



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΑΓΩΓΗΣ & ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ  
ΣΤΗΝ ΠΡΩΙΜΗ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

## ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

### Η ΕΠΙΡΡΟΗ ΤΩΝ ΔΙΑΦΗΜΙΖΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΪΟΝΤΩΝ ΣΤΙΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΠΑΙΔΙΩΝ ΠΡΟΣΧΟΛΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

Καραδήμου Πηνελόπη (17504)

Νταή Κωνσταντίνα (17536)

Επιβλέπουσα: Νούσια Αλεξάνδρα, Ακαδημαϊκή υπότροφος

Ιωάννινα, Δεκέμβριος, 2020



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΑΓΩΓΗΣ & ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ  
ΣΤΗΝ ΠΡΩΙΜΗ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

## ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

# Η ΕΠΙΡΡΟΗ ΤΩΝ ΔΙΑΦΗΜΙΖΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΪΟΝΤΩΝ ΣΤΙΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΠΑΙΔΙΩΝ ΠΡΟΣΧΟΛΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

Καραδήμου Πηνελόπη (17504)

Νταή Κωνσταντίνα (17536)

Επιβλέπουσα: Νούσια Αλεξάνδρα, Ακαδημαϊκή υπότροφος

Ιωάννινα, Δεκέμβριος, 2020

# **THE INFLUENCE OF ADVERTISED PRODUCTS ON THE EATING HABITS OF PRESCHOOL AGE CHILDREN**

**Εγκρίθηκε από τριμελή επιτροπή:**

Ιωάννινα, 2020

**ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ:**

1. Επιβλέπουσα καθηγήτρια:

Νούσια Αλεξάνδρα

Ακαδημαϊκή υπότροφος

2. Μέλος επιτροπής:

Κανέλλου Νικολίτσα

Ειδικό Τεχνικό Εργαστηριακό Προσωπικό (Ε.Τ.Ε.Π.)

3. Μέλος επιτροπής:

Κανελλοπούλου Ελένη

Ακαδημαϊκή υπότροφος

Πρόεδρος του Τμήματος

Αρετούλη Ελένη

Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Νευροψυχολογίας

Υπογραφή

© Καραδήμου Πηνελόπη, Νταή Κωνσταντίνα, 2020.

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

### **Δήλωση μη λογοκλοπής:**

Δηλώνω υπεύθυνα και γνωρίζοντας τις κυρώσεις του Ν. 2121/1993 περί Πνευματικής Ιδιοκτησίας, ότι η παρούσα πτυχιακή εργασία είναι εξ ολοκλήρου αποτέλεσμα δικής μου ερευνητικής εργασίας, δεν αποτελεί προϊόν αντιγραφής ούτε προέρχεται από ανάθεση σε τρίτους. Όλες οι πηγές που χρησιμοποιήθηκαν (κάθε είδους, μορφής και προέλευσης) για τη συγγραφή της περιλαμβάνονται στη βιβλιογραφία.

Καραδήμου Πηνελόπη

Νταή Κωνσταντίνα

Υπογραφή

Υπογραφή

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε την επιβλέπουσα καθηγήτριά μας κ. Νούσια για την πολύτιμη βοήθεια και την καθοδήγηση, καθώς και για την καλή συνεργασία και το χρόνο που μας παρείχε για την ολοκλήρωση της πτυχιακής μας εργασίας.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι διατροφικές συνήθειες και προτιμήσεις διαμορφώνονται σε μεγάλο βαθμό κατά την παιδική ηλικία, συμβάλλοντας στην καλή υγεία του ατόμου καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής του. Η σωστή διατροφή βοηθάει τα παιδιά να μην έρχονται αντιμέτωπα με τις διατροφικές διαταραχές και κυρίως με την παχυσαρκία που είναι ένα συχνό φαινόμενο. Ακόμα έχει παρατηρηθεί ότι όσοι τρέφονται υγιεινά έχουν καλύτερη σωματική, νοητική αλλά και ψυχολογική υγεία.

Στόχος της παρούσας εργασίας είναι να μελετήσει τους κυριότερους παράγοντες που επιδρούν στην ανάπτυξη σωστών διατροφικών συνηθειών κατά την παιδική ηλικία, δίνοντας ιδιαίτερη έμφαση στον τρόπο που επηρεάζουν τα μέσα μαζικής ενημέρωσης και συγκεκριμένα η διαφήμιση τις διατροφικές συνήθειες των παιδιών.

Ένας από τους κυριότερους παράγοντες που επηρεάζει τη διατροφή των παιδιών είναι η τηλεόραση. Η τηλεόραση έχει εισβάλλει στην καθημερινότητα μας. Έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί τα τελευταία χρόνια φανερώνουν ότι τα παιδιά προσχολικής ηλικίας σπαταλούν πάνω από 4 ώρες ημερησίως μπροστά από μια οθόνη τηλεόρασης, παρόλο που αυτό επιβαρύνει την υγεία του παιδιού. Το ίδιο συμβαίνει και στην Ελλάδα μολονότι σε αυτές τις ηλικίες η έκθεση θα έπρεπε να είναι μηδενική.

Εκτός από την τηλεόραση, όμως, σημαντικοί παράγοντες που επηρεάζουν τη διατροφή του παιδιού είναι η οικογένεια αλλά και το σχολείο. Πρόκειται για δυο αλληλοσυμπληρωμένους θεσμούς, οι οποίοι μπορούν να βοηθήσουν το παιδί να αποκτήσει μια υγιή και ισορροπημένη διατροφή, με την εμπέδωση διατροφικών συνηθειών που θα το συντροφεύουν μέχρι την ενήλικη ζωή του.

Λέξεις κλειδιά : Παιδιά προσχολικής ηλικίας, διατροφή, διαφήμιση, τηλεόραση, Μ.Μ.Ε

## **ABSTRACT**

Eating habits and preferences are largely formed during childhood, contributing to the good health of the individual throughout his life. Proper nutrition helps children not to face eating disorders and especially obesity which is a common phenomenon. It has also been observed that those who eat healthy have better physically, mentally and psychologically health.

The aim of this study is to study the main factors that influence the development of proper eating habits in childhood, with particular emphasis on how the media and in particular advertising affect children's eating habits.

One of the factors that affects children's diet is television. Television has invaded our daily lives and according to a survey conducted in the United States of America, preschool children spend more than 4 hours a day in front of a television screen. The same is true in Greece, although at these ages the exposure should be zero.

Apart from television, however, important factors that affect the child's diet are the family and the school. These are two complementary institutions that can help the child to achieve a healthy and balanced diet by consolidating eating habits that will accompany it until adulthood.

**Keywords:** Preschool children, diet, advertising, television, media

# ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

|                                                                                |      |
|--------------------------------------------------------------------------------|------|
| ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ .....                                                              | vii  |
| ΠΕΡΙΛΗΨΗ .....                                                                 | viii |
| ABSTRACT .....                                                                 | ix   |
| ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ .....                                                     | x    |
| ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΙΚΟΝΩΝ .....                                                        | xiii |
| ΠΙΝΑΚΑΣ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ .....                                                   | xiv  |
| ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....                                                                 | xv   |
| 1. ΔΙΑΤΡΟΦΗ .....                                                              | 1    |
| 1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΑΞΙΑ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ .....                                       | 2    |
| 1.2 Η ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ .....                                                | 4    |
| 1.3 Η ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΣΤΗΝ ΠΡΟΣΧΟΛΙΚΗ ΚΑΙ ΣΧΟΛΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ .....                        | 7    |
| 1.3.1 ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΤΑ ΤΗ ΒΡΕΦΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ .....                                    | 7    |
| 1.3.2 ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΤΑ ΤΗ ΝΗΠΙΑΚΗ ΗΛΙΚΙΑ .....                                    | 9    |
| 1.3.3 ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΓΙΑ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ ΚΑΙ ΣΩΜΑΤΙΚΗ<br>ΑΝΑΠΤΥΞΗ .....        | 12   |
| 1.3.4 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΤΩΝ<br>ΠΑΙΔΙΩΝ ..... | 14   |
| 1.3.5 Η ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΣΗΜΕΡΑ .....                                      | 15   |
| 2. ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΚΑΙ ΠΑΙΔΙΚΗ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ .....                         | 17   |
| 2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ .....                                       | 19   |
| 2.2 ΒΟΥΛΙΜΙΑ .....                                                             | 20   |
| 2.2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ .....                                        | 20   |
| 2.2.2 ΑΙΤΙΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ .....                                         | 21   |
| 2.2.3 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ .....                                               | 23   |

|                                                                          |    |
|--------------------------------------------------------------------------|----|
| 2.2.4 ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑ Σ.....                                          | 23 |
| 2.2.5 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ .....                                       | 24 |
| 2.3 ΑΝΟΡΕΞΙΑ .....                                                       | 25 |
| 2.3.1 ΑΙΤΙΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ .....                                   | 26 |
| 2.3.2 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ .....                            | 28 |
| 2.3.3 ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ .....                                          | 29 |
| 2.3.4 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ .....                          | 30 |
| 2.4 ΠΑΙΔΙΚΗ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ .....                                             | 32 |
| 2.4.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ .....              | 32 |
| 2.4.2 ΑΙΤΙΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ .....                             | 34 |
| 2.4.3 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ .....                              | 40 |
| 2.4.4 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ .....                            | 44 |
| 3. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΙΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ..... | 47 |
| 3.1 ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ .....                                                     | 48 |
| 3.2 ΣΧΟΛΕΙΟ .....                                                        | 52 |
| 3.3. ΤΑ ΜΕΣΑ ΜΑΖΙΚΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ (Μ.Μ.Ε.) .....                           | 54 |
| 3.4 ΔΙΑΦΗΜΙΣΗ .....                                                      | 56 |
| 3.4.1 ΣΤΟΧΟΣ ΚΑΙ ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΤΩΝ ΔΙΑΦΗΜΙΣΕΩΝ .....                          | 57 |
| 3.4.2 ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΤΡΟΦΙΜΩΝ ΠΟΥ ΔΙΑΦΗΜΙΖΟΝΤΑΙ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ .....            | 59 |
| 3.4.3 ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΦΗΜΙΣΗΣ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ .....                           | 60 |
| 3.4.4. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΓΟΝΕΩΝ .....                                          | 61 |
| 4. ΣΧΕΔΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ / PROJECT .....                                       | 64 |
| 4.1 ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ PROJECT .....                                             | 64 |
| 4.2 ΑΦΟΡΜΗΣΗ PROJECT .....                                               | 64 |
| 4.2.1 Α΄ΦΑΣΗ : ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΤΟΥ ΣΧΕΔΙΟΥ ΕΡΓΑΣΙΑΣ .....                     | 64 |

|                                                          |    |
|----------------------------------------------------------|----|
| 4.2.1.1 ΤΙ ΓΝΩΡΙΖΟΥΝ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ – ΓΝΩΣΤΑ .....            | 65 |
| 4.2.1.2 ΤΙ ΘΑ ΗΘΕΛΑΝ ΝΑ ΜΑΘΟΥΝ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ – ΑΓΝΩΣΤΑ ..... | 65 |
| 4.2.1.3 ΣΧΕΔΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ .....                            | 66 |
| 4.2.2 Β΄ΦΑΣΗ : ΥΛΟΠΟΙΗΣΗ ΣΧΕΔΙΟΥ ΕΡΓΑΣΙΑΣ .....          | 66 |
| 4.2.2.1 ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ Β΄ΦΑΣΗΣ .....                     | 66 |
| 4.3 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ PROJECT .....                             | 74 |
| ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....                                       | 75 |

## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΙΚΟΝΩΝ

|                                                           |    |
|-----------------------------------------------------------|----|
| ΕΙΚΟΝΑ 1.2 [ΠΥΡΑΜΙΔΑ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ] .....         | 5  |
| ΕΙΚΟΝΑ 1.3.2 [Ο «ΔΕΚΑΛΟΓΟΣ» ΤΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ] ..... | 10 |
| ΕΙΚΟΝΑ 1.3.2β [ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΝΗΠΙΩΝ 1-2 ΕΤΩΝ] .....            | 11 |
| ΕΙΚΟΝΑ 1.3.2γ [ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΝΗΠΙΩΝ 2-3 ΕΤΩΝ] .....            | 11 |
| ΕΙΚΟΝΑ 2.4.2 [ΣΥΝΔΡΟΜΟ PRADER-WILLI] .....                | 39 |
| ΕΙΚΟΝΑ 2.4.2β [ΣΥΝΔΡΟΜΟ BARDET BIEDL] .....               | 40 |
| ΕΙΚΟΝΑ 2.4.3 [Ο ΚΥΚΛΟΣ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ] .....    | 43 |

## ΠΙΝΑΚΑΣ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ

Μ.Μ.Ε. .... Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης

Η. Β. .... Ηνωμένο Βασίλειο

Η.Π.Α. .... Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής

## Εισαγωγή

Σκοπός της παρούσας πτυχιακής εργασίας είναι η παράθεση δεδομένων, μέσω της βιβλιογραφικής ανασκόπησης η οποία βασίζεται σε διεθνή και ελληνική βιβλιογραφία, για την σπουδαιότητα της διατροφής για παιδιά προσχολικής και σχολικής ηλικίας, αλλά και την επιρροή που μπορεί να ασκήσει ο τομέας διαφήμιση στη διαμόρφωση των διατροφικών και καταναλωτικών τους προτιμήσεων.

Η μελέτη της διατροφής του παιδιού τις τελευταίες δεκαετίες παρουσιάζει έντονο ενδιαφέρον από τους ερευνητές, καθώς η συμβολή της στη σωματική, διανοητική και ψυχολογική ανάπτυξη των παιδιών είναι ιδιαίτερα σημαντική, ενώ η ανησυχία που εκφράζεται για τις συνέπειες της ανθυγιεινής διατροφής βρίσκει εφαρμογή σε μια σειρά προβλημάτων που ταλαιπωρεί το παιδί τόσο στην παιδική όσο και στη μετέπειτα ενήλικη ζωή του.

Στο πρώτο κεφάλαιο της εργασίας παρουσιάζεται η αξία και η σημασία της διατροφής, ιδίως για τα παιδιά προσχολικής και σχολικής ηλικίας. Αναλύεται το καταλληλότερο πρότυπο υγιεινής και σωστής διατροφής, η Μεσογειακή διατροφή, ενώ ταυτόχρονα εξετάζεται και το ιδεώδες διατροφικό πλάνο από τη βρεφική έως και την παιδική ηλικία, βάσει των αναγκών και των απαιτήσεων που συναντώνται στις αντίστοιχες ηλικιακές ομάδες, καθώς η διατροφή χρειάζεται να είναι ιδιαίτερα ισορροπημένη, να περιέχει τροφές απ' όλες τις ομάδες τροφίμων, ώστε ο οργανισμός να λαμβάνει τα απαραίτητα στοιχεία για την εκπλήρωση των αναγκών του.

Στη συνέχεια, ως δεύτερο κεφάλαιο, αναφέρονται και οι διάφορες διατροφικές διαταραχές, όπως είναι η βουλιμία και η ανορεξία, με το ενδιαφέρον να επικεντρώνεται στην παιδική παχυσαρκία. Το έντονο αυτό ενδιαφέρον, οφείλεται στο γεγονός πως η παχυσαρκία της παιδικής ηλικίας είναι μία χρόνια, νοσογόνος κατάσταση, η οποία αυξάνεται με ταχύτατους ρυθμούς σε όλες τις χώρες του κόσμου και η εμφάνισή της παίρνει επιδημικές διαστάσεις. Είναι άκρως ανησυχητικό ότι το ποσοστό παιδικής παχυσαρκίας στην Ελλάδα είναι από τα υψηλότερα στην Ευρώπη. Έχει διαπιστωθεί πως εκδηλώνεται εξαιτίας αλλαγών στη διατροφή, από μια μεσογειακού τύπου προς μια πιο «δυτικού» τύπου, στη στροφή προς κατανάλωση έτοιμου και «γρήγορου» φαγητού, καθώς και στην υπερκατανάλωση σακχάρων και μπορεί να προκαλέσει κοινωνικά και ψυχολογικά προβλήματα. Γι' αυτό είναι αναγκαίο να διερευνηθούν όλοι οι παράγοντες, γενετικοί και περιβαλλοντικοί, ώστε να οδηγηθούμε σε ασφαλή συμπεράσματα τόσο για τα αίτια όσο και για την επίδραση αυτών

στην ψυχοσωματική ανάπτυξη των παιδιών. Επιπροσθέτως, η χρόνια αυτή νόσος είναι συνυφασμένη με αυξημένο κίνδυνο για την εμφάνιση μίας σειράς νοσημάτων, όπως μεταξύ άλλων των καρδιαγγειακών, του διαβήτη τύπου II, του εγκεφαλικού, του καρκίνου και κατά συνέπεια με την αύξηση της θνησιμότητας που πηγάζει από τις προαναφερθείσες ασθένειες. Οι σοβαρές επιπτώσεις που εν δυνάμει την ακολουθούν, κρίνουν αναγκαία τόσο τη σωστή ενημέρωση, συνεπώς και την πρόληψη για την εμφάνιση παχυσαρκίας, καθώς και την έγκαιρη και άμεση αντιμετώπισή της.

Στο τρίτο κεφάλαιο, διερευνώνται οι παράγοντες που διαδραματίζουν καταλυτικό ρόλο στην επιρροή των διατροφικών συνηθειών σε παιδιά προσχολικής και σχολικής ηλικίας. Οι κυριότεροι εξ'αυτών είναι η οικογένεια, το σχολικό περιβάλλον, καθώς και τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης, με βασικότερη την τηλεόραση, μέσω των διαφημιζόμενων προϊόντων που προβάλλει. Η οικογένεια αποτελεί έναν αξιοσημείωτο παράγοντα διαμόρφωσης και επίδρασης των διατροφικών συνηθειών του παιδιού, διότι η στάση, οι αξίες, η διαπαιδαγώγηση και η προσοχή που εφιστά έχει άμεσες αλλά και έμμεσες συνέπειες στο παιδί. Ο ρόλος του οικογενειακού περιβάλλοντος και η επιρροή στις διατροφικές προτιμήσεις του παιδιού εξετάζονται μέσω διάφορων δεδομένων, όπως είναι η οικογενειακή κατάσταση, το εισοδηματικό και μορφωτικό επίπεδο των γονέων, ομοίως και η συμβολή του στη «μάστιγα» της εποχής που διέπει το δυτικό κόσμο, την παιδική παχυσαρκία. Το σχολικό περιβάλλον εκτός από ένα περιβάλλον μάθησης και διαπαιδαγώγησης με ισχυρό αντίκτυπο στο παιδί, λειτουργεί καθοριστικά και στη διαμόρφωση των διατροφικών του επιλογών, ιδίως στην πρώιμη και πρώτη παιδική ηλικία. Ο ρόλος του παιδαγωγού, οι πρακτικές διαπαιδαγώγησης που εφαρμόζει και το εκπαιδευτικό πρόγραμμα που ακολουθείται είναι ικανά ώστε να εμφυσήσουν στο παιδί μια υγιεινή διατροφική αγωγή ή και το αντίθετο.

Από τους τρεις προαναφερόμενους παράγοντες που επιδρούν στις διατροφικές προτιμήσεις των παιδιών, ο παράγων διαφήμιση αποτελεί τον σημαντικότερο στην παρούσα πτυχιακή εργασία και τον τομέα κύριο διερεύνησης και εστίασης του τρίτου κεφαλαίου. Δεδομένου ότι τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης αποτελούν αναπόσπαστο κομμάτι της καθημερινότητας όλων, συμπεριλαμβανομένου και των παιδιών, η επιρροή που ασκούν τα τηλεοπτικά προγράμματα δια των διαφημίσεών τους, είναι καίριας σημασίας. Έρευνες που κατά καιρούς διεξήχθησαν, καταδεικνύουν πως η πολύωρη έκθεση στην τηλεόραση συνεπάγεται κυρίως αρνητικών επιδράσεων στις προτιμήσεις των παιδιών αναφορικά με τις διατροφικές τους προτιμήσεις, ωστόσο αυτό εξαρτάται και από διάφορες συνιστώσες. Καθοριστικό ρόλο

σε αυτή τη διαπίστωση κατέχει η αυξητική τάση των ποσοστών της παιδικής παχυσαρκίας και των συναφών διατροφικών προβλημάτων υγείας. Λαμβάνοντας αυτό υπόψιν, ο ρόλος της οικογένειας στην προστασία του παιδιού κατά της επιρροής των διαφημίσεων και των διάφορων τακτικών που εφαρμόζουν, με σκοπό να προσελκύσουν το παιδικό ενδιαφέρον, είναι ζωτικής σημασίας. Τα παιδιά δεν κατέχουν την απαιτούμενη ωριμότητα και κριτική σκέψη – αντίληψη ώστε να κατανοήσουν τις αρνητικές επιδράσεις των τηλεοπτικών διαφημίσεων και ως αποτέλεσμα το ενδιαφέρον τους εστιάζει στα «κόλπα» των μάρκετινγκ. Συνεπώς, οι γονείς είναι εκείνοι που θα πρέπει να θεσπίσουν τα ανάλογα όρια και παρεμβάσεις, προκειμένου να αντιμετωπιστεί η καταναλωτική προτίμηση για ανθυγιεινές τροφές, όπως είναι τρόφιμα με υψηλή περιεκτικότητα σε σάκχαρα, λίπη και αλάτι, που εμφανίζεται στις παιδικές ηλικίες, ως προς τα διαφημιζόμενα αυτά προϊόντα.

Ως τελευταίο και τέταρτο κεφάλαιο, παρουσιάζεται ένα σχέδιο εργασίας – project, αντίστοιχο της θεματικής της εργασίας. Σκοπός είναι, μέσω παιγνιωδών δραστηριοτήτων τα παιδιά να μπορέσουν να διακρίνουν την υγιεινή από την ανθυγιεινή διατροφή, καταλήγοντας να επιλέγουν την πρώτη βάσει των ωφέλιμων ιδιοτήτων της, αλλά και να κατανοήσουν τις επιπτώσεις της δεύτερης.

## Κεφάλαιο 1<sup>ο</sup> – Διατροφή

Στο παρών κεφάλαιο εξετάζεται η διατροφή σε γενικά πλαίσια, περιλαμβάνοντας πιο συγκεκριμένα διάφορους ορισμούς που έχουν αποδοθεί σχετικά με το τι είναι η διατροφή, ποια είναι η αξία και η σημασία της στη ζωή του ανθρώπου και πιο συγκεκριμένα των παιδιών προσχολικής και σχολικής ηλικίας. Ακόμη, γίνεται αναφορά στις αρχές της Μεσογειακής διατροφής και τα οφέλη που προκύπτουν από ένα διαιτολόγιο με πρότυπο αυτή. Ως τελευταία υποενότητα, παρουσιάζονται οι διατροφικές ανάγκες και συνήθειες που πρέπει να διέπουν την προσχολική και σχολική ηλικία, με σκοπό τη βέλτιστη, σωστή και ολόπλευρη ανάπτυξη των παιδιών.

Είναι γνωστό ότι η σωστή διατροφή είναι προϋπόθεση για την εξασφάλιση της υγείας αλλά και της μακροζωίας. Η σχέση διατροφής και υγείας είχε γίνει αντιληπτή από την αρχαιότητα, όταν ο Ιπποκράτης – πατέρας της ιατρικής – τη θεώρησε «κλειδί» της καλής υγείας.

Η σωστή διατροφή συμβάλλει στην ομαλή ανάπτυξη των παιδιών και την υγεία τους. Είναι γεγονός ότι το μεγαλύτερο ενδιαφέρον για τη διατροφή του ανθρώπου έχει επικεντρωθεί στην παιδική ηλικία, διότι είναι η περίοδος κατά την οποία αναπτύσσεται ο ανθρώπινος οργανισμός. Σε αυτήν την ηλικιακή φάση εγκαθίστανται αλλά και διαμορφώνονται οι διαιτητικές συνήθειες που θα ακολουθεί το παιδί και κατά την ενηλικίωσή του (Λάγιου, 1996). Η σωστή διατροφή αποτελεί έναν από τους βασικούς παράγοντες του εξωτερικού περιβάλλοντος που επηρεάζει συστηματικά την ασφάλεια και τη διατήρηση του καλού επιπέδου της υγείας μέχρι το τέλος της ζωής (Τούντας, 2000).

Η διατήρηση της υγείας περιλαμβάνει την πρόληψη και τη θεραπεία μη μεταδοτικών ασθενειών, καθώς και τη διαχείριση του βάρους (Παπανικολάου, 2009., Μουλινός, 2013). Η διατροφή σε ολόκληρο τον κύκλο ζωής είναι ένα θεμελιώδες ζήτημα που απαιτεί έρευνα έτσι ώστε οι συστάσεις για θρεπτικά συστατικά να «ταιριάζουν» με τις πραγματικές φυσιολογικές ανάγκες του ατόμου (Biesalski, Konrad, 2008).

Ένα ισορροπημένο διαιτολόγιο θα πρέπει να ακολουθείται, με επαρκείς ποσότητες θρεπτικών συστατικών και ενέργεια. Ο ανθρώπινος οργανισμός για να μπορέσει να διατηρηθεί στην ζωή και να επιτελέσει όλες του τις λειτουργίες – σωματικές, γνωστικές, ανοσολογικές, ψυχικές - χρειάζεται να λαμβάνει συγκεκριμένα ποσοστά ενέργειας. Το σώμα μας διατηρεί την ενεργειακή ισορροπία - άρα και το βάρος μας - σε ένα σταθερό εύρος μέσω

ενός συστήματος που δέχεται ενημερωτικά σήματα για την κατάσταση των αποθεμάτων ενέργειας και στέλνει σήματα που επηρεάζουν την ενεργειακή πρόσληψη και δαπάνη (Κατσαρόλη, 2017).

Αντίθετα, ένα κακό διαιτολόγιο, μπορεί να προκαλέσει προβλήματα υγείας και σοβαρές ασθένειες όπως είναι η τύφλωση, η αναιμία, το σκορβούτο, η πρόωρη γέννηση, η θνησιμότητα και ο κρετινισμός, οξύ υποσιτισμό, γνωστό και ως σύνδρομο Kwashiorkor ή υποαλβουμινικός υποσιτισμός, και το «μαρασμό» σε χρόνιες περιπτώσεις υποσιτισμού, μια παθολογική κατάσταση που εμφανίζεται σε παιδιά και χαρακτηρίζεται από αδύνατο σώμα και καχεκτική ανάπτυξη (Whitney & Rolfes, 2013).

## **1.1 Ορισμός και αξία της διατροφής**

Ετυμολογικά, η λέξη διατροφή ερμηνεύεται ως «η λήψη της τροφής μέσω ενός συστήματος ή κάποιας οδού (διά + τροφή)». Οι διεργασίες της διατροφής περιλαμβάνουν την πρόσληψη, την πέψη, την απορρόφηση και τον μεταβολισμό της τροφής. Συνεπώς, η διατροφή ενός ατόμου αποτελείται από το σύνολο των γευμάτων που καταναλώνει. Τα τρόφιμα – επεξεργασμένα ή μη – απαρτίζονται από όλα τα προϊόντα φυτικής ή και ζωικής προέλευσης, τα οποία καταναλώνονται από τον άνθρωπο, με απώτερο σκοπό να αναπτύξει, διατηρήσει και αναπλάσει τους ιστούς του, όταν είναι πλούσια σε θρεπτικά συστατικά και ενέργεια (Γκανιάτσα, 2010).

Άλλοι ορισμοί που έχουν δοθεί για τη διατροφή, διατυπώθηκαν ως εξής: «Η πρόσληψη τροφής σχετίζεται με τις διατροφικές ανάγκες του σώματος. Η ισορροπημένη διατροφή σε συνδυασμό με την τακτική σωματική δραστηριότητα αποτελεί τον θεμέλιο λίθο της καλής υγείας», επίσης, «Το σύνολο των διεργασιών που εμπλέκονται στην πρόσληψη και εκμετάλλευση ουσιών της τροφής από τους ζώντες οργανισμούς. Οι διεργασίες αυτές περιλαμβάνουν την πρόσληψη, πέψη, απορρόφηση και μεταβολισμό της τροφής» (Αδαμίδου, 2012. , Μάνος, 1997., Νζέϊμ, 2014). Με απλά λόγια, η διατροφή είναι η μελέτη της λειτουργίας των τροφίμων στο σώμα μας, η πηγή για την ενέργεια μας και το μέσο με το οποίο τα θρεπτικά συστατικά μπορούν να συνεισφέρουν στη σωστή λειτουργία του ανθρώπινου οργανισμού (Νζέϊμ, 2014).

Όσον αφορά την προληπτική και θεραπευτική αξία της διατροφής απέναντι στην ανάπτυξη χρόνιων ασθενειών έχει αναγνωριστεί περίπου δύο χιλιάδες χρόνια πριν, όπου σύμφωνα με τη θεωρία του Ιπποκράτη, «Η τροφή σου είναι το φάρμακό σου και το φάρμακό σου η τροφή σου». Η διατροφή αποτελεί κύριο και μοναδικό παράγοντα για την ανάπτυξη του σώματος, την καλή λειτουργία του, την διατήρηση της υγείας και την προστασία από τις διάφορες ασθένειες. Όλα αυτά ισχύουν γιατί μέσω της διατροφής και των τροφίμων που επιλέγουμε, λαμβάνουμε όλα τα θρεπτικά συστατικά αλλά και το νερό που χρειάζεται ο οργανισμός μας προκειμένου να επιτελέσει όλες τις κύριες λειτουργίες του. Με μία σωστή και υγιεινή διατροφή, καθώς και τους σωστούς συνδυασμούς τροφίμων, μπορούμε και προσλαμβάνουμε τη σωστή ποσότητα θρεπτικών συστατικών που χρειάζεται ο ανθρώπινος οργανισμός. Έχοντας τη γνώση της σωστής διατροφής και κάνοντας σωστές επιλογές σχετικά με τις τροφές που προτιμούμε να καταναλώνουμε, θα αποκτήσουμε μια βέλτιστη υγεία κατά τη διάρκεια της ζωής μας και θα αποφύγουμε την εμφάνιση παχυσαρκίας, καθώς και πολλές από τις πιο διαδεδομένες χρόνιες ασθένειες που υπάρχουν σήμερα, - παθήσεις της καρδιάς, διαβήτη τύπου 2, καρκίνο, υπέρταση - διότι αρκετές από αυτές, είτε εμφανίζονται ή/και επιδεινώνονται εξαιτίας μίας κακής διατροφής και αντιθέτως μπορούν να προληφθούν ή να βελτιωθούν με μία σωστή και ισορροπημένη διατροφή (Νζέϊμ, 2014).

Ειδικότερα και πιο συγκεκριμένα, επειδή τα παιδιά της προσχολικής ηλικίας εξακολουθούν να αναπτύσσουν τις διατροφικές τους συνήθειες, χρειάζονται ενθάρρυνση και καθοδήγηση προκειμένου να καταναλώνουν υγιεινά γεύματα και σνακ, συνεπώς να μάθουν και την αξία της διατροφής από πολύ νωρίς. Η σωστή και υγιεινή διατροφή σε αυτή την ηλικιακή ομάδα αποτελεί θεμέλιο λίθο για την ολόπλευρη ανάπτυξη των παιδιών – σωματική, πνευματική, νοητική, ψυχική – και τη σωστή λειτουργία του οργανισμού τους, συμβάλλει στην παραγωγή νέων κυττάρων, δημιουργούνται αποθήκες θρεπτικών συστατικών και τα παιδιά κρίνονται ικανά να ανταπεξέλθουν στις καθημερινές τους ανάγκες (Ζαμπέλας, 2003., Φωλιάδη, χ.χ.). Για το λόγο αυτό και σύμφωνα με στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας κρίνεται αναγκαία η παρέμβαση στις διατροφικές συνήθειες των παιδιών προσχολικής και σχολικής ηλικίας, ώστε να προληφθούν οι διάφορες επιπτώσεις στην υγεία των παιδιών, οι οποίες και εμφανίζονται ως επακόλουθο λανθασμένων ή και φτωχικών διατροφικών συνηθειών (Φωλιάδη, χ.χ.).

## 1.2 Η Μεσογειακή διατροφή

Ο όρος Μεσογειακή Διατροφή επινοήθηκε από τον φυσιολόγο Άνσελ Κις για να περιγράψει ένα μοντέλο διατροφής που ακολούθησαν οι λαοί των εφτά μεσογειακών χωρών (Smith, 2009). Το 1993 στη Διεθνή Διάσκεψη για τις Μεσογειακές Διατροφές, αποφασίστηκε το τι θα θεωρείται μεσογειακή διατροφή και το 1995 μια ομάδα επιστημόνων του Πανεπιστημίου Χάρβαρντ δημιούργησε την Πυραμίδα της Μεσογειακής Διατροφής (Simopoulos, 1991).

Η μεσογειακή δίαιτα δεν είναι ένα ειδικό διαιτητικό σχήμα ή ένα διαιτητικό πρόγραμμα, αλλά ένα σύνολο διατροφικών συνηθειών. Με τον όρο «Μεσογειακή Δίαιτα» εννοούμε τη δίαιτα των Ελλήνων, Ιταλών, Γάλλων, Ισπανών, Κυπρίων και Πορτογάλων, των οποίων οι διατροφικές συνήθειες παρουσιάζουν αρκετά κοινά σημεία μεταξύ τους. Εξάιρεση αποτελούν μόνο κάποιοι από τους λαούς της Β. Αφρικής που έχουν εντελώς διαφορετική φιλοσοφία ζωής και αντίστοιχα διαφορετικά διατροφικά πρότυπα (Λάγιου, 1996).

Η Μεσογειακή διατροφή αναφέρεται στις διαιτητικές συνήθειες και στον τρόπο ζωής που επικράτησαν το 1960 κυρίως στην ευρύτερη περιοχή της Μεσογείου (Λάγιου, 1996). Είναι ένα υπόδειγμα διατροφής, ένας οδηγός που χρησιμοποιούν οι διαιτολόγοι για τη διατήρηση της υγείας του ατόμου. Με λίγα λόγια, προσφέρει πρακτικές οδηγίες για υγιεινή διατροφή και μας δείχνει τι πρέπει να τρώμε. Όσο πιο ψηλά στην πυραμίδα βρίσκεται μία τροφή, σε τόσο μικρότερες ποσότητες πρέπει να καταναλώνεται κάθε μέρα, ενώ το αντίθετο ισχύει για τις τροφές που βρίσκονται σε χαμηλότερα επίπεδα αυτής.

Η Μεσογειακή διατροφή έχει περιγραφεί ως η ιδανικότερη διατροφή για μακροβιότητα και τη μείωση της θνησιμότητας από χρόνια νοσήματα, όπως οι καρδιακές παθήσεις και διάφορες μορφές καρκίνου. Ως βασικό της λιπίδιο είναι το ελαιόλαδο, το οποίο περιέχει μονοακόρεστα λιπαρά οξέα. Χαρακτηριστικό είναι επίσης η υψηλή κατανάλωση φρούτων και δημητριακών, η μέτρια κατανάλωση γαλακτοκομικών προϊόντων, η μέτρια / ή και υψηλή κατανάλωση ψαριών και η μικρή κατανάλωση κόκκινου κρέατος. Τα οφέλη στην υγεία του ανθρώπου που ακολουθεί το πρότυπο της μεσογειακής διατροφής προέρχονται από το διαιτολόγιό της ως σύνολο και όχι από κάποιο μεμονωμένο συστατικό του (Χασαπίδου & Φαχαντίδου, 2002), ενώ η σημασία του μεσογειακού προτύπου διατροφής για την πρωτογενή πρόληψη μείζονος σημασίας χρόνιων νοσημάτων, αλλά κυρίως για τη μείωση της συνολικής θνησιμότητας σε πληθυσμιακό επίπεδο διαπιστώθηκε μέσα από την μετα-ανάλυση μελετών που είχαν ελέγξει την συσχέτιση μεταξύ συμμόρφωσης στην

Μεσογειακή Δίαιτα, θνητότητας από διάφορα αίτια και εμφάνισης χρόνιων νοσημάτων, σε επίπεδο πρωτογενούς πρόληψης. Ειδικότερα και σύμφωνα με τον Βαραγιάννη (2017) , ο οποίος θεωρεί αυτό το μοντέλο διατροφής ως «χρυσή τομή» της διατροφής, με ένα διαιτολόγιο βασισμένο στο πρότυπο της Μεσογειακής διατροφής λαμβάνουμε όλα τα αναγκαία μέταλλα, βιταμίνες και αντιοξειδωτικά που χρειάζεται ο ανθρώπινος οργανισμός. Ακόμη, λόγω των υψηλών επιπέδων φυτικών ινών, η Μεσογειακή διατροφή επιβραδύνει την διαδικασία της πέψης, και προλαμβάνει την εκτίναξη στα ύψη των επιπέδων σακχάρων στο αίμα, μειώνοντας και την ανοχή στην ινσουλίνη. Οι επαρκείς ποσότητες φρούτων, όπως πορτοκάλια, μήλα και ειδικά σταφύλια, όπως και λαχανικών και ξηρών καρπών, ενισχύουν την δράση του ανοσοποιητικού συστήματος, υποστηρίζοντας ταυτόχρονα τον οργανισμό να αντισταθεί στην αλλεργική ρινίτιδα και στα συμπτώματα του άσθματος. Επιπρόσθετα, ως τύπος διατροφής βασίζεται στην αντίληψη ότι δεν πρέπει να υπάρχει περιορισμός στα λιπαρά που καταναλώνουμε, απλώς να διαλέγουμε και να προτιμούμε καλύτερα λιπαρά. Συνεπώς, προσλαμβάνουμε πολύ λιγότερα κορεσμένα λιπαρά, αλλά τα φρέσκα τρόφιμα που καταναλώνουμε μας προσφέρουν σημαντικά υγιεινά λιπαρά, όπως τα απαραίτητα ω-3.



