



ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ & ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΑΣ

Πτυχιακή Εργασία

«Παράγοντες που επηρεάζουν στην επιλογή τροφής και τις γευματικές συνήθειες στο χώρο εργασίας του Ειδικού Αντικαρκινικού Νοσοκομείου Πειραιώς «ΜΕΤΑΞΑ»

Κουρούσιας Γεώργιος

ΑΜ:2549

Ειρήνη Σφακιανάκη, MSc (επιβλέπουσα)

Δρ. Θεοδώρα Μουρατίδου

Θεοδώρα Μπαλαφούτη, MSc

Σητεία, Απρίλιος 2021



HELLENIC MEDITERRANEAN UNIVERSITY
SCHOOL OF HEALTH SCIENCES
DEPARTMENT OF NUTRITION & DIETETICS SCIENCES

THESIS

for the Undergraduate Degree

« Factors that influence the choice of food and the eating habits
in the workplace of the Anti-cancer hospital of Piraeus
“METAXA” »

Georgios Kourousias

YD:2549

Three-member Examination Committee

Eirini Sfakianaki, MSc (Supervisor)

Dr. Theodora Mouratidou

Theodora Balafouti, MSc

Sitia, April 2021

Υπεύθυνη Δήλωση Συγγραφέα:

Δηλώνω ρητά ότι, σύμφωνα με το άρθρο 8 του Ν. 1599/1986 και τα άρθρα 2,4,6 παρ. 3 του Ν. 1256/1982, η παρούσα εργασία αποτελεί αποκλειστικά προϊόν προσωπικής εργασίας και δεν προσβάλλει κάθε μορφής πνευματικά δικαιώματα τρίτων και δεν είναι προϊόν μερικής ή ολικής αντιγραφής, οι πηγές δε που χρησιμοποιήθηκαν περιορίζονται στις βιβλιογραφικές αναφορές και μόνον.

Αποδέχομαι ότι η Βιβλιοθήκη μπορεί, χωρίς να αλλάξει το περιεχόμενο της εργασίας μου, να τη διαθέσει σε ηλεκτρονική μορφή μέσα από την ψηφιακή Βιβλιοθήκη της, να την αντιγράψει σε οποιοδήποτε μέσο ή/και σε οποιοδήποτε μορφότυπο, καθώς και να κρατά περισσότερα από ένα αντίγραφα για λόγους συντήρησης και ασφάλειας.

«Θα ήθελα να ευχαριστήσω πολύ την Κυρία Σφακιανάκη Ειρήνη, Διατροφολόγο - Διαιτολόγο, καθηγήτρια του Τμήματος Διατροφής και Διαιτολογίας του Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπιστημίου, για την εξαιρετική και πολύτιμη συνεργασία, καθώς και για την στήριξη της κατά την διάρκεια της εκπόνησης της εργασίας, Ακόμη ιδιαίτερες ευχαριστίες οφείλω στους υπαλλήλους του τμήματος διατροφής του Ε.Α.Ν.Π. «ΜΕΤΑΞΑ», τη προϊσταμένη Κυρία Ελένη Χρυσόχοου, την Ελπίδα Παπαδοπούλου M.Sc. και την Ιωάννα Μαστρολέων Ph.D. που συνέβαλαν καθοριστικά στο να πάρει αυτή η ιδέα σάρκα και οστά, καθώς και σε όλους τους συμμετέχοντες υπαλλήλους του νοσοκομείου. Τέλος, αμέριστη ευγνωμοσύνη χρωστώ στην οικογένεια μου για τη ψυχολογική στήριξη καθ' όλη τη διάρκεια της φοίτησης μου στη σχολή και για όλα τα εκπαιδευτικά εφόδια με τα οποία με έχει εξοπλίσει έως τώρα.»

Ειλικρινά, σας ευχαριστώ εκ βάθους καρδιάς

Περίληψη

Σκοπός της μελέτης είναι να ερευνηθεί ο βαθμός στον οποίο επιδρά το εργασιακό περιβάλλον του νοσοκομείου στη διατροφή των επαγγελματιών υγείας, αλλά και ποιοι είναι οι παράγοντες που επηρεάζουν την επιλογή τροφίμων, τη συχνότητα, τη σύνθεση των γεμάτων καθώς και τις αντιλήψεις πάνω στο θέμα της διατροφής.

Μεθοδολογία: Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 50 εργαζόμενοι του Ειδικού Αντικαρκινικού Νοσοκομείου Πειραιώς «Μεταξά», εκ των οποίων 38 (76%) ήταν γυναίκες και 12 (24%) ήταν άνδρες. Χρησιμοποιήθηκαν τροποποιημένα ερωτηματολόγια διατροφικής συχνότητας (FFQ) τα οποία βασίστηκαν σε μεγάλο βαθμό σε έρευνα για την εργασιακή ικανοποίηση του Βρετανικού Ινστιτούτου καρδιάς⁴ (British Heart Foundation).

Αποτελέσματα: Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ήταν υπέρβαροι (50%), ενώ παχύσαρκοι ήταν το 22%. Μετακινείται με αυτοκίνητο το 62%, καταναλώνει 0-1 φρούτα το 48% και παίρνει πρωινό το 42%. Κατανάλωναν συχνότερα στον χώρο εργασίας μαγειρεμένο φαγητό, τoστ – σάντουιτς και γλυκά. Αντιθέτως, καταναλώναν σπάνια, αναψυκτικά, πατατάκια, σαλάτα και μπάρα δημητριακών, ενώ με μέτρια συχνότητα καταναλώναν τυρόπιτα (σφολιάτες), χυμό και φρούτα. Τα τρόφιμα προέρχονται από τον φούρνο (35%), το σπίτι (32%) και την καφετέρια (24%). Το ωράριο εργασίας (32%), οι ψυχολογικοί παράγοντες (27%) και το κόστος τροφίμων (16%) αποτέλεσαν τους κύριους παράγοντες που φαίνεται να επηρεάζουν την επιλογή των τροφίμων που καταναλώνονται στον χώρο εργασίας. Τα κυριότερα εμπόδια για την υγιεινή διατροφή στον χώρο εργασίας τους ήταν το ωράριο εργασίας, το άγχος και η ψυχολογία, το δύσκολο εργασιακό περιβάλλον και η απαιτητική φύση της εργασίας, η ανεπαρκής αμοιβή και η μη εύκολη πρόσβαση σε υγιεινές τροφές. Τα παχύσαρκα άτομα λάμβαναν λιγότερα γεύματα και καταναλώναν πιο συχνά πατατάκια και λιγότερο συχνά σαλάτα και χυμό-φρούτα, σε σύγκριση με τους υπέρβαρους και με φυσιολογικό βάρος. Τα άτομα με φυσιολογικό βάρος καταναλώναν τρόφιμα που προέρχονταν κυρίως από το σπίτι, ενώ τα υπέρβαρα άτομα επέλεξαν από την καφετέρια. Επίσης οι συμμετέχοντες δήλωσαν ότι η

ψυχολογία τους κατά τη διάρκεια της εργασίας και το περιβάλλον εργασίας επηρεάζει τις διατροφικές τους επιλογές.

Συμπέρασμα: Οι Παράγοντες που επηρεάζουν τις διατροφικές συνήθειες και τις γευματικές επιλογές εν ώρα εργασίας φάνηκε να είναι κυρίως η ψυχολογία, το ασταθές ωράριο εργασίας, η προσβασιμότητα σε τρόφιμα στο χώρο εργασίας και οι οικονομικές απολαβές. Τα παχύσαρκα άτομα κατανάλωναν γλυκά και αλμυρά σνακ, ενώ ήταν μειωμένη η κατανάλωση φρούτων. Η προέλευση των τροφίμων και ο αριθμός των γευμάτων επηρεάζεται από το ΔΜΣ. Τέλος, για τα υπέρβαρα άτομα οι παράγοντες που επηρεάζουν την επιλογή των τροφίμων στον χώρο εργασίας ήταν το κόστος των τροφίμων και η ψυχολογία.

Λέξεις – Κλειδιά

Εργασιακό Περιβάλλον, Νοσοκομείο, Διατροφή

Abstract

Purpose: The purpose of this study is to investigate the extent to which the working environment of the hospital affects the diet of health professionals, As well as the factors that influence food choice, frequency, composition of meals and perceptions about nutrition.

Methodology: The sample of the research consisted of 50 participating employees of the Anti-cancer Hospital of Piraeus "Metaxa", of which 38 (76%) were women and 12 (24%) were men. Modified Dietary Frequency Questionnaires (FFQs) were used, which relied heavily on the British Heart Foundation job satisfaction survey⁴

Results: The majority of participants were overweight (50%), while 22% were obese. 62% travel by car, 48% consume 0-1 fruits and 42% have breakfast. They more often ate cooked food, toast - sandwiches and sweets at work. On the contrary, they rarely consumed soft drinks, chips, salad, and cereal bar, while with moderate frequency they consumed cheese pie (puff pastry), juice and fruit. Food comes from the bakery (35%), the house (32%) and the cafeteria (24%). Working hours (32%), psychological factors (27%) and food costs (16%) were the main factors that seem to influence the choice of food consumed in the workplace. The main obstacles to healthy eating in their workplace were working hours, stress and psychology, difficult working environment and demanding nature of work, insufficient pay and difficult access to healthy food. Obese people ate fewer meals and ate chips more often and less often salad and fruit juices, compared with overweight and normal weight people. People with normal weight consumed food that came mainly from home, while overweight people chose from the cafeteria. Participants also stated that their psychology during work and work environment influences their food choices.

Conclusion: Factors influencing eating habits and meal choices at work seemed to be mainly psychological, unstable working hours, access to food in the workplace and financial rewards. Obese people were found eating sweet and savory snacks more often, while fruit consumption was lower than normal weight respondents. The origin of the

food and the number of meals is affected by the BMI. Finally, for overweight people the factors influencing food choice in the workplace were food costs and psychological stress.

Keywords

Work environment, Hospital. Nutrition,

Περιεχόμενα

Περίληψη	v
Abstract	vii
Περιεχόμενα.....	ix
Κατάλογος Εικόνων / Διαγραμμάτων.....	xi
Κατάλογος Πινάκων	xiii
Συνοτομογραφίες & Ακρωνύμια	xvii
Εισαγωγή	1
1. Παράγοντες που επιδρούν στη διαιτητική συμπεριφορά στο χώρο εργασίας.....	3
1.1. Επαγγελματικοί – Απαιτήσεις εργασίας.....	3
1.2. Κοινωνικο-οικονομικοί παράγοντες.....	4
1.3. Προσωπικοί Παράγοντες	7
1.4. Ψυχολογικοί παράγοντες	8
1.5. Προσβασιμότητα σε τρόφιμα στο χώρο εργασίας.....	10
2. Η νομοθεσία.....	14
2.1. Η Διεθνής οργάνωση εργασίας (ILO)	14
2.2. WHO/FAO.....	17
3. Διατροφή-Απόδοση -Παραγωγικότητα	19
3.1. Ορισμός παραγωγικότητας	19
3.2. Ενυδάτωση και παραγωγικότητα.....	21
3.3. Διατροφή και γνωστική λειτουργία	23
4. Διατροφική παρέμβαση στο χώρο εργασίας.....	26
4.1. Σχεδιασμός και οργάνωση ενός προγράμματος διατροφικής παρέμβασης.....	26

4.2. Στρατηγικές προώθησης της υγείας κατά τη διάρκεια της εργασίας	28
4.2.1. Περιβαλλοντικές παρεμβάσεις	28
4.3. Αντιμετώπιση του εργασιακού άγχους και άλλων οργανωτικών παραγόντων ...	31
4.4. Παροχή πληροφοριών.....	33
4.5. Επέκταση πόρων και παροχών που σχετίζονται με την εργασία.....	35
4.6. Επίσημες οδηγίες για την πρόληψη της παχυσαρκίας στο χώρο εργασίας	37
5. Μεθοδολογία Έρευνας.....	41
5.1. Μέθοδος.....	41
5.2. Ερωτηματολόγιο	41
5.2.1. Κωδικοποίηση απαντήσεων ερωτηματολογίου	42
5.3. Αποτελέσματα.....	43
5.4. Επαγωγική Στατιστική.....	67
Συζήτηση	89
Συμπεράσματα	94
Περιορισμοί έρευνας.....	95
Προτάσεις για μελλοντική έρευνα.....	97
Βιβλιογραφία	99

Κατάλογος Εικόνων / Διαγραμμάτων

Εικόνα 3-1 Guidelines for the Prevention of Obesity at the Workplace table 2.....	20
Εικόνα 3-2 Σχέση φτωχής διατροφής - Παραγωγικότητας,	25
Εικόνα 4-1 Framework of Strategies to Improve Healthy Eating through the Workplace	37
Διάγραμμα 5-1 Κατανομή του ΔΜΣ των συμμετεχόντων	46
Διάγραμμα 5-2 Κατανομή απαντήσεων συμμετεχόντων στην ερώτηση «Πόσες ώρες εργάζεστε την ημέρα κατά μέσο όρο;».....	47
Διάγραμμα 5-3 Κατανομή απαντήσεων συμμετεχόντων στην ερώτηση «Ποιο είναι το πρόγραμμα εργασίας σας;».....	47
Διάγραμμα 5-4 Κατανομή απαντήσεων συμμετεχόντων στην ερώτηση «Ποιος είναι ο μέσος χρόνος μετακίνησης από την οικία σας στον χώρο εργασίας (σε λεπτά);»	48
Διάγραμμα 5-5 Κατανομή απαντήσεων συμμετεχόντων στην ερώτηση «Ποιος είναι ο τρόπος μετακίνησης από την οικία σας στον χώρο εργασίας;».....	49
Διάγραμμα 5-6 Κατανομή απαντήσεων συμμετεχόντων στην ερώτηση «Πόσα φρούτα καταναλώνετε σε μια τυπική μέρα εργασίας;».....	49
Διάγραμμα 5-7 Κατανομή απαντήσεων συμμετεχόντων στην ερώτηση «Παίρνετε πρωινό;».....	50
Διάγραμμα 5-8 Κατανομή απαντήσεων συμμετεχόντων στην ερώτηση «Ποια είναι η προέλευση των τροφίμων που καταναλώνετε στον χώρο εργασίας σας;»	52
Διάγραμμα 5-9 Κατανομή απαντήσεων συμμετεχόντων στην ερώτηση «Ποιοι είναι οι κύριοι παράγοντες που επηρεάζουν την επιλογή των τροφίμων που καταναλώνετε στον χώρο εργασίας;»	53

Διάγραμμα 5-10 Κατανομή απαντήσεων συμμετεχόντων στην ερώτηση «Υπάρχει ειδικός χώρος για να γευματίζετε στον χώρο εργασίας (κουζίνα, τραπεζαρία);»	53
Διάγραμμα 5-11 Κατανομή απαντήσεων συμμετεχόντων στην ερώτηση «Υπάρχει εστιατόριο στον χώρο εργασίας σας;».....	54
Διάγραμμα 5-12 Κατανομή απαντήσεων συμμετεχόντων στην ερώτηση «Πόσες ώρες τη μέρα μπορεί να διακόψετε την εργασία για να γευματίσετε;»	55
Διάγραμμα 5-13 Κατανομή απαντήσεων συμμετεχόντων στην ερώτηση «Πόση ώρα έχουν οι υπάλληλοι για μεσημεριανό;»	55
Διάγραμμα 5-14 Κατανομή απαντήσεων συμμετεχόντων στην ερώτηση «Πόση ώρα έχουν οι εργαζόμενοι για άλλα διαλείμματα κατά τη διάρκεια της εργάσιμης ημέρας τους;»	56
Διάγραμμα 5-15 Κατανομή απαντήσεων συμμετεχόντων στην ερώτηση «Σας ενδιαφέρει να ακολουθήσετε έναν υγιεινό τρόπο ζωής;»	57
Διάγραμμα 5-16 Κατανομή απαντήσεων συμμετεχόντων στην ερώτηση «Ενημερώνεστε για το πώς θα ακολουθήσετε έναν υγιεινό τρόπο ζωής;»	57
Διάγραμμα 5-17 Κατανομή απαντήσεων συμμετεχόντων στην ερώτηση «Από που ενημερώνεστε για θέματα υγιεινής διατροφής;»	58
Διάγραμμα 5-18 Κατανομή απαντήσεων συμμετεχόντων στην ερώτηση «Αισθάνεστε ότι το εισόδημα σας σας επιτρέπει να ακολουθείτε έναν υγιεινό τρόπο διατροφής;»	59
Διάγραμμα 5-19 Κατανομή απαντήσεων συμμετεχόντων στην ερώτηση «Αισθάνεστε ότι ο χρόνος σας, σας επιτρέπει να ακολουθείτε έναν υγιεινό τρόπο διατροφής;»	59
Διάγραμμα 5-20 Κατανομή απαντήσεων συμμετεχόντων στην ερώτηση «Θεωρείτε ότι η ψυχολογία σας κατά τη διάρκεια της εργασίας, επηρεάζει τις διατροφικές σας επιλογές;»	66
Διάγραμμα 5-21 Κατανομή απαντήσεων συμμετεχόντων στην ερώτηση «Σε τι βαθμό πιστεύετε ότι το περιβάλλον της εργασίας σας επηρεάζει τις διατροφικές σας επιλογές;»	67

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 1-1 Οφέλη ενός Υγιεινού Χώρου Εργασίας, Περιφερειακό Γραφείο του ΠΟΥ για τον Δυτικό Ειρηνικό (1999).....	13
Πίνακας 5-1 Δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά συμμετεχόντων	44
Πίνακας 5-2 Κατανομή απαντήσεων συμμετεχόντων αναφορικά με τη συχνότητα κατανάλωσης τροφίμων.....	51
Πίνακας 5-3 Κατανομή απαντήσεων συμμετεχόντων αναφορικά με την πρόσβαση σε οποιαδήποτε από τις ακόλουθες εγκαταστάσεις.....	60
Πίνακας 5-4 Κατανομή απαντήσεων συμμετεχόντων στις αναγραφόμενες ερωτήσεις. 62	
Πίνακας 5-5 Κατανομή απαντήσεων συμμετεχόντων αναφορικά με την ύπαρξη των αναγραφόμενων χώρων παρασκευής και αποθήκευσης τροφίμων, για χρήση από τους εργαζομένους.....	63
Πίνακας 5-6 Κατανομή απαντήσεων συμμετεχόντων αναφορικά με το εστιατόριο υπαλλήλων.....	64
Πίνακας 5-7 Κατανομή απαντήσεων συμμετεχόντων αναφορικά με την ύπαρξη περιοχών ή υπηρεσιών στην τοπική κοινότητα για την υποστήριξη της υγιεινής διατροφής και γύρω από τον χώρο εργασίας τους.....	65
Πίνακας 5-8 Διερεύνηση της σχέσης του ΔΜΣ με την ερώτηση «Πόσα γεύματα παίρνετε την ημέρα;».....	68
Πίνακας 5-9 Διερεύνηση της σχέσης του ΔΜΣ με την ερώτηση «Πόσα φρούτα καταναλώνετε σε μια τυπική μέρα εργασίας;».....	69
Πίνακας 5-10 Διερεύνηση της σχέσης του ΔΜΣ με την ερώτηση «Παίρνετε πρωινό;» 69	
Πίνακας 5-11 Διερεύνηση συσχέτισης του ΔΜΣ με την ερώτηση «Ποιο είναι το πρόγραμμα εργασίας σας;».....	70
Πίνακας 5-12 Διερεύνηση συσχέτισης του ΔΜΣ με την ερώτηση «Πόσο συχνά καταναλώνετε μαγειρεμένο φαγητό στον χώρο εργασίας σας;»	71

Πίνακας 5-13 Διερεύνηση συσχέτισης του ΔΜΣ με την ερώτηση «Πόσο συχνά καταναλώνετε σαλάτα στον χώρο εργασίας σας;».....	71
Πίνακας 5-14 Διερεύνηση συσχέτισης του ΔΜΣ με την ερώτηση «Πόσο συχνά καταναλώνετε τοστ - σάντουιτς στον χώρο εργασίας σας;»	72
Πίνακας 5-15 Διερεύνηση συσχέτισης του ΔΜΣ με την ερώτηση «Πόσο συχνά καταναλώνετε τυρόπιτα (σφολιάτες) στον χώρο εργασίας σας;»	72
Πίνακας 5-16 Διερεύνηση συσχέτισης του ΔΜΣ με την ερώτηση «Πόσο συχνά καταναλώνετε γλυκό στον χώρο εργασίας σας;»	73
Πίνακας 5-17 Διερεύνηση συσχέτισης του ΔΜΣ με την ερώτηση «Πόσο συχνά καταναλώνετε αναψυκτικό στον χώρο εργασίας σας;».....	73
Πίνακας 5-18 Διερεύνηση συσχέτισης του ΔΜΣ με την ερώτηση «Πόσο συχνά καταναλώνετε πατατάκια στον χώρο εργασίας σας;»	74
Πίνακας 5-19 Διερεύνηση συσχέτισης του ΔΜΣ με την ερώτηση «Πόσο συχνά καταναλώνετε χυμό-φρούτα στον χώρο εργασίας σας;».....	74
Πίνακας 5-20 Διερεύνηση συσχέτισης του ΔΜΣ με την ερώτηση «Πόσο συχνά καταναλώνετε μπάρα δημητριακών στον χώρο εργασίας σας;»	75
Πίνακας 5-21 Διερεύνηση συσχέτισης του ΔΜΣ με την κατανάλωση τροφίμων στον χώρο εργασίας που προέρχονται από το σπίτι.....	76
Πίνακας 5-22 Διερεύνηση συσχέτισης του ΔΜΣ με την κατανάλωση τροφίμων στον χώρο εργασίας που προέρχονται από το εστιατόριο	76
Πίνακας 5-23 Διερεύνηση συσχέτισης του ΔΜΣ με την κατανάλωση τροφίμων στον χώρο εργασίας που προέρχονται από τον φούρνο.....	77
Πίνακας 5-24 Διερεύνηση συσχέτισης του ΔΜΣ με την κατανάλωση τροφίμων στον χώρο εργασίας που προέρχονται από το ταχυφαγείο	77
Πίνακας 5-25 Διερεύνηση συσχέτισης του ΔΜΣ με την κατανάλωση τροφίμων στον χώρο εργασίας που προέρχονται από το περίπτερο.....	78
Πίνακας 5-26 Διερεύνηση συσχέτισης του ΔΜΣ με την κατανάλωση τροφίμων στον χώρο εργασίας που προέρχονται από την καφετέρια	78

Πίνακας 5-27 Διερεύνηση συσχέτισης του ΔΜΣ με την ερώτηση «Πόσες ώρες εργάζεστε την ημέρα κατά μέσο όρο;»	79
Πίνακας 5-28 Διερεύνηση συσχέτισης του ΔΜΣ με την ερώτηση «Ο χρόνος μετακίνησης επηρεάζει την επιλογή των τροφίμων που καταναλώνετε στον χώρο εργασίας σας;» ..	80
Πίνακας 5-29 Διερεύνηση συσχέτισης του ΔΜΣ με την ερώτηση «Ο τόπος μετακίνησης επηρεάζει την επιλογή των τροφίμων που καταναλώνετε στον χώρο εργασίας σας;» ..	80
Πίνακας 5-30 Διερεύνηση συσχέτισης του ΔΜΣ με την ερώτηση «Το ωράριο εργασίας επηρεάζει την επιλογή των τροφίμων που καταναλώνετε στον χώρο εργασίας σας;» ..	81
Πίνακας 5-31 Διερεύνηση συσχέτισης του ΔΜΣ με την ερώτηση «Το κόστος των τροφίμων επηρεάζει την επιλογή των τροφίμων που καταναλώνετε στον χώρο εργασίας σας;»	81
Πίνακας 5-32 Διερεύνηση συσχέτισης του ΔΜΣ με την ερώτηση «Η θρεπτική αξία των τροφίμων επηρεάζει την επιλογή των τροφίμων που καταναλώνετε στον χώρο εργασίας σας;»	82
Πίνακας 5-33 Διερεύνηση συσχέτισης του ΔΜΣ με την ερώτηση «Οι συνάδελφοι επηρεάζουν την επιλογή των τροφίμων που καταναλώνετε στον χώρο εργασίας σας;»	82
Πίνακας 5-34 Διερεύνηση συσχέτισης του ΔΜΣ με την ερώτηση «Οι ψυχολογικοί παράγοντες επηρεάζουν την επιλογή των τροφίμων που καταναλώνετε στον χώρο εργασίας σας;»	83
Πίνακας 5-35 Διερεύνηση συσχέτισης του ΔΜΣ με την ερώτηση «Η ευκολία αγοράς τροφίμων επηρεάζει την επιλογή των τροφίμων που καταναλώνετε στον χώρο εργασίας σας;»	83
Πίνακας 5-36 Διερεύνηση συσχέτισης του ΔΜΣ με την ερώτηση «Υπάρχει ειδικός χώρος για να γευματίζετε στον χώρο της κουζίνας;»	84
Πίνακας 5-37 Διερεύνηση συσχέτισης του ΔΜΣ με την ερώτηση «Υπάρχει εστιατόριο στον χώρο εργασίας σας;»	85
Πίνακας 5-38 Διερεύνηση συσχέτισης του ΔΜΣ με την ερώτηση «Πόσες φορές τη μέρα μπορεί να διακόψετε την εργασία για να γευματίσετε;»	86

Πίνακας 5-39 Διερεύνηση συσχέτισης του ΔΜΣ με την ερώτηση «Αισθάνεστε ότι το εισόδημα σας, σας επιτρέπει να ακολουθείτε έναν υγιεινό τρόπο διατροφής;».....	86
Πίνακας 5-40 Διερεύνηση συσχέτισης του ΔΜΣ με την ερώτηση «Θεωρείτε ότι η ψυχολογία σας κατά τη διάρκεια της εργασίας, επηρεάζει τις διατροφικές σας επιλογές;»	87
Πίνακας 5-41 Διερεύνηση συσχέτισης των ερωτήσεων «Θεωρείτε ότι η ψυχολογία σας κατά τη διάρκεια της εργασίας, επηρεάζει τις διατροφικές σας επιλογές;» και «Σε τι βαθμό πιστεύετε ότι το περιβάλλον της εργασίας σας επηρεάζει τις διατροφικές σας επιλογές;».....	88

Συντομογραφίες & Ακρωνύμια

ΔΜΣ: Δείκτης Μάζας Σώματος

WHO: World Health Organization

SMI: Stress Management Intervention

TPB: Theory of Programmed Behavior

ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Εισαγωγή

Το εργασιακό περιβάλλον ενός νοσοκομείου αποτελεί έναν από τους πιο απαιτητικούς χώρους εργασίας παγκοσμίως.¹ Οι επαγγελματίες στον τομέα της υγείας συχνά αφιερώνουν περισσότερο από το ήμισυ της ημέρας τους στον χώρο εργασίας, γεγονός που αναπόφευκτα επηρεάζει τις διατροφικές τους επιλογές και τις γευματικές τους συνήθειες.² Στο νοσοκομείο, οι συνθήκες εργασίας συχνά δεν ευνοούν τη διατήρηση μιας υγιούς διατροφικής συμπεριφοράς μολονότι πολλά νοσοκομεία είναι εξοπλισμένα με μαγειρεία υψηλών προδιαγραφών. Πρόσφατες έρευνες απέδειξαν ότι μεγάλο ποσοστό εργαζομένων στον τομέα της υγείας εμφάνισαν υψηλό δείκτη μάζας σώματος καθώς και καρδιαγγειακές νόσους, όπως υπέρταση και δυσλιπιδαιμία,² γεγονός που έρχεται σε αντιπαράθεση με το υψηλό τους επίπεδο γνώσεων πάνω σε θέματα διατροφής.⁶ Η διατροφική συμπεριφορά είναι ένας ευρύτερος όρος που περιλαμβάνει μια ποικιλία αποφάσεων, συμπεριλαμβανομένου του τι ένα άτομο επιλέγει να φάει (είδος φαγητού), πόσο τρώει (π.χ. μέγεθος μερίδας), πότε τρώει και πώς επιλέγει να τρώει (π.χ., τρώει μόνη/ή με άλλους). Βραχυπρόθεσμα, μια διαίτα χαμηλή σε πλούσια σε θρεπτικά τρόφιμα μπορεί να επηρεάσει τα επίπεδα συγκέντρωσης, διάθεσης και απόδοσης των εργαζομένων. Μακροπρόθεσμα, μια ανθυγιεινή διατροφή μπορεί να συμβάλει στην παχυσαρκία, η οποία μπορεί να αυξήσει σημαντικά τον κίνδυνο καρδιαγγειακών παθήσεων, καρκίνου, διαβήτη τύπου II και ορισμένων προβλημάτων ψυχικής υγείας. Προκειμένου να αναπτυχθούν αποτελεσματικές παρεμβάσεις στο χώρο εργασίας για υγιεινή διατροφή, πρέπει πρώτα να θεωρηθούν όλοι οι γνωστοί καθοριστικοί παράγοντες της διατροφικής συμπεριφοράς, ως πιθανοί στόχοι παρέμβασης., όπως π.χ. διακριτά χαρακτηριστικά των συνθηκών εργασίας. Οι Nicholls et al (2017) κατηγοριοποίησαν αυτά τα χαρακτηριστικά σε τέσσερις ξεχωριστούς άξονες. Θέματα περιβάλλοντος στο χώρο εργασίας (π.χ. διαθεσιμότητα υγιεινής τροφής στην καντίνα στο χώρο εργασίας), κοινωνικές επιρροές στην εργασία (π.χ. πίεση από συναδέλφους), μεμονωμένους παράγοντες (π.χ. διατροφικές γνώσεις) και οργανωτικούς φραγμούς (π.χ., εργασιακό άγχος). Όλες αυτές οι κατηγορίες παραγόντων έχει βρεθεί ότι σχετίζονται θετικά με την

υπερβολική κατανάλωση ανθυγιεινών τροφών με υψηλή περιεκτικότητα σε ζάχαρη, αλάτι και κορεσμένα λίπη μεταξύ των εργαζομένων που χρησιμοποιήθηκαν ως δείγμα (κυρίως νοσηλεύτριες). Επιπλέον, το υποστηρικτικό περιβάλλον καθώς και η ικανοποίηση που προφέρει η εκάστοτε εργασία έχει αποδειχτεί ότι σχετίζεται με πιο υγιείς αντιλήψεις στο θέμα της διατροφής. Τέλος, σημαντικό παράγοντα αποτελεί το ότι οι θέσεις εργασίας στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης συχνά περιλαμβάνουν μοτίβα βάρδιας αργά το βράδυ και, αναμφισβήτητα, είναι πιο σωματικά απαιτητικές σε σύγκριση με τη δουλειά εκείνων που περνούν τον περισσότερο χρόνο τους καθισμένοι στο γραφείο τους.¹¹ Μία από τις βασικές προκλήσεις για παρέμβαση είναι η ετερογένεια παραγόντων που επηρεάζουν το φαγητό στην εργασία, γεγονός που καθιστά δύσκολη την ακριβή αναγνώριση τους, π.χ. η ετερογένεια των χαρακτηριστικών της κάθε θέσης στο νοσοκομείο που θέτει ένα σοβαρό θέμα μελέτης διότι θέσεις απαιτούν από έντονη ορθοστασία (πχ. Ιατροί) μέχρι κυρίως καθιστική εργασία (π.χ. Διαιτολόγοι, Μικροβιολόγοι, κ.α).¹²

Σκοπός

Σκοπός αυτής της μελέτης είναι να ερευνηθεί ο βαθμός στον οποίο επιδρά το εργασιακό περιβάλλον του νοσοκομείου στη διατροφή των επαγγελματιών υγείας, αλλά και ποιοι είναι οι παράγοντες που επηρεάζουν την επιλογή τροφίμων, τη συχνότητα, τη σύνθεση των γευμάτων καθώς και τις αντιλήψεις πάνω στο θέμα της διατροφής. Στη μελέτη αυτή θα αναλυθούν επίσης οι συνθήκες σίτισης σε συνδυασμό με το ωράριο εργασίας, η ποιότητα των τροφίμων που παρέχονται από τις δομές σίτισης, αλλά και το αντίκτυπο που έχει η ψυχολογία και το άγχος στη διατροφή και την υγεία των εργαζομένων του Ειδικού Αντικαρκινικού Νοσοκομείου Πειραιώς «ΜΕΤΑΞΑ»

1. Παράγοντες που επιδρούν στη διαιτητική συμπεριφορά στο χώρο εργασίας

1.1. Επαγγελματικοί – Απαιτήσεις εργασίας

Η επίδραση των απαιτήσεων εργασίας στις διατροφικές συνήθειες των εργαζομένων έχουν ερευνηθεί εκτενώς στο παρελθόν κυρίως στο Ηνωμένο Βασίλειο, τις Σκανδιναβικές χώρες και τη Νότια Κορέα. Τα αποτελέσματα που προέκυψαν στην πλειοψηφία των ερευνών απέδειξαν ότι ο τύπος την εργασίας σε συνδυασμό με τις απαιτήσεις, συχνά οδηγούν σε ανθυγιεινές επιλογές τροφίμων. Συγκεκριμένα οι (Bakker & Demerouti, 2007) διατύπωσαν τους όρους «απαιτήσεις εργασίας» και «πόροι εργασίας» στα πλαίσια του JD-R model* που στόχευε στην ανίχνευση παραγόντων στρες κατά την εργασία. Όταν οι απαιτήσεις ξεπερνούν τους πόρους που παρέχει ο εργαζόμενος στον εκάστοτε φορέα τότε προκύπτει ο όρος «εργασιακό άγχος». Το αγχωτικό περιβάλλον κατά την εργασία μπορεί να οδηγήσει τους εργαζομένους σε ανθυγιεινές γευματικές συνήθειες, όπως το να μην καταναλώνουν φαγητό κατά το καθιερωμένο «διάλλειμα για φαγητό», με στόχο να εξοικονομήσουν χρόνο, ή να τρώνε βιαστικά πάνω στο γραφείο, ακόμα και κατά τη διάρκεια της εργασίας τους. Σε μια πρόσφατη ποιοτική μελέτη των Lake et al (2016) ορισμένοι υπάλληλοι ανέφεραν ότι η κουλτούρα «φαγητό στο γραφείο» είναι ευρέως διαδεδομένη και πιθανότατα οφείλεται στον υπερβολικό φόρτο εργασίας. Τα υψηλά επίπεδα στρες είναι πιο πιθανό να οδηγήσουν σε διατροφικές διαταραχές, συμπεριλαμβανομένης της σκέψης και αναζήτησης του φαγητού όταν ο εργαζόμενος είναι αγχωμένος ή αναστατωμένος.¹⁵ Νοσοκόμες της Σουηδίας και των ΗΠΑ περιέγραψαν τη συναισθηματική διατροφή ως βασική στρατηγική αντιμετώπισης κατά τις περιόδους εργασιακού άγχους.¹⁹ Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί ότι σε έρευνα πάνω σε εργαζομένους,¹⁹ φάνηκε ότι σε ημέρες που οι εργαζόμενοι

αντιμετώπιζαν περισσότερες καταστάσεις όπου απαιτούσαν αυτοέλεγχο (π.χ., παραμένοντας ευγενικοί όταν αντιμετώπιζαν έναν δυσαρεστημένο πελάτη), είχαν περισσότερες πιθανότητες να καταναλώσουν μεγαλύτερο αριθμό γλυκών για να ρυθμίσουν τα συναισθήματά τους. Αντιθέτως, η πλήξη και το άγχος έχει αποδειχθεί ότι σχετίζεται θετικά με την πρόσληψη επιπλέον θερμίδων στην εργασία. Οι εργαζόμενοι που σπαταλούν τη πλειοψηφία του χρόνου και της ενέργειας τους κατά την εργασία είναι πιο επιρρεπείς στο να υιοθετήσουν ανθυγιεινά διατροφικά πρότυπα όπως παράβλεψη γευμάτων, κατανάλωση γρήγορου φαγητού, λιγότερα γεύματα, υπερκατανάλωση τροφίμων πλούσιων σε κορεσμένα λιπαρά και απλά σάκχαρα με στόχο να επιτύχουν τον κορεσμό που στερήθηκαν από την παράλειψη γεύματος μέσα στη μέρα.¹⁷ Επιπλέον έχει φανεί ότι η κόπωση που οφείλεται στο φόρτο εργασίας αφήνει λίγο χρόνο ή ενέργεια για την προετοιμασία υγιεινών γευμάτων με αποτέλεσμα οι εργαζόμενοι να καταλήγουν σε φθηνές και γρήγορες επιλογές κατά τη επιστροφή τους στο σπίτι, γεγονός που δικαιολογεί τους ισχυρισμούς των (Han et al. 2011) που υποστήριξαν ότι εργαζόμενοι που αφιερώνουν αρκετές ώρες πέραν του ωραρίου τους στην εργασία τείνουν να είναι υπέρβαροι ή και παχύσαρκοι και έχουν κακή ποιότητα ύπνου.

1.2. Κοινωνικο-οικονομικοί παράγοντες

Οι κοινωνικές σχέσεις, η οικονομική κατάσταση, οι πολιτιστικές πεποιθήσεις αποτελούν παράγοντες που επηρεάζουν άμεσα τη καθημερινότητα μας σε ποικίλους τομείς. Ένας εκ των σημαντικότερων, η διατροφή, άρρηκτα συνδεδεμένη με τα κοινωνικά μας ερείσματα επηρεάζεται τόσο με θετικό όσο και με αρνητικό τρόπο. Στη μικρογραφία της κοινωνίας που συναντάται στον εργασιακό χώρο, η επίδραση του κοινωνικού περιβάλλοντος στις διατροφικές επιλογές έχει φανεί ότι παίζει καθοριστικό ρόλο. Σε έρευνα του (Herman, 2015), κατηγοριοποιήθηκαν 3 μονοπάτια κοινωνικής επιρροής στη διατροφή του εργαζομένου: Η κοινωνική διευκόλυνση της διατροφής (Social Facilitation), η μίμηση διατροφικών επιλογών συνεργατών και η πρόκληση εντυπώσεων. Στη πρώτη περίπτωση, η «Κοινωνική διευκόλυνση» αναφέρεται ως η αύξηση της πρόσληψης τροφής όταν οι

άνθρωποι τρώνε μαζί (με συνάδελφους στη προκειμένη περίπτωση) σε σύγκριση με όταν τρώνε μόνοι τους. Στη δεύτερη περίπτωση ο μηχανισμός μίμησης ενισχύεται από την τοπική κουλτούρα, στην οποία οι άνθρωποι δεν θέλουν να ξεχωρίζουν όταν είναι σε ομάδες και προτιμούν να ακολουθούν τις γενικές προτιμήσεις μιας ομάδας όταν αποφασίζουν τι να φάνε. Στη τρίτη περίπτωση οι εργαζόμενοι καταφεύγουν σε επιλογές τροφίμων διαφορετικές από αυτές που καταναλώνουν υπό φυσιολογικές συνθήκες με στόχο να προκαλέσουν τον ενθουσιασμό, τη προσοχή ή να κερδίσουν το σεβασμό των συνεργατών τους.

