένων στην προσέγγιση ζητημάτων Διατροφής, στο πλαίσιο της Διαθεματικότητας.....	74
Πίνακας Ε: κατανομή συχνοτήτων σε ποσοστό επί τις % σχετικά με την άποψη των εκπαιδευτικών για την σπουδαιότητα διαφόρων ειδών παρεμβάσεων Δ.Α.....	75
Πίνακας ΣΤ: Κατανομή συχνοτήτων σε ποσοστό επί τις % σχετικά με την άποψη των εκπαιδευτικών για επιτόπιες επισκέψεις στο πλαίσιο παρεμβάσεων Δ.Α.....	76
Πίνακας Ζ: Κατανομή των συχνοτήτων σε ποσοστό επί τις % σε σχέση με την άποψη των εκπαιδευτικών για εκπαιδευτικές δράσεις στο πλαίσιο παρεμβάσεων Δ.Α.	77
Πίνακας Η: Κατανομή συχνοτήτων σε ποσοστό επί τις % σχετικά με την άποψη των εκπαιδευτικών για την επίδραση στους μαθητές των παρεμβάσεων Δ.Α.	78
Πίνακας 1: Ηλικιακή ομάδα σε σχέση με το ΔΜΣ (Παράρτημα Β, πίν. 1β).....	80
Πίνακας 2: Ηλικιακή ομάδα σε σχέση με την υλοποίηση παρέμβασης Διατροφικής Αγωγής (Δ.Α.) (Παράρτημα Β, πίν. 2β).....	81
Πίνακας 3: Ύπαρξη παιδιών σε σχέση με την υλοποίηση παρέμβασης Διατροφικής Αγωγής (Δ.Α.) (Παράρτημα Β, πίν. 3β).....	82
Πίνακας 4: Ηλικιακή ομάδα σε σχέση με την κατανάλωση πέντε γευμάτων (Παράρτημα Β, πίν. 4β).....	83
Πίνακας 5: Η σπουδαιότητα του πρωινού γεύματος σε σχέση με την ηλικία (Παράρτημα Β, πίν. 5β).....	84

Πίνακας 6: Εκπαίδευση ή επιμόρφωση σε θέματα Διατροφής σε σχέση με την υλοποίηση παρέμβασης Διατροφικής Αγωγής (Δ.Α.) (Παράρτημα Β, πίν. 6β).....	85
Πίνακας 7: Διδακτική εμπειρία σε σχέση με χρησιμότητα των εκπαιδευτικών δράσεων (Παράρτημα Β, πίν. 7β)	86
Πίνακας 8: Φύλο σε σχέση με την γνώση του πρότυπου Μεσογειακής Διατροφής (Παράρτημα Β, πίν. 8β).....	87
Πίνακας 9: Εκπαίδευση σε θέματα Διατροφής σε σχέση με την γνώση Διεθνών προγραμμάτων Διατροφικής Αγωγής (Δ.Α.) (Παράρτημα Β, πίν. 9β).....	88
Πίνακας 10: Υλοποίηση παρέμβασης Δ.Α. σε σχέση την άποψη για την επίδραση των παρεμβάσεων στη διατήρηση του φυσιολογικού βάρους (Παράρτημα Β, πίν. 10β).....	89
Πίνακας 11: Κατανάλωση τροφίμων που αποτελούν παράδειγμα στο χώρο του σχολείου σε σχέση την άποψη για την λήψη πρωινού γεύματος με τους μαθητές (Παράρτημα Β, πίν. 11β).....	90
Πίνακας 12: Υποκλίμακες του Multidimensional Body-Self Relation Questionnaire-MBSRQ που χρησιμοποιήθηκαν.....	92
Πίνακας 13: Αποτελέσματα του Multidimensional Body-Self Relation Questionnaire-MBSRQ.....	93
Πίνακας 14: Εκτίμηση φυσικής κατάστασης, στάσης ως προς τη φυσική κατάσταση, εκτίμηση υγείας και στάση ως προς την υγεία σε σχέση με την άποψη των εκπαιδευτικών για την επίδραση των παρεμβάσεων Δ.Α.....	94

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΩΝ

- **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α: ΠΙΝΑΚΕΣ ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ**.....124
- **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β: ΠΙΝΑΚΕΣ ΔΙΠΛΗΣ ΕΙΣΟΔΟΥ χ^2** 131
- **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ: ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ**.....143

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η παρούσα έρευνα αναφέρεται στις παρεμβάσεις Διατροφικής Αγωγής που υλοποιούνται στο σχολείο. Σκοπός της είναι η διερεύνηση των απόψεων και των στάσεων των εκπαιδευτικών Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης σχετικά με την υλοποίηση παρεμβάσεων Διατροφικής Αγωγής στην σχολική κοινότητα.

Δεδομένης της ραγδαίας αύξησης του επιπολασμού της παχυσαρκίας σε άτομα σχολικής ηλικίας και της καθοριστικής σημασίας του σχολείου στη διαμόρφωση της συμπεριφοράς των μαθητών, κρίθηκε αναγκαίο να εξετασθούν οι παράγοντες που καθορίζουν το ρόλο των εκπαιδευτικών στην υιοθέτηση συμπεριφορών που σχετίζονται με τη υγεία.

Στο σημείο αυτό θα ήθελα να ευχαριστήσω όσους ενίσχυσαν την προσπάθειά μου, ιδιαίτερα την κυρία Κ. Κουτρούμπα για την καθοδήγησή σε όλα τα στάδια της εκπόνησης της Διπλωματικής Μελέτης και τα Μέλη της Επιτροπής, δηλαδή την κυρία Β. Κωσταρέλλη και την κυρία Μ. Βαμβακάρη για την πολύτιμη βοήθειά τους.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω τους γονείς μου για τη στήριξη που μου παρείχαν καθ' όλη τη διάρκεια των μεταπτυχιακών μου σπουδών, καθώς και όλους τους εκπαιδευτικούς που συμμετείχαν στην ερευνά.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το σχολείο αποτελεί αδιαμφισβήτητα ιδανικό περιβάλλον για την Προαγωγή της Υγείας των μαθητών. Οι εκπαιδευτικοί επιφορτίζονται με έναν πολυσύνθετο ρόλο που δεν περιορίζεται στην μετάδοση γνώσεων, αλλά περιλαμβάνει τη λειτουργία τους ως φορείς στάσεων και συμπεριφορών που σχετίζονται με τη διατροφή και την υγεία.

Η παρούσα έρευνα υλοποιήθηκε με σκοπό να διερευνηθούν οι απόψεις και οι στάσεις των εκπαιδευτικών σχετικά με τις παρεμβάσεις Διατροφικής Αγωγής στις σχολικές μονάδες Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης.

Η έρευνα διεξήχθη κατά το διάστημα Ιανουαρίου-Μαρτίου 2012, σε δείγμα 270 εκπαιδευτικών δημόσιων σχολείων Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης της Αττικής, με τη χρήση ανώνυμου ερωτηματολογίου.

Από τα αποτελέσματα φάνηκε ότι το 38,1% του δείγματος είχαν κάποια επιμόρφωση σε θέματα διατροφής, γεγονός που δείχνει την έλλειψη κατάρτισης των εκπαιδευτικών. Επιπλέον, το 36,3% ήταν καπνιστές και το 37,8% δήλωσε ότι δεν επιλέγει υγιεινά τρόφιμα στο σχολείο τα οποία να αποτελούν παράδειγμα για τους μαθητές και επομένως διαπιστώθηκε ότι ένα σημαντικό μέρος του δείγματος δεν έχει τις επιθυμητές συμπεριφορές και συνήθειες ώστε να αποτελέσει μοντέλο μίμησης των μαθητών.. Σε σχέση με την ενασχόληση τους με παρεμβάσεις Διατροφικής Αγωγής η συντριπτική πλειοψηφία (84,8%) δήλωσε ότι δεν είχε υλοποιήσει ή συμμετάσχει σε παρέμβαση. Επίσης, βρέθηκε μια συσχέτιση της ηλικίας των εκπαιδευτικών με τον Δείκτη Μάζας Σώματος και την υλοποίηση παρέμβασης. Πιο συγκεκριμένα προέκυψε ότι οι μεγαλύτεροι σε ηλικία ήταν περισσότερο παχύσαρκοι, ενώ οι νεότεροι είχαν υλοποιήσει σε μεγαλύτερο ποσοστό παρεμβάσεις. Συσχέτιση βρέθηκε ακόμη μεταξύ της επιμόρφωσης σε θέματα διατροφής των εκπαιδευτικών και την υλοποίηση παρέμβασης και όπως ήταν αναμενόμενο, οι εκπαιδευτικοί με περισσότερες γνώσεις διατροφής παρουσίασαν πιο έντονη ενασχόληση με τη Διατροφική Αγωγή. Όσον αφορά στην εκτίμηση της Εικόνας Σώματος των εκπαιδευτικών, τα σκορ των εκπαιδευτικών έδειξαν πως η εκτίμηση και η στάση των τους ως προς τη φυσική κατάσταση και την υγεία ήταν καλή, ενώ δεν παρουσιάστηκε καμία σχέση εξάρτησης με το φύλο, ενώ παρουσιάστηκε συσχέτιση με τις απόψεις των εκπαιδευτικών για την επίδραση των παρεμβάσεων Διατροφικής Αγωγής στους μαθητές.

Συμπερασματικά, θα μπορούσαμε να πούμε ότι η εικόνα των εκπαιδευτικών καθώς και ορισμένες συμπεριφορές υγείας μπορούν να αποτελέσουν προγνωστικούς δείκτες για την ενασχόληση τους με παρεμβάσεις Διατροφικής Αγωγής. Από την έρευνα προκύπτει η ανάγκη ενημέρωσης και εκπαίδευσης των εκπαιδευτικών, ώστε να επιτύχουν μακροπρόθεσμα θετικά αποτελέσματα στις συμπεριφορές υγείας των μαθητών, μέσα από προγράμματα και εκπαιδευτικές δραστηριότητες Διατροφικής Αγωγής.

ABSTRACT

The school is undoubtedly an ideal environment to promote the health of students. Teachers are entrusted with a complex role which is not limited to transmitting knowledge, but functioning as a combination of attitudes and behaviors related to nutrition and health.

This survey was implemented in order to explore the views and attitudes of educational interventions on nutrition education in Secondary Education schools. The survey was conducted between January and March 2012 on a sample of 270 public school teachers of Secondary Education of Athens, using an anonymous questionnaire.

The results showed that 38.1% of the sample had some training in nutrition, which indicates a lack of training of teachers. Furthermore, 36.3% were smokers and 37.8% said that they don't choose healthy foods at school that could set examples for their students and therefore found that a significant proportion of the sample does not have the desired behaviors and habits to function as a behavioral model for their students. In a relation to their involvement with nutritional education interventions, the vast majority (84.8%) stated that they had not implemented or participated in interventions. Also there was found a correlation between the age of teachers with their BMI and the implementation of intervention. More specifically it was found that older were more obese, while younger had a higher percentage of implemented interventions. Correlation was found even between the training in nutrition education and implementation of intervention and not surprisingly, teachers with more nutrition knowledge showed more intense involvement in nutrition education. Regarding the teachers' assessment of their body image, scores of teachers showed that the assessment and their attitude towards fitness and health was good and there was no relationship to sex. On the other hand there was a relationship between teachers' view about the impact of nutrition education interventions for students.

In conclusion, we could say that the image of teachers and some health behaviors can be predictors for dealing with nutrition education interventions. The survey shows the need for information and training of teachers to achieve long term positive effects on health behaviors of students, through programs and educational activities in nutrition education.

Ι. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο επιπολασμός της παχυσαρκίας σε παιδιά και εφήβους αυξάνεται με ραγδαίους ρυθμούς προκαλώντας την διεθνή ανησυχία για τη Δημόσια Υγεία του πληθυσμού.

Η αλλαγή του σύγχρονου τρόπου ζωής έχει επηρεάσει την υγεία των ατόμων, η οποία διαμορφώνεται μέσα από την αλληλεπίδραση με το φυσικό, κοινωνικο-οικονομικό και πολιτιστικό περιβάλλον. Ένας από τους πιο σημαντικούς παράγοντες που συμβάλει στη διατήρηση της υγείας είναι η διατροφή.

Τα τελευταία χρόνια, οι διατροφικές συνήθειες των νεαρών ατόμων τείνουν να μην είναι υγιεινές, με αποτέλεσμα να εμφανίζονται διατροφικές διαταραχές και να αυξάνεται ο κίνδυνος εμφάνισης χρόνιων νοσημάτων καθώς τα νεαρά άτομα μεγαλώνουν. Ως εκ τούτου, η Διατροφική Αγωγή πρέπει να ξεκινάει από την παιδική ηλικία, με έμφαση στην εφηβεία, όπου το άτομο διαμορφώνει συμπεριφορές που θα το ακολουθούν στην υπόλοιπη ζωή του.

Το σχολείο, και το εκπαιδευτικό σύστημα γενικότερα, είναι ανάγκη να υιοθετήσει ένα ρόλο υποστηρικτικό και προληπτικό, με στόχο την Προαγωγή της Υγείας των μαθητών. Το σχολικό περιβάλλον προσφέρεται για την ανάπτυξη παρεμβάσεων Διατροφικής Αγωγής με απώτερο σκοπό τη θεμελίωση των διατροφικών στάσεων και την προαγωγή υγιεινών συνηθειών, καθώς στον χώρο αυτό μπορεί να προσεγγιστεί ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού. Οι σχολικές παρεμβάσεις Διατροφικής Αγωγής απευθύνονται εκτός από τους μαθητές και στο προσωπικό του σχολείου, αλλά και στις οικογένειες τους οι οποίες μπορούν να εμπλακούν.

Σημαντικό ρόλο στην υλοποίηση παρεμβάσεων Διατροφικής Αγωγής διαδραματίζει ο εκπαιδευτικός, ο οποίος καλείται να εμπλακεί σε πολλαπλές λειτουργίες. Πέρα από τον γνωσιομεταδοτικό του ρόλο, αποτελεί πρότυπο μίμησης για τους μαθητές και μέσα από τη δική του συμπεριφορά μπορεί να επιτύχει την αλλαγή των συμπεριφορών των μαθητών. Οι γνώσεις, ο ενθουσιασμός, οι στάσεις και οι συνήθειες του σε σχέση με θέματα διατροφής και υγείας, μπορούν να αποτελέσουν το κλειδί για την Προαγωγή της Υγείας στο χώρο του σχολείου.

Η παρούσα μελέτη, λοιπόν, έχει σκοπό να διερευνήσει τις απόψεις και τις στάσεις των εκπαιδευτικών Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης σχετικά με τις παρεμβάσεις Διατροφικής αγωγής στο σχολείο.

Για να επιτευχθεί ο σκοπός της μελέτης κρίθηκε απαραίτητη η πραγματοποίηση έρευνας πεδίου με συμπλήρωση ερωτηματολογίων από εκπαιδευτικούς σχολικών μονάδων Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης της Περιφέρειας Αττικής.

Οι ειδικότεροι στόχοι της έρευνας ήταν η καταγραφή των δημογραφικών και επαγγελματικών χαρακτηριστικών των εκπαιδευτικών, καθώς και των διατροφικών συνηθειών, ορισμένων δεικτών υγείας, της Εικόνας Σώματος και των στάσεων για την υλοποίηση παρεμβάσεων Διατροφικής Αγωγής. Με τον τρόπο αυτό, εξάχθηκαν συμπεράσματα σχετικά την υλοποίηση παρεμβάσεων σε σχέση με το φύλο, την ηλικία, τη διδακτική εμπειρία, την επιμόρφωση και τις συνήθειες υγείας των συμμετεχόντων. Επιπλέον, ανέκυσαν στοιχεία για την Εικόνα Σώματος των εκπαιδευτικών και το πώς αυτή επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο πιστεύουν ότι επιδρούν οι παρεμβάσεις Διατροφικής Αγωγής στους μαθητές.. Τέλος, μέσα από τα ερευνητικά ερωτήματα για την μεθοδολογική προσέγγιση των παρεμβάσεων Διατροφικής Αγωγής, εξετάστηκαν οι απόψεις των εκπαιδευτικών για τις εκπαιδευτικές στρατηγικές που μπορούν να εφαρμοστούν κατά τη διάρκεια υλοποίησης τέτοιων παρεμβάσεων.

Το πρώτο κεφάλαιο της παρούσας εργασίας αναφέρεται στην εφηβεία και τη διατροφή. Αρχικά παρουσιάζονται οι αλλαγές που πραγματοποιούνται στην εφηβική ηλικία και η σπουδαιότητα της διατροφής κατά το στάδιο αυτό. Επιπλέον, εξετάζονται οι παράγοντες που διαμορφώνουν τις διατροφικές συνήθειες των εφήβων και η εμφάνιση του φαινομένου της παχυσαρκίας, ενώ γίνεται και αναφορά στην Εικόνα Σώματος και στις συνέπειες της διαστρέβλωσης της για τους εφήβους.

Στο δεύτερο κεφάλαιο εξετάζεται η Διατροφική Αγωγή. Αρχικά, γίνεται η εννοιολογική προσέγγιση της Διατροφικής Αγωγής και στη συνέχεια περιγράφεται η μεθοδολογία και ο ρόλος του εκπαιδευτικού στην εφαρμογή της στο σχολείο. Ακολουθεί η παρουσίαση της προσέγγισης θεμάτων διατροφής στα Αναλυτικά Προγράμματα Σπουδών του ελληνικού εκπαιδευτικού συστήματος και η ανάλυση του θεσμού της Αγωγής Υγείας.

Στο τρίτο κεφάλαιο παρουσιάζεται το θεωρητικό πλαίσιο στο οποίο στηρίζεται η υλοποίηση παρεμβάσεων Διατροφικής Αγωγής και πραγματοποιείται βιβλιογραφική ανασκόπηση των παρεμβάσεων ανά τον κόσμο, αλλά και των παρεμβάσεων που υλοποιήθηκαν στην Ελλάδα τα τελευταία χρόνια και εξετάζονται τα αποτελέσματα των παρεμβάσεων αυτών.

Το τέταρτο κεφάλαιο αφορά στη δειγματοληπτική έρευνα και περιλαμβάνει τον σκοπό και τους στόχους, τη μεθοδολογία και τα αποτελέσματα της έρευνας.

Η εργασία ολοκληρώνεται με τα γενικά συμπεράσματα και τις προτάσεις για την προώθηση του ρόλου του εκπαιδευτικού στην Προαγωγή της Υγείας των μαθητών διαμέσου της Διατροφικής αγωγής.

II. ΓΕΝΙΚΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΣ

1.1. ΕΦΗΒΕΙΑ

Η εφηβεία αποτελεί καθοριστική περίοδο της ζωής κάθε ατόμου. Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου συντελούνται αλλαγές, τόσο σωματικές όσο και ψυχοκοινωνικές. Το στάδιο της εφηβείας ξεκινάει με την ήβη, ολοκληρώνεται με την ενηλικίωση του ατόμου και διακρίνεται σε τρία ηλικιακά στάδια: (α) την ήβη ή πρόωμη εφηβεία, 10^{1/2} - 11 έως 14 ετών, (β) τη μέση εφηβεία, 14 έως 16-17 ετών και (γ) την όψιμη εφηβεία, 16-17 έως 20-21 ετών (Ζαμπέλας, 2003).

1.1.1. ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ

Κατά την εφηβική ηλικία παρατηρούνται πολλές αλλαγές στο σώμα του ατόμου, οι οποίες οφείλονται κυρίως στην έκκριση ορμονών στον ανθρώπινο οργανισμό. Οι ορμόνες αυτές προκαλούν την σεξουαλική ανάπτυξη των εφήβων και την ανάπτυξη των χαρακτηριστικών του κάθε φύλου. Ειδικότερα, στα κορίτσια, η έκκριση οιστρογόνων και προγεστερόνης, προκαλεί αύξηση των ωοθηκών, του στήθους και τριχοφυΐα στην περιοχή του εφηβαίου. Επίσης, στα κορίτσια, περίπου κατά το 13^ο έτος της ηλικίας τους ξεκινάει η εμμηνορρυσία και η ικανότητα της αναπαραγωγής. Στα αγόρια, η έκκριση της ορμόνης τεστοστερόνης προκαλεί αύξηση των γεννητικών οργάνων, αλλαγές στη φωνή, στο δέρμα, καθώς και τριχοφυΐα (Ζαμπέλας, 2003).

Η σωματική ανάπτυξη των εφήβων χαρακτηρίζεται από πολύ γρήγορους ρυθμούς, ενώ η αύξηση του ύψους, του βάρους, των μυών και του όγκου του σώματος είναι μεγάλη. Η σύσταση του σώματος διαφοροποιείται στα δύο φύλα, καθώς στα κορίτσια υπάρχει η τάση να αυξάνεται ο λιπώδης ιστός, ενώ στα αγόρια ο μυϊκός ιστός (Alberga et al., 2012).

Η σκελετική ανάπτυξη είναι επίσης ταχύτερη στους εφήβους. Περίπου το 40% της συνολικής οστικής μάζας αποκτάται στην εφηβεία και η ανάπτυξη των οστών είναι μεγάλη και διαφοροποιείται, όπως και η σύσταση του σώματος, για τα δύο φύλα. Έτσι, στις έφηβες αναπτύσσεται η περιφέρεια της λεκάνης ενώ στα αγόρια η περιφέρεια των ώμων (Ζαμπέλας, 2003).

1.1.2. ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ

Παράλληλα με τη σωματική ανάπτυξη των εφήβων, πραγματοποιούνται νοητικές, συναισθηματικές και κοινωνικές αλλαγές, οι οποίες κατακλύζουν τους νεαρούς εφήβους με έντονο άγχος, αμηχανία και έκπληξη. Πρόκειται για την περίοδο της ζωής του ατόμου, κατά την οποία οι νέοι αποκτούν ταυτότητα, ανακαλύπτουν το σώμα τους και τον εαυτό τους και διαμορφώνουν την προσωπικότητά τους (Akos & Levitt, 2002).

Έντονη είναι η ανησυχία των εφήβων για την εξωτερική τους εικόνα, ενώ γεννάται ο ανταγωνισμός μεταξύ των συνομηλίκων με τους οποίους συγκρίνονται καθημερινά, καθώς επιθυμούν να είναι αρεστοί και αποδεκτοί στις παρέες τους (Alberga et al, 2012).

Τα ενδιαφέροντα των νέων, στο στάδιο αυτό, αλλάζουν και μαζί με αυτά αλλάζει η συμπεριφορά τους. Επιπλέον, εξελίσσεται η νοημοσύνη των ατόμων και εμφανίζεται η τάση ανεξαρτητοποίησης τους, που έχει σαν αποτέλεσμα την εμφάνιση συγκρούσεων μέσα στην οικογένεια.

Οι έφηβοι αναζητούν συνεχώς πρότυπα και παρουσιάζουν την ανάγκη να ενταχθούν σε ομάδες συνομηλίκων, διαμορφώνοντας τη συμπεριφορά τους κατά τρόπο αποδεκτό από τις ομάδες αυτές (Perez-Rodrigo & Aranceta, 2003). Οι έφηβοι συνηθίζουν να έχουν σαν πρότυπα συμπεριφοράς ανθρώπους που αγαπούν και θαυμάζουν και μόνο με τον έπαινο και τη θετική ενίσχυση οι επιθυμητές συμπεριφορές μπορούν να επιτευχθούν αποτελεσματικά και μακροπρόθεσμα (Edelman & Mandle, 2002).

1.2. ΣΠΟΥΔΑΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

Η περίοδος της εφηβείας είναι κρίσιμη ως προς την υιοθέτηση της επιθυμητής διατροφικής συμπεριφοράς. Οι διατροφικές ανάγκες των εφήβων είναι ξεχωριστές και για το λόγο αυτό οι διατροφικές τους επιλογές πρέπει να ανταποκρίνονται στις απαιτήσεις της ηλικίας αυτής.

Οι ενεργειακές ανάγκες και οι ανάγκες σε θρεπτικά συστατικά, εξαιτίας της έντονης σωματικής ανάπτυξης, είναι μεγάλες (Ζερφυρίδης, 1998). Επιπρόσθετα, οι διατροφικές συνήθειες που υιοθετούνται στην εφηβεία, ακολουθούν το άτομο και στην υπόλοιπη ζωή του, μετά την ενηλικίωση (Cattaneo et al., 2010; Perez-Rodrigo & Aranceta, 2003; Prelip et al., 2006).

Η ισορροπημένη διαίτα στην εφηβική ηλικία συμβάλλει στην άρτια σωματική και ψυχοκοινωνική ανάπτυξη, ενώ μπορεί να αποτελέσει προστατευτικό παράγοντα για την υγεία των εφήβων.

Οι ενεργειακές ανάγκες, στην εφηβεία, διαφέρουν για κάθε άτομο. Στα κορίτσια, η ημερήσια αναγκαία πρόσληψη ενέργειας αυξάνεται από τις 1000 περίπου θερμίδες στην παιδική ηλικία (2 ετών), στις 2600 περίπου θερμίδες στην ηλικία των 18 ετών. Στα αγόρια, από 1200 θερμίδες σε ηλικία 2 ετών, στις 3600 θερμίδες στα 18 έτη (Ζαμπέλας, 2003). Επίσης, ο έφηβος πρέπει να καταναλώνει τις αναγκαίες ποσότητες θρεπτικών συστατικών, δηλαδή, πρωτεϊνών υψηλής βιολογικής αξίας, υδατανθράκων, λιπιδίων, βιταμινών, μετάλλων και ιχνοστοιχείων (Ζερφυρίδης, 1998).

Η ενημέρωση των εφήβων για θέματα διατροφής και υγείας είναι αναγκαία γιατί στο ηλικιακό αυτό στάδιο είναι συχνή η εμφάνιση διατροφικών διαταραχών, κυρίως στα κορίτσια που ενδιαφέρονται σε μεγάλο βαθμό για την εξωτερική τους εμφάνιση (Millstein et al, 1993).

Προκειμένου να προφυλαχθούν οι έφηβοι από την εκδήλωση διατροφικών διαταραχών, αλλά και από την εμφάνιση χρόνιων ασθενειών στην ενήλικη ζωή τους, πρέπει να ενημερώνονται έγκαιρα για τα ζητήματα Διατροφικής Αγωγής και να ενθαρρύνονται για αύξηση των σωματικών δραστηριοτήτων και αποφυγή βλαβερών συνηθειών, όπως το κάπνισμα (Κανέλλου, 2006).

1.3. ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΕΦΗΒΩΝ ΚΑΙ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ

Η τεχνολογική πρόοδος, η εκβιομηχάνιση και η ανάπτυξη των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης (Μ.Μ.Ε.) έχουν ασκήσει μεγάλη επίδραση στον τρόπο ζωής των νεαρών ατόμων και παράλληλα επηρέασαν σημαντικά την διαμόρφωση πολιτιστικών συνθηκών, περιλαμβάνοντας και στις συνήθειες διατροφής (Κάσιμος Χ. & Δ., 1988; Ματάλα, 2008).

Ο καταναλωτισμός, ο βομβαρδισμός των διαφημιστικών μηνυμάτων και η αφθονία των αγαθών, οδήγησαν στην ανεξέλεγκτη κατανάλωση αγαθών, τόσο ως προς την ποσότητα, όσο και ως προς την ποιότητα των προϊόντων, με αποτέλεσμα την αύξηση χρόνιων νοσημάτων που συνδέονται με τον σύγχρονο τρόπο ζωής. Στην Ελλάδα τα καρδιαγγειακά νοσήματα αποτελούν πλέον την κύρια αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας, τάση η οποία οφείλεται στην εγκατάλειψη της παραδοσιακής Μεσογειακής διατροφής υπέρ μιας εξευρωπαϊσμένης, σε συνδυασμό με την έλλειψη ενημέρωσης σε θέματα διατροφής και υγείας (Kafatos et al., 2007; Mihas et al., 2010).

Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται αύξηση του φαινομένου της παχυσαρκίας, με υψηλά ποσοστά εμφάνισης στην παιδική και εφηβική ηλικία. Συνολικά 10% των παιδιών σχολικής ηλικίας στον κόσμο είναι υπέρβαρα, ενώ στην Ελλάδα το 2000 το 22% παιδιών σχολικής ηλικίας ήταν υπέρβαρα και το 4% παχύσαρκα (Sharma, 2006). Η παχυσαρκία μπορεί να οφείλεται σε γενετικούς παράγοντες, αλλά σε μεγάλο βαθμό οι αλλαγές στον τρόπο ζωής ευθύνονται για την επιδημία αυτή (Van Stralen et al., 2011; Zenzen & Kridli, 2009).

Τα αυξημένα ποσοστά παχύσαρκων παιδιών και εφήβων, σε πολλές ανεπτυγμένες χώρες, είναι αποτέλεσμα πολλών παραγόντων όπως της έλλειψης χρόνου των εργαζόμενων γονέων, της μειωμένης σωματικής άσκησης, κυρίως στα αστικά κέντρα, της αυξημένης ενασχόλησης με τις νέες τεχνολογίες (τηλεόραση, υπολογιστής, διαδίκτυο κ.α.) και του πλήθους διαφημίσεων ανθυγιεινών τροφών (Μεράκου & Κουρέα-Κρεμαστινού, 2005). Ειδικά για τους μαθητές ιδιαίτερη σημασία για την πρόληψη της παχυσαρκίας έχουν παράγοντες όπως οι ώρες παρακολούθησης τηλεόρασης, η κατανάλωση του πρωινού γεύματος, η ενεργητική μετακίνηση από και προς το σχολείο, η συμμετοχή σε αθλητικές δραστηριότητες αλλά και οι ώρες ύπνου (Van Stralen et al., 2011).

Η Κανέλλου (2006: 61) αναφέρει ότι τα χαμηλότερα κοινωνικό-οικονομικά στρώματα δυσκολεύονται να ανταπεξέλθουν στις συστάσεις για υγιεινό τρόπο ζωής και διατροφής. Επομένως, και το οικονομικό επίπεδο των οικογενειών των παιδιών και εφήβων, καθώς και το μορφωτικό επίπεδο και η επαγγελματική κατάσταση των γονέων αποτελούν παράγοντες που σχετίζονται με τις διατροφικές συνήθειες και τη παχυσαρκία.

Παρά τις διαφορές μεταξύ των χωρών, η εμφάνιση υπέρβαρων και παχύσαρκων παιδιών και εφήβων παρουσιάζει μεγάλη αύξηση στην Ευρώπη τις τελευταίες δεκαετίες, με τις πρόσφατες έρευνες να αναφέρουν ότι περίπου το 20% των παιδιών στην Ευρώπη να είναι παχύσαρκα (Van Stralen et al., 2011).

Μελέτες σε Ευρωπαϊκές χώρες, έχουν δείξει ότι οι νέοι καταναλώνουν μεγαλύτερες ποσότητες τροφής από αυτές που χρειάζονται και ακολουθούν κακές διατροφικές επιλογές, οι οποίες συνοδεύονται, τις περισσότερες φορές, από άλλες κακές συνήθειες όπως κάπνισμα, κατανάλωση αλκοόλ, καθιστική ζωή κ.α. (Μόρτογλου Τ. & Κ., 2002). Τα άτομα εφηβικής ηλικίας είναι πιο ευάλωτα στις κακές διατροφικές συνήθειες, καθώς στο πλαίσιο της τάσης τους να αυτονομηθούν κάνουν αρνητικές αλλαγές σε συμπεριφορές που σχετίζονται με την υγεία (Brug et al., 2010). Η εφηβεία ως διάστημα αυξημένης αυτονομίας μπορεί να συνοδεύεται από ακανόνιστα γεύματα και σωματική αδράνεια κατά τον ελεύθερο χρόνο (Κατσιλάμπρος, 2003).

Οι Ευρωπαίοι έφηβοι καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες ζωικών προϊόντων και μειωμένες ποσότητες φυτικών ινών, φρούτων και λαχανικών (Ελευθερίου κ.α., 2010). Σε έρευνα που διεξήχθη σε έλληνες μαθητές ηλικίας 12-16 ετών, με στόχο την εξέταση της ποιότητας της διατροφής τους, διαπιστώθηκε ότι μόλις το 8% των μαθητών είχε σωστή διατροφή, το 9% των μαθητών είχε φτωχή διατροφή και το 83% είχε διατροφή που χρειάζεται βελτίωση και ειδικότερα ως προς την κατανάλωση τροφίμων τα φρούτα εμφάνισαν την χαμηλότερη θέση, ενώ αντίθετα το κρέας ήταν πιο διαδεδομένο (Λαπούσης & Τσόνιας, 2011). Σε άλλη έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε έφηβους μαθητές στην Ουαλία διαπιστώθηκε σύνδεση της εμφάνισης παχυσαρκίας με τη μη λήψη πρωινού, ενώ στην ίδια έρευνα η παχυσαρκία συνδέθηκε με την εμφάνιση επιθετικής συμπεριφοράς (bullying) στο σχολείο (Elgar et al., 2005). Επιπλέον, κατά τους Hallstrom et al. (2011a), η μη λήψη πρωινού συνδέεται με κακή ποιότητα διατροφής, μειωμένη σχολική επίδοση και κίνδυνο εμφάνισης παχυσαρκίας.

Τα στοιχεία που προκύπτουν από έρευνες είναι αρνητικά και ως προς τη σωματική άσκηση σε παιδιά και εφήβους. Σε έρευνα, που έγινε από το Τμήμα Επισκεπτών/τριών Υγείας του Τ.Ε.Ι. Αθήνας, κατά το διάστημα 2002-2007, σε 2065 μαθητές Δημοτικών Σχολείων της Αττικής, διαπιστώθηκε ότι το 35,3% του δείγματος ήταν υπέρβαροι ή παχύσαρκοι και το 61,2% είχε χαμηλή φυσική δραστηριότητα

(Χανιώτης κ.α., 2010). Ο επιπολασμός της καθιστικής συμπεριφοράς έχει αυξηθεί στην εφηβεία και οι μελέτες δείχνουν ότι ο χρόνος που δαπανάται σε καθιστικές συμπεριφορές φτάνει τις 11 ώρες/ημέρα. Ιδιαίτερα, κατά στο στάδιο μετάβασης των εφήβων από το Λύκειο στο Πανεπιστήμιο οι ώρες καθιστικής συμπεριφοράς αυξάνονται πολύ, ενώ γενικότερα στην εφηβεία παρατηρείται έντονη καθιστική συμπεριφορά το Σαββατοκύριακο (Rey-Lopez et al., 2010).

Οι συνέπειες της παχυσαρκίας είναι σοβαρές. Η πιο σημαντική μακροπρόθεσμη συνέπεια είναι η εμφάνιση της στην ενήλικη ζωή και ο μεγάλος κίνδυνος εμφάνισης καρδιαγγειακών νοσημάτων (Mihos et al., 2010). Η έκθεση σε παράγοντες κινδύνου στην παιδική και εφηβική ηλικία, προκαλεί αθηροσκλήρωση στην ενήλικη ζωή (Kafatos et al., 2007). Η παχυσαρκία αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης αναπνευστικών προβλημάτων καθώς και σωματικές επιπτώσεις που σχετίζονται με το μυοσκελετικό σύστημα (Karmik & Kanerak, 2012). Επιπλέον, από έρευνες προκύπτει ότι η εφηβική παχυσαρκία συνδέεται με χαμηλή κοινωνικότητα, έλλειψη αυτοπεποίθησης και χαμηλή ακαδημαϊκή επίδοση (Κατσιλάμπρος, 2003).

Η θεραπεία της παχυσαρκίας είναι μια δύσκολη διαδικασία και δεν αρκείται στην μείωση της πρόσληψης ενέργειας (Rolland-Cachera et al., 2004). Για το λόγο αυτό απαιτείται η εστίαση της προσοχής των ειδικών στην πρόληψη της, μέσα από συντονισμένες ενέργειες. Σύμφωνα με έρευνα των Waters et al. (2008) τα αποτελέσματα των προγραμμάτων πρόληψης της παιδικής παχυσαρκίας είναι ευεργετικά ως προς τη μείωση του Δείκτη Μάζας Σώματος, κυρίως σε άτομα ηλικίας μεταξύ 6 έως 12 ετών.

Σε γενικές γραμμές, οι συνέπειες της παχυσαρκίας είναι σωματικές, ψυχολογικές και κοινωνικές και ως εκ τούτου η παιδική και εφηβική παχυσαρκία αποτελεί μείζον ζήτημα της Δημόσιας Υγείας (Karmik & Kanerak, 2012). Οι δείκτες υγείας και φυσικής άσκησης στην εφηβεία συνδέονται με την υγεία στην ενήλικη ζωή (Ortega et al., 2011). Η ανάγκη εφαρμογής προγραμμάτων πρόληψης των διατροφικών προβλημάτων του νεαρού πληθυσμού και η διάθεση πόρων για την υγεία πρέπει να αποτελέσουν κύριο μέλημα της χάραξης πολιτικής για τη Δημόσια Υγεία (Porter et al., 2011).

1.4.ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΕΙΚΟΝΑ ΣΩΜΑΤΟΣ

Η Εικόνα σώματος είναι μια σύνθετη έννοια, η οποία περιγράφει το πώς αισθάνονται τα άτομα με το σώμα τους. Η εκτίμηση της Εικόνας Σώματος δεν περιορίζεται μόνο στην εξωτερική εμφάνιση και μπορεί να εξετασθεί από ψυχολογική και κοινωνιολογική άποψη, ως ψυχολογικό φαινόμενο που επηρεάζεται από κοινωνικούς παράγοντες (Grogan, 2008).

Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται αύξηση του φαινομένου της αρνητικής Εικόνας Σώματος, γεγονός που συνδέεται με την ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών. Τα σύγχρονα πρότυπα ομορφιάς, όπως προβάλλονται από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης, παρουσιάζουν την ισχύτητα ως ιδανική Εικόνα Σώματος, με αποτέλεσμα τα άτομα να υπεραπασχολούνται με το βάρος τους προσπαθώντας να φτάσουν το ιδανικό (Λεονταρή, 2011).

Το πρόβλημα της αρνητικής εκτίμησης της κατάστασης του σώματος επηρεάζει και τα δύο φύλα, αλλά έρευνες δείχνουν ότι σε μεγαλύτερο βαθμό επηρεάζονται οι γυναίκες (Cash et al., 2004). Κατά τους Davison & McCabe (2006), σε έρευνα σε εφήβους παρατήρησαν ότι τα κορίτσια είχαν σε μεγαλύτερο ποσοστό αρνητική Εικόνα Σώματος, ενώ και στα δύο φύλα η έρευνα έδειξε ότι η αρνητική εκτίμηση της φυσικής κατάστασης συνδέεται με χαμηλή αυτοπεποίθηση. Σε μια ακόμη έρευνα σε Αμερικανίδες έφηβες οι Cash & Henry (1995) διαπίστωσαν ότι το 48% του δείγματος αξιολογούσε αρνητικά την εξωτερική του εμφάνιση και το 49% είχε εμμονή με τον έλεγχο του βάρους.

Η Εικόνα Σώματος επιδρά στην ψυχοκοινωνική προσαρμογή και την ποιότητα της ζωής των ατόμων. Η προσπάθεια που κάνουν τα άτομα για να αποκτήσουν το ιδανικό σώμα έχει ως αποτέλεσμα την εμφάνιση διατροφικών διαταραχών, την υιοθέτηση ανθυγιεινών συμπεριφορών (π.χ. έναρξη καπνίσματος) και την υπερβολική ενασχόληση με την σωματική άσκηση (Λεονταρή, 2011). Σύμφωνα με τους Akos & Levitt (2002) η δυσαρέσκεια με το σώμα είναι ισχυρός προγνωστικός δείκτης εμφάνισης διατροφικών δυσλειτουργιών. Η Νευρική Ανορεξία και η Βουλιμία είναι οι συνήθεις διατροφικές διαταραχές των εφήβων εξαιτίας της ανησυχίας για το βάρος τους (Choate, 2007).

Πολλές μελέτες τονίζουν τις ψυχοσυναισθηματικές συνέπειες της διαστρέβλωσης της Εικόνας Σώματος. Οι ανησυχίες για την εξωτερική εικόνα

συνδέονται με συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους, ενώ είναι δυνατόν να προκαλέσουν προβλήματα στις διαπροσωπικές σχέσεις και την κοινωνικότητα των νέων. Η Grogan (2008) υποστήριξε ότι η Εικόνα του Σώματος δεν είναι απλά ένα κατασκεύασμα της αντίληψης των ατόμων αλλά και η αντανάκλαση των στάσεων και της αλληλεπίδρασης με τους άλλους. Οι έφηβοι, αλλά και οι ενήλικοι πιστεύουν ότι η αποδοχή από τους άλλους και η «δημοτικότητα» τους συσχετίζονται με την ιδανική εξωτερική εμφάνιση (Akos & Levitt, 2002).

Η Εικόνα του Σώματος αρχίζει να διαμορφώνεται από την παιδική ηλικία και όταν είναι αρνητική είναι δύσκολο να αλλάξει μετά την ενηλικίωση. Για το λόγο αυτό, τα προγράμματα πρωτογενούς πρόληψης είναι αναγκαία στην παιδική και εφηβική ηλικία. Αρκετά προγράμματα έχουν στόχο την ανάπτυξη κριτικής αντιμετώπισης των μηνυμάτων των Μ.Μ.Ε. και μπορούν να εφαρμοστούν από επαγγελματίες Ψυχικής Υγείας, αλλά και από εκπαιδευτικούς (Λεονταρή, 2001).

Ιδιαίτερα στο χώρο του σχολείου θα πρέπει να αναπτύσσεται ένα περιβάλλον αποδοχής και ασφάλειας για τους μαθητές με κάθε τύπο σώματος. Είναι σημαντικό οι εκπαιδευτικοί να προωθήσουν την υγιή Εικόνα Σώματος στο σχολικό περιβάλλον μέσα από τις δικές τους υγιείς στάσεις και συμπεριφορές. Οι Akos & Levitt (2002) προτείνουν οι εκπαιδευτικοί να αντιμετωπίζουν την λεκτική παρενόχληση για την εξωτερική εμφάνιση σαν σοβαρό αδίκημα. Επίσης, μέσα από το μάθημα της Φυσικής Αγωγής οι εκπαιδευτικοί μπορούν να καθοδηγούν τους μαθητές και να τους ενθαρρύνουν στην ενασχόληση με αθλητικές δραστηριότητες που θα βελτιώσουν την φυσική τους κατάσταση. Κατά τους Hausenblas & Fallon (2006) τα άτομα που ασκούνται έχουν περισσότερο θετική Εικόνα Σώματος σε σχέση με αυτά που δεν έχουν φυσικές δραστηριότητες.

