



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ**

ΤΟΜΕΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ
ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

**ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΤΩΝ
ΜΕΤΑΝΑΣΤΩΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΛΒΑΝΙΑ ΠΟΥ ΖΟΥΝ
ΣΤΗΝ ΗΠΕΙΡΟ**

ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ Α. ΔΡΟΥΓΙΑ
ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΣ - ΝΕΟΓΝΟΛΟΓΟΣ

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2010

«Η έγκριση της διδακτορικής διατριβής από την Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων δεν υποδηλώνει αποδοχή των γνώμων του συγγραφέα»

Ν. 5343/32 άρθρο 202, παράγραφος 2

Στο γιο μου, Γιάννη

Στα παιδιά που μεγαλώνουν σε «νέες πατρίδες»

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η χώρα μας τις δύο τελευταίες δεκαετίες έχει δεχθεί ένα μεγάλο αριθμό μεταναστών από φτωχότερες χώρες. Η αιφνίδια μετεξέλιξη της Ελλάδος κατά τη δεκαετία του 1990 σε χώρα υποδοχής μεταναστών, χαρακτηρίστηκε από μεταναστευτική ροή κύρια από την Αλβανία λόγω των πολιτειακών αλλαγών που συνέβηκαν στη χώρα αυτή. Σύμφωνα με τα στατιστικά δεδομένα μελέτης από το Μεσογειακό Παρατηρητήριο Μετανάστευσης, οι μετανάστες αποτελούν το 10.3% του συνολικού πληθυσμού της χώρας μας. Οι Αλβανοί είναι η πλειοψηφούσα εθνικότητα μεταναστών (56%) και η εγκατάστασή τους συνήθως είναι οικογενειακή. Αποτέλεσμα των δημογραφικών αυτών αλλαγών ήταν η αύξηση του αριθμού των παιδιών των μεταναστών, που συνιστούν πλέον μια καινούρια ομάδα του παιδικού πληθυσμού της χώρας μας¹.

Παρόμοιες δημογραφικές αλλαγές συνέβησαν σε ανεπτυγμένες δυτικές χώρες τις προηγούμενες δεκαετίες και συνεχίζονται με ταχείς ρυθμούς. Μελέτες ανασκόπησης στις χώρες αυτές, έχουν δείξει ότι η εγκατάσταση σε ένα καινούριο περιβάλλον (διατροφικό, κοινωνικοοικονομικό, πολιτισμικό, ψυχολογικό), οδηγεί σε αλλαγές στη διατροφή και τις άμεσα σχετιζόμενες με αυτή σωματική ανάπτυξη και υγεία των μεταναστών²⁻⁶. Οι διατροφικές συνήθειες των παιδιών των μεταναστών συχνά είναι χειρότερες από των γηγενών παιδιών της χώρας υποδοχής και επίσης προσαρτούν στο διαιτολόγιό τους καινούριες λιγότερο υγιεινές διατροφικές προτιμήσεις^{6,7-11}. Η εγκατάσταση των παιδιών από φτωχές χώρες σε ένα «εύπορο» διατροφικά περιβάλλον, συνοδεύεται από βελτίωση των σωματομετρικών τους στοιχείων και τελικά επίτευξη ανάπτυξης παρόμοιας με τα πρότυπα των παιδιών της χώρας υποδοχής¹²⁻²⁰. Ωστόσο, η διατροφική αφθονία και η αλλαγή των διατροφικών συνηθειών αποτέλεσε έναν από τους παράγοντες που συνέβαλαν στη δυσανάλογη προσβολή των παιδιών φυλετικών/εθνικών μειονοτήτων από την επιδημία του υπερβάλλοντος βάρους, που πλήττει τις τελευταίες δεκαετίες τις σύγχρονες

ανεπτυγμένες κοινωνίες^{2,3,6,21-26}. Επίσης τα παιδιά ορισμένων κοινοτήτων μεταναστών από αναπτυσσόμενες χώρες στις δυτικές, σύμφωνα με διεθνείς μελέτες ανασκόπησης, αποτελούν ομάδα υψηλού κινδύνου για διατροφικές ανεπάρκειες όπως ραχίτιδα^{2,27-30} και σιδηροπενική αναιμία^{2,29}. Η κακή οδοντική υγεία και φροντίδα είναι επίσης συχνότερες στα παιδιά των μεταναστών, κύρια των πρόσφατα αφιχθέντων^{8,9,31-36}.

Όσον αφορά τον τρόπο ζωής τους, οι οικογένειες των μεταναστών αντιμετωπίζουν περισσότερες δυσκολίες στον κοινωνικοοικονομικό τομέα, την εργασία, την εκπαίδευση, τις συνθήκες διαβίωσης και τις κοινωνικές παροχές και επομένως βρίσκονται σε μειονεκτικότερη θέση από τις οικογένειες των χωρών υποδοχής τους³⁷⁻⁴⁵.

Τα ανωτέρω δείχνουν, ότι τα παιδιά με γονείς μετανάστες συνιστούν μια ιδιαίτερα ευαίσθητη πληθυσμιακή ομάδα με ανάγκες συχνά διαφορετικές από τα γηγενή παιδιά των χωρών υποδοχής τους.

Στη χώρα μας, που το φαινόμενο της υποδοχής μεταναστών είναι πολύ πρόσφατο, κρίνεται αναγκαία η πληροφόρηση της πολιτείας και της παιδιατρικής κοινότητας για τη διατροφή, την ανάπτυξη και το επίπεδο υγείας των παιδιών των εθνικών μειονοτήτων καθώς για τον τρόπο ζωής-συνθήκες διαβίωσης των οικογενειών τους.

Ο νομός Ιωαννίνων αποτέλεσε λόγω της γεωγραφικής του γεινίασης αρχικό πόλο έλξης των οικογενειών μεταναστών από την Αλβανία, μια χώρα φτωχή και απομονωμένη από τις υπόλοιπες, φέρνοντας έτσι την πολιτεία και τους λειτουργούς υγείας αντιμέτωπους με ένα άγνωστο για τα δεδομένα της χώρας μας παιδικό πληθυσμό.

Πρωταρχικός σκοπός της παρούσας επιδημιολογικής μελέτης, που σχεδιάστηκε στα αρχικά στάδια της μεταναστευτικής ροής, ήταν η διερεύνηση των διατροφικών συνηθειών και η εκτίμηση της ανάπτυξης των παιδιών σχολικής ηλικίας των μεταναστών από την Αλβανία που διέμεναν στο νομό Ιωαννίνων και η σύγκρισή τους με αντιπροσωπευτικό δείγμα Ελληνόπουλων της περιοχής. Επιμέρους στόχους της μελέτης αποτέλεσαν: η εκτίμηση της οδοντικής υγείας και φροντίδας, η εκτίμηση των απόψεων των γονέων για τη διατροφή των παιδιών, η καταγραφή της κατανομής του ελεύθερου χρόνου και η εξέταση των συνθηκών διαβίωσης των παιδιών. Στα παιδιά των μεταναστών εκτιμήθηκε επίσης η επίδραση της διάρκειας διαμονής τους

στην Ελλάδα, για τον εντοπισμό πιθανών μεταβολών στις εξεταζόμενες παραμέτρους.

Ο πληθυσμός της μελέτης εντοπίστηκε μεταξύ των μαθητών της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης και τα δημοτικά σχολεία του νομού Ιωαννίνων αποτέλεσαν το χώρο διεξαγωγής της έρευνας. Οι πληροφορίες της μελέτης συλλέχθηκαν με την εξέταση των παιδιών (μέτρηση του σωματικού βάρους και ύψους και εκτίμηση της τερηδονικής προσβολής) από τον ερευνητή και τη συμπλήρωση ερωτηματολογίων από τους γονείς.

Η παρούσα έρευνα, αφήνοντας το Εργαστήριο και την Κλινική, επικεντρώθηκε στον Κοινωνικό τομέα της Ιατρικής και στην Παιδιατρική της Κοινότητας. Τα ευρήματά της μπορεί να φανούν χρήσιμα στην εντόπιση των αναγκών υγείας των παιδιών του τόπου μας.

Η Παιδιατρική της Κοινότητας αποτελεί τη βάση για την προαγωγή της υγείας του παιδικού πληθυσμού και τα Παιδιά, ανεξάρτητα εθνικότητας και φυλής, είναι το μέλλον του κόσμου μας.

Εργασίες που ανακοινώθηκαν σε επιστημονικά Ιατρικά Συνέδρια και αποτελούν τμήματα της παρούσας μελέτης είναι οι κάτωθι:

- *ESSP 1999. Annual Congress of the European Society for Social Pediatrics: School Health. Istanbul, Turkey, October 13-16 1999.* Growth status, food habits and dental health in Albanian immigrant children in Greece as compared with Greek children.
- *37^ο Πανελλήνιο Παιδιατρικό Συνέδριο. Θεσσαλονίκη 28-30 Μαΐου 1999.* Ανάπτυξη και διατροφικές συνήθειες των παιδιών των μεταναστών από την Αλβανία: σύγκριση με τον γηγενή πληθυσμό.
- *13^ο Πανελλήνιο Συνέδριο της Ελληνικής Εταιρείας Κοινωνικής Παιδιατρικής και Προαγωγής της Υγείας. Πάτρα 18-20 Μαΐου 2001.* 1) Διατροφικές συνήθειες και στοματική υγεία των παιδιών των μεταναστών από την Αλβανία στην Ελλάδα. Σύγκριση με τα γηγενή παιδιά. Η εργασία προκρίθηκε μεταξύ των υποψηφίων για βράβευση εργασιών (συνολικά 6), στην ενότητα “Έρευνα από το βήμα των νέων επιστημόνων” (βραβείο στη μνήμη Σ. Δοξιάδη). 2) Επίδραση του χρόνου παραμονής στην Ελλάδα στις διατροφικές συνήθειες και τη στοματική υγεία των παιδιών των μεταναστών. Στην εργασία απονεμήθηκε ο έπαινος “Επιστημονικότητα και αισθητικότητα αναρτημένης ανακοίνωσης”.

▪ 41^ο Πανελλήνιο Παιδιατρικό Συνέδριο. Ρόδος 13-15 Ιουνίου 2003. Εξωσχολικές δραστηριότητες και ελεύθερος χρόνος μαθητών του νομού Ιωαννίνων.

Παραδίδοντας την εργασία μου, οφείλω να εκφράσω τις ευχαριστίες μου σε όλους Εσάς που ποικιλοτρόπως συνδράματε στην πραγματοποίηση της παρούσας μελέτης:

Στον Ομότιμο Καθηγητή Παιδιατρικής κο Λαπατσάνη Πέτρο, τον εμπνευστή της μελέτης, για την εμπιστοσύνη που έδειξε αναθέτοντάς μου την πρωτότυπη για την Ελληνική Παιδιατρική Κοινότητα αυτή εργασία και για τη βοήθεια και αμέριστη υποστήριξή του σε όλη τη διάρκεια της μελέτης. Επίσης, μέσω του παρόντος πονήματος νοιώθω την ανάγκη να εκφράσω την ευγνωμοσύνη στο πρόσωπό του, γιατί από τη θέση του Καθηγητή αλλά και ως υπόδειγμα ακούραστου κλινικού γιατρού, μας δίδαξε την αναντικατάστατη αξία της κλινικής εμπειρίας.

Στην Ομότιμη Καθηγήτρια Παιδιατρικής Νεφρολογίας κα Παπαδοπούλου-Κουλουμπή Ζωή, η οποία με μεγάλο ενδιαφέρον και προθυμία με βοήθησε και με υποστήριξε όποτε της ζητήθηκε. Επίσης την ευχαριστώ γιατί κοντά της, στη διάρκεια της Παιδιατρικής ειδικότητας, απέκτησα πολύτιμες γνώσεις και γνώρισα το αντικείμενο της Παιδονεφρολογίας.

Στον Αναπληρωτή Καθηγητή Υγιεινής και Επιδημιολογίας κο Αλαμάνο Ιωάννη, για την καθοριστική συμβολή του στο σχεδιασμό και την οργάνωση της έρευνας, τις πολύτιμες κατευθυντήριες οδηγίες για την ανάλυση της πληθώρας των δεδομένων της μελέτης και την παρουσίαση των αποτελεσμάτων, τις συμβουλές και τη υποστήριξή του σε όλα τα στάδια της εργασίας.

Στην Καθηγήτρια Νεογνολογίας κα Ανδρονίκου Στυλιανή, που υπομονετικά με ενθάρρυνε και με υποστήριξε κατά τη συγγραφή της διατριβής.

Στον Αναπληρωτή Καθηγητή Παιδιατρικής-Παιδιατρικών Λοιμώξεων κο Γαλανάκη Εμμανουήλ, για τις γνώσεις που μου μετέδωσε και τις πολύτιμες συμβουλές του.

Στους δασκάλους της υπηρεσίας της Διεύθυνσης Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης, στους διευθυντές και τους δασκάλους των σχολείων, που με την άριστη συνεργασία και την ουσιαστική βοήθειά τους κατά τη διεξαγωγή της έρευνας, έδειξαν το ενδιαφέρον τους σε θέματα που αφορούν την υγεία των μαθητών τους και την ιδιαίτερη ευαισθητοποίησή τους για τα παιδιά των εθνικών μειονοτήτων.

Στα παιδιά, για τη συνεργασία και τη συνέπειά τους. Στους γονείς τους –και ιδιαίτερα στους μετανάστες γονείς- που ξεπερνώντας την καθημερινή κούραση, βρήκαν το χρόνο και τη διάθεση να απαντήσουν στο «ογκώδες» ερωτηματολόγιο.

Στους μέχρι τώρα δασκάλους μου. Στους Καθηγητές της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, για το πνεύμα και τη γνώση της επιστήμης που μου μετέδωσαν.

Επίσης οφείλω τις ευχαριστίες μου,

στον κο Χολέβα Βασίλειο, βιολόγο στο εργαστήριο του Τομέα Υγείας του Παιδιού, για τη μεθοδική του προσέγγιση στην εφαρμογή των κατάλληλων στατιστικών μεθόδων επεξεργασίας των δεδομένων της μελέτης

και στην κα Ζαλοκώστα Έφη, παιδοδοντίατρο, που μου έδωσε την ευκαιρία να παρακολουθήσω το ιατρείο της και με εκπαίδευσε στον τρόπο εκτίμησης της τερηδονικής προσβολής στα παιδιά και επίσης με κατεύθυνε στην εκτίμηση και παρουσίαση των δεδομένων της μελέτης που αφορούσαν την οδοντική υγεία.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	1
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	7
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	9
i. ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗ (γενικά)	11
Το παγκόσμιο φαινόμενο της μετανάστευσης	11
Η μετανάστευση στην Ελλάδα.....	12
Τα παιδιά των μεταναστών	16
ii. ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ.....	21
A. ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ	21
B. ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΤΩΝ ΜΕΤΑΝΑΣΤΩΝ.....	34
Γ. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ	38
Γ1) Στοματική υγεία – τερηδόνα	38
Γ2) Ανεπάρκειες θρεπτικών στοιχείων	42
Γ3) Παχυσαρκία.....	46
ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	57
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	59
ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ-ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....	61
A. Ο ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ.....	61
A1) Τα παιδιά των μεταναστών από την Αλβανία	61
A2) Το δείγμα των Ελληνοπαίδων	62
Η τελική σύνθεση του πληθυσμού της μελέτης	62
B. Η ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....	64
B1) Η εξέταση των παιδιών της μελέτης	65
B2) Το ερωτηματολόγιο.....	68
B3) Πιλοτική φάση της μελέτης.....	72
B4) Η επεξεργασία και στατιστική ανάλυση των δεδομένων της μελέτης	72
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	75
<i>Η ανταπόκριση στο ερωτηματολόγιο.....</i>	<i>75</i>
<i>Η παρουσίαση των αποτελεσμάτων.....</i>	<i>75</i>
ΜΕΡΟΣ Ι.	77
ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΤΩΝ ΜΕΤΑΝΑΣΤΩΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΛΒΑΝΙΑ	
ΚΑΙ ΤΟΥ ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΕΥΤΙΚΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΟΠΑΙΔΩΝ.....	77
1. Τα σωματομετρικά στοιχεία των παιδιών	77
2. Η οδοντική υγεία και οι συνήθειες στοματικής υγιεινής	83
3. Το ερωτηματολόγιο	86
<i>Οι διατροφικές συνήθειες των παιδιών</i>	<i>86</i>

<i>Οι απόψεις των γονέων για τη διατροφή των παιδιών</i>	96
<i>Η υγεία των παιδιών</i>	97
<i>Ο ελεύθερος χρόνος και η σωματική άσκηση</i>	98
<i>Η κατοικία και οι συνθήκες διαβίωσης.....</i>	101
<i>Η οικογένεια.....</i>	103
ΜΕΡΟΣ II.	107
ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΤΩΝ ΜΕΤΑΝΑΣΤΩΝ ΠΟΥ ΔΙΕΜΕΝΑΝ ΣΤΗΝ	
ΕΛΛΑΔΑ ≤2 ΕΤΗ ΚΑΙ ΕΚΕΙΝΩΝ ΠΟΥ ΚΑΤΟΙΚΟΥΣΑΝ >2 ΕΤΗ ΣΤΗ ΧΩΡΑ ΜΑΣ	107
1. Τα σωματομετρικά στοιχεία των παιδιών	108
2. Η οδοντική υγεία και οι συνήθειες στοματικής υγιεινής.....	111
3. Το ερωτηματολόγιο.....	114
<i>Οι διατροφικές συνήθειες των παιδιών</i>	114
<i>Οι απόψεις των γονέων για τη διατροφή των παιδιών</i>	120
<i>Η υγεία των παιδιών</i>	121
<i>Ο ελεύθερος χρόνος και η σωματική άσκηση</i>	122
<i>Η κατοικία και οι συνθήκες διαβίωσης.....</i>	124
<i>Η οικογένεια.....</i>	126
<i>Επίλογος. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου – τα ελεύθερα σχόλια των γονέων</i>	129
ΣΥΖΗΤΗΣΗ	137
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	165
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	169
SUMMARY	175
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	179
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	197
Πίνακες	197
Το ερωτηματολόγιο.....	203

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

I. ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗ (γενικά)

Το παγκόσμιο φαινόμενο της μετανάστευσης.

Η μετανάστευση αποτελεί ένα φαινόμενο που παράγεται, εξελίσσεται και διευρύνεται στο πλαίσιο των ευρύτερων παγκόσμιων πολιτικών, κοινωνικών και οικονομικών εξελίξεων. Μετακινήσεις πληθυσμών υπήρχαν πάντα για διάφορους λόγους και ο βασικός πυρήνας των αιτιών παραμένει αναλλοίωτος: αναζήτηση καλύτερης τύχης, ασφάλειας και προστασίας, οικογενειακή συνένωση. Αυτό που διαφοροποιεί την κατάσταση σήμερα είναι η παγκοσμιοποίηση. Σύμφωνα με στοιχεία του Διεθνούς Οργανισμού Μετανάστευσης, το 3% του παγκόσμιου πληθυσμού – σχεδόν 200 εκατομμύρια άνθρωποι – είναι μετανάστες. Οι γυναίκες, σε αντίθεση με άλλες εποχές, αντιπροσωπεύουν περίπου το μισό. Το παγκόσμιο απόθεμα μεταναστών έχει υπερδιπλασιαστεί τις τέσσερις τελευταίες δεκαετίες και υπάρχουν μεγάλες προοπτικές αύξησης. Εάν όλοι οι μετανάστες ζούσαν σε μια χώρα, αυτή θα ήταν η πέμπτη μεγαλύτερη σε πληθυσμό⁴⁶.

Χωρίς τους μετανάστες, είναι πολύ πιθανό ότι οι ολοένα και πιο γερασμένοι πληθυσμοί των αναπτυσσόμενων χωρών θα βρίσκονταν σε παρακμή. Σήμερα κανένα από τα κράτη της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Ε.Ε) δεν ανανεώνει τον πληθυσμό του μέσω της φυσικής αύξησης. Η υπογεννητικότητα, η επιμήκυνση του προσδόκιμου επιβίωσης και η γήρανση έχουν σημαντικό κοινωνικό και πολιτικό κόστος, αντίβαρο στα οποία μπορεί να αποτελέσει η μετανάστευση. Ταυτόχρονα η φτώχεια στον αναπτυσσόμενο κόσμο, ωθεί ανθρώπους στη φυγή. Επίσης αναπάντεχα γεγονότα λαμβάνουν χώρα συνεχώς: εμπόλεμες συγκρούσεις μπορεί αιφνίδια να εκτοπίσουν εκατομμύρια ανθρώπων, που δύναται να ξεκινήσουν την αποδημητική τους πορεία ως πρόσφυγες και να καταλήξουν μετανάστες, ενώ από άλλους υποστηρίζεται ότι οι κλιματικές αλλαγές ενδέχεται να εξαναγκάσουν σε μετακίνηση δεκάδες εκατομμύρια μεταναστών μέσα σε λίγες μόνο δεκαετίες. Το ζήτημα επομένως δεν είναι αν θα υπάρχει μετανάστευση, αλλά πώς θα αντιμετωπιστεί σωστά ώστε να είναι επωφελής για τους μετανάστες, τις χώρες προορισμού και καταγωγής τους⁴⁶.

Διεθνώς χρησιμοποιείται ο όρος «acculturation» (επιπολιτισμός), για τη διαδικασία μέσω της οποίας μειονοτικές εθνικές/φυλετικές ομάδες προσαρτούν τις πολιτισμικές συνήθειες της χώρας υποδοχής. Η επιπολιτισμική διεργασία συμβαίνει

σε ατομικό και ομαδικό επίπεδο και εξαρτάται από διάφορους παράγοντες. Οι μετανάστες με υψηλό μορφωτικό επίπεδο, από αστικές περιοχές και εκείνοι με παρόμοια πολιτισμικά και φυσικά χαρακτηριστικά με τον πληθυσμό της χώρας υποδοχής, είναι λιγότερο πιθανό να αποκλεισθούν κοινωνικά ή να υποστούν μείζονες αλλαγές στον τρόπο ζωής τους με τη μετανάστευση, ενώ αντίθετα οι μετανάστες που ζούνε σε κλειστές κοινότητες και εκείνοι που αποδημούν χωρίς τη θέλησή τους (πρόσφυγες), δείχνουν αργότερη και δυσκολότερη προσαρμογή⁵. Για παράδειγμα, οι Δανοί στη Σουηδία και οι Αλβανοί στην Ελλάδα δεν δυσκολεύονται πολύ να προσαρμοστούν στις σχετικά οικείες συνθήκες των γειτονικών κοινωνιών, ενώ αντίθετα οι Ιρακινοί στη Σουηδία, οι Σομαλοί στον Καναδά και οι Πακιστανοί στη Νορβηγία, παραδοσιακά δυσκολεύονται να ενταχθούν. Οι μετανάστες που διατηρούν ή αναπτύσσουν για πρώτη φορά ως δεύτερη γενιά μια έντονη θρησκευτικότητα, μπορεί να είναι οι πλέον δύσκολοι προς ενσωμάτωση στις ευρέως κοσμικές δυτικές κοινωνίες. Η μόρφωση, η γλωσσική εκπαίδευση, η ενθάρρυνση νόμων κατά των διακρίσεων που θα εγγυώνται την ελεύθερη πρόσβαση στην εργασία, καθώς και η αποθάρρυνση της γκετοποίησης, αποτελούν μεθόδους δοκιμασμένες και επιτυχείς που βοηθούν στην ομαλή εγκατάσταση των μεταναστών στο νέο περιβάλλον⁴⁶.

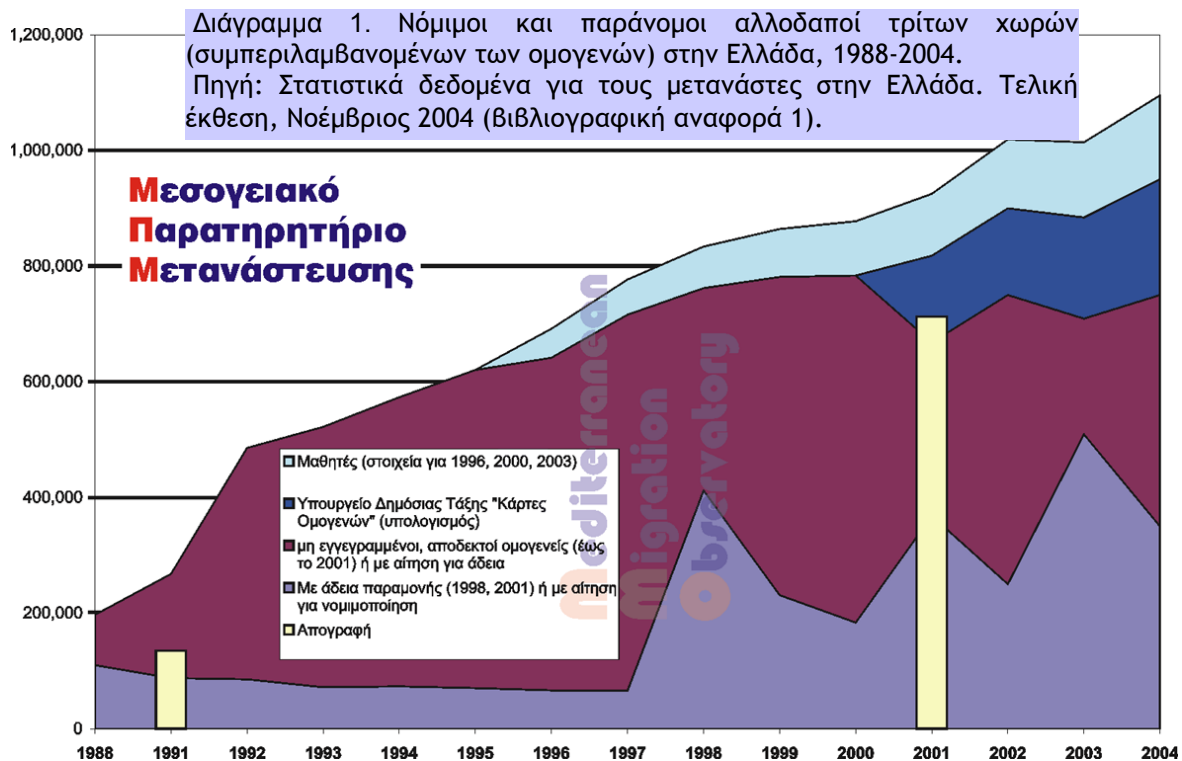
Οι μεταναστευτικές τάσεις συνεχώς μεταβάλλονται. Ιστορικά, εκατομμύρια Ευρωπαίων μετακινήθηκαν στην Αμερική το 18^ο-19^ο αιώνα ενώ η μετανάστευση προς την Ευρώπη είναι κύρια μεταπολεμικό φαινόμενο. Η τελευταία αρχικά αφορούσε χώρες της βόρειας Ευρώπης ενώ οι νοτιοευρωπαϊκές–μεσογειακές χώρες αποτελούσαν καθαρά χώρες «αποστολής» μεταναστών. Ωστόσο, την τελευταία εικοσαετία η μεταναστευτική κατεύθυνση ανατράπηκε και οι χώρες της νότιας Ευρώπης, ανάμεσα στις οποίες και η Ελλάδα, μετατράπηκαν σε χώρες υποδοχής μεταναστών.

Η μετανάστευση στην Ελλάδα.

Η Ελλάδα όπως και οι υπόλοιπες χώρες της νότιας Ευρώπης αποτελούσαν χώρες αποστολής μεταναστών (εργατικό δυναμικό), με το φαινόμενο της μετανάστευσης να παίρνει μεγάλες διαστάσεις τις δεκαετίες του 1950 και 1960. Τη δεκαετία του 1990 με τρόπο αιφνίδιο η Ελλάδα μετεξεληχθηκε σε χώρα υποδοχής μεταναστών, δεχόμενη μαζική εισροή μεταναστών κυρίως από την Αλβανία και άλλες

βαλκανικές χώρες. Η Ελλάδα, στο σταυροδρόμι τριών ηπείρων, αποτελεί πλέον σημαντική πύλη εισόδου μεταναστών στην Ε.Ε. Η χώρα μας καλείται να αντιμετωπίσει και να διαχειριστεί αποτελεσματικά τις μεταναστευτικές ροές και επίσης να ενσωματώσει αρμονικά και ισότιμα τους μετανάστες στο κοινωνικό σύνολο^{46,47}.

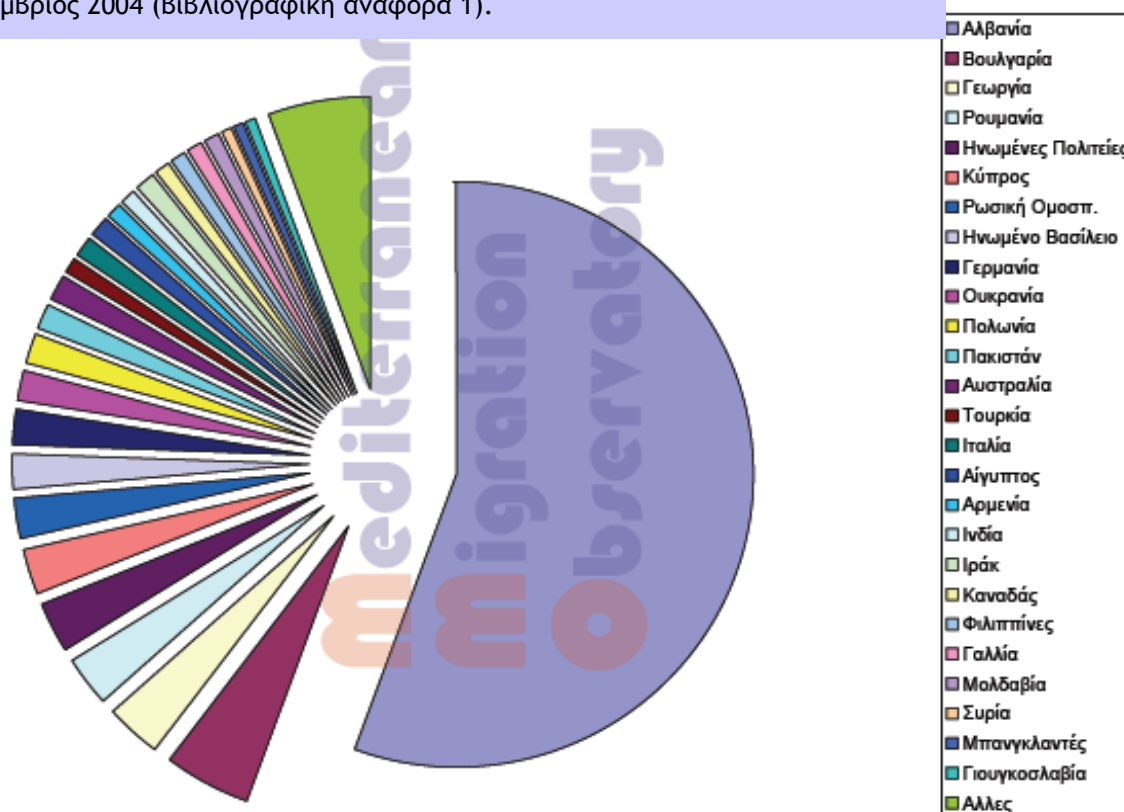
Σύμφωνα με μελέτη των στατιστικών δεδομένων για τους μετανάστες στην Ελλάδα από το Μεσογειακό Παρατηρητήριο Μετανάστευσης (Mediterranean Migration Observatory)¹, που αποτελεί και την πρώτη αναλυτική αναφορά-χαρτογράφηση της μετανάστευσης στη χώρα μας, ο ρυθμός αύξησης της μετανάστευσης από το 1988 υπήρξε τεράστιος, πενταπλασιάζοντας μέχρι το 2004 τον αριθμό των μεταναστών. Ο αριθμός τους ανέρχεται σε 1,150,000 ανθρώπους, δηλαδή το 10.3% του συνολικού πληθυσμού της χώρας μας (Διάγραμμα 1).



Σύμφωνα με την ίδια μελέτη¹, στην πλειονότητά τους οι μετανάστες στη χώρα μας προέρχονται από γειτονικές χώρες: οι Αλβανοί αποτελούν το 56% του συνόλου των μεταναστών και ακολουθούν οι Βούλγαροι (5%), οι Γεωργιανοί (3%) και οι Ρουμάνοι (3%), (Διάγραμμα 2). Η Ελλάδα είναι η μοναδική χώρα της Ε.Ε η οποία έχει μια εθνικότητα μεταναστών που ξεπερνά το 50% των αλλοδαπών που βρίσκονται σε αυτή. Περίπου το 80% των μεταναστών βρίσκεται σε εργάσιμη ηλικία (15-64 ετών), ποσοστό που έρχεται σε αντίθεση με το 68% του ελληνικού πληθυσμού. Επιπλέον, ο

αλλοδαπός πληθυσμός παρουσιάζει μεγαλύτερο ποσοστό παιδιών σε σχέση με τον ελληνικό (17% έναντι 15% αντίστοιχα). Η διάρκεια διαμονής του μισού περίπου πληθυσμού των μεταναστών στην Ελλάδα υπερβαίνει τα 8 χρόνια (περίπου το 80% βρίσκεται στη χώρα μας για τουλάχιστο 5 χρόνια). Τα μεγαλύτερα ποσοστά μεταναστών από χώρες εκτός της Ε.Ε (13-25% επί του συνολικού πληθυσμού) παρατηρούνται σε οικονομικά ανεπτυγμένες περιοχές που υπάρχει εργασία (Αττική και νησιά), ενώ βασική εξαίρεση αποτελούν τα βορειοδυτικά σύνορα της χώρας όπου σε ορισμένες περιοχές υπάρχει μεγάλος αριθμός Αλβανών. Οι άνδρες μετανάστες εργάζονται κυρίως στον τομέα των οικοδομικών έργων, με τη γεωργία, τη βιομηχανία και τον τουρισμό να ακολουθούν, ενώ οι γυναίκες στην πλειονότητά τους απασχολούνται στα ιδιωτικά νοικοκυριά (οικιακοί βοηθοί, καθαρίστριες).

Διάγραμμα 2. Κυριότερες εθνικότητες μεταναστών στην Ελλάδα, απογραφή 2001.
 Πηγή: Στατιστικά δεδομένα για τους μετανάστες στην Ελλάδα. Τελική έκθεση, Νοέμβριος 2004 (βιβλιογραφική αναφορά 1).



Όσον αφορά τα παιδιά των μεταναστών, εκείνα σχολικής ηλικίας (αλλοδαποί μαθητές) αποτελούν το 13% του συνολικού αριθμού των μεταναστών στην Ελλάδα (Διάγραμμα1), και ο πληθυσμός τους έχει σημασία για την ελληνική εκπαίδευση, αλλά και ως συνισταμένη της μεταναστευτικής ροής. Αυτό είναι αποτέλεσμα τριών

αλληλένδετων παραγόντων: του μεγάλου ποσοστού των Αλβανών μεταναστών στην Ελλάδα, του μεγαλύτερου μεγέθους και της νεώτερης ηλικίας των μελών των οικογενειών τους και της αύξησης των αδειών παραμονής για οικογενειακή συνένωση. Κατά την αρχική φάση της μαζικής μετανάστευσης στην Ελλάδα, στις αρχές της δεκαετίας του 1990, υπήρχαν μικροί αριθμοί αλλοδαπών μαθητών. Από τα μέσα της δεκαετίας του 1990 υπήρξε μια εμφανής αύξηση του αριθμού των αλλοδαπών μαθητών που εντάχθηκαν στο εκπαιδευτικό σύστημα της χώρας, σαν αποτέλεσμα εν μέρει της προσωρινής ανοχής της παράνομης θέσης των γονέων τους (όπως απαιτείται από τη Συνθήκη για τα Δικαιώματα του Παιδιού του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών), των προγραμμάτων νομιμοποίησης από το 1997 και μετά, καθώς και των μέτρων του ελληνικού κράτους για την οικογενειακή συνένωση των μεταναστών. Επομένως η Ελλάδα βρίσκεται σε μια νέα φάση μετανάστευσης, όπου η οικογενειακή εγκατάσταση των μεταναστών –κυρίως των Αλβανών- είναι εμφανής.

Επίσης με τη μείωση του αριθμού των Ελλήνων μαθητών στα σχολεία λόγω του προβλήματος της υπογεννητικότητας, οι αλλοδαποί μαθητές αναπληρώνουν τη δημογραφική μείωση του ελληνικού πληθυσμού. Σύμφωνα με στοιχεία του Υπουργείου Παιδείας (Ειδική Γραμματεία Παιδείας Ομογενών και Διαπολιτισμικής Εκπαίδευσης), οι αλλοδαποί μαθητές (συμπεριλαμβανομένων και των ομογενών) στην πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια εκπαίδευση, αυξήθηκαν από 44,093 το 1996, στις 86,238 το 2000 και στις 128,000 το 2003. Σύμφωνα με την ίδια πηγή, την πενταετία 1996-2000 οι αλλοδαποί μαθητές στην πρωτοβάθμια εκπαίδευση σχεδόν διπλασιάστηκαν (αυξήθηκαν από 30,193 σε 58,571), ενώ ο αντίστοιχος αριθμός των μαθητών αλβανικής καταγωγής τριπλασιάστηκε (αυξήθηκε από 12,741 σε 37,866) και αντιπροσώπευε το 6,3% των μαθητών των δημοτικών σχολείων της χώρας μας. Με τους αριθμούς των Ελλήνων μαθητών να μειώνονται, αυτό συνεπάγεται και αύξηση του ποσοστού των αλλοδαπών μαθητών στο ελληνικό εκπαιδευτικό σύστημα. Η πλειονότητα αυτών ανήκει στην πρωτοβάθμια εκπαίδευση και σύμφωνα με τα πιο πρόσφατα στοιχεία (2003) αποτελεί το 10,6% των μαθητών των δημοτικών σχολείων, ποσοστό που αναμένεται να αυξηθεί τα επόμενα χρόνια. Το μεγαλύτερο ποσοστό -πάνω από 72% - των αλλοδαπών μαθητών είναι αλβανικής καταγωγής. Το ποσοστό αυτό, σε σχέση με το 56% του αλβανικού στοιχείου στο συνολικό αριθμό των αλλοδαπών, αντανακλά τη σχετικά μικρή ηλικία των Αλβανών μεταναστών και το μεγαλύτερο μέγεθος των οικογενειών τους¹.

Τα παιδιά των μεταναστών.

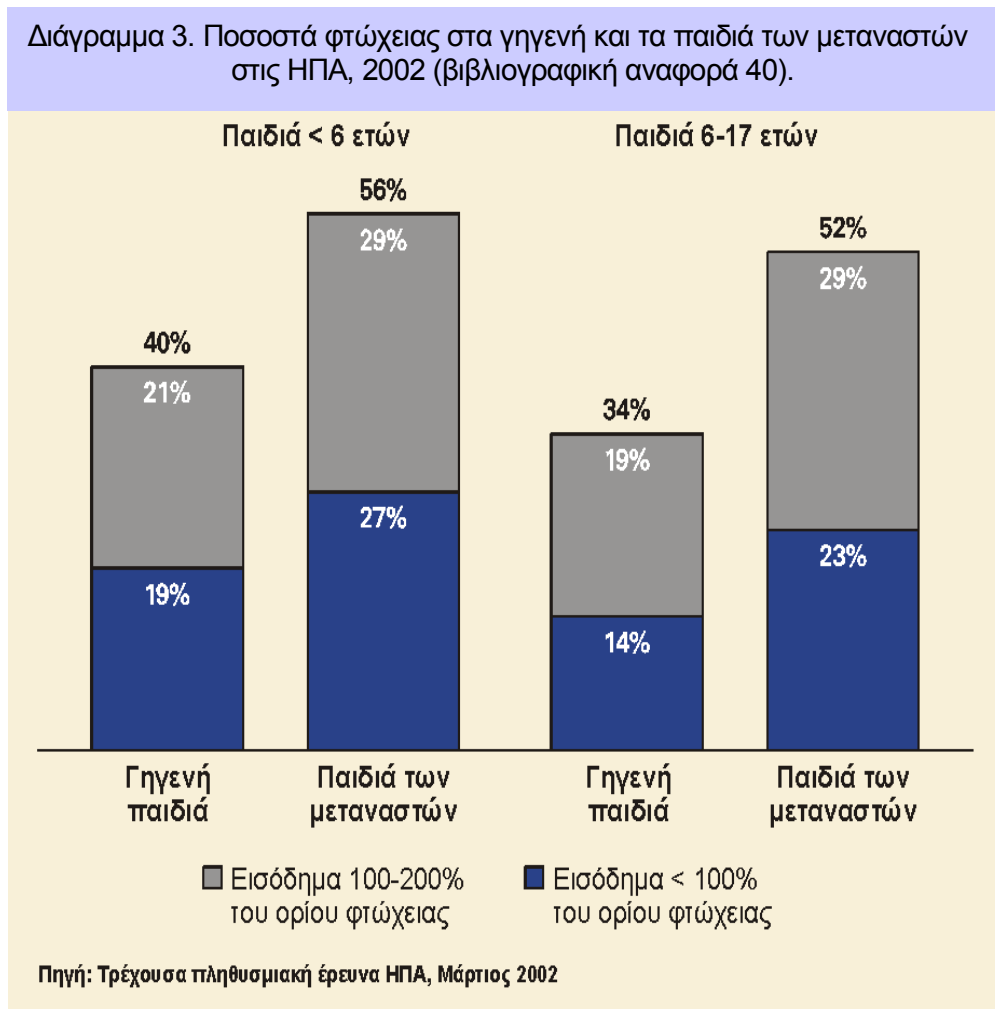
Σαν αποτέλεσμα της ταχείας αύξησης της μετανάστευσης τις τελευταίες δεκαετίες, τα παιδιά με γονείς μετανάστες αποτελούν ένα μεγάλο και αυξανόμενο ποσοστό του παιδικού πληθυσμού των χωρών υποδοχής μεταναστών. Οι μειονοτικές εθνικές ομάδες τείνουν να είναι νεώτερες από ότι ο γηγενής πληθυσμός των χωρών υποδοχής τους^{1,3,4,46}. Στις ΗΠΑ ενώ οι μετανάστες αποτελούν το 12% του γενικού πληθυσμού, τα παιδιά τους αποτελούν το 22% και το 20% του παιδικού πληθυσμού ηλικίας μικρότερης των 6 ετών και 6-17 ετών αντίστοιχα. Έτσι ο εθνικός παιδικός πληθυσμός χαρακτηρίζεται από ένα μωσαϊκό διαφορετικών φυλετικών, εθνικών και πολιτισμικών ομάδων, ενώ παράλληλα ο αριθμός των παιδιών μειονοτικών εθνικών/φυλετικών ομάδων αναπτύσσεται με ταχείς ρυθμούς και προβλέπεται ότι θα αποτελέσει την πλειοψηφία κατά τις επόμενες δεκαετίες, αφού μετά το 1990 υπήρξε περίπου επταπλάσια αύξηση του αριθμού των παιδιών στις οικογένειες των μεταναστών συγκριτικά με τις γηγενείς^{37,38}.

Οι οικογένειες των μεταναστών και επομένως και τα παιδιά τους, βιώνουν περισσότερες δυσκολίες στον κοινωνικοοικονομικό και εργασιακό τομέα, στην εκπαίδευση, στις συνθήκες διαβίωσης και τις παροχές υγείας και πρόνοιας και έτσι βρίσκονται σε μειονεκτικότερη θέση από τις γηγενείς οικογένειες των χωρών φιλοξενίας τους³⁷⁻⁴⁴. Στοιχεία έρευνας σε εθνικό επίπεδο στις ΗΠΑ έδειξαν ότι τα ποσοστά φτώχειας είναι σημαντικά υψηλότερα στα παιδιά των μεταναστών και ιδιαίτερα σε εκείνα προσχολικής ηλικίας συγκριτικά με τα γηγενή, γεγονός που εξηγείται από το μικρότερο ποσοστό εργασιακής απασχόλησης και των δύο γονέων και τους χαμηλότερους μισθούς που δίδονται στους μετανάστες (χαμηλή βαθμίδα εκπαίδευσης/εξειδίκευσης, ανεπαρκής χρήση της αγγλικής γλώσσας), τα οποία οδηγούν σε μικρότερο οικογενειακό εισόδημα (Διάγραμμα 3)⁴⁰.

Όμως παρά τα μεγαλύτερα ποσοστά φτώχειας και οικονομικής δυσχέρειας, τα παιδιά των μεταναστών συμμετέχουν λιγότερο συχνά από τα γηγενή στα προγράμματα κοινωνικών παροχών και οικογενειακής υποστήριξης, λόγω ανεπαρκούς ενημέρωσης, φοβίας, πολιτισμικών και γλωσσικών φραγμών^{37,39,42}.

Οι συνθήκες διαβίωσης στις οικογένειες των μεταναστών είναι δυσκολότερες και λιγότερο ευνοϊκές από αυτές των γηγενών για την ανάπτυξη των παιδιών τους. Οι οικογένειες των μεταναστών (ειδικά εκείνες με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο των γονέων και χαμηλό οικογενειακό εισόδημα), παρουσιάζουν συγκριτικά με τις γηγενείς

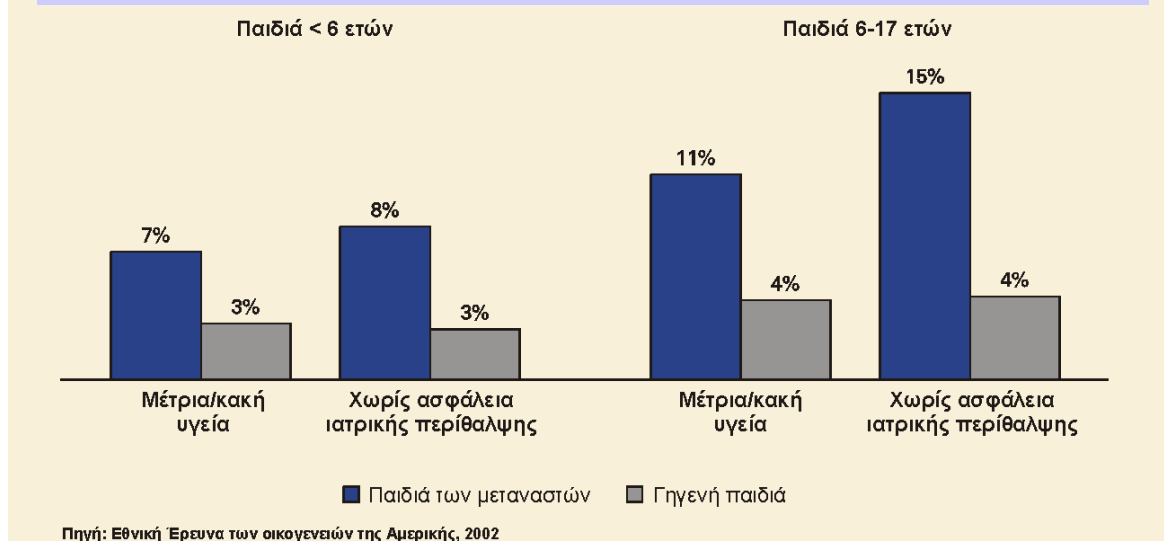
μεγαλύτερα ποσοστά συγκατοίκησης με άλλους συγγενείς καθώς και υπερπληθών πυκνοκατοικημένων σπιτικών, καταστάσεις που θεωρούνται δυσμενείς για την ομαλή ψυχοσωματική ανάπτυξη και υγεία, τη συμπεριφορά και τη σχολική επίδοση των παιδιών τους^{37,42}. Επίσης ο κίνδυνος επισφαλούς ή/και ανεπαρκούς σίτισης είναι μεγαλύτερος στις φτωχές οικογένειες των μεταναστών⁴⁸⁻⁵⁰.



Όσον αφορά το επίπεδο υγείας, τα παιδιά των οικογενειών μεταναστών είναι πιθανότερο από ότι τα γηγενή να έχουν μέτρια-κακή υγεία, να είναι ανασφάλιστα και να στερούνται προληπτικής ιατρικής περίθαλψης (Διάγραμμα 4)⁴³.

Επίσης η γλωσσική απομόνωση (ανεπαρκής χρήση της γλώσσας της χώρας υποδοχής, ομιλία της εθνικής τους γλώσσας στο σπίτι), το χαμηλό επίπεδο μόρφωσης των γονέων και η οικονομική δυσχέρεια των οικογενειών των μεταναστών αποτελούν φραγμούς για τη σχολική επιτυχία των παιδιών τους^{37,41,44}.

Διάγραμμα 4. Παιδιά των μεταναστών και γηγενή με μέτρια-κακή υγεία και χωρίς ασφάλεια ιατρικής περίθαλψης στις ΗΠΑ, 2002 (βιβλιογραφική αναφορά 43).



Τα παιδιά των μεταναστών βρίσκονται και από ψυχολογικής πλευράς σε υψηλό κίνδυνο, γιατί η αλλαγή του πολιτισμικού περιβάλλοντος, η ανεπαρκής γνώση της γλώσσας και συνεπώς της δυνατότητας επικοινωνίας, οι πιθανές αλλαγές στη δομή της οικογένειας, η μετακίνηση από μια χώρα και η εγκατάσταση σε μια άλλη και η διαβίωση ως μειονότητα, αποτελούν ιδιαίτερως στρεσογόνα συμβάντα. Κατά κανόνα η μετανάστευση προκαλεί αλλαγή στη μορφή της οικογένειας, η οποία από εκτεταμένη (που είναι συνήθως στις φτωχότερες χώρες καταγωγής τους) μεταβάλλεται στη χώρα υποδοχής σε πυρηνική, με όλα τα συνακόλουθα προβλήματα ρήξης του δικτύου στήριξης του παιδιού. Τα παιδιά είναι υποχρεωμένα να ακολουθήσουν τους γονείς τους, συχνά χωρίς να καταλαβαίνουν το λόγο για τον οποίο πρέπει να αφήσουν πίσω ότι αγαπούν και να εγκατασταθούν σε μια χώρα όπου αισθάνονται ξένα. Αποκτώντας δυο πατρίδες νιώθουν σα να μην έχουν καμία, καθώς βρίσκονται στο επίκεντρο συγκρούσεων που προέρχονται από την επαφή των δυο πολιτισμών.

Το στρες που αναπτύσσεται στα παιδιά των μεταναστών ονομάζεται επιπολιτιστικό και επιδεινώνεται και από το στρες που βιώνουν εξαιτίας των διακρίσεων. Το βάθος και η ένταση των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν τα παιδιά των μεταναστών ποικίλουν και εξαρτώνται από μια σειρά αλληλένδετους παράγοντες όπως: η τακτική της προσαρμογής που υιοθετούν, η αποδοχή που έχουν από τα γηγενή παιδιά, η συνοχή της οικογένειας, η τακτική της προσαρμογής των ίδιων των γονέων και οι τρόποι κοινωνικοποίησης. Το επιπολιτιστικό στρες που αντιμετωπίζουν

τα παιδιά των μεταναστών συνδέεται με αυξημένο άγχος, χαμηλή αυτοεκτίμηση, αίσθηση περιθωριοποίησης, σύγχυση ταυτότητας, καταθλιπτικές τάσεις και ψυχοσωματικά συμπτώματα, όμως όλα αυτά εξαρτώνται από ενδοοικογενειακούς παράγοντες και από την κοινωνική πλαισίωση στη χώρα υποδοχής. Πολλές φορές μάλιστα, εάν οι συνθήκες είναι υποστηρικτικές, τα παιδιά και οι έφηβοι μετανάστες παρουσιάζουν ίση ή και μεγαλύτερη ανθεκτικότητα από ότι οι γηγενείς συνομήλικοί τους. Σημαντικό ρόλο παίζει η στήριξη του παιδιού από την οικογένεια, η ποιότητα της σχέσης του παιδιού με τους γονείς του, η ακαδημαϊκή και ψυχοκοινωνική στήριξη στο χώρο του σχολείου, καθώς και η ισχυρή πολιτισμική ταυτότητα και η συνοχή της μειονοτικής ομάδας στην οποία ανήκει το παιδί⁴⁷.

Τα ανωτέρω δείχνουν ότι τα παιδιά των μεταναστών αποτελούν μια ταχέως αυξανόμενη αλλά και ιδιαίτερα «ευαίσθητη» ομάδα του παιδικού πληθυσμού των χωρών υποδοχής. Το γεγονός αυτό, οδηγεί σε αυξανόμενες ανάγκες από την πλευρά της πολιτείας -ιδιαίτερα στις χώρες όπου η υποδοχή μεταναστών αποτελεί πρόσφατο φαινόμενο όπως η Ελλάδα- για την εξασφάλιση της υγείας και της ομαλής ανάπτυξης, της εκπαίδευσης και της επιτυχούς κοινωνικής ένταξης των παιδιών με γονείς μετανάστες.

Τα παιδιά των μεταναστών

Πηγή: Εξώφυλλο του βιβλίου «The health and well-being of young children of immigrants».The Urban Institute, Washington DC, USA, 2004.



ii. ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ

Η επαρκής και ορθή διατροφή θεωρείται αναγκαία για την προαγωγή και διαφύλαξη της υγείας και την εξασφάλιση φυσιολογικής ψυχοσωματικής και νοητικής ανάπτυξης. Ο I. Pavlon τόνισε τη σημασία της, λέγοντας ότι «η διατροφή είναι ο ισχυρότερος κρίκος του ανθρώπου με τη φύση που τον περιβάλλει».

Οι διατροφικές συνήθειες κάθε έθνους, χώρας, τόπου διαμορφώνονται κάτω από την επίδραση ποικίλων παραγόντων: κοινωνικοοικονομικών, πολιτισμικών, ψυχολογικών. Το «περιβάλλον» (διατροφικό, κοινωνικοοικονομικό, πολιτισμικό) καθορίζει σε μεγάλο βαθμό τις διαφορές που παρατηρούνται στις παραμέτρους της ανάπτυξης-θρέψης και στο επίπεδο υγείας μεταξύ διαφορετικών εθνικών/φυλετικών πληθυσμιακών ομάδων. Από την άλλη πλευρά, η μεταβολή των περιβαλλοντικών παραγόντων ως αποτέλεσμα της μετανάστευσης, οδηγεί σε αλλαγές τόσο στη διατροφή όσο και στις άμεσα σχετιζόμενες με αυτή σωματική ανάπτυξη και υγεία των ατόμων^{2, 4-6}.

Η αλληλεπίδραση περιβάλλοντος, διατροφής, ανάπτυξης και προβλημάτων υγείας που σχετίζονται με τη διατροφή σε πληθυσμούς παιδιών οικογενειών-μεταναστών έχει αποτελέσει αντικείμενο μελέτης πολλών ερευνητών. Στην παρακάτω ανάλυση θα επιχειρηθεί η βιβλιογραφική ανασκόπηση του θέματος κατά ενότητες: α) διατροφικές συνήθειες, β) παράμετροι ανάπτυξης και γ) προβλήματα υγείας που σχετίζονται με τη διατροφή των παιδιών των μεταναστών, όσο είναι πρακτικά δυνατό, δεδομένου ότι σε αρκετές μελέτες εξετάζονται παράλληλα περισσότεροι τομείς (για παράδειγμα: διατροφή και ανάπτυξη, σιτιστικές ανεπάρκειες και διατροφικές συνήθειες, στοματική υγεία και διατροφή).

A. ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ

Οι πληθυσμοί των μεταναστών στις ανεπτυγμένες χώρες συνεχώς μεγαλώνουν και το επίπεδο υγείας των φυλετικών/εθνικών μειονοτήτων αποτελεί θέμα της δημόσιας υγείας με αυξανόμενη σπουδαιότητα^{3-6,38}.

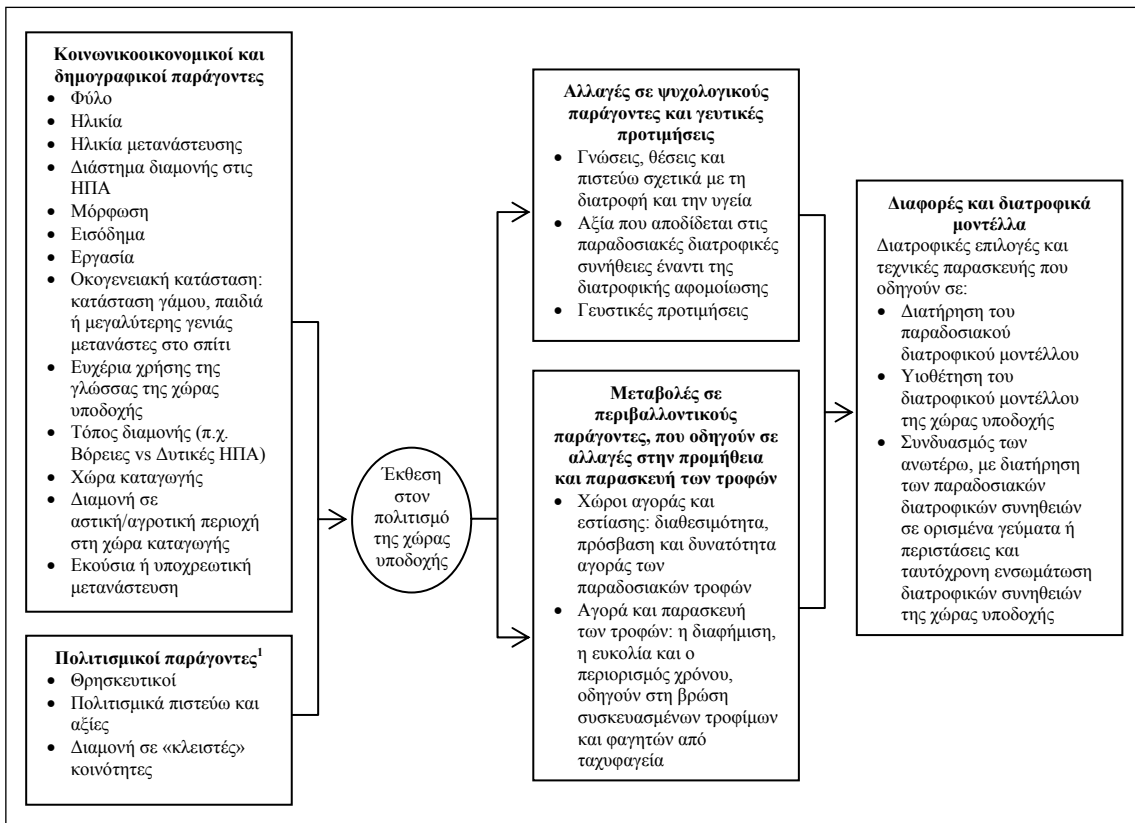
Οι μετανάστες μεταφέρουν μια πλούσια πολιτισμική κληρονομιά στη χώρα υποδοχής, με διαφορετικά πιστεύω, αξίες και συνήθειες. Παρ' όλα αυτά, η

μετανάστευση σε μια καινούρια χώρα συνήθως οδηγεί σε σημαντικές μεταβολές στο περιβάλλον και τον τρόπο ζωής και συχνά αναγκάζει τα άτομα να αλλάξουν τις διατροφικές τους συνήθειες. Όλες αυτές οι αλλαγές μπορεί να αυξήσουν τον κίνδυνο των μεταναστών για «χειρότερη υγεία»^{2-6,22 52-54}.

Οι αντιλήψεις και οι κανόνες που συσχετίζονται με τη διατροφή διαφέρουν μεταξύ των κοινωνιών και επομένως η μελέτη του τρόπου διατροφής τους αποτελεί ισχυρό παράγοντα προσδιορισμού των αλλαγών που συμβαίνουν κατά την επιπολιτισμική διαδικασία. Η διαδικασία με την οποία οι μετανάστες υιοθετούν τις διατροφικές συνήθειες και επιλογές φαγητών της χώρας υποδοχής, ονομάζεται διεθνώς με τον όρο «dietary acculturation» (διατροφικός επιπολιτισμός). Πρόκειται για μια διεργασία πολυδιάστατη, δυναμική και σύνθετη, κατά την οποία τα άτομα δε μετακινούνται απλά από το ένα άκρο του επιπολιτισμού (παραδοσιακή διατροφή) στο αντίθετο (διατροφική αφομίωση). Υπάρχει δυναμική και σύνθετη συσχέτιση μεταξύ κοινωνικοοικονομικών, δημογραφικών και πολιτισμικών παραγόντων και της έκθεσης στον πολιτισμό της χώρας υποδοχής (Διάγραμμα 5). Το σύνολο αυτών των χαρακτηριστικών προβλέπει το βαθμό στον οποίο οι νεοαφιχθέντες μετανάστες θα αλλάξουν τη στάση τους ως προς τις διατροφικές επιλογές, τις γευστικές προτιμήσεις, την αγορά και τον τρόπο μαγειρέματος των τροφών και τελικά αυτοί οι παράγοντες μπορεί να οδηγήσουν σε αλλαγή της διατροφής. Έχει δειχθεί ότι σα μέρος της διαδικασίας του επιπολιτισμού, οι μετανάστες μπορεί να χρησιμοποιήσουν με διαφορετικό τρόπο τις παραδοσιακές τους τροφές, να εξαιρέσουν άλλες ή/και να εισάγουν καινούριες τροφές στο διαιτολόγιό τους, όπως επίσης να ενσωματώσουν τις διαθέσιμες στην καινούρια χώρα τροφές στην παρασκευή των παραδοσιακών τους γευμάτων⁵.

Η κατανάλωση των παραδοσιακών γευμάτων συνήθως διατηρείται στο βραδινό γεύμα και στις αργίες-γιορτές. Αντίθετα η σύσταση του πρωινού γεύματος είναι εκείνη που πρώτα αλλάζει και ακολουθεί το μεσημεριανό και επίσης αυξάνονται τα ενδιάμεσα, «μικρά» γεύματα^{4,5,55-57}.

Παράγοντες που συσχετίζονται θετικά με αυξημένη πολιτισμική επαφή και επομένως μεγαλύτερο βαθμό διατροφικού επιπολιτισμού των μεταναστών είναι η διάρκεια διαμονής τους στη χώρα υποδοχής, η εργασιακή απασχόληση εκτός σπιτιού, το μεγαλύτερο επίπεδο μόρφωσης και εισοδήματος, η ύπαρξη παιδιών στην οικογένεια και η ευχέρεια χρήσης της νέας γλώσσας⁵.



Διάγραμμα 5. Προτεινόμενο μοντέλο του διατροφικού επιπολιτισμού: η διαδικασία με την οποία οι φυλετικές/εθνικές ομάδες μεταναστών υιοθετούν τις διατροφικές συνήθειες της χώρας υποδοχής.

¹μερικοί από αυτούς τους παράγοντες μπορεί να επηρεαστούν από την έκθεση στη χώρα υποδοχής, (βιβλιογραφική αναφορά 5).

Οι νεώτερης ηλικίας μετανάστες και τα παιδιά τείνουν να αλλάζουν τις διατροφικές τους συνήθειες ταχύτερα από τους μεγαλύτερης ηλικίας^{2,4,6,58-61}. Πρόσφατο (2008) άρθρο ανασκόπησης⁶ για τις αλλαγές των διατροφικών συνηθειών εθνικών μειονοτήτων στην Ευρώπη, αναφέρει ότι η ηλικία και η γενιά των μεταναστών θεωρούνται οι κυριότεροι παράγοντες που οδηγούν σε διατροφικές αλλαγές, οι οποίες συνήθως είναι λιγότερο υγιεινές, αφού αυξάνουν την κατανάλωση επεξεργασμένων τροφών υψηλής θερμιδικής αξίας και πλούσιων σε λίπη, ζάχαρη και αλάτι, αντικαθιστώντας συχνά άλλες τροφές της παραδοσιακής τους διατροφής. Μικτές διατροφικές συνήθειες εμφανίζονται συνήθως στους νεώτερης ηλικίας μετανάστες δεύτερης και τρίτης γενιάς και οφείλονται στον επιπολιτισμό και την υιοθέτηση του δυτικού τρόπου ζωής. Έρευνα του τρόπου διατροφής οικογενειών Πακιστανών μεταναστών πρώτης γενιάς στην Αγγλία, έδειξε παρασκευή και βρώση παραδοσιακών γευμάτων σε καθημερινή βάση από τους γονείς ενώ τα παιδιά είχαν διατροφικές συνήθειες που έμοιαζαν περισσότερο με των Άγγλων. Η κατανάλωση «αγγλικών τροφών» ήταν συχνότερη από τις μητέρες, οι οποίες πίστευαν ότι αυτό

έδειχνε την αγάπη για τα παιδιά τους και τη συμφωνία τους με τις διατροφικές προτιμήσεις τους. Επίσης, αρκετές οικογένειες δήλωσαν έτοιμες να αλλάξουν τα παραδοσιακά γεύματα στο σπίτι, ενώ άλλες παρασκεύαζαν 2 ή 3 διαφορετικά φαγητά ώστε να εκπληρώνονται οι διαφορετικές διατροφικές προτιμήσεις των μελών τους⁵⁹.

Πρόσφατη (2008) μελέτη έδειξε αρνητική επίδραση της επιπολιτισμικής διεργασίας στη διατροφή των οικογενειών μεταναστών από τη Λατινική Αμερική στις ΗΠΑ (μέσο διάστημα διαμονής 9 έτη), με αλλαγή των διατροφικών συνηθειών κυρίως των παιδιών τους, προς το μοντέλο διατροφής των ΗΠΑ και μεταβολή των πολιτισμικών αντιλήψεων των μητέρων για τη διατροφή, τις πρακτικές σίτισης των παιδιών και το σωματικό βάρος⁶⁰. Επίσης η μελέτη των Green και συν⁶¹, αναφέρει περιβαλλοντικές, κοινωνικο-πολιτισμικές και οικογενειακές επιδράσεις στη διατροφή τριών διαδοχικών γενιών κοινοτήτων μεταναστών στην Αυστραλία (Τούρκων, Ελλήνων, Ινδών και Κινέζων), με τα παιδιά να εμφανίζουν το μεγαλύτερο βαθμό διατροφικού επιπολιτισμού.

Η υψηλότερη τιμή, η χαμηλή ποιότητα και η έλλειψη των προϊόντων της παραδοσιακής διατροφής των μεταναστών στην καινούρια χώρα, αποτελούν επιπρόσθετα εμπόδια στη διατήρηση των διατροφικών τους συνηθειών^{5-8,55,62}.

Η εκτίμηση του επιπέδου διατροφικού επιπολιτισμού στις διάφορες μελέτες, συνήθως γίνεται με βαθμίδες και δείκτες επιπολιτισμού που έχουν εφαρμοστεί και εγκριθεί στις κοινωνικές επιστήμες και την ψυχολογία και μερικές έχουν χρησιμοποιηθεί σε μελέτες που εξετάζουν τη διατροφική συμπεριφορά. Στη βιβλιογραφία υπάρχουν τρεις βασικές προσεγγίσεις για την εκτίμηση του διατροφικού επιπολιτισμού: α) η μέτρηση ενός γενικού παράγοντα επιπολιτισμού (διάρκεια διαμονής στη χώρα υποδοχής, τόπος γέννησης, γλώσσα που χρησιμοποιείται ευχερώς ή προτιμάται, σειρά γενιάς, κοινωνικές επαφές), β) η χρήση διαφόρων βαθμίδων επιπολιτισμού (συνεκτίμηση διαφόρων παραγόντων), γ) άμεση εκτίμηση της διατροφής (κατάλογος τροφών, διατροφική συμπεριφορά)⁵.

Τελικά οι μετανάστες μπορεί να υιοθετήσουν πλήρως το διατροφικό μοντέλο της χώρας υποδοχής, να διατηρήσουν τις παραδοσιακές διατροφικές τους συνήθειες ή να ενσωματώσουν καινούρια διατροφικά πρότυπα στο διαιτολόγιό τους, με παράλληλη διατήρηση ορισμένων παραδοσιακών διατροφικών συνηθειών.

Η επιπολιτισμική διεργασία μπορεί να οδηγήσει τόσο σε υγιεινές όσο και σε μη υγιεινές διατροφικές αλλαγές. Επομένως, η πολιτεία και οι λειτουργοί υγείας θα πρέπει να αναγνωρίσουν τις «θετικές πλευρές» της παραδοσιακής διατροφής των

εθνικών/φυλετικών μειονοτικών ομάδων και να διευκολύνουν τη διατήρησή τους και παράλληλα να βοηθήσουν στην υιοθέτηση από τους μετανάστες των αντίστοιχων «θετικών πλευρών» του διατροφικού μοντέλου της χώρας υποδοχής. Για να επιτευχθεί το παραπάνω, είναι απαραίτητο να κατανοηθεί η διαδικασία με την οποία οι μετανάστες υιοθετούν τις διατροφικές πρακτικές της χώρας υποδοχής και να επισημανθούν οι παράγοντες που προδιαθέτουν ή/και επιτρέπουν να συμβεί αυτό⁵.

Η μελέτη της κοινωνικής πλευράς της διατροφής, θα ανακαλύψει τους παράγοντες εκείνους που υποστηρίζουν ή δρουν σα φραγμοί στα υγιεινά πρότυπα διατροφικών επιλογών, αγοράς, παρασκευής και συντήρησης των τροφών στους πληθυσμούς των μεταναστών^{4,6}. Η καλύτερη κατανόηση της διαδικασίας του διατροφικού επιπολιτισμού, επιτρέπει την αποτελεσματικότερη παρέμβαση στη διατροφή και την υγεία των μειονοτικών εθνικών/φυλετικών πληθυσμών στις αναπτυσσόμενες χώρες. Ωστόσο, οι λειτουργοί υγείας που ασχολούνται με τους μετανάστες θα πρέπει να καθορίσουν το βαθμό στον οποίο οι συμβουλές διατροφής θα επικεντρώνουν στη διατήρηση των παραδοσιακών διατροφικών συνηθειών, στην αποδοχή των «υγιεινών» πλευρών του «δυτικού» τρόπου διατροφής ή και στα δύο⁵.

Ο στόχος στη διατροφή των μεταναστών στη χώρα υποδοχής είναι η προσάρτηση εκείνων των «θετικών» διατροφικών συνηθειών που τους ταιριάζουν. Στην περίπτωση που υπάρχουν άτομα διαφορετικών εθνικοτήτων, η μη γνώση της νέας κουλτούρας, οι διαφορετικές διατροφικές παραδόσεις, η σχέση μεταξύ διατροφής-θρησκείας και διατροφής-υγείας, είναι σημαντικοί πολιτισμικοί παράγοντες που πρέπει να ληφθούν υπόψη. Για παράδειγμα, περίπου το 30% των παιδιών των μεταναστών στη Σουηδία έτρωγαν φαγητά της πατρίδας τους στο σπίτι για τα οποία δεν υπήρχε η αντίστοιχη σουηδική λέξη. Αυτό δείχνει ότι μπορεί να είναι άτοπο ή ακόμη και αρνητικό, να προτείνονται τροφές και γεύματα της χώρας υποδοχής σα στόχοι υγιεινής διατροφής σε οικογένειες διαφορετικού πολιτισμικού υπόβαθρου²⁴.

Μελέτη της επίδρασης του διατροφικού επιπολιτισμού σε παιδιά πρώτης και δεύτερης γενιάς Κινέζων μεταναστών στον Καναδά, αναφέρει ότι η δεύτερη γενιά και εκείνα με την καλύτερη χρήση της αγγλικής γλώσσας, είχαν αντιλήψεις για τη διατροφή παρόμοιες με εκείνες των παιδιών του Καναδά και προτιμούσαν ιδιαίτερα τα πρόχειρα γεύματα, τα έτοιμα φαγητά, τα επιδόρπια και τις έντονες γεύσεις, δείχνοντας ότι η «δυτικοποίηση» της διατροφής με τη μετανάστευση μπορεί να έχει ανεπιθύμητα διατροφικά αποτελέσματα⁶³. Παρόμοια, η διαιτητική συμπεριφορά και οι διατροφικές συνήθειες εφήβων μεταναστών από γειτονικές περιοχές στην Κροατία,

συσχετίζονταν με ψυχολογικούς παράγοντες και υπήρχαν σημαντικές διαφορές ανάλογα με τη γενιά των μεταναστών: η διατροφική συμπεριφορά των εφήβων μεταναστών της δεύτερης γενιάς ήταν ίδια με εκείνη των γηγενών παιδιών, ενώ οι έφηβοι μετανάστες της πρώτης γενιάς είχαν μικρότερη κατανάλωση θαλασσινών και ελαιόλαδου, κρέατος, γάλατος και πρόχειρων φαγητών ενώ έτρωγαν περισσότερα φρούτα και λαχανικά⁶⁴. Οι Kaiser και συν⁶⁵ εξετάζοντας την επίδραση του βαθμού επιπολιτισμού (διάρκεια διαμονής στις ΗΠΑ, γνώση αγγλικής γλώσσας) των Μεξικανο-Αμερικανών μητέρων οικογενειών χαμηλού εισοδήματος στη διατροφή των προσχολικής ηλικίας παιδιών τους, βρήκαν ότι οι μητέρες με μικρότερο βαθμό επιπολιτισμού χρησιμοποιούσαν συχνότερα απειλές ή επιβραβεύσεις σα μέσο πίεσης των παιδιών τους στο φαγητό, έδιναν εναλλακτικά τροφές χειρότερης θρεπτικής αξίας όταν αυτά αρνούσαν να φάνε, επιβράβευαν την καλή συμπεριφορά τους με φαγητό και έδιναν λιγότερο συχνά συμπληρώματα βιταμινών στα παιδιά τους, συμπεραίνοντας ότι οι πρόσφατοι μετανάστες χρειάζονται ενημέρωση για τη θρεπτική αξία ορισμένων παραδοσιακών τροφών τους και ενθάρρυνση στη συνέχιση της κατανάλωσης αυτών. Οι Mazur και συν⁵⁰ εξετάζοντας την επίδραση του επιπολιτισμού και των κοινωνικοοικονομικών παραγόντων στον τρόπο διατροφής παιδιών ισπανόφωνων οικογενειών μεταναστών στις ΗΠΑ (2,985 παιδιά ηλικίας 4-16 ετών), συμπέραναν ότι ο μικρός βαθμός επιπολιτισμού μερικώς βελτίωνε την αρνητική συσχέτιση μεταξύ φτώχειας και τρόπου διατροφής των παιδιών, ενώ η χαμηλότερη εκπαίδευση των γονέων και το χαμηλό οικογενειακό εισόδημα, ανεξάρτητα του βαθμού επιπολιτισμού, σχετίζονταν με χειρότερες διατροφικές συνήθειες.

Άρθρα ανασκόπησης^{2,57} αναφέρουν ότι οι αλλαγές στις διατροφικές επιλογές συμβαίνουν γρηγορότερα και με μικρότερη αντίσταση στις επιμέρους τροφές (γλυκά, αναψυκτικά-χυμοί, διάφορα σνακς, βότανα-καρυκεύματα, βούτυρο-μαργαρίνες κ.ά), ακολουθούν οι συμπληρωματικές τροφές (γαλακτοκομικά, κρέας, αυγά, ψάρι, λαχανικά κ.ά), ενώ εκείνες που μεταβάλλονται δυσκολότερα είναι οι βασικές τροφές (παράγωγα σίτου, πατάτες, ρύζι), μοντέλο που επικεντρώνει στη δύναμη με την οποία διαφορετικές τροφές είναι συνδεδεμένες με την πολιτισμική ταυτότητα των μεταναστών. Αντίθετα, το επίπεδο πολιτισμικής προκατάληψης για τις επιμέρους τροφές είναι χαμηλό αφού αυτές δεν θεωρούνται «πραγματικές» τροφές. Έτσι οι μετανάστες πρώτα προσαρτούν στη διατροφή τους «γευστικές» τροφές της χώρας υποδοχής, που ανήκουν στην κατηγορία των επιμέρους τροφών^{2,57}. Με την

προσθήκη όμως αυτών, αλλάζει η σύσταση του διαιτολογίου των μεταναστών σε θρεπτικά συστατικά, ακόμη και αν οι διατροφικές συνήθειές τους ως προς τις βασικές τροφές δε μεταβλήθηκαν. Ιδιαίτερα για τα παιδιά, η προσθήκη των επιμέρους τροφών μπορεί να παρεκτοπίσει άλλες περισσότερο θρεπτικές και να συμβάλλει στην εμφάνιση διατροφικών ανεπαρκειών².

Ακόμη και η βραχυχρόνια εγκατάσταση σε ένα καινούριο διατροφικό περιβάλλον, επιφέρει σημαντικές αλλαγές των διατροφικών συνηθειών, κύρια προς λιγότερο «υγιεινές» προτιμήσεις. Μελέτη της διατροφής Ελλήνων φοιτητών στη Γλασκόβη με διάρκεια διαμονής μικρότερη του ενός έτους, βρήκε ότι μειώθηκε σημαντικά συγκριτικά με τη διατροφή τους στην Ελλάδα, η συχνότητα κατανάλωσης φρέσκων φρούτων, λαχανικών, κρεάτων, ψαριού, γιαουρτιού και οσπρίων, ενώ αντίθετα αυξήθηκε η κατανάλωση πρόχειρων φαγητών, ανθρακούχων ποτών, μπισκότων και σαλτσών⁶². Παρόμοια είναι και τα αποτελέσματα μελέτης της επίδρασης της μετανάστευσης στη διατροφή Ασιατών σπουδαστών στις ΗΠΑ, η οποία συσχετίστηκε με μείωση του αριθμού των γευμάτων, παράληψη του πρωινού γεύματος, αύξηση της κατανάλωσης γλυκών, γαλακτοκομικών και φρούτων και μείωση της κατανάλωσης κρέατος και λαχανικών. Αλλαγή στις διατροφικές συνήθειες ανέφερε το 85% αυτών που κατοικούσαν στις ΗΠΑ περισσότερα από 3 χρόνια συγκριτικά με το 38% εκείνων με διαμονή μικρότερη του ενός έτους⁵⁵. Και στις δύο μελέτες^{55,62}, ως φραγμοί στη συνέχιση των διατροφικών συνηθειών της πατρίδας τους αναφέρονται το υψηλό κόστος, η περιορισμένη διαθεσιμότητα και η χαμηλή ποιότητα των «οικείων» τροφών.

Άρθρο ανασκόπησης των Landman και Cruickshank⁴ για τη διατροφή και την υγεία των μεταναστών στη Αγγλία, αναφέρει ότι η μετανάστευση οδήγησε σε αλλαγές των διατροφικών συνηθειών στις οικογένειες των μεταναστών. Οι αλλαγές αυτές περιέλαβαν την υιοθέτηση στον τρόπο διατροφής τους μικρών, «πρόχειρων» γευμάτων παρόμοιων με εκείνα του πληθυσμού της χώρας υποδοχής, την κατανάλωση –ανεξάρτητα εθνικότητας– δημητριακών στο πρωινό γεύμα, τη διεθνοποίηση της κουζίνας τους όσον αφορά τα κύρια γεύματα και την αύξηση της κατανάλωσης «έτοιμων» φαγητών και σαλτσών. Ωστόσο, οι γυναίκες των μειονοτικών εθνικών ομάδων φαίνεται να εκτιμούν την αξία των παρασκευασμένων στο σπίτι γευμάτων και επίσης στις εθνικές μειονότητες οι ρόλοι των φύλων συχνά διατηρούνται πιο παραδοσιακοί και περιοριστικοί, ενισχύοντας έτσι την ατομική ασχολία με τη μαγειρική και τη φιλοξενία.

