

ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

Θέμα:

**ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΕΙΔΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΝΕΑΡΑ ΑΤΟΜΑ.
ΠΟΣΟ ΠΡΟΣΕΚΤΙΚΑ ΤΙΣ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΟΥΝ ΚΑΙ
ΣΕ ΤΙ ΒΑΘΜΟ ΤΙΣ ΚΑΤΑΝΟΟΥΝ**

**Υπεύθυνος Καθηγητής: Λεωνίδας Παρασκευόπουλος
Όνομα Σπουδαστή: Στρουμπή Αναστασία**

ΚΑΛΑΜΑΤΑ 2006

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η εργασία ασχολείται με τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης τα οποία μεγιστοποιώντας την αποτελεσματικότητά τους (υψηλή τηλεθέαση, υψηλή κυκλοφορία) και με τον περιορισμό ότι το κοινό τους δεν είναι ομοιόμορφο (ως προς την ηλικία, το επίπεδο εκπαίδευσης, το οικονομικό – βιοτικό επίπεδο κλπ), μεταδίδουν τις διατροφικές ειδήσεις με τρόπο ο οποίος δεν διευκολύνει τα νεαρά άτομα να τις παρακολουθήσουν και να κατανοήσουν σε βάθος τα υποκείμενα ζητήματα.

Στόχος της εργασίας είναι να αποδείξει την υπόθεσή της, δηλαδή να εκτιμηθεί η αποτελεσματικότητα της ενημέρωσης – αγωγής του κοινού για θέματα διατροφής – υγείας και να διατηπωθούν προτάσεις βελτίωσης της συγκεκριμένης πολιτικής.

Αυτό συμβαίνει μέσα από τους στόχους που τίθενται, οι οποίοι είναι :

- Τεκμηρίωση της σχέσης μεταξύ επικρατέστερου προτύπου διατροφής και επιπέδου υγείας του πληθυσμού.
- Αξιολόγηση της πολιτικής για την προστασία υγείας των πολιτών που έχουν καταγραφεί ότι ακολουθήθηκαν από τη διατροφική βιομηχανία (παραγωγή, τυποποίηση, αποθήκευση, διανομή) στις χώρες της ΕΕ τα τελευταία χρόνια.
- Τεκμηρίωση του ισχυρισμού ότι τα ΜΜΕ μεγιστοποιούν την αποτελεσματικότητά τους με τον περιορισμό ότι το κοινό τους δεν είναι ομοιόμορφο, μεταδίδοντας τις ειδήσεις με τρόπο που προκαλεί την προσοχή του κοινού τους, αλλά τα θέματα θίγονται επιφανειακά.
- Έρευνα για το πόσο προσεχτικά παρακολουθούν τις διατροφικές ειδήσεις νεαρά άτομα και σε τι βαθμό τις κατανοούν.
- Αξιολόγηση της πολιτικής για την ενημέρωση – αγωγή του κοινού για θέματα διατροφής.
- Προτάσεις για τη βελτίωση της πολιτικής ενημέρωσης – αγωγής του κοινού πάνω σε θέματα διατροφής – υγείας στη χώρα μας.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ	1
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	3
Διατροφή και Υγεία	3
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	10
Αξιολόγηση της διατροφικής πολιτικής	10
2.1 Διατροφική πολιτική στην Ελλάδα και στην Ευρωπαϊκή Ένωση	11
2.2 Εφαρμογές του συστήματος HACCP και διασφάλιση της ποιότητας στη διατροφική βιομηχανία.	19
2.3 Προγράμματα ποιοτικού ελέγχου τροφίμων	22
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	26
Διατροφικές Ειδήσεις και Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης	26
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	33
Διατροφικές Ειδήσεις και νεαρά άτομα	33
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5	35
Αξιολόγηση της πολιτικής για την ενημέρωση - αγωγή του κοινού για θέματα διατροφής - υγείας στη χώρα μας.	35
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6	39
Προτάσεις για βελτίωση της πολιτικής ενημέρωσης - αγωγής του κοινού για θέματα διατροφής - υγείας στη χώρα μας, από φορείς.....	39
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	45
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α	1
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β	3
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ	10
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Δ	12
ΠΙΝΑΚΑΣ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ	18
ΠΗΓΕΣ	19
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	21

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Μερικές ερωτήσεις που δεν κάνουμε συχνά στον εαυτό μας είναι: «Πως και γιατί τρώμε;». Ασυνείδητα από τη φύση μας γεννιούνται τέτοια ερωτήματα.

Περισσότερες από τις μισές γυναίκες στον κόσμο προσέχουν αυστηρά τη διατροφή τους απ' το φόβο μην παχύνουν. Περισσότεροι από τους μισούς άντρες πεθαίνουν από έμφραγμα, την αρρώστια της υπερβολικής επιβάρυνσης της καρδιάς από δουλειά και τροφή.

Γνωρίζοντας γιατί τρώμε, θα μάθουμε γιατί ζούμε και ξέροντας γιατί ζούμε θα μάθουμε ποιο είναι το καλό και ποιο το κακό για μας.

Έτσι θα πρέπει να μελετήσουμε ξανά τις καθημερινές μας κινήσεις, να υπολογίσουμε το πραγματικό τους νόημα και μέσα απ' αυτό να μάθουμε να γνωρίζουμε τον εαυτό μας.

Η σύνθεση αυτής της άποψης γίνεται από τρεις βασικές δυνάμεις:

- 1) από την κοινωνικοοικονομική βούληση που εκφράζει τις επιθυμίες των κοινωνικών ομάδων. Αυτές συγκεντρώνονται σε μεγάλες πόλεις, ξέροντας να κατασκευάζουν μηχανήματα και να κάνουν χημικές συνθέσεις, επιθυμούν ένα ορισμένο τύπο και ένα συγκεκριμένο επίπεδο διατροφής.
- 2) από την τεχνική – ισχύ που επέλεξε τους σπόρους, βρήκε τα λιπάσματα και τα απαραίτητα εντομοκτόνα και συντήρησε τις τροφές που πρόκειται να καταναλωθούν.
- 3) από την επιστημονική γνώση από την οποία γεννιέται η έρευνα και δημιουργούνται νέες επιθυμίες και νέες δυνατότητες. Το αποτέλεσμα αυτού του συνδυασμού είναι η επιστήμη της διατροφής.

Η διατροφή αποτελεί ένα σύνολο εμπειρικών δεδομένων, που συνδέουν κατά κάποιο τρόπο ένα τροφικό τύπο (ποσότητα και ποιότητα των τροφών) με μια κατάσταση δραστηριότητας, υγείας και ανάπτυξης. Αποτελεί επίσης έναν τομέα κοινωνικής ιατρικής, που προλαμβάνει τις ασθένειες και διατηρεί μια υψηλή δραστηριότητα, χάρη στη σωστή διατροφή των ανθρώπων.

Τα ΜΜΕ παίζουν σημαντικό ρόλο στην ενημέρωση των πολιτών. Όχι μόνο ενημερώνουν για τα γεγονότα, αλλά ορισμένα τα τονίζουν με ιδιαίτερο τρόπο. Όσα θέματα επιλέγονται να αναφερθούν ως πρώτα στα ηλεκτρονικά ΜΜΕ ή στις αρχικές σελίδες των έντυπων μέσων ενημέρωσης αποτελούν συνήθως τα θέματα

που ο κόσμος τα θεωρεί ως τα σημαντικότερα της δημόσιας ζωής. Έτσι, πολλοί πιστεύουν ότι μπορεί τα ΜΜΕ να μην λένε στο κοινό τους τι να σκεφτούν, τους λένε όμως για ποια θέματα να σκέφτονται.

Στα παρακάτω κεφάλαια θα δούμε πως η διατροφή σχετίζεται με την υγεία, ποια πολιτική ακολουθείται για την προστασία της υγείας των πολιτών και πως τα ΜΜΕ συμβάλλουν στην ενημέρωση των πολιτών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Διατροφή και Υγεία

Η επίπτωση των διαφόρων νοσημάτων ποικίλει σημαντικά ανά τον κόσμο. Για τα λοιμώδη νοσήματα, η σημασία του περιβάλλοντος, φυσικού, χημικού, βιολογικού είναι γνωστή.

Μελέτες σε μετανάστες έχουν δείξει ότι όποια και αν είναι τα νοσολογικά πρότυπα των χωρών από τις οποίες κατάγονται, τείνουν αργά ή γρήγορα να αποκτήσουν το νοσολογικό πρότυπο της περιοχής που τους φιλοξενεί, ακόμα και όταν παραμένουν σχετικά απομονωμένοι μέσα σε εθνικές κοινότητες.

Συμπεραίνουμε ότι εξωγενείς παράγοντες που συνολικά καλούνται περιβάλλον, είτε επιβάλλονται από άλλους, είτε δημιουργούνται από τα ίδια τα άτομα μέσω των προσωπικών τους επιλογών σε θέματα διατροφής, συμπεριφοράς ή τρόπου ζωής, αποτελούν σημαντικούς συντελεστές στην εκδήλωση νοσημάτων.

Το πρώτο μισό του 20^{ου} αιώνα, η ενασχόληση του επιστημονικού κόσμου με τη σχέση διατροφής και υγείας, αφορούσε διατροφικές ανεπάρκειες και ιδιαίτερα νοσήματα που προκαλούν οι ανεπαρκείς προσλήψεις βιταμινών, ιχνοστοιχείων και απαραίτητων αμινοξέων. Οι επιστημονικές ανακαλύψεις στη γεωργική παραγωγή έφεραν επανάσταση και οδήγησαν σε μια μεγάλη αύξηση στην παραγωγή ζωικού λίπους και πρωτεΐνης ενώ τα γαλακτοκομικά προϊόντα και η ζάχαρη έγιναν αποδεκτά από το ευρύ κοινό. Η παραγωγή, εισαγωγή και προμήθεια των προϊόντων έφτασαν σε επίπεδα ικανά να απαλείψουν τις διατροφικές ανεπάρκειες.

Το άμεσο θετικό για την υγεία αποτέλεσμα της εξασφάλισης επαρκών ποσοτήτων τροφής, ήταν η εξαφάνιση της πείνας και η εξάλειψη των νοσημάτων που σχετίζονται με τις ανεπάρκειες θρεπτικών συστατικών όπως οι βιταμίνες στις ανεπτυγμένες χώρες. Η γενική βελτίωση της διατροφικής κατάστασης και η βελτίωση των δεικτών ανάπτυξης των παιδιών έφερε την αυξημένη αντίσταση στα λοιμώδη νοσήματα. Το συνολικό αποτέλεσμα εκφράστηκε με τη σημαντική αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης σε πολλές χώρες. Οι μακροπρόθεσμες επιπτώσεις στην υγεία της αφθονίας αγαθών στις ανεπτυγμένες χώρες παρατηρήθηκε τα τελευταία χρόνια. Επιδημιολογικές έρευνες έχουν αναδείξει μια σταθερή και στενή συσχέτιση μεταξύ αυτού του τύπου διατροφής και της εκδήλωσης ενός ευρέος φάσματος χρόνων μη μεταδοτικών νοσημάτων – συμπεριλαμβανομένων των

καρδιαγγειακών νοσημάτων, διαφόρων τύπων κακοήθων νεοπλασιών, του σακχαρώδους διαβήτη, των νοσημάτων του πεπτικού, των οστών και των αρθρώσεων. Οι ενδείξεις αυτές για τη σημασία της διατροφής έχουν επιβεβαιωθεί από σύγχρονες επιδημιολογικές μελέτες στις οποίες οι πληροφορίες που συλλέγονται αφορούν μεγάλα δείγματα πληθυσμού. Η ταυτοποίηση συγκεκριμένων συστατικών της διατροφής που αυξάνουν την πιθανότητα εκδήλωσης διαφόρων νοσημάτων είναι γεγονός για ορισμένα από τα συστατικά αυτά. Η αιτιολογία των χρόνιων νοσημάτων είναι πολυπαραγοντική και οι διατροφικοί παράγοντες αποτελούν μέρος μόνο του προβλήματος. Τα άτομα διαφέρουν ακόμη και ως προς την ευαισθησία τους στις επιβλαβείς επιδράσεις συγκεκριμένων διατροφικών παραγόντων.

Στο πλαίσιο όμως της δημόσιας υγείας, αντικείμενο είναι η κατάσταση της υγείας του πληθυσμού στο σύνολό του. Υπολογίστηκε ότι στις ανεπτυγμένες χώρες περίπου το 35% των κακοήθων νεοπλασιών σχετίζονται με τη διατροφή αλλά θεώρησαν αποδεκτά όλα τα ποσοστά μεταξύ του 10% και 70%. Σε αντίθεση θεώρησαν το κάπνισμα υπεύθυνο για το 30% των καρκίνων με αποδεκτό εύρος τιμών από 25% έως 40%. Υπολόγισαν επίσης ότι το αλκοόλ είναι υπεύθυνο για το 3% των κακοήθων νεοπλασιών και τα χημικά πρόσθετα των τροφίμων για το 1%.

Η διατροφή και οι εκτροπές της διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση της ανθρώπινης υγείας και παθολογίας. Οι δύο σημαντικότερες αιτίες ανθρώπινης θνησιμότητας, τα καρδιαγγειακά νοσήματα και νεοπλασίες αποδίδονται κατά 40% και 30% αντίστοιχα σε διατροφικούς παράγοντες, τουλάχιστον στις ανεπτυγμένες χώρες. Κατά τη διάρκεια της τελευταίας τριακονταετίας αναπτύχθηκαν πολλοί μέθοδοι για την εκτίμηση των διατροφικών συνηθειών και οδήγησαν στην καθιέρωση της διατροφικής επιδημιολογίας ως βασικού τομέα της σύγχρονης έρευνας. Στο χώρο της δημόσιας υγείας, οι διατροφικές επιλογές προϋποθέτουν επιστημονική τεκμηρίωση, που δεν είναι δυνατή χωρίς την ύπαρξη αξιόπιστων στοιχείων όσον αφορά τη διατροφή του σύγχρονου πληθυσμού, με διαφοροποίηση κατά ηλικία, φύλο και άλλες κοινωνικοδημογραφικές παραμέτρους. Μέχρι σήμερα, σε παγκόσμια κλίμακα, τα χρησιμοποιούμενα στοιχεία για τη διατροφή μεγάλων πληθυσμιακών ομάδων ήταν τα φύλλα ισοζυγίου τροφίμων που δημοσιεύονται από τον Οργανισμό Γεωργίας και Τροφίμων, με βάση πρωτογενή στοιχεία που εξυπηρετούν εξωιατρικούς τομείς. Γενικά αναγνωρίζεται ότι τα στοιχεία αυτά, δεν είναι επαρκώς αξιόπιστα για τον καθορισμό και την αξιολόγηση ιατρικών προτεραιοτήτων. Παρ' όλα αυτά, τα συγκεκριμένα στοιχεία χρησιμοποιήθηκαν για ιατρικούς σκοπούς επειδή οι ειδικές διατροφικές έρευνες έχουν απαγορευτικό κόστος. Κατά τη διάρκεια της τελευταίας δεκαετίας, η προσοχή των επιστημόνων της διατροφής

στράφηκε στο ενδεχόμενο αξιοποίησης, στο πλαίσιο της ιατρικής και της δημόσιας υγείας, των διατροφικών στοιχείων που συλλέγονται σε τακτική χρονική βάση με τις έρευνες οικογενειακών προϋπολογισμών (ΕΟΠ) που εξυπηρετούν οικονομικές προτεραιότητες και συμβάλλουν ιδιαίτερα στον υπολογισμό του δείκτη τιμών καταναλωτών.¹

Η Ελλάδα είχε χαμηλούς δείκτες θνησιμότητας από στεφανιαία νόσο και πολλές νεοπλασίες. Η αυξανόμενη επίπτωση αυτών των νοσημάτων στη διάρκεια των τελευταίων τριάντα ετών, ακολούθησε τη στροφή ενός μεγάλου μέρους του ελληνικού πληθυσμού προς τις διατροφικές συνήθειες δυτικού τύπου. Αυτό αποτελεί ισχυρή ένδειξη ότι η πρότυπη διατροφή για τον ελληνικό πληθυσμό βρίσκεται πολύ κοντά στην παραδοσιακή μεσογειακή διατροφή και την ελληνική έκφρασή της κατά το τέλος της δεκαετίας του '50. Οι οδηγίες του Ανώτατου Ειδικού Επιστημονικού Συμβουλίου Υγείας του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας για ενήλικες στην Ελλάδα, βασίζεται στις αρχές της μεσογειακής διατροφής και ειδικότερα της ελληνικής έκφρασής της, απεικονίζονται με τη μορφή πυραμίδας, η βάση της οποίας αναφέρεται σε τρόφιμα που θα πρέπει να καταναλώνονται πολύ συχνά και η κορυφή σε τρόφιμα που θα πρέπει να καταναλώνονται σπανίως, με τα υπόλοιπα τρόφιμα να καταλαμβάνουν ενδιάμεσες θέσεις.

Οι διατροφικές εκτροπές αφορούν τόσο την υπέρβαση στο ποσό της με τα τρόφιμα προσλαμβανομένης ενέργειας, όσο και την έλλειψη ισορροπίας ανάμεσα στις βασικές ομάδες τροφίμων με υπερβολική κατανάλωση ζάχαρης, λίπους, ζωικών πρωτεϊνών και τη μειωμένη κατανάλωση λαχανικών, φρούτων, δημητριακών και οσπρίων. Οι διατροφικές εκτροπές αποτελούν συνέπεια της δυναμικής της αγοράς, των διαφημιστικών πιέσεων και του γεγονότος ότι το άτομο δεν τρώει μόνο από πείνα, αλλά κι από ευχαρίστηση αναζητώντας στη διατροφή του ικανοποίηση και συγκίνηση. Οι διατροφικές εξελίξεις στον ελληνικό πληθυσμό ήταν σχετικά ιδιόμορφες και αντίστοιχες ήταν και οι νοσολογικές συνέπειες των ιδιομορφιών αυτών.

Για πολλά χρόνια το διατροφικό πρόβλημα των Ελλήνων ήταν η ποσοτική επάρκεια, ενώ από ποιοτική άποψη η διατροφή τους ήταν βασικά σωστή. Εδώ και μερικά χρόνια όμως ο Έλληνας άρχισε να υιοθετεί διατροφικά σχήματα και πρότυπα διαβίωσης που έχουν αρνητικές επιπτώσεις για την υγεία. Αυτά τα σχήματα και πρότυπα είχαν υιοθετηθεί προηγουμένα από τους λαούς της Δυτικής Ευρώπης και της Βόρειας Αμερικής, οι οποίοι όμως άρχισαν να εγκαταλείπουν προοδευτικά όταν συνειδητοποίησαν τις δυσμενείς τους συνέπειες. Έτσι στη διάρκεια της τελευταίας τριακονταετίας στην Ελλάδα, η κατά κεφαλή

¹ Καλαποθάκη Β., Καλαντίδου Α., Κατσουγιάννη Κ., Τριχοπούλου Α., Κυριόπουλος Ι., Κρεμαστινού Τ., Χατζηκωνσταντίνου Β. και Τριχόπουλος Δ. «Η Υγεία του Ελληνικού Πληθυσμού», Mat Med Greca. 1992.

κατανάλωση κρέατος αυξήθηκε από 17 σε 70 κιλά και της ζάχαρης από 11 σε 32 κιλά. Αντίθετα, η κατανάλωση δημητριακών μειώθηκε αργά και σταθερά από 155 σε 110 κιλά και η αντίστοιχη των οσπρίων από 10 σε 8 κιλά.

Οι μεταβολές της νοσολογίας στην Ελλάδα σχετίζονται με τις διαφοροποιήσεις της διατροφής με αποτέλεσμα ο καρκίνος του παχέως εντέρου που είναι πολύ συχνός στη Δυτική Ευρώπη και στη Βόρεια Αμερική απ' ότι στην Ελλάδα, φαίνεται ότι αυξάνεται και στη χώρα μας με γρήγορο ρυθμό. Ανάλογη αύξηση παρατηρείται και στον καρκίνο του μαστού καθώς και στον καρκίνο του ενδομητρίου. Οι αγγειοκαρδιακές παθήσεις, που αποτελούν το 60% της όλης θνησιμότητας εξακολουθούν να είναι πολύ λιγότερο συχνές στην Ελλάδα συγκριτικά με άλλες ευρωπαϊκές χώρες.

Αθροιστικά οι παραπάνω διαπιστώσεις δεν είναι αισιόδοξες και γίνονται δυσοίωνες αν συνεκτιμηθούν τα στοιχεία που προκύπτουν από έρευνες στο νεαρό πληθυσμό της χώρας. Οι έρευνες αυτές δείχνουν ότι τα Ελληνόπουλα τρώνε υπερβολικά και όχι σωστά με συνέπειες:

- παχυσαρκία
- υψηλή στάθμη λιπιδίων
- συχνότερη εμφάνιση σιδηροπενίας
- συχνότητα τερηδόνας

Τα παραπάνω στοιχεία δεν σκιαγραφούν μόνο την υγεία του νεαρού πληθυσμού της χώρας μας αλλά προδιαγράφουν και την υγεία του πληθυσμού των ενηλίκων στις δεκαετίες που θ' ακολουθήσουν.²

Οι σχέσεις της διατροφής με χρόνια νοσήματα έχουν μελετηθεί από ένα μεγάλο αριθμό αναλυτικών επιδημιολογικών και εργαστηριακών ερευνών έτσι ώστε αρκετές από αυτές να θεωρούνται σήμερα τεκμηριωμένες, ιδιαίτερα όσον αφορά τη στεφανιαία νόσο και τις νεοπλασίες. Η αναστροφή των διατροφικών συνηθειών που βοηθούν στην εμφάνιση διατροφοεξαρτώμενων νόσων προϋποθέτει τη γνώση της διατροφικής κατάστασης του πληθυσμού. Αυτό επιτυγχάνεται με τη βοήθεια των μεθόδων της διατροφικής πολιτικής που στοχεύει στην αντιμετώπιση του προβλήματος.

Οι πηγές πληροφοριών σχετικά με τη διαθεσιμότητα και την κατανάλωση τροφίμων κυμαίνονται από τα συλλεγόμενα σε εθνικό επίπεδο και συνδυαζόμενα σε διεθνές απ' τον Οργανισμό Γεωργίας και Τροφίμων των Ηνωμένων Εθνών - φύλλα ισοζυγίου τροφίμων, ως τις ειδικά σχεδιασμένες διατροφικές έρευνες και τις διατροφικές επιδημιολογικές

² World Health Organization: diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Technical report series 797, Geneva, WHO, 1990.

μελέτες. Στοιχεία από όλες αυτές τις πηγές μπορούν να φανούν χρήσιμα για επιμέρους ειδικούς σκοπούς και η συλλογή και ενσωμάτωσή τους σε μια βάση δεδομένων θα ήταν ένα ιδιαίτερα σημαντικό έργο. Η χρησιμοποίηση όμως διατροφικών στοιχείων από ετερόκλητες πηγές δημιουργεί ερωτήματα συγκρισιμότητας που δεν είναι εύκολο να απαντηθούν.

Το πρόβλημα περιπλέκεται όταν επεξηγηματικοί παράγοντες, σχετικά με τη διαφοροποίηση της διατροφικής πρόσληψης, δεν ορίζονται με βάση σταθερά κριτήρια ή όταν η αντιπροσωπευτικότητα τίθεται υπό ερώτηση ή είναι απύσχα. Στο σύγχρονο κόσμο στον οποίο με εκπληκτική ταχύτητα επικρατούν εμπορικές, οικονομικές, ρυθμιστικές και επικοινωνιακές δυνάμεις σχεδόν όμοιες παντού, μια βάση διατροφικών δεδομένων θα ήταν χρήσιμη αν συγκέντρωνε τα ακόλουθα χαρακτηριστικά:

- διεθνικό χαρακτήρα με ενσωματωμένους μηχανισμούς ανατροφοδότησης που θα επέτρεπαν τη βελτίωση της συγκρισιμότητας των δεδομένων μεταξύ των χωρών,
- αντιπροσωπευτικότητα του πληθυσμού αναφοράς και συσχέτιση των διατροφικών στοιχείων με παράγοντες κοινωνικούς, δημογραφικούς και οικονομικούς, οι οποίοι επίσης υπόκεινται σε αλλαγές,
- μεγάλο μέγεθος, ώστε να είναι δυνατές ακριβείς εκτιμήσεις των διατροφικών προτύπων, τα οποία είναι περίπλοκα απ' τη φύση τους,
- ενημέρωση σε τακτά χρονικά διαστήματα και τέλος
- περιορισμένο οικονομικό κόστος, ώστε να είναι δυνατή η οργάνωση, η ενημέρωση και η λειτουργία της.