Η κατάρτιση των εκπαιδευτικών ώστε να μπορούν να σχεδιάζουν μια παρέμβαση βελτίωσης της Εικόνας Σώματος είναι επιτακτική γιατί υπάρχει η ανησυχητική πιθανότητα να μεταφέρουν ακατάλληλες και επικίνδυνες συμπεριφορές στους μαθητές τους, όταν έχουν διαστρεβλωμένη αντίληψη για το σώμα τους (Yager & O'Dea, 2008). Για παράδειγμα, σε έρευνα που υλοποιήθηκε σε εκπαιδευτικούς Φυσικής Αγωγής διαπιστώθηκε ότι κάποιοι αποτελούσαν αρνητικό πρότυπο γιατί είχαν εμμονή με την Εικόνα του Σώματος τους (Yager & O'Dea, 2010).

Επειδή η έκθεση των νέων στις εξιδανικευμένες εικόνες των Μ.Μ.Ε. είναι μεγάλη (Grogan, 2008), ο εμπλουτισμός των σχολικών βιβλιοθηκών με έντυπο υλικό

για την υγιεινή διατροφή και την Προαγωγή της Υγείας γενικότερα, θα μπορούσε να προστατεύσει τους μαθητές, ώστε να μην καταφεύγουν σε μη επιστημονικά περιοδικά που προτείνουν εξαντλητικές δίαιτες επικίνδυνες για την υγεία τους (Akos & Levitt, 2002).

Η προώθηση της θετικής Εικόνας του Σώματος μπορεί να συμβάλλει στη βελτίωση της ποιότητας της ζωής μαθητών και εκπαιδευτικών και αποτελεί κρίσιμο σημείο παρέμβασης για την εξασφάλιση της υγείας του πληθυσμού.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^Ο

ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

2.1. ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ

Η διατροφική αγωγή αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι του ευρύτερου όρου της Αγωγής Υγείας και ως εκ τούτου είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την έννοια της Υγείας.

Η έννοια της υγείας είναι σύνθετη και έχει οριστεί με πολλούς τρόπους. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) ορίζει την υγεία ως την κατάσταση της πλήρους φυσικής, νοητικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι αποκλειστικά την απουσία ασθένειας (Μανιός, 2007: xi).

Η υγεία ως έννοια, είναι δυνατόν, να προσεγγιστεί από τρεις σκοπιές: την πρακτική, την ιατρική και τη φυσιολογική. Κατά την πρακτική προσέγγιση, η υγεία σχετίζεται με το αίσθημα ευεξίας που αισθάνονται τα άτομα. Σύμφωνα με την ιατρική προσέγγιση η υγεία είναι η κανονική λειτουργία των διαφόρων συστημάτων στα ανώτερα φυσιολογικά όρια της απόδοσης τους. Η φυσιολογική προσέγγιση ορίζει την υγεία σε σχέση με την κανονικότητα των διαφόρων λειτουργιών όπως της θρέψης, του μεταβολισμού κ.α. ενός φυσιολογικού ατόμου (Γκούβρα κ.α., 2005).

Σύμφωνα με την Γενική/Ολιστική θεώρηση η υγεία είναι το αποτέλεσμα μιας συνεχούς αλληλεπίδρασης ορισμένων σωματικών και ψυχοκοινωνικών παραγόντων (Στάππα-Μουρτζίνη, 2010: 18).

Με βάση τις πολλαπλές διαστάσεις της έννοιας της υγείας γίνεται αντιληπτή η ανάγκη μέριμνας για την προστασία της υγείας του ατόμου και του πληθυσμού κάθε κράτους. Η Δημόσια Υγεία αναφέρεται στην προστασία της υγείας από την πλευρά του κράτους. Δημόσια Υγεία είναι η επιστήμη και η τέχνη της πρόληψης της ασθένειας, της επιμήκυνσης της ζωής και της προαγωγής της υγείας μέσα από τις οργανωμένες κοινωνικές προσπάθειες για τη διατήρηση ενός υγιούς περιβάλλοντος, τον έλεγχο των μεταδιδόμενων ασθενειών, της εκπαίδευσης των ατόμων σε ζητήματα υγείας, της δημιουργίας οργανισμών για την πρόληψη και τη θεραπεία ασθενειών και της θεσμοθέτησης κρατικών μηχανισμών που θα εξασφαλίζουν για όλους τους πολίτες συγκεκριμένες συνθήκες διαβίωσης (Γκούβρα κ.α., 2005).

Η πρόληψη αφορά το σύνολο των μέτρων που στοχεύουν στην αποφυγή ή τη μείωση του αριθμού και της σοβαρότητας των ασθενειών ή των ατυχημάτων (Παπαθανασίου, 2009: 49). Η Προληπτική Ιατρική διακρίνεται σε Πρωτοβάθμια, Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια Πρόληψη. Η Πρωτοβάθμια Πρόληψη αφορά την λήψη μέτρων για την πλήρη αποφυγή νόσων και βλαβών των ατόμων, η Δευτεροβάθμια Πρόληψη έχει σχέση με την πρόωμη ανίχνευση των νόσων και την παρέμβαση με στόχο την αποκατάσταση ή αναστολή της εξέλιξης της νόσου, ενώ η Τριτοβάθμια Πρόληψη συνίσταται στη λήψη μέτρων μετά την εκδήλωση της νόσου (Αδαμόπουλος, 1988; Voss & Wilkin, 2003). Με την Πρωτοβάθμια Πρόληψη συνδέεται κατά βάση η Αγωγή Υγείας (Καφάτος, 2008).

Ως προς την έννοια της Αγωγής Υγείας, υπάρχουν επίσης πολλοί ορισμοί. Ο όρος Αγωγή ή Εκπαίδευση Υγείας αναφέρεται στη σχεδιασμένη μαθησιακή διαδικασία που στοχεύει στη διαμόρφωση συμπεριφορών που προάγουν την υγεία (Μανιός, 2007: xi). Βάσει ενός άλλου ορισμού η Αγωγή Υγείας αποτελεί ένα σύνολο μορφωτικών δραστηριοτήτων, οι οποίες απευθύνονται είτε στα άτομα, είτε στις κοινότητες και σχετίζονται με την πρόληψη της ασθένειας ή της βλάβης και με την προαγωγή μιας θετικής υγείας (Γκούβρα κ.α., 2005: 25).

Η αγωγή των ατόμων συνδέεται με όλους εκείνους τους φορείς οι οποίοι μεταδίδουν γνώσεις, στάσεις, αξίες, δεξιότητες και ιδέες και συμβάλουν στην ανάπτυξη τους. Οι τρεις βασικοί φορείς είναι η οικογένεια, η οποία διαπαιδαγωγεί το άτομο τα πρώτα χρόνια της ζωής του, το σχολείο, το οποίο αποτελεί χώρο συστηματικής και τυπικά διαρθρωμένης διαδικασίας αγωγής, διαπαιδαγώγησης και μόρφωσης και το παράλληλο σχολείο, δηλαδή, οι εμπειρίες του ατόμου μέσα στο κοινωνικό σύνολο (Γκούβρα κ.α, 2005).

Η Προαγωγή της Υγείας είναι η διαδικασία μέσα από την οποία οι άνθρωποι γίνονται ικανοί να ελέγχουν την υγεία τους (Σώκου, 2003: 1)

Η Διατροφική Αγωγή αναφέρεται σε μια σειρά εκπαιδευτικών διαδικασιών που στοχεύουν στην αλλαγή της διαιτητικής συμπεριφοράς, καθώς και στην υιοθέτηση διατροφικών συνηθειών που συμβάλουν στην πρόληψη της παχυσαρκίας και άλλων ασθενειών (ΥΠΕΠΘ-EIN, 2008).

Τέλος, Διατροφική Πολιτική είναι ένα σύνολο μέτρων (οικονομικών, τεχνικών, αναπτυξιακών, νομοθετικών, εκπαιδευτικών κλπ.) που αποβλέπουν στην εναρμόνιση της παραγωγής, διάθεσης και κατανάλωσης τροφίμων με τις διατροφικές

ανάγκες του πληθυσμού, με βασικό κριτήριο τη διασφάλιση και προαγωγή της υγείας, σύμφωνα με τις συστάσεις και κατευθύνσεις που υποδεικνύουν τα επιστημονικά δεδομένα (Ζηλίδης, 1995: 8).

2.2. Η ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΣΤΟ ΣΥΓΧΡΟΝΟ ΣΧΟΛΕΙΟ ΚΑΙ Η ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ

Στην εποχή μας, παρόλο που η επιστήμη εξελίσσεται, παρατηρείται αύξηση της εμφάνισης χρόνιων νοσημάτων, όπως καρδιαγγειακών, καρκίνου, διαβήτη, υπέρτασης, κ.α., τα οποία έχουν σχέση με τον τρόπο ζωής των ατόμων. Οι ασθένειες αυτές συνδέονται με τη συμπεριφορά και τις συνήθειες που αποκτούν τα άτομα από τα παιδικά και εφηβικά τους χρόνια. Τα ηλικιακά αυτά στάδια αποτελούν σημαντικούς σταθμούς, ως προς την υιοθέτηση των επιθυμητών συμπεριφορών και έτσι η αγωγή των ατόμων, από την παιδική ηλικία μέχρι την ενηλικίωση, παίζει σημαντικό ρόλο (Παπαθανασίου, 2009).

Η διατροφή του ατόμου είναι πρωταρχικός παράγοντας προαγωγής της υγείας και για το λόγο αυτό η ύπαρξη συντονισμένης Διατροφικής Πολιτικής, σε κάθε κοινωνία, είναι αδιαμφισβήτητα αναγκαία. Η ενημέρωση των ατόμων για θέματα διατροφής πρέπει να έχει στόχο την μετάδοση επιστημονικών γνώσεων και την αξιοποίηση όλων των συντελεστών της διατροφής (κοινωνικών, γεωφυσικών, οικονομικών), προκειμένου να είναι δυνατή η προσαρμογή των ατόμων στις νέες συνθήκες και τις νέες συνήθειες διατροφής (Κάσιμος, 1988).

Τα νοσήματα τα οποία συνδέονται με τις διατροφικές συνήθειες κατατάσσονται στις παρακάτω κατηγορίες (Ζηλίδης, 1995:):

- Τα πρωτογενή διατροφικά νοσήματα, τα οποία προκαλούνται από τη μη κανονική πρόσληψη θρεπτικών συστατικών, όπως έλλειψη βιταμινών και ιχνοστοιχείων (π.χ. ραχίτιδα από έλλειψη βιταμίνης D, αναιμία από έλλειψη σιδήρου κ.α.)
- Τα χρόνια νοσήματα που οφείλονται στις κακές συνήθειες (π.χ. υπέρταση, υπερλιπιδαιμία κ.α.)
- Τα νοσήματα που εμφανίζονται ως φυσική εξέλιξη των διατροφικών συνηθειών και βλάπτουν το πεπτικό σύστημα (π.χ. χολολιθίαση, κίρρωση ήπατος κ.α.)

- Τα μεταδιδόμενα νοσήματα μέσω των τροφών (π.χ. τροφική δηλητηρίαση, σαλμονέλα κ.α.)

Το σχολείο πρέπει να έχει βασικό στόχο την Προαγωγή της Υγείας των μαθητών και αποτελεί ιδανικό περιβάλλον για την υλοποίηση παρεμβάσεων Διατροφικής Αγωγής. Το σχολικό περιβάλλον παρέχει ερεθίσματα τα οποία μπορούν να συμβάλλουν στην ολόπλευρη ανάπτυξη του ατόμου, δηλαδή στην πνευματική, ηθική, πολιτιστική, διανοητική και σωματική του εξέλιξη (Αθανασίου, 1994).

Το εκπαιδευτικό σύστημα βρίσκεται σε στενή συνάφεια με την Αγωγή Υγείας καθώς κατά τη σχολική ηλικία: α. διαμορφώνεται η προσωπικότητα του ατόμου β. διαμορφώνονται οι συνήθειες που επηρεάζουν την υγεία και γ. εγκαθίσταται η μέθοδος μάθησης (Παπαθανασίου 2009: 56).

Το σχολείο λειτουργεί και ως φορέας κοινωνικοποίησης, έχοντας σημαντική επίδραση στην προσωπική και κοινωνική εξέλιξη των μαθητών μέσα από την απόκτηση γνώσεων και δεξιοτήτων που συνδέονται με τον τρόπο διαβίωσης. Επιπρόσθετα, το σχολείο έχει αναγνωρισθεί ως κατάλληλη περιοχή δράσης και εφαρμογής της αγωγής υγείας καθώς καθιστά δυνατή την πρόσβαση σε μεγάλο μέρος του πληθυσμού, δηλαδή τους μαθητές και τις οικογένειες τους, τους εκπαιδευτικούς και το υπόλοιπο προσωπικό (Yager & O' Dea, 2005). Επιπλέον, τα μέλη της σχολικής κοινότητας δαπανούν πολλές ώρες την ημέρα στο χώρο του σχολείου και όσον αφορά στις συνήθειες διατροφής, στον χώρο αυτό, καταναλώνουν μεγάλο μέρος των ημερήσιων τροφίμων (Brug et al, 2010). Ειδικότερα για τους μαθητές, η σχολική ηλικία είναι ιδανική γιατί αποτελεί σημαντικό στάδιο στο οποίο το άτομο διαμορφώνει και υιοθετεί συμπεριφορές που σχετίζονται με την υγεία (Sharma, 2006).

Τα σχολεία που προωθούν την υγεία εστιάζουν στις εξής περιοχές (Lee et al., 2005: 177):

- Πολιτικές σχολικής υγείας
- Φυσικό περιβάλλον σχολείου
- Κοινωνικό περιβάλλον σχολείου
- Σχέσεις με τον κοινωνικό περίγυρο (Κοινότητα)
- Ατομικές δεξιότητες υγείας
- Υπηρεσίες υγείας στο σχολείο

Το κυλικείο του σχολείου μπορεί να αποτελέσει πεδίο παρέμβασης για την

προώθηση της Διατροφικής Αγωγής. Έρευνες σε ελληνικά σχολεία δείχνουν ότι οι μαθητές προμηθεύονται τα τρόφιμα που καταναλώνουν στο χώρο του σχολείου, από το σχολικό κυλικείο, παρά από το σπίτι (Κανέλλου, 2001).

Ένα ευρύ φάσμα μεθόδων διδασκαλίας θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί σε προγράμματα Διατροφικής Αγωγής στο σχολείο. Η ποικιλία των εκπαιδευτικών μεθόδων, μαζί με την ικανότητα συνεργασίας με τους γονείς και με οργανισμούς ή άλλους φορείς συμβάλλουν στην αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων πρόληψης (Birch et al., 2001).

Οι μαθητές μέσα από την προσέγγιση θεμάτων διατροφής πρέπει να κατανοήσουν έννοιες σχετικές με την Προαγωγή της Υγείας, να καταστεί δυνατή η πρόσβασή τους σε έγκυρες πληροφορίες υγείας, να εξασκηθούν σε συμπεριφορές που ενισχύουν την υγεία και μειώνουν τους παράγοντες κινδύνου, να αντιληφθούν την επίδραση της κουλτούρας, των ΜΜΕ και της τεχνολογίας στη διατροφή, να αναπτύξουν την ικανότητα διαπροσωπικής επικοινωνίας και συνεργασίας και να μάθουν να θέτουν στόχους και να λαμβάνουν αποφάσεις (Cottrell et al., 2002).

Σύμφωνα με τις σύγχρονες προσεγγίσεις των επιστημών της Αγωγής, η εκπαιδευτική διαδικασία στηρίζεται σε βιωματικές και ομαδοσυνεργατικές δραστηριότητες, χωρίς να απορρίπτεται ο γνώσιομεταδοτικός ρόλος του εκπαιδευτικού (Ethridge & Branscomb, 2009; Κουτρούμπα, 2008; Χρυσafiδης, 2000). Η αρχή της βιωματικότητας μπορεί να αξιοποιηθεί στα προγράμματα Διατροφικής Αγωγής. Η αξιοποίηση των εμπειριών των μαθητών μπορεί να συμβάλει στην καλύτερη κατανόηση και σε μόνιμη μάθηση (Κασσωτάκης & Φλουρής (B), 2006). Τα θέματα Αγωγής Υγείας στρέφονται προς έναν εμπειρικό-βιωματικό προσανατολισμό με βασικό χαρακτηριστικό την μαθητοκεντρική προσέγγιση (Κουτρούμπα, 2004α). Τα προγράμματα Διατροφικής Αγωγής πρέπει να προσαρμόζονται στις ανάγκες των μαθητών, με σεβασμό στις ιδιαιτερότητες τους και με έμφαση σε μεθόδους ενεργοποίησης των παιδιών, αναβαθμίζοντας ταυτόχρονα το ρόλο του εκπαιδευτικού (Σταππα-Μουρτζίνη, 2010).

Στο πλαίσιο αυτό μπορούν να υλοποιηθούν οι παρακάτω δραστηριότητες (Κουτρούμπα, 2004β: 224):

- ο Έλεγχος βιβλιογραφίας
- ο Έρευνα στο διαδίκτυο
- ο Συζήτηση στρογγυλής τραπέζης

- ο Συζήτηση με ομάδα ειδικών
- ο Συνέντευξη
- ο Ιδεοθύελλα
- ο Ανταλλαγή επιχειρηματολογίας
- ο Προσομοίωση ή υπόδυση ρόλου
- ο Επίσκεψη σε χώρους εργασίας και πολιτισμού
- ο Οργάνωση εκδηλώσεων

Οι Sovhyahadi & Cort (2004) υλοποίησαν έρευνα σε σχολεία των ΗΠΑ για να εξετάσουν την αποτελεσματικότητα των διαφόρων μεθόδων διδασκαλίας θεμάτων διατροφής σε μαθητές Λυκείου. Η έρευνα εστιάστηκε σε δύο ενότητες: την ανάγνωση ετικέτας και την πυραμίδα της Μεσογειακής Διατροφής. Από τις τέσσερις μεθόδους που εφαρμόστηκαν (προβολή βίντεο, επίσκεψη σε κατάστημα πώλησης τροφίμων, διάλεξη και παίξιμο ρόλων), διαπιστώθηκε ότι η πιο αποτελεσματική για τη διδασκαλία της πυραμίδας ήταν το παίξιμο ρόλων σε συνδυασμό με την προβολή βίντεο ενώ για την ανάγνωση ετικέτας δεν βρέθηκε στατιστική διαφορά μεταξύ των τεσσάρων μεθόδων. Όπως προκύπτει, ο συνδυασμός ποικιλίας μεθόδων μπορεί να έχει τα καλύτερα αποτελέσματα ως προς την επίτευξη των διδακτικών στόχων.

Ο εκπαιδευτικός μπορεί να υποστηρίξει την υλοποίηση προγραμμάτων Αγωγής Υγείας με τη χρήση εκπαιδευτικού υλικού αρκεί να γνωρίζει τον τρόπο πρόσβασης στις πηγές, να έχει εμπειρία στη χρήση συγκεκριμένων υλικών μέσω επιμορφωτικών προγραμμάτων, να έχει στη διάθεσή του έτοιμα παιδαγωγικά υλικά από το Υπουργείο Παιδείας, ανάλογα με τη θεματική και να ενθαρρύνεται στο σχεδιασμό και την ανάπτυξη δικού του υλικού (Παπαθανασίου, 2009).

2.3. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΥ ΣΤΗ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Ο σύγχρονος ρόλος του εκπαιδευτικού είναι πολυεπίπεδος και πολυδύναμος και επιτάσσει την ανάγκη διαμόρφωσης ενός νέου διδακτικού προφίλ, πιο επικοινωνιακού και συμβουλευτικού (Ιωαννίδη & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, 2010).

Οι εκπαιδευτικοί μέσα από την αλληλεπίδρασή τους με τους μαθητές στο σχολικό περιβάλλον, λειτουργούν ως πρότυπα συμπεριφορών (Bandura, 1986). Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. η προαιρετική ενασχόληση των εκπαιδευτικών με θέματα

Αγωγής και προαγωγής της Υγείας εξαρτάται από τις συμπεριφορές και τις στάσεις που έχουν οι ίδιοι γύρω από αυτά τα ζητήματα (WHO, 1993b).

Η Διατροφική Αγωγή πρέπει να στηρίζεται στις ανάγκες και τα ενδιαφέροντα των μαθητών και των εκπαιδευτικών του σχολείου. Οι εκπαιδευτικές στρατηγικές περιλαμβάνουν τις προσπάθειες για την αύξηση της ευαισθητοποίησης σε θέματα υγείας, επικοινωνίας και ανάπτυξης δεξιοτήτων στους μαθητές (Perez-Rodrigo & Aranceta, 2003). Ακόμη, οι εκπαιδευτικοί πρέπει να ενθαρρύνονται για να πειραματίζονται σε νέες μεθόδους ενεργητικής μάθησης (Niemi, 2002).

Οι εκπαιδευτικοί, αναγνωρίζοντας τη σημαντικότητα της συμβολής τους στην Προαγωγή της Υγείας, θα πρέπει να διαθέτουν εξειδικευμένες γνώσεις και κατάλληλες δεξιότητες για να είναι σε θέση να ανταπεξέλθουν και να πετύχουν τους στόχους τους. Θα πρέπει να είναι σε θέση (Παπαθανασίου, 2009: 57):

- Να συνεργάζονται αποτελεσματικά με όλους τους εμπλεκόμενους (προσωπικό σχολείου, μαθητές, γονείς, κοινότητα)
- Να αναγνωρίζουν τα πρωταρχικής σημασίας ζητήματα υγείας, συμπεριλαμβάνοντάς τα στα προγράμματα Αγωγής Υγείας και να ανταποκρίνονται στις ανάγκες των μαθητών, λαμβάνοντας υπόψη τους τις γνώσεις, τις στάσεις, τις πεποιθήσεις και πρακτικές των μαθητών αναφορικά με θέματα-κλειδιά που αφορούν στην υγεία.
- Να οδηγούν στην υιοθέτηση ορθών στάσεων και κατάλληλων δεξιοτήτων αναφορικά με αυτά τα θέματα υγείας.
- Να συμβάλλουν στη συγκρότηση ενός ολιστικού σχολείου με την εφαρμογή ενός σπειροειδούς προγράμματος μαθημάτων στο πλαίσιο της Αγωγής Υγείας.
- Να ανακαλύπτουν τρόπους ενσωμάτωσης θεμάτων Αγωγής Υγείας στα παραδοσιακά μαθήματα, σχηματίζοντας γέφυρα μεταξύ της σχολικής γνώσης και της ζωής των μαθητών.
- Να χρησιμοποιούν μεθόδους εκπαίδευσης που ενεργοποιούν τον μαθητή και τον εμπλέκουν ενεργά στις εκπαιδευτικές δραστηριότητες της Αγωγής Υγείας.
- Να αναγνωρίζουν τη σημαντικότητα της αξιολόγησης για την επιτυχή εφαρμογή ενός προγράμματος Αγωγής Υγείας στο σχολικό περιβάλλον.

Η εφαρμογή προγραμμάτων Διατροφικής Αγωγής εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την προθυμία των εκπαιδευτικών, καθώς στα περισσότερα εκπαιδευτικά συστήματα είναι προαιρετική (Perez-Rodrigo & Aranceta, 2003). Ιδιαίτερα σημαντική είναι η κατανόηση των γνώσεων, των συμπεριφορών, των στάσεων και

των προσδοκιών των εκπαιδευτικών στην εφαρμογή προγραμμάτων πρόληψης, προκειμένου να εξασφαλιστούν οι προσωπικές και επαγγελματικές τους δεξιότητες, οι οποίες είναι κατάλληλες για να αναλάβουν πρωτοβουλίες πρόληψης στο σχολείο (Yager & O' Dea, 2005).

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε εκπαιδευτικούς Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης στη Νέα Ορλεάνη, με σκοπό να αξιολογηθούν οι συμπεριφορές υγείας και οι στάσεις τους απέναντι στα σχολικά προγράμματα Προαγωγής της Υγείας, οι Thomas et al (1991) παρατήρησαν ότι ενώ οι εκπαιδευτικοί αναγνωρίζουν την αξία των προγραμμάτων για τους εφήβους και ταυτόχρονα θεωρούν ότι έχουν τα προσόντα να υλοποιήσουν προγράμματα, παρολαυτά δεν φαίνεται να υλοποιούν δράσεις Αγωγής Υγείας. Σύμφωνα με τους Prelip et al. (2006) οι εκπαιδευτικοί αντιλαμβάνονται το ρόλο τους στην διαπαιδαγώγηση των παιδιών ως πρότυπα και όσον αφορά στη Διατροφική Αγωγή, ενσωματώνουν διατροφικά θέματα στις υπάρχουσες διδακτικές περιοχές με στόχο τη βελτίωση των γνώσεων και των διαιτητικών συνηθειών των μαθητών. Ο Kent (1988) θεωρεί τον εκπαιδευτικό διαμεσολαβητή, ο οποίος δημιουργεί ευκαιρίες και παρέχει κίνητρα για την ανάπτυξη των μαθητών. Κατά τον Piran (2004) οι εκπαιδευτικοί μπορούν να προσφέρουν στους μαθητές τους εποικοδομητικά τη δική τους καθημερινή εμπειρία σε σχέση με τη διατροφή, τον τρόπο ζωής και την εικόνα του σώματος τους.

Στις διάφορες μελέτες, οι γνώσεις των εκπαιδευτικών για θέματα υγείας συσχετίζονται θετικά με τις συμπεριφορές και τις πρακτικές στην διατροφική εκπαίδευση (Soliah et al., 1983). Οι Martin et al. (1998) σε έρευνα στο Τέξας διαπίστωσαν ότι οι περισσότεροι εκπαιδευτικοί ενημερώνονται σε θέματα διατροφής από περιοδικά, εφημερίδες, τηλεόραση και από το κοντινό συγγενικό ή φιλικό περιβάλλον, ενώ βάσει μιας άλλης μελέτης οι Yager & O' Dea (2005) αναφέρουν ότι οι εκπαιδευτικοί λαμβάνουν ελάχιστη ή καθόλου εκπαίδευση για διατροφικά ζητήματα και πρακτικές πρόληψης. Και οι Rossiter et al. (2007) σε ανάλογη μελέτη παρατήρησαν ότι το 72% του δείγματος εκπαιδευτικών στον Καναδά είχαν χαμηλές γνώσεις διατροφής.

Η έλλειψη κατάρτισης όμως δεν είναι το μοναδικό εμπόδιο που αντιμετωπίζουν οι εκπαιδευτικοί σε σχέση με τη διατροφική εκπαίδευση. Σε έρευνα που διεξήχθη σε Ολλανδούς εκπαιδευτικούς Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης, οι Grieg Viig et al. (2010) αναφέρουν ότι οι εκπαιδευτικοί δήλωσαν ότι η έλλειψη χρόνου και

οικονομικών πόρων λειτουργεί ανασταλτικά στην ενασχόληση τους με προγράμματα Αγωγής Υγείας. Επίσης, οι Lambert et al. (2010) βρήκαν σε έρευνα ότι εκτός από την έλλειψη χρόνου και πόρων και η έλλειψη αναγνώρισης του έργου των εκπαιδευτικών είναι εμπόδιο στη σχολική Προαγωγή της Υγείας.

Στην Ελλάδα πραγματοποιήθηκε έρευνα σε εκπαιδευτικούς δημόσιων σχολείων Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης, για τη διερεύνηση του βαθμού που οι εκπαιδευτικοί προωθούν την άτυπη καθοδήγηση σε θέματα υγείας σε εθελοντική βάση, οι Soulatou et al. (2009) διαπίστωσαν πολλές αντικειμενικές δυσκολίες που εμποδίζουν τους εκπαιδευτικούς να παίζουν ένα τέτοιο ρόλο στο σχολείο. Όσον αφορά στην έλλειψη κατάρτισης η Σώκου (2004), σε έρευνα που έγινε σε εκπαιδευτικούς Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης των Νοτιοανατολικών Κυκλάδων, ανέφερε ότι οι εκπαιδευτικοί των νησιών δεν έχουν ευκαιρίες επιμόρφωσης σε θέματα Αγωγής Υγείας παρόλο που το ενδιαφέρον τους για τα θέματα αυτά είναι μεγάλο.

Οι Λουμάκου κ.α. (2005), σε έρευνα σε εκπαιδευτικούς Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης, ελληνικών δημόσιων και ιδιωτικών σχολείων, εξέτασαν τις στάσεις των δασκάλων απέναντι στη Διατροφική Αγωγή σε σχέση με παράγοντες όπως το φύλο, την ηλικία, τη διδακτική εμπειρία, την επιμόρφωση τους σε θέματα διατροφής, το ενδιαφέρον που εκτιμούν ότι δείχνουν οι μαθητές και τις διατροφικές τους συνήθειες. Τα ευρήματα της έρευνας συνοψίζονται στα εξής:

- το φύλο, η ηλικία, η διδακτική εμπειρία και η εκπαίδευση στη διατροφή, συσχετίζονται θετικά με τη στάση απέναντι στη Διατροφική αγωγή
- οι Δάσκαλοι θεωρούν σημαντική τη Διατροφική Αγωγή και πιστεύουν ότι επηρεάζει τη σχολική επίδοση των μαθητών
- οι Δάσκαλοι εκτιμούν ότι τα παιδιά δείχνουν μεγάλο ενδιαφέρον για τα θέματα διατροφής
- η συντριπτική πλειοψηφία (95%) πιστεύει ότι θα πρέπει στο σχολείο να υπάρχει ειδικό μάθημα Διατροφικής Αγωγής.

Σε μελέτη, που υλοποιήθηκε σε εκπαιδευτικούς όλων των βαθμίδων, στην Κύπρο, οι Fontana & Apostolidou (2002) παρατήρησαν ότι οι εκπαιδευτικοί με καλό τρόπο ζωής (lifestyle) ήταν πιο θετικοί στην αποτελεσματικότητα της Διατροφικής Αγωγής και πιο θετικοί στην επιθυμία να διδάξουν διατροφικά θέματα, ενώ διαπίστωσαν, σε σχέση με το φύλο, ότι οι γυναίκες παρουσίασαν καλύτερο lifestyle.

Ακόμη, στην ίδια έρευνα παρατηρήθηκε ότι οι πιο έμπειροι έχουν μεγαλύτερο ενθουσιασμό για τα θέματα Διατροφικής Αγωγής και αυτοί με τη λιγότερη επιμόρφωση ήταν πιο πρόθυμοι να υλοποιήσουν παρεμβάσεις.

Η Γιαννοπούλου (2005) πραγματοποίησε έρευνα με στόχο να εξετάσει τις συνήθειες υγείας και τις στάσεις των εκπαιδευτικών Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης σε θέματα Αγωγής Υγείας. Τα αποτελέσματα της έρευνας συνοψίζονται στα εξής:

- το φύλο και η ηλικία δεν συσχετίζονταν με κανέναν τρόπο με την Προαγωγή της Υγείας στην Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση
- οι εκπαιδευτικοί με υγιεινές διατροφικές συνήθειες έχουν περισσότερες πιθανότητες μετάδοσης συμπεριφορών που σχετίζονται με την υγεία
- το βασικότερο εμπόδιο υλοποίησης δράσεων Αγωγής Υγείας που δήλωσαν οι εκπαιδευτικοί ήταν ο περιορισμένος χρόνος

Σε άλλη έρευνα που υλοποίησε η Βασταρδή (2008), με στόχο την καταγραφή και αξιολόγηση των στάσεων, γνώσεων και συμπεριφορών των εκπαιδευτικών και του προσωπικού Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης, προέκυψαν τα παρακάτω ευρήματα για τους εκπαιδευτικούς διαφόρων ειδικοτήτων και τους Υπευθύνους Αγωγής Υγείας που υπηρετούν στις Διευθύνσεις Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης:

- ❖ 1 στους 10 Υπευθύνους Αγωγής Υγείας καπνίζει
- ❖ 1 στους 3 εκπαιδευτικούς άλλων ειδικοτήτων καπνίζει
- ❖ 1 στους 3 Υπευθύνους Αγωγής Υγείας είναι παχύσαρκος
- ❖ 4 στους 10 εκπαιδευτικούς Φυσικής Αγωγής είναι υπέρβαρος
- ❖ το μεγαλύτερο ποσοστό των εκπαιδευτικών όλων των ειδικοτήτων θεωρεί ότι έχει επαρκείς γνώσεις σχετικά με την υγιεινή διατροφή
- ❖ ένα πολύ μικρό ποσοστό συμμετέχει στην υλοποίηση προγραμμάτων Αγωγής Υγείας
- ❖ οι εκπαιδευτικοί Φυσικής Αγωγής έχουν τη μεγαλύτερη συμμετοχή στα προγράμματα Αγωγής Υγείας
- ❖ οι παχύσαρκοι εκπαιδευτικοί παρουσιάζουν μεγαλύτερη ενασχόληση με την υλοποίηση προγραμμάτων Αγωγής Υγείας

Συνοψίζοντας, τα αποτελέσματα των ερευνών δείχνουν ότι η αύξηση της ευαισθητοποίησης μεταξύ των μαθητών και των οικογενειών τους σε θέματα Αγωγής και Προαγωγής της Υγείας μπορεί να επιτευχτεί μέσα από ένα σχολικό πρόγραμμα παρέμβασης που εφαρμόζεται στην τάξη και υποστηρίζεται από την κατάρτιση των

εκπαιδευτικών και τη συμμετοχή των γονέων αλλά και της ευρύτερης κοινότητας (Sherman & Muehlhoff, 2007). Αξίζει να επισημανθεί ότι ο ρόλος του εκπαιδευτικού στη Διατροφική Αγωγή πρέπει να οριοθετείται και να προσδιορίζεται με σαφήνεια και οι εκπαιδευτικοί δεν πρέπει να εμπλακούν σε δραστηριότητες που φαλκιδεύουν στην κλινική θεραπεία διαταραχών που έχουν σχέση με τη Διατροφή (Yager & O'Dea, 2005).

2.3. ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΘΕΜΑΤΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΣΤΑ ΑΝΑΛΥΤΙΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΣΠΟΥΔΩΝ ΚΑΙ ΔΙΑΘΕΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ

Στο ελληνικό εκπαιδευτικό σύστημα δεν υπήρχε μέχρι τώρα αυτοτελές μάθημα Διατροφής ή Αγωγής Υγείας. Το 2011, στο Ωρολόγιο Πρόγραμμα των ολοήμερων Δημοτικών Σχολείων με Ενιαίο Αναμορφωμένο Εκπαιδευτικό Πρόγραμμα (Ε.Α.Ε.Π.), στο πλαίσιο της Ευέλικτης Ζώνης/Βιωματικών Δράσεων αναπτύσσονται διαθεματικά τα εξής (Φ.12/520/61575/Γ1/ΦΕΚ1327/τ.Β'/16-06-2011):

- Στην Α' τάξη: μία διδακτική ώρα διατίθεται για δραστηριότητες που αφορούν σε θέματα Αγωγής Υγείας
- Στην Β' τάξη: μία διδακτική ώρα διατίθεται για δραστηριότητες που αφορούν σε θέματα Διατροφικών Συνηθειών
- Στην Γ' τάξη: μία διδακτική ώρα διατίθεται για δραστηριότητες που αφορούν σε θέματα Κυκλοφοριακής Αγωγής.

Πέραν αυτού, αναφορές για τη Διατροφή στις τάξεις των Δημοτικών Σχολείων γίνονται σε κλασικά μαθήματα όπως την Μελέτη Περιβάλλοντος (Α',Β',Γ' & Δ' τάξη), το Ερευνώ το φυσικό κόσμο (Ε' & ΣΤ' τάξη), στη Γλώσσα (Α',Β', Ε' & ΣΤ' τάξης), στα Μαθηματικά και τα Θρησκευτικά (Γκούβρα κ.α, 2005).

Είναι γεγονός ότι η διατροφή είναι ένα αντικείμενο διεπιστημονικό και η προσέγγιση της μπορεί να επιτευχθεί στο πλαίσιο της Διαθεματικότητας.

Η Διαθεματική προσέγγιση είναι μια εκπαιδευτική καινοτομία που οδήγησε στην εξέλιξη των Αναλυτικών Προγραμμάτων Σπουδών (Α.Π.Σ.) σε Διαθεματικό

Ενιαίο Πλαίσιο Προγραμμάτων Σπουδών (Δ.Ε.Π.Π.Σ.), τα οποία καταργούν τα διακριτά όρια μεταξύ των μαθημάτων και αντιμετωπίζουν τη γνώση ως σύνολο (Μυλώσης, 2006)

Στην Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση αναφορές για θέματα διατροφής γίνονται σε πολλά μαθήματα όπως τα Μαθηματικά, τη Χημεία, τη Φυσική και τη Νεοελληνική Γλώσσα.

Στο Γυμνάσιο, στην Α' τάξη και στο πλαίσιο του μαθήματος της Βιολογίας διδάσκεται η ενότητα «Πρόσληψη ουσιών και πέψη» (ΥΠΕΠΘ-ΠΙ, 2008). Επίσης στο μάθημα της Οικιακής Οικονομίας, στην Α' και Β' τάξη του Γυμνασίου, διδάσκονται τα κεφάλαια «Διατροφή» και «Διατροφή και Διαιτολογία» αντίστοιχα, όπου περιέχουν σημαντικά ζητήματα Διατροφικής Αγωγής (ΥΠΕΠΘ-ΠΙ, 2007α: ΥΠΕΠΘ-ΠΙ, 2007β).

Με την Υπουργική Απόφαση 104868/Γ2/13-09-2011 του Υπουργείου Παιδείας στο ωρολόγιο πρόγραμμα των Γυμνασίων που εφαρμόζουν πιλοτικά το Νέο Πρόγραμμα Σπουδών, εισάχθηκε η «Σχολική και Κοινωνική Ζωή» (Σ.Κ.Ζ.). Η Σ.Κ.Ζ. είναι ένα νέο γνωστικό αντικείμενο το οποίο εισήχθηκε στην υποχρεωτική εκπαίδευση. Δεν αποτελεί αυτοτελές μάθημα, άλλα τομέα δράσεων και δραστηριοτήτων που στηρίζονται στις βιωματικές και ομαδοσυνεργατικές μεθόδους διδασκαλίας, ενώ προάγει την ενεργό συμμετοχή ολόκληρης της σχολικής κοινότητας. Στο πιλοτικό Γυμνάσιο στη θεματική ενότητα «Φροντίζω τον εαυτό μου», αναφέρονται στοιχεία για τη σχέση Διατροφής και καλής υγείας και παρέχονται γνώσεις που συμβάλλουν στη διαμόρφωση στάσεων που απαιτούνται για δια βίου συνετές διαιτητικές επιλογές (Υ.Α. 113726/Γ2/03-10-2011).

Όσον αφορά στο Λύκειο, εκτός από τις αναφορές στα διάφορα μαθήματα, στην Α' τάξη το Υπουργείου Παιδείας, από το σχολικό έτος 2011-12 εισήγαγε την ερευνητική εργασία Project ως διακριτή ενότητα του Αναλυτικού Προγράμματος Σπουδών και στη θεματολογία τους εντάσσονται και διατροφικά ζητήματα (36787/Γ2/ΦΕΚ 1163/τ.Β'/10-04-2012). Τα Project συμβάλλουν στην αναβάθμιση της ποιότητας της παρεχόμενης εκπαίδευσης, γιατί εξασφαλίζουν τη δραστηριοποίηση του μαθητή μέσα από αυθεντικές καταστάσεις που συνδέουν τη σχολική γνώση με τα ενδιαφέροντά του (Τουπλικιώτη, 2007: 158).

Επιπρόσθετα, η Διατροφική αγωγή στο σχολείο υποστηρίζεται και από το μάθημα της Φυσικής Αγωγής το οποίο διδάσκεται και στις δύο βαθμίδες

εκπαίδευσης. Το μάθημα της Φυσικής Αγωγής συμβάλει στην ανάπτυξη των κινητικών δεξιοτήτων και της θετικής στάσης για την άσκηση και την υγεία (Πολυδωρόπουλος, 2005). Κατά τους Friedrich, Schuch & Wagner (2012) τα σχολικά προγράμματα πρόληψης που συνδυάζουν τη φυσική δραστηριότητα με την Διατροφική Αγωγή έχουν περισσότερα θετικά αποτελέσματα στη φυσική κατάσταση των μαθητών.

2.4. Ο ΘΕΣΜΟΣ ΤΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Η Αγωγή Υγείας έχει ενταχθεί στο ελληνικό εκπαιδευτικό σύστημα αφ' ενός στα προαιρετικά μαθήματα με το υπ' αριθμό 35 Π.Δ./ΦΕΚ 11/τ.Α'/4-2-1991 και αφετέρου στις σχολικές δραστηριότητες με την Γ2/4867/28-8-92/ ΦΕΚ 629/τ.Β'/23-10-92 Υπουργική Απόφαση. Επίσης, στο πλαίσιο της Αγωγής Υγείας έχει ενταχθεί η Αγωγή του Καταναλωτή στις σχολικές δραστηριότητες με την Γ2/7668/18-12-97/ΦΕΚ 1153/τ.Β'/29-12-97.

Πιο συγκεκριμένα, το Υπουργείο Παιδείας της Ελλάδας έχει δημιουργήσει στον Ενιαίο Διοικητικό Τομέα Θεμάτων, Σπουδών, Επιμόρφωσης και Καινοτομιών τη Διεύθυνση Συμβουλευτικού Επαγγελματικού Προσανατολισμού και Εκπαιδευτικών Δραστηριοτήτων, της οποίας τμήμα είναι το τμήμα Β' Αγωγή Υγείας και Περιβαλλοντικής Αγωγής που έχει τη συνολική εποπτεία αντίστοιχων προγραμμάτων.

Στις 58 Διευθύνσεις Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης υπηρετούν 58 Υπεύθυνοι Αγωγής Υγείας. Το ίδιο ισχύει και στις 58 Διευθύνσεις Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης, όπου υπηρετούν 58 Υπεύθυνοι Αγωγής Υγείας. Από το σχολικό έτος 2011-2012, σε όλες τις Διευθύνσεις Εκπαίδευσης, εκτός της Περιφέρειας Αττικής, του Νομού Θεσσαλονίκης και του Νομού Αχαΐας, στις θέσεις αυτές υπηρετούν οι Υπεύθυνοι Σχολικών Δραστηριοτήτων, καθώς ένας πλέον Υπεύθυνος έχει στην αρμοδιότητα του την Αγωγή Υγείας, την Περιβαλλοντική Εκπαίδευση και τα Πολιτιστικά Θέματα. Οι Υπεύθυνοι έχουν ευθύνη να παροτρύνουν την εκπαιδευτική Κοινότητα των σχολείων της περιοχής τους, ώστε να δημιουργήσουν ομάδες και τμήματα τάξεων μαθητών που θα υλοποιήσουν πρόγραμμα από τις θεματικές

ενότητες της Αγωγής Υγείας. Η δημιουργία προγραμμάτων ξεκινά από τις ανάγκες των μαθητών/τριών που είναι διαφορετικές σε κάθε σχολείο και κάθε περιοχή και από την ύπαρξη σχετικά επιμορφωμένου εκπαιδευτικού στη συγκεκριμένη θεματική ενότητα. Εφόσον οι εκπαιδευτικοί δεν έχουν ικανή επιμόρφωση, υποβοηθούνται και οδηγούνται από τους Υπευθύνους της οικείας Διεύθυνσης Εκπαίδευσης.