Προοδευτικά, οι διατροφικές συνήθειες και ο τρόπος παρασκευής των γευμάτων των διαφορετικών εθνικών ομάδων (μεταναστών και γηγενών) συμπίπτουν, γεγονός που δείχνει το σημαντικό ρόλο της εκπαίδευσης-αγωγής σχετικά με τη διατροφή. Οι πληθυσμοί των σύγχρονων πολυεθνικών κοινωνιών των ανεπτυγμένων χωρών έχουν αρκετά να κερδίσουν από τις διαιτητικές πρακτικές των μειονοτικών εθνικών ομάδων, δείχνοντας την αμφίπλευρη πολιτισμική επίδραση. Έτσι χώρες υποδοχής μεταναστών έχουν προσαρτήσει στο διαίτολόγιό τους τροφές και γεύματα της πρώτης γενιάς μεταναστών⁴.

Αρκετές διεθνείς μελέτες, όπως στη συνέχεια παρουσιάζονται, αναφέρονται στις διαφορές των διατροφικών συνηθειών μεταξύ των παιδιών των μεταναστών και των γηγενών παιδιών της χώρας υποδοχής, αλλά και στις αλλαγές των διατροφικών συνηθειών μεταξύ διαφορετικών πληθυσμών παιδιών μεταναστών. Σε μερικές από αυτές τονίζεται ότι υπάρχει φανερός κίνδυνος ανάπτυξης λιγότερο ικανοποιητικών συνηθειών διατροφής στην καινούρια χώρα.

Οι Neiderud και Philip⁷ στη Σουηδία μελέτησαν τις συνήθειες διατροφής παιδιών ηλικίας 1-7 ετών γονέων-μεταναστών από αγροτική περιοχή της Βορείου Ελλάδας (EM) και τις συνέκριναν με εκείνες παιδιών από τη Σουηδία (Σ) και την Ελλάδα (Ε). Το αρνητικότερο αποτέλεσμα της μετανάστευσης ήταν η λιγότερο συχνή κατανάλωση φρούτων (τουλάχιστο 1 φορά/ημέρα: EM 80%, Ε 95%, Σ 80%) και λαχανικών (τουλάχιστο 1 φορά/ημέρα: EM 46%, Ε 91%, Σ 73%). Η κατανάλωση γλυκών μειώθηκε στα παιδιά των μεταναστών αλλά παρέμεινε σημαντικά συχνότερη από εκείνη των παιδιών της Σουηδίας (καθημερινή κατανάλωση γλυκών: EM 42%, Ε 59%, Σ 12%). Επίσης διάφορα σνακς (τσιπς, pop-corn, ξηροί καρποί) καταναλώνονταν τουλάχιστον εβδομαδιαία από το 92% των παιδιών των μεταναστών, το 96% των παιδιών στην Ελλάδα και μόνο το 7% των Σουηδόπουλων. Κανένα Σουηδόπουλο δεν παρέλειπε το πρωινό γεύμα συγκριτικά με το 11% των Ελληνόπουλων (μεταναστών και μη). Η επιλογή των κύριων γευμάτων και ο τρόπος παρασκευής τους σε γενικές γραμμές διατηρήθηκαν. Σε μερικές περιπτώσεις, οι οικογένειες των Ελλήνων μεταναστών είχαν προσαρτήσει χαρακτηριστικά του σουηδικού τρόπου διατροφής όπως: χρήση μαργαρίνης αντί ελαιόλαδου, βρώση ψωμιού ολικής άλεσης, κατανάλωση γάλακτος χαμηλών λιπαρών και σκληρού τύπου τυριών. Επίσης τα παιδιά των μεταναστών συχνά έπαιρναν βιταμινούχα συμπληρώματα διατροφής, όπως συνηθίζονταν στη Σουηδία. Οι αλλαγές στις

συνήθειες διατροφής πιθανά επηρεάστηκαν τόσο από τις τιμές των αγαθών στη Σουηδία όσο και από τις συμβουλές των παιδιατρικών υπηρεσιών υγείας της χώρας.

Οι Aurelius και Lindström⁸ εξέτασαν τις συνήθειες διατροφής και στοματικής υγιεινής παιδιών οικογενειών μεταναστών από τη Φιλανδία και νοτιοευρωπαϊκές χώρες (Ελλάδα, Τουρκία, Γιουγκοσλαβία) στη Σουηδία, κατά την άφιξή τους και 30 μήνες μετά και τις συνέκριναν με εκείνες παιδιών της Σουηδίας. Στο διάστημα της παρακολούθησης, όσον αφορά τη διατροφή, αυξήθηκε σημαντικά η κατανάλωση γλυκών στα παιδιά των μεταναστών ενώ μειώθηκε σημαντικά η κατανάλωση κρέατος και ψαριού στις οικογένειες των Φιλανδών και η κατανάλωση φρούτων και λαχανικών στις οικογένειες των Νοτιοευρωπαίων μεταναστών. Το υψηλότερο κόστος αυτών των προϊόντων στη Σουηδία αναφέρεται και σε αυτή τη μελέτη ως πιθανή αιτία των διατροφικών μεταβολών.

Συγκριτική μελέτη των Windström και Suskis⁹ επίσης από τη Σουηδία, για τις διατροφικές συνήθειες 8χρονων παιδιών οικογενειών Φιλανδών μεταναστών και γηγενών, έδειξε χειρότερες διατροφικές συνήθειες στα παιδιά των μεταναστών με συχνότερη κατανάλωση γλυκών, καραμέλων, αναψυκτικών και συσκευασμένων χυμών (κατανάλωση τουλάχιστο 1 φορά/ημέρα: γλυκά 26% έναντι 0%, καραμέλες 58% έναντι 25%, αναψυκτικά-χυμοί 53% έναντι 21%, $p < 0.05$), ενώ τα Σουηδόπουλα έτρωγαν συχνότερα λαχανικά (καθημερινή βρώση: 88% έναντι 48%, $p < 0.05$). Παρόμοια, συγκριτικές μελέτες^{66,67} 8χρονων και 14χρονων παιδιών οικογενειών Φιλανδών μεταναστών στη Σουηδία και γηγενών, βρήκαν ότι τα παιδιά των μεταναστών είχαν χειρότερες διατροφικές συνήθειες από εκείνα των Σουηδών, με συχνότερη κατανάλωση σακχαρούχων προϊόντων στα ενδιάμεσα των γευμάτων. Ωστόσο, πολυκεντρική έρευνα για τη διατροφή των παιδιών της Σουηδίας των Hagman και συν⁶⁸ που έγινε περίπου την ίδια χρονική περίοδο με τις ανωτέρω μελέτες^{7-9,66,67}, έδειξε ανεπιθύμητες αλλαγές στις διατροφικές τους συνήθειες (συχνότερη κατανάλωση πρόχειρων φαγητών, πιο ανορθόδοξα γεύματα, αυξημένη κατανάλωση ζάχαρης), όμως σχεδόν όλα τα παιδιά των Σουηδών έτρωγαν καθημερινά πρωινό και επίσης παρέμεινε σταθερή η κατανάλωση λαχανικών και φρούτων.

Μελέτη της διαιτητικής συμπεριφοράς παιδιών σχολικής ηλικίας (12-14 ετών) στην Κοπεγχάγη από τους Osler και Hansen¹⁰, έδειξε ότι τα παιδιά των μεταναστών είχαν χειρότερες διατροφικές συνήθειες (χαμηλότερο διαιτητικό score), κυρίως λόγω της αυξημένης κατανάλωσης γλυκών και λιγότερες γνώσεις για τη διατροφή

συγκριτικά με τα γηγενή. Οι Mangusson και συν²⁴ σε μελέτη των διατροφικών συνήθειών, της παχυσαρκίας και της φυσικής δραστηριότητας παιδιών ηλικίας 11-12 ετών μεταναστών (19 διαφορετικών εθνικοτήτων) στη Σουηδία βρήκαν, όσον αφορά τη διατροφή, ότι καθημερινά πρωινό έτρωγε το 45% (συγκριτικά με το 97% των Σουηδόπουλων), το 25% έπαιρνε κολατσιό από το κυλικείο του σχολείου 4-5 φορές την εβδομάδα, το 44% έπινε αναψυκτικά συχνότερα από τις 4 φορές την εβδομάδα ενώ περίπου το 30% έτρωγε παραδοσιακά φαγητά της πατρίδας του στο σπίτι.

Ανασκόπηση των Broussaard και συν³ για τη διατροφή και την υγεία των μεταναστών στην Ολλανδία, αναφέρει ότι ορισμένες διατροφικές συνήθειες των παιδιών μειονοτικών ομάδων είναι πιο κοντά στα πρότυπα της υγιεινής διατροφής. Συγκεκριμένα, τα παιδιά των μεταναστών από το Σουρινάμ και τις Αντίλλες, συγκριτικά με τα παιδιά των Ολλανδών, έτρωγαν συχνότερα ψάρι, όσπρια και ρύζι/μακαρόνια και λιγότερο συχνά γαλακτοκομικά, κρέας, πατάτες, γλυκά και σνακς και παρομοίως, τα παιδιά των μεταναστών από το Μαρόκο και την Τουρκία κατανάλωναν πιο συχνά αυγά, όσπρια, ψάρι και ρύζι/μακαρόνια και σπανιότερα γαλακτοκομικά, κρέας και αναψυκτικά. Ωστόσο, μεγαλύτερο ποσοστό από τα παιδιά των μεταναστών δεν έτρωγε πρωινό γεύμα συγκριτικά με τα γηγενή: 6%, 8% και 0% των αγοριών από το Μαρόκο την Τουρκία και την Ολλανδία αντίστοιχα δεν έτρωγε ποτέ πρωινό, ενώ για τα κορίτσια τα ποσοστά ήταν 14%, 14% και 5% αντίστοιχα. Παρόμοια, μελέτη της διατροφής και του τρόπου ζωής των παιδιών εφηβικής ηλικίας της Σουηδίας έδειξε ότι η εθνικότητα (παιδιά γονέων μη σκανδιναβικής καταγωγής) αποτελεί σημαντικό παράγοντα παράληψης του πρωινού γεύματος⁶⁹. Επίσης η παράλειψη του πρωινού γεύματος έχει συσχετιστεί με χειρότερες διατροφικές επιλογές και λιγότερο υγιεινό τρόπο ζωής^{24,69}.

Μελέτη από τη Νορβηγία έδειξε ότι τα παιδιά των μεταναστών δεύτερης γενιάς από την Ασία και την Αφρική άλλαξαν τις παραδοσιακές διατροφικές τους συνήθειες (δίαιτα πλούσια σε δημητριακά, φρούτα και λαχανικά): αύξησαν την κατανάλωση γλυκών και σοκολατών σε επίπεδα μεγαλύτερα από εκείνα των παιδιών της Νορβηγίας και έτρωγαν λιγότερα φρούτα και λαχανικά συγκριτικά με τα παιδιά της Νορβηγίας¹¹.

Οι αλλαγές στις συνήθειες διατροφής μεταξύ διαφορετικών πληθυσμών μεταναστών έχουν άμεσο αποτέλεσμα στην ποιοτική σύσταση της διατροφής τους^{2,6}.

Συγκριτική μελέτη από τους Neiderud και συν⁷⁰ της διατροφής παιδιών Ελλήνων μεταναστών στη Σουηδία, με παιδιά που ζούσαν στην Ελλάδα και παιδιά

της Σουηδίας, έδειξε ότι η ποιότητα διατροφής των παιδιών των μεταναστών ήταν καλύτερη από εκείνων που ζούσαν στην Ελλάδα και περίπου ίδια, με μερικές εξαιρέσεις, με των Σουηδόπουλων. Η ημερήσια πρόσληψη θερμίδων ήταν παρόμοια και στις τρεις ομάδες, αλλά τα Ελληνόπουλα (παιδιά μεταναστών και μη) έπαιρναν περισσότερες θερμίδες από το λίπος (κατανάλωση άκρατου αγελαδινού γάλατος και ελαιόλαδου) και είχαν σημαντικά υψηλότερη πρόσληψη μονοακόρεστων λιπαρών οξέων (κατανάλωση ελαιολάδου). Τα παιδιά στην Ελλάδα είχαν σημαντικά χαμηλότερη πρόσληψη ορισμένων βιταμινών (A, B₂, B₆, D) και ιχνοστοιχείων (Ca, Fe, Mg) από ότι τα Ελληνόπουλα στη Σουηδία. Παρ' όλα αυτά τα τελευταία δεν είχαν φτάσει τα επίπεδα των παιδιών της Σουηδίας, τα οποία είχαν υψηλότερη διαιτητική πρόσληψη ορισμένων βιταμινών (A, D, C, B₁₂) και σεληνίου. Μερικές από τις διαφορές στην πρόσληψη θρεπτικών στοιχείων στις εξεταζόμενες ομάδες, αποδόθηκαν στις διαφορετικές διατροφικές συνήθειες (τα παιδιά των Σουηδών και μερικά παιδιά Ελλήνων μεταναστών έτρωγαν γαλακτοκομικά χαμηλών λιπαρών εμπλουτισμένων με βιταμίνες A και D). Επίσης ο τρόπος παρασκευής του φαγητού θεωρήθηκε ότι μπορεί να επιδρά στη σύσταση των θρεπτικών στοιχείων του (στην Ελλάδα και σε αρκετές οικογένειες Ελλήνων μεταναστών, ήταν συχνό το παρατεταμένο βράσιμο των τροφών και η βρώση του ίδιου φαγητού στο μεσημβρινό και το βραδινό γεύμα).

Ανασκόπηση των δημοσιευμένων στοιχείων για τη διατροφή και το επίπεδο υγείας των μεταναστών στην Ολλανδία³, αναφέρει θετικές (πρόσληψη μακροστοιχείων) αλλά και αρνητικές διαφορές (πρόσληψη βιταμινών και ιχνοστοιχείων) με τη διατροφή του γηγενούς πληθυσμού. Η μέση πρόσληψη υδατανθράκων, λιπών και πρωτεϊνών στα παιδιά των μεταναστών από τις μεσογειακές χώρες και το Σουρινάμ ήταν πιο κοντά στις κατευθυντήριες οδηγίες υγιεινής διατροφής από ότι η παραδοσιακή ολλανδική διατροφή. Η διατροφή των παιδιών των μεταναστών περιείχε λιγότερα λιπαρά (ειδικά κορεσμένα λίπη), περισσότερους υδατάνθρακες και καλύτερη αναλογία μεταξύ πολυσακχαριτών και μονο/δισακχαριτών. Όμως η μέση πρόσληψη βιταμινών και ιχνοστοιχείων (ειδικά ασβεστίου, σιδήρου και βιταμινών του συμπλέγματος B) ήταν μικρότερη αυτής των γηγενών παιδιών. Αν και παρατηρήθηκαν διαφορές μεταξύ των μελετών, η μικρότερη κατανάλωση γάλατος και γαλακτοκομικών προϊόντων, η κατανάλωση άπαχου κρέατος, η χρήση ελαιόλαδου αντί μαργαρίνης ή βούτυρου και η λιγότερο συχνή

κατανάλωση αναψυκτικών και γλυκών από τα παιδιά των μεταναστών, συνέβαλλαν στις διαφορές της σύστασης της διατροφής σε θρεπτικά στοιχεία.

Στη μελέτη των Mazur και συν⁵⁰ βρέθηκε ότι ο βαθμός επιπολιτισμού των ισπανόφωνων οικογενειών μεταναστών στις ΗΠΑ, σχετίζονταν θετικά με την πρόσληψη αλατιού και θερμίδων από κορεσμένα λίπη καθώς και με τη λήψη βιταμινών και συμπληρωμάτων διατροφής από τα παιδιά τους. Οι Sharma και συν⁵⁸ σε μελέτη της διατροφικής πρόσληψης θρεπτικών συστατικών στους μετανάστες από την Καραϊβική στη Μεγάλη Βρετανία, βρήκαν ότι το ποσοστό των ημερήσιων θερμίδων που προέρχονταν από την πρόσληψη λιπών ήταν χαμηλότερο στους μετανάστες συγκριτικά με τους γηγενείς, με αυξητική όμως τάση στους νεότερους: στη δεύτερη γενιά μεταναστών η πρόσληψη θερμίδων από λίπος ήταν σημαντικά υψηλότερη (34-35%) συγκριτικά με την πρώτη (30%), αλλά παρέμεινε χαμηλότερη από το μέσο όρο των Βρετανών (38%). Επίσης οι μετανάστες πρώτης γενιάς έτρωγαν περισσότερα λαχανικά και φρούτα.

Η μετανάστευση επιδρά και στις πρακτικές σίτισης των βρεφών, οι οποίες επηρεάζονται από τον τρόπο ζωής και τις συνθήκες εργασίας των μητέρων-μεταναστριών και τα διατροφικά πρότυπα της χώρας υποδοχής. Συγκριτική μελέτη των Koctürk και Zetterström⁷¹ για τη διατροφή των βρεφών μητέρων-μεταναστριών από την Τουρκία στη Στοκχόλμη και αντίστοιχου δείγματος μητέρων που ζούσαν στην Κωνσταντινούπολη, έδειξε γρήγορη διακοπή του μητρικού θηλασμού στην ομάδα των μεταναστριών (το 23% των μητέρων-μεταναστριών διέκοψε το θηλασμό τον 1^ο μήνα και το 12^ο μήνα όλες έδιναν αποκλειστικά τεχνητή διατροφή στα βρέφη τους, ενώ τα αντίστοιχα ποσοστά για εκείνες που ζούσαν στην Τουρκία ήταν 6% και 9%). Τα βρέφη των μεταναστών έτρωγαν συχνότερα κρέας, αυγό και ημιστερεές τροφές από ότι τα βρέφη στην Τουρκία. Στην πρώτη ομάδα τα γεύματα βασίζονταν αποκλειστικά σε έτοιμες βρεφικές τροφές, ενώ στη δεύτερη παρασκευάζονταν στο σπίτι. Η συνδυασμένη επίδραση της εργασίας και της αύξησης της αγοραστικής δύναμης όπως σημειώνεται και από άλλους ερευνητές^{72,73}, επηρέασαν τη στάση των μητέρων-μεταναστριών. Παρόμοια είναι και ευρήματα της μελέτης των Koctürk και Mjønnes⁷⁴, στην οποία βρέθηκε βραχύτερο διάστημα μητρικού θηλασμού στα βρέφη Τούρκων μεταναστών στη Σουηδία από εκείνο της Τουρκίας και της Σουηδίας και επιπλέον, αντίστροφη σχέση μεταξύ του μορφωτικού επιπέδου των μητέρων-μεταναστριών και της διάρκειας μητρικού θηλασμού.

Πρώιμη διακοπή του μητρικού θηλασμού στα βρέφη των μεταναστών και κατανάλωση παραδοσιακών φαγητών, αναφέρεται επίσης σε προγενέστερη (1974-76) έρευνα της διατροφής παιδιών Ασιατών, Αφρικανών και Κινέζων μεταναστών στη Σκωτία και γηγενών παιδιών, στην οποία βρέθηκε ότι οι μητέρες από την Ασία είχαν υιοθετήσει σε μεγαλύτερο βαθμό τις αγγλικές συνήθειες απογαλακτισμού των βρεφών συγκριτικά με τις μητέρες από την Κίνα και την Αφρική και επίσης σε μεγάλο ποσοστό τα παιδιά των τελευταίων δε λάμβαναν προληπτικά βιταμινούχα συμπληρώματα, σύμφωνα με τις συστάσεις που υπήρχαν στην Αγγλία^{73,75}.

Ο Jivani⁷² σε άρθρο του για την πρακτική σίτισης των παιδιών Ασιατών μεταναστών, αναφέρει ότι τα σιτιστικά προβλήματα ήταν πολύ συχνά στα βρέφη και νήπια ασιατικής καταγωγής και τα περισσότερα οφείλονταν στον ακατάλληλο τρόπο απογαλακτισμού τους, με τροφές «δυτικού τύπου» που ήταν ασυνήθιστες για τους μετανάστες γονείς, μη λαμβάνοντας υπόψη τις πολιτισμικές και θρησκευτικές συνήθειές τους που επιδρούν στον τρόπο διατροφής τους.

Τα ευρήματα συγκριτικής μελέτης για τη διατροφή των βρεφών των μεταναστών από αναπτυσσόμενες χώρες στη Νορβηγία και των γηγενών⁷⁶, έδειξαν επίσης μικρότερη διάρκεια μητρικού θηλασμού και συχνότερη κατανάλωση αγελαδινού γάλατος στα βρέφη των μεταναστών. Όσον αφορά τις διατροφικές συνήθειες των παιδιών, στην ηλικία του ενός έτους τα παιδιά των Νορβηγών έτρωγαν συχνότερα ψωμί ολικής άλεσης, πάστα συκωτιού, κρέας και ψάρι ενώ τα παιδιά των μεταναστών ρύζι και λαχανικά. Παρόμοια, στα γεννηθέντα στη Γαλλία παιδιά Κινέζων μεταναστών ο μητρικός θηλασμός ήταν λιγότερο συχνός από ότι στη χώρα καταγωγής τους αλλά και τη χώρα υποδοχής. Στη νηπιακή ηλικία η διατροφή τους περιείχε παραδοσιακά γεύματα, όμως συγκριτικά με τα παιδιά της Γαλλίας κατανάλωναν λιγότερα γαλακτοκομικά (συνήθεια που υπήρχε και στη χώρα καταγωγής τους) και φρέσκα φρούτα και περισσότερους χυμούς και αναψυκτικά (καινούριες διατροφικές προτιμήσεις)⁷⁷.

Πρόσφατη (2006) επιδημιολογική μελέτη από τις ΗΠΑ (67,884 νεογνά) που εξέτασε τη συχνότητα έναρξης μητρικού θηλασμού σε σχέση με τον τόπο γέννησης και την εθνικότητα/φυλή της μητέρας, βρήκε ότι μειώνονταν σημαντικά στις γεννηθείσες στις ΗΠΑ μετανάστριες, δείχνοντας το σπουδαίο ρόλο του τόπου γέννησης των μεταναστριών, αφού ο μητρικός θηλασμός αποτελεί πολιτισμικό κανόνα πολλών χωρών, καθώς και την επιπολιτισμική επίδραση στις επόμενες γενιές μεταναστών⁷⁸.

B. ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΤΩΝ ΜΕΤΑΝΑΣΤΩΝ

Η διατροφή συσχετίζεται στενά και επηρεάζει σημαντικά την ανάπτυξη-θρέψη των παιδιών. Η επάρκεια της προσφοράς των απαραίτητων θρεπτικών στοιχείων έτσι ώστε να επιτευχθεί μια φυσιολογική σωματική ανάπτυξη εξαρτάται από το κοινωνικοοικονομικό, το πολιτισμικό και το βιολογικό περιβάλλον του παιδιού. Η ανεπαρκής θρέψη είναι αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης μεταξύ ξενιστή-περιβάλλοντος–διατροφής (επιδημιολογική τριάδα ανεπαρκούς θρέψης)⁷⁹.

Μελέτη ανασκόπησης από τον Pelto⁸⁰ με θέμα τις εθνικές μειονότητες, τη μετανάστευση και τον κίνδυνο υποσιτισμού και ανεπαρκούς ανάπτυξης των παιδιών μειονοτικών ομάδων, αναφέρει ότι σε ένα «ευνοϊκό» διατροφικά περιβάλλον ο παράγοντας της εθνικής μειονότητας παύει να αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου για ανεπαρκή ανάπτυξη. Η εθνικότητα προβάλλεται ως παράγοντας κινδύνου γιατί συχνά η έννοια της εθνικής μειονότητας - του μετανάστη, συσχετίζεται με χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, ανεπαρκή κοινωνική υποστήριξη και διαφορετικής δομής σχέση με το περιβάλλον που ζει, ενώ εξαίρεση σ' αυτή τη γενίκευση αποτελούν τα παιδιά των πρόσφατων μεταναστών.

Οι Schumacher και συν¹³ εξέτασαν τα σωματομετρικά στοιχεία παιδιών σχολικής ηλικίας (1,123 παιδιά 6-12 ετών) οικογενειών μεταναστών και προσφύγων τεσσάρων εθνικοτήτων (Ισπανόφωνες χώρες, Κίνα, Φιλιππίνες, νοτιοανατολική Ασία) κατά τον ερχομό τους στις ΗΠΑ και έπειτα ανά 3μηνο για ένα έτος. Οι αρχικές μετρήσεις του ύψους και του βάρους για την ηλικία υπολείπονταν σημαντικά των αντίστοιχων τιμών αναφοράς των ΗΠΑ (οι περισσότερες μετρήσεις ήταν μεταξύ 5^{ης} και 25^{ης} εκατοστιαίας θέσης), ενώ στη συνέχεια τα περισσότερα παιδιά εμφάνισαν μέση ταχύτητα αύξησης σε ύψος παρόμοια ή μεγαλύτερη της αντίστοιχης των λευκών παιδιών των ΗΠΑ. Ακόμη υπήρξε σημαντική βελτίωση της παραμέτρου του βάρους για την ηλικία. Επομένως, αυτά τα παιδιά επιτάχυναν σημαντικά την ανάπτυξή τους σε ένα ευνοϊκό διατροφικό περιβάλλον και βρισκόταν σε μια περίοδο αναπληρωματικής αύξησης (catch-up growth), γεγονός που δείχνει έλλειμμα βάρους ή/και ύψους κατά τον ερχομό τους στις ΗΠΑ.

Έρευνα εκτίμησης της κατάστασης θρέψης σε τυχαίο αντιπροσωπευτικό δείγμα 566 παιδιών προσχολικής ηλικίας αστικής περιοχής της Μιννεσότα από τους Brown και συν¹⁷, έδειξε από τις συγκρίσεις των ανθρωπομετρικών στοιχείων μεταξύ των εθνικών ομάδων ότι μόνο τα παιδιά των Νοτιοασιατών είχαν σημαντικά

μεγαλύτερα ποσοστά χαμηλού ύψους για την ηλικία (30.6% έναντι 13% στο συνολικό δείγμα). Το διάστημα που έγινε η μελέτη σχεδόν όλοι οι Νοτιοασιάτες είχαν πρόσφατα μεταναστεύσει στις ΗΠΑ, ενώ παρατηρήθηκε τάση μείωσης της συχνότητας χαμηλού ύψους για τα γεννηθέντα στις ΗΠΑ παιδιά ασιατικής καταγωγής (26.9%) συγκριτικά με εκείνα που είχαν γεννηθεί στην Ασία (40%). Παρόμοια είναι και τα αποτελέσματα της μελέτης των Peck και συν¹², στην οποία τα παιδιά των πρόσφατα αφιχθέντων Ασιατών και ιδιαίτερα εκείνα ηλικίας μεγαλύτερης των 24 μηνών, είχαν συχνότερα ανεπαρκή ανάπτυξη συγκριτικά με εκείνα που διέμεναν χρόνια στις ΗΠΑ (χαμηλό ύψος για την ηλικία: 38% έναντι 9% και χαμηλό βάρος για την ηλικία: 19% έναντι 5% αντίστοιχα).

Τα αποτελέσματα ανθρωπομετρικής μελέτης παιδιών ηλικίας 0-7 ετών Μεξικανο-Αμερικανών μεταναστών στην Καλιφόρνια των Dewey και συν¹⁴ έδειξαν ότι οι τιμές των σωματομετρικών στοιχείων των παιδιών ήταν παρόμοιες με τις αντίστοιχες τιμές αναφοράς των ΗΠΑ: μόνο στο 15% των παιδιών η παράμετρος του ύψους για την ηλικία ήταν κάτω από τη 10^η εκατοστιαία θέση και μόνο στο 7% η παράμετρος του σχετικού βάρους για το ύψος ήταν μεγαλύτερη από την 95^η εκατοστιαία θέση.

Σύγκριση των σωματομετρικών στοιχείων μεταξύ των παιδιών ηλικίας 2-17 ετών Μεξικανο-Αμερικανών στις ΗΠΑ (Hispanic Health and Nutrition Examination Survey-HHANES, Έρευνα της Υγείας και της Διατροφής των Ισπανόφωνων) και των λευκών μη Ισπανόφωνων (National Health and Nutrition Examination Survey-NHANES II, Εθνική Έρευνα της Υγείας και της Διατροφής), έδειξε ελάχιστες διαφορές στο ύψος μέχρι την ηλικία των 12 ετών στα κορίτσια και των 14 ετών στα αγόρια, ενώ στην εφηβεία οι διαφορές αυξήθηκαν σημαντικά φτάνοντας τα 5,7cm στα αγόρια και τα 4,4cm στα κορίτσια (μέσο ύψος των Μεξικανο-Αμερικανών εφήβων <25^η εκατοστιαία θέση των αντίστοιχων τιμών αναφοράς των ΗΠΑ). Στην πολυπαραγοντική ανάλυση, σημαντική αρνητική συσχέτιση με την αύξηση σε ύψος είχε η φτώχεια για τις ηλικίες 2-5 και 6-11 ετών και η εθνικότητα για τις ηλικίες 12-17 ετών. Τα παιδιά των Μεξικανο-Αμερικανών είχαν παρόμοια πρότυπα αύξησης με παιδιά υψηλής κοινωνικοοικονομικής τάξης του Μεξικού, ενώ ήταν σημαντικά ψηλότερα από παιδιά αγροτικών περιοχών του Μεξικού και της Κεντρικής Αμερικής όπως επίσης και από τις προηγούμενες γενιές παιδιών Μεξικανο-Αμερικανών. Επομένως οι διαφορές στο ύψος κατά την εφηβεία δεν οφείλονταν σε γενετικούς μόνο παράγοντες¹⁹.

Σύμφωνα με τον Pelto⁸⁰, η πρόσληψη θρεπτικών συστατικών και οι παράμετροι της θρέψης και ανάπτυξης των παιδιών εθνικών μειονοτήτων είναι παρόμοιες με εκείνες παιδιών μη μειονοτικών ομάδων του ίδιου κοινωνικοοικονομικού επιπέδου. Παρόμοια, οι Graitcer και Genty⁸¹ υποστήριξαν ότι η σωματική ανάπτυξη των παιδιών προσχολικής ηλικίας υψηλής κοινωνικοοικονομικής τάξης μιας φτωχής χώρας συχνά είναι συγκρίσιμη με τα πρότυπα ανάπτυξης των παιδιών των ΗΠΑ, αν και ο γενικός παιδικός πληθυσμός της χώρας αυτής παρουσιάζει ανεπαρκή ανάπτυξη.

Σύγκριση των σωματομετρικών παραμέτρων παιδιών προσχολικής ηλικίας διαφορετικών εθνικοτήτων υψηλής κοινωνικοοικονομικής τάξης, έδειξε μικρές διαφορές στο ύψος και το βάρος τους: 3% για το ύψος και 6% για το βάρος. Αντίθετα οι διαφορές στην ανάπτυξη μεταξύ των παιδιών υψηλής κοινωνικοοικονομικής τάξης και εκείνων με παρόμοια εθνική/γεωγραφική καταγωγή που ζούσαν όμως σε φτωχές περιοχές αναπτυσσόμενων χωρών έφταναν το 12% για το ύψος και το 30% για το βάρος, συμπεραίνοντας ότι οι εθνικές/φυλετικές επιδράσεις παίζουν ελάχιστο ρόλο στη μέση προσχολική ανάπτυξη συγκριτικά με τους περιβαλλοντικούς παράγοντες⁸².

Έρευνα της σωματικής ανάπτυξης παιδιών προσχολικής ηλικίας Τούρκων μεταναστών στη Σουηδία, έδειξε ότι οι παράμετροι ανάπτυξης ήταν πιο κοντά στα σουηδικά πρότυπα συγκριτικά με τις περιοχές καταγωγής τους στην Τουρκία όπου υπήρχε υψηλή συχνότητα ανεπαρκούς ανάπτυξης²⁰.

Οι Warrington και Storey εξέτασαν την ανάπτυξη⁸³, τη διατροφή και την κατάσταση υγείας⁸⁴ παιδιών οικογενειών μεταναστών από την Ασία και Βρετανών εργατικής τάξης σε βιομηχανική πόλη της Αγγλίας: αν και τα παιδιά ασιατικής καταγωγής είχαν σημαντικά μικρότερο βάρος γέννησης, δεν βρέθηκαν σημαντικές διαφορές στο βάρος και το μήκος σώματος μεταξύ των δύο ομάδων στις ηλικίες 3, 6, 9, 12, και 24 μηνών. Λίγες σημαντικές διαφορές αναδείχθηκαν στην πρόσληψη θρεπτικών στοιχείων, για καμία όμως η σημαντικότητα δεν παρέμεινε στη διάρκεια των δύο ετών της μελέτης και επίσης δεν παρατηρήθηκαν εκτός της σιδηροπενικής αναιμίας άλλες διατροφικές ανεπάρκειες. Συγκρίνοντας τις παραμέτρους αύξησης με τις αντίστοιχες γηγενών παιδιών στην Ασία, βρήκαν ότι τα παιδιά ασιατικής καταγωγής που ζούσαν στην Αγγλία παρουσίαζαν καλύτερη ανάπτυξη, η οποία πιθανά οφείλονταν στη βελτίωση της διατροφής και του επιπέδου υγείας τους⁸³.

Μακροχρόνια (1980-1989) πληθυσμιακή πολυκεντρική μελέτη των ανθρωπομετρικών στοιχείων παιδιών προσχολικής ηλικίας οικογενειών χαμηλού

εισοδήματος στις ΗΠΑ, έδειξε ότι τα παιδιά των Ασιατών μεταναστών (23,725 παιδιά) εμφάνισαν προοδευτική και σημαντική μείωση της συχνότητας χαμηλού βάρους γέννησης και χαμηλού βάρους και ύψους για την ηλικία, φτάνοντας στο τέλος της περιόδου τα επίπεδα ανάπτυξης των άλλων εθνικών ομάδων, ενώ αυτές οι παράμετροι παρέμειναν σχεδόν σταθερές για τα λευκά και μαύρα μη ισπανόφωνα και για τα ισπανόφωνα παιδιά της μελέτης (2,173,644 παιδιά). Η σημαντική βελτίωση της ανάπτυξης των παιδιών των Ασιατών σε μικρό χρονικό διάστημα συσχετίστηκε και σε αυτή την μελέτη, με την πρόσφατη μετανάστευση¹⁵.

Γενικά, οι πληθυσμιακές διαφορές που παρατηρούνται στο δυναμικό ανάπτυξης μεταξύ των διαφορετικών εθνικοτήτων είναι σχετικά μικρές, γεγονός που υποστηρίζεται από τα αποτελέσματα μελετών που δείχνουν σημαντική βελτίωση στην αύξηση παιδιών της ίδιας εθνικότητας όταν βρέθηκαν σε διαφορετικές, κατάλληλες περιβαλλοντικές και διατροφικές συνθήκες^{13,15,18,20,80,82}.

Όμως παρά τη βελτίωση στην ανάπτυξη που παρουσιάζουν τα παιδιά των μεταναστών από αναπτυσσόμενες χώρες μετά την εγκατάστασή τους σε ένα «ευνοϊκό περιβάλλον», μερικές φορές δεν κατορθώνουν να επιτύχουν ίδια σε ύψος αύξηση με τα γηγενή παιδιά, γεγονός που υποδηλώνει τη συμμετοχή και γενετικών παραγόντων. Συγκριτική μελέτη από τον Cernerud⁸⁵ του ύψους και του δείκτη σωματικής μάζας αντιπροσωπευτικού δείγματος 7χρονων παιδιών από τη Σουηδία και παιδιών μεταναστών γεννηθέντων το 1973 και το 1983, έδειξε ότι τα γηγενή αγόρια ήταν σημαντικά ψηλότερα από τα αγόρια των μεταναστών και στις δύο περιόδους της μελέτης (μέση διαφορά ύψους 1,6 και 1,5 cm αντίστοιχα, $p < 0.05$), ενώ δε βρέθηκε σημαντική διαφορά στο ύψος των κοριτσιών και στο δείκτη μάζας σώματος των αγοριών και των κοριτσιών μεταξύ των δύο ομάδων. Προγενέστερη συγκριτική μελέτη¹⁸ της ανάπτυξης παιδιών σχολικής ηλικίας γονέων-μεταναστών από την Τουρκία στη Σουηδία, έδειξε ότι τα γεννηθέντα στη Σουηδία είχαν σημαντικά μικρότερο ύψος από τα παιδιά της Σουηδίας και η διαφορά άρχιζε από την προσχολική ηλικία, ενώ αντίθετα ήταν ψηλότερα από τα πρόσφατα αφιχθέντα παιδιά των μεταναστών που είχαν γεννηθεί στην Τουρκία. Ωστόσο τα τελευταία αναπλήρωσαν τη διαφορά και παρουσίασαν ίδια σε ύψος αύξηση με τα γεννηθέντα στη Σουηδία, δείχνοντας πως περισσότερο κοινωνικοοικονομικοί (οι οικογένειες των μεταναστών ήταν χαμηλότερου κοινωνικοοικονομικού επιπέδου από τις γηγενείς), παρά γενετικοί παράγοντες εξηγούν τις ευρεθείσες διαφορές στην αύξηση και ότι με

το μεγαλύτερο διάστημα διαμονής στη Σουηδία αναμένεται περαιτέρω αύξηση του ύψους των παιδιών των μεταναστών.

Οι Chinn και συν¹⁶ ανέφεραν σχετικά με τα πρότυπα ανάπτυξης των εθνικών πληθυσμών, ότι το ύψος των παιδιών που ανήκαν στη δεύτερη γενιά μεταναστών ορισμένων εθνικών μειονοτήτων ήταν μεγαλύτερο από ότι των λευκών παιδιών της Αγγλίας και υποστήριξαν ότι το γενετικό υπόστρωμα έχει ελάχιστο ρόλο στους πληθυσμιακούς μέσους όρους. Η τάση αύξησης του ύψους στις επόμενες γενιές συμβαίνει -με διαφορετικούς ρυθμούς- σε όλες τις εθνικές ομάδες και επομένως η τρίτη γενιά μεταναστών θα είναι ακόμη ψηλότερη και οι πρόσφατοι μετανάστες θα είναι πιο κοντοί, ενώ η επιγαμία εισάγει έναν επιπλέον πιθανό συγχυτικό παράγοντα στις πληθυσμιακές συγκρίσεις.

Γ. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ

Γ1) Στοματική υγεία – τερηδόνα.

Η τερηδόνα είναι ένα από τα συχνότερα νοσήματα παγκοσμίως, αλλά ταυτόχρονα αποτελεί σύνηθες πρόβλημα υγείας της παιδικής ηλικίας που μπορεί να προληφθεί³⁴. Η επίπτωση της τερηδόνας μειώθηκε σημαντικά από τη δεκαετία του '70 και μετά στις δυτικές χώρες^{35,36}. Ωστόσο, παρά τη σημαντική μείωση της συχνότητας αλλά και της βαρύτητας της νόσου, παρατηρούνται διαφορές μεταξύ των πληθυσμιακών ομάδων: οι εθνικές μειονότητες, οι πρόσφατοι μετανάστες και οι πληθυσμοί χαμηλού κοινωνικοοικονομικού/μορφωτικού επιπέδου ανήκουν στις ομάδες υψηλού κινδύνου για κακή οδοντική υγεία³⁴.

Άρθρο ανασκόπησης³⁵ για τις μεταβολές στην επιδημιολογία της νόσου, αναφέρει ότι η σημαντική αύξηση των μεταναστών από χώρες εκτός της δυτικής Ευρώπης, έχει αναγνωριστεί ως καινούριος παράγοντας που οδήγησε στην αύξηση της συχνότητας της τερηδόνας σε ορισμένες χώρες. Η επίδραση των παιδιών των μεταναστών στην επίπτωση της τερηδόνας στον παιδικό πληθυσμό ήταν έντονα εμφανής στην Ελβετία, όπου η αύξηση στη συχνότητά της μετά το 1988 αποδόθηκε κατά ένα μέρος στην αύξηση των μεταναστών και στην Ολλανδία, και προτάθηκε πως για την καλύτερη ερμηνεία των επιδημιολογικών στοιχείων θα πρέπει να

αναφέρονται ξεχωριστά οι μετανάστες, η χώρα καταγωγής τους και η διάρκεια διαμονής στη χώρα υποδοχής.

Οι διαφορές στην επίπτωση της τερηδόνας στους πληθυσμούς παιδιών των μεταναστών συγκριτικά με τα γηγενή παιδιά στις χώρες υποδοχής τους, έχουν συσχετιστεί με μια σειρά παραγόντων που εμπλέκονται στην εμφάνιση της νόσου όπως οι διατροφικές συνήθειες των παιδιών, οι συνήθειες στοματικής υγιεινής, οι γνώσεις και το επίπεδο ενημέρωσης των οικογενειών των μεταναστών σε θέματα στοματικής υγείας, το κοινωνικοοικονομικό και μορφωτικό επίπεδο των γονέων και η προληπτική οδοντιατρική φροντίδα³⁴. Όσον αφορά τη διατροφή, υπάρχει δυναμική σχέση μεταξύ της κατανάλωσης ζάχαρης και της στοματικής υγείας, αφού η τερηδογόνος επίδραση της τροφής προσδιορίζεται ουσιαστικά από την περιεκτικότητά της σε ζάχαρη³⁶. Ωστόσο στη δημιουργία τερηδόνας επιδρούν όχι τόσο η ποσότητα, αλλά κύρια ο τρόπος που λαμβάνεται η ζάχαρη (συχνότητα κατανάλωσης, διάρκεια έκθεσης, σύσταση της τροφής, λήψη στα ενδιάμεσα ή μαζί με τα γεύματα), οι συνήθειες στοματικής υγιεινής (συχνότητα βουρτσίσματος των δοντιών, χρήση φθοριούχων σκευασμάτων), καθώς και φυσικοί-βιολογικοί παράγοντες (μικροβιακή χλωρίδα του στόματος, ροή σιέλου)^{34,36}.

Η πλειοψηφία των μελετών που αφορούν τη στοματική-οδοντική υγεία και τις συνήθειες στοματικής υγιεινής των παιδιών των μεταναστών, όπως στη συνέχεια αναφέρονται, προέρχονται από τη Σουηδία.

Οι Neiderud και συν³¹ σε συγκριτική μελέτη της οδοντικής υγείας και των διατροφικών συνηθειών παιδιών Ελλήνων μεταναστών στη Σουηδία και παιδιών της Σουηδίας και της Ελλάδος, ανέφεραν ότι η οδοντική υγεία και οι διατροφικές συνήθειες στα παιδιά των μεταναστών ήταν παρόμοιες με εκείνες των Σουηδόπουλων, ενώ τα παιδιά από την Ελλάδα είχαν χειρότερη οδοντική υγεία. Ελεύθερα τερηδόνας στα νεογιλά δόντια ήταν το 15% των παιδιών στην Ελλάδα συγκριτικά με το 33% και 31% των παιδιών των μεταναστών και των Σουηδών αντίστοιχα ($p < 0.05$), ενώ στα μόνιμα δόντια τα αντίστοιχα ποσοστά ήταν 36%, 35% και 54%. Σχεδόν όλα τα παιδιά σουηδικής καταγωγής (98%) βούρτσιζαν καθημερινά τα δόντια τους και το 82% αυτών χρησιμοποιούσε φθοριούχο οδοντόκρεμα. Το 63% των παιδιών των μεταναστών και το 28% εκείνων που ζούσαν στην Ελλάδα ανέφεραν καθημερινό βούρτσισμα ($p < 0.001$) και περίπου τα μισά από αυτά χρησιμοποιούσαν φθοριούχο οδοντόκρεμα. Λίγα από τα παιδιά που ζούσαν στην Ελλάδα είχαν επισκεφθεί οδοντίατρο και μόνο για επείγον πρόβλημα. Οι

παρατηρούμενες διαφορές στην οδοντική υγεία των εξεταζόμενων ομάδων, αποδόθηκαν στις διαφορές των συνηθειών στοματικής υγιεινής και διατροφής τους (τα παιδιά που ζούσαν στην Ελλάδα είχαν σημαντικά συχνότερη κατανάλωση γλυκών και διαφόρων σνακς συγκριτικά με τα παιδιά των δύο άλλων ομάδων). Οι ερευνητές συμπέραναν πως η ενημέρωση των μεταναστών από τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας της Σουηδίας έπαιξε σπουδαίο ρόλο στη βελτίωση της στοματικής υγείας των παιδιών τους.

Συγκριτική έρευνα των διατροφικών συνηθειών και της οδοντικής υγείας 6χρονων παιδιών οικογενειών μεταναστών από τη Φιλανδία στη Σουηδία⁹, έδειξε ότι είχαν χειρότερη διατροφή και περισσότερα τερηδονισμένα/σφραγισμένα δόντια από ότι τα παιδιά των Σουηδών. Οι οικογένειες φιλανδικής καταγωγής είχαν περισσότερες προσλήψεις τροφής ημερησίως και τα παιδιά τους είχαν συχνότερη κατανάλωση τερηδονογόνων τροφών μεταξύ των γευμάτων. Σχετικά με την οδοντική φροντίδα, αν και όλα τα παιδιά των μεταναστών είχαν επισκεφθεί οδοντίατρο και το 68% των γονέων-μεταναστών είχε ενημερωθεί για τις οδοντικές νόσους από τα κέντρα παιδικής υγείας, περισσότερα παιδιά Σουηδών βούρτσιζαν τα δόντια τους συχνότερα από μια φορά ημερησίως (75% έναντι 58%, $p < 0.05$) και συχνότερα οι Σουηδοί γονείς βοηθούσαν τα παιδιά τους στο βούρτσισμα των δοντιών.

Τα ευρήματα προγενέστερης (1980) μελέτης⁸ για τις διατροφικές συνήθειες και τη στοματική υγεία των παιδιών οικογενειών μεταναστών από τη Φιλανδία και νοτιοευρωπαϊκές χώρες στη Σουηδία κατά την άφιξή τους και 30 μήνες μετά την εγκατάστασή τους, έδειξαν ότι τα παιδιά των μεταναστών κατά την άφιξή τους είχαν χειρότερη στοματική υγεία, βούρτσιζαν λιγότερο συχνά τα δόντια τους και επίσης σημαντικά περισσότερα παιδιά Νοτιοευρωπαϊκών μεταναστών δεν είχαν επισκεφθεί ποτέ οδοντίατρο, ούτε χρησιμοποιούσαν φθοριούχα σκευάσματα συγκριτικά με παιδιά των Σουηδών. Στο διάστημα της παρακολούθησης, περισσότερα παιδιά μεταναστών παραπονέθηκαν για πονόδοντο και μετά από 30 μήνες διαμονής στη Σουηδία, αυξήθηκε η συχνότητα βουρτσίσματος των δοντιών τόσο στα παιδιά των μεταναστών (παραμένοντας όμως σημαντικά χαμηλότερη στα παιδιά των Φιλανδών μεταναστών) όσο και στα γηγενή, αλλά παράλληλα αυξήθηκε σημαντικά και η συχνότητα κατανάλωσης γλυκών στα παιδιά των μεταναστών. Οι Σουηδοί γονείς είχαν επαρκέστερες γνώσεις από τους μετανάστες για τη διατροφή και τη στοματική υγεία, παρ' ότι ανέφεραν τις ίδιες πηγές πληροφόρησης, δείχνοντας έτσι ότι η

ενημέρωση των μεταναστών γίνεται λιγότερο αποτελεσματική λόγω πολιτισμικών και γλωσσικών φραγμών.

Τα ανωτέρω επιβεβαίωσαν και τα αποτελέσματα μεταγενέστερης (1990) μελέτης των Ekman και Person⁸⁶ επίσης από τη Σουηδία, η οποία έδειξε ότι η εφαρμογή προγράμματος ενημέρωσης των Φιλανδών γονέων-μεταναστών επέδρασε θετικά στην οδοντική υγεία των παιδιών τους και στις γνώσεις των ίδιων για τη στοματική υγιεινή και επιπλέον η ενημέρωσή τους στη φιλανδική γλώσσα συσχετιζόταν με καλύτερους δείκτες οδοντικής υγείας των παιδιών τους και εξίσου καλό επίπεδο γνώσεων στοματικής υγιεινής με τους Σουηδούς γονείς. Συγκριτικές μελέτες από τον ίδιο ερευνητή (Ekman)^{66,67} έδειξαν ότι τα παιδιά των Φιλανδών μεταναστών (8χρονα και 14χρονα) είχαν χειρότερες διατροφικές συνήθειες, με συχνότερη κατανάλωση σακχαρούχων τροφών στα ενδιάμεσα των γευμάτων και ανεπαρκέστερες γνώσεις για τη στοματική υγιεινή από τα παιδιά των Σουηδών.

Σε άρθρο ανασκόπησης για τη διατροφή και το επίπεδο υγείας των μεταναστών στην Ολλανδία, αναφέρεται ότι τα παιδιά των μεταναστών χρησιμοποιούσαν σπανιότερα φθοριούχα σκευάσματα και επισκέπτονταν λιγότερο συχνά τον οδοντίατρο από τα γηγενή³.

Προοπτική μελέτη των Grindejord και συν⁸⁷ των παραγόντων κινδύνου για εμφάνιση τερηδόνας σε παιδιά προσχολικής ηλικίας στη Στοκχόλμη, βρήκε ότι τα παιδιά των μεταναστών είχαν σημαντικά μεγαλύτερο κίνδυνο συγκριτικά με τα γηγενή ($p < 0.01$), ενώ άλλοι σημαντικοί παράγοντες ήταν το είδος της οδοντικής χλωρίδας, η κατανάλωση καραμέλων και σακχαρούχων ροφημάτων και το επίπεδο μόρφωσης της μητέρας. Παρόμοια, τα αποτελέσματα μελέτης για τη συχνότητα της τερηδόνας και τις γνώσεις των γονέων για τη στοματική υγεία σε παιδιά προσχολικής ηλικίας μεταναστών λατινικής καταγωγής στις ΗΠΑ³³, έδειξαν υψηλά ποσοστά τερηδόνας και χαμηλό επίπεδο γνώσεων των γονέων, ενώ οι ισχυρότεροι παράγοντες για τερηδόνα ήταν το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο της μητέρας, η πρόσφατη εγκατάσταση στις ΗΠΑ και η μη συνεργασία του παιδιού στο βούρτσισμα των δοντιών. Οι ερευνητές συμπέραναν ότι αν και τα μέτρα πρόληψης της τερηδόνας ήταν επιτυχή για το μεγαλύτερο ποσοστό του πληθυσμού των ΗΠΑ, αυτή παρέμεινε ακόμη συχνή στις ομάδες χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου.

Το χειρότερο επίπεδο οδοντικής υγείας των εθνικών μειονοτήτων επισημάνθηκε και στην πληθυσμιακή συγκριτική μελέτη των Hjern και Grindejord³², που εκτιμήθηκε η οδοντική υγεία και η πρόσβαση στις οδοντιατρικές υπηρεσίες της

Σουηδίας μεταναστών γεννηθέντων στην Πολωνία, τη Χιλή, την Τουρκία και το Ιράκ και των παιδιών τους (2,228 παιδιά 3-15 ετών) και βρέθηκε ότι ο κίνδυνος κακής οδοντικής υγείας ήταν μεγαλύτερος και στις τέσσερις μειονοτικές ομάδες συγκριτικά με το γηγενή πληθυσμό ανεξαρτήτως κοινωνικοοικονομικών μεταβλητών. Τα παιδιά είχαν αυξημένο κίνδυνο τερηδόνας και οι ενήλικες αν και είχαν μεγαλύτερη ανάγκη οδοντιατρικής περίθαλψης, χρησιμοποιούσαν λιγότερο συχνά από τους Σουηδούς τις οδοντιατρικές υπηρεσίες.

Το σημαντικό ρόλο της διατροφής στην εμφάνιση τερηδόνας ακόμη και σε περιοχές που η προληπτική οδοντική φροντίδα είναι ανύπαρκτη, έδειξε μελέτη της οδοντικής υγείας πρόσφατα αφιχθέντων μεταναστών και των παιδιών τους από αγροτικές περιοχές της Αιθιοπίας στο Ισραήλ: οι δείκτες τερηδόνας ήταν χαμηλοί και ελεύθερα τερηδόνας ήταν το 87% των 5χρονων και το 82% των 12χρονων παιδιών. Η χαμηλή επίπτωση τερηδόνας αποδόθηκε κύρια στον τρόπο διατροφής τους στην Αιθιοπία που βασιζόταν σε τοπικά αγροτικά προϊόντα και ήταν σχεδόν ελεύθερη ζάχαρης⁸⁸.

Γ2) Ανεπάρκειες θρεπτικών στοιχείων.

Άρθρο ανασκόπησης από τον Harris²⁹ για τη διατροφή των παιδιών στον 21^ο αιώνα, αναφέρει ότι στις δυτικές κοινωνίες πολλά παιδιά ακολουθούν διατροφή θρεπτικά ακατάλληλη και πλούσια σε υδατάνθρακες και λίπη με αποτέλεσμα την επιδημική αύξηση της παχυσαρκίας, της χρόνιας σιδηροπενίας και επίσης την επανεμφάνιση της ραχίτιδας, ενώ τα παιδιά των μειονοτικών εθνικών ομάδων αποτελούν πληθυσμό υψηλού κινδύνου για την εμφάνιση των ανωτέρω προβλημάτων υγείας. Παρόμοια, προγενέστερη (1993) ανασκόπηση από τη Wandel² για τα νοσήματα που σχετίζονται με τη διατροφή και τις διατροφικές αλλαγές στους πληθυσμούς μεταναστών από αναπτυσσόμενες χώρες στη βόρεια Ευρώπη, αναφέρει ότι είναι πιο επιρρεπείς από τον πληθυσμό των χωρών υποδοχής τους τόσο σε νοσήματα λόγω διατροφικών ανεπαρειών (ραχίτιδα, οστεομαλακία, σιδηροπενική αναιμία), όσο και σε νόσους που σχετίζονται με υπερσίτιση (στεφανιαία νόσος, σακχαρώδης διαβήτης).

Άρθρο ανασκόπησης στο περιοδικό Lancet για τη ραχίτιδα²⁷, αναφέρει ότι ένα από τα βασικά προβλήματα που οδήγησαν στην επανεμφάνιση της νόσου στις αναπτυσσόμενες χώρες είναι η υψηλή της συχνότητα στους μετανάστες, λέγοντας ότι η

ανάγκη συμπληρωματικής πρόσληψης βιταμίνης D είναι το τμήμα της επιτυχούς μετανάστευσης από τροπικές σε πιο εύκρατες περιοχές. Ο λόγος για τον οποίο η ανεπάρκεια βιταμίνης D και η ραχίτιδα είναι πολύ συχνότερες στα παιδιά των μεταναστών από την Αφρική και την Ασία συγκριτικά με τα γηγενή δεν είναι εξακριβωμένος και ως πιθανά αίτια θεωρούνται: γενετικοί παράγοντες, διαφορές στην ηλιακή έκθεση (ένδυση, θρησκευτικές-πολιτισμικές συνήθειες), σκουρόχρωμο δέρμα, διατροφικές συνήθειες και διατροφικές ανεπάρκειες (σίδηρος, ασβέστιο). Σύμφωνα με τον Harris²⁹, η επανεμφάνιση της ραχίτιδας στη Μεγάλη Βρετανία τα τελευταία 30 χρόνια αφορά ειδικά τους μετανάστες από την Ινδία, το Πακιστάν και το Μπακλαντές.

Σε πρόσφατη (2008) ανασκόπηση από τον Pettifor²⁸, αναφέρεται ότι η ραχίτιδα αποτελεί παγκόσμια πρόβλημα της δημόσιας υγείας αφού η νόσος παραμένει ενδημική σε αρκετές αναπτυσσόμενες χώρες και επίσης επανεμφανίστηκε σε ανεπτυγμένες χώρες από τις οποίες είχε εκριζωθεί. Από τη 10ετία του '60 οι αναφορές στη ραχίτιδα στις ευρωπαϊκές χώρες και στις ΗΠΑ εστιάζουν την προσοχή σε εθνικές ομάδες και κοινότητες υψηλού κινδύνου για εμφάνιση ανεπάρκειας βιταμίνης D. Συγκεκριμένα στις ΗΠΑ η σιπιογενής ραχίτιδα απαντάται σχεδόν αποκλειστικά σε θηλάζοντα βρέφη Αφρικανών μεταναστών, ενώ στην Ευρώπη είναι διαδομένη μεταξύ των παιδιών πρόσφατων μεταναστών από την Ασία και την Αφρική. Η ανεπάρκεια βιταμίνης D είναι συχνή στη διάρκεια της κύησης σε αυτές τις ομάδες, αυξάνοντας έτσι τον κίνδυνο και τη σοβαρότητα της ανεπάρκειας της βιταμίνης στα βρέφη τους. Επίσης, σε ορισμένες κοινότητες μεταναστών (Αφρική, Πακιστάν, Ινδία) η παραδοσιακή διατροφή είναι χαμηλή σε ασβέστιο (μικρή κατανάλωση γαλακτοκομικών προϊόντων) και πλούσια σε φυτικό άλας (δημητριακά, επεξεργασμένα αλεύρα), που αποτελούν επιπρόσθετους παράγοντες για εμφάνιση ανεπάρκειας βιταμίνης D και ραχίτιδας.

Πληθυσμιακές μελέτες έχουν δείξει αυξημένη συχνότητα χαμηλής συγκέντρωσης βιταμίνης D στα παιδιά των μεταναστών στη δυτική Ευρώπη^{89,90}. Αναδρομική ανάλυση των περιστατικών σιπιογενούς ραχίτιδας στη Δανία στη διάρκεια της δεκαετίας 1990-1999 από τους Pedersen και συν⁸⁹, έδειξε ότι όλες οι περιπτώσεις αφορούσαν παιδιά μεταναστών, το 95% των οποίων είχαν γεννηθεί στη Δανία. Τα περιστατικά αφορούσαν δύο ηλικιακές ομάδες: 0,5-4 ετών (77%) και 9-15 ετών (23%) και κανένα από τα μικρά παιδιά δεν είχε λάβει προληπτικά βιταμίνη D, όπως συνιστάται στη χώρα αυτή. Ανάλογα είναι και τα ευρήματα μελέτης στην Αγγλία⁹⁰, που έδειξε ότι μεταξύ των 2χρονων παιδιών Ασιατών μεταναστών τριών

εθνικών ομάδων (Μπαγκλαντές, Ινδία, Πακιστάν) το 20-31% είχαν επίπεδα βιταμίνης D μικρότερα από 25 nmol/L και το 13-18% μικρότερα από 20 nmol/L, ενώ τα αντίστοιχα ποσοστά στα γηγενή παιδιά ήταν 1% και 0%.

Παλαιότερη (1974-1976) έρευνα στη Σκωτία από τους Goel και συν^{75,91} για τη διατροφή και την υγεία των παιδιών προσχολικής και σχολικής ηλικίας μεταναστών από την Ασία, την Αφρική και την Κίνα, έδειξε ότι η επίπτωση της ραχίτιδας ήταν υψηλότερη στα παιδιά των Ασιατών (12,5%) από ότι στις άλλες δύο ομάδες (3%). Η κατανάλωση από τα παιδιά των Ασιατών *chappatti* (είδος πίτας για το οποίο χρησιμοποιούσαν επεξεργασμένα αλεύρα πλούσια σε φυτικό άλας) και *ghee* (ραφινρισμένο βούτυρο), παραδοσιακά ασιατικά φαγητά που θεωρούνται ραχιτιδογόνα, θεωρήθηκε σημαντικός παράγοντας για τη νόσο. Παρόμοια, πιο πρόσφατη (2002) ανασκόπηση των Shaw και Pal³⁰ αναφέρει ότι το πρόβλημα της ανεπάρκειας βιταμίνης D στις οικογένειες των Ασιατών μεταναστών στη Μεγάλη Βρετανία συνεχίζει να υπάρχει, επισημαίνοντας και αυτοί τη σπουδαιότητα των μητρικών αποθεμάτων βιταμίνης στην κύηση.

Τα ανωτέρω, δείχνουν την ανάγκη ενημέρωσης των μεταναστών από αναπτυσσόμενες χώρες στις δυτικές για τη διατροφή, την ηλιακή έκθεση και τη χορήγηση βιταμίνης D, η επάρκεια της οποίας είναι σημαντική για τον οργανισμό αφού η δράση της συσχετίζεται εκτός από τον οστικό μεταβολισμό, με την πρόληψη ορισμένων μορφών καρκίνου, αυτοάνοσων νοσημάτων, του σακχαρώδη διαβήτη τύπου I, της υπέρτασης και της καρδιοαγγειακής νόσου⁹².

Σχετικά με τη σιδηροπενία-σιδηροπενική αναιμία, άρθρο ανασκόπησης²⁹ αναφέρει ότι στη Μεγάλη Βρετανία, στις αστικές περιοχές όπου υπάρχουν ασιατικές κοινότητες, τα ποσοστά σιδηροπενίας είναι εξαιρετικά υψηλά στα μικρότερα των 5 ετών παιδιά (εκτιμήσεις αναφέρουν ποσοστά 30-40% στα παιδιά Ασιατών ηλικίας 2 ετών) και κύρια αίτια της σιδηροπενίας στα παιδιά αυτά θεωρούνται η καθυστέρηση του απογαλακτισμού και η χορήγηση μη τροποποιημένου αγελαδινού γάλατος και τροφών όχι εμπλουτισμένων με σίδηρο. Στο ίδιο άρθρο²⁹ επισημαίνονται οι δυσμενείς μακροχρόνιες επιπτώσεις της χρόνιας σιδηροπενίας στη νοητική ανάπτυξη και την αύξηση των παιδιών.

Μελέτη των επιπέδων σιδήρου 2χρονων παιδιών Ασιατών μεταναστών στην Αγγλία έδειξε ότι το 20-29% αυτών είχαν σιδηροπενική αναιμία. Τα ποσοστά σιδηροπενικής αναιμίας και σιδηροπενίας αντίστοιχα ανάλογα με τη χώρα καταγωγής τους ήταν: Πακιστάν 29% και 45%, Μπαγκλαντές 25% και 39%, Ινδία 20% και 41%

ενώ τα αντίστοιχα ποσοστά στα παιδιά προσχολικής ηλικίας της Αγγλίας ήταν σημαντικά χαμηλότερα (12% και 28%). Τα χαμηλά επίπεδα αιμοσφαιρίνης και φερριτίνης στα παιδιά των Ασιατών, συσχετίζονταν θετικά με την ποσότητα αγελαδινού γάλατος που κατανάλωναν. Επίσης, οι μητέρες από την Ασία καθυστερούσαν την εισαγωγή στερεών τροφών στη διατροφή των παιδιών τους, τα οποία είχαν μικρότερη ποικιλία τροφών στο διαιτολόγιό τους συγκριτικά με τα παιδιά της Αγγλίας και κατανάλωναν λιγότερο συχνά κρέας (το 28% των παιδιών από την Ινδία δεν έτρωγε ποτέ κρέας)⁹³.

Παρόμοια, στα παιδιά των μεταναστών στη Νορβηγία και τη Δανία η σιδηροπενική αναιμία αναφέρεται ως η συχνότερη διατροφική ανεπάρκεια². Τα αποτελέσματα συγκριτικής μελέτης των Wandel και συν⁷⁶ για τα επίπεδα σιδήρου και την πρακτική απογαλακτισμού μεταξύ των παιδιών νορβηγικής καταγωγής και των μεταναστών, έδειξαν ότι τα παιδιά των μεταναστών είχαν σημαντικά συχνότερα σιδηροπενία και σιδηροπενική αναιμία. Οι αποθήκες σιδήρου των παιδιών, συσχετιζόταν θετικά με τη διάρκεια μητρικού θηλασμού και την κατανάλωση πάστας συκωτιού και αρνητικά με την αύξηση του σωματικού βάρους και την κατανάλωση λαχανικών. Αντίθετα, πολυκεντρική έρευνα της διατροφής και νοσημάτων που σχετίζονται με διατροφικές ανεπάρκειες στα παιδιά της Σουηδίας (περίοδος 1980-1981), δε βρήκε κανένα περιστατικό σιδηροπενικής αναιμίας και σπιτογενούς ραχίτιδας και η εξάλειψη των νόσων αυτών αποδόθηκε στον εμπλουτισμό με σίδηρο των γαλάτων «συνέχειας» και των αλεύρων και τον εμπλουτισμό με βιταμίνη D της μαργαρίνης, των γαλάτων με χαμηλά λιπαρά και των τροποποιημένων βρεφικών γαλάτων καθώς και στην προφυλακτική χορήγηση βιταμίνης D⁶⁸.

Μελέτη από τις ΗΠΑ για το επιπέδο θρέψης των παιδιών προσφύγων από τη νοτιοανατολική Ασία, έδειξε ότι η σιδηροπενική αναιμία ήταν πολύ συχνή και η επίπτωσή της ήταν μεγαλύτερη στα παιδιά που εξετάστηκαν 2-6 εβδομάδες μετά την εγκατάστασή τους (41%) συγκριτικά με εκείνα που διέμεναν περισσότερο από 6 εβδομάδες (16%) στις ΗΠΑ¹². Σε πρόσφατη (2007) προοπτική μελέτη από την Αυστραλία, τα παιδιά των μεταναστών από την Αφρική (ηλικίας 0-17 ετών) είχαν υψηλή συχνότητα σιδηροπενίας (19%) και αναιμίας (20%), ιδιαίτερα εκείνα ηλικίας μικρότερης των 5 ετών (σιδηροπενία 35% και αναιμία 39%), καθώς και χαμηλών επιπέδων (<25 nmol/L) βιταμίνης D (44%), συμπεραίνοντας ότι τα παιδιά των μεταναστών με σκουρόχρωμο δέρμα χρήζουν προληπτικού ελέγχου για τις ανωτέρω διαταραχές⁹⁴.

Εκτός από τις ανεπάρκειες συγκεκριμένων θρεπτικών στοιχείων που παρατηρούνται συχνότερα στα παιδιά των μεταναστών, όπως παραπάνω αναλύθηκαν, μελέτες έχουν δείξει ότι τα παιδιά ορισμένων μειονοτικών ομάδων βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο για ανεπαρκή και μη ασφαλή σίτιση⁴⁸⁻⁵⁰.

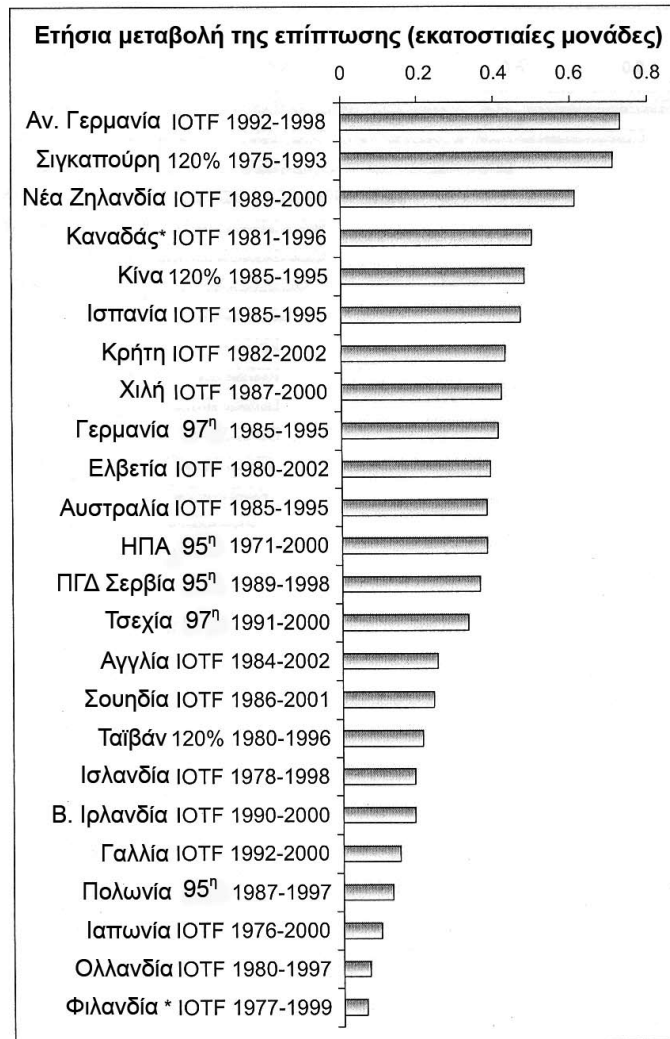
Ανάλυση των εθνικών στοιχείων στις ΗΠΑ έδειξε ότι η διαβίωση σε συνθήκες φτώχειας ήταν πολύ συχνότερη στα παιδιά των οικογενειών μεταναστών στις ΗΠΑ συγκριτικά με τα γηγενή (21% έναντι 14% αντίστοιχα)³⁷. Τα παιδιά φτωχών οικογενειών βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο πείνας και «επισφαλούς» σίτισης (περιορισμένη/ασταθής διαθεσιμότητα θρεπτικά επαρκών και ασφαλών τροφών ή ασταθής δυνατότητα εύρεσης τροφής με κοινωνικά αποδεκτό τρόπο)⁴⁹. Έρευνα σε εθνικό επίπεδο στις ΗΠΑ για τη διατροφή και την υγεία, βρήκε σημαντικές διαφορές μεταξύ των εθνικών/φυλετικών ομάδων στη συχνότητα διαβίωσης σε συνθήκες φτώχειας και πείνας: τα παιδιά προσχολικής και σχολικής ηλικίας των μεταναστών από το Μεξικό και τα παιδιά μαύρης φυλής παρουσίαζαν μεγαλύτερα ποσοστά φτώχειας, ανεπαρκούς σίτισης και κακής υγείας συγκριτικά με τα λευκά μη ισπανόφωνα παιδιά⁴⁹. Η πείνα-ανεπαρκής σίτιση της οικογένειας συσχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο χαμηλής ακαδημαϊκής επίδοσης και ψυχολογικών προβλημάτων, όπως έδειξε έρευνα σε εθνικά αντιπροσωπευτικό δείγμα παιδιών σχολικής και εφηβικής ηλικίας των ΗΠΑ⁹⁵.

Στη μελέτη των Kersey και συν⁴⁸, η συχνότητα «πείνας» σε παιδιά προσχολικής ηλικίας γονέων μεταναστών από το Μεξικό στις ΗΠΑ ήταν 6.8% συγκριτικά με 0.5% στο γηγενή πληθυσμό και «επισφαλούς» σίτισης 53.1% συγκριτικά με 15.6% αντίστοιχα, ενώ προβλήματα όπως η γνώση της γλώσσας, η γραφειοκρατία και η κακή πληροφόρηση αποτελούσαν εμπόδια στη συμμετοχή των μεταναστών στις κοινωνικές παροχές (όπως σιτιστικά προγράμματα). Περιορισμοί από την πολιτεία στη δυνατότητα πρόσβασης των οικογενειών-μεταναστών στις κοινωνικές παροχές ασφάλειας, σίτισης και υγείας αναφέρονται από τους Greenberg και Rahmanou³⁹ σε άρθρο ανασκόπησης για τα παιδιά των μεταναστών στις ΗΠΑ.

Γ3) Παχυσαρκία.

Η παιδική παχυσαρκία έχει αυξηθεί δραματικά τα τελευταία 20-30 χρόνια παίρνοντας τη μορφή παγκόσμιας επιδημίας. Η μεγαλύτερη επίπτωση σημειώνεται στις οικονομικά αναπτυσσόμενες-βιομηχανοποιημένες χώρες και τους αστικούς πληθυσμούς που έχουν γίνει ταχείες κοινωνικοοικονομικές μεταβολές, αν και

αυξητική τάση υπάρχει και στις οικονομικά αναπτυσσόμενες χώρες^{21,22,96,97} (Διάγραμμα 6).



* στοιχεία από προσωπική αναφορά.

Διάγραμμα 6. Μεταβολή στην επίπτωση της παχυσαρκίας στα παιδιά σχολικής ηλικίας σε έρευνες μετά το 1970.

Το σχήμα δείχνει τη χώρα, τα κριτήρια ορισμού και την περίοδο εκτίμησης της μεταβολής της συχνότητας της παχυσαρκίας. Κριτήρια ορισμού παχυσαρκίας: IOTF (International Obesity Task Force, Διεθνής Ομάδα Έρευνας της Παχυσαρκίας), 95^η και 97^η εκατοστιαία θέση ΔΜΣ των εθνικών τιμών αναφοράς ή του ΠΟΥ (Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας), 120%= ποσοστό του ιδανικού σωματικού βάρους (εθνικές τιμές αναφοράς), (βιβλιογραφική αναφορά 21).

Η αλληλεπίδραση περιβαλλοντικών (διατροφή, τρόπος ζωής, φυσική δραστηριότητα, σωματικό βάρος γονέων), κοινωνικοοικονομικών και πολιτισμικών παραγόντων φαίνεται ότι παίζει μείζονα ρόλο στην παγκόσμια αυξανόμενη συχνότητα της παιδικής παχυσαρκίας⁹⁶⁻⁹⁸. Επιπλέον, η παχυσαρκία στην παιδική ηλικία συσχετίζεται με άμεσα προβλήματα υγείας και αποτελεί σπουδαίο πρώιμο παράγοντα κινδύνου νοσηρότητας και θνησιμότητας στην ενήλικη ζωή^{51,98-100}.

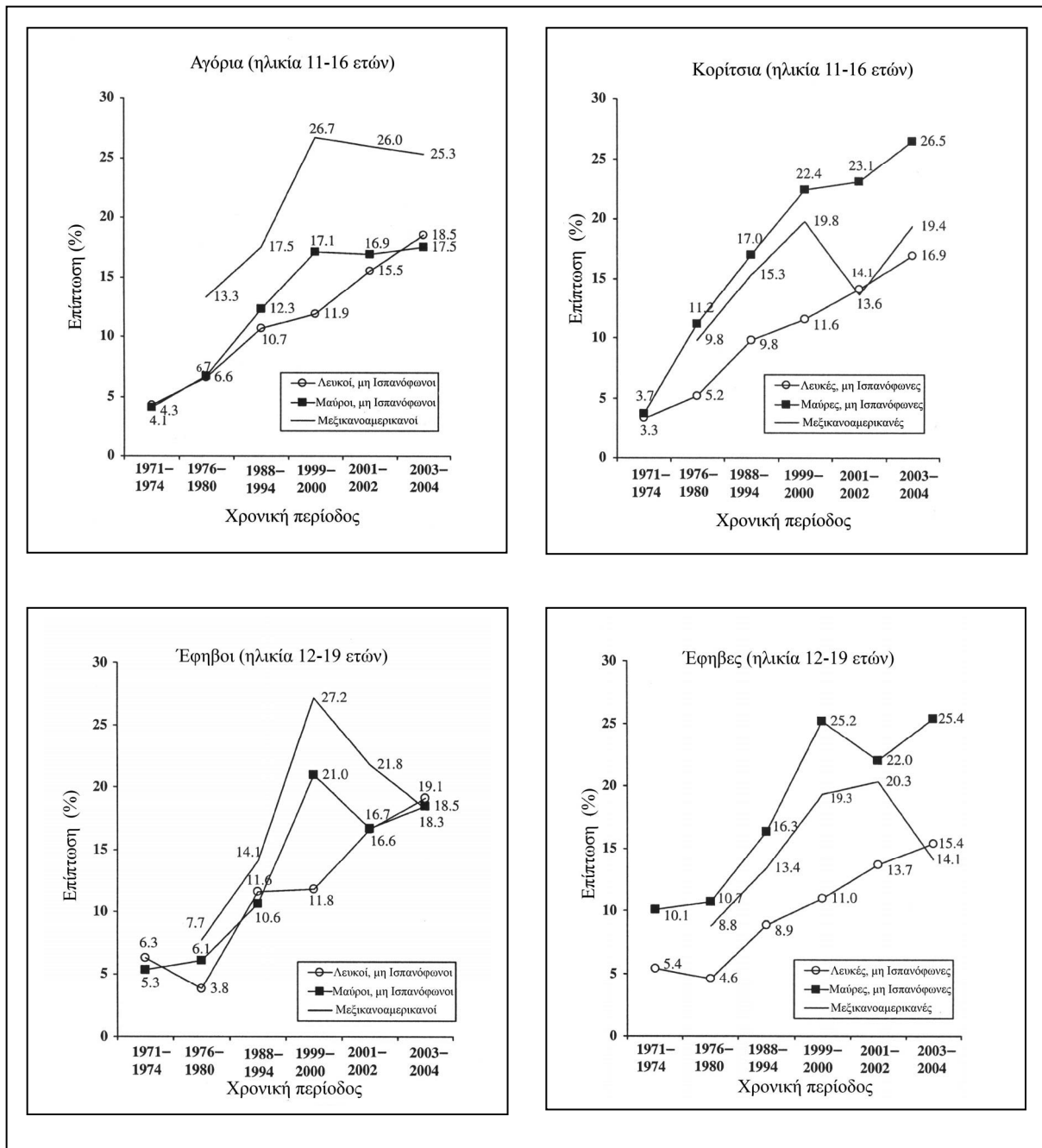
Τα παιδιά πληθυσμών εθνικών/φυλετικών μειονοτήτων και ομάδων χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου εμφανίζονται δυσανάλογα προσβεβλημένα από το πρόβλημα του υπερβάλλοντος βάρους/παχυσαρκίας^{2,3,6,21-26,98}.

Πρόσφατη (2006) μελέτη ανασκόπησης²¹ της παγκόσμιας τάσης της παιδικής παχυσαρκίας, αναφέρει ότι το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο της οικογένειας επηρεάζει την επίπτωση του υπερβάλλοντος βάρους/παχυσαρκίας και αυτή η επίδραση διαφέρει ανάλογα με τη γενικότερη οικονομία της χώρας: έτσι σε μια φτωχή χώρα μεγαλύτερο κίνδυνο έχουν τα παιδιά υψηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου και αστικών περιοχών, ενώ σε μια οικονομικά ανεπτυγμένη χώρα εκείνα χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου και ορισμένων φυλετικών/εθνικών μειονοτήτων.

Στις ΗΠΑ η παχυσαρκία έχει αυξηθεί με ανησυχητικό ρυθμό τα τελευταία 30 χρόνια παίρνοντας επιδημική μορφή, όπως έδειξε πρόσφατη (2007) μελέτη ανασκόπησης και μετα-ανάλυσης²². Η επίπτωση του υπερβάλλοντος βάρους και της παχυσαρκίας υπερδιπλασιάστηκε από τη 10ετία του '70 και μετά τόσο στα παιδιά όσο και στους ενήλικες των ΗΠΑ και συνεχίζει να αυξάνεται. Το 66% των ενηλίκων είναι υπέρβαροι ή παχύσαρκοι ενώ στα παιδιά και τους εφήβους το 16% είναι παχύσαρκα (δείκτης μάζας σώματος: $\Delta\text{Μ}\Sigma > 95^{\text{η}}$ εκατοστιαία θέση, εθνικές τιμές αναφοράς ΗΠΑ) και το 34% υπέρβαρα ($\Delta\text{Μ}\Sigma 85^{\text{η}}-95^{\text{η}}$ εκατοστιαία θέση). Δυσανάλογα προσβεβλημένες εμφανίζονται ορισμένες εθνικές μειονότητες και ομάδες χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου (μη ισπανόφωνες γυναίκες και παιδιά μαύρης φυλής, Μεξικανο-Αμερικανοί και χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου γυναίκες και παιδιά λευκής φυλής), (Διάγραμμα 7)²².