Σήμερα τα προβλήματα υγείας που υπάρχουν και χρειάζονται αντιμετώπιση είναι κυρίως νοσήματα φθοράς, τα οποία προκαλούνται από διάφορες αρνητικές συνήθειες της καθημερινής μας ζωής, όπως είναι η καλή διατροφή, η παχυσαρκία, η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ και η έλλειψη φυσικής δραστηριότητας. Τα νοσήματα αυτά προκαλούν πρόωρους θανάτους ατόμων στις πλέον παραγωγικές ηλικίες.

Νοσήματα φθοράς είναι η στεφανιαία νόσος, υπέρταση και ορισμένοι τύποι καρκίνου. Λόγω του γεγονότος ότι αυτά τα νοσήματα αποτελούν τις κύριες αιτίες θανάτου τα ερευνητικά κέντρα έχουν επικεντρώσει την έρευνά τους στην πρόληψη της εμφάνισης αυτών των νοσημάτων και στην αντιμετώπισή τους. «Ο κλάδος της επιστήμης, ο οποίος ασχολείται με τον προσδιορισμό των διατροφικών αιτιολογικών παραγόντων που σχετίζονται με τη νοσηρότητα, ονομάζεται επιδημιολογία». Από τον ορισμό προκύπτει ότι τα κύρια στοιχεία που εξετάζει η διατροφική επιδημιολογία είναι τρία:

- 1) ποσοτική έκφραση της νοσηρότητας
- 2) η περιγραφή των χαρακτηριστικών των ατόμων που θα αναπτύξουν τη συγκεκριμένη νόσο και
- 3) διερεύνηση των διατροφικών παραγόντων που ευθύνονται αιτιολογικά για την εμφάνιση μιας νόσου.³

Στην Ελλάδα δεν έχουν οργανωθεί έρευνες λόγω έλλειψης της απαραίτητης υποδομής αφενός μεν σε έμψυχα, αφετέρου δε σε υλικά μέσα. Διατροφικές έρευνες στην Ελλάδα έχουν γίνει σε μικρό δείγμα πληθυσμού συγκεκριμένων πληθυσμιακών ομάδων (παιδιά, ηλικιωμένοι). Οι μοναδικές έρευνες που γίνονται είναι οι έρευνες οικογενειακών προϋπολογισμών. Στα πλαίσια αυτών των ερευνών συλλέγεται σημαντικός αριθμός στοιχείων που αφορούν τα τρόφιμα καθώς και πολλά κοινωνικοοικονομικά στοιχεία, τα οποία μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τη διερεύνηση πληθυσμιακών ομάδων υψηλού κινδύνου. Τα στοιχεία των ερευνών χρησιμοποιούνται για τη μελέτη διατροφικών συνηθειών στη χώρα μας. Τα τελευταία χρόνια στο πλαίσιο της έρευνας για τον εντοπισμό διατροφικής πρακτικής, η οποία θα συμβάλλει στην πρόληψη νοσημάτων φθοράς, που σχετίζονται με την ανθρώπινη διατροφή, γίνεται ιδιαίτερη αναφορά στη «μεσογειακή διατροφή», η οποία έχει αποτελέσει αντικείμενο εξέτασης λόγω της καλής κατάστασης της υγείας του πληθυσμού και των χαμηλών ποσοστών εμφάνισης καρδιοαγγειακών νοσημάτων και ορισμένων τύπων καρκίνου. Σύμφωνα με έρευνα που έγινε στην Κρήτη, μία στις έξι οικογένειες θεωρούσε τη διατροφή της ικανοποιητική (λόγω της λιτότητας στη διατροφή). Είναι πιθανόν η μακροζωία των Ελλήνων σε ορισμένες χρονικές περιόδους να οφείλεται στην αυξημένη σωματική δραστηριότητα σε σχέση με την προσλαμβανόμενη τροφή. Από τα αποτελέσματα της έρευνας, φάνηκε ότι τα κύρια συστατικά της ελληνικής διατροφής είναι το ψωμί και το ελαιόλαδο, τα οποία παρείχαν περισσότερο από 50% της συνολικής προσλαμβανόμενης ενέργειας. Η Ελλάδα παραδοσιακά βρισκόταν σε ιδιαίτερα πλεονεκτική θέση, όσον αφορά στη θνησιμότητα από καρδιοαγγειακά νοσήματα γεγονός που διαπιστώθηκε από πολλούς ερευνητές και αποτέλεσε τη βάση για τη διατύπωση θεωριών που σχετίζονταν με την προστατευτική δράση της μεσογειακής διατροφολογίας.

Τα τελευταία όμως χρόνια, παρά την πρόοδο της ιατρικής επιστήμης στην αντιμετώπιση ασθενών με καρδιοαγγειακά προβλήματα, η θνησιμότητα από αυτά τα νοσήματα παρουσιάζει αύξηση στη χώρα μας. τη στιγμή που στις Η.Π.Α. και σε πολλές

³ Καλαποθάκη Β., Καλαντιδου Α., Κατσουγιάννη Κ., Τριχοπούλου Α., Κυριόπουλος Ι., Κρεμαστινού Γ., Χατζηκωνσταντίνου Β. και Τριχόπουλος Δ. «Η Υγεία του Ελληνικού Πληθυσμού», Mat Med Greca, 1992.

χώρες της Ευρώπης εμφανίζει τάσεις μείωσης. Η επιδείνωση της θέσεως της Ελλάδας είναι άμεσο επακόλουθο των δυσμενών μεταβολών των παραγόντων κινδύνου, δηλ. του επιπέδου χοληστερόλης, αρτηριακής πίεσης και παχυσαρκίας. Έρευνες που έγιναν σε δείγματα νεαρών ατόμων έδειξαν ότι τα τελευταία 20 χρόνια έχει αυξηθεί σημαντικά το επίπεδο της χοληστερόλης, ενώ και η αρτηριακή πίεση και οι δείκτες παχυσαρκίας νεαρών ατόμων βρίσκονται σε υψηλότερα επίπεδα απ' ό τι στις άλλες ευρωπαϊκές χώρες. Σε διάφορες επιδημιολογικές έρευνες έχουν γίνει προσπάθειες καταγραφής των διατροφικών συνηθειών του ελληνικού πληθυσμού σε σχέση κυρίως με τους παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση καρδιοαγγειακών νοσημάτων. Αυτές οι έρευνες όπως και οι προηγούμενες, έδειξαν ότι ο δείκτης μάζας σώματος στα ελληνόπουλα είναι μεγαλύτερος από τον αντίστοιχο δείκτη των άλλων ευρωπαϊκών κρατών κατά 2 μονάδες. Τα είδη των καρκίνων, τα οποία θεωρούνται ότι έχουν άμεση σχέση με τη διατροφή είναι οι καρκίνοι του μαστού και του παχέως εντέρου, παρουσιάζοντας αυξητική τάση στον ελληνικό πληθυσμό σε ανησυχητικό βαθμό. Σημαντική διαχρονική αύξηση έχει παρατηρηθεί στη θνησιμότητα από σακχαρώδη διαβήτη. Αυτή η αύξηση είναι μεγαλύτερη στις αστικές παρά στις αγροτικές περιοχές. Από έρευνες που έχουν γίνει στον ενήλικο πληθυσμό της Αθήνας, με σκοπό τη συσχέτιση του διατροφικού προτύπου με την εμφάνιση διάφορων χρόνιων νοσημάτων που σχετίζονται με τη διατροφή, διαπιστώθηκε ότι η ενεργειακή πρόσληψη είναι υψηλότερη μεταξύ ανδρών και ότι μειώνεται σταδιακά με την ηλικία στις γυναίκες. Η προσλαμβανόμενη ενέργεια από τα κύρια θρεπτικά συστατικά δεν επηρεάζεται από την ηλικία και προέρχεται κατά 19% από τις πρωτεΐνες, 37% από τους υδατάνθρακες και 44% από τα λιπίδια, ποσοστό το οποίο είναι πολύ υψηλό. Το ποσοστό της ενέργειας που προέρχεται από τα λιπίδια στο σύνολό τους αλλά και ειδικότερα από τα κορεσμένα και μονο-ακόρεστα λιπαρά οξέα είναι υψηλότερο στις γυναίκες παρά στους άνδρες. Βάσει αυτών των στοιχείων έγινε μελέτη των τάσεων αναφορικά με την πορεία των χρόνιων ασθενειών στο μέλλον και διαπιστώθηκε ότι με τις σημερινές διατροφικές συνήθειες προβλέπεται αύξηση του καρκίνου του παχέως εντέρου και μείωση του καρκίνου του στομάχου.⁴

⁴ National Research Council. "Diet and Health: Implications for reducing chronic disease risk", Washington DC, USA, National Academy Press, 1989.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Αξιολόγηση της διατροφικής πολιτικής

«Πολιτική υγείας είναι το σύνολο των προσπαθειών που αποβλέπουν στην επίτευξη πλήρους φυσικής, πνευματικής και κοινωνικής ευεξίας, σύμφωνα με τον ορισμό που δίνει η WHO για την υγεία. Εντάσσεται στις κοινωνικές πολιτικές και αποτελεί τμήμα των κρατικών πολιτικών (policies) κάθε χώρας, ενώ εξαρτάται τόσο από τις εν γένει πολιτικές δομές και την οικονομική κατάσταση μιας χώρας, όσο και από παραμέτρους όπως η προϋπάρχουσα γενικότερη κατάσταση υγείας του πληθυσμού, οι συνθήκες ζωής, οι ατομικές συνήθειες κ.ά.»⁵

Η επιχειρούμενη υγειονομική μεταρρύθμιση σε συνδυασμό με το επιχειρησιακό πρόγραμμα «Υγεία - Πρόνοια» και ΚΠΣ 2000-2006 στοχεύουν στον εκσυγχρονισμό των υπηρεσιών υγείας και την χάραξη αποτελεσματικότερης πολιτικής υγείας ενταγμένης στο πνεύμα της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Η Ελλάδα καλείται να αξιοποιήσει τις νέες τεχνολογίες προς όφελος των νέων οικονομικών, εργασιακών και κοινωνικών συνθηκών.

Η Ευρωπαϊκή Ένωση δεν έχει μια σχεδιασμένη και δεσμευτική πολιτική για την υγεία. Αυτό οφείλεται στην εξελικτική ανάπτυξη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, αλλά και στο γεγονός ότι το αίτημα της ύπαρξης κρατικών πολιτικών για την υποστήριξη υγείας των πολιτών αποτελεί έναν όρο για συμμετοχή στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Όσον αφορά στην ελληνική περίπτωση αποτελεί ένα μέρος ανάμεσα σε ένα σύστημα κοινωνικής ασφάλισης (μοντέλο Bismark) και σε ένα εθνικό σύστημα υγείας (μοντέλο Beveridge).

Η παρατεταμένη πολιτική κρίση, η αποτυχία του κράτους πρόνοιας να προσφέρει λύσεις στα νέα κοινωνικά προβλήματα, η παγκοσμιοποίηση της οικονομίας, η συνεχής αυξητική τάση των δαπανών για την υγεία, η στενότητα των πόρων σε συνδυασμό με τη διεθνή οικονομική ύφεση, οδήγησαν στην ανάγκη επαναπροσδιορισμού της πολιτικής υγείας στον ελληνικό χώρο και στην εφαρμογή στρατηγικών παραγωγικότερης και αποτελεσματικότερης χρήσης των ανθρώπινων και υλικών πόρων.

Ο νόμος 2889/2001 «βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις» επιφέρει σημαντικές μεταβολές στην διαμόρφωση των υπηρεσιών υγείας με την ίδρυση των ΠΕΣΥ, τη διοικητική αυτονομία των νοσοκομείων, τον διορισμό

⁵ «Διατροφή και Υγεία των Ελλήνων, απόψεις και τάσεις στην Ευρωπαϊκή Ένωση», G. Bney, M. Karney, I. Καφάτος, Α. Μαρκατζής

διοικητών στα νοσοκομεία, την αλλαγή του τρόπου προμηθειών, την ολοήμερη λειτουργία των νοσοκομείων, τη δημιουργία γραφείων υποδοχής ασθενών, τμημάτων επειγόντων περιστατικών κ.ά.

Το επιχειρησιακό πρόγραμμα «Υγεία - Πρόνοια» Γ΄ ΚΙΠΣ 2000-2006 σε συνδυασμό με τον Ν. 2889 διαμορφώνουν το πλαίσιο της πολιτικής υγείας στην Ελλάδα και θέτουν τους νέους στόχους για την ανάπτυξη πολιτικής υγείας πιο σύγχρονων και αποτελεσματικών εναρμονισμένων με τις ανάλογες πολιτικές της Ευρωπαϊκής Ένωσης.⁶

2.1 Διατροφική πολιτική στην Ελλάδα και στην Ευρωπαϊκή Ένωση

Η πολιτική υγείας μιας χώρας συγκροτείται από τα μέτρα και τους κανόνες που ρυθμίζουν την παραγωγή, διανομή και κατανάλωση των υπηρεσιών υγείας στον πληθυσμό, με σκοπό τη διασφάλιση και βελτίωση του επιπέδου υγείας του.

Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα αναπτύχθηκε στον χρόνο και επηρεάστηκε από την εξέλιξη της κοινωνίας και των ανθρώπινων αξιών, της ιατρικής, της επιστήμης, της οικονομίας, χωρίς όμως ιδιαίτερο σχεδιασμό και στόχους. Μετά τον Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο έγινε συνειδητή η ανάγκη οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας στις ανεπτυγμένες χώρες με σημαντικό σταθμό τη λειτουργία της Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας (National Health Service ή NHS), το 1948 στη Μ. Βρετανία. Διατροφική πολιτική καλείται το πλέγμα των εκπαιδευτικών, νομοθετικών, οικονομικών και τεχνικών μέτρων που έχουν σαν στόχο την εναρμόνιση των διατροφικών αναγκών του πληθυσμού και της προβλεπόμενης ζήτησης τροφίμων με την προγραμματιζόμενη προσφορά, λαμβάνοντας πάντα υπόψη τις συστάσεις που προκύπτουν από τα επιστημονικά δεδομένα έτσι ώστε να διασφαλίζεται η υγεία του πληθυσμού.⁷

Η διατροφική πολιτική εμπεριέχει την έννοια της διαμόρφωσης διατροφικών προτύπων που θα προλαμβάνουν την εκδήλωση εξαρτώμενων μεταξύ τους διατροφικών νοσημάτων, σε διάκριση με την πολιτική τροφίμων που ασχολείται κυρίως με την εξασφάλιση τροφίμων σε ποικιλία και ποσότητες αντίστοιχες με τις ανάγκες του πληθυσμού. Η διάκριση γίνεται σαφέστερη στις ανεπτυγμένες χώρες όπου τα περισσότερα εξαρτώμενα διατροφικά νοσήματα σχετίζονται με τον υπερσιτισμό και τις ποιοτικές παρεκκλίσεις της διατροφής. Αντίθετα, στις αναπτυσσόμενες χώρες, τα προβλήματα,

⁶ Τριχόπουλος Δ., «Επιδημιολογία. Αρχές, Μέθοδοι, Εφαρμογές», Εκδόσεις Παρισσιανός, Αθήνα 1982.
⁷ Τριχοπούλου Α., Τριχόπουλος Δ., 1986. WHO, 1988.

συνδέονται κυρίως με τον υποσιτισμό και οι διαφοροποιήσεις διατροφικής πολιτικής και πολιτικής τροφίμων είναι πολύ περιορισμένες.⁸

Η ανάγκη διαμόρφωσης πολιτικής τροφίμων, τόσο σε εθνικό, όσο και σε διεθνές επίπεδο, απασχόλησε το πρώτο συνέδριο του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών. Το αποτέλεσμα αυτών των συνεδρίων ήταν η δημιουργία του Οργανισμού Γεωργίας και Τροφίμων (Food and Agriculture Organization - FAO) των Ηνωμένων Εθνών, ένας από τους κύριους στόχους του οποίου είναι η ενθάρρυνση της ανάπτυξης διατροφικής πολιτικής και πολιτικής τροφίμων.

Επιδημιολογικές έρευνες συνηγορούν υπέρ του ότι η πολιτική που απευθύνεται στο γενικό πληθυσμό έχει μακροπρόθεσμα ευεργετικότερα αποτελέσματα από εκείνη που περιορίζει το φάσμα δράσης της στις ομάδες υψηλού κινδύνου. Αυτό δεν αποτελεί την ύπαρξη παράλληλων διατροφικών πολιτικών, τόσο για το γενικό πληθυσμό όσο και για τις ομάδες υψηλού κινδύνου, στις χώρες που οι οικονομικές και άλλες συνθήκες το επιτρέπουν.⁹

Η οργάνωση διατροφικής πολιτικής συνίσταται στον καθορισμό συγκεκριμένων διατροφικών στόχων, τόσο σε επίπεδο τροφίμων, όσο και σε επίπεδο θρεπτικών συστατικών, στον προσδιορισμό των μέτρων που θα πρέπει να ληφθούν για την επίτευξη αυτών των στόχων και στην αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της όλης διαδικασίας. Όσον αφορά τα μέτρα που λαμβάνονται για την επίτευξη των στόχων της διατροφικής πολιτικής, καλό είναι να εξετάζονται εναλλακτικές λύσεις από τις οποίες θα επιλεγεί μία, ενώ οι υπόλοιπες θα μπορέσουν να χρησιμοποιηθούν σε περίπτωση που προκύψει απ' την αξιολόγηση ότι οι αρχική επιλογή δεν είναι και η πρακτικά ενδεικνυόμενη, είτε λόγω μειωμένης αποτελεσματικότητας, είτε λόγω δυσκολιών εφαρμογής της.

Οι στόχοι μιας τέτοιας διατροφικής πολιτικής μπορούν να πραγματοποιηθούν όταν:

- 1) δημιουργούνται και ενθαρρύνονται υγιείς διατροφικές συνήθειες στον πληθυσμό,
- 2) η διατροφική πολιτική στοχεύει σε αυξημένη παραγωγή και κατανάλωση εγχώριων τροφίμων και σε γρήγορη αύξηση του βαθμού αυτάρκειας σε τρόφιμα,
- 3) για λόγους περιφερειακής ανάπτυξης δίνεται προτεραιότητα στη χρησιμοποίηση των πηγών παραγωγής τροφίμων των οικονομικά ασθενέστερων περιοχών της χώρας.¹⁰

⁸ James, 1988 Helsing, 1990 WHO, 1990 James et al. 1992.

⁹ Helsing, 1990

¹⁰ Τριχοπούλου Α., Τριχόπουλος Δ., 1986. WHO, 1988.

Οι διατροφικοί στόχοι εκφράζουν τις επιθυμητές αλλαγές στις διατροφικές προσλήψεις ενός πληθυσμού και διακρίνονται σε στόχους στο επίπεδο θρεπτικών συστατικών και στόχους στο επίπεδο τροφίμων, ώστε να καθορίζονται τελικά οι διατροφικές οδηγίες για τον πληθυσμό.

Το διατροφικό πρότυπο ενός πληθυσμού προσδιορίζεται σε μεγάλο βαθμό και από πλήθος πολιτιστικών παραγόντων και υποκειμενικών αντιλήψεων. Οι διατροφικές οδηγίες προς τον πληθυσμό, σεβόμενη πάντα τις εθνικές και νομικές διατροφικές παραδόσεις του συγκεκριμένου πληθυσμού, στοχεύουν στη διατήρηση ή και την τροποποίηση των διατροφικών αντιλήψεων και συνηθειών του, ώστε να εναρμονιστούν με τα σύγχρονα επιστημονικά δεδομένα περί υγιεινής διατροφής. Συγκεκριμένα οι διατροφικές οδηγίες προς τον πληθυσμό επιδιώκουν¹¹:

- 1) να παρέχουν γενικές κατευθύνσεις σχετικά με τη συχνότητα κατανάλωσης των διαφόρων τροφίμων και ομάδων τροφίμων,
- 2) να αφημερώσουν τον πληθυσμό για το ποια τρόφιμα πρέπει να προτιμά και ποια να αποφεύγει,
- 3) να δώσουν αδρές ποσοτικές κατευθύνσεις για το μέγεθος των μερίδων, τη συχνότητα και τον αριθμό των γευμάτων,
- 4) να ενθαρρύνουν την υιοθέτηση συγκεκριμένων τρόπων μαγειρικής ή συνδυασμό τροφίμων που μεταβάλλουν την ποιοτική σύνθεση της διατροφής,
- 5) να εκπαιδεύσουν τους καταναλωτές έτσι ώστε να εντάξουν αρχές υγιεινής διατροφής στα κριτήρια των αγορών τους,
- 6) να αξιοποιήσουν πολιτιστικές ή θρησκευτικές παραδόσεις που έχουν σχέση με τη διατροφή.

Στο Παράρτημα Α (Σχήμα Α1) παρατίθεται πυραμίδα της πρότυπης παραδοσιακής Μεσογειακής Διατροφής που αποτελεί παράδειγμα διατροφικών οδηγιών σε πληθυσμιακό επίπεδο. Η προσέγγιση της μεσογειακής διατροφής βασίζεται στις διατροφικές παραδόσεις της Κρήτης, της υπόλοιπης Ελλάδας και της Ν. Ιταλίας. Η μεσογειακή διατροφή αποτελεί έναν χαλαρό όρο. Υπάρχουν όμως και κάποια κοινά χαρακτηριστικά στη διατροφή των περισσότερων μεσογειακών λαών. και στο βαθμό που μοιράζονται χαμηλότερους δείκτες θνησιμότητας από σχετιζόμενες με τη διατροφή νόσους. η χαλαρότητα αυτή στον ορισμό αποτελεί πλεονέκτημα καθώς πολλές ποικιλίες της μεσογειακής διατροφής μπορεί να είναι εξίσου ωφέλιμες.

¹¹ WHO, 1988 Nestle, 1992 Ζηλιδης, 1995.

Για την επίτευξη λοιπόν των διατροφικών στόχων λαμβάνονται κάποια μέτρα. Αυτά κατατάσσονται σε τρεις κατηγορίες:

- 1) μέτρα που επηρεάζουν τη διαθεσιμότητα και την κατανάλωση τροφίμων. Αφορούν ένα σύνολο μέτρων που επικεντρώνονται σε θέματα αγροτικής και αλιευτικής πολιτικής, πολιτικής τιμών και επιδότησης τροφίμων, την προβολή και προώθηση νέων προϊόντων και στις νομοθετικές ρυθμίσεις κανονισμών επεξεργασίας τροφίμων και λοιπών θεμάτων που σχετίζονται με τα τρόφιμα,
- 2) μέτρα που αφορούν την επίδραση των τροφίμων στην υγεία. Πρόκειται για νομοθετικές ρυθμίσεις που στοχεύουν στον έλεγχο και τη βελτίωση της ποιότητας και της υγειονομικής κατάστασης των τροφίμων,
- 3) μέτρα που αφορούν στην ενημέρωση και εκπαίδευση του πληθυσμού σε θέματα διατροφής και υγείας. Οι προτιμήσεις των καταναλωτών δεν διαμορφώνονται μόνο με βάση τη διαθεσιμότητα των προϊόντων στην αγορά και το εισόδημά τους. Επηρεάζονται σημαντικά και από άλλες κοινωνικές και πολιτισμικές παραμέτρους. Η τροποποίηση της συμπεριφοράς των καταναλωτών προϋποθέτει από την πλευρά τους τη γνώση και την πρόθεση να επιλέξουν τρόφιμα που συμβάλλουν θετικά στην υγεία τους και από την άλλη πλευρά τη σήμανση τροφίμων κατά τρόπο ορθό και σαφή.¹²

Σε ότι αφορά την ενημέρωση του κοινού, ένα μεγάλο μέρος των πληροφοριών που παρέχονται από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης είτε δεν έχει το απαραίτητο επιστημονικό υπόβαθρο είτε δεν απευθύνεται στο κοινό με τρόπο σαφή και κατανοητό.¹³

Επιπλέον ο όγκος των πληροφοριών που παρέχεται με τη διαφήμιση συχνά επιτείνει τη σύγχυση των καταναλωτών ή και οδηγεί σε παραπληροφόρησή του. Γι' αυτό το λόγο απαραίτητη είναι η ενημέρωση και εκπαίδευση του κοινού από τους υπεύθυνους επιστημονικούς φορείς. Αυτό μπορεί να γίνει είτε στο επίπεδο της κοινότητας, είτε στο πλαίσιο της επίσημης εκπαίδευσης των μαθητών στα σχολεία.