Σε πολλές κουλτούρες, το φαγητό αποτελεί, πέραν από ζωτική ανάγκη, και μία μορφή κοινωνικής πράξης (π.χ. Κομφουκισμός). Ο κοινωνικός ρόλος του μεσημεριανού και του δείπνου είναι σημαντικός για τα μέλη της ομάδας και συχνά συναντάται μια ομάδα εργαζομένων να τρώει μεσημεριανό μαζί ή να πίνει καφέ μετά το φαγητό. Ακόμα και στις κουλτούρες που δεν έχουν αυτά τα χαρακτηριστικά, το να γευματίζουν μαζί οι εργαζόμενοι μπορεί να εφαρμοστεί στα πλαίσια της ανάπτυξης δεσμών μεταξύ υπαλλήλων και στην διατήρηση ενός υγιούς και φιλικού κλίματος μεταξύ συναδέλφων. Αυτή η κοινωνική πτυχή του φαγητού θα μπορούσε να επηρεάσει την επιλογή μεμονωμένων τροφίμων. Για παράδειγμα, όταν εργαζόμενοι μένουν μόνοι τους στο γραφείο, τείνουν να παραλείπουν τα γεύματα επειδή το βρίσκουν άβολο να τρώνε μόνοι τους.²¹ Σε πρόσφατες συνεντεύξεις, γυναίκες εργαζόμενες δήλωσαν ότι παρόλο που ήθελαν να ακολουθήσουν μια ειδική δίαιτα για τον έλεγχο του βάρους, έπρεπε να φάνε αυτό που έτρωγαν τα άλλα μέλη της ομάδας υπό το φόβο ότι άλλοι θα μπορούσαν να τις κρίνουν αν δουν κάτι διαφορετικό ή σε άλλες περιπτώσεις, παρόλο που ο εργαζόμενος είχε ξεκινήσει τη προσπάθεια για να χάσει βάρος, η κοινωνική πίεση τον οδήγησε να συμμετάσχει σε συγκεντρώσεις γευμάτων επειδή «δεν ήθελε να χαλάσει την ευτυχισμένη ατμόσφαιρα». Ωστόσο, οι συνάδελφοι μπορούν να έχουν και θετική επιρροή στις διατροφικές συμπεριφορές. Για παράδειγμα, μεταξύ άλλων παραγόντων, το μεσημεριανό με στενούς συναδέλφους έχει βρεθεί να είναι καθοριστικός παράγοντας της συνολικής ικανοποίησης του γεύματος. Με τη σειρά της, η μεγαλύτερη ικανοποίηση του γεύματος συσχετίστηκε με μια θετική διάθεση, χαμηλότερα επίπεδα άγχους και επίπεδα πείνας μετά το μεσημεριανό. Η υποστήριξη από τους συναδέλφους έχει βρεθεί ότι είναι σημαντική και για την ενθάρρυνση της κατανάλωσης φρούτων στο χώρο εργασίας, ιδίως και με την υποστήριξη των διευθυντών. Η παρέμβαση στα φρούτα φάνηκε επίσης να έχει

αντίκτυπο στα κοινωνικά πρότυπα του γραφείου καθώς οι εργαζόμενοι τείνουν να νιώθουν ένοχοι για τη κατανάλωση ανθυγιεινών φαγητών, όταν όμως η κατανάλωση τους είναι λιγότερο διαδεδομένη στο χώρο εργασίας.¹⁴

Οι οικονομικές δυσκολίες στην κοινωνία και οι ψυχοκοινωνικές συνθήκες εργασίας μπορούν να επηρεάσουν την υγεία των εργαζομένων με πολλούς και διαφορετικούς τρόπους. Συγκεκριμένα, το κόστος των υγιεινών τροφών σε σύγκριση με τις ανθυγιεινές επιλογές έχει αναγνωριστεί ως ένα από τα πιο σημαντικά εμπόδια στην υγιεινή διατροφή.²² Η διαθεσιμότητα υγιεινών τροφών στο χώρο εργασίας συχνά είναι περιορισμένη, οι εργαζόμενοι, ακόμα και αν επιλέξουν να καταναλώσουν πιο υγιεινά τρόφιμα πρέπει να μπορούν και να ανταποκριθούν οικονομικά στις υψηλές τιμές που θέτουν στα υγιεινά τρόφιμα, τα καταστήματα κοντά στο χώρο εργασίας. Επιπρόσθετο εμπόδιο στην υγιεινή διατροφή αποτελεί αναμφίβολα και απασχόληση του συζύγου. Οι παντρεμένοι εργαζόμενοι, βασίζονται σε μεγάλο βαθμό και στους συζύγους τους για τη προετοιμασία φαγητού. Πιο συγκεκριμένα, οι άνδρες εργαζόμενοι με συζύγους, οι οποίες αφιερώνουν εξίσου αρκετές ώρες στο χώρο εργασίας έδειξαν να καταναλώνουν φαγητό έξω με μεγαλύτερη συχνότητα, καθώς και τυποποιημένο φαγητό, ενώ γυναίκες εργαζόμενες φάνηκαν να καταλήγουν σε γρήγορες επιλογές φαγητού, ως αποτέλεσμα της έλλειψης χρόνου που προκύπτει από την εργασία σε συνδυασμό με την ανατροφή των παιδιών τους.¹⁹

Τέλος, είναι σημαντικό να τονιστεί ότι η κοινωνική τάξη και η ιεραρχία στην εργασία αποτελεί σημαντικό παράγοντα στο ημερήσιο διαιτολόγιο του εργαζομένου. Μελέτη που έγινε στη Βρετανία 1671 γυναίκες και 1026 άνδρες έως 45 ετών που είχαν παιδιά κάτω των 17 έδειξε ότι οι κυριότεροι παράγοντες που φαίνεται να ασκούν επίδραση στη σχέση αυτή ήταν, το μορφωτικό επίπεδο, η διαμονή - κατοικία και ο τρόπος ζωής.²³ . Ο τρόπος με τον οποίο οργανώνονται οι σύγχρονες επιχειρήσεις συχνά οδηγεί τους εργαζομένους σε σημαντικά διατροφικά λάθη, η θέση στην ιεραρχία του εργαζομένου έχει φανεί ότι επηρεάζει σημαντικά τις διατροφικές συνήθειες καθώς εργαζόμενοι με χαμηλότερες θέσεις ιεραρχικά τείνουν υποβάλλονται σε μεγαλύτερο εργασιακό άγχος με αποτέλεσμα να έχουν πολύ λιγότερο χρόνο για φαγητό στο γραφείο σε σχέση με τους εργαζομένους σε ανώτερες θέσεις, ως επακόλουθο αυτού, οι γρήγορες και ανθυγιεινές επιλογές που οδηγούν σε αύξηση βάρους και παχυσαρκία.^{24 25 28 29}

1.3. Προσωπικοί Παράγοντες

Οι προσωπικές μας επιλογές, αναμφίβολα αντικατοπτρίζουν και την συνολική μας διατροφική συμπεριφορά. Αυτές ποικίλουν από αρέσκειες και απαρέςκειες, προσωπικά βιώματα, διατροφικά ερεθίσματα σε μικρή ηλικία, μέχρι προσωπικές απόψεις σχετικά με τη διατροφή, ευαισθητοποίηση πάνω στη παραγωγή τροφίμων και τέλος τη κατάσταση υγείας του κάθε ατόμου. Στο κομμάτι της υγείας, είναι γεγονός ότι συγκεκριμένες ασθένειες η και χρόνιες νόσοι απαιτούν εξατομικευμένες διατροφικές οδηγίες για κάθε τύπο ασθενούς, π.χ. Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου I,II, νεφροπάθειες, οικογενής υπερχοληστερολαιμία κ.α. Η διατήρηση και η βελτίωση της υγείας μέσω της διατροφής, διαμορφώνουν το διαιτολόγιο αυτών των εργαζομένων διαφορετικά από το σύνολο των υγιών συνάδελφων τους, γεγονός που είναι απαραίτητο να αντιμετωπίζεται με συμπράταση και σεβασμό από ολόκληρο το εργατικό δυναμικό της εκάστοτε εργασίας. Ένας ακόμη καίριος παράγοντας είναι η αντίληψη του ατόμου για την κατάσταση του σώματος του. Μεγάλο ποσοστό των υπέρβαρων και παχύσαρκων ενηλίκων δεν αντιλαμβάνονται τον εαυτό τους ως παχύσαρκο και δεν κάνουν ακριβή ταξινόμηση του βάρους τους. Αυτό είναι ένα σημαντικό εμπόδιο στην παρέμβαση και την αλλαγή συμπεριφοράς, γιατί αν δεν αναγνωρίσουν το βάρος τους ως κίνδυνο για την υγεία, είναι απίθανο να παρακινηθούν να χάσουν βάρος. Μια έρευνα στο Ηνωμένο Βασίλειο (N = 409 νοσηλευτές) διαπίστωσε ότι το 32% των νοσηλευτών ταξινόμησε εσφαλμένα τη κατάσταση του βάρους του, συμπεριλαμβανομένων και των ελλειποβαρών ατόμων οι οποίοι ταξινόμησαν τον εαυτό τους ως φυσιολογικού βάρους.³⁰ Στην Τόγκα, το 54,5% των νοσηλευτών νοσοκομείου που έλαβαν δείγματα δεν ταξινόμησαν με ακρίβεια το βάρος τους³¹ και στις Η.Π.Α. από 224 ερωτηθέντες υπέρβαρων νοσηλευτών, το 24% δεν ταυτίστηκε με ακρίβεια ως υπέρβαρο ή παχύσαρκο.³² Τα αποτελέσματα αυτά θέτουν σε σοβαρή αμφισβήτηση τις γνώσεις των νοσηλευτών πάνω στη ταξινόμηση του βάρους κάτι το οποίο φάνηκε και πρακτικά σε μετέπειτα έρευνα των Parker et al. (2011) όπου η γνώση της τροποποίησης του τρόπου ζωής (συμπεριλαμβανομένης της υιοθέτησης μιας υγιεινής διατροφής) ήταν μέτρια μεταξύ των περισσότερων μη επαγγελματιών Νοτιοαφρικάνων νοσοκόμων, με το 60% των Εγγεγραμμένων

Νοσηλευτών και το 58% των Βοηθών Νοσοκόμων που συμμετείχαν στην έρευνα να σημειώνουν βαθμολογία μεταξύ 49% έως 59%. Μεταξύ των επαγγελματιών νοσοκόμων, το 42% είχε μέτρια και το 54% είχε καλές βαθμολογίες γνώσεων (βαθμολογία μεταξύ 60% -79%). Παρόλο που καμία νοσηλευτική ομάδα δεν κέρδισε εξαιρετική βαθμολογία, το 20% όλων των νοσηλευτών αξιολόγησαν τις γνώσεις τους ως «εξαιρετικές», υποδηλώνοντας ένα διαχωρισμό μεταξύ της αντιληπτής και της πραγματικής γνώσης.³³

Κάθε άνθρωπος αναπτύσσει από τη βρεφική ηλικία τους μηχανισμούς της αυτό-αποτελεσματικότητας και των κινήτρων οι οποίοι τον επηρεάζουν σημαντικά και στην προσπάθεια για υιοθέτηση μιας υγιεινής διατροφής. Η πλειοψηφία των νοσηλευτών σε μια μελέτη του Ηνωμένου Βασιλείου³⁴ σημείωσαν μόνο μέτρια επίπεδα αυτό-αποτελεσματικότητας ως πρότυπα για υγιεινή διατροφή. Οι νοσηλευτές είχαν περισσότερες πιθανότητες να έχουν υγιείς συμπεριφορές οι ίδιοι ή να έχουν αυτοπεποίθηση για την προώθηση της υγείας σε άλλους εάν είχαν υψηλότερη αυτό-αποτελεσματικότητα και περισσότερες πιθανότητες να καταναλώνουν συνιστώμενες ποσότητες φρούτων και λαχανικών την ημέρα, από εκείνες με χαμηλότερα επίπεδα αυτό-αποτελεσματικότητας.³⁴

1.4. Ψυχολογικοί παράγοντες

Ο ρόλος των επαγγελματιών στον τομέα της υγείας, τόσο στην ιεραρχία του νοσοκομείου όσο και στην ευρύτερη κοινωνία είναι πολύ περίπλοκος. Νέες προκλήσεις προστίθενται σε πιο παραδοσιακούς επαγγελματικούς κινδύνους για την υγεία, όπως έκθεση σε μολυσματικές ασθένειες, ψυχολογικό στρες, καθήκοντα νυχτερινής εργασίας καθώς και συνεχής απειλή νομικών συνεπειών στο ενδεχόμενο κακών πρακτικών. Οι αλλαγές στις πολιτικές υγείας συμβάλουν επίσης σε αυξημένο επίπεδο άγχους μεταξύ των επαγγελματιών της υγειονομικής περίθαλψης, όπως εκείνων που εργάζονται σε παραϊατρικό και νοσηλευτικό επίπεδο. Ορισμένοι στρεσογόνοι παράγοντες είναι εγγενείς και ταυτισμένοι με τους ιατρικούς χώρους εργασίας, όπως η εργασία με έντονα συναισθηματικά ζητήματα, τλαιπωρία, φόβο, αποτυχίες και θάνατο. Οι παράγοντες ψυχολογικού στρες που αναγνωρίζονται στο ιατρικό και παραϊατρικό επάγγελμα έχουν

σε μεγάλο βαθμό ψυχοκοινωνικό υπόβαθρο. Κατά συνέπεια, αναμένεται ότι οι Ιατροί και οι παραϊατρικοί επαγγελματίες διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο για συναισθηματικά συμπτώματα και διαταραχή της ψυχολογικής τους υγείας. Μερικές σημαντικές συνέπειες του άγχους των επαγγελματιών υγείας λόγω των απαιτητικών συνθηκών εργασίας συχνά αποτελούν η ψυχολογική κατάρρευση, η κοινωνική απομόνωση, η εξάντληση, η δυστυχία, η κατάθλιψη, η άρνηση επαγγελματικών προβλημάτων, η ειρωνεία και ο κυνισμός³⁵.

Η επίδραση της ψυχολογίας των υγειονομικών υπαλλήλων στην διατροφή και στην υγεία, έχει μελετηθεί συστηματικά στο παρελθόν σε χώρες με πολύ αναπτυγμένα συστήματα υγείας όπως η Σαουδική Αραβία, το Ηνωμένο βασίλειο, η Σουηδία, και η Ινδία. Ο μηχανισμός μέσω του οποίου το άγχος επηρεάζει τις επιλογές τροφίμων περιλαμβάνει ορμονικές αλληλεπιδράσεις και μεταβολικές διεργασίες, καθώς και μεμονωμένες διαφορές στην ψυχολογική και νευροχημική απόκριση του στρες και του φαγητού στον οργανισμό^{36,37}. Το άγχος σχετίζεται με μειωμένα επίπεδα ινσουλίνης και λεπτίνης, που αλληλεπιδρούν για να προκαλέσουν αλλαγές στην όρεξη. Το άγχος προκαλεί μια πιο παθητική ανταπόκριση που προκαλείται από τον άξονα υποθαλάμου-υπόφυσης-επινεφριδίων, με επακόλουθη αύξηση της κορτιζόλης που μπορεί να παρασύρει τους ανθρώπους να καταναλώνουν ηδονικά, ενεργειακά πυκνά τρόφιμα και δυνητικά να οδηγήσουν σε ανεπιθύμητη αύξηση βάρους και παχυσαρκία^{36,38}. Σε έρευνα των Jordan, T. R., Khubchandani et. al. (2016) σε δείγμα 177 νοσοκόμων, η ψυχική υγεία και η διατροφική υγεία αναγνωρίστηκαν ως βασικά αρνητικά ζητήματα υγείας. Οι νοσοκόμες ανέφεραν ότι αισθάνονται ανησυχίες, ένταση ή άγχος κατά μέσο όρο 8,48 από τις τελευταίες 30 ημέρες πριν ερωτηθούν. Επιπλέον, οι νοσοκόμες ανέφεραν ότι έφαγαν πάρα πολύ κατά μέσο όρο 8,24 από τις τελευταίες 30 ημέρες πριν τη συνέντευξη. Ακόμη, στην ίδια έρευνα παρατηρήθηκε ότι οι νοσοκόμες που είχαν υψηλό στρες και κακές δεξιότητες αντιμετώπισης δύσκολων καταστάσεων είχαν περισσότερες πιθανότητες να καπνίζουν, πιο πιθανό να καταναλώνουν περισσότερα από 5 αλκοολούχα ποτά σε οποιαδήποτε περίπτωση, λιγότερο πιθανό να καταναλώνουν φρούτα και λαχανικά σε επαρκή ποσότητα και λιγότερο πιθανό να κοιμούνται επαρκώς. Τουναντίον, οι νοσοκόμες με χαμηλό άγχος και καλές δεξιότητες αντιμετώπισης καταστάσεων είχαν μεγαλύτερη πιθανότητα να υιοθετήσουν υγιείς συμπεριφορές³⁹.

1.5. Προσβασιμότητα σε τρόφιμα στο χώρο εργασίας

Η προσβασιμότητα σε πιο υγιεινά τρόφιμα, ο έλεγχος και η ποιοτική αξιολόγηση της τροφοδοσίας των νοσοκομείων από εξειδικευμένο προσωπικό, καθώς και η θέσπιση κατευθυντήριων οδηγιών και προϋποθέσεων που πρέπει να πληρούν οι εταιρίες που προμηθεύουν τα νοσοκομεία με αυτόματους πωλητές φαγητού, αποτελούν ακόμα και σήμερα ένα φλέγον θέμα το οποίο μελετάται εκτενώς από παγκόσμιους κυβερνητικούς οργανισμούς υγείας όπως το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Ασθενειών (CDC) και η Αμερικανική και Βρετανική Εταιρία Καρδιάς (American Heart Foundation, British Heart Foundation). Βασική πολιτική πίσω από αυτές τις συντονισμένες προσπάθειες είναι η εγκαθίδρυση και η εφαρμογή μιας υγιεινής πολιτικής τροφίμων από ομοσπονδιακούς και ιδιωτικούς οργανισμούς αλλά κυρίως από τα δημόσια και ιδιωτικά ιδρύματα υγειονομικής περίθαλψης. Μόνο στις Ηνωμένες Πολιτείες πάνω από 5 εκατομμύρια εργαζόμενοι απασχολούνται μόνιμα σε περισσότερα από 5.700 νοσοκομεία και ετησίως, υπάρχουν περίπου 36 εκατομμύρια εισαγωγές σε εσωτερικούς ασθενείς, 118 εκατομμύρια επισκέψεις σε τμήματα έκτακτης ανάγκης και 481 εκατομμύρια επισκέψεις από εξωτερικούς ασθενείς. Μια υγιεινή πολιτική τροφίμων από τα ιδρύματα υγειονομικής περίθαλψης θα συνέβαλλε όχι μόνο στην εύρυθμη λειτουργία των νοσοκομείων και στην διευκόλυνση της ιερής αποστολής των θεραπειών, αλλά και στην ενίσχυση της θεσμικής κουλτούρας των νοσοκομείων η οποία χρησιμεύει ως μοντέλο προώθησης για τους επισκέπτες και τους ασθενείς καθώς και για τις τοπικές κοινότητες εργασίας.^{40,41,42,43}

Σε σύγκριση με άλλους τομείς, οι εργαζόμενοι στην υγειονομική περίθαλψη έχουν τον υψηλότερο επιπολασμό της παχυσαρκίας⁴⁴. Με γνώμονα αυτή τη διαπίστωση, το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Ασθενειών (CDC) σε συνεργασία με το Υπουργείο Υγείας και Ανθρωπίνων Υπηρεσιών των Ηνωμένων Πολιτειών (HHS) / Γενική Υπηρεσία Υπηρεσιών (GSA) δημιούργησαν το (HHFI) Hospital Healthier Food Initiative⁴⁴ (Πρωτοβουλία για υγιεινό φαγητό στα νοσοκομεία) και θέσπισαν τις επίσημες οδηγίες υγείας και βιωσιμότητας για ομοσπονδιακές παραχωρήσεις τροφίμων και πράξεις πώλησης^{45,46}. Τα κοινά στοιχεία μεταξύ της Πρωτοβουλίας (HHFI) και των Οδηγιών περιλαμβάνουν μηχανισμούς για την αύξηση των πωλήσεων φρούτων και λαχανικών,

την επισήμανση του σημείου αγοράς και μια ποικιλία ειδικών απαιτήσεων για διαθέσιμα είδη που ενθαρρύνουν την αγορά υγιεινών τροφίμων και ποτών, ταυτόχρονα με τον περιορισμό των προϊόντων με υψηλή περιεκτικότητα σε trans λιπαρά, νάτριο και ζάχαρη. Η έκθεση του HHFII τόνισε τη συνεργασία μεταξύ νοσοκομείων και επαγγελματιών υγείας για τη θέσπιση υγιεινών προτύπων και μέτρων για τις πολιτικές και τα περιβάλλοντα τροφίμων και ποτών. Το συμβούλιο συνέστησε τη χρήση στρατηγικών περιβαλλοντικής αλλαγής, με έμφαση στη πρόσβαση, τιμολόγηση, την επισήμανση των μενού και την ανάπτυξη διαθέσιμων στο κοινό, υγιεινών εργαλείων σάρωσης τροφίμων και ποτών. Η έκθεση υπογράμμισε επίσης την ανάγκη για «ξεκάθαρη επιχειρηματική υπόθεση», όπως βελτιωμένη ικανοποίηση των ασθενών ή μειωμένο κόστος υγειονομικής περίθαλψης των εργαζομένων, για να πείσει τους διαχειριστές νοσοκομείων να θέσουν ως προτεραιότητα ένα υγιεινό περιβάλλον διατροφής. Πολλά δημόσια νοσοκομεία εντάχθηκαν στο HHFII υιοθετώντας εθελοντικά πρότυπα για καφετέριες και κυλικεία. Ιδιωτικά νοσοκομεία συμφώνησαν με την εφαρμογή διατροφικών προτύπων για γεύματα ασθενών και εγκατάσταση μηχανημάτων αυτόματης πώλησης τροφίμων και ποτών σε καφετέριες νοσοκομείων. Είκοσι οκτώ νοσοκομειακές καφετέριες αξιολογήθηκαν κατά την έναρξη και στο τέλος του HHFII για την αξιολόγηση των αλλαγών. Στο τέλος του προγράμματος (2010-2014), 16 δημόσια νοσοκομεία και 24 ιδιωτικά νοσοκομεία είχαν ενταχθεί στο HHFII. Τα περισσότερα (n = 18) ιδιωτικά νοσοκομεία εφάρμοσαν πρότυπα σε τουλάχιστον 2 περιοχές. Στις καφετέριες, τα περισσότερα νοσοκομεία εισήγαγαν ένα υγιεινό γεύμα (n = 19), αφαίρεσαν τα ανθυγιεινά αντικείμενα από την είσοδο και το ταμείο (n = 18), αύξησαν τα δημητριακά ολικής αλέσεως σε τουλάχιστον τα μισά από τα δημητριακά που σερβίρονταν (n = 17) και μείωσαν τις θερμίδες σε αρτοσκευάσματα και επιδόρπια (n = 15). Σήμερα, τα περισσότερα νοσοκομεία της Νέας Υόρκης έχουν ενταχθεί στο HHFII και έχουν υιοθετήσει εθελοντικά αυστηρά πρότυπα διατροφής, αποδεικνύοντας έμπρακτα ότι οι συνεργασίες μεταξύ νοσοκομείων και τοπικής αυτοδιοίκησης είναι εφικτές και μπορούν να οδηγήσουν σε σημαντικές βελτιώσεις στο περιβάλλον των νοσοκομειακών τροφίμων.

Αν και πρωτοβουλίες για τη βελτίωση της καφετέριας και της προσβασιμότητας τροφίμων στο χώρο εργασίας έχουν βελτιωθεί, η επιτυχία των προγραμμάτων, αντιμετωπίζει ακόμα σοβαρά εμπόδια τα οποία πηγάζουν κυρίως από τις συγκρούσεις μεταξύ της μεγιστοποίησης των κερδών και της προσφοράς πιο υγιεινών τροφίμων και

ποτών, της περιορισμένης διαθεσιμότητας και πληροφοριών σχετικά με τρόφιμα και ποτά που πληρούν τις προϋποθέσεις, αλλά και της μειωμένης αποδοχής από το εργατικό προσωπικό.^{45,46} Για το λόγο αυτό έχουν χρησιμοποιηθεί στο παρελθόν στρατηγικές σχεδιασμού συμπεριφοράς που ωθούν τους καταναλωτές να κάνουν πιο υγιεινές επιλογές, εστιάζοντας στην τιμολόγηση υγιεινών προϊόντων, την τοποθέτηση, την επισήμανση και την προώθηση τους έναντι σε αυτή των προϊόντων πύου δεν πληρούν τα κριτήρια του HHFI αλλά συνεχίζουν να πωλούνται στις καφετέριες των νοσοκομείων λόγω οικονομικών συνεργασιών μεταξύ ιδρυμάτων και προμηθευτών.^{47,48,49}

Το φαγητό είναι συχνά μια αυτοματοποιημένη απόφαση⁵⁰, το γεγονός ότι πολλές φορές ακούσια δεν καταναλώνουμε αυτό επιλέγουμε αλλά αυτό που μας παρέχεται, θέτει τη προσβασιμότητα των τροφίμων ως έναν καθοριστικό παράγοντα επιρροής του φαγητού εν ώρα εργασίας. Το είδος και το φάσμα των διαθέσιμων επιλογών που μας παρέχει το περιβάλλον εργασίας, συμβάλλει καθοριστικά στη διαμόρφωση διατροφικών μας επιλογών. Παρεμβάσεις που περιλαμβάνουν στρατηγικές τιμολόγησης για πιο υγιεινά τρόφιμα έχουν βρεθεί ότι αυξάνουν τις πωλήσεις υγιεινών τροφίμων.⁵² Ένα υγιές περιβάλλον αυτόματης πώλησης που συμπεριλαμβάνει πληροφορίες αγοράς αναγραμμένες στον πωλητή, μελετήθηκε από τους Gorton D, Carter J et. al. σε 14 μηχανήματα αυτόματης πώλησης σε 2 νοσοκομεία αποδείχτηκε ότι οδήγησε σε μείωση το 24% των θερμίδων, 33% των λιπαρών και 30% της ζάχαρης που αγοράστηκε ανά 100 g προϊόντος.⁵¹

Το περιβάλλον τροφίμων στο χώρο εργασίας των ομοσπονδιακών, πολιτειακών και τοπικών κυβερνητικών υπηρεσιών και νοσοκομείων είναι πιθανότατα μεταξύ των πιο βιώσιμων στόχων για αλλαγή βάσει του πληθυσμού στα πρότυπα κατανάλωσης τροφίμων. Τα νοσοκομεία είναι ιδανικοί χώροι για τη μοντελοποίηση της υγιεινής διατροφής και τη διαμόρφωση ενός υγιεινού περιβάλλοντος διατροφής το οποίο θα μπορούσε να ενισχύσει τις κλινικές συστάσεις και να συμπληρώσει τις αποστολές των ιδρυμάτων υγειονομικής περίθαλψης για την υποστήριξη της κοινότητας

Πίνακας 1-1 Οφέλη ενός Υγιεινού Χώρου Εργασίας, Περιφερειακό Γραφείο του ΠΟΥ για τον Δυτικό Ειρηνικό (1999)

Για τον Οργανισμό	Για τον εργαζόμενο
Ένα καλά διαχειριζόμενο πρόγραμμα υγείας και ασφάλειας	Ένα ασφαλές και υγιές περιβάλλον εργασίας
Εικόνα φροντίδας και εμπιστοσύνης	Βελτιωμένη αυτοεκτίμηση
Βελτιωμένο ηθικό προσωπικού	Μειωμένο εργασιακό άγχος
Μειωμένος κύκλος εργασιών προσωπικού	Βελτιωμένο ηθικό
Μειωμένη απουσία εργαζομένων	Αυξημένη εργασιακή ικανοποίηση
Αυξημένη παραγωγικότητα εργαζομένων	Αυξημένες δεξιότητες για προστασία της υγείας
Μειωμένο κόστος υγειονομικής περίθαλψης / ασφάλισης	Βελτιωμένη υγεία
Μειωμένος κίνδυνος προστίμων και δικαστικών διαφορών	Μια υγιέστερη οικογένεια και κοινότητα

2. Η νομοθεσία

2.1. Η Διεθνής οργάνωση εργασίας (ILO)

Το 1956 η Διεθνής Οργάνωση Εργασίας (ILO) ενέκρινε το Welfare Facilities Recommendation (No. 102), το οποίο προσδιορίζει τις κατευθυντήριες γραμμές για την δημιουργία κυλικίων, καφετεριών, και άλλων αιθουσών, καθώς και τις συστάσεις προς τους εργαζόμενους και τους εργοδότες, έτσι ώστε να εξασφαλίζεται η διατροφή στο χώρο εργασίας.

Σύμφωνα με την Γενική Διάσκεψη της Διεθνούς Οργάνωσης Εργασίας:

Οδηγία 9

(1): Όταν δεν υπάρχουν ήδη επαρκείς δημοσιεύσεις, η αρμόδια αρχή ή κάποιος άλλος κατάλληλος φορέας θα πρέπει να προετοιμάσει και να δημοσιεύσει λεπτομερείς πληροφορίες, προτάσεις και οδηγίες, προσαρμοσμένες στις ειδικές συνθήκες της σχετικής χώρας, σχετικά με τις μεθόδους δημιουργίας και λειτουργίας κυλικίων.

(2) Αυτές οι πληροφορίες πρέπει να περιλαμβάνουν προτάσεις σχετικά με:

- α) τοποθεσία των κυλικίων σε σχέση με τα διάφορα κτίρια ή τμήματα των ενδιαφερόμενων επιχειρήσεων.
- β) δημιουργία κοινών κυλικίων για πολλές επιχειρήσεις, στο μέτρο που κρίνεται σκόπιμο.
- γ) διαμονή σε κυλικεία: πρότυπα χώρου, φωτισμού, θέρμανσης, θερμοκρασίας και εξαερισμού.
- δ) διάταξη των κυλικίων: τραπεζαρία ή δωμάτια, χώρος εξυπηρέτησης, κουζίνα, χώρος πλυντηρίου πιάτων, αποθήκη, γραφείο διοίκησης και ερμάρια και τουαλέτα για το προσωπικό της καντίνας.
- ε) εξοπλισμός, επίπλωση και διακόσμηση κυλικίων: εξοπλισμός για την προετοιμασία και το μαγείρεμα τροφίμων, ψύξη, αποθήκευση και πλύσιμο · είδη καυσίμων για μαγείρεμα · τύποι τραπεζιών και καρεκλών στην τραπεζαρία ή στα δωμάτια · σχέδιο ζωγραφικής και διακόσμησης.

- στ) τύποι γευμάτων που παρέχονται: τυπικό μενού, τυπικό μενού με επιλογές, a la carte, διαιτητικά μενού όπου συνταγογραφούνται ιατρικά, ειδικά μενού για εργαζόμενους σε ανθυγιεινά επαγγέλματα, πρωινό, μεσημεριανό γεύμα ή άλλα γεύματα για εργαζόμενους με βάρδιες ·
- ζ) πρότυπα διατροφής: θρεπτικές αξίες τροφίμων, προγραμματισμένα μενού και ισορροπημένη διατροφή.
- η) είδη υπηρεσιών στην καντίνα: υπηρεσία εκκόλαψης ή μετρητή, καφετέρια και επιτραπέζια υπηρεσία · προσωπικό που απαιτείται για κάθε τύπο υπηρεσίας.
 - a. πρότυπα υγιεινής στην κουζίνα και στις τραπεζαρίες.
- θ) οικονομικά ζητήματα: αρχική δαπάνη κεφαλαίου για κατασκευές, εξοπλισμό και επίπλωση, συνεχή γενικά έξοδα και έξοδα συντήρησης, έξοδα φαγητού και προσωπικού, λογαριασμοί, τιμές που χρεώνονται για τα γεύματα.⁵³

Σύμφωνα με τον (ILO) το νομοθετικό πλαίσιο σχετικά με το πού και πώς οι εργαζόμενοι αποκτούν πρόσβαση σε τρόφιμα είναι πολύ περιορισμένο έως και ανύπαρκτο. Κανένας δεν καθορίζει ποια τρόφιμα πρέπει να διατίθενται. Το διάλειμμα γεύματος συχνά αφήνεται σε πολιτισμικούς κανόνες από χώρα σε χώρα. Στις Ηνωμένες Πολιτείες, για παράδειγμα, δεν υπάρχει ομοσπονδιακός νόμος που να επιβάλλει διάλειμμα γεύματος. Ο Κώδικας των Ηνωμένων Πολιτειών ορίζει μάλλον το αντίθετο, ότι «τα διαλείμματα σε ώρες εργασίας περισσότερο από μία ώρα μπορεί να μην προγραμματιστούν σε μια βασική εργάσιμη ημέρα» (United States Code, 2000). και ο νόμος για τα δίκαια πρότυπα εργασίας των Ηνωμένων Πολιτειών (1938) επαναλαμβάνει ότι τα διαλείμματα γεύματος είναι θέμα συμφωνίας μεταξύ του εργοδότη και του εργαζομένου. Συγκεκριμένα, μόνο 19 από τις 50 πολιτείες έχουν νόμους σχετικά με τα διαλείμματα γεύματος. Κάθε ένας από αυτούς τους νόμους έχει πολλές προϋποθέσεις και επιτρέπει μόνο διαλείμματα 20 έως 30 λεπτών, εκτός από τη Νέα Υόρκη, η οποία απαιτεί διαλείμματα για μεσημεριανό γεύμα για εργάτες στα εργοστάσια.^{54.55}

Στην Ευρωπαϊκή Ένωση, η μετά και τη πρωτοβουλία πολλών κρατών-μελών να μειώσουν το ωράριο εργασίας στις 35 ώρες. Επόμενο βήμα είναι ο θεσμικός ορισμός του «χρόνου εργασίας», δηλαδή ο χρόνος κατά τον οποίο οι εργαζόμενοι βρίσκονται στη διάθεση του εργοδότη τους, τον οποίο ορισμένοι θεωρούν ότι περιλαμβάνουν το

διάλειμμα για μεσημεριανό γεύμα. Η οδηγία για την ώρα εργασίας της Ευρωπαϊκής Ένωσης (93/104 / ΕΚ) εγγυάται διάλειμμα ανάπαυσης τουλάχιστον 11 ωρών μεταξύ βάρδιες και διάλειμμα κατά τη διάρκεια της εργάσιμης ημέρας, όταν αυτή είναι μεγαλύτερη από 6 ώρες. Η Σύμβαση Εβδομαδιαίας Ανάπαυσης του ILO το 1957 (Αρ. 106), καθόρισε μια ελάχιστη περίοδο εβδομαδιαίας ανάπαυσης για τους εργαζόμενους: τουλάχιστον 24 ώρες ανά περίοδο επτά ημερών και κατά προτίμηση 36 ώρες. Λαμβάνοντας υπόψη την έλλειψη ευρείας νομοθεσίας σχετικά με τα διαλείμματα γεύματος ιστορικά, και χωρίς συνοχή από χώρα σε χώρα.

Σε όλο τον κόσμο οι περίοδοι ανάπαυσης και τα διαλείμματα γεύματος ποικίλλουν: στη Βραζιλία, 1-2 ώρες ανά 6 ώρες, στη Νιγηρία και στη Λιβύη, 1 ώρα ανά 6 ώρες, στην Ιαπωνία, 45 λεπτά ανά 6 ώρες, στο Ηνωμένο Βασίλειο, 20 λεπτά ανά 6 ώρες. Η Νότια Αφρική και οι Φιλιππίνες εξουσιοδοτούν ένα διάλειμμα 60 λεπτών. Στην Ιαπωνία, η ώρα του γεύματος μπορεί να εφαρμοστεί αυστηρά, με έντονη κοινωνική πίεση να μην τρώει νωρίς αλλά ακριβώς το μεσημέρι με άλλους.

Ο νόμος περί εργασιακών κανόνων του Σασκάτσουαν του Καναδά του 1978 (όπως τροποποιήθηκε το 1994), αντικατοπτρίζει τη γλώσσα πολλών νόμων σχετικά με τα διαλείμματα γεύματος (Meal breaks - 13.3 (1994, c.39, s.8), όπου σύμφωνα με αυτόν:

(1) Ο εργοδότης οφείλει να χορηγεί σε κάθε υπάλληλο που εργάζεται έξι ώρες ή περισσότερο ένα διάλειμμα γεύματος άνευ αποδοχών τουλάχιστον 30 λεπτών εντός για κάθε πέντε διαδοχικών ωρών εργασίας εκτός:

(α) σε περίπτωση ατυχήματος, απαιτείται επείγουσα εργασία ή άλλο ή αν προκύψουν απρόβλεπτες περιστάσεις.

(β) όταν ο διευθυντής είναι ικανοποιημένος ότι ο εργοδότης και η πλειοψηφία των οι εργαζόμενοι συμφωνούν ότι οι εργαζόμενοι μπορούν:

(i) να κάνουν το διάλειμμα γεύματος τους σε άλλη στιγμή

(ii) παραιτούνται από το δικαίωμα του γεύματος τους

(γ) όταν ο εργοδότης ζητά και λαμβάνει τη γραπτή συγκατάθεση της συνδικαλιστικής οργάνωσης που εκπροσωπεί τους εργαζομένους ·

(δ) όταν δεν είναι εύλογο για έναν υπάλληλο να κάνει ένα διάλειμμα γεύματος ή

(ε) σε οποιαδήποτε άλλη περίπτωση που ορίζεται σε κανονισμούς που έχουν εκδοθεί σύμφωνα με το άρθρο 84.

(2) Όταν είναι απαραίτητο για ιατρικούς λόγους, ένας μεμονωμένος υπάλληλος δικαιούται να κάνει ένα διάλειμμα γεύματος σε χρόνο ή διαφορετικές ώρες από την ώρα που καθορίζεται στη σύμβαση.

(3) Όταν ένας εργαζόμενος έχει εργαστεί πέντε ώρες και ο εργοδότης δεν είναι υποχρεωμένος να δώσει διάλειμμα σε έναν υπάλληλο, ο εργοδότης οφείλει επιτρέπει στον εργαζόμενο να τρώει ενώ εργάζεται.^{53,54}

2.2. WHO/FAO

Το Νοέμβριο του 1999 ,το Παγκόσμιο περιφερειακό γραφείο οργάνωσης υγείας με πρωτοβουλία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO) εξέδωσε τις περιφερειακές κατευθυντήριες γραμμές για την ανάπτυξη υγιών χώρων εργασίας. Στις οποίες αναφέρεται ότι η κατάσταση της υγείας των εργαζομένων επηρεάζεται σημαντικά από τον προσωπικό τρόπο ζωής τους, ιδίως στους τομείς της διατροφής, της άσκησης, του άγχους, του καπνίσματος και της κατάχρησης αλκοόλ. Για παράδειγμα, το προστατευτικό αποτέλεσμα της άσκησης έχει αποδειχθεί για ορισμένους τύπους καρκίνου και καρδιακών παθήσεων. Η αλληλεπίδραση μεταξύ πολλαπλών παραγόντων κινδύνου στο χώρο εργασίας είναι επίσης σημαντική. Το αυξημένο άγχος της εργασίας (πίεση χρόνου, έκθεση σε κινδύνους) μπορεί να οδηγήσει σε ανθυγιεινούς μηχανισμούς αντιμετώπισης όπως το κάπνισμα, η υπερβολική πρόσληψη αλκοόλ, η υπερβολική κατανάλωση τροφής ή η χρήση ναρκωτικών. Ομοίως, οι παράγοντες άγχους σχετίζονται με μυοσκελετικό τραυματισμό και καρδιακές προσβολές. Επιπλέον, οι συμπεριφορές στην υγεία και οι περιβαλλοντικοί παράγοντες μπορούν να συνεργαστούν για τον πολλαπλασιασμό των αρνητικών επιπτώσεων στην υγεία. Για παράδειγμα, οι εργαζόμενοι που εκτίθενται σε αμιάντο και που επίσης καπνίζουν είναι πολύ πιο πιθανό να αναπτύξουν καρκίνο του πνεύμονα από τους εκτεθειμένους εργαζόμενους που δεν είναι καπνιστές. Η οργανωτική αλλαγή, οι βελτιώσεις στις συνθήκες εργασίας (συμπεριλαμβανομένης της υγείας και της ασφάλειας) και η υποστήριξη για υγιή τρόπο ζωής πρέπει να συμβαδίζουν. Εκτός εάν ο

ίδιος ο χώρος εργασίας είναι υγιής και ασφαλής, η παροχή πληροφοριών και εκπαίδευσης για την υγεία δεν θα είναι αποτελεσματική στη βελτίωση της γενικής κατάστασης της υγείας του εργατικού δυναμικού. Η προώθηση τρόπων ζωής που ευνοούν την υγεία και η ανάπτυξη προσωπικών δεξιοτήτων υγείας αποτελούν μέρος μιας συνεκτικής στρατηγικής για έναν υγιή χώρο εργασίας.