Σε κάθε Διεύθυνση Εκπαίδευσης, ο Διευθυντής ορίζει επιτροπή έγκρισης προγραμμάτων από τις σχολικές μονάδες. Στην Επιτροπή αυτή υποβάλλονται από τους εκπαιδευτικούς και τις ομάδες τους τα αιτήματα και ανάλογα με την οικονομική δυνατότητα της Διεύθυνσης Εκπαίδευσης, την ικανότητα υλοποίησης και εμπειρίας του Εκπαιδευτικού, εγκρίνεται η υλοποίησή τους ή όχι. Εκπαιδευτικό υλικό σχετικό υπάρχει στις σχολικές μονάδες και συμπληρωματικά δίδεται από τους Υπευθύνους της κάθε Διεύθυνσης.

Προαπαιτούμενο για την πραγματοποίηση τέτοιων προγραμμάτων είναι η αρχική σεμιναριακή επιμόρφωση των Εκπαιδευτικών στις καινοτόμες μεθόδους που θα εφαρμόσουν. Παράλληλα χρειάζεται η θεωρητική παιδαγωγική τους υποστήριξη και τεκμηρίωση των επιλογών που τους προτείνονται, ώστε να γνωρίζουν ότι ακριβώς θα εφαρμόσουν, για ποιους λόγους και ποιες είναι οι αναμενόμενες συνέπειες.

Τα προγράμματα Αγωγής Υγείας και Αγωγής του Καταναλωτή βάσει του Ν. 2817 και της Γ2/4867/28-8-92 πραγματοποιούνται στα Νηπιαγωγεία, Δημοτικά, Γυμνάσια, Λύκεια παράλληλα με το εβδομαδιαίο πρόγραμμα κάθε τάξης, σε ώρες που καθορίζονται ανάλογα με τις δυνατότητες κάθε σχολείου, όσον αφορά στο ωρολόγιο πρόγραμμα κάθε τάξης και στο ωρολόγιο πρόγραμμα των καθηγητών.

Για τα προγράμματα αυτά μπορούν να διατίθενται δύο ώρες την εβδομάδα κατά τάξη ή τμήμα, εντός ή εκτός ωρολογίου προγράμματος. Για τους καθηγητές που συμμετέχουν στα προγράμματα (μέχρι δύο το πολύ κατά τάξη ή τμήμα) μειώνεται το εβδομαδιαίο διδακτικό ωράριό τους κατά δύο ώρες. Όταν έχουν συμπληρώσει το διδακτικό ωράριό τους με αντικείμενο διδασκαλίας, μπορούν να απασχολούνται με υπερωριακή αποζημίωση - σύμφωνα με τις κείμενες διατάξεις. Επιπλέον, κάθε εκπαιδευτικός μπορεί να συμμετέχει σε δύο το πολύ προγράμματα σχολικών δραστηριοτήτων, εφόσον έχει την ανάλογη εμπειρία.

Οι δαπάνες πραγματοποίησης των προγραμμάτων αυτών βαρύνουν τις πιστώσεις των προϋπολογισμών των οικείων Νομαρχιών.

Το σχέδιο προγράμματος Αγωγής Υγείας στη Διεύθυνση Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης του Νομού πρέπει να υποβληθεί στις αρχές του σχολικού έτους και η λήξη του προγράμματος ταυτίζεται με την λήξη του. Η επιλογή των προγραμμάτων γίνεται από την επιτροπή που προβλέπεται από την Γ2/4867/28-8-92 Υ.Α., στην οποία σύμφωνα με την Γ2/8976/29-11-95 Υ.Α. συμμετέχει και ο Υπεύθυνος Αγωγής Υγείας. Οι Διευθύνσεις Εκπαίδευσης υποβάλλουν πίνακα με όλα τα προγράμματα Αγωγής Υγείας και Αγωγής του Καταναλωτή, που πραγματοποιήθηκαν κατά τη διάρκεια του σχολικού έτους στα σχολεία της περιφέρειάς τους και στο Υπουργείο Παιδείας, στο τμήμα Β' Αγωγής Υγείας και Περιβαλλοντικής Αγωγής της Διεύθυνσης Σχολικού Επαγγελματικού Προσανατολισμού και Εκπαιδευτικών Δραστηριοτήτων (Σ.Ε.Π.Ε.Δ.). Στο 1^ο Δεκαήμερο του Μαΐου διατίθεται μία ημέρα για την παρουσίαση των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας που πραγματοποιήθηκαν κατά τη διάρκεια του διδακτικού έτους σ' όλους τους μαθητές και εκπαιδευτικούς του σχολείου.

Η συμμετοχή στα προγράμματα Αγωγής Υγείας είναι προαιρετική για τους εκπαιδευτικούς και η συμμετοχή των μαθητών πρέπει να είναι ενεργητική, δημιουργική και όχι παθητική.

Η εφαρμογή των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας στα σχολεία, έχει στόχο το σχολείο να συμβάλλει πραγματικά μέσα από την ενεργητική και βιωματική μάθηση στην αλλαγή στάσης και συμπεριφοράς των μαθητών, με σκοπό την ενίσχυση της υπευθυνότητας, της αυτοπεποίθησης, της προσωπικότητας και της ικανότητας του μαθητή για την υιοθέτηση θετικών τρόπων και στάσεων ζωής. Για το λόγο αυτό δεν αρκεί μόνο μία απλή ενημέρωση, αλλά τα προγράμματα αυτά να στηρίζονται σε νέες μεθόδους διδακτικής προσέγγισης οι οποίες ενθαρρύνουν τη συμμετοχή των μαθητών και ενισχύουν την ανάπτυξη κάποιων ικανοτήτων όπως η λήψη αποφάσεων, η εξαγωγή συμπερασμάτων και η αξιολόγηση των συνεπειών (Στάππα-Μουρτζίνη, 2010).

Τα αντικείμενα των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας μπορεί να είναι:

- * Εξαρτησιογόνες ουσίες (ναρκωτικά - αλκοόλ - τσιγάρο)
- * Διατροφή και διατροφικές συνήθειες - Γενετικά τροποποιημένα προϊόντα
- * Διαφυλικές σχέσεις - Σεξουαλική Αγωγή
- * Σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα
- * AIDS - Ηπατίτιδα Β

- * Διαπροσωπικές σχέσεις - Ψυχική Υγεία (Ρατσισμός - Βία – Αντιμετώπιση πένθους - Ξενοφοβία)
- * Κυκλοφοριακή Αγωγή - Ατυχήματα
(Οδική συμπεριφορά των μαθητών - πεζών, κανόνες διάβασης, φωτεινοί σηματοδότες- Κράνος και Ζώνη ασφαλείας - Αρνητικές επιπτώσεις της χρήσης αλκοόλ πριν και κατά την οδήγηση - Παιδιά στο αυτοκίνητο - Μαθητές ως οδηγοί μοτοποδηλάτων, όλα όσα πρέπει να γνωρίζουν - Μαθητές ως επιβάτες σχολικών λεωφορείων - όλα όσα πρέπει να γνωρίζουν κ.ά.)
- * Αντιμετώπιση άγχους (σχολικού - εργασιακού)
- * Στοματική Υγιεινή
- * Καρκίνος - Κάπνισμα - Διατροφή
- * Έκθεση σε τοξικές ουσίες και στην υπερβολική ηλιακή ακτινοβολία
- * Καταστάσεις διαμονής και εργασίας
- * Περιβάλλον και Υγεία
- * Εθελοντισμός (Εθελοντική Αιμοδοσία - Εθελοντική προσφορά ιστών και οργάνων - Πρώτες βοήθειες - Εθελοντική εργασία - Εθελοντής σχολικός τροχονόμος)
- * Μεσογειακή Αναμιά
- * Καρδιαγγειακά νοσήματα
- * Κατανάλωση και υγεία
- * Ισότητα των δύο φύλων
- * Κοινωνικός αποκλεισμός - Ίσες ευκαιρίες
- * Πρόληψη και αντιμετώπιση έκτακτων καταστάσεων όπως σεισμών, πλημμυρών, πυρκαγιών κ.α. (ανάπτυξη δεξιοτήτων για την αντιμετώπιση του άγχους, του φόβου και γενικά προαγωγή της ψυχικής υγείας)
- * Φυσική Άσκηση και πολλά άλλα θέματα που αφορούν το σωστό υγιεινό τρόπο διαβίωσης

Για την όσο το δυνατόν καλύτερη εφαρμογή των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας το Υπουργείο Παιδείας συνεργάζεται σε θέματα Κυκλοφοριακής Αγωγής με το Υπουργείο Δημόσιας Τάξης και με το Υπουργείο Μεταφορών και σε θέματα Αγωγής Υγείας με το Υπουργείο Υγείας, αλλά και με πολλούς Κυβερνητικούς και μη Κυβερνητικούς φορείς όπως η Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, το Κέντρο Ειδικών Λοιμώξεων, η Γενική Γραμματεία Νέας Γενιάς, το Εθνικό Ίδρυμα Νεότητας,

ο Οργανισμός Καταπολέμησης Ναρκωτικών (Ο.ΚΑ.ΝΑ), το Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕ.Θ.Ε.Α), το Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής, το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού· με επιστημονικούς φορείς όπως, ο Πανελλήνιος Ιατρικός και Οδοντιατρικός Σύλλογος, η Αντικαρκινική και Αντικαπνιστική Εταιρεία, το Ελληνικό Ίδρυμα Καρδιολογίας, το Κέντρο για Θέματα Ισότητας (ΚΕ.Θ.Ι.) και άλλοι, καθώς και με την Ομοσπονδία Λειτουργών Μέσης Εκπαίδευσης, την τοπική αυτοδιοίκηση, τις τοπικές οργανώσεις γονέων και κηδεμόνων και άλλους φορείς.

Όλες οι συνεργασίες με τους ειδικούς επιστημονικούς φορείς εγκρίνονται από την αρμόδια Διεύθυνση Σ.Ε.Π.Ε.Δ. του Υπουργείου Παιδείας.

Τα προγράμματα Αγωγής του Καταναλωτή στα σχολεία αποσκοπούν στο να ενθαρρύνουν τους μαθητές να κατανοήσουν την κατανάλωση ως οικονομικό φαινόμενο και ως κοινωνική και πολιτισμική δραστηριότητα και να τους κάνει ικανούς να σκέφτονται, να λειτουργούν και να δρουν ατομικά και συλλογικά, στα πλαίσια μιας κριτικής ορθολογικής και υπεύθυνης καταναλωτικής συμπεριφοράς για την διασφάλιση της υγείας, της προστασίας του περιβάλλοντος και της αναβάθμισης της ποιότητας της ζωής.

Τα αντικείμενα των προγραμμάτων Αγωγής του Καταναλωτή μπορεί να είναι:

- Η Αγωγή του Καταναλωτή και η οικονομία (Η οικονομική διάσταση της κατανάλωσης: προϊόντα, παραγωγοί, εταιρείες, κατασκευαστές, ασφάλεια προϊόντων, επιδράσεις στο περιβάλλον, προστασία της Υγείας των πολιτών, δικαιώματα του πολίτη-καταναλωτή).
- Η Αγωγή του Καταναλωτή και η κοινωνία (Η κοινωνική διάσταση της κατανάλωσης: υπηρεσίες, προμηθευτές, δίκτυα διακίνησης και επικοινωνίας, νέες τεχνολογίες, κοινωνία της πληροφορικής, οργανώσεις καταναλωτών, οικογένεια και κατανάλωση, η κατανάλωση στο πλαίσιο της αγροτικής και αστικής οικογένειας, δικαιώματα του πολίτη-καταναλωτή)
- Η Αγωγή του Καταναλωτή και ο πολιτισμός (Η πολιτισμική διάσταση της κατανάλωσης: πολιτισμικά αγαθά, τέχνες, θέατρο, μουσική, ταξίδια, τουρισμός, μόδα, μέσα μαζικής ενημέρωσης, διαφήμιση, εμπορευματοποίηση, διεθνοποίηση και παγκοσμιοποίηση προτύπων, εθνικά και λαογραφικά πολιτισμικά αγαθά κ.ά.)

- Η Αγωγή του Καταναλωτή στην Ευρωπαϊκή Ένωση (Η ευρωπαϊκή διάσταση της κατανάλωσης: ο ενιαίος οικονομικός χώρος στην Ευρωπαϊκή Ένωση, οι τέσσερις θεμελιώδεις ελευθερίες: διακίνηση προσώπων, αγαθών, υπηρεσιών και κεφαλαίων, ο ευρωπαίος πολίτης, εθνική - ευρωπαϊκή ταυτότητα, η Αγωγή του Καταναλωτή στα Κράτη Μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης κ.ά.)
- Πληθυσμιακές μετακινήσεις και κατανάλωση
- Υγεία και κατανάλωση
- Ανάλυση προτύπων κατανάλωσης κ.ά.

Επίσης στα πλαίσια υλοποίησης των προγραμμάτων αυτών οι μαθητές μπορούν να πραγματοποιούν επισκέψεις σε χώρους και φορείς που έχουν σχέση με το πρόγραμμα που υλοποιούν (π.χ. πάρκα Κυκλοφοριακής Αγωγής, χώρους ψυχικής υγιεινής, εκθέσεις, εργοστάσια, νοσοκομεία, ιδρύματα κλπ.).

Από το τμήμα Β' Αγωγής Υγείας και Περιβαλλοντικής Αγωγής, έχουν ιδρυθεί 59 Συμβουλευτικοί Σταθμοί Νέων (Σ.Σ.Ν.) στις Διευθύνσεις Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης. Οι Σ.Σ.Ν. λειτούργησαν για κάποια έτη, ενώ η λειτουργία τους σταμάτησε από τον Σεπτέμβριο του 2011, λόγω αδυναμίας στελέχωσης τους. Οι Σ.Σ.Ν. δημιουργήθηκαν με σκοπό την αντιμετώπιση των προβλημάτων των μαθητών, των γονεών και των εκπαιδευτικών.

Ως βασικοί στόχοι ορίζονται: η εφαρμογή και δημιουργία προγραμμάτων πρόληψης ψυχικής υγείας στα σχολεία, πρόληψης ναρκωτικών και εξαρτησιογόνων ουσιών, η αξιολόγηση και αντιμετώπιση μαθησιακών δυσκολιών παιδιών και εφήβων, η παροχή συμβουλευτικής ατόμων, γονέων, οικογενειών σε κρίση, γονέων παιδιών με ειδικές ανάγκες, εκπαιδευτικών κ.α.

Οι Σ.Σ.Ν. εστιάζονται στην πρόληψη μέσα από τη διαδικασία Αγωγής της Κοινότητας. Πραγματοποιούν ομιλίες - διαλέξεις σε σχολεία, συλλόγους γονέων και σεμινάρια κυρίως σε εφήβους, εκπαιδευτικούς και γονείς με στόχο την ευαισθητοποίηση της σχολικής κοινότητας σε θέματα ανθρωπίνων σχέσεων. Επίσης έρχονται σε επαφή με φορείς του Δήμου (Αστυνομία, τοπικές οργανώσεις) για γνωστοποίηση των υπηρεσιών που παρέχουν και την πιθανή μεταξύ τους συνεργασία.

Οι υπηρεσίες που παρέχει ένας Σ.Σ.Ν. είναι:

α) ενημέρωση, ευαισθητοποίηση, και εφαρμογή προγραμμάτων στα σχολεία της περιοχής του Σ.Σ.Ν. σε θέματα ψυχικής υγείας.

β) στη διαγνωστική αξιολόγηση και αντιμετώπιση τόσο των μαθησιακών προβλημάτων, δυσλεξιών σε μαθητές, όσο και των οικογενειών τους.

γ) συμβουλευτική γονέων.

Οι Σ.Σ.Ν. αποτελούν δομές στήριξης τόσο για τους εκπαιδευτικούς των σχολικών μονάδων, όσο και για τους μαθητές αλλά και τους γονείς τους.

Η ψυχολογική συμβουλευτική που παρέχει στο εκπαιδευτικό προσωπικό είναι μια διαδικασία κατά την οποία ο εκπαιδευτικός επικοινωνεί με δική του πρωτοβουλία με τον ειδικό ψυχικής υγείας εκθέτοντάς του ένα πρόβλημα, μια δυσκολία που αντιμετωπίζει στο πλαίσιο της εργασίας του. Η πρωτοβουλία ανήκει στον ίδιο τον εκπαιδευτικό, ο οποίος θεωρεί ότι ένας ψυχολόγος μπορεί να τον βοηθήσει στην αντιμετώπιση ενός προβλήματος.

Η συμβουλευτική του Εκπαιδευτικού προσωπικού είναι μια συμβουλευτική διαδικασία που χαρακτηρίζεται από ισοτιμία μεταξύ δύο επαγγελματιών. Ο σύμβουλος (ιατρός ή ψυχολόγος) μπορεί να εργαστεί ατομικά με έναν εκπαιδευτικό ή ομαδικά. Συγκεκριμένα, ο εκπαιδευτικός απευθύνεται στον ιατρό ή ψυχολόγο – σύμβουλο για να:

- ζητήσει συμβουλή για την περίπτωση κάποιου μαθητή ή μιας ομάδας μαθητών.
- ζητήσει από τον ιατρό ή ψυχολόγο - σύμβουλο κάποιο πρόγραμμα πρόληψης ή έγκαιρης διάγνωσης και παρέμβασης στο πλαίσιο του σχολείου.
- ζητήσει υποβοήθηση στη δική του προσπάθεια εφαρμογής ενός προγράμματος.

Ο ιατρός ή ψυχολόγος - σύμβουλος μπορεί να συνεισφέρει:

α) στη μετάδοση γνώσεων στον εκπαιδευτικό σχετικά με την ψυχολογία: γνώσεις για την κατάρτιση ενός εκπαιδευτικού προγράμματος, για την εφαρμογή ειδικών προγραμμάτων διορθωτικής διδασκαλίας (π.χ. για την τροποποίηση της ανεπιθύμητης συμπεριφοράς κάποιου μαθητή/των).

β) στην αύξηση της αυτοπεποίθησής του (όταν διαθέτει τις γνώσεις και δεξιότητες)

γ) στην καθοδήγηση του εκπαιδευτικού στο πώς να διαμορφώνει στην τάξη ένα θετικό ψυχολογικό κλίμα που θα προάγει την ψυχική υγεία όλων των μαθητών.

δ) στη διατήρηση της αντικειμενικότητάς του και την ενδυνάμωση της ουδετερότητάς του.

Επιπλέον, το προσωπικό του Σ.Σ.Ν. έρχεται σε επαφή με το διδακτικό προσωπικό και πραγματοποιεί στο χώρο του σχολείου προγράμματα πρόληψης ή ενημερώνει με ομιλίες - διαλέξεις εκπαιδευτικούς, γονείς και μαθητές πάνω σε

καίρια θέματα. Η ενημέρωση και συμβουλευτική που παρέχεται από τους ειδικούς ψυχικής υγείας στους εκπαιδευτικούς μπορεί επίσης εκτός από ατομική να είναι και ομαδική. Οι ομάδες εκπαιδευτικών έχει αποδειχθεί ότι είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικές όσον αφορά στην αξιοποίηση των δυναμικών που αναπτύσσονται στην ομάδα (Ν. 1894/ΦΕΚ 110/τΑ'/27-08-1990; Π.Δ. 390/ΦΕΚ270/τΑ'/03-12-1998).

Τέλος, αξίζει να αναφερθεί ότι βάσει της Απόφασης ΔΥ1δ/Γ.Π.οικ. 130698/28-11-2011 του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, συγκροτήθηκε Επιστημονική Επιτροπή Διατροφικής Πολιτικής, η οποία εκπροσωπείται από τη Διεύθυνση Σ.Ε.Π.Ε.Δ. του Υπουργείου Παιδείας και έργο της είναι:

- η υποστήριξη της Διεύθυνσης Διατροφής του Υπουργείου Υγείας
- η υποβολή προτάσεων για την χάραξη Εθνικής Διατροφικής Πολιτικής
- ο καθορισμός των αναγκών για έρευνα, μέτρα και νομοθετικές ρυθμίσεις, σχετικά με ζητήματα πρόληψης χρόνιων νοσημάτων που συνδέονται με τη διατροφή, σύμφωνα με τις κατευθύνσεις του Π.Ο.Υ.
- η εισήγηση μέτρων και προγραμμάτων-δράσεων για την πρόληψη της παιδικής παχυσαρκίας

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ

3.1. ΜΟΝΤΕΛΑ ΚΑΙ ΘΕΩΡΙΕΣ ΠΟΥ ΔΙΑΜΟΡΦΩΝΟΥΝ ΤΙΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ

Το θεωρητικό υπόβαθρο στο οποίο στηρίζεται ο σχεδιασμός των παρεμβάσεων Διατροφικής Αγωγής συνίσταται στα μοντέλα και τις θεωρίες που αναπτύχθηκαν, θέτοντας τις βασικές αρχές για την υλοποίηση των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας.

Στη δεκαετία του 1950 αναπτύχθηκε, από ομάδα Κοινωνικών Ψυχολόγων της Δημόσιας Υγείας των ΗΠΑ, το «Μοντέλο Πεποιθήσεων για την Υγεία», με σκοπό να ερευνηθούν οι λόγοι συμμετοχής των ατόμων σε προγράμματα πρόληψης ασθενειών. Στη συνέχεια, το μοντέλο αυτό επεκτάθηκε ερμηνεύοντας την ανταπόκριση των ανθρώπων στη διάγνωση και τα συμπτώματα μιας ασθένειας, καθώς και την τήρηση της προτεινόμενης αγωγής. Το 1990, το «Το Μοντέλο Πεποιθήσεων για την Υγεία» διαμορφώθηκε και παρουσίαζε τις προϋποθέσεις που οδηγούν τα άτομα στη λήψη μέτρων πρόληψης ασθενειών. Έτσι, το μοντέλο αυτό στηρίχτηκε στην άποψη ότι τα άτομα λαμβάνουν μέτρα πρόληψης, όταν θεωρήσουν τους εαυτούς τους επιρρεπείς σε μια ασθένεια, όταν πιστέψουν ότι με ενέργειες μειώνουν τη πιθανότητα εκδήλωσης μιας ασθένειας ή όταν πιστέψουν ότι οι δυσκολίες και οι κόποι που θα καταβάλουν, συμμετέχοντας σε μια παρέμβαση, θα τους αποφέρει οφέλη (Μανιός κ.α., 2007; Windsor et al., 1994).

Τέσσερις είναι οι βασικές παράμετροι του «Μοντέλου Πεποιθήσεων για την Υγεία»: α) η αντίληψη της προδιάθεσης για μια ασθένεια, β) η αντίληψη της σοβαρότητας της ασθένειας, γ) η αντίληψη του οφέλους, δ) η αντίληψη των περιοριστικών μέτρων, ε) η προτροπή για δράση, στ) οι κοινωνικό-ψυχολογικές και δημογραφικές μεταβολές και ζ) η αυτό-αποτελεσματικότητα, δηλαδή, η σιγουριά που αισθάνεται το άτομο για την επίτευξη του επιδιωκόμενου στόχου (ΕΠΨΥ & ΕΚΤΕΠΝ, 2011; Μανιός κ.α., 2007).

Το 2003 το μοντέλο αυτό αποτέλεσε τη βάση στην υλοποίηση προγράμματος Διατροφικής Αγωγής, το οποίο εφαρμόστηκε σε χώρο εργασίας σε Πανεπιστήμιο των ΗΠΑ. Στο πρόγραμμα αυτό επιδιώχτηκε η αλλαγή της διατροφικής συμπεριφοράς με

σκοπό τη μείωση των πιθανοτήτων εμφάνισης καρδιαγγειακών νοσημάτων και καρκίνου και δόθηκε μεγάλη σημασία στην αντίληψη του οφέλους και στην αντίληψη των περιοριστικών παραγόντων. Στην έρευνα συμμετείχαν 28 άτομα ως ομάδα παρέμβασης και 25 άτομα ως ομάδα ελέγχου. Το πρόγραμμα περιελάμβανε αξιολόγηση γνώσεων μέσα από διάφορα τεστ τα οποία εκτιμούσαν τις διατροφικές τους γνώσεις, γνώσεις για τα καρδιαγγειακά νοσήματα και γνώσεις για τον καρκίνο. Επίσης, εκτιμήθηκαν οι παράμετροι του μοντέλου με ερωτηματολόγιο πριν την παρέμβαση, ενώ στη διάρκεια της υλοποίησης του προγράμματος πραγματοποιήθηκαν συνεδρίες για την ενημέρωση των ατόμων σχετικά με τους παράγοντες κινδύνου και τα ποσοστά νοσηρότητας και θνησιμότητας από τις εξεταζόμενες ασθένειες. Σε επόμενες συνεδρίες δόθηκαν διατροφικές γνώσεις στο δείγμα ώστε να καλλιεργηθεί η αντίληψη του οφέλους. Επιπλέον, δόθηκαν εναλλακτικές λύσεις μείωσης των περιοριστικών παραγόντων που εμποδίζουν την αλλαγή της διατροφικής συμπεριφοράς, εστιάζοντας στην αντίληψη περιοριστικών παραγόντων. Τέλος, σε συνεδρίες που ακλούθησαν υλοποιήθηκε προετοιμασία ολιγοθερμιδικών γευμάτων και ανάπτυξη δεξιοτήτων, όπως ανάγνωση ετικέτας, με σκοπό την καλλιέργεια της αντίληψης του οφέλους και της αυτό-αποτελεσματικότητας.

Τα αποτελέσματα της παρέμβασης ήταν θετικά καθώς επιτεύχθηκε η αλλαγή της διατροφικής συμπεριφοράς των συμμετεχόντων σε σύντομο χρονικό διάστημα και χωρίς ιδιαίτερο κόστος. Πιο συγκεκριμένα, βρέθηκε θετική συσχέτιση των γνώσεων διατροφής με την προσλαμβανόμενη ποσότητα φυτικών ινών και αρνητική συσχέτιση με την πρόσληψη ολικών και κορεσμένων λιπαρών. Οι αναλύσεις μετά το τέλος της παρέμβασης έδειξαν μείωση της προσλαμβανόμενης ενέργειας και μείωση του προσλαμβανόμενου λίπους. Επίσης, η αντίληψη του οφέλους βρέθηκε να έχει θετική συσχέτιση με την υιοθέτηση υγιεινών διαιτητικών συνηθειών, ενώ δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά στην αντίληψη των περιοριστικών παραγόντων, μεταξύ αρχικών και τελικών μετρήσεων. Το ίδιο μοντέλο εφαρμόστηκε το 2000 και σε παρέμβαση για την πρόληψη του καπνίσματος.

Ένα άλλο μοντέλο, το οποίο αναφέρεται στον τρόπο με τον οποίο πραγματοποιείται η αλλαγή μιας συμπεριφοράς και η υιοθέτηση της ορθής συμπεριφοράς είναι το «Διαθεωρητικό Μοντέλο». Το κύριο σημείο του μοντέλου αυτού είναι τα Στάδια Αλλαγής τα οποία είναι τα εξής:

1. Πριν τη σκέψη
2. Σκέψη
3. Δράση
4. Διατήρηση

Εκτός, από τα στάδια αλλαγής, το μοντέλο αυτό, περιλαμβάνει και τις εξής μεταβλητές (Μανιός κ.α., 2007; Μπαλάσκα κ.α., 2008):

- Ζυγαριά Αποφάσεων: έχει σχέση με την ισορροπία στην λήψη αποφάσεων και βασίζεται στη σύγκρουση οφέλους-κόστους
- Αυτό-αποτελεσματικότητα: είναι η πίστη του ατόμου ότι μπορεί να επιτύχει τους στόχους του
- Διαδικασίες αλλαγής: αφορά στις δοκιμές πιθανών λύσεων μέχρι το άτομο να τροποποιήσει την συμπεριφορά του

Μια σημαντική μελέτη στην οποία εφαρμόστηκε το «Διαθεωρητικό Μοντέλο» είναι η Working Well Trial (W.W.T.), η οποία πραγματοποιήθηκε σε εργασιακό χώρο στις ΗΠΑ και αφορούσε στην πρόληψη του Καρκίνου. Στη μελέτη συμμετείχαν 28.000 εργαζόμενοι από χώρους βιομηχανίας, τηλεπικοινωνιών, δημοσίων υπηρεσιών και οργανισμών κοινής ωφέλειας. Το πρόγραμμα ξεκίνησε το 1990 και ολοκληρώθηκε σε πέντε έτη.

Το WWT περιελάμβανε, σε σχέση με τα άτομα, εκδηλώσεις, διαδραστικές δραστηριότητες, αφίσες, φύλλα αυτοαξιολόγησης, διαγωνισμούς και εκπαίδευση των συμμετεχόντων. Σε σχέση με τον εργασιακό χώρο, μέσω της παροχής συμβούλων διαμορφώθηκε και εφαρμόστηκε μια πολιτική κατά του καπνίσματος και αλλαγές στα προσφερόμενα τρόφιμα των κυλικείων. Επιπλέον, εφαρμόστηκε η διατροφική εκπαίδευση των υπευθύνων του εστιατορίου καθώς και αλλαγές στα αυτόματα μηχανήματα πώλησης τροφίμων (Heimendinger et al., 1995; Sorensen et al., 1996).

Πέρα από τα δύο μοντέλα, σπουδαία υπήρξε και η συμβολή θεωριών που αναπτύχθηκαν για τις παρεμβάσεις Διατροφικής αγωγής. Η πιο σημαντική είναι η θεωρία της «Κοινωνικής Μάθησης», η οποία υποστηρίζει τη σπουδαιότητα του ρόλου του φυσικού και κοινωνικού περιβάλλοντος, στη διαμόρφωση της συμπεριφοράς των ατόμων (Bandura, 1986; Windsor et al, 1994). Η συμπεριφορά των ανθρώπων συνδέεται με τις γνώσεις, τις δεξιότητες και τις στάσεις των ανθρώπων (Panagopoulou, Montgomery & Benos, 2011). Σύμφωνα με τη θεωρία της «Κοινωνικής Μάθησης» η μάθηση επηρεάζεται από την παρατήρηση και τη μίμηση

πράξεων, στάσεων και αντιδράσεων των άλλων (ΕΠΙΨΥ-ΕΚΤΕΠΝ, 2011). Η μάθηση μέσω της μίμησης του άλλου προϋποθέτει τη στροφή της προσοχής του ατόμου στη συμπεριφορά που πρόκειται να μιμηθεί, τη συγκράτηση και την αναπαραγωγή της, καθώς και την παρότρυνση για την εκτέλεσή της (Κασσωτάκης & Φλουρης (Α), 2006).

Η θεωρία της Κοινωνικής Μάθησης εφαρμόστηκε σε μία μεγάλη μελέτη, παγκόσμιου χαρακτήρα με την ονομασία CATCH (Child and Adolescent Trial for Cardiovascular Health). Η μελέτη αυτή υλοποιήθηκε από το 1991 μέχρι το 1994 σε τέσσερις περιοχές των ΗΠΑ (Καλιφόρνια, Λουιζιάνα, Μινεσότα, Τέξας) σε μαθητές Δημοτικού Σχολείου, με στόχο τη διαμόρφωση υγιεινών διατροφικών επιλογών, την αύξηση της φυσικής δραστηριότητας και την αποφυγή του καπνίσματος. Το πρόγραμμα εφαρμόστηκε σε 56 σχολεία παρέμβασης και 40 σχολεία ελέγχου. Το περιεχόμενό του περιελάμβανε εκπαιδευτικές και βιωματικές δραστηριότητες στην τάξη, αλλαγές στο σχολικό περιβάλλον και εμπλοκή της οικογένειας.

Οι τέσσερις βασικές ενότητες του προγράμματος ήταν (Stone et al., 1999):

1. Δημιουργία εκπαιδευτικού υλικού για την τάξη
2. Αλλαγές στο σχολικό κυλικείο
3. Αλλαγές στο μάθημα της Φυσικής Αγωγής
4. Συμμετοχή της οικογένειας

Το πρόγραμμα εξελίχθηκε στα επόμενα χρόνια. Το 1999 η ονομασία άλλαξε σε «Coordinated Approach To Child Health» δηλαδή, συντονισμένη προσέγγιση στην υγεία του παιδιού και έτσι από ερευνητική μελέτη μετατράπηκε σε τεκμηριωμένο πρόγραμμα παρέμβασης, που αργότερα, το 2001 εγκρίθηκε νομοσχέδιο σύμφωνα με το οποίο κάθε σχολείο στο Τέξας έπρεπε να εφαρμόσει το συγκεκριμένο πρόγραμμα Αγωγής Υγείας.

Εκτός από τη θεωρία της «Κοινωνικής Μάθησης», μία άλλη θεωρία, αυτή της «Δικαιολογημένης Δράσης», αποτελεί τη βάση για την ανάπτυξη παρεμβάσεων Διατροφικής Αγωγής. Σύμφωνα με αυτή, οι άνθρωποι γενικά είναι ορθολογικοί και χρησιμοποιούν τις πληροφορίες που είναι διαθέσιμες σε αυτούς με συστηματικό τρόπο. Επίσης η θεωρία της «Δικαιολογημένης Δράσης», στηρίζεται στην υπόθεση ότι οι συμπεριφορές των ατόμων είναι ελεγχόμενες συνειδητά και εξαρτώνται από την πρόθεση του κάθε ατόμου. Επομένως, για να εξετάσουμε τους παράγοντες που οδηγούν στην εκδήλωση μιας συμπεριφοράς

αρκεί να γνωρίζουμε την πρόθεσή τους (Stroebe W. & M., 1995). Επέκταση αυτής της θεωρίας αποτελεί η θεωρία «Σχεδίασης της συμπεριφοράς», σύμφωνα με την οποία, όταν το άτομο αντιλαμβάνεται ότι το περιβάλλον λειτουργεί υποστηρικτικά στην εκδήλωση της συμπεριφοράς, τότε είναι πιο πιθανό να εκτελέσει τη συμπεριφορά, εφόσον και η στάση και τα υποκειμενικά πρότυπα συνηγορούν προς αυτή την κατεύθυνση (Μανιός κ.α., 2007).

3.2. ΒΑΣΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ

Η υλοποίηση μιας παρέμβασης Διατροφικής Αγωγής προϋποθέτει την ύπαρξη των απαραίτητων επιστημονικών γνώσεων, της μεθοδολογίας, καθώς και των μέσων που θα οδηγήσουν στην επιτυχή εφαρμογή της, ώστε να φέρει τα επιθυμητά αποτελέσματα.

Η «Χαρτογράφηση της Παρέμβασης» είναι ένα πλάνο εργασίας που αναπτύχθηκε για το σκοπό αυτό, στις ΗΠΑ. Πρόκειται για ένα εργαλείο που δημιουργήθηκε μετά από μακροχρόνια ερευνητική μελέτη και παρέχει σαφείς οδηγίες και κατευθύνσεις για τη σχεδίαση ενός προγράμματος παρέμβασης Διατροφικής Αγωγής. Η «Χαρτογράφηση της Παρέμβασης» ξεκινάει με την εκτίμηση των αναγκών του πληθυσμού στόχου και περιλαμβάνει τα εξής βήματα:

1. Καθορισμό των σκοπών και των αντικειμένων του προγράμματος, δηλαδή προσδιορισμό του πληθυσμού στόχου, των βασικών και επιμέρους στόχων και των μεταβλητών και αντικειμένων του προγράμματος.
2. Επιλογή κατάλληλων μεθόδων και στρατηγικών.

Οι μέθοδοι διακρίνονται σε :

- α) Βασικές (Επικοινωνία, εξατομίκευση, ανατροφοδότηση και ενίσχυση)
- β) Μέθοδοι για αύξηση γνώσεων (Βιωματική εκπαίδευση, συζήτηση, χρήση εικόνων, συνειρμοί)
- γ) Μέθοδοι για την ανάπτυξη δεξιοτήτων αυτοαποτελεσματικότητας (έκθεση σε πρότυπες συμπεριφορές, καθοδηγούμενη εξάσκηση, διαχείριση καταστάσεων)
- δ) Μέθοδοι για αυτοαξιολόγηση (θέσπιση στόχων, επίλυση προβλημάτων μετάδοση πληροφοριών)

- ε) Μέθοδοι για την αντίληψη του οφέλους/κινδύνων (πληροφόρηση για επερχόμενο κίνδυνο , δραματοποίηση και διέγερση αισθήματος φόβου)
 - στ) Μέθοδοι για αλλαγή αντιλήψεων/στάσεων (επιχειρηματολογία και πειθώ, προηγούμενες εμπειρίες, πρότυπα, κίνητρα)
 - ζ) Μέθοδοι για αλλαγή εξωτερικών μεταβλητών (αλλαγή προτύπων, διαθεσιμότητας/ προσβασιμότητας, κανόνων/νομοθεσίας, κοινωνική ενίσχυση)
3. Σχεδιασμός και οργάνωση του υλικού παρέμβασης, ο οποίος περιλαμβάνει τρεις διαδικασίες:
- α) τον λειτουργικό σχεδιασμό στρατηγικών
 - β) τον σχεδιασμό του υλικού του προγράμματος
 - γ) την παραγωγή και δοκιμή του υλικού
4. Υιοθέτηση και εφαρμογή του σχεδιασμού η οποία περιλαμβάνει:
- α) τη συνεργασία της ομάδας σχεδιασμού με την ομάδα υλοποίησης του προγράμματος
 - β) τη συγκεκριμενοποίηση των αντικειμένων που πρέπει να υλοποιηθούν και να εφαρμοστούν
 - γ) την καταγραφή του σχεδίου υλοποίησης
5. Δημιουργία ενός σχεδίου αξιολόγησης (αξιολόγηση διαδικασίας και αποτελέσματος)

Εκτός από την «Χαρτογράφηση της Παρέμβασης», ένας άλλος πρακτικός οδηγός για το σχεδιασμό, την εφαρμογή και την αξιολόγηση προγραμμάτων Αγωγής και Προαγωγής της Υγείας που αναπτύχθηκε είναι το «Πρότυπο Δράσης Σχεδιασμού, Εφαρμογής και Αποτίμησης». Το πρότυπο αυτό δημιουργήθηκε την δεκαετία του 1970 και αφορούσε κυρίως το σχεδιασμό παρεμβάσεων, στη συνέχεια όμως, τη δεκαετία του 1980, εξελίχθηκε ως προς την εφαρμογή και τέλος τη δεκαετία του 1990 ενσωμάτωσε την αξιολόγηση. Στην πρώτη φάση του «Προτύπου Δράσης Σχεδιασμού, Εφαρμογής και Αποτίμησης» πραγματοποιείται η εκτίμηση των πληροφοριών που αφορούν και επηρεάζουν την υγεία. Κατά τους Harris et al. (2009) η καλύτερη κατανόηση των αιτιών που οδηγούν στην παιδική παχυσαρκία μπορεί να διευκολύνει την ανάπτυξη παρεμβάσεων που βελτιώνουν τη σύνθεση του σώματος. Στη δεύτερη φάση, δηλαδή της εφαρμογής, αξιολογούνται οι παραπάνω πληροφορίες και παρέχονται τα εργαλεία παρέμβασης του πληθυσμού-στόχου. Στην τελική φάση γίνεται η αξιολόγηση του αποτελέσματος της παρέμβασης (Μανιός κ.α., 2007).

3.3 ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΑΝΑ ΤΟΝ ΚΟΣΜΟ

Η παιδική και εφηβική παχυσαρκία έχει πάρει διαστάσεις επιδημίας τα τελευταία χρόνια παγκοσμίως. Η δραματική αύξηση του φαινομένου της παχυσαρκίας καθώς και του πλήθους νοσημάτων που συνδέονται με αυτό ώθησαν τους διάφορους φορείς των κρατών στην ανάπτυξη προγραμμάτων παρέμβασης Διατροφικής Αγωγής.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.), το 2006, αναγνώρισε ότι η επιδημία της παχυσαρκίας αποτελεί σοβαρή απειλή στο χώρο της υγείας και επισήμανε την ανάγκη εφαρμογής μιας διεθνούς Πολιτικής δράσης. Έτσι, ο Π.Ο.Υ. και το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο προέτρεψαν τα κράτη να αναπτύξουν δράσεις στην σχολική κοινότητα, καθώς το σχολικό περιβάλλον αποτελεί ιδανικό χώρο εφαρμογής προγραμμάτων Αγωγής και προαγωγής της Υγείας (Kumar & Preetha, 2012).

Οι πρώτες σχολικές παρεμβάσεις Διατροφικής Αγωγής εφαρμόστηκαν στις ΗΠΑ, ενώ στη συνέχεια επεκτάθηκαν και στις υπόλοιπες χώρες.

Ένα μεγάλο πρόγραμμα που υλοποιήθηκε στις ΗΠΑ το 1977 ήταν το «Nutrition Education and Training Program» (NETP), το οποίο εστίαζε στη διδασκαλία μαθητών Δημοτικού της αξίας της ισορροπημένης διατροφής μέσα στην τάξη, αλλά και μέσα από το γεύμα του σχολικού εστιατορίου. Φορέας υλοποίησης ήταν το Υπουργείο Γεωργίας και το πρόγραμμα εφαρμόστηκε σε κάποιες χώρες υπό τη μορφή έρευνας. Μετά τα δύο έτη εφαρμογής παρατηρήθηκε βελτίωση των γνώσεων υγείας των μαθητών όλων των τάξεων και βελτίωση σε θέματα στάσεων στους μαθητές των πρώτων τάξεων, ενώ δεν σημειώθηκε βελτίωση των διατροφικών συνηθειών των μαθητών (Gillespie, 1984; Maretzki, 1979).

Ακολούθησε το πρόγραμμα «Nutrition in the Changing World», το οποίο σχεδιάστηκε από το πανεπιστήμιο της Πενσυλβάνιας, για διεθνή χρήση. Στόχεψε στην απόκτηση γνώσεων και ικανοτήτων ως προς τις διατροφικές επιλογές και εφαρμόστηκε σε μαθητές Νηπιαγωγείου, Δημοτικού και Γυμνασίου. Το πρόγραμμα διήρκεσε 9 εβδομάδες και περιελάμβανε δράσεις στην τάξη και το χώρο εστίασης του σχολείου όπως χειροτεχνίες, παιχνίδια, αφίσες κ.α.. Η παρέμβαση αυτή πέτυχε τη

βελτίωση των γνώσεων σε όλες τις τάξεις και των στάσεων στις πρώτες τάξεις (Shannon, Graves & Hart, 1982).

