



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ - ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ & ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

"Ποιοτικά χαρακτηριστικά εργασίας και σχέση τους με το επίπεδο υγείας σε εργαζόμενους 50-65 ετών στην Ελλάδα"

Χριστίνα Λαμπρινέα
Οικονομολόγος Ο. Π. Α.

Επιβλέπων: 1. Α. Φιλαλήθης, Αναπληρωτής Καθηγητής, Τομέα Κοινωνικής Ιατρικής, Τμήμα Ιατρικής, Παν. Κρήτης

Συμβουλευτική Επιτροπή: 1. Ι. Κορνηνός
2. Κ. Μιχελή

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά όλους τους ανθρώπους που συνέβαλλαν στην επιτυχή ολοκλήρωση της μεταπτυχιακής μου εργασίας. Ένα μεγάλο ευχαριστώ στον κ. Α. Φιλαλήθη που ως επιβλέπων της εργασίας μου με καθοδήγησε καθ' όλη τη διάρκεια της εκπόνησής της, παρέχοντάς μου πολύτιμες συμβουλές.

Ένα πάρα πολύ μεγάλο ευχαριστώ οφείλω στη συμβουλευτική επιτροπή της μελέτης μου που αποτελείται από την Κ. Μιχελή και τον Ι. Κομνηνό. Έπαιξαν και οι δυο καθοριστικό ρόλο και με υποστήριξαν με κάθε δυνατό τρόπο σε κάθε βήμα της εργασίας.

Επίσης θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου προς τον κ. Μ. Λιναρδάκη για την πολύτιμη βοήθειά του στη στατιστική ανάλυση των δεδομένων.

Τέλος, ένα μεγάλο ευχαριστώ στο σύζυγό μου για την υπομονή και τη στήριξή του σε κάθε μου προσπάθεια.

Αφιερωμένη σε ένα πολύ αγαπημένο μου πρόσωπο που δε βρίσκεται πια κοντά μου και που οι ηθικές αρχές και οι αξίες που μου μετέδωσε θα χαράζουν την πορεία της ζωής μου. Είμαι σίγουρη πως αν βρισκόταν ανάμεσά μας θα ήταν πολύ περήφανος και θα συμμεριζόταν τη χαρά μου σε κάθε βήμα επιτυχίας μου...

Στον πατέρα μου.....

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη.....	1
Abstract.....	3
1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	5
1.1 Γενικά για τα χαρακτηριστικά εργασίας.....	5
2. ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ.....	8
2.1 Θεωρητικό πλαίσιο ποιοτικών χαρακτηριστικών εργασίας.....	8
2.2 Ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά εργασίας που επηρεάζουν την υγεία.....	13
2.3 Μελέτες μέτρησης ποιοτικών χαρακτηριστικών εργασίας (εργασιακού ελέγχου και ανισορροπίας προσπάθειας-ανταμοιβής κατά την εργασία).....	18
2.3.α Μελέτες για τη σωματική υγεία.....	18
2.3.β Μελέτες για την ψυχική υγεία.....	22
3. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....	24
3.1 Σκοπός της παρούσας μελέτης - ερευνητικές υποθέσεις.....	24
3.1. α Σκοπός μελέτης.....	24
3.1. β Ερευνητικές υποθέσεις.....	24
3.2 Τόπος και χρόνος διεξαγωγής μελέτης.....	25
3.3 Πληθυσμός μελέτης- Κριτήρια εισαγωγής.....	26
3.4 Συλλογή δεδομένων.....	26
3.5 Περιγραφή ερευνητικού εργαλείου.....	27
3. 6 Μεταβλητές μελέτης.....	28
3.6.α Ορισμός έκθεσης.....	28
3.6.β Ορισμός ασθένειας.....	30
3.7 Στατιστική ανάλυση δεδομένων.....	32
3.8 Ορισμός συγχυτικών παραγόντων.....	33

4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	35
4.1 Περιγραφική ανάλυση αποτελεσμάτων.....	35
4.2 Σχέση ποιοτικών χαρακτηριστικών εργασίας με τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού μελέτης.....	39
4.3 Σωματική και ψυχική υγεία του εργαζόμενου πληθυσμού σε σχέση με κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά.....	42
4.4 Σχέση ποιοτικών (ψυχοκοινωνικών) χαρακτηριστικών εργασίας με παραμέτρους σωματικής και ψυχικής υγείας του πληθυσμού μελέτης.....	44
4.5 Πολυπαραγοντική ανάλυση.....	46
4.5.α. Πολυπαραγοντική ανάλυση για την εκτίμηση της σχέσης της ανισορροπίας προσπάθειας-ανταμοιβής στην εργασία με τη σωματική και ψυχική υγεία των εργαζομένων	46
4.5.β. Πολυπαραγοντική ανάλυση της σχέσης του εργασιακού ελέγχου με τη σωματική και ψυχική υγεία των εργαζομένων	48
4.6 Πρόσθετη στατιστική ανάλυση.....	50
5. ΣΥΖΗΤΗΣΗ	53
5.1 Βασικά ευρήματα μελέτης - Σύγκριση ευρημάτων με άλλες μελέτες.....	53
5.2 Περιορισμοί μελέτης - Πλεονεκτήματα μελέτης.....	56
6. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	59
6.1 Σημασία αποτελεσμάτων.....	59
6.2 Πρακτικές προτάσεις υλοποίησης για αξιοποίηση των αποτελεσμάτων.....	60
6.3 Προτάσεις για μελλοντική διερεύνηση.....	66
7.ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	67

Περίληψη Μεταπτυχιακής Εργασίας

Τίτλος εργασίας: " Ποιοτικά χαρακτηριστικά εργασίας και σχέση τους με το επίπεδο υγείας σε εργαζόμενους 50-65 ετών στην Ελλάδα"

Της: Λαμπρινέα Χριστίνας

Υπό τη επίβλεψη του: 1. Α. Φιλαλήθη

Συμβουλευτική επιτροπή: 1. Ι. Κομνηνός

2. Κ. Μιχελή

Ημερομηνία: Ιούνιος 2012

Εισαγωγή: Ο άνθρωπος αφιερώνει ένα μεγάλο μέρος της καθημερινότητάς του στην ενασχόληση με την εργασία του. Στον εργασιακό χώρο, εκτίθεται σε πλήθος ψυχοκοινωνικών εργασιακών παραγόντων που ορίζουν το επίπεδο ποιότητας της εργασίας και πιθανότατα σχετίζονται με επιπτώσεις στη σωματική και ψυχική υγεία του εργαζομένου.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η μέτρηση του επιπολασμού δυο βασικών ψυχοκοινωνικών χαρακτηριστικών εργασίας (εργασιακός έλεγχος και ύπαρξη ανισορροπίας μεταξύ προσπάθειας και ανταμοιβής κατά την εργασία) σε Έλληνες εργαζόμενους ηλικίας 50-65 ετών καθώς και η διερεύνηση της σχέσης των χαρακτηριστικών αυτών με τη σωματική και ψυχική υγεία των εργαζομένων.

Μέθοδοι: Τα δεδομένα της μελέτης αντλήθηκαν από την Έρευνα για την Υγεία, τη Γήρανση και τη Συνταξιοδότηση στην Ευρώπη (SHARE, Wave 1, release 2.3.0). Το δείγμα της μελέτης αποτελούν 727 Έλληνες εργαζόμενοι, άνδρες και γυναίκες, ηλικίας 50-65 ετών. Η συλλογή των δεδομένων της μελέτης έγινε μέσω συνέντευξης, που αποτελούνταν από ένα υποβοηθούμενο από υπολογιστή ερωτηματολόγιο (CAPI) και ένα αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο (drop off). Για τις ανάγκες αυτή της μελέτης, από τα δεδομένα αυτά χρησιμοποιήθηκαν μεταβλητές που αφορούν κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος, παράμετρους υγείας και ποιοτικά χαρακτηριστικά της εργασίας. Για τη στατιστική

ανάλυση χρησιμοποιήθηκαν μοντέλα λογιστικής παλινδρόμησης, ελέγχοντας για πιθανούς συγχυτικούς παράγοντες.

Αποτελέσματα: Οι εργαζόμενοι στους οποίους παρατηρείται ανισορροπία στη σχέση μεταξύ προσπάθειας και ανταμοιβής στην εργασία έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης κακής σωματικής και ψυχικής υγείας (OR 1.74 95% CI 1.04-2.7 για χρόνια νοσήματα, OR 1.62 95% CI 1.05-2.49 για συμπτώματα υγείας, OR 1.70 95% CI 1.04-2.79 για συμπτώματα κατάθλιψης). Οι εργαζόμενοι με χαμηλό εργασιακό έλεγχο έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης χρόνιων νοσημάτων (OR 1.69 95% CI 1.04-2.73). Τέλος, οι εργαζόμενοι που εργάζονται υπό όρους χαμηλού εργασιακού ελέγχου και που στην εργασία τους η σχέση προσπάθειας- ανταμοιβής παρουσιάζει ανισορροπία, έχουν αρκετά μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης κακής σωματικής και ψυχικής υγείας από ότι αν απ'ότι αν η εργασία τους δεν παρουσιάζει αυτά τα δύο ποιοτικά χαρακτηριστικά (OR 2.68 95% CI 1.37-5.26 για χρόνια νοσήματα, OR 2.29 95% CI 1.27-4.14 για συμπτώματα υγείας, OR 2.49 95% CI 1.27-4.86 για συμπτώματα κατάθλιψης).

Συμπεράσματα: Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης δείχνουν την ύπαρξη αρνητικής επίδρασης της ανισορροπίας μεταξύ προσπάθειας και ανταμοιβής αλλά και του χαμηλού εργασιακού ελέγχου επί της εργασίας τόσο στη σωματική όσο και στην ψυχική υγεία. Συνίσταται περαιτέρω διερεύνηση της σχέσης αυτής και σχεδιασμός και υλοποίηση παρεμβατικών μέτρων βελτίωσης των ψυχοκοινωνικών συνθηκών εργασίας.

Λέξεις κλειδιά: Ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά εργασίας, ποιοτικά χαρακτηριστικά εργασίας, σωματική υγεία, ψυχική υγεία, εργασιακός έλεγχος, ανισορροπία προσπάθειας-ανταμοιβής, εργασιακή πίεση, κατάθλιψη, μοντέλα εργασιακού άγχους, αυτοαναφερούμενη υγεία, εργασιακό άγχος

Abstract

Title: "Association between quality work characteristics and health status in employees of 50-65 years old in Greece"

By: Lamprinea Christina

Supervisor: 1. A. Philalithis

Advisory Committee: 1. I. Komminos,
2. K. Micheli

Date: June 2012

Background: A large part of a person's everyday life concerns work employment. Exposure to numerous psychosocial work factors, which define work quality, is probably associated to adverse consequences on the employee's physical and mental health.

Objective: The objective of this study is the measurement of two basic psychosocial work characteristics prevalence (job control and effort-reward imbalance) in Greek employees of aged 50-65 years and the investigation of their association with parameters of their physical and mental health.

Methods: We used data from the Greek sample of the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE, Wave 1, release 2.3.0). This sample consists of 727 Greek employees of both genders, aged 50-65 years old. Data were collected through interviews which consisted in a computer assisted questionnaire (CAPI) completed by the researcher and a self-completed questionnaire (drop off). For the needs of our study, we used variables concerning sociodemographic data, health variables and work quality characteristics. Multivariate regression models were used to estimate the association between work characteristics and health, after adjustment for all possible confounders.

Results: According to the findings of our study, employees with effort-reward imbalance have greater odds of having poor physical and mental health (OR 1.74 95% CI 1.04-2.7 for chronic diseases, OR 1.62 95% CI 1.05-2.49 for health symptoms, OR 1.70 95% CI 1.04-2.79 for depressive symptoms). Employees with low job control

present greater odds of developing chronic diseases (OR 1.69 95% CI 1.04-2.73). Finally, employees exposed both to low job control conditions and effort-reward imbalance present much greater odds of having poor physical and mental health than those exposed only to one of the two psychosocial work characteristics (OR 2.68 95% CI 1.37-5.26 for chronic diseases, OR 2.29 95% CI 1.27-4.14 for health symptoms, OR 2.49 95%CI 1.27-4.86 for depressive symptoms).

Conclusions: These findings suggest that effort-reward imbalance and low job control at work is negatively associated to physical and mental health. Further investigation is needed in order to design and implement intrusive measures to improve psychosocial working conditions.

Key words: psychosocial work characteristics, quality work characteristics, physical health, mental health, job control, and effort-reward imbalance, job strain, depression, job stress models, self-reported health, job stress

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1 Γενικά για τα χαρακτηριστικά εργασίας

Η εργασία αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της στην ζωή του ανθρώπου και ως εκ τούτου θεωρείται σημαντικό στοιχείο στη διαμόρφωση της ταυτότητάς του και της ένταξής του στο κοινωνικό σύνολο. Μέσω αυτής μπορεί να αναδείξει τις δεξιότητες-ικανότητές του, να αισθανθεί ολοκλήρωση και προσωπική αυτοπραγμάτωση ενώ παράλληλα η εργασία συμβάλλει τόσο στην προσωπική του ευημερία, πρόοδο, καταξίωση και ανάπτυξη όσο και της κοινωνίας.

Επιδημιολογικές έρευνες έχουν δείξει ότι κοινωνικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες μπορούν να συμβάλουν στην εμφάνιση πολλών ασθενειών στον άνθρωπο. Καθώς η κύρια δραστηριότητα που φαίνεται να απασχολεί ένα άτομο κατά ένα σημαντικό μέρος της ημέρας είναι η εργασία του, έχει βρεθεί ότι ποικίλλες συνιστώσες που απορρέουν από αυτή όπως διαφόρων ειδών πιέσεις, ένταση και στρεσογόνες καταστάσεις που διαδραματίζονται στο εργασιακό περιβάλλον αποτελούν δυνητικά τροποποιητικούς παράγοντες της κατάστασης υγείας.

Υπάρχουν ενδείξεις ότι οι τρέχουσες τάσεις των εργασιακών συνθηκών μπορεί να βλάπτουν άμεσα τη σωματική και ψυχική υγεία των εργαζομένων (Kenny DT et al., 2000). Νέες εργασιακές πρακτικές και οι ραγδαίες τεχνολογικές εξελίξεις αλλάζουν τη φύση πολλών ειδών εργασίας (Cooper Cl., 1999). Συχνά οι εργαζόμενοι υποχρεώνονται να εργάζονται πέρα από το προκαθορισμένο ωράριό τους, σε πολλές περιπτώσεις απρόθυμα, ή εκούσια στα πλαίσια του ανταγωνιστικού περιβάλλοντος της αγοράς (Paoli P., 1992). Οι εργασιακές πρακτικές αυτοματοποιούνται όλο και περισσότερο, με αποτέλεσμα οι υπάλληλοι να μπορούν να έχουν όλο και λιγότερο τον έλεγχο του φόρτου εργασίας τους. Πολλές επιχειρήσεις μειώνουν το μόνιμο εργατικό δυναμικό τους και υιοθετούν την κουλτούρα των βραχυχρόνιων συμβάσεων ή "χρησιμοποίησης εξωτερικών πηγών", αυξάνοντας το αίσθημα εργασιακής ανασφάλειας που είναι γνωστό ότι επιδρά αρνητικά στην υγεία (Ferrie J. E., 2001). Οι τάσεις αυτές έχουν αναμφίβολα συνεισφέρει σημαντικά στην ανάπτυξη μιας κουλτούρας "εργασιομανίας" που επηρεάζει αρνητικά τα επίπεδα υγείας.

Μάλιστα σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO, 2001), το εργασιακό άγχος που επιφέρει ένα εργασιακό περιβάλλον με χαμηλής ποιότητας ψυχοκοινωνικά

χαρακτηριστικά, προκαλεί διάφορες διαταραχές στην υγεία του ατόμου, αποτελώντας την κυριότερη αιτία πρόωρης θνησιμότητας στην Ευρώπη. Περισσότερο από το ένα τέταρτο του πληθυσμού των Ευρωπαϊκών εργαζομένων φαίνεται να υποφέρει από υψηλά επίπεδα στρες ενώ υπολογίζεται ότι μέχρι το 2020 οι στρεσογόνες καταστάσεις και η κατάθλιψη θα βρίσκονται ανάμεσα στις τρεις πρώτες αιτίες που σχετίζονται με την εμφάνιση κάποιας νόσου στον άνθρωπο. Σήμερα, σχεδόν το 11% του ευρωπαϊκού πληθυσμού πάσχει από κάποια ψυχική νόσο, ενώ το 28% των εργαζομένων στην Ε.Ε. αντιμετωπίζουν προβλήματα ψυχικής υγείας σχετιζόμενα με την εργασία τους. Επισημαίνεται ότι το 75% των ατόμων που αναζητούν ψυχιατρική υποστήριξη, είναι άτομα που παρουσιάζουν μειωμένη εργασιακή ικανοποίηση και έντονο εργασιακό στρες. Επομένως, το εργασιακό στρες φαίνεται να αποτελεί ψυχοκοινωνικό παράγοντα κινδύνου στο χώρο εργασίας, που επηρεάζει την ικανοποίηση του ατόμου από την εργασία του και κατ' επέκταση αυτό αντανακλάται στο επίπεδο υγείας του.

Ανάμεσα στα βασικότερα ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά της εργασίας συγκαταλέγονται οι εργασιακές απαιτήσεις, ο βαθμός ελευθερίας λήψης αποφάσεων, ο έλεγχος πάνω στην εργασία, η κοινωνική υποστήριξη, οι ευκαιρίες για ανάπτυξη, η σύγκρουση ρόλων και η εργασιακή ανασφάλεια.

Από αυτά τα χαρακτηριστικά που αναφέρθηκαν, οι εργασιακές απαιτήσεις περιλαμβάνουν μεταβλητές τόσο σχετιζόμενες με την εργασία όσο και με τον άνθρωπο.

Οι πρώτες περιλαμβάνουν εργασιακές παραμέτρους όπως το ωράριο εργασίας (εργασία με βάρδιες, ακανόνιστο ωράριο, ή εναλλασσόμενο ωράριο), πίεση χρόνου, αυτοματοποιημένη εργασία, επαναλαμβανόμενα καθήκοντα ρουτίνας ή μονότονες δραστηριότητες, κοινωνική επαφή, φυσικές συνθήκες εργασίας, ατομικά ή ομαδικά καθήκοντα.

Επίσης, εμπεριέχουν την οργανική θέση, η οποία συνεπάγεται διαφορετικά επίπεδα ευθυνών, δικαιοδοσίας λήψης αποφάσεων και κύρους. Τυχόν προβληματική επικοινωνία ή σχέση με συνεργάτες ή προϊσταμένους, όπως συγκρούσεις ή άδικη μεταχείριση, αντιφατικές απαιτήσεις ή υπερβολικός φόρτος εργασίας, μπορεί να αποτελέσει πηγή άγχους, παρά το ότι η υποστήριξη από τους συναδέλφους να ανακουφίσει τις επιπτώσεις τους σχετικά με το στρες.

Όσον αφορά στις μεταβλητές που σχετίζονται με τον άνθρωπο σε εκείνες συγκαταλέγονται ο βαθμός εργασιακής ικανοποίησης, η οργάνωση της εργασίας, η αίσθηση ασφάλειας και η ευελιξία της εργασίας, η αναγνώριση και η ανταμοιβή και οι δυνατότητες για εξέλιξη και προσωπική ανάπτυξη.

Τέλος, στην διαδικασία διαμέσου της οποίας εργασιακές παράμετροι όπως αυτές που αναφέρθηκαν επηρεάζουν δυνητικά την κατάσταση υγείας ενός ατόμου φαίνεται ότι εμπλέκονται και ατομικά χαρακτηριστικά, όπως η υποκειμενική αντίληψη των δυνατοτήτων, η αυτοπεποίθηση και η ικανότητα αντιμετώπισης στρεσογόνων καταστάσεων.

2. ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

2.1 Θεωρητικό πλαίσιο ποιοτικών χαρακτηριστικών εργασίας

Ένας ευρύς ορισμός που θα μπορούσε να δοθεί για τα χαρακτηριστικά της εργασίας είναι ότι αποτελούν ομάδα περιβαλλοντικών μεταβλητών που θεωρούνται σημαντικές στη διαμόρφωση των συναισθημάτων και της συμπεριφοράς των εργαζομένων (Hackman J.R. & Oldham G.R., 1976). Αυτός ο ορισμός αναδεικνύει την ψυχολογική διάσταση του θέματος.

Για την κατανόηση του βαθμού της πολυπλοκότητας των ψυχοκοινωνικών χαρακτηριστικών που αναπτύσσονται κάτω από εργασιακές συνθήκες, κρίθηκε αναγκαία η διαμόρφωση θεωρητικών μοντέλων που να μπορούν να περιγράψουν αυτά τα χαρακτηριστικά., αλλά και να εστιάσουν σε συγκεκριμένα στοιχεία τα οποία είτε άμεσα είτε έμμεσα μπορούν δυνητικά να επηρεάσουν την υγεία.

Παραδοσιακές ιατροκεντρικές προσεγγίσεις δεν μπορούν άμεσα να εκτιμήσουν την αλληλεπίδραση ανάμεσα στο άτομο και το περιβάλλον του, και φαίνεται πως το στρεσογόνο χαρακτηριστικό που διαμορφώνεται από έναν ψυχοκοινωνικό παράγοντα, μπορεί να περιγραφεί καλύτερα μέσα από κάποιο αυτοαναφερούμενο ερωτηματολόγιο ή προσωπική συνέντευξη (Siegrist et al., 2004).

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία υπάρχουν αρκετά θεωρητικά μοντέλα τα οποία έχουν αναπτυχθεί για την ερμηνεία της πολυπλοκότητας και της ποικιλίας των αλληλεπιδράσεων ανάμεσα στο εργασιακό περιβάλλον και τον εργαζόμενο. Τα μοντέλα αυτά, προσδιορίζουν είτε με έμμεσο είτε με άμεσο τρόπο τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά αυτών των αλληλεπιδράσεων τα οποία δύναται να επηρεάσουν την υγεία (Siegrist J., 1996) ενώ έχουν χρησιμοποιηθεί συμπληρωματικά για την πρόβλεψη προβλημάτων υγείας εστιάζοντας σε διαφορετικές πτυχές του εργασιακού περιβάλλοντος.

Τα κυριότερα είναι τέσσερα:

α) το μοντέλο του ομαδικού εργασιακού κλίματος (Ylipaavalniemi J. et al., 2005), το οποίο επικεντρώνεται στις διαδικασίες λήψης αποφάσεων και στις πρακτικές της διοίκησης.

β) το μοντέλο οργανωσιακής δικαιοσύνης (Ylipraavalniemi J. et al., 2005) που περιγράφει σχέση μεταξύ ποιότητας εργασιακών σχέσεων και κοινωνικής αλληλεπίδρασης στην εργασία,

γ) το μοντέλο της εργασιακής πίεσης του Karasek (Karasek R. 1979), που επικεντρώνεται σε παράγοντες καταστάσεων εργασιακού ελέγχου και

δ) το μοντέλο της ανισορροπίας ανάμεσα στην προσπάθεια και την ανταμοιβή κατά την εργασία (Siegrist).