Εικόνα 1.2 : Πυραμίδα Μεσογειακής Διατροφής

<https://www.koinignomi.gr/sites/default/files/styles/large/public/users/antonis-mpoympas/2014/11/795408524.jpg?itok=oAzWbMKu&slideshow=true&slideshowAuto=true&slideshowSpeed=4000&speed=350&transition=elastic>

Πέραν των διατροφικών απαιτήσεων και αξιώσεων της Μεσογειακής διατροφής, σημαντική κρίνεται και η ημερήσια κατανάλωση νερού έως και δύο λίτρα. Το νερό θα πρέπει να αποτελεί βασική πηγή πρόσληψης υγρών και να προτιμάται για τα παιδιά έναντι των αναψυκτικών, τα οποία περιέχουν υψηλές ποσότητες σε ζάχαρη. (Βισότζκι, κ.ά. 2012., Κατημερτζόγλου & Κουτή, 2010., Χαρατσή-Γιωτάκη, 2007). Ωστόσο, περαιτέρω ενυδάτωση στον οργανισμό μπορεί να επιτευχθεί με φυσικούς χυμούς, αφεψήματα χωρίς προσθήκη ζάχαρης, χαμηλά σε νάτριο και λίπη. Η ενυδάτωση του εκάστοτε οργανισμού συνδέεται άρρηκτα με την ηλικία, τις προσωπικές ανάγκες, τις περιβαλλοντικές συνθήκες, καθώς και τη φυσική δραστηριότητα του ατόμου (Bach-Faig et al., 2011). Επιπρόσθετα, ένα από τα πιο δημοφιλή χαρακτηριστικά της Μεσογειακής διατροφής είναι ότι συμπεριλαμβάνεται και η κατανάλωση ενός ποτηριού κόκκινου κρασιού σε τακτική βάση. Το κρασί, εξαιτίας των αντιοξειδωτικών που περιέχει, μπορεί να προστατεύσει την υγεία της καρδιάς, προλαμβάνοντας τη δημιουργία θρόμβων σε αυτή. Μερικά ακόμα οφέλη είναι ότι μπορεί να συνεισφέρει στην πρόληψη καρκίνου του μαστού, αλλά και ότι έχει αντιγηραντικές ιδιότητες (Διάκος, 2017). Αξίζει να σημειωθεί πως οι μεταβλητές ποσότητες κρασιού καταναλώνονται συνήθως με τα γεύματα (Αντωνοπούλου & Δημόπουλος, 2001., Τριχοπούλου, 2010., Trichopoulou, Bamia & Trichopoulos, 2005).

Τα παιδιά θα πρέπει να λαμβάνουν τέσσερα γεύματα, συμπεριλαμβανομένου και του πρωινού. Ακόμη, πρέπει να αποφεύγεται η κατανάλωση έτοιμων τροφίμων μεγάλης θερμιδικής αξίας. Μεγάλη σημασία θα πρέπει να δίνεται και στις μερίδες των φαγητών των παιδιών, οι οποίες θα πρέπει να είναι σύμφωνες με την ηλικία και το μέγεθος σώματος του κάθε παιδιού (Βισότζκι, κ.ά., 2012., Κατημερτζόγλου & Κουτή, 2010., Χαρατσή-Γιωτάκη, 2007).

Εκτός, από τη διαδεδομένη Μεσογειακή διατροφή, επιστημονικές έρευνες έχουν καταλήξει στο συμπέρασμα πως ένα επιπλέον ιδεώδες διατροφικό μοντέλο αποτελεί η Κρητική διατροφή. Η Κρητική διατροφή στηρίζεται στην κατανάλωση διατροφικών ομάδων, παρεμφερών με εκείνων της Μεσογειακής διατροφής. Βασικά στοιχεία αυτής αποτελούν τα δημητριακά, τα λαχανικά, τα όσπρια, τα φρούτα, το ελαιόλαδο, οι ελιές, τα ψάρια, οι ξηροί καρποί, η ελάχιστη κατανάλωση κόκκινου κρέατος και η μικρή κατανάλωση γαλακτοκομικών προϊόντων. Όλα αυτά, αποτελούν στοιχεία που συντελούν στην απώλεια βάρους, αλλά και στη διατήρηση αυτού (Ζαμπέλας, 2003). Η υψηλή κατανάλωση δημητριακών και οσπρίων, η μέτρια κατανάλωση κρασιού και ψαριού με τη συνδυαζόμενη

χαμηλή πρόσληψη χοληστερόλης τροφής, κορεσμένων και τρανς λιπαρών οξέων, αποτελούν την ειδοποιό διαφορά της ευεργετικής παραδοσιακής Κρητικής διατροφής (Λάγιου, 1996).

### **1.3 Η διατροφή στην προσχολική και σχολική ηλικία**

Κατά τη διάρκεια της προσχολικής ηλικίας συντελείται η διάπλαση της σωματικής και πνευματικής ανάπτυξης των παιδιών, στην οποία η διατροφή διαδραματίζει κυρίαρχο ρόλο, καθώς τα παιδιά την περίοδο αυτή έχουν αυξημένες ανάγκες για πρόσληψη θρεπτικών συστατικών. Προκειμένου να ικανοποιούν τις αυξημένες ανάγκες σε σχέση με την ενήλικη ζωή κρίνεται απαραίτητη μια ισορροπημένη διατροφή, πλούσια σε θρεπτικά συστατικά (Χασαπίδου & Φαχαντίδου, 2002). Η παιδική ηλικία αποτελεί ένα κρίσιμο στάδιο στη διαμόρφωση των διατροφικών συνηθειών και στην υιοθέτηση προτύπων φυσικής άσκησης. Τα παιδιά δεν γεννιούνται με έμφυτη την ικανότητα να επιλέγουν μια θρεπτική διατροφή (Sporny & Contento, 1995), ενώ οι συνήθειες, αρέσκειες, αποστροφές σχετικά με το φαγητό δημιουργούνται συνήθως τα πρώτα χρόνια της ζωής και μεταφέρονται και στην ενήλικη ζωή (Ζαμπέλας, 2003). Η σωστή διατροφή αποτελεί ένα σημαντικό μέσο, για την εξασφάλιση μιας ομαλής ανάπτυξης του παιδιού και για την πρόληψη εμφάνισης διαταραχών στη μετέπειτα ζωή τους (Γεωργακάκης, 2003). Επίσης, η υιοθέτηση ενός υγιεινού διαιτολογίου συμβάλλει στη βελτίωση της σχολικής απόδοσης, στην ικανότητα συγκέντρωσης στα μαθήματα και επιδρά θετικά στο δείκτη ευφυΐας των μαθητών. Οι διατροφικές συνήθειες της παιδικής ηλικίας διατηρούνται κατά κανόνα και στην ενήλικη ζωή, γι' αυτό πρέπει να διαμορφώνονται από την αρχή σωστά. Οι συνήθειες αυτές δύσκολα τροποποιούνται αργότερα και αυτό αποτελεί έναν επιπλέον λόγο που οι ερευνητές, διεθνώς, έχουν εστιάσει την προσοχή τους στις διατροφικές συνήθειες της παιδικής ηλικίας (Παπαλαζάρου, 2003).

#### **1.3.1 Διατροφή κατά τη βρεφική ηλικία**

Ο πρώτος χρόνος της ζωής ή αλλιώς βρεφική ηλικία είναι η σημαντικότερη περίοδος για την ανάπτυξη και τις αλλαγές σε όλο μας το σώμα (Andrews, 2019). Η διατροφή στην βρεφική ηλικία αποτελεί θεμέλιο λίθο, όχι μόνο για να υπάρχει μια σωστή και υγιής ανάπτυξη κατά την παιδική ηλικία, αλλά και για την υγεία στην ενήλικη ζωή (Κόκκαλη, 2014). Η διατροφή των βρεφών, σύμφωνα με τον Γεωργακάκη (2003) τον πρώτο χρόνο της

ζωής τους και ιδιαίτερα κατά το πρώτο εξάμηνο αποτελείται κατά κόρον από το μητρικό γάλα, το οποίο όπως και έχει αποδειχθεί υπερέχει έναντι των υπολοίπων μορφών γάλακτος. Μονάχα στην περίπτωση που παρουσιαστούν διαταραχές, όπως ανεπαρκής πρόσληψη βάρους, έλλειμμα ούρων, πράσινα κόπρανα, συνίσταται η μεικτή διατροφή, δηλαδή συμπλήρωμα τροποποιημένου αγελαδινού γάλακτος, πέραν της χορήγησης του μητρικού. Τα οφέλη του μητρικού γάλακτος είναι πολλαπλά, καθιστώντας το την τροφή με την ιδανικότερη σύσταση για την υγιή ανάπτυξη του βρέφους, δεδομένου ότι περιέχει θρεπτικά στοιχεία που είναι αναγκαία στο βρέφος. Τα συστατικά του αποτελούνται από εύπεπτες πρωτεΐνες, υδατάνθρακες, λιπίδια, καθώς και αντισώματα και άλλους προστατευτικούς παράγοντες, που δεν υπάρχουν στο ξένο γάλα και παίζουν καθοριστικό ρόλο στην άμυνα του οργανισμού του βρέφους (Γεωργίου, χ.χ.). Εκτός από τα θρεπτικά στοιχεία, ο θηλασμός παρέχει στα παιδιά και συναισθηματική ασφάλεια, κάνοντας το παιδί να νιώθει πιο ανεξάρτητο και του δίνει την δυνατότητα να ενδυναμώσει την συναισθηματική και γνωστική του ανάπτυξη. Αυτά τα στοιχεία κάνουν το μητρικό γάλα ακόμα πιο σημαντικό και μοναδικό δίνοντας έτσι στα παιδιά την πιο ιδανική μορφή σίτισης (Κόκκαλη, 2014).

Στη διάρκεια της δεύτερης βρεφικής ηλικίας (6-12μηνών) και πιο συγκεκριμένα στην περίοδο του 6<sup>ου</sup> και 8<sup>ου</sup> μήνα, ξεκινάει η χορήγηση των στερεών τροφών στο βρέφος – διαδικασία γνωστή και ως απογαλακτισμός – , καθώς ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) το 2002, στο πλαίσιο της παγκόσμιας στρατηγικής για την διατροφή του βρέφους και του μικρού παιδιού, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η εισαγωγή των στερεών τροφών στο διατροφολόγιο του παιδιού θα πρέπει να γίνεται μετά την συμπλήρωση του 6ου μήνα ζωής, ήτοι με το πέρας 180 ημερών από τη γέννηση (Ινστιτούτο Προληπτικής Περιβαλλοντικής και Εργασιακής Ιατρικής, 2014). Ωστόσο, για να ξεκινήσει το βρέφος ηλικίας έξι μηνών την στερεά τροφή θα πρέπει να υπάρχουν και ορισμένες προϋποθέσεις, όπως για παράδειγμα να μπορεί να στηρίζει το κεφάλι του ή να το κουνά γιατί δεν θέλει να τραφεί, να κοιτάζει το φαγητό του και να ανοίγει το στόμα του (Κόκκαλη, 2014). Η εισαγωγή σε αρχικό πλαίσιο γίνεται με τη μορφή πολτοποιημένων τροφών, κυρίως σε σύσταση κρέμας και τα ημερήσια γεύματα που θα πρέπει να λαμβάνει ένα βρέφος ανέρχονται στα πέντε (05), αρχικώς σε μικρές ποσότητες με την εισαγωγή τους να γίνεται σταδιακά. Με το πέρας του 8<sup>ου</sup> μήνα εισάγονται στο διαιτολόγιο του παιδιού και τα ζυμαρικά, οι κρόκοι αυγού (έως τρεις σε διάρκεια μίας εβδομάδας) σε ημιστερεή μορφή και

στον 12<sup>ο</sup> μήνα προστίθενται και τα ασπράδια του αυγού, πολτοποιημένα κι αυτά (Γεωργακάκης, 2003).

### **1.3.2 Διατροφή κατά τη νηπιακή ηλικία**

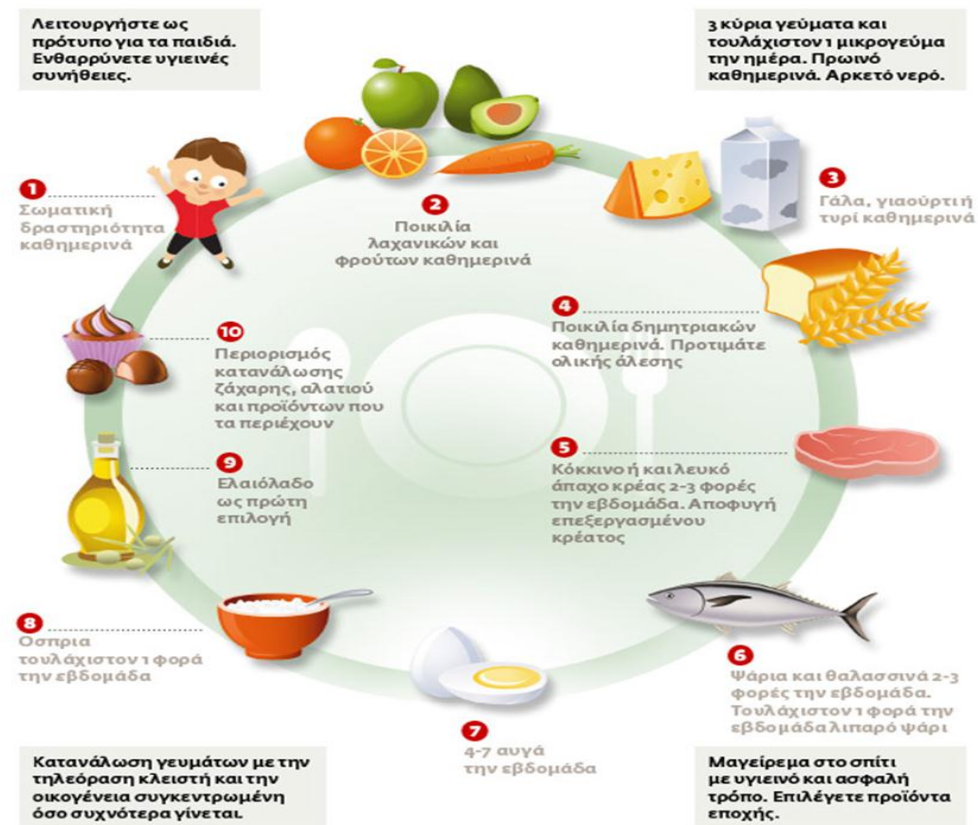
Κατά τη διάρκεια της νηπιακής ηλικίας τα παιδιά θα πρέπει να καταναλώνουν γεύματα που περιέχουν τις απαραίτητες θερμίδες οι οποίες και ορίζονται περίπου σε 40Kcal/Kg (Trumbo, Schlicker, Yates & Poos, 2002). Για την δημιουργία ενός ισορροπημένου και ταυτόχρονα υγιεινού διαιτολογίου στην ηλικία αυτή χρειάζεται να υπάρχει ποικιλία από διάφορα τρόφιμα, τα οποία θα περιλαμβάνουν πρωτεϊνικές τροφές, τουλάχιστον μία ή και περισσότερες φορές μέσα στη μέρα, καθώς και την κατανάλωση τουλάχιστον δύο φλιτζανιών γάλακτος, κατανάλωση ψαριού, λαχανικών και φρούτων. Επιπλέον τα γεύματα θα πρέπει να καταναλώνονται τακτικά, να είναι ποιοτικά και στη σωστή αναλογία (Yu et al., 2014), υδατάνθρακες (50-55%), πρωτεΐνες (15-20%), λίπη (25-30%, εκ των οποίων λιγότερο από 10% να προέρχονται από κορεσμένα λιπαρά) και όσον αφορά την ποσότητα του φαγητού, αυτή θα πρέπει να συναρτάται από την όρεξή του νηπίου, ωστόσο η αντιστοιχία βρίσκεται συνήθως στο ένα τρίτο έως και το μισό της μερίδας του ενηλίκου. Τα φαγητά χρειάζεται να είναι γευστικά, εύπεπτα και εύληπτα και προπαντός υγιεινά, καθώς επίσης να καλύπτουν τρία κύρια γεύματα ημερησίως, και ενδιάμεσα να υπάρχουν δυο μικρά γεύματα, τα σνακ (Χασαπίδου, 2002).

Σύνηθες φαινόμενο της περιόδου αυτής είναι η νεοφοβία, δηλαδή η απροθυμία για κατανάλωση «νέων» τροφίμων. Προκειμένου οι γονείς να αντιμετωπίσουν αυτή τη δυσκολία, κάνοντας αυτά τα γεύματα περισσότερο αρεστά προς τα παιδιά, ώστε να τα καταναλώσουν, θα μπορούσαν να δώσουν στο πιάτο του παιδιού τους ζωντανά χρώματα, ποικιλία, αλλά και μια πιο δελεαστική μορφή (Καλονάρχη, 2007), ενώ ακόμη ένας τρόπος για να μπορέσουν τα παιδιά να βάλουν πιο εύκολα στο διαιτολόγιό τους κάποιες τροφές είναι το να συμμετέχουν και στο μαγείρεμα.

Συμπερασματικά, στο διατροφικό πλάνο των παιδιών νηπιακής ηλικίας θα πρέπει το πρωινό να λαμβάνεται σε καθημερινή βάση, να αποφεύγεται η κατανάλωση άλατος, ζάχαρης, γλυκών, αναψυκτικών, πρόχειρου φαγητού και άλλων λιπαρών τροφών και να επιλέγονται αντί αυτών υγιεινά σνακ, όπως τα φρέσκα φρούτα ή το γάλα. Όπως και στους ενήλικες, ενδείκνυται ο περιορισμός στην κατανάλωση τροφών που είναι πλούσιες σε κορεσμένα λιπαρά, ενώ το ελαιόλαδο θα πρέπει να χρησιμοποιείται με μέτρο. Απαραίτητο είναι ακόμη

να πίνουν νερό σε επαρκείς ποσότητες κατά την διάρκεια της ημέρας προκειμένου να μην αφυδατωθούν, διότι σε σχέση με τους ενήλικες, έχουν περισσότερο νερό στο σώμα τους, σαν ποσοστό σωματικού βάρους, συνεπώς μπορούν να αφυδατωθούν πιο εύκολα. Για τη διατήρηση μιας καλής υγείας πρέπει να υπάρξει σωστή εκπαίδευση των παιδιών ως προς την εκτίμηση και την αποφυγή κατανάλωσης ανθυγιεινών τροφίμων, να γίνεται τακτικά άσκηση, να αποφεύγεται και να περιορίζεται η χρήση της τηλεόρασης και των λοιπών ηλεκτρονικών παιχνιδιών (Καλονάρχη, 2017., Yu et al., 2014).

## Ο «δεκάλογος» της υγιεινής διατροφής



Εικόνα 1.3.2 : Ο «δεκάλογος» της υγιεινής διατροφής

<http://www.diakonima.gr/wp-content/uploads/2014/11/paidiki-diatrofi-grafima.jpg>

**ΝΗΠΙΑ 1-2 ΕΤΩΝ**

| Ομάδες Τροφίμων                                                   | Μέγεθος Μεριδας                                            | Μερίδες που χρειάζεται<br>Ημερησίως |
|-------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| Αμυλούχες τροφές<br>(ψωμί, δημητριακά, ρύζι,<br>ζυμαρικά, όσπρια) | 1 φέτα ψωμί, ½ φλιτζ αμυλούχα                              | 4 – 6                               |
| Λαχανικά                                                          | ½ φλιτζ ωμά ή μαγειρεμένα<br>λαχανικά                      | 3                                   |
| Φρούτα                                                            | ½ μέτριο φρούτο, ¼ – ½ φλιτζ<br>κομμένα φρούτα             | 2                                   |
| Γαλακτοκομικά                                                     | ½ φλιτζ γάλα ή γιαούρτι, 30 γρ<br>τυρί, 1 φτ τυρί του τοστ | 4                                   |
| Κρέας, ψάρι, αυγό                                                 | 30 γρ μαγειρεμένο άπαχο κρέας, 1<br>αυγό                   | 2 – 3                               |

Εικόνα 1.3.2β : Διατροφή νηπίων 1-2 ετών

<http://faepaidimou.gr/paidi/diatrofi-paidiou/plano-diatrofis/>

**ΝΗΠΙΑ 2-3 ΕΤΩΝ**

| Ομάδες τροφίμων                                                   | Μέγεθος Μεριδας                               | Μερίδες που χρειάζεται<br>ημερησίως |
|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------------|
| Αμυλούχες τροφές<br>(ψωμί, δημητριακά, ρύζι,<br>ζυμαρικά, όσπρια) | 1 φέτα ψωμί, 1/2 φλιτζ αμυλούχα               | 3 – 5                               |
| Λαχανικά                                                          | 1 φλιτζ ωμά ή ½ φλιτζ μαγειρεμένα<br>λαχανικά | 1 – 2                               |
| Φρούτα                                                            | 1 μπαλάκι του τένις                           | 2 – 3                               |
| Γαλακτοκομικά                                                     | 1 φλιτζ γάλα ή 1 γιαούρτι ή 40 γρ τυρί        | 2 – 3                               |
| Κρέας, ψάρι, αυγό                                                 | 30 γρ μαγειρεμένο κρέας ή ψάρι, 1 αυγό        | 2 – 4                               |

Εικόνα 1.3.2γ : Διατροφή νηπίων 2-3 ετών

<http://faepaidimou.gr/paidi/diatrofi-paidiou/plano-diatrofis/>

### 1.3.3 Διατροφικές ανάγκες για εγκεφαλική και σωματική ανάπτυξη

Η παιδική ηλικία αποτελεί καθοριστικό στάδιο στη ζωή του ανθρώπου, διότι αποτελεί περίοδο ορόσημο για την ομαλή και σωστή σωματική ανάπτυξη των παιδιών, ενώ επιτελείται παράλληλα και η πνευματική ανάπτυξη, με ανάπτυξη του εγκεφάλου.

Όπως αναφέρει η Κωνσταντίνου (χ.χ.), μέχρι την συμπλήρωση των 2 ετών ζωής πραγματοποιείται εγκεφαλική ανάπτυξη της τάξης του 75%, γεγονός που πιστοποιείται και από τον αυξανόμενο έλεγχο που ασκεί το παιδί στο μυϊκό του σύστημα, όπως και στο συντονισμό των κινήσεών του. Σύμφωνα με αρκετές έρευνες των τελευταίων ετών, φανερό είναι πως η διατροφή κατά την προσχολική και σχολική ηλικία έχει πρωταρχικό ρόλο στους παράγοντες που συμβάλλουν στην ανάπτυξη και ωρίμανση του εγκεφάλου, διότι μέσω αυτής το παιδί προσλαμβάνει όλα τα απαραίτητα θρεπτικά συστατικά, όπως πρωτεΐνες, βιταμίνες του συμπλέγματος Β και ανόργανα στοιχεία, που θεωρούνται ιδιαιτέρως σημαντικά για την λειτουργία του εγκεφάλου.

Πιο συγκεκριμένα, οι πρωτεΐνες, κυρίως αναφορικά για τα βρέφη, εκτός από εξαιρετική πηγή ενέργειας, συμβάλλουν και στην νοητική ανάπτυξη. Μάλιστα, σε μελέτη που διεξήχθη στην Ινδονησία σε παιδιά ηλικίας 12 έως 18 μηνών, στα οποία χορηγήθηκε συμπλήρωμα πρωτεΐνης, τα αποτελέσματα έδειξαν πως τα παιδιά που συμμετείχαν στη μελέτη παρουσίασαν μία πιο ώριμη κοινωνική συμπεριφορά και καλύτερη διανοητική ανάπτυξη. Το γεγονός αυτό αποδεικνύει την αναγκαιότητα οι πρωτεΐνες υψηλής βιολογικής αξίας να βρίσκονται στο διαιτολόγιο κάθε παιδιού, μέσω του (κόκκινου) κρέατος, των γαλακτοκομικών, των ψαριών και του αυγού (Κωνσταντίνου, χ.χ.).

Κατά την Στεργίου (2008) οι βιταμίνες Β1, Β6 και Β12 του συμπλέγματος Β, αλλά και το φολικό οξύ είναι ιδιαιτέρως σημαντικές για τη λειτουργία του εγκεφάλου, καθώς επιτρέπουν στα εγκεφαλικά κύτταρα να επικοινωνούν μεταξύ τους. Επιπλέον, αυτές οι βιταμίνες επιδρούν στο μεταβολισμό κάποιων ορμονών, ενώ, ακόμη, μετατρέπουν τα διάφορα θρεπτικά συστατικά σε ενέργεια στον εγκέφαλο. Τροφές που περιέχουν πληθώρα βιταμινών του συμπλέγματος Β είναι κυρίως το κρέας, τα όσπρια, τα δημητριακά ολικής αλέσεως, οι ξηροί καρποί και τα πράσινα φυλλώδη λαχανικά. Μελέτες, ωστόσο, δείχνουν πως η πρόσληψη βιταμινών του συμπλέγματος Β και φολικού οξέως σε παιδιά ηλικίας 1<sup>ος</sup> έως και 5 ετών είναι ανεπαρκής, παρά την αξιολόγη τους σημασία για την πνευματική τους ανάπτυξη.

Στα ανόργανα στοιχεία που συμβάλλουν στην πνευματική ανάπτυξη των παιδιών, περιλαμβάνονται ο σίδηρος, ο ψευδάργυρος και το ιώδιο. Ο σίδηρος χρησιμοποιείται για τη σύνθεση των νευροδιαβιβαστών του εγκεφάλου και ειδικότερα αυτών που ρυθμίζουν την ικανότητα της προσοχής. Η έλλειψη του έχει ως αποτέλεσμα την πρόκληση διαταραχών που σχετίζονται με την προσοχή, τη μνήμη και τη συμπεριφορά, ενώ, ακόμη συνδέεται στενά με χαμηλότερους δείκτες νοητικής εξέλιξης ή την αναιμία. Σημαντικές πηγές σιδήρου είναι ζωικά προϊόντα και κυρίως το συκώτι, καθώς και φυτικά προϊόντα, όπως τα φασόλια, οι φακές και τα πράσινα φυλλώδη λαχανικά. Ο ψευδάργυρος αποτελεί κύριο ανόργανο στοιχείο, διότι λαμβάνει μέρος στην παραγωγή νευροδιαβιβαστών, οι οποίοι και ρυθμίζουν ποικίλες λειτουργίες, με σημαντικότερες αυτές της ομιλίας, της ακοής, της συγκέντρωσης και της γνωσιακής ανάπτυξης. Όπως αναφέρουν ευρήματα ερευνών, μια ανεπάρκεια ψευδαργύρου είναι ικανή να κλονίσει, έστω και αμυδρώς τη λειτουργία του εγκεφάλου και ειδικότερα τη μνήμη. Καλές πηγές πρόσληψης ψευδαργύρου είναι τα θαλασσινά, τα όσπρια και τα δημητριακά. Τέλος, οι ορμόνες που εμπεριέχονται στο ιώδιο είναι αναγκαίες για την ομαλή ανάπτυξη του εγκεφάλου, καθιστώντας το έτσι σημαντικό συστατικό για τη νοητική ανάπτυξη των παιδιών. Ιδανικές πηγές ιωδίου είναι τα γαλακτοκομικά προϊόντα, αλλά και ορισμένα ψάρια, όπως είναι ο μπακαλιάρος και ο κολιός (Κωνσταντίνου, χ.χ.).

Στη σωστή και ομαλή σωματική ανάπτυξη, σημαντικό ρόλο για την πρόσληψη των απαιτούμενων θρεπτικών συστατικών που χρειάζονται τα παιδιά μέσα από το διαιτολόγιό τους, διαδραματίζουν διάφορες βιταμίνες, ανάμεσα στις οποίες κυριαρχούν οι βιταμίνες Α, Β, C και D και αναγκαία ανόργανα συστατικά, όπως είναι το ασβέστιο και τα απαραίτητα λιπαρά οξέα, στοιχεία που παρέχονται μέσω μίας ισορροπημένης διατροφής.

Η βιταμίνη Α προάγει την φυσιολογική ανάπτυξη και εξέλιξη των ιστών των κυττάρων και των οστών, διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην όραση και προστατεύει τον οργανισμό από τις λοιμώξεις. Ως βιταμίνη εξασφαλίζεται από τα γαλακτοκομικά προϊόντα και διάφορα λαχανικά όπως τα καρότα, οι γλυκοπατάτες, και η κολοκύθα. Βιταμίνες του συμπλέγματος Β – Β2, Β3, Β6 και Β12 – που περιλαμβάνονται στο κόκκινο κρέας, το ψάρι, τα καρύδια και σε γαλακτοκομικά προϊόντα, παράγουν την απαιτούμενη ενέργεια για την λειτουργία του οργανισμού, ενισχύοντας παράλληλα το κυκλοφορικό και νευρικό σύστημα. Η βιταμίνη C προάγει την υγεία των μυών, του συνδετικού ιστού, και του δέρματος. Επίσης, διατηρεί τα ούλα των παιδιών υγιή και αντιμετωπίζει τις λοιμώξεις. Τροφές πλούσιες σε βιταμίνη C είναι διάφορα εσπεριδοειδή, οι φράουλες, οι ντομάτες και τα πράσινα λαχανικά, ιδίως το μπρόκολο. Μια ακόμη σημαντική βιταμίνη για την ανάπτυξη των παιδιών είναι η βιταμίνη

D, η οποία ενισχύει την υγεία των οστών, το σχηματισμό των δοντιών και την κυτταρική ανάπτυξη στον οργανισμό. Μέσω του φυσικού χυμού πορτοκαλιού, των λιπαρών ψαριών, του κρόκου αυγού αλλά και του γάλακτος το παιδί προσλαμβάνει ικανοποιητικό ποσοστό αυτής της βιταμίνης. Από την άλλη πλευρά, το ασβέστιο, μέσω των γαλακτοκομικών και του φυσικού χυμού πορτοκαλιού, ως ανόργανο στοιχείο προσφέρει υγιή οστά και δόντια καθώς το παιδί αναπτύσσεται και μετατρέπει την τροφή σε ενέργεια, γεγονός σημαντικό για να εκπληρώσει το παιδί τις καθημερινές του δραστηριότητες και ανάγκες, ενώ τα απαραίτητα λιπαρά οξέα, κρίνονται αναγκαία για την υγιή λειτουργία των ματιών και της όρασης, συμβάλλουν στην κατασκευή των κυττάρων και συμμετέχουν στην απορρόφηση των θρεπτικών συστατικών από τον οργανισμό. Οι τροφές που περιλαμβάνουν λιπαρά οξέα είναι διάφοροι σπόροι – λιναρόσπορος, ηλιόσπορος, σουσάμι – , ξηροί καρποί, καθώς και ψάρια, όπως ο σολομός, ο τόνος, ο γάδος και οι σαρδέλες (Χαριστού, 2016. , Χαριστού, 2016β., Χαριστού, 2016γ).

#### **1.3.4 Παράγοντες που επηρεάζουν τη διατροφική συμπεριφορά των παιδιών**

Εκτός από το σωστό διαιτολόγιο των παιδιών, το οποίο αποτελεί προϋπόθεση για την σωστή ψυχική, σωματική και νοητική ανάπτυξή τους, μεγάλο ενδιαφέρον εστιάζεται και στις διατροφικές προτιμήσεις και επιλογές αυτών.

Όπως αναφέρει ο Ζαμπέλας (2003) ως προς την αποδοχή των τροφών που καταναλώνουν τα παιδιά, ποικίλοι παράγοντες εμφανίζονται να επηρεάζουν την διαδικασία αποδοχής. Ανάμεσα σε αυτούς φαίνεται πως συγκαταλέγονται η κατάσταση θρέψης, ο βαθμός κορεσμού, οι προηγούμενες εμπειρίες, τα ατομικά πιστεύω για συγκεκριμένα τρόφιμα καθώς και οι οικογενειακές συνήθειες. Η αποδοχή αυτή έχει άμεση συνάφεια με τις παρατηρήσεις που κάνει το παιδί αναφορικά με τις διαιτητικές προτιμήσεις που επιδεικνύουν οι γονείς και οι συνομήλικοί του. Είναι σύνηθες ένα παιδί να παρουσιάζει αρνητική στάση απέναντι σε ένα τρόφιμο και φαγητό, αλλά αργότερα να το δοκιμάζει, να το αποδέχεται ακόμη και να καταλήγει να το προτιμά επιδεικτικά. Οι συνομήλικοί του παιδιού στον παιδικό σταθμό μπορεί να λειτουργήσουν ενθαρρυντικά στην αποδοχή νέων τροφίμων και φαγητών. Από την αντίπερα όχθη μια δυσάρεστη εμπειρία η οποία έχει προηγηθεί, όπως η πρόκληση εμετού, πόνου, διάρροιας ή μια επίπληξη εξαιτίας των δυσάρεστων επακόλουθων οδηγεί σε αποστροφή και μπορεί να καταστεί ικανή ώστε να προκαλέσει στο παιδί μόνιμη απέχθεια προς το συγκεκριμένο τρόφιμο ή φαγητό. Ωστόσο,

βασικό κριτήριο για την αποδοχή ή την απόρριψη κάποιας τροφής αποτελούν οι γευστικές προτιμήσεις, οι οποίες περιλαμβάνουν την αδιαμφισβήτητη προτίμηση για γλυκές και αλμυρές γεύσεις και από την άλλη πλευρά την απόρριψη ξινών και πικρών γεύσεων.

Πέραν της γεύσεως, ρόλο διαδραματίζουν και οι λοιπές αισθήσεις όπως η οσμή, η εμφάνιση και η θερμοκρασία του φαγητού. Φαγητά που είναι πολύ ζεστά, που μυρίζουν ή ακόμη δεν είναι εμφανίσιμα αποτελούν αιτίες απόρριψης τους από τα παιδιά. Επιπρόσθετα, το σχήμα, η υφή, όπως και το μέγεθος των μερίδων μπορούν να παίξουν σημαντικό ρόλο στο πως θα αποδεχθεί ένα τρόφιμο το παιδί. Γενικά τα πολύ σκληρά και ξερά τρόφιμα δεν προτιμώνται ιδιαίτερα από τα παιδιά, ούτε αυτά που έχουν διάφορα καρυκεύματα και μπαχαρικά, όπως επίσης και τα φαγητά τα οποία δίνονται σε μεγάλες μερίδες, καθώς μπορεί να τα τρομάξουν και τελικά να τα αποτρέψουν από το να φάνε. Απεναντίας τρόφιμα που παρουσιάζουν έντονα και ζωηρά χρώματα με ήπιες γεύσεις και μυρωδιές γίνονται προτιμητέα από τους μικρούς καταναλωτές, όπως και αυτά που είναι τρυφερά, ζουμερά και τραγανιστά. Η προσοχή του παιδιού, επομένως, εστιάζεται τόσο στην εντυπωσιακή εμφάνιση που παρουσιάζουν όσο και στους ήχους που εμφανίζονται κατά τη μάσηση και κεντρίζουν το ενδιαφέρον και την προσοχή του παιδιού, γι' αυτό και κρίνεται σημαντικό το γεγονός πως χρειάζεται να διακρίνουν και να αναγνωρίζουν τα τρόφιμα που βρίσκονται στο πιάτο τους κατά τη διάρκεια του γεύματός τους (Ζαμπέλας, 2003).

### **1.3.5 Η διατροφή των παιδιών σήμερα**

Παρά τις τεταμένες συστάσεις για μια σωστή και ισορροπημένη διατροφή, το διαιτολόγιο του παιδικού πληθυσμού στην Ελλάδα σήμερα, φαίνεται πως εμφανίζει ορισμένες λανθασμένες διατροφικές πρακτικές.

Η Χαραλαμπίδου (2016) αναφέρει ότι σύμφωνα με τα δεδομένα του ΕΥ ΖΗΝ, παρότι το πρωινό αποτελεί το σημαντικότερο γεύμα της ημέρας και ιδιαίτερα για τα παιδιά, συχνά απουσιάζει από την καθημερινή τους διατροφή, με το ποσοστό των παιδιών που παραλείπουν το πρωινό ως γεύμα να ανέρχεται στο 24%. Εντούτοις, τα παιδιά που καταναλώνουν πρωινό τείνουν να έχουν υψηλότερη πρόσληψη υδατανθράκων, πρωτεΐνης και λίπους, όμως κάποιες έρευνες δείχνουν ότι η ποσοστιαία ημερήσια πρόσληψη λίπους είναι χαμηλότερη σε σχέση με τα παιδιά που δεν καταναλώνουν πρωινό. Επίσης εμφανίζουν υψηλότερη ημερήσια πρόσληψη μικροθρεπτικών συστατικών, ιδιαίτερα βιταμινών Α, Β6, Β12 και ασβεστίου, και είναι πιο πιθανό να καλύπτουν τις συστάσεις σε σχέση με τα παιδιά

που αποφεύγουν την λήψη πρωινού. Άξιο αναφοράς είναι το γεγονός πως η λήψη πρωινού συνδέεται γενικότερα με πιο υγιεινές επιλογές τροφίμων και με καλύτερες διατροφικές συνήθειες (Δημοπούλου, 2012).

Πέραν αυτού, τη σημερινή εποχή, η κατανάλωση τροφίμων με υψηλή περιεκτικότητα σε ζάχαρη ή λίπη, όπως και η κατανάλωση «γρήγορου» φαγητού είναι ιδιαίτερος αυξημένη. Αν και σύμφωνα με την πυραμίδα της μεσογειακής διατροφής η κατανάλωση γλυκών συνιστάται να μην ξεπερνάει τις δύο μερίδες εβδομαδιαίως, τα δεδομένα δείχνουν πως 21% των παιδιών τα καταναλώνουν καθημερινά. Δεδομένου ότι η ποιότητα των γλυκών διαδραματίζει κι αυτή το ρόλο της, είναι καλύτερο και συνιστάται να προτιμώνται θρεπτικές επιλογές γλυκισμάτων για κατανάλωση από παιδιά προσχολικής και σχολικής ηλικίας, όπως είναι το μέλι, γλυκά που ως βάση έχουν το γάλα ή η κομπόστα. Στον αντίποδα της υψηλής κατανάλωσης αυτών των προϊόντων, βρίσκεται η κατανάλωση φρούτων και λαχανικών. Αν και συγκαταλέγονται στα βασικά συστατικά μιας ισορροπημένης διατροφής, δεν εμπεριέχονται τόσο συχνά στα γεύματα των παιδιών, καθώς το 16% αυτών καταναλώνει λιγότερο από ένα φρούτο την ημέρα και το 42% αντιστοίχως κάποιο λαχανικό (Χαραλαμπίδου, 2016).

Ανακεφαλαιώνοντας, η προτίμηση πρόχειρων και ανθυγιεινών τροφίμων και σνακ τα οποία και περιλαμβάνουν αυξημένη περιεκτικότητα σε λίπη και η απουσία κατανάλωσης πρωινού, είναι σημεία κλειδιά της σημερινής διατροφικής συμπεριφοράς των παιδιών, που οδηγούν σε αυξημένη πρόσληψη τροφής και κατ' επέκταση σε εμφάνιση παχυσαρκίας (Birch, 1998).

## **Κεφάλαιο 2<sup>ο</sup> – Διατροφικές διαταραχές και παιδική παχυσαρκία**

Σε αυτό το μέρος της πτυχιακής εργασίας γίνεται αναφορά στις διατροφικές διαταραχές, όπως είναι η βουλιμία και η ανορεξία, ορίζοντας αρχικά τι είναι οι διατροφικές διαταραχές και εν συνεχεία ποια είναι τα συμπτώματα, η αιτιολογία και η αντιμετώπιση αυτών. Το ενδιαφέρον επικεντρώνεται, σε δεύτερο στάδιο, στη μάστιγα της εποχής, την παιδική παχυσαρκία. Αποτυπώνονται διάφοροι ορισμοί για αυτό το φαινόμενο, ερευνώνται τα αίτια και οι παράγοντες που οδηγούν ένα παιδί στην κατάσταση αυτή, αλλά και στους τρόπους αντιμετώπισης που υπάρχουν, ούτως ώστε να προληφθεί, μειωθεί και καταπολεμηθεί η παχυσαρκία που διέπει την παιδική ηλικία.