Ανάλογο πρόγραμμα υπήρξε το «Food.....Choice», το οποίο απευθυνόταν σε μαθητές Νηπιαγωγείου, Δημοτικού και Γυμνασίου. Και στην περίπτωση αυτή, τα αποτελέσματα έδειξαν βελτίωση των γνώσεων και αύξηση κατανάλωσης υγιεινών προϊόντων (McDonald, Brun & Esserman, 1981).

Μετά το 1970, στις ΗΠΑ, στον Καναδά και την Αυστραλία το ενδιαφέρον των παρεμβάσεων Αγωγής Υγείας στράφηκε στο μάθημα της Φυσικής Αγωγής. Πρώτη ερευνητική προσπάθεια έγινε στον Καναδά με το πρόγραμμα «The Trois Rivières Study», το οποίο αφορούσε αύξηση των ωρών διδασκαλίας Φυσικής Αγωγής στο αναλυτικό πρόγραμμα. Μετά από 4 έτη εφαρμογής, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι μαθητές της ομάδας παρέμβασης είχαν υψηλότερες επιδόσεις ως προς την καρδιοαναπνευστική αντοχή και την μυϊκή δύναμη (Sharma, 2006; Shephard et al., 1980).

Την ίδια περίοδο στις ΗΠΑ εφαρμόστηκε εκείνη το πρόγραμμα «Vigorous Exercise Program», σε μαθητές 6-7 ετών, από το οποίο προέκυψε αύξηση του χρόνου σωματικής άσκησης της ομάδας παρέμβασης στις ώρες Φυσικής Αγωγής αλλά και εκτός σχολείου (MacConnie et al., 1982). Στην Αυστραλία δημιουργήθηκε, με παρόμοιο σχεδιασμό, το πρόγραμμα «Daily Physical Education», που εφαρμόστηκε σε μαθητές 10 ετών και διήρκεσε 14 εβδομάδες. Παρατηρήθηκε ότι στην ομάδα παρέμβασης υπήρξε σημαντική μείωση του σωματικού λίπους και αύξηση της καρδιοαναπνευστικής αντοχής (Dwyer et al., 1983). Τέλος, και στην Ευρώπη, στη Σκωτία, εφαρμόστηκε πρόγραμμα φυσικής δραστηριότητας με την ονομασία «Developing a total concept of Physical Education» σε μαθητές 9-11 ετών, το οποίο είχε ως αποτέλεσμα την αύξηση των ικανοτήτων που σχετίζονται με την αθλητική απόδοση όπως μυϊκή ισχύς, ταχύτητα και ισορροπία (Pollatschek et al., 1986).

Από το 1980 και μετά, τα γενικά εκπαιδευτικά προγράμματα Διατροφής και τα προγράμματα για αυξημένη σωματική άσκηση, που αναλύθηκαν παραπάνω, εξελίχθηκαν σε προγράμματα αλλαγής συμπεριφορών σε θέματα διατροφής και άσκησης. Έτσι, σχεδιάστηκαν προγράμματα όπως το «Go for Health», το «Slice of Life», το «Food Service Project» και το «CV Risk Reduction». Τα αποτελέσματα αυτών των προγραμμάτων έδειξαν αλλαγές σε κάποιες συμπεριφορές αλλά και σε μεταβλητές όπως ο Δείκτης Μάζας Σώματος (Μανιός, 2007).

Ένα εξίσου σημαντικό πρόγραμμα που εφαρμόστηκε στο πλαίσιο αλλαγής συμπεριφοράς, ήταν το «Cardiovascular Health in Children» (CHIC), σε μαθητές Δημοτικού, που είχε στόχο τη μείωση των επιπέδων ολικής χοληστερόλης αίματος, αρτηριακής πίεσης, σωματικού λίπους, Δείκτη Μάζας Σώματος, καθώς και μείωση κακών συνηθειών, όπως το κάπνισμα. Μετά την εφαρμογή του, παρατηρήθηκε αύξηση των γνώσεων για την υγεία, της σωματικής άσκησης και μείωση του σωματικού λίπους και της χοληστερόλης (Harrel et al., 1998; <http://www.unc.edu/depts/chic>).

Στα προγράμματα που αναφέρθηκαν ως τώρα, δεν υπήρξε καμία συμμετοχή της οικογένειας των συμμετεχόντων. Όσον αφορά στα προγράμματα που είχαν εμπλοκή των γονέων, ένα από τα πιο μεγάλα είναι το «Know Your Body», το οποίο σχεδιάστηκε το 1970 από το American Health Foundation και εφαρμόστηκε σε μαθητές Νηπιαγωγείου και Δημοτικού, με σκοπό την παροχή γνώσεων και τη διαμόρφωση αντιλήψεων σχετικά με την υιοθέτηση υγιεινών συνηθειών (Resnicow et al., 1993).

Η παρέμβαση «Know Your Body» περιελάμβανε (<http://www.thirteen.org/closetohome/prevention/html/knowbody.html>):

- ο περιοδική επανεξέταση αρτηριακής πίεσης, βιοχημικές εξετάσεις, εξέταση φυσικής κατάστασης, εξέταση συνηθειών και γνώσεων για την υγεία
- ο παροχή γνώσεων από τους εκπαιδευτικούς, για θέματα διατροφής, άσκησης και πρόληψης χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών
- ο υλοποίηση δραστηριοτήτων εκτός τάξης, όπως στο κυλικείο του σχολείου
- ο δημιουργία βιβλίων συνταγών
- ο διαγωνισμό αφίσας
- ο οργάνωση δραστηριοτήτων με τους
- ο σεμινάρια γονέων

Το «Know Your Body» εφαρμόστηκε και στην Ελλάδα το 1978 και αποδείχθηκε αποτελεσματικό σε κάθε πρόγραμμα με την επίτευξη ποσοτικών και ποιοτικών αλλαγών.

Στο πρόγραμμα «Know Your Body» στηρίχθηκαν μετέπειτα και άλλα προγράμματα, όπως το «Heart Smart», στις ΗΠΑ, σε μαθητές Δημοτικού. Βάσει αυτού του προγράμματος, υλοποιήθηκαν παρεμβάσεις στο σχολείο και στο σπίτι των μαθητών. Αποτέλεσμα της παρέμβασης ήταν η βελτίωση των γνώσεων της ομάδας

παρέμβασης, η μείωση των επιπέδων χοληστερόλης και η τάση να επιλέγουν υγιεινά γεύματα στο εστιατόριο του σχολείου (Johnson et al., 1991).

Πολλά προγράμματα παρεμβάσεων Διατροφικής αγωγής συνδύαζαν όχι μόνο εμπλοκή της οικογένειας, αλλά και εμπλοκή της κοινότητας. Το CATCH το οποίο εξετάστηκε στην ενότητα 3.1. ανήκει σε αυτή την κατηγορία, ενώ αξίζει να εξετασθούν και άλλα δύο σημαντικά προγράμματα με συμμετοχή της ευρύτερης κοινότητας. Πρόκειται για την παρέμβαση «North Karelia Youth Project» και για το «Gimme 5: A Fresh Nutrition Concept For Students».

Το πρόγραμμα «North Karelia Youth Project» εφαρμόστηκε το 1978 στη Βόρεια Καρέλια, σε άτομα 13 ετών που φοιτούσαν στην έβδομη τάξη και στόχευε στην μείωση των νεαρών καπνιστών, στην αλλαγή διατροφικών συνηθειών (αύξηση κατανάλωσης φρούτων και λαχανικών, κατανάλωση γαλακτοκομικών προϊόντων), στη μείωση της αρτηριακής πίεσης και της χοληστερόλης. Με την υποστήριξη της Κυβέρνησης (Υπηρεσίες Υγείας, Κοινωνικές Υπηρεσίες, σχολεία), των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης και των βιομηχανιών τροφίμων το πρόγραμμα ολοκληρώθηκε με επιτυχία, καθώς παρατηρήθηκε μείωση των καπνιστών και μείωση της χοληστερόλης κυρίως στα κορίτσια (Millstein et al., 1993; Puska et al., 1982).

Στην περίπτωση του «Gimme 5: A Fresh Nutrition Concept For Students», στόχος του ήταν να αυξήσει την κατανάλωση φρούτων και λαχανικών. Ήταν ένα τετραετές πρόγραμμα, το οποίο παρακολουθούσε μαθητές 22 σχολείων της Νέας Ορλεάνης, από την ένατη ως την δωδέκατη τάξη. Χρησιμοποιώντας το «Πρότυπο Δράσης, Σχεδιασμού, Εφαρμογής και Αποτίμησης», το οποίο παρουσιάστηκε στην ενότητα 3.2., δημιούργησε το κατάλληλο περιβάλλον στην κοινότητα και στο σχολείο, ώστε να προωθήσει την κατανάλωση φρούτων και λαχανικών. Με τη βοήθεια των MME οργανώθηκε εκστρατεία ενημέρωσης, αναρτήθηκαν ανακοινώσεις και διαφημίσεις στην Κοινότητα, στα σχολεία και σε χώρους εργασίας. Μετά την παρέμβαση οι μαθητές Λυκείου άλλαξαν διατροφικές συνήθειες, εξαιτίας της μεγάλης επίδρασης από τα MME (Baranowski et al., 2000; O'Neil & Nicklas, T., 2002).

Η Sharma (2011) σε ανασκόπηση 25 σχολικών παρεμβάσεων Διατροφικής Αγωγής για τα έτη 2000 έως 2009, παρατήρησε ότι οι περισσότερες εφαρμόζονται σε μαθητές Γυμνασίου, εφαρμόζονται από τους εκπαιδευτικούς των σχολείων και

υλοποιούνται στο πλαίσιο των ωρολογίων προγραμμάτων, ενώ ελάχιστα ήταν τα προγράμματα διανομής φρούτων και λαχανικών.

3.4. ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

3.4.1. ΕΛΛΗΝΙΚΕΣ ΜΕΛΕΤΕΣ

Στην Ελλάδα οι παρεμβάσεις Διατροφικής Αγωγής ξεκίνησαν στις αρχές της δεκαετίας του '90.

Η πρώτη μεγάλη μελέτη υλοποιήθηκε στην Κρήτη, ανάλογη με τη μελέτη CATCH, στην οποία έγινε αναφορά σε προηγούμενη ενότητα. Η ελληνική παρέμβαση υλοποιήθηκε από τον Τομέα κοινωνικής Ιατρικής της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου της Κρήτης. Η μελέτη ξεκίνησε το 1992 και εφαρμόστηκε σε 4.171 μαθητές Δημοτικών σχολείων των νομών Ηρακλείου και του Ρεθύμνου, οι οποίοι αποτελούσαν την ομάδα παρέμβασης, ενώ συμμετείχαν και 1510 μαθητές του νομού Χανίων ως ομάδα ελέγχου. Στόχος της έρευνας ήταν η προώθηση υγιεινών διατροφικών συνηθειών και τρόπου ζωής σε μαθητές 6 ετών. Το πρόγραμμα περιελάμβανε ενημέρωση και έγκριση γονέων, πλήρη ιατρική εξέταση, σωματομετρήσεις, ερωτηματολόγια και συνεντεύξεις σε μαθητές και γονείς, μετρήσεις αρτηριακής πίεσης και αξιολόγηση της φυσικής δραστηριότητας με βάση μεθόδους παρατήρησης και συμμετοχής. Οι μακροπρόθεσμες συνέπειες της παρέμβασης εξετάστηκαν με έλεγχο 3, 4, 6 και 10 χρόνια μετά (Kafatos et al., 2007). Στην αξιολόγηση του προγράμματος 3 χρόνια μετά την υλοποίηση διαπιστώθηκαν θετικές αλλαγές στην πρόσληψη λίπους για την ομάδα παρέμβασης, καθώς και μικρότερη αύξηση του Δείκτη Μάζας Σώματος Δ.Μ.Σ. συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου (Manios et al., 1999b). Έξι χρόνια μετά έγινε έλεγχος των αλλαγών στις γνώσεις υγείας, στην πρόσληψη τροφής και της φυσικής δραστηριότητας. Σύμφωνα με τους Manio & Kafato (1999) οι γνώσεις υγείας βελτιώθηκαν σημαντικά για τους μαθητές της ομάδας παρέμβασης, ενώ η ημερήσια πρόσληψη ενέργειας αυξήθηκε σημαντικά στην ομάδα ελέγχου. Επίσης, ως προς τη φυσική δραστηριότητα, αυτή αυξήθηκε για την ομάδα παρέμβασης στον ελεύθερο της χρόνο από 1 ώρα/ημέρα σε ηλικία 6 ετών, σε 5,5 ώρες/ημέρα στην ηλικία των 12.

Σε αξιολόγηση που έγινε 10 χρόνια μετά, τα ευρήματα για την ομάδα παρέμβασης συγκριτικά με τους μαθητές της ομάδας ελέγχου ήταν τα εξής (Hatzis et al., 2010; Kafatos et al., 2007):

- ✓ μικρότερη αύξηση της αρτηριακής πίεσης μείωση του Δ.Μ.Σ.
- ✓ αύξηση της πρόσληψης καλίου και μαγνησίου
- ✓ αύξηση σωματικής δραστηριότητας
- ✓ καλύτερη απόδοση στο τρέξιμο
- ✓ μείωση ολικής χοληστερόλης
- ✓ μικρότερη εμφάνιση καπνίσματος

Το 2006 το Τμήμα Επιστήμης Διατροφής και Διαιτολογίας του Χαροκοπείου Πανεπιστημίου υλοποίησε τη μελέτη GENESIS (Growth, Exercise and Nutrition Epidemiological Study in preschoolers), με σκοπό να αξιολογήσει την επίδραση της τηλεόρασης στον επιπολασμό της παχυσαρκίας, σε παιδιά προσχολικής ηλικίας. Το δείγμα αποτελούνταν από 2.374 παιδιά, 1-5 ετών, από πέντε ελληνικούς νομούς. Η Αμερικανική ακαδημία Παιδιατρικής έχει προτείνει ένα όριο που δεν υπερβαίνει τις 2 ώρες/ημέρα μπροστά από την οθόνη, όριο το οποίο τηρούσε το 74% των συμμετεχόντων παιδιών της παρούσας έρευνας. Επίσης, στην έρευνα διαπιστώθηκε ότι το ποσοστό παχυσαρκίας ήταν μεγαλύτερο στα παιδιά που παρακολουθούσαν τηλεόραση πάνω από 2 ώρες/ημέρα συγκριτικά με αυτά που δεν ξεπερνούσαν το όριο (Manios et al., 2009).

Μια άλλη σημαντική έρευνα που υλοποιήθηκε το 2007 στους νομούς Αττικής και Θεσσαλονίκης ήταν η ELPYDES study. Η μελέτη αυτή πραγματοποιήθηκε με τη συμμετοχή 4.752 μαθητών Ε' και ΣΤ' τάξης, 100 Δημοτικών Σχολείων εξέτασε τους παράγοντες που επηρεάζουν τις διατροφικές επιλογές των μαθητών με συλλογή ερωτηματολογίων που συντάχθηκαν βάσει της μελέτης CATCH. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι υπάρχει μεγάλο αντίκτυπο της επίδρασης των φίλων, της οικογένειας, των διαφημίσεων και της εμφάνισης και γεύσης των τροφίμων όσον αφορά αυτά που επιλέγουν (Risvas et al., 2007).

Την ίδια χρονιά, μια άλλη σημαντική μελέτη υλοποιήθηκε σε μαθητές Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης. Πρόκειται για τη μελέτη VYRONAS (Vyronas Youth Regarding Obesity Nutrition and Attitudinal Styles) η οποία υλοποιήθηκε από το Κέντρο Υγείας Βύρωνα, σε συνεργασία με το Τμήμα Επιστήμης Διατροφής και Διαιτολογίας του Χαροκοπείου Πανεπιστημίου και το Εργαστήριο Ιατρικής και

Επιδημιολογίας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών. Το δείγμα αποτελούνταν από 191 μαθητές (ομάδα παρέμβασης και ομάδα ελέγχου) 12-13 ετών των Γυμνασίων της περιοχής Βύρωνα, η οποία επιλέχθηκε επειδή αντιπροσωπεύει τη μέση κοινωνικοοικονομική κατάσταση των κατοίκων της Αθήνας. Ο σχεδιασμός της παρέμβασης βασίστηκε στο πρόγραμμα Know Your body και στη θεωρία της Κοινωνικής Μάθησης και περιελάμβανε σεμινάρια των εκπαιδευτικών Οικιακής Οικονομίας οι οποίοι και υλοποίησαν τις δράσεις που προέβλεπε, ιατρικές εξετάσεις από το Κέντρο Υγείας Βύρωνα και εμπλοκή των γονέων. Ένα χρόνο μετά την παρέμβαση έγινε έλεγχος και διαπιστώθηκαν τα εξής αποτελέσματα υπέρ της ομάδας παρέμβασης σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου:

- ✓ Μείωση Δ.Μ.Σ.
- ✓ Μείωση ημερήσιας ενεργειακής πρόσληψης
- ✓ Μείωση συνολικής πρόσληψης λίπους
- ✓ Αύξηση συχνότητας κατανάλωσης φρούτων και δημητριακών
- ✓ Μείωση εβδομαδιαίας κατανάλωσης κόκκινου κρέατος

Αξίζει να σημειωθεί ότι βασικό πλεονέκτημα που οδήγησε σε επιτυχία της παρέμβασης ήταν το γεγονός ότι υλοποιήθηκε από τους ίδιους τους εκπαιδευτικούς των μαθητών, δηλαδή πρόσωπα που τους ήταν οικεία. Οι εκπαιδευτικοί δήλωσαν ενθουσιασμένοι για το έργο τους το οποίο στην πλειοψηφία τους το θεώρησαν μια πρόκληση που τους έδωσε τη δυνατότητα να δράσουν δημιουργικά πέρα από το συνηθισμένο εκπαιδευτικό πρόγραμμα σπουδών (Mihai et al., 2010).

3.4.2. ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΕ ΕΥΡΩΠΑΙΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.), από τις αρχές της δεκαετίας του '90 έθεσε στο επίκεντρο την Προαγωγή της Υγείας και προώθησε την ανάπτυξη δικτύων στους εργασιακούς χώρους και στους χώρους εκπαίδευσης (Κ.Ε.Μ.Ε.Τ.Ε., 2001). Στο πλαίσιο αυτό το 1992 ξεκίνησε το Ευρωπαϊκό Δίκτυο Σχολείων Προαγωγής της Υγείας (European Network of Health Promoting Schools). Η σύσταση και η επιτήρηση των δράσεων του Δικτύου έγινε από το Συμβούλιο της Ευρώπης, την Επιτροπή της Ευρωπαϊκής Ένωσης και το Γραφείο Ευρώπης του Π.Ο.Υ. (Π.Ε.ΕΚ.ΠΕ., 1995). Στόχος του προγράμματος ήταν η υιοθέτηση υγιεινού τρόπου ζωής ολόκληρης της σχολικής κοινότητας, μέσα από τη δημιουργία ενός

περιβάλλοντος, στο χώρο του σχολείου, που ενθαρρύνει και καθοδηγεί τους μαθητές, τους εκπαιδευτικούς και το υπόλοιπο προσωπικό (Γκούβρα και συν., 2005). Η Ελλάδα ορίστηκε ως συντονιστικό κέντρο του προγράμματος και το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού εφάρμοσε προγράμματα στα σχολεία της χώρας (Ε.Ν.Η.Ρ.Σ., 1997).

Η Ελλάδα, το 2010, συμμετείχε στο διεθνές πρόγραμμα HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) του Π.Ο.Υ., το οποίο αποτελεί μία από τις μεγαλύτερες έρευνες, καθώς συμμετείχαν 39 χώρες (www.epipsi.gr). Η υλοποίηση του HBSC στην Ελλάδα έγινε από το Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ.), σε 4.944 έφηβους μαθητές από 306 σχολεία. Τα αποτελέσματα της έρευνας παρέχουν πολύτιμες πληροφορίες και συνοψίζονται στα ακόλουθα (Κοκκέβη κ.α., 2011):

- Ένας στους 3 Έλληνες εφήβους δεν τρώει πρωινό στο σπίτι πριν το σχολείο
- Όσο μεγαλώνουν οι έφηβοι, η ποιότητα της διατροφής τους είναι πιο χαμηλή, καθώς μειώνουν την κατανάλωση φρούτων και λαχανικών και αυξάνουν την κατανάλωση αναψυκτικών και γλυκών
- Ένας στους 3 εφήβους ασκείται, τουλάχιστον 1 ώρα ημερησίως τις 5 ημέρες/εβδομάδα
- Ένας στους 4 εφήβους αισθάνεται παχύς
- Ένας στους 5 εφήβους είναι παχύσαρκος ή υπέρβαρος
- Ένας στους 6 εφήβους κάνει δίαιτα

Τα τελευταία χρόνια η Ευρωπαϊκή Επιτροπή χρηματοδοτεί προγράμματα στα οποία συμμετέχουν ελληνικά σχολεία και τα περισσότερα από αυτά βρίσκονται ακόμη σε εξέλιξη. Παρακάτω, γίνεται η περιγραφή τέτοιων παρεμβάσεων.

Η μελέτη HELENA (Healthy Lifestyles in Europe by Nutrition in Adolescence) ξεκίνησε το 2006 με στόχο τη συλλογή αξιόπιστων και συγκρίσιμων στοιχείων από ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα εφήβων. Τα δεδομένα αυτά αφορούν στις διατροφικές συνήθειες, στον επιπολασμό της παχυσαρκίας και στην φυσική δραστηριότητα των εφήβων. Οι ειδικότεροι στόχοι του προγράμματος είναι (www.helenastudy.com):

- Η ανάπτυξη καινοτόμων μεθόδων αξιολόγησης των συνθηκών και του τρόπου ζωής των εφήβων με έμφαση στη διατροφή και τη σωματική άσκηση

- Η διερεύνηση των γνώσεων και των στάσεων των Ευρωπαίων εφήβων για τη διατροφή και την άσκηση
- Η εξέταση των εθνικών, πολιτιστικών, κοινωνικών, γενετικών και διαφυλικών διαφορών και ομοιοτήτων
- Ο προσδιορισμός του ποσοστού εφήβων με διατροφικές διαταραχές
- Η ανάπτυξη εκπαιδευτικού προγράμματος για τη βελτίωση της υγείας των εφήβων
- Η ανάπτυξη στρατηγικών μάρκετινγκ για τους έφηβους καταναλωτές

Στη μελέτη HELENA συμμετέχουν εννέα Ευρωπαϊκές πόλεις: η Αθήνα και το Ηράκλειο, το Ντόρτμουντ (Γερμανία), η Γάνδη (Βέλγιο), η Λιλ (Γαλλία), η Πεκς (Ουγγαρία), η Ρώμη (Ιταλία), η Στοκχόλμη (Σουηδία), η Βιέννη (Αυστρία) και η Σαράγοβα (Ισπανία) (Rey-Lopez et al., 2010). Αποτελέσματα που έχουν προκύψει από παρεμβάσεις στο πλαίσιο του προγράμματος HELENA έδειξαν τα παρακάτω:

- Οι Martin-Matillas et al. (2010) εξέτασαν τη σχέση μεταξύ της φυσικής δραστηριότητας και της ενθάρρυνσης από συγγενείς και φίλους και διαπίστωσαν την σπουδαιότητα του ρόλου του κοινωνικού περιγύρου των εφήβων στην ενασχόληση με τη σωματική άσκηση.
- Οι Sese et al. (2012) παρουσίασαν αποτελέσματα σχετικά με τα τρόφιμα που επιλέγουν οι έφηβοι και αναφέρουν ότι προτιμούν σοκολάτες, burgers, πίτσα και αναψυκτικά. Ειδικότερα για τη διάρκεια που παρακολουθούν τηλεόραση οι Rey-Lopez et al. (2011) αναφέρουν ότι τα αγόρια επιλέγουν μπύρα και αναψυκτικά, ενώ τα κορίτσια προτιμούν χυμούς, νερό, αφεψημάτα και γλυκά.
- Οι Hallstrom et al. (2011b), εξέτασαν τις συνήθειες πρωινού και παρατήρησαν ότι το πρωινό γεύμα της πλειοψηφίας των εφήβων στην Ευρώπη είναι χαμηλής ποιότητας, κυρίως στην Ελλάδα, την Ιταλία και την Ισπανία. Επίσης ως προς τους παράγοντες που επηρεάζουν τις επιλογές του πρωινού γεύματος, οι Hallstrom et al. (2011a) αναφέρουν ότι κοινωνικό-δημογραφικοί παράγοντες, όπως το φύλο και η οικογένεια, επηρεάζουν το είδος του πρωινού

γεύματος και ως εκ τούτου θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη στον σχεδιασμό των παρεμβάσεων.

- Οι Vardavas et al. (2010) διερεύνησαν την έκθεση των εφήβων στο παθητικό κάπνισμα και συμπέραναν ότι σχεδόν όλοι οι έφηβοι του δείγματος (97,7%) είχαν ίχνη νικοτίνης που εξετάστηκαν με αιμοληψίες.
- Οι Rey-Lopez et al. (2010) εξέτασαν τις ώρες που περνούν οι έφηβοι μπροστά από την οθόνη τηλεόρασης, υπολογιστή κτλ. Και παρατήρησαν ότι τα αγόρια δαπανούν περισσότερες ώρες ημερησίως ενώ οι ώρες αυξάνονταν στην περίπτωση που υπήρχε κάποια οθόνη στο υπνοδωμάτιο τους.
- Οι Ortega et al. (2011) εξέτασαν τα επίπεδα φυσικής δραστηριότητας σε σχέση με τους παράγοντες κινδύνου εμφάνισης καρδιαγγειακών νοσημάτων και βρήκαν ότι υπάρχει αντιστρόφως ανάλογη σχέση.

Το πρόγραμμα IDEFICS (Identification and prevention of Dietary-and lifestyles-induced health Effects in Children and infants) ξεκίνησε επίσης το 2006 σε 9 Ευρωπαϊκές χώρες και διερεύνησε τους παράγοντες εμφάνισης παχυσαρκίας σε 17.000 μαθητές 2-10 ετών. Ο συντονισμός του προγράμματος γίνεται από το Ινστιτούτο Έρευνας Πρόληψης και Κοινωνικής Ιατρικής του Πανεπιστημίου της Βρέμης (www.ideficstudy.eu). Χαρακτηριστικό του προγράμματος είναι ότι ξεκινάει από τον Παιδικό Σταθμό και συνεχίζεται στο Δημοτικό, ενώ σε όλα τα στάδια περιελάμβανε εμπλοκή της οικογένειας. Με τη χρήση ενός συνόλου τυποποιημένων μετρήσεων και ερωτηματολογίων ερευνήθηκαν τα δεδομένα με τελικό στόχο της παρέμβασης την παρεμπόδιση εμφάνισης διατροφικών διαταραχών και η βελτίωση των γνώσεων των μαθητών (Μάστορα, 2008).

Το 2010 ξεκίνησε ένα άλλο μεγάλο πρόγραμμα Διατροφικής Αγωγής με την ονομασία ENERGY (European Energy balance Research to prevent excessive weight Gain among Youth), στο οποίο συμμετέχουν η Ελλάδα, το Βέλγιο, η Ουγγαρία, η Νορβηγία, η Ολλανδία, η Σλοβενία και η Ισπανία. Σκοπός του προγράμματος είναι η καταγραφή όλων εκείνων των συμπεριφοριστικών και κοινωνικό-οικονομικών παραμέτρων, καθώς και των δεικτών υγείας που σχετίζονται με τον επιπολασμό της παχυσαρκίας σε μαθητές 10-12 ετών. Η διαδικασία της

εφαρμογής του προγράμματος περιελάμβανε σωματομετρήσεις, καταγραφή διατροφικών συνηθειών, αξιολόγηση φυσικής δραστηριότητας, καταγραφή γνώσεων και αντιλήψεων των μαθητών σε θέματα διατροφής και υγείας και συλλογή πληροφοριών από τους γονείς (Brug et al., 2010; Van-Stralen, 2011).

Στο πλαίσιο της μελέτης αυτής τα αποτελέσματα έδειξαν τα εξής:

- Παράγοντες παχυσαρκίας αποτελούν η ώρες μπροστά από οθόνη, οι δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου, η συμμετοχή σε αθλητικές δραστηριότητες και οι ώρες ύπνου (Van-Stralen et al., 2011).
- Οι Brug et al. (2010) διαπίστωσαν ότι το οικογενειακό και σχολικό περιβάλλον ασκούν την μεγαλύτερη επιρροή στην εμφάνιση ή μη παχυσαρκίας.

Το πρόγραμμα TOYBOX (Multifactorial evidence based approach using behavioral models in understanding and promoting fun, healthy food, play and policy for the prevention of obesity in early childhood: ToyBox) ξεκίνησε το 2010 και θα ολοκληρωθεί το 2014. Στην μελέτη αυτή συμμετέχουν 15 Πανεπιστημιακά Ιδρύματα και Ινστιτούτα από 10 Ευρωπαϊκές χώρες με σκοπό την ανάπτυξη ενός πρόληψης της παχυσαρκίας για μαθητές 4-6 ετών. Οι ειδικότεροι στόχοι είναι: η επέκταση των γνώσεων των παιδιών, η κατανόηση των συμπεριφορών των παραγόντων που οδηγούν στην παιδική παχυσαρκία, η καθοδήγηση φορέων υγείας και παιδείας και η συμβολή στην χάραξη πολιτικής επέκτασης τέτοιου είδους παρεμβάσεων (www.toybox-study.eu). Στις περιπτώσεις που εφαρμόστηκε ως τώρα το πρόγραμμα ToyBox προέκυψαν συμπεράσματα και τα σημαντικότερα παρατίθενται παρακάτω:

- ❖ Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε 6 από τις εμπλεκόμενες χώρες, μεταξύ των άλλων και η Ελλάδα, συλλέχθηκαν δεδομένα για τις πολιτικές και τις δράσεις που γίνονται προς την κατεύθυνση βελτίωσης της διατροφής των παιδιών και διαπιστώθηκε πως και στις 6 χώρες (Βέλγιο, Γερμανία, Βουλγαρία, Ελλάδα, Πολωνία και Ισπανία) έλλειπαν οι πολιτικές και οι δραστηριότητες προαγωγής της υγείας στην προσχολική ηλικία (Nethe et al., 2012).
- ❖ Σε μια προσπάθεια συνολικής και συστηματικής ανασκόπησης, για τον εντοπισμό των πιο αποτελεσματικών μοντέλων και στρατηγικών αλλαγής συμπεριφοράς που υποστηρίζουν παρεμβάσεις σε παιδιά προσχολικής και σχολικής ηλικίας, οι Nixon et al. (2011) κατέληξαν στα εξής συμπεράσματα: πιο αποτελεσματικές ήταν όσες παρεμβάσεις βασίζονταν στη θεωρία της

Κοινωνικής Μάθησης, όσες είχαν συμμετοχή των γονέων, όσες εστίαζαν σε διατροφικές αλλαγές και αλλαγές φυσικής δραστηριότητας και όσες προέβλεπαν μακροχρόνια παρακολούθηση.

- ❖ Μια άλλη έρευνα στο πλαίσιο του *toybox*, η οποία εξέτασε ψυχολογικές και εκπαιδευτικές στρατηγικές που επηρεάζουν την συμπεριφορά των παιδιών σε σχέση με τη μείωση του κινδύνου ανάπτυξης παχυσαρκίας, παρατηρήθηκε ότι οι διατροφικές επιλογές μπορούν να αλλάξουν με τον προφορικό έπαινο από τους γονείς και όχι με την επιβράβευση με τρόφιμα και επιπλέον διαπιστώθηκε ότι η πλειοψηφία των παρεμβάσεων στη σχολική ηλικία έχουν περιορισμένη επιτυχία γιατί είναι μικρή η συμμετοχή των γονέων και τα παιδιά στην ηλικία των 6 ετών έχουν ήδη διαμορφώσει τις διατροφικές τους συνήθειες (Gibson et al., 2012),
- ❖ Σε αξιολόγηση των συστάσεων για την ανάπτυξη προγραμμάτων πρόληψης της παχυσαρκίας στην προσχολική ηλικία, οι Summerbell et al. (2011) διαπίστωσαν ότι: οι συστάσεις επικεντρώνονται στη διατροφική συμπεριφορά και τη φυσική δραστηριότητα και αποτελούν γενικές και απλές οδηγίες, ο εμπορικός τομέας παίζει ρόλο στην παρεμπόδιση ή διευκόλυνση της προσπάθειας δημιουργίας ενός ευνοϊκού περιβάλλοντος προώθησης υγιεινής διατροφής και ακόμη ότι η παιδική παχυσαρκία δεν αποτελεί ζήτημα μόνο για τον τομέα της εκπαίδευσης, αλλά είναι θέμα της τοπικής αυτοδιοίκησης, των μη κυβερνητικών οργανισμών και των Μέσων μαζικής Ενημέρωσης.

Στο πλαίσιο της Διατροφικής Πολιτικής της Ελλάδας, το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και το Υπουργείο Αγροτικής Ανάπτυξης, σε συνεργασία με το Υπουργείο Παιδείας Δια Βίου Μάθησης και Θρησκευμάτων, υλοποίησαν τα παρακάτω προγράμματα.

Το Νοσοκομείο Παιδών «Παν. & Αγλαΐας Κυριακού» (Τμήμα Αύξησης & Ανάπτυξης) στο πλαίσιο του εγκεκριμένου προγράμματος με θέμα «Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία: Αποτύπωση, πρόληψη και αντιμετώπιση της παιδικής παχυσαρκίας-Δράσεις για την άσκηση και την υγιεινή διατροφή», που εντάσσεται στο Εθνικό Σχέδιο Δράσης του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (Υ.Α. 123693/06-10-2010) και χρηματοδοτείται από το ΕΣΠΑ, πραγματοποιεί από το 2011 πανελλήνια επιδημιολογική έρευνα και παρέμβαση αγωγής και προαγωγής της υγείας σε περίπου 40.000 μαθητές των Δημοτικών Σχολείων και Γυμνασίων της χώρας. Το

πρόγραμμα βρίσκεται σε εξέλιξη και συνίσταται σε δύο φάσεις. Αρχικά, υλοποιούνται σωματομετρήσεις, μέτρηση αρτηριακής πίεσης, κλινική εκτίμηση σταδίου εφηβείας και καταγραφή επιπέδων σωματικής άσκησης. Επιπλέον, συλλέγονται δεδομένα με ερωτηματολόγια μαθητών και γονέων. Στη φάση αυτή πραγματοποιούνται και ενημερωτικές συναντήσεις για γονείς και μαθητές, στους οποίους διανέμεται και ενημερωτικό υλικό. Στη δεύτερη φάση, η οποία θα υλοποιηθεί το σχολικό έτος 2012-13, περιλαμβάνει ειδική διατροφική παρέμβαση σε μικρότερο δείγμα, όπου θα πραγματοποιηθεί και εξατομικευμένη επαφή με κάθε μαθητή και την οικογένειά του.

Τέλος, με την Υπουργική Απόφαση Φ.14/223/560625/Γ1/24-04-2011 του Υπουργείου Παιδείας εγκρίθηκε το «Σχέδιο Προώθησης της Κατανάλωσης Φρούτων στα Σχολεία για το σχολικό έτος 2010-2011 στην Ελλάδα». Το πρόγραμμα υλοποιήθηκε σε συνεργασία με το Υπουργείο Αγροτικής Ανάπτυξης και βάσει της απόφασης, μοιράστηκαν φρούτα σε Δημοτικά Σχολεία των νομών Αττικής και Θεσσαλονίκης, ενώ ταυτόχρονα προέτρεπε τους εκπαιδευτικούς να προβούν σε δράσεις ευαισθητοποίησης των μαθητών για θέματα υγιεινής διατροφής.

III. ΕΡΕΥΝΑ ΠΕΔΙΟΥ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^Ο

ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΕΙΠΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ

4.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Από το θεωρητικό μέρος προκύπτει η σπουδαιότητα του σχολείου στην ανάπτυξη των παιδιών και εφήβων, με την ιδιαίτερη συμβολή του εκπαιδευτικού, ο οποίος καλείται να διαδραματίσει έναν πολυσύνθετο ρόλο στην σωματική, γνωστική και ψυχοκοινωνική εξέλιξη του ατόμου. Εστιάζοντας στη Διατροφική Αγωγή, η οποία κατέχει εξέχουσα θέση στην Αγωγή και Προαγωγή της Υγείας των μαθητών και λαμβάνοντας υπόψη τον διεπιστημονικό χαρακτήρα της, σε συνδυασμό με το γεγονός της μη ύπαρξης ευρείας έρευνας, γεννήθηκε η ανάγκη της διερεύνησης των απόψεων και των στάσεων των εκπαιδευτικών όλων των ειδικοτήτων Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης για τις παρεμβάσεις Διατροφικής Αγωγής στις σχολικές μονάδες.

4.2. ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η παρούσα έρευνα αποσκοπεί στην εξέταση του ρόλου του εκπαιδευτικού στην προαγωγή της υγείας των μαθητών μέσα από τη διερεύνηση των απόψεων και των στάσεων τους σχετικά με τις παρεμβάσεις Διατροφικής Αγωγής στις σχολικές μονάδες Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης.

Οι ειδικότεροι στόχοι της έρευνας συνοψίζονται στους εξής:

- Να εξετάσει τις γνώσεις των εκπαιδευτικών για θέματα Διατροφής και παρεμβάσεων Διατροφικής Αγωγής
- Να εξετάσει τις διατροφικές συνήθειες των εκπαιδευτικών και δείκτες που σχετίζονται με τον τρόπο ζωής και τη φυσική κατάστασή τους, όπως το κάπνισμα και ο Δείκτης Μάζας Σώματος
- Να διερευνήσει την εικόνα που έχουν οι εκπαιδευτικοί για τον εαυτό τους ως προς την φυσική τους κατάσταση και την υγεία τους
- Να εξετάσει το ενδιαφέρον και την ενασχόληση των ίδιων με δράσεις που αφορούν στην Διατροφική Αγωγή

- Να εξετάσει τις απόψεις των εκπαιδευτικών σχετικά με τις εκπαιδευτικές δραστηριότητες που μπορούν να εφαρμοστούν στο πλαίσιο μιας παρέμβασης
- Να διερευνήσει τις απόψεις των εκπαιδευτικών για τη συμβολή των παρεμβάσεων στους μαθητές
- Να προσδιορίσει τους προγνωστικούς δείκτες ενασχόλησης με θέματα Διατροφικής Αγωγής

4.3. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η έρευνα στηρίχθηκε στη συλλογή δεδομένων με την μέθοδο του ερωτηματολογίου (Παράρτημα Γ). Το εργαλείο λοιπόν της έρευνας ήταν ένα ανώνυμο ερωτηματολόγιο με κλειστού και ανοικτού τύπου ερωτήσεις, το οποίο συντάχθηκε με βάση τους στόχους της έρευνας και έπειτα από βιβλιογραφική ανασκόπηση.

Το δείγμα της έρευνας επιλέχθηκε τυχαία και περιελάμβανε 270 εκπαιδευτικούς που υπηρετούν σε σχολικές μονάδες Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης (Γυμνάσια και Λύκεια) της Περιφέρειας Αττικής. Η συλλογή των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε κατά το διάστημα Ιανουαρίου-Μαρτίου 2012 σε 49 σχολεία της Αθήνας (Α', Β', Γ' & Δ' Αθήνας), σε 22 σχολεία του Πειραιά, σε 8 σχολεία της Ανατολικής και 5 σχολεία της Δυτικής Αττικής. Σημειώνεται ότι όλα τα σχολεία ήταν Δημόσια.

Η δομή του ερωτηματολογίου βασίστηκε σε τρεις ενότητες. Η πρώτη ενότητα αφορούσε στα ατομικά χαρακτηριστικά των ερωτηθέντων, η δεύτερη στην αξιολόγηση της εικόνας σώματος και η τρίτη ενότητα στις παρεμβάσεις Διατροφικής Αγωγής στο σχολείο.

Όσον αφορά στο δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου, αυτό προέκυψε από την ελληνική προσαρμογή του ερωτηματολογίου εκτίμησης εικόνας σώματος «Multidimensional Body-Self Relation Questionnaire- MBSRQ», του οποίου συγγραφέας είναι ο Thomas Cash.

Η επεξεργασία των δεδομένων που προέκυψαν από τα ερωτηματολόγια, έγινε στο στατιστικό πρόγραμμα SPSS 18, ύστερα από κωδικοποίηση των μεταβλητών.

Από τη ανάλυση προέκυψαν οι κατανομές των συχνοτήτων και οι συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών.

Ακολουθεί πίνακας που περιγράφει την ανάλυση ανά Διεύθυνση Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης:

A/A	Δ/ΝΣΗ Β/ΘΜΙΑΣ ΕΚΠ/ΣΗΣ	ΣΥΝΟΛΟ ΣΧΟΛΕΙΩΝ*	ΣΧΟΛΕΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ	ΣΥΝΟΛΟ ΕΚΠ/ΚΩΝ*	ΕΚΠ/ΚΟΙ ΕΡΕΥΝΑΣ
1	ΑΘΗΝΑΣ (Α', Β', Γ', Δ')	603	49	17.793	160
2	ΠΕΙΡΑΙΑ	151	22	3.748	58
3	ΑΝΑΤΟΛΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ	129	8	3.412	25
4	ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ	59	5	1.116	27
5	ΣΥΝΟΛΟ	942	84	26.069	270

*Υ.Π.Δ.Β.Μ.Θ., Διεύθυνση Προγραμματισμού & Επιχειρησιακών Ερευνών-Τμήμα Γ' Επιχειρησιακών Ερευνών & Στατιστικής

(<http://www.minedu.gov.gr/dioikhtika-eggrafa/genika-eggrafa/statistika-dedomena-ekpaideysis.html>)

4.4.ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ-ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ

4.4.1.ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Στην έρευνα συμμετείχαν 270 εκπαιδευτικοί, εκ των οποίων 91 (33,7%) άνδρες και 179 (66,3%) γυναίκες (Παράρτημα Α, πίν. 1α). Όσον αφορά την ηλικιακή σύνθεση του δείγματος, η μέση τιμή είναι 44,53 (Παράρτημα Α, πιν. 2β). Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων, δηλαδή 188 εκπαιδευτικοί (69,7%) ήταν άνω των 40 ετών, ενώ υπήρξαν 65 εκπαιδευτικοί (24,1%) μεταξύ 30-40 ετών και ένα μικρό ποσοστό (6,3%) 17 εκπαιδευτικών κάτω των 30 ετών (Παράρτημα Α, πίν. 2α). Η οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων έδειξε τους περισσότερους έγγαμους, σε ποσοστό 65,9%, άγαμους το 24,8 %, διαζευγμένους το 8,1 % και σε συμβίωση το 1,1% (Παράρτημα Α, πιν. 3α). Επιπλέον, γονείς ήταν οι 168 (62,2%) από τους 270 εκπαιδευτικούς (Παράρτημα Α, πίν. 4α).