Το μοντέλο «ομαδικού εργασιακού κλίματος» (Team Climate Model, West, 1990):

Το μοντέλο του ομαδικού εργασιακού κλίματος (Ylipraavalniemi J. et al., 2005) μελετά την επίδραση του οργανωσιακού κλίματος στην υγεία. Το σχετικό ερωτηματολόγιο αποτελείται από ερωτήσεις που καλύπτουν τέσσερις βασικές εργασιακές διαστάσεις: το όραμα, την ασφαλή συμμετοχή στην ομάδα, τον προσανατολισμό στο έργο, και την υποστήριξη για καινοτομία. Δεδομένα από συγχρονικές μελέτες δείχνουν και σε αυτή την περίπτωση ότι το δυσμενές ομαδικό και οργανωσιακό κλίμα συνδέεται με αυξημένο άγχος, συμπτώματα που σχετίζονται με την εργασία και αυξημένα ποσοστά απουσίας λόγω ασθένειας (Kivimäki M. et al. 2001; Ylipraavalniemi J. et al., 2005). Επίσης, έχει φανεί ότι οι διαπροσωπικές συγκρούσεις στην εργασία συνδέονται με αυξημένο κίνδυνο ψυχιατρικής νοσηρότητας (Romanov K. et al., 1996).

Το μοντέλο της οργανωσιακής δικαιοσύνης (Procedural Justice Model, Thibaut & Walker, 1975):

Το μοντέλο της οργανωσιακής δικαιοσύνης υποστηρίζει ότι η άδικη μεταχείριση των εργαζομένων σχετίζεται με ποικίλα προβλήματα υγείας ακολουθούμενα από μακροχρόνιο στρες. Μελέτη του Elovainio έδειξε συσχέτιση με ελαφρά ψυχιατρική νοσηρότητα και μειωμένα επίπεδα υγείας όπως τα αντιλαμβάνονταν οι εργαζόμενοι, ανεξάρτητα από άλλους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες όπως ο φόρτος εργασίας, ο εργασιακός έλεγχος ή η κοινωνική υποστήριξη (Ylipraavalniemi J. et al., 2005).

Τα δυο πιο κυρίαρχα μοντέλα όμως για τη μέτρηση των χαρακτηριστικών της εργασίας είναι το μοντέλο της "εργασιακής πίεσης" του Karasek και το μοντέλο "ανισορροπίας προσπάθειας-ανταμοιβής" του Siegrist.

Το μοντέλο «εργασιακής πίεσης» (Job Control, Karasek, 1979):

Το θεωρητικό μοντέλο της εργασιακής πίεσης ορίζει ως εργασιακή πίεση-άγχος το υψηλό επίπεδο ψυχολογικών απαιτήσεων συνδυαζόμενο με χαμηλό επίπεδο ελέγχου ή λήψης αποφάσεων πάνω στην εργασία και χρησιμοποιείται ευρέως για την αξιολόγηση των χαρακτηριστικών του εργασιακού περιβάλλοντος. Το μοντέλο αυτό (Karasek R. 1979) αποτελείται από δυο διαστάσεις και υποθέτει ότι η εργασιακή πίεση είναι αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης μεταξύ των εργασιακών απαιτήσεων και του ελέγχου εργασίας όπως αυτά μετρούνται σε επίπεδο εργασίας. Ως εργασιακές απαιτήσεις ορίζονται οι στρεσογόνοι ψυχολογικοί παράγοντες που υπάρχουν στο εργασιακό περιβάλλον και ως εργασιακός έλεγχος ορίζονται οι ευκαιρίες του εργαζόμενου να χρησιμοποιεί και να αναπτύσσει δεξιότητες και να αυξάνει τον βαθμό επιρροής του (εξουσία) στη λήψη αποφάσεων.

Από το μοντέλο αυτό προκύπτει ο χαρακτηρισμός της εργασίας ως "εργασία με υψηλή πίεση" όταν οι απαιτήσεις από τον εργαζόμενο είναι αυξημένες και το επίπεδο ελέγχου της εργασίας του είναι χαμηλό. Το αντίστροφο συνεπάγεται "εργασία χαμηλής πίεσης".

Το μοντέλο αυτό υποστηρίζει ότι οι εργαζόμενοι υπό συνθήκες υψηλής πίεσης (συνδυασμός υψηλών εργασιακών απαιτήσεων και χαμηλού εργασιακού ελέγχου) διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να παρουσιάσουν προβλήματα υγείας σε σχέση με τους εργαζόμενους υπό συνθήκες χαμηλότερης εργασιακής πίεσης. Πράγματι, προηγούμενες συγχρονικές μελέτες έχουν δείξει ότι η υψηλή εργασιακή πίεση, οι αυξημένες εργασιακές απαιτήσεις ή ο μειωμένος εργασιακός έλεγχος σχετίζονται με κατάθλιψη, κακή ψυχική υγεία και ψυχολογική δυσφορία (Karasek R. 1979; Stansfeld S. et al., 1997; De Lange A. H. et al., 2003; Mausner-Dorsch H. & Eaton W. W., 2001; Van der Doef M. & Maes S., 1999).

Το μοντέλο αυτό χρησιμοποιεί ένα ερωτηματολόγιο που αποτελείται από 49 ερωτήσεις που μετρούν τα κοινωνικά και ψυχολογικά χαρακτηριστικά της εργασίας και την επίδρασή τους στο άτομο. Αυτά περιλαμβάνουν την ελευθερία λήψης αποφάσεων, την ποικιλία δεξιοτήτων, την κοινωνική υποστήριξη, τις σωματικές απαιτήσεις και την εργασιακή ανασφάλεια.

Το μοντέλο «ανισορροπίας προσπάθειας-ανταμοιβής» (Effort-Reward Imbalance, Siegrist, 1996):

Πρόκειται για ένα εναλλακτικό μοντέλο, το οποίο εστιάζεται στην έλλειψη κοινωνικής αμοιβαιότητας και δικαιοσύνης μεταξύ των προσπαθειών που καταβάλλονται στην εργασία, σε σχέση με τις λαμβανόμενες ανταμοιβές και επιτρέπει την ενσωμάτωση των γνωρισμάτων του εργαζομένου (ατομικά χαρακτηριστικά π.χ. στρατηγικές αντιμετώπισης) Υποστηρίζεται συνεπώς, ότι η έλλειψη ισορροπίας μεταξύ των προσπαθειών από την πλευρά του εργαζομένου και των αντίστοιχων ανταμοιβών (χρήματα, προοπτικές προαγωγής, εργασιακή ασφάλεια και αυτοεκτίμηση), μπορεί να προκαλέσει αγχωτικές αντιδράσεις (Siegrist J., 2010).

Αποτελείται από τρεις ενότητες

- Την ανταμοιβή (reward),
- την προσπάθεια (effort) και
- την υπερβολική δέσμευση (over commitment).

Η ενότητα της ανταμοιβής περιλαμβάνει 11 ερωτήσεις οι οποίες αφορούν χαρακτηριστικά χρηματικών απολαβών (πχ ικανοποιητικός μισθός), εκτίμησης (πχ σεβασμός και υποστήριξη από το εργασιακό περιβάλλον) ευκαιρίες για προαγωγή στην εργασία και αίσθημα ασφάλειας. Η ενότητα της προσπάθειας (Effort) αποτελείται από 5 ή 6 ερωτήσεις οι οποίες αφορούν θέματα απαιτήσεων και υποχρεώσεων από την εργασία (π.χ. πίεση χρόνου, μεγάλες ευθύνες). Τέλος, η ενότητα της υπερβολικής δέσμευσης (over commitment), αποτελείται από 6 ερωτήσεις οι οποίες αφορούν ατομικά-προσωπικά χαρακτηριστικά του εργαζόμενου που αναφέρονται σε αντιδράσεις του σχετικές με υπερβολική φιλοδοξία και αφοσίωση στην εργασία του, που απορρέουν από την ανάγκη κοινωνικής αποδοχής και εκτίμησης (Siegrist, J., 1996; de Jonge J. et al., 2000; Msaouel P. et al., 2012).

Συγκρίνοντας τα δύο αυτά ερωτηματολόγια, φαίνεται ότι το JCQ περιλαμβάνει περισσότερες ερωτήσεις που καλύπτουν τις μεταβλητές εργασιακής πίεσης από ότι το ότι το ERI (Landsbergis P. & Theorell T., 2000) Παρά το γεγονός ότι αγνοεί ορισμένους παράγοντες που σχετίζονται με το άτομο, δίνει ένα πιο στενό ορισμό της έννοιας του "ελέγχου" και επικεντρώνεται στην κατάσταση της εργασίας (το περιβάλλον). Το πλεονέκτημά του ως μοντέλο έγκειται έγκειται στο ότι εστιάζει στις πιθανές αρνητικές συνέπειες της εργασίας υψηλής πίεσης, ανεξάρτητα από τα χαρακτηριστικά των εργαζομένων που πιθανόν θα μπορούσαν να μετριάσουν αυτά

τα αποτελέσματα. Όμως, δεδομένου ότι το μοντέλο του Siegrist συνδυάζει τις δυο κατηγορίες που μετρούν τη μεταβλητή της προσπάθειας (προσπάθεια που οφείλεται σε εργασιακούς παράγοντες και καθιστούν την εργασία περισσότερο απαιτητική και προσπάθεια που οφείλεται σε προσωπικούς παράγοντες-κίνητρα για εργασιακή δέσμευση), θεωρείται ότι αποτελεί ένα πιο ευαίσθητο δείκτη του άγχους από ό, τι το μοντέλο των Karasek και Theorell, καθώς δε λαμβάνει υπόψη τις πτυχές της υποκειμενικής ζωής των εργαζομένων

Η σύγκριση αυτή αποσκοπεί στην ανάδειξη της προγνωστικής εγκυρότητας των δυο μοντέλων, ξεχωριστά και σε συνδυασμό, για την ύπαρξη παθήσεων και για τα αυτοαναφερόμενα επίπεδα υγείας, αναδεικνύοντας την ανάγκη συνδυασμού τους όπως γίνεται και στην παρούσα μελέτη, καθώς συνδυάζουν διαφορετικές πτυχές της εργασίας και μαζί αυξάνουν την εγκυρότητα των αποτελεσμάτων (Ostry A. et al., 2003).

2.2 Ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά εργασίας που επηρεάζουν την υγεία

Το ψυχοκοινωνικό εργασιακό περιβάλλον θεωρείται σημαντικός προσδιοριστής υγείας του ατόμου (Vahtera J. et al., 2000). Γενικά τα ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά της εργασίας έχουν σημαντική προγνωστική ισχύ όσον αφορά τις ασθένειες που σχετίζονται με το άγχος. Αρκετές μελέτες κοορτών υποστηρίζουν την πιθανή συσχέτιση συγκεκριμένων χαρακτηριστικών της εργασίας με διάφορες πτυχές της ψυχικής υγείας όπως η κατάθλιψη και η ψυχολογική δυσφορία (psychological distress) (Niedhammer I. et al., 1998; Bültmann U. et al., 2001). Μια σουηδική μελέτη, δείγματος 5.000 εργαζόμενων γυναικών, δείχνει ότι η αλληλεπίδραση της επαγγελματικής τάξης και της έκθεσης σε δυσμενείς ψυχοκοινωνικές εργασιακές συνθήκες οδηγούν σε αύξηση των ποσοστών νοσηρότητας και θνησιμότητας από στεφανιαία νόσο (Hall E. M. et al., 1993).

Ο βασικός παράγοντας που συνδέει τα χαρακτηριστικά της εργασίας με την υγεία είναι το στρες. Οι συνθήκες εργασίας μπορούν να θεωρηθούν στρεσογόνες όταν εμπεριέχουν αυξημένες εργασιακές απαιτήσεις που δεν αντιστοιχούν στις γνώσεις και δεξιότητες των εργαζομένων ή τις ανάγκες τους, ειδικά όταν οι εργαζόμενοι έχουν ελάχιστο έλεγχο επί της δουλειάς τους και να λαμβάνουν περιορισμένη υποστήριξη στην εργασία. (Leka S. & Jain A., 2010). Το στρες λοιπόν που προκαλείται από δυσμενή χαρακτηριστικά της εργασίας οδηγεί σε δύο ειδών αλλαγές στο άτομο, σωματικές και συμπεριφορικές. Στις σωματικές συγκαταλέγονται αλλαγές της αρτηριακής πίεσης, του σακχάρου στο αίμα, του αριθμού των σφίξεων, της συγκέντρωσης στο αίμα στρεσογόνων ορμονών και του σωματικού βάρους. Παραδείγματα συμπεριφορικών αλλαγών είναι: το κάπνισμα, οι διατροφικές συνήθειες, η πρόσληψη θερμίδων, η άσκηση, η κατανάλωση αλκοόλ ή καφέ και οι αλλαγές στον ύπνο (Kristensen T.S., 1995).

Για παράδειγμα, η μελέτη του Choi (Choi B. et al., 2010) σχετικά με το ρόλο των ψυχοκοινωνικών χαρακτηριστικών της εργασίας (έλεγχος της εργασίας και ψυχολογικές απαιτήσεις) στην ποσότητα του ελεύθερου χρόνου για σωματική δραστηριότητα έδειξε ότι οι εργαζόμενοι με τις λιγότερο πιεστικές εργασίες είχαν περισσότερο ελεύθερο χρόνο για άσκηση. Αντίθετα οι εργασίες με υψηλή πίεση συνεπάγονταν λιγότερη σωματική άσκηση και επομένως περισσότερες αρνητικές συνέπειες για την υγεία.

Τα στρεσογόνα ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά που μπορεί να είναι επιβλαβή για την υγεία μπορούν να συνοψισθούν στις εξής βασικές κατηγορίες: περιεχόμενο εργασίας, φόρτος και ρυθμός εργασίας, ωράριο εργασίας (εργασία σε βάρδιες και πολλές ώρες εργασίας), διαπροσωπικές σχέσεις στην εργασία, εργασιακή κουλτούρα, εργασιακός ρόλος, εργασιακός έλεγχος και ανισορροπία προσπάθειας-ανταμοιβής (Leka S. & Jain A., 2010).

➤ Περιεχόμενο εργασίας

Διάφορες πτυχές του περιεχομένου εργασίας που μπορεί να είναι επιβλαβείς για την υγεία είναι η περιορισμένη χρήση δεξιοτήτων, η έλλειψη ποικιλίας καθηκόντων, η χαμηλή αξία της εργασίας, η εργασιακή ρουτίνα μέσω επαναλαμβανόμενων καθηκόντων, η αβεβαιότητα, οι περιορισμένες ευκαιρίες μάθησης και οι αντικρουόμενες απαιτήσεις.

Έκθεση σε συνδυασμό αυτών μπορεί σταδιακά να οδηγήσει σε άγχος και κατάθλιψη αλλά και σε σωματικά προβλήματα όπως μυοσκελετικές διασραχές, διαταραχές του πεπτικού συστήματος και υιοθέτηση επιβλαβών συμπεριφορικών συνηθειών για την υγεία όπως το κάπνισμα. Μάλιστα η αβεβαιότητα για το μέλλον λόγω της εργασιακής ανασφάλειας ή της εργασίας ορισμένου χρόνου μπορεί να αποτελέσει πηγή άγχους και σχετίζεται με κακούς δείκτες υγείας.

➤ Φόρτος και ρυθμός εργασίας

Είναι ξεκάθαρο ότι τόσο ο υπερβολικός όσο και ο χαμηλός φόρτος εργασίας μπορεί να είναι επιβλαβείς, μειώνοντας την αυτοεκτίμηση του εργαζομένου και δημιουργώντας σωματικά και ψυχολογικά προβλήματα. Σημαντικό ρόλο φαίνεται να παίζουν ταυτόχρονα η ποσότητα, η ποιότητα του φόρτου εργασίας αλλά και ο ρυθμός εργασίας με τους εργαζόμενους που αναφέρουν υπερβολικό φόρτο, χαμηλή ποιότητα εργασίας και γρήγορους ρυθμούς εργασίας να εμφανίζουν υψηλά επίπεδα άγχους και ασθένειες που σχετίζονται με αυτό.

➤ Ωράριο εργασίας

Η εργασία με βάρδιες, οι πολλές ώρες εργασίας και τα εργασιακά καθήκοντα που απαιτούν διακοπή του ύπνου αυξάνουν το άγχος και την κούραση καθώς αναστρέφουν τους βιολογικούς ρυθμούς του ατόμου. Μάλιστα δανέζικη μελέτη εργαζομένων κατά τη διάρκεια της νύκτας έδειξε ότι εκτίθενται σε χαμηλότερο

εργασιακό έλεγχο, υποστήριξη και σε αυξημένες απαιτήσεις σε σχέση με τους εργαζόμενους της ημέρας. Επίσης μια ανασκόπηση 17 μελετών καθώς και μια φιλανδική μελέτη έδειξαν ότι οι εργαζόμενοι με βάρδιες έχουν 40% αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακών ασθενειών και 30-50% περισσότερο κίνδυνο εμφάνισης στεφανιαίας νόσου αντίστοιχα πιθανότατα λόγω βιολογικών μεταβολών, διαταραχής των κοινωνικο-χρονικών μοτίβων λόγω της εργασίας, άγχους και συμπεριφορικών συνηθειών.

Όσον αφορά τις ώρες εργασίας οι αύξηση των ωρών εργασίας εβδομαδιαίως φαίνεται να αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης υπέρτασης με σχέση δόσης-απόκρισης βάσει μελέτης σε δείγμα 24.205 Αμερικανών εργαζομένων. Επίσης εργασία που ξεπερνά τις 48 ώρες εβδομαδιαίως φαίνεται να σχετίζεται με στεφανιαία νόσο.

➤ Διαπροσωπικές σχέσεις στην εργασία

Έχει υποστηριχθεί έντονα ότι οι καλές σχέσεις μεταξύ των εργαζομένων και των μελών ομάδων εργασίας είναι απαραίτητη για την καλή υγεία των εργαζομένων. Η υποστήριξη κατά την εργασία ρυθμίζει την επίδραση των εργασιακών απαιτήσεων ως προς την εμφάνιση κατάθλιψης και μειώνει την εργασιακή πίεση. Αντιθέτως οι μη ικανοποιητικές διαπροσωπικές σχέσεις, η κακή επικοινωνία και η απουσία υποστήριξης εντείνουν το άγχος και την αγωνία οδηγώντας μέχρι και σε καρδιαγγειακές ασθένειες. Δεδομένα από τη μελέτη Whitehall II δείχνουν ότι η υποστήριξη από τους συναδέλφους στο εργασιακό περιβάλλον μειώνει τον κίνδυνο απουσίας λόγω ψυχιατρικής ασθένειας (Stansfeld S. et al., 1997).

➤ Εργασιακή κουλτούρα

Σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση των επιπέδων υγείας των εργαζομένων φαίνεται να παίζει το οργανωσιακό κλίμα και το στυλ διοικητικής κουλτούρας. Μια αυταρχική διοίκηση δημιουργεί στον εργαζόμενο στρες απειλώντας την ελευθερία, αυτονομία και αυτοπεποίθησή του.

➤ Εργασιακός ρόλος

Διάφορες όψεις του εργασιακού ρόλου που φαίνεται να αποτελούν προγνωστικούς δείκτες ψυχικής υγείας είναι ο υπερφορτωμένος ρόλος, ο ρόλος αβεβαιότητας ή συγκρούσεων, ο ανεπαρκής ή ο ρόλος ευθύνης για άλλους εργαζόμενους. Όταν ο

ρόλος του εργαζόμενου ενέχει αβεβαιότητα ή συγκρούσεις αυτό συνεπάγεται εργασιακή ένταση, μη ικανοποίηση από την εργασία και λιγότερη αυτοπεποίθηση με αποτέλεσμα αύξηση της αρτηριακής πίεσης και των καρδιακών παλμών καθώς και συσχέτιση με εμφάνιση συμπτωμάτων κατάθλιψης. Επίσης μπορεί να συσχετιστεί με καρδιαγγειακή νόσο.

➤ Εργασιακός έλεγχος

Ο εργασιακός έλεγχος αφορά το βαθμό στον οποίο οι εργαζόμενοι μπορούν να συμμετέχουν στη διαδικασία λήψης αποφάσεων που επηρεάζουν την εργασία τους. Εργασίες που χαρακτηρίζονται από περιορισμένη ελευθερία λήψης αποφάσεων, έλλειψη αυτονομίας και εργασιακού ελέγχου δημιουργούν άγχος, αγωνία και πίεση στον εργαζόμενο με αντίκτυπο την κακή σωματική και ψυχική υγεία, ενώ αυτές που έχουν υψηλότερες απαιτήσεις αλλά και μεγάλη ελευθερία στη λήψη αποφάσεων αυξάνουν την εργασιακή ικανοποίηση (Karasek R., 1979).

➤ Ανισορροπία προσπάθειας-ανταμοιβής κατά την εργασία

Η ύπαρξη ανισορροπίας ανάμεσα στην προσπάθεια που καταβάλλει ο εργαζόμενος στην εργασία του και στην ανταμοιβή που λαμβάνει έχει συσχετιστεί σε πολλές προοπτικές μελέτες με πλήθος προβλημάτων υγείας όπως; στεφανιαία καρδιακή νόσος (Bosma H. et al., 1998; Kuper H. & Marmot M., 2003) αυξημένη θνησιμότητα από καρδιαγγειακές νόσους (Kivimäki et al., 2002), ήπια έως μέτρια ψυχιατρική διαταραχή (κυρίως συναισθηματική διαταραχή) (Stansfeld S. et al., 1997; Niedhammer I. et al., 2006; Godin I. et al., 2005) και χαμηλή αυτοεκτίμηση υγείας ή κακή ψυχική και σωματική λειτουργία (Niedhammer I. et al., 2004; Stansfeld S. et al., 1998).

Στην παρούσα μελέτη έχουν επιλεγεί τα δύο τελευταία ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά και εξετάζεται η επίδρασή τους στη σωματική και ψυχική υγεία των εργαζομένων

Ο εργασιακός έλεγχος εμφανίζεται ως το πιο αξιόπιστο χαρακτηριστικό της εργασίας. Ωστόσο, οι περισσότερες ενδείξεις της αξιοπιστίας του ως παράγοντα που επηρεάζει την υγεία προέρχονται από έρευνες σε άνδρες στις οποίες, με ελάχιστες εξαιρέσεις, αποκλείεται η εργασία στο σπίτι.

Χαρακτηριστικά της εργασίας όπως ο φόρτος εργασίας, η σύγκρουση ρόλων και ο χαμηλός έλεγχος πάνω στην εργασία αποτελούν βασικές πηγές άγχους επηρεάζοντας αρνητικά την υγεία και σχετίζονται κυρίως με προβλήματα ψυχικής υγείας (Woo JM. & Postolache TT. 2008; Niedhammer I. et al., 2006) και σωματικής υγείας όπως οι καρδιαγγειακές νόσοι (Malinauskienė V, et al., 2005; Belkic K. et al., 2004) Η εργασία με επαναλαμβανόμενα καθήκοντα ρουτίνας, υψηλές εργασιακές απαιτήσεις, χαμηλή κοινωνική υποστήριξη και υψηλή ανασφάλεια επιβαρύνουν αρνητικά την υγεία (Vilhelm B. & Kristensen TS. 2000; Lund T. & Vilhelm B., 1999) αυξάνοντας τον κίνδυνο για έμφραγμα του μυοκαρδίου και εγκεφαλικό (Andre-Petersson L. et al., 2007).

