

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ



**ΣΧΕΣΕΙΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΠΡΑΚΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΣΤΑΣΕΩΝ ΩΣ
ΠΡΟΣ ΤΟΝ ΥΓΙΕΙΝΟ ΤΡΟΠΟ ΖΩΗΣ
ΣΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
ΤΗΣ
ΗΛΙΑΝΝΑΣ ΛΟΥΡΙΔΑ
(Α.Μ. 1514)

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ : ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ Χ. ΚΑΡΑΔΗΜΑΣ

ΡΕΘΥΜΝΟ
ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΟ ΕΤΟΣ: 2005-2006

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	σελ.1
1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ	
1.1 Συμπεριφορές υγείας	σελ.2
2. ΔΙΑΤΡΟΦΗ	
2.2 Παράγοντες που επηρεάζουν τη διατροφή	σελ.4
2.3 Διεθνείς τάσεις – εκτιμήσεις στις διατροφικές συνήθειες.....	σελ.7
2.4 Διατροφή και ασθένεια	σελ.19
3. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ	
3.1 Οικογενειακά γέυματα	σελ.23
3.2 Οικογενειακή διάρθρωση	σελ.24
3.3 Κοινωνικο – οικονομικό επίπεδο	σελ.25
3.4 Ερευνητικά ερωτήματα	σελ.28
4. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	
4.1 Συμμετέχοντες και διαδικασία	σελ.29
4.2 Μέσα συλλογής δεδομένων	σελ.30
4.3 Αποτελέσματα	σελ.31
5. ΣΥΖΗΤΗΣΗ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	σελ.36
6. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	σελ.43
7. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	σελ.51

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα έρευνα έχει ως στόχο τη διερεύνηση των συχνοτήτων κατανάλωσης βασικών συστατικών της διατροφής στα πλαίσια της οικογένειας. Μελετάται η σχέση των διατροφικών συνηθειών ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας, καθώς επίσης οι στάσεις που φέρουν τα άτομα σχετικά με την υιοθέτηση υγιεινών συνηθειών. Στην έρευνα συμμετείχαν 59 οικογένειες με μέσο όρο ηλικίας των παιδιών 17,18 έτη, των πατέρων τα 49,29 έτη και των μητέρων τα 44,58 έτη. Οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να συμπληρώσουν ένα ερωτηματολόγιο που αφορούσε θέματα διατροφής και το ερωτηματολόγιο TrB Questionnaire αναφορικά με τις στάσεις τους σε ζητήματα υγιεινού τρόπου ζωής. Τα αποτελέσματα υποδεικνύουν τη συμφωνία των μελών της οικογένειας όσον αφορά την πρόσληψη χοληστερόλης και πρωτεΐνης, παράλληλα όμως αποκαλύπτουν τη σημαντική διαφορά κατανάλωσης φρούτων, λαχανικών και πρόχειρου φαγητού εκ μέρους των παιδιών. Επίσης, παρουσιάζουν την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ γονέων και παιδιών σχετικά με τις στάσεις και τις προθέσεις τους προς έναν υγιεινότερο τρόπο ζωής.

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα τελευταία χρόνια έχουν αυξηθεί οι συζητήσεις, οι έρευνες και το ενδιαφέρον σχετικά με την υγεία, παράλληλα όμως όλο και περισσότερα σημαντικά προβλήματα υγείας έχουν κάνει την εμφάνισή τους. Ένα μεγάλο ποσοστό των προβλημάτων υγείας που αντιμετωπίζει ο σύγχρονος άνθρωπος, αφορά τις χρόνιες ασθένειες (π.χ. καρδιαγγειακές νόσοι, διαβήτη, νεοπλασίες). Οι ασθένειες αυτές δεν θεραπεύονται οριστικά, αλλά αποτελούν καταστάσεις που προσπαθούμε να ελέγξουμε. Οι παράγοντες που μπορεί να οδηγήσουν στην απώλεια της υγείας και ευεξίας και την επικράτηση της ασθένειας είναι ποικίλοι και περιλαμβάνουν παραμέτρους όπως είναι το κάπνισμα, οι διατροφικές συνήθειες, η χρήση αλκοόλ και άλλων ουσιών, η έλλειψη σωματικής άσκησης, η παχυσαρκία, το στρες και άλλα. Μεταξύ αυτών των παραγόντων υπάρχουν σημαντικές αλληλεπιδράσεις, που αυξάνουν τους κινδύνους νόσησης, μέσω ανατροφοδοτούμενων κύκλων.

1.1 Συμπεριφορές υγείας

Όλο και μεγαλύτερη προσοχή δίνεται στο ρόλο της συμπεριφοράς σε θέματα υγείας και ασθένειας. Έτσι, ακόμα και μία σχετικά μικρή αλλαγή των συνηθειών που σχετίζονται με την υγεία (π.χ. διακοπή του καπνίσματος) θα μπορούσε να συμβάλει σε σημαντικό βαθμό στη βελτίωση της ποιότητας, όπως επίσης και της «ποσότητας» ζωής στις σύγχρονες κοινωνίες. Οι συμπεριφορές που σχετίζονται με την υγεία, τη διατήρηση και την προστασία της ή την έκθεσή της σε κίνδυνο, αποκαλούνται «συμπεριφορές υγείας».

Στην πλειονότητά τους τα άτομα λαμβάνουν μέτρα για να προστατέψουν την υγεία τους ή για να αποφύγουν την ασθένεια. Οι συμπεριφορές αυτές που δρουν προστατευτικά για την υγεία, περιλαμβάνουν κάθε δραστηριότητα στην οποία

προβαίνουν τα άτομα προκειμένου να διατηρήσουν ή να προάγουν την υγεία τους, ανεξάρτητα από το αντιλαμβανόμενο επίπεδο της υγείας τους ή από το αν η συμπεριφορά αυτή τελικά επιτυγχάνει το στόχο της. Τέτοιες συμπεριφορές ή συνήθειες είναι: η σωστή διατροφή, η άσκηση, οι προληπτικοί έλεγχοι, ο επαρκής ύπνος κλπ (Καραδήμας, 2004).

Έρευνες σχετικά με τις συμπεριφορές υγείας οδηγούν στα εξής συμπεράσματα: α) αν και είναι σχετικά σταθερές, συχνά αλλάζουν στην πάροδο του χρόνου, β) οι συγκεκριμένες συμπεριφορές προστασίας της υγείας δεν είναι ισχυρά συνδεδεμένες μεταξύ τους. Για παράδειγμα, η υγιεινή διατροφή δεν συνάδει απαραίτητα με την αποφυγή του καπνίσματος, γ) οι συμπεριφορές προστασίας της υγείας δεν φαίνεται να καθορίζονται από μία μόνο ομάδα στάσεων, σκέψεων ή μαθήσεων. Για παράδειγμα, ένα άτομο μπορεί να αποφεύγει το κάπνισμα για να προστατέψει την υγεία του, αλλά ταυτόχρονα να αποφεύγει τα λιπαρά μόνο για να διατηρήσει τη γραμμή του σώματός του (Sarafino, 1999).

Οι λόγοι για την έλλειψη σταθερότητας στις συμπεριφορές υγείας και για τους χαλαρούς δεσμούς μεταξύ τους είναι αρκετοί. Οι Leventhal, Prochaska, & Hirschman (1985), (cf. Καραδήμας, 2004), αναφέρουν τέσσερις: α) διαφορετικές συνήθειες μπορεί να εξυπηρετούν διαφορετικούς σκοπούς, β) οι συμπεριφορές επηρεάζονται από διαφορετικούς και ποικίλους παράγοντες κάθε φορά, γ) οι άνθρωποι αλλάζουν ως αποτέλεσμα των μαθήσεων και των εμπειριών και δ) λόγοι που κάποτε συντέλεσαν στην έναρξη ή διατήρηση μιας συμπεριφοράς μπορεί πλέον να μην ισχύουν.

Στη συνέχεια, θα παρουσιαστούν οι συμπεριφορές που σχετίζονται με την υγεία αναφορικά με την διατροφή.

2. ΔΙΑΤΡΟΦΗ

Από την αρχή της ζωής, πολλές από τις σημαντικότερες , κοινωνικές και απολαυστικές δραστηριότητες της ανθρώπινης εμπειρίας, περιστρέφονται γύρω από τη λήψη τροφής. Η βρώση και η πόση δεν αποτελούν μόνο τρόπους για την ικανοποίηση της πείνας και της δίψας, αλλά μέσω των κοινωνικών δραστηριοτήτων που τις συνοδεύουν, εξυπηρετούν τη μετάδοση συμβολικών, ηθικών και πολιτισμικών μηνυμάτων. Επιπλέον, μία ισορροπημένη και πλήρης διατροφή αποτελεί τη βάση για τη διατήρηση ενός καλού επιπέδου υγείας.

2.1 Παράγοντες που επηρεάζουν τη διατροφή

Η διατροφική συμπεριφορά κάθε ατόμου, είτε πρόκειται για παιδί είτε για έφηβο είτε για ενήλικα, είναι το αποτέλεσμα της επίδρασης μιας σειράς πολυάριθμων και αλληλοεξαρτώμενων παραγόντων. Έτσι, μακροπολιτισμικές επιρροές όπως η γεωργία και η οικονομία, η προσβασιμότητα και η διαθεσιμότητα των τροφών και η υπάρχουσα πληροφόρηση καθορίζουν τι μπορούμε να αγοράσουμε. Στις μέρες μας, οι λιγότερο υγιεινές τροφές περιέχουν πρόσθετα λίπους και ζάχαρης ώστε να είναι πιο εύγευστες και ελκυστικές, προωθούνται έντονα μέσα από διαφημίσεις και φανταχτερές ετικέτες, διατίθενται παντού και κοστίζουν λιγότερο. Η αμερικανική βιομηχανία τροφίμων έχει κατηγορηθεί ότι δημιουργεί εθιστικές τροφές, στις οποίες οι καταναλωτές δεν μπορούν να αντισταθούν (Drewnowski & Barratt, 2004). Αντίθετα, οι πιο υγιεινές τροφές είναι λιγότερο νόστιμες και διαθέσιμες, απαιτούν περισσότερο χρόνο για την Παρασκευή τους και θεωρούνται ακριβότερες (Καραδήμας, 2004).

Επιπρόσθετα, εμπλέκονται παράγοντες που σχετίζονται με τις επιλογές του ατόμου (για παράδειγμα: η γεύση, οι προτιμήσεις, οι συνήθειες, τα κίνητρα για έναν υγιεινό τρόπο ζωής), τις προσωπικές πεποιθήσεις, τις στάσεις και τις προθέσεις του. Η

θεωρία της «έλλογης δράσης» (απόδοση του: Theory of Reasoned Action) , (Fishbein & Ajzen, 1977) προσφέρει ένα πλαίσιο πρόβλεψης της συμπεριφοράς με βάση την πρόθεση του ατόμου να δράσει. Σύμφωνα με το μοντέλο, η συμπεριφορά καθορίζεται από την πρόθεση, η οποία καθορίζεται με τη σειρά της από τη στάση μας και τους κανόνες μας, οι οποίοι διαφέρουν για κάθε άτομο. Η στάση ενός ατόμου απέναντι σε μια συμπεριφορά επηρεάζεται από την αντίληψη για τα αποτελέσματα που η εκτέλεση της συμπεριφοράς αυτής αναμένεται να επιφέρει. Η αντίληψη των αποτελεσμάτων αναπαριστά: α) την πεποίθηση του ατόμου για το πόσο πιθανό είναι να συμβούν και β) την αξιολόγησή του για τη σημασία τους. Αποτελέσματα που αξιολογούνται ως θετικά και πολύ πιθανά διαμορφώνουν μία θετική στάση εκ μέρους του ατόμου. Έτσι για παράδειγμα, ένα άτομο μπορεί να ακολουθεί μία υγιεινή διατροφή και να ασκείται συχνά, επειδή πιστεύει ότι αυτή συμπεριφορά μπορεί να συμβάλλει στην προαγωγή και διατήρηση της υγείας του. Αντίθετα, αποτελέσματα που κρίνονται ως αρνητικά και πιθανά, διαμορφώνουν μία αρνητική στάση. Τα άτομα επηρεάζονται από το κοινωνικό περιβάλλον τους και τους οικείους τους. Έτσι η αντίληψη που έχει το άτομο για το ποια είναι η γνώμη των άλλων καθορίζει τους «υποκειμενικούς κανόνες». Αυτοί, στη συνέχεια, επηρεάζουν την πρόθεση του ατόμου να συμπεριφερθεί κατά ένα ορισμένο τρόπο . Συνεπώς, εάν γνωρίζουμε τη στάση του ατόμου και τους υποκειμενικούς κανόνες που ακολουθεί, καθώς και τα κίνητρα που έχει για συμμόρφωση, τότε μπορούμε να προβλέψουμε επαρκώς την πρόθεσή του να δράσει.

Ακόμα, οι διατροφικές συνήθειες επηρεάζονται από το πολιτισμικό πλαίσιο και τον τύπο μαγειρικής που αυτό διαμορφώνει (π.χ. γαλλική, ιταλική, κινέζικη κουζίνα) και από το θρησκευτικό πλαίσιο, το οποίο καθορίζει σε μεγάλο βαθμό τα διατροφικά όρια κάθε λαού. Σε μία έρευνα για τη συχνότητα και τους καθοριστικούς παράγοντες ως προς την κατανάλωση υγιεινών τροφών από τους εφήβους (Videon & Manning,

2003), προέκυψαν ευρήματα που έδειχναν ορισμένα πρότυπα κατανάλωσης τροφών σε σχέση με την εθνικότητα. Σε σχέση με τους λευκούς συνομήλικους τους, οι αφροαμερικάνοι και οι ισπανόφωνοι, ήταν λιγότερο πιθανό να παραλείψουν το πρωινό και να αναφέρουν μικρή κατανάλωση φρούτων. Εν τούτοις, οι τελευταίοι ανέφεραν συχνότερα χαμηλή κατανάλωση λαχανικών και γαλακτοκομικών προϊόντων. Οι Ασιάτες έφηβοι κατανάλωναν περισσότερα φρούτα και λαχανικά από τους λευκούς, όμως ήταν πιθανότερο να αναφέρουν υποδιπλάσια κατανάλωση προϊόντων του γάλακτος, προφανώς εξαιτίας του υποδεέστερου ρόλου των γαλακτοκομικών προϊόντων που παρατηρείται στην ασιατική κουζίνα.