Ως προς τις ειδικότητες των εκπαιδευτικών, αυτές ποικίλουν, με τα μεγαλύτερα ποσοστά στην ειδικότητα Φιλολόγων, Καθηγητών Ξένων Γλωσσών, Καθηγητών Φυσικής Αγωγής και Μαθηματικών. Πιο συγκεκριμένα, συμμετείχαν 61 Φιλολόγοι (22,4%), 43 καθηγητές Ξένων Γλωσσών (15,9%), 28 καθηγητές Φυσικής Αγωγής (10,4%), 27 Μαθηματικοί (10%) και οι υπόλοιποι άλλων ειδικοτήτων (Παράρτημα Α, πιν.5α). Οι ερωτώμενοι υπηρετούν στην πλειοψηφία τους σε Γυμνάσια της Αττικής, δηλαδή οι 168 (62,2%), ενώ οι υπόλοιποι 102 (37,8%) διδάσκουν σε Λύκεια της Αττικής (Παράρτημα Α, πίν. 7α). Σχετικά με τη διδακτική τους εμπειρία, 108 (40%) εκπαιδευτικοί είχαν 6-15 έτη υπηρεσίας, 91 (33,7%) εκπαιδευτικοί είχαν 16-25 έτη υπηρεσίας, 43 (15,9%) είχαν έως 5 έτη υπηρεσίας και οι υπόλοιποι 28 (10,4%) είχαν την μεγαλύτερη διδακτική εμπειρία, δηλαδή πάνω από 25 χρόνια (Παράρτημα Α, πίν. 8α).

Ένα μεγάλο μέρος του δείγματος, 88 (32,6%) εκπαιδευτικών, είχε Μεταπτυχιακό, ενώ λίγοι ήταν αυτοί που διέθεταν δεύτερο πτυχίο και ελάχιστοι Διδακτορικό (Παράρτημα Α, πίν. 9α). Εκπαίδευση ή επιμόρφωση σε θέματα Διατροφής είχαν 81 (30%) εκπαιδευτικοί, οι οποίοι συμμετείχαν σε ολιγοήμερα σεμινάρια ή ημερίδες και 22 (8,1%) εκπαιδευτικοί, οι οποίοι είχαν πιστοποίηση επιμόρφωσης μεγάλης διάρκειας (Παράρτημα Α, πίν. 10α).

Το ετήσιο εισόδημα των ερωτώμενων κυμαίνεται μεταξύ 10.000-20.000€ για 212 (78,5%) εκπαιδευτικούς, ενώ 40 (14,8%) εκπαιδευτικοί δήλωσαν ετήσιο εισόδημα μεγαλύτερο των 20.000€ και 18 (6,7%) εκπαιδευτικοί μικρότερο των 10.000€ (Παρ. Α, πίν. 11α)

4.4.2.ΔΕΙΚΤΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ

Από τους εκπαιδευτικούς που συμμετείχαν στην έρευνα ζητήθηκε να συμπληρώσουν, μεταξύ των άλλων, το βάρος και το ύψος τους. Από τις τιμές αυτές υπολογίστηκε ένας βασικός Δείκτης Υγείας, ο Δείκτης Μάζας Σώματος (Δ.Μ.Σ.), ο οποίος προκύπτει από το πηλίκο του βάρους σε kg προς το τετράγωνο του ύψους σε m (Κατσιλάμπρος, 2003). Βάσει του αποτελέσματος, έγινε η κατάταξη των εκπαιδευτικών σε «φυσιολογικού βάρους» εάν ο Δ.Μ.Σ. ήταν μέχρι 25 ($\Delta\text{Μ}\Sigma \leq 25$), σε «υπέρβαρους» εάν ο Δ.Μ.Σ. ήταν 25-30 και σε «παχύσαρκους» όταν ο Δ.Μ.Σ. ξεπερνούσε την τιμή 30 ($\Delta\text{Μ}\Sigma \geq 30$) (Παράρτημα Α, πίν. 12α).

Μια άλλη μεταβλητή που μετρήθηκε και μπορεί να αποτελέσει Δείκτη Υγείας είναι η συνήθεια του καπνίσματος. Έτσι, το δείγμα ερωτήθηκε αν καπνίζει και ποια η ποσότητα των τσιγάρων ημερησίως. Όπως προέκυψε, από τους 270 οι 98 (36,3%) εκπαιδευτικοί ήταν καπνιστές (Παρ. Α, πιν. 12α). Από αυτούς οι 52 καπνίζουν ένα πακέτο/ημέρα, οι 37 έως 10 τσιγάρα/ημέρα και οι υπόλοιποι 9 πάνω από ένα πακέτο/ημέρα (Παράρτημα Α, πίν. 13α).

Οι εκπαιδευτικοί κλήθηκαν ακόμη να απαντήσουν σε γενικές ερωτήσεις που αφορούν στις δικές τους διατροφικές συνήθειες και συμπεριφορές, χωρίς όμως να ζητείται λεπτομερής καταγραφή των τροφών που καταναλώνουν, καθώς αυτό δεν συνέπιπτε με τους ερευνητικούς στόχους.

Πίνακας Α: Κατανομή συχνοτήτων σε ποσοστό επί τις % σχετικά με τις απόψεις και στάσεις των εκπαιδευτικών για θέματα διατροφικών συνηθειών

ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Γνώση προτύπου Μεσογειακής Διατροφής	91,9	8,1
Τήρηση προτύπου Μεσογειακής Διατροφής	60,4	39,6
Κατανάλωση πέντε γευμάτων	33,3	66,7
Σπουδαιότητα πρωινού	89,6	10,4
Οι επιλογές των τροφών που καταναλώνουν στο χώρο του σχολείου αποτελούν παράδειγμα για τους μαθητές	62,2	37,8
Άποψη ότι οι διατροφικές επιλογές των εκπαιδευτικών αποτελούν βασικό παράγοντα για την κατάσταση της τωρινής και μελλοντικής υγείας τους	96,7	3,3

Όπως διακρίνεται στον πίνακα Α, η συντριπτική πλειοψηφία, δηλαδή το 91,9% του δείγματος δήλωσε ότι γνώριζε το πρότυπο της Μεσογειακής Διατροφής, ενώ το 60,4 % δήλωσε ότι το εφαρμόζει στο διαιτολόγιο του, τηρώντας τις αρχές του. Επιπρόσθετα, ένα μεγάλο ποσοστό εκπαιδευτικών, της τάξεως του 66,7%, δήλωσαν ότι δεν καταναλώνουν τα πέντε αναγκαία γεύματα την ημέρα, ενώ ένα εξίσου σημαντικό ποσοστό, της τάξεως του 89,6% απάντησε ότι θεωρεί σημαντικό το πρωινό γεύμα. Στον πίνακα Α παρατηρείται ότι αρκετοί εκπαιδευτικοί (37,8%), καταναλώνουν τρόφιμα στο χώρο του σχολείου τα οποία δεν αποτελούν υγιεινές επιλογές και πρότυπες για τους μαθητές τους. Ωστόσο, σχεδόν όλοι οι εκπαιδευτικοί, σε ποσοστό 96,7%, δήλωσαν ότι θεωρούν ότι η Διατροφή παίζει καθοριστικό ρόλο στην τωρινή και μελλοντική τους υγεία.

4.4.3. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΕΙΚΟΝΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ

Το δείγμα της έρευνας απάντησε σε μια σειρά ερωτήσεων που αφορούν τη φυσική κατάσταση και την υγεία τους. Η κατανομή των συχνοτήτων σε ποσοστά επί τις % περιγράφεται παρακάτω, ενώ οι ερωτήσεις αναλύονται περεταίρω στην ενότητα 4.6.

Πίνακας Β: Κατανομή των συχνοτήτων σε ποσοστά επί τις % σχετικά με την αξιολόγηση εικόνας σώματος των εκπαιδευτικών

Αξιολόγηση εικόνας σώματος	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
Θα περνούσα τα περισσότερα τεστ φυσικής κατάστασης	11,5	23,0	35,9	24,1	5,6
Η φυσική μου κατάσταση είναι καλή	2,2	11,1	35,9	44,8	5,9
Μαθαίνω εύκολα σωματικές δεξιότητες	4,4	15,2	37,0	34,4	8,9
Δεν είμαι καλός /η στα αγωνίσματα ή στα παιχνίδια	13,7	27,4	26,3	23,7	8,9
Από τη μια μέρα στην άλλη δεν γνωρίζω σε τι κατάσταση βρίσκεται η υγεία του σώματός μου	19,3	36,3	28,5	15,2	0,7
Είναι σημαντικό να έχω σωματική δύναμη	1,5	5,6	11,9	56,7	24,4
Δεν ακολουθώ ένα κανονικό πρόγραμμα εξάσκησης	9,3	17,0	17,0	41,5	15,2
Το να συμμετέχω σε αθλήματα δεν έχει νόημα για μένα	29,6	24,4	24,4	17,0	4,4
Δεν αθλούμαι για να διατηρηθώ σε καλή φυσική κατάσταση	28,1	18,9	23,7	23,3	5,9
Το να είμαι γυμνασμένος /η (σε καλή φυσική κατάσταση) δεν είναι προτεραιότητα στη ζωή μου	18,5	28,5	24,1	24,4	4,4
Ασχολούμαι με δραστηριότητες για να αυξήσω τη σωματική μου δύναμη	8,1	35,6	26,3	22,6	7,4
Σπάνια σκέφτομαι τις αθλητικές μου δεξιότητες	7,0	29,6	22,2	27,4	13,7
Γυμνάζομαι για να βελτιώσω τις σωματικές μου αντοχές	7,7	29,3	26,7	28,9	7,8
Δεν με ενδιαφέρει να βελτιώσω την απόδοσή μου στις φυσικές δραστηριότητες.	21,1	43,3	15,6	18,9	1,1
Προσπαθώ να είμαι σωματικά δραστήριος /α	3,7	10,0	25,2	48,1	13,0
Έχω πολλές γνώσεις σχετικά με τη φυσική μου κατάσταση	2,6	14,1	36,7	38,5	8,1

Ασχολούμαι με ένα άθλημα τακτικά κατά τη διάρκεια του χρόνου	27,8	30,4	21,5	15,6	4,8
Έχω τον έλεγχο της υγείας μου	1,9	10,0	39,6	40,4	8,1
Έχω αναπτύξει σκόπιμα έναν υγιεινό τρόπο ζωής	3,3	8,9	37,4	37,8	12,6
Η υγεία μου είναι ένα θέμα με αναπάντεχα σκαμπανεβάσματα	25,6	41,1	18,9	13,7	0,7
Σπάνια είμαι σωματικά άρρωστος /η.	1,1	10,7	33,0	47,4	7,8
Συχνά αισθάνομαι ευπρόσβλητος /η στις ασθένειες	17,4	37,4	26,7	17,8	0,7
Είμαι πολύ καλά συγκροτημένος /η	1,9	7,8	37,8	43,7	8,9
Είμαι ένα σωματικά υγιές άτομο	1,5	4,1	31,1	55,2	8,1
Γνωρίζω τους παράγοντες που επηρεάζουν την κατάσταση του σώματος	2,2	5,6	23,0	51,1	18,1
Από τα πιο σημαντικά πράγματα για μένα είναι να προσέχω την υγεία μου	3,7	3,3	21,1	47,4	24,4
Δεν κάνω τίποτα, που ενδεχομένως να βλάψει την υγεία μου	3,3	22,6	37,4	29,3	7,4
Συχνά διαβάζω βιβλία και περιοδικά που αναφέρονται στην υγεία	6,3	17,8	33,3	33,3	57,4
Παίρνω την υγεία μου στα σοβαρά.	1,9	3,3	10,7	55,9	28,1
Δεν κάνω καμία σημαντική προσπάθεια να ακολουθώ μια ισορροπημένη διατροφή	24,1	45,2	18,9	10,7	1,1
Είμαι πολύ ενήμερος /η ακόμη και για τις μικρές αλλαγές στη σωματική μου υγεία	1,9	14,8	41,5	31,5	10,4

Στον πίνακα Β, φαίνεται η εκτίμηση των προτάσεων που αφορούν την φυσική κατάσταση και υγεία των ατόμων, όπως αξιολογείται από τους ίδιους τους εκπαιδευτικούς. Παρατηρείται ότι σχεδόν οι μισοί (44,8%) εκπαιδευτικοί θεωρούν ότι έχουν καλή φυσική κατάσταση, ενώ περισσότεροι από τους μισούς (55,2%), θεωρούν ότι είναι σωματικά υγιείς. Παρόλο που το 40,4% του δείγματος συμφώνησε ότι έχει τον έλεγχο της υγείας του, ένα σημαντικό ποσοστό (17,8%) εκπαιδευτικών δήλωσαν ότι αισθάνονται ευπρόσβλητοι στις ασθένειες.

Οι ερωτώμενοι αξιολόγησαν τον εαυτό τους σε σχέση με τη σωματική τους δραστηριότητα και το 48,1% δήλωσε ότι προσπαθούν να είναι σωματικά δραστήριοι. Εντούτοις, ένα μεγάλο ποσοστό, της τάξεως του 41,5%, δήλωσε ότι δεν ακολουθεί ένα κανονικό πρόγραμμα εξάσκησης και μόνο το 15,6% του δείγματος δήλωσε ότι ασχολείται με ένα άθλημα τακτικά κατά τη διάρκεια του χρόνου.

Ως προς το εάν έχουν αναπτύξει έναν υγιεινό τρόπο ζωής, το συνολικό ποσοστό όσων απάντησαν ότι «συμφωνούσαν» και «συμφωνούσαν απόλυτα», είναι 40,4%. Όσον αφορά στη διατροφή τους, το 45,2% των ερωτώμενων δήλωσαν ότι ακολουθούν ισορροπημένη διατροφή, διαφωνώντας με την πρόταση που έλεγε ότι δεν κάνουν προσπάθεια για ισορροπημένη διατροφή.

Σχετικά με τις γνώσεις τους και το βαθμό ενημέρωσης σε θέματα υγείας, το 51,1% συμφώνησε με την πρόταση ότι γνωρίζει τους παράγοντες που επηρεάζουν την κατάσταση του σώματος, αλλά μόλις το 10,4% συμφώνησαν απόλυτα με την πρόταση ότι είναι πολύ ενημερωμένοι ακόμη και για μικρές αλλαγές στην σωματική τους υγεία. Επιπλέον, το 33,3% των εκπαιδευτικών είχαν ουδέτερη άποψη σχετικά με την πρόταση ότι συχνά διαβάζουν βιβλία ή περιοδικά για την υγεία.

4.4.4. ΕΙΔΙΚΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ

Σημαντικά δεδομένα της έρευνας προέκυψαν από μια σειρά ερωτήσεων που αφορούσαν στις γνώσεις των εκπαιδευτικών σχετικά με τις παρεμβάσεις Διατροφικής Αγωγής, στη συμμετοχή τους σ' αυτές, καθώς και τις απόψεις τους για τους τρόπους προσέγγισης στο σχολείο.

Πίνακας Γ: Κατανομή συχνοτήτων σε ποσοστό επί τις % σχετικά με τις γνώσεις εκπαιδευτικών για τις παρεμβάσεις Διατροφικής Αγωγής, τη συμμετοχή σε παρέμβαση και υλοποίηση από τους ίδιους

ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ (Δ.Α.)	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Γνώση διεθνών προγραμμάτων παρεμβάσεων Δ.Α.	7,8	92,2
Γνώση Ελληνικών προγραμμάτων παρεμβάσεων Δ.Α.	27,4	72,6
Συμμετοχή του σχολείου υπηρετήσης τους σε πρόγραμμα παρέμβασης Δ.Α.	20,7	79,3
Υλοποίηση από τους ίδιους προγράμματος παρέμβασης Δ.Α	15,2	84,8

Οι συμμετέχοντες, στην συντριπτική τους πλειοψηφία δεν γνώριζαν διεθνείς παρεμβάσεις Διατροφικής αγωγής, ούτε παρεμβάσεις στην Ελλάδα, σε ποσοστό 92,2% και 72,2% αντίστοιχα. Επίσης, το 20,7% δήλωσε ότι το σχολείο του είχε συμμετάσχει σε κάποιο πρόγραμμα παρέμβασης και μόλις το 15,2% των εκπαιδευτικών δήλωσε ότι είχε υλοποιήσει παρέμβαση (Πίνακας Γ). Οι εκπαιδευτικοί που δήλωσαν ότι γνώριζαν εγχώριες παρεμβάσεις, ανέφεραν το πρόγραμμα Διανομής Φρούτων σε Δημοτικά σχολεία, προληπτικούς ιατρικούς ελέγχους από Δημόσια Νοσοκομεία και έρευνες σε μαθητές με ερωτηματολόγια. Αυτοί που δήλωσαν ότι το σχολείο τους συμμετείχε σε παρέμβαση ανέφεραν τα προγράμματα Αγωγής Υγείας, στο πλαίσιο των καινοτόμων σχολικών δραστηριοτήτων. Όσον αφορά στους εκπαιδευτικούς που απάντησαν ότι έχουν οι ίδιοι υλοποιήσει παρέμβαση, ανέφεραν το Project στην Α' τάξη του Λυκείου, τα προγράμματα Αγωγής Υγείας με θέματα σχετικά με τη Διατροφή και σε κάποιες περιπτώσεις τις αναφορές που κάνουν όταν τους δίνεται η ευκαιρία στη διδασκαλία του γνωστικού αντικείμενου τους.

Πίνακας Δ: Κατανομή συχνοτήτων σε ποσοστό επί τις % σχετικά με την άποψη των εκπαιδευτικών για την αξιοποίηση γνωστικών αντικειμένων στην προσέγγιση ζητημάτων Διατροφής, στο πλαίσιο της Διαθεματικότητας

ΓΝΩΣΤΙΚΑ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΑ	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Θρησκευτικά	28,1	71,9
Φιλολογικά	33,3	66,7
Μαθηματικά	17,0	83,0
Φυσική/Χημεία	55,6	44,4
Βιολογία	80,4	19,6
Κοινωνιολογία	37,0	63,0
Μουσική/Καλλιτεχνικά	31,1	68,9
Ξένες Γλώσσες	35,2	64,8
Φυσική Αγωγή	90,4	9,6
Πληροφορική	36,7	63,3
Οικιακή Οικονομία	74,8	25,2
Γεωγραφία	31,5	68,5

Στην έρευνα εξετάσθηκε η Διαθεματικότητα της Διατροφικής Αγωγής, σε σχέση με τα γνωστικά αντικείμενα που διδάσκονται στη Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση. Όπως φαίνεται στον πίνακά Δ η Φυσική Αγωγή είναι το μάθημα που σχετίζουν οι περισσότεροι με τη Διατροφή, με ποσοστό 90,4%, ενώ δεύτερο είναι το μάθημα της Βιολογίας, με ποσοστό 80,4% και ακολουθεί η Οικιακή Οικονομία, με ποσοστό 74,8%. Στην ίδια ερώτηση το μικρότερο ποσοστό συγκέντρωσαν τα Μαθηματικά, αφού μόλις το 17% των εκπαιδευτικών πιστεύει ότι σχετίζεται με τη Διατροφική Αγωγή.

Οι ερωτώμενοι κλήθηκαν ακόμη να απαντήσουν σε μια σειρά ερωτήσεων με κλίμακα σημασιολογικής διαφοροποίησης από το 1 μέχρι το 5 που αντιστοιχούσε σε μεταβλητές από το «καθόλου» μέχρι το «πάρα πολύ».

Πίνακας Ε: κατανομή συχνοτήτων σε ποσοστό επί τις % σχετικά με την άποψη των εκπαιδευτικών για την σπουδαιότητα διαφόρων ειδών παρεμβάσεων Δ.Α.

ΕΙΔΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΝ	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΠΟΛΥ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ
Ένταξη σε πρόγραμμα αύξησης φυσικής δραστηριότητας	3,7	3,3	7,0	35,9	50,0
Καμπάνια ενημέρωσης του σχολικού & ευρύτερου κοινωνικού περιβάλλοντος	0,4	5,2	10,7	42,2	41,5
Εμπλοκή γονέων	1,9	7,0	25,2	28,1	37,8
Παρέμβαση στο κυλικείο με έλεγχο των προϊόντων που πωλούνται	0,7	4,1	10,0	35,6	49,6
Διανομή τροφίμων π.χ. φρούτων	0,7	1,5	7,8	28,1	61,9
Σωματομετρήσεις/ Παρακολούθηση από Διαιτολόγους	4,1	12,6	25,6	31,1	26,7
Έρευνες	4,1	17,4	27,4	30,0	21,1

Αρχικά, ερωτήθηκαν πόσο σημαντικές θεωρούνε επτά κατηγορίες παρεμβάσεων Διατροφικής Αγωγής, οι οποίες υλοποιούνται από φορείς εκτός σχολείου. Στον πίνακα Ε φαίνεται ότι η Διανομή φρούτων πήρε το μεγαλύτερο ποσοστό (61,9%) ως «πάρα πολύ» σημαντική παρέμβαση, όπως επίσης «πάρα πολύ» σημαντική θεωρήθηκε και η ένταξη σε πρόγραμμα φυσικής αγωγής, με ποσοστό 50% και η παρέμβαση στο κυλικείο του σχολείου, με ποσοστό 49,6%. Η καμπάνια ενημέρωσης του σχολικού και ευρύτερου περιβάλλοντος σημείωσε μεγάλα ποσοστά ως «πολύ» και «πάρα πολύ» σημαντική παρέμβαση, με ποσοστά 42,2% και 41,5% αντίστοιχα. Σύμφωνα με τους συμμετέχοντες δεν θεωρούνται τόσο σημαντικές παρεμβάσεις οι έρευνες, καθώς συγκέντρωσαν το μικρότερο ποσοστό ως «πολύ» σημαντικές και τα μεγαλύτερα ποσοστά ως «λίγο» σημαντικές και μέτριες.

Πίνακας ΣΤ: Κατανομή συχνοτήτων σε ποσοστό επί τις % σχετικά με την άποψη των εκπαιδευτικών για επιτόπιες επισκέψεις στο πλαίσιο παρεμβάσεων Δ.Α.

ΕΠΙΣΚΕΨΕΙΣ	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΠΟΛΥ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ
Μουσείο	39,3	27,0	17,8	13,0	3,0
Θέατρο	28,5	23,0	15,2	25,9	7,4
Βιβλιοθήκη	19,3	15,9	19,3	33,3	12,2
Μονάδα Βιολογικής Καλλιέργειας	1,1	2,6	7,4	37,4	51,5
Βιομηχανία τροφίμων	3,0	1,5	11,1	41,1	43,3
Λαϊκή αγορά	3,3	4,8	21,5	38,5	31,9
Σουπερ Μάρκετ	4,8	9,3	18,5	37,0	30,4
Ινστιτούτα-οργανισμοί Υγείας/Διατροφής/Άθλησης	3,7	2,2	10,7	31,9	41,5

Σε σχέση με τις εκπαιδευτικές επισκέψεις, οι οποίες μπορούν να πραγματοποιηθούν στο πλαίσιο μιας παρέμβασης Διατροφικής αγωγής, οι εκπαιδευτικοί απάντησαν ότι ενδείκνυται πάρα πολύ η επίσκεψη σε Μονάδα βιολογικής καλλιέργειας με ποσοστό 51,5%, σε βιομηχανία τροφίμων με ποσοστό 43,4% και σε Οργανισμούς Υγείας, Διατροφής ή Άθλησης με ποσοστό 41,5%. Η επίσκεψη σε μουσείο απορρίφθηκε σε μεγάλο ποσοστό, αφού το 39,3 % των ερωτώμενων δήλωσε ότι δεν συνδέεται «καθόλου» με τις παρεμβάσεις Διατροφικής Αγωγής (Πίνακας ΣΤ).

Πίνακας Ζ: Κατανομή των συχνοτήτων σε ποσοστό επί τις % σε σχέση με την άποψη των εκπαιδευτικών για εκπαιδευτικές δράσεις στο πλαίσιο παρεμβάσεων Δ.Α.

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΕΣ ΔΡΑΣΕΙΣ	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΠΟΛΥ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ
Λήψη πρωινού στο χώρο του σχολείου	10,7	9,6	11,9	27,8	40,0
Καταγραφή από τους μαθητές των προϊόντων που καταναλώνουν	5,6	8,5	18,1	37,8	30,0
Σύνταξη ημερήσιων/εβδομαδιαίων διαιτολογίων	6,3	10,7	20,0	37,0	25,9
Ζωγραφική/Κολλάζ με θέματα Διατροφής	7,4	11,9	21,5	38,9	20,4
Συγγραφή ποιημάτων ή τραγουδιών	18,1	21,5	25,9	24,8	9,6
Παιχνίδια παντομίμας	18,5	20,4	22,6	23,7	14,8
Σταυρόλεξα/Κρυπτόλεξα	15,6	22,2	26,7	23,7	11,9
Λογοτεχνικά βιβλία με θέματα Διατροφής	11,9	12,6	26,7	31,1	17,8
Ερευνητικές εργασίες (ερωτηματολόγιο, συνέντευξη)	4,4	4,4	10,0	37,4	43,7

Όσον αφορά στις παρεμβάσεις στο σχολείο που υλοποιούνται από τους εκπαιδευτικούς, χωρίς να εμπλέκονται άλλοι φορείς, δόθηκε μια σειρά από εκπαιδευτικές δραστηριότητες και τους ζητήθηκε να τις κρίνουν ως προς την καταλληλότητα με την ίδια κλίμακα από «καθόλου» έως «πάρα πολύ». Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτώμενων απάντησε ως «πάρα πολύ» κατάλληλη την υλοποίηση ερευνητικών εργασιών από τους μαθητές με ποσοστό 43,7%, ενώ μεγάλο μέρος του δείγματος πιστεύει ότι «πάρα πολύ» κατάλληλη είναι η λήψη πρωινού γεύματος των εκπαιδευτικών μαζί με τους μαθητές στο χώρο του σχολείου, με ποσοστό 40%. Τα μεγαλύτερα ποσοστά ως «καθόλου» κατάλληλες μεθόδους σημείωσαν τα παιχνίδια παντομίμας με ποσοστό 18,1% και η συγγραφή ποιημάτων ή τραγουδιών σχετικών με το θέμα Διατροφής με ποσοστό 18,5% (Πίνακας Ζ).

Πίνακας Η: Κατανομή συχνοτήτων σε ποσοστό επί τις % σχετικά με την άποψη των εκπαιδευτικών για την επίδραση στους μαθητές των παρεμβάσεων Δ.Α.

ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ Δ.Α.	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΠΟΛΥ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ
Ψυχοσωματική ανάπτυξη	5,6	3,7	7,8	46,7	36,3
Υγεία	1,5	4,1	8,9	27,8	57,8
Διατήρηση Φυσιολογικού βάρους	0,4	3,3	13,0	37,0	46,3
Βελτίωση διάθεσης	0,4	3,0	13,0	54,8	28,9
Ενίσχυση αυτοπεποίθησης	0,4	4,4	17,4	43,7	34,1
Σχολική επίδοση	7,0	14,4	27,0	35,6	15,9

Στην ερώτηση που αφορούσε στην επίδραση στους μαθητές των παρεμβάσεων Διατροφικής Αγωγής, το 57,8% πιστεύει ότι επηρεάζουν «πάρα πολύ» την υγεία των μαθητών, το 46,3% πιστεύει επηρεάζουν «πάρα πολύ» τη διατήρηση φυσιολογικού βάρους, ενώ μικρό ήταν το ποσοστό αυτών που πιστεύουν ότι επιδρά «πάρα πολύ» στην σχολική επίδοση (15,9%). Επιπρόσθετα, ένα σημαντικό ποσοστό, της τάξεως του 54,8% πιστεύει οι εν λόγω παρεμβάσεις επηρεάζουν «πολύ» την βελτίωση της διάθεσης των μαθητών και ένα ποσοστό της τάξεως 43,7% ότι ενισχύουν «πολύ» την αυτοπεποίθησή τους (Πίνακας Η).

4.5. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΛΕΓΧΟΥ ΥΠΟΘΕΣΕΩΝ ΑΝΕΞΑΡΤΗΣΙΑΣ ΜΕ ΤΗ ΒΟΗΘΕΙΑ ΤΟΥ χ^2 ΤΕΣΤ (CHI-SQUARE)-ΠΙΝΑΚΕΣ ΔΙΠΛΗΣ ΕΙΣΟΔΟΥ

Για την εξέταση της εξάρτησης μεταξύ δύο μεταβλητών που αφορούν το δείγμα της έρευνας πραγματοποιήθηκε έλεγχος υπόθεσης χ^2 .

Ο έλεγχος υποθέσεων εκφράζεται με δύο μορφές:

- Η H_0 , δηλαδή η μηδενική υπόθεση, σύμφωνα με την οποία οι δύο μεταβλητές είναι ανεξάρτητες.
- Η H_A , δηλαδή η εναλλακτική υπόθεση, σύμφωνα με την οποία υπάρχει εξάρτηση μεταξύ των δύο μεταβλητών.

Σύμφωνα με την τιμή του p-value, το οποίο εκφράζει την πιθανότητα παρατήρησης του χ^2 , καταλήγουμε στα παρακάτω συμπεράσματα:

- Όταν το $p\text{-value} < 0,10$ αποδεχόμαστε την εναλλακτική υπόθεση H_A και καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι οι δύο μεταβλητές δεν είναι ανεξάρτητες σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας είναι 10%.
- Όταν το $p\text{-value} < 0,05$ αποδεχόμαστε την εναλλακτική υπόθεση H_A και καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι υπάρχει εξάρτηση ανάμεσα στις δύο μεταβλητές σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας είναι 5%.
- Όταν το $p\text{-value} < 0,01$ αποδεχόμαστε την εναλλακτική υπόθεση H_A και καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι υπάρχει σχέση εξάρτησης μεταξύ των δύο μεταβλητών σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας είναι 1% (Κυριακούσης, 2000).

Με στόχο την επίτευξη μεγαλύτερης εγκυρότητας των αποτελεσμάτων των συσχετίσεων ($\text{cells} \leq 25\%$), ήταν αναγκαία η συγχώνευση κάποιων σε ψευδομεταβλητές ως εξής:

Κλίμακα Likert

Καθόλου: 1, Λίγο: 2, Μέτρια: 3, Πολύ: 4, Πάρα πολύ: 5

Οι αριθμοί 1 έως 5 παριστάνουν την αρχική κωδικοποίηση, ενώ μετά τη συγχώνευση η τελική κωδικοποίηση έγινε από το 1 έως 3 ως εξής:

Κλίμακα Likert

Αρνητική άποψη: 1, Ουδέτερη άποψη: 2, Θετική άποψη: 3

4.5.1. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΛΕΓΧΟΥ ΥΠΟΘΕΣΕΩΝ ΑΝΕΞΑΡΤΗΣΙΑΣ χ^2

Πίνακας 1: Ηλικιακή ομάδα σε σχέση με το ΔΜΣ (Παράρτημα Β, πίν. 1β)

<i>Ηλικία \ ΔΜΣ</i>		Φυσιολογικού Βάρους	Υπέρβαροι	Παχύσαρκοι	Σύνολο
Έως 30 ετών	Ποσοστά κατά γραμμές	76,5%	23,5%	0,0%	100,0%
	Ποσοστά επί του συνόλου	4,8%	1,5%	0,0%	6,3%
31-40 ετών	Ποσοστά κατά γραμμές	81,5%	15,4%	3,1%	100,0%
	Ποσοστά επί του συνόλου	19,6%	3,7%	0,7%	24,1%
Άνω των 40 ετών	Ποσοστά κατά γραμμές	51,1%	41,5%	7,4%	100,0%
	Ποσοστά επί του συνόλου	35,6%	28,9%	5,2%	69,6%
Σύνολο	Ποσοστά κατά γραμμές	60,0%	34,1%	5,9%	100,0%
	Ποσοστά επί του συνόλου	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Η εκτίμηση του ελέγχου ανεξαρτησίας χ^2 για τις μεταβλητές «ηλικία» και «ΔΜΣ», έδωσε τιμή $\chi^2=21,180$ και $P\text{-value}=0,000 < \alpha=0,01$. Επομένως, απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση (H_0) και ο ΔΜΣ εξαρτάται στατιστικά από την ηλικία σε επίπεδο σημαντικότητας 1%. Πιο συγκεκριμένα στον πίνακα 1 φαίνεται ότι περισσότεροι εκπαιδευτικοί φυσιολογικού βάρους είναι αυτοί που ανήκουν στην δεύτερη ηλικιακή ομάδα, δηλ. 31-40 ετών, ενώ οι περισσότεροι υπέρβαροι ή παχύσαρκοι είναι αυτοί που έχουν ηλικία άνω των 40 ετών. Παρατηρείται λοιπόν ότι σε μεγαλύτερες ηλικίες είναι πιο υψηλά τα ποσοστά εμφάνισης παχυσαρκίας.

Πίνακας 2: Ηλικιακή ομάδα σε σχέση με την υλοποίηση παρέμβασης Διατροφικής Αγωγής (Δ.Α.) (Παράρτημα Β, πίν. 2β)

Υλοποίηση Παρέμβασης Ηλικία		ΝΑΙ	ΟΧΙ	Σύνολο
Έως 30 ετών	Ποσοστά κατά γραμμές	35,3%	64,7%	100,0%
	Ποσοστά επί του συνόλου	2,2%	4,1%	6,3%
31-40 ετών	Ποσοστά κατά γραμμές	10,8%	89,2%	100,0%
	Ποσοστά επί του συνόλου	2,6%	21,5%	24,1%
Άνω των 40 ετών	Ποσοστά κατά γραμμές	14,9%	85,1%	100,0%
	Ποσοστά επί του συνόλου	10,4%	59,3%	69,6%
Σύνολο	Ποσοστά κατά γραμμές	15,2%	84,8%	100,0%
	Ποσοστά επί του συνόλου	100,0%	100,0%	100,0%

Η εκτίμηση του ελέγχου ανεξαρτησίας X^2 για τις μεταβλητές «ηλικία» και «υλοποίηση παρέμβασης», έδωσε τιμή $X^2=6,334$ και $P\text{-value}=0,042 < \alpha=0,05$. Άρα, απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση (H_0), επομένως υπάρχει στατιστικά σημαντική εξάρτηση της ηλικίας των ερωτώμενων σε σχέση το εάν έχουν υλοποιήσει παρέμβαση σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 5%.

Αναλυτικότερα, όπως φαίνεται και στον παραπάνω πίνακα, από τους εκπαιδευτικούς που δήλωσαν ότι έχουν υλοποιήσει παρέμβαση, οι περισσότεροι (35,3%) είναι κάτω των 30 ετών, γεγονός που δείχνει ότι οι νεότεροι εκπαιδευτικοί παρουσιάζουν μεγαλύτερο ενδιαφέρον για την υλοποίηση παρεμβάσεων στο σχολείο.

Πίνακας 3: Ύπαρξη παιδιών σε σχέση με την υλοποίηση παρέμβασης Διατροφικής Αγωγής (Δ.Α.) (Παράρτημα Β, πίν. 3β)

Υλοποίηση Παρέμβασης Ύπαρξη παιδιών		ΝΑΙ	ΟΧΙ	Σύνολο
Με παιδιά	Ποσοστά κατά γραμμές	18,5%	81,5%	100,0%
	Ποσοστά επί του συνόλου	11,5%	50,7%	62,2%
Χωρίς παιδιά	Ποσοστά κατά γραμμές	9,8%	90,2%	100,0%
	Ποσοστά επί του συνόλου	3,7%	34,1%	37,8%
Σύνολο	Ποσοστά κατά γραμμές	15,2%	84,8%	100,0%
	Ποσοστά επί του συνόλου	100,0%	100,0%	100,0%

Η εκτίμηση του ελέγχου ανεξαρτησίας X^2 για τις μεταβλητές «ύπαρξη παιδιών» και «υλοποίηση παρέμβασης», έδωσε τιμή $X^2=3,686$ και $P\text{-value}=0,055 < \alpha=0,10$. Άρα, απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση (H_0), επομένως υπάρχει στατιστικά σημαντική εξάρτηση της ύπαρξης παιδιών των ερωτώμενων σε σχέση το εάν έχουν υλοποιήσει παρέμβαση σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 10%. Παρατηρείται, ότι οι εκπαιδευτικοί που έχουν παιδιά έχουν υλοποιήσει σε μεγαλύτερο ποσοστό παρέμβαση Διατροφικής Αγωγής (πίνακας 3).

Πίνακας 4: Ηλικιακή ομάδα σε σχέση με την κατανάλωση πέντε γευμάτων (Παράρτημα Β, πίν. 4β)

<i>Ηλικία</i> \ <i>Κατανάλωση πέντε γευμάτων</i>		ΝΑΙ	ΟΧΙ	Σύνολο
Έως 30 ετών	Ποσοστά κατά γραμμές	29,4%	70,6%	100,0%
	Ποσοστά επί του συνόλου	1,9%	4,4%	6,3%
31-40 ετών	Ποσοστά κατά γραμμές	47,7%	52,3%	100,0%
	Ποσοστά επί του συνόλου	11,5%	12,6%	24,1%
Άνω των 40 ετών	Ποσοστά κατά γραμμές	28,7%	49,6%	100,0%
	Ποσοστά επί του συνόλου	20,0%	49,6%	69,6%
Σύνολο	Ποσοστά κατά γραμμές	33,3%	66,7%	100,0%
	Ποσοστά επί του συνόλου	100,0%	100,0%	100,0%

Η εκτίμηση του ελέγχου ανεξαρτησίας X^2 για τις μεταβλητές «ηλικία» και «κατανάλωση πέντε γευμάτων», έδωσε τιμή $X^2=7,946$ και $P\text{-value}=0,019 < \alpha=0,05$. Άρα, απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση (H_0), επομένως υπάρχει στατιστικά σημαντική εξάρτηση της ηλικίας των ερωτώμενων σε σχέση το εάν έχουν υλοποιήσει παρέμβαση σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 5%. Από τον πίνακα 4 διαπιστώνεται ότι οι πιο νέοι εκπαιδευτικοί κάτω των 30 ετών δεν καταναλώνουν σε μεγαλύτερο βαθμό πέντε γεύματα.

Πίνακας 5: Η σπουδαιότητα του πρωινού γεύματος σε σχέση με την ηλικία (Παράρτημα Β, πίν. 5β)

<i>Ηλικία</i> <i>Σπουδαιότητα πρωινού γεύματος</i>		Έως 30 ετών	30-40 ετών	Άνω των 40	Σύνολο
ΝΑΙ	Ποσοστά κατά γραμμές	6,2%	26,4%	67,4%	100,0%
	Ποσοστά επί του συνόλου	5,6%	23,7%	60,4%	89,6%
ΟΧΙ	Ποσοστά κατά γραμμές	7,1%	3,6%	89,3%	100,0%
	Ποσοστά επί του συνόλου	0,7%	0,4%	9,3%	10,4%
Σύνολο	Ποσοστά κατά γραμμές	6,3%	24,1%	69,6%	100,0%
	Ποσοστά επί του συνόλου	100,0%	100,0%	100%	100,0%

Η εκτίμηση του ελέγχου ανεξαρτησίας X^2 για τις μεταβλητές «σπουδαιότητα πρωινού» και «ηλικία», έδωσε τιμή $X^2=7,224$ και $P\text{-value}=0,027 < \alpha=0,05$. Άρα, απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση (H_0), επομένως υπάρχει στατιστικά σημαντική εξάρτηση της άποψης για την σπουδαιότητα του πρωινού γεύματος και της ηλικίας των ερωτώμενων, σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 5%.

Πίνακας 6: Εκπαίδευση ή επιμόρφωση σε θέματα Διατροφής σε σχέση με την υλοποίηση παρέμβασης Διατροφικής Αγωγής (Δ.Α.) (Παράρτημα Β, πίν. 6β)

<i>Εκπ/ση ή επιμόρφωση σε θέματα Διατροφής</i>	<i>Υλοποίηση</i>			
	<i>Παρέμβασης</i>	ΝΑΙ	ΟΧΙ	Σύνολο
Πιστοποίηση μεγάλης διάρκειας	Ποσοστά κατά γραμμές	50,0%	50,0%	100,0%
	Ποσοστά επί του συνόλου	4,1%	4,1%	8,1%
Ολιγοήμερα Σεμινάρια/ Ημερίδες	Ποσοστά κατά γραμμές	24,7%	75,3%	100,0%
	Ποσοστά επί του συνόλου	7,4%	22,6%	30,0%
Τίποτα	Ποσοστά κατά γραμμές	6,0%	94,0%	100,0%
	Ποσοστά επί του συνόλου	3,7%	58,1%	61,9%
Σύνολο	Ποσοστά κατά γραμμές	15,2%	84,8%	100,0%
	Ποσοστά επί του συνόλου	100,0%	100,0%	100,0%

Η εκτίμηση του ελέγχου ανεξαρτησίας χ^2 για τις μεταβλητές «εκπαίδευση ή επιμόρφωση σε θέματα Διατροφής» και «υλοποίηση παρέμβασης», έδωσε τιμή $\chi^2=37,356$ και $P\text{-value}=0,000 < \alpha=0,01$. Άρα, απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση (H_0), επομένως υπάρχει στατιστικά σημαντική εξάρτηση της εκπαίδευσης των ερωτώμενων σε θέματα Διατροφής, σε σχέση το εάν έχουν υλοποιήσει παρέμβαση σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 1%. Από τον πίνακα 6 προκύπτει ότι οι μισοί από αυτούς που έχουν μεγαλύτερη εκπαίδευση σε θέματα Διατροφής, έχουν υλοποιήσει παρέμβαση, κάτι που δείχνει ότι οι αυξημένες γνώσεις σε θέματα Διατροφής αυξάνουν την πιθανότητα ενασχόλησης με την Διατροφική Αγωγή.