Σύμφωνα με τη Σκαρλάτου (χ.χ.), οι διατροφικές διαταραχές για χρόνια θεωρούνταν ασθένειες οργανικής κυρίως προέλευσης εξ' ου και ο όρος νευρική και νευρογενής ανορεξία και βουλιμία αντιστοίχως. Στη συνέχεια η ενίσχυση των ψυχολογικών θεωριών οδήγησε στη χρήση των όρων «ψυχογενής» ανορεξία και «ψυχογενής» βουλιμία. Επί της ουσίας οι διατροφικές διαταραχές αποτελούν ένα πολυπαραγοντικό φαινόμενο τα αίτια του οποίου είναι σύνθετα και αλληλοσυνδυάζονται μεταξύ τους.

Οι διατροφικές διαταραχές ενδεικτικά αναφέρεται ότι είναι περισσότερο συχνές στις γυναίκες. Άλλωστε τα κοινωνικά πρότυπα ομορφιάς στο δυτικό, κυρίως κόσμο είναι πιο πιεστικά για το γυναικείο φύλο. Επίσης προκαλεί έκπληξη το γεγονός, πως οι διαταραχές πρόσληψης τροφής λαμβάνουν χώρα σε περιοχές όπου η τροφή υπάρχει σε αφθονία.

Οι σύγχρονες συνθήκες ζωής σχετίζονται με υψηλά επίπεδα άγχους και η τροφή συχνά λειτουργεί σαν φάρμακο κατά του άγχους. Όταν βιώνουμε ψυχολογική πίεση, όταν αισθανόμαστε αγχωμένοι, κουρασμένοι, θυμωμένοι, αναστατωμένοι, καταφεύγουμε στο φαγητό με παρορμητικό ή ανεξέλεγκτο τρόπο, με απώτερο σκοπό να προσπαθήσουμε να καλύψουμε συναισθηματικές ανάγκες που δεν ικανοποιούνται.

Αν και υπάρχουν επιστημονικές υποψίες για εμπλεκόμενους γενετικούς παράγοντες, οι διατροφικές διαταραχές είναι κατά βάση ψυχογενείς και απορρέουν συνήθως από μια διαστρεβλωμένη εικόνα σώματος που κάνει κάποιον να μην αντιλαμβάνεται την πραγματική του εικόνα στον καθρέφτη και να νομίζει ότι έχει πολύ πιο αυξημένο βάρος απ' ότι ισχύει σε πραγματική βάση, ενώ άλλες πάλι φορές, ένα άτομο μπορεί να έχει αναπτύξει μια φοβία για την παχυσαρκία και ως εκ τούτου να θέτει παράλογους στόχους απώλειας βάρους,

ορμώμενο από τα καλλίγραμμα σώματα που προβάλλονται ως πρότυπα ή ακόμη και επιθυμώντας την αποδοχή του κοινωνικού περιγύρου (Αδαμίδου, 2010).

Η Νικολάου (χ.χ.) αναφέρει πως είναι σημαντικό να αναγνωρίσουμε και να αντιμετωπίσουμε έγκαιρα και άμεσα οποιαδήποτε προβλήματα σχετίζονται με τη διατροφή, δεδομένου ότι έρευνες δείχνουν πως η έγκαιρη αναγνώριση και η άμεση θεραπευτική παρέμβαση πιθανώς να συμβάλουν στην επιτυχή αποθεραπεία των παιδιών που αντιμετωπίζουν διατροφικές διαταραχές. Σημαντικό, επίσης, είναι οι παροδικές διατροφικές δυσκολίες των παιδιών να μην υποτιμώνται και να αναζητείται η κατάλληλη παρέμβαση για την αντιμετώπισή τους.

Μελέτες που διεξήχθησαν για την επιδημιολογία στον Κυπριακό πληθυσμό δείχνουν ότι οι διατροφικές διαταραχές και οι σχετιζόμενοι παράγοντες κινδύνου είναι σε άνοδο. Επιδημιολογική μελέτη έδειξε ότι τα πιθανά ποσοστά περιστατικών ψυχογενούς ανορεξίας αγγίζουν το 0.78% στα κορίτσια και 0.14% αντίστοιχα στα αγόρια. Σε μια άλλη έρευνα, 23,3% των μαθητών που συμμετείχαν παρουσίασαν υψηλό κίνδυνο για να αναπτύξουν κάποια διατροφική διαταραχή μέσα στα επόμενα τέσσερα χρόνια. Ταυτόχρονα, το ποσοστό των μαθητών που συμμετείχαν στην έρευνα και φάνηκε να παρουσιάζουν κλινικά στοιχεία πιθανής διάγνωσης διατροφικών διαταραχών ανέρχεται στο 9.5% (Νικολάου, χ.χ.).

Όσον αφορά την παιδική παχυσαρκία, είναι γεγονός πως τα τελευταία χρόνια λαμβάνει διαστάσεις επιδημίας τόσο στη χώρα μας όσο και σε άλλες αναπτυγμένες και αναπτυσσόμενες χώρες. Ειδικότερα στη χώρα μας το 44% των αγοριών και το 38% των κοριτσιών σχολικής ηλικίας είναι παχύσαρκα ή υπέρβαρα, γεγονός που κατατάσσει την Ελλάδα στην πρώτη θέση παγκοσμίως, αναφορικά με την παιδική παχυσαρκία (Η τροφή, 2017), ενώ, ακόμη, σύμφωνα με μια καινούρια μελέτη που δημοσιεύτηκε στο «New England Journal of Medicine», η Ελλάδα έχει την μεγαλύτερη αναλογία παχύσαρκων αγοριών στην Ευρώπη που αντιστοιχεί στο 16,7% του πληθυσμού (Τσιτσόπουλος, 2017). Τα αίτια των δεδομένων αυτών εντοπίζονται στην αλλαγή τις διατροφής από μια μεσογειακού τύπου προς μια πιο «δυτικού» τύπου και κρίνεται αναγκαία η διερεύνηση όλων των παραγόντων, γενετικών και περιβαλλοντικών, ώστε να οδηγηθούμε σε ασφαλή συμπεράσματα τόσο για τα αίτια όσο και για την επίδραση αυτών στην ψυχοσωματική ανάπτυξη των παιδιών.

Δεδομένου ότι οι συνήθειες εγκαθίστανται νωρίς στη ζωή του ανθρώπου, μεταφέρονται και διατηρούνται και στην ενήλικη ζωή. Συνεπώς, είναι δύσκολο να αλλάξουν με το πέρασμα

του χρόνου. Εξαιτίας αυτού, έχει διαπιστωθεί ότι οι παρεμβάσεις σε αυτές τις περιόδους της ζωής έχουν μεγάλη σημασία, προκειμένου τα παιδιά να βελτιώσουν εγκαίρως τις στάσεις και τις συμπεριφορές τους και να προβούν σε ωφέλιμες μετατροπές για την υγεία τους και τον τρόπο ζωής τους. Οι γονείς θα πρέπει να μην εθελotuφλούν στο πρόβλημα της παιδικής παχυσαρκίας, αλλά να το διαπιστώνουν έγκαιρα και να συμβουλευούνται ειδικούς προς την αντιμετώπισή του φαινομένου. Ένας εύκολος και αρκετά αξιόπιστος τρόπος για να αξιολογήσουν το παιδί τους, είναι να βρουν το δείκτη μάζας σώματος, που είναι το βάρος (μετρημένο σε κιλά) / ύψος<sup>2</sup> (μετρημένο σε μέτρα). Το σχολείο παράλληλα, θα πρέπει να χρησιμοποιεί προγραμματισμένες ευκαιρίες μάθησης, οι οποίες να δίνουν τη δυνατότητα στα παιδιά να αποφασίζουν, να ενεργούν συνειδητά και να υιοθετούν συμπεριφορές, σύμφωνα με τις ανάγκες που επιβάλλει η προάσπιση της υγείας τους. Τέλος, οι εκπαιδευτικοί σε συνεργασία με τους γονείς, είναι δεδομένο πως επηρεάζουν τα παιδιά μέσω της λειτουργίας τους ως πρότυπα - παραδείγματα συμπεριφορών και στάσεων. Συνεπώς, τα παιδιά έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να υιοθετήσουν μια επιθυμητή συμπεριφορά, όταν ο εκπαιδευτικός ή ο γονέας την υιοθετεί ο ίδιος, παρά όταν τους παρέχει γνώσεις σχετικά με αυτήν (Τσιτσόπουλος, 2017).

## **2.1 Ορισμός διατροφικών διαταραχών**

Σύμφωνα με τον Σαλπιστή (2013) ως διατροφική διαταραχή ορίζεται «Μία επίμονη μορφή διαταραχής του τρόπου λήψης τροφής ή της συμπεριφοράς ελέγχου που επιδεινώνει εμφανέστατα τη σωματική υγεία και τον ψυχοκοινωνικό τρόπο λειτουργίας. Η διαταραχή δεν είναι το αποτέλεσμα κάποιας γνωστής ιατρικής πάθησης (π.χ. ένας όγκος στον υποθάλαμο) ή κάποιας άλλης ψυχιατρικής διαταραχής (π.χ. αγχώδης διαταραχή)», ενώ ακόμη, όπως αναφέρει το πρότυπο κέντρο αποκατάστασης και αποθεραπείας Καλαμάτας, Διάπλαση, «οι διαταραχές διατροφής γενικά είναι μια ομάδα ψυχοσωματικών διαταραχών που έχουν να κάνουν με τη διατροφή ή/και το σωματικό βάρος. Οι άνθρωποι που βιώνουν κάποιας μορφής διατροφική διαταραχή συνήθως εστιάζουν, όσο σχεδόν σε τίποτα άλλο, στη διατροφή τους, στις διατροφικές τους συνήθειες ή στο σωματικό τους βάρος».

Η διατροφική διαταραχή αποτελεί μια ακραία μορφή εκδήλωσης συμπεριφοράς, σκέψεων και συναισθημάτων. Οι διατροφικές διαταραχές είναι συνηθέστερες στα κορίτσια και στις νέες γυναίκες, εμφανίζονται, όμως, και σε αγόρια. Υπολογίζεται πως ένα ποσοστό 4-5% του συνόλου των γυναικών πληρούν σε κάποια περίοδο της ζωής τους τα κριτήρια κάποιας

διατροφικής διαταραχής και παρότι ως διαταραχές είναι γένους θηλυκού, και αφορούν ως επί το πλείστον έφηβες, τελευταία παρουσιάζεται αύξηση των περιπτώσεων αφενός μεν σε παιδιά και ενήλικες, αφετέρου δε και στους άρρενες. Υπάρχει, όμως, και ένα άγνωστο ποσοστό που καταφέρνει να αποκρύπτει τα προβλήματά του. Αξίζει να αναφερθεί πως ως η πιο «κρίσιμη» και επικίνδυνη περίοδος στη διάρκεια της ζωής του ατόμου να εμφανιστεί μια διατροφική διαταραχή κρίνεται η εφηβεία (Σαλπιστής, 2013).

Οι διατροφικές διαταραχές εμφανίζονται σε πολύ διαφορετικά μεταξύ τους άτομα. Παρ' όλα αυτά, οι διάφορες θεωρητικές προσεγγίσεις αλλά και έρευνες καταδεικνύουν ορισμένους βιολογικούς – γενετικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικο-πολιτισμικούς παράγοντες κινδύνου. Οι πιο σοβαρές μορφές διατροφικών διαταραχών είναι η ψυχογενής ανορεξία και η ψυχογενής βουλιμία. Οι παράγοντες οι οποίοι πυροδοτούν την εμφάνιση μιας τέτοιας διαταραχής ποικίλουν και ταξινομούνται σε κληρονομικούς, βάσει του γεγονότος ότι συγγενείς πρώτου βαθμού ανορεξικών ή βουλιμικών ατόμων έχουν αρκετές πιθανότητες να εμφανίσουν την ίδια διαταραχή πρόσληψης τροφής, βιοχημικούς, προσωπικούς (φόβοι, ανεπαρκής επικοινωνία με την οικογένεια), κοινωνικούς (εμμονές σχετικά με την εικόνα που έχει το άτομο για τον εαυτό του, επιρροή από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης), ενώ η προσωπικότητα και το στρες επίσης ενοχοποιούνται (Ανάσα: Υποστήριξη Ατόμων Που Πάσχουν Από Διατροφικές Διαταραχές. , Σαλπιστής, 2013).

## **2.2 Βουλιμία**

### **2.2.1 Ορισμός και γενικά στοιχεία**

Σύμφωνα με τον Σαλπιστή (2013β) η ψυχογενής βουλιμία αποτελεί «μία διαταραχή πρόσληψης της τροφής, που εκδηλώνεται διαμέσου περιοδικών επεισοδίων υπερφαγίας, στη διάρκεια των οποίων το άτομο καταναλώνει πολύ μεγαλύτερες ποσότητες τροφής από αυτές που θεωρούνται ως φυσιολογικές, βιώνοντας ταυτόχρονα πως έχει χάσει τον έλεγχο στο θέμα αυτό».

Συχνά κατηγοριοποιείται μαζί με την νευρογενή ή ψυχογενή ανορεξία και πιθανά είναι τελικώς μια και μοναδική διαταραχή, με δυο εκφάνσεις και μία σοβαρή ασθένεια, που χαρακτηρίζεται από ένα κύκλο συμπεριφορών, που συνήθως ξεκινούν με επεισόδια ανεξέλεγκτης και υπερβολικής πρόσληψης τροφής. Τα άτομα με βουλιμία μπορεί να καταβροχθίζουν κρυφά μεγάλες ποσότητες τροφής και στη συνέχεια να προσπαθούν να

απαλλαγούν από τις επιπλέον θερμίδες με ένα νοσηρό τρόπο. (Πολυζόπουλος, 2013). Ακόμη, πρόκειται για μία νέα σχετικά νόσο, η οποία περιεγράφηκε από τον G. Russell το 1979. Ετυμολογικά, προέρχεται από την ελληνική λέξη βουλιμία, που σημαίνει ακατανίκητη πείνα. Το άτομο που πάσχει από τη νόσο της βουλιμίας, αδυνατεί να ελέγξει τον εαυτό του, έχοντας ως επακόλουθο την κατανάλωση υψηλών ποσοτήτων φαγητού και στη συνέχεια, ως αντιστάθμισμα, προκαλεί εκουσίως εμετούς, λαμβάνει φάρμακα, όπως καθαρτικά ή διουρητικά και κατευθύνει τον εαυτό του σε ένα καθεστώς έντονης και υπερβολικής σωματικής άσκησης (Μωρογιάννης, 2000., Σαλπιστής 2013β).

Ομόγνωμα με έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί, αποδείχθηκε πως τα χαμηλά επίπεδα σεροτονίνης παίζουν σημαντικό ρόλο στη βουλιμία. Η σεροτονίνη είναι ένας νευροδιαβιβαστής. Οι νευροδιαβιβαστές είναι οι χημικές ενώσεις του εγκεφάλου που επηρεάζουν στο τρόπο που σκεφτόμαστε, αισθανόμαστε και συμπεριφερόμαστε. Η σεροτονίνη είναι από τους βασικότερους ρυθμιστές της πείνας και του κορεσμού. Είναι μια ουσία η οποία σχηματίζεται στον εγκέφαλο και δημιουργεί μια αίσθηση πληρότητας και επηρεάζει την ψυχική διάθεση και τον ύπνο. Ένα διαιτολόγιο που είναι πτωχό σε θρεπτικά συστατικά, σε συνδυασμό με κακές διατροφικές συνήθειες δεν παρέχει στο σώμα τις απαραίτητες πρώτες ύλες που απαιτούνται για την παραγωγή σεροτονίνης, έχοντας ως αποτέλεσμα την αυξημένη επιθυμία για φαγητό, λόγω των χαμηλών επιπέδων σεροτονίνης. Επίσης, τα χαμηλά αυτά επίπεδα δημιουργούν μία κατάσταση ακατανίκητης πείνας, η οποία με τη σειρά της οδηγεί σε υπερφαγικό επεισόδιο, με την κατανάλωση κυρίως επεξεργασμένων υδατανθράκων, όπως είναι τα διάφορα γλυκά. Ωστόσο, κατά τη διάρκεια ενός υπερφαγικού επεισοδίου τα επίπεδα της σεροτονίνης στον εγκέφαλο αυξάνονται, αλλά προσωρινά. Αυτή η ταχεία αύξηση της σεροτονίνης θα μειώσει από τη μία πλευρά το αίσθημα άγχους και κατάθλιψης για λίγο, αλλά μετά θα ακολουθήσει το αίσθημα απογοήτευσης, ενοχής και χαμηλής αυτοεκτίμησης, το οποίο με τη σειρά του θα πυροδοτήσει την επιθυμία για εκκαθάριση (Λυκουρέση, χ.χ.).

## **2.2.2 Αιτίες εκδήλωσης βουλιμίας**

Τα επεισόδια υπερφαγίας συνοδεύονται συχνά από έντονα αισθήματα ντροπής και αυτομωφών. Στα άτομα αυτά, η αυτοεκτίμηση είναι άρρηκτα συνδεδεμένη και εξαρτάται άμεσα από το βάρος και τη σωματική τους εικόνα. Η ψυχογενής βουλιμία έχει πολλά κοινά στοιχεία με την ψυχογενή ανορεξία. Περίπου το 50% των ατόμων με ψυχογενή ανορεξία

εμφανίζουν κάποια στιγμή στη ζωή τους και ψυχογενή βουλιμία. Η βουλιμία εμφανίζεται συνήθως σε νέες γυναίκες, αλλά μπορεί να εμφανιστεί και σε αγόρια, όπως επίσης και σε ενήλικα άτομα. Η συνηθέστερη ηλικία εμφάνισης είναι το τέλος της εφηβείας ή η ηλικία των 20 περίπου χρόνων.

Αρχικό στάδιο αυτής θεωρείται η δίαιτα και, αν δεν αντιμετωπισθεί έγκαιρα, μπορεί να προκαλέσει σοβαρά προβλήματα υγείας. Εκλυτικοί παράγοντες μπορεί να είναι διάφορα επώδυνα γεγονότα, όπως λόγου χάριν κάποιος θάνατος ή κρίση στην οικογένεια, (από)χωρισμός και έντονο στρες (Σαλπιστής, 2013β). Επίσης, ως διαταραχή είναι ιδιαιτέρως πιο επιρρεπής σε άτομα που είχαν προβλήματα στις διατροφικές τους συνήθειες και το βάρος τους, όπως, ψυχογενής ανορεξία, παιδική παχυσαρκία, εφηβικό βάρος στα ανώτερα φυσιολογικά όρια και ιστορικό υψηλών διακυμάνσεων της μέτρησης του βάρους τους (Μωρογιάννης, 2000). Οι παράγοντες, όμως, που μπορούν να οδηγήσουν στην εμφάνιση ψυχογενούς βουλιμίας είναι πιθανόν να διαφέρουν από άτομο σε άτομο και είναι συνήθως πολλοί. Οι αιτιολογικοί αυτοί παράγοντες δημιουργούν διάφορους φαύλους κύκλους ανάμεσα σε δίαιτα και υπερφαγία, αλλά και ανάμεσα σε υπερφαγία και αντισταθμιστική συμπεριφορά, όπου συνδυασμένοι με διάφορους αναπόφευκτους βιολογικούς μηχανισμούς, συντηρούν τη διατροφική αυτή διαταραχή. Η ανασφάλεια και η δυσαρέσκεια που νιώθει κάποιος για τον εαυτό του, συνεπώς και για το σώμα του, ενισχύει τις προσπάθειες μείωσης του βάρους. Όταν η μείωση του σωματικού βάρους γίνεται αντιληπτή από το άτομο, αλλά και από το κοινωνικό περιβάλλον, η απόκτηση της γενικής αποδοχής αποτελεί πλέον μονόδρομο. Ωστόσο, όσο η τροφή περιορίζεται τόσο εντείνεται και η επιθυμία απόλαυσης αυτής, με τελικό αποτέλεσμα να δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος μεταξύ ελέγχου της τροφής από τη μία και μιας βαθιάς επιθυμίας του ατόμου για την απόλαυσή της από την άλλη πλευρά. Το γεγονός αυτό, αποτελεί τον κώδωνα του κινδύνου για την βουλιμία. Όμως, δεν πρέπει να θεωρείται δεδομένο πως επειδή η ψυχογενής βουλιμία αρχίζει, συνήθως, με δίαιτα, πως κάθε δίαιτα αποτελεί προάγγελο εμφάνισης της συγκεκριμένης διατροφικής διαταραχής, αλλά θα πρέπει να υπάρχει και κάποιο υπόβαθρο, επάνω στο οποίο θα εξελιχθεί (Σαλπιστής, 2013β).

Όπως αναφέρει ο Πολυζόπουλος (2013), η ακριβής αιτιολογία της ψυχογενούς βουλιμίας είναι άγνωστη, με τους παράγοντες που διαδραματίζουν ρόλο στον κίνδυνο εμφάνισης και ανάπτυξης της διαταραχής να ποικίλουν. Το φύλο αποτελεί βασικό παράγοντα, καθώς η εμφάνισή της είναι ευδιάκριτα πιο ορατή στις γυναίκες και τα κορίτσια, παρά στους άνδρες και τα αγόρια. Ακόμη, η γενετική προδιάθεση δεν θα πρέπει να παραβλέπεται, καθώς άτομα

με συγγενείς πρώτου βαθμού πάσχοντες από τη διαταραχή αυτή, είναι αρκετά πιθανό να την εμφανίσουν και οι ίδιοι, γεγονός που οδηγεί στο συμπέρασμα πως υπάρχει κάποια γενετική σύνδεση. Επιπλέον, τα ψυχολογικά και συναισθηματικά προβλήματα, όπως είναι η χαμηλή αυτοεκτίμηση, η κατάθλιψη, η αγχώδης διαταραχή και σε ορισμένες περιπτώσεις, ακόμη και κάποιο τραυματικό γεγονός του παρελθόντος, αποτελούν εν δυνάμει παράγοντες που συμβάλλουν στην ανάπτυξη της ψυχογενούς βουλιμίας.

### **2.2.3 Συμπτώματα βουλιμίας**

Το γεγονός πως τα άτομα που πάσχουν από ψυχογενή βουλιμία είναι ελλειποβαρή, έχουν φυσιολογικό βάρος ή είναι ελαφρώς ή και μέτρια υπέρβαρα, καθιστά δύσκολη την αναγνώριση του προβλήματος από τον περίγυρο. Παρ' όλα αυτά, στα συνήθη συμπτώματα της ψυχογενούς βουλιμίας αναφέρεται η ανεξέλεγκτη κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων στα γεύματα σε χρονικό διάστημα που είναι σύντομο, σε συχνότητα μίας τουλάχιστον φορές στη διάρκεια μίας εβδομάδος και για διάστημα τριών μηνών, με παράλληλες προσπάθειες αποβολής της τροφής, ως αποτέλεσμα της ενοχής που νιώθει το άτομο. Επιπρόσθετα, η απόκρυψη του προβλήματος με αποφυγή κατανάλωσης φαγητού παρουσία άλλων ατόμων, η έντονη σωματική δραστηριότητα και ο διαρκής φόβος για πιθανή αύξηση του σωματικού βάρους ή/και η αίσθηση αύξησης του βάρους δε θα πρέπει να αγνοούνται. Αρκετά συχνά φαίνεται να υπάρχει το αίσθημα της κόπωσης, ορισμένες γαστρεντερολογικές διαταραχές, χαμηλά επίπεδα καλίου και κάποια διάβρωση των δοντιών ή πρησμένοι σιελογόνοι αδένες εξαιτίας μόλυνσης που οφείλονται στους προκλητούς εμετούς. Ιδιαίτερα για τις γυναίκες, ένδειξη ύπαρξης της βουλιμίας αποτελούν διάφορες ορμονικές διαταραχές, όπως η άστατη έμμηνος ρύση και η ξαφνική διακοπή αυτής. Αξίζει να σημειωθεί, επίσης, πως η αυτοτραυματική συμπεριφορά, οι αυτοκτονικοί ιδεασμοί, διάφορες φοβίες και ψυχαναγκασμοί, συγκαταλέγονται στα διάφορα συμπτώματα τα οποία εμφανίζονται σε άτομα με νευρογενή ή ψυχογενή βουλιμία (Αδαμίδου, 2010. , Πολυζόπουλος, 2013. , Σαλπιστής, 2013β).

### **2.2.4 Επιπλοκές βουλιμίας**

Πέραν των συμπτωμάτων και της αιτιολογίας της βουλιμίας ιδιαίτερο βάρος και προσοχή απαιτείται να δίνεται και στις διάφορες επιπλοκές που ενδεχομένως να συνοδεύουν τη νόσο,

συμπεριλαμβανομένου του άγχους, της κατάθλιψης και της κατάχρησης ουσιών ή αλκοολούχων. Απειλητικό, επίσης, φαινόμενο για τη ζωή του ατόμου με ψυχογενή βουλιμία αποτελεί η αφυδάτωση που συνδέεται με τους τρόπους «εκκαθάρισης» που προαναφέρθηκαν, η οποία και μπορεί να προκαλέσει κρίσιμα ιατρικά προβλήματα, όπως είναι η νεφρική ανεπάρκεια, ενώ στην ίδια κατηγορία ανήκουν διάφορα πεπτικά προβλήματα, όπως χρόνια, ακανόνιστη εντερική δραστηριότητα και δυσκοιλιότητα λόγω της κατάχρησης καθαρτικών ή πεπτικά έλκη, καρδιακά προβλήματα, όπως καρδιακή αρρυθμία ή καρδιακή ανεπάρκεια, καθώς και η εξάρτηση του ατόμου σε υπακτικά φάρμακα, καθώς επίσης προβλήματα του οισοφάγου και τον δοντιών εξαιτίας των όξινων γαστρικών υγρών που εκρήγνυνται κατά τη διάρκεια των συχνών εμετών, αύξηση αρτηριακής πίεσης, εμφάνιση χοληστερίνης και διαβήτη (Ανάσα: Υποστήριξη Ατόμων Που Πάσχουν Από Διατροφικές Διαταραχές. , Πολυζόπουλος, 2013).

## **2.2.5 Αντιμετώπιση βουλιμίας**

Για τη θεραπεία αυτής της διαταραχής ιδιαίτερη σημασία έχουν οι διατροφικές οδηγίες που θα οδηγήσουν στην αποκατάσταση και την βελτίωση της διατροφικής συμπεριφοράς των βουλιμικών ασθενών. Στους βασικούς στόχους αντιμετώπισης και θεραπείας της υπερφαγίας συγκαταλέγονται η αναγνώριση του προβλήματος από τον ίδιο τον ασθενή, η συνειδητοποίηση της δυσλειτουργικής συμπεριφοράς αναφορικά με τη λήψη τροφής και της αντίληψης για το βάρος και το σχήμα του σώματος του πάσχοντα, η παύση των διάφορων εκκαθαριστικών συμπεριφορών, η υιοθέτηση ενός υγιεινού διαιτολογίου σε συνδυασμό με τους κατάλληλους τρόπους ελέγχου και διαχείρισης του σωματικού βάρους, με τελικό στόχο την απόκτηση της αίσθησης του ελέγχου, ενώ τέλος, σημαντικό ρόλο διαδραματίζει και η αύξηση της αυτοεκτίμησης και αυτοπεποίθησης του ατόμου (Γκατζέλια, 2016).

Η σημαντικότερη μορφή θεραπείας που εφαρμόζεται σε πάσχοντες της ψυχογενούς βουλιμίας είναι η ψυχοθεραπεία, η οποία ανάλογα με το θεωρητικό της προσανατολισμό, έχει και την ανάλογη θεραπευτική προσέγγιση. Η γνωσιακή – συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία φαίνεται να είναι η πιο γρήγορη και η πιο αποτελεσματική ψυχολογική παρέμβαση για τη νευρωσική βουλιμία και την διαταραχή επεισοδιακής υπερφαγίας και απαιτείται πολύ καλή γνωσιακή ανάλυση και αξιολόγηση προκειμένου να κυλήσει σωστά η θεραπεία. Μέσω αυτής το άτομο θα βοηθηθεί προκειμένου να διορθώσει τις λανθασμένες αντιλήψεις για τα συναισθήματα, τις ανάγκες, την ικανότητα να ελέγξει τη ζωή του. Με την

καθοδήγηση του θεραπευτή θα εντοπίσει τις δυσλειτουργικές σκέψεις που οδηγούν σε δυσλειτουργικές συμπεριφορές και θα τις αντικαταστήσει με πιο λειτουργικές, θετικές και υγιεινές. Η μορφή αυτής της θεραπείας έχει τη δυνατότητα να μειώσει έως και στο 75% τα επεισόδια υπερφαγίας, επιδρά στα κεντρικά χαρακτηριστικά της διαταραχής, ενώ τέλος φαίνεται να προτείνεται από τους περισσότερους ερευνητές ως μία από τις πιο αποτελεσματικές θεραπείες για τις διαταραχές της πρόσληψης της τροφής. Μια ψυχοθεραπεία ψυχαναλυτικού – ψυχοδυναμικού τύπου επικεντρώνεται περισσότερο στους εσωτερικούς ή εξωτερικούς παράγοντες που βρίσκονται πίσω από αυτήν τη συμπεριφορά και που πυροδοτούν την ανάγκη καταφυγής στην υπερφαγία, παρά στην ίδια τη συμπεριφορά αυτή καθαυτή. Αυτού του είδους η θεραπεία πραγματοποιείται από τον ψυχίατρο σε ατομικό ή ομαδικό επίπεδο. Μελέτες έχουν δείξει πως αυτή η θεραπεία βοηθά τις συνυπάρχουσες διαταραχές με την βουλιμία, όπως διαταραχές διάθεσης, άγχους, ή προσωπικότητας (Γκατζέλια, 2016. , Πολυζόπουλος, 2013., Σαλπιστής, 2013β).

Θετικά αποτελέσματα στην αντιμετώπιση της ψυχογενούς βουλιμίας σε ορισμένα άτομα έχει, επιπλέον, η χορήγηση αντικαταθλιπτικής αγωγής, συνοδευόμενη πάντοτε και με παράλληλη ψυχοθεραπευτική παρέμβαση. Αναφέρεται, ακόμη, πως η βουλιμία σπανίως θεραπεύεται εντός νοσοκομειακής δομής, παρά μόνον σε ιδιαίτερα σοβαρές μορφές αυτής και σοβαρές επιπλοκές της υγείας του ασθενούς, μπορεί να χρειαστεί θεραπεία σε νοσοκομείο (Σαλπιστής, 2013β).

Τέλος, ο ρόλος του διατροφολόγου κρίνεται κι αυτός σημαντικός στην αντιμετώπιση της βουλιμίας. Ένα διαιτολόγιο σωστά διαμορφωμένο θα οδηγήσει το άτομο να επαναφέρει τους φυσιολογικούς μηχανισμούς πείνας και κορεσμού, να επιτευχθεί ένα φυσιολογικό βάρος, να εδραιωθούν φυσιολογικές διατροφικές συνήθειες και με τη ρύθμιση των θρεπτικών συστατικών να μπορεί να ελεγχθεί η ποσότητα φαγητού που πρέπει να καταναλώσει, με τελικό στόχο να εγκαταλείψει τα υπερφαγικά επεισόδια και συμπεριφορές (Λυκουρέση, χ.χ.).

## **2.3 Ανορεξία**

Η περιγραφή της ψυχογενούς ανορεξίας έγινε το 19<sup>ο</sup> αιώνα στη Μ. Βρετανία και τη Γαλλία με αναφορές ήδη από το 17<sup>ο</sup> αιώνα. Η συστηματική όμως μελέτη της νόσου ξεκίνησε στο

δεύτερο μισό του 20<sup>ου</sup> αιώνα και η επίπτωσή της φαίνεται να αυξάνεται σταθερά από το 1930 (Ανάσα: Υποστήριξη Ατόμων Που Πάσχουν Από Διατροφικές Διαταραχές).

Σύμφωνα με τον Σαλπιστή (2013γ) η ψυχογενής ανορεξία αποτελεί τη σοβαρότερη ίσως διατροφική διαταραχή – δεδομένου ότι οδηγεί το άτομο ακόμη και στο θάνατο – και ορίζεται ως «μια ηθελημένη προσπάθεια μείωσης του σωματικού βάρους, που μπορεί να φθάσει έως και το 85% του κανονικού, συχνά αρχίζει με τη μορφή μιας συνηθισμένης δίαιτας, η οποία δεν σταματά ποτέ». Τα άτομα που πάσχουν από ψυχογενή ανορεξία δεν έχουν μια ορθή εικόνα του σώματός τους, έχοντας την πεποίθηση ότι είναι παχύσαρκα, ενώ ισχύει το ακριβώς αντίθετο. Κυριαρχούνται από το φόβο αύξησης του σωματικού τους βάρους και καταφεύγουν συχνά σε προκλήσεις εμετών, χρήση υπακτικών και έντονη σωματική δραστηριότητα, «ελέγχοντας» με αυτό τον τρόπο την πρόσληψη θερμίδων (Διάκος, 2016. , Θερμόπουλος, 2019. , Σαλπιστής, 2013γ ).

Αξίζει, ακόμη, να σημειωθεί πως η διατροφική αυτή διαταραχή δεν είναι ουσιαστικά για τα τρόφιμα, καθώς δεν πρόκειται για έλλειψη της όρεξης. Είναι ένας νοσηρός τρόπος να προσπαθεί το άτομο να αντιμετωπίσει τα συναισθηματικά του προβλήματα και τα προβλήματα που σχετίζονται με την αυτοεκτίμηση και αυτοπεποίθησή του (Διάπλαση: Πρότυπο Κέντρο Αποκατάστασης & Αποθεραπείας Καλαμάτας).

### **2.3.1 Αιτίες εκδήλωσης ανορεξίας**

Αναφορικά με την αιτιολογία της ψυχογενούς ανορεξίας, παρά τις διάφορες και εκτενείς έρευνες, φαίνεται πως δεν υπάρχει μια κοινά αποδεκτή άποψη. Όπως και σε άλλες διατροφικές διαταραχές, όπως η βουλιμία, θεωρείται πως πρόκειται για πολυπαραγοντική αιτιολογία, εμπεριέχοντας ψυχολογικούς, γενετικούς, κοινωνικούς και πολιτισμικούς παράγοντες (Θεοφάνους, χ.χ., Θερμόπουλος, 2019. , Λαούρη, χ.χ., Σαλπιστής, 2013γ).

Παρά το γεγονός ότι δεν είναι σαφές ποια συγκεκριμένα γονίδια θα μπορούσαν να προκαλέσουν τη διαταραχή, γενετικές αλλαγές καθιστούν ορισμένα άτομα περισσότερο ευάλωτα στην ανάπτυξη της ανορεξίας. Γενετικά – βιολογικά θα μπορούσε αιτία να σταθεί η γενετική τάση κάποιων ως προς την τελειομανία, την επιμονή και την ευαισθησία, χαρακτηριστικά που είναι συνδεδεμένα με την ανορεξία. Ενώ, όπως και στην εμφάνιση βουλιμίας, έτσι και στην ψυχογενή ανορεξία, οι χαμηλές ποσότητες σεροτονίνης θα μπορούσαν να εμπλέκονται με τη νόσο ( Διάπλαση: Πρότυπο Κέντρο Αποκατάστασης &

Αποθεραπείας Καλαμάτας. , Θερμόπουλος, 2019). Συμπληρωματικά, η εκδήλωση της ψυχογενούς ανορεξίας μεταξύ μονογενών διδύμων, η ύπαρξη μεγάλου αριθμού ψυχικών προβλημάτων σε συγγενείς ανορεκτικών υποδηλώνει ίσως την πιθανή ύπαρξη μιας γενετικής προδιάθεσης (Λαούρη, χ.χ.).

Από ψυχολογικής απόψεως, δε φαίνεται να υπάρχει ένας συγκεκριμένος τύπος προσωπικότητας που χαρακτηρίζει όλα τα άτομα που βιώνουν ανορεξία, εξαιτίας της πολυπλοκότητας του προβλήματος και της διαφορετικότητας του κάθε ατόμου. Ψυχολογικό χαρακτηριστικό εμφάνισης της διαταραχής θεωρείται μια σοβαρή έλλειψη προσωπικής ταυτότητας και αυτονομίας, όπου το άτομο υποφέρει από αισθήματα ανεπάρκειας, ανικανότητας και κενού. Ιδιαίτερο ρόλο, επιπλέον, στην προδιάθεση της ανορεξίας κατέχουν το άγχος, η μοναξιά, η κατάθλιψη, ο ελλιπής έλεγχος προς τη ζωή και η εσωτερική ανασφάλεια (Ανάσα: Υποστήριξη Ατόμων Που Πάσχουν Από Διατροφικές Διαταραχές. , Διάπλαση: Πρότυπο Κέντρο Αποκατάστασης & Αποθεραπείας Καλαμάτας. , Θεοφάνους, χ.χ.).

Στους κοινωνικούς παράγοντες, οι οποίοι σχετίζονται με την ανορεξία – στο δυτικό κυρίως κόσμο – δεσπόζουν οι κοινωνικές πιέσεις που εξυμνούν το πρότυπο της ισχνότητας και προσδίδουν αξία στην απόκτηση του «τέλειου» σώματος. Οι πιέσεις αυτές ενισχύονται ακόμη περισσότερο με τη λανθασμένη αξιολόγηση του ατόμου, από το περιβάλλον, βάσει της δομής του σώματός του και όχι βάσει των προσωπικών αξιών και δυνατοτήτων (Ανάσα: Υποστήριξη Ατόμων Που Πάσχουν Από Διατροφικές Διαταραχές. , Διάπλαση: Πρότυπο Κέντρο Αποκατάστασης & Αποθεραπείας Καλαμάτας. , Θερμόπουλος, 2019).

Εν συντομία, όσον αφορά στην αιτιολογία της διαταραχής, συμπεραίνεται πως διάφορες δυσκολίες, κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας, δεν επιτρέπουν τη δημιουργία μιας εσωτερικής αίσθησης ασφάλειας και αυτοεκτίμησης που είναι απαραίτητα, ιδιαίτερα στη διάρκεια της εφηβικής ηλικίας και της πρώιμης νεανικής ζωής και σε συνδυασμό με κάποια συνυπάρχοντα στοιχεία προσωπικότητας, όπως η μειωμένη ικανότητα ελέγχου παρορμήσεων και συναισθηματικής σταθερότητας, η τελειοθηρία, η ροπή προς καταναγκασμούς προδιαθέτουν για την εμφάνιση της ψυχογενούς ανορεξίας (Σαλπιστής, 2013γ).

