



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ - ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ & ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Η Σωματική και Συναισθηματική Υγεία
απασχολούμενων και συνταξιοδοτούμενων
γυναικών 50 και άνω στην Ελλάδα.**

**Μαραγκάκη Παγώνα
Κοινωνική λειτουργός
Χαλκιαδάκη Ιωάννα
Κοινωνική λειτουργός**

Επιβλέποντες **Α. Φιλαλήθης**, Καθηγητής, Τομέα
Κοινωνικής Ιατρικής, Τμήμα Ιατρικής,
Παν. Κρήτης

**Συμβουλευτική
Επιτροπή** **Μ. Βοζικάκη**, Υποψήφια PhD Δημόσιας
Υγείας και Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας,
Τμήμα Ιατρικής, Παν. Κρήτης

Ευχαριστίες

Ευχαριστούμε θερμά τους ανθρώπους που συνέβαλλαν στην ολοκλήρωση αυτής της μελέτης. Ιδιαίτερα, τον επιβλέποντα καθηγητή κ. Φιλαλήθη Α., για την πολύτιμη βοήθεια του καθ' όλη την διάρκεια της ερευνάς.

Θα θέλαμε επίσης, να ευχαριστήσουμε για την πολύτιμη βοήθεια και υποστήριξη τους την κ. Βοζικάκη Μ., η οποία με τις συμβουλές της άσκησε καθοριστικό ρόλο στην τελική διαμόρφωση της μελέτης καθώς επίσης, τον κ. Λιναρδάκη Μ., ο οποίος ανέλαβε την στατιστική ανάλυση των δεδομένων της μελέτης.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ABSTRACT

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΧΗΜΑΤΩΝ

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ	4
2. ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΚΑΙ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΩΝ ΚΑΙ ΣΥΝΤΑΞΙΟΔΟΤΟΥΜΕΝΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ 50+ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	5
2.1. Ορισμός σωματικής και ψυχικής υγείας	5
2.1.1. Ψυχική υγεία	5
2.1.2. Χρόνιες παθήσεις	5
2.1.3. Σχέση σωματικών νοσημάτων και ψυχικών διαταραχών	6
2.1.4. Εμπειρικά Δεδομένα για γυναίκες 50+	7
3. ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ ΚΑΙ ΣΥΝΤΑΞΙΟΔΟΤΟΥΜΕΝΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	10
3.1. Οικογενειακή κατάσταση	10
3.2. Εκπαιδευτικό επίπεδο	11
3.3. Ηλικία συνταξιοδότησης	13
3.4. Εργασιακές σχέσεις	14
3.5. Παραγωγικές δραστηριότητες	16
3.5.1. Εθελοντισμός	16
3.5.2. Άτυπη φροντίδα υγείας	17
3.6. Δείκτης Μάζας Σώματος	19
3.7. Κάπνισμα	20
4. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΜΕΛΕΤΗΣ	21
4.1 Αναγκαιότητα μελέτης	21
4.2. Ερευνητικά ερωτήματα και ερευνητική υπόθεση	23
4.3. Σκοπός της μελέτης και αντικειμενικοί στόχοι	23
5. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ	24
5.1. Δείγμα	24
5.2. Ερευνητικό εργαλείο	24
5.3. Μέθοδοι συλλογής στοιχείων	24
5.4. Διαδικασία μέτρησης	25
5.5. Μέτρηση υγείας	25
5.5.1. Σωματική υγεία	25
5.5.2. Ψυχική υγεία	26
5.5.3. Σωματική και ψυχική υγεία	26
5.5.4. Στατιστική Ανάλυση	26
6. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	28
6.1 Περιγραφική ανάλυση αποτελεσμάτων	28
6.2. Αυτοαξιολόγηση σωματικής υγείας των γυναικών της μελέτης	29

6.3.	Αυτοαξιολόγηση σωματικής και ψυχικής υγείας των γυναικών της μελέτης	30
6.4.	Βαθμολογία CES-D 11	32
6.4.1.	Συσχέτιση κατάθλιψης (βαθμολογία CES-D 11) και εργασιακής κατάστασης	32
6.4.2.	Συσχέτιση χρόνιων νοσημάτων με κατάθλιψη (βαθμολογία CES-D 11) για εργαζόμενες γυναίκες	32
6.4.3.	Συσχέτιση χρόνιων νοσημάτων με κατάθλιψη (βαθμολογία CES-D 11) για συνταξιούχες γυναίκες	33
6.4.4.	Συσχέτιση της μέσης βαθμολογίας CES-D 11 των συνταξιούχων γυναικών με πρόωρη συνταξιοδότηση ή με θεμελιωμένο δικαίωμα σύνταξης	34
6.4.5.	Συσχέτιση της μέσης βαθμολογίας CES-D 11 εργαζόμενων και συνταξιούχων γυναικών σε νεότερες ηλικίες	35
6.5.	Συσχέτιση συναισθηματικής υγείας (βαθμολογία CES-D 11) γυναικών μελέτης με δημογραφικούς και κοινωνικούς προσδιοριστικούς παράγοντες	35
6.6.	Συσχέτιση σωματικής υγείας (χρόνια νοσήματα) γυναικών μελέτης με δημογραφικούς και κοινωνικούς προσδιοριστικούς παράγοντες	36
6.7.	Ανάλυση πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης συναισθηματικής υγείας συνταξιούχων γυναικών με δημογραφικούς και κοινωνικούς προσδιοριστικούς παράγοντες	37
7.	ΣΥΖΗΤΗΣΗ	39
7.1.	Περιορισμοί μελέτης	46
8.	ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	47
9.	ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	48
	ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	50
	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ	60

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακες Κεφαλαίου 6.

- Πίνακας 6.1.: Περιγραφικά χαρακτηριστικά των 1986 Εργαζομένων & Συνταξιούχων γυναικών της μελέτης, ηλικίας 50+ ετών.
- Πίνακας 6.2.: Αυτοαξιολόγηση της σωματικής υγείας των 1986 Εργαζομένων & Συνταξιούχων γυναικών της μελέτης, ηλικίας 50+ ετών.
- Πίνακας 6.3.: Αυτοαξιολόγηση της σωματικής και ψυχικής υγείας των 1986 Εργαζομένων & Συνταξιούχων γυναικών της μελέτης, ηλικίας 50+ ετών.
- Πίνακας 6.6.: Ανάλυση πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης της σωματικής υγείας των 739 Εργαζομένων & 1247 Συνταξιούχων γυναικών της μελέτης, με δημογραφικούς και κοινωνικούς προσδιοριστικούς παράγοντες.
- Πίνακας 6.5.: Ανάλυση πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης της συναισθηματικής υγείας των 739 Εργαζομένων & 1247 Συνταξιούχων γυναικών της μελέτης, με δημογραφικούς και κοινωνικούς προσδιοριστικούς παράγοντες.
- Πίνακας 6.7.: Ανάλυση πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης της συναισθηματικής υγείας 1155 συνταξιούχων γυναικών της μελέτης (285 με πρόωρη συνταξιοδότηση & 870 με θεμελιωμένο δικαίωμα), με δημογραφικούς και κοινωνικούς προσδιοριστικούς παράγοντες.

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΧΗΜΑΤΩΝ

- Σχήμα 6.3:** Ποσοστά εργαζομένων και συνταξιούχων γυναικών που δήλωσαν ικανοποίηση από τη ζωή
- Σχήμα 6.4.1:** Επίπεδα μέσης βαθμολογίας CES-D 11 των εργαζομένων και συνταξιούχων γυναικών της μελέτης
- Σχήμα 6.4.2:** Επιπολασμός αυξημένης βαθμολογίας CES-D 11 των εργαζομένων γυναικών της μελέτης σε σχέση με τον αριθμό των χρόνιων νοσημάτων
- Σχήμα 6.4.4:** Επίπεδα μέσης βαθμολογίας CES-D 11 των συνταξιούχων γυναικών της μελέτης (με πρόωρη συνταξιοδότηση ή με θεμελιωμένο δικαίωμα)
- Σχήμα 6.4.5:** Επίπεδα μέσης βαθμολογίας CES-D 11 των εργαζομένων και συνταξιούχων γυναικών της μελέτης σε νεότερες ηλικίες

Περίληψη Μεταπτυχιακής Εργασίας

Τίτλος εργασίας: Η Σωματική και Συναισθηματική Υγεία απασχολούμενων και συνταξιοδοτούμενων γυναικών 50 και άνω στην Ελλάδα

Των: Μαραγκάκη Παγώνα, Χαλκιαδάκη Ιωάννα

Υπό τη επίβλεψη του: Φιλαλήθη Α.

Ημερομηνία: Ιούνιος 2011

Γενικά: Η είσοδος στην περίοδο της ανενεργούς εργασιακής ζωής θεωρείται σημαντική αλλαγή στη ζωή των ατόμων μέσης ηλικίας. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να διερευνηθεί η σχέση της εργασιακής κατάστασης των γυναικών στην Ελλάδα με τη σωματική και συναισθηματική υγεία τους.

Μεθοδολογία: Τα δεδομένα της εν λόγω εργασίας αντλήθηκαν από την Έρευνα για την Υγεία, τη Γήρανση και τη Συνταξιοδότηση στην Ευρώπη (SHARE 2004, Wave 1, Release 2.3.0) η οποία έχει διασφαλίσει την παροχή μιας μοναδικής πηγής πληροφόρησης για την υγεία των Ευρωπαίων ηλικίας 50+. Για το σκοπό της δικής μας έρευνας ο πληθυσμός της μελέτης αφορούσε όλες τις γυναίκες ηλικίας άνω των πενήντα, εργαζόμενες και συνταξιούχες οι οποίες ζουν στην Ελλάδα και γεννήθηκαν μέχρι 31 Δεκεμβρίου 1954. Το ερευνητικό εργαλείο στο οποίο βασίστηκε η μελέτη ήταν το ερωτηματολόγιο.

Συμπεράσματα: Οι εργαζόμενες δηλώνουν μεγαλύτερη ικανοποίηση από τη ζωή σε σχέση με τις συνταξιούχες. Η κατάθλιψη φαίνεται να εμφανίζεται συχνότερα στις γυναίκες που έχουν συνταξιοδοτηθεί πρόωρα σε σχέση με αυτές που έχουν θεμελιωμένο δικαίωμα σύνταξης. Ωστόσο, ανεξάρτητα από την εργασιακή κατάσταση τους, η βαθμολογία της κατάθλιψης εμφανίζεται να σχετίζεται σημαντικά με την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση και το εκπαιδευτικό επίπεδο. Στα ευρήματα της έρευνας παρατηρήθηκε συσχέτιση χρόνιων νοσημάτων με την κατάθλιψη, καθώς διαφαίνεται ότι και στις δύο περιπτώσεις εργασιακής κατάστασης των γυναικών υπάρχει αυξητική τάση με βάση τη βαθμολογία του εργαλείου CES-D 11. Επιπλέον, ένα σημαντικό εύρημα της μελέτης, το οποίο βρίσκεται σε αντιστοιχία με τα υπάρχοντα ευρήματα της κοινωνικής και ιατρικής έρευνας, αποτελεί η σύνδεση της κατάστασης υγείας με την ατομική συμπεριφορά και τις συμπεριφορές υγείας των γυναικών. Η παρούσα μελέτη μπορεί να συμβάλει στην περιορισμένη ελληνική επιστημονική βιβλιογραφία για τη σχέση της εργασιακής κατάστασης των γυναικών άνω των 50 στην Ελλάδα με την σωματική και ψυχική τους υγεία. Ωστόσο, περαιτέρω διαχρονική έρευνα θεωρείται απαραίτητη για τη διερεύνηση των αιτιολογικών σχέσεων των παραπάνω συσχετίσεων.

Λέξεις κλειδιά: Εργασία, συνταξιοδότηση, γυναίκες, σωματική υγεία, ψυχική υγεία

Abstract

Title: The Physical and Emotional health of employees and retired women 50 plus in Greece.

By: Maragkaki Pagona, Chalkiadaki Ioanna

Supervisors: Filalithis A.

Date: June 2011

General: Entering the inactive period of working life is considered a significant change in the lives of middle-aged people. The purpose of this study is to examine the relationship between the employment status of women in Greece relating to physical and emotional health.

Methodology: The data of this study was drawn from the Research on Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE 2004, Wave 1, Release 2.3.0) which is an accurate unique source of health information on Europeans aged 50 +. For the purpose of our research, the study population involved all women over the age of 50, workers and pensioners who live in Greece, born up to the 31st of December 1954. The research tool is based on the study questionnaire.

Conclusions: Workers claim more life satisfaction than the retired. Depression seems to occur more frequently in women who have retired earlier than those who have acquired rights to a pension at an older age. However, regardless of employment status, the rate of depression appears to be significantly associated with demographic and social factors such as age, marital status and educational level. In the research finding were observed association with chronic diseases and depression, and suggests that in both cases of employment situation of women there is a rising trend based on rating tool CES-D 11. Moreover, an important finding of the study, which is in line with existing findings of social and medical research, is the link between health status with individual behaviour.

This study may contribute to the limited Greek literature on the relationship of the employment situation of women over 50 in Greece with the physical and mental health. However, further research is needed to investigate the relationship between these correlations.

Key words:

Employment, retirement, women, physical health, mental health

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ

Δ.Μ.Σ.	Δείκτης Μάζας Σώματος
Ε.Σ.Υ.Ε.	Εθνική Στατιστική Υπηρεσία της Ελλάδος
Κ.Ε.Θ.Ι.	Κέντρο Ερευνών για Θέματα Ισότητας
ΠΟΥ	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
SHARE	Study of Health, Ageing and Retirement in Europe

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η αναλογία των ηλικιωμένων στο συνολικό πληθυσμό στην Ευρώπη είναι υψηλότερη από κάθε άλλη ήπειρο και η διαδικασία της γήρανσης επιταχύνεται ραγδαία (Ευρωπαϊκή Ένωση, 2011). Το πέρασμα από τη συμμετοχή στο εργατικό δυναμικό προς τη συνταξιοδότηση μπορεί να αποτελέσει σημαντικό γεγονός, ειδικά για εκείνους που είχαν μακρά επαγγελματική σταδιοδρομία εργασίας (Tesch-Römer, 2009). Η αποχώρηση από την αγορά εργασίας και η είσοδος στην περίοδο της συνταξιοδότησης μπορεί να επηρεάσει τις δραστηριότητες αξιοποίησης του ελεύθερου χρόνου και τις κοινωνικές σχέσεις (Fujiiwara et al., 2005).

Όπως διαφαίνεται στη βιβλιογραφία (Mortensen, 2005), η προετοιμασία της μετάβασης του ατόμου από την εργασιακή κατάσταση στην συνταξιοδότηση αποτελεί πολύ σημαντική αλλαγή. Η πρόωρη ή ακούσια συνταξιοδότηση επιδρά αρνητικά, τόσο σωματικά, όσο και ψυχολογικά στον εργαζόμενο, ενώ αντίθετα μελέτες δείχνουν ότι η κατάσταση της υγείας βελτιώνεται έπειτα από εκούσια και οικειοθελή συνταξιοδότηση (Tesch-Romer, 2009). Η κατάσταση της υγείας εξαρτάται, μεταξύ άλλων, από την ατομική συμπεριφορά, τις συμπεριφορές υγείας, οι οποίες επηρεάζονται από κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες, όπως η εκπαίδευση, η οικογενειακή κατάσταση και το εισόδημα (Mortensen, 2005). Στις παραπάνω μεταβλητές δεν πρέπει να αγνοούμε και τη σχέση μεταξύ συνταξιοδότησης και υγείας που σχετίζεται με παράγοντες, όπως η οικογενειακή κατάσταση, το φύλο και το εισόδημα. Συγκεκριμένα, γυναίκες με χαμηλότερα εισοδήματα και άγαμες εμφανίζονται να έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για κακή υγεία και αύξηση των αρνητικών επιπτώσεων της συνταξιοδότησης στην υγεία τους (Fondow, 2007).

Αναφερόμενοι στο φύλο, σύμφωνα με τον Borsch- Supan (2008) οι γυναίκες αναφέρουν περισσότερα παράπονα για τη σωματική και ψυχική υγεία τους και αντιμετωπίζουν μεγαλύτερο κίνδυνο ασθενειών που έχουν αντίκτυπο στην κινητικότητα, την αναπηρία και την ποιότητα ζωής τους. Επιπλέον, η κατάθλιψη είναι πιο διαδεδομένη μεταξύ των γυναικών (Schoevers, Beekman, Deeg, Jonker, Tilburg, 2003). Συγκεκριμένα, για τις εργαζόμενες γυναίκες, το στρες κατά τη διάρκεια της απασχόλησης τους δημιουργείται λόγω των πολλαπλών απασχολήσεων τους και είναι δυνατόν να προκαλέσει τα ίδια προβλήματα υγείας από τα οποία πλήττονται και οι άνδρες (Mein, Martinkainen, Hemingway, Stansfeld, Marmot, 2003; Coursolle, 2010).

2. ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΚΑΙ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΩΝ ΚΑΙ ΣΥΝΤΑΞΙΟΔΟΤΟΥΜΕΝΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ 50+ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

2.1. Ορισμός σωματικής και ψυχικής υγείας

2.1.1. Ψυχική υγεία

Η θετική διάσταση της ψυχικής υγείας τονίζεται στο ορισμό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ), που όπως προβλέπεται στο καταστατικό του: «Η υγεία είναι μια κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς η έλλειψη ασθένειας ή αναπηρίας». Συγκεκριμένα, ο ΠΟΥ (2007) ορίζει την ψυχική υγεία ως «μία κατάσταση ευημερίας κατά την οποία το άτομο συνειδητοποιεί τις ικανότητές του, μπορεί να ανταπεξέλθει στις φυσιολογικές πιέσεις που δημιουργεί η ζωή, μπορεί να εργαστεί παραγωγικά και αποδοτικά και είναι σε θέση να συνεισφέρει στο κοινωνικό σύνολο στο οποίο ανήκει». Η καλή ψυχική υγεία είναι ένα απόθεμα που μας επιτρέπει να βιώνουμε τη ζωή ως ευχάριστη και ικανοποιητική (Helvik, Engedal, Krokstad & Selbaek, 2011).

Αναφορικά με τη διαδικασία της γήρανσης αξίζει να αναφερθεί ότι δεν είναι αναπόφευκτα συνδεδεμένη με τα προβλήματα ψυχικής υγείας. Ωστόσο, αντιμετωπίζεται έτσι από τους επαγγελματίες, αλλά και από τους ίδιους τους ηλικιωμένους. Η κατάθλιψη φαίνεται να είναι το συνηθέστερο πρόβλημα ψυχικής υγείας που επηρεάζει έναν στους επτά ανθρώπους ηλικίας 65 ετών και άνω (ΠΟΥ, 2007). Ως προς το φύλο, οι γυναίκες εμφανίζουν υψηλότερα καταθλιπτικά συμπτώματα από τους άνδρες (Jang, Kim & Chiriboga, 2011).

2.1.2. Χρόνιες παθήσεις

Χρόνιες παθήσεις είναι ασθένειες μακράς διάρκειας και κατά κανόνα με βραδεία πρόοδο. Οι πιο συχνές χρόνιες παθήσεις είναι οι καρδιακές, εγκεφαλικά επεισόδια, ο καρκίνος, τα χρόνια αναπνευστικά νοσήματα, ο διαβήτης τα οποία θεωρούνται οι κυριότερες αιτίες θνησιμότητας στον κόσμο, αντιπροσωπεύοντας το 60% του συνόλου των θανάτων (ΠΟΥ, 2007). Η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης, δεν εξασφαλίζει απαραίτητα χρόνια καλής ποιότητας ζωής χωρίς ασθένειες και χρόνιες ασθένειες που οδηγούν σε μειωμένη λειτουργικότητα ή αναπηρία (Barret, 1994; Franceschi et al., 2000; Nusselder & Mackenbach, 2000; Robine & Jagger, 2005). Από τα 35 εκατομμύρια ατόμων παγκοσμίως που πέθαναν από χρόνιες ασθένειες, το 2005, οι μισοί ήταν κάτω από 70 ετών και το 50% αυτών ήταν γυναίκες (ΠΟΥ, 2007).

2.1.3. Σχέση σωματικών νοσημάτων και ψυχικών διαταραχών

Η σχέση σωματικών και ψυχικών διαταραχών έχει αποδειχτεί διεθνώς ότι είναι αμφίδρομη, σύνθετη και δρα μέσω πολλαπλών οδών (Havashi et al., 2002). Οι ψυχικές διαταραχές οδηγούν σε κακή σωματική υγεία. Συγκεκριμένα, η σχιζοφρένεια, η διπολική διαταραχή και η κατάθλιψη παραμένουν ακόμη και σήμερα ένα σημαντικό εμπόδιο για αποτελεσματική ιατρική περίθαλψη και συνδέονται με αδικαιολόγητη νοσηρότητα και θνησιμότητα. Αποτελεί ένα σοβαρό πρόβλημα υγείας, με 15 με 30 έτη μικρότερη διάρκεια ζωής σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό (Saravane et al., 2009). Είναι γεγονός, ότι τα άτομα με ψυχικές διαταραχές δίνουν λιγότερη σημασία σε συμπτώματα σωματικής ασθένειας επομένως είναι κατανοητό ότι καθυστερούν και να απευθυνθούν για θεραπεία όταν τα νοσήματα συνυπάρχουν με τη ψυχική διαταραχή, όπως διαφαίνεται σε νοσήματα όπως ο διαβήτης και η υπέρταση (Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, 2004). Όπως αναφέρεται στον ΠΟΥ (2001), οι ψυχικά ασθενείς, ανεξάρτητα το φύλο, αντιμετωπίζουν σημαντικά εμπόδια στη λήψη θεραπείας για σωματικές διαταραχές και λόγω του στίγματος και των διακρίσεων καθώς αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας για τη θεραπεία των σωματικών νοσημάτων.

