

Διατροφικές Συνήθειες και Προληπτικός Έλεγχος στους Επαγγελματίες Υγείας

Κωνσταντίνα Μαντζιαβά,¹ Αικατερίνη Βενέτη,²
Δήμητρα Παλητζήκα,³ Γκρέτα Βόσνιακ⁴

Nutrition and Prevention

Abstract at the end of the article

¹Ψυχολόγος, MSc

²Νοσηλεύτρια ΤΕ, MSc, Οικονομολόγος,
Αντικαρκινικό Νοσοκομείο «Θεαγένειο»
Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

³Νοσηλεύτρια ΤΕ, MSc, Γενικό Νοσοκομείο
«Παπανικολάου» Θεσσαλονίκης,
Θεσσαλονίκη

⁴Επίκουρος Καθηγήτρια Φαρμακολογίας,
ΤΕΙ Λάρισας, Λάρισα

Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό
Ίδρυμα Λάρισας

Υποβλήθηκε: 26.1.2011

Επανυποβλήθηκε: 13.5.2011

Εγκρίθηκε: 26.5.2011

Υπεύθυνη αλληλογραφίας:

Κωνσταντίνα Μαντζιαβά

Καίσαρρείας 75

544 54 Θεσσαλονίκη

Τηλ.: 2310 911 286, 6948 881 855

e-mail: kmantzia@hotmail.com

Εισαγωγή: Πολλές χώρες, περιλαμβανομένης της Ελλάδας, έχουν εκδώσει ειδικές διατροφικές οδηγίες για τους πολίτες τους. Οι οδηγίες αυτές προτρέπουν την υιοθέτηση ενός ισορροπημένου διαιτολογίου, με έμφαση στο πρότυπο της μεσογειακής διατροφής και στη μείωση των διατροφικών καταχρήσεων. **Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η καταγραφή των διατροφικών συνηθειών των Ελλήνων επαγγελματιών υγείας και η διερεύνηση πιθανών συσχετίσεων τους με τα επίπεδα παχυσαρκίας και τη μέτρηση των διαφόρων εργαστηριακών τιμών (γλυκόζης, λιπιδίων) στο αίμα τους. **Υλικό και Μέθοδος:** Η μελέτη πραγματοποιήθηκε κατά το διάστημα Ιανουαρίου–Μαρτίου 2009 και σε αυτή συμμετείχαν εργαζόμενοι από διάφορα νοσοκομεία της Αθήνας, της Θεσσαλονίκης και της επαρχίας. Η μέθοδος δειγματοληψίας που ακολουθήθηκε ήταν η δειγματοληψία κατά συστάδες. Στη μελέτη συμμετείχαν 212 εργαζόμενοι, με ποσοστό απόκρισης 95,5%. Μετά από ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας κατασκευάστηκε ένα αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο ειδικά για τους σκοπούς αυτής της μελέτης. Στη στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκαν ο έλεγχος Student t, ο έλεγχος Z του Wilcoxon, ο έλεγχος χ^2 , ο συντελεστής συσχέτισης gamma, ο συντελεστής συσχέτισης r και ο δείκτης kappa του Cohen. **Αποτελέσματα:** Περισσότεροι από τους μισούς εργαζόμενους είχαν βάρος σώματος μεγαλύτερο από το κανονικό (n=108, 51%), ενώ πολλοί από αυτούς έτειναν να το υποεκτιμούν (n=60, 28,3%). Το κάπνισμα ήταν επίσης συχνή συνήθεια (n=85, 40,1%), ενώ το οινόπνευμα ήταν λιγότερο συχνή (n=30, 14,1%). Οι περισσότεροι συμμετέχοντες έκαναν καθιστική ζωή και ασκούσαν σχετικά λίγο (n=111, 52,4%). Όσον αφορά στη συχνότητα μέτρησης των εργαστηριακών τιμών, οι περισσότεροι συμμετέχοντες μετρούσαν την πίεσή τους μία φορά την εβδομάδα ή λιγότερο συχνά (n=198, 93,4%), ενώ το επίπεδο σακχάρου και των λιπιδίων τους μία φορά το εξάμηνο ή το χρόνο (n=134, 63,5% και n=140, 66%, αντίστοιχα). Ένα αξιοσημείωτο ποσοστό των συμμετεχόντων πραγματοποιούσε τις μετρήσεις αυτές πολύ σπάνια ή και ποτέ. Το 65,1% (n=138) των επαγγελματιών υγείας κατανάλωναν 2–3 γεύματα ημερησίως και ένα γεύμα εκτός σπιτιού εβδομαδιαία. Περισσότεροι από τους μισούς ακολουθούσαν μεσογειακή δίαιτα σε 3 ή λιγότερα γεύματα εβδομαδιαία, ενώ οι παχύσαρκοι (r=0,18, p=0,010) και οι άνδρες

[$\chi^2(3)=8,0, p=0,045$] κατανάλωναν περισσότερο συχνά κόκκινο κρέας και λιγότερο συχνά λευκό κρέας και ψάρι. Επίσης, οι μισοί περίπου συμμετέχοντες κατανάλωναν > 3 ημέρες της εβδομάδας γαλακτοκομικά προϊόντα, ιδιαίτερα όσα έχουν χαμηλά λιπαρά. **Συμπεράσματα:** Φαίνεται ότι οι εργαζόμενοι στα νοσοκομεία, παρά τις περισσότερες γνώσεις τους στα θέματα της υγείας, ακολουθούν κακή διατροφή, καθιστική ζωή και δεν παρακολουθούν συστηματικά την υγεία τους.