Όσον αφορά την κοινότητα, η ενημέρωση μπορεί να γίνει τόσο με επιστημονικές καμπάνιες, όσο και με ειδικές διατροφικές εκπομπές των μέσων μαζικής ενημέρωσης, ή με την ενημέρωση ομάδων πληθυσμού, που είτε παρουσιάζουν ιδιαίτερες ανάγκες (π.χ. νέοι, υπερήλικες), είτε είναι σε θέση να επηρεάσουν το κοινωνικό σύνολο (γιατροί, δάσκαλοι).

Σχετικά με τη διατροφική εκπαίδευση των μαθητών, που παρουσιάζει το πλεονέκτημα της χρησιμοποίησης ενός έτοιμου εκπαιδευτικού μηχανισμού, φαίνεται πως είναι

¹² Τριχοπούλου Α., Τριχόπουλος Δ., 1986, WHO, 1988.

¹³ Johnson et al. 1985 James et al, 1992

αποτελεσματική όχι μόνο ως προς την άμεση τροποποίηση των διατροφικών συνηθειών των μαθητών αλλά και ως προς την τροποποίηση των συνηθειών των οικογενειών τους.¹⁴

Έρευνα στους τομείς της διατροφής και των τροφίμων: αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση, που επιτρέπει τόσο τη λήψη αποφάσεων που βασίζονται σε πλέον πρόσφατες και τεκμηριωμένες επιστημονικές απόψεις, όσο και τη σωστή ενημέρωση του πληθυσμού.

Η διατροφική πολιτική σχετίζεται με την επιτυχία των στόχων και την ανταπόκριση του πληθυσμού στην εφαρμογή των μέτρων παρέμβασης. Παρακάτω συνίστανται μερικοί παράμετροι για την αξιολόγηση της διατροφικής πολιτικής:

- 1) καταλληλότητα συγκεκριμένης πολιτικής σε σχέση με τον πληθυσμό αναφοράς και τις ανάγκες του,
- 2) επάρκεια των πόρων που διατίθενται για την ανάπτυξη της διατροφικής πολιτικής και των μέτρων που λαμβάνονται για την επίλυση των διατροφικών προβλημάτων,
- 3) η πρόοδος εφαρμογής των μέτρων σε σχέση με το αρχικό χρονοδιάγραμμα,
- 4) αποδοτικότητα των μέτρων, που προσδιορίζεται από τη σχέση των μέσων που χρησιμοποιήθηκαν και των αποτελεσμάτων που επιτεύχθηκαν,
- 5) αποτελεσματικότητα των μέτρων παρέμβασης που προσδιορίζεται από την επίτευξη των στόχων που τέθηκαν αρχικά, και
- 6) η επίπτωση της πολιτικής που εφαρμόστηκε στην υγεία του πληθυσμού.

Η πραγματοποίηση της αξιολόγησης της διατροφικής πολιτικής, προϋποθέτει την ύπαρξη αξιόπιστου συστήματος διατροφικής εποπτείας, το οποίο θα παρέχει πληροφορίες σχετικά με μια σειρά από παράγοντες, όχι μόνο πριν την υιοθέτηση της συγκεκριμένης διατροφικής πολιτικής αλλά κατά τη διάρκεια της εφαρμογής της. Έτσι, επιβάλλεται η συνεχής παρακολούθηση της εξέλιξης των διατροφικών συνηθειών του πληθυσμού, της κατάστασης της υγείας του, των κοινωνικών και οικονομικών παραμέτρων που επηρεάζονται από την εφαρμογή της διατροφικής πολιτικής και του βαθμού στον οποίο εφαρμόζονται τα μέτρα παρέμβασης.

Από την άλλη πλευρά θέση παίρνει και η Ευρωπαϊκή Ένωση, της οποίας η κάθε κοινότητα αποβλέπει στη βελτίωση της δημόσιας υγείας και την πρόληψη της ανθρώπινης ασθένειας σε όλες τις μορφές της, καθώς και στην επισήμανση των πηγών κινδύνου για την ανθρώπινη υγεία. Υποστηρίζει λοιπόν τις πρωτοβουλίες των κρατών - μελών της όσον αφορά στην προώθηση της έρευνας, της πληροφόρησης και της παιδείας σε θέματα υγείας.

¹⁴ <http://thesis.ekt.gr/12/98>

Οι ευρωπαϊκές δημόσιες υπηρεσίες υγείας αντιμετωπίζουν έναν αριθμό κοινών προκλήσεων που σχετίζονται με τις δημογραφικές εξελίξεις (γήρανση πληθυσμών), την τεχνολογική ανάπτυξη, την εξέλιξη των μεθόδων επεξεργασίας και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής και του μορφωτικού επιπέδου των πολιτών. Αυτές οι τάσεις θέτουν σημαντικές απαιτήσεις σε θέματα υπηρεσιών υγείας και μεγαλώνουν την πίεση για την εξεύρεση λύσεων.

Παρόλο που τα θέματα υγείας περιέχονται στις συνθήκες από τις αρχές της ευρωπαϊκής οικοδόμησης, μόνο μετά τη συνθήκη του Μάαστριχτ κατόρθωσε η κοινότητα να εφαρμόσει πραγματική στρατηγική στον τομέα της δημόσιας υγείας. Με τη συνθήκη του Άμστερνταμ, οι τομείς συνεργασίας μεταξύ των κρατών - μελών επεκτάθηκαν σε όλες τις πηγές κινδύνου για την ανθρώπινη υγεία και τα κοινοτικά μέτρα εφαρμόζονται σε διάφορους τομείς, όπως ο καρκίνος, η τοξικομανία, τα ντόπινγκ, οι μεταδοτικές ασθένειες κ.ά.

Πριν την ισχύ της συνθήκης του Άμστερνταμ, η προστασία της υγείας αποτελούσε συνιστώσα λοιπών πολιτικών της κοινότητας (όπως η ενιαία αγορά, η προστασία των καταναλωτών, η κοινωνική προστασία, η απασχόληση, το περιβάλλον). Κατόπιν τροποποιήσεων, θεσπίζονται σημαντικές αλλαγές με τα άρθρα 3 και 152 ΣΕΚ τα οποία καθιστούν απαραίτητη μια νέα στρατηγική. Συγκεκριμένα το άρθρο 152 δίνει έμφαση στον αντίκτυπο των κοινοτικών πολιτικών στην υγεία και διευρύνει το πεδίο εφαρμογής της κοινοτικής δράσης, υπογραμμίζοντας ότι κατά τον καθορισμό και την εφαρμογή όλων των κοινοτικών πολιτικών και δράσεων πρέπει να εξασφαλίζεται υψηλό επίπεδο προστασίας της ανθρώπινης υγείας.¹⁵

Οι γενικοί στόχοι είναι η βελτίωση της δημόσιας υγείας, η πρόληψη ασθενειών και η καταπολέμηση των συνθηκών εκείνων που κρίνονται επικίνδυνες για την ανθρώπινη υγεία έχοντας ως στόχο την εξασφάλιση υψηλής ποιότητας και οικονομικά βιώσιμων υπηρεσιών υγείας. Η επίτευξη των στόχων της Ε.Ε. σε θέματα υγείας πραγματοποιείται με την ανταλλαγή εμπειριών και πληροφοριών, την έρευνα, την ανάλυση και την παραγωγή νομοθετικού έργου.

Πιο συγκεκριμένα οι στόχοι αφορούν:

- 1) στην προώθηση ενός υγιεινού τρόπου ζωής,
- 2) στην πρόληψη και καταπολέμηση μεταδοτικών νοσημάτων,
- 3) στην προώθηση γενικής δημόσιας υγείας αναφορικά με ασθένειες

¹⁵ Worthington-Roberts B.S., Rodwell-Williams S., "Nutrition throughout the life circle". Mc Graw-Hill, Companies. 3th edition, USA, 1996.

- 4) στην παρακολούθηση και ανάλυση της εξέλιξης της κατάστασης της υγείας στα κράτη - μέλη της Ε.Ε.,
- 5) στην εξασφάλιση τήρησης βασικών αρχών της πολιτικής υγείας (ασφάλεια, ποιότητα κ.λπ.) κατά την εφαρμογή άλλων ευρωπαϊκών πολιτικών.

Οι καταναλωτές αποτελούν μέρος της συνθήκης αφού έχουν δικαιώματα όπως το δικαίωμα στην προστασία της υγείας και της ασφάλειας, το δικαίωμα στην αποκατάσταση των ζημιών, το δικαίωμα στην πληροφόρηση και στην εκπαίδευση καθώς και το δικαίωμα στην εκπροσώπηση.

Ουσιαστική πρόοδος στην πολιτική για την προστασία των καταναλωτών διαπιστώνεται με την προοπτική της ενιαίας αγοράς και την αύξηση του εμπορίου. Ο ρόλος της Ε.Ε. είναι η προστασία των καταναλωτών σε θέματα ασφάλειας, υγείας, οικονομικών και νομικών δικαιωμάτων τους και η προώθηση του δικαιώματος για πληροφόρηση και ενημέρωση.

Στο πλαίσιο αυτό εγκρίθηκε το «σχέδιο δράσης για την πολιτική σχετικά με την προστασία των καταναλωτών», το οποίο ορίζει τρεις μεγάλους τομείς:

- 1) εκπροσώπηση και εκπαίδευση των καταναλωτών,
- 2) αξιοποίηση επιστημονικών ευρημάτων και η ενιαία ανάλυση των κινδύνων σχετικά με την υγεία και ασφάλεια των καταναλωτών,
- 3) οικονομικά συμφέροντα των καταναλωτών.

Η πολιτική υγείας της Ε.Ε. αποτελεί χαρακτηριστικό παράδειγμα της δυναμικής της ευρωπαϊκής ολοκλήρωσης. Σήμερα τα μέτρα στήριξης της ευρωπαϊκής πολιτικής για την υγεία καθορίζονται από κοινού από το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο και το Συμβούλιο. Έτσι εξασφαλίζεται ότι το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο και η Κοινοβουλευτική Ομάδα ΕΑΚ-ΕΔ διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση της ευρωπαϊκής πολιτικής για την υγεία.

Η ευρωπαϊκή πολιτική για την υγεία είναι προσανατολισμένη στην πρόληψη ασθενειών και νόσων. Βασίζεται σε μια προσέγγιση που επικεντρώνεται στην προώθηση της υγείας. Στόχος αυτής της προσέγγισης είναι η διάδοση ενός υπεύθυνου τρόπου ζωής.

Επιπλέον προτείνει την ίδρυση ενός αποτελεσματικού ευρωπαϊκού κέντρου παρακολούθησης της υγείας, ώστε να αναπτυχθεί ένα υψηλής ποιότητας σύστημα συγκέντρωσης πληροφοριών για την υγεία.

Όσον αφορά το ζήτημα της υγιεινής θεωρείται ότι η υγιεινή και η ασφάλεια των τροφίμων αποτελούν αναπόσπαστο κομμάτι της πολιτικής της Ε.Ε. για την προστασία των καταναλωτών και για την υγεία.

Τα είδη διατροφής βρίσκονται στο επίκεντρο του ευρωπαϊκού πολιτισμού και έχουν μεγάλη σημασία τόσο από οικονομική άποψη όσο και για τη δημόσια υγεία. Η κοινοτική δράση είναι απαραίτητη ώστε να διασφαλίζει ότι τα προϊόντα που καταναλώνει κάθε πολίτης, από το ένα άκρο της Ευρώπης στο άλλο, είναι από τα ασφαλέστερα στον κόσμο. Είναι σημαντικό να ενισχυθούν ή να δημιουργηθούν εναρμονισμένες προδιαγραφές ασφάλειας και να θεσπιστούν μέτρα ελέγχου τους. Προτείνεται η βελτίωση των όρων υγιεινής και μείωση των υαρχόντων ρύπων, ενισχύοντας την ανίχνευση σε όλο το φάσμα της τροφικής αλυσίδας, από την παραγωγή ως τον τελικό καταναλωτή, σύμφωνα με την αρχή «από το χωράφι στο πιάτο». Βασικό στοιχείο αποτελεί η σωστή ενημέρωση του καταναλωτή. Πρέπει να είναι σε θέση να επιλέγουν κατόπιν ενημέρωσης και να ασκούν ελεύθερα τη βούλησή τους, βάση σαφών, ορθών και ασφαλών πληροφοριών.

Προτεραιότητα λοιπόν αποτελεί η ενημέρωση των καταναλωτών με στόχο τη διάδοση ορθών διατροφικών πρακτικών. Σε κάθε σπίτι, η υγιεινή, η σωστή συντήρηση των προϊόντων, η ισορροπημένη διαίτα και η απαραίτητη ημερήσια πρόσληψη θρεπτικών ουσιών αποτελούν εγγυήσεις ασφαλούς διατροφής.

Είτε γίνεται αναφορά στην πολιτική υγείας στην Ελλάδα, είτε στην πολιτική υγείας στην Ε.Ε., κάθε πολίτης είναι δυνάμει καταναλωτής. Ο ενημερωμένος καταναλωτής βρίσκεται σε πλεονεκτικότερη θέση, επομένως, η επισήμανση των προϊόντων αποτελεί σημαντικό εργαλείο. Οι Ευρωπαίοι πολίτες από την Αθήνα ως το Δουβλίνο και από το Ελσίνκι ως τη Μαδρίτη, πρέπει να είναι σε θέση να λαμβάνουν τις ίδιες πληροφορίες από το ένα άκρο της Ευρώπης στο άλλο, και έτσι να μπορούν να επιλέγουν. Όσον αφορά τα τρόφιμα (συστατικά του προϊόντος, ημερομηνία λήξης, τιμή κιλού, τιμή τεμαχίου κ.λπ.), τη διαφήμιση (απαγόρευση παραπλανητικών διαφημίσεων και παρακολούθηση συγκριτικής διαφήμισης), τις εγγυήσεις των προϊόντων και τις ταχυδρομικές παραγγελίες (προθεσμίες υπαναχώρησης, όροι παράδοσης κ.λπ.), η ομάδα του ΕΛΚ-ΕΔ είναι υπέρ της ορθολογικής και χρήσιμης πληροφόρησης.

Επίσης υποστηρίζει τα προγράμματα ενημέρωσης και απευθύνονται στους ίδιους τους καταναλωτές, ώστε να γνωρίζουν τα δικαιώματά τους και τα μέσα που διαθέτουν για την προάσπιση των δικαιωμάτων αυτών, ιδίως το δικαίωμα στην προστασία της υγείας και της ασφάλειας και το δικαίωμα στην πληροφόρηση και την ενημέρωση, με ιδιαίτερη έμφαση στην πρακτική προσέγγιση της βιώσιμης κατανάλωσης.¹⁶

¹⁶ Δρούμπαλης Φ., «Σύγχρονες Μονάδες Υγείας», (πανεπιστημιακές σημειώσεις). Καλαμάτα 2005

2.2 Εφαρμογές του συστήματος HACCP και διασφάλιση της ποιότητας στη διατροφική βιομηχανία.

Η βιομηχανία τροφίμων πιστεύει ότι όλες οι επιχειρήσεις παραγωγής ή εμπορίας τροφίμων, ανεξάρτητα απ' το μέγεθος τους, τη γεωγραφική τους θέση ή τη συμμετοχή τους στην αλυσίδα διατροφής (από την πρωτογενή παραγωγή μέχρι τον τελικό καταναλωτή) οφείλουν να εφαρμόζουν τους ίδιους αυστηρούς κανόνες για την υγιεινή και την ασφάλεια των τροφίμων.

Η Ευρωπαϊκή Ένωση, θέλοντας να διασφαλίσει ότι τα προϊόντα τα οποία παράγονται ή διακινούνται στα κράτη - μέλη της, θα είναι απόλυτα υγιεινά και ασφαλή για τον καταναλωτή, θεσπίζει συνεχώς σχετικές νομοθεσίες που δημιουργούν ιδιαίτερες υποχρεώσεις στις επιχειρήσεις τροφίμων και στις Αρχές Ελέγχου της κάθε χώρας.

Στα πλαίσια αυτής της πρακτικής, δημοσίευσε την οδηγία 93/43/ΕΟΚ με την οποία ζητά απ' τις επιχειρήσεις τροφίμων την εφαρμογή οδηγιών ορθής υγιεινής πρακτικής σε συνδυασμό με το σύστημα διασφάλισης της παραγωγής υγιεινών προϊόντων της επιχείρησης.

Το HACCP είναι μια μεθοδολογία που εφαρμόζεται υποχρεωτικά και οδηγεί σ' ένα σύστημα που διασφαλίζει την παραγωγή υγιεινών προϊόντων, μέσω του εντοπισμού και της εξάλειψης των κινδύνων που μπορεί να προέρχονται από πρώτες ύλες, διαδικασίες, στάδια ή κατεργασίες κατά την παρασκευή, αποθήκευση ή χρήση των τροφίμων. Οι κίνδυνοι αυτοί αν δεν προβλεφθούν, απειλούν να θέσουν σε κίνδυνο την υγεία του καταναλωτή. Η ευθύνη της βιομηχανίας είναι να εντοπίσει τους κινδύνους, να προβλέψει την εμφάνισή τους και να εφαρμόσει τα μέτρα, που θα τους εξαλείψουν.

Οι οδηγοί ορθής υγιεινής είναι εγχειρίδια που περιγράφουν σε ολοκληρωμένη μορφή αφενός τους κινδύνους που απειλούν τα τρόφιμα, αφετέρου τα ελάχιστα μέτρα υγιεινής που θα πρέπει να εφαρμόζουν οι επιχειρήσεις τροφίμων, προκειμένου να προστατεύσουν την υγιεινή των προϊόντων τους. Η αυστηρότητα στην εφαρμογή και την τήρηση αυτών των οδηγιών συνδυάζεται άμεσα με τις μελέτες HACCP και αποτελεί βασικό προαπαιτούμενο για την αποτελεσματικότητα των μέτρων που προκύπτουν από τις μελέτες HACCP. Βασικοί κλάδοι όπου εφαρμόζονται οι αρχές HACCP, είναι αυτοί που απασχολούνται με:

- 1) την παραγωγή ζωικών και γαλακτοκομικών προϊόντων,
- 2) την επεξεργασία και συσκευασία φρούτων και λαχανικών,
- 3) την παραγωγή προϊόντων αρτοποιίας και ζαχαροπλαστικής.

- 4) την εμφιάλωση,
- 5) τους χώρους εστίασης,
- 6) την αποθήκευση, διακίνηση και εμπορία ειδών διατροφής.

Αρμόδιος φορέας ελέγχου των αρχών HACCP για την ελληνική επικράτεια είναι ο ΕΦΕΤ (Ενιαίος Φορέας Ελέγχου Τροφίμων), νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου.

Είδη κινδύνων για τα τρόφιμα είναι:

- α) μικροβιολογικοί (βακτήρια, ιοί, παράσιτα),
- β) χημικοί (τοξικές ουσίες, αντιβιοτικά, συντηρητικά).
- γ) φυσικοί (γυαλί, ξύλο, πλαστικό, μεταλλικά αντικείμενα κ.ά.)

Οι κυριότερες πηγές προέλευσης κινδύνου είναι οι χώροι και το περιβάλλον της επιχείρησης, το προσωπικό και οι χειρισμοί, ο εξοπλισμός, οι πρώτες ύλες, η επεξεργασία των τροφίμων και το νερό χρήσης.

Είναι αρκετά σημαντικό να κατανοήσουμε ότι η ανεπαρκής εκπαίδευση του προσωπικού αποτελεί την κυριότερη αιτία εμφάνισης των κινδύνων που οφείλονται σε αυτό και ακόμη ότι οι επιμολύνσεις των τροφίμων στη μαζική εστίαση οφείλονται, σε ποσοστό μεγαλύτερο του 35%, σε λανθασμένους χειρισμούς του προσωπικού.

Για τη διασφάλιση της ασφάλειας των παραγόμενων τροφίμων είναι απαραίτητη:

- 1) οι έλεγχοι των τροφίμων και των υλικών συσκευασίας,
- 2) ο εργαστηριακός έλεγχος των πρώτων υλών, ενδιάμεσων και τελικών προϊόντων με βάση το δειγματοληπτικό σχέδιο,
- 3) εργαστηριακός έλεγχος του νερού χρήσης,
- 4) ο έλεγχος της αποτελεσματικότητας καθαρισμού και απολύμανσης σκευών και επιφανειών,
- 5) ο έλεγχος τήρησης κατάλληλων χρόνων θέρμανσης, επανθέρμανσης, ψύξης και διατήρησης των ετοιμών προϊόντων,
- 6) ο έλεγχος του αέρα στους χώρους επεξεργασίας και προετοιμασίας των τροφίμων,
- 7) ο έλεγχος της υγείας του προσωπικού και τέλος,
- 8) ο έλεγχος της αποτελεσματικότητας των μυοκτονιών και των εντομοκτονιών.

Τα αποτελέσματα των παραπάνω ελέγχων πρέπει να καταγράφονται αλλά και να τηρούνται τα αντίστοιχα αρχεία.

Τα προβλήματα που προκύπτουν από την εφαρμογή του συστήματος HACCP και αποτυπώνονται στα ευρήματα των επιθεωρήσεων, τόσο των αρμόδιων αρχών όσο και των φορέων πιστοποίησης, αφορούν την πληρότητα της τεκμηρίωσης του συστήματος αλλά και την ορθότητα και επάρκεια της μελέτης. Κύριες αποκλίσεις, ως προς την τεκμηρίωση,

παρατηρούνται στον έλεγχο και τη διανομή εγγράφων, στη ορθή και συνεχή τήρηση των απαραίτητων αρχείων καθώς και στην παρακολούθηση των κρίσιμων σημείων ελέγχου που έχουν καθοριστεί από την μελέτη HACCP, στην διενέργεια και καταγραφή των ευρημάτων των εσωτερικών επιθεωρήσεων και στην τεκμηρίωση της διερεύνησης των παραπόνων πελατών και της λήψης των κατάλληλων διορθωτικών ενεργειών. Επίσης, στις περιπτώσεις που προϋπάρχει του συστήματος HACCP κάποιο άλλο σύστημα ποιότητας (π.χ. ISO 9001), δεν έχουν πραγματοποιηθεί οι κατάλληλες διεργασίες ενσωμάτωσης με αποτέλεσμα τη δυσλειτουργία και των δύο συστημάτων. Τέλος, σοβαρές και πολυάριθμες αποκλίσεις παρατηρούνται στον τομέα της ταυτοποίησης των παρτίδων - προϊόντων με αποτέλεσμα να παρατηρούνται προβλήματα κατά την ανάκλησή τους από την αγορά.

Σε ό,τι αφορά την ορθότητα της μελέτης HACCP, αποκλίσεις παρατηρούνται ως προς την σωστή επιλογή των κρίσιμων σημείων και ως προς την θέσπιση κατάλληλων κρίσιμων ορίων και προληπτικών μέτρων. Παρατηρούνται αδυναμίες ως προς την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της επαλήθευσης - επικύρωσης του συστήματος και κατά την εφαρμογή των διορθωτικών ενεργειών.