Επιπλέον, με εμφάνιση μυοσκελετικών διαταραχών φαίνεται πως σχετίζονται εργασίες με αρνητικά ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά όπως υψηλός φόρτος, αυξημένη εργασιακή πίεση, αβεβαιότητα, χαμηλό εργασιακό έλεγχο και ελάχιστη υποστήριξη από τους προϊσταμένους, τα οποία επηρεάζουν και ευθύνονται για φυσικούς παράγοντες της εργασίας όπως δύναμη ή επαναλαμβανόμενα καθήκοντα. (Smith M.J., 1987; Leroux I. et al., 2006).

2.3 Μελέτες μέτρησης ποιοτικών χαρακτηριστικών εργασίας (εργασιακού ελέγχου και ανισορροπίας προσπάθειας-ανταμοιβής κατά την εργασία)

2.3.α Μελέτες για τη σωματική υγεία

Πλήθος συγχρονικών και διαχρονικών μελετών δείχνουν μια σχέση μεταξύ του ψυχοκοινωνικού περιβάλλοντος εργασίας και των επιπτώσεων του στη σωματική υγεία των εργαζομένων. Πολλά από τα πιο συχνά προβλήματα υγείας είναι η υπέρταση, οι καρδιακές παθήσεις, οι μυοσκελετικές παθήσεις και οι γαστρεντερικές διαταραχές (Leka S. & Jain A., 2010).

Ευρήματα μελετών κοορτών έχουν δείξει ότι οι στρεσογόνες συνθήκες εργασίας, όπως η περιορισμένη δυνατότητα λήψης αποφάσεων, οι υψηλές εργασιακές απαιτήσεις και τα χαμηλά επίπεδα κοινωνικής υποστήριξης στην εργασία σχετίζονται με τη μετέπειτα κακή κατάσταση της υγείας, συνοδευόμενη από αύξηση της αρτηριακής πίεσης και στεφανιαία νόσο (Bosma H. et al., 1998; Kivimäki M. et al., 2002; Kuper H. & Marmot M., 2003) Επίσης στη βιβλιογραφία υπάρχουν αρκετές μελέτες που συνδέουν τις συνθήκες εργασίας με τη χρόνια κόπωση (Beurskens AJ. et al., 2000; Fahlen G. et al., 2006)

Παρόμοια συμπεράσματα προκύπτουν και από μετα-αναλύσεις πολλών μελετών. Πιο συγκεκριμένα, μια μετα-ανάλυση 14 μελετών (Kivimäki M. et al., 2006) στις οποίες το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος (83.014 εργαζόμενοι) ελέγχθηκε βάσει του μοντέλου εργασιακής πίεσης ενώ για περίπου 11.528 εργαζόμενους χρησιμοποιήθηκε το μοντέλο της ανισορροπίας προσπάθειας-ανταμοιβής, έδειξε αυξημένο κίνδυνο κατά 50% εμφάνισης καρδιαγγειακής νόσου στα άτομα με ανισορροπία προσπάθειας-ανταμοιβής, με χαμηλό εργασιακό έλεγχο και υψηλές εργασιακές απαιτήσεις.

Σε προοπτική μελέτη κοορτής (Kivimäki M. et al., 2002) όπου εξετάστηκε η σχέση του εργασιακού άγχους και της θνησιμότητας των 812 εργαζομένων σε μια βιομηχανία μετάλλων από καρδιαγγειακά τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι εργαζόμενοι με υψηλή εργασιακή πίεση είχαν 2.2 φορές περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν καρδιαγγειακή θνησιμότητα, σε σύγκριση όσους δεν είχαν υψηλή εργασιακή πίεση. Επιπλέον, οι εργαζόμενοι με ανισορροπία μεταξύ προσπάθειας ανταμοιβής ισορροπίας είχαν 2.4 φορές περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν

καρδιαγγειακή θνησιμότητα σε σύγκριση με τους συναδέλφους που δεν έχουν αυτή την ανισορροπία.

Άλλες μελέτες κοορτών, όπως η μελέτη Whitehall για τους δημοσίους υπαλλήλους στην Αγγλία, έχουν δείξει ότι, μετά την εξουδετέρωση της κοινωνικο-οικονομικής τάξης ως συγχυτικό παράγοντα και των παραγόντων κινδύνου για στεφανιαία νόσο, τα ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά της εργασίας μπορούν αποτελέσουν ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου για πλήθος προβλημάτων υγείας, συμπεριλαμβανομένης και της νοσηρότητας και θνησιμότητας από στεφανιαία νόσο (Marmot M.G. & Rose G., 1978; Rose G. & Marmot M.G., 1981; Holme I. et al., 1982; Salonen J., 1982).

Οι Bosma et al. (1997) μελέτησαν το ρόλο του χαμηλού εργασιακού ελέγχου και του κινδύνου εμφάνισης στεφανιαίας νόσου στη μελέτη Whitehall II με παρακολούθηση 10.308 ατόμων σε διάστημα 5 ετών. Κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι εργαζόμενοι με χαμηλό εργασιακό έλεγχο είχαν 1.93 περισσότερη πιθανότητα να παρουσιάσουν στεφανιαία νόσο σε σχέση με όσους είχαν υψηλό εργασιακό έλεγχο και αυτό παρατηρήθηκε σε παρακολούθηση ανά δύο τριετίες. Επίσης σε μελέτη του 1998, χρησιμοποιώντας τόσο το μοντέλο του Karasek όσο και του Siegrist υποστηρίζουν ότι μόνο ο χαμηλός εργασιακός έλεγχος του πρώτου μοντέλου καθώς και η ύπαρξη ανισορροπίας ανάμεσα σε προσπάθεια και ανταμοιβή του δεύτερου μοντέλου αυξάνουν τον κίνδυνο στεφανιαίας νόσου (Kivimäki M. et al., 2002).

Επιπλέον μια γερμανική μελέτη συσχέτισε την ανισορροπία προσπάθειας-ανταμοιβής με νέα επεισόδια στεφανιαίας νόσου, αυξημένη αρτηριακή πίεση, αθηρωματικά λιπίδια και μειωμένη καρδιαγγειακή ικανότητα ανταπόκρισης (Leka S. & Jain A., 2010).

Οι Marmot και McDowell (1986) έδειξαν ότι τα χαρακτηριστικά της εργασίας ποικίλλουν ανάλογα με τη θέση στην επαγγελματική ιεραρχία και θεώρησαν ότι τυχόν διαφορές σε αυτά τα χαρακτηριστικά μπορεί εν μέρει να εξηγήσουν αποκλίσεις στη θνησιμότητα από στεφανιαία νόσο. Πιο αναλυτικά, η ιεραρχική ιδιότητα του εργαζομένου στο χώρο εργασίας πιθανώς επηρεάζει τόσο την αντίληψη του στρες όσο και την ικανότητα αντιμετώπισής του. Σε μια εργασία όπου υπάρχει αμοιβαία υποστήριξη μεταξύ των εργαζομένων, το περιβάλλον είναι λιγότερο στρεσογόνο από κάποιο όπου δημιουργούνται συγκρούσεις μεταξύ διαφόρων βαθμίδων εργασίας Ένας εργαζόμενος σε υψηλή εργασιακή βαθμίδα έχει περισσότερη εξουσία αλλά και ευθύνη που συνοδεύει την

εξουσία αυτή και που μπορεί να προκαλέσει περισσότερο στρες (Schieman S. et al., 2006) Αντίθετα, ένας εργαζόμενος που βρίσκεται χαμηλότερα στην εργασιακή ιεραρχία μπορεί να έχει λιγότερες ευθύνες αλλά να αντιμετωπίζει άδικη μεταχείριση από τους προϊσταμένους ή αυξημένες εργασιακές απαιτήσεις ή ανεπαρκείς ανταμοιβές που πυροδοτούν την κατάθλιψη και το άγχος (Theorell T. et al., 2000) Μελέτη έχει δείξει ότι μεσαία διευθυντικά στελέχη που χαρακτηρίζονται από υψηλή προσπάθεια και χαμηλές ανταμοιβές ταυτόχρονα διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης υπέρτασης από εκείνους που χαρακτηρίζονται μόνο από χαμηλές ανταμοιβές (Peter R. & Siegrist J., 1997)

Μια συγχρονική σουηδική μελέτη εξέτασε τη σχέση της έκθεσης σε χρόνια εργασιακό άγχος όπως αυτό προκύπτει σε όρους ανισορροπίας προσπάθειας-ανταμοιβής και παραγόντων κινδύνου για καρδιαγγειακά νοσήματα (υπέρταση, αθηρωματικά λιπίδια) σε δείγμα 3.427 εργαζομένων ηλικίας 30-55 ετών. Τα ευρήματα δείχνουν στατιστικά σημαντική αύξηση των παραγόντων αυτών και κατ' επέκταση συσχέτιση της ανισορροπίας προσπάθειας-ανταμοιβής με τα καρδιαγγειακά νοσήματα (Peter R. et al., 1998).

Το ίδιο φαίνεται να αποδεικνύεται και σε μια ακόμη σχετική μελέτη στη Σουηδία. Πρόκειται για μια εμφωλιασμένη ασθενών-μαρτύρων μελέτη περιόδου παρακολούθησης 14 ετών αλλά εδώ εφαρμόζεται το μοντέλο του Karasek με το χαμηλό εργασιακό έλεγχο να αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης καρδιαγγειακής νόσου κατά 1.83 φορές (Johnson J.V. et al., 1996).

Το μοντέλο της ανισορροπίας μεταξύ προσπάθειας-ανταμοιβής στην προοπτική μελέτη GAZEL χρησιμοποιήθηκε για τη μελέτη της σχέσης του με την αυτοαναφερόμενη υγεία των συμμετεχόντων (χρόνιες παθήσεις και συμπτώματα κατάθλιψης του τελευταίου 12μηνου) δίνοντας τόσο συγχρονικά όσο και διαχρονικά αποτελέσματα για 10.175 και 6.286 εργαζόμενους αντίστοιχα. Η συγχρονική ανάλυση αποκάλυψε ότι η ανισορροπία αυτή συσχετίζεται σημαντικά με την αυτοαναφερόμενη υγεία και για τα δυο φύλα (19.9% των ανδρών και 24.8% των γυναικών βρέθηκαν να αναφέρουν χαμηλά επίπεδα υγείας) ενώ όταν η προσπάθεια και η ανταμοιβή μελετήθηκαν ως δύο ξεχωριστές μεταβλητές, η ανταμοιβή ήταν ένας σημαντικός παράγοντας κινδύνου για τα δυο φύλα, ενώ προσπάθεια ήταν μόνο για τους άνδρες. Η προοπτική ανάλυση έδειξε ότι η ανισορροπία είναι σημαντικός προγνωστικός δείκτης των χαμηλών επιπέδων αυτοαναφερόμενης υγείας και για τα δυο φύλα (Niedhammer I. et al., 2004).

Στη μελέτη SHEEP ασθενών εξετάστηκαν 951 ασθενείς και 1.147 μάρτυρες ηλικίας 45-64 ετών βάσει του συνδυασμού των δυο μοντέλων μέτρησης των ψυχοκοινωνικών εργασιακών χαρακτηριστικών (JCQ και ERI) για τη μελέτη της εκτίμησης του κινδύνου εμφάνισης εμφράγματος του μυοκαρδίου. Τα αποτελέσματα συσχετίζουν την εργασιακή πίεση (κλάσμα εργασιακών απαιτήσεων προς εργασιακό έλεγχο) και την ανισορροπία προσπάθειας-ανταμοιβής με αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης εμφράγματος του μυοκαρδίου περισσότερο στους άνδρες. Επίσης όταν τα δυο μοντέλα προσαρμόστηκαν μεταξύ τους φάνηκε ότι το μοντέλο ανισορροπίας προσπάθειας-ανταμοιβής είχε ανεξάρτητη επίδραση στον κίνδυνο εμφράγματος στους άνδρες. Τέλος ο συνδυασμός πληροφοριών και από τα δυο μοντέλα έδειξε ότι η εκτίμηση του κινδύνου εκδήλωσης εμφράγματος του μυοκαρδίου μπορεί να βελτιωθεί ουσιαστικά (Peter R. et al., 2002).

Το ίδιο φαίνεται να υποστηρίζει και άλλη μια προοπτική μελέτη 3.000 εργαζομένων για την εκτίμηση της αυτοαναφερόμενης υγείας και της εμφάνισης μιας αυτοαναφερόμενης χρόνιας πάθησης. Έτσι και σε αυτή, φαίνεται ότι και τα δυο μοντέλα ανεξάρτητα σχετίζονται με χαμηλά επίπεδα αυτοαναφερόμενης υγείας, με το μοντέλο του Siegrist να σχετίζεται με την εμφάνιση μιας χρόνιας πάθησης ενώ του Karasek όχι. Επίσης, η συνδυαστική δράση των δυο μοντέλων αποτελεί καλύτερο δείκτη εκτίμησης της αυτοαναφερόμενης υγείας και του κινδύνου εμφάνισης μιας χρόνιας πάθησης απ' ότι κάθε μοντέλο ξεχωριστά (Ostry A. et al., 2003).

2.3.β Μελέτες για την ψυχική υγεία

Πλήθος ευρημάτων από τη βιβλιογραφία καθιστούν χαρακτηριστικά όπως η έλλειψη ελέγχου στην εργασία, η περιορισμένη δυνατότητα λήψης αποφάσεων, η εργασιακή πίεση και η ανισορροπία προσπάθειας- ανταμοιβή υπεύθυνα για την αύξηση του κινδύνου εμφάνισης κατάθλιψης, άγχους, αγωνίας, κούρασης, επαγγελματικής δυσαρέσκειας και εξουθένωσης και συχνών απουσιών λόγω ασθένειας (Leka S. & Jain A., 2010).

Αναλυτικότερα, μια μετα-ανάλυση (Stansfeld S. & Candy B., 2006) με μελέτες στηριζόμενες στα δυο αυτά μοντέλα αλλά με έκβαση την ψυχική υγεία των εργαζομένων έδειξε ισχυρότερη συσχέτιση του συνδυασμού υψηλής εργασιακής πίεσης (περιορισμένη ελευθερία λήψης αποφάσεων και αυξημένες εργασιακές απαιτήσεις) και υψηλής προσπάθειας στην εργασία με χαμηλές ανταμοιβές με την εμφάνιση ψυχικών διαταραχών

Ανασκόπηση 12 προοπτικών μελετών αναφέρει 1.8 φορές περισσότερη πιθανότητα εμφάνισης κατάθλιψης ατόμων εκτεθειμένων σε υψηλές εργασιακές απαιτήσεις και χαμηλό εργασιακό έλεγχο ή σε άτομα που καταβάλλουν μεγάλη προσπάθεια και λαμβάνουν χαμηλή ανταμοιβή στην εργασία τους (Silva L.S. & Barreto S.M., 2010).

Μια βρετανική προοπτική μελέτη του 1958 έδειξε ότι η έλλειψη εργασιακού ελέγχου και η εργασιακή ανασφάλεια σχετίζονται με χαμηλότερα επίπεδα αυτο-αξιολογούμενης υγείας σε γυναίκες και άνδρες ηλικίας 33 ετών (Power C. et al., 1998).

Οι Stansfeld et al. (1999) χρησιμοποιώντας δεδομένα 3 φάσεων συμπέραναν ότι οι υψηλές εργασιακές απαιτήσεις και η ανισορροπία προσπάθειας-ανταμοιβής ήταν παράγοντες κινδύνου για μελλοντικές ψυχιατρικές διαταραχές, ενώ η κοινωνική υποστήριξη και ο εργασιακός έλεγχος έχουν προστατευτικό ρόλο στην ψυχική υγεία.

Οι Tsutsumi και Kawakami (2004) σε μια ανασκόπηση επιδημιολογικών μελετών με μεγάλα και αντιπροσωπευτικά δείγματα του πληθυσμού, σχετικά με το μοντέλο της ανισορροπίας προσπάθειας-ανταμοιβής στην εργασία, επιβεβαίωσε ότι τα στρεσογόνα περιβάλλοντα εργασίας (σε σχέση με την ανισορροπία προσπάθειας-ανταμοιβής) συνδέονται αρνητικά με την υγεία (Tsutsumi A. & Kawakami N., 2004). Μάλιστα σε μια άλλη συγχρονική τους μελέτη όπου χρησιμοποιούν το μοντέλο του Siegrist καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι η έκθεση σε ανισορροπία προσπάθειας-

ανταμοιβής αυξάνει κατά 3.6 φορές τον κίνδυνο κατάθλιψης με το 57% του δείγματος της μελέτης να πάσχει από αυτήν (Tsutsumi A. et al., 2012).

Τα ευρήματα μιας συγχρονικής μελέτης δείγματος 11.636 Ολλανδών εργαζομένων υποστηρίζουν ότι η εργασία υψηλής πίεσης (αυξημένες απαιτήσεις και χαμηλός εργασιακός έλεγχος) σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο σωματικών και ψυχοσωματικών συμπτωμάτων και ακόμη μεγαλύτερο κίνδυνο όταν υπάρχει ανισορροπία μεταξύ προσπάθειας και ανταμοιβής. Επίσης δείχνουν ότι η ανισορροπία προσπάθειας-ανταμοιβής είναι ισχυρότερο δείκτης κακής υγείας απ' ότι ο χαμηλός εργασιακός έλεγχος όταν τα δυο μοντέλα είναι προσαρμοσμένα ταυτόχρονα το ένα για το άλλο (de Jonge J. et al., 2000).

Άλλη μια συγχρονική μελέτη σε δείγμα 2.500 εργαζομένων σε τράπεζα (Silva L.S. & Barreto S.M., 2010) συσχετίζει την ανισορροπία προσπάθειας-ανταμοιβής καθώς και το χαμηλό εργασιακό έλεγχο με σχεδόν διπλάσια συχνότητα εμφάνισης μέτριων ψυχιατρικών διαταραχών κάτι όμως που δε μπορεί να γενικευθεί στο γενικό πληθυσμό λόγω του περιορισμού του δείγματος στη συγκεκριμένη επαγγελματική κατηγορία.

Μια ακόμη συγχρονική μελέτη που εξετάζει τη δύναμη των δύο μοντέλων (Karasek και Siegrist) ξεχωριστά και σε συνδυασμό σε σχέση με την ψυχική δυσφορία σε δείγμα 1.089 γενικών ιατρών δείχνει ότι ο χαμηλός εργασιακός έλεγχος και η ανισορροπία προσπάθειας-ανταμοιβής σχετίζονται με ψυχική δυσφορία, ο συνδυασμός αποτελεί ισχυρότερο προγνωστικό παράγοντα (Calnan M. et al., 2000).

Συγχρονική μελέτη σε 190 Ιάπωνες εργαζόμενους διερεύνησε τη σχέση του εργασιακού άγχους όπως αυτό καταγράφεται βάσει των μοντέλων του Karasek και του Siegrist με την εμφάνιση κατάθλιψης. Τα ευρήματα δείχνουν ποσοστό 39% των συμμετεχόντων να πάσχει από κατάθλιψη. Συγκεκριμένα οι εργαζόμενοι που είναι εκτεθειμένοι σε χαμηλό εργασιακό έλεγχο έχουν 4.71 φορές περισσότερη πιθανότητα να εμφανίσουν κατάθλιψη και όσοι είναι εκτεθειμένοι σε ανισορροπία προσπάθειας-ανταμοιβής 4.13, με αποτέλεσμα τα δυο αυτά χαρακτηριστικά εργασίας να σχετίζονται, ανεξάρτητα το καθένα, σημαντικά με την κατάθλιψη (Tsutsumi A. et al., 2001).

3. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

3.1 Σκοπός της παρούσας μελέτης - ερευνητικές υποθέσεις

Όσον αφορά τα ελληνικά δεδομένα παρατηρείται περιορισμένος αριθμός επιστημονικών μελετών επί του θέματος ενώ όσες το έχουν διερευνήσει επικεντρώνονται σε συγκεκριμένες επαγγελματικές κατηγορίες και όχι στο γενικό πληθυσμό και σε εθνικό επίπεδο (Alexoroulos E.C. et al. 2003). Θα ήταν ενδιαφέρον να διερευνηθεί η σχέση μεταξύ των ποιοτικών χαρακτηριστικών της εργασίας με τις επιπτώσεις της στην υγεία του γενικού πληθυσμού της Ελλάδας καθώς τα ευρήματα θα είχαν σημαντικό αντίκτυπο σε επίπεδο δημόσιας υγείας ώστε να παρθούν τα κατάλληλα μέτρα.

3.1. α Σκοπός μελέτης:

Ο ερευνητικός στόχος της παρούσας μελέτης είναι η μέτρηση του επιπολασμού των ψυχοκοινωνικών χαρακτηριστικών της εργασίας των Ελλήνων εργαζομένων ηλικίας 50-65 και η διερεύνηση της σχέσης των ποιοτικών - ψυχοκοινωνικών χαρακτηριστικών της εργασίας τους με παραμέτρους της σωματικής και ψυχικής τους υγείας με δεδομένα από την Ευρωπαϊκή Έρευνα για την Υγεία, τη Γήρανση και τη Συνταξιοδότηση στην Ευρώπη (μελέτη SHARE, Wave 1, 2004-2006).

3.1. β. Ερευνητικές υποθέσεις:

- α) Ποιά είναι η κατάσταση όσον αφορά τα ποιοτικά χαρακτηριστικά της εργασίας για τους εργαζόμενους Έλληνες ηλικίας 50-65 ετών;
- β) Ποια η σχέση ανάμεσα στον εργασιακό έλεγχο (job control) και τη σωματική και ψυχική υγεία των εργαζομένων που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 50-65;
- γ) Ποια η σχέση ανάμεσα στην ανισορροπία προσπάθειας ανταμοιβής κατά την εργασία (effort-reward imbalance) και τη σωματική και ψυχική υγεία των εργαζομένων που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 50-65;

3.2 Τόπος και χρόνος διεξαγωγής μελέτης

Τα δεδομένα της παρούσας μελέτης αντλήθηκαν από την πρώτη δημόσια έκδοση της Έρευνας για την Υγεία, τη Γήρανση και τη Συνταξιοδότηση στην Ευρώπη (SHARE)(www.share-project.org). Πρόκειται για ένα διακρατικό ερευνητικό πρόγραμμα εκτεταμένης και συγκριτικής διερεύνησης ιατρικών, οικονομικών και κοινωνικών παραμέτρων σε άτομα ηλικία άνω των 50 ετών 11 Ευρωπαϊκές χώρες (Αυστρία, Γερμανία, Σουηδία, Ολλανδία, Ισπανία, Ιταλία, Γαλλία, Δανία, Ελλάδα, Ελβετία, Βέλγιο).