Λέξεις ευρετηρίου: Δείκτης μάζας σώματος, μεσογειακή διατροφή, προληπτικές εξετάσεις

Εισαγωγή

Οι διατροφικές οδηγίες που διαμορφώνονται παγκόσμια αποσκοπούν κυρίως στην πρόληψη παθήσεων, που σχετίζονται με τη διατροφή. Ουσιαστικά, παρακινούν σε υιοθέτηση ενός ισορροπημένου διαιτολογίου, εστιάζοντας στο πρότυπο μεσογειακής διατροφής και στη μείωση διατροφικών καταχρήσεων.¹ Σε μια προσπάθεια να διερευνηθεί το ελληνικό πρότυπο διατροφής πραγματοποιήθηκε πρόσφατα επιδημιολογική μελέτη στην Αττική.² Τα αποτελέσματα έδειξαν απόκλιση από τις διατροφικές οδηγίες του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας.¹ Αναλυτικότερα, διαπιστώθηκε υψηλή κατανάλωση κόκκινου κρέατος και γλυκών και χαμηλή κατανάλωση γαλακτοκομικών προϊόντων, δημητριακών, λαχανικών και αυγών.²

Επίσης, οι διατροφικές συνήθειες των Ελλήνων και η συσχέτισή τους με την αύξηση ορισμένων νοσημάτων διερευνήθηκε σε ενήλικες από όλη την ελληνική επικράτεια. Το κύριο εύρημα της μελέτης ήταν ότι το 19,2% των συμμετεχόντων ανέφερε υψηλά επίπεδα ολικής χοληστερόλης.³ Το εν λόγω εύρημα διαφοροποιείται από αυτό της προηγούμενης έρευνας, όπου η κλινικά διαγνωσμένη υπερχοληστερολαιμία υπερέβαινε το 40%.² Η διαφορά πιθανόν οφείλεται στον τρόπο συλλογής των δεδομένων στην πρώτη μελέτη (αυτο-αναφορές και όχι εργαστηριακές εξετάσεις), καθώς μελέτες δείχνουν ότι οι μισοί πάσχοντες από υπερχοληστερολαιμία δεν έχουν επίγνωση των αυξημένων επιπέδων χοληστερόλης τους.⁴ Τέλος, αναφορικά με τα επίπεδα παχυσαρκίας, διαπιστώθηκε ότι τα άτομα με υπερχοληστερολαιμία είχαν υψηλότερο δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ).³

Η ανάγκη για υγιεινή διατροφή ενισχύεται και από τη μελέτη των Fuentes et al,⁵ οι οποίοι εστίαστηκαν στην ευεργετική δράση της μεσογειακής διατροφής στη λειτουργία του ενδοθελίου, που μεταβάλλεται σε περιπτώσεις υπερχοληστερολαιμίας, ενισχύοντας την πιθανότητα ανάπτυξης αθηροσκλήρωσης. Το συμπέρασμά τους ήταν ότι η δίαιτα μεσογειακού τύπου μειώνει την ολική χοληστερόλη και τη χοληστερόλη χαμηλής πυκνότητας (LDL)

στο πλάσμα και επιπλέον αύξανε την αγγειοδιαστολή.

Επίσης, μελέτη σε 48 φοιτήτριες, από τις οποίες 24 είχαν διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά έδειξε ότι τα άτομα με διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά είχαν χαμηλότερη ενεργειακή πρόσληψη και χαμηλότερη πρόσληψη υδατανθράκων και λίπους. Επίσης, έτειναν περισσότερο να πιστεύουν ότι θα έπρεπε να ακολουθήσουν κάποια δίαιτα αδυνατίσματος, αυξάνοντας τη συσχέτιση ανάμεσα στη συνολική πρόσληψη βάρους και το άγχος.⁶ Αντίστοιχη μελέτη σε 108 γυναίκες (34 με διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά) επιβεβαίωσε τα προαναφερόμενα ευρήματα.⁷

Εκτός από τις μελέτες στο γενικό πληθυσμό, έχουν διεξαχθεί αντίστοιχες έρευνες σε επαγγελματίες υγείας. Σε μελέτη σε Μεξικανούς νοσηλευτές διαπιστώθηκε ότι 20,3% του δείγματος ήταν παχύσαρκο.⁸ Ανάλογη μελέτη σε Σκωτσέζους επαγγελματίες υγείας βρήκε ότι περίπου το ένα τρίτο του δείγματος ήταν υπέρβαρο ή παχύσαρκο.⁹ Τέλος, μελέτη σε νοσηλευτές στα νησιά Τόγκα του Ειρηνικού Ωκεανού έδειξε επίσης υψηλά ποσοστά παχυσαρκίας και επιπλέον μια σημαντική τάση για υποεκτίμηση του βάρους.¹⁰

Οι μελέτες σε επαγγελματίες υγείας ολοκληρώνονται με τη διερεύνηση των ανθυγιεινών συνθηκών του καπνίσματος και της κατανάλωσης οινόπνευματος. Η πρώτη μεγάλη διαχρονική μελέτη για τη συχνότητα του καπνίσματος σε επαγγελματίες υγείας εκπονήθηκε στη Νέα Ζηλανδία, δείχνοντας σταδιακή μείωση.¹¹ Τα ευρήματα επιβεβαιώθηκαν και από αντίστοιχη έρευνα σε Αμερικανούς ιατρούς.¹² Οι συνήθειες του καπνίσματος και της κατανάλωσης οινόπνευματος μελετήθηκαν και σε ευρείας κλίμακας διαχρονική μελέτη στην Αυστραλία. Συνολικά, το ποσοστό των επαγγελματιών υγείας με επικίνδυνες συνήθειες κατανάλωσης οινόπνευματος παρουσιάζει διακυμάνσεις, μολονότι η συνήθεια του καπνίσματος στους νοσηλευτές παρουσιάζει σταδιακή μείωση και το ποσοστό των καπνιστών ιατρών παραμένει σχετικά σταθερά. Τέλος, και οι δύο ομάδες διαπιστώθηκε ότι καπνίζουν λιγότερο συγκριτικά με το γενικό πληθυσμό.¹³

Σκοπός

Σκοπός της μελέτης ήταν η καταγραφή των διατροφικών συνηθειών των επαγγελματιών υγείας στην Ελλάδα και η διερεύνηση πιθανών συσχετίσεων τους με τα επίπεδα παχυσαρκίας και τη μέτρηση των διαφόρων τιμών (γλυκόζης, λιπιδίων) στο αίμα τους.