Επίσης το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο φαίνεται να εμπλέκεται στις επιλογές που έχουν να κάνουν με τη διατροφή. Δεδομένα ερευνών υποστηρίζουν ότι το υψηλό επίπεδο μόρφωσης (πτυχίο ή ανώτερη εκπαίδευση) των γονέων σχετίζεται με λιγότερες πιθανότητες φτώχης κατανάλωσης φρούτων, λαχανικών και πρωνού, καθώς και με μικρότερη λήψη τροφών πλούσιων σε λιπαρά (Cullen, Lara & de Moor, 2002). Επιπρόσθετα, οι ομάδες υψηλού εισοδήματος θεωρείται ότι καταναλώνουν περισσότερες υγιεινές τροφές, ενώ οι ομάδες χαμηλού εισοδήματος ξοδεύουν λιγότερα χρήματα στο φαγητό, γεγονός που έχει αρνητική επίπτωση στις πρακτικές υγιεινής διατροφής (Warwick, Mc Ilveen & Strugnell, 1999) .

Φυσικά, τεράστια επίδραση στο θέμα της διατροφής ασκούν οι κοινωνικοί παράγοντες με καταλυτικό το ρόλο της οικογένειας και τις μητέρες να ασκούν τη μεγαλύτερη επιρροή στην εκμάθηση και πρακτική των συμπεριφορών υγείας (Cullen et al., 2002) . Κατά την περίοδο των πέντε ως οκτώ ετών, η γονεϊκή επιρροή είναι πολύ σημαντική και μπορεί να οδηγήσει στην απόκτηση σωστών διατροφικών συνηθειών που ενδεχομένως θα διατηρηθούν και θα μεταφερθούν και στην ενήλικη ζωή. Πρόσφατες έρευνες κατέδειξαν την αξία των οικογενειακών γευμάτων και της

συμμετοχής στην προετοιμασία του φαγητού, ως παράγοντες που συνδέονται με περισσότερο υγιεινά διατροφικά πρότυπα (Boutelle, Lytle, Murray, Birnbaum, & Story, 2001; Larson, Story, Eisenberg, & Neumark-Sztainer, 2006).

Τέλος, το στρες και τα αρνητικά συναισθήματα μπορούν να οδηγήσουν τα άτομα σε μεγαλύτερη λήψη τροφής ή στην αναζήτηση τροφών που κάνουν το άτομο να αισθάνεται καλύτερα (π.χ. γλυκά, καφές). Σχετίζεται με κατανάλωση τροφής πλουσιότερης σε λίπη, λιγότερα φρούτα και λαχανικά, περισσότερα σνακ και με μικρότερη πιθανότητα λήψης πρωινού.

2.2 Διεθνείς τάσεις – εκτιμήσεις στις διατροφικές συνήθειες

Δεδομένης της σημασίας της διατροφής στη διατήρηση και προαγωγή της υγείας, καθώς επίσης και της προστατευτικής της δράσης έναντι των χρόνιων ασθενειών, έχουν προταθεί κατευθυντήριες γραμμές και προγράμματα διατροφής σε διεθνές επίπεδο. Κατά την περίοδο της εφηβείας οι ανάγκες για σωστή διατροφή είναι αυξημένες. Από αυτήν εξαρτάται τόσο η καλή σωματική ανάπτυξη όσο και η υιοθέτηση συνηθειών που προάγουν τον υγιεινό τρόπο ζωής και μετά την εφηβεία λειτουργούν προληπτικά σε σχέση με αρκετές παθήσεις που εμφανίζονται στους ενήλικες. Μεγαλώνοντας, όλο και περισσότεροι έφηβοι συνδυάζουν με την παρέα τα γρήγορα γεύματα εκτός σπιτιού, τα οποία είναι ιδιαίτερα δημοφιλή στην ηλικία αυτή. Οι πολιτισμικές επιρροές και τα στερεότυπα για την ιδανική σωματική εικόνα επηρεάζουν τις διατροφικές συνήθειες, ιδιαίτερα στο γυναικείο φύλο. Το στίγμα της παχυσαρκίας στους εφήβους, που είναι ιδιαίτερα ευάλωτοι όσον αφορά τη σωματική τους εικόνα, οδηγεί σε μείωση της αυτοπεποίθησης (Currie et al., 2004).

Ηνωμένες Πολιτείες

Το εθνικό πρόγραμμα Healthy People 2010 (Υγιείς Άνθρωποι 2010), περιλαμβάνει την κατανάλωση 5 ή περισσότερων φρούτων και λαχανικών ημερησίως. Μελέτες έδειξαν ότι μόνο 23% των Αμερικανών ενηλίκων επιτυγχάνουν αυτό το στόχο. Εθνικές έρευνες υποστηρίζουν ότι οι έφηβοι ακολουθούν μία φτωχή διαίτα, καταναλώνοντας τη μισή σχεδόν από τη συνιστώμενη ποσότητα φρούτων και λαχανικών (2.53 αντί 5 μερίδες). Συχνά παραλείπουν το πρωινό ή / και το μεσημεριανό ενώ τρώνε γεύματα που περιέχουν λιγιστά θρεπτικά συστατικά. Τα σνακ που προτιμούν περισσότερο τα παιδιά και οι έφηβοι είναι: ζαχαρωτά και γλυκά, αναψυκτικά, πατατάκια, γαριδάκια, μπισκότα. Λιγότερο από το 25% των εφήβων ανέφερε λήψη θρεπτικών σνακ , όπως φρούτα, λαχανικά, χυμούς και γάλα με μειωμένα λιπαρά. Οι διατροφικές υπερβολές σε συνολική ενέργεια και λίπος, σε συνδυασμό με τον καθιστικό τρόπο ζωής, συμβάλουν σε έναν όλο και περισσότερο παχύσαρκο εφηβικό πληθυσμό (Beech, Rice, Myers, Johnson & Nicklas, 1999). Τα πορίσματα από τις Η.Π.Α. τοποθετούν την επικράτηση της παχυσαρκίας στους νέους ηλικίας 6 – 17 ετών, μεταξύ του 11 και 24%. Τα κορίτσια φαίνεται να είναι πιο επιρρεπή στην παχυσαρκία από τα αγόρια, επειδή μειώνουν τα επίπεδα δραστηριότητάς τους πριν την εφηβεία, ενώ η κατανάλωση πρόχειρων φαγητών και αναψυκτικών αυξάνεται και στα δύο φύλα.

Παρά το γεγονός ότι οι έφηβοι στις Η.Π.Α. έχουν αυξήσει την θερμιδική τους κατανάλωση τις τελευταίες δεκαετίες, εξακολουθούν να αντιμετωπίζουν τον κίνδυνο για διατροφικές ελλείψεις, οι οποίες αυξάνουν την επικινδυνότητα για καθυστερημένη σεξουαλική ανάπτυξη, απώλεια τελικού ύψους, οστεοπόρωση, διαβήτη και άλλες ασθένειες στη μετέπειτα ζωή. Σε μία μελέτη 36.284 εφήβων στη

Μινεσότα, 28% είχε ανεπαρκή κατανάλωση φρούτων και το 38% ανεπαρκή κατανάλωση λαχανικών (Neumark- Sztainer, Story, Resnick & Blum, 1996).

Ευρώπη

Γαλλία

Ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα του γαλλικού πληθυσμού σε έρευνα για τη διατροφή, έδειξε ότι τα μέλη οικογενειών με χαμηλό εισόδημα επισκέπτονται συχνά εστιατόρια ταχυφαγίας. Τα άτομα με χαμηλό εισόδημα είναι πιο πιθανό να έχουν ένα μη ισορροπημένο πρωινό, να ψωνίζουν από μεγάλα σούπερ μάρκετ, να τρώνε λιγότερα φρούτα και λαχανικά, χοιρινό, ψάρια και οστρακοειδή. Αυτά τα ευρήματα έχουν σχέση με τα διατροφικά πρότυπα εφήβων που προέρχονται από φτωχές οικογένειες, καθώς εξαρτώνται από τη διαθεσιμότητα των τροφίμων στο σπίτι (Schneider, 2000).

Ιταλία

Περισσότερα από 12.000 παιδιά (3-18 ετών) εξετάστηκαν στο Μιλάνο για την ύπαρξη παχυσαρκίας κατά την περίοδο 1986-1988. Ο μέσος όρος παχυσαρκίας ήταν 13%, με υψηλότερη επικράτηση στην ομάδα των 11-13 ετών (17,9%). Περισσότεροι από τους μισούς εφήβους είχαν ήδη επιχειρήσει να χάσουν βάρος τον καιρό που διεξήχθη η έρευνα (Cerratti et al., 1990).

Ισπανία

Μελέτες για το φαγητό, την ενέργεια και την κατανάλωση θρεπτικών ουσιών, έγιναν σε εφήβους, με σκοπό τη σύγκριση των διατροφικών συνηθειών των υπέρβαρων και των εφήβων φυσιολογικού βάρους. Η ενεργειακή κατανάλωση των δύο ομάδων ήταν ίδια, όμως διατροφικές ανισορροπίες ήταν εμφανείς. Στα υπέρβαρα / παχύσαρκα υποκείμενα παρατηρήθηκε ότι το μεγαλύτερο μέρος της ενέργειας

προερχόταν από λιπαρά. Μεταξύ των παχύσαρκων κοριτσιών το 50% της προσλαμβανόμενης ενέργειας προερχόταν από τροφές πλούσιες σε λίπη.

Ένα δείγμα 206 εφήβων (10-15 ετών) από την νοτιοανατολική Ισπανία (Μούρθια), εξετάστηκε σχετικά με τις διατροφικές του συνήθειες και την κατανάλωση έξι βασικών τροφικών ομάδων (γάλα, κρέας, δημητριακών, φρούτα, λαχανικά και λιπαρά). Οι έφηβοι ρωτήθηκαν για την κατανάλωση της προηγούμενης από την έρευνα ημέρας. Τα ευρήματα αποκάλυψαν πολύ χαμηλή κατανάλωση λαχανικών. Μόνο το 14 – 16 % είχε καταναλώσει επαρκή ποσότητα, ενώ το 50% των εφήβων παρουσίασε παντελή έλλειψη λαχανικών από τη διατροφή του. Επιπρόσθετα, παρατηρήθηκαν ελλείψεις στην κατανάλωση γάλακτος και φρούτων, αλλά και υπερβολική πρόσληψη λίπους. Μόνο 17% (κορίτσια) και 20% (αγόρια) επέδειξε επαρκή κατανάλωση γάλακτος, ενώ για τα φρούτα το 65% των εφήβων του δείγματος δεν ακολουθούσε τις οδηγίες για την συνιστώμενη ποσότητα. Τέλος, η συνολική πρόσληψη τροφών πλούσιων σε λιπαρά, υπερέβαινε την ενδεδειγμένη ποσότητα στο 51% των εφήβων. Μάλιστα, υψηλά αποδείχτηκαν τα επίπεδα των κορεσμένων λιπαρών, λόγω της αυξημένης κατανάλωσης σε λουκάνικα και άλλα προϊόντα του κρέατος (Pérez-Llamas, Garaulet, Nieto, Baraza & Zamora, 1996).

Γερμανία

Εκτιμήθηκαν οι διατροφικές επιλογές 627 παιδιών ηλικίας 1-18 ετών. Τα μακροδιατροφικά πρότυπα (πρωτεΐνη, λίπος, υδρογονάνθρακες) ήταν σύμφωνα με τις γερμανικές διατροφικές υποδείξεις, αλλά υπερέβαιναν τις συστάσεις για τα κορεσμένα λιπαρά και ήταν πολύ χαμηλά στην κατανάλωση φυτικών ινών. Συνεπώς, δε βρίσκονταν σε συμφωνία με τις διατροφικές συστάσεις για την πρόληψη των χρόνιων ασθενειών (Schneider, 2000).

Μεγάλη Βρετανία

Η πρόσληψη φρούτων και λαχανικών στα παιδιά και τους εφήβους στο Ηνωμένο Βασίλειο, βρίσκεται κάτω από το επίπεδο των διατροφικών συστάσεων. Οι Seaman et al. (1997) διαπίστωσαν ότι ενώ το 83% των μαθητών της πρώτης τάξης σε τρεις περιοχές της Σκωτίας θεωρούσε τα φρούτα ως μέρος μιας υγιεινής διατροφής, μόνο το 47% έτρωγε τουλάχιστον ένα κομμάτι φρούτου την ημέρα. Οι Hackett et al. (1997) βρήκαν ότι το 1/4 ατόμων ηλικίας 13-14 ετών στις αστικές περιοχές της χώρας δεν είχε καταναλώσει φρούτα την προηγούμενη μέρα και το 1/3 δεν είχε φάει σαλάτα ή λαχανικά. Στη δυτική Σκωτία, οι Anderson et al. (1994) διαπίστωσαν ότι η κατανάλωση φρούτων ποίκιλε αναλόγως της εποχής, με το 43% των 15χρονων να τρώνε φρούτα καθημερινά την περίοδο του καλοκαιριού αλλά μόνο το 20% κατά τη διάρκεια του χειμώνα. Η ημερήσια κατανάλωση λαχανικών ήταν χαμηλή, καθώς κυμαινόταν από 5% (ωμά λαχανικά) ως 13% (αρακά και φασόλια).