Για τις ανάγκες αυτής της μελέτης επιλέχθηκαν μεταβλητές που αφορούν: α) δημογραφικά χαρακτηριστικά όπως το φύλο, η ηλικία, το εκπαιδευτικό επίπεδο, η οικογενειακή κατάσταση, β) συνήθειες όπως το κάπνισμα, η κατανάλωση αλκοόλ και η φυσική δραστηριότητα, γ) ο βιολογικός δείκτης μάζας σώματος, δ) χαρακτηριστικά της εργασίας όπως το είδος εργασίας, τα χρόνια εργασίας, ο έλεγχος εργασίας και η ανισορροπία προσπάθειας-ανταμοιβής, καθώς και ε) την υγεία όπως τα συμπτώματα υγείας του τελευταίου εξαμήνου, ο αριθμός ασθενειών και τα συμπτώματα κατάθλιψης. Συνολικά η πρώτη διεξαγωγή της έρευνας περιέχει περισσότερες από 22.000 προσωπικές συνεντεύξεις με συμμετέχοντες από περίπου 15.000 νοικοκυριά. Για την παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκαν δεδομένα αποκλειστικά από την Ελλάδα τα οποία συγκεντρώθηκαν κατά το χρονικό διάστημα Απριλίου-Οκτωβρίου 2004 (Börsch-Supan A. et al., 2008)

3.3 Πληθυσμός μελέτης- Κριτήρια εισαγωγής

Για τις ανάγκες της παρούσας μελέτης αντλήθηκαν δεδομένα από το ελληνικό δείγμα του SHARE. Συγκεκριμένα, στο δείγμα μας συμπεριλήφθησαν όλοι οι εργαζόμενοι της Ελλάδας ηλικίας από 50 έως 65 ετών, ανεξαρτήτως φύλου, που συμμετείχαν στην μελέτη SHARE κατά τη διάρκεια του πρώτου κύματος (2004-2005).

3.4 Συλλογή Δεδομένων

Η συλλογή των δεδομένων μέσω προσωπικών συνεντεύξεων όπου χρησιμοποιήθηκε το μεταφρασμένο στα ελληνικά τελικό ερωτηματολόγιο ηλεκτρονικής μορφής. Συμπληρωματικά οι συμμετέχοντες απαντούσαν και σε ένα αυτο-συμπληρούμενο ερωτηματολόγιο τύπου drop off.

3.5 Περιγραφή ερευνητικού εργαλείου

Το ερευνητικό εργαλείο της παρούσας εργασίας αποτελεί το ερωτηματολόγιο του πρώτου κύματος της μελέτης SHARE. Για το σκοπό της παρούσας μελέτης χρησιμοποιήθηκαν μόνο τα δεδομένα για τα οποία κλήθηκαν οι ερωτώμενοι να απαντήσουν που αφορούσαν τα κοινωνικοδημογραφικά τους στοιχεία (φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, εκπαιδευτικό επίπεδο) συνήθειες-συμπεριφορές υγείας όπως κάπνισμα, κατανάλωση αλκοόλ, δραστηριότητες, ο βιολογικός δείκτης-δείκτης μάζας σώματος, εργασιακά στοιχεία (είδος εργασίας, έτη εργασίας, εβδομαδιαίες ώρες εργασίας) αλλά και ερωτήσεις από τις οποίες εκτιμάται ο έλεγχος που έχει ο εργαζόμενος επί της εργασίας του και η σχέση ανάμεσα στην προσπάθεια που καταβάλλει και στις ανταμοιβές που λαμβάνει. Τέλος χρησιμοποιήθηκαν και οι απαντήσεις σε ερωτήσεις για την εκτίμηση του επιπέδου σωματικής και ψυχικής υγείας όπως ο αριθμός παθήσεων και συμπτωμάτων καθώς και η πάθηση ή μη από κατάθλιψη.

Τα παραπάνω στοιχεία έχουν αντληθεί από ερωτήσεις που ανήκουν στα εξής τμήματα του βασικού εργαλείου όπως αυτό έχει διαμορφωθεί για τη SHARE: Δημογραφικά νοικοκυριού (CM), Δημογραφικά και δίκτυα (DN), σωματική υγεία (PH), συμπεριφορές κινδύνου (BR), ψυχική υγεία (MH), εργασία και συντάξεις (EP) (Börsch-Supan A.& Jürges H., 2005).

Όσον αφορά το κομμάτι των εργασιακών χαρακτηριστικών το ερωτηματολόγιο του πρώτου κύματος χρησιμοποιεί ερωτήσεις από τα δυο ερωτηματολόγια: JCQ και ERI, καθώς μελέτες έχουν δείξει ότι ο συνδυασμός των αποτελεσμάτων των δυο αυτών μοντέλων δίνει μια καλύτερη εικόνα των ψυχοβιολογικών συσχετίσεων του εργασιακού περιβάλλοντος (Tsutsumi A. & Kawakami N., 2004; Maina G. et al., 2008)

3.6 Μεταβλητές μελέτης

3.6.α Ορισμός έκθεσης

Στη συγκεκριμένη μελέτη ως έκθεση ορίστηκε η χαμηλή ποιότητα εργασίας όπως αυτή εκφράζεται μέσα από την εκτίμηση του εργασιακού ελέγχου και της ανισορροπίας προσπάθειας ανταμοιβής κατά την εργασία. Στη μεθοδολογία της μελέτης SHARE η χαμηλή ποιότητα εργασίας αξιολογήθηκε μέσα από μια σύντομη ομάδα ερωτήσεων, οι οποίες αντλήθηκαν από το ερωτηματολόγιο Εργασιακού ελέγχου (job control) του Karasek, και το ερωτηματολόγιο ανισορροπίας προσπάθειας ανταμοιβής κατά την εργασία (effort-reward imbalance) του Siegrist (Karasek R., 1979; Siegrist J. et al., 2004) Δεδομένων των περιορισμών που επιβάλλει μια πολυεπιστημονική προσέγγιση στο SHARE, η ενσωμάτωση ολόκληρων ερωτηματολογίων δεν ήταν εφικτή και μεθοδολογικά λειτουργική. Για τον λόγο αυτό, επιλέχθηκαν στοιχεία που αναδεικνύουν τα βασικά χαρακτηριστικά των αρχικών ερωτηματολογίων (Börsch-Supan A. et al., 2008).

Για να υπολογιστεί η χαμηλή ποιότητα εργασίας με όρους εργασιακού ελέγχου, η μέτρηση περιορίστηκε στη διάσταση του ελέγχου, καθώς αυτή η διάσταση έχει αποδειχθεί ιδιαίτερα υψηλής προγνωστικής ισχύος σε πλήθος μελετών (Karasek R. et al., 1998; Ostry A. et al, 2003; Schnall P. et al., 2000). Ο εργασιακός έλεγχος ορίστηκε από το άθροισμα σε δυο ερωτήσεις κλίμακας Likert με εύρος τιμών από 2 έως 8, (EP029_ LITTLE FREEDOM TO DECIDE HOW I DO MY WORK: Έχω πολύ περιορισμένη ελευθερία να αποφασίσω πώς θα κάνω τη δουλειά μου και EP030_ I HAVE AN OPPORTUNITY TO DEVELOP NEW SKILLS: Έχω την ευκαιρία να αναπτύξω νέες ικανότητες ή δεξιότητες), όπου οι υψηλότερες βαθμολογίες ήταν ενδεικτικές για χαμηλό εργασιακό έλεγχο (job control). Για τις ανάγκες της στατιστικής επεξεργασίας, οι βαθμολογίες από το άνω τρίτημόριο ορίστηκαν ως ενδεικτικές χαμηλής ποιότητας εργασίας υπό όρους εργασιακού ελέγχου.

Για τον υπολογισμό της ανισορροπίας προσπάθειας-ανταμοιβής (effort/reward imbalance) στον εργασιακό χώρο χρησιμοποιήθηκαν 2 ερωτήσεις που εκτιμούν την προσπάθεια (effort) (EP027_ JOB PHYSICALLY DEMANDING: Η εργασία μου είναι σωματικά απαιτητική και EP028_ TIME PRESSURE DUE TO A HEAVY WORKLOAD: Είμαι κάτω από διαρκή πίεση χρόνου εξαιτίας αυξημένου φόρτου εργασίας) και 5 ερωτήσεις οι οποίες αξιολογούν την ανταμοιβή (reward) (EP031_ SUPPORT IN DIFFICULT SITUATIONS: Δέχομαι επαρκή υποστήριξη σε δύσκολες

καταστάσεις, EP032_ RECEIVE THE RECOGNITION DESERVING FOR MY WORK: Βρίσκω στην εργασία μου την αναγνώριση που μου αξίζει, EP033_ SALARY OR EARNINGS ARE ADEQUATE: Λαμβάνοντας υπόψη τις προσπάθειες και τα επιτεύγματά μου, [ο μισθός μου είναι/οι αποδοχές μου είναι] ικανοποιητικός/ές, EP034_ PROSPECTS FOR JOB ADVANCEMENT ARE POOR: [Οι προοπτικές προαγωγής μου /Οι προοπτικές προόδου στην εργασία μου] είναι ελάχιστες και EP035_ JOB SECURITY IS POOR: Εχω περιορισμένη προστασία από απόλυση). Η ανισορροπία προσπάθειας-ανταμοιβής ορίστηκε από το κλάσμα με αριθμητή το άθροισμα της βαθμολογίας ερωτήσεων της προσπάθειας και παρονομαστή το προσαρμοσμένο άθροισμα της βαθμολογίας ερωτήσεων της ανταμοιβής. Για τις ανάγκες της στατιστικής επεξεργασίας οι βαθμολογίες του κλάσματος από το άνω τριτημόριο ορίστηκαν ως ενδεικτικές χαμηλής ποιότητας εργασίας.

3.6.β Ορισμός ασθένειας

Στην παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκαν οι ακόλουθες μεταβλητές σωματικής και ψυχικής υγείας ως μεταβλητές αποτελέσματος

Σωματική υγεία:

Στη μελέτη SHARE, η σωματική υγεία ορίζεται από πλήθος μεταβλητών που περιγράφουν την κατάσταση υγείας του ατόμου. Για τις ανάγκες της δικής μας μελέτης χρησιμοποιήσαμε τις μεταβλητές που αφορούν τον αριθμό χρόνιων νοσημάτων που έχουν διαγνωστεί από ιατρό (doctor diagnosed diseases) και τον αριθμό των συμπτωμάτων (number of symptoms) που βίωσε κάθε άτομο κατά το τελευταίο εξάμηνο μέχρι την ημερομηνία της συνέντευξης.

Στις αναφερόμενες ασθένειες συγκαταλέγονται: 1)έμφραγμα, καρδιακή προσβολή, θρόμβωση στεφανιαίων ή άλλη καρδιακή νόσος, όπως χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια, 2)υψηλή (αρτηριακή) πίεση αίματος ή υπέρταση, 3) υψηλά επίπεδα χοληστερόλης αίματος, 4)Εγκεφαλικό επεισόδιο ή άλλη νόσος των αγγείων του εγκεφάλου, 5)σακχαρώδης διαβήτης, 6)χρόνια πνευμονική νόσος, χρόνια βρογχίτιδα, ή εμφύσημα, 7)άσθμα, 8)αρθρίτιδα (συμπεριλαμβανομένης της οστεοαρθρίτιδας) ή «ρευματικά», 9)οστεοπόρωση, 10)καρκίνος ή νεόπλασμα, συμπεριλαμβανομένης της λευχαιμίας και του λεμφώματος, εξαιρώντας «μικρά» νεοπλασμάτα δέρματος, 11) Έλκος στομάχου ή δωδεκαδακτύλου ή πεπτικό έλκος, 12)νόσος του Πάρκινσον 13)καταρράκτης, 14)κάταγμα ισχίου ή μηρού.

Με κριτήριο τον αριθμό των χρόνιων νοσημάτων, έγινε κατηγοριοποίηση σε άτομα με κανένα ή ένα χρόνια νόσημα και σε άτομα με τουλάχιστον δύο ή παραπάνω νόσους.

Όσον αφορά τα αναφερόμενα συμπτώματα υγείας το τελευταίο εξάμηνο, στη μελέτη SHARE ο υπολογισμός των συμπτωμάτων υγείας το τελευταίο εξάμηνο υπολογίστηκε με βάση 11 ερωτήσεις που αφορούν συμπτώματα υγείας όπως 1)πόνος στη μέση, στα γόνατα, στα ισχία ή σε οποιαδήποτε άλλη άρθρωση, 2)καρδιακό πρόβλημα ή στηθάγχη, θωρακικός πόνος κατά την άσκηση, 3)δύσπνοια, δυσκολία στην αναπνοή, 4)επίμονος βήχας, 5)πρησμένα πόδια, 6)προβλήματα ύπνου, 7)πτώσεις ή πεσίματα, 8)φόβος για πτώσεις, 9)ζάλη, λιποθυμίες ή σκοτοδίνη, 10)προβλήματα στομάχου ή εντέρου, συμπεριλαμβανομένων της δυσκοιλιότητας, του μετεωρισμού, των διαρροιών, 11)ακράτεια ούρων ή ακούσια απώλεια ούρων.

Για τις ανάγκες της μελέτης, σχηματίστηκαν δύο ομάδες στο δείγμα μας, τα άτομα με δύο ή περισσότερα συμπτώματα και αντίστοιχα εκείνα που αναφέρουν κάτω από δύο συμπτώματα.

Ψυχική υγεία:

Για την εκτίμηση της ψυχικής υγείας στο SHARE χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα EURO-D (12-item scale) η οποία έχει επικυρωθεί σε προηγούμενη πανευρωπαϊκή μελέτη του επιπολασμού της κατάθλιψης (Börsch-Supan A. et al., 2008). Κατ' επέκταση ορίστηκε ως ένδειξη κλινικά σημαντικής κατάθλιψης ως η βαθμολογία στην κλίμακα που είναι μεγαλύτερη από 3. Αυτό το όριο έχει επικυρωθεί και στη μελέτη EURODEP, από ένα φάσμα κλινικά σημαντικών δεικτών. Οι συμμετέχοντες που επιτυγχάνουν υψηλότερη βαθμολογία από αυτό το όριο είναι πιθανότερο να διαγνωστούν ως πάσχοντες από καταθλιπτική διαταραχή, για την οποία συνίσταται θεραπευτική παρέμβαση.

3.7 Στατιστική ανάλυση δεδομένων

Για τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων της μελέτης χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS 19. Αρχικά υπολογίστηκαν οι κατανομές των κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών, του ιατρικού ιστορικού καθώς και κάποιων εργασιακών χαρακτηριστικών του δείγματος.

Για τις συνεχείς μεταβλητές υπολογίστηκαν οι μέσες τιμές (mean) και οι τυπικές αποκλίσεις τους (SD-standard deviation), ενώ για τις κατηγορικές οι συχνότητες (frequencies) και τα ποσοστά (percentages). Για τον έλεγχο της κανονικότητας της κατανομής των συνεχών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος Kolmogorov-Smirnov.

Για τις μονοπαραγοντικές συσχετίσεις κατηγορικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος Pearson Chi Square, ενώ για τις μονοπαραγοντικές αναλύσεις συνεχών μεταβλητών πραγματοποιήθηκε ο μη παραμετρικοί έλεγχοι Kruskal Wallis και Mann Whitney Test

Τέλος εφαρμόστηκαν τα μοντέλα λογιστικής παλινδρόμησης για τη μελέτη της επίδρασης των ποιοτικών χαρακτηριστικών της εργασίας στη σωματική και ψυχική υγεία των εργαζομένων, λαμβάνοντας υπόψη την ύπαρξη πιθανών συγχυτικών παραγόντων για την κάθε περίπτωση.

Σε όλες τις αναλύσεις ορίστηκε ως επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας το $p < 0.05$ και υπολογίστηκαν τα αντίστοιχα διαστήματα εμπιστοσύνης (C.I.- Confidence Intervals) στο 95%.

3.8 Ορισμός συγχυτικών παραγόντων

Ως συγχυτικοί παράγοντες ελέγχθηκαν οι μεταβλητές που είχαν μια βιβλιογραφικά τεκμηριωμένη ή δυνητική σχέση με τη σωματική υγεία ή τα συμπτώματα κατάθλιψης.

Οι μεταβλητές που ελέγχθηκαν ως συγχυτικοί παράγοντες ήταν οι εξής: φύλο (άνδρας, γυναίκα), ηλικία (συνεχής μεταβλητή), οικογενειακή κατάσταση (άγαμος, έγγαμος), εκπαιδευτικό επίπεδο (χαμηλό, μεσαίο, υψηλό), συνήθειες καπνίσματος (καπνιστές, μη καπνιστές, πρώην καπνιστές), συνήθειες κατανάλωσης αλκοόλ (κατανάλωση < δύο ποτήρια εβδομαδιαίως, κατανάλωση > από δύο ποτήρια εβδομαδιαίως, δείκτης μάζας σώματος (συνεχής μεταβλητή), φυσική δραστηριότητα (μέτρια-έντονη άσκηση, καθόλου άσκηση), έτη εργασίας (συνεχής μεταβλητή), και είδος εργασίας (μισθωτός, δημόσιος υπάλληλος, αυτοαπασχολούμενος)

Στα οριστικά πολυπαραγοντικά μοντέλα λογιστικής παλινδρόμησης χρησιμοποιήθηκαν ως συγχυτικοί παράγοντες μεταβλητές που στη μονοπαραγοντική ανάλυση είχαν επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $p < 0,2$ και μια τεκμηριωμένη σχέση με τις μεταβλητές έκθεσης και τις μεταβλητές αποτελέσματος.

Πιο αναλυτικά η χρήση των συνηθειών καπνίσματος, κατανάλωσης αλκοόλ, του δείκτη μάζας σώματος και της φυσικής δραστηριότητας τεκμηριώνονται ως εξής: σύμφωνα με τους Karasek & Theorell, τα ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά της εργασίας μπορούν να επηρεάσουν έμμεσα την υγεία αυξάνοντας συνηθίες όπως το κάπνισμα, η κατανάλωση αλκοόλ και η έλλειψη σωματικής δραστηριότητας. Το ίδιο υποστηρίζει και το μοντέλο του Siegrist καθώς υπάρχουν ενδείξεις ότι η μεγάλη ανισορροπία ανάμεσα σε προσπάθεια και ανταμοιβή στην εργασία συνδέεται με την προώθηση επικίνδυνων συμπεριφορών για την υγεία όπως αύξηση του καπνίσματος (Kouvonen A. et al., 2005) υψηλή κατανάλωση αλκοόλ ή καθιστική ζωή (Head J. et al., 2004) και υψηλό δείκτη μάζας σώματος (Kouvonen A. et al., 2005; Ostry A. et al., 2006).

Άλλωστε είναι επίσης γνωστό ότι βελτιώνοντας συμπεριφορές υγείας όπως το κάπνισμα, η κατανάλωση αλκοόλ, η σωματική άσκηση και ο έλεγχος του σωματικού βάρους ωφελεί σημαντικά την υγεία και μειώνει τη θνησιμότητα.

Για τους παραπάνω λόγους χρησιμοποιήθηκε η μεταβλητή του καπνίσματος (τσιγάρων, πούρων, στριφτών τσιγάρων ή πιπών) βάσει της οποίας οι

συμμετέχοντες κατηγοριοποιήθηκαν σε καπνιστές, μη καπνιστές και πρώην καπνιστές.

Σχετικά με την κατανάλωση αλκοόλ ελέγχθηκε η συχνότητα κατανάλωσης αλκοολούχων ποτών (μπύρα, μηλίτης, κρασί, τα οينوπνευματώδη ποτά ή κοκτέιλ) κατά τους τελευταίους έξι μήνες και οι συμμετέχοντες χωρίστηκαν σε δυο κατηγορίες: σε αυτούς που καταναλώνουν λιγότερα από δυο ποτήρια αλκοολούχων ποτών εβδομαδιαίως και σε αυτούς που καταναλώνουν περισσότερα από δυο.

Για τη μεταβλητή της σωματικής δραστηριότητας ελέγχθηκε η συχνότητα μέτριας σωματικής δραστηριότητας (όπως η κηπουρική, το καθάρισμα του αυτοκινήτου ή το περπάτημα) και η συχνότητα έντονης σωματικής δραστηριότητας όπως (αθλήματα, βαριές δουλειές του σπιτιού, εργασίες που περιλαμβάνουν σωματική καταπόνηση). Οι συμμετέχοντες κατηγοριοποιήθηκαν είτε ως άτομα που ασκούνται μέτρια ή έντονα τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα είτε ως άτομα που δεν ασκούνται καθόλου ή ασκούνται λιγότερο από μια φορά το μήνα.

Το αυτο-αναφερόμενο ύψος και βάρος χρησιμοποιήθηκαν για τον υπολογισμό του δείκτη μάζας σώματος (BMI). Ένας δείκτης μάζας σώματος ίσος ή μεγαλύτερος του 30 χρησιμοποιήθηκε ως όριο για την παχυσαρκία όπως αυτό έχει οριστεί από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, το όριο 25-29,9 για τους υπέρβαρους και μέχρι 25 ορίζεται το φυσιολογικό βάρος.

4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

4.1 Περιγραφική ανάλυση αποτελεσμάτων

- Κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά, ιατρικό ιστορικό και χαρακτηριστικά εργασίας του πληθυσμού μελέτης

Στους πίνακες 1 και 2 περιγράφονται τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά και οι μεταβλητές υγείας των εργαζομένων του δείγματος.

Το σύνολο των ατόμων που συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη είναι 727 εκ των οποίων το 69.7% είναι άνδρες και το υπόλοιπο 30.3% είναι γυναίκες. Όπως φαίνεται και από τον πίνακα 1, ο μέσος όρος ηλικίας του δείγματος είναι τα 55 έτη με μια τυπική απόκλιση σχεδόν 4 ετών. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων είναι έγγαμοι (78%).

Όσον αφορά το εκπαιδευτικό τους επίπεδο το μεγαλύτερο ποσοστό των εργαζομένων (42.5%) ανήκει στην κατηγορία με μεσαίο εκπαιδευτικό επίπεδο όπως αυτό έχει οριστεί βάσει των συνολικών ετών εκπαίδευσης. Στη συνέχεια, ακολουθεί ένα ποσοστό 33.1% με υψηλό εκπαιδευτικό επίπεδο ενώ το πιο μικρό ποσοστό (24.4%) καταλαμβάνει η κατηγορία ατόμων με χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο.

Όσον αφορά τις μεταβλητές υγείας του δείγματος, φαίνεται ότι το 21.1% αναφέρει ενόχληση από την εμφάνιση παραπάνω από δύο συμπτωμάτων υγείας το τελευταίο εξάμηνο, ενώ το 17.1% αναφέρει ότι πάσχει από περισσότερες από δύο ασθένειες ταυτόχρονα. Από την κλίμακα συμπτωμάτων κατάθλιψης EURO-D προκύπτει ότι το 14.4% του εργαζόμενου πληθυσμού παρουσιάζει συμπτώματα κατάθλιψης.

Επίσης, περιγράφονται κάποιες συνήθειες-συμπεριφορές του εργαζόμενου πληθυσμού. Πιο συγκεκριμένα, το 42.6% του δείγματος αναφέρει ότι καπνίζει και το 19.7% αναφέρει ότι είναι πρώην καπνιστές. Σχετικά με την κατανάλωση αλκοόλ, ένα πολύ μικρό ποσοστό (8.8%) αναφέρει ότι καταναλώνει παραπάνω από δύο ποτήρια αλκοόλ ημερησίως. Επίσης το μεγαλύτερο ποσοστό των εργαζομένων (92.7%) ασκούνται εκτελώντας δραστηριότητες είτε έντονου είτε μετρίου επιπέδου ενέργειας. Τέλος, ο μέσος όρος δείκτη μάζας σώματος είναι 27.09 με τυπική απόκλιση 4.16, υποδηλώνοντας ότι ο μέσος όρος των ατόμων του δείγματος ανήκει στην κατηγορία των υπέρβαρων (πίνακας 1).