Υλικό και Μέθοδος

Η παρούσα επιδημιολογική μελέτη διεξήχθη κατά το διάστημα Ιανουαρίου–Μαρτίου 2009 και σε αυτή συμμετείχαν εργαζόμενοι από διάφορα τμήματα και κλινικές σε νοσοκομεία της Αθήνας, της Θεσσαλονίκης και της επαρχίας. Η μέθοδος δειγματοληψίας που ακολουθήθηκε ήταν η δειγματοληψία κατά συστάδες. Στη μελέτη συμμετείχαν 212 εργαζόμενοι, ενώ 10 από τα άτομα που προσεγγίστηκαν, αρνήθηκαν να συμμετάσχουν για προσωπικούς λόγους. Συνολικά, το ποσοστό απόκρισης έφθασε το 95,5%. Πριν από την έναρξη της ερευνητικής διαδικασίας είχε ληφθεί σχετική άδεια από όλα τα νοσηλευτικά ιδρύματα και είχε διασφαλιστεί ότι ο ερευνητικός σχεδιασμός ήταν σύμφωνος με τις αρχές δεοντολογίας.

Μετά από ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας κατασκευάστηκε ένα αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο, ειδικά για τους σκοπούς της παρούσας μελέτης. Το γενικό τμήμα του ερωτηματολογίου αποτελείται από ερωτήσεις σχετικές με τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων, την εργασιακή τους θέση και τα έτη προϋπηρεσίας τους. Το ειδικό τμήμα αποτελείται από ερωτήσεις, με στόχο τη συγκέντρωση πληροφοριών για το ΔΜΣ των συμμετεχόντων, τις προσωπικές τους εκτιμήσεις για το σωματικό τους βάρος, τις διατροφικές τους συνήθειες, τις συνήθειες καπνίσματος, κατανάλωσης οινοπνεύματος και άσκησης και, τέλος, τη συχνότητα μέτρησης, καθώς και τις συνήθειες τιμές της αρτηριακής πίεσης, της γλυκόζης και των λιπιδίων στο αίμα τους. Οι περισσότερες ερωτήσεις απαντήθηκαν σε κλίμακες Likert (συντελεστής αξιοπιστίας alpha του Cronbach=0,696). Οι ερωτήσεις σχετικά με τις βιοχημικές μετρήσεις ήταν ανοικτές προς συμπλήρωση της εκάστοτε τιμής.

Τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν προσωπικά και περιγράφηκαν αναλυτικά οι στόχοι της μελέτης σε καθένα από τους συμμετέχοντες. Επίσης, αποσαφηνίστηκε ότι το ερωτηματολόγιο ήταν ανώνυμο και ότι οι απαντήσεις ήταν εμπιστευτικές. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε στο χώρο εργασίας των συμμετεχόντων και στη διαδικασία χορήγησής τους έλαβαν μέρος 4 ειδικά εκπαιδευμένοι ερευνητικοί συνεργάτες. Ο

συνολικός χρόνος συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου ήταν περίπου 10 min.

Οι απαντήσεις κωδικοποιήθηκαν και καταγράφηκαν στο στατιστικό πρόγραμμα Statistical Package for Social Sciences, έκδοση 16.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). Οι ποσοτικές μεταβλητές περιγράφονται με μέσες τιμές και τυπικές αποκλίσεις, ενώ οι ποιοτικές με ποσοστά. Για τη σύγκριση των μέσων τιμών δύο διαφορετικών ομάδων χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος Student t. Όταν οι μεταβλητές ήταν τακτικές, για τη σύγκριση μεταξύ δύο ομάδων χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος Z του Wilcoxon. Για τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ δύο κατηγορικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος χ^2 του Pearson, για τη διερεύνηση της συσχέτισης μεταξύ δύο τακτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης gamma, για τη διερεύνηση της συσχέτισης μεταξύ δύο ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης r του Pearson, ενώ για τη διερεύνηση της συσχέτισης μιας ποσοτικής και μιας τακτικής μεταβλητής χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης rho του Spearman. Για τη σύγκριση της συμφωνίας μεταξύ υποκειμενικών και αντικειμενικών εκτιμήσεων σχετικά με την κατηγορία του ΔΜΣ, στην οποία ανήκαν οι συμμετέχοντες χρησιμοποιήθηκε ο δείκτης kappa του Cohen. Το επίπεδο της στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε ίσο με 0,05.

Τέλος, ο ΔΜΣ υπολογίστηκε με βάση τον τύπο: $\Delta\text{Μ}\Sigma =$

$$\frac{\text{βάρος (kg)}}{\text{ύψος (m)}^2}$$

ενώ οι συμμετέχοντες ταξινομήθηκαν με βάση το ΔΜΣ στις ακόλουθες κατηγορίες:

- Αδύνατος, όπου $\Delta\text{Μ}\Sigma < 18,5$
- Κανονικός, όπου $18,5 \leq \Delta\text{Μ}\Sigma < 25$
- Υπέρβαρος, όπου $25 \leq \Delta\text{Μ}\Sigma < 30$
- Παχύσαρκος, όπου $30 \leq \Delta\text{Μ}\Sigma$.

Αποτελέσματα

Στον πίνακα 1 παρουσιάζονται τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος, καθώς και πληροφορίες για το εκπαιδευτικό επίπεδο και την εργασιακή θέση. Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων ήταν $41,2 \pm 9,6$ έτη και τα έτη εργασιακής εμπειρίας κυμαίνονταν από 0,3–36 έτη, με μέση τιμή τα $15,75 \pm 9,82$ έτη.