Πίνακας 7: Διδακτική εμπειρία σε σχέση με χρησιμότητα των εκπαιδευτικών δράσεων (Παράρτημα Β, πίν. 7β)

Χρησιμότητα εκπαιδευτικών δράσεων Διδακτική εμπειρία		ΝΑΙ	ΟΧΙ	Σύνολο
Έως 5 έτη	Ποσοστά κατά γραμμές	90,7%	9,3%	100,0%
	Ποσοστά επί του συνόλου	14,4%	1,5%	15,9%
6-15 έτη	Ποσοστά κατά γραμμές	93,5%	6,5%	100,0%
	Ποσοστά επί του συνόλου	37,4%	2,6%	40,0%
16-25 έτη	Ποσοστά κατά γραμμές	95,6%	4,4%	100,0%
	Ποσοστά επί του συνόλου	32,2%	1,5%	33,7%
Πάνω από 26 έτη	Ποσοστά κατά γραμμές	78,6%	2,4%	100,0%
	Ποσοστά επί του συνόλου	8,1%	2,2%	10,4%
Σύνολο	Ποσοστά κατά γραμμές	92,2%	7,8%	100%
	Ποσοστά επί του συνόλου	100,0%	100,0%	100,0%

Η εκτίμηση του ελέγχου ανεξαρτησίας χ^2 για τις μεταβλητές «διδακτική εμπειρία» και «χρησιμότητα εκπαιδευτικών δράσεων», έδωσε τιμή $\chi^2=9,118$ και $P\text{-value}=0,028 < \alpha=0,05$. Άρα, απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση (H_0), επομένως υπάρχει στατιστικά σημαντική εξάρτηση της διδακτικής εμπειρίας των ερωτώμενων, σε σχέση το εάν θεωρούν χρήσιμες τις εκπαιδευτικές δραστηριότητες στις παρεμβάσεις Διατροφικής Αγωγής, σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 5%. Από τον πίνακα 7 προκύπτει ότι οι περισσότεροι που θεωρούν χρήσιμες της εκπαιδευτικές δράσης έχουν προϋπηρεσία 16-25 έτη.

Πίνακας 8: Φύλο σε σχέση με την γνώση του πρότυπου Μεσογειακής Διατροφής (Παράρτημα Β, πίν. 8β)

<i>Γνώση Πρότυπου Μεσογειακής Διατροφής</i>		ΝΑΙ	ΟΧΙ	Σύνολο
Φύλο				
Ανδρας	Ποσοστά κατά γραμμές	83,5%	16,5%	100,0%
	Ποσοστά επί του συνόλου	28,1%	5,6%	33,7%
Γυναίκα	Ποσοστά κατά γραμμές	96,1%	3,9%	100,0%
	Ποσοστά επί του συνόλου	63,7%	2,6%	66,3%
Σύνολο	Ποσοστά κατά γραμμές	91,9%	8,1%	100,0%
	Ποσοστά επί του συνόλου	100,0%	100,0%	100,0%

Η εκτίμηση του ελέγχου ανεξαρτησίας χ^2 για τις μεταβλητές «φύλο» και «γνώση πρότυπου Μεσογειακής Διατροφής», έδωσε τιμή $\chi^2=12,743$ και $P\text{-value}=0,000 < \alpha=0,01$. Άρα, απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση (H_0), επομένως υπάρχει στατιστικά σημαντική εξάρτηση του φύλου των ερωτώμενων, σε σχέση το εάν γνωρίζουν το πρότυπο Μεσογειακής Διατροφής, σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 1%.

Πίνακας 9: Εκπαίδευση σε θέματα Διατροφής σε σχέση με την γνώση Διεθνών προγραμμάτων Διατροφικής Αγωγής (Δ.Α.) (Παράρτημα Β, πίν. 9β)

Εκπ/ση ή επιμόρφωση σε θέματα Διατροφής		Γνώση διεθνών προγραμμάτων Δ.Α.	ΝΑΙ	ΟΧΙ	Σύνολο
Πιστοποίηση μεγάλης διάρκειας	Ποσοστά κατά γραμμές		27,3%	72,7%	100,0%
	Ποσοστά επί του συνόλου		2,2%	5,9%	8,1%
Ολιγοήμερα Σεμινάρια/ Ημερίδες	Ποσοστά κατά γραμμές		8,6%	91,4%	100,0%
	Ποσοστά επί του συνόλου		2,6%	27,4%	30,0%
Τίποτα	Ποσοστά κατά γραμμές		4,8%	95,2%	100,0%
	Ποσοστά επί του συνόλου		3,0%	58,9%	61,9%
Σύνολο	Ποσοστά κατά γραμμές		7,8%	92,2%	100,0%
	Ποσοστά επί του συνόλου		100,0%	100,0%	100,0%

Η εκτίμηση του ελέγχου ανεξαρτησίας χ^2 για τις μεταβλητές «εκπαίδευση ή επιμόρφωση σε θέματα Διατροφής» και «γνώση διεθνών προγραμμάτων Διατροφικής Αγωγής», έδωσε τιμή $\chi^2=13,819$ και $P\text{-value}=0,001 < \alpha=0,01$. Άρα, απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση (H_0), επομένως υπάρχει στατιστικά σημαντική εξάρτηση της εκπαίδευσης των ερωτώμενων σε θέματα Διατροφής, σε σχέση το εάν γνωρίζουν διεθνή προγράμματα Διατροφικής Αγωγής, σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 1%. Παρατηρείται ότι αυτοί που έχουν μεγαλύτερη εκπαίδευση γνωρίζουν σε μεγαλύτερο βαθμό διεθνή προγράμματα.

Πίνακας 10: Υλοποίηση παρέμβασης Δ.Α. σε σχέση την άποψη για την επίδραση των παρεμβάσεων στη διατήρηση του φυσιολογικού βάρους (Παράρτημα Β, πίν. 10β)

Υλοποίηση Παρέμβασης Δ.Α. Επίδραση στη διατήρηση φυσιολογικού βάρους		ΑΡΝΗΤΙΚΗ ΑΠΟΨΗ	ΟΥΔΕΤΕΡΗ ΑΠΟΨΗ	ΘΕΤΙΚΗ ΑΠΟΨΗ	Σύνολο
ΝΑΙ	Ποσοστά κατά γραμμές	0%	2,4%	97,6%	100,0%
	Ποσοστά επί του συνόλου	0%	0,4%	14,8%	15,2%
ΟΧΙ	Ποσοστά κατά γραμμές	4,4%	14,8 %	80,8%	100,0%
	Ποσοστά επί του συνόλου	3,7%	12,6%	68,5%	84,8%
Σύνολο	Ποσοστά κατά γραμμές	3,7%	13%	83,3%	100,0%
	Ποσοστά επί του συνόλου	100,0%	100,0%	100%	100,0%

Η εκτίμηση του ελέγχου ανεξαρτησίας χ^2 για τις μεταβλητές «υλοποίηση παρέμβασης Δ.Α.» και «άποψη για την επίδραση των παρεμβάσεων Δ.Α. στη διατήρηση του φυσιολογικού βάρους των μαθητών», έδωσε τιμή $\chi^2=10,305$ και $P\text{-value}=0,029 < \alpha=0,05$. Άρα, απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση (H_0), επομένως υπάρχει στατιστικά σημαντική εξάρτηση στο εάν οι εκπαιδευτικοί έχουν υλοποιήσει κάποια παρέμβαση σε σχέση με την αντίληψη τους για την επίδραση των παρεμβάσεων στους μαθητές ως προς την διατήρηση φυσιολογικού βάρους, σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 5%. Στον πίνακα 14, παρατηρούμε ότι όλοι οι εκπαιδευτικοί που είχαν αρνητική άποψη και υποστήριξαν ότι οι παρεμβάσεις δεν βοηθούν στη διατήρηση του φυσιολογικού βάρους, ανήκαν στο δείγμα που δεν είχε υλοποιήσει παρέμβαση στο σχολείο. Γεγονός που δείχνει ότι αυτοί που δεν αναγνωρίζουν τα οφέλη από την υλοποίηση προγραμμάτων και δράσεων για την πρόληψη της παχυσαρκίας δεν έχουν καμία ενασχόληση με τα θέματα αυτά.

Πίνακας 11: Κατανάλωση τροφίμων που αποτελούν παράδειγμα στο χώρο του σχολείου σε σχέση την άποψη για την λήψη πρωινού γεύματος με τους μαθητές (Παράρτημα Β, πίν. 11β)

Λήψη πρωινού γεύματος με μαθητές στο σχολείο Κατανάλωση τροφίμων στο σχολείο		ΑΡΝΗΤΙΚΗ ΑΠΟΨΗ	ΟΥΔΕΤΕΡΗ ΑΠΟΨΗ	ΘΕΤΙΚΗ ΑΠΟΨΗ	Σύνολο
ΝΑΙ	Ποσοστά κατά γραμμές	13,1%	9,5%	77,4%	100,0%
	Ποσοστά επί του συνόλου	8,1%	5,9%	48,1%	62,2%
ΟΧΙ	Ποσοστά κατά γραμμές	32,4%	15,7 %	52%	100,0%
	Ποσοστά επί του συνόλου	12,2%	5,9%	19,6%	37,8%
Σύνολο	Ποσοστά κατά γραμμές	20,4%	11,9%	67,8%	100,0%
	Ποσοστά επί του συνόλου	100,0%	100,0%	100%	100,0%

Η εκτίμηση του ελέγχου ανεξαρτησίας X^2 για τις μεταβλητές «κατανάλωση τροφίμων στο σχολείο που αποτελούν παράδειγμα για τους μαθητές » και «άποψη για τη λήψη πρωινού γεύματος με τους μαθητές στο χώρο του σχολείου», έδωσε τιμή $X^2=19,639$ και $P\text{-value}=0,000 < \alpha=0,01$. Επομένως, απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση (H_0) και υπάρχει στατιστικά σημαντική εξάρτηση στο αν οι εκπαιδευτικοί επιλέγουν να καταναλώνουν τρόφιμα που αποτελούν υγιεινές επιλογές και παράδειγμα για τους μαθητές σε σχέση με την άποψη τους για τη σπουδαιότητα της λήψης πρωινού στο σχολείο μαζί με τους μαθητές, σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 1%. Στον πίνακα 15, παρατηρείται ότι αρνητική άποψη για τη λήψη πρωινού με τους μαθητές είχαν σε μεγαλύτερο ποσοστό αυτοί που δεν ενδιαφέρονται για τις επιλογές των τροφών που καταναλώνουν μπροστά στους μαθητές και δεν θεωρούν ότι αποτελούν πρότυπα μίμησης ως προς τις επιλογές τους.

4.6. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΕΙΚΟΝΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ-ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ MBSRQ

Η εικόνα του σώματος αναφέρεται στην εκτίμηση της σωματικής, του βάρους, του μεγέθους και γενικότερα της εξωτερικής εμφάνισης ενός ατόμου. Ένα ευρέως γνωστό εργαλείο για την εκτίμηση της εικόνας σώματος είναι το MBSRQ, το οποίο έχει συντάξει ο Thomas F. Cash. Το ερωτηματολόγιο αυτό αποτελείται από 96 προτάσεις όπου η καθεμιά βαθμολογείται από 1 έως 5, βάσει μιας κλίμακας και εκφράζει πόσο συμφωνεί ή διαφωνεί ο ερωτώμενος με την κάθε πρόταση (Cash, 2000). Οι ερωτήσεις αφορούν στις εξής υποκλίμακες:

Εκτίμηση εξωτερικής εμφάνισης
Στάση ως προς την εξωτερική εμφάνιση
Εκτίμηση φυσικής κατάστασης
Στάση ως προς τη φυσική κατάσταση
Εκτίμηση κατάστασης της υγείας
Στάση ως προς την υγεία
Κλίμακα ικανοποίησης από επιμέρους περιοχές του σώματος
Εμμονή με τον έλεγχο του σωματικού βάρους
Κατάταξη ατομικού σωματικού βάρους

Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκαν μόνο 31 ερωτήσεις οι οποίες αντιπροσωπεύουν τις τέσσερις υποκλίμακες του Πίνακα Β. Τα αποτελέσματα προέκυψαν από το άθροισμα των απαντήσεων της κάθε υποκλίμακας, το οποίο στη συνέχεια διαιρείται με το πλήθος των ερωτήσεων της υποκλίμακας και έτσι προκύπτουν τα σκορ για την κάθε κατηγορία. Το συνολικό σκορ υπολογίζεται από το 0 έως το 5 και όσο υψηλότερο είναι το σκορ δείχνει καλύτερη εκτίμηση της εικόνας του σώματος του δείγματος.

Πίνακας 12: Υποκλίμακες του Multidimensional Body-Self Relation Questionnaire- MBSRQ που χρησιμοποιήθηκαν

Υποκλίμακες ερωτηματολογίου	Υποερωτήσεις (Β' Ενότητα, Ερώτηση16)
Εκτίμηση φυσικής κατάστασης	1, 7, 13, 19, 22
Στάση ως προς τη φυσική κατάσταση	2, 3, 8, 9, 14, 15, 20, 21, 24, 25, 28, 29
Εκτίμηση κατάστασης της υγείας	4, 6, 10, 16, 26, 27, 30
Στάση ως προς την υγεία	5, 11, 12, 17, 18, 23, 31

4.6.1. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΩΝ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ MBSRQ ΜΕ ΤΗ ΒΟΗΘΕΙΑ ΤΟΥ ΣΥΝΤΕΛΕΣΤΗ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ SPEARMAN rho

Για τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ των μεταβλητών που προέκυψαν από το ερωτηματολόγιο Multidimensional Body-Self Relation Questionnaire- MBSRQ για την εικόνα σώματος των εκπαιδευτικών χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης SPEARMAN rho.

Οι τιμές που μπορεί να πάρει ο συντελεστής συσχέτισης Spearman rho κυμαίνονται από (Ανδριώτης, 2003: 128):

- +1,00, όπου υπάρχει μια πλήρης θετική συσχέτιση, δηλαδή όταν αυξάνονται οι τιμές της μιας μεταβλητής αυξάνονται και οι τιμές της άλλης και το αντίθετο, δηλαδή όταν μειώνονται οι τιμές της μιας μεταβλητής μειώνονται και οι τιμές της άλλης
- +0,5, όπου υπάρχει μια μέτρια θετική συσχέτιση
- 0,0, όπου δεν υπάρχει καμία συσχέτιση μεταξύ των δύο μεταβλητών
- -0,5, όπου υπάρχει μία μέτρια αρνητική συσχέτιση
- -1,00, όπου υπάρχει μια πλήρης αρνητική συσχέτιση, δηλαδή όταν αυξάνονται οι τιμές της μιας μεταβλητής μειώνονται οι τιμές της άλλης

Πίνακας 13: Αποτελέσματα του Multidimensional Body-Self Relation Questionnaire- MBSRQ

Υποκλίμακες MSBRQ	Μέσος Όρος±Τυπική απόκλιση		
	ΑΝΔΡΕΣ (n=91)	ΓΥΝΑΙΚΕΣ (n=179)	ΣΥΝΟΛΟ (n=270)
Εκτίμηση φυσικής κατάστασης	3,04±0,50	2,93±0,40	2,97±0,44
Στάση ως προς τη φυσική κατάσταση	2,97±0,36	2,97±0,29	2,97±0,31
Εκτίμηση υγείας	3,18±0,37	3,15±0,32	3,16±0,33
Στάση ως προς την υγεία	3,58±2,03	3,38±0,39	3,44±1,22

Παρατηρώντας τον πίνακα 13, διαπιστώνουμε ότι ο μέσος όρος των σκορ για την «εκτίμηση της υγείας» και τη «στάση για τη φυσική κατάσταση» και «στάση για την υγεία» των ερωτώμενων δεν παρουσιάζουν κάποια σχέση εξάρτησης με το φύλο των εκπαιδευτικών. Ωστόσο, παρατηρούμε ότι η «εκτίμησης της φυσικής κατάστασης» είναι καλύτερη στους άνδρες, καθώς οι άνδρες εκπαιδευτικοί έχουν κατά μέσο όρο υψηλότερο σκορ, δηλαδή θεωρούν σε μεγαλύτερο βαθμό, σε σχέση με τις γυναίκες, ότι έχουν καλή φυσική κατάσταση.

Πίνακας 14: Εκτίμηση Φυσικής Κατάστασης, Στάσης ως προς τη φυσική κατάσταση, Εκτίμηση υγείας και Στάσης ως προς την υγεία σε σχέση με άποψη εκπαιδευτικών για την επίδραση των παρεμβάσεων Δ.Α.

Επίδραση παρεμβάσεων Δ.Α. στους μαθητές	Spearman's rho
	Εκτίμηση Φυσικής κατάστασης
Επίδραση στην ψυχοσωματική ανάπτυξη	0,226**
Επίδραση στην υγεία	0,226**
Διατήρηση φυσιολογικού βάρους	0,170**
	Στάση ως προς τη φυσική κατάσταση
Επίδραση στην ψυχοσωματική ανάπτυξη	0,145**
	Εκτίμηση Υγείας
Επίδραση στην ψυχοσωματική ανάπτυξη	0,150*
Επίδραση στην υγεία	0,197**
Διατήρηση φυσιολογικού βάρους	0,135*
	Στάση ως προς την υγεία
Διατήρηση φυσιολογικού βάρους	-0,158**
Βελτίωση διάθεσης	-0,206**
Ενίσχυση αυτοπεποίθησης	-0,179**
Επίδραση στη σχολική επίδοση	-0,126*

**** p<0,01 *p<0,05**

Πραγματοποιήθηκε έλεγχος συσχετίσεων με τη βοήθεια του συντελεστή Spearman rho με στόχο να εξεταστούν τα αποτελέσματα των τεσσάρων υπό εξέταση υποκλιμάκων σε σχέση με την άποψη των εκπαιδευτικών για το βαθμό επίδρασης των παρεμβάσεων Διατροφικής Αγωγής στην «ψυχοσωματική ανάπτυξη», στην «υγεία», στη «διατήρηση φυσιολογικού βάρους», στη «βελτίωση της διάθεσης», στην «ενίσχυση της αυτοπεποίθησης» και στη «σχολική επίδοση» των μαθητών.

Όπως παρατηρείται στον πίνακα 14, βρέθηκε ότι υπάρχει θετική συσχέτιση ($p<0,01$) μεταξύ της «εκτίμησης της φυσικής κατάστασης» και της άποψης ότι οι παρεμβάσεις συμβάλουν στην «ψυχοσωματική ανάπτυξη», στην «υγεία» και στη «διατήρηση του φυσιολογικού βάρους» των μαθητών. Επιπρόσθετα, προκύπτει θετική συσχέτιση ($p<0,01$) της «στάσης ως προς τη φυσική κατάσταση» σε σχέση με

την άποψη ότι συμβάλουν στην «ψυχοσωματική ανάπτυξη» των εφήβων. Η «εκτίμηση της υγείας» των εκπαιδευτικών παρουσιάζει θετική συσχέτιση ($p<0,01$) με την αντίληψη ότι υπάρχει επίδραση της Διατροφικής Αγωγής στην «υγεία», ενώ παρουσιάζει μια μέτρια θετική συσχέτιση ($p<0,05$) με την επίδραση στην «ψυχοσωματική ανάπτυξη» και το επιθυμητό βάρος των μαθητών. Τέλος, η «στάση ως προς την υγεία» βρέθηκε να έχει αρνητική συσχέτιση ($p<0,01$) με την «διατήρηση του βάρους», τη «βελτίωση της διάθεσης» και την «ενίσχυση της αυτοπεποίθησης», ενώ προέκυψε μια μέτρια αρνητική συσχέτιση ($p<0,05$) με την επίδραση στη «σχολική επίδοση».

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η ανάπτυξη παρεμβάσεων Διατροφικής Αγωγής στο σχολείο συμβάλλει στην εξασφάλιση της υγείας των μαθητών, μέσα από τη διαμόρφωση των επιθυμητών συμπεριφορών και την καθοδήγηση για την απόκτηση υγιεινών διατροφικών συνηθειών. Οι εκπαιδευτικοί που υπηρετούν σε σχολικές μονάδες Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης έχουν να κάνουν με μια ευαίσθητη ηλικιακή ομάδα μαθητών οι οποίοι βρίσκονται στην εφηβεία.

Η εφηβεία αποτελεί καθοριστικό στάδιο της ζωής του ατόμου και χαρακτηρίζεται από ιδιαίτερες διατροφικές ανάγκες, καθώς συντελείται η ψυχοσωματική ανάπτυξη των νέων και υιοθετούνται συμπεριφορές που θα τους ακολουθούν στην υπόλοιπη ζωή τους. Ο σύγχρονος τρόπος ζωής έχει επιδράσει τις διατροφικές επιλογές των εφήβων, οι οποίες τις περισσότερες φορές, δεν κρίνονται σωστές και οδηγούν στην παχυσαρκία. Για το λόγο αυτό απαιτείται η εστίαση των ειδικών στην πρόληψη προβλημάτων υγείας που σχετίζονται με τη διατροφή. Επιπρόσθετα, στην εφηβεία εμφανίζονται και άλλες διατροφικές διαταραχές όπως βουλιμία και ανορεξία που συνδέονται με τη διαστρέβλωση της Εικόνας Σώματος των εφήβων, οι οποίοι εκφράζουν τη μη ικανοποίηση τους, καθώς βομβαρδίζονται από εξιδανικευμένες εικόνες που προβάλλουν τα Μ.Μ.Ε.

Το σχολείο παρέχει ερεθίσματα και επιδρά στην προσωπική και κοινωνική εξέλιξη των μαθητών και για το λόγο αυτό αποτελεί κατάλληλη περιοχή δράσης για διατροφική εκπαίδευση. Καθιστά δυνατή την πρόσβαση σε μεγάλο τμήμα του πληθυσμού, επιτρέπει την μακροπρόθεσμη εποπτεία παρεμβάσεων και προσφέρει πέρα από την τάξη και άλλα πεδία εφαρμογής διατροφικών παρεμβάσεων, όπως το σχολικό κυλικείο.

Κυρίαρχο ρόλο στη Διατροφική αγωγή διαδραματίζει ο εκπαιδευτικός, ο οποίος μέσα από την αλληλεπίδρασή του με τους μαθητές λειτουργεί ως πηγή γνώσης και ως πρότυπο συμπεριφοράς.

Αν και έχουν γίνει πολλές μελέτες για την αξιολόγηση του περιεχομένου και του θεωρητικού πλαισίου των παρεμβάσεων Διατροφικής Αγωγής, λίγες μελέτες έχουν ερευνήσει τις γνώσεις, τις στάσεις και τις συμπεριφορές των εκπαιδευτικών σε σχέση με τη εφαρμογή προγραμμάτων διατροφής και Αγωγής Υγείας. Δεδομένης της σπουδαιότητας του εκπαιδευτικού στη μαθησιακή διαδικασία και στη καθοδήγηση

των νέων είναι επιτακτική η ανάγκη εξέτασης των ιδιαίτερων ικανοτήτων και δεξιοτήτων του ως φορέα Προαγωγής της Υγείας των μαθητών.

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν η διερεύνηση των απόψεων και των στάσεων των εκπαιδευτικών δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης για τις παρεμβάσεις Διατροφικής Αγωγής στο σχολείο. Με τη χρήση δομημένου ερωτηματολογίου το οποίο συμπλήρωσαν 270 εκπαιδευτικοί έγινε προσπάθεια να διερευνηθεί κατά πόσο οι εκπαιδευτικοί ενδιαφέρονται για την υλοποίηση παρεμβάσεων Διατροφικής αγωγής και πόσο ενημερωμένοι και ευαισθητοποιημένοι είναι σε σχέση με την Προαγωγή της Υγείας των μαθητών.

Όσον αφορά στα γενικά δημογραφικά χαρακτηριστικά, καταγράφηκε μεγαλύτερο ποσοστό γυναικών, ενώ η ηλικιακή σύνθεση παρουσίαζε την πλειοψηφία των εκπαιδευτικών να ανήκει στο γυναικείο φύλο και να είναι άνω των 40 ετών. Ως προς τη διδακτική εμπειρία, το μεγαλύτερο ποσοστό κυμαίνονταν στα 6-15 έτη προϋπηρεσίας, επομένως το δείγμα δεν απαρτιζόταν από πολύ έμπειρους εκπαιδευτικούς.

Στα θέματα συνηθειών διατροφής και υγείας προέκυψε ότι ένα μεγάλο μέρος των εκπαιδευτικών καπνίζει, καθώς σχεδόν ένας στους τρεις εκπαιδευτικούς είχε την κακή συνήθεια του καπνίσματος. Είναι γεγονός ότι η συνήθεια του καπνίσματος είναι συχνή στους εκπαιδευτικούς και στο ίδιο συμπέρασμα κατέληξε και η Βασταρδή (2008), όπου σε έρευνα σε εκπαιδευτικούς Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης κάπνιζε επίσης ο ένας στους τρεις συμμετέχοντες.

Στο δείγμα της παρούσας έρευνας υπολογίστηκε ο Δείκτης Μάζας Σώματος και βρέθηκε ότι περίπου ένας στους τρεις συμμετέχοντες ήταν υπέρβαρος. Και σε αυτή την περίπτωση το αποτέλεσμα συμφωνεί με την έρευνα της Βασταρδή (2008), η οποία βρήκε ότι 4 στους δέκα εκπαιδευτικούς ήταν υπέρβαροι.

Ως προς τις διατροφικές τους συνήθειες, οι περισσότεροι από τους μισούς εκπαιδευτικούς δήλωσαν ότι τηρούν το πρότυπο της Μεσογειακής διατροφής και η συντριπτική πλειοψηφία αναγνωρίζει το πρωινό γεύμα ως πολύ σπουδαίο. Σε σχέση με το τι καταναλώνουν στο χώρο του σχολείου, η πλειοψηφία απάντησε ότι δεν κάνει υγιεινές επιλογές οι οποίες μπορεί να αποτελέσουν παράδειγμα μίμησης για τους μαθητές. Επιπλέον, μόνο το 33,3% καταναλώνει πέντε γεύματα μέσα στην ημέρα. Αξιολογώντας οι ίδιοι τον εαυτό τους, σχεδόν οι μισοί θεωρούν ότι ακολουθούν μια ισορροπημένη διατροφή. Σε παρόμοια έρευνα των Fontana & Apostolidou (2002)

καλύτερο τρόπο ζωής (lifestyle) παρουσίασαν οι γυναίκες εκπαιδευτικοί, ενώ παρόμοια στοιχεία προκύπτουν και από την παρούσα μελέτη όπου διαπιστώθηκε ότι οι γυναίκες γνωρίζουν σε μεγαλύτερο βαθμό το πρότυπο της Μεσογειακής Διατροφής συγκριτικά με τους άντρες συμμετέχοντες. Η Γιαννοπούλου (2005) παρατήρησε ότι οι εκπαιδευτικοί με υγιεινές συνήθειες είχαν περισσότερες πιθανότητες να ασχοληθούν με ζητήματα διατροφής στο σχολείο.

Στην αξιολόγηση της φυσικής δραστηριότητας των εκπαιδευτικών, σχεδόν οι μισοί δήλωσαν ότι προσπαθούν να είναι σωματικά δραστήριοι, αλλά μόλις το 15,65% ασχολείται τακτικά με κάποιο άθλημα.

Σχετικά με την υγεία τους παρόλο που το 51,1% δήλωσε ότι γνωρίζει τους παράγοντες που επηρεάζουν την κατάσταση του σώματος τους, ωστόσο, μόλις το 10,4% θεωρούν ότι είναι ενημερωμένοι για αλλαγές στη σωματική τους υγεία.

Η εκπαίδευση σε θέματα διατροφής ήταν περιορισμένη και μόνο 103 από τους 270 εκπαιδευτικούς είχαν κάποια επιμόρφωση μέσα από τη συμμετοχή σε ημερίδες, συνέδρια και σεμινάρια. Το αποτέλεσμα αυτό συμπίπτει με τα αποτελέσματα της έρευνας των Yager & O'Dea (2005), οι οποίοι διαπίστωσαν ότι οι εκπαιδευτικοί είχαν ελάχιστη ή καθόλου εκπαίδευση σε διατροφικά ζητήματα. Όμοια, και οι Rossiter et al. (2007), ανέφεραν σε μελέτη ότι οι εκπαιδευτικοί είχαν πολύ χαμηλές γνώσεις υγείας. Ειδικότερα για τις νησιωτικές περιοχές της Ελλάδας η Σώκου (2004) διαπίστωσε σε έρευνα ότι οι εκπαιδευτικοί ενώ επιθυμούν να επιμορφωθούν σε θέματα διατροφής, παρολαυτά δεν τους παρέχονται οι ευκαιρίες.

Τα αποτελέσματα σχετικά με τις γνώσεις και την ενασχόληση τους με παρεμβάσεις Διατροφικής Αγωγής, έδειξαν ότι η συντριπτική πλειοψηφία δεν γνωρίζει καμία διεθνή ή ελληνική παρέμβαση, ενώ μόνο το 15,2% έχει υλοποιήσει κάποια παρέμβαση. Σε παρόμοια έρευνα οι Thomas et al. (1991), διαπίστωσαν ότι ενώ οι εκπαιδευτικοί αναγνώριζαν την αξία των παρεμβάσεων ωστόσο λίγοι ήταν αυτοί που τις υλοποιούσαν. Αλλά, και η Βασταρδή (2008) παρατήρησε ότι ελάχιστοι εκπαιδευτικοί είχαν εφαρμόσει κάποιο πρόγραμμα Διατροφικής αγωγής.

Εξετάζοντας τη συσχέτιση των γνώσεων με την υλοποίηση παρέμβασης, όπως ήταν αναμενόμενο, στην παρούσα έρευνα βρέθηκε ότι οι αυξημένες γνώσεις σε θέματα διατροφής αυξάνουν την πιθανότητα ενασχόλησης με τη Διατροφική Αγωγή. Στο ίδιο συμπέρασμα κατέληξε και η έρευνα των Soliah et al. (1983) οι οποίοι βρήκαν ότι οι γνώσεις για θέματα υγείας συσχετίζονται θετικά με τις συμπεριφορές

και τις πρακτικές των εκπαιδευτικών ως προς τη Διατροφική Αγωγή. Εντούτοις, εντύπωση προκαλεί το γεγονός ότι την έρευνα των Fontana & Apostolidou (2002) οι εκπαιδευτικοί με τις λιγότερες γνώσεις διατροφής ήταν πιο πρόθυμοι να υλοποιήσουν δράσεις Διατροφικής Αγωγής.

Αντίθετο αποτέλεσμα προέκυψε στην παρούσα έρευνα και την έρευνα των Fontana & Apostolidou (2002) και των Λουμάκου κ.α. (2005) και ως προς τη συσχέτιση της διδακτικής εμπειρίας με την υλοποίηση παρέμβασης. Έτσι, ενώ οι παραπάνω έρευνες διαπίστωσαν ότι οι πιο έμπειροι είχαν μεγαλύτερο ενθουσιασμό για τη Διατροφική Αγωγή, στην παρούσα έρευνα οι νεότεροι εκπαιδευτικοί με μικρότερη διδακτική εμπειρία έδειξαν μεγαλύτερο ενδιαφέρον για την υλοποίηση τέτοιων παρεμβάσεων.

Οι ερωτώμενοι δήλωσαν ότι η Φυσική Αγωγή, η Βιολογία και η Οικιακή Οικονομία είναι τα γνωστικά αντικείμενα με τα οποία έχει μεγαλύτερη σχέση η διατροφή. Σε έρευνα οι Prelip et al. (2006) παρατήρησαν ότι οι εκπαιδευτικοί αντιλαμβάνονται το ρόλο τους ως πρότυπα και ενσωματώνουν θέματα διατροφής στα υπάρχοντα μαθήματα του ωρολογίου προγράμματος.

Από τα διάφορα είδη παρεμβάσεων που αξιολόγησαν οι εκπαιδευτικοί της έρευνας σημαντικά θεωρήθηκαν τα προγράμματα αύξησης της φυσικής δραστηριότητας, τα προγράμματα παρέμβασης στο κυλικείο και την καμπάνια ενημέρωσης του σχολικού και ευρύτερου κοινωνικού περιβάλλοντος.

Ιδανικοί τόποι για επισκέψεις στο πλαίσιο παρέμβασης Διατροφικής Αγωγής βρέθηκαν να είναι οι μονάδες βιολογικής καλλιέργειας, οι βιομηχανίες τροφίμων και οι Οργανισμοί Υγείας, Διατροφής και Άθλησης.

Από τις εκπαιδευτικές δραστηριότητες το μεγαλύτερο ποσοστό απάντησε ότι οι ερευνητικές εργασίες είναι πιο χρήσιμες στα προγράμματα Διατροφικής Αγωγής, ενώ αρκετοί επέλεξαν και τη λήψη πρωινού με τους μαθητές στο χώρο του σχολείου. Οι Sonhyahadi & Cort (2004) σε έρευνα για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των εκπαιδευτικών μεθόδων κατέληξε στο συμπέρασμα ότι ο συνδυασμός πολλών εκπαιδευτικών μεθόδων είναι πιο αποτελεσματικός, με μια μικρή υπεροχή της υπόδησης ρόλων και της προβολής οπτικοακουστικού υλικού.

Οι εκπαιδευτικοί της έρευνας υποστήριξαν σε μεγάλο ποσοστό ότι οι παρεμβάσεις Διατροφικής Αγωγής συμβάλουν στην εξασφάλιση του φυσιολογικού βάρους και της υγείας των μαθητών. Ένα μικρό ποσοστό πιστεύει ότι οι παρεμβάσεις

επιδρούν στη σχολική επίδοση των μαθητών. Σε αντίθεση έρχονται τα αποτελέσματα των Λουμάκου κ.α. (2005), όπου η πλειοψηφία των εκπαιδευτικών πιστεύει ότι η Διατροφική Αγωγή επηρεάζει τη σχολική επίδοση των μαθητών.

Στην έρευνα των Λουμάκου κ.α. (2005) η πλειοψηφία των εκπαιδευτικών υποστήριξε ότι θα έπρεπε να υπάρχει ξεχωριστό μάθημα Διατροφής, κυρίως στην Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση και το ίδιο πρότειναν και κάποιοι εκπαιδευτικοί της παρούσας έρευνας.

Κοινό χαρακτηριστικό της παρούσας έρευνας με τις μελέτες των Γιαννοπούλου (2005), Grieg Viig et al. (2010) και Lambert et al. (2010) ήταν η άποψη των εκπαιδευτικών για τα εμπόδια κατά την υλοποίηση παρεμβάσεων Διατροφικής Αγωγής στο σχολείο, όπου και ανέφεραν την έλλειψη χρόνου και πόρων.

Όσον αφορά στην εκτίμηση της εικόνας σώματος με τη χρήση του ερωτηματολογίου Multidimensional Body-Self Relation Questionnaire- MBSRQ, του οποίου συγγραφέας είναι ο Thomas Cash, εξετάστηκαν τέσσερις υποκλίμακες, δηλαδή η εκτίμηση της φυσικής κατάστασης, η στάση ως προς τη φυσική κατάσταση, η εκτίμηση της υγείας και η στάση ως προς την υγεία. Διαπιστώθηκε ότι η εικόνα που είχαν οι ερωτώμενοι για το σώμα τους και τις τέσσερις παραπάνω περιοχές εξέταση ήταν κατά μέσω όρο θετική, με τη σημείωση υψηλών σκορ αξιολόγησης. Επίσης, δεν βρέθηκε καμία σχέση εξάρτησης του φύλου με την Εικόνα Σώματος, παρόλο που σε πολλές έρευνες (Cash et al., 2004) οι γυναίκες εμφανίζουν αρνητική εκτίμηση για το σώμα τους.

Σε έλεγχο που πραγματοποιήθηκε με τα δεδομένα του ερωτηματολογίου Multidimensional Body-Self Relation Questionnaire-MBSRQ με στόχο να εξεταστούν τα αποτελέσματα των τεσσάρων υποκλιμάκων, σε σχέση με την άποψη των εκπαιδευτικών για το βαθμό επίδρασης των παρεμβάσεων Διατροφικής Αγωγής στην ψυχοσωματική ανάπτυξη, στην υγεία, στη διατήρηση φυσιολογικού βάρους, στη βελτίωση της διάθεσης, στην ενίσχυση της αυτοπεποίθησης και στη σχολική επίδοση των μαθητών. Όπως προέκυψε, υπάρχει μια θετική συσχέτιση μεταξύ της εκτίμησης της φυσικής κατάστασης και της άποψης ότι οι παρεμβάσεις συμβάλουν στην ψυχοσωματική ανάπτυξη, στην υγεία και στη διατήρηση του φυσιολογικού βάρους των μαθητών. Επιπρόσθετα, προέκυψε θετική συσχέτιση της στάσης ως προς τη φυσική κατάσταση σε σχέση με την άποψη ότι συμβάλουν στην ψυχοσωματική

ανάπτυξη των εφήβων. Η εκτίμηση της υγείας των εκπαιδευτικών παρουσιάζει θετική συσχέτιση με την αντίληψη ότι υπάρχει επίδραση της Διατροφικής Αγωγής στην υγεία, ενώ παρουσιάζει μια μέτρια θετική συσχέτιση με την επίδραση στην ψυχοσωματική ανάπτυξη και το επιθυμητό βάρος των μαθητών. Τέλος, η στάση ως προς την υγεία βρέθηκε να έχει αρνητική συσχέτιση με την διατήρηση του βάρους, τη βελτίωση της διάθεσης και την ενίσχυση της αυτοπεποίθησης, ενώ προέκυψε μια μέτρια αρνητική συσχέτιση με την επίδραση στη σχολική επίδοση.

Συνοψίζοντας, μπορούμε να υποστηρίξουμε ότι η παιδαγωγική εικόνα του εκπαιδευτικού, ορισμένες συμπεριφορές υγείας, οι διατροφικές συνήθειες, οι γνώσεις και η εκτίμηση της Εικόνας Σώματος των εκπαιδευτικών μπορούν να αποτελέσουν προγνωστικούς παράγοντες για την εθελούσια ενασχόληση τους με τη Διατροφική αγωγή των μαθητών, δρώντας ως πρότυπα μίμησης για τους μαθητές και ως φορείς Προαγωγής της υγείας για το σύνολο της Σχολικής κοινότητας.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η θετική συμβολή των σχολικών παρεμβάσεων Διατροφικής Αγωγής στην επίτευξη μόνιμων αλλαγών της διατροφικής συμπεριφοράς είναι καλά εδραιωμένη διεθνώς και στην Ελλάδα. Εντούτοις, η συνεχιζόμενη αύξηση του επιπολασμού της παχυσαρκίας σε άτομα σχολικής ηλικίας κρούει σήμα κινδύνου για τη Δημόσια Υγεία και επιτάσσει την ανάγκη περεταίρω διερεύνησης των παραγόντων που εξασφαλίζουν την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων.

Στο τελευταίο αυτό μέρος της παρούσας μελέτης, λαμβάνοντας υπόψη την γενική περιγραφή και τα πορίσματα της εμπειρικής έρευνας, κρίθηκε απαραίτητη η επισήμανση ορισμένων προτάσεων που θα μπορούσαν να ενισχύσουν τις προσπάθειες των εκπαιδευτικών και των άλλων εμπλεκομένων στην Προαγωγή της Υγείας των μαθητών.

Πιο συγκεκριμένα:

- ◆ Είναι αναγκαία η χάραξη μιας Εθνικής Διατροφικής Πολιτικής, η οποία θα στηρίζεται στη συνεργασία και τη συντονισμένη δράση των φορέων των Υπουργείου Υγείας, Παιδείας και Αγροτικής Ανάπτυξης, ώστε να προβούν στην άμεση λήψη μέτρων και σε κατάλληλες νομοθετικές ρυθμίσεις.
- ◆ Στο πεδίο της έρευνας, θα πρέπει να εξετάζονται διεξοδικά τα ευρήματα ώστε να εντοπίζονται έγκαιρα οι αδυναμίες και τα προβλήματα των ήδη εφαρμοζόμενων παρεμβάσεων, ώστε να γίνονται διορθωτικές ενέργειες βάσει των πιο πρόσφατων δεδομένων.
- ◆ Καμία παρέμβαση δεν μπορεί να πετύχει απόλυτα αν δεν προβλέπει την εμπλοκή του σχολείου, της οικογένειας, της ευρύτερης κοινότητας και των Μ.Μ.Ε.
- ◆ Όσον αφορά στο σχολείο, ο έλεγχος του κυλικείου απαιτεί ουσιαστικό και όχι τυπικό υγειονομικό έλεγχο, με έμφαση στην απαγόρευση πώλησης μη υγιεινών τροφίμων
- ◆ Είναι ανάγκη να δοθούν κίνητρα και ερεθίσματα ενθάρρυνσης των εκπαιδευτικών, ώστε να υλοποιούν παρεμβάσεις Διατροφικής Αγωγής
- ◆ Οι σχολικές μονάδες πρέπει να αποκτήσουν υποδομές και εξοπλισμό που προσφέρονται για δράσεις Διατροφικής Αγωγής και φυσικές δραστηριότητες

- ◆ Η λήψη γευμάτων των μαθητών με τους εκπαιδευτικούς όπως και η εξάσκηση δεξιοτήτων, όπως της προετοιμασίας γευμάτων αποτελούν μπορεί να συμβάλλει στην αλλαγή των διατροφικών συμπεριφορών
- ◆ Πρωτότυπες και ενδιαφέρουσες δραστηριότητες όπως η δημιουργία λαχανόκηπου στο χώρο του σχολείου μπορεί να βοηθήσουν στην ξεδίπλωση των ταλέντων των μαθητών και στην εξοικείωση με τα τρόφιμα
- ◆ Οι σχολικές Βιβλιοθήκες πρέπει να εμπλουτιστούν με έντυπο και ηλεκτρονικό υλικό κατάλληλο για την ενημέρωση των μαθητών σε θέματα διατροφής και υγείας, ώστε να μην καταφεύγουν σε περιοδικά και άλλα έντυπα που προτρέπουν σε εξαντλητικές δίαιτες και λανθασμένα πρότυπα.
- ◆ Οι εκπαιδευτικοί μπορούν να αποτελέσουν το κατάλληλο πληθυσμό παρέμβασης, ώστε να τροποποιηθούν οι συνήθειες διατροφής και υγείας τους και στη συνέχεια να τις μεταδώσουν στους μαθητές. Μάλιστα, θα ήταν πιο ωφέλιμο να προετοιμάζονται από το πανεπιστήμιο με εφόδια για να μπορέσουν να υποστηρίξουν δραστηριότητες Προαγωγής της Υγείας.
- ◆ Παρόλο που σε πολλές περιπτώσεις προτείνεται η ενσωμάτωση ξεχωριστού μαθήματος Διατροφής στα Αναλυτικά Προγράμματα Σπουδών της Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης, κρίνεται ότι αυτό μπορεί να λειτουργούσε ανασταλτικά για την ελκυστικότητα του αντικειμένου, καθώς αν βαθμολογείται για παράδειγμα αλλάζουν τα κίνητρα των μαθητών και θα αντιμετωπίζεται ως αναγκαστική η συμμετοχή εκπαιδευτικών και μαθητών, ανεξάρτητα από τις ανάγκες τους. Ωστόσο, ακόμη και έτσι εάν ο εκπαιδευτικός το προσεγγίσει με βιωματικές και συμμετοχικές μεθόδους, ευχάριστες και ελκυστικές μπορεί να επιδεχθούν τα επιθυμητά αποτελέσματα.
- ◆ Πρέπει να δίνονται ευκαιρίες στους εκπαιδευτικούς να επιμορφώνονται και να επικαιροποιούν τις γνώσεις τους, ώστε να είναι πάντοτε σε θέση να παίξουν έναν ουσιαστικό ρόλο στο εκπαιδευτικό έργο τους

V.ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αδαμόπουλος, Π. (1988), *Εισαγωγή στην Προληπτική Ιατρική*, Αθήνα: Παρισιάνου Α.Ε.
2. Αθανασίου, Κ. (1994), *Αγωγή Υγείας για Παιδαγωγούς*, Θεσσαλονίκη.
3. Ανδριώτης, Κ. (2003), *Ποσοτική Έρευνα και Ανάλυση δεδομένων με τη χρήση του SPSS 11.5*, Αθήνα: Κλειδάριθμος.
4. Βασταρδή, Μ. (2008), *Καταγραφή και αξιολόγηση γνώσεων, αντιλήψεων και συμπεριφορών σε θέματα διατροφής και υγείας σε εκπαιδευτικούς (προσωπικό) Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης, Διπλωματική Μελέτη, Χαροκόπειο πανεπιστήμιο.*
5. Γιαννοπούλου, Ε. (2005), *Συνήθειες υγείας και στάσεις των καθηγητών μέσης εκπαίδευσης σε θέματα Αγωγής Υγείας, Διπλωματική Μελέτη, Πανεπιστήμιο Κρήτης.*
6. Γκούβρα, Μ., Κυρίδης, Α. & Μαυρικάκη Ε. (2005), *Αγωγή Υγείας & Σχολείο- Παιδαγωγική και Βιολογική Προσέγγιση*, Αθήνα: Τυποθήτω-Γιώργος Δαρδάνος.
7. ΔΥ1δ/Γ.Π.οικ. 130698/28-11-2011 Απόφαση, Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης
8. Ελευθερίου, Σ., Γραμματικάκη, Ε., Κουρλαμπά, Γ., Παναγιωτάκος, Δ., Καραθάνος, Β. & Μανιός, Γ. (2010), Διατροφική παρέμβαση σε ελληνίδες έφηβες: Η επίδραση διαιτών διαφορετικού γλυκαιμικού δείκτη & περιεχομένου διαιτητικών ινών στο μεταβολισμό της γλυκόζης & στο λιπιδαιμικό προφίλ, *Ελληνική Επιθεώρηση Διαιτολογίας*, 1 (1), 16-28.
9. ΕΠΙΨΥ-ΕΚΤΕΠΝ-ΟΚΑΝΑ (2011), *Κατευθυντήριες Γραμμές & Σχεδιασμός Παρεμβάσεων-Εγχειρίδιο για την Πρόληψη της Ουσιοεξάρτησης*, Αθήνα.
10. Ζάμπελας, Α. (2003), *Η Διατροφή στα στάδια της ζωής*, Αθήνα: Πασχαλίδης.
11. Ζερφυρίδης, Γ. (1998), *Η Διατροφή του Ανθρώπου*, Θεσσαλονίκη: Γιαχούδη-Γιαπούλη.