Παρόμοια, έρευνα της συσχέτισης της φυλής/εθνικότητας και της παχυσαρκίας σε εθνικά αντιπροσωπευτικό δείγμα παιδιών (6-11 ετών) και εφήβων (12-17 ετών) των ΗΠΑ, έδειξε ότι συχνότερα παχύσαρκα ήταν τα παιδιά μαύρης φυλής και λατινικής καταγωγής συγκριτικά με τα λευκά (43.9% και 37.4% έναντι 21.1% αντίστοιχα) και οι έφηβοι λατινικής και ασιατικής καταγωγής συγκριτικά με τους λευκούς μη ισπανόφωνες (15.7% και 20.1% έναντι 9.4% αντίστοιχα)²³. Προγενέστερη (1989) πληθυσμιακή μελέτη των Martorell και συν¹⁹, έδειξε ότι ο $\Delta\text{Μ}\Sigma$ των παιδιών ηλικίας 2-17 ετών των Μεξικανο-Αμερικανών, ήταν πάνω από την 90^η εκατοστιαία θέση των τιμών αναφοράς των ΗΠΑ σε περισσότερο από 10% των παιδιών σε όλες τις ηλικίες και ιδιαίτερα μεταξύ 6 και 11 ετών. Η εθνικότητα, ανεξάρτητα επιπέδου φτώχειας, ήταν σημαντικός προγνωστικός παράγοντας του $\Delta\text{Μ}\Sigma$, δείχνοντας ότι παράγοντες που επιδρούν σε όλα τα οικονομικά επίπεδα όπως τρόπος διατροφής,

φυσική δραστηριότητα και πιθανή γενετική προδιάθεση των Μεξικανο-Αμερικανών, οδηγούν σε μεγαλύτερη εναπόθεση λίπους στον πληθυσμό αυτό.



Διάγραμμα 7. Επίπτωση παχυσαρκίας (ΔΜΣ >95η εκατοστιαία θέση) στα παιδιά και τους εφήβους των ΗΠΑ, ανάλογα με την ηλικία, το φύλο και την εθνικότητα. Εθνική έρευνα υγείας και διατροφής, 1971-2004.

Η δραματική μείωση της επίπτωσης της παχυσαρκίας μεταξύ 2001 και 2004 στους Μεξικανο-Αμερικανούς εφήβους πιθανά οφείλεται σε σφάλμα του δείγματος, (βιβλιογραφική αναφορά 22).

Στη μελέτη των Kumar και συν¹¹, για τις διαφορές στο ΔΜΣ και των παραγόντων που σχετίζονται με αυτές σε εφήβους εθνικών μειονοτήτων στη

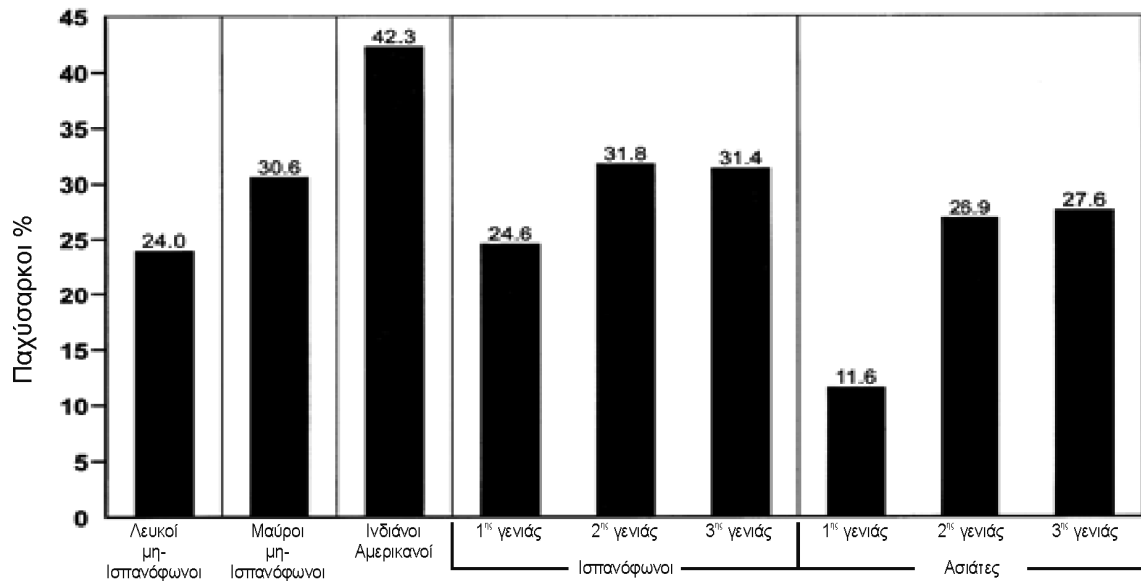
Νορβηγία, βρέθηκε ότι ο ΔΜΣ συσχετιζόταν σημαντικά με την εθνικότητα, το φύλο και τις διατροφικές συνήθειες.

Η ετήσια εθνική έρευνα υγείας στην Αγγλία η οποία το 1999 επικεντρώθηκε στην υγεία των μειονοτικών εθνικών πληθυσμών²⁶, έδειξε ότι το ποσοστό των υπέρβαρων και παχύσαρκων παιδιών (κριτήρια IOTF, International Obesity Task Force, Διεθνής Ομάδα Έρευνας της Παχυσαρκίας), διέφερε ανάλογα με την εθνικότητα και το φύλο ενώ δε βρέθηκαν σημαντικές διαφορές σε σχέση με την κοινωνική τους τάξη. Τα μεγαλύτερα ποσοστά υπέρβαρων και παχύσαρκων είχαν τα κορίτσια από την Αφρο-Καριβική (33% και 13%) και το Πακιστάν (26% και 8%) και τα αγόρια από την Ινδία (30% και 8%) και το Πακιστάν (26% και 9%). Τα αντίστοιχα ποσοστά στον παιδικό πληθυσμό της Αγγλίας ήταν 22% και 5.8%. Αντίθετα, σημαντικά μικρότερα ποσοστά παχύσαρκων συγκριτικά με το γενικό πληθυσμό είχαν τα κορίτσια με καταγωγή από την Κίνα και την Ινδία (1.2% και 2.1% αντίστοιχα) και τα αγόρια με καταγωγή από το Μπακλαντές (2.8%)²⁶.

Μελέτη ανασκόπησης για τη διατροφή και το επίπεδο υγείας των μεταναστών στην Ολλανδία των Brussard και συν³, αναφέρει ότι τα παιδιά και οι γυναίκες είχαν το μεγαλύτερο κίνδυνο να είναι υπέρβαρα. Ιδιαίτερα τα παιδιά των Τούρκων και Μαροκινών μεταναστών είχαν μεγαλύτερες τιμές ΔΜΣ συγκριτικά με τα παιδιά των Ολλανδών (παιδιά 4-15 ετών με ΔΜΣ>97^η εκατοστιαία θέση των εθνικών προτύπων ανάπτυξης: 16% έναντι 8% αντίστοιχα). Παρόμοια είναι και τα ευρήματα της μελέτης των Cornelisse-Vermaat και συν¹⁰¹ επίσης από την Ολλανδία.

Σχετικά πρόσφατη (2005) έρευνα, έδειξε ότι τα παιδιά (11-12 ετών) των μεταναστών χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου στη Σουηδία βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο για υπερβάλλον βάρος (το 31% ήταν υπέρβαρα/παχύσαρκα, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στον παιδικό πληθυσμό της Σουηδίας ήταν 23%) και μειωμένη φυσική δραστηριότητα στον ελεύθερο χρόνο τους (το 41% δεν έπαιζε ποτέ έξω από το σπίτι, ούτε συμμετείχε σε αθλητικές δραστηριότητες)²⁴.

Η σειρά γενιάς των μεταναστών συσχετίζεται θετικά με την αύξηση του ΔΜΣ και της παχυσαρκίας. Οι Porkin και Udry⁵² αναφέρουν σημαντική αύξηση της παχυσαρκίας στις επόμενες γενιές (δεύτερη και τρίτη γενιά) εφήβων μεταναστών ισπανικής και ασιατικής καταγωγής στις ΗΠΑ, με τους Ασιατο-Αμερικανούς εφήβους δεύτερης και τρίτης γενιάς να παρουσιάζουν υπερδιπλάσια ποσοστά παχύσαρκων συγκριτικά με την πρώτη γενιά, δείχνοντας ότι η επιπολιτισμική επίδραση ήταν ιδιαίτερα ισχυρή στους Ασιάτες (Διάγραμμα 8).



Διάγραμμα 8. Ποσοστά παχύσαρκων εφήβων, ανάλογα με την εθνικότητα και τη σειρά γενιάς των μεταναστών (κριτήρια ΠΟΥ 1995: $\Delta\text{ΜΣ} > 85^{\text{η}}$ εκατοστιαία θέση).

Πηγή: Εθνική έρευνα της υγείας των εφήβων στις ΗΠΑ, (βιβλιογραφική αναφορά 52).

Ανάλογα είναι και τα αποτελέσματα μελετών για την επίπτωση της παχυσαρκίας σε ενήλικες μετανάστες στις ΗΠΑ, όπου βρέθηκε θετική συσχέτιση με τη σειρά γενιάς και το διάστημα διαμονής τους στη χώρα υποδοχής, υποστηρίζοντας το σημαντικό ρόλο των περιβαλλοντικών παραγόντων στο καθορισμό του σωματικού βάρους^{53,102}.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα πρόσφατης (2007) έρευνας²⁵, η αύξηση του βάρους συσχετίζεται θετικά με τη σειρά γενιάς στα παιδιά των μεταναστών χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου και η συσχέτιση αυτή είναι σημαντικά ισχυρότερη για τα παιδιά των μεταναστών από φτωχές συγκριτικά με εκείνα από αναπτυγμένες χώρες. Επομένως, σημαντικοί παράγοντες που επιδρούν στο $\Delta\text{ΜΣ}$ των παιδιών των μεταναστών είναι τόσο το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο της οικογένειάς τους, όσο και η οικονομική ανάπτυξη της χώρας καταγωγής τους. Η επίδραση όμως των χαρακτηριστικών της χώρας καταγωγής εξασθενεί με την αύξηση των γενεών και την αφομοίωση στον τρόπο ζωής της χώρας υποδοχής.

Μελέτες ανασκόπησης^{2,4,6} για τις αλλαγές των διατροφικών συνηθειών των μεταναστών από αναπτυσσόμενες χώρες στην Ευρώπη και τις επιπτώσεις στην υγεία τους, επισημαίνουν ότι οι πληθυσμοί των μεταναστών βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο από τον πληθυσμό των χωρών εγκατάστασής τους για παχυσαρκία και χρόνια νοσήματα όπως καρδιοαγγειακά, σακχαρώδης διαβήτης και

υπέρταση, των οποίων η αιτιολογία είναι πολυπαραγοντική και πιθανά σχετίζεται με τις αλλαγές στις διατροφικές τους συνήθειες (δυτικοποίηση του διατροφικού τους μοντέλου), τη διατροφική στέρηση στα πρώιμα στάδια της ανάπτυξης, την έλλειψη φυσικής δραστηριότητας, τη γενετική προδιάθεση και το stress της μετανάστευσης.

Ο Bhopal¹⁰³ σε άρθρο ανασκόπησης για το ρόλο της εθνικότητας στις επιδημιολογικές μελέτες της υγείας των πληθυσμών, υποστηρίζει ότι βοηθά στον εντοπισμό των ιδιαίτερων αναγκών των μεταναστών και μειονοτικών εθνικών ομάδων και επισημαίνει ότι χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή στην ερμηνεία και τις γενικεύσεις των παρατηρούμενων εθνικών διαφορών, πριν τη λεπτομερή εξέταση της σπουδαιότητας κοινωνικοοικονομικών, πολιτισμικών και γενετικών επιδράσεων.

Η παχυσαρκία αποτέλεσε βασικό παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 στον παιδικό πληθυσμό ορισμένων εθνικών μειονοτήτων των ΗΠΑ. Εθνικές μειονότητες με υψηλά ποσοστά της νόσου στα παιδιά είναι οι Ινδιάνοι Pima, οι Μεξικανο-Αμερικανοί και οι Αφρο-Αμερικανοί. Στους πρώτους η συχνότητα της νόσου αυξήθηκε κατά 2-3 φορές την τελευταία 30ετία, φτάνοντας στους εφήβους περίπου το 4-5%. Σημαντικοί παράγοντες κινδύνου ήταν η παχυσαρκία (85% των προσβεβλημένων παιδιών είχε σοβαρή παχυσαρκία), η γενετική προδιάθεση και επίσης η αύξηση του διαβήτη της κύησης πιθανά συνέβαλε στην έναρξη της νόσου σε μικρότερη ηλικία. Η σημαντική αλλαγή του τρόπου ζωής στον πληθυσμό αυτό τον τελευταίο αιώνα (αλλαγή διατροφής και δραματική μείωση της φυσικής δραστηριότητας), πιθανά αποτελεί την υποκείμενη αιτία αυτής της επιδημίας. Παρόμοια και στις άλλες δύο μειονοτικές ομάδες, η μετάβαση από τον αγροτικό στο δυτικοποιημένο-αστικό τρόπο ζωής με τις επακόλουθες πολιτισμικές και διατροφικές αλλαγές, θεωρήθηκε ο σημαντικότερος παράγοντας κινδύνου. Ιδιαίτερα στους Αφρο-Αμερικανούς, μεταξύ 1960 και 1980 η παχυσαρκία αυξήθηκε κατά 54% στα παιδιά ηλικίας 6-11 ετών και κατά 39% σε εκείνα ηλικίας 12-17 ετών⁵¹.

Σύμφωνα με τον Williams⁵⁴, η υψηλή θνητότητα από στεφανιαία νόσο και η αυξημένη συχνότητα σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 στους Ασιάτες μετανάστες στις δυτικές χώρες, οφείλεται στη συνύπαρξη γενετικών χαρακτηριστικών και επίκτητων παραγόντων κινδύνου για αυτά τα νοσήματα, η έκφραση όμως των πρώτων εξαρτάται, ενισχύεται και συμπληρώνεται από τα επακόλουθα της «δυτικοποίησης» του τρόπου ζωής τους: λιγότερη φυσική δραστηριότητα, κεντρική παχυσαρκία, διαταραγμένο λιπιδαιμικό προφίλ και ινσουλινοαντίσταση παρατηρούνται συχνότερα στους Ασιάτες μετανάστες από ότι στους Βρετανούς. Έρευνα για την ύπαρξη εθνικών διαφορών στον

παιδικό πληθυσμό (ηλικίας 8-11 ετών) της Αγγλίας για καρδιοαγγειακούς παράγοντες κινδύνου, έδειξε ότι τα παιδιά ασιατικής καταγωγής συγκριτικά με τα γηγενή είχαν τάση για εμφάνιση αντίστασης στην ινσουλίνη (σημαντικά υψηλότερες τιμές ινσουλίνης νηστείας και μετά από γεύμα γλυκόζης), η οποία μπορεί να τα κάνει επιρρεπή τόσο στην εναπόθεση λίπους όσο και τις μεταβολικές επιδράσεις της παχυσαρκίας, συμπεραίνοντας ότι η πρόληψη μέσω της διατροφής και της αύξησης της φυσικής δραστηριότητας πρέπει να αρχίζει από την παιδική ηλικία, αφού οι περιβαλλοντικοί παράγοντες ασκούν καθοριστικό ρόλο στην έκφραση πιθανής γενετικής προδιάθεσης¹⁰⁴.

Σημαντικές φυλετικές και εθνικές διαφορές υπάρχουν στη δυνατότητα πρόσβασης των παιδιών μειονοτικών ομάδων στις υπηρεσίες υγείας και προληπτικής ιατρικής^{37,39,43,44}. Σύμφωνα με τους Weinick και Krauss¹⁰⁵, οι διαφορές αυτές παραμένουν σημαντικές και μετά τη διόρθωση μεταβλητών όπως το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο της οικογένειας και η ασφάλεια υγείας. Οι κοινωνικές ανισότητες και η κοινωνική απομόνωση των μεταναστών συμβάλλουν τόσο στη μικρότερη φυσική δραστηριότητα όσο και στο χαμηλότερο επίπεδο υγείας, δημιουργώντας έτσι ένα κύκλο μειονεκτημάτων που μεταβιβάζονται και στις επόμενες γενιές⁴.

Έρευνα της υγείας σε εθνικά αντιπροσωπευτικό δείγμα εφήβων των ΗΠΑ, έδειξε ότι οι πληθυσμοί χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου και εθνικών μειονοτήτων έχουν μικρότερη πρόσβαση στις παροχές φυσικής δραστηριότητας-άσκησης, η οποία ακολούθως συμβάλλει στα μεγαλύτερα ποσοστά καθιστικής ζωής και υπερβάλλοντος βάρους σε αυτές τις ομάδες¹⁰⁶. Σημαντικές εθνικές διαφορές στο επίπεδο φυσικής δραστηριότητας βρέθηκαν σε παιδιά εφηβικής ηλικίας στη Νορβηγία (7,343 παιδιά 15-16 ετών), όπου τα παιδιά των μεταναστών από την ανατολική Ασία ήταν τα πιο αδρανή (το 80.6% έκαναν λιγότερο από 1 ώρα την εβδομάδα εξωσχολική άσκηση)¹¹. Μειωμένη φυσική δραστηριότητα και αυξημένα ποσοστά καθιστικής ζωής στους πληθυσμούς μεταναστών αναφέρουν και άλλες μελέτες^{3,4,24,60,102,107}.

Άρθρο ανασκόπησης⁴ για την υγεία και τη διατροφή των μεταναστών στην Αγγλία, αναφέρει ότι οι συχνά ισχύουσες λαϊκές παραδόσεις «περί πείνας» στις εθνικές μειονότητες υποστηρίζουν την παχυσαρκία και ότι είναι λίγες οι μειονοτικές εθνικές ομάδες που δείχνουν ενδιαφέρον για το σωματικό τους βάρος. Αντιλήψεις σχετικά με την εικόνα του σώματος, όπως για παράδειγμα η προτίμηση βαρύτερου σωματότυπου από τις μητέρες και έφηβες της μαύρης φυλής, πιθανά παίζουν επίσης ρόλο στις εθνικές/φυλετικές διαφορές στη συχνότητα υπερβάλλοντος βάρους¹⁰⁸.

Η μείωση του μητρικού θηλασμού που έχει παρατηρηθεί από πολλές μελέτες^{58,71-78} στις μητέρες-μετανάστριες από αναπτυσσόμενες σε δυτικές χώρες, προσθέτει ένα επιπλέον παράγοντα κινδύνου για υπερβάλλον βάρος στα παιδιά τους.

Στη μελέτη των Koctürk και Zetterstöm⁷¹, η μεγάλη μείωση του μητρικού θηλασμού των βρεφών μητέρων-μεταναστριών από την Τουρκία στη Σουηδία συγκριτικά με τις μητέρες στην Τουρκία, συσχετίστηκε με το υψηλό ποσοστό βρεφών (43%) στις οικογένειες των μεταναστών με σωματικό βάρος για την ηλικία που αντιστοιχούσε στην 90^η εκατοστιαία θέση των καμπυλών ανάπτυξης, συγκριτικά με 13% αντίστοιχα εκείνων που ζούσαν στην Τουρκία.

Πρόσφατη (2007) πολυκεντρική έρευνα στις ΗΠΑ, έδειξε καλύτερη υγεία και σωματική ανάπτυξη στα βρέφη μητέρων μεταναστριών που θηλάζαν συγκριτικά με τα μη θηλάζοντα και ιδιαίτερα σε εκείνα που οι οικογένειές τους είχαν μεγαλύτερο κίνδυνο μη ασφαλούς σίτισης¹⁰⁹. Επίσης μελέτη μετα-ανάλυσης αναφέρει αντίστροφη συσχέτιση μεταξύ της διάρκειας μητρικού θηλασμού και του κινδύνου υπερβάλλοντος βάρους σε παιδιά και εφήβους (μείωση του κινδύνου κατά 4% με κάθε μήνα μητρικού θηλασμού)¹¹⁰.

Σύμφωνα με τους Martorell και συν¹¹¹ η υπερσίτιση κατά την πρώιμη φάση της ανάπτυξης συσχετίζεται με την παχυσαρκία στην παιδική ηλικία, ενώ ο μητρικός θηλασμός ασκεί προστατευτικό ρόλο, όμως για την παχυσαρκία των ενηλίκων σημαντικότερος είναι ο ρόλος άλλων παραγόντων (όπως αυξημένη πρόσληψη θερμίδων και καθιστική ζωή). Αντίθετα, οι Forkin και συν¹¹² υποστήριξαν ότι η υποθρεψία πρώιμα στη ζωή (ακατάλληλες μέθοδοι απογαλακτισμού, ανεπαρκής σίτιση, λοιμώξεις), αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο για υπερβάλλον βάρος στα παιδιά αναπτυσσόμενων χωρών που υπόκεινται ταχείες διατροφικές μεταβολές. Οι αλλαγές στη διατροφή και το επίπεδο φυσικής δραστηριότητας, πιθανά δημιουργούν τις προϋποθέσεις ανάδειξης των επιπλοκών της υποθρεψίας και αυτή η συσχέτιση μπορεί να οδηγήσει σε αύξηση της παχυσαρκίας πληθυσμών που βρίσκονται σε μεταβατική περίοδο λόγω αλλαγών δημογραφικών, κοινωνικοοικονομικών και του τρόπου ζωής τους.

Οι μεγάλες εθνικές/φυλετικές διαφορές στην επίπτωση του υπερβάλλοντος βάρους και της παχυσαρκίας δείχνουν ότι χρειάζονται πολιτισμικά ευαίσθητες και κατάλληλες προσεγγίσεις στο θέμα αυτό. Γενικά εκτιμάται, ότι από τα παχύσαρκα παιδιά περίπου το 1/3 εκείνων προσχολικής και τα μισά εκείνων σχολικής ηλικίας θα

γίνουν παχύσαρκοι ενήλικες (αν και υπάρχουν φυλετικές/εθνικές διαφορές), κάνοντας έτσι την πρόληψη της παιδικής παχυσαρκίας προτεραιότητα της δημόσιας υγείας^{22,23}.

Οι Wang και Beydoun²² σε άρθρο ανασκόπησης και μετα-ανάλυσης για την παχυσαρκία στις ΗΠΑ, συμπέραναν πως η πολιτεία και οι λειτουργοί υγείας θα πρέπει να είναι ενήμεροι για τις εθνικές/φυλετικές διαφορές που μπορεί να επηρεάζουν τη συμπεριφορά σχετικά με την υγεία και το σωματικό βάρος, όπως αντιλήψεις για το σωματικό βάρος, διατροφικές συνήθειες και πρακτικές σίτισης των παιδιών, τρόπος παρασκευής των φαγητών και επίπεδο φυσικής δραστηριότητας και επισήμαναν πως εάν δεν αναπτυχθούν αποτελεσματικές στρατηγικές για την τροποποίηση του παρόντος «νοσηρού περιβάλλοντος» που προδιαθέτει σε παχυσαρκία, είναι πιθανό ότι η επιδημία της παχυσαρκίας θα συνεχιστεί.

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Η Ελλάδα κατά τη δεκαετία του 1990 μετεξελίχθηκε αιφνίδια σε χώρα υποδοχής μεταναστών δεχόμενη, λόγω των πολιτειακών αλλαγών στη νοτιοανατολική Ευρώπη, εισροή μεταναστών κύρια από την Αλβανία. Τα βορειοδυτικά σύνορα της χώρας μας και επομένως ο νομός Ιωαννίνων λόγω γεωγραφικής γειννίασης, αποτέλεσαν πόλο έλξης μεταναστών από την Αλβανία. Αποτέλεσμα αυτού ήταν και η αύξηση από τα μέσα της δεκαετίας του 1990 και μετά, του αριθμού των αλλοδαπών μαθητών (παιδιά των μεταναστών) που φοιτούν στα σχολεία της χώρας μας, η πλειονότητα των οποίων είναι αλβανικής καταγωγής και ανήκει στην πρωτοβάθμια εκπαίδευση. Επομένως τα παιδιά των μεταναστών αποτελούν ένα καινούριο και συνεχώς αυξανόμενο αριθμητικά, πληθυσμό στη χώρα μας¹.

Παρόμοιες δημογραφικές αλλαγές συνέβησαν σε πολλές ανεπτυγμένες δυτικές χώρες τις προηγούμενες δεκαετίες και συνεχίζονται, γεγονός που έδειξε ότι υπάρχει μια αυξανόμενη ανάγκη πολιτικών και προγραμμάτων που θα εξασφαλίζουν τις καλές συνθήκες διαβίωσης, την υγεία, την εκπαίδευση και μόρφωση και την επιτυχή κοινωνική ένταξη των παιδιών με γονείς μετανάστες. Τα παιδιά των μεταναστών αντιμετωπίζουν περισσότερες δυσκολίες στον κοινωνικοοικονομικό τομέα, στην εκπαίδευση, στις συνθήκες διαβίωσης και τις κοινωνικές παροχές και βρίσκονται σε δυσμενέστερη θέση από τα γηγενή παιδιά των χωρών υποδοχής τους^{37-44,47}.

Στη χώρα μας, η υποδοχή και εγκατάσταση μεταναστών αποτελεί πρόσφατο φαινόμενο. Επομένως οι γνώσεις μας σχετικά με τη διατροφή, το επίπεδο υγείας και την ανάπτυξη (αξιόπιστος δείκτης της υγείας και της διατροφής ενός πληθυσμού) των παιδιών των μεταναστών καθώς και τον τρόπο ζωής-συνθήκες διαβίωσης αυτών και των οικογενειών τους είναι ελλιπείς. Η ανάγκη για παράλληλη στροφή του ενδιαφέροντος –εκτός από τη συστηματική παρακολούθηση της σωματικής ανάπτυξης των παιδιών της χώρας μας (εθνική καταγραφή)- και προς την καταγραφή και παρακολούθηση της αύξησης των παιδιών των μεταναστών, τα οποία επιπλέον έχουν αυξημένη πιθανότητα να ζούνε κάτω από δυσμενείς συνθήκες, έχει επισημανθεί¹³.

Έχοντας υπόψη τα αποτελέσματα ερευνών για το επίπεδο υγείας, τη διατροφή και τη σωματική ανάπτυξη των παιδιών των μεταναστών και της επίδρασης της μετανάστευσης σε αυτές τις παραμέτρους, σε ανεπτυγμένες δυτικές χώρες που

μακροχρόνια αποτέλεσαν υποδοχείς μεταναστών (όπως Σουηδία, Μεγάλη Βρετανία, Γερμανία, Ολλανδία, Δανία, Ελβετία, Νορβηγία, ΗΠΑ, Καναδάς), όπως αυτά αναφέρθηκαν στην ενότητα «μετανάστευση διατροφή και υγεία», σχεδιάστηκε η παρούσα μελέτη για τα παιδιά των μεταναστών από την Αλβανία στο νομό Ιωαννίνων, έτσι ώστε να απαντηθεί όσο είναι δυνατό το κενό γνώσης στους πιο πάνω τομείς της καινούριας αυτής ομάδος του παιδικού πληθυσμού της χώρας μας.

Πρωταρχικός σκοπός της παρούσας επιδημιολογικής έρευνας ήταν η διερεύνηση των διατροφικών συνηθειών και η εκτίμηση της ανάπτυξης (μέτρηση των σωματομετρικών στοιχείων: βάρος και ύψος σώματος και υπολογισμός του δείκτη μάζας σώματος) των παιδιών σχολικής ηλικίας των μεταναστών από την Αλβανία στο νομό Ιωαννίνων και η σύγκρισή τους, ως προς τις εξεταζόμενες παραμέτρους, με αντιπροσωπευτικό δείγμα Ελληνόπουλων της ίδιας περιοχής. Στα παιδιά των μεταναστών εκτιμήθηκε και η επίδραση του χρόνου παραμονής τους στην Ελλάδα για τον εντοπισμό πιθανών μεταβολών στις εξεταζόμενες παραμέτρους. Επιμέρους στόχους της έρευνας αποτέλεσαν: α) η εκτίμηση του επιπέδου στοματικής υγείας των παιδιών (αδρή εκτίμηση του επιπολασμού τερηδόνας, συνήθειες στοματικής υγιεινής), β) η εκτίμηση των θέσεων-αντιλήψεων των γονέων σχετικά με τη διατροφή των παιδιών τους, γ) η καταγραφή της κατανομής του ελεύθερου χρόνου των παιδιών και δ) η εξέταση των συνθηκών διαβίωσης-βιοτικού επιπέδου και της οικογενειακής κατάστασης των παιδιών (συνθήκες κατοικίας, υγεία, εργασιακή απασχόληση και μορφωτικό επίπεδο γονέων).

Σε όλες τις ανωτέρω παραμέτρους έγινε συγκριτική εκτίμηση: 1) μεταξύ των παιδιών των μεταναστών και των γηγενών και 2) μεταξύ των παιδιών των μεταναστών που είχαν πρόσφατα εγκατασταθεί στη χώρα μας και εκείνων που διέμεναν στην Ελλάδα περισσότερα έτη, αφού η διάρκεια διαμονής στη χώρα υποδοχής αποτελεί χρήσιμο και αξιόπιστο κριτήριο εκτίμησης του βαθμού επιπολιτισμού και των διατροφικών μεταβολών στους μετανάστες⁵.

Η μελέτη κατευθύνθηκε από την αρχή κυρίως στην καταγραφή των πληροφοριών από το αντικείμενό της και στη μετέπειτα σύνθεση και αξιολόγησή τους.

Επίσης οι πληροφορίες που θα δώσουν τα αποτελέσματα της έρευνας μπορεί να χρησιμεύσουν στην αναζήτηση και εντόπιση πιθανών σημείων παρέμβασης που θα μπορούσαν να προάγουν τη διατροφή, το επίπεδο υγείας και την άμεσα εξαρτώμενη από αυτές ανάπτυξη των παιδιών των μεταναστών της περιοχής μας.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ – ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Α. Ο ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

A1) Τα παιδιά των μεταναστών από την Αλβανία.

Ο εντοπισμός του πληθυσμού των παιδιών σχολικής ηλικίας των μεταναστών από την Αλβανία που ζούσαν με την οικογένειά τους στο νομό Ιωαννίνων στη διάρκεια της μελέτης, έγινε βάσει στοιχείων από τη Διεύθυνση της Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης του νομού, για τα παιδιά αλβανικής υπηκοότητας που φοιτούσαν στα δημοτικά σχολεία (πόλη των Ιωαννίνων και χωριά) κατά το σχολικό έτος 1996-1997. Η υπηρεσία της Διεύθυνσης Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης, μετά από επίσκεψη του ερευνητή και συζήτηση με τους αρμόδιους για το σκοπό της έρευνας και τον τρόπο διεξαγωγής της, ανταποκρίθηκε με προθυμία και έδωσε αναλυτική κατάσταση με τα δημοτικά σχολεία του νομού, το συνολικό αριθμό των μαθητών τους και τον αντίστοιχο αριθμό μαθητών αλβανικής υπηκοότητας και επίσης χορήγησε άδεια για τη διεξαγωγή της έρευνας στα σχολεία. Για την επιβεβαίωση των στοιχείων και την εντόπιση πιθανών αλλαγών στον αριθμό των μαθητών από την Αλβανία (οι καταστάσεις αφορούσαν την αρχή του σχολικού έτους και η μελέτη πραγματοποιήθηκε το Μάρτιο-Ιούνιο του 1997), έγινε και προσωπική επικοινωνία του ερευνητή με τους διευθυντές των σχολείων.

Στα δημοτικά σχολεία του νομού φοιτούσαν συνολικά 372 παιδιά από την Αλβανία: 219 (113 αγόρια και 106 κορίτσια) στην πόλη των Ιωαννίνων (σε 23 από τα 28 δημοτικά σχολεία) και 153 (98 αγόρια και 55 κορίτσια) στα χωριά του νομού (σε 13 από τα 99 δημοτικά σχολεία). Στα Ιωάννινα όλα τα παιδιά ζούσαν με τις οικογένειές τους, ενώ στα χωριά 75 παιδιά (54 αγόρια και 21 κορίτσια) διέμεναν σε οικοτροφεία και οι γονείς τους κατοικούσαν στην Αλβανία ή σε άλλες περιοχές της Ελλάδος και δεν περιλήφθηκαν στην τελική ανάλυση (Παράρτημα, Πίνακες 44α, 44β).

⇒ **Παιδιά των οικογενειών-μεταναστών από την Αλβανία που φοιτούσαν στα δημοτικά σχολεία του νομού Ιωαννίνων: 297 (157 αγόρια και 140 κορίτσια).**

Στο νομό Ιωαννίνων, το σχολικό έτος 1996-97 φοιτούσαν 8,692 μαθητές και αναλυτικά στα δημοτικά σχολεία της πόλης των Ιωαννίνων ήταν εγγεγραμμένα 5,681 και των χωριών 3,011 παιδιά. Επομένως τα παιδιά αλβανικής υπηκοότητας

αντιπροσώπευαν το 4,3% των μαθητών του νομού (Ιωάννινα 3,9% και χωριά του νομού 5,1%), (Διάγραμμα 9).

A2) Το δείγμα των Ελληνοπαίδων.

Για τη συγκριτική μελέτη των εξεταζόμενων παραμέτρων, επιλέχθηκε αντιπροσωπευτικό δείγμα Ελληνοπαίδων από τα σχολεία της πόλης και των χωριών του νομού όπου φοιτούσαν παιδιά από την Αλβανία.

Για την αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της συστηματικής δειγματοληψίας^{114,115}. Από τους μαθητικούς καταλόγους των εγγεγραμμένων Ελληνοπαίδων –ξεχωριστά αγόρια και κορίτσια- ανά τάξη σε κάθε σχολείο, επιλέχθηκε στην πόλη κάθε 10ο παιδί στη σειρά και στα χωριά κάθε 5ο παιδί στη σειρά. Η αναλογία αυτή στη δειγματοληψία έγινε με βάση τον αριθμό των Ελληνόπουλων που φοιτούσαν στα ίδια σχολεία με τα παιδιά αλβανικής καταγωγής στα Ιωάννινα: 4,040 σε σύνολο 5,460 Ελλήνων μαθητών της πόλης (ποσοστό 74%) και στα χωριά: 1,042 σε σύνολο 2,858 Ελλήνων μαθητών του υπόλοιπου νομού (ποσοστό 36%), έτσι ώστε να υπάρχει ίδιο ποσοστό αντιπροσώπευσης των Ελλήνων μαθητών της πόλης και των χωριών του νομού.

Με βάση τα ανωτέρω, το δείγμα των Ελληνοπαίδων αποτέλεσαν 412 παιδιά (217 αγόρια και 195 κορίτσια) της πόλης και 217 παιδιά (115 αγόρια και 102 κορίτσια) των χωριών του νομού (Παράρτημα, πίνακας 45).

⇒ **Αντιπροσωπευτικό δείγμα Ελληνοπαίδων: 629 παιδιά (332 αγόρια και 297 κορίτσια).**

Η τελική σύνθεση του πληθυσμού της μελέτης.

Κατά τη στατιστική επεξεργασία των στοιχείων της μελέτης, στην ηλικιακή ταξινόμηση του πληθυσμού, βρέθηκε ότι 14 παιδιά μεταναστών από την Αλβανία (8 αγόρια και 6 κορίτσια) είχαν ηλικία 13-14 ετών ενώ στις αντίστοιχες ηλικιακές ομάδες δεν υπήρχαν παιδιά του αντιπροσωπευτικού δείγματος των Ελληνόπουλων. Για να είναι στατιστικά συγκρίσιμες οι δύο ομάδες -παιδιά των μεταναστών και Ελληνόπουλα- τα παιδιά αυτά εξαιρέθηκαν από τη μελέτη.

Έτσι τελικά περιλήφθηκαν στην ανάλυση 283 από τα 297 τα παιδιά των μεταναστών από την Αλβανία που φοιτούσαν στα δημοτικά σχολεία του νομού Ιωαννίνων κατά το σχολικό έτος 1996-97 (Διάγραμμα 9).

Διάγραμμα 9. Τα παιδιά των μεταναστών από την Αλβανία που φοιτούσαν στα δημοτικά σχολεία (ΔΣ) του νομού Ιωαννίνων κατά το σχολικό έτος 1996-97.

Συνολικός αριθμός μαθητών στα ΔΣ
του νομού Ιωαννίνων το σχολικό έτος 1996-97: 8,692 ⇒ αλβανικής υπηκοότητας: 372 παιδιά
(4.3% των μαθητών των ΔΣ)

• **Αστική περιοχή (Ιωάννινα):**

5,681 παιδιά ⇒ αλβανικής υπηκοότητας:

219 παιδιά (113 αγόρια, 106 κορίτσια), (3.9% των μαθητών των ΔΣ)

εξαιρέθηκαν: **10 παιδιά** (5 αγόρια, 5 κορίτσια)¹

209 παιδιά (108 αγόρια, 101 κορίτσια)

• **Ημιαστικές /αγροτικές περιοχές:**

3,011 παιδιά ⇒ αλβανικής υπηκοότητας:

153 παιδιά (98 αγόρια, 55 κορίτσια), (5.1% των μαθητών των ΔΣ)

εξαιρέθηκαν: **4 παιδιά** (3 αγόρια, 1 κορίτσι)¹

75 παιδιά (54 αγόρια, 21 κορίτσια)²

74 παιδιά (41 αγόρια, 33 κορίτσια)



**Παιδιά των μεταναστών από την Αλβανία
που περιλήφθηκαν στη μελέτη ⇒ 283 (149 αγόρια, 134 κορίτσια)
(3.3% των μαθητών των ΔΣ)**

¹Ηλικία 13-14 ετών

²Διαμονή σε οικοτροφεία

Πίνακας 1. Η σύνθεση του πληθυσμού της μελέτης.

Τα παιδιά των μεταναστών από την Αλβανία που φοιτούσαν στα δημοτικά σχολεία του νομού Ιωαννίνων κατά το σχολικό έτος 1996-97: **ομάδα Α**.

Αντιπροσωπευτικό δείγμα Ελληνοπαίδων που φοιτούσαν στα ίδια σχολεία με τα παιδιά από την Αλβανία: **ομάδα Ε**.

	αριθμός παιδιών, n					
	Ομάδα Α			Ομάδα Ε		
	σύνολο	αγόρια	κορίτσια	σύνολο	αγόρια	κορίτσια
αστική περιοχή	209	108	101	412	217	195
ημιαστικές-αγροτικές περιοχές	74	41	33	217	115	102
Σύνολο	283	149	134	629	332	297

B. Η ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Η παρούσα μελέτη ανήκει στις περιγραφικές επιδημιολογικές έρευνες. Οι περιγραφικές έρευνες είναι μεθοδολογικά απλές και εξυπηρετούν συνήθως περιγραφικούς (εξαγωγή συμπερασμάτων) και σπανιότερα άλλους ερευνητικούς σκοπούς. Επίσης πρόκειται για μια μελέτη πεδίου (field survey), όπως οι περισσότερες περιγραφικές έρευνες οι οποίες συνήθως εφαρμόζονται σε πληθυσμούς (ή δείγματα πληθυσμών) της κοινότητας^{116,117}.

Η έρευνα διεξήχθη από τον ερευνητή, με επισκέψεις του στα δημοτικά σχολεία του νομού όπου φοιτούσαν τα παιδιά από την Αλβανία. Για την πραγματοποίησή της είχε ληφθεί άδεια από την υπηρεσία της Διεύθυνσης Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης, η οποία είχε κοινοποιηθεί και στα σχολεία της μελέτης. Της τακτικής επίσκεψης σε κάθε σχολείο για την πραγμάτωση της έρευνας, προηγήθηκε προκαταρκτική επίσκεψη (2-3 ημέρες πριν) κατά την οποία εξηγήθηκε στους δασκάλους ο σκοπός της μελέτης και ο τρόπος διεξαγωγής της και ζητήθηκε η συνεργασία τους. Επίσης επιλέχθηκε από τον ερευνητή το αντιπροσωπευτικό δείγμα των Ελληνοπαίδων, από τους μαθητικούς καταλόγους αγοριών και κοριτσιών ανά τάξη σε κάθε σχολείο και καθορίστηκε ο

χρόνος εξέτασης των μαθητών κάθε τάξης, έτσι ώστε να μην διαταραχθεί το διδακτικό πρόγραμμα, αφού η μελέτη πραγματοποιήθηκε στη διάρκεια του σχολικού ωραρίου¹¹⁴.

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε κατά το χρονικό διάστημα: Μάρτιος-Ιούνιος 1997, με καθημερινές επισκέψεις του ερευνητή στα σχολεία.

Ο ερευνητής κατά την επίσκεψή του στα σχολεία:

B1) εξέτασε τα παιδιά της μελέτης: όλα τα παιδιά των μεταναστών από την Αλβανία και το αντιπροσωπευτικό δείγμα των Ελληνόπουλων.

B2) έδωσε ερωτηματολόγια στα παιδιά της μελέτης, για την εξέταση των διατροφικών τους συνηθειών καθώς και των επιμέρους παραγόντων (απόψεις των γονέων σε θέματα διατροφής, υγεία-συνήθειες στοματικής υγιεινής, ελεύθερος χρόνος-σωματική άσκηση του παιδιού, συνθήκες διαβίωσης και οικογενειακή κατάσταση), που σχετίζονται με τη διατροφή, την υγεία και ανάπτυξη των παιδιών. Τα ερωτηματολόγια ήταν ανώνυμα, συμπληρώθηκαν από τους γονείς στο σπίτι και επιστράφηκαν στα σχολεία.

Για εκείνα τα παιδιά της μελέτης που κατά την προγραμματισμένη επίσκεψη απουσίαζαν από το σχολείο –υπήρξαν 10 τέτοιες περιπτώσεις (9 παιδιά από την Αλβανία και 1 Ελληνόπουλο)- η εξέταση και η επίδοση των ερωτηματολογίων έγινε σε δεύτερο χρόνο μετά συνεννόησης με τους δασκάλους.

Η εξέταση όλων των παιδιών καθώς και η επίδοση και συλλογή των συμπληρωμένων ερωτηματολογίων, έγινε από τον ερευνητή.

B1) Η εξέταση των παιδιών της μελέτης.

Η εξέταση των παιδιών της μελέτης έγινε κατά το πρωινό σχολικό ωράριο, στις αίθουσες των μαθητών και περιέλαβε τη μέτρηση του βάρους και του ύψους και την εξέταση της οδοντικής υγείας (αδρή εκτίμηση τερηδονικής προσβολής).

Οι μετρήσεις (βάρος και ύψος σώματος και αριθμός δοντιών-τερηδονισμένα-εμφραγμένα), καταγράφονταν σε προτυπωμένο φύλλο (Παράρτημα, σελ 202) ξεχωριστό για κάθε παιδί, στο οποίο επίσης συμπληρώνονταν ο αριθμός της μελέτης (κωδικός του παιδιού, ο οποίος για τα παιδιά των μεταναστών είχε τα αρχικά ψηφία 78 και για τα Ελληνόπουλα 77 και ακολουθούσε ο αύξων αριθμός του παιδιού), το ονοματεπώνυμο, η ημερομηνία γέννησης (ημέρα, μήνας, έτος), το φύλο, το σχολείο και

η τάξη φοίτησης και για τα παιδιά από την Αλβανία ο τόπος διαμονής των γονέων τους.

α) Τα σωματομετρικά στοιχεία.

Το βάρος σώματος μετρήθηκε χωρίς υποδήματα και με ελαφρά ένδυση με φορητό ζυγό δαπέδου τύπου Seca (spring scale), με προσέγγιση 0.5 kg. Η ακρίβεια του ζυγού ελέγχονταν καθημερινά με γνωστό βάρος 5 kg. Η μέτρηση του ύψους έγινε σε όρθια θέση, χωρίς υποδήματα, με τους ώμους σε θέση ανάπαυσης και τα άνω άκρα να αιωρούνται ελεύθερα. Για το σκοπό αυτό χρησιμοποιήθηκε αναστημόμετρο, προσαρμοσμένο σε ίσιο τοίχο, το οποίο σχημάτιζε ορθή γωνία με το δάπεδο. Ο υπολογισμός του ύψους έγινε στο πλησιέστερο 0.5 cm.

Για την ανάλυση των σωματομετρικών στοιχείων με βάση την ηλικία των παιδιών (που υπολογίστηκε από την ημερομηνία εξέτασης μείον την ημερομηνία γέννησης), δημιουργήθηκαν κατηγορίες ηλικιακών ομάδων ανά εξάμηνο (μισά και ακέραια έτη) (Παράρτημα, Πίνακας 46).

Υπολογίστηκε η μέση τιμή και σταθερή απόκλιση (standard deviation, SD) του βάρους και του ύψους ανά ηλικία και φύλο, ξεχωριστά για τα παιδιά από την Αλβανία και τα Ελληνόπουλα. Επίσης υπολογίστηκε το ποσοστό των παιδιών που είχαν βάρος ή/και ύψος για την ηλικία και το φύλο τους, κάτω από τη 10^η ή πάνω από την 90^η εκατοστιαία θέση (ΕΘ) των προτύπων ανάπτυξης των παιδιών της χώρας μας. Ως τιμές αναφοράς χρησιμοποιήθηκαν οι τρέχουσες καμπύλες των εθνικών προτύπων ανάπτυξης¹¹⁸, αφού το έτος που έγιναν οι μετρήσεις (1997) ήταν πλησιέστερα στο διάστημα που έγινε η ανωτέρω μελέτη (2000-2001), συγκριτικά με τα ισχύοντα έως και το 2002 εθνικά πρότυπα ανάπτυξης (καμπύλες ανάπτυξης παιδιών 6-18 ετών του Ινστιτούτου Υγείας του Παιδιού, όπου οι μετρήσεις είχαν γίνει το 1981)¹¹⁹.

Με βάση τις τιμές του ύψους και του βάρους υπολογίστηκε για κάθε μαθητή ο δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ), που ορίζεται ως το πηλίκο βάρους/ύψους² (Kg/m²). Ο δείκτης αυτός, αν και δεν είναι «ιδανικός», αποτελεί την ευρύτερα διεθνώς αποδεκτή έμμεση μέθοδο εκτίμησης της λιπώδους μάζας στα παιδιά και τους εφήβους που χρησιμοποιείται στην κλινική πράξη και στις επιδημιολογικές μελέτες. Πρόκειται για πρακτική-εύχρηστη, αντικειμενική, αξιόπιστη, με υψηλή ειδικότητα και ευαισθησία (όταν χρησιμοποιούνται τα κατάλληλα κριτήρια) μέθοδο εκτίμησης των υπέρβαρων και παχύσαρκων παιδιών και εφήβων και επίσης εξασφαλίζει κάποιο βαθμό συνέπειας με την πρακτική που εφαρμόζεται στους ενήλικες¹²⁰⁻¹²⁵. Υπολογίστηκε η μέση τιμή (\pm SD)

του ΔΜΣ ανά ηλικία και φύλο στα παιδιά των μεταναστών από την Αλβανία και στα Ελληνόπουλα.

Για την εκτίμηση του ποσοστού υπέρβαρων και παχύσαρκων παιδιών, χρησιμοποιήθηκαν τα διεθνώς καθορισμένα όρια του ΔΜΣ για τον προσδιορισμό του υπερβάλλοντος βάρους που προτείνονται από τη «Διεθνή Ομάδα Έρευνας της Παχυσαρκίας» («International Obesity Task Force», IOTF)^{126,127}, (Πίνακας 2).

Τα κριτήρια αυτά του ΔΜΣ, αποτελούν λιγότερο αυθαίρετη και επίσης την πρακτικότερη μέχρι τώρα διαθέσιμη μέθοδο που χρησιμοποιείται για επιδημιολογικές και διεθνείς συγκριτικές μελέτες^{21,26,126-130}, αν και έχουν διατυπωθεί από ορισμένους και επιφυλάξεις σχετικά με την ορθότητα της ευρείας εφαρμογή τους¹³¹⁻¹³³.

Πίνακας 2*. Διεθνείς τιμές δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ Kg/m²) που προτείνονται ως κατώτερα όρια (cut off points) για τον ορισμό των υπέρβαρων και παχύσαρκων παιδιών.

ηλικία (έτη)	Υπέρβαρα τιμή ΔΜΣ (Kg/m ²)		Παχύσαρκα τιμή ΔΜΣ (Kg/m ²)	
	αγόρια	κορίτσια	αγόρια	κορίτσια
6	17,55	17,34	19,78	19,65
6,5	17,71	17,53	20,23	20,08
7	17,92	17,75	20,63	20,51
7,5	18,16	18,03	21,09	21,01
8	18,44	18,35	21,60	21,57
8,5	18,76	18,03	21,17	22,18
9	19,10	19,07	22,17	22,81
9,5	19,46	19,45	23,39	23,46
10	19,84	19,86	24,00	24,11
10,5	20,20	20,29	24,57	24,77
11	20,55	20,74	25,10	25,42
11,5	20,89	21,20	25,58	26,05
12	21,22	21,68	26,02	26,67
12,5	21,56	22,14	26,43	27,24

* Cole και συν 2000, τροποποιημένος (βιβλιογραφική αναφορά 126).

β) Η στοματική υγεία.

Η εξέταση της στοματικής υγείας αποτέλεσε επιμέρους στόχο της έρευνας, αφού αυτή εξαρτάται από τις συνήθειες στοματικής υγιεινής, το επίπεδο προληπτικής και θεραπευτικής οδοντιατρικής φροντίδας και τις διατροφικές συνήθειες του πληθυσμού της μελέτης. Έγινε καταγραφή του επιπολασμού τερηδόνας (αριθμός τερηδονισμένων και εμφραγμένων δοντιών) στα παιδιά της μελέτης, με τη μέθοδο της άμεσης παρατήρησης. Η εξέταση των παιδιών έγινε από τον ερευνητή στις σχολικές αίθουσες, με τη χρήση φωτεινής πηγής και γλωσσοπίεστρου. Τερηδόνα θεωρήθηκε κάθε μη ανατάξιμη αλλοίωση της οδοντικής επιφάνειας. Η μέθοδος αυτή εκτίμησης της τερηδονικής προσβολής είναι απλή στην εφαρμογή της και προτείνεται στις περιγραφικές επιδημιολογικές έρευνες της στοματικής υγείας πληθυσμών, στις οποίες βασικός σκοπός είναι η απεικόνιση της κατάστασης της οδοντικής υγείας μια συγκεκριμένη χρονική στιγμή, η εκτίμηση των τάσεων της τερηδονικής προσβολής όταν η έρευνα επαναλαμβάνεται περιοδικά, και ο προγραμματισμός μέτρων βελτίωσης της οδοντικής υγείας σε ένα σύνολο ατόμων^{134,135}.

Προηγήθηκε εκπαίδευση του ερευνητή στον τρόπο εκτίμησης της τερηδονικής προσβολής, με παρακολούθηση παιδοδοντιατρικού ιατρείου επί διμήνου πριν την πραγματοποίηση της έρευνας.

B2) Το ερωτηματολόγιο.

Για τη συλλογή των στοιχείων της μελέτης χρησιμοποιήθηκε ειδικά διαμορφωμένο ανώνυμο ερωτηματολόγιο, μέθοδος που χρησιμοποιείται στις ιατροκοινωνικές μελέτες^{114,136}.

Κατά τη σύνταξη του ερωτηματολογίου εκτός από τις ερωτήσεις που αφορούσαν τις διατροφικές συνήθειες των παιδιών της μελέτης, περιελήφθησαν και ερωτήσεις για τις απόψεις των γονέων σε θέματα διατροφής, την υγεία και την οδοντική φροντίδα, τον ελεύθερο χρόνο-σωματική άσκηση, την οικογένεια και τις συνθήκες διαβίωσης των παιδιών. Επιλέχθηκε η καταγραφή αρκετά μεγάλου αριθμού πληροφοριών στο επιδημιολογικό δελτίο, ώστε να υπάρχουν και ερωτήσεις με δυνητικό ενδιαφέρον (άποψη που συνήθως προτιμάται), χωρίς όμως το ερωτηματολόγιο να γίνει πολύ εκτεταμένο και να κουράσει τον εξεταζόμενο με αποτέλεσμα τη μείωση της αξιοπιστίας των καταγραφόμενων πληροφοριών¹¹⁴.

Η καταγραφή των διατροφικών συνηθειών έγινε με τη μέθοδο του ερωτηματολογίου συχνότητας πρόσληψης τροφών (Food Frequency Questionnaire, FFQ). Η μέθοδος αυτή, συγκριτικά με τις άλλες μεθόδους εκτίμησης της διατροφής που χρησιμοποιούνται στην επιδημιολογική έρευνα (άμεση παρατήρηση, ζύγιση και καταγραφή των τροφών, ιστορικό διατροφής, ημερολόγιο διατροφής, 24ωρη αναφορά διατροφής), είναι εύχρηστη, σχετικά φθηνή, δεν απαιτεί ειδική εκπαίδευση των ερευνητών, δεν επηρεάζει τη διαιτητική συμπεριφορά του πληθυσμού της μελέτης και εξασφαλίζει γρήγορη και κυρίως αντιπροσωπευτική εκτίμηση της συνήθους πρόσληψης για μεγάλο αριθμό διαφορετικών τροφών¹³⁷⁻¹⁴¹. Πιθανά, το σημαντικότερο πρόβλημα αυτής της μεθόδου είναι η αμφίβολη αξιοπιστία των συλλεγόμενων πληροφοριών¹³⁷. Ωστόσο έχει αποδειχθεί ότι υπάρχει καλή συσχέτιση μεταξύ της FFQ μεθόδου και των πιο εκτεταμένων ιστορικών διατροφής^{138,142}. Η ακρίβεια της εκτίμησης της διατροφικής πρόσληψης με την ανωτέρω μέθοδο είναι μεγάλη για τις συνήθεις τροφές (που αποτελούν τα βασικά συστατικά των γευμάτων), ενώ για εκείνες που καταναλώνονται σπανιότερα και σε μικρές ποσότητες φαίνεται λιγότερο αξιόπιστη¹³⁹. Η FFQ μέθοδος δεν αποσκοπεί στην ακριβή ποσοτική εκτίμηση της διατροφικής πρόσληψης σε ατομικό επίπεδο, αλλά πρόκειται για ποιοτική–ημιποσοτική μέθοδο εκτίμησης, η οποία έχει και τη μεγαλύτερη σημασία στις πληθυσμιακές επιδημιολογικές έρευνες^{137,138,141}. Ένα ακόμη πλεονέκτημά της είναι ότι κουράζει–επιβαρύνει λιγότερο τους εξεταζόμενους από ότι άλλες μέθοδοι (καταγραφή, ιστορικό διατροφής)¹⁴⁰ και η κούραση στη διάρκεια της εξέτασης, οδηγεί σε μείωση της αξιοπιστίας των πληροφοριών και επομένως σε πιθανό πρόβλημα κατά την ανάλυση και ερμηνεία των αποτελεσμάτων¹⁴³. Επίσης, γενικά στις διατροφικές έρευνες το χαμηλό ποσοστό ανταπόκρισης επιδρά στην αντιπροσωπευτικότητα του τελικού δείγματος, αφού μελέτες έχουν δείξει σημαντικές διαφορές (κοινωνικο-δημογραφικών και διατροφικών μεταβλητών) μεταξύ συμμετεχόντων και μη, δημιουργώντας έτσι πρόβλημα στα αποτελέσματα και τα συμπεράσματα της έρευνας¹⁴³.

Όσον αφορά τα χαρακτηριστικά του πληθυσμού της μελέτης, το αριθμητικό μέγεθος, τα παιδιά οικογενειών μεταναστών και η συμμετοχή και παιδιών που διέμεναν σε χωριά του νομού, οδήγησαν στην επιλογή της μεθόδου του ερωτηματολογίου ως την καταλληλότερη για τη συλλογή των στοιχείων της έρευνας.

Το ερωτηματολόγιο ήταν ανώνυμο, αποφεύγοντας την πιθανή δυσπιστία και μη ανταπόκριση των παιδιών των μεταναστών και επίσης επιτρέποντας μεγαλύτερη ελευθερία των απαντήσεων, ιδιαίτερα εκείνων που αφορούσαν την οικογένεια και το

σπίτι. Όσον αφορά τη γλώσσα, έγινε ιδιαίτερη προσπάθεια να προκύψει ένα κείμενο κατά το δυνατό ομοιόμορφα αντιληπτό από τους γονείς των παιδιών της μελέτης. Η γλώσσα ήταν απλή, ακολουθήθηκε ορισμένη σειρά στις ερωτήσεις και χρησιμοποιήθηκε ορισμένη φρασεολογία («προτύπωση» των συνθηκών συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου). Οι απαντήσεις των ερωτήσεων ήταν κυρίως του τύπου της απλής ή πολλαπλής επιλογής (σημείωναν το τετράγωνο που τους ταίριαζε, σύμφωνα με τις γραπτές οδηγίες για τη συμπλήρωση που υπήρχαν στην αρχική σελίδα του ερωτηματολογίου): «κλειστή» μορφή ερωτηματολογίου (προκωδικοποίηση)¹⁴⁴, ενώ σε μερικές ερωτήσεις χρειάστηκε μικρή ανοικτή απάντηση. Η μορφή αυτή του ερωτηματολογίου, δεν προϋποθέτει ευχέρεια γραπτού λόγου που θα αποθάρρυνε ενδεχομένως κάποιους γονείς (ιδιαίτερα τους μετανάστες) για τη συμπλήρωσή του, με αρνητικές συνέπειες στην αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος και επίσης δεν απαιτεί μεγάλη δαπάνη χρόνου, ούτε ιδιαίτερο κόπο με αποτέλεσμα μεγαλύτερη ανταπόκριση των εξεταζόμενων.

Όσον αφορά το σχεδιασμό του ερωτηματολογίου, αυτό συντέθηκε βάσει υποδειγμάτων διατροφικών ιστορικών από το Εργαστήριο Υγιεινής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων και το Συμβουλευτικό Κέντρο Διατροφής του Σισμανόγλειου Γενικού Περιφερειακού Νοσοκομείου Αττικής (μετά από επικοινωνία με τη διευθύντρια του τμήματος για το σκοπό της μελέτης). Για τις ενότητες που αφορούσαν την οικογένεια και τις συνθήκες διαβίωσης, καθώς και για την παρουσίαση του ερωτηματολογίου, συμβουλευτικό ρόλο έπαιξε ερωτηματολόγιο που είχε χρησιμοποιηθεί στην έρευνα: «Βρέφος και μητέρα στην Ήπειρο: οι πρώτοι 6 μήνες»¹⁴⁴.

Το θεματολόγιο του ερωτηματολογίου.

Το ερωτηματολόγιο αποτελούνταν από 171 ερωτήσεις χωρισμένες σε 6 μέρη με αντικείμενα:

Μέρος Α. Διατροφικές συνήθειες του παιδιού (συνήθειες στο πρωινό γεύμα και στο κολατσιό, συχνότητα εβδομαδιαίας ή ημερήσιας κατανάλωσης διαφόρων τροφών, τρόπος παρασκευής και συνήθειες των γευμάτων, αριθμός ημερησίων γευμάτων, προμήθεια των ειδών διατροφής της οικογένειας) (82 ερωτήσεις).

Μέρος Β. Απόψεις των γονέων σε θέματα διατροφής (9 ερωτήσεις).

Μέρος Γ. Η υγεία του παιδιού (προβλήματα υγείας, παροχές υγείας, οδοντιατρική φροντίδα - συνήθειες στοματικής υγιεινής) (14 ερωτήσεις).

Μέρος Δ. Ελεύθερος χρόνος-σωματική άσκηση (εξωσχολικές δραστηριότητες, παιχνίδι ανοικτού χώρου, άσκηση, παρακολούθηση τηλεόρασης) (15 ερωτήσεις).

Μέρος Ε. Το σπίτι (τα άτομα του σπιτιού, οι συνθήκες διαβίωσης και οι ανέσεις της κατοικίας) (23 ερωτήσεις).

Μέρος ΣΤ. Η οικογένεια (επίπεδο εκπαίδευσης και εργασιακή απασχόληση γονέων των γονέων, χρόνια προβλήματα υγείας, οικογενειακή κατάσταση) (28 ερωτήσεις).

Στο τέλος σημειώνονταν από ποιον συμπληρώθηκε το ερωτηματολόγιο (μητέρα, πατέρας, άλλο πρόσωπο της οικογένειας), υπήρχε χώρος για ελεύθερα σχόλια σχετικά με τις συνήθειες διατροφής και τον τρόπο ζωής των παιδιών, υπενθύμιση για την επιστροφή του συμπληρωμένου ερωτηματολογίου στο σχολείο και ευχαριστίες για τη συμμετοχή στην έρευνα.

Στην πρώτη σελίδα του ερωτηματολογίου αναφέρονταν συνοπτικά ο σκοπός της έρευνας και η σημασία της συμβολής των γονέων σε αυτή και εξηγούνταν με τρόπο απλό πώς θα το συμπληρώσουν. Στην ίδια σελίδα ήταν τυπωμένο το έμβλημα της Ιατρικής Σχολής, η υπεύθυνη για την έρευνα Κλινική και τα τηλέφωνα επικοινωνίας του Τομέα Υγείας του Παιδιού και στην τελευταία υπήρχε το λογότυπο του Πανεπιστημιακού Τυπογραφείου όπου εκτυπώθηκαν τα ερωτηματολόγια, επιβεβαιώνοντας και τονίζοντας έτσι την επιστημονική υπόσταση του περιεχομένου. Κάθε ερωτηματολόγιο είχε σε διακριτικό σημείο τον αριθμό της μελέτης (κωδικός του παιδιού).

Τα ερωτηματολόγια δίδονταν για συμπλήρωση τοποθετημένα σε φάκελο, που είχε τυπωμένη τη διεύθυνση του Τομέα Υγείας του Παιδιού χωρίς το όνομα του ερευνητή και επιστρέφονταν στο σχολείο μέσα στον ίδιο φάκελο κλεισμένο, ώστε να διαφυλάσσεται η ανωνυμία των απαντήσεων. Τα ερωτηματολόγια συμπληρώνονταν από τους γονείς των παιδιών, αφού για να γίνει κατανοητό ένα ερωτηματολόγιο διατροφής το παιδί πρέπει συνήθως να έχει ηλικία μεγαλύτερη των 12 ετών¹⁴⁰.

Η επιστροφή των συμπληρωμένων ερωτηματολογίων στο σχολείο γινόταν σε προκαθορισμένο χρόνο 7-10 ημερών (έτσι ώστε να μεσολαβεί και ο ελεύθερος χρόνος του Σαββατοκύριακου, που πιθανά θα αύξανε τις πιθανότητες απάντησης). Σε εκείνα τα παιδιά που δεν επέστρεφαν τα ερωτηματολόγια στον προκαθορισμένο χρόνο, γίνονταν υπενθύμιση για την προσκόμισή τους από τους δασκάλους τους και από τον ερευνητή κατά την επίσκεψή του στο σχολείο για τη συλλογή των συμπληρωμένων ερωτηματολογίων. Ο ερευνητής επισκέπτονταν μέχρι δύο φορές κάθε σχολείο για τη συλλογή των ερωτηματολογίων, ενώ η πλειοψηφία αυτών συλλέχθηκε κατά την πρώτη

επίσκεψη. Στα παιδιά που δεν είχαν φέρει τα ερωτηματολόγια κατά τη δεύτερη επίσκεψη δε γινόταν καινούρια υπενθύμιση, ούτε χρησιμοποιήθηκε άλλη μέθοδος (ταχυδρομική επιστολή ή τηλεφωνική ενημέρωση των γονέων) για αύξηση του ποσοστού ανταπόκρισης, αφού ο αριθμός αυτών ήταν μικρός και επίσης περαιτέρω πίεση για εξασφάλιση υψηλού ποσοστού ανταπόκρισης των εξεταζόμενων μπορεί να οδηγούσε σε απαντήσεις λιγότερο αξιόπιστες.

Το ερωτηματολόγιο παρατίθεται στο παράρτημα της μελέτης (σελ: 203-217).

B3) Πιλοτική φάση της μελέτης.

Της μελέτης προηγήθηκε αρχική πιλοτική εφαρμογή της σε 3 δημοτικά σχολεία του νομού (1ο και 2ο ΔΣ Ιωαννίνων, 2ο ΔΣ Κόνιτσας) για τον εντοπισμό πιθανών προβλημάτων κατά την πραγματοποίηση της έρευνας στα σχολεία και κατά τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων. Στην πιλοτική μελέτη εξετάστηκαν 23 παιδιά μεταναστών από την Αλβανία και 52 γηγενή (δεν απουσίαζε κανένα παιδί από τα σχολεία κατά την προγραμματισμένη επίσκεψη του ερευνητή). Απάντησαν στο ερωτηματολόγιο 22/23 παιδιά των μεταναστών και 51/52 γηγενή παιδιά και ο χρόνος συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου ήταν περίπου 30-40 λεπτά.

B4) Η επεξεργασία και στατιστική ανάλυση των δεδομένων της μελέτης.

Μετά τη συλλογή των συμπληρωμένων ερωτηματολογίων, τα δεδομένα της μελέτης: τα γενικά στοιχεία (κωδικός μελέτης, δημοτικό σχολείο και τάξη φοίτησης, φύλο, ηλικία), τα στοιχεία της εξέτασης των παιδιών (σωματικό βάρος και ύψος, αριθμός τερηδονισμένων και εμφραγμένων δοντιών) και οι απαντήσεις στο ερωτηματολόγιο, καταχωρήθηκαν από τον ερευνητή σε βάση δεδομένων ηλεκτρονικού υπολογιστή (φύλλα εργασίας του προγράμματος MS Excel 2003 της Microsoft Inc).

Οι ερωτήσεις κωδικοποιήθηκαν με βάση την ενότητα του ερωτηματολογίου στην οποία ανήκαν (μέρος Α έως ΣΤ) και τον αριθμό της αντίστοιχης ερώτησης (όταν υπήρχε υποερώτηση προσθέτονταν και ο αντίστοιχος αύξων αριθμός της). Οι κωδικοί των ερωτήσεων παρατίθενται παράλληλα με το ερωτηματολόγιο στο παράρτημα της μελέτης (σελ: 205-217). Στις προκωδικοποιημένες απαντήσεις καταγράφηκε η αντίστοιχη επιλογή σε κάθε ερώτηση. Έτσι ανάλογα με την ερώτηση καταγράφηκε: ΝΑΙ/ΟΧΙ ή ο αριθμός της απάντησης (1, 2, 3 κ.ο.κ) που επιλέχθηκε. Το επίπεδο

εκπαίδευσης των γονέων (ερώτηση ΣΤ4 και ΣΤ10: γραμματικές γνώσεις μητέρας και πατέρα αντίστοιχα), κατατάχθηκε σε 3 κατηγορίες: 1) 6 ή λιγότερα έτη σχολικής εκπαίδευσης (μέχρι το δημοτικό σχολείο), 2) >6-12 έτη εκπαίδευσης (γυμνάσιο, λύκειο, μέση/τεχνική σχολή), 3) >12 έτη εκπαίδευσης (ανώτερη-ανώτατη σχολή). Τα επαγγέλματα (ερώτηση ΣΤ11, επάγγελμα πατέρα) ταξινομήθηκαν σε 5 βασικές κατηγορίες για να εκτιμηθεί αδρά το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, αφού το επάγγελμα του πατέρα -αν και υπάρχουν μεθοδολογικές δυσκολίες και διαφορετικές απόψεις— χρησιμοποιείται για την εκτίμηση της κοινωνικοοικονομικής τάξης των παιδιών¹⁴⁵. Οι κατηγορίες που δημιουργήθηκαν ήταν οι εξής: 1) επιστήμονες, ανώτεροι υπάλληλοι και επιχειρηματίες (ανώτερης–ανώτατης εκπαίδευσης), 2) συνήθεις υπάλληλοι γραφείου (δημόσιοι και ιδιωτικοί), διάφοροι ελεύθεροι επαγγελματίες και έμποροι, 3) επιτηδευματίες και χειρώνακτες υπάλληλοι (δημόσιοι και ιδιωτικοί), 4) εργάτες και 5) αγροτοκτηνοτρόφοι.

Η ανάλυση και επεξεργασία των δεδομένων της μελέτης περιέλαβε δύο συγκρίσεις:

I) Η βασική σύγκριση έγινε μεταξύ των παιδιών των μεταναστών από την Αλβανία (ομάδα Α) και του δείγματος των Ελληνοπαίδων (ομάδα Ε).

II) Για την εκτίμηση της επίδρασης του χρόνου παραμονής στην Ελλάδα στις εξεταζόμενες παραμέτρους των παιδιών των μεταναστών, έγινε σύγκριση μεταξύ των παιδιών που διέμεναν στην Ελλάδα ≤ 2 έτη (ομάδα Α1) και εκείνων που κατοικούσαν στη χώρα μας περισσότερα από 2 έτη (ομάδα Α2). Ο διαχωρισμός αυτός έγινε έχοντας υπόψη τα ευρήματα ανάλογων μελετών, που έδειξαν ότι ακόμη και μικρό διάστημα διαμονής στη χώρα υποδοχής συνοδεύεται από αλλαγές στις διατροφικές συνήθειες^{8,55,62} και ότι τα παιδιά των πρόσφατων μεταναστών βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο για χειρότερη στοματική υγεία^{8,34,35} και χαμηλότερους δείκτες σωματικής ανάπτυξης από εκείνα που διαμένουν περισσότερα έτη στη χώρα υποδοχής και από τα γηγενή παιδιά, η ανάπτυξή τους όμως βελτιώνεται μετά την εγκατάστασή τους σε «ευνοϊκότερες» περιβαλλοντικές και διατροφικές συνθήκες^{12,13,15,17,18,20,80}.

Για τη σύγκριση των σωματομετρικών στοιχείων (μέση τιμή βάρους, ύψους και ΔΜΣ) μεταξύ των ομάδων Α1 και Α2, λόγω του μικρού αριθμού παιδιών ανά μισά έτη ηλικίας και φύλο σε κάθε ομάδα, αυτά χωρίστηκαν σε δύο ηλικιακές κατηγορίες: 6-9 και 9.5-12.5 ετών.

Οι συγκρίσεις αφορούσαν όλες τις παραμέτρους της μελέτης, με επικέντρωση ιδιαίτερα στις διατροφικές συνήθειες και τα σωματομετρικά στοιχεία των παιδιών.

Επίσης, όσον αφορά τα Ελληνόπουλα, επισημάνθηκαν ορισμένα σημεία όπου βρέθηκαν διαφορές ως προς τις εξεταζόμενες παραμέτρους μεταξύ των παιδιών που κατοικούσαν στα Ιωάννινα (αστική περιοχή) και εκείνων των χωριών (ημιαστικές-αγροτικές περιοχές) του νομού.

Η ανάλυση και η επεξεργασία των αποτελεσμάτων έγινε με τη χρήση του στατιστικού πακέτου Statview SE+Graphics της SAS institute Inc. NC, USA. Τα αποτελέσματα εκφράζονται ως μέσες τιμές με τις σταθερές αποκλίσεις τους ($\text{means} \pm \text{SD}$) και σαν όριο σημαντικότητας θεωρήθηκε η τιμή του $p < 0.05$ (όριο στατιστικής σημαντικότητας το 5%). Για τη στατιστική επεξεργασία των ποσοτικών μεταβλητών των δεδομένων κατά τη σύγκριση των μέσων τιμών τους ανάμεσα σε ομάδες παιδιών, χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της ανάλυσης της μεταβλητότητας κατά μία διεύθυνση (one-way analysis of variance, ANOVA), χρησιμοποιώντας παράλληλα το τεστ προστασίας της ελάχιστης σημαντικότητας των ευρισκόμενων διαφορών (Fisher's protected least significant difference, PLSD test). Η δοκιμασία του χ^2 εφαρμόστηκε σαν κριτήριο της διαφοράς μεταξύ δύο αναλογιών (ποσοστών) των ποιοτικών παρατηρήσεων του ερωτηματολογίου. Οι πιθανές συσχετίσεις (correlations) μεταξύ των μεταβλητών των διαφόρων ομάδων σύγκρισης έγιναν με τη χρήση της μεθόδου της απλής παλίνδρομης ανάλυσης (simple regression analysis), ενώ για την ανίχνευση διαφορών στα σωματομετρικά των παιδιών χρησιμοποιήθηκε η πολυμεταβλητή ανάλυση συνδιακύμανσης, με δείκτες έκβασης (εξαρτημένες μεταβλητές) το βάρος, το ύψος και το ΔΜΣ για τους παράγοντες φύλο, εθνικότητα (ομάδα που ανήκαν τα παιδιά: παιδιά των μεταναστών από την Αλβανία και δείγμα των Ελληνοπαίδων) και ηλικία (ανεξάρτητες μεταβλητές). Οι στατιστικοί έλεγχοι της εθνικότητας και του φύλου, για το ύψος, το βάρος και το ΔΜΣ, έγιναν λαμβάνοντας υπόψη την επίδραση της ηλικίας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η ανταπόκριση στο ερωτηματολόγιο.

Από τα 912 παιδιά που εξετάστηκαν και δόθηκαν ερωτηματολόγια για συμπλήρωση από τους γονείς, επιστράφηκαν συμπληρωμένα τα 877: ανταπόκριση 96.2%.

Απάντησαν στο ερωτηματολόγιο:

- 612 από τα 629 παιδιά του δείγματος των Ελληνόπουλων
→ ομάδα Ε, ανταπόκριση 97.3% και
- 265 από τα 283 παιδιά των μεταναστών
→ ομάδα Α, ανταπόκριση 93.6%, ($p < 0.01$)

Δε βρέθηκαν διαφορές στο ποσοστό ανταπόκρισης ανάλογα με το φύλο των παιδιών: στην ομάδα Ε απάντησαν στο ερωτηματολόγιο 325/332 αγόρια (97.9%) και 287/297 κορίτσια (96.6%) και στην Α 137/149 αγόρια (91.9%) και 128/134 κορίτσια (95.5%). Επίσης παρόμοιο ήταν το ποσοστό ανταπόκρισης μεταξύ των παιδιών που κατοικούσαν στα Ιωάννινα και τα χωριά του νομού: ομάδα Ε 97.8% (403/412) και 96.3% (209/217), ομάδα Α 93.8% (196/209) και 93.2% (69/74) αντίστοιχα.

Η παρουσίαση των αποτελεσμάτων έγινε σε δύο μέρη:

Μέρος I, στο οποίο παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της σύγκρισης μεταξύ των παιδιών των μεταναστών από την Αλβανία και του αντιπροσωπευτικού δείγματος των Ελληνόπουλων.

Μέρος II, όπου παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της σύγκρισης μεταξύ των παιδιών των μεταναστών που διέμεναν στην Ελλάδα ≤ 2 έτη και εκείνων που κατοικούσαν περισσότερο από 2 έτη στη χώρα μας.

Η παράθεση και ανάλυση των αποτελεσμάτων, τόσο στο μέρος I όσο και στο II, έγινε κατά ενότητες που αφορούσαν:

- 1) τα σωματομετρικά στοιχεία των παιδιών,
- 2) την οδοντική υγεία και τις συνήθειες στοματικής υγιεινής και

- 3) το ερωτηματολόγιο, όπου παρουσιάζονται και αναλύονται οι απαντήσεις του ερωτηματολογίου ανά θεματική ενότητά του (μέρος Α-ΣΤ), εκτός από εκείνες που αναφέρονταν στις συνήθειες στοματικής υγιεινής των παιδιών οι οποίες αναλύθηκαν για λόγους νοηματικής συνέχειας μαζί με την οδοντική υγεία.

Στο τέλος του κεφαλαίου των αποτελεσμάτων **-επίλογος-** αναφέρεται από ποιον συμπληρώθηκε το ερωτηματολόγιο και παρατίθενται τα ελεύθερα σχόλια των γονέων.

ΜΕΡΟΣ Ι.

ΣΥΓΡΙΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΤΩΝ ΜΕΤΑΝΑΣΤΩΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΛΒΑΝΙΑ ΚΑΙ ΤΟΥ ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΕΥΤΙΚΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΟΠΑΙΔΩΝ.

Η βασική σύγκριση -ως προς τις εξεταζόμενες παραμέτρους της έρευνας- έγινε μεταξύ:

→ *των παιδιών των μεταναστών από την Αλβανία: ομάδα Α, n=283 παιδιά και*

→ *του δείγματος των Ελληνοπαίδων: ομάδα Ε, n=629 παιδιά.*

Η μέση ηλικία (SD) των παιδιών της ομάδος Α ήταν 9.50 (1.80) έτη και της ομάδος Ε 9.33 (1.73) έτη ($p=0.172$). Η μέση ηλικία (SD) των αγοριών ήταν στην ομάδα Α 9.40 (1.79) έτη και στην Ε 9.32 (1.73) έτη ($p=0.648$) και των κοριτσιών 9.61(1.81) και 9.34 (1.72) έτη αντίστοιχα ($p=0.153$).

Όλα τα παιδιά των μεταναστών είχαν γεννηθεί στην Αλβανία και ζούσαν με τις οικογένειές τους στο νομό Ιωαννίνων και το μέσο διάστημα (SD) διαμονής τους στην Ελλάδα ήταν 4.55 (2.22) έτη (εύρος: 3 μήνες–7.5 έτη).

1. Τα σωματομετρικά στοιχεία των παιδιών.

Από την πολυμεταβλητή ανάλυση προέκυψε ότι η ομάδα που ανήκαν τα παιδιά (ομάδα Α: παιδιά των μεταναστών ή ομάδα Ε: Ελληνόπουλα), επηρέαζε σημαντικά τις παραμέτρους του βάρους ($p<0.001$), του ύψους ($p<0.001$) και του ΔΜΣ ($p=0.003$).

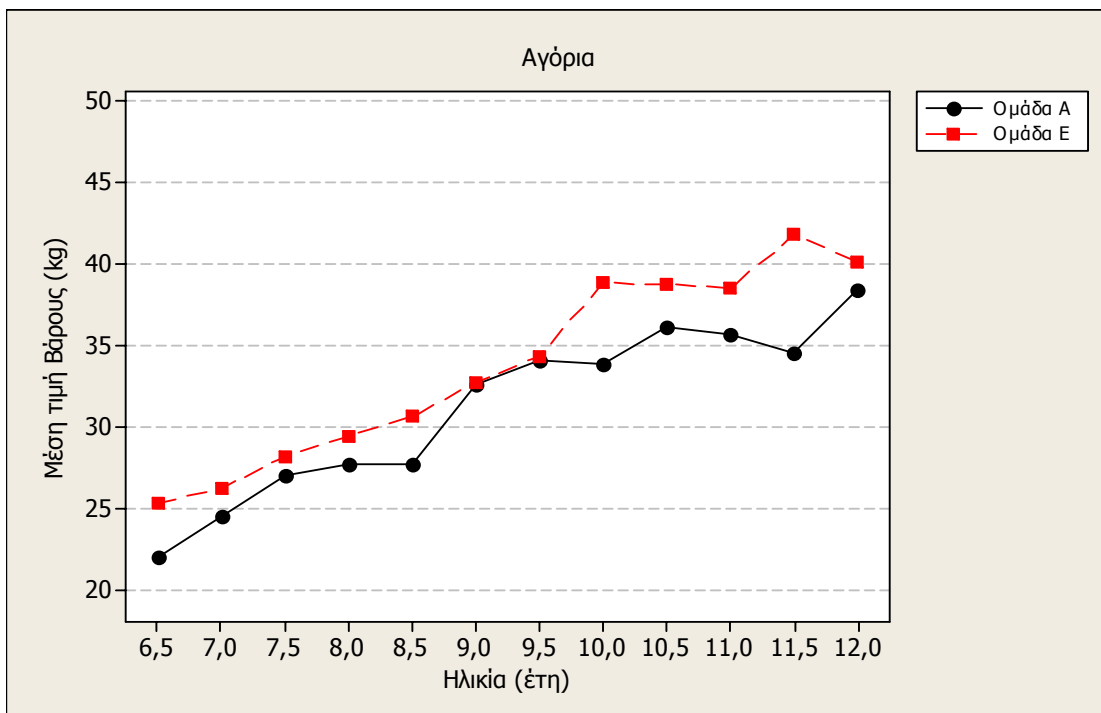
Τα παιδιά των μεταναστών από την Αλβανία (ομάδα Α), είχαν μικρότερο μέσο βάρος (διάγραμμα 10α και 10β), μέσο ύψος (διάγραμμα 11α και 11β) και μέση τιμή ΔΜΣ (διάγραμμα 12α και 12β) για την ηλικία και το φύλο τους συγκριτικά με το δείγμα των Ελληνοπαίδων (ομάδα Ε).

