



**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΗΠΕΙΡΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΠΡΟΣΧΟΛΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ
ΠΡΟΣΧΟΛΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ**



Μαρίνα Βλέτσα (Α.Μ. 16048)

Πολυξένη Γκίζα (Α.Μ. 16068)

Τατιάνα Πλακιώτη (Α.Μ. 16033)

Επιβλέπουσα: Τζουρμανά Ευαγγελία, Παιδαγωγός προσχολικής
αγωγής

Ιωάννινα, Ιανουάριος, 2018



**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΗΠΕΙΡΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΠΡΟΣΧΟΛΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ
ΠΡΟΣΧΟΛΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ**

Μαρίνα Βλέτσα (16048)

Πολυξένη Γκίζα (16068)

Τατιανή Πλακιώτη (16033)

Επιβλέπουσα: Τζουρμανά Ευαγγελία, Παιδαγωγός προσχολικής
αγωγής

Ιωάννινα, Ιανουάριος, 2018

GROWTH AND NUTRITIONAL PROBLEMS IN PRESCHOOL AGE

Εγκρίθηκε από τριμελή εξεταστική επιτροπή

Ιωάννινα, 2018

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ

1. Επιβλέπων καθηγητής

Τζουρμανά Ευαγγελία

Παιδαγωγός προσχολικής ηλικίας

2. Μέλος επιτροπής

Τσιατούρα Παρασκευή

Βρεφονηπιακή εργαστηριακή συνεργάτιδα ΤΕΙ παιδιών προσχολικής ηλικίας

3. Μέλος επιτροπής

Κανέλλου Νικολίτσα

ΕΤΕΠ

Ειδικό τεχνικό εργαστηριακό προσωπικό

Ο Προϊστάμενος του Τμήματος

Γεώργιος Βρυώνης

Καθηγητής Παιδιατρικής

Δρ. Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Υπογραφή

© Βλέτσα Μαρίνα, Γκίζα Πολυξένη, Πλακιώτη Τατιανή, 2018.

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Δήλωση μη λογοκλοπής

Δηλώνουμε υπεύθυνα και γνωρίζοντας τις κυρώσεις του Ν. 2121/1993 περί Πνευματικής Ιδιοκτησίας, ότι η παρούσα πτυχιακή εργασία είναι εξ ολοκλήρου αποτέλεσμα δικής μας 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.

Βλέτσα Μαρίνα

Γκίζα Πολυξένη

Πλακιώτη Τατιανή

Υπογραφή

Υπογραφή

Υπογραφή

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Μέσα από αυτές τις λίγες γραμμές, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε όλους όσους μας βοήθησαν και μας στήριξαν για την εκπόνηση και την ολοκλήρωση της πτυχιακής μας εργασίας. Η εκπόνηση της εργασίας αυτής ήταν μια πρόκληση για μας διότι είναι η βασική προϋπόθεση για την ολοκλήρωση του κύκλου σπουδών μας στο Τ.Ε.Ι. Ηπείρου. Πρώτα από όλα θα θέλαμε να εκφράσουμε τις θερμές μας ευχαριστίες στην επιβλέπουσα καθηγήτριά μας, κυρία Τζουρμανά, για την εμπιστοσύνη που μας έδειξε και την ανάθεση της παραπάνω πτυχιακής εργασίας. Θερμές ευχαριστίες απευθύνουμε σε όλους τους καθηγητές που είχαμε όλα τα χρόνια της ακαδημαϊκής μας ζωής, για τις γνώσεις που μας μετέδωσαν και μας έκαναν καλύτερους ανθρώπους. Ένα μεγάλο και εγκάρδιο ευχαριστώ στους καρδιακούς μας φίλους για τη στήριξη, τη συμπαράσταση και την κατανόησή τους, όπως επίσης, σε όλους όσους συνέβαλαν με οποιονδήποτε τρόπο στην επιτυχή εκπόνηση αυτής της πτυχιακής εργασίας. Τέλος ένα τεράστιο ευχαριστώ αξίζουν οι ήρωες της καθημερινότητάς μας, οι γονείς μας, που μας στηρίζουν ηθικά και οικονομικά όλα αυτά τα χρόνια, δίνοντάς μας κουράγιο να προχωρήσουμε και τελικά να επιτύχουμε τους στόχους μας.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η διατροφή στην παιδική ηλικία μπορεί να επηρεάσει σημαντικά την μετέπειτα υγεία του ατόμου, καθώς και την ανάπτυξή του. Προϋπόθεση για την προαγωγή της υγείας του ατόμου είναι η διαμόρφωση μίας διατροφικής συνείδησης και η υιοθέτηση ενός υγιεινού τρόπου ζωής από μικρή ηλικία. Η παρούσα εργασία εξετάζει το ζήτημα της διατροφής στην προσχολική ηλικία δίνοντας ιδιαίτερη έμφαση στις συστάσεις διεθνών οργανισμών για τη σωστή διατροφή και τις ποσότητες θρεπτικών συστατικών που πρέπει να λαμβάνει ένα άτομο, και πιο συγκεκριμένα, ένα παιδί. Ως οδηγός για σωστή διατροφή γίνεται ανάλυση και της Μεσογειακής διατροφής, στην οποία αποδίδονται πολλά πλεονεκτήματα για την υγεία. Επιπλέον, γίνεται ιδιαίτερη αναφορά στα προβλήματα που σχετίζονται με τη διατροφή, όπως η παχυσαρκία, ο υποσιτισμός, η νευρική ανορεξία και η νευρική βουλιμία. Οι διαταραχές της διατροφής είναι ασθένειες που συνδέουν τη σωματική με την ψυχική διάσταση της υγείας. Πολλές φορές φανερώνουν έντονες ψυχικές πιέσεις, χαμηλή αυτοεκτίμηση και δυσκολία έκφρασης των συναισθημάτων για τα άτομα που νοσούν. Η πρόληψη της εμφάνισης των διατροφικών διαταραχών αποτελεί και την καλύτερη θεραπεία τους.

Λέξεις-κλειδιά: Ανάπτυξη, Διατροφή, Διατροφικά προβλήματα, Παιδί, Προσχολική ηλικία

ABSTRACT

Diet in childhood can significantly affect the person's later health and development. A prerequisite for promoting a person's health is the formation of a nutritional consciousness and the adoption of a healthy lifestyle from an early age. This paper examines the issue of nutrition in preschool age, with particular emphasis on the recommendations of international organizations for the proper nutrition and nutrient quantities to be taken by an individual, and more specifically, a child. As a guide to proper nutrition, we also analyze the Mediterranean diet, which has many health benefits. In addition, nutrition-related problems, such as obesity, malnutrition, anorexia nervosa and bulimia nervosa, are particularly relevant. Dietary disorders are diseases that link the physical to the mental dimension of health. Many times, they show intense mental pressure, low self-esteem and difficulty in expressing feelings for people who are sick. Preventing the onset of eating disorders is also their best treatment.

Keywords: Child, Growth, Nutrition, Nutritional problems, Preschool age

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	vii
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	viii
ABSTRACT	ix
ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ	x
ΠΙΝΑΚΑΣ ΕΙΚΟΝΩΝ.....	xiii
ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	1
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	2
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ- Ο ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ.....	3
1.1 Ο ρόλος της διατροφής	4
1.2 Ο ρόλος των θρεπτικών συστατικών	4
1.2.1 Πρωτεΐνες.....	5
1.2.2 Υδατάνθρακες	6
1.2.3 Λίπη.....	7
1.2.4 Μέταλλα.....	9
1.2.5 Ιχνοστοιχεία	9
1.2.6 Βιταμίνες	10
1.3 Ανάπτυξη και διατροφή ανάλογα με την ηλικία.....	14
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ- ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ.....	20
2.1 Ο ρόλος της οικογένειας	20
2.2 Ο ρόλος του περιβάλλοντος - Συνομήλικοι.....	22
2.3 Ο ρόλος του σχολικού περιβάλλοντος.....	24
2.4 Ο ρόλος της τηλεόρασης και των ΜΜΕ.....	26
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ- ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ.....	28
3.1. Τα αίτια της παχυσαρκίας.....	31
3.2 Μαρασμός.....	32
3.3 Βουλιμία	33

3.4 Ανορεξία στην παιδική ηλικία.....	35
3.5 Υποσιτισμός	37
3.6 Υπερσιτισμός.....	38
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ- ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ.....	39
4.1 Δυσανεξίες.....	40
4.2 Τροφικές αλλεργίες	41
4.3 Σακχαρώδης διαβήτης (υπογλυκαιμία)	43
4.4 Δυσκοιλιότητα.....	45
4.4.1 Αίτια δυσκοιλιότητας.....	45
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ- Η ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΕΙΔΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ	47
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ- ΤΡΟΠΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ	51
6.1 Παχυσαρκία	51
6.2 Μαρασμός.....	52
6.3 Βουλιμία	52
6.4 Ανορεξία	53
6.5 Υποσιτισμός.....	54
6.6 Υπερσιτισμός	54
6.7 Δυσανεξία	54
6.8 Τροφικές αλλεργίες.....	55
6.9 Σακχαρώδης διαβήτης	55
6.10 Δυσκοιλιότητα	56
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ- ΥΓΙΕΙΝΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ	57
7.1 Ο ρόλος και η σημασία της Μεσογειακής διατροφής	57
7.2 Προτεινόμενα διατροφικά προγράμματα για παιδιά	61
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΟΓΔΟΟ- ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΣΕ ΘΕΜΑΤΑ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΓΙΑ ΓΟΝΕΙΣ- ΠΑΙΔΑΓΩΓΟΥΣ-ΠΑΙΔΙΑ-ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ	65
8.1 Ενημέρωση γονέων.....	68
8.2 Δραστηριότητες σε σχέση με τη διατροφή για παιδιά.....	69
ΕΠΙΛΟΓΟΣ	70
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	73

Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία.....	73
Ελληνική Βιβλιογραφία	76
Διαδικτυακή Βιβλιογραφία.....	87

ΠΙΝΑΚΑΣ ΕΙΚΟΝΩΝ

Εικόνα 1.3.1.3.: Σύγκριση ενεργειακών αλλαγών κατά τη βρεφική ηλικία με την ενήλικη ζωή.....	16
Εικόνα 1.3.1.6.: Συνιστώμενη ημερήσια διαιτητική πρόσληψη βιταμινών Β.....	18
Εικόνα 7.1: Πυραμίδα μεσογειακής διατροφής	58

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η πτυχιακή αυτή εργασία αποτελεί την ολοκλήρωση των σπουδών μας στο Τ.Ε.Ι. Ηπείρου στο Τμήμα Προσχολικής Αγωγής και αφορά στη διερεύνηση της ανάπτυξης και των διατροφικών προβλημάτων που ίσως υπάρχουν κατά την προσχολική ηλικία.

Αρχικά, στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται εισαγωγή στην έννοια της διατροφής και αναλύονται ο ρόλος των θρεπτικών συστατικών και η ανάπτυξη - διατροφή ανάλογα με την ηλικία. Στο δεύτερο κεφάλαιο αναφερόμαστε στους παράγοντες που επηρεάζουν τις διατροφικές επιλογές των παιδιών όπως τα ΜΜΕ, η οικογένεια και το περιβάλλον.

Στο τρίτο και στο τέταρτο κεφάλαιο αναφέρεται στα διατροφικά προβλήματα και στις διατροφικές διαταραχές που μπορούν να εμφανιστούν. Το πέμπτο κεφάλαιο αναλύει τη διατροφή των παιδιών με ειδικές ανάγκες και το έκτο αναφέρει τρόπους για την αντιμετώπιση των προβλημάτων διατροφής.

Το έβδομο κεφάλαιο είναι ιδιαίτερα σημαντικό καθώς γίνεται λόγος για τη Μεσογειακή διατροφή μια σύγχρονη διατροφική συνήθεια. Το όγδοο κεφάλαιο αναφέρεται στην εκπαίδευση των γονέων (που μπορούν να χρησιμοποιηθούν και από παιδαγωγούς) σχετικά με θέματα διατροφής. Ολοκληρώνοντας την εργασία παρατίθενται τα συμπεράσματα που καταλήξαμε και η βιβλιογραφία από την οποία κάναμε χρήση δεδομένων.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο ρόλος της διατροφής στη σωματική, νοητική, ψυχική και κοινωνική ανάπτυξη και εξέλιξη του ατόμου είναι καθοριστικός. Η εξασφάλιση μίας υγιεινής, επαρκούς και ασφαλούς διατροφής στα πρώτα χρόνια της ζωής μπορεί να συμβάλλει στην επίτευξη της μέγιστης σωματικής και νοητικής ανάπτυξης. Ιδιαίτερα τα 2-3 πρώτα χρόνια της ζωής χαρακτηρίζονται ως κρίσιμα για τη φυσιολογική σωματική και νοητική ανάπτυξη. Ο ρυθμός της σωματικής αύξησης είναι γρηγορότερος από οποιαδήποτε άλλη χρονική περίοδο, ενώ το ανοσοποιητικό σύστημα είναι ακόμη ανώριμο, με αποτέλεσμα την έκθεση του βρέφους και του μικρού παιδιού στον κίνδυνο ανεπάρκειας θρεπτικών συστατικών και εμφάνισης λοιμώξεων.

Τόσο οι ποσοτικές όσο και οι ποιοτικές εκτροπές της διατροφής κατά την περίοδο αυτή έχουν άμεσες επιπτώσεις στην υγεία, τη σωματική ανάπτυξη και την ψυχοκινητική εξέλιξη του παιδιού. Επιπλέον, διαταραχές που σχετίζονται με την ανάπτυξη και εμφανίζονται κατά την περίοδο αυτή παραμένουν και είναι πολύ δύσκολο να αντιστραφούν στη συνέχεια (Μουλινός, 2013). Η διατροφή είναι πολύ σημαντική και μετά τα 2-3 πρώτα χρόνια της ζωής. Ειδικότερα, η υγιεινή διατροφή στην εφηβεία σχετίζεται με μείωση του κινδύνου εμφάνισης άμεσων προβλημάτων υγείας, όπως η παχυσαρκία, η σιδηροπενική αναιμία και η τετηρόνα. Παράλληλα, σήμερα γνωρίζουμε ότι η διατροφή κατά την παιδική και εφηβική ηλικία ασκεί απώτερες επιδράσεις στην υγεία, που εκδηλώνονται κατά την ενήλικη ζωή.

Στην παιδική ηλικία διαμορφώνονται και εδραιώνονται οι διατροφικές συνήθειες και ο γενικότερος τρόπος ζωής και συμπεριφοράς, ο οποίος συμπεριλαμβάνει και την τακτική σωματική δραστηριότητα, που αποδεικνύεται πολύ σημαντική για την υγεία. Ο ρόλος της οικογένειας, του σχολείου, του φιλικού και κοινωνικού περιβάλλοντος είναι σημαντικός για τη διαμόρφωση υγιεινών συνηθειών. Πολύ σημαντικός είναι, ωστόσο, και ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας που ασχολούνται με την υγεία και τη διατροφή των βρεφών, παιδιών και εφήβων, καθώς είναι αυτοί που καλούνται να δώσουν έγκυρες και υπεύθυνες οδηγίες στους γονείς και σε όσους ασχολούνται με την καθημερινή διατροφή των παιδιών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ- Ο ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ

Σύμφωνα με το λεξικό, αν εξετάσουμε τη λέξη «διατροφή» ετυμολογικά αποτελείται από το πρόθεμα «δια-» και τη λέξη «τρέφω». Επομένως οδηγεί στην τροφή μέσω ενός συστήματος ή κάποιας οδού. *Τροφή* είναι οποιαδήποτε ουσία που καταναλώνεται για να παρέχει θρεπτική υποστήριξη σε έναν οργανισμό. Είναι συνήθως φυτικής ή ζωικής προέλευσης και περιέχει απαραίτητα θρεπτικά συστατικά, όπως υδατάνθρακες, λίπη, πρωτεΐνες, βιταμίνες ή ανόργανα άλατα. Η ουσία απορροφάται από τον οργανισμό και αφομοιώνεται από τα κύτταρα του οργανισμού για την παροχή ενέργειας, τη διατήρηση της ζωής ή την τόνωση της ανάπτυξης (Χασαπίδου & Φαχαντίδου, 2002).

Η διατροφή είναι η επιστήμη που ερμηνεύει την αλληλεπίδραση των θρεπτικών και άλλων ουσιών στα τρόφιμα σε σχέση με τη συντήρηση, την ανάπτυξη, την αναπαραγωγή, την υγεία και την ασθένεια ενός οργανισμού. Περιλαμβάνει την πρόσληψη τροφής, την απορρόφηση, την αφομοίωση, τη βιοσύνθεση, τον καταβολισμό και την απέκκριση (NIH, 2014). Η διατροφή ενός οργανισμού είναι αυτό που τρώει, το οποίο εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τη διαθεσιμότητα, την επεξεργασία και την γευστικότητα των τροφίμων, όπως επίσης από τον πολιτισμό και ίσως την κοινωνική τάξη (Ζαμπέλας, 2003). Μια υγιεινή διατροφή περιλαμβάνει την προετοιμασία των τρόπων διατροφής και των μεθόδων αποθήκευσης που διατηρούν τα θρεπτικά συστατικά από την οξείδωση, τη θερμότητα ή την έκπλυση και μειώνουν τον κίνδυνο τροφικής δηλητηρίασης.

Η κακή διατροφή μπορεί να προκαλέσει προβλήματα υγείας, προκαλώντας ασθένειες όπως η τύφλωση, η αναιμία, το σκορβούτο, η πρόωρη γέννηση, η θνησιμότητα και ο κρετινισμός (Whitney & Rolfes, 2013), απειλητικές για την υγεία συνθήκες όπως η παχυσαρκία (NCI, 2011) και το μεταβολικό σύνδρομο (PubMed Health, 2011). Κοινές χρόνιες συστηματικές ασθένειες όπως οι καρδιαγγειακές παθήσεις (UMMC, 2011), ο διαβήτης, (NIH, 2011 & Helpguide, 2011) και η οστεοπόρωση (WebMD, 2005; NIH, 2012 & Lips and van Schoor, 2011). Μια κακή διατροφή μπορεί να προκαλέσει 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 Ο ρόλος της διατροφής

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 (Biesalski, Konrad, 2008). Η βέλτιστη σωματική λειτουργία της έρευνας είναι απαραίτητη για τον προσδιορισμό των ρόλων που η διατροφή και η φυσική κατάσταση, τόσο ξεχωριστά όσο και μαζί, παίζουν στη διατήρηση των σωματικών λειτουργιών, συμπεριλαμβανομένων των γνωστικών, ανοσολογικών, σκελετικών, μυϊκών και άλλων λειτουργιών (Μηνούδης, 2012; Σιάσιος, 2012; Παλλίδης, 2009). Οι εξελισσόμενες ερευνητικές περιοχές περιλαμβάνουν την πρόληψη των διαδικασιών που σχετίζονται με τη νόσο, όπως η φλεγμονή.

1.2 Ο ρόλος των θρεπτικών συστατικών

Ο κατάλογος των θρεπτικών ουσιών που οι άνθρωποι είναι γνωστό ότι περιλαμβάνει είναι, με τα λόγια του Marion Nestle, «σχεδόν σίγουρα ατελής» (Nestle & Pollan, 2013). Με τον όρο *θρεπτικά συστατικά*, δεν νοούνται μόνο οι πρωτεΐνες, οι υδατάνθρακες και τα λίπη, αλλά και οι ανάγκες σε ενέργεια, καθώς και σε μέταλλα και βιταμίνες. Ο οργανισμός χρειάζεται ενέργεια για να διατηρήσει τις διάφορες μεταβολικές δραστηριότητες, που έχουν σχέση με τη συντήρηση των βιολογικών λειτουργιών. Οι θερμιδικές απαιτήσεις για την κάλυψη των αναγκών του βασικού μεταβολισμού αποτελούν συνάρτηση του βάρους σώματος και φτάνουν στις μέγιστες τιμές όταν το βάρος σώματος είναι 10-15 περίπου (ΙΠΠΕΙ, 2014; Gershwin et al., 2004).

Η διαδικασία της αύξησης απαιτεί πρόσθετη ενέργεια. Στα βρέφη οι ανάγκες αύξησης φθάνουν στο 30-35% περίπου των ενεργειακών αναγκών, ενώ στα μεγαλύτερα παιδιά και στους εφήβους ο ρυθμός αύξησης είναι χαμηλός (Ζαμπέλας, 2003). Η φυσική δραστηριότητα καλύπτει ένα σημαντικό μέρος των αναγκών σε ενέργεια, ανάλογα με το μέγεθος του

σώματος, την ένταση και διάρκεια της σωματικής προσπάθειας. Οι θερμιδικές ανάγκες κατά το πρώτο έτος είναι 80-120 kcal/ kg βάρους σώματος και μειώνονται βαθμιαία ανά 10 kcal/kg β.σ. κατ' έτος για τα επόμενα 3 έτη. Η προέλευση των θερμίδων στο μητρικό γάλα όπως και στα περισσότερα γάλατα 1^{ης} βρεφικής ηλικίας έχει την εξής κατανομή: από πρωτεΐνες το 10-15%, από υδατάνθρακες το 45-55% και από λίπη το 35-45%. Ας σημειωθεί ότι 1 gr. πρωτεΐνης ή υδατάνθρακα αποδίδει 4 kcal ενώ 1 gr. λίπους 9 kcal (Gershwin et al., 2004; Μηνούσης, 2012; Παλλίδης, 2009).

1.2.1 Πρωτεΐνες

Αυτές αποτελούν το 20% του βάρους του σώματος. Η λήψη πρωτεϊνών με την τροφή είναι απαραίτητη για να καλύψει τις ανάγκες του οργανισμού, αλλά και να αναπληρώσει τις απώλειες των αμινοξέων (πρωτόπλασμα κυττάρου) που συνεχίζονται και όταν σταματήσει η αύξηση. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι η ικανότητα αποταμίευσης πρωτεϊνών και αμινοξέων είναι πολύ περιορισμένη. Από τα 24 αμινοξέα που έχουν προσδιοριστεί, τα 9 απ' αυτά είναι απαραίτητα. Τα αμινοξέα που δεν μπορούν να συντεθούν από τον οργανισμό, δηλαδή τα απαραίτητα αμινοξέα, είναι τα εξής (Ζαμπέλας, 2011; ΠΠΕΙ, 2014; Κατσιλάμπρος, 2010; Χασαπίδου, Φαχαντίδου, 2002): α) Απολύτως απαραίτητα: 1. Λευκίνη, 2. Ισολευκίνη, 3. Βαλίνη, 4. Θρεονίνη, 5. Μεθειονίνη, 6. Φαινυλαλανίνη, 7. Τρυπτοφάνη, 8. Λυσίνη, 9. Ιστιδίνη, και β) Σχετικώς απαραίτητα: 1. Κυστίνη, 2. Τυροσίνη, 3. Ταυρίνη.

Οι συνιστώμενες ποσότητες προσλαμβανόμενων πρωτεϊνών πρέπει να καλύπτουν το 10-15% του συνόλου των προσλαμβανόμενων θερμίδων. Η σχέση μεταξύ ζωικών και φυτικών πρωτεϊνών στα παιδιά πρέπει να είναι 2 : 1 ή περισσότερο, εν αντιθέσει προς τους ενήλικες όπου η σχέση πρέπει να είναι 1 : 1 (Πετρογιάννης, Melhuish, 2001). Η ανεπαρκής πρόσληψη πρωτεϊνών μπορεί να οδηγήσει σε δυο κλασικά σύνδρομα υποθρεψίας το σύνδρομο Kwashiorkor, που οφείλεται σε σημαντική έλλειψη πρωτεϊνών σε σχέση με τις θερμίδες, οι οποίες αναπληρώνονται με τη λήψη υπερβολικών ποσοτήτων υδατανθράκων και το μαρασμό

(marasmus), που οφείλεται σε έλλειψη τόσο σε πρωτεΐνη όσο και σε θερμίδες (Gershwin et al., 2004; Ζαμπέλας, 2003).

1.2.2 Υδατάνθρακες

Η λήψη υδατανθράκων είναι απαραίτητη, όχι μόνο γιατί εξασφαλίζουν σημαντικό μέρος των θερμιδικών αναγκών, αλλά και γιατί η χαμηλή περιεκτικότητα της τροφής σε υδατάνθρακες οδηγεί σε υπερβολική λήψη πρωτεϊνών ή/και λιπών (Καζαμίας, 2004). Στη διάρκεια του πρώτου χρόνου της ζωής, ο κύριος υδατάνθρακας που προσλαμβάνεται με την τροφή είναι η λακτόζη, ενώ στη συνέχεια την πρώτη θέση καταλαμβάνει το άμυλο. Οι απαραίτητες ανάγκες σε υδατάνθρακες είναι 55-75% του συνόλου των προσλαμβανόμενων θερμίδων (Μηνούδης, 2012; Παλλίδης, 2009).

Οι υδατάνθρακες που προσλαμβάνονται με τις τροφές μπορούν να διακριθούν σε τρεις μεγάλες κατηγορίες, στους σύμπλοκους, που περιλαμβάνουν μεγαλομοριακούς υδατάνθρακες, όπως το άμυλο, στους απλούς ή ελεύθερα σάκχαρα, που περιλαμβάνουν μονο- και δι-σακχαρίτες και γενικότερα ολιγομοριακούς υδατάνθρακες και στις φυτικές ίνες. Ως ιδιαίτερη διαιτητική κατηγορία μπορούν να περιληφθούν τα φρούτα και τα λαχανικά (Biesalski, Konrad, 2008).

Οι σύμπλοκοι υδατάνθρακες φαίνεται ότι ασκούν ευνοϊκή επίδραση στη λειτουργία του εντέρου και διευκολύνουν την απορρόφηση των λιπαρών οξέων βραχείας αλύσου. Η πρόσληψη υδατανθράκων αυτής της κατηγορίας θα πρέπει να κυμαίνεται μεταξύ 50 και 70% του συνόλου των προσλαμβανόμενων θερμίδων. Τα ελεύθερα σάκχαρα πιστεύεται ότι δεν πρέπει να προσλαμβάνονται σε μεγάλες ποσότητες, λόγω της γνωστής σχέσης τους με την τερηδόνα, αλλά και επειδή η χορήγησή τους σε μεγάλη ποσότητα εκτοπίζει από το διαιτολόγιο άλλες τροφές που περιέχουν σημαντικές θρεπτικές ουσίες. Δεν συνιστώνται

συγκεκριμένα κατώτατα όρια, όμως δεν πρέπει να υπερβαίνουν το 10% των προσλαμβανόμενων θερμίδων (ΙΠΠΕΙ, 2014; Gershwin et al., 2004).

Οι δισακχαρίτες και οι πολυσακχαρίτες απορροφώνται από το έντερο αφού προηγουμένως διασπασθούν σε μονοσακχαρίτες, με τη δράση πεπτικών ενζύμων, των σακχαρασών και ακολούθως αποθηκεύονται στο ήπαρ και τους μυς με την μορφή γλυκογόνου (Ζαμπέλας, 2003; Παπανικολάου, 2009). Το βάρος του ήπατος του βρέφους αντιστοιχεί στο 1/10 του βάρους του ήπατος του ενήλικου, με αποτέλεσμα την αποθήκευση μικρών ποσοτήτων γλυκογόνου (Dare, O' Donovan, 2000). Το γεγονός αυτό είναι ένας από τους λόγους που οδηγούν το βρέφος εύκολα σε υπογλυκαιμία (ΙΠΠΕΙ, 2014; Πιπεράκης, 2000).

Οι φυτικές ίνες αποτελούν το τμήμα εκείνο των τροφών που δεν προσβάλλονται από τη δράση των ενζύμων του πεπτικού σωλήνα (Παπανικολάου, 2009). Οι ουσίες αυτές βρίσκονται στο κυτταρικό τοίχωμα σε όλα τα μέρη των φυτών, στις ρίζες, στον κορμό, στους σπόρους και στα φύλλα. Τα τελευταία χρόνια έχει αυξηθεί το ενδιαφέρον για τις φυτικές ίνες, μετά τις ενδείξεις ότι περιορίζουν τον κίνδυνο εμφάνισης νοσημάτων, όπως ο καρκίνος του εντέρου, η παχυσαρκία και η στεφανιαία νόσος (Palmer, 2006). Οι φυτικές ίνες δεν φαίνεται ότι είναι απαραίτητες σε βρέφη κάτω των 12 μηνών (Dare, O' Donovan, 2000; Gershwin et al., 2004).

1.2.3 Λίπη

Τα λίπη αποτελούν πηγή υψηλής ενεργειακής απόδοσης και αντιπροσωπεύουν το 40% περίπου της συνολικής ποσότητας θερμίδων που προσλαμβάνονται με τις τροφές από το φυσιολογικό παιδί (Σιάσιος, 2012). Το μεγαλύτερο μέρος του λίπους των τροφών, περίπου το 90-98%, αποτελείται από τριγλυκερίδια και από αυτά το 90% περίπου είναι μακράς αλύσου (περιέχουν λιπαρά οξέα που αποτελούνται από περισσότερα από 16 άτομα άνθρακα με διάφορο βαθμό κορεσμού) (Palmer, 2006). Ο ανθρώπινος οργανισμός δεν μπορεί να συνθέσει όλα τα λιπαρά οξέα που είναι απαραίτητα για τη ζωή, όπως τα ω-3 και τα ω-6 πολυακόρεστα λιπαρά οξέα που είναι προϊόντα του μεταβολισμού του λινολενικού και του λινολεϊκού οξέος

αντιστοίχως και που βρίσκονται κυρίως στα ψάρια, στα φυτά αλλά και στο μητρικό γάλα (Καζαμιάς, 2004). Η δράση αυτών των οξέων είναι πολύ γνωστή στην πρόληψη της στεφανιαίας νόσου (Ζαμπέλας, 2011; Gershwin et al., 2004; Κατσιλάμπρος, 2010).

Το λίπος των τροφών πρέπει να καλύπτει το 30% περίπου του συνόλου των θερμιδικών αναγκών, εκ των οποίων 10% μπορεί να καλύπτονται από κεκορεσμένα λίπη, ενώ τα πολυακόρεστα πρέπει να κυμαίνονται μεταξύ 3 και 8%. Τα πολυακόρεστα λιπαρά οξέα είναι απαραίτητα για την ανάπτυξη, την ακεραιότητα του δέρματος και των τριχών, στη ρύθμιση του μεταβολισμού της χοληστερόλης, έχουν λιποτρόπο δράση, ελαττώνουν την συγκολλητικότητα των αιμοπεταλίων και δρουν ευνοϊκά στην διαδικασία της αναπαραγωγής. Συμπτώματα έλλειψης μπορούν να παρουσιασθούν μόνο όταν το λινολεϊκό οξύ καλύπτει λιγότερο από 1-2% της θερμιδικής πρόσληψης, ως αποτέλεσμα μακροχρόνιας χορήγησης αποβουτυρωμένου γάλακτος. Ως αποτέλεσμα τα βρέφη να εμφανίζουν ξηρότητα, πάχυνση και απολέπιση του δέρματος (Dare, O' Donovan, 2000; Πιπεράκης, 2002; Χασαπίδου, Φαχαντίδου, 2002)

Η χοληστερίνη της τροφής δεν πρέπει να υπερβαίνει τα 300 την ημέρα. Τα μεγαλύτερα αποθέματα των πολύ μακράς αλύσου λιπαρών οξέων, δηλαδή όσων έχουν 20-22 άτομα άνθρακα, αποκτώνται από το έμβρυο στο τελευταίο τρίμηνο της εγκυμοσύνης. Γι' αυτό, στα πρόωρα βρέφη η χορήγηση επαρκών ποσοτήτων των παραπάνω λιπαρών οξέων αποκτά κρίσιμη σημασία (Τριχοπούλου, 2010). Υπάρχουν επίσης ενδείξεις ότι η πέψη και η απορρόφηση των μακράς αλύσου λιπαρών οξέων είναι ίσως αποτελεσματικότερη στα βρέφη τα σιτιζόμενα με μητρικό γάλα, παρά σε εκείνα που παίρνουν γάλα αγελάδας. Πάντως σήμερα είναι σαφές, ότι όταν γίνεται αναφορά στα πολυακόρεστα λιπαρά οξέα, δεν είναι πλέον αρκετή η αξιολόγηση της συνολικής ποσότητας μόνο των πολυακόρεστων στην τροφή, αλλά πρέπει να γίνεται διάκριση μεταξύ ω-3 και ω-6, καθώς και αξιολόγηση της μεταξύ τους σχέσης (ΙΠΠΕΙ, 2014 & Gershwin et al., 2004).