Γενικά, η διατροφή των παιδιών και εφήβων στη Σκωτία είναι χειρότερη από εκείνη της Αγγλίας και της Ουαλίας και άλλων Ευρωπαϊκών χωρών. Ο Crawley (1997) βρήκε μικρότερη πρόσληψη λαχανικών και υψηλότερη κατανάλωση άσπρου ψωμί και πατατάκια μεταξύ των Σκωτσέζων εφήβων, σε σύγκριση με τους εφήβους της Αγγλίας και της Ουαλίας. Συγκριτικά με την πλειονότητα των Ευρωπαίων συνομηλίκων τους, τα παιδιά σχολικής ηλικίας στη Σκωτία και τη Βόρεια Ιρλανδία κατέχουν την υψηλότερη ημερήσια κατανάλωση σε πατατάκια και συναφή προϊόντα, αλλά και έναν από τους υψηλότερους δείκτες στην κατανάλωση γλυκών και σοκολάτας, ιδιαίτερα στις ηλικίες μεταξύ 11 και 13 ετών (Vereecken & Maes, 2000).

Σε μία άλλη έρευνα εξετάστηκαν τα διατροφικά πρότυπα 479 εφήβων, ηλικίας 13-14 ετών που κατοικούσαν στο Λονδίνο. Το 53% ανέφερε πως έτρωγε και έπινε

κάτι την ώρα του πρωινού σε καθημερινή βάση, το 25,5% έτρωγε πρωινό τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα, ενώ το 12,4% έτρωγε πρωινό μόνο τα Σαββατοκύριακα. Ποσοστό 60% ανέφερε κατανάλωση 3 ή περισσότερων σνακ την προηγούμενη από την ημέρα της έρευνας, και βρέθηκε ότι πάνω από το 33% κατανάλωνε πρόχειρο φαγητό κατά τη διάρκεια των σχολικών γευμάτων. Επίσης τα δεδομένα έδειξαν ότι τα αγόρια ήταν πιθανότερο να ακολουθούν μία λιγότερο υγιεινή διατροφή συγκριτικά με τα κορίτσια. Περίπου το 50% των εφήβων ανέφερε αλλαγή (μείωση) στην κατανάλωση λιπαρών και ζάχαρης κατά το τελευταίο εξάμηνο. Όμως ο κυριότερος λόγος ήταν η εμφάνιση / σωματική εικόνα και όχι λόγοι ανησυχίας για την υγεία τους (Watt & Sheiham, 1996).

Ιρλανδία

Μαθητές ηλικίας 12-18 ετών εξετάστηκαν για το διατροφικό τους ιστορικό. Οι κύριες πηγές διατροφής ήταν ψωμί, κρέας, πατάτες ή πατατάκια, ζαχαρωτά και κομπόστες, ενώ το πρόχειρο φαγητό ήταν κοινή πρακτική. Τα περισσότερα σνακ είχαν υψηλή περιεκτικότητα σε λιπαρά και ζάχαρη. Η παχυσαρκία βρισκόταν στο 1% για τα αγόρια και στο 3% για τα κορίτσια ηλικίας 12-15 χρόνων, ενώ στις ηλικίες 15-18 ετών ήταν 6% και 8% αντίστοιχα (Hurson & Corrish, 1997).

Νορβηγία

Ένα δείγμα 1564 μαθητών γυμνασίου έδειξε ότι οι μισοί ακολουθούσαν μία δίαιτα πολύ υψηλή σε λιπαρά, ενώ τα 2/3 κατανάλωναν μεγάλες ποσότητες γλυκών, συγκριτικά με τις εθνικές διατροφικές συστάσεις. Μάλιστα, τα αγόρια είχαν εμφάνισαν μεγαλύτερη κατανάλωση λίπους και λιγότερη λήψη θρεπτικών ουσιών από ό,τι τα κορίτσια (Schneider, 2000).

Αφρική

Νιγηρία

Μία μελέτη σε 142 εφήβους μαθητές έδειξε ότι το φαγητό που αγόραζαν από τους υπαίθριους πωλητές αντιστοιχούσε σε περισσότερο από το 50% της ημερήσιας κατανάλωσης τροφής. Κάτι τέτοιο είναι ανησυχητικό καθώς το φαγητό αυτού του είδους είναι υψηλό σε λιπαρά και μπορεί να σημάνει μία τάση προς την παχυσαρκία στη Νιγηρία.

Σενεγάλη

Ένα δείγμα 465 παιδιών και εφήβων σε αγροτικές περιοχές της Σενεγάλης παρείχε στοιχεία σύμφωνα με τα οποία η επικράτηση της υπέρτασης βρισκόταν στο 5% για τα παιδιά και στο 2% για τους εφήβους, με τα επίπεδα να είναι υψηλότερα για τα κορίτσια. Η επικράτηση της παχυσαρκίας ήταν βρισκόταν στο 3% και 2% για τα παιδιά και τους εφήβους αντίστοιχα (Schneider, 2000).

Νότια Αφρική

Μελέτη της διατροφικής κατανάλωσης 1751 ατόμων (15-80 ετών), έδειξε ότι η μέση κατανάλωση ενέργειας και πρωτεϊνών ήταν επαρκής σε όλα τα κοινωνικά στρώματα. Οι μέσοι όροι των θρεπτικών συστατικών ήταν χαμηλοί σε σύγκριση με τα εθνικά πρότυπα διατροφής. Η ενεργειακή κατανομή ήταν 65% υδρογονάνθρακες, 12% πρωτεΐνες και 22% λίπος για την αγροτική και μέση αστική τάξη, και 57% , 13% και 31% αντίστοιχα για την ανώτερη αστική τάξη. Η κατανάλωση φρούτων και λαχανικών ήταν χαμηλή σε όλο το δείγμα. Οι διατροφικές επιλογές του δείγματος υποδεικνύουν μία μεταβολή από την παραδοσιακή δίαιτα (υψηλή σε υδρογονάνθρακες και χαμηλή σε λιπαρά) προς μία δίαιτα που προδιαθέτει την

ανάπτυξη προβλημάτων υγείας, όπως οι χρόνιες ασθένειες (McIntyre, Kruger, Venter & Vorster, 2002).

Ασία

Οι εκτιμήσεις από τον WHO για τους υπέρβαρους μεταξύ των παιδιών προσχολικής ηλικίας στην Ασία ως σύνολο, ήταν περίπου 2.9%. Υπάρχει βέβαια, αξιόλογη διαβάθμιση στην επικράτηση μεταξύ των κρατών. Η υψηλότερη επικράτηση (4,3%) έχει παρατηρηθεί στην ανατολική Ασία και στην νοτιοανατολική (2,4%). Ένα σύνολο 17,6 εκατομμυρίων παιδιών προσχολικής ηλικίας στις αναπτυσσόμενες χώρες θεωρήθηκε ότι είναι υπέρβαρο. Από αυτούς, το 61% (10,6 εκατομμύρια) βρίσκεται στην Ασία. Επιπλέον, η περιοχή έχει το μεγαλύτερο αριθμό παιδιών τα οποία παρουσίαζαν καθυστέρηση στην ανάπτυξη.

Μία εθνική έρευνα το 1997 σε παιδιά κάτω των 5 ετών στο Μπρουνέι, έδειξε υψηλή επικράτηση υπέρβαρων παιδιών που κυμαινόταν από 7,7 ως 10,2% σε διάφορα μέρη της χώρας και ποσοστό 9,1% για ολόκληρη τη χώρα. Σε μία έρευνα 6000 παιδιών (7-10 ετών) από όλα σχεδόν τα σχολεία της Κουάλα Λουμπούρ, η επικράτηση εκτιμήθηκε στο 8,4%. Επιπρόσθετα, στην τέταρτη εθνική έρευνα για τη διατροφή στην Ταϊλάνδη (1995) η επικράτηση υπέρβαρων μεταξύ παιδιών 0-5 ετών βρέθηκε 17,6%, ενώ 5,4% των παιδιών αναφέρθηκαν ως παχύσαρκα. Η επικράτηση στα παιδιά αστικών περιοχών ήταν υψηλότερη, με αναλογία 1: 1,3. Σε αρκετές άλλες αναπτυσσόμενες χώρες της περιοχής, οι δείκτες είναι πιθανώς πολύ χαμηλοί. Για παράδειγμα, στην μεγάλη έρευνα του Βιετνάμ το 1999 σε περισσότερα από 90.000 παιδιά, δεν αναφέρθηκε ποσοστό των υπέρβαρων. Σε μία παρόμοια έρευνα στο Λάος, το πρόβλημα ήταν ο συντριπτικός υποσιτισμός, ενώ δεν εντοπίστηκε παχυσαρκία. Στις Φιλιππίνες το ποσοστό υπέρβαρων παιδιών ήταν κάτω από το 1% για την

περίοδο 1989 έως 1998. Τέλος, υπάρχουν στοιχεία που υποστηρίζουν ότι οι πιο πλούσιες κοινωνίες της περιοχής, όπως είναι η Σεούλ και το Τόκιο, δεν ήταν εκείνες με τα υψηλότερα επίπεδα παχυσαρκίας (Tee, 2002).

Στην Κίνα, η διατροφή μετατοπίζεται από την παραδοσιακή και ιδιαίτερα υγιεινή δίαιτα όπως, ρύζι, σιτάρι και προϊόντα του, και οδεύει προς δίαιτες πλούσιες σε λιπαρά και χαμηλές σε φυτικές ίνες. Τα άτομα που ανήκουν στην ομάδα χαμηλού εισοδήματος εμφανίζουν τη μεγαλύτερη μείωση στην κατανάλωση δημητριακών. Επίσης, τα τελευταία χρόνια μειώθηκε η κατανάλωση λαχανικών, ενώ αυξήθηκε εκείνη των φρούτων και των ζωικών προϊόντων και ελαίων. Μάλιστα η ποσότητα και ο ρυθμός κατανάλωσης ήταν ανάλογα του εισοδήματος. Το 30% της ενέργειας προερχόταν από λίπη, σε περισσότερο από το 1/3 των ενηλίκων και το 60,1% των κατοίκων των αστικών περιοχών , με συνακόλουθο αποτέλεσμα την αύξηση των δεικτών της παχυσαρκίας. Για παράδειγμα, το 15% των παιδιών ηλικίας 2-6 ετών και το 8% παιδιών και εφήβων 7-17 ετών, βρέθηκαν να είναι υπέρβαρα και παχύσαρκα. Από την άλλη, η επικράτηση της ανεπαρκούς διατροφής εξακολουθεί να είναι υψηλή: 35% των παιδιών προσχολικής ηλικίας παρουσίαζαν καθυστέρηση στην ανάπτυξή τους, ενώ 20% παιδιών προσχολικής ηλικίας, 22% παιδιών και εφήβων και 8% των ενηλίκων υπέφεραν από υποσιτισμό (Du, Lu, Zhai & Popkin, 2002; Du, Mroz, Zhai & Popkin, 2004).

Στη Σεούλ της Κορέας διεξήχθη έρευνα σε 671 εφήβους (12-14 ετών) με σκοπό την αναγνώριση των κυρίαρχων διατροφικών προτύπων. Τα υποκείμενα κατηγοριοποιήθηκαν σε δύο ομάδες προτύπων: την παραδοσιακή(30,1%) και την τροποποιημένη, με δυτικές επιρροές (69,9%). Η τροποποιημένη ομάδα κατανάλωνε περισσότερο ψωμί, χυλοπίτες, μπισκότα και πίτσες/ χάμπουργκερ, σε σύγκριση με την παραδοσιακή ομάδα, η οποία έτρωγε κυρίως ρύζι και ένα είδος βραστού

λάχανου. Η τροποποιημένη ομάδα είχε σημαντικά υψηλότερη πρόσληψη όλων των θρεπτικών συστατικών. Ωστόσο, είχε υψηλότερη συνολική ημερήσια ενεργειακή κατανάλωση, υψηλότερη κατανάλωση λίπους (29,8%) και χοληστερόλης, σε σύγκριση με την παραδοσιακή ομάδα (24%). Γενικά, η συνολική διατροφική κατάσταση των εφήβων δεν είναι τόσο καλή, όσο των άλλων ηλικιακών ομάδων στην Κορέα (Song et al., 2005).

Αυστραλία

Μία μελέτη των διατροφικών συνηθειών 699 παιδιών ηλικίας 13 ετών, έδειξε ότι το 12% παρέλειπε το πρωινό, με την αναλογία των κοριτσιών να είναι τρεις φορές μικρότερη από εκείνη των αγοριών. Όσοι παρέλειπαν το πρωινό ήταν πιο πιθανό να είναι δυσαρεστημένοι με το βάρος τους, όμως η αιτιολογία τους ήταν η έλλειψη χρόνου και όρεξης το πρωί , παρά το γεγονός ότι βρίσκονταν σε δίαιτα (Shaw, 1998).

Οι υπέρβαροι και οι παχύσαρκοι σε ολόκληρη την Αυστραλία καταλαμβάνουν αναλογίες επιδημίας. Πρόσφατα δεδομένα έχουν δείξει ότι σχεδόν το 60% του ενήλικου πληθυσμού ήταν υπέρβαρο ή παχύσαρκο το διάστημα 1999-2000 (Cameron et al., 2003), ενώ για τα παιδιά και τους εφήβους στο διάστημα 1995-1997 τα ποσοστά ήταν 19-23% (Booth et al., 2001). Με βάση τον πληθυσμό του 2004, τα παραπάνω ποσοστά μεταφράζονται σε σχεδόν 9 εκατομμύρια ενήλικων και 1 εκατομμύριο παιδιών/ εφήβων , να είναι υπέρβαροι ή παχύσαρκοι στην Αυστραλία. Το 1/3 αυτών των ενηλίκων και το 1/4 των παιδιών/ εφήβων περιλαμβάνονται στην κατηγορία των παχύσαρκων (Thorburn, 2005).