Αναφορικά με τα βασικά χαρακτηριστικά της εργασίας του δείγματος τα ποσοστά των ατόμων που εργάζονται ως μισθωτοί και ως ελεύθεροι επαγγελματίες είναι σχεδόν ίσα (36% και 39.2% αντίστοιχα) ενώ σε μικρότερο ποσοστό (24.8%) είναι εργαζόμενοι στον δημόσιο τομέα. Τέλος ο μέσος όρος συνολικών ετών εργασίας είναι τα 23.88 έτη με τυπική απόκλιση 10.48 έτη.

Σχετικά με τα ποιοτικά (ψυχοκοινωνικά) εργασιακά χαρακτηριστικά, στο 25.3% περιγράφεται χαμηλή ποιότητα εργασίας υπό όρους εργασιακού ελέγχου (job control) και στο 31.1% περιγράφεται χαμηλή ποιότητα εργασίας υπό όρους ανισορροπίας ανάμεσα στην προσπάθεια που καταβάλλει ο εργαζόμενος και στη ανταμοιβή του από το εργασιακό του περιβάλλον (effort-reward imbalance).

Πίνακας 1. Κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά και μεταβλητές υγείας του δείγματος (n=727)

Χαρακτηριστικά πληθυσμού	n (%)
Φύλο	
Άνδρας	507 (69.7)
Γυναίκα	220 (30.3)
Εκπαιδευτικό επίπεδο	
Χαμηλό	177 (24.4)
Μεσαίο	308 (42.5)
Υψηλό	240 (33.1)
Οικογενειακή κατάσταση	
Άγαμος	160 (22.0)
Έγγαμος	566 (78.0)
Συμπτώματα υγείας το τελευταίο εξάμηνο	
0-1 συμπτώματα	573 (78.8)
≥ 2 συμπτώματα	154 (21.2)
Αριθμός ασθενειών	
0-1 ασθένειες	603 (82.9)
≥ 2 ασθένειες	124 (17.1)
Συμπτώματα Κατάθλιψης	
Ναι	105 (14.4)
Όχι	617 (85.5)
Συνήθειες καπνίσματος	
Καπνιστές	310 (42.6)
Μη καπνιστές	274 (37.7)
Πρώην καπνιστές	143 (19.7)
Κατανάλωση αλκοόλ	
1-2 ποτήρια ημερησίως	663 (91.2)
> 2 ποτήρια ημερησίως-καθημερινά	64 (8.8)
Φυσική δραστηριότητα	
Ναι	674 (92.7)
Όχι	53 (7.3)
Ηλικία	
(mean ±SD*)	55.03 (3.86)
Δείκτης μάζας σώματος	
(mean ±SD*)	27.09 (4.16)

* SD: Τυπική απόκλιση

Πίνακας 2. Ποιοτικά Χαρακτηριστικά εργασίας

	n (%)
Είδος εργασίας	
Μισθωτός	262 (36.0)
Δημόσιος Υπάλληλος	180 (24.8)
Αυτοαπασχολούμενος	285 (39.2)
Έλεγχος εργασίας (Job control)	
Υψηλός εργασιακός έλεγχος	537 (74.7)
Χαμηλός εργασιακός έλεγχος	182 (25.3)
Ανισορροπία προσπάθειας- ανταμοιβής (Effort-Reward Imbalance)	
Όχι	477 (68.9)
Ναι	215 (31.1)
Έτη εργασίας (mean ±SD*)	23.88 (10.8)

* SD: Τυπική απόκλιση

4.2 Σχέση ποιοτικών χαρακτηριστικών εργασίας με τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού μελέτης

Στους πίνακες 3α και 3β περιγράφεται η σχέση των ποιοτικών χαρακτηριστικών της εργασίας και των κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών των εργαζομένων. Πιο αναλυτικά, στον πίνακα 3α παρουσιάζεται η ποιότητα εργασίας υπό όρους εργασιακού ελέγχου, ενώ στον πίνακα 3β περιγράφεται η υψηλή και χαμηλή ποιότητα εργασίας που καθορίζεται από την ύπαρξη ισορροπίας ή ανισορροπίας ανάμεσα στην προσπάθεια και στην ανταμοιβή του εργαζομένου αντίστοιχα.

Παρατηρώντας τον πίνακα 3α, συμπεραίνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων που αναφέρουν χαμηλή ποιότητα εργασίας ανήκει στην κατηγορία του μεσαίου και του χαμηλού εκπαιδευτικού επιπέδου, και είναι μισθωτοί υπάλληλοι με μέσο όρο ετών εργασίας δύο χρόνια λιγότερα, σε σχέση με τους εργαζόμενους που ανέφεραν υψηλή ποιότητα εργασίας υπό όρους εργασιακού ελέγχου. Οι υπόλοιπες κοινωνικοδημογραφικές μεταβλητές δε φαίνεται να είχαν στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τον εργασιακό έλεγχο.

Από τον πίνακα 3β, προκύπτει ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων που αναφέρουν ανισορροπία ανάμεσα στην προσπάθεια και στην ανταμοιβή στην εργασία τους και κατ' επέκταση έχουν χαμηλότερη ποιότητα εργασίας είναι στην πλειοψηφία άτομα μεσαίου εκπαιδευτικού επιπέδου, ενεργοί καπνιστές, κατά μέσο όρο υπέρβαροι, απασχολούνται ως μισθωτοί και ως αυτοαπασχολούμενοι και κατά μέσο όρο έχουν λιγότερα χρόνια εργασιακής απασχόλησης σε σχέση με τα άτομα που αναφέρουν υψηλή ποιότητα εργασίας. Οι υπόλοιπες κοινωνικοδημογραφικές μεταβλητές δε φαίνεται να έχουν στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την ανισορροπία μεταξύ προσπάθειας και ανταμοιβής.

Πίνακας 3α. Ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά της εργασίας: Σχέση ελέγχου εργασίας με τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού μελέτης

	Υψηλός εργασιακός έλεγχος (n=537)	Χαμηλός εργασιακός έλεγχος (n=182)	P value ^a
	n(%)	n(%)	
Εκπαιδευτικό επίπεδο			0.000
Χαμηλό	112 (20.9)	64 (35.2)	
Μεσαίο	222 (41.5)	80 (44.0)	
Υψηλό	201 (37.6)	38 (20.9)	
Φύλο			0.278
Άνδρας	380 (70.8)	121 (66.5)	
Γυναίκα	157 (29.2)	61 (33.5)	
Οικονομική κατάσταση			0.541
Άγαμος	115 (21.5)	43 (23.6)	
Έγγαμος	421 (78.5)	139 (76.4)	
Συνήθειες καπνίσματος			0.106
Καπνιστές	234 (43.6)	70 (38.5)	
Μη καπνιστές	192 (35.8)	81 (44.5)	
Πρώην καπνιστές	111 (20.7)	31 (17.0)	
Κατανάλωση αλκοόλ			0.171
1-2 ποτήρια ημερησίως	485 (90.3)	171 (94)	
> 2 ποτήρια ημερησίως-καθημερινά	52 (9.7)	11 (6.0)	
Είδος εργασίας			0.000
Μισθωτός	173 (32.2)	89 (48.9)	
Δημόσιος Υπάλληλος	126 (23.3)	53 (29.1)	
Αυτοαπασχολούμενος	239 (44.5)	40 (22.0)	
Φυσική δραστηριότητα			
Ναι	496 (92.4)	171(94.0)	0.474
Όχι	41 (7.6)	11 (6.0)	
Χρόνια εργασίας	24.21 (10.22)	22.07 (10.98)	0.033
Ηλικία	55.04 (3.82)	54.67 (3.78)	0.377
Δείκτη Μάζας Σώματος	26.95 (4.26)	27.39 (3.95)	0.155

^a έλεγχος chi square ή Mann Whitney

* SD: Τυπική απόκλιση

Πίνακας 3β. Ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά της εργασίας: Σχέση ανισορροπίας προσπάθειας-ανταμοιβής κατά την εργασία με τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά

	Ισορροπία προσπάθειας- ανταμοιβής(n=477)	Ανισορροπία προσπάθειας- ανταμοιβής (n=215)	P value ^a
	n(%)	n(%)	
Εκπαιδευτικό επίπεδο			0.000
Χαμηλό	84 (17.6)	79 (36.7)	
Μεσαίο	180 (37.8)	110 (51.2)	
Υψηλό	212 (44.5)	26 (12.1)	
Φύλο			0.721
Ανδρας	330 (69.2)	152 (70.7)	
Γυναίκα	147 (30.8)	63 (29.3)	
Οικογενειακή κατάσταση			0.617
Άγαμος	99 (20.8)	48 (22.4)	
Έγγαμος	378 (79.2)	166 (77.6)	
Συνήθειες καπνίσματος			0.003
Καπνιστές	182 (38.2)	110 (51.2)	
Μη καπνιστές	189 (39.0)	74 (34.4)	
Πρώην καπνιστές	106 (22.2)	31(14.4)	
Κατανάλωση αλκοόλ			0.249
1-2 ποτήρια ημερησίως	339 (92.0)	192 (89.3)	
> 2 ποτήρια ημερησίως- καθημερινά	38 (8.0)	23 (10.7)	
Είδος εργασίας			0.000
Μισθωτός	156 (32.7)	97 (45.1)	
Δημόσιος Υπάλληλος	152 (31.9)	25 (11.6)	
Αυτοαπασχολούμενος	169 (35.4)	93 (43.3)	
Φυσική δραστηριότητα			0.725
Ναι	445(93.3)	199 (92.6)	Ναι
Όχι	32 (6.7)	16(7.4)	Όχι
Χρόνια εργασίας (mean ±SD*)	24.48 (9.66)	22.00 (11.88)	0.024
Ηλικία (mean ±SD*)	55.87 (3.80)	55.07 (3.81)	0.385
Δείκτη Μάζας Σώματος (mean ±SD*)	26.72 (3.66)	27.79 (5.13)	0.011

^a έλεγχος chi square ή Mann Whitney

* SD: Τυπική απόκλιση

4.3 Σωματική και ψυχική υγεία του εργαζόμενου πληθυσμού σε σχέση με κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά

Στον πίνακα 4 περιγράφεται η σχέση της σωματικής και ψυχικής υγείας και των κοινωνικοδημογραφικών και άλλων χαρακτηριστικών των εργαζομένων.

Άτομα που πάσχουν από περισσότερα των δυο νοσημάτων, φαίνεται πως είναι συχνότεροι καπνιστές, αλλά καταναλώνουν λιγότερο αλκοόλ, ο μέσος όρος ηλικίας είναι τα 57 έτη και εμφανίζουν αυξημένο δείκτη μάζας σώματος. Άτομα που αναφέρουν πάνω από δύο συμπτώματα υγείας κατά το τελευταίο εξάμηνο είναι στην πλειοψηφία άντρες, με μέσο όρο ηλικίας τα 56 έτη, και αυξημένο δείκτη μάζας σώματος. Επίσης συμπτώματα κατάθλιψης είναι περισσότερο εμφανή στις γυναίκες και οριακά σε άτομα μεσαίου και χαμηλού εκπαιδευτικού επιπέδου.

Πίνακας 4. Σχέση σωματικής και ψυχικής υγείας με κοινωνικοδημογραφικά και συνήθειες ζωής.

	Χρόνια νοσήματα >2 (n=124)	p ^a	Συμπτώματα υγείας >2 (154)	p ^a	Συμπτώματα κατάθλιψης Ναι (n=105)	p ^a
	n (%)		n (%)		n ()	
Φύλο		0,133		0.000		0.000
Ανδρας	79 (63.7)		85 (55.2)		50 (47.6)	
Γυναίκα	45 (36.3)		69 (44.8)		55 (52.4)	
Εκπαιδευτικό επίπεδο		0.195		0.649		0.079
Χαμηλό	37 (29.8)		42 (27.3)		34 (32.7)	
Μεσαίο	53 (42.7)		63 (40.9)		43 (41.3)	
Υψηλή	34 (27.9)		49 (31.8)		27 (26.0)	
Οικογενειακή κατάσταση		0.720		0.652		0.328
Άγαμος	25 (20.3)		36 (23.4)		27 (25.7)	
Έγγαμος	98 (79.7)		118 (76.6)		78 (74.3)	
Συνήθειες καπνίσματος		0.001		0.905		0.409
Καπνιστές	41 (33.1)		68 (44.2)		51 (48.6)	
Μη καπνιστές	44 (35.5)		56 (36.4)		35 (33.3)	
Πρώην καπνιστές	39 (31.5)		30 (19.5)		19 (18.1)	
Κατανάλωση αλκοόλ		0.037		0.887		0.219
1-2 ποτήρια ημερησίως	119 (96.0)		140 (90.9)		99 (94.3)	
> 2 ποτήρια ημερησίως	5 (4.0)		14 (9.1)		6 (5.7)	
Είδος εργασίας		0.308		0.475		0.623
Μισθωτός	38 (30.7)		50 (32.5)		38 (36.2)	
Δημόσιος Υπάλληλος	36 (29.0)		43 (27.9)		22 (21.0)	
Αυτοαπασχολούμενος	50 (40.3)		61 (39.6)		45 (42.9)	
Φυσική δραστηριότητα		0.133		0.188		0.810
Ναι	111 (89.5)		139 (90.3)		97 (92.4)	
Όχι	13 (10.5)		15 (9.7)		8 (7.6)	
Ηλικία (mean ±SD*)	56.58 (4.05)	0.000	55.56 (3.85)	0.018	54.90 (3.82)	0.886
Δείκτης μάζας σώματος (mean ±SD*)	28.12(3.74)	0.000	28.16 (4.62)	0.001	27.72 (4.77)	0.259
Χρόνια εργασίας (mean ±SD*)	24.88(10.26)	0.116	23.00(10.56)	0.442	22.84(10.85)	0.107

^a έλεγχος chi square ή Mann Whitney

* SD: Τυπική απόκλιση

4.4 Σχέση ποιοτικών (ψυχοκοινωνικών) χαρακτηριστικών εργασίας με παραμέτρους σωματικής και ψυχικής υγείας του πληθυσμού μελέτης

Μονοπαραγοντικές αναλύσεις

Στους πίνακες 5α και 5β παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της μονοπαραγοντικής ανάλυσης για τη σχέση των ποιοτικών ψυχοκοινωνικών χαρακτηριστικών της εργασίας με τη σωματική και ψυχική υγεία. Ο πρώτος πίνακας (5α) αφορά τον έλεγχο εργασίας (job control) ενώ ο δεύτερος (5β) την ανισορροπία προσπάθειας-ανταμοιβής (effort reward imbalance).

Από τον πίνακα 5α προκύπτει ότι τα άτομα που αναφέρουν χαμηλή ποιότητα εργασίας υπό όρους εργασιακού ελέγχου φαίνεται να πάσχουν από περισσότερες από δυο ασθένειες σε σχέση με τα άτομα με υψηλή ποιότητα εργασίας (22.0% vs 15.3% $p=0.040$). Η παρουσία συμπτωμάτων υγείας κατά το τελευταίο εξάμηνο και η παρουσία συμπτωμάτων κατάθλιψης δεν φαίνεται να σχετίζονται στατιστικά σημαντικά με τον εργασιακό έλεγχο.

Από τον πίνακα 5β προκύπτει ότι τα άτομα που αναφέρουν χαμηλή ποιότητα εργασίας υπό όρους ανισορροπίας ανάμεσα στην προσπάθεια και στην ανταμοιβή κατά την εργασία τους πάσχουν από περισσότερες από δυο ασθένειες (21.9% $p=0.029$), εμφανίζουν περισσότερα από δυο συμπτώματα υγείας κατά το τελευταίο εξάμηνο (27.0% $p=0.021$) και έχουν αυξημένα ποσοστά καταθλιπτικών συμπτωμάτων (19.5% $p=0.012$) συγκριτικά με τα άτομα που αναφέρουν ισορροπία στην εργασία τους (αντίστοιχα: 14.9%, 18.9% και 12.0%).

Πίνακας 5α. Σχέση ελέγχου εργασίας με σωματική και ψυχική υγεία

	Υψηλός εργασιακός έλεγχος (n=537)	Χαμηλός εργασιακός έλεγχος (n=182)	P value*
	n (%)	n (%)	
Αριθμός ασθενειών			0.040
Έως 2 ασθένειες	455 (84.7)	142 (78.0)	
> 2 ασθένειες	82 (15.3)	40 (22.0)	
Αριθμός συμπτωμάτων			0.463
Έως 2 συμπτώματα	427 (79.5)	140 (76.9)	
> 2 συμπτώματα	110 (20.5)	93 (23.1)	
Συμπτώματα Κατάθλιψης			0.113
Ναι	71 (13.3)	33 (18.2)	
Όχι	463 (86.7)	148 (81.8)	

* έλεγχος chi square

Πίνακας 5β. Σχέση ανισορροπίας προσπάθειας-ανταμοιβής με παράμετρους σωματικής και ψυχικής υγείας

	Ισορροπία προσπάθειας-ανταμοιβής (n=477)	Ανισορροπία προσπάθειας-ανταμοιβής (n=215)	P value*
	n (%)	n (%)	
Αριθμός ασθενειών-			0.029
Έως 2 ασθένειες	406 (85.1)	168 (78.1)	
> 2 ασθένειες	71 (14.9)	47 (21.9)	
Αριθμός συμπτωμάτων			0.021
Έως 2 συμπτώματα	387 (81.1)	157 (73.0)	
> 2 συμπτώματα	90 (18.9)	58 (27.0)	
Συμπτώματα Κατάθλιψης			0.013
Ναι	57 (12.0)	42 (19.5)	
Όχι	417 (88.0)	173 (80.5)	

* έλεγχος chi square

4.5 Πολυπαραγοντική ανάλυση

Αποτελέσματα ανάλυσης Λογιστικής Παλινδρόμησης και ελέγχου συγχυτικών παραγόντων

4.5.α. Πολυπαραγοντική ανάλυση για την εκτίμηση της σχέσης της ανισορροπίας προσπάθειας-ανταμοιβής στην εργασία με τη σωματική και ψυχική υγεία των εργαζομένων

Στον πίνακα 6α παρουσιάζονται οι μονοπαραγοντικές αναλύσεις της σχέσης ανισορροπίας προσπάθειας-ανταμοιβής με τη σωματική και ψυχική υγεία (crude OR). Στον πίνακα 6β παρουσιάζονται οι πολυπαραγοντικές αναλύσεις όπου έχει συμπεριληφθεί και η επίδραση από τους εξής συγχυτικούς παράγοντες:

α) για τα χρόνια νοσήματα: φύλο, ηλικία, εκπαιδευτικό επίπεδο, δείκτης μάζας σώματος, συνήθειες καπνίσματος, κατανάλωση αλκοόλ, χρόνια εργασίας είδος εργασίας και φυσική δραστηριότητα.

β) για τα συμπτώματα υγείας: φύλο, ηλικία, εκπαιδευτικό επίπεδο, δείκτη μάζας σώματος, συνήθειες καπνίσματος, είδος εργασίας και φυσική δραστηριότητα.

γ) για την παρουσία συμπτωμάτων κατάθλιψης: για φύλο, ηλικία, εκπαιδευτικό επίπεδο, δείκτη μάζας σώματος, κατανάλωση αλκοόλ, χρόνια εργασίας και είδος εργασίας

Ως κατηγορία αναφοράς ορίζονται οι εργαζόμενοι που αναφέρουν ισορροπία μεταξύ προσπάθειας-ανταμοιβής στην εργασία τους.

Οι εργαζόμενοι που αναφέρουν ανισορροπία ανάμεσα στην προσπάθεια-ανταμοιβή στην εργασία τους φάνηκε να έχουν σημαντικά μεγαλύτερη πιθανότητα να πάσχουν από χρόνια νοσήματα (OR 1.60 95% CI 1.06-2.41), να εμφανίζουν συμπτώματα υγείας κατά το τελευταίο εξάμηνο (OR 1.59 95% CI 1.09-2.32) και να έχουν αυξημένες πιθανότητες καταθλιπτικών συμπτωμάτων (OR 1.78 95% CI 1.15-2.75), σε σχέση με την κατηγορία αναφοράς. (πίνακας 6α). Μετά από τον έλεγχο συγχυτικών παραγόντων η πιθανότητα εμφάνισης χρόνιων νοσημάτων, συμπτωμάτων υγείας και συμπτωμάτων κατάθλιψης παρέμεινε στατιστικά σημαντική (OR 1.74 95% CI 1.04-2.7, OR 1.62 95% CI 1.05-2.49, OR 1.70 95%CI 1.04-2.79) αντίστοιχα) (πίνακας 6β).

Πίνακας 6α. Μονοπαραγοντική ανάλυση για την εκτίμηση της σχέσης της ανισορροπίας προσπάθειας-ανταμοιβής με τη σωματική και ψυχική υγεία

	Χρόνια νοσήματα (n=124)		Συμπτώματα υγείας (n=154)		Κατάθλιψη (n=105)	
	OR ^a	95% CI	OR ^b	95% CI	OR ^c	95% CI
Ισορροπία προσπάθειας ανταμοιβής	(κατηγορία αναφοράς)		(κατηγορία αναφοράς)		(κατηγορία αναφοράς)	
Ανισορροπία προσπάθειας ανταμοιβής	1.60	1.06-2.41*	1.59	1.09-2.32*	1.78	1.15-2.75*

OR: Λόγος Σχετικών Πιθανοτήτων, CI: Διάστημα Εμπιστοσύνης, *P<0.05

Πίνακας 6.β. Πολυπαραγοντική ανάλυση για την εκτίμηση της σχέσης της ανισορροπίας προσπάθειας-ανταμοιβής με τη σωματική και ψυχική υγεία

	Χρόνια νοσήματα (n=124)		Συμπτώματα υγείας (n=154)		Καταθλιπτικά συμπτώματα (n=105)	
	OR ^a	95% CI	OR ^b	95% CI	OR ^c	95% CI
Ισορροπία προσπάθειας ανταμοιβής	Κατηγορία αναφοράς		Κατηγορία αναφοράς		Κατηγορία αναφοράς	
Ανισορροπία προσπάθειας ανταμοιβής	1.74	1.08-2.81*	1.62	1.05-2.49*	1.70	1.04-2.79*

OR: Λόγος Σχετικών Πιθανοτήτων, CI: Διάστημα Εμπιστοσύνης, *P<0.05

^a Προσαρμοσμένο OR για φύλο, ηλικία, εκπαιδευτικό επίπεδο, δείκτη μάζας σώματος, συνήθειες καπνίσματος, κατανάλωση αλκοόλ, χρόνια εργασία, είδος εργασίας και φυσική δραστηριότητα

^b Προσαρμοσμένο OR για φύλο, ηλικία, εκπαιδευτικό επίπεδο, δείκτη μάζας σώματος, συνήθειες καπνίσματος, είδος εργασίας και φυσική δραστηριότητα.