Η αλληλεπίδραση των δύο φύλων ως προς τις παθήσεις των χρόνιων νοσημάτων είναι σημαντική, και η περαιτέρω ανάλυση έδειξε ότι η σύνδεση των χρόνιων παθήσεων με την ψυχική ευεξία ήταν ισχυρότερη για τις γυναίκες (Jang et al. 2011). Τα ευρήματα της εν λόγω έρευνας επιπλέον, υποδεικνύουν ότι μεταξύ των ηλικιωμένων, οι γυναίκες διατρέχουν ιδιαίτερο κίνδυνο συναισθηματικών διαταραχών και προβλημάτων σωματικής υγείας. Επιβαρυντικός παράγοντας στην σοβαρή κατάθλιψη των γυναικών είναι η ηλικία καθώς διαπιστώνεται ότι επιδεινώνεται με την αύξηση της ηλικίας (Hayashi et al., 2002).

Η κατάθλιψη προκαλεί απώλεια οστικής μάζας, οστεοπόρωση και ενισχύεται από τον τρόπο ζωής (Cizza, 2011). Τα χρόνια νοσήματα ενισχύονται από τις ψυχικές διαταραχές αλλά παράλληλα μπορεί να προκαλέσουν ψυχικές διαταραχές, χρόνια άγχος, κατάθλιψη, υποβάθμιση της ποιότητας ζωής και παραμέληση του εαυτού. Μελέτες συγκεκριμένα για την κατάθλιψη αποδεικνύουν ότι προοιωνίζει εμφάνιση καρδιαγγειακών νοσημάτων (Ferketich, Schwartzbaum, Frid & Moeschberger, 2000). Η πιθανότητα να υπάρξει κατάθλιψη σε έναν ασθενή με χρόνια σωματικό νόσημα αυξάνεται από 10-25% στις γυναίκες και 5-12% στους άνδρες (ποσοστά που ισχύουν για τον γενικό πληθυσμό) και σε 25-33% όταν πάσχει κανείς από ένα χρόνια σωματικό νόσημα (ΠΟΥ, 2007).

2.1.4. Εμπειρικά Δεδομένα για γυναίκες 50+

Η γήρανση των κοινωνιών είναι ουσιαστικά αποτέλεσμα της μείωσης του ποσοστού γονιμότητας και της αύξησης του προσδόκιμου ζωής. Μέχρι το έτος 2025 τα άτομα άνω των 60 ετών παγκοσμίως πρόκειται να αυξηθούν περίπου κατά 75%, όταν η αύξηση του γενικού πληθυσμού θα αγγίζει το 50% με το μεγαλύτερο μέρος του παραπάνω ποσοστού θα βρίσκεται στις αναπτυσσόμενες χώρες, ενώ στις προηγμένες χώρες θα υπάρχει υψηλότερο ποσοστό υπερηλίκων άνω των 85 ετών (Kalache, 1999; Campion, 1994). Ανάμεσα στις ανεπτυγμένες χώρες, η Ευρώπη και η Ιαπωνία θα παρουσιάσουν τις πιο έντονες τάσεις γήρανσης ως το 2050 - το μερίδιο των άνω των 60 ηλικιακή ομάδα θα είναι περίπου 37% στην Ευρώπη και ακόμη περισσότερο στην Ιαπωνία, σε σύγκριση με μόνο το 27% στη Βόρεια Αμερική, όπου η αύξηση του πληθυσμού θα εξακολουθήσει να είναι σχετικά μεγάλη (Ευρωπαϊκή Ένωση, 2011). Στην Ευρώπη το 22% των κατοίκων είναι άνω των 60 ετών και το ποσοστό φαίνεται ότι θα αυξηθεί σε 27% το 2020 (Buckley, 2001). Διαφορές φύλου στη γήρανση στην Ευρώπη είναι αξιοσημείωτες. Στην Ευρωπαϊκή Ένωση το προσδόκιμο επιβίωσης των γυναικών είναι σήμερα περισσότερο από 6 χρόνια υψηλότερο από εκείνο των ανδρών. Στην ηλικιακή ομάδα των 60 ετών και άνω, υπάρχουν 50% περισσότερες γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες. Από τους ανθρώπους που ζουν μόνοι στην ηλικία των 75+ πάνω από το 70% είναι γυναίκες (Ευρωπαϊκή Ένωση, 2011).

Η κατανομή του ελληνικού πληθυσμού έχει αλλάξει σημαντικά από το 1971 και σύμφωνα με τα στοιχεία της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας της Ελλάδος (Ε.Σ.Υ.Ε.), ο πληθυσμός της Ελλάδας τα τελευταία 10 χρόνια (1996 - 2006) αυξήθηκε κατά 4,2%, κυρίως λόγω της μετανάστευσης καθώς η αναπαραγωγικότητα του ελληνικού πληθυσμού συνεχίζει να κυμαίνεται σε πολύ χαμηλά επίπεδα. (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2008)

Σύμφωνα με στοιχεία της Ευρωπαϊκής Ένωσης (2011), το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση διαμορφώθηκε, το 2004, στα 76,67 έτη για τους άντρες και στα 81,46 έτη για τις γυναίκες, εμφανίζοντας μικρή αυξητική τάση, κυρίως λόγω της μείωσης της περιγεννητικής και βρεφικής θνησιμότητας.

Παρατηρείται αξιόλογη αύξηση του ποσοστού των ατόμων ηλικίας μεγαλύτερης των 65 ετών και στα δύο φύλα, από 10,92% του συνόλου το 1971, σε 13,3% το 1983, 16,71% το 2001 και σε 18,5 το 2006 (ΠΟΥ, 2007). Ο δείκτης γήρανσης έχει αυξηθεί κατά 45,5% μέσα σε μια δεκαετία, φτάνοντας στο 129,31, το 2006.

Αντίθετα, ο δείκτης εξάρτησης παραμένει περίπου σταθερός, με τιμή 48,91 για το 2006, γιατί η αύξηση των ηλικιωμένων αντισταθμίζεται από τη μείωση του αριθμού των παιδιών (Ευρωπαϊκή Ένωση, 2011). Το προσδόκιμο ζωής στην ηλικία των 65 ετών στην Ελλάδα, βρίσκεται πλέον κάτω από το μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ενώ μέχρι το 1999 ήταν υψηλότερο.

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ (2007), η κυριότερη αιτία απώλειας Χρόνων Ζωής Απαλλαγμένων από Ανικανότητα στην Ελλάδα είναι τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, με δεύτερη την ισχαιμική καρδιοπάθεια. Ως προς το Προσδόκιμο Υγιούς Ζωής, υπολογίζεται ότι η Ελλάδα το 2002 κατείχε την 21^η θέση σε παγκόσμιο επίπεδο και την 11^η στην Ευρωπαϊκή Ένωση με 71 έτη υγιούς ζωής, δηλαδή 69,1 για τους άντρες και 72,9 για τις γυναίκες με τους Έλληνες άνδρες να παραμένουν υγιείς στο 91,1% της ζωής τους και τις Ελληνίδες γυναίκες στο 90% της ζωής τους. Η μικρή αυτή διαφορά μπορεί να εξηγηθεί από το γεγονός ότι οι γυναίκες ζουν περισσότερο και εμφανίζουν μεγαλύτερη νοσηρότητα.

Το 2006 πραγματοποιήθηκε από το Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας της Ιατρικής σχολής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών και από το Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής, η έρευνα Hellas Health I σε αντιπροσωπευτικό δείγμα του ενήλικου ελληνικού πληθυσμού. Σύμφωνα με τα ευρήματά της, το 3,3% των Ελλήνων δηλώνει ότι εμφανίζει κάποια ψυχική ή σωματική αναπηρία (Τούντας κ.α., 2006). Οι γυναίκες δηλώνουν ότι πάσχουν από χρόνια νόσημα σε μεγαλύτερο ποσοστό από τους άνδρες (39,6% έναντι 30,7%). Με εξαίρεση τα καρδιαγγειακά νοσήματα, σε όλα τα επιμέρους χρόνια νοσήματα, το ποσοστό είναι μεγαλύτερο στις γυναίκες.

Αξιοσημείωτες περιπτώσεις είναι η οστεοαρθρίτιδα ισχίου ή γόνατος και οι αγκώδεις διαταραχές, οι αϋπνίες όπου οι γυναίκες δηλώνουν πάσχουσες σε μεγαλύτερο ποσοστό σε σχέση με τους άνδρες (Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, 2008). Στην ίδια έρευνα Hellas Health I (2006) χρησιμοποιώντας το SF-36, εκτιμήθηκε η Ποιότητα Ζωής που σχετίζεται με την Υγεία στον ενήλικο ελληνικό πληθυσμό (Τούντας κ.α., 2006). Οι άνδρες υπερτερούν των γυναικών σε όλες τις διαστάσεις της ποιότητας ζωής. Ο δείκτης στον οποίο παρατηρείται η μεγαλύτερη διαφορά μεταξύ των δύο φύλων είναι ο σωματικός πόνος ενώ η μικρότερη απόσταση εντοπίζεται στην ψυχική υγεία (Τούντας κ.α., 2006). Επίσης, αναφορικά με την αξιολόγηση του επιπέδου υγείας των ελλήνων, οι άνδρες το αξιολογούν ως καλό ή πολύ καλό σε ποσοστό 70% και οι γυναίκες 57% (Τσίμπος & Βερροπούλου, 2009). Επιπλέον, η αδράνεια από σωματική δραστηριότητα εμφανίζεται υψηλότερη στις γυναίκες (44,7%), επηρεάζοντας αρνητικά και την βελτίωση της

ποιότητας ζωής τους. Η γενική θνησιμότητα παρουσιάζει σταθερή μείωση τόσο για τους άντρες όσο και για τις γυναίκες, όμως η μείωση αυτή είναι με βραδύτερους ρυθμούς σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Αντίστοιχα με το προσδόκιμο ζωής, και η θνησιμότητα από όλες τις αιτίες, φαίνεται οι Έλληνες άνδρες να κατέχουν καλύτερη θέση στον ευρωπαϊκό χώρο συγκριτικά με τις Ελληνίδες γυναίκες (Τούντας κ.α., 2006).

3. Προσδιοριστικοί παράγοντες της υγείας εργαζόμενων και συνταξιοδοτούμενων γυναικών

3.1. Οικογενειακή κατάσταση

Η οικογενειακή κατάσταση φαίνεται να επηρεάζει και την σωματική υγεία των ατόμων. Άτομα τα οποία δεν έχουν παντρευτεί ποτέ διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο εγκεφαλικού επεισοδίου από ότι τα παντρεμένα άτομα, κίνδυνος ο οποίος συνδέεται και με άλλους παράγοντες φυσικά, όπως είναι ο κοινωνικός περίγυρος και η οικονομική κατάσταση του ατόμου (Maselko, Bates, Vendan & Glymour, 2009).

Σύμφωνα με τον Καραντινό (1997) η περίοδος κατά την οποία η γυναίκα είναι εργαζόμενη, η οικογενειακή κατάσταση στην οποία βρίσκεται καθορίζει αρκετά, τόσο την σωματική όσο και την ψυχική της υγεία. Η «φυσική» υποχρέωση των γυναικών να αναλαμβάνουν αποκλειστικά, σχεδόν, τις ευθύνες του νοικοκυριού και την φροντίδα της οικογένειας καθόρισε την συμμετοχή τους στην αγορά εργασίας, το είδος της μισθωτής εργασίας που θα έχουν, τις συνθήκες και τα ωράρια εργασίας τους.

Παρόλα αυτά, αρκετές γυναίκες εργάζονται παράλληλα με την ανατροφή των παιδιών τους και την φροντίδα του σπιτιού τους. «Όμως, το κόστος της ταυτόχρονης εξωοικογενειακής απασχόλησης και της υποχρεωτικής απασχόλησης της γυναίκας με τις δουλειές του σπιτιού και της φροντίδας της οικογένειας, αποτέλεσε την «κοινωνική ποινή» της γυναίκας» (Κ.Ε.Θ.Ι., 2001). Παρότι οι έγγαμες γυναίκες αντιμετωπίζουν αρκετό στρες λόγω των αυξημένων οικογενειακών υποχρεώσεων που αντιμετωπίζουν σε συνδυασμό με την εργασία, ωστόσο φαίνεται να έχουν καλύτερη υγεία από τις άγαμες γυναίκες και αυτό για το λόγο ότι η οικογενειακή ζωή προσφέρει καλύτερη ψυχική υγεία.

3.2. Εκπαιδευτικό επίπεδο

Σε όλες τις χώρες, υπάρχει μια ισχυρή σύνδεση μεταξύ της συμπεριφοράς υγείας και του κοινωνικο-οικονομικού status. Άτομα με χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο είναι 70% περισσότερο πιθανό να μη γυμνάζονται σε σχέση με άτομα που έχουν περισσότερα χρόνια εκπαίδευσης, ενώ εμφανίζουν 50% υψηλότερη πιθανότητα να είναι παχύσαρκοι (Brückner & Kröger, 2008).

Στις γυναίκες η εκπαίδευση διαδραματίζει σημαντικό ρόλο όταν αυτή προσαρμοστεί με το εισόδημα και τον πλούτο. (Back & Lee, 2010). Αυτό μπορεί να οφείλεται στο δυσανάλογο αριθμό των ηλικιωμένων γυναικών σε μειονεκτική θέση όσον αφορά την επίτευξη της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, γεγονός που αντικατοπτρίζει παραδοσιακά οριοθετημένους ρόλους των δύο φύλων (Back et al, 2010).

Επιπλέον, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, μεταξύ της γενιάς των γυναικών μεγαλύτερης ηλικίας μπορεί να αντανακλά συσσωρευτικές επιπτώσεις προβλημάτων υγείας, κακή συμπεριφορά υγείας και έλλειψη κοινωνικοοικονομικών πόρων κατά τη διάρκεια της ζωής τους (Miech & Shanahan, 2000; Bjelland et al., 2008).

Τόσο η εκπαίδευση, όσο και η επαγγελματική κοινωνική τάξη ως κοινωνικο-οικονομικοί δείκτες συνδέονται στενά με τους παράγοντες κινδύνου χρόνιας νοσηρότητας και θνησιμότητας (Tobiasz, Adamczyk, Bartoszewska, Brzyski & Kopacz, 2007). Η εκπαίδευση έχει μεγαλύτερη επίδραση στη θνησιμότητα από ότι έχει η επαγγελματική κατάσταση.

Επιπλέον, υποστηρίζεται από τους παραπάνω συγγραφείς, ότι μεταξύ ατόμων που φροντίζουν για την υγεία τους κατά το παρελθόν, ο κίνδυνος θνησιμότητας είναι ελαφρώς αυξημένος για τα άτομα με στοιχειώδη ή ελλιπή στοιχειώδη εκπαίδευση και μειωμένος για τα άτομα με δευτεροβάθμια ή βασική επαγγελματική εκπαίδευση.

Σε χωριστές αναλύσεις μεταξύ ανδρών και γυναικών βρέθηκε ότι το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο και η χαμηλή κοινωνικοοικονομική θέση ήταν σημαντικοί παράγοντες για το επίπεδο του συνδρόμου εργασιακής εξουθένωσης στις γυναίκες, αλλά όχι για τους άνδρες (Norlund et al., 2010). Τα άτομα σε επισφαλείς θέσεις εργασίας, για παράδειγμα σε θέσεις προσωρινής εργασίας, καθώς και για τα άτομα με χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο οι κίνδυνοι για την υγεία είναι αυξημένοι (Norlund et al, 2010). Προκειμένου να ισοσταθμιστούν οι διαφορές αυτές μεταξύ των δυο φύλων

στην επαγγελματική εξουθένωση, θα πρέπει να γίνουν προσπάθειες βελτίωσης τόσο της εργασίας, όσο και των κοινωνικοοικονομικών συνθηκών για τις γυναίκες.

Αποδεικνύεται, σύμφωνα με τους Philip & Jennifer (2008), ότι στο σύνολο των overeducation πληθυσμού οδηγεί σε αυξημένες αποδόσεις της πρόωρης συνταξιοδότησης: οι εργαζόμενοι που έχουν θέσεις εργασίας που απαιτούν λιγότερη εκπαίδευση και κατάρτιση έχουν περισσότερες πιθανότητες σε ποσοστό 40% να συνταξιοδοτηθούν πρόωρα σε σχέση με αυτούς με κατάλληλη εκπαίδευση. Αντιθέτως, οι “undereducation” δεν αυξάνει τις πιθανότητες πρόωρης συνταξιοδότησης. Κατά φύλο, τα αποτελέσματα είναι κάπως ασαφή δηλαδή ενώ οι άνδρες υποφέρουν ιδιαίτερα από “overeducation”, δεν υπάρχει τέτοια αντίδραση για τις γυναίκες. Η ανάληψη άτυπης εθελοντικής εργασίας σχετίζεται θετικά με όσους έχουν ανώτερο εκπαιδευτικό βαθμό.

3.3. Ηλικία συνταξιοδότησης

Δεδομένου του ότι ο ρόλος της καριέρας είναι ένα βασικό συστατικό της ταυτότητας, τουλάχιστον για εκείνους στον τομέα της απασχόλησης, η απώλεια του ρόλου αυτού συνεπάγεται όχι μόνο την απώλεια της απασχόλησης, αλλά και την αίσθηση του σκοπού που έρχεται με μια καριέρα. Το πέρασμα στη συνταξιοδότηση, δεν θα οδηγήσει σε απώλεια ή κέρδος της υγείας, υπό τον όρο ότι πραγματοποιείται κατά ή γύρω από το χρόνο που ορίζεται από την κοινωνία ως "πρότυπο συνταξιοδότησης", συχνά γύρω στην ηλικία των 65 ετών (Tesch-Römer, 2009).

Τόσο οι άνδρες, όσο και οι γυναίκες που συνταξιοδοτήθηκαν οικειοθελώς έχουν σημαντικά λιγότερο άγχος, κατάθλιψη, από εκείνους που συνταξιοδοτήθηκαν για λόγους υγείας ή απολύθηκαν. Η εμπειρία της εκπαίδευσης της πρόωρης συνταξιοδότησης ή κατάρτισης φάνηκε να σχετίζεται με μειωμένη ψυχολογική καταπόνηση μετά την πράξη συνταξιοδότησης (Sharpley & Layton, 1998).

Όσοι εργάστηκαν στην υψηλότερη κατάταξη θέσεων εργασίας έχουν περισσότερα οφέλη από τη μετάβαση στη συνταξιοδότηση από τις χαμηλότερες κατηγορίες εργασιών. Η πρόωρη και / ή ακούσια κίνηση προς συνταξιοδότηση συνδέεται με αρνητικές επιπτώσεις στη σωματική και ψυχική. Υποβάθμιση της ψυχικής υγείας που συνοδεύει ένα πρώιμο πέρασμα στη συνταξιοδότηση φαίνεται, ωστόσο, να υποχωρεί με την πάροδο του χρόνου. Σε αντίθεση με τη θνησιμότητα, που υπερβαίνει την "κανονική ηλικία συνταξιοδότησης" των 65 ετών σχετίζεται με την ψυχική υγεία των πρόωρων συνταξιούχων: όσο περνάει ο καιρός, τα ψυχικά συμπτώματα που σχετίζονται με την πρόωρη μετάβαση στη σύνταξη υποχωρούν (Tesch-Römer, 2009).

Η διερεύνηση των επιπτώσεων στην υγεία της συνταξιοδότησης και την ηλικία κατά τη συνταξιοδότηση είναι περιορισμένη, αλλά το θέμα είναι ιδιαίτερα σημαντικό δεδομένης της πίεσης για την αύξηση της ηλικίας συνταξιοδότησης στην Ευρώπη. Σύμφωνα με έρευνα των Bamia, Trichoroulou & Trichopoulos (2008), διαπιστώθηκε ότι η πρόωρη συνταξιοδότηση μπορεί να αποτελεί παράγοντα κινδύνου για όλες τις αιτίες και την καρδιαγγειακή θνησιμότητα σε φαινομενικά υγιή άτομα.