Ελλάδα και σύγκριση με άλλες χώρες

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) διεξήγαγε το 2002 έρευνα με θέμα τη «Συμπεριφορά υγείας των μαθητών», με στόχο την μελέτη και κατανόηση των βασικών πτυχών της ψυχοκοινωνικής και σωματικής υγείας, του τρόπου ζωής (π.χ. διατροφικές συνήθειες, σωματική άσκηση κλπ.) και των αντιλήψεων των μαθητών όσον αφορά το σχολείο, την οικογένεια και το φιλικό περιβάλλον. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε 35 χώρες, συμπεριλαμβανομένης και της Ελλάδας σε σύνολο 162.306 μαθητών ηλικίας 11-15 ετών. Τα ευρήματα της έρευνας υποστηρίζουν ότι :

* Σε γενικές γραμμές οι έφηβοι είναι τακτικοί στην κατανάλωση των τριών βασικών γευμάτων, ιδιαίτερα τα Σαββατοκύριακα, οπότε το ποσοστό των εφήβων που λαμβάνουν όλα τα γεύματα αυξάνεται συγκριτικά με τις καθημερινές. Από τα τρία βασικά γεύματα, πρωινό και βραδινό καταναλώνουν καθημερινά περισσότερα αγόρια από ότι κορίτσια, καθώς και οι μικρότεροι σε ηλικία έφηβοι σε σύγκριση με τους μεγαλύτερους. Οι Έλληνες μαθητές ηλικίας 15 ετών βρίσκονται μεταξύ των χωρών με τα χαμηλότερα ποσοστά κατανάλωσης πρωινού, 42,2% για τα αγόρια και 30,8% για τα κορίτσια, τη στιγμή που ο μέσος όρος των χωρών είναι 64,1% και 51,7% αντίστοιχα.

* Τα κορίτσια καταναλώνουν καθημερινά φρούτα και λαχανικά σε μεγαλύτερο ποσοστό από ό,τι τα αγόρια. Συνολικά οι Έλληνες έφηβοι βρίσκονται κοντά στο μέσο όρο ή και υψηλότερα σε σύγκριση με τις άλλες χώρες. Τα χαμηλότερα ποσοστά στην κατανάλωση φρούτων παρουσιάζουν οι έφηβοι της Γροιλανδίας (17,5% τα αγόρια και 13,3% τα κορίτσια), ενώ τα υψηλότερα οι έφηβοι του Ισραήλ (46,1% αγόρια και 52,2% τα κορίτσια).

* Στη χώρα μας, η κατανάλωση από τους εφήβους τροφών χαμηλής θρεπτικής αξίας που αυξάνουν το βάρος, όπως είναι τα γλυκά, τα πατατάκια και τα αναψυκτικά,

βρίσκεται χαμηλότερα από το μέσο όρο των άλλων χωρών. Αναμφικτικά καταναλώνουν σε όλες τις χώρες περισσότερα αγόρια από ό,τι κορίτσια, ενώ η χώρα μας βρίσκεται κάτω του μέσου όρου. Συγκεκριμένα, στην Ελλάδα καταναλώνουν κάποιο αναμφικτικό το 24,6% των αγοριών και το 13,8% των κοριτσιών ηλικίας 15 ετών, σε σύγκριση με τον αντίστοιχο μέσο όρο , που είναι 34,5% για τα αγόρια και 25,8% για τα κορίτσια.

* Η καθημερινή κατανάλωση γλυκών συναντάται περισσότερο στους εφήβους μεγαλύτερης ηλικίας. Το 18,6% των κοριτσιών και το 17% των αγοριών , 15 χρόνων αναφέρουν ότι τρώνε τουλάχιστον μία φορά την ημέρα κάποιο γλυκό. Τα αντίστοιχα ποσοστά για τους μαθητές 11 ετών είναι 9,6% για τα κορίτσια και 12,2% για τα αγόρια. Επίσης, περισσότερα αγόρια (28,6%) από κορίτσια (18,1%) αναφέρουν ότι τρώνε τις καθημερινές, τουλάχιστον τρεις φορές τη μέρα, κάτι πρόχειρο όπως σοκολάτες, μπισκότα, τυρόπιτες.

* Σύμφωνα με το Δείκτη Μάζας Σώματος, το υψηλότερο ποσοστό παχύσαρκων εφήβων στην ηλικία των 15 ετών εμφανίζεται στις Ηνωμένες Πολιτείες (10,5% των αγοριών και 5,3% των κοριτσιών) , ενώ το χαμηλότερο στη Λιθουανία (0,6% των αγοριών και 0,3% των κοριτσιών). Το ποσοστό των Ελλήνων παχύσαρκων εφήβων βρίσκεται στο επίπεδο του μέσου όρου των χωρών που πήραν μέρος στην έρευνα. Το 2,7% αγοριών και 1,1% κοριτσιών στην Ελλάδα, με μέσο όρο των χωρών 2,3% και 1,4% αντίστοιχα. Αντίθετα, όσον αφορά τους υπέρβαρους, οι 15χρονοι Έλληνες μαθητές βρίσκονται στις πρώτες θέσεις των χωρών με τα υψηλότερα ποσοστά (13,7% με μέσο όρο 9,5%), (Currie, Roberts, Morgan, Smith, Settertobulte, Samdal & Barnekow Rasmussen, 2004).

2.3 Διατροφή και ασθένεια

Οι αλλαγές στη διατροφή, στον τρόπο ζωής και στην κοινωνική οργάνωση κατά τη διάρκεια της εξελικτικής μας περιόδου, δημιούργησαν ένα κράμα ευεργετικών αλλά και επιβλαβών επιδράσεων στην υγεία.

Μία ισορροπημένη δίαιτα και η επίτευξη της εξισορρόπησης ανάμεσα στην τροφική ενεργειακή εισροή και στην ενεργειακή κατανάλωση, αποδεικνύεται εξαιρετικά ωφέλιμη, ειδικά αν αναλογιστεί κανείς ότι μεταξύ των έξι κύριων αιτίων θανάτου στις σύγχρονες κοινωνίες, τουλάχιστον οι τέσσερις σχετίζονται με διατροφικούς παράγοντες (φρούτα, λαχανικά, χοληστερόλη κλπ). Χρόνιες ασθένειες όπως ο καρκίνος και οι στεφανιαίες νόσοι, τα εγκεφαλικά επεισόδια, η παχυσαρκία και άλλες «ασθένειες των κοινωνιών της αφθονίας», όλες συνδέονται με το δυτικό τρόπο ζωής και ιδιαίτερα με τη διατροφή (Marks, Murray, Evans, & Willig, 2000).

Οι επιδημιολογικές έρευνες έχουν εστιαστεί στη μελέτη συστατικών της διατροφής, όπως τα λιπαρά και οι φυτικές ίνες, με τη μορφή του κρέατος, των δημητριακών, των φρούτων και των λαχανικών. Οι Key et al. (1998) συνέκριναν το δείκτη θνησιμότητας χορτοφάγων και μη χορτοφάγων ατόμων, ηλικίας 16 έως 89 ετών σε μία περίοδο 10 χρόνων. Τα αποτελέσματα υποδείκνυαν ότι οι χορτοφάγοι βρίσκονται σε μικρότερο κίνδυνο να πεθάνουν από ισχαιμικό καρδιακό επεισόδιο σε σχέση με τους μη χορτοφάγους. Επίσης πολλές έρευνες έχουν αναδείξει την προστατευτική ιδιότητα της κατανάλωσης φρούτων και λαχανικών ή των υποκατάστατων θρεπτικών ουσιών, στην εμφάνιση στεφανιαίας νόσου και των εγκεφαλικών επεισοδίων. Είναι επίσης γνωστό ότι οι καρδιαγγειακές παθήσεις έχουν συνδεθεί με τα αυξημένα επίπεδα χοληστερόλης. Σύμφωνα με την «υπόθεση διαίτας-καρδιάς», η πρόσληψη τροφών υψηλών σε λιπαρά (και ιδιαίτερα σε κεκορεσμένα λιπαρά), μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένη συγκέντρωση χοληστερόλης στον

οργανισμό και στην εναπόθεση λίπους στις καρδιακές αρτηρίες, με αποτέλεσμα τον αυξημένο κίνδυνο για δημιουργία αθηροσκλήρυνσης και την εμφάνιση στεφανιαίων νόσων (Marks et al., 2000).

Σχετικά με τον καρκίνο, οι Doll & Peto (1981) κατέληξαν ότι περίπου το 35% των θανάτων μπορεί να αποδοθεί στη διατροφή, συγκριτικά με το 30% που αποδίδεται στο κάπνισμα ως αιτιακό παράγοντα, ενώ προβλέπεται ότι το 40% περίπου των Αμερικανών θα νοσήσει από καρκίνο. Πολλές είναι οι έρευνες που αναδεικνύουν την προστατευτική δράση των φρούτων και των λαχανικών. Μία ανασκόπηση των Cummings και Bingham (1998) οδήγησε στο συμπέρασμα πως η συχνή κατανάλωσή τους ενισχύει τον οργανισμό απέναντι σε όλες σχεδόν τις σοβαρές μορφές καρκίνου. Αντίθετα, η κατανάλωση κρέατος και ειδικά του κόκκινου κρέατος, συνδέεται με τον καρκίνο του εντέρου, του παγκρέατος, του προστάτη και τον καρκίνο του στήθους. Η χρήση αλκοόλ φαίνεται να αποτελεί παράγοντα επικινδυνότητας για την εμφάνιση του καρκίνου του ήπατος και του καρκίνου του μαστού. Συνεπώς, μία δίαιτα για την πρόληψη του καρκίνου θα πρέπει να είναι υψηλή σε φρούτα, λαχανικά και δημητριακά και χαμηλή σε κρέας και λιπαρά. Βέβαια αυτού του είδους η διατροφή βοηθά στην πρόληψη και άλλων χρόνιων ασθενειών, συμπεριλαμβανομένων της στεφανιαίας νόσου, της υπέρτασης και της παχυσαρκίας. Τέλος, θα ωφελούσε εάν τα άτομα κατανάλωναν λιγότερα σάκχαρα, αλάτι, καφεΐνη και μικρότερες ποσότητες αλκοόλ (Marks et al., 2000).

Ένα άλλο πρόβλημα υγείας, η παχυσαρκία, συνδέεται άμεσα με την λήψη λιπαρών μέσω της διατροφής. Οι διατροφικές συστάσεις στις Η.Π.Α. για τα άτομα των 2 ετών και άνω, περιλαμβάνουν την κατανάλωση έως 30% των συνολικών θερμίδων σε λιπαρά και 10% ή λιγότερο σε κεκορεσμένα λιπαρά. Ωστόσο, μόνο το 15% των παιδιών και εφήβων φαίνεται να ακολουθεί τις οδηγίες (Cullen et al., 2002). Στο τέλος

της δεκαετίας του 1990, ένας στους πέντε έφηβους στις Η.Π.Α. ανήκε στην κατηγορία των «υπέρβαρων». Παρόμοιες τάσεις εμφανίζονται σε όλες τις αναπτυγμένες κοινωνίες. Μία πανευρωπαϊκή έρευνα σχετικά με τις στάσεις των καταναλωτών για την φυσική άσκηση, το βάρος σώματος και την υγεία, που διεξήχθη το 1997 έδειξε ότι το 11% του πληθυσμού της Ευρώπης ήταν λιπόβαροι, το 48% φυσιολογικού βάρους, το 31% υπέρβαροι και το 10% παχύσαρκοι (European Commission, 1999 cf. Marks et al., 1999). Μία άλλη έρευνα σε εθνικό επίπεδο, έδειξε ότι το 1990 το 48% των ανδρών και το 40% των γυναικών στην Αγγλία ήταν υπέρβαροι. Τα ποσοστά αυτά είχαν αυξηθεί από 39% και 32% αντίστοιχα σε μόλις 10 χρόνια. Το 1991 σε μία ακόμα εθνική έρευνα, σχεδόν το 15% του αγγλικού πληθυσμού βρέθηκε να είναι παχύσαρκο, με Δείκτη Μάζας Σώματος (BMI) τουλάχιστον 30. Η ίδια έρευνα υποστήριξε ότι η επικράτηση της παχυσαρκίας είναι 50% υψηλότερη στους άνδρες και 100% υψηλότερη στις γυναίκες, των ανώτερων κοινωνικών τάξεων (Marks et al., 2000). Το πρόβλημα της παχυσαρκίας θεωρείται σήμερα μείζον ζήτημα δημόσιας υγείας και η αυξανόμενη συχνότητα εμφάνισής του αναγκάζει τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) να το περιγράψει ως «πανδημία». Η παιδική και εφηβική παχυσαρκία διατηρούνται συνήθως και στην ενήλικη ζωή και συνδέονται με αυξημένα επίπεδα νοσηρότητας και θνησιμότητας. Υπάρχει όμως και η αντίθετη όψη. Το πρόβλημα της απίσχνασης, λόγω υπερβολικής δίαιτας, ιδιαίτερα στο γυναικείο πληθυσμό, εξαιτίας μιας διαστρεβλωμένης αντίληψης για το σωματικό βάρος, η οποία οδηγεί σε μία προσπάθεια απόκτησης ενός εξωπραγματικά ιδανικού σώματος (Currie, Roberts, Morgan, Smith, Settertobulte, Samdal, & Barnekow-Rasmussen, 2004). Στην περίπτωση αυτή σήμερα τα κρούσματα αυξάνονται οδηγώντας σε αύξηση των διατροφικών διαταραχών : τη νευρογενή ανορεξία και τη βουλιμία. Και οι δύο αρχίζουν να αναπτύσσονται κυρίως στην εφηβεία και στην πρώιμη νεότητα και

αφορούν πολύ περισσότερο τις γυναίκες (Καραδήμας, 2004). Επιπλέον, η παχυσαρκία σχετίζεται με άλλα προβλήματα υγείας, επιδεινώνοντας τα συμπτώματά τους, όπως για παράδειγμα οι καρδιαγγειακές παθήσεις και ο διαβήτης.

3. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

Ένας από τους σημαντικότερους περιβαλλοντικούς παράγοντες αναφορικά με τη διατροφή είναι η επιρροή της οικογένειας. Οι διατροφικές συνήθειες αποτελούν κεντρικό σημείο της κοινωνικοποίησης στα πρώτα στάδια της ζωής και επηρεάζονται κυρίως από τη μητέρα, ως άτομα που αναλαμβάνουν συνήθως την προετοιμασία και το μαγείρεμα του φαγητού για την οικογένεια, ενώ οι διατροφικές προτιμήσεις που διαμορφώνονται στην εφηβεία, φαίνεται να συνεχίζονται και στην ενήλικη ζωή (Cullen et al., 2002 & Douglas, 1998).

Σύμφωνα με την κοινωνιογνωστική θεωρία, οι οικογένειες αναγνωρίζονται ως ένα σημαντικό συστατικό του κοινωνικού περιβάλλοντος, μέσα στο οποίο τα παιδιά μαθαίνουν και εφαρμόζουν ποικίλες συμπεριφορές υγείας. Ο τρόπος με τον οποίο οι γονείς επηρεάζουν την κατανάλωση φαγητού των παιδιών, είναι σύνθετος και περιλαμβάνει: τη μίμηση γονέων (π.χ. αν οι γονείς τρώνε και απολαμβάνουν συγκεκριμένες τροφές μπροστά στο παιδί τους), γονεϊκές τεχνικές (λ.χ. αυστηρότητα, υποστήριξη), κοινωνικές επιρροές (για παράδειγμα, μορφές ενθάρρυνσης) και την ύπαρξη προμηθειών του σπιτιού σε φαγητό (π.χ. διαθεσιμότητα, προσβασιμότητα) (Cullen et al., 2002).

Κατά τον Bandura (1986), η μάθηση μπορεί να επιτευχθεί μέσω της παρατήρησης των άλλων και της άμεσης εμπειρίας. Η μάθηση με την παρατήρηση, έχει σχέση με την ικανότητα εκμάθησης σύνθετων μορφών συμπεριφοράς. Το άτομο που παρατηρείται ονομάζεται *πρότυπο*. Υπάρχουν αποδείξεις ότι ένα άτομο είναι

δυνατόν να μάθει κάποιες συμπεριφορές παρατηρώντας ένα πρότυπο να εκτελεί αυτές τις συμπεριφορές. Κατ' αυτόν τον τρόπο για παράδειγμα, το παιδί μπορεί να μάθει να τρέφεται πιο υγιεινά, παρατηρώντας τους γονείς και άλλα άτομα του στενού οικογενειακού περιβάλλοντος, διαδικασία που ονομάζεται *μίμηση προτύπου ή ταύτιση*. Σημαντικό μέρος της θεωρίας της μίμησης προτύπου κατέχει η διάκριση ανάμεσα στην εκμάθηση και την εκτέλεση. Το άτομο μπορεί να μάθει ή να αποκτήσει μία νέα, σύνθετη μορφή συμπεριφοράς ανεξάρτητα από ενισχυτές, αλλά το αν η συμπεριφορά θα γίνει πράξη ή όχι, εξαρτάται από τις αμοιβές και τις τιμωρίες / ποινές (Pervin & John, 2001).

3.1 Οικογενειακά γεύματα

Μεγάλη έμφαση έχει δοθεί τα τελευταία χρόνια στη σημασία των οικογενειακών γευμάτων όσον αφορά την επιρροή που ασκούν στη διατροφή. Πρόσφατες έρευνες υποστηρίζουν ότι τα γεύματα με την οικογένεια είναι μια ευκαιρία για τους γονείς να παρέχουν υγιεινές επιλογές στα παιδιά τους και να αποτελούν ένα παράδειγμα υγιεινής διατροφής. Επιπλέον, όταν τα παιδιά δεν συμμετέχουν στα γεύματα, είναι πιο πιθανό να τραφούν με έτοιμο φαγητό χαμηλότερης θρεπτικής αξίας. Μία σχετική έρευνα των Videon και Manning (2003) σε εφήβους, έδειξε ότι η παρουσία των γονέων στα γεύματα σχετιζόταν με τις διατροφικές πρακτικές τους. Οι έφηβοι που έτρωγαν περισσότερα από τρία γεύματα την εβδομάδα με την οικογένειά τους, είχαν σημαντικά λιγότερες πιθανότητες να παραλείψουν το πρωινό, να δηλώσουν χαμηλή κατανάλωση φρούτων, λαχανικών και γαλακτοκομικών προϊόντων. Η θετική επίδραση ήταν ανάλογη του αριθμού των οικογενειακών γευμάτων. Έτσι οι έφηβοι με έξι ή επτά εβδομαδιαία οικογενειακά γεύματα είχαν λιγότερες πιθανότητες για μειωμένη κατανάλωση λαχανικών, φρούτων

και γαλακτοκομικών προϊόντων κατά 38 %, 31 % και 27 % αντίστοιχα, σε σύγκριση με τους εφήβους με τρία ή λιγότερα οικογενειακά γεύματα. Θετική συσχέτιση ανάμεσα στη συχνότητα των οικογενειακών γευμάτων και την ποιότητα των τροφών που καταναλώνονται ανέδειξαν και άλλες έρευνες (Neumark-Sztainer, Hannan, Story, Croll & Perry, 2003 , Gillman et al., 2000) . Οι ερευνητές κατέληξαν ότι τα οικογενειακά γεύματα παίζουν σημαντικό ρόλο στην ποιότητα των διατροφικών συνηθειών των παιδιών, προωθώντας την κατανάλωση φρούτων, λαχανικών και δημητριακών και περιορίζοντας την ποσότητα του πρόχειρου φαγητού και των αναψυκτικών.

3.2 Οικογενειακή διάρθρωση

Επιπρόσθετα, έχει εκτιμηθεί η επίδραση της οικογενειακής δομής στο διατροφικό επίπεδο των παιδιών. Έρευνα με οικογένειες στη Τζαμάικα επιβεβαιώνει, ότι τα παιδιά που ζουν σε μονογονεϊκές, διευρυμένες και σε οικογένειες στις οποίες ο γονέας συμβιώνει (χωρίς γάμο) με το /τη σύντροφο, είναι πιο πιθανό να παρουσιάσουν καθυστέρηση στην ανάπτυξη με την έννοια του χαμηλού ύψους για την ηλικία τους, σε σύγκριση με τα παιδιά που ζουν και με τους δύο γονείς τους. Κάτι τέτοιο συμβαίνει, ίσως επειδή σε οικογένειες με αυτού του είδους τη διάρθρωση δεν παρέχονται στα παιδιά τα θρεπτικά συστατικά, ο χρόνος και η απαραίτητη φροντίδα που θα διασφαλίσει την κατάλληλη διατροφή. Αλληλεπίδραση παρατηρείται μεταξύ της οικογενειακής δομής, του εισοδήματος και του μεγάλου αριθμού συγγενών που ζουν κάτω από την ίδια στέγη, γεγονότα που αυξάνουν τις πιθανότητες για αρνητικές συνέπειες στην ευεξία των παιδιών. Η παρουσία πολλών ατόμων είναι δυνατόν να περιορίζει τους πόρους που αντιστοιχούν σε κάθε παιδί και το χρόνο που του αναλογεί, ενώ οι οικογενειακοί πόροι καθορίζουν την ποσότητα του

φαγητού που αγοράζεται, με πιθανό αποτέλεσμα ένα φτωχό διατροφικό επίπεδο (Bronte-Tinkew & De Jong, 2004).

Επίσης, έχει προταθεί ότι η δομή της διευρυμένης οικογένειας στη νότια Ασία είναι πιθανό να σχετίζεται με αρνητικές συνέπειες στην υγεία των παιδιών, εξαιτίας του χαμηλού βαθμού αυτονομίας των νεαρών μητέρων σε αυτές τις οικογένειες (Griffiths, Matthews & Hinde, 2002).

Παρ' όλα αυτά, υπάρχουν και στοιχεία που παρουσιάζουν τη θετική επίδραση της συμπεριφοράς των συγγενών στις διευρυμένες οικογένειες, αναφορικά με τη διατροφή και τη γενικότερη υγεία των παιδιών και λοιπών μελών της. Σε αυτές τις περιπτώσεις, υπάρχουν συνήθως ενήλικοι (όπως μεγαλύτερες γυναίκες, γιαγιάδες) που μπορούν να προσφέρουν επαρκή φροντίδα στα παιδιά. Με την κατάλληλη πληροφόρηση για τις συνιστώμενες ποσότητες και την παροχή συμβουλών αλλά και καθημερινών πρακτικών, οι συγγενείς μπορούν να συμβάλουν στη βελτίωση και υιοθέτηση υγιεινότερων διατροφικών συνηθειών τόσο στις μητέρες όσο και στα παιδιά της οικογένειας (Aubel, Touré & Diagne, 2004).

3.3 Κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο

Σημαντικό ρόλο στις διατροφικές συνήθειες παίζει και το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο της οικογένειας. Τα άτομα υψηλότερου κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου καταναλώνουν περισσότερες θρεπτικές τροφές (π.χ. φρούτα και λαχανικά, γαλακτοκομικά προϊόντα χαμηλά σε λιπαρά, άπαχο κρέας, δημητριακά) (Giskes, Turrell, Patterson, & Newman, 2002). Δεδομένα υποδεικνύουν ότι το μητρικό μορφωτικό επίπεδο και η ευφυΐα της μητέρας, συσχετίζονται θετικά με την ποιότητα της διατροφικής κατανάλωσης των παιδιών τους (νήπια και παιδιά σχολικής ηλικίας),

τόσο στις αναπτυγμένες όσο και στις αναπτυσσόμενες χώρες (Wachs & McCabe, 2001).

Οι Ricciuto & Tarasuk (2006) στην έρευνά τους έδειξαν ότι το υψηλό εισόδημα σχετίζεται με την αγορά τροφών υψηλότερης διατροφικής ποιότητας, μία συσχέτιση που διατηρείται στο χρόνο και σε ορισμένες περιπτώσεις μεγεθύνεται. Η ισχυρότερη θετική συσχέτιση εντοπίστηκε για τα φρούτα και τα λαχανικά, ενώ η συσχέτιση ήταν αρνητική όσον αφορά το εισόδημα και την αγορά τροφών που περιείχαν λιπαρά. Οι ομάδες ανώτερου κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου είναι πιο πιθανό να ανταποκριθούν στις διατροφικές συστάσεις, εξαιτίας της μεγαλύτερης επίγνωσης της σχέσης που υφίσταται ανάμεσα στη διατροφή και την υγεία, λόγω μικρότερης αντίστασης στην αλλαγή και μεγαλύτερης ικανότητας να εφαρμόσουν τις ανάλογες συστάσεις ή ενός συνδυασμού αυτών των παραγόντων.

Αντίθετα, τα άτομα που ανήκουν σε ομάδες με χαμηλότερες απολαβές κινδυνεύουν να οδηγηθούν σε διατροφικές συμπεριφορές κατώτερης θρεπτικής αξίας. Πολλές φορές κάνουν οικονομία αγοράζοντας προϊόντα που έχουν έκπτωση ή πωλούνται σε οικονομική συσκευασία, ψάχνοντας για το φθηνότερο προϊόν ή αγοράζοντας τρόφιμα άγνωστης μάρκας αμφίβολης ποιότητας. Δεν είναι λίγες οι φορές, που φτωχές αγροτικές ή αστικές περιοχές διαθέτουν καταστήματα με τροφές κατώτερης ποιότητας και περιορισμένης ποικιλίας, με αποτέλεσμα να συντηρείται η κατάσταση της κατανάλωσης τροφών πλούσιων σε ζάχαρη και λιπαρά. Βέβαια, η ικανότητα υιοθέτησης μιας υγιεινής διατροφής ίσως να παρεμποδίζεται απλά από το γεγονός ότι σε πολλές περιπτώσεις μία τέτοια διατροφή κοστίζει περισσότερο (Drewnowski & Barratt-Fornell, 2004).

Τέλος αξίζει να σημειωθεί, ότι οι εργαζόμενοι γονείς αντιμετωπίζουν καθημερινά προκλήσεις όσον αφορά τις διατροφικές επιλογές, καθώς καλούνται να

αντεπεξέλθουν στις απαιτήσεις της δουλειάς και της οικογενειακής ζωής. Τα τελευταία χρόνια είναι περισσότερες οι μητέρες που εργάζονται και οι ώρες εργασίας στο σύνολο της οικογένειας έχουν αυξηθεί. Έτσι, ο χρόνος που αφιερώνεται στη φροντίδα του σπιτιού, συμπεριλαμβανομένης της προετοιμασίας του φαγητού, έχει μειωθεί. Παρατηρείται αύξηση των γευμάτων που καταναλώνονται εκτός σπιτιού, γεύματα που τυπικά είναι πιο πλούσια σε λιπαρά, αλάτι, ζάχαρη και θερμίδες και παράλληλα δυσανάλογα φτωχά σε φρούτα, λαχανικά και άλλες τροφές υψηλής θρεπτικής αξίας. Τελικά, όταν οι απαιτήσεις της εργασίας των γονέων είναι μεγάλες, απορροφώντας πολύ από το χρόνο και την ενέργειά τους, είναι δυνατόν να νιώσουν ότι δεν διαθέτουν άλλα αποθέματα ώστε να ασχοληθούν με τα οικογενειακά γεύματα και υγιεινές επιλογές. Μία τέτοια κατάσταση μπορεί να οδηγήσει σε λιγότερα οικογενειακά γεύματα συνήθως κατώτερης διατροφικής ποιότητας, ιδιαίτερα σε οικογένειες με χαμηλόμισθους γονείς (Devine, Jastran, Jabs, Wethington, Farrell & Bisogni, 2006).