^c Προσαρμοσμένο OR για φύλο, ηλικία, εκπαιδευτικό επίπεδο, δείκτη μάζας σώματος, κατανάλωση αλκοόλ, χρόνια εργασία και είδος εργασίας

4.5.β. Πολυπαραγοντική ανάλυση της σχέσης του εργασιακού ελέγχου με τη σωματική και ψυχική υγεία των εργαζομένων

Στον πίνακα 7α παρουσιάζονται οι μονοπαραγοντικές αναλύσεις της σχέσης εργασιακού ελέγχου με τη σωματική και ψυχική υγεία (crude OR). Στον πίνακα 7β παρουσιάζονται οι πολυπαραγοντικές αναλύσεις όπου έχει συμπεριληφθεί και η επίδραση από τους εξής συγχυτικούς παράγοντες:

- α) για τα χρόνια νοσήματα: φύλο, ηλικία, εκπαιδευτικό επίπεδο, δείκτης μάζας σώματος, συνήθειες καπνίσματος, κατανάλωση αλκοόλ, χρόνια εργασίας είδος εργασίας και φυσική δραστηριότητα.
- β) για τα συμπτώματα υγείας: φύλο, ηλικία, εκπαιδευτικό επίπεδο, δείκτη μάζας σώματος, συνήθειες καπνίσματος, είδος εργασίας και φυσική δραστηριότητα.
- γ) για την παρουσία συμπτωμάτων κατάθλιψης: για φύλο, ηλικία, εκπαιδευτικό επίπεδο, δείκτη μάζας σώματος, κατανάλωση αλκοόλ, χρόνια εργασίας και είδος εργασίας

Ως κατηγορία αναφοράς ορίζονται οι εργαζόμενοι που αναφέρουν ισορροπία μεταξύ προσπάθειας-ανταμοιβής στην εργασία τους.

Οι εργαζόμενοι που αναφέρουν χαμηλό εργασιακό έλεγχο φάνηκε να έχουν στατιστικά σημαντική πιθανότητα να πάσχουν από >2 χρόνια νοσήματα (OR 1.56 95% CI 1.02-2.38). Η πιθανότητα για την εμφάνιση συμπτωμάτων υγείας κατά το τελευταίο εξάμηνο δεν φάνηκε να είναι στατιστικά σημαντική (OR 1.17 95% CI 0.78-1.73) ενώ η πιθανότητα εμφάνισης καταθλιπτικών συμπτωμάτων ήταν οριακά στατιστικά σημαντική (OR 1.45 95% CI 0.93-2.29). Μετά από έλεγχο των πιθανών συγχυτικών παραγόντων η πιθανότητα εμφάνισης χρόνιων νοσημάτων αυξήθηκε σημαντικά, (OR 1.69 95% CI 1.04-2.73) ενώ η πιθανότητα εμφάνισης συμπτωμάτων υγείας κατά το τελευταίο εξάμηνο και καταθλιπτικών συμπτωμάτων δεν φάνηκε να είναι στατιστικά σημαντική (OR 1.22 95% CI 0.78-1.90). OR 1.46 95% CI 0.89-2.41)

Πίνακας 7α. Μονοπαραγοντική ανάλυση για την εκτίμηση της σχέσης της εργασιακού ελέγχου με τη σωματική και ψυχική υγεία

	Χρόνια νοσήματα (n=124)		Συμπτώματα υγείας (n=154)		Συμπτώματα Κατάθλιψης (n=105)	
	OR ^a	95% CI	OR ^b	95% CI	OR ^c	95% CI
Υψηλός εργασιακός έλεγχος Χαμηλός εργασιακός έλεγχος	Κατηγορία αναφοράς		Κατηγορία αναφοράς		Κατηγορία αναφοράς	
	1.56	1.03-2.38*	1.17	0.78-1.74	1.45	0.92-2.29

OR: Λόγος Σχετικών Πιθανοτήτων, CI: Διάστημα Εμπιστοσύνης, *P<0.05

Πίνακας 7β. Πολυπαραγοντική ανάλυση για την εκτίμηση της σχέσης του εργασιακού έλεγχου με τη σωματική και ψυχική υγεία

	Χρόνια νοσήματα (n=124)		Συμπτώματα υγείας (n=154)		Συμπτώματα Κατάθλιψης (n=105)	
	OR ^a	95% CI	OR ^b	95% CI	OR ^c	95% CI
Υψηλός εργασιακός έλεγχος Χαμηλός εργασιακός έλεγχος	Κατηγορία αναφοράς		Κατηγορία αναφοράς		Κατηγορία αναφοράς	
	1.69	1.04-2.73*	1.22	0.78-1.90	1.46	0.89-2.41

OR: Λόγος Σχετικών Πιθανοτήτων, CI: Διάστημα Εμπιστοσύνης, *P<0.05

^a Προσαρμοσμένο OR για φύλο, ηλικία, εκπαιδευτικό επίπεδο, δείκτη μάζας σώματος, συνήθειες καπνίσματος, κατανάλωση αλκοόλ, χρόνια εργασία, είδος εργασίας και φυσική δραστηριότητα

^b Προσαρμοσμένο OR για φύλο, ηλικία, εκπαιδευτικό επίπεδο, δείκτη μάζας σώματος, συνήθειες καπνίσματος, είδος εργασίας και φυσική δραστηριότητα

^c Προσαρμοσμένο OR για φύλο, ηλικία, εκπαιδευτικό επίπεδο, δείκτη μάζας σώματος, κατανάλωση αλκοόλ, χρόνια εργασία και είδος εργασίας.

4.6 Πρόσθετη στατιστική ανάλυση

Εκτός από την βασική στατιστική ανάλυση για τη διαπίστωση της σχέσης ανάμεσα στα ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά της εργασίας και παραμέτρους της σωματικής και ψυχικής υγείας του πληθυσμού, πραγματοποιήθηκε και μια πρόσθετη στατιστική ανάλυση η οποία αποτελείται από δυο βασικά βήματα.

Πρώτα μελετήθηκε η σχέση έκθεσης (ψυχοκοινωνικών χαρακτηριστικών εργασίας) και αποτελέσματος (σωματικής και ψυχικής υγείας) προσαρμόζοντας το κάθε μοντέλο εργασιακής πίεσης για το άλλο, δηλαδή ορίζοντας την ανισορροπία προσπάθειας-ανταμοιβής κατά την εργασία ως συγχυτικό παράγοντα του εργασιακού ελέγχου και το αντίστροφο (πίνακας 8). Αυτή η διαδικασία επιτρέπει τον έλεγχο της ανεξάρτητης επίδρασης του κάθε χαρακτηριστικού της εργασίας στην εκτίμηση των αποτελεσμάτων της σωματικής και ψυχικής υγείας (Peter R. et al., 2002).

Δεύτερον, δεδομένου ότι έχει αποδειχθεί ο συμπληρωματικός ρόλος των δυο μοντέλων (JCQ και ERI), ότι αναγνωρίζουν διαφορετικές πτυχές του εργασιακού άγχους και ότι τα αποτελέσματα στην υγεία είναι ανεξάρτητα μεταξύ τους (Tsumumi A. & Kawakami N., 2004), θεωρήθηκε σκόπιμο να διερευνηθεί η συνδυαστική δράση τους ως καλύτερης πρόγνωσης για τις επιπτώσεις στην υγεία (πίνακας 9). Για το σκοπό αυτό δημιουργήθηκε μια νέα μεταβλητή με τέσσερις διαφορετικές κατηγορίες έκθεσης: 1. μη εκτεθειμένοι ούτε στην ανισορροπία προσπάθειας-ανταμοιβής, ούτε στον εργασιακό έλεγχο, 2. εκτεθειμένοι στον εργασιακό έλεγχο αλλά όχι στην ανισορροπία προσπάθειας-ανταμοιβής, 3. εκτεθειμένοι στην ανισορροπία προσπάθειας-ανταμοιβής αλλά όχι στον εργασιακό έλεγχο, 4. εκτεθειμένοι και στην ανισορροπία προσπάθειας-ανταμοιβής και στον εργασιακό έλεγχο. Αναμένεται μεγαλύτερη αρνητική επίδραση στη υγεία για την τέταρτη κατηγορία (Peter R. et al., 2002) (πίνακας 9).

Στον πίνακα 8, μετά το συνδυασμό των δυο ψυχοκοινωνικών εργασιακών χαρακτηριστικών μεταξύ τους και μαζί με τους υπόλοιπους συγχυτικούς, η πιθανότητα εμφάνισης χρόνιων νοσημάτων παρέμεινε στατιστικά σημαντική μόνο για τους εργαζόμενους που αναφέρουν χαμηλό εργασιακό έλεγχο (OR 1.71 95% CI 1.03-2.82). Επίσης η πιθανότητα εμφάνισης συμπτωμάτων υγείας είναι σημαντικά αυξημένη μόνο για τους εργαζόμενους που αναφέρουν ανισορροπία προσπάθειας

ανταμοιβής (OR 1.59 95% CI 1.52-2.48,) ενώ για την εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων το αποτέλεσμα είναι οριακά στατιστικά σημαντικό .

Πίνακας 8. Πολυπαραγοντική ανάλυση για την εκτίμηση της σχέσης της των ψυχοκοινωνικών χαρακτηριστικών της εργασίας (ανισορροπίας προσπάθειας-ανταμοιβής και εργασιακού ελέγχου προσαρμοσμένα μεταξύ τους) με τη σωματική και ψυχική υγεία του πληθυσμού

	Χρόνια νοσήματα (n=124)		Συμπτώματα υγείας (n=154)		Κατάθλιψη (n=105)	
	OR ^a	95% CI	OR ^b	95% CI	OR ^c	95% CI
Ισορροπία προσπάθειας ανταμοιβής	1		1		1	
Ανισορροπία προσπάθειας ανταμοιβής	1.59	0.97-2.59	1,59	1,02-2.48*	1.61	0.97-2.68
Υψηλός εργασιακός έλεγχος	1		1		1	
Χαμηλός εργασιακός έλεγχος	1.71	1.03-2.82*	1.18	0.74-1.88	1,48	0.88-2.49

OR: Λόγος Σχετικών Πιθανοτήτων, CI: Διάστημα Εμπιστοσύνης, *P<0.05

^a Προσαρμοσμένο OR για φύλο, ηλικία, εκπαιδευτικό επίπεδο, δείκτη μάζας σώματος, συνήθειες καπνίσματος, κατανάλωση αλκοόλ, χρόνια εργασίας είδος εργασίας και φυσική δραστηριότητα και επιπρόσθετα προσαρμοσμένο μεταξύ τους.

^b Προσαρμοσμένο OR για φύλο, ηλικία, εκπαιδευτικό επίπεδο, δείκτη μάζας σώματος, συνήθειες καπνίσματος, είδος εργασίας και φυσική δραστηριότητα και επιπρόσθετα προσαρμοσμένο μεταξύ τους..

^c Προσαρμοσμένο OR για φύλο, ηλικία, εκπαιδευτικό επίπεδο, δείκτη μάζας σώματος, κατανάλωση αλκοόλ χρόνια εργασίας και είδος εργασίας και επιπρόσθετα προσαρμοσμένο μεταξύ τους.

Στον πίνακα 9, παρατηρήθηκε ότι τα άτομα που είναι εκτεθειμένα και στα δυο ψυχοκοινωνικά εργασιακά χαρακτηριστικά φαίνεται να έχουν στατιστικά σημαντικά αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης >2 νόσων (OR 2.68 95% CI 1.37-5.26), >2 συμπτωμάτων υγείας κατά το τελευταίο εξάμηνο (OR 2.29 95% CI 1.27-4.14) και εμφάνισης καταθλιπτικών συμπτωμάτων (OR 2.49 95% CI 1.27-4.86).

Πίνακας 9. Πολυπαραγοντική ανάλυση για την εκτίμηση της σχέσης της των ψυχοκοινωνικών χαρακτηριστικών της εργασίας (ανισορροπίας προσπάθειας-ανταμοιβής και εργασιακού ελέγχου συνδυασμένα μεταξύ τους) με τη σωματική και ψυχική υγεία του πληθυσμού

	Χρόνια νοσήματα (n=124)		Συμπτώματα υγείας (n=154)		Κατάθλιψη (n=105)	
	OR ^a	95% CI	OR ^b	95% CI	OR ^c	95% CI
Μη εκτεθειμένοι	1		1		1	
Εκτεθειμένοι ως προς εργασιακό έλεγχο	1.75	0.91-3.55	0.73	0.37-1.45	1.31	0.63-2.70
Εκτεθειμένοι ως προς την ανισορροπία προσπάθειας ανταμοιβής	1.61	0.89-2.93	1.18	0.69-2.01	1.48	0.80-2.74
Εκτεθειμένοι και στον εργασιακό έλεγχο και στην ανισορροπία προσπάθειας ανταμοιβής	2.68	1.37-5.26*	2.29	1.27-4.14*	2.49	1.27-4.86*

OR: Λόγος Σχετικών Πιθανοτήτων, CI: Διάστημα Εμπιστοσύνης, *P<0.05

^a Προσαρμοσμένο OR για φύλο, ηλικία, εκπαιδευτικό επίπεδο, δείκτη μάζας σώματος, συνήθειες καπνίσματος, κατανάλωση αλκοόλ, χρόνια εργασίας είδος εργασίας και φυσική δραστηριότητα.

^b Προσαρμοσμένο OR για φύλο, ηλικία, εκπαιδευτικό επίπεδο, δείκτη μάζας σώματος, συνήθειες καπνίσματος, είδος εργασίας και φυσική δραστηριότητα.

^c Προσαρμοσμένο OR για φύλο, ηλικία, εκπαιδευτικό επίπεδο, δείκτη μάζας σώματος, κατανάλωση αλκοόλ χρόνια εργασίας και είδος εργασίας

5. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

5.1 Βασικά ευρήματα μελέτης - Σύγκριση ευρημάτων με άλλες μελέτες

Η βιβλιογραφία αναφορικά με τη σχέση των ψυχοκοινωνικών χαρακτηριστικών της εργασίας και της υγείας υποδεικνύει ότι ένα χαμηλής ποιότητας ψυχοκοινωνικό εργασιακό περιβάλλον έχει έμμεσα αρνητικές επιπτώσεις στη σωματική και ψυχική υγεία του εργαζόμενου καθώς τον εκθέτει σε στρεσογόνους παράγοντες.

Στην παρούσα μελέτη έγινε μια διεξοδική προσπάθεια να υπολογιστεί, από το πρώτο κύμα της μελέτης SHARE (2004) το ποσοστό της χαμηλής ποιότητας εργασίας και να περιγραφεί η σχέση της χαμηλής ποιότητας εργασίας με τη σωματική και ψυχική υγεία του εργαζόμενου πληθυσμού.

Γενικά μπορούμε να εξάγουμε τα εξής συμπεράσματα:

α) Τα ποσοστά του δείγματος που αναφέρουν χαμηλό εργασιακό έλεγχο και ανισορροπία προσπάθειας-ανταμοιβής κατά την εργασία κυμαίνονται σε 25.3% και 31.1% αντίστοιχα, ποσοστό που δε μπορεί να θεωρηθεί αμελητέο.

β) Η ανισορροπία προσπάθειας-ανταμοιβής στην εργασία έχει αρνητική επίδραση τόσο στη σωματική όσο και στην ψυχική υγεία καθώς σχετίζεται με αύξηση του κινδύνου εμφάνισης χρόνιων νοσημάτων, συμπτωμάτων υγείας και κατάθλιψης

γ) Ο χαμηλός εργασιακός έλεγχος έχει αρνητική επίδραση κυρίως στη σωματική υγεία και λιγότερο στην ψυχική καθώς σχετίζεται με αύξηση του κινδύνου εμφάνισης χρόνιων νοσημάτων.

δ) Όταν τα δυο μοντέλα προσαρμόζονται μεταξύ τους το ένα για το άλλο, φαίνεται ότι η ανισορροπία μεταξύ προσπάθειας-ανταμοιβής σχετίζεται ανεξάρτητα με την εμφάνιση συμπτωμάτων υγείας ενώ ο χαμηλός εργασιακός έλεγχος με την εμφάνιση χρόνιων νοσημάτων.

ε) Ο κίνδυνος εμφάνισης προβλημάτων σωματικής και ψυχικής υγείας ενισχύεται και αυξάνεται όταν ο εργαζόμενος βιώνει ταυτόχρονα ανισορροπία προσπάθειας-ανταμοιβής αλλά και έχει και περιορισμένη δυνατότητα ελέγχου επί του έργου του

στον εργασιακό του χώρο, παρά όταν υπάρχει αρνητική επίδραση μόνο από το ένα εκ των δύο αυτών χαρακτηριστικών που προσδιορίζουν την ποιότητα της εργασίας.

Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης δείχνουν την ύπαρξη αρνητικής επίδρασης της ανισορροπίας μεταξύ προσπάθειας και ανταμοιβής αλλά και του χαμηλού εργασιακού ελέγχου επί της εργασίας τόσο στη σωματική όσο και στην ψυχική υγεία. Τα ευρήματα αυτά είναι συμβατά με πλήθος επιστημονικών μελετών επί του θέματος.

Τα ψυχοκοινωνικά εργασιακά χαρακτηριστικά ή αλλιώς στρεσογόνοι παράγοντες εργασίας έχουν συνδεθεί με αυξημένο κίνδυνο κακής υγείας και θνησιμότητας σε αρκετές (Stansfeld S. et al., 1997; Kivimäki M. et al., 2002; Kuper H. & Marmot M., 2003; Siegrist J., 2010; Siegrist J., 1996; Niedhammer I. et al., 1998; Mausner-Dorsch H. & Eaton W.W., 2001; Michelsen H. & Bildt C., 2003; Niedhammer I. et al., 2006; Malinauskienė V. et al., 2005; Belkic K. et al., 2004; de Jonge J. et al., 2010; Heraclides A. et al., 2009; Tsutsumi A. et al., 2009) αλλά όχι σε όλες τις μελέτες (Eaker ED. et al., 2004; Lee S. et al., 2002) Τα διαφορετικά ευρήματα μπορεί να οφείλονται σε τυχόν διαφορές των κοινωνικο-δημογραφικών στοιχείων του πληθυσμού κάθε μελέτης πληθυσμών, σε διακυμάνσεις των στρεσογόνων παραγόντων κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης, σε σφάλμα επιλογής του δείγματος ή και σε ανακριβείς μετρήσεις, ιδιαίτερα της έκθεσης. Επίσης η στιγμιαία μέτρηση της έκθεσης σε συγχρονικές μελέτες φαίνεται πως δεν περιγράφει την πραγματική κατάσταση που διαμορφώνεται μέσω της μακροχρόνιας έκθεσης ως προς την εμφάνιση κάποιας πάθησης (Kivimäki M. et al., 2006; Kivimäki M. et al., 2008)

Οι αναλύσεις του μοντέλου μέτρησης του εργασιακού ελέγχου ανέδειξαν την αρνητική επίδραση του χαμηλού εργασιακού ελέγχου κυρίως στη σωματική υγεία και ειδικότερα στην εμφάνιση χρόνιων νοσημάτων. Αυτό το αποτέλεσμα φαίνεται να συμβαδίζει με αποτελέσματα άλλων άλλων συγχρονικών και προοπτικών μελετών και μετα-αναλύσεων για τη σωματική υγεία και ιδιαίτερα για την εμφάνιση καρδιαγγειακών νοσημάτων (Johnson J.V. et al., 1996; Kivimäki M. et al., 2002; Peter R. et al., 2002; Kivimäki M. et al., 2006; Bosma H. et al., 1998; Kuper H. & Marmot M., 2003) χαμηλών επιπέδων αυτοαναφερόμενης υγείας (Ostry A. et al., 2003).

Οι αναλύσεις του μοντέλου μέτρησης της ύπαρξης ανισορροπίας μεταξύ προσπάθειας και ανταμοιβής έδειξαν ότι η ανισορροπία σχετίζεται σημαντικά και με

την σωματική και με την ψυχική υγεία, αφού αυξάνει τις πιθανότητες εμφάνισης χρόνιων νοσημάτων και συμπτωμάτων υγείας καθώς και συμπτωμάτων κατάθλιψης, αποτελέσματα που είναι συμβατά με εκείνα άλλων μελετών που έχουν δείξει στατιστικά σημαντική σχέση με καρδιαγγειακά (Kivimäki M. et al., 2006; Kivimäki M. et al., 2002; Leka S. & Jain A., 2010; Peter R. et al., 1998; Peter R. et al., 2002), χαμηλά επίπεδα αυτοαναφερόμενης υγείας (Niedhammer I. et al., 2004) και εμφάνισης μιας χρόνιας πάθησης (Ostry A. et al., 2003). Επίσης συμφωνεί με αποτελέσματα άλλων μελετών σχετικά με την ψυχική υγεία όπως αύξηση κινδύνου εμφάνισης κατάθλιψης (Silva L.S. & Barreto S.M., 2010; Tsutsumi A. et al., 2001; Tsutsumi A. et al., 2012), ψυχιατρικών διαταραχών (Stansfeld S. et al., 1999), ψυχοσωματικών συμπτωμάτων (de Jonge J. et al., 2000), ψυχική δυσφορία (Calnan M. et al., 2000).

Σε προσαρμογή του ενός μοντέλου για το άλλο, η ανισορροπία μεταξύ προσπάθειας-ανταμοιβής σχετίζεται ανεξάρτητα με την εμφάνιση συμπτωμάτων υγείας ενώ ο χαμηλός εργασιακός έλεγχος με την εμφάνιση χρόνιων νοσημάτων. Σε ανάλογη μελέτη παρόμοιας μεθοδολογίας ο εργασιακός έλεγχος δεν είχε στατιστικά σημαντική συσχέτιση ούτε με τη σωματική ούτε με την ψυχική υγεία ενώ η προσπάθεια ανισορροπίας σχετίστηκε με την εμφάνιση καρδιαγγειακών νοσημάτων (Peter R. et al., 2002). Επίσης σε άλλες δυο μελέτες όπου προσαρμόστηκαν τα δυο μοντέλα προέκυψε η συσχέτιση του καθενός με τη φτωχή αυτοαναφερόμενη υγεία (Ostry A. et al., 2003), η ανισορροπία προσπάθειας-ανταμοιβής περιγράφηκε ως ισχυρότερος δείκτης τόσο σωματικής όσο και ψυχικής υγείας (de Jonge J. et al., 2000) ενώ η εμφάνιση χρόνιων νοσημάτων παρουσίασε συσχέτιση μόνο με την ανισορροπία προσπάθειας-ανταμοιβής (Ostry A. et al., 2003). Οι διαφορές αυτές μπορεί να οφείλονται στους διαφορετικούς συγχυτικούς παράγοντες που συμπεριλήφθηκαν στα μοντέλα.

Τέλος σημαντικό εύρημα είναι η αύξηση του κινδύνου εμφάνισης προβλημάτων σωματικής και ψυχικής υγείας και η βελτίωση της εκτίμησής του όταν χρησιμοποιούνται συνδυαστικά τα δυο μοντέλα. Σε παρόμοιες μελέτες έχει επιβεβαιωθεί το ίδιο (Tsutsumi A. & Kawakami N., 2004; Peter R. et al., 2002; Ostry A. et al., 2003).