Στον πίνακα 2 φαίνονται οι κατηγορίες βάρους, όπως υπολογίστηκαν με βάση το ΔΜΣ των συμμετεχόντων, καθώς και οι υποκειμενικές τους εκτιμήσεις γι' αυτό. Με βάση την τιμή του δείκτη kappa του Cohen (0,47, $p < 0,001$) προέκυψε μέτρια συμφωνία μεταξύ αντικειμενικών πα-

Πίνακας 1. Δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά δείγματος.

		n	%
Φύλο	Άνδρας	57	26,9
	Γυναίκα	155	73,1
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος(η)	75	35,4
	Έγγαμος(η)	122	57,6
	Σε διάσταση	3	1,4
	Διαζευγμένος(η)	10	4,7
	Χήρος(α)	2	0,9
Επίπεδο εκπαίδευσης	ΜΤΕΝΣ/ΤΕΕ/ΙΕΚ	40	18,9
	ΤΕΙ/ΑΤΕΙ	96	45,2
	ΑΕΙ	54	25,5
	Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό	22	10,4
Θέση εργασίας	Ιατρός ειδικός(ή)	22	10,4
	Ιατρός ειδικευόμενος(η)	27	12,7
	Νοσηλεύτης(τρια)	114	53,8
	Μαιευτής/Μαία	14	6,6
	Επισκέπτης(τρια) υγείας	3	1,4
	Άλλη θέση*	32	15,1

*Οδοντίατροι, οδοντοτεχνίτες, κτηνίατροι, φυσικοθεραπευτές, βοηθοί εργαστηρίων

ΜΤΕΝΣ: Μέση Τεχνική Επαγγελματική Νοσηλευτική Σχολή

ΤΕΕ: Τεχνικό Επαγγελματικό Εκπαιδευτήριο

ΙΕΚ: Ινστιτούτο Επαγγελματικής Κατάρτισης

ΤΕΙ/ΑΤΕΙ: Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα

ΑΕΙ: Ανώτατο Εκπαιδευτικό Ίδρυμα

ρατηρήσεων και αυτοαναφορών.

Το 51% (n=108) των συμμετεχόντων είχε βάρος σώματος μεγαλύτερο από το κανονικό, ενώ αρκετοί συμμετέχοντες έτειναν να το υποεκτιμούν κατά μία ή και δύο κατηγορίες (28,3%, n=60). Η τάση αυτή σχετιζόταν με το ΔΜΣ, καθώς όσο μεγαλύτερο ΔΜΣ είχαν τόσο πιο πιθανόν ήταν να υποεκτιμούν την κατηγορία βάρους τους (Spearman's rho=-0,773, p<0,001).

Το 40,1% (n=85) των συμμετεχόντων ήταν καπνιστές, ενώ οι άνδρες έτειναν να καπνίζουν περισσότερα τσιγάρα ημερησίως απ' ό,τι οι γυναίκες (μέσες τιμές 27,0 έναντι 17,4 τσιγάρων, αντίστοιχα, t(84)=4,80, p<0,001). Αναφορικά με την κατανάλωση οινόπνευματος διαπιστώθηκε ότι μόνο το 14,1% (n=30) κατανάλωνε οινόπνευμα με συχνότητα μεγαλύτερη της μίας φορές ανά εβδομάδα. Επισημαίνεται, ότι βαρείς και μέτριοι πότες ήταν κυρίως οι άνδρες (n=16, 28,6% έναντι n=14, 9,0% των γυναικών), ενώ καθόλου πότες ήταν κυρίως οι γυναίκες (n=65, 42,2% έναντι n=13, 23,2% των ανδρών) [$\chi^2(3)=19,8$, p<0,001].

Το 47,7% (n=101) των επαγγελματιών υγείας ασκούσαν έστω και σε εβδομαδιαία βάση, ενώ μόνον το 5,7% (n=12) δήλωσε ότι ασκείται καθημερινά. Οι δύο βασικοί παράγοντες που επηρέαζαν τη συχνότητα άσκησης ήταν η ηλικία και ο ΔΜΣ. Συγκεκριμένα, όσο μεγαλύτερη η ηλικία (r=-0,184, p=0,11) και όσο μεγαλύτερος ο ΔΜΣ (r=-0,234, p=0,001) τόσο μικρότερη ήταν η συχνότητα άσκησης.

Αναφορικά με τη συχνότητα μέτρησης της αρτηριακής πίεσης, της γλυκόζης και των λιπιδίων αίματος διαπιστώθηκε ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες μετρούσαν την πίεσή τους μία φορά την εβδομάδα ή λιγότερο συχνά (n=198, 93,4%), ενώ το σάκχαρο και τα λιπίδια τους μία φορά το εξάμηνο ή το χρόνο (n=134, 63,5% και n=140, 66%, αντίστοιχα). Επίσης, είναι σημαντικό ότι το 25,5% (n=54) δε γνώριζε την αρτηριακή πίεση του αίματός του και το 34% (n=72) δε γνώριζε την τιμή σακχάρου στο αίμα. Για τους υπόλοιπους συμμετέχοντες, τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον πίνακα 3.

Σχετικά με τα λιπίδια, μόνο 91 άτομα (42,9%) έδωσαν κάποια από τις τιμές λιπιδίων αλλά τουλάχιστον 19 (8,9%) από αυτά έδωσαν εμφανώς εσφαλμένες τιμές. Λόγω του μικρού αριθμού των ατόμων που απάντησαν και της αναξιοπιστίας των απαντήσεων, οι εν λόγω τιμές δε θεωρήθηκαν αντιπροσωπευτικές του πληθυσμού των επαγγελματιών υγείας.

Το 65,1% των συμμετεχόντων (n=138) κατανάλωνε 2-3 γεύματα ημερησίως και ένα γεύμα εκτός σπιτιού εβδομα-

Πίνακας 2. Κατηγορίες βάρους με βάση υποκειμενικές εκτιμήσεις και αντικειμενικές μετρήσεις.

	Υποκειμενικές εκτιμήσεις (αυτοαναφορές)		Αντικειμενικές μετρήσεις (ΔΜΣ)	
	n	%	n	%
Αδύνατος	12	5,7	1	0,5
Κανονικός	106	50,0	103	48,6
Υπέρβαρος	73	34,4	61	28,8
Παχύσαρκος	21	9,9	47	22,2

ΔΜΣ: Δείκτης μάζας σώματος

Πίνακας 3. Μέσες τιμές και εύρος τιμών για τη συστολική και τη διαστολική αρτηριακή πίεση και το σάκχαρο.