Τα σημαντικότερα σημεία αναφοράς που ορίζουν οι κατευθυντήριες οδηγίες σχετικά με τη διατροφή στο χώρο εργασίας είναι:

- Σε οποιοδήποτε χώρο εργασίας πρέπει να διατίθεται υγιεινή και θρεπτική τροφή στην καντίνα του προσωπικού και στους αυτόματους πωλητές .
- Να παρέχεται ενημέρωση και εκπαίδευση για τη διατροφή και τις υγιεινές διατροφικές συνήθειες για υπαλλήλους.
- Το φαγητό στην καντίνα του προσωπικού ετοιμάζεται σύμφωνα με όλους τους κανονισμούς που ορίζει η πολιτεία.⁵⁵

Παρά ταύτα, η γραμμή που ακολουθείται κυρίως στην Ελληνική επικράτεια βασίζεται στη διάταξη που δημοσιοποίησαν το 1971 οι τρεις οργανισμοί WHO/FAO/ILO σε σχέση με τη σίτιση των εργαζομένων. Αυτή, ορίζει εκτός των άλλων ότι κάθε κυβέρνηση οφείλει να συντάξει νόμους και κανονισμούς οι οποίοι θα επιβάλλουν τη δημιουργία προγραμμάτων σίτισης με σκοπό την προώθηση της υγείας, της πρόνοιας και της παραγωγικότητας των εργαζομένων. Οι νόμοι αυτοί θα πρέπει να έχουν ως στόχο την επαρκή διατροφή του εργαζόμενου και της οικογένειάς του, την ανάπτυξη κατάλληλων υπηρεσιών διατροφής, λαμβάνοντας υπόψη την οικονομική κατάσταση του εργαζόμενου, της επιχείρησης-βιομηχανίας, καθώς και της κάθε χώρας.^{54,55,56}

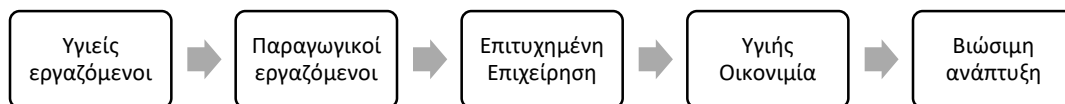
3. Διατροφή-Απόδοση -Παραγωγικότητα

3.1. Ορισμός παραγωγικότητας

Στη βιβλιογραφία, ο όρος παραγωγικότητα εμφανίζεται ιδιαίτερα περίπλοκος και αναλύεται ως προς ποικίλους τομείς. Στη παρούσα έρευνα θα αναλυθεί η παραγωγικότητα εργασίας από την αμιγώς «οικονομική» οπτική γωνία, δηλαδή τους πόρους που προσφέρει ο εργαζόμενος στην επιχείρηση και κατ' επέκταση, στο κράτος. Η κακή κατάσταση υγείας του εργατικού δυναμικού έχει συσχετιστεί με χαμηλότερη παραγωγικότητα, μεγαλύτερο κύκλο εργασιών, πρόωρη συνταξιοδότηση και αύξηση του κόστους υγειονομικής περίθαλψης των εργαζομένων.⁵⁸ Είναι δε γνωστό από το 1993 ότι η σωματική αδράνεια και οι ανθυγιεινές διατροφικές συμπεριφορές έχουν σοβαρές επιπτώσεις στην εργασία συμπεριλαμβανομένης της μειωμένης απόδοσης και παραγωγικότητας⁵⁷. Η παρουσία, αν και είναι πολύ δύσκολο να ποσοτικοποιηθεί, είναι ένας σημαντικός παράγοντας για τη μειωμένη παραγωγικότητα ιδίως σε επαγγέλματα που βασίζονται κυρίως σε γνωστικά καθήκοντα (π.χ. Ιατροί, Ψυχολόγοι, Διαιτολόγοι κ.α.). Οι χώρες υψηλού δείκτη εισοδήματος χρησιμοποιούν 3 βασικά μέτρα μειωμένης παραγωγικότητας στο χώρο εργασίας.

- Η ανικανότητα για εργασία (work disability), η οποία ορίζεται από τον νόμο περί κοινωνικής ασφάλισης των ΗΠΑ ως φυσική αδυναμία για εργασία.
- Κατά συνήθεια απουσία ή απώλεια εργασίας (absenteeism), που ορίζεται συνήθως από την απουσία, μετρούμενη σε ημέρες απουσίας, ή από την άποψη της βραχυπρόθεσμης άδειας ασθενείας. δηλαδή ο χρόνος μακριά από την εργασία λόγω ασθένειας ή αναπηρίας.
- Παρουσιασμός (presenteeism) ή περιορισμός της εργασίας, δηλαδή η μειωμένη παραγωγικότητα κατά την εργασία λόγω οξείας ή χρόνιας ασθένειας ή εξασθενημένη σωματική και ψυχική υγεία ή λόγω συστηματικής παρουσίας ενός υπαλλήλου στο χώρο εργασίας του ανεξάρτητα από την υγεία του και πέραν τού προβλεπόμενου ωραρίου

Η προώθηση της σωματικής άσκησης και της υγιεινής διατροφικής συμπεριφοράς στο χώρο εργασίας θα μπορούσε να είναι μια ολοκληρωμένη πρωτοβουλία που βελτιώνει την υγεία των εργαζομένων και κατ' επέκταση την ίδια την επιχείρηση. Υπάρχουν στοιχεία που υποδηλώνουν ότι η αντιμετώπιση των ελλείψεων σε θρεπτικά συστατικά μέσω της υγιεινής διατροφής και της υιοθέτησης μιας διατροφής με λιγότερο ενεργειακά πυκνά τρόφιμα, μπορεί να επηρεάσει την παραγωγικότητα στο χώρο εργασίας τόσο άμεσα όσο και έμμεσα. Τα στοιχεία από χώρες με υψηλό δείκτη εισοδήματος, υποδηλώνουν ότι η παροχή δίαιτας πλούσιας σε θρεπτικά συστατικά μπορεί να έχει άμεσο και μετρήσιμο αντίκτυπο στην απόδοση της εργασίας. Ταυτόχρονα, στοιχεία από χώρες με χαμηλότερο δείκτη εισοδήματος δείχνουν ότι η μείωση του κινδύνου για μη μεταδοτικές ασθένειες μπορεί να ωφελήσει την υγεία του εργαζομένου και ενδεχομένως την απόδοση στο χώρο εργασίας.¹¹⁴ Η μεγαλύτερη περιεκτικότητα σε θρεπτικά συστατικά πιθανών να έχει δύο σημαντικές επιδράσεις, μια άμεση και έμμεση. Η άμεση επίδραση αφορά τη βελτιωμένη



διατροφική κατάσταση την ανθεκτικότητα και τη ψυχική απόδοση, ενώ η έμμεση επίδραση τη καθυστέρηση και το μειωμένο κίνδυνο από μη μεταδοτικές ασθένειες.¹¹³

Εικόνα 3-1 Guidelines for the Prevention of Obesity at the Workplace table 2

Pania Karnaki, Dina Zota and Professor Athena Linos from the Institute of Preventive Medicine Environmental and Occupational Health – PROLEPSIS.

3.2. Ενυδάτωση και παραγωγικότητα

Η ενυδάτωση παίζει κυρίαρχο ρόλο στις λειτουργίες του σώματος μας και πιο συγκεκριμένα, στην εγκεφαλική και πνευματική λειτουργία που απαιτείται να είναι σε εγρήγορση στα περισσότερα επαγγέλματα και κυρίως στον τομέα της υγείας. Το ανθρώπινο σώμα περιλαμβάνει ~50% -70% νερό, με συνολική περιεκτικότητα που απαιτεί αυστηρή ρύθμιση για τη διατήρηση της βέλτιστης λειτουργίας.⁵⁹ Κατά τη διάρκεια της καθημερινής ζωής, το σώμα χάνει υγρό μέσω ούρων (~1400 mL), περιττωμάτων (~200 mL), αναπνοής (~ 400 mL) και μέσω του δέρματος (~500 mL)⁵⁹ Ωστόσο, αυτά τα ποσά είναι πολύ ατομικά και εξαρτώνται από διάφορους παράγοντες.⁶⁰ Κατά την εργασία σε σωματικά απαιτητικά επαγγέλματα ή / και ζεστές, υγρές συνθήκες, περισσότερα υγρά χάνονται λόγω εφίδρωσης, οδηγώντας σε πιθανή αφυδάτωση εάν δεν αντικατασταθούν. Η αφυδάτωση, που υποδεικνύεται καλύτερα ως ταχεία απώλεια μάζας σώματος, είναι γνωστό ότι έχει πολλές αρνητικές επιπτώσεις στη σωματική, ψυχολογική και γνωστική απόδοση. Κατά τη διάρκεια της αφυδάτωσης υπάρχει ενεργή κίνηση από ενδοκυτταρικό σε εξωκυτταρικό υγρό, με μείωση του όγκου του πλάσματος παρά την αύξηση του καρδιακού ρυθμού, με μεγαλύτερη πίεση στο καρδιαγγειακό σύστημα για τη διατήρηση της φυσιολογικής παροχής αίματος στους μυς, τον εγκέφαλο και τα όργανα.⁶¹ Αυτές οι αλλαγές γίνονται όλο και πιο σοβαρές καθώς εξελίσσεται η αφυδάτωση. Ο μεγαλύτερος όγκος βιβλιογραφίας αναφέρεται στην ενυδάτωση ως κύριο παράγοντα αποδοτικότητας των εργαζομένων που ανήκουν σε επαγγέλματα που απαιτούν υψηλή φυσική δραστηριότητα, εφόσον όμως είναι γνωστό ότι η αφυδάτωση επηρεάζει σημαντικά τη λειτουργία του εγκεφάλου, ο ρόλος την πρόσληψης υγρών κατά τη διάρκεια κυρίως πνευματικών επαγγελματιών πρέπει να αναλυθεί περαιτέρω.⁶²

Η Αμερικανική Διαιτολογική Ένωση (American Dietetic Association) έχει υποστηρίξει με ισχυρούς συσχετισμούς από το 2014 ότι υπάρχει διαφορά στα επίπεδα εργασιακού άγχους μεταξύ των αφυδατωμένων και των ενυδατωμένων ατόμων, με αρκετές έρευνες να δείχνουν ότι ακόμη και ελάχιστη αφυδάτωση (τόσο χαμηλή όσο 1% -2% απώλεια μάζας σώματος) που επηρεάζει δυνητικά τη διάθεση, την προσοχή, τον χρόνο αντίδρασης, την επαγρύπνηση, τη μνήμη εργασίας και προκαλεί αυξημένη ένταση / άγχος.^{63,64} Η μέτρια αφυδάτωση (απώλεια μάζας σώματος ~2%) έχει συσχετιστεί

συνήθως με επιβλαβείς φυσιολογικές επιδράσεις και μειώσεις στην απόδοση της άσκησης αντοχής, ιδιαίτερα σε θερμές συνθήκες.^{59,60,65,66} Επομένως, η ενυδάτωση πρέπει να εξεταστεί σε ένα φάσμα επαγγελμάτων. Στην έρευνα των Matthew S. Ganio και Lawrence E. Armstrong (2011) βρέθηκε ότι στους άνδρες, η οξεία αφυδάτωση απώλειας σωματικού βάρους 1, 59%, που προκλήθηκε χωρίς να προκαλέσει υπερθερμία, είχε περιορισμένες αλλά ανιχνεύσιμες επιδράσεις σε ορισμένες πτυχές της γνωστικής απόδοσης, ειδικά την επαγρύπνηση και τη μνήμη εργασίας, και έχει ως αποτέλεσμα δυσμενείς αλλαγές στις καταστάσεις κόπωσης της διάθεσης και άγχος που σχετίζονται συνήθως με ανεπιθύμητες αλλαγές στη γνωστική απόδοση σε διάφορες περιστάσεις). Αυτό το συμπέρασμα υποστηρίζεται από αποτελέσματα μιας παρόμοιας μελέτης που διεξήχθη με γυναίκες σε παρόμοιο επίπεδο αφυδάτωσης (απώλεια βάρους 1,39%), η οποία είχε ως αποτέλεσμα μικρή αλλαγή στη γνωστική απόδοση, αλλά σημαντικές ανεπιθύμητες αλλαγές στη διάθεση και τα συμπτώματα.⁶⁴

Συμπερασματικά τα αποτελέσματα επίδειξαν ότι και τα δύο φύλα εμφάνισαν δυσμενείς, αλλά κάπως διαφορετικές, συμπεριφορικές επιπτώσεις της αφυδάτωσης κάτω από το 2% απώλεια βάρους σώματος. Το ουσιαστικό νόημα της έρευνας είναι ότι τέτοια μέτρια απώλεια σωματικού βάρους μπορούν να συμβούν στην καθημερινή δραστηριότητα για αυτό, ο έλεγχος και η εξασφάλιση της ενυδάτωσης κατά τη διάρκεια εργασίας κρίνεται καθοριστικός παράγοντας που επηρεάζει τη παραγωγικότητα κατά την εργασία. Ωστόσο Οι εγκεφαλικοί μηχανισμοί που είναι υπεύθυνοι για την επιδείνωση της γνωστικής απόδοσης και της διάθεσης που οφείλονται σε ήπια αφυδάτωση δεν έχουν αποσαφηνιστεί ακόμα πλήρως, οι αλλαγές στην ισορροπία ηλεκτρολυτών μπορεί να επηρεάσουν άμεσα τις εγκεφαλικές περιοχές υψηλότερης τάξης, δεδομένου ότι η ακριβής ρύθμιση της ισορροπίας ηλεκτρολυτών είναι απαραίτητη για τη χημική και ηλεκτρική νευροδιαβίβαση. Εναλλακτικά, οι υποθαλαμικοί νευρώνες που ανιχνεύουν την αφυδάτωση μπορεί να σηματοδοτούν περιοχές εγκεφαλικού φλοιού υψηλότερης τάξης όταν εμφανίζονται οι αρχικοί φυσιολογικοί δείκτες της αφυδάτωσης.⁶⁴

3.3. Διατροφή και γνωστική λειτουργία

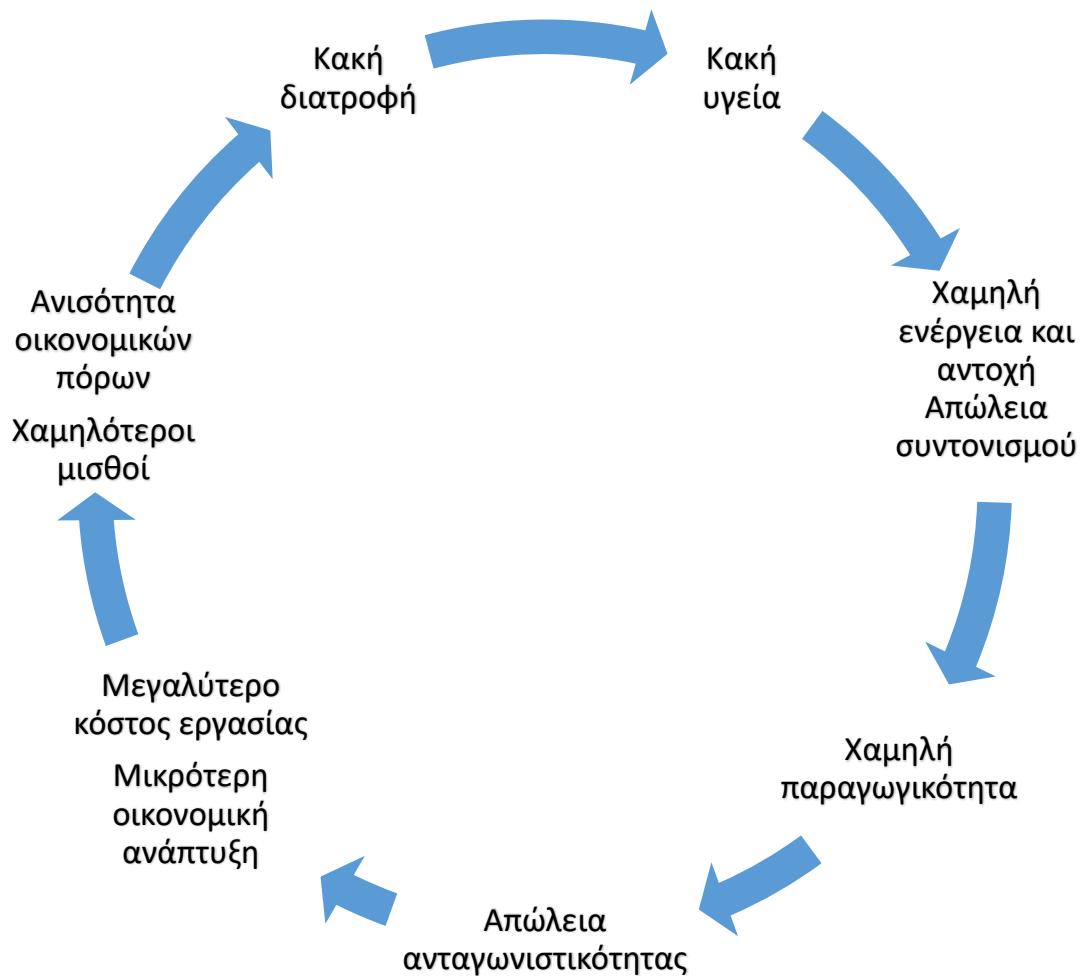
Η επίδραση μιας διατροφής πλούσιας σε όλα τα θρεπτικά συστατικά στη γνωστική λειτουργία του ανθρώπου έχει μελετηθεί τα προηγούμενα χρόνια κυρίως ως προς το αποτέλεσμα που έχει στη μνήμη των μαθητών και φοιτητών κατά τη διάρκεια εξετάσεων αλλά και ως προς την επικοινωνία και τη συγκέντρωση πιλότων κατά τη διάρκεια πτήσης. Τα ερευνητικά δεδομένα για την επίδραση της διατροφής στην παραγωγικότητα των επαγγελματιών υγείας είναι πολύ περιορισμένα και εστιάζονται κυρίως στην επίδραση επίσημων προγραμμάτων διατροφικής παρέμβασης σε εργαζομένους νοσοκομείων. Τα αποτελέσματα αυτών έχουν δείξει θετική συσχέτιση μεταξύ προγραμμάτων διατροφικής παρέμβασης και της γνωστικής λειτουργίας ενός επιστήμονα υγείας, με θετικά αποτελέσματα επίσης στο εργασιακό άγχος που προκαλεί η φύση του επαγγέλματος του θεραπευτή.⁶⁹ Η τυπική εργάσιμη ημέρα ενός νοσοκομειακού γιατρού ή νοσηλεύτη δεν είναι μόνο νοητικά απαιτητική, αλλά απαιτεί πολύπλοκη λήψη κρίσιμων αποφάσεων σε ένα γρήγορο περιβάλλον και καλή φυσική κατάσταση, με παρατεταμένες ώρες και συχνές περιόδους ορθοστασίας και απρόσμενης κλήσης σε περιστατικά που απαιτούν συνεχή νοητική και γνωστική επαγρύπνηση. Κατά τη διάρκεια του χρόνου εργασίας τους, οι γιατροί μπορεί να απομακρυνθούν πολύ από περιοχές που παρέχουν πρόσβαση στη διατροφή (υγρά και θρεπτικά συστατικά). Ως αποτέλεσμα, οι γιατροί συχνά να μην μπορούν να τρώνε και να πίνουν σωστά ή καθόλου κατά τη διάρκεια της εργάσιμης ημέρας. Οι επιπτώσεις της μειωμένης γνωστικής λειτουργίας στον ιατρικό τομέα μπορούν να οδηγήσουν σε ολέθρια αποτελέσματα όπως τα χειρουργικά λάθη και τα σφάλματα συνταγογράφησης. Συγκεκριμένα, έρευνα των έδειξε ότι ο κίνδυνος θανάτου από ιατρικό σφάλμα σε βρετανικά νοσοκομεία είναι σχεδόν ένας / ημέρα (1 στα 300), και η χειρουργική αίθουσα επισημαίνεται ως περιοχή υψηλού κινδύνου, καθώς τα σφάλματα εκεί μπορούν να βλάψουν τους ασθενείς περισσότερο από οπουδήποτε αλλού στο νοσοκομείο. Σε γενικές γραμμές η ευαισθητοποίηση πάνω στο θέμα του ανθρώπινου παράγοντα πρέπει να αποτελεί βασική στρατηγική του εκάστοτε νοσοκομείου.

Κατά τη διάρκεια της κλινικής εργάσιμης ημέρας, η οποία συχνά ξεκινά νωρίς, τελειώνει αργά και μερικές φορές περιλαμβάνει μεγάλες, πλήρεις λίστες αναμονής ασθενών, φαίνεται να υπάρχουν λίγες ευκαιρίες για διαλείμματα, εκτός αν διασφαλίσουμε ότι

συμβαίνουν. Το νοσοκομείο μπορεί να είναι ένα αφύσικο περιβάλλον σε σχέση με τη θερμοκρασία, το φως και τον εξαερισμό, και κατά τη διάρκεια του χειμώνα οι κλινικοί γιατροί μπορεί να μην βλέπουν το φως της ημέρας από τη μια μέρα στην άλλη, ειδικά όταν εργάζονται σε κλειστά εργαστήρια ή πολύωρα χειρουργεία. Πολλοί γιατροί τείνουν να τρώνε λιγότερο στη δουλειά και συγκεκριμένες μελέτες δείχνουν ότι είναι λιγότερο πιθανό να έχουν φάει τις προηγούμενες οκτώ ώρες λόγω της έναρξης της εργασίας πολύ νωρίς το πρωί (χαμένο πρωινό). Οι Bischoff J, και Barshi I. (2010) υποστήριξαν ότι αυτό το χαμένο γεύμα και μόνο σχετίζεται με αύξηση 22% στη γνωστική δυσλειτουργία. Καθώς επίσης η ίδια έρευνα έδειξε η γνωστική απόδοση πιλότων, βελτιώνεται όταν η διατροφή είναι πλούσια σε υδατάνθρακες (περίπου 56%), σε αντίθεση με τις θερμίδες που προέρχονται από πλούσιες σε πρωτεΐνες και χαμηλές τροφές με υδατάνθρακες.⁶⁷ Εφόσον η κατανάλωση πρωινού έχει αποδειχθεί πειραματικά ότι βελτιώνει την απόδοση. Όταν λόγω της απαιτητικής εργασίας τα θρεπτικά συστατικά εξαντλούνται και πρέπει να αντικατασταθούν καθ' όλη τη διάρκεια της ημέρας, οι γιατροί πρέπει να κάνουν τακτικά διαλείμματα για φαγητό και αναπλήρωση υγρών. Μπορεί να μην είναι απαραίτητο να τρώνε όσο συχνά πίνουν, αλλά τα μικρά γεύματα που περιέχουν υδατάνθρακες, λίπος και πρωτεΐνες κάθε τρεις έως τέσσερις ώρες, είναι ευεργετικά. Εάν αυτό το σχήμα δεν είναι δυνατό ή επιθυμητό, τότε ο στόχος θα πρέπει, τουλάχιστον, να είναι το πρωινό και το μεσημεριανό γεύμα κατά τη διάρκεια της εργάσιμης ημέρας⁶⁸

Η απώλεια βάρους είναι μια πολύ ενδιαφέρουσα περίπτωση. Παρόλο που η παχυσαρκία έχει αναφερθεί ότι συμβάλλει στη μείωση της παραγωγικότητας σε πολλές μελέτες¹⁰⁶, πληθώρα ερευνών έδειξε ότι ακόμη και μια σημαντική απώλεια βάρους δεν οδήγησε σε βελτιωμένη παραγωγικότητα^{107,108} Από τη μία πλευρά, πολλές μελέτες έχουν αναφέρει δυνητικά αιτιώδεις δεσμούς μεταξύ της παχυσαρκίας και της χαμηλότερης παραγωγικότητας για παράδειγμα, σε πρόσφατη ανάλυση τους, οι Kouris & Blazos ανέφεραν ότι η παχυσαρκία ήταν παράγοντας κινδύνου για την απουσία από την εργασία¹⁰⁹. Ενώ οι Burton et al. διαπίστωσαν ότι το υπερβολικό βάρος και το στρες αύξησαν την απουσία από την εργασία κατά 10 ημέρες το χρόνο.¹¹⁰ Από την άλλη πλευρά, τα δεδομένα σχετικά με τη βελτίωση της παραγωγικότητας μετά την απώλεια βάρους παρουσιάζονται αντιφατικά. Οι Morgan et al. ανέφεραν ότι ένα πρόγραμμα απώλειας βάρους για υπέρβαρους άνδρες εργαζόμενους με βάρδιες είχε ως αποτέλεσμα λιγότερη απουσία από την εργασία, λιγότερους τραυματισμούς και καλύτερη ποιότητα

ζωής.¹¹¹ Ενώ οι Christensen et al. βρήκαν μια αρχική αλλαγή στους εργασιακούς περιορισμούς μετά από παρέμβαση απώλειας βάρους, αλλά καμία διαρκή βελτίωση.¹¹²



Εικόνα 3-2 Σχέση φτώχειας διατροφής - Παραγωγικότητας,

Wanjek, C. Food at work: Workplace solutions for malnutrition, obesity and chronic diseases Geneva, International Labour Office, 2005

4. Διατροφική παρέμβαση στο χώρο εργασίας

4.1. Σχεδιασμός και οργάνωση ενός προγράμματος διατροφικής παρέμβασης

Ο μεγαλύτερος όγκος της βιβλιογραφίας σχετικά με τη διατροφή κατά τη διάρκεια της εργασίας αναφέρεται στα προγράμματα διατροφικής παρέμβασης που έχουν εφαρμοστεί στα πλαίσια μεγάλων ερευνών του εξωτερικού αλλά και σε εγχώριες μελέτες. Για πολλούς, ο χώρος εργασίας και δη ο χώρος του νοσοκομείου φαντάζει ως ιδανικό περιβάλλον στο οποίο μπορεί να εφαρμοστεί ένα πρόγραμμα διατροφικής παρέμβασης. Το περιβάλλον του νοσοκομείου, όντως έχει κάποια από τα βασικά χαρακτηριστικά στα οποία βασίζεται ένα πετυχημένο και αποτελεσματικό πρόγραμμα παρέμβασης. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι σε ένα νοσοκομείο υπάρχει ενήλικος πληθυσμός ο οποίος συνηθίζει να εργάζεται κατά τις κοινά αποδεκτές «ώρες γευμάτων». Ακόμη, η πλειοψηφία καταναλώνει κάτι βρώσιμο ή πόσιμο κατά τη διάρκεια της εργασίας και συνεπώς, η προαγωγή της υγείας στο χώρο εργασίας αφενός δεν είναι κάτι ξένο για αυτούς και αφ' εταίρου αφορά άμεσα τη καθημερινότητά τους. Επίσης, στο περιβάλλον του νοσοκομείου αλλά και γενικά στο χώρο εργασίας, το κομμάτι του πληθυσμού που μελετάται, είναι πολύ πιθανό να αποτελείται από άτομα με ίδιο ή παρόμοιο εκπαιδευτικό υπόβαθρο, επομένως είναι πολύ πιο πιθανό οι εργαζόμενοι να μοιράζονται τις ίδιες ανησυχίες και γνώσεις στο εκάστοτε θέμα⁵⁴. Ωστόσο τα αποτελέσματα των παρεμβάσεων, συχνά παρουσιάζονται αντιφατικά, κυρίως λόγω της πολυσχιδούς έννοιας της διατροφικής παρέμβασης και της ποικιλομορφίας του πληθυσμού που λαμβάνει μέρος σε αυτήν. Οι παρεμβάσεις στο χώρο εργασίας στις ανεπτυγμένες χώρες τείνουν να επικεντρώνονται περισσότερο στο περιορισμό των θερμίδων, την απώλεια βάρους, τη σωματική δραστηριότητα, καθώς και σε άλλες συμπεριφορές που σχετίζονται

με την υγεία, συμπεριλαμβανομένης της διακοπής του καπνίσματος και της μειωμένης χρήσης αλκοόλ, ενώ μικρός όγκος ερευνών έχουν επικεντρωθεί και σε παράγοντες όπως το περιβάλλον εργασίας⁷⁰ και τη ψυχική υγεία⁷¹.

Υπάρχει μια ταχύτατα αυξανόμενη βιβλιογραφία σχετικά με την αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων στο χώρο εργασίας στη βελτίωση των διατροφικών συνηθειών των εργαζομένων. Οι πρωτοβουλίες στο χώρο εργασίας στοχεύουν σε σειρά διατροφικών συμπεριφορών, όπως κατανάλωση φρούτων και λαχανικών, μείωση διατροφικού λίπους, πρόσληψη κόκκινου κρέατος και φυτικών ινών⁷⁶. Μια ανασκόπηση των προγραμμάτων διατροφής στο χώρο εργασίας και μείωσης της χοληστερόλης από το 1980 έως το 1995 ανέφερε ότι περίπου οι μισές από τις 26 αναθεωρημένες μελέτες έδειξαν σημαντική επίδραση σε μία ή περισσότερες διατροφικές συμπεριφορές⁷⁴. Σε μια πιο πρόσφατη ανασκόπηση των προσπαθειών στο χώρο εργασίας⁷⁵ για τη βελτίωση της πρόσληψης φρούτων και λαχανικών εντοπίστηκαν παράγοντες που εφαρμόστηκαν από επιτυχημένα προγράμματα, συμπεριλαμβανομένης της οργανωτικής υποστήριξης, στοχοθέτησης πολλαπλών επιπέδων επιρροής του κοινωνικού πλαισίου των συμμετεχόντων (ενθάρρυνση της συμμετοχής των εργαζομένων για υιοθέτηση υγιεινών συμπεριφορών)⁷⁵

Τα ευρήματα δύο ακόμη συστηματικών επισκοπήσεων^{72,73} από το 1999-2020 υποδηλώνουν ότι οι παρεμβάσεις στο χώρο εργασίας έχουν θετική, αλλά μικρή, επίδραση στη διατροφική συμπεριφορά. Η ποιότητα των μελετών στο χώρο εργασίας είναι συχνά υπο-βέλτιστη και περαιτέρω, απαιτούνται καλά σχεδιασμένες μελέτες για τον αξιόπιστο προσδιορισμό της αποτελεσματικότητάς καθώς και της βιωσιμότητας του κόστους του προγράμματος. Τέτοιες μελέτες θα πρέπει να περιλαμβάνουν οπωσδήποτε καλές ομάδες σύγκρισης, αντικειμενικά μέτρα περιβαλλοντικής και ατομικής διατροφικής αλλαγής και επαρκώς μεγάλες περιόδους παρακολούθησης για τον προσδιορισμό των μακροπρόθεσμων επιπτώσεων των προγραμμάτων στην υγεία των εργαζομένων, την απουσία και την παραγωγικότητα. Τα προγράμματα για τη βελτίωση των διατροφικών συνηθειών των εργαζομένων θα πρέπει να στοχεύουν στην παρέμβαση σε πολλαπλά επίπεδα του περιβάλλοντος του χώρου εργασίας, ιδίως όσον αφορά τους οικονομικούς παράγοντες που επηρεάζουν την επιλογή των τροφίμων καθώς και να ενσωματώνουν ποιοτικές μεθόδους με παραδοσιακά σχέδια μελέτης, προκειμένου να παρέχουν

περισσότερες πληροφορίες για τους λόγους επιτυχίας ή αποτυχίας του προγράμματος. Ο λόγος που τα μεγέθη των αποτελεσμάτων είναι ποικίλα αλλά είναι γενικά μικρά, μολονότι έχουν αναφερθεί μειώσεις έως και 9% του συνολικού διαιτητικού λίπους και αυξήσεις έως και 16% στις καθημερινές προσλήψεις φρούτων και λαχανικών, οφείλονται κυρίως στο ότι η έρευνα παρέμβασης στο χώρο εργασίας ήταν συνήθως μεθοδολογικά αδύναμη και σε πολλές μελέτες δεν είχαν συμπεριληφθεί κατάλληλα αντιστοιχισμένες ομάδες ελέγχου, πράγμα που σημαίνει ότι τα αναφερόμενα αποτελέσματα μπορεί να οφείλονται στη συμμετοχή στη δοκιμή και όχι στο πραγματικό πρόγραμμα παρέμβασης στο χώρο εργασίας.⁷²

4.2. Στρατηγικές προώθησης της υγείας κατά τη διάρκεια της εργασίας

4.2.1. Περιβαλλοντικές παρεμβάσεις

Οι διατροφικές παρεμβάσεις στο χώρο εργασίας μέχρι σήμερα έχουν επικεντρωθεί κυρίως στην εκπαίδευση, την παροχή συμβουλών και την προσπάθεια αλλαγής συμπεριφοράς, δηλαδή στην ατομική ευθύνη για την υγεία. Εντούτοις, η ανθρώπινη συμπεριφορά δεν βασίζεται εξ 'ολοκλήρου σε συνειδητές πράξεις αλλά φαίνεται ότι συχνά προκαλείται ασυνείδητα από το περιβάλλον.⁸² Το σύγχρονο «παχυσαρκογενές» περιβάλλον εργασίας έχει φανεί από μελέτες οφείλεται εν μέρει οφείλεται σε περιβαλλοντικούς παράγοντες όπως η διαθεσιμότητα, η προσβασιμότητα η εμφάνιση τροφίμων.⁸³ Οι Glanz K & Mullis (1988) ονόμασαν τη παρέμβαση αυτή «αρχιτεκτονική της επιλογής» δίνοντας με αυτό το τρόπο έμφαση στην παρέμβαση που δεν απαιτεί από το άτομο να «υποβάλει» τον εαυτό του σε διαδικασία αλλαγής αλλά να παρακινηθεί ασυνείδητα από τη τοποθέτηση ή την ιδιότητα αντικειμένων να προκαλούν περιβαλλοντικά ερεθίσματα με σκοπό την αλλαγή συμπεριφορών που σχετίζονται με την υγεία.⁷⁵ Παραδείγματα τέτοιων παρεμβάσεων περιλαμβάνουν τη μετακίνηση υγιεινών επιλογών πιο κοντά στους πελάτες στις καφετέριες, την αύξηση της σχετικής διαθεσιμότητας υγιεινών επιλογών, την επισήμανση υγιεινών τροφίμων για να τους

διευκολύνουν να αναγνωρίσουν, τη βελτίωση της ατμόσφαιρας των χώρων όπου καταναλώνονται τρόφιμα, αλλαγή πλακών και συσκευασιών, αλλαγή του μεγέθους μερίδων τροφίμων και τοποθέτηση προτροπών για υγιεινή διατροφή στο περιβάλλον. Οι παρεμβάσεις αυτού του τύπου έχουν τρία θεωρητικά πλεονεκτήματα έναντι των μεμονωμένων στοχευμένων παρεμβάσεων. Πρώτον, πιστεύεται ότι λειτουργούν κυρίως μέσω αυτόματων ή μη συνειδητών διαδικασιών, επομένως δεν απαιτούν από τα άτομα να «αγοράσουν» την παρέμβαση ή να καταβάλουν προσπάθειες για να αλλάξουν συμπεριφορά. Δεύτερον, εάν είναι αποτελεσματικές, είναι πιθανό να είναι οικονομικά αποδοτικές, καθώς οι πόροι που απαιτούνται για την εφαρμογή της παρέμβασης είναι συνήθως λιγότεροι, αλλά όλα τα μέλη της ομάδας στόχου είναι εκτεθειμένα. Τέλος, μπορεί να ξεπεράσουν τις προκλήσεις σε άλλους τύπους προγραμμάτων παρέμβασης όπου ομάδες που μειονεκτούν (π.χ. άτομα με χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση) συχνά δεν εκπροσωπούνται επαρκώς. Βασική προϋπόθεση όμως είναι οι εν λόγω παρεμβάσεις περιγράφονται διεξοδικά, να αξιολογούνται με αυστηρά κριτήρια και να είναι αποτελεσματικές όσον αφορά την παραγωγή μετρήσιμων αλλαγών στη σχετική συμπεριφορά (π.χ. κατανάλωση) και στην υγεία (π.χ. βάρος)⁷⁰.