3.4. Εργασιακές σχέσεις

Οι καλές συνθήκες εργασίας υποστηρίζουν την παράταση του εργασιακού βίου. Συγκεκριμένα, η ποιότητα της απασχόλησης των γυναικών, ο έλεγχος δηλαδή που ασκείται στην εργασία καθώς και η ανταμοιβή της προσπάθειας, μπορεί να επηρεάσουν τη σωματική και ψυχική υγεία. Η ποιότητα της απασχόλησης σχετίζεται έντονα με την ευημερία και η χαμηλή ποιότητα απασχόλησης συνοδεύεται με την κακή κατάσταση υγείας και την κατάθλιψη (Ostry, Kelly, Demers & Hertzman, 2003). Δυσμενείς ψυχοκοινωνικές συνθήκες εργασίας για γυναίκες εργαζόμενες όπως χαμηλός έλεγχος της εργασίας, υψηλές εργασιακές απαιτήσεις, εργασία που σχετίζεται με έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης είναι σημαντική πρόβλεψη κακής λειτουργικής κατάστασης και παρακμής με την πάροδο του χρόνου (Cheng, Kawachi, Coakley, Schwartz & Codlitz, 2000). Η έντονη πίεση χρόνου κατά την διάρκεια της εργασίας δημιουργεί σοβαρά προβλήματα για την πλειονότητα των εργαζομένων ηλικίας πενήντα ετών με έμφαση σε σωματικές και ψυχολογικές διαταραχές (Volkoff, Buisset, Mardon & Appl, 2010). Άτομα με εργασιακή ανασφάλεια έχουν αυξημένο κίνδυνο κακής υγείας στις περισσότερες χώρες ενώ δεν φαίνεται η σχέση μεταξύ εργασιακής ανασφάλειας και υγείας να διαφέρει σημαντικά ως προς την ηλικία, το φύλο, την εκπαίδευση και την οικογενειακή κατάσταση (Lazlo et al., 2010).

Διαπιστώνεται ότι οι υψηλότερα αμειβόμενα τάξεις απασχόλησης, που υποφέρουν από προβλήματα υγείας και είναι λιγότερο ικανοποιημένοι από την εργασία τους, να έχουν περισσότερες πιθανότητες πρόωρης συνταξιοδότησης (Mein, Martinkainen, Hemingway, Stansfeld & Marmot, 2003). Οκτώ μακροχρόνιες μελέτες, που αναφέρει ο Burdorf (2010) έδειξαν ότι σημαντικοί παράγοντες για την πρόωρη συνταξιοδότηση είναι η κακή υγεία και οι κακές συνθήκες εργασίας και πιο συγκεκριμένα οι υψηλές σωματικές απαιτήσεις της εργασίας, η υψηλή πίεση στον χώρο εργασίας, η χαμηλή ικανοποίηση από την εργασία, το στυλ της ηγεσίας, η μειωμένη φυσική δραστηριότητα στον ελεύθερο χρόνο και η έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης. Αντίθετα, όπως φαίνεται στην ίδια έρευνα, όταν οι γυναίκες βρίσκονται σε θέσεις από τις οποίες μπορούν να εξασκήσουν τις ικανότητες τους και να λαμβάνουν μέρος στη διαδικασία λήψης αποφάσεων, τότε αυτό επενεργεί θετικά στο ψυχικό τους κόσμο, μειώνει το στρες και έχει θετικά αποτελέσματα για την υγεία τους. Επιπλέον, εργαζόμενοι μεγαλύτερης ηλικίας που αναφέρουν συμπτώματα κατάθλιψης ή επηρεασμένης φυσικής κινητικότητας, ιδιαίτερα με χαμηλότερο πόνο στα άκρα και δυσκολία στην αναπνοή, διατρέχουν αυξημένο επίσης, κίνδυνο πρόωρης μετάβασης από την αγορά εργασίας (Rice, Lang, Henley & Melzer, 2011).

Η συνταξιοδότηση, όπως άλλωστε είναι αναμενόμενο, σχετίζεται με περισσότερα σωματικά προβλήματα υγείας και συμπτώματα κατάθλιψης. Ωστόσο, τα αποτελέσματα αυτά αφορούν κυρίως συνταξιούχους οι οποίοι συνταξιοδοτήθηκαν νωρίτερα (Fonseca & Paul, 2004). Οι συνταξιούχοι που έχουν επιλέξει οικειοθελώς να συνταξιοδοτηθούν και όχι λόγω προβλημάτων υγείας, δεν έχουν μεγαλύτερο βαθμό ανεπάρκειας και συμπτωμάτων από τους εργαζόμενους. Τα δεδομένα αυτά δείχνουν ότι ο «μύθος» της συνταξιοδότησης και της υγείας πρέπει να αναθεωρηθεί καθώς διαπιστώνεται ότι άνθρωποι που αισθάνονται ότι είναι αναγκασμένοι να συνταξιοδοτηθούν είναι πιο πιθανό να βιώσουν πτώση στον τομέα της υγείας. Αντίθετα εκείνοι που επιλέγουν συνειδητά με τη δική τους απόφαση να συνταξιοδοτηθούν δεν φαίνεται να υποφέρουν με αρνητικές συνέπειες για την υγεία και δείχνουν λιγότερο άγχος για την εργασία τους. Η γρήγορη μετάβαση, άλλωστε, από τον ενεργό, παραγωγικό ρόλο στη συνταξιοδότηση, χωρίς κάποια προετοιμασία που να περιλαμβάνει επαναπροσδιορισμό των προσωπικών ρόλων, στόχων και προσδοκιών αποτελεί για τον εργαζόμενο μια πολύ σημαντική αλλαγή (Πολίτης, 2011). Διαχρονική μελέτη σε υπαλλήλους 54-59 ετών στην Αγγλία φανερώνει ότι η ψυχική υγεία επιδεινώθηκε μεταξύ των εργαζομένων ενώ βελτιώθηκε μεταξύ των συνταξιούχων, που άνηκαν στις υψηλότερες βαθμίδες απασχόλησης. Ενώ για τη σωματική υγεία επιδεινώθηκε και στις δυο κατηγορίες εργαζομένων και συνταξιούχων (Mein et al., 2003).

Φαίνεται ότι η στάση απέναντι στην εργασία, η υγεία, οι προσδοκίες για τις συνέπειες της συνταξιοδότησης σε σχέση με την απώλεια εισοδήματος, της αυτοεκτίμησης, της αντιλαμβανόμενης (θετική ή αρνητική) στάση του συντρόφου είναι οι κύριοι λόγοι για πρόωρη συνταξιοδότηση (Henkens, 2003). Τα παραπάνω ευρήματα καθιστούν κατανοητό ότι επενδύοντας σε ικανοποιητικό περιβάλλον εργασίας, μπορεί να βελτιωθεί η υγεία των εργαζομένων και να παραταθεί η συμμετοχή τους στην αγορά εργασίας (Labriola et al., 2009; Meeuseun, Dam, Brown-Mahoney, Zundert & Knape, 2010).

3.5. Παραγωγικές δραστηριότητες

3.5.1. Εθελοντισμός

Ο εθελοντισμός σχετίζεται με αυξημένη ποιότητα ζωής. Οι γυναίκες που συνεχίζουν τον εθελοντισμό με την πάροδο του χρόνου έχουν περισσότερες πιθανότητες καλύτερων επιπέδων σωματικής και ψυχικής υγείας αποδεικνύοντας ότι ο παράγοντας υγεία ασκεί σημαντικό ρόλο για την άσκηση του εθελοντικού έργου (Parkinson, Warburton, Sibbritt & Byles, 2010).

Πιο αναλυτικά, διαφαίνεται ότι ο εθελοντισμός μεταξύ των ηλικιωμένων βελτιώνει την πνευματική τους ευεξία, τη σωματική υγεία, προστατεύει από τη θνησιμότητα και τις επιπτώσεις της αναπηρίας. Βέβαια, στις επιπτώσεις του εθελοντισμού που περιγράφηκαν παραπάνω καθοριστικό παράγοντα ασκούν το φύλο, η φυλή, η κατάσταση της υγείας, οι κοινωνικοοικονομικές συνθήκες, τα κοινωνικά δίκτυα των ηλικιωμένων πολιτών (Fujiwara et al., 2005). Η συνεχής συμμετοχή ηλικιωμένων ατόμων στον εθελοντισμό παρέχει ευκαιρίες για κοινωνική αλληλεπίδραση και δέσμευση και σχετίζεται με σημαντικά καλύτερη βαθμολογία στη γνωστική απόδοση, λιγότερα καταθλιπτικά συμπτώματα, καλύτερη ψυχική ευεξία και ικανοποίηση από τη ζωή (Schwingel et al., 2009). Ηλικιωμένοι εθελοντές παρουσιάζουν μεγαλύτερη αύξηση στην ικανοποίηση από τη ζωή και περισσότερες θετικές αλλαγές στην αντίληψη για την υγεία τους, σε σχέση με τους νεότερους ενήλικες εθελοντές (Willing, 2000). Για αυτό και ο εθελοντισμός αποδεικνύεται ένα σημαντικό κοινωνικό μοντέλο προαγωγής υγείας για άτομα μεγαλύτερης ηλικίας (Hon et al., 2010).

Προσδιορίζοντας τη σχέση εθελοντισμού και φύλου από τα παραπάνω ευρήματα παρατηρείται ότι ο εθελοντισμός μπορεί να συμβάλλει στη βελτίωση της ατομικής κατάστασης της ζωής της ηλικιωμένης γυναίκας και παράλληλα να ενθαρρύνει την κοινωνική της ένταξη, να βελτιώσει την υγεία και την ψυχοκοινωνική κατάσταση. Σε αυτή άλλωστε την ιδιαίτερα καθοριστική ηλικιακή φάση για την γυναίκα η οποία χαρακτηρίζεται από αλλαγές και απώλειες, ο εθελοντισμός θεωρείται αρκετά ενθαρρυντικός. Σε διεθνές επίπεδο, υπάρχει έλλειψη μελετών για τις γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας, οι οποίες αποτελούν άλλωστε και την πλειοψηφία του πληθυσμού των ηλικιωμένων. Ωστόσο, η σωματική και ψυχική υγεία των γυναικών, η ποιότητα ζωής, η κοινωνική στήριξη αλλά και άλλοι δημογραφικοί, υγειονομικοί και κοινωνικοοικονομικοί δείκτες φαίνεται να επηρεάζουν την συνέχιση της άσκησης της εθελοντικής τους εργασίας κατά την Τρίτη ηλικία (Parkinson et al., 2010).

3.5.2. Άτυπη φροντίδα υγείας

Οι εργαζόμενοι μεγαλύτερης ηλικίας που πλησιάζουν στην συνταξιοδότηση, έχουν περισσότερες πιθανότητες να αναλάβουν ρόλο φροντίδας. Αυτό μπορεί να επηρεάσει την υγεία τους, τα προγράμματα συνταξιοδότησης και την εισοδηματική τους ασφάλεια. Ιδιαίτερα οι γυναίκες συνταξιούχοι δεν μπορούν να απαλλαγούν από τα βάρη των παραγόντων λόγω πίεσης της οικογενειακής ζωής (Matter et al., 2009). Μελέτες σχετικές με την ανεπίσημη παροχή φροντίδας συχνά φανερώνουν την παροχής φροντίδας κυρίως γυναικών προς άτομα που αντιμετωπίζουν μακροχρόνια σωματικά ή ψυχικά προβλήματα υγείας, αναπηρίας ακόμα και προβλήματα που συνδέονται με το γήρας (Garcia-Alberca, Lara & Berthier, 2011). Ωστόσο, η παροχή φροντίδας και στήριξης γενικότερα προσφέρεται και με τη μορφή της παιδικής μέριμνας για τα εγγόνια που μπορεί όμοια να έχει αντίκτυπο στις διάφορες πτυχές της ζωής ενός φροντιστή (Trends, 2010).

Αναφορικά με την Ευρώπη, παρατηρείται ότι παρόλο που η άτυπη φροντίδα στις βόρειες χώρες (Σουηδία, Δανία και Κάτω Χώρες) και στις νότιες (Ισπανία, Ιταλία και Ελλάδα) αντιμετωπίζεται διαφορετικά, τα αποτελέσματα, ωστόσο, δείχνουν ότι και στις δύο ομάδες χωρών η εντατική παροχή άτυπης φροντίδας των γυναικών μέσης ηλικίας στους ηλικιωμένους γονείς μειώνει τις πιθανότητες συμμετοχής τους στην αγορά εργασίας (Crespo, 2006).

Η φύση της παροχής φροντίδας διαφέρει μεταξύ των ηλικιακών ομάδων αλλά και η φροντίδα μπορεί να είναι μια εντελώς διαφορετική εμπειρία για τους ηλικιωμένους ανάλογα το φύλο (Trends, 2010). Ο ρόλος της φροντίδας δηλαδή βιώνεται διαφορετικά στους συνταξιούχους ανάλογα το φύλο καθώς οι άνδρες είναι λιγότερο πιθανό να επηρεάζονται αρνητικά και πιο πιθανό να δεχτούν τις υπηρεσίες και να αντλούν ικανοποίηση από τη φροντίδα. Η φροντίδα είναι ένας παραγωγικός ρόλος που μπορεί να διατηρηθεί και σε μεγαλύτερη ηλικία εφόσον βέβαια η υγεία και η ευημερία των φροντιστών διατηρούνται. Ρόλοι φροντίδας και συνταξιοδότησης τέμνονται με διάφορους τρόπους. Η συνταξιοδότηση μπορεί να συμπίπτει με ασθένεια ή αναπηρία του γονέα ή του συζύγου, ή ενδέχεται να αναγκαστεί από τις απαιτήσεις της φροντίδας (Vlachantoni, 2010).

Ευρήματα μελέτης του Zhan (2005) για τις ανισότητες των φύλων στους τομείς της υγείας και της οικογενειακής φροντίδας ηλικιωμένων αποδεικνύουν ότι γυναίκες φροντιστές ήταν πιο πιθανό να έχουν μειώσεις εισοδήματος, συνταξιοδοτικές παροχές, και

ιατροφαρμακευτική περίθαλψη όταν αναλάμβαναν αυτό το ρόλο σε σχέση με τους άνδρες. Επίσης, οι γυναίκες φροντιστές δίνουν περισσότερες ώρες φροντίδας εργασιών ανά εβδομάδα και συμμετέχουν περισσότερο στην προσωπική φροντίδα και στο νοικοκυριό, ακόμη κι αν αντιλαμβάνονται την υγεία τους ως φτωχότερη σε σχέση με τους άντρες. Η συμμετοχή των αντρών στην φροντίδα είχε περισσότερες πιθανότητες να έχει χαρακτήρα οικονομικής στήριξης στους ηλικιωμένους γονείς.

Περαιτέρω μελέτες πρέπει να διερευνήσουν τις διαφορές φύλου στην συνταξιοδότηση και υγείας, καθώς φαίνεται ότι οι συνταξιούχες γυναίκες ενδέχεται να διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο για αυξημένη διαταραχή και αυξημένη αγωνία. Αυτό θα μπορούσε να οφείλεται σε πιθανολογούμενη αύξηση της πίεσης κατά τη συνταξιοδότηση των γυναικών, δεδομένου ότι μπορεί να συνεχίσουν να εργάζονται ως πρωταρχικοί φροντιστές για τους συζύγους ή τους ηλικιωμένους γονείς (Fondow, 2007).

3.6. Δείκτης Μάζας Σώματος

Η παχυσαρκία και το υπερβολικό βάρος σχετίζονται με υψηλά επίπεδα ελεύθερων σακχάρων και κορεσμένων λιπαρών στη διατροφή, σε συνδυασμό με τη μειωμένη σωματική δραστηριότητα. Ο πιο ευρέως χρησιμοποιούμενος τρόπος προσδιορισμού της παχυσαρκίας είναι ο Δείκτης Μάζας Σώματος (Δ.Μ.Σ.), ένας δείκτης βάρους/ύψους², που είναι ιδιαίτερα εύχρηστος τόσο για την καθημερινή κλινική πρακτική, όσο και για επιδημιολογικές μελέτες.

Σύμφωνα με το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (2008), ένας από τους πλέον εύχρηστους δείκτες εκτίμησης του σωματικού βάρους είναι ο Δ.Μ.Σ. Σύμφωνα με την κατάταξη του ΠΟΥ, τα άτομα με Δ.Μ.Σ. μεγαλύτερο του 25kg/m² χαρακτηρίζονται ως υπέρβαρα, ενώ από τα 30kg/m² και πάνω, κατατάσσονται ως παχύσαρκα. Τρεις μεγάλες και πρόσφατες έρευνες στον ελληνικό πληθυσμό εκτίμησαν ότι ο μέσος Δ.Μ.Σ. των Ελλήνων είναι μεταξύ 26,2-26,4kg/m², με τους άνδρες να έχουν μέσο Δ.Μ.Σ. 27,4kg/m² και τις γυναίκες 25,3kg/m². Τα στοιχεία από τις ίδιες μελέτες δείχνουν ότι η μέση τιμή του Δ.Μ.Σ. αυξάνεται με την ηλικία, ενώ και οι έγγαμοι εμφανίζονται υπέρβαροι και παχύσαρκοι σε μεγαλύτερα ποσοστά από τους άγαμους. Το φαινόμενο αυτό αποδίδεται σε μεγάλο βαθμό στη μεγαλύτερη μέση ηλικία των παντρεμένων. Επίσης, τα ποσοστά των υπέρβαρων και παχύσαρκων είναι χαμηλότερα μεταξύ των ατόμων υψηλού μορφωτικού και κοινωνικοοικονομικού επιπέδου. Το ποσοστό των παχύσαρκων στον ελληνικό πληθυσμό ήταν, το 2006, 16,4% (14,3% στους άνδρες και 18,3% στις γυναίκες). Αν συνυπολογιστούν και οι υπέρβαροι, το ποσοστό του πληθυσμού με μη φυσιολογικό βάρος ανέρχεται στο 57,7%. Ο αριθμός αυτός καθιστά τον ελληνικό πληθυσμό έναν από τους πιο υπέρβαρους στην Ευρώπη. Μεταξύ των 15 παλαιότερων μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, μόνο το Ηνωμένο Βασίλειο εμφανίζει υψηλότερο ποσοστό.

Γυναίκες ηλικίας 50 και άνω με ΔΜΣ 20 ή χαμηλότερο φαίνεται να έχουν υψηλότερη θνησιμότητα σε σχέση με τους άνδρες. Επιπλέον η απώλεια βάρους των γυναικών μεταξύ της ηλικίας των 50 σχετίζεται με υψηλότερη θνησιμότητα (Diehr, 1998).

3.7. Κάπνισμα

Το κάπνισμα αποτελεί τη σημαντικότερη αιτία νόσων και θανάτου στις γυναίκες, η οποία μπορεί να προληφθεί. Ποσοστό 12% των γυναικών παγκοσμίως καπνίζουν. Η μεγαλύτερη αύξηση θα παρατηρηθεί στις αναπτυσσόμενες χώρες, όπου ο τρέχων ρυθμός αύξησης του 7% υπολογίζεται να φτάσει το 20% μέχρι το 2025 (Πίτσιου, Αργυροπούλου & Πατάκα, 2007). Ο ετήσιος κίνδυνος θανάτου σε γυναίκες που συνεχίζουν να καπνίζουν σχεδόν διπλασιάζεται, σε σχέση με τα άτομα που δεν έχουν ποτέ καπνίσει, σε όλες τις ηλικιακές ομάδες από 45 έως 74 ετών (Πίτσιου et al., 2007).

4. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΜΕΛΕΤΗΣ

4.1 Αναγκαιότητα μελέτης

Ο παγκόσμιος πληθυσμός έχει αυξηθεί ραγδαία τα τελευταία χρόνια και η γήρανση προκαλεί κοινωνικές, οικονομικές και πολιτικές επιπτώσεις. Η πλειοψηφία των ηλικιωμένων θα είναι γυναίκες, με αποτέλεσμα οι συνέπειες της αλλαγής να επηρεάσουν και την υγεία τους (Tabloski & William, 2004). Οι γυναίκες αναφέρουν συχνότερα κλονισμό της σωματικής υγείας και περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης συνολικά. Είναι πιθανό ότι οι άνδρες επωφελούνται περισσότερο από τη συνταξιοδότηση, ή τουλάχιστον βρίσκονται σε μειωμένο κίνδυνο έναντι της πτώσης της υγείας μετά τη συνταξιοδότηση. Μολονότι το φύλο δεν μετριάξει την επίπτωση της συνταξιοδότησης για την υγεία, μπορεί ωστόσο, να προσφέρει χρήσιμες πληροφορίες σχετικά με τη σύνδεση μεταξύ της σύνταξης και της υγείας. (Fondow, 2007).

Οι ευρωπαϊκές χώρες παρουσιάζουν ιδιαιτερότητα καθώς η Νότια Ευρώπη εμφανίζει μεγαλύτερη μακροβιότητα παρά τη χειρότερη κατάσταση υγείας. Σύμφωνα με το SHARE, η Ελλάδα μάλιστα κατατάσσεται στις χώρες τις Μεσογείου όπου έχει παρατηρηθεί ότι άτομα άνω των 50 ετών είναι σε λιγότερο ευνοϊκή θέση σε σχέση με τις αντίστοιχες ηλικιακές ομάδες στις βόρειες ευρωπαϊκές χώρες.