1.2.4 Μέταλλα

Το ασβέστιο, ο φώσφορος και το μαγνήσιο αποτελούν το 98% περίπου των μετάλλων του οργανισμού. Παράγοντες που ρυθμίζουν το μεταβολισμό του ασβεστίου είναι η παραθορμόνη, η θυρεοκαλσιτονίνη και η βιταμίνη D (Μπαζαΐος, 2010; Strunz, Jopp, 2009). Η παρουσία στις τροφές λακτόζης προκαλεί αύξηση, ενώ αντίθετα η παρουσία φωσφόρου και αλκάλιων προκαλούν ελάττωση της απορρόφησης του ασβεστίου. Τα τελειόμηνα βρέφη που θηλάζουν φαίνεται ότι αναπτύσσονται ικανοποιητικά, αν και λαμβάνουν ασβέστιο, φωσφόρο και μαγνήσιο σε χαμηλότερες ποσότητες από τις συνιστώμενες (Dare, O' Donovan, 2000; Gershwin et al., 2004; Παλλίδης, 2009).

1.2.5 Ιχνοστοιχεία

Έτσι χαρακτηρίζονται τα μέταλλα που τα αποθέματά τους στον οργανισμό είναι χαμηλότερα από το 0,01% του βάρους σώματος. Τα ιχνοστοιχεία είναι απαραίτητα για την εκτέλεση βασικών λειτουργιών του μεταβολισμού γιατί αποτελούν συστατικό πολλών ενζυμικών συστημάτων (Parker, 2006). Ο σίδηρος αποτελεί το σημαντικότερο και περισσότερο μελετημένο από τα ιχνοστοιχεία. Ο βαθμός απορρόφησης του σιδήρου εξαρτάται από το είδος της τροφής στην οποία περιέχεται και κυμαίνεται από λιγότερο του 1% μέχρι και περισσότερο 20%. Οι φυτικές τροφές βρίσκονται στα κατώτερα όρια των παραπάνω ποσοστών, τα γαλακτοκομικά προϊόντα στο μέσον και το κρέας στα ανώτερα (ΙΠΠΕΙ, 2014).

Ο σίδηρος που υπάρχει στις τροφές βρίσκεται κυρίως με τη μορφή του μεταλλικού σιδήρου, ενώ σε πολύ μικρότερη ποσότητα και κυρίως στο κρέας βρίσκεται με τη μορφή του σιδήρου της αίμης (Ζαμπέλας, 2011). Ο σίδηρος της αίμης απορροφάται καλύτερα από τον μεταλλικό σίδηρο. Το ασκορβικό οξύ αυξάνει την απορρόφηση του σιδήρου, ενώ το γάλα την ελαττώνει (Κατσιλάμπρος, 2010). Είναι γνωστό ότι το μητρικό γάλα περιέχει μικρή μόνο ποσότητα σιδήρου, υψηλής όμως βιοδιαθεσιμότητας, ώστε να απορροφάται περίπου το 50%. Η συνήθης δίαιτα των μεγαλύτερων παιδιών περιέχει 5-20 φορές περισσότερο σίδηρο από αυτόν που απορροφάται. Τα πρόωρα νεογέννητα έχουν συνήθως επαρκή αποθέματα σιδήρου για τους

πρώτους 2-3 μήνες, ενώ για τα τελειόμηνα το αντίστοιχο διάστημα είναι 4-6 μήνες (Παλλίδης, 2009).

Η βιολογική σημασία του ψευδαργύρου φαίνεται από το γεγονός ότι αυτός περιέχεται σε πολλά ενζυμικά συστήματα πολλά από τα οποία παίζουν σημαντικό ρόλο στο μεταβολισμό των νουκλεϊνικών οξέων και στη σύνθεση των πρωτεϊνών (Biesalski, Konrad, 2008). Η έλλειψη ψευδαργύρου στα βρέφη προκαλεί ανορεξία και σωματική καθυστέρηση και στα μεγαλύτερα παιδιά αλλοτριοφαγία (pica) και καθυστέρηση εμφάνιση ήβης. Υπάρχει ανταγωνιστική αλληλεπίδραση ανάμεσα στον ψευδάργυρο και τον σίδηρο, ιδιαίτερα όταν αυτός είναι ανόργανος. Αυτό πρέπει να λαμβάνεται υπόψη κατά την παρασκευή γαλάτων για παιδιά στα οποία προστίθεται και σίδηρος (Gershwin et al., 2004; Μπαζαίος, 2010).

1.2.6 Βιταμίνες

Οι βιταμίνες αποτελούν απαραίτητο παράγοντα σε ποικιλία μεταβολικών αντιδράσεων. Είναι οργανικές ουσίες αναγκαίες σε ελάχιστες ποσότητες που προσλαμβάνονται κυρίως με τις τροφές. Διακρίνονται σε υδατοδιαλυτές (B, C, P) και λιποδιαλυτές (A, D, E, K) η απορρόφηση των οποίων εξαρτάται από την απορρόφηση των λιπών. Το μητρικό γάλα που προέρχεται από μητέρες με καλή διατροφή περιέχει επαρκείς ποσότητες βιταμινών, εκτός από τη βιταμίνη D και K (Μάντζιου, κ.ά., 2012; Μηνούδης, 2012).

1.2.6.1. Υδατοδιαλυτές βιταμίνες

Βιταμίνες συμπλέγματος B

Βιταμίνη B1 (θειαμίνη): Περιέχεται κυρίως στη βύνη, το ήπαρ, το γάλα και τα δημητριακά. Συμμετέχει ως συνένζυμο στο μεταβολισμό των υδατανθράκων. Η μακροχρόνια έλλειψη της

βιταμίνης B1 προκαλεί τη νόσο beri-beri που χαρακτηρίζεται από περιφερική νευρίτιδα, οιδήματα και καρδιακή ανεπάρκεια (ΙΠΠΕΙ, 2014; Μπαζαίος, 2010; Palmer, 2006).

Βιταμίνη B2 (ριβοφλαβίνη): Καταλύει τις οξειδωτικές αντιδράσεις του κυττάρου. Περιέχεται κυρίως στα πράσινα λαχανικά, το γάλα και το αυγό. Η έλλειψη της εκδηλώνεται με φωτοφοβία, δακρύρροια, γλωσσίτιδα, γωνιακή χειλίτιδα, σμηγματορροϊκή δερματίτιδα κ.λ.π (Gershwin et al., 2004).

Νιασίνη: Αποτελεί ενεργό συστατικό των συνενζύμων I και II. Βρίσκεται κυρίως στο γάλα, το κρέας και τα πράσινα λαχανικά. Σε περιπτώσεις αβιταμίνωσης εμφανίζεται πελλάγρα, η οποία εκδηλώνεται με φωτοευαίσθητο ερύθημα στο πρόσωπο και τα ακάλυπτα μέρη των άκρων, διάρροια, στοματίτιδα, γλωσσίτιδα, κατάθλιψη, αϋπνία και παραλήρημα (Gershwin et al., 2004; Μπαζαίος, 2010).

Βιταμίνη B6 (πυριδοξίνη): Βρίσκεται κυρίως στο γάλα, το κρέας, το ήπαρ και τα δημητριακά. Η ανεπάρκειά της προκαλεί στα νεογνά και τα βρέφη ανησυχία, σπασμούς και υπόχρωμη αναιμία, ενώ σε ενήλικες ασθενείς κατά τη διάρκεια θεραπείας με ισονιαζίδη, περιφερική νευρίτιδα (Parker, 2006).

Βιταμίνη B12 (κυανοκοβαλαμίνη): Περιέχεται αποκλειστικά στις ζωικές τροφές. Η αβιταμίνωση B12 εκδηλώνεται με μεγαλοβλαστική αναιμία και νευρολογική συνδρομή (ΙΠΠΕΙ, 2014; Parker, 2006).

Φυλλικό οξύ: Περιέχεται στα μη αποφλοιωμένα δημητριακά, στις ζωϊκές τροφές και στο γυναικείο και αγελαδινό γάλα. Η ανεπάρκεια του φυλλικού οξέος προκαλεί μεγαλοβλαστική αναιμία που συνοδεύεται από πυρετό, γαστρεντερικές διαταραχές και αύξηση των ορίων του ήπατος και του σπλήνα (Dare, O' Donovan, 2009)

Βιοτίνη (βιταμίνη H): Συντίθεται από την εντερική χλωρίδα και περιέχεται σε μεγάλη ποσότητα στη ζύμη, στα αυγά, το ήπαρ και στο γάλα της αγελάδας. Η αβιταμίνωση εκδηλώνεται με σμηγματορροϊκή δερματίτιδα (Ζαμπέλας, 2003; Palmer, 2006).

Η βιταμίνη C (ασκορβικό οξύ): συμμετέχει σε πολλά ενζυμικά συστήματα και είναι απόλυτα απαραίτητη για το σχηματισμό και τη διατήρηση του κολλαγόνου. Τροφές πλούσιες σε βιταμίνη C είναι τα φρούτα, τα λαχανικά και κυρίως ο χυμός του λεμονιού και του πορτοκαλιού. Καταστρέφεται με το βρασμό. Ο άνθρωπος, σε αντίθεση με όλα σχεδόν τα άλλα θηλαστικά, δεν συνθέτει βιταμίνη C. Η έλλειψη της βιταμίνης προκαλεί σκορβούτο, που εκδηλώνεται κλινικά με ανησυχία, πετεχειώδες εξάνθημα, υπερτροφία και αιμορραγία των ούλων και υποπεριοστικές αιμορραγίες, κυρίως των κάτω άκρων, που εκδηλώνονται με έντονο πόνο κατά την κίνηση (Παλλίδης, 2009; Parker, 2006).

1.2.6.2. Λιποδιαλυτές Βιταμίνες

Βιταμίνη A: Πρόκειται για αλκοόλη μεγάλου μοριακού βάρους, που αποθηκεύεται στο ήπαρ. Προβιταμίνες της βιταμίνης A είναι οι καρωτίνες α,β,γ και η κρυπτοξανθίνη. Η βιταμίνη A περιέχεται στο ήπαρ, το γάλα, το βούτυρο, τον κρόκο του αβγού, τα καρότα και τα άλλα λαχανικά. Μετέχει στο σχηματισμό της ροδοψίνης και της ιοδοψίνης των επιθηλιακών κυττάρων, που είναι απαραίτητες για την όραση στο ημίφως, καθώς και στην οστέωση και την οδοντοφυΐα. Η αβιταμίνωση A που είναι δυνατό να προκληθεί από ανεπαρκή πρόσληψη ή από δυσαπορρόφηση, προκαλεί νυκταλωπία, φωτοφοβία, ξηροφθαλμία, κερατομαλακία και τελικά τύφλωση. Η υπερβιταμίνωση A, η οποία κατά κανόνα οφείλεται σε χορήγηση υπερβολικών δόσεων συνθετικής βιταμίνης A, εκδηλώνεται με ανορεξία, αύξηση των ορίων του ήπατος και σπληνός, οστικά άλγη και συμπτώματα αυξημένης ενδοκρανιακής πίεσης (ΙΠΠΕΙ, 2014; Μουλινός, 2013; Παλλίδης, 2009; Parker, 2006; Strunz, Jopp, 2009).

Βιταμίνη D: Οι βιταμίνες D2 και D3 είναι λιποδιαλυτές και σχηματίζονται με τη δράση των υπεριωδών ακτινών από τις προβιταμίνες εργοστερόλη και 7-δεϋδρο-χοληστερόλη αντίστοιχα. Τροφές που περιέχουν βιταμίνη D είναι κυρίως τα αβγά, το γάλα, το βούτυρο και το ήπαρ. Η βιταμίνη D ευνοεί την απορρόφηση του Ca και του P από το έντερο καθώς και τη μετακίνηση του Ca από τα οστά (Biesalski, Konrad, 2008).

Ραχίτιδα: Ο όρος ραχίτιδα χαρακτηρίζει παθολογικές καταστάσεις που αφορούν κυρίως τα οστά, τα οποία γίνονται μαλακά.

Υπερβιταμίνωση D: Η υπερβιταμίνωση D κατά κανόνα οφείλεται σε υπερβολική χορήγηση συνθετικής βιταμίνης D. Εκδηλώνεται με κοιλιακά άλγη, εμέτους, κεφαλαλγία, πολουρία, υπέρταση και σπασμούς. Συνοδεύεται από υπερασβεστιαμία, η παράταση της οποίας μπορεί να προκαλέσει νεφρασβέστωση και νεφρική ανεπάρκεια (Παπανικολάου, 2009).

Βιταμίνη E: Η βιταμίνη E περιλαμβάνει τις τοκοφερόλες α,β,γ,δ. Κύρια πηγή της βιταμίνης E είναι τα φυτικά λίπη. Οι ημερήσιες ανάγκες για τον άνθρωπο δεν είναι ακριβώς γνωστές. Σε βρέφη μικρού βάρους γέννησης έχει περιγράψει αιμολυτική αναιμία, που αναστέλλεται με τη χορήγηση οπισθοφακικής ινοπλάσιας των πρόωρων, καθώς και για την πρόκληση εγκεφαλικών αιμορραγιών σε πρόωρα με πολύ μικρό βάρος γέννησης (ΙΠΠΕΙ, 2014; Κατσιλάμπρος, 2010; Strunz, Jopp, 2009).

Βιταμίνη K: Έχουν απομονωθεί δύο, παρόμοιες σε χημική σύνδεση ουσίες με τις ιδιότητες της βιταμίνης K. Πρόκειται για τη βιταμίνη K1 η οποία βρίσκεται στις τροφές, κυρίως στα πράσινα λαχανικά και τη βιταμίνη K2 η οποία συντίθεται από την εντερική χλωρίδα. Υποπροθρομβιναιμία παρατηρείται συχνά στα νεογνά και κυρίως τα πρόωρα και αποδίδεται στην ελαττωμένη πρόσληψη βιταμίνης K από τη μητέρα, στη μικρή περιεκτικότητα σε βιταμίνη K του μητρικού γάλακτος, καθώς και στην έλλειψη εντερικής χλωρίδας. Σε περιπτώσεις σοβαρής έλλειψης βιταμίνης K, εκδηλώνονται αιμορραγίες σε διάφορα ενδοκοιλιακά όργανα, στον εγκέφαλο κ.ά. Ανεπάρκεια της βιταμίνης K μπορεί επίσης να αναπτυχθεί μετά τη νεογνική ηλικία σε περιπτώσεις κακής απορρόφησης του λίπους, όπως στην κοιλιοκάκη ή στον αποφρακτικό ίκτερο, όπως και σε περιπτώσεις καταστροφής της εντερικής χλωρίδας, που μπορεί να συμβεί μετά από παρατεταμένη χρήση αντιβιοτικών. Σε όλα τα νεογνά χορηγείται προληπτικά 0,5 - 1 mg της βιταμίνης K1 σε μια δόση (Ζαμπέλας, 2011; Gershwin et al., 2004; Καζαμιάς, 2004 ; Πετρογιάννης, Melhuish, 2001; Σιάσιος, 2012).

1.3 Ανάπτυξη και διατροφή ανάλογα με την ηλικία

Η διατροφή του νεογέννητου μετά τον τοκετό συνεχίζεται από τη μητέρα του με το μητρικό γάλα που παράγεται στους μαστούς. Η λειτουργία της παραγωγής του γάλακτος, γίνεται με την επίδραση ορισμένων ορμονών. Ο θηλασμός είναι ένας απaráμιλλος τρόπος παροχής ιδανικής τροφής για την υγιή ανάπτυξη και την ανάπτυξη των βρεφών· είναι επίσης αναπόσπαστο μέρος της αναπαραγωγικής διαδικασίας με σημαντικές συνέπειες για την υγεία των μητέρων. Ως γενική δημόσια σύσταση για την υγεία, τα βρέφη πρέπει να θηλάζουν αποκλειστικά τους πρώτους έξι μήνες της ζωής τους για να επιτευχθεί η βέλτιστη αύξηση, η ανάπτυξη και η υγεία (Dare, O'Donovan, 2000; Καζαμίας, 2003; WHO, 2001).

Στη συνέχεια, για να ανταποκριθούν στις εξελισσόμενες ανάγκες διατροφής τους, τα βρέφη πρέπει να λαμβάνουν διατροφικά επαρκή και ασφαλείς συμπληρωματικές τροφές, ενώ ο θηλασμός συνεχίζεται για μέχρι δύο ετών ή και περισσότερο. Ο αποκλειστικός μητρικός θηλασμός από τη γέννηση είναι εφικτός, εκτός από ελάχιστες ιατρικές παθήσεις (Γρηγοράκης, 2013; Μηνούδης, 2012).

1.3.1.1 Απαιτήσεις των βρεφών-Διατροφικές ανάγκες

Για να καθοριστούν οι διατροφικές ανάγκες ενός βρέφους και να αναπτυχθεί ένα σχέδιο διατροφικής φροντίδας, πρέπει να πραγματοποιηθεί μια ακριβής εκτίμηση της διατροφικής κατάστασης του βρέφους. Η αξιολόγηση της διατροφής παρέχει στο διατροφολόγο ή τη σύμβουλο υγείας με σημαντικές πρακτικές σίτισης και άλλες πληροφορίες που σχετίζονται με την υγεία του βρέφους (Brown, 2016; Παλλίδης, 2009).

Η αξιολόγηση θα πρέπει να περιλαμβάνει την εξέταση με εξής διαιτητικά δεδομένα πρόσληψης (Dare, O' Donovan, 2000; Palmer, 2006; USDA, 2009): 1. Ιστορικό διατροφής:

Συμπεριφορές, τεχνικές σίτισης, προβλήματα στη διατροφή και το περιβάλλον, 2. Όρεξη και πρόσληψη: Συνήθης όρεξη, παράγοντες που επηρεάζουν την πρόσληψη, όπως και τις προτιμήσεις, αλλεργίες, δυσανεξίες, προβλήματα κατά τη μάσηση/κατάποση, 3. Ιστορικό διατροφής: θηλασμός ή/και παρασκευάσματα για βρέφη, συχνότητα και διάρκεια του θηλασμού, συχνότητα και ποσότητα των παρασκευασμάτων για βρέφη ή των συμπληρωματικών τροφών, ηλικία κατά την εισαγωγή των συμπληρωματικών τροφών, ποικιλία συμπληρωματικών τροφών, βιταμίνες/μέταλλα ή άλλα συμπληρώματα που έχουν δοθεί και προβλήματα όπως έμετος, διάρροια, δυσκοιλιότητα, κολικοί κ.α., 4. Κοινωνικοοικονομικό υπόβαθρο: παρασκευή και αποθήκευση των τροφίμων, χρήση συμπληρωματικής διατροφής και προγράμματα οικονομικής βοήθειας, πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη, και εθνοτικές ή / και πολιτιστικές επιρροές για τη διατροφή.

1.3.1.2 Ενεργειακές απαιτήσεις

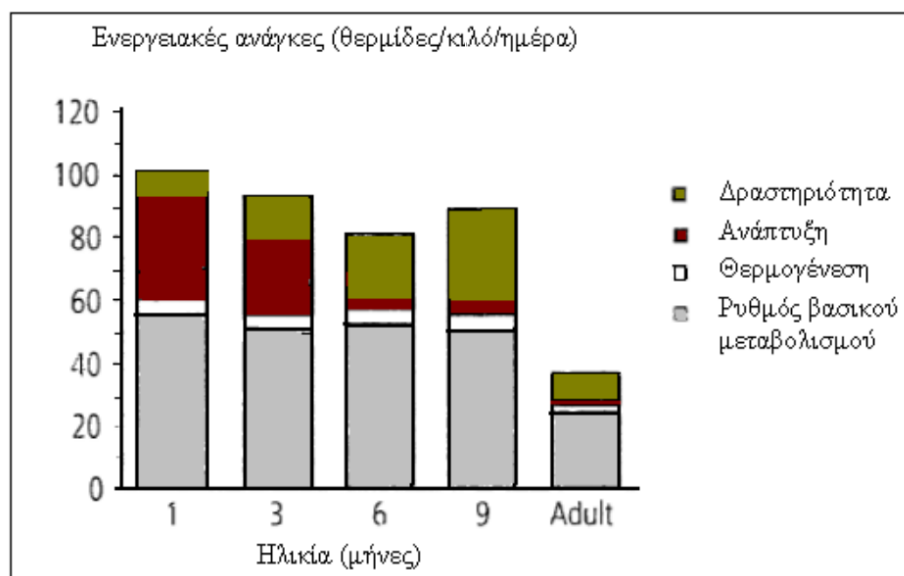
Τα βρέφη παίρνουν ενέργεια από την τροφή για δραστηριότητες, αύξηση και φυσιολογική ανάπτυξη. Η ενέργεια προέρχεται από τα τρόφιμα που περιέχουν υδατάνθρακες, πρωτεΐνες, ή λίπος (Παλλίδης, 2009). Ο αριθμός των χιλιοθερμίδων (συντά αναφέρονται ως θερμίδες) που απαιτείται ανά μονάδα βάρους σώματος ενός ατόμου εκφράζει τις ενεργειακές ανάγκες. Τα βρέφη είναι ικανά να ρυθμίζουν την πρόσληψη τροφής και να καταναλώνουν την ποσότητα των χιλιοθερμίδων που χρειάζονται (Brown, 2016; Μπαζαίος, 2010; USDA, 2009).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) με έκθεση εμπειρογνομόνων σχετικά με τις απαιτήσεις ενέργειας και πρωτεϊνών δηλώνει: η ενεργειακή απαίτηση ενός ατόμου είναι το επίπεδο της ενεργειακής πρόσληψης από τα τρόφιμα που θα εξισορροπήσει τις ενεργειακές δαπάνες, όταν το άτομο έχει το μέγεθος του σώματος τη σύνθεση και το επίπεδο της φυσικής δραστηριότητας, και θα επιτρέψει τη διατήρηση της φυσικής δραστηριότητας (USDA, 2009). Ένας γενικός δείκτης του κατά πόσο ένα βρέφος καταναλώνει επαρκή αριθμό των θερμίδων ανά ημέρα είναι ο ρυθμός ανάπτυξης του βρέφους μετρώντας το μήκος, το βάρος και την

περίμετρο κεφαλής. Ωστόσο, η φυσική ανάπτυξη είναι μια πολύπλοκη διαδικασία που μπορεί να επηρεαστεί από το μέγεθος και την ηλικία κύησης κατά τον τοκετό, από περιβαλλοντικούς και γενετικούς παράγοντες, και ιατρικές καταστάσεις. Σε γενικές γραμμές, τα περισσότερα υγιή βρέφη διπλασιάζουν το βάρος της γέννησής τους στην ηλικία των 6 μηνών και το τριπλασιάζουν στους 12 μήνες (Dare, O'Donovan, 2000; Ζαμπέλας, 2003).

1.3.1.3 Σύγκριση ενεργειακών αλλαγών κατά τη βρεφική ηλικία με την ενήλικη ζωή

Στην παρακάτω εικόνα παρουσιάζεται η σύγκριση των ενεργειακών αλλαγών κατά τη βρεφική ηλικία με την ενήλικη ζωή.



Εικόνα 1.3.1.3.: Σύγκριση ενεργειακών αλλαγών κατά τη βρεφική ηλικία με την ενήλικη ζωή

(Πηγή: WHO, 2001)

1.3.1.4 Απαιτήσεις σε νερό

Κατά τη γέννηση, η ολική περιεκτικότητα του σώματος σε νερό είναι τόσο υψηλή που φτάνει το 75%. Μειώνεται κατά τη διάρκεια του πρώτου έτους της ζωής στην παιδική ηλικία για να φτάσει το 60% στην ηλικία των ενηλίκων. Σε σύγκριση με τους ενήλικες, τα βρέφη δεν έχουν μόνο υψηλότερη περιεκτικότητα σε νερό στο σώμα τους, αλλά επίσης είναι ένας χώρος με υψηλότερη επιφανειακή μάζα, υψηλότερο ποσοστό με νερό, περιορισμένη ικανότητα να εκκρίνουν ουσίες διάλυσης, και χαμηλότερη ικανότητα να εκφράσουν δίψα (Fusch et al., 1993; Παλλίδης, 2009).

Για τους λόγους αυτούς, η αφυδάτωση σε βρέφη είναι πιο γρήγορα απειλητική για τη ζωή από ό, τι για τα παιδιά ή για τους ενήλικες (Καζαμίας, 2003). Ωστόσο, λόγω του χαμηλού δυναμικού φορτίου της διαλυμένης νεφρικής ουσίας του ανθρώπινου γάλακτος, τα υγιή βρέφη που θηλάζουν δεν χρειάζονται επιπλέον νερό, ακόμη και κάτω από συνθήκες υψηλής περιβαλλοντικής θερμοκρασίας (European Food Safety Authority (EFSA), 2010).

1.3.1.5 Πρωτεΐνες- Υδατάνθρακες-Λιπίδια

Πρωτεΐνες:

Οι συνθέσεις των αμινοξέων για νεογνά, παιδιά, και ενήλικες διαφέρουν, καθώς υπάρχουν κάποια αμινοξέα που είναι απαραίτητα κατά τη διάρκεια των πρώιμων φάσεων της ζωής. Οι απαιτήσεις πρωτεϊνών για την ανάπτυξη εξαρτώνται από την ηλικία (Townsend, 2003). Οι απαιτήσεις πρωτεϊνών: (g / kg / ημέρα) είναι οι εξής: Πρόωρη διάρκειας νεογνά 0-1 μηνών: 3,0-3,5, Βρέφος (1-12 μήνες): 2,5-3,0, Παιδιά: 1,5-2,5, Έφηβοι: 1,0-1,5 (Al-Salem, 2014; Μηνούδης, 2012)

Υδατάνθρακες:

Η θερμιδική πυκνότητα των υδατανθράκων σε ένα διάλυμα είναι 3,4 kcal / g γλυκόζης. Το 30-60% των ενεργειακών απαιτήσεων των βρεφών είναι σε υδατάνθρακες, και το 39% της ενέργειας από το μητρικό γάλα αποτελείται από υδατάνθρακες. Όσον αφορά τα υποκατάστατα του μητρικού γάλακτος, το 42% της ενέργειας αποτελείται από υδατάνθρακες (Al-Salem, 2014; Grant, 2004; Καζαμίας, 2010)

Λιπίδια:

Το λίπος χρησιμοποιείται ως πηγή ενέργειας και για την παροχή απαραίτητων λιπαρών οξέων (λινολεϊκό και λινολεϊκό οξύ). Η θερμιδική πυκνότητα του λίπους σε ένα διάλυμα είναι 9 kcal / g. Τέλος, τα λιπίδια από τελούν το 30-54% της προσλαμβανόμενης ενέργειας (3,8-6 g /100 Kcal) (Γρηγοράκης, 2013).

1.3.1.6 Βιταμίνες-Ανόργανα Στοιχεία

Θειαμίνη:	0,2 mg	για βρέφη	0-6 μηνών
	0,3 mg	''	6-12 μηνών
Ριβοφλαβίνη:	0,3 mg	''	0-6 μηνών
	0,4 mg	''	6-12 μηνών
Νιασίνη:	2 mg NE*	''	0-6 μηνών
	4 mg NE*	''	6-12 μηνών
B ₆ :	0,1 mg	''	0-6 μηνών
	0,3 mg	''	6-12 μηνών
Φυλλικό οξύ:	65 µg	''	0-6 μηνών
	80 µg	''	6-12 μηνών
B ₁₂ :	0,4 µg	''	0-6 μηνών
	0,5 µg	''	6-12 μηνών
*NE: Ισοδύναμο νιασίνης (Niacin Equivalent)			

Εικόνα 1.3.1.6.: Συνιστώμενη ημερήσια διαιτητική πρόσληψη βιταμινών Β

(Πηγή: Trumbo, et al., 2001)

Ιδιαίτερη προσοχή θα πρέπει να δίνεται στην παροχή ικανοποιητικών και ισορροπημένων ποσοτήτων ασβεστίου και φώσφορου. Όταν οι ανάγκες των βρεφών χαμηλού βάρους κατά τη γέννηση σε ασβέστιο και φώσφορο δεν καλύπτονται μπορεί να προκληθεί ανεπαρκής εναπόθεσή τους στα οστά και στη συνέχεια μεταβολική νόσος των οστών η οποία μπορεί να παρεμποδίσει την αύξηση του μήκους στη μετέπειτα ζωή. Οι αποθήκες σιδηρού των βρεφών χαμηλού βάρους κατά τη γέννηση επαρκούν μέχρι την 6^η - 8^η εβδομάδα ζωής, εφόσον το βρέφος δε λαμβάνει σίδηρο εξωγενώς (NIH - ODS, 2017).

Οι συχνές αιμοληψίες που γίνονται στα βρέφη μειώνουν περαιτέρω τις αποθήκες του σιδήρου. Οι ημερήσιες ανάγκες σε σίδηρο των βρεφών χαμηλού βάρους κατά τη γέννηση είναι της τάξης των 2-2,5 mg ανά κιλό βάρους. Ορισμένα παρασκευάσματα για βρέφη περιέχουν τέτοια ποσότητα σιδήρου που μπορεί να καλύψει τις ανάγκες αυτών των βρεφών. Αν αποφασιστεί η χορήγηση συμπληρώματος σιδηρού στα βρέφη είναι σκόπιμο αυτό να μην γίνει πριν την 4^η - 8^η εβδομάδα, διότι δεν είναι εξακριβωμένος ο βαθμός απορρόφησης του σιδήρου που χορηγείται κατά την νεογνική περίοδο (Μπαζαίος, 2010; NIH - ODS, 2017).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ- ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ

Στο κεφάλαιο αυτό προσπαθούμε να αναλύσουμε ότι οι διατροφικές προτιμήσεις των παιδιών καθορίζονται από την αλληλεπίδραση γονιδίων και περιβαλλοντικών παραγόντων, διαμορφώνονται νωρίς, από τους πρώτους μήνες ζωής, και παραμένουν μέχρι την ενηλικίωση (Biesalski & Konrad, 2008; Hendricks, et al., 2003; Ζαμπέλας, 2011).

2.1 Ο ρόλος της οικογένειας

Σε αυτή την ενότητα περιγράφουμε τους παράγοντες που διαμορφώνουν την εξέλιξη των προτιμήσεων των παιδιών και των διατροφικών συμπεριφορών κατά τα πρώτα χρόνια της ζωής τους. Εστιάζουμε στην περιγραφή του ρόλου της οικογένειας στην παιδική διατροφή. Τα πρώτα πέντε χρόνια της ζωής του παιδιού είναι μια περίοδος ταχείας φυσικής ανάπτυξης και αλλαγής, και είναι τα έτη κατά τα οποία αναπτύσσονται συμπεριφορές διατροφής που μπορούν να χρησιμεύσουν ως βάση για μελλοντικά πρότυπα διατροφής (Πιπεράκης, 2002).

Το πρώτο έτος της ζωής χαρακτηρίζεται από ταχείες αναπτυξιακές αλλαγές που σχετίζονται με το φαγητό. Καθώς τα βρέφη κερδίζουν κορτικοστεροειδή έλεγχο, προχωρούν από το να αναρροφούν υγρά σε ύπτια ή ημι-κεκλιμένη θέση στο να καταναλώνουν στερεά τρόφιμα σε καθιστή θέση (Δαφερέρα, 2001; Berk, 2016). Η διατροφή τους επεκτείνεται από το μητρικό γάλα, σε πουρέ και ειδικά παρασκευασμένα τρόφιμα (Τάφ, 2013; Γκίλμαν, 2010; Ρώσση-Ζαίρη, 2010; Γουότερτσον, 2010). Μέχρι το τέλος του πρώτου έτους ζωής, τα παιδιά μπορούν να κάθονται ανεξάρτητα, να μασήσουν και να καταπιούν μια σειρά από υφές, μαθαίνουν να τρέφονται και κάνουν τη μετάβαση στην οικογενειακή διατροφή και τα γεύματα (Shelov, et al., 2006; Παπαβέντσης, 2010; Δημητρίου, 2012; Μιγγέιρου, 2014).

Καθώς τα παιδιά μεταβαίνουν στην οικογενειακή διατροφή, οι συστάσεις αφορούν όχι μόνο τα τρόφιμα, αλλά και το περιβάλλον κατανάλωσης (Παππά, 2006). Μια ποικιλία από υγιεινά τρόφιμα προωθούν την ποιότητα της διατροφής (Wang, et al., 2011). Τα πρότυπα κατανάλωσης των παιδιών και οι προτιμήσεις των τροφίμων καθορίζονται νωρίς στη ζωή (Αστική μη κερδοσκοπική εταιρεία Πρόληψης & Ινστιτούτο Προληπτικής, Περιβαλλοντολογικής και Εργασιακής Ιατρικής, 2014). Όταν τα παιδιά αρνούνται θρεπτικά τρόφιμα όπως φρούτα ή λαχανικά, οι ώρες φαγητού μπορεί να γίνουν αγχωτικές ή αντιφατικές, ενώ τα παιδιά μπορεί να στερηθούν τόσο τα θρεπτικά συστατικά που χρειάζονται όσο και οι υγιείς, ανταποκρινόμενες αλληλεπιδράσεις με τους φροντιστές (Ζουμπανέας, 2009; Τύμπα, κ.ά., 2008). Οι φροντιστές που είναι άπειροι ή αγχωμένοι, και αυτοί που έχουν κακές διατροφικές συνήθειες οι ίδιοι, μπορεί να χρειάζονται περισσότερη βοήθεια για να διευκολύνουν την υγιεινή, θρεπτική συμπεριφορά των γευμάτων με τα παιδιά τους (Κουρκούτα, Ράρρα & Αμπραχίμ, 2013; Μανώλη, 2016).