3.4 Ερευνητικά ερωτήματα

Σκοπός της έρευνας υπήρξε η διερεύνηση των διατροφικών συνηθειών εφήβων και των οικογενειών τους. Μελετήθηκε το είδος της σχέσης/ συμπεριφοράς μεταξύ των μελών της κάθε οικογένειας ως προς τις διατροφικές τους πρακτικές, καθώς επίσης και οι στάσεις τους απέναντι σε έναν υγιεινό τρόπο ζωής.

Ειδικότερα, διερευνήθηκε η κατανάλωση πέντε κατηγοριών τροφών: λίπος ή χοληστερόλη, φρούτα, λαχανικά, πρωινό και πρόχειρο φαγητό. Στη συνέχεια, εξετάστηκαν οι συχνότητες κατανάλωσης / ομοιότητα ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας υπό τη μορφή: πατέρας-μητέρα, πατέρας-παιδί και μητέρα-παιδί. Τέλος, διερευνήθηκαν η διάθεση και η πρόθεση για πιο υγιεινές συνήθειες, για κάθε μέλος της οικογένειας χωριστά αλλά και σε σύγκριση μεταξύ τους.

4. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

4.1 Συμμετέχοντες και διαδικασία

Η συγκεκριμένη έρευνα αποτελεί τμήμα μιας ευρύτερης έρευνας σχετικά με τις συμπεριφορές υγείας των εφήβων και των οικογενειών τους, η οποία περιλαμβάνει θέματα διατροφής, σωματικής άσκησης, πρόληψης, χρήση αλκοόλ, ασθένειας, στρες και στάσεων απέναντι στον υγιεινό τρόπο ζωής.

Στην έρευνα συμμετείχαν 59 οικογένειες, οι οποίες επιλέχθηκαν τυχαία και αποτελούνταν από τον πατέρα, την μητέρα και ένα παιδί της οικογένειας. Ο μέσος όρος ηλικίας του δείγματος των παιδιών ήταν 17,18 έτη (SD= 3,47 έτη), των πατέρων 49,29 έτη (SD=5,85 έτη) και των μητέρων 44,58 έτη (SD= 5,39 έτη). Από τους συμμετέχοντες γονείς το 46% των πατέρων και το 41,5% των μητέρων, διέθετε πτυχίο ή κάποιο ισοδύναμο επαγγελματικό προσόν. Η χορήγηση των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε κατά το διάστημα Δεκέμβριος 2005 - Ιανουάριος 2006. Οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να συμπληρώσουν ορισμένα δημογραφικά στοιχεία με τη διαβεβαίωση της ανωνυμίας τους και στη συνέχεια, συμπλήρωσαν ένα αυτοσχέδιο ερωτηματολόγιο που αφορούσε θέματα διατροφής, καθώς επίσης και ένα ερωτηματολόγιο της μορφής TrB Questionnaire αναφορικά με τις στάσεις τους σε ζητήματα υγιεινού τρόπου ζωής.

4.2 Μέσα συλλογής δεδομένων

Η εκτίμηση της κατανάλωσης των τροφικών ομάδων πραγματοποιήθηκε με βάση ένα ερωτηματολόγιο για τις συμπεριφορές υγείας των ατόμων. Το τμήμα που αφορούσε τις διατροφικές συνήθειες αποτελούνταν από 5 ερωτήσεις που αναφέρονταν στη συχνότητα κατανάλωσης των εκάστοτε τροφών (π.χ. «Προσπαθείς να αποφύγεις τις τροφές που περιέχουν λίπος ή χοληστερόλη;» , «Πόσες φορές την τελευταία εβδομάδα έφαγες λαχανικά;») .

Στη συνέχεια, χορηγήθηκε το ερωτηματολόγιο TrB Questionnaire (Ajzen, 1991 ; Osgood, Suci, & Tannenbaum, 1957), με σκοπό να αξιολογηθούν οι στάσεις και οι προθέσεις των ατόμων σε θέματα που αφορούν τον *υγιεινό τρόπο ζωής* και τις *υγιεινές συνήθειες* . Πρόκειται για ένα ερωτηματολόγιο του οποίου η κατασκευή βασίζεται στη θεωρία της έλλογης δράσης του Ajzen (1977), (Theory of Reasoned Action - TRA), σύμφωνα με την οποία, η πρόθεσή μας να επιδείξουμε διάφορα είδη συμπεριφορών , μπορεί να προβλεφθεί με μεγάλη μάλιστα ακρίβεια, από τις στάσεις που φέρουμε για τις συμπεριφορές, τους υποκειμενικούς κανόνες και την αντιλαμβανόμενη αίσθηση ελέγχου που διαθέτουμε. Αποτελείται από 17 ερωτήσεις (λ.χ. «Πόσο πολύ έχετε ως στόχο να ακολουθείτε έναν υγιεινό τρόπο ζωής;») , οι πιθανές απαντήσεις των οποίων αντιστοιχούν σε μία 7-βαθμη κλίμακα, της μορφής «Καθόλου» έως «Πάρα πολύ» ή «Εξαιρετικά αρνητικό» έως «Εξαιρετικά θετικό» .

4.3 Αποτελέσματα

Ο μέσος όρος κατανάλωσης για κάθε κατηγορία τροφίμων για καθένα από τα μέλη της οικογένειας παρουσιάζεται στον Πίνακα 1. Από την ανάλυση των δεδομένων προκύπτει ότι δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές όσον αφορά την κατανάλωση χοληστερόλης και πρωτεΐνης. Ο μέσος όρος του δείγματος αναφέρει ότι «Συνήθως» προσπαθεί να αποφύγει τροφές που περιέχουν λίπος ή χοληστερόλη, με ποσοστά 24,5% για τους πατέρες, 36,4% για τις μητέρες και 30,5% για τα παιδιά. Στην κατανάλωση πρωτεΐνης παρατηρείται συσχέτιση στα ζεύγη πατέρας - μητέρα ($r = 0,53$, $p < .01$) και πατέρας - παιδί ($r = 0,29$, $p < .05$).

Αντίθετα, διαφοροποίηση παρατηρείται στην κατανάλωση φρούτων και λαχανικών, με τα παιδιά να σημειώνουν χαμηλότερα ποσοστά. Έτσι, η κατανάλωση φρούτων στα παιδιά εμφανίζεται σε ποσοστό 11,9%, ενώ στον πατέρα και στη μητέρα σε ποσοστά 34% και περίπου 26% αντίστοιχα. Μεγάλη διαφορά παρατηρείται και στην καθημερινή κατανάλωση λαχανικών, η οποία στα παιδιά αντιστοιχεί μόλις στο 5,1%, ενώ στους γονείς σε ποσοστό 19% περίπου (βλ. Πίνακα 2). Η χρήση του κριτηρίου t , αναφορικά με την κατανάλωση πρόχειρου φαγητού, αποκαλύπτει ύπαρξη στατιστικής σημαντικότητας στα ζεύγη πατέρας - παιδί ($t = 4,70$, $p < .05$) και μητέρα - παιδί ($t = 6,33$, $p < .05$). Η κατανάλωση πρόχειρου φαγητού των παιδιών είναι υψηλότερη από εκείνη των γονέων.

Στη συνέχεια, εξετάζεται η διατροφική κατανάλωση του παιδιού συγκριτικά και με τους δύο γονείς. Από την ανάλυση με τη χρήση του κριτηρίου t , προκύπτει και πάλι στατιστικά σημαντικά διαφορά στην κατανάλωση γονέων - παιδιών για τις τροφικές ομάδες: φρούτα ($t = 4,34$, $p < .05$), λαχανικά ($t = 3,26$, $p < .05$) και πρόχειρο φαγητό ($t = 5,45$, $p < .05$) (βλ. Πίνακα 3). Για τις ομάδες της χοληστερόλης και του πρωτεΐνης δεν φαίνεται να υπάρχει στατιστική σημαντικότητα.

Οι αναλύσεις σχετικά με τις στάσεις απέναντι στις υγιεινές συνήθειες υπέδειξαν την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ των μελών της οικογένειας (βλ. Πίνακα 3). Πιο συγκεκριμένα, παρατηρήθηκε στατιστική σημαντικότητα ανάμεσα στις στάσεις και την πρόθεση για υγιεινό τρόπο ζωής στον πατέρα ($r = 0,56$, $p < .01$), όπως επίσης στη μητέρα ($r = 0,47$, $p < .01$) και στο παιδί ($r = 0,70$, $p < .01$). Επιπλέον, φαίνεται να υπάρχει στατιστικώς σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στην πρόθεση του πατέρα και της μητέρας ($r = 0,39$, $p < .01$), αλλά και μεταξύ των στάσεων της μητέρας και της πρόθεσης του πατέρα ($r = 0,52$, $p < .01$). Στατιστική σημαντικότητα παρουσιάζεται ανάμεσα στις στάσεις μητέρας και παιδιού ($r = 0,29$, $p < .05$).

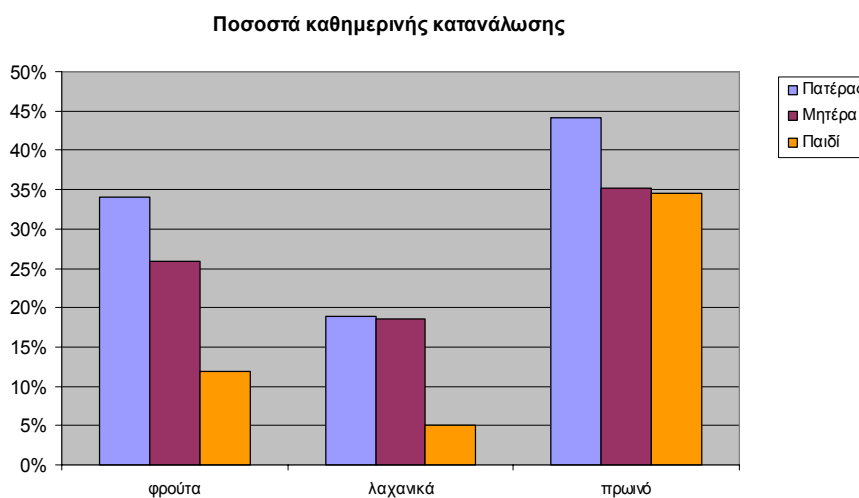
Τέλος, η σύγκριση των μελών της οικογένειας ανά ζεύγη, αναφορικά με τις στάσεις και την πρόθεσή τους, δεν παρουσιάζει στατιστικά σημαντικές διαφορές. Έτσι, για παράδειγμα, οι στάσεις στο ζεύγος μητέρα – παιδί υποδεικνύουν στατιστικά μη σημαντική διαφορά ($t = 0,37$, $p > .05$), ενώ το ίδιο ισχύει και για την πρόθεση στα ζεύγη πατέρας – παιδί ($t = 0,51$, $p > .05$) και μητέρα – παιδί ($t = 1,56$, $p > .05$), (βλ. Πίνακα 4).

Πίνακας 1. Μέσος όρος (\pm SD) κατανάλωσης τροφικών ομάδων

	Πατέρας	Μητέρα	Παιδί
Φρούτα*	4,43 \pm 2,36	4,03 \pm 2,26	2,97 \pm 2,18
Λαχανικά	4,03 \pm 1,97	4,13 \pm 1,97	3,13 \pm 1,67
Πρωινό	4,0 \pm 3,14	3,63 \pm 3,04	3,97 \pm 2,77
Πρόχειρο φαγητό**	3,64 \pm 4,31	3,41 \pm 3,16	8,44 \pm 6,70

*Φρούτα, λαχανικά, πρωινό: μέρες/εβδομάδα

**Πρόχειρο φαγητό: μέρες/μήνα



Σχήμα 1. Ιστόγραμμα ποσοστών καθημερινής κατανάλωσης.