### 2.3.2 Συμπτώματα και διάγνωση ανορεξίας

Παρόλο που αρκετά άτομα που πάσχουν από τη συγκεκριμένη διατροφική διαταραχή προσπαθούν να αποκρύψουν το πρόβλημα, ακόμη και από τα πιο κοντινά τους πρόσωπα και διακατέχονται από μια διαρκή άρνηση του προβλήματος, υπάρχουν αρκετά ευδιάκριτα συμπτώματα της ανορεξίας, τα οποία εφόσον εντοπισθούν θα οδηγήσουν στη διάγνωση και την αντιμετώπισή της (Σαλπιστής, 2013γ).

Στη ψυχογενή ανορεξία, ολόκληρος ο οργανισμός αναγκάζεται να επιβραδύνει τη λειτουργία του, προκειμένου να διασώσει ενέργεια. Αν και τα φυσικά συμπτώματα της νόσου σχετίζονται με την πείνα, στον διαχωρισμό τους εμπεριέχονται και σωματικά, ψυχικά ή συμπεριφορικά συμπτώματα.

Τα πιο σύνηθες σωματικά συμπτώματα αφορούν την απότομη και ακραία απώλεια βάρους από το άτομο, την οποία πιθανώς να προσπαθήσει να κρύψει με χαλαρά ρούχα, παράξενες διατροφικές συνήθειες, όπως η αποφυγή των γευμάτων, η παρακολούθηση κάθε μπουκιάς τροφίμων ή η κατανάλωση μόνο ορισμένων τροφίμων σε μικρές ποσότητες όπως πατάτες, ψωμί, μακαρόνια και το ασυνήθιστο ενδιαφέρον για τα τρόφιμα (Καζαμίας, 2003. , Λαζαράτου, 2008. , Σαλιβέρου, χ.χ.) η ισχνότητα και οι μη φυσιολογικές τιμές σε αιματολογικές εξετάσεις. Ωστόσο, η εμφανής εξάντληση, η ύπαρξη αϋπνίας, η τάση προς λιποθυμία ή η ζάλη συγκαταλέγονται σε αυτά. Η διόγκωση των άκρων, κοιλιακά άλγη, δυσκοιλιότητα, διακοπή εμμήνου ρύσεως σε κορίτσια και η ξηρότητα του δέρματος, που όταν τσιμπιέται και ελευθερώνεται, παραμένει τσιμπημένο, αναστολή της αύξησης του ύψους δεν θα πρέπει να αγνοούνται. (Διάπλαση: Πρότυπο Κέντρο Αποκατάστασης & Αποθεραπείας Καλαμάτας. , Λιώτη, 2014. , Σαλπιστής, 2013γ).

Μερικές φορές, προηγείται κάποια δυσθυμία ή καταθλιπτική διάθεση και κατόπιν ακολουθεί η ψυχογενής ανορεξία, μπορεί, όμως, να συμβεί και το αντίστροφο, ενώ ακόμη έχει αναφερθεί και επιτεδωμένη διάθεση, δηλαδή καμία εναλλαγή στη ψυχική διάθεση. Το σήμα κατατεθέν, ωστόσο, για τα ψυχικά συμπτώματα αποτελεί η διαστρεβλωμένη εικόνα του σώματος, αλλά και η διαρκής ενασχόληση με τις θερμίδες και τα συστατικά των τροφίμων. Η ευερεθιστότητα, επιπροσθέτως, οι καταναγκασμοί που εμφανίζει ο πάσχοντας, η καταθλιπτική διάθεση και η δυσκολία αυτοσυγκέντρωσης ανήκουν στα συμπτώματα της συγκεκριμένης κατηγορίας (Θερμόπουλος, 2019. , Σαλπιστής, 2013γ).

Παρά των όσων συμπτωμάτων έχουν ήδη αναφερθεί, τα συμπτώματα που σχετίζονται με τη συμπεριφορά του ατόμου που πάσχει από νευρική ανορεξία, πιθανώς διευκολύνουν την

αναγνώριση και την ύπαρξη του προβλήματος. Η υιοθέτηση άκαμπτων συνηθειών κατά τη διάρκεια των γευμάτων, ο «τελετουργικός» τρόπος κατανάλωσης φαγητού, όπως το κόψιμο του φαγητού σε μικρά κομμάτια ή η απομάκρυνση των τροφίμων μετά το μάσημα, εγείρουν συνήθως τον περίγυρο. Η σαφής προτίμηση για κατανάλωση εκείνων των τροφίμων που είναι χαμηλά σε λιπαρά και έχουν χαμηλή θερμιδική αξία, η δυσφορία ή η άρνηση να φάνε μπροστά σε άλλους ή σε δημόσιο χώρο, η ενασχόληση και η διαρκής συζήτηση για το φαγητό, η παράλειψη των γευμάτων ή δικαιολογίες για αποφυγή γευμάτων, αποτελούν συμπτώματα ιδιάζουσας σημασίας, τα οποία συνδέονται με τη συμπεριφορά του ατόμου με αυτή τη διαταραχή πρόσληψης τροφής (Διάκος, 2016. , Διάπλαση: Πρότυπο Κέντρο Αποκατάστασης & Αποθεραπείας Καλαμάτας).

Όπως αναφέρει ο Σαλπιστής (2013γ) δεν παρουσιάζονται ιδιαίτερες δυσκολίες ως προς τη διάγνωση της ψυχογενούς ανορεξίας. Σημαντικό σημείο είναι ο έγκαιρος εντοπισμός, που συνεπάγεται μιας αποτελεσματικότερης αντιμετώπισης και θεραπείας. Τόσο οι γονείς, όσο και οι σημαντικοί άλλοι του παιδιού δυνητικά είναι ικανοί να αναγνωρίσουν το πρόβλημα, αν και πάντοτε η εκτίμηση ενός ειδικού είναι κύρια ως προς τη διάγνωση, στην οποία γνώμονες αποτελούν ένα συμπεριφορικό ιστορικό ή διάφορα ψυχολογικά τεστ. Στην έγκαιρη αξιολόγηση – κατ’ επέκταση και θεραπεία – η οποία συχνά προλαμβάνει και μεταγενέστερα προβλήματα, το περιβάλλον του ατόμου μπορεί να βοηθήσει καταγράφοντας όσα συμπτώματα έχει εντοπίσει και σχετίζονται με την διαταραχή αυτή. Λαμβάνοντας, τέλος, υπόψιν τον βαθμό κινδύνου που κρύβει η ανορεξία και οι λανθασμένες διατροφικές συνήθειες που περικλείει, καθώς επενεργεί σε ολόκληρο το ανθρώπινο σύστημα με αρνητικό πρόσημο, αυξάνεται η σημασία και η αναγκαιότητα της έγκαιρης διάγνωσης για την ανορεξία (Λιώτη, 2014).

### **2.3.3 Επιπλοκές ανορεξίας**

Η επικινδυνότητα της διατροφικής αυτής διαταραχής διαπιστώνεται επιπλέον και από τις επιπλοκές που μπορεί να προκαλέσει στους πάσχοντες, καθώς στην πιο σοβαρή εκδήλωση της μπορεί να αποβεί μοιραία. Η σημαντικότερη αυτών αφορά την θνητότητα, η οποία και ανέρχεται στο 12-15%, ποσοστό που κατατάσσει την ανορεξία στις πλέον επικίνδυνες διαταραχές, και είναι αποτέλεσμα των καρδιακών επιπλοκών, όπως οι αρρυθμίες και η καρδιακή ανεπάρκεια που προκαλεί ο υποσιτισμός, της ανισορροπίας των ηλεκτρολυτών, όπως το ασβέστιο, το κάλιο, το νάτριο και το χλώριο στο αίμα ή και αυτοχειρία. Περαιτέρω,

γαστρεντερικά, αναπνευστικά και νεφρικά προβλήματα είναι αρκετά πιθανό να προκληθούν. Άτομα που αντιμετωπίζουν αυτή τη διαταραχή πιθανώς να εμφανίσουν κι άλλες διαταραχές, ανάμεσά τους αγχώδεις διαταραχές, διαταραχές προσωπικότητας, ιδεοψυχαναγκαστικές διαταραχές. Εφόσον ένα άτομο καθίσταται σοβαρώς υποσιτισμένο, διάφορα όργανα του σώματος επίσης μπορεί να υποστούν βλάβη, πέραν των ήδη αναφερθέντων, και ο εγκέφαλος, η οποία βλάβη ενδεχομένως να μην μπορέσει να αναστραφεί πλήρως, ακόμη κι όταν η κατάσταση του ατόμου με ανορεξία βρίσκεται υπό έλεγχο (Ανάσα: Υποστήριξη Ατόμων Που Πάσχουν Από Διατροφικές Διαταραχές. , Διάπλαση: Πρότυπο Κέντρο Αποκατάστασης & Αποθεραπείας Καλαμάτας., Χαράτση-Γιωτάκη, 2008).

### **2.3.4 Αντιμετώπιση και θεραπεία ανορεξίας**

Σχετικά με την αντιμετώπιση και τη θεραπεία που αφορά την ψυχογενή ανορεξία, πρωταρχικός της στόχος είναι η επαναφορά του ατόμου σε συνθήκες κανονικού βάρους, σωστών διατροφικών συνηθειών, ώστε να αποτραπεί ο όποιος κίνδυνος για τη ζωή του ατόμου και να αποκατασταθεί μια στοιχειώδης, έστω, διατροφική ισορροπία (Σαλπιστής, 2013γ).

Στις περιπτώσεις ιατρικών επιπλοκών, ψυχιατρικές καταστάσεις έκτακτης ανάγκης, σοβαρού υποσιτισμού ή συνεχιζόμενης άρνησης σίτισης, μπορεί να χρειαστεί να χορηγηθεί σωλήνας ή ενδοφλέβια χορήγηση για πρόσληψη τροφής, καθώς και να κριθεί απαραίτητη η νοσηλεία του πάσχοντα (Dare & O'Donovan, 2000). Για την αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση του προβλήματος φαίνεται πως χρειάζεται ένας συνδυασμός ιατρικής και ψυχοθεραπευτικής προσέγγισης και βοήθειας. Οι μορφές ψυχοθεραπείας που χρησιμοποιούνται, έχουν ως στόχο τόσο να ενδυναμώσουν όσο και θωρακίσουν το άτομο σε ψυχικό επίπεδο προς οποιαδήποτε υποτροπή της νόσου, αλλά και προς συναισθηματικές πιέσεις που μπορεί να βιώσει (Σαλπιστής, 2013γ). Η συστημική ψυχοθεραπεία και η γνωσιακή – συμπεριφορική ψυχοθεραπεία, φαίνονται ιδιαίτερες βοηθητικές.

Η γνωσιακή – συμπεριφορική ψυχοθεραπεία βασίζεται στο μοντέλο της αντίστοιχης θεραπείας η οποία δημιουργήθηκε για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης, ενώ ως θεραπεία είναι αρκετά δομημένη. Έχει περιορισμένη χρονική διάρκεια, μίας ώρας και οι συνεδρίες της λαμβάνουν χώρα σε περίοδο μερικών μηνών. Ο ρόλος του θεραπευτή είναι καθοδηγητικός και συνεργαζόμενος από κοινού με τον ασθενή κατανοούν τα προβλήματα

του δεύτερου και αναγνωρίζουν πώς αυτά επηρεάζουν τη συμπεριφορά, τα συναισθήματα και τη σκέψη του, καθώς και πώς μπορεί να τροποποιήσει το γεγονός αυτό (Ανάσα: Υποστήριξη Ατόμων Που Πάσχουν Από Διατροφικές Διαταραχές. , Διάπλαση: Πρότυπο Κέντρο Αποκατάστασης & Αποθεραπείας Καλαμάτας).

Η συστημική θεραπεία, η οποία αφορά την οικογένεια του ασθενούς, επικεντρώνει το ενδιαφέρον της ανάμεσα στη διαταραχή και στις οικογενειακές δυναμικές. Σ' αυτή τη μορφή θεραπείας συμμετέχουν όλα τα μέλη της οικογένειας και η διάρκεια των συνεδριών μπορεί να ξεπεράσει και το ένα έτος. Η διατροφική διαταραχή εδώ αντιμετωπίζεται ως πυρήνας επιρροής από και προς τις ενδοοικογενειακές σχέσεις και τη ζωή της οικογένειας, γεγονός που δημιουργεί έναν φαύλο κύκλο, στον οποίο παγιδεύεται τόσο το ίδιο το άτομο, όσο και η οικογένεια αυτού. Βασικοί άξονες στους οποίους στοχεύει είναι η συμπαράσταση του οικογενειακού περιβάλλοντος και ο περιορισμός της επικριτικής συμπεριφοράς προς το μέλος που νοσεί, η ώθηση των γονέων για υιοθέτηση μιας στάσης που να κινείται στα όρια της αυστηρότητας και της τρυφερότητας ως προς τον ασθενή και τη διατροφή αυτού, η σταδιακή ενίσχυση της αυτονομίας του ατόμου, ενώ ακόμη μπορεί να συντελέσει και στην επίλυση οικογενειακών συγκρούσεων (Ανάσα: Υποστήριξη Ατόμων Που Πάσχουν Από Διατροφικές Διαταραχές. , Διάπλαση: Πρότυπο Κέντρο Αποκατάστασης & Αποθεραπείας Καλαμάτας).

Πρόσθετα με τις υπόλοιπες μορφές θεραπείας, η ψυχοδυναμική θεραπεία, που είναι και εμπνευσμένη από την ψυχαναλυτική θεραπεία, πραγματοποιείται σε ατομικό επίπεδο, αποσκοπώντας στη δημιουργία μιας σχέσης ανάμεσα στον θεραπευόμενο και τον θεραπευτή του και είναι μακράς διάρκειας, δεδομένου ότι οι συνεδρίες της μπορεί να διαρκέσουν κατ' ελάχιστο δύο έτη. Ένα από τα βασικότερα ζητούμενα αυτής της μορφής θεραπείας στην ολοκλήρωσή της, είναι η σωματική και ταυτόχρονα η ψυχοσυναισθηματική ανάπτυξη του ατόμου. Ο ρόλος του θεραπευτή εδώ, είναι να καταφέρει να τονώσει τον ασθενή και να αποδεχθεί το σώμα του, να αναπτυχθεί η αυτονομία και η αυτοεκτίμησή του και στην απεμπλοκή του από την υπόλοιπη οικογένεια (Ανάσα: Υποστήριξη Ατόμων Που Πάσχουν Από Διατροφικές Διαταραχές. , Διάπλαση: Πρότυπο Κέντρο Αποκατάστασης & Αποθεραπείας Καλαμάτας).

Ακόμη, μια θεραπεία σε ομαδικό επίπεδο μπορεί εξίσου να φέρει τα επιθυμητά αποτελέσματα, λαμβάνοντας επίσης υπ' όψη ότι το συγκεκριμένο είδος θεραπείας προσφέρει στο άτομο τη δυνατότητα να επικοινωνήσει και με άλλους που αντιμετωπίζουν

την ίδια ή παρεμφερή διατροφική διαταραχή. Η σύνδεση με άλλους και η ανταλλαγή των βιωμάτων, σκέψεων και συναισθημάτων που πραγματοποιείται ανάμεσα στα μέλη της ομάδας, έχει αποδειχθεί πως δρα ιδιαιτέρως θεραπευτικά (Ανάσα: Υποστήριξη Ατόμων Που Πάσχουν Από Διατροφικές Διαταραχές. , Διάπλαση: Πρότυπο Κέντρο Αποκατάστασης & Αποθεραπείας Καλαμάτας).

Αξιίζει να σημειωθεί, πως εκτός από τους διάφορους τύπους ψυχοθεραπείας, υπάρχουν περιπτώσεις όπου χρειάζεται και φαρμακευτική αγωγή, παράλληλα με την ψυχολογική παρέμβαση. Αν και δεν υπάρχουν φάρμακα σχεδιασμένα αποκλειστικά και μόνο για την αντιμετώπιση της ανορεξίας, εφόσον όπως βρέθηκε δεν λειτουργούν στοχευμένα, τα αντικαταθλιπτικά ή άλλα ψυχιατρικά φάρμακα μπορούν να αντιμετωπίσουν τα επικείμενα προβλήματα της διαταραχής, όπως το άγχος και την κατάθλιψη (Ανάσα: Υποστήριξη Ατόμων Που Πάσχουν Από Διατροφικές Διαταραχές. , Διάπλαση: Πρότυπο Κέντρο Αποκατάστασης & Αποθεραπείας Καλαμάτας). Η αγωγή που θα χορηγηθεί στον πάσχοντα θα πρέπει να παρακολουθείται στενά από ειδικό ψυχίατρο, ενώ και εδώ είναι ιδιαίτερα σημαντικός ο ρόλος ενός διατροφολόγου, καθώς σύμφωνα και με τη Λιώτη (2014) η πιθανότητα εμφάνισης επιπλοκών και θνησιμότητας, απαιτεί την συνεργασία μεταξύ γιατρών, θεραπευτών και διατροφολόγου, με τους γονείς κατά τη διάρκεια της θεραπείας να κατέχουν υποστηρικτικό ρόλο προς τον ασθενή.

## **2.4 Παιδική παχυσαρκία**

### **2.4.1 Ορισμός και χαρακτηριστικά παιδικής παχυσαρκίας**

Η παχυσαρκία αποτελεί μία ανεπιθύμητη κατάσταση, η οποία επιβαρύνει τόσο την υγεία όσο και την ψυχική ισορροπία του ατόμου. Όταν εδραιώνεται στην παιδική ηλικία δημιουργεί μια σταθερή κατάσταση που απαιτεί έντονες προσπάθειες για να βελτιωθεί, διότι η παιδική ηλικία αποτελεί αναπτυξιακή περίοδο και χαρακτηρίζεται από συχνές και εμφανείς σωματικές και κατά συνέπεια ψυχολογικές αλλαγές. Από το 1948 έχει αναγνωριστεί από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.) ως νόσος, όπου νόσος ορίζεται «κάθε κατάσταση που μειώνει την ποιότητα και ποσότητα της ζωής».

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.) η παχυσαρκία ορίζεται ως η κατάσταση που χαρακτηρίζεται από υπερβολική ή παθολογικά αυξημένη εναπόθεση λίπους στο ανθρώπινο σώμα σε βαθμό που ενέχει κίνδυνο για την υγεία (World Health

Organization, 2006). Εκτός από τον ορισμό που έχει διατυπώσει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, υπάρχουν κι άλλοι ορισμοί, όπως οι ακόλουθοι. «Η παχυσαρκία αποτελεί μια πολύπλοκη παθολογική διαταραχή που στις περισσότερες περιπτώσεις οφείλεται σε υπερβολική πρόσληψη ενέργειας και ανεπαρκή κατανάλωση σε σωματική άσκηση». Η μεγάλη αύξηση της πρόσληψης θερμίδων και λίπους σε συνδυασμό με την έλλειψη σωματικής άσκησης οδηγεί σε παχυσαρκία. Επιπλέον, η παχυσαρκία σχετίζεται με γενετικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες, γεγονός που καθιστά τον μηχανισμό ανάπτυξης της παχυσαρκίας μη πλήρως κατανοητό (Philippas & Kanaka-Gantenbein, 2009), οι οποίοι επηρεάζουν ενδοκρινικά, μεταβολικά και ρυθμιστικά τον οργανισμό και χαρακτηρίζεται από αύξηση του σωματικού βάρους πάνω από 10% του φυσιολογικού, εξαιτίας συσσώρευσης υπερβολικής ποσότητας λίπους, κυρίως, στο υποδόριο, αλλά και σε διάφορα όργανα του σώματος. Ως βασική αιτία λογίζεται η αύξηση της ενεργειακής πρόσληψης, σε σχέση με αυτή της ενεργειακής κατανάλωσης. Η εξίσωση του ενεργειακού ισοζυγίου αντανakλά τη διαφορά μεταξύ της προσλαμβανόμενης ενέργειας – μέσω της πρόσληψης τροφής – και της καταναλώμενης ενέργειας (Biro & Wien, 2010).

Σε περίπτωση όπου η προσλαμβανόμενη ενέργεια του ατόμου είναι μεγαλύτερη από την ενέργεια που καταναλώνεται, τότε το αποτέλεσμα είναι η αποθήκευση ενέργειας, που μεταφράζεται με αύξηση του σωματικού βάρους αλλά και του λιπώδους ιστού, ενώ αντίθετα, όταν το άτομο καταναλώνει περισσότερη ενέργεια από την προσλαμβανόμενη, τότε το σωματικό βάρος μειώνεται. Στην περίπτωση που υπάρχει ισότητα μεταξύ πρόσληψης και κατανάλωσης ενέργειας, το σωματικό βάρος παραμένει ως έχει, σταθερό (Biro & Wien, 2010).

Οι πιο σημαντικές χρονικές – ηλικιακές περίοδοι για την ανάπτυξη της παχυσαρκίας είναι οι εξής τέσσερις (04), η προγεννητική περίοδος, η νεογνική περίοδος, οι ηλικίες μεταξύ 3 και 10 ετών, καθώς και η εφηβεία. Ωστόσο, η πιο κρίσιμη περίοδος όπου αυξάνεται η πιθανότητα να γίνει ένα παιδί παχύσαρκο είναι οι ηλικίες 3-10 χρονών. Ο δείκτης μάζας σώματος αυξάνεται στις ηλικίες 5-7 ετών όταν τα παιδιά ξεκινούν κοινωνική δραστηριότητα, καθώς είναι η περίοδος αύξησης των λιποκυττάρων. Στην περίπτωση όπου η αύξηση γίνει νωρίτερα από αυτή την ηλικία ή γίνει με αρκετά ταχύ ρυθμό, το παιδί παρουσιάζει μεγάλο κίνδυνο να εμφανίσει παχυσαρκία. Αυξημένο ποσοστό κινδύνου διατρέχουν τα νεογνά χαμηλού βάρους, τα οποία αναπτύσσονται απότομα και παρουσιάζουν αύξηση των λιποκυττάρων στην ηλικία των 3-4 ετών περίπου, πράγμα που συμβάλλει στην

εμφάνιση του φαινομένου στο 4<sup>ο</sup> και 5<sup>ο</sup> έτος ζωής. Όταν κι εφόσον αυτό συμβεί, ενδεχομένως να συνεχιστεί στην εφηβεία και στην ενήλικη ζωή (Siddique, 2016).

Οι Κατσίλάμπρος και Τσίγκος, (2003), καθώς και η Sweeting (2007) αναφέρουν πως ο προσδιορισμός της παχυσαρκίας κατά την παιδική ηλικία αποτελεί ένα περίπλοκο φαινόμενο, αφενός διότι το ύψος του ατόμου δεν έχει σταθεροποιηθεί και αφετέρου διότι η σύσταση του σώματος μεταβάλλεται με διαφορετικούς ρυθμούς. Ωστόσο, υπάρχουν ορισμένα γνωρίσματα που χαρακτηρίζουν την παιδική παχυσαρκία. Το κυριότερο χαρακτηριστικό αυτής της νόσου είναι η αύξηση του λίπους, η οποία δημιουργεί διπλώσεις και ραβδώσεις στο σώμα. Τα χαρακτηριστικά του προσώπου είναι δυσανάλογα, με την κοιλιά να προεξέχει και πιθανώς να εμφανιστεί και γυναικομαστία. Στα αγόρια, το πέος αποκρύπτεται σχεδόν πλήρως από το λίπος του παιδιού, πράγμα που δημιουργεί την ψευδή εντύπωση υπογεννητισμού. Το παχύσαρκο παιδί, συνήθως, έχει ψηλότερο ανάστημα σε σχέση με τα συνομήλικά του πριν την εφηβεία, αλλά μετά την εφηβεία το τελικό του ύψος μπορεί να υπολείπεται. Το παιδί κουράζεται εύκολα, έχει αυξημένη εφίδρωση και ταχύπνοια και για αυτό τον λόγο περιορίζει αρκετά τις δραστηριότητές του. Επιπλέον χαρακτηριστικά είναι η πλατυποδία, τα κυρτά πόδια, οι φλεβίτιδες και τα χαλασμένα δόντια. Το επιπλέον βάρος που δημιουργεί το λίπος στα παχύσαρκα παιδιά επηρεάζει το σώμα τους, με εμφανή σημάδια στην αναπνοή, όπως εύκολο λαχάνιασμα, κόπωση και δύσπνοια, στον σκελετό με αλλοιώσεις των κάτω άκρων και νέκρωση της κεφαλής του μηριαίου οστού, καθώς και στην αισθητική (Πανοτόπουλος, 2010).

Αξίζει να σημειωθεί πως στην Ευρωπαϊκή Ένωση, 14 εκατομμύρια παιδιά βρίσκονται πάνω από το φυσιολογικό βάρος, εκ των οποίων τα 3 εκατομμύρια είναι παχύσαρκα. Κάθε χρόνο επίσης 400.000 παιδιά στην Ευρωπαϊκή Ένωση βρίσκονται πάνω από το φυσιολογικό βάρος, εκ των οποίων τα 85.000 είναι παχύσαρκα. Αν και η παιδική παχυσαρκία έχει επηρεάσει τα παιδιά διαφόρων ηλικιών, εθνικοτήτων και κοινωνικο-οικονομικής κατάστασης, τα παιδιά των χαμηλότερων κοινωνικών στρωμάτων φαίνεται ότι έχουν υψηλότερα ποσοστά παχυσαρκίας, λόγω της περιορισμένης πρόσβασης σε τρόφιμα υψηλής θρεπτικής αξίας και χαμηλότερου μορφωτικού επίπεδου (Diatrofi.gr, 2013).

#### **2.4.2 Αιτίες εκδήλωσης της παχυσαρκίας**

Σήμερα η παχυσαρκία θεωρείται νόσος πολυπαραγοντική, η οποία οφείλεται σε κληρονομικούς, περιβαλλοντικούς και ψυχολογικούς παράγοντες, ενώ ακόμη έχει

διαπιστωθεί και γενετική προδιάθεση. Τα αίτια και οι μηχανισμοί που συμβάλλουν στη εμφάνιση της παχυσαρκίας δεν είναι πλήρως γνωστά μέχρι σήμερα. Έχουν αντίστοιχα διατυπωθεί διάφορες θεωρίες, οι οποίες όμως, δεν εξηγούν από μόνες τους την αιτιοπαθογένεια της νόσου.

Μια ικανοποιητική ερμηνεία της αιτιολογίας της θα μπορούσε να αποδοθεί από το συνδυασμό στοιχείων από τις διάφορες γνωστές θεωρίες που υπάρχουν. Σύμφωνα με τους Davison & Birch (2001), η παχυσαρκία στα παιδιά σε ένα πρώτο επίπεδο είναι αποτέλεσμα παραγόντων μη τροποποιήσιμων όπως η ηλικία, το φύλο και η γενετική προδιάθεση αλλά και τροποποιήσιμων όπως της φυσικής δραστηριότητας, της διατροφής, του χρόνου που αφιερώνει το παιδί στην παρακολούθηση τηλεοπτικών προγραμμάτων, τη χρήση Η/Υ και άλλων συνηθειών του παιδιού. Σε δεύτερο επίπεδο σημαντικό ρόλο παίζει η αλληλεπίδραση με το οικογενειακό περιβάλλον του παιδιού, δηλαδή με τις γνώσεις, στάσεις και συμπεριφορές των γονέων του, όπως αυτές ορίζονται από το ωράριο εργασίας, τη διαχείριση του ελεύθερου χρόνου, της φυσικής δραστηριότητας, τις διατροφικές συνήθειες, καθώς και από τις πρακτικές που ακολουθούνται κατά την ανατροφή του, δεδομένου ότι το οικογενειακό περιβάλλον και κυριότερα οι γονείς, είναι εκείνοι που αποτελούν αξιομίμητα πρόσωπα υγιών στάσεων και συμπεριφορών για τα παιδιά. Σε τρίτο επίπεδο είναι σημαντικό το τι συμβαίνει ευρύτερα στο περιβάλλον του παιδιού, όπως το σχολείο, με τα γεύματα που προσφέρει, αλλά και η τοπική κοινωνία διαδραματίζει το ρόλο της, καθώς είναι σημαντικό να υπάρχει μέριμνα για κατάλληλες εγκαταστάσεις που θα προσφέρονται για φυσική δραστηριότητα και παιχνίδι.

Ο ρόλος των γονιδίων, παρ' όλη τη σημαντική πρόοδο στην επιστημονική έρευνα, δεν έχει μέχρι σήμερα επαρκώς καθοριστεί και διαλευκανθεί. Γίνεται παραδεκτό, όμως, πως οι γενετικοί παράγοντες μπορούν να επηρεάσουν την παχυσαρκία ενός παιδιού από τα πρώτα στάδια ανάπτυξής του. Όπως αναφέρει ο Βλαχογιαννάκος (2008) επιδημιολογικές, γενετικές και μοριακές μελέτες σε όλο τον κόσμο δείχνουν ότι κάποιοι άνθρωποι είναι πιο επιρρεπείς στην αύξηση του βάρους και στην εμφάνιση παχυσαρκίας. Όπως και σε άλλες παθολογικές καταστάσεις, η παχυσαρκία είναι το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης και του συνδυασμού γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων. Πολυμορφισμοί σε διάφορα γονίδια τα οποία ελέγχουν την όρεξη και τον μεταβολισμό, προδιαθέτουν για παχυσαρκία όταν παράλληλα υπάρχει και αυξημένη λήψη τροφής (Loos & Bouchard, 2008. , Poirier et al., 2006). Έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί αποδεικνύουν πως ότι οι γενετικοί παράγοντες ευθύνονται κατά 80% περίπου για την προδιάθεση του ατόμου να εμφανίσει

παχυσαρκία, δεδομένου του γεγονότος πως ορισμένα γονίδια επιδρούν σε τμήματα του εγκεφάλου τα οποία ελέγχουν την όρεξη και την αίσθηση της πληρότητας στο φαγητό, ενώ άλλα μπορούν να καθορίσουν τον τρόπο με τον οποίο το σώμα αποθηκεύει ή καίει θερμίδες. Ακόμη, επιστημονικά δεδομένα αναφέρουν πως σε ορισμένες περιπτώσεις η παχυσαρκία οφείλεται στην ύπαρξη ενός γονιδίου, το οποίο κωδικοποιεί ένα χημικό σήμα, το οποίο και «ενημερώνει» τον εγκέφαλο για την ποσότητα του λίπους στον οργανισμό, προκειμένου να ρυθμίσει την ανάγκη λήψης της τροφής. Όταν το γονίδιο είναι «ελαττωματικό», απορυθμίζεται ο παραπάνω μηχανισμός και ο άνθρωπος καταναλώνει περισσότερη τροφή από όση χρειάζεται, αυξάνοντας παράλληλα την ποσότητα του λίπους στο σώμα του (Ταχτσόγλου & Ηλιάδης, 2015).

Αναφορικά για την κληρονομικότητα που σχετίζεται με τη νόσο της παχυσαρκίας, ο βαθμός στον οποίο κληρονομείται η ποσότητα του λιπώδους ιστού κυμαίνεται από 25-40% ενώ του κοιλιακού-σπλαχνικού λίπους στο 50% (Ταχτσόγλου & Ηλιάδης, 2015). Αξιοσημείωτο είναι πως όταν οι Agravas και Mascola (2005) ανασκόπησαν την αρθρογραφία του 2004 σχετικά με τους πιο σημαντικούς παράγοντες επικινδυνότητας για την επικράτηση της παχυσαρκίας, πλήθος ερευνών επιβεβαίωσε ότι οι υπέρβαροι γονείς είναι ο πιο σοβαρός παράγοντας που οδηγεί στην παιδική παχυσαρκία. Φάνηκε, ότι η παιδική ιδιοσυγκρασία διευθετεί τις επιδράσεις των υπέρβαρων γονέων, με αποτέλεσμα ένας δύσκολος παιδικός χαρακτήρας να αυξάνει τον κίνδυνο παχυσαρκίας και πως παιδιά με μειωμένα γνωστικά ερεθίσματα, παρουσιάζουν αυξημένες πιθανότητες πρόωρης παχυσαρκίας. Από μελέτες που επικεντρώθηκαν σε κληρονομικά μοτίβα και γενεαλογικά δέντρα και όχι στον τρόπο έκφρασης συγκεκριμένων γονιδίων, παρατηρήθηκε ότι η συχνότητα της παχυσαρκίας είναι μεγαλύτερη στις οικογένειες όπου είτε ο ένας είτε και οι δύο γονείς είναι παχύσαρκοι. Αν οι γονείς έχουν φυσιολογικό βάρος το παιδί έχει πιθανότητα 10% να γίνει υπέρβαρο, ενώ αν είναι παχύσαρκος ο ένας γονέας ανέρχεται στο 50% και αν είναι και οι δυο, τότε οι πιθανότητες να αναπτύξει το παιδί παχυσαρκία ανέρχονται στο 80% (Καφάτος, 2002). Σε μελέτη που διεξήχθη στην Ελλάδα από τους Manios et al. (2004) διαπιστώθηκε ότι ο σχετικός κίνδυνος για ένα παιδί να γίνει υπέρβαρο είναι 2,38 φορές μεγαλύτερος όταν αυτό έχει δύο παχύσαρκους γονείς, σε σύγκριση με εκείνα τα παιδιά που δεν έχουν παχύσαρκους γονείς και αντιστοίχως, με έναν μόνο γονέα παχύσαρκο από τους δύο, ο σχετικός κίνδυνος του να γίνει υπέρβαρο ήταν 1,91 φορές μεγαλύτερος. Επιπλέον, η γενετική προδιάθεση συνεπάγεται τη μεγαλύτερη δυνατότητα ενός ατόμου να αυξήσει το βάρος του σε ένα μη ευνοϊκό περιβάλλον και επομένως διαφορές στις γενετικές τάσεις μέσα στον πληθυσμό

πιθανόν να ορίζουν ποια άτομα έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να γίνουν παχύσαρκα σε οποιαδήποτε περιβαλλοντική κατάσταση (Ταχτσόγλου & Ηλιάδης, 2015).

Εστιάζοντας μονάχα στους γενετικούς παράγοντες που διαδραματίζουν ρόλο, η παχυσαρκία κατατάσσεται σε μονογονιδιακή παχυσαρκία, η οποία προκαλείται από μεταλλάξεις ενός γονιδίου, πολυγονιδιακή παχυσαρκία – που είναι και η συνηθέστερη κλινική κατάσταση – και οφείλεται στην κληρονομικότητα συνδυασμένης λειτουργίας πολυάριθμων γονιδίων και συνδρομική παχυσαρκία, κατά την οποία οι ασθενείς παρουσιάζουν σοβαρή παχυσαρκία κι επιπλέον, διακρίνονται από νοητική καθυστέρηση, δυσμορφικά χαρακτηριστικά και αναπτυξιακές ανωμαλίες ειδικών οργάνων (Farooqi & O' Rahilly, 2007).

Εκτός από τα γενετικά και κληρονομικά αίτια, στην εμφάνιση και ανάπτυξη της παιδικής παχυσαρκίας συμβάλλουν και περιβαλλοντικοί παράγοντες, με τους κυριότερους να είναι οι λανθασμένες διατροφικές συνήθειες και η ελλιπής σωματική δραστηριότητα. Σχετικά με τη διατροφή και σύμφωνα με όσα διατυπώνονται από τους Ταχτσόγλου και Ηλιάδη (2015) τόσο ο αριθμός όσο και η κατανομή των γευμάτων, ομοίως και η κατανάλωση τροφών πέραν των καθορισμένων γευμάτων οδηγούν σε αύξηση του σωματικού βάρους. Συμπληρωματικά, το ίδιο συμβαίνει και σε αραιά και μεγάλα γεύματα, με τη λιπογένεση που προκύπτει από την αυξημένη θερμιδική πρόσληψη και την ελάττωση της φυσικής άσκησης, να συμπεριλαμβάνονται στους λόγους αύξησης του βάρους. Για τα παιδιά, κύρια αιτία είναι η έλλειψη κατανάλωσης πρωινού γεύματος, η οποία και συνδέεται με τη διατήρηση ενός φυσιολογικού βάρους. Πρόσθετα, η κατανάλωση μη θρεπτικών συστατικών, μέσω του «γρήγορου» φαγητού και των αναψυκτικών, με κοινό σημείο αναφοράς την αυξημένη περιεκτικότητά τους σε σάκχαρα και λίπη, οδηγούν σε παχυσαρκία, ενώ παράλληλα δεν βοηθούν και στην ομαλή ανάπτυξη των παιδιών. Ένας ακόμη λόγος που θα πρέπει να αποφεύγονται τα συγκεκριμένα προϊόντα, είναι το γεγονός πως δεν δημιουργούν το αίσθημα του κορεσμού στον οργανισμό, με αποτέλεσμα την απρόσκοπτη επιθυμία για κατανάλωση αυτών. Ορισμένες από αυτές τις τροφές είναι διάφορα σνακ, όπως μπισκότα, σοκολάτες, πατατάκια, σακχαρούχα αναψυκτικά και χυμοί, καθώς και τα περισσότερα προϊόντα που βρίσκονται σε καταστήματα ταχυφαγείων (Κωσταρά, 2010. , Σταματιάδου, 2015).

Η παιδική παχυσαρκία – όπως προαναφέρθηκε – μπορεί να προκληθεί τόσο από την κακή διατροφή όσο και από την έλλειψη σωματικής άσκησης, χωρίς όμως να είναι απαραίτητη η απουσία και των δύο αυτών παραγόντων. Ωστόσο, η μεταξύ τους αλληλεπίδραση κάνει

ευκολότερη και γρηγορότερη την εμφάνιση μιας τέτοιας κατάστασης (Βλαχογιαννάκος, 2008). Η υποκινητικότητα και η σωματική αδράνεια συμβάλουν σημαντικά στο ενεργειακό πλεόνασμα, που οδηγεί σε εναπόθεση λίπους και αύξηση σωματικού βάρους. Σε αρκετές μελέτες που πραγματοποιήθηκαν, απεδείχθη ότι τα παχύσαρκα άτομα έχουν μικρότερη φυσική δραστηριότητα στη καθημερινή τους ζωή, βαδίζουν λιγότερο και δαπανούν περισσότερο χρόνο αναπαυόμενοι σε σύγκριση με άτομα φυσιολογικού βάρους, γεγονός που καθιστά ξεκάθαρη τη συσχέτιση μεταξύ παχυσαρκίας και καθιστικής ζωής όπως εκτιμάται από δείκτες όπως ο χρόνος που δαπανάται μπροστά στη τηλεόραση (Ταχτσόγλου & Ηλιάδης, 2015). Η σωματική άσκηση είναι ο μόνος τρόπος για να αυξηθεί φυσιολογικά η ενεργειακή κατανάλωση. Προκύπτει πως η αυξημένη φυσική δραστηριότητα στα παιδιά αποτελεί μια ελκυστική προσέγγιση στην πρόληψη της παχυσαρκίας (Βλαχογιαννάκος, 2010). Ενώ, αντιθέτως, η μειωμένη άσκηση επιφέρει αντίθετα αποτελέσματα και πιο συγκεκριμένα, προβλέπει περίπου το 65% των κρουσμάτων παχυσαρκίας τόσο στα αγόρια όσο και στα κορίτσια (Bouziotas et al., 2001). Βοηθητικό παράγοντα – λειτουργώντας κυρίως προληπτικά – μπορεί να διαδραματίσει η εκάστοτε τοπική κοινωνία, με την κατάλληλη μέριμνα ώστε να δημιουργηθούν τέτοιες συνθήκες, προϋποθέσεις και ευκαιρίες προκειμένου να παίζουν και να αθλούνται τα παιδιά σε κατάλληλες δομές και εγκαταστάσεις (Ροδίτη, 2016).