Οι συνέπειες της δημογραφικής μετάβασης σε ένα πληθυσμό που γερνά διαρκώς, θα επηρεάσουν αισθητά την οικονομία, την ιατρική φροντίδα, την κοινωνική ανάπτυξη, και την κοινωνική πρόνοια, καθώς και την ευημερία των κοινωνιών. Κατά συνέπεια, χρειάζεται περισσότερη γνώση για το πώς θα διασφαλιστεί η καλή υγεία των ηλικιωμένων, η ποιότητα ζωής της τρίτης ηλικίας, και θα προληφθούν οι αρνητικές επιπτώσεις υψηλού κόστους στο σύνολο του πληθυσμού.

Τα παραπάνω αποτελέσματα ερευνών αποδεικνύουν την αναγκαιότητα μελέτης της σωματικής και ψυχικής υγείας του γυναικείου πληθυσμού της Ελλάδας στην ηλικία των 50 και άνω, δηλαδή από μια ηλικία κατά την οποία οι συμμετέχοντες στην έρευνα είναι πλήρως ενσωματωμένοι στην εργασία, μπορούν να περιγράψουν τις σχέσεις τους ως προς την εργασία και την ικανοποίηση από αυτή, απόψεις για την συνταξιοδότηση και προοπτικές για το μέλλον.

Η παρούσα έρευνα αποσκοπεί να συνεισφέρει:

- Στην κατανόηση της σχέσης της εργασιακής κατάστασης των γυναικών στην Ελλάδα με την σωματική και συναισθηματική υγεία τους.

- Στην ανάδειξη των παραγόντων που επηρεάζουν την σωματική και ψυχική υγεία των γυναικών στην Ελλάδα
- Στην περιορισμένη ελληνική επιστημονική βιβλιογραφία για τη σχέση της εργασιακής κατάστασης των γυναικών άνω των 50 στην Ελλάδα με την σωματική και ψυχική τους υγεία.

4.2. Ερευνητικά ερωτήματα και ερευνητική υπόθεση .

Η ερευνητική υπόθεση που προέκυψε από την παραπάνω ανάλυση αφορά ότι η εργασιακή κατάσταση των γυναικών 50 και άνω στην Ελλάδα επηρεάζει τη σωματική και συναισθηματική υγεία τους.

Τα ερευνητικά μας ερωτήματα είναι τα εξής:

- A. Ποια είναι η σωματική υγεία των γυναικών 50+ στην Ελλάδα;
- B. Ποια είναι η συναισθηματική υγεία των γυναικών 50+ στην Ελλάδα;
- Γ. Ποια είναι τα δημογραφικά και κοινωνικο οικονομικά χαρακτηριστικά των γυναικών 50+ στην Ελλάδα;
- Δ. Σχετίζεται η εργασιακή κατάσταση των γυναικών στην Ελλάδα με τη σωματική και συναισθηματική τους υγεία;
- E. Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ δημογραφικών και κοινωνικο-οικονομικών χαρακτηριστικών γυναικών 50+ στην Ελλάδα με τη σωματική και συναισθηματική τους υγεία;

4.3. Σκοπός της μελέτης και αντικειμενικοί στόχοι

Σκοπός της μελέτης είναι να διαπιστωθεί η σχέση της εργασιακής κατάστασης των γυναικών στην Ελλάδα με την σωματική και συναισθηματική υγεία τους.

Οι αντικειμενικοί στόχοι της μελέτης είναι:

- A. Αρχικός στόχος είναι να διερευνηθεί η κατάσταση της σωματικής και της συναισθηματικής υγείας των γυναικών 50+ στην Ελλάδα, καθώς και ποια είναι τα δημογραφικά και κοινωνικο- οικονομικά χαρακτηριστικά τους.
- B. Σε δεύτερο στάδιο στόχος είναι η συσχέτιση της εργασιακής κατάστασης των γυναικών στην Ελλάδα με τη σωματική και συναισθηματική τους υγεία.
- Γ . Ενώ σε τρίτο στάδιο στόχος είναι η ανίχνευση της σχέσης μεταξύ δημογραφικών και κοινωνικο-οικονομικών χαρακτηριστικών γυναικών 50+ στην Ελλάδα με τη σωματική και συναισθηματική υγεία.

5. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Τα δεδομένα της εν λόγω εργασίας αντλήθηκαν από την Έρευνα για την Υγεία, τη Γήρανση και τη Συνταξιοδότηση στην Ευρώπη (SHARE) παρέχοντας μια μοναδική πηγή πληροφόρησης για την υγεία των Ευρωπαίων ηλικίας 50+. Το SHARE είναι μια διεπιστημονική, διακρατική βάση δεδομένων των μικροδεδομένων στην υγεία, την κοινωνικοοικονομική κατάσταση και τα οικογενειακά δίκτυα. Για την παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκαν στοιχεία της μελέτης Share 2004, Wave 1, Release 2.3.0.

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε κατά το διάστημα Απριλίου-Σεπτεμβρίου 2004 σε έντεκα χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (από την Σκανδιναβία μέχρι την Μεσόγειο) εξετάζοντας δείγμα περισσότερων από 25.000 ευρωπαίων, με σκοπό τη διερεύνηση των αλληλεπιδράσεων μεταξύ των ψυχοκοινωνικών και οικονομικών παραγόντων που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων (Borsch-Supan et al., 2008).

5.1. Δείγμα

Για το σκοπό της δικής μας έρευνας ο πληθυσμός της μελέτης αφορούσε όλες τις γυναίκες ηλικίας άνω των πενήντα, εργαζόμενες και συνταξιούχες που ζουν στην Ελλάδα οι οποίες γεννήθηκαν μέχρι 31 Δεκεμβρίου 1954.

5.2. Ερευνητικό εργαλείο

Το κύριο ερευνητικό εργαλείο στο οποίο βασίστηκε η Έρευνα για την Υγεία, τη Γήρανση και τη Συνταξιοδότηση (SHARE) στην Ευρώπη ήταν το ερωτηματολόγιο που διαμορφώθηκε σε ηλεκτρονική μορφή προκειμένου να επιτρέψει την εφαρμογή προσωπικών συνεντεύξεων, με καθένα από τα επιλεγμένα άτομα του δείγματος.

5.3. Μέθοδοι συλλογής στοιχείων

Τα δεδομένα για κάθε χώρα συλλέχθηκαν από εταιρίες ερευνών, με σκοπό να επιτευχθεί ο στόχος της άντλησης των δεδομένων. Η συλλογή των δεδομένων του ελληνικού πληθυσμού πραγματοποιήθηκε από την εταιρεία Kappa Research. Οι διαδικασίες στις οποίες βασίστηκε όπως και αυτές των υπόλοιπων χωρών-μελών του προγράμματος προέβλεπαν προσωπικές συνεντεύξεις, βασιζόμενες στην ηλεκτρονική μορφή του τελικού ερωτηματολογίου και τη συμπλήρωση των συνεντεύξεων αυτών από ένα αυτό-συμπληρούμενο ερωτηματολόγιο (drop-off).

Για τη συγκεκριμένη έρευνα στην Ελλάδα επιλέχθηκε ο τηλεφωνικός κατάλογος. Η χρήση αυτού του δειγματοληπτικού πλαισίου αναγκάζει την εξαίρεση ατόμων που ζουν σε

ιδρύματα φροντίδας ηλικιωμένων, ένα μέρος του πληθυσμού που σύμφωνα με τον γενικό σκοπό του SHARE μπορεί να συμπεριληφθεί στην έρευνα. Επιπλέον, ο κατάλογος παρουσιάζει και το πρόβλημα ότι δεν μπορούν να εντοπιστούν τα νοικοκυριά τα οποία κατέχουν περισσότερους τηλεφωνικούς αριθμούς από ένα. Εκτιμάται όμως, μόνο το 2% των νοικοκυριών κατέχει πολλαπλές γραμμές τηλεφώνου, άρα η πρακτική σημασία αυτού του προβλήματος είναι περιορισμένη.

5.4. Διαδικασία μέτρησης

Όλες οι μεταβλητές που μετρήθηκαν αφορούσαν γυναίκες που συμμετείχαν στην έρευνα του SHARE (wave 1) στην Ελλάδα, ηλικίας 50 ετών και άνω, εργαζόμενες και συνταξιούχες. Τα περιγραφικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού μας μελετήθηκαν μέσα από δημογραφικές μεταβλητές όπως η ηλικία και η εθνικότητα καθώς και κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές δηλαδή οικογενειακή κατάσταση, εκπαίδευση και ετήσιο οικογενειακό εισόδημα.

5.5. Μέτρηση υγείας

5.5.1. Σωματική υγεία

Η μέτρηση της σωματικής υγείας των γυναικών που συμμετείχαν στην έρευνα μελετήθηκε μέσα από ομαδοποιήσεις απαντήσεων που πραγματοποιήθηκαν στις παρακάτω μεταβλητές. Συγκεκριμένα:

- Η αυτοαξιολόγηση της υγείας μετρήθηκε με τις διαβαθμίσεις πολύ καλή, μέτρια, κακή ή πολύ κακή
- Ο περιορισμός της λειτουργικότητας τους τελευταίους έξι μήνες λόγω υγείας σε καθημερινές δραστηριότητες ορίστηκε ως σοβαρά περιορισμένη, περιορισμένη αλλά όχι σοβαρά, μη περιορισμένη.
- Τα χρόνια νοσήματα προσδιορίστηκαν ως προς τον αριθμό τους, 0, 1, 2, 3 και άνω.
- Τα συμπτώματα στην υγεία το τελευταίο εξάμηνο ακολούθησαν την ίδια κατηγοριοποίηση με τα χρόνια νοσήματα.
- Το κάπνισμα εξετάστηκε από την τωρινή συμπεριφορά των γυναικών δηλαδή καπνίστριες, πρώην καπνίστριες, μη καπνίστριες.
- Ο δείκτης μάζας σώματος προσδιορίστηκε από την κατηγοριοποίηση των γυναικών ως φυσιολογικές, υπέρβαρες, παχύσαρκες.

- Άλλη μεταβλητή που εξετάστηκε ήταν τα μακράς διάρκειας προβλήματα υγείας, ασθένειας, ανικανότητας ή αναπηρίας, δηλαδή προβλήματα που έχουν ταλαιπωρήσει τις ερωτώμενες για μεγάλο χρονικό διάστημα.

5.5.2. Ψυχική υγεία

Η μέτρηση της ψυχικής υγείας των γυναικών που συμμετείχαν στην έρευνα μελετήθηκε μέσα από το από το αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο της μελέτης και μέσα από ομαδοποιήσεις απαντήσεων που δόθηκαν σε ερωτήματα που αφορούσαν τη βελτίωση ή όχι του επιπέδου ζωής τους και την ικανοποίηση από την εργασία τους.

5.5.3. Παραγωγικές δραστηριότητες

Ως παραγωγικές δραστηριότητες των γυναικών στην εν λόγω έρευνα ορίστηκαν ο εθελοντισμός και η άτυπη φροντίδα υγείας καθώς θεωρούνται από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας ότι επηρεάζουν την συνολική υγεία των γυναικών. Η σωματική άσκηση χωρίστηκε σε μέτρια (moderate) και έντονη (vigorous), όπου η κάθε μια εξετάστηκε με τις εξής δύο ομαδοποιήσεις: καθόλου ή λιγότερο από τρεις φορές το μήνα και μια φορά την εβδομάδα ή περισσότερο.

5.5.4. Στατιστική Ανάλυση

Για την ανάλυση των δεδομένων της εργασίας χρησιμοποιήθηκε το πρόγραμμα SPSS (IBM SPSS for Windows, release 19, 2010, SPSS, Chicago, Illinois). Αρχικά υπολογίστηκαν κατανομές των περιγραφικών χαρακτηριστικών των 1986 εργαζομένων και συνταξιούχων γυναικών. Στη συνέχεια ακολούθησε σύγκριση μεταξύ τους με τις μεθόδους χ^2 και Mann Whitney, σε παραμέτρους αυτοαξιολόγησης της υγείας τους όπως είναι μεταξύ άλλων η λειτουργικότητα τους, τα χρόνια νοσήματα, η συνήθεια καπνίσματος, τα επίπεδα παχυσαρκίας & σωματικής άσκησης ή η πιθανή μελλοντική κατάστασή τους. Επίσης με την χ^2 και τον Mann Whitney έλεγχο ή και τη χρήση ανάλυσης διακύμανσης, ελέγχθηκαν ξεχωριστά ή συγκριτικά μεταξύ εργαζομένων και συνταξιούχων γυναικών, τα επίπεδα της κλίμακας κατάθλιψης CES-D 11 ως προς την ηλικία, τα χρόνια νοσήματα και την πρόωρη συνταξιοδότηση.

Τέλος, με την εφαρμογή μεθόδου ανάλυσης πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης, προσδιορίστηκε ξεχωριστά στις εργαζόμενες και συνταξιούχες γυναίκες, η επίδραση στη σωματική υγεία (χρόνια νοσήματα) και στην συναισθηματική υγεία (κλίμακας κατάθλιψης CES-D 11) δημογραφικών και κοινωνικών παραμέτρων. Αυτές ήταν η

οικογενειακή κατάσταση, η εκπαίδευση, το εισόδημα, η συχνότητα συμπτωμάτων υγείας, η συνήθεια καπνίσματος, ο δείκτης μάζας σώματος (επίπεδα παχυσαρκίας), η σωματική άσκηση, οι παραγωγικές δραστηριότητες και ο βαθμός ικανοποίησης από τη ζωή. Με την ίδια μέθοδο για την συναισθηματική υγεία (κλίμακας κατάθλιψης CES-D 11) και για τις 1155 συνταξιούχες γυναίκες, έγινε προσπάθεια να προσδιοριστούν οι παράγοντες που σχετίζονταν με την πρόωρη συνταξιοδότηση τους.

Λόγω μη κανονικότητας της κλίμακας κατάθλιψης CES-D 11, έγινε χρήση του \log_{10} μετασχηματισμού. Τα επίπεδα σημαντικότητας καθορίστηκαν στο $\alpha=0,05$.

6. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

6.1. Περιγραφική ανάλυση αποτελεσμάτων (Πίνακας 6.1.)

Το δείγμα της έρευνας μας αποτελείται από 1986 εργαζόμενες και συνταξιούχες γυναίκες ηλικίας 50 και άνω οι οποίες ζουν στην Ελλάδα. Ως προς την εθνικότητα οι 1979 (99,6%) συμμετέχουσες ήταν ελληνικής καταγωγής και οι 7 (0,4%) διαφορετικής εθνικότητας.

Αναφορικά με την εργασιακή τους κατάσταση φαίνεται ότι οι 739 είναι εργαζόμενες και οι 1247 είναι συνταξιούχες. Πιο συγκεκριμένα, από τις συμμετέχουσες ελληνικής καταγωγής, οι 735 (99,5%) είναι εργαζόμενες και οι 1244 (99,8%) συνταξιούχες, ενώ από τις αλλοδαπές συμμετέχουσες 4 (0,5%) είναι εργαζόμενες και 3 (0,2%) είναι συνταξιούχες.

Σε σχέση με την ηλικία των συμμετεχόντων το μεγαλύτερο ποσοστό 39,5% είναι ηλικίας 50-59, από το οποίο το 83,2% είναι εργαζόμενες και μόλις το 13,6% αποτελείται από συνταξιούχες γυναίκες. Επίσης, στις ηλικίες 60-69 φαίνεται από την ανάλυση των αποτελεσμάτων ότι το 16,4% εξακολουθεί να εργάζεται σε αντίθεση με το 34,6% που έχει συνταξιοδοτηθεί.

Από τις 1986 ερωτώμενες που απάντησαν στην ερώτηση για την οικογενειακή κατάσταση, οι περισσότερες, δηλαδή το 68,6% δήλωσαν έγγαμες ή σε συμβίωση ζώντας με σύντροφο ή σύζυγο, από τις οποίες το 63,5% είναι συνταξιούχες και 77,1% εργαζόμενες. Το αμέσως υψηλότερο ποσοστό αποτελείται από γυναίκες σε κατάσταση χηρείας σε ποσοστό 19,5%, από τις οποίες 28,1% είναι συνταξιούχες και 4,9% εργαζόμενες. Οι υπόλοιπες κατηγορίες, δηλαδή έγγαμες που ζουν χωριστά από το σύζυγο, άγαμες και διαζευγμένες εμφανίζονται με πολύ μικρότερα ποσοστά.

Το εκπαιδευτικό επίπεδο των γυναικών της έρευνας διαφαίνεται πολύ χαμηλό και συγκεκριμένα το 48,9% έχει απολυτήριο δημοτικού ή δεν έχει ολοκληρώσει το δημοτικό. Συγκεκριμένα το 63,3% είναι συνταξιούχες και το 24,6% εργαζόμενες. Απόφοιτες γυμνασίου και λυκείου είναι το 30,3%, από τις οποίες το 23,2% έχει συνταξιοδοτηθεί σε αντίθεση με το 42,3% το οποίο συνεχίζει να εργάζεται. Τέλος, ανώτατη εκπαίδευση φαίνεται να έχει το 20,8% με το μεγαλύτερο ποσοστό να είναι αυτό των εργαζόμενων (33,1%) και τις συνταξιούχες να ακολουθούν (13,5%).

Το μεγαλύτερο ετήσιο οικογενειακό εισόδημα των ερωτώμενων της έρευνας είναι μέχρι 10.000€ σε ποσοστό 32,2% και ακολουθεί με μικρή διαφορά σε ποσοστό 31,2% από 10.000€ μέχρι 19.999€ ετήσιο εισόδημα. Ως προς την πρώτη κατηγορία οι συνταξιούχες

καταλαμβάνουν το 43,5% έναντι των εργαζομένων με ποσοστό 13,1%. Στην δεύτερη κατηγορία, υπερτερούν, όπως παραπάνω, οι συνταξιούχες (32,9%) σε σύγκριση με τις εργαζόμενες (28,3%). Οι υπόλοιπες κατηγορίες, με εισόδημα από 20.000 – 29.999 και 30.000+ εμφανίζονται με μικρότερα ποσοστά.

6.2. Αυτοαξιολόγηση σωματικής υγείας των γυναικών της μελέτης (Πίνακας 6.2.)

Για την αυτοαξιολόγηση της σωματικής υγείας των 1986 εργαζομένων και συνταξιούχων γυναικών της μελέτης ηλικίας 50+ οι δείκτες που χρησιμοποιήθηκαν ήταν η αυτοαξιολόγηση της υγείας, ο περιορισμός της λειτουργικότητας, ο αριθμός των χρόνιων νοσημάτων, τα συμπτώματα υγείας του τελευταίου εξαμήνου, το κάπνισμα καθώς και ο δείκτης μάζας σώματος.

Παρατηρήθηκε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών που δήλωσαν πολύ καλή ή καλή υγεία ήταν εργαζόμενες στο 88,2% σε αντίθεση με τις συνταξιούχες που στην ίδια κατηγορία εμφανίζονται σε ποσοστό 49,8% και με μέτρια υγεία εμφανίζεται το 37,9% των συνταξιούχων. Επίσης, υπερέχουν οι συνταξιούχες ως προς τις εργαζόμενες στον χαρακτηρισμό της υγείας τους ως πολύ κακής ή κακής με ποσοστό 12,3% των πρώτων έναντι 1,9% των δεύτερων. Η παρούσα συσχέτιση είναι στατιστικά σημαντική ($p < 0,001$).

Αναφορικά με τον περιορισμό της λειτουργικότητας σε καθημερινές δραστηριότητες λόγω υγείας τους τελευταίους έξι μήνες φαίνεται ότι τα μεγαλύτερα ποσοστά, τόσο για τις εργαζόμενες, όσο και για τις συνταξιούχες εμφανίζονται στην κατηγορία μη περιορισμένη σε ποσοστό 89,6% για τις εργαζόμενες και 59,7% για τις συνταξιούχες. Σοβαρά περιορισμένη λειτουργικότητα έχει μόλις το 0,4% των εργαζομένων.

Η συσχέτιση χρόνιων νοσημάτων με την εργασιακή κατάσταση των γυναικών παρουσιάζεται στατιστικά σημαντική ($p < 0,001$). Στην κατηγορία των εργαζομένων η πλειοψηφία των γυναικών σε ποσοστό 48,7% δεν εμφανίζουν κανένα χρόνιο νόσημα, ενώ εμφανίζεται ένα χρόνιο νόσημα σε ποσοστό 34,1%. Αντίθετα στην κατηγορία των συνταξιούχων η πλειοψηφία τους εμφανίζει ένα (30,7%) ή δύο (26,3%) χρόνια νοσήματα. Στην κατηγορία 3+ χρόνια νοσήματα οι συνταξιούχες υπερτερούν σε ποσοστό 25,3% σε σχέση με τις εργαζόμενες σε ποσοστό 4,7%.

Το 48,6% των εργαζομένων δήλωσαν ότι δεν παρουσίαζαν κανένα σύμπτωμα στην υγεία τους το τελευταίο εξάμηνο, ενώ ένα σύμπτωμα ανέφερε το 30% της ίδιας κατηγορίας γυναικών. Πάνω από τρία συμπτώματα είχε μόνο το 6,8%. Στις συνταξιούχες ομοίως το μεγαλύτερο ποσοστό (31,8%) εμφανίζεται χωρίς συμπτώματα και με ένα σύμπτωμα το

τελευταίο εξάμηνο σε ποσοστό 30,2%. Το ποσοστό 22,6% των συνταξιούχων εμφανίζουν πάνω από τρία συμπτώματα το τελευταίο εξάμηνο.