Το φύλο, ανεξάρτητα από την ομάδα που ανήκαν τα παιδιά, επηρέαζε σημαντικά το βάρος: τα αγόρια είχαν μικρότερο βάρος συγκριτικά με τα κορίτσια ($p=0.026$), ενώ δε βρέθηκαν διαφορές στο ύψος ($p=0.116$) και στο ΔΜΣ ($p=0.135$).

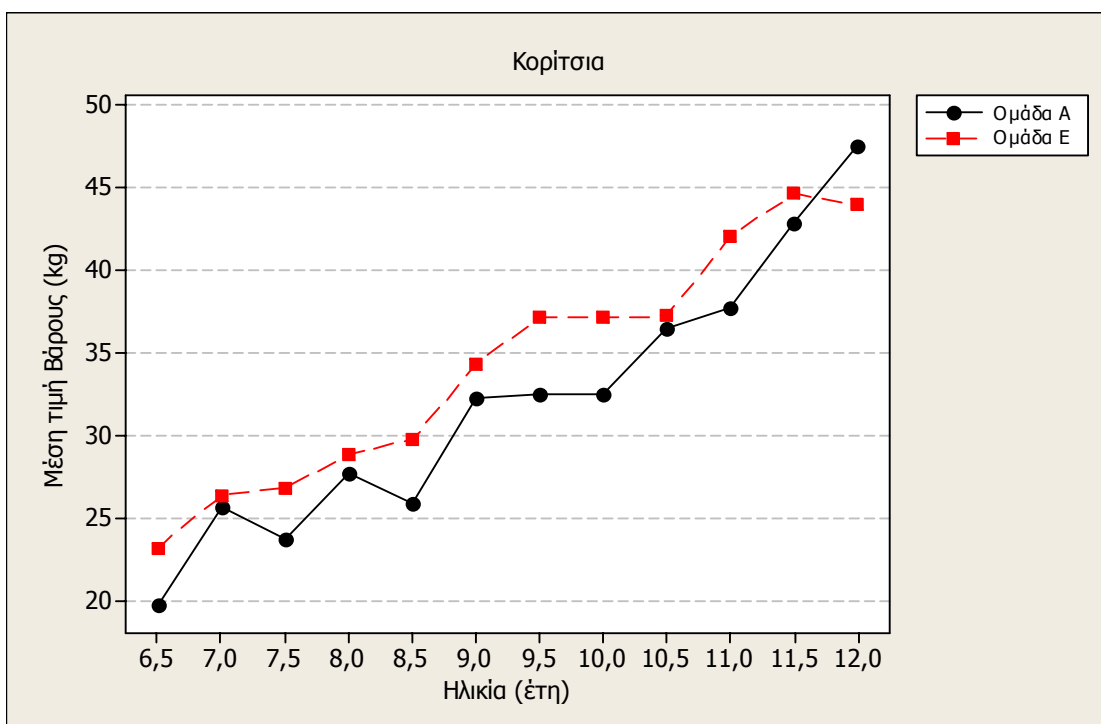
► **Σωματικό βάρος και ύψος.**

Διάγραμμα 10α,β. Συγκριτική παρουσίαση του μέσου βάρους των παιδιών των μεταναστών από την Αλβανία (ομάδα Α) και του δείγματος των Ελληνόπουλων (ομάδα Ε) ανά ηλικία και φύλο.

10α. Μέσο βάρος αγοριών.

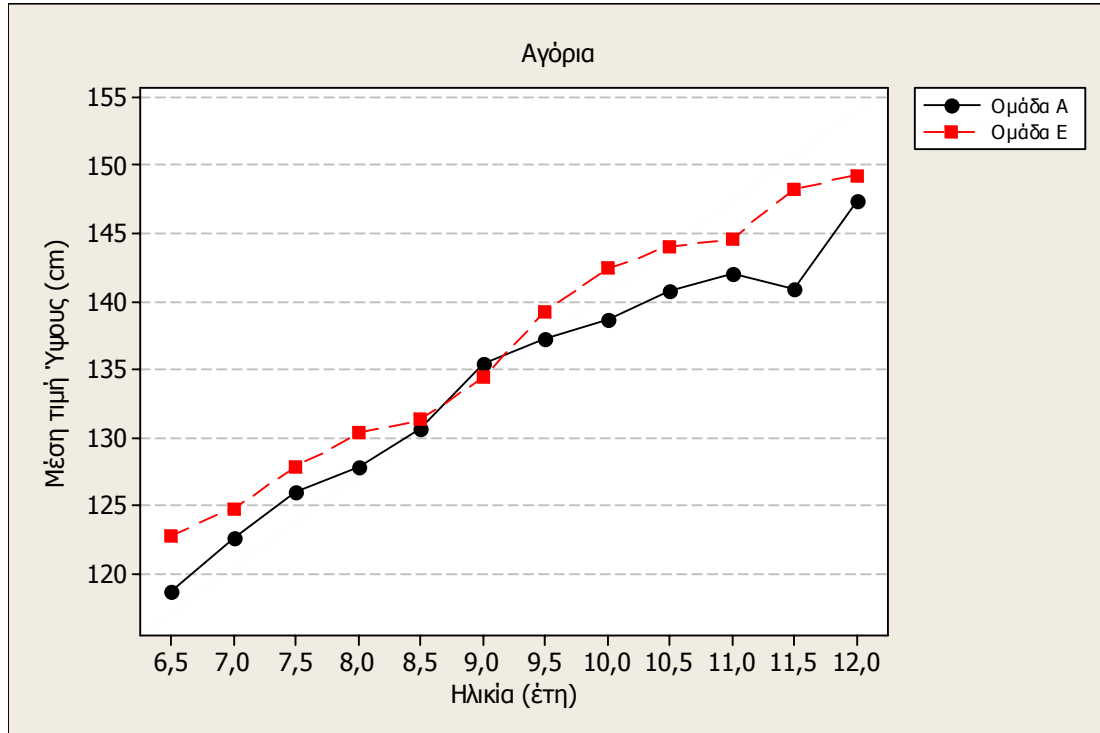


10β. Μέσο βάρος κοριτσιών.

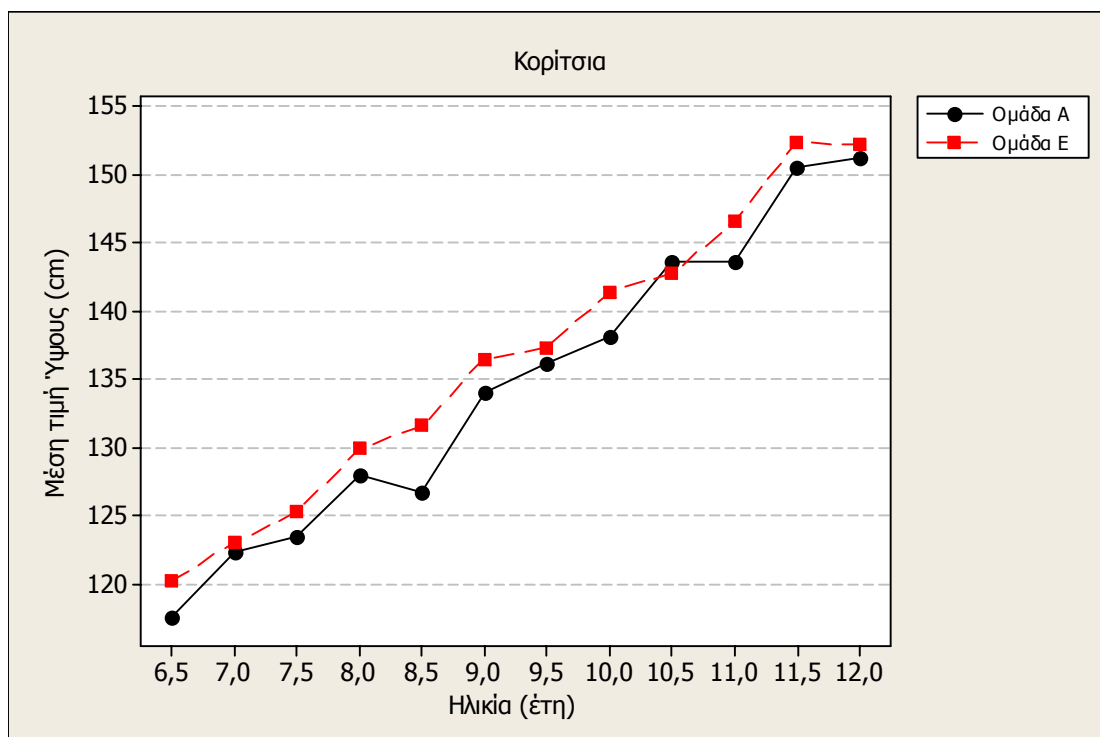


Διάγραμμα 11α,β. Συγκριτική παρουσίαση του μέσου ύψους των παιδιών των μεταναστών από την Αλβανία (ομάδα Α) και του δείγματος των Ελληνόπουλων (ομάδα Ε) ανά ηλικία και φύλο.

11α. Μέσο ύψος αγοριών.



11β. Μέσο ύψος κοριτσιών.



Σημαντικές διαφορές βρέθηκαν στα ποσοστά των παιδιών μεταξύ των ομάδων Α και Ε με σωματομετρικά στοιχεία $<10^{\text{η}}$ ΕΘ ή $>90^{\text{η}}$ ΕΘ των εθνικών προτύπων ανάπτυξης των Ελληνοπαίδων¹¹⁸, τόσο στο σύνολό τους (αγόρια και κορίτσια) (Πίνακας 3α), όσο και ανά φύλο (Πίνακας 3β).

Πίνακας 3α. Ποσοστό των παιδιών στο σύνολό τους (αγόρια και κορίτσια) της ομάδος Α συγκριτικά με την ομάδα Ε με σωματομετρικά στοιχεία $<10^{\text{η}}$ ΕΘ ή $>90^{\text{η}}$ ΕΘ των εθνικών προτύπων ανάπτυξης για την ηλικία και το φύλο τους.

εκατοστιαίες θέσεις		σύνολο παιδιών (αγόρια+κορίτσια) % (n)		
		ομάδα Α (n=283)	ομάδα Ε (n=629)	p
βάρους σώματος	$<10^{\text{η}}$	17 (48)	11.3 (71)	0.018**
	$>90^{\text{η}}$	3.9 (11)	7.6 (48)	0.033*
ύψους σώματος	$<10^{\text{η}}$	19.1 (54)	9.2 (58)	<0.0001
	$>90^{\text{η}}$	6.4 (18)	14.9 (94)	<0.001

*p<0.05, **p<0.02

Πίνακας 3β. Συγκριτική παρουσίαση του ποσοστού των αγοριών καθώς και των κοριτσιών των ομάδων Α και Ε με σωματομετρικά στοιχεία $<10^{\text{η}}$ ΕΘ ή $>90^{\text{η}}$ ΕΘ των εθνικών προτύπων ανάπτυξης για την ηλικία και το φύλο τους.

εκατοστιαίες θέσεις		αγόρια % (n)			κορίτσια % (n)		
		ομάδα Α (n=149)	ομάδα Ε (n=332)	p	ομάδα Α (n=134)	ομάδα Ε (n=297)	p
βάρους σώματος	$<10^{\text{η}}$	16.8 (25)	12.3 (41)	0.192	17.2 (23)	10.1 (30)	0.039*
	$>90^{\text{η}}$	2.0 (3)	7.2 (24)	0.022*	5.9 (8)	8.1 (24)	0.439
ύψους σώματος	$<10^{\text{η}}$	20.8 (31)	10.2 (34)	0.002**	17.2 (23)	8.1 (24)	0.005**
	$>90^{\text{η}}$	4.7 (7)	15.4 (51)	<0.001	8.2 (11)	14.5 (43)	0.069

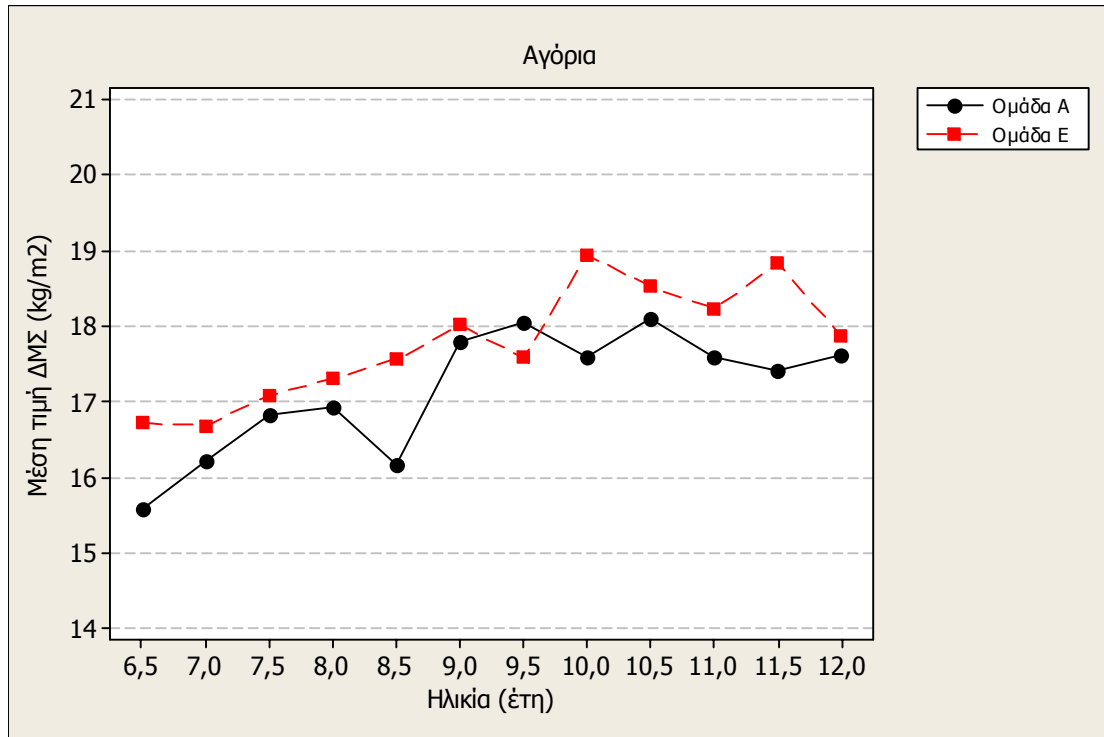
*p<0.05, **p<0.01

Σημαντικά μεγαλύτερο ήταν το ποσοστό των παιδιών της ομάδος Α συγκριτικά με την Ε που είχε αντίστοιχα βάρος $<10^{\text{η}}$ ΕΘ για την ηλικία και το φύλο του (17% vs 11.3%) και ύψος $<10^{\text{η}}$ ΕΘ (19.1% vs 9.2%). Στην ομάδα Ε ήταν σημαντικά μεγαλύτερο το ποσοστό των παιδιών που είχε αντίστοιχα βάρος $>90^{\text{η}}$ ΕΘ (7.6% vs 3.9%) και ύψος $>90^{\text{η}}$ ΕΘ (14.9% vs 6.4%), (Πίνακας 3α). Στη σύγκριση ανά φύλο μεταξύ των δύο ομάδων, στα αγόρια οι ανωτέρω διαφορές παρέμεναν σημαντικές (εκτός του ποσοστού των αγοριών με βάρος $<10^{\text{η}}$ ΕΘ), ενώ στα κορίτσια σημαντικά μεγαλύτερο στην ομάδα Α συγκριτικά με την Ε ήταν το ποσοστό με βάρος $<10^{\text{η}}$ ΕΘ (17.2% vs 10.1%) και ύψος $<10^{\text{η}}$ ΕΘ (17.2% vs 8.1%), (Πίνακας 3β).

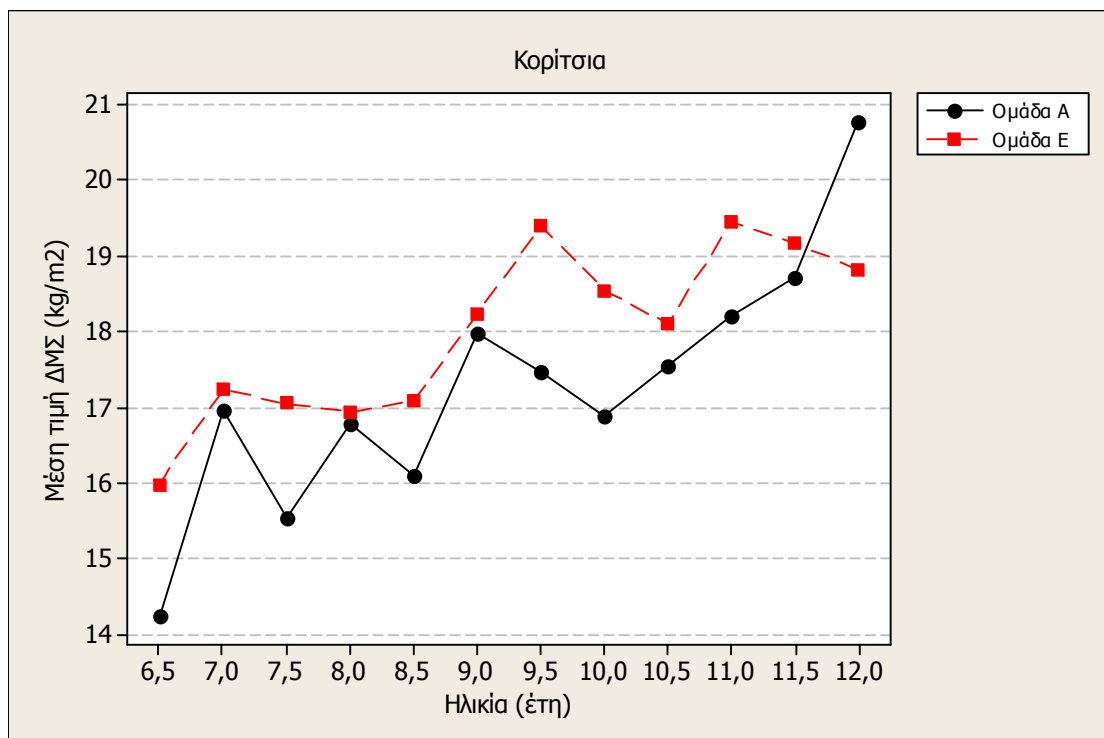
► **Δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ).**

Διάγραμμα 12α,β. Συγκριτική παρουσίαση της μέσης τιμής του ΔΜΣ ανά ηλικία και φύλο στα παιδιά των μεταναστών (ομάδα Α) και στο δείγμα των Ελληνόπουλων (ομάδα Ε).

12α. Μέση τιμή ΔΜΣ αγοριών.



12β. Μέση τιμή ΔΜΣ κοριτσιών.



Σύμφωνα με τα διεθνή κριτήρια¹²⁶ που προτείνονται για τον ορισμό των παιδιών με υπερβάλλον βάρος, σημαντικά μεγαλύτερο ήταν στην ομάδα Ε συγκριτικά με την Α, τόσο το ποσοστό των υπέρβαρων όσο και το συνολικό ποσοστό υπέρβαρων και παχύσαρκων παιδιών (Πίνακας 4α). Οι ανωτέρω διαφορές βρέθηκαν σημαντικές και στη σύγκριση των αγοριών και των κοριτσιών μεταξύ των ομάδων Α και Ε (Πίνακας 4β).

Πίνακας 4α. Υπέρβαρα (Υ) και παχύσαρκα (Π) παιδιά (αγόρια και κορίτσια) στην ομάδα Α συγκριτικά με την Ε.

	σύνολο παιδιών (αγόρια+κορίτσια) ποσοστό % (n)		
	ομάδα Α (n=283)	ομάδα Ε (n=629)	p
Υ	10.2 (29)	21.6 (136)	<0.0001
Π	2.5 (7)	5.1 (32)	0.071
Υ+Π	12.7 (36)	26.7 (168)	<0.0001

Πίνακας 4β. Συγκριτική παρουσίαση των ποσοστών των υπέρβαρων (Υ) και των παχύσαρκων (Π) αγοριών και των κοριτσιών των ομάδων Α και Ε.

	αγόρια ποσοστό % (n)			κορίτσια ποσοστό % (n)		
	ομάδα Α (n=149)	ομάδα Ε (n=332)	p	ομάδα Α (n=134)	ομάδα Ε (n=297)	p
Υ	8.0 (12)	19.6 (65)	0.001**	12.7 (17)	23.9 (71)	0.007*
Π	2.7 (4)	5.1 (17)	0.226	2.2 (3)	5.0 (15)	0.176
(Υ+Π)	10.7 (16)	24.7 (82)	<0.001**	14.9 (20)	28.9 (86)	0.002*

*p<0.01, ** p≤0.001

Σχετικά με την ηλικία δεν βρέθηκαν διαφορές μεταξύ των μικρότερων (6-9 ετών) και των μεγαλύτερων παιδιών (9.5-12.5 ετών) και στις δύο ομάδες (Πίνακας 5).

Όσον αφορά το φύλο, επίσης δε βρέθηκε διαφορά στο ποσοστό υπέρβαρων και παχύσαρκων μεταξύ αγοριών και κοριτσιών τόσο στην ομάδα Α (p=0.291) όσο και στην Ε (p=0.228).

Πίνακας 5. Ποσοστά υπέρβαρων (Υ) και παχύσαρκων (Π) παιδιών των μεταναστών (ομάδα Α) και Ελληνόπουλων (ομάδα Ε) σε σχέση με την ηλικία τους.

	ο μ ά δ α Α ποσοστό παιδιών % (n)		ο μ ά δ α Ε ποσοστό παιδιών % (n)	
	6-9 ετών (n=127)	9.5-12.5 ετών (n=156)	6-9 ετών (n=304)	9.5-12.5 ετών (n=325)
Υ	9.4 (12)	10.9 (17)	21.1 (64)	22.2 (72)
Π	3.9 (5)	1.3 (2)	5.6 (17)	4.6 (15)
(Υ+Π)	13.4 (17)	12.2 (19)	26.6 (81)	26.8 (87)

Τα ποσοστά υπέρβαρων και παχύσαρκων Ελληνόπουλων δε διέφεραν μεταξύ των παιδιών που κατοικούσαν στα Ιωάννινα και στα χωριά του νομού: 26.4% (υπέρβαρα 21.8%, 90/412 και παχύσαρκα 4.6%, 19/412) και 27.2% (υπέρβαρα 21.2%, 46/217 και παχύσαρκα 6%, 13/217) αντίστοιχα.

Σχετικά με τη βαθμίδα εκπαίδευσης της μητέρας υπέρβαρα/παχύσαρκα στην ομάδα Α ήταν το 29% (9/31) των παιδιών με μητέρες ανώτερης–ανώτατης εκπαίδευσης, το 11.9% (23/193) εκείνων με μητέρες με 6-12 έτη εκπαίδευσης και το 6.5% (2/31) αυτών που οι μητέρες είχαν 6 ή λιγότερα έτη εκπαίδευσης ($p=0.016$), ενώ τα αντίστοιχα ποσοστά για τα Ελληνόπουλα ήταν: 30.5% (53/174), 22.2% (67/302) και 32.1% (42/131), ($p=0.042$).

2. Η οδοντική υγεία και οι συνήθειες στοματικής υγιεινής.

Η κατάσταση της οδοντικής υγείας ήταν σημαντικά καλύτερη στα Ελληνόπουλα συγκριτικά με τα παιδιά των μεταναστών.

Στην ομάδα Ε ήταν σχεδόν τριπλάσιο το ποσοστό των παιδιών ελεύθερων τερηδόνας (χωρίς τερηδονισμένα ή εμφραγμένα δόντια): 21.6% έναντι 7.8% στην ομάδα Α. Στην ίδια ομάδα 1 στα 5 παιδιά είχε αποκατασταθείσα τερηδόνα (εμφραγμένα τα τερηδονισμένα δόντια) συγκριτικά με 1 στα 10 παιδιά της ομάδας Α (Πίνακας 6).

Ο μέσος αριθμός (SD) τερηδονισμένων δοντιών ανά παιδί ήταν διπλάσιος στα παιδιά των μεταναστών: 4.93 (3.68) στην ομάδα Α έναντι 2.40 (2.89) στην Ε ($p<0.0001$). Ο μέσος αριθμός (SD) εμφραγμένων δοντιών ήταν στην ομάδα Α 0.58 (1.15) και στην Ε 1.28 (1.98), ($p<0.0001$).

Πίνακας 6. Η οδοντική υγεία των παιδιών των μεταναστών (ομάδα Α) συγκριτικά με τα γηγενή παιδιά (ομάδα Ε).

κατάσταση δοντιών	ποσοστό παιδιών % (n)		p
	ομάδα Α (n=283)	ομάδα Ε (n=629)	
ελευθέρα τερηδόνας	7.8 (22)	21.6 (136)	<0.0001
τερηδόνα αποκατασταθείσα	9.5 (27)	20.3 (128)	<0.0001
τερηδόνα μη αποκατασταθείσα	82.7 (234)	58.0 (365)	<0.0001

Όσον αφορά τις συνήθειες στοματικής υγιεινής, μόνο το 50.6% των Ελληνόπουλων και το 43% των παιδιών των μεταναστών βούρτσιζαν καθημερινά τα δόντια τους (Πίνακας 7).

Πίνακας 7. Συνήθειες στοματικής υγιεινής των παιδιών.

βουρτσίζει το παιδί σας τα δόντια του;	ομάδα Α (n=265) %	ομάδα Ε (n=607) %
κάθε μέρα	43.0	50.6*
μερικές φορές την εβδομάδα	49.4	46.0
όχι, δεν τα βουρτσίζει	7.6	3.4

*p<0.05

Σχετικά με το πότε συνήθιζαν να βουρτσίζουν τα δόντια τους (υπήρχαν και περισσότερες από μια απαντήσεις), το 61.3% (359/586) των παιδιών της ομάδος Ε δήλωσε ότι συνήθιζε να τα βουρτσίζει το βράδυ πριν να κοιμηθεί συγκριτικά με το 42.4% (104/245) εκείνων της ομάδος Α (p<0.0001), το πρώι το 38.9% και το 40.8% αντίστοιχα, ενώ μετά το μεσημεριανό γεύμα το 6.9% της ομάδος Α και το 8.9% της Ε. Επίσης περίπου 1 στα 4 παιδιά των μεταναστών (26.5%) και 1 στα 5 γηγενή (20.6%) ανέφεραν ότι βούρτσιζαν τα δόντια τους «όποτε να 'ναι».

Σχεδόν διπλάσιο ποσοστό παιδιών των μεταναστών, συγκριτικά με τα Ελληνόπουλα, δεν είχε επισκεφθεί ποτέ οδοντίατρο. Στους μετανάστες ήταν διπλάσιο το ποσοστό των παιδιών που επισκέφθηκε τον οδοντίατρο λόγω πονόδοντου και στα γηγενή ήταν σχεδόν τριπλάσιο το ποσοστό εκείνων που είχαν προληπτικό οδοντιατρικό έλεγχο (Πίνακας 8).

Η μέση ηλικία (SD) πρώτης οδοντιατρικής εξέτασης ήταν τα 7.02 (2.05) έτη στα παιδιά των μεταναστών και τα 6.35 (2.01) έτη στα γηγενή (p<0.001). Επίσης διπλάσιο

ήταν το ποσοστό των Ελληνόπουλων που είχαν προληπτική φθορίωση των δοντιών: 28.8% (176/610) συγκριτικά με 13.3% (35/262) των παιδιών των μεταναστών ($p < 0.0001$).

Πίνακας 8. Η οδοντιατρική φροντίδα των παιδιών των μεταναστών (ομάδα Α) συγκριτικά με τα γηγενή (ομάδα Ε).

οδοντιατρική φροντίδα των παιδιών		ομάδα Α (n=265) % (n)	ομάδα Ε (n=612) % (n)	p
δεν έχει επισκεφθεί ποτέ οδοντίατρο		23.8 (63)	12.7 (78)	<0.0001
αίτια 1 ^{ης} εξέτασης στον οδοντίατρο	πονόδοντος	45.7 (121)	22.4 (137)	<0.0001
	αποκατάσταση τερηδόνας	12.8 (34)	23.5 (144)	0.003*
	ορθοδοντικό πρόβλημα	5.3 (14)	9.0 (55)	0.061
	προληπτικός έλεγχος	12.4 (33)	32.4 (198)	<0.0001

* $p < 0.01$

Το μορφωτικό επίπεδο της μητέρας (ανώτερη-ανώτατη εκπαίδευση) στα Ελληνόπουλα συσχετιζόταν θετικά με το καθημερινό βούρτσισμα των δοντιών: 60.3% (79/131) των παιδιών με μητέρες ανώτερης-ανώτατης εκπαίδευσης έναντι 47.3% (223/471) των υπόλοιπων ($p = 0.008$), καθώς και με την αναζήτηση οδοντιατρικής φροντίδας: είχε επισκεφθεί οδοντίατρο το 93.9% (123/131) των παιδιών με μητέρες ανώτερης-ανώτατης εκπαίδευσης σε σύγκριση με το 85.9% (409/476) των υπόλοιπων ($p = 0.014$). Στα παιδιά των μεταναστών η ανώτερη-ανώτατη εκπαίδευση της μητέρας, δεν βρέθηκε να επιδρά στο καθημερινό βούρτσισμα των δοντιών: 54.8% (17/31) έναντι 41.9% (94/224), ούτε στη συχνότητα αναζήτησης οδοντιατρικής φροντίδας: 77.4% (24/31) στα παιδιά μητέρων με ανώτερη-ανώτατη εκπαίδευση έναντι 75.5% (169/224) στα υπόλοιπα.

Η συνήθεια του καθημερινού βουρτσίσματος των δοντιών ήταν συχνότερη στα Ελληνόπουλα της πόλης συγκριτικά με εκείνα που κατοικούσαν στα χωριά: 55% (221/402) και 41.9% (86/205) αντίστοιχα ($p = 0.002$). Επίσης, ενώ το ποσοστό των Ελληνόπουλων της πόλης που είχαν επισκεφθεί οδοντίατρο ήταν παρόμοιο με εκείνο των παιδιών των χωριών (88.9%, 353/403 και 86.6%, 181/209 αντίστοιχα), η αιτία αναζήτησης οδοντιατρικής φροντίδας διέφερε σημαντικά: το 53.6% (112/209) των

παιδιών των χωριών είχε επισκεφθεί τον οδοντίατρο λόγω πονόδοντου ή για αποκατάσταση τερηδονικής βλάβης συγκριτικά με το 41.9% (169/403) εκείνων της πόλης ($p=0.006$), ενώ τα αντίστοιχα ποσοστά προληπτικού ελέγχου ήταν 25.8% (54/209) και 35.7% (144/403), ($p=0.013$).

3. Το ερωτηματολόγιο.

► Οι διατροφικές συνήθειες των παιδιών.

Το πρωινό γεύμα.

	ομάδα Α (n=262)	ομάδα Ε (n=611)
	%	%
πρωινό κάθε μέρα	77.8	76.7
μερικές φορές την εβδομάδα	14.0	13.6
σπάνια-ποτέ	8.2	9.7

Τα παιδιά των μεταναστών (ομάδα Α) κατανάλωναν σε μεγαλύτερο ποσοστό βούτυρο και αυγά στο πρωινό τους και τα Ελληνόπουλα (ομάδα Ε) δημητριακά (Πίνακας 9).

Πίνακας 9. Τρόφιμα που καταναλώνονταν συνήθως στο πρωινό γεύμα.

τρόφιμα	ομάδα Α (n=262) %	ομάδα Ε (n=611) %	p
γάλα	92.4	92.3	0.980
ψωμί, φρυγανιά	29.3	30.1	0.804
μέλι, μαρμελάδα, μερέντα	30.4	35.0	0.186
βούτυρο	16.0	11.0	0.040*
αυγά	23.6	12.4	<0.0001
δημητριακά	8.4	17.9	<0.001
κακάο, hemo	17.5	16.7	0.773
φρούτα, χυμός	9.1	9.8	0.749

* $p < 0.05$

Το κολατσιό στο σχολείο.

	ομάδα Α % (n=262)	ομάδα Ε % (n=613)
κολατσιό κάθε μέρα	82.1	85.6
μερικές φορές την εβδομάδα	14.1	10.6
σπάνια-ποτέ	3.8	3.7

Περίπου τα 2/3 των παιδιών (ομάδα Α: 66.4%, 172/259 και Ε: 60.9%, 370/607) αγόραζαν το κολατσιό τους από το σχολείο, ενώ στα υπόλοιπα (ομάδα Α: 33.2% και Ε: 38.9%) το κολατσιό ετοιμάζονταν από το σπίτι.

Σε μεγαλύτερο ποσοστό τα παιδιά των μεταναστών (ομάδα Α) προτιμούσαν είδη κυλικείου και διάφορα σνακς (τυρόπιτα, γαριδάκια-τσιπς, αναψυκτικά) για κολατσιό στο σχολείο (Πίνακας 10).

Πίνακας 10. Τρόφιμα που καταναλώνονταν συνήθως στο κολατσιό.

τρόφιμα	ομάδα Α (n=263) %	ομάδα Ε (n=611) %	P
σάντουιτς-τόστ	75.3	75.7	0.901
τυρόπιτα	40.3	31.7	0.015*
γλυκά	30.4	29.9	0.890
αναψυκτικά	18.6	11.8	0.007**
γαριδάκια-τσιπς	23.2	14.7	0.002**
φρούτα, χυμοί	25.1	26.0	0.773

*p<0.02, **p<0.01

Όσον αφορά τα Ελληνόπουλα, παρατηρήθηκαν ορισμένες ενδιαφέρουσες διαφορές στις συνήθειες του πρωινού γεύματος και του κολατσιού μεταξύ των παιδιών που κατοικούσαν στην πόλη και εκείνων των χωριών. Μεγαλύτερο ήταν το ποσοστό των παιδιών της πόλης που έτρωγε δημητριακά στο πρωινό του (20.7%, 83/401, έναντι 12.4%, 26/209, p=0.011). Επίσης, αν και το κολατσιό δίνονταν από το σπίτι στο 46.4% (97/209) των παιδιών των χωριών έναντι του 34.9% (139/398) εκείνων της πόλης (p=0.018), σε σχεδόν διπλάσιο ποσοστό τα πρώτα έτρωγαν διάφορα σνακς (γαριδάκια-τσιπς) στο σχολείο τους: 21.1 % (44/209) συγκριτικά με 11.4% (46/402) αντίστοιχα (p=0.001), ενώ σημαντικά περισσότερα παιδιά της πόλης από ότι των χωριών προτιμούσαν σάντουιτς ή τoστ για το κολατσιό τους: 80.2% (304/379) συγκριτικά με 67.5% (141/209) αντίστοιχα (p<0.001).

Σημαντικές διαφορές μεταξύ των παιδιών των μεταναστών και των γηγενών, σύμφωνα με τις απαντήσεις των γονιών τους, βρέθηκαν και στη μέση εβδομαδιαία συχνότητα κατανάλωσης (πόσες ημέρες της εβδομάδας) διαφόρων τροφών. Όσον αφορά τις βασικές τροφές, η κατανάλωση κοτόπουλου, λαχανικών και φρούτων ήταν συχνότερη στα παιδιά των μεταναστών. Η ίδια ομάδα κατανάλωνε συχνότερα αλλαντικά, αναψυκτικά και διάφορα σνακς (γαριδάκια, τσιπς). Επίσης τα παιδιά της ομάδος Ε έτρωγαν συχνότερα τυρί, ενώ της ομάδος Α γιαούρτι (Πίνακας 11).

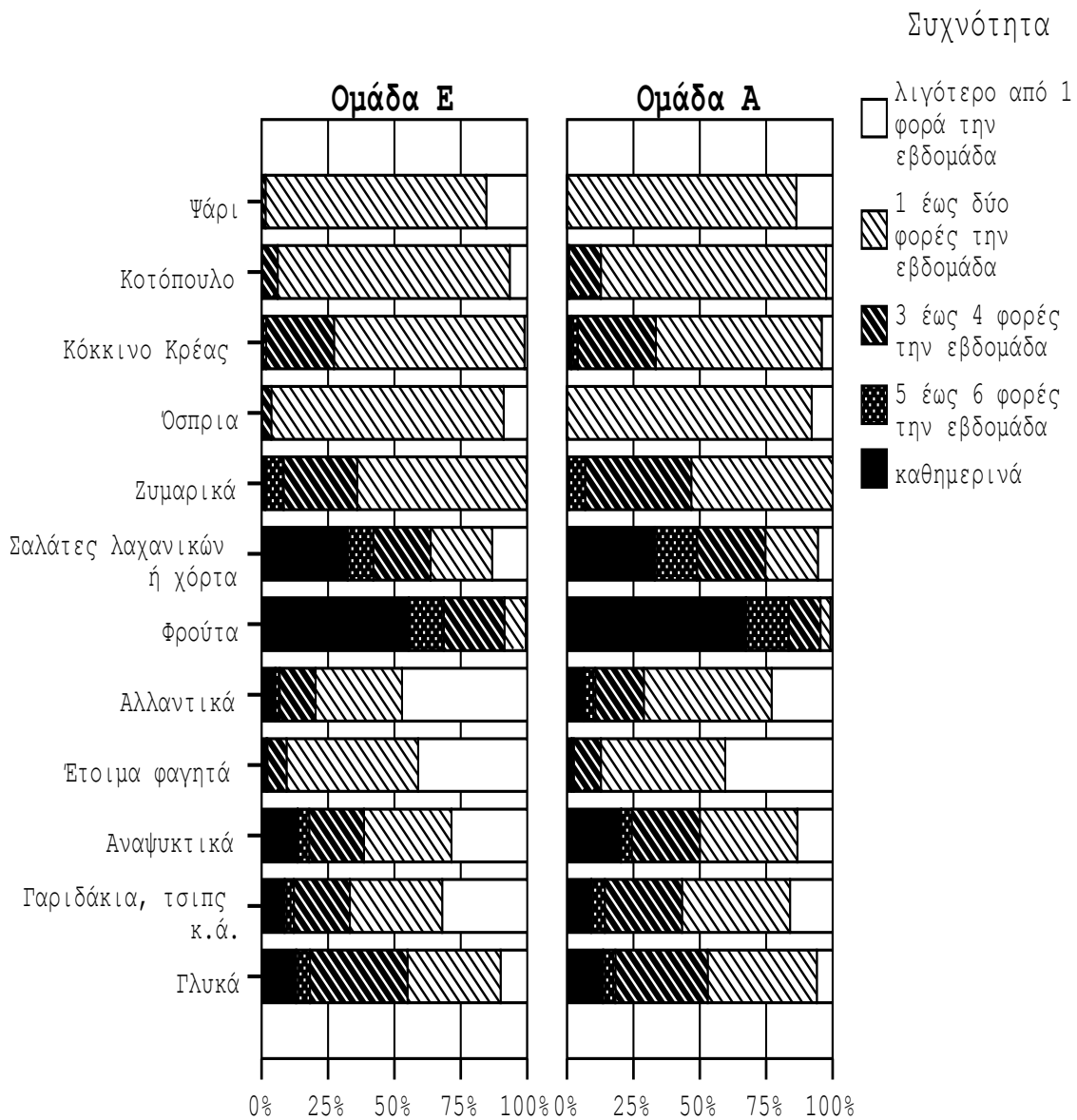
Πίνακας 11. Μέση εβδομαδιαία συχνότητα κατανάλωσης τροφών (φορές/εβδομάδα) στα παιδιά των μεταναστών (ομάδα Α) και στα γηγενή (ομάδα Ε).

τρόφιμα	απάντησαν, n		φορές / εβδομάδα (SD)		
	Α	Ε	ομάδα Α	ομάδα Ε	p
κόκκινο κρέας	247	597	2.18 (1.24)	2.03 (1.01)	0.062
κοτόπουλο	246	594	1.68 (0.91)	1.31 (0.68)	<0.0001
ψάρι	242	591	1.04 (0.63)	1.06 (0.53)	0.740
όσπρια	241	599	1.26 (0.54)	1.31 (0.68)	0.328
ζυμαρικά	241	571	2.72 (1.11)	2.58 (1.29)	0.129
πατάτες	245	595	2.57 (1.28)	2.69 (1.45)	0.285
μαγειρεμένα λαχανικά χωρίς κρέας	236	562	1.22 (0.82)	1.11 (0.85)	0.083
τυρί	244	594	4.20 (2.45)	4.55 (2.30)	0.048*
γιαούρτι	238	563	2.56 (1.80)	1.99 (1.63)	<0.0001
σαλάτες λαχανικών, χόρτα	235	561	4.35 (2.32)	3.88 (2.58)	0.015**
φρούτα	246	574	6.09 (1.75)	5.54 (1.86)	<0.0001
χυμοί φρούτων	238	571	4.20 (2.27)	4.31 (2.33)	0.514
αναψυκτικά	232	547	3.08 (2.36)	2.40 (2.27)	<0.001
αλλαντικά	236	542	1.97 (1.85)	1.45 (1.78)	<0.001
έτοιμα φαγητά (fast food)	241	551	1.15 (1.34)	1.14 (1.24)	0.934
γαριδάκια-τσιπς	233	544	2.49 (1.94)	2.09 (2.02)	0.012**
γλυκά	242	570	3.02 (1.95)	3.01 (2.01)	0.914
ξηροί καρποί	229	515	0.80 (1.20)	0.80 (1.15)	0.972

*p<0.05, **p<0.02

Οι ποσοστιαίες συχνότητες εβδομαδιαίας κατανάλωσης διαφόρων τροφών στα παιδιά των ομάδων Α και Ε, παρουσιάζονται στο διάγραμμα 13. Στον πίνακα 12, γίνεται αναλυτική παρουσίαση των συχνοτήτων εβδομαδιαίας κατανάλωσης διαφόρων τροφών στα παιδιά των δύο ομάδων (απόλυτος αριθμός και ποσοστό παιδιών).

Διάγραμμα 13. Ποσοστιαίες συχνότητες εβδομαδιαίας κατανάλωσης διαφόρων τροφών στα Ελληνόπουλα (ομάδα Ε) και στα παιδιά των μεταναστών (ομάδα Α).



Πίνακας 12. Συχνότητες εβδομαδιαίας κατανάλωσης διαφόρων τροφών στα παιδιά των μεταναστών (ομάδα Α) και στα Ελληνόπουλα (ομάδα Ε).

Τρόφιμα	Απάντησαν, n		Αριθμός παιδιών, n (%)											
	Α	Ε	< 1 φορά / εβδο		1-2 φορές / εβδο		3-4 φορές / εβδο		5-6 φορές / εβδο		Κάθε μέρα			
			Α	Ε	Α	Ε	Α	Ε	Α	Ε	Α	Ε		
Ψάρι*	242	591	33 (13,6)	89 (15,0)	209 (86,4)	493 (83,4)	0 (0)	9 (1,5)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Κοτόπουλο	246	594	6 (2,4)	39 (6,6)	210 (85,4)	519 (87,3)	29 (11,8)	35 (5,9)	1 (0,4)	1 (0,2)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Κόκκινο κρέας	247	597	10 (4,0)	6 (1,0)	154 (62,3)	428 (71,7)	73 (29,5)	153 (25,6)	6 (2,4)	7 (1,2)	4 (1,6)	3 (0,5)		
Όσπρια	241	599	19 (7,9)	53 (8,8)	222 (92,1)	531 (88,6)	0 (0)	15 (2,5)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)		
Ζυμαρικά	241	571	0 (0)	1 (0,2)	124 (51,5)	360 (63,0)	101 (41,9)	163 (28,5)	14 (5,8)	39 (6,8)	2 (0,8)	8 (1,4)		
Λαχανικά	235	561	13 (5,5)	74 (13,2)	46 (19,6)	130 (23,2)	60 (25,5)	121 (21,6)	39 (16,6)	54 (9,6)	77 (32,8)	182 (32,4)		
Φρούτα	246	574	2 (0,8)	3 (0,5)	9 (3,6)	46 (8,0)	29 (11,8)	131 (22,8)	39 (15,9)	76 (13,2)	169 (68,7)	318 (55,4)		
Αλλαντικά	236	542	54 (22,9)	256 (47,2)	114 (48,3)	176 (32,5)	43 (18,2)	73 (13,5)	10 (4,2)	9 (1,7)	15 (6,3)	28 (5,2)		
Έτοιμα φαγητά	241	551	98 (40,7)	226 (41,0)	113 (46,9)	273 (49,5)	24 (10,0)	40 (7,2)	2 (0,8)	2 (0,4)	4 (1,7)	10 (1,8)		
Αναψυκτικά	232	547	30 (12,9)	156 (28,5)	83 (35,8)	180 (32,9)	58 (27,6)	113 (20,7)	9 (3,9)	24 (4,4)	46 (19,8)	74 (13,5)		
Γαρίδικα – τσιπς	233	544	37 (15,9)	174 (32,0)	94 (40,3)	189 (34,7)	69 (27,6)	115 (21,1)	12 (5,1)	19 (3,5)	21 (9,0)	47 (8,6)		
Γλυκά	242	570	14 (5,8)	57 (10,0)	97 (40,1)	200 (35,1)	88 (36,4)	209 (36,7)	11 (4,5)	30 (5,3)	32 (13,2)	74 (13,0)		

* ≥2 φορές την εβδομάδα: 2/242 (0,8%) στην ομάδα Α και 24/591 (4,1%) στην ομάδα Ε.

Τα παιδιά των μεταναστών έτρωγαν περισσότερο ψωμί και αυγά, ενώ τα Ελληνόπουλα έπιναν περισσότερο γάλα (Πίνακας 13). Τουλάχιστο 2 ποτήρια γάλα την ημέρα έπινε το 69.2% (416/601) των γηγενών συγκριτικά με το 41.6% (106/255) των παιδιών των μεταναστών ($p < 0.0001$). Αντίθετα περισσότερες από 3 φέτες ψωμί την ημέρα έτρωγε το 51.2% (128/250) των παιδιών των μεταναστών σε σύγκριση με το 25.4% (152/598) των γηγενών ($p < 0.0001$), ενώ περισσότερα από 3 αυγά την εβδομάδα έτρωγε το 43.7% (115/263) και το 21.8% (132/606) των παιδιών αντίστοιχα ($p < 0.0001$).

Πίνακας 13. Κατανάλωση γάλατος, ψωμιού και αυγών στα παιδιά των μεταναστών (ομάδα Α) και τα Ελληνόπουλα (ομάδα Ε).

τρόφιμα	απάντησαν, n		μέση κατανάλωση (SD)		p
	A	E	ομάδα Α	ομάδα Ε	
γάλα (ποτήρια/ημέρα)	255	601	1.54 (0.81)	1.91 (0.85)	<0.0001
ψωμί (φέτες/ημέρα)	250	598	3.74 (1.62)	2.74 (1.22)	<0.0001
αυγά /εβδομάδα	263	606	3.42 (1.90)	2.70 (1.26)	<0.0001

Τόσο τα παιδιά των μεταναστών όσο και τα γηγενή, έπιναν συχνότερα φρέσκο συσκευασμένο γάλα ολικών λιπαρών: ομάδα Α 87.8% (224/255) και Ε 84.4% (498/590). Γάλα χαμηλών λιπαρών έπιναν 13 παιδιά της ομάδος Ε (2.2%) και 4 της Α (1.6%), συμπυκνωμένο μακράς διάρκειας έπινε το 11.7% των παιδιών της ομάδος Ε και το 10.6% της Α και επίσης 10 παιδιά της ομάδος Ε (όλα κατοικούσαν στα χωριά) έπιναν γάλα από δικά τους ζώα. Τα περισσότερα παιδιά των μεταναστών έπιναν το γάλα τους με ζάχαρη: 77.6% (204/263), συνήθεια που ήταν λιγότερο συχνή στα Ελληνόπουλα: 48.5% (296/610), ($p < 0.0001$) και ιδιαίτερα στα παιδιά της πόλης: 43.5% (175/402) σε σύγκριση με τα παιδιά των χωριών: 58.2% (121/208), ($p < 0.001$).

Συχνότερα κατανάλωναν ψωμί σίτου (λευκό): ομάδα Α 78.6% (206/262) και Ε 83.5% (505/605), ενώ ψωμί ολικής άλεσης ή σικάλεως προτιμούσαν σπάνια: ομάδα Α 3% και Ε 4.1%. Ενδιαφέρον ήταν ότι το 18.3% (48/262) των παιδιών των μεταναστών έτρωγαν ζυμωτό ψωμί που παρασκευάζονταν στο σπίτι συγκριτικά με το 12.4% (75/605) των Ελληνόπουλων, ($p = 0.022$). Η διατροφική αυτή συνήθεια ήταν συχνότερη στα γηγενή παιδιά των χωριών (24.1%, 50/207) συγκριτικά με τα παιδιά της πόλης (6.3%, 25/398), ($p = 0.001$).

Ενδιαφέρουσα παρατήρηση ήταν ότι τα Ελληνόπουλα των χωριών συγκριτικά με τα παιδιά της πόλης, σύμφωνα με τις δηλώσεις των γονιών τους, είχαν μικρότερη μέση εβδομαδιαία κατανάλωση ψαριών, ενώ αντίθετα κατανάλωναν συχνότερα (περισσότερες φορές την εβδομάδα) σαλάτες λαχανικών αλλά και αναψυκτικά, γλυκά και διάφορα σνακς (γαριδάκια-τσιπς).

Επίσης, έπιναν λιγότερο γάλα (λιγότερο από 2 ποτήρια γάλα την ημέρα έπινε το 39.3%, 79/201 των παιδιών των χωριών συγκριτικά με το 26.5%, 106/400 εκείνων της πόλης, $p=0.001$) και έτρωγαν περισσότερο ψωμί (περισσότερες από 3 φέτες ψωμί την ημέρα έτρωγε το 33.3%, 68/204 έναντι του 21.3%, 84/394 αντίστοιχα, $p=0.001$) και αυγά (3 ή περισσότερα αυγά την εβδομάδα έτρωγε το 59.9%, 124/207 των παιδιών των χωριών έναντι του 50.6%, 202/399 εκείνων της πόλης, $p=0.029$), (Πίνακας 14).

Πίνακας 14. Διαφορές στη μέση κατανάλωση διαφόρων τροφών μεταξύ των Ελληνόπουλων της πόλης και των χωριών του νομού Ιωαννίνων.

τρόφιμα	απάντησαν, n		μέση κατανάλωση (SD)		p
	πόλη	χωριά	παιδιά της πόλης	παιδιά των χωριών	
ψάρι (φορές /εβδομάδα)	387	204	1.1 (0.53)	0.98 (0.51)	0.015**
σαλάτες λαχανικών (φορές /εβδομάδα)	365	196	3.73 (2.53)	4.19 (2.63)	0.039*
γάλα (ποτήρια /ημέρα)	400	201	1.99 (0.87)	1.76 (0.77)	0.002***
ψωμί (φέτες /ημέρα)	394	204	2.61 (1.06)	2.98 (1.45)	<0.001
αυγά /εβδομάδα	399	207	2.60 (1.20)	2.85 (1.24)	0.034*
αναψυκτικά (φορές /εβδομάδα)	356	191	2.18 (2.16)	2.97 (2.27)	<0.0001
γαριδάκια-τσιπς (φορές /εβδομάδα)	357	187	1.88 (1.96)	2.49 (2.10)	0.001
γλυκά (φορές /εβδομάδα)	372	198	2.81 (1.91)	3.47 (2.15)	0.002***

* $p<0.05$, ** $p<0.02$, *** $p<0.01$

Η κατανάλωση κατεψυγμένων κρεάτων ήταν συχνότερη στα παιδιά των μεταναστών (Πίνακας 15).

Πίνακας 15. Τρώει το παιδί σας κατεψυγμένα τρόφιμα;

κατεψυγμένα τρόφιμα	απάντησαν n		κατανάλωση ποσοστό %					
			συχνά		σπάνια		ποτέ	
	A	E	ομάδα A	ομάδα E	ομάδα A	ομάδα E	ομάδα A	ομάδα E
ψάρια	245	575	24.1	19.1	54.7	51.5	21.2	29.7
κοτόπουλο*	234	520	41.5	16.9	30.3	13.8	28.2	69.2
κρέας / κιμάς*	239	529	36.8	23.0	40.2	19.7	23.0	57.2

* $p < 0.0001$

Σχετικά με το είδος του κόκκινου κρέατος που συχνότερα κατανάλωναν, συχνή βρώση βοδινών κρεάτων ανέφερε το 65% (378/581) των Ελληνόπουλων και το 43.9% (106/241) των παιδιών των μεταναστών, ($p < 0.0001$). Αντίθετα, το 55.2% (142/257) των παιδιών της ομάδος A έτρωγε συχνά αιγοπρόβειο κρέας συγκριτικά με το 44.1% (261/591) εκείνων της E ($p = 0.003$), ενώ συχνή κατανάλωση χοιρινού κρέατος αναφέρονταν σε παρόμοιο ποσοστό και στις δύο ομάδες (ομάδα A: 39.7%, 97/244 και E: 44.6%, 254/569 παιδιά). Σε μικρά ποσοστά, αναφέρονταν βρώση κρέατος κουνελιού (ομάδα A: 2.5% και E: 3.7%), αλλά και εντόσθιων πιο συχνά στα παιδιά των μεταναστών (ομάδα A: 10.8% και E: 3.7%).

Όσον αφορά τον τρόπο παρασκευής των γευμάτων, συχνά φαγητά φούρνου (ψητά) έτρωγε το 91% (160/254) των παιδιών της ομάδος E συγκριτικά με το 63% (160/254) της A ($p < 0.0001$), ενώ δεν παρατηρήθηκαν διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων ως προς τους άλλους τρόπους παρασκευής των φαγητών (συχνά φαγητά κατσαρόλας έτρωγε το 85.2% των παιδιών της ομάδας A και το 90.3% της E και βραστά-σούπα το 71.2% των παιδιών της ομάδος A και το 69.6% της E). Ο λιγότερο προτιμότερος τρόπος παρασκευής των γευμάτων ήταν το τηγάνισμα: σπάνια–ποτέ ομάδα A: 49.8% (124/249) και E: 51.1% (290/567).

Στην πλειοψηφία των παιδιών και συχνότερα στα Ελληνόπουλα, αναφέρονταν ότι χρησιμοποιούνταν λίγο αλάτι στην παρασκευή του φαγητού τους: ομάδα E 70.8% (433/612) και A 63% (167/265), ($p = 0.016$). Επιπλέον αλάτι στη μερίδα του, έριχνε το 12.8% (34/265) των παιδιών της ομάδος A και το 13.2% (74/562) της E. Τα καρυκεύματα στην παρασκευή του φαγητού συνηθίζονταν περισσότερο στην ομάδα

των μεταναστών: ομάδα A 54.8% (143/261) συγκριτικά με 42% (255/607) στην ομάδα E, ($p=0.002$).

Παραδοσιακά, «ιδιαίτερα» φαγητά του τόπου τους, αναφέρονταν ότι έτρωγε το 51.7% των γηγενών παιδιών -κυρίως εκείνα που κατοικούσαν στα χωριά: 66.8% (137/205) συγκριτικά με 44% (176/400) αυτών της πόλης, ($p<0.0001$)- και το 49% (126/257) των παιδιών των μεταναστών.

Τα έλαια-λίπη που χρησιμοποιούνταν συχνότερα στο φαγητό ήταν το ελαιόλαδο στο 96.4% (580/602) των Ελληνόπουλων, και σε μικρότερο ποσοστό των παιδιών των μεταναστών: 85% (205/241), ($p<0.0001$). Δεύτερα σε προτίμηση ήταν τα σπορέλαια: στο 57.9% (132/406) της ομάδας E και στο 60.8% (107/176) της A. Συχνή χρήση ζωικών λιπαρών (βούτυρου) στην διατροφή του, ανέφερε το 21.6% (38/176) των παιδιών των μεταναστών έναντι 9.6% (39/406) των γηγενών, ($p<0.0001$). Παρόμοιο ήταν το ποσοστό των παιδιών και στις δύο ομάδες που περιλάμβανε στη διατροφή του και άλλα λιπαρά όπως μαγιονέζα (ομάδα A: 30.9%, 72/233 και E: 33.5%, 179/534), κρέμα γάλακτος (ομάδα A: 40%, 94/235 και E: 30.8%, 163/529) και σάλτσες (ομάδα A: 64.6%, 153/237 και E: 60.5%, 333/550).

Γλυκά αγόραζαν ή έφτιαχναν στο σπίτι, κάθε εβδομάδα ή συχνότερα περίπου στο 1/3 των παιδιών (ομάδα A: 34.8%, 92/264 και E: 34%, 208/611) και στα μισά 1-3 φορές το μήνα (ομάδα A: 49.6%, 131/264 και E: 53.2%, 325/611). Αντίθετα, η αγορά συσκευασμένων χυμών και αναψυκτικών για το σπίτι ήταν συχνότερη στα παιδιά των μεταναστών: συσκευασμένους χυμούς για το σπίτι, αγόραζε κάθε εβδομάδα ή συχνότερα το 62.1% (144/232) της ομάδας A συγκριτικά με το 52.9% (286/540) της E ($p=0.019$), και αναψυκτικά το 62.8% (150/239) έναντι του 40.6% (200/493) αντίστοιχα, ($p<0.0001$).

Σχεδόν όλα τα παιδιά έπιναν νερό της ύδρευσης (ομάδα A: 93.7%, 233/265 και E: 95.1%, 581/611), λίγα έπιναν μόνο εμφιαλωμένο νερό (16 στην ομάδα A και 27 στην E) και επιπλέον 3 παιδιά της ομάδας E (που κατοικούσαν σε χωριά) έπιναν νερό από γεώτρηση. Διάφορα αφεψήματα (ροφήματα βοτάνων, κακάο) συνήθιζε να πίνει το 84.4% (146/173) των παιδιών των μεταναστών συγκριτικά με το 53.7% (316/588) των Ελληνόπουλων ($p<0.0001$). Ενδιαφέρον ήταν ότι σημαντικά περισσότερα παιδιά των μεταναστών είχαν δοκιμάσει οινοπνευματώδη ποτά ή έπιναν σε «ειδικές» περιπτώσεις (γιορτές): το 56.8% (147/259) της ομάδας A συγκριτικά με το 34% (204/600) της E ($p<0.0001$). Στα γηγενή παιδιά οι ανωτέρω συνήθειες ήταν συχνότερες στα παιδιά των χωριών, αφού το 51.1% (196/383) των παιδιών που κατοικούσαν στην πόλη

συγκριτικά με το 37.1% (76/205) εκείνων των χωριών δεν έπιναν αφεψήματα ($p=0.001$) και επίσης το 70% (276/394) των παιδιών της πόλης συγκριτικά με το 58.2% (120/206) εκείνων των χωριών δεν είχε δοκιμάσει ποτέ οινόπνευματώδη ποτά ($p=0.004$).

Ο μέσος αριθμός (SD) γευμάτων ημερησίως ήταν παρόμοιος στις δύο ομάδες: ομάδα A 3.97 (0.93) και E 4.02 (0.88) γεύματα την ημέρα. Το 75% (422/563) των Ελληνόπουλων και το 68% (164/241) των παιδιών των μεταναστών έπαιρναν 4 ή περισσότερα γεύματα την ημέρα. Όσον αφορά στο ποιο ήταν το μεγαλύτερο γεύμα του παιδιού, βρέθηκαν διαφορές ($p<0.001$) μεταξύ των δύο ομάδων: στο 74% (453/612) της ομάδος E έναντι του 66.2% (174/263) της A ήταν το μεσημεριανό, το βραδινό σε 16 παιδιά (6.1%) της ομάδος A και 9 (1.5%) της E, περίπου 1 στα 4 παιδιά (26.6% στην ομάδα A και 24.2% στην E) ανέφεραν ότι το μεσημεριανό και το βραδινό γεύμα ήταν εξίσου «πλούσια» και επιπλέον 3 παιδιά της ομάδος A και 2 της E ανέφεραν το πρωινό.

Αξιοσημείωτη παρατήρηση, όσον αφορά τις οικογενειακές συνήθειες και θεσμούς, ήταν ότι στο 80.3% (212/264) των παιδιών των μεταναστών συγκεντρώνονταν καθημερινά όλη η οικογένεια στο τραπέζι για φαγητό συγκριτικά με το 65% (397/611) των Ελληνόπουλων ($p<0.0001$). Σε μικρότερο ποσοστό γευμάτιζε όλη η οικογένεια μαζί μερικές φορές την εβδομάδα: ομάδα A 16.3% και E 29.6%, ενώ σε λίγες περιπτώσεις κάθονταν στο τραπέζι όλοι μαζί λιγότερο από μια φορά την εβδομάδα (σε 9 παιδιά της ομάδος A και 33 της E).

Οι οικογένειες των παιδιών αγόραζαν τα περισσότερα τρόφιμα του σπιτιού από μεγάλα καταστήματα (super-market): ομάδα A 84.7% (216/255) και E 80% (467/584). Επίσης ορισμένα προϊόντα –κύρια στην ομάδα E ($p<0.0001$)- προέρχονταν από δική τους παραγωγή, όπως κηπευτικά (ομάδα A: 40.9%, 106/259 και E: 66.6%, 396/594) και ζωικά προϊόντα (ομάδα A: 25.3%, 65/257 και E: 39.4%, 231/586). Η βρώση προϊόντων παραγωγής της οικογένειας ήταν συχνότερη ($p<0.0001$) στα Ελληνόπουλα των χωριών συγκριτικά με εκείνα της πόλης: έτσι το 84.4% (168/199) των παιδιών των χωριών και το 57.7% (228/395) εκείνων της πόλης έτρωγαν φυτικά προϊόντα παραγωγής τους, ενώ ζωικά προϊόντα το 57.7% (112/194) και το 30% (119/392) αντίστοιχα.

Όσον αφορά τη συμπεριφορά των γονιών ως καταναλωτές, σε περισσότερα γηγενή παιδιά ($p<0.0001$) αναφέρονταν ότι οι γονείς τους έλεγχαν συνήθως τη σύσταση (ομάδα E: 74.8%, 418/559 έναντι 57.4%, 116/202 στην A) και την ημερομηνία

λήξης (ομάδα E: 96.2%, 582/605 έναντι 88.6%, 225/254 στην A) των συσκευασμένων τροφίμων που αγοράζαν στα παιδιά τους.

► **Οι απόψεις των γονέων για τη διατροφή των παιδιών.**

Σημαντικές διαφορές βρέθηκαν στις απόψεις και γνώσεις σε θέματα διατροφής των παιδιών μεταξύ των μεταναστών και των Ελλήνων γονέων (Πίνακας 16).

Πίνακας 16. Γνώσεις και απόψεις των μεταναστών (ομάδα A) και των γηγενών γονέων (ομάδα E) για τη διατροφή των παιδιών.

γνώσεις – απόψεις των γονέων	απάντησαν, n		συμφωνώ %		διαφωνώ / δε γνωρίζω %	
	ομάδα A	ομάδα E	A	E	A	E
υγιεινή διατροφή: αφορά μόνο τους ενήλικες **	254	592	25.2	13.7	43.7 / 31.1	77.3 / 9.1
παχύ παιδί : «πρότυπο υγιούς παιδιού» **	257	600	12.5	3.0	71.2 / 16.3	90.7 / 6.3
πρωινό γεύμα: απαραίτητο στα παιδιά **	261	609	92.7	99.3	2.3 / 5.0	0 / 0.7
φρούτα /λαχανικά: απαραίτητα στη διατροφή των παιδιών*	260	606	97.3	99.2	1.5 / 1.2	0.2 / 0.6
κρέας: η βασικότερη τροφή για τα παιδιά*	257	597	52.1	46.4	29.2 / 18.7	38.2 / 15.4

*p<0.05, **p<0.0001

Όσον αφορά την άποψη ότι υπάρχουν «καλές» και «κακές» τροφές για τη διατροφή και την υγεία των παιδιών, συμφώνησαν οι γονείς περισσότερων γηγενών παιδιών συγκριτικά με τους μετανάστες: 84% (508/605) στην ομάδα E έναντι 72.5% (187/258) στην A (p<0.0001).

Περίπου στο 1/3 (34.9%, 92/263) των παιδιών των μεταναστών συγκριτικά με το 1/4 (24.7%, 150/608) των γηγενών, οι γονείς δήλωσαν ότι ήταν «πολύ ικανοποιημένοι» από τον τρόπο διατροφής των παιδιών τους, «αρκετά ικανοποιημένοι» ήταν στο 59.7% της ομάδος A και το 67.1% της E και «καθόλου ευχαριστημένοι» στο 5.3% και το 8.2% αντίστοιχα. Επίσης, περίπου 1 στους 5 γονείς (ομάδα A: 21.2%, 56/264, και ομάδα E: 18.3%, 112/612) θα ήθελε το παιδί του να τρώει περισσότερο (θεωρούσαν «μέτρια» την όρεξη του παιδιού τους για φαγητό, το 18.1% της ομάδος A και το 16.7% της E και «μικρή» το 3% και το 1.6% αντίστοιχα).

Η οικονομική δυσχέρεια στην αγορά των ειδών διατροφής ήταν μεγαλύτερη στους μετανάστες. Οικονομική ανεπάρκεια ή δυσκολία για την αγορά των ειδών διατροφής, δήλωσαν οι γονείς στο 42.9% (112/261) των παιδιών της ομάδας Α συγκριτικά με το 28.5% (174/611) της Ε ($p < 0.0001$).

► **Η υγεία των παιδιών.**

Οι παροχές υγείας στα παιδιά των μεταναστών δίνονταν κύρια από παιδίατρους δημοσίων φορέων υγείας (Νοσοκομείου ή Κέντρου Υγείας): 79.8% (202/253) στην ομάδα Α συγκριτικά με 29.2% (178/609) στην Ε και σε πολύ μικρότερο ποσοστό από ιδιώτες παιδίατρους: 15.4% (39/253) συγκριτικά με 70.1% (427/609) στα Ελληνόπουλα ($p < 0.0001$). Επίσης σε 12 παιδιά των μεταναστών και 4 γηγενή που κατοικούσαν στα χωριά, οι παροχές υγείας δίνονταν από αγροτικούς ιατρούς.

Σε μεγαλύτερο ποσοστό παιδιών των μεταναστών οι γονείς τους δήλωσαν ότι δεν είχαν καμία ενημέρωση ή συμβουλή σε θέματα διατροφής των παιδιών τους από το γιατρό τους: ομάδα Α 41.9% (104/248) συγκριτικά με 25.2% (150/596) στην ομάδα Ε, μερική ενημέρωση ανέφερε το 22.6% και το 30.2% αντίστοιχα, ενώ ικανοποιητική/επαρκή το 35.5% της ομάδος Α και το 44.6% της Ε ($p < 0.0001$).

Όσον αφορά την άποψη των γονέων για το βάρος των παιδιών τους, οι περισσότεροι γονείς πίστευαν ότι το παιδί τους είχε κανονικό βάρος: ομάδα Α 80.5% (211/262) και Ε 73.7% (450/611). Επιπλέον, οι μισοί γονείς των παιδιών με υπερβάλλον βάρος (υπέρβαρα ή παχύσαρκα) θεωρούσαν ότι το βάρος των παιδιών τους ήταν «κανονικό»: το 50% των μεταναστών (18/36) και το 50.9% (82/161) των γηγενών.

Σχετικά με τα προβλήματα υγείας των παιδιών, όπως αυτά καταγράφηκαν από τους γονείς τους, σιδηροπενική αναιμία αναφέρονταν σε 5/263 παιδιά των μεταναστών και 12/611 γηγενή, ενώ χρόνια προβλήματα είχαν 3 παιδιά της ομάδος Α (παράλυση άνω άκρου 1, επιληψία 1 και χρόνια ηπατίτιδα Β 1) και 1 της ομάδος Ε (βαρικοΐα). Επιπλέον, «ειδική διατροφή» λόγω προβλήματος υγείας ακολουθούσαν 10 γηγενή παιδιά (6 τροφική αλλεργία, 1 παχυσαρκία, 1 οικογενή υπερχολιστερολαιμία, 1 γαστροοισοφαγική παλλινδρόμιση και 1 γαστρίτιδα) και 4 παιδιά των μεταναστών (3 παχυσαρκία και 1 ηπατοπάθεια). Δεκατρία από τα 14 συνολικά παιδιά που ακολουθούσαν ειδική διατροφή κατοικούσαν στα Ιωάννινα. Επίσης σε 3 από τα 7 παχύσαρκα παιδιά της ομάδος των μεταναστών είχε επισημανθεί το υπερβάλλον

βάρος και πρόσεχαν τη διατροφή τους, συγκριτικά με 1 από τα 32 παχύσαρκα γηγενή παιδιά. Η λήψη βιταμινούχων συμπληρωμάτων διατροφής ήταν σπάνια τόσο στα παιδιά των μεταναστών (3/265) όσο και στα γηγενή (6/611).

► **Ο ελεύθερος χρόνος και η σωματική άσκηση.**

Τα παιδιά των μεταναστών συμμετείχαν λιγότερο συχνά από τα γηγενή σε προγραμματισμένες εξωσχολικές δραστηριότητες, όπως εκμάθηση ξένης γλώσσας και αθλοπαιδιές (Πίνακας 17).

Πίνακας 17. Εξωσχολικές δραστηριότητες των παιδιών των μεταναστών (ομάδα Α) συγκριτικά με τα Ελληνόπουλα (ομάδα Ε).

είδος δραστηριότητας	απάντησαν, n		ομάδα Α %	ομάδα Ε %
	ομάδα Α	ομάδα Ε		
ξένη γλώσσα	205	612	48.8	64.5*
αθλοπαιδιές/άσκηση ¹	245	612	23.7	47.4*
μουσική	179	612	16.3	12.3
φροντιστήριο στα μαθήματα του σχολείου	197	612	23.4	6.0*
άλλα ²	176	612	1.1	2.8

*p<0.0001

¹μέση συχνότητα (SD): ομάδα Α 2.07 (1.10) και Ε 2.14 (1.19) φορές την εβδομάδα.

²στην ομάδα Α 1 παιδί έκανε ζωγραφική και 1 υπολογιστές και στην Ε 11 παιδιά έκαναν ζωγραφική, 3 υπολογιστές, 2 πήγαιναν στους προσκόπους και 1 στη χορωδία.

Το είδος των αθλοπαιδιών αναφέρθηκε στα 56 από τα 58 παιδιά της ομάδας Α και στα 270 από τα 290 της Ε που συμμετείχαν σε αθλητικές δραστηριότητες και αναλυτικά ήταν για την ομάδα Α: δημοτικοί χοροί 23 παιδιά, ποδόσφαιρο 8, γυμναστική 6, κολύμβηση 5, τρέξιμο 4, μπάσκετ-βόλεϊ 4, μπαλέτο-ρυθμική 3, και πολεμικές τέχνες 3 και για την ομάδα Ε: δημοτικοί χοροί 108 παιδιά, κολύμβηση 60, μπάσκετ-βόλεϊ 27, μπαλέτο-ρυθμική 19, ποδόσφαιρο 16, γυμναστική 16, τρέξιμο 10, τένις 7 και πολεμικές τέχνες 7. Τα αγόρια και τα κορίτσια ασχολούνταν περίπου στο ίδιο ποσοστό με αθλοπαιδιές τόσο στην ομάδα Ε: 47.7% (155/325) και 47% (135/287) όσο και στην ομάδα Α: 25.2% (32/127) και 22% (26/118) αντίστοιχα.

Παιχνίδια έξω από το σπίτι που χρειάζονται κίνηση, καθημερινά έπαιζε το 62.1% (164/264) των παιδιών των μεταναστών και το 53.6% (328/611) των γηγενών

($p=0.021$), μερικές φορές την εβδομάδα το 29.2% (77/264) και το 38.9% (238/611) αντίστοιχα και 1-3 φορές το μήνα το 5.7% (15/264) της ομάδος Α και το 5.6% (34/611) της Ε και επίσης 11 (1.8%) γηγενή παιδιά και 8 (3%) παιδιά των μεταναστών ανέφεραν ότι έπαιζαν λιγότερο από 1 φορά το μήνα/ποτέ. Ως συχνότεροι χώροι παιχνιδιού αναφέρονταν οι κοινόχρηστοι χώροι αναψυχής (γήπεδο, παιδική χαρά, πάρκο ή πλατεία) στα παιδιά των μεταναστών και η αυλή-κήπος του σπιτιού στα Ελληνόπουλα (Πίνακας 18).

Πίνακας 18. Πού παίζει συνήθως το παιδί σας;

χώρος παιχνιδιού*	ομάδα Α (n=251) %	ομάδα Ε (n=590) %
κοινόχρηστος χώρος αναψυχής	57.4	41.5
αυλή/κήπος	31.5	42.9
δρόμος	8.4	10.2
μπαλκόνι/ταράτσα	2.3	3.4
δεν έχει χώρο να παίζει	0.4	2.0

* $p<0.001$ ομάδα Α vs ομάδα Ε

Επίσης στα Ελληνόπουλα, τα παιδιά των χωριών είχαν σε μικρότερο ποσοστό εξωσχολικές δραστηριότητες: εκμάθηση ξένης γλώσσας το 53.6% (112/209) έναντι 70.2% (283/403) των παιδιών της πόλης ($p<0.0001$) και αθλοπαιδιές το 40.7% (85/207) έναντι 50.4% (203/403) αντίστοιχα ($p=0.040$), έπαιζαν όμως συχνότερα από τα παιδιά της πόλης παιχνίδια που χρειάζονται κίνηση: καθημερινά παιχνίδια αναφέρονταν στο 80.9% (169/209) συγκριτικά με το 39.5% (159/402) των παιδιών της πόλης ($p<0.0001$).

Τα παιδιά των μεταναστών πήγαιναν λιγότερο συχνά από τα γηγενή για περπάτημα-περίπατο με τους γονείς τους σε υπαίθριους χώρους ($p=0.006$): ποτέ ανέφερε το 29.9% (78/261) της ομάδος Α έναντι 19.5% (115/589) της Ε, λιγότερο από μια φορά το μήνα το 28% και το 31.7% αντίστοιχα, 1-3 φορές το μήνα το 18.4% της ομάδος Α και το 24.3% της Ε και κάθε εβδομάδα ή συχνότερα το 23.7% των παιδιών των μεταναστών και το 24.4% των γηγενών. Επίσης τα περισσότερα παιδιά και ιδιαίτερα τα παιδιά των μεταναστών ($p<0.0001$), δεν έκαναν ποτέ αθλοπαιδιές-άσκηση με τους γονείς τους (Πίνακας 19).

Πίνακας 19. Πηγαίνετε με το παιδί σας σε υπαίθριους χώρους για άσκηση-αθλοπαιδιές;

συχνότητα άσκησης –αθλοπαιδιών*	π ο σ ο σ τ ό %	
	ομάδα Α (n=262)	ομάδα Ε (n=590)
κάθε εβδομάδα ή συχνότερα	4.9	4.8
1-3 φορές το μήνα	4.6	9.0
<1 φορά το μήνα	9.2	27.6
ποτέ	81.3	58.6

*p<0.0001 ομάδα Α vs ομάδα Ε

Το επίπεδο εκπαίδευσης των γηγενών γονέων (μητέρα ή/και πατέρας με ανώτερη-ανώτατη μόρφωση) –όχι όμως των γονέων μεταναστών- συσχετιζόνταν σημαντικά με τις εξωσχολικές δραστηριότητες των παιδιών: εκμάθηση ξένης γλώσσας το 68.6% (92/134) των παιδιών με γονείς ανώτερης-ανώτατης εκπαίδευσης συγκριτικά με το 63.5% (302/475) των υπόλοιπων (p=0.027), μουσικής το 31.3% (42/134) έναντι 12.2% (58/475), (p<0.0001) και συστηματική άσκηση το 56% (75/134) έναντι 45% (214/475) αντίστοιχα, (p=0.025).

Η πλειοψηφία των παιδιών παρακολουθούσε καθημερινά τηλεόραση: ομάδα Α: 80.3% (212/264) και Ε: 74.5% (456/612) (p=0.064), 5-6 φορές την εβδομάδα ανέφερε το 7.6% της ομάδος Α και το 12.3% της Ε, 3-4 φορές το 6.8% και το 9.6% αντίστοιχα, ενώ 1-2 φορές το 5.3% της ομάδος Α και το 3.6% της Ε. Τα περισσότερα παρακολουθούσαν τις παιδικές εκπομπές: ομάδα Α 74.5% (190/255) και Ε 79% (471/596), ενώ περίπου 1 στα 4 παιδιά των μεταναστών (24.7%, 63/255) και 1 στα 5 Ελληνόπουλα (18.1%, 108/596) (p=0.028), δεν ελέγχονταν για την επιλογή του προγράμματος τηλεθέασης (έβλεπαν «ότι να 'ναι»). Αξιοσημείωτο ήταν ότι τα γηγενή παιδιά των χωριών είχαν την ίδια συχνότητα τηλεθέασης με εκείνα της πόλης: καθημερινή παρακολούθηση: το 73.2% (153/209) των παιδιών των χωριών και το 75.2% (303/403) των παιδιών της πόλης.

Διαφημιζόμενα είδη διατροφής ζητούσε το 72.3% (191/264) των παιδιών της ομάδος Α και το 68.7% της Ε (411/598). Ωστόσο, στην πλειοψηφία των παιδιών οι γονείς –ιδιαίτερα οι Έλληνες- ανέφεραν ότι αγόραζαν σπάνια/ποτέ επιπλέον προϊόντα διατροφής λόγω διαφήμισης στην τηλεόραση: το 80.5% (211/262) της ομάδας Α και το 88.5% (541/611) της Ε, (p<0.01).

► **Η κατοικία και οι συνθήκες διαβίωσης.**

Στα παιδιά των μεταναστών οι συνθήκες διαβίωσης ήταν δυσμενέστερες και οι ανέσεις της κατοικίας σημαντικά λιγότερες από εκείνες των Ελληνόπουλων.