Επιπλέον, στους παράγοντες που περιλαμβάνονται στα αίτια της παχυσαρκίας, συγκαταλέγονται οι δράσεις των γονέων και οι οικογενειακές συνήθειες. Οι ενήλικες της οικογένειας είναι αυτοί που φροντίζουν για τα γεύματα του παιδιού, καθώς και για τα παχυντικά προϊόντα που υπάρχουν διαθέσιμα στο σπίτι προς κατανάλωση. Επίσης, είναι υπεύθυνοι, διότι έχουν λανθασμένα εκπαιδεύσει τα παιδιά σε λανθασμένες διατροφικές συνήθειες, είτε χρησιμοποιώντας διάφορα τρόφιμα ως μέσω επιβράβευσης – ανταμοιβής για ορισμένες συμπεριφορές, είτε καταφεύγοντας στη λύση του «γρήγορου» φαγητού, σε περιπτώσεις έλλειψης χρόνου, που προκύπτει κυρίως από αυξημένο φόρτο εργασίας (Κωσταρά, 2010. , Ροδίτη, 2016). Κοντά σε αυτό, οικονομικοί λόγοι προστίθενται, διότι, σε κοινωνίες, κυρίως, του δυτικού κόσμου η παχυσαρκία είναι «ασθένεια των φτωχών», καθώς τα λιπαρά γεύματα και τα φορτωμένα με ζάχαρη αναψυκτικά των εταιρειών fast food καταναλώνονται κυρίως από αυτούς, με τις υγιεινές επιλογές να μην αποτελούν προτεραιότητα σε οικονομικά ασθενέστερες οικογένειες (Κωσταρά, 2010. , Σταματιάδου, 2015).

Αξίζει, τέλος, να σημειωθεί πως στην κατηγορία των πρόσθετων αιτιολογικών παραγόντων εντάσσονται σωματικά και ψυχικά προβλήματα, που με τη σειρά τους μπορεί να οδηγήσουν σε διατροφικές διαταραχές, όπως η ψυχογενής βουλιμία, κατά την οποία τα άτομα καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες φαγητού σε σύντομο χρονικό διάστημα και θεωρούν το φαγητό διέξοδο προς τη μείωση της νευρικής έντασης (Χατζηγεωργίου, 2004). Αναφέρεται ότι συγκεκριμένες σωματικές και ψυχικές ασθένειες, καθώς και η φαρμακευτική τους αντιμετώπιση με τη χρήση διαφόρων ουσιών, μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο για εμφάνιση υπερβολικού βάρους, συνεπώς και παχυσαρκίας. Παθολογικές καταστάσεις που είναι δυνατό να προκαλέσουν σημαντική αύξηση του σωματικού βάρους και παχυσαρκία είναι κάποια αρκετά σπάνια σύνδρομα, αλλά και άλλες εκ γενετής ή επίκτητες καταστάσεις, όπως υποθυρεοειδισμός, το σύνδρομο Cushing, η έλλειψη αυξητικής ορμόνης, αλλά και διατροφικές καταστάσεις και δυσλειτουργίες όπως η τάση για υπερκατανάλωση τροφής ή το σύνδρομο της κατανάλωσης τροφής κατά διάρκεια της νύχτας (Haslam & James, 2005). Παράλληλα αρκετοί είναι εκείνοι που θεωρούν πως η παχυσαρκία οφείλεται σε διαταραχή των ενδοκρινών αδένων, ενώ σύμφωνα με την ιατρική επιστήμη, οι ενδοκρινοπάθειες ευθύνονται σε ποσοστό της τάξεως του 1% των περιπτώσεων παχυσαρκίας. Έχει επισημανθεί πως όταν ο θυροειδής αδένας υπολειτουργεί, οι καύσεις του οργανισμού περιορίζονται και το μεγαλύτερο ποσό βάρους που προστίθεται είναι έως 4 κιλά (Φλωράκης και συν., 2009).



Εικόνα 2.4.2 : Σύνδρομο Prader-Willi

<https://upload.orthobullets.com/topic/4105/images/dr.rajneesh2.jpg>



Εικόνα 2.4.2β : Σύνδρομο Bardet Biedl

[https://media.springernature.com/original/springer-static/image/chp%3A10.1007%2F978-3-540-95928-1\\_13/MediaObjects/150428\\_1\\_En\\_13\\_Fig1\\_HTML.gif](https://media.springernature.com/original/springer-static/image/chp%3A10.1007%2F978-3-540-95928-1_13/MediaObjects/150428_1_En_13_Fig1_HTML.gif)

#### 2.4.3 Επιπτώσεις παιδικής παχυσαρκίας

Ο μεγάλος αριθμός επιπλοκών που συνδέονται με το υπέρβαρο και την παχυσαρκία, ακόμα και σε πολύ μικρές ηλικίες, δύναται να οδηγήσει στην εμφάνιση νόσων κατά την ενήλικη ζωή. Το παχύσαρκο ή το υπέρβαρο άτομο εκτός από παθολογικά προβλήματα αντιμετωπίζει και ψυχολογικά και κοινωνικά. Το υπερβολικό βάρος, ιδιαίτερα των επιπέδων της παχυσαρκίας, μειώνει σχεδόν κάθε πτυχή της υγείας, από την αναπαραγωγική και αναπνευστική λειτουργία ως τη μνήμη και τη διάθεση του ατόμου. Αυξάνεται ο κίνδυνος εξασθένησης του οργανισμού και της εμφάνισης πολλών ασθενειών ακόμα και θανατηφόρων. Η παχυσαρκία ευθύνεται για την μείωση της ποιότητας και της διάρκειας της ζωής και αυξάνει την ατομική, την εθνική και παγκόσμια δαπάνη για υγειονομική περίθαλψη (MedStar Health, 2002). Η παχυσαρκία, λοιπόν, κατά την παιδική ηλικία προκαλεί ένα ευρύ φάσμα σοβαρών επιπλοκών και αυξάνει τον κίνδυνο των πρόωρων ασθενειών, γι' αυτό και διάφορες επιπλοκές χρήζουν ιδιαίτερης προσοχής. Τέτοιες καταστάσεις είναι οι καρδιαγγειακές παθήσεις, η υπερλιπιδαιμία, ο διαβήτης τύπου 2, η πρόωμη ήβη, ο παθολογικός μεταβολισμός της γλυκόζης, ο υποαερισμός των πνευμόνων και οι άπνοιες κατά τη διάρκεια του ύπνου. Σπανιότερα εμφανίζονται ορθοπαιδικά προβλήματα και η υπέρταση, διάφορα πεπτικά προβλήματα, όπως η γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση, προβλήματα των αρθρώσεων και μυοσκελετικές δυσλειτουργίες, ενώ φαίνεται να συνδέεται ακόμα και με κάποια είδη καρκίνου (Σπηλιώτη, 2001. , Μανιάτη-Χρηστίδη, 2001. , Φοντόρ, 2017).

Τα παχύσαρκα παιδιά έχουν 3 φορές υψηλότερο κίνδυνο να εμφανίσουν υπέρταση σε σύγκριση με τα παιδιά φυσιολογικού βάρους. Ο κίνδυνος της υπέρτασης στα παιδιά αυξάνεται μάλιστα όσο αυξάνεται και το βάρος του παιδιού. Περίπου 20% έως 30% των παχύσαρκων παιδιών έχουν αυξημένη συστολική ή διαστολική αρτηριακή πίεση. Επίσης, έχει υπολογιστεί ότι το 10% έως 25% των παχύσαρκων παιδιών μπορεί να έχουν μειωμένη ανοχή στη γλυκόζη και το 4% ενδέχεται να έχουν σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (Φοντόρ, 2017). Συνεπώς, καθώς αυξάνεται το βάρος του σώματος, αυξάνεται και η αρτηριακή πίεση, η χαμηλής πυκνότητας λιποπρωτεΐνη χοληστερόλης ή αλλιώς η «κακή» χοληστερόλη, τα τριγλυκερίδια και το σάκχαρο στο αίμα. Οι αλλαγές αυτές μεταφράζονται σε αυξημένο κίνδυνο για στεφανιαία νόσο ή άλλη καρδιαγγειακή νόσο, εγκεφαλικό επεισόδιο, ακόμη και θάνατο (Blaine et. al., 2014).

Το υπερβολικό βάρος μειώνει επιπλέον και την αναπνευστική λειτουργία. Η συσσώρευση του κοιλιακού λίπους μπορεί να περιορίσει τη λειτουργία του διαφράγματος και στη συνέχεια να επεκταθεί στη λειτουργία των πνευμόνων. Παρομοίως, η συσσώρευση του σπλαχνικού λίπους μπορεί να μειώσει την ευκαμψία του θωρακικού τοιχώματος και τη δύναμη των αναπνευστικών μυών. Έτσι είναι γεγονός πως το άσθμα και η αποφρακτική υπνική άπνοια είναι άρρηκτα συνδεδεμένες με την παχυσαρκία (Blaine et. al., 2014). Όπως αναφέρει ο Πανοτόπουλος (2010) σημεία κλειδιά για τον εντοπισμό προβλημάτων του αναπνευστικού συστήματος, εξαιτίας του υπερβολικού βάρους, είναι το λαχάνιασμα, η εύκολη κόπωση, αλλά και η αίσθηση πίεσης και δυσφορίας του ατόμου.

Πέρα από τους κινδύνους που αναφέρθηκαν ως απόρροια της παχυσαρκίας, ένας ακόμα σοβαρός κίνδυνος είναι αυτός της δημιουργίας μυοσκελετικών παθήσεων. Τα οστά, οι μύες και οι αρθρώσεις επιβαρύνονται από το υπερβολικό βάρος και εμφανίζουν μια σειρά από παθήσεις, όπως είναι η αρθρίτιδα, η οστεοαρθρίτιδα στο γόνατο ή το ισχίο, οι πόνοι στην πλάτη, στα κάτω άκρα, ως και η αναπηρία, διότι το πλεονάζον λίπος καταπονεί το σκελετό του σώματος. Είναι πιθανό να προκληθούν μέχρι και αλλοιώσεις των κάτω άκρων, ενώ ορισμένα παιδιά και ιδίως τα αγόρια, μπορεί να φτάσουν και σε νέκρωση της κεφαλής του μηριαίου οστού. (Blaine et. al., 2014. , Πανοτόπουλος, 2010).

Επιπλέον, αξίζει να αναφερθεί πως η παχυσαρκία είναι μια εξαιρετικά πολύπλοκη ασθένεια και πολλές από τις επιπλοκές της μπορεί να επηρεάσουν το ανοσοποιητικό σύστημα, τους μεταβολικούς μηχανισμούς και τις ορμόνες. Υπάρχουν αυξημένες πιθανότητες να αναπτυχθούν δευτερογενείς λοιμώξεις και επιπλοκές, όπως σηψαιμία, πνευμονία,

βακτηριαίμια και λοιμώξεις από τραύματα και καθετήρες. Συνολικά, φαίνεται ότι η παχυσαρκία μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο για βακτηριακές και ιογενείς λοιμώξεις και δεν πρέπει να παραληφθεί το γεγονός πως αποτελεί και παράγοντα κινδύνου για αυξημένη σοβαρότητα μόλυνσης και θανάτου από το στέλεχος της γρίπης H1N1 (Samart & Chandra, 2001). Οι λεπτοί μηχανισμοί του μεταβολισμού απορρυθμίζονται από την παιδική παχυσαρκία και είναι πιθανό να υπάρξουν συνέπειες στην έκκριση της αυξητικής ορμόνης, με απώτερο αποτέλεσμα την αντίσταση στην ινσουλίνη, με υπαρκτός να είναι ο κίνδυνος να εξελιχθεί σε διαβήτη (Πανοτόπουλος, 2010).

Ιδιαίτερος σημαντικό θεωρείται και το γεγονός ότι το άτομο το οποίο χαρακτηρίζεται ως παχύσαρκο στην παιδική του ηλικία και συνήθως παραμένει παχύσαρκο κατά την ενήλικη ζωή του, έχει αυξημένες πιθανότητες να παρουσιάσει, ανάλογα με το φύλο του, κάποια μορφή καρκίνου. Σύμφωνα με την Ελληνική Ιατρική Εταιρία Παχυσαρκίας, μία από τις θεωρίες αναφορικά με τον ρόλο της παχυσαρκίας στην παθογένεια του καρκίνου είναι η χρόνια υπερινσουλιναιμία. Σε μεταγενέστερη συστηματική ανασκόπηση και ανάλυση επιμέρους μελετών που πραγματοποιήθηκε, επιβεβαιώθηκε η θεωρία πως υπάρχει απευθείας συσχέτιση μεταξύ της παχυσαρκίας και του καρκίνου του μαστού, του παχέος εντέρου και του ορθού, του ενδομητρίου, του οισοφάγου, των νεφρών, των ωοθηκών και του παγκρέατος (Guh et al., 2009. , Ζαμπέλας, 2003).

Στις επιπτώσεις που ακολουθούν την παιδική παχυσαρκία, δεν θα πρέπει να παραλείπονται και αυτές που σχετίζονται με την ψυχοκοινωνική πλευρά του παιδιού και αυτό διότι το παιδί που πάσχει από παχυσαρκία είναι συχνά αντιμέτωπο με τη μελαγχολία, εξαιτίας της κοινωνικής του απομόνωσης. Η σημερινή κοινωνία προβάλλει μια αρνητική στάση για παχύσαρκα άτομα και αυτή η θέση επηρεάζει τα παιδιά, ακόμα κι από την ηλικία των 5 ετών. Μελέτη ζωγραφιών παιδιών ηλικίας 4 έως 11 ετών αποδεικνύει ότι τα παιδιά αυτής της ηλικίας συνδέουν την παχυσαρκία με κακές κοινωνικές σχέσεις, μειωμένη σχολική απόδοση και προβλήματα υγείας, αισθάνονται μειονεκτικά και έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση (Σπηλιώτη, 2001). Παράλληλα τα παχύσαρκα παιδιά συχνά είναι θύματα εκφοβισμού, πειράγματος και ρατσισμού. Ο ρατσισμός και ο εκφοβισμός πολλές φορές δεν είναι αντιληπτός από τους εκπαιδευτικούς και εμφανίζει αυξητικές τάσεις, όσο αυξάνεται και η ηλικία των παιδιών (Γαλανάκη και συν., 2009). Ο Νορβηγός πανεπιστημιακός καθηγητής, Olweus, τονίζει πως ο εκφοβισμός έχει διαφορά από το «πείραγμα» στα πλαίσια του παιχνιδιού. Το «πείραγμα» αυτό συνήθως συμβαίνει μεταξύ φίλων και δεν περιλαμβάνει την πρόκληση σωματικού πόνου των άλλων. Αντιθέτως, ο εκφοβισμός εμπλέκει άτομα που

δεν έχουν φιλικές σχέσεις και περιλαμβάνει την πρόκληση πόνου, είτε σωματικού είτε συναισθηματικού (Europe's AntiBullying Campaign, 2013).

Ωστόσο, η σοβαρότερη συνέπεια που προκύπτει από την παχυσαρκία, όταν αυτή εμφανίζεται σε μικρές ηλικίες, θεωρείται ο παράγοντας κινδύνου της νοσηρότητας και κατά συνέπεια της θνησιμότητας του ενήλικου ατόμου. Ομόγλωττα με όσα αναφέρουν οι Maffei & Tato (2001), συμπεραίνει κανείς το υψηλό ρίσκο θνησιμότητας που παρουσιάζουν τα άτομα τα οποία κατά την παιδική τους ηλικία υπήρξαν παχύσαρκα, από μία σειρά αιτιών και όπως αναφέρθηκαν παραπάνω, ορισμένες από τις οποίες είναι οι καρδιαγγειακές παθήσεις, ο διαβήτης τύπου 2, οποιαδήποτε μορφή καρκίνου, προβλήματα του ανοσοποιητικού ή αναπνευστικού συστήματος.



Εικόνα 2.4.3 : Ο κύκλος της παιδικής παχυσαρκίας

<https://www.ert.gr/wp-content/uploads/2016/03/paxysarkia.jpg>

#### 2.4.4 Αντιμετώπιση παιδικής παχυσαρκίας

Ο έλεγχος και η αντιμετώπιση της παιδικής παχυσαρκίας περιλαμβάνει τόσο την πρόληψη όσο και την παρέμβαση και την αλλαγή ως προς τη στάση και συμπεριφορά στον ποιοτικό τρόπο ζωής. Η αντιμετώπιση για να επιτύχει χρειάζεται επιμονή και υπομονή. Σημαντική και προτιμητέα θεωρείται η πρόληψη και όχι η θεραπεία, όπου το πρόβλημα έχει ήδη δημιουργηθεί και πρέπει να αντιμετωπισθεί. Η πρόληψη της παιδικής παχυσαρκίας είναι ευθύνη των ενηλίκων, δηλαδή των γονέων, παιδιάτρων, εκπαιδευτικών, κοινωνικών και πολιτικών φορέων. Με την πρόληψη της παιδικής παχυσαρκίας αποτρέπεται η δημιουργία κυττάρων λίπους που δημιουργούνται κατά την περίοδο της παιδικής ηλικίας (Ζαμπέλας, 2003).

Ωστόσο, παρ' όλη τη σημασία της πρόληψης, η αντιμετώπιση της παιδικής παχυσαρκίας αποτελεί μείζον θέμα και χρήζει ιδιαίτερης, άμεσης και σοβαρής αντιμετώπισης, διότι όπως αναφέρει η Σταματιάδου (2015), η παιδική παχυσαρκία έχει λάβει διαστάσεις επιδημίας τόσο στο δυτικό κόσμο όσο και στην χώρα μας, όπου μάλιστα η Ελλάδα βρίσκεται στην 5<sup>η</sup> θέση ανάμεσα στις χώρες με τα υψηλότερα ποσοστά παιδικής παχυσαρκίας και 4 στα 10 Ελληνόπουλα είναι παχύσαρκα, πράγμα που κατατάσσει τη χώρα μας στην κορυφή των ευρωπαϊκών χωρών που πλήττονται από την παιδική παχυσαρκία. Ακόμη, το γεγονός ότι πρόκειται για μία χρόνια, νοσογόνο κατάσταση, με υψηλά ποσοστά υποτροπών, τη γενική αποδοχή πως η αύξηση της παιδικής παχυσαρκίας εντείνει τον κίνδυνο αύξησης των περιστατικών παχυσαρκίας στους ενήλικους στο μέλλον, αλλά και λαμβάνοντας υπόψη ότι αποτελεί μείζον πρόβλημα της δημόσιας υγείας, αφού οι παρούσες αλλά και μελλοντικές συνέπειές της κοστίζουν αρκετά, γίνεται αντιληπτό γιατί η παιδική παχυσαρκία πρέπει και χρειάζεται την ταχύτερη και σοβαρότερη αντιμετώπιση.

Αξίζει να αναφερθεί, ότι σε ευρωπαϊκό επίπεδο έχει αναγνωριστεί η ανάγκη διατμηματικής συνεργασίας και ενεργειών για την αντιμετώπιση του φαινομένου της παιδικής παχυσαρκίας, κρίνοντας την συμμετοχή των κυβερνήσεων και των κοινωνιών απαραίτητη. Το 2014, δημιουργήθηκε το σχέδιο δράσης για την παιδική παχυσαρκία, γνωστό ως Action Plan on Childhood Obesity, το οποίο προτάθηκε από την πλειοψηφία των χωρών μελών, με στόχο να θέσει κατευθυντήριες γραμμές και να βοηθήσει τις χώρες να υιοθετήσουν πολιτικές, ανάλογες των αναγκών τους, για την αντιμετώπιση της νόσου. Αν και θεωρητικά η πρόληψη και η αντιμετώπιση της παιδικής παχυσαρκίας προέρχεται από την εξισορρόπηση της ενεργειακής πρόσληψης με την ενεργειακή κατανάλωση, πρακτικά ο

έλεγχος του σωματικού βάρους αποτελεί πρόκληση, δεδομένου ότι εξαρτάται από αρκετούς περιβαλλοντικούς παράγοντες (Σταματιάδου, 2015).

Σημαντικός παράγοντας για την αντιμετώπιση του φαινομένου είναι η υιοθέτηση μιας σωστής και υγιεινής διατροφής. Αρκετές έρευνες καταλήγουν πως το διατροφικό μοντέλο το οποίο συμβάλλει στην απώλεια ή/και διατήρηση του σωματικού βάρους, συνεργεί στην προάσπιση της υγείας και στην ευεξία, ενώ ταυτόχρονα αποτελεί και πρότυπο μιας υγιεινής διατροφής είναι η Μεσογειακή διατροφή, το διαιτολόγιο της οποίας περιλαμβάνει υγιεινές επιλογές, όπως είναι τα φρούτα και τα λαχανικά, το ελαιόλαδο, τα όσπρια και η μέτρια κατανάλωση κόκκινου κρέατος και γαλακτοκομικών προϊόντων. Επίσης, η κατανάλωση πρωινού θα πρέπει να γίνεται σε καθημερινή βάση και να υπάρχουν και ενδιάμεσα σνακ, τα οποία βάσει δεδομένων κρίνονται απαραίτητα για τη διατήρηση ενός υγιούς βάρους. Ωστόσο, σημασία έχει το είδος των σνακ που τίθεται προς κατανάλωση. Κοινή παραδοχή είναι πως τα παχύσαρκα παιδιά τείνουν να επιλέγουν παχυντικά προϊόντα, με υψηλό γλυκαντικό δείκτη και αυξημένη περιεκτικότητα σε λίπη. Οι ενήλικες και ιδίως οι γονείς καλούνται να εκπαιδεύσουν και να στρέψουν τα παιδιά σε πιο υγιεινές επιλογές ενδιάμεσων γευμάτων, προκειμένου να μην καταναλώνουν λίπος εις βάρος των υδατανθράκων και να προσλαμβάνουν ικανοποιητικές ποσότητες σιδήρου, ασβεστίου και άλλων μικροθρεπτικών συστατικών καθώς και πρωτεϊνών. Παρ' όλα αυτά, τα γλυκά δεν θα πρέπει να απουσιάζουν από τις επιλογές των παιδιών, δεδομένου ότι θα υπάρχει ένα μέτρο στην κατανάλωσή τους, καθώς και τις αναλογίες αυτών, αλλά και να γνωρίζουν με ποια πιο θρεπτικά γλυκά λιγότερων θερμίδων μπορούν να αντικαταστήσουν εκείνα που χαρακτηρίζονται ως ιδιαίτερα παχυντικά. Ιδιαίτερη σημασία, επιπρόσθετα, πρέπει να δίνεται από τους γονείς, ώστε να μην χρησιμοποιούν καμία τροφή ως επιβράβευση ή – αντιστρόφως – ως τιμωρία για κάποια συμπεριφορά που εκδηλώνει το παιδί, διότι ως αποτέλεσμα είναι να μεταφέρεται στα παιδιά λανθασμένο μήνυμα για συγκεκριμένες τροφές (Κωσταρά, 2010. , Σταματιάδου, 2015).

Αναγκαία κρίνεται και η μείωση της σωματικής αδράνειας και της καθιστικής ζωής που συνδέεται με παρακολούθηση τηλεόρασης και ηλεκτρονικά παιχνίδια, με παράλληλη αύξηση της σωματικής δραστηριότητας, προκειμένου να αντιμετωπισθεί η παιδική παχυσαρκία. Βέβαια αρκετά παιδιά έχουν συνηθίσει να καταναλώνουν κάποιο σνακ, το οποίο συνήθως είναι χωρίς κανένα διατροφικό όφελος, με ταυτόχρονη καθιστική δραστηριότητα. Σημαντική επιρροή αποτελεί η πληθώρα των διαφημίσεων που προτείνουν ως σημαντικές πηγές σωστής διατροφής παχυντικά σνακ. Όλα αυτά δεν δίνουν στο παιδί

επιλογές για σωματική άσκηση και ενεργειακή κατανάλωση, συνεπώς οι θερμίδες που πρέπει να καούν παραμένουν στο σώμα με τη μορφή λίπους. Γι' αυτό, η φυσική δραστηριότητα θα πρέπει να γίνει συνήθεια, με τις αθλητικές δραστηριότητες να ενδείκνυνται σε 45' ημερησίως, για τουλάχιστον 3 με 4 φορές σε εβδομαδιαία βάση (Κωσταρά, 2010. , Σταματιάδου, 2015). Μάλιστα, σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τους Dunton et al. (2012), διερευνήθηκε κατά πόσον η συμμετοχή σε οργανωμένα υπαίθρια ομαδικά αθλήματα και δομημένα εσωτερικά προγράμματα μη-σχολικής δραστηριότητας στην παιδική ηλικία, προέβλεπε μεταβολές στον δείκτη μάζας σώματος, με τα αποτελέσματα αυτής να αποδεικνύουν πως πράγματι μπορεί η σωματική δραστηριότητα να οδηγήσει σε μικρότερες αυξήσεις του δείκτη μάζας σώματος, συνεπώς και της αύξησης του σωματικού βάρους κατά τη διάρκεια της περιόδου ανάπτυξης της παιδικής ηλικίας.

Συμπληρωματικά, καθοριστικό ρόλο, κατά κοινή ομολογία των ειδικών, στην πρόληψη και αντιμετώπιση της παιδικής παχυσαρκίας έχει και η οικογένεια. Κι αυτό, διότι η οικογένεια είναι ένας πολύ σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει συνεχώς τις επιλογές που κάνουν τα άτομα, σχετικά με την υγεία των ίδιων και των παιδιών τους. Προτάσεις που διατυπώνονται σχετικά με την αντιμετώπιση της νόσου περιλαμβάνουν τον υπολογισμό της ετοιμότητας, όχι μόνο του ασθενή αλλά και της οικογένειάς του, να ακολουθήσουν πρόγραμμα διαχείρισης του βάρους καθώς και καταγραφή των διατροφικών συνηθειών και των συνηθειών αναφορικά με τη φυσική δραστηριότητα. Γεγονός αποτελεί ότι τα παιδιά σήμερα ζούνε σε έναν κόσμο που προωθεί την εύκολη διατροφή, άρα την ανθυγιεινή διατροφή σε σχέση με την υγιεινή, ενώ παράλληλα προωθεί αδρανείς δραστηριότητες έναντι φυσικών δραστηριοτήτων. Κατά συνέπεια, οι γονείς και οι κηδεμόνες είναι αυτοί που κατευθύνουν τα παιδιά και μπορούν να θέσουν γερά θεμέλια ώστε ως άτομα ενήλικα, να έχουν μία διαβίου καλή υγεία και να τους προσφέρουν τα εργαλεία αλλά και την εμπειρία που χρειάζονται, προκειμένου να αγνοήσουν τα ανθυγιεινά πρότυπα και να κατευθυνθούν σε υγιεινές επιλογές (Blaine et al., 2014).

Δεδομένου όλων των όσων αναφέρθηκαν, γίνεται ευκόλως αντιληπτό πως οι στόχοι της θεραπείας και αντιμετώπισης του φαινομένου της παιδικής παχυσαρκίας είναι αρχικά η υιοθέτηση μίας σωστής διατροφικής συμπεριφοράς και υγιεινού διαιτολογίου τόσο των ίδιων των παιδιών και όσο και της οικογένειάς τους, λαμβάνοντας υπόψη την αλληλουχία των δύο, αλλά και ο συνεχής έλεγχος του σωματικού βάρους. Ομοίως, σημαντική είναι η αντιμετώπιση των τυχόν επιπλοκών που ενδεχομένως να συνοδεύσουν την παχυσαρκία.

Ενώ, πρόσθετα, επιτυχής αντιμετώπιση θεωρείται η διατήρηση του βάρους και μετά το πέρας της θεραπείας, καθώς και η ικανότητα του παιδιού να αυξάνει το ύψος του, δίχως να μεταβληθεί το βάρος του (Ζαμπέλας, 2003. , Σταματιάδου, 2015).

### **Κεφαλαίο 3<sup>ο</sup> – Παράγοντες που επηρεάζουν τις διατροφικές συνήθειες του παιδιού**

Στο συγκεκριμένο κεφάλαιο εξετάζονται οι παράγοντες που επηρεάζουν τη διατροφή του παιδιού στην προσχολική ηλικία. Ένας σημαντικός παράγοντας είναι η οικογένεια. Στην αρχή οι γονείς είναι υπεύθυνοι στο να μάθουν τα παιδιά τους να τρέφονται υγιεινά. Βέβαια, η διατροφική συμπεριφορά των παιδιών στο οικογενειακό περιβάλλον μπορεί να επηρεαστεί και από άλλους παράγοντες, όπως το μορφωτικό επίπεδο της οικογένειας, την οικονομική κατάσταση, τον αριθμό των μελών της, καθώς επίσης και το οικογενειακό περιβάλλον, δηλαδή το κατά πόσο ικανοποιούνται οι βασικές ανάγκες των παιδιών. Η υγιής ανάπτυξη των παιδιών, συνήθως, εξαρτάται από τις διατροφικές συνήθειες κατά την προσχολική ηλικία. Όταν το παιδί τρέφεται υγιεινά από μικρή ηλικία, κυρίως έτσι θα συνεχίσει να τρέφεται και στα μετέπειτα χρόνια ζωής του (Μάντζιου κ. συν., 2012). Τα παιδιά αυτής της ηλικίας δεν έχουν την ικανότητα να διαλέξουν από μόνα τους μια υγιεινή και ισορροπημένη διατροφή, έτσι, σε εκείνη τη περίοδο της ζωής τους οι φροντιστές αυτών επιλέγουν τις τροφές που θα αποτελέσουν τη διατροφή τους. Άλλοι παράγοντες που επηρεάζουν τις διατροφικές συνήθειες των παιδιών σε αυτή την ηλικία είναι το σχολείο, αλλά και η διαφήμιση.

Στον δεύτερο τομέα εστίασης του κεφαλαίου, αναφέρονται οι ορισμοί των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης (Μ.Μ.Ε.) και της διαφήμισης. Στη προσχολική ηλικία τα παιδιά περνούν αρκετές ώρες, κυρίως, μπροστά στη τηλεόραση και επειδή σε αυτή την ηλικία δεν έχουν κατακτήσει ακόμη τη λογική σκέψη, τους είναι δύσκολο να ξεχωρίσουν εάν αυτό που τους παρουσιάζεται είναι ωφέλιμο για την υγεία τους ή όχι. Παράλληλα, γίνεται λόγος για τις τεχνικές που χρησιμοποιεί η διαφήμιση προκειμένου να προσελκύσει το ενδιαφέρον του κοινού και στην προκειμένη περίπτωση των παιδιών προσχολικής ηλικίας. Τέλος, γίνεται αναφορά στο ρόλο των γονέων και ειδικότερα στο τί θα πρέπει να κάνουν οι ίδιοι οι γονείς, προκειμένου να μειωθεί η επίδραση των διαφημίσεων στα παιδιά.

### 3.1 Οικογένεια

Η οικογένεια αποτελεί το πρώτο περιβάλλον – κοινωνικό σχήμα με το οποίο έρχεται σε επαφή ο άνθρωπος. Παρέχει ασφάλεια και προστασία στα μέλη της, ενώ, καλύπτει και τις υλικές ανάγκες, όπως για παράδειγμα την παροχή τροφής, μέσω της οικονομικής εξασφάλισης των μελών της. Αυτή η λειτουργία έχει ως αποτέλεσμα τη διαμόρφωση ενός υγιούς κλίματος διαβίωσης .

Το περιβάλλον του σπιτιού και τα γονεϊκά πρότυπα είναι οι κύριοι παράγοντες που επηρεάζουν τις διατροφικές συνήθειες των παιδιών. Οι γονείς είναι αρμόδιοι στο να προβάλλουν ένα περιβάλλον, στο οποίο τα παιδιά τους θα υιοθετούν υγιεινές συνήθειες διατροφής αλλά και σωματικής άσκησης. Πρέπει να τα ενθαρρύνουν να τρώνε υγιεινά, ούτως ώστε από νεαρή ηλικία να αποκτήσουν αυτή τη συνήθεια. Στα παιδιά της προσχολικής ηλικίας λειτουργεί πολύ η μίμηση, οπότε οι γονείς λειτουργούν ως πρότυπα των παιδιών τους και για αυτό το λόγο πρέπει να δείχνουν το κατάλληλο παράδειγμα προς αυτά. Οι γονείς είναι υπεύθυνοι στο να αναπαράγουν έναν πιο θρεπτικό τρόπο ζωής, ο οποίος θα περιλαμβάνει σωστή διατροφή και την κατάλληλη σωματική άσκηση. Με λίγα λόγια, είναι αυτοί που θα επιλέξουν την κατάσταση βάρους των παιδιών τους (Μάντζιου κ. συν., 2012). Συνεπώς, οι συνήθειες που θα ακολουθούν οι γονείς στη διατροφή τους θα είναι και αυτές που θα ακολουθήσουν και τα παιδιά μετέπειτα.

Και οι δυο γονείς, αλλά περισσότερο η μητέρα, λόγω του ότι περνάει περισσότερο χρόνο με το παιδί αυτής της ηλικίας, ευθύνεται για τη διαμόρφωση της διατροφής του. Η μητέρα τις περισσότερες φορές είναι εκείνη που θα μεριμνήσει για την αγορά των τροφίμων και θα διαμορφώσει το περιβάλλον στο οποίο τρώει το παιδί της. Όταν οι γονείς για οικογενειακούς ή προσωπικούς λόγους δεν επιλέγουν ένα υγιεινό τρόπο ζωής, αλλά θέλουν να τον επιβάλλουν στα παιδιά τους, είναι αρκετά δύσκολο να το πετύχουν, διότι τα παιδιά ακολουθούν το παράδειγμα των γονέων τους. Αυτό σημαίνει ότι η διατροφική συμπεριφορά των γονιών έρχεται σε σύγκρουση με το πρότυπο που θέλουν να περάσουν, γεγονός που δημιουργεί σύγχυση στο παιδί (Γκούβρα, Κυρίδης & Μαυρικάκη, 2001).

Αρκετές μελέτες έχουν εστιάσει το ενδιαφέρον τους στη σχέση μεταξύ μητέρας και παιδιού. Συγκεκριμένες έρευνες υποστηρίζουν ότι οι μητέρες παίζουν σημαντικό ρόλο στο να μεταδώσουν σωστές διατροφικές συνήθειες στα παιδιά και ιδιαίτερα στις κόρες τους. Ο dr Andrew Hill, ανώτερος λέκτορας του πανεπιστημίου Leedy στο Ηνωμένο Βασίλειο, ανέφερε σε σχετική έρευνα, ότι οι τοποθετήσεις και η συμπεριφορά των παιδιών

υιοθετούνται, είτε είναι πολιτικές, είτε είναι ηθικές πεποιθήσεις, είτε ιδέες σχετικά με τη διατροφή και την υγεία. Τα κορίτσια από πολύ μικρή ηλικία μιμούνται τις μητέρες τους σε αρκετά θέματα και ένα από αυτά θα λέγαμε πως είναι και η διατροφή (Cutting et al., 1999).

Τα παιδιά ήδη από τη νεαρή ηλικία τους δείχνουν ενδιαφέρον στις γλυκές και αλμύρες γεύσεις και αποφεύγουν τις ξινές και πικρές, ομοίως τα φρούτα και τα λαχανικά από την καθημερινή διατροφή τους. Παρ' όλα αυτά, οι γονείς πρέπει να παροτρύνουν τα παιδιά τους να τρώνε περισσότερα λαχανικά και φρούτα, αλλά ταυτοχρόνως, να τα αφήνουν να γεύονται και τα τρόφιμα που επιθυμούν, ώστε να μην νιώθουν ότι στερούνται τις συγκεκριμένες τροφές (Jakubowski et al., 2018). Δεδομένου ότι σε αυτή την ηλικία τα παιδιά δυσκολεύονται να δοκιμάσουν νέες γεύσεις, οι γονείς πρέπει να ενθαρρύνουν τα παιδιά και να τους προσφέρουν πολλά είδη υγιεινών τροφίμων σε καθημερινό πλάνο. Η ευθύνη για την προμήθεια υγιεινών τροφίμων είναι αποκλειστικά των γονέων, ωστόσο τα παιδιά είναι αυτά που έχουν την τελική επιλογή.

Σχετικά με τον τρόπο που αντιμετωπίζουν οι γονείς τη διατροφή των παιδιών τους έχουν δοθεί τρεις ορισμοί που αφορούν τη διατροφική σχέση γονέων – παιδιών :

- Ο εξαναγκαστικός έλεγχος, ο οποίος περιλαμβάνει την πίεση φαγητού απειλές και δωροδοκίες.
- Η δομή, η οποία περιλαμβάνει κανόνες και όρια σχετικά με την επιλογή τροφίμων.
- Η αυτονομία, που περιλαμβάνει την διατροφή, την ενθάρρυνση και τη συμμετοχή των παιδιών (Patel et al., 2018).

Οι γονείς για να πετύχουν μια ισορροπημένη διατροφή, θα πρέπει να τηρούν κάποιες πρακτικές εφαρμογές σχετικά με τη σίτιση των παιδιών. Αρχικά, θα πρέπει να έχουν ως στόχο, τα παιδιά να τρώνε υγιεινές τροφές. Ακόμα, έχουν χρέος να καταλαβαίνουν γρήγορα το πότε πεινάει το παιδί τους και να το εξυπηρετούν άμεσα. Κάτι πολύ σημαντικό που συμβαίνει σε αρκετές οικογένειες είναι ότι οι γονείς δεν θα πρέπει να θέτουν προϋποθέσεις στα παιδιά τους, ή να ασκούν πίεση με σκοπό να φάνε όλο το φαγητό. Επίσης, όταν τα παιδιά ζητάνε να φάνε κάποια τροφή με περισσότερες θερμίδες, οι γονείς δεν θα πρέπει να τους περιορίζουν εντελώς να τρώνε ανθυγιεινές τροφές, γιατί έτσι τις καθιστούν αυτομάτως περισσότερο επιθυμητές. Πολλοί γονείς στη προσχολική ηλικία των παιδιών τους είναι αρκετά πιεστικοί, σχετικά με την ποσότητα του φαγητού και το είδος της τροφής. Στα παιδιά πρέπει να σεβίρετε το κατάλληλο παιδικό μέγεθος, που αυτό το κρίνουν κυρίως οι γονείς

– καθώς μόνα τους είναι δύσκολο να το αντιληφθούν – και δεν θα πρέπει ποτέ να αναγκάζουν τα παιδιά τους να φάνε κάτι χωρίς να το θέλουν τα ίδια. Τέλος, τα παιδιά δυσκολεύονται να δοκιμάσουν τις νέες τροφές και γεύσεις, οι οποίες θα πρέπει πάντα να γίνονται με την επιτήρηση ενηλίκων, για αυτό χρειάζονται καθημερινά προσπάθειες για να τις συνηθίσουν (Brown, 2016).