Στη πρόσφατη ανασκόπηση των J.Allan & D. Querstret (2016) σε 22 παρεμβάσεις που μελετήθηκαν όπου η πλειοψηφία αποτελούνταν από πολλαπλά διαφορετικά στοιχεία (π.χ. εκπαιδευτικά μηνύματα που χρησιμοποιούνταν σε συνδυασμό με προτροπές σημείου αγοράς ή αλλαγές στη διαθεσιμότητα υγιεινών τροφίμων) μόνο πέντε εξέτασαν την αποτελεσματικότητα μιας ενιαίας στρατηγικής παρέμβασης μεμονωμένα. Όσον αφορά τη συχνότητα χρήσης, οι στρατηγικές που χρησιμοποιήθηκαν συχνότερα ήταν η επισήμανση (είτε με περιεκτικότητα σε θερμίδες είτε με δείκτη σχετικής «υγείας») (15 παρεμβάσεις), αλλαγές στη διαθεσιμότητα υγιεινών τροφίμων (15 παρεμβάσεις) και προτροπές σημείου αγοράς (13 παρεμβάσεις). Έξι μελέτες περιλάμβαναν οικονομικά στοιχεία (μείωση του κόστους υγιεινών επιλογών ή παροχή δωρεάν). Λίγες παρεμβάσεις προσπάθησαν να αλλάξουν τον τρόπο με τον οποίο παρουσιάστηκαν τα τρόφιμα (μία παρέμβαση), να αλλάξουν τα διαθέσιμα μεγέθη μερίδας (2 παρεμβάσεις), ή να ωθήσουν ασυνείδητα τους καταναλωτές να επιλέξουν πιο υγιεινά προϊόντα (τρεις παρεμβάσεις) ή να αλλάξουν τη σχετική προσβασιμότητα σε πιο υγιεινά τρόφιμα (4 παρεμβάσεις). Καμία από τις παρεμβάσεις που περιλαμβάνονται δεν αποσκοπούσε στην αλλαγή της

ατμόσφαιρας του περιβάλλοντος των τροφίμων στο χώρο εργασίας ή στην αλλαγή της λειτουργικής σχεδίασης των καφέ, ή των επιτραπέζιων σκευών/

Επισήμανση τροφίμων

Μεταξύ των παρεμβάσεων που αποσκοπούν στην προώθηση πιο υγιεινών διατροφικών συμπεριφορών, η επισήμανση των τροφίμων χρησιμοποιείται όλο και περισσότερο σε ολόκληρη τη βιομηχανία κατανάλωσης τροφίμων για την προώθηση ενημερωμένων επιλογών τροφίμων των καταναλωτών με βιώσιμο και οικονομικά αποδοτικό τρόπο^{77,78}. Όλο και περισσότερες εταιρίες του εξωτερικού παρέχουν πιο φιλικές προς τον καταναλωτή πληροφορίες, όπως η ετικέτα φωτεινού σηματοδότη που διαθέτει κόκκινα, πορτοκαλί και πράσινα φώτα που υποδεικνύουν τα επίπεδα των βασικών θρεπτικών συστατικών που υπάρχουν στο φαγητό. Στη Γαλλία, το PNNS* έχει εφαρμόσει μια ετικέτα διατροφής 5 χρωμάτων που ονομάζεται NUTRI -SCORE^{78,79} με τη ταξινόμηση φαγητού από " πράσινο Α " (προτιμώμενη βαθμολογία) έως " κόκκινο Ε " (επιζήμια βαθμολογία), με βάση το σύστημα διαμόρφωσης θρεπτικών συστατικών που επεξεργάστηκε η Υπηρεσία Προτύπων Τροφίμων του Ηνωμένου Βασιλείου (βαθμολογία FSA)⁸⁰. στις ΗΠΑ, το «Facts Up Front»⁸¹ είναι ένα απλό και εύχρηστο σύστημα επισήμανσης που εμφανίζει βασικές διατροφικές πληροφορίες στο μπροστινό μέρος των συσκευασιών τροφίμων και ποτών. Έχει εισαχθεί στις ΗΠΑ μετά την πρωτοβουλία της Μισέλ Ομπάμα το 2012. Ο λόγος που η επισήμανση τροφίμων είναι τόσο αποδοτική πρακτική, οφείλεται στο ότι οι απλές ετικέτες τροφίμων μπορούν να ξεπεράσουν την πίεση του χρόνου και την υπερφόρτωση πληροφοριών ως εμπόδια στην αξιολόγηση της αξιολόγησης πληροφοριών. Ωστόσο, αυτές οι ετικέτες έχουν αντιμετωπιστεί με κάποια κριτική. Για παράδειγμα, εστιάζουν επίσης στα «αρνητικά» θρεπτικά συστατικά, δηλαδή στα τρόφιμα με την κόκκινη ετικέτα, στιγματίζοντας έτσι ορισμένα τρόφιμα που διαφορετικά θα μπορούσαν να συμπεριληφθούν σε μια υγιεινή διατροφή. Οι Paria Montagni & Fre´de´ric Prevot (2020) επίσης εισήγαγαν μια νέα μορφή επισήμανσης τροφίμων η οποία βασιζόταν κυρίως στις τεχνικές που προαναφέρθηκαν, την «Green Apple labeling» η οποία χαρακτηρίστηκε ως «εξαιρετικά εφαρμόσιμη» αλλά και μεταβιβάσιμη. Ωστόσο, τόνισαν το γεγονός ότι διατροφή είναι ένας πολύπλοκος τομέας που πρέπει να αντιμετωπιστεί μέσω πολυδιάστατων και σύνθετων παρεμβάσεων. Συγκεκριμένα, η συσχέτιση της επισήμανσης των τροφίμων με τις συμβουλές και τον

προσανατολισμό των εξειδικευμένων επαγγελματιών διατροφής μπορεί να προωθήσει καλύτερα την υγιεινή διατροφική συμπεριφορά μεταξύ των υπαλλήλων⁸².

4.3. Αντιμετώπιση του εργασιακού άγχους και άλλων οργανωτικών παραγόντων

Όπως αναλύθηκε και σε προηγούμενο κεφάλαιο, το εργασιακό άγχος έχει φανεί ότι αποτελεί βασικό συστατικό ενός παυσαρκογενούς εργασιακού περιβάλλοντος αλλά και άλλων ανθυγιεινών συμπεριφορών όπως χρήση αλκοόλ και έλλειψη άσκησης^{84,85}. Ο πρωτοπόρος ενδοκρινολόγος Hans Seyle έχει αναφέρει χαρακτηριστικά ότι «*το άγχος είναι μια αναπόφευκτη συνέπεια της ζωής, και ως εκ τούτου μια αναπόφευκτη συνέπεια των οργανισμών*». Αν και δεν είναι δυνατόν να εξαλειφθεί εντελώς το άγχος, οι άνθρωποι μπορούν να μάθουν να το διαχειρίζονται. Πολλοί οργανισμοί έχουν υιοθετήσει προγράμματα κατάρτισης διαχείρισης άγχους για να προσπαθήσουν να μειώσουν τα επίπεδα άγχους του εργατικού δυναμικού τους. Μια παρέμβαση διαχείρισης άγχους (SMI) είναι οποιαδήποτε δραστηριότητα ή πρόγραμμα που ξεκινά από έναν οργανισμό που επικεντρώνεται στη μείωση της παρουσίας στρεσογόνων παραγόντων ή στην παροχή βοήθειας σε άτομα για την ελαχιστοποίηση των αρνητικών αποτελεσμάτων της έκθεσης σε αυτούς τους στρεσογόνους παράγοντες⁸⁶. Το ενδιαφέρον για στρατηγικές μείωσης του άγχους στην εργασία αυξάνεται σταθερά από τη δεκαετία του 1970. Σύμφωνα με το Υπουργείο Υγείας και Ανθρωπίνων Υπηρεσιών των ΗΠΑ, οι εθνικές έρευνες που διεξήχθησαν το 1985, το 1992 και το 1999 διαπίστωσαν ότι η επικράτηση των προγραμμάτων διαχείρισης άγχους και παροχής συμβουλών μεταξύ των απασχολήσεων του ιδιωτικού τομέα κατά τα έτη αυτά ήταν 27%, 37% και 48%, αντίστοιχα⁸⁷. Η Δρ. Ivancevich et al. (1990) ανέπτυξε ένα εννοιολογικό πλαίσιο για το σχεδιασμό, την εφαρμογή και την αξιολόγηση των SMI*. Μια παρέμβαση διαχείρισης άγχους είναι οποιαδήποτε δραστηριότητα ή πρόγραμμα που ξεκινά από έναν οργανισμό που επικεντρώνεται στη μείωση της παρουσίας στρεσογόνων παραγόντων που σχετίζονται με την εργασία ή στην παροχή βοήθειας σε άτομα για την ελαχιστοποίηση των αρνητικών αποτελεσμάτων της έκθεσης σε αυτούς τους παράγοντες άγχους. Σύμφωνα με το μοντέλο, οι παρεμβάσεις μπορούν να στοχεύουν σε τρία διαφορετικά σημεία του κύκλου άγχους: α) την ένταση των στρεσογόνων παραγόντων στο χώρο εργασίας, β) την

εκτίμηση από τον εργαζόμενο των αγχωτικών καταστάσεων ή (γ) την ικανότητα του εργαζομένου να αντιμετωπίσει τα αποτελέσματα. Τα συστατικά των προγραμμάτων ποικίλλουν, περιλαμβάνοντας ένα ευρύ φάσμα θεραπειών που μπορεί να επικεντρώνεται στο άτομο, τον οργανισμό ή κάποιο συνδυασμό^{88,89}.

Οι Murphy & Sauter, (2003) κατηγοριοποίησαν τις SMI ως πρωτογενείς, δευτερογενείς και τριτογενείς. Οι πρωτογενείς παρεμβάσεις στοχεύουν κυρίως στην ανίχνευση και το περιορισμό των κύριων πηγών εργασιακού άγχους.⁸⁷ Χαρακτηριστικές πρωτογενείς παρεμβάσεις αποτελούν, ο επαναπροσδιορισμός της θέσης εργασίας και των αρμοδιοτήτων που την αφορούν, η παροχή ελευθερίας στη λήψη αποφάσεων και η εκπαίδευση πάνω στην ανάληψη ευθυνών και η δημιουργία ομάδων υποστήριξης συναδέλφων σε στρεσογόνες καταστάσεις. οι δευτερογενείς SMI έχουν ως στόχο να μειώσουν τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων του εργασιακού στρες προτού οδηγήσουν σε σοβαρά προβλήματα υγείας. Αυτές οι μέθοδοι περιλαμβάνουν χαλάρωση μυών, διαλογισμό, βιοανάδραση* και διάφορες συμπεριφορικές στρατηγικές αντιμετώπισης άγχους. Αυτές οι παρεμβάσεις προσφέρονται συχνά ως δραστηριότητα πρόληψης που έχει σχεδιαστεί για να εκπαιδεύσει τους υπαλλήλους στην συνειδητοποίηση των καταστάσεων άγχους και υγείας καθώς και να παρέχουν δεξιότητες χρήσιμες για τον εντοπισμό και τη διαχείριση συμπτωμάτων άγχους. Συνήθως, αυτές οι παρεμβάσεις προσφέρουν μια μοναδική τεχνική διαχείρισης στρες (π.χ. προοδευτική χαλάρωση των μυών) σε μια χρονική στιγμή. Τα οφέλη της εκπαίδευσης εκτιμήθηκαν κυρίως στο άμεσο διάστημα μετά την εκπαίδευση και, λιγότερο σε κάποια μελλοντική φάση παρακολούθησης.⁸⁷ Οι τριτογενείς παρεμβάσεις κινούνται στο ίδιο μήκος κύματος με τις δευτερογενείς και συχνά αποτελούν προγράμματα βοήθειας και παροχής εξειδικευμένης υποστήριξης στους εργαζομένους. Έχουν σχεδιαστεί για τη θεραπεία της κατάστασης της υγείας του εργαζομένου μέσω δωρεάν και εμπιστευτικής πρόσβασης σε ειδικευμένους επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Οι πιο συνηθισμένες τριτογενείς SMI είναι προγράμματα πρόληψης που στοχεύουν στο άτομο και περιλαμβάνουν οδηγίες σε τεχνικές διαχείρισης και αντιμετώπισης του στρες (Giga, Cooper, & Faragher et al., 2003) και παροχή εξειδικευμένου ψυχολόγου πάνω σε ψυχικές ασθένειες που αφορούν η απορρέουν από το εργασιακό άγχος.⁸⁷

*Η κατάρτιση βιοανάδρασης ηλεκτρομυογραφήματος (EMG) είναι μια τεχνική που παρέχει στους συμμετέχοντες συνεχή ανατροφοδότηση των επιπέδων μυϊκής έντασης. Ο στόχος είναι να προκαλέσει συνειδητά την απόκριση χαλάρωσης και να ελέγξει τα ακούσια ερεθίσματα που εγείρουν το στρες από το αυτόνομο νευρικό σύστημα. Μέσω της ηλεκτρονικής ανατροφοδότησης που μετρά την ένταση των μυών του μετώπου ή τη θερμοκρασία των χεριών, οι ασθενείς λαμβάνουν ανατροφοδότηση μέσω ακουστικών τόνων ή οπτικών γραφημάτων σε μια οθόνη υπολογιστή. Κατά τη διάρκεια της διαδικασίας μαθαίνουν να παρακολουθούν τα επίπεδα φυσιολογικής διέγερσης και να χαλαρώνουν φυσικά το σώμα τους, αλλάζοντας πραγματικά τον καρδιακό τους ρυθμό, τα εγκεφαλικά κύματα, τις συσπάσεις των μυών και πολλά ακόμη.⁹⁰

4.4. Παροχή πληροφοριών

Η παροχή πληροφοριών αποτελεί μια ακόμη παρέμβαση «πρώτης γραμμής» που χρησιμοποιείται σε σταθερή βάση εδώ και πολλά χρόνια, από οργανισμούς που έχουν θέσει την υγεία των εργαζομένων ως βασική προτεραιότητα της λειτουργίας τους καθώς και σημαντική αρμοδιότητα των τμημάτων ανθρώπινων πόρων. Η παροχή πληροφοριών αφορά μια ποικιλία παρεμβάσεων που στοχεύουν στην ενημέρωση των εργαζομένων με δεδομένα τα οποία δυνητικά μπορεί να διαμορφώσουν μελλοντικές συμπεριφορές. Η επεξεργασία τα γνώσης που παρέχεται μπορεί να οδηγήσει τους εργαζομένους στο να προβληματιστούν, να αποστραφούν από συνήθειες που είναι ανθυγιεινές και ενθαρρυνθούν για νέες, οι οποίες θα τους προσφέρουν καλύτερες συνθήκες εργασίας και θα προωθούν την υγεία. Το μεγαλύτερο κομμάτι της βιβλιογραφίας αφορά παρεμβάσεις που βασίζονται στη παροχή πληροφοριών για την προώθηση υγιών διατροφικών πρακτικών, αυτό επιτυγχάνεται κυρίως με την διοργάνωση συνεδριών εκπαίδευσης σε θέματα διατροφής και παροχής συμβουλών από ειδικούς. Ακόμη, συχνά εφαρμόζεται η τοποθέτηση ενημερωτικών δελτίων ή φυλλαδίων σε σημαντικές τοποθεσίες του χώρου εργασίας όπως η τραπεζαρία⁸³ και τοποθέτηση διατροφικής ετικέτας ή διατροφικής επισήμανσης στα αντικείμενα του μενού της καφετέριας⁸⁴. Οι πρακτικές αυτές έχουν χαρακτηριστεί και ως πολυπαραγοντικές⁷³ γιατί συχνά συνδυάζουν τη παρέμβαση στο περιβάλλον της εργασίας και τη παροχή πληροφοριών.

Η θεωρία της προγραμματισμένης συμπεριφοράς (TPB) ή ΘΠΣ είναι ένα από τα θεωρητικά πλαίσια που χρησιμοποιείται συχνά μεταξύ των παρεμβάσεων που παρέχουν τη παροχή πληροφοριών ως μέσο παρέμβασης. Αυτή η θεωρία υποδηλώνει ότι «η απόφαση να ενεργεί κάποιος με έναν συγκεκριμένο τρόπο είναι αποτέλεσμα της πιθανότητας συγκεκριμένων αποτελεσμάτων»⁹³ και χρησιμοποιήθηκε με επιτυχία από τους Vyth et al. στην διατριβή τους το 2011. Στη μελέτη τους, πρόσθεσαν και επισήμαναν υγιεινές επιλογές στις καφετέριες του χώρου εργασίας αναμένοντας από τους πελάτες να αυξήσουν την υγιεινή κατανάλωση τροφής με την πιθανότητα να επωφεληθούν από αυτήν τη συμπεριφορά. Ωστόσο οι επιπτώσεις μιας ελεγχόμενης περιβαλλοντικής παρέμβασης στο χώρο εργασίας έχουν μελετηθεί και στο παρελθόν από τους Engbers et al. σε έρευν που μελετούσε καθοριστικούς παράγοντες της διατροφικής συμπεριφοράς μέσω της καταγραφής πρόσληψης φρούτων, λαχανικών και λίπους από το ίδιο το δείγμα. Engbers et al. εφάρμοσαν το «μοντέλο στάσης-κοινωνικής επιρροής ή μοντέλο αποτελεσματικότητας» (μοντέλο ASE) για τη μέτρηση των ψυχοκοινωνικών καθοριστικών παραγόντων για την κατανάλωση περισσότερων φρούτων και λαχανικών καθώς και λιγότερο λίπους. Το μοντέλο αποδείχτηκε ότι έχει σημαντική επίδραση στη μείωση της πρόσληψη λίπους γιατί προσδιορίζει τον καθοριστικό παράγοντα «κοινωνική επιρροή» αντί του καθοριστικού «υποκειμενικού κανόνα». Η βασική φιλοσοφία πίσω από το μοντέλο ASE ήταν ότι κοινωνική επιρροή περιλαμβάνει εξίσου βασικούς υποκειμενικούς κανόνες, κοινωνική υποστήριξη / πίεση και μοντελοποίηση.^{73,96}

Οι παρεμβάσεις που παρέχουν πληροφορίες περιλαμβάνουν διατροφικές συμβουλές για να βοηθήσουν τους συμμετέχοντες να θέσουν προτεραιότητες, να καθορίσουν στόχους, να δημιουργήσουν εξατομικευμένα σχέδια δράσης και να αυξήσουν την ευαισθητοποίηση και τη γνώση τους σχετικά με τη διατροφή και τα θέματα που σχετίζονται με την υγεία. Αυτός ο τύπος παρέμβασης αποτελεί έναν από τους πιο αποτελεσματικούς στη βελτίωση των αποτελεσμάτων που σχετίζονται με την υγεία από τη διατροφή και τη διατροφική συμπεριφορά. Μια πιθανή εξήγηση είναι ότι οι παρεμβάσεις αυτού του τύπου επικεντρώνονται στη βελτίωση τόσο της διατροφής όσο και της σωματικής δραστηριότητας, οπότε μέρος του αποτελέσματος οφείλεται και στην αυξημένη άσκηση που προκύπτει από την αφομοίωση της αλλαγής διατροφικής πρόσληψης ως στάση ζωής. Οι Aldana et al. απέδειξαν ότι τα εκπαιδευτικά μαθήματα στη διατροφή και τη σωματική δραστηριότητα είχαν ευεργετική επίδραση και θα

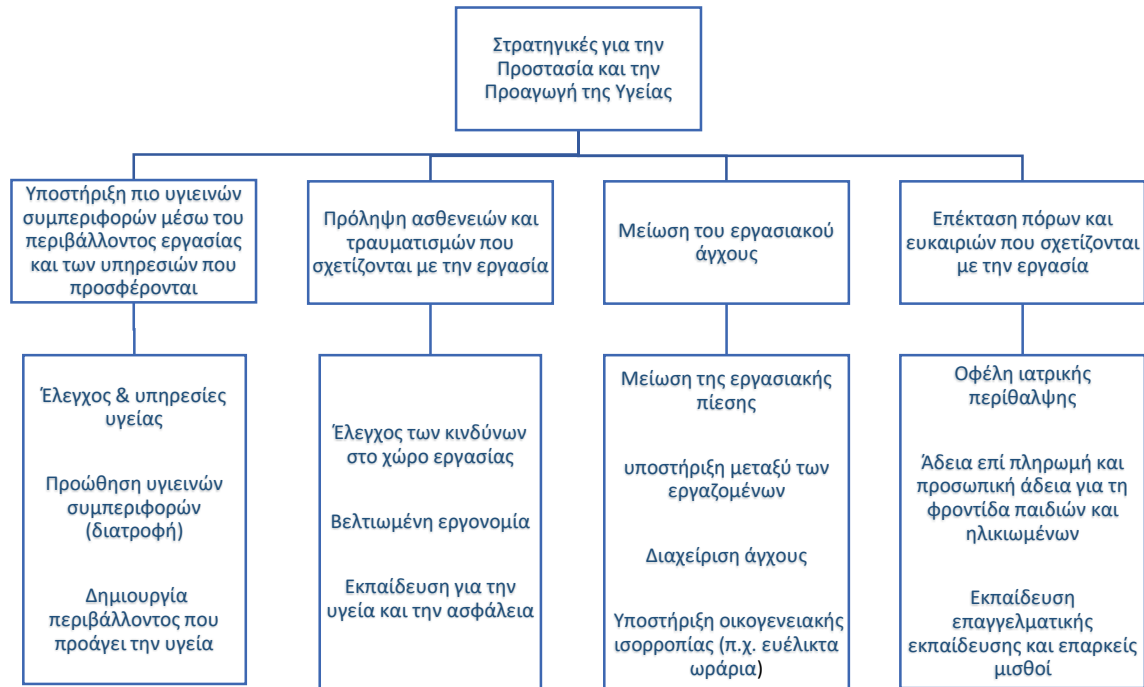
μπορούσαν ενδεχομένως να μειώσουν τους κινδύνους που σχετίζονται με κοινές χρόνιες ασθένειες. Τέλος, ένα μεγάλο μέρος πολυπαραγοντικών παρεμβάσεων (συνδυασμός υγιεινής διατροφής, πληροφοριών και υγιεινών προτροπών) φάνηκε ότι ήταν πιο αποτελεσματικές στη βελτίωση της πρόσληψης διατροφής από τα αποτελέσματα που σχετίζονται με την υγεία κυρίως γιατί καμία από αυτές δεν στόχευε αμιγώς στην αλλαγή της διατροφικής συμπεριφοράς αλλά στην υιοθέτηση ενός συνδυασμού συνηθειών με στόχο την ευεξία.⁹⁷

4.5. Επέκταση πόρων και παροχών που σχετίζονται με την εργασία

Κατά την εξέταση του αντίκτυπου της εργασίας στην υγεία των εργαζομένων και στις συμπεριφορές υγείας, είναι σημαντικό να ληφθεί υπόψη και ο ρόλος του ευρέος φάσματος πόρων και παροχών που παρέχονται από τους εργοδότες. Οι προσπάθειες στο χώρο εργασίας για τη διασφάλιση επαρκούς αμοιβής, την παροχή ευκαιριών κατάρτισης για την αύξηση των ευκαιριών για προαγωγές και την επέκταση των παροχών που σχετίζονται με την εργασία, ιδίως για άτομα από μειονεκτικό περιβάλλον, μπορεί να ενισχύσουν τις προσπάθειες προώθησης της υγείας στο χώρο εργασίας, συμπεριλαμβανομένων των προσπαθειών για την προώθηση της υγιεινής διατροφής.⁹⁸ Οι προσπάθειες για τη μείωση των ανισοτήτων στη διαθεσιμότητα του εύρους των πόρων που σχετίζονται με την εργασία μπορεί επίσης να περιλαμβάνουν την πρόσβαση σε προγράμματα βοήθειας των εργαζομένων (παρέχοντας συμβουλευτικές παραπομπές για κατάχρηση ουσιών, οικονομικές και νομικές δυσκολίες) και προγράμματα προώθησης της υγείας στο χώρο εργασίας, τα οποία είναι χαμηλότερα μεταξύ των εργαζομένων με χαμηλότερη αμοιβή και σε μερική απασχόληση⁹⁹.

Τα τελευταία χρόνια όλο και μεγαλύτερη ποικιλία πόρων διατίθεται για την αντιμετώπιση αυτών των ανισοτήτων και τη βελτίωση της πρόσβασης των εργαζομένων σε αυτές τις παροχές. Παραδείγματα πρωτοβουλιών για την αύξηση της πρόσβασης σε έργα υψηλότερης κατάταξης μπορούν να αντληθούν από προγράμματα που

χρηματοδοτούνται από ομοσπονδιακό επίπεδο, όπως το U.S. Jobs Corp¹⁰⁰ ή μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς, όπως το πρόγραμμα «US Year Up Program»¹⁰¹. Το Year Up επιδιώκει να παρέχει ίσες ευκαιρίες κατάρτισης επί πληρωμή με τους εταιρικούς τους εταίρους σε νέους όλων των κοινωνικών τάξεων σε 5 πόλεις των Η.Π.Α., παρέχοντας ταυτόχρονα πίστωση για κολέγια⁷⁶. Τέλος, άλλοι οργανισμοί αντιμετωπίζουν ζητήματα που σχετίζονται με τα οφέλη και τους πόρους εργασίας, συμπεριλαμβανομένης της βελτίωσης της ευελιξίας στο χώρο εργασίας, της βοήθειας των οικογενειακών φροντιστών και της βελτίωσης της οικονομικής κατάστασης των εργαζομένων. Ο μη κερδοσκοπικός ερευνητικός οργανισμός Families and Work Institute¹⁰² είναι ένα παράδειγμα μιας ομάδας που επιδιώκει να συλλέξει πληροφορίες σχετικά με τις αλληλεπιδράσεις μεταξύ επαγγελματικής και οικογενειακής ζωής και να παρέχει συστάσεις για να ενεργήσει βάσει των ευρημάτων τους.⁷⁶



Εικόνα 4-3 Framework of Strategies to Improve Healthy Eating through the Workplace

Robert Wood Johnson Foundation, (2008)

4.6. Επίσημες οδηγίες για την πρόληψη της παχυσαρκίας στο χώρο εργασίας

Οι κατευθυντήριες γραμμές για την πρόληψη της παχυσαρκίας – GPOW (Guidelines for the Prevention of Obesity at the Workplace) στο χώρο εργασίας είναι μια πρωτοβουλία που υλοποιήθηκε στο πλαίσιο του προγράμματος δημόσιας υγείας της DG-SANCO 2003-2008 υπό την αιγίδα της Γενικής Διεύθυνσης Υγείας και Ασφάλειας των Τροφίμων της Ευρωπαϊκής Ένωσης και συγχρηματοδοτήθηκε από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή. Η υλοποίηση του έργου συντονίστηκε από το Ελληνικό Ινστιτούτο Προληπτικής Ιατρικής, Περιβαλλοντικής και Επαγγελματικής Υγείας - PROLEPSIS, ενώ η κοινοπραξία

περιλάμβανε ακαδημαϊκά και ερευνητικά ιδρύματα από εννέα άλλες ευρωπαϊκές χώρες. Ο κύριος στόχος του έργου ήταν η μελέτη της σχέσης μεταξύ εργασίας και παχυσαρκίας καθώς και πώς αλληλεπιδρούν. Το τελικό προϊόν του έργου είναι ένα σύνολο οδηγιών βασισμένων σε αποδεικτικά στοιχεία για την πρόληψη της παχυσαρκίας στο χώρο εργασίας.⁷⁴

Ο σκοπός των οδηγιών είναι διττός. Πρώτον, στοχεύουν στην ευαισθητοποίηση ενός ευρέος φάσματος ενδιαφερομένων σχετικά με τις επιπτώσεις ορισμένων πτυχών της εργασίας στην ανάπτυξη της παχυσαρκίας. Δεύτερον, προτείνονται κατευθυντήριες γραμμές για την εφαρμογή παρεμβάσεων για την πρόληψη της παχυσαρκίας στο χώρο εργασίας που απευθύνονται σε επαγγελματίες υγείας που δραστηριοποιούνται στο χώρο εργασίας. Οι οδηγίες έχουν αναπτυχθεί από την κοινοπραξία GPOW μέσω εντατικής αξιολόγησης και συντονισμού μεταξύ των βασικών εταίρων. Οι οδηγίες είναι προϊόν εντατικής αξιολόγησης προσδιορισμένων πολιτικών και πρακτικών που οδηγούν σε παχυσαρκία στο χώρο εργασίας, λαμβάνοντας πάντα υπόψη τις γενικές αρχές της ορθής πρακτικής υγείας στο χώρο εργασίας. Ως αποτέλεσμα, το εργαλείο οδηγιών προσφέρει προτάσεις για πρακτικές που χαρακτηρίζονται ως οι πιο επιτυχημένες και πολλά υποσχόμενες και, ως εκ τούτου, παρέχει σε διάφορους ενδιαφερόμενους το πλαίσιο για το σχεδιασμό και την εφαρμογή αποτελεσματικών προγραμμάτων προώθησης της υγείας στο χώρο εργασίας.

Ο πλήρης οδηγός του GPOW αφορά ένα μεγάλο εύρος τομέων απασχόλησης μεταξύ αυτών, Υπάλληλους γραφείου, γραμματείς, υπάλληλους και ανώτερους διευθυντές, δικηγορικά στελέχη, υπάλληλους μεταφορών, οδηγούς φορτηγών, οδηγούς ταξί πυροσβέστες, αστυνομικούς, υγειονομικό προσωπικό, νοσοκόμους, γιατρούς βιομηχανικούς υπάλληλους, εργάτες οικοδομών.

Για τις ανάγκες της έρευνας αυτής, θα παρουσιαστούν οι κατευθυντήριες γραμμές που αφορούν υγειονομικούς υπαλλήλους, νοσοκόμους και Ιατρούς. (Short GPOW guidelines σελ 18).

Οι κατευθυντήριες οδηγίες ταξινομούν τις παρεμβάσεις σε 3 τομείς δράσης:

A) Επίπεδο εξουσίας – Επαγγελματική υγεία και περίθαλψη

Σύμφωνα με τις οδηγίες ο εργοδότης οφείλει να επιτηρεί και να ρυθμίζει τα ωράρια εργασίας και τις αμειβόμενες άδειες ιδίως όταν προηγείται εργάσιμη μέρα με καθήκοντα νυκτερινής εργασίας, σύμφωνα με τους ορισμούς της Νομοθεσίας Υγείας και Ασφάλειας στην Εργασία την εκάστοτε πολιτείας.

Επίσης ο εργοδότης πρέπει να εξασφαλίζει ότι οι καντίνες του χώρου εργασίας τηρούν νόμιμες απαιτήσεις καθαριότητας και παρέχουν υγιεινές επιλογές τροφίμων.

B) Ατομικό επίπεδο

Οι οδηγίες αναφέρουν ότι οι εκστρατείες προώθησης της υγείας για την πρόληψη της παχυσαρκίας είναι απαραίτητες σε αυτήν την επαγγελματική ομάδα καθώς μπορούν να επωφεληθούν τόσο από τη πλευρά του ακροατή όσο και από τη πλευρά του διοργανωτή.

Κάποιες από αυτές προτείνεται να είναι:

- Συνεδρίες ανάπτυξης δεξιοτήτων με στόχο στη προσωπική εξέλιξη, εξατομικευμένη συμβουλευτική για στρατηγικές διατροφής, συνταγές, αναγνώριση και αντιμετώπιση εμποδίων στην υγιεινή διατροφή, διατροφικές συνήθειες κ.λπ., συμπεριλαμβανομένου του καθορισμού ατομικών στόχων και ενός σαφούς σχεδίου για την παρακολούθηση της επιτυχίας
- Πρόσβαση σε κέντρο πληροφοριών - πρόσβαση σε έντυπο υλικό - παρέχοντας τη δυνατότητα απόκτησης εξατομικευμένων πληροφοριών και υποστήριξης με τον τρόπο γρήγορων συμβουλών
- Επιτυχημένες δραστηριότητες που μπορούν να αποτελέσουν μέρος μιας παρέμβασης που στοχεύει στην παχυσαρκία σε αυτό το περιβάλλον όπως προσαρμοσμένο γραπτό υλικό, αλληλογραφίες, επιδείξεις προετοιμασίας φαγητού και μαγειρικής, δραστηριότητες που περιλαμβάνουν όλη την οικογένεια
- Δυνατότητα στους συμμετέχοντες να παρακολουθούν αυτόματα την πρόοδο σε σχέση με σαφώς καθορισμένους και μετρήσιμους στόχους, δηλαδή να χρησιμοποιούν βηματόμετρα για να παρακολουθούν την πρόοδο της σωματικής δραστηριότητας και κάρτες διατροφής για τη μέτρηση της πρόσληψης.

Γ) Επίπεδο διαχείρισης (περιβαλλοντικά / οργανωτικά θέματα)

- Συμφωνία με τη διεύθυνση έτσι ώστε το προσωπικό να μπορεί να χρησιμοποιεί εκτός ωρών το γυμναστήριο φυσικοθεραπείας που χρησιμοποιείται από τους ασθενείς κατά τη διάρκεια της ημέρας.
- Βεβαίωση ότι τα κυλικεία των εγκαταστάσεων προσφέρουν υγιεινές επιλογές φαγητού, ειδικά επειδή ανήκουν σε εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης.
- Εγκατάσταση μηχανημάτων αυτόματης πώλησης με υγιεινές επιλογές
- Διαφήμιση του αριθμού των βημάτων που απαιτούνται για να περπατήσετε σε κάθε μακρύ διάδρομο νοσοκομείου ή μεταξύ διαφορετικών τμημάτων και περιοχών, για παράδειγμα "ακτινογραφία σε εξωτερικούς ασθενείς", "έκτακτη ανάγκη στην καντίνα"
- Θέσπιση μιας «ημέρας χωρίς ανελκυστήρα» όταν το προσωπικό θα πρέπει να ανεβεί μόνο τις σκάλες
- Ενθάρρυνση για τη δημιουργία «σωματικών βαρών» ή «ημερών βάρους» σε διάφορα τμήματα ώστε να επισημανθεί η ανάγκη παρακολούθησης του βάρους τακτικά (από ασθενείς και προσωπικό)
- Παροχή ενός βασικού συνόλου κλιμάκων στα αποδυτήρια για να ενθαρρύνεται τη ζύγιση σε τακτικά χρονικά διαστήματα.

Η διατροφή παίζει σημαντικό ρόλο στην πρόληψη των μη μεταδοτικών ασθενειών, είναι σαφές ότι οι διατροφικές παρεμβάσεις στο χώρο εργασίας έχουν τη δυνατότητα να βελτιώσουν πολλές πτυχές των διατροφικών συνηθειών, της διατροφικής συμπεριφοράς και των αποτελεσμάτων της υγείας. Ωστόσο, δεν υπάρχει «ένα σχέδιο που να ταιριάζει σε όλους». Αντ' αυτού, η κοινωνία οφείλει να επικεντρωθεί σε προσαρμοσμένες παρεμβάσεις, εκμεταλλευόμενη ένα συγκεκριμένο εργασιακό περιβάλλον κάθε φορά, σταθμίζοντας παράγοντες όπως η αλληλεπίδραση και υποστήριξη μεταξύ συναδέλφων και λαμβάνοντας υπόψη τις διατροφικές συνήθειες εντός και εκτός του γραφείου. Με αυτόν τον τρόπο, οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής και εργοδότες και οι μπορούν να διασφαλίσουν την συνολική υγεία των ίδιων και των ατόμων που απασχολούν.

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

5. Μεθοδολογία Έρευνας

5.1. Μέθοδος

Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 50 συμμετέχοντες εργαζόμενοι του Ειδικού Αντικαρκινικού Νοσοκομείου Πειραιώς «Μεταξά», εκ των οποίων 38 (76%) ήταν γυναίκες και 12 (24%) ήταν άνδρες.

Χρησιμοποιήθηκαν τροποποιημένα ερωτηματολόγια διατροφικής συχνότητας (FFQ) τα οποία βασίστηκαν σε μεγάλο βαθμό σε έρευνα για την εργασιακή ικανοποίηση του Βρετανικού Ινστιτούτου καρδιάς (British Heart Foundation), και μοιράστηκαν από τον ερευνητή και από τους κλινικούς διαιτολόγους του νοσοκομείου, στους υπαλλήλους. Στη συνέχεια, συλλέχθηκαν την ίδια μέρα ή σε βάθος 3 ημερών από τους ερωτώμενους.

Από τη μελέτη δεν αποκλείστηκε κανένα υποκείμενο, κυρίως λόγω της υψηλής συμμόρφωσης του δείγματος, του μικρού αριθμού ερωτώμενων και την απλότητας των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου.

5.2. Ερωτηματολόγιο

Το ερωτηματολόγιο αποτελείτο από 45 ερωτήσεις. Μεταξύ άλλων περιελάμβανε ερωτήσεις κλειστού τύπου αναφορικά με κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά (ηλικία, φύλο, οικογενειακή κατάσταση, μορφωτικό επίπεδο περιοχή διαμονής). Ακόμα, καταγράφηκε το αντικείμενο εργασίας, το ωράριο εργασίας καθώς και ο τρόπος και ο χρόνος μετακίνησης από την κατοικία στο χώρο εργασίας. Σχετικά με την καταγραφή των διαιτητικών συνηθειών εξετάστηκε ο αριθμός γευμάτων ανά ημέρα, η πρόσληψη πρωινού και η συχνότητα κατανάλωσης συγκεκριμένων τροφίμων εντός του χώρου εργασίας. Συν τοις άλλοις, συλλέχθηκαν πληροφορίες που αφορούσαν στην προέλευση των τροφίμων κατανάλωσης στην εργασία (π.χ. σπίτι, εστιατόριο, ταχυφαγείο), στα

κριτήρια επιλογής τροφίμων (π.χ. κόστος, θρεπτική αξία, ωράριο), στην ύπαρξη ειδικών χώρων σίτισης (π.χ. κουζίνα, τραπεζαρία), καθώς και στον αριθμό διαλλειμάτων κατά τη διάρκεια της εργασίας. Τέλος, καταγράφηκαν οι αντιλήψεις των υποκειμένων αναφορικά με τον τρόπο διατροφής τους, οι παροχές του χώρου εργασίας, εξετάστηκαν οι συνθήκες σίτισης, η ποιότητα των τροφίμων που παρέχονται από τις δομές σίτισης, αλλά και το αντίκτυπο που έχει η ψυχολογία (με τη μορφή ερώτησης ανοικτού τύπου) και το άγχος στη διατροφή και την υγεία 50 εργαζομένων του Ειδικού Αντικαρκινικού Νοσοκομείου Πειραιώς «ΜΕΤΑΞΑ».

5.2.1. Κωδικοποίηση απαντήσεων ερωτηματολογίου

Το φύλο χωρίστηκε σε 3 ομάδες: Γυναίκες, Άνδρες, Άλλο

Η ηλικία χωρίστηκε σε 5 ηλικιακές ομάδες: <30, 30-39, 40-49, 50-59 και >60

Η εθνικότητα χωρίστηκε σε ελληνική και αλλοδαπή

Η οικογενειακή κατάσταση χωρίστηκε σε 5 κατηγορίες: Παντρεμένος, Ελεύθερος, Διαζευγμένος-Χήρος, Συγκατοικώ με σύντροφο, Άλλο.

Ο αριθμός ανήλικων τέκνων, εφόσον υπήρχαν, διαμορφώθηκε σε κλίμακα από το 1 έως το >5

Το επίπεδο εκπαίδευσής χωρίστηκε σε 5 κατηγορίες: Πρωτοβάθμια εκπαίδευση, Δευτεροβάθμια εκπαίδευση, Τριτοβάθμια εκπαίδευση, M.Sc. και Ph.D

Η καταγραφή των δεδομένων έγινε με την τελευταία έκδοση του Προγράμματος Office (2019) της Microsoft και η στατιστική ανάλυση έγινε με χρήση του στατιστικού πακέτου IBM SPSS Statistics 26.0 για την ανάλυση των αποτελεσμάτων και τη δημιουργία γραφημάτων.