Κατά τη διάρκεια αυτών των πρώτων χρόνων, τα παιδιά μαθαίνουν τι, πότε και πόσο φαγητό πρέπει να καταναλώνουν και με βάση τις πολιτισμικές και οικογενειακές πεποιθήσεις, στάσεις και πρακτικές ενημερώνονται γύρω από τα τρόφιμα και το φαγητό (Schlosser, 2006). Καθ' όλη τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας, οι γονείς και οι φροντιστές παίζουν ζωτικό ρόλο στη διαμόρφωση των πρώιμων εμπειριών των παιδιών με τα τρόφιμα και το φαγητό και συνδέονται με τις μετέπειτα διατροφικές συμπεριφορές των παιδιών και τις διατροφικές τους συνήθειες (Ινστιτούτο Προληπτικής Περιβαλλοντικής και Εργασιακής Ιατρικής, 2014; Δημητρίου, 2012; Παπαβέντσης, 2010; Χατζηπαναγής, 2006; Μουλινός, 2013; Stoppard, 2005; Serreli, 2016; Ζουμπανέας & Μανωλαράκης, 2016; Ιωαννίδου, 2015; Τικταμπανίδη, 2015; Αργυρίου, 2014; Γρηγοράκης, 2013).

2.2 Ο ρόλος του περιβάλλοντος - Συνομήλικοι

Οι έρευνες σχετικά με τις συνέπειες της επιρροής από τους συνομήλικους στη διατροφή έχει πολλαπλασιαστεί κατά την τελευταία δεκαετία. Τα στοιχεία αποδεικνύουν ότι οι συμμαθητές, οι φίλοι και τα ευρύτερα κοινωνικά δίκτυα επηρεάζουν το φαγητό κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας και της εφηβείας, ωστόσο η έρευνες δεν το επαληθεύουν ακριβώς (Γκανασούλη, χ.χ.; Kastorini, et al., 2016).

Όσον αφορά το φαγητό, διαπιστώθηκε σταθερά ότι με την παρουσία άλλων, οι άνθρωποι τρώνε περισσότερο από όταν τρώνε μόνοι τους (Petralias, et al., 2016). Η κυρίαρχη εξήγηση για την κοινωνική διευκόλυνση του φαγητού είναι η υπόθεση επέκτασης του χρόνου, η οποία αναφέρει ότι η παρουσία άλλων προάγει έμμεσα την αυξημένη κατανάλωση με την παράταση της διάρκειας του γεύματος. Ωστόσο, είναι επίσης πιθανό ότι η παρουσία άλλων αυξάνει άμεσα την ποσότητα που καταναλώνεται και συνεπώς επεκτείνει έμμεσα τη διάρκεια του γεύματος (Γαλατιανού & Αλεξανδρίδη, 2008).

Αν και ο μηχανισμός που είναι υποκείμενος δεν είναι ακόμη σαφής, η κοινωνική διευκόλυνση του φαγητού έχει αποδειχθεί σε μια σειρά γευμάτων (πρωινό, μεσημεριανό, δείπνο, σνακ). Όταν οι ενήλικες τρώνε στο σπίτι ή σε ένα εστιατόριο, και εάν καταναλώνουν ή όχι αλκοόλ στο γεύμα. Παρουσιάζοντας την πανταχού παρούσα επίδραση, η κοινωνική διευκόλυνση του φαγητού έχει βρεθεί επίσης σε διάφορες κοινωνίες και σε διάφορες ερευνητικές μεθοδολογίες, όπως η προσέγγιση των ημερολογίων των τροφίμων, η άμεση παρατήρηση και οι πειραματικές μέθοδοι (Fletcher, et al., 2011).

Υπάρχουν, επίσης, αποδεικτικά στοιχεία ότι η κοινωνική διευκόλυνση λειτουργεί με βάση την ενεργειακή πρόσληψη των νέων. Για παράδειγμα, οι Lemung και Hillman (2007, στο Salvy, et al., 2012) εξέτασαν την επίδραση του μεγέθους της ομάδας στην παιδική κατανάλωση παιδιών προσχολικής ηλικίας. Παρατήρησαν τη διατροφική συμπεριφορά των παιδιών κατά

τη διάρκεια του κανονικού τους χρόνου γεύματος στην μικρή ομάδα (τρεις συμμαθητές) και στη μεγάλη ομάδα (εννέα συμμαθητές).

Διαπιστώθηκε ότι τα παιδιά άρχισαν να τρώνε πιο γρήγορα, έτρωγαν γρηγορότερα και κατανάλωναν περισσότερο φαγητό στην ευρύτερη ομάδα από ότι στη μικρότερη ομάδα. Επιπλέον, διαπιστώθηκε ότι όταν η διάρκεια του γεύματος διήρκεσε περισσότερο, τα παιδιά έτρωγαν περισσότερο στην μεγαλύτερη ομάδα αλλά όχι στη μικρότερη ομάδα. Είναι ενδιαφέρον το γεγονός ότι τα παιδιά στη μεγάλη ομάδα εμφάνισαν λιγότερη κοινωνική αλληλεπίδραση, σε σύγκριση με εκείνα της μικρότερης ομάδας, η οποία αποδόθηκε σε αυξημένη διέγερση, γεγονός που με τη σειρά της οδήγησε σε μεγαλύτερη κατανάλωση τροφίμων (Krølner, et al., 2011).

Ένα άλλο σημαντικό εύρημα στη βιβλιογραφία για τους συνομήλικους και την πρόσληψη τροφής μεταξύ των παιδιών είναι ότι οι επιπτώσεις των συνομηλίκων στην κατανάλωση φαίνονται να εξαρτώνται από την κατάσταση του βάρους, τουλάχιστον κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας και της πρώιμης εφηβείας (10-14 ετών). Για παράδειγμα, σε μία μελέτη, διαπιστώθηκε ότι τα υπέρβαρα παιδιά (ηλικίας 6-9 ετών) έτρωγαν περισσότερο από όταν παρευρίσκονταν μαζί τους τρεις άγνωστοι συνομήλικοι (Bruening, et al., 2012).

Ωστόσο, τα παιδιά με κανονικό βάρος δεν έτρωγαν διαφορετικά παρευρίσκονταν μαζί τους άγνωστοι συνομήλικοι. Αυτά τα αποτελέσματα αργότερα επαναλήφθηκαν και σε μεγαλύτερα παιδιά (10-12 ετών) (Kieffer, et al., 2011). Έτσι, φαίνεται ότι για ορισμένα παιδιά και εφήβους, όπως είναι εκείνοι που είναι υπέρβαροι, διαφορετικές διαδικασίες μπορεί να υπερσχύουν της κοινωνικής διευκόλυνσης. Για παράδειγμα, δεδομένης της έντονης συσχέτισης μεταξύ της κατάστασης του υπερβολικού βάρους και του κοινωνικού στιγματισμού, είναι πιθανό οι υπέρβαροι νέοι να έχουν ιδιαίτερα κίνητρα να κάνουν καλή θετική εντύπωση για τους άγνωστους συνομήλικους (Αστική μη κερδοσκοπική εταιρεία Πρόληψης & Ινστιτούτο Προληπτικής, Περιβαλλοντολογικής και Εργασιακής Ιατρικής, 2014).

Από την άλλη πλευρά, η έρευνα έχει επίσης δείξει ότι τα υπέρβαρα νεογνά καταναλώνουν περισσότερα τρόφιμα όταν συνδυάζονται με υπερβολικό βάρος από ότι εκείνα που δεν είναι

υπέρβαροι (Lautenschlager, et al., 2007), γεγονός που υποδηλώνει ότι αυτές οι ίδιες διαδικασίες διαχείρισης εντυπώσεων μπορεί να διευκολυνθούν όταν στην παρέα υπάρχουν υπέρβαροι. Περαιτέρω κατανόηση των συνθηκών κάτω από τις οποίες η κοινωνική διευκόλυνση συμβαίνει για τη λιγνή και υπέρβαρη νεολαία είναι κρίσιμη δεδομένου ότι οι υπέρβαροι νέοι τείνουν να είναι φίλοι μεταξύ τους.

2.3 Ο ρόλος του σχολικού περιβάλλοντος

Στο σημείο αυτό, προσπαθούμε να αναλύσουμε ότι οι υγιεινές διατροφικές συνήθειες κατά την παιδική και εφηβική ηλικία αποτελούν ακρογωνιαίο λίθο για την καλή υγεία, τη σωστή σωματική και γνωσιακή ανάπτυξη των παιδιών και των εφήβων.

Οι υπηρεσίες διατροφής στα σχολεία παρέχουν πρόσβαση σε μια ποικιλία θρεπτικών τροφών που προάγουν την υγεία των μαθητών και την ικανότητά τους να παρακολουθήσουν ακαδημαϊκά καθήκοντα. Επομένως, τα σχολεία είναι μοναδικά τοποθετημένα για να προωθήσουν συμπεριφορές υγιεινής διατροφής και στάσεις απέναντι στην τροφή ανάμεσα στη μεγάλη πλειοψηφία των παιδιών (Snyder, et al., 1999).

Τα παιδιά που αναπτύσσουν υγιεινές διατροφικές συνήθειες νωρίς στη ζωή τους είναι πιο πιθανό να τις διατηρήσουν και ως ενήλικες. Ωστόσο, αξίζει να σημειωθεί ότι η περίοδος μετάβασης από την παιδική ηλικία στην εφηβεία συχνά συνοδεύεται από ανθυγιεινές διατροφικές συνήθειες. Το σχολικό περιβάλλον αποτελεί σημαντικό παράγοντα για τη διαμόρφωση των διατροφικών συνηθειών σωματικής δραστηριότητας των παιδιών και των εφήβων. Η παιδική ηλικία είναι η καταλληλότερη τόσο για τη διαμόρφωση όσο και για την υιοθέτηση τέτοιων συνηθειών, που δύσκολα θα τροποποιηθούν τα μετέπειτα χρόνια (Αστική μη κερδοσκοπική εταιρεία Πρόληψις & Ινστιτούτο Προληπτικής, Περιβαλλοντολογικής και Εργασιακής Ιατρικής, 2014).

Παρόλο που ο ρόλος της οικογένειας σε ότι αφορά τη διατροφή και τις συνήθειες του παιδιού είναι πρωταρχικός και αδιαμφισβήτητος, το σχολείο έχει επίσης ένα σημαντικότερο έργο. Τα

παιδιά βρίσκονται στο σχολικό χώρο περίπου το $\frac{1}{4}$ της μέρας τους και αν πρόκειται για ολοήμερο σχολείο ακόμη περισσότερο. Έτσι η διατροφή τους εκείνες τις ώρες είναι σημαντική και όχι μόνο από άποψη ποιότητας, αλλά και γιατί επηρεάζει σημαντικά τις γενικότερες συνήθειές τους (WHO, 2006).

Από την άλλη, θα πρέπει να διατίθενται φρούτα, φυσικοί χυμοί, φρουτοσαλάτες, απλά αρτοσκευάσματα, όπως κουλούρι με σουσάμι, φρυγανιές, κράκερς, ή μπάρες δημητριακών. Επιτρέπεται επίσης η διάθεση τυριών και γαλακτοκομικών προϊόντων όπως γάλα ή γιαούρτι, σε ατομικές μερίδες και χωρίς προσθήκη σακχάρων. Σαν γλυκές επιλογές, μπορούν να διατίθενται: κρέμα, ρυζόγαλο, παστέλι, χαλβάς, σοκολάτα υγείας (ή αλλιώς σοκολάτα με περιεκτικότητα σε κακάο πάνω από 50%) και σάντουιτς με μέλι και ταχίνι (Kastorini, et al., 2016)).

Η εφαρμογή του συγκεκριμένου νόμου είναι αναγκαία προϋπόθεση για τη δημιουργία ενός σχολικού περιβάλλοντος που θα προάγει την υγεία. Εκτός από τη θεωρητική γνώση, η υγιεινή διατροφή στο σχολείο πρέπει να είναι υπόδειγμα και τρόπος ζωής, αλλά κυρίως πρέπει να είναι μια εύκολη και εφικτή επιλογή. Δίνοντας στα παιδιά εύκολη πρόσβαση σε πληθώρα υγιεινών επιλογών και ταυτόχρονα κρατώντας μακριά άλλες, χαμηλότερης θρεπτικής αξίας επιλογές, η υγιεινή διατροφή από θεωρία γίνεται πράξη (Γαλατιανού & Αλεξανδρίδη, 2008).

2.4 Ο ρόλος της τηλεόρασης και των ΜΜΕ

Τα παιδιά μαθαίνουν πολλά για τον κοινωνικό κόσμο τους, με την παρατήρηση των μέσων μαζικής ενημέρωσης. Κατά την παρακολούθηση της τηλεόρασης, τα παιδιά μαθαίνουν ότι τα τρόφιμα με υψηλή περιεκτικότητα σε θερμίδες, με υψηλή περιεκτικότητα σε λιπαρά και ζάχαρη, είναι εξαιρετικά ευχάριστα. Τα προϊόντα διατροφής αποτελούν την πλέον διαφημισμένη κατηγορία στα τηλεοπτικά δίκτυα που παρακολουθούν τα παιδιά περισσότερο και το 98% των διαφημιζόμενων τροφίμων είναι χαμηλής θρεπτικής αξίας (Λάις, κ.ά., 2008; Παπαθανασόπουλος, 2005; Χαιρετάκης, 2010).

Δεν αποτελεί έκπληξη το γεγονός ότι η έρευνα δείχνει μια ισχυρή συσχέτιση μεταξύ τηλεοπτικής προβολής και ανθυγιεινών διατροφικών συνηθειών μεταξύ των παιδιών. Οι αποδεδειγμένες άμεσες επιπτώσεις της τηλεοπτικής διαφήμισης τροφίμων περιλαμβάνουν μεγαλύτερη ανάκληση, προτιμήσεις και αιτήσεις προς τους γονείς για τα διαφημιζόμενα προϊόντα. Επιπλέον, η τηλεοπτική προβολή προβλέπει ανθυγιεινές προτιμήσεις τροφίμων και υψηλότερο δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ) στα παιδιά. Τα ανθυγιεινά σνακ κατά την παρακολούθηση της τηλεόρασης είναι κοινό φαινόμενο ενώ η προβολή διαφημίσεων τέτοιων τροφίμων προκαλεί μεγαλύτερη κατανάλωση σνακ (WHO, 2010)

Τα ΜΜΕ μπορούν να διαδραματίσουν ρόλο με δύο τουλάχιστον σημαντικούς τρόπους: α) μπορούν να προβάλουν το πρόβλημα της παχυσαρκίας και της διατροφής (τόσο στον ειδησεογραφικό όσο και στον ψυχαγωγικό προγραμματισμό) και να δώσουν πιθανές λύσεις και β) μέσω της διαφήμισης, μπορούν να προσπαθήσουν να πείσουν το κοινό να καταναλώσει ορισμένα τρόφιμα, συχνά εις βάρος άλλων. Μέσω αυτής της έκθεσης, τα άτομα μπορούν να αναπτύξουν στάσεις και γνώσεις σχετικά με τη διατροφή που θα μπορούσαν στη συνέχεια να χρησιμοποιηθούν όταν αποφασίζουν για το ποια τροφή είναι η καταλληλότερη προς κατανάλωση (Ζαμπέλας, 2003).

Στο πλαίσιο της υγιεινής διατροφής, εάν τα παιδιά δεν έχουν νουθετηθεί από την οικογένειά τους και δεν μπορέσουν να καταλάβουν τι είναι θρεπτικό και τι όχι, είναι πιθανότερο να

καταναλώνουν ανθυγιεινά τρόφιμα. Είναι λοιπόν σημαντικό να κατανοήσουν τον τρόπο με τον οποίο τα μέσα προβάλλουν τη διατροφή και να εξεταστούν τα μηνύματα διατροφής που βρίσκονται μέσα στα μέσα ενημέρωσης, καθώς μπορούν να αποτελέσουν σημαντική πηγή πληροφοριών (Κλειάσιος, 2009).

Επομένως, η προβολή της ευχάριστης τηλεοπτικής διαφήμισης για τα μη υγιεινά τρόφιμα είναι πιθανό να οδηγήσει σε πιο θετικές γευστικές εμπειρίες όταν καταναλώνονται αυτά τα τρόφιμα, γεγονός που θα μπορούσε, με τη σειρά του, να οδηγήσει σε μακροχρόνιες αρνητικές επιπτώσεις στην πραγματική διατροφή (Μπαθρέλλου, κ.ά., 2006).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ- ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

Για το βρέφος και το μικρό παιδί, η διατροφή είναι συνώνυμη με την ανατροφή. Συμβολικά, και με γνώμονα τον πραγματικά διατιθέμενο χρόνο και τη σπουδαιότητα για τη φυσιολογική ανάπτυξη και εξέλιξη, η διατροφή κατά τα πρώτα χρόνια της ζωής του παιδιού είναι πρωταρχικής σημασίας. Τα προβλήματα της διατροφής αφορούν την βρεφονηπιοκόμο, γιατί μπορούν να επηρεάσουν αρνητικά την πρόσληψη τροφής, άρα και την ανάπτυξη του παιδιού. Όμως, αν κανείς αναλύσει το θέμα σε βάθος, βλέπει ότι τα προβλήματα διατροφής εκφράζουν μια διαταραχή σχέσεων μεταξύ γονέων και παιδιού που θα μπορούσε να παρεμβληθεί στη θετική ψυχοκοινωνική ανάπτυξή του (Γρηγοράκης, 2013; ΙΠΠΕΙ, 2014; Καζαμίας, 2010).

Οι αλληλεπιδράσεις που συμμετέχουν στη φυσιολογική διατροφή ωθούν το βρέφος, από μια κατάσταση απομονώσεως και αυτοεξαιρέσεως, στην ενεργό σχέση του με τους άλλους ανθρώπους και το περιβάλλον του. Κατά τον πρώτο χρόνο της ζωής, η υψηλής ποιότητας διατροφή επιδρά θετικά στην μελλοντική γνωστική ικανότητα και γλωσσική επάρκεια του παιδιού και την ασφαλέστερη προσαρμογή του στις κύριες πηγές παροχής φροντίδων. Η κακή διατροφή εκφράζει και επηρεάζει την ποιότητα των εν λόγω αλληλεπιδράσεων. Τα προβλήματα διατροφής έχουν ποικιλοτρόπως ταξινομηθεί, ανάλογα με το αν το παιδί είναι φυσιολογικό και τελειόμηνο ή είχε προβλήματα κατά την εγκυμοσύνη ή παρουσιάζει οργανικές βλάβες (Palmer, 2006; Πιπεράκης, 2002).

Εκτιμάται ότι μια αναλογία 1% έως 2% των βρεφών και των παιδιών έχουν σοβαρά και επίμονα προβλήματα διατροφής που έχουν επίπτωση στην ανάπτυξη, ενώ στο 25% έως 35% τα προβλήματα αφορούν κατά κύριο λόγο την άρνηση ή την υπερβολική λήψη τροφής (Brown, 2016). Τα παιδιά μπορεί να μην αναπτύσσονται κανονικά χωρίς όμως να υπάρχει κάποια οργανική αιτία, αλλά αυτή η διαταραχή στην ανάπτυξη να οφείλεται σε αντιδραστική ή αναπτυξιακή παχυσαρκία, σε κολικούς, σε πειστική ή σε πολύ ανακατεμένη διατροφή. Ακόμη σε φαγητό που δεν τους αρέσει, σε αρνητισμό ή σε αδυναμία λήψεως τροφής, σε δυσάρεστη συμπεριφορά κατά τη διάρκεια του φαγητού, σε αδυναμία μεταβάσεως σε πλέον

ώριμους τρόπους διατροφής και σε ψυχοσωματικές καταστάσεις όπως κυκλικούς εμέτους, διάρροια και μηρυκασμό (αναμάσηση) (Dare, O'Donovan, 2000; ΙΠΠΕΙ, 2014).

Τα προβλήματα διατροφής κατά τα πρώτα χρόνια της ζωής μπορούν να καταστούν επίμονα και να γενικευθούν προς άλλες κατευθύνσεις (Μουλινός, 2013). Έχει διαπιστωθεί ότι οι μητέρες των οποίων οι αλληλεπιδράσεις της διατροφής ήταν λιγότερο εξαρτημένες, π.χ. ανταποκρίνονταν σε μικρότερο βαθμό στα μηνύματα του παιδιού, είχαν βρέφη που ήταν σε μικρότερο βαθμό καλά προσαρμοσμένα στη μετέπειτα ζωή τους. Η επιμονή των προβλημάτων της διατροφής κατά τα πρώτα χρόνια αποτελεί διαπίστωση και άλλων ερευνητών (Palmer, 2006).

Οι αλληλεπιδράσεις διατροφής κατά τους πρώτους μήνες της ζωής, φαίνονται μετά το πρώτο έτος, με τις αντιδράσεις στο παιχνίδι. Σημαντικά υψηλότερη συχνότητα λοιμώξεων και προβλημάτων συμπεριφοράς διαπιστώνεται μεταξύ των παιδιών ηλικίας 2 ετών που είχαν εκδηλώσει προβλήματα διατροφής πρόωρα. Είναι γνωστό το σύνδρομο της άρνησης λήψης τροφής που παρατηρείται τον 2^ο και 3^ο χρόνο της ζωής και χρειάζεται σταθερή αντιμετώπιση αλλά με ήπια πίεση: να μην τρώει ενδιάμεσα γεύματα και να μην κάθεται το παιδί ατέλειωτη ώρα στο τραπέζι, αν δεν θέλει να φάει. Τις διαιτητικές προτιμήσεις των παιδιών σε κάθε ηλικία πρέπει να λαμβάνουν υπόψη οι γονείς, οι οποίοι συνεργαζόμενοι με τον παιδίατρο θα διαμορφώσουν ένα σωστό διαιτολόγιο για το παιδί και για την οικογένεια (Ζαμπέλας, 2003; Παλλίδης, 2009).

Τα παιδιά ηλικίας 2 έως 7 ετών με δυσκολίες ως προς τη διατροφή, φοβούνται ευκολότερα και είναι περισσότερο επιθετικά, ενώ εμφανίζουν περισσότερα προβλήματα σχετικά με την αφοδευση. Στις σοβαρότερες περιπτώσεις, τα παιδιά εμφανίζουν και ανωμαλίες ως προς την διατροφή. Τα μαλώματα γύρω από την διατροφή επιδρούν στην ικανότητα του παιδιού να καταναλώνει ποικιλία τροφών, να ρυθμίζει το σωματικό του βάρος και να αναπτύσσεται κανονικά. Όταν οι γονείς προσφέρουν στα βρέφη στερεές τροφές σε πολύ μικρή ηλικία, δηλ. πριν το παιδί δείξει σημεία ωριμότητας γι' αυτό, τότε κατά την διάρκεια του φαγητού το παιδί και οι γονείς μαλώνουν, με αποτέλεσμα το παιδί να μη θέλει να φάει τις στερεές τροφές (ΙΠΠΕΙ, 2014; Χειλέτη, χ.χ.).

Τα νήπια φυσιολογικά αποφεύγουν (φοβούνται) τις νέες τροφές (νεοφοβία) αλλά δέχονται τις περισσότερες απ' αυτές μετά από επανειλημμένες προσφορές αλλά με ουδέτερη στάση των γονέων όσον αφορά την λήψη ή όχι της νέας τροφής (Μαντζώρου, 2017). Τα νήπια και τα παιδιά της προσχολικής ηλικίας δεν δέχονται καινούργιες τροφές όταν πιέζονται ή όταν κατά κάποιο τρόπο επιβραβεύονται για να τις φάνε. Οι καινούργιες τροφές όμως γίνονται αποδεκτές όταν κατά τη διάρκεια του φαγητού υπάρχει υποστήριξη του άμεσου οικογενειακού περιβάλλοντος. Τα παιδιά δεν τρώνε καλά όταν οι γονείς είναι νευρικοί και δεσποτικοί κατά την διάρκεια του φαγητού, ενώ άριστες συνθήκες φαγητού θεωρούνται όταν οι γονείς προσπαθούν να ηρεμήσουν το βρέφος και τη σίτισή του όσο γίνεται με ήπιο και συνεχή τρόπο (Μηνούδης, 2012).

Έχει παρατηρηθεί ότι όταν οι γονείς διακόπτουν το φαγητό κατά διαστήματα και πριν ελέγξουν αν το παιδί έχει χορτάσει, τότε αυτό παρουσιάζει βραδεία ανάπτυξη, ενώ όταν οι γονείς το ταΐζουν με τρόπο αυθαίρετο ή απόλυτο, τότε το παιδί γίνεται είτε πολύ λεπτό είτε παχύσαρκο. Η διατροφή είναι μια αμοιβαία διαδικασία που εξαρτάται από τις ικανότητες και τα χαρακτηριστικά των γονέων και του παιδιού. Για την καλύτερη συνεργασία μεταξύ γονέων και παιδιού οι γονείς πρέπει να είναι συναισθηματικά υγιείς, ευαίσθητοι και εκδηλωτικοί. Το παιδί πρέπει να μπορεί να ελέγχει τους μηχανισμούς της διατροφής και να έχει επιτύχει ένα ελάχιστο επίπεδο σταθερότητας και επικοινωνίας, δηλ. το παιδί να είναι ήρεμο και να μπορεί να συνεννοείται για τις διάφορες τροφές (Hendricks, et al, 2003).

Για να επιλυθούν τα περισσότερα προβλήματα που έχουν σχέση με τη σίτιση πρέπει να διευκρινισθεί ότι τα βρέφη διαθέτουν σημαντική ικανότητα ρυθμίσεως της τροφής και της διατροφής τους. Θηλάζουν και προσλαμβάνουν τροφή ενστικτωδώς. Μπορούν να ρυθμίζουν την πρόσληψη τροφής και να αναπτύσσονται κατά τέτοιο τρόπο ώστε να αντισταθούν την γενετική τους παρακαταθήκη. Η μετάβαση από το θηλασμό, στην πρόσληψη ημιστερεών τροφών και ο έλεγχος των προοδευτικά αυξανόμενων δύσκολων τροφών και κανόνων φαγητού, καθοδηγούνται από τις εσωτερικές διαδικασίες αναπτύξεως (Biesalski, Konrad, 2008; Palmer, 2006).

Προκειμένου να αναδιοργανωθεί η ικανότητα του παιδιού όσον αφορά στην αποδοχή και στη ρύθμιση τροφής απαιτείται παρέμβαση σημαντικού βαθμού. Για να εκδηλώσουν την ικανότητά τους για διατροφή (όπως και για ν' αναπτυχθούν σε άλλους τομείς), τα παιδιά έχουν ανάγκη από την υποστήριξη των γονέων τους. Η αποτελεσματική διατροφή απαιτεί μια συντονισμένη σχέση μεταξύ γονέων και παιδιού στην οποία υπάρχει αλληλεξάρτηση στη συμπεριφορά των γονέων και του παιδιού (Grant, 2004).

3.1. Τα αίτια της παχυσαρκίας

Η εκτίμηση της παχυσαρκίας γίνεται με τις γνωστές παραμέτρους σχέσης βάρους προς ύψος σώματος, δείκτη μάζας σώματος (σχέση βάρους σώματος προς το τετράγωνο του ύψους) και το πάχος της δερματικής πτυχής. Η βασική αιτία της παχυσαρκίας είναι η διαταραχή του ισοζυγίου της ενέργειας, με αποτέλεσμα το πλεόνασμα της προσλαμβανόμενης ενέργειας της τροφής να αποθηκεύεται ως λίπος (Κυριακούλα, Κουρέα-Κρεμαστινού, 2008). Η αύξηση του λιπώδους ιστού κατά την παιδική ηλικία είναι αποτέλεσμα αύξησης όχι μόνο του μεγέθους (υπερτροφική, παχυσαρκία τύπου ενηλίκων), αλλά και του αριθμού των λιποκυττάρων (υπερπλαστική παχυσαρκία) (ΙΠΠΕΙ, 2014; Palmer, 2006).

Υποστηρίζεται ότι το 50% περίπου των λιποκυττάρων δημιουργούνται κατά το τελευταίο τρίμηνο της κύησης και τον 2^ο χρόνο της ζωής και ολοκληρώνονται κατά την εφηβεία (Καραμάνος, 2004). Τέλος, υπάρχει και η άποψη ότι η υπερπροσφορά τροφής από την νεογνική περίοδο και κυρίως με την τεχνητή διατροφή με γάλα αγελάδας έχει σαν αποτέλεσμα την υπερέκκριση ινσουλίνης που προκαλεί λαιμαργία κι έτσι ο φαύλος κύκλος ολοκληρώνεται. Υπάρχουν και γενετικά αίτια και έχει διαπιστωθεί ότι όταν οι δυο γονείς είναι παχύσαρκοι, οι πιθανότητες για παχυσαρκία στο παιδί είναι 60-80%, ενώ όταν ο ένας γονέας είναι παχύσαρκος οι πιθανότητες για το παιδί πέφτουν στο 40% (Kiess, et al., 2008; Λάσπος, χ.χ.; Poviš, Alleman, 2003).

Από περιβαλλοντικά αίτια, τα σπουδαιότερα είναι η υπερπροσφορά τροφής, η εγκατάλειψη του μητρικού θηλασμού, η πρόωρη εισαγωγή στερεών τροφών, ο εμπλουτισμός των τροφών με ζάχαρη, η ελαττωμένη κινητικότητα και άθληση και τέλος το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο. Τα μέτρα για την πρόληψη της παχυσαρκίας πρέπει να έχουν για στόχο την τροποποίηση των διατροφικών συνηθειών και την προτροπή για άσκηση και άθληση με την σωστή ενημέρωση των γονέων (ΙΠΠΕΙ, 2014; Καραμάνος, 2004; Κατσιλάμπρος, Λιάτης, 2004; Palmer, 2006; Πιπεράκης, 2002).

Η μέριμνα για την σωστή διατροφή πρέπει να αρχίζει από την περίοδο της εγκυμοσύνης, ώστε να αποφευχθεί η δημιουργία αυξημένου αριθμού λιποκυττάρων στο έμβρυο κατά το τελευταίο τρίμηνο της κύησης. Στη συνέχεια να ενθαρρύνεται ο μητρικός θηλασμός, και αν αυτός είναι ανέφικτος, να χορηγείται τροποποιημένο γάλα αγελάδας. Να ελέγχεται η σωστή αραίωση του γάλακτος και να μην προστίθεται ζάχαρη (Dare, O' Donovan, 2000). Η εισαγωγή στερεών τροφών να γίνεται μετά τον 6^ο μήνα και στη συνέχεια να αποφεύγεται η προσθήκη ζάχαρης και αλατιού στις τροφές. Οι ημερήσιες ανάγκες σε θερμίδες ανάλογα με την ηλικία είναι: α. έως 6 μηνών 110 - 120 cal/kg και β. από 6 μηνών έως 5 χρονών 100 cal/kg (Hendricks, 2003; Palmer, 2006).

Η κατανομή των θερμίδων θα πρέπει να περιλαμβάνει υδατάνθρακες κατά 45-55% λίπη 30% και τέλος πρωτεΐνες 15-20%. Η γνώση και η κατανόηση του προβλήματος αποτελούν τις απαραίτητες προϋποθέσεις για την πρόληψη της παχυσαρκίας μέσω κυρίως της αλλαγής των διατροφικών συνηθειών και της φυσικής δραστηριότητας του παιδιού (ΙΠΠΕΙ, 2014).

3.2 Μαρασμός

Ο «μαρασμός», είναι μια μορφή σοβαρού υποσιτισμού που χαρακτηρίζεται από γενικευμένη εξάντληση και απουσία υποδορίου λίπους, που προκαλείται από υποθρεψία. Ένα παιδί με μαρασμό φαίνεται αδύνατο (Appleton et al., 2012). Το σωματικό βάρος μειώνεται σε λιγότερο από το 60% του κανονικού (αναμενόμενου) σωματικού βάρους της ηλικίας. Η κατάσταση

προκύπτει δευτεροπαθώς από την έλλειψη θερμίδων σε οξείες νόσους, ειδ. σε διαρροϊκές νόσους της νεογνικής ηλικίας, σε ανεπαρκή σύνθεση θρεπτικών συστατικών, σε ανεπαρκή λήψη τροφής, δυσαπορρόφηση, παιδική κακοποίηση, σύνδρομο ανεπαρκούς ανάπτυξης, ανεπάρκεια βιταμίνης D ή σκορβούτο (Brown, 2016; Iatronet, 2017; MedReha, n.d.).