Η διατροφική συμπεριφορά των παιδιών όμως μπορεί να επηρεαστεί και από άλλους παράγοντες όπως :

- Το οικογενειακό περιβάλλον
- Την οικονομική κατάσταση της οικογένειας
- Το μορφωτικό επίπεδο των γονέων
- Τον αριθμό των μελών της οικογένειας

#### Οικογενειακό περιβάλλον

Η οικογένεια θα πρέπει να εκπληρώνει τις βασικές ψυχικές ανάγκες του παιδιού, όπως είναι η αγάπη, η ελευθερία, η ασφάλεια και η θαλπωρή. Η ικανοποίηση των ψυχικών αναγκών θα πρέπει να γίνεται σε σωστό βαθμό, δηλαδή, να μην υπάρχει υπερβολή από τους γονείς αλλά ούτε και να ανταλλάσσουν αυτά τα συναισθήματα σε μικρό βαθμό. Η παραμέληση φαίνεται ότι οδηγεί τα παιδιά σε ανθυγιεινές τροφές περισσότερο σε σχέση με την υπερπροστασία, ενώ, ακόμη, σε μια έρευνα που διεξάχθηκε, θεωρήθηκε ότι οι συζυγικές συγκρούσεις επιβαρύνουν τη διατροφική συμπεριφορά του παιδιού (Jayachandran et al., 2002).

#### Οικονομική κατάσταση της οικογένειας :

Σε έρευνα των Strauss και Knight (1999), βρέθηκε ότι τα παιδιά τα οποία μεγάλωναν σε οικογένεια με χαμηλό προς μέτριο εισόδημα έκλιναν περισσότερο σε ανθυγιεινές διατροφικές συνήθειες, εν αντιθέσει με τα παιδιά που μεγάλωναν σε οικογένεια με υψηλό εισόδημα (Strauss & Knight, 1999).

Επιπλέον, σε έρευνα των Xie et al. (2003), βρέθηκε ότι παιδιά με οικογένεια υψηλού εισοδήματος είχαν υψηλότερη πρόσληψη πολυακόρεστων λιπαρών οξέων, πρωτεϊνών, φυλικού οξέος, ασβεστίου και σιδήρου κι όσον αφορά τα γαλακτοκομικά προϊόντα, έτρωγαν

από τις συνιστώμενες ημερήσιες προσλήψεις. Αντίθετα, τα παιδιά από οικογένειες με χαμηλό εισόδημα καταλάωναν τροφές με χαμηλά ποσοστά σε πολλά θρεπτικά συστατικά και υψηλά στο λίπος. Ακόμα, λάμβαναν αυξημένη ποσότητα στα γαλακτοκομικά προϊόντα και μικρή ποσότητα σε δημητριακά πρωινού. Τέλος, τα παιδιά από οικογένειες με χαμηλό εισόδημα φαίνεται ότι έκαναν περισσότερα γεύματα στο σχολείο και ότι προσλάμβαναν το μεγαλύτερο ποσοστό της συνολικής ενέργειας και των θρεπτικών συστατικών από τα σνακ, σε σχέση με τα παιδιά από οικογένειες υψηλού εισοδήματος.

#### Μορφωτικό επίπεδο οικογένειας

Ένας ακόμη παράγοντας που επηρεάζει τις διατροφικές συνήθειες των παιδιών είναι το μορφωτικό επίπεδο της οικογένειας. Τα παιδιά γονέων χαμηλού ή μεσαίου μορφωτικού επιπέδου, τρώνε περισσότερα επεξεργασμένα τρόφιμα και γλύκα, πάρα φρούτα και λαχανικά (Briefel et al., 2004)

Βέβαια, εκτός από το μορφωτικό επίπεδο των γονέων, σημαντικό ρόλο διαδραματίζει και η γνώση των γονέων για τη διατροφή. Όσοι γονείς γνώριζαν την ημερήσια πρόσληψη σε φρούτα και λαχανικά που πρέπει να δίνουν στο παιδί τους, σπάνια αυτά γινόντουσαν υπέρβαρα. Τέλος, όλοι οι γονείς πριν αγοράσουν κάποιο προϊόν πρέπει να διαβάζουν τις ετικέτες των προϊόντων ώστε να γνωρίζουν τα συστατικά που περιέχονται, διότι όσοι δεν το έκαναν αυτό, τα παιδιά τους είχαν αρκετές πιθανότητες να γίνουν υπέρβαρα (Cutting et al., 1999).

#### Αριθμός μελών οικογένειας

Σε έρευνα των Padez et al. (2005), εξετάστηκε ότι όσο πιο ολιγομελείς ήταν μια οικογένεια, είχε πιο πολλές πιθανότητες κάποιο παιδί να γίνει παχύσαρκο σε αντίθεση με τις οικογένειες που αποτελούνταν από πολλά άτομα. Ακόμα, περισσότερα δείγματα παχυσαρκίας συναντάμε στα αγόρια συγκριτικά με ανάλογους δείκτες σε κορίτσια.

### 3.2 Σχολείο

Το σχολείο μέσα από τη διαδικασία απόκτησης γνώσεων, δεξιοτήτων και συμπεριφορών, σχηματίζει την προσωπικότητα των παιδιών, μαθαίνοντας και εκπαιδεύοντάς τα στην υιοθέτηση υγιεινών τρόπων ζωής και συνθηκών διαβίωσης, αλλά και θετικών στάσεων για την υγεία, ή στην κριτική αντιμετώπιση των αρνητικών επιδράσεων αυτής (Γκούβρα, Κυρίδης & Μαυρικάκη, 2001).

Η διακήρυξη του Παγκοσμίου Οργανισμού Υγείας που έγινε το 1948 ορίζει την Αγωγή Υγείας ως μια εκπαιδευτική διαδικασία που επιδιώκει την διαμόρφωση προτύπων συμπεριφοράς, τα οποία βελτιώνουν το επίπεδο υγείας των ανθρώπων. Συνεπώς, μπορούμε να πούμε ότι η σύγχρονη Αγωγή Υγείας δεν στοχεύει απλά στην μεταφορά γνώσεων σε θέματα διατροφής, αλλά και στην διαμόρφωση συμπεριφοράς απέναντι σε αυτά. Ο ορισμός που δόθηκε για την Αγωγή Υγείας ήταν πως ως αγωγή υγείας, είναι η ενδιάμεση στρατηγική μεταξύ του ανθρώπου και του περιβάλλοντός του, που προσπαθεί να συνδέσει τις προσωπικές επιλογές και την κοινωνική ευθύνη με την Υγεία, ενώ και στο Διεθνές Συνέδριο για την Προαγωγή της Υγείας που έγινε το 1986 ορίζεται ως η διαδικασία που δίνει τη δυνατότητα στους ανθρώπους να ελέγχουν και να βελτιώνουν την υγεία τους (Schaumburg & Moller, 1986).

Η σχολική παρέμβαση πρέπει να βρίσκεται σε αρμονία και σε αгаστή συνεργασία με την οικογένεια των παιδιών, μέσω της διατροφικής παιδείας, της σωματικής υγείας και της φυσικής άσκησης (Ζαμπέλας, 2003). Για αυτό το λόγο, όσο το παιδί μεγαλώνει και αρχίζει το σχολείο, σημαντικοί παράγοντες επιρροής γίνονται οι παιδαγωγοί και οι συμμαθητές του. Βαθμιαία, λοιπόν, τα παιδιά όσο μεγαλώνουν και ωριμάζουν γίνονται πιο ανεξάρτητα και ξεκινούν να κάνουν τις δικές τους επιλογές τροφίμων. Αυτό σημαίνει ότι αν τα παιδιά έχουν μάθει να τρέφονται υγιεινά, τέτοιες επιλογές τροφίμων θα κάνουν κι όταν θα ξεκινήσουν να επιλέγουν τα ίδια. Τα παιδιά που γνωρίζουν τις υγιεινές διατροφικές συνήθειες, έχουν ανάγκη να είναι σωματικά δραστήριοι και ξέρουν πως να διαχειρίζονται το άγχος τους, σε αντίθεση με τα παιδιά που δεν τρέφονται σωστά (Pérez-Rodrigo & Aranceta, 2001).

Το σχολείο και η οικογένεια αποτελούν δύο θεσμούς που αλληλοσυμπληρώνονται και επιτελούν ένα κοινό έργο από διαφορετική πλευρά, συνεισφέροντας ο καθένας ξεχωριστά στην ανάπτυξη και στην εξέλιξη του παιδιού. Το σχολικό περιβάλλον συνιστά έναν σημαντικό χώρο κοινωνικοποίησης, μόρφωσης και ανάπτυξης, στον οποίο μάλιστα το παιδί καταναλώνει αρκετό από τον ημερήσιο χρόνο του και περνά ένα μεγάλο μέρος της παιδικής

του ηλικίας. Γι' αυτό το σχολείο αποτελεί μια σημαντική επιρροή στη διατροφή και τις διατροφικές συνήθειες των παιδιών. Οι παιδικοί σταθμοί προσφέρουν φροντίδα και εκπαίδευση. Πολύ σημαντικό είναι ότι η σίτιση στους παιδικούς σταθμούς παρέχεται εβδομαδιαία από συγκεκριμένο διαιτολόγιο, έτσι τα παιδιά τρέφονται πάντα υγιεινά και με την κατάλληλη αναλογία (Woynarowska et al., 2011). Θα πρέπει στο διαιτολόγιο των παιδιών να παρέχονται τροφές από όλες τις ομάδες τροφίμων και να υπάρχουν σε καθημερινή βάση τα λαχανικά και τα φρούτα (Πασχαλά, 2017).

Στο σχολείο τον πρωτεύοντα ρόλο κατέχει ο παιδαγωγός, διότι ένας από τους ρόλους του είναι να προωθήσει την καλή υγεία στα παιδιά. Χρέος του είναι, πέραν της διατροφής, να βάζει στο ημερήσιο πρόγραμμα των παιδιών και τη φυσική αγωγή, καθώς τα παιδιά εκτός από το να τρέφονται σωστά και υγιεινά, πρέπει ακόμα και να γυμνάζονται (Prelip et al., 2006). Ο παιδαγωγός για το παιδί λειτουργεί και ως πρότυπο. Οι παιδαγωγοί οφείλουν να μεταδώσουν τις κατάλληλες γνώσεις στα παιδιά και να τους μάθουν να γνωρίσουν καλύτερα τις τροφές και μέσω επιχειρημάτων και παραδειγμάτων να τους δείξουν τί είναι, σε τι ωφελούν, τι συμβαίνει αν δεν καταναλωθούν, τι συμβαίνει αν καταναλωθούν σε υπερβολική ποσότητα και άλλα παρόμοια (Graziano, 2017).

Σύμφωνα με σχετική έρευνα, όταν τα παιδιά τρώνε το φαγητό τους στη τραπέζια θα πρέπει και οι βρεφονηπιοκόμοι να τρώνε το υγιεινό κολατσιό τους. Αυτό πρέπει να συμβαίνει, διότι τα παιδιά μιμούνται τις συνήθειες των παιδαγωγών τους κι αν εκείνη τη στιγμή οι παιδαγωγοί καταναλώνουν τρόφιμα πλούσια σε ζάχαρη και λίπος, τα παιδιά λαμβάνουν μεικτά μηνύματα, καθώς τα λόγια και οι πράξεις των παιδαγωγών έρχονται σε αντιπαράθεση. Οι βρεφονηπιοκόμοι μέσα από διάφορες δραστηριότητες πρέπει να μάθουν στα παιδιά να συμπεριφέρονται σωστά και να μάθουν ό,τι περισσότερο μπορούν για την καλή διατροφή. Ακόμα, σε καθημερινή βάση οφείλουν να δίνουν στα παιδιά την ευκαιρία να δοκιμάσουν νέες γεύσεις (Κακολύρη, 2015). Τα παιδιά στο σχολείο περνούν αρκετό από τον ημερήσιο χρόνο τους και για αυτό το λόγο είναι σε θέση να συμβάλλουν στην καλύτερη απόκτηση γνώσεων και στις σωστές διατροφικές συνήθειες. Ένα μειονέκτημα που έχει το σχολείο σε σχέση με το σπίτι, είναι ότι εκεί το παιδί αυτομάτως σταμάτα να είναι στο κέντρο προσοχής. Από την άλλη, βέβαια, καθώς έρχεται σε επαφή με τα άλλα παιδιά έχει την ευκαιρία να δοκιμάσει νέες τροφές, τις οποίες σπίτι του πιθανώς να μην είχε τη δυνατότητα (Ζαμπέλας, 2003).

### 3.3 Τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης (Μ.Μ.Ε)

Οι διαφημίσεις είναι ενεργές σε όλα τα μέσα μαζικής ενημέρωσης (Μ.Μ.Ε.). Τα παιδιά παρακολουθούν διαφημίσεις, κυρίως, μέσω της τηλεόρασης και του διαδικτύου. Τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης αποτελούν αναγκαίο κομμάτι της καθημερινότητας της ζωής των ανθρώπων και των μικρών παιδιών. Με τον ορισμό Μ.Μ.Ε. εννοούνται όλα εκείνα τα μέσα, με τα οποία μπορούν να ενημερωθούν οι άνθρωποι, είτε αυτά είναι θέματα επίκαιρα, είτε πιο παλιά γεγονότα, καθώς έχουν τη δυνατότητα να μεταδίδουν τις απαραίτητες ειδήσεις, γεγονότα, πληροφορίες και γνώσεις στον άνθρωπο. Στα Μ.Μ.Ε. θα διαπιστώσει κανείς πλεονεκτήματα, ωστόσο δεν θα λείπουν και τα μειονεκτήματα. Τα Μ.Μ.Ε. αποτελούνται από την τηλεόραση, το ραδιόφωνο, τον έντυπο τύπο και το διαδίκτυο και χωρίζονται σε δυο κατηγορίες ανάλογα με το πότε μεταδίδεται κάποια πληροφορία δηλαδή σε σύγχρονα μέσα και σε ασύγχρονα. Στα ασύγχρονα μέσα η πληροφορία μεταδίδεται σε διαφορετικές χρονικές στιγμές, όπως είναι ο τύπος και το διαδίκτυο, ενώ στα σύγχρονα μέσα οι άνθρωποι λαμβάνουν τις πληροφορίες τη χρονική στιγμή που συμβαίνουν, όπως είναι η τηλεόραση και το ραδιόφωνο (Πέτκου & Χαϊντούτη, 2012).

Τα μέσα μαζικής επικοινωνίας διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο, μιας και δίνουν στους πολίτες τις πληροφορίες που χρειάζονται για να διαμορφώσουν άποψη σε σημαντικά ζητήματα της καθημερινότητας (Κούρτη, 2011). Στη σύγχρονη εποχή τα παιδιά εκπαιδεύονται μέσα σε πολυπληροφοριακά περιβάλλοντα, με σκοπό να περνούν τον ελεύθερο τους χρόνο μπροστά από μια οθόνη, κάτι που εύλογα δίνει την εντύπωση της δημιουργίας ενός νέου πολιτισμού, του πολιτισμού της οθόνης και μιας νέας εποχής έκφρασης και δημιουργικότητας. Έτσι το παιδί θα κατανοεί και θα χρησιμοποιεί εύκολα τις νέες τεχνολογίες (Singer & Singer, 2012).

Ένα παιδί παρακολουθεί τηλεόραση 4 ώρες την ημέρα, κάθε επιπλέον ώρα παρακολούθησης ανά εβδομάδα αυξάνει τον κίνδυνο εκδήλωσης παχυσαρκίας κατά 3% στην παιδική ηλικία. Η καθιστική ζωή, λοιπόν, η ενασχόληση με ηλεκτρονικά παιχνίδια και κινητά, ιδιαίτερα όμως η παρακολούθηση της τηλεόρασης προκαλούν μείωση του μεταβολικού ρυθμού (Rosiek et al., 2015). Τα παιδιά, δυστυχώς, ξοδεύουν περισσότερο χρόνο στα μέσα ενημέρωσης, παρότι σε κινητικές δραστηριότητες και σε αυτό ευθύνονται οι γονείς, διότι αδυνατούν να θέσουν τα σωστά όρια στα παιδιά τους (Strasburger & Hogan, 2013).

Όσο αφορά την άποψη αρκετών μελετητών των μέσων μαζικής ενημέρωσης, ο λόγος ύπαρξής τους συνοψίζεται στο τρίπτυχο «ενημέρωση – επιμόρφωση – ψυχαγωγία», το οποίο καθορίζει και τα τρία βασικά είδη των προγραμμάτων της τηλεόρασης, η οποία αποτελεί αδιαμφισβήτητα και το πιο διαδεδομένο και δημοφιλές μέσο (Πέτκου & Χαϊντούτη, 2012). Θετικά στοιχεία της τηλεόρασης είναι η προώθηση και η ανάπτυξη της φαντασίας, καθώς και η καλλιέργεια των αφαιρετικών ικανοτήτων του παιδιού, ενώ, ακόμα, προσφέρει ψυχαγωγία στο παιδί και αισθητική καλλιέργεια. Μέσω της αισθητικής καλλιέργειας το παιδί αναπτύσσεται τόσο ψυχικά όσο και πνευματικά, ενώ ταυτόχρονα είναι σε θέση να παρατηρεί, να ερμηνεύει και να αναγνωρίζει (Κόφφας, 1993). Η συνεισφορά των Μ.Μ.Ε είναι σημαντική, καθώς το παιδί δέχεται τις πληροφορίες μέσω δυο ουσιαστικών αισθήσεων, την όραση, δηλαδή αυτό που βλέπει και την ακοή, δηλαδή αυτό που ακούει. Η επιρροή είναι εμφανής και στην γλωσσική ανάπτυξη και εξέλιξη του παιδιού (Κιτσαράς, 2001). Είναι φανερό, πως τα παιδιά που μεγαλώνουν σε μια κοινωνία με τηλεόραση έχουν πιο ανεπτυγμένο λεξιλόγιο από παιδιά που στερούνται το μέσο αυτό. Όταν το παιδί παρακολουθεί σωστά τηλεόραση θα έχει και θετική επίδραση (Κουτσοβάνου, 1991).

Στη σύγχρονη εποχή ο κύριος ρόλος των μέσων ενημέρωσης είναι αυτονόητος. Η λειτουργία τους, όμως, εκτός από επωφελής είναι και επιβλαβής. Τα παιδιά προσχολικής ηλικίας αφιερώνουν αρκετές ώρες της ημέρας μπροστά από την τηλεόραση και έτσι είναι απόλυτα φυσιολογικό να έχει και αρνητική επίδραση σε αυτά (Κουτσοβάνου, 1991). Οι αρνητικές συνέπειες της έκθεσης είναι πολλές, όπως η αύξηση της βίαιης και επιθετικής συμπεριφοράς, η αύξηση συμπεριφορών υψηλού κινδύνου, τα προβλήματα διατροφής, καθώς και η μειωμένη ενέργεια στους παιδικούς σταθμούς (Προκοπάκη, 2011). Αρχικά, στα Μ.Μ.Ε παρουσιάζεται η εικονική πραγματικότητα και το παιδί δεν είναι σε θέση να διακρίνει το πραγματικό από το φανταστικό κι έτσι μεγαλώνει σε ένα φανταστικό χώρο, ο οποίος δεν εμπεριέχει τις κοινωνικοποιήσεις του πραγματικού (Καμαριανός, 2002). Ακόμα, απομονώνουν τα παιδιά και δημιουργούν προβλήματα σε συναισθηματικό και κοινωνικό επίπεδο (Παππάς, 2006). Κάτι σημαντικό που πρέπει να αναφερθεί είναι οι σκηνές βίας, οι οποίες δημιουργούν στα παιδιά λάθος πρότυπα και αργότερα τρόμο. Τα παιδιά αποτελούν τα πιο ευάλωτα θύματα τέτοιων φαινομένων, τα οποία αποπροσανατολίζονται λόγω της παρουσίας ηρώων με εξωπραγματικές ιδιότητες και δημιουργούν μία ψευδή εικόνα της πραγματικότητας, ενώ παράλληλα η ταύτισή τους με υπερφυσικούς ήρωες καλλιεργεί επικίνδυνο μιμητισμό και επιθετικότητα και αποτρέπει την ομαλή κοινωνικοποίησή τους (Τατάλια- Λίτσου, 2014). Από την άλλη, η αλόγιστη χρήση της τηλεόρασης από το παιδί

μπορεί να οδηγήσει και σε καθυστέρηση στην ανάπτυξη δημιουργικών δεξιοτήτων, καθώς όσο περισσότερο βλέπουν τα παιδιά τηλεόραση τόσο μειώνεται η δημιουργικότητα τους και η ικανότητα τους για επίλυση προβλημάτων. Η τηλεόραση μπορεί να δημιουργήσει υπερκινητικά παιδιά και αυτό γιατί η παθητική τηλεθέαση περιορίζει την αισθητήρια οδό, αφού απαιτεί μόνο θέαση εικόνων και πρόσληψη ηχητικών ερεθισμάτων, δίνοντας έμφαση στη θέαση, αντίθετα με το παιχνίδι, το οποίο συνήθως περιλαμβάνει ενεργοποίηση τριών ή περισσότερων αισθήσεων (Παππά, 2008).

Ακόμα, η διαφήμιση επηρεάζει και την ανάπτυξη του παιδιού. Σε όλες τις ανεπτυγμένες χώρες τα παιδιά γίνονται αποδέκτες των νέων τεχνολογιών και με την πάροδο του χρόνου υποτάσσονται σε αυτές όλο και περισσότερο. Με το πέρασμα των χρόνων τα γεγονότα έχουν αλλάξει και τα παιδιά είτε στο σπίτι είτε στο σχολείο είναι σε συχνή επαφή με τα μέσα ενημέρωσης. Ένα δυσάρεστο γεγονός είναι ότι πολλές κινητικές δραστηριότητες αντικαταστάθηκαν με την καθιστική ζωή, περνώντας τα παιδιά αρκετές ώρες μπροστά από την τηλεόραση και τον υπολογιστή. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να περιορίζονται τα παιχνίδια στους δρόμους ή με τους συνομήλικους τους. Ακόμα, πέρα από την καθιστική ζωή τα παιδιά χάνονται με τους φίλους τους αλλά και οι σχέσεις με τους γονείς τους δεν παραμένουν οι ίδιες. Επιπλέον, συνέπειες έχει και το ίδιο το παιδί, αφού το σώμα του αδρανοποιείται, καθώς δεν χρειάζεται να κινηθεί σχεδόν καθόλου. Επομένως, η καθιστική ζωή παραμένει εμπόδιο στην ανάπτυξη των ικανοτήτων του μικρού παιδιού, το οποίο χρειάζεται να αναπτύξει συναισθήματα, βιώματα και εμπειρίες (Παππάς, 2006).

Τέλος, ο ρόλος των μέσων μαζικής ενημέρωσης στα παιδιά προσχολικής ηλικίας επηρεάζει και το κομμάτι της διατροφής τους. Αρκετές διαφημίσεις είναι διαμορφωμένες ώστε να απευθύνονται σε αυτή ακριβώς την ηλικία. Εκπαιδευτικά προγράμματα, παιδικά προγράμματα, διαφημίσεις, εκπομπές, ντοκιμαντέρ, τηλεοπτικά προγράμματα, σε όλα εντοπίζονται διατροφικά μηνύματα ή νύξεις πάνω σε διατροφικά θέματα και οι οποίες επηρεάζουν είτε θετικά είτε αρνητικά.

### **3.4 Διαφήμιση**

Η σύγχρονη κοινωνία κυριαρχείται από εμφανές πνεύμα υλισμού και καταναλωτισμού. Η διαφήμιση συνθέτει ένα μέσο που χρησιμοποιείται και λειτουργεί ως εργαλείο προώθησης προϊόντων. Η διαφήμιση περιέχει διαφορετικό περιεχόμενο κάθε φορά, ανάλογα στο που απευθύνεται και τί διαφημίζει. Πρόκειται για ένα μέσο επικοινωνίας μεταξύ του

καταναλωτή και των προϊόντων, που ως σκοπό έχει να πείσει τον καταναλωτή να αγοράσει το προϊόν (Ζώτος, 2008). Ένα μεγάλο μέρος από τις διαφημίσεις αφορά την παιδική τηλεοπτική διαφήμιση, η οποία απευθύνεται σε παιδιά αλλά και σε γονείς παράλληλα, αφού αυτοί αποφασίζουν για την τελική αγορά του προϊόντος, έχοντας την αγοραστική δύναμη που δεν κατέχει το παιδί (Πέτκου & Χαιντούνη, 2012).

Οι διαφημίσεις επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό την ανάπτυξη και την προσωπικότητα του παιδιού. Τα παιδιά στην προσχολική ηλικία δεν είναι σε θέση να σκεφτούν τις αρνητικές επιπτώσεις της διαφήμισης, διότι δεν κατέχουν ακόμη την εμπειρία και την ωριμότητα και για αυτό το λόγο είναι οι γονείς που παίζουν σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση και στην μείωση του προβλήματος. Οι γονείς θα πρέπει να αφιερώνουν χρόνο στα παιδιά τους και στον τρόπο που λαμβάνουν τα διαφημιστικά μηνύματα (Τσιμπούκης, 1991). Η διαφήμιση και η προώθηση τροφίμων, σε παιδιά, επηρεάζει τις διατροφικές τους προτιμήσεις και επιλογές. Η διαφήμιση τροφίμων έχει εξελιχθεί σε ένα είδος επιστήμης και χρησιμοποιεί κάθε πτυχή των νέων τεχνολογιών. Η διαφήμιση παιδικών τροφών συγκεκριμένα, δεν είναι πλέον η άμεση διαφήμιση, έτσι όπως παραδοσιακά τη γνωρίζουμε. Χρησιμοποιεί έμμεσους τρόπους, ώστε το παιδί, ακόμα και ο ενήλικας, να μην μπορούν να αναγνωρίσουν ότι το μήνυμα που δέχονται είναι διαφημιστικό. Το μεγαλύτερο ποσοστό του συνόλου των διαφημίσεων που στοχεύουν στα παιδιά προερχόταν από ανθυγιεινές τροφές. Βέβαια αυτό δεν σημαίνει πως δεν διαφημίζονται και υγιεινά τρόφιμα, αλλά σε μικρότερη συχνότητα συγκριτικά. Τα διαφημιζόμενα προϊόντα που απευθύνονται σε παιδιά, όπως θα δούμε στη συνέχεια του κεφαλαίου, έχουν θετική αλλά και αρνητική επίδραση. Οι γονείς θα πρέπει να δώσουν το καλό παράδειγμα στα παιδιά τους, ώστε να υιοθετήσουν τις δικές τους συνήθειες, που οδηγούν σε έναν πιο υγιεινό τρόπο ζωής σε όλη την παιδική ηλικία και στην ενήλικη ζωή.

### **3.4.1 Στόχος και τεχνικές των διαφημίσεων**

Το μάρκετινγκ, που έχει κοινό τα παιδιά, δεν αποτελεί ένα νέο φαινόμενο. Αντιθέτως, τα παιδιά ήταν πάντα στο επίκεντρο ενδιαφέροντος, τουλάχιστον από τις απαρχές του σύγχρονου μάρκετινγκ. Στη σημερινή εποχή τα παιδιά βρίσκονται όλο και περισσότερο στο επίκεντρο, αφού το μάρκετινγκ στοχεύει κατά κύριο λόγο στις μικρές ηλικίες (Κούρτη, 2011).

Οι διαφημίσεις της τηλεόρασης επηρεάζουν περισσότερο τα παιδιά από οποιαδήποτε άλλο μέσο, καθώς συνδυάζουν την εικόνα με τον ήχο και τα εντυπωσιακά εφέ. Η τηλεόραση αντικαθιστά το ρόλο του παιδαγωγού, η οποία μέσα από την εικονική πραγματικότητα που παρουσιάζει στα παιδιά, γεμίζει στο μυαλό τους με φανταστικές εικόνες, δημιουργώντας μια άλλη πραγματικότητα. Τα παιδιά, όμως, λόγω της νεαρής ηλικίας τους δεν είναι στη θέση να σκεφτούν ότι το προϊόν που διαφημίζεται έχει σαν στόχο το κέρδος. Αντιθέτως, τα παιδιά καθηλώνονται στα μεγάλα σχήματα, καθαρά και έντονα χρώματα και χαρακτήρες με μεγάλα μάτια (Κρητικού, 2015). Τα περισσότερα παιδιά προσχολικής ηλικίας δεν καταλαβαίνουν τη διαφορά ανάμεσα σε ένα πρόγραμμα σχεδιασμένο να διασκεδάσει και ένα εμπορικά σχεδιασμένο για να πουλήσει. Οι περισσότερες μελέτες δείχνουν ότι όσο περισσότερο χρόνο περνούν τα παιδιά παρακολουθώντας τηλεόραση, τόσο περισσότερο επηρεάζονται από αυτήν (Impact of media use on children and youth, 2003).

Οι δημιουργοί των διαφημίσεων που απευθύνονται στα παιδιά χρησιμοποιούν μέσα που είναι οικεία σε αυτά και είναι μέρος του δικού τους κόσμου, προκειμένου να τις καταστήσουν ελκυστικές στο κοινό τους. Κάποιες από τις τεχνικές και τα χαρακτηριστικά των διαφημίσεων είναι τα εξής:

1. Το γενικό πλαίσιο της διαφήμισης.
2. Η θέση του τροφίμου στη διαφήμιση.
3. Η προβολή της ελκυστικότητας της διαφήμισης.
4. Οι χαρακτήρες στη διαφήμιση.

Σημαντικό στοιχείο της διαφήμισης, ώστε να πείσει τα παιδιά, είναι η σημασία της κίνησης. Στην διαφημιστική εκτύπωση η χρήση στατικών εικόνων που καταναλώνουν τα προϊόντα είναι η γνωστή. Λιγότερο γνωστή, όμως, είναι η μέθοδος που χρησιμοποιείται πλέον και επηρεάζει περισσότερο την καταναλωτική μας τάση. Η απεικόνιση μοντέλων στη διαφήμιση είναι εκείνη που ασκεί μεγαλύτερη επιρροή στον τηλεθεατή. Έχει βεβαιωθεί πως τα άτομα όχι μόνο μιμούνται την πράξη, αλλά υιοθετούν τους στόχους και τα κίνητρα που υποκινούν αυτά τα κίνητρα παρατηρώντας τους άλλους. Όσοι άνθρωποι και κυρίως παιδιά παρακολουθούν τέτοιες διαφημίσεις, αυτόματα μιμούνται την κίνηση λήψης φαγητού και επιθυμούν να φάνε, ανεξάρτητα από το αν το έχουν πραγματικά ανάγκη εκείνη την ώρα. Γι' αυτό το λόγο, λοιπόν, στις περισσότερες διαφημίσεις χρησιμοποιείται κίνηση, κυρίως από

μικρά παιδιά, ώστε τα παιδιά να ταυτιστούν και να αναζητήσουν την ίδια τροφή (Palcu, Haasova & Florack, 2019).

Ακόμα, κάτι που πρέπει να επισημανθεί για τις διαφημίσεις είναι το χρώμα. Η πλειοψηφία των ατόμων και κυρίως τα παιδιά μπορούν να απορρίψουν ή να επιλέξουν κάποια τροφή μόνο από το χρώμα αυτής. Έχοντας υπόψη, λοιπόν, αυτό το χαρακτηριστικό, οι διαφημιστικές εταιρείες φτιάχνουν εντυπωσιακά περιτυλίγματα για όλα τα ανθυγιεινά φαγητά και ενισχύουν το χρώμα με χρωστικές. Έχει αποδειχθεί ότι όχι μόνο το χρώμα, αλλά και η διάταξη των συστατικών με χρώμα, επηρεάζει την εκτίμηση των καταναλωτών για την ευχάριστη γεύση, σε τέτοιο βαθμό που επηρεάζεται παράλληλα και η καταναλωτική τους προτίμηση (Piqueras- Fiszman & Spence, 2014).

### **3.4.2 Κατηγορίες τροφίμων που διαφημίζονται περισσότερο**

Το 1987 έγινε μια προσπάθεια καταγραφής και αξιολόγησης των τηλεοπτικών διαφημίσεων σε συνολικά 13 χώρες παγκοσμίως ανάμεσα στις οποίες ήταν και η Ελλάδα. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας οι διαφημίσεις που απευθυνόταν στα παιδιά αφορούσε τρόφιμα πλούσια σε θερμίδες με υψηλή περιεκτικότητα σε λίπος, ζάχαρη καθώς και αλάτι (Kinsey, 1987).

Πιο αναλυτικά φάνηκε ότι περισσότερες από το 50% των διαφημίσεων τροφίμων αφορούσαν σοκολάτες, δημητριακά πρωινού και ταχύ – εστιατόρια. Άλλα τρόφιμα που φάνηκε ότι διαφημίζονται πολύ συχνά ήταν τα αλμυρά σνακ όπως πατατάκια, γαριδάκια κτλ., τα αναψυκτικά, τα κέικ και τα μπισκότα. Από την άλλη διαφημίσεις για πιο υγιεινές επιλογές τροφίμων είτε δεν υπήρχαν καθόλου είτε ήταν πάρα πολύ περιορισμένες.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, η Ελλάδα ήταν η χώρα με τις περισσότερες διαφημίσεις για σοκολάτες και συγκεκριμένα 64 διαφημίσεις ανά είκοσι ώρες προβολής. Στη πορεία ήταν το Ηνωμένο Βασίλειο που κατατάσσονταν 54 διαφημίσεις ανά είκοσι ώρες προβολής. Σε σχέση με τη Σουηδία, σε αυτές τις δυο χώρες οι διαφημίσεις ήταν τριάντα πέντε φορές περισσότερες.

Στις Η.Π.Α οι Reece, Rifon, Rodriguez (1999) αναφέρουν ότι οι κατηγορίες τροφίμων που διαφημίζονται περισσότερο κατατάσσονται με την εξής σειρά. Μεγαλύτερο ποσοστό έχουν τα δημητριακά με 39,2% , τα εστιατόρια με 21,6% και τα γλυκά με 21,4%.

Έπειτα οι Kotz και Story (1999) κατέγραψαν κατά σειρά συχνότητας τις σοκολάτες και τα γλυκά, τα δημητριακά προγεύματος, τα εστιατόρια γρήγορου φαγητού, τα προπαρασκευασμένα γεύματα, τα ποτά, τα γαλακτοκομικά προϊόντα και τα πατατάκια. Αντίστοιχα στο Η.Β. η έρευνα των Lewis και Hill (1998) κατέγραψαν κατά σειρά συχνότητας τα δημητριακά με ποσοστό 30,1% και τα γλυκά και αλμυρά τρόφιμα με ποσοστό 29,8%.

Τέλος στην Ελλάδα σε έρευνα των Μπαθρέλλου κ. συν., (2006), που κατέγραψαν σε τηλεοπτικές διαφημίσεις στη διάρκεια της παιδικής ζώνης κατά σε σειρά σε συχνότητα ήταν τα γαλακτοκομικά προϊόντα 31,7%, οι τσίχλες και οι καραμέλες 21%, οι σοκολάτες 11,8%, τα πατατάκια 11%, το γρήγορο φαγητό 6,7% και οι χυμοί και τα αναψυκτικά 5,8%.

### **3.4.3 Επίδραση της διαφήμισης στα παιδιά**

Οι διαφημίσεις έχουν αποδειχθεί πως επηρεάζουν τις διατροφικές επιλογές των παιδιών. Όσα παιδιά παρακολουθούν διαφημίσεις θα επιλέξουν τα προϊόντα με σημαντικά υψηλότερους δείκτες από εκείνα που δεν εκτίθενται. Οι βιομηχανίες τροφίμων διαμορφώνουν τις διαφημίσεις με τέτοιο τρόπο ώστε να είναι ενδιαφέρουσες για τις προτιμήσεις των παιδιών (Hitchings & Moynihan, 1998). Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός πως οι διαφημίσεις παρουσιάζονται με συγκεκριμένη συχνότητα και αναφέρονται σε ένα κοινό το οποίο περιέχει τόσο παιδιά μικρής ηλικίας όσο και ενήλικες, αφού στόχος τους είναι να επηρεάζονται και οι αποφάσεις των γονέων παράλληλα (Ζώτος, 2008). Έχει αποδειχθεί πως τα παιδιά που στο σπίτι παρακολουθούσαν κατά τη διάρκεια ενός ή δυο γευμάτων τηλεόραση, καταναλώνουν λιγότερη ενέργεια σε υδατάνθρακες και περισσότερη σε λίπος συγκριτικά με άλλα παιδιά.

Η τηλεόραση καταναλώνει αρκετό από το χρόνο του παιδιού από τις δραστηριότητες παιχνιδιού και γυμναστικής και τα παιδιά που παρακολουθούν πολύ συχνά τηλεόραση είναι λιγότερο σωματικά υγιή και πιο πιθανό να καταναλώνουν φαγητά υψηλής περιεκτικότητας σε λιπαρά και υψηλής ενέργειας σνακ. Η τηλεοπτική προβολή επιδρά, κυρίως, στη παχυσαρκία, καθώς οι διαφημίσεις προωθούν τις ανθυγιεινές διατροφικές πρακτικές. Ακόμα, η κατανάλωση γευμάτων κατά την παρακολούθηση της τηλεόρασης πρέπει να εμποδίζεται από τα παιδιά, διότι μπορεί να οδηγήσει σε λιγότερο ουσιαστική επικοινωνία και φυσικά σε φτωχότερες διατροφικές συνήθειες (Keiss, Marcus & Wabitsch, 2008).

Αξιίζει να σημειωθεί πως σε μια εξέταση των επιπτώσεων της διαφήμισης τροφίμων στις αξιολογήσεις μάρκας, τα παιδιά που παρακολούθησαν μια ευχάριστη διαφήμιση τροφίμων και στη συνέχεια δοκίμασαν για πρώτη φορά το προϊόν, βαθμολόγησαν το εμπορικό σήμα πιο αισιόδοξα σε σχέση με εκείνα που δοκίμασαν το φαγητό προτού δουν τη διαφήμιση (Moore & Lutz., 2000). Τα παιδιά ηλικίας 2-8 ετών, τα οποία κατά τη διάρκεια των τηλεοπτικών προγραμμάτων εκτίθενται σε αρκετές διαφημίσεις, έχουν την τάση να θέλουν να το αγοράσουν ακόμα και από μια σύντομη έκθεση. Για παράδειγμα, μια μελέτη των παιδιών διαπίστωσε ότι όσο πιο πολλές διαφημίσεις παρακολουθούσαν τα παιδιά, τόσο πιο πολλές φορές προσπάθησαν οι γονείς τους να αγοράσουν ορισμένα προϊόντα, όταν επισκέπτονταν το σούπερ μάρκετ (Mazur et al., 2017).