5.2 Περιορισμοί -Πλεονεκτήματα μελέτης

Ένας περιορισμός της παρούσας μελέτης είναι ο σχεδιασμός της ως συγχρονική, δημιουργώντας έτσι αδυναμία στην αιτιολογική ερμηνεία των συσχετίσεων. Μία ερευνητική προσέγγιση προς αυτήν την κατεύθυνση θα μπορούσε να περιλαμβάνει την διαχρονική παρακολούθηση των εργαζομένων του δείγματός μας με σκοπό να εντοπιστούν ευρήματα που συνάδουν με πιθανή επιδείνωση της υγείας λόγω χρόνιας έκθεσης σε στρεσογόνους εργασιακούς παράγοντες.

Επίσης, λόγω του ότι τόσο η έκθεση (ποιοτικά χαρακτηριστικά εργασίας) όσο και το αποτέλεσμα (σωματική και ψυχική υγεία) καταγράφονται ως αυτο-αναφερόμενα από τους συμμετέχοντες δεν μπορεί να αποκλειστεί το σφάλμα μεθόδου μέτρησης. Το βασικότερο επιχείρημα όμως που μπορεί να εξουδετερώσει το πιθανό λάθος και να υποστηρίξει την εγκυρότητα των αποτελεσμάτων είναι η συμφωνία τους με ευρήματα πολλών προοπτικών μελετών ως προς τις αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία (Stansfeld S. et al., 1997; Bosma H. et al., 1998; Kivimäki M. et al., 2002; Kuper H. & Marmot M., 2003). Άλλωστε αυτή είναι μία αποδεκτή συνθήκη όσον αφορά την περιγραφή κοινωνικών φαινομένων από αυτοαναφερόμενα δεδομένα σε μελέτες μεγάλης πληθυσμιακής κλίμακας (Baranowski T., 1985; Brener ND. et al., 2003).

Ένας ακόμα περιορισμός της συγκεκριμένης μελέτης είναι ότι τα δύο μοντέλα που χρησιμοποιήθηκαν δε λαμβάνουν υπόψη τους ότι το άγχος όπως το αντιλαμβάνεται ο κάθε εργαζόμενος εξαρτάται και από το χαρακτήρα του κάθε ατόμου αλλά και από άλλες στρεσογόνες καταστάσεις της καθημερινότητας, με αποτέλεσμα να μπορεί να υπάρξει λανθασμένη κατηγοριοποίηση ως προς το στρες.

Ίσως, η προσωπικότητα να επηρεάζει τη σχέση του ψυχοκοινωνικού εργασιακού περιβάλλοντος και της υγείας. Ορισμένες πτυχές της προσωπικότητας θα μπορούσαν να καταστήσουν το άτομο πιο ευάλωτο ή πιο ανθεκτικό με το ψυχοκοινωνικό περιβάλλον εργασίας. Έχει βρεθεί ότι οι άνδρες με υψηλότερα επίπεδα εχθρικότητας επωφελούνται περισσότερο όταν έχουν μεγαλύτερο εύρος λήψης αποφάσεων, καθώς η υψηλή εχθρικότητα θα μπορούσε να αποτελέσει ένδειξη ανάγκης για έλεγχο. Επίσης, οι άνδρες με χαμηλή αυτοεκτίμηση είχαν χειρότερη υγεία όταν είχαν χαμηλά επίπεδα υποστήριξης στην εργασία και αυτό θα μπορούσε τους αναδείξει ως ομάδα κινδύνου που θα επωφεληθεί από μεγαλύτερη υποστήριξη (Paterniti S. et al., 2002). Εν τούτοις, κάτι τέτοιο δε μπορεί να μετρηθεί αντικειμενικά σε αντίθεση με τα εργασιακά

χαρακτηριστικά που προσδιορίζονται από αντικειμενικά μετρήσιμους όρους όπως ο εργασιακός έλεγχος ή η λήψη αποφάσεων.

Ακόμη κάτι που επίσης δεν έχει μετρηθεί στην παρούσα μελέτη είναι η αίσθηση συνοχής του ατόμου, η οποία βοηθά στον τρόπο διαχείρισης των προβλημάτων. Αυτή βασίζεται σε γνωστικούς, συμπεριφορικούς και σε παρακινητικούς παράγοντες. Αναπτύσσεται όταν το άτομο βλέπει τον κόσμο θετικά και με νόημα. Το αίσθημα υψηλής συνοχής μπορεί να προστατέψει τα άτομα από την επίδραση των ψυχοκοινωνικών χαρακτηριστικών της εργασίας ώστε να παραμείνουν ανεπηρέαστα και υγιή.

Ένας συγχυτικός παράγοντας που δεν έχει συμπεριληφθεί στη μελέτη και που μπορεί να μετριάσει τη σχέση χαρακτηριστικών εργασίας και υγείας είναι και η κοινωνική υποστήριξη από φιλικά και οικογενειακά δίκτυα καθώς έχει βρεθεί ότι η ικανοποίηση από την κοινωνική ζωή και δικτύωση συνδέεται με μειωμένα επίπεδα θνησιμότητας (Fransson E. et al., 2012) και επηρεάζει το στρες που βιώνει ο εργαζόμενος καθώς και τους μηχανισμούς αντιμετώπισής του.

Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι τα δυο αυτά θεωρητικά μοντέλα ελέγχου εργασίας (job control) και ανισορροπίας προσπάθειας ανταμοιβής κατά την εργασία (effort reward imbalance) ενισχύουν μακροπρόθεσμα τη σχέση των εργασιακών χαρακτηριστικών και συνθηκών κυρίως με τη κακή υγεία και αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι έχουν σχεδιαστεί έτσι ώστε να ανιχνεύουν τους παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με χαμηλά επίπεδα υγείας.

Το γεγονός ότι το δείγμα είναι αντιπροσωπευτικό του γενικού πληθυσμού καθώς δεν έγινε κάποιος περιορισμός ως προς κάποια επαγγελματική κατηγορία, ως προς το φύλο ή κάποια άλλη μεταβλητή μας δίνει τη δυνατότητα γενίκευσης των αποτελεσμάτων στο ελληνικό εργατικό δυναμικό. Η ηλικιακή ομάδα που επιλέχθηκε δίνει ισχυρότερα αποτελέσματα ως προς την υπό μελέτη έκβαση καθώς έτσι μπορεί να φανεί η μακροχρόνια επίδραση των χαρακτηριστικών της εργασίας στην υγεία, κάτι που δεν θα φαινόταν για παράδειγμα στην ηλικία των 30 ετών.

Επιπλέον επιλογή της μεταβλητής ανισορροπίας-προσπάθειας ανταμοιβής κατά την εργασία (effort-reward imbalance), ως κλάσμα (ratio) των δεικτών προσπάθειας και ανταμοιβής, είναι ισχυρότερος προγνωστικός δείκτης, από ότι ο κάθε δείκτης ξεχωριστά. (Tsutsumi A. & Kawakami N., 2004; van Vegchel N. et al., 2005).

Το γεγονός ότι χρησιμοποιήθηκαν ορισμένες ερωτήσεις από το ερωτηματολόγιο JCQ για τη μέτρηση των εργασιακών απαιτήσεων και τον έλεγχο της εργασίας και όχι όλες οι ερωτήσεις του αρχικού μοντέλου σε καμία περίπτωση δεν μειώνουν την αξία των αποτελεσμάτων. Στοιχεία από 17 ευρωπαϊκές μελέτες κοορτών έχουν δείξει ότι η χρήση μερικών ερωτήσεων για τις εργασιακές απαιτήσεις και τον εργασιακό έλεγχο με τουλάχιστον τα μισά ερωτήματα του πλήρους ερωτηματολογίου να λείπουν, εκτιμά με τον ίδιο τρόπο και παράγει τα ίδια αποτελέσματα όπως και ένα πλήρες ερωτηματολόγιο μελέτης (Fransson E.I. et al., 2012).

Το ίδιο ισχύει και για το ερωτηματολόγιο ERI από το οποίο χρησιμοποιήθηκαν ορισμένες ερωτήσεις. Οι πιο βασικές ψυχομετρικές ιδιότητες βάσει της κλασικής θεωρίας ελέγχου, όπως η εσωτερική συνοχή, η δομική ισχύς, και το κριτήριο εγκυρότητας, τηρούνται σε ικανοποιητικό βαθμό και μπορούν να συγκριθούν ισάξια με αυτές του πρωτότυπου ερωτηματολογίου (Siegrist J. et al., 2004) και στις δύο εκθέσεις σχετικά με την σύντομη εκδοχή ερωτηματολογίου (Siegrist J. et al., 2009; Leineweber C. et al., 2010).

6. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

6.1 Σημασία αποτελεσμάτων

Ένα εργασιακό περιβάλλον που εκθέτει τον εργαζόμενο σε πλήθος στρεσογόνων παραγόντων μπορεί να αναγνωρισθεί πλέον ως παράγοντας σημαντικού κινδύνου στο χώρο εργασίας. Το γεγονός αυτό, καθιστά αναγκαία τη χάραξη και υλοποίηση πολιτικών και στρατηγικών για τη βελτίωση των ψυχοκοινωνικών συνθηκών εργασίας, που θα πρέπει να εστιάζονται σε τομείς όπως οι εργασιακές απαιτήσεις, ο εργασιακός έλεγχος και η υποστήριξη. Εκτός από τα προφανή οφέλη για τον εργαζόμενο και την υγεία του, ένα επιπλέον σημαντικό πλεονέκτημα από την βελτίωση στους τομείς αυτούς θα συνιστούσε η μείωση του αριθμού των απουσιών από την εργασία (και κατά συνέπεια των χαμένων εργατο-ωρών και της παραγωγικότητας) λόγω ασθένειας.

Οι παρεμβάσεις θα πρέπει να στοχεύουν τόσο στον εργαζόμενο ως άτομο όσο και στην επιχείρηση. Αυτό συνεπάγεται ότι το εργασιακό περιβάλλον λειτουργεί ως πλαίσιο μέσα στο οποίο πρέπει να επιδιώκεται η προώθηση της υγείας μέσα από ατομικές ή συλλογικές δράσεις άσκησης ελέγχου στους προσδιοριστές της υγείας (Andre-Petersson L. et al., 2007). Και, κατά συνέπεια, οι κοινωνικές σχέσεις μεταξύ συναδέλφων μέσα στο εργασιακό περιβάλλον μπορούν να συνεισφέρουν στην καλή υγεία των εργαζομένων. Αυτό μάλιστα υπογραμμίζει τη σημασία της μέτρησης των εργασιακών συνθηκών που αντανακλούν τις κοινωνικές σχέσεις σε διάφορα εργασιακά περιβάλλοντα.

Η ψυχική υγεία των εργαζομένων θα πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη από τους εργοδότες, καθώς κάτι τέτοιο επιφέρει μεγαλύτερο κέρδος μακροπρόθεσμα. Προς αυτήν την κατεύθυνση, πρωτοβουλίες όπως η παροχή μεγαλύτερης αυτονομίας, αισθήματος περισσότερης ασφάλειας σε συνδυασμό με έναν λογικό φόρτο εργασίας θα λειτουργούσαν θετικά ως προς τη μείωση του κόστους υγείας των εργαζομένων και ως προς την αύξηση της παραγωγικότητάς τους.

6.2 Πρακτικές προτάσεις υλοποίησης για αξιοποίηση των αποτελεσμάτων

Όπως έχει ήδη προαναφερθεί, η ποιότητα εργασίας του ανθρώπου, είναι βασικός προσδιοριστικός παράγοντας για την ευημερία και την υγεία του. Η κατανόηση των όλων των παραγόντων, που μειώνουν τα επίπεδα ποιότητας της εργασίας, είναι απαραίτητη προϋπόθεση για τη λήψη μέτρων που θα βελτιώσουν την κατάσταση του. Το επίπεδο υγείας που απορρέει από την εργασία πρέπει να απασχολεί την πολιτική ατζέντα, ωθώντας τη στη χάραξη στρατηγικής στο εργασιακό περιβάλλον που να προάγει την υγεία του πληθυσμού. Άλλωστε, η υγεία αποτελεί καίριο σημείο για να υφίσταται η ανταγωνιστικότητα και να αυξάνεται η παραγωγικότητα στο διεθνή χώρο της αγοράς. Πολύ περισσότερο μάλιστα συμβάλει στη βιωσιμότητα των συστημάτων κοινωνικής προστασίας, καθώς καλή υγεία συνεπάγεται χαμηλή νοσηρότητα άρα μικρότερο κόστος για αυτά.

Δημόσια πολιτική για υγεία - ενεργοποίηση κοινότητας

Η κοινοτική πολιτική για την εργασία που προάγει την υγεία πρέπει να επικεντρωθεί στην αύξηση της ικανοποίησης του εργαζομένου από την εργασία του, τόσο σε σωματικό όσο και σε ηθικό ή κοινωνικό επίπεδο. μερικά μέτρα που μπορούν να βοηθήσουν την επίτευξη αυτού του στόχου είναι:

- Πρόληψη κοινωνικών κινδύνων (στρες, παρενόχληση στην εργασία, κατάθλιψη, άγχος και εξαρτήσεις)
- Εκπαίδευση και κατάρτιση (ευαισθητοποίηση στα σχολεία, διδασκαλία στα επαγγελματικά λύκεια και στο πλαίσιο της συνεχούς επαγγελματικής κατάρτισης)
- Ευαισθητοποίηση των εργοδοτών στη σημασία που έχει η δημιουργία ενός ελεγχόμενου εργασιακού περιβάλλοντος
- Πρόβλεψη των νέων και των αναδυόμενων κινδύνων που συνδέονται με τις τεχνολογικές καινοτομίες και με τις κοινωνικές εξελίξεις
- Αποτελεσματικότερη εφαρμογή του κοινοτικού δικαίου
- Εποικοδομητικός διάλογος με τα εργατικά συνδικάτα για τη διαμόρφωση βέλτιστων πρακτικών που προωθούν τα συμφέροντα των εργαζομένων
- Οικονομικά κίνητρα σε επιχειρήσεις που προάγουν την υγεία των εργαζομένων
- Συνεργασία των Υπουργείων που αφορούν την υγεία, την εργασία και την εκπαίδευση ώστε να λαμβάνονται μη αντικρουόμενες πολιτικές αποφάσεις που ενσωματώνουν και στις τρεις αυτές διαστάσεις την υγεία και όχι αποσπασματικά μέτρα που όταν υλοποιούνται δεν προσεγγίζουν ολιστικά το θέμα της υγείας.

- Επαναπροσδιορισμός συνθηκών εργασίας, πρόσθετων επιδομάτων, ωρών εργασίας.
- Υλοποίηση προγραμμάτων αύξησης απασχόλησης που βασίζονται στην ποιότητα της εργασίας
- Μείωση συμβάσεων ορισμένου χρόνου και εφαρμογή της κουλτούρας συσχέτισης παραγωγικότητας και παραμονή στην εργασία

Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να αναπτύξουν στρατηγικές για τη μείωση των επιπτώσεων της εργασιακής ανασφάλειας των εργαζομένων στην υγεία τους όπως η ενίσχυση της ακριβούς πληροφόρησης και επικοινωνίας ενδοεπιχειρησιακά ώστε να μειωθεί η αβεβαιότητα, η εφαρμογή οργανωτικών πολιτικών που προβλέπουν την επανακατάρτιση - εκπαίδευση των εργαζομένων, ώστε να διαθέτουν βιώσιμες εναλλακτικές λύσεις για απασχόληση σε περίπτωση απώλειας εργασίας, ή η παροχή εκπαίδευσης στους εργαζομένους για το πώς να αντιμετωπίσουν το άγχος που προκαλείται από την εργασιακή ανασφάλεια.

Πρέπει να ενδυναμωθεί η κοινωνική πίεση που ασκείται από τα συνδικάτα και τους συλλόγους εργαζομένων, τα οποία αποτελούν τους υπερασπιστές των εργασιακών δικαιωμάτων και συμφερόντων του εργαζομένου, στις κυβερνήσεις προς την κατεύθυνση της λήψης μέτρων που θα μειώνουν την εργασιακή και κοινωνική ανασφάλεια και θα εξαλείφουν το φθηνό κόστος εργασίας.

Ένα βασικό θεμέλιο για την προαγωγή υγείας στην εργασία η εισαγωγή εργασιακής κουλτούρας που προάγει την υγεία στα προγράμματα σπουδών της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης αλλά και στην κατάρτιση και όλων των σχετικών φορέων όπως η επιθεώρηση εργασίας, τα εργατικά συνδικάτα αλλά και οι επιχειρήσεις. Οι φορείς Υγείας και Ασφάλειας της Εργασίας θα πρέπει να επανδρώνονται με στελέχη που είναι εκπαιδευμένα στην προσέγγιση και την αντιμετώπιση του εργασιακού στρες.

Στο κομμάτι της εκπαίδευσης πρέπει να τονιστεί, ότι είναι υποχρέωση των πολιτικών προσώπων που λαμβάνουν αποφάσεις να εξισορροπήσουν την προσφορά και τη ζήτηση στην αγορά εργασίας ώστε το ανθρώπινο δυναμικό που εκπαιδεύεται για να βγει μελλοντικά στην αγορά εργασίας να καλύψει μια πραγματικά υφιστάμενη θέση που αυτή θα σχετίζεται άμεσα και αποκλειστικά με το επίπεδο και αντικείμενο σπουδών, βοηθώντας το άτομο να αξιοποιήσει και να αναδείξει τις ικανότητές του και να ταυτίσει τα εργασιακά του καθήκοντα με τα ενδιαφέροντά του, χωρίς να χρειαστεί να εργαστεί σε μια θέση παντελώς άσχετη με τις σπουδές του καθαρά για

βιοποριστικούς λόγους όπως γίνεται τα τελευταία χρόνια επί το πλείστον στην Ελλάδα.

Υποστηρικτικό περιβάλλον για υγεία

Όλες οι σύγχρονες επιχειρήσεις αλλά και ο πολιτικός κόσμος θα πρέπει να υιοθετήσει μια πιο ανθρωποκεντρική κουλτούρα με προτεραιότητα την εργασία που προάγει την υγεία του ανθρώπινου δυναμικού.

Σημαντικές ενέργειες που μπορούν να γίνουν στον εργασιακό χώρο για την επίτευξη ενός υποστηρικτικού περιβάλλοντος για την υγεία είναι:

- Εντόπιση και εκτίμηση κινδύνων και παραγόντων εργασιακού άγχους μέσω ερωτηματολογίων και συνεντεύξεων
- Συζήτηση και εξεύρεση πιθανών λύσεων - εξάλειψη καταστάσεων που μειώνουν την εργασιακή ικανοποίηση
- Επανασχεδιασμός της εργασίας
- Εργονομία και περιβαλλοντικός σχεδιασμός
- Ανοιχτά κανάλια επικοινωνίας μεταξύ εργαζομένων και διοίκησης
- Παροχή επαρκών χρονικών περιθωρίων για την εκτέλεση της εργασίας
- Ρεαλιστικές προσδοκίες από τους εργαζόμενους
- Προσαρμογή και εναρμόνιση του εργασιακού περιβάλλοντος με τις ικανότητες, τις ανάγκες και τις προσδοκίες του εργαζόμενου
- Επιβράβευση και αμοιβή της καλής απόδοσης
- Παροχή μη χρηματικών αλλά ηθικών ανταμοιβών
- Εκπαίδευση των εργαζομένων στη διαχείριση του άγχους
- Επιμορφωτικά-εκπαιδευτικά προγράμματα εκμάθησης των εργαζομένων τρόπων ευελιξίας και αντιμετώπισης των ραγδαίων αλλαγών που επιβάλλει το σύγχρονο κοινωνικό γίγνεσθαι.
- Προσδιορισμός των στόχων της επιχείρησης και εναρμόνισή τους με τους στόχους των εργαζομένων

- Δυνατότητα συνεχιζόμενης επιμόρφωσης και εκπαίδευσης
- Δημιουργία περιβάλλοντος εμπιστοσύνης, δικαιοσύνης, ασφάλειας
- Δημιουργία Υποστηρικτικής ομάδας συμβουλευτικής βοήθειας, ψυχολογικής υποστήριξης και αντιμετώπισης των πηγών έντασης
- Εναλλαγή θέσεων για εμπλουτισμό καθηκόντων και αξιοποίηση νέων ικανοτήτων
- Ενθάρρυνση δραστηριοτήτων προώθησης της υγείας στο χώρο εργασίας καθώς και η υγιής ισορροπία της εργασιακής ζωής.
- Συμμετοχή του εργαζόμενου στη διαμόρφωση των αλλαγών στην εργασία
- Παροχή προγραμμάτων αγωγής υγείας και ευεξίας, τεχνικές διαχείρισης των ασθενειών
- Θέσπιση πολιτικών ευέλικτης εργασίας έτσι ώστε να επιτυγχάνεται η ισορροπία ανάμεσα στο εργασιακό και οικογενειακό περιβάλλον

Ανάπτυξη ατομικών δεξιοτήτων - εκπαίδευση

Το πρώτο βήμα του ατόμου στην αναζήτηση της ικανοποίησης από την εργασία είναι η αυτογνωσία ώστε να γνωρίζει τις αδυναμίες του και να προσπαθήσει να τις εξαλείψει αλλά και τα δυνατά του σημεία τα οποία πρέπει να καλλιεργήσει. Πρέπει να αναλύσει προσεκτικά την κατάστασή του ώστε να καταλάβει σε πιο τομέα απασχόλησης, μπορεί να ταιριάξει καλύτερα ώστε να αναλαμβάνει δημιουργικές πρωτοβουλίες που θα δώσουν μια νέα πνοή και ενδιαφέρον στην επαγγελματική του ζωή. Στόχος είναι να ταυτιστούν οι δεξιότητες και τα ενδιαφέροντα του ατόμου με την εργασία.

Επίσης κάποιες ενέργειες που μπορεί να κάνει το άτομο για να κάνει την εργασία του πιο προκλητική, αν αυτή δεν είναι και τόσο, είναι να καθορίσει πρότυπα επιδόσεων για τον εαυτό του ώστε να καταγράφει βήματα προόδου και προσωπικής βελτίωσης κάθε φορά. Νέες προκλήσεις μπορεί να αποτελέσουν η υλοποίηση μιας νέας ιδέας, η ανάπτυξη μιας νέας επαγγελματικής σχέσης. Ακόμη, το αίτημα ανάληψης νέων αρμοδιοτήτων μπορεί να αποτελέσει ευκαιρία δημιουργικής ενασχόλησης. Ακόμη είναι ιδιαίτερα χρήσιμο και προκλητικό να μπορέσει μεταλαμπαδεύσει τις γνώσεις του στους συνεργάτες του ή να αναλάβει ένα έργο που χρησιμοποιεί ποικιλία δεξιοτήτων. Μπορεί να αυξήσει τη δέσμευση του για επαγγελματική ανάπτυξη

παρακολουθώντας μαθήματα, ή συμμετέχοντας σε σεμινάρια. Επιπλέον, η καταπολέμηση της μονοτονίας μπορεί να βοηθηθεί από τη συζήτηση του ζητήματος με άλλους. Όταν ο εργαζόμενος ανταλλάζει απόψεις με τους συνεργάτες τους, καλλιεργεί ένα ευχάριστο κλίμα επικοινωνίας αυξάνοντας την επαγγελματική του ικανοποίηση.