Η κατάσταση του μαρασμού αυξάνεται πριν από τον πρώτο χρόνο ενώ το σύνδρομο Kwashiorkor αυξάνεται μετά από 18 μήνες. Παρόλο ότι μοιάζουν μεταξύ τους αρκετά, διακρίνεται από το Kwashiorkor στο ότι αυτό είναι μια μορφή σοβαρού υποσιτισμού πρωτεϊνών και χαρακτηρίζεται από οίδημα, ευερεθιστότητα, ανορεξία, δερματοπάθειες, και ηπατομεγαλία με λιπαρές διηθήσεις ενώ ο μαρασμός είναι ανεπαρκής πρόσληψη ενέργειας σε όλες τις μορφές, συμπεριλαμβανομένων και των πρωτεϊνών (Hendricks, et al., 2003; Iatronet, 2017; Mahan, Raymond, 2017).

3.3 Βουλιμία

Η βουλιμία είναι μια διαταραχή της διατροφής στην οποία το άτομο εμπλέκεται σε ανεξέλεγκτα επεισόδια υπερκατανάλωσης, συνήθως ακολουθούμενα από εσκεμμένο έμετο (μερικές φορές καλείται καθαρισμός), κακή χρήση καθαρτικών, κλύσματα, νηστεία ή υπερβολική άσκηση για τον έλεγχο του βάρους. Η βουλιμία, σε αυτή την περίπτωση, ορίζεται ως η κατανάλωση πολύ μεγαλύτερης ποσότητας τροφής από ότι κανονικά καταναλώνεται μέσα σε σύντομο χρονικό διάστημα (συνήθως λιγότερο από δύο ώρες). Λόγω της ντροπής, της ενοχής και της αηδίας που συχνά αισθάνεται κάποιος με βουλιμία, οι συμπεριφορές εξαγνισμού και καθαρισμού συχνά γίνονται κρυφά και οι ενδείξεις αυτών των συμπεριφορών μπορεί να κρύβονται για μήνες (Γκατζέλια, 2017).

Η βουλιμία δεν έχει συγκεκριμένη αιτία. Αντίθετα, διάφοροι παράγοντες καταλήγουν να κάνουν ένα άτομο ευάλωτο στην ανάπτυξη και τη διατήρηση αυτής της διατροφικής διαταραχής. Οι κοινωνικές στάσεις απέναντι στην εμφάνιση του σώματος, οι οικογενειακές επιρροές, η γενετική, οι προηγούμενες τραυματικές εμπειρίες και οι νευροχημικοί και αναπτυξιακοί παράγοντες μπορούν να συμβάλλουν στην ανάπτυξη και τη διατήρηση της

βουλιμίας. Επιπλέον, πρόσφατες έρευνες δείχνουν ότι ορισμένες περιοχές του εγκεφάλου λειτουργούν διαφορετικά με μια διαταραχή διατροφής. Ένα προσωπικό ή οικογενειακό ιστορικό κατάχρησης ουσιών, άγχους, κατάθλιψης ή αυτοκτονίας είναι κοινό φαινόμενο. Είναι πλέον σαφές ότι οι γονείς δεν προκαλούν διατροφικές διαταραχές, αλλά η οικογενειακή υποστήριξη είναι απαραίτητη για την αποκατάσταση (Γκατζέλια, 2017).

Χαρακτηριστικά της διαταραχής περιλαμβάνουν επεισόδια υπερφαγίας όπου ο ασθενής δεν μπορεί να ελέγξει τον εαυτό του στην κατανάλωση τροφής. Η βουλιμία δεν επηρεάζει μόνο τα άτομα που έχουν τη διάγνωση, αλλά και την οικογένειά τους, τους φίλους και τους αγαπημένους τους. Η πλειοψηφία των ατόμων που έχουν διαγνωστεί με βουλιμία είναι γυναίκες, έφηβοι και φυσιολογικού ή υψηλού βάρους. Υπολογίζεται ότι το 1% έως 4% των γυναικών εφήβων και νεαρών ενηλίκων στις Ηνωμένες Πολιτείες έχουν νευρική βουλιμία. Ωστόσο, η βουλιμία είναι γνωστό ότι επηρεάζει και τα δύο φύλα και καλύπτει όλες τις ηλικίες, τις κοινωνικοοικονομικές, τις εθνοτικές και τις φυλετικές ομάδες (Brown, 2016; Palmer, 2017).

Το τυπικό προφίλ ενός ατόμου με βουλιμία είναι ένας έφηβος που είναι παρορμητικός, τελειομανής, εσωστρεφής και ανθεκτικός στις αλλαγές και την αυτοκριτική. Κοινό φαινόμενο είναι η χαμηλή αυτοεκτίμηση που βασίζεται στην παραμόρφωση της εικόνας του σώματος. Ωστόσο, ανεξάρτητα από την ηλικία, το φύλο ή άλλα χαρακτηριστικά του ατόμου, η κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων τροφής και στη συνέχεια η «διόρθωση» της κατάστασης για την αποφυγή του κέρδους βάρους, αρχικά μειώνει το άγχος και την αρνητική διάθεση και δίνουν στο άτομο μια αίσθηση ελέγχου σε αυτήν τουλάχιστον την πτυχή της ζωής του. Με την πάροδο του χρόνου, αυτές οι συνήθειες προκαλούν τα δικά τους προβλήματα που μπορεί να αυξήσουν το άγχος, το στρες και την αρνητική διάθεση - ειδικά την κατάθλιψη, την ντροπή και την ενοχή (Μπούλια, 2014).

Υπάρχουν δύο υποομάδες συμπεριφοράς που αποσκοπούν στην αντιστάθμιση των μεγάλων θερμιδικών προσλήψεων, συμπεριλαμβανομένων των ακόλουθων:

Τύπος καθαρισμού: περιλαμβάνει τακτικά εμετό ή κατάχρηση καθαρτικών, διουρητικών ή κλύσματος για να αποτρέψει την αύξηση του σωματικού βάρους μετά την κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων τροφής.

Τύπος μη καθαρισμού: χρησιμοποιεί άλλες συμπεριφορές, όπως η νηστεία ή η υπερβολική άσκηση, αντί να ασχολείται τακτικά με τις συμπεριφορές καθαρισμού μετά από εκσπλαχνισμό για να αποτρέψει την αύξηση του σωματικού βάρους (Γκατζέλια, 2017).

3.4 Ανορεξία στην παιδική ηλικία

Οι διατροφικές διαταραχές στα παιδιά και τους εφήβους μπορούν να οδηγήσουν σε μια σειρά από σοβαρά σωματικά προβλήματα, ακόμη και θάνατο. Εάν οι γονείς παρατηρήσουν ύποπτα σημάδια στη διατροφική συμπεριφορά των παιδιών πρέπει να επικοινωνήσουν με το γιατρό του παιδιού. Οι διατροφικές διαταραχές δεν ξεπερνιούνται μέσω της τεράστιας θέλησης. Το παιδί θα χρειαστεί θεραπεία για να αποκαταστήσει το κανονικό βάρος και τις διατροφικές συνήθειες. Η θεραπεία αντιμετωπίζει επίσης τα υποκείμενα ψυχολογικά ζητήματα. Και φυσικά, τα καλύτερα αποτελέσματα εμφανίζονται όταν οι διατροφικές διαταραχές αντιμετωπίζονται στα πρώτα στάδια (Λαζαράτου, 2008).

Η ανορεξία, είναι μια κατάσταση στην οποία το παιδί αρνείται να τρώει επαρκείς θερμίδες εξαιτίας ενός έντονου και παράλογου φόβου να γίνει παχύ. Τα παιδιά και οι έφηβοι με ανορεξία έχουν μια διαστρεβλωμένη εικόνα του σώματος. Τα άτομα με ανορεξία βλέπουν τους εαυτούς τους ως βαριά, ακόμη και όταν είναι επικίνδυνα αδύνατα. Έχουν εμμονή με το να είναι λεπτά και αρνούνται να διατηρήσουν ακόμη και ένα ελαφρώς κανονικό βάρος (Λαζαράτου, 2008).

Σύμφωνα με το Εθνικό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας, περίπου ένα στα 25 κορίτσια και γυναίκες θα έχουν ανορεξία στη διάρκεια της ζωής τους. Τα περισσότερα άτομα αρνούνται πως πάσχουν από μια διατροφική διαταραχή.

Τα συμπτώματα της ανορεξίας περιλαμβάνουν άγχος, κατάθλιψη, δίαιτα ακόμα και όταν κάποιος είναι λεπτός ή αδύνατος, υπερβολική ή καταναγκαστική άσκηση, έντονος φόβος να γίνει λίπος, ακόμα κι αν κάποιος είναι λιποβαρής, εμμηνόρροια που διακόπτεται ή εμφανίζεται σπάνια, γρήγορη απώλεια βάρους, την οποία το άτομο μπορεί 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 (Καζαμιάς, 2003; Infokids, n.d. & Λαζαράτου, 2008).

Η ανορεξία μπορεί να οδηγήσει σε αρκετά σοβαρά προβλήματα υγείας. Τα προβλήματα αυτά περιλαμβάνουν βλάβη στα κύρια όργανα, ειδικά στον εγκέφαλο, την καρδιά και τα νεφρά, ακανόνιστο καρδιακό παλμό, μείωση της πίεσης του αίματος, των παλμών, τη θερμοκρασία του σώματος και τα ποσοστά αναπνοής, ευαισθησία στο κρύο, αραίωση των οστών. Η ανορεξία είναι θανατηφόρα σε περίπου μία στις 10 περιπτώσεις. Οι συχνότερες αιτίες θανάτου περιλαμβάνουν καρδιακή ανακοπή, ανισορροπία ηλεκτρολυτών και αυτοκτονία (Χαράτση-Γιωτάκη, 2008).

Τέλος, όσον αφορά τη θεραπεία, ο πρώτος της στόχος είναι να επαναφέρει το νεαρό άτομο στο κανονικό βάρος και στις σωστές διατροφικές συνήθειες. Η νοσηλεία, μερικές φορές για εβδομάδες, μπορεί να είναι απαραίτητη. Σε περιπτώσεις ακραίου ή απειλητικού για τη ζωή υποσιτισμού, μπορεί να χρειαστεί να χορηγηθεί σωλήνας ή ενδοφλέβια χορήγηση. Η μακροχρόνια θεραπεία αντιμετωπίζει τα ψυχολογικά ζητήματα. Οι θεραπείες περιλαμβάνουν αντικαταθλιπτικά φάρμακα, συμπεριφορική θεραπεία, ψυχοθεραπεία και ομάδες υποστήριξης (Dare, O'Donovan, 2000).

3.5 Υποσιτισμός

Ο υποσιτισμός είναι μια κατάσταση που προκύπτει από την κατανάλωση μιας διατροφής στην οποία τα θρεπτικά συστατικά είτε δεν επαρκούν είτε είναι πάρα πολλά ώστε η διατροφή να προκαλεί προβλήματα υγείας. Μπορεί να περιλαμβάνει θερμίδες, πρωτεΐνες, υδατάνθρακες, βιταμίνες ή μέταλλα. Δεν υπάρχουν αρκετά θρεπτικά συστατικά που ονομάζονται υποσιτισμός, ενώ τα πάρα πολλά ονομάζονται υπερσιτισμός. Ο υποσιτισμός αναφέρεται όταν ένα άτομο δεν λαμβάνει αρκετές θερμίδες, πρωτεΐνες ή μικροθρεπτικά συστατικά (Κυριακούλα, Κουρέα-Κρεμαστινού, 2008; Lissauer, Clayden, 2008).

Εάν υπάρχει υποσιτισμός κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ή πριν από την ηλικία των δύο ετών, μπορεί να οδηγήσει σε μόνιμα προβλήματα σωματικής και ψυχικής ανάπτυξης. Στον ακραίο υποσιτισμό, γνωστό ως πείνα, μπορεί να υπάρχουν συμπτώματα που περιλαμβάνουν: κοντό ανάστημα, λεπτό σώμα, πολύ χαμηλά επίπεδα ενέργειας και πρησμένα πόδια και κοιλιακή χώρα. Οι άνθρωποι επίσης συχνά λαμβάνουν λοιμώξεις και είναι συχνά κρύοι. Τα συμπτώματα των ανεπαρειών των μικροθρεπτικών συστατικών εξαρτώνται από την έλλειψη αυτών (Μαλλιαρού, 1985).

Οι κλινικές εκδηλώσεις του υποσιτισμού εξαρτώνται από τη βαρύτητα και τη διάρκειά του και περιλαμβάνουν, δυσκοιλιότητα, αϋπνία, ευερεθιστότητα και έντονο κλάμα καθώς και μικρή αύξηση ή απώλεια βάρους. Στη μικρή αύξηση ή στην απώλεια βάρους το δέρμα γίνεται ξερό και ρυτιδωμένο, ο υποδόριος ιστός εξαφανίζεται και η όψη του βρέφους μοιάζει με εκείνη του γερασμένου ανθρώπου. Η ανεπαρκής πρόσληψη βιταμινών Α, Β, C και D καθώς και του σιδήρου και πρωτεϊνών, είναι υπεύθυνη γι' αυτήν την κλινική εικόνα (Μπαζαίος, 2010; Parker, 2006).

Η Θεραπεία συνίσταται στην αυξημένη πρόσληψη υγρών και θερμίδων, στην χορήγηση βιταμινών και μεταλλικών στοιχείων και στην καθοδήγηση της μητέρας στο σωστό τρόπο διατροφής. Εάν συνυπάρχει συστηματική νόσος ή ψυχολογικό πρόβλημα, η θεραπεία τους πρέπει να ανατεθεί στους ειδικούς (Κυριακούλα, Κουρέα-Κρεμαστινού, 2008; Lissauer, Clayden, 2008).

3.6 Υπερσιτισμός

Αυτός μπορεί να είναι ποσοτικός ή ποιοτικός. Τα συχνότερα συμπτώματα είναι αναγωγή και έμετος. Χαρακτηριστική είναι η μεγάλη αύξηση του βάρους ανερχόμενη σε 300g την εβδομάδα ή και περισσότερα (Ζαμπέλας, 2003). Διατροφή πλούσια σε λίπη καθυστερεί την κένωση του στομάχου, προκαλεί διάτασή του, δυσφορία και υπερβολική αύξηση του βάρους. Διατροφή με υπερβολική ποσότητα υδατανθράκων προκαλεί αυξημένη ζύμωσή τους στο έντερο με συνέπεια τον τυμπανισμό, την δημιουργία αερίων και την ταχεία αύξηση του βάρους (Townsend, 2003).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ- ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Υπάρχουν όλο και περισσότερες ενδείξεις ότι οι ευαισθησίες των τροφίμων είναι πιο συχνές και έχουν ευρύτερο και πιο ποικίλο αντίκτυπο στην υγεία μας από ότι προηγουμένως. Αν και συχνά συγχέονται με τροφικές αλλεργίες, οι ευαισθησίες τροφίμων περιλαμβάνουν και τροφικές δυσανεξίες οι οποίες, σε αντίθεση με τις αλλεργίες, είναι τοξικές αντιδράσεις σε τρόφιμα που δεν εμπλέκουν το ανοσοποιητικό σύστημα και συχνά είναι πιο δύσκολες στη διάγνωση. Πολλά από τα συμπτώματα ευαισθησίας στα τρόφιμα, όπως ο έμετος, η διάρροια, το αίμα στα κόπρανα, το έκζεμα, η κνίδωση, τα δερματικά εξανθήματα, ο συριγμός και η ρινική καταρροή, σχετίζονται με αλλεργική αντίδραση σε συγκεκριμένα τρόφιμα (Κυρανάς, 2016).

Ωστόσο, οι ευαισθησίες τροφίμων μπορούν επίσης να προκαλέσουν κόπωση, αέρια, φούσκωμα, μεταβολές της διάθεσης, νευρικότητα, ημικρανίες και διατροφικές διαταραχές. Αυτά τα συμπτώματα, τα οποία συνηθέστερα σχετίζονται με τη διατροφική δυσανεξία, συνδέονται λιγότερο συχνά με την κατανάλωση τροφίμων. Η κλινική έρευνα συγκεντρώνει στοιχεία που αποδεικνύουν ότι η ευαισθησία στα τρόφιμα μπορεί επίσης να αυξήσει τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων της ρευματοειδούς αρθρίτιδας, του άσθματος και άλλων ασθενειών που κανονικά δεν θεωρούνται σχετιζόμενες με τα τρόφιμα.

Οι ευαισθησίες στην τροφή περιλαμβάνουν πολλούς διαφορετικούς τύπους ευαισθησίας στα τρόφιμα που μπορεί να προκύψουν για πολλούς και διάφορους λόγους, καθιστώντας τες ένα πολύπλοκο, πολλές φορές συγκεχυμένο και όχι εύκολα καθορισμένο τομέα μελέτης. Η διάγνωση μπορεί επίσης να είναι δύσκολη, διότι τα συμπτώματα μπορεί να καθυστερήσουν έως και δύο ημέρες μετά την κατανάλωση ενός τροφίμου. Γενικά, οι ευαισθησίες των τροφίμων είναι αποτέλεσμα τοξικών αντιδράσεων στα τρόφιμα (Κυρανάς, 2016).

4.1 Δυσανεξίες

Η διατροφική δυσανεξία είναι μια επιβλαβής αντίδραση, συχνά καθυστερημένη, σε ένα τρόφιμο, ποτό, πρόσθετο τροφίμων ή ένωση που βρίσκεται στα τρόφιμα και παράγει συμπτώματα σε ένα ή περισσότερα όργανα και συστήματα του σώματος, αλλά γενικά αναφέρεται σε αντιδράσεις άλλες από την τροφική αλλεργία. Η υπερευαισθησία στα τρόφιμα χρησιμοποιείται για την ευρεία αναφορά τόσο στις τροφικές δυσανεξίες όσο και στις τροφικές αλλεργίες (Gruner & Metz, 2002).

Οι τροφικές δυσανεξίες μπορούν να ταξινομηθούν σύμφωνα με τον μηχανισμό τους. Μπορεί να οφείλονται στην απουσία συγκεκριμένων χημικών ουσιών ή ενζύμων που χρειάζονται για την πέψη μιας τροφής, όπως και στην κληρονομική δυσανεξία στη φρουκτόζη. Μπορεί να είναι αποτέλεσμα μιας ανωμαλίας στην ικανότητα του σώματος να απορροφά θρεπτικά συστατικά, όπως συμβαίνει στη δυσαπορρόφηση της φρουκτόζης. Οι αντιδράσεις δυσανεξίας σε τρόφιμα μπορούν να εμφανιστούν σε χημικά που απαντώνται στη φύση στα τρόφιμα, όπως στην ευαισθησία σε σαλικυλικό οξύ. Τα φάρμακα που προέρχονται από φυτά, όπως η ασπιρίνη, μπορούν επίσης να προκαλέσουν τέτοιου είδους αντιδράσεις (Gruner & Metz, 2002).

Οι αλλαγές στο σύγχρονο τρόπο ζωής έχουν αλλάξει και τις συνήθειες διατροφής σημαντικά. Οι αλλαγές αυτές είχαν σαν αποτέλεσμα την αλλαγή των φυσικών τροφών με πρόσθετες χημικές ουσίες και νέες τεχνολογίες επεξεργασίας και συντήρησης τροφίμων και ποτών. Ο συνδυασμός όλων αυτών καθώς επίσης η συνεχής μόλυνση περιβάλλοντος και υπόγειων υδάτων, η υπερβολική χρήση φυτοφαρμάκων, λιπασμάτων, εντομοκτόνων, αντιβιοτικών, ορμονών κλπ., και οι ελλείψεις διαφόρων ενζύμων, προκαλούν υπερφόρτιση του οργανισμού μας και επιδεινώνουν την προσπάθεια του να απορροφήσει και να αφομοιώσει τα συγκεκριμένα τρόφιμα, με αποτέλεσμα να αντιδρά σε αυτά, να μην τα «ανέχεται» προκαλώντας έτσι την τροφική δυσανεξία (Βάσσος, 2004; Γαϊτής, 2010; Κυρανάς, 2016).

Οι πιο συχνές δυσανεξίες είναι η δυσανεξία στη λακτόζη και αυτή στη γλουτένη. Η δυσανεξία στη λακτόζη είναι ένα συνηθισμένο πρόβλημα που παρουσιάζουν τα παιδιά στις μεσογειακές

χώρες, το οποίο μπορεί να επηρεάσει την απορρόφηση του ασβεστίου από το μητρικό και το αγελαδινό γάλα, με αρνητικές επιπτώσεις στην ανάπτυξη του παιδιού. Η δυσανεξία στη λακτόζη είναι η αδυναμία του οργανισμού να διασπάσει πλήρως τη λακτόζη, τον κύριο υδατάνθρακα που βρίσκεται στο γάλα. Μετά την κατανάλωση γάλακτος ή γαλακτοκομικών προϊόντων, ο οργανισμός μπαίνει στη διαδικασία διάσπασης της λακτόζης σε γλυκόζη και γαλακτόζη μέσω ενός ενζύμου, της λακτάσης (Παπανικολάου, 2002).

Στα βρέφη τα συμπτώματα εμφανίζονται μετά την εισαγωγή τροφών με γλουτένη στη διατροφή τους, όπως είναι η φαρίν λακτέ, το σιτάλευρο, τα ζυμαρικά, και η μπισκοτόκρεμα. Οι πρώτες ενοχλήσεις που οδηγούν συνήθως στο γιατρό είναι τα γαστρεντερικά προβλήματα, η διάρροια, οι συχνές ογκώδεις και ιδιαίτερα δύσσομες κενώσεις, το «φούσκωμα» και ο τυμπανισμός της κοιλιάς, η μειωμένη σωματική ανάπτυξη και η στασιμότητα ή η απώλεια βάρους. Παράλληλα, στα μεγαλύτερα παιδιά, εκτός από τα παραπάνω, μπορεί επίσης να εμφανιστούν ναυτία, εμετοί, ανορεξία, αναιμία, δερματίτιδα και στοματικές άφθες. Επίσης, το παιδί μπορεί να αρχίσει να γίνεται όλο και πιο οξύθυμο. Στους ενηλίκους παρατηρείται ένα γενικό αίσθημα αδιαθεσίας και κόπωσης, ακόμη κι όταν οι γαστρεντερικές ενοχλήσεις είναι περιορισμένες. Στη συνέχεια και λόγω της μειωμένης απορρόφησης βιταμινών, ιχνοστοιχείων και θρεπτικών συστατικών, παρατηρούνται αναιμία, οστεοπενία και οστεοπόρωση, νευρικές και ορμονικές διαταραχές (Celiac, n.d.; Φαφούτη, χ.χ.).

4.2 Τροφικές αλλεργίες

Η τροφική αλλεργία είναι μια ανώμαλη ανοσοαπόκριση στα τρόφιμα. Τα σημεία και τα συμπτώματα μπορεί να κυμαίνονται από ήπια έως σοβαρά. Μπορεί να περιλαμβάνουν κνησμό, πρήξιμο της γλώσσας, έμετο, διάρροια, κνίδωση, αναπνευστική δυσχέρεια ή χαμηλή αρτηριακή πίεση. Αυτό συμβαίνει συνήθως μέσα σε λίγα λεπτά έως αρκετές ώρες από την έκθεση. Όταν τα συμπτώματα είναι σοβαρά, είναι γνωστή ως αναφυλαξία. Η τροφική δυσανεξία και η τροφική δηλητηρίαση είναι ξεχωριστές καταστάσεις (Ψώνη, 2013).

Τα κοινά τρόφιμα περιλαμβάνουν αγελαδινό γάλα, φιστίκια, αυγά, οστρακοειδή, ψάρια, καρύδια, σόγια, σιτάρι, ρύζι και φρούτα. Οι κοινές αλλεργίες ποικίλλουν ανάλογα με τη χώρα. Οι παράγοντες κινδύνου περιλαμβάνουν οικογενειακό ιστορικό αλλεργιών, ανεπάρκεια βιταμίνης D, παχυσαρκία και υψηλά επίπεδα καθαριότητας. Οι αλλεργίες εμφανίζονται όταν η ανοσοσφαιρίνη E (IgE), μέρος του ανοσοποιητικού συστήματος του σώματος, δεσμεύεται με τα μόρια των τροφών. Μια πρωτεΐνη στα τρόφιμα είναι συνήθως το πρόβλημα. Αυτό προκαλεί την απελευθέρωση φλεγμονωδών χημικών ουσιών όπως η ισταμίνη. Η διάγνωση βασίζεται συνήθως σε ιατρικό ιστορικό, δίαιτα εξάλειψης, δοκιμασία κηλίδας δέρματος, εξετάσεις αίματος για αντισώματα IgE ειδικών για τα τρόφιμα ή πρόκληση προφορικής τροφής (Κουλούρη, 2010).

Η πρόωρη έκθεση σε πιθανά αλλεργιογόνα μπορεί να είναι προστατευτική. Η διαχείριση περιλαμβάνει κατά κύριο λόγο την αποφυγή του εν λόγω τροφίμου και την εκπόνηση σχεδίου εάν παρουσιαστεί έκθεση. Αυτό το σχέδιο μπορεί να περιλαμβάνει την παροχή αδρεναλίνης (επινεφρίνη) και φορούν κοσμήματα ιατρικού συναγερμού. Τα οφέλη της αλλεργιογόνου ανοσοθεραπείας για τροφικές αλλεργίες είναι ασαφή, επομένως δεν συνιστάται από το 2015. Ορισμένοι τύποι τροφικών αλλεργιών μεταξύ των παιδιών επιλύονται με την ηλικία, συμπεριλαμβανομένου του γάλακτος, των αυγών και της σόγιας. ενώ άλλα, όπως τα καρύδια και τα οστρακοειδή, συνήθως δεν το κάνουν (Καραφυλλίδης, 2010; Ψώνη, 2013).

Στον αναπτυγμένο κόσμο, το 4% έως 8% των ανθρώπων έχει τουλάχιστον μία τροφική αλλεργία. Είναι συχνότερες σε παιδιά από τους ενήλικες και φαίνεται ότι αυξάνονται συχνότερα. Τα αρσενικά παιδιά φαίνεται να επηρεάζονται συχνότερα από τα θηλυκά. Ορισμένες αλλεργίες εμφανίζονται πιο συχνά στην αρχή της ζωής, ενώ άλλες αναπτύσσονται συνήθως αργότερα. Στις ανεπτυγμένες χώρες, μεγάλο ποσοστό των ανθρώπων πιστεύει ότι έχουν τροφικές αλλεργίες όταν δεν τις έχουν πραγματικά (Ψώνη-Σολδάτου, 2013).

Τα συμπτώματα της τροφικής αλλεργίας ποικίλλουν από ήπια έως σοβαρά και απειλητικά για τη ζωή. Δεν είναι πάντα εύκολο να προβλεφθεί η βαρύτητα της κάθε αντίδρασης ακόμα και αν την πρώτη φορά τα συμπτώματα ήταν ελαφρά. Τα πιο συνηθισμένα προβλήματα υγείας που μπορεί να προκληθούν από τις αλλεργίες αφορούν: Το πεπτικό σύστημα στο οποίο κατά

συνέπεια το βρέφος να έχει εμετό, διάρροια και αιμορραγίες. Το αναπνευστικό σύστημα όπου είναι πιθανό να εμφανιστεί ρινίτιδα, άσθμα ή αναφυλαξία. Το δέρμα με την μορφή εκζέματος και τέλος την συμπεριφορά του βρέφους κατά την οποία αυτό θα είναι υπερδραστήριο (Καραφυλλίδης, 2010; Ψώνη, 2013).

Οι τροφές που ενοχοποιούνται συχνότερα στα παιδιά για σοβαρές αναφυλακτικές αντιδράσεις είναι οι ξηροί καρποί (πχ φιστίκια) και τα θαλασσινά. Το 50% των παιδιών με εποχιακή αλλεργική ρινίτιδα (κατά τη μεγάλη ανθοφορία και κυκλοφορία στην ατμόσφαιρα μεγάλων ποσοτήτων γύρης) μπορεί να παρουσιάσει και αλλεργικές αντιδράσεις κατά τη χορήγηση ορισμένων ωμών και όχι μαγειρεμένων φρούτων και λαχανικών. Αυτό συμβαίνει γιατί κάποια τροφικά αλλεργιογόνα παρουσιάζουν διασταυρούμενη ευαισθησία με τη γύρη. Τα συμπτώματα είναι άμεσα και περιορίζονται στη στοματοφαρυγγική κοιλότητα (κνησμός, ήπιο οίδημα χειλέων, γλώσσας και φάρυγγα) και υποχωρούν με την αποφυγή των τροφών αυτών (Ψώνη-Σολδάτου, 2013).

4.3 Σακχαρώδης διαβήτης (υπογλυκαιμία)

Ο Σακχαρώδης Διαβήτης (Σ.Δ) είναι μία πάθηση η οποία χαρακτηρίζεται κυρίως από έλλειψη παραγωγής ινσουλίνης και χωρίζεται σε 2 τύπους. Η έλλειψη έκκρισης ινσουλίνης μπορεί να είναι πλήρης ή μερική ή η δράση της να μην επαρκεί. Σαν αποτέλεσμα έχουμε την διαταραχή του μεταβολισμού κυρίως των υδατανθράκων (και επιμέρους λιπών και πρωτεϊνών) και την αύξηση των επιπέδων γλυκόζης στο αίμα. Η ινσουλίνη είναι μία ορμόνη που εκκρίνεται από το πάγκρεας και είναι απαραίτητη ώστε ο οργανισμός μας να μπορεί να χρησιμοποιήσει την ενέργεια που παίρνει από τις τροφές που καταναλώνουμε. Οι περισσότερες από αυτές και κυρίως οι υδατάνθρακες, μετατρέπονται σε γλυκόζη ή αλλιώς σάκχαρο που είναι και η κύρια πηγή ενέργειας για τα κύτταρα και όργανα του σώματος (Buckman & McLaughlin, 2000; Levene & Donnelly, 2011; Μελιδώνης, 2011; Μυγδάλης, 2000; Μυγδάλης, 2004; Παπαγιαννόπουλος, 2014).

Όταν αναφερόμαστε στο Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 1, αναφερόμαστε στην πλήρη έλλειψη ινσουλίνης. Ο ασθενής με ΣΔ τύπου 1 είναι απόλυτα εξαρτημένος από την εξωγενή χορήγηση ινσουλίνης προκειμένου τα επίπεδα σακχάρου στο αίμα του να διατηρηθούν σε φυσιολογικά επίπεδα. Ο τύπος αυτός αποτελεί την κυριότερη αιτία διαβήτη σε παιδιά, μπορεί όμως να προσβάλλει και τους ενήλικες και αποτελεί περίπου το 5-10% του συνόλου των διαβητικών. Δεν υπάρχει άμεση συσχέτιση μεταξύ οικογενειακού ιστορικού και εμφάνισης ΣΔ τύπου 1. Η σχέση αυτή είναι πιο δυνατή όταν μιλάμε για ΣΔ τύπου 2 (Αλαβέρας, κ.ά., 2007; Brewer, 2009; Κατσιλάμπρος, 2007; Nathan & Delahanty, 2009; Παπαγιαννόπουλος, 2001; Rubin, 2011; Zimmet & Cohen, 1998).

Ο Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου 2 οφείλεται στην προοδευτική μείωση έκκρισης ινσουλίνης με ή χωρίς ταυτόχρονη παρουσία αντίστασης στην ινσουλίνη. Στην Ελλάδα έχει τριπλασιαστεί τα τελευταία 30 χρόνια και σήμερα κυμαίνεται στο 8% του πληθυσμού σύμφωνα με στοιχεία της Ελληνικής Διαβητολογικής Εταιρίας. Η μορφή αυτή αποτελεί τη συνηθέστερη (περίπου το 80% του συνόλου των διαβητικών). Ο τύπος αυτός σχετίζεται στενά με την παχυσαρκία και προσβάλλει ανθρώπους ασχέτως ηλικίας, κυρίως ενήλικες, αλλά με την άνοδο της συχνότητας της παχυσαρκίας στα παιδιά βλέπουμε τα τελευταία χρόνια να εμφανίζεται και αυτή η μορφή του διαβήτη στα παχύσαρκα παιδιά. Η υπογλυκαιμία παρατηρήθηκε από τα πρώτα χρόνια της εφαρμογής της ινσουλίνης στη θεραπεία του σακχαρώδους διαβήτη (ΣΔ) στον άνθρωπο και αποτελεί το βασικό εμπόδιο στην επίτευξη νορμογλυκαιμίας κατά τη θεραπεία του (Bilous, 2009; Govindji & Worrall-Thompson, 2011; Ιωαννίδης, 2011; Nawroth, 2004; Καραμήτσος, 1986; Καραμήτσος, 2009; Κατσιλάμπρος, 2000; Κατσιλάμπρος, 2005; McQuown, 2009; Μελιδώνης, κ.ά., 2008; Μπίλους, 2000; Watkins, 2010).