	Μέση τιμή	Εύρος τιμών
Συστολική αρτηριακή πίεση	118±15,5 mmHg	90–200 mmHg
Διαστολική αρτηριακή πίεση	74,5±11,6 mmHg	50–120 mmHg
Σάκχαρο	91,3±16,6 mg/100 mL	60–185 mg/100 mL

διαία. Ο αριθμός γευμάτων ημερησίως σχετιζόταν με το φύλο [$\chi^2(2)=9,5$, $p=0,008$], με τους άνδρες να τρώνε συχνά μία μόνο φορά την ημέρα και τις γυναίκες 4–5 φορές. Ο αριθμός γευμάτων εκτός σπιτιού σχετιζόταν επίσης με το φύλο [$\chi^2(3)=12,5$, $p=0,006$], την οικογενειακή κατάσταση [$\chi^2(3)=18,5$, $p<0,001$], το επάγγελμα [$\chi^2(6)=12,6$, $p=0,016$] και το κάπνισμα [$\chi^2(3)=10,8$, $p=0,013$], με τους άνδρες, τους άγαμους και τους ιατρούς να τρώνε 3–4 φορές την εβδομάδα εκτός σπιτιού και τις γυναίκες, τους έγγαμους και τους μη καπνιστές 1 φορά ή και ποτέ. Επίσης, η συχνότητα κατανάλωσης οισιοπνεύματος είχε θετική συσχέτιση με τον αριθμό γευμάτων εκτός σπιτιού ($\gamma=0,51$, $p<0,001$).

Περισσότεροι από τους μισούς συμμετέχοντες ($n=133$, 62,7%) ακολουθούσαν μεσογειακή δίαιτα σε 3 ή λιγότερα γεύματα εβδομαδιαία. Επιπλέον, παρατηρήθηκε ότι οι συμμετέχοντες κατανάλωναν περισσότερο συχνά κόκκινο κρέας και λιγότερο συχνά λευκό κρέας και ψάρι. Η κατανάλωση κόκκινου κρέατος ήταν ιδιαίτερα συχνή στους άνδρες [$\chi^2(3)=8,0$, $p=0,045$] και στους παχύσαρκους ($r=0,18$, $p=0,010$), ενώ η κατανάλωση λευκού κρέατος ήταν πιο συχνή στους άγαμους [$\chi^2(3)=9,7$, $p=0,022$].

Σχετικά με την εβδομαδιαία συχνότητα κατανάλωσης γαλακτοκομικών προϊόντων διαπιστώθηκε ότι ήταν αρκετά υψηλή, καθώς το 53,3% των συμμετεχόντων ($n=113$) κατανάλωνε γαλακτοκομικά προϊόντα περισσότερες από τις μισές ημέρες της εβδομάδας. Η κατανάλωσή τους παρατηρήθηκε αυξημένη στους νοσηλευτές [$\chi^2(6)=13,6$, $p=0,035$] και στις νεαρότερες ηλικίες ($r=-0,160$, $p=0,028$). Επιπλέον, το 57,6% των συμμετεχόντων ($n=122$) κατανάλωνε γαλακτοκομικά προϊόντα με χαμηλά λιπαρά, μια συνήθεια που παρατηρήθηκε ιδιαίτερα στους άγαμους [$\chi^2(1)=4,7$, $p=0,030$], στους μη καπνιστές [$\chi^2(1)=6,3$, $p=0,012$] και σε όσους ασκούσαν συστηματικά [$\chi^2(3)=11,3$, $p=0,010$].

Η κατανάλωση φρούτων ήταν πιο συχνή στους νέους ($r=-0,30$, $p<0,001$), στους μη καπνιστές [$\chi^2(3)=10,8$, $p=0,013$] και σε όσους γυμνάζονταν συχνά [$\chi^2(9)=19,2$, $p=0,024$]. Τέλος, η κατανάλωση λαχανικών επίσης συσχετίστηκε με τη νεαρή ηλικία ($r=-0,16$, $p=0,025$) και τους μη καπνιστές [$\chi^2(3)=9,8$, $p=0,020$].

Η κατανάλωση «ανθυγιεινών» τροφών, όπως γλυκά και αναψυκτικά, ήταν αρκετά υψηλή ($n=178$, 84%), με τους συμμετέχοντες να καταναλώνουν μεγαλύτερες ποσότητες στην ιδιωτική τους ζωή παρά στο χώρο εργασίας τους

($Z=3,01$, $p=0,003$). Παρόλα αυτά, η υποκειμενική τους άποψη ήταν αντίθετη, καθώς πολλοί ($n=127$, 59,9%) είχαν την εντύπωση ότι στο χώρο εργασίας τους κατανάλωναν περισσότερο συχνά «ανθυγιεινές» τροφές.

Τα κεράσματα ήταν η πρώτη αιτία για την κατανάλωση «ανθυγιεινών» τροφών στο χώρο εργασίας, ενώ η ανάγκη για χαλάρωση από τις συνθήκες άγχους και πίεσης θεωρήθηκε η λιγότερο σημαντική. Οι νέοι [$t(211)=4,1$, $p<0,001$] και οι άνδρες [$\chi^2(1)=6,0$, $p=0,015$] δήλωσαν ότι τρώνε στην εργασία όταν δεν προλαβαίνουν να φάνε στο σπίτι, οι γυναίκες όταν κάποιος ασθενής τις κερνούσε [$\chi^2(1)=20,4$, $p<0,001$], ενώ οι ιατροί [$\chi^2(2)=16,6$, $p<0,001$] και ιδιαίτερα οι άνδρες [$\chi^2(1)=6,1$, $p=0,014$], όταν εφημέρευαν ή είχαν βραδινό ωράριο εργασίας.