5.3. Αποτελέσματα

Το δείγμα της παρούσας ποσοτικής έρευνας αποτέλεσαν 50 συμμετέχοντες του Ειδικού Αντικαρκινικού Νοσοκομείου Πειραιώς «Μεταξά», εκ των οποίων 38 (76%) ήταν γυναίκες και 12 (24%) ήταν άνδρες. Ακόμα, 17 (34%) εργαζόμενοι ανήκαν στην ηλικιακή κατηγορία 50-59, 16 (32%) ανήκαν στην κατηγορία 40-49, 8 (16%) ανήκαν στην κατηγορία 30-39, 5 (10%) ήταν άνω των 60 ετών και 4 (8%) ήταν κάτω των 30 ετών. Αναφορικά με την οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων, 33 (66%) ήταν παντρεμένοι, 11 (22%) ήταν ελεύθεροι, 3 (6%) δήλωσαν ότι ήταν είτε διαζευγμένοι/ες, είτε χήροι/ες και 3 (3%) ανέφεραν ότι συγκατοικούν με σύντροφο. Επιπλέον, όλοι οι συμμετέχοντες κατοικούσαν σε διάφορες περιοχές της Αθήνας, με την πλειοψηφία αυτών να κατοικούν στον Πειραιά (46%). Επίσης, 47 (94%) εργαζόμενοι είχαν ελληνική εθνικότητα και 3 (6%) είχαν αλλοδαπή. Όσον αφορά το επίπεδο εκπαίδευσης, 34 (68%) ήταν απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, 8 (16%) ήταν απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, 5 (10%) ήταν κάτοχοι Μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών, 2 (4%) ήταν απόφοιτοι πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης, ενώ μία (2%) συμμετέχουσα ήταν κάτοχος Διδακτορικού τίτλου σπουδών. Ακόμα, 44 (88%) εργάζονταν με πλήρη απασχόληση και 6 (12%) με μερική απασχόληση. Ακολούθως, 31 (62%) συμμετέχοντες δήλωσαν ότι δεν έχουν παιδιά κάτω των 18 ετών, ενώ 19 (38%) είχαν. Από αυτούς, 9 (18%) ανέφεραν ότι έχουν ένα παιδί κάτω των 18 ετών, 7 (14%) ανέφεραν ότι έχουν δύο, μία συμμετέχουσα (2%) δήλωσε ότι έχει 3 παιδιά και δύο συμμετέχοντες δεν προσδιόρισαν τον αριθμό των παιδιών. Επιπλέον, αναφορικά με τη θέση ευθύνης, 45 (90%) των συμμετεχόντων ήταν υπάλληλοι, 2 (4%) ήταν υπεύθυνοι, 2 (4%) ήταν προϊστάμενοι και μία (2%) συμμετέχουσα ήταν διευθύντρια. Τέλος, 16 (32,7%) συμμετέχοντες ήταν νοσηλεύτριες/τριες, 10 (20,4%) ήταν ιατροί, 7 (14,3%) ήταν τραπεζοκόμοι, 5 (10,2%) ήταν φαρμακοποιοί/βοηθοί φαρμακείου, 4 (8,2%) ήταν μάγειρες/βοηθοί μάγειρα, 3 (6,1%) ήταν διαιτολόγοι, 3 (6,1%) ήταν διοικητικοί υπάλληλοι και μία (2%) συμμετέχουσα ήταν καθαρίστρια. Τα δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά του δείγματος παρουσιάζονται αναλυτικά στον **Πίνακα 5-1**.

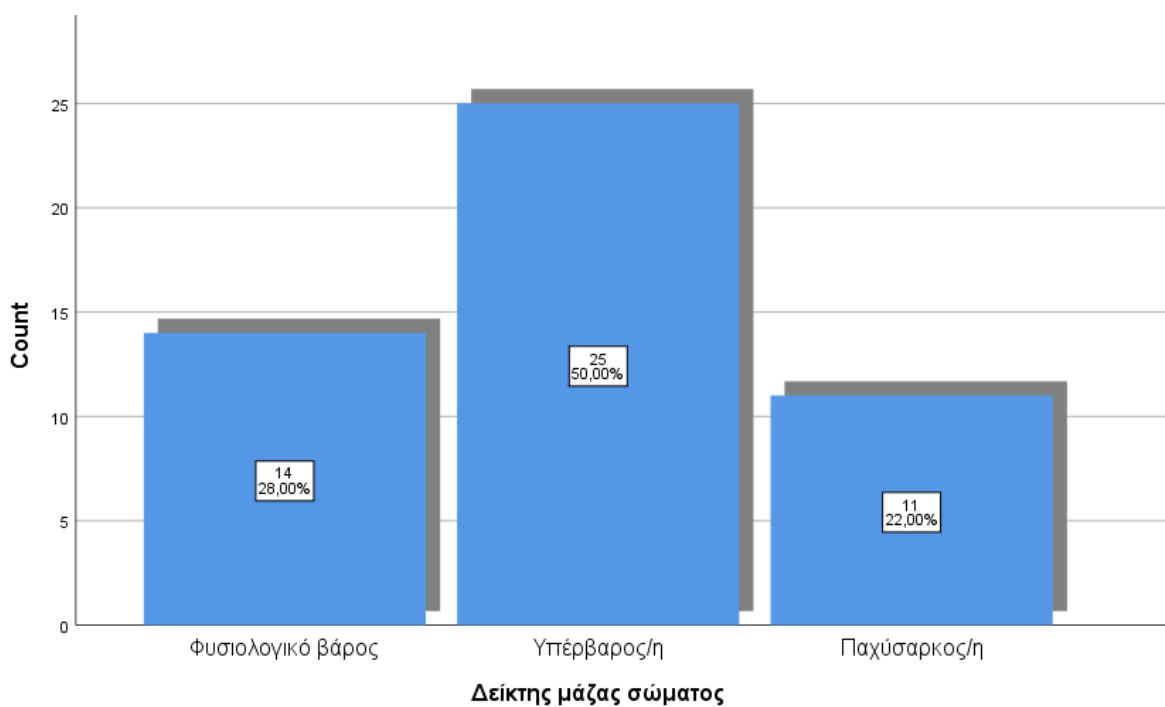
Πίνακας 5-2 Δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά συμμετεχόντων

Μεταβλητές		Συχνότητα	Ποσοστό %
Φύλο	Γυναίκες	38	76,0%
	Άνδρες	12	24,0%
Ηλικία	<30	4	8,0%
	30-39	8	16,0%
	40-49	16	32,0%
	50-59	17	34,0%
	>60	5	10,0%
Οικογενειακή Κατάσταση	Παντρεμένος/-η	33	66,0%
	Ελεύθερος/-η	11	22,0%
	Διαζευγμένος/-η – χήρος/-α	3	6,0%
	Συγκατοικώ με σύντροφο	3	6,0%
Εθνικότητα	Ελληνική	47	94,0%
	Αλλοδαπή	3	6,0%
Επίπεδο εκπαίδευσης	Πρωτοβάθμια εκπαίδευση (ολοκληρωμένη ή ημιτελής)	2	4,0%
	Δευτεροβάθμια εκπαίδευση (όλα τα είδη)	8	16,0%

	Τριτοβάθμια εκπαίδευση	34	68,0%
	M.Sc.	5	10,0%
	Ph.D.	1	2,0%
Κατάσταση εργασίας	Πλήρης απασχόληση	44	88,0%
	Μερική απασχόληση	6	12,0%
Έχετε παιδιά κάτω των 18 ετών;	Όχι	31	62%
	Ναι	19	38%
Αν ναι, πόσα;	1	9	18,0%
	2	7	14,0%
	3	1	2,0%
Θέση εργασίας	Υπάλληλος	45	90,0%
	Υπεύθυνος	2	4,0%
	Προϊστάμενος	2	4,0%
	Διευθυντής	1	2,0%
Αντικείμενο εργασίας	Νοσηλεύτρια/τρια	16	32,7%
	Ιατρός	10	20,4%
	Μάγειρας/ Βοηθός μάγειρα	4	8,2%
	Τραπεζοκόμος	7	14,3%
	Φαρμακοποιός/ Βοηθός φαρμακείου	5	10,2%

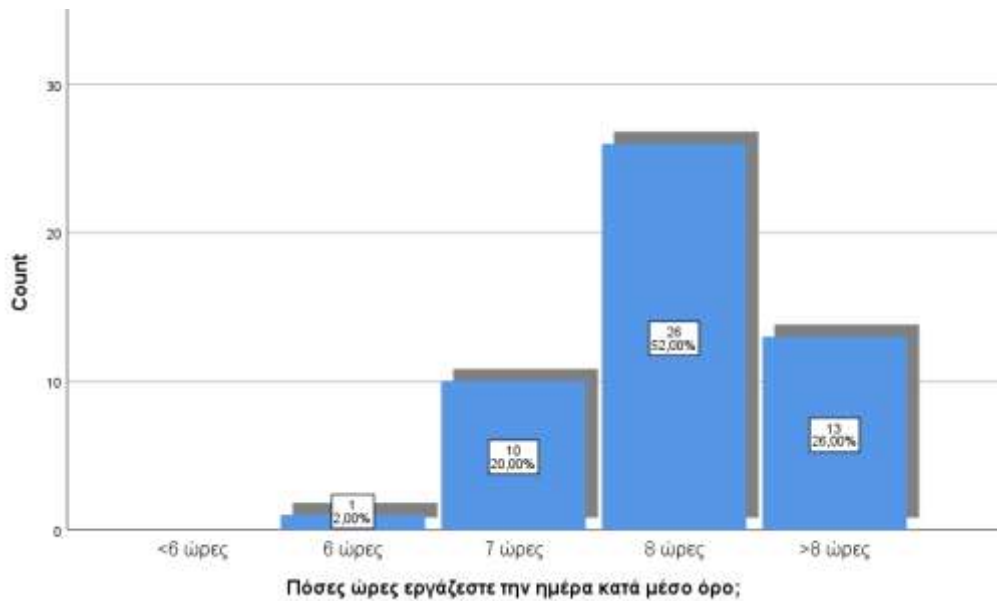
Διαιτολόγος	3	6,1%
Διοικητικός υπάλληλος	3	6,1%
Καθαρίστρια	1	2,0%

Στη συνέχεια, υπολογίστηκε ο Δείκτης Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) για το σύνολο των συμμετεχόντων. Σύμφωνα με το Διάγραμμα 5-1, 14 (28%) συμμετέχοντες είχαν φυσιολογικό βάρος, 25 (50%) ήταν υπέρβαροι και 11 (22%) ήταν παχύσαρκοι.



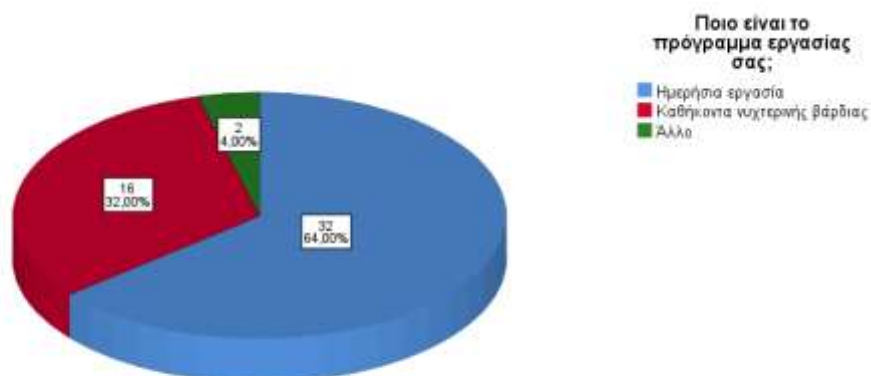
Διάγραμμα 5-1 Κατανομή του ΔΜΣ των συμμετεχόντων

Στο Διάγραμμα 5-2 απεικονίζονται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων αναφορικά με τις ημερήσιες ώρες εργασίας τους κατά μέσο όρο. Έτσι, φαίνεται ότι 26 (52%) άτομα εργάζονται 8 ώρες, 13 (26%) συμμετέχοντες εργάζονται τουλάχιστον 8 ώρες, 10 (20%) εργάζονται 7 ώρες και ένα (2%) άτομο δήλωσε ότι εργάζεται 6 ώρες.



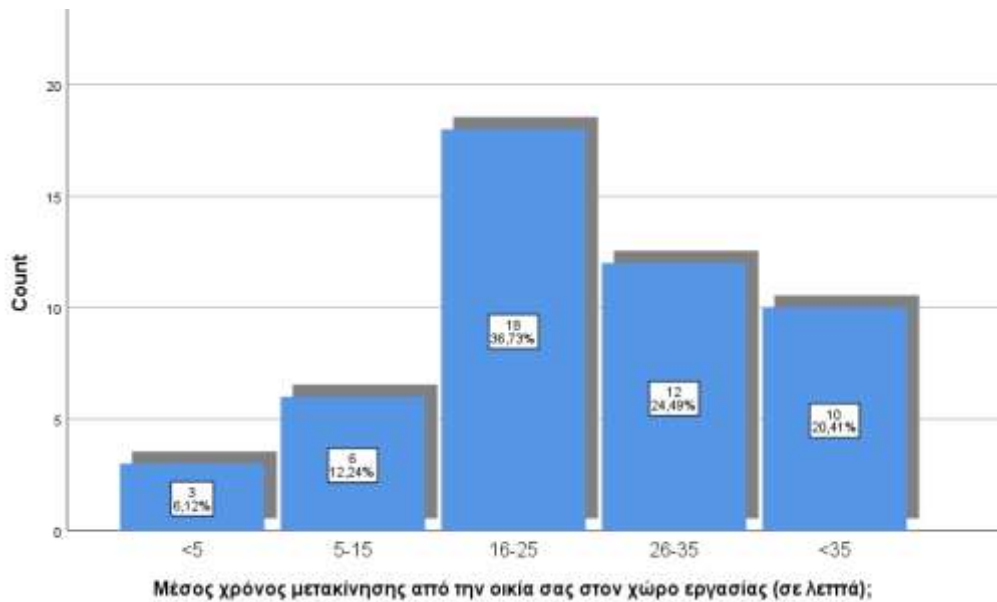
Διάγραμμα 5-2 Κατανομή απαντήσεων συμμετεχόντων στην ερώτηση «Πόσες ώρες εργάζεστε την ημέρα κατά μέσο όρο;»

Ακόμα, οι εργαζόμενοι ερωτήθηκαν σχετικά με το πρόγραμμα εργασίας τους. Σύμφωνα με το Διάγραμμα 5-3, 32 (64%) εργάζονται ημερησίως, 16 (32%) ανέφεραν ότι εκτελούν καθήκοντα νυχτερινής βάρδιες και 2 (4%) έδωσαν την απάντηση «άλλο».



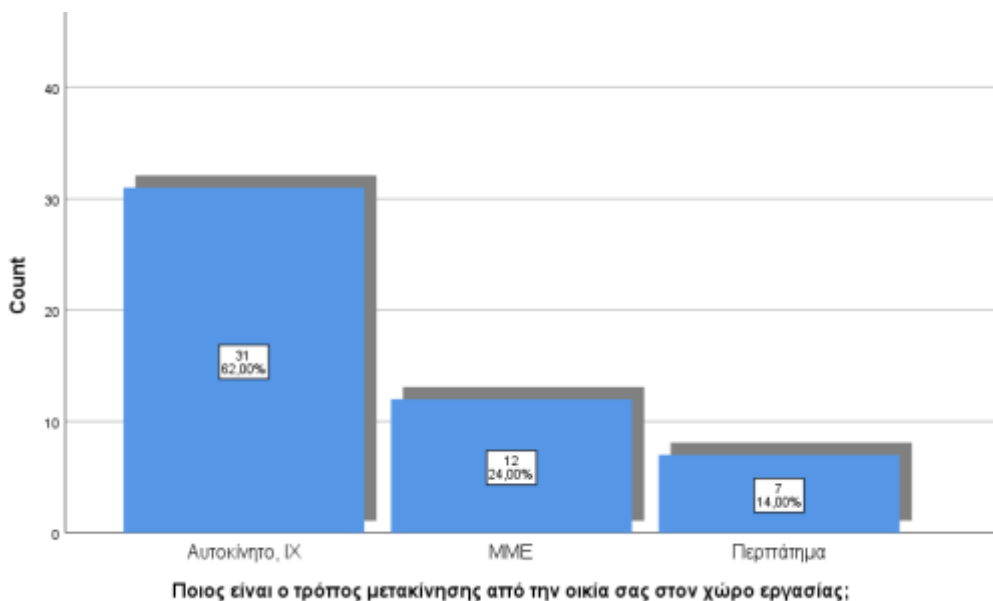
Διάγραμμα 5-3 Κατανομή απαντήσεων συμμετεχόντων στην ερώτηση «Ποιο είναι το πρόγραμμα εργασίας σας;»

Αναφορικά με τον μέσο χρόνο μετακίνησης από την οικία των συμμετεχόντων στον χώρο εργασίας τους, 18 (36,7%) ανέφεραν ότι είναι 16-25 λεπτά, 12 (24,5%) δήλωσαν ότι είναι 26-35 λεπτά, 10 (20,4%) ανέφεραν λιγότερο από 35 λεπτά, 6 (12,2%) δήλωσαν 5-15 λεπτά και 3 (6,1%) απάντησαν λιγότερο από 5 λεπτά (Διάγραμμα 5-4).



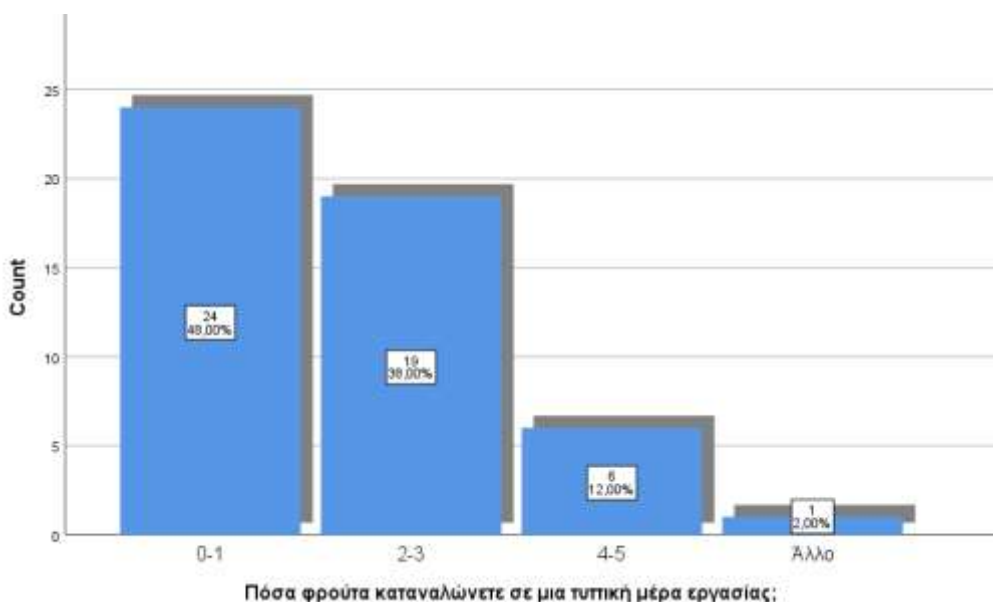
Διάγραμμα 5-4 Κατανομή απαντήσεων συμμετεχόντων στην ερώτηση «Ποιος είναι ο μέσος χρόνος μετακίνησης από την οικία σας στον χώρο εργασίας (σε λεπτά);»

Εν συνεχεία, όσον αφορά τον τρόπο μετακίνησης από την οικία στον χώρο εργασίας τους, 31 (62%) απάντησαν ότι μετακινούνται με αυτοκίνηση, 12 (24%) με ΜΜΕ και 7 (14%) δήλωσαν ότι διανύουν την απόσταση περπατώντας (Διάγραμμα 5-5).



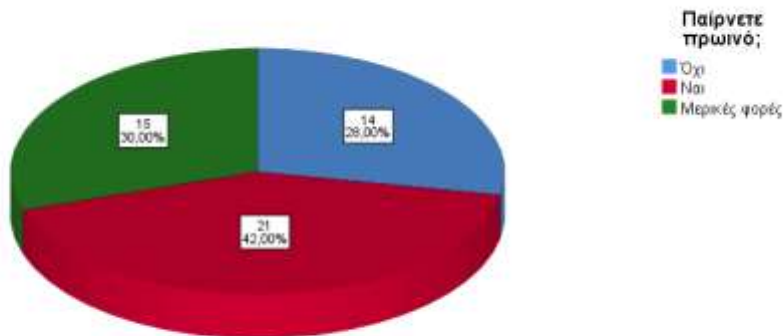
Διάγραμμα 5-5 Κατανομή απαντήσεων συμμετεχόντων στην ερώτηση «Ποιος είναι ο τρόπος μετακίνησης από την οικία σας στον χώρο εργασίας;»

Επιπλέον, ερωτώντας τους συμμετέχοντες πόσα φρούτα καταναλώνουν σε μια τυπική ημέρα εργασίας, 24 (48%) απάντησαν 0-1, 19 (38%) ανέφεραν 2-3, 6 (12%) δήλωσαν 4-5 και μια συμμετέχουσα έδωσε την απάντηση «άλλο» (Διάγραμμα 5-6).



Διάγραμμα 5-6 Κατανομή απαντήσεων συμμετεχόντων στην ερώτηση «Πόσα φρούτα καταναλώνετε σε μια τυπική μέρα εργασίας;»

Ακολούθως, σύμφωνα με το Διάγραμμα 5-7, 21 (42%) συμμετέχοντες δήλωσαν ότι παίρνουν πρωινό, 15 (30%) απάντησαν ότι παίρνουν μερικές φορές και 14 (28%) ανέφεραν ότι δεν παίρνουν.



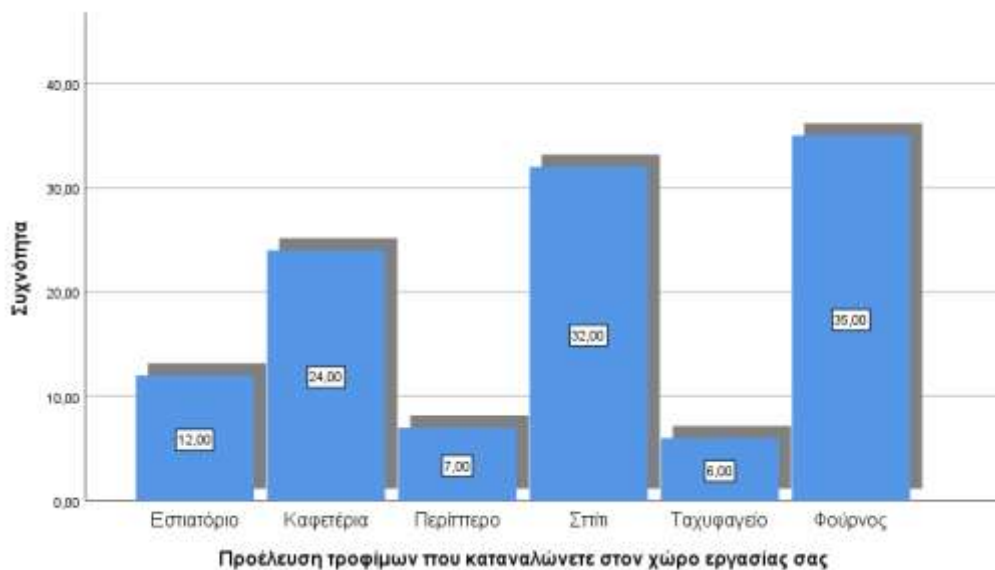
Διάγραμμα 0-7 Κατανομή απαντήσεων συμμετεχόντων στην ερώτηση «Παίρνετε πρωινό;»

Στη συνέχεια, στον Πίνακα 5-2 παρουσιάζεται η συχνότητα με την οποία οι εργαζόμενοι καταναλώνουν ορισμένα τρόφιμα στον χώρο εργασίας τους. Πιο αναλυτικά, τα τρόφιμα που καταναλώνονται συχνότερα είναι το μαγειρεμένο φαγητό (53,1%), το τوست – σάντουιτς (68%) και τα γλυκά (53,1%). Αντιθέτως, στα τρόφιμα που καταναλώνονται σπάνια, περιλαμβάνονται τα αναψυκτικά (89,9%), τα πατατάκια (89,6%), η σαλάτα (33,5%) και η μπάρα δημητριακών (70,8%). Με μια μέτρια συχνότητα καταναλώνονται η τυρόπιτα (σφολιάτες) (55,1%) και ο χυμός- τα φρούτα (44%).

Πίνακας 0-3 Κατανομή απαντήσεων συμμετεχόντων αναφορικά με τη συχνότητα κατανάλωσης τροφίμων

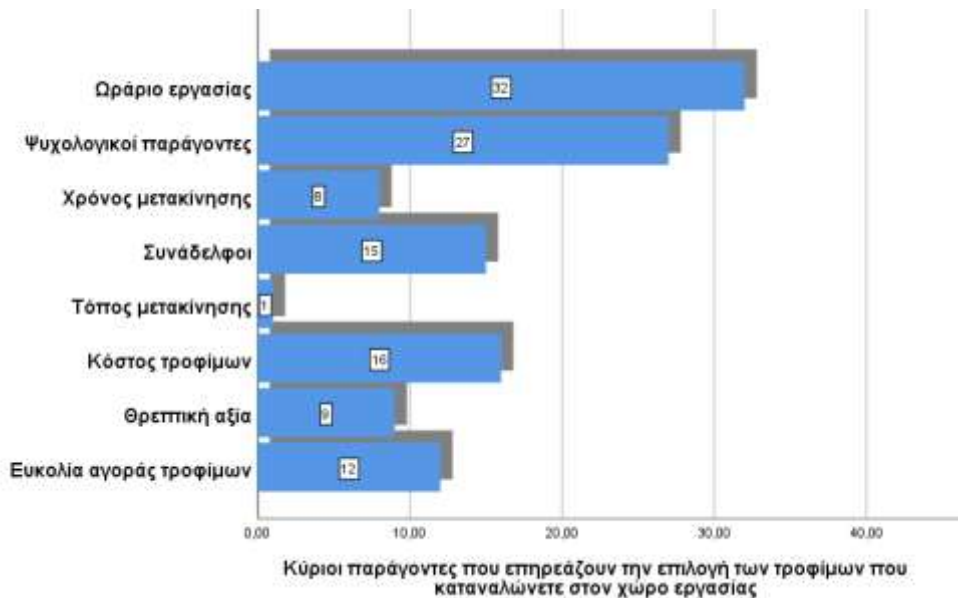
Ποια από τα παρακάτω τρόφιμα καταναλώνετε πιο συχνά στον χώρο εργασίας σας;	Συχνότητα (%)					
	Καθημερινά	3-4 φορές την εβδομάδα	1-2 φορές την εβδομάδα	2-3 φορές τον μήνα	Μια φορά τον μήνα ή λιγότερο συχνά	Καθόλου
Μαγειρεμένο φαγητό	16 (32,7%)	10 (20,4%)	10 (20,4%)	1 (2%)	3 (6,1%)	9 (18,4%)
Σαλάτα	3 (6,5%)	8 (17,4%)	10 (21,7%)	5 (10,9%)	7 (15,2%)	13 (28,3%)
Τοστ-Σάντουιτς	19 (38%)	15 (30%)	9 (18%)	3 (6%)	2 (4%)	2 (4%)
Τυρόπιτα (Σφολιάτες)	1 (2%)	3 (6,1%)	15 (30,6%)	12 (24,5%)	9 (18,4%)	9 (18,4%)
Γλυκό	10 (20,4%)	16 (32,7%)	9 (18,4%)	5 (10,2%)	5 (10,2%)	4 (8,2%)
Αναψυκτικό	2 (4,2%)	-	1 (2,1%)	2 (4,2%)	3 (6,3%)	40 (83,3%)
Πατατάκια κ.λ.π.	-	3 (6,3%)	1 (2,1%)	1 (2,1%)	1 (2,1%)	42 (87,5%)
Χυμό – φρούτα	7 (14%)	10 (20%)	13 (26%)	9 (18%)	5 (10%)	6 (12%)
Μπάρρα δημητριακών	1 (2,1%)	5 (10,4%)	4 (8,3%)	4 (8,3%)	5 (10,4%)	29 (60,4%)

Ακόμα, οι συμμετέχοντες ερωτήθηκαν σχετικά με την προέλευση των τροφίμων που καταναλώνουν στον χώρο εργασίας τους. Από το Διάγραμμα 5-8 προκύπτει ότι 35 (70%) συμμετέχοντες ανέφεραν τον φούρνο, 32 (64%) το σπίτι, 24 (48%) την καφετέρια, 12 (24%) συμμετέχοντες το εστιατόριο, 7 (14%) το περίπτερο και 6 (12%) το ταχυφαγείο (Διάγραμμα 5-8).



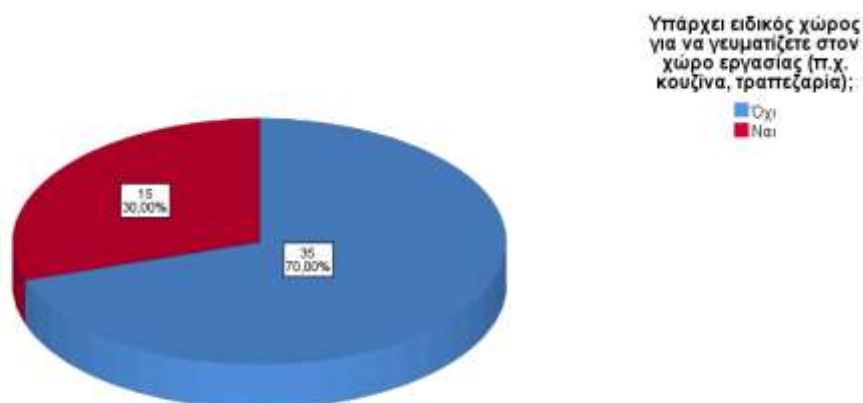
Διάγραμμα 0-8 Κατανομή απαντήσεων συμμετεχόντων στην ερώτηση «Ποια είναι η προέλευση των τροφίμων που καταναλώνετε στον χώρο εργασίας σας;»

Επιπροσθέτως, αναφορικά με τους κύριους παράγοντες που επηρεάζουν την επιλογή των τροφίμων που καταναλώνονται στον χώρο εργασίας, 32 (64%) ανέφεραν το ωράριο εργασίας, 27 (54%) τους ψυχολογικούς παράγοντες, 16 (32%) το κόστος τροφίμων, 15 (30%) τους συναδέλφους, 12 (24%) την ευκολία αγοράς τροφίμων, 9 (18%) τη θρεπτική αξία, 8 (16%) τον χρόνο μετακίνησης και μία συμμετέχουσα (2%) ανέφερε τον τόπο μετακίνησης (Διάγραμμα 5-9).



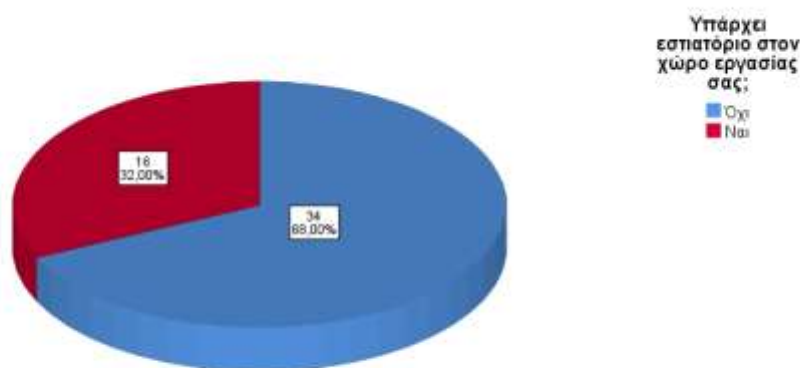
Διάγραμμα 0-9 Κατανομή απαντήσεων συμμετεχόντων στην ερώτηση «Ποιοι είναι οι κύριοι παράγοντες που επηρεάζουν την επιλογή των τροφίμων που καταναλώνετε στον χώρο εργασίας;»

Ερωτώντας το δείγμα της μελέτης αν υπάρχει ειδικός χώρος για να γευματίσει στον χώρο εργασίας, 35 (70%) αποκρίθηκαν θετικά και 15 (30%) αποκρίθηκαν αρνητικά (Διάγραμμα 5-10).



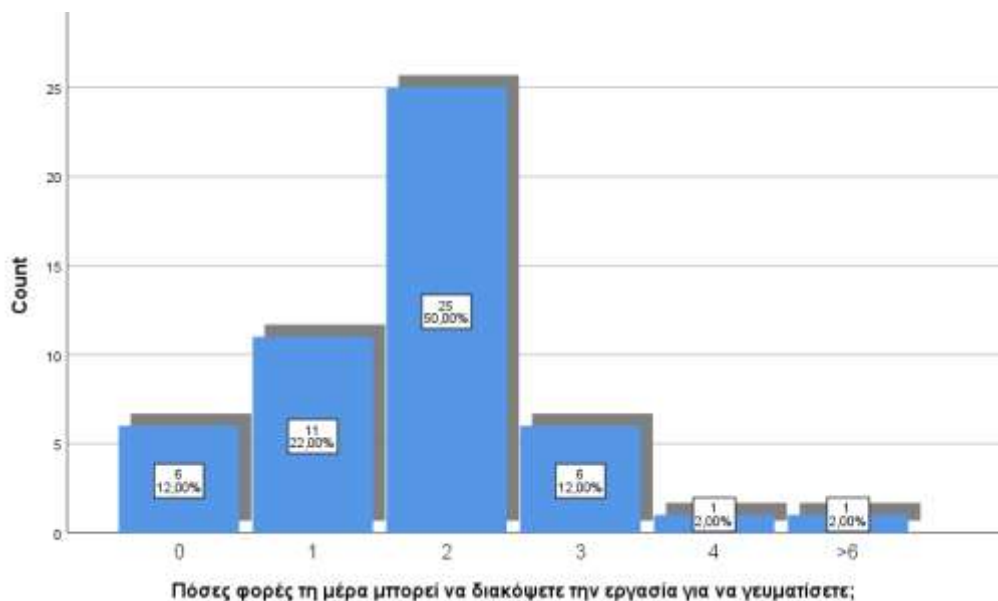
Διάγραμμα 0-10 Κατανομή απαντήσεων συμμετεχόντων στην ερώτηση «Υπάρχει ειδικός χώρος για να γευματίσετε στον χώρο εργασίας (κουζίνα, τραπεζαρία);»

Ερωτώντας τους συμμετέχοντες αν υπάρχει εστιατόριο στον χώρο εργασίας, 34 (78%) αποκρίθηκαν θετικά και 16 (32%) αποκρίθηκαν αρνητικά (Διάγραμμα 5-11). Να σημειωθεί ότι μόνο στους ιατρούς και στους διαιτολόγους παρέχεται γεύμα και η δυνατότητα να γευματίσουν στο εστιατόριο κατά τη διάρκεια της εργασίας τους. Συνεπώς, οι λοιποί εργαζόμενοι δεν έχουν τη δυνατότητα να γευματίσουν στο εστιατόριο του χώρου εργασίας τους και συνεπώς για τον λόγο αυτόν αποκρίθηκαν αρνητικά στη συγκεκριμένη ερώτηση.



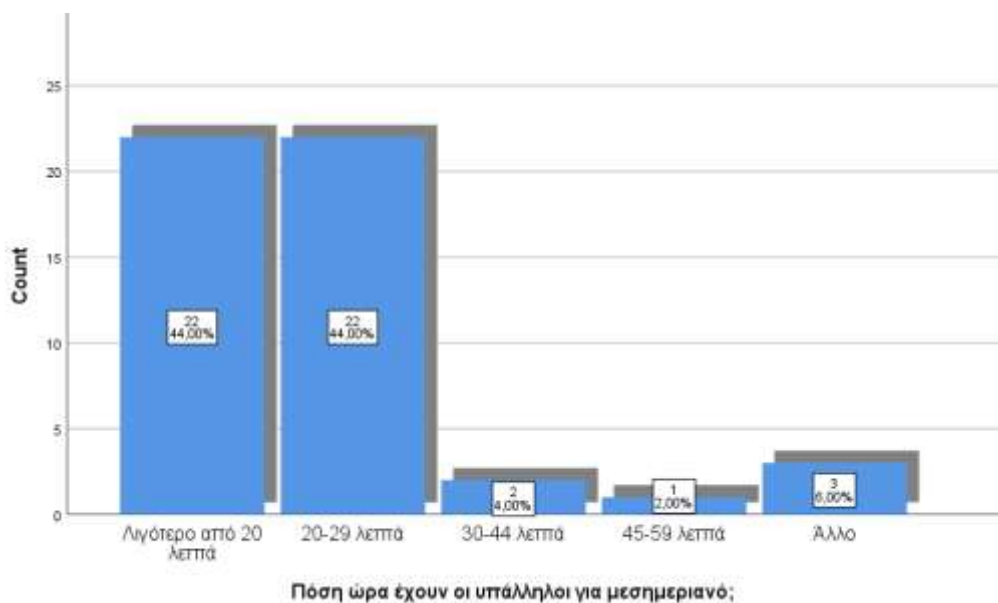
Διάγραμμα 5-11 Κατανομή απαντήσεων συμμετεχόντων στην ερώτηση «Υπάρχει εστιατόριο στον χώρο εργασίας σας;»

Επιπροσθέτως, αναφορικά με φορές που μπορούν ανά ημέρα να διακόψουν την εργασία τους για να γευματίσουν, 25 (50%) απάντησαν δύο, 11 (22%) δήλωσαν μία, 6 (12%) ανέφεραν καμία, 6 (12%) απάντησαν τρεις, ενώ ένα άτομο (2%) απάντησε 4 και ένα (2%) ανέφερε τουλάχιστον 4 (Διάγραμμα 5-12).



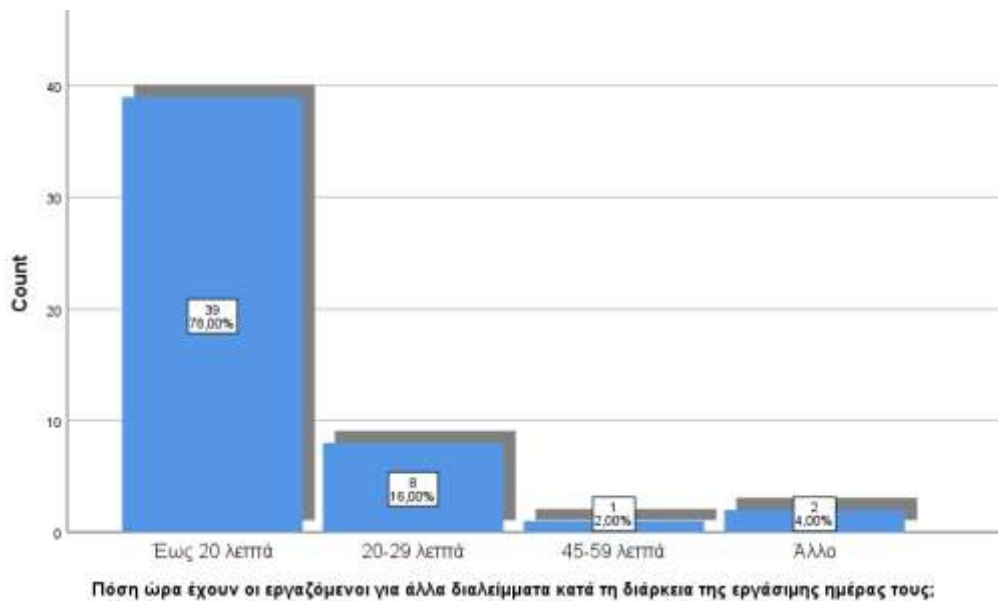
Διάγραμμα 5-12 Κατανομή απαντήσεων συμμετεχόντων στην ερώτηση «Πόσες ώρες τη μέρα μπορεί να διακόψετε την εργασία για να γευματίσετε;»

Ακόμα, 22 (44%) συμμετέχοντες υποστήριξαν ότι έχουν λιγότερο από 20 λεπτά για το μεσημεριανό τους γεύμα, 22 (44%) ανέφεραν 20-29 λεπτά, 2 (4%) απάντησαν 30-44 λεπτά, 3 (6%) απάντησαν «άλλο» και ένας (2%) συμμετέχοντες δήλωσε 45-59 λεπτά (Διάγραμμα 5-13).