Η σωματική υγεία μετρήθηκε, επίσης και ως προς τις συμπεριφορές υγείας και συγκεκριμένα ως προς το κάπνισμα και το δείκτη μάζας σώματος των γυναικών. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας φαίνεται ότι οι εργαζόμενες γυναίκες σε ποσοστό 43% είναι καπνίστριες και οι συνταξιούχες σε ποσοστό 59,8% είναι μη καπνίστριες. Ως προς το δείκτη μάζας σώματος φαίνεται το μεγαλύτερο ποσοστό να καταλαμβάνει, τόσο στις εργαζόμενες, όσο και στις συνταξιούχες η κατηγορία των υπέρβαρων γυναικών, συγκεκριμένα, 54,7% είναι εργαζόμενες και 48% είναι συνταξιούχες. Τα παραπάνω αποτελέσματα είναι στατιστικά σημαντικά για το κάπνισμα ($p < 0,001$) και για το δείκτη μάζας σώματος ($p = 0,017$).

6.3. Αυτοαξιολόγηση σωματικής και ψυχικής υγείας των γυναικών της μελέτης (Πίνακας 6.3.)

Η αυτοαξιολόγηση της σωματικής και ψυχικής υγείας των 1986 εργαζόμενων και συνταξιούχων γυναικών της μελέτης μας μετρήθηκε ως προς τη σωματική τους άσκηση, τις παραγωγικές δραστηριότητες, τις προσδοκίες για το μέλλον, την ικανοποίηση από την εργασία και τα μακροχρόνια προβλήματα, τόσο λειτουργικότητας, όσο και ψυχικής υγείας.

Η μέτρια σωματική άσκηση (moderate) των γυναικών εμφανίζεται ως εξής: καθόλου ή λιγότερο από τρεις φορές το μήνα ασκείται το 13,3% των εργαζομένων και το 19,2% των συνταξιούχων. Μια φορά την εβδομάδα ή περισσότερο συμμετέχει σε δραστηριότητες το 86,7% των εργαζομένων και το 80,8% των συνταξιούχων. Αντίστοιχα, η έντονη σωματική άσκηση (vigorous) των γυναικών εμφανίζεται ως εξής: καθόλου ή λιγότερο από τρεις φορές το μήνα ασκείται το 32,3% των εργαζομένων και το 56,8% των συνταξιούχων. Μια φορά την εβδομάδα ή περισσότερο ασκείται το 67,7% των εργαζομένων και το 43,2% των συνταξιούχων.

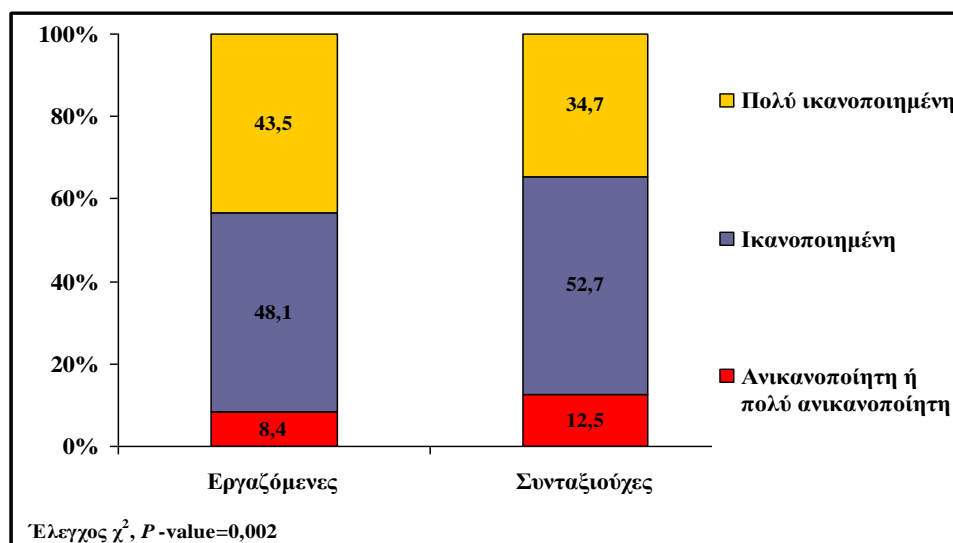
Οι παραγωγικές δραστηριότητες χωρίζονται στην έρευνα μας σε δυο κατηγορίες, τον εθελοντισμό και την άτυπη φροντίδα. Το 4,2% των εργαζομένων γυναικών ασχολούνται με τον εθελοντισμό, έναντι 3% των συνταξιούχων γυναικών. Αντιθέτως στην κατηγορία της άτυπης φροντίδας οι συνταξιούχες φαίνεται να υπερτερούν με ποσοστό 5,4% σε σχέση με το 4,3% των εργαζομένων. Ωστόσο τα παραπάνω αποτελέσματα δεν είναι στατιστικά σημαντικά αφού για τον εθελοντισμό το $p = 0,155$ και για την άτυπη φροντίδα το $p = 0,298$.

Σχετικά με τις προσδοκίες για το επίπεδο ζωής στο μέλλον, οι εργαζόμενες δηλώνουν ότι θα είναι καλύτερο με σημαντικά μεγαλύτερη πιθανότητα από τις συνταξιούχες (47 έναντι 35, $p < 0,001$) ενώ για χειρότερο επίπεδο ζωής στο μέλλον, οι εργαζόμενες δηλώνουν ότι θα είναι με σημαντικά μικρότερη πιθανότητα σε σχέση με τις συνταξιούχες (43 έναντι 46, $p = 0,007$).

Συνεκτιμώντας συνολικά την ικανοποίηση από την εργασία τους παρατηρείται στις εργαζόμενες ότι το 82,9% συμφωνούν απόλυτα ή συμφωνούν ότι είναι ικανοποιημένες και 17,1% διαφωνούν.

Μακροχρόνια προβλήματα αναπηρίας και ψυχικής υγείας έχει το 18,8% των εργαζομένων και το 46% των συνταξιούχων. Η συσχέτιση είναι στατιστικά σημαντική με $p < 0,001$.

Ως προς την ικανοποίηση από τη ζωή φαίνεται ότι και οι δύο κατηγορίες δηλώνουν ικανοποιημένες. Οι εργαζόμενες σε ποσοστό 48,1% και οι συνταξιούχες σε ποσοστό 52,7%. Ανικανοποίητες ή πολύ ανικανοποίητες από τη ζωή εμφανίζονται το 8,4% των εργαζομένων και το 12,5% των συνταξιούχων. Πολύ ικανοποιημένες από τη ζωή αναφέρουν το 43,5% των εργαζομένων και το 34,7% των συνταξιούχων.

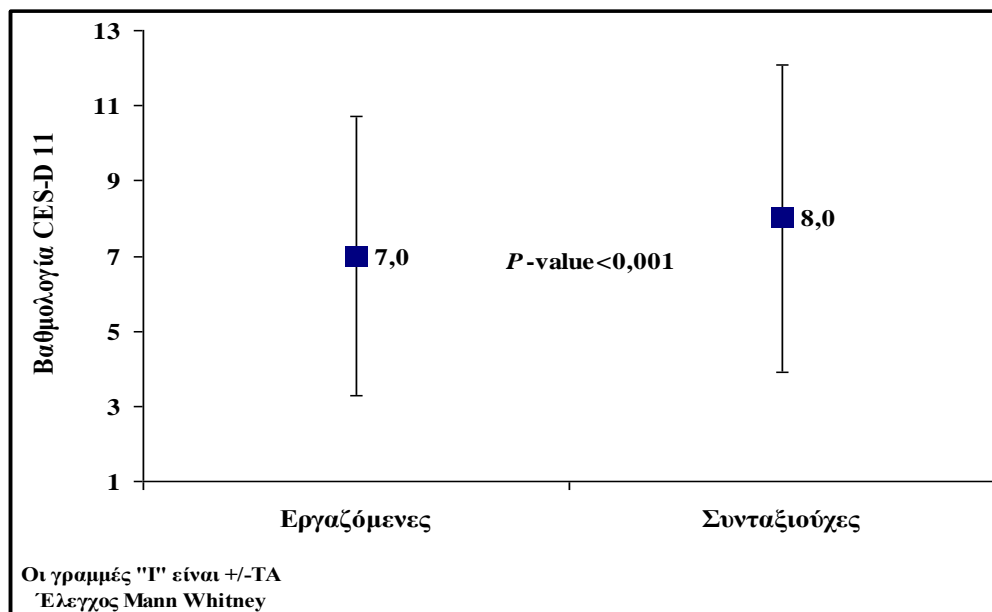


Σχήμα 6.3 Ποσοστά εργαζομένων και συνταξιούχων γυναικών που δήλωσαν ικανοποίηση από τη ζωή

6.4. Βαθμολογία CES-D 11

6.4.1. Συσχέτιση κατάθλιψης (βαθμολογία CES-D 11) και εργασιακής κατάστασης

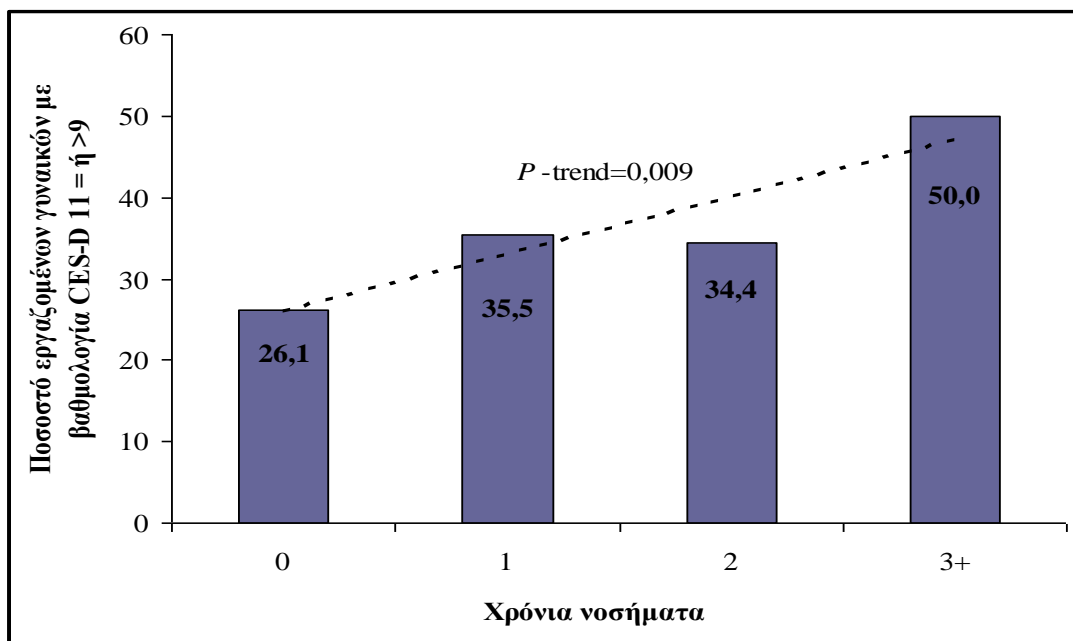
Τα επίπεδα μέσης βαθμολογίας CES-D 11 εργαζομένων και συνταξιούχων γυναικών φαίνεται να είναι 7,0 για τις πρώτες και 8,0 για τις δεύτερες με $p < 0,001$ όπως παρουσιάζονται στο σχήμα 5.4.1.



Σχήμα 6.4.1. Επίπεδα μέσης βαθμολογίας CES-D 11 των εργαζόμενων και συνταξιούχων γυναικών της μελέτης.

6.4.2. Συσχέτιση χρόνιων νοσημάτων με κατάθλιψη (βαθμολογία CES-D 11) για εργαζόμενες γυναίκες

Παρουσιάζεται μια αυξητική τάση της βαθμολογίας CES-D 11 των εργαζόμενων γυναικών όσο αυξάνονται τα χρόνια νοσήματα. Συγκεκριμένα, το 26,1% των εργαζομένων που έχει αυξημένη βαθμολογία στην κλίμακα CES-D 11 δεν παρουσιάζει κάποιο χρόνια νόσημα, το 35,5% εμφανίζει ένα χρόνια νόσημα, το 34,4% δύο χρόνια νοσήματα και το 50% από τρία και πάνω χρόνια νοσήματα.

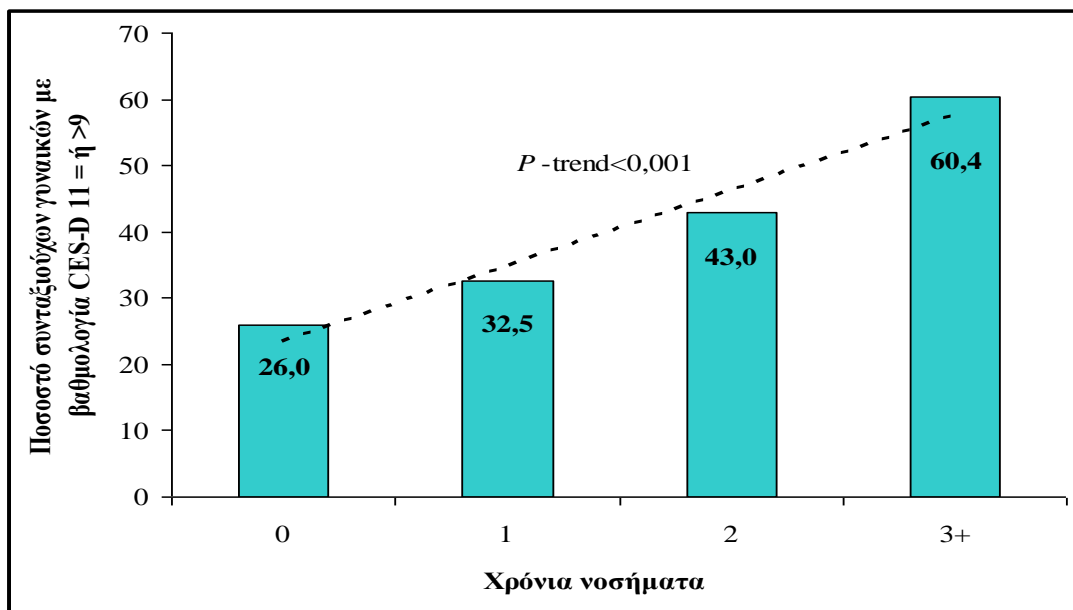


Έλεγχος χ^2 .

Σχήμα 6.4.2. Επιπολασμός αυξημένης βαθμολογίας CES-D 11 των εργαζόμενων γυναικών της μελέτης σε σχέση με τον αριθμό των χρόνιων νοσημάτων.

6.4.3. Συσχέτιση χρόνιων νοσημάτων με κατάθλιψη (βαθμολογία CES-D 11) για συνταξιούχες γυναίκες

Αντίστοιχη αυξητική τάση παρουσιάζεται στις συνταξιούχες στη συσχέτιση χρόνιων νοσημάτων και αυξημένης βαθμολογίας CES-D 11. Πιο αναλυτικά, 26% των συνταξιούχων με αυξημένη βαθμολογία CES-D 11 δεν παρουσιάζουν κανένα χρόνιο νόσημα, 32,5% παρουσιάζει ένα χρόνιο νόσημα, 43% δύο χρόνια νοσήματα και τέλος 60,4% των συνταξιούχων με αυξημένη βαθμολογία CES-D 11 παρουσιάζει τρία και περισσότερα νοσήματα.

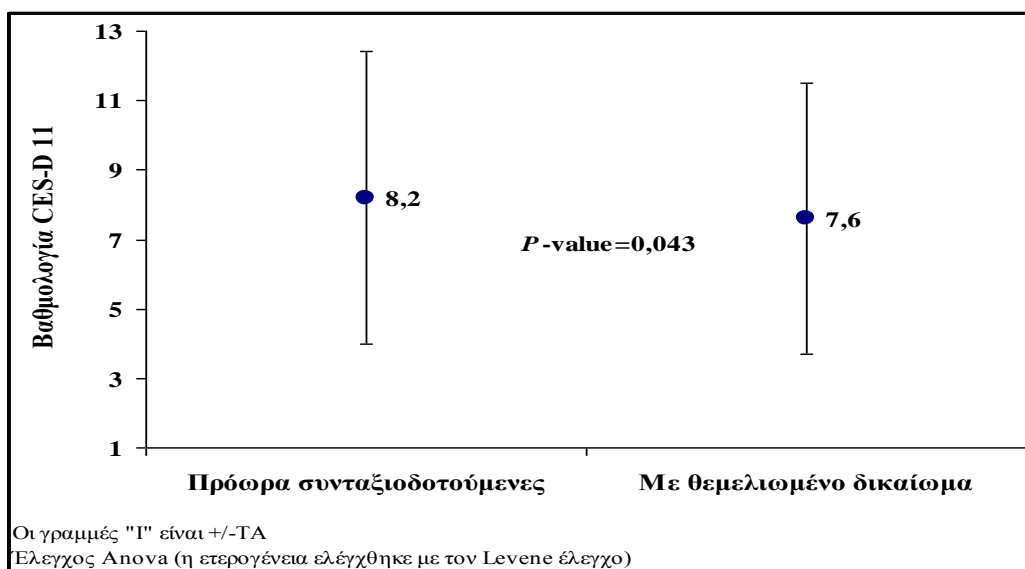


Έλεγχος χ^2 .

Σχήμα 6.4.3. Επιπολασμός αυξημένης βαθμολογίας CES-D 11 των συνταξιούχων γυναικών της μελέτης σε σχέση με τον αριθμό των χρόνιων νοσημάτων.

6.4.4. Συσχέτιση της μέσης βαθμολογίας CES-D 11 των συνταξιούχων γυναικών με πρόωρη συνταξιοδότηση ή με θεμελιωμένο δικαίωμα σύνταξης.

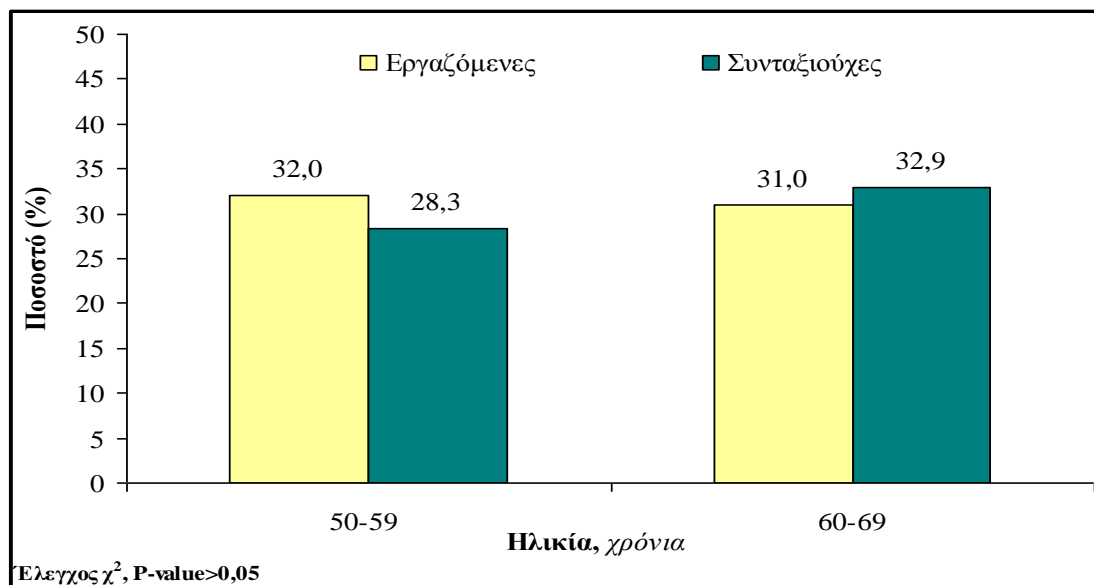
Τα επίπεδα της μέσης βαθμολογίας CES-D 11 των συνταξιούχων γυναικών με πρόωρη συνταξιοδότηση παρουσιάζονται υψηλότερα (8,2) σε σχέση με αυτές που είχαν κατοχυρώσει δικαίωμα σύνταξης (7,6). Η συσχέτιση είναι στατιστικά σημαντική ($p=0,043$).



Σχήμα 6.4.4. Επίπεδα μέσης βαθμολογίας CES-D 11 των συνταξιούχων γυναικών της μελέτης (με πρόωρη συνταξιοδότηση ή με θεμελιωμένο δικαίωμα).

6.4.5 Συσχέτιση μέσης βαθμολογίας CES-D 11 των εργαζόμενων και συνταξιούχων γυναικών σε νεότερες ηλικίες.