Συζήτηση

Η σύγκριση των αποτελεσμάτων για το βάρος των συμμετεχόντων στην παρούσα μελέτη έδωσε παρόμοια αποτελέσματα, με μελέτη που πραγματοποιήθηκε στο Μεξικό.⁸ Η μέση τιμή του ΔΜΣ των Μεξικανών νοσηλευτών ήταν 26,0 έναντι του 26,3 του παρόντος δείγματος, με ποσοστό 20,3% να είναι παχύσαρκοι ($\Delta\text{ΜΣ} > 30$), έναντι του 22,6%, αντίστοιχα. Αντίθετα, μελέτες στα νησιά Τόγκα του Ειρηνικού Ωκεανού και στη Σκωτία απέκλιναν από αυτές τις τιμές, με τους νοσηλευτές στον Ειρηνικό να είναι περισσότερο παχύσαρκοι (μέση τιμή $\Delta\text{ΜΣ}=29,3$) και τους Σκοτσέζους συναδέλφους τους να είναι λιγότερο παχύσαρκοι (6,0% των νοσηλευτών παχύσαρκοι και 22,6% υπέρβαροι έναντι του 22,6% και 28,8% της παρούσας μελέτης).^{9,10}

Η εκτίμηση του σωματικού βάρους ήταν πιο ακριβής στους Έλληνες εργαζομένους σε σύγκριση με τους νοσηλευτές του Ειρηνικού και του γενικού πληθυσμού. Επισημαίνεται ότι σε όλες τις μελέτες υπήρχε υποεκτίμηση του βάρους. Η διαφορά στις εκτιμήσεις μεταξύ Ελλήνων και κατοίκων των νησιών Τόγκα μπορεί να αποδοθεί στην προσέγγιση της μεταβλητής βάρους, καθώς βρέθηκε ότι όσο μεγαλύτερο βάρος είχε κάποιος τόσο μεγαλύτερη ήταν η πιθανότητα να το υποεκτιμά. Επομένως, οι νοσηλευτές του Ειρηνικού που ήταν και πιο παχύσαρκοι ήταν αναμενόμενο να παρεκκλίνουν και περισσότερο στις εκτιμήσεις τους σε σύγκριση με τους Έλληνες συναδέλφους τους.

Η σύγκριση της αρτηριακής πίεσης των συμμετεχόντων

με τις αντίστοιχες τιμές των νοσηλευτών του Μεξικού κατέληξε σε παρόμοια αποτελέσματα σχετικά με τη διαστολική πίεση και ελαφρώς μεγαλύτερη συστολική πίεση στην παρούσα μελέτη.⁸ Το σχετικό εύρημα ήταν αναμενόμενο, καθώς η μέση τιμή της ηλικίας των νοσηλευτών στο Μεξικό ήταν 30,91 έτη, ενώ στους Έλληνες συμμετέχοντες ήταν 41,2 έτη. Εντύπωση προκαλεί, ωστόσο, ότι το 26% των Ελλήνων επαγγελματιών υγείας δε γνώριζαν τη συνήθη τιμή της αρτηριακής τους πίεσης.

Σχετικά με τη μέτρηση του σακχάρου και των λιπιδίων στο αίμα, δυστυχώς δεν κατέστη δυνατή η σύγκριση των αποτελεσμάτων με αυτά της έρευνας των Milias et al για την ελληνική επικράτεια, επειδή σχεδόν οι μισοί συμμετέχοντες δεν παρείχαν πληροφορίες για πλήρη εργαστηριακό έλεγχο σχετικά με τα λιπίδια,³ παρόλο που θα αναμενόταν ότι οι εργαζόμενοι στο χώρο της υγείας θα ήταν περισσότερο ευαισθητοποιημένοι σχετικά με θέματα που αφορούν στην υγεία τους. Φαίνεται, ωστόσο, ότι δεν είναι οι γνώσεις αλλά η αντίληψη ότι κινδυνεύει η υγεία, που οδηγεί σε μεγαλύτερη συχνότητα μέτρησης. Το συμπέρασμα αυτό υποστηρίζεται από το γεγονός ότι το ιατρικό προσωπικό και γενικότερα όσοι είχαν περισσότερη εκπαίδευση, είχαν μικρότερη συχνότητα μέτρησης των εργαστηριακών τιμών τους, ενώ οι μεγαλύτερης ηλικίας αλλά και οι πιο παχύσαρκοι μετρούσαν την αρτηριακή τους πίεση, το σάκχαρο και τα λιπίδια συχνότερα.

Στο θέμα του καπνίσματος, οι Έλληνες εμφάνισαν τη μεγαλύτερη συχνότητα, καθώς το 59,9% των συμμετεχόντων ήταν καπνιστές. Τα ποσοστά αυτά είναι πολύ μεγαλύτερα από τα αντίστοιχα, 19% των νοσηλευτών και 5% των ιατρών της Νέας Ζηλανδίας, 3,3% των ιατρών των Ηνωμένων Πολιτειών και τα 19% των νοσηλευτών και 10% των ιατρών της Αυστραλίας.¹¹⁻¹³ Σε όλες τις περιπτώσεις, οι άνδρες κάπνιζαν περισσότερο απ' ό,τι οι γυναίκες. Ελπιδοφόρο είναι, βέβαια, το γεγονός ότι τα αναφερόμενα ποσοστά στις ξένες χώρες ήταν πολύ υψηλότερα πριν από 15 περίπου χρόνια, όταν κάπνιζε το 35% των εργαζομένων υγείας στη Νέα Ζηλανδία, το 18,8% στις ΗΠΑ και το 30% στην Αυστραλία. Στα 15 χρόνια που μεσολάβησαν, οι χώρες αυτές επέδειξαν συστηματικές αντικαπνισματικές εκστρατείες και συνακόλουθη μείωση της θνησιμότητας από καρδιαγγειακά νοσήματα.