Ο μέσος αριθμός (SD) ατόμων ανά κατοικία ήταν μεγαλύτερος στα γηγενή παιδιά: 4.51 (0.87) άτομα ανά κατοικία στην ομάδα Ε συγκριτικά με 4.27 (0.89) στην Α ($p=0.002$), τα οποία επίσης κατοικούσαν και σε μεγαλύτερα σπίτια, αφού ο μέσος αριθμός (SD) δωματίων (πλην της κουζίνας και του μπάνιου) ανά κατοικία, ήταν 3.46 (0.95) στην ομάδα Ε και 2.53 (0.80) στην Α, ($p<0.0001$). Αντίθετα, ο μέσος αριθμός (SD) ατόμων ανά δωμάτιο κατοικίας ήταν μεγαλύτερος στα παιδιά των μεταναστών: 1.84 (0.71) συγκριτικά με 1.39 (0.53) στα γηγενή, ($p<0.0001$). Το 16.8% (44/262) των παιδιών της ομάδος Α διέμεναν σε πυκνοκατοικημένα σπιτικά (>2 άτομα ανά δωμάτιο κατοικίας) συγκριτικά με το 6.5% (40/608) της Ε ($p<0.0001$).

Συγκατοίκηση με άλλους συγγενείς αναφέρονταν στο 3.4% (9/262) της ομάδος Α και το 2.9% (18/611) της Ε. Επίσης, στο 10.3% (27/262) των παιδιών των μεταναστών και το 15.5% (95/611) των Ελληνόπουλων ζούσαν στο ίδιο σπίτι και οι παππούδες, ($p=0.04$). Η συγκατοίκηση με τους παππούδες ήταν συχνότερη στα γηγενή παιδιά των χωριών του νομού από ότι στα παιδιά της πόλης: 24% (50/208) έναντι 11.1% (45/403), ($p<0.0001$).

Η κατοικία σε ιδιόκτητο σπίτι ήταν σπάνια στους μετανάστες: αναφέρονταν στο 4.6% (12/261) των παιδιών της ομάδος Α συγκριτικά με το 68.8% της Ε (416/605), ($p<0.0001$). Το 41.5% (108/260) των παιδιών της ομάδος Α και το 48.1% (287/596) της Ε κατοικούσαν σε διαμέρισμα πολυκατοικίας.

Το 47.5% (122/257) των παιδιών των μεταναστών ζούσαν σε ισόγειες κατοικίες, σε διαμέρισμα 1^{ου} ορόφου το 28.8%, 2^{ου} ορόφου ή πιο πάνω το 15.2% και σε υπόγεια κατοικία το 8.6%, ενώ τα αντίστοιχα ποσοστά στα γηγενή παιδιά (απάντησαν 607 παιδιά) ήταν 32.9%, 36.7%, 29.7% και 0.6%, ($p<0.0001$).

Στα Ελληνόπουλα οι ανέσεις των σπιτιών ήταν περισσότερες και ο οικιακός εξοπλισμός επαρκέστερος συγκριτικά με τα παιδιά των μεταναστών (Πίνακες 20, 21).

Πίνακας 20. Η θέρμανση του σπιτιού στα παιδιά των μεταναστών (ομάδα Α) και στα γηγενή παιδιά (ομάδα Ε).

κύριο μέσο θέρμανσης*	ομάδα Α (n=261) %	ομάδα Ε (n=612) %
κεντρική θέρμανση	36.8	82.0
σόμπα πετρελαίου	27.2	8.3
ξυλόσομπα	26.8	7.7
τζάκι	1.5	0.6
αερόθερμο	7.7	1.3

*p<0.0001 ομάδα Α vs ομάδα Ε

Πίνακας 21. Οι ανέσεις των σπιτιών στα παιδιά των μεταναστών (ομάδα Α) και στα γηγενή παιδιά (ομάδα Ε).

	απάντησαν, n		ομάδα Α %	ομάδα Ε %	p
	ομάδα Α	ομάδα Ε			
ηλεκτρική κουζίνα	260	610	68.8	94.3	<0.0001
θερμοσίφωνο ¹	260	609	86.9	94.6	0.0001
ψυγείο ²	261	610	98.8	99.8	0.048*
τηλέφωνο	261	611	59.8	97.2	<0.0001
τηλεόραση	261	610	99.6	99.8	0.535
πλυντήριο ρούχων	260	610	84.6	97.9	<0.0001
πλυντήριο πιάτων	259	585	3.5	32.3	<0.0001
ηλεκτρική σκούπα	260	609	47.3	87.5	<0.0001
ξεχωριστή κουζίνα (ή κουζίνα-τραπεζαρία)	260	608	54.2	77.0	<0.0001
εσωτερική τουαλέτα ³	259	607	97.3	99.3	0.014**

*p<0.05, **p<0.02

¹ δεν είχαν στο σπίτι θερμοσίφωνο 34 παιδιά της ομάδος Α και 33 της Ε. Από αυτά, 16 παιδιά της ομάδας Α και 26 της Ε κατοικούσαν στα χωριά.

² δεν είχαν στο σπίτι ψυγείο 3 παιδιά της ομάδος Α (τα 2 κατοικούσαν στα Ιωάννινα) και 1 της Ε που κατοικούσε σε χωριό.

³ δεν είχαν στο σπίτι εσωτερική τουαλέτα 7 παιδιά της ομάδος Α και 4 της Ε, τα οποία κατοικούσαν σε χωριά.

Στο 31.4% (82/261) των παιδιών των μεταναστών υπήρχε στην οικογένεια ιδιωτικό αυτοκίνητο συγκριτικά με το 87.9% (538/612) των Ελληνόπουλων ($p < 0.0001$).

► **Η οικογένεια.**

Όλα τα παιδιά των μεταναστών της μελέτης είχαν γεννηθεί στην Αλβανία και κατοικούσαν με τις οικογένειές τους στο νομό Ιωαννίνων. Στα παιδιά για τα οποία υπήρχαν στοιχεία για τον τόπο κατοικίας τους στην Αλβανία πριν έρθουν στη χώρα μας (199 από τα 283 παιδιά), τα περισσότερα προέρχονταν από τις νότιες περιοχές της Αλβανίας: Αργυρόκαστρο και Άγιοι Σαράντα το 41.2% (82/199) και διάφορα χωριά το 49.7% (99/199). Επίσης, όλα τα παιδιά (εκτός από 1) σύμφωνα με την απάντηση των γονιών τους στην αντίστοιχη ερώτηση, ήταν χριστιανοί στο θρήσκευμά τους. Σχεδόν όλα τα παιδιά κατοικούσαν στη χώρα μας και με τους δύο γονείς τους (εκτός από 7 παιδιά που ο πατέρας τους εργαζόταν στην Αλβανία και 1 που η μητέρα του διέμενε στην Αλβανία). Δε ζούσε ο πατέρας 2 παιδιών (1 στην ομάδα Α και 1 στην Ε) και η μητέρα ενός παιδιού της ομάδος Α, ενώ διαζευγμένους γονείς είχαν 9 παιδιά των μεταναστών (3.4%) και 27 Ελληνόπουλα (4.4%).

Η μέση ηλικία (SD) των μητέρων των παιδιών των μεταναστών ήταν 35.23 (4.66) έτη και των γηγενών 35.41 (5.31) έτη και η μέση ηλικία (SD) των πατέρων ήταν 40.72 (4.76) και 40.68 (5.41) έτη αντίστοιχα. Στις οικογένειες των Ελληνόπουλων υπήρχαν κατά μέσο όρο (SD) 2.32 (0.84) παιδιά, ενώ σε εκείνες των μεταναστών 2.19 (0.76) παιδιά ($p = 0.032$). Το 60.3% (158/262) στην ομάδα Α και το 60.5% (370/611) στην Ε είχαν ακόμη ένα αδερφό/ή, 2 ή περισσότερα αδέρφια είχε 26.3% (69/262) και το 29.9% (183/611) αντίστοιχα, ενώ το 13.6% των παιδιών των μεταναστών (35/262) και το 9.5% (58/611) των γηγενών ήταν τα μοναδικά παιδιά στην οικογένεια.

Ενδιαφέρουσα παρατήρηση ήταν ότι υπήρχαν διαφορές στις συνήθειες καπνίσματος των γονέων, με σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό παιδιών των μεταναστών με γονείς μη καπνιστές. Δεν κάπνιζε η μητέρα στο 94.8% (239/252) των παιδιών της ομάδας Α έναντι του 67.4% (411/610) της Ε, περιστασιακό κάπνισμα αναφερόταν στο 3.2% και το 9.8% και καθημερινό στο 1.9% και το 23% αντίστοιχα, ($p < 0.0001$). Τα ποσοστά καπνίσματος για τους πατέρες των παιδιών της ομάδος Α και Ε ήταν αντίστοιχα: ποτέ 49.2% (125/254) έναντι 40% (243/607), περιστασιακά 10.2% και 9.6%, καθημερινά (μέχρι 10 τσιγάρα) 19.7% και 10.7% και καθημερινά (>10 τσιγάρα) 20.9% έναντι 39.7%, ($p < 0.0001$). Παρόμοια, σε περισσότερα παιδιά της ομάδος Α συγκριτικά με την ομάδα Ε, οι μητέρες δεν έπιναν ποτέ οινοπνευματώδη

ποτά: στο 76.9% (197/256) έναντι του 62.3% (379/608) αντίστοιχα, ενώ οι υπόλοιπες έπιναν περιστασιακά (μερικές φορές), ($p < 0.0001$). Στην πλειοψηφία των παιδιών και κυρίως στα γηγενή, οι πατέρες έπιναν περιστασιακά (μερικές φορές): στο 77.7% (171/220) της ομάδος Α και το 85.6% (423/494) της Ε, καθημερινή πόση αναφέρονταν στο 11.4% και το 12.2% αντίστοιχα, ενώ στο 10.9% των παιδιών της ομάδος Α και το 2.2% της Ε οι πατέρες δεν έπιναν ποτέ οινοπνευματώδη, ($p < 0.0001$).

Όσον αφορά την ύπαρξη χρόνιων προβλημάτων υγείας στα μέλη της οικογένειας, όπως αυτά καταγράφηκαν από τους γονείς, αναφέρθηκαν σε 8 από τα 259 παιδιά των μεταναστών (σε 7 παιδιά το πρόβλημα υγείας είχε ο πατέρας: νεφρολιθίαση 3, σακχαρώδης διαβήτης 1, αρθρίτιδα 1, νεφρική ανεπάρκεια 1 και σε 1 η μητέρα: καρκίνος μαστού) και σε 22 από τα 611 γηγενή παιδιά (σε 11 παιδιά το πρόβλημα υγείας είχε ο πατέρας: βρογχικό άσθμα 5, σακχαρώδης διαβήτης 3, νεφρική ανεπάρκεια 1, συγγενές εξάρθημα ισχίου 1, ακρωτηριασμός άκρου 1, σε 8 η μητέρα: βρογχικό άσθμα 3, σακχαρώδης διαβήτης 1, συγγενές εξάρθημα ισχίου 2, οικογενής υπερλιπιδαιμία 1, συστηματικός ερυθματώδης λύκος 1 και σε 2 παιδιά ο αδελφός: επιληψία 1, εγκεφαλική παράλυση 1).

Σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων βρέθηκαν στο επίπεδο εκπαίδευσης των γονέων (Πίνακας 22).

Πίνακας 22. Το επίπεδο εκπαίδευσης των γονέων στα παιδιά των μεταναστών (ομάδα Α) και στα γηγενή (ομάδα Ε).

επίπεδο εκπαίδευσης των γονέων*	ποσοστό παιδιών %			
	μητέρα		πατέρας	
	ομάδα Α (n=255)	ομάδα Ε (n=607)	ομάδα Α (n=257)	ομάδα Ε (n=609)
δημοτικό σχολείο	12.5	28.7	12.1	30.7
γυμνάσιο-λύκειο μέση/ τεχνική σχολή	75.3	49.7	71.2	47.3
ανώτερη-ανώτατη σχολή	12.2	21.6	16.7	22.0

* $p < 0.0001$ ομάδα Α vs Ε για το επίπεδο εκπαίδευσης της μητέρας και του πατέρα

Επίσης διαφορές υπήρχαν στο επίπεδο εκπαίδευσης των γονέων μεταξύ των γηγενών παιδιών της πόλης και εκείνων που ζούσαν σε ημιαστικές-αγροτικές περιοχές του νομού (Πίνακας 23).

Πίνακας 23. Το επίπεδο εκπαίδευσης των γονέων στο δείγμα των γηγενών παιδιών της πόλης και των χωριών του νομού Ιωαννίνων.

επίπεδο εκπαίδευσης των γονέων*	ποσοστό παιδιών %			
	μητέρα		πατέρας	
	πόλη (n=399)	χωριά (n=208)	πόλη (n=402)	χωριά (n=207)
δημοτικό σχολείο	22	41.3	24.4	43.0
γυμνάσιο-λύκειο μέση/ τεχνική σχολή	51.9	45.7	48.7	44.4
ανώτερη-ανώτατη σχολή	26.1	13.0	26.9	12.6

* $p < 0.0001$ πόλη vs χωριά για το επίπεδο εκπαίδευσης της μητέρας και του πατέρα

Παρόμοιο ήταν το ποσοστό των παιδιών των μεταναστών και των Ελληνόπουλων που εργάζονταν η μητέρα τους: 50.4% (131/260) στην ομάδα Α και 51.1% (312/611) στην Ε. Η εργασία της μητέρας ήταν συχνότερη στα γηγενή παιδιά της πόλης (56.2%, 226/402) συγκριτικά με εκείνα που ζούσαν στα χωριά του νομού (41.1%, 86/209), ($p < 0.001$).

Το επάγγελμα της μητέρας είχε συμπληρωθεί σε 116 παιδιά της ομάδος Α και 301 της ομάδος Ε. Στην πλειονότητα των παιδιών των μεταναστών με εργαζόμενες μητέρες, αυτές ήταν καθαρίστριες/οικιακοί βοηθοί 46.6% (54/116) και εργάτριες 25.9% (30/116), λιγότερα ήταν εκείνα με μητέρες ιδιωτικούς υπαλλήλους (χειρώνακτες και μη) 14.6% (17 παιδιά), επιτηδευματίες (4), εμπόρους (2) και αγροτοκτηνοτρόφους (3). Από τα 31 παιδιά της ομάδος Α με μητέρες ανώτερης-ανώτατης μόρφωσης, μόνο στα 6 αυτές εξασκούσαν το επάγγελμά τους. Στα Ελληνόπουλα, οι μητέρες τους ήταν δημόσιοι υπάλληλοι στο 55.5% (167/301, στην πλειονότητά τους εκπαιδευτικοί σε 60 παιδιά και νοσηλεύτριες σε 31), ιδιωτικοί υπάλληλοι στο 15.3% (46/301), ελεύθεροι επαγγελματίες-έμποροι στο 9.3% (28/301) και σε μικρότερο αριθμό παιδιών αυτές ήταν επιστήμονες (12 παιδιά), επιτηδευματίες (8), αγροτοκτηνοτρόφοι (8) και επιχειρηματίες (5). Σημαντικά λιγότερα συγκριτικά με τα παιδιά των μεταναστών, ήταν εκείνα με μητέρες καθαρίστριες/οικιακές βοηθούς 5% (15 παιδιά) και εργάτριες 4% (12 παιδιά).

Όσον αφορά την εργασιακή απασχόληση των πατέρων, το επάγγελμά τους είχε συμπληρωθεί στα 244 από τα 265 παιδιά των μεταναστών και στα 596 από τα 612 Ελληνόπουλα που απάντησαν στο ερωτηματολόγιο. Με βάση την αδρή ταξινόμηση που έγινε στα επαγγέλματα (5 κατηγορίες), περίπου τα μισά παιδιά των μεταναστών είχαν πατέρες εργάτες-οικοδόμους: 52.9% (129/244) συγκριτικά με 1 στα 10 Ελληνόπουλα: 11.6% (69/596) ($p < 0.0001$), ενώ 1 στα 4 παιδιά και των δύο ομάδων είχαν πατέρες επιτηδευματίες ή χειρώνακτες υπαλλήλους: 26.2% (64/244) στην ομάδα Α και 24.5% (146/596) στην Ε. Πατέρες συνήθεις υπαλλήλους (μη χειρώνακτες), ελεύθερους επαγγελματίες και εμπόρους είχε το 40.4% (241/596) των παιδιών της ομάδος Ε και το 10.6% (26/244) της Α, ενώ ανώτερους υπάλληλους, επιστήμονες και επιχειρηματίες το 18.3% (109/596) και το 7.8% (19/244) αντίστοιχα. Σε μικρό ποσοστό και στις δύο ομάδες οι πατέρες τους ήταν αγρότες: ομάδα Α 2.5% (6/244) και Ε 5.2% (31/596). Αξιοσημείωτο ήταν ότι σε 13 από τα 43 παιδιά των μεταναστών (30.2%) με πατέρες ανώτερης-ανώτατης εκπαίδευσης αυτοί εργάζονταν ως χειρώνακτες, συγκριτικά με μόνο 2 από τους 134 Έλληνες γονείς με ανώτερη-ανώτατη εκπαίδευση (1.5%), ($p < 0.0001$).

ΜΕΡΟΣ ΙΙ.**ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΤΩΝ ΜΕΤΑΝΑΣΤΩΝ ΠΟΥ ΔΙΕΜΕΝΑΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ≤ 2 ΕΤΗ ΚΑΙ ΕΚΕΙΝΩΝ ΠΟΥ ΚΑΤΟΙΚΟΥΣΑΝ >2 ΕΤΗ ΣΤΗ ΧΩΡΑ ΜΑΣ.**

Για την εκτίμηση της επίδρασης του χρόνου παραμονής στην Ελλάδα στις εξεταζόμενες παραμέτρους των παιδιών των μεταναστών, έγινε σύγκριση μεταξύ των παιδιών των οικογενειών μεταναστών που είχαν πρόσφατα εγκατασταθεί με εκείνα που διέμεναν στη χώρα μας περισσότερα έτη.

Για το σκοπό αυτό, τα παιδιά των μεταναστών, βάσει των ετών διαμονής τους στην Ελλάδα (Πίνακας 24), σύμφωνα με την απάντηση των γονιών τους στη σχετική ερώτηση του ερωτηματολογίου (ΣΤ1γ), χωρίστηκαν σε δύο ομάδες:

→ **ομάδα A1 (n=57):** παιδιά των μεταναστών που κατοικούσαν στην Ελλάδα ≤ 2 έτη και

→ **ομάδα A2 (n=198):** παιδιά των μεταναστών που κατοικούσαν >2 έτη στη χώρα μας (Πίνακας 25).

Κανένα από τα παιδιά των μεταναστών δεν είχε γεννηθεί στην Ελλάδα, ενώ στοιχεία για το έτος που ήρθαν στην Ελλάδα υπήρχαν σε 255 από τα 283 παιδιά που εξετάστηκαν. Έτσι σε 28 παιδιά δεν είχαμε στοιχεία για το πότε ήρθαν στη χώρα μας (18 παιδιά δεν είχαν επιστρέψει συμπληρωμένο το ερωτηματολόγιο και 10 δεν είχαν απαντήσει στη συγκεκριμένη ερώτηση).

Πίνακας 24. Παιδιά των μεταναστών από την Αλβανία: έτη διαμονής στην Ελλάδα.

έτη διαμονής	αριθμός παιδιών, n		
	αγόρια	κορίτσια	σύνολο
1 ^{ος} χρόνος	23	20	43
2 ^{ος}	7	7	14
3 ^{ος}	7	13	20
4 ^{ος}	11	13	24
5 ^{ος}	8	17	25
6 ^{ος}	51	32	83
7 ^{ος}	25	20	45
8 ^{ος}	0	1	1
σύνολο	132	123	255

Πίνακας 25. Αριθμός και μέση ηλικία των παιδιών της ομάδος A1 (διαμονή στην Ελλάδα ≤ 2 έτη) και A2 (διαμονή στην Ελλάδα >2 έτη).

	διαμονή στην Ελλάδα	αριθμός παιδιών, n			μέση ηλικία (SD) ¹ (έτη)
		σύνολο	αγόρια	κορίτσια	
ομάδα A1	≤ 2 έτη	57	30	27	9.38 (1.81)
ομάδα A2	> 2 έτη	198	102	96	9.52 (1.83)
ΣΥΝΟΛΟ (A1+A2)		255	132	123	

¹ ομάδα A1 vs A2 $p=0.602$

Η μέση ηλικία (SD) των αγοριών ήταν στην ομάδα A1: 9.17 (1.84) έτη και στην A2: 9.48 (1.82) ($p=0.401$) και των κοριτσιών στην ομάδα A1: 9.61 (1.77) έτη και στην A2: 9.56 (1.85) ($p=0.892$), ενώ η αναλυτική ταξινόμηση ανά ηλικία (ακέραια και μισά έτη) και φύλο των παιδιών των δύο ομάδων καταγράφεται στον Πίνακα 47 του παραρτήματος.

Το μέσο διάστημα (SD) διαμονής στην Ελλάδα ήταν στην ομάδα A1: 1.09 (0.80) έτη και την A2: 5.55 (1.31). Τα περισσότερα παιδιά της ομάδος A1 ήταν στο πρώτο έτος διαμονής τους στην Ελλάδα: 75.4% (43/57), ενώ το 65.2% (129/198) των παιδιών της ομάδας A2 ζούσαν στη χώρα μας 6-8 έτη. Στα Ιωάννινα κατοικούσαν 42 παιδιά (73.7%) της ομάδος A1 (20 αγόρια και 22 κορίτσια) και 148 (74.7%) της A2 (77 αγόρια και 71 κορίτσια).

1. Τα σωματομετρικά στοιχεία των παιδιών.

Για τη σύγκριση του μέσου βάρους και ύψους και της μέσης τιμής του ΔΜΣ των παιδιών των δύο ομάδων (ομάδα A1 και A2), ανάλογα με την ηλικία και το φύλο τους, χωρίστηκαν σε δύο ηλικιακές κατηγορίες: 6-9 και 9.5-12.5 ετών (Πίνακας 26).

Πίνακας 26. Αριθμός παιδιών και μέση ηλικία ανά ηλικιακή κατηγορία και φύλο στις ομάδες A1 και A2.

	ηλικιακή κατηγορία	αριθμός παιδιών, n		μέση ηλικία (SD) (έτη)		p
		ομάδα A1	ομάδα A2	ομάδα A1	ομάδα A2	
αγόρια	6-9 ετών	15	47	7.60 (0.87)	7.79 (0.79)	0.439
	9.5-12.5 ετών	15	55	10.73 (0.99)	10.94 (0.99)	0.484
κορίτσια	6-9 ετών	10	43	7.55 (0.98)	7.81 (0.89)	0.409
	9.5-12.5 ετών	17	53	10.73 (0.90)	11.00 (0.95)	0.314
ΣΥΝΟΛΟ		57	198			

► **Σωματικό βάρος και ύψος.**

Στη σύγκριση των τιμών του μέσου βάρους και ύψους των παιδιών των ομάδων A1 και A2 ανά ηλικιακή κατηγορία και φύλο δε βρέθηκαν σημαντικές διαφορές, εκτός από το μεγαλύτερο μέσο βάρος (κατά 4.2 κιλά) των κοριτσιών ηλικίας 6-9 ετών της ομάδος A2 (Πίνακας 27).

Πίνακας 27. Μέσο βάρος και ύψος των παιδιών των ομάδων A1 και A2 ανά ηλικιακή κατηγορία και φύλο.

ηλικιακή κατηγορία	α γ ό ρ ι α (n=132)			κ ο ρ ί τ σ ι α (n=123)		
	ομάδα A1 (n=30)	ομάδα A2 (n=102)	p	ομάδα A1 (n=27)	ομάδα A2 (n=96)	p
	μέσο βάρος (SD) (kg)			μέσο βάρος (SD) (kg)		
6-9 ετών	25.53 (4.10)	27.61 (5.14)	0.160	23.50 (3.98)	27.71 (5.98)	0.039*
9.5-12.5 ετών	36.00 (7.11)	36.14 (5.63)	0.937	38.23 (10.04)	39.83 (10.04)	0.570
	μέσο ύψος (SD) (cm)			μέσο ύψος (SD) (cm)		
6-9 ετών	125.30 (7.83)	127.64 (6.54)	0.255	124.35 (6.93)	127.01 (6.65)	0.263
9.5-12.5 ετών	141.00 (5.44)	142.27 (7.88)	0.559	143.26 (9.93)	145.08 (9.00)	0.481

*p<0.05

Σε σύγκριση με τα πρότυπα ανάπτυξης των παιδιών της χώρας μας, επίσης δε βρέθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων στο ποσοστό των παιδιών με σωματομετρικά (βάρος ή ύψος σώματος) <10^η ΕΘ για την ηλικία και το φύλο τους. Στην ομάδα A2 ήταν μικρότερο –όχι όμως στατιστικά σημαντικά (p=0.116) – το ποσοστό των παιδιών που είχαν βάρος <10^η ΕΘ: 13.5% (αγόρια: 14.7%, 15/102 και κορίτσια: 13.5%, 13/96) έναντι 22.8% (αγόρια: 20%, 6/30 και κορίτσια: 25.9%, 7/27) στην ομάδα A1. Σωματικό βάρος >90^η ΕΘ είχε 1 παιδί (κορίτσι) της ομάδος A1 (1.7%) και 10 παιδιά (3 αγόρια και 7 κορίτσια) της A2 (5%), (p=0.280).

Όσον αφορά το ύψος, το 22.8% (13/57) των παιδιών της ομάδος A1 (αγόρια: 20%, 6/30 και κορίτσια: 25.9%, 7/27) και το 17.2% (34/198) εκείνων της A2 (αγόρια: 18.6%, 19/102 και κορίτσια: 15.6%, 15/96), είχαν ύψος <10^η ΕΘ για την ηλικία και το φύλο τους, (p=0.334). Ύψος σώματος >90^η ΕΘ για την ηλικία και το φύλο τους είχαν 2 παιδιά (κορίτσια) της ομάδος A1 (3.5%) και 15 παιδιά (7 αγόρια και 8 κορίτσια) της A2 (7.6%), (p=0.278).

► **Δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ).**

Η μέση τιμή του ΔΜΣ ήταν μεγαλύτερη στα κορίτσια ηλικίας 6-9 ετών της ομάδος A2 συγκριτικά με την A1 ($p < 0.05$), ενώ δε βρέθηκαν άλλες διαφορές στη σύγκριση των μέσων τιμών του ΔΜΣ ανά ηλικιακή κατηγορία και φύλο μεταξύ των ομάδων A1 και A2 (Πίνακας 28).

Πίνακας 28. Μέση τιμή του ΔΜΣ των παιδιών των ομάδων A1 και A2 ανά ηλικιακή κατηγορία και φύλο.

ηλικιακή κατηγορία	Δ Μ Σ αγοριών μέση τιμή (SD)			Δ Μ Σ κοριτσιών μέση τιμή (SD)		
	ομάδα A1	ομάδα A2	p	ομάδα A1	ομάδα A2	p
6-9 ετών	16.18 (1.26)	16.84 (2.27)	0.284	15.12 (1.63)	17.05 (2.75)	0.039*
9.5-12.5 ετών	18.01 (2.71)	17.80 (1.97)	0.744	18.35 (2.97)	18.70 (3.31)	0.699

* $p < 0.05$

Σύμφωνα με τα διεθνή προτεινόμενα κριτήρια¹²⁶, στην ομάδα A2 ήταν μεγαλύτερο ($p = 0.045$) το ποσοστό των κοριτσιών με υπερβάλλον βάρος (υπέρβαρα και παχύσαρκα) συγκριτικά με την A1, ενώ στα αγόρια δε βρέθηκε σημαντική διαφορά ($p = 0.356$). Το συνολικό ποσοστό των παιδιών με υπερβάλλον βάρος ήταν τριπλάσιο στην ομάδα A2 συγκριτικά με την A1 (16.2% έναντι 5.3%, $p = 0.035$), γεγονός που φαίνεται να οφείλεται στην αύξηση των υπέρβαρων παιδιών στην ομάδα A2: 13.1% έναντι 3.5% στην A1 ($p = 0.041$), (Πίνακας 29).

Πίνακας 29. Ποσοστά υπέρβαρων (Υ) και παχύσαρκων (Π) παιδιών ανά φύλο και συνολικά (αγόρια και κορίτσια) στην ομάδα A1 συγκριτικά με την A2.

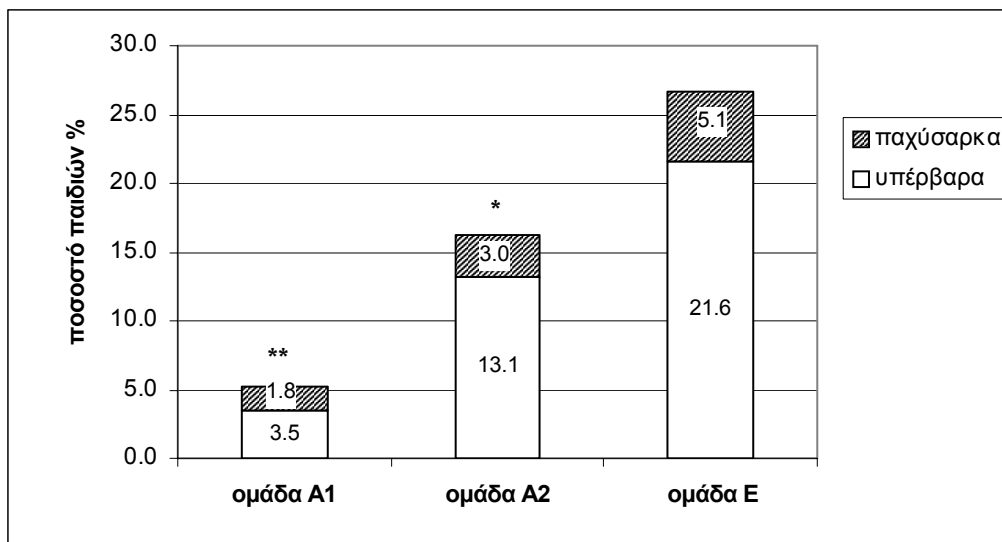
	αγόρια ποσοστό % (n)		κορίτσια ποσοστό % (n)		Σύνολο (αγόρια+κορίτσια) ποσοστό % (n)	
	ομάδα A1 (n=30)	ομάδα A2 (n=102)	ομάδα A1 (n=27)	ομάδα A2 (n=96)	ομάδα A1 (n=57)	ομάδα A2 (n=198)
Υ	3.3 (1)	9.8 (10)	3.7 (1)	16.7 (16)	3.5 (2)	13.1 (26)*
Π	3.3 (1)	2.9 (3)	0	3.1 (3)	1.8 (1)	3.0 (6)
(Υ+Π)	6.6 (2)	12.7 (13)	3.7 (1)	19.8 (19)*	5.3 (3)	16.2 (32)*

* $p < 0.05$

Σχετικά με την ηλικία, στην ομάδα A2 δεν βρέθηκαν διαφορές στο ποσοστό παιδιών με υπερβάλλον βάρος μεταξύ των μικρότερων (6-9 ετών): 18.9% (17/90, 8 αγόρια και 9 κορίτσια) και των μεγαλύτερων (9.5-12.5 ετών): 13.9% (15/108, 5 αγόρια και 10 κορίτσια).

Αν και αυξήθηκε το ποσοστό των παιδιών με υπερβάλλον βάρος στην ομάδα A2 συγκριτικά με την A1, αυτό ήταν σημαντικά μικρότερο από το αντίστοιχο ποσοστό των Ελληνόπουλων της μελέτης (Διάγραμμα 14).

Διάγραμμα 14. Ποσοστά υπέρβαρων και παχύσαρκων παιδιών των μεταναστών που διέμεναν στην Ελλάδα ≤ 2 έτη (ομάδα A1) και >2 έτη (ομάδα A2) συγκριτικά με τα Ελληνόπουλα (ομάδα E).



** $p < 0.001$ ομάδα A1 vs E, * $p < 0.01$ ομάδα A2 vs E

2. Η οδοντική υγεία και οι συνήθειες στοματικής υγιεινής.

Ελεύθερα τερηδόνας (χωρίς τερηδονισμένα ή εμφραγμένα δόντια) ήταν 4 παιδιά στην ομάδα A1 και 16 στην A2, ενώ το ποσοστό των παιδιών με αποκατασταθείσα τερηδόνα (που είχαν εμφραγμένα τα τερηδονισμένα τους δόντια) - αν και ήταν μικρό και στις δύο ομάδες- ήταν υπερτριπλάσιο στην ομάδα A2 (13.7%, 25/182 στην ομάδα A2 έναντι 3.8%, 2/53 στην A1, $p < 0.05$), (Πίνακας 30).

Ο μέσος αριθμός (SD) τερηδονισμένων δοντιών ανά παιδί ήταν στην ομάδα A1: 5.45 (3.89) και στην A2: 4.75 (3.60), και ο μέσος αριθμός (SD) εμφραγμένων δοντιών ήταν 0.58 (1.21) και 0.57 (1.12) αντίστοιχα.

Πίνακας 30. Η οδοντική υγεία των παιδιών των μεταναστών που διέμεναν στην Ελλάδα ≤ 2 έτη (ομάδα A1) και >2 έτη (ομάδα A2).

κατάσταση δοντιών	ποσοστό παιδιών % (n)	
	ομάδα A1 (n=57)	ομάδα A2 (n=198)
ελεύθερα τερηδόνας	7.0 (4)	8.1(16)
τερηδόνα αποκατασταθείσα	3.5 (2)	12.6 (25)*
τερηδόνα μη αποκατασταθείσα	89.5 (51)	79.3 (157)

* p=0.049

Λιγότερα από τα μισά παιδιά και των δύο ομάδων βούρτσιζαν τα δόντια τους καθημερινά, ενώ σχεδόν υποτριπλασιάστηκαν στην ομάδα A2 τα παιδιά που δε βούρτσιζαν ποτέ τα δόντια τους (Πίνακας 31).

Πίνακας 31. Συνήθειες στοματικής υγιεινής των παιδιών των μεταναστών.

βουρτσίζει το παιδί σας τα δόντια του;	ομάδα A1 (n=57) %	ομάδα A2 (n=198) %
κάθε μέρα	36.8	46.5
μερικές φορές την εβδομάδα	49.1	48.0
όχι, δεν τα βουρτσίζει	14.0	5.5*

*p<0.05

Όσον αφορά το πότε συνήθιζαν να βουρτσίζουν τα δόντια τους (υπήρχαν και περισσότερες από μία απαντήσεις), δε βρέθηκαν διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων: το πρωί ανέφερε το 53.1% (26/49) της ομάδος A1 και το 38.2% (71/186) της A2, το βράδυ το 40.8% και το 43.5% και μετά το μεσημεριανό γεύμα το 8.2% και το 7% αντίστοιχα, ενώ περίπου ένα στα τέσσερα παιδιά ανέφεραν ότι βούρτσιζαν τα δόντια τους «όποτε να 'ναι» (ομάδα A1: 26.5% και A2: 26.3%).

Περίπου το 1/3 των παιδιών της ομάδος A1 δεν είχε επισκεφθεί ποτέ οδοντίατρο συγκριτικά με το 1/5 της ομάδος A2. Η κύρια αιτία αναζήτησης οδοντιατρικής φροντίδας στα παιδιά των μεταναστών ήταν ο πονόδοντος. Αν και η προληπτική οδοντιατρική εξέταση ήταν χαμηλή και στις δύο ομάδες, αυξήθηκε στα παιδιά που διέμεναν περισσότερα έτη στην Ελλάδα (Πίνακας 32).

Πίνακας 32. Οδοντιατρική φροντίδα των παιδιών των μεταναστών.

οδοντιατρική φροντίδα των παιδιών		ομάδα A1 (n=57) % (n)	ομάδα A2 (n=198) % (n)	p
δεν έχει επισκεφθεί ποτέ οδοντίατρο		35.1 (20)	21.2 (42)	0.031*
αιτία 1 ^{ης} εξέτασης στον οδοντίατρο	πονόδοντος	52.6 (30)	44.0 (87)	0.246
	αποκατάσταση τερηδόνας	8.8 (5)	14.6 (29)	0.250
	ορθοδοντικό πρόβλημα	1.8 (1)	6.1 (12)	0.158
	προληπτικός έλεγχος	1.7 (1)	14.1 (28)	0.009**

*p<0.05, ** p<0.01

Η μέση ηλικία (SD) πρώτης οδοντιατρικής εξέτασης ήταν στην ομάδα A1: 7.58 (2.14) έτη και στην A2: 6.91 (1.98) έτη, (p=0.142).

3. Το ερωτηματολόγιο.

► Οι διατροφικές συνήθειες των παιδιών.

Το πρωινό γεύμα.

	ομάδα A1 (n=57)	ομάδα A2 (n=198)
	%	%
πρωινό κάθε μέρα	78.9	77.4
μερικές φορές την εβδομάδα	15.8	13.8
σπάνια-ποτέ	5.3	8.7

Τα παιδιά της ομάδας A2, υιοθέτησαν στο πρωινό τους γεύμα διατροφικές προτιμήσεις παρόμοιες με εκείνες Ελληνόπουλων της μελέτης. Έτσι αυξήθηκε στην ομάδα A2, συγκριτικά με την ομάδα A1, το ποσοστό των παιδιών που προτιμούσαν στο πρωινό τους γάλα, δημητριακά και κακάο/hemo, ενώ μειώθηκαν εκείνα που έτρωγαν βούτυρο (Πίνακας 33), (τα αντίστοιχα ποσοστά στην ομάδα E ήταν: γάλα στο πρωινό γεύμα 92.3%, δημητριακά 17.9%, κακάο/hemo 16.7% και βούτυρο 11%).

Πίνακας 33. Τρόφιμα που καταναλώνονταν συνήθως στο πρωινό γεύμα.

τρόφιμα	ομάδα A1 (n=57) %	ομάδα A2 (n=196) %	p
γάλα	85.9	94.4	0.033*
ψωμί, φρυγανιά	36.8	27.5	0.176
μέλι, μαρμελάδα, μερέντα	33.3	29.6	0.589
βούτυρο	24.6	11.7	0.015**
αυγά	29.8	21.4	0.187
δημητριακά	1.7	10.7	0.035*
κακάο, hemo	7.0	20.9	0.016**
φρούτα, χυμός	8.8	9.2	0.924

*p<0.05, **p<0.02

Το κολατσιό στο σχολείο.

	ομάδα A1 (n=56)	ομάδα A2 (n=196)
	%	%
κολατσιό κάθε μέρα	73.2	85.2*
μερικές φορές την εβδομάδα	19.6	12.2
σπάνια-ποτέ	7.1	2.6

*p<0.05

Στην ομάδα A2 αυξήθηκαν τα παιδιά που έτρωγαν καθημερινά κολατσιό στο σχολείο, φτάνοντας το αντίστοιχο ποσοστό των γηγενών παιδιών (ομάδα E: 85.6%). Τα 2/3 των παιδιών των μεταναστών (ομάδα A1: 67.3%, 37/55 και A2: 66%, 128/194) αγόραζαν το κολατσιό τους από το σχολείο, ενώ στα υπόλοιπα (ομάδα A1: 32.7% και A2: 34%) το κολατσιό ετοιμάζονταν στο σπίτι.

Πίνακας 34. Τρόφιμα που καταναλώνονταν συχνότερα στο κολατσιό.

τρόφιμα	ομάδα A1 (n=57) %	ομάδα A2 (n=196) %	p
σάντουιτς-τόστ	66.7	77.0	0.113
τυρόπιτα	40.3	40.3	0.995
γλυκά	29.8	31.6	0.795
αναψυκτικά	14.0	19.4	0.356
γαριδάκια- τσιπς	12.3	26.0	0.029*
φρούτα, χυμοί	12.3	29.6	0.008**

*p<0.05, **p<0.01

Οι διατροφικές προτιμήσεις των παιδιών των μεταναστών για το κολατσιό τους διέφεραν στα παιδιά της ομάδας A2 συγκριτικά με την A1 (πίνακας 34): στην ομάδα A2 ήταν συχνότερη η κατανάλωση φρούτων και χυμών (ποσοστό παρόμοιο με των Ελληνόπουλων, ομάδα E: 26%) και υπερδιπλάσιο το ποσοστό των παιδιών που έτρωγε γαριδάκια-τσιπς (το αντίστοιχο ποσοστό στην ομάδα E ήταν 14.7%). Η προτίμηση των γλυκών στο κολατσιό παρέμεινε σταθερή και παρόμοια με εκείνη των Ελληνόπουλων της μελέτης (ομάδα E: 29.9%).

Ορισμένες σημαντικές διαφορές μεταξύ των παιδιών των ομάδων A1 και A2 βρέθηκαν και στη μέση εβδομαδιαία συχνότητα κατανάλωσης ορισμένων τροφών (Πίνακας 35).

Πίνακας 35. Μέση εβδομαδιαία συχνότητα κατανάλωσης τροφών (φορές/εβδομάδα) στην ομάδα A1 συγκριτικά με την A2.

τρόφιμα	απάντησαν, n		φορές / εβδομάδα (SD)		
	A1	A2	ομάδα A1	ομάδα A2	p
κόκκινο κρέας	53	184	2.31 (1.55)	2.14 (1.16)	0.393
κοτόπουλο	54	195	1.81 (1.10)	1.62 (0.83)	0.183
ψάρι	50	182	0.88 (0.50)	1.09 (0.48)	0.006**
όσπρια	51	181	1.18 (0.49)	1.29 (0.56)	0.211
ζυμαρικά	51	180	2.82 (1.09)	2.68 (1.06)	0.226
πατάτες	53	182	2.66 (1.01)	2.48 (1.29)	0.358
τυρί	53	181	3.96 (2.43)	4.29 (2.47)	0.387
γιαούρτι	51	178	2.66 (1.46)	2.54 (1.91)	0.699
σαλάτες λαχανικών χόρτα	51	175	4.45 (2.17)	4.32 (2.35)	0.810
φρούτα	53	184	6.17 (1.53)	6.11 (1.79)	0.813
χυμοί φρούτων	50	179	3.47 (1.67)	4.42 (2.32)	0.007**
αναψυκτικά	48	176	3.07 (2.14)	3.12 (2.43)	0.910
αλλαντικά	53	174	1.97 (1.76)	1.96 (1.87)	0.975
έτοιμα φαγητά (fast food)	51	181	0.98 (1.14)	1.12 (1.31)	0.487
γαριδάκια-τσιπς	49	176	2.50 (1.83)	2.49 (1.96)	0.971
γλυκά	53	180	2.51 (1.48)	3.16 (2.0)	0.033*
ξηροί καρποί	45	176	0.76 (0.93)	0.82 (1.28)	0.758

*p<0.05, **p<0.01

Η μέση εβδομαδιαία συχνότητα κατανάλωσης ψαριών ήταν μεγαλύτερη στην ομάδα A2 συγκριτικά με την A1. Το ποσοστό των παιδιών που έτρωγε ψάρι λιγότερο από 1 φορά την εβδομάδα ή ποτέ ήταν στην ομάδα A2 11% (20/182) συγκριτικά με 24% (12/50) στην A1 (p=0.018), ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στα Ελληνόπουλα της

μελέτης ήταν 15% (89/591). Στην ίδια ομάδα (A2) ήταν μεγαλύτερη η μέση εβδομαδιαία συχνότητα κατανάλωσης γλυκών και σχεδόν ίδια με των Ελληνόπουλων (ομάδα E: 3 φορές/εβδομάδα). Μόνο 3 παιδιά (5.7%) της ομάδος A1 έτρωγαν γλυκά 5-7 φορές την εβδομάδα συγκριτικά με περίπου 1 στα 5 παιδιά (21.1%, 38/180) της A2 ($p=0.009$), ποσοστό παρόμοιο με εκείνο της ομάδος E (18.2%, 104/570). Η μέση εβδομαδιαία συχνότητα κατανάλωσης χυμών ήταν μεγαλύτερη στην ομάδα A2 και παρόμοια με των Ελληνόπουλων (ομάδα E: 4.3 φορές/εβδομάδα). Αντίθετα με αυτές τις μεταβολές που προσομοίαζαν προς τις διατροφικές συνήθειες των Ελληνόπουλων της μελέτης, η μέση εβδομαδιαία συχνότητα κατανάλωσης κοτόπουλου, φρούτων και λαχανικών αλλά και αλλαντικών, αναψυκτικών και σνακς - η οποία όπως αναφέρθηκε στο μέρος I των αποτελεσμάτων (πίνακας 11) ήταν μεγαλύτερη στα παιδιά των μεταναστών συγκριτικά με τα γηγενή- δε διέφερε μεταξύ των ομάδων A1 και A2 (Πίνακας 35).

Τα παιδιά των μεταναστών που διέμεναν περισσότερα χρόνια στην Ελλάδα (ομάδα A2) έπιναν περισσότερο γάλα, ενώ η κατανάλωση ψωμιού και αυγών ήταν παρόμοια στις δύο ομάδες (Πίνακας 36).

Πίνακας 36. Κατανάλωση γάλατος, ψωμιού και αυγών στην ομάδα A1 συγκριτικά με την A2.

τρόφιμα	απάντησαν, n		μέση κατανάλωση (SD)	
	A1	A2	ομάδα A1	ομάδα A2
γάλα (ποτήρια/μέρα)	56	190	1.31 (0.71)	1.60 (0.84)*
ψωμί (φέτες/μέρα)	54	188	3.89 (1.28)	3.73 (1.71)
αυγά /εβδομάδα	57	197	3.58 (2.03)	3.40 (1.88)

* $p<0.02$

Η κατανάλωση γάλατος, αν και αυξήθηκε στην ομάδα A2, παρέμενε ακόμη μικρότερη από εκείνη των γηγενών παιδιών (μέση κατανάλωση στην ομάδα E: 1.9 ποτήρια γάλα/ημέρα, $p<0.0001$). Στην ομάδα A2 υπερδιπλασιάστηκε το ποσοστό των παιδιών που έπινε τουλάχιστο 2 ποτήρια γάλα την ημέρα: 46.8% (89/190) έναντι 21.4% (12/56) στην A1 ($p<0.001$). Αντίθετα, η κατανάλωση ψωμιού και αυγών δε διέφερε μεταξύ των δύο ομάδων και ήταν μεγαλύτερη ($p<0.0001$) της αντίστοιχης των Ελληνόπουλων (μέση κατανάλωση στην ομάδα E: 2.7 φέτες ψωμί/ημέρα και 2.7 αυγά/εβδομάδα).

Τα παιδιά των μεταναστών κατανάλωναν συχνότερα φρέσκο συσκευασμένο γάλα ολικών λιπαρών: ομάδα A1 89.3% (50/56) και A2 88.4% (168/190). Γάλα χαμηλών λιπαρών έπιναν 3 παιδιά (2 παιδιά στην ομάδα A1: 3.6% και 1 στην A2: 0.5%), ενώ συμπυκνωμένο μακράς διάρκειας έπινε το 7.1% της ομάδος A1 και το 11% της A2. Τα περισσότερα παιδιά έβαζαν ζάχαρη στο γάλα τους (ομάδα A1: 82.4%, 47/57 και A2: 76.1%, 150/197), συνήθεια που ήταν συχνότερη από ότι στα γηγενή παιδιά (ομάδα E: 48.5% 296/610, $p < 0.0001$)

Συχνότερα κατανάλωναν λευκό ψωμί (σίτου): ομάδα A1 70.2% (40/57) και A2 82% (160/195), ενώ ζυμωτό ψωμί έτρωγε το 26.3% (15/57) των παιδιών της ομάδος A1 και το 14.8% (29/195) της A2 ($p = 0.047$) και ψωμί ολικής άλεσης το 3.5% (2 παιδιά) και το 3.1% (6 παιδιά) αντίστοιχα.

Η κατανάλωση κατεψυγμένων προϊόντων ήταν παρόμοια και στις δύο ομάδες: συχνή κατανάλωση κατεψυγμένων ψαριών αναφέρονταν στο 23.1% (12/52) των παιδιών της ομάδος A1 και το 23.9% (44/184) της A2, κόκκινου κρέατος-κιμά στο 38% (19/50) και το 36% (65/180) και κοτόπουλου στο 50% (27/52) και το 38% (65/171) αντίστοιχα.

Στα παιδιά των μεταναστών που διέμεναν περισσότερα χρόνια στην Ελλάδα αυξήθηκε η κατανάλωση χοιρινού κρέατος: συχνή κατανάλωση χοιρινού ανέφερε το 43.2% (80/185) της ομάδος A2 (ποσοστό παρόμοιο με εκείνο της ομάδος E: 44.6%, 254/569) και το 26% (13/50) της A1 ($p = 0.026$).

Όσον αφορά τον τρόπο παρασκευής των φαγητών δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων: συχνά φαγητά κατσαρόλας έτρωγε το 85.5% (47/55) της ομάδα A1 και το 84.4% (163/193) της A2, βραστά-σούπα το 71.5% (33/50) και το 72.9% (140/192) και τηγανητά το 49.4% (24/50) και το 49.7% (95/191) αντίστοιχα. Στο 67.1% (133/198) των παιδιών της A2 ομάδος αναφέρονταν ότι χρησιμοποιούνταν λίγο αλάτι στην παρασκευή του φαγητού τους συγκριτικά με το 50.9% (29/57) της A1 ($p = 0.024$) και επίσης στην ίδια ομάδα ήταν υποδιπλάσιο το ποσοστό των παιδιών που έριχνε επιπλέον αλάτι στη μερίδα του (A2: 10.1% 20/198 έναντι A1: 21.1% 12/57, $p = 0.027$), διατροφικές μεταβολές που προσομοιάζαν προς εκείνες των Ελληνόπουλων. Η χρήση καρυκευμάτων στην παρασκευή του φαγητού, αναφέρονταν συχνή σε περισσότερα από τα μισά παιδιά (ομάδα A1: 54.4%, 31/57 και A2: 55.4%, 108/195).

Παραδοσιακά, «ιδιαιτέρα» φαγητά που συνηθίζονταν στον τόπο τους, έτρωγε το 45% (23/51) των παιδιών της ομάδος A1 και το 50% (98/196) της A2.

Τα έλαια-λίπη που χρησιμοποιούνταν συχνότερα στο φαγητό ήταν και στις δύο ομάδες το ελαιόλαδο: ομάδα A1 83.6% (46/55) και A2 84.7% (150/177). Δεύτερα σε προτίμηση ήταν τα σπορέλαια: στο 66.7% (24/36) της ομάδος A1 και το 58.8% (80/136) της A2. Στο 19.4% (7/36) των παιδιών της ομάδος A1 και το 22% (30/136) της A2 χρησιμοποιούνταν συχνά και ζωικά λιπαρά (βούτυρο) στην παρασκευή του φαγητού τους. Στα παιδιά που διέμεναν στην Ελλάδα περισσότερα έτη, ήταν μεγαλύτερο το ποσοστό που είχε περιλάβει στη διατροφή του και άλλα λιπαρά, όπως μαγιονέζα: 17.6% (9/51) στην ομάδα A1 έναντι 34.8% (61/175) στην A2 ($p=0.019$), (ποσοστό παρόμοιο με εκείνο της ομάδος E: 33.5%).

Στο 1/3 των παιδιών αγόραζαν ή έφτιαχναν γλυκά στο σπίτι κάθε εβδομάδα ή συχνότερα (ομάδα A1: 35.1% 20/57 και A2: 34.3% 68/198) και περίπου στα μισά 1-3 φορές το μήνα (ομάδα A1: 50.9% 29/57 και A2: 49% 97/198). Επίσης συσκευασμένους χυμούς για το σπίτι αγόραζαν τουλάχιστο 1 φορά την εβδομάδα στο 54.9% (28/51) της ομάδος A1 και στο 63.2% (110/174) της A2, ενώ αναψυκτικά στο 56% (28/50) και το 64.8% (118/182) αντίστοιχα.

Τα περισσότερα παιδιά έπιναν νερό της ύδρευσης (A1: 93%, 53/57 και A2: 94.4%, 187/198) και λίγα εμφιαλωμένο νερό (4 της ομάδος A1 και 11 της A2). Το 83.8% των παιδιών (ομάδα A1: 82.5% και A2: 84.2%) ανέφερε ότι συνήθιζε να πίνει διάφορα αφεψήματα, συνήθεια που ήταν λιγότερο συχνή στα γηγενή παιδιά (ομάδα E: 53.7%, 316/588). Αρκετά παιδιά των μεταναστών -και ιδιαίτερα εκείνα που διέμεναν περισσότερα χρόνια στην Ελλάδα- είχαν δοκιμάσει οινοπνευματώδη ποτά ή έπιναν σε «ειδικές» περιπτώσεις (γιορτές): το 60.5% (118/195) της ομάδας A2 και το 41.8% (23/55) της A1, ($p=0.013$). Αντίθετα, περίπου 1 στα 3 γηγενή παιδιά (34%) ανέφεραν ότι είχαν δοκιμάσει οινοπνευματώδη ποτά.

Ο μέσος αριθμός (SD) γευμάτων ημερησίως αυξήθηκε, ανάλογα προς τις συνήθειες γευμάτων των Ελληνόπουλων, από 3.74 (0.76) γεύματα την ημέρα στην ομάδα A1 σε 4.05 (0.90) στην A2, ($p=0.035$). Τουλάχιστο 4 γεύματα ημερησίως έτρωγε το 60.8% (28/46) των παιδιών της ομάδας A1 και το 71.5% (133/186) της A2. Σχετικά με το πλουσιότερο γεύμα της ημέρας βρέθηκαν διαφορές στις απαντήσεις μεταξύ των δύο ομάδων ($p=0.042$): το μεσημεριανό ήταν το μεγαλύτερο γεύμα και στις δύο ομάδες (ομάδα A1: 61.4%, 35/57 παιδιά και A2: 67%, 132/197), το μεσημεριανό και το βραδινό εξίσου «πλούσια» στο 22.8% (13/57) και το 27.9% (55/197) της A2 και το βραδινό στο 12.3% (7/57) και το 4.6% (9/197) αντίστοιχα, ενώ το πρωινό αναφέρονταν σε 2 παιδιά της ομάδος A1 και 1 της A2. Περίπου 4 στα 5

παιδιά (ομάδα A1: 78.9%, 45/57 παιδιά και A2: 80.8%, 160/198), ανέφεραν ότι συγκεντρώνονταν καθημερινά όλη η οικογένεια στο τραπέζι για φαγητό, συνήθεια που ήταν συχνότερη ($p < 0.0001$) από ότι στα γηγενή παιδιά (ομάδα E: 65%, 397/611).

Στο 81.1% (43/53) των παιδιών της ομάδος A1 και το 85.5% (165/193) της A2, οι οικογένειες αγόραζαν όλα ή τα περισσότερα τρόφιμά τους από μεγάλα καταστήματα. Επίσης προμηθεύονταν ορισμένα προϊόντα από δική τους παραγωγή, όπως κηπευτικά (ομάδα A1: 33.9%, 19/56 και A2: 43.5%, 84/193) και κρέας (ομάδα A1: 24.1%, 13/54 και A2: 25.8%, 50/194).

Σε περισσότερα παιδιά της ομάδος A2 οι γονείς τους έλεγχαν συνήθως την ημερομηνία λήξης των συσκευασμένων τροφίμων που αγόραζαν στα παιδιά τους: 90.5% (172/190) στην ομάδα A2 έναντι 81.5% (44/54) στην A1 ($p = 0.010$), ενώ το αντίστοιχο ποσοστό που έλεγχε τη σύστασή τους ήταν παρόμοιο στις δύο ομάδες (ομάδα A1: 51.3%, 20/39 και A2: 57.9%, 91/157).

► ***Οι απόψεις των γονέων για τη διατροφή των παιδιών.***

Οι γονείς περισσότερων παιδιών που είχαν έρθει πρόσφατα στην Ελλάδα (ομάδα A1) είχαν ανεπαρκέστερες γνώσεις σε θέματα διατροφής των παιδιών συγκριτικά με εκείνους που διέμεναν στη χώρα μας περισσότερα χρόνια (ομάδα A2), (Πίνακας 37). Όσον αφορά την άποψη ότι υπάρχουν «καλές» και «κακές» τροφές για τη διατροφή και την υγεία των παιδιών συμφώνησαν οι γονείς περισσότερων παιδιών της ομάδος A2 (75.6%, 146/193) συγκριτικά με την A1 (58.2%, 32/55), ($p = 0.011$).

Στο 94.6% (53/56) των παιδιών της ομάδος A1 και στο 94.4% (186/197) της A2, οι γονείς δήλωσαν «πολύ ή αρκετά ικανοποιημένοι» από τον τρόπο διατροφής των παιδιών τους, ωστόσο 1 στους 5 (ομάδα A1: 21.4%, 12/56 και A2: 20.2%, 40/198) θα ήθελε το παιδί του να τρώει περισσότερο (θεωρούσαν την όρεξη του παιδιού τους για φαγητό «μέτρια» ή «μικρή»).

Οικονομική ανεπάρκεια ή δυσκολία για την αγορά των ειδών διατροφής δήλωσαν οι γονείς στο 56.4% (31/55) των παιδιών της ομάδας A1 συγκριτικά με το 40.3% (79/196) της A2 ($p = 0.033$).

Πίνακας 37. Γνώσεις των γονέων-μεταναστών για τη διατροφή των παιδιών στην ομάδα A1 συγκριτικά με την A2.

γνώσεις - απόψεις των γονέων για τη διατροφή	απάντησαν, n		συμφωνώ %		διαφωνώ / δε γνωρίζω %	
	ομάδα A1	ομάδα A2	A1	A2	A1	A2
υγιεινή διατροφή: αφορά μόνο τους ενήλικες	52	192	28.8	23.9	46.2/ 25.0	43.2/ 32.9
παχύ παιδί : «πρότυπο υγιούς παιδιού»*	53	195	22.6	9.7	66/ 11.3	73.8/ 16.4
πρωινό γεύμα: απαραίτητο στα παιδιά**	55	196	83.6	95.9	10.9/ 5.5	0/ 4.1
φρούτα/ λαχανικά: απαραίτητα στη διατροφή των παιδιών	55	195	96.4	98.5	3.6/ 0	0.5/ 1.0
κρέας: η βασικότερη τροφή για τα παιδιά	54	194	57.4	51.0	29.6/ 13.0	29.4/ 19.6

*p<0.05, **p<0.0001

► Η υγεία των παιδιών.

Στις περισσότερες περιπτώσεις οι παροχές υγείας στα παιδιά των μεταναστών δίνονταν από παιδίατρους δημοσίων φορέων υγείας (Νοσοκομείου ή Κέντρου Υγείας): A1 77.3% (41/53) και A2 82.2% (157/191), ενώ μικρό ποσοστό παιδιών και στις δύο ομάδες είχε ιδιώτες παιδίατρους (ομάδα A1: 11.3%, 6/53 και A2: 14.6%, 28/191). Επίσης, σε 12 παιδιά που κατοικούσαν στα χωριά (6 στην ομάδα A1: 11.3% και 6 στην A2: 3.1%) οι παροχές υγείας δίνονταν από αγροτικούς γιατρούς.

Οι γονείς δήλωσαν ότι δεν είχαν καμία ενημέρωση σε θέματα διατροφής των παιδιών τους από το γιατρό τους στο 50.9% (27/53) της ομάδος A1 και στο 41.1%, (76/185) της A2, μερική ενημέρωση ανέφερε το 20.8% της ομάδος A1 και το 23.2% της A2 και ικανοποιητική το 28.3% και το 35.7% αντίστοιχα.

Διαφορές βρέθηκαν στην άποψη των γονέων για το βάρος των παιδιών τους: «κανονικό» το θεωρούσαν το 85.3% (168/197) της ομάδας A2 και το 66.1% (37/56) της A1, «πάνω από το κανονικό» το 8.1% και το 14.3% αντίστοιχα και «κάτω από το κανονικό» τριπλάσιο ποσοστό γονέων της ομάδος A1 (19.6%) συγκριτικά με την A2 (6.6%), (p=0.003).

Σχετικά με τα προβλήματα υγείας των παιδιών -όπως αυτά αναφέρθηκαν από τους γονείς τους- δε βρέθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των δυο ομάδων. Σιδηροπενική αναιμία αναφέρθηκε σε 2 παιδιά της ομάδος A1 και 3 της A2 και χρόνια προβλήματα υγείας σε 2 παιδιά της ομάδος A2 (1 παιδί παράλυση άνω άκρου και 1 επιληψία). Βιταμινούχα συμπληρώματα διατροφής λάμβανε 1 παιδί στην ομάδα A1 και 2 στην A2.

► **Ο ελεύθερος χρόνος και η σωματική άσκηση.**

Αν και μικρός αριθμός παιδιών των μεταναστών είχε κάποια εξωσχολική δραστηριότητα, εκείνα που διέμεναν περισσότερα έτη στην Ελλάδα (ομάδα A2) συμμετείχαν συχνότερα σε αυτές (Πίνακας 38). Αξιοσημείωτο είναι ότι παρ' ότι αυξήθηκε στην ομάδα A2 ο αριθμός των παιδιών που συμμετείχαν σε αθλητικές δραστηριότητες (27.9% στην ομάδα A2 έναντι 6.1% στην A1), παρέμεινε μικρότερος ($p < 0.0001$) από ότι στα Ελληνόπουλα της μελέτης (ομάδα E: 47.4%).

Πίνακας 38. Εξωσχολικές δραστηριότητες των παιδιών της ομάδας A1 συγκριτικά με την A2.

είδος δραστηριότητας	απάντησαν, n		ομάδα A1 %	ομάδα A2 %
	ομάδα A1	ομάδα A2		
ξένη γλώσσα	34	162	14.7	56.8**
άσκηση/αθλοπαιδιές ¹	49	186	6.1	27.9*
φροντιστήριο στα μαθήματα του σχολείου	41	147	24.4	23.8
μουσική	33	137	6.1	13.1
άλλα ²	32	135	0	1.4

* $p=0.001$, ** $p<0.0001$

¹ μέση συχνότητα (SD): ομάδα A1 2.33 (1.15) και A2 2.04 (1.14) φορές την εβδομάδα.

² 1 παιδί ζωγραφική και 1 υπολογιστές στην ομάδα A2.

Δε βρέθηκαν διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων στη συχνότητα παιχνιδιού έξω από το σπίτι: καθημερινά παιχνίδια ανοικτού χώρου έπαιζε το 66.7% (38/57) της ομάδος A1 και το 60.9% (120/197) της A2, μερικές φορές την εβδομάδα το 26.3% και

το 30% και 1-3 φορές το μήνα το 3.5% και το 6.1% αντίστοιχα, ενώ 2 παιδιά της ομάδος A1 και 6 της A2 ανέφεραν ότι έπαιζαν λιγότερο από 1 φορά το μήνα. Επίσης δε βρέθηκαν διαφορές όσον αφορά τους συχνότερους χώρους παιχνιδιού των παιδιών (Πίνακας 39).

Πίνακας 39. Πού παίζει συνήθως το παιδί σας;

χώρος παιχνιδιού	ομάδα A1 (n=55) %	ομάδα A2 (n=187) %
κοινόχρηστος χώρος αναψυχής	52.7	59.9
αυλή/κήπος	34.6	30.4
δρόμος	9.1	6.9
μπαλκόνι/ταράτσα	1.8	2.8
δεν έχει χώρο να παίξει	1.8	0

Τα παιδιά της ομάδος A2 πήγαιναν σπανιότερα με τους γονείς τους σε υπαίθριους χώρους για περπάτημα-περίπατο ($p < 0.01$): ποτέ ανέφερε το 26.3% (15/57) της ομάδος A1 και το 29.9% (58/194) της A2, λιγότερο από μια φορά το μήνα το 17.5% και το 30.4% αντίστοιχα, 1-3 φορές το μήνα το 33.3% και το 14.4% και κάθε εβδομάδα ή συχνότερα το 25.3% της ομάδος A2 και το 22.8% της A1.

Η πλειονότητα των παιδιών δεν έκανε ποτέ αθλοπαιδιές ή άσκηση με τους γονείς του: το 89.5% (51/57) στην ομάδα A1 και το 80% (154/195) στην A2, λιγότερο από 1 φορά το μήνα ανέφερε το 7% και το 9.2% αντίστοιχα, 1-3 φορές το μήνα το 1.8% και το 5.6% και κάθε εβδομάδα ή συχνότερα το 1.7% στην ομάδα A1 και το 6.2% στην A2.

Δεν παρατηρήθηκαν διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων στη συχνότητα παρακολούθησης τηλεόρασης: καθημερινά τηλεόραση παρακολουθούσε το 84.2% (48/57) στην ομάδα A1 και το 79.2% (156/197) στην A2. Τα περισσότερα παιδιά έβλεπαν συνήθως τις παιδικές εκπομπές: το 71.4% στην ομάδα A1 (40/56) και το 76.5% (144/189) στην A2, ενώ περίπου 1 στα 4 παιδιά (ομάδα A1: 26.9%, 15/56 και A2: 23.3% 44/189) δεν ελέγχονταν για τις επιλογές των προγραμμάτων που παρακολουθούσαν (έβλεπαν «ότι να 'ναι»).

Τα παιδιά που διέμεναν περισσότερα χρόνια στην Ελλάδα ζητούσαν συχνότερα από τους γονείς τους διαφημιζόμενα είδη διατροφής: 59.6% (34/57) στην ομάδα A1 συγκριτικά με 75.7% (150/198) στην A2 ($p=0.016$). Ωστόσο, στην πλειοψηφία των παιδιών οι γονείς τους ανέφεραν ότι αγόραζαν σπάνια/ποτέ επιπλέον προϊόντα διατροφής λόγω διαφήμισης στην τηλεόραση: ομάδα A1 76.8% (43/56) και A2 82.6% (162/196).

► **Η κατοικία και οι συνθήκες διαβίωσης.**

Οι συνθήκες διαβίωσης και οι ανέσεις τις κατοικίας βελτιώθηκαν στα παιδιά των μεταναστών που διέμεναν περισσότερα έτη στην Ελλάδα.

Η κατοικία σε ιδιόκτητο σπίτι ήταν σπάνια: αναφέρονταν στο 5.6% (11/196) των παιδιών της ομάδος A2 και σε κανένα της A1.

Η κατοικία σε διαμέρισμα πολυκατοικίας ήταν συχνότερη στην ομάδα A2 (A2: 44.6%, 87/195 και A1: 29.8%, 17/57, $p=0.046$). Τα περισσότερα παιδιά ζούσαν σε ισόγειες κατοικίες (ομάδα A1: 51.8%, 29/56 και A2: 46.6%, 90/193) ή 1^{ου} ορόφου (ομάδα A1: 30.3%, 17/56 και A2: 28.5%, 55/193) και λιγότερα σε υπόγεια (4 παιδιά στην ομάδα A1 και 17 στην A2) και διαμερίσματα 2^{ου} ορόφου ή παραπάνω (6 παιδιά στην ομάδα A1 και 31 στην A2).

Ο μέσος αριθμός (SD) ατόμων ανά κατοικία, ήταν στην ομάδα A1: 4.59 (0.86) άτομα και στην A2: 4.16 (0.88), ($p=0.001$). Συγκατοίκηση με άλλους συγγενείς αναφέρονταν στο 5.2% (3/57) της ομάδος A1 και το 3% (6/198) της A2 και με τους παππούδες στο 12.3% (7/57) και το 10.1% (20/198) αντίστοιχα. Ο μέσος αριθμός (SD) δωματίων (πλην της κουζίνας και του μπάνιου) ανά κατοικία, ήταν στην ομάδα A1: 2.45 (0.89) και στην A2: 2.55 (0.76). Ο μέσος αριθμός (SD) ατόμων ανά δωμάτιο κατοικίας, ήταν στην ομάδα A1: 2.05 (0.78) και την A2: 1.76 (0.63), ($p=0.005$). Το 24.6% (14/57) των παιδιών της ομάδος A1 διέμεναν σε πυκνοκατοικημένα σπιτικά (>2 άτομα ανά δωμάτιο κατοικίας) συγκριτικά με το 13.7% (27/197) της A2 ($p=0.049$), ποσοστό που παρέμενε όμως διπλάσιο εκείνου των γηγενών παιδιών (ομάδα E: 6.5%, 40/608, $p<0.01$).

Οι ανέσεις των σπιτιών ήταν περισσότερες στα παιδιά που διέμεναν περισσότερα χρόνια στην Ελλάδα (Πίνακες 40, 41).

Στο 35% (69/197) των παιδιών της ομάδος A2 υπήρχε στην οικογένεια ιδιωτικό αυτοκίνητο συγκριτικά με το 17.5% (10/57) της A1 ($p=0.012$).

Πίνακας 40. Η θέρμανση του σπιτιού στα παιδιά των μεταναστών.

κύριο μέσο θέρμανσης*	ομάδα A1 (n=57) %	ομάδα A2 (n=196) %
κεντρική θέρμανση	26.3	38.8
σόμπα πετρελαίου	21.1	29.6
ξύλοσομπα	33.3	25.0
τζάκι	7.0	0
αερόθερμο	12.3	6.6

*p<0.001 ομάδα A1 vs A2

Πίνακας 41. Οι ανέσεις των σπιτιών στα παιδιά των μεταναστών.

	απάντησαν, n		ομάδα A1 %	ομάδα A2 %	p
	ομάδα A1	ομάδα A2			
ηλεκτρική κουζίνα	57	197	56.1	71.6	0.009**
θερμοσίφωνο	57	197	77.2	89.3	0.018*
ψυγείο ¹	57	198	96.5	99.5	0.064
τηλέφωνο	57	198	31.6	67.7	<0.0001
τηλεόραση	57	198	100	99.5	0.590
πλυντήριο ρούχων	57	197	52.6	93.4	<0.0001
πλυντήριο πιάτων	57	196	7.0	3.1	0.177
ηλεκτρική σκούπα	57	197	8.8	57.9	<0.0001
ξεχωριστή κουζίνα (ή κουζίνα-τραπεζαρία)	57	197	40.4	58.4	0.016*
εσωτερική τουαλέτα	56	197	96.4	97.5	0.677

¹ δεν είχαν στο σπίτι ψυγείο 2 παιδιά της ομάδος A1 και 1 της A2.

*p<0.02, **p<0.01

► **Η οικογένεια.**

Όσον αφορά τα χαρακτηριστικά των οικογενειών των παιδιών των μεταναστών, οι μητέρες των παιδιών της ομάδος A2 είχαν μικρότερη ηλικία συγκριτικά με εκείνες της A1 και περισσότερα παιδιά της ομάδος A1 είχαν και άλλα αδέρφια. Η μέση ηλικία (SD) των μητέρων των παιδιών ήταν στην ομάδα A2: 34.71 (4.49) έτη και στην A1: 36.54 (4.86) έτη, ($p < 0.01$), και η μέση ηλικία (SD) των πατέρων ήταν 40.35 (4.56) και 41.67 (5.17) έτη αντίστοιχα ($p = 0.077$). Στις οικογένειες των παιδιών της ομάδος A1 υπήρχαν κατά μέσο όρο (SD), 2.47 (0.76) παιδιά και της A2 2.10 (0.75) παιδιά, ($p < 0.001$). Το 54.4% (31/57) των παιδιών της ομάδος A1 και το 61.9% (122/197) της A2 είχαν ακόμη ένα αδερφό/ή, 2 ή περισσότερα αδέρφια είχε το 42.1% (24/57) και το 21.3% (42/197) αντίστοιχα, ενώ τα μοναδικά παιδιά στην οικογένεια ήταν το 3.5% (2/57) στην ομάδα A1 και το 16.8% (33/197) στην A2, ($p = 0.01$).

Δε βρέθηκαν διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων στις συνήθειες του καπνίσματος των γονέων: δεν κάπνιζε η μητέρα στο 96.4% (54/56) των παιδιών της ομάδος A1 και το 95.2% (180/189) της A2 και ο πατέρας στο 53.6% (30/56) και το 48.4% (92/190) αντίστοιχα, όπως και στην πόση οινοπνευματωδών: δεν έπινε καθόλου η μητέρα στο 80.4% (45/56) των παιδιών της ομάδος A1 και το 75.1% (145/193) της A2, ενώ στα περισσότερα παιδιά οι πατέρες έπιναν περιστασιακά: στο 75% (36/48) της ομάδος A1 και το 77.8% (130/167) της A2.

Επίσης δεν υπήρχαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων A1 και A2 στο επίπεδο εκπαίδευσης των γονέων (Πίνακας 42).

Πίνακας 42. Το επίπεδο εκπαίδευσης των γονέων στις ομάδες A1 και A2.

επίπεδο εκπαίδευσης των γονέων	ποσοστό παιδιών %			
	μητέρα		πατέρας	
	ομάδα A1 (n=56)	ομάδα A2 (n=193)	ομάδα A1 (n=56)	ομάδα A2 (n=193)
δημοτικό σχολείο	19.6	9.8	17.8	10.4
γυμνάσιο-λύκειο μέση/ τεχνική σχολή	64.3	79.3	62.5	73.5
ανώτερη-ανώτατη σχολή	16.1	10.9	19.6	16.1

Η εργασιακή απασχόληση της μητέρας ήταν συχνότερη στην ομάδα A2, όπου στο 56.6% (111/196) των παιδιών οι μητέρες εργάζονταν συγκριτικά με το 31.6% (18/57) των παιδιών της ομάδος A1 ($p < 0.001$).

Το επάγγελμα της μητέρας είχε συμπληρωθεί σε 17 παιδιά της ομάδος A1 και 97 της A2. Στα περισσότερα παιδιά με εργαζόμενες μητέρες, αυτές ήταν καθαρίστριες ή οικιακοί βοηθοί: ομάδα A1: 47% (8/17) και A2: 47.4% (46/97) και εργάτριες: ομάδα A1: 47% (8/17) και A2: 22.7% (22/97). Οι μητέρες 16 παιδιών της ομάδος A2 (16.5%) -και κανενός της A1- εργάζονταν ως ιδιωτικοί υπάλληλοι (χειρώνακτες και μη), ενώ σε 6 από τα 21 παιδιά της ομάδος A2 (και κανενός της A1) με μητέρες ανώτερης-ανώτατης εκπαίδευσης αυτές εργάζονταν στο επάγγελμά τους. Στην ομάδα A2 3 παιδιά είχαν μητέρες επιτηδευματίες και 3 αγρότισσες, ενώ έμποροι ήταν οι μητέρες 2 παιδιών (1 σε κάθε ομάδα).

Όσον αφορά την εργασιακή απασχόληση των πατέρων (το επάγγελμά τους είχε συμπληρωθεί στα 49 από τα 57 παιδιά της ομάδος A1 και στα 188 από τα 198 της A2), σε περισσότερα από τα μισά παιδιά οι πατέρες ήταν εργάτες-οικοδόμοι: ομάδα A1: 59.2%, (29/49) και A2: 51.6% (97/188) και σε μικρότερο ποσοστό επιτηδευματίες και χειρώνακτες υπάλληλοι: 20.4% (10/49) και 28.2% (53/188) αντίστοιχα. Πατέρες ελεύθερους επαγγελματίες, εμπόρους και ιδιωτικούς υπάλληλους (μη χειρώνακτες) στην ομάδα A1 είχε το 12.2% (6/49) και στην A2 το 10.1% (19/188) των παιδιών και αγροτοκτηνοτρόφους το 4.1% (2/49) και το 2.1% (4/188) αντίστοιχα. Σε 5 από τα 9 παιδιά της ομάδος A1 με πατέρες ανώτερης-ανώτατης εκπαίδευσης αυτοί εργάζονταν ως χειρώνακτες (εργάτες, αγρότες), ενώ στην A2 μειώθηκαν αντίστοιχα σε 7 από τους 31 με ανώτερη-ανώτατη εκπαίδευση. Επίσης, ως επιστήμονες εργάζονταν οι πατέρες 14 παιδιών (7.4%) της ομάδος A2 και κανενός της A1, ενώ επιχειρηματίες δήλωσαν οι πατέρες 2 παιδιών της ομάδος A1 και ενός της A2.

Επίλογος.

Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου - τα ελεύθερα σχόλια των γονέων.

Στο τέλος του ερωτηματολογίου, ζητούνταν να σημειωθεί ποιος το συμπλήρωσε (μητέρα, πατέρας, άλλο πρόσωπο της οικογένειας) και υπήρχε χώρος για τα ελεύθερα σχόλια των γονέων σχετικά με τις διατροφικές συνήθειες και τον τρόπο ζωής των παιδιών τους.

Το ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε από τις μητέρες στο 83.8% των Ελληνόπουλων (508 από τους 606 γονείς που απάντησαν στην ερώτηση) συγκριτικά με το 67.1% των παιδιών των μεταναστών (176 από τους 262 γονείς που απάντησαν στην ερώτηση), ($p < 0.0001$). Στα παιδιά των μεταναστών που διέμεναν περισσότερο από 2 έτη στην Ελλάδα, ήταν μεγαλύτερο το ποσοστό των μητέρων που είχαν συμπληρώσει οι ίδιες το ερωτηματολόγιο (ομάδα A2: 72.7%, 144/198 συγκριτικά με ομάδα A1: 47.4%, 27/57, $p < 0.001$). Οι πατέρες των παιδιών είχαν συμπληρώσει το ερωτηματολόγιο στο 22.5% (59/262) των παιδιών των μεταναστών συγκριτικά με το 9.7% (59/606) των Ελληνόπουλων ($p < 0.0001$). Σε μερικές περιπτώσεις αναφέρονταν η συμμετοχή και των δύο γονέων: σε 19 παιδιά μεταναστών (7.2%) και 39 γηγενή (6.4%). Για τα γηγενή παιδιά, η συμμετοχή και των δύο γονέων στη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου ήταν συχνότερη σε εκείνα που διέμεναν στα χωριά: 9.7% των παιδιών των χωριών συγκριτικά με 4.7% εκείνων της πόλης. Σε 5 παιδιά μεταναστών στο χωριό Κεφαλόβρυσο που βρίσκονταν στο 1^ο έτος διαμονής τους στην Ελλάδα, το ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε από τις μητέρες με τη βοήθεια του δασκάλου του σχολείου και επίσης σε 3 παιδιά βοήθησαν συγγενικά πρόσωπα τις μητέρες για τη συμπλήρωσή του.

Τα ελεύθερα σχόλια των γονέων ήταν συχνότερα στο δείγμα των Ελληνόπουλων: σε 74 από τα 612 ερωτηματολόγια που επιστράφηκαν συμπληρωμένα, συγκριτικά με 15 από τα 265 συμπληρωμένα ερωτηματολόγια των παιδιών των μεταναστών (τα 13 από τα 15 παιδιά των μεταναστών που οι γονείς έγραψαν τα σχόλιά τους, διέμεναν στη χώρα μας περισσότερο από 4 έτη). Τα σχόλια στις περισσότερες περιπτώσεις, είχαν γραφεί από τις μητέρες των παιδιών (77% στο δείγμα των Ελληνόπαιδων και 80% στα παιδιά των μεταναστών).

Αξιοσημείωτο ήταν ότι δύο περιπτώσεις γονέων μεταναστών ευχαριστούσαν για το ενδιαφέρον μας για τα παιδιά τους, ενώ μια άλλη ζητούσε συγνώμη για τα ορθογραφικά λάθη γιατί δεν είχε πάει σε ελληνικό σχολείο.

Παρακάτω, παρατίθενται τα σχόλια των γονέων (Πίνακας 43). Σε αυτό το μέρος του ερωτηματολογίου δεν έγινε καμία ταξινόμηση και ανάλυση, κρίθηκε πιο πρόσφορο να αφηθεί ο λόγος ελεύθερος. Οι απαντήσεις των γονέων καταχωρήθηκαν με τον αντίστοιχο αριθμό της μελέτης (AM). Διατηρήθηκε η σύνταξη και διορθώθηκαν μόνο τα ορθογραφικά λάθη.

Πίνακας 43. Τα ελεύθερα σχόλια των γονέων.