Η ελλιπής συντήρηση, η παλαιώση και η ανεπάρκεια του εξοπλισμού και των εγκαταστάσεων δημιουργεί προβλήματα επιμολύνσεων και λανθασμένων πρακτικών, ενώ η ανεπαρκής εκπαίδευση και η συχνή εναλλαγή του προσωπικού επιτείνει τα παραπάνω προβλήματα.

Οι οδηγοί ορθής υγιεινής είναι:

- 1) γενικής ή κλαδικής εφαρμογής,
- 2) συντάσσονται με ευθύνη και πρωτοβουλία του σχετικού κλάδου της βιομηχανίας, σε συνεργασία με τους άλλους φορείς,
- 3) προτείνονται στις αρμόδιες αρχές για επικύρωση και
- 4) αποτελούν απαραίτητη προϋπόθεση για την αποτελεσματικότητα των μέτρων που καθορίζονται από τις μελέτες HACCP.

Οι μελέτες HACCP και οι οδηγοί υγιεινής εφαρμόζονται σήμερα σε όλα τα στάδια της παραγωγικής διαδικασίας από την υπεύθυνη και οργανωμένη βιομηχανία. Για την πλήρη αποτελεσματικότητά τους πρέπει να εφαρμόζονται, όχι μόνο απ' όλη την ελληνική βιομηχανία τροφίμων αλλά και σ' όλη την αλυσίδα διατροφής.

Η αποκατάσταση της εμπιστοσύνης του καταναλωτή στα τρόφιμα χρειάζεται συντονισμένη προσπάθεια απ' τους εμπλεκόμενους και κυρίως από τις Αρμόδιες Αρχές, οι οποίες είναι απαραίτητο:

- α) να συνεργαστούν αποτελεσματικά μεταξύ τους, όχι μόνο στη θέσπιση αλλά και στην εφαρμογή της νομοθεσίας, που καθορίζει το πλαίσιο για την υγιεινή και ασφάλεια των τροφίμων και
- β) να ορίσουν σε όλα τα κράτη - μέλη ενιαία κριτήρια, προδιαγραφές καθώς και κοινές μεθόδους ελέγχων για κάθε κλάδο, σε κάθε στάδιο της αλυσίδας διατροφής.

Η βιομηχανία τροφίμων διαβεβαιώνει τους καταναλωτές με απόλυτο και κατηγορηματικό τρόπο ότι:

- 1) λαμβάνει όλα τα αναγκαία και απαραίτητα μέτρα, ώστε τα προϊόντα της να ικανοποιούν τις υψηλότερες προδιαγραφές ασφάλειας και ποιότητας,
- 2) διασφαλίζει την πλήρη συμμόρφωσή της στην παραγωγή των προϊόντων με τη νομοθεσία και
- 3) δεσμεύεται σε ανοικτή και εποικοδομητική συνεργασία με όλους τους φορείς.

Η δέσμευσή της έχει βαρύτητα γιατί έχει κοινό συμφέρον με τον καταναλωτή: εκείνος προστατεύει την υγεία του και η βιομηχανία το όνομά της.

2.3 Προγράμματα ποιοτικού ελέγχου τροφίμων

Ποιοτικός ονομάζεται ο έλεγχος ο οποίος φροντίζει ειδικά και γενικά για την ασφάλεια των τροφίμων, επεξεργάζεται τις πρώτες ύλες και παρακολουθεί την πορεία του προϊόντος μέχρι την τελική του φάση, η οποία αποτελεί τη συσκευασία του, την πώλησή του και τέλος την άφιξή του στα χέρια του καταναλωτή.

Ο ποιοτικός έλεγχος μπορεί να εφαρμοστεί και να παρακολουθηθεί μέσω προγραμμάτων ελέγχου τροφίμων και αυτά τα προγράμματα χωρίζονται σε δύο κατηγορίες:

- α) τα κοινοτικά και
- β) τα εθνικά προγράμματα παρακολούθησης

Τα κοινοτικά προγράμματα παρακολούθησης αναφέρονται στον επίσημο έλεγχο των τροφίμων, έχουν εφαρμογή σ' όλες τις χώρες - μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, συστήνονται από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή και υλοποιούνται - συντονίζονται από τις αρμόδιες εθνικές αρχές.

Αφορούν λοιπόν:

- 1) στη συμμόρφωση με την Κοινοτική Νομοθεσία.
- 2) την προστασία υγείας των Ευρωπαίων Καταναλωτών κατά το τμήμα της που εξαρτάται από την ασφάλεια των τροφίμων,
- 3) την προστασία των οικονομικών συμφερόντων των Ευρωπαίων Καταναλωτών,
- 4) την προστασία των δυνάμεων του υγιούς εμπορίου στην ευρωπαϊκή αγορά τροφίμων.

Από την άλλη μεριά, τα εθνικά προγράμματα παρακολούθησης αναφέρονται στον επίσημο έλεγχο των τροφίμων, έχουν εφαρμογή στην Ελλάδα, συντονίζονται - υλοποιούνται από τον Ενιαίο Φορέα Ελέγχου Τροφίμων ή άλλες αρμόδιες εθνικές αρχές.

Αυτά τα προγράμματα αφορούν:

- 1) τη συμμόρφωση με την Ελληνική και Κοινοτική Νομοθεσία,
- 2) την προστασία υγείας των Ελλήνων Καταναλωτών κατά το τμήμα της που εξαρτάται από την ασφάλεια των τροφίμων,
- 3) την προστασία των οικονομικών συμφερόντων των Ελλήνων Καταναλωτών,
- 4) την προστασία των δυνάμεων του υγιούς εμπορίου στην ελληνική αγορά τροφίμων.¹⁷

Μερικά προγράμματα που συντόνισε - υλοποίησε ο ΕΦΕΤ ήταν για το 2000. το 1^ο πρόγραμμα παρακολούθησης για τον έλεγχο παρουσίας γενετικά τροποποιημένων οργανισμών σε τρόφιμα και συστατικά τροφίμων για την εφαρμογή των κανονισμών ΕΚ 258/97, 1139/98, 49/2000 και 50/2000.

Πρόγραμμα για την παρακολούθηση της συμμόρφωσης με τους κοινοτικούς κανόνες για την επισήμανση ορισμένων τροφίμων τα οποία πιθανόν να περιέχουν συστατικά, τα οποία με τη σειρά τους είναι πιθανόν να περιέχουν, να αποτελούνται ή να παράγονται από γενετικά τροποποιημένους οργανισμούς (ΓΤΟ), σε συμμόρφωση με τη Σύσταση της Επιτροπής της 25^{ης} Ιανουαρίου 2002 για ένα συντονισμένο πρόγραμμα για τον επίσημο έλεγχο των τροφίμων το 2002.

▪ Πρόγραμμα παρακολούθησης βιολογικών προϊόντων (Έτος 2002)

Ένα πρόσφατο κοινοτικό πρόγραμμα δράσης στον τομέα της υγείας και της προστασίας των καταναλωτών (2007-2013) είναι η πρόταση απόφασης του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου για την θέσπισή του.

¹⁷ <http://www.ekt.gr>

Η πρόταση αυτή αφορά τις πολιτικές και τα προγράμματα για τη δημόσια υγεία και την προστασία των καταναλωτών εντός ενιαίου πλαισίου με στόχο την αύξηση της αποτελεσματικότητας της πολιτικής της Ευρωπαϊκής Ένωσης για τους πολίτες. Η πολιτική υγείας και η πολιτική προστασίας των καταναλωτών έχουν πολλούς κοινούς στόχους και χρησιμοποιούν πολλές παρόμοιες ενέργειες. Αποτέλεσμα αυτής της ένωσης θα ενισχύσει τη συνοχή μεταξύ των πολιτικών, την επίτευξη εξοικονόμησης κλίμακας και την αύξηση της προβολής.

Στόχος λοιπόν της πρότασης είναι η θέσπιση κοινοτικού προγράμματος δράσης στον τομέα της υγείας και της προστασίας των καταναλωτών για την περίοδο από την 1^η Ιανουαρίου 2007 έως 31 Δεκεμβρίου 2013. Πρόκειται ν' αντικαταστήσει τα προγράμματα που υπάρχουν στον τομέα της δημόσιας υγείας και της πολιτικής για τους καταναλωτές.

Το πρόγραμμα χωρίζεται σε τρεις δέσμες. Στην πρώτη περιλαμβάνονται οι κοινοί στόχοι και οι ενέργειες στον τομέα της υγείας και της προστασίας των καταναλωτών, ενώ στις άλλες δύο εξετάζονται οι στόχοι και τα ειδικά μέτρα στους δύο τομείς.

Δέσμη 1^η: κοινοί στόχοι και ενέργειες στον τομέα της υγείας και της προστασίας των καταναλωτών.

Το πρόγραμμα συμπληρώνει και στηρίζει τις πολιτικές των κρατών - μελών, και συμβάλλει στη βελτίωση της υγείας και της ασφάλειας καθώς και της προστασίας των οικονομικών συμφερόντων των πολιτών.

Δέσμη 2^η: ειδικοί στόχοι και ενέργειες στον τομέα της υγείας.

Η πρόταση αποσκοπεί στη βελτίωση της κατάστασης υγείας των πολιτών καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής τους, στο να προωθήσει την υγεία ως ανθρώπινο δικαίωμα και να ενθαρρύνει τις επενδύσεις στην υγεία και την επίτευξη τεσσάρων κύριων στόχων:

- **Προστασία των πολιτών από τις απειλές για την υγεία:**

Αυτός ο στόχος συμβάλλει στην ενίσχυση της παρακολούθησης και του ελέγχου των απειλών για την υγεία, κυρίως από τις μεταδοτικές ασθένειες, και με τη δημιουργία νέας δέσμης για τη βελτίωση της ικανότητας αντίδρασης στις απειλές για την υγεία, συμπεριλαμβανομένης και της διαχείρισης των κινδύνων.

- **Προώθηση των πολιτικών που οδηγούν σε έναν πιο υγιεινό τρόπο ζωής:**

Για να ευνοηθεί η υγεία στην πρόταση προβλέπεται η υποστήριξη της προετοιμασίας, της εκπόνησης και της υλοποίησης δραστηριοτήτων, στρατηγικών και μέτρων σχετικά με τους δείκτες της υγείας, κυρίως αυτών που σχετίζονται με τον τρόπο ζωής, με τις εξαρτήσεις, καθώς και με τους κοινωνικοοικονομικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες στο πλαίσιο της δέσμης «καθοριστικοί συντελεστές».

- **Συμβολή στη μείωση των επιπτώσεων σοβαρών νόσων:**

Σε συντονισμό με τις εργασίες που αφορούν τους καθοριστικούς συντελεστές της υγείας, το πρόγραμμα έχει ως στόχο τη δημιουργία νέας δέσμης για την υλοποίηση ενεργειών με στόχο τις σοβαρές νόσους που παρουσιάζουν ειδική σημασία.

- **Βελτίωση της απόδοσης και της αποτελεσματικότητας των συστημάτων υγείας** για τη δημιουργία νέας δέσμης για την υλοποίηση συνεργιών μεταξύ των εθνικών συστημάτων υγείας (ΕΣΥ), με τη διευκόλυνση κυρίως της αγοράς και της προσφοράς διαμεθοριακής υγειονομικής περίθαλψης. Η βελτίωση πληροφοριών και γνώσεων στον τομέα της υγείας θα συμβάλλει στην υλοποίηση όλων αυτών των στόχων.

Στο νέο πρόγραμμα ενοποιούνται οι τρεις δέσμες δράσης του παρόντος προγράμματος δημόσιας υγείας («η παρακολούθηση απειλών», «καθοριστικοί συντελεστές» και «πληροφόρηση») και δημιουργούνται έτσι τρεις νέες δέσμες: «αντίδραση στις απειλές», «πρόληψη των νόσων και των τραυματισμών» και «επίτευξη συνεργιών ανάμεσα στα εθνικά συστήματα υγείας». Οι ανισότητες στον τομέα υγείας, η γήρανση και η υγεία των παιδιών θα είναι τα θέματα που θα αποτελούν το υπόβαθρο όλων των δραστηριοτήτων στο πλαίσιο των διαφόρων δεσμών.

Δέση 3^η: ειδικοί στόχοι και μέτρα για την προστασία των καταναλωτών.

Στόχος της πρότασης είναι η εξασφάλιση για όλους τους καταναλωτές της ένωσης υψηλού επιπέδου προστασίας από τους κινδύνους και τις απειλές για την ασφάλειά τους και για τα οικονομικά τους συμφέροντα και για την ανάπτυξη της ικανότητας των παραγωγών να υπερασπίζονται τα συμφέροντά τους.

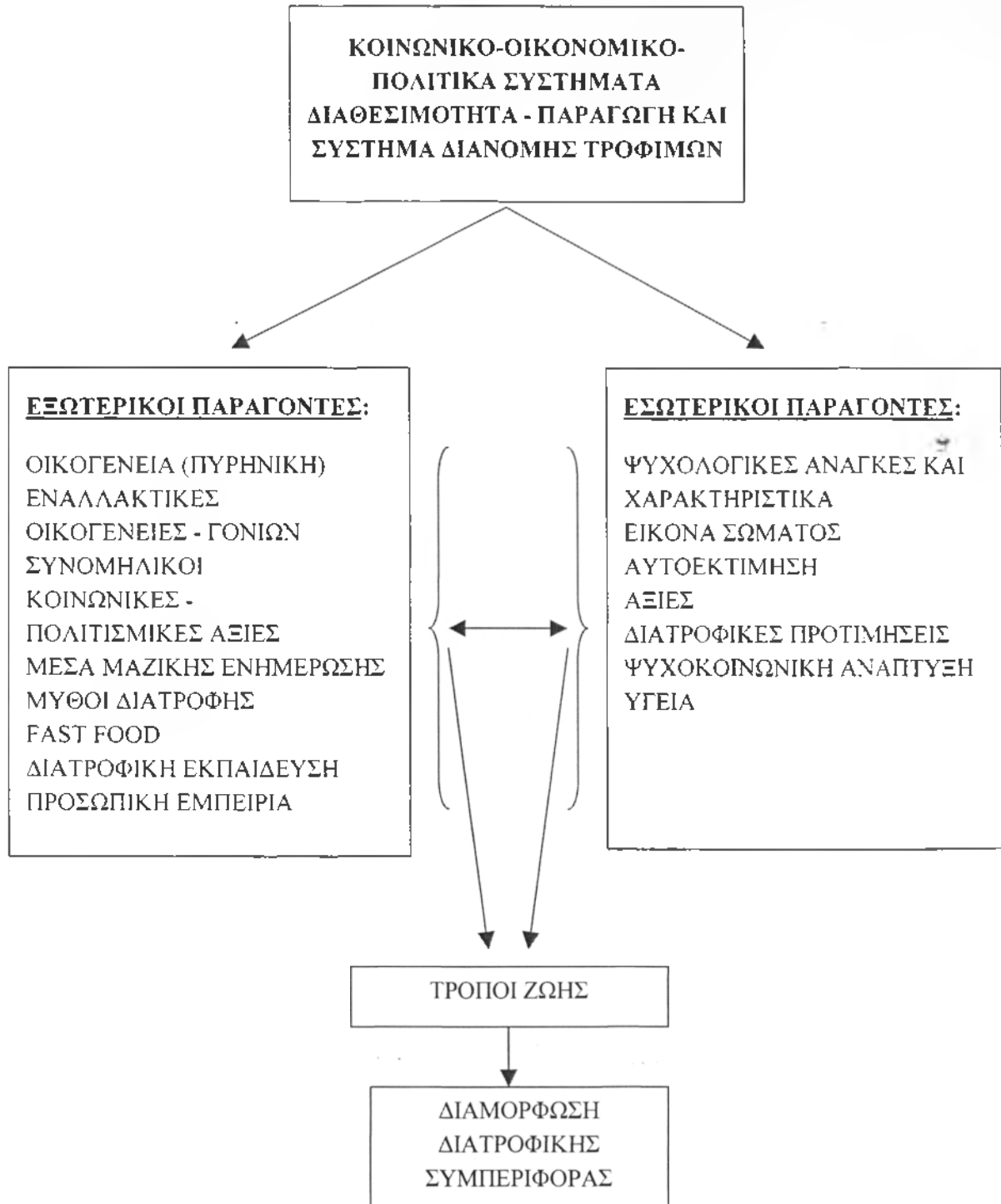
Η επιτροπή θα φροντίσει να αξιολογηθεί το πρόγραμμα τρία έτη μετά την έναρξή του καθώς και κατά τη λήξη του.¹⁸

Με τις πολιτικές υγείας και προστασίας των καταναλωτών επιδιώκονται κοινοί στόχοι, κυρίως η προστασία απ' τους κινδύνους, η βελτίωση των αποφάσεων των πολιτών και η ενσωμάτωση των συμφερόντων που αφορούν την υγεία και την προστασία των καταναλωτών. Μοιράζονται από κοινού τα ίδια μέσα, όπως η επικοινωνία, η ενίσχυση δυνατοτήτων της κοινωνίας των πολιτών καθώς και η προώθηση της διεθνούς συνεργασίας. Οι δύο πολιτικές καλύπτουν ορισμένα θέματα, όπως η διατροφή, η παχυσαρκία και το κάπνισμα. Με την ένωση αυτών των κοινών στόχων και μέσων θα καταστεί δυνατή η αποτελεσματικότερη και αποδοτικότερη πραγματοποίηση δραστηριοτήτων που αφορούν τόσο την υγεία όσο και την προστασία των καταναλωτών.

¹⁸ <http://www.ekt.gr>

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Διατροφικές Ειδήσεις και Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης



Σχεδιάγραμμα 3.1: Σχηματική παράσταση των παραγόντων που επηρεάζουν τις διατροφικές συνήθειες των εφήβων (Farthing MC, "Current eating patterns of adolescents in the United States", Nutrition Today, 1991).

Τα μέσα μαζικής ενημέρωσης παίζουν καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση των διατροφικών συνηθειών του εφήβου. Η διαφήμιση συντελεί στη δημιουργία καταναλωτικής συμπεριφοράς, μέσω διάφορων εργαλείων που βρίσκονται στη διάθεση των διαφημιστών, όπως: εικόνα, ήχος, κίνηση, χρώμα, γραπτός και προφορικός λόγος, ψυχολογία, έρευνα αγοράς, κ.ά. Το πρόβλημα, όμως, με τη διαφήμιση είναι ότι σπάνια προβάλλει την πραγματική θρεπτική αξία του τροφίμου που προωθεί ενώ τα πιο συχνά μηνύματα που προωθεί είναι η ηδονή με φράσεις όπως: «ατελείωτη ευχαρίστηση», «δροσιά», «γεύση», «απόλαυση» κ.ά. ή ομορφιά: πολύ συχνά βλέπουμε καλλίγραμμες γυναίκες να διαφημίζουν «light» προϊόντα ή παραίσηση: προϊόντα προβάλλουν τη δύναμη να σε μεταφέρουν σε έναν ονειρικό κόσμο, την ευκολία: διαφημίζονται συχνά τρόφιμα έτοιμα για κατανάλωση εκμεταλλευόμενα την έλλειψη χρόνου της σύγχρονης εργαζόμενης νοικοκυράς και ο τζόγος: δηλαδή τα κέρδη και τα δώρα που υπόσχονται ή προσφέρουν τα τρόφιμα. Ακόμη και οι πιο κακοί «δέκτες» κάποια στιγμή ενδίδουν στην επανάληψη, πόσο μάλλον τα παιδιά και οι έφηβοι (Σχ. 3.1).¹⁹

Όταν όμως η καταναλωτική συμπεριφορά αναφέρεται σε είδη διατροφής τότε μπορεί να επιβαρύνει εκτός από την τσέπη, ακόμη και την υγεία. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι όταν ένα παιδί στην Αμερική φθάσει στην εφηβεία θα έχει παρακολουθήσει πάνω από 1.000.000 διαφημίσεις τροφίμων, η πλειοψηφία των οποίων αφορούν τρόφιμα πλούσια σε λίπος και ζάχαρη. Οι διαφημίσεις τροφίμων είναι στην πλειοψηφία τους αντίθετες με την υγιεινή διατροφή των παιδιών και οι πιο κοινές σχετίζονται με τις προτιμήσεις τους, δηλαδή πρωινά με προσθήκη ζάχαρης, γλυκά, επιδόρπια, ποτά χαμηλά σε θρεπτικά συστατικά, αλμυρά snacks και όχι υγιεινές τροφές. Χαρακτηριστικό είναι επίσης ότι το 65% των διαφημίσεων αφορούν αλκοολούχα ποτά και γλυκά.

Μια έρευνα των Dietz και Gortmaker (1985) έδειξε ότι όσο αυξάνει η παρακολούθηση της τηλεόρασης τόσο αυξάνει και η τάση να καταναλώνουν οι έφηβοι περισσότερα τρόφιμα πλούσια σε θερμίδες. Επίσης η ώρα που καταναλώνει ο έφηβος για να παρακολουθήσει τηλεόραση οδηγεί σε καθιστική ζωή και επομένως συμβάλλει στην αύξηση της παχυσαρκίας.

Τα μηνύματα που παίρνουν οι έφηβοι από τα μέσα μαζικής επικοινωνίας είναι αντιφατικά. Ενώ από τη μια μεριά παρακολουθούν χιλιάδες διαφημίσεις τροφίμων που, όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, αφορούν αναψυκτικά, πρόχειρο φαγητό και άλλα προϊόντα πλούσια σε λίπος και ζάχαρη, εκτίθενται επίσης και στη γενικότερη τάση της

¹⁹ Farthing MC, "Current eating patterns of adolescents in the United States", Nutrition Today, 1991.

εποχής μας που θέλει τους ανθρώπους αδύνατους και προωθούν μέσω της διαφήμισης τα πολύ λεπτά μοντέλα της ομορφιάς και τους πετυχημένους ανθρώπους, του λειτουργούν και σαν πρότυπα στους έφηβους. Αποτέλεσμα όλων αυτών είναι να κάνουν οι έφηβοι όλο και πιο συχνά δίαιτες και ειδικά τα κορίτσια όπου στην εφηβεία τους απασχολεί ιδιαίτερα το σωματικό τους βάρος. Αλλά ακόμη και σε μικρές ηλικίες τα παιδιά δηλώνουν δυσαρέσκεια για την παχυσαρκία στους ανθρώπους. Έτσι, λοιπόν, ο φόβος της παχυσαρκίας οδηγεί σε παραμορφωμένα πρότυπα σώματος, ακατάλληλες διατροφικές συνήθειες και αποφυγή δίαιτας πλούσια σε λίπη. Η γνώση των εφήβων πάνω σε θέματα διατροφής δεν φαίνεται να είναι σε θέση να αποτρέψει αυτή την κατάσταση λόγω της σημαντικότητας που έχει το αδυνάτισμα για αυτά τα κορίτσια με την ηλικία ενώ αντιθέτως η σημασία της τηλεόρασης αυξάνει με την ηλικία. Από αυτό φαίνεται πως η τηλεόραση πήρε το ρόλο της οικογένειας σαν «κοινωνική συντροφιά» τις ώρες των γευμάτων. Τέλος η παρακολούθηση της τηλεόρασης διευκολύνει την κατανάλωση πρόχειρου φαγητού και αναψυκτικών, και γι' αυτό όπως είδαμε παραπάνω, υπάρχει αυξημένη κατανάλωση πρόχειρου φαγητού από τους έφηβους.²⁰

Όταν λέμε καταναλωτική συμπεριφορά εννοούμε τη μελέτη των καταναλωτών καθώς ανταλλάσσουν κάτι αξίας για ένα προϊόν ή υπηρεσία που θα ικανοποιήσει τις ανάγκες τους. Αλλιώς μπορούμε να πούμε ότι η καταναλωτική συμπεριφορά είναι η μελέτη των διαδικασιών που εμπλέκονται στην επιλογή, αγορά, χρησιμοποίηση, αξιολόγηση και απαλλαγή προϊόντων και υπηρεσιών που θα ικανοποιήσουν τις ανάγκες ενός ατόμου.

Οι καταναλωτές είναι το στοιχείο κλειδί στην καταναλωτική συμπεριφορά. Οι καταναλωτές αναγνωρίζουν ότι έχουν διάφορες ανάγκες, ψάχνουν για ένα προϊόν που θα ικανοποιήσει τις ανάγκες τους, χρησιμοποιούν το προϊόν για την ικανοποίηση των αναγκών αυτών και μετά το αποβάλλονται αφού έχει επιτελέσει το σκοπό για τον οποίο αγοράστηκε.