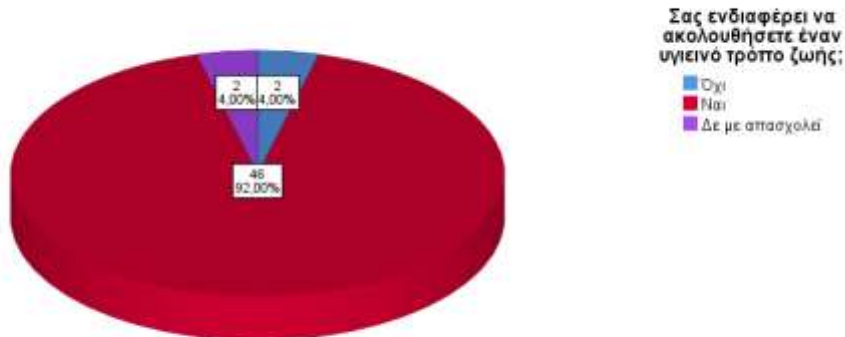
Διάγραμμα 0-13 Κατανομή απαντήσεων συμμετεχόντων στην ερώτηση «Πόση ώρα έχουν οι υπάλληλοι για μεσημεριανό;»

Όσον αφορά την ώρα που έχουν οι εργαζόμενοι για άλλα διαλείμματα κατά τη διάρκεια της εργάσιμης ημέρας τους, 39 (78%) απάντησαν έως 20 λεπτά, 8 (16%) δήλωσαν 20-29 λεπτά, 2 (4%) έδωσαν την απάντηση «άλλο» και μια (2%) συμμετέχουσα δήλωσε 45-59 λεπτά (Διάγραμμα 5-14).



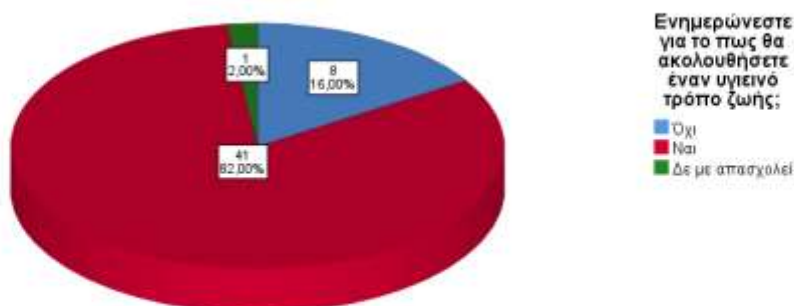
Διάγραμμα 0-14 Κατανομή απαντήσεων συμμετεχόντων στην ερώτηση «Πόση ώρα έχουν οι εργαζόμενοι για άλλα διαλείμματα κατά τη διάρκεια της εργάσιμης ημέρας τους;»

Εν συνεχεία, ερωτώντας το δείγμα της μελέτης αν τους ενδιαφέρει να ακολουθήσουν έναν υγιεινό τρόπο ζωής, 46 (92%) αποκρίθηκαν θετικά, 2 (4%) αποκρίθηκαν αρνητικά και 2 (4%) ανέφεραν ότι δεν τους απασχολεί (Διάγραμμα 5-15).



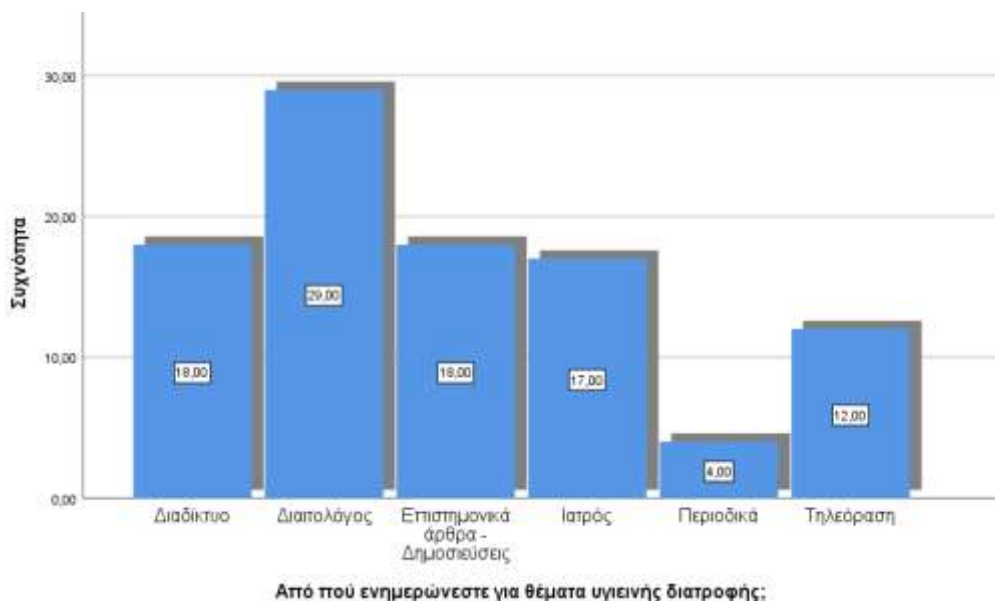
Διάγραμμα 5-15 Κατανομή απαντήσεων συμμετεχόντων στην ερώτηση «Σας ενδιαφέρει να ακολουθήσετε έναν υγιεινό τρόπο ζωής;»

Επίσης, 41 (82%) εργαζόμενοι ανέφεραν ότι ενημερώνονται για το πως θα ακολουθήσουν έναν υγιεινό τρόπο ζωής, 8 (16%) δήλωσαν ότι δεν ενημερώνονται και μια (2%) συμμετέχουσα υποστήριξε ότι δεν την απασχολεί (Διάγραμμα 5-16).



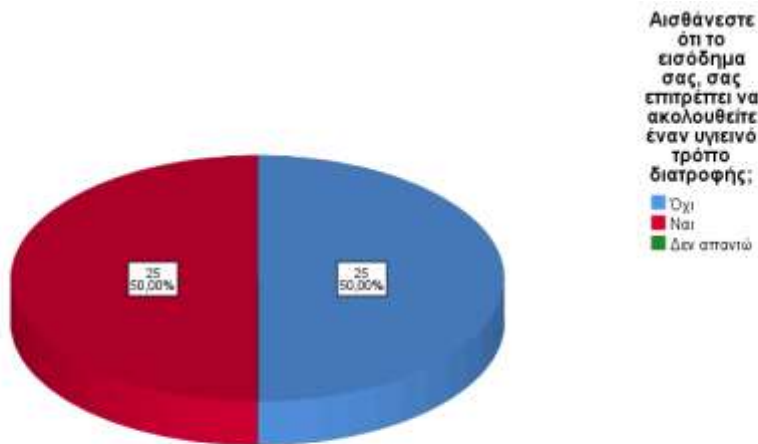
Διάγραμμα 0-16 Κατανομή απαντήσεων συμμετεχόντων στην ερώτηση «Ενημερώνεστε για το πώς θα ακολουθήσετε έναν υγιεινό τρόπο ζωής;»

Σύμφωνα με το Διάγραμμα 5-17, η πλειονότητα του δείγματος, δηλαδή 29 (58%) συμμετέχοντες, ανέφερε ότι ενημερώνεται για θέματα υγιεινής διατροφής από διαιτολόγο, 18 (36%) ανέφεραν το διαδίκτυο και 18 (36%) τα επιστημονικά άρθρα και τις δημοσιεύσεις, 17 (34%) τον ιατρό, 12 (24%) την τηλεόραση και 4 (8%) τα περιοδικά.

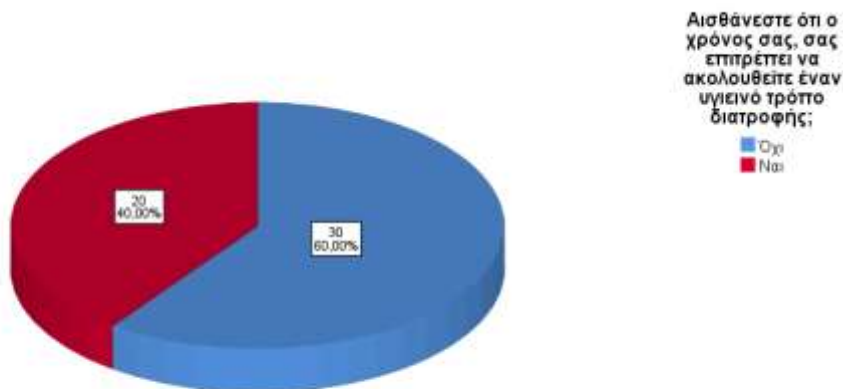


Διάγραμμα 0-17 Κατανομή απαντήσεων συμμετεχόντων στην ερώτηση «Από πού ενημερώνεστε για θέματα υγιεινής διατροφής;»

Επιπροσθέτως, ερωτώντας τους συμμετέχοντες αν αισθάνονται ότι το εισόδημα τους, τους επιτρέπει να ακολουθήσουν έναν πιο υγιεινό τρόπο διατροφής, 25 (50%) αποκρίθηκαν θετικά και 25 (50%) αποκρίθηκαν αρνητικά (Διάγραμμα 5-18). Εν τούτοις, 30 (60%) συμμετέχοντες δήλωσαν ότι ο χρόνος δεν τους επιτρέπει να ακολουθήσουν έναν υγιεινό τρόπο ζωής και 20 (40%) υποστήριξαν ότι τους το επιτρέπει (Διάγραμμα 5-19).



Διάγραμμα 5-18 Κατανομή απαντήσεων συμμετεχόντων στην ερώτηση «Αισθάνεστε ότι το εισόδημα σας σας επιτρέπει να ακολουθείτε έναν υγιεινό τρόπο διατροφής;»



Διάγραμμα 0-19 Κατανομή απαντήσεων συμμετεχόντων στην ερώτηση «Αισθάνεστε ότι ο χρόνος σας, σας επιτρέπει να ακολουθείτε έναν υγιεινό τρόπο διατροφής;»

Ακολούθως, διερευνήθηκε αν ο χώρος εργασίας των συμμετεχόντων, τους προσφέρει, παρέχει ή έχει πρόσβαση σε οποιαδήποτε από τις ακόλουθες εγκαταστάσεις. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα που αναπαρίστανται στον Πίνακα 5-3, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων απάντησε θετικά αναφορικά με τον αυτόματο πωλητή (81,6%), ενώ αρνητικά αναφορικά με το δωρεάν πόσιμο νερό (86%), το εστιατόριο υπαλλήλων (76%), το μεσημεριανό γεύμα (59,2%), τις επιλογές γευμάτων (78%), τις επιλογές λαχανικών και φρούτων (87,8%), τις προσδιορισμένες υγιεινές επιλογές γευμάτων (93,8%), τη βραδινή εξυπηρέτηση (96%), το δωρεάν, με έκπτωση ή επιδοτούμενα από τον εργοδότη υγιεινό μπαρ πρωινού (96%), τις δωρεάν, με έκπτωση ή επιδοτούμενες από τον εργοδότη επιλογές κολατσιού (94%) και την πρόσβαση σε πληροφορίες σχετικά με τη διατροφική περιεκτικότητα σε τρόφιμα και ποτά (92%).

Πίνακας 5-4 Κατανομή απαντήσεων συμμετεχόντων αναφορικά με την πρόσβαση σε οποιαδήποτε από τις ακόλουθες εγκαταστάσεις

Ο χώρος εργασίας σας προσφέρει, παρέχει ή έχει πρόσβαση σε οποιαδήποτε από τις ακόλουθες εγκαταστάσεις;	Συχνότητα (%)	
	Ναι	Όχι
Δωρεάν πόσιμο νερό	7 (14%)	43 (86%)
Εστιατόριο υπαλλήλων	12 (24%)	38 (76%)
Μεσημεριανό γεύμα	20 (40,8%)	29 (59,2%)
Επιλογές γευμάτων	11 (22%)	39 (78%)
Επιλογές λαχανικών και φρούτων	6 (12,2%)	43 (87,8%)
Προσδιορισμένες υγιεινές επιλογές γευμάτων	3 (6,3%)	45 (93,8%)

Αυτόματος πωλητής, προσβάσιμος σε όλους τους υπαλλήλους	40 (81,6%)	9 (18,4%)
Βραδινή εξυπηρέτηση	2 (4%)	48 (96%)
Δωρεάν, με έκπτωση ή επιδοτούμενα από τον εργοδότη υγιεινό μπαρ πρωινού	2 (4%)	48 (96%)
Δωρεάν, με έκπτωση ή επιδοτούμενες από τον εργοδότη επιλογές κολατσιού	3 (6%)	47 (94%)
Πρόσβαση σε πληροφορίες σχετικά με τη διατροφική περιεκτικότητα σε τρόφιμα και ποτά	4 (8%)	46 (92%)

Ακόμα, στον Πίνακα 5-4 παρουσιάζεται η κατανομή των απαντήσεων των συμμετεχόντων σε ορισμένες ερωτήσεις. Πιο συγκεκριμένα, η πλειονότητα των συμμετεχόντων ανέφερε ότι δεν «υπάρχουν καθορισμένες περιοχές για τους υπαλλήλους όταν κάνουν διαλείμματα» (82%), δεν «υπάρχουν καθορισμένες περιοχές για τους υπαλλήλους όταν τρώνε γεύματα» (71,4%), δεν «υπάρχει πρόσβαση σε πόσιμο νερό για όλους τους εργαζόμενους» (74%) και δεν «υπάρχει επιλογή υγιεινών τροφίμων και ποτών σε αίθουσες συνεδριάσεων και εκπαίδευσης» (82%). Αντιθέτως, το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος δήλωσε ότι «υπάρχει πρόσβαση σε μηχανήματα ροφημάτων ή εγκαταστάσεις για την παρασκευή των δικών τους ροφημάτων για όλους τους υπαλλήλους» (74%) και ότι «υπάρχει πρόσβαση για προσωρινά καταστήματα τροφίμων εκτός του χώρου εργασίας (π.χ. κινητές καντίνες)» (76%).

Πίνακας 5-5 Κατανομή απαντήσεων συμμετεχόντων στις αναγραφόμενες ερωτήσεις

Ερωτήσεις	Συχνότητα (%)	
	Ναι	Όχι
Υπάρχουν καθορισμένες περιοχές για τους υπαλλήλους όταν κάνουν διαλείμματα;	9 (18%)	41 (82%)
Υπάρχουν καθορισμένες περιοχές για τους υπαλλήλους όταν τρώνε γεύματα;	14 (28,6%)	35 (71,4%)
Υπάρχει πρόσβαση σε πόσιμο νερό για όλους τους εργαζόμενους;	13 (26%)	37 (74%)
Υπάρχει πρόσβαση σε μηχανήματα ροφημάτων ή εγκαταστάσεις για την παρασκευή των δικών τους ροφημάτων για όλους τους υπαλλήλους;	37 (74%)	13 (26%)
Υπάρχει επιλογή υγιεινών τροφίμων και ποτών σε αίθουσες συνεδριάσεων και εκπαίδευσης;	9 (18%)	41 (82%)
Υπάρχει πρόσβαση για προσωρινά καταστήματα τροφίμων εκτός του χώρου εργασίας(π.χ. κινητές καντίνες)	38 (76%)	12 (14%)

Επιπλέον, στον Πίνακα 5-5 παρουσιάζεται η κατανομή των απαντήσεων των συμμετεχόντων αναφορικά με την ύπαρξη των αναγραφόμενων χώρων παρασκευής και αποθήκευσης τροφίμων, για χρήση από τους εργαζομένους. Ειδικότερα, σύμφωνα με τις

απαντήσεις του δείγματος διαφαίνεται ότι υπάρχουν ψυγεία (90%), βραστήρες (86%), νεροχύτης (88%), σειρά από σκεύη, μαχαιροπίρουνα και πιατικά (72%) και κατάλληλες ρυθμίσεις για την καθαριότητα του χώρου (76%). Εν τούτοις, δεν υπάρχουν εγκαταστάσεις μαγειρέματος (71,4%) και φούρνος μικροκυμάτων (98%).

Πίνακας 5-6 Κατανομή απαντήσεων συμμετεχόντων αναφορικά με την ύπαρξη των αναγραφόμενων χώρων παρασκευής και αποθήκευσης τροφίμων, για χρήση από τους εργαζομένους

Υπάρχουν οι παρακάτω χώροι παρασκευής και αποθήκευσης τροφίμων για χρήση από τους εργαζομένους;	Συχνότητα (%)	
	Ναι	Όχι
Ψυγεία	45 (90%)	5 (10%)
Βραστήρες	43 (86%)	7 (14%)
Φούρνος μικροκυμάτων	1 (2%)	49 (98%)
Εγκαταστάσεις μαγειρέματος	14 (28,6%)	35 (71,4%)
Νεροχύτης	44 (88%)	6 (12%)
Σειρά από σκεύη, μαχαιροπίρουνα και πιατικά	36 (72%)	14 (28%)
Κατάλληλες ρυθμίσεις για την καθαριότητα του χώρου	38 (76%)	12 (24%)

Έπειτα, σύμφωνα με τα αποτελέσματα που αναπαρίστανται στον Πίνακα 5-6, η πλειονότητα του δείγματος υποστήριξε ότι δε «συνεργάζονται με τις μονάδες εστίασης για να εξετάσουν τα ποσοστά πρόσληψης, επιλογή και το κόστος των τροφίμων» (79,6%) και ότι δεν «είναι διαθέσιμη η κατάρτιση του προσωπικού τροφοδοσίας, για την υποστήριξή του στις υγιεινές επιλογές» (41,7%). Αναφορικά με το αν το «προσωπικό τροφοδοσίας επαρκώς εκπαιδευμένο στην υγιεινή των τροφίμων και υγιεινή διατροφή», το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος απάντησε «δεν ξέρω/ δεν απαντώ» (40,8%).

Πίνακας 5-7 Κατανομή απαντήσεων συμμετεχόντων αναφορικά με το εστιατόριο υπαλλήλων

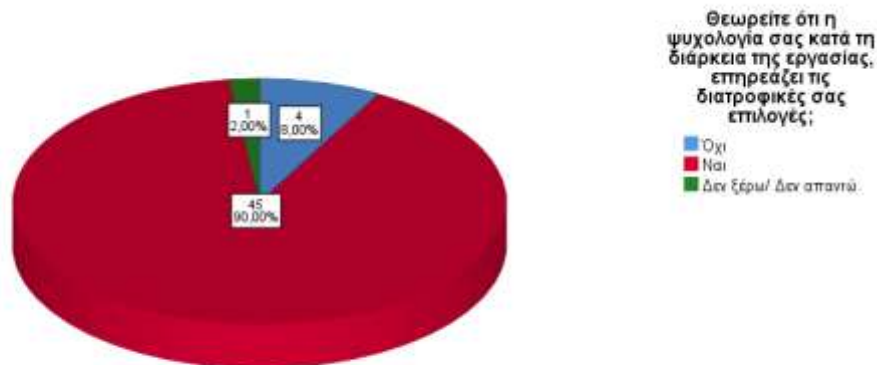
Εστιατόριο υπαλλήλων	Συχνότητα (%)		
	Ναι	Όχι	Δεν ξέρω/ Δεν απαντώ
Συνεργάζεστε με τις μονάδες εστίασης για να εξετάσετε τα ποσοστά πρόσληψης, επιλογή και το κόστος των τροφίμων;	6 (12,2%)	39 (79,6%)	4 (8,2%)
Είναι το προσωπικό τροφοδοσίας επαρκώς εκπαιδευμένο στην υγιεινή των τροφίμων και υγιεινή διατροφή;	11 (22,4%)	18 (36%)	20 (40,8%)
Είναι διαθέσιμη η κατάρτιση του προσωπικού τροφοδοσίας για την υποστήριξη του στις υγιεινές επιλογές;	9 (18,8%)	20 (41,7%)	19 (39,6%)

Ακόμα, στον Πίνακα 5-7 παρουσιάζεται η κατανομή των απαντήσεων των συμμετεχόντων αναφορικά με την ύπαρξη περιοχών ή υπηρεσιών στην τοπική κοινότητα για την υποστήριξη της υγιεινής διατροφής και γύρω από τον χώρο εργασίας τους. Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με τις απαντήσεις του δείγματος διαφαίνεται ότι υπάρχουν καταστήματα σάντουιτς (57,1%), supermarkets (59,2%) και κέντρα υγείας και φυσικής κατάστασης (65,3%). Ωστόσο, δεν υπάρχουν εμπορικά κέντρα (89,6%), οργάνωση τοπικής κοινότητας (61,2%), καταστήματα γεωργικών προϊόντων (83,7%), καταστήματα υγιεινής διατροφής (52%) και Πανεπιστήμιο ή Κολέγιο (77,6%).

Πίνακας 5-8 Κατανομή απαντήσεων συμμετεχόντων αναφορικά με την ύπαρξη περιοχών ή υπηρεσιών στην τοπική κοινότητα για την υποστήριξη της υγιεινής διατροφής και γύρω από τον χώρο εργασίας τους

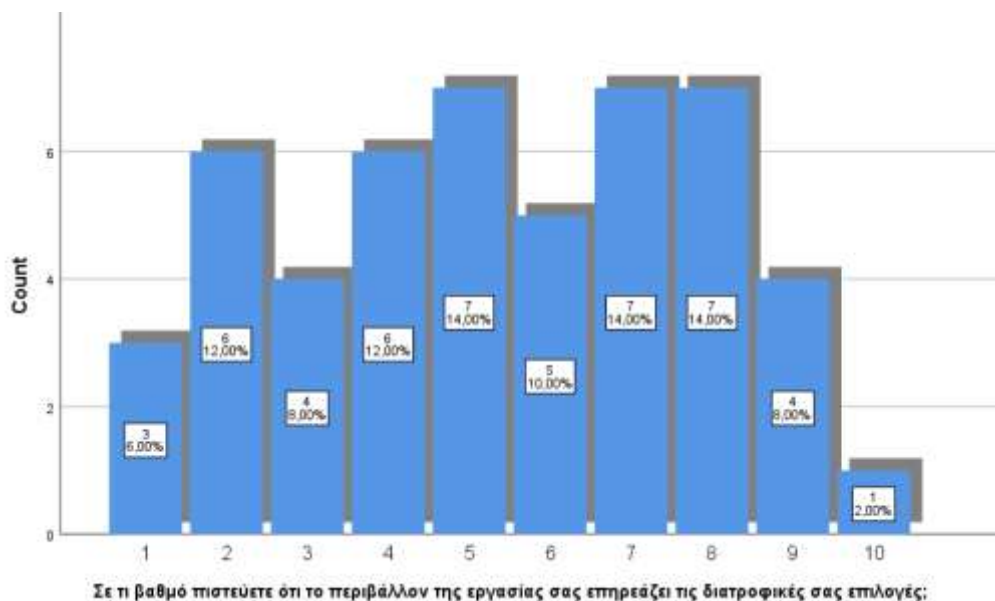
Υπάρχουν περιοχές ή υπηρεσίες στην τοπική κοινότητα για την υποστήριξη της υγιεινής διατροφής και γύρω από τον χώρο εργασίας σας;	Συχνότητα (%)		
	Ναι	Όχι	Δεν ξέρω/ Δεν απαντώ
Εμπορικά κέντρα	3 (6,3%)	43 (89,6%)	2 (4,2%)
Καταστήματα σάντουιτς	28 (57,1%)	16 (32,7%)	5 (10,2%)
Οργάνωση τοπικής κοινότητας	3 (6,1%)	30 (61,2%)	16 (32,7%)
Καταστήματα γεωργικών προϊόντων	3 (6,1%)	41 (83,7%)	5 (10,2%)
Supermarkets	29 (59,2%)	17 (34,7%)	3 (6,1%)
Καταστήματα υγιεινής διατροφής	6 (12%)	26 (52%)	18 (36%)
Κέντρα υγείας και φυσικής κατάστασης	32 (65,3%)	13 (26,5%)	4 (8,2%)
Πανεπιστήμιο ή κολέγιο	7 (14,3%)	38 (77,6%)	4 (8,2%)

Εν συνεχεία, σύμφωνα με το Διάγραμμα 5-20, η συντριπτική πλειοψηφία των συμμετεχόντων (90%) υποστήριξε ότι η ψυχολογία κατά τη διάρκεια της εργασίας, επηρεάζει τις διατροφικές τους επιλογές, ενώ 4 (8%) ανέφεραν ότι δεν τις επηρεάζει και μία (2%) συμμετέχουσα δήλωσε ότι «δεν ξέρει/δεν απαντά».



Διάγραμμα 5-20 Κατανομή απαντήσεων συμμετεχόντων στην ερώτηση «Θεωρείτε ότι η ψυχολογία σας κατά τη διάρκεια της εργασίας, επηρεάζει τις διατροφικές σας επιλογές;»

Επιπλέον, τα άτομα που έλαβαν μέρος στην παρούσα ποσοτική μελέτη κλήθηκαν να αξιολογήσουν από 1 έως 10, τον βαθμό που θεωρούν ότι το περιβάλλον εργασίας τους, επηρεάζει τις διατροφικές τους επιλογές, με το «ένα» να υποδηλώνει «καθόλου» και το 10 να υποδηλώνει «υπερβολικά πολύ». Ακόμα, η μέση τιμή της προαναφερόμενης μεταβλητής βρέθηκε να ισούται με 5,34, με τυπική απόκλιση 2,49. Έτσι, σύμφωνα με το Διάγραμμα 5-21 και τα προαναφερόμενα περιγραφικά μέτρα, μολονότι φαίνεται να υπάρχει ένας μέτριος βαθμός επιρροής, δεν είναι μικρό το ποσοστό που δήλωσε υψηλό βαθμό επιρροής από το εργασιακό περιβάλλον.



Διάγραμμα 5-21 Κατανομή απαντήσεων συμμετεχόντων στην ερώτηση «Σε τι βαθμό πιστεύετε ότι το περιβάλλον της εργασίας σας επηρεάζει τις διατροφικές σας επιλογές;»

Τέλος, οι συμμετέχοντες ερωτήθηκαν σχετικά με τα εμπόδια για την υγιεινή διατροφή στον χώρο εργασίας τους. Από τις απαντήσεις των 23 συμμετεχόντων που απάντησαν στην ερώτηση αυτή, η οποία ήταν ανοιχτού τύπου, διαπιστώθηκε ότι τα πιο συχνά αναφερόμενα εμπόδια ήταν το ωράριο εργασίας, το άγχος και η ψυχολογία, το δύσκολο εργασιακό περιβάλλον και η απαιτητική φύση της εργασίας, η ανεπαρκής αμοιβή και η μη εύκολη πρόσβαση σε υγιεινές τροφές.

5.4. Επαγωγική Στατιστική

Στη συνέχεια, κρίθηκε σκόπιμο να ανευρεθούν πιθανές συσχετίσεις του ΔΜΣ με διάφορες διατροφικές και μη συνήθειες των συμμετεχόντων, με σκοπό να διαφανούν οι παράγοντες που συνδράμουν στην αύξηση της τιμής του ΔΜΣ. Έτσι, προκειμένου να διερευνηθεί η σχέση ποιοτικών μεταβλητών, εφαρμόστηκε έλεγχος ανεξαρτησίας χ^2 , όταν οι προϋποθέσεις εφαρμογής του πληρούνταν, ενώ όταν δεν πληρούνταν,

πραγματοποιήθηκε προσομοίωση του ελέγχου χ^2 , μέσω της μεθόδου Monte Carlo. Να σημειωθεί ότι ως επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε το 5%.

Αρχικά, στον Πίνακα 5-8 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα για τη διερεύνηση της σχέσης του ΔΜΣ με το πλήθος των ημερήσιων γευμάτων, όπου διαπιστώθηκε ότι οι μεταβλητές συσχετίζονται (**p=0,002**). Από τα αποτελέσματα του πίνακα φαίνεται ότι οι παχύσαρκοι συμμετέχοντες λάμβαναν λιγότερα γεύματα από αυτά που λάμβαναν οι υπέρβαροι και οι συμμετέχοντες με φυσιολογικό βάρος.

Ωστόσο, διερευνώντας τη σχέση του ΔΜΣ με την κατανάλωση τροφίμων σε μία ημέρα, με την κατανάλωση πρωινού γεύματος και με το πρόγραμμα εργασίας των συμμετεχόντων, δεν ανευρέθηκε καμία στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των μεταβλητών ($p>0,05$) (Πίνακες 5-9, 5-10, 5-11). Συνεπώς, οι προαναφερόμενες μεταβλητές και ο ΔΜΣ αποτελούν ανεξάρτητες μεταβλητές.

Πίνακας 5-9 Διερεύνηση της σχέσης του ΔΜΣ με την ερώτηση «Πόσα γεύματα παίρνετε την ημέρα;»

	Πόσα γεύματα παίρνετε την ημέρα;						Σύνολο	χ^2 (df)	p
	2	3	4	5	6	>6			
Κατηγορίες ΔΜΣ	Φυσιολογικό	2	0	2	8	2	0	14	0,002*
	βάρους	14,3%	0,0%	14,3%	57,1%	14,3%	0,0%	100,0%	
Υπέρβαρος/η	6	2	9	5	3	0	25		
	24,0%	8,0%	36,0%	20,0%	12,0%	0,0%	100,0%		
Παχύσαρκος/η	3	4	1	1	0	2	11		
	27,3%	36,4%	9,1%	9,1%	0,0%	18,2%	100,0%		
Σύνολο	11	6	12	14	5	2	50		
	22,0%	12,0%	24,0%	28,0%	10,0%	4,0%	100,0%		

*Monte Carlo

Πίνακας 5-10 Διερεύνηση της σχέσης του ΔΜΣ με την ερώτηση «Πόσα φρούτα καταναλώνετε σε μια τυπική μέρα εργασίας;»

		Πόσα φρούτα καταναλώνετε σε μια τυπική μέρα εργασίας;				Σύνολο	χ^2 (df)	p
		0-1	2-3	4-5	Άλλο			
Κατηγορίες ΔΜΣ	Φυσιολογικό βάρος	5 35,7%	5 35,7%	4 28,6%	0 0,0%	14 100,0%	10,95 (6)	0,068*
	Υπέρβαρος/η	15 60,0%	8 32,0%	2 8,0%	0 0,0%	25 100,0%		
	Παχύσαρκος/η	4 36,4%	6 54,5%	0 0,0%	1 9,1%	11 100,0%		
	Σύνολο	24 48,0%	19 38,0%	6 12,0%	1 2,0%	50 100,0%		

*Monte Carlo

Πίνακας 5-11 Διερεύνηση της σχέσης του ΔΜΣ με την ερώτηση «Παίρνετε πρωινό;»

		Παίρνετε πρωινό;			Σύνολο	χ^2 (df)	p
		Όχι	Ναι	Μερικές φορές			
Κατηγορίες ΔΜΣ	Φυσιολογικό βάρος	3 21,4%	8 57,1%	3 21,4%	14 100,0%	2,22 (4)	0,726*
	Υπέρβαρος/η	7 28,0%	9 36,0%	9 36,0%	25 100,0%		
	Παχύσαρκος/η	4 36,4%	4 36,4%	3 27,3%	11 100,0%		
	Σύνολο	14 28,0%	21 42,0%	15 30,0%	50 100,0%		

*Monte Carlo

Πίνακας 5-12 Διερεύνηση συσχέτισης του ΔΜΣ με την ερώτηση «Ποιο είναι το πρόγραμμα εργασίας σας;»

		Ποιο είναι το πρόγραμμα εργασίας σας;			Σύνολο	χ^2 (df)	p
		Ημερήσια εργασία	Καθήκοντα νυχτερινής βάρδιας	Άλλο			
Κατηγορίες ΔΜΣ	Φυσιολογικό βάρος	11 78,6%	3 21,4%	0 0,0%	14 100,0%	6,28 (4)	0,180*
	Υπέρβαρος/η	12 48,0%	11 44,0%	2 8,0%	25 100,0%		
	Παχύσαρκος/η	9 81,8%	2 18,2%	0 0,0%	11 100,0%		
	Σύνολο	32 64,0%	16 32,0%	2 4,0%	50 100,0%		

*Monte Carlo

Ακόμα, εξετάστηκε αν η συχνότητα κατανάλωση ορισμένων τροφίμων στον χώρο εργασίας, σχετίζεται με τον ΔΜΣ. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα των Πινάκων 5-12 – 5-20, ο ΔΜΣ φαίνεται να σχετίζεται με τη συχνότητα που καταναλώνονται η σαλάτα ($p=0,011$), τα αναψυκτικά ($p=0,017$), τα πατατάκια ($p=0,03$), και ο χυμός-τα φρούτα ($p=0,06$). Πιο συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες που ήταν παχύσαρκοι φαίνεται να καταναλώνουν πιο συχνά πατατάκια και λιγότερο συχνά σαλάτα και χυμό-φρούτα, σε σχέση με τους συμμετέχοντες που είχαν φυσιολογικό βάρος και με εκείνους που ήταν υπέρβαροι. Αντιθέτως, οι συμμετέχοντες που είχαν φυσιολογικό βάρος, καταναλώναν πιο συχνά αναψυκτικά σε σχέση με τους λοιπούς συμμετέχοντες.

Πίνακας 5-13 Διερεύνηση συσχέτισης του ΔΜΣ με την ερώτηση «Πόσο συχνά καταναλώνετε μαγειρεμένο φαγητό στον χώρο εργασίας σας;»

Κατηγορίες ΔΜΣ	Φυσιολογικό βάρος	Μαγειρεμένο φαγητό						Σύνολο	χ^2 (df)	p
		Καθημερινά	3-4 φορές την εβδομάδα	1-2 φορές την εβδομάδα	2-3 φορές τον μήνα	1 φορά τον μήνα ή	Καθόλου			
Φυσιολογικό βάρος		7	2	1	1	2	1	14		
		50,0%	14,3%	7,1%	7,1%	14,3%	7,1%	100,0%		
Υπέρβαρος/η		5	6	5	0	0	8	24		
		20,8%	25,0%	20,8%	0,0%	0,0%	33,3%	100,0%	17,04	
Παχύσαρκος/η		4	2	4	0	1	0	11	(10)	0,059*
		36,4%	18,2%	36,4%	0,0%	9,1%	0,0%	100,0%		
Σύνολο		16	10	10	1	3	9	49		
		32,7%	20,4%	20,4%	2,0%	6,1%	18,4%	100,0%		

*Monte Carlo

Πίνακας 5-14 Διερεύνηση συσχέτισης του ΔΜΣ με την ερώτηση «Πόσο συχνά καταναλώνετε σαλάτα στον χώρο εργασίας σας;»

Κατηγορίες ΔΜΣ	Φυσιολογικό βάρος	Σαλάτα						Σύνολο	χ^2 (df)	p
		Καθημερινά	3-4 φορές την εβδομάδα	1-2 φορές την εβδομάδα	2-3 φορές τον μήνα	1 φορά τον μήνα ή	Καθόλου			
Φυσιολογικό βάρος		0	5	5	1	1	2	14		
		0,0%	35,7%	35,7%	7,1%	7,1%	14,3%	100,0%		
Υπέρβαρος/η		0	3	4	3	4	9	23		
		0,0%	13,0%	17,4%	13,0%	17,4%	39,1%	100,0%	17,06	
Παχύσαρκος/η		3	0	1	1	2	2	9	(10)	0,011*
		33,3%	0,0%	11,1%	11,1%	22,2%	22,2%	100,0%		
Σύνολο		3	8	10	5	7	13	46		
		6,5%	17,4%	21,7%	10,9%	15,2%	28,3%	100,0%		

*Monte Carlo

Πίνακας 5-15 Διερεύνηση συσχέτισης του ΔΜΣ με την ερώτηση «Πόσο συχνά καταναλώνετε τσντ - σάντουιτς στον χώρο εργασίας σας;»

		Τσντ -Σάντουιτς						Σύνολο	χ^2 (df)	p
		Καθημερινά	3-4 φορές την εβδομάδα	1-2 φορές την εβδομάδα	2-3 φορές τον μήνα	1 φορά τον μήνα ή	Καθόλου			
Κατηγορίες ΔΜΣ	Φυσιολογικό βάρος	4	3	3	3	0	1	14	12,44 (10)	0,26*
		28,6%	21,4%	21,4%	21,4%	0,0%	7,1%	100,0%		
	Υπέρβαρος/η	11	9	4	0	1	0	25		
		44,0%	36,0%	16,0%	0,0%	4,0%	0,0%	100,0%		
	Παχύσαρκος/η	4	3	2	0	1	1	11		
	36,4%	27,3%	18,2%	0,0%	9,1%	9,1%	100,0%			
Σύνολο		19	15	9	3	2	2	50		
		38,0%	30,0%	18,0%	6,0%	4,0%	4,0%	100,0%		

*Monte Carlo

Πίνακας 5-16 Διερεύνηση συσχέτισης του ΔΜΣ με την ερώτηση «Πόσο συχνά καταναλώνετε τυρόπιτα (σφολιάτες) στον χώρο εργασίας σας;»

		Τυρόπιτα (Σφολιάτες)						Σύνολο	χ^2 (df)	p
		Καθημερινά	3-4 φορές την εβδομάδα	1-2 φορές την εβδομάδα	2-3 φορές τον μήνα	1 φορά τον μήνα ή	Καθόλου			
Κατηγορίες ΔΜΣ	Φυσιολογικό βάρος	0	0	1	7	3	3	14	14,89 (10)	0,118*
		0,0%	0,0%	7,1%	50,0%	21,4%	21,4%	100,0%		
	Υπέρβαρος/η	1	3	8	3	4	5	24		
		4,2%	12,5%	33,3%	12,5%	16,7%	20,8%	100,0%		
	Παχύσαρκος/η	0	0	6	2	2	1	11		
	0,0%	0,0%	54,5%	18,2%	18,2%	9,1%	100,0%			
Σύνολο		1	3	15	12	9	9	49		
		2,0%	6,1%	30,6%	24,5%	18,4%	18,4%	100,0%		

*Monte Carlo

Πίνακας 5-17 Διερεύνηση συσχέτισης του ΔΜΣ με την ερώτηση «Πόσο συχνά καταναλώνετε γλυκό στον χώρο εργασίας σας;»

Κατηγορίες ΔΜΣ		Γλυκό						Σύνολο	χ^2 (df)	p
		Καθημερινά	3-4 φορές την εβδομάδα	1-2 φορές την εβδομάδα	2-3 φορές τον μήνα	1 φορά τον μήνα ή	Καθόλου			
Κατηγορίες ΔΜΣ	Φυσιολογικό βάρος	2 14,3%	5 35,7%	5 35,7%	1 7,1%	1 7,1%	0 0,0%	14 100,0%	13,01 (10)	0,227*
	Υπέρβαρος/η	5 20,8%	10 41,7%	3 12,5%	2 8,3%	1 4,2%	3 12,5%	24 100,0%		
	Παχύσαρκος/η	3 27,3%	1 9,1%	1 9,1%	2 18,2%	3 27,3%	1 9,1%	11 100,0%		
Σύνολο		10 20,4%	16 32,7%	9 18,4%	5 10,2%	5 10,2%	4 8,2%	49 100,0%		

*Monte Carlo

Πίνακας 5-18 Διερεύνηση συσχέτισης του ΔΜΣ με την ερώτηση «Πόσο συχνά καταναλώνετε αναψυκτικό στον χώρο εργασίας σας;»

Κατηγορίες ΔΜΣ		Αναψυκτικό						Σύνολο	χ^2 (df)	p
		Καθημερινά	3-4 φορές την εβδομάδα	1-2 φορές την εβδομάδα	2-3 φορές τον μήνα	1 φορά τον μήνα ή	Καθόλου			
Κατηγορίες ΔΜΣ	Φυσιολογικό βάρος	2 14,3%	0 0,0%	2 14,3%	0 0,0%	10 71,4%	14 100,0%	2 14,3%	16,86 (8)	0,017*
	Υπέρβαρος/η	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	3 12,5%	21 87,5%	24 100,0%	0 0,0%		
	Παχύσαρκος/η	0 0,0%	1 10,0%	0 0,0%	0 0,0%	9 90,0%	10 100,0%	0 0,0%		
Σύνολο		2 4,2%	-	1 2,1%	2 4,2%	3 6,3%	40 83,3%	48 100%		

*Monte Carlo

Πίνακας 5-19 Διερεύνηση συσχέτισης του ΔΜΣ με την ερώτηση «Πόσο συχνά καταναλώνετε πατατάκια στον χώρο εργασίας σας;»

		Πατατάκια κ.λπ.						Σύνολο	χ^2 (df)	p
		Καθημερινά	3-4 φορές την εβδομάδα	1-2 φορές την εβδομάδα	2-3 φορές τον μήνα	1 φορά τον μήνα ή λιγότερο συχνά	Καθόλου			
Κατηγορίες ΔΜΣ	Φυσιολογικό βάρος	2 15,4%	0 0,0%	0 0,0%	1 7,7%	10 76,9%	13 100,0%	2 15,4%	13,67 (8)	0,03*
	Υπέρβαρος/η	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	24 100,0%	24 100,0%	0 0,0%		
	Παχύσαρκος/η	1 9,1%	1 9,1%	1 9,1%	0 0,0%	8 72,7%	11 100,0%	1 9,1%		
	Σύνολο	-	3 6,3%	1 2,1%	1 2,1%	1 2,1%	42 87,5%	48 100,0%		

*Monte Carlo

Πίνακας 5-20 Διερεύνηση συσχέτισης του ΔΜΣ με την ερώτηση «Πόσο συχνά καταναλώνετε χυμό-φρούτα στον χώρο εργασίας σας;»

		Χυμό - Φρούτα						Σύνολο	χ^2 (df)	p
		Καθημερινά	3-4 φορές την εβδομάδα	1-2 φορές την εβδομάδα	2-3 φορές τον μήνα	1 φορά τον μήνα ή λιγότερο συχνά	Καθόλου			
Κατηγορίες ΔΜΣ	Φυσιολογικό βάρος	6 42,9%	2 14,3%	1 7,1%	3 21,4%	1 7,1%	1 7,1%	14 100,0%	24,01 (10)	0,006 *
	Υπέρβαρος/η	0 0,0%	4 16,0%	11 44,0%	3 12,0%	4 16,0%	3 12,0%	25 100,0%		
	Παχύσαρκος/η	1 9,1%	4 36,4%	1 9,1%	3 27,3%	0 0,0%	2 18,2%	11 100,0%		
	Σύνολο	7 14,0%	10 20,0%	13 26,0%	9 18,0%	5 10,0%	6 12,0%	50 100,0%		

*Monte Carlo

Πίνακας 5-21 Διερεύνηση συσχέτισης του ΔΜΣ με την ερώτηση «Πόσο συχνά καταναλώνετε μπάρα δημητριακών στον χώρο εργασίας σας;»

Κατηγορίες ΔΜΣ	Μπάρα δημητριακών						Σύνολο	χ^2 (df)	p
	Καθημερινά	3-4 φορές την εβδομάδα	1-2 φορές την εβδομάδα	2-3 φορές τον μήνα	1 φορά τον μήνα ή	Καθόλου			
Φυσιολογικό βάρος	0 0,0%	2 15,4%	2 15,4%	3 23,1%	0 0,0%	6 46,2%	13 100,0%	13,29 (8)	0,192*
Υπέρβαρος/η	0 0,0%	2 8,3%	2 8,3%	1 4,2%	4 16,7%	15 62,5%	24 100,0%		
Παχύσαρκος/η	1 9,1%	1 9,1%	0 0,0%	0 0,0%	1 9,1%	8 72,7%	11 100,0%		
Σύνολο	1 2,1%	5 10,4%	4 8,3%	4 8,3%	5 10,4%	29 60,4%	48 100,0%		

*Monte Carlo

Ακολούθως, διερευνήθηκε η σχέση του ΔΜΣ με την προέλευση των τροφίμων που καταναλώνονται στον χώρο εργασίας. Από τα αποτελέσματα που παρουσιάζονται στους Πίνακες 5-21 - 5-26, η μοναδική στατιστικά σημαντική σχέση που παρατηρήθηκε αφορούσε τον ΔΜΣ και την κατανάλωση τροφίμων που προέρχονται από το σπίτι ($p=0,029$) και από την καφετέρια ($p=0,036$). Αναλυτικότερα, σύμφωνα με τα αποτελέσματα που αναπαρίστανται στον Πίνακα 5-21, σχεδόν όλοι συμμετέχοντες που είχαν φυσιολογικό βάρος, καταλάωναν τρόφιμα που προέρχονταν από το σπίτι. Αντιθέτως, μεγάλο ποσοστό των ατόμων που ήταν είτε υπέρβαροι, είτε παχύσαρκοι, δεν καταλάωναν στον χώρο εργασίας τους τρόφιμα που προέρχονταν από το σπίτι. Αναφορικά με την κατανάλωση τροφίμων από την καφετέρια, αυτή ήταν συχνότερη στα υπέρβαρα άτομα (Πίνακας 5-26).