Πίνακας 2. Σχέσεις κατανάλωσης γονέων - παιδιού

	Μέσος όρος γονέων	Μέσος όρος Παιδιών	t	Sig.
Χοληστερόλη	2,64	2,84	1,52	,136
Φρούτα	4,49	3,06	4,34	,000*
Λαχανικά	4,09	3,24	3,26	,002*
Πρωινό	3,83	4,16	0,66	,511
Πρόχειρο φαγητό	3,35	8,16	5,45	,000*

* $p < 0.05$

Πίνακας 3. Συσχετίσεις στάσεων και προθέσεων μεταξύ των μελών της οικογένειας

	Π.Στάσεις	Μ.Στάσεις	Πδ.Στάσεις	Π.Προθ.	Μ.προθ.	Πδ.Προθ.
Πατέρας-Στάσεις Pearson Correlation Sig (2-tailed)	1,000 ,					
Μητέρα-Στάσεις Pearson Correlation Sig (2-tailed)	,229 ,129	1,000 ,				
Παιδί-Στάσεις Pearson Correlation Sig (2-tailed)	,270 ,073	,296* ,039	1,000 ,			
Πατέρας-Πρόθεση Pearson Correlation Sig (2-tailed)	,561** ,000	,516** ,000	,212 ,157	1,000 ,		
Μητέρα-Πρόθεση Pearson Correlation Sig (2-tailed)	,186 ,221	,471** ,001	,163 ,264	,395** ,007	1,000 ,	
Παιδί-Πρόθεση Pearson Correlation Sig (2-tailed)	,212 ,157	,103 ,478	,705** ,000	,265 ,071	,010 ,943	1,000 ,

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

Πίνακας 4. Σχέσεις γονέων - παιδιού αναφορικά με τις στάσεις και την πρόθεση

	Μέσος όρος	t	Sig. *
Στάσεις Πατέρας-Μητέρα	,0000	,000	1,000
Στάσεις Πατέρας-Παιδί	6,667	,178	,860
Στάσεις Μητέρα-Παιδί	,1224	,375	,710
Πρόθεση Πατέρας-Μητέρα	-,5435	-1,222	,228
Πρόθεση Πατέρας-Παιδί	,2553	,510	,612
Πρόθεση Μητέρα-Παιδί	,8000	1,556	,126

* $p > 0,05$

5. ΣΥΖΗΤΗΣΗ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στόχος της παρούσας έρευνας υπήρξε η διερεύνηση των διατροφικών πρακτικών εφήβων και των οικογενειών τους, καθώς επίσης και η διερεύνηση για την ύπαρξη σχέσεων στη διατροφική κατανάλωση γονέων και παιδιών. Επιπρόσθετα, μελετήθηκαν οι στάσεις και οι προθέσεις τους απέναντι σε έναν υγιεινό τρόπο ζωής.

Από την ανάλυση των δεδομένων προκύπτει ότι οι διατροφικές συνήθειες των γονέων σχετίζονται με τη διατροφική κατανάλωση των παιδιών τους σε ορισμένες κατηγορίες τροφίμων, ενώ σε κάποιες άλλες όχι. Στην κατανάλωση πρωινού βρέθηκε μέτρια συσχέτιση στα ζεύγη πατέρας – μητέρα και πατέρας – παιδί. Η συχνή αποφυγή τροφών που περιέχουν λίπος ή χοληστερόλη αποδείχτηκε κοινή πρακτική για τα μέλη της οικογένειας. Στην παρούσα έρευνα δεν φάνηκε να υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας, όμως δεν είναι λίγες οι έρευνες που επιβεβαιώνουν τη συσχέτιση της συχνότητας κατανάλωσης πλήθους τροφών, συμπεριλαμβανομένης και της χοληστερόλης, τόσο μεταξύ των συζύγων, όσο και μεταξύ γονέων και παιδιών (Oliveria et al., 1992 ; Rossow & Rise , 1994). Στις περισσότερες μελέτες επί του θέματος, η ομοιότητα στην κατανάλωση είναι μεγαλύτερη μεταξύ των συζύγων και κάπως μικρότερη ανάμεσα στους γονείς και τα παιδιά (Feunekes et al., 1997).

Η διεθνής βιβλιογραφία υποστηρίζει την άποψη ότι οι συμπεριφορές υγείας που υιοθετούνται από τους γονείς και τα παιδιά τους που βρίσκονται στην εφηβική ηλικία, σχετίζονται. Στον τομέα της διατροφής, η κοινή λογική λέει ότι οι προτιμήσεις και τα διατροφικά πρότυπα μεταβιβάζονται κατά ένα μεγάλο μέρος από τους γονείς στα παιδιά και αργότερα καθορίζονται από άλλες κοινωνικές και πολιτισμικές αλληλεπιδράσεις (Rozin, 1991). Η θεωρητική βάση αυτής της υπόθεσης πηγάζει από την κοινωνιογνωστική θεωρία και τη διαδικασία της μίμησης. Με αυτόν

τον τρόπο, τα παιδιά μπορούν να μάθουν συμπεριφορές, να τις διατηρήσουν ή να τις αλλάξουν, παρατηρώντας τους γονείς να δρουν. Ακόμα, παρατηρώντας τις συνέπειες των γονεϊκών συμπεριφορών ή ανταποκρινόμενα στις συμπεριφορές των γονέων .

Επίσης, η οικογενειακές αλληλεπιδράσεις μπορούν να επηρεάσουν τη διατροφική συμπεριφορά μέσω: α) του μηχανισμού της παραγωγής του φαγητού στο σπίτι (π.χ. η διαθεσιμότητα τροφών οδηγεί στην προετοιμασία του φαγητού, που με τη σειρά της οδηγεί στην προσβασιμότητα), β) της υποστηρικτικής συμπεριφοράς εκ μέρους του οικογενειακού περιβάλλοντος , και γ) της λειτουργίας της οικογένειας (π.χ. χαρακτηριστικά των σχέσεων εντός της οικογένειας) (Young, Fors, Fasha, & Hayes, 2004).

Από την έρευνα προέκυψε επίσης, σημαντική διαφοροποίηση στην κατανάλωση φρούτων και λαχανικών μεταξύ γονέων και παιδιών, ενώ υψηλό ήταν και το ποσοστό των εφήβων που κατανάλωνε πρόχειρο φαγητό συγκριτικά με τους γονείς. Ανάλογα ευρήματα αναφέρουν και οι Warwick et al. (1999), που σύμφωνα με έρευνά τους τα παιδιά και οι έφηβοι εμφανίζουν χαμηλά ποσοστά επιλογής υγιεινών τροφών όπως είναι τα φρούτα και τα λαχανικά, ενώ παράλληλα δείχνουν ιδιαίτερη προτίμηση στο πρόχειρο φαγητό και τα σνακ, όπως για παράδειγμα τα γλυκά, τα αναψυκτικά, οι τηγανιτές πατάτες και το γρήγορο φαγητό. Σε αντίθεση, οι ενήλικοι φαίνεται πως καταναλώνουν υγιεινότερες τροφές από τους εφήβους. Σε παγκόσμιο επίπεδο, η διατροφή των εφήβων είναι τυπικά χαμηλή σε φρούτα και λαχανικά, και υψηλή σε «άχρηστες» θερμίδες, με αποτέλεσμα και στις δύο περιπτώσεις να μην τηρούνται οι αναλογίες που υποδεικνύουν οι διατροφικές συστάσεις (Beech et al., 1999). Το διατροφικό πρότυπο αυτού του είδους, έχει επανειλημμένως συνδεθεί με την υψηλή επικράτηση της παχυσαρκίας σε όλες τις χώρες. Μεγάλη είναι η ανησυχία για την κατανάλωση ανθρακούχων ποτών και τροφών πλούσιων σε ζάχαρη, καθώς

θεωρούνται παράγοντες επικινδυνότητας για την εμφάνιση παχυσαρκίας, ενώ η μείωση στην κατανάλωση ζάχαρης στο 10% ή λιγότερο της καθημερινής ενεργειακής πρόσληψης, έχει συμπεριληφθεί στο παγκόσμιο πρόγραμμα για την ολοκληρωμένη πρόληψη απέναντι στις μη μεταδοτικές ασθένειες (Veiga & Sichieri, 2006). Ενιαία προγράμματα για την προώθηση της κατανάλωσης φρούτων και λαχανικών από άτομα όλων των ηλικιών, εφαρμόζονται στις Η.Π.Α. και άλλα κράτη, δεδομένου του προστατευτικού ρόλου τους σε μία ευρεία κλίμακα χρόνιων ασθενειών, όπως είναι οι καρδιαγγειακές παθήσεις και οι διάφοροι τύποι καρκίνου.

Οι Nader et al. (cf. Rossow & Rise, 1994) διατυπώνουν την άποψη ότι η επίδραση των γονεϊκών συμπεριφορών υγείας κατά την παιδική ηλικία, είναι δυνατόν να ενισχυθεί ή να τροποποιηθεί από την επιρροή των συνομηλίκων κατά την εφηβεία. Η εφηβεία είναι μία περίοδος αυξανόμενης ανεξαρτησίας, με περισσότερες ευκαιρίες για λήψη αποφάσεων σχετικά με τι και πότε θα φάει το άτομο. Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου της ζωής, οι συνομήλικοι είναι ικανοί να ασκήσουν μεγαλύτερη επίδραση στην κατανάλωση του φαγητού, ενώ οι επιδράσεις της οικογένειας μπορεί να ελαττωθούν (Longbottom, Wrieden, & Pinet, 2002).

Επιπλέον, η χαμηλή κατανάλωση φρούτων και λαχανικών έχει συσχετιστεί με τη μειωμένη συχνότητα των οικογενειακών γευμάτων (Videon & Manning, 2003) , όπως επίσης και με την πολύωρη εργασία των γονέων σε οικογένειες με χαμηλό εισόδημα και τη σύγκρουση των ρόλων εργασίας- οικογένειας, που συχνά οδηγεί στην επιλογή φτωχότερων διατροφικών επιλογών, είτε εντός είτε εκτός σπιτιού (Devine et al., 2006). Τεκμηριωμένη είναι και η μειωμένη προτίμηση των λαχανικών μεταξύ των παιδιών και των εφήβων (Douglas, 1998). Είναι πιθανόν, οι προαναφερόμενοι παράγοντες να επέδρασαν στην συχνότητα κατανάλωσης φρούτων,

λαχανικών και πρόχειρου φαγητού στους εφήβους του δείγματος, ωστόσο η διερεύνησή τους δεν αποτέλεσε μέρος της παρούσας έρευνας.

Όσον αφορά τις στάσεις και τις προθέσεις των μελών της οικογένειας προς έναν υγιεινότερο τρόπο ζωής, βρέθηκαν σημαντικές συσχετίσεις. Στο σύνολο της οικογένειας, παρατηρήθηκαν συνάφειες ανάμεσα στις στάσεις των ατόμων και την πρόθεσή τους για την υιοθέτηση μελλοντικά πιο υγιεινών συνηθειών. Οι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι θεωρούσαν ωφέλιμο και αρκετά ευχάριστο να ακολουθούν υγιεινές συνήθειες και την ίδια στιγμή δήλωναν ότι ήταν μάλλον διατεθειμένοι να ακολουθήσουν μία υγιεινή δίαιτα και στο μέλλον.

Σύμφωνα με τα πορίσματα ερευνών, κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1990, προέκυψε μία πιο μακροπρόθεσμη θεώρηση για τα θέματα διατροφής και υγείας, με τους καταναλωτές να εστιάζονται περισσότερο στην υγιεινή διατροφή ως σύνολο και στα πλεονεκτήματα μίας «ισορροπημένης δίαιτας», παρά στα μεμονωμένα συστατικά της διατροφής. Με την πάροδο του χρόνου ο καταναλωτής έχει επίσης αναγνωρίσει ότι γίνεται όλο και πιο εύκολο να ακολουθήσει μία υγιεινή δίαιτα. Όλο και περισσότεροι άνθρωποι συμφωνούν ότι δεν είναι δύσκολο να ακολουθούν μία προσεγμένη διατροφή, αλλά και ότι τα υγιεινά τρόφιμα είναι τόσο εύκολα στην παρασκευή τους, όσο και οποιαδήποτε άλλα (Armitstead, 1998). Ωστόσο, στην περίπτωση των εφήβων, έρευνες έχουν επισημάνει ότι η υγιεινή διατροφή, κάποιες φορές, αναφέρεται με αρνητικό υπονοούμενο (Croll, Neumark – Sztainer, & Story, 2001).

Η συμφωνία των μελών της οικογένειας στην παρούσα έρευνα, θα μπορούσε να αποδοθεί στην καταλυτική επίδραση της οικογένειας και της μακροχρόνιας συμβίωσης, παράγοντες που διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην εκμάθηση συμπεριφορών και τη διαμόρφωση αντιλήψεων και στάσεων. Είναι πιθανό να ισχύει

κάτι ανάλογο και για τις συσχετίσεις που παρατηρήθηκαν στη συνέχεια, όπου διαπιστώθηκε στατιστική σημαντικότητα ανάμεσα στην πρόθεση του πατέρα και της μητέρας, στις στάσεις της μητέρας και την πρόθεση του πατέρα, καθώς επίσης και μεταξύ των στάσεων της μητέρας και των στάσεων του παιδιού. Η μητέρα αποτελεί κατεξοχήν στην ελληνική οικογένεια, το άτομο που διαλέγει, αγοράζει και ετοιμάζει τα γεύματα που θα καταναλώσει η οικογένεια και είναι αναμενόμενο οι επιλογές της να επηρεάζουν τη συμπεριφορά, τις αντιλήψεις και τις στάσεις των υπόλοιπων μελών της οικογένειας.

Η θεωρία της έλλογης δράσης των Ajzen και Fishbein (1977), έχει χρησιμοποιηθεί πολλές φορές για να αναγνωρίσει καθοριστικούς παράγοντες στις διατροφικές συμπεριφορές ενηλίκων αλλά και νεαρών ατόμων (Backman et al., 2002). Σύμφωνα με αυτή, οι αντιλήψεις των ατόμων για μία συμπεριφορά και η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων, οδηγεί στη διαμόρφωση των στάσεων που σε συνδυασμό με τους υποκειμενικούς κανόνες, διαμορφώνουν την πρόθεση για την εκάστοτε συμπεριφορά. Οι άνθρωποι όμως δεν ζουν μόνοι. Πέρα από τα προσωπικά ιδιοσυγκρασιακά χαρακτηριστικά, η συμπεριφορά τους επηρεάζεται από τους οικείους και το κοινωνικό περιβάλλον, με τις πιέσεις που ασκούν στα άτομα. Έτσι και το οικογενειακό περιβάλλον είναι δυνατό να συμβάλει στη δημιουργία και διαμόρφωση στάσεων αναφορικά με τη διατροφή. Επιπρόσθετα, σύμφωνα με τη θεωρία, η πρόθεση να ακολουθηθεί μία υγιεινή διατροφή, αποτελεί προβλεπτικό παράγοντα υγιεινών διατροφικών πρακτικών. Εν τούτοις, στο δείγμα των εφήβων της έρευνας, οι χαμηλές συχνότητες κατανάλωσης φρούτων και λαχανικών και οι δυσανάλογα αυξημένες συχνότητες κατανάλωσης πρόχειρου φαγητού, δεν επιβεβαιώνουν την παραπάνω πρόβλεψη. Το γεγονός αυτό, πιθανώς να οφείλεται σε μειωμένη αντίληψη των μειονεκτημάτων της ανθυγιεινής διατροφής, σε μειωμένη

υποστήριξη του οικογενειακού περιβάλλοντος ή ακόμα σε αυξημένη πίεση των συνομηλίκων που δεν υποστηρίζουν υγιεινές συνήθειες. Σε παρόμοιο συμπέρασμα κατέληξαν οι Croll et al. (2001), σε έρευνα των οποίων, έφηβοι ανέφεραν την έλλειψη χρόνου και την κοινωνική πίεση εκ μέρους της παρέας τους, ως περιορισμούς των υγιεινών διατροφικών τους πρακτικών.