Ο ελληνικός πληθυσμός δε φαίνεται να έχει αντίστοιχο πρόβλημα σχετικά με την κατανάλωση οινοπνεύματος, αφού μόνο 3,3% των συμμετεχόντων φέρεται να καταναλώνει οινοπνεύμα συστηματικά έναντι παραδείγματος χάρη του 12% των Αυστραλών συναδέλφων τους.¹³

Αξιολογώντας, συνολικά, τις διατροφικές συνήθειες των συμμετεχόντων της μελέτης σε αντιστοίχιση με τις

οδηγίες του ελληνικού Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας διαπιστώνεται ότι πολύ λίγοι ακολουθούν τα πρότυπα της μεσογειακής και γενικότερα της υγιεινής διατροφής.¹ Στο ίδιο αποτέλεσμα κατέληξαν και οι Arvaniti et al για το γενικό πληθυσμό.² Πιο αναλυτικά, οι εργαζόμενοι στα νοσοκομεία ομοιάζουν με το γενικό πληθυσμό από την άποψη ότι καταναλώνουν περισσότερο κόκκινο κρέας παρά λευκό και έχουν υψηλή κατανάλωση γλυκών (και άλλων παρόμοιων τροφών), αλλά και φρούτων και λαχανικών. Μια σημαντική διαφορά φαίνεται να είναι το γεγονός, ότι υπήρχε αξιοσημείωτη κατανάλωση γαλακτοκομικών σε σύγκριση με τη μελέτη των Arvaniti et al.² Ένα άλλο αναμενόμενο εύρημα ήταν ότι η υγιεινή διατροφή συσχετίστηκε με την ηλικία. Αυτό μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι οι μεγαλύτερες ηλικίες είναι περισσότερο πιστές στη μεσογειακή διατροφή είτε λόγω ανατροφής είτε επειδή νιώθουν ότι η υγεία τους κινδυνεύει περισσότερο και τη φροντίζουν.

Τέλος, μια ενδιαφέρουσα αντίφαση παρουσιάστηκε στη μελέτη της κατανάλωσης «ανθυγιεινών» τροφών στο χώρο της εργασίας. Συγκρίνοντας τη συχνότητα κατανάλωσης παρόμοιων τροφών στο χώρο εργασίας, προέκυψε ότι οι εργαζόμενοι στα νοσοκομεία καταναλώνουν ανθυγιεινές τροφές λιγότερο στο χώρο εργασίας τους απ' ό,τι γενικότερα. Η υποκειμενική τους εντύπωση είναι, ωστόσο, ότι η κατανάλωση είναι μεγαλύτερη στο χώρο εργασίας. Η συχνότερη αιτία για κατανάλωση «πρόχειρης τροφής» ήταν τα κεράσματα από ασθενείς, συγγενείς και συναδέλφους και λιγότερο συχνές ήταν πρακτικές αιτίες, όπως η έλλειψη χρόνου για μαγείρεμα στο σπίτι ή το ωράριο της εργασίας τους (απογευματινό ή βραδινό ωράριο εργασίας). Οι παράγοντες αυτοί φαίνεται να επιδρούν περισσότερο ισχυρά ή συχνά στο ιατρικό προσωπικό. Οι συμμετέχοντες στη μελέτη δε φαίνεται να πιστεύουν στην άποψη ότι το άγχος στο χώρο εργασίας είναι αυτό που τους οδηγεί στην κατανάλωση ανθυγιεινών τροφών, αφού μόνο το 6,6% ανέφερε τη συγκεκριμένη συνήθεια ως πηγή χαλάρωσης από το stress.

Περιορισμοί της μελέτης

Ένας από τους περιορισμούς της συγκεκριμένης μελέτης ήταν ότι τα αποτελέσματα για τις τιμές των εργαστηριακών εξετάσεων προέκυψαν με βάση τις αυτοαναφορές των συμμετεχόντων. Το γεγονός αυτό, σε ορισμένες περιπτώσεις, αποδείχθηκε αρνητικό, καθώς κάποιοι από τους συμμετέχοντες δεν μπορούσαν να τις ανακαλέσουν με ακρίβεια ή δεν μπορούσαν να τις ανακαλέσουν και καθόλου. Μελλοντικά, θα ήταν χρήσιμο να πραγματοποιηθεί αντίστοιχη μελέτη, στο πλαίσιο της οποίας θα πραγματοποιηθούν και οι σχετικοί εργαστηριακοί έλεγχοι. Αυτή η πρακτική θα μπορούσε να αυξήσει την εγκυρότητα

αλλά και την πληρότητα των σχετικών αποτελεσμάτων.

Ένας ακόμη περιορισμός της μελέτης σχετίζεται με τη μέθοδο δειγματοληψίας, που εφαρμόστηκε. Η δειγματοληψία κατά συστάδες ήταν ιδιαίτερα χρήσιμη για τις ανάγκες της παρούσας μελέτης αλλά γενικά δεν μπορεί να διασφαλίσει απόλυτα την αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος. Το γεγονός αυτό είναι πιθανόν, σε ορισμένες περιπτώσεις, να οδηγήσει σε ανομοιογένεια του δείγματος και κατ' επέκταση σε μη αντιπροσωπευτική συμμετοχή όλων των ομάδων των συμμετεχόντων.

Συμπεράσματα – Προτάσεις

Συμπερασματικά, θα περίμενε ίσως κάποιος ότι οι εργαζόμενοι στο χώρο της υγείας, έχοντας περισσότερες

σχετικές γνώσεις, θα ήταν και πιο ευαισθητοποιημένοι στα θέματα της δικής τους υγείας. Ωστόσο, φαίνεται ότι στους περισσότερους τομείς και οι επαγγελματίες υγείας ακολουθούν το πρότυπο του γενικού πληθυσμού, κάνοντας καθιστική ζωή, παρακολουθώντας την υγεία τους πολύ αραιά και ακολουθώντας πολύ συχνά πρόχειρη ή και ανθυγιεινή διατροφή. Ως ένα πρώτο βήμα προς την καλύτερη υγεία, προτείνεται η επιστροφή στο παλαιότερο και αποδεδειγμένα ευεργετικό πρότυπο της μεσογειακής διατροφής. Με βάση τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την έρευνα, θα μπορούσαν επιπλέον να καταρτιστούν σχετικά εκπαιδευτικά ή ενημερωτικά προγράμματα για τα οφέλη της σωστής διατροφής, της άσκησης και της πρόληψης τόσο για τη σωματική όσο και για την ψυχική υγεία.