4.4 Δυσκοιλιότητα

Η δυσκοιλιότητα αναφέρεται στις κινήσεις του εντέρου που είναι σπάνιες ή δύσκολες. Τα κόπρανα είναι συχνά σκληρά και ξηρά. Άλλα συμπτώματα μπορεί να περιλαμβάνουν κοιλιακό άλγος, φούσκωμα και αίσθημα σαν να μην έχει περάσει εντελώς η κίνηση του εντέρου. Οι επιπλοκές από τη δυσκοιλιότητα μπορεί να περιλαμβάνουν αιμορροΐδες, ρινική σχισμή ή κόπωση. Η κανονική συχνότητα των κινήσεων του εντέρου στους ενήλικες είναι μεταξύ τριών ημερησίως και τριών εβδομαδιαίως ενώ τα μωρά συχνά έχουν τρεις έως τέσσερις κινήσεις του εντέρου την ημέρα, ενώ τα μικρά παιδιά έχουν συνήθως δύο έως τρεις την ημέρα.

4.4.1 Αίτια δυσκοιλιότητας

Η δυσκοιλιότητα συνήθως εμφανίζεται όταν τα απόβλητα ή τα κόπρανα μετακινούνται πολύ αργά μέσω του πεπτικού σωλήνα, προκαλώντας τα κόπρανα να γίνουν σκληρά και ξηρά. Πολλοί παράγοντες μπορούν να συμβάλουν στη δυσκοιλιότητα στα παιδιά, όπως(Θωμαΐδης, 2017; Hendricks, et al., 2003):

A) Παρακράτηση: Το παιδί μπορεί να αγνοήσει την επιθυμία όταν υπάρχει μια κίνηση του εντέρου επειδή φοβάται την τουαλέτα ή δεν θέλει να κάνει ένα διάλειμμα από το παιχνίδι. Μερικά παιδιά παραμένουν μακριά από το σπίτι επειδή δεν αισθάνονται άνετα να χρησιμοποιήσουν δημόσιες τουαλέτες. Οι οδυνηρές κινήσεις του εντέρου που προκαλούνται από τα μεγάλα, σκληρά κόπρανα μπορούν επίσης να οδηγήσουν σε παρακράτηση.

B) Αλλαγές στη διατροφή: Αν δεν υπάρχουν αρκετά φρούτα και λαχανικά πλούσια σε φυτικές ίνες ή υγρά στη διατροφή του παιδιού μπορεί να προκαλέσουν δυσκοιλιότητα. Ένας από τους πιο κοινούς χρόνους για τα παιδιά να γίνουν δυσκοίλια είναι όταν μεταβαίνουν από μια δίαιτα από όλα τα υγρά σε μια που περιλαμβάνει στερεά τρόφιμα.

Γ) Αλλαγές στη ρουτίνα: Οποιοσδήποτε αλλαγές στη ρουτίνα του παιδιού - όπως κάποιο ταξίδι, ο καιρός ή το στρες - μπορούν να επηρεάσουν τη λειτουργία του εντέρου. Τα παιδιά είναι επίσης πιο πιθανό να παρουσιάσουν δυσκοιλιότητα όταν αρχίζουν το σχολείο.

Δ)Φάρμακα: Ορισμένα αντικαταθλιπτικά και διάφορα άλλα φάρμακα μπορούν να συμβάλουν στη δυσκοιλιότητα.

Ε) Αλλεργία γάλακτος αγελάδας: Μια αλλεργία στο αγελαδινό γάλα ή η κατανάλωση πάρα πολλών γαλακτοκομικών προϊόντων (τυρί και αγελαδινό γάλα) οδηγεί μερικές φορές σε δυσκοιλιότητα.

Στ) Οικογενειακό ιστορικό: Τα παιδιά που έχουν μέλη της οικογένειας που έχουν εμφανίσει δυσκοιλιότητα είναι πιο πιθανό να αναπτύξουν δυσκοιλιότητα. Αυτό μπορεί να οφείλεται σε κοινούς γενετικούς ή περιβαλλοντικούς παράγοντες.

Ζ) Ιατρικές συνθήκες: Σπάνια, η δυσκοιλιότητα στα παιδιά υποδηλώνει ανατομική δυσπλασία, μεταβολικό ή πεπτικό σύστημα ή άλλη υποκείμενη κατάσταση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ- Η ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΕΙΔΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ

Τα παιδιά και οι ενήλικες με αναπηρίες συχνά δεν επωφελούνται από το ίδιο επίπεδο υπηρεσιών, όπως ο πληθυσμός χωρίς αναπηρίες (Γεωργιάδης, 2015; Goggins & Matten, 2017; Κατραμάδος, 2013; Πατσιλινάκου, 2009). Αυτό οφείλεται σε διάφορους λόγους, συμπεριλαμβανομένων των δυσπρόσιτων εγκαταστάσεων και των επαγγελματιών που δεν μπορούν να επικοινωνούν επαρκώς με άτομα με αναπηρίες. Σε περιπτώσεις περιορισμένων πόρων, ο αποκλεισμός των παιδιών με αναπηρίες μπορεί να βασίζεται στην εσφαλμένη πεποίθηση ότι η διατήρηση της υγείας και της ευημερίας (και μάλιστα της ζωής) των παιδιών με αναπηρίες είναι χαμηλότερη προτεραιότητα από τη διατήρηση αυτών των παιδιών χωρίς αναπηρία (Καριμπού, 2014; Τικταμπανίδη, 2015).

Η πρόσβαση σε επαρκή θρεπτικά τρόφιμα αποτελεί συχνά πρόβλημα που απασχολεί τις οικογένειες με μέλη με αναπηρίες λόγω της φτώχειας και της άνισης κατανομής των πόρων εντός του νοικοκυριού. Η πρόσβαση στα θρεπτικά τρόφιμα για τις γυναίκες με αναπηρίες και τα παιδιά τους παραβλέπεται σταθερά τόσο στους τομείς της διατροφής όσο και της αναπηρίας, θέτοντας σε κίνδυνο αυτές τις γυναίκες και τα παιδιά (Γεωργιάδης, 2016; Γρηγοράκης, 2016; Δημοσθενόπουλος, 2014; Παπαδοπούλου, 2014; Παπίρη, 2016; Τριχοπούλου, 2010; Tudge, 2014).

Πολλά παιδιά με ειδικές ανάγκες έχουν διατροφολόγο, ο οποίος καθορίζει συγκεκριμένες κατευθυντήριες γραμμές για τις προκλήσεις που αντιμετωπίζουν, εστιάζοντας στους στόχους της διατροφής. Παρακάτω μπορούμε να ενημερωθούμε για μερικούς από τους κοινούς κινδύνους διατροφής που μπορεί να αντιμετωπίσουν τα παιδιά με ειδικές ανάγκες και παρέχονται προτάσεις, όπου χρειάζεται, σχετικά με τον τρόπο αντιμετώπισης αυτών των προκλήσεων. Πρέπει να έχουμε κατά νου ότι οι διατροφικές προκλήσεις είναι τόσο ποικίλες όσο κάθε παιδί και ο στόχος μας είναι απλά να παράσχουμε μια γενική κατευθυντήρια γραμμή για τους γονείς και τους φροντιστές (Καρακασίδου, χ.χ.; Κουρκούτα, Ράρρα & Αμπραχίμ, 2013; Λοΐζου, χ.χ.; Χασαπίδου & Τσιλιγκίρογλου – Φαχαντίδου, 2002).

Η παχυσαρκία: Τα παιδιά με περιορισμένη κινητικότητα ή εκείνα που έχουν καταστάσεις όπως το σύνδρομο Down μπορούν να έχουν χαμηλό μυϊκό τόνο ή προβλήματα οστών, καθιστώντας έτσι πιο δύσκολο να μειωθεί το βάρος τους. Είναι ζωτικής σημασίας η δημιουργία από την αρχή καλών διατροφικών συνηθειών, περιορίζοντας τις εμπειρίες των παιδιών από τα ζαχαρούχα, αλμυρά και επεξεργασμένα τρόφιμα, έτσι ώστε να μπορούν να αναπτύξουν μια γεύση για φρέσκα, εποχιακά τρόφιμα. Τα παιδιά θα πρέπει επίσης να ενθαρρύνονται να βρουν μια δραστηριότητα που αγαπούν και αισθάνονται σίγουρα όταν την κάνουν. Υπάρχει μια σειρά από διασκεδαστικές δραστηριότητες, εμπλέκοντας προσαρμοστικά αθλήματα που μπορούν να εγγραφούν, τα οποία θα εξασφαλίσουν ότι θα έχουν καλό χρόνο ενώ παράλληλα θα εκτελούν μια κλασική καρδιαγγειακή προπόνηση. Η νοοτροπία του νικητή-ηττημένου πρέπει να πεταχτεί έξω από το παράθυρο, εφόσον τα παιδιά διασκεδάζουν σε ένα ασφαλές περιβάλλον (Εμμανουηλίδου, 2013; Καρακασίδου, 2015; Καραφυλλίδη, 2017; Λιάπης, 2016; Περσίδη, 2013).

Η ύπαρξη υποβαθμισμένου σωματικού βάρους: Τα παιδιά με ειδικές ανάγκες μπορεί να είναι λιποβαρή λόγω διαφόρων προβλημάτων, συμπεριλαμβανομένων δυσκολιών κατά την κατάποση. Μερικά παιδιά μπορούν να έχουν ιδιαίτερα γρήγορο μεταβολισμό, που προκαλείται από καταστάσεις όπως η εγκεφαλική παράλυση, όπου οι μυϊκοί σπασμοί καίνε σημαντικό αριθμό θερμίδων. Τα προβλήματα κατάποσης (δυσφαγία) είναι ένα ζήτημα που πρέπει να διαγνωστεί από έναν θεραπευτή. Σε ήπιες περιπτώσεις, ο θεραπευτής μπορεί να εργάζεται μαζί με το παιδί για να βελτιώσει τον μηχανισμό κατάποσης ενώ σε σοβαρές περιπτώσεις, μπορεί να χρειαστεί ένας σωλήνας τροφοδοσίας (Γρηγοράκης, 2013; Kellow, 2007; Λιονάκη, 2004; Μηνούδης, 2012). Το πρώτο βήμα για τους περισσότερους γονείς των οποίων τα παιδιά δεν έχουν όρεξη είναι συνήθως ο πειραματισμός: δοκιμάζοντας μια ποικιλία τροφίμων τα οποία είναι πιο πιθανό να τονώσουν τον ουρανίσκο και να παρέχουν επαρκή διατροφή. Εάν οι προσπάθειες αποδεικνύονται άκαρπες, τα συμπληρώματα βιταμινών μπορούν να είναι ένας ιδανικός τρόπος για να διασφαλιστεί ότι οι καθημερινές ανάγκες του παιδιού ικανοποιούνται. Είναι επίσης σημαντικό να ελεγχθεί και να αναλυθεί εάν η έλλειψη όρεξης ενός παιδιού μπορεί να προκληθεί από ένα υποκείμενο ζήτημα, όπως, η κατάθλιψη. Η κατάσταση αυτή χαρακτηρίζεται από έλλειψη ενδιαφέροντος για δραστηριότητες και χόμπι

που ένα παιδί απολαμβάνει, έλλειψη ενέργειας και αποφυγή κοινωνικών περιστάσεων και αλληλεπίδρασης. Εάν υπάρχει υπόνοια ύφεσης, είναι ζωτικής σημασίας να ληφθεί βοήθεια από ψυχολόγο ή ψυχίατρο που μπορεί να προτείνει επιτυχείς θεραπείες όπως γνωστική συμπεριφορική θεραπεία, φαρμακευτική αγωγή ή μείγμα και των δύο προσεγγίσεων (Αλογά & Γιαννηκώστα, 2017).

Πολύπλοκη σχέση με τα τρόφιμα: Συχνά, ένα παιδί με ειδικές ανάγκες μπορεί να αντιμετωπίσει συγκεκριμένα εμπόδια στην ύπαρξη μιας υγιούς σχέσης με τα τρόφιμα. Για παράδειγμα, ένα παιδί με διαταραχή του φάσματος του αυτισμού μπορεί να έχει έντονα αρνητική αντίδραση σε συγκεκριμένες υφές, γούστα ή χρώματα. Τα παιδιά με σύνδρομο Down, εν τω μεταξύ, μπορεί να προτιμούν πιο μαλακά τρόφιμα λόγω των δυσκολιών που συναντώνται κατά το μάσημα ή την κατάποση. Εάν ένα παιδί αρνείται να φάει έξω από μια επιλεγμένη λίστα τροφίμων, η σημασία ενός καλού συμπληρώματος μπορεί και πάλι να αρχίσει να φαίνεται. Πολλοί γονείς αναφέρουν ότι απλώς το παιδί τους δεν τρώει καθόλου και το να φάει λίγο είναι ένα μεγάλο επίτευγμα και αυτό θα πρέπει να μας υπενθυμίζει ότι η διατροφή πρέπει να προσεγγίζεται βήμα προς βήμα και ότι κάθε «μικρή νίκη» πρέπει να γιορτάζεται πλήρως (Καριμπού, 2014; Τικταμπανίδη, 2015).

Παρενέργειες του φαρμάκου: Περίπου το 75% των παιδιών με ειδικές ανάγκες λαμβάνουν φάρμακα: ειδικά αντικαταθλιπτικά, αντισπασμωδικά, σταθεροποιητές της διάθεσης κ.λπ., τα οποία συνδέονται με την αύξηση του σωματικού βάρους. Μπορεί επομένως να αξίζει τον κόπο να μιλήσουν οι γονείς με τον γιατρό του παιδιού τους, για να ανακαλύψουν αν υπάρχουν εναλλακτικά φάρμακα με λιγότερες παρενέργειες (Γεωργαντά, 1999; Καριμπού, 2014; Μελίτης, 2017).

Γενετικοί παράγοντες: Είναι ζωτικής σημασίας να γνωρίζουν οι γονείς τη σχέση μεταξύ γενετικών παραγόντων και παχυσαρκίας. Τα παρακάτω σύνδρομα, για παράδειγμα, μπορούν να θέσουν τα παιδιά σε υψηλότερο κίνδυνο αύξησης βάρους: Σύνδρομο Down, Spina Bifida, Διαταραχή Spectrum Autism, σύνδρομο Prader-Willi, σύνδρομο Cohen, σύνδρομο Carpenter, σύνδρομο Borjeson και σύνδρομο MOMO (Καραφυλλίδη, 2017).

Η υπέρβαση των μεγαλύτερων διατροφικών προκλήσεων των παιδιών με ειδικές ανάγκες είναι ένα περίπλοκο ζήτημα που μερικές φορές βρίσκεται πέρα από την αντίληψη του γονέα. Ωστόσο, στο μέτρο του δυνατού, είναι ζωτικής σημασίας να εξασφαλίσουμε ότι τα παιδιά θα απολαύσουν τον πολύχρωμο, γευστικό, πλούσιο σε υφή κόσμο υγιεινού φαγητού για να φτάσουν οι καρδιές τους στον φιλόδοξο ρυθμό του αθλητισμού και της ζωής (Καραφυλλίδη, 2017).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ- ΤΡΟΠΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ

6.1 Παχυσαρκία

Προκειμένου να αποφευχθεί η παχυσαρκία θα πρέπει και οι ίδιοι οι γονείς να βοηθήσουν το παιδί τους να καταναλώνει με μέτρο και αποφεύγοντας όσο γίνεται μια δίαιτα πλούσια σε λίπη και να υιοθετήσει την άσκηση. Τα γλυκά και οι ξηροί καρποί θα πρέπει να είναι κρυμμένα κάπου, όπου να μην τα βρίσκει το παιδί. Οι χυμοί των φρούτων να αραιώνονται με νερό, να αποφεύγονται τα αναψυκτικά που έχουν πολλή ζάχαρη και το παιδί να παροτρύνεται να πίνει νερό ανάμεσα στα γεύματα. Να χρησιμοποιούνται προϊόντα χαμηλής περιεκτικότητας σε λιπαρά και τα φαγητά να μαγειρεύονται στη σχάρα, αντί στο τηγάνι ή στην κατσαρόλα. Το βούτυρο και η μαργαρίνη να καταργηθούν ή να χρησιμοποιούνται ελάχιστα (Κολαγκελέ, χ.χ.; Λάσπος, χ.χ.; Μάντζιου, 2012; Τζορμπατζάκης, χ.χ.).

Σημαντικό είναι να καταργηθούν τα τσιπς και οι τηγανιτές πατάτες και αντί αυτών να υιοθετηθεί η ψητή στο φούρνο πατάτα με τη φλούδα. Να αντικατασταθούν οι σοκολάτες και τα γλυκά με ανάλατο ποπ κορν και κριτσίνια. Να προτιμώνται κορν φλέϊκς ή μουσλί με χαμηλή περιεκτικότητα σε ζάχαρη. Να περιορισθεί το κρέας και να αντικατασταθεί με περισσότερο κοτόπουλο και ψάρι. Να αντικατασταθούν τα σκληρά τυριά με κότατζ τσηζ. Να αντικατασταθούν οι κρέμες και τα παγωτά με άπαχο γιαούρτι και ζελέ χωρίς ή με ελάχιστη ζάχαρη (Γρηγορέα, 2008; Παλλίδης, 2009; Παπουτσάκη, 2008; Συρίμη, 2015; Τύμπα κ.ά., 2008).

6.2 Μαρασμός

Είναι απαραίτητο να αντιμετωπιστούν όχι μόνο οι αιτίες αλλά και οι επιπλοκές της διαταραχής, συμπεριλαμβανομένων των λοιμώξεων, της αφυδάτωσης και των διαταραχών κυκλοφορίας, οι οποίες είναι συχνά θανατηφόρες και οδηγούν σε υψηλή θνησιμότητα εάν αγνοηθούν. Τα αρχικά γεύματα θα πρέπει να είναι μικρά και χαμηλά σε θερμίδες, διότι η πεπτική ικανότητα είναι πτωχή και μπορεί να συμβεί το σύνδρομο «επανασίτισης», που χαρακτηρίζεται από υποφωσφαταιμία, συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια, αναπνευστική δυσχέρεια, σπασμούς, κόμα και θάνατο (Brown, 2016; Dare, O'Donovan, 2000; Palmer, 2006). Το μητρικό γάλα είναι το καλύτερο. Το ποσό θερμίδων και πρωτεϊνών, υδατανθράκων και λίπους πρέπει να αυξάνεται σταδιακά. Ο στόχος της πρωτεϊνικής πρόσληψης είναι 5 g/kg σωματικού βάρους την ημέρα. Αν υπάρχει διάρροια λόγω ανεπάρκειας δισακχαριδάσης, είναι ωφέλιμη μια δίαιτα χαμηλή σε λακτόζη. Παρεντερική θεραπεία με υγρά ενδείκνυται, αν υπάρχει σοκ ή διαταραχή υγρών και ηλεκτρολυτών. Τελικά, ο μαρασμός, θα έχει προχωρήσει στο σημείο μη επιστροφής, όταν χαθεί η ικανότητα του σώματος για πρωτεϊνική σύνθεση. Σε αυτό το σημείο, οι προσπάθειες να διορθωθεί η διαταραχή δίνοντας τροφή ή πρωτεΐνη είναι μάταιες (Iatronet, 2017).

6.3 Βουλιμία

Τα παιδιά αποτελούν καθρέπτη του γονιού. Με βάση αυτή την αρχή θα πρέπει οι γονείς να δίνουν το σωστό παράδειγμα στα παιδιά. Θα πρέπει να καθορίζονται τα όρια τα οποία θα τηρούνται τόσο στην καθημερινότητα των παιδιών όσο και των ίδιων. Η αφιέρωση ποιοτικού χρόνου και η συζήτηση με τα παιδιά είναι άκρως απαραίτητη. Πέρα από αυτά υπάρχουν και συγκεκριμένα βήματα τα οποία μπορούν να βοηθήσουν να ελεγχθεί μια «ανεξέλεγκτη» βουλιμική συμπεριφορά. Η κατανάλωση υπερβολικής ποσότητας φαγητού από το παιδί είναι ένα σημαντικό σημάδι (Καραγιαννίδου & Στικούδη, 2013; Τζορμπατζάκης, χ.χ.)

Για να βοηθηθεί το παιδί, αντί για επιβράβευση με φαγητό υπάρχουν καλύτεροι τρόποι όπως, μια βόλτα, ένα μπράβο, ένα φιλί κ.α. Ένα καλό, προγραμματισμένο πλάνο ημέρας με ισορροπημένη διατροφή σε πρωτεΐνες, υδατάνθρακες και λίπος χωρίς να εξαναγκάζετε το παιδί σε δίαιτα είναι επίσης σημαντικό. Το μοίρασμα του φαγητού σε μικρές μερίδες είναι πολύ καλή ιδέα καθώς δίνει την εντύπωση μεγαλύτερης ποσότητας. Είναι μια καλή ευκαιρία για περισσότερη άσκηση και παιχνίδι. Τέλος, η πιο σωστή παρέμβαση είναι η γνώμη ενός ειδικού διατροφολόγου (Θερμόπουλος, 2016; Σαμπά, 2011; Τικταμπανίδη, 2015; Φαφούτη, χ.χ.)

6.4 Ανορεξία

Ο πρώτος στόχος της θεραπείας είναι να αποκατασταθεί το φυσιολογικό βάρος. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί αν το φαγητό γίνεται ελκυστικό με τη βοήθεια των λαχανικών (πράσινο μαρούλι, κόκκινες ντομάτες, κίτρινο καλαμπόκι). Το παιδί να έχει τη δυνατότητα να επιλέγει το δικό του σερβίτσιο και οι μερίδες που του σερβίρονται να είναι μικρές. Το φαγητό του παιδιού πρέπει να είναι απλό χωρίς πολλά καρυκεύματα και να μην του προσφέρεται συχνά καινούριο φαγητό. Επίσης σημαντικό είναι να μην γίνεται προσπάθεια ανάμειξης μιας τροφής που αρέσει στο παιδί με μια άλλη που δεν του αρέσει (Hendricks, et al., 2003; Παλλίδης, 2009).

Αν το παιδί δεν τρώει το κρέας, μπορεί να του δοθεί κοτόπουλο ή ψάρι. Αν δεν τρώει τα λαχανικά, να του δίνονται περισσότερα φρούτα. Δεν πρέπει το παιδί να πίνει πολύ νερό στην αρχή ή κατά τη διάρκεια του γεύματος, διότι έτσι θα γεμίσει το στομάχι του και δεν θα θέλει να φάει. Το γεύμα του παιδιού μπορεί να σερβίρεται σε διαφορετικά περιβάλλοντα: στον κήπο, σ' ένα αυτοσχέδιο εστιατόριο, στο δωμάτιό του όπου θα έχει προσκαλέσει και το αρκουδάκι του κ.λ.π. Να μη του σερβίρεται το επιδόρπιο πριν τελειώσει με το κυρίως πιάτο του (Gershwin et al., 2004; Palmer, 2006; Strunz, Jopp, 2009).

6.5 Υποσιτισμός

Η Θεραπεία συνίσταται στην αυξημένη πρόσληψη υγρών και θερμίδων, στην χορήγηση βιταμινών και μεταλλικών στοιχείων και στην καθοδήγηση της μητέρας στο σωστό τρόπο διατροφής. Εάν συνυπάρχει συστηματική νόσος ή ψυχολογικό πρόβλημα, η θεραπεία τους πρέπει να ανατεθεί στους ειδικούς (Κυριακούλα & Κουρέα-Κρεμαστινού, 2008; Lissauer & Clayden, 2008).

6.6 Υπερσιτισμός

Αυτό το είδος της διατροφής συνήθως είναι ανεπαρκές σε πρωτεΐνες, βιταμίνες και μέταλλα. Γάλατα με υψηλή θερμιδική απόδοση τις 2 πρώτες εβδομάδες ζωής προκαλούν υδαρείς και διαρροϊκές κενώσεις. Η παχυσαρκία είναι ανεπιθύμητη σε όλες τις ηλικίες. Συχνά το υπερσιτιζόμενο βρέφος εξελίσσεται σε ένα παχύσαρκο παιδί και ενήλικα (Ζαμπέλας, 2003).

6.7 Δυσανεξία

Καθώς δεν υπάρχει ακόμα θεραπεία για την αντιμετώπιση της τροφικής δυσανεξίας, το καλύτερο που μπορεί να κάνει όποιος γνωρίζει ποια ακριβώς τροφή τον «πειράζει» είναι να την αποφύγει. Αν πάλι δυσκολεύεται να την εντοπίσει, η λύση βρίσκεται στα τεστ τροφικής δυσανεξίας (E-Asis, 2017; Μαντζώρου, 2016).

6.8 Τροφικές αλλεργίες

Η αντιμετώπιση των αλλεργικών αντιδράσεων που οφείλονται στις τροφές θα πρέπει να γίνεται με διάφορες δοκιμές στις οποίες θα προσφέρονται ξεχωριστά οι νέες τροφές και αν δεν εμφανίζεται κάποια αλλεργική αντίδραση να εισάγεται αυτή η τροφή στο διατροφολόγιο του βρέφους, ειδάλλως να αφαιρείται. Το υποαλλεργικό γάλα είναι μια πολύ καλή λύση για να αποφεύγονται οι αλλεργικές αντιδράσεις και οι συνέπειες αυτών (Ψώνη-Σολδάτου, 2013).

6.9 Σακχαρώδης διαβήτης

Ο στόχος της θεραπείας στα άτομα με ΣΔ είναι να διατηρούνται τα επίπεδα του σακχάρου αίματος όσο το δυνατόν πλησιέστερα στα φυσιολογικά, αποφεύγοντας τις οξείες επιπλοκές της νόσου, όπως την υπογλυκαιμία ή την κετοξέωση καθώς και τις χρόνιες επιπλοκές, δηλαδή τη μικροαγγειοπάθεια (νεφροπάθεια, αμφιβληστροειδοπάθεια, νευροπάθεια) και τη μακροαγγειοπάθεια (στεφανιαία νόσος, εγκεφαλικά επεισόδια και περιφερική αρτηριακή νόσος) έχοντας, όμως, καλή ποιότητα ζωής. Το τελευταίο σημαίνει ότι το άτομο με ΣΔ αισθάνεται συχνά την ανάγκη της ελευθερίας ως προς το είδος της διατροφής του αλλά και ως προς το χρονοδιάγραμμα των γευμάτων και των ενέσεων εξασφαλίζοντας με αυτόν τον τρόπο μεγαλύτερη ευελιξία στο καθημερινό του πρόγραμμα (Δημοσθενόπουλος, 2014; Κατσιλάμπρος, 2000; Κατσιλάμπρος, 2005; McQuown, 2009; Μελιδώνης, κ.ά., 2008; Μπίλους, 2000; Μυγδάλης, 2000; Μυγδάλης, 2004; Watkins, 2010).

6.10 Δυσκοιλιότητα

Υπάρχουν τρεις βασικές θεραπείες για τις περισσότερες περιπτώσεις δυσκοιλιότητας και συνήθως λειτουργούν αποτελεσματικά, οι οποίες είναι οι εξής:

Α)Μια δίαιτα υψηλής περιεκτικότητας σε ίνες με πολλά υγρά. Αυτό σημαίνει γέμισμα του πιάτου του παιδιού με άφθονα φρέσκα φρούτα και λαχανικά, δημητριακά με υψηλή περιεκτικότητα σε ίνες, ψωμί ολικής αλέσεως και μια ποικιλία φασολιών και άλλων όσπριων όπως ρεβίθια και φακές. Δύο καλές πηγές ινών που τα παιδιά είναι συχνά στην ευχάριστη θέση να τρώνε είναι το μείγμα λαχανικών ή φρούτων και το ποπκόρν με ελάχιστο αλάτι ή βούτυρο. Τα τρόφιμα που περιέχουν προβιοτικά, όπως το γιαούρτι, μπορούν επίσης να προωθήσουν την καλή πεπτική υγεία. Ενώ γίνεται εστίαση στις ίνες, δεν πρέπει να ξεχνιούνται τα υγρά. Το παιδί πρέπει επίσης να πίνει άφθονο νερό και γάλα. Καλό θα ήταν να περιοριστούν τα ζαχαρούχα ποτά σε παιδιά σχολικής ηλικίας.

Β)Ένα μαλακτικό κοπράνων για να καθαρίσει το έντερο. Αυτά είναι ασφαλή για τα παιδιά, αλλά πρέπει να χρησιμοποιούνται υπό την επίβλεψη του παιδίατρου. Δύο συνηθισμένα λάθη που κάνουν οι γονείς όταν δίνουν στο παιδί τους το συγκεκριμένο σκεύασμα για δυσκοιλιότητα δεν χρησιμοποιούν μεγάλη δόση ή το σταματούν πολύ σύντομα. Για παράδειγμα, μερικοί πιστεύουν πως μια δόση είναι αρκετή αλλά η πολύ γρήγορη διακοπή μπορεί να θέσει το παιδί σε μια άλλη περίοδο δυσκοιλιότητας. Κάποια παιδιά ίσως χρειαστεί να λαμβάνουν το μαλακτικό για μερικές εβδομάδες (Θωμαΐδης, 2017; Σταματίου, 2017).

Γ)Συγκεκριμένη ώρα τουαλέτας. Είναι πολύ σημαντική η ενθάρρυνση του παιδιού να χρησιμοποιεί την τουαλέτα σαν πρώτο πράγμα το πρωί και μετά από κάθε γεύμα ή σνακ (Dare & O' Donovan, 2000).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ- ΥΓΙΕΙΝΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ

Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι τα παιδιά είναι επιλεκτικά στο τι θα επιλέξουν να φάνε. Μερικά παιδιά θέλουν μόνο να τρώνε ένα είδος φαγητού, μερικά παιδιά δεν δοκιμάζουν νέα τρόφιμα και κάποια παιδιά δεν τρώνε τρόφιμα συγκεκριμένου χρώματος. Η καλή διατροφή είναι εξαιρετικά σημαντική για τα παιδιά, παρόλο που οι επιλογές τους είναι συχνά δύσκολες και περίπλοκες για τους γονείς τους. Η σωστή διατροφή είναι απαραίτητη κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας, έτσι ώστε ένα παιδί να μεγαλώνει για να αποκτήσει υγιές ύψος και βάρος, να συγκεντρωθεί στο σχολείο και να μην έχει διατροφικές ανεπάρκειες. Κατά τη διάρκεια της περιόδου από τη γέννηση έως την ηλικία των 5 ετών, το ανθρώπινο σώμα περνάει από την ταχύτερη ανάπτυξή του. Τα σώματα των παιδιών μεταβαίνουν από το μπουσούλιμα στο περπάτημα και στη συνέχεια στο τρέξιμο και το παιχνίδι των αθλημάτων. Η παιδική ηλικία είναι μια εποχή που τα υγιή και ισχυρά οστά και οι μύες είναι επιτακτικοί, ώστε να μην τραυματίζουν τους μύες τους ή να σπάσουν τα οστά τους εξαιτίας έλλειψης θρεπτικών ουσιών. Το ασβέστιο από γάλα, τυρί και γιαούρτι συμβάλλει στην ενίσχυση των οστών του παιδιού, καθώς αυτά μεγαλώνουν και γίνονται ψηλότερα (Βισότζκι, κ.ά., 2012; Βλάτσιος, 2011; Καραουλάνης, 2012; Λιάπης, 2011; Μανουσάκης, 2012; Pollan, 2011).

7.1 Ο ρόλος και η σημασία της Μεσογειακής διατροφής

Η μεσογειακή διατροφή, αποτελεί ένα πρότυπο διατροφής που εντοπίστηκε στις περιοχές καλλιέργειας ελιάς της Μεσογείου (κυρίως στην Ελλάδα, την Ισπανία, την Ιταλία και τη Γαλλία) στα τέλη της δεκαετίας του 1950 και στις αρχές της δεκαετίας του 1960, και θεωρείται ένα πολύ υγιές διατροφικό μοντέλο (Knoppers, et al., 2004). Πολλές επιδημιολογικές μελέτες έχουν δείξει ότι ο λαός των μεσογειακών χωρών έχει μεγαλύτερο προσδόκιμο ζωής και χαμηλότερο κίνδυνο να νοσήσουν από ορισμένες χρόνιες παθήσεις, συμπεριλαμβανομένων των καρδιαγγειακών παθήσεων, των μεταβολικών διαταραχών και ορισμένων τύπων καρκίνου. Πολλοί συγγραφείς υπογράμμισαν τον ευεργετικό ρόλο της

μεσογειακής διατροφής στον μεταβολισμό των λιπιδίων, την αρτηριακή πίεση, το δείκτη μάζας σώματος, τη φλεγμονή και την πήξη (Μόρτογλου & Μόρτογλου, 2002).