Η ανταλλαγή είναι η κεντρική έννοια στην καταναλωτική συμπεριφορά και στο μάρκετινγκ. Αν φανταστούμε έναν κόσμο όπου θα μπορούσαμε να ικανοποιήσουμε από μόνοι μας όλες μας τις ανάγκες. Μόλις θα αναγνωρίζαμε μια ανάγκη θα παράγαμε οτιδήποτε θα ήταν χρήσιμο για να ικανοποιήσουμε την ανάγκη αυτή χωρίς να ξοδεύουμε καθόλου χρόνο και προσπάθεια. Έτσι δεν θα υπήρχε κανένας λόγος για να ψάξουμε να βρούμε εναλλακτικές λύσεις που θα ικανοποιήσουν τις ανάγκες μας. Στην πραγματικότητα όμως δεν συμβαίνει τίποτα από όλα αυτά. Έτσι αφού δεν μπορούμε να παράγουμε οι ίδιοι

²⁰ Westenhoefer J., "Establishing good dietary habits capturing the minds of children", Public Health Nutrition, 2001

όλα τα πράγματα που χρειαζόμαστε για να ικανοποιήσουμε τις ανάγκες μας. ψάχνουμε στην αγορά για κάποιους άλλους που μπορούν να μας τα παρέχουν έναντι κάποιου αντιτίμου βέβαια. Για το λόγο αυτό γίνεται η ανταλλαγή χρόνου ή χρημάτων που με τη σειρά τους θα βοηθήσουν και τους επιχειρηματίες από τους οποίους παίρνουμε κάτι που χρειαζόμαστε, να ικανοποιήσουν τις δικές τους ανάγκες όποιες κι αν είναι αυτές.

Η μελέτη της συμπεριφοράς του καταναλωτή είναι η μελέτη που ασχολείται με το πως τα άτομα καταλήγουν σε κάποιες αποφάσεις σχετικά με τον τρόπο που θα κατανέμουν τους διαθέσιμους πόρους τους (χρήμα, χρόνο, προσπάθεια) σε προϊόντα προς κατανάλωση. Συμπεριλαμβάνει τη μελέτη των παρακάτω ερωτημάτων:

- Τι αγοράζουν οι καταναλωτές,
- ΓΙΑΤΙ το αγοράζουν,
- ΠΟΤΕ το αγοράζουν,
- ΑΠΟ ΠΟΥ το αγοράζουν και
- ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ το αγοράζουν.

Το φυσικό περιβάλλον προξενεί τρόπους συμπεριφοράς, οι οποίοι ταιριάζουν με τις χρονικές και τοπικές συνθήκες. Αυτό ενεργεί με βάση τα φυσικά ερεθίσματά του όπως είναι το χρώμα, ο φωτισμός, ο ήχος κ.ά. καθώς και τη συμβολική τους σημασία. Τα άτομα παρουσιάζουν εξαιρετικές ικανότητες σχετικά με το να παρατηρούν και να θυμούνται το τοπικό περιβάλλον. Η επίδραση του τοπικού περιβάλλοντος είναι χαρακτηριστική στην περίπτωση της διαμόρφωσης του καταστήματος. Η διαμόρφωση του καταστήματος έχει ένα πληροφοριακό και επικοινωνιακό ρόλο. Αυτός ο ρόλος εκφράζεται με μια ορισμένη εμφάνιση του καταστήματος.

Η δημιουργία και η διατήρηση μιας εικόνας του καταστήματος δεν είναι ένα απλό πρόβλημα. Η δημιουργία μιας εικόνας εξαρτάται από την ατμόσφαιρα την οποία δημιουργεί ένα κατάστημα. Η ατμόσφαιρα αναφέρεται στα φυσικά χαρακτηριστικά του καταστήματος, τα οποία χρησιμοποιούνται για να αναπτυχθεί μια εικόνα και να προσελκυσθούν αγοραστές.

- **Οσμή** - Το ερέθισμα οσμή πρέπει να σχετίζεται με την όλη διαμόρφωση του καταστήματος και κυρίως ενδείκνυται για καταστήματα που έχουν σαν αγορά - στόχο ρεύματα περαστικών καταναλωτών.

- **Ήχος** - Πολλά καταστήματα προσπαθούν με τη χρησιμοποίηση της κατάλληλης μουσικής, η οποία ταιριάζει στην όλη φιλοσοφία του καταστήματος, να καλυτερεύσουν την εικόνα τους.

- **Αφή** - Πολλά είδη εμπορευμάτων μπορούν να πουληθούν καλύτερα μετά από κάποια εξέταση ή/και δοκιμή. Η εξέταση είναι ιδιαίτερα σπουδαία για την πώληση εμπορευμάτων, όπως ρουχισμός, αυτοκίνητα, παιχνίδια, εργαλεία, κ.ά.

- **Όραση** - Οι λιανοπωλητές θα πρέπει να αξιοποιούν όσο το δυνατόν καλύτερα κάθε χώρο του καταστήματος (εσωτερικά και εξωτερικά) για να πουλήσουν την εικόνα του καταστήματος και τα εμπορεύματά του στον καταναλωτή. Τα χρώματα και ο φωτισμός αποτελούν τους κυριότερους παράγοντες, σχετικά με την οπτική αντίληψη του καταστήματος. Αυτά προδιαθέτουν τον καταναλωτή και δημιουργούν ατμόσφαιρα.

Ο άνθρωπος έχει χαρακτηριστεί με το πέρασμα των αιώνων ως ον κοινωνικό. Επομένως, ως καταναλωτής σπάνια ενεργεί μόνος του σαν ένα άτομο. Αυτός συμπεριφέρεται περισσότερο στα πλαίσια της πραγματικής φανταστικής ή συνεπαγόμενης παρουσίας των άλλων. Οι δραστηριότητες οι οποίες είναι προσανατολισμένες στη δημιουργία, είναι πάντοτε επηρεασμένες από την ψυχική πάλη, η οποία ξεκινά από την ταυτόχρονη εμφάνιση της ροπής για την επίτευξη επιτυχίας και της ροπής προς αποφυγή αποτυχίας.

Η αντίθεση του καταναλωτικού κοινού απέναντι στη διαφήμιση αναφέρεται σε ένα ευρύ φάσμα δραστηριοτήτων της, όπως ότι η διαφήμιση:

- Επηρεάζει και διαμορφώνει τις διαθέσεις και προτιμήσεις του καταναλωτή.
- Επηρεάζει και διαμορφώνει την προσωπική και κοινωνική ζωή του καταναλωτή.
- Παρουσιάζει αρνητικές επιπτώσεις στη διαμόρφωση της προσωπικότητας των παιδιών.
- Εκτρέπει τον τρόπο ζωής του καταναλωτή προς τους σκοπούς της επιχείρησης.
- Δημιουργεί εντυπώσεις και ασκεί ψυχολογική βία προς τον καταναλωτή.
- Στον καπιταλιστικό τρόπο παραγωγής «αντικειμενοποιεί» τις ανθρώπινες σχέσεις.
- Είναι ανειλικρινής και υπερβολική.
- Συμβάλλει στη σπατάλη παραγωγικών πόρων.

Η διαφήμιση στη διαμόρφωση των διαθέσεων και προτιμήσεων του καταναλωτή

Υποστηρίζεται ότι η διαφήμιση επηρεάζει και διαμορφώνει τις διαθέσεις και τις προτιμήσεις του καταναλωτή, έτσι ώστε η επιλογή ανάμεσα στα προϊόντα να χάνει το ουσιαστικό περιεχόμενό της. Εξάλλου με τα όσα έχουν επιτευχθεί στη σύγχρονη οικονομική πραγματικότητα, δεν μπορεί να υποστηριχθεί ότι ο καταναλωτής έχει «πλήρη

επισκόπηση» της αγοράς. Δεν είναι η επιλογή ενός σωστά πληροφορημένου ατόμου, που είναι σε θέση, μέσα από τη μεγάλη ποικιλία προϊόντων, να ξεχωρίζει εκείνα που διαφέρουν πραγματικά από άποψη ποιότητας, συστατικών, ιδιοτήτων κ.ά.

Είναι μια επιλογή που βασίζεται στην υποκειμενική - ψυχολογική διαφοροποίηση του προϊόντος και στην υποβολή. Οι προτιμήσεις - διαθέσεις των καταναλωτών είναι αποτέλεσμα εμπειρικών, προσλαμβανουσών παραστάσεων και γνώσεων, που διαμορφώνονται σε ένα συγκεκριμένο κοινωνικό περίγυρο. Ειδικότερα για τις «διαθέσεις» και για τη διαδικασία διαμόρφωσής τους θα πρέπει να σημειωθεί ότι εμφανίζουν χαρακτηριστικά, που έμμεσα προσδιορίζουν το περιεχόμενό τους.²¹

Αυτά τα χαρακτηριστικά που αναφέρονται πιο πάνω θα μπορούσαν να συνοψιστούν στα παρακάτω:²²

- Οι «διαθέσεις» είναι αποτέλεσμα της διαδικασίας μάθησης - γνώσης. Το άτομο διαμορφώνει τις «διαθέσεις», όχι μόνο μέσα από την αντίληψη των αντικειμένων με τα αισθητήρια όργανα, αλλά και από τη συσσωρευμένη από το άτομο και την ανθρωπότητα ιστορική πείρα.
- Οι «διαθέσεις» εμφανίζουν συγκεκριμένη κατεύθυνση, βαθμό και ένταση. Ένα άτομο μπορεί να έχει ευνοϊκή ή αρνητική διάθεση απέναντι σε ένα αντικείμενο που εκφράζεται με ένα βαθμό δηλαδή πόσο του είναι ή δεν είναι αρεστό και τέλος παρουσιάζει ένα επίπεδο έντασης, που προσδιορίζεται από τη σιγουριά με την οποία εκφράζεται γι' αυτό. Τα στοιχεία του βαθμού και της έντασης βρίσκονται σε στενή αλληλεξάρτηση μεταξύ τους.
- Οι «διαθέσεις» εμφανίζουν οργάνωση που σημαίνει ότι έχουν εσωτερική συνοχή και σταθερότητα. Όταν εκτείνονται στο χρόνο εμφανίζουν μεγαλύτερη σταθερότητα και αντίσταση στις προσπάθειες που καταβάλλονται για την τροποποίηση ή την αλλαγή τους. Αυτές τις διαθέσεις που δεν αναπτύσσονται σε «κενό αέρος» προσπαθεί η διαφήμιση, ως ένας από τους μηχανισμούς αναπαραγωγής της επικρατούσας ιδεολογίας και χρησιμοποιώντας ως κανάλια τα μέσα μαζικής επικοινωνίας, να επηρεάσει αλλά και να διαμορφώσει προς συγκεκριμένη κατεύθυνση.

²¹ Ζώτος Γ., «Νεότερες προσεγγίσεις στη μέτρηση της 'διάθεσης' (attitude) του καταναλωτή». Επιστημονική Επετηρίδα της ΑΒΣΘ, VIII τόμος, τεύχος III, Θεσσαλονίκη 2000.

²² Nessim Hanna, Consumer Behavior, Prentice Hall, Upper Saddle River, 2001

Η διαφήμιση στη διαμόρφωση της προσωπικής και κοινωνικής ζωής του καταναλωτή

Οι επικρίσεις αναφέρονται στη συνεχή και ενοχλητική αποστολή ερεθισμάτων και μηνυμάτων προς τον καταναλωτή, με τις πιο ποικίλες μορφές, σχεδόν όλες τις ώρες του 24ώρου που βρίσκεται σε εγρήγορση. Η διαδικασία αυτή η οποία είναι μακροχρόνια ξεκινά από τη στιγμή που το άτομο αντιλαμβάνεται τον περίγυρό του, γεγονός που οδηγεί στη δημιουργία «ρυθμιζόμενων ατόμων», που θα αποδέχονται, σε ευρύτερο πια επίπεδο και στις διάφορες εκδηλώσεις της κοινωνικής ζωής, με μικρότερη αντίσταση και μειωμένη κριτική ικανότητα ό,τι τους προσφέρεται. Καταβάλλεται προσπάθεια να δημιουργηθούν «καταναλωτές» που ζουν με το όνειρο της «καλύτερης ζωής», όπως αυτή παρουσιάζεται μέσα από τους πολύπλοκους μηχανισμούς «προώθησης». Οι αντικειμενικοί περιορισμοί φαίνεται ότι υποκειμενικά ελαχιστοποιούνται, γεγονός που τους ωθεί σε μια εξοντωτική προσπάθεια εξομοίωσης με το πρότυπο που τους προσφέρεται μέσα από τη διαφήμιση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Διατροφικές Ειδήσεις και νεαρά άτομα

Γι' αυτό το κεφάλαιο έγινε έρευνα σε νεαρά άτομα, κυρίως σε φοιτητές της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (ΑΕΙ, ΤΕΙ) Αθηνών και Πειραιά. Δόθηκε ερωτηματολόγιο. η εγκυρότητα του οποίου ελέγχθηκε με ένα τυχαία επιλεγμένο δείγμα 150 φοιτητών. Οι ερωτήσεις που συμπεριλήφθηκαν στο ερωτηματολόγιο για την διεξαγωγή έρευνας ενημέρωσης, είχαν ως στόχο την καταγραφή της ενημέρωσης των φοιτητών σε θέματα υγείας και διατροφής. Οι φοιτητές κλήθηκαν να απαντήσουν σε τέσσερις ερωτήσεις που αφορούσαν γνώσεις υγείας. Αυτό έγινε για να διαπιστωθεί κατά πόσο τα νεαρά άτομα ενημερώνονται, από πού πληροφορήθηκαν (τηλεόραση, ραδιόφωνο, εφημερίδες, internet, φίλους) και σε τι βαθμό κατανοούν αυτά που άκουσαν ή διάβασαν [βάση κλίμακας μετρήσεως (1 έως 5), αρχίζοντας από το 1 ως 'πλήρης', 2 ως 'ικανοποιητική', 3 ως 'μέτρια', 4 ως 'ελλιπής', και 5 ως 'λανθασμένη'].

Οι ερωτήσεις που έγιναν ήταν βάση άρθρων δημοσιευμένων στο internet αλλά και σε εφημερίδες, καθώς επίσης δημοσιεύθηκαν από την τηλεόραση και το ραδιόφωνο.

Τα άρθρα κωδικοποιήθηκαν ως εξής :

- 01.01.01 Διατροφική Αγωγή
- 02.01.01 Διατροφικά Σκάνδαλα
- 03.01.01 / 03.02.01 Σχέση Διατροφής – Ασθενειών

Τα δύο πρώτα ψηφία αφορούν στην αρίθμηση των κατηγοριών, τα επόμενα δύο αφορούν στην αρίθμηση των άρθρων για κάθε κατηγορία και τα δύο τελευταία αφορούν στο χρονικό διάστημα που συμπληρώθηκαν τα ερωτηματολόγια.

Τα άρθρα παρατίθενται στο Παράρτημα Β και το ερωτηματολόγιο στο Παράρτημα Γ.

Ταυτότητα της έρευνας

Τα αποτελέσματα της έρευνας που διεξήχθη και θα παρουσιάσω παρακάτω, έγινε όπως ανέφερα και παραπάνω με ερωτηματολόγια που πραγματοποιήθηκαν τη χρονική περίοδο από 1-03-2006 έως 31-03-2006 και έδειξε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των φοιτητών φαίνεται να μην γνωρίζει καλά για θέματα υγείας και

διατροφής γιατί όπως είπαν και οι ίδιοι οι φοιτητές δεν φροντίζουν να ενημερώνονται με αποτέλεσμα να έχουν ακούσει για όλα όσα ερωτήθηκαν (σαν ονομασίες), η ενημέρωσή τους δηλαδή είναι επιφανειακή.

Περιγραφή δείγματος

Το δείγμα αποτελείται από 150 φοιτητές διαφορετικού μορφωτικού επιπέδου και φύλου. Όσον αφορά την κατανομή του δείγματος, οι φοιτητές που ερωτήθηκαν είναι μισό από το δείγμα άντρες και το άλλο μισό από το δείγμα γυναίκες.

Αντίθετα, ένα μικρό ποσοστό φοιτητών φαίνεται να γνωρίζει και φροντίζει να ενημερώνεται καθημερινά είτε από την τηλεόραση και το internet, είτε από εφημερίδες για θέματα αγωγής υγείας και διατροφής.

Όπως είπαν και οι ίδιοι οι φοιτητές, τους αρέσει ο υγιεινός τρόπος ζωής και αυτό όχι μόνο για την εμφάνισή τους αλλά κυρίως γιατί θέλουν να 'προφυλαχτούν' από διάφορες ασθένειες που θα μπορούσε να τους επιφέρει η κακή διατροφή, όπως για παράδειγμα το πιο απλό που συνήθως έχουν οι περισσότεροι άνθρωποι και αυτό είναι η υψηλή χοληστερίνη.

Αυτά τα άτομα θα συνεχίσουν να έχουν για όλη τους τη ζωή υγιή οργανισμό και δεν θα φοβούνται για πιθανές ασθένειες. Και αυτό γιατί οι συνήθειες των ανθρώπων είναι δύσκολο να αλλάξουν όταν όλη τους τη ζωή έχουν μάθει σ' έναν συγκεκριμένο τρόπο διατροφής.

Όσοι έχουν μάθει από την παιδική τους ηλικία σε σωστό τρόπο αγωγής υγείας και διατροφής θεωρούνται από τους πιο τυχερούς αυτής της ζωής.

Για το μεγαλύτερο ποσοστό ενημερωμένων επιφανειακά φοιτητών δεν φταίνε μόνο οι ίδιοι που δεν έχουν σωστή ενημέρωση ή έστω η ενημέρωσή τους είναι επιφανειακή. Φταίνε κυρίως όσοι βρίσκονται πίσω από αυτά τα παιδιά, και αυτοί είναι η οικογένεια, η οποία έχει το μεγαλύτερο ποσοστό ευθύνης. Όταν οι γονείς δεν μαθαίνουν στα παιδιά τους από μικρή ηλικία τι είναι σωστό και τι όχι να τρώνε, τι επιβαρύνει τον οργανισμό και την υγεία τους και τι όχι, δηλαδή όταν δεν τους καθοδηγούν σωστά, τότε και η αγωγή υγείας και διατροφής δεν μπορεί να λειτουργήσει από μόνη της και όσο περνούν τα χρόνια αυτό γίνεται όλο πιο δύσκολο γιατί όπως ανέφερα και πριν, ο άνθρωπος δεν μπορεί να αλλάξει διατροφικές συνήθειες από τη μια στιγμή στην άλλη επειδή έτσι πρέπει να γίνει.

Το πρόβλημα λοιπόν, σ' ένα μεγάλο βαθμό, μετατίθεται στο ποιοι παράγοντες καθορίζουν τις διατροφικές συνήθειες, ή γενικότερα τις στάσεις υγείας των γονέων αφού όπως φαίνεται αυτές υιοθετούνται στη συνέχεια και από τα παιδιά τους.

Σημαντικοί παράγοντες στη διαμόρφωση των διατροφικών συνηθειών της οικογένειας και κατ' επέκταση των παιδιών, είναι η κουλτούρα, η ενημέρωση των γονέων γύρω από θέματα υγείας και οι συνήθειες υγείας τους και τέλος το επίπεδο εκπαίδευσης των γονέων.

Έναν ακόμα σημαντικό παράγοντα αποτελεί η τηλεόραση και ακολούθως οι διαφημίσεις που προβάλλονται μέσω αυτής. Υπολογίζεται ότι ο μέσος αριθμός διαφημίσεων που βλέπει ένα παιδί ανά έτος είναι 10.000 περίπου και αφορούν κυρίως ανθρακούχα ποτά, πρόχειρο φαγητό, γλυκά κ.ά. που όπως είναι φυσικό επηρεάζουν σημαντικά τις διατροφικές επιλογές των παιδιών.

Αυτά τα άτομα λοιπόν είναι πολύ πιθανόν να εμφανίσουν αργότερα ασθένειες που ούτε θα το φανταζόντουσαν ποτέ, όπως για παράδειγμα να κινδυνεύσουν από καρδιακές παθήσεις, σε αντίθεση με όσους προσέχουν, ενημερώνονται και φροντίζουν για την υγεία τους.

Διαπιστώνεται από την έρευνα ότι οι περισσότεροι φοιτητές δεν έχουν επαρκή ενημέρωση αφού οι περισσότερες απαντήσεις βαθμολογήθηκαν με '4', δηλαδή 'ελλιπής ενημέρωση'. Αυτό που θα μπορούσε να συμβεί για τα καλύτερα δυνατά αποτελέσματα θα ήταν οι φοιτητές να αλλάξουν 'οπτική γωνία' των πραγμάτων δηλαδή να αρχίσουν να δίνουν μεγαλύτερη βάση σε θέματα διατροφής έτσι ώστε να υπάρξει η δυνατότητα πρόληψης ασθενειών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

Αξιολόγηση της πολιτικής για την ενημέρωση - αγωγή του κοινού για θέματα διατροφής - υγείας στη χώρα μας

Η αξιολόγηση της διατροφικής πολιτικής σχετίζεται με την εκτίμηση του βαθμού στον οποίο επιτυγχάνονται οι στόχοι που αρχικά ετέθησαν και των επιπτώσεων της εφαρμογής των μέτρων παρέμβασης στον πληθυσμό. Επιτρέπει την αξιοποίηση της εμπειρίας που αποκτάται από την πρακτική εφαρμογή των μέτρων αυτών. Η αξιολόγηση της διατροφικής πολιτικής συνίσταται στην εκτίμηση των έξι παραμέτρων που αναφέρονται παρακάτω:

- 1) καταλληλότητα της συγκεκριμένης πολιτικής σε σχέση με τον πληθυσμό αναφοράς και τις ανάγκες του,
- 2) επάρκεια των πόρων που διατίθενται για την ανάπτυξη της διατροφικής πολιτικής και των μέτρων που λαμβάνονται για την επίλυση των διατροφικών προβλημάτων,
- 3) πρόοδος εφαρμογής των μέτρων σε σχέση με το αρχικό χρονοδιάγραμμα,
- 4) αποδοτικότητα των μέτρων, που προσδιορίζεται από τη σχέση των μέσων που χρησιμοποιήθηκαν και των αποτελεσμάτων που επιτεύχθηκαν,
- 5) αποτελεσματικότητα των μέτρων παρέμβασης που προσδιορίζεται από την επίτευξη των στόχων που τέθηκαν αρχικά,
- 6) η επίπτωση της πολιτικής που εφαρμόστηκε στην υγεία του πληθυσμού.

Η πραγματοποίηση της αξιολόγησης της διατροφικής πολιτικής, προϋποθέτει την ύπαρξη αξιόπιστου συστήματος διατροφικής εποπτείας, το οποίο θα παρέχει πληροφορίες σχετικά με μια σειρά από παράγοντες, όχι μόνο πριν την υιοθέτηση της συγκεκριμένης διατροφικής πολιτικής αλλά και κατά τη διάρκεια της εφαρμογής της. Επιβάλλεται έτσι η συνεχής παρακολούθηση της εξέλιξης των διατροφικών συνηθειών του πληθυσμού, της κατάστασης της υγείας του, των κοινωνικών και οικονομικών παραμέτρων που επηρεάζονται απ' την εφαρμογή της διατροφικής πολιτικής και τον βαθμό στον οποίο εφαρμόζονται τα μέτρα παρέμβασης.

Η αύξηση της θνησιμότητας από καρδιαγγειακά νοσήματα (ΚΝ) ώθησαν στη δημιουργία προγραμμάτων εκπαίδευσης και ενημέρωσης με απώτερο στόχο την πρόληψη των καρδιαγγειακών νοσημάτων.

Τα πρώτα προγράμματα εφαρμόστηκαν στις ΗΠΑ και αργότερα και σε άλλες ανεπτυγμένες χώρες. Αν και ο στόχος όλων αυτών των προγραμμάτων είναι κοινός, σημαντικές διαφορές παρατηρούνται στον τρόπο εφαρμογής τους.