- AM 77022. Αυτό το διάστημα (για 6 μήνες) κάνει μια δίαιτα λόγω αλλεργίας και πίνει και Zaditen οπότε και η διατροφή της είναι όχι 100% αυτή που πρέπει.
- AM 77100. Τρώει κολατσιό στις 13.00 το μεσημέρι και το κυρίως μεσημεριανό γεύμα, λόγω της παραμονής του στο ολοήμερο σχολείο στις 16-16.30. Το αποτέλεσμα είναι το βραδινό του να είναι ελαφρύ γιατί δεν πεινά. Μήπως έτσι χάνει ένα γεύμα;
- AM 77107. Ξεδιψά με γάλα και όχι νερό. Πίνει λίγο νερό και πολύ γάλα.
- AM 77128. Τρώει πολύ μικρές ποσότητες χωρίς να έχει πρόβλημα με συγκεκριμένες τροφές. Συχνά ξεχνιέται παίζοντας ή διαβάζοντας και χρειάζεται να τον πιέσεις για να φάει. Δεν έχει γενικά καλή σχέση με το φαγητό.
- AM 77171. Θα επιθυμούσα να είμαστε περισσότερο ευαισθητοποιημένοι, σε θέματα που αφορούν στη σωστή διατροφή ώστε να περάσουμε στα παιδιά το μήνυμα: «Νους υγιής εν σώματι υγιές» που θα αποτελεί ευσυνείδητη στάση ζωής γι' αυτά.
- AM 77175. Το Σαββατοκύριακο ακολουθούμε ανάλογα με το πρόγραμμα της οικογένειας διαφορετικές συνήθειες.
- AM 77196. Θα ήθελα να βλέπει λιγότερο τηλεόραση και να μην του αρέσουν τόσο πολύ τα γλυκά.
- AM 77220. Θα ήταν πολύ χρήσιμο, αν είναι δυνατόν, να μοιραστεί στα σχολεία (παιδιά) έντυπο με σωστούς συνδυασμούς τροφών καθώς επίσης και με κατάλογο τροφών που πρέπει να αποφεύγουν.
- AM 77007. Ιδιαίτερη προτίμηση στα τηγανητά και ψητά στα κάρβουνα.

- AM 77017. Τρώει αργά το βραδινό του (στις 10 μμ) γιατί καθημερινά επιστρέφει από τις γλώσσες ή το κολυμβητήριο στις 9.30. Αυτό με ανησυχεί αλλά δεν μπορώ να κάνω κάτι για να το αλλάξω.
- AM 77050. Του αρέσει να πίνει πολλούς χυμούς φρούτων και αναψυκτικά με ανθρακικό. Καθώς επίσης του αρέσουν πολύ τα ζυμαρικά, και θέλει να τρώει κυρίως σε ταβέρνα ή fastfood.
- AM 77060. Η τάση των παιδιών γενικά είναι σημείο των καιρών. Δελεάζονται από τις έτοιμες τροφές σε μεγάλο βαθμό. Οι γονείς προσπαθούν να τους μάθουν να τρώνε υγιεινό σπιτικό φαγητό.
- AM 77075. Παίρνει συνήθως απογευματινές ώρες, όχι κάθε μέρα, πατατάκι ή γαριδάκι, κάθε μέρα τρώει παγωτό, από 20/2 και πέρα που βγαίνουν έως ότου σταματήσουν πριν το χειμώνα.
- AM 77078. Του αρέσουν πολύ τα γλυκά και οι σοκολάτες.
- AM 77083. Απ' όταν γεννήθηκε έτρωγε ελάχιστα και γι' αυτό χαίρομαι όταν πεινάει έστω κι αν τρώει σουβλάκια, γλυκά, κ.ά. μη σωστά για την υγεία του διότι έχει ύψος 1.40 και βάρος <30kg. Δύσκολα παίρνει βάρος. Μένει σταθερός στο βάρος του περισσότερο από 4 χρόνια κάτι που με ανάγκασε να του κάνω συχνά εξετάσεις, όμως είναι καλά στην υγεία του, αν εξαιρέσουμε τη σιδηροπενία του.
- AM 77086. Το παιδί μου έχει μεγάλη αδυναμία στο ψωμί και τα γλυκά και με δυσκολία του δίνουν να καταλάβει ότι πρέπει να τρώει πιο σωστά. Με δυσκολία το πηγαίνουμε για παιχνίδι.
- AM 77112. Δεν τρώει πάρα πολλά γλυκά αλλά είναι κάπως παχουλό. Τα περισσότερα γλυκά που τρώει είναι γιατί παρασύρεται από το μεγαλύτερο αδελφό της και τα άλλα παιδιά που κάνει παρέα.
- AM 77119. Γίνονται προσπάθειες για πιο υγιεινή διατροφή.
- AM 77125. Κάνει πολύ γυμναστική στο σπίτι μόνη της. Τρώει πολλά μικρά γεύματα κατά τη διάρκεια της ημέρας εκτός από τα κανονικά, και τσιμπολογάει διάφορα όπως: γιαούρτι, τυρί, σαλάτες, φρούτα, και λάχανα, και πίνει πολλούς φυσικούς χυμούς, παρ' όλα αυτά είναι πολύ λεπτή.
- AM 77140. Δεν μπορούμε να την πείσουμε, όσο κι αν προσπαθούμε, να φάει λαχανικά (ωμά ή βραστά). Δε δέχεται ούτε να τα δοκιμάσει.

- AM 77146. Το παιδί μου πιστεύω ότι τρέφεται σωστά ως αναφορά τα γαλακτοκομικά, λαχανικά, υδαάνθρακες. Δεν τρώει όμως τη σωστή ποσότητα σε κρέας.
- AM 77159. Τρώει τα πάντα αλλά τρώει πολύ αργά και μασουλάει ακόμη και το γιαούρτι ή τη φρουτόκρεμα.
- AM 77160. Του αρέσουν οι πίτσες, τα χάμπουργκερ, αλλά σπάνια του αγοράζουμε. Του αρέσει τα Σαββατοκύριακα να τα περνάει στη γιαγιά του.
- AM 77164. Υπάρχουν στην Ελλάδα πολύ λίγα προϊόντα από μαύρο αλεύρι.
- AM 77183. Ευχαριστούμε για την προσπάθειάς σας. Η Κατερίνα μας 8 χρονών δεν τρώει λαχανικά, χόρτα, αρακά, μελιτζάνες.
- AM 77186. Του αρέσουν τα γλυκά και δεν τρώει πολύ ψάρι.
- AM 77187. Με το φαγητό του δεν τρώει ψωμί πάνω από μια φέτα και πίνει πολλά υγρά: πορτοκαλάδα – νερό.
- AM 77190. Καταναλώνει πολλά φρούτα.
- AM 77235. Δεν τρώει κανονικό γεύμα. Θέλει να τρώει συχνά και από λίγο, μια μπουκιά από το ένα μια απ' το άλλο.
- AM 77237. Υπάρχουν πολλές φορές που ενώ έχει φάει κανονικά ζηλεύει, εάν μετά από μισή ώρα κάποιος από το σπίτι καθίσει καθυστερημένα να φάει κάτι διαφορετικό από το δικό της γεύμα και ζητάει να ξαναφάει λίγο ακόμη από το πιάτο αυτό. Είναι λαίμαργη στα γλυκά (τσίχλες, σοκολάτες). Λέει ψεματάκια και σε συζητήσεις είναι απόλυτη και πεισματάρα στη γνώμη της και απαιτεί το δικό της.
- AM 77256. Είναι αρκετά αφηρημένο και το κουράζει το σχολείο και το διάβασμα. Ροπή στα πικάντικα φαγητά.
- AM 77258. Ο τρόπος ζωής και η διατροφή του είναι φυσιολογικά.
- AM 77263. Για μεσημεριανό και βραδινό το κυρίως πιάτο είναι από το ίδιο φαγητό.
- AM 77264. Γενικά θέλει να τρώει σοκολάτες, τσιπς – γαριδάκια – πίτσες – πίτες – χάμπουργκερ, παρασυρόμενη όπως όλα τα παιδιά της ηλικίας της από τις διαφημίσεις.
- AM 77274. Αν και ο γιατρός που παρακολουθεί τα παιδιά μου είναι Πανεπιστημιακός, ποτέ δεν ασχολήθηκε ειδικά με τη διατροφή τους. Μετά το χρόνο τους δε ζύγισε ούτε μέτρησε το ύψος του. Ουδέποτε μας συμβούλεψε για τη διατροφή τους. Και επειδή ανησυχώ για το βάρος

του γιου μου που είναι 42 kg και 10 χρονών, ο γιατρός μου λέει ότι θα ψηλώσει καθώς θα μεγαλώνει και το βάρος του θα σταθεροποιηθεί.

- AM 77277. Θέλει να τρώει πολλές φορές και από λίγο φαγητό. Περισσότερο θέλει φρούτα και χυμούς φρούτων.
- AM 77286. Πιστεύω ότι η διατροφή του παιδιού μου είναι σωστή, θα ήθελα μόνο να έχει πιο πολλή όρεξη για μερικά φαγητά. Ευχαριστώ.
- AM 77291. Προσπαθούμε και οι δύο γονείς να αποφεύγουν και τα δύο παιδιά μας να αγοράζουν από το κυλικείο του σχολείου, διότι δεν εμπιστευόμαστε για τα προϊόντα που πουλούν εκεί.
- AM 77303. Να μη τρώει κάποια καθορισμένη ώρα αλλά όταν πεινάει από μόνο του. Δεν το έχω πιέσει ποτέ για φαγητό.
- AM 77314. Είναι δύσκολο παιδί στο φαγητό. Της αρέσει να τρώει φαγητά εύκολα, δηλαδή αρακά – φακές – μακαρόνια, κ.ά. και δεν θέλει φαγητό μπριζόλες με πατάτες, σαλάτες στο τραπέζι με πλούσιο γεύμα.
- AM 77321. Δεν τρώει πολύ και μόνο παίζει. Βγαίνει καμιά φορά χωρίς την άδεια της μαμάς.
- AM 77338. Δε θεωρώ σωστή τη διατροφή του παιδιού μου κι αυτό οφείλεται στην οικονομική κατάσταση του Έλληνα.
- AM 77354. Τι να φάω τώρα! Ενώ το ψυγείο είναι γεμάτο από τυριά – γιαούρτι – γάλα – μαρμελάδα – μέλι και ό,τι χρειάζεται ένα παιδί, τα φρούτα σαπίζουν. Αυτό συμβαίνει τα τελευταία 2 χρόνια.
- AM 77394. Προσπαθώ όσο το δυνατό να επηρεάσω θετικώς το παιδί μου όσον αφορά υγιεινές συνήθειες στη διατροφή. Δυστυχώς όμως κανείς άλλος, ούτε από το περιβάλλον, ούτε από το σχολείο δεν αναφέρεται σε θέματα υγείας για να τα εμπνεύσουν τα παιδιά. Πιστεύω ότι και κάποια άτομα από εσάς θα έπρεπε να αναλάβουν να επηρεάσουν με κάποιους τρόπους τα παιδιά και τους γονείς.
- AM 77396. Αποφεύγει γενικά το συχνό κρέας, δεν τρώει καθόλου αλλαντικά, παίζει πολύ και κοιμάται αρκετά. Του αρέσει πολύ το κολύμπι και το μπάσκετ.
- AM 77398. Πολλές φορές λέει τη λέξη «πεινάω» με έντονο τρόπο για να του βάλεις φαγητό, λες και είναι κατοχή. Θέλει να παίζει, να κινείται κι αυτό το έχει σε πολύ μεγάλο βαθμό.

- AM 77400. Είναι ένα υγιέστατο αγόρι. Το μόνο που με προβληματίζει είναι ότι είναι λίγο παχουλό για 9 χρονών αγόρι. Είναι βέβαια ψηλός, 1,50 και 47 kg. Προσπαθώ να τον συγκρατώ λίγο στο φαγητό όσο μπορώ.
- AM 77471. Τρώει συνήθως βιαστικά.
- AM 77573. Παίζει μόνο του και με φίλους. Είναι ζωηρό, κοιμάται λίγο, ζωγραφίζει και διαβάζει αρκετά.
- AM 77357. Έχει αδυναμία στα ζαχαρώδη και τα παγωτά. Το βραδινό γάλα το θέλει οπωσδήποτε. Όσο φαγητό να φάει ή να αργήσει να κοιμηθεί πάντα το ζητάει.
- AM 77358. Παίζει αρκετά κάθε μέρα. Είναι γενικά όμως ένα ήσυχο παιδί που μπορεί να παίζει μόνο του με τις ώρες, του λείπουμε εμείς από το σπίτι λόγω εργασίας στο μαγαζί μας.
- AM 77370. Θα ήθελα να πίνει το πρωί γάλα γιατί φεύγει νηστικός για το σχολείο όσο κι αν τον πίεσα.
- AM 77376. Είναι ιδιότροπος στα φαγητά που μαγειρεύω και αρνείται να τα φάει.
- AM 77418. Από μωρό είχε εξαιρετική προτίμηση στα γαλακτοκομικά. Οι υπόλοιπες ομάδες διατροφής τον άφηναν αδιάφορο. Από 3-3½ χρονών είχε ικανοποιητική όρεξη και τρώει μόνος του από όλες τις ομάδες σε τακτά διαστήματα.
- AM 77430. Αν της επέτρεπα θα έτρωγε περισσότερες φορές γλυκά, παγωτά, κλπ.
- AM 77442. Δεν τρώει όσο θα ήθελα να τρώει. Δεν τρώει ψωμί και τρώει πολλές σοκολάτες.
- AM 77452. Είναι πολύ ζωηρός, υπερκινητικός θα έλεγα. Είναι πολύ συνεπής στο σχολείο, φιλότιμος και ευκολόπιστος.
- AM 77456. Έχει τακτικές ώρες ύπνου και παιχνιδιού. Του αρέσει να δοκιμάζει καινούργιες γεύσεις.
- AM 77474. Έχω παρατηρήσει ότι όταν πιέζεται για φαγητό δεν τρώει με όρεξη ή καμιά φορά δεν τρώει καθόλου. Όταν βγούμε βόλτα ή πηγαίνουμε εκδρομές ανοίγει η όρεξή του. Η διατροφή έχει να κάνει πολύ με την ψυχολογία του παιδιού μου (ανάλογα με την κάθε μέρα). Ιδιαίτερη προσοχή στα παιδάκια όταν τα πηγαίνουμε για οτιδήποτε πρόβλημα στο νοσοκομείο.
- AM 77500. Συνήθως τσακωνόμαστε για να φάει λίγο φακές ή φασόλια. Από λαχανικά τρώει μόνο αγγούρι.

- AM 77503. Από τα πολλά γλυκά δεν τρώει το φαγητό του.
- AM 77512. Του αρέσουν πολύ διάφορα σπιτικά σάντουιτς με μεγάλη ποικιλία. Πολλές φορές δεν θέλει γάλα το πρωί γιατί το πονάει η κοιλιά του μετά.
- AM 77528. Η Αθηνά γεννήθηκε πρόωρη, ζύγιζε 2150gr. Ήταν λιγόφαγο παιδί. Αρχισε όμως να τρώει με όρεξη και θέληση μετά την Γ' Δημοτικού. Νομίζω ότι είναι λίγο κοντή.
- AM 77547. Δεν είναι δύσκολο παιδί στο φαγητό. Τρώει όλα τα φαγητά, πολλές φορές την ημέρα αλλά από λίγο. Δεν είναι λαίμαργο παιδί. Μόνο στο γάλα δεν έχουμε και τόση αγάπη, αλλά προσπαθώ να την καταφέρω να πίνει πάντα πρωί και βράδυ.
- AM 77570. Θα ήθελα να αθλείται και να παίζει.
- AM 77585. Σχετικά με τη διατροφή, είναι ανάλογα με τη διάθεσή του. Μερικές φορές τρώει περισσότερο, μερικές λιγότερο.
- AM 77586. Δεν υπάρχει απασχόληση γι' αυτή την ηλικία.
- AM 77587. Γενικά δοκιμάζει όλες τις τροφές και είναι παιδί που κινείται όλη τη μέρα.
- AM 77590. Πίνει αρκετό νερό.
- AM 77595. Τρώει λίγο αλλά πάρα πολλές φορές.
- AM 77599. Της αρέσουν όλα τα χωριάτικα φαγητά και η ήρεμη ζωή του χωριού.
- AM 77600. Μερικές ώρες απασχολείται και στο μαγαζί.
- AM 77602. Όταν τελειώνει κάθε γεύμα θέλει να τρώει κάποιο γλυκό.
- AM 77615. Σχετικά με τη διατροφή ποτέ δεν είναι ίδια. Και τον τρόπο ζωής τον βλέπω καλό.
- AM 78046. Θα ήθελα να τρώει πιο πολύ.
- AM 78082. Συγγνώμη για τα ορθογραφικά λάθη. Δεν έχω κάνει Ελληνικό σχολείο.
- AM 78118. Της αρέσουν τα φαγητά στα εστιατόρια ή goody's. Επίσης το πιάτο που της σερβίρουν να είναι όμορφα διακοσμημένο (εμφανισίμο).
- AM 78119. Σας ευχαριστούμε για την έρευνα και θα είμαστε πάντα στη διάθεσή σας.
- AM 78131. Να τρώει καθημερινά διαφορετικά φαγητά, δυσκολευόμαστε οικονομικά και δεν παίρνουμε ποικιλία τροφών.
- AM 78169. Θα ήθελα να τρώει λιγότερα γλυκά και παγωτά και περισσότερα φρούτα.
- AM 78194. Του αρέσει να τρώει ψωμί ξερό, να διαβάζει πολλά βιβλία, ανάλογα με την ηλικία του, να ζωγραφίζει διάφορα πράγματα.

- AM 78207. Είναι ζηλιάρια και ότι δει να τρώει άλλος το θέλει κι αυτή πάντοτε.
- AM 78213. Το παιδί μου δε θέλει καθόλου το τυρί.
- AM 78229. Συγχαρητήρια για τη μελέτη σας. Μετά την ολοκλήρωσή της, πιστεύουμε ότι θα βρείτε τρόπο να μας ενημερώσετε ως γονείς για το τι πρέπει να κάνουμε περαιτέρω στον τομέα της διατροφής των παιδιών μας. Ευχαριστούμε.
- AM 78252. Δεν έχει διάθεση αρκετή για να παίρνει πρωινό. Από μικρό έχει πρόβλημα με τα δόντια του. Είναι νευρικός. Θέλει να τρώει συχνά και σε λίγη ποσότητα.
- AM 78253. Το παιδί μου έχει 3 χρόνια που παίρνει φάρμακο (Tegretol, Sabril) αλλά εγώ σα μητέρα ανησυχώ. Του χαλούν πολύ εύκολα τα δόντια και δεν παίρνει κιλά, από την τροφή που παίρνει είμαι ευχαριστημένη.
- AM 78304. Επειδή τα οικονομικά μας δεν είναι σε καλή κατάσταση, τα παιδιά μας στερούνται βασικές τροφές.
- AM 78307. Να χάσει κάτι κιλά.
- AM 78321. Δεν τρώει μόνο του, πρέπει να τον κυνηγάμε συνέχεια να λέμε φάε-φάε.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η Ελλάδα την τελευταία 20ετία μετεξελίχθηκε σε χώρα υποδοχής μεταναστών^{1,46}. Σύμφωνα με τα στατιστικά δεδομένα για τους μετανάστες στην Ελλάδα¹, οι Αλβανοί αποτελούν την πλειοψηφούσα εθνικότητα μεταναστών της χώρας μας και η εγκατάστασή τους είναι συνήθως οικογενειακή. Ο αριθμός των παιδιών Αλβανικής καταγωγής στην πρωτοβάθμια εκπαίδευση την πενταετία 1996-2000 τριπλασιάστηκε αντιπροσωπεύοντας το έτος 2000 το 6.3% των μαθητών¹.

Στην παρούσα έρευνα που έγινε το 1997, το αντίστοιχο ποσοστό ήταν 4.3% και σύμφωνα με τα ανωτέρω, το ποσοστό αυτό έχει αυξηθεί κατά τα επόμενα χρόνια.

Η παρούσα έρευνα -σύμφωνα με τα τρέχοντα βιβλιογραφικά δεδομένα- αποτελεί την πρώτη επιδημιολογική μελέτη που εξέτασε την ανάπτυξη, τη διατροφή και τον τρόπο ζωής των παιδιών των μεταναστών που ζούνε στην Ελλάδα. Αν και περιορίζεται σε τοπικό επίπεδο (νομός Ιωαννίνων), τα ευρήματά της μπορούν να βοηθήσουν στην ανίχνευση των αναγκών στους αντίστοιχους τομείς της καινούργιας αυτής ομάδος του παιδικού πληθυσμού της χώρας μας.

Παρά τις αρχικές επιφυλάξεις μου για την επιτυχή έκβαση της μελέτης, όσον αφορά την ανταπόκριση στο αρκετά εκτεταμένο ερωτηματολόγιο και την πιθανή ύπαρξη γλωσσικών φραγμών στους μετανάστες γονείς, το ποσοστό απάντησης ήταν υψηλό (97.3% στο δείγμα των Ελληνόπουλων και 93.6% στα παιδιά των μεταναστών). Η ικανοποιητική αυτή ανταπόκριση πιθανά να οφείλεται στη μεθοδολογία της έρευνας: στη διεξαγωγή της μέσω των σχολείων, στη δομή του ερωτηματολογίου και το ανώνυμο της απάντησης, στις υπενθυμίσεις στους γονείς για τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων. Επίσης σημαντικό ρόλο για το υψηλό ποσοστό ανταπόκρισης, έπαιξαν ο φορέας διεξαγωγής της έρευνας (Τομέας Υγείας του Παιδιού), η άριστη συνεργασία των δασκάλων και των παιδιών, η ευαισθητοποίηση των γονέων σε θέματα διατροφής και υγείας των παιδιών τους και η ευχερής χρήση της ελληνικής γλώσσας από τους μετανάστες γονείς.

Διεθνείς μελέτες των διατροφικών συνηθειών και του τρόπου ζωής πληθυσμών μεταναστών που χρησιμοποίησαν την ίδια μέθοδο (ερωτηματολόγιο), αναφέρουν ποσοστά ανταπόκρισης 53-91%^{10,55,107}.

Παρόμοια με το κεφάλαιο των αποτελεσμάτων, στη συζήτηση που ακολουθεί η παρουσίαση γίνεται κατά ενότητες που αφορούν: α) τα σωματομετρικά στοιχεία των

παιδιών, β) τις διατροφικές τους συνήθειες, γ) την υγεία των παιδιών, οδοντική υγεία-συνήθειες στοματικής υγιεινής, δ) τον ελεύθερο χρόνο-σωματική άσκηση και ε) την οικογένεια και τις συνθήκες διαβίωσής τους.

α) Τα σωματομετρικά στοιχεία των παιδιών.

Τα παιδιά των μεταναστών από την Αλβανία είχαν μικρότερο βάρος ($p < 0.001$), χαμηλότερο ανάστημα ($p < 0.001$) και μικρότερες τιμές ΔΜΣ ($p < 0.01$) από τα Ελληνόπουλα της περιοχής της μελέτης. Επίσης, σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό στην ομάδα των μεταναστών -συγκριτικά με την ομάδα των Ελληνοπαίδων- οι παράμετροι του ύψους και του βάρους για την ηλικία και το φύλο ήταν $< 10^{\text{η}}$ ΕΘ των προτύπων ανάπτυξης των παιδιών της χώρας μας (μετρήσεις $< 10^{\text{η}}$ ΕΘ στο ύψος: 19.1% vs 9.2%, $p < 0.0001$ και στο βάρος: 17% vs 11.3% αντίστοιχα, $p < 0.02$).

Οι χαμηλότεροι σωματομετρικοί δείκτες των παιδιών των μεταναστών είναι πιθανότερο να συσχετίζονται με περιβαλλοντικούς παράγοντες (κοινωνικοοικονομική κατάσταση, διατροφή, επίπεδο υγείας). Η ανωτέρω υπόθεση, μπορεί να υποστηριχθεί από το γεγονός ότι όλα αυτά τα παιδιά είχαν γεννηθεί και ζήσει στην Αλβανία, μια φτωχή-αναπτυσσόμενη χώρα που στις αρχές της δεκαετίας του '90 στον παιδικό πληθυσμό της (βρέφη και νήπια) βρέθηκαν υψηλά ποσοστά υποθρεψίας (28%) και συχνά προβλήματα υγείας (κύρια ραχίτιδα και γαστρεντερίτιδες)^{146,147}. Επίσης, στην πλειονότητα των παιδιών των μεταναστών συγκριτικά με τα γηγενή (82% vs 41% αντίστοιχα), οι οικογένειες- σύμφωνα με το επάγγελμα του πατέρα- ανήκαν στην εργατική τάξη (εργάτες, επιτηδευματίες-χειρώνακτες και αγρότες) και στην ίδια ομάδα οι συνθήκες διαβίωσης και η οικονομική κατάσταση ήταν δυσμενέστερες.

Ωστόσο, στα παιδιά των μεταναστών που κατοικούσαν περισσότερο από 2 χρόνια στη χώρα μας (ομάδα Α2), συγκριτικά με εκείνα που κατοικούσαν λιγότερο από 2 χρόνια (ομάδα Α1), ήταν 1.7 φορές μικρότερο –όχι όμως στατιστικά σημαντικό- ποσοστό των παιδιών με βάρος $< 10^{\text{η}}$ ΕΘ (ομάδα Α2: 13.5% vs Α1: 22.8%), πλησιάζοντας έτσι προς τα πρότυπα των γηγενών παιδιών, παρατήρηση που πιθανά δείχνει την επίδραση του καινούργιου περιβάλλοντος στη θρέψη τους. Όσον αφορά την επίπτωση του χαμηλού ύψους ($< 10^{\text{η}}$ ΕΘ για την ηλικία και το φύλο), επίσης οι

διαφορές δεν ήταν στατιστικά σημαντικές (A1: 22.8% vs A2: 17.2%), αν και στα κορίτσια μειώθηκε κατά 1.7 φορές (25.9% στην A1 vs 15.6% στην A2).

Σύμφωνα με άρθρο ανασκόπησης⁸⁰, η εθνικότητα προβάλλεται ως παράγοντας κινδύνου ανεπαρκούς ανάπτυξης των παιδιών μειονοτικών εθνικών ομάδων γιατί συχνά η έννοια του μετανάστη συσχετίζεται με χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο και ανεπαρκή κοινωνική υποστήριξη, ενώ εξαίρεση σε αυτή τη γενίκευση αποτελούν τα παιδιά των πρόσφατων μεταναστών.

Μελέτες από τις ΗΠΑ έδειξαν σημαντική βελτίωση στην ανάπτυξη των παιδιών των μεταναστών από αναπτυσσόμενες χώρες μετά την εγκατάστασή τους σε ένα «ευνοϊκότερο» περιβάλλον^{12,13,15,17,19}. Ο σημαντικός ρόλος των περιβαλλοντικών παραγόντων και ο ελάχιστος ρόλος των φυλετικών/εθνικών επιδράσεων στην ανάπτυξη των παιδιών, υποστηρίζεται και στις μελέτες των Graitcer και συν⁸¹ και Habicht και συν⁸². Οι Mjöhnes και Köcturk^{18,20} στη Σουηδία, έδειξαν ότι οι παράμετροι ανάπτυξης των παιδιών προσχολικής και σχολικής ηλικίας Τούρκων μεταναστών ήταν πιο κοντά στα πρότυπα ανάπτυξης των Σουηδόπουλων, συγκριτικά με τις περιοχές καταγωγής τους στην Τουρκία. Παρόμοια είναι και τα ευρήματα της μελέτης των Warrington και συν⁸³ στην Αγγλία, για την προσχολική ανάπτυξη των παιδιών οικογενειών Ασιατών μεταναστών.

Σύμφωνα με τα ανωτέρω, στην παρούσα μελέτη η προέλευση των παιδιών των μεταναστών από μια φτωχή χώρα, το χαμηλότερο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο των οικογενειών τους και το μικρό διάστημα διαμονής στην Ελλάδα (μέση διάρκεια διαμονής 4.5 έτη), αποτελούν παράγοντες που μπορεί να συσχετιστούν θετικά με τους χαμηλότερους δείκτες ανάπτυξης που παρουσίαζαν τα παιδιά αυτά συγκριτικά με τα Ελληνόπουλα του νομού Ιωαννίνων.

Μακροχρόνιες μελέτες που θα εξετάσουν το ρυθμό ανάπτυξης των παιδιών από την Αλβανία μετά την άφιξή τους στην Ελλάδα, αλλά και συγκριτικές μελέτες της ανάπτυξης παιδιών των μεταναστών με διαφορετικά διαστήματα διαμονής στη χώρα μας και ιδιαίτερα διαφορετικών γενιών μεταναστών, θα αναδείξουν με μεγαλύτερη ακρίβεια πιθανές μεταβολές στην ανάπτυξή τους και την επίδραση των περιβαλλοντικών παραγόντων σε αυτή και θα αποδείξουν αν η εθνικότητα (γενετικοί παράγοντες) παίζει ρόλο στην αύξησή τους.

Για τον καθορισμό των υπέρβαρων και παχύσαρκων παιδιών χρησιμοποιήθηκαν τα διεθνή προτεινόμενα κριτήρια (κριτήρια IOTF)¹²⁶, τα οποία

αποτελούν συχνά χρησιμοποιούμενη μέθοδο σε επιδημιολογικές και διεθνείς συγκριτικές μελέτες^{21,26,127-130}.

Σημαντικές διαφορές μεταξύ των Ελληνόπουλων και των παιδιών των μεταναστών βρέθηκαν στο ποσοστό των παιδιών με υπερβάλλον βάρος (υπέρβαρα και παχύσαρκα: 26.7% στην ομάδα E vs 12.7% στην A, $p < 0.0001$), που οφείλονταν κυρίως στο μεγαλύτερο ποσοστό των υπέρβαρων Ελληνόπουλων (21.6% vs 10.2% αντίστοιχα, $p < 0.0001$). Ενδιαφέρουσα ήταν η παρατήρηση πως στα παιδιά των μεταναστών που διέμεναν στη χώρα μας περισσότερο από 2 έτη σχεδόν τετραπλασιάστηκε το ποσοστό των υπέρβαρων (13.1% στην ομάδα A2 vs 3.5% στην A1, $p < 0.05$), με αποτέλεσμα τη σημαντική αύξηση του συνολικού ποσοστού υπέρβαρων και παχύσαρκων παιδιών στους μετανάστες (16.2% στην ομάδα A2 vs 5.3% στην A1, $p < 0.05$), δείχνοντας έτσι μια τάση προσομοίωσης προς τα αντίστοιχα ποσοστά των Ελληνόπουλων της περιοχής.

Σύμφωνα με τα τρέχοντα βιβλιογραφικά δεδομένα, η μελέτη των Paradimitriou και συν¹⁴⁸ αποτελεί τη μοναδική δημοσιευμένη έρευνα σχετικά με το σωματικό βάρος των παιδιών των μεταναστών στη χώρα μας (4,131 Ελληνόπουλα και 236 παιδιά των μεταναστών, το 90% των οποίων ήταν από την Αλβανία, ηλικίας 6-11 ετών, των δημοτικών σχολείων της βορειοανατολικής Αττικής) και επίσης χρησιμοποίησε τα ίδια κριτήρια με την παρούσα για τον καθορισμό των παιδιών με υπερβάλλον βάρος.

Στην ανωτέρω έρευνα¹⁴⁸, όπως και στην παρούσα μελέτη, στα Ελληνόπουλα ήταν σημαντικά μεγαλύτερη η μέση τιμή ΔΜΣ από ότι στα παιδιά των μεταναστών ($p < 0.001$) και επίσης ήταν σημαντικά υψηλότερα τα ποσοστά των υπέρβαρων (27.8% vs 15.9%, $p < 0.001$) και παχύσαρκων αγοριών (12.3% vs 7.9%, $p = 0.004$), καθώς και των υπέρβαρων (26.5% vs 15.2%, $p < 0.001$) αλλά όχι των παχύσαρκων κοριτσιών (9.9% vs 8.7%). Στην παρούσα μελέτη ήταν μικρότερα τα ποσοστά των παιδιών των μεταναστών με υπερβάλλον βάρος (υπέρβαρα και παχύσαρκα αντίστοιχα αγόρια: 8% και 2.7% και κορίτσια: 12.7% και 2.2%), γεγονός που μπορεί να σχετίζεται με το διάστημα διαμονής τους στην Ελλάδα αφού η ανωτέρω έρευνα πραγματοποιήθηκε 7 χρόνια μετά την παρούσα μελέτη.

Όσον αφορά την επίπτωση του υπερβάλλοντος βάρους στα Ελληνόπουλα, σε προγενέστερη συνεργατική μελέτη ευρωπαϊκών και άλλων χωρών (15 χώρες), βρέθηκε ότι τα Ελληνόπουλα είχαν τις μεγαλύτερες τιμές βάρους και ΔΜΣ και την υψηλότερη συχνότητα παχυσαρκίας^{149,150}.

Άρθρο ανασκόπησης για την επιδημιολογία της παιδικής παχυσαρκίας στην Ευρώπη, αναφέρει ότι οι χώρες της νότιας (Ιταλία, Ισπανία και Ελλάδα) και ανατολικής Ευρώπης (ιδιαίτερα η Ουγγαρία) παρουσιάζουν τα μεγαλύτερα ποσοστά⁹⁷. Σε πρόσφατη (2006) μελέτη μετα-ανάλυσης των παγκόσμιων τάσεων του υπερβάλλοντος βάρους στα παιδιά, η Ελλάδα ήταν μεταξύ των χωρών που την τελευταία 20ετία διπλασιάστηκε το ποσοστό των υπέρβαρων και παχύσαρκων παιδιών²¹. Επίσης πρόσφατη (2007) μελέτη ανασκόπησης για το σωματικό βάρος των παιδιών σχολικής ηλικίας της χώρας μας, αναφέρει αύξηση του βάρους και του ΔΜΣ και στα δύο φύλα τις τελευταίες δεκαετίες, που οφείλονται στη βελτίωση του κοινωνικοοικονομικού επιπέδου και στην αλλαγή του τρόπου ζωής και των διατροφικών συνηθειών του πληθυσμού¹⁵¹.

Συγκριτικά με έρευνες σε άλλες περιοχές της Ελλάδος που χρησιμοποίησαν τα ίδια κριτήρια με την παρούσα, παρόμοια ποσοστά υπέρβαρων και παχύσαρκων παιδιών αναφέρονται από αντίστοιχες μελέτες που έγιναν στη Θεσσαλονίκη (1,226 παιδιά 6-11 ετών: υπέρβαρα 25.3% και παχύσαρκα 5.6%)¹⁵² και στην Αττική (4,648 παιδιά 5.8-12.5 ετών: υπέρβαρα 23.4% και παχύσαρκα 9%)¹⁵³. Στη μελέτη των Savva και συν¹⁵⁴ (2,467 παιδιά 6-17 ετών στην Κύπρο), βρέθηκαν παρόμοια ποσοστά παχύσαρκων (6.9% στα αγόρια και 5.7% στα κορίτσια) αλλά μικρότερα υπέρβαρων παιδιών, κύρια κοριτσιών (16.9% στα αγόρια και 13.1% στα κορίτσια), συγκριτικά με την παρούσα μελέτη. Αντίθετα, μελέτη σε περιοχή της Ηπείρου (νομός Θεσπρωτίας, 73 μαθητές 7-12 ετών) αναφέρει πολύ υψηλότερα ποσοστά υπέρβαρων (33%) και παχύσαρκων παιδιών (23%)¹⁵⁵. Επίσης μεγαλύτερα ποσοστά παχύσαρκων (14.8%) και παρόμοια υπέρβαρων παιδιών (25.8%) με την παρούσα μελέτη, χωρίς διαφορές μεταξύ των δύο φύλων, αναφέρονται από τους Savvas και συν¹⁵⁶ για παιδιά της Θράκης και της Θεσσαλίας (709 παιδιά δημοτικών σχολείων).

Πρόσφατη (2007) δημοσίευση των αποτελεσμάτων έρευνας σε εθνικό επίπεδο (6,448 παιδιά, 6-17 ετών), αναφέρει μικρότερα ποσοστά υπέρβαρων: 17.3% (αγόρια 16.9% και κορίτσια 17.6%) και παρόμοια παχύσαρκων παιδιών: 3.6% (αγόρια 3.8% και κορίτσια 3.3%) με την παρούσα μελέτη¹⁵⁷. Επίσης στην ίδια μελέτη¹⁵⁷, τα κορίτσια με υπερβάλλον βάρος ήταν περισσότερα στις ηλικίες 6-9 ετών (υπέρβαρα 23.2% και παχύσαρκα 6.7%) από ότι σε εκείνα 10-17 ετών (14.8% και 1.6% αντίστοιχα), ενώ αντίθετα στην παρούσα, δε βρέθηκαν διαφορές μεταξύ των παιδιών μικρότερης (6-9 ετών) και μεγαλύτερης ηλικίας (9.5-12.5 ετών) και στα δύο φύλα.

Στη μελέτη των Χιώτη και συν¹⁵⁸, τα αποτελέσματα της οποίας αποτελούν τα τρέχοντα πρότυπα ανάπτυξης του παιδικού πληθυσμού της Ελλάδος, βρέθηκε ότι το ποσοστό των υπέρβαρων και παχύσαρκων παιδιών ηλικίας 7-12 ετών ήταν στα αγόρια: 18.5% και 9.4% και μικρότερο στα κορίτσια: 14.5% και 3.7% αντίστοιχα.

Στη παρούσα μελέτη, το ποσοστό των Ελληνόπουλων με υπερβάλλον βάρος δεν διέφερε μεταξύ εκείνων που κατοικούσαν στην πόλη και στα χωριά, παρατήρηση που έγινε και στη μελέτη των Georgiadis και συν¹⁵⁷. Αντίθετα, άλλες μελέτες αναφέρουν μεγαλύτερα ποσοστά παιδιών με υπερβάλλον βάρος στις αστικές περιοχές^{154,159} και άλλες στις αγροτικές περιοχές^{160,161}.

Ενδιαφέρον επίσης ήταν ότι οι μισοί γονείς των παιδιών με υπερβάλλον βάρος, τόσο στους Έλληνες όσο και στους μετανάστες, θεωρούσαν τα παιδιά τους «κανονικού βάρους», γεγονός που μπορεί να σχετίζεται με προσωπικές αντιλήψεις αλλά και με πολιτισμικές αξίες και συνήθειες^{4,24,108}.

Η εγκατάσταση των οικογενειών των μεταναστών από την Αλβανία στην Ελλάδα και η έκθεσή τους στο καινούριο διατροφικό περιβάλλον και τρόπο ζωής, ενέχει τον κίνδυνο αύξησης των παιδιών αλλά και των ενηλίκων με υπερβάλλον βάρος. Σύμφωνα με την παρούσα μελέτη, το ποσοστό των Αλβανόπουλων με υπερβάλλον βάρος αυξήθηκε σημαντικά μετά από μικρό χρονικό διάστημα διαμονής στη χώρα μας, παρέμενε όμως ακόμη μικρότερο εκείνου των γηγενών παιδιών.

Διεθνείς μελέτες έχουν δείξει ότι τα παιδιά πληθυσμών εθνικών/φυλετικών μειονοτήτων και ομάδων χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου εμφανίζονται δυσανάλογα προσβεβλημένα από το πρόβλημα του υπερβάλλοντος βάρους/παχυσαρκίας^{2,3,6,21-25,98}. Οι Martorell και συν¹⁹ έδειξαν ότι τα παιδιά των Μεξικανο-Αμερικανών μεταναστών συγκριτικά με τα λευκά μη ισπανόφωνα είχαν μεγαλύτερες τιμές ΔΜΣ ανεξάρτητα του οικονομικού επιπέδου των οικογενειών τους. Στη μελέτη των Kumar και συν¹¹ από τη Νορβηγία, τα αγόρια με καταγωγή από τη Μέση Ανατολή και τα κορίτσια από την ανατολική Ευρώπη είχαν τις μεγαλύτερες μέσες τιμές ΔΜΣ. Παρόμοια, τα αποτελέσματα έρευνας της παιδικής παχυσαρκίας στην Αγγλία έδειξαν ότι συγκριτικά με το γενικό πληθυσμό, ο κίνδυνος για υπερβάλλον βάρος ήταν μεγαλύτερος στα κορίτσια με καταγωγή από την Αφρο-Καραϊβική και το Πακιστάν και στα αγόρια από την Ινδία και το Πακιστάν²⁶.

Το διάστημα διαμονής στη χώρα υποδοχής και η σειρά γενιάς των μεταναστών και των παιδιών τους, συσχετίζεται θετικά με την αύξηση του ΔΜΣ και της παχυσαρκίας^{52,53,102}. Η συσχέτιση αυτή είναι ιδιαίτερα ισχυρή για τα παιδιά των

μεταναστών χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου που προέρχονται από φτωχές χώρες²⁵. Στην παρούσα μελέτη, παρ' ότι τα παιδιά των μεταναστών ανήκαν στην πρώτη γενιά, αυξήθηκε σημαντικά το ποσοστό των υπέρβαρων σε εκείνα που διέμεναν περισσότερο από 2 έτη στη χώρα μας, γεγονός που δείχνει ότι πιθανά θα ακολουθήσει περαιτέρω αύξηση, ιδιαίτερα στις επόμενες γενιές των μεταναστών.

Άρθρα ανασκόπησης^{2,4,6,51} επισημαίνουν τον αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης παχυσαρκίας και χρόνιων νοσημάτων (καρδιαγγειακών, σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 και υπέρτασης) σε ορισμένους πληθυσμούς μεταναστών από αναπτυσσόμενες χώρες και θεωρούν ως αιτιολογικούς παράγοντες τη δυτικοποίηση του διατροφικού μοντέλου και του τρόπου ζωής, τη μειωμένη φυσική δραστηριότητα αλλά και την έκφραση πιθανής γενετικής προδιάθεσης με την επίδραση των κατάλληλων περιβαλλοντικών παραγόντων. Οι Porkin και συν¹¹², έδειξαν ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση μεταξύ ανεπαρκούς θρέψης πρώιμα στη ζωή και ακολούθως υπερβάλλοντος βάρους, στα παιδιά φτωχών-αναπτυσσόμενων χωρών που υπόκεινται σε ταχείες διατροφικές αλλαγές ως αποτέλεσμα οικονομικής βελτίωσης και δημογραφικών αλλαγών. Στην παρούσα μελέτη, η προέλευση των παιδιών των μεταναστών από την Αλβανία, μια φτωχή χώρα με αυξημένα ποσοστά ανεπαρκούς θρέψης στον παιδικό πληθυσμό της, και η εγκατάστασή τους σε ένα περιβάλλον διατροφικής αφθονίας, πιθανά να αποτελεί ένα παράγοντα κινδύνου για μελλοντική αύξηση της επίπτωσης του υπερβάλλοντος βάρους στον πληθυσμό αυτό.

Ενδιαφέροντα είναι τα αποτελέσματα πληθυσμιακής έρευνας που έγινε το έτος 2001 στην Αλβανία (Τίρανα) και έδειξε ότι 3 στους 4 ενήλικες είχαν υπερβάλλον βάρος ($\Delta\text{M}\Sigma \geq 25\text{Kg/m}^2$), ενώ παχύσαρκοι ($\Delta\text{M}\Sigma \geq 30\text{Kg/m}^2$) ήταν το 22% των ανδρών και το 30.9% των γυναικών. Η αύξηση της αστικοποίησης, η μεταβολή του διατροφικού μοντέλου και η μείωση της φυσικής δραστηριότητας κατά τη δεκαετία του '90, πιθανά συσχετίζονται με τα υψηλά ποσοστά υπερβάλλοντος βάρους στο πληθυσμό αυτό¹⁶².

Αντίστοιχα βιβλιογραφικά δεδομένα για την τρέχουσα επίπτωση του υπερβάλλοντος βάρους στον παιδικό πληθυσμό της Αλβανίας δεν υπάρχουν.

Στη χώρα μας, που η εγκατάσταση οικογενειών μεταναστών από φτωχές-αναπτυσσόμενες χώρες αποτελεί πρόσφατο φαινόμενο, κρίνεται αναγκαία η διευκόλυνση της πρόσβασής τους στις παροχές υγείας, και η οργάνωση μελετών για την εκτίμηση και την παρακολούθηση των προβλημάτων υγείας της ευαίσθητης

αυτής πληθυσμιακής ομάδος και αναλόγως την εφαρμογή κατάλληλων παρεμβάσεων.

β) Οι διατροφικές συνήθειες των παιδιών.

Το ερωτηματολόγιο συχνότητας πρόσληψης τροφών ήταν η καταλληλότερη μέθοδος για τη διερεύνηση των διατροφικών συνηθειών των παιδιών της μελέτης μας (εύχρηστη, όχι δαπανηρή, αξιόπιστη και παρέχει γρήγορη και αντιπροσωπευτική εκτίμηση της συνήθους πρόσληψης διαφορετικών τροφών). Με τη μέθοδο αυτή προσδιορίζεται η πρόσληψη των βασικών τροφών του συνήθους διαιτολογίου, αλλά και ενός αριθμού επιμέρους τροφών αρεστών στα παιδιά, έτσι ώστε να υπάρξει μια αδρή πληροφόρηση σχετικά με τις διαφορές και τις τάσεις στις διατροφικές συνήθειες μεταξύ των συγκρινόμενων ομάδων, πληροφορία η οποία έχει και τη μεγαλύτερη σημασία στις πληθυσμιακές επιδημιολογικές έρευνες^{137,138,141}.

Οι διατροφικές προτιμήσεις διέφεραν μεταξύ των παιδιών των μεταναστών και των Ελληνόπουλων της περιοχής της μελέτης στο πρωινό γεύμα (συχνότερη προτίμηση αυγών και βούτυρου στην ομάδα Α και δημητριακών στην Ε) και στο κολατσιό (τα παιδιά των μεταναστών κατανάλωναν συχνότερα γαριδάκια-τσίπς και αναψυκτικά). Όσον αφορά το πρωινό, περίπου τα 3/4 των παιδιών και των δύο ομάδων έτρωγαν καθημερινά, σε αντίθεση με άλλες διεθνείς μελέτες που έδειξαν συχνότερη παράληψη του πρωινού γεύματος στα παιδιά των μεταναστών συγκριτικά με τα γηγενή^{3,7,24,69}. Καθημερινή λήψη πρωινού γεύματος αναφέρονταν στο σύνολο των γηγενών παιδιών σε μελέτες από τη Σουηδία^{1,37} και την Ολλανδία³, ενώ μελέτες Ελληνόπουλων τοπικής κλίμακας στη χώρα μας βρήκαν παρόμοια ποσοστά με την παρούσα έρευνα¹⁶³⁻¹⁶⁵. Επίσης, τα 5 στα 6 παιδιά και των δύο ομάδων έτρωγαν καθημερινά κολατσιό στο σχολείο, το οποίο τα περισσότερα αγόραζαν από το κυλικείο. Το κολατσιό στο σχολείο αποτελεί διατροφική πρακτική σχεδόν στο σύνολο των παιδιών στη χώρα μας, όπως αναφέρουν και μελέτες από άλλες περιοχές της Ελλάδος^{163,166,167}.

Σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων, βρέθηκαν στη συχνότητα μέσης εβδομαδιαίας κατανάλωσης ορισμένων τροφών, με τα παιδιά των μεταναστών να έχουν λιγότερο υγιεινές διατροφικές συνήθειες συγκριτικά με τα Ελληνόπουλα: κατανάλωναν συχνότερα (φορές/εβδομάδα) αναψυκτικά (3.1 vs 2.4), αλλαντικά (2 vs

1.5) και γαριδάκια-τσίπς (2.5 vs 2.1), όμως έτρωγαν και συχνότερα φρούτα και λαχανικά (6.1 vs 5.5 και 4.4 vs 3.9 φορές/εβδομάδα αντίστοιχα). Επίσης τα παιδιά των μεταναστών έτρωγαν περισσότερο ψωμί και αυγά, ενώ τα Ελληνόπουλα έπιναν περισσότερο γάλα.

Παρόμοια, συγκριτικές μελέτες των διατροφικών συνηθειών μεταξύ των παιδιών των μεταναστών και των γηγενών από τη Σουηδία, βρήκαν συχνότερη κατανάλωση γλυκών και σνακς στα παιδιά των Ελλήνων μεταναστών⁷ και συχνότερη κατανάλωση γλυκών, αναψυκτικών-σακχαρούχων χυμών στα παιδιά των Φιλανδών μεταναστών^{9,66,67}. Επίσης στη μελέτη των Osler και Hansen¹⁰, τα παιδιά σχολικής ηλικίας των μεταναστών στη Δανία είχαν χειρότερες διατροφικές (κύρια λόγω της κατανάλωσης γλυκών) και λιγότερες γνώσεις για τη διατροφή από τα γηγενή. Ωστόσο, μελέτη ανασκόπησης³ για τη διατροφή και την υγεία των μεταναστών στην Ολλανδία αναφέρει ότι στα παιδιά ορισμένων μειονοτικών ομάδων (Αντίλλες, Σουρινάμ, Μαρόκο, Τουρκία) συγκριτικά με τα παιδιά των Ολλανδών, ορισμένες διατροφικές συνήθειες ήταν πλησιέστερα στα πρότυπα της υγιεινής διατροφής.

Στην παρούσα μελέτη, παρ' ότι η μέση συχνότητα εβδομαδιαίας κατανάλωσης φρούτων και λαχανικών ήταν μεγαλύτερη στα παιδιά των μεταναστών, η κατανάλωσή τους και στις δύο ομάδες απέιχε αρκετά από τις ισχύουσες συστάσεις για καθημερινή βρώση λαχανικών και φρούτων^{168,169}. Καθημερινά φρούτα έτρωγαν περίπου τα 2/3 των παιδιών της ομάδος Α και τα μισά της Ε, ενώ λαχανικά μόνο το 1/3 των παιδιών και στις δύο ομάδες. Αντίθετα, ήταν διπλάσιο το ποσοστό των Ελληνόπουλων συγκριτικά με τα παιδιά των μεταναστών, που έτρωγε σπάνια (<1φορά/εβδομάδα) αλλαντικά (47.2% vs 22.9%), γαριδάκια-τσιπς (32% vs 15.9%) και αναψυκτικά (28.5% vs 12.9% αντίστοιχα).

Ενδιαφέρουσες διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων βρέθηκαν και στον τρόπο παρασκευής των φαγητών (συχνότερη χρήση ζωικών λιπαρών και καρυκευμάτων, χρήση περισσότερου αλατιού και επίσης προσθήκη ζάχαρης στο γάλα των παιδιών στις οικογένειες των μεταναστών συγκριτικά με τις γηγενείς), που πιθανά αντανακλούν τις διαφορετικές πολιτισμικές παραδόσεις και τις γνώσεις τους για τη διατροφή και επίσης δείχνουν λιγότερο υγιεινές διατροφικές συνήθειες στα παιδιά των μεταναστών.

Η προτίμηση του ελαιόλαδου αποτελεί χαρακτηριστικό της μεσογειακής-ελληνικής διατροφής. Παρόμοια με την παρούσα μελέτη, συχνότερη κατανάλωση ελαιόλαδου συγκριτικά με το βούτυρο και τις μαργαρίνες, αναφέρει και έρευνα των

διαιτητικών συνηθειών παιδιών σχολικής ηλικίας στην Κρήτη¹⁷⁰, ενώ σε μελέτη σε περιοχή της Αττικής, το 96% των μητέρων (ποσοστό ίδιο με της παρούσας μελέτης: 96.4%) ανέφεραν ότι χρησιμοποιούσαν ελαιόλαδο για το μαγείρεμα της τροφής των παιδιών τους¹⁶⁶. Σε πρόσφατη (2006) έρευνα των Schulpis και συν¹⁷¹, οι μητέρες-μετανάστριες από την Αλβανία (n=3,050) συγκριτικά με τις Ελληνίδες (n=3,118), κατανάλωναν συχνότερα ζωικά λιπαρά και λιγότερο συχνά φυτικά έλαια και μαργαρίνες, ενώ οι Ελληνίδες κατανάλωναν συχνότερα ελαιόλαδο (7ήμερη καταγραφή του διαιτολογίου). Οι διαιτητικές αυτές συνήθειες, σχετίστηκαν με τη σημαντικά μεγαλύτερη πρόσληψη ολικού λίπους (λόγω των κορεσμένων λιπών) και χοληστερόλης και τη χαμηλότερη αναλογία πολυακόρεστων/κορεσμένων λιπών στις Αλβανίδες μητέρες συγκριτικά με τις Ελληνίδες, καθώς και το υψηλό λιπιδαιμικό προφίλ των πρώτων.

Ενδιαφέρον επίσης ήταν ότι στα Ελληνόπουλα της παρούσας μελέτης, η συνήθεια της προσθήκης επιπλέον αλατιού στο φαγητό βρέθηκε λιγότερο συχνή (13.2%) από εκείνη προγενέστερης έρευνας (2,209 παιδιά 6-18 ετών της Αθήνας), στην οποία το 39% των παιδιών συνήθιζε να ρίχνει αλάτι στο φαγητό του, συνήθεια που εμφάνιζε σημαντική συσχέτιση με μεγαλύτερες τιμές αρτηριακής πίεσης και ΔΜΣ των παιδιών¹⁷².

Η βρώση βοδινών κρεάτων, συνήθεια κυρίως των δυτικών χωρών, ήταν συχνότερη στα Ελληνόπουλα. Η κατανάλωση κατεψυγμένων κρεάτων αναφέρονταν συχνότερα στις οικογένειες των μεταναστών, συμπεριφορά που πιθανά σχετίζεται με τη χαμηλότερη τιμή τους. Η τιμή των διαφόρων προϊόντων έχει θεωρηθεί σημαντικός παράγοντας των διατροφικών επιλογών των μεταναστών στη χώρα υποδοχής τους και επιπρόσθετο εμπόδιο στη διατήρηση των διατροφικών συνηθειών τους^{7,8,55,62}.

Η κατανάλωση γάλατος χαμηλών λιπαρών και η βρώση ψωμιού ολικής άλεσης ήταν σπάνιες και στις δύο ομάδες. Αντίθετα αυτές οι διατροφικές επιλογές αποτελούν χαρακτηριστικά της διατροφής βορειοευρωπαϊκών χωρών και υιοθετήθηκαν σε κάποιο βαθμό από τις οικογένειες των μεταναστών σε αυτές τις χώρες⁷. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα πρόσφατης (2005) πολυκεντρικής έρευνας των διατροφικών συνηθειών των παιδιών σχολικής ηλικίας, τα Ελληνόπουλα είχαν τη μεγαλύτερη κατανάλωση γάλατος ολικών λιπαρών, ενώ αντίθετα σε άλλες χώρες (Βέλγιο, Καναδάς) τα παιδιά έπιναν κυρίως γάλα χαμηλών λιπαρών¹⁷³.

Ενδιαφέρουσες παρατηρήσεις, που πιθανά σχετίζονται με τις διαφορετικές πολιτισμικές συνήθειες και παραδόσεις, ήταν ότι τα παιδιά των μεταναστών συνήθιζαν να πίνουν διάφορα αφεψήματα βοτάνων και επίσης, σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό από τα Ελληνόπουλα της μελέτης, είχαν δοκιμάσει οινοπνευματώδη ποτά. Επίσης αξιοσημείωτο ήταν ότι η καθημερινή συγκέντρωση της οικογένειας στο τραπέζι ήταν συχνότερη στους μετανάστες, δείχνοντας την ισχυρότερη διατήρηση των παραδοσιακών θεσμών στις οικογένειές τους, αλλά πιθανά και τη βοήθεια άλλων ατόμων στην ανατροφή των παιδιών στις ελληνικές οικογένειες.

Η αγορά των ειδών διατροφής, στην πλειονότητα των οικογενειών γινόταν από μεγάλα καταστήματα. Ωστόσο σε αρκετά παιδιά, κύρια στην ομάδα των Ελληνόπουλων (και ιδιαίτερα στα παιδιά των χωριών), αναφέρονταν ότι έτρωγαν και προϊόντα δικής τους παραγωγής, γεγονός που δείχνει την ύπαρξη στο νομό Ιωαννίνων κάποιας τοπικής/οικογενειακής αγροτικής παραγωγής. Για τις οικογένειες των μεταναστών, η γεωγραφική γειτνίαση του νομού μας με την Αλβανία και η κατεξοχήν αγροτική οικονομία της χώρας αυτής την περίοδο που έγινε η μελέτη, κάνει πιθανή την προμήθεια ορισμένων προϊόντων από τον τόπο καταγωγής τους, δεδομένης και της μεγαλύτερης οικονομικής δυσχέρειας στην αγορά των ειδών διατροφής που δήλωσαν οι Αλβανοί γονείς.

Οι απόψεις των γονέων-μεταναστών σε θέματα διατροφής των παιδιών τους ήταν διαφορετικές από των Ελλήνων και οι γνώσεις τους φαίνονται ανεπαρκέστερες. Οι διαπιστώσεις αυτές μπορεί να συσχετιστούν και με τη χειρότερη συμπεριφορά τους ως καταναλωτές: σε μικρότερο ποσοστό έλεγχαν τη σύσταση και τη λήξη των συσκευασμένων τροφίμων που αγόραζαν στα παιδιά τους και σημαντικά μεγαλύτερο ήταν το ποσοστό που αγόραζε τουλάχιστο εβδομαδιαίως αναψυκτικά και χυμούς για το σπίτι. Οι γνώσεις των γονέων σε θέματα διατροφής και οι διατροφικές τους συνήθειες επηρεάζουν τις διατροφικές προτιμήσεις των παιδιών τους. Ο έλεγχος της σύστασης, της θρεπτικής αξίας και της προτεινόμενης ποσότητας ανά μερίδα των έτοιμων τροφών, επηρεάζει τις διατροφικές επιλογές των γονέων και σχετίζεται με μικρότερα ποσοστά αυξημένου βάρους στα παιδιά τους¹⁷⁴. Επίσης, σύμφωνα με άρθρο ανασκόπησης, τα σάκχαρα που περιέχονται στα αναψυκτικά και τους χυμούς συσχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο για παχυσαρκία και προτεραιότητα πρέπει να δίδεται στη βρώση φρέσκων φρούτων¹⁷⁵.

Όσον αφορά τα γηγενή παιδιά, ο τρόπος δειγματοληψίας οδήγησε στην εξέταση της διατροφής ενός ικανοποιητικού αριθμού Ελληνόπουλων σχολικής ηλικίας του νομού Ιωαννίνων, παρέχοντας έτσι αρκετές πληροφορίες για τις διατροφικές προτιμήσεις των γηγενών παιδιών του τόπου μας. Ενδιαφέρουσες ήταν οι διαφορές που παρατηρήθηκαν μεταξύ των παιδιών που κατοικούσαν στα Ιωάννινα και στα χωριά του νομού, δείχνοντας ότι τα παιδιά των χωριών είχαν χειρότερες διατροφικές συνήθειες. Τα αίτια των διαφορών αυτών δεν εξετάστηκαν, αφού δεν αποτελούσαν αντικείμενο της παρούσας μελέτης, αλλά πιθανά να οφείλονται σε διαφορές στο μορφωτικό επίπεδο των γονέων και το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο των οικογενειών.

Σύμφωνα με προγενέστερο (1989) άρθρο ανασκόπησης¹⁷⁶, τις τελευταίες δεκαετίες συνέβηκαν σημαντικές αλλαγές στον τρόπο διατροφής του πληθυσμού της χώρας μας, με κύρια στοιχεία την αύξηση της κατανάλωσης πρωτεϊνών ζωικής προέλευσης και λιπών, ενώ η κατανάλωση λαχανικών, φρούτων και δημητριακών διατηρήθηκε σχετικά σταθερή ή και μειώθηκε. Αποτέλεσμα αυτών των μεταβολών ήταν η αύξηση των προσλαμβανόμενων θερμίδων και οι αλλαγές σε σωματομετρικούς δείκτες και βιοχημικές μεταβλητές. Παρόμοια, τα αποτελέσματα έρευνας του διαιτολογίου των παιδιών (1,148 παιδιά 2-14 ετών) της χώρας μας από τους Ρώμα και συν¹⁷⁷, έδειξαν αυξημένη ημερήσια πρόσληψη λευκώματος και λίπους και χαμηλή κατανάλωση φυτικών ινών. Όσον αφορά τη συχνότητα πρόσληψης διαφόρων τροφών, το 90% των παιδιών έπινε καθημερινά γάλα, ενώ κατά μέσο όρο έτρωγαν 4 φορές την εβδομάδα κρέας, 1 φορά ψάρι και 4 αυγά την εβδομάδα και επίσης το 90% κατανάλωναν γλυκά και διάφορα σνακς. Έρευνα τοπικής κλίμακας για τη διατροφή παιδιών σχολικής ηλικίας (1,063 παιδιά 7-12 ετών στην περιοχή της Νάουσας), έδειξε ότι έτρωγαν 2 ή περισσότερες φορές την εβδομάδα λαχανικά και όσπρια το 45.7%, κόκκινο κρέας το 45.4%, κοτόπουλο το 30.6% και ψάρι το 23.3%, ενώ γλυκά το 84.9% (το 17.2% καθημερινά), αναψυκτικά το 62.7%, σνακς (γαριδάκια, πατατάκια) το 47.8% και φαγητά από ταχυφαγεία το 31.8%¹⁶⁵.

Η διαπίστωση της μειωμένης κατανάλωσης λαχανικών και φρούτων στα Ελληνόπουλα της μελέτης, είναι σύμφωνη με τα ευρήματα πολυκεντρικής έρευνας¹⁷³ (162,305 μαθητές 35 χωρών: Ευρώπη, Ισραήλ και Β. Αμερική), που έδειξε ότι στα παιδιά των νοτιοευρωπαϊκών χωρών η μέση εβδομαδιαία συχνότητα κατανάλωσης λαχανικών ήταν κάτω του μέσου όρου και τα Ελληνόπουλα κατείχαν την 29^η θέση με μέση κατανάλωση 3.3 ημέρες/εβδομάδα. Καθημερινά λαχανικά έτρωγε το 22%

αυτών (32.4% στην παρούσα μελέτη). Η μέση εβδομαδιαία συχνότητα κατανάλωσης φρούτων στα Ελληνόπουλα ήταν 4.3 ημέρες/εβδομάδα (12^η θέση) ενώ καθημερινά έτρωγε φρούτα μόνο το 38%, ποσοστό μικρότερο από της παρούσας μελέτης (55.4%). Σύμφωνα με την ίδια έρευνα¹⁷³, χαμηλή ήταν η κατανάλωση αναψυκτικών στα Ελληνόπουλα (2.6 ημέρες/εβδομάδα) και επίσης ανέφεραν τη χαμηλότερη κατανάλωση γλυκών (2.6 ημέρες/εβδομάδα), ενώ το 30% έτρωγε γλυκά λιγότερο από 1 φορά την εβδομάδα, ποσοστό μεγαλύτερο εκείνου της παρούσας μελέτης (10%). Οι ερευνητές συμπέραναν ότι σημαντικός αριθμός παιδιών έτρωγε λίγα φρούτα και λαχανικά, ενώ η κατανάλωση γλυκών, αναψυκτικών και τσιπς ήταν πολύ δημοφιλής.

Την ανάγκη εθνικών και διεθνών συστάσεων και στοχευμένων παρεμβάσεων με σκοπό την αύξηση της κατανάλωσης κύρια λαχανικών αλλά και φρούτων, έδειξαν και τα ευρήματα πολυκεντρικών ευρωπαϊκών ερευνών^{178,179}, ενώ πρόσφατη (2008) ανασκόπηση των de Sa και Lock¹⁸⁰ των δημοσιευμένων μελετών για τα σχολικά προγράμματα προώθησης της κατανάλωσης φρούτων και λαχανικών στα παιδιά ανεπτυγμένων χωρών, συμπέρανε ότι η αύξηση της κατανάλωσης που παρατηρήθηκε στο 70% αυτών των προγραμμάτων, δείχνει ότι είναι αποτελεσματικά και μπορεί να συμβάλουν στην καλύτερη υγεία των παιδιών.

Σχετικά με τα παιδιά των μεταναστών, η εκτίμηση της επίδρασης της μετανάστευσης στις διατροφικές τους συνήθειες (διατροφικός επιπολιτισμός), έγινε με βάση το χρονικό διάστημα διαμονής τους στη χώρα μας, που αποτελεί ένα γενικό παράγοντα επιπολιτισμού και προτείνεται σε επιδημιολογικές μελέτες⁵.

Αν και την περίοδο που έγινε η έρευνα η οικογενειακή μετανάστευση από την Αλβανία ήταν στα πρώτα της χρόνια, παρατηρήθηκαν ορισμένες ενδιαφέρουσες διαφορές στη διατροφή μεταξύ των παιδιών των μεταναστών που διέμεναν περισσότερο από 2 έτη στη χώρα μας και εκείνων που διέμεναν λιγότερο, δείχνοντας την τάση υιοθέτησης χαρακτηριστικών της διατροφής των Ελληνόπουλων της περιοχής. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, οι νεώτερης ηλικίας μετανάστες και τα παιδιά τείνουν να αλλάζουν ταχύτερα τις διατροφικές τους συνήθειες από τους μεγαλύτερης ηλικίας^{2,4,6,58-61}. Επίσης, μελέτες έχουν δείξει ότι ακόμη και η βραχυχρόνια εγκατάσταση σε ένα καινούργιο διατροφικό περιβάλλον επιφέρει σημαντικές αλλαγές των διατροφικών συνηθειών, κυρίως προς λιγότερο υγιεινές προτιμήσεις^{8,55,62}. Η ευχέρεια χρήσης της γλώσσας της χώρας υποδοχής αποτελεί επίσης παράγοντα που σχετίζεται θετικά με το βαθμό του διατροφικού επιπολιτισμού των μεταναστών και

των παιδιών τους^{5,50,63,65}. Επομένως, η έλλειψη γλωσσικών φραγμών στις οικογένειες των μεταναστών της παρούσας μελέτης, διευκόλυνε την ταχύτερη προσαρμογή τους στο καινούριο διατροφικό περιβάλλον.

Οι Gilbert και Khokhar⁶ αναφέρουν ότι η ηλικία και η σειρά γενιάς των μεταναστών, θεωρούνται οι κυριότεροι παράγοντες που οδηγούν σε διατροφικές αλλαγές που συνήθως είναι λιγότερο υγιεινές, αφού αυξάνουν την κατανάλωση επεξεργασμένων τροφών (γλυκά, αναψυκτικά, σνακς, επεξεργασμένα δημητριακά στο πρωινό). Στην παρούσα μελέτη, τα παιδιά των μεταναστών που διέμεναν περισσότερο από 2 έτη στην Ελλάδα άλλαξαν τις προτιμήσεις τους στο πρωινό γεύμα (συχνότερη κατανάλωση δημητριακών, κακάο/hemo) και αύξησαν την κατανάλωση γλυκών και χυμών, παρόμοια με το διατροφικό μοντέλο των γηγενών παιδιών και επίσης, σε αντίθεση με τις συνήθειες των Ελληνόπουλων, αύξησαν την κατανάλωση σνακς στο σχολείο.

Οι αλλαγές στο πρωινό γεύμα στα παιδιά των μεταναστών της παρούσας μελέτης, είναι σύμφωνες με τις μελέτες των Landman και Cruickshank⁴, των Satia-Abouta και συν⁵ και του Koctürk⁵⁷, που υποστηρίζουν ότι η σύσταση του πρωινού γεύματος είναι εκείνη που πρώτα αλλάζει στους πληθυσμούς μεταναστών από φτωχές στις δυτικές χώρες, ακολουθεί το μεσημεριανό και επίσης αυξάνονται τα ενδιάμεσα, «πρόχειρα» γεύματα (παρόμοια στην παρούσα μελέτη αυξήθηκε ο μέσος αριθμός των ημερησίων γευμάτων).

Αύξηση της κατανάλωσης γλυκών στα παιδιά των μεταναστών αναφέρουν επίσης οι Aurelius και Lindström⁸, για τα παιδιά Νοτιοευρωπαίων και Φιλανδών μεταναστών 2,5 χρόνια μετά την εγκατάστασής τους στη Σουηδία και οι Kumar και συν¹¹, για τα παιδιά των μεταναστών δεύτερης γενιάς από την Ασία και την Αφρική στην Νορβηγία, ενώ στη μελέτη των Neiderud και Philip⁷, αν και η κατανάλωση γλυκών μειώθηκε στα παιδιά Ελλήνων μεταναστών στη Σουηδία, παρέμεινε σημαντικά συχνότερη από εκείνη των παιδιών της Σουηδίας.

Σύμφωνα με τους Wandel² και Koctürk⁵⁷, οι διατροφικές αλλαγές στους πληθυσμούς των μεταναστών συμβαίνουν ταχύτερα και με μικρότερη αντίσταση στις επιμέρους τροφές (γλυκά, αναψυκτικά-χυμοί, διάφορα σνακς), οι οποίες είναι και οι λιγότερο συνδεδεμένες με την πολιτισμική τους ταυτότητα και έτσι πρώτα προσαρτώνται στη διατροφή τους «γευστικές» τροφές τη χώρας υποδοχής που ανήκουν σε αυτή την κατηγορία, διαπιστώσεις που έγιναν και στην παρούσα έρευνα.

Ενδιαφέρουσα παρατήρηση ήταν ότι δε διέφερε μεταξύ των παιδιών των μεταναστών που διέμεναν λιγότερα από 2 έτη και εκείνων που κατοικούσαν περισσότερα έτη στην Ελλάδα, η μέση συχνότητα κατανάλωσης λαχανικών (4.4 και 4.3 φορές/εβδομάδα αντίστοιχα) και φρούτων (6.2 και 6.1 φορές/εβδομάδα αντίστοιχα), γεγονός που μπορεί να οφείλεται στην εύκολη εύρεση και αγορά των προϊόντων αυτών στη χώρα μας, αλλά και στην πιθανή προμήθειά τους σε κάποιες περιπτώσεις από τη χώρα καταγωγής τους. Αντίθετα, στη μελέτη των Aurelius και Lindström⁸ οι Νοτιοευρωπαίοι γονείς-μετανάστες στη Σουηδία, ανέφεραν μείωση της κατανάλωσης λαχανικών και φρούτων στα παιδιά τους μετά την εγκατάστασή τους στη Σουηδία και μετά από 2.5 χρόνια διαμονής τους η βρώση λαχανικών και φρούτων ήταν λιγότερο συχνή από εκείνη των παιδιών της Σουηδίας. Παρόμοια, οι Neiderud και Philip⁷ σε συγκριτική μελέτη των διατροφικών συνηθειών παιδιών δεύτερης γενιάς Ελλήνων μεταναστών στη Σουηδία, Σουδόπουλων και Ελληνόπουλων της περιοχής καταγωγής των μεταναστών, αναφέρουν λιγότερο συχνή κατανάλωση λαχανικών και φρούτων στα παιδιά των μεταναστών συγκριτικά με τα παιδιά που κατοικούσαν στην Ελλάδα (τουλάχιστο 1 φορά/ημέρα λαχανικά: 46% vs 91% και φρούτα: 80% vs 95% αντίστοιχα). Η κατανάλωση φρούτων στα παιδιά των μεταναστών ήταν ίδια με των παιδιών της Σουηδίας (τουλάχιστο 1 φορά/ημέρα φρούτα: 80%), όμως των λαχανικών μικρότερη (το 73% των Σουδόπουλων ανέφερε κατανάλωση λαχανικών τουλάχιστο 1 φορά/ημέρα).

Θετική ήταν η επίδραση του χρόνου παραμονής των Αλβανόπουλων στη χώρα μας, στην αύξηση της κατανάλωσης γάλατος και ψαριού και στη μείωση της χρήσης επιπλέον αλατιού στο φαγητό. Αξίζει να σημειωθεί στο σημείο αυτό, ότι το ψάρι δεν υπήρχε καθόλου στη διατροφή των νηπίων στην Αλβανία, σύμφωνα με τα στοιχεία της μοναδικής δημοσιευμένης έρευνας για τη διατροφή των παιδιών στη χώρα αυτή¹⁴⁶, γεγονός που μπορεί να συσχετιστεί με την παρατήρηση της παρούσας μελέτης, στην οποία το 24% των παιδιών που διέμεναν λιγότερο από 2 έτη στην Ελλάδα σπάνια έτρωγαν ψάρι (<1 φορά/εβδομάδα-ποτέ).

Σύμφωνα με τα ανωτέρω, φαίνεται πως τα παιδιά των μεταναστών είχαν διατροφικές συνήθειες που σε αρκετά σημεία ήταν χειρότερες από εκείνες των Ελληνόπουλων του νομού Ιωαννίνων, ενώ με την αύξηση των ετών διαμονής στην Ελλάδα υιοθέτησαν και άλλες, λιγότερο υγιεινές διατροφικές προτιμήσεις. Βέβαια, υπήρξαν και κάποιες θετικές επιδράσεις στη διατροφή τους.

Με δεδομένο ότι δεν υπάρχουν, σύμφωνα με τα τρέχοντα στοιχεία, βιβλιογραφικά δεδομένα για τη διατροφή των παιδιών των μεταναστών στη χώρα μας και ότι η παρούσα μελέτη έγινε σε τοπική κλίμακα και στα πρώτα έτη της μεταναστευτικής ροής, κρίνεται ενδιαφέρουσα αλλά και αναγκαία η οργάνωση μελετών για τη διερεύνηση του τρόπου διατροφής των εθνικών μειονοτήτων στη χώρα μας, αφού η διατροφή αποτελεί βασικό παράγοντα της υγείας των ατόμων.

Μελέτες ανασκόπησης για τη διατροφή και την υγεία των μεταναστών από φτωχές χώρες και των παιδιών τους, έχουν δείξει ότι η μετανάστευση στις δυτικές χώρες, με τις αλλαγές που συνεπάγεται στον τρόπο ζωής και διατροφής των πληθυσμών αυτών, ενέχει τον κίνδυνο «χειρότερης υγείας»^{2-6,51}. Επίσης η μελέτη της κοινωνικής πλευράς της διατροφής και η κατανόηση της διαδικασίας του διατροφικού επιπολιτισμού, θα επιτρέψει την κατάλληλη παρέμβαση στη διατροφή και την υγεία των μεταναστών^{4,5}.

Τα Ελληνόπουλα της περιοχής της μελέτης φαίνεται ότι είχαν σε γενικές γραμμές καλύτερες διατροφικές συνήθειες από τα παιδιά των μεταναστών, όπως αυτό προκύπτει από τη μικρότερη μέση εβδομαδιαία κατανάλωση αναψυκτικών, αλλαντικών και σνακς, τη μεγαλύτερη ημερήσια κατανάλωση γάλατος, τη λιγότερο συχνή προτίμηση ειδών κυλικείου (γαριδάκια-τσιπς, αναψυκτικά) στο σχολείο και τις διαφορές στον τρόπο παρασκευής των φαγητών τους στο σπίτι (συχνότερη χρήση ελαιόλαδου και λιγότερο συχνή χρήση βούτυρου και αλατιού).

Ωστόσο το διατροφικό μοντέλο και των δύο ομάδων απείχε σε αρκετά σημεία από τις τρέχουσες συστάσεις για τη διατροφή των παιδιών^{168,169}. Οι συστάσεις της Επιτροπής Διατροφής της Αμερικανικής Καρδιολογικής Εταιρείας¹⁶⁸, αποτελούν στρατηγική διατροφής και τρόπου ζωής, με στόχο τη μείωση του κινδύνου καρδιαγγειακών νοσημάτων στο γενικό πληθυσμό της Αμερικής και προτείνονται για ενήλικες και παιδιά μεγαλύτερα των 2 ετών. Αξιοσημείωτο είναι πως ιδιαίτερη αναφορά γίνεται για τους πληθυσμούς εθνικών/φυλετικών μειονοτήτων, υποστηρίζοντας ότι είναι επιτακτική η ανάγκη πολιτισμικά ευαίσθητων οδηγιών διατροφής και τρόπου ζωής, που να στοχεύουν άμεσα σε αυτούς, καθώς και η ανάπτυξη πολιτικών που να κάνουν εφικτή τη διαθεσιμότητα και την προσφορά των κοινωνικών παροχών, έτσι ώστε να μειωθούν οι υπάρχουσες ανισότητες στην προληπτική ιατρική και την υγεία.

Όσον αφορά τα Ελληνόπουλα, οι πρόσφατες οδηγίες διατροφής¹⁶⁹, που συστάθηκαν σύμφωνα με τις αντίστοιχες υποδείξεις διατροφής της Αμερικής¹⁶⁸, ίσως

να μην είναι επαρκείς για την πρόληψη της σιδηροπενίας, αφού προτείνουν ελάχιστο κόκκινο κρέας (1-2 φορές την εβδομάδα) και συχνότερα ψάρι-θαλασσινά (2-3 φορές την εβδομάδα, κυρίως μικρά λιπαρά ψάρια), πουλερικά (2-3 φορές την εβδομάδα) και όσπρια (2-3 φορές την εβδομάδα). Το ανωτέρω υποστηρίζουν τα ευρήματα μελέτης της συχνότητας σιδηροπενίας/σιδηροπενικής αναιμίας στα παιδιά σε σχέση με την εβδομαδιαία κατανάλωση κρέατος (2,943 παιδιά ηλικίας 8 μηνών-15 ετών, αστικών-ημιαστικών περιοχών του νομού Θεσσαλονίκης), στην οποία βρέθηκε σημαντικά μεγαλύτερη συχνότητα σιδηροπενίας/σιδηροπενικής αναιμίας στα παιδιά ηλικίας μικρότερης των 10 ετών που έτρωγαν κρέας 2 φορές εβδομαδιαίως συγκριτικά με εκείνα που έτρωγαν 3 φορές¹⁸¹.

Η εφαρμογή κατάλληλων προγραμμάτων αγωγής υγείας και διατροφής στα σχολεία, έχει αποδειχθεί επιτυχής και συνοδεύεται με σημαντικές θετικές μεταβολές στις γνώσεις και τις συνήθειες διατροφής των μαθητών, ενώ η συμμετοχή των γονέων είναι σημαντική αφού η οικογένεια διαδραματίζει ουσιαστικό ρόλο στον τρόπο διατροφής των παιδιών^{180,182-184}. Επομένως, η οργάνωση κατάλληλων σχολικών προγραμμάτων εκπαιδευτικής παρέμβασης για τη διατροφή από την πολιτεία και τους αρμόδιους φορείς υγείας, σε τοπικό αλλά και σε εθνικό επίπεδο, θα συμβάλλει στην προαγωγή της διατροφής και της άμεσα σχετιζόμενης με αυτή υγεία των παιδιών και πρέπει να προωθηθεί και να υποστηριχθεί.

γ) Η υγεία των παιδιών - Οδοντική υγεία και συνήθειες στοματικής υγιεινής.

Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, τα παιδιά των οικογενειών μεταναστών βρίσκονται σε μειονεκτικότερη θέση συγκριτικά με τα γηγενή παιδιά των χωρών εγκατάστασής τους όσον αφορά την πρόσβασή τους στις υπηρεσίες υγείας και προληπτικής ιατρικής. Τα αίτια της δυσχερούς πρόσβασης σχετίζονται με την έλλειψη ασφαλιστικής κάλυψης, την πρόσφατη μετανάστευση, νομικούς περιορισμούς από την πολιτεία, γλωσσικούς φραγμούς, κοινωνικοοικονομικούς λόγους, καθώς και με την ανεπαρκή ενημέρωση των οικογενειών σχετικά με το σύστημα υγείας των χωρών υποδοχής τους και τα θέματα που αφορούν την υγεία^{37,39,43,44,105}.