Επιπλέον, οι διαφημίσεις με τα ανθυγιεινά τρόφιμα είναι πολύ περισσότερες συγκριτικά με τα υγιεινά τρόφιμα. Εκτός από αυτό, όμως, όταν διαφημίζεται κάτι υγιεινό και αμέσως μετά προωθούνται τα σνακ, το παιδί δεν έχει στο νου του το υγιεινό προϊόν. Οι μελετητές έχουν συνδέσει τη δραματική αύξηση της επικράτησης της παιδικής παχυσαρκίας με την εμφάνιση της διαφήμισης των μη υγιεινών τροφών στα παιδιά (Moore & Lutz, 2000).

Αφήνοντας την τηλεόραση ανοιχτή κατά τη διάρκεια των γευμάτων δημιουργούνται τα χειρότερα οικογενειακά πρότυπα διατροφής, ενώ αντίθετα η διακοπή της τηλεόρασης κατά τη διάρκεια των γευμάτων έχει συσχετιστεί με υψηλότερη πρόσληψη φρούτων και λαχανικών στα παιδιά. Συμπερασματικά, είναι σαφές ότι ο χρόνος που αφιερώνεται στην τηλεόραση έχει σημαντικό αντίκτυπο στο πόσο το παιδί τρώει και την ποιότητα και τα είδη των τροφίμων και των διατροφικών συνηθειών του. Τα ίδια αποτελέσματα παράγονται και από το χρόνο που ξοδεύεται χρησιμοποιώντας άλλες ηλεκτρονικές συσκευές, όπως ηλεκτρονικά παιχνίδια, και βλέποντας DVD ή βίντεο (Mazur et al., 2017).

#### **3.4.4 Ο ρόλος των γονέων**

Οι διαφημίσεις επηρεάζουν σημαντικά την ανάπτυξη και την προσωπικότητα του παιδιού. Οι γονείς παίζουν σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση και στην μείωση του προβλήματος της διαφήμισης, καθώς τα παιδιά δεν κατέχουν ακόμα την ωριμότητα να διακρίνουν τις αρνητικές επιδράσεις των διαφημίσεων. Έτσι, οι γονείς πρέπει να αφιερώνουν χρόνο στα παιδιά και στον τρόπο που δέχονται τα διαφημιστικά μηνύματα (Τσιμπούκης, 1991).

Είναι σημαντικό οι γονείς και τα παιδιά να παρακολουθούν τις διαφημίσεις μαζί, έτσι ώστε να είναι σε θέση τα παιδιά αργότερα να μπορούν να αναπτύξουν την ικανότητα τους να φιλτράρουν πληροφορίες, να καταλαβαίνουν τί παρακολουθούν και να συζητούν το νόημα των πληροφοριών που λαμβάνουν. Ακόμα, οι γονείς καλό θα ήταν να απαγορεύουν στα παιδιά τους να διαθέτουν συσκευές μαζικών μέσων ενημέρωσης στα υπνοδωμάτια τους, κυρίως τηλεοράσεις, ή να έχουν απεριόριστη πρόσβαση στο ίντερνετ (Tiberrio et al., 2014). Η Αμερικανική Παιδιατρική Εταιρεία συμβουλεύει τους γονείς να βλέπουν μαζί με το παιδί τις διαφημίσεις και όταν το παιδί ενδιαφέρεται για κάποιο προϊόν να συζητάνε για ποιο λόγο του αρέσει και αν είναι αναγκαίο για την οικογένεια. Τα παιδιά δεν έχουν ακόμα την ωριμότητα να μπορούν να διακρίνουν τη διαφορά του τηλεοπτικού προγράμματος που παρακολουθούν με τη διαφήμιση, και για αυτό οι γονείς θα πρέπει να ενημερώνουν όταν ξεκινάνε διαφημίσεις. Τα παιδιά χρειάζεται εκ των προτέρων να διακρίνουν και να κατανοούν πότε παρακολουθούν διαφημίσεις και το σκοπό που αυτές έχουν, μιας και το υπερβολικά νεαρό της ηλικίας τους δεν τους επιτρέπει να κάνουν τη διάκριση ανάμεσα στο πραγματικό με το φανταστικό, με αποτέλεσμα να θεωρούν ότι ο κόσμος και οι αξίες που προβάλλουν οι διαφημίσεις ανταποκρίνονται στην πραγματική ζωή.

Είναι απαραίτητο οι γονείς να είναι σε θέση να μπορούν να εξηγήσουν στο παιδί τους στόχους και σκοπούς των διαφημίσεων, καθώς και τη λειτουργία του μάρκετινγκ, ότι δηλαδή ο κύριος σκοπός της διαφήμισης είναι να πουλήσει όσο περισσότερα προϊόντα γίνεται. Επιπλέον, είναι σημαντικό οι γονείς να εξηγήσουν στα παιδιά τί δουλειά κάνει ένας ηθοποιός και ποιος είναι ο ρόλος του στη διαφήμιση, ώστε να καταλάβουν τα παιδιά ότι τα χαρούμενα πρόσωπα πίσω από την τηλεόραση δεν είναι αποτέλεσμα των παιχνιδιών ή των προϊόντων που έχουν στα χέρια τους, αλλά είναι ένας ρόλος που υποδύονται οι ηθοποιοί, κάτι που θα δώσει στα παιδιά το έναυσμα για την δημιουργία μιας κριτικής στάσης απέναντι σε αυτά που παρακολουθούν. Επιπροσθέτως, πρέπει εξηγήσουν στα παιδιά πως πρέπει να αντιλαμβάνονται τη χαρά, την ευχαρίστηση και τη φιλία μέσω της διασκέδασης και ότι οι διαφημιστές χρησιμοποιούν τις επιθυμίες αυτές για να πουλήσουν τα προϊόντα τους (Τσιμπούκης, 1991).

Η επιμονή ενός παιδιού να αγοράσει κάποιο προϊόν που είδε στις διαφημίσεις συνεπάγεται την σταθερή συνέπεια του γονέα στις δικές του αξίες και κανόνες, μιας και δεν πρέπει να παρασυρθεί από την επιμονή του παιδιού του, καθώς όσο πιο σταθεροί μένουν οι γονείς σε αυτές τις αξίες, τόσο μειώνεται το κύρος, η σημασία και οι επιπτώσεις της διαφήμισης (Παππά, 2008).

Οι γονείς κατέχουν σημαντικό ρόλο στον περιορισμό των αρνητικών επιπτώσεων των διαφημίσεων, διαμορφώνοντας τις τηλεοπτικές συνήθειες των παιδιών τους, τόσο άμεσα όσο και έμμεσα. Η άμεση παρέμβαση, «πυροσβεστικού» τύπου, μπορεί να προσανατολιστεί ως προς το πρόβλημα και να τοποθετήσει τον εαυτό του απέναντι σε αυτό και ακολουθώντας τις οδηγίες αυτής, μπορεί κανείς να ελέγξει το πρόβλημα και να το οριοθετήσει. Η έμμεση παρέμβαση από την άλλη είναι πιο ουσιαστική, μιας και ο τρόπος παρέμβασης συνήθως δεν έχει άμεσα τα επιθυμητά αποτελέσματα, καθώς η δραστηριότητά του υπολογίζεται από το χρόνο και τη σωστή μεθόδευση των πραγμάτων (Παππά, 2008).

Η άμεση παρέμβαση μπορεί να διαχωριστεί σε τρεις τύπους :

- Συν – παρακολούθηση
- Περιοριστική παρέμβαση
- Ενεργητική παρέμβαση

Η συν – παρακολούθηση αναφέρεται στη παρακολούθηση χωρίς συζήτηση με τα παιδιά για το περιεχόμενο. Η περιοριστική παρέμβαση θεσπίζεται από κανόνες για τον χρόνο παρακολούθησης και, τέλος, η ενεργητική παρέμβαση αναφέρεται στη παρακολούθηση με συζήτηση. Ο τελευταίος τύπος παρέμβασης θεωρείται και ως ο πιο αποδοτικός και δραστικός στην ενδυνάμωση της κριτικής σκέψης των παιδιών απέναντι στην τηλεόραση και τις αρνητικές της επιπτώσεις. Η στάση των γονιών απέναντι στα μέσα μαζικής ενημέρωσης και τις διαφημίσεις ορίζεται με ποικίλες συντεταγμένες και για την αποτελεσματική αντιμετώπιση αυτών, χρειάζονται δομικές, ουσιαστικές αλλαγές και αναδιάρθρωση των σχέσεων γονέων-παιδιών, έτσι ώστε να δημιουργηθούν νέες και ουσιαστικές συντεταγμένες (Δρουγουνάκη, 2015).

## **Κεφάλαιο 4<sup>ο</sup> – Σχέδιο εργασίας / Project**

### **4.1 Σχεδιασμός project**

Το παρών σχέδιο εργασίας – project πραγματοποιήθηκε σε βρεφονηπιακό σταθμό και ειδικότερα σε προνηπιακό τμήμα, με παιδιά ηλικίας τριών έως τεσσάρων ετών. Το τμήμα αυτό αποτελείται από 16 παιδιά. Η διάρκεια του project δεν μπορούσε να θεωρηθεί εξ' αρχής ακριβής και βέβαιη, διότι το ενδιαφέρον των παιδιών για την ενασχόληση με το θέμα που θα πραγματευθεί, καθώς και η εν απόκτηση των γνώσεων οι οποίες θα καλύψουν τις απορίες τους, είναι οι βασικοί άξονες για τη λήξη του.

### **4.2 Αφόρμηση project**

Αφορμή για την ενασχόληση με το συγκεκριμένο σχέδιο εργασίας, στάθηκε η απορία ενός εκ των παιδιών της ομάδας. Πιο συγκεκριμένα, ύστερα από την πρωινή προσευχή και κατά τη διάρκεια που η τάξη βρισκόταν στην «παρεούλα», ο Κωνσταντίνος, θέλησε να μοιραστεί με τους υπόλοιπους ένα γεγονός που δεν του άρεσε. Το σαββατοκύριακο, επισκέφτηκε το χωριό του, προκειμένου να δει τους συγγενείς του. Κάθε απόγευμα παρακολουθούσε τα αγαπημένα του προγράμματα στην τηλεόραση, παρέα με τον παππού και τη γιαγιά του. Βλέποντας ένα σωρό διαφημίσεων με γλυκά, αναψυκτικά και σνακ, επιθυμούσε και ο ίδιος να τα αποκτήσει. Ωστόσο, όταν τα ζητούσε από τον παππού και τη γιαγιά, εκείνοι ήταν απρόθυμοι να του τα αγοράζουν συνεχώς, λέγοντάς του πως όλα αυτά τα προϊόντα, δεν είναι καλά για την υγεία. Τότε, ο Κωνσταντίνος, αναρωτήθηκε γιατί ενώ τα βλέπει διαρκώς στην τηλεόραση, ο ίδιος δεν μπορεί να τα αποκτήσει και γιατί είναι τόσο κακό να τρώμε γλυκά, να πίνουμε αναψυκτικά και να τρώμε διάφορα σνακ, ενώ πρέπει να τρώμε πιο υγιεινά;

#### **4.2.1 Α΄ Φάση : Σχεδιασμός του σχεδίου εργασίας**

Στην πρώτη φάση του σχεδίου εργασίας, σκοπός είναι να διερευνήσουμε τι γνωρίζουν τα παιδιά σχετικά με το θέμα μας, καθώς και τί θα ήθελαν να μάθουν. Η διαδικασία αυτή επιτυγχάνεται κάνοντας ανοιχτές ερωτήσεις προς τα παιδιά, καταγράφοντας παράλληλα τις απορίες τους, διαχωρίζοντάς αυτά σε γνωστά και άγνωστα αντιστοίχως. Εν συνεχεία, σε συνεργασία με τα παιδιά οργανώσαμε ένα σχέδιο εργασίας, όπου εκεί αναφέραμε τις ενέργειές μας, όπως, τι θα κάνουμε, ποιους χώρους πρόκειται να επισκεφτούμε, τι

πληροφορίες θα συγκεντρώσουμε. Απαραίτητη, βεβαίως, θεωρήθηκε η ενημέρωση και η συμμετοχή των γονέων ή/και κηδεμόνων στο συνολικό πρόγραμμα.

#### **4.2.1.1 Τι γνωρίζουν τα παιδιά – Γνωστά**

Ύστερα από ερωτήσεις προς την ομάδα των παιδιών την τάξης και γενική συζήτηση, καταγράψαμε τί γνωρίζουν τα παιδιά για τις διάφορες κατηγορίες διαφημιζόμενων προϊόντων και τί για τις υγιεινές επιλογές τροφίμων. Η καταγραφή των γνώσεων είναι η εξής:

- Είναι νόστιμα
- Έχουν διάφορα χρώματα και σχήματα
- Δεν μας αφήνουν να τρώμε συνέχεια
- Τα φρούτα και τα λαχανικά τα καθαρίζουμε
- Κάθε εποχή βρίσκουμε διαφορετικά φρούτα

#### **4.2.1.2 Τι θα ήθελαν να μάθουν τα παιδιά – Άγνωστα**

Ύστερα από ερωτήσεις προς την ομάδα των παιδιών την τάξης και γενική συζήτηση, καταγράψαμε τί θα ήθελαν να μάθουν τα παιδιά για τις διάφορες κατηγορίες διαφημιζόμενων προϊόντων και τί για τις υγιεινές επιλογές τροφίμων. Η καταγραφή των αποριών είναι η εξής:

- Γιατί δεν πρέπει να τρώμε συνέχεια τα σνακ των διαφημίσεων;
- Ποια τρόφιμα είναι πιο υγιεινά;
- Πού βρίσκουμε τα φρούτα και τα λαχανικά;
- Πόσα τρόφιμα υπάρχουν;

#### **4.2.1.3 Σχέδιο εργασίας**

Προκειμένου να κατακτηθούν οι απαραίτητες γνώσεις από τα παιδιά, οι κεντρικοί άξονες του σχεδίου εργασίας είναι οι ακόλουθοι:

- Να μιλήσουμε για τις ομάδες τροφίμων
- Να κατανοήσουμε τη διαφορά υγιεινών και ανθυγιεινών τροφίμων
- Να δούμε και να φτιάξουμε τη δική μας διατροφική πυραμίδα
- Να βρούμε παροιμίες και αινίγματα για τα τρόφιμα
- Να ακούσουμε αντίστοιχα τραγούδια
- Να διαβάσουμε παραμύθια σχετικά με το θέμα
- Να φτιάξουμε τα δικά μας υγιεινά σνακ
- Να πάμε μια εκδρομή σε ένα μπακάλικο

#### **4.2.2 Β΄ Φάση: Υλοποίηση σχεδίου εργασίας**

Στη Β΄ φάση του project τα παιδιά χωρίστηκαν σε μικρές ομάδες και ανέλαβαν δραστηριότητες, αφού πρώτα τους μοιράστηκαν ξεχωριστά στο καθένα καρτέλες, στις οποίες αναγράφονταν οι αρμοδιότητες του κάθε παιδιού σχετικά με το θέμα μας. Η φάση αυτή του project θα είναι μεγαλύτερης διάρκειας από τις άλλες δύο φάσεις, διότι περιέχει πολλές και ποικίλες δραστηριότητες, προκειμένου να καλυφθούν οι απορίες των παιδιών.

##### **4.2.2.1 Δραστηριότητες Β΄ Φάσης**

###### **1<sup>η</sup> Δραστηριότητα**

Περιγραφή δραστηριότητας: Έχουμε ζητήσει από τα παιδιά να μας φέρουν διάφορες φωτογραφίες τροφίμων. Εφόσον ο καθένας έφερε τη δική του, μας μίλησε για ποιο τρόφιμο πρόκειται, καθώς και τι γνώριζε για αυτό. Αφού ολοκλήρωσαν όλα τα παιδιά την παρουσίαση των φωτογραφιών, κάναμε ανοιχτές ερωτήσεις προς όλη την ομάδα προκειμένου να μας πουν τι ομάδες τροφίμων συναντήσαμε (π.χ. φρούτα, γλυκά, κρέατα, ζυμαρικά) και εν συνεχεία μεταφερθήκαμε στην αίθουσα των εικαστικών, προκειμένου να

φτιάξουμε τη δική μας διατροφική πυραμίδα, χρησιμοποιώντας τις φωτογραφίες των παιδιών. Ταυτόχρονα, εξηγήσαμε στα παιδιά, πως όσο πιο χαμηλά βρίσκεται μία ομάδα τροφίμων στην πυραμίδα, τόσο συχνότερα καταναλώνεται, με το αντίστροφο να συμβαίνει για τα τρόφιμα που βρίσκονται στα ανώτερα επίπεδα αυτής.

Υλικά: Χαρτόνια, φωτογραφίες τροφίμων, κόλλα, μαρκαδόροι.

Στόχοι: Σκοπός είναι τα παιδιά να μάθουν και να κατανοήσουν τις διαφορετικές ομάδες τροφίμων που υπάρχουν. Μέσω της διατροφικής πυραμίδας θα δουν ποιες τροφές πρέπει να καταναλώνονται περισσότερο και ποιες σε λιγότερο τακτική βάση, όπως και να κατανοήσουν τη διαφορά της υγιεινής με τη μη υγιεινή διατροφή. Επιπλέον, με τη δημιουργία του κολλάζ θα αναπτύξουν τον οπτικοκινητικό τους συντονισμό μέσω του χειρισμού των διαφόρων υλικών, καθώς και τη λεπτή τους κινητικότητα. Τέλος, με την περιγραφή των φωτογραφιών και τις ερωτήσεις, αναπτύσσεται και ο προφορικός τους λόγος.

Πηγή: Έμπνευση από το 2<sup>ο</sup> Νηπιαγωγείο Κρηνίδων, Ανακτήθηκε από: <http://2nipkrinid.blogspot.com/>.

Διάρκεια: 45 λεπτά.

## **2<sup>η</sup> Δραστηριότητα**

Περιγραφή δραστηριότητας: Για την υλοποίηση της δραστηριότητας, αρχικά κατασκευάσαμε τα δικά μας μουσικά όργανα από απλά καθημερινά υλικά, όπως για παράδειγμα μαράκες από πλαστικά μπουκάλια και κόκκους ρυζιού. Αφού ολοκληρώσαμε τις κατασκευές, φτιάξαμε το δικό μας εικονόλεξο που θα αποτελέσει και το τραγούδι μας για τη σωστή διατροφή, ζητώντας από τα παιδιά να μας πουν τρόφιμα από τις ομάδες τροφίμων που έχουμε ήδη αναφέρει. Στη συνέχεια, έχοντας συνθέσει το εικονόλεξο – τραγούδι μας, προσπαθήσαμε να το απομνημονεύσουμε, προκειμένου να το τραγουδήσουμε όλοι μαζί, συνοδεία των οργάνων που κατασκευάσαμε προηγουμένως, στο ρυθμό του γνωστού τραγουδιού του Λουκιανού Κηλαηδόνη. Μετά το τραγούδι, συζητήσαμε τα «ναι» και τα «όχι» της σωστής διατροφής, για τα οφέλη και τις συνέπειές τους αλλά και κάθε πότε τρώνε το καθένα απ' αυτό, καθώς μιλήσαμε και για τις γεύσεις που έχουν.

Το τραγούδι  
της υγιεινής διατροφής

Στο 🥛 τυράκι λέμε ΝΑΙ  
Και στο 🥛 γάλα λέμε ΝΑΙ  
Στα 🥬 ψαράκια λέμε ΝΑΙ  
Και στο 🥛 λάδι λέμε ΝΑΙ  
Στο 🍞 ψωμάκι λέμε ΝΑΙ  
Και στα 🥬 χόρτα λέμε ΝΑΙ

ΟΧΙ στις 🍬 καραμέλες  
ΟΧΙ και στα 🍌 παχυντά  
ΟΧΙ στις 🍫 σοκολάτες  
ΟΧΙ στα 🍬 γλυκά

Στα 🍎 φρούτα ΝΑΙ  
Στο 🥛 γάλα ΝΑΙ  
Στο 🍯 μέλι ΝΑΙ

Όλοι στην υγεία λέμε ΝΑΙ

21ο Ολοήμερο Νηπιαγωγείο Αθηνών

<https://i.pinimg.com/originals/33/20/f5/3320f5ac9c02720eb040bccbc483c157.jpg>

Υλικά: Εικονόλεξο, μπουκάλια, όσπρια, χάντρες.

Στόχοι: Στόχος είναι τα παιδιά να μπορούν να ξεχωρίσουν τα υγιεινά και τα ανθυγιεινά τρόφιμα και να εξοικειωθούν με τη σωστή διατροφή. Μέσω της συζήτησης για τις δικές τους προτιμήσεις, καθώς και τα «όχι» του εικονόλεξου, μέλημά μας είναι τα παιδιά να κατανοήσουν γιατί πρέπει να αποφεύγουν την κατανάλωση των ανθυγιεινών διαφημιζόμενων προϊόντων. Παράλληλα, θα αναπτύξουν τη δημιουργικότητα τους μέσω της κατασκευής, θα εξασκηθεί η μνήμη τους, θα λειτουργήσουν ομαδικά και θα έρθουν σε επαφή με το ρυθμό και τη μουσική.

Πηγή: Αναστασίου, Σ. (χ.χ.). Ανακτήθηκε από:  
<https://gr.pinterest.com/pin/367043438376730598/>

Διάρκεια: 40 λεπτά.

### **3<sup>η</sup> Δραστηριότητα :**

Περιγραφή δραστηριότητας: Με βάση δραστηριότητα που προηγήθηκε, πολλά παιδιά φάνηκε πως δεν προτιμούν να καταναλώνουν φρούτα και λαχανικά, που αποτελούν θεμέλια μιας σωστής και ισορροπημένης διατροφής. Με αφορμή το γεγονός αυτό, διαβάσαμε στα παιδιά το παραμύθι «Το πιάτο που μιλάει», το οποίο βρίσκεται διαθέσιμο διαδικτυακά, της Μιχαλοπούλου Καίτης. Το παραμύθι πραγματεύεται την ιστορία ενός μικρού κοριτσιού, το οποίο δεν αρέσκεται να τρώει λαχανικά και φρούτα. Ωστόσο, όλα αλλάζουν όταν μία μέρα όλα τα φρούτα και τα λαχανικά που βρίσκονται στο πιάτο της, αρχίζουν να της μιλούν και να εξηγούν πόσο γευστικά και ωφέλιμα είναι για την υγεία. Παράλληλα με την ανάγνωση του παραμυθιού και δεδομένου ότι δεν υπάρχει διαθέσιμη εικονογράφηση, κάναμε διάφορες ερωτήσεις ως προς την ομάδα των παιδιών, τόσο για να κρατήσουμε αμείωτο το ενδιαφέρον και την προσοχή τους, όσο και για να εξιτάρουμε τη φαντασία τους, ζητώντας να μας περιγράψουν οι ίδιοι διάφορα στοιχεία του παραμυθιού, όπως για παράδειγμα: Τί χρώμα έχει το καρότο; Πώς φαντάζεσαι ότι είναι το πιάτο του κοριτσιού; , ενώ ακόμη, στο τέλος του παραμυθιού, τους ζητήσαμε να θυμηθούν ποιες άλλες ομάδες τροφίμων έχουμε γνωρίσει.

Υλικά: Διαδικτυακό παραμύθι, «Το πιάτο που μιλάει».

Στόχοι: Μέσω του παραμυθιού στόχος είναι τα παιδιά να αναγνωρίσουν και να κατανοήσουν τη θρεπτική αξία της υγιεινής διατροφής και τους λόγους που πρέπει να την επιλέγουμε και πιο συγκεκριμένα της διατροφικής ομάδας των φρούτων και των λαχανικών. Παρακολουθώντας τη ροή του παραμυθιού αναπτύσσεται η συγκέντρωση του μυαλού τους, αναπτύσσονται οι επικοινωνιακές τους δεξιότητες και εξασκείται η μνήμη τους για την ανάκληση προηγούμενων γνώσεων.

Πηγή: Μιχαλοπούλου, Κ. (2014). *Το πιάτο που μιλάει*. Ανακτήθηκε από: <https://www.mytwins.gr/to-piatio-pou-milaei-sta-paidia-gia-ta-frouta-kai-ta-laxanika/>

Διάρκεια: 30 λεπτά.

### **4<sup>η</sup> Δραστηριότητα :**

Περιγραφή δραστηριότητας: Βασική προϋπόθεση της δραστηριότητας αποτέλεσε η κατασκευή αυτοσχέδιων κούκλων. Συγκεντρωθήκαμε όλοι μαζί και κάναμε μια μικρή ανασκόπηση για τα διάφορα τρόφιμα που έχουν αναφερθεί έως σήμερα. Αφού τα παιδιά

έδωσαν τις σωστές απαντήσεις, καθένα από αυτά, ανέλαβε να ζωγραφίσει σε λευκό χαρτόνι το αγαπημένο του τρόφιμο, σκοπός, ωστόσο, είναι να καλυφθούν όλες οι ομάδες τροφίμων. Με την ολοκλήρωση της ζωγραφικής, κόψαμε σε κυκλικό μέγεθος τις δημιουργίες των παιδιών και εκείνα με τη σειρά τους χρωμάτισαν τα γλωσσοπίεστρα σε χρώματα της αρεσκείας τους, προκειμένου να αποτελέσουν τη βάση στην οποία θα στερεωθούν οι ζωγραφιές, ώστε να κάνουμε τις δικές μας κούκλες – καρτέλες για την πραγματοποίηση του κουκλοθεάτρου. Κατόπιν, τα παιδιά χωρίστηκαν σε ομάδες ανάλογα με τις αντίστοιχες ομάδες τροφίμων. Κάθε φορά, στη μεριά της θεατρικής αγωγής, σηκωμένα ήταν τα παιδιά σε ομάδες των τεσσάρων ατόμων, εκπροσωπώντας το καθένα μια διαφορετική ομάδα, βάσει του τροφίμου που επέλεξε να ζωγραφίσει προηγουμένως. Αρχικά, το καθένα παρουσίαζε τι γνωρίζει για το αντίστοιχο τρόφιμο, σε ποια κατηγορία της διατροφής ανήκει – υγιεινή ή ανθυγιεινή – και εν συνεχεία το κουκλοθέατρο πήρε μορφή αυτοσχεδιασμού.

Υλικά: Χαρτόνια, γλωσσοπίεστρα, κόλλα, μαρκαδόροι.

Στόχοι: Μέσω της θεατρικής αγωγής και του κουκλοθεάτρου τα παιδιά θα παρουσιάσουν τις γνώσεις που κατέκτησαν έως τώρα για τη διατροφή και τα διάφορα τρόφιμα. Με την κατασκευή και τη χρήση των αυτοσχέδιων κούκλων θα αναπτύξουν τις κινητικές τους δεξιότητες, θα εξοικειωθούν με τις εκφραστικές δυνατότητές τους, θα αναπτύξουν τη δημιουργικότητά τους. Βασικό θεωρείται και το γεγονός, μέσω της φαντασίας τους και των γνώσεων να είναι σε θέση να αναπτύξουν μικρά και απλά σενάρια και εφόσον το καταφέρουν να βιώσουν το αίσθημα της επιτυχίας και να τονώσουν την αυτοπεποίθησή τους.

Πηγή: Παραλλαγή δραστηριότητας από τον πρότυπο βρεφονηπιακό και παιδικό σταθμό «Χιονάτη».

Διάρκεια: 45 λεπτά.

### **5<sup>η</sup> Δραστηριότητα :**

Περιγραφή δραστηριότητας: Μαζευτήκαμε με τα παιδιά στην παρεούλα και αναφέραμε αυτά που ειπώθηκαν την προηγούμενη φορά. Είχα φέρει κάρτες με υγιεινά και ανθυγιεινά τρόφιμα όπως (μπανάνα, μακαρόνια, πατατάκια, γλειφιτζούρι κ.α.) και εξήγησα στα παιδιά του παιχνίδι που παίζαμε. Σηκωνόταν με την σειρά ένα παιδί διάλεγε αυτή την κάρτα που ήθελε να περιγράψει, ενώ, τα υπόλοιπα παιδιά έβρισκαν ποιο ήταν το τρόφιμο που

κρατούσε. Όταν το παιδί διάλεγε την κάρτα που επιθυμούσε, το ρωτούσα αν το τρόφιμο είναι υγιεινό ή ανθυγιεινό. Αν υπήρχε κάποια δυσκολία στην περιγραφή της εικόνας, ενθάρρυνα το παιδί να συνεχίσει περιγράφοντας και εγώ μαζί του.

Υλικά: Καρτέλες με υγιεινά και ανθυγιεινά τρόφιμα.

Στόχοι: Σκοπός της συγκεκριμένης δραστηριότητας ήταν τα παιδιά να μάθουν να αναγνωρίζουν τα υγιεινά και τα ανθυγιεινά τρόφιμα. Επίσης, μέσω της περιγραφής της κάρτας τα παιδιά θα αναπτύξουν τον προφορικό λόγο τους, θα μάθουν να μιλάνε σωστά και θα αναπτύξουν την ικανότητα παρατήρησης και οπτικής διάκρισης.

Πηγή: (Δαφέρμου, Κουλούρη & Μπασαγιάννη, 2006).

Διάρκεια: 30 λεπτά.

### **6<sup>η</sup> Δραστηριότητα :**

Περιγραφή δραστηριότητας: Αφού κάναμε μια μικρή σύνοψη για τα όσα έχουν προηγηθεί, μιλήσαμε με τα παιδιά για τα φρούτα. Ρώτησα τα παιδιά «ποιο είναι το αγαπημένο τους φρούτο;» και «ξέρετε γιατί πρέπει να τρώμε φρούτα;», άκουσα τις απαντήσεις των παιδιών και ανάλογα το τι μου απάντησαν ανέφερα και εγώ κάποια οφέλη όπως, οι βιταμίνες μας βοηθούν να μην αρρωσταίνουμε, άρα να είμαστε γεροί και δυνατοί, για να μπορούμε να παίζουμε, κάνουν καλό στο δέρμα και στα μαλλιά μας. Στη συνέχεια, έδειξα στα παιδιά ένα βίντεο που μιλούσε για τα οφέλη που έχει το κάθε φρούτο στην υγείας μας. Μετά την προβολή του βίντεο, ρώτησα τα παιδιά «μπορούμε να φάμε όλα τα φρούτα όλες τις εποχές;» και έδωσα παράδειγμα «μπορούμε να φάμε το καρπούζι τον χειμώνα;». Με αυτόν τρόπο, άνοιξα την συζήτηση για τα φρούτα και τις εποχές τους. Έπειτα, ρώτησα τα παιδιά «τι είναι ο χειμώνας;» και «ξέρετε κάποιο φρούτο που τρώμε τον χειμώνα;» και έδειξα την καρτέλα με τα φρούτα του χειμώνα. Έπειτα, ρώτησα «τι είναι η άνοιξη;» ή αλλιώς τι «εννοούμε όταν λέμε άνοιξη;» κι αν γνώριζαν κάποιο φρούτο που τρώμε την εποχή. Μετά έδειξα την καρτέλα με τα φρούτα της άνοιξης. Το ίδιο επαναλήφθηκε και με τις άλλες δυο εποχές. Στο τελευταίο κομμάτι της δραστηριότητας, πήγαμε στα τραπέζια και φτιάξαμε μια αφίσσα-κολλάζ, στην οποία κολλήσαμε τα φρούτα που «μπαίνουν», αντιστοιχούν στην κάθε εποχή. Τα παιδιά έκοψαν τις εικόνες των φρούτων και τις κόλλησαν στην εποχή που αντιστοιχούσαν. Στη συνέχεια, τα παιδιά καλέστηκαν να αντιστοιχήσουν τις λέξεις των

φρούτων στην κατάλληλη εικόνα. Τέλος, απαρίθμησαν τα φρούτα που έβαλαν στο κολλάζ και τοποθετήσαμε την κατασκευή μας στην γωνιά της τάξης.

Υλικά: Βίντεο «Η παρέλαση των φρούτων», χαρτόνι, εικόνες φρούτων, λέξεις φρούτων, κόλλα, ψαλίδι.

Στόχοι: Σκοπός της συγκεκριμένης δραστηριότητας ήταν τα παιδιά μέσω του βίντεο να μάθουν τα φρούτα και πιο συγκεκριμένα τη σημασία των φρούτων για την υγεία τους και τα φρούτα που έχει η κάθε εποχή. Κολλώντας το σωστό φρούτο στη κάθε εποχή άσκησαν τη λεπτή κινητικότητα και με την αντιστοίχιση των λέξεων στην κατάλληλη εικόνα άσκησαν και τον γραπτό τους λόγο.

Πηγή: (Δαφέρμου, Κουλούρη & Μπασαγιάννη, 2006).

Διάρκεια: 45 λεπτά.

### **7<sup>η</sup> Δραστηριότητα:**

Περιγραφή δραστηριότητας: Αφού είχε γίνει μια συζήτηση με τα παιδιά για το τι κάναμε την προηγούμενη μέρα, τους ανέφερα πως σήμερα θα φτιάξουμε ένα γλυκό και το γλυκό αυτό ονομάζεται κορμός. Ρώτησα τα παιδιά αν έχουν ξανά φάει αυτό το γλυκό. Επίσης, ρώτησα «τι χρειαζόμαστε για να φτιάξουμε ένα γλυκό;». Σκοπός αυτής της ερώτησης ήταν να μου πουν τα παιδιά την συνταγή και τα υλικά. Έπειτα είχα έτοιμα όλα τα υλικά και ανέφερα στα παιδιά ότι θα πάμε στο μπάνιο να πλύνουμε τα χεράκια μας για να ξεκινήσουμε το γλυκό μας. Στη συνέχεια, και αφού είχαν πλύνει όλα τα παιδιά τα χέρια τους, κάθισαν στα τραπεζάκια και ξεκινήσαμε το γλυκό μας. Είχα απλωμένα στο δίπλα τραπέζι διάφορα υλικά. Μερικά από αυτά χρησιμοποιήθηκαν στην συνταγή, ενώ κάποια άλλα όχι. Εξήγησα στα παιδιά ότι θα έπρεπε να βρουν ποια υλικά από αυτά που είχε στο τραπέζι θα βάζαμε στο γλυκό μας. Ζήτησα από το πρώτο παιδί στη σειρά όπως καθόταν, να έρθει να διαλέξει ένα υλικό, βλέποντας παράλληλα την εικόνα του στην συνταγή. Το ίδιο επαναλαμβανόταν μέχρι να συγκεντρωθούν όλα τα υλικά στο τραπέζι. Στην συνέχεια, σε ένα άλλο χαρτί, θα υπήρχε η εκτέλεση της συνταγής σε εικόνες, οι οποίες είχαν τοποθετηθεί στη σειρά με την οποία θα βάζαμε τα υλικά στην συνταγή. Τα παιδιά έβλεπαν την εκτέλεση και ρωτούσαν ποιο υλικό βάζαμε κάθε φορά. Την ποσότητα των υλικών την ανέφερα εγώ στα παιδιά. Έπειτα, σε ένα μπολ έτριψαν τα παιδιά τα μπισκότα και έβαλαν το γάλα, ενώ στο άλλο τα υπόλοιπα υλικά (κακάο, βιτάμ, ζάχαρη άχνη). Στο τέλος ανάμειξαν τα δυο μπολ σε ένα,

τοποθετήσαμε το γλυκό σε μια λαδόκολλα και το τυλίξαμε σε σχήμα καραμέλας. Το γλυκό το βάλαμε στην κατάψυξη μαζί με τα παιδιά. Τέλος, τα παιδιά έγραψαν την συνταγή του γλυκού και την πήραν μαζί τους στο σπίτι.

Υλικά: Χαρτί Α3 για την συνταγή, βιτάμ, κακάο, ζάχαρη άχνη, μπισκότα, γάλα, τρούφα, λαδόκολλα, 2 μπουλ, τραπεζομάντηλα μιας χρήσης.

Στόχοι: Σκοπός της συγκεκριμένης δραστηριότητας ήταν να φτιάξουμε με τα παιδιά μια υγιεινή συνταγή. Ακόμα, αναγνωρίζοντας από μόνα τους τα υλικά της συνταγής, εξάσκησαν και την οπτική τους αντίληψη – διάκριση. Τέλος, σημαντική ήταν και η συνεργασία, για την επίτευξη ενός κοινού σκοπού.

Πηγή: (Δαφέρμου, Κουλούρη & Μπασαγιάννη, 2006)

Διάρκεια: 35 λεπτά.

### **8<sup>η</sup> Δραστηριότητα:**

Περιγραφή Δραστηριότητας: Μαζί με τα παιδιά παρασκευάσαμε μια φρουτοσαλάτα για να κλείσουμε το Project μας. Πριν την φρουτοσαλάτα κάναμε μια συζήτηση με τα παιδιά για αυτά που μάθαμε κατά την διάρκεια του πρότζεκτ. Στη συνέχεια, πλύναμε καλά τα χέρια μας για να φτιάξουμε την φρουτοσαλάτα μας. Αφού κάτσαμε στα τραπεζάκια, δείξαμε στα παιδιά τα φρούτα που θα χρησιμοποιήσουμε και τα αφήσαμε να τα αγγίξουν, ώστε να νιώσουν την υφή τους. Για την φρουτοσαλάτα χρειαστήκαμε πράσινα και κόκκινα μήλα, φράουλες, μπανάνες και ακτινίδια. Στη συνέχεια, κόψαμε μπροστά στα παιδιά όλα τα φρούτα μέσα σε ένα μπολ και τους έδειξα την φρουτοσαλάτα με τα υπέροχα χρώματα της. Έπειτα πέρασα τα φρούτα στα ξυλάκια, ρωτώντας πρώτα το κάθε παιδί τι φρούτα θέλει να βάλω. Στη συνέχεια και αφού φάγαμε τα «σουβλάκια» πήγαμε στην παρεούλα και ακούσαμε τραγουδάκια σχετικά με το φαγητό.

Υλικά: Φρούτα (μπανάνες, φράουλες, ακτινίδια, μήλα), ξυλάκια για το σουβλάκι.

Στόχοι: Σκοπός της τελευταίας ημέρας του πρότζεκτ ήταν να δούμε αν τα παιδιά θυμούνται τα βασικά πράγματα που κάναμε στο πρότζεκτ. Επίσης, σε αυτή την ηλικία παίζει πολύ σημαντικό ρόλο η αφή και έτσι θέλαμε να την εξασκήσουν. Τέλος, μέσω της μουσικής άσκησαν της συγκέντρωση τους και παράλληλα ακούγοντας τραγούδια σχετικά με τη διατροφή θέλαμε να χαρούν.