Ένα άλλο σημαντικό κομμάτι της εργασίας που σχετίζεται πολύ με την ικανοποίηση είναι η ποικιλία καθηκόντων. Το άτομο μπορεί να ζητήσει να τοποθετηθεί σε μια νέα θέση εργασίας, ακόμη και εθελοντικά, όπου θα ασχολείται με διαφορετικό αντικείμενο καλλιεργώντας νέες δεξιότητες και αποφεύγοντας τη ρουτίνα. Επίσης με τον τρόπο αυτό του δίνεται η ευκαιρία να αποκτήσει νέες γνώσεις και κατάρτιση. Η συνεχής μάθηση και εκπαίδευση προσθέτουν πολλά στην ευχαρίστηση από την επαγγελματική απασχόληση. Ο εργαζόμενος που χαρακτηρίζεται από δίψα για μάθηση και όρεξη για εργασία με δημιουργικές πρωτοβουλίες, κινδυνεύει λιγότερο από άλλους να βιώνει δυσαρέσκεια από την εργασία του. Άλλωστε η εξερεύνηση νέων γνωσιακών οριζώντων στο επαγγελματικό πεδίο του κάθε εργαζομένου, δημιουργεί προϋποθέσεις προόδου, επιβράβευσης και ικανοποίησης του

Το άτομο δεν πρέπει να ξεχνά ότι μόνο αντιμετωπίζοντας τα πράγματα στη ζωή με αισιοδοξία μπορεί να πετύχει τους επιθυμητούς στόχους του. Η στάση παίζει τεράστιο ρόλο στον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνεται τη δουλειά και τη ζωή γενικότερα. Η κατάθλιψη, ο θυμός, η απογοήτευση δείχνουν γενικά μια εικόνα ανικανοποίησης από τα πάντα. Επίσης, οι άνθρωποι που εμφανίζουν αρνητική συναισθηματική φόρτιση είναι πιο πιθανό να νοσήσουν (Van der Doef M. & Maes S., 1999).. Η δημιουργία θετικών σκέψεων, η αναγνώριση των λαθών ως ευκαιρίες ή πηγές άντλησης πολύτιμων διδαγμάτων και η στρατηγική του νέου ξεκινήματος όταν οι καταστάσεις δεν εξελίσσονται ομαλά βοηθούν το άτομο να νιώσει περισσότερη ικανοποίηση.

Όταν το άτομο αισθάνεται παγιδευμένο στο εργασιακό του περιβάλλον πιστεύοντας ότι οτιδήποτε άλλο εκτός από τη δουλειά του είναι πιο ικανοποιητικό, θα πρέπει να βρίσκεται διαρκώς σε εγρήγορση ώστε να εντοπίζει νέες ευκαιρίες και να ενημερώνεται για τις εξελίξεις στον επαγγελματικό χώρο του. Η ύπαρξη εναλλακτικών επιλογών, δίνει την αίσθηση ελέγχου.

Τέλος, το άτομο θα πρέπει να βρει μια αίσθηση σκοπού για την εργασία του και να διατηρεί τη ζωή και τη δουλειά του σε ισορροπία, καθώς η επικέντρωση υπερβολικά σε ένα από τα δυο υπονομεύει την υγεία του ατόμου.

Η εργασία σε ένα περιβάλλον που προστατεύει και προάγει την υγεία αποτελεί θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα σε μια κοινωνία που ενσωματώνει την

έννοια του κοινωνικού κράτους. Η εφαρμογή μέτρων πρόληψης νοσηρότητας και προαγωγής υγείας στην εργασία θα πρέπει να αποτελεί βασική προτεραιότητα ακόμη και σε περιόδους οικονομικής κρίσης και η εργασία που προσφέρει ικανοποίηση στον εργαζόμενο θα πρέπει να είναι αυτονόητη.

6.3 Προτάσεις για μελλοντική διερεύνηση

Δεδομένου ότι μη εργασιακοί παράγοντες σχετίζονται με κακή ψυχική υγεία και κατάθλιψη (Michelsen H. & Bildt C., 2003) κρίνεται σκόπιμο σε μια μελλοντική μελέτη να διερευνηθούν και να ληφθούν υπόψη παράγοντες που σχετίζονται με τις συνθήκες και την ποιότητα ζωής του ατόμου.

Επιπλέον, δεδομένης της κρίσιμης περιόδου οικονομική δυσχέρεια που διανύει η χώρα θα ήταν πολύ ενδιαφέρουσα μία πιθανή σύγκριση των ευρημάτων της περιόδου 2004 με νεότερα δεδομένα όπως έχουν διαμορφωθεί με βάση την οικονομική συγκυρία. Αυτό μπορεί να γίνει μελλοντικά με μια δεύτερη μελέτη παρέχοντας τη δυνατότητα για ανάλυση των δεδομένων από διαφορετικές εκφάνσεις της ζωής των ίδιων ατόμων σε διαφορετικό χρόνο δίνοντας και μακροσκοπική διάσταση στα αποτελέσματα. Κάτι τέτοιο θα ήταν εφικτό αντλώντας στοιχεία από την έκδοση του δεύτερου κύματος της SHARE για το διάστημα 2006-2007.

Καταυτόν τον τρόπο θα μπορεί να διαπιστωθεί τυχόν χάσμα στην ποιότητα εργασίας και το κρίσιμο ρόλο επιρροής του στην υγεία καθώς και οι μακροχρόνιες επιπτώσεις των χαμηλής ποιότητας ψυχοκοινωνικών εργασιακών χαρακτηριστικών στην υγεία και ενδεχομένως σε σύγκριση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες που πλήττονται από την οικονομική κρίση.

7. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Alexopoulos E.C., Burdorf A. & Kalokerinou A. (2003) Risk factors for musculoskeletal disorders among nursing personnel in Greek hospitals. *International archives of occupational and environmental health*, Volume 76, Number 4, 289-294, DOI: 10.1007/s00420-003-0442-9

Andre-Petersson L., Engstrom G., Hedblad B., Janzon L., Rosvall M. (2007): Social support at work and the risk of myocardial infarction and stroke in women and men. *Soc Sci Med* ; 64(4):830-41

Baranowski T. (1985): Methodologic issues in self-report of health behaviour. *J Sch Health*; 55(5):179-182

Belkic K., Landsbergis PA., Schnall PL., Baker D.(2004): Is job strain a major source of cardiovascular disease risk? *Scand J Work Environ Health*;30(2):85-128

Beurskens AJ., Bultmann U., Kant I., Vercoulen JH., Bleijenberg G., Swaen GM. (2000): Fatigue among working people: validity of a questionnaire measure. *Occup Environ Med* 57:353–357

Börsch-Supan A., Brugiavini A., Jürges H., Kapteyn A., Mackenbach J., Siegrist J. Weber G. (2008): First Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe 2004-2007. Mannheim: Research Institute for the Economics of Aging (MEA).

Börsch-Supan a., Jürges H. (2005): The Survey of Health, Aging, and Retirement in Europe – Methodology , Mannheim: Research Institute for the Economics of Aging (MEA).

Bosma H., Peter R., Siegrist J., et al. (1998): Two alternative job stress models and the risk of coronary heart disease. *Am J Public Health* ;88:68–74.

Brener ND., Billy JOG., Grady WR. (2003): Assessment of factors affecting the validity of self-reported health-risk behavior among adolescents: evidence from the scientific literature. *Journal of Adolescent Health*; 33:436-457.

Bültmann U., Kant I., van Amelsvoort L. G. P. M., van den Brandt P. A., Kasl S. V. (2001): Differences in Fatigue and Psychological Distress Across Occupations:

Results From The Maastricht Cohort Study of Fatigue at Work. JOEM Volume 43, No 11

Calnan M., Wainwright D. & Almond S. (2000): Job Strain, Effort-Reward Imbalance and Mental Distress: A study of occupations in general medical practice. *Work & Stress: An International Journal of Work, Health & Organisations*, 14:4, 297-311

Choi B., Schnall PL., Yang H., Dobson M., Landsbergis P., Israel L., et al.(2010): Psychological working conditions and active leisure-time physical activity in middle-aged US workers. *Int J Occup Med Environ Health*;23:1–15.

Cooper CL.(1999): Can we live with the changing nature of work. *Journal of Managerial Psychology* ;14:569–72.

de Jonge J., Bosma H., Peter R., Siegrist J. (2000): Job strain, effort-reward imbalance and employee well-being: a large-scale cross-sectional study. *Social Science & Medicine* 50 1317±1327

de Jonge J., van Vegchel N., Shimazu A., Schaufeli W., Dormann C. (2010): A longitudinal test of the demand-control model using specific job demands and specific job control. *Int J Behav Med*, 17(2): 125–133

De Lange A. H., Taris T. W., Kompier M. A., Houtman I. L., Bongers P. M. (2003) :The very best of the millennium: Longitudinal research and the Demand-Control-(Support) model. *Journal of Occupational Health Psychology*, 8, 282–305

Eaker ED., Sullivan LM., Kelly-Hayes M., D'Agostino RB Sr., Benjamin EJ. (2004): Does job strain increase the risk for coronary heart disease or death in men and women? The Framingham Offspring Study. *Am J Epidemiol*, 159(10): 950–958

Eleonor I., Fransson et al. (2012): Comparison of alternative versions of the job demand-control scales in 17 European cohort studies: the IPD-Work consortium *BMC Public Health*, 12:62 doi:10.1186/1471-2458-12-62

Fahlen G., Knutsson A., Peter R., Akerstedt T., Nordin M., Alfredsson L., Westerholm P. (2006): Effort-reward imbalance, sleep disturbances and fatigue. *Int Arch Occup Environ Health* 79:371–378

Ferrie J. E. (2001): Is job insecurity harmful to health? *Journal of the Royal Society of Medicine*, 94, 71–76

Godin I., Kittel F., Coppieters Y., Siegrist J. (2005): A prospective study of cumulative job stress in relation to mental health. *BMC Public Health*, 5:67 doi:10.1186/1471-2458-5-67

Hackman J. R., Oldham, G. R. (1976): Motivation through the design of work: Test of a theory. *Organizational Behavior and Human Performance*, 16

Hall E. M., Johnson J. V., Tsou T. S. (1993) :Women, occupation and risk of cardiovascular morbidity and mortality. *Occupational Medicine* 8, 709±719.

Head J., Stansfeld S., Siegrist J. (2004): The psychosocial work environment and alcohol dependence: a prospective study. *Occup Environ Med*, 61:219-244.

Heraclides A., Chandola T., Witte DR., Brunner EJ. (2009): Psychosocial stress at work doubles the risk of type 2 diabetes in middle-aged women: evidence from the Whitehall II study. *Diabetes Care*, 32(12): 2230–2235

Holme I., Helgeland A., Hjermmann I., Leren P. (1982): Socioeconomic status as a coronary risk factor: The Oslo study. *Acta Medica Scandinavica (Suppl.)* 660, 147±151.

Johnson J.V., Stewart W., Hall E., Fredlund P., Theorell T(1996): Long-Term Psychosocial Work Environment and Cardiovascular Mortality among Swedish Men. *American Journal of Public Health* Vol. 86. No. 3

Karasek R. (1979): Job demands, job decision latitude and mental strain: implications for job redesign. *Administration Science Quarterly* 24, 285±308.

Karasek R., Brisson C., Kawakami N., Houtman I., Bongers P., Amick B. (1998): The Job Content Questionnaire (JCQ): an instrument for internationally comparative assessments of psychosocial job characteristics. *J Occup Health Psychol* ;3:322–55

Kenny D.T., Carlson J.G., McGuigan F.J., et al. (2000): Stress and health: research and clinical applications. Amsterdam: Harwood Academic Publishers

Kivimäki M., Sutinen R., Elovainio M., Rasanen K., Toyry S., Ferrie J. E., Firth-Cozens J. (2001): Sickness absence in hospital physicians: 2-year follow-up study on determinants. *Occupational and Environmental Medicine*, 58(6), 361–366

Kivimäki et al. (2002): Work stress and risk of cardiovascular mortality: prospective cohort study of industrial employees. *BMJ* ; 325 doi: 10.1136/bmj.325.7369.857

Kivimäki M., Head J., Ferrie J., Brunner E., Marmot M., Vahtera J., Shipley M. (2006): Why Is Evidence on Job Strain and Coronary Heart Disease Mixed? An Illustration of Measurement Challenges in the Whitehall II Study *Psychosomatic Medicine* 68:398-401

Kivimäki M., Leino-Arjas P., Luukkonen R., et al. (2002): Work stress and risk of cardiovascular mortality: prospective cohort study of industrial employees. *BMJ* ;325:857–60

Kivimäki M., Vahtera J., Elovainio M., Keltikangas-Jarvinen L., Virtanen M., Hintsanen M., Vaananen A., Singh-Manoux A., Ferrie J. (2008): What are the next steps for research on work stress and coronary heart disease? *SJWEH Suppl*, 6: 33–40

Kivimäki M., Virtanen M., Elovainio M., Kouvonen A., Väänänen A., Vahtera J. (2006): Work stress in the etiology of coronary heart disease — a meta-analysis. *Scand J Work Environ Health*; 32(6):431-442

Kouvonen A., Kivimäki M., Cox SJ., Cox T., Vahtera J. (2005): Relationship between work stress and body mass index among 45,810 female and male employees. *Psychosom Med*, 67:577-583.

Kouvonen A., Kivimäki M., Virtanen M., Pentti J., Vahtera J. (2005): Work stress, smoking status and smoking intensity: an observational study of 46 190 employees. *J Epidemiol Community Health*, 59:63-69.

Kristensen T.S. (1995): The Demand-Control-Support Model: Methodological Challenges for Future Research. *Stress Medicine*. Vol 11, 17-26

Kuper H., Marmot M. (2003): Job strain, job demands, decision latitude, and the risk of coronary heart disease within the Whitehall II study. *J Epidemiol Community Health* ;57:147–53.

Landsbergis P., Theorell T. (2000): Measurement of psychosocial workplace exposure variables: self report questionnaires. *Occup Med State of the Art Rev* ;15: 163–89.

Lee S., Colditz G., Berkman L., Kawachi I. (2002): A prospective study of job strain and coronary heart disease in US women. *Int J Epidemiol*, 31(6): 1147–1153. discussion 1154

Leineweber C., Wege N., Westerlund H., Theorell T., Wahrendorf M., Siegrist J. (2010): How valid is a short measure of effort-reward imbalance at work? A replication study from Sweden. *Occup Environ Med* 67:526–531

Leka S., Jain A. (2010): Health Impact of Psychosocial Hazards at Work: An Overview. World Health Organization

Leroux I., Brisson C., Montreuil S. (2006): Job strain and neck-shoulder symptoms: a prevalence study of women and men whitecollar workers. *Occup Med* ;56:102-9

Lund T., Vilhelm B. (1999): Work environment and self-rated health as predictors of remaining in work 5 years later among danish employees 35-59 years of age. *Experimental Aging Research* 25

Maina G., Bovenzi M., Palmas A., Larese FF. (2008): Associations between two job stress models and measures of salivary cortisol. *Int Arch Occup Environ Health* ;82:1141–50

Malinauskienė V., Theorell T., Gražulevičienė R., Azaravičienė A., Obelenis V., Aželis V. (2005): Psychosocial factors at work and myocardial infarction among men in Kaunas, Lithuania. *Scand J Work Environ Health* ;31(3):218-23

Marmot M. G., Rose, G. (1978): Employment grade and coronary heart disease in British civil servants. *Journal Epidemiology and Community Health*. 32, 244± 249.

Mausner-Dorsch H., Eaton W. W. (2001): Psychosocial work environment and depression: epidemiological assessment of the demand–control model. *American Journal of Public Health*, 90(11), 1765–1770

Michelsen H., Bildt C. (2003): Psychosocial conditions on and off the job and psychological ill health: depressive symptoms, impaired psychological well-being, and heavy consumption of alcohol. *Occupational and Environmental Medicine*, 60(7), 489–496

Msaouel P., Keramaris N. C., Apostolopoulos A. P., Symos N., Kappos T., Tasoulis A., Tripodaki E., Kagiampaki E., Lekkas I., Siegrist J. (2012): The Effort-reward Imbalance Questionnaire in Greek: Translation, Validation and Psychometric Properties in Health Professionals. *J Occup Health*; 54: 119–130

Niedhammer I., Chastang JF., David S., Barouhiel L., Barrandon G.(2006): Psychosocial work environment and mental health: job-strain and effort-reward imbalance models in a context of major organizational changes. *Int J Occup Environ Health* ;2(2):111-9

Niedhammer I., Goldberg M., Leclerc A., Bugel I., David S. (1998): Psychosocial factors at work and subsequent depressive symptoms in the Gazel cohort. *Scandinavian Journal of Work, Environment, and Health*, 24(3), 197–205

Niedhammer I., Tek ML., Starke D., Siegrist J. (2004):Effort-reward imbalance model and self-reported health: cross-sectional and prospective findings from the GAZEL cohort. *Soc Sci Med* ;58(8):1531-41

Nutbeam D. (1998): Evaluating health promotion – progress, problems and solutions. *Health Promot Int* 13, 27–44

Ostry A., Radi S., Louie A., LaMontagne A. (2006):Psychosocial and other working conditions in relation to body mass index in a representative sample of Australian workers. *BMC Public Health*, 6:53

Ostry A., Kelly S., Demers P., Mustard C., Hertzman C. (2003): A comparison between the effort-reward imbalance and demand-control models. *BMC Public Health* 3:10-27.

Paoli P. (1992): First European Survey on the Work Environment 1991–1992. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions

Paterniti S., Niedhammer I., Lang T., Consoli S. M. (2002): Psychosocial factors at work, personality traits and depressive symptoms Longitudinal results from the GAZEL Study. *British Journal of Psychiatry* 181, 111 -117

Peter R., Alfredsson L., Hammar N., Siegrist J., Theorell T., Westerholm P. (1998): High effort, low reward, and cardiovascular risk factors in employed Swedish men and women: baseline results from the WOLF Study. *J Epidemiol Community Health* 52:540–547

Peter R., Siegrist J. (1997): Chronic work stress, sickness absence, and hypertension in middle managers: general or specific sociological explanations? *Soc Sci Med* ;45:1111–20

Peter R., Siegrist J., Hallqvist J., Reuterwall C., Theorell T., and the SHEEP Study Group (2002): Psychosocial work environment and myocardial infarction: improving risk estimation by combining two complementary job stress models in the SHEEP Study. *J Epidemiol Community Health*; 56:294–300

Power C., Matthews S., Manor O. (1998): Inequalities in self-rated health: explanations from different stages of life. *Lancet* (in press)

Romanov K., Appelberg K., Honkasalo M-L., Koskenvuo M. (1996): Recent interpersonal conflict at work and psychiatric morbidity: a prospective study of 15,530 employees aged 24–64. *Journal of Psychosomatic Research*, 40(2), 169–176

Rose G., Marmot M. G. (1981): Social class and coronary heart disease. *British Heart Journal* 45, 13±19

Salonen J. (1982): Socioeconomic status and the risk of cancer, cerebral stroke, and death due to coronary heart disease: a longitudinal study in Eastern Finland. *Journal of Epidemiology and Community Health* 36, 294±297

Schieman S., Whitestone YK., Van Gundy K. (2006): The nature of work and the stress of higher status. *J Health Soc Behav*;47:242–57

Schnall P., Belkic K., Landsbergis P., Baker D. (2000): The workplace and cardiovascular disease. *Occupational Medicine, State of the Art Reviews* 15:1-374

Siegrist J. (1996): Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology* 1, 27±41

Siegrist J. (2010): Effort-reward imbalance at work and cardiovascular diseases. *Int J Occup Med Environ Health* ;8:1–7

Siegrist J., Starke D., Chandola T., Godin I., Marmot M., Niedhammer I., Peter R. (2004): The measurement of effort-reward imbalance at work: European comparisons. *Soc Sci Med* 58:1483–1499

Siegrist J., Wege N., Pühlhofer F., Wahrendorf M. (2009): A short generic measure of work stress in the era of globalization: Effort-reward imbalance. *Int Arch Occup Environ Health* 82:1005–1013

Silva L. S., Barreto S. M. (2010): Adverse psychosocial working conditions and minor psychiatric disorders among bank workers. *BMC Public Health*, 10:686

Smith M. J. (1987): Mental and physical strain at VDT workstations. *Behaviour and Information Technology* 6:243-255

Stansfeld S, Candy B. (2006): Psychosocial work environment and mental health—a meta-analytic review. *Scand J Work Environ Health*; 32(6):443-462

Stansfeld S., Bosma H., Hemingway H., Marmot M. (1998): Psychosocial work characteristics and social support as predictors of SF-36 health functioning: the Whitehall II study. *Psychosom Med*, 60:247-255

Stansfeld S., Fuhrer R., Head J., et al. (1997): Work and psychiatric disorder in the Whitehall II study. *J Psychosom Res*; 43:73–81

Stansfeld S., Fuhrer R., Shipley M. J., Marmot M. G. (1999): Work characteristics predict psychiatric disorder: prospective results from the Whitehall II study. *Occup Environ Med* ;56:302–307

Theorell T., Alfredsson L., Westerholm P., Falck B. (2000): Coping with unfair treatment at work—what is the relationship between coping and hypertension in middle-aged men and women? An epidemiological study of working men and women in Stockholm (the WOLF study). *Psychother Psychosom* ;69:86–94

Tsutsumi A., Kawakami N. (2004): A review of empirical studies on the model of effort-reward imbalance at work: reducing occupational stress by implementing a new theory. *Soc Sci Med* ;59:2335–59

Tsutsumi A., Kawanami S., Horie S. (2012): Effort-reward imbalance and depression among private practice physicians. *Int Arch Occup Environ Health* 85:153–161

Tsutsumi A., Kayaba K., Kario K., Ishikawa S. (2009): Prospective study on occupational stress and risk of stroke. *Arch Intern Med*, 169(1): 56–61

Tsutsumi A., Kayaba K., Theorell T., Siegrist J. (2001): Association between job stress and depression among Japanese employees threatened by job loss in a comparison between two complementary job-stress models. *Scand J Work Environ Health*; 27(2):146-153

Vahtera J., Kivimäki M., Pentti J., Theorell, T. (2000): Effect of chance in the psychosocial work environment on sickness absence: A seven year follow up of initially healthy employees. *Journal of Epidemiological and Community Health*, 54, 484± 493

Van der Doef M., Maes, S. (1999): The job demand–control (–support) model and psychological well-being: a review of 20 years of empirical research. *Work and Stress*, 13(2), 87–144

Van Vegchel N., de Jonge J., Bosma H., Schaufeli W. (2005): Reviewing the effort–reward imbalance model: drawing up the balance of 45 empirical studies. *Social Science & Medicine* 60 1117–1131

Vilhelm B., Kristensen T. (2000): Social class and self-rated health: can the gradient be explained by differences in life style or work environment? *Social Science & Medicine* 51:1019-1030

WHO (2001): Mental Health in Europe (Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe)

Woo JM., Postolache TT. (2008):The impact of work environment on mood disorders and suicide: evidence and implications. *Int J Disabil Hum Dev* ;7(2):185-200

Ylipaavalniemi J., Kivimaki M., Elovainio M., Virtanen M., Keltikangas-Jarvinen L., Vahtera J. (2005): Psychosocial work characteristics and incidence of newly diagnosed depression: a prospective cohort study of three different models. *Social Science & Medicine* 61 111–122