Τα επίπεδα μέσης βαθμολογίας CES-D 11 των εργαζόμενων και συνταξιούχων γυναικών της μελέτης στις ηλικίες 50-59 και 60-69 παρουσιάζονται ως εξής. Στις ηλικίες 50-59 παρουσιάζουν ποσοστό κατάθλιψης το 28,3% των συνταξιούχων και το 32% των εργαζομένων, ενώ στις ηλικίες 60-69 οι συνταξιούχες παρουσιάζουν κατάθλιψη σε ποσοστό 32,9%, σε σχέση με το 31% των εργαζόμενων γυναικών.



Σχήμα 6.4.5. Επίπεδα μέσης βαθμολογίας CES-D 11 των εργαζόμενων και συνταξιούχων γυναικών της μελέτης σε νεότερες ηλικίες.

6.5. Συσχέτιση συναισθηματικής υγείας (βαθμολογία CES-D 11) γυναικών μελέτης με δημογραφικούς και κοινωνικούς προσδιοριστικούς παράγοντες (Πίνακας 6.5.)

Έπειτα από ανάλυση πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης της συναισθηματικής υγείας (βαθμολογία CES-D 11) των 739 εργαζομένων και 1247 συνταξιούχων γυναικών της μελέτης μας με τους δημογραφικούς και κοινωνικούς προσδιοριστικούς παράγοντες περιγράφονται τα στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα που παρατηρήθηκαν.

Συγκεκριμένα, η συναισθηματική υγεία των συνταξιούχων γυναικών συσχετίζεται θετικά με την ηλικία όπου $t=2,77$, stand. Betas=0,099 και $p=0,006$.

Η οικογενειακή κατάσταση των συνταξιούχων στην παρούσα ανάλυση χωρίζεται σε δύο κατηγορίες 1:ζώντας μόνη, 2: ζώντας με σύντροφο ή σύζυγο και φαίνεται να σχετίζεται αρνητικά με $t= -2,98$, stand. Betas=0,097 και $p=0,003$.

Τα συμπτώματα υγείας του τελευταίου εξαμήνου των εργαζομένων και των συνταξιούχων φαίνεται να σχετίζονται θετικά με τους μεν $t=4,51$, stand. Betas= $0,200$ και $p<0,001$ και με τους δε $t=5,23$, stand. Betas= $0,172$ και $p<0,001$.

Η ικανοποίηση από τη ζωή διαχωρίζεται σε τρεις κατηγορίες 1:ανικανοποίητη ή πολύ ανικανοποίητη, 2: ικανοποιημένη, 3:πολύ ικανοποιημένη. Η συναισθηματική υγεία των εργαζόμενων γυναικών σχετίζεται αρνητικά με την ικανοποίηση από τη ζωή με stand. Betas= $-0,287$, $t=-6,45$, και $p<0,001$. Αρνητική συσχέτιση ισχύει και για τις συνταξιούχες γυναίκες με $t=-11,79$, stand. Betas= $-0,368$ και $p<0,001$.

Η παρούσα ανάλυση έδωσε ικανοποιητικό R^2 $0,16$ για τις εργαζόμενες και $0,26$ για τις συνταξιούχες.

6.6. Συσχέτιση σωματικής υγείας (χρόνια νοσήματα) γυναικών μελέτης με δημογραφικούς και κοινωνικούς προσδιοριστικούς παράγοντες (Πίνακας 6.6)

Έπειτα από ανάλυση πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης της σωματικής υγείας (χρόνια νοσήματα) των 739 εργαζομένων και 1247 συνταξιούχων γυναικών της μελέτης μας με τους δημογραφικούς και κοινωνικούς προσδιοριστικούς παράγοντες περιγράφονται τα στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα που παρατηρήθηκαν.

Συγκεκριμένα, τα χρόνια νοσήματα των συνταξιούχων γυναικών συσχετίζεται θετικά με την ηλικία όπου $t=2,49$, stand. Betas= $0,084$ και $p=0,013$. Η συσχέτιση παρατηρείται θετική και για τις εργαζόμενες όπου $t=3,90$, stand. Betas= $0,167$ και $p<0,001$.

Η εκπαίδευση στην παρούσα ανάλυση χωρίζεται σε τρεις κατηγορίες 1:Α΄βάθμια, 2: Β΄βάθμια, 3: Γ΄βάθμια. Υπάρχει αρνητική συσχέτιση των χρόνιων νοσημάτων με την εκπαίδευση των συνταξιούχων με $t= -2,10$, stand. Betas= $-0,070$ και $p=0,036$.

Τα συμπτώματα υγείας του τελευταίου εξαμήνου των εργαζομένων φαίνεται να σχετίζονται θετικά με $t=9,22$, stand. Betas= $0,394$ και $p<0,001$ και των συνταξιούχων επίσης θετική συσχέτιση με $t=15,47$, stand. Betas= $0,474$ και $p<0,001$.

Ο δείκτης μάζας σώματος χωρίζεται σε τρεις κατηγορίες στην παρούσα ανάλυση 1:φυσιολογικές στο βάρος, 2:υπέρβαρες, 3:παχύσαρκες. Τόσο, στις εργαζόμενες ,όσο και στις συνταξιούχες υπάρχει θετική συσχέτιση του συγκεκριμένου δείκτη με τα χρόνια νοσήματα όπου στις μεν είναι $t=3,44$, stand. Betas= $0,145$ και $p=0,001$ και στις δε $t=3,77$, stand. Betas= $0,107$ και $p<0,001$.

Η έντονη σωματική άσκηση διαχωρίζεται 1:όχι, 2:ναι. Υπάρχει αρνητική συσχέτιση των χρονίων νοσημάτων με τη συγκεκριμένη κατηγορική μεταβλητή στις συνταξιούχες γυναίκες με $t=-2,49$, $stand. Betas=-0,072$ και $p=0,013$.

Οι παραγωγικές δραστηριότητες, ως εθελοντισμός και άτυπη φροντίδα χωρίζονται σε 1:όχι 2:ναι. Η άτυπη φροντίδα στις συνταξιούχες γυναίκες παρουσιάζει θετική συσχέτιση με $t=2,33$, $stand. Betas=0,020$ και $p=0,020$.

Η ικανοποίηση από τη ζωή διαχωρίζεται σε τρεις κατηγορίες 1:ανικανοποίητη ή πολύ ανικανοποίητη, 2: ικανοποιημένη, 3:πολύ ικανοποιημένη. Τα χρόνια νοσήματα των συνταξιούχων γυναικών σχετίζεται αρνητικά με την ικανοποίηση από τη ζωή με $stand. Betas=-0,067$, $t= -2,31$, και $p=0,021$.

Η παρούσα ανάλυση έδωσε ικανοποιητικό R^2 0,23 για τις εργαζόμενες και 0,36 για τις συνταξιούχες.

6.7. Ανάλυση πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης συναισθηματικής υγείας συνταξιούχων γυναικών με δημογραφικούς και κοινωνικούς προσδιοριστικούς παράγοντες. (Πίνακας 6.7.)

Κατόπιν ανάλυσης πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης της συναισθηματικής υγείας 1155 συνταξιούχων γυναικών της μελέτης (285 με πρόωρη συνταξιοδότηση & 870 με θεμελιωμένο δικαίωμα), με δημογραφικούς και κοινωνικούς προσδιοριστικούς παράγοντες, περιγράφονται τα στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα.

Οι κατηγορική μεταβλητή του εισοδήματος χωρίζεται ως εξής: 1: <€10000, 2: 10000-19999, 3: 20000-29999, 4: 30000+. Υπάρχει αρνητική συσχέτιση των συνταξιούχων με θεμελιωμένο δικαίωμα σύνταξης με το ετήσιο οικογενειακό εισόδημα όπου $t=-2,53$, $stand. Betas=-0,117$ και $p=0,012$.

Η μέτρια σωματική άσκηση διαχωρίζεται 1:όχι, 2:ναι. Υπάρχει αρνητική συσχέτιση των συνταξιούχων με πρόωρη συνταξιοδότηση με τη συγκεκριμένη μεταβλητή με $t=-2,56$, $stand. Betas=-0,181$ και $p=0,011$.

Αναφορικά με την ικανοποίηση από τη ζωή, η συναισθηματική υγεία σχετίζεται αρνητικά στις συνταξιούχες γυναίκες, τόσο με κατοχυρωμένο δικαίωμα σύνταξης ($stand. Betas=-0,232$, $t=-5,59$, και $p<0,001$), όσο και με πρόωρη συνταξιοδότηση ($stand. Betas=-0,250$, $t=-3,66$, και $p<0,001$).

Η παρούσα ανάλυση έδωσε ικανοποιητικό R^2 0,16 για τις συνταξιούχες με πρόωρη συνταξιοδότηση και R^2 0,13 για τις συνταξιούχες με θεμελιωμένο δικαίωμα σύνταξης.

7. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η παρούσα μελέτη αποτελεί μια προσπάθεια διερεύνησης της σχέσης της εργασιακής κατάστασης των γυναικών στην Ελλάδα οι οποίες βρίσκονται στην ηλικία 50+ με τη σωματική και συναισθηματική υγεία τους. Μέσα από την ερμηνεία των αποτελεσμάτων επιδιώκεται να διερευνηθεί η συσχέτιση της εργασιακής κατάστασης των γυναικών στην Ελλάδα με τη σωματική και συναισθηματική τους υγεία και να ανιχνευτεί η σχέση δημογραφικών και κοινωνικο-οικονομικών χαρακτηριστικών γυναικών 50+ στην Ελλάδα με τη σωματική και συναισθηματική υγεία.

Η σπουδαιότητα της παρούσας εργασίας βασίζεται στην αξιοποίηση των δεδομένων της μελέτης SHARE (2004) προκειμένου να διερευνηθούν αλληλεπιδράσεις μεταξύ υγείας και εργασιακής κατάστασης των γυναικών στην Ελλάδα. Η αξιοπιστία και η εγκυρότητα των δεδομένων έγκειται στον αντιπροσωπευτικό και πολυδιάστατο χαρακτήρα των δεδομένων που συλλέχθηκαν και αξιοποιήθηκαν έπειτα από πολύχρονες διαδικασίες και στάδια.

Επομένως η εφαρμογή της συγκεκριμένης μελέτης και η αξιοποίηση των αποτελεσμάτων που διεξήχθησαν μπορούν να συνεισφέρουν στην ελληνική επιστημονική βιβλιογραφία, αναδείξουν τους παράγοντες εκείνους που επηρεάζουν την σωματική και ψυχική υγεία των γυναικών στην Ελλάδα και να αποτελέσουν έναυσμα για περαιτέρω διαχρονική διερεύνηση των παραπάνω συσχετίσεων με σημαντικά ευρήματα για τη Δημόσια Υγεία.

Σύμφωνα με τα κυριότερα αποτελέσματα, παρατηρείται ως προς την ηλικιακή ομάδα 60-69 των γυναικών της έρευνας, πολύ χαμηλή συχνότητα εμφάνισης εργαζομένων γυναικών (16,4%) σε αντίθεση με τις συνταξιούχες που στην εν λόγω ηλικιακή ομάδα έχουν διπλάσιο ποσοστό (34,6%). Επιπλέον, είναι ιδιαίτερα ενδιαφέρον ότι η αυτοαξιολόγηση της υγείας των γυναικών της μελέτης απέδειξε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των εργαζομένων (88,2%) και των συνταξιούχων (49,8%) ανέφεραν πολύ καλή ή καλή υγεία, ενώ ελάχιστο ποσοστό (1,9%) των εργαζομένων ανέφερε κακή υγεία. Επίσης, τα αποτελέσματα που αφορούν στον περιορισμό της λειτουργικότητας σε καθημερινές δραστηριότητες τους τελευταίους έξι μήνες λόγω υγείας δείχνουν ότι η πλειοψηφία των εργαζομένων (89,6%) δεν έχει κανένα περιορισμό ως προς την λειτουργικότητα τους, το 48,6% της ίδιας κατηγορίας δεν αναφέρει ότι αντιμετωπίζει κανένα χρόνιο νόσημα και κανένα σύμπτωμα το τελευταίο εξάμηνο (48,6%). Σύμφωνα μάλιστα με τη βιβλιογραφία, οι άνθρωποι με καλή υγεία έχουν την τάση να εργάζονται περισσότερο και παράλληλα, όπως φαίνεται στα ευρήματα των μελετών των Borsch-Supan, Brugiavini & Crodo (2009)

επιβεβαιώνεται η παρουσία μιας μεγάλης “unused labour capacity” στις χώρες της Ευρώπης.

Υπάρχει, δηλαδή, ένα μεγάλο ποσοστό συνταξιούχων στις ηλικίες 50 – 64 οι οποίοι είναι εκτός του εργατικού δυναμικού, παρά την καλή κατάσταση της υγείας τους (Borsch-Supan et al. 2008). Η παρούσα έρευνα επιβεβαιώνει το παραπάνω εύρημα, καθώς παρουσιάζει ένα υψηλό ποσοστό συνταξιούχων γυναικών στην Ελλάδα (59,7%) χωρίς καμία δυσκολία στη λειτουργικότητα, ένα αρκετά ικανοποιητικό ποσοστό να μην δηλώνει κανένα (17,6%) ή ένα χρόνιο νόσημα (30,7%) και κανένα (31,8%) ή ένα (30,2) σύμπτωμα στην υγεία του το τελευταίο εξάμηνο.

Η κατάσταση της υγείας εξαρτάται, μεταξύ άλλων, από την ατομική συμπεριφορά και τις συμπεριφορές υγείας, οι οποίες επηρεάζονται από κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες (Mortensen, 2005). Όπως διαφαίνεται και στην παρούσα μελέτη το μεγαλύτερο ποσοστό των εργαζομένων καπνίζει, ενώ στις συνταξιούχες γυναίκες οι καπνίστριες (43%) αντιπροσωπεύουν το μικρότερο ποσοστό (18%). Ο ετήσιος κίνδυνος θανάτου σε γυναίκες που συνεχίζουν να καπνίζουν σχεδόν διπλασιάζεται, σε σχέση με τα άτομα που δεν έχουν ποτέ καπνίσει, σε όλες τις ηλικιακές ομάδες από 45 έως 74 ετών (Pitsiou et al, 2007).

Αντίστοιχα, μελετώντας το δείκτη μάζας σώματος των γυναικών της έρευνας παρατηρείται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των εργαζομένων (54,7%), αλλά και των συνταξιούχων (48%), είναι υπέρβαρες. Στην Ελλάδα, το 41,1% των ανδρών και το 29,9% των ανδρών είναι υπέρβαροι, ενώ το 26% των ανδρών και το 18,2% των γυναικών είναι παχύσαρκοι (Τσιλιγκίρογλου-Φαχαντίδου, Μαυροβουνιώτης, Αργυριάδου & Πασπάλα, 2010). Επιπλέον η απώλεια βάρους των γυναικών μεταξύ της ηλικίας των 50 σχετίζεται με υψηλότερη θνησιμότητα. (Diehr, 1998).

Η ικανοποίηση από την ζωή είναι ιδιαίτερα υψηλή για τις συμμετέχουσες της έρευνας και στις δυο περιπτώσεις εργασιακής κατάστασης. Ωστόσο, πολύ ικανοποιημένες δηλώνουν περισσότερο οι εργαζόμενες σε σχέση με τις συνταξιούχες (43,5% και 34,7% αντίστοιχα) και αντίθετα ανικανοποίητες ή πολύ ανικανοποίητες δηλώνει υψηλότερο ποσοστό συνταξιούχων σε σχέση με αυτό των εργαζομένων (12,5% και 8,4% αντίστοιχα). Μάλιστα, τα επίπεδα μέσης βαθμολογίας CES-D 11 φαίνεται να είναι υψηλότερα στις συνταξιούχες (8) από ότι στις εργαζόμενες (7) συμμετέχουσες της έρευνας αποδεικνύοντας την σπουδαιότητα της παράτασης του εργασιακού βίου στην καλύτερη ψυχική κατάσταση του ατόμου. Η συνέχιση της δραστηριοποίησης και η ενεργή συμμετοχή μετά τη συνταξιοδότηση έχουν δείξει να έχουν θετικά αποτελέσματα στην

κοινωνικοποίηση και ενδυνάμωση του ατόμου (Tesch-Römer, 2009). Συγκεκριμένα, στρατηγικές που στοχεύουν στη διατήρηση της απασχόλησης για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα τονίζουν τη σημασία της προαγωγής της ευεξίας και της σωματικής και ψυχικής υγείας (Westerlund et al., 2009). Η πρόωρη ή ακούσια συνταξιοδότηση επιδρά αρνητικά τόσο σωματικά, όσο και ψυχικά στον εργαζόμενο, ενώ αντίθετα μελέτες δείχνουν ότι η κατάσταση της υγείας βελτιώνεται έπειτα από εκούσια και οικειοθελή συνταξιοδότηση (Burdorf, 2010; Rice et al., 2011). Επίσης, ο επανασχεδιασμός της επαγγελματικής ζωής των εργαζομένων μεγαλύτερης ηλικίας έχει ως αποτέλεσμα την καλύτερευση της υγείας και την αύξηση της ικανοποίησης με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας ζωής, την αύξηση της παραγωγικότητας και την παραμονή μεγαλύτερου ποσοστού του πληθυσμού στην εργασία (Westerlund et al., 2009).

Επιπλέον, στα αποτελέσματα της έρευνας ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η συσχέτιση χρόνιων νοσημάτων με τα συμπτώματα κατάθλιψης και στις δύο περιπτώσεις εργασιακής κατάστασης των γυναικών. Συγκεκριμένα, διαφαίνεται ότι και στις δύο περιπτώσεις παρατηρείται αυξητική τάση των χρόνιων νοσημάτων, όσο αυξάνεται η βαθμολογία CES-D 11. Η αυξητική τάση ωστόσο παρουσιάζεται υψηλότερη στις συνταξιούχες για τις περιπτώσεις εκείνες που αναφέρουν δύο ή τρία χρόνια νοσήματα. Τα παραπάνω αποτελέσματα σε συνδυασμό με τα αποτελέσματα των περιγραφικών χαρακτηριστικών που αναφέρουν ότι ποσοστό 10,1% του συνόλου των ερωτώμενων είναι ηλικίας 80+ καθιστούν κατανοητό ότι η γήρανση και η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης εκθέτει τους ανθρώπους σε νέες μορφές νοσηρότητας. Η τεράστια πρόοδος στον τομέα της υγείας ιδιαίτερα στις αναπτυγμένες χώρες, οδήγησε στη μείωση των θανάτων από ορισμένες χρόνιες παθήσεις, αλλά ταυτόχρονα και στην αύξηση της συχνότητας εμφάνισής τους (Mortensen, 2005). Επομένως, η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης έχει ως αποτέλεσμα οι άνθρωποι να ζουν περισσότερα έτη με χρόνιες παθήσεις και παράλληλα να έχουν περισσότερο χρόνο να αναπτύξουν άλλες ασθένειες (Barret, 1994; Franceschi et al., 2000; Nusselder & Mackenbach, 2000). Επιπλέον, τα παραπάνω αποτελέσματα μας επιβεβαιώνουν την αμφίδρομη και σύνθετη σχέση και αλληλεπίδραση των σωματικών και ψυχικών διαταραχών (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Πρόνοιας, 2004).

Επίσης, αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι υπάρχει αρνητική συσχέτιση μεταξύ των χρόνιων νοσημάτων και του εκπαιδευτικού επιπέδου των γυναικών. Η εκπαίδευση, όσο και η κοινωνική τάξη ως κοινωνικο-οικονομικοί δείκτες συνδέονται στενά με τους παράγοντες κινδύνου χρόνιας νοσηρότητας και θνησιμότητας. Μεταξύ ατόμων που φροντίζουν για την υγεία τους κατά το παρελθόν, ο κίνδυνος θνησιμότητας είναι ελαφρώς

αυξημένος για τα άτομα με στοιχειώδη ή ελλιπή στοιχειώδη εκπαίδευση και μειωμένος για τα άτομα με δευτεροβάθμια ή επαγγελματική βασική εκπαίδευση (Tobiasz et al., 2007). Ωστόσο, τα αποτελέσματα ερμηνεύονται και δεν επιβεβαιώνουν το θεωρητικό μέρος αφού όπως διαφάνηκε από τα αποτελέσματα το εκπαιδευτικό επίπεδο των γυναικών της έρευνας παρουσιάζεται πολύ χαμηλό.

Επιπρόσθετα, τα χρόνια νοσήματα των γυναικών σχετίζονται θετικά με την ηλικία των συνταξιοδοτούμενων και εργαζομένων γυναικών, καθώς και με τα συμπτώματα υγείας του τελευταίου εξαμήνου. Με εξαίρεση τα καρδιαγγειακά, σε όλα τα επιμέρους χρόνια νοσήματα, το ποσοστό είναι μεγαλύτερο στις γυναίκες. Αξιοσημείωτες περιπτώσεις είναι η οστεοαρθρίτιδα ισχίου ή γόνατος και οι αγγώδεις διαταραχές, όπου οι γυναίκες δηλώνουν πάσχουσες σε υπερτριπλάσιο ποσοστό σε σχέση με τους άνδρες (Borsch-Supan et al., 2008).