Στην παρούσα μελέτη οι παροχές υγείας στην πλειονότητα των παιδιών των μεταναστών, σε αντίθεση με τα γηγενή, δίδονταν από τους δημόσιους φορείς, γεγονός που δείχνει την εύκολη προσέγγιση των μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας

της χώρας μας. Ωστόσο -σύμφωνα με τις δηλώσεις τους στη σχετική ερώτηση- σημαντικά μεγαλύτερο ήταν το ποσοστό των παιδιών των μεταναστών που οι γονείς τους δεν είχαν ενημέρωση σε θέματα διατροφής από τους αρμόδιους φορείς υγείας.

Σχετικά με τα προβλήματα υγείας των παιδιών, απλά καταγράφηκαν όπως αυτά αναφέρθηκαν από τους γονείς, χωρίς να εξάγουμε συμπεράσματα για τη συχνότητα νόσων αφού δεν έγινε αντίστοιχη κλινική και εργαστηριακή εξέταση και αυτό αποτελεί ένα αδύνατο σημείο της μελέτης.

Σύμφωνα με διεθνείς μελέτες ανασκόπησης^{2,27-30} και πληθυσμιακές^{89,90,91}, τα παιδιά των μεταναστών από αναπτυσσόμενες χώρες αποτελούν ομάδα υψηλού κινδύνου για εμφάνιση ραχίτιδας. Η σιδηροπενία και η σιδηροπενική αναιμία είναι επίσης αυξημένες στα παιδιά (κύρια προσχολικής ηλικίας) των μεταναστών^{2,3,12,29,76,93,94}.

Για την επίπτωση των ανωτέρω διαταραχών στα παιδιά των μεταναστών από την Αλβανία που ζούνε στη χώρα μας δεν υπάρχουν βιβλιογραφικά δεδομένα. Ωστόσο, σε έρευνα του επιπέδου υγείας και θρέψης και των πρακτικών σίτισης βρεφών και νηπίων στην Αλβανία που έγινε το 1995-’96 (από το Εργαστήριο Επιδημιολογίας του Πανεπιστημίου της Ρώμης και το Εθνικό Ινστιτούτο Δημόσιας Υγείας της Αλβανίας), βρέθηκαν αυξημένα ποσοστά κλινικής ραχίτιδας (19.7%) και λιποβαρών παιδιών (23.6% στις αγροτικές και 10.2% στις αστικές περιοχές), συχνές λοιμώξεις (κύρια γαστρεντερίτιδες), εφαρμογή ακατάλληλων μεθόδων απογαλακτισμού και σίτισης και πλημμελείς συνθήκες υγιεινής¹⁴⁶. Παρόμοια ήταν και τα ευρήματα προγενέστερης έρευνας σε εθνικό επίπεδο στην Αλβανία (από το Παιδιατρικό Νοσοκομείο Τιράνων και το Διεθνή Οργανισμό του Ερυθρού Σταυρού), στην οποία οι ερευνητές συμπέραναν ότι η χώρα έχριζε διεθνούς βοήθειας για την αντιμετώπιση των σοβαρών προβλημάτων υγείας του παιδικού πληθυσμού της¹⁴⁷. Αναφορές Ευρωπαϊών γιατρών που επισκέφθηκαν την Αλβανία, έδειξαν αυξημένη συχνότητα ηπατίτιδων (Α και Β), γαστρεντερίτιδας, φυματίωσης, υποσιτισμού και υποθυρεοειδισμού καθώς και ελλείψεις υγειονομικού και φαρμακευτικού υλικού^{185,186}. Σε μελέτη που αφορούσε νοσηλευόμενα παιδιά προσφύγων από την Αλβανία στην Ήπειρο, βρέθηκε αυξημένη συχνότητα ηπατίτιδας Β (57% είχαν θετικούς δείκτες ηπατίτιδας Β) ενώ σε αντίθεση με τις προηγούμενες αναφορές, δε διαπιστώθηκε πρόβλημα παιδικής φυματίωσης και υποθυρεοειδισμού¹⁸⁷.

Έχοντας υπόψη τα ανωτέρω, και με δεδομένο ότι τα παιδιά των οικογενειών των μεταναστών στο νομό μας είχαν γεννηθεί και ζήσει στην Αλβανία, είναι φανερό

ότι ο πληθυσμός αυτός έχει διαφορετικές ανάγκες ιατρικής φροντίδας και πρόληψης από τα Ελληνόπουλα.

Όσον αφορά την οδοντική υγεία, τα παιδιά των εθνικών μειονοτήτων και των πρόσφατων μεταναστών σε μια χώρα ανήκουν στους πληθυσμούς υψηλού κινδύνου για κακή οδοντική υγεία^{3,8,9,31-36,86,87}.

Τα ανωτέρω επιβεβαιώνονται και στην παρούσα μελέτη, όπου τα παιδιά των μεταναστών από την Αλβανία εμφάνιζαν χειρότερη οδοντική υγεία (ελεύθερα τερηδόνας: 7.8% στην ομάδα Α vs 21.6% στην Ε και αποκατασταθείσα τερηδόνα: 9.5% vs 20.3% αντίστοιχα) και συνήθειες στοματικής υγιεινής (καθημερινό βούρτσισμα των δοντιών: 43% vs 50.6% αντίστοιχα). Η συχνότητα αναζήτησης οδοντιατρικής φροντίδας ήταν μικρότερη στα παιδιά των μεταναστών (δεν είχε επισκεφθεί οδοντίατρο το 23.8% στην ομάδα Α vs 12.7% στην Ε). Η κύρια αιτία αναζήτησης οδοντιατρικής φροντίδας στα παιδιά των μεταναστών ήταν ο πονόδοντος (45.7% στην ομάδα Α vs 22.4% στην Ε), ενώ στα γηγενή ο προληπτικός έλεγχος (32.4% στην ομάδα Ε vs 12.4% στην Α) και η αποκατάσταση τερηδόνας (23.5% vs 12.8% αντίστοιχα). Ο πονόδοντος συσχετίζεται ισχυρά με την τερηδονική προσβολή στα παιδιά, ιδιαίτερα ομάδων χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου, ενώ το ποσοστό των παιδιών που αιπιώνται πονόδοντο στις επιδημιολογικές μελέτες κυμαίνεται από 5-33%¹⁸⁸. Η προληπτική φθορίωση των δοντιών, που θεωρείται βασικός παράγοντας πρόληψης της τερηδόνας³⁴⁻³⁶, και παρ' όλο που το νερό στο νομό Ιωαννίνων δε φθοριώνεται, ήταν χαμηλή στα γηγενή παιδιά, υπερδιπλάσια όμως από ότι στα παιδιά των μεταναστών (28.8% vs 13.3% αντίστοιχα).

Με την αύξηση των ετών διαμονής στη χώρα μας, διαφαίνεται μια βελτίωση όσον αφορά την αναζήτηση οδοντιατρικής φροντίδας από τα παιδιά των μεταναστών. Όμως παρά τη βελτίωση, το επίπεδο οδοντικής υγείας και οδοντιατρικής φροντίδας παρέμενε ακόμη χαμηλότερο από εκείνο των Ελληνόπουλων. Τα παιδιά των μεταναστών είχαν συχνότερη κατανάλωση τερηδογόνων προϊόντων (αναψυκτικά, σνακς), που παρέμεινε σταθερή με την αύξηση των ετών διαμονής στη χώρα μας, και επίσης σε εκείνα που διέμεναν περισσότερο από 2 έτη στην Ελλάδα αυξήθηκε η κατανάλωση γλυκών, τα οποία σε συνδυασμό με τις πλημμελείς συνήθειες στοματικής υγιεινής και την ανεπαρκή οδοντιατρική φροντίδα, αυξάνουν τον κίνδυνο τερηδονικής προσβολής^{34,36,189}.

Παρόμοια με την παρούσα μελέτη, έρευνα των διατροφικών συνηθειών και της οδοντικής υγείας παιδιών οικογενειών μεταναστών από τη Φιλανδία στη Σουηδία,

έδειξε ότι είχαν χειρότερη οδοντική υγεία και συχνότερη κατανάλωση τερηδογόνων τροφών συγκριτικά με τα παιδιά της Σουηδίας⁹. Η οδοντική υγεία και συνήθειες στοματικής υγιεινής των παιδιών Νοτιοευρωπαίων και Φιλανδών μεταναστών κατά την άφιξή τους στη Σουηδία ήταν χειρότερες από των Σουηδόπουλων, ενώ μετά από 30 μήνες διαμονής τους, αυξήθηκε η συχνότητα βουρτσίσματος των δοντιών αλλά παράλληλα αυξήθηκε σημαντικά και η κατανάλωση γλυκών στα παιδιά των μεταναστών⁸. Το μεγαλύτερο κίνδυνο κακής οδοντικής υγείας στις οικογένειες μειονοτικών εθνικών ομάδων της Σουηδίας, ανεξαρτήτως κοινωνικοοικονομικών μεταβλητών, έδειξε και η πληθυσμιακή μελέτη των Hjertn και Grindefjord³². Η μελέτη των Watson και συν³³ αναφέρει υψηλά ποσοστά τερηδόνας στα παιδιά μεταναστών λατινικής καταγωγής στις ΗΠΑ, και η πρόσφατη εγκατάστασή τους αποτελούσε ισχυρό παράγοντα της νόσου. Επίσης η βαθμίδα εκπαίδευσης της μητέρας έχει συσχετιστεί θετικά με το επίπεδο οδοντικής υγείας των παιδιών των μεταναστών^{33,87}, παρατήρηση που δεν επιβεβαιώθηκε στην παρούσα μελέτη.

Σε αρκετές μελέτες τονίζεται η ανάγκη ενημέρωσης των οικογενειών των μεταναστών σε θέματα διατροφής και στοματικής υγείας από τις υπηρεσίες υγείας των χωρών υποδοχής^{8,9,33,66,67}. Σε άλλες αποδεικνύεται πως η εφαρμογή κατάλληλων προγραμμάτων ενημέρωσης των γονέων μεταναστών, οδηγεί σε βελτίωση των γνώσεων τους και σε καλύτερη οδοντική υγεία των παιδιών τους^{31,86}.

Αν και το επίπεδο οδοντικής υγείας των Ελληνόπουλων της μελέτης ήταν σημαντικά καλύτερο από εκείνο των παιδιών των μεταναστών, τα στοιχεία πανελλαδικής επιδημιολογικής έρευνας για τη στοματική υγεία¹⁹⁰, έδειξαν ότι ο νομός Ιωαννίνων είχε τις μεγαλύτερες τιμές δεικτών τερηδόνας τόσο στα παιδιά όσο και στους ενήλικες. Επίσης τα παιδιά των αστικών περιοχών και εκείνα με ανώτερη βαθμίδα εκπαίδευσης των γονέων βούρτσιζαν συχνότερα τα δόντια τους, διαπιστώσεις που ίσχυαν και για τα Ελληνόπουλα της παρούσας μελέτης. Σύμφωνα με την ίδια έρευνα¹⁹⁰, η Ελλάδα συγκριτικά με τις υπόλοιπες χώρες της Ε.Ε βρίσκονταν στην 9^η θέση για τους δείκτες τερηδόνας των 5χρονων παιδιών ενώ στα 12χρονα κατείχε την τελευταία θέση μεταξύ των 15 κρατών-μελών της Ε.Ε (πριν τη διεύρυνση) και την 15^η μεταξύ των 25 εταίρων μας στη διευρυμένη Ε.Ε.

Συγκριτικά με επιδημιολογικές έρευνες της οδοντικής υγείας σε άλλες περιοχές της Ελλάδος, στην παρούσα τα γηγενή παιδιά είχαν καλύτερη οδοντική φροντίδα από ότι παιδιά των νησιών του Αιγαίου (το 20% των παιδιών βούρτσιζε καθημερινά τα δόντια του, το 37% δεν είχε επισκεφθεί ποτέ οδοντίατρο, ο πονόδοντος ήταν το αίτιο

της οδοντιατρικής εξέτασης στο 36%, και χρήση φθοριούχων σκευασμάτων αναφέρονταν στο 16.6%)¹⁹¹ και παρόμοια με εκείνη παιδιών της Αττικής (το 10% των παιδιών δεν είχε επισκεφθεί ποτέ οδοντίατρο και το 59.3% είχε μη θεραπευθείσα τερηδόνα)¹⁹². Επίσης μεγαλύτερο ποσοστό παιδιών χωρίς τερηδόνα (35%) αλλά μικρότερο ποσοστό καθημερινού βουρτσίσματος των δοντιών (32%) συγκριτικά με την παρούσα μελέτη, αναφέρεται σε έρευνα του επιπολασμού τερηδόνας παιδιών σχολικής ηλικίας στο νομό Θεσσαλονίκης¹⁹³.

Συμπερασματικά, όσον αφορά τον τομέα της οδοντικής υγείας, η υψηλή συχνότητα τερηδόνας και η ανεπαρκής οδοντιατρική φροντίδα των παιδιών των μεταναστών καθιστούν απαραίτητη την εφαρμογή από τις αρμόδιες υπηρεσίες υγείας κατάλληλων προγραμμάτων ενημέρωσης και παρέμβασης (προληπτικής και θεραπευτικής), δεδομένου ότι τα παιδιά αυτά προέρχονται από μια χώρα με ελλείψεις παροχές οδοντιατρικής φροντίδας και ανύπαρκτη προληπτική οδοντιατρική¹⁹⁴.

Ωστόσο, κρίνεται αναγκαία και η περαιτέρω βελτίωση του επιπέδου οδοντικής υγείας και φροντίδας και των γηγενών παιδιών του νομού Ιωαννίνων.

δ) Ο ελεύθερος χρόνος και η σωματική άσκηση.

Η συμμετοχή των παιδιών των μεταναστών σε προγραμματισμένες εξωσχολικές δραστηριότητες ήταν λιγότερο συχνή από των γηγενών (εκμάθηση ξένης γλώσσας: 48.8% vs 64.5% και αθλοπαιδιές: 23.7% vs 47.4% αντίστοιχα), ενώ θετική επίδραση άσκησε ο χρόνος διαμονής στη χώρα μας στην ενασχόλησή τους με αυτές.

Αντίθετα, σημαντικά μεγαλύτερο από των Ελληνόπουλων (23.4% στην ομάδα A vs 6% στην E) και σταθερό με την αύξηση των ετών διαμονής τους, ήταν το ποσοστό των παιδιών των μεταναστών που ζητούσε επιπλέον βοήθεια (φροντιστήριο) στα σχολικά μαθήματα, γεγονός που μπορεί να αποδοθεί στη δυσκολία των γονέων μεταναστών να βοηθήσουν τα παιδιά τους και στην προσπάθειά τους να είναι συνεπή στις σχολικές απαιτήσεις, αλλά και πιθανά στα ανεπαρκή προγράμματα σχολικής υποστήριξης των παιδιών μειονοτικών ομάδων^{37,41,195}.

Η συμμετοχή σε οργανωμένες αθλητικές δραστηριότητες, αν και αυξήθηκε στα παιδιά των μεταναστών που διέμεναν στη χώρα μας περισσότερο από 2 έτη (27.9%

στην ομάδα A2 vs 6.1% στην A1), παρέμενε σημαντικά μικρότερη εκείνης των Ελληνόπουλων (47.4%). Μειωμένη συμμετοχή των παιδιών των μεταναστών σε αθλητικές δραστηριότητες αναφέρουν και άλλες διεθνείς μελέτες^{3,11,24}.

Μελέτη ανασκόπησης για την υγεία των μεταναστών στη Μεγάλη Βρετανία, αναφέρει ότι οι κοινωνικές ανισότητες και η κοινωνική απομόνωση των μεταναστών συμβάλλουν στη μικρότερη φυσική δραστηριότητα και στο χαμηλότερο επίπεδο υγείας τους⁴. Πρόσφατη (2006) έρευνα της υγείας σε εθνικά αντιπροσωπευτικό δείγμα εφήβων των ΗΠΑ, έδειξε ότι οι πληθυσμοί χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου και εθνικών μειονοτήτων έχουν μικρότερη πρόσβαση στις παροχές φυσικής δραστηριότητας-άσκησης, η οποία συμβάλλει στα μεγαλύτερα ποσοστά καθιστικής ζωής και υπερβάλλοντος βάρους σε αυτές τις ομάδες¹⁰⁶.

Η μετάβαση από τον αγροτικό σε αστικό τρόπο ζωής, με τις επακόλουθες διατροφικές αλλαγές και τη μείωση της φυσικής δραστηριότητας, θεωρήθηκε ο σημαντικότερος παράγοντας για την αύξηση της παχυσαρκίας και του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 στον παιδικό πληθυσμό ορισμένων εθνικών μειονοτήτων των ΗΠΑ⁵¹, ενώ πρόσφατη μελέτη υποστηρίζει ότι υπάρχει αρνητική συσχέτιση μεταξύ του επιπέδου φυσικής δραστηριότητας και της ύπαρξης βιολογικών παραγόντων κινδύνου για καρδιοαγγειακά νοσήματα στα παιδιά¹⁹⁶.

Στην παρούσα μελέτη, οι μετανάστες γονείς που δεν έκαναν ποτέ άσκηση-αθλοπαιδιές με τα παιδιά τους ήταν σημαντικά περισσότεροι από τους γηγενείς (81.3% vs 58.6% αντίστοιχα) και επίσης, στα παιδιά που διέμεναν περισσότερα από 2 έτη στη χώρα μας μειώθηκαν εκείνα ($p < 0.01$) που πήγαιναν με τους γονείς τους σε υπαίθριους χώρους για περπάτημα-περίπατο, διαπιστώσεις που πιθανά δείχνουν την προτίμηση καθιστικής ζωής στον ελεύθερο χρόνο τους. Μειωμένη φυσική δραστηριότητα των μεταναστών στον ελεύθερο χρόνο τους βρέθηκε και σε άλλες χώρες (ΗΠΑ, Σουηδία, Αυστραλία)^{60,61,102,107}. Επίσης πρόσφατη (2008) μελέτη ανασκόπησης, αναφέρει την έλλειψη σωματικής άσκησης ως έναν από τους πιθανούς παράγοντες αύξησης των νοσημάτων φθοράς (καρδιοαγγειακά νοσήματα, υπέρταση, σακχαρώδης διαβήτης) σε ορισμένες ομάδες μεταναστών στην Ευρώπη⁶.

Ενδιαφέροντα είναι τα ευρήματα πληθυσμικής μελέτης ενηλίκων στην Αλβανία, που έδειξαν αυξημένα ποσοστά καθιστικής ζωής στον ελεύθερο χρόνο και μειωμένη φυσική δραστηριότητα, γεγονός που κρίθηκε ανησυχητικό για τη μελλοντική υγεία του πληθυσμού της που έχει μεταβεί αιφνίδια από αγροτικό σε δυτικοποιημένο-αστικό τρόπο ζωής¹⁹⁷.

Βέβαια από την παρούσα έρευνα δε μπορούμε να εξάγουμε συμπεράσματα και γενικεύσεις για το επίπεδο φυσικής δραστηριότητας των μεταναστών από την Αλβανία και των παιδιών τους, αφού οι ερωτήσεις που αναφέρονταν σε αυτή ήταν περιορισμένες και περαιτέρω ανάλυση θα διέφευγε του σκοπού της μελέτης.

Έρευνα σε εθνικό επίπεδο στις ΗΠΑ, έδειξε ότι τα παιδιά των μεταναστών ήταν λιγότερο πιθανό από τα γηγενή να πηγαίνουν για ψυχαγωγία εκτός σπιτιού με τους γονείς τους, διαφορές που αποδόθηκαν στα υψηλότερα ποσοστά φτώχειας και χαμηλού επιπέδου εκπαίδευσης των γονέων-μεταναστών⁴¹. Στην παρούσα μελέτη, το επίπεδο εκπαίδευσης των Ελλήνων γονέων συσχετιζονταν θετικά με τη δημιουργική εξωσχολική απασχόληση των παιδιών τους, διαπίστωση που δεν ίσχυε για τους μετανάστες και πιθανά οφείλεται σε διαφορές στις πολιτισμικές συνήθειες, τον τρόπο ζωής και την οικονομική τους κατάσταση.

Το καθημερινό παιχνίδι έξω από το σπίτι ήταν συχνότερο στα παιδιά των μεταναστών (62.1% στην ομάδα Α vs 53.6% στην Ε). Η αναφορά της αυλής-κήπου της κατοικίας ως το συνήθη χώρο παιχνιδιού στο 31.5% των παιδιών των μεταναστών και το 42.9% των Ελληνόπουλων, μπορεί να αιτιολογηθεί από το ότι αρκετά παιδιά της μελέτης κατοικούσαν σε χωριά του νομού (26.1% στην ομάδα Α και 34.5% στην Ε) και επίσης λιγότερα από τα μισά παιδιά διέμεναν σε διαμέρισμα πολυκατοικίας (41.5% στην ομάδα Α και 48% στην Ε), οπότε αυτοί οι χώροι δεν ήταν σπάνιοι όπως συμβαίνει στα μεγάλα αστικά κέντρα. Όμως ακόμη και η κατοικία σε διαμέρισμα πολυκατοικίας, δεν αποκλείει την ύπαρξη κάποιου κοινόχρηστου χώρου (π.χ πιλωτή) που θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί για παιχνίδι, σε πόλεις όπως τα Ιωάννινα που το διάστημα που έγινε η μελέτη διατηρούσαν ακόμη χαρακτηριστικά επαρχιακής πόλης.

Βέβαια σήμερα, ακόμη και αν υπάρχουν αυτοί οι χώροι, τα παιδιά των μεγάλων πόλεων σπάνια παίζουν αφού έχει χαθεί η έννοια της γειτονιάς και επιπλέον οι γονείς φοβούνται να αφήσουν το παιδί μόνο του για παιχνίδι έξω από το σπίτι.

Τα Ελληνόπουλα που κατοικούσαν στα χωριά συγκριτικά με εκείνα της πόλης, έπαιζαν συχνότερα παιχνίδια που χρειάζονται κίνηση (καθημερινά παιχνίδια ανοικτού χώρου: 80.9% vs 39.5% αντίστοιχα), είχαν όμως λιγότερες εξωσχολικές δραστηριότητες. Σημαντικές διαφορές στο παιχνίδι μεταξύ των παιδιών αστικών και αγροτικών περιοχών της χώρας μας αναφέρονται και στη μελέτη των Ανυφαντάκη και συν¹⁶³ από την Κρήτη, στην οποία τα παιδιά των αστικών περιοχών έπαιζαν συχνότερα εντός σπιτιού, καθιστικά παιχνίδια και περπατούσαν λιγότερο. Επίσης,

παρόμοια ποσοστά εξωσχολικών δραστηριοτήτων με τα Ελληνόπουλα της παρούσας μελέτης, αναφέρονται στη μελέτη των Παπαδοπούλου και συν¹⁹⁸ για τα παιδιά δημοτικών σχολείων της Αττικής (αθλητικές δραστηριότητες: 49.8%, εκμάθηση ξένης γλώσσας: 57% και μουσικού οργάνου: 11%), στην οποία -σε αντίθεση με την παρούσα- τα κορίτσια ασχολούνταν σημαντικά λιγότερο από τα αγόρια με αθλητικές δραστηριότητες, παρατήρηση που έγινε και από άλλη μελέτη εκτίμησης του βαθμού καθημερινής δραστηριότητας παιδιών σχολικής ηλικίας περιοχών της Αττικής¹⁹⁹.

Η παρακολούθηση τηλεόρασης κατείχε σημαντική θέση στον ελεύθερο χρόνο των παιδιών, αφού τα περισσότερα –και ιδιαίτερα τα παιδιά των μεταναστών- παρακολουθούσαν καθημερινά, μια δραστηριότητα με θετικές αλλά και αρκετές αρνητικές επιδράσεις στη συμπεριφορά και την υγεία των παιδιών²⁰⁰. Η μελέτη των Magnusson και συν²⁴, αναφέρει αυξημένη παρακολούθηση τηλεόρασης στα παιδιά μεταναστών χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου στη Σουηδία, συμπεριφορά που σχετίζονταν με ανθυγιεινή διατροφή και μειωμένη φυσική δραστηριότητα. Επίσης μελέτες από τον ελλαδικό χώρο, έδειξαν θετική συσχέτιση μεταξύ της τηλεθέασης και της κατανάλωσης σνακς¹⁹⁹, καθώς και με το χαμηλό μορφωτικό και κοινωνικοοικονομικό επίπεδο των γονέων²⁰¹. Τα περισσότερα παιδιά και ιδιαίτερα τα παιδιά των μεταναστών που διέμεναν περισσότερο από 2 έτη στην Ελλάδα, ζητούσαν διαφημιζόμενα από την τηλεόραση είδη διατροφής, τα οποία συνήθως είναι υψηλής θερμιδικής και χαμηλής θρεπτικής αξίας^{200,202}.

Συμπερασματικά, τα ευρήματα της μελέτης στον τομέα της φυσικής δραστηριότητας των παιδιών, σύμφωνα με την αδρή εκτίμηση που έγινε, φαίνεται πως απέχουν από τις τρέχουσες διεθνείς συστάσεις-στόχους για την καθημερινή δραστηριότητα των παιδιών (τουλάχιστο 60 λεπτά σχεδόν καθημερινής φυσικής δραστηριότητας)¹⁶⁸ και τις πρόσφατες αντίστοιχες ελληνικές οδηγίες (καθημερινή μέτρια προς έντονη σωματική άσκηση για 2 τουλάχιστο ώρες)¹⁶⁹.

Ένας απλός αλλά ταυτόχρονα ουσιαστικός τρόπος να εξασφαλιστεί καθημερινή φυσική δραστηριότητα στα παιδιά των αστικών κέντρων είναι να πηγαίνουν περπατώντας στο σχολείο τους, εφόσον η διαδρομή είναι ασφαλής. Επίσης, η εφαρμογή μέσω των σχολείων κατάλληλων προγραμμάτων αγωγής υγείας, η δημιουργία χώρων παιχνιδιού και άθλησης (σχεδόν ανύπαρκτοι στα σημερινά σχολικά συγκροτήματα) και η αύξηση των αθλοπαιδιών στα εκπαιδευτικά προγράμματα, θα μπορούσαν να βελτιώσουν το επίπεδο φυσικής δραστηριότητας των παιδιών. Σημαντική είναι και η ύπαρξη κατάλληλων χώρων αναψυχής-

αθλοπαιδιών (προσιτών από όλα τα κοινωνικά στρώματα) στα αστικά κέντρα, όπου το παιχνίδι των παιδιών, συστατικό απαραίτητο για τη συναισθηματική και πνευματική ανάπτυξή τους και μέσο κοινωνικοποίησης, αγωγής και μάθησης, το έχουν αναλάβει ιδιωτικές επιχειρήσεις («παιδότοποι»). Επιπλέον, οι ίδιοι οι γονείς θα πρέπει, όσο είναι εφικτό, να αποτελέσουν παραδείγματα που θα παροτρύνουν τα παιδιά τους για δημιουργική απασχόληση και φυσική δραστηριότητα, συμπεριφορά που συνεπάγεται αλλαγή στον τρόπο ζωής των σύγχρονων Ελλήνων γονέων.

Ιδιαίτερα για τα παιδιά των μεταναστών, λαμβάνοντας υπόψη και τα αντίστοιχα διεθνή βιβλιογραφικά δεδομένα όπως προαναφέρθηκαν, είναι απαραίτητη η κατάλληλη ενημέρωση της κοινότητάς τους για το ρόλο της φυσικής δραστηριότητας στην αξιοποίηση του ελεύθερου χρόνου και τη συμβολή της στην υγεία.

ε) Η οικογένεια και οι συνθήκες διαβίωσης.

Οι οικογένειες των μεταναστών βιώνουν περισσότερες δυσκολίες στον κοινωνικοοικονομικό και εργασιακό τομέα, στην εκπαίδευση, στις συνθήκες διαβίωσης και τις κοινωνικές παροχές και έτσι βρίσκονται σε μειονεκτικότερη θέση από τις γηγενείς οικογένειες των χωρών υποδοχής τους^{37-45,47}.

Στην παρούσα μελέτη, στα παιδιά των μεταναστών οι συνθήκες διαβίωσης ήταν δυσμενέστερες και οι ανέσεις της κατοικίας σημαντικά λιγότερες από ότι στα Ελληνόπουλα. Ωστόσο, στα παιδιά των μεταναστών που διέμεναν περισσότερα χρόνια στην Ελλάδα (ομάδα Α2) αυτές βελτιώθηκαν σημαντικά.

Αν και ο μέσος αριθμός ατόμων ανά κατοικία ήταν μεγαλύτερος στα γηγενή παιδιά, αυτά κατοικούσαν σε μεγαλύτερα σπίτια και έτσι ο μέσος αριθμός ατόμων ανά δωμάτιο κατοικίας ήταν σημαντικά μεγαλύτερος στα παιδιά των μεταναστών (1.84 vs 1.39 άτομα/δωμάτιο κατοικίας). Παρόμοια αναλογία ατόμων/δωμάτιο κατοικίας (1.52/1) αναφέρεται και σε προγενέστερη (1989-90) μελέτη στην Ήπειρο, στην οποία επισημαίνεται ότι το πολυάνθρωπο των σπιτικών παρότι συνδυάζεται με πολλά δωμάτια οδηγεί σε συνωστισμό¹⁴⁴.

Η κατοικία σε πυκνοκατοικημένα σπιτικά ήταν συχνότερη στα παιδιά των μεταναστών (>2 άτομα/δωμάτιο κατοικίας: 16.8% στην ομάδα Α vs 6.5% στην Ε). Η διαπίστωση αυτή συμφωνεί με τα ευρήματα διεθνών μελετών^{37,42,45}. Στις ΗΠΑ το

47% των παιδιών των μεταναστών συγκριτικά με το 11% των γηγενών κατοικούν σε σπίτια με >1 άτομο/δωμάτιο κατοικίας, ενώ τα αντίστοιχα ποσοστά για >2 άτομα /δωμάτιο κατοικίας στα παιδιά προσχολικής ηλικίας είναι 32% έναντι 8%^{37,42}. Στη μελέτη του Neiderud⁴⁵, οι οικογένειες των Ελλήνων μεταναστών στη Σουηδία διέμεναν σε μικρότερα σπιτικά και μόνο 6% των παιδιών τους είχε το δικό του δωμάτιο συγκριτικά με το 54% των Σουηδόπουλων.

Η συγκατοίκηση με άλλους συγγενείς δεν ήταν συχνή και στις δύο ομάδες (ομάδα Α: 3.4% και Ε: 2.9%), ενώ μεγαλύτερο ήταν το ποσοστό των Ελληνόπουλων (15.5% vs 10.3% αντίστοιχα) και ιδιαίτερα εκείνων των χωριών (24%) που ζούσαν στο ίδιο σπίτι με τους παππούδες. Αντίθετα, έρευνα σε εθνικό επίπεδο στις ΗΠΑ αναφέρει διπλάσια ποσοστά συγκατοίκησης με συγγενείς στις οικογένειες των μεταναστών συγκριτικά με τις γηγενείς (27% vs 12%), τα οποία συσχετίζονταν ισχυρά με το επίπεδο εκπαίδευσης των γονέων και το οικογενειακό εισόδημα³⁷. Σύμφωνα με πρόσφατη (2008) ανασκόπηση⁴⁷, κατά κανόνα η μετανάστευση προκαλεί αλλαγή στη μορφή της οικογένειας, η οποία από εκτεταμένη (που είναι συνήθως στις φτωχότερες χώρες καταγωγής) μεταβάλλεται στη χώρα υποδοχής σε πυρηνική με όλα τα συνακόλουθα προβλήματα ρήξης του δικτύου στήριξης του παιδιού.

Όσον αφορά τις ελληνικές οικογένειες, η συγκατοίκηση με τους παππούδες αποτελεί συχνή πρακτική στην Ήπειρο, συσχετίζεται κύρια με πολιτισμικούς παράγοντες και συναντάται περισσότερο στα χωριά και τα «χαμηλότερα» κοινωνικοοικονομικά στρώματα¹⁴⁴.

Η κατοικία σε ιδιόκτητο σπίτι ήταν σπάνια στα παιδιά των μεταναστών (4.6%), ενώ στα γηγενή τα ποσοστά ήταν λίγο μικρότερα (69%) εκείνων προγενέστερης μελέτης στην Ήπειρο (79%)¹⁴⁴.

Οι ανέσεις και ο οικιακός εξοπλισμός των σπιτιών στα Ελληνόπουλα ήταν σημαντικά καλύτερα από ότι στα παιδιά των μεταναστών. Αξιοσημείωτο είναι ότι η τηλεόραση αποτελούσε τη μόνη οικοσυσσκευή που δεν έλειπε από κανένα σπίτι των μεταναστών, ενώ αντίθετα υπήρχαν παιδιά που στο σπίτι τους δεν είχαν βασικές ανέσεις, όπως θερμοσίφωνο, άρα και τρεχούμενο ζεστό νερό (34 παιδιά), εσωτερική τουαλέτα (7 παιδιά), αλλά και ψυγείο, εξοπλισμό απαραίτητο για την υγιεινή συντήρηση των τροφών (3 παιδιά). Εντύπωση προκαλεί το ότι υπήρχαν και στα Ελληνόπουλα κάποιες περιπτώσεις που δεν είχαν αυτές τις ανέσεις στο σπίτι τους.

Όσον αφορά τη χώρα καταγωγής των μεταναστών, έρευνα που έγινε στην Αλβανία το 1995-96 αναφέρει σχετικά με τις συνθήκες υγιεινής των σπιτιών, ότι μόνο

το 75.1% των σπιτικών είχαν τρεχούμενο νερό και το 79.6% τουαλέτα, με σημαντικές διαφορές μεταξύ των αγροτικών και αστικών περιοχών¹⁴⁶.

Το διπλάσιο ποσοστό παιδιών της ομάδος A2 που η οικογένειά τους διέθετε ιδιωτικό αυτοκίνητο (35% στην ομάδα A2 vs 17.5% στην A1), αν και μικρότερο του αντίστοιχου των Ελληνόπουλων (87.9%), μπορεί να συσχετιστεί με την καλύτερη οικονομική τους κατάσταση, αλλά επίσης δείχνει την κατεύθυνση των αναγκών τους προς τα πρότυπα της χώρας υποδοχής.

Σχεδόν όλα τα παιδιά ζούσαν και με τους δύο γονείς τους και τα περισσότερα είχαν τουλάχιστο 1 αδερφό/ή. Οι μειονοτικές εθνικές ομάδες τείνουν να είναι νεώτερες από ότι ο γηγενής πληθυσμός της χώρας υποδοχής^{1,3,4,46}. Σύμφωνα με στοιχεία από τις ΗΠΑ, ο αριθμός των παιδιών μειονοτικών εθνικών/φυλετικών ομάδων αναπτύσσεται με ταχείς ρυθμούς, αφού μετά το 1990 αυξήθηκε επτά φορές περισσότερο από ότι ο αριθμός των γηγενών και το έτος 2000 περίπου 1 στα 5 παιδιά ανήκαν σε οικογένειες μεταναστών³⁷. Παρομοίως στη χώρα μας, περίπου το 80% των μεταναστών βρίσκεται σε εργάσιμη ηλικία συγκριτικά με το 68% των Ελλήνων και επιπλέον στον αλλοδαπό πληθυσμό το ποσοστό των παιδιών είναι μεγαλύτερο σε σχέση με τον ελληνικό (17% έναντι 15%)¹.

Τα ποσοστά φτώχειας και χαμηλού οικογενειακού εισοδήματος είναι σημαντικά μεγαλύτερα στα παιδιά των μεταναστών συγκριτικά με τα γηγενή^{37,39,40,44}. Αν και η εξέταση του επιπέδου της οικονομικής κατάστασης των οικογενειών των μεταναστών δεν αποτελούσε σκοπό της παρούσας έρευνας, έμμεσα στοιχεία που δήλωναν τη δυσμενέστερη οικονομική τους θέση συγκριτικά με τις οικογένειες των Ελλήνων ήταν: το είδος της εργασιακής απασχόλησης των γονέων-μεταναστών, οι διαφορές στις συνθήκες διαβίωσης και το σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό παιδιών των μεταναστών που οι γονείς τους ανέφεραν ανεπάρκεια ή δυσκολία στην αγορά των αγαθών διατροφής (42.9% vs 28.5% αντίστοιχα).

Ένας σημαντικός παράγοντας που σχετίζεται με την οικονομική κατάσταση της οικογένειας είναι η εργασία των γονέων. Έρευνα σε εθνικό επίπεδο στις ΗΠΑ έδειξε ότι τα ποσοστά φτώχειας ήταν σημαντικά υψηλότερα στα παιδιά των μεταναστών και αποδόθηκαν στο μικρότερο ποσοστό εργασιακής απασχόλησης και των δύο γονέων και τους χαμηλότερους μισθούς που δίνονταν στους μετανάστες⁴⁰. Τα στατιστικά δεδομένα για τους μετανάστες στην Ελλάδα αναφέρουν ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ανδρών μεταναστών από την Αλβανία αποτελεί εργατικό δυναμικό (κύρια σε οικοδομικά έργα), ενώ στις γυναίκες η κύρια απασχόληση είναι

ως οικιακό προσωπικό σε ιδιωτικά νοικοκυριά¹. Παρόμοια, στην παρούσα μελέτη οι πατέρες ήταν εργάτες-οικοδόμοι και οι εργαζόμενες μητέρες καθαρίστριες-οικιακοί βοηθοί περίπου στα μισά παιδιά των μεταναστών. Αντίθετα, στην πλειονότητα των Ελληνόπουλων της μελέτης οι πατέρες ήταν υπάλληλοι, ελεύθεροι επαγγελματίες και έμποροι και οι εργαζόμενες μητέρες ήταν δημόσιοι υπάλληλοι.

Αξιοσημείωτο είναι ότι στα παιδιά που διέμεναν περισσότερα έτη στην Ελλάδα αυξήθηκε σημαντικά το ποσοστό των μητέρων που εργάζονταν, δείχνοντας την είσοδό τους στην αγορά εργασίας σύμφωνα με τα δεδομένα της χώρας υποδοχής και βοηθώντας έτσι στη βελτίωση του οικογενειακού εισοδήματος. Επίσης είναι γεγονός ότι πολλοί μετανάστες με πανεπιστημιακή εκπαίδευση απασχολούνται σε εργασίες που απαιτούν μικρότερη μόρφωση⁴⁶, παρατήρηση που ίσχυε και στην παρούσα μελέτη. Ωστόσο στα παιδιά που διέμεναν περισσότερα έτη στη χώρα μας μειώθηκαν αυτές οι περιπτώσεις, δείχνοντας την επιτυχή αποδοχή και προσαρμογή των γονέων μεταναστών.

Σχετικά με την ύπαρξη χρόνιων προβλημάτων υγείας στα μέλη της οικογένειας των παιδιών, απλά καταγράφηκαν όπως αυτά αναφέρθηκαν από τους γονείς τους. Ενδιαφέρουσα παρατήρηση ήταν ότι οι συνήθειες του καπνίσματος και της πόσης οινοπνευματωδών ήταν λιγότερο συχνές στους μετανάστες γονείς συγκριτικά με τους Έλληνες. Αντίθετα σε πιο πρόσφατη (2003) έρευνα σχετικά με τον τρόπο ζωής και το σωματικό βάρος των ενηλίκων στην Αλβανία, αναφέρονται σε μεγαλύτερα ποσοστά αυτές οι έξεις και επισημαίνεται ότι η αιφνίδια «δυτικοποίηση» του τρόπου ζωής στην Αλβανία κάνει πιθανή την αύξηση κατά τις επόμενες δεκαετίες των νοσημάτων φθοράς (καρδιαγγειακά νοσήματα, σακχαρώδης διαβήτης) στον πληθυσμό της¹⁶².

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα παιδιά με γονείς μετανάστες από την Αλβανία συνιστούν μια καινούρια ομάδα του παιδικού πληθυσμού της χώρας μας, για την οποία οι γνώσεις μας για την σωματική ανάπτυξη, τη διατροφή, το επίπεδο υγείας και γενικά τον τρόπο ζωής είναι ελλιπείς.

► Η παρούσα έρευνα ανέδειξε διαφορές στους τομείς της ανάπτυξης, της διατροφής, του επιπέδου της οδοντικής υγείας, καθώς και στον τρόπο ζωής-συνθήκες διαβίωσης στα παιδιά των μεταναστών συγκριτικά με τα Ελληνόπουλα του νομού Ιωαννίνων.

- Τα παιδιά των μεταναστών είχαν χαμηλότερο ανάστημα και μικρότερο βάρος και ΔΜΣ για την ηλικία και το φύλο τους συγκριτικά με τα γηγενή παιδιά. Σημαντικά μεγαλύτερο ήταν το ποσοστό των παιδιών των μεταναστών που είχαν χαμηλό ύψος για την ηλικία τους (<10η ΕΘ των προτύπων ανάπτυξης των παιδιών της χώρας μας). Αντίθετα στα Ελληνόπουλα ήταν σχεδόν διπλάσιο το ποσοστό των παιδιών με αυξημένο βάρος (υπέρβαρα και παχύσαρκα –διεθνή κριτήρια IOTF).

- Το επίπεδο οδοντικής υγείας δεν ήταν ικανοποιητικό τόσο στα γηγενή όσο και στα παιδιά των μεταναστών. Ωστόσο στα τελευταία ήταν σημαντικά χειρότερο, ενώ η συχνότητα αναζήτησης οδοντιατρικής φροντίδας ήταν χαμηλότερη.

- Οι διατροφικές συνήθειες διέφεραν μεταξύ των δύο ομάδων τόσο στις προτιμήσεις στο πρωινό γεύμα και το κολατσιό, όσο και στη συχνότητα κατανάλωσης ορισμένων τροφών και τον τρόπο παρασκευής των γευμάτων. Σε ορισμένα σημεία τα παιδιά των μεταναστών είχαν λιγότερο ικανοποιητικές συνήθειες από τα Ελληνόπουλα: συχνότερη κατανάλωση αναψυκτικών, αλλαντικών και διαφόρων σνακς, μικρότερη κατανάλωση γάλατος και συχνότερη χρήση ζωικών λιπαρών και αλατιού στο φαγητό τους.

- Οι μετανάστες γονείς είχαν διαφορετικές απόψεις από τους γηγενείς σε θέματα διατροφής των παιδιών και χειρότερη συμπεριφορά ως καταναλωτές, ενώ μη ικανοποιητική ήταν στην πλεινότητά τους η ενημέρωση για τη διατροφή των παιδιών τους από τους φορείς υγείας.

- Τα παιδιά των μεταναστών συμμετείχαν λιγότερο συχνά από τα γηγενή σε εξωσχολικές δραστηριότητες (αθλοπαιδιές, εκμάθηση ξένης γλώσσας).

- Στα περισσότερα παιδιά των μεταναστών οι οικογένειες ανήκαν στην εργατική τάξη. Οι συνθήκες διαβίωσης ήταν δυσμενέστερες, οι ανέσεις της κατοικίας σημαντικά λιγότερες και η οικονομική δυσχέρεια στην προμήθεια των αγαθών διατροφής μεγαλύτερη από ότι στα Ελληνόπουλα της περιοχής της μελέτης.

► Σημαντική φαίνεται η επίδραση του χρόνου παραμονής των παιδιών των μεταναστών στην Ελλάδα (παιδιά που διέμεναν 2 ή περισσότερα έτη στη χώρα μας, συγκριτικά με αυτά που διέμεναν λιγότερο από 2 έτη) στους τομείς που μελετήθηκαν. Οι μεταβολές που παρατηρήθηκαν, δείχνουν ότι συνέκλιναν στις περισσότερες περιπτώσεις προς τα πρότυπα του γηγενούς πληθυσμού.

- Όσον αφορά τις σωματομετρικές μεταβλητές, στα παιδιά που διέμεναν 2 ή περισσότερα έτη στη χώρα μας ήταν σχεδόν τετραπλάσιο το ποσοστό των υπέρβαρων, παρέμενε όμως ακόμη σημαντικά μικρότερο εκείνου των Ελληνόπουλων του νομού Ιωαννίνων.

- Αυξήθηκε το ενδιαφέρον για τη στοματική υγεία και η συχνότητα αναζήτησης οδοντιατρικής φροντίδας, τομείς όμως που υπολείπονταν ακόμη και χρειαζόταν περαιτέρω βελτίωση.

- Το διατροφικό τους μοντέλο τροποποιήθηκε, προσομοιάζοντας σε αρκετά σημεία τις διατροφικές συνήθειες των γηγενών παιδιών, με αρνητικότερη επίδραση την αύξηση της κατανάλωσης γλυκών. Παράλληλα διατήρησαν ορισμένες λιγότερο υγιεινές διατροφικές τους συνήθειες (κατανάλωση αναψυκτικών, αλλαντικών και σνακς, χρήση βούτυρου στην παρασκευή του φαγητού) και επίσης αύξησαν την κατανάλωση διαφόρων σνακς στο σχολείο.

- Θετική επίδραση φαίνεται ότι άσκησε ο χρόνος διαμονής στην Ελλάδα στις απόψεις των γονέων-μεταναστών για τη διατροφή των παιδιών.

- Μικρό παρέμενε, παρότι αυξήθηκε, το ποσοστό των παιδιών των μεταναστών που συμμετείχε σε εξωσχολικές αθλητικές δραστηριότητες.

- Σημαντική βελτίωση παρατηρήθηκε στις συνθήκες διαβίωσης και τον οικιακό εξοπλισμό των σπιτιών, γεγονός που δείχνει την καλύτερευση της οικονομικής τους κατάστασης. Παράλληλα αυξήθηκε η εργασιακή απασχόληση της μητέρας βοηθώντας έτσι στη βελτίωση του οικογενειακού εισοδήματος.

Η συμβολή της παρούσας έρευνας στην Παιδιατρική Κοινότητα.

► Η υποδοχή και εγκατάσταση οικογενειών μεταναστών αποτελεί πρόσφατο φαινόμενο για την Ελλάδα. Η μακροχρόνια εμπειρία των ανεπτυγμένων δυτικών χωρών στη μετανάστευση, δείχνει ότι οι δημογραφικές αυτές αλλαγές κάνουν επιτακτική την ανάγκη προγραμμάτων που θα εξασφαλίζουν την υγεία, την εκπαίδευση, τις καλές συνθήκες διαβίωσης και την ομαλή ανάπτυξη των παιδιών με γονείς μετανάστες. Τα παιδιά των μεταναστών αποτελούν ιδιαίτερα ευαίσθητη πληθυσμιακή ομάδα και οι ανάγκες τους είναι συχνά διαφορετικές από του παιδικού πληθυσμού των χωρών υποδοχής τους.

► Η παρούσα έρευνα παρείχε ενδιαφέρουσες πληροφορίες για την ανάπτυξη, τη διατροφή, την υγεία και τον τρόπο ζωής-συνθήκες διαβίωσης των παιδιών της πλειοψηφούσας εθνικότητας μεταναστών στη χώρα μας, καθώς και της επίδρασης του χρόνου παραμονής τους στην Ελλάδα στους ανωτέρω τομείς. Αν και διεξήχθη σε τοπικό επίπεδο, τα αποτελέσματά της μπορεί να φανούν χρήσιμα στην εντόπιση ορισμένων σημείων που με κατάλληλες, στοχευμένες παρεμβάσεις από την πολιτεία και τους αρμόδιους φορείς υγείας θα μπορούσαν να προάγουν τη διατροφή, το επίπεδο υγείας και την άμεσα εξαρτώμενη από αυτές ανάπτυξη των παιδιών με γονείς μετανάστες από την Αλβανία που ζούνε στη χώρα μας.

► Στην πολυεθνική πλέον κοινωνία της Ελλάδος, η παρούσα έρευνα δείχνει ότι είναι απαραίτητη η διεξαγωγή σε τοπικό και εθνικό επίπεδο μελετών για τη διερεύνηση των επιδράσεων της μετανάστευσης στη διατροφή και την υγεία των διαφορετικών εθνικοτήτων και γενιών μεταναστών και την ανάδειξη με μεγαλύτερη ακρίβεια των αναγκών των παιδιών και των οικογενειών τους σε αυτούς τους τομείς.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ. Στην Ελλάδα η υποδοχή και εγκατάσταση μεταναστών αποτελεί πρόσφατο φαινόμενο. Οι μετανάστες από την Αλβανία είναι η πλειοψηφούσα εθνικότητα μεταναστών και ο νομός Ιωαννίνων αποτέλεσε πόλο έλξης λόγω της γεωγραφικής γειννίασης. Τα παιδιά τους συνιστούν ένα καινούριο και συνεχώς αυξανόμενο αριθμητικά παιδικό πληθυσμό της χώρας μας, για τον οποίο οι γνώσεις μας σχετικά με τη διατροφή, την ανάπτυξη, το επίπεδο υγείας, τον τρόπο ζωής και τις συνθήκες διαβίωσής του είναι ελλιπείς.

ΣΚΟΠΟΣ της έρευνας ήταν η διερεύνηση των **διατροφικών συνηθειών** και η **εκτίμηση της ανάπτυξης των παιδιών σχολικής ηλικίας των μεταναστών από την Αλβανία που ζούσαν με την οικογένειά τους στο νομό Ιωαννίνων και η σύγκρισή τους με αντιπροσωπευτικό δείγμα Ελληνοπαίδων. Επιμέρους παράμετροι** που εξετάστηκαν ήταν: η **οδοντική υγεία και φροντίδα, οι απόψεις των γονέων για τη διατροφή, ο ελεύθερος χρόνος-σωματική άσκηση και οι συνθήκες διαβίωσης των παιδιών.** Στα παιδιά των μεταναστών εκτιμήθηκε επίσης η **επίδραση του χρόνου παραμονής τους στην Ελλάδα για τον εντοπισμό πιθανών μεταβολών στις εξεταζόμενες παραμέτρους.**

ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ και ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ. Στη μελέτη περιλήφθησαν: **α) τα παιδιά των μεταναστών από την Αλβανία που φοιτούσαν στα δημοτικά σχολεία (ΔΣ) του νομού Ιωαννίνων το σχολικό έτος 1996-97: ομάδα Α, 283 παιδιά** (149 αγόρια και 134 κορίτσια) και **β) αντιπροσωπευτικό δείγμα Ελληνοπαίδων** (μέθοδος συστηματικής δειγματοληψίας) που φοιτούσαν στα ίδια ΔΣ με τα παιδιά από την Αλβανία: **ομάδα Β, 629 παιδιά** (332 αγόρια και 297 κορίτσια). Η έρευνα διεξήχθη με **επισκέψεις του ερευνητή στα ΔΣ** (23 ΔΣ των Ιωαννίνων και 13 των χωριών του νομού) όπου: **α) εξέτασε τα παιδιά της μελέτης:** μέτρησε το σωματικό βάρος και ύψος και εκτίμησε τον επιπολασμό της τερηδόνας και **β) έδωσε ερωτηματολόγια** για τη διερεύνηση των διατροφικών συνηθειών και των επιμέρους παραμέτρων. Τα ερωτηματολόγια ήταν ανώνυμα, συμπληρώθηκαν από τους γονείς στο σπίτι, επιστράφηκαν στα σχολεία και συλλέχθηκαν από τον ερευνητή. Η καταγραφή των **διατροφικών συνηθειών έγινε με τη μέθοδο του ερωτηματολογίου συχνότητας πρόσληψης τροφών.** Το θεματολόγιο του ερωτηματολογίου αποτελούνταν από 171 ερωτήσεις χωρισμένες σε 6 ενότητες: α) οι διατροφικές συνήθειες του παιδιού, β) οι

απόψεις των γονέων για τη διατροφή γ) η υγεία του παιδιού, δ) ο ελεύθερος χρόνος-σωματική άσκηση, ε) οι συνθήκες διαβίωσης και στ) η οικογένεια.

Η εκτίμηση του χρόνου παραμονής στην Ελλάδα στις εξεταζόμενες παραμέτρους, έγινε συγκρίνοντας τα παιδιά των μεταναστών που διέμεναν ≤ 2 έτη (ομάδα A1, n=57 παιδιά) με εκείνα που διέμεναν > 2 έτη (ομάδα A2, n=198 παιδιά) στη χώρα μας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ. Η ανταπόκριση στο ερωτηματολόγιο ήταν 93.6% στα παιδιά των μεταναστών και 97.3% στο δείγμα των Ελληνόπουλων. Η μέση ηλικία (SD) ήταν 9.5 (1.8) έτη στην ομάδα A και 9.3 (1.7) στην E.

I. Σύγκριση μεταξύ των παιδιών των μεταναστών από την Αλβανία (ομάδα A) και του δείγματος των Ελληνοπαίδων (ομάδα E).

Τα σωματομετρικά στοιχεία. Στην πολυμεταβλητή ανάλυση βρέθηκε ότι τα παιδιά της ομάδας A είχαν μικρότερο μέσο βάρος ($p < 0.001$), μέσο ύψος ($p < 0.001$) και μέση τιμή δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ) ($p = 0.003$) ανά ηλικία και φύλο συγκριτικά με εκείνα της ομάδας E. Βάρος σώματος $< 10^{\text{η}}$ ΕΘ για την ηλικία και το φύλο στην ομάδα A είχε το 17% (αγόρια 16.8%, κορίτσια 17.2%) vs 11.3% (αγόρια 12.3%, κορίτσια 10.1%) στην ομάδα E ($p = 0.018$), και ύψος $< 10^{\text{η}}$ ΕΘ το 19.1% (αγόρια 20.8%, κορίτσια 17.2%) vs 9.2% (αγόρια 10.2%, κορίτσια 8.1%) αντίστοιχα, ($p < 0.0001$). Στην ομάδα E υπέρβαρα ήταν το 21.6% (αγόρια 19.6%, κορίτσια 23.9%) vs 10.2% (αγόρια 8%, κορίτσια 12.7%) στην A ($p < 0.0001$), ενώ δε βρέθηκαν διαφορές στα ποσοστά παχύσαρκων παιδιών μεταξύ των δύο ομάδων (5.1% και 2.5% αντίστοιχα). **Οι διατροφικές συνήθειες.** Καθημερινά πρωινό έτρωγε το 77.8% των παιδιών της ομάδας A και το 76.7% της E, το οποίο συνήθως περιελάμβανε γάλα (92%). Η ομάδα A προτιμούσε συχνότερα στο πρωινό αυγά (23.6% vs 12.4%, $p < 0.0001$) και βούτυρο (16% vs 11%, $p < 0.05$), ενώ η E δημητριακά (17.9% vs 8.4%, $p < 0.001$). Κολατσιό στο σχολείο έπαιρνε καθημερινά το 82.1% στην ομάδα A και το 85.6% στην E, το οποίο τα 2/3 των παιδιών αγόραζαν από το κυλικείο του σχολείου. Τα παιδιά των μεταναστών, συγκριτικά με τα γηγενή, προτιμούσαν συχνότερα γαριδάκια-τσιπς και αναψυκτικά στο σχολείο (23.2% vs 14.7% και 18.6% vs 11.8% αντίστοιχα, $p < 0.01$). Η ίδια ομάδα (ομάδα A), παρουσίαζε ορισμένες λιγότερο υγιεινές διατροφικές συνήθειες όπως συχνότερη μέση εβδομαδιαία κατανάλωση (φορές/εβδομάδα) αλλαντικών (2 vs 1.5, $p < 0.001$), αναψυκτικών (3.1 vs 2.4, $p < 0.001$) και διαφόρων σνακς (2.5 vs 2.1, $p < 0.02$), ανέφερε όμως και συχνότερη μέση εβδομαδιαία κατανάλωση λαχανικών (4.4 vs 3.9, $p < 0.02$) και φρούτων (6.1 vs 5.5, $p < 0.0001$), συγκριτικά με τα

Ελληνόπουλα τα οποία έπιναν περισσότερο γάλα (1.9 vs 1.5 ποτήρια/ημέρα, $p < 0.0001$). Τα παιδιά των μεταναστών έτρωγαν επίσης περισσότερο ψωμί (3.7 vs 2.7 φέτες/ημέρα, $p < 0.0001$) και αυγά (3.4 vs 2.7 αυγά/εβδομάδα, $p < 0.0001$) από τα Ελληνόπουλα. Η κατανάλωση κατεψυγμένων κρεάτων ήταν συχνότερη στην ομάδα Α ($p < 0.0001$). Το ελαιόλαδο ήταν το συχνότερα χρησιμοποιούμενο λιπαρό στο 96.4% της ομάδος Ε και στο 85% της Α ($p < 0.0001$), ενώ συχνή χρήση βούτυρου ανέφερε το 21.6% στην ομάδα Α vs 9.6% της Ε ($p < 0.0001$). Συχνότερα η ομάδα Α συγκριτικά με την Ε, συνήθιζε να χρησιμοποιεί αρκετό αλάτι (37% vs 29.2%, $p < 0.02$) και καρυκεύματα (54.8% vs 42% αντίστοιχα, $p < 0.01$) στην παρασκευή του φαγητού. Καθημερινά συγκεντρώνονταν όλη η οικογένεια στο τραπέζι στο 80.3% των παιδιών των μεταναστών συγκριτικά με το 65% των Ελληνόπουλων ($p < 0.0001$). Οι μετανάστες γονείς είχαν ανεπαρκέστερες γνώσεις από τους Έλληνες σε θέματα διατροφής των παιδιών. **Η υγεία των παιδιών - οδοντική υγεία και φροντίδα.** Οι παροχές υγείας στην ομάδα Α δίνονταν κυρίως από παιδίατρους δημοσίων φορέων υγείας (79.8%) ενώ στην ομάδα Ε από ιδιώτες (70.1%). Περισσότεροι μετανάστες από ότι Έλληνες γονείς ανέφεραν ότι δεν είχαν καμία ενημέρωση σε θέματα διατροφής των παιδιών από τους φορείς υγείας (41.9% vs 25.2% αντίστοιχα). Ελεύθερο τερηδόνας ήταν το 7.8% των παιδιών της ομάδος Α vs 21.6% της Ε ($p < 0.0001$), αποκατασταθείσα τερηδόνα είχε το 9.5% vs 20.3%, ($p < 0.0001$) και καθημερινά βούρτσιζε τα δόντια το 43% vs 50.6% αντίστοιχα, ($p < 0.05$). Το 23.8% των παιδιών της ομάδος Α δεν είχε επισκεφθεί ποτέ οδοντίατρο vs 12.7% της Ε ($p < 0.0001$), ενώ η συχνότερη αιτία 1^{ης} επίσκεψης ήταν ο πονόδοντος στην ομάδα Α (ομάδα Α 45.7% vs 22.4% στην Ε, $p < 0.0001$) και ο προληπτικός έλεγχος στην Ε (ομάδα Ε 32.4% vs 12.4% στην Α, $p < 0.0001$). **Ο ελεύθερος χρόνος - σωματική άσκηση.** Περίπου τα μισά παιδιά της ομάδος Α συγκριτικά με την Ε είχαν εξωσχολικές αθλητικές δραστηριότητες (23.7% vs 47.4% αντίστοιχα, $p < 0.0001$). **Η οικογένεια και οι συνθήκες διαβίωσης.** Στα παιδιά των μεταναστών οι συνθήκες διαβίωσης ήταν δυσμενέστερες και οι ανέσεις της κατοικίας σημαντικά λιγότερες από των Ελληνόπουλων. Ο μέσος αριθμός δωματίων ανά κατοικία ήταν 3.5 στην ομάδα Ε και 2.5 στην Α ($p < 0.0001$). Το 16.8% των παιδιών των μεταναστών διέμενε σε πυκνοκατοικημένα σπιτικά συγκριτικά με το 6.5% των γηγενών ($p < 0.0001$). Οικονομική δυσχέρεια στην προμήθεια των ειδών διατροφής της οικογένειας αναφέρονταν συχνότερα στα παιδιά της ομάδος Α από ότι της Ε (42.9% vs 28.5% αντίστοιχα, $p < 0.0001$).

II. Σύγκριση μεταξύ των παιδιών των μεταναστών που διέμεναν ≤ 2 έτη (ομάδα A1) και εκείνων που διέμεναν > 2 έτη (ομάδα A2) στην Ελλάδα.

Τα σωματομετρικά στοιχεία. Το ποσοστό των υπέρβαρων παιδιών ήταν 13.1% στην ομάδα A2 vs 3.5% στην A1 ($p < 0.05$), παρέμενε όμως μικρότερο εκείνου των Ελληνόπουλων (ομάδα E: 21.6%, $p < 0.01$). **Οι διατροφικές συνήθειες.** Η ομάδα A2 υιοθέτησε στη διατροφή της ορισμένες συνήθειες των Ελληνόπουλων: τα παιδιά της ομάδος A2, συγκριτικά με εκείνα της A1, προτιμούσαν συχνότερα δημητριακά (10.7% vs 1.7%, $p < 0.05$) και κακάο-hemo (20.9% vs 7%, $p < 0.02$) και λιγότερο συχνά βούτυρο (11.7% vs 24.6%, $p < 0.02$) στο πρωινό τους, καταλάωναν συχνότερα ψάρι (1.1 vs 0.9 φορές/εβδομάδα, $p < 0.01$) και χυμούς (4.4 vs 3.5 φορές/εβδομάδα, $p < 0.001$), έπιναν περισσότερο γάλα (1.6 vs 1.3 ποτήρια/ημέρα, $p < 0.02$) και επίσης αύξησαν την κατανάλωση γλυκών (3.2 vs 2.5 φορές/εβδομάδα, $p < 0.05$). Η προτίμηση διαφόρων σνακς για κολατσιό στο σχολείο αυξήθηκε σημαντικά στην ομάδα A2 (A2: 26% vs A1: 12.3%, $p < 0.05$) και ήταν επίσης μεγαλύτερη από ότι των Ελληνόπουλων (ομάδα E: 14.7%). Στα παιδιά της ομάδος A2 αυξήθηκε ο μέσος αριθμός ημερησίων γευμάτων ($p < 0.05$) και η κατανάλωση χοιρινού κρέατος ($p < 0.05$) και μειώθηκε η χρήση επιπλέον αλατιού στο φαγητό ($p < 0.05$) συγκριτικά με την ομάδα A1, συνήθειες που επίσης προσομοιάζαν με εκείνες των Ελληνόπουλων. **Η υγεία των παιδιών - οδοντική υγεία και φροντίδα.** Σταθερό παρέμεινε το ποσοστό των παιδιών που οι παροχές υγείας δίνονταν από δημόσιους φορείς (ομάδα A1: 77.3% και A2: 82.2%). Στην ομάδα A2, συγκριτικά με την A1, ήταν περισσότερα τα παιδιά που είχαν επισκεφθεί οδοντίατρο (78.8% vs 64.9%, $p < 0.05$), είχαν προληπτική οδοντιατρική εξέταση (14.1% vs 1.7%, $p < 0.01$) και αποκατασταθείσα τερηδόνα (12.6% vs 3.5% αντίστοιχα, $p < 0.05$). **Ο ελεύθερος χρόνος - σωματική άσκηση.** Περισσότερα παιδιά της ομάδος A2 από ότι της A1 (27.9% vs 6.1% αντίστοιχα, $p < 0.01$) συμμετείχαν σε εξωσχολικές αθλητικές δραστηριότητες, παρέμειναν όμως λιγότερα από τα Ελληνόπουλα (ομάδα E: 47.4%, $p < 0.0001$). **Η οικογένεια και οι συνθήκες διαβίωσης.** Στην ομάδα A2 οι συνθήκες διαβίωσης ήταν καλύτερες και οι ανέσεις της κατοικίας περισσότερες από ότι στην A1. Στην ίδια ομάδα (A2) ήταν σχεδόν διπλάσιο το ποσοστό των παιδιών που η μητέρα τους εργάζονταν (ομάδα A2: 56.6% vs A1: 31.6%, $p < 0.001$) και μικρότερο το ποσοστό εκείνων που η οικογένειά τους δυσκολεύονταν οικονομικά στην προμήθεια των ειδών διατροφής (ομάδα A2: 40.3% vs A1: 56.4%, $p < 0.05$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ. Η παρούσα μελέτη έδειξε ότι τα παιδιά των μεταναστών από την Αλβανία βρίσκονται στη φάση προσαρμογής και μετάβασης στον ελληνικό τρόπο ζωής και διατροφής. Η πολιτεία και οι αρμόδιοι φορείς υγείας πρέπει να είναι ενήμεροι και ευαίσθητοι σε θέματα που αφορούν τη διατροφή και την υγεία των παιδιών των μεταναστών γιατί οι ανάγκες τους, ιδιαίτερα των πρόσφατα αφιχθέντων, είναι διαφορετικές από εκείνες των Ελληνόπουλων.

S U M M A R Y

DIETARY HABITS OF THE CHILDREN OF ALBANIAN IMMIGRANTS LIVING IN EPIRUS

AIKATERINI A. DROUGIA

INTRODUCTION. In Greece the reception and settlement of immigrants is a recent phenomenon. The majority of them are Albanians in origin and Ioannina prefecture is a preferable area because it is located next to Albania. Their children consist a new and growing segment of the child population in our country. There is a limited knowledge about the eating habits, the growth, the health status and the living conditions of the children of Albanian immigrants.

The **AIM** of the study was *the investigation of dietary habits and the estimation of growth of the Albanian schoolchildren who lived with their families at the Ioannina prefecture and the comparison with a sample of Greek schoolchildren living in the same area.* **Additional parameters** that were examined were: *dental health and care, parental knowledge on nutrition, leisure activities and living conditions* of the study population. Children of immigrants were also evaluated **the influence of time they stayed in Greece might have in the study parameters.**

POPULATION and METHODS. The study population consisted of **a) the Albanian immigrants' children** who attended **primary schools** at Ioannina prefecture during 1996-97: **group A, 283 children** (149 males and 134 females) and **b) a representative sample of Greek children** (systematic sampling method) from the same primary schools: **group E, 629 children** (332 males and 297 females). **The investigator visited primary schools** (23 of which were located at Ioannina city and 13 were from outside villages) and **a) she examined the children of the study:** she measured body weight and height and evaluated the prevalence of dental caries and **b) she handed out questionnaire** for examine their dietary habits and additional parameters. The questionnaire was filled anonymously by the parents, returned to school and collected by the investigator. *The Food Frequency Questionnaire method was used to study the dietary habits.* The questionnaire consisted of 171 questions

divided into 6 units: a) dietary habits, b) parental knowledge on nutrition, c) child health, d) leisure time-physical activity, e) living conditions and f) family.

The evaluation of the duration of living in Greece in the study parameters, was made by comparing Albanian children stayed ≤ 2 years (group A1, n=57 children) with those who stayed > 2 years (group A2, n=198 children) in Greece.

RESULTS. The response rate to the questionnaire was 93.6% for the children of Albanian immigrants and 97.3% for the sample of Greek children. The mean age (SD) was 9.5 (1.8) years for group A and 9.3 (1.7) for group E.

1. Comparison between children of Albanian immigrants (group A) and controls Greek children (group E).

Growth parameters. Multiple regression analysis showed that group A children had lower mean body weight ($p < 0.001$), height ($p < 0.001$) and body mass index (BMI) ($p = 0.003$) according to their age and sex compared to group E children. Body weight $< 10^{\text{th}}$ percentile had 17% (males 16.8%, females 17.2%) of group A children vs 11.3% (males 12.3%, females 10.1%) of group E ($p = 0.018$), and height $< 10^{\text{th}}$ percentile had 19.1% (males 20.8%, females 17.2%) vs 9.2% (males 10.2%, females 8.1%) respectively, ($p < 0.0001$). Overweight children were 21.6% (males 19.6%, females 23.9%) in group E vs 10.2% (males 8%, females 12.7%) in A ($p < 0.0001$), but obesity rate was similar in the two groups (5.1% and 2.5% respectively). **Food habits.** The 77.8% of group A children and 76.7% of group E had breakfast everyday that usually included milk (92%). Group A children preferred more often eggs (23.6% vs 12.4%, $p < 0.0001$) and butter (16% vs 11%, $p < 0.05$) and group E cereals (17.9% vs 8.4%, $p < 0.001$) for breakfast. The 82.1% of group A children and the 85.6% of group E had everyday a light meal at school; 2 out of 3 children bought their meal from the school canteen. Immigrants' children preferred more often snacks and soft-drinks during school time compared to Greek children (23.2% vs 14.7% and 18.6% vs 11.8% respectively, $p < 0.01$). The same group (group A) had less healthy food habits, like more frequent mean weekly consumption (times/week) of sausages (2 vs 1.5, $p < 0.001$), soft drinks (3.1 vs 2.4, $p < 0.001$) and snacks (2.5 vs 2.1, $p < 0.02$), but they also ate more frequently vegetables (4.4 vs 3.9 times/week, $p < 0.02$) and fruits (6.1 vs 5.5 times/week $p < 0.0001$) compared to Greek children who drank more milk (1.9 vs 1.5 cups/day, $p < 0.0001$). Immigrants' children also ate more bread (3.7 vs 2.7 slides/day, $p < 0.0001$) and eggs (3.4 vs 2.7 eggs/week, $p < 0.0001$) than Greek

children. The consumption of frozen meat was higher in group A children ($p < 0.0001$). Olive oil was used as the main fat in 96.4% of the group E and 85% of the group A ($p < 0.0001$), while frequent use of butter was reported by 21.6% of group A vs 9.6% of group E ($p < 0.0001$). The use of extra salt and seasoning in preparing the meals was more common in group A vs group E (37% vs 29.2%, $p < 0.02$ and 54.8% vs 42%, $p < 0.01$ respectively). The 80.3% of Albanian children and their families got together at lunch or dinner time compared to 65% of Greek children ($p < 0.0001$). The immigrant parents knew less about childrens' nutrition than the Greek parents. **Child health - dental health and care.** The 79.8% of group A children were using public health services, while group E children made higher use of private health care (70.1%). More immigrant than Greek parents reported that they had not received any advise about children nutrition from the health authorities (41.9% vs 25.2% respectively). More children in group E than in group A, were free of caries (21.6% vs 7.8%, $p < 0.001$), had treated caries (20.3% vs 9.5%, $p < 0.0001$) and used to everyday tooth-brushing (50.6% vs 43% respectively, $p < 0.05$). The 23.8% of group A children had never had dentist examination vs the 12.7% of group E ($p < 0.0001$), while the main reason for the first visit to the dentist was toothache for group A children (group A: 45.7% vs 22.4% in group E, $p < 0.0001$) and preventive examination for group E (group E: 32.4% vs 12.4% in group A, $p < 0.0001$). **Leisure activities.** Almost half of group A children compared to group E had outdoors sports activities (23.7% vs 47.4%, respectively, $p < 0.0001$). **Family and living conditions.** The children of immigrants were living in houses with less facilities and worse living conditions. The mean number of rooms per house was 3.5 in group E vs 2.5 in group A ($p < 0.0001$). Overcrowding was more common in immigrant than in Greek families (16.8% vs 6.5% respectively, $p < 0.0001$). Economical difficulties in food supply was reported by 42.9% of group A vs 28.5% of group E children ($p < 0.0001$).

II. Comparison between children of Albanian immigrants staying ≤ 2 years (group A1) and those staying > 2 years (group A2) in Greece.

Growth parameters. Overweight children were 13.1% in group A2 vs 3.5% in A1 ($p < 0.05$), but it remained lower than in Greek children (group E: 21.6%, $p < 0.01$). **Food habits.** Group A2 children developed same feeding patterns closer to those of Greek children: group A2 compared to group A1 children preferred cereals (10.7% vs 1.7%, $p < 0.05$) and cocoa-hemo (20.9% vs 7%, $p < 0.02$) and less butter (11.7% vs 24.6%, $p < 0.02$) for breakfast, they had higher consumption of fish (1.1 vs 0.9

times/week, $p < 0.01$), milk (1.6 vs 1.3 cups/day, $p < 0.02$) and juices (4.4 vs 3.5 times/week, $p < 0.001$) and they increased the consumption of sweets (3.2 vs 2.5 times/week, $p < 0.05$) as well. The consumption of snacks in school increased significantly in group A2 (A2: 26% vs A1:12.3%, $p < 0.05$) and it was higher than in Greek children (group E: 14.7%). Group A2 children increased the number of daily meals ($p < 0.05$) and pork meat consumption ($p < 0.05$) and decreased the use of extra salt in their meals ($p < 0.05$) compared to group A1, dietary patterns that were also similar to those of Greek children. **Child health - dental health and care.** Providing public health care remained similar for group A1 and A2 children (77.3% and 82.2% respectively). More children in group A2 vs A1 had visited the dentist (78.8% vs 64.9%, $p < 0.05$), had preventive dental examination (14.1% vs 1.7%, $p < 0.01$) and treated caries (12.6% vs 3.5% respectively, $p < 0.05$). **Leisure activities.** The participation in outdoors sports activities was higher in group A2 vs A1 children (27.9% vs 6.1%, respectively, $p < 0.01$), but it remained lower than in Greek children (group E: 47.4%, $p < 0.0001$). **Family and living conditions.** The living conditions has improved with the longer staying in Greece. The percentage of employed mothers was almost double in the group of children living longer than 2 years in Greece (group A2: 56.6% vs A1: 31.6%, $p < 0.001$). Economical difficulties in food providing were reported less frequently by the same group (group A2: 40.3% vs A1: 56.4%, $p < 0.05$).

CONCLUSION. The present study shows that Albanian immigrants' children, are in a adaptive transitional phase to Greek lifestyle and feeding customs. The state and public health authorities should be aware and sensitive concerning nutrition and health issues in this group since their needs, particularly in recent arrivals, are quite different from those of Greek children.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Baldwin-Edwards M, Κυριάκου Ι, Κακαλίκα Π, Κάτσιος Γ. Στατιστικά δεδομένα για τους μετανάστες στην Ελλάδα: Αναλυτική μελέτη για τα διαθέσιμα στοιχεία και προτάσεις για τη συμμόρφωση με τα standards της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Ι.Μ.Ε.Π.Ο. Τελική Έκθεση, Αναθεωρημένη έκδοση, 15 Νοεμβρίου 2004.
2. Wandel M. Nutrition-related diseases and dietary change among Third World immigrants in northern Europe. *Nutr Health* 1993; 9: 117-133.
3. Brussaard JH, van Erp-Baart MA, Brants HAM, Hulshof KFAM, Löwik MRH. Nutrition and health among migrants in the Netherlands. *Public Health Nutr* 2001; 4: 659-664.
4. Landman J, Cruickshank JK. A review of ethnicity, health and nutrition-related diseases in relation to migration in the United Kingdom. *Public Health Nutr* 2001; 4: 647-657.
5. Satia-Abouta J, Patterson RE, Neuhouser ML, Elder J. Dietary acculturation: applications to nutrition research and dietetics. *J Am Diet Assoc* 2002; 102: 1105-1118.
6. Gilbert PA, Khokhar S. Changing dietary habits of ethnic groups in Europe and implications for health. *Nutr Rev* 2008; 66: 203-215.
7. Neiderud J, Philip I. Greek immigrant children in southern Sweden in comparison with Greek and Swedish children. II. Meal pattern and food habits. *Acta Paediatr Scand* 1990; 79: 920-929.
8. Aurelius G, Lindström B. Longitudinal study of oral hygiene and dietary habits among immigrant children in Sweden. *Community Dent Oral Epidemiol* 1980; 8: 165-170.
9. Widström E, Suksis-Jansson R. Dietary habits and dental health in 6-year-old Finnish immigrant children in Sweden. *Swed Dent J* 1985; 9: 135-139.
10. Osler M, Hansen ET. Dietary knowledge and behaviour among schoolchildren in Copenhagen, Denmark. *Scand J Soc Med* 1993; 21: 135-140.
11. Kumar BN, Holmboe-Ottesen G, Lien N, Wandel M. Ethnic differences in body mass index and associated factors of adolescents from minorities in Oslo, Norway: a cross-sectional study. *Public Health Nutr* 2004; 7: 999-1008.

12. Peck RE, Chuang M, Robbins GE, Nichaman MZ. Nutritional status of southern Asian refugee children. *Am J Public Health* 1981; 71: 1144-1148.
13. Schumacher LB, Pawson G, Kretchmer N. Growth of immigrant children in the newcomer schools of San Francisco. *Pediatrics* 1987; 80: 861-868.
14. Dewey KG, Chaves MN, Gauthier CL, Jones LB, Ramirez RE. Anthropometry of Mexican-American migrant children in northern California. *Am J Clin Nutr* 1983; 37: 828-833.
15. Yip R, Scanlon K, Trowbridge F. Improving growth status of Asian refugee children in the United States. *JAMA* 1992; 267: 937-940.
16. Chinn S, Cole TJ, Preece MA, Rona RJ. Growth charts for ethnic populations in UK. *Lancet* 1996; 347: 839-840.
17. Brown JE, Serdula M, Cairns K, Godes JR, Jacobs DR, Elmer P, et al. Ethnic group differences in nutritional status of young children from low-income areas of an urban country. *Am J Clin Nutr* 1986; 44: 938-944.
18. Mjönes S. Growth of Turkish children in Stockholm. *Ann Hum Biol* 1987; 14: 337-347.
19. Martorell R, Mendoza FS, Castillo RO. Genetic and environmental determinants of growth in Mexican-Americans. *Pediatrics* 1989; 84: 864-871.
20. Mjönes S, Koctürk TO. Growth, nutritional status and infant mortality of Turkish immigrant preschool children. *Scand J Prim Health Care* 1986; 4: 183-190.
21. Wang Y, Lobstein T. Worldwide trends in childhood overweight and obesity. *Int J Pediatr Obes* 2006; 1: 11-25.
22. Wang Y, Beydoun MA. The obesity epidemic in the United States – Gender, age, socioeconomic, racial/ethnic, and geographic characteristics: a systematic review and meta-regression analysis. *Epidemiol Rev* 2007; 29: 6-28.
23. Haas JS, Lee LB, Kaplan CP, Sonneborn D, Phillips KA, Liang S-Y. The association of race, socioeconomic status, and health insurance status with the prevalence of overweight among children and adolescents. *Am J Public Health* 2003; 93: 2105-2110.
24. Magnusson MB, Hulthén L, Kjellgren KI. Obesity, dietary pattern and physical activity among children in a suburb with a high proportion of immigrants. *J Hum Nutr Diet* 2005; 18: 187-194.