Η παραδοσιακή μεσογειακή διατροφή χαρακτηρίζεται από αφθονία φυτικών τροφών, όπως το ψωμί, τα ζυμαρικά, τα λαχανικά, τα όσπρια, τα φρούτα και οι ξηροί καρποί. Το ελαιόλαδο είναι η κύρια πηγή λίπους και η πρόσληψη ψαριών, πουλερικών, γαλακτοκομικών προϊόντων και αυγών είναι μέτρια. Επιπλέον, οι μεταβλητές ποσότητες κρασιού καταναλώνονται συνήθως με τα γεύματα (Αντωνοπούλου & Δημόπουλος, 2001; Τριχοπούλου, 2010; Trichopoulou, Bamia & Trichopoulos, 2005). Πολλά από τα χαρακτηριστικά συστατικά της είναι τα λειτουργικά συστατικά με θετικές επιδράσεις στην υγεία, την ικανότητα και την ευημερία. Αυτά μπορεί να είναι υπεύθυνα για τα πλεονεκτήματα που σχετίζονται με αυτή τη δίαιτα (Μόρτογλου & Μόρτογλου, 2002).



Εικόνα 7.1: Πυραμίδα μεσογειακής διατροφής

(Πηγή: Diaitologia, n.d.)

Στην παραπάνω εικόνα, διαπιστώνουμε πως στη διατροφική πυραμίδα της Μεσογειακής διατροφής, φαίνονται οι συχνότητες κατανάλωσης των τροφίμων και όχι οι συγκεκριμένες ποσότητες, εκφρασμένες σε γραμμάρια. Η Πυραμίδα της Μεσογειακής Διατροφής είναι ένας οδηγός διατροφής που αναπτύχθηκε από την Oldways, τη Σχολή Δημόσιας Υγείας του Χάρβαρντ και τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας το 1993 (Ζερφυρίδης, 1993). Συνοψίζει το πρότυπο της μεσογειακής διατροφής, υποδεικνύοντας τους τύπους και τη συχνότητα των τροφίμων που πρέπει να απολαμβάνουν κάθε ημέρα.

Η διατροφή συνδέεται στενά με τις περιοχές καλλιέργειας ελαιολάδου στην περιοχή της Μεσογείου. Η πυραμίδα, δομημένη υπό το πρίσμα της σημερινής έρευνας για τη διατροφή αντιπροσωπεύει μια υγιεινή μεσογειακή διατροφή, βασίζεται στα διατροφικά πρότυπα της Κρήτης, της Ελλάδας και της νότιας Ιταλίας γύρω στο 1960, σε μια εποχή όπου τα ποσοστά χρόνιων ασθενειών ήταν από τα χαμηλότερα στον κόσμο. Το προσδόκιμο ζωής ενηλίκων ήταν από τα υψηλότερα, αν και οι ιατρικές υπηρεσίες ήταν περιορισμένες. Τα ευρήματα αυτά δημιουργήθηκαν σε μεγάλο βαθμό από τον επιστήμονα Ancel Keys (Diatologia, n.d.; Palirroia, n.d.).

Η πυραμίδα χωρίζεται σε ημερήσιες, εβδομαδιαίες και μηνιαίες συχνότητες, αλλά δεν συνιστά τη χρήση μεγεθών. Οι έρευνες δείχνουν ότι το πρότυπο κατανάλωσης της μεσογειακής διατροφής προωθεί την καλή υγεία και τη μακροζωία. Έχουν δημοσιευθεί μελέτες που συνδέουν τη μεσογειακή δίαιτα και μειωμένο κίνδυνο ασθενειών όπως η πνευμονική νόσος και η νόσος του Αλτσχάιμερ, καθώς και η προστασία από τις αλλεργίες και το άσθμα (Simopoulos, 1991).

Η μεσογειακή διατροφή και, ιδιαίτερα η παραδοσιακή Ελληνική διατροφή, προσελκύει σήμερα μεγάλο ενδιαφέρον λόγω των πιθανών οφελών της για την υγεία. Το ελαιόλαδο βρίσκεται στο επίκεντρο αυτής της δίαιτας, και της συζήτησης που έχει ανοίξει. Μια σειρά από συγγραφείς (Willet, 1994; Trichopoulou & Lagiou, 1997) υποθέτουν ότι τα αντιοξειδωτικά μπορούν επίσης να είναι σημαντικοί παράγοντες στους οποίους οφείλονται οι εμφανείς επιπτώσεις στην υγεία από αυτή τη δίαιτα (Παπανικολάου, 1997).

Η μεσογειακή διατροφή περιλαμβάνει παραδοσιακά φρούτα, λαχανικά, ζυμαρικά και ρύζι. Για παράδειγμα, οι κάτοικοι της Ελλάδας τρώνε πολύ λίγο κόκκινο κρέας και κατά μέσο όρο 9 μερίδες ημερησίως με φρούτα και λαχανικά πλούσια σε αντιοξειδωτικά. Τα σιτηρά στην περιοχή της Μεσογείου είναι συνήθως ολόκληροι κόκκοι και συνήθως περιέχουν πολύ λίγα ανθυγιεινά trans-λιπαρά. Το ψωμί αποτελεί σημαντικό μέρος της διατροφής. Ωστόσο, σε όλη την περιοχή της Μεσογείου, το ψωμί τρώγεται απλό ή βουτηγμένο σε ελαιόλαδο - δεν τρώγεται με βούτυρο ή μαργαρίνες, που περιέχουν κορεσμένα ή trans-λιπαρά (Βαλαβανίδης, 2011; Detopoulou, Demopoulos & Antonopoulou, 2013; Καραγιαννόπουλος, 2011; Trichopoulou & Vasilopoulou, 2000).

Συγκεκριμένα στην Ελλάδα, η κατανάλωση των λαχανικών περιλαμβάνει ακόμη και τα διάφορα άγρια χόρτα, τα οποία παραδοσιακά συλλέγονται σε όλη την Ελλάδα και καταναλώνονται με διάφορους τρόπους. Αυτές οι συνταγές συνήθως παρασκευάζονται με παρθένο ελαιόλαδο. Τα άγρια βρώσιμα χόρτα που τρώγονται συχνά στην αγροτική Ελλάδα, με τη μορφή της σαλάτας και της πίτας περιέχουν πολύ υψηλές ποσότητες φλαβονοειδών, οι οποίες γενικά θεωρούνται μια από τις πιο σημαντικές κατηγορίες αντιοξειδωτικών στη διατροφή του ανθρώπου (Benetou, et al., 2008; Trichopoulou et al., 2000).

Τα καρύδια είναι ένα άλλο μέρος μιας υγιεινής μεσογειακής διατροφής. Τα καρύδια είναι πλούσια σε λίπος (περίπου το 80% των θερμίδων τους προέρχονται από το λίπος), αλλά το μεγαλύτερο μέρος του λίπους δεν είναι κορεσμένο. Επειδή οι ξηροί καρποί έχουν υψηλή περιεκτικότητα σε θερμίδες, δεν πρέπει να καταναλώνονται σε μεγάλες ποσότητες - γενικά δεν υπερβαίνουν μία χούφτα την ημέρα (Αρβανίτη, κ.ά., 2005; Iriti & Vitalini, 2012; Μάντζιου κ.ά., 2012).

Το νερό θα πρέπει να αποτελεί βασική πηγή πρόσληψης υγρών και να προτιμάται για τα παιδιά αντί για τα αναψυκτικά, τα οποία περιέχουν ζάχαρη. 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).

Τα τελευταία χρόνια, το προφίλ της ελληνικής διατροφής παιδιών προσχολικής ηλικίας έχει αλλάξει σε σχέση με την παραδοσιακή εικόνα που χαρακτήριζε τη χώρα. Πιο συγκεκριμένα, η μέση κατανάλωση κρεάτων και γαλακτοκομικών τείνει στα επίπεδα των άλλων ευρωπαϊκών χωρών ενώ και η θερμιδική σημασία των λιπών, των ελαίων και της ζάχαρης βρίσκεται σε υψηλά επίπεδα. Θετικό στοιχείο θεωρείται το γεγονός ότι διατηρείται η εφαρμογή της μεσογειακής δίαιτας, με την κατανάλωση ελαιόλαδου και την υψηλή συχνότητα κατανάλωσης φρούτων, οσπρίων, λαχανικών και δημητριακών. Η κατανάλωση έτοιμης τροφής, στη συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα (0-6 ετών) είναι περιορισμένη. Σημαντική αύξηση παρατηρείται στην κατανάλωση γλυκών και παρασκευασμένων snacks, ενώ η σωματική άσκηση έχει μειωθεί σημαντικά (Carper, 2011; Εμμανουηλίδου, 2013; Ζέρβας & Ντόρζη, 2012; Hyman, 2011; Καραουλάνης, 2012; Κορακάκη, 2010; Κουμεντάκης, 2011; Λιάπης, 2011; Μανουσάκης, 2012; Μάντζιου κ.ά., 2012; Παπαβέντσης, 2010; Περσίδη, 2013; Pollan, 2011; Σιάσιος, 2012).

7.2 Προτεινόμενα διατροφικά προγράμματα για παιδιά

Το σώμα χρειάζεται ενέργεια για να λειτουργήσει καλά, ιδιαίτερα μετά τον νυχτερινό ύπνο, που τα αποθέματα ενέργειας είναι χαμηλά. Πολλές μελέτες, μάλιστα, έχουν συσχετίσει τη λήψη ενός υγιεινού πρωινού (το οποίο καλύπτει το 25% των ημερήσιων αναγκών σε θρεπτικά συστατικά) με καλύτερη σχολική απόδοση, μεγαλύτερη ικανότητα εκμάθησης, μνήμης και συνδυαστικής σκέψης (Ματσανιώτης & Καρπάθιος, 1999; Μηνούδης, 2012; Μουλινός, 2013; Μπαζαίος, 2010; Παλλίδης, 2009; Παπαβέντσης, 2010; Περσίδη, 2013).

Μεταξύ άλλων έχουν γίνει έρευνες, που στην πλειοψηφία τους αποδεικνύουν την συσχέτιση μεταξύ του σιδήρου στη διατροφή και του δείκτη νοημοσύνης (IQ),(τα δημητριακά μας προμηθεύουν με ικανοποιητική ποσότητα σιδήρου). Τέλος, αρκετές μελέτες έδειξαν ότι τα

παιδιά που τρώνε πρωινό έχουν 30% λιγότερες πιθανότητες να γίνουν παχύσαρκα (Brown, 2016; Γρηγοράκης, 2013; Γρηγορέα, 2008; Dare & O 'Donovan, 2000; Ζαμπέλας, 2003; Κατημερτζόγλου & Κουτή, 2010; Τικταμπανίδη, 2015).

Καλό θα είναι επομένως το πρωινό των παιδιών να περιλαμβάνει (Βαραγιάννης, 2007):

- 1 φλιτζάνι γάλα 1,5 % με 40 gr δημητριακά ολικής άλεσης, 1 φρούτο
- 1 γιαούρτι 1,5 %, 2 φρυγανιές σικάλεως με βούτυρο και μέλι ή μαρμελάδα, 1 φρούτο
- 1 ποτήρι φυσικό χυμό, 1 τοστ
- 1 ποτήρι φυσικό χυμό, 2 φρυγανιές σικάλεως, 30 gr τυρί, 1 φρούτο

Ετοιμάστε ένα κολατσιό για το σχολείο, καθώς προσφέρει στα παιδιά την απαραίτητη ενέργεια που χρειάζονται ώστε να είναι δραστήρια και αποδοτικά στις ενδοσχολικές τους ασχολίες(Βαραγιάννης, 2007).

Είναι προτιμότερο να φροντίζετε εσείς για το κολατσιό του από το σπίτι, το οποίο μπορεί να περιλαμβάνει(Βαραγιάννης, 2007):

- 1 τοστ, 1 φρούτο
- 1 κουλούρι Θεσσαλονίκης, 1 φρούτο
- 1 γιαούρτι με φρούτα, 1 ποτήρι χυμό
- 1 σπιτική τυρόπιτα ή σπανακόπιτα, 1 φρούτο
- 1 κομμάτι σπιτικού κέικ, 1 φρούτο

Αν ωστόσο πρέπει το παιδί να προσανατολιστεί σε προϊόντα του κυλικείου, τότε θα ήταν καλή μια συμβουλή οι αγορές του να είναι προσεκτικές και να μην αφορούν τρόφιμα με αυξημένα επίπεδα λιπαρών και ζάχαρης, όπως είναι τα γαριδάκια, οι πίτσες, τα αναψυκτικά, αλλά να περιορίζονται σε κάτι από όσα αναφέρθηκαν πιο πάνω(Βαραγιάννης, 2007).

Το μεσημεριανό φαγητό είναι το κυριότερο γεύμα της ημέρας. Είναι προτιμότερο να υπάρχει μια σταθερή ώρα όπου παρευρίσκεται όλη η οικογένεια καθώς συμβάλλει στην

κοινωνικοποίηση των παιδιών και στη διαμόρφωση των διατροφικών τους προτύπων. Καλό είναι να υπάρχει μια ποικιλία και μια πληρότητα στα γεύματα, δηλαδή να υπάρχουν όλες οι ομάδες τροφίμων (αμυλούχα, πρωτεϊνούχα, λαχανικά, φρούτα, ελαιόλαδο). Η ποικιλία στα φαγητά ανοίγει την όρεξη και εξασφαλίζει την πρόσληψη όλων των θρεπτικών συστατικών. Επίσης, ιδιαίτερη προσοχή ενδείκνυται στην καθημερινή πρόσληψη αυξημένης ποσότητας πρωτεϊνών (κυρίως από το κρέας), οι οποίες βοηθούν στην ανάπτυξη του μυϊκού ιστού καθώς και στην αυξημένη πρόσληψη απαραίτητων λιπαρών οξέων(κυρίως από τα ψάρια) τα οποία προάγουν την πνευματική απόδοση (Βαραγιάννης, 2007).

Ένα ενδεικτικό μεσημεριανό μπορεί να είναι: 1 φλιτζάνι ρύζι, 150gr μπιφτέκι ή ψάρι, 1φλιτζάνι σαλάτα, 1φέτα ψωμί σικάλεως, 3 κουταλιές του γλυκού ελαιόλαδο, 1 φρούτο(Βαραγιάννης, 2007).

Μην ξεχνάτε το απογευματινό σνακ(Βαραγιάννης, 2007):

1 ποτήρι φυσικός χυμός, 3 κράκερ σικάλεως με 30gr τυρί

1 γλυκό, 1 φρούτο

1 γιαούρτι με μέλι, 1 φρούτο

Το βραδινό είναι προτιμότερο να είναι πιο ελαφρύ από το μεσημεριανό, μιας και οι καύσεις με το πέρας της ημέρας έχουν μειωθεί ταυτόχρονα με τα επίπεδα φυσικής δραστηριότητας.

Ένα τυπικό δείπνο μπορεί να περιλαμβάνει (Βαραγιάννης, 2007):

1 τοστ, 1 ποτήρι γάλα 1,5%, 1 φρουτοσαλάτα

1 ομελέτα (1-2 φορές ανά εβδομάδα)

3 καλαμάκια κοτόπουλο ή χοιρινά (1-2 φορές ανά εβδομάδα)

1 σαλάτα ανάμικτη με τυρί και 3 φέτες γαλοπούλας

1 ποτήρι γάλα 1,5 % με 40gr δημητριακά, 1 φρουτοσαλάτα

μισή μερίδα από το μεσημεριανό γεύμα.

Στόχος σε κάθε περίπτωση είναι να διατηρηθεί το βάρος των παιδιών σε φυσιολογικά για την ηλικία τους επίπεδα. Σε περίπτωση, όπου διαθέτουν παραπάνω κιλά οι γονείς μπορούν να

βοηθήσουν ώστε να τα χάσουν, με τη βοήθεια κάποιου ειδικού διαιτολόγου, και όχι με χημικές και στερητικές δίαιτες, ώστε να προσεγγίσουν το ιδανικό τους βάρος και να το συντηρήσουν (Καρακασίδου, χ.χ.).

Η σχολική ηλικία είναι η ιδανικότερη ηλικία αφομοίωσης και μάθησης καθώς οι διατροφικές συνήθειες διαμορφώνονται κυρίως στην παιδική ηλικία. Κατά τη διάρκεια της σχολικής ηλικίας το παιδί μπορεί να αποκτήσει θετικά πρότυπα. Τέλος, ένα υπέρβαρο παιδί έχει πολύ μεγάλες πιθανότητες να γίνει ένας υπέρβαρος ενήλικας (Τικταμπανίδη, 2015).

Οι γονείς λοιπόν, πρέπει να φροντίσουν να αυξηθεί η κατανάλωση φρούτων, λαχανικών, οσπρίων, έτσι ώστε να εξασφαλιστεί μια διατροφή, καθημερινά πλήρη σε βιταμίνες, μέταλλα, ιχνοστοιχεία, αντιοξειδωτικές ουσίες, νερό και φυτικές ίνες, που προστατεύουν, θωρακίζουν και δυναμώνουν τον οργανισμό. Πολλές μελέτες έχουν υποδείξει την καθημερινή κατανάλωση 5 μικρομερίδων φρούτων και λαχανικών, ως κανόνα ισορροπημένης και υγιεινής διατροφής που δρα παράλληλα ευεργετικά στην καλή λειτουργία του πεπτικού συστήματος (Περσίδη, 2013; Σιάσιος, 2012; Strunz & Jopp, 2009).

Θα πρέπει να περιοριστεί η κατανάλωση ανθυγιεινών και πλούσιων σε λιπαρά και ζάχαρη σνακ (fast food, κρουασάν, πατατάκια κ.α.). Σε αυτό συμβάλλει, η «σπιτική» μαγειρική παρασκευή των τροφών σε συνδυασμό με την αποφυγή χρήσης αλλά κυρίως κατάχρησης, «γρήγορου έτοιμου φαγητού» ως τροφή για τα παιδιά αυτής της ηλικίας. Δεν πρέπει να ξεχνάμε τη χρήση ελαιόλαδου στην παρασκευή των φαγητών. Παράλληλα, η αντικατάσταση των αναψυκτικών με φυσικούς χυμούς και η προτροπή της καθημερινής πόσης 1 λίτρου νερού είναι εξαιρετική παρότρυνση (Παπουτσάκη, 2008; Parker, 2006; Πετρογιάννης & Melhuish, 2001; Πιπεράκης, 2002; Povis & Alleman, 2003; Schlosser, 2006).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΟΓΔΟΟ- ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΣΕ ΘΕΜΑΤΑ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΓΙΑ ΓΟΝΕΙΣ-ΠΑΙΔΑΓΩΓΟΥΣ-ΠΑΙΔΙΑ- ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ

Πολλοί διαφορετικοί τύποι παρεμβάσεων αναφέρονται συνήθως όταν συζητείται πώς μπορεί να βελτιωθεί η ζωή των ανθρώπων στις αναπτυσσόμενες χώρες. Τυπικά, πρόκειται για μέτρα στον τομέα της υποδομής, των μεθόδων παραγωγής, των πολιτικών (σχετικά με το εμπόριο, τη γεωργία κ.λπ.), το περιβάλλον κ.ο.κ. Η εκπαίδευση στον τομέα της διατροφής δεν περιλαμβάνεται ποτέ σε έναν τέτοιο κατάλογο. Ωστόσο, οι ερευνητές ανά των κόσμο εξετάζοντας τη βάση των ευημερούμενων κοινωνιών, πιστεύουν ότι η διατροφική εκπαίδευση, ιδιαίτερα στα σχολεία, μπορεί πράγματι να συμβάλει σημαντικά στην αειφόρο ανάπτυξη στις φτωχές χώρες (Αθανασάκης, 2014).

Είναι σχεδόν αυτονόητο ότι η υγεία είναι σημαντική για την ανάπτυξη - χωρίς αυτήν, μια χώρα και ο πληθυσμός της δεν μπορεί να λειτουργήσει σωστά. Η καλή διατροφή αποτελεί έναν ακόμη πυλώνα ανάπτυξης και όχι μόνο επειδή η τροφή είναι η πιο βασική ανθρώπινη ανάγκη. Χωρίς σωστή διατροφή, η υγεία είναι αδύνατη. Η ποσότητα και τα είδη των τροφίμων που καταναλώνουν οι άνθρωποι και η διατροφική τους ποιότητα και ασφάλεια έχουν άμεσες επιπτώσεις στην υγεία και την ευημερία των ανθρώπων και, συνεπώς, στην ικανότητά τους να ενεργούν για να βελτιώσουν τη ζωή τους (Αθανασάκης & Ευσταθίου, 2013; Αθανασάκης, 2014).

Η εκπαίδευση είναι επίσης απαραίτητη για την ανάπτυξη. Δημιουργεί επιλογές και ευκαιρίες για τους ανθρώπους, μειώνει τα βάρη της φτώχειας και των ασθενειών και δίνει μια ισχυρότερη φωνή στα άτομα στην κοινωνία. Για τα έθνη, η εκπαίδευση δημιουργεί ένα δυναμικό εργατικό και καλά ενημερωμένους πολίτες που είναι σε θέση να ανταγωνίζονται και να συνεργάζονται παγκοσμίως - ανοίγοντας πόρτες για την οικονομική και κοινωνική ευημερία. Τα θετικά αποτελέσματα ενός παράγοντα μπορούν να επιτευχθούν μόνο εάν συνοδεύονται από τους άλλους παράγοντες (Εμμανουηλίδου, 2013; Καραουλάνης, 2012).

Χωρίς την κατάλληλη υγεία, για παράδειγμα, δεν είναι δυνατή η καλή εκπαίδευση και χωρίς σωστή εκπαίδευση, υποφέρει η υγεία. Ομοίως, η διατροφή και η παιδεία συνδέονται στενά. Είναι ευνόητο ότι η καλή διατροφή κατά την παιδική ηλικία είναι σημαντική για την υγιή ανάπτυξη. Αλλά εκτός από τη φυσική ανάπτυξη και την ωρίμανση, η διατροφική κατάσταση ενός παιδιού επηρεάζει επίσης ορισμένους παράγοντες που είναι καίριοι για τα εκπαιδευτικά επιτεύγματα του παιδιού - η καλή υγεία και διατροφή αυξάνουν την προσοχή του παιδιού, τη μαθησιακή του ικανότητα και την ικανότητά του να εμπλακεί σε πλήρως εκπαιδευτικές εμπειρίες.

Ωστόσο, η ενημέρωση και εκπαίδευση μαθητών και διδασκόντων, καθώς και η επιμόρφωση γονέων για τη διατροφή, δεν μπορεί να εξαντλείται μέσα από ένα συγκεκριμένο γνωστικό αντικείμενο, αλλά να αντλείται διεπιστημονικά, από τη σύνδεση και σύζευξη πολλών γνωστικών περιοχών του σχολικού προγράμματος, που αναδεικνύει και προωθεί συμμετοχικές και διερευνητικές δραστηριότητες διατροφικής υγείας στους νεανικούς πληθυσμούς. Σύμφωνα με τα παραπάνω, η Αγωγή Υγείας σε ζητήματα διατροφής παρέχεται σε δυο επίπεδα. Ως διατροφική ενημέρωση που πρέπει να αφορά ουσιαστικά, ποιοτικά και αναλογικά όλες τις ομάδες των θρεπτικών συστατικών, για την πλήρη σωματική και διανοητική ανάπτυξη (πρωτεΐνες, υδατάνθρακες, λιπίδια, βιταμίνες, νερό και ιχνοστοιχεία). Αλλά και ως διατροφική αγωγή που αποτρέπει διατροφικές συνήθειες, οι οποίες σχετίζονται με την εμφάνιση εκφυλιστικών νοσημάτων (Βαλαβανίδης, 2011; Εμμανουηλίδου, 2013; Καραουλάνης, 2012; Κατημερτζόγλου & Κουτή, 2010; Κουμεντάκης, 2012; Μανουσάκης, 2012; Μελίτης, 2017; Thompson & Shanley, 2010).

Μελέτες έχουν δείξει ότι η καλή κατάσταση της υγείας και της διατροφής βελτιώνει επίσης την εγγραφή στο σχολείο, τη συμμετοχή και τη διατήρηση. Η καλή διατροφή αποτελεί τη βάση για καλή υγεία και βοηθά τόσο στην αποτελεσματική εκπαίδευση, η καλή εκπαίδευση - ιδιαίτερα μεταξύ των γυναικών στον αναπτυσσόμενο κόσμο- συχνά θεωρείται ότι αποτελεί τον πιο σημαντικό παράγοντα για τον καθορισμό της υγείας και της διατροφικής κατάστασης του παιδιού.

Δεδομένου του σημαντικού ρόλου της διατροφής, της υγείας και της εκπαίδευσης για μια ενεργό κοινωνία, οι επεμβάσεις που αφορούν αυτούς τους παράγοντες είναι όχι μόνο επείγουσες αλλά έχουν επίσης τη δυνατότητα να συμβάλλουν σημαντικά στη συνολική οικονομική και κοινωνική ανάπτυξη μιας χώρας. Η διατροφή είναι μια τέτοια παρέμβαση. Παρέχει στους ανθρώπους τις γνώσεις, τις δεξιότητες και τα κίνητρα για να κάνουν σοφές επιλογές διατροφής και τρόπου ζωής, δημιουργώντας έτσι μια ισχυρή βάση για μια υγιή και ενεργό ζωή.

Η εκπαίδευση στον τομέα της διατροφής διαδραματίζει έτσι ζωτικό ρόλο στην προώθηση της ασφάλειας, καθώς είναι ιδιαίτερα σημαντικό για τα νοικοκυριά να χρησιμοποιούν βέλτιστα τα τοπικά τρόφιμα και να εφαρμόζουν πρότυπα υγιεινής διατροφής. Η αποτελεσματική εκπαίδευση στη διατροφή είναι επίσης σημαντική για την καταπολέμηση της αύξησης των μεταδοτικών νόσων που σχετίζονται με τη διατροφή που παρατηρούνται σε πολλές χώρες.

Τέτοια νοσήματα είναι τα καρδιαγγειακά που συνδέονται με την υπερβολική κατανάλωση ζωικού κορεσμένου λίπους, η υπέρταση που σχετίζεται με μεγάλη κατανάλωση αλατιού, ο καρκίνος στο παχύ έντερο που συνδέεται με τη χαμηλή κατανάλωση φυτικών τροφίμων, ο καρκίνος του μαστού με την πλούσια κατανάλωση λιπιδίων και η τερηδόνα με τη ζάχαρη. Οι σοβαρές αυτές νόσοι συναντώνται σε μεγάλη συχνότητα στις οικονομικά ανεπτυγμένες κοινωνίες και βρίσκονται στο στόχαστρο της προληπτικής ιατρικής, που σαν ουσιώδες μέρος της αγωγής υγείας, προσπαθεί να απαλείψει τις διατροφικές συμπεριφορές, οι οποίες ευθύνονται για την εκδήλωσή τους (Carper, 2012; Γρηγοράκης, 2016; Tudge, 2014; Χαρατσή – Γιωτάκη, 2007).

Τα νοσήματα αυτά, και στη χώρα μας συνδέονται τις τελευταίες δεκαετίες, με τη σημαντική αλλαγή του τρόπου ζωής, μέσω της υπερκατανάλωσης ζωικών και ζαχαρωδών προϊόντων. Τα φαινόμενα αυτά τοποθετούν, αναγκαστικά, τη διατροφική αγωγή και παιδεία σε περίοπτη θέση στα σχολικά μας προγράμματα, τόσο για τη γνώση της βασικής σύνθεσης, συντήρησης, ελέγχου και ρόλου των τροφίμων στην ισορροπημένη υγιεινή διατροφή, όσο και στη διαμόρφωση της κατάλληλης διατροφικής συμπεριφοράς, μέσα από τη διεπιστημονική και

πολυεπιστημονική σύνδεση όλων των σχετικών γνωστικών τομέων του σχολικού προγράμματος (Ευσταθίου, Ρίσβας & Ορφανοπούλου, 2006; Κουμπίτσκι & Φοντόρ, 2013).

Τέλος, πρέπει να γίνουν έρευνες για να εκτιμηθούν οι διατροφικές στάσεις, αντιλήψεις, νοοτροπίες, συνήθειες και συμπεριφορές. Επίσης, πρέπει να τυπωθούν ενημερωτικά έντυπα και να διαφημιστούν ειδικές εκπομπές για να οικοδομηθούν οι απαραίτητες διατροφικές γνώσεις και στάσεις αλλά και να ενημερωθούν, να ευαισθητοποιηθούν και να δράσουν οι γονείς, οι μαθητές και οι εκπαιδευτικοί. (Κατσίλαμπρος, Κόκκινος & Κοσμίδης, 2010; Webster – Gandy, 2008).

8.1 Ενημέρωση γονέων

Στο σημείο αυτό, επιχειρούμε να αναλύσουμε ότι οι γονείς έχουν μεγάλη επίδραση στη διατροφή των παιδιών στην παιδική ηλικία αλλά έχουν συνήθως και την ευθύνη της προμήθειας των τροφίμων στο σπίτι. Η εκπαίδευση έχει στόχο να ενημερωθούν οι γονείς για τις διατροφικές ανάγκες των παιδιών σε αυτή την ηλικία, ποιος είναι ο ρόλος τους και με ποιον τρόπο μπορούν να βοηθήσουν τα παιδιά τους στη βελτίωση των συνηθειών τους. Μέσω προγραμμάτων που έχουν τη μορφή είτε σεμιναρίων είτε κύκλων συνεδριών μπορούν να επιλύσουν απορίες και να πάρουν πρακτικές συμβουλές (Καζαμίας, 2010; Μαλλιαρού, 1985; Μηνούδης, 2012; Παλλίδης, 2009; Palmer, 2006; Πανδής, 2007; Παπουτσάκη, 2008).

8.2 Δραστηριότητες σε σχέση με τη διατροφή για παιδιά

Οι εκπαιδευτικοί στόχοι των δραστηριοτήτων αυτών ενδεικτικά περιλαμβάνουν την εξοικείωση του παιδιού με την έννοια της καλής διατροφής, τον εμπλουτισμό του διαιτολογίου του παιδιού με περισσότερα τρόφιμα από όλες τις ομάδες των τροφίμων, την εκπαίδευση στη σωστή μερίδα του φαγητού, την εκμάθηση καλών συνηθειών διατροφής (όπως τα οικογενειακά γεύματα, την αποφυγή του τσιμπολογήματος κλπ), την έμφαση και στην φυσική δραστηριότητα ως ζωτικό παράγοντα καλής υγείας και, φυσικά, την διασκέδαση και την έκφραση της δημιουργικότητας των παιδιών (Eutrofia, 2017).

Οι δραστηριότητες αυτές μπορεί να περιλαμβάνουν μαγειρική, αυτοσχέδιες ομαδικές και ατομικές κατασκευές, επιδαπέδια και επιτραπέζια παιχνίδια και παζλ, κλασσικά παιχνίδια κίνησης προσαρμοσμένα στα διατροφικά μηνύματα, ζωγραφική, κλπ. (Eutrofia, 2017).

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Ολοκληρώνοντας την παρούσα μελέτη διαπιστώσαμε πως η φροντίδα και η διατροφή ενός μικρού παιδιού, είναι ένα πολύ δύσκολο και πολύ σημαντικό θέμα. Το βρέφος δεν μπορεί να επιζήσει μόνο του δίχως κάποια βοήθεια από τον ενήλικα. Η προετοιμασία και η πρόσληψη της τροφής του αλλά και γενικότερα η φροντίδα του είναι πράγματα που δεν έχει την ικανότητα να κάνει μόνο του μέχρι και την παιδική ηλικία. Αυτό σημαίνει ότι οι γονείς από την στιγμή που θα φέρουν στον κόσμο μια καινούργια ζωή αναλαμβάνουν μεγάλες ευθύνες αφού το μωρό εξαρτάται πλήρως από αυτούς. Οι γονείς γενικότερα πρέπει να συμβουλευονται τον παιδίατρο τους και να φροντίζουν να ενημερώνονται για ότι αφορά το μωρό τους πριν ακόμη αυτό γεννηθεί. Είναι σημαντικό να είναι ψύχραιμοι σε καταστάσεις που βιώνουν πρώτη φορά έτσι ώστε να μην κάνουν επιπόλαιες κινήσεις και ενοχληθεί η υγεία του μωρού τους.

Οι γονείς οφείλουν να κρατούν πάντα θετική στάση προς το μωρό τους διότι αυτό μπορεί ακόμη να είναι νεογέννητο αλλά μπορεί να αντιληφθεί αν κάτι κακό συμβαίνει. Κάθε νέα τροφή πρέπει να εισάγεται στο διατροφολόγιο του μωρού μόνη της για να μπορεί ο γονέας να αντιληφθεί τυχόν συμπτώματα αλλεργίας. Η διατροφή του μωρού είναι ένα πολύ σημαντικό στοιχείο για την ανάπτυξη του και καθοριστικής σημασίας. Αυτό σημαίνει ότι οι γονείς θα πρέπει να φροντίζουν να έχει το παιδί μεγάλη ποικιλία υγιεινών τροφών και να επιλέγει μόνο του αυτές που του αρέσουν περισσότερο και όχι να το πιέζουν οι γονείς να φάει μόνο με συγκεκριμένες τροφές που αυτοί έχουν επιλέξει.