Πίνακας 5-22 Διερεύνηση συσχέτισης του ΔΜΣ με την κατανάλωση τροφίμων στον χώρο εργασίας που προέρχονται από το σπίτι

		Σπίτι		Σύνολο	χ^2 (df)	p
		Όχι	Ναι			
Κατηγορίες ΔΜΣ	Φυσιολογικό	1	13	14	7,05 (2)	0,029
	βάρος	7,1%	92,9%	100,0%		
	Υπέρβαρος/η	12	13	25		
		48,0%	52,0%	100,0%		
	Παχύσαρκος/η	5	6	11		
		45,5%	54,5%	100,0%		
Σύνολο		18	32	50		
		36,0%	64,0%	100,0%		

Πίνακας 5-23 Διερεύνηση συσχέτισης του ΔΜΣ με την κατανάλωση τροφίμων στον χώρο εργασίας που προέρχονται από το εστιατόριο

		Εστιατόριο		Σύνολο	χ^2 (df)	p
		Όχι	Ναι			
Κατηγορίες ΔΜΣ	Φυσιολογικό	8	6	14	4,77 (2)	0,089*
	βάρος	57,1%	42,9%	100,0%		
	Υπέρβαρος/η	22	3	25		
		88,0%	12,0%	100,0%		
	Παχύσαρκος/η	8	3	11		
		72,7%	27,3%	100,0%		
Σύνολο		38	12	50		
		76,0%	24,0%	100,0%		

*Monte Carlo

Πίνακας 5-24 Διερεύνηση συσχέτισης του ΔΜΣ με την κατανάλωση τροφίμων στον χώρο εργασίας που προέρχονται από τον φούρνο

		Φούρνος		Σύνολο	χ^2 (df)	p
		Όχι	Ναι			
Κατηγορίες ΔΜΣ	Φυσιολογικό βάρος	6 42,9%	8 57,1%	14 100,0%	4,69 (2)	0,123*
	Υπέρβαρος/η	4 16,0%	21 84,0%	25 100,0%		
	Παχύσαρκος/η	5 45,5%	6 54,5%	11 100,0%		
	Σύνολο	15 30,0%	35 70,0%	50 100,0%		

*Monte Carlo

Πίνακας 5-25 Διερεύνηση συσχέτισης του ΔΜΣ με την κατανάλωση τροφίμων στον χώρο εργασίας που προέρχονται από το ταχυφαγείο

		Ταχυφαγείο		Σύνολο	χ^2 (df)	p
		Όχι	Ναι			
Κατηγορίες ΔΜΣ	Φυσιολογικό βάρος	13 92,9%	1 7,1%	14 100,0%	0,78 (2)	0,739
	Υπέρβαρος/η	21 84,0%	4 16,0%	25 100,0%		
	Παχύσαρκος/η	10 90,9%	1 9,1%	11 100,0%		
	Σύνολο	44 88,0%	6 12,0%	50 100,0%		

Πίνακας 5-26 Διερεύνηση συσχέτισης του ΔΜΣ με την κατανάλωση τροφίμων στον χώρο εργασίας που προέρχονται από το περίπτερο

		Περίπτερο		Σύνολο	χ^2 (df)	p
		Όχι	Ναι			
Κατηγορίες ΔΜΣ	Φυσιολογικό βάρος	13 92,9%	1 7,1%	14 100,0%	0,79 (2)	0,755
	Υπέρβαρος/η	21 84,0%	4 16,0%	25 100,0%		
	Παχύσαρκος/η	9 81,8%	2 18,2%	11 100,0%		
	Σύνολο	43 86,0%	7 14,0%	50 100,0%		

Πίνακας 5-27 Διερεύνηση συσχέτισης του ΔΜΣ με την κατανάλωση τροφίμων στον χώρο εργασίας που προέρχονται από την καφετέρια

		Καφετέρια		Σύνολο	χ^2 (df)	p
		Όχι	Ναι			
Κατηγορίες ΔΜΣ	Φυσιολογικό βάρος	8 57,1%	6 42,9%	14 100,0%	6,63 (2)	0,036
	Υπέρβαρος/η	9 36,0%	16 64,0%	25 100,0%		
	Παχύσαρκος/η	9 81,8%	2 18,2%	11 100,0%		
	Σύνολο	26 52,0%	24 48,0%	50 100,0%		

Επιπλέον, στον Πίνακα 5-27 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του ελέγχου για τη διερεύνηση της σχέσης του ΔΜΣ με την ερώτηση «Πόσες ώρες εργάζεστε την ημέρα κατά μέσο όρο;». Βάσει των αποτελεσμάτων, οι μεταβλητές φαίνεται να είναι ανεξάρτητες, καθώς $p=0,195 > 0,05$.

Πίνακας 5-28 Διερεύνηση συσχέτισης του ΔΜΣ με την ερώτηση «Πόσες ώρες εργάζεστε την ημέρα κατά μέσο όρο;»

Κατηγορίες ΔΜΣ		Πόσες ώρες εργάζεστε την ημέρα κατά μέσο όρο;				Σύνολο	χ^2 (df)	p
		6 ώρες	7 ώρες	8 ώρες	>8 ώρες			
		Φυσιολογικό βάρος	0 0,0%	3 21,4%	7 50,0%			
Υπέρβαρος/η	1 4,0%	2 8,0%	16 64,0%	6 24,0%	25 100,0%			
Παχύσαρκος/η	0 0,0%	5 45,5%	3 27,3%	3 27,3%	11 100,0%			
Σύνολο		1 2,0%	10 20,0%	26 52,0%	13 26,0%	50 100,0%		

*Monte Carlo

Εν συνεχεία, διερευνήθηκε αν ποικίλοι παράγοντες που επηρεάζουν την επιλογή των τροφίμων που καταναλώνονται στον χώρο εργασίας, σχετίζονται με τον ΔΜΣ των συμμετεχόντων. Από τα αποτελέσματα που παρουσιάζονται στους Πίνακες 5-28 – 5-35, συμπεραίνεται ότι το κόστος των τροφίμων ($p=0,01$) και οι ψυχολογικοί παράγοντες ($p=0,011$) συσχετίζονται με τον ΔΜΣ των ατόμων που έλαβαν μέρος στην έρευνα. Πιο συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες που ήταν υπέρβαροι φαίνεται να αναφέρουν σε μεγαλύτερο βαθμό ότι το κόστος των τροφίμων και οι ψυχολογικοί παράγοντες αποτελούν παράγοντες που επηρεάζουν την επιλογή των τροφίμων που καταναλώνονται στον χώρο εργασίας τους.

Πίνακας 5-29 Διερεύνηση συσχέτισης του ΔΜΣ με την ερώτηση «Ο χρόνος μετακίνησης επηρεάζει την επιλογή των τροφίμων που καταναλώνετε στον χώρο εργασίας σας;»

		<u>Χρόνος μετακίνησης</u>		Σύνολο	χ^2 (df)	p
		Όχι	Ναι			
Κατηγορίες ΔΜΣ	Φυσιολογικό βάρος	13 92,9%	1 7,1%	14 100,0%	1,86 (2)	0,460*
	Υπέρβαρος/η	21 84,0%	4 16,0%	25 100,0%		
	Παχύσαρκος/η	8 72,7%	3 27,3%	11 100,0%		
	Σύνολο	42 84,0%	8 16,0%	50 100,0%		

*Monte Carlo

Πίνακας 5-30 Διερεύνηση συσχέτισης του ΔΜΣ με την ερώτηση «Ο τόπος μετακίνησης επηρεάζει την επιλογή των τροφίμων που καταναλώνετε στον χώρο εργασίας σας;»

		<u>Τόπος μετακίνησης</u>		Σύνολο	χ^2 (df)	p
		Όχι	Ναι			
Κατηγορίες ΔΜΣ	Φυσιολογικό βάρος	14 100,0%	0 0,0%	14 100,0%	1,02 (2)	0,999*
	Υπέρβαρος/η	24 96,0%	1 4,0%	25 100,0%		
	Παχύσαρκος/η	11 100,0%	0 0,0%	11 100,0%		
	Σύνολο	49 98,0%	1 2,0%	50 100,0%		

*Monte Carlo

Πίνακας 5-31 Διερεύνηση συσχέτισης του ΔΜΣ με την ερώτηση «Το ωράριο εργασίας επηρεάζει την επιλογή των τροφίμων που καταναλώνετε στον χώρο εργασίας σας;»

		<u>Ωράριο εργασίας</u>		Σύνολο	χ^2 (df)	p
		Όχι	Ναι			
Κατηγορίες ΔΜΣ	Φυσιολογικό βάρος	5 35,7%	9 64,3%	14 100,0%	0,6 (2)	0,747*
	Υπέρβαρος/η	8 32,0%	17 68,0%	25 100,0%		
	Παχύσαρκος/η	5 45,5%	6 54,5%	11 100,0%		
	Σύνολο	18 36,0%	32 64,0%	50 100,0%		

*Monte Carlo

Πίνακας 5-32 Διερεύνηση συσχέτισης του ΔΜΣ με την ερώτηση «Το κόστος των τροφίμων επηρεάζει την επιλογή των τροφίμων που καταναλώνετε στον χώρο εργασίας σας;»

		<u>Κόστος τροφίμων</u>		Σύνολο	χ^2 (df)	p
		Όχι	Ναι			
Κατηγορίες ΔΜΣ	Φυσιολογικό βάρος	13 92,9%	1 7,1%	14 100,0%	9,54 (2)	0,01*
	Υπέρβαρος/η	12 48,0%	13 52,0%	25 100,0%		
	Παχύσαρκος/η	9 81,8%	2 18,2%	11 100,0%		
	Σύνολο	34 68,0%	16 32,0%	50 100,0%		

*Monte Carlo

Πίνακας 5-33 Διερεύνηση συσχέτισης του ΔΜΣ με την ερώτηση «Η θρεπτική αξία των τροφίμων επηρεάζει την επιλογή των τροφίμων που καταναλώνετε στον χώρο εργασίας σας;»

		Θρεπτική αξία τροφίμων		Σύνολο	χ^2 (df)	p
		Όχι	Ναι			
Κατηγορίες ΔΜΣ	Φυσιολογικό βάρος	11 78,6%	3 21,4%	14 100,0%	4,32 (2)	0,115*
	Υπέρβαρος/η	23 92,0%	2 8,0%	25 100,0%		
	Παχύσαρκος/η	7 63,6%	4 36,4%	11 100,0%		
Σύνολο		41 82,0%	9 18,0%	50 100,0%		

*Monte Carlo

Πίνακας 5-34 Διερεύνηση συσχέτισης του ΔΜΣ με την ερώτηση «Οι συνάδελφοι επηρεάζουν την επιλογή των τροφίμων που καταναλώνετε στον χώρο εργασίας σας;»

		Συνάδελφοι		Σύνολο	χ^2 (df)	p
		Όχι	Ναι			
Κατηγορίες ΔΜΣ	Φυσιολογικό βάρος	9 64,3%	5 35,7%	14 100,0%	0,86 (2)	0,726*
	Υπέρβαρος/η	19 76,0%	6 24,0%	25 100,0%		
	Παχύσαρκος/η	7 63,6%	4 36,4%	11 100,0%		
Σύνολο		35 70,0%	15 30,0%	50 100,0%		

*Monte Carlo

Πίνακας 5-35 Διερεύνηση συσχέτισης του ΔΜΣ με την ερώτηση «Οι ψυχολογικοί παράγοντες επηρεάζουν την επιλογή των τροφίμων που καταναλώνετε στον χώρο εργασίας σας;»

		Ψυχολογικοί παράγοντες		Σύνολο	χ^2 (df)	p
		Όχι	Ναι			
Κατηγορίες ΔΜΣ	Φυσιολογικό βάρος	3 21,4%	11 78,6%	14 100,0%	9,12 (2)	0,011*
	Υπέρβαρος/η	11 44,0%	14 56,0%	25 100,0%		
	Παχύσαρκος/η	9 81,8%	2 18,2%	11 100,0%		
Σύνολο		23 46,0%	27 54,0%	50 100,0%		

*Monte Carlo

Πίνακας 5-36 Διερεύνηση συσχέτισης του ΔΜΣ με την ερώτηση «Η ευκολία αγοράς τροφίμων επηρεάζει την επιλογή των τροφίμων που καταναλώνετε στον χώρο εργασίας σας;»

		Ευκολία αγοράς τροφίμων		Σύνολο	χ^2 (df)	p
		Όχι	Ναι			
Κατηγορίες ΔΜΣ	Φυσιολογικό βάρος	10 71,4%	4 28,6%	14 100,0%	4,51 (2)	0,107*
	Υπέρβαρος/η	17 68,0%	8 32,0%	25 100,0%		
	Παχύσαρκος/η	11 100,0%	0 0,0%	11 100,0%		
Σύνολο		38 76,0%	12 24,0%	50 100,0%		

*Monte Carlo

Έπειτα, κρίθηκε σκόπιμο να εξεταστεί αν η παρουσία ειδικού χώρου για να γευματίζουν και η ύπαρξη εστιατορίου στον χώρο εργασίας σχετίζονται με τον ΔΜΣ των συμμετεχόντων. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα που αναπαρίστανται στους Πίνακες 5-36, 5-37 η παρουσία ειδικού χώρου για το γεύμα σχετίζεται σημαντικά με τον ΔΜΣ ($p=0,011$), με τους υπέρβαρους και τους παχύσαρκους συμμετέχοντες να αναφέρουν περισσότερο ότι δεν υπάρχει ο χώρος αυτός. Αντιθέτως, αναφορικά με τον ΔΜΣ και την ύπαρξη εστιατορίου στον χώρο εργασίας, η σχέση τους βρέθηκε να είναι οριακά μη στατιστικά σημαντική ($p=0,067$). Στο σημείο αυτό, αξίζει να σημειωθεί ότι, λόγω του γεγονότος ότι μόνο στους ιατρούς και στους διαιτολόγους παρέχεται γεύμα και η δυνατότητα να γευματίσουν στο εστιατόριο κατά τη διάρκεια της εργασίας τους, οι σχέσεις αυτές χρήζουν περαιτέρω διερεύνησης προκειμένου να αποφανθεί αν όντως οι προαναφερόμενες μεταβλητές σχετίζονται με τον ΔΜΣ.

Πίνακας 5-37 Διερεύνηση συσχέτισης του ΔΜΣ με την ερώτηση «Υπάρχει ειδικός χώρος για να γευματίζετε στον χώρο της κουζίνας;»

		Υπάρχει ειδικός χώρος για να γευματίζετε στον χώρο της κουζίνας;		Σύνολο	χ^2 (df)	p
		Όχι	Ναι			
Κατηγορίες ΔΜΣ	Φυσιολογικό βάρος	6 42,9%	8 57,1%	14 100,0%	8,98 (2)	0,011*
	Υπέρβαρος/η	22 88,0%	3 12,0%	25 100,0%		
	Παχύσαρκος/η	7 63,6%	4 36,4%	11 100,0%		
	Σύνολο	35 70,0%	15 30,0%	50 100,0%		

*Monte Carlo

Πίνακας 5-38 Διερεύνηση συσχέτισης του ΔΜΣ με την ερώτηση «Υπάρχει εστιατόριο στον χώρο εργασίας σας;»

		Υπάρχει εστιατόριο στον χώρο εργασίας σας;		Σύνολο	χ^2 (df)	p
		Όχι	Ναι			
Κατηγορίες ΔΜΣ	Φυσιολογικό βάρος	6 42,9%	8 57,1%	14 100,0%	5,84 (2)	0,067*
	Υπέρβαρος/η	20 80,0%	5 20,0%	25 100,0%		
	Παχύσαρκος/η	8 72,7%	3 27,3%	11 100,0%		
	Σύνολο	34 68,0%	16 32,0%	50 100,0%		

*Monte Carlo

Επίσης, εξετάστηκε αν ο ΔΜΣ σχετίζεται με τις μεταβλητές «Πόσες φορές τη μέρα μπορεί να διακόψετε την εργασία για να γευματίσετε;», «Αισθάνεστε ότι το εισόδημα σας, σας επιτρέπει να ακολουθείτε έναν υγιεινό τρόπο διατροφής;» και «Θεωρείτε ότι η ψυχολογία σας κατά τη διάρκεια της εργασίας, επηρεάζει τις διατροφικές σας επιλογές;». Σύμφωνα με τα αποτελέσματα που αναπαρίστανται στους Πίνακες 5-38 – 5-40, δεν παρατηρείται κάποια στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των μεταβλητών αυτών, καθώς τα p-values > 0,05.

Πίνακας 5-39 Διερεύνηση συσχέτισης του ΔΜΣ με την ερώτηση «Πόσες φορές τη μέρα μπορεί να διακόψετε την εργασία για να γευματίσετε;»

		Πόσες φορές τη μέρα μπορεί να διακόψετε την εργασία για να γευματίσετε;						Σύνολο	χ^2 (df)	p
		0	1	2	3	4	5			
Κατηγορίες ΔΜΣ	Φυσιολογικό βάρος	2	1	8	2	1	0	14	10,94 (10)	0,372*
		14,3%	7,1%	57,1%	14,3%	7,1%	0,0%	100,0%		
	Υπέρβαρος/η	2	6	14	3	0	0	25		
		8,0%	24,0%	56,0%	12,0%	0,0%	0,0%	100,0%		
	Παχύσαρκος/η	2	4	3	1	0	1	11		
		18,2%	36,4%	27,3%	9,1%	0,0%	9,1%	100,0%		
	Σύνολο	6	11	25	6	1	1	50		
		12,0%	22,0%	50,0%	12,0%	2,0%	2,0%	100,0%		

*Monte Carlo

Πίνακας 5-40 Διερεύνηση συσχέτισης του ΔΜΣ με την ερώτηση «Αισθάνεστε ότι το εισόδημα σας, σας επιτρέπει να ακολουθείτε έναν υγιεινό τρόπο διατροφής;»

		Αισθάνεστε ότι το εισόδημα σας, σας επιτρέπει να ακολουθείτε έναν υγιεινό τρόπο διατροφής;		Σύνολο	χ^2 (df)	p
		Όχι	Ναι			
Κατηγορίες ΔΜΣ	Φυσιολογικό βάρος	4	10	14	3,66 (2)	0,160
		28,6%	71,4%	100,0%		
	Υπέρβαρος/η	15	10	25		
		60,0%	40,0%	100,0%		
	Παχύσαρκος/η	6	5	11		
		54,5%	45,5%	100,0%		
	Σύνολο	25	25	50		
		50,0%	50,0%	100,0%		

Πίνακας 5-41 Διερεύνηση συσχέτισης του ΔΜΣ με την ερώτηση «Θεωρείτε ότι η ψυχολογία σας κατά τη διάρκεια της εργασίας, επηρεάζει τις διατροφικές σας επιλογές;»

		Θεωρείτε ότι η ψυχολογία σας κατά τη διάρκεια της εργασίας, επηρεάζει τις διατροφικές σας επιλογές;			Σύνολο	χ^2 (df)	p
		Όχι	Ναι	Δεν ξέρω/Δεν απαντώ			
Κατηγορίες ΔΜΣ	Φυσιολογικό βάρος	1 7,1%	13 92,9%	0 0,0%	14 100,0%	5,96 (4)	0,144*
	Υπέρβαρος/η	1 4,0%	24 96,0%	0 0,0%	25 100,0%		
	Παχύσαρκος/η	2 18,2%	8 72,7%	1 9,1%	11 100,0%		
	Σύνολο	4 8,0%	45 90,0%	1 2,0%	50 100,0%		

*Monte Carlo

Τέλος, για τη διερεύνηση της σχέσης μιας διατακτικής μεταβλητής και μιας ποιοτικής μεταβλητής με περισσότερα από δύο επίπεδα, εφαρμόστηκε ο μη παραμετρικός έλεγχος Kruskal-Wallis, καθώς μέσω ελέγχου Kolmogorov – Smirnov, διαπιστώθηκε ότι η προϋπόθεση της κανονικότητας δεν πληρούταν. Να σημειωθεί ότι οι προαναφερόμενοι έλεγχοι πραγματοποιήθηκαν σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 5%.

Από τα αποτελέσματα του Πίνακα 5-41, εξάγεται το συμπέρασμα ότι οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στην ερώτηση «Σε τι βαθμό πιστεύετε ότι το περιβάλλον της εργασίας σας επηρεάζει τις διατροφικές σας επιλογές;» διαφοροποιούνται ανάλογα με τις απόψεις των συμμετεχόντων αναφορικά με τον επιρροή της ψυχολογίας στις διατροφικές τους επιλογές (**p=0,008**). Λαμβάνοντας υπόψη ότι μόνο μια συμμετέχουσα έδωσε την απάντηση «δεν ξέρω/δεν απαντώ», από τον πίνακα αυτόν διαφαίνεται ότι οι συμμετέχοντες που δήλωσαν ότι η ψυχολογία τους κατά τη διάρκεια της εργασίας, επηρεάζει τις διατροφικές τους επιλογές, φαίνεται να σημειώνουν υψηλότερο βαθμό στην ερώτηση «Σε τι βαθμό πιστεύετε ότι το περιβάλλον της εργασίας σας επηρεάζει τις διατροφικές σας επιλογές;», σε σχέση με τους συμμετέχοντες που απάντησαν «όχι».

Πίνακας 5-42 Διερεύνηση συσχέτισης των ερωτήσεων «Θεωρείτε ότι η ψυχολογία σας κατά τη διάρκεια της εργασίας, επηρεάζει τις διατροφικές σας επιλογές;» και «Σε τι βαθμό πιστεύετε ότι το περιβάλλον της εργασίας σας επηρεάζει τις διατροφικές σας επιλογές;»

Θεωρείτε ότι η ψυχολογία σας κατά τη διάρκεια της εργασίας, επηρεάζει τις διατροφικές σας επιλογές;							χ^2 (df)	p
Όχι		Ναι		Δεν ξέρω/Δεν απαντώ				
Μέση τάξη	Δ.Τ. (E.E.)	Μέση τάξη	Δ.Τ. (E.E.)	Μέση τάξη	Δ.Τ. (E.E.)			
4,25	1,5 (1)	27,18	6 (4)	35	3 (-)	9,65 (2)	0,008	

Σε τι βαθμό πιστεύετε ότι το περιβάλλον της εργασίας σας επηρεάζει τις διατροφικές σας επιλογές;

Συζήτηση

Όπως προαναφέρθηκε, σκοπός της παρούσας ποσοτικής έρευνας ήταν να διερευνηθεί ο βαθμός στον οποίο επιδρά το εργασιακό περιβάλλον του νοσοκομείου στη διατροφή των επαγγελματιών υγείας, αλλά και να ανευρεθούν οι παράγοντες που επηρεάζουν την επιλογή τροφίμων, τη συχνότητα, τη σύνθεση των γευμάτων, καθώς και τις αντιλήψεις αναφορικά με τη διατροφή. Ακόμα, εξετάστηκαν οι συνθήκες σίτισης, η ποιότητα των τροφίμων που παρέχονται από τις δομές σίτισης, αλλά και το αντίκτυπο που έχει η ψυχολογία και το άγχος στη διατροφή και την υγεία 50 εργαζομένων του Ειδικού Αντικαρκινικού Νοσοκομείου Πειραιώς «ΜΕΤΑΞΑ».

Αρχικά, μέσω Περιγραφικής Στατιστικής, διαπιστώθηκε ότι η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ήταν υπέρβαροι, ενώ σημαντικό ήταν το ποσοστό των συμμετεχόντων που ήταν παχύσαρκοι. Επιπλέον, η πλειονότητα των συμμετεχόντων μετακινείται με το αυτοκίνητο, καταναλώνει 0-1 φρούτα και παίρνει πρωινό. Τα τρόφιμα που καταναλώνονται συχνότερα στον χώρο εργασίας είναι το μαγειρεμένο φαγητό, το τοστ – σάντουιτς και τα γλυκά. Αντιθέτως, στα τρόφιμα που καταναλώνονται σπάνια, περιλαμβάνονται τα αναψυκτικά, τα πατατάκια, η σαλάτα και η μπάρα δημητριακών, ενώ με μέτρια συχνότητα καταναλώνονται η τυρόπιτα (σφολιάτες) και ο χυμός- τα φρούτα.

Ακόμα, τα τρόφιμα που καταναλώνονται στον χώρο εργασίας τους, βρέθηκε κυρίως να προέρχονται από τον φούρνο, το σπίτι και την καφετέρια. Επιπροσθέτως, το ωράριο εργασίας, οι ψυχολογικοί παράγοντες και το κόστος τροφίμων αποτέλεσαν κύριους παράγοντες που φαίνεται να επηρεάζουν την επιλογή των τροφίμων που καταναλώνονται στον χώρο εργασίας.

Σύμφωνα με την πλειοψηφία των συμμετεχόντων, υπάρχει ειδικός χώρος για να γευματίσει στον χώρο εργασίας και υπάρχει εστιατόριο στον χώρο εργασίας. Ωστόσο, να σημειωθεί ότι μόνο στους ιατρούς και στους διαιτολόγους παρέχεται γεύμα και η δυνατότητα να γευματίσουν στο εστιατόριο κατά τη διάρκεια της εργασίας τους. Επίσης, διαπιστώθηκε ότι οι συμμετέχοντες διαθέτουν έως 20-29 λεπτά για να γευματίσουν, ενώ αναφορικά με την ώρα που έχουν για άλλα διαλείμματα κατά τη διάρκεια της εργάσιμης ημέρας τους, η πλειοψηφία ανέφερε έως 20 λεπτά. Εν συνεχεία, οι συμμετέχοντες

δήλωσαν ότι κυρίως ενημερώνονται για θέματα υγιεινής διατροφής από διαιτολόγο, το διαδίκτυο, τα επιστημονικά άρθρα και τις δημοσιεύσεις και τον ιατρό. Αξίζει να σημειωθεί ότι μεγάλο ποσοστό συμμετεχόντων υποστήριξε ότι ο χρόνος δεν τους επιτρέπει να ακολουθήσουν έναν υγιεινό τρόπο ζωής.

Ακολούθως, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ανέφερε ότι έχει πρόσβαση σε αυτόματο πωλητή, ενώ δεν έχει πρόσβαση σε δωρεάν πόσιμο νερό, στο εστιατόριο υπαλλήλων, στο μεσημεριανό γεύμα, στις επιλογές γευμάτων, στις επιλογές λαχανικών και φρούτων, στις προσδιορισμένες υγιεινές επιλογές γευμάτων, στη βραδινή εξυπηρέτηση, σε δωρεάν, με έκπτωση ή επιδοτούμενα από τον εργοδότη υγιεινό μπαρ πρωινού ή επιλογές κολατσιού και σε πληροφορίες σχετικά με τη διατροφική περιεκτικότητα σε τρόφιμα και ποτά. Συνεπώς, η πρόσβαση στις προαναφερόμενες εγκαταστάσεις, εκτός του αυτόματου πωλητή, είναι μη εφικτή για το μεγαλύτερο ποσοστό των εργαζομένων.

Ακόμα, η πλειονότητα των συμμετεχόντων ανέφερε ότι δεν υπάρχουν καθορισμένες περιοχές για τους υπαλλήλους όταν κάνουν διαλείμματα και όταν τρώνε γεύματα, καθώς επίσης δεν υπάρχει επιλογή υγιεινών τροφίμων και ποτών σε αίθουσες συνεδριάσεων και εκπαίδευσης. Αντιθέτως, το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος δήλωσε ότι έχει πρόσβαση σε μηχανήματα ροφημάτων ή εγκαταστάσεις για την παρασκευή των δικών τους ροφημάτων και σε προσωρινά καταστήματα τροφίμων εκτός του χώρου εργασίας. Επιπλέον, παρατηρήθηκε ότι υπάρχουν χώροι παρασκευής ροφημάτων και αποθήκευσης τροφίμων, ενώ δεν υπάρχουν εγκαταστάσεις μαγειρέματος και φούρνος μικροκυμάτων. Αναφορικά με την ύπαρξη περιοχών ή υπηρεσιών στην τοπική κοινότητα για την υποστήριξη της υγιεινής διατροφής και γύρω από τον χώρο εργασίας, διαπιστώθηκε ότι υπάρχουν καταστήματα σάντουιτς, supermarkets και κέντρα υγείας και φυσικής κατάστασης, ενώ δεν υπάρχουν εμπορικά κέντρα, οργάνωση τοπικής κοινότητας, καταστήματα γεωργικών προϊόντων, καταστήματα υγιεινής διατροφής και Πανεπιστήμιο/ Κολέγιο.

Στη συνέχεια, αξίζει να επισημανθεί ότι η συντριπτική πλειοψηφία των συμμετεχόντων υποστήριξε ότι η ψυχολογία κατά τη διάρκεια της εργασίας, επηρεάζει τις διατροφικές τους επιλογές, ενώ αναφορικά με τον βαθμό που θεωρούν ότι το περιβάλλον εργασίας τους, επηρεάζει τις διατροφικές τους επιλογές, παρατηρήθηκε μέτριος βαθμός επιρροής. Εν τούτοις, το ποσοστό που δήλωσε υψηλό βαθμό επιρροής από το εργασιακό

περιβάλλον, ήταν αξιοσημείωτο. Τέλος, ερωτώντας τους συμμετέχοντες σχετικά με τα εμπόδια για την υγιεινή διατροφή στον χώρο εργασίας τους, διαπιστώθηκε ότι τα πιο συχνά αναφερόμενα εμπόδια ήταν το ωράριο εργασίας, το άγχος και η ψυχολογία, το δύσκολο εργασιακό περιβάλλον και η απαιτητική φύση της εργασίας, η ανεπαρκής αμοιβή και η μη εύκολη πρόσβαση σε υγιεινές τροφές.

Εν συνεχεία, μέσω Επαγωγικής Στατιστικής, ελέγχθηκαν πιθανές συσχετίσεις μεταβλητών με τον ΔΜΣ. Αρχικά, παρατηρήθηκε ότι οι παχύσαρκοι συμμετέχοντες λάμβαναν λιγότερα γεύματα και κατανάλωναν πιο συχνά πατατάκια και λιγότερο συχνά σαλάτα και χυμό-φρούτα, εν συγκρίσει με τους υπέρβαρους και τους συμμετέχοντες με φυσιολογικό βάρος. Αντιθέτως, οι συμμετέχοντες που είχαν φυσιολογικό βάρος, κατανάλωναν πιο συχνά αναψυκτικά σε σχέση με τους λοιπούς συμμετέχοντες. Ακολούθως, παρατηρήθηκε ότι σχεδόν όλοι συμμετέχοντες που είχαν φυσιολογικό βάρος, κατανάλωναν τρόφιμα που προέρχονταν από το σπίτι, ενώ σημαντικό ποσοστό των ατόμων που ήταν είτε υπέρβαροι, είτε παχύσαρκοι, δεν κατανάλωναν τρόφιμα που προέρχονταν από το σπίτι. Ακόμα, οι συμμετέχοντες που ήταν υπέρβαροι φαίνεται να αναφέρουν σε μεγαλύτερο βαθμό ότι το κόστος των τροφίμων και οι ψυχολογικοί παράγοντες αποτελούν παράγοντες που επηρεάζουν την επιλογή των τροφίμων που καταναλώνονται στον χώρο εργασίας τους. Τέλος, αναφορικά με την κατανάλωση τροφίμων από την καφετέρια, αυτή ήταν συχνότερη σε υπέρβαρα άτομα.

Έπειτα, βρέθηκε ότι οι υπέρβαροι και οι παχύσαρκοι συμμετέχοντες ανέφεραν σε μεγαλύτερο βαθμό ότι δεν υπάρχει ειδικός χώρος για να γευματίζουν στον χώρο της κουζίνας. Αντιθέτως, αναφορικά με τον ΔΜΣ και την ύπαρξη εστιατορίου στον χώρο εργασίας, παρατηρήθηκε οριακά μη στατιστικά σημαντική σχέση. Λαμβάνοντας υπόψη ότι μόνο στους ιατρούς και στους διαιτολόγους παρέχεται γεύμα και δυνατότητα να γευματίσουν στο εστιατόριο, οι σχέσεις αυτές εκτιμάται ότι χρήζουν περαιτέρω διερεύνησης, προκειμένου να αποφανθεί αν όντως οι προαναφερόμενες μεταβλητές σχετίζονται με τον ΔΜΣ. Τέλος, οι συμμετέχοντες που δήλωσαν ότι η ψυχολογία τους κατά τη διάρκεια της εργασίας, επηρεάζει τις διατροφικές τους επιλογές, φαίνεται να θεωρούν σε υψηλότερο βαθμό ότι το περιβάλλον εργασίας τους, επηρεάζει τις διατροφικές τους επιλογές.

Συγκριτικά με παρόμοιες έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί στο παρελθόν, παρατηρήθηκε ότι στην πρόσφατη έρευνα των Timothy R. Jordan, Jagdish Khubchandani (2016), το μέσο σωματικό βάρος των ερωτηθέντων νοσηλευτριών που συμμετείχαν ήταν 76,2 kg. Ο μέσος δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ) για τους ερωτηθέντες ήταν 27,92, δηλαδή «υπέρβαρο». Επίσης φάνηκε ότι οι νοσηλευτές πλήρους απασχόλησης είχαν στατιστικά σημαντικό υψηλότερο σωματικό βάρος (μέσος όρος 78,4 kg) από τους νοσηλευτές μερικής απασχόλησης (μέσος όρος = 70,3)

Σε παλαιότερη μελέτη των Holly Blake and Joanna Patterson (2015), Σε δείγμα 67 κλινικών νοσηλευτριών Ο ΔΜΣ κυμαινόταν από 18,0 έως 47,9 (μέσος όρος = 25,6, SD = 5,5). 45% (n = 30) ήταν υπέρβαροι ή παχύσαρκοι (λιποβαρές = 2%, υπέρβαροι = 31%, παχύσαρκοι = 13%). 79% των συμμετεχόντων (n = 53) ανέφεραν ότι δεν καταναλώναν πέντε μερίδες φρούτων / λαχανικών την ημέρα. 30% (n = 20) ανέφεραν ότι δεν έλαβαν την επίσημη σύσταση 150 λεπτών άσκησης μέτριας έντασης την εβδομάδα.