25. Hook JV, Stamper Balisteri K. Immigrant generation, socioeconomic status, and economic development of countries of origin: a longitudinal study of body mass index among children. *Soc Sci Med* 2007; 65: 976-989.
26. Saxena S, Ambler G, Cole TJ, Majeed A. Ethnic group differences in overweight and obese children and young people in England: cross sectional survey. *Arch Dis Child* 2004; 89: 30-36.
27. Wharton B, Bishop N. Rickets. *Lancet* 2003; 362: 1389-1400.
28. Pettifor J. Vitamin D &/or calcium deficiency rickets in infants & children: a global perspective. *Indian J Med Res.* 2008; 127: 245-249.
29. Harris RJ. Nutrition in the 21st century: what is going wrong. *Arch Dis Child.* 2004; 89: 154-158.
30. Shaw NJ, Pal BP. Vitamine D deficiency in UK Asian families: activating a new concern. *Arch Dis Chid.* 2002; 86: 147-149.
31. Neiderud J, Brikhed D, Neiderud A-M. Dental health and dietary habits in Greek immigrant children in southern Sweden compared with Swedish and rural Greek children. *Swed Dent J* 1991; 15: 187-196.
32. Hjern A, Grindefjord M. Dental health and access to dental care for ethnic minorities in Sweden. *Ethn Health* 2000; 5: 23-32.
33. Watson MR, Horowitz AM, Garcia I, Canto MT. Caries conditions among 2-5-year-old immigrant Latino children related to parents' oral health knowledge, opinions and practices. *Community Dent Oral Epidemiol* 1999; 27: 8-15.
34. Selwitz RH, Ismail AI, Pitts NB. Dental caries. *Lancet* 2007; 369: 51-59.
35. Marthaler TM. Change in Dental Caries 1953-2003. *Caries Res* 2004 ; 38: 173-181.
36. Touger-Decher R and van Loveren C. Sugar and dental caries. *Am J Clin Nutr* 2003; 78(suppl): 881S-92S.
37. Hernandez DJ. Demographic change and the life circumstances of immigrant families. *Future Child* 2004; 14: 17-47.
38. Capps R, Fix M, Ost J, Reardon-Anderson J, Passel JS (eds). Immigration trends and impacts. In: *The health and well-being of young children of immigrants.* The Urban Institute, Washington DC, USA, 2004; pp: 5-10.
39. Greenberg M, Rahmanou H. Four commentaries: looking to the future. *Future Child* 2004; 14: 139-145.

40. Capps R, Fix M, Ost J, Reardon-Anderson J, Passel JS (eds). Poverty, family structure, and parents' work. In: The health and well-being of young children of immigrants. The Urban Institute, Washington DC, USA, 2004; pp: 11-16.
41. Capps R, Fix M, Ost J, Reardon-Anderson J, Passel JS (eds). Risk factors for poor school performance among young children of immigrants. In: The health and well-being of young children of immigrants. The Urban Institute, Washington DC, USA, 2004; pp: 17-20.
42. Capps R, Fix M, Ost J, Reardon-Anderson J, Passel JS (eds). Hardship and benefit use among young children of immigrants. In: The health and well-being of young children of immigrants. The Urban Institute, Washington DC, USA, 2004; pp: 21-24.
43. Capps R, Fix M, Ost J, Reardon-Anderson J, Passel JS (eds). Health status and insurance coverage. In: The health and well-being of young children of immigrants. The Urban Institute, Washington DC, USA, 2004; pp: 25-28.
44. Takanishi R. Levelling the playing field: supporting immigrant children from birth to eight. *Future Child* 2004; 14: 61-79.
45. Neiderud J. Greek immigrant children in Southern Sweden in comparison with Greek and Swedish children. I. General living conditions. *Scand J Soc Med* 1989; 17: 25-31.
46. Μετανάστευση. Στο: *The Economist – Ειδικές Εκδόσεις, Η ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ*. Μάρτιος 2008: τ. 49.
47. Ντάβου Μ. Μετανάστευση (Ψυχολογική προσέγγιση). Στο: *Επικίνδυνα παιδιά ή παιδιά σε κίνδυνο; Εκδόσεις Lector, Αθήνα, 2008, σελ: 30-34.*
48. Kersey M, Geppert J, Cutts DV. Hunger in young children of Mexican immigrant families. *Public Health Nutr* 2007; 10: 390-395.
49. Alaimo K, Olson CM, Frongillo EAJr, Briefel RR. Food insufficiency, family income, and health in US preschool and school-aged children. *Am J Public Health* 2001; 91: 781-786.
50. Mazur RE, Marquis GS, Jensen HH. Diet and food insufficiency among Hispanic youths: acculturation and socioeconomic factors in the third National Health and Nutrition Examination Survey. *Am J Clin Nutr* 2003; 78: 1120-1127.
51. Dabelea D, Pettitt DJ, Jones KL, Arslanian SA. Type 2 diabetes mellitus in minority children and adolescents. An emerging problem. *Endocrinol Metab Clin North Am* 1999; 28: 709-729.

52. Popkin BM, Udry JR. Adolescent obesity increases significantly in second and third generation U.S. immigrants: The National Longitudinal Study of Adolescent Health. *J Nutr* 1998; 128: 701-706.
53. Bates LM, Acevedo-Garcia D, Alegria M, Krieger N. Immigration and generational trends in body mass index and obesity in the United States: Results of the National Latino and Asian American Survey, 2002-2003. *Am J Public Health* 2008; 98: 70-77.
54. Williams B. Westernised Asians and cardiovascular disease: nature or nurture? *Lancet* 1995; 345: 401-402.
55. Pan Y-L, Dixon Z, Himburg S, Huffman F. Asian students change their eating patterns after living in the United States. *J Am Diet Assoc* 1999; 99: 54-57.
56. Wyke S, Landman J. Healthy eating? Diet and cuisine amongst Scottish South Asian people. *Brit Food J* 1997; 99: 27-34.
57. Koctürk T. Structure and change in food habits. *Scand J Nutr* 1996; 40: S108-S110.
58. Sharma S, Cade J, Riste L, Cruickshank K. Nutrient intake trends among African-Caribbeans in Britain: a migrant population and its second generation. *Public Health Nutr* 1999; 2: 469-476.
59. Jamal A. Food consumption among ethnic minorities: the case of British-Pakistanis in Bradford, UK. *Brit Food J* 1998; 100: 221-227.
60. Sussner KM, Lindsay AC, Greaney ML, Peterson KE. The influence of immigrant status and acculturation on the development of overweight in Latino families: a quantitative study. *J Immigr Minor Health* 2008; 10: 497-505.
61. Green J, Waters E, Heikerwal A, O'Neil C, Raman S, Booth ML, Gibbons K. Social, cultural and environmental influences on child activity and eating in Australian migrant communities. *Child Care, Health Dev* 2003; 29: 441-448.
62. Papadaki A, Scott JA. The impact on eating habits of temporary translocation from a Mediterranean to a Northern European environment. *Eur J Clin Nutr* 2002; 56: 455-461.
63. Hrboticky N, Krondl M. Acculturation to Canadian foods by Chinese immigrant boys: changes in the perceived flavor, health value and prestige of foods. *Appetite* 1984; 5: 117-26.

64. Škrebilin L, Sujoldžić A. Acculturation process and its effects on dietary habits, nutritional behavior and body-image in adolescents. *Coll Antropol* 2003; 27: 469-477.
65. Kaiser LL, Melgar-Quinonez HR, Lamp CL, Johns MC, Harwood JO. Acculturation of Mexican-American mothers influences child feeding strategies. *J Am Diet Assoc* 2001; 101: 542-547.
66. Ekman A, Holm AK. Dental health and dental health behaviour in 8-year-old Finnish immigrant children in the north of Sweden. *Swed Dent J* 1988; 12: 233-240.
67. Ekman A. Dental health, dental health knowledge and behaviour in 14-year-old children of Finnish immigrant families in the north of Sweden. *Swed Dent J* 1989; 13: 95-102.
68. Hagman U, Bruce A, Persson LA, Samuelson G. Food habits and nutrient intake in childhood in relation to health and socioeconomic condition. A Swedish multicenter study 1980-81. *Acta Paediatr Scand* 1986; 75(Suppl 328): 4-54.
69. Sjöberg A, Hallberg L, Höglund D, Hulthén L. Meal pattern, food choice, nutrient intake and lifestyle factors in the Göteborg Adolescence Study. *Eur J Clin Nutr* 2003; 57: 1569-1578.
70. Neiderud J, Philip I, Sjölin S. Greek immigrant children in southern Sweden in comparison with Greek and Swedish children. III. Energy and nutrient intake. *Acta Paediatr* 1992; 81: 430-435.
71. Koctürk TO, Zetterström R. Breastfeeding among Turkish mothers living in suburbs of Istanbul and Stockholm – a comparison. *Acta Paediatr Scand* 1986; 75: 216-221.
72. Jivani SKM. The practice of infant feeding among Asian immigrants. *Arch Dis Child* 1978; 53: 69-73.
73. Goel KM, House F, Shanks RA. Infant feeding practices among immigrants in Glasgow. *Brit Med J* 1978; 2: 1181-1183.
74. Koctürk TO, Mjönes S. Consumption pattern of infant foods by Turkish immigrants. *Scand J Prim Health Care* 1986; 4: 13-18.
75. Goel KM. A Nutrition survey of immigrant children in Glasgow (1974-1976). *Scot Health Service Studies* 1979; 40: 1-57.

76. Wandel M, Fagerli RA, Olsen PT, Borsch-Johnsen B, Ek J. Iron status and weaning practices among Norwegian and immigrant infants. *Nutr Res* 1996; 16: 251-265.
77. Roville-Sausse F. Body mass index and nutrition of the children born to Chinese immigrant parents living in France. *Anthropol Sci* 2003; 111; 105.
78. Merewood A, Brooks D, Bauchner H, MacAuley L, Mehta SD. Maternal birthplace and breastfeeding initiation among term and preterm infants: A statewide assessment for Massachusetts. *Pediatrics* 2006; 118: e1048-e1054.
79. Καφάτος Α. Η συμβολή των κοινωνικοοικονομικών παραγόντων στην ανεπαρκή θρέψη. *Ιατρική*, 1976; 30: 525-529.
80. Pelto GH. Ethnic minorities, migration and risk of undernutrition in children. *Acta Paediatr Scand Suppl* 1991; 374: 51-57.
81. Graitcer PL, Gentzy EM. Measuring children: one reference for all. *Lancet* 1981; 2: 297-299.
82. Habicht J-P, Martorell R, Yarbrough C, Malina RM, Klein RE. Height and weight standards for preschool children. How relevant are ethnic differences in growth potential? *Lancet* 1974; 611-614.
83. Warrington S, Storey DM. Comparative studies of Asian and Caucasian children. 1: Growth. *Eur J Clin Nutr* 1988; 42: 61-67.
84. Warrington S, Storey DM. Comparative studies of Asian and Caucasian children. 2: Nutrition, feeding practices and health. *Eur J Clin Nutr* 1988; 42: 69-79.
85. Cernerud L. Height and body mass index of seven-year-old Stockholm schoolchildren from 1940 to 1990. *Acta Paediatr* 1993; 82: 304-305.
86. Ekman A, Persson B. Effect of early dental health education for Finnish immigrant families. *Swed Dent J* 1990; 14: 143-151.
87. Grindefjord M, Dahllöf G, Nilsson B, Modéer T. Stepwise prediction of dental caries in children up to 3.5 years of age. *Caries Res* 1996; 30: 256-266.
88. Sgan-Cohen HD, Steinberg D, Zusman SP, Sela MN. Dental caries and its determinants among recent immigrants from rural Ethiopia. *Community Dent Oral Epidemiol* 1992; 20: 338-342.
89. Pedersen P, Michaelsen KF, Mølgaard C. Children with nutritional rickets referred to hospitals in Copenhagen during a 10-year period. *Acta Paediatr* 2003; 92: 87-90.

90. Lawson M, Thomas M. Vitamin D concentrations in Asian children aged 2 years living in England: population survey. *BMJ* 1999; 318: 28.
91. Goel KM, Sweet EM, Logan RW, Warren JM, Arneil GC, Shanks RA. Florid and subclinical rickets among immigrant children in Glasgow. *Lancet* 1976; 1141-1145.
92. Holick MF. Vitamin D: importance in the prevention of cancers, type 1 diabetes, heart disease, and osteoporosis. *Am J Clin Nutr* 2004; 79: 362-371.
93. Lawson MS, Thomas M, Hardiman A. Iron status of Asian children aged 2 years living in England. *Arch Dis Child* 1998; 78: 420-426.
94. McGillivray G, Skull SA, Davie G, Kofoed SE, Frydenberg A, Cooke R, Carapetis JR. High prevalence of asymptomatic vitamin D and iron deficiency in East African immigrant children and adolescents living in a temperate climate. *Arch Dis Child* 2007; 92: 1088-93.
95. Alaimo K, Olson CM, Frongillo EAJr. Food insufficiency and American school-aged children's cognitive, academic and psychosocial development. *Pediatrics* 2001; 108: 44-53.
96. Dehghan M, Akhtar-Danesh N, Merchant AT. Childhood obesity, prevalence and prevention. *Nutr J (eISSN)* 2005; 4:24.
97. Livingstone B. Epidemiology of childhood obesity in Europe. *Eur J Pediatr* 2000; 59: 14S-24S.
98. American Academy of Pediatrics, Policy Statement. Prevention of pediatric overweight and obesity. *Pediatrics* 2003; 112: 424-430.
99. Wabitsch M. Overweight and obesity in European children: definition and diagnostic procedures, risk factors and consequences for later health outcome. *Eur J Pediatr* 2000; 159: S8-S13.
100. Καφάτος ΑΓ. Η παχυσαρκία της βρεφικής και παιδικής ηλικίας. *Ιατρική* 1978; 34: 290-308.
101. Cornelisse-Vermaat JR, Maassen van den Brink H. Overweight and food habits in the Netherlands. A study on differences between native Dutch and immigrants. *Ethn Health* 2004; 9(Suppl): S90-S91.
102. Goel MS, McCarthy EP, Phillips RS, Wee CC. Obesity among US immigrant subgroups by duration of residence. *JAMA* 2004; 292: 2860-2867.
103. Bhopal R. Is research into ethnicity and health racist, unsound, or important science? *BMJ* 1997; 314: 1751-1756.

104. Whincup PH, Gilg JA, Papacosta O, Seymour C, Miller GJ, Alberti KGMM, Cook DG. Early evidence of ethnic differences in cardiovascular risk: cross sectional comparison of British South Asian and white children. *BMJ* 2002; 324: 635-638.
105. Weinick RM, Krauss NA. Racial/ethnic differences in children's access to care. *Am J Public Health* 2000; 90: 1771-1774.
106. Gordon-Larsen P, Nelson MC, Page P, Popkin BM. Inequality in the built environment underlies key health disparities in physical activity and obesity. *Pediatrics* 2006; 117: 417-424.
107. Lindström M, Sundquist J. Immigration and leisure-time physical inactivity: a population-based study. *Ethn Health* 2001; 6: 77-85.
108. Neff LJ, Sargent RG, McKeown RE, Jackson KL, Valois RF. Black-white differences in the body size perceptions and weight management practices among adolescent females. *J Adolescent Health* 1997; 20: 459-465.
109. Neault NB, Frank DA, Merewood A, Philipp B, Levenson S, Cook JT, Meyers AF, Casey PH, Cutts DB, Black MM, Heeren T, Berkowitz C and the Children's Sentinel Nutrition Assessment Program Study Group. Breastfeeding and health outcomes among citizen infants of immigrant mothers. *J Am Diet Assoc* 2007; 107: 2077-2086.
110. Harder T, Bergmann R, Kallischnigg G, Plagemann A. Duration of breastfeeding and risk of overweight: a meta-analysis. *Am J Epidemiol* 2005; 162: 397-403.
111. Martorell R, Stein AD, Schroeder DG. Early nutrition and later adiposity. *J Nutr* 2001; 131: 874S-880S.
112. Popkin BM, Richards MK, Montiero CA. Stunting is associated with overweight in children of four nations that are undergoing the nutrition transition. *J Nutr* 1996; 126: 3009-3016.
113. Παπαδημητρίου Α. Η αύξηση του σώματος ως καθρέπτης των κοινωνικο-οικονομικών αλλαγών στην Ελλάδα. *Παιδιατρική* 1999; 62: 100-103.
114. Τριχόπουλος Δ. Πραγμάτωση μιας περιγραφικής επιδημιολογικής έρευνας, (Κεφ 4^ο). Στο: *Επιδημιολογία: Αρχές, μέθοδοι, εφαρμογές*. Εκδ. Γρ. Παρισιάνος, Αθήνα 1982, σελ: 52-76.
115. Κατσουγιαννόπουλος ΒΧ. Το στατιστικό δείγμα. Η δειγματοληψία (Κεφ. V). Στο: *Βασική Ιατρική Στατιστική*. 2^η εκδ. Αφοί Κυριακίδη Α.Ε., Θεσσαλονίκη 1993, σελ: 38-46.

116. Τριχόπουλος Δ. Πηγές των στοιχείων, (Κεφ 3^ο). Στο: Επιδημιολογία: Αρχές, μέθοδοι, εφαρμογές. Εκδ. Γρ. Παρισιάνος, Αθήνα 1982, σελ: 21-51.
117. Τριχόπουλος Δ. Περιγραφική επιδημιολογία-χαρακτηριστικά τόπου, (Κεφ 8^ο). Στο: Επιδημιολογία: Αρχές, μέθοδοι, εφαρμογές. Εκδ. Γρ. Παρισιάνος, Αθήνα 1982, σελ: 142-153.
118. Χιώτης Δ, Τσίφτης Γ, Χατζησυμεών Μ, Μανιάτη-Χρηστίδη Μ, Κρίκος Ξ, Δάκου-Βουτετάκη Α. Ανάστημα και σωματικό βάρος ελληνοπαίδων ηλικίας 0-18 ετών (2000-2001): σύγκριση με δεδομένα μελέτης 1978-1979. Δελτίο Α' Παιδ Κλιν Παν Αθηνών 2003; 50: 136-155.
119. Μαντζαγριώτη-Μεϊμαρίδη Μ, Πανταζίδης Ν, Δοξιάδης Σ, Ραφαήλ Μ. Εθνικά πρότυπα ανάπτυξης: βάρος και ύψος παιδικού πληθυσμού στην Ελλάδα. Παιδιατρική 1986; 49: 1-15.
120. Pietrobelli A, Faith MS, Allison DB, Gallagher D, Chiumello G, Heymsfield SB. Body mass index as a measure of adiposity among children and adolescents: a validation study. J Pediatr 1998; 132: 204-210.
121. Bellizzi MC, Dietz WH. Workshop on childhood obesity: summary of the discussion. Am J Clin Nutr 1999; 70: 173S-175S.
122. Reilly JJ, Dorosty AR, Emmett PM, and the ALSPAC Study Team. Identification of the obese child: adequacy of the body mass index for clinical practice and epidemiology. Int J Obesity 2000; 24: 1623-1627.
123. Reilly JJ, Wilson ML, Summerbell CD, Wilson DC. Obesity: diagnosis, prevention and treatment; evidence based answers to common questions. Arch Dis Child 2002; 86: 392-395.
124. Barlow SE, Dietz WH. Obesity evaluation and treatment: expert committee recommendations. Pediatrics 1998; 102: e-29.
125. Poskitt EME. Defining childhood obesity: the relative body mass index (BMI). Acta Pediatr 1995; 84: 961-963.
126. Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. BMJ 2000; 320: 1240-1246.
127. Dietz WH, Bellizzi MC. Introduction: the use of body mass index to assess obesity in children. Am J Clin Nutr 1999; 70: 123S-125S.
128. Janssen I, Katzmarzyk PT, Boyce WF, Vereecken C, Mulvihill C, Roberts C, Currie C, Pickett W, and the Health Behaviour in School-Aged Children Obesity

- Working Group. Comparison of overweight and obesity prevalence in school-aged youth from 34 countries and their relationships with physical activity and dietary patterns. *Obes Rev* 2005; 6: 123-132.
129. Lobstein T, Frelut M-L. Prevalence of overweight among children in Europe. *Obes Rev* 2003; 4: 195-200.
 130. Lobstein T, Jackson-Leach R. Child overweight and obesity in the USA : Prevalence rates according to IOTF definitions. *Int J Pediatr Obes* 2007; 2: 62-64.
 131. Wang Y, Wang JQ. A comparison of international references for the assessment of child and adolescent overweight and obesity in different populations. *Eur J Clin Nutr* 2002; 56: 973-982.
 132. Deurenberg P. Universal cut-off BMI points for obesity are not appropriate. Invited commentary. *Brit J Nutr* 2001; 85: 135-136.
 133. Reilly JJ. Assessment of childhood obesity: national reference data or international approach? *Obes Res* 2002; 10: 838-840.
 134. Burt BA. How useful are cross-sectional data from surveys of dental caries? *Community Dent Oral Epidemiol* 1997; 25: 36-41.
 135. Bader DJ, Shugars DA, Bonito AJ. Systematic reviews of selected dental caries diagnostic and management methods. *J Dent Educ* 2001; 65: 960-968.
 136. Κατσουγιαννόπουλος ΒΧ. Η συλλογή και επεξεργασία του στατιστικού δείγματος (Κεφ IV). Στο: Βασική Ιατρική Στατιστική. 2^η εκδ. Αφοί Κυριακίδη Α.Ε., Θεσσαλονίκη 1993, σελ:47-52.
 137. Barrett-Connor E. Nutrition epidemiology: how do we know what they ate? *Am J Clin Nutr* 1991; 54: 182S-187S.
 138. Block G. A review of the validations of dietary assessment methods. *Am J Epidemiol* 1982; 115: 492-504.
 139. Mullen BJ, Krantzler NJ, Grivetti LE, Schutz HG, Meiselman HL. Validity of a food frequency questionnaire for the determination of individual food intake. *Am J Clin Nutr* 1984; 39: 136-143.
 140. Biro G, Hulshof KFAM, Ovesen L, Amorim Cruz JA, for the EFCOSUM Group. Selection of methodology to assess food intake. *Eur J Clin Nutr* 2002; 56: S25-S32.
 141. Rockett HRH, Colditz GA. Assessing diets of children and adolescents. *Am J Clin Nutr* 1997; 65: 1116S-1122S.

142. Margetts BM, Cade JE, Osmond C. Comparison of a Food Frequency Questionnaire with a Diet Record. *Int J Epidemiol* 1989; 18: 868-873.
143. Berg C, Jonsson I, Conner MT, Lissner L. Sources of bias in a dietary survey of children. *Eur J Clin Nutr* 1998; 52: 663-667.
144. Γαλανάκης ΕΓ. Βρέφος και μητέρα στην Ήπειρο: Οι πρώτοι 6 μήνες. Διδακτορική Διατριβή. Πανεπιστημιακή Παιδιατρική Κλινική, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, 1993.
145. Τριχόπουλος Δ. Περιγραφική επιδημιολογία-Χαρακτηριστικά τύπου, (Κεφ 7^ο). Στο: *Επιδημιολογία: Αρχές, μέθοδοι, εφαρμογές*. Εκδ. Γρ. Παρισιάνος, Αθήνα 1982, σελ: 123-141.
146. Buonomo E, Marazzi MC, Mancinelli S, Hoxha D, Cenko F, Palombi L. Infant nutritional and health status, feeding practices in rural and urban Albania. *Ann Ig* 1998; 10: 163-171.
147. Buonomo E, Kadaré I, Pasquarella A. Lo stato nutrizionale della popolazione infantile in Albania. *Ann Ig* 1994; 6: 757-763.
148. Papadimitriou A, Kounadi D, Konstadinidou M, Xepapadaki P, Nikolaidou P. Prevalence of obesity in elementary schoolchildren living in northeast Attica, Greece. *Obesity* 2006; 14: 1113-1117.
149. Wynder EL, Willimas CL, Laakso K, Levenstein M, Lippert P, Hoffmeister H, et al. Screening for risk factors for chronic disease in children from fifteen countries. *Prev Med* 1981; 10: 121-132.
150. Καφάτος Α, Παναγιωτακόπουλος Γ, Τράκα Ν, Wynder Ε, Παντελάκης Σ, Δοξιάδης Σ. Προδιαθεσικοί παράγοντες καρδιαγγειακών νοσημάτων σε παιδιά ηλικίας 13 χρόνων. *Ιατρική* 1981; 40: 113-121.
151. Papadimitriou A, Douros K, Fretzayas A, Nicolaidou P. The secular trend of body weight of Greek schoolchildren in the 20th century. *Med Sci Monitor* 2007; 13: RA8-11.
152. Krassas GE, Tzotzas T, Tsametis C, Konstantinidis T. Prevalence and trends in overweight and obesity among children and adolescents in Thessaloniki, Greece. *J Pediatr Endocr Met* 2001; 14: 1319-1326.
153. Βλαχοπαπαδοπούλου Ε, Καραχάλιου Φ, Παπαδοπούλου Ν, Τσαρμακλής Γ, Μιχαλάκος Σ. Επιπολασμός παχυσαρκίας σε παιδιά δημοτικών σχολείων της περιοχής Αττικής. *Δελτίο Α' Παιδ Κλιν Παν Αθηνών* 2006; 53: 47-53.

154. Savva SC, Kourides Y, Tornaritis M, Epiphaniou-Savva M, Chadjigeorgiou C, Kafatos A. Obesity in children and adolescents in Cyprus. Prevalence and predisposing factors. *Int J Obesity* 2002; 26: 1036-1045.
155. Αγγελόπουλος ΠΔ, Μανιός Ι, Μηλιώνης ΧΙ. Παράγοντες κινδύνου εμφάνισης παχυσαρκίας σε παιδιά προσχολικής ηλικίας στην ακριτική περιοχή του Νομού Θεσπρωτίας. *Παιδιατρική* 2005; 68: 433-438.
156. Savvas P, Tokmakidis SP, Kasambalis A, Christodoulos AD. Fitness levels of Greek primary schoolchildren in relationship to overweight and obesity. *Eur J Paediatr* 2006; 165: 867-874.
157. Georgiadis G, Nassis GP. Prevalence of overweight and obesity in a national representative sample of Greek children and adolescents. *Eur J Clin Nutr* 2007; 61: 1072-1074.
158. Χιώτης Δ, Κρίκος Ξ, Τσίφτης Γ, Χατζησυμεών Μ, Μανιάτη-Χρηστίδη Μ, Δάκου-Βουτετάκη Α. Δείκτης μάζας σώματος (BMI) και ποσοστό παχυσαρκίας σε άτομα της ευρύτερης περιοχής Αθηνών, ηλικίας 0-18 ετών. *Δελτίο Α' Παιδ Κλιν Παν Αθηνών* 2004; 51: 139-154.
159. Karayiannis D, Yannakoulia M, Terzidou M, Sidossis LS, Kokkevi A. Prevalence of overweight and obesity in Greek school-aged children and adolescents. *Eur J Clin Nutr* 2003; 57: 1189-1192.
160. Μοσχανδρέα Ι, Χατζής Χ, Μαμμάς Ι, Μπερτσιάς Γ, Λιναρδάκης Μ, Κυριακάκης Μ, Χατζή Λ, Καρκαβίτσας Ν, Μαργιωρής Α, Καφάτος Α. Δείκτες παχυσαρκίας και παράγοντες κινδύνου σε παιδιά αγροτικής ορεινής περιοχής της Κρήτης. *Παιδιατρική* 2003; 66: 264-277.
161. Moreno LA, Sarriá A, Fleita J, Rodríguez G, Pérez González JM, Bueno M. Sociodemographic factors and trends on overweight prevalence in children and adolescents in Aragon (Spain) from 1985 to 1995. *J Clin Epidemiol* 2001; 54: 921-927.
162. Shapo L, Pomerleau J, McKee M, Coker R, Ylli A. Body weight patterns in a country in transition: a population-based survey in Tirana City, Albania. *Public Health Nutr* 2003; 6: 471-477.
163. Ανυφαντάκης Κ, Ανυφαντάκη Μ, Ξυλούρη Ε, Σακκά Ε, Λιονής Χ, Αντωνάκης Ν. Συμπεριφορά, διατροφή, σωματική υγιεινή, τηλεθέαση και παιχνίδι μαθητών στοιχειώδους εκπαίδευσης στην Κρήτη. *Παιδιατρική* 2002; 65: 186-194.

164. Καλέγιας Ι, Μαρίας Β, Δημοσθένους Β, Κωστανταροπούλου Α, Γεωργοπούλου Ε, Σανάγου Λ, Σιώζου Ε, Πολυχρονίδου Ι, Λαζαρίδου Μ. Διατροφικές συνήθειες και κατανομή του χρόνου σε παιδιά ηλικίας 7-12 ετών. 37^ο Πανελλήνιο Παιδιατρικό Συνέδριο, Θεσσαλονίκη 28-30 Μαΐου 1999, Βιβλίο περιλήψεων εργασιών, αρ. εργασίας 010 ΑΑ, σελ. 10.
165. Ντότης Ι, Σεΐζη Μ, Κόντοβος Λ, Κοτέλη Χ, Τσιούρης Ι. Παιδική παχυσαρκία: αξιολόγηση των τιμών του Δείκτης Μάζας Σώματος και της διατροφής παιδιών της Νάουσας. Νέα Παιδιατρικά Χρονικά 2005; 2: 93-100.
166. Ζήκα Ι, Τσανικίδου Σ, Τσούτσινος Α, Μαγαζιώτου Ι. Θεμελή Β, Παπασωτηρίου Κ, Δαμιανάκη Δ. Εκτίμηση διατροφικών συνηθειών σε παιδιά σχολικής ηλικίας. 37^ο Πανελλήνιο Παιδιατρικό Συνέδριο, Θεσσαλονίκη 28-30 Μαΐου 1999, Βιβλίο περιλήψεων εργασιών, αρ. εργασίας 303 ΑΑ, σελ. 157.
167. Καφάτος Α, Αποστολάκη Ι, Καντιδάκη Ε, Λιόνης Χ. Συνήθειες διατροφής των παιδιών στο Σχολείο. Παιδιατρική 1991; 54: 10-25.
168. Lichtenstein AH, Appel LJ, Brands M, Carnethon M, Daniesl S, Franch HA, Franklin B, Kris-Etheron P, Harris WS, Howard B, Karanja N, Lefevre M, Rudel L, Sacks F, van Horn L, Winsotn M, Wylie Rosett J. Diet and lifestyle recommendations revision 2006: A scientific statement from the American Heart Association Nutrition Committee. Circulation 2006; 114: 82-96.
169. Καφάτος Α. Διατροφή παιδιών και εφήβων για προαγωγή της υγείας και της ανάπτυξης και πρόληψη των χρόνιων νοσημάτων. Παιδιατρική 2008; 71: 157-161.
170. Μπιτσιώρη Μ, Νεάρχου Α, Καζμαμτζή Β, Μαλαθράκη Μ, Κολουδάκη-Σπυριδάκη Μ, Ρεμπελάκης Β, Καφάτος Α, Κουνάλη Δ, Καλαφάτης Α. Ανάπτυξη και διαιτητικές συνήθειες παιδιών σχολικής ηλικίας στην επαρχία Σητείας. Παιδιατρική 1995; 58: 326-335.
171. Schulpis K, Gavrili S, Vlachos G, Karikas GA, Michalakakou K, Demetriou E, Papassotiriou I. The effect of nutritional habits on maternal-neonatal lipid and lipoprotein serum levels in three different ethnic groups. Ann Nutr Metab 2006; 50: 290-296.
172. Adamopoulos PN, Chaniotis F, Kodoyiannis S, Boutsicakis J, Madalos P, Kassos D, Gatos A, Mouloupoulos S. Table salt and blood pressure in Greek children. J Hum Hypertens 1987; 1: 209-213.

173. Vereecken CA, De Henauw S, Maes L. Adolescents' food habits: results of the Health Behaviour in School-aged Children survey. *Brit J Nutr* 2005; 94: 423-431.
174. Variyam JN. Overweight children: is parental nutrition knowledge a factor? *FoodReview* 2001; 24: 18-22.
175. Wylie-Rosett J, Segal-Isaacson CJ, Segal-Isaacson A. Carbohydrates and increases in obesity: does the type of carbohydrate make a difference? *Obes Res* 2004; 12: 124S-129S.
176. Trichopoulou AD, Efstathiadis PP. Changes in nutrition patterns and health indicators at the population level in Greece. *Am J Clin Nutr* 1989; 49: 1042-1047.
177. Ρώμα Ε, Αδαμίδης Δ, Νικολάρα Ρ, Δρόσου Β, Κολιοπάνου Α, Μεσσαριτάκης Ι, Μασσανιώτης Ν. Ποια είναι η διατροφή των παιδιών μας σήμερα. Πρακτικά του 25^{ου} Πανελληνίου Παιδιατρικού Συνεδρίου, Πάτρα 6-7 Ιουνίου 1987, αρ. εργασίας 14.
178. Sandvik C, De Bourdeaudhuij I, Due P, Brug J, Wind M, Bere E, et al. Personal, social and environmental factors regarding fruit and vegetable intake among schoolchildren in nine European countries. *Ann Nutr Metab* 2005; 49: 255-266.
179. Naska A, Vasdekis VGS, Trichopoulou A, Friel S, Leonhäuser IU, Moreiras O, Nelson M, Ramaut AM, Schmitt A, Sekula W, Trygg KU, Zajkás G for the DAFNE I and II projects of the European Commission. Fruit and vegetable availability among ten European countries: how does it compare with the 'five-a-day' recommendation? *Brit J Nutr* 2000; 84: 549-556.
180. de Sa J, Lock K. Will European agricultural policy for school fruit and vegetables improve public health? A review of school fruit and vegetable programmes. *Eur J Public Health* 2008; 18: 558-568.
181. Κεραμιδά Μ, Τσάνταλη Χ, Αθανασίου-Μεταξά Μ. Διαιτητικές συνήθειες των παιδιών και σιδηροπενία. *Παιδιατρική* 1998; 61: 375-380.
182. Μανιός Γ, Μοσχανδρέα Ι, Χατζής Χ, Καφάτος Α. Παράγοντες κινδύνου χρόνιων νοσημάτων σε παιδιά δημοτικού της Κρήτης μετά την ολοκλήρωση εξαετούς προγράμματος αγωγής υγείας. *Παιδιατρική* 2002; 65: 66-76.
183. Λιναρδάκης Μ, Σαρρή Κ, Μπερβανάκη Φ, Μάρκατση Ε, Χατζής Χ, Φλουρή Σ, Καφάτος Α. Αξιολόγηση 10 ετών από την έναρξη προγράμματος αγωγής υγείας στα σχολεία της Κρήτης. *Παιδιατρική* 2003; 66: 436-447.

184. Perry CL, Luepker RV, Murray DM, Kurth C, Mullis R, Crockett S, Jacobs DR. Parent involvement with children's health promotion: The Minnesota Home Team. *Am J Public Health* 1988; 78: 1156-1160.
185. Spencer RC. Albania a plundered country. *Lancet* 1991; 338: 1018-1019.
186. Offerhaus L. Round the World. Albania: A plundered country. *Lancet* 1991; 338: 44-45.
187. Γαλανάκης Ε, Παπαευσταθίου Ι, Κρητικού-Πλιώτα Ε, Λαπατσάνης ΠΔ. Νοσηλεία παιδιών από την Αλβανία στην Παιδιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων. *Πρόοδοι Ιατρ Επιστ* 1992; 5: 149-152.
188. Slade GD. Epidemiology of dental pain and dental caries among children and adolescents. *Community Dent Health* 2001; 18: 219-227.
189. Σιδηρόπουλος Χ, Φράγκος ΜΧ. Τερηδόνα και η σχέση της με τη διατροφή και τη στοματική υγιεινή των παιδιών. *Παιδιατρική Βορείου Ελλάδος* 2001; 13: 153-158.
190. Ελληνική Οδοντιατρική Ομοσπονδία. Η επιδημιολογική κατάσταση της στοματικής υγείας του Ελληνικού πληθυσμού. Στα πλαίσια του Προγράμματος προαγωγής και καταγραφής της στοματικής υγείας του Ελληνικού πληθυσμού. Αθήνα 2005.
191. Μαμάη-Χωματά Ε, Παναγόπουλος Χ, Αθανασούλη Θ, Αποστολόπουλος Α. Κατάσταση στοματικής υγείας παιδιών ηλικίας 3-14 ετών σε μικρά νησιά του Αιγαίου. *Παιδοδοντία* 1996; 10: 25-34.
192. Βισσαρά Ε, Παπαδέα Η, Παπαδάκου-Λαγογιάννη Στ, Παπαγεωργίου Π, Μαγκλάρα Ε, Καζατζή Α. Σωματικό βάρος και τερηδόνα σε παιδιά σχολικής ηλικίας σε σχέση με τις διατροφολογικές συνήθειες. Πρακτικά 27^{ου} Πανελληνίου Παιδιατρικού Συνέδριου, Ρόδος 24-25 Ιουνίου 1989, αρ. εργασίας 62Α.
193. Πατάκας ΕΑ, Τσουτσουλοπούλου ΜΑ, Κατσίκας-Μαντζαρόπουλος Ι. Επιδημιολογική μελέτη επιπολασμού της τερηδόνας σε παιδιά περιοχής Κ.Υ. Ιωνίας – Θεσσαλονίκης. *Παιδοδοντία* 1991; 5: 140-148.
194. Beckman RW. Life and dentistry in Albania. *J Gen Orthod* 1996; 7: 15-17.
195. Τσιάκαλος Γ. Μετανάστευση (Παιδαγωγική προσέγγιση). Στο: *Επικίνδυνα παιδιά ή παιδιά σε κίνδυνο*; Εκδόσεις Lector, Αθήνα, 2008, σελ: 35-40.
196. Ribeiro JC, Guerra S, Oliveira J, Teixeira-Pinto A, Twisk JWR, Duarte JA, Mota J. Physical activity and biological risk factors clustering in pediatric population. *Prev Med* 2004; 39: 596-601.

197. Shapo L, Pomerleau J, McKee M. Physical inactivity in a country in transition: a population-based survey in Tirana city, Albania. *Scand J Public Health* 2004; 32: 60-67.
198. Παπαδοπούλου Ν, Βλαχοπαπαδοπούλου Ε, Μιχαλάκος Στ, Τσαρμακλής Γ. Εξωσχολικές δραστηριότητες μαθητών δημοτικών σχολείων του νομού Αττικής. *Δελτίο Α' Παιδ Κλιν Παν Αθηνών* 2003; 50: 369-374.
199. Φεσσάτου Σ, Πετρίδου Ε, Δεσύπρης Ν, Φλυτζάνη Β, Καρπάθιος Θ. Τηλεόραση: ωφελεί ή βλάπτει τον ελεύθερο χρόνο του παιδιού; *Παιδιατρική* 1999; 62: 379-386.
200. Bar-on ME. The effects of television on child health: implications and recommendations. *Arch Dis Child* 2000; 83: 289-292.
201. Αγορίτσα Σ, Κωσταρίδου Σ, Σωτηροπούλου Φ, Μπανιά Δ, Αναστασέα-Βλάχου Κ. Είναι και τα παιδιά της επαρχίας φανατικοί τηλεθεατές; *Παιδιατρική* 1997; 60: 703-708.
202. Powell LM, Szczypka G, Chaloupka FJ, Braunschweig CI. Nutritional content of television food advertisements seen by children and adolescents in the United States. *Pediatrics* 2007; 120: 576-583.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Πίνακες.

Πίνακας 44α. Δημοτικά σχολεία (ΔΣ) του νομού Ιωαννίνων όπου φοιτούσαν παιδιά μεταναστών από την Αλβανία κατά το σχολικό έτος 1996-97.

ΔΣ πόλης	αριθμός μαθητών	παιδιά από την Αλβανία ¹ , n		
		σύνολο	αγόρια	κορίτσια
1 ^ο	168	5	3	2
2 ^ο	168	7	2	5
3 ^ο	252	6	2	4
4 ^ο	289	21	9	12
5 ^ο	286	27	14	13
7 ^ο	225	6	5	1
8 ^ο	181	5	4	1
9 ^ο	153	34	24	10
10 ^ο	288	12	3	9
11 ^ο	248	9	2	7
12 ^ο	185	4	3	1
13 ^ο	179	4	1	3
14 ^ο	205	9	1	8
15 ^ο	94	3	2	1
16 ^ο	142	11	7	4
17 ^ο	129	8	6	2
18 ^ο	264	6	4	2
19 ^ο	87	5	4	1
20 ^ο	146	17	5	12
21 ^ο	225	3	2	1
22 ^ο	128	2	2	0
23 ^ο	129	12	6	6
24 ^ο	90	3	2	1
Σύνολο	4,261	219	113	106

¹ όλα τα παιδιά από την Αλβανία που φοιτούσαν στα δημοτικά σχολεία της πόλης των Ιωαννίνων ζούσαν με τις οικογένειές τους στα Ιωάννινα.

Πίνακας 44β. Δημοτικά σχολεία (ΔΣ) του νομού Ιωαννίνων όπου φοιτούσαν παιδιά μεταναστών από την Αλβανία κατά το σχολικό έτος 1996-97.

ΔΣ χωριών	αριθμός μαθητών	παιδιά από την Αλβανία ¹ , n		
		σύνολο	αγόρια	κορίτσια
Κατσικά	227	5	4	1
Πέραμα	145	6	5	1
Ελεούσα	181	13	8	5
Αγ. Ιωάννης	75	11	8	3
Δουραχάνη	19	15	11	4
Ζίτσα	49	2	1	1
Παρακάλαμος	63	5	0	5
Δολιανά	32	7	3	1
Καλπάκι	63	6	3	3
Κόνιτσα 2 ^ο	101	11	5	6
Κόνιτσα 3 ^ο	98	8	3	5
Μονοδένδρι	48	15	7	8
Πωγωνιανή	40	32	27	5
Κεφαλόβρυσο	54	17	12	5
Σύνολο	1,195	153	98	55

¹75 παιδιά από την Αλβανία (54 αγόρια και 21 κορίτσια) διέμεναν σε οικοτροφεία και δεν περιελήφθησαν στον πληθυσμό της μελέτης: όλα τα Αλβανόπουλα που φοιτούσαν στα ΔΣ Αγ. Ιωάννη, Δουραχάνης και Μονοδενδρίου, 3 παιδιά του ΔΣ Δολιανών και 31 του ΔΣ Πωγωνιανής.

Επομένως, τα παιδιά των μεταναστών από την Αλβανία που ζούσαν με τις οικογένειές τους στα χωριά του νομού και φοιτούσαν στα ΔΣ ήταν 78 (44 αγόρια και 34 κορίτσια).

Πίνακας 45. Αντιπροσωπευτικό δείγμα Ελληνόπουλων από τα δημοτικά σχολεία (ΔΣ) του νομού Ιωαννίνων όπου φοιτούσαν παιδιά μεταναστών από την Αλβανία (σχολικό έτος 1996-97).

ΔΣ πόλης	δείγμα Ελληνόπουλων, n			ΔΣ χωριών	δείγμα Ελληνόπουλων, n		
	σύνολο	αγόρια	κορίτσια		σύνολο	αγόρια	κορίτσια
1 ^ο	17	8	9	Κατσικά	43	24	19
2 ^ο	17	8	9	Πέραμα	27	13	14
3 ^ο	25	14	11	Ελεούσα	34	16	18
4 ^ο	26	14	12	Αγ. Ιωάννης	12	6	6
5 ^ο	26	12	14	Δουραχάνη	2	1	1
7 ^ο	22	13	9	Ζίτσα	10	5	5
8 ^ο	18	10	8	Παρακάλαμος	12	7	5
9 ^ο	13	8	5	Δολιανά	6	3	3
10 ^ο	28	13	15	Καλπάκι	12	6	6
11 ^ο	24	15	9	Κόνιτσα 2 ^ο	18	10	8
12 ^ο	18	9	9	Κόνιτσα 3 ^ο	17	10	7
13 ^ο	18	9	9	Μονοδένδρι	8	6	2
14 ^ο	20	10	10	Πωγωνιανή	8	4	4
15 ^ο	9	4	5	Κεφαλόβρυσο	8	4	4
16 ^ο	13	5	8	Σύνολο	217	115	102
17 ^ο	13	8	5				
18 ^ο	26	15	11				
19 ^ο	9	5	4				
20 ^ο	13	7	6				
21 ^ο	23	11	12				
22 ^ο	13	7	6				
23 ^ο	12	7	5				
24 ^ο	9	5	4				
Σύνολο	412	217	195				

Πίνακας 46. Ηλικιακή σύνθεση¹ του πληθυσμού της μελέτης:
 παιδιά των μεταναστών από την Αλβανία (ομάδα Α)
 και αντιπροσωπευτικό δείγμα Ελληνόπουλων (ομάδα Ε).

ηλικία (έτη)	αριθμός παιδιών, n					
	ομάδα Α			ομάδα Ε		
	αγόρια	κορίτσια	σύνολο	αγόρια	κορίτσια	σύνολο
6	0	4	4	3	2	5
6,5	10	3	13	25	18	43
7	14	11	25	24	23	47
7,5	6	6	12	30	20	50
8	19	14	33	20	37	57
8,5	10	9	19	22	19	41
9	12	9	21	36	25	61
9,5	13	10	23	22	22	44
10	14	13	27	38	22	60
10,5	10	10	20	21	31	52
11	11	12	23	39	27	66
11,5	9	12	21	29	29	58
12	15	18	33	17	16	33
12,5	6	3	9	6	6	12
Σύνολο	149	134	283	332	297	629

¹η ηλικιακή ταξινόμηση των παιδιών έγινε σε ακέραια και μισά έτη, όπως υπολογίστηκαν με βάση την ημερομηνία εξέτασης και γέννησής τους.

Πίνακας 47. Αριθμός παιδιών των μεταναστών από την Αλβανία με διαμονή στην Ελλάδα ≤ 2 έτη (ομάδα A1) και > 2 έτη (ομάδα A2) ανά ηλικιακές ομάδες¹ και φύλο.

ηλικία (έτη)	ομάδα A1 (n=57 παιδιά)		ομάδα A2 (n=198 παιδιά)	
	αγόρια n	κορίτσια n	αγόρια n	κορίτσια n
6	0	1	0	3
6,5	2	1	7	2
7	5	2	7	8
7,5	2	1	4	5
8	3	2	15	11
8,5	0	0	9	8
9	3	3	5	6
9,5	2	4	9	5
10	4	1	8	11
10,5	3	3	7	7
11	2	4	9	6
11,5	1	2	5	7
12	1	3	13	14
12,5	2	0	4	3
Σύνολο	30	27	102	96

¹η ηλικιακή ταξινόμηση των παιδιών έγινε σε ακέραια και μισά έτη, όπως υπολογίστηκαν με βάση την ημερομηνία εξέτασης και γέννησής τους.

Προτυπωμένο φύλλο συμπλήρωσης των στοιχείων των παιδιών της μελέτης από τον ερευνητή κατά τις επισκέψεις του στα σχολεία.

ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

--	--	--	--	--

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ.....

ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: ημέρα μήνας έτος

ΣΧΟΛΕΙΟ:

ΤΑΞΗ:

* Τόπος διαμονής: πατέρα μητέρας

ΦΥΛΟ ΠΑΙΔΙΟΥ:

ΒΑΡΟΣ:

ΥΨΟΣ:

ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΔΟΝΤΙΩΝ

ΑΡΙΘΜΟΣ:

ΤΕΡΗΔΟΝΑ:

ΣΦΡΑΓΙΣΜΑΤΑ:

Ημερομηνία εξέτασης.....

* συμπληρώνονταν στα παιδιά από την Αλβανία

Το ερωτηματολόγιο.

Πιο κάτω παρατίθεται το ερωτηματολόγιο όπως δόθηκε για συμπλήρωση στους γονείς των παιδιών και επίσης έχει προστεθεί στήλη με τον αντίστοιχο κωδικό κάθε ερώτησης.



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ**

ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ
ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ: ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΠΕΤΡΟΣ Δ. ΛΑΠΑΤΣΑΝΗΣ

Αγαπητοί γονείς,

Ο Τομέας Υγείας του Παιδιού και το Εργαστήριο Υγιεινής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, διεξάγουν μια μελέτη στον παιδικό πληθυσμό της Ηπείρου, με σκοπό την εξακρίβωση των διατροφικών συνηθειών των παιδιών, του τρόπου ζωής τους, καθώς και τη διερεύνηση ορισμένων προβλημάτων υγείας.

Για την επιτυχία της είναι απαραίτητη η συμβολή των γονέων και ιδιαίτερα της μητέρας του παιδιού. Γι' αυτό σας παρακαλούμε να συμπληρώσετε το ερωτηματολόγιο που ακολουθεί και στη συνέχεια να το επιστρέψετε στο σχολείο. Ελπίζουμε πως οι πληροφορίες σας θα μας βοηθήσουν να εντοπίσουμε εκείνα τα σημεία παρέμβασης που θα μπορούσαν να προάγουν τη διατροφή και την άμεσα εξαρτώμενη από αυτή υγεία των παιδιών του τόπου μας.

Πώς να το συμπληρώσετε:

Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο· περιέχει ερωτήσεις και απαντήσεις. Θα θέλαμε να σταυρώσετε τα τετράγωνα των απαντήσεων που σας ταιριάζουν περισσότερο ή να γράψετε -όπου σας ζητηθεί- σε ορισμένο χώρο την απάντησή σας.

Η συμπλήρωσή του θα πάρει λίγο από το χρόνο σας και ελπίζουμε ότι θα το βρείτε ενδιαφέρον και εύκολο.

Ευχαριστούμε πολύ για τη βοήθειά σας.

451 10 ΙΩΑΝΝΙΝΑ
ΤΗΛΕΦΩΝΑ: ΓΡΑΦΕΙΟΥ (0651) 45 202 - 45 733 / 49 324
FAX (0651) 45 738

ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

--	--	--	--	--

Σας παρακαλούμε, να διαβάσετε προσεκτικά τις ερωτήσεις που ακολουθούν και να απαντήσετε με όσο το δυνατό μεγαλύτερη ακρίβεια.

Μέρος Α. **Τι τρώει το παιδί σας;**

Οι ερωτήσεις που ακολουθούν αφορούν συνήθειες διατροφής των παιδιών. Σημειώστε μας τι ισχύει για το παιδί σας.

- | | |
|--|-------------------|
| 1. Πόσο συχνά τρώει το παιδί σας πρωινό; | A1 |
| <input type="checkbox"/> 1) κάθε μέρα | |
| <input type="checkbox"/> 2) μερικές φορές την εβδομάδα | |
| <input type="checkbox"/> 3) σπάνια | |
| <input type="checkbox"/> 4) ποτέ | |
| 2. Τι περιλαμβάνει συνήθως το πρωινό του παιδιού σας;
(σημειώστε ένα ή περισσότερα από τα παρακάτω) | A2 |
| <input type="checkbox"/> 1) τίποτε | A ₂₋₁ |
| <input type="checkbox"/> 2) γάλα | A ₂₋₂ |
| <input type="checkbox"/> 3) ψωμί ή φρυγανιά | A ₂₋₃ |
| <input type="checkbox"/> 4) μαρμελάδα, μέλι, μερέντα | A ₂₋₄ |
| <input type="checkbox"/> 5) βούτυρο | A ₂₋₅ |
| <input type="checkbox"/> 6) δημητριακά (κορν φλέικς, μούσλι κ.ά.) | A ₂₋₆ |
| <input type="checkbox"/> 7) αυγό | A ₂₋₇ |
| <input type="checkbox"/> 8) κακάο, hemo | A ₂₋₈ |
| <input type="checkbox"/> 9) φρούτο, χυμό φρούτου | A ₂₋₉ |
| <input type="checkbox"/> 10) κάτι άλλο, τι;..... | A ₂₋₁₀ |
| 3. Πόσο συχνά τρώει το παιδί σας κολατσιό στο σχολείο; | A3 |
| <input type="checkbox"/> 1) κάθε μέρα | |
| <input type="checkbox"/> 2) μερικές φορές την εβδομάδα | |
| <input type="checkbox"/> 3) σπάνια | |
| <input type="checkbox"/> 4) ποτέ | |
| 4. Αν τρώει κολατσιό, τότε συνήθως: | A4 |
| <input type="checkbox"/> 1) το παίρνει μαζί του από το σπίτι | |
| <input type="checkbox"/> 2) το αγοράζει στο σχολείο | |
| 5. Τι τρώει συνήθως το παιδί σας για κολατσιό;
(σημειώστε ένα ή περισσότερα από τα παρακάτω) | A5 |
| <input type="checkbox"/> 1) τίποτε | A ₅₋₁ |
| <input type="checkbox"/> 2) σάντουιτς, τοστ | A ₅₋₂ |
| <input type="checkbox"/> 3) τυρόπιτα | A ₅₋₃ |
| <input type="checkbox"/> 4) φρούτο, χυμό φρούτου | A ₅₋₄ |
| <input type="checkbox"/> 5) γαριδάκια, τσιπς κ.ά. | A ₅₋₅ |
| <input type="checkbox"/> 6) γλυκά (κρουασάν, μηλόπιτα, κέικ, σοκολάτα, καραμέλες κ.ά.) | A ₅₋₆ |
| <input type="checkbox"/> 7) αναψυκτικά (coca-cola, πορτοκαλάδα κ.ά.) | A ₅₋₇ |
| <input type="checkbox"/> 8) κάτι άλλο, τι; | A ₅₋₈ |

6. Πόσες φορές την εβδομάδα τρώει το παιδί σας τις παρακάτω τροφές;

Σημειώστε αναλόγως: 1, 2, 3, 4, 5, 6 ημέρες της εβδομάδας ή κάθε μέρα (7 φορές την εβδομάδα). Για τις τροφές που τρώει λιγότερο από 1 φορά την εβδομάδα σημειώστε: κάθε 15 ημέρες ή ποτέ.

Τροφές	φορές την εβδομάδα
1) τυρί	
2) γιαούρτι	
3) ψάρι	
4) κοτόπουλο	
5) κρέας (μοσχάρι, αρνί, χοιρινό κ.ά.) ή κιμά	
6) όσπρια (φασόλια, φακές κ.ά.)	
7) μακαρόνια	
8) ρύζι	
9) πατάτες	
10) μαγειρεμένα λαχανικά χωρίς κρέας (φασολάκια, μελιτζάνες κ.ά.)	
11) σαλάτες λαχανικών ή χόρτα	
12) αλλαντικά (ζαμπόν, λουκάνικα, σαλάμι κ.ά.)	
13) έτοιμα φαγητά (πίτσα, σουβλάκι, πίτα-γύρος, goody's κ.ά.)	
14) φρούτα	
15) χυμούς φρούτων (φρέσκος, amita, life κ.ά.)	
16) αναψυκτικά (coca-cola, πορτοκαλάδα, sprite κ.ά.)	
17) ξηρούς καρπούς	
18) γαριδάκια, τσιπς κ.ά.	
19) γλυκά (σοκολάτες, καραμέλες, κέικ, πάστες, γλυκά κουταλιού κ.ά.)	

7. Πόσα ποτήρια γάλα πίνει το παιδί σας την ημέρα;
(σημειώστε αριθμό ποτηριών, π.χ. 1, 2, 3 κ.ο.κ)
.....ποτήρια γάλα

8. Τι γάλα πίνει συνήθως το παιδί σας;
(σημειώστε ένα από τα παρακάτω)

- 1) φρέσκο, συσκευασμένο, ολόπαχο (Δωδώνη, Δέλτα κ.ά.)
 2) φρέσκο, συσκευασμένο, ημίπαχο-άπαχο (light)
 3) συμπυκνωμένο (σακχαρούχο)
 4) εβαπορέ (νουνού κ.ά.)
 5) κάτι άλλο, τι;

9. Πόσες φέτες ψωμί τρώει περίπου την ημέρα;
..... φέτες ψωμί

| A6 |

| A6-1 |

| A6-2 |

| A6-3 |

| A6-4 |

| A6-5 |

| A6-6 |

| A6-7 |

| A6-8 |

| A6-9 |

| A6-10 |

| A6-11 |

| A6-12 |

| A6-13 |

| A6-14 |

| A6-15 |

| A6-16 |

| A6-17 |

| A6-18 |

| A6-19 |

| A7 |

| A8 |

| A9 |

10. Τι είδος ψωμιού συνήθως τρώει;
(σημειώστε ένα από τα παρακάτω)
- 1) λευκό (σίτου)
 2) μαύρο ή σικάλεως
 3) χωριάτικο
 4) ζυμωτό (δικό σας)
 5) κάτι άλλο, τι;
- | A10
11. Πόσα αυγά τρώει περίπου την εβδομάδα;
..... αυγά
- | A11
12. Τρώει το παιδί σας κατεψυγμένα τρόφιμα;
(σημειώστε ένα τετράγωνο για κάθε μια από τις παρακάτω τροφές)
- | | α) συχνά | β) σπάνια | γ) ποτέ | |
|-----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------|
| 1) ψάρι | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | A ₁₂₋₁ |
| 2) κοτόπουλο | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | A ₁₂₋₂ |
| 3) κρέας ή κιμά | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | A ₁₃₋₃ |
13. Το κρέας που τρώει το παιδί σας, εκτός από κοτόπουλο και ψάρι,
είναι:
(σημειώστε ένα τετράγωνο για καθένα από τα παρακάτω)
- | | α) συχνά | β) σπάνια | γ) ποτέ | |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------|
| 1) μοσχάρι-βοδινό | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | A ₁₃₋₁ |
| 2) χοιρινό | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | A ₁₃₋₂ |
| 3) αρνί, κασίκι | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | A ₁₃₋₃ |
| 4) κουνέλι | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | A ₁₃₋₄ |
| 5) εντόσθια (π.χ. συκώτι) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | A ₁₃₋₅ |
14. Πώς μαγειρεύετε συνήθως τα φαγητά στο σπίτι σας;
(σημειώστε ένα τετράγωνο για κάθε τρόπο μαγειρέματος)
- | | α) συχνά | β) σπάνια | γ) ποτέ | |
|-------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------|
| 1) βραστά (σούπα) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | A ₁₄₋₁ |
| 2) κατσαρόλας | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | A ₁₄₋₂ |
| 3) τηγανητά | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | A ₁₄₋₃ |
| 4) ψητά | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | A ₁₄₋₄ |
15. Τι λάδι ή λίπη χρησιμοποιείτε συχνότερα στο νοικοκυριό σας;
(σημειώστε ένα ή δύο από τα παρακάτω)
- 1) λάδι ελιάς
 2) μαργαρίνη, βιτάμ, φυτίνη
 3) βούτυρο φρέσκο
 4) σπορέλαια (ηλιέλαιο, καλαμποκέλαιο, σογιέλαιο κ.ά.)
- | A15
16. Μήπως τρώει το παιδί σας και άλλου είδους λιπαρά, όπως:
- | | α) συχνά | β) σπάνια | γ) ποτέ | |
|-------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------|
| 1) κρέμα γάλακτος | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | A ₁₆₋₁ |
| 2) μαγιονέζα | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | A ₁₆₋₂ |
| 3) σάλτσες | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | A ₁₆₋₃ |
17. Βάζετε αλάτι όταν μαγειρεύετε;
- 1) αρκετό
 2) λίγο
 3) καθόλου
- | A17

18. Βάζει το παιδί παραπάνω αλάτι στη μερίδα του όταν τρώει; | A18 |
 Ναι Όχι
19. Τα φαγητά στο σπίτι μαγειρεύονται με καρυκεύματα και μπαχαρικά; | A19 |
 1) συχνά
 2) σπάνια
 3) ποτέ
20. Πόσο συχνά φτιάχνετε ή αγοράζετε γλυκά για το σπίτι; (κέικ, πάστες, σοκολάτες κ.ά.) | A20 |
 1) κάθε εβδομάδα ή πιο συχνά
 2) 1-3 φορές το μήνα
 3) σπάνια-ποτέ
21. Αγοράζετε χυμούς ή αναψυκτικά για το σπίτι; | A21 |
- | | α)κάθε εβδομάδα
ή πιο συχνά | β)1-3 φορές
το μήνα | γ)σπάνια-
ποτέ | |
|--|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|-------|
| 1) συσκευασμένους χυμούς
(amita, life κ.ά.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | A21-1 |
| 2) αναψυκτικά | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | A21-2 |
22. Πίνει το παιδί σας: 1) ροφήματα βοτάνων (χαμομήλι, τσάι, τίλιο κ.ά.), 2) κακάο ή 3) καφέ; | A22 |
 Ναι Όχι
 Αν ναι, τι συνήθως πίνει;
23. Βάζετε ζάχαρη στο γάλα του παιδιού σας; | A23 |
 Ναι Όχι
24. Πίνει το παιδί σας οινοπνευματώδη ποτά (μπύρα, κρασί, κ.ά.); | A24 |
 1) δεν έχει δοκιμάσει ποτέ
 2) έχει πιεί 2-3 φορές
 3) πίνει κάπου-κάπου σε "ειδικές" περιπτώσεις (γιορτές κ.ά.)
25. Τι νερό πίνει το παιδί σας; | A25 |
 1) παροχής-ύδρευσης
 2) εμφιαλωμένο
 3) πηγαδιού ή στέρνας
26. Πόσες φορές περίπου την ημέρα τρώει το παιδί σας; | A26 |
 (θα υπολογίσετε τα κύρια γεύματα και τις τυχόν ενδιάμεσες προσλήψεις τροφών, όπως κολατσιό, απογευματινό κ.λ.π.)
φορές
27. Ποιο είναι το μεγαλύτερο (το πιο πλούσιο) γεύμα του παιδιού σας; | A27 |
 1) το μεσημεριανό
 2) το βραδινό
 3) και το μεσημεριανό και το βραδινό είναι το ίδιο πλούσια
 4) το πρωινό

28. Πόσο συχνά κάθεται στο τραπέζι για φαγητό όλη η οικογένεια; | A28 |
- 1) κάθε μέρα
 2) μερικές φορές την εβδομάδα
 3) λιγότερο από μία φορά την εβδομάδα
 4) ποτέ
29. Πόσα από τα τρόφιμα του σπιτιού σας προέρχονται από: | A29 |
- | | α)όλα | β)τα περισσότερα | γ)κάποια | δ)κανένα | |
|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------|
| 1) τον κήπο ή το χωράφι σας | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | A ₂₉₋₁ |
| 2) τα δικά σας ζώα | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | A ₂₉₋₂ |
| 3) το κατάστημα της γειτονιάς | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | A ₂₉₋₃ |
| 4) μεγάλο κατάστημα (super market) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | A ₂₉₋₄ |
30. Στα συσκευασμένα τρόφιμα που παίρνετε για το παιδί σας συνήθως κοιτάτε; | A30 |
- | | α)συχνά | β)σπάνια | γ)ποτέ | |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------|
| 1) την ημερομηνία λήξης τους | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | A ₃₀₋₁ |
| 2) τη σύστασή τους (τι περιέχουν) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | A ₃₀₋₂ |
31. Τρώτε στο σπίτι σας κάποια "ιδιαίτερα" ή "παραδοσιακά" φαγητά που συνηθίζονται στον τόπο σας; | A31 |
- Ναι Όχι

Μέρος Β. Τι πιστεύετε για τη διατροφή του παιδιού σας;

1. Πώς βλέπετε την όρεξη του παιδιού σας για φαγητό; | B1 |
- 1) πολύ καλή
 2) καλή
 3) μέτρια
 4) μικρή
2. Πόσο ικανοποιημένοι είστε από τον τρόπο διατροφής του παιδιού σας; | B2 |
- 1) πολύ
 2) αρκετά
 3) καθόλου
3. Πιστεύετε ότι υπάρχουν τροφές που είναι "καλές" ή "κακές" για τη διατροφή και την υγεία του παιδιού σας; | B3 |
- Ναι Όχι

4. Οι παρακάτω προτάσεις αφορούν απόψεις για τη διατροφή των παιδιών. Παρακαλούμε, σημειώστε μας ποια είναι η δική σας γνώμη: | B4 |
- | | α) συμφωνώ | β) διαφωνώ | γ) δεν ξέρω | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------|
| 1) Το πρωινό είναι απαραίτητο για τα παιδιά. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | B4-1 |
| 2) Τα παχιά παιδιά είναι πιο γερά και υγιή. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | B4-2 |
| 3) Τα φρούτα και τα λαχανικά είναι απαραίτητα στη διατροφή των παιδιών. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | B4-3 |
| 4) Το κρέας είναι η βασικότερη τροφή για τα παιδιά. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | B4-4 |
| 5) Οι συνήθειες υγιεινής διατροφής, αφορούν τους μεγάλους που κινδυνεύουν από διάφορα νοσήματα (πίεση, ζάχαρο κ.ά.) και όχι τα παιδιά. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | B4-5 |
5. Τα οικονομικά σας επιτρέπουν να τρώει το παιδί σας ό,τι και όσο θα θέλατε; | B5 |
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1) όχι, δε μου φτάνουν | <input type="checkbox"/> 3) ναι, μου φτάνουν άνετα |
| <input type="checkbox"/> 2) ναι, μόλις μου φτάνουν | <input type="checkbox"/> 4) καμία απάντηση |

Μέρος Γ.**Η υγεία του παιδιού σας**

1. Έχει το παιδί σας κάποιο πρόβλημα υγείας για το οποίο σας έχουν συστήσει οι γιατροί ειδική διαίτα; | Γ1 |
- Ναι Όχι
- Αν ναι, τι πρόβλημα υγείας έχει;
2. Έχει το παιδί σας σιδηροπενική αναιμία; | Γ2 |
- Ναι Όχι
3. Τι θα λέγατε για το βάρος του παιδιού σας: | Γ3 |
- 1) είναι πάνω από το κανονικό
- 2) είναι κανονικό
- 3) είναι κάτω από το κανονικό
4. Ο γιατρός του παιδιού σας είναι: | Γ4 |
- 1) ιδιώτης παιδίατρος
- 2) παιδίατρος Νοσοκομείου ή Κέντρου Υγείας
- 3) αγροτικός γιατρός
- 4) κάτι άλλο, τι;.....

5. Ο γιατρός του παιδιού σας, ασχολείται και συμβουλεύει σχετικά με τη διατροφή του παιδιού σας; Γ5
- 1) ικανοποιητικά
 2) λίγο
 3) καθόλου
6. Παίρνει το παιδί σας συμπληρώματα βιταμινών ή ιχνοστοιχείων (π.χ. σίδηρο, ασβέστιο) σε φαρμακευτικά σκευάσματα; Γ6
- Ναι Όχι
 Αν ναι, ποια ακριβώς παίρνει;.....
7. Βουρτσίζει το παιδί σας τα δόντια του; Γ7
- 1) Ναι, κάθε μέρα
 2) Ναι, μερικές φορές την εβδομάδα
 3) Όχι, δεν τα βουρτσίζει
- Αν ναι, πότε συνήθως 1) το πρωί που ξυπνά Γ7-1
 τα βουρτσίζει; 2) μετά το μεσημεριανό γεύμα Γ7-2
 3) πριν το βραδινό ύπνο Γ7-3
 4) όποτε να'ναι Γ7-4
8. Έχει επισκεφθεί το παιδί σας οδοντίατρο; Γ8
- Ναι Όχι
- Αν ναι, α) σε ποια ηλικία πήγε για πρώτη φορά;..... Γ8α
 β) ο λόγος που επισκέφθηκε τον οδοντίατρο ήταν: Γ8β
- 1) πονόδοντος Γ8β-1
 2) ορθοδοντικό πρόβλημα (π.χ στραβά δόντια) Γ8β-2
 3) αποκατάσταση τερηδόνας Γ8β-3
 4) απλός, προληπτικός έλεγχος Γ8β-4
9. Έχει πάρει το παιδί σας μέχρι τώρα φθόριο για τα δόντια; Γ9
- Ναι Όχι

Μέρος Δ. Ο ελεύθερος χρόνος του παιδιού σας

Οι ερωτήσεις αυτές αφορούν τις ασχολίες του παιδιού σας τον ελεύθερο χρόνο του και ιδιαίτερα τη σωματική άσκηση και την παρακολούθηση τηλεόρασης.

1. Σημειώστε αν το παιδί σας, εκτός από το σχολείο, πηγαίνει ή δεν πηγαίνει σε καθένα από τα παρακάτω: Δ1
- | | Ναι πηγαίνει | Όχι, δεν πηγαίνει | |
|---|--------------------------|--------------------------|------|
| 1) ξένες γλώσσες | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Δ1-1 |
| 2) μουσική | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Δ1-2 |
| 3) φροντιστήριο στα μαθήματα του σχολείου | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Δ1-3 |
| 4) κάτι άλλο, τι; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Δ1-4 |

2. Κάνει το παιδί σας, εκτός από τη γυμναστική στο σχολείο, συστηματικά κάποια άσκηση (δηλαδή πηγαίνει σε γυμναστήριο, κολυμβητήριο, προπόνηση σε κάποια ομάδα, χορευτικό, μπαλέτο ή σε κάτι άλλο); | Δ2 |
- Ναι Όχι
- Αν ναι, α) ποια άσκηση κάνει; | Δ2α |
 β) πόσες φορές την εβδομάδα; φορές | Δ2β |
3. Πόσο συχνά παίζει το παιδί σας έξω από το σπίτι με φίλους παιχνίδια που χρειάζονται κίνηση (κυνηγητό, ποδόσφαιρο, ποδήλατο κ.ά.); | Δ3 |
- 1) κάθε μέρα
 2) μερικές φορές την εβδομάδα
 3) 1-3 φορές το μήνα
 4) λιγότερο από μια φορά το μήνα
 5) ποτέ
4. Πού παίζει συνήθως το παιδί σας; | Δ4 |
- 1) στο δρόμο
 2) σε αυλή, κήπο
 3) σε γήπεδο, παιδική χαρά, πάρκο ή πλατεία
 4) στο μπαλκόνι, στην ταράτσα
 5) δεν έχει χώρο να παίζει
5. Πηγαίνετε με το παιδί σας σε υπαίθριους χώρους (πάρκο, εξοχή ή αλλού) για άσκηση όπως: | Δ5 |
- | | α)κάθε εβδομάδα
ή πιο συχνά | β)1-3 φορές
το μήνα | γ)σπάνια | δ)ποτέ | |
|---|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------|
| 1) περπάτημα-περίπατο | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Δ5-1 |
| 2) άσκηση-αθλοπαιδιές
(ποδήλατο, τρέξιμο, μπάλα, κ.ά.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Δ5-2 |
6. Πόσες φορές περίπου την εβδομάδα βλέπει το παιδί σας τηλεόραση; | Δ6 |
- 1) κάθε μέρα
 2) πολύ συχνά (5-6 φορές)
 3) αρκετά συχνά (3-4 φορές)
 4) σπάνια (1-2 φορές)
 5) ποτέ
7. Τι παρακολουθεί πιο πολύ το παιδί σας στην τηλεόραση; | Δ7 |
- 1) τις παιδικές εκπομπές
 2) τις διαφημίσεις
 3) τις εκπομπές για μεγάλους
 4) ότι να 'ναι
8. Ζητά το παιδί σας είδη τροφίμων που είδε στην τηλεόραση; | Δ8 |
- Ναι Όχι
9. Αγοράζετε είδη τροφίμων που είδατε στην τηλεόραση; | Δ9 |
- 1) συχνά
 2) σπάνια
 3) ποτέ

Μέρος Ε.Το σπίτι σας

- | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|-------------------------------|
| 1. Πόσα άτομα (μεγάλοι και παιδιά) μένουν συνολικά στο σπίτι σας;
..... άτομα | | | <input type="checkbox"/> E1 |
| 2. Στο σπίτι σας μένουν: | | | <input type="checkbox"/> E2 |
| <input type="checkbox"/> 1) ο πατέρας του παιδιού | | | <input type="checkbox"/> E2-1 |
| <input type="checkbox"/> 2) η μητέρα του παιδιού | | | <input type="checkbox"/> E2-2 |
| <input type="checkbox"/> 3) τα αδέλφια του | | | <input type="checkbox"/> E2-3 |
| <input type="checkbox"/> 4) οι παππούδες | | | <input type="checkbox"/> E2-4 |
| <input type="checkbox"/> 5) άλλοι συγγενείς | | | <input type="checkbox"/> E2-5 |
| <input type="checkbox"/> 6) άλλοι συγγενείς με τα παιδιά τους | | | <input type="checkbox"/> E2-6 |
| 3. Το σπίτι που μένετε είναι: | | | <input type="checkbox"/> E3 |
| α) <input type="checkbox"/> 1) δικό σας (ιδιόκτητο) | | | <input type="checkbox"/> E3α |
| <input type="checkbox"/> 2) με ενοίκιο | | | |
| β) <input type="checkbox"/> 1) μονοκατοικία | | | <input type="checkbox"/> E3β |
| <input type="checkbox"/> 2) διαμέρισμα σε πολυκατοικία | | | |
| <input type="checkbox"/> 3) κάτι άλλο, τι; | | | |
| 4. Το σπίτι που μένετε είναι: | | | <input type="checkbox"/> E4 |
| <input type="checkbox"/> 1) υπόγειο | | | |
| <input type="checkbox"/> 2) ισόγειο | | | |
| <input type="checkbox"/> 3) πρώτος όροφος | | | |
| <input type="checkbox"/> 4) δεύτερος όροφος ή παραπάνω | | | |
| 5. Πόσα δωμάτια έχει το σπίτι σας εκτός από την κουζίνα και το μπάνιο;
.....δωμάτια | | | <input type="checkbox"/> E5 |
| 6. Τι χρησιμοποιείτε κυρίως για θέρμανση στο σπίτι σας; | | | <input type="checkbox"/> E6 |
| <input type="checkbox"/> 1) κεντρική θέρμανση | | | |
| <input type="checkbox"/> 2) σόμπα πετρελαίου | | | |
| <input type="checkbox"/> 3) ξυλόσομπα | | | |
| <input type="checkbox"/> 4) τζάκι | | | |
| <input type="checkbox"/> 5) αερόθερμο | | | |
| <input type="checkbox"/> 6) κάτι άλλο, τι; | | | |
| 7. Με τι κουζίνα και τι φούρνο μαγειρεύετε τις πιο πολλές φορές; | | | <input type="checkbox"/> E7 |
| <input type="checkbox"/> 1) ηλεκτρικά | | | |
| <input type="checkbox"/> 2) υγραερίου | | | |
| <input type="checkbox"/> 3) με ξύλα | | | |
| 8. Έχετε στο σπίτι σας: | | | <input type="checkbox"/> E8 |
| | Ναι | Όχι | |
| 1) τηλέφωνο | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> E8-1 |
| 2) τηλεόραση | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> E8-2 |
| 3) ψυγείο | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> E8-3 |
| 4) πλυντήριο ρούχων | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> E8-4 |
| 5) πλυντήριο πιάτων | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> E8-5 |
| 6) ηλεκτρική σκούπα | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> E8-6 |
| 7) θερμοσίφωνο | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> E8-7 |
| 8) ξεχωριστή κουζίνα
(ή κουζίνα τραπεζαρία) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> E8-8 |
| 9) εσωτερική τουαλέτα | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> E8-9 |

9. Έχετε αυτοκίνητο στην οικογένειά σας;

- Ναι Όχι

| E9 |

Μέρος ΣΤ.

Η οικογένειά σας

Σας παρακαλούμε να απαντήσετε στις ερωτήσεις που ακολουθούν και αφορούν το παιδί και τους γονείς του.

Το παιδί σας

1. Αν το παιδί σας δεν γεννήθηκε στην Ελλάδα ή έχει ζήσει σε άλλη χώρα:

- α) σε ποια χώρα γεννήθηκε;.....
 β) σε ποια πόλη ή χωριό ζούσε πριν έρθει στην Ελλάδα;.....
 γ) πότε ήρθε να ζήσει στην Ελλάδα; το έτος 19....., το μήνα.....
 δ) ποιο είναι το θρήσκευμά του;

| ΣΤ1 |

| ΣΤ1α |

| ΣΤ1β |

| ΣΤ1γ |

| ΣΤ1δ |

Οι γονείς.

2. Ζει η μητέρα του παιδιού;

- Ναι Όχι

Ποια είναι η ηλικία της;..... ετών

| ΣΤ2 |

| ΣΤ2-1 |

3. Αν η μητέρα του παιδιού δεν γεννήθηκε στην Ελλάδα:

- α) σε ποια χώρα γεννήθηκε;.....
 β) πού μένει τώρα (σε ποια πόλη ή χωριό);

| ΣΤ3 |

| ΣΤ3α |

| ΣΤ3β |

4. Ποιες είναι οι γραμματικές γνώσεις της μητέρας του παιδιού;

- 1) δεν έχει τελειώσει το δημοτικό
 2) έχει τελειώσει το δημοτικό
 3) τελείωσε το γυμνάσιο(3 ή 4 τάξεις)
 4) τελείωσε το λύκειο ή εξατάξιο γυμνάσιο
 5) τελείωσε μέση /τεχνική σχολή
 6) τελείωσε ανώτερη ή ανώτατη σχολή

| ΣΤ4 |

5. Εργάζεται η μητέρα του παιδιού;

- Ναι Όχι

Αν ναι, ποιο είναι το επάγγελμά της;

| ΣΤ5 |

| ΣΤ5-1 |

6. Καπνίζει η μητέρα;

- 1) όχι δεν καπνίζει
 2) καπνίζει μερικές φορές (περιστασιακά)
 3) καπνίζει καθημερινά μέχρι δέκα τσιγάρα
 4) καπνίζει καθημερινά πάνω από δέκα τσιγάρα

| ΣΤ6 |

7. Πίνει η μητέρα οινοπνευματώδη ποτά;

- Ναι Όχι

Αν ναι, πόσο συχνά; 1) μερικές φορές
 2) καθημερινά

| ΣΤ7 |

8. Ζει ο πατέρας του παιδιού;
 Ναι Όχι
 Ποια είναι η ηλικία του;..... ετών | ΣΤ8 |
| ΣΤ8-1 |
9. Αν ο πατέρας του παιδιού δεν γεννήθηκε στην Ελλάδα: | ΣΤ9 |
 α) σε ποια χώρα γεννήθηκε;..... | ΣΤ9α |
 β) πού μένει τώρα (σε ποια πόλη ή χωριό); | ΣΤ9β |
10. Ποιες είναι οι γραμματικές γνώσεις του πατέρα του παιδιού; | ΣΤ10 |
 1) δεν έχει τελειώσει το δημοτικό
 2) έχει τελειώσει το δημοτικό
 3) τελείωσε το γυμνάσιο (3 ή 4 τάξεις)
 4) τελείωσε το λύκειο ή εξατάξιο γυμνάσιο
 5) τελείωσε μέση /τεχνική σχολή
 6) τελείωσε ανώτερη ή ανώτατη σχολή
11. Ποιο είναι το επάγγελμα του πατέρα του παιδιού; | ΣΤ11 |

12. Καπνίζει ο πατέρας; | ΣΤ12 |
 1) όχι δεν καπνίζει
 2) καπνίζει μερικές φορές (περιστασιακά)
 3) καπνίζει καθημερινά μέχρι δέκα τσιγάρα
 4) καπνίζει καθημερινά πάνω από δέκα τσιγάρα
13. Πίνει ο πατέρας οινοπνευματώδη ποτά; | ΣΤ13 |
 Ναι Όχι
 Αν ναι, πόσο συχνά; 1) μερικές φορές
 2) καθημερινά
14. Έχει κανείς στο σπίτι κάποια χρόνια ασθένεια ή κάποια αναπηρία; | ΣΤ14 |
 Ναι Όχι
 Αν ναι, α) ποιος την έχει;..... | ΣΤ14α |
 β) τι ασθένεια ή αναπηρία έχει;..... | ΣΤ14β |
15. Οι γονείς του παιδιού είναι: | ΣΤ15 |
 1) παντρεμένοι
 2) διαζευγμένοι – χωρισμένοι
 3) ανύπαντροι
16. Πόσα παιδιά έχετε; | ΣΤ16 |

Το ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε από:

- 1) τη μητέρα
- 2) τον πατέρα
- 3) άλλο πρόσωπο, ποιο;

Ημερομηνία:...../...../ 199..

Αν υπάρχει κάτι άλλο σχετικό με τις συνήθειες διατροφής και τον τρόπο ζωής του παιδιού σας που θα θέλατε να μας πείτε, μπορείτε να μας το γράψετε:

.....

.....

.....

.....

✓ Παρακαλούμε επιστρέψτε το συμπληρωμένο ερωτηματολόγιο στο σχολείο του παιδιού σας

Ευχαριστούμε πολύ για τη βοήθειά σας.