Συνοψίζοντας τα συμπεράσματα μας, ύστερα από την εκτεταμένη έρευνα μας πάνω στο συγκεκριμένο θέμα μπορούμε ξεκάθαρα να δηλώσουμε ότι η φροντίδα και η διατροφή ενός παιδιού είναι ένα πολύ σημαντική και με πολλές ευθύνες διαδικασία, κατά την οποία οι γονείς οφείλουν να γνωρίζουν καλά πριν αποφασίσουν να αποκτήσουν ένα νέο μέλος στην οικογένεια τους. Η διατροφή του βρέφους είναι ίσως το σημαντικότερο θέμα που οφείλουν οι γονείς να γνωρίζουν καλά και να το χειρίζονται προς το συμφέρον του παιδιού τους.

Ο βασικός σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν να διαπιστωθεί το περιεχόμενο της διατροφής και η ανάπτυξη του παιδιού από τη γέννηση του έως και την προσχολική ηλικία. Εξετάστηκαν επίσης τα διάφορα διατροφικά προβλήματα που προκύπτουν, με κυριότερα την παιδική παχυσαρκία, την νευρική ανορεξία και βουλιμία και τον υποσιτισμό. Η διατροφή είναι ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες που επηρεάζουν την ανάπτυξη και την υγεία στην προσχολική, αλλά και σε κάθε ηλικία. Η διατροφή, η οποία περιλαμβάνει τα σωστά θρεπτικά συστατικά και σε ισορροπημένες ποσότητες και αναλογίες είναι σημαντική, όχι μόνο για την κατάσταση της υγείας του παιδιού, αλλά και για την κατάσταση της υγείας του ως ενήλικα. Η σημασία της διατροφής στην υγεία σε όλα τα στάδια της ζωής ενός ανθρώπου, καθιστά τη μελέτη της ένα ιδιαίτερα ενδιαφέρον θέμα προς μελέτη.

Το διαιτολόγιο του παιδιού στην προσχολική ηλικία θα πρέπει να είναι πλήρες και να χαρακτηρίζεται από ποικιλία τροφών, αφού με την τροφή τροφοδοτείται η ανάπτυξή του και αποφεύγονται οι διάφορες ασθένειες. Οι κύριες ομάδες που θα πρέπει να αποτελούν το καθημερινό διαιτολόγιο ενός παιδιού στην προσχολική ηλικία είναι οι εξής: κρέας, ψάρι, αυγά, όσπρια, γαλακτοκομικά προϊόντα, ψωμί, ζυμαρικά, ρύζι, δημητριακά, φρούτα και λαχανικά.

Σε αυτή την ηλικία, η διατροφική φροντίδα περιλαμβάνει τα εξής στοιχεία: την παροχή της απαραίτητης ενέργειας και θρεπτικών συστατικών, την ανάπτυξη των γευστικών αισθητήρων, την ανάπτυξη της σχέσης του παιδιού με το γονέα, και την δημιουργία υγιών διατροφικών συνηθειών που θα διατηρηθούν και στο μέλλον.

Για να εξαλειφθούν τα προβλήματα που σχετίζονται με τη διατροφή θα πρέπει να υπάρξει ενημέρωση των γονέων και της κοινωνίας γενικότερα, αλλά και συντονισμένη δράση από τους αρμόδιους φορείς σε τοπικό, περιφερειακό, εθνικό και διεθνές επίπεδο. Το πρώτο βήμα είναι η ενημέρωση των γονέων, των εκπαιδευτικών και όσων ασχολούνται με την φροντίδα των παιδιών για τις διατροφικές συστάσεις. Επιπλέον, σημαντικό ρόλο παίζει και η ψυχολογική υποστήριξη που μπορούν να παρέχουν στα παιδιά, ώστε να αποφευχθούν προβλήματα όπως η νευρική ανορεξία και η νευρική βουλιμία.

Πολλά από τα παραπάνω προβλήματα, επομένως, και κυρίως η διασφάλιση της υγιεινής διατροφής και η αποφυγή της παιδικής παχυσαρκίας είναι η υιοθέτηση της Μεσογειακής διατροφής. Η μεσογειακή διατροφή αποτελεί ένα εύκολο τρόπο διατήρησης της καλής υγείας ενός παιδιού, αλλά και των ενηλίκων. Οι κύριοι άξονες της είναι οι εξής: μεγάλη κατανάλωση φρούτων και λαχανικών, δημητριακών και οσπρίων, χρήση του ελαιόλαδου αντί άλλων λιπαρών, χαμηλή κατανάλωση κρέατος και σχετικά αυξημένη κατανάλωση ψαριών, και μέτρια κατανάλωση γαλακτοκομικών προϊόντων.

Τέλος, η Μεσογειακή διατροφή έχει συσχετιστεί με την καλή υγεία και θεωρείται υπεύθυνη για τα χαμηλότερα ποσοστά θνησιμότητας των μεσογειακών λαών από καρδιοπάθειες και άλλες αιτίες, παρά το γεγονός ότι έχουν ιατρική περίθαλψη, χαμηλότερης ποιότητας από άλλες ανεπτυγμένες χώρες. Ακόμη, η Μεσογειακή διατροφή οφείλει τις ευεργετικές της ιδιότητες όχι μόνο στην ποιότητα των λιπαρών που καταναλώνει, αλλά και στα αντιοξειδωτικά που υπάρχουν στα φρούτα και τα λαχανικά.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ξενόγλωση Βιβλιογραφία

Appleton, A., Vanbergen, O., Horton-Szar, D., & Dominiczak, M. (2012). *Crash Course*. 1st edition. London: Elsevier Health Sciences.

Benetou, V., Trichopoulou, A., Orfanos, P., Naska, A., Lagiou, P., Boffetta, P., & Trichopoulos, D. (2008). Conformity to traditional Mediterranean diet and cancer incidence: the Greek EPIC cohort. *British Journal of Cancer*, 99(1), pp.191–195.

Boucher, L. (1987). Les troubles alimentaires graves du nourrisson: des enfants qui se laissent mourir?. *La psychiatrie de l'enfant*, 30(1), pp. 5-32.

Bryan-Waugh, R. (1993). Anorexia nervosa in young boys. *Neuropsychiatre de l' Enfance et de l' Adolescence*, 41, pp.287-290.

Detopoulou, P., Demopoulos, C.A., & Antonopoulou, S. (2013). Mediterranean diet in a new perspective: A Systematic review for its benefits regarding mortality and cardiovascular disease and potential protective mechanisms. *Hellenic Journal of Nutrition & Dietetics*, 4(1), pp.27-43.

European Food Safety Authority (EFSA) (2010). Scientific Opinion on Dietary Reference Values for water. *EFSA Journal*, 8(3), p.1459.

Fusch, C., Hungerland, E., Scharrer, B., & Moeller, H. (1993). Water turnover of healthy children measured by deuterated water elimination. *European Journal of Pediatrics*, 152(2), pp.110-114.

Gershwin, M., Nestel, P., & Keen, C. (2004). *Handbook of nutrition and immunity*. 1st edition. Totowa, N.J.: Humana Press.

Iriti, M., & Vitalini, S. (2012). Health-Promoting Effects of Traditional Mediterranean Diets - A Review. *Polish Journal of Food and Nutrition Sciences*, 62(2), pp.71-76.

Kastorini, C.M., Lykou, A., Yannakoulia, M., Petralias, A., Riza, E., Linos, A., & on behalf of the DIATROFI Program Research Team (2016). The influence of a school-based intervention programme regarding adherence to a healthy diet in children and adolescents from disadvantaged areas in Greece: the DIATROFI study. *Journal of Epidemiology and Community of Health*, 70, pp. 671-677.

- Knoops, K.T.B., de Groot, L.C.P.G., Kromhout, D., Perrin, A-E., Moreiras-Varela, O., Me
notti, A., & van Staveren, W.A. (2004). Mediterranean Diet, lifestyle factors, and 10-
year mortality in elderly European men and women. *JAMA*, 292, pp.1433-1439.
- Lips, P., & van Schoor, N. (2011). The effect of vitamin D on bone and osteoporosis. *Best
Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, 25(4), pp.585-591.
- Mahan, L. K., & Raymond, J.L. (2017). *Krause's food & the nutrition care process*. 14th
edition. St. Louis, Missouri: Elsevier.
- Marchi, M, Cohen, P. (1990). Early childhood eating behaviors and adolescent eating
disorders. *I Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 29, pp. 112-117.
- Nestle, M. & Pollan, M. (2013). *Food politics*. 1st edition. Berkeley: University of California
Press, p.413.
- Petralias, A., Papadimitriou, E., Riza, E., Karagas, M.R., Zagouras, A.B.A., Linos, A., & on
Behalf of the DIATROFI Program Research Team (2016). The impact of a school food aid
program on household food insecurity. *European Journal of Public Health*, 26(2), pp.290–
296.
- Sanchez-Cardenas, M., Mammar, N., & Venisse, J.L. (1994). Anorexies de l' Adolescence et
du Nourisson: A propos de quelques points de rapprochement possibles. *Psychiatrie de l'
enfant*, 37(3), pp. 153-178.
- Scaglioni, S., Salvioni, M., & Galimberti, C. (2008). Influence of parental attitudes in the
development of children eating behavior. *British Journal of Nutrition*, 99(1), pp. 22-25.
- Simopoulos, A.P. (1991). The Mediterranean Diets in Health and Disease. *American Journal
of Clinical Nutrition*, 54 (4), p. 771.
- Smith, J. (2009). *The Mediterranean diets: Nutrition and gastronomy. Functional Food
Product Development*. New Jersey: John Wiley and Sons.
- Steiner, H., Smith, C., Rosenkrantz, R., & Litt, I.F. (1991). The early care and feeding of
anorectics. *Child Psychiatry Hum. Dev*, 21, pp.163-167.
- Trichopoulou, A., & Lagiou, P. (1997). Healthy traditional Mediterranean diet: an expression
of culture, history, and lifestyle. *Nutrition Reviews*, 55(11), pp.383-389.
- 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.

Trichopoulou, A., Kouris-Blazos, A., Wahlqvist, M. L., Gnardellis, C., Lagiou, P., Polychronopoulos, E., Vassilakou, T., Lipworth, L., & Trichopoulos, D. (1995). Diet and overall survival in elderly people. *British Medical Journal*, 311, pp. 1457-1460.

Trichopoulou, A., Orfanos, P., Norat, T., Bueno-de-Mesquita, B., Ocké, M.C., Peeters, P.H.M., van der Schouw Y T., Boeing, H., Hoffmann, K., Boffetta, P., Nagel, G., Masala, G., Krogh, V.B., Panico, S., Tumino, R., Vineis, P., Bamia, C., Naska, A., Benetou, V., Ferrari, P., Slimani, N., Pera, G., Martinez-Garcia, C., Navarro, C., Ridriguez-Barranco, M., Dorronsoro, M., Spencer, E. A., Key, T. J., Bingham, S., Khaw, K-T., Kesse, E., Clavel-Chapelon, F., Bourton-Rualt, M-C., Berglund, G., Wirfalt, E., Hallmans, G., Johansson, I., Tjonneland, A., Olsen, A., Overvad, K., Hundborg, H. H., Riboli, E., & Trichopoulos, A. (2005). Modified Mediterranean Diet and survival: EPIC-elderly prospective cohort study. *British Medical Journal*, 330, pp. 991-995.

Trichopoulou, A., & Vasilopoulou, E. (2000). Mediterranean diet and longevity. *British Journal of Nutrition*, 84(2), pp. 205-209.

Trumbo, P., Yates, A.A., Schlicker, S., & Poos, M. (2001). Dietary reference intakes: Vitamin K, arsenic, boron, chromium, copper, iodine, iron, manganese, molybdenum, nickel, silicon, vanadium and zinc. *Journal of American Dietary Association*, 101(3), pp.294-330.

Whitney, E., & Rolfes, S. (2013). *Understanding nutrition*. 13th edition. Wadsworth, Cengage Learning, pp.667, 670.

Yannakoulia, M., Karayiannis, D., Terzidou, M., Kokkevi, A., & Sidossis, L. (2004). Nutrition- related habits of Greek adolescents. *European Journal of Clinical Nutrition*, 58, pp.580 - 586.

Ελληνική Βιβλιογραφία

Abraham, S., & Llewellyn-Jones, D. (1990). *Η αλήθεια για τις διαταραχές της διατροφής*. Αθήνα: Χατζηνικολής.

Αθανασάκης, Α. (2014). *Περιβάλλον – Εκπαίδευση και Αγωγή*. Αθήνα: Leader Books.

Αθανασάκης, Α., & Ευσταθίου, Ν. (2013). *Διατροφική Αγωγή Υγείας*. Αθήνα: Δαρδανός.

Αλαβέρας, Α., Αλεξανδρίδης, Θ., Αμπαρτζίδου, Ο., Αναγνωστοπούλου, Α., Αντωνόπουλος, Σ.Ν., κ.ά. (2007). *Καρδιομεταβολικός κίνδυνος. Σακχαρώδης διαβήτης, καρδιομεταβολικοί παράγοντες κινδύνου, μεταβολικό σύνδρομο και αθηρωμάτωση*. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Παρισιάνος.

Andreoli, B., Carpenter, P., et al. (1996). *Cecil Παθολογία*. 3^η Έκδοση. Β' Τόμος. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.

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.

Αρβανίτη, Φ., Παναγιωτάκος, Δ., Πίτσαβος, Χ., Ζαμπέλας, Α., & Στεφανάδης, Χ. (2005). Διατροφικές συνήθειες σε δείγμα Ελληνικού πληθυσμού. *Καρδιαγγειακή Επιδημιολογία*, 18, σ.1-7.

Αργυρίου, Π. (2014). *Παρά φύση. Πως η διατροφή και η ανατροφή έγιναν διαστροφή*. Αθήνα: Etra.

Βαλαβανίδης, Α. (2011). *Φυτοχημικές ουσίες της διατροφής με αντιοξειδωτικές και αντικαρκινικές ιδιότητες. Προστατευτικός ρόλος για κακοήθεις νεοπλασίες, καρδιαγγειακές και νευροεκφυλιστικές παθήσεις*. Αθήνα: Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις.

Βάσσοι, Δ.Β. (2004). *Τρόφιμα και υγεία του καταναλωτή. Τροφογενείς διαταραχές*. Αθήνα: Παπασωτηρίου.

Berk, L.E. (2016). *Η Ανάπτυξη των Βρεφών, των Παιδιών και των Εφήβων*. Επιμέλεια Ε. Μακρή – Μπότσαρη. Μετάφραση Α. Αποστολοπούλου, & Ν. Κουβαράκου. Αθήνα: Ίων.

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

Bilous, R.W. (2009). *Μάθετε για το διαβήτη*. Επιμέλεια Γ. Δημητριάδης. Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.

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.

Βλάτσιος, Γ. (2011). *Αναλυτική χημεία και ενόργανη ανάλυση στον τομέα της διατροφής. Θεωρία και εργαστηριακές ασκήσεις*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.

Brewer, S. (2009). *Νικήστε το διαβήτη*. Αθήνα : Διόπτρα.

Brown, J.E. (2016). *Η διατροφή στον κύκλο της ζωής. 3^η έκδοση. Μετάφραση: Κανέλλου, Α., Μαρκάκη, Α., Γραμματικοπούλου, Μ.* Αθήνα : Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος.

Buckman, R., & McLaughlin, C. (2000). *Διαβήτης, Όλα όσα πρέπει να γνωρίζετε για να ζήσετε με αυτόν*. Αθήνα: Χρυσή Πέννα.

Γαϊτς, Φ. (2010). *Μικροβιολογικά κριτήρια για τα τρόφιμα*. Αθήνα: Έμβρυο.

Carper, J. (2011). *Τροφές που αρέσουν στην καρδιά. Ο πλήρης οδηγός για την πρόληψη και τη θεραπεία των καρδιοπαθειών με την κατάλληλη διατροφή*. Μετάφραση Κ. Καρύδη. Αθήνα: Modern Times.

Γεωργαντά, Ε. (1999). *Η βιβλιοθήκη της οικογένειας*. Αθήνα: Φυτράκης Α.Ε.

Γεωργιάδης, Χ. (2015). *Ο επαναστάτης της φακής*. [χ.τ.]: Ειρηνική Διατροφή.

Γεωργιάδης, Χ. (2016). *Το γάλα των παιδιών και άλλα διηγήματα*. [χ.τ.]: Ειρηνική Διατροφή.

Γκίλμαν, Κ. (2010). *Πώς να μεγαλώσετε το μωρό σας με φυσικά προϊόντα και αγάπη για το περιβάλλον*. Αθήνα: Ψυχογιός.

Γουότερσον, Α.Τ.Ρ. (2010). *Η βίβλος της φροντίδας του μωρού*. Αθήνα: Ψυχογιός.

Γρηγοράκης, Δ. (2013). *Ναι στη σωστή διατροφή, όχι στην παιδική παχυσαρκία*. Αθήνα: Μίνωας.

Γρηγοράκης, Δ. (2016). *Αυτοάνοσα, ανοσοποιητικό και διατροφή*. Αθήνα: Μίνωας.

Γρηγορέα, Χ. (2008). *Παιδική Παχυσαρκία, Λόγια Παιδαγωγών και... όχι μόνο*, 14, pp.6-11.

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

Δαφερέρα, Τ. (2001). *Ελλήνων διατροφή μέτρον άριστον. Περίπλους στη διατροφική σοφία των Ελλήνων από τα χρόνια του Ομήρου μέχρι σήμερα και ανάπλαση σύγχρονων γευστικών αποκαλύψεων*. Αθήνα: Γραφίδα.

- Δημητρίου, Λ. (2012). *Τα 6 πρώτα χρόνια της ζωής*. Αθήνα: Πεδίο.
- Δημόπουλος, Κ. (2001). *Η διατροφή μας σήμερα*. Αθήνα: Εκδόσεις Εθνικού & Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών.
- Δημοσθενόπουλος, Χ. (2014). *Διατροφή στο διαβήτη*. Αθήνα: MedNutrition.
- Εμμανουηλίδου, Κ. (2013). *Γυρίζω σελίδα... στη διατροφή. Πρακτικός οδηγός με εύκολα βήματα*. Αθήνα: Μεταίχμιο.
- Ευσταθίου, Ν., Ρίσβας, Γ., & Ορφανοπούλου, Ν. (2006). *Ισορροπημένη διατροφή*. Αθήνα: Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις.
- Ζαμπέλας, Α. (2003). *Η διατροφή στα στάδια της ζωής*. Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.
- Ζαμπέλας, Α. (2007). *Κλινική διαιτολογία και διατροφή. Με στοιχεία παθολογίας*. Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.
- Ζαμπέλας, Α. (2011). *Κλινική διαιτολογία και διατροφή. Με στοιχεία παθολογίας*. Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.
- Ζέρβας, Ν., & Ντόρζη, Ν. (2012). *Από το ράφι στο καρότσι. Οδηγός διατροφής στο super market*. Λευκωσία: medNutrition Publications.
- Ζερφυρίδης, Γ. (1993). *Διατροφή ανθρώπου*. Θεσσαλονίκη: Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης.
- Ζουμπανέας, Ε. (2009). *Διατροφική Νοημοσύνη. Η απάντηση στη Βουλιμία την πολυφαγία και την παχυσαρκία*. Αθήνα: Μεταίχμιο.
- Ζουμπανέας, Ε. (2013). *Thin positive. Μυστικά ελέγχου της πείνας και της διατροφής*. Αθήνα: Μεταίχμιο.
- Ζουμπανέας, Ε., & Μανωλαράκης, Μ. (2016). *Τι καλό θα μαγειρέψεις... σήμερα, μαμά; Ένας οδηγός διατροφής για όλους*. Αθήνα: Μεταίχμιο.
- Gershwin, M.E., Nestel, P., & Keen, C.L. (2008). *Εγχειρίδιο Διατροφής και Ανοσίας*. Επιμέλεια Σκοπούλη Ν.Φ. Αθήνα: Παρισιάνου Α.Ε.
- Goggins, A., & Matten, G. (2017). *Η δίαιτα sirt. Το επαναστατικό πρόγραμμα διατροφής για υγεία και απώλεια βάρους*. Μετάφραση Δ. Βιορρέ. Αθήνα: Κλειδάριθμος.
- Govindji, A., & Thompson, A.W. (2011). *Υγιεινή διατροφή για διαβητικούς*. Αθήνα: Τερζόπουλος.

Grant, A. (2004). *Η διατροφή του μωρού. Για ισορροπημένη καθημερινή διατροφή με περισσότερες από 250 συνταγές*. Μετάφραση: Ελιασά, Ν., Τσατσούλη, Ε., Αθήνα: Τερζόπουλος Βιβλία.

Gruner, H., & Metz, R. (2002). *Τρόφιμα, χημεία και μικροβιολογία. Για αρτοποιούς, ζαχαροπλάστες, μάγειρες, σερβιτόρους*. Μετάφραση Μ. Βούλγαρη. Αθήνα: Ευρωπαϊκές Τεχνολογικές Εκδόσεις.

Hendricks, M.K, Duggan, C., & Walker, W.A. (2003). *Εγχειρίδιο παιδικής διατροφής*. 3^η έκδοση. Μετάφραση-Επιμέλεια: Μαγγάρα-Κατσιλάμπρου, Ε. Αθήνα: Παρισιάνου Α.Ε.

Hyman, M. (2011). *Ρυθμίστε το μεταβολισμό σας. Η διατροφή του υπερμεταβολισμού*. Μετάφραση Χ. Ελιασά. Αθήνα: Modern Times.

ΠΠΕΙ (2014). *Εθνικός Διατροφικός Οδηγός: για βρέφη, παιδιά και εφήβους*. 1st ed. Αθήνα: Εκτυπώσεις IRIS AEBE.

Ιωαννίδης, Ι. (2011). *Η ινσουλίνη στη θεραπεία του σακχαρώδη διαβήτη*. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Παρισιάνος.

Ιωαννίδου, Β. (2015). *Διατροφή και άθληση στην παιδική ηλικία*. Ξάνθη: Σπανίδης.

Καζαμιάς, Μ. (2004). *Η Μεσογειακή δίαιτα στην πράξη*. Επιμέλεια Καραπάνου Α. Αθήνα: Αδάμ.

Καζαμιάς, Μ. (2010). *Σωστή διατροφή για παιδιά*. Αθήνα: Modern Times.

Καραγιαννίδου, Ε., & Στικούδη, Μ. (2013). *Διατροφή και γέυση για μικρά και μεγάλα παιδιά*. Θεσσαλονίκη: Ζήτη.

Καραγιαννόπουλος, Σ.Ι. (2011). *Είμαστε ό,τι τρώμε. Ιατρικά μυστικά σωστής διατροφής*. Αθήνα: Modern Times.

Καρακασίδου, Π. (2015). *Η διατροφή στη νηστεία. Θεωρία και πράξη: Αναλυτικά διαιτολόγια: Δοκιμασμένες συνταγές για: θαλασσινά, όσπρια, λαχανικά, ζυμαρικά, ψάρια, σάλτσες, σόγια, σαλάτες, γλυκά*. Αθήνα: Σταμούλη Α.Ε.

Καραμάνος, Β. (2004). Διατροφή και Παχυσαρκία. Στο Κατσιλάμπρος, Ν., Ρώμα-Γιαννίκου, Ε., Μακρυλάκης, Κ., Ιωαννίδης, Ι. (2004). *Κλινική Διατροφή*. Αθήνα: Βήτα Medical arts.

Καραμήτσος, Δ.Θ. (1986). *Σακχαρώδης διαβήτης. Φοιτητικές παραδόσεις*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.

Καραμήτσος, Δ.Θ. (2009). *Διαβητολογία*. Θεσσαλονίκη: Σιώκης.

Καραουλάνης, Γ.Δ. (2012). *Σωστή διατροφή και υγεία. Δίαιτα, νηστεία*. Αθήνα: Αυτοέκδοση.

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

Κατραμάδος, Γ. (2013). *Natural Medicine. Οδηγός συμπληρωμάτων διατροφής και βοτάνων*. Επιμέλεια Μ. Δημόπουλος, & Κ. Λιάτσικος. Αθήνα: Etra.

Κατσιλάμπρος, Ν. (2000). *Μαθαίνω να ζω με το διαβήτη*. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.

Κατσιλάμπρος, Ν. (2005). *Ο διαβήτης στην κλινική πράξη. Ο διαβήτης από το α έως το ω με ερωτήσεις και απαντήσεις*. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.

Κατσιλάμπρος, Ν.Δ. (2007). *Σακχαρώδης διαβήτης. Γενική θεώρηση και νεότερες θεραπευτικές εξελίξεις*. Επιμέλεια Σ. Λιάτης. Αθήνα: Αρχιπέλαγος.

Κατσιλάμπρος, Ν.Δ. (2010). *Κλινική διατροφή*. 2^η έκδοση. Συνεργάτες: Ιωαννίδης, Ι., Μακρυλάκης, Κ., Ρώμα – Γιαννίκου, Ε. Αθήνα: Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις.

Κατσιλάμπρος, Ν., Κόκκινος, Α., & Κοσμίδης, Χ. (2010). *Παχυσαρκία. Απαντήσεις σε συνήθη ερωτήματα*. Αθήνα: Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις.

Κατσιλάμπρος, Ν., & Λιάτης, Σ. (2004). Εισαγωγή στο πρόβλημα της Παχυσαρκίας. Στο Καπάνταης, Ε. (2004). *Η παχυσαρκία στην κλινική πράξη. Ελληνική Ιατρική Εταιρεία Παχυσαρκίας*. Αθήνα: BHTA Medical arts.

Κατσιλάμπρος, Ν., Ρώμα - Γιαννίκου, Ε., Μακρυλάκης, Κ., & Ιωαννίδης, Ι. (2004). *Κλινική διατροφή*. Αθήνα: Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις.

Καφάτος, Α. (2002). *Παχυσαρκία, πρόληψη και αντιμετώπιση*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Kellow, J. (2007). *Θαυματοργές τροφές για παιδιά*. Επιμέλεια Α. Τερζόπουλος. Αθήνα: Τερζόπουλος.

Kiess, W., Marcus, M., & Wabitsch, M. (2008). *Η Παχυσαρκία στην παιδική και εφηβική ηλικία*. Επιμέλεια Κράσος, Γ., Περβανίδου, Ν. Αθήνα: Π.Χ Πασχαλίδης.

Κορακάκη, Α. (2010). *Ωμοφαγία και χρυσή διατροφή. Οδηγός ελαφριάς αποτοξίνωσης*. Αθήνα: Κέδρος.

Κοτροκόης, Κ., & Παπαδογιαννάκης, Ε. (2009). *Διατροφή και χημεία τροφίμων στη δημόσια υγεία*. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης.

Κουμεντάκης, Π. (2011). *Υγεία για όλους με σωστή διατροφή. Απόκτηση και διατήρηση καλής υγείας*. Επιμέλεια Σ. Κακουριώτης. Αθήνα: Κουκκίδα.

Κουμπίτσκι, Α., & Φοντόρ, Χ. (2013). *Stop στην παιδική παχυσαρκία*. Αθήνα: MedNutrition.

Κουρκούτα, Λ., Ράρρα, Α., & Αμπραχίμ, Σ.Ε. (2013). Η διατροφή των παιδιών στην σχολική ηλικία. *Επιστημονικά Χρονικά*, 18(2), σ.78-82.

Κυπαρισσίου, Π., Μαζαράκη, Σ., & Παπακωνσταντίνου, Μ. (2007). *Γνωρίζοντας τα τρόφιμα. Τροφογνωσία, εμπορευματογνωσία*. Θεσσαλονίκη: Le Monde / Les Livres du Tourisme.

Κυρανάς, Ε. (2016). *Τρόφιμα. Σύσταση, προέλευση, αλλοιώσεις, επεξεργασία, ποιότητα και συσκευασία*. Θεσσαλονίκη: Τζιόλα.

Κυριαζής, Ι., Ρεκλείτη, Μ., & Σαρίδη, Μ. (2010). Δείκτες παχυσαρκίας, διατροφικοί και άλλοι παράγοντες σε μαθητές πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης αστικών περιοχών του νομού Αττικής. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 27(6), σ.937-994.

Κυριακούλα, Μ., & Κουρέα-Κρεμαστινού, Τ. (2008). *Υγιεινή Διατροφή για παιδιά 4-8ετών*. 2^η Έκδοση. Αθήνα: Πατάκης.

Λάις, Ο., Κλάιν, Σ., Τζάλυ, Σ., & Μποτερίλ, Ζ. (2008). *Διαφήμιση και επικοινωνία. Η κατανάλωση στην εποχή των μέσων επικοινωνίας*. Μετάφραση Κ. Μεταξά. Επιμέλεια Σ. Παπαθανασόπουλος. Αθήνα: Καστανιώτης.

Lederer, J. (2002). *Εγχειρίδιο Διαιτητικής*. Αθήνα: Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου.

Levene, S., & Donnelly, R. (2011). *Σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2. Αντιμετώπιση στην κλινική πράξη*. Επιμέλεια Ν. Κατσιλάμπρος, & Σ. Λιάτης. Μετάφραση Χ. Κολιάκη. Αθήνα: Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις.

Λιάτης, Ν. (2011). *Ιπποκράτειος διατροφή. Η ελληνική ολιστική πρόταση για υγεία και ευεξία με τη θεραπευτική δύναμη των τροφών*. Αθήνα: Ιβίσκος.

Λιάτης, Ν. (2016). *Η ιπποκράτειος διατροφή στο πιάτο*. Αθήνα: Ιβίσκος.

Λιναρδάκης, Μ., Μοσχανδρέα, Ι., & Καφάτος, Α. (2000). Καμπύλες σωματικής ανάπτυξης παιδιών βρεφικής και σχολικής ηλικίας της Κρήτης που προέκυψαν από διαχρονική παρακολούθησή τους. *Παιδιατρική*, 63, σ.391-407.

Λιονάκη, Κ. (2004). *Συνταγές για μωρά*. Αθήνα: Μελάνι.

Lissauer, T., & Clayden, G. (2008). *Σύγχρονη παιδιατρική*. Μετάφραση Μπερή Δ. Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης.

Μαλλιαρού, Μ. Α. (1985). *Χρήσιμοι σύμβουλοι. Η μητέρα εκπαιδεύεται στην παιδιατρική*. Αθήνα: Καστανιώτης.

Μανουσάκης, Γ.Ε. (2012). *Ω - Λιπαρά οξέα. Όλα όσα πρέπει να ξέρετε: Στα πλαίσια των συμπληρωμάτων διατροφής*. Θεσσαλονίκη: Αυτοέκδοση.

Μάντζιου, Θ., Πέτσιος, 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), pp. 317-326.*

Ματσανιώτης, Ν., & Καρπάθιος, Θ. (1999). *Παιδιατρική. 2^η έκδοση.* Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, pp.720-726.

McQuown, J.H. (2009). *1001 συμβουλές για να ζείτε καλά με το διαβήτη.* Αθήνα: Φυτράκης.

Μιγγεΐρου, Γ. (2014). *Μαμά, μπαμπά, σας χρειάζομαι!.* Αθήνα: Ψυχογιός.

Μελιδώνης, Α. (2011). *Σακχαρώδης διαβήτης. Σύγχρονες προσεγγίσεις σε θέματα αιχμής.* Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Παρισιάνος.

Μελιδώνης, Α., Βογιατζόγλου, Δ.Ε., Γκάτζιου, Β.Γ., Διαμαντόπουλος, Ε.Ι., & Λούπα, Χ. (2008). *Το διαβητικό πόδι.* Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Παρισιάνος.

Μελίτης, Σ. (2017). *Τα 7 κλειδιά της ίασης. Από τα αρχαιοελληνικά Ασκληπιεία στην γενετική διατροφή.* Αθήνα: Αρχύτας.

Μηνούδης, Γ. (2012). *Παιδική διατροφή και ανάπτυξη.* Αθήνα: Κέδρος.

Moore, M.C. (2005). *Βρεφική, Νηπιακή και Εφηβική Ηλικία στο Διαιτολογία. 3^η έκδοση.* Αθήνα: Εκδόσεις ΒΗΤΑ, σ.81-89.

Μόρτογλου, Τ., & Μόρτογλου, Κ. (2002). *Διατροφή από το σήμερα για το αύριο.* Αθήνα: Γιαλέλη.

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

Μπαθρέλλου Ε., Γιαννακούλια Μ., Βουτζουράκης Ν., κ.ά. (2006). Διαφημίσεις τροφίμων στην πρωινή ζώνη: διατροφικά χαρακτηριστικά και τρόποι προσέλκυσης. *Παιδιατρική*, 69, σ.127-133.

Μπαζαΐος, Κ. (2010). *Συνδυασμοί βιταμίνες. Τα μυστικά της υγιεινής διατροφής.* Αθήνα: Μπαζαΐος.