Η προσέγγιση του αντικειμένου γίνεται είτε μέσα από το μάθημα της φυσικής αγωγής, είτε μέσα από προγράμματα διατροφής ή όπως συμβαίνει στα σύγχρονα προγράμματα, μέσα από συνδυασμένη εφαρμογή των δυο αντικειμένων εμπλουτισμένη και με άλλα θέματα όπως για παράδειγμα το κάπνισμα.

Διαφορές επίσης παρατηρούνται και ως προς το χώρο εφαρμογής αυτών των προγραμμάτων, καθώς και τη συμμετοχή ή όχι των γονέων.

Στην Ελλάδα μελέτες έδειξαν ότι η Κρήτη και η Κέρκυρα είχαν τα χαμηλότερα ποσοστά θνησιμότητας από καρδιαγγειακά νοσήματα, συγκρινόμενες με άλλες περιοχές του κόσμου. Αυτό αποδόθηκε κυρίως στις διατροφικές συνήθειες που ακολουθούσαν οι πληθυσμοί αυτών των δύο περιοχών, αλλά και γενικότερα ο πληθυσμός της χώρας μας στο σύνολό της.

Αργότερα παρουσιάστηκε σταδιακή αύξηση των θανάτων από καρδιαγγειακά νοσήματα (Εθνική Στατιστική Υπηρεσία). Οι μεταβολές αυτές έχουν αποδοθεί στην απομάκρυνση από την παραδοσιακή διατροφή και την αντικατάστασή της με δίαιτα δυτικού τύπου (πλούσια σε κορεσμένα λίπη, αύξηση της ποσότητας των τροφίμων, άγχος και περιορισμός της σωματικής άσκησης).

Οι συνήθειες αυτές κατά κανόνα διαμορφώνονται κατά την παιδική και εφηβική ηλικία και υιοθετούνται ως τρόπος ζωής. Είναι πολύ δύσκολο να αλλάξουν μετά την ενηλικίωση και επομένως τα περιθώρια ελλάτωσης του κινδύνου για καρδιαγγειακά νοσήματα είναι περιορισμένα.

Στόχος των προγραμμάτων δημόσιας υγείας θα πρέπει να είναι η έγκαιρη ανίχνευση των παραγόντων κινδύνου, η προώθηση συνηθειών που προάγουν την υγεία και κατ' επέκταση η πρόληψη των χρόνιων νοσημάτων από την παιδική ηλικία.

Η εφαρμογή σχετικών παρεμβάσεων στο σχολείο, μπορεί να έχει αυτόματα ως αποδέκτες το σύνολο του νεαρού πληθυσμού μιας χώρας όπου υπάρχει υποχρεωτική εκπαίδευση.

Τα ευρύματα διαφόρων σχολικών προγραμμάτων παρέμβασης έχουν δείξει ότι μπορούν να επιφέρουν βραχυπρόθεσμα αλλά και μακροπρόθεσμα οφέλη.

Παρά τις παραπάνω διαπιστώσεις αλλά και από τα θετικά αποτελέσματα από προγράμματα εκπαιδευτικής παρέμβασης που εφαρμόστηκαν στη χώρα μας, δεν έχει

ακόμη διαμορφωθεί στην Ελλάδα ενιαία εθνική πολιτική όσον αφορά την εφαρμογή προγραμμάτων πρόληψης.

Εάν εφαρμοστούν Γενικά Εκπαιδευτικά Προγράμματα Διατροφής – Αγωγής Υγείας των νεαρών ατόμων θα επιτευχθεί η βελτίωση των γνώσεών τους και των συνηθειών τους.

Η αλήθεια όμως είναι ότι από μόνη της η εφαρμογή των προγραμμάτων δεν είναι ικανή να επιφέρει τις επιδιωκόμενες αλλαγές στις συμπεριφορές των παιδιών.

Αυτό που χρειάζεται είναι ακόμα η διαμόρφωση της κατάλληλης συμπεριφοράς, δηλαδή η ψυχοκοινωνική δύναμη που υπαγορεύει συμπεριφορές υγείας ώστε να μπορούμε να πετύχουμε αλλαγές προς το καλύτερο, στις συμπεριφορές και στις συνήθειες υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

Προτάσεις για βελτίωση της πολιτικής ενημέρωσης - αγωγής του κοινού για θέματα διατροφής - υγείας στη χώρα μας, από φορείς

Στην Ελλάδα χρειαζόμαστε μια σωστή πολιτική διατροφής που θα βασιστεί πάνω σε έρευνα της διατροφής του ελληνικού πληθυσμού. Το κενό που υπάρχει στην εκπαίδευση και αγωγή σε θέματα διατροφής είναι τεράστιο. Οι συνήθειες διατροφής ενός ατόμου ή ενός πληθυσμού εκφράζουν τον πολιτισμό και τις παραδόσεις σε θέματα υγείας και διατροφής τα οποία αλληλοσυνδέονται και αλληλοεξαρτώνται μέσα στους αιώνες.

Οι μεγάλες ομάδες ασθενειών σε πληθυσμιακό επίπεδο είναι:

- 1) τα καρδιαγγειακά νοσήματα
- 2) τα νεοπλάσματα
- 3) ο σακχαρώδης διαβήτης
- 4) τα μυοσκελετικά νοσήματα
- 5) η παχυσαρκία
- 6) η τερηδόνα

Δεν υπάρχει καμία αμφιβολία ότι η κατάλληλη διατροφή μπορεί να μειώσει και την επίπτωση και τον πολιτισμό αυτών των ασθενειών. Το ερώτημα όμως που τίθεται είναι: ποια είναι η κατάλληλη διατροφή για την πρόληψη αυτών των νοσημάτων; Αν απαντηθεί αυτό το ερώτημα τότε δημιουργείται ένα δεύτερο ερώτημα εξίσου σημαντικό: ποιος είναι ο κατάλληλος τρόπος με τον οποίο μπορεί ο Παγκόσμιος Φορέας Υγείας (Π.Φ.Υ.) να επηρεάσει το άτομο και τον πληθυσμό να αλλάξει τη συμπεριφορά του και τις συνήθειές του για την προφύλαξη της υγείας του;

Μεγάλη σημασία έχει η ενημέρωση σε θέματα διατροφής. Το έργο της πρόληψης στην κάθε κοινότητα έχει ως στόχο να βελτιώσει την υγεία μειώνοντας τα καρδιαγγειακά νοσήματα, το διαβήτη και τον καρκίνο και αποτρέποντας ή καθυστερώντας επιπλοκές αυτών των νόσων. Αυτό επιτυγχάνεται με την ευαισθητοποίηση διαφόρων οργανισμών, συλλόγων και φορέων της κοινότητας. Μ' αυτό τον τρόπο επιτυγχάνονται αλλαγές στις συνθήκες ζωής, στη συμπεριφορά, στη διατροφή, στην άσκηση, στο κάπνισμα, στο

αλκοόλ και ενισχύεται ο κοινωνικός ιστός και οι δραστηριότητές του που αποβλέπουν στην υγεία της κοινότητας.

Η διαμόρφωση ενός προγράμματος προληπτικού ελέγχου πρέπει να ακολουθεί ορισμένες στρατηγικές. Μια στρατηγική είναι αυτή που μεταφέρει το κύριο βάρος του έργου από το σημείο επισήμανσης και παρέμβασης στη συμπεριφορά του ατόμου υψηλού κινδύνου, στο σημείο πρόληψης ή και αποτροπής της δημιουργίας ατόμων υψηλού κινδύνου. Σε ένα τέτοιου είδους προληπτικό πρόγραμμα συμμετέχει και η κοινότητα, σε μια διαδικασία αλλαγής συμπεριφοράς με στόχο την καλύτερη υγεία του πληθυσμού.

Οι διατροφικοί στόχοι ποικίλουν από χώρα σε χώρα, σε σχέση με τις επικρατούσες διατροφικές συνήθειες και αρκετές έχουν συντάξει διατροφικούς στόχους.

Η υλοποίηση των διατροφικών στόχων προϋποθέτει την υιοθέτηση στην πράξη από τον πληθυσμό ορισμένων αλλαγών στις διατροφικές συνήθειες. Το τι τρώει ο κόσμος δεν επηρεάζεται μόνο από το τι υποδεικνύει η επιστήμη. Επηρεάζεται και από τις κυβερνητικές αποφάσεις που αφορούν την αγροτική πολιτική, την πολιτική των τιμών και την πολιτική εισαγωγών - εξαγωγών. Επηρεάζεται από τη νομοθεσία που αφορά την παραγωγή, την επεξεργασία, τη μεταφορά και την εμπορία των τροφίμων. Όταν όμως το καταναλωτικό κοινό είναι ενήμερο και δραστήριο, μπορεί να αποτελέσει σημαντική παράμετρο για τη διαμόρφωση της αγοράς και για την υλοποίηση των διατροφικών στόχων.

Ο καταναλωτής αγοράζει το τρόφιμο που του παράγει η βιομηχανία, αλλά και η βιομηχανία παράγει αυτό που επιθυμεί ο καταναλωτής ή αυτό που πείθεται ή αναγκάζεται να ζητήσει. Η ευθύνη και η δύναμη τόσο του καταναλωτή όσο και της βιομηχανίας για τη διαμόρφωση σωστών διατροφικών επιλογών βρίσκεται σ' αυτό που ανέφερα πιο πάνω. Δηλαδή, ο καταναλωτής εκλέγει το υγιεινό τρόφιμο και η βιομηχανία με τη σειρά της προωθεί την παραγωγή του. Το ερώτημα είναι: πώς θα πληροφορηθεί ο καταναλωτής «ποια είναι η υγιεινή διατροφή» και «ποιο είναι το υγιεινό τρόφιμο». Εδώ εμφανίζεται η ευθύνη του κράτους, η οποία σταματά εκεί που αρχίζει η ευθύνη ενός ενημερωμένου καταναλωτή ώστε να είναι υπεύθυνος για την επιλογή του.

Η εκπαίδευση του κοινού θεωρείται από τους περισσότερους ως ο καλύτερος τρόπος για την υλοποίηση των διατροφικών στόχων, αν και πολλοί είναι αυτοί που υποστηρίζουν ότι εξίσου σημαντική είναι και η εκπαίδευση των υπευθύνων της βιομηχανίας.

Η προσπάθειες που γίνονται για σωστή πληροφόρηση πρέπει να εναρμονιστούν με κάποια εκπαιδευτικά μέτρα, ώστε να βοηθηθούν οι μεμονωμένοι πολίτες να κατανοούν και να χρησιμοποιούν τις πληροφορίες ώστε να ικανοποιούν καλύτερα τις ανάγκες τους.

Πρέπει να βρεθούν κίνητρα για να προωθηθεί όχι μόνο, η θετική αλλαγή των διατροφικών συνηθειών αλλά και να στραφούν οι καταναλωτές προς τη σωματική άσκηση. Οι κυβερνήσεις και η κοινωνία των πολιτών πρέπει να διασφαλίσουν ότι η υγεία και η διατροφή αποτελούν προτεραιότητα.

Μέσω λοιπόν της εκπαίδευσης θα βοηθηθούν τα νεαρά άτομα ώστε να καταλάβουν καλύτερα την τροφή τους ώστε να μπορούν να επιλέξουν πιο υγιεινές διατροφικές συνήθειες. Οι εκπαιδευτικές μέθοδοι θα πρέπει να μεταδίδουν με τρόπο σαφή και αντιληπτό τα οφέλη της υγιεινής διατροφής και να ενθαρρύνουν μια υγιή σωματική εικόνα στα παιδιά αλλά και στους ενήλικες.

Η βιομηχανία των τροφίμων φέρει την ευθύνη να διασφαλίσει ότι οι υγιεινές επιλογές είναι και εύκολες επιλογές για τους καταναλωτές.

Η επιστήμη απέδειξε την ανάγκη της μείωσης λιπαρών, της ζάχαρης και του αλατιού ενώ όλοι αποβλέπουν στην αύξηση κατανάλωσης φρούτων και λαχανικών.

Η βιομηχανία τροφίμων έρχεται λοιπόν να ανταποκριθεί σ' αυτή την πρόκληση και να παίξει ένα μοναδικό και αρκετά σημαντικό ρόλο: να τονίσει μ' έναν υπεύθυνο και αξιόπιστο τρόπο τη σπουδαιότητα της σωστής διατροφής.

Η βιομηχανία των τροφίμων πρέπει να εμπλακεί στην προώθηση τροφίμων όσον αφορά τα παιδιά. Τα τελευταία χρόνια οι διαφημίσεις αναγνωρίζουν και εξερευνούν τη δύναμή τους ώστε να προωθούν στην αγορά γνωστές «μάρκες» και «εικόνες» αντί για προϊόντα. Αυτή η πρακτική συνδέει ένα προϊόν με έναν τρόπο ζωής. Για παράδειγμα η χρησιμοποίηση αθλητικών αστέρων για να προωθηθούν στην αγορά τρόφιμα με πολύ ζάχαρη ή πολλά λιπαρά μπορεί να δημιουργήσει στα παιδιά και όχι μόνο, μια παραπλανητική εντύπωση, για τα αποτελέσματα που η συγκεκριμένη τροφή θα μπορούσε να έχει.

Ένα άλλο χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι η μόδα των τελευταίων χρόνων της προβολής, μέσω των MME (τηλεόραση και περιοδικά ευρείας χρήσεως) εικόνων των ιδανικών τύπων σώματος «πλασάροντας» έτσι μια «σωστή» διατροφή για την απόκτηση αυτού του ιδανικού, για το κάθε άτομο, σώμα. Διατροφικές οδηγίες που παρακολουθούν νεαρά άτομα χωρίς ιδιαίτερη γνώση πάνω στο θέμα σωστή διατροφή, τα οποία προσπαθούν να τις ακολουθήσουν πιστεύοντας έτσι ότι θα πετύχουν το στόχο τους. Το μόνο που μπορεί να επιτευχθεί από αυτό είναι να προκληθεί λανθασμένη ενημέρωση με αποτέλεσμα την επιβάρυνση της υγείας.

Η παραπληροφόρηση σχετικά με τη διατροφή έχει πάρει μεγάλες διαστάσεις, με ευθύνη εκείνων που κερδίζουν από αυτή. Η πολιτεία προϊόντων υγιεινής διατροφής

χρησιμοποιούν αμφισβητήσιμες πληροφορίες για να δώσουν στα προϊόντα τους το στοιχείο της αξιοπιστίας και χρησιμοποιούν προηγμένες τεχνικές διαφήμισης και marketing. Για την ενημέρωση αλλά και για την εκπαίδευση των πολιτών - καταναλωτών θα μπορούσε να δημιουργηθεί ένα κέντρο που θα μπορεί να καλύψει τις ανάγκες που υπάρχουν στη διατροφή και θα περιλαμβάνει:

- 1) έρευνα καρδιοαγγειακών νοσημάτων: η ανάγκη αυτή επιβάλλεται από την αύξηση της νοσηρότητας και θνησιμότητας από έμφραγμα του μυοκαρδίου και εγκεφαλικά επεισόδια στον πληθυσμό της χώρας.
- 2) σχέση διατροφής και καρκίνου: οι πιο συχνές μορφές καρκίνου σχετίζονται με τη διατροφή και αυξάνονται συνεχώς στη χώρα μας,
- 3) μελέτη της διατροφής σε διαφορετικά στάδια του κύκλου της ζωής: εγκυμοσύνη, βρεφική, προσχολική, σχολική, εφηβική ηλικία, ενήλικες και ηλικιωμένοι. Σε όλες τις ηλικίες θα πρέπει να διερευνηθούν οι διαιτητικές συνήθειες.
- 4) βασική ενημέρωση σε θέματα διατροφής μαθητών πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης
- 5) πανεπιστημιακή εκπαίδευση στη διατροφή και διαιτολογία
- 6) συνεχιζόμενη εκπαίδευση στην κλινική διατροφή (θεωρητική, πρακτική, ερευνητική).
- 7) διαμόρφωση πολιτικής στη διατροφή που θα βασίζεται σε αποτελέσματα εφαρμοσμένης έρευνας.

Ακόμα και αν όλα τα μέτρα που αναφέρθηκαν παραπάνω εφαρμοσθούν, η πραγματική επιτυχία εξαρτάται από τη θετική ανταπόκριση των πολιτών. Ακόμα και αν οι Αρχές πληροφορούν, επιμορφώνουν και καταδεικνύουν τα οφέλη της υγιεινής διατροφής, της φυσικής άσκησης και του ελέγχου του σωματικού βάρους, η τελική ευθύνη για την προσωπική στάση, βαρύνουν το άτομο. Επίσης, οι γονείς πρέπει να αναλάβουν ένα μεγάλο μέρος αυτής της ευθύνης, για τις συνήθειες που αφορούν τη δίαιτα και την άσκηση των παιδιών τους.

Ο τομέας της προαγωγής υγείας και της πρόληψης είναι ευρύς και δίνει μεγάλη δυνατότητα στους ειδικούς της διατροφής να αναπτύξουν προγράμματα διατροφικής φροντίδας στην κοινότητα, μέσα από προγράμματα παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Η σημερινή παγκόσμια προσπάθεια για την προστασία της υγείας των πολιτών έχει ως επιδίωξη, την πλατωνική διακήρυξη και αρχή. Ο Πλάτων, πριν 2.500 χρόνια, επισήμανε την ανάγκη φροντίδας για την υγεία των πολιτών εκ μέρους της Πολιτείας λέγοντας ότι:

«η Πολιτεία πρέπει να επιβάλει σωστή διατροφή για τους πολίτες η οποία θα εμποδίσει την νόσο, που ως γνωστόν προέρχεται από ακατάλληλα για τον άνθρωπο τρόφιμα, ...με αποτέλεσμα να εξασφαλίσει η πολιτεία υγιείς πολίτες».²³

Για την χώρα μας, κεντρικός θεσμός στη διαδικασία υλοποίησης προγραμμάτων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας είναι το Κέντρο Υγείας (Κ.Υ.). Το βάρος της υλοποίησης της Εθνικής Πολιτικής για τη διατροφή είναι φανερό ότι πρέπει να το σηκώσει το Κ.Υ. Οι διαιτολόγοι είναι οι λειτουργοί υγείας που πρέπει να σηκώσουν το κύριο βάρος της υπόθεσης. Έχουν μια μοναδική συνεισφορά προς την κοινωνία με τη γνώση τους για τους συσχετισμούς διατροφής και υγείας. Έχουν επίσης τη μοναδική ευκαιρία και υποχρέωση να βελτιώσουν τη διατροφή της κοινότητας. Έτσι ο ρόλος των διαιτολόγων, από καθαρά κλινικός που ήταν μέχρι σήμερα, αναδεικνύεται καθοριστικός και στον τομέα της πρόληψης που είναι η μεγάλη ελπίδα για την προστασία και προαγωγή της ανθρώπινης υγείας.

Ένας άλλος τομέας εξίσου ενδιαφέρων για μας, αλλά και για όλες τις επιστήμες υγείας τα τελευταία χρόνια, είναι ο τομέας της κλινικής διατροφής ή εφαρμοσμένης διαιτολογίας. Για πολλά χρόνια η διαιτολογία ήταν ίσως η πιο παραμελημένη πλευρά της κλινικής φροντίδας στη χώρα μας, παρά το γεγονός ότι η συμβολή της στη θεραπευτική είναι αναμφισβήτητη. Τα τελευταία χρόνια η κλινική διατροφή παίρνει σταδιακά τη θέση που της ανήκει, το ενδιαφέρον δε όλων των επιστημών υγείας γι' αυτή είναι όλο και μεγαλύτερο. Το 1986 θεσμοθετήθηκαν τα τμήματα διατροφής όλων των νοσοκομείων της χώρας με προεδρικό διάταγμα, ενώ καθορίστηκαν ρητά και οι δραστηριότητες που σχετίζονται και με τη διαμόρφωση σχημάτων διατροφής ασθενών, την πληροφόρηση και εκπαίδευση των νοσηλευόμενων ασθενών και των ασθενών τακτικών εξωτερικών ιατρειών. Επίσης, εντάχθηκαν στο τμήμα οι επιστημονικές, οργανωτικές, εκπαιδευτικές και διοικητικές δραστηριότητες όλων όσων ασχολούνται με τα τρόφιμα.

Οι διαιτολόγοι, καταθέτουν καθημερινά την επιστημονική τους μαρτυρία, είτε ως κλινικοί, είτε ως διαιτολόγοι της κοινότητας, είτε ως εκπαιδευτές στην τριτοβάθμια εκπαίδευση επαγγελματιών υγείας, είτε στην έρευνα. Σημειώνεται ότι η διατροφή από το 18ο αιώνα αρχίζει να εντάσσεται στα πανεπιστημιακά προγράμματα ως τομέας της οικιακής οικονομίας. Τα τελευταία 40 χρόνια αναπτύσσεται ως ξεχωριστή επιστήμη, ενώ συνεχώς εμφανίζεται τάση ανάπτυξης εξειδικευμένων τμημάτων διαιτολογίας ή σχολές επιστημών διατροφής.

²³ Πολιτεία Κεφ. Γ, C 312

Στο Παράρτημα Δ παρατίθεται άρθρο το οποίο δημοσιεύθηκε στο internet και αφορά στο πρόγραμμα «Αγωγής Υγείας Μαθητών» από τα εκπαιδευτήρια ΓΕΙΤΟΝΑ.

Είναι ένα πρόγραμμα καινούργιο στον ελληνικό χώρο με στόχο τη βελτίωση των διατροφικών συνηθειών και με σκοπό την πρόληψη αρνητικών για την υγεία του μαθητή συνεπειών.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Παρά τη μεγάλη σημασία της διατροφής, δυστυχώς στη χώρα μας η επιστήμη αυτή δεν έχει ακόμα οργανωθεί ως ενιαίο και αυτοτελές αντικείμενο, ώστε να καλυτερεύσει τις τεράστιες ανάγκες που υπάρχουν στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και στην κλινική διατροφή. Μολονότι ορισμένοι τομείς της διατροφής έχουν σχετικά αναπτυχθεί από μεμονωμένες κλινικές, συνολικά δεν έχει δοθεί η απαραίτητη προτεραιότητα στην εφαρμογή των αρχών της διατροφής στην κοινότητα. Σ' αυτό συμβάλλει κυρίως η έλλειψη κλινικών διαιτολόγων, ενημέρωση των γιατρών και άλλων παραϊατρικών επαγγελματιών. Γι' αυτό ευθύνεται το σύστημα που δεν δίνει την ευκαιρία να αποκτήσουν αυτή τη γνώση και να την ασκήσουν. Στις μέρες μας παρατηρείται άνηση του εμπορίου ειδών υγιεινής διατροφής, τα οποία έχουν φτάσει και στις μικρότερες πόλεις της χώρας μας. Η ανεπαρκής ενημέρωση γύρω απ' αυτό το θέμα έχει δημιουργήσει παραπλανητικές εικόνες στο κοινό. Τα προϊόντα αυτά παρουσιάζονται ως υγιεινά, ενώ στην πραγματικότητα δεν είναι, πολλές φορές μάλιστα είναι επικίνδυνα και έχουν μεγάλο κόστος.

Η κυβέρνηση δεν έχει εκπονήσει κάποιο κεντρικό πρόγραμμα εκπαίδευσης σε θέματα διατροφής. Αντ' αυτού, οι πληροφορίες σχετικά με τέτοια θέματα παρέχονται ανεξάρτητα από πολλές ομοσπονδιακές υπηρεσίες σε διάφορες ομάδες του γενικού πληθυσμού στις οποίες απευθύνονται οι εκπαιδευτικές τους προσπάθειες. Επειδή οι ομάδες ποικίλλουν ως προς τις ηλικίες και τη μόρφωση (παιδιά σχολικής ηλικίας μέχρι επιστήμονες), το εκπαιδευτικό υλικό που παρέχει η κυβέρνηση παρουσιάζει μεγάλη ποικιλία. Περιλαμβάνει διαιτητικές συμβουλές προς το κοινό, πληροφορίες σχετικά με τη διατροφή για τους καταναλωτές, τεχνικές πληροφορίες για τους αγρότες και αποτελέσματα ερευνών για τους επιστήμονες. Δεν έχει βρεθεί όμως αν αυτές οι δημοσιεύσεις βοηθούν ώστε να βελτιωθεί η διατροφή του ατόμου ή εξουδετερώνουν την επίδραση της διαφήμισης στις συνήθειες της διατροφής.