Ωστόσο, στο σημείο αυτό, θα πρέπει να αναφερθεί ότι η παρούσα έρευνα έχει ορισμένους περιορισμούς. Θα πρέπει να τονιστεί ότι ο αριθμός των οικογενειών που συμμετείχαν στην έρευνα ήταν μικρός ($N = 59$), με αποτέλεσμα να μη μπορεί να θεωρηθεί αντιπροσωπευτικός του πληθυσμού. Επιπλέον, για τη διεξαγωγή της έρευνας χρησιμοποιήθηκαν ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς, κάτι που δεν αποκλείει το γεγονός οι απαντήσεις των συμμετεχόντων να επηρεάστηκαν από εξωτερικούς παράγοντες ή να δόθηκαν ως αποτέλεσμα ενδεχόμενης υπερεκτίμησης των συχνοτήτων κατανάλωσης τροφών. Επιπρόσθετα, η παρούσα έρευνα εξέτασε τις διατροφικές πρακτικές στα πλαίσια της οικογένειας και τις στάσεις των ατόμων αναφορικά με τον υγιεινό τρόπο ζωής, ενώ δεν ασχολήθηκε με άλλες παραμέτρους που επηρεάζουν τη διατροφή όπως είναι για παράδειγμα το επίπεδο μόρφωσης, το εισόδημα και το φύλο των ατόμων.

Μελλοντικά, θα ήταν καλό να πραγματοποιηθούν έρευνες με μεγαλύτερο δείγμα, το οποίο θα επέτρεπε τη διεξαγωγή περισσότερο αξιόπιστων αποτελεσμάτων και παράλληλα θα βοηθούσε στην πληρέστερη κατανόηση του θέματος που μελετάται. Επίσης χρήσιμη θα μπορούσε να αποδειχτεί, η διερεύνηση της σχέσης και άλλων παραγόντων που πιθανώς εμπλέκονται στις διατροφικές επιλογές και τις στάσεις που διαμορφώνουν τα άτομα, όπως είναι τα πρότυπα που προβάλλονται από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, το επίπεδο γνώσεων για τις τροφές που ωφελούν την υγεία καθώς επίσης και η διαθεσιμότητα και το κόστος των υγιεινών τροφών.

Ενδιαφέρον θα παρουσίαζε και η μελέτη της λειτουργικότητας της οικογένειας και της επιρροής των συνομηλίκων και φίλων στις διατροφικές πρακτικές, τόσο των γονέων όσο και των παιδιών τους.

Αναλογιζόμενοι το πλήθος των διαθέσιμων πληροφοριών για την υγιεινή διατροφή, είναι λυπηρό να διαπιστώνουμε ότι η διατροφές πρακτικές της νέας γενιάς εξακολουθούν να αποτελούν λόγο ανησυχίας. Η φτώχη σε θρεπτικά συστατικά δίαιτα πολλών νέων ανθρώπων στις μέρες μας, έχει επιπτώσεις στο επίπεδο υγείας του ενήλικου πληθυσμού του 21^{ου} αιώνα, από τη στιγμή που η μελλοντική υγεία συχνά θεμελιώνεται στα πρώτα χρόνια της ζωής. Δεδομένης της σημασίας της διατροφής στην καθημερινή ζωή, στην προστασία έναντι των χρόνιων ασθενειών και στη διατήρηση της υγείας, κρίνεται αναγκαία η διερεύνηση των βοηθητικών αλλά και των ανασταλτικών παραγόντων που επηρεάζουν τις διατροφικές συνήθειες.

6. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Progress*, 50, 179-211.

Anderson, A., MacIntyre, S., & West P. (1994). Dietary patterns among adolescents in the West of Scotland. *British Journal of Nutrition*, 71, 111-122.

Armitstead, A. (1998). The National Health Survey – consumer attitudes to health and food. *Nutrition & Food Science*, 2, 95-98.

Aubel, J., Touré, I., & Diagne, M. (2004). Senegalese grandmothers promote improved maternal and child nutrition practices: the guardians of tradition are not averse to change. *Social Science & Medicine*, 59, 945-959.

Backman, D.R., Haddad, E.H., Lee, J.W., Johnston, P.K., & Hodgkin, G.E. (2002). Psychosocial predictors of healthful dietary behavior in adolescents. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 34, 184 – 193.

Beech, B.M., Rice, R., Myers, L., Johnson, C., & Nicklas, T.A. (1999). Knowledge, Attitudes, and Practices Related to Fruit and Vegetable Consumption of High School Students. *Journal of Adolescent Health*, 24, 244-250.

Boutelle, K.N., Lytle, L.A., Murray, D.M., Birnbaum, A.S., & Story, M. (2001). Perceptions of the family mealtime environment and adolescent mealtime behaviour: Do adults and adolescents agree? *Journal of Nutrition Education*, 33(3), 128-133.

Booth, M.L., Wake, M., Armstrong, T., Chey, T., Hesketh, K., & Mathur, S. (2001). The epidemiology of overweight and obesity among Australian children and adolescents, 1995-1997. *Australian Journal of Public Health*, 25, 162-169.

Bronte-Tinkew, J., & DeJong, G. (2004). Children's nutrition in Jamaica: do household structure and household economic resources matter? *Social Science & Medicine*, 58, 499-514.

Cameron, A.J., Welborn, T.A., Zimmet, P.Z., Dunstan, D.W., Owen, N., Salmon, J., Dalton, M., Jolley, D., & Shaw, J.E. (2003). Overweight and obesity in Australia: the 1999-2000 Australian Diabetes, Obesity and Lifestyle Study. *Medical Journal of Australia*, 178, 427-432.

Crawley, H. (1997). Dietary and lifestyle differences between Scottish teenagers and those living in England and Wales. *European Journal of Clinical Nutrition*, 51, 87-91.

Croll, J.K., Neumark-Sztainer, D., & Story, M. (2001). Healthy eating: What does it mean to adolescents? *Journal of Nutrition Education*, 33(4), 193-198.

Cullen, K.W., Lara, K.M., & de Moor, C. (2002). Familial concordance of dietary fat practices and intake. *Family & Community Health*, 25(2), 65-75.

Currie, C., Roberts, C., Morgan, A., Smith, R., Settertobulte, W., Samdal, O., & Barnekow Rasmussen, V. (2004). *Young People's Health in Context: International Report from the HBSC 2001/02 Survey*. WHO Policy Series: Health Policy for Children and Adolescents, Issue 4, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen

Devine, C.M., Jastran, M., Jabs, J., Wethington, E., Farell, T.J., & Bisogni, C.A. (2006). "A lot of sacrifices:" Work – family spillover and the food choice coping strategies of low-wage employed parents. *Social Science & Medicine*, 63, 2591-2603.

Douglas, L. (1998). Children's food choice. *Nutrition & Food Science*, 1, 14-18.

Drewnowski, A. & Barratt-Fornell, A. (2004). Do healthier diets cost more? *Nutrition Today*, 39(4), 161-168.

Du, S., Lu, B., Zhai, F., & Popkin, B.M. (2002). A new stage of the nutrition transition in China. *Public Health Nutrition*, 5(1A), 169-174.

Du, S., Mroz, T.A., Zhai, F., & Popkin, B.M. (2004). Rapid income growth adversely affects diet quality in China—particularly for the poor! *Social Science & Medicine*, 59, 1505-1515.

Feunekes, G.I.J., Graaf, C., Meyboom, S., & van Staveren, W.A. (1998). Food choice and fat intake of adolescents and adults: Associations of intakes within social networks. *Preventive Medicine*, 27,645-656.

Gillman, M.W., Rifas-Shiman, S.L., Frazier, A.L., Rockett, H.R.H., Camargo, C.A., Field, A.E., Berkey, C.S., & Colditz, G.A. (2000). Family dinner and diet quality among older children and adolescents. *Archives of Family Medicine*, 9(3), 235-240.

Griffiths, P., Matthews, Z., & Hinde, A. (2002). Gender, family, and the nutritional status of children in three culturally contrasting states of India. *Social Science & Medicine*, 55, 775-790.

Hackett, A., Kirby, S., & Howie, M. (1997). A national survey of the diet of children aged 13-14 years living in urban areas of the United Kingdom. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 10, 37-51.

Hurson, M., & Corish, C. (1997). Evaluation of lifestyle, food consumption and nutrient intake patterns among Irish teenagers. *Irish Journal of Medical Science*, 166, 225-230.

Καραδήμας, Ε.Χ. (2004). *Ψυχολογία της υγείας*. Αθήνα: Τυπωθήτω

Larson, N.I., Story, M., Eisenberg, M.E., & Neumark-Sztainer, D. (2006). Food preparation and purchasing roles among adolescents: Associations with sociodemographic characteristics and diet quality. *Journal of the American Dietetic Association*, 106, 211-218.

Longbottom, P.J., Wreiden, W.L., & Pinet, C.M. (2002). Is there a relationship between the food intakes of Scottish 5 ½ - 8 ½ year-olds and those of their mothers? *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 15, 271-9.

McIntyre, U.E., Kruger, H.S., Venter, C.S., & Vorster, H.H. (2002). Dietary intakes of an African population in different stages of transition in the North West Province, South Africa: the THUSA study. *Nutrition Research*, 22, 239-256.

Neumark-Sztainer, D., Hannan, P.J., Story, M., Croll, J., Perry, C. (2003). Family meal patterns: Associations with sociodemographic characteristics and improved dietary intake among adolescents. *Journal of the American Dietetic Association*, 103, 317-322.

Oliveria, S.A., Ellison, R.C., Moore, L.L., Gillman, M.W., Garrahe, E.J., & Singer, M.R. (1992). Parent – child relationships in nutrient intake: the Framingham Children’s Study. *American Journal of Clinical Nutrition*, 56, 593-598.

Osgood, C.E., Suci, G.J., & Tannenbaum, P.H. (1957). *The measurement of meaning*. Urbana, IL: University of Illinois Press.

Pérez-Llamas, F., Garaulet, M., Nieto, M., Baraza, J.C., & Zamora, S. (1996). Estimates of food intake and dietary habits in a random sample of adolescents in south-east Spain. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 9, 463-471.

Pervin, L.A., & John, O.P. (2001). *Θεωρίες προσωπικότητας: Έρευνα και εφαρμογές*. Αθήνα: Τυπωθήτω.

Ricciuto, L.E., & Tarasuk, V.S. (2007). An examination of income-related disparities in the nutritional quality of food selections among Canadian households from 1986-2001. *Social Science & Medicine*, *64*(1), 186-198.

Rossow, I., & Rise, J. (1994). Concordance of parental and adolescent health behaviors. *Social Science & Medicine*, *38*(9), 1299-1305.

Rozin, P. (1991). Family resemblance in food and other domains: The family paradox and the role of parental congruence. *Appetite*, *16*, 93-102.

Sarafino, E.P. (1999). *Health Psychology. Biopsychosocial interactions*. New York: Wiley.

Schneider, D. (2000). International trends in adolescent nutrition. *Social Science & Medicine*, *51*, 955-967.

Seaman, C., Woods, M. & Grosset, E. (1997). Attitudes to healthy eating among Scottish schoolchildren. *Health Education*, *1*, 19-22.

Shaw, M.E. (1998). Adolescent breakfast skipping: An Australian study. *Adolescence*, *33*, 851-861.

Song, Y., Joung, H., Engelhardt, K., Yoo, S.Y., & Paik, H.Y. (2005). Traditional v. modified dietary patterns and their influence on adolescents' nutritional profile. *British Journal of Nutrition*, **93**, 943-949.

Tee, E.S. (2002). Obesity in Asia: prevalence and issues in assessment methodologies. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*, 11(3): S694-S701.

Thorburn, A.W. (2005). Prevalence of obesity in Australia. *Obesity Reviews*, 6, 187-189.

Veiga, G.V., & Sichieri, R. (2006). Correlation in food intake between parents and adolescents depends on socioeconomic level. *Nutrition Research*, 26, 517 – 523.

Videon, T.M., & Manning, C.K.(2003). Influences on adolescent eating patterns: The importance of family meals. *Journal of Adolescent Health*, 32, 365-373.

Wachs, T.D., & McCabe, G. (2001). Relation of maternal intelligence and schooling to offspring nutritional intake. *International Journal of Behavioral Development*, 25(5), 444-449.

Warwick, J., McIlveen, H., & Strugnell, C. (1999). Food choices of 9-17 year olds in Northern Ireland – influences and challenges. *Nutrition & Food Science*, 5, 229-236.

Watt, R., & Sheiham, A. (1996). Dietary patterns and changes in inner city adolescents. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, **9**, 451-461.

Young, E.M., Fors, S.W., Fasha, E., & Hayes, D.M. (2004). Associations between perceived parent behaviors and middle school student fruit and vegetable consumption. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 36, 2-12.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