Μπίλοους, Ρ.Γ. (2000). *Διαβήτης.* Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Μυγδάλης, Η.Ν. (2000). *Στρατηγικές στη διερεύνηση και αντιμετώπιση του σακχαρώδους διαβήτη.* Αθήνα: Ζήτα Ιατρικές Εκδόσεις.

Μυγδάλης, Η.Ν. (2004). *Στρατηγικές στο σακχαρώδη διαβήτη.* Αθήνα: Ζήτα Ιατρικές Εκδόσεις.

- Nathan, D.M., & Delahanty, L.M. (2009). *Διαβήτης και τρόποι αντιμετώπισής του*. Επιμέλεια-Μετάφραση Σ. Ρούσσο. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης.
- Nawroth, P. P. (2004). *Εγχειρίδιο διαβητολογίας*. Μετάφραση-Επιμέλεια Η.Ν. Μυγδάλης, & Α.Ι. Ψαρόγιαννης. Αθήνα: Παρισιάνος.
- Παλλίδης, Γ.Σ. (2009). *Σύγχρονη διατροφή για παιδιά. Από τη βρεφική μέχρι την εφηβική ηλικία*. Αθήνα: Σαββάλας.
- Palmer, B. (2006). *Διατροφικές διαταραχές και η αντιμετώπισή τους. Κλινικός οδηγός αξιολόγησης και θεραπείας. Μετάφραση Τριανταφυλλίδου Σ.Σ. Επιμέλεια Μαριδάκη-Κασσωτάκη Α.* Αθήνα: Παρισιάνου Α.Ε.
- Πανδής, Ο. (2007). *Το διαιτολόγιο του μυαλού και της μνήμης, ο εγκέφαλός μας είναι ο εαυτός μας*. Αθήνα: Γαβριηλίδης.
- Παπαβέντσης, Σ. (2010). *Προικισμένα μωρά, εμπνευσμένοι γονείς. Για μια άλλη προσχολική διατροφή*. Αθήνα: Πατάκης.
- Παπαγιαννόπουλος, Β.Γ. (2001). *Σακχαρώδης διαβήτης*. Αθήνα: Virapharm.
- Παπαγιαννόπουλος, Β.Γ. (2014). *Σακχαρώδης διαβήτης*. Αθήνα: Virapharm.
- Παπαδοπούλου, Φ. (2014). *Ωμοφαγική διατροφή. Γευστικές αλμυρές και γλυκές συνταγές για υγεία και μακροζωία*. Αθήνα: Διόπτρα.
- Παπαθανασόπουλος, Σ. (2005). *Η τηλεόραση στον 21ο αιώνα*. Αθήνα: Καστανιώτης.
- Παπανικολάου, Γ. (1997). *Διατροφή και διαιτολογία-Δίαιτες για όλες τις παθήσεις*. Αθήνα: Lorenzo Degiorgio.
- Παπανικολάου, Γ.Κ. (2002). *Σύγχρονη διατροφή και διαιτολογία*. Αθήνα: Θυμάρι.
- Παπανικολάου, Γ.Κ. (2009). *Σύγχρονη διατροφή και διαιτολογία. Δίαιτες για όλες τις παθήσεις-Με βιταμίνες και ιχνοστοιχεία*. Αθήνα: Θυμάρι.
- Παπίρη, Α.Μ. (2016). *Η δίαιτα... αλλιώς! Χάσε βάρος με ελληνική διατροφή*. Αθήνα: Οξύ.
- Παπουτσάκη, Κ. (2008). *Πρακτικές οδηγίες για την διατροφή παχύσαρκων παιδιών, Παιδί, Υγεία & Ανατροφή, 45, pp.56-60.*
- Παππά, Β. (2006). *Επάγγελμα γονέας. Ψυχολογικοί τύποι γονέων και συμπεριφορά παιδιών και εφήβων*. Αθήνα: Καστανιώτης.
- Parker, T. (2006). *Τέλειος οδηγός για βιταμίνες και ιχνοστοιχεία*. Αθήνα: Πορφύρα.
- Πατσιλινάκου, Ε. (2009). *Διατροφική παιδεία*. Αθήνα: Προπομπός.

Περσίδη, Μ. (2013). *Για τους μικρούς ανθρώπους της ζωής μας... Εύχρηστος οδηγός διατροφής για παιδιά 2-12 ετών*. Αθήνα: ΕΣΠΙ Εκδοτική.

Πετρογιάννης, Κ., & Melhuish, E. C. (2001). *Προσχολική ηλικία: Φροντίδα-αγωγή-ανάπτυξη*. Αθήνα: Καστανιώτης.

Πιπεράκης, Σ. (2002). *Τροφή, Διατροφή, Ανατροφή. Οι διατροφικές συνήθειες*. Αθήνα: Τυπωθήτω-Δαρδανός.

Pollan, M. (2011). *Διατροφή: μύθοι και προπαγάνδα*. Μετάφραση Π. Σταθόγιαννης. Αθήνα: Κέδρος.

Πολυχρονιάδου-Αληχανίδου, Α. (1994). *Ανάλυση Τροφίμων*. Αθήνα: Εκδόσεις Γαργατώνης.

Povis, G., & Alleman, R. (2003). *Σώστε το παιδί απ' την παχυσαρκία. 7 βήματα για να μεγαλώσετε Υγιή παιδιά σ' έναν Ανθυγιεινό κόσμο*. Μετάφραση Σεφιάτου, Π. Αθήνα: Μοντέρνοι καιροί.

Renaud, S. (2001). *Η Μεσογειακή διατροφή: Κρητική δίαιτα*. Αθήνα: Τραυλός.

Rubin, A.L. (2011). *Διαβήτης για πρωτάρηδες*. Αθήνα: Κλειδάριθμος.

Ρώσση- Ζαΐρη, Ρ. (2010). *Επάγγελμα γονέας; Πανεύκολο!*. Αθήνα: Ψυχογιός.

Schlosser, E. (2006). *Fast food nation*. 1^η έκδοση. Μετάφραση Γ. Μπαρουξής. Αθήνα: Διόπτρα.

Serrelli, S. (2016). *Λίνα: Σε ποιον αρέσουν τα λαχανικά; Ένα βιβλίο για τη σωστή διατροφή*. Μετάφραση Χ. Μήτρου. Αθήνα: Χάρτινη Πόλη.

Shelov, S.P., & Hannemann, R.E. (2006). *Η φροντίδα του μωρού και του μικρού σας παιδιού. Από τη γέννηση έως τα πέντε του χρόνια*. Μετάφραση Κ. Παπαδάτος, & Δ. Παπαδάτου. Αθήνα: Ποταμός.

Σιάσιος, Μ. (2012). *Περί της τροφής των Ελλήνων στον 21ο αιώνα. Νέα ελληνική διατροφή*. Αθήνα: Bookstars – Γιωργαράς.

Stoppard, M. (2005). *Οδηγός υγείας για όλη την οικογένεια, Το βιβλίο που σας είναι απαραίτητο για μια ζωή γεμάτη υγεία*. Μετάφραση Β. Καντζόλα-Σαμπατάκου. Επιμέλεια Ε. Κωνσταντίνου. Αθήνα: Πατάκης.

Strunz, U., Jopp, A. (2009). *Η επανάσταση των βιταμινών. Διατροφή και Υγεία*. Θεσσαλονίκη Μαλλιάρης Παιδεία.

Τάφ, Π. (2013). *Πώς να μεγαλώσετε σωστά τα παιδιά σας*. Αθήνα: Ψυχογιός.

Thompson, C., & Shanley, E. (2010). *Καταπολεμώντας την παιδική παχυσαρκία*. Μετάφραση Ρ. Βασιλοπούλου. Αθήνα: Φυτράκης Α.Ε.

Τικταμπανίδη, Σ. (2015). *Μαμά τρώω σωστά; Οδηγός διατροφής για παιδιά*. Αθήνα: Toubi's.

Τούτουζας, Π., Kokkinos, P., Κουμαντάκης, Ε., et al. (2004). *14 Γιατροί συμβουλεύουν για Δίαιτα και Διατροφή*. Αθήνα: Κάκτος.

Townsend, C.E. (2003). *Υγιεινή διατροφή και διαιτητική*. 7^η έκδοση. Επιμέλεια Χατήρης Ι. Αθήνα: Έλλην.

Τσαούσογλου, Α., & Κουκουρίκος, Κ. (2007). Ποιότητα και υπηρεσίες υγείας, *Στίγμα*, 15(1), σ.18-24.

Τριχοπούλου, Α. (2010). Μεσογειακή διατροφή, παραδοσιακά τρόφιμα και υγεία, *Ελληνική Επιθεώρηση Διαιτολογίας – Διατροφής*, 1(1), pp. 13-15.

Tudge, C. (2014). *Καλή τροφή για όλους για πάντα. Πώς οι άνθρωποι θα αναλάβουν το ζήτημα της διατροφής ολόκληρου του κόσμου*. Μετάφραση Ν. Σταυρίδη. Αθήνα: Κουκκίδα.

Τύμπα, Ε., Τρεύλας, Ε., Παγιαβλή, Κ., & Μαλζάρκα, Α. (2008). *Η Διατροφή μέσα από ένα Πρόγραμμα Διαθεματικής Προσέγγισης στην Προσχολική Αγωγή: Διατρέφομαι σωστά, Τσιπς και Χάμπουργκερ μακριά, Λόγια Παιδαγωγών και ...όχι μόνο*, 13, pp. 37-44.

Watkinsm P.J. (2010). *ABC του διαβήτη*. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Παρισιάνος.

Webster – Gandy, J. (2008). *Μάθετε για τα τρόφιμα και τη διατροφή*. Επιμέλεια Α. Ζαμπέλας. Μετάφραση Φ. Αρβανίτη, & Ν. Κολομβότσου. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης.

Vazquez, I., & Hanger, J. (2003). Οδηγίες Σίτησης για παιδιά και εφήβους. Στο Hendricks, K., Duggan, C., Walker, A. (2003). *Εγχειρίδιο Παιδικής Διατροφής*. 3^η έκδοση. Μετάφραση-Επιμέλεια Μαγγαρά- Κατσιλάμπρου, Ε, Κωσταντινίδου, Μ.. Αθήνα: Παρισσιανού Α.Ε.

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

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

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

Χατζηπαναγής, Α. (2006). *Η βίβλος της Παιδιατρικής για γονείς*. Αθήνα: Ψυχογιός.

Χουρδάκης, Μ.Κ., & Κούβελας, Δ.Κ. (2007). *Αρχές κλινικής διατροφής και διατροφικής θεραπευτικής*. Θεσσαλονίκη: Ροτόντα.

Zimmet, P., & Cohen, M. (1998). *Μη-ινσουλινοεξαρτώμενος σακχαρώδης διαβήτης*. Επιμέλεια-Μετάφραση Φ. Καλδρυμίδης. Αθήνα: Βαγιονάκη.

Διαδικτυακή Βιβλιογραφία

Αθανασάκης, Α. (2014). *Η διατροφική αγωγή, εκπαίδευση και υγεία*. [online] Haniotika Nea. Available at: <http://www.haniotika-nea.gr/diatrofiki-agogi-ekpedefsi-ke-igia/> [Accessed 2 Jun. 2017].

Al-Salem, A.H. (2014). Nutrition and Caloric Requirements for Infants and Children. In A.H. Al-Salem (ed), *An Illustrated Guide to Pediatric Surgery* (pp.5-9). Berlin: Springer. [online]. Available at: https://www.google.gr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwjK96KYx-XOAhXCORQKHdQiAE0QFggnMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.springer.com%2Fcd%2Fcontent%2Fdocument%2Fcd_downloaddocument%2F9783319066646-c1.pdf%3FSGWID%3D0-0-45-1478005-p176722243&usg=AFQjCNEpgYhTJF8j7gr_5drO1u_iLO3fUA&sig2=Ypko82KKqVQoMw_cFABw9Q&cad=rja [Accessed 19 May 2017].

Allergy (n.d.). *Τι πρέπει να ξέρετε για την τροφική αλλεργία*. [online]. Allergy.org. Available at: <https://www.allergy.org.gr/KJLMOLOI/wp-content/uploads/2013/04/07.-%CE%A4%CE%A1%CE%9F%CE%A6%CE%99%CE%9A%CE%97-%CE%91%CE%9B%CE%9B%CE%95%CE%A1%CE%93%CE%99%CE%91.pdf> [Accessed 9 Sept. 2017].

Αστική μη κερδοσκοπική εταιρεία Πρόληψης & Ινστιτούτο Προληπτικής, & Περιβαλλοντολογικής και Εργασιακής Ιατρικής (2014). *Εθνικός διατροφικός οδηγός για βρέφη, παιδιά και εφήβους*. Available at: <http://prolepsis.gr/new/PRImages/EditorImages/odigoi/%CE%95%CE%B8%CE%BD%CE%B9%CE%BA%CF%8C%CF%82%20%CE%94%CE%B9%CE%B1%CF%84%CF%81%CE%BF%CF%86%CE%B9%CE%BA%CF%8C%CF%82%20%CE%9F%CE%B4%CE%B7%CE%B3%CF%8C%CF%82%20%CE%B3%CE%B9%CE%B1%20%CE%92%CF%81%CE%AD%CF%86%CE%B7,%20%CE%A0%CE%B1%CE%B9%CE%B4%CE%B9%CE%AC%20%CE%BA%CE%B1%CE%B9%20%CE%95%CF%86%CE%AE%CE%B2%CE%BF%CF%85%CF%82%20-%20%CE%9A%CE%B5%CE%AF%CE%BC%CE%B5%CE%BD%CE%BF%20%CE%95%CF%80%CE%B9%CF%83%CF%84%CE%B7%CE%BC%CE%BF%CE%BD%CE%B9%CE%BA%CE%AE%CF%82%20%CE%A4%CE%B5%CE%BA%CE%BC%CE%B7%CF%81%CE%AF%CF%89%CF%83%CE%B7%CF%82.pdf> [Accessed 4 Sept. 2017].

Βαραγιάννης, Α.Π. (2007). *Δέκα διατροφικές προτάσεις για καλή σχολική απόδοση*. [online]. Iatronet. Available at: <http://www.iatronet.gr/diatrofi/paidiki-diatrofi/article/2692/deka-diatrofikes-protaseis-gia-kali-sxoliki-apodosi.html> [Accessed 4 Sept. 2017].

Γαλατιανού, Μ., & Αλεξανδρίδη, Ε. (2008). *Συνήθειες και απόψεις των γονέων για τη διατροφή και το περιβάλλον. Συνήθειες δασκάλων και κυλικεία δημοτικών σχολείων*. Πτυχιακή Εργασία. Σητεία: ΤΕΙ Κρήτης, Τμήμα Διατροφής και Διαιτολογίας. Available at: http://nefeli.lib.teicrete.gr/browse/steg/dd/2008/GalatianouMaria,AlexandridiElpida/attached-document/GALATIANOUALEXANDRIDID_2008.pdf [Accessed 4 Sept. 2017].

Celiac (n.d.). *Τι είναι η κοιλιοκάκη*. [online]. Celiac.gr. Available at: <http://www.celiac.gr/whatis.shtml> [Accessed 9 May 2017].

Chem-Lab Clinical Laboratory (2009). *Τροφική Δυσανεξία (Food Intolerance)*. [online]. Available at: <http://www.chem-lab.com.cy/el/themata-ygeias/trofikh-dysanexia/> [Accessed 9 Sept. 2017].

Γκανασούλη, Γ. (χ.χ.). *Εφηβεία και διατροφή*. [online]. Diatrofi.gr. Available at: <https://www.diatrofi.gr/bri-i/efibia/339-%CE%B5%CF%86%CE%B7%CE%B2%CE%B5%CE%AF%CE%B1-%CE%BA%CE%B1%CE%B9-%CE%B4%CE%B9%CE%B1%CF%84%CF%81%CE%BF%CF%86%CE%AE/> Accessed 19 Sept. 2017].

Γκατζέλια, Α. (2017). *Η ψυχογενής βουλιμία και η αντιμετώπισή της*. [online] Psychografimata.com. Available at: <http://psychografimata.com/7181/i-psichogenis-voulimia-ke-i-antimetopisi-tis/> [Accessed 2 Jun. 2017].

Γκρος-Ουλρίκε, Γ., & Κουκουγιάννη, Ν. (2017). *Τροφικές αλλεργίες, δυσανεξία ή απλά μόδα;*. [online] Deutsche Welle.com. Available at: <http://www.dw.com/el/%CF%84%CF%81%CE%BF%CF%86%CE%B9%CE%BA%CE%AD%CF%82-%CE%B1%CE%BB%CE%BB%CE%B5%CF%81%CE%B3%CE%AF%CE%B5%CF%82-%CE%B4%CF%85%CF%83%CE%B1%CE%BD%CE%B5%CE%BE%CE%AF%CE%B1-%CE%AE-%CE%B1%CF%80%CE%BB%CE%AC-%CE%BC%CF%8C%CE%B4%CE%B1/a-39345957> [Accessed 2 Sept. 2017].

Diaitologia (n.d.). *Μεσογειακή διατροφή : τι είναι η πυραμίδα της Μεσογειακής διατροφής;* [online]. Available at: <http://www.diaitologia.gr/mesogiaki-diatrofi/> [Accessed 4 Sept. 2017].

E-Asis (2017). *Αντιμετώπιση Τροφικής Δυσανεξίας*. [online]. Available at: <http://www.e-asis.com/index.php/upiresies/trofiki-disaneksia/69-antimetopisi-trofikis-dusanexias> [Accessed 12 Sept. 2017].

Eutrofia (n.d.). *Εργαστήρια διατροφής για παιδιά*. [online]. Available at: <http://www.eutrofia.gr/labs.php> [Accessed 1 Aug. 2017].

Θωμαΐδης, Σ. (2017). *Δυσκοιλιότητα στη βρεφική και παιδική ηλικία*. [online] Paidiatros.com. Available at: <http://www.paidiatros.com/asthenies/syxnes-arrosties/dyskoiliotita-vrefi-paidia> [Accessed 1 Jun. 2017].

Helpguide (2011). *HelpGuide.org - Home page*. [online] Helpguide.org. Available at: <https://www.helpguide.org/> [Accessed 9 May 2017].

Iatronet (2017). *Μαρασμός (marasmus)*. [online] Iatronet.gr. Available at: <http://www.iatronet.gr/iatriko-lexiko/marasmus.html> [Accessed 1 Jun. 2017].

Infokids (n.d.). *Το παιδί μου αρνείται να φάει. Τι να κάνω;*. [online] Infokids.gr. Available at: <http://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/> [Accessed 15 Jun. 2017].

Καρακασίδου, Γ. (χ.χ.). *Σωστές διατροφικές επιλογές για παιδιά έως 12 ετών*. [online]. Diatrofi.gr. Available at: <https://www.diatrofi.gr/bri-i/child/208-%CF%83%CF%89%CF%83%CF%84%CE%AD%CF%82-%CE%B4%CE%B9%CE%B1%CF%84%CF%81%CE%BF%CF%86%CE%B9%CE%BA%CE%AD%CF%82-%CE%B5%CF%80%CE%B9%CE%BB%CE%BF%CE%B3%CE%AD%CF%82-%CE%B3%CE%B9%CE%B1-%CF%80%CE%B1%CE%B9%CE%B4/> [Accessed 20 Jul.2017].

Καραφυλλίδης, Π.Ε. (2010). *Τροφική αλλεργία: ποια τρόφιμα προσέχουμε*. [online]. Iatronet. Available at: <http://www.iatronet.gr/diatrofi/prolipsi-astheneiwn/article/10542/trofiki-allergia-poia-trofima-prosexoyme.html> [Accessed 4 Sept. 2017].

Καριμπού (2014). *Διατροφή και παιδιά με ειδικές ανάγκες*. [online]. Karibou-Care. Available at: <http://www.karibou-care.gr/%CE%B4%CE%B9%CE%B1%CF%84%CF%81%CE%BF%CF%86%CE%AE-%CE%BA%CE%B1%CE%B9-%CF%80%CE%B1%CE%B9%CE%B4%CE%B9%CE%AC-%CE%BC%CE%B5-%CE%B5%CE%B9%CE%B4%CE%B9%CE%BA%CE%AD%CF%82-%CE%B1%CE%BD%CE%AC%CE%B3%CE%BA%CE%B5/> [Accessed 1 Sept. 2017].

Κλειάσιος, Π. (2009). *Διαφημίσεις τροφίμων και παιδική παχυσαρκία*. Πτυχιακή Εργασία. Αθήνα: Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, Τμήμα Διατροφής και Διαιτολογίας. [online]. Available at: <http://estia.hua.gr/file/lib/default/data/6065/theFile> [Accessed 18 Sept. 2017].

Κολαγκελέ, Σ. (χ.χ.). *Υπέρβαρο παιδί: Πως να βοηθήσω το βοηθήσω να τρώει σωστά*. [online] Imommy.gr. Available at: <http://www.imommy.gr/nipia/ygeia/article/367/paidikh-paxysarkia/> [Accessed 12 Jun. 2017].

Κουλούρη, Μ. (2010). *Αντιδράσεις σε τροφές. Πόσο απειλητικές είναι;*. [online]. Mednutrition. Available at: <https://www.mednutrition.gr/portal/ygeia/alles-pathiseis/3790-antidraseis-se-trofes-poso-apeilitikes-einai> [Accessed 10 Sept. 2017].

Κουτσοστάθης, Ν.Α. (2011). *Τροφική Αλλεργία*. [online] Allergic.gr. Available at: http://allergic.gr/food_allergy.html [Accessed 19 Jun. 2017].

Κυριακοπούλου, Χ. (2017). *Βρεφική Ανορεξία. Σχέση μητέρας-βρέφους*. [online] Diatrofi.gr. Υγιεινή Διατροφή, Ευεξία και Υγεία. Available at: <https://www.diatrofi.gr/bri-i/diet-soul/diet-diataraxes/%CE%B2%CF%81%CE%B5%CF%86%CE%B9%CE%BA%CE%B7-%CE%B1%CE%BD%CE%BF%CF%81%CE%B5%CE%BE%CE%B9%CE%B1-%CF%83%CF%87%CE%B5%CF%83%CE%B7-%CE%BC%CE%B7%CF%84%CE%B5%CF%81%CE%B1%CF%83-%CE%B2%CF%81%CE%B5/> [Accessed 1 Jun. 2017].

Λαζαράτου, Ε. (2008). *Από την βρεφική ηλικία στην ενήλικη ζωή: Η αναπτυξιακή πορεία της ψυχογενούς ανορεξίας*. [online] Εγκέφαλος, 45(2). Available at: <http://www.encephalos.gr/full/45-2-05g.htm> [Accessed 15 Jun. 2017].

Λαντζάκη, Μ. (χ.χ.). *Διατροφή του παιδιού: Ρόλος των γονέων*. Available at: http://lantzaki.gr/diatrofi_tou_paidiou_goneis/ [Accessed 19 Aug. 2017].

Λάσπος, Κ. (χ.χ.). *Διατροφή στη παιδική ηλικία – Οδηγίες σε γονείς*. [online] Paidiatros.com. Available at: <http://www.paidiatros.com/paidi/diatrofi/diatrofi-paidia-odigies-goneis> [Accessed 15 Jun. 2017].

Λοΐζου, Δ. (χ.χ.). *Διατροφή παιδιού προσχολικής ηλικίας (1-5 χρονών)*. [online]. Paidiatros.com. Available at: <http://www.paidiatros.com/paidi/diatrofi/toddler-nutrition> [Accessed 12 July 2017].

Μαζάνης, Σ. (2016). *Αναφυλαξία: η σοβαρότερη μορφή αλλεργίας και τι πρέπει να κάνεις!*. [online]. Tlife.gr. Available at: <http://www.tlife.gr/family/45/Anafylaksia-i-sovaroteri-morfi-allergias-kai-ti-prepei-na-kaneis/0-62624> [Accessed 1 Sept. 2017].

Μαντζώρου, Μ. (2016). *Υπουργική απόφαση περί τεστ δυσανεξίας και βιοσυντονισμού*. [online] Mantzorou.gr. Available at: <http://www.mantzorou.gr/el/blog/ypoyrgiki-apofasi-peri-test-dysanexias-kai-viosyntonismoy> [Accessed 16 Jun. 2017].

Μαντζώρου, Μ. (2017). *Πώς αντιμετωπίζουμε κοινά διατροφικά προβλήματα παιδιών προσχολικής ηλικίας;*. [online] Mantzorou.gr. Available at: <http://www.mantzorou.gr/el/blog/pos-antimetopizoyme-koina-diatrofika-provlimata-paidion-prosholikis-ilikias> [Accessed 16 Jun. 2017].

Ματάλα, Α.-Λ. (2015). *Διατροφή και Πολιτισμός. Βιοπολιτισμικές προσεγγίσεις της επιλογής της τροφής*. ΣΕΑΒ. [online]. Available at: https://repository.kallipos.gr/bitstream/11419/3801/2/1536_Matala.pdf [Accessed 16 Jun. 2017].

Μανώλη, Μ. (2016). *Πως διαμορφώνεται η διατροφική συμπεριφορά του παιδιού προσχολικής ηλικίας μέσω του σχολικού και οικογενειακού περιβάλλοντος*. Πτυχιακή Εργασία. Σητεία: ΑΤΕΙ Κρήτης, Τμήμα Διατροφής και Διαιτολογίας. Available at: <https://apothesis.lib.teicrete.gr/handle/11713/7900> [Accessed 23 July 2017].

MedReha (n.d.). *Διατροφική ανεπάρκεια: Κακή θρέψη – δυσαπορρόφηση (malnutrition)*. [online]. MedReha.com. Available at: <http://www.medreha.com/2010/06/%ce%b4%ce%b9%ce%b1%cf%84%cf%81%ce%bf%cf%86%ce%b9%ce%ba%ce%ae-%ce%b1%ce%bd%ce%b5%cf%80%ce%ac%cf%81%ce%ba%ce%b5%ce%b9%ce%b1%ce%ba%ce%b1%ce%ba%ce%ae-%ce%b8%cf%81%ce%ad%cf%88%ce%b7-%ce%b4%cf%85%cf%83/> [Accessed 16 Jun. 2017].

Μπούλια, Ε. (2014). *Διατροφικές διαταραχές στα παιδιά: Πώς θα τις αναγνωρίσετε*. [online] Mama365.gr. Available at: [http://www.mama365.gr/15945/diatrofikes-diatarahes-sta-paidia-pos-tha-tis-an.html](http://www.mama365.gr/15945/diatrofikes-diatarahes-sta-paidia-pos-tha-tis-anagnoriste-te) [Accessed 2 Jun. 2017].

Μωισίδης, Δ.Ι. (2008). *Αλήθειες και μύθοι για τις αλλεργίες τροφίμων*. [online]. Iatronet. Available at: [http://www.iatronet.gr/ygeia/allergiologia/article/5447/alitheies-kai-mythoi-gia-tis-allergies-trofimwn.html](http://www.iatronet.gr/ygeia/allergiologia/article/5447/alitheies-kai-mythoi-gia-tis-allergies-trofimwn) [Accessed 3 Sept. 2017].

NCI (2011). *Obesity and Cancer*. [online] National Cancer Institute. Available at: <https://www.cancer.gov/about-cancer/causes-prevention/risk/obesity/obesity-fact-sheet> [Accessed 9 May 2017].

NIH - ODS (2017). *Office of Dietary Supplements - Calcium*. [online] Ods.od.nih.gov. Available at: <http://ods.od.nih.gov/factsheets/calcium/> [Accessed 19 May 2017].

NIH (2011). *Diabetes Diet, Eating, & Physical Activity | NIDDK*. [online] National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. Available at: <https://www.niddk.nih.gov/health-information/diabetes/overview/diet-eating-physical-activity> [Accessed 9 May 2017].

NIH (2012). *Office of Dietary Supplements - Vitamin D*. [online] Ods.od.nih.gov. Available at: <https://ods.od.nih.gov/factsheets/VitaminD-HealthProfessional/> [Accessed 9 May 2017].

NIH (2014). *Joint Collection Development Policy: Human Nutrition and Food*. [online] Nlm.nih.gov. Available at: https://www.nlm.nih.gov/pubs/cd_hum.nut.html#2 [Accessed 9 May 2017].

Palirroia (n.d.). *Φιλοσοφία και αξίες της μεσογειακής διατροφής*. [online]. Available at: <http://www.palirria.com/d/philosophy-and-values-of-the-mediterranean-diet-42893.htm?lang=el&path=-503038627> [Accessed 18 Sept. 2017].

PubMed Health (2011). *Metabolic Syndrome - National Library of Medicine - PubMed Health*. [online] PubMed Health. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMHT0024493/> [Accessed 9 May 2017].

Σταματίου, Ρ. (2017). *Η δυσκοιλιότητα σε παιδιά και βρέφη*. [online] Giatimama.gr. Available at: <http://www.giatimama.gr/Article/55/h-dyskoiliothta-se-paidia-kai-brefh> [Accessed 1 Jun. 2017].

Συρίμη, Ν. (2015). *Διατροφικά προβλήματα στα παιδιά προσχολικής ηλικίας*. [online]. Must.com. Available at: <http://www.must.com.cy/index.php?pageaction=kat&modid=1&artid=23180&show=Y> [Accessed 16 Jun. 2017].

Τζορμπατζάκης, Γ. (χ.χ.). *Παιδική βουλιμία και αντιμετώπιση*. [online] Itzormpantzakis.com. Available at: <http://www.itzormpantzakis.com/products/%CF%80%CE%B1%CE%B9%CE%B4%CE%B9%CE%BA%CE%AE-%CE%B2%CE%BF%CF%85%CE%BB%CE%B9%CE%BC%CE%AF%CE%B1-%CE%BA%CE%B1%CE%B9-%CE%B1%CE%BD%CF%84%CE%B9%CE%BC%CE%B5%CF%84%CF%8E%CF%80%CE%B9%CF%83%CE%B7/> [Accessed 16 Jun. 2017].

UMMC (2011). *Omega-3 fatty acids*. [online] University of Maryland Medical Center. Available at: <http://www.umm.edu/health/medical/altmed/supplement/omega3-fatty-acids> [Accessed 9 May 2017].

USDA (2009). *Infant Nutrition and feeding. 1st ed.* [ebook] USDA, Food and Nutrition Service. Available at: https://wicworks.fns.usda.gov/wicworks/Topics/FG/Chapter1_NutritionalNeeds.pdf [Accessed 19 May 2017].

WebMD (2005). *Osteoporosis and Vitamin D*. [online] WebMD. Available at: <http://www.webmd.com/osteoporosis/guide/vitamin-d-for-osteoporosis> [Accessed 9 May 2017].

WHO (2001). *WHO | The World Health Organization's infant feeding recommendation*. [online] Who.int. Available at: http://www.who.int/nutrition/topics/infantfeeding_recommendation/en/ [Accessed 19 May 2017].

Φαφούτη, Ν. (χ.χ.). *Δυσανεξία στη γλουτένη: Οι πιο επικίνδυνες τροφές για το παιδί*. [online]. Imommy.gr. Available at: <http://www.imommy.gr/vrefos/diatrofi/article/162/den--xwneyei--th-gloytenh/> [Accessed 15 Jun. 2017].

Φαφούτη, Ν. (χ.χ.). *Παιδική ανορεξία και παιδική βουλιμία!*. [online]. Imommy.gr. Available at: <http://www.imommy.gr/nipia/diatrofi/article/377/paidikes-diatrofikes-diataraxes/> [Accessed 13 Jun. 2017].

Χατζηπαναγής, Α. (χ.χ.). *Τροφική αλλεργία*. [online] Paidiatros.com. Available at: <http://www.paidiatros.com/asthenies/allergies/food-allergy> [Accessed 7 Jun. 2017].

Χειλέτη, Δ. (χ.χ.). *Διατροφή νεογέννητου, βρέφους. Σωστό ξεκίνημα*. [online] Paidiatros.com. Available at: <http://www.paidiatros.com/neogennito-vrefos/diatrofi/feeding-newborn-infant> [Accessed 16 Jun. 2017].

Ψώνη, Σ. (2013). *Οι τροφικές αλλεργίες στα παιδιά*. [online]. Entertv.gr. Available at: <http://www.entertv.gr/well-being/kids/313680-oi-trofikes-allergies-sta-paidia> [Accessed 9 Sept. 2017].

Ψώνη-Σολδάτου, Σ. (2013). *Τροφικές αλλεργίες στα παιδιά*. [online]. Babyspace.gr. Available at: <https://www.babyspace.gr/el/%CF%84%CF%81%CE%BF%CF%86%CE%B9%CE%BA%CE%B5%CF%82-%CE%B1%CE%BB%CE%BB%CE%B5%CF%81%CE%B3%CE%B9%CE%B5%CF%82-%CF%83%CF%84%CE%B1-%CF%80%CE%B1%CE%B9%CE%B4%CE%B9%CE%B1> [Accessed 9 Sept. 2017].