Τα χρόνια νοσήματα σχετίζονται επίσης, θετικά με το δείκτη μάζας σώματος των συνταξιούχων και των εργαζομένων. «Η παχυσαρκία συνδέεται με χρόνια νοσήματα, όπως η αρτηριακή υπέρταση, ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2, η καρδιαγγειακή νόσος, το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, το σύνδρομο άπνοιας ύπνου και οι ορμονοεξαρτώμενοι καρκίνοι, όπως ο καρκίνος του μαστού και ο καρκίνος του προστάτη. Όλες αυτές οι επιπτώσεις της παχυσαρκίας αποτελούν σημαντικό παράγοντα νοσηρότητας και θνησιμότητας». (Κατσίκης, Φλωράκης & Πανίδης, 2009).

Η μέση βαθμολογία CES-D 11 των συνταξιούχων με πρόωρη συνταξιοδότηση και των συνταξιούχων με θεμελιωμένο δικαίωμα σύνταξης απέδειξε ότι οι πρόωρα συνταξιοδοτούμενοι είχαν υψηλότερα επίπεδα μέσης βαθμολογίας CES-D 11 (8,2) σε σχέση με τις συνταξιοδοτούμενες με κατοχυρωμένο δικαίωμα σύνταξης (7,6). Η πρόωρη συνταξιοδότηση, κυρίως πριν την ηλικία των 55 ετών, κυρίως σε περιπτώσεις ακούσιας και αναγκαστικής συνταξιοδότησης, μπορεί να έχει αρνητικές επιδράσεις στην υγεία (Harkonmaki et al., 2006). Η σημασία που έχει η ηλικία στη συνταξιοδότηση φαίνεται από τη συσχέτισή της με τον κίνδυνο θνησιμότητας και από τις επιπτώσεις της στη σωματική, ψυχική και υποκειμενική υγεία (Tesch-Romer, 2009). Οι άνθρωποι που συνταξιοδοτούνται χωρίς τη θέλησή τους, έχουν χειρότερη υγεία μακροπρόθεσμα σε αντίθεση με άτομα που συνταξιοδοτούνται έγκαιρα και τα οποία φαίνεται να μην παρουσιάζουν δυσμενείς αλλαγές στην υγεία τους (Szinovacz & Davey, 2004). Η ακούσια έξοδος από την εργασία έχει διαρκείς αρνητικές επιπτώσεις και στην υποκειμενική υγεία (Tesch-Römer, 2009).

Επιπλέον, σύμφωνα με τα αποτελέσματα, υπάρχει αρνητική συσχέτιση της συναισθηματικής υγείας των συνταξιούχων με κατοχυρωμένο δικαίωμα σύνταξης καθώς και με πρόωρη συνταξιοδότηση σε σχέση με την ικανοποίηση από τη ζωή. Η συνταξιοδότηση συσχετίζεται αρνητικά με τη σωματική και ψυχική υγεία όταν αυτή πραγματοποιείται κάτω από διάφορες συνθήκες, όπως αυτές περιγράφηκαν στο θεωρητικό μέρος. Πιο συγκεκριμένα, σχετικά με την πρόωρη συνταξιοδότηση, η υποβάθμιση της ψυχικής υγείας που συνοδεύει ένα πρώιμο πέρασμα στη συνταξιοδότηση φαίνεται να υποχωρεί με την πάροδο του χρόνου (Sharpley & Layton, 1998). Όσο περνάει ο καιρός, τα ψυχικά συμπτώματα που σχετίζονται με την πρόωρη μετάβαση στη σύνταξη υποχωρούν. Αναφορικά με τη συνταξιοδότηση γύρω στην ηλικία των 65 ετών, δεν οδηγεί σε απώλεια ή κέρδος της υγείας, υπό τον όρο ότι πραγματοποιείται κατά ή γύρω από το χρόνο που ορίζεται από την κοινωνία ως "πρότυπο συνταξιοδότησης" (Tesch-Römer, 2009).

Πιο συγκεκριμένα, και συνδυαζόμενο με το παραπάνω, η συσχέτιση αποτελεσμάτων της βαθμολογίας CES-D 11 με τις ηλικιακές ομάδες 50-59 και 60-69 και στις δύο κατηγορίες εργασιακής κατάστασης των γυναικών της έρευνας δείχνει ότι οι εργαζόμενες εμφανίζουν υψηλότερο ποσοστό συμπτωμάτων κατάθλιψης σε σχέση με τις συνταξιούχες (32% και 28,3% αντίστοιχα) στην ηλικιακή ομάδα 50-59, ενώ αντίθετα στην ηλικιακή ομάδα των 60-69 εμφανίζουν μεγαλύτερο ποσοστό κατάθλιψης οι συνταξιούχες σε σχέση με τις εργαζόμενες (32,9% και 31% αντίστοιχα). Επομένως, η σχέση της εργασίας με τη σωματική και ψυχική υγεία είναι αμφίδρομη. Αυτή η σύνθεση χαρακτηρίζει την πολυπλοκότητα της μεταξύ τους σχέσης. Η σχέση εργασίας και υγείας, επιβεβαιώνει ότι οι κακές συνθήκες εργασίας είναι συχνά συνδεδεμένες με προβλήματα υγείας και πρόωρη συνταξιοδότηση (Burdorf, 2010; Mein et al., 2003; Borsch-Supan et al., 2008). Επίσης, η κακή υγεία είναι σημαντικός προγνωστικός δείκτης αποχώρησης από τη εργασία κυρίως μεταξύ των ηλικιών 50 – 64 (Borsch-Supan et al., 2008). Συνδυαστικά με άλλους καθοριστικούς παράγοντες η συνταξιοδότηση μπορεί να οδηγήσει σε συμπτώματα κατάθλιψης όχι μόνο στα πρώτα χρόνια της συνταξιοδότησης, αλλά και μακροπρόθεσμα (Borsch-Supan et al., 2008). Στη μελέτη των Mein et al. (2003) η ψυχική υγεία φαίνεται να βελτιώνεται μετά τη συνταξιοδότηση, μόνο σε αυτούς που απασχολούνταν σε υψηλές βαθμίδες της απασχόλησης. Η αποχώρηση από την εργασία για τα άτομα που αντιμετωπίζουν ήδη υψηλό επίπεδο εργασιακών απαιτήσεων μπορεί να θεωρηθεί περισσότερο ως ανακούφιση παρά ως παράγοντας άγχους. Η παραπάνω αντίληψη

ενισχύεται όταν συνδυάζονται έντονες εργασιακές απαιτήσεις και πίεση στην οικογενειακή ζωή (Coursole, 2010).

Σύμφωνα με την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας που έγινε παραπάνω, η οικογενειακή κατάσταση έχει σαφείς επιπτώσεις στην ψυχική υγεία των ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας. «Από σύγκριση έγγαμων και άγαμων ατόμων όλων των ηλικιών διαπιστώνεται ότι οι παντρεμένες γυναίκες είναι λιγότερο πιθανό να αναφέρουν συμπτώματα κατάθλιψης» (Earle, Smith, Harris & Longino, 1998). Ωστόσο, δεν επιβεβαιώνεται από τα αποτελέσματα της έρευνας γιατί η συναισθηματική υγεία των γυναικών σχετίζεται αρνητικά με την οικογενειακή τους κατάσταση, δηλαδή τόσο οι έγγαμες, όσο και οι άγαμες γυναίκες, παρουσιάζουν τα ίδια ποσοστά κατάθλιψης.

Αντίθετα, υπάρχει θετική συσχέτιση με την ηλικία τους, επιβεβαιώνοντας και την βιβλιογραφική ανασκόπηση. Οι συνταξιούχες είναι αυτές στις οποίες και εμφανίζεται σύνδεση της ηλικίας τους με τη συναισθηματική τους υγεία και αυτό ερμηνεύεται με βάση το γεγονός ότι η ηλικία διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην ψυχολογική κατάσταση των γυναικών 50+. Η ηλικία λειτουργεί επιβαρυντικά καθώς το ποσοστό των ατόμων με κακή υγεία αυξάνεται σταθερά με την ηλικία (Rostad, 2009). Μάλιστα, οι γυναίκες αναφέρουν περισσότερο ψυχολογική καταπόνηση από τους άνδρες και η διαφορά αυξάνεται με την αύξηση της ηλικίας (McDonough & Strohschein, 2003).

Επιπλέον, από τα ευρήματα της παρούσας μελέτης η άτυπη φροντίδα βρέθηκε να σχετίζεται θετικά με τα χρόνια νοσήματα στις συνταξιούχες. Ο διπλός ρόλος των γυναικών που συνδυάζουν εργασία, φροντίδα οικογένειας και ευθύνη του νοικοκυριού, τους δίνει ένα ισχυρό κίνητρο για συνταξιοδότηση ή τις ενθαρρύνει να μείνουν εκτός αγοράς εργασίας (Mortensen, 2005).

Η μειωμένη συμμετοχή των ελλήνων στον εθελοντισμό επιβεβαιώνεται και μέσα από την εν λόγω έρευνα, καθώς προκύπτει ότι τόσο στις εργαζόμενες, όσο και στις συνταξιούχες (4,2% και 3,0% αντίστοιχα) τα ποσοστά να είναι ιδιαίτερα χαμηλά.

Λόγω της συνεχιζόμενης τάσης προς τη συνταξιοδότηση και την ταυτόχρονη αύξηση του προσδόκιμου ζωής, οι ηλικιωμένοι πολίτες αναζητούν νέες προκλήσεις. Μία ευκαιρία για ενεργό ζωή στη συνταξιοδότηση είναι η εθελοντική συμμετοχή. Οι ηλικιωμένες γυναίκες μπορούν να αξιοποιήσουν τον ελεύθερο χρόνο τους μέσα από την εμπλοκή τους σε εθελοντικά προγράμματα. Η χρήση εθελοντών μπορεί να βοηθήσει περαιτέρω στη σχέση κόστους - αποτελεσματικότητας ενός σχεδίου και παράλληλα να συμβάλει θετικά στην

υγεία τους (Lis, Reichert, Cosack, Billings & Brown, 2008). Μάλιστα, η συνεχής συμμετοχή στην εργασία και τον εθελοντισμό παρέχουν ευκαιρίες για κοινωνική αλληλεπίδραση, κοινωνική δικτύωση, δέσμευση και σχετίζονται με αυξημένη ευεξία (Schwingel, 2009).

Όπως προκύπτει από τα παραπάνω, τα πιο σημαντικά εργαλεία για την ομαλή μετάβαση και υγιή προσαρμογή στη «τρίτη φάση της ζωής» φαίνεται να είναι η διερεύνηση των παραγόντων που ενθαρρύνουν ένα υγιή τρόπο ζωής, η πρόληψη της ασθένειας και η ενθάρρυνση της ικανότητας για εργασία. Για το σκοπό αυτό οι πολιτικές δημόσιας υγείας χρειάζεται να σχεδιάζονται και να επικεντρώνονται προς αυτή την κατεύθυνση.

7.1. Περιορισμοί μελέτης

Η παρούσα μελέτη συμβάλλει στην ελλιπή βιβλιογραφία για τη σωματική και ψυχική υγεία των γυναικών 50 και άνω στην Ελλάδα. Ωστόσο, μπορούν να αναφερθούν συγκεκριμένες αδυναμίες της. Αρχικά, τα δεδομένα της παρούσας έρευνας βασίστηκαν στην μελέτη SHARE (wave 1) και αναλύθηκαν έπειτα από επτά έτη (2010 - 2011) που η Ελλάδα λόγω της οικονομικής κρίσης, αντιμετωπίζει διαφορετικά δεδομένα ως προς το εργασιακό και συνταξιοδοτικό καθεστώς. Επομένως, το ίδιο ερωτηματολόγιο θα έδινε διαφορετικά αποτελέσματα για τη σωματική και συναισθηματική υγεία των γυναικών της Ελλάδας σήμερα.

Επίσης, η σωματική υγεία των γυναικών της έρευνας μετρήθηκε από τον αριθμό των χρόνιων νοσημάτων, χωρίς να αναφέρονται τα είδη των χρόνιων νοσημάτων. Στη συναισθηματική υγεία χρησιμοποιήθηκε το εργαλείο μέτρησης της κατάθλιψης CES-D 11 με αποτέλεσμα να μην μπορούμε να έχουμε ολοκληρωμένη αντίληψη για άλλες ψυχικές ασθένειες.

Τέλος, στην ανάλυση των αποτελεσμάτων παρατηρήθηκε υψηλός αριθμός missing values με αποτέλεσμα η επεξεργασία τους να είναι αδύνατη λόγω μη εγκυρότητας και αξιοπιστίας. Χαρακτηριστικά, στο ερώτημα που αφορούσε το λόγο της συνταξιοδότησης των γυναικών υπήρχαν πολλές κενές απαντήσεις για την Ελλάδα με αποτέλεσμα με τα δεδομένα αυτά να μην μπορούν να ακολουθήσουν κάποια ανάλυση.

8. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η παρούσα μελέτη εξετάζει την πολυπλοκότητα της σχέσης της υγείας και της εργασιακής κατάστασης των γυναικών στην Ελλάδα. Συγκεκριμένα η λειτουργικότητα τους, λόγω υγείας, σε καθημερινές δραστηριότητες στους τελευταίους έξι μήνες καθώς και η εμφάνιση χρόνιων νοσημάτων, φαίνεται να εμφανίζονται με μικρότερη συχνότητα στις εργαζόμενες σε σχέση με τις συνταξιούχες επιβεβαιώνοντας ότι η αυτοαναφερόμενη υγεία τους είναι καλύτερη. Παράλληλα, φαίνεται μεγάλος αριθμός συνταξιούχων γυναικών να μην εμφανίζει καμία δυσκολία λειτουργικότητας ή χρόνιο νόσημα.

Επιπλέον εύρημα της μελέτης αποτελεί η σύνδεση της κατάστασης υγείας με την ατομική συμπεριφορά και τις συμπεριφορές υγείας. Συγκεκριμένα, παρουσιάζεται υψηλός δείκτης μάζας σώματος στις γυναίκες ανεξάρτητα από την εργασιακή τους κατάσταση και οι εργαζόμενες φαίνεται να είναι οι περισσότερες καπνίστριες. Οι δυο παραπάνω μεταβλητές είναι σημαντικοί επιβαρυντικοί παράγοντες εμφάνισης χρόνιων νοσημάτων στις γυναίκες.

Επιπρόσθετα, παράγοντας που επηρεάζει τα χρόνια νοσήματα στις συνταξιούχες γυναίκες είναι ο ρόλος του φροντιστή που επωμίζεται το βάρος της φροντίδας της οικογένειας και του νοικοκυριού.

Σχετικά με τη συναισθηματική υγεία των γυναικών της μελέτης φαίνεται ότι οι εργαζόμενες δηλώνουν μεγαλύτερη ικανοποίηση από τη ζωή σε σχέση με τις συνταξιούχες. Ωστόσο, ανεξάρτητα από την εργασιακή κατάσταση των γυναικών η βαθμολογία της κατάθλιψης τους αυξάνεται και σε σχέση με δημογραφικούς παράγοντες, όπως είναι η ηλικία.

Επιπρόσθετα, η κατάθλιψη φαίνεται να εμφανίζεται συχνότερα στις γυναίκες που έχουν συνταξιοδοτηθεί πρόωρα σε σχέση με αυτές που έχουν θεμελιωμένο δικαίωμα σύνταξης. Ιδιαίτερα, στις εργαζόμενες που βρίσκονται στην ηλικιακή ομάδα 50–59 τα επίπεδα κατάθλιψης είναι υψηλότερα συγκριτικά με τις συνταξιούχες της ίδιας ηλικιακής ομάδας. Αντίθετα, οι συνταξιούχες που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 60–69 εμφανίζουν υψηλότερά ποσοστά κατάθλιψης σε σχέση με τις εργαζόμενες.

Τα παραπάνω ευρήματα καλό θα ήταν να διερευνηθούν και άλλες παραμέτρους που θεωρούνται σημαντικές, όπως είναι η συσχέτιση των εργασιακών συνθηκών στην ηλικιακή ομάδα 50–59 και η αξιοποίηση του ελεύθερου χρόνου και η παράταση του εργασιακού βίου στην ηλικιακή ομάδα 60–69.

9. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η μεταβολή της σύνθεσης του ελληνικού πληθυσμού συμβαδίζει με τις αλλαγές που παρατηρούνται στις υπόλοιπες ευρωπαϊκές χώρες και αναμένεται να ακολουθήσει παρόμοια πορεία και στις επόμενες δεκαετίες. Προβλέπεται ότι αυτή η εξέλιξη θα οδηγήσει σε αύξηση της ζήτησης και χρήσης των υπηρεσιών υγείας λόγω των αυξημένων αναγκών των ηλικιωμένων, ιδιαίτερα σε ό,τι αφορά σε νοσήματα φθοράς και χρόνια προβλήματα υγείας (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2008).

Η απασχόληση είναι ωφέλιμη για τη σωματική και ψυχική υγεία. Η ψυχική υγεία και η ευημερία του εργατικού δυναμικού αποτελεί βασικό πόρο για την παραγωγικότητα και την καινοτομία. Ο ρυθμός και η φύση της εργασίας αλλάζει, οδηγώντας σε πιέσεις για την ψυχική υγεία και ευεξία. Απαιτείται δράση για την αντιμετώπιση της πρόωρης συνταξιοδότησης, ώστε να αξιοποιηθεί το ανεκμετάλλετο δυναμικό για τη βελτίωση της παραγωγικότητας που συνδέεται με το στρες και ψυχικές διαταραχές.

Η συνταξιοδότηση και η γήρανση πολλές φορές συνοδεύεται από ορισμένους παράγοντες κινδύνου, όπως είναι η απώλεια της κοινωνικής στήριξης και η εμφάνιση σωματικών νοσημάτων και συναισθηματικών διαταραχών. Η προαγωγή της υγείας και η παράταση του επαγγελματικού βίου αποτελεί ένα από τους κυριότερους στόχους που συμβάλλει στη βελτίωση των παραπάνω.

Η προώθηση της ενεργού συμμετοχής των ηλικιωμένων στην κοινωνική ζωή, συμπεριλαμβανομένης της προώθησης της σωματικής δραστηριότητάς και η δυνατότητα εκπαιδευτικών ευκαιριών μπορούν να συμβάλλουν προς αυτή την κατεύθυνση. Επίσης, άλλες προτάσεις που θα πρέπει να εξεταστούν είναι η ανάπτυξη ευέλικτων συστημάτων συνταξιοδότησης τα οποία να επιτρέπουν σε άτομα και μετά τη συνταξιοδότηση να παραμείνουν στην εργασία τους με καθεστώς πλήρους ή μερικής απασχόλησης, η παροχή μέτρων για την προώθηση της ψυχικής υγείας και ευημερίας για τους ηλικιωμένους και η λήψη μέτρων για την υποστήριξη των φροντιστών.

Ο εργασιακός χώρος επίσης, διαδραματίζει κεντρικό ρόλο στην κοινωνική ένταξη των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας. Οι φορείς χάραξης πολιτικής, των κοινωνικών εταίρων και εμπλεκόμενων φορέων καλούνται να αναλάβουν δράση για την ψυχική υγεία στο χώρο εργασίας, εστιάζόμενοι κυρίως στην βελτίωση της οργάνωσης της εργασίας, στην οργανωτική κουλτούρα, τις πρακτικές ηγεσίας για την

προώθηση της ψυχικής ευεξίας στην εργασία και τη συμφιλίωση της επαγγελματικής και οικογενειακής ζωής. Επίσης, η εφαρμογή προγραμμάτων ψυχικής υγείας και ευεξίας με την αξιολόγηση των κινδύνων και η πρόληψη καταστάσεων που μπορούν να προκαλέσουν αρνητικές επιπτώσεις στην ψυχική υγεία των εργαζομένων (στρες, καταχρηστική συμπεριφορά, όπως η βία ή παρενόχληση στο χώρο εργασίας, το αλκοόλ, ναρκωτικά) μπορεί να συμβάλει στην έγκαιρη παρέμβαση στους χώρους εργασίας. Ενώ, παράλληλα μπορούν να ληφθούν μέτρα για τη στήριξη, την πρόσληψη, τη διατήρηση ή την αποκατάσταση και την επιστροφή στην εργασία των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας (Costa, 2011; European Commission, 2010).