ABSTRACT

Dietary Habits and Preventive Examinations in Health Professionals

Konstantina Mantziava,¹ Aikaterini Veneti,² Dimitra Palitzika,³ Greta Vosniak⁴

¹Psychologist, MSc, ²RN, MSc, Economist, "Theagenio" Anticancer Hospital of Thessaloniki, Thessaloniki, ³RN, MSc, "Papanikolaou" Hospital of Thessaloniki, Thessaloniki, ⁴Associate Professor of Pharmacology, ATEI of Larissa, Larissa, Greece

Background: Many countries, including Greece, have issued special dietary guidelines for their citizens. In Greece these guidelines urge the adoption of a balanced diet with emphasis on the Mediterranean diet model and reduction of dietary abuse.

Aim: To record the dietary habits of Greek health professionals and to investigate whether their diet is associated with their obesity levels and frequency of laboratory examinations (serum glucose, lipids). **Method:** The study was conducted during the period January–March 2009 with the participation of health professionals employed in hospitals in Athens, Thessaloniki and the Greek provinces. The sampling method used was cluster sampling and the survey included 212 hospital staff, while 10 of those approached refused to participate, giving a response rate of 95.5%. After careful literature review a self-administered questionnaire was constructed specifically for this study. Statistical analysis of the responses included the Student's t-test, the Z test of Wilcoxon, the χ^2 test, the correlation coefficient gamma, the correlation coefficient r and Cohen's kappa coefficient.

Results: More than half of the participants had a body mass higher than normal, and many tended to underestimate this. Smoking was a frequent habit, while alcohol consumption was less frequently reported. Most of the health professionals reported leading a sedentary life and exercising seldom (n=111, 52.4%). Regarding the frequency of having a clinical and laboratory check-up, most of them measured their blood pressure once a week or less (n=198, 93.4%) and their glucose and lipids only once a semester or a year (n=134, 63.5% and n=140, 66%, respectively). A significant percentage of the participants had these examinations very rarely or never. Regarding eating habits, 61.5% (n=198) of the health professionals consumed 2–3 meals daily and dined out once a week. More than half of them followed the Mediterranean diet pattern in 3 or fewer meals each week. The obese participants (r=0.18, p=0.010) and men [$\chi^2(3)=8.0$, p=0.045] consumed red meat more frequently and white meat or fish less frequently. Almost half of the participants consumed dairy products more than 3 days a week, with a preference for low-fat products. **Conclusions:** It appears that despite having a more extensive knowledge of health issues, the hospital staff participating in this study followed the general pattern of a sedentary life, rare health check-ups and bad dietary habits. A first step towards better health might be for them to adopt the Mediterranean diet pattern. **NOSILEFTIKI 2011, 50 (3): 332–339.**

Key-words: body mass index, Mediterranean diet, preventive examinations

✉ **Corresponding Author:** Konstantina Mantziava, 75 Kaisareias street, GR-544 54 Thessaloniki, Greece, tel.: +30 2310 911 286, +30 6948 881 855, e-mail: kmantzia@hotmail.com

Βιβλιογραφία

1. Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας. Διατροφικές οδηγίες για ενήλικες στην Ελλάδα. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 1992, 16:615–625
2. Arvaniti F, Panagiotakos DB, Pitsavos C, Zambelas A, Stefanadis C. Dietary habits in a Greek sample of men and women: The ATTICA study. *Cent Eur J Public Health* 2006, 14:74–77
3. Milias G, Panagiotakos DB, Pitsavos C, Xenaki D, Panagopoulos G, Stefanadis C. Prevalence of self-reported hypercholesterolaemia and its relation to dietary habits, in Greek adults; a national nutrition & health survey. *Lipids Health Dis* 2006, 5:5
4. Gnasso A, Calindro M, Carallo C, De Novara G, Ferraro M, Gorgone G et al. Awareness, treatment and control of hyperlipidaemia, hypertension and diabetes mellitus in a selected population of southern Italy. *Eur J Epidemiol* 1997, 13:421–428
5. Fuentes F, López-Miranda J, Sánchez E, Sánchez F, Paez J, Paz-Rojas E et al. Mediterranean and low-fat diets improve endothelial function in hypercholesterolemic men. *Ann Intern Med* 2001, 134:1115–1119
6. Βλαχάκη Ε, Μάνιος Ι, Παναγιωτάκος Δ, Αγγελόπουλος Π, Ζαμπέλας Α. Διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά και δείκτες υγείας σε φοιτήτριες. *Διατρ Διαιτολ* 2006, 10:39–45
7. Ελευθερίου Σ, Βλαχάκη Ε, Παναγιωτάκος Δ, Μάνιος Ι, Ζαμπέλας Α. Διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά. Διαιτητική πρόσληψη, βιοχημικοί και κλινικοί δείκτες υγείας σε νεαρές ενήλικες γυναίκες. *Διατρ Διαιτολ* 2007, 11:20–29
8. Méndez-Sánchez N, Montaña-Reyes MA, Chávez-Tapia NC, Sánchez-Lara K, Lezama-Mora J, Vásquez-Fernandez F et al. High prevalence of overweight, obesity, and biochemical risk factors for cardiovascular disease among young nurses: Importance of metabolic syndrome. *Rev Invest Med Sur* 2008, 15:185–190
9. Hankey CR, Eley S, Leslie WS, Hunter CM, Lean ME. Eating habits, beliefs, attitudes and knowledge among health professionals regarding the links between obesity, nutrition and health. *Public Health Nutr* 2004, 7:337–343
10. Kirk S, Cockbain A, Beazley J. Obesity in Tonga: A cross-sectional comparative study of perceptions of body size and beliefs about obesity in lay people and nurses. *Obes Res Clin Pract* 2008, 2:35–41
11. Hay DR. Good news from New Zealand: Reduced smoking in doctors and nurses and reduced coronary heart disease mortality. *Asia Pacific Heart J* 1999, 8:86–87
12. Nelson D, Giovino G, Emont S, Brackbill R, Cameron L, Peddicord J et al. Trends in cigarette smoking among US physicians and nurses. *JAMA* 1994, 271:1273–1275
13. Smith DR. Longitudinal trends of alcohol and tobacco consumption among Australian physicians and nurses, 1989–2005. *J Subst Use* 2007, 12:267–280