Όπως ανέφερα και σε προηγούμενο κεφάλαιο, η Ελλάδα χρειάζεται μια σωστή πολιτική διατροφής που θα βασιστεί πάνω στην έρευνα της διατροφής του ελληνικού πληθυσμού. Σημασία έχει η ενημέρωση σε θέματα διατροφής και υγείας. Η υλοποίηση των διατροφικών στόχων προϋποθέτει την υιοθέτηση στην πράξη από τον πληθυσμό ορισμένων αλλαγών στις διατροφικές συνήθειες. Αυτό που πρέπει να γίνει είναι εντατικές προσπάθειες για σωστή πληροφόρηση μέσω της εκπαίδευσης.

Η εκπαίδευση θα βοηθήσει τα νεαρά άτομα αλλά και τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας να καταλάβουν καλύτερα πως πρέπει να τρέφονται ώστε να μπορούν να επιλέξουν πιο υγιεινό τρόπο διατροφής καθώς επίσης θα έχουν τη δυνατότητα να μάθουν και για τη σχέση της διατροφής με την υγεία ώστε να μπορούν να προλαμβάνουν ασθένειες και να φροντίζουν για την υγεία τους.

Ο πιο σημαντικός παράγοντας που καθορίζει τις διατροφικές συνήθειες του παιδιού, είναι η ίδια η οικογένεια. Αυτός ο παράγοντας είναι τόσο περισσότερο σημαντικός όσο μικρότερη είναι η ηλικία του παιδιού, ενώ το μέγεθος της επιρροής των γονέων μειώνεται κατά τα εφηβικά χρόνια όπου και αναλαμβάνουν οι εκπαιδευτικοί.

Τόσο λοιπόν οι γονείς όσο και οι εκπαιδευτικοί θα πρέπει να συμμετέχουν σε ενημερωτικά σεμινάρια έτσι ώστε να εξοικειώνονται τόσο με την αγωγή υγείας και διατροφής όσο και με τον ρόλο που καλούνται να διαδραματίσουν οι ίδιοι. Η πιθανότητα επιτυχίας προσέγγισης των παιδιών για σωστή διατροφή, αυξάνει πολύ περισσότερο όταν συνοδεύεται από παράδειγμα του γονέα ή του δασκάλου. Αυτό αποτελεί την ‘ενεργητική’ οδό.

Η δεύτερη οδός είναι η ‘παθητική’ και αφορά τις εταιρείες τροφίμων και γενικά τα ΜΜΕ και την παρουσίαση των τροφίμων μέσω των διαφημίσεων. Ο ρόλος των ΜΜΕ, όπως έχει διαμορφωθεί, γίνεται ιδιαίτερα σημαντικός όταν η ενημέρωση αφορά την αγωγή του κοινού για πρόληψη ασθενειών και προαγωγή της υγείας του και απευθύνεται κυρίως σε νεαρά άτομα. Η πολιτική αγωγής υγείας δεν μπορεί να μη χρησιμοποιήσει τα ΜΜΕ, ούτε να αγνοήσει την ιδιαίτερη δύναμή τους. Παρ’όλα αυτά οι αρμόδιοι φορείς θα μπορούσαν να παίξουν καθοριστικό ρόλο διαμορφώνοντας συγκεκριμένες οδηγίες – διατάξεις προς τις βιομηχανίες τροφίμων και τις διαφημιστικές εταιρίες ώστε να μην επενεργούν στη θέληση του καταναλωτή, χωρίς να ξέρει την αιτία της ίδιας της απόφασης που θα πάρει.

Γιατί είναι γνωστό ότι, για παράδειγμα, οι διαφημίσεις δεν ελέγχονται από κανένα κρατικό όργανο, με συνέπεια να παραπλανούν το κοινό τους.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α

ΜΕΛΕΤΗ ΦΟΡΕΣ ΤΟ ΜΗΝΑ
Η ΨΑΡΑ ΣΕ ΜΙΚΡΕΣ ΠΟΣΟΤΗΤΕΣ

ΜΕΛΕΤΗ ΦΟΡΕΣ ΤΗΝ
ΕΒΔΟΜΑΔΑ

ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ

ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ
ΣΩΜΑΤΙΚΗ
ΑΣΚΗΣΗ

ΚΡΑΣΙ ΜΕ
ΜΕΤΡΟ



ΠΑΡΑΔΟΣΙΑΚΗ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β

➤ **Διατροφική Αγωγή:**

01.01.01 Ανοσοδιατροφή: η ενίσχυση του ανοσοποιητικού συστήματος μέσω της διατροφής.

Γράφουν οι **Κάξης Αβραάμ**, Κλινικός Διαιτολόγος - Διατροφολόγος, MSc, και **Παπαχρήστος Παρασκευάς**, Διαιτολόγος - Διατροφολόγος, MSc

Τα τελευταία χρόνια, ερευνητικές μελέτες έχουν καταλήξει στο συμπέρασμα ότι συγκεκριμένα θρεπτικά συστατικά μπορούν να δράσουν ανοσορυθμιστικά στον ανθρώπινο οργανισμό. Η σοβαρή κακή θρέψη και καταστάσεις μεταβολικού στρες συνοδεύονται με έκπτωση της ανοσολογικής λειτουργίας και αυξημένο κίνδυνο λοιμώξεων και άλλων επιπλοκών. Η θρεπτική υποστήριξη ασθενών με ανοσολογική έκπτωση και κακή θρέψη μπορεί να βελτιωθεί εάν στη βασική πρωτεϊνική και ενεργειακή κάλυψη προστεθούν ανοσορυθμιστικές ουσίες σε φαρμακολογικές δόσεις. Πράγματι, υπάρχουν ασφαλείς ενδείξεις ότι ορισμένα θρεπτικά συστατικά, χορηγούμενα μεμονωμένα ή σε συνδυασμό, έχουν την ικανότητα να ενισχύουν την απάντηση του ανοσολογικού συστήματος του ασθενούς στους διάφορους παράγοντες στρες. Τέτοιες ανοσοδιεγερτικές ιδιότητες φαίνεται να έχουν τα αμινοξέα **γλουταμίνη** και **αργινίνη**, τα **ω3 λιπαρά οξέα**, τα **νουκλεοτίδια**, ορισμένα ιχνοστοιχεία όπως ο **ψευδάργυρος** και το **σελήνιο**, και ορισμένες βιταμίνες όπως η **βιταμίνη C**, η **A** και η **E**.

Η πρακτική αυτή οδήγησε στη γένεση της έννοιας της ανοσοδιατροφής. Στόχος της είναι η ρύθμιση του ανοσολογικού συστήματος ώστε να επιτευχθεί μικρότερη νοσηρότητα με επακόλουθη μείωση του χρόνου και του κόστους νοσηλείας του ασθενούς. Επίσης, σκοπός της είναι η γρηγορότερη επούλωση των τραυμάτων, η διατήρηση της μυϊκής μάζας του ασθενούς και η αναπνευστική του επάρκεια. Με βάση τα υπάρχοντα μέχρι σήμερα στοιχεία, η χορήγηση ανοσοδιατροφής ενδείκνυται στις παρακάτω κατηγορίες ασθενών:

- Προ και μετεγχειρητικά ασθενείς που υποβάλλονται σε μείζονες χειρουργικές επεμβάσεις του γαστρεντερικού συστήματος.
- Πολυτραυματίες ασθενείς
- Ασθενείς με σοβαρά εγκαύματα
- Ασθενείς στη μονάδα εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ)
- Ασθενείς που έχουν υποστεί μεταμόσχευση μυελού των οστών
- Ασθενείς με μεγάλες χειρουργικές επεμβάσεις κεφαλής και τραχήλου, οι οποίοι είχαν προϋπάρχουσα κακή θρέψη.

Αξίζει να σημειωθεί ότι οι υπάρχουσες έρευνες αφορούν την ανοσοδιατροφή με εντερική και όχι τόσο παρεντερική διατροφή και ότι έχει μεγάλη κλινική σημασία στην

αποτελεσματικότητά της εάν η χορήγησή της είναι πρόωμη. Δεν αναμένεται να υπάρξει όφελος με τη χορήγηση ανοσοδιατροφής σε προεγχειρητικούς ασθενείς με καλή θρέψη ή σε ασθενείς που αναμένεται να σιτιστούν φυσιολογικά σε 5 ημέρες από τη στιγμή έναρξης της νόσου. Επίσης, δεν αναμένεται όφελος σε ασθενείς που έχουν αντένδειξη για χορήγηση εντερικής διατροφής, ούτε σε ασθενείς που δεν μπορούν να βοηθηθούν με οποιαδήποτε μορφή θρεπτικής υποστήριξης για την κύρια νόσο τους.

Χρειάζεται περαιτέρω έρευνα για να επιβεβαιωθούν όλα τα παραπάνω δεδομένα, να καθοριστεί ποιο είναι το ειδικό συστατικό, ο ιδανικότερος συνδυασμός αυτών των διατροφικών στοιχείων, αλλά και η ποσότητα που απαιτείται για καλύτερα αποτελέσματα. Λόγω του μεγαλύτερου κόστους της εντερικής ή παρεντερικής (πιο σπάνια) διατροφής εμπλουτισμένης με αυτά τα συστατικά, πρέπει να αξιολογείται σε ποιους ασθενείς ενδείκνυται η χορήγησή της. Τέλος, καλό είναι να συνεχιστεί η έρευνα και προς άλλες ουσίες με πιθανή ανοσορυθμιστική δράση.

Συμπερασματικά, η ανοσοδιατροφή πλέον αποτελεί μια νέα πραγματικότητα στην αντιμετώπιση ασθενών με κακή θρέψη ή ανοσολογική εκτροπή. Είναι ωφέλιμη σε συγκεκριμένες ομάδες ασθενών και ασφαλής εφόσον χρησιμοποιείται σωστά. Χρειάζεται περαιτέρω έρευνα για να δοθούν σωστές απαντήσεις για τη χορήγηση της ανοσοδιατροφής σε βαρέως πάσχοντες ασθενείς, όπου η επίδραση των διαφόρων φαρμακο-θρεπτικών συστατικών ποικίλλει ανάλογα με την υποκείμενη παθοφυσιολογία της νόσου στη συγκεκριμένη χρονική στιγμή.

➤ **Διατροφικά Σκάνδαλα:**

02.01.01 Μεταχρονολογήσεις γαλακτοκομικών εντοπίστηκαν στην ΑΓΝΟ.

Παραβάσεις διαπίστωσε κλιμάκιο Επιθεωρητών του Τμήματος Ελέγχου Επιχειρήσεων της Περιφερειακής Διεύθυνσης Κεντρικής Μακεδονίας στη Βιομηχανία Γάλακτος ΑΓΝΟ Α.Ε., έπεται από έλεγχο που έκαναν στις εγκαταστάσεις της επιχείρησης στο 14ο χλμ. του δρόμου Θεσσαλονίκης - Λαγκαδά. Κατά τον έλεγχο εντοπίστηκαν και δεσμεύτηκαν με τον χαρακτηρισμό «μη κανονικά», προϊόντα συνολικού βάρους 64.317 κιλών ενώ αναμένεται η σύνταξη της έκθεσης των επιθεωρητών για την παραπομπή της επιχείρησης στις αρμόδιες δικαστικές αρχές και την επιβολή διοικητικών κυρώσεων.

Συγκεκριμένα, διαπιστώθηκαν οι εξής παραβάσεις:

- κατά την τυποποίηση και συσκευασία κρέμας γάλακτος, η εταιρεία μεταχρονολογούσε την ημερομηνία παστερίωσης κατά δύο ημέρες και ανέγραφε ως ημερομηνία την 26η Μαρτίου 2006.

- σε έλεγχο στα ψυγεία συντήρησης, βρέθηκαν ποσότητες φρέσκου παστεριωμένου γάλακτος, διαφόρων συσκευασιών, στα οποία ως ημερομηνία παστερίωσης αναφερόταν η 26η Μαρτίου 2006, γεγονός δηλωτικό ότι τα προαναφερθέντα μεταχρονολογούνταν τουλάχιστον κατά δύο ημέρες.

Στον εισαγγελέα θα κατατεθεί η τελική έκθεση των ελεγκτών του Εθνικού Φορέα Ελέγχου Τροφίμων (ΕΦΕΤ), σχετικά με τις υγειονομικές παραβάσεις, που διαπιστώθηκαν κατά τη διάρκεια αιφνιδιαστικού ελέγχου στις εγκαταστάσεις της γαλακτοβιομηχανίας ΑΓΝΟ Α.Ε., στη Θεσσαλονίκη, ενώ οι αρμόδιες Αρχές αναμένεται να επιβάλλουν πρόστιμο στην εταιρεία. Ο υφυπουργός Ανάπτυξης, Γιάννης Παπαθανασίου, συνεχάρη τον ΕΦΕΤ για τους ελέγχους του, ενώ επανέλαβε ότι «ελεύθερη αγορά δεν σημαίνει ασύδοτη αγορά» και τόνισε ότι υπάρχουν κανόνες, που πρέπει όλες οι επιχειρήσεις να τηρούν. Τα αρμόδια όργανα κατέσχεσαν περισσότερους από 64 τόνους φρέσκου γάλακτος, οι οποίοι είχαν παστεριωθεί τουλάχιστον 2 μέρες νωρίτερα από την αναγραφόμενη ημερομηνία. Στο μεταξύ, οι ελεγκτές της Νομαρχίας Πειραιά διαπίστωσαν νέες παραβάσεις, όταν εντόπισαν και κατέσχεσαν από κατάστημα της δημοτικής αγοράς, 48,5 κιλά κρέατος με ελλείψεις σημάνσεις και σφραγίδες, που πωλούνταν ως ελληνικά. Τη Δευτέρα, στο ίδιο κρεοπωλείο είχαν εντοπιστεί ολλανδικά κρέατα, που πωλούνταν επίσης ως ελληνικά. Ο ιδιοκτήτης έχει ήδη παραπεμφθεί στον εισαγγελέα.

➤ Σχέση Διατροφής - Ασθενειών:

03.01.01 Επαγρύπνηση για τη γρίπη των πουλερικών.

Με πολύ προσεκτικές και υπεύθυνες απαντήσεις ενημέρωσαν χθες τη Βουλή οι υπουργοί Υγείας και Αγροτικής Ανάπτυξης, καθώς και ειδικοί επιστήμονες για το πρόβλημα της γρίπης των πουλερικών. «Αυτή τη στιγμή η χώρα μας δεν αντιμετωπίζει πρόβλημα, αλλά κάποια στιγμή κάποιο κρούσμα πουλερικών θα υπάρξει στην Ελλάδα. Το ζήτημα δεν είναι αυτό, αλλά το πώς θα αντιδράσουμε», τόνισε ο υπουργός Υγείας κ. Νικ. Κακλαμάνης, υπογραμμίζοντας ότι η χώρα μας, απολύτως ευθυγραμμισμένη με τις σχετικές κοινοτικές οδηγίες, είναι απολύτως έτοιμη και σε επαγρύπνηση για να το αντιμετωπίσει. Στη λογική ότι δεν νοείται σε καμία περίπτωση εφησυχασμός, ο καθηγητής επιδημιολογίας και πρόεδρος του Κέντρου Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων κ. Αγγ. Χατζάκης επεσήμανε ότι υπάρχει πάντα φόβος μιας πανδημίας γρίπης, όταν στατιστικά επαναλαμβάνονται πανδημίες τρεις φορές τον αιώνα. Το πρόβλημα μεγεθύνεται όταν εντοπίζεται ένας νέος υπότυπος ιού, αυτός των πουλερικών που πολλαπλασιάζεται δραματικά τα τελευταία χρόνια, έχει μεγάλη θνησιμότητα και εξ ου υπάρχει ο φόβος της μετάλλαξης: «Αν θεωρητικά υπάρξει μία πανδημία γρίπης και θεωρητικά πάντα

προβλέπεται να υπάρξουν ενδεχομένως 100.000 νεκροί, ο σκοπός της επιστήμης και της προετοιμασίας που έχει γίνει, είναι να μειωθεί δραματικά ο αριθμός αυτός π.χ. στους 1.000. Όσον αφορά τη γρίπη των πτηνών υπάρχουν διάφορα σενάρια. ευτυχώς όλα καθησυχαστικά όσον αφορά τις επιπτώσεις τους στον άνθρωπο λόγω του διαφορετικού κοινωνικού και οικονομικού επιπέδου σε σχέση με τις χώρες που εντοπίστηκαν κρούσματα». Ο κ. Π. Ευσταθίου, πρόεδρος του Συντονιστικού Οργάνου Τομέα Υγείας είπε ότι αυτήν τη στιγμή υπάρχουν δεσμευμένα στον ΕΦΕΤ 26.000 κουτιά «Ταμιφλού», καθώς και 380.000 δόσεις αμανταδίνης στις οποίες θεωρείται ότι είναι πολύ ευαίσθητος ο ιός.

Κοινή πεποίθηση όλων, επιστημόνων και βουλευτών, ήταν ότι υπάρχει γενικώς μεγάλη σύγχυση στον κόσμο και στο σημείο αυτό ασκήθηκε στο μεγαλύτερο βαθμό η αντιπολιτευτική τακτική του ΠΑΣΟΚ. Αν και ο αρμόδιος τομεάρχης κ. Ε. Βενιζέλος έσπευσε εξ αρχής να διαβεβαιώσει ότι δεν αμφισβητούνται τα στοιχεία που καταθέτει η κυβέρνηση κι ότι σκοπός της ενημερώσεως, που ζήτησε το ΠΑΣΟΚ, είναι να ασκηθεί πίεση για καλύτερη ετοιμότητα και συντονισμό των κυβερνητικών ενεργειών. Ειδικώς οι πρώην υφυπουργοί Γεωργίας του ΠΑΣΟΚ κ. Ε. Αργύρης και Φ. Χατζημιχάλης κινδυνολόγησαν στο έπακρο, αμφισβητώντας τα πάντα (μέχρι και τις καθησυχαστικές ανακοινώσεις για τις διοξίνες στα κρέατα), ακόμη και την επάρκεια σε αντιβιοτικά φάρμακα, αλλά και τη σκοπιμότητα των αμανταδινών για την περίπτωση. «Είμαστε η χειρότερα προετοιμασμένη χώρα στην Ευρώπη», έκρινε ο κ. Λ. Γρηγοράκος προκαλώντας την αντίδραση του κ. Κακλαμάνη: «Εκπλήσσομαι για την άγνοια, όταν απλώς αναφέρεστε στα κοινά εμβόλια γρίπης. Χρειαζόμαστε ετησίως 900.000 δόσεις για την κοινή γρίπη, εξασφαλίσαμε 1.830.000 και περίσσεψαν. Το 80% των ευπαθών ομάδων έχουν καλυφθεί και από τώρα έχουν παραγγελθεί 3 εκατ. εμβόλια για το 2006».

Ασκήσεις σε νοσοκομεία

Πρόσθεσε ότι κανένα από τα δύο φάρμακα που έχουμε προμηθευτεί δεν είναι ειδικά, αλλά μειώνουν τους θανάτους. Τόνισε ότι ήδη έχουν γίνει αρκετές προασκήσεις ετοιμότητας, την ερχόμενη εβδομάδα θα γίνουν κανονικές ασκήσεις σε δύο νοσοκομεία Αθηνών και Θεσσαλονίκης και ότι έχουν ήδη επιλεγεί δύο νοσοκομεία αν ο μη γένοιτο υπάρξει πανδημία για να λειτουργήσουν ως καραντίνα. Ο κ. Αργύρης αντιθέτως είπε ότι και ο ίδιος ο υπουργός συνέβαλε στον πανικό με την έκκληση να μη ταξιδεύουν οι Έλληνες στην Τουρκία. «Ως γιατρός και ως υπουργός έκρινα ότι αφού δεν υπήρχαν

επιδημιολογικά στοιχεία στην Τουρκία να συστήσω όχι να μην πηγαίνουν, αλλά αν δεν υπάρχει λόγος να την αποφεύγουν. Ξέρω ότι δυσαρέστησα τον Τούρκο ομόλογό μου, αλλά έτσι έκρινα», απάντησε ο κ. Κακλαμάνης.

Ο υπουργός Αγροτικής Ανάπτυξης κ. Ε. Μπασιάκος έκανε λόγο για δραματική έλλειψη κτηνιάτρων και ζωοτεχνών, αφού από το 1994 δεν έγιναν προσλήψεις, λέγοντας ότι ήδη έχουν προσληφθεί τους τελευταίους μήνες 700 κτηνίατροι ή παρεμφερείς ειδικότητες, καλύπτοντας τις ανάγκες των νομαρχιών. Καθισχύχασε πάντως λέγοντας ότι τα 3.000 δείγματα, που έχουν αποσταλεί στα εργαστήρια αναφοράς, προέκυψαν αρνητικά, ενώ σε ισχύ βρίσκονται όλα τα άλλα μέτρα για απαγορεύσεις εισαγωγών από τρίτες χώρες. Εξάλλου ο υφυπουργός Αγροτικής Ανάπτυξης κ. Κοντός είπε ότι εντός της εβδομάδας θα ανακοινωθεί πακέτο φορολογικών μέτρων για την ανακούφιση των πτηνοτρόφων.

➤ 03.02.01 Η παχυσαρκία προδιαθέτει στην εκδήλωση Αλτσχάιμερ.

Η παχυσαρκία κάνει κακό στον εγκέφαλο, σύμφωνα με στοιχεία που παρουσιάστηκαν στο ετήσιο συνέδριο της Αμερικανικής Ακαδημίας Νευρολογίας.

Ερευνητική ομάδα του Kaiser Permanente με επικεφαλής την Δρ. Ρέιτσελ Γουίτμερ διαπίστωσε ότι συγκριτικά με τα αδύνατα μεσήλικα άτομα, τα παχύσαρκα 40-45 ετών έχουν τριπλάσιο κίνδυνο εκδήλωσης νόσου Αλτσχάιμερ στα 60 με 70.

Η Δρ. Γουίτμερ μέτρησε την περιφερική και στελεχιακή παχυσαρκία σε 8.776 άνδρες και γυναίκες που ήταν 40-45 ετών την περίοδο 1964-1973 και στη συνέχεια κατέγραψαν τη συχνότητα της νόσου Αλτσχάιμερ από το 1994 μέχρι το 2006. Όλοι οι συμμετέχοντες ήταν κάτοικοι της βόρειας Καλιφόρνιας, το 55% ήταν γυναίκες, ο μέσος όρος ηλικίας εγγραφής στη μελέτη ήταν τα 42 έτη, το 45% είχαν ακαδημαϊκή μόρφωση και το 70% ήταν εκπρόσωποι της καυκάσιας φυλής.

Δύο χιλιάδες είκοσι ένα άτομα διαγνώστηκαν με νόσο Αλτσχάιμερ κατά τη διάρκεια της μελέτης. Το σημαντικότερο ήταν ότι όταν ελήφθησαν υπόψη παράγοντες όπως διάφοροι τύποι καρδιαγγειακών επεισοδίων ή ο διαβήτης, το λίπος, ειδικά το στελεχιακό, εξακολουθούσε να είναι προγνωστικό του κινδύνου εκδήλωσης νόσου Αλτσχάιμερ.