Ιδιαίτερα για εργαζομένους που παράλληλα ασκούν και το ρόλο του φροντιστή και προς όφελος της συμφιλίωσης της επαγγελματικής και οικογενειακής ζωής, μπορεί να παρέχεται η δυνατότητα ελεύθερης επιλογής, η δυνατότητα εναλλαγής μεταξύ πλήρους και μερικής απασχόλησης, καθώς και η μη διακριτική μεταχείριση των μερικώς απασχολούμενων (Κ.Ε.Θ.Ι., 2005). Απαιτείται περισσότερη έρευνα για τη σχέση μεταξύ της συνταξιοδότησεως και φροντίδας ώστε να διερευνηθεί ο βαθμός και οι επιπτώσεις της φροντίδας στα σχέδια συνταξιοδότησης, στο εισόδημα, καθώς και στη σωματική και ψυχική υγεία των συνταξιούχων φροντιστών. Οι πληροφορίες αυτές μπορούν στη συνέχεια να ενσωματωθούν στον προγραμματισμό της συνταξιοδότησης ώστε να προετοιμάσουν καλύτερα τους εργαζομένους μεγαλύτερης ηλικίας για το σημαντικό αυτό ρόλο. Επίσης, η φροντίδα μπορεί να επιφέρει σημαντικές αλλαγές στα συνταξιοδοτικά προγράμματα. Οι οικονομικές επιπτώσεις ενός φροντιστή κατά τη διάρκεια της επαγγελματικής του ζωής μπορεί επίσης να είναι περισσότερο αισθητή κατά τη συνταξιοδότησή του, λόγω της έλλειψης ευκαιριών για εξοικονόμηση εισφορών στα ταμεία συντάξεων (Dow & Meyer, 2010).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Back, J.H., & Lee, Y. (2010). Gender differences in the association between socioeconomic status (SES) and depressive symptoms in older adults. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 52(3), 140-144.
- Bamia, C., Trichopoulou, A. & Trichopoulos, D. (2008). Age at Retirement and Mortality in a General Population Sample The Greek EPIC Study. *American Journal of Epidemiology*, 167 (5), 561-569.
- Barer, B.M. (1994). Men and women aging differently. *International journal of aging & human development*, 38(1), 29–40.
- Benjamin, K.L., Pransky, G. & Savageau, J.A. (2008). Factors associated with retirement-related job lock in older workers with recent occupational injury. , Bethesda, USA: *Center for Health Outcomes Research, United BioSource Corporation*.
- Bjelland, I., Krokstad, S., Mykletun, A., Dahl, A.A., Tell, G.S. & Tambs, K. (2008). Does a higher educational level protect against anxiety and depression? The HUNT study. *Social Science and Medicine*, 66, 1334–1345.
- Borsch-Supan, A., Brugiavini, A., Jurges, 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).
- Borsch-Supan, A., Brugiavini, A. & Crodo, E. (2009). The role of institution in European patterns of work and retirement. *Journal of European social policy*, 19(4), 341-358.
- Brückner, P., & Kröger J. (2008). *The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*. Mannheim: Mannheim Research Institute for the Economics of Aging (MEA).
- Buckley, B.M., (2003). Healthy ageing: ageing safely. *European Heart Journal*. N, N6-10.
- Campion, E. (1994). The oldest old. *The New England journal of medicine*, 330(25), 1819-1820.

Cheng, Y., Kawachi, I., Coakley, E., Schwartz, J. & Colditz, G. (2000). Association between psychosocial work characteristics and health functioning in American women. *British Medical Association*, 320(7247), 1432-1436.

Christopher, F. & Sharpley- Renaty, L. (1998). Effects of age of retirement, reason for retirement, and pre-retirement training on psychological and physical health during retirement. *Australian Psychologist*, 33(2), 119–124.

Ciechanowski, PS., Katon, WJ. & Russo, J.E. (2000). Depression and diabetes: impact of depressive symptoms on adherence, function, and costs. *Achieves of Internal Medicine*, 160, 3278-3285.

Cizza, G. (2011). Major depressive disorder is a risk factor for low bone mass, central obesity, and other medical conditions. *Dialogues in clinical neuroscience*, 13(1), 73-87.

Costa, G. (2010). Work ang Ageing. *La medicina del lavoro*, 2, 57-62.

Coursolle, K., Sweeney. M., Raymo, J. & HO, J.H. (2009). The Association Between Retirement and Emotional Well-being: Does Prior Work–Family Conflict Matter? *Journal of Gerontology, Series B Psychology Science Social Science*, 65(5), 609-20.

Coursolle, K.M., Sweeney, M.M., Raymo. JM. & Ho, JH. (2010). The association between retirement and emotional well-being: does prior work-family conflict matter? *Journal of Gerontolog,y Series B Psychology Science Social Science*, 65(5), 609-20.

Crespo, L. (2006). *Caring For Parents and Employment Status of European Mid-Life Women*, Centro de Estudios Monetarios Y Financieros, Working Paper (0615), Madrid, Spain: University of Alicante.

Dow B. & Meyer C., (2010). The demographic characteristics and economic activity patterns of carers over 50: evidence from the English Longitudinal Study of Ageing. *Population Trends*, 141, 51-73.

Earle, JR., Smith, MH., Harris, CH & Longino, Jr. CF. (1998). Women, Marital Status, and Symptoms of Depression in a Midlife National Sample. *Journal of Women & Aging*, 10, 41-57.

Ferketich, A.K., Schwartzbaum, J.A., Frid, D.J. & Moeschberger, M.L. (2000). Depression as an antecedent to heart disease among women and men in the NHANES I Study. *Archives of Internal Medicine*, 160 (9), 1261-8.

Fondow, Meghan Dee Miller. (2007). *Effects of retirement on health among men and women in the health and retirement study dissertation*. Ohio, United States: The Ohio State University.

Fonseca, A.M. & Paul, C. (2004). Health and aging: Does retirement transition make any difference. *Reviews in Clinical Gerontology*, 13(3), 257-260.

Franceschi, C., Motta, L., Valensin, S., Rapisarda, R., Franzone, A. & Berardelli, M. (2000). Do men and women follow different trajectories to reach extreme longevity? *Aging*, 12(2), 77-84.

Fujiwara, Y., Sugihara, Y. & Shinkai, S. (2005). Effects of volunteering on the mental and physical health of senior citizens: significance of senior-volunteering from the view point of community health and welfare. *Tokyo Metropolitan Institute of Gerontology*, 52(4), 293-307.

Garcia-Arberca, J.M., Lara, J.P. & Berthier, M.L. (2011). Anxiety and depression in caregivers are associated with patient and caregiver characteristics in Alzheimer's disease. *International journal of psychiatry in medicine*, 41(1), 57-69.

Hao, Y. (2008). Productive activities and psychological well-being among older adults. *Journal of Gerontology Series B Psychology Science Social Science*, 63(2), S64-72.

Harkonmaki, K., Lahelma, E., Maritkainen, P., Rahkonen, O. & Silventoinen, K.(2006). *Mental health functioning (SF-36) and intentions to retire early among ageing municipal employees: the Helsinki Health Study*. Finland: Department of Public Health, University of Helsinki.

Harkonmaki, K., Rahkonen, O., Martikainen, P., Silventoinen, K. & Lahelma, E. (2006). Associations of SF-36 mental health functioning and work and family related factors with intentions to retire early among employees. *Occupational Environmental Medicine*, 63(8), 558-63.

Hayashi, K., Sato, J., Fujiwara, N., Kaita, M., Fukuharu, M., Hu, X., Kuriki, K., Hoshino, H., Kato, R., Tokudome, S. & Sato, Y. (2002). Associations between physical strength, cerebral function and mental health in independent-living elderly Japanese women. *Environmental Health and Preventive Medicine*, 7(3), 123-8.

Health and Retirement Study (HRS). *Family Characteristics and Intergenerational Transfers*. National Institute on Aging, <http://hrsonline.isr.umich.edu/index.php?p=dbook>, [Προσπελάστηκε 03/05/2011]

Helvik, A.S., Engedal, K., Krokstad, S. & Selbaek, G. (2011). A comparison of life satisfaction in elderly medical inpatients and the elderly in a population-based study: Nord-Trondelag Health Study 3. *Scandinavian journal of public health*, 39(4), 337-44.

Henkens, K. (1993). Who wants to go in early retirement? A multivariate analysis of civil servants' intention to retire early or not. *Tijdschrift voor geronologie en geriatrie*, 24(4), 129-36.

Hibbard J, H. (1995). Women's Employment History and Their Post-Retirement Health and Resources. *Journal of Women & Aging*, 7(3), 1540-7322.

Hong, SI. & Morrow-Howell, N. (2010). Health outcomes of Experience Corps: a high-commitment volunteer program. *Social Science and Medicine*, 71(2), 414-20.

Jang, Y., Kim, G. & Chiriboga, D.A. (2011). Gender differences in depressive symptoms among older Korean American immigrants. *Social work in public health*, 26(1), 96-109.

Jokela, M., Ferrie, J.E., Gimeno, D., Chandola, T., Shipley, MJ., Head, J., Vahtera, J., Westerlund, H., Marmot, MG. & Kivimäki, M. (2010). From midlife to early old age: health trajectories associated with retirement. *Epidemiology*, 21(3), 284-90.

Julian, U., Tonner, C., Yelin, E., Yazdany, J., Trupin, L., Criswell L.A. & Katz, P.P. (2011). Cardiovascular and disease-related predictors of depression in systemic lupus erythematosus. *Arthritis care & research*, 63(4), 542-549

Jungmeen, E. & Moen, K. (2000). Retirement Transitions, Gender, and Psychological Well-Being A Life-Course, Ecological Model. *Journal of Gerontology, Series B Psychology Science Social Science*, 57(3), P212-222.

Kalache, A. (1999). Active ageing makes the difference. *World Health Organization*, 77(4), 299.

Kalache, A. (1999). International year of older persons. *Euronews*, b(2).

Labriola, M., Feveile, H., Christensen, KB., Bültmann, U., Lund T. & Scand, J. (2009). The impact of job satisfaction on the risk of disability pension. A 15-year prospective study. *Public Health*, 37(7), 778-780.

Lamontagne, A., Keegel, T., Louie, A., Ostry A. & Landsbergis, P. (2007). A Systematic Review of the Job-stress, 1990-2005. *International journal of occupational and environmental health*, 13(3), 268-280.

László, K.D., Pikhart, H., Kopp, M.S., Bobak, M., Pajak, A., Malyutina, S., Salavec, G. & Marmot, M. (2010). Job insecurity and health: A study of 16 European countries. *Social Science and Medicine*, 70(6), 867-874.

Mackenbach, J.P. (2000). Lack of improvement of life expectancy at advanced ages in Netherlands. *International journal of Epidemiology*, 29(1), 140-148.

Nusselder, W.L. & Mackenbach, J.P. (2000). Lack of improvement of life expectancy at advanced ages in the Netherlands, *International Journal of Epidemiology*, 29,(1),140-148.

Mandal, B. & Roe, B. (2008). Job loss, retirement and the mental health of older Americans. *Journal of Mental Health Policy Economics*, 11(4), 167-176.

Maselko, J., Bates, LM., Avendaño, M. & Glymour, M.M. (2009). The intersection of sex, marital status, and cardiovascular risk factors in shaping stroke incidence: results from the health and retirement study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57(12), 2293-2299.

McDonough, P. & Strohschein, L. (2003). *Age and the gender gap in distress*. Department of Public Health Sciences. Toronto, Canada: University of Toronto Canada.

Meeusen, V., Dam, K., Brown-Mohoney, C., Zundert, A. & Knape, H. (2010). Burn out, psychosomatic symptoms and job satisfaction among Dutch nurse anesthetists: a survey. *Acta anaesthesiologica Scandinavica*, 54(5), 616-21.

Mein, G., Martikainen, P., Stansfeld, SA., Brunner, EJ., Fuhrer, R., & Marmot, MG. (2000). Predictors of early retirement in British civil servants. Department of Epidemiology and Public Health, *Age Ageing*, 29(6), 529-36.

Mein, G., Martinkainen, P., Hemingway, H., Stansfeld, S. & Marmot, M. (2003). Is retirement good or bad for mental and physical health functioning? Whitehall II longitudinal study of civil servants. *Epidemiology Community Health*, 57, 46-49.

Miech, R.A. & Shanahan, M.J. (2000). Socioeconomic status and depression over the life course. *Journal of Health & Social Behavior*, 41, 162–176.

Mojon-Azzi, SM., Sousa-Poza, A. & Mojon, DS. (2010). Impact of low vision on employment. *Ophthalmologica*, 224(6), 381-8.

Mortensen, J. (2005). *Ageing, health and Retirement in Europe The Agir project – Final report on scientific achievements*. Brussels, Belgium: European Network of Economic Policy Research Institute.

Muller, C. & Volkov, O. (2009). Older women: work and caregiving in conflict? A study of four countries. *Social Work Health Care*, 48(7), 665-95.

Norlund, S., Reuterwall, C., Hoog, J., Lindahl, B., Janlert, U, & Birgander L. (2010). Burnout, working conditions and gender – results from the northern Sweden MONICA Study. *BMC Public Health*, 10, 326.

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

Parkinson, L., Warburton, J., Sibbritt, D. & Byles, J. (2010). Volunteering and older women: psychosocial and health predictors of participation. *Aging and Mental Health*, 14(8), 917-27.

Parkinson, L., Warburton, J., Sibbritt, D. & Byles, J. (2010). Volunteering and older women: psychosocial and health predictors of participation. *Aging and Mental Health*, 14(8), 917-27.

Price, CA. & Balaswamy, S. (2009). Beyond health and wealth: predictors of women's retirement satisfaction. *International Journal Aging*, 68(3), 195-214.

Rice, NE., Lang, IA., Henley, W. & Melzer, D. (2011). Common health predictors of early retirement: findings from the English Longitudinal Study of Ageing. *Age and Ageing*, 40(1), 54-61.

Robine, J.M. & Jagger, C. (2005). The relationship between increasing life expectancy and healthy life expectancy. *Ageing Horizons*, (3), 14-21.

Rostad, B., Deeg, D. & Schei, B. (2009) Socioeconomic inequalities in health in older women. *European Journal of Ageing*, 6, 39-47.

Salonen, P., Arola, H., Nygard, CH., Huhtala, H. & Koinisto, AM. (2003). Factors associated with premature departure from working life among ageing food industry employees. *Occupational Medicine*, 53(1), 65-8.

Saravane, D., Feve, B., Frances, Y., Corruble, E., Lancon, C., Chanson, P., Maison, P., Terra, J.L. & Azorin J.M. (2009). Drawing up guidelines for the attendance of physical health of patients with severe mental illness. *Encephale*, 35(4), 330-9

Schoevers, R., Beekman, A., Deeg D., Jonker, C., Tilburg, W., (2003). Comorbidity and risk-patterns of depression, generalised anxiety disorder and mixed anxiety-depression in later life: results from the AMSTEL study. *International journal of geriatric psychiatry*, 18(11), 994-1001.

Schwingel, A., Niti, M., Tang, C. & Ng, T. (2009). Continued work employment and volunteerism and mental well-being of older adults: Singapore longitudinal ageing studies. *Age and Ageing*, 38(5), 531-537.

Sharpley C, F. & Layton, R. (1998). Effects of age of retirement, reason for retirement, and pre-retirement training on psychological and physical health during retirement. *Australian Psychologist*, 33(2), 1742-9544.

Spiegel, D., Bloom, J., Kraemer, H., Gottheil, E. (1989). Effects of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet*, 2 (8668), 888-891.

Study of Health, Ageing & Retirement (SHARE), *Αντιμετωπίζοντας τη δημογραφική Πρόκληση*, Ελληνική Ερευνητική Ομάδα SHARE, www.share-project.gr/uploads/assets/brochure.pdf, [Προσπελάστηκε 2/6/2011]

Szinovacz, M.E. & Davey, A. (2004). Retirement transitions and spouse disability: effects on depressive symptoms. *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*, 59(6), 5333-42.

Tabloski, PA. & William, F.(2004). Global aging: implications for women and women's health. *Connell School of Nursing, Boston College*, 33(5), 627-638.

Tesch-Römer, C. (2009). *Health Consequences of Early Retirement*. Berlin, German: Centre of Gerontology.

The National Institute of Aging, the National Institute of Mental Health, and the Lasker Family Charitable Trust (2002). The Effect of Depression on Retirement and Disability Insurance Applications *Journal of Gerontology Series B Psychology Science Social Science*. 57(3), P212-222.

Tobiasz-Adamczyk, B., Bartoszewska, E., Brzyski, P. & Kopacz, M. (2007). *Long-term consequences of education, working conditions, and health-related behaviors on mortality patterns in older age. A 17-year observational study*. Kraków, Poland: Department of Medical Sociology.

Tountas, Y., Oikonomou, N., Pallikarona, G., Dimitrakaki, C., Tzavara, C., Souliotis, K., Mariolis, A., Pappa, E., Kontodimopoulos, N. & Niakas, D. (2011). Sociodemographic and socioeconomic determinants of health services utilization in Greece: the Hellas Health I study. *Health services management research : an official journal of the Association of University Programs in Health Administration / HSMC, AUPHA*, 24(1), 8-18.

Trends, P. (2010). The demographic characteristics and economic activity patterns of carers over 50: evidence from the English Longitudinal Study of Ageing. *Population trends*, (141), 51-73.

Van den Berg, TI., Elders, LA. & Burdorf, A.J. (2010). Influence of health and work on early retirement. *Occupational and Environmental Medicine*,52(6), 576-83.

Van Willigen, M. (2000). Differential benefits of volunteering across the life course. *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*, 55(5), S308-18.

Volkoff, S., Buisset, C., Mardon, C. & Appl, E. (2010). Does intense time pressure at work make older employees more vulnerable? A statistical analysis based on a French survey "SVP50". *Apply ergonomics*, 41(6), 754-62.

Westerlund, H., Kivisaki, M., Singh-Manoux, A., Melchior, M., Ferrrie, J.E., Pentti, J., Jokela, M., Leineweber, C., Goldberg, M., Zins, M. & Vahtera, J. (2009). Self – rated health before and after retirement. *Lancet*, 5, 374(9705), 1889-96.

Winston, NA. & Barnes, J. (2007). Anticipation of retirement among baby boomers *Women Aging*, 19(3-4), 137-59.

World Health Organization (WHO). *European Pact For Mental Health And Well-Being. Together For Mental Health And Wellbeing*, ec.europa.eu/health/mental_health/docs/mhpact_en.pdf [Προσπελάστηκε 6/4/2011]

Zhan, HJ. (2005). Aging, health care, and elder care: perpetuation of gender inequalities in China. *Health Care for Women International*, 26(8), 693-712.

Ziegelstein, R.C., Fauerbach, J.A & Stevens, S.S. (2000). Patients with depression are less likely to follow recommendations to reduce cardiac risk during recovery from a myocardial infarction, *Archives of Internal Medicine*, 160, 1818-23.

Ελληνική ερευνητική ομάδα SHARE (2010). *Αντιμετωπίζοντας τη δημογραφική πρόκληση*, <http://www.share-project.gr/uploads/assets/brochure.pdf> [Προσπελάστηκε 9/5/2011]

K.E.Θ.Ι. (2001). *Οι συνθήκες της γυναικείας απασχόλησης στην Ελλάδα: 1980-2000*. Αθήνα:K.E.Θ.Ι., www.kethi.gr [Προσπελάθηκε, 6/4/2011]

K.E.Θ.Ι. (2005). *Οδηγός Καλών Πρακτικών για την Συμφιλίωση Οικογενειακής και Επαγγελματικής Ζωής*, www.kethi.gr [Προσπελάθηκε, 10/4/2011]

Κατσίκης, Η., Φλωράκης, Δ. & Πανίδης, Δ. (2009). *Παχυσαρκία Αίτια διαγνωστική προσέγγιση και θεραπευτική αντιμετώπιση*. Θεσσαλονίκη: Γράμμα.

Μπερζοβίτης, Α. (2006). *Έρευνα για την υγεία, την ποιότητα ζωής και τη χρήση υπηρεσιών υγείας των Ελλήνων*, Αθήνα, Ελλάδα: Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής.

Πίτσιου, Γ. & Αργυροπούλου-Πατάκα, Π. (2007). Γυναίκα και κάπνισμα. *ΠΝΕΥΜΩΝ*, 20(1).

Πολίτης, Α. (2011). Ψυχική υγεία στην τρίτη ηλικία. *Ψυχική Υγεία Σύγχρονες προσεγγίσεις – Προβληματισμοί*, Αθήνα, Ελλάδα: Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών

Τσιλιγκίρογλου-Φαχαντίδου, Α., Μαυροβουνιώτης, Φ., Αργυριάδου, Ε. & Πασπάλα, Ι. (2010). *Διατροφή - παχυσαρκία & φυσική δραστηριότητα*. Θεσσαλονίκη, Ελλάδα: Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης.

Τσίμπος, Κ. & Βερροπούλου, Γ. (2009). «Διερευνητική στατιστική ανάλυση επιπέδων και προτύπων υγείας των Ελλήνων», ΣΤΟ Λυμπεράκη, Α., Τήνιος, Π. & Φιλαλήθης Τ. (εκδ.), *Ζωή 50+ Υγεία, Γήρανση και Σύνταξη στην Ελλάδα και στην Ευρώπη* (σς 107-110). Αθήνα: Κριτική.

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, (2008), *Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία*, <http://www.ygeianet.gov.gr/files.aspx?code=nationalactionplans> [Προσπελάστηκε 5/5/2011]

Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, (2004). *Το πλαίσιο της Ψυχικής Υγείας*, http://www.who.int/mental_health/policy/mhpolicy_module_Greek.pdf [Προσπελάστηκε 6/5/2011]

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

Πίνακας 6.1. Περιγραφικά χαρακτηριστικά των 1986 Εργαζόμενων & Συνταξιούχων γυναικών της μελέτης, ηλικίας 50+ ετών.

		Εργαζόμενες	Συνταξιούχες	Σύνολο
		N (%)		
N		739	1247	1986
Εθνικότητα	<i>Ελληνίδες</i>	735 (99,5)	1244 (99,8)	1979 (99,6)
	<i>Αλλοδαπές