12. Ζηλίδης, Χ. (1995), *Διατροφή και Δημόσια Υγεία*, Θεσσαλονίκη: University Studio Press.
13. Ιωαννίδη, Β. & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, Α. (2010), Αγωγή Υγείας: Σημαντικός παράγοντας για τη Σύγχρονη Εκπαίδευση και τη Δημόσια Υγεία, *Νοσηλευτική*, 49 (2), 113-121.
14. Καλόγηρος, Σ. & Κολοβελώνης, Α. (2007), Η επίδραση ενός προγράμματος αγωγής υγείας στις διατροφικές στάσεις και αντιλήψεις μαθητών δημοτικού σχολείου, *Επιστημονικό Βήμα*, 8, 116-124.
15. Κανέλλου, Α. (2001), Η διατροφή στην προεφηβική και εφηβική ηλικία και σε σχέση με το σχολικό κυκλείο, Στο: Κουτρούμπα, Κ. (επιμ.), *Το ανθρώπινο περιβάλλον στο επίκεντρο του γνωστικού ενδιαφέροντος της σύγχρονης επιστήμης της Οικιακής Οικονομίας*, Πρακτικά Επιστημονικής Ημερίδας, Θεσσαλονίκη, 18 Μαΐου 2001, Αθήνα: Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο.
16. Κανέλλου, Α. (2006), Κοινωνικό-οικονομικοί παράγοντες και διατροφική συμπεριφορά, Στο: Γεωργιτσογιάννη, Ε. & Αμπελιώτης, Κ. (επιμ.), *Περιβαλλοντικοί παράγοντες και ποιότητα ζωής*, Πρακτικά 2^{ου} Σεμιναρίου Οικιακής Οικονομίας και Οικολογίας, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, 6 & 7 Σεπτεμβρίου 2002, Αθήνα: Σταμούλης.
17. Κάσιμος, Χ. & Κάσιμος, Δ. (1988), *Διατροφή-Υγιεινή ανάπτυξη και διαβίωση του ανθρώπου*, Αθήνα.
18. Κασσωτάκης, Μ. & Φλουρής, Γ. (2006), *Μάθηση και Διδασκαλία*. Τόμος Α & Β, Αθήνα.
19. Κατσιλάμπρος, Ν. & Τσίγκος, Κ. (2003), *Παχυσαρκία-Η πρόληψη και η αντιμετώπιση μιας παγκόσμιας επιδημίας*, Αθήνα: Βήτα.
20. Καφάτος, Α. (2008), *Η διατροφή ως πρόληψη*, Εξπρες: Ημερήσια Οικονομική εφημερίδα, [http://www.express.gr/afieroma/healthyoz_wayoz_\(diet\)/5436oz_2008072254736.php3](http://www.express.gr/afieroma/healthyoz_wayoz_(diet)/5436oz_2008072254736.php3) (τελευταία επίσκεψη 25-05-2012).
21. Κέντρο Μελετών και Τεκμηρίωσης της ΟΛΜΕ (Κ.Ε.Μ.Ε.Τ.Ε.) (2001), Πρακτικά ημερίδας με θέμα Αγωγή υγείας στο σύγχρονο σχολείο, Αθήνα.

22. Κοκκέβη, Α., Φωτίου, Α, Ξανθάκη, Μ., Σταύρου, Μ. & Καναβού, Ε. (2011), *Διατροφή, φυσική δραστηριότητα και σωματικό βάρος στους εφήβους*, Σειρά θεματικών τευχών: Έφηβοι, Συμπεριφορές & Υγεία, Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής, Αθήνα.
23. Κοκκέβη, Α., Ξανθάκη, Μ., Φωτίου, Α. & Καναβού, Ε. (2012), *Οι έφηβοι στην Ελλάδα σε σύγκριση με τους συνομηλίκους τους στις χώρες της έρευνας HBSC*, Σειρά θεματικών τευχών: Έφηβοι, Συμπεριφορές & Υγεία, Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής, Αθήνα.
24. Κουτρούμπα, Κ. (2003), Η στρατηγική της κατευθυνόμενης διερεύνησης στο διδακτικό αντικείμενο της Οικιακής οικονομίας, *Επιστήμη και Παιδαγωγία*, 6, 81-93.
25. Κουτρούμπα, Κ. (2004α), Η βιωματική μάθηση στο διδακτικό αντικείμενο της Οικιακής Οικονομίας, *Επιστήμες Αγωγής*, 4, 169-180.
26. Κουτρούμπα, Κ. (2004β), *Διδακτική: Εφαρμογή στη Σύγχρονη Οικιακή Οικονομία*, Αθήνα: Σταμούλης.
27. Κυριακούσης Α. Γ. (2000), *Στατιστικές μέθοδοι*, Αθήνα.
28. Λαπούσης, Γ. & Τσόνιας, Σ. (2011), Η αξιολόγηση της ποιότητας της διατροφής σε μαθητές ηλικίας 12-16 ετών, *Μέντορας*, 13, 82-95.
29. Λεονταρή, Α. (2011), Η σημασία της εικόνας του σώματος για την ψυχική υγεία νεαρών ανδρών και γυναικών: συμβουλευτικές παρεμβάσεις, *Hellenic Journal of Psychology*, 8, 309-337.
30. Λουμάκου, Μ., Σαραφίδου, Ε., Κορδούτης, Π. & Μπαρμποπούλου, Δ. (2005), Στάσεις δασκάλων και διατροφική αγωγή στο σχολείο, *Μέντορας*, 12, 43-59.
31. Μανιός, Γ. (2007), *Διατροφική Αγωγή: Θεωρίες και Μοντέλα Αγωγής και Προαγωγής της Υγείας*, Αθήνα: Π.Χ. Πασχαλίδης.
32. Μάστορα Ι., Βαλοτασίου, Χ. & Μολυβάτος, Σ. (2008), Εκπαιδευτικές παρεμβάσεις στην πρόληψη της παχυσαρκίας, *Εγκεφαλός-Αρχαία Νευρολογίας και Ψυχιατρικής*, 45 (2), 1-9.
33. Ματάλα, Α.Λ. (2008), *Ανθρωπολογία της Διατροφής*, Αθήνα: Παπαζήση.
34. Μεράκου, Κ. & Κουρέα-Κρεμαστινού, Τ. (2005), *Υγιεινή Διατροφή για παιδιά 4-8 ετών*, Αθήνα: Πατάκη.

35. Μόρτογλου, Τ. & Μόρτογλου, Κ. (2002), *Διατροφή από του Σήμερα για το Αύριο*, Τόμος Α & Β, Αθήνα: Γιαλλελή.
36. Μπαλάσκα, Π., Αλεξανδρή, Κ. & Κουθούρης, Χ. (2008), Εφαρμογή του Διαθεωρητικού Μοντέλου έναντι της συμμετοχής ατόμων σε δραστηριότητες αθλητισμού αναψυχής, *Διοίκηση Αθλητισμού και Αναψυχής*, 5 (1), 2-16.
37. Μυλώσης, Δ. (2006), Η διαθεματική προσέγγιση στη διδασκαλία της Φυσικής Αγωγής, *Αναζητήσεις στη Φυσική Αγωγή και τον αθλητισμό*, 4(2), 182-197.
38. Ν. 1894/ΦΕΚ 110/τΑ'/27-08-1990
39. Παπαθανασίου, Β. (2009), Αγωγή και προαγωγή υγείας στο σχολικό περιβάλλον: Βασικές αρχές και μεθοδολογία, *Επιθεώρηση Εκπαιδευτικών θεμάτων*, 6, 47-61.
40. Παπανικολάου, Γ. (1998), *Παχυσαρκία και Αδυνάτισμα*, Αθήνα: Πρότυπες Θεσσαλικές Εκδόσεις.
41. ΠΕ.ΕΚ.ΠΕ. (1995), Ειδικό αφιέρωμα στην Αγωγή Υγείας, *Για την Περιβαλλοντική Εκπαίδευση*, 8, 3-24.
42. Προεδρικό Διάταγμα (Π.Δ.) 35/ΦΕΚ11/τΑ'/04-02-1991
43. Προεδρικό Διάταγμα (Π.Δ.) 390/ΦΕΚ270/τΑ'/03-12-1998
44. Πολυδωρόπουλος, Κ. (2005), Ο ρόλος του μαθήματος της Φυσικής Αγωγής στη διαμόρφωση θετικών στάσεων στη δια βίου άσκηση και υγεία, <http://www.fa3gr/> (τελευταία επίσκεψη 18-05-2012).
45. Στάππα-Μουρτζίνη, Μ. (2010), *Αγωγή Υγείας- Βασικές Αρχές- Σχεδιασμός Προγράμματος*, ΥΠΕΠΘ-Παιδαγωγικό Ινστιτούτο, ΟΕΔΒ.
46. Σώκου, Κ. (2003), Μια Ολική Προσέγγιση της Σχολικής Κοινότητας στην Προαγωγή της Υγείας Στρατηγικές, Διαστάσεις, Σχεδιασμός, Δείκτες, http://assets.in.gr/dGenesis/assets/content202/dgEntity_33212.doc (τελευταία επίσκεψη 15-06-2012).
47. Σώκου, Κ. (2004), *Η προαγωγή της ψυχικής υγείας στη σχολική κοινότητα των Νοτιανατολικών Κυκλάδων. Η επίδραση της παρέμβασης με τα λόγια των εκπαιδευτικών και των μαθητών*, http://assets.in.gr/dGenesis/assets/content202/dgEntity_36861.doc (τελευταία επίσκεψη 15-06-2012).

48. Τουπλικιώτη, Σ. (2007), Η εφαρμογή της μεθόδου των Σχεδίων Εργασίας σε ολοήμερο σχολείο του Αιγινίου, *Επιστημονικό Βήμα*, 6, 157-167.
49. Τσακίρη, Δ. & Καπετανίδου, Μ. (2007), *Θεωρίες Μάθησης και δημιουργική-κριτική σκέψη, Σύγχρονες Διδακτικές Προσεγγίσεις για την ανάπτυξη κριτικής-δημιουργικής σκέψης*, Αθήνα: Οργανισμός Επιμόρφωσης Εκπαιδευτικών.
50. Υπουργική Απόφαση (Υ.Α.) Γ1/377/865/ΦΕΚ577/23-09-1992, ΥΠΕΠΘ
51. Υ.Α., Γ2/4857/28-08-1992/ΦΕΚ629/τΒ'/23-10-1992, ΥΠΕΠΘ
52. Υ.Α. Γ2/8976/29-11-95, ΥΠΕΠΘ
53. Υ.Α. Γ2/7668/18-12-1997/ΦΕΚ1153/τΒ'/29-12-1997, ΥΠΕΠΘ
54. Υ.Α. Υ.Α. 123693/06-10-2010, Υπουργείο Υγείας
55. Υ.Α. Φ.12/520/61575/Γ1/ΦΕΚ1327/τ.Β'/16-06-2011, ΥΠΑΔΒΜΘ
56. Υ.Α. 104868/Γ2/13-09-2011, ΥΠΑΔΒΜΘ
57. Υ.Α. 113726/Γ2/03-10-2011, ΥΠΑΔΒΜΘ
58. Υ.Α. Φ.14/223/560625/Γ1/24-04-2011, ΥΠΑΔΒΜΘ
59. Υ.Α. 36787/Γ2/ΦΕΚ 1163/τ.Β'/10-04-2012, ΥΠΑΔΒΜΘ
60. ΥΠΕΠΘ-ΕΙΝ (2008), Αγωγή Υγείας, Διατροφή, Διατροφικές Συνήθειες για μαθητές 9-12 ετών-Εγχειρίδιο Εκπαιδευτικών, Αθήνα.
61. ΥΠΕΠΘ-ΠΙ (2007α), *Οικιακή Οικονομία-Α' Γυμνασίου*, Αθήνα: ΟΕΔΒ.
62. ΥΠΕΠΘ-ΠΙ (2007β), *Οικιακή Οικονομία-Β' Γυμνασίου*, Αθήνα: ΟΕΔΒ.
63. ΥΠΕΠΘ-ΠΙ (2008), *Βιολογία-Α' Γυμνασίου*, Αθήνα: ΟΕΔΒ.
64. Χανιώτης, Δ., Μπότσαρη, Σ., Μικελοπούλου, Π. & Χανιώτης, Φ. (2010), Διατροφικές συνήθειες και αξιολόγηση του βαθμού παχυσαρκίας σε μαθητές Δημοτικών Σχολείων του λεκανοπεδίου Αττικής την περίοδο 2002-2007 στα πλαίσια προγράμματος Σχολικής Υγείας, *e-Περιοδικό Επιστήμης και Τεχνολογίας*, http://ejst.teiath.gr/issue_16/chaniotis_16.pdf (τελευταία επίσκεψη 10-04-2012).
65. Χρυσafiδης, Κ. (2000), *Βιωματική-Επικοινωνιακή Διδασκαλία*, Αθήνα: Gutenberg.
66. Maliaret, G. (2002), *Εισαγωγή στις Επιστήμες της Αγωγής*, Αθήνα: Τυποθήτω-Γιώργος Δάρδανος.

ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Alberga, S., Sigal, J., Goldfield, G., Prud'Homme, D. & Kenny, P. (2012), Overweight and obese teenagers: why is adolescence a critical period?, *Pediatric Obesity*, 7 (3), 2047-6310.
2. Andersen, R. (2003), *Obesity-Etiology Assessment Treatment and Prevention*, USA: Human Kinetics.
3. Akos, P. & Levitt, D. (2002), Promoting healthy body image in middle school, *Professional School Counseling*, 6 (2), 138-144.
4. Bandura, A. (1986), *Social Foundations for Thought and Action: A Social Cognitive Theory*, Englewood Cliffs NJ: Prentice-Hall.
5. Baranowski, T., Davis, M., Rescinow, K., Baranowski, J., Doyle, C., Lin, S., Smith, M. & Wang, T. (2000), Gimme 5 fruit, juice and vegetables for fun and health: outcome evaluation, *Health Educ Behav*, 27 (3), 390-400.
6. Birch, D., Duplaga, C., Seabert, D. & Wilbur, K. (2001), What do master teachers consider important in professional preparation for school health education, *J Sch Health*, 71 (2), 56-60.
7. Brug, J., Velde, S., Chinapaw, M., Bere, E., Bourdeaudhuij, I., Moore, H., Maes, L., Jensen, J., Manios, Y., Lien, N., Klepp, K., Lobstein, T., Martens, M., Salmon, J. & Singh, A. (2010), Evidence-based development of school-based and family-involved prevention of overweight across Europe: The ENERGY-project's design and conceptual framework, *BioMed Central Public Health*, 10, 276-286.
8. Cacciari, E., Laron, Z. & Raiti, S. (1978), *Obesity in Childhood*, London: Academic Press.
9. Cash, T. & Henry, P. (1995), Women's body images: The results of a national survey in the USA, *Sex Roles*, 33 (1-2), 19-28.
10. Cash, T. (2000), *The MBSRQ Users' Manual*, 3rd edition, Norfolk, VA: Old Dominion University.

11. Cash, T., Phillips A., Santos, T. & Hrabosky, I. (2004), Measuring “negative body image”: validation of the Body Image Disturbance Questionnaire in a nonclinical population, *Body Image*, 1 (4), 363-372.
12. Cattaneo, A., Monasta, L., Stamatakis, E., Lioret, S., Castetbon, K., Frenken, F., Manios, Y., Moschonis, G., Savva, S., Zaborskis, A., Rito, Al., Nanu, M., Vignerova, J., Caroli, M., Ludvigsson, J., Koch FS., Serra-Majem, L., Szponar, L., van Lenthe, F. & Brug, G. (2010), Overweight and obesity in infants and pre-school children in the European Union: a review of existing data, *Obesity Reviews*, 11 (5), 389-398.
13. Choate, H. (2007), Counseling adolescent girls for body image resilience: Strategies for school counselors, *Professional School Counseling*, 10 (3), 317-326.
14. Cotrell, R., Girvan, J., Mckenzie, J. (2002), *Principles and foundation of health promotion and education*, 2nd edition, New York: Benjamin Gumming.
15. Davison, T. & McCabe, M. (2006), Adolescent body image and psychosocial functioning, *J Soc Psychol.*, 146 (1), 15-30.
16. Dix, K., Slee, P., Lawson, M. & Keeves, J. (2012), Implementation quality of whole-school mental health promotion and student’s academic performance, *Child and Adolescent Mental health*, 17 (1), 45-51.
17. Downie, R., Tannahill, C. & Tannahill, A. (1996), *Health Promotion- Models and Values*, 2nd Edition, Oxford: Oxford University Press.
18. Drewer, R. (2007), *The nutritional psychology of childhood*, New York: Cambridge University Press.
19. Edelman, CL. & Mandle, CL. (2002), *Health promotion throughout the lifespan*, 5th Edition, USA: Mosby.
20. Elgar, F, Roberts, C., Moore, L. & Tubor-Smith, C. (2005), Sedentary behaviour, physical activity and weight problems in adolescents in Wales, *Public Health*, 119 (6), 518-524.

21. Ethridge, E. & Branscomb, K. (2009), Learning through action: Parallel learning processes in children and adults, *Teaching and teacher education*, 25 (3), 400-408.
22. European Network of Health Promoting Schools (E.N.H.P.S.) (1997), *The Health Promoting School-an investment in education, health and democracy*, Conference Report, First Conference of the European Network of Health Promoting Schools, Thessaloniki-Halkidiki, 1-5 May 1997.
23. Fontana, D. & Apostolidou, M. (2002), A survey of teachers' health lifestyles in Cyprus, *Health Education Journal*, 61 (1), 70-77.
24. Gibson, E.L., Kreichauf, S., Wildgruber, A., Vogele, C., Summerbell, C.D., Nixon, C., Moore, H., Douthwaite, W. & Manios, Y. on behalf of the ToyBox-Study Group (2012), A narrative review of psychological and educational strategies applied to young children's eating behaviors aimed at reducing obesity risk, *Obesity Reviews*, 13 (1), 85-95.
25. Gillespie, H. (1984), Evaluation of nutrition education and training mini-grant programs, *Journal of Nutrition Education*, 16 (1), 8-12.
26. Grieg Viig, N., Tjomsland, E. & Wold, B. (2010), Program and School Characteristics Related to Teacher Participation in School Health Promotion, *The Open Education Journal*, 3, 10-20.
27. Grogan, S. (2008), *Body Image-Understanding body dissatisfaction in men, women and children*, 2nd Edition, London & New York: Routledge Taylor & Francis Group.
28. Hallstrom, L., Vereecken, C., Ruiz, J., Patterson, E., Gilbert, C., Catasta, G., Diaz, L., Gomez-Martinez, S., Gross, M., Gottrand, F., Hegyi, A., Lehoux, C., Mouratidou, T., Widham, K., Astrom, A., Moreno, L. & Sjostrom, M. (2011a), Breakfast habits and factors influencing food choices at breakfast in relation to socio-demographic and family factors among European adolescents. The HELENA Study, *Appetite*, 56 (3), 649-657.
29. Hallstrom, L., Vereecken, C., Labayen, I., Ruiz, J., Donne, C., Garcia, M., Gilbert, C., Gomez-Martinez, S., Grammatikaki, E., Huybrechts, I., Kafatos, A., Kersting, M., Manios, Y., Molnar, D., Patterson, E.,

- Widham, K., Vriendi, T., Moreno, L., & Sjostrom, M. (2011b), Breakfast habits among European adolescents and their association with socio-demographic factors: The HELENA Study, *Public Health Nutrition*, 1-11.
30. Harrel, S., McMurray, G., Bangdiwala, I., Frauman, C., Gansky, A. & Bradley, B. (1996), Effects of a school-based children: the Cardiovascular Health in Children (CHIC) study, *J Pediatr*, 128 (6), 797-805.
 31. Harris, K., Kuramoto, L., Schulzer, M. & Retallack, J. (2009), Effect of school-based physical activity interventions on body mass index in children: a meta-analysis, *Canadian Medical Association Journal*, 180 (7), 719-726.
 32. Hatzis. Ch., Papandreou, Ch. & Kafatos, A. (2010), School health education programs in Crete: Evaluation of behavioural and health indices a decade after initiation, *Preventive Medicine*, 51 (3-4), 262-267.
 33. Hausenblas, H. & Fallon, E. (2006), Exercise and body image, *Psychology and Health*, 21 (1), 33-47.
 34. Heimendinger, J., Feng, Z., Emmons, K., Stoddard, A., Kinne, S., Biener, L., Sorensen, G., Abrams, D., Varnes, J. & Boutwell, B. (1995), The Working well Trial: Baseline Dietary and Smoking Behaviors of Employees and Related Worksite Characteristics, *Preventive Medicine*, 24 (2), 180-193.
 35. Jackson, D., Djafarian, K., Stewart, J. & Speakman, J. (2009), Increased television viewing is associated with elevated body fatness but not with lower total energy expenditure in children¹⁻³, *The American Journal of Clinical Nutrition*, 89 (4), 1031-1036.
 36. Johnson, C., Nicklas, A., Arbeit, L., Harsha, W., Mott, S., Hunter, M., Wattigney, W. & Berenson, S. (1991), Cardiovascular intervention for high-risk families: the Heart Smart Program, *South Med J*, 84 (11), 1305-1312.
 37. Kafatos, I., Manios, Y., Moschandreas, J. & Kafatos, A. (2007), Health and nutrition education program in primary schools of Crete: changes in

- blood pressure over 10 years, *European Journal of Clinical Nutrition*, 61 (7), 837-845.
38. Karnik, S. & Kanekar, A. (2012), Childhood Obesity: A Global Public Health Crisis, *International Journal of Preventive Medicine*, 3 (1), 1-7.
 39. Kiple, K. & Con Ornelas K. (2000), *The Cambridge world history of food*, Volume 1 & 2, Cambridge University Press.
 40. Kent, G. (1988), Nutrition Education as an Instrument of Empowerment, *Journal of Nutrition Education*, 20 (4), 193-195.
 41. Kumar, S. & Preetha, G. (2012), Health promotion: an effective tool for global health, *Indian J Community Med*, 37 (1), 5-12.
 42. Lambert, L., Monroe, A. & Wolff, L. (2010), Mississippi elementary school teachers' perspectives on providing nutrition competencies under the framework of their school wellness policy, *J Nutr Educ Behav*, 42 (4), 271-276.
 43. Lee, A., Cheng, F. & Leger, L. (2005), Evaluating health-promoting schools in Hong Kong: development of a framework, *Health Promotion International*, 20 (2), 177-186.
 44. Lobstein, T. & Frelut, M. (2003), Prevalence of overweight among children in Europe, *Obesity Reviews*, 4, 195-200.
 45. MacConnie, E., Gillam, B., Greenen, L. & Pels, E. (1982), Daily physical activity patterns of prepubertal children involved in a vigorous exercise program, *Int J Sports Med*, 3 (4), 202-207.
 46. Mandle, E. (2002), *Health Promotion throughout the Lifespan*, 5th edition, USA: Mosby.
 47. Manios, Y., Kafatos, A. & Codrington, C. (1999a), Gender differences in physical activity and physical fitness in young children in Crete, *The Journal of sports medicine and physical fitness*, 39 (1), 24-30.
 48. Manios, Y. & Kafatos, A. (1999), Health and Nutrition Education in elementary schools: Changes in health knowledge, nutrient intakes and physical activity over a six year period, *Public Health Nutrition*, 2 (3a), 445-448.
 49. Manios, Y., Moschandreas, J., Hatzis, C. & Kafatos, A. (1999b), Evaluation of a health and nutrition education program in primary

- school children of Crete over a three-year period, *Preventive Medicine*, 28 (2), 149-159.
50. Manios, Y., Kourlada, G., Kondaki, K., Grammatikaki, E., Anastasiadou, A. & Roma-Giannikou, E. (2009), Obesity and television watching in preschoolers in Greece: The GENESIS Study, *Obesity*, 17 (11), 2047-2053.
 51. Maretzki, A. (1979), A perspective on nutrition education and training, *Journal of nutrition Education*, 11, 176-180.
 52. Martin, R., Hoover, L., Fox, E., Lan, W. & Ahmad, M. (1998), Assessment of nutrition education of secondary Texas Teachers, *Journal of family and Consumer Sciences Education*, 16 (2), 60-75.
 53. Martin-Matillas, M., Ortega, F., Ruis, J., Martinez-Gomez, D., Marcos, A., Moliner-Urdiales, D., Polito, A., Pedrero-Chamizo, R., Beghin, L., Mplnar, D., Kafatos, A., Moreno, L., Bourdeaudhuij, I. & Sjostrom, M. (2010), Adolescent's physical activity levels and relatives' physical activity engagement and encouragement: the HELENA study, *European Journal of Public Health*, 21 (6), 705-712.
 54. Martinez-Gomez, D., Gomez-Martinez, S., Ruiz, J., Diaz, L., Ortega, F., Widhalm, K., Cuenca-Garcia, M., Manios, Y., De Vriendt, T., Molnar, D., Huybrechts, I., Breidenassel, C., Gottrand, F., Plada, M., Moreno, S., Ferrari, M., Moreno, L.A., Sjostrom, M, Marcos, A. & HELENA Study Group (2012), Objectively- measured and self-reported physical activity and fitness in relation to inflammatory markers in European adolescents: the HELENA Study, *Atherosclerosis*, 221(1), 260-267.
 55. McDonald, F., Brun, K. & Esserman, J. (1981), In-home interviews measure positive effects of a nutritional program, *Journal of Nutrition Education*, 13, 140-144.
 56. McKenzie, J. & Smeltzer, J. (2000), *Planning implementing and evaluating health promotion programs*, 3rd Edition, USA: Allyn and Bacon.
 57. Mihas, C., Mariolis, A., Manios, Y., Naska, A., Arapaki, A., Mariolis-Sapsakos, T. & Tountas, Y. (2010), Evaluation of a nutrition intervention

- in adolescents of an urban area in Greece: short-and long-term effects of the VYRONAS Study, *Public Health Nutrition*, 13 (5), 712-719.
58. Millstein, S., Petersen, A. & Nightingale, E. (1993), *Promoting the health of adolescents*, Oxford: Oxford University Press.
 59. Nethe, A., Dorgelo, A., Kugelberg, S., van Assche, J., Buijs, G., Yngve, A., de Henauw, S., Boskou, G., Manios, Y. And ToyBox-study group (2012), Existing policies, regulation, legislation and ongoing health promotion activities related to physical activity and nutrition in pre-primary education settings: an overview, *Obesity Reviews*, 13 (1), 118-128.
 60. Niemi, H. (2002), Active learning-a cultural change needed in teacher education and schools, *Teaching and Teacher Education*, 18, 763-780.
 61. Nixon, C.A., Moore, J., Douthwaite, W., Gibson, E.L., Vogele, C., Kreichauf, S., Wildgruber, A., Manios, Y., & Summerbell, C.D. on behalf of ToyBox-Study group (2012), Identifying effective behavioural models and behaviour change strategies underpinning preschool- and school-based obesity prevention interventions aimed at 4-6-year olds: a systematic review, *Obesity Reviews*, 13 (1), 106-117.
 62. O' Neil, E. & Nichlas, T. (2002), Gimme 5: An innovative, school-based intervention for high school students, *Journal Of the American Dietetic Association*, 102, 593-596.
 63. Ortega, F., Ruiz, J., Espana-Romero, V., Vicente-Rodriguez, G., Martinez-Gomez, D., Manios, Y., Beghin, L., Molnar, D., Widhalm, K., Moreno, L., Sjostrom, M., Castillo, M. And on behalf of the HELENA study group (2011), The International Fitness Scale (IFIS): usefulness of self-reported fitness in youth, *International Journal of Epidemiology*, 40 (3), 701-711.
 64. Panagopoulou, E., Montgomery, A. & Benos, A. (2011), Health promotion as a behavioural challenge: Are we missing attitudes?, *Global Health Promotion*, 18 (2), 54-57.
 65. Perez-Rodrigo, C. & Aranceta, J. (2003), Nutrition education in schools: experiences and challenges, *European Journal of Clinical Nutrition*, 57 (1), S82-S85.

66. Piran, N. (2004), Teachers: on “being” (rather than “doing”) prevention, *Eat Disorders*, 12 (1), 1-9.
67. Porter, K., Curtin, L., Carrol, M., Li, X., Mohadjer, L., Shih, M., Simon, P. and Fielding, J. (2011), Health of adults in Los Angeles County: Findings From the National Health and Nutrition Examination Survey, 1999-2004, *National Health Statistics Reports*, 42, 1-14.
68. Pollatschek, J., Renfrew, T. & Queen, J. (1986), *Trends and Developments in Physical Education, VII Commonwealth and International Conference on Sport, Physical Education, Dance, Recreation and Health*, London, Spon Pr, 57-60.
69. Prelip, M., Erausquin, J., Slusser, W., Vecchiarelli, S., Weightman, H., Lange, L. & Neumann, C. (2006), The role of Classroom Teachers in Nutrition and Physical Education, *California Journal of Health Promotion*, 4 (3), 116-127.
70. Puska, P., Vartiainen, E., Pallonen, U., Salonen, T., Poyhia, P., Koskela, K. & McAlister, A. (1982), The North Karelia youth project: evaluation of two years of intervention on health behaviour and CVD risk factors among 13 to 15-year old children, *Prev Med*, 11 (5), 550-570.
71. Rey-Lopez, J., Vicente-Rodriguez, G., Ortega, F., Ruiz, J., Martinez-Gomez, D., Henauw, S., Manios, Y., Molnar, D., Plito, A., Verloigne, M., Castillo, M., Sjostrom, M., Bourbeaudhuij, I., Moreno, L. and on behalf of the HELENA Study Group (2010), Sedentary patterns and media availability in European adolescents: The HELENA Study, *Preventive Medicine*, 51 (1), 50-55.
72. Rey-Lopez, J., Vicente-Rodriguez, G., Repasy, J., Mesana, M., Ruiz, J., Ortega, F., Kafatos, A., Huybrechts, I., Cuenca-Garcia, M., Leon, F., Gonzalez-Gross, M., Sjostrom, M., De-Bourbeaudhuij, I. & Moreno, L. (2011), Food and drink intake during television viewing in adolescents: the Healthy Lifestyle in Europe by Nutrition in Adolescence (HELENA) study, *Public Health Nutrition*, 14 (9), 1563-1569.
73. Resnicow, K., Cross, D. & Wynder, E. (1993), The Know Your Body Program: A review of evaluation studies, *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 70 (3): 188-207.

74. Risvas, G., Panagiotakos, D. & Zampelas, A. (2007), Factors affecting food choice in Greek primary-school students: ELPYDES study, *Public Health Nutrition*, 11 (6), 639-646.
75. Rolland-Cachera, MF., Thibault, H., Souberbielle, JC., Soulie, D., Carbonel, P., Deheeger, M., Roinsol, D., Longueville, E., Bellisle, F. & Serog, P. (2004), Massive obesity in adolescents : dietary interventions and behaviours associated with weight regain at 2y follow-up, *International Journal of Obesity*, 28 (4), 514-519.
76. Rossiter, M., Glanville, T., Taylor, J. & Blum, I. (2007), School practices of prospective teachers, *J Sch Health*, 77 (10), 694-700.
77. Sese, M., Jimenez-Pavon, D., Gilbert, C., Gonzalez-Gross, M., Gottrand, F., De Henauw, S., Breidenassel, C., Warnberg, J., Widhalm, K., Moinar, D., Manios, Y., Cuenca-Garcia, M., Kafatos, A., . & Moreno, L. (2012), Eating behaviour, insulin resistance and cluster of metabolic risk factors in European adolescents. The HELENA Study, *Appetite*, 59 (1):140-147.
78. Shannon, B., Graves, K. & Hart, M. (1982), Food behavior of elementary school students after receiving nutrition education, *J Am Diet Assoc*, 81, 428-434.
79. Sharma, M. (2006), International school-based interventions for preventing obesity in children, *Obesity Reviews*, 8 (2), 155-167.
80. Sharma, M. (2011), Dietary education in school-based childhood obesity prevention programs, *Adv Nutrition*, 2 (2), 207s-16s.
81. Shephard, J., Juiier, J, La Valle, H., LaBarre, R. & Bajic, M. (1980), Habitual physical activity:Effects of sex, mileu, season and required activity, *J Sports Med*, 20, 55-66.
82. Sherman, J. & Muehlhoff, E. (2007), Developing a nutrition and health education program for primary schools in Zambia, *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 39 (6), 335-342.
83. Simons-Morton, B., Greene, W. & Gottfried, N. (1995), *Introduction to health education and health promotion*, 2nd Edition, Illinois Prospect Heights: Waveland Press.

84. Smpokos, E., Linardakis, M., Papadaki, A., Lionis, C. & Kafatos, A. (2011), Secular trends in fitness, moderate-to-vigorous physical activity, and TV-viewing among first grade school children of Crete, Greece between 1992/93 and 2006/07, *Journal of Science and Medicine in Sport*, 639, 1-7.
85. Sokou, K. (2002), Healthy nutritional habits, *Network News*, 7, 14-16.
86. Soliah, L., Newell, G., Vaden, A. & Dayton, A. (1983), Establishing the need for nutrition education: Elementary teachers' nutrition knowledge, attitudes and practices, *J Am Diet Assoc.*, 83 (4), 447-453.
87. Sorensen, G., Thompson, B., Glanz, K., Feng, Z., Kinne, S., DiClemente, C., Emmons, K., Heimendinger, J., Probart, C. & Lichtenstein, E. (1996), Work site-based cancer prevention: primary results from the Working Well Trial, *American Journal of Public Health*, 86 (70), 939-947.
88. Soulatou, P., Tzamalouka, G., Markatzi, I., Kafatos, A. & Chliaoutakos, J. (2009), Fostering voluntary informal health mentoring in primary school: what are teachers' barriers?, *International of Evidence Based Coaching and Mentoring*, 7 (1), 172-180.
89. Sovyanhadi, M. & Malcolm, C. (2004), Effectiveness of Various Nutrition Education Teaching Methods for High School Students: a case study in Alabama, United States, *Mal J Nutr*, 10 (1), 31-37.
90. Spencer, A. (1998), Physical Educator: Role Model or Roll the Ball Out?, *Journal of Physical Education, Recreation & Dance*, 69 (6), 58-63.
91. Stoebe, W. & Stroebe, M. (1995), *Social Psychology and Health*, London: Open University Press.
92. Stone, J., Osganian, K., McKinlay, M., Wu, C., Webber, S., Luepker, V., Perry, L., Parcel, S. & Elder, P. (1996), Operational design and quality control in the CATCH multicenter Trial, *Prev Med*, 25 (4), 384-399.
93. Summerbell, C., Moore, H., Vogle, C., Kreichauf, S., Wildgruber, A., Manios, Y., Douthwaite, W., Nixon, C. & Gibson, E. on behalf of the ToyBox-study group (2012), Evidence-based recommendations for the

- development of obesity prevention programs targeted at preschool children, *Obesity Reviews*, 13 (1), 129-132.
94. Swallen, K., Reither, E., Haas, S. & Meier, M. (2005), Overweight, Obesity and Health-Related Quality of Life Among Adolescents: The National Study of Adolescent Health, *Pediatrics*, 115 (2), 340-347.
 95. Thomas, S., Fick, A. & Henderson, J. (1991), Assessment of attitudes toward school-based health promotion programs, *J La State Med Soc*, 143 (4), 37-40.
 96. Thompon, J. (1998), *Nutritional Requirements of infants and young children-Practical guidelines*, Oxford: Blackwell Science.
 97. Utter, J., Scragg, R., Robinson, E., Warbrick, J., Faeamani, S., Dewes, O., Moodle, M & Swinburn, BA. (2011), Evaluation of Living 4 Life project: a youth-led, school-based obesity prevention study, *Obesity Reviews*, 12 (2), 51-60.
 98. Valente, T. (2002), *Evaluating health promotion programs*, Oxford: Oxford University Press.
 99. Van Stralen, M., Te Velde, S., Singh, A., De Bourdeaudhuij, I., Martens, M., Van der Sluis, M., Manios, Y., Grammatikaki, E., Chinapaw, M., Maes, L., Bere, E., Jensen, J., Moreno, L., Jan, N., Molnar, D., Moore, H. & Brug, J. (2011), European Energy balance Research to prevent excessive weight Gain among Youth (ENERGY) project: Design and methodology of the ENERGY cross-sectional survey, *BioMed Central Public Health*, 11, 65-77.
 100. Vardavas, C., Tzatzarakis, M., Plada, M., Tsatsakis, A., Papadaki, A., Saris, W., Moreno, L. and Kafatos, A. (2010), Biomarker evaluation of Greek adolescents' exposure to secondhand smoke, *Human and Experimental Toxicology*, 29 (6), 459-466.
 101. Voss, L. & Wilkin, T. (2003), *Adults Obesity-Apaediatric challenge*, New York: Taylor and Francis.
 102. Wagner, B., Schuch, I. & Friedrich, R. (2012), Effect of interventions on the body mass index of school-age students, *Revista de Saude Publica*, 32 (5), 2139-2158.

103. Waters, E., Silva-Sanigorski, A., Hall, B.J., Brown, T., Campbell, K.J., Gao, Y., Armsrong, R., Prosser, L. & Summerbell, C.D. (2008), Interventions for preventing obesity in children, *Phychosom Med.*, 70 (3), 363-371.
104. Williams, C., Carter B., Anold, C. & Wynder, E. (1979), Chronic disease risk factors among children. The Know Your Body study, *Journal of Chronic Disease*, 32 (7), 505-513.
105. Windsor, R., Baranowski, T., Clark, N. & Cutter, G. (1994), *Evaluation of health promotion, health education and disease prevention programs*, 2nd edition, Toronto: Mayfield Publishing Company-Mountain View.
106. WHO (1993a), *Educational Handbook for nutrition trainers*, University of Oslo.
107. WHO (1993b), *Increasing the relevance of education for health professionals*, Report of WHO Study Group on Problem-solving education for health professionals, Technical report Series 838, Geneva.
108. Yager, Z. & O'Dea, J. (2005), The role of Teachers and Others Educators in the Prevention of eating Disorders and Child Obesity: What Are the Issues?, *Eating Disorders*, 13 (3), 261-278.
109. Yager, Z. & O'Dea, J. (2008), Body image, dieting and disordered eating and activity practices among teacher trainees: implications for school-based health education and obesity prevention programs, *Health Education Research*, 24 (3), 472-482.
110. Yager, Z. & O'Dea, J. (2010), A controlled intervention to promote a healthy body image, reduce eating disorder risk and prevent excessive exercise among trainee health education and physical education teachers, *Health Education Research*, 25 (5), 841-852.
111. Zenzen, W. & Kridli, S. (2009), Integrative Review of school-based childhood obesity prevention programs, *Journal of Paediatric Health Care*, 23 (4), 242-258.

ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. www.minedu.gov.gr
2. www.pi-schools.gr
3. www.helenastudy.com
4. www.epipsi.gr
5. www.ideficsstudy.eu
6. www.toybox-study.eu
7. <http://www.unc.edu/depts/chic>
8. <http://www.goforhealth.ca/>
9. <http://www.thirteen.org/closetohome/prevention/html/knowbody.html>
10. <http://www.minedu.gov.gr/dioikhtika-eggrafa/genika-eggrafa/statistika-dedomena-ekpaideysis.html>

VI.ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α
ΠΙΝΑΚΕΣ ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ

Πίνακας 1α: Κατανομή συχνοτήτων και ποσοστών επί τις % των εκπαιδευτικών ως προς το φύλο

Μεταβλητές	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστική Συχνότητα
ΑΝΔΡΑΣ	91	33,7	33,7
ΓΥΝΑΙΚΑ	179	66,3	100,0
ΣΥΝΟΛΟ	270	100,0	

Πίνακας 2α: Κατανομή συχνοτήτων και ποσοστών επί τις % των εκπαιδευτικών ως προς την ηλικιακή ομάδα

Μεταβλητές	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστική Συχνότητα
Έως 30 ετών	17	6,3	6,3
31-40 ετών	65	24,1	30,4
Άνω των 40 ετών	188	69,6	100,0
ΣΥΝΟΛΟ	270	100,0	

Πίνακας 2β: Δείκτες Κεντρικής Τάσης και Διασποράς για την ηλικία

Δείκτες	
Μέσος όρος	44,53
Διάμεσος	45,00
Δεσπόζουσα Τιμή	45
Τυπική απόκλιση	7,974
Διακύμανση	63,588
Εύρος	38
Ελάχιστη τιμή	24
Μέγιστη τιμή	62

Πίνακας 3α: Κατανομή συχνοτήτων και ποσοστών επί τις % των εκπαιδευτικών ως προς την οικογενειακή τους κατάσταση

Μεταβλητές	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστική Συχνότητα
ΕΓΓΑΜΟΣ/Η	178	65,9	65,9
ΑΓΑΜΟΣ/Η	67	24,8	90,7
ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ/Η	22	8,1	98,9
ΣΥΜΒΙΩΣΗ	3	1,1	100,0
ΣΥΝΟΛΟ	270	100,0	

Πίνακας 4α: Κατανομή συχνοτήτων και ποσοστών επί τις % των εκπαιδευτικών ως προς την ύπαρξη παιδιών

Μεταβλητές	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστική Συχνότητα
ΜΕ ΠΑΙΔΙΑ	168	62,2	62,2
ΧΩΡΙΣ ΠΑΙΔΙΑ	102	37,8	100,0
ΣΥΝΟΛΟ	270	100,0	

Πίνακας 5α: Κατανομή συχνοτήτων και ποσοστών επί τις % των εκπαιδευτικών ως προς την ειδικότητά τους

Μεταβλητές	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστική Συχνότητα
ΘΕΟΛΟΓΟΙ	14	5,2	5,2
ΦΙΛΟΛΟΓΟΙ	61	22,6	27,8
ΜΑΘΗΜΑΤΙΚΟΙ	27	10,0	37,8
ΦΥΣΙΚΟΙ-ΧΗΜΙΚΟΙ	25	9,3	47,0
ΒΙΟΛΟΓΟΙ-ΓΕΩΛΟΓΟΙ	6	2,2	49,3
ΞΕΝΩΝ-ΓΛΩΣΣΩΝ	43	15,9	65,2
ΚΑΛΛΙΤΕΧΝΙΚΩΝ-ΘΕΑΤΡΙΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ	13	4,8	70,0
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ	2	0,7	70,7

ΦΥΣΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ	28	10,4	81,1
ΜΗΧΑΝΙΚΟΙ ΤΕΙ	8	3,0	84,1
ΤΕΧΝΙΚΩΝ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΩΝ ΤΕΙ	6	2,2	86,3
ΝΟΜΙΚΩΝ-ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ	4	1,5	87,8
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	1	0,4	88,1
ΟΙΚΙΑΚΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ	13	4,8	93,0
ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΗΣ ΑΕΙ	19	7,0	100,0
ΣΥΝΟΛΟ	270	100,0	

Πίνακας 6α: Κατανομή συχνοτήτων και ποσοστών επί τις % των εκπαιδευτικών ως προς την Διεύθυνση Εκπαίδευσης που υπηρετούν

Μεταβλητές	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστική Συχνότητα
ΑΘΗΝΑ	160	59,3	59,3
ΠΕΙΡΑΙΑΣ	58	21,5	80,7
ΑΝΑΤΟΛΙΚΗ ΑΤΤΙΚΗ	25	9,3	90,0
ΔΥΤΙΚΗ ΑΤΤΙΚΗ	27	10,0	100,0
ΣΥΝΟΛΟ	270	100,0	

Πίνακας 7α: Κατανομή συχνοτήτων και ποσοστών επί τις % των εκπαιδευτικών ως προς το σχολείο υπηρετήσεως

Μεταβλητές	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστική Συχνότητα
ΓΥΜΝΑΣΙΟ	168	62,2	62,2
ΛΥΚΕΙΟ	102	37,8	100,0
ΣΥΝΟΛΟ	270	100,0	

Πίνακας 8α: Κατανομή συχνοτήτων και ποσοστών επί τις % των εκπαιδευτικών ως προς τη διδακτική εμπειρία

Μεταβλητές	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστική Συχνότητα
Έως 5 έτη	43	15,9	15,9
6-15 έτη	108	40,0	55,9
16-25 έτη	91	33,7	89,6
Πάνω από 26 έτη	28	10,4	100,0
ΣΥΝΟΛΟ	270	100,0	

Πίνακας 9α: Κατανομή συχνοτήτων και ποσοστών επί τις % των εκπαιδευτικών ως προς τις σπουδές τους

Μεταβλητές	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστική Συχνότητα
ΔΕΥΤΕΡΟ ΠΤΥΧΙΟ	18	6,7	6,7
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ	88	32,6	39,3
ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟ	5	1,9	41,2
ΤΙΠΟΤΑ	159	58,8	100,0
ΣΥΝΟΛΟ	270	100,0	

Πίνακας 10α: Κατανομή συχνοτήτων και ποσοστών επί τις % των εκπαιδευτικών ως προς την εκπαίδευσης-επιμόρφωσης σε θέματα Διατροφής

Μεταβλητές	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστική Συχνότητα
ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗ ΕΠΙΜΟΡΦΩΣΗΣ ΜΕΓΑΛΗΣ ΔΙΑΡΚΕΙΑΣ	22	8,1	8,1
ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΟΛΙΓΟΗΜΕΡΩΝ ΣΕΜΙΝΑΡΙΩΝ/ΗΜΕΡΙΔΩΝ	81	30,0	38,1
ΤΙΠΟΤΑ	167	61,9	100,0
ΣΥΝΟΛΟ	270	100,0	

Πίνακας 11α: Κατανομή συχνοτήτων και ποσοστών επί τις % των εκπαιδευτικών ως προς το ετήσιο εισόδημα

Μεταβλητές	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστική Συχνότητα
ΕΩΣ 10.000	18	6,7	6,7
10.001 ΕΩΣ 20.000	212	78,5	85,2
20.001 ΕΩΣ 40.000	40	14,8	100,0
ΣΥΝΟΛΟ	270	100,0	

Πίνακας 12α: Κατανομή συχνοτήτων και ποσοστών επί τις % των εκπαιδευτικών ως προς τον Δείκτη Μάζας Σώματος

Μεταβλητές	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστική Συχνότητα
ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΥ ΒΑΡΟΥΣ	162	60,0	60,0
ΥΠΕΡΒΑΡΟΣ	92	34,1	94,1
ΠΑΧΥΣΑΡΚΟΣ	16	5,9	100,0
ΣΥΝΟΛΟ	270	100,0	

Πίνακας 13α: Κατανομή συχνοτήτων και ποσοστών επί τις % των εκπαιδευτικών ως προς τη συνήθεια καπνίσματος

Μεταβλητές	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστική Συχνότητα
ΚΑΠΝΙΣΤΕΣ	98	36,3	36,3
ΜΗ ΚΑΠΝΙΣΤΕΣ	172	63,7	100,0
ΣΥΝΟΛΟ	270	100,0	

Πίνακας 14α: Κατανομή συχνοτήτων και ποσοστών επί τις % των καπνιστών εκπαιδευτικών ως προς τον αριθμό των τσιγάρων/ημέρα

Μεταβλητές	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστική Συχνότητα
ΕΩΣ 10	37	37,8	37,8
ΕΩΣ 20	52	53,1	90,8
ΑΝΩ ΤΩΝ 20	9	9,2	100,0
ΣΥΝΟΛΟ ΚΑΠΝΙΣΤΩΝ	98	100,0	

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β
ΠΙΝΑΚΕΣ ΔΙΠΛΗΣ ΕΙΣΟΔΟΥ X^2

ΠΙΝΑΚΑΣ 1β

ΗΛΙΚΙΑ2 * ΔΕΙΚΤΗΣ ΜΑΖΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ Crosstabulation

			ΔΕΙΚΤΗΣ ΜΑΖΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ			Total
			ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚ ΟΥ ΒΑΡΟΥΣ	ΥΠΕΡΒΑΡΟΣ	ΠΑΧΥΣΑΡΚΟΣ	
ΗΛΙΚΙΑ2	1	Count	13	4	0	17
		% within ΗΛΙΚΙΑ2	76,5%	23,5%	,0%	100,0%
		% within ΔΕΙΚΤΗΣ ΜΑΖΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ	8,0%	4,3%	,0%	6,3%
		% of Total	4,8%	1,5%	,0%	6,3%
	2	Count	53	10	2	65
		% within ΗΛΙΚΙΑ2	81,5%	15,4%	3,1%	100,0%
		% within ΔΕΙΚΤΗΣ ΜΑΖΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ	32,7%	10,9%	12,5%	24,1%
		% of Total	19,6%	3,7%	,7%	24,1%
	3	Count	96	78	14	188
		% within ΗΛΙΚΙΑ2	51,1%	41,5%	7,4%	100,0%
		% within ΔΕΙΚΤΗΣ ΜΑΖΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ	59,3%	84,8%	87,5%	69,6%
		% of Total	35,6%	28,9%	5,2%	69,6%
Total	Count		162	92	16	270
		% within ΗΛΙΚΙΑ2	60,0%	34,1%	5,9%	100,0%
		% within ΔΕΙΚΤΗΣ ΜΑΖΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	60,0%	34,1%	5,9%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2- sided)
Pearson Chi-Square	21,180 ^a	4	,000
Likelihood Ratio	23,482	4	,000
Linear-by-Linear Association	15,466	1	,000
N of Valid Cases	270		

a. 2 cells (22,2%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,01.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2β

ΗΛΙΚΙΑ2 * ΥΛΟΠΟΙΗΣΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ Δ.Α. Crosstabulation

			ΥΛΟΠΟΙΗΣΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ Δ.Α.		Total
			ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΗΛΙΚΙΑ2	1	Count	6	11	17
		% within ΗΛΙΚΙΑ2	35,3%	64,7%	100,0%
		% within ΥΛΟΠΟΙΗΣΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ Δ.Α.	14,6%	4,8%	6,3%
		% of Total	2,2%	4,1%	6,3%
	2	Count	7	58	65
		% within ΗΛΙΚΙΑ2	10,8%	89,2%	100,0%
		% within ΥΛΟΠΟΙΗΣΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ Δ.Α.	17,1%	25,3%	24,1%
		% of Total	2,6%	21,5%	24,1%
	3	Count	28	160	188
		% within ΗΛΙΚΙΑ2	14,9%	85,1%	100,0%
		% within ΥΛΟΠΟΙΗΣΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ Δ.Α.	68,3%	69,9%	69,6%
		% of Total	10,4%	59,3%	69,6%
Total	Count	41	229	270	
	% within ΗΛΙΚΙΑ2	15,2%	84,8%	100,0%	
	% within ΥΛΟΠΟΙΗΣΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ Δ.Α.	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	15,2%	84,8%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6,334 ^a	2	,042
Likelihood Ratio	5,257	2	,072
Linear-by-Linear Association	1,259	1	,262
N of Valid Cases	270		

a. 1 cells (16,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,58.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3β

ΥΠΑΡΞΗ ΠΑΙΔΙΩΝ * ΥΛΟΠΟΙΗΣΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ Δ.Α. Crosstabulation

			ΥΛΟΠΟΙΗΣΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ Δ.Α.		Total
			ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΥΠΑΡΞΗ ΠΑΙΔΙΩΝ	ΜΕ ΠΑΙΔΙΑ	Count	31	137	168
		% within ΥΠΑΡΞΗ ΠΑΙΔΙΩΝ	18,5%	81,5%	100,0%
		% within ΥΛΟΠΟΙΗΣΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ Δ.Α.	75,6%	59,8%	62,2%
		% of Total	11,5%	50,7%	62,2%
	ΧΩΡΙΣ ΠΑΙΔΙΑ	Count	10	92	102
		% within ΥΠΑΡΞΗ ΠΑΙΔΙΩΝ	9,8%	90,2%	100,0%
		% within ΥΛΟΠΟΙΗΣΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ Δ.Α.	24,4%	40,2%	37,8%
		% of Total	3,7%	34,1%	37,8%
Total	Count	41	229	270	
	% within ΥΠΑΡΞΗ ΠΑΙΔΙΩΝ	15,2%	84,8%	100,0%	
	% within ΥΛΟΠΟΙΗΣΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ Δ.Α.	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	15,2%	84,8%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	3,686 ^a	1	,055	,057	,038
Continuity Correction ^b	3,045	1	,081		
Likelihood Ratio	3,887	1	,049		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	3,672	1	,055		
N of Valid Cases	270				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 15,49.

b. Computed only for a 2x2 table

ΠΙΝΑΚΑΣ 4β

ΗΛΙΚΙΑ2 * ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΠΕΝΤΕ ΓΕΥΜΑΤΩΝ ΤΗΝ ΗΜΕΡΑ Crosstabulation

			ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΠΕΝΤΕ ΓΕΥΜΑΤΩΝ ΤΗΝ ΗΜΕΡΑ		Total
			ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΗΛΙΚΙΑ2	1	Count	5	12	17
		% within ΗΛΙΚΙΑ2	29,4%	70,6%	100,0%
		% within ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΠΕΝΤΕ ΓΕΥΜΑΤΩΝ ΤΗΝ ΗΜΕΡΑ	5,6%	6,7%	6,3%
		% of Total	1,9%	4,4%	6,3%
	2	Count	31	34	65
		% within ΗΛΙΚΙΑ2	47,7%	52,3%	100,0%
		% within ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΠΕΝΤΕ ΓΕΥΜΑΤΩΝ ΤΗΝ ΗΜΕΡΑ	34,4%	18,9%	24,1%
		% of Total	11,5%	12,6%	24,1%
	3	Count	54	134	188
		% within ΗΛΙΚΙΑ2	28,7%	71,3%	100,0%
		% within ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΠΕΝΤΕ ΓΕΥΜΑΤΩΝ ΤΗΝ ΗΜΕΡΑ	60,0%	74,4%	69,6%
		% of Total	20,0%	49,6%	69,6%
Total	Count	90	180	270	
	% within ΗΛΙΚΙΑ2	33,3%	66,7%	100,0%	
	% within ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΠΕΝΤΕ ΓΕΥΜΑΤΩΝ ΤΗΝ ΗΜΕΡΑ	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	33,3%	66,7%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2- sided)
Pearson Chi-Square	7,946 ^a	2	,019
Likelihood Ratio	7,679	2	,022
Linear-by-Linear Association	2,967	1	,085
N of Valid Cases	270		

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,67.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5β

ΣΠΟΥΔΑΙΟΤΗΤΑ ΠΡΩΙΝΟΥ ΓΕΥΜΑΤΟΣ * ΗΛΙΚΙΑ2 Crosstabulation

		ΗΛΙΚΙΑ2			Total
		1	2	3	
ΣΠΟΥΔΑΙΟΤΗΤΑ ΠΡΩΙΝΟΥ ΓΕΥΜΑΤΟΣ	NAI Count	15	64	163	242
	% within ΣΠΟΥΔΑΙΟΤΗΤΑ ΠΡΩΙΝΟΥ ΓΕΥΜΑΤΟΣ	6,2%	26,4%	67,4%	100,0%
	% within ΗΛΙΚΙΑ2	88,2%	98,5%	86,7%	89,6%
	% of Total	5,6%	23,7%	60,4%	89,6%
	OXI Count	2	1	25	28
	% within ΣΠΟΥΔΑΙΟΤΗΤΑ ΠΡΩΙΝΟΥ ΓΕΥΜΑΤΟΣ	7,1%	3,6%	89,3%	100,0%
	% within ΗΛΙΚΙΑ2	11,8%	1,5%	13,3%	10,4%
	% of Total	,7%	,4%	9,3%	10,4%
Total	Count	17	65	188	270
	% within ΣΠΟΥΔΑΙΟΤΗΤΑ ΠΡΩΙΝΟΥ ΓΕΥΜΑΤΟΣ	6,3%	24,1%	69,6%	100,0%
	% within ΗΛΙΚΙΑ2	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% of Total	6,3%	24,1%	69,6%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	7,224 ^a	2	,027
Likelihood Ratio	9,854	2	,007
Linear-by-Linear Association	3,075	1	,080
N of Valid Cases	270		

a. 1 cells (16,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,76.

ΠΙΝΑΚΑΣ 6β

ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ-ΕΠΙΜΟΡΦΩΣΗ ΣΕ ΘΕΜΑΤΑ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ * ΥΛΟΠΟΙΗΣΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ Δ.Α. Crosstabulation

			ΥΛΟΠΟΙΗΣΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ Δ.Α.		Total
			ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ-ΕΠΙΜΟΡΦΩΣΗ ΣΕ ΘΕΜΑΤΑ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ	ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗ ΕΠΙΜΟΡΦΩΣΗΣ	Count	11	11	22
		% within ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ-ΕΠΙΜΟΡΦΩΣΗ ΣΕ ΘΕΜΑΤΑ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ	50,0%	50,0%	100,0%
		% within ΥΛΟΠΟΙΗΣΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ Δ.Α.	26,8%	4,8%	8,1%
		% of Total	4,1%	4,1%	8,1%
	ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΣΕΜΙΝΑΡΙΩΝ/ΗΜΕΡΙΔΩΝ	Count	20	61	81
		% within ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ-ΕΠΙΜΟΡΦΩΣΗ ΣΕ ΘΕΜΑΤΑ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ	24,7%	75,3%	100,0%
		% within ΥΛΟΠΟΙΗΣΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ Δ.Α.	48,8%	26,6%	30,0%
		% of Total	7,4%	22,6%	30,0%
	ΑΛΛΟ	Count	10	157	167
		% within ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ-ΕΠΙΜΟΡΦΩΣΗ ΣΕ ΘΕΜΑΤΑ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ	6,0%	94,0%	100,0%
		% within ΥΛΟΠΟΙΗΣΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ Δ.Α.	24,4%	68,6%	61,9%
		% of Total	3,7%	58,1%	61,9%
Total	Count	41	229	270	
	% within ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ-ΕΠΙΜΟΡΦΩΣΗ ΣΕ ΘΕΜΑΤΑ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ	15,2%	84,8%	100,0%	
	% within ΥΛΟΠΟΙΗΣΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ Δ.Α.	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	15,2%	84,8%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	37,356 ^a	2	,000
Likelihood Ratio	33,250	2	,000
Linear-by-Linear Association	36,883	1	,000
N of Valid Cases	270		

a. 1 cells (16,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,34.

ΠΙΝΑΚΑΣ 7β

ΕΤΗΥΠΗΡΕΣΙΑΣ2 * ΧΡΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΩΝ ΔΡΑΣΕΩΝ Crosstabulation

			ΧΡΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΩΝ ΔΡΑΣΕΩΝ		Total
			ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΕΤΗΥΠΗΡΕΣΙΑΣ2	1	Count	39	4	43
		% within ΕΤΗΥΠΗΡΕΣΙΑΣ2	90,7%	9,3%	100,0%
		% within ΧΡΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΩΝ ΔΡΑΣΕΩΝ	15,7%	19,0%	15,9%
		% of Total	14,4%	1,5%	15,9%
	2	Count	101	7	108
		% within ΕΤΗΥΠΗΡΕΣΙΑΣ2	93,5%	6,5%	100,0%
		% within ΧΡΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΩΝ ΔΡΑΣΕΩΝ	40,6%	33,3%	40,0%
		% of Total	37,4%	2,6%	40,0%
	3	Count	87	4	91
		% within ΕΤΗΥΠΗΡΕΣΙΑΣ2	95,6%	4,4%	100,0%
		% within ΧΡΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΩΝ ΔΡΑΣΕΩΝ	34,9%	19,0%	33,7%
		% of Total	32,2%	1,5%	33,7%
	4	Count	22	6	28
		% within ΕΤΗΥΠΗΡΕΣΙΑΣ2	78,6%	21,4%	100,0%
		% within ΧΡΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΩΝ ΔΡΑΣΕΩΝ	8,8%	28,6%	10,4%
		% of Total	8,1%	2,2%	10,4%
Total	Count	249	21	270	
	% within ΕΤΗΥΠΗΡΕΣΙΑΣ2	92,2%	7,8%	100,0%	
	% within ΧΡΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΩΝ ΔΡΑΣΕΩΝ	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	92,2%	7,8%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	9,118 ^a	3	,028
Likelihood Ratio	7,214	3	,065
Linear-by-Linear Association	1,032	1	,310
N of Valid Cases	270		

a. 2 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,18.

ΠΙΝΑΚΑΣ 8β

ΦΥΛΟ * ΓΝΩΣΗ ΠΡΟΤΥΠΟΥ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ Crosstabulation

			ΓΝΩΣΗ ΠΡΟΤΥΠΟΥ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ		Total
			ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΦΥΛΟ	ΑΝΔΡΑΣ	Count	76	15	91
		% within ΦΥΛΟ	83,5%	16,5%	100,0%
		% within ΓΝΩΣΗ ΠΡΟΤΥΠΟΥ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ	30,6%	68,2%	33,7%
		% of Total	28,1%	5,6%	33,7%
ΓΥΝΑΙΚΑ	ΓΥΝΑΙΚΑ	Count	172	7	179
		% within ΦΥΛΟ	96,1%	3,9%	100,0%
		% within ΓΝΩΣΗ ΠΡΟΤΥΠΟΥ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ	69,4%	31,8%	66,3%
		% of Total	63,7%	2,6%	66,3%
Total		Count	248	22	270
		% within ΦΥΛΟ	91,9%	8,1%	100,0%
		% within ΓΝΩΣΗ ΠΡΟΤΥΠΟΥ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ	100,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	91,9%	8,1%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2- sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	12,743 ^a	1	,000		
Continuity Correction ^b	11,118	1	,001		
Likelihood Ratio	11,915	1	,001		
Fisher's Exact Test				,001	,001
Linear-by-Linear Association	12,695	1	,000		
N of Valid Cases	270				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,41.

b. Computed only for a 2x2 table

ΠΙΝΑΚΑΣ 9β

ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ-ΕΠΙΜΟΡΦΩΣΗ ΣΕ ΘΕΜΑΤΑ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ * ΓΝΩΣΗ ΔΙΕΘΝΩΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ Δ.Α. Crosstabulation

			ΓΝΩΣΗ ΔΙΕΘΝΩΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ Δ.Α.		Total
			ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ- ΕΠΙΜΟΡΦΩΣΗ ΣΕ ΘΕΜΑΤΑ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ	ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗ ΕΠΙΜΟΡΦΩΣΗΣ	Count	6	16	22
		% within ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ- ΕΠΙΜΟΡΦΩΣΗ ΣΕ ΘΕΜΑΤΑ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ	27,3%	72,7%	100,0%
		% within ΓΝΩΣΗ ΔΙΕΘΝΩΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ Δ.Α.	28,6%	6,4%	8,1%
		% of Total	2,2%	5,9%	8,1%
	ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΣΕΜΙΝΑΡΙΩΝ/ΗΜΕΡΙΔΩΝ	Count	7	74	81
		% within ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ- ΕΠΙΜΟΡΦΩΣΗ ΣΕ ΘΕΜΑΤΑ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ	8,6%	91,4%	100,0%
		% within ΓΝΩΣΗ ΔΙΕΘΝΩΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ Δ.Α.	33,3%	29,7%	30,0%
		% of Total	2,6%	27,4%	30,0%
	ΑΛΛΟ	Count	8	159	167
		% within ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ- ΕΠΙΜΟΡΦΩΣΗ ΣΕ ΘΕΜΑΤΑ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ	4,8%	95,2%	100,0%
		% within ΓΝΩΣΗ ΔΙΕΘΝΩΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ Δ.Α.	38,1%	63,9%	61,9%
		% of Total	3,0%	58,9%	61,9%
Total	Count	21	249	270	
	% within ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ- ΕΠΙΜΟΡΦΩΣΗ ΣΕ ΘΕΜΑΤΑ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ	7,8%	92,2%	100,0%	
	% within ΓΝΩΣΗ ΔΙΕΘΝΩΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ Δ.Α.	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	7,8%	92,2%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2- sided)
Pearson Chi-Square	13,819 ^a	2	,001
Likelihood Ratio	9,921	2	,007
Linear-by-Linear Association	10,759	1	,001
N of Valid Cases	270		

a. 1 cells (16,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,71.

ΠΙΝΑΚΑΣ 10β

ΥΛΟΠΟΙΗΣΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ Δ.Α. * ΔΙΑΤΗΡΗΣΗ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΥ ΒΑΡΟΥΣ2 Crosstabulation

			ΔΙΑΤΗΡΗΣΗ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΥ ΒΑΡΟΥΣ2			Total
			ΑΡΝΗΤΙΚΗ ΑΠΟΨΗ	ΟΥΔΕΤΕΡΗ ΑΠΟΨΗ	ΘΕΤΙΚΗ ΑΠΟΨΗ	
ΥΛΟΠΟΙΗΣΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ Δ.Α.	ΝΑΙ	Count	0	1	40	41
		% within ΥΛΟΠΟΙΗΣΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ Δ.Α.	,0%	2,4%	97,6%	100,0%
		% within ΔΙΑΤΗΡΗΣΗ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΥ ΒΑΡΟΥΣ2	,0%	2,9%	17,8%	15,2%
		% of Total	,0%	,4%	14,8%	15,2%
	ΟΧΙ	Count	10	34	185	229
		% within ΥΛΟΠΟΙΗΣΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ Δ.Α.	4,4%	14,8%	80,8%	100,0%
		% within ΔΙΑΤΗΡΗΣΗ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΥ ΒΑΡΟΥΣ2	100,0%	97,1%	82,2%	84,8%
		% of Total	3,7%	12,6%	68,5%	84,8%
Total	Count	10	35	225	270	
	% within ΥΛΟΠΟΙΗΣΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ Δ.Α.	3,7%	13,0%	83,3%	100,0%	
	% within ΔΙΑΤΗΡΗΣΗ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΥ ΒΑΡΟΥΣ2	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	3,7%	13,0%	83,3%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	7,095 ^a	2	,029
Likelihood Ratio	10,305	2	,006
Linear-by-Linear Association	6,554	1	,010
N of Valid Cases	270		

a. 1 cells (16,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,52.

ΠΙΝΑΚΑΣ 11β

ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΤΡΟΦΙΜΩΝ ΣΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ * ΛΗΨΗ ΠΡΩΙΝΟΥ ΓΕΥΜΑΤΟΣ ΣΤΟ ΣΧΟΛΙΚΟ ΧΩΡΟ2 Crosstabulation

			ΛΗΨΗ ΠΡΩΙΝΟΥ ΓΕΥΜΑΤΟΣ ΣΤΟ ΣΧΟΛΙΚΟ ΧΩΡΟ2			Total
			ΑΡΝΗΤΙΚΗ ΑΠΟΨΗ	ΟΥΔΕΤΕΡΗ ΑΠΟΨΗ	ΘΕΤΙΚΗ ΑΠΟΨΗ	
ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΤΡΟΦΙΜΩΝ ΣΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ	ΝΑΙ	Count	22	16	130	168
		% within ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΤΡΟΦΙΜΩΝ ΣΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ	13,1%	9,5%	77,4%	100,0%
		% within ΛΗΨΗ ΠΡΩΙΝΟΥ ΓΕΥΜΑΤΟΣ ΣΤΟ ΣΧΟΛΙΚΟ ΧΩΡΟ2	40,0%	50,0%	71,0%	62,2%
		% of Total	8,1%	5,9%	48,1%	62,2%
	ΟΧΙ	Count	33	16	53	102
		% within ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΤΡΟΦΙΜΩΝ ΣΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ	32,4%	15,7%	52,0%	100,0%
		% within ΛΗΨΗ ΠΡΩΙΝΟΥ ΓΕΥΜΑΤΟΣ ΣΤΟ ΣΧΟΛΙΚΟ ΧΩΡΟ2	60,0%	50,0%	29,0%	37,8%
		% of Total	12,2%	5,9%	19,6%	37,8%
Total	Count	55	32	183	270	
	% within ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΤΡΟΦΙΜΩΝ ΣΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ	20,4%	11,9%	67,8%	100,0%	
	% within ΛΗΨΗ ΠΡΩΙΝΟΥ ΓΕΥΜΑΤΟΣ ΣΤΟ ΣΧΟΛΙΚΟ ΧΩΡΟ2	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	20,4%	11,9%	67,8%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	19,639 ^a	2	,000
Likelihood Ratio	19,347	2	,000
Linear-by-Linear Association	19,219	1	,000
N of Valid Cases	270		

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 12,09.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ



ΧΑΡΟΚΟΠΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΙΑΚΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΛΟΓΙΑΣ
Π.Μ.Σ. «ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΣΜΟΣ»
ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗ «ΑΓΩΓΗ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΣΜΟΣ»

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

**«ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΑΠΟΨΕΩΝ ΚΑΙ ΣΤΑΣΕΩΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΩΝ Β/ΘΜΙΑΣ ΕΚΠ/ΣΗΣ ΓΙΑ ΤΙΣ
ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΣΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ»**

Στο πλαίσιο του Π.Μ.Σ. «Εκπαίδευση και Πολιτισμός» εκπονείται διπλωματική εργασία με τίτλο: «Διερεύνηση απόψεων και στάσεων εκπαιδευτικών Β/θμιας Εκπαίδευσης για τις παρεμβάσεις Διατροφικής Αγωγής στο σχολείο». Το παρόν ερωτηματολόγιο αποτελεί ερευνητικό εργαλείο στη διεξαγωγή της έρευνας. Η συμπλήρωση του είναι ανώνυμη και τα στοιχεία θα χρησιμοποιηθούν μόνο για ερευνητικούς λόγους.

*Σας ευχαριστώ για τη συμμετοχή σας
και το χρόνο που αφιερώσατε!*

Μήνου Χρυσούλα
Εκπαιδευτικός ΠΕ 15, Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια

Α' ΕΝΟΤΗΤΑ: ΑΤΟΜΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

1. Φύλο ερωτώμενου: Άνδρας ☐ Γυναίκα ☐
2. Ηλικία ερωτώμενου:
- 3 Βάρος (σε kg):
4. Ύψος (σε m):
5. Οικογενειακή κατάσταση:
- Έγγαμος/η ☐ Άγαμος/η ☐ Διαζευγμένος/η ☐ Χήρος/α ☐ Συμβίωση ☐
- Με παιδιά ☐ Χωρίς παιδιά ☐
6. Ειδικότητα:
7. Δ/νση Β/θμιας Εκπ/σης που υπηρετείτε:
8. Σχολείο που υπηρετείτε (οργανικά, διάθεση, απόσπαση):
9. Έτη υπηρεσίας σε σχολείο Β/θμιας Εκπ/σης.....
10. Σημειώστε αν διαθέτετε:

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Δεύτερο Πτυχίο		
Μεταπτυχιακό		
Διδακτορικό		

11. Εκπαίδευση - επιμόρφωση που έχετε σε θέματα Διατροφής:

1. Διδακτορικό τίτλο στη Διαιτολογία ☐

2. Μεταπτυχιακό τίτλο στη Διαιτολογία ☐
3. Δεύτερο πτυχίο στη Διαιτολογία ☐
4. Πιστοποιητικό σεμιναρίου επιμόρφωσης μεγάλης διάρκειας ☐
7. Παρακολούθηση ολιγοήμερων σεμιναρίων / ημερίδων ☐
8. Τίποτα από τα παραπάνω ☐

12. Το ετήσιο ατομικό σας εισόδημα (σε €) είναι:

έως 10.000 ☐ 10.001 – 20.000 ☐ 20.001 – 40.000 ☐ 40.001 – και άνω ☐

13. Καπνίζετε;

Ναι ☐ Όχι ☐

13.1 Εάν ναι, πόσα τσιγάρα καπνίζετε;

Λιγότερο από 10 τσιγάρα την ημέρα ☐ Μισό πακέτο την ημέρα ☐

Έως ένα πακέτο την ημέρα ☐ Πάνω από ένα πακέτο την ημέρα ☐

14. Ποιες είναι οι δικές σας διατροφικές συνήθειες;

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Γνωρίζετε το πρότυπο της Μεσογειακής Διατροφής;		
Ακολουθείτε το πρότυπο της Μεσογειακής Διατροφής;		
Καταναλώνετε πέντε γεύματα την ημέρα;		
Θεωρείτε σημαντικό το πρωινό γεύμα;		
Οι επιλογές των τροφών που καταναλώνετε στο χώρο του σχολείου αποτελούν παράδειγμα για τους μαθητές;		
Θεωρείτε βασικό παράγοντα για την κατάσταση της τωρινής και μελλοντικής σας υγείας τις διατροφικές σας επιλογές;		

16. Οι ακόλουθες 31 ερωτήσεις αποτελούν μία σειρά από δηλώσεις σχετικές με το πώς οι άνθρωποι μπορεί να σκέφτονται, να αισθάνονται ή να συμπεριφέρονται. Από εσάς ζητείται να υποδείξετε σε **ποιο βαθμό η κάθε δήλωση αντιπροσωπεύει τον χαρακτήρα σας**. Για να συμπληρώσετε το ερωτηματολόγιο, διαβάστε προσεκτικά κάθε δήλωση και αποφασίστε κατά πόσο σας εκφράζει. Χρησιμοποιείτε μια κλίμακα (από το 1 έως το 5), όπως φαίνεται παρακάτω, και στη συνέχεια σημειώστε την επιλογή σας **δίπλα από κάθε πρόταση**, τοποθετώντας το αριθμό που σας αντιπροσωπεύει περισσότερο.

Αριθμητική κλίμακα

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
<i>Διαφωνώ</i>	<i>διαφωνώ</i>	<i>Ούτε διαφωνώ</i>	<i>συμφωνώ</i>	<i>Συμφωνώ</i>
<i>απόλυτα</i>		<i>ούτε συμφωνώ</i>		<i>απόλυτα</i>

1. Θα περνούσα τα περισσότερα τεστ φυσικής κατάστασης. ☐
2. Είναι σημαντικό να έχω σωματική δύναμη. ☐
3. Δεν ακολουθώ ένα κανονικό πρόγραμμα εξάσκησης. ☐
4. Έχω τον έλεγχο της υγείας μου. ☐
5. Γνωρίζω τους παράγοντες που επηρεάζουν την κατάσταση του σώματος. ☐
6. Έχω αναπτύξει σκόπιμα έναν υγιεινό τρόπο ζωής. ☐
7. Η φυσική μου κατάσταση είναι καλή. ☐
8. Το να συμμετέχω σε αθλήματα δεν έχει νόημα για μένα. ☐
9. Δεν αθλούμαι για να διατηρηθώ σε καλή φυσική κατάσταση. ☐
10. Η υγεία μου είναι ένα θέμα με αναπάντεχα σκαμπανεβάσματα. ☐
11. Από τα πιο σημαντικά πράγματα για μένα είναι να προσέχω την υγεία μου. ☐
12. Δεν κάνω τίποτα, που ενδεχομένως να βλάψει την υγεία μου. ☐
13. Μαθαίνω εύκολα σωματικές δεξιότητες. ☐
14. Το να είμαι γυμνασμένος /η (σε καλή φυσική κατάσταση) δεν είναι προτεραιότητα στη ζωή μου. ☐
15. Ασχολούμαι με δραστηριότητες για να αυξήσω τη σωματική μου δύναμη. ☐
16. Σπάνια είμαι σωματικά άρρωστος /η. ☐
17. Συχνά διαβάζω βιβλία και περιοδικά που αναφέρονται στην υγεία. ☐
18. Παίρνω την υγεία μου στα σοβαρά. ☐
19. Δεν είμαι καλός /η στα αγωνίσματα ή στα παιχνίδια. ☐
20. Σπάνια σκέφτομαι τις αθλητικές μου δεξιότητες. ☐
21. Γυμνάζομαι για να βελτιώσω τις σωματικές μου αντοχές. ☐
22. Από τη μια μέρα στην άλλη δεν γνωρίζω σε τι κατάσταση βρίσκεται η υγεία του σώματός μου. ☐
23. Δεν κάνω καμία σημαντική προσπάθεια να ακολουθώ μια ισορροπημένη διατροφή. ☐
24. Δεν με ενδιαφέρει να βελτιώσω την απόδοση μου στις φυσικές δραστηριότητες. ☐
25. Προσπαθώ να είμαι σωματικά δραστήριος /α. ☐

26. Συχνά αισθάνομαι ευπρόσβλητος /η στις ασθένειες. ☐
27. Είμαι πολύ καλά συγκροτημένος /η. ☐
28. Έχω πολλές γνώσεις σχετικά με τη φυσική μου κατάσταση. ☐
29. Ασχολούμαι με ένα άθλημα τακτικά κατά τη διάρκεια του χρόνου. ☐
30. Είμαι ένα σωματικά υγιές άτομο. ☐
31. Είμαι πολύ ενήμερος /η ακόμη και για τις μικρές αλλαγές στη σωματική μου υγεία ☐

Γ' ΕΝΟΤΗΤΑ: ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ

17. Γνωρίζετε διεθνή προγράμματα παρεμβάσεων Διατροφικής Αγωγής;

Ναι ☐

Όχι ☐

Αν ναι ποια είναι αυτά.....

.....

.....

18. Γνωρίζετε προγράμματα παρεμβάσεων Διατροφικής Αγωγής που υλοποιήθηκαν ή υλοποιούνται στα ελληνικά σχολεία;

Ναι ☐

Όχι ☐

Αν ναι ποια είναι αυτά.....

.....

.....

19. Συμμετείχε το σχολείο σας σε κάποια παρέμβαση Διατροφικής Αγωγής;

Ναι ☐

Όχι ☐

Αν ναι, ποια είναι αυτή.....

.....

.....

20. Έχετε εσείς υλοποιήσει κάποιου είδους παρέμβαση Διατροφικής Αγωγής;

Ναι ☐

Όχι ☐

Αν ναι, ποια είναι αυτή.....

.....

.....

Σε ποια τάξη και πόσοι μαθητές συμμετείχαν.....

.....

21. Στο πλαίσιο της διαθεματικότητας ποια γνωστικά αντικείμενα πιστεύετε ότι μπορούν να αξιοποιηθούν για την προσέγγιση ζητημάτων Διατροφής;

(Μπορείτε να επιλέξετε περισσότερες από μια απαντήσεις)

Θρησκευτικά ☐ Βιολογία ☐ Φυσική Αγωγή ☐

Φιλολογικά ☐ Κοινωνιολογία ☐ Πληροφορική ☐

Μαθηματικά ☐ Μουσική/Καλλιτεχνικά ☐ Οικιακή Οικονομία ☐

Φυσική/Χημεία ☐ Ξένες Γλώσσες ☐ Γεωγραφία ☐

Για τις επόμενες τρεις ερωτήσεις χρησιμοποιείτε μια κλίμακα (από το 1 έως το 5), όπως φαίνεται παρακάτω, και στη συνέχεια σημειώστε την επιλογή σας δίπλα από κάθε πρόταση, τοποθετώντας τον αριθμό που σας αντιπροσωπεύει περισσότερο.

Αριθμητική κλίμακα

1 2 3 4 5
Καθόλου Λίγο Μέτρια Πολύ Πάρα πολύ

22. Πόσο σημαντικές θεωρείτε τις παρακάτω κατηγορίες παρεμβάσεων Διατροφικής Αγωγής;

1. Ένταξη των μαθητών σε πρόγραμμα αύξησης φυσικής δραστηριότητας ☐
2. Καμπάνια ενημέρωσης του σχολικού και ευρύτερου κοινωνικού περιβάλλοντος ☐
3. Εμπλοκή των γονέων και κηδεμόνων ☐
4. Παρέμβαση στο κυλικείο του σχολείου με έλεγχο των προϊόντων που διαθέτει ☐
5. Διανομή τροφίμων π.χ. φρούτων ☐
6. Σωματομετρήσεις και παρακολούθηση από Διαιτολόγους ☐
7. Έρευνες ☐
8. Άλλο ☐

23. Στο πλαίσιο μιας παρέμβασης Διατροφικής Αγωγής πιστεύετε ότι οι μαθητές μπορούν να επισκεφτούν κάποιον από τους παρακάτω χώρους;

1. Μουσείο ή αρχαιολογικό χώρο ☐
2. Θέατρο ☐
3. Βιβλιοθήκη ☐
4. Μονάδα Βιολογικής Καλλιέργειας ☐
5. Βιομηχανία τροφίμων ☐
6. Λαϊκή αγορά ☐
7. Σουπερ Μάρκετ ☐
8. Ινστιτούτα-Οργανισμούς Υγείας/Διατροφής/Αθλησης ☐
9. Άλλο ☐

24. Στο πλαίσιο μιας παρέμβασης Διατροφικής Αγωγής πιστεύετε ότι οι μαθητές μπορούν να συμμετέχουν σε κάποια από τις παρακάτω εκπαιδευτικές δράσεις;

1. Λήψη πρωινού γεύματος με τους μαθητές στο χώρο του σχολείου ☐

2. Καταγραφή από τους μαθητές των τροφίμων που καταναλώνουν ☐

3. Σύνταξη ημερήσιων ή εβδομαδιαίων διαιτολογίων ☐

4. Ζωγραφική ή δημιουργία κολλάζ με θέματα Διατροφής ☐

5. Συγγραφή ποιημάτων ή τραγουδιών ☐

6. Παιχνίδια παντομίμας ☐

7. Σταυρόλεξα/Κρυπτόλεξα ☐

8. Λογοτεχνικά βιβλία με θέματα διατροφής ☐

9. Ερευνητικές εργασίες (ερωτηματολόγιο, συνέντευξη, πληροφορίες διαδικτύου) ☐

25. Πιστεύετε ότι πρέπει να χρησιμοποιούνται οι παραπάνω εκπαιδευτικές δράσεις ως δημιουργικά παιδαγωγικά εργαλεία στις παρεμβάσεις Διατροφικής Αγωγής;

Ναι ☐ Όχι ☐

Αιτιολογήστε την απάντησή σας:.....

.....

.....

26. Πόσο πιστεύετε ότι επηρεάζει μια παρέμβαση Διατροφικής Αγωγής τους μαθητές ως προς:

Αριθμητική κλίμακα

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
<i>Καθόλου</i>	<i>Λίγο</i>	<i>Μέτρια</i>	<i>Πολύ</i>	<i>Πάρα πολύ</i>

1. Την ψυχοσωματική τους ανάπτυξη ☐

2. Την υγεία τους ☐

3. Τη διατήρηση φυσιολογικού βάρους ☐

4. Τη βελτίωση της διάθεσης τους ☐

5. Την ενίσχυση της αυτοπεποίθησης τους ☐

6. Τη σχολική τους επίδοση ☐

27. Τι άλλο νομίζετε ότι μπορείτε να προσθέσετε ή να παρατηρήσετε για τις παρεμβάσεις Διατροφικής Αγωγής στο σχολείο;

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Ευχαριστώ για τη συνεργασία σας!!!