Η Δρ. Γουίτμερ υποθέτει ότι οι λιπώδεις κυτοκίνες μπορεί να επηρεάζουν τον εγκέφαλο. Αλλά προσθέτει ότι δεν είναι ακόμη γνωστά αρκετά στοιχεία για τις κλινικές επιπτώσεις των λιποκυττάρων που μπορούν να επιβεβαιώσουν αυτή τη θεωρία. Πάντως, ο κλινικός υπαινιγμός της μελέτης είναι ξεκάθαρος. Η παχυσαρκία, ειδικά το στελεχιακό λίπος στο οποίο περιλαμβάνεται και το κοιλιακό, είναι επιβλαβές για τον εγκέφαλο όπως και για την καρδιά.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

ΠΕΡΙΟΔΟΣ : 8/3/06 Α/Α : ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ : ΤΕΙ ΑΘΗΝΩΝ

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΡΩΤΩΜΕΝΟΥ

ΦΥΛΟ		ΗΛΙΚΙΑ			ΑΕΙ/ΤΕΙ		ΔΙΑΜΟΝΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ	
ΑΡΡΕΝ	ΘΗΛΥ	<20	20-22	>25	ΑΕΙ	ΤΕΙ	ΑΣΤΙΚΗ	ΗΜ/ΑΓΡ.
✓			✓			✓	✓	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗ Κ' ΒΑΘΜΟΣ ΓΝΩΣΗΣ ΤΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΕΙΔΗΣΕΩΝ

ΩΔΙΚΟΣ	ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΘΗΚΕ		ΠΗΓΗ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗΣ					Β
	ΝΑΙ	ΟΧΙ	TV	ΡΑΔΙΟΦ.	ΕΦΗΜΕΡΙΔΑ	INTERNET	ΦΙΛΟΙ	
02.01.01	✓						✓	4
02.01.02	✓		✓					3
01.01.01	✓		✓		✓			3
03.01.01	✓		✓					4

ΒΑΘΜΟΣ ΓΝΩΣΗΣ ΤΟΥ ΘΕΜΑΤΟΣ

1	2	3	4	5
ΠΛΗΡΗΣ	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΙΚΗ	ΜΕΤΡΙΑ	ΕΛΛΙΠΗΣ	ΛΑΝΘΑΣΜΕΝΗ

ΠΕΡΙΟΔΟΣ : 8/3/06 Α/Α : ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ : ΤΕΙ ΑΘΗΝΩΝ

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΡΩΤΩΜΕΝΟΥ

ΦΥΛΟ		ΗΛΙΚΙΑ			ΑΕΙ/ΤΕΙ		ΔΙΑΜΟΝΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ	
ΑΡΡΕΝ	ΘΗΛΥ	<20	20-22	>25	ΑΕΙ	ΤΕΙ	ΑΣΤΙΚΗ	ΗΜ/ΑΓΡ.
	✓		✓			✓		✓

ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗ Κ' ΒΑΘΜΟΣ ΓΝΩΣΗΣ ΤΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΕΙΔΗΣΕΩΝ

ΩΔΙΚΟΣ	ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΘΗΚΕ		ΠΗΓΗ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗΣ					Β
	ΝΑΙ	ΟΧΙ	TV	ΡΑΔΙΟΦ.	ΕΦΗΜΕΡΙΔΑ	INTERNET	ΦΙΛΟΙ	
02.01.01	✓		✓			✓		3
02.01.02	✓		✓			✓		3
01.01.01	✓		✓			✓		3
03.01.01	✓		✓			✓		3

ΒΑΘΜΟΣ ΓΝΩΣΗΣ ΤΟΥ ΘΕΜΑΤΟΣ

1	2	3	4	5
ΠΛΗΡΗΣ	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΙΚΗ	ΜΕΤΡΙΑ	ΕΛΛΙΠΗΣ	ΛΑΝΘΑΣΜΕΝΗ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Δ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ "ΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΜΑΘΗΤΩΝ" ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΗΡΙΩΝ ΓΕΙΤΟΝΑ

- Φιλοσοφία
- Στόχοι
- Περιληπτική Παρουσίαση
- Βιβλιογραφία - Πηγές
- Δελτίο ενημέρωσης
- Δρώμενα
- Εβδομαδιαίο Μενού Εστιατορίου Εκπαιδευτηρίων Γείτονα
- Η Υγεία στο Διαδίκτυο

ΦΙΛΟΣΟΦΙΑ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ

Στα χρόνια που το παιδί βρίσκεται στο σχολείο συντελείται το σημαντικότερο μέρος της ανάπτυξής του. Στο ίδιο διάστημα, το παιδί αποκτά διατροφικές και κινητικές συνήθειες που θα διατηρήσει, με μικρές διαφοροποιήσεις, για όλη του τη ζωή. Το σχολείο, ως μία ολοκληρωμένη εκπαιδευτική μονάδα, έχει χρέος να φροντίζει όχι μόνο για την πνευματική καλλιέργεια και μόρφωση του παιδιού αλλά και για τη σωστή σωματική ανάπτυξη και υγεία του γενικότερα.

Το πρόγραμμα «**Αγωγή Υγείας Μαθητών**» αποτελεί μία καινοτομία στον ελληνικό χώρο. Βασίζεται στις οδηγίες του Κέντρου Πρόληψης και Ελέγχου Ασθενειών (CDC) και του Εθνικού Ινστιτούτου Υγείας (NIH) των ΗΠΑ. Είναι σχεδιασμένο έτσι, ώστε μέσω διαρκούς αξιολόγησης να αναγνωρίζει έγκαιρα ανθυγιεινές πρακτικές και τάσεις στους τομείς της σωματικής διάπλασης, διατροφής και φυσικής δραστηριότητας. Απώτερος στόχος του προγράμματος είναι η βελτίωση των ανωτέρω πρακτικών και η διόρθωση ανθυγιεινών τάσεων με σκοπό την πρόληψη αρνητικών για την υγεία του μαθητή συνεπειών.

ΣΤΟΧΟΙ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ

Αξιολόγηση:

Συστηματική παρακολούθηση της σωματικής ανάπτυξης-διάπλασης των μαθητών από την εγγραφή τους στο σχολείο μέχρι την αποφοίτησή τους από το σχολείο με στόχο την αναγνώριση πιθανών προβλημάτων ανάπτυξης και υγείας καθώς και την αναγνώριση προδιαθεσιακών παραγόντων για ανάπτυξη μεταβολικών ασθενειών κατά την ενηλικίωση. Τα μέσα για την επίτευξη του στόχου της αξιολόγησης είναι:

- υπολογισμός και ανάλυση ανθρωπομετρικών δεικτών (σωματικό βάρος, ποσοστό λίπους, δείκτες σωματικής μάζας και σωματικής διάπλασης)
- αναγνώριση ανθυγιεινών συνηθειών και παθολογικών καταστάσεων διατροφής (νευρογενής βουλιμία - ανορεξία)
- αξιολόγηση επιπέδου φυσικής δραστηριότητας και φυσικής κατάστασης

Ενημέρωση γονέων:

Παρουσίαση και ανάλυση των αποτελεσμάτων της αξιολόγησης των μαθητών συνοδευόμενη από συστάσεις - υποδείξεις.

Εκπαίδευση:

Επιμόρφωση μαθητών και ενημέρωση γονέων και προσωπικού των Εκπαιδευτηρίων "Γείτονα" πάνω σε θέματα υγιεινής διατροφής και φυσικής δραστηριότητας.

ΠΕΡΙΛΗΠΤΙΚΗ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ

I. Αξιολόγηση

Η ετήσια αξιολόγηση των μαθητών περιλαμβάνει τα εξής:

- Παρακολούθηση σωματικής ανάπτυξης (σωματομετρικοί δείκτες)
- Αναγνώριση διατροφικών συνηθειών και πρακτικών (ερωτηματολόγια - συνεντεύξεις)

- Καθορισμός επιπέδου φυσικής δραστηριότητας και κινητικών συνηθειών (ερωτηματολόγια - δοκιμασίες άσκησης)
- Αναγνώριση προδιαθεσιακών παραγόντων για μεταβολικές ασθένειες κατά την ενηλικίωση (σωματότυπος - ποσοστό λίπους σώματος -, δείκτες σωματικής μάζας και σχετικής κατανομής λίπους)

II. Επεξεργασία Στοιχείων - Αναφορά στους Γονείς

- Δημιουργία βάσης δεδομένων και θέσπιση Ατομικής Καρτέλας Υγείας Μαθητή (ΑΚΥΜ)
- Αξιολόγηση των ΑΚΥΜ με ευθύνη παιδίατρου και του διευθυντή του προγράμματος
- Επαναξιολόγηση σε ατομική βάση των μαθητών που παρουσιάζουν διαφοροποίηση στο ρυθμό ανάπτυξης ή έχουν έναν ή περισσότερους προδιαθεσιακούς παράγοντες για ανάπτυξη μεταβολικών ασθενειών.
- Περίληψη των ευρημάτων αξιολόγησης και επίδοση αυτής στους γονείς με συστάσεις -υποδείξεις.

III. Εκπαίδευση - Συμβουλευτικά Προγράμματα

- Επιμόρφωση μαθητών σε θέματα διατροφής, άσκησης, φυσικής δραστηριότητας και σωματικής διάπλασης.
- Ενημέρωση γονέων από ειδικούς σε θέματα διατροφής, φυσικής δραστηριότητας και παχυσαρκίας.

Για το σκοπό αυτό καθιερώνεται πρόγραμμα τακτικών ενημερωτικών σεμιναρίων για τους γονείς που θα δίνονται από ειδικούς το πρώτο Σάββατο κάθε μηνός. Η **συνεργασία των γονέων στον καθορισμό και την εφαρμογή σωστών αρχών σε θέματα διατροφής και φυσικής δραστηριότητας είναι όχι μόνο επιθυμητή αλλά απαραίτητη.**

- Έκδοση ενημερωτικού φυλλαδίου (newsletter) σε θέματα διατροφής - άσκησης - υγείας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ-ΠΗΓΕΣ

1. Centers for Disease Control and Prevention Recommendations and Reports: **Guidelines for Schools and Communities Programs to Promote Lifelong Physical Activity Among Young People**. U.S. Department of Health and Human Services, Atlanta Georgia (1997)
2. Centers for Disease Control and Prevention Recommendations and Reports: **Guidelines for School Health Programs to Promote Lifelong Healthy Eating**. U.S. Department of Health and Human Services, Atlanta Georgia (1996)
3. **School Health Programs: An Investment in Our Nation's Future**. National Institutes of Health and Centers for Disease Control and Prevention. (1998)

ΔΡΩΜΕΝΑ

● **Μάιος 2000:**

Έναρξη Προγράμματος «Αγωγή Υγείας Μαθητών»

● **Μάιος – Ιούνιος 2000:**

- Αξιολόγηση Εστιατορίου και Καντινών του Σχολείου:

Αξιολόγηση:

- πρώτων υλών,
- χώρων αποθήκευσης, συντήρησης και παρασκευής των τροφίμων,
- σύνθεσης και θρεπτικής αξίας του μενού του εστιατορίου, αλλά και των διαθέσιμων τροφίμων από τις καντίνες,
- προτιμήσεων και συχνότητας κατανάλωσης των τροφίμων από τα παιδιά.

Στη συνέχεια, με βάση τα παραπάνω δεδομένα, πραγματοποιήθηκαν αλλαγές τόσο στο χώρο του εστιατορίου, όσο και στην καντίνα, με σκοπό στα ήδη υπάρχοντα άριστα οργανοληπτικά χαρακτηριστικά (εμφάνιση, γεύση, οσμή κλπ.) των τροφίμων να προστεθεί και η σφραγίδα ενός ισορροπημένου σε θρεπτικά συστατικά γεύματος με υψηλή διατροφική αξία ειδικά σχεδιασμένο για τις ανάγκες του μαθητικού πληθυσμού.

- Στα πλαίσια του προγράμματος "γωγή Υγείας Μαθητών" οι καθηγητές Φυσικής Αγωγής των Εκπαιδευτηρίων παρακολούθησαν σεμινάριο με θέμα «EUROFIT TEST: Πρακτική Εφαρμογή» με προσκεκλημένο ομιλητή τον Δρ. Γεώργιο Νάσση, Διδάκτορα του Πανεπιστημίου Αθηνών.

● Ιούνιος – Αύγουστος 2000:

- Αναμόρφωση του μενού του Εστιατορίου με τις παρακάτω αλλαγές:
 - αντικατάσταση τροφών με υψηλή περιεκτικότητα σε λιπαρά (π.χ. πίτσα, πατάτες τηγανιτές) με τροφές υψηλής διατροφικής αξίας (π.χ. ψάρι, όσπρια)
 - αφαίρεση αλλαντικών
 - αύξηση διάθεσης ψαρικών και οσπρίων
 - εμπλουτισμός διαιτολογίου με λαχανικά και φρούτα
 - αύξηση χρήσης ελαιολάδου
 - αναμόρφωση του τρόπου σερβιρίσματος με στόχο την αύξηση του διαθέσιμου χρόνου κατανάλωσης του φαγητού
- Αναμόρφωση των προσφερομένων τροφίμων από τις καντίνες :
 - μείωση χρησιμοποιούμενων λιπαρών και αλατιού,
 - αντικατάσταση τροφών πλούσιων σε λιπαρά (π.χ. πίτσα) με τροφές πλούσιες σε θρεπτικά συστατικά (π.χ. σπανακόπιτα)

● Ιούλιος 2000:

Συμμετοχή στο 4^ο Πανελλήνιο Παιδικό Camp Μπάσκετ και στο 4^ο Summer Camp Αυτοάμυνας – Ju Jitsu & Okinawa Karate με την αξιολόγηση των παιδιών και ενημέρωση των γονέων όσον αφορά ανθρωπομετρικούς δείκτες, (ύψος, βάρος, περιφέρειες σώματος) και δείκτες σωματικής μάζας (σύσταση σώματος)

● Σεπτέμβριος 2000:

Δημιουργία βάσης δεδομένων για την επεξεργασία των στοιχείων από την αξιολόγηση των μαθητών

● **Οκτώβριος 2000:**

Εξοπλισμός του Σχολείου με τα απαραίτητα επιστημονικά όργανα για τη διεξαγωγή του προγράμματος.

● **Οκτώβριος -Δεκέμβριος 2000:**

Πρώτη φάση αξιολόγησης των μαθητών Δημοτικού, Γυμνασίου και Λυκείου (ανθρωπομετρικοί δείκτες, λιπομέτρηση , EUROFIT TEST)

● **Ιανουάριος -Μάιος 2000:**

Δεύτερη φάση αξιολόγησης (ανθρωπομετρικοί δείκτες/ λιπομέτρηση , EUROFIT TEST, ερωτηματολόγια διατροφικών συνηθειών και πρακτικών, ερωτηματολόγια φυσικής δραστηριότητας) μαθητών Δημοτικού, Γυμνασίου και Λυκείου

ΕΒΔΟΜΑΔΙΑΙΟ ΜΕΝΟΥ ΕΣΤΙΑΤΟΡΙΟΥ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΗΡΙΩΝ ΓΕΙΤΟΝΑ

ΠΕΡΙΟΔΟΣ: 24/5/2004 – 28/5/2004

ΔΕΥΤΕΡΑ	ΤΡΙΤΗ	ΤΕΤΑΡΤΗ	ΠΕΜΠΤΗ	ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ
ΜΑΚΑΡΟΝΙΑ ΜΕ ΚΙΜΑ	ΓΕΜΙΣΤΑ	ΚΟΤΟΠΟΥΛΟ ΓΙΟΥΒΕΤΣΙ	ΨΑΡΙ ΨΗΤΟ ΜΕ ΠΟΥΡΕ ΜΕΛΙΤΖΑΝΑΣ	ΚΡΕΑΣ ΦΟΥΡΝΟΥ ΜΕ ΠΑΤΑΤΕΣ
ΧΩΡΙΑΤΙΚΗ ΣΑΛΑΤΑ	ΤΥΡΙ ΦΕΤΑ	ΣΑΛΑΤΑ	ΣΑΛΑΤΑ	ΣΑΛΑΤΑ
ΦΡΟΥΤΟ	ΜΗΛΟΠΙΤΑ	ΜΟΥΣ	ΦΡΟΥΤΟ	ΦΡΟΥΤΟΣΑΛΑΤΑ

Η ΥΓΕΙΑ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ

Τα τελευταία χρόνια, με την ταχύτατη «εισβολή» του Διαδικτύου στην καθημερινή ζωή, έχουν αναπτυχθεί αρκετές ιστοσελίδες με θέματα αυξημένου ενδιαφέροντος στον τομέα της υγείας. Οι σελίδες αυτές απευθύνονται τόσο σε ειδικούς, παρέχοντας εξειδικευμένη γνώση, όσο και στο γενικό πληθυσμό παρέχοντας ενημέρωση για τις τρέχοντες εξελίξεις στο χώρο της υγείας, απαντήσεις σε

ερωτήματα υγείας και συστάσεις για τη διατήρηση ενός υψηλού βιοτικού επιπέδου.

Στα πλαίσια του προγράμματος «Αγωγή Υγείας Μαθητών» έγινε μια επιλογή των καλύτερων ιστοσελίδων Υγείας στον Ελληνικό και Διεθνή χώρο, με σκοπό την ολοκληρωμένη ενημέρωση και ευαισθητοποίηση των μαθητών και των γονέων σε θέματα που αφορούν την υγεία.

Υπό ανάπτυξη

ΠΙΝΑΚΑΣ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ

Ε.Ε	ΕΥΡΩΠΑΙΚΗ ΕΝΩΣΗ
Ο.Γ.Τ	ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΓΕΩΡΓΙΑΣ ΤΡΟΦΙΜΩΝ
Ε.Ο.Π	ΕΡΕΥΝΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΩΝ ΠΡΟΥΠΟΛΟΓΙΣΜΩΝ
W.H.O	WORLD HEALTH ORGANIZATION
Ε.Σ.Υ	ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ
ΠΕ.Σ.Υ	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ
F.A.O	FOOD and AGRICULTURE ORGANIZATION
Ε.Κ.Σ	ΕΥΡΩΠΑΙΚΟ ΚΟΙΝΟΒΟΥΛΙΟ και ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ
Σ.Ε.Κ	ΣΥΝΘΗΚΗ ΕΥΡΩΠΑΙΚΩΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΩΝ
HACCP	HAZARD ANALYSIS CRITICAL CONTROL POINT
Ε.Φ.Ε.Τ	ΕΝΙΑΙΟΣ ΦΟΡΕΑΣ ΕΛΕΓΧΟΥ ΤΡΟΦΙΜΩΝ
Γ.Τ.Ο	ΓΕΝΕΤΙΚΑ ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΜΕΝΟΙ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΙ
Κ.Ν	ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ
Π.Φ.Υ	ΠΑΓΚΟΣΜΙΟΣ ΦΟΡΕΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
Κ.Υ	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ

ΠΗΓΕΣ

- 1) Κολαποθάκη Β., Καλαντίδου Α., Κατσουγιάννη Κ., Τριχοπούλου Α., Κυριόπουλος Ι., Κρεμαστινού Τ., Χατζηκωνσταντίνου Β. και Τριχόπουλος Δ., «Η Υγεία του Ελληνικού Πληθυσμού», Mat Med Greca, 1992.
- 2) World Health Organization: diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Technical report series 797. Geneva. WHO, 1990.
- 3) National Research Council. "Diet and Health: Implications for reducing chronic disease risk", Washington DC, USA, National Academy Press, 1989.
- 4) «Διατροφή και Υγεία των Ελλήνων, απόψεις και τάσεις στην Ευρωπαϊκή Ένωση», G. Bney, M. Karney, I. Καφάτος, Α. Μαρκατζής.
- 5) Τριχόπουλος Δ., «Επιδημιολογία. Αρχές, Μέθοδοι, Εφαρμογές», Εκδόσεις Παρισιανός, Αθήνα 1982.
- 6) Τριχοπούλου Α., Τριχόπουλος Δ., 1986, WHO, 1988.
- 7) James, 1988 Helsing, 1990 WHO. 1990 James et al, 1992.
- 8) Helsing, 1990
- 9) WHO, 1988 Nestle, 1992 Ζηλίδης, 1995.
- 10) Johnson et al, 1985 James et al, 1992
- 11) Johnson et al, 1985 Kalbe, 1985
- 12) <http://thesis.ekt.gr/12/98>
- 13) Worthington-Roberts B.S., Rodwell-Williams S., "Nutrition throughout the life circle", Mc Graw-Hill, Companies, 3th edition. USA, 1996.
- 14) Δρούμπαλης Φ., «Σύγχρονες Μονάδες Υγείας», (πανεπιστημιακές σημειώσεις), Καλαμάτα 2005.

- 15) Farthing MC. "Current eating patterns of adolescents in the United States", Nutrition Today, 1991.
- 16) Westenhoefer J., "Establishing good dietary habits capturing the minds of children", Public Health Nutrition, 2001.
- 17) Ζώτος Γ., «Νεότερες προσεγγίσεις στη μέτρηση της 'διάθεσης' (attitude) του καταναλωτή», Επιστημονική Επετηρίδα της ΑΒΣΘ, VIII τόμος, τεύχος III, Θεσσαλονίκη 2000.
- 18) Nessim Hanna, Consumer Behavior, Prentice Hall, Upper Saddle River, 2001
- 19) Πολιτεία Κεφ. Γ, C 312

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1) Keys A., Keys M., «How to eat well. the Mediterranean way», New York: Doubleday, 1975.
- 2) Μασιάλος Η., «Η κατανάλωση υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα», Αθήνα, 1990.
- 3) Health Research Policy and Systems Full Text. “The role of NGOs in global health research for development”. html document.
- 4) <http://thesis.ekt.gr>. «Διατροφικά στοιχεία ερευνών οικογενειακών προϋπολογισμών και επιδημιολογικές συσχετίσεις», Λάγιου Π., Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Ιατρικής, εργαστήριο υγιεινής της διατροφής και της βιομηχανίας.
- 5) Herbold NH., Frates SE., “Update of nutrition guidelines for the teen: trends and concerns”, Current Opinion in Pediatrics, 2000.
- 6) Maham KL., Krauses Food, “Nutrition and Diet Therapy”. Sylvia Escott-Stump, 10th edition, USA, 2000.
- 7) Κανέλλου Α., Διατροφή 1: «Βασικές αρχές διατροφής» (πανεπιστημιακές παραδόσεις), Μέρος Α΄, Αθήνα, 1999.
- 8) Καλαποθάκη Β., Καλαντίδου Α., Κατσουγιάννη Κ., Τριχοπούλου Α., Κυριόπουλος Ι., Κρεμαστινού Τ., Χατζηκωνσταντίνου Β. και Τριχόπουλος Δ., «Η Υγεία του Ελληνικού Πληθυσμού», Mat Med Greca, 1992. <http://thesis.ekt.gr>.
- 9) «Διατροφή και Υγεία των Ελλήνων, απόψεις και τάσεις στην Ευρωπαϊκή Ένωση», G. Bney, M. Karney, I. Καφάτος, Α. Μαρκατζής.
- 10) Τριχόπουλος Δ., «Επιδημιολογία. Αρχές, Μέθοδοι, Εφαρμογές», Αθήνα: Εκδόσεις Παρισσιανός, 1982.
- 11) Μόρτογλου Α., Μόρτογλου Κ., Διατροφή από το σήμερα για το αύριο», Εκδόσεις Γιαλλελή, Αθήνα 2002, τόμοι Ι και ΙΙ.

- 12) Ζώτος Γ., «Νεότερες προσεγγίσεις στη μέτρηση της 'διάθεσης' (attitude) του καταναλωτή», Επιστημονική Επετηρίδα της ΑΒΣΘ, VIII τόμος, τεύχος ΙΙΙ, Θεσσαλονίκη 2000.
- 13) Odetta D., "Public Health", 2002
- 14) <http://www.medium.gr/articles>
- 15) Καραουλάνης Δ. Γεώργιος, 2005. «Τρόφιμα-Βιομηχανία και Εμπόριο / Γεωτεχνικές Επιστήμες.
- 16) Bransby E. R., Daubney D. G., King J., "Comparison of results obtained by different methods of individual dietary survey", Br. J. Nutrition, 1998.
- 17) Christakis G., "Nutritional assessment in health programs", American Public Health association, Washington D.C., 1974.
- 18) Melvin H. William, "Nutrition for Health. Fitness and Sports".
- 19) <http://www.medscape.com>
- 20) Γαλανός Δ., Δημόπουλος Κ., «Η διατροφή μας σήμερα», Εκδότης Αθήνα, Πανεπιστήμιο Αθηνών, 2001.
- 21) Ματάλα Α., Σταυρινός Β., Wolinski I., "The Mediterranean diet constituents and health promotion", Εκδόσεις Boca Raton CRC Press, 2001.