Πηγή: (Δαφέρμου, Κουλούρη & Μπασαγιάννη, 2006).

Διάρκεια: 30 λεπτά.

### **4.3 Αξιολόγηση Project**

Θεωρούμε πως η πορεία της εξέλιξης του συγκεκριμένου Project υπήρξε θετική σε γενικές γραμμές. Τα παιδιά αποκόμισαν πολλές καινούριες πληροφορίες και γνώσεις γύρω από τα θέματα της διατροφής και της ανάπτυξης υγιεινών διατροφικών συνηθειών. Ακόμα θεωρούμε πως επιτεύχθηκαν οι περισσότεροι από τους αρχικούς στόχους, που θέσαμε μαζί με τα παιδιά. Στο τέλος του πρότζεκτ διαπιστώσαμε ότι τα παιδιά έμαθαν να ξεχωρίζουν τις υγιεινές από τις ανθυγιεινές τροφές και τον σκοπό της διατροφικής πυραμίδας. Επίσης τα παιδιά προτιμούν πλέον φρούτα από τις σοκολάτες. Το μόνο που δεν καταφέραμε να κάνουμε και πιστεύω θα άρεσε πολύ στα παιδιά, είναι η επίσκεψη σε κάποιο μπακάλικο, διότι δεν μας δόθηκε η ευκαιρία να βγούμε εκτός σχολείου.

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

### **ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

Agras, W.S. & Mascola, A.J. (2005). *Risk factors for childhood overweight. Current Opinion in Pediatrics*, 17(5), 648-652

Andrews, R., (2019). *Infant nutrition: The best nutrition from birth to year one*. Ανακτήθηκε από : <https://www.precisionnutrition.com/all-about-infant-nutrition>

Bach-Faig A., Berry E., Lairon D., Reguant J., Trichopoulou A., Dernini S., Medina X., Battino M., Belahsen R., Miranda G. & Serra-Majem L. (2011). *Mediterranean diet pyramid today. Science and cultural updates*. *Public Health Nutrition*, 14(12A): 2274–2284.

Biesalski, H., & Konrad, G.P. (2008). *Εγχειρίδιο διατροφής. Επιμέλεια Παπαβασιλείου Α.Γ.* Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.

Birch, L. (1998). *Psychological Influences on the Childhood Diet*. *The Journal of Nutrition*, 128, (2). <https://doi.org/10.1093/jn/128.2.407S>

Biro, F.M., Wien, M. (2010). *Childhood Obesity and Adults Morbidities*, *The American Journal of Clinical Nutrition*, 91: 1499-1505.

Blaine, R., Boulanger, V., Buckley, R., Cleary, P., Dart, H., Koning, L., et al. (2014). *Harvard School of Public Health: Weight Problems Take a Hefty Toll on Body and Mind*. Ανακτήθηκε από: <https://www.hsph.harvard.edu/obesity-prevention-source/obesity-consequences/health-effects/>

Bouziotas, C., Koutedakis, Y., Shiner, R., Pananakakis, Y., Fotopoulou, V. & Gara, S. (2001). *The prevalence of selected modifiable coronary heart disease risk factors in 12-year-old Greek boys and girls*. *Pediatric Exercise Science*, 13, 173-184.

Briefel, R., Reidy, K., Karwe, V., Jankowski, L., & Hendricks, K. (2004). *Toddlers' transition to table foods: impact on nutrient intakes and food patterns*. *Journal Of The American Dietetic Association*, 104, 38-44. doi: 10.1016/j.jada.2003.10.025

Brown, J. (2016). *Η διατροφή και ο κύκλος της ζωής*. Αθήνα: Λαγός.

Cutting, T., Fisher, J., Grimm-Thomas, K., & Birch, L. (1999). *Like Mother, Like Daughter: Familial Patterns of Overweight are Mediated By Mothers' Dietary Disinhibition*. *Journal*

*Of The American Academy Of Child & Adolescent Psychiatry*, 38(10), 1323. doi: 10.1097/00004583-199910000-00028

Dare, A., & O'Donovan, M. (2000). *Πρακτικός οδηγός διατροφής των παιδιών. Μετάφραση Αλεξανδροπούλου -Τσικρίκα Β.* Αθήνα: Παρισιάνου Α.Ε.

Davison, K.K. & Birch, L.L. (2001). *Childhood overweight: a contextual model and recommendations for future research* *obesity reviews* 2, 159-171.

Diatrofi.gr. (2013). *Παιδική παχυσαρκία.* Ανακτήθηκε από: <https://www.diatrofi.gr/health/paxisarkia/795-%CF%80%CE%B1%CE%B9%CE%B4%CE%B9%CE%BA%CE%AE-%CF%80%CE%B1%CF%87%CF%85%CF%83%CE%B1%CF%81%CE%BA%CE%AF%CE%B1/>

Dunton, G., McConnell, R., Jerrett, M., Wolch, J., Lam, C., Gilliland, F. & Berhane, K. (2012). Organized physical activity in young school children and subsequent 4- year change in body mass index. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 166(8), 713-718. doi:10.1001/archpediatrics.2012.20. Ανακτήθηκε από: <https://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/fullarticle/1263340>

Europe's AntiBullying Campaign, (2013). Ευρωπαϊκή καμπάνια κατά του σχολικού εκφοβισμού. Διαδραστικό εκπαιδευτικό εργαλείο. Εγχειρίδιο χρήσης. Αθήνα.

Farooqi I.S. & O' Rahilly S. (2007). *Genetic factors in human obesity. Obesity Reviews.* pp 37 – 40.

Graziano, R. (2017). *Διατροφική εκπαίδευση από την παιδική ηλικία έως την ανάπτυξη.* Ανακτήθηκε από <https://books.google.gr>

Guh, D.P., Zhang, W., Bansback, N., Amarsi, Z., Birmingham, C.L. & Anis, A.H. (2009). *The incidence of co-morbidities related to obesity and overweight: a systematic review and meta-analysis.* BMC Public Health, 9(1), 88. Ανακτήθηκε από: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-9-88>

Haslam, D.W. & James, W.P. (2005). *Obesity. Lancet (review).* 366 (9492): 1197-1209

Hitchings, E., & Moynihan, P. (1998). The relationship between television food advertisements recalled and actual foods consumed by children. *Journal of Human Nutrition And Dietetics*, 11(6), 511-517. doi: 10.1046/j.1365-277x.1998.00133.x

Impact of media use on children and youth. (2003). *Pediatrics & Child Health*, 8(5), 301-306. doi: 10.1093/pch/8.5.301

Jakubowski, T., Perron, T., Farrell, A., Kenner, C., & Hullings, C. (2018). The Smart Nutrition and Conditioning for Kids (SNACK) Program. *MCN, The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 43(5), 278-284. doi: 10.1097/nmc.0000000000000463

Jayachandran, N. Variyam. (2002) *Overweight children is parental nutrition knowledge a factor. Foodreview*, 24(2):694-5457

Kiess, W., Marcus, C., & Wabitsch M. (2008) *Η παχυσαρκία στην παιδική και εφηβική ηλικία*. Αθήνα : Πασχαλίδης.

Kinsey, J. (1987). The Use of Children in Advertising and the Impact of Advertising Aimed at Children. *International Journal of Advertising*, 6(2), 169-175. doi: 10.1080/02650487.1987.11107013

Kotz, K., & Story, M. (1994). Food advertisements during children's Saturday morning television programming: Are they consistent with dietary recommendations?. *Journal Of The American Dietetic Association*, 94(11), 1296-1300. doi: 10.1016/0002-8223(94)92463-5

Lewis, M., & Hill, A. (1998). Food advertising on British children's television: a content analysis and experimental study with nine-years old. *International Journal of Obesity*, 22(3), 206-214. doi: 10.1038/sj.ijo.0800568

Loos, R.J., Bouchard, C. (2008). *FTO the first gene contributing to common forms of human obesity*. *Obes Rev* 9 (3): 246-250

Maffeis, C. & Tato, L. (2001). *Long-Term Effects of Childhood Obesity on Morbidity and Mortality*. *Horn Res*, 55(1):42-45.

Manios, Y., Yiannakouris, N., Papoutsakis, K., Moschonis, G., Magkos, F., Skenderi, K., Zampelas, A. (2004). *Behavioral and Physiological Indices Related to BMI in a Cohort of Primary Schoolchildren in Greece*, *American Journal of Human Biology*, 16: 639-647.  
Ανακτήθηκε από: [https://www.childhood-obesity.gr/mediaupload/dimosieyseis/Manios/17\\_Manios%20et%20al,%20Am%20J%20Hum%20Biol,%202004.pdf](https://www.childhood-obesity.gr/mediaupload/dimosieyseis/Manios/17_Manios%20et%20al,%20Am%20J%20Hum%20Biol,%202004.pdf)

Mazur, A., Caroli, M., Radziewicz-Winnicki, I., Nowicka, P., Weghuber, D., & Neubauer, D. et al. (2017). Reviewing and addressing the link between mass media and the increase in obesity among European children: The European Academy of Pediatrics (EAP) and The European Childhood Obesity Group (ECOG) consensus statement. *Acta Paediatrica*, 107(4), 568-576. doi: 10.1111/apa.14136

MedStar Health, (2002). *Clinical guidelines on the identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults*. Ανακτήθηκε από: <https://ct1.medstarhealth.org/content/uploads/sites/43/2014/12/MD-Obesity.pdf>

Moore, E., & Lutz, R. (2000). Children, Advertising, and Product Experiences: A Multimethod Inquiry. *Journal Of Consumer Research*, 27(1), 31-48. doi: 10.1086/314307

Padez, C., Mourão, I., Moreira, P., & Rosado, V. (2005). Prevalence and risk factors for overweight and obesity in Portuguese children. *Acta Paediatrica*, 94(11), 1550-1557. doi: 10.1080/08035250510042924

Palcu, J., Haasova, S., & Florack, A. (2019). Advertising models in the act of eating: How the depiction of different eating phases affects consumption desire and behavior. *Appetite*, 139, 59-66. doi: 10.1016/j.appet.2019.04.007

Patel, C., Karasouli, E., Shuttlewood, E., & Meyer, C. (2018). Food Parenting Practices among Parents with Overweight and Obesity: A Systematic Review. *Nutrients*, 10(12), 1966. doi: 10.3390/nu10121966

Pérez-Rodrigo, C., & Aranceta, J. (2001). School-based nutrition education: lessons learned and new perspectives. *Public Health Nutrition*, 4(1a), 131-139. doi: 10.1079/phn2000108

Philippas, N. & Kanaka-Gantenbein, C. (2009). *Childhood obesity. Detection, risk factors and treatment*. *Ann Clin Paediatr.*, 56 (1), 41-47.

Piqueras- Fiszman, B., Spence, C. (2014). *Colour, pleasantness, and consumption behavior within a meal*. *Appetite*. Vol. 74, 165-72. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2014.01.004>

Poirier, P., Giles, T.D., Bray, G.A., et al. (2006). *Obesity and cardiovascular disease: pathophysiology, evaluation, and effect of weight loss*. *Arterioscler. Thromb. Vasc. Biol.* 26 (5):968-976

Prellip, M., Erausquin, J., Slusser, W., Vecchiarelli, S., Weightman, H., Lange, L., & Neumann, C. (2006). Role of Classroom Teachers in Nutrition and Physical

- Education. *Californian Journal of Health Promotion*, 4(3), 116-127. doi: 10.32398/cjhp.v4i3.1963
- Samart, S. & Chandra, R.K. (2001). *Obesity, overnutrition and the immune system*. *Nutrition Research*, 21(1), 243-262. doi: 10.1016/S0271-5317(00)00255-4
- Schaumburg, A., & Møller, I. (1986). *Country profiles on oral health in Europe 1986*. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe.
- Siddique, H. (2016). *Childhood obesity 'an exploding nightmare', says health expert*. The Guardian. Ανακτήθηκε από: <https://www.theguardian.com/society/2016/jan/25/childhood-obesity-commission-world-health-organisation>
- Simopoulos, A. (1991). *The Mediterranean Diets in Health and Disease*. American Journal of Clinical Nutrition
- Singer ,D., & Singer, J. (2012). *Handbook of children and the media*. Ανακτήθηκε από <https://books.google.gr/books>
- Smith, J. (2009). *The Mediterranean diets: Nutrition and gastronomy. Functional Food Product Development*. John Wiley and Sons.
- Sporny, L.A. & Contento, I.R. (1995). *Stages of change in dietary fat reduction: social psychological correlates*. *Journal of Nutrition Education*, 27(4), 191-199. doi:10.1016/S0022-3182(12)80428-6
- Strasburger, V., & Marjorie, J. (2013). *Children, Adolescents, and the Media*. *Pediatrics*, 132(5). Ανακτήθηκε από <http://pediatrics.aappublications.org/content/132/5/958.full>
- Strauss, R., & Knight, J. (1999). Influence of the Home Environment on the Development of Obesity in Children. *Pediatrics*, 103(6), e85-e85. doi: 10.1542/peds.103.6.e85
- Sweeting, H. (2007). *Measurement and Definitions of Obesity in Childhood and Adolescence: A Field Guide for the Uninitiated*, *Nutrition Journal*, 6:32. Ανακτήθηκε από: <https://nutritionj.biomedcentral.com/articles/10.1186/1475-2891-6-32>
- Reece, B., Rifon N., & Rodriguez, K. (1999): *Selling Food to Children in Macklin MC, Carlson L (eds): Advertising to children: concepts and controversies* . Thousand Oaks , Calif : Sage Publications, xiv, 322p

- Rosiek, A., Maciejewska, N., Leksowski, K., Rosiek-Kryszewska, A., & Leksowski, Ł. (2015). Effect of Television on Obesity and Excess of Weight and Consequences of Health. *International Journal Of Environmental Research And Public Health*, 12(8), 9408-9426. doi: 10.3390/ijerph120809408
- Tiberio, S., Kerr, D., Capaldi, D., Pears, K., Kim, H., & Nowicka, P. (2014). Parental Monitoring of Children's Media Consumption. *JAMA Pediatrics*, 168(5), 414. doi: 10.1001/jamapediatrics.2013.5483
- Trichopoulou, A., Bamia, C., & Trichopoulos, A. (2005). Mediterranean Diet and survival among patients with coronary heart disease in Greece. *Archives of Internal Medicine*, 165, pp. 929-935.
- Trumbo, P., Schlicker, S., Yates, A. A., & Poos, M. (2002). *Dietary reference intakes for energy, carbohydrate, fiber, fat, fatty acids, cholesterol, protein and amino acids*. J Am Diet Assoc, 102 (11), 1621-1630.
- Whitney, E., & Rolfes, S. (2013). *Understanding nutrition*. 13th edition. Wadsworth, Cengage Learning, pp.667, 670.
- World Health Organization (2006). Obesity and Overweight. *Fact sheet, No 311*.
- Woynarowska, B., Małkowska-Szcutnik, A., Mazur J., Kowalewska, A. & Komosińska, K. (2011). *School meals and policy on promoting healthy eating in schools in Poland. Medycyna Wieku Rozwojowego. Ανακτήθηκε από <http://www.medwiekurozwoj.pl/articles/2011-3-1-4.html>*
- Xie, B., Gilliland, F., Li, Y., & Rockett, H. (2003). Effects of Ethnicity, Family Income, and Education on Dietary Intake among Adolescents. *Preventive Medicine*, 36(1), 30-40. doi: 10.1006/pmed.2002.1131
- Yu S.H., Song Y., Park M., Kim S.H., Shin S., Joung H. (2014). *Relationship between adhering to dietary guidelines and the risk of obesity in Korean children*. Nutrition Research and Practice, 8 (6),705-712.

## ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αδαμίδου, Ι. (2010). *Διατροφικές διαταραχές*. Ανακτήθηκε από: [https://www.iatronet.gr/article.asp?art\\_id=11449](https://www.iatronet.gr/article.asp?art_id=11449)

Ανάσα: Υποστήριξη Ατόμων Που Πάσχουν Από Διατροφικές Διαταραχές. Ανακτήθηκε από: <https://www.anasa.com.gr/el/>

Αντωνοπούλου, Σ. , & Δημόπουλος, Κ.Α. (2001). Μεσογειακή Δίαιτα: Βιοχημική εξήγηση των ευεργετικών ιδιοτήτων της στις καρδιοπάθειες και άλλες ασθένειες. Στο Γαλανός, Δ. Σ. (επιμ.), *Η διατροφή μας σήμερα*. Αθήνα: Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, σελ. 169-178.

Βαραγιάννη, Π. (2007). *Η χρυσή τομή της διατροφής...η Μεσογειακή διατροφή*. Ανακτήθηκε από: <https://www.mednutrition.gr/portal/lifestyle/systaseis-diatrofis/15029-i-xrysi-tomi-tis-diatrofi-i-mesogeiki-diatrofi>

Βισότζκι, Ν., Μπότση, Δ., Σχίζας, Α., Αποστολόπουλος, Α., Τζόκα, Β., & Πελεgrίνης, Ν. (2012). *Μήλο ή σοκολάτα. Το δίλημμα της σύγχρονης διατροφής*. Επιμέλεια Ε. Chicks, J. Fleetwood, & Μ. Μανταίου. Μετάφραση Τ. Μπαριάμη, & Η. Παπαζαχαρίας. Αθήνα: Εκδόσεις Κωσταρά.

Βλαχογιαννάκος, Ι. (2008). Παιδί και έφηβος. Γονείς και Παιδική Παχυσαρκία. «Υγεία και διατροφή». 34, 26-30.

Γαλανάκη, Ε., Αμανάκη, Ε. & Νοικοκύρη, Ε. (2009). *Εκφοβισμός/θυματοποίηση και μοναξιά του παιδιού στην ομάδα των συνομηλίκων και στη δυαδική φιλία*. Παιδαγωγική Επιθεώρηση, 48, 71-89, Αθήνα: Αστραπος.

Γεωργακάκης, Χ. (2003). *Διατροφή κατά τη βρεφική και πρώτη παιδική ηλικία*. Ανακτήθηκε από: <https://www.iatronet.gr/diatrofi/paidiki-diatrofi/article/614/diatrofi-kata-ti-vrefiki-kai-prwti-paidiki-ilikia.html>

Γεωργίου, Α. (χ.χ.). *Διατροφή και παιδί: Βρεφική – Νηπιακή ηλικία*. Ανακτήθηκε από: <https://ugeia-diatrofi.gr/diet-n-children-gr/infant-toddler-gr/>

Γκανιάτσα, Δ. (2010). *Διατροφικές συνήθειες των παιδιών της προσχολικής ηλικίας*. Διδακτορική διατριβή. Ιωάννινα: Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων.

Γκατζέλια, Α. (2016). *Η ψυχογενής βουλιμία και η αντιμετώπισή της*. Ανακτήθηκε από: <https://www.psychografimata.com/i-psichogenis-voulimia-ke-i-antimetopisi-tis/>

Γκούβρα, Μ., Κυρίδης, Α. & Μαυρικάκη, Ε. (2001). *Αγωγή Υγείας και Σχολείο: Βιολογική και Παιδαγωγική Προσέγγιση*. Αθήνα: Τυπωθητώ.

Δαφέρμου, Χ., Κουλούρη, Π. & Μπασαγιάννη, Ε. (2006). *Οδηγός Νηπιαγωγού. Εκπαιδευτικοί Σχεδιασμοί. Δημιουργικά περιβάλλοντα μάθησης*.

Δημοπούλου, Μ. (2012). *Διατροφικές συνήθειες παιδιών προσχολικής ηλικίας*. (Πτυχιακή Εργασία). Τρίκαλα: Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας.

Διάκος, Θ. (2016). *Νευρική ανορεξία: Πώς μπορώ να βοηθήσω τον πάσχοντα;* Ανακτήθηκε από: <https://www.iatronet.gr/ygeia/psychiki-ygeia/article/37393/nevriki-anorexia-pws-mporw-na-voithisw-ton-pasxonta.html>

Διάκος, Θ. (2017). *Μεσογειακή διατροφή: Τι προσφέρει στην υγεία*. Ανακτήθηκε από: <https://www.iatronet.gr/diatrofi/swsti-diatrofi/article/42625/mesogeiaki-diatrofi-ti-prosferei-stin-ygeia.html>

Διάπλαση: Πρότυπο Κέντρο Αποκατάστασης Και Αποθεραπείας Καλαμάτας. Ανακτήθηκε από: <https://www.diaplasia.eu/>

Δεύτερο (2<sup>ο</sup> ) Νηπιαγωγείο Κρηνίδων. (χ.χ.). , Ανακτήθηκε από: <http://2nipkrinid.blogspot.com/>

Δρουγουνάκη, Β. (2015). *Ο ρόλος του γονέα στη διαμόρφωση της καταναλωτικής συμπεριφοράς του παιδιού*. (Διπλωματική Εργασία). Φλώρινα: Πανεπιστήμιο Δυτικής Μακεδονίας

Ζαμπέλας, Α. (2003). *Η διατροφή στα στάδια της ζωής*. Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης

Ζώτος, Γ. (2008). *Διαφήμιση*. Θεσσαλονίκη: Επιστημονικών Βιβλίων και Περιοδικών.

Η τροφή, (2017). *Παιδική παχυσαρκία: η μάστιγα της εποχής*. Ανακτήθηκε από: <https://www.itrofi.gr/ygeia/paidia/article/1088/paidiki-pahysarkia-i-mastiga-tis-epohis>

Θεοφάνους, Λ. (χ.χ.). *Νευρογενής ανορεξία: Ο ρόλος της οικογένειας*. Ανακτήθηκε από: <https://www.paidiatros.com/efivos/psychologia/anorexia-nervogenis-rolos-oikogeneias>

Θερμόπουλος, Μ. (2019). *Νευρική ανορεξία: Όλα τα αίτια και συμπτώματα – Μην τα αγνοείτε!* Ανακτήθηκε από: <https://www.iatropedia.gr/diatrofi/nevriki-anorexia-etia-ke-simptomata/40053/>

ΠΙΠΕΙ, (2004). *Εθνικός Διατροφικός Οδηγός: για βρέφη, παιδιά και εφήβους*. 1<sup>st</sup> ed. Αθήνα: IRIS AEBE.

Κακολύρη, Α. (2015). *Ο ρόλος του εκπαιδευτικού στις διατροφικές συνήθειες των παιδιών*. EPT NEWMEDIA. Ανακτήθηκε από <http://www.ert.gr/eidiseis/mono-stoertgr/o-rolou-tou-ekpedeftikou-stis-diatrofikes-sinithies-ton-pedion/>

Καλονάρχη, Φ. (2007). *Η διατροφή στην προσχολική ηλικία*. Ανακτήθηκε από: <https://www.iatronet.gr/diatrofi/paidiki-diatrofi/article/2295/i-diatrofi-stin-prosxoliki-ilikia.html>

Καμαριανός, Ι. (2002). *Εξουσία, ΜΜΕ και Εκπαίδευση*. Αθήνα: Gutenberg.

Κατημερτζόγλου, Ι., & Κουτή, Μ. (2010). *Μεσογειακή διατροφή: Η διατροφή των αρχαίων Ελλήνων. Δημιουργίες - Διαθεματικές δραστηριότητες*. Αθήνα: Έλλην.

Κατσαρόλη, Ι. (2017). *Ενεργειακό ισοζύγιο: Απλά μαθηματικά ή μια πολύπλοκη εξίσωση;* Ανακτήθηκε από: <https://www.mednutrition.gr/diaitologos/ekpaidefsi/epistimonika-nea/8116-energeiako-isozygio-apla-mathimatika-i-mia-polyploki-eksisosi>

Κατσιλάμπρος, Ν. & Τσίγκος, Κ. (2003). *Παχυσαρκία: Η πρόληψη και η αντιμετώπιση μιας παγκόσμιας επιδημίας. Αναφορά μιας σύσκεψης του ΠΟΥ*. Αθήνα: Βήτα.

Καφάτος, Α. (2002). *Παχυσαρκία. Πρόληψη και Αντιμετώπιση*. Αθήνα: Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.

Κιτσαράς, Γ. (2001) *Προσχολική παιδαγωγική*. Αθήνα.

Κόκκαλη, Α., (2014). *Συμβουλές για την βρεφική διατροφή*. Ανακτήθηκε από: <https://www.mednutrition.gr/portal/lifestyle/oikogeneia/7907-symvoules-gia-ti-vrefiki-diatrofi>

Κούρτη, Ε. (2011). *Παιδική ηλικία και μέσα μαζικής επικοινωνίας*, τόμος Α. Αθήνα: Ηρόδοτος.

Κουτσουβάνου, Ε. (1991). *Η γλωσσική ανάπτυξη του παιδιού προσχολικής ηλικίας και η τηλεόραση*. Αθήνα: Οδυσσέας.

Κόφφας, Α. (1993). *Δραστηριότητες αισθητικής αγωγής στο νηπιαγωγείο θεωρία και πράξη*. Αθήνα.

Κρητικού, Μ. (2015). *Πόση δύναμη έχουν οι διαφημίσεις πάνω στα παιδιά*; Ανακτήθηκε από <http://www.pathfinder.gr/stories/4246513/posh-dynamh-ehoy-noidiafhmiseis-panw-sta-paidia/>

Κωνσταντίνου, Κ. (χ.χ.). *Διατροφή και πνευματική ανάπτυξη των παιδιών*. Ανακτήθηκε από: <https://www.balancediet.gr/%CE%B4%CE%B9%CE%B1%CF%84%CF%81%CE%BF%CF%86%CE%AE-%CF%80%CE%BD%CE%B5%CF%85%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%AE-%CE%B1%CE%BD%CE%AC%CF%80%CF%84%CF%85%CE%BE%CE%B7/>

Κωσταρά, Σ. (2010). *Παιδική παχυσαρκία, αίτια, αντιμετώπιση*. Ανακτήθηκε από: <https://www.infokids.gr/%CF%80%CE%B1%CE%B9%CE%B4%CE%B9%CE%BA%CE%AE-%CF%80%CE%B1%CF%87%CF%85%CF%83%CE%B1%CF%81%CE%BA%CE%AF%CE%B1-%CE%B1%CE%AF%CF%84%CE%B9%CE%B1-%CE%B1%CE%BD%CF%84%CE%B9%CE%BC%CE%B5%CF%84%CF%8E%CF%80%CE%B9/>

Λάγιου, Π. (1996). *Διατροφικά στοιχεία ερευνών οικογενειακών προϋπολογισμών και επιδημιολογικές συσχετίσεις*. Διδακτορική διατριβή, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα.

Λαζαράτου, Ε. (χ.χ.). *Από τη βρεφική ηλικία στην ενήλικη ζωή: Η αναπτυξιακή πορεία της ψυχογενούς ανορεξίας*. Ανακτήθηκε από: <http://www.enkephalos.gr/full/45-2-05g.htm>

Λαούρη, Ι. (χ.χ.). *Νευρογενής ανορεξία*. Ανακτήθηκε από: <https://www.paidiatros.com/efivos/psychologia/anorexia-nervosa>

Λιώτη, Ν. (2014). *Νευρική ανορεξία σε παιδιά και εφήβους*. Ανακτήθηκε από: <http://thepsychologysecrets.blogspot.com/2014/03/blog-post.html>

Λυκουρέση, Ε. (χ.χ.). *Νευρική βουλιμία*. Ανακτήθηκε από: <https://www.hcfed.gr/nevriki-voulimia/>

Μανιάτη-Χρηστίδη, Μ. (2001). *Παχυσαρκία παιδιών και εφήβων: Παθοφυσιολογία-αντιμετώπιση*. Παιδιατρική θεραπευτική ενημέρωση.

Μάνος, Ν. (1997) *Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής*, αναθεωρημένη έκδοση. Θεσσαλονίκη: University Studio Press, εκδόσεις επιστημονικών βιβλίων και περιοδικών

Μάντζιου, Θ., Πέτσος, Κ., Τσουμάκας Κ. & Μάτζιου, Β. (2012). *Μελέτη των Διατροφικών Συνηθειών Παιδιών Προσχολικής Ηλικίας, καθώς και των Γνώσεων και των Στάσεων των Γονέων τους*. Νοσηλευτική, 51 (3), 317–326. Ανακτήθηκε από [http://hjn.gr/wp-content/uploads/2014/10/get\\_pdf-30.pdf](http://hjn.gr/wp-content/uploads/2014/10/get_pdf-30.pdf)

Μιχαλοπούλου, Κ. (2014). *Το πιάτο που μιλάει*. Ανακτήθηκε από: <https://www.mytwins.gr/to-piato-pou-milaei-sta-paidia-gia-ta-frouta-kai-ta-laxanika/>

Μουλινός, Γ. (2013). *Διατροφή για μια καλύτερη ζωή*. Αθήνα: Ψυχογιός

Μπαθρέλλου, Ε., Γιαννακούλια, Μ., Βουτζουράκης, Ν., Ζήσης, Π., Ματάλα, Α.Α., & Συντώσης, Λ.Σ. (2006) : *Διαφημίσεις τροφίμων στη παιδική ζώνη: διατροφικά χαρακτηριστικά και τρόποι προσέγγισης*: Παιδιατρική :69:127-133.

Μωρογιάννης, Φ. (2000). *Διαταραχές διατροφής και ψυχοπαθολογία. Επιδημιολογική έρευνα σε μαθητές Λυκείου στο Νομό Ιωαννίνων*. Διδακτορική διατριβή. Ιωάννινα: Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Νζέϊμ, Τ. (2014). *Διατροφή: Τι σημαίνει;* Ανακτήθηκε από: <http://www.mydiatrofi.gr/diaita/symvoules-diaitas/diatrofi-ti-simainei>

Νικολάου, Π. (χ.χ.). *Διατροφικές διαταραχές*. Ανακτήθηκε από: <https://www.paidiatros.com/efivos/ygeia/diatrofikes-diataraxes>

Πανοτόπουλος, Γ. (2010). *Παιδική παχυσαρκία*. Ανακτήθηκε από: [https://www.iatronet.gr/article.asp?art\\_id=12369](https://www.iatronet.gr/article.asp?art_id=12369)

Παπανικολάου, Γ.Κ. (2009). *Σύγχρονη διατροφή και διαιτολογία. Δίαιτες για όλες τις παθήσεις-Με βιταμίνες και ιχνοστοιχεία*. Αθήνα: Θυμάρι.

Παππά, Β. (2008). *Γονείς, παιδιά και ΜΜΕ- Ένας οδηγός γονικής συμπεριφοράς*. Αθήνα: Καστανιώτη.

Παππάς, Χ. (2006). *Η επίδραση των κοινωνικών εξελίξεων στη ζωή και την κινητικότητα των παιδιών*. Αθήνα: Gutenberg.

Πασχαλά, Μ. (2017). *Διατροφικές συνήθειες των νηπίων: το δεκαετία στο νηπιαγωγείο*. (Πτυχιακή Εργασία). Φλώρινα: Πανεπιστήμιο Δυτικής Μακεδονίας.

Πέτκου, Τ. & Χαϊντούτη, Β. (2012). *Η επίδραση των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης στην ανάπτυξη των παιδιών*. (Πτυχιακή Εργασία). Ιωάννινα: ΤΕΙ Ηπείρου.

Πολυζόπουλος, Ε. (2013). *Τι είναι και πώς αντιμετωπίζεται η νευρογενής βουλιμία*; Ανακτήθηκε από: <https://www.iatropedia.gr/diatrofi/ti-ine-ke-pos-antimetopizete-i-nevrogenis-voulimia/33757/>

Προκοπάκη, Κ. (2011). *Επίδραση των ηλεκτρονικών μέσων μαζικής επικοινωνίας και ψυχαγωγίας στα παιδιά και τους εφήβους*. *Νοσοκομειακά Χρονικά*, 73 (1).

Ροδίτη, Μ. (2016). *Παιδική παχυσαρκία: Τρόποι πρόληψης και αντιμετώπισης*. Ανακτήθηκε από: <https://www.mommy.gr/%CF%80%CE%B1%CE%B9%CE%B4%CE%B9%CE%BA%CE%AE-%CF%80%CE%B1%CF%87%CF%85%CF%83%CE%B1%CF%81%CE%BA%CE%AF%CE%B1-%CF%84%CF%81%CF%8C%CF%80%CE%BF%CE%B9-%CF%80%CF%81%CF%8C%CE%BB%CE%B7%CF%88%CE%B7%CF%82-%CE%BA/>

Σαλιβέρου, Φ. (χ.χ.). *Το παιδί μου αρνείται να φάει. Τι να κάνω*; Ανακτήθηκε από: <https://www.infokids.gr/%CF%84%CE%BF-%CF%80%CE%B1%CE%B9%CE%B4%CE%AF-%CE%BC%CE%BF%CF%85-%CE%B1%CF%81%CE%BD%CE%B5%CE%AF%CF%84%CE%B1%CE%B9-%CE%BD%CE%B1/>

Σαλπιστής, Σ. (2013). *Διατροφικές Διαταραχές: Ορισμός, είδη, παράγοντες κινδύνου*. Ανακτήθηκε από: <http://www.i-psyxologos.gr/diatrofikes-diataraxes/>

Σαλπιστής, Σ. (2013β). *Ψυχογενής βουλιμία: Συμπτώματα, αιτιολογία, αντιμετώπιση*. Ανακτήθηκε από: <http://www.i-psyxologos.gr/psixogenis-voulimia/>

Σαλπιστής, Σ. (2013γ). *Ψυχογενής ανορεξία: Συμπτώματα, αιτιολογία, αντιμετώπιση*. Ανακτήθηκε από: <http://www.i-psyxologos.gr/psixogenis-anorexia/>

Σκαρλάτου, Μ. (χ.χ.). *Διαταραχές πρόσληψης τροφής: Βουλιμία-ανορεξία*. Ανακτήθηκε από: <https://www.evamakri.gr/gr/el/content/diataraxes-proslipsis-trofis-voylimia-anoreksia>

- Σταματιάδου, Μ. (2015). *Παιδική παχυσαρκία: Αιτίες και τρόποι αντιμετώπισης*. Ανακτήθηκε από: <https://www.juniorsclub.gr/marianna-stamatiadou-pediki-pachisarkia-eties-ke-tropi-antimetopisis/>
- Στεργίου, Μ. (2008). *Ο ρόλος της διατροφής στην πνευματική ανάπτυξη των παιδιών*. Ανακτήθηκε από: <https://www.mednutrition.gr/portal/lifestyle/oikogeneia/1314-o-rolos-tis-diatrofis-stin-pneumatiki-anaptyksi-ton-paidion>
- Σπηλιώτη, Β. (2001). *Παχυσαρκία*. Παιδιατρική θεραπευτική ενημέρωση.
- Τατάλια- Λίτσου, Γ. (2014). *Τα ΜΜΕ, οι αρνητικές επιδράσεις τους και τρόποι αντιμετώπισης*. Ανακτήθηκε από <https://blogs.sch.gr/apontes/2014/02/22/mme/>
- Ταχτσόγλου, Κ., Ηλιάδης, Χ. (2015). Αίτια Εμφάνισης Παχυσαρκίας. *Επιστημονικά Χρονικά*, 20(1):54-53.
- Τούντας, Γ. (2000). *Κοινωνία και υγεία*. Αθήνα: εκδόσεις ΟΔΥΣΣΕΑΣ.
- Τριχοπούλου, Α. (2010). Μεσογειακή διατροφή, παραδοσιακά τρόφιμα και υγεία, *Ελληνική Επιθεώρηση Διαιτολογίας – Διατροφής*, 1(1), pp. 13-15.
- Τσιμπούκης, Κ. (1991). *Παιδιά και η τηλεόραση*. Αθήνα: Έρευνα.
- Τσιτσόπουλος, Μ. (2017). *Παιδική παχυσαρκία – Η πρόκληση του 21<sup>ου</sup> αιώνα*. Ανακτήθηκε από: <https://www.doukas.gr/single-post/paxisarkia>
- Φλωράκης, Δ., Κατσίκης, Η., Καρκανάκη, Α., Χατζηδημητρίου, Δ., Ζουρνατζή, Β. & Πανίδης, Δ. (2009). Παχυσαρκία Ι: Ορισμός, ταξινόμηση, αιτιολογία, παθοφυσιολογία. *Ελληνική Μαιευτική & Γυναικολογία*, 21 (4) : 299-301.
- Φοντόρ, Χ. (2007). *Συνέπειες της παιδικής παχυσαρκίας στην υγεία του παιδιού*. Ανακτήθηκε από: <https://www.mednutrition.gr/portal/ygeia/paxysarkia/9294-synepeies-tis-paidikis-paxysarkias-stin-ygeia-tou-paidiou>
- Φωλιάδη, Σ. (χ.χ.). *Η σημασία της διατροφής στην παιδική ηλικία*. Ανακτήθηκε από: <https://www.healedu.gr/simasia-tis-diatrofis-stin-pediki-ilikia/>
- Χαραλαμπίδου, Τζ. (2016). *Οι επικρατέστερες «λανθασμένες» διατροφικές συνήθειες των παιδιών στην Ελλάδα*. Ανακτήθηκε από: <https://www.ert.gr/radiotileorasi/poiotita-zois-radiotileorasi/epikratesteres-lanthasmenes-diatrofikes-synithies-ton-pedion-stin-ellada/>

Χαρατσή-Γιωτάκη, Ε. (2007). *Συνταγές και διαιτολόγια για υγιεινή διατροφή. Ένας πλήρης οδηγός διατροφής για διαβητικούς: Βασισμένο στην ελληνική παραδοσιακή μεσογειακή κουζίνα*. Αθήνα: Μεταίχμιο

Χαρατσή-Γιωτάκη, Ε. (2008). *Το φαγητό δεν είναι μόνο για να χορταίνουμε*. 3 η έκδοση. Αθήνα: Μεταίχμιο.

Χαριστού, Ι. (2016). *Βιταμίνες για παιδιά: Ποιες χρειάζονται τα παιδιά για υγιή ανάπτυξη!*  
Ανακτήθηκε από: <https://thessdiet.gr/articles/paidiki-diatrofi-kai-anaptuxi/bitamines-gia-paidia-poiies-chreiazontai-ta-paidia-gia-ugii-anaptuxi>

Χαριστού, Ι. (2016β). *10 καλύτερα θρεπτικά συστατικά που χρειάζεται κάθε παιδί!*  
Ανακτήθηκε από: <https://thessdiet.gr/articles/paidiki-diatrofi-kai-anaptuxi/10-threptika-sustatika-pou-chreiazetai-kathe-paidi>

Χαριστού, Ι. (2016γ). *Πώς να οικοδομήσουμε έναν υγιή εγκέφαλο για το παιδί μας;*  
Ανακτήθηκε από: <https://thessdiet.gr/articles/paidiki-diatrofi-kai-anaptuxi/pos-na-oikodomisoume-enan-ugii-egkefalo-gia-to-paidi-mas>

Χασαπίδου, Μ. & Φαχαντίδου, Α. (2002). *Διατροφή για υγεία, άσκηση και αθλητισμό*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.

Χατζηγεωργίου, Χ. (2004). *Παιδιατρική ενημέρωση*, 8:7-12.