Ακόμη πιο πίσω, σε έρευνα των Albert, N. M., Butler, R., Sorrell (2014), Σε δείγμα 278 Νοσηλευτών με μέσο ΔΜΣ 25,5 kg. Ο χρόνος οδήγησης μετ' επιστροφής στη δουλειά ήταν 60 λεπτά, οι περισσότεροι ήταν εργαζόμενοι πλήρους απασχόλησης και το 38% εργαζόταν σε περιβάλλον μονάδας εντατικής φροντίδας (ΜΕΘ) Το 66,3% των νοσηλευτών είχε μέτρια υγιεινή διατροφή, το 16,7% είχε κυρίως υγιεινή διατροφή και το 17% είχε ανθυγιεινή διατροφή, τα αλμυρά σνακ καταναλώνονταν πιο συχνά, Τα μη αλκοολούχα ποτά που περιέχουν ζάχαρη καταναλώθηκαν από περισσότερο από το 60% των συμμετεχόντων.

Τέλος, στην παλαιότερη έρευνα σε σχέση με τις άλλες, Sally K. Miller ,Patricia T. Alper (2008), Ο γενικός δείκτης μέσης μάζας σώματος (ΔΜΣ) των νοσηλευτών που ερωτήθηκαν ήταν 27,2. Σχεδόν το 54% ήταν υπέρβαροι ή παχύσαρκοι. 53% αυτών των νοσηλευτών ανέφεραν ότι είναι υπέρβαροι αλλά δεν έχουν το κίνητρο να κάνουν αλλαγές στον τρόπο ζωής. Το 43% δεν μπορούσαν να χάσουν βάρος παρά την υγιεινή διατροφή και τις συνήθειες άσκησης. Μόνο το 26% των ερωτηθέντων χρησιμοποιούσαν τον ΔΜΣ για να κάνουν κλινικές κρίσεις υπέρβαρου και παχυσαρκίας μολονότι το 93% των νοσηλευτών αναγνώριζαν ότι το υπέρβαρο και η παχυσαρκία είναι διαγνώσεις που απαιτούν παρέμβαση.

Καταλήγοντας, οι διατροφικές συνήθειες των εργαζομένων φαίνεται να επηρεάζονται τόσο από την απαιτητική φύση του εργασιακού περιβάλλοντος, όσο και από την έλλειψη παροχών, οι οποίες μπορούν να συμβάλλουν στην εδραίωση μιας υγιούς διατροφικής συμπεριφοράς. Αναντίρρητα καθοριστικό ρόλο φαίνεται να διαδραματίζει η ψυχολογία, η οποία φαίνεται να επιδρά αρνητικά στη διατροφή των συμμετεχόντων και κατ' επέκταση στην ποιότητα ζωής τους. Συνεπώς, μολονότι οι εργαζόμενοι υγείας θα αναμενόταν να έχουν υιοθετήσει μια υγιή διατροφική συμπεριφορά, τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας αναδεικνύουν την ανάγκη για περαιτέρω διερεύνηση των παραγόντων που δυσχεραίνουν την εδραίωσή της, αλλά και την αντιμετώπισή τους, μέσω κατάλληλων και στοχευμένων παρεμβάσεων, που θα λαμβάνουν υπόψη τις δυσκολίες εργασιακού χώρου.

Συμπεράσματα

Συνοψίζοντας, οι κύριες πληροφορίες που προέκυψαν από την έρευνα αυτή, φάνηκε να είναι πρωτίστως το γεγονός ότι από ένα δείγμα 50 εργαζομένων στο Ειδικού Αντικαρκινικού Νοσοκομείου Πειραιώς, το ήμισυ ταξινομούνται με βάση το ΔΜΣ τους ως υπέρβαροι ενώ ένα σημαντικό ποσοστό που αγγίζει το ένα πέμπτο του δείγματος ταξινομούνται ως παχύσαρκου βάρους με υψηλή συνοσηρότητα. Οι μετακινήσεις από και προς την εργασία γίνονται στη πλειοψηφία των περιπτώσεων με τη χρήση αυτοκινήτου. Το μεγαλύτερο ποσοστό των εργαζομένων απασχολείται 8 ώρες την ημέρα σε ημερήσια εργασία ενώ ένα σημαντικό ποσοστό εργάζεται τουλάχιστον 8 ώρες ή και περισσότερο και σε καθήκοντα νυχτερινής βάρδιας σε ποσοστά 23% και 32% αντίστοιχα. Η κατανάλωση φρούτων φάνηκε να είναι ιδιαίτερα χαμηλή και σε καμία περίπτωση δεν ακολουθεί τις επίσημες συστάσεις του Π.Ο.Υ. Ωστόσο οι περισσότεροι ερωτώμενοι δήλωσαν ότι καταναλώνουν πρωινό σε σταθερή βάση. Τα τρόφιμα που καταναλώνονται με μεγαλύτερη συχνότητα από τους εργαζομένους είναι το μαγειρεμένο φαγητό, το τوست – σάντουιτς και τα γλυκά. Αντιθέτως, στα τρόφιμα που καταναλώνονται σπάνια, περιλαμβάνονται τα αναψυκτικά, τα πατατάκια, η σαλάτα και η μπάρα δημητριακών. Με μέτρια συχνότητα καταναλώνονται η τυρόπιτα (σφολιάτες) και ο χυμός- τα φρούτα τα τρόφιμα που προαναφέρθηκαν, προέρχονται κυρίως από τον φούρνο, το σπίτι, την καφετέρια, και το εστιατόριο του νοσοκομείου. Οι κυριότεροι παράγοντες που επηρεάζουν την επιλογή τροφίμων στο χώρο εργασίας είναι το ωράριο εργασίας, οι ψυχολογικοί παράγοντες, το κόστος τροφίμων, και η επίδραση των συναδέλφων. Το μεγαλύτερο ποσοστό ερωτώμενων απάντησε ότι μπορεί να διακόψει την εργασία για να γευματίσει 2 φορές κατά τη διάρκεια της ημέρας με τα διαλείμματα αυτά να διαρκούν συνήθως 20-29 λεπτά ενώ για άλλα διαλείμματα ο χρόνος αυτός περιορίζεται σε λιγότερο από 20 λεπτά. Η πλειοψηφία των εργαζομένων δήλωσε ότι την ενδιαφέρει αρκετά το να ακολουθήσει έναν υγιεινό τρόπο ζωής και ενημερώνεται κυρίως από το διαιτολόγο, τον ιατρό και το διαδίκτυο. Το ήμισυ των ερωτώμενων θεωρεί πως ο μισθός του του επιτρέπει να ακολουθήσει έναν υγιεινό τρόπο ζωής αλλά μεγαλύτερο ποσοστό θεωρεί πως ο χρόνος αποτελεί σημαντικό εμπόδιο σε αυτό. Όσο αφορά τη ψυχολογία, η συντριπτική πλειοψηφία των συμμετεχόντων υποστήριξε ότι η ψυχολογία κατά τη διάρκεια της εργασίας, επηρεάζει τις διατροφικές τους επιλογές με τη βαθμολογία στη ειδική κλίμακα ψυχολογικής επιρροής να παρουσιάζει υπομέγιστες απαντήσεις. Τα παχύσαρκα άτομα φάνηκε να καταναλώνουν λιγότερα γεύματα μέσα στη μέρα καθώς και περισσότερα συσκευασμένα τρόφιμα από τη καφετέρια ή το περίπτερο και λιγότερα φρούτα καθώς και ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες που είχαν φυσιολογικό βάρος, κατανάλωναν τρόφιμα που προέρχονταν από το σπίτι σε αντίθεση με τους παχύσαρκους που φάνηκε ακριβώς το αντίθετο. Οι υπέρβαροι συμμετέχοντες ανέφεραν πιο συχνά ότι το κόστος των τροφίμων και οι ψυχολογικοί παράγοντες αποτελούν παράγοντες που επηρεάζουν την επιλογή των τροφίμων που καταναλώνονται στον χώρο εργασίας τους. Τέλος, οι συμμετέχοντες που δήλωσαν ότι η ψυχολογία τους επηρεάζει τις διατροφικές τους επιλογές, φάνηκε να επηρεάζονται περισσότερο από το απαιτητικό περιβάλλον εργασίας.

Περιορισμοί έρευνας

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια του προπτυχιακού προγράμματος σπουδών του Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπιστημίου από έναν ερευνητή και σε συνεργασία με το τμήμα διατροφής του Ε.Α.Ν.Π. «ΜΕΤΑΞΑ» συνεπώς οι δυνατότητες της ερευνητικής διαδικασίας παρουσιάζουν κάποιους περιορισμούς που είναι σημαντικό να επισημανθούν με στόχο, αφενός για να εμπνεύσουν μελλοντική διεύρυνση της έρευνας και επαναξιολόγηση της σε νέους τομείς και αφετέρου να ορίσουν το επίπεδο αντικειμενικότητας και αξιοπιστίας των δεδομένων που προέκυψαν από τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων της παρούσας μελέτης. Ο μικρός αριθμός του δείγματος (N=50) αφορά τη πιο σημαντική πηγή δειγματοληπτικού σφάλματος με στατιστική σημασία διότι σε δείγμα της κλίμακας των 50 ατόμων εκπροσωπούνται μικρά ποσοστά από τις διάφορες κατηγορίες στις οποίες έχει ταξινομηθεί το δείγμα. Ακόμη, λόγω του μικρού αριθμού ατόμων είναι πιθανό να παρουσιαστεί μεγαλύτερη ετερογένεια απαντήσεων η οποία θα οδηγήσει σε ακόμα μεγαλύτερη ποσοστιαία διαφορά στα αποτελέσματα της στατιστικής ανάλυσης και συνεπώς, μεγαλύτερο στατιστικό σφάλμα. Ο περιορισμένος αριθμός του δείγματος αναμφίβολα θέτει περιορισμό στην αποτύπωση των πραγματικών ποσοστών που αφορούν τη διατροφική συμπεριφορά του δείγματος ιδίως όταν η έρευνα αφορά μια κλειστή ομάδα ατόμων όπως ένα νοσοκομείο με καθορισμένο αριθμό εργαζομένων (N=736). Ωστόσο λόγω του ότι η έρευνα αυτή αφορά κυρίως τους εργαζομένους στον ιατρικό και παραϊατρικό τομέα, το ποσοστό που των εργαζομένων ερευνήθηκε μπορεί να οδηγήσει σε ορισμένα συμπεράσματα με αυξημένο ακαδημαϊκό ενδιαφέρον. Σε κάθε περίπτωση θα είχε μεγαλύτερη αξιοπιστία αν επαναλαμβανόταν σε μεγαλύτερο ποσοστό των εργαζομένων του νοσοκομείου. Επίσης, από τα αποτελέσματα της έρευνας προέκυψε ότι η πλειοψηφία των εργαζομένων άνηκε στην ηλικιακή ομάδα «40-49 ετών» και στην κατηγορία «Παντρεμένος» συνεπώς τα αποτελέσματα παρουσιάζουν μεγαλύτερη αξιοπιστία ως προς αυτά τα χαρακτηριστικά σε σχέση με τα υπόλοιπα. Έπειτα, άξιο αναφοράς είναι το γεγονός ότι το αποκλειστικό μέσο συλλογής δεδομένων της μελέτης αυτής ήταν το τροποποιημένο ερωτηματολόγιο διατροφικής συχνότητας (FFQ) επομένως, οι πληροφορίες που προέκυψαν αφορούν μόνο τη συχνότητά των γευματικών συνήθειών του δείγματος σε σχέση με το περιβάλλον εργασίας τους και όχι τη γενική του

συμπεριφορά ως προς την φυσική κατάσταση. Τέλος, σημαντικό περιορισμό για περαιτέρω συμπεράσματα αποτέλεσε η συσχέτιση απαντήσεων του ερωτηματολογίου μέσω της επαγωγικής στατιστικής μόνο με το ΔΜΣ, γεγονός το οποίο ενδεχομένως να περιορίζει τα συμπεράσματα που αφορούν την επίδραση συγκεκριμένων παραγόντων στη άλιπη μάζα και κατ' επέκταση την ολική σύσταση σώματος. Ο ΔΜΣ είναι ένα εργαλείο για την αξιολόγηση της γενικής υγείας με συγκεκριμένα όρια που αφορούν στην μάζα του σώματος σε αντίστροφη αναλογία με το ύψος, μη λαμβάνοντας υπόψη τη μυϊκή κατάσταση του δείγματος.

Προτάσεις για μελλοντική έρευνα

Το παρών πεδίο μελέτης προσφέρει πολύ μεγάλα περιθώρια για επέκταση της έρευνας, επαναξιολόγηση των αποτελεσμάτων, μετά-ανάλυση με μεγαλύτερο δείγμα και συσχέτιση με άλλους παράγοντες. Αρχικά, έχει αναφερθεί ότι από το συνολικό δείγμα, μόνο οι γιατροί και οι διαιτολόγοι έχουν πρόσβαση στο εστιατόριο του νοσοκομείου και κατ' επέκταση στο δωρεάν μεσημεριανό γεύμα. Αυτό, ανοίγει ένα νέο πεδίο έρευνας σχετικά με την επίδραση αυτής της παροχής του νοσοκομείου στην υγεία των εργαζομένων που το δικαιούνται σε σχέση με αυτών που καλούνται να βρουν κάποιον άλλο τρόπο να τρώνε ένα από τα κύρια γεύματα της ημέρας στην εργασία. Ακόμη, ένας παράγοντας εξαιρετικής σημασίας ως τον την υγεία είναι αδιαμφισβήτητα η φυσική κατάσταση των εργαζομένων και συγκεκριμένα το πόσο προάγεται στον εργασιακό χώρο. Η ενσωμάτωση παραμέτρων που θα μετρούν της φυσική άσκηση κατά την ώρα εργασίας θα αποτελούσε έναν τομέα επέκτασης με τεράστια προοπτική. Επιπλέον, στο κομμάτι της ψυχολογίας της διατροφής υπάρχει σημαντικός χώρος για πρόσθετη έρευνα. Η περεταίρω διερεύνηση της επίδρασης της ψυχολογίας ενός νοσοκομειακού εργαζομένου αποτελεί τη κύρια και πιο επιτακτική ανάγκη για επέκταση αυτής της έρευνας. Η χρήση κλίμακας αξιολόγησης της ψυχολογικής κατάστασης των εργαζομένων και η συσχέτιση της με τις διατροφικές συνήθειες, οι προσωπικές συνεντεύξεις με ερωτήσεις ανοικτού τύπου και η ταξινόμηση των ειδικοτήτων ως προς τη ψυχολογική επίδραση που ασκεί, αποτελούν εργαλεία που συστήνουν ένα νέο πεδίο έρευνας που αφορά μεγαλύτερη ποικιλία επαγγελμάτων και εμπνέει ευρύτερα προγράμματα παρέμβασης. Τέλος, ο συνδυασμός ποιοτικής και ποσοτικής έρευνας αποτελεί και αυτός μια πρόταση με τη δυνατότητα να δώσει πολλές απαντήσεις σε ερωτήματα σχετικά με τη ποιότητα της τροφής που παρέχεται στους εκάστοτε χώρους εργασίας, τους παράγοντες που καθορίζουν το θερμιδικό περιεχόμενο των πιάτων που προσφέρονται από τον εργοδότη αλλά και των διαθέσιμων επιλογών που υπάρχουν κοντά στο χώρο εργασίας. Η σύγκριση των επιλογών σε διαφορετικούς αυτόματους πωλητές σε διαφορετικά νοσοκομεία και η ποιοτική ανάλυση τους έχει τη δυνατότητα να εξάγει σημαντικά δεδομένα για τις διατροφικές επιλογές των υγειονομικών σε κοινοτικό επίπεδο. Μία τέτοια έρευνα ενδεχομένως να αποτελέσει το έναυσμα για με νέα

πρωτοβουλία παρέμβασης που θα διασφαλίσει τις συνθήκες σίτισης θα ωφελήσει σε βάθος την Ελληνική ιατρική και παραϊατρική κοινότητα.

Βιβλιογραφία

Αναφορές

1. Dana Beth Weinberg, Ariel Chanan Avgar, Noreen M Sugrue, RN, Dianne Cooney-Miner, *The Importance of a High-Performance Work Environment in Hospitals*, *Health Serv Res.* 2013 Feb; 48(1): 319–332.
2. McCurley JL, Levy DE, Rimm EB, Gelsomin ED, Anderson EM, Sanford JM, Thorndike AN. *Association of Worksite Food Purchases and Employees' Overall Dietary Quality and Health.* *Am J Prev Med.* 2019 Jul;57(1):87-94.
3. *Recommendation of the second meeting of the WHO Collaborating Centres in Occupational Health, 11-14 October 1994, Beijing, China*
4. *British heart foundation, Health at Work questionnaire.* 2012
5. Cecilia M. Watkins et al. *Workers perception: environmental factors influencing obesity at the workplace.* *American journal of health studies*, 2008
6. S. L. Leung , J. A. Barber, A. Burger, R. D. Barnes. *Factors associated with healthy and unhealthy workplace eating behaviours in individuals with overweight/obesity with and without binge eating disorder.* *Wyckoff Heights Medical Center*, 19 December ,2007
7. *EUFIC. The Factors That Influence Our Food Choices.* 6 June, 2006
8. *EUFIC. The Determinants of Food Choice;* www.eufic.org
9. D.B. Weinberg, A.C. Avgar, N. M. Sugrue, and D.C.-Miner, *The Importance of a High-Performance Work Environment in Hospitals*
10. Μανιός Γ., *Διατροφική Αγωγή: Θεωρίες και Μοντέλα Αγωγής και Προαγωγής της Υγείας*, Ιατρικές Εκδόσεις Π. Χ Πασχαλίδης.
11. Kyle RG, Wills J, Mahoney C, Hoyle L, Kelly M, Atherton IM. *Obesity prevalence among healthcare professionals in England: a cross-sectional study using the Health Survey for England.* *BMJ Open.* 2017;7:e018498.
12. Clohessy S, Walasek L, Meyer C. *Factors influencing employees' eating behaviours in the officebased workplace: A systematic review.* *Obesity Reviews.*2019;1–9.

13. Demerouti, Evangelia. (2007). *The Job Demands-Resources Model: State of the Art. Journal of Managerial Psychology*. 22. 309-328.
14. Lake AA, Smith SA, Bryant CE, et al. *Exploring the dynamics of a free fruit at work intervention. BMC Public Health*. 2016;16(1):839.
15. King, K.A., Vidourek, R. & Schwiebert, M. (2009) *Disordered eating and job stress among nurses. Journal of Nursing Management*, 17(7), 861 -869..
16. Sabine Sonnentag, *A task-level perspective on work engagement: A new approach that helps to differentiate the concepts of engagement and burnout Burnout Research Volume 5, 2017, Pages 12-20,*
17. Phiri, L.P., Draper, C.E., Lambert, E.V. et al. *Nurses' lifestyle behaviours, health priorities and barriers to living a healthy lifestyle: a qualitative descriptive study. BMC Nurs* 13, 38 (2014).
18. Han, K., Trinkoff. A.M., Storr, C.L., Greiger-Brown, *Job stress and work schedules in relation to nurse obesity. Journal of Nursing Administration*, 41(11), 488-495.
19. Persson, M. & Martensson, J. (2006) *Situations influencing habits in diet and exercise among nurses working night shift. Journal of Nursing Management*, 14(5), 414 -423.
20. C. Peter Herman, *The social facilitation of eating. A review, ELSEVIER, Appetite* 86 (2015) 61–73. (2014)
21. Korea Sohyun Park, Eunju Sung, Yuni Choi, Seungho Ryu, Yoosoo Chang, Joel Gittelsohn, *Sociocultural Factors Influencing Eating Practices Among Office Workers in Urban South Korea. Journal of Nutrition Education and Behavior*. (2017)
22. Pridgeon A. & Whitehead K. *A qualitative study to investigate the drivers and barriers to healthy eating in two public sector workplaces. J Hum Nutr Diet*. (2012) doi:10.1111/j.1365-277X.2012.01281.x
23. Pill R, Peters TJ, Robling MR. *Social class and preventive health behaviour: a British example. J Epidemiol Community Health*. (1995)Feb;49(1):28-32.
24. : Mazzola, J. J., Moore, J. T., and Alexander, K. (2016), *Is work keeping us from acting healthy? How workplace barriers and facilitators impact nutrition and exercise behaviors, Stress and Health*, doi: 10.1002/smi.2731

25. Nicola Payne, Fiona Jones and Peter R Harris. *Employees' perceptions of the impact of work on health behaviours. Journal of Health Psychology* 18(7) 887–899
26. Nicholls R, Perry L, Duffield C, Gallagher R, Pierce H. *Barriers and facilitators to healthy eating for nurses in the workplace: an integrative review. J Adv Nurs.* 2017 May;73(5):1051-1065. doi: 10.1111/jan.13185. Epub 2016 Nov 9. PMID: 27732741.
27. Daniel P. Fodor, Conny H. Antoni. *Healthy Eating at Different Risk Levels for Job Stress: Testing a Moderated Mediation, 2014 American Psychological Association 2014, Vol. 19, No. 2, 259–267 1076-8998/14*
28. Heidi M. Blanck, Amy L. Yaroch, Audie A. Atienza, Sarah L. Yi, MS, RD Jian Zhang, Louise C. Mâsse *Factors Influencing Lunchtime Food Choices Among Working Americans Health Education & Behavior, Vol. 36(2): 289-301 (April 2009)*
29. Carol M. Devine, Tracy J. Farrell, Christine E. Blake, Margaret Jastran, Elaine Wethington, Carole A. Bisogni. *Journal of Nutrition Education and Behavior Work Conditions and the Food Choice Coping Strategies of Employed Parents Volume 41, Number 5, 2009*
30. Zhu, D., Norman, I.J. & While, A.E. (2014) *Nurses' misperceptions of weight status associated with their body weight, demographics and health status. Public Health Nutrition, 17(3), 569 -78.*
31. Kirk S. , Cockbain , A . & Beazley , J. (2008) *Obesity in Tonga: A cross -sectional comparative study of perceptions of body size and beliefs about obesity in lay people and nurses. Obesity Research & Clinical Practice, 2(1), 35 -41*
32. Miller , S., Alpert, P . & Cross , C . (2008) *Overweight and obesity in nurses, advanced practice nurses and nurse educators. Journal of the American Academy of Nurse Practitioners, 20(5), 259 -65*
33. Parker , W ., Steyn , N ., Levitt , N . & Lombard , C . (2011) *They think they know but do they? Misalignment of perceptions of lifestyle modification knowledge among health professionals. Public Health Nutrition, 14(8), 1429 -38.*
34. Blake, H. & Patterson, J. (2015) *Paediatric nurses' attitudes towards the promotion of healthy eating. British Journal of Nursing, 24(2), 108 -112*

35. Baumann, A. (2007). *Information and action tool kit. International Counsel of Nurses.*
36. . Oliver G, Wardle J. *Perceived effects of stress on food choice. Physiol Behav* 1999; 66: 511-515. 5.
37. Torres SJ, Nowson CA. *Relationship between stress, eating behavior, and obesity. Nutrition* 2007; 23: 887-894
38. . Kandiah J, Yake M, Jones J, Meyer M. *Stress influences appetite and comfort food preferences in college women. Nutr Res* 2006; 26: 118-123
39. Jordan, T. R., Khubchandani, J., & Wiblishauser, M. (2016). *The Impact of Perceived Stress and Coping Adequacy on the Health of Nurses: A Pilot Investigation. Nursing Research and Practice*, 2016, 1–11.
doi:10.1155/2016/5843256
40. Centers for Disease Control and Prevention. *FASTSTATS – Hospital Utilization. 2013; Available at: <http://www.cdc.gov/nchs/fastats/hospital.htm>. Accessed February 4, 2014. 71.*
41. American Hospital Association. *Fast Facts on US Hospitals. 2013; Available at: <http://www.aha.org/research/rc/stat-studies/fast-facts.shtml>. Updated January 2, 2014. Accessed February 4, 2014. 72.*
42. Goodman WC. *Employment in hospitals: unconventional patterns over time: numbers or jobs in hospitals are affected by a variety of special influences; the industry does not conform to the business cycle. Mon Labor Rev.* 2006; 129:3–14
43. Christopher D Gardner, Laurie P Whitsel, Anne N Thorndike, Mary W Marrow, Jennifer J Otten, Gary D Foster, Jo Ann S Carson, and Rachel K Johnson *Food-and-beverage environment and procurement policies for healthier work environments Nutrition Reviews® Vol. 72(6):390–410*
44. Moran A, Krepp EM, Johnson Curtis C, Lederer A. *An Intervention to Increase Availability of Healthy Foods and Beverages in New York City Hospitals: The Healthy Hospital Food Initiative, 2010–2014. Prev Chronic Dis* 2016;13:150541. DOI: <http://dx.doi.org/10.5888/pcd13.150541>
45. D'Souza VA (2014) *Federal foodservice operations: implementation of the HHS/GSA health and sustainability guidelines. GAO-15-262R, U.S. Government Accountability Office, Washington, DC. 10.*

46. Bayne AI, Hair E, Harris Brewer K et al. (2012) *The HHS Hubert H. Humphrey Building cafeteria experience: incorporation of the Dietary Guidelines for Americans, 2010 into federal food service guidelines. Available at: http://www.cspinet.org/new/pdf/case_study_humphrey_building_cafeteria_experience_may_2012.pdf (accessed on 29 February 2016).*
47. Jilcott Pitts S.B., Graham J., Mojica A., Stewart L., Walter M., Schille C., McGinty J., Pearsall M., Whitt O., Mihas P., Bradley A. & Simon C. (2016) *Implementing healthier foodservice guidelines in hospital and federal worksite cafeterias: barriers, facilitators and keys to success. J Hum Nutr Diet. doi: 10.1111/jhn.12380*
48. Block JP, Chandra A, McManus KD et al. (2010) *Point-of-purchase price and education intervention to reduce consumption of sugary soft drinks. Am J Public Health 100, 1427–1433.*
49. van Kleef E, Otten K & van Trijp HC (2012) *Healthy snacks at the checkout counter: A lab and field study on the impact of shelf arrangement and assortment structure on consumer choices. BMC Public Health 12, 1072–2458.*
50. Gittelsohn J, Sharma S. *Physical, consumer, and social aspects of measuring the food environment among diverse low-income populations. Am J Prev Med. 2009 Apr;36(4Suppl):S161-5.*
51. Gorton D, Carter J, Cyjetan B, Mhurchu CN. *Healthier vending machines in workplaces: both possible and effective. NZMJ. 2010;123(1311):43-52.*
52. *University of North Carolina Center for Health Promotion and Disease Prevention. Center of Excellence for Training and Research Translation. <http://centertrt.org/?p=intervention&id=1099>. Accessed June 1, 2014.*
53. *Γενική Διάσκεψη της Διεθνούς Οργάνωσης Εργασίας Γενεύη, 39η σύνοδος ILC (26 Ιουνίου 1956)*
54. *Wanjek, C. Food at work: Workplace solutions for malnutrition, obesity and chronic diseases Geneva, International Labour Office, 2005*
55. *ILO descriptors: provision of meals, food service, occupational health, occupational safety, developed country, developing country. 13.08*

56. Καπίρη Ελπινίκη, «Παράγοντες που επιδρούν στην επιλογή τροφής και τις γευματικές συνήθειες στο χώρο εργασίας», Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο Αθηνών, Τμήμα Επιστημών Διατροφής και Διαιτολογίας. 2009
57. Latham MC (1993): *The relationship of nutrition to productivity and wellbeing of workers. In The political Economy of Food and Nutrition Policies*, ed. P Pinstrup-Andersen. Baltimore, Maryland: Johns Hopkins University Press Ltd.
58. Koopman C, Pelletier KR, Murray JF, et al. *Stanford Presenteeism Scale: health status and employee productivity. J Occup Environ Med.* 2002;44:14–20.
59. Maughan R.J. 2003. *Impact of mild dehydration on wellness and on exercise performance. Eur. J. Clin. Nutr.* 57(S2): S19–S23.
60. Sawka M.N., Burke L.M., Eichner E.R., Maughan R.J., Montain S.J., and Stachenfeld N.S. 2007. *American College of Sports Medicine position stand. Exercise and fluid replacement. Med. Sci. Sports Exerc.* 39(2): 377–390.
61. Gonzalez-Alonso J., Calbet J.A.L., and Nielsen B. 1998. *Muscle blood flow is reduced with dehydration during prolonged exercise in humans. J. Physiol. (Lond.)*, 513(3): 895–905.
62. Jane Shearer, Terry E. Graham, and Tina L. Skinner. *Nutra-ergonomics: influence of nutrition on physical employment standards and the health of workers. Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism.* 41(6 (Suppl. 2)): S165-S174.
63. American Dietetic Association, Dietitians of Canada, American College of Sports Medicine, Rodriguez N.R., Di Marco N.M., and Langley S. 2009. *American College of Sports Medicine position stand: Nutrition and athletic performance. Med. Sci. Sports Exerc.* 41(3): 709–731.
64. Ganio M.S., Armstrong L.E., Casa D.J., McDermott B.P., Lee E.C., and Yamamoto L.M. 2011. *Mild dehydration impairs cognitive performance and mood of men. Br. J. Nutr.* 106(10): 1535–1543.
65. Burge C.M., Carey M.F., and Payne W.R. 1993. *Rowing performance, fluid balance, and metabolic function following dehydration and rehydration. Med. Sci. Sports Exerc.* 25(12): 1358–1364.

66. Ebert T.R., Martin D.T., Bullock N., Mujika I., Quod M.J., and Farthing L.A. 2007. *Influence of hydration status on thermoregulation and cycling hill climbing. Med. Sci. Sports Exerc.* 39(2): 323–329.
67. Bischoff J, Barshi I. *Flying on empty: ASRS reports on the effects of hunger on pilot performance. In: One hundred years of flight: proceedings of the 12th international symposium on aviation psychology. Dayton, Ohio: Wright State University; 2003. p. 125–9.*
68. Parry D, et al. *Impact of hydration and nutrition on personal performance in the clinical workplace. Br J Oral Maxillofac Surg* (2017),
69. Lemaire JB, Wallace JE, Dinsmore K, Lewin A, Ghali WA, Roberts D: *Physician nutrition and cognition during work hours: effect of a nutrition based intervention. BMC Health Serv Res* 2010, 10:241
70. Allan , D. Querstret, K. Banas and M. de Bruin, *Environmental interventions for altering eating behaviours of employees in the workplace: a systematic review J. obesity reviews World Obesity Federation, 2016*
71. Proper KI, van Oostrom SH, *The effectiveness of workplace health promotion interventions on physical and mental health outcomes – a systematic review of reviews, Scand J Work Environ Health* 2019;45(6):546-559, doi:10.5271/sjweh.3833
72. Ni Mhurchu et al.: *Effects of worksite health promotion interventions on employee diets: a systematic review. BMC Public Health* 2010 10:62.
73. Alkyoni Glympi , Amalia Chasioti, Katarina Bälter , *Dietary Interventions to Promote Healthy Eating among Office Workers: A Literature Review, Nutrients* 2020, 12, 3754; doi:10.3390/nu12123754
74. Glanz K, Sorensen G, Farmer A, *Am J The health impact of worksite nutrition and cholesterol intervention programs, Health Promot.* 1996 Jul-Aug; 10(6):453-70.
75. Sorensen G, Linnan L. *Worksite-based research and initiatives to increase fruit and vegetable consumption., Hunt MK Prev Med.* 2004 Sep; 39 Suppl 2():S94-100.
76. Quintiliani L, Poulsen S, Sorensen G. *Healthy Eating Strategies in the Workplace. Int J Workplace Health Manag.* 2010;3(3):182-196. doi:10.1108/17538351011078929

77. Vanderlee L, Vine MM, Fenton NE, Hammond D. Stakeholder perspectives on implementing menu labeling in a cafeteria setting. *Am J Health Behav.* 2016;40:371–380.
78. Julia C, Etile F., Hercberg S. Front-of-pack Nutri-Score labelling in France: an evidence-based policy. *Lancet Public Health.* 2018;3:e164.
79. Julia C, Hercberg S. Nutri-Score: evidence of the effective-ness of the French front-of-pack nutrition label. *Ernaehrungs Umschau.* 2017;64: 181–187.
80. Rayner M, Scarborough P, Heart B, Health F. *The UK Ofcom Nutrient Profiling Model.* UK Ofcom; 2009
81. Crosetto P, Muller L, Ruffieux B. Helping consumers with a front-of-pack label: numbers or colors: Experimental comparison between guideline daily amount and traffic light in a diet-building exercise. *J Econ Psychol.* 2016;55:30–50.
82. Marteau TM, Hollands GJ, Fletcher PC. Changing human behaviour to prevent disease: The importance of targeting automatic processes. *Science* 2012; 337: 1492–1495.
83. Engbers LH, van Poppel MN, Chin A, Paw MJ, van Mechelen, W. Worksite health promotion programs with environmental changes: a systematic review. *Am J Prev Med* 2005; 29: 61–70.
84. Kivimäki M, Leino-Arjas P, Luukkonen R, Riihimäki H, Vahtera J, Kirjonen J, *Work stress and risk of cardiovascular mortality: prospective cohort study of industrial employees.* *BMJ.* 2002 Oct 19; 325(7369):857.
85. Rödel A *Scand Work stress and health risk behavior.* Siegrist J, *J Work Environ Health.* 2006 Dec; 32(6):473-81.
86. Ivancevich, J. M., Matteson, M. T., Freedman, S. M., & Phillips, J. S. (1990). *Worksite stress management interventions.* *American Psychologist,* 45, 252–261
87. Nigam, J. A. S., Murphy, L. R., & Swanson, N. G. (2003). *Are stress management programs indicators of good places to work? Results of a national survey.* *International Journal of Stress Management,* 10, 345–360.
88. DeFrank, R. S., & Cooper, C. L. (1987). *Worksite stress management interventions: Their effectiveness and conceptualizations.* *Journal of Managerial Psychology,* 2, 4–10.

89. Katherine M. Richardson and Hannah R. Rothstein. *Effects of Occupational Stress Management Intervention Programs: A Meta-Analysis Journal of Occupational Health Psychology* 2008, Vol. 13, No. 1, 69–93
90. Murphy, L. R. (1984b). *Stress management in highway maintenance workers. Journal of Occupational Medicine*, 26(6), 436–442
91. Engbers, L.H.; van Poppel, M.N.; Chin, A.P.M.; van Mechelen, W. *The effects of a controlled worksite environmental intervention on determinants of dietary behavior and self-reported fruit, vegetable and fat intake. BMC Public Health* 2006, 6, 253. [CrossRef]
92. . Sorensen, G.; Stoddard, A.; Peterson, K.; Cohen, N.; Hunt, M.K.; Stein, E.; Palombo, R.; Lederman, R. *Increasing fruit and vegetable consumption through worksites and families in the treatwell 5-a-day study. Am. J. Public Health* 1999, 89, 54–60. [CrossRef]
93. Spahn, J.M.; Reeves, R.S.; Keim, K.S.; Laquatra, I.; Kellogg, M.; Jortberg, B.; Clark, N.A. *State of the Evidence Regarding Behavior Change Theories and Strategies in Nutrition Counseling to Facilitate Health and Food Behavior Change. J. Am. Diet. Assoc.* 2010, 110, 879–891.
94. Vyth, E.L.; Steenhuis, I.H.; Heymans, M.W.; Roodenburg, A.J.; Brug, J.; Seidell, J.C. *Influence of placement of a nutrition logo on cafeteria menu items on lunchtime food Choices at Dutch work sites. J. Am. Diet. Assoc.* 2011, 111, 131–136.
95. Engbers, L.H.; van Poppel, M.N.; Chin, A.P.M.; van Mechelen, W. *The effects of a controlled worksite environmental intervention on determinants of dietary behavior and self-reported fruit, vegetable and fat intake. BMC Public Health* 2006, 6, 253.
96. Vries, H.D.; Backbier, E.; Kok, G.; Dijkstra, M. *The Impact of Social Influences in the Context of Attitude, Self-Efficacy, Intention, and Previous Behavior as Predictors of Smoking Onset1. J. Appl. Soc. Psychol.* 1995, 25, 237–257
97. Aldana, S.G.; Greenlaw, R.L.; Diehl, H.A.; Salberg, A.; Merrill, R.M.; Ohmine, S.; Thomas, C. *Effects of an intensive diet and physical activity modification program on the health risks of adults. J. Am. Diet. Assoc.* 2005, 105, 371–381

98. Egerter S, Dekker M, An J, Grossman-Kahn R, Braveman P. *Work Matters for Health. Robert Wood Johnson Foundation Commission to Build a Healthier America*. 2008;(Brief 4: Worker Health)
99. Stoltzfus E. *Emerging benefits: Access to health promotion benefits in the United States, private industry, 1999 and 2005*. Washington, DC: US Department of Labor, Bureau of Labor Statistics; 2006.
100. <http://www.jobcorps.gov/home.aspx>
101. <http://www.yearup.org/>
102. <http://www.familiesandwork.org/>
103. *Robert Wood Johnson Foundation to build a better America*, 2008
104. Burton W, Morrison A, Maclean R, et al. Systematic review of studies of productivity loss due to rheumatoid arthritis. *Occup Med (Lond)*. 2005;56:18–27
105. Social Security Administration. *How Do We Define Disability?* Social Security website. <https://www.ssa.gov/redbook/eng/definedisability.htm>. Accessed April 23, 2019
106. Janssens H, Clays E, Kittel F, et al. The association between body mass index class, sickness absence, and presenteeism. *J Occup Environ Med*. 2012;54:604–609.
107. Harden SM, You W, Almeida FA, et al. Does successful weight loss in an internetbased worksite weight loss program improve employee presenteeism and absenteeism? *Health Educ Behav*. 2015;42:769–774.
108. Ricci JA, Chee E. Lost productive time associated with excess weight in the U.S. workforce. *J Occup Environ Med*. 2005;47:1227–1234.
109. Kouris-Blazos A, Wahlqvist ML. Health economics of weight management: evidence and cost. *Asia Pac J Clin Nutr*. 2007;16(suppl 1):329–338
110. Burton J. *WHO Healthy Workplace Framework and Model: Background and Supporting Literature and Practices*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
111. Morgan PJ, Collins CE, Plotnikoff RC, et al. The impact of a workplace-based weight loss program on work-related outcomes in overweight male shift workers. *J Occup Environ Med*. 2012;54:122–127.

112. Christensen JR, Overgaard K, Hansen K, et al. Effects on presenteeism and absenteeism from a 1-year workplace randomized controlled trial among health care workers. *J Occup Environ Med.* 2013;55:1186–1190
113. Cawley J, Meyerhoefer C, Gillingham LG, et al. Estimates of the direct and indirect cost savings associated with heart disease that could be avoided through dietary change in the United States. *J Med Econ.* 2017;20:182–192.
114. Adam Drewnowski, *Impact of nutrition interventions and dietary nutrient density on productivity in the workplace Nutrition Reviews* VR Vol. 0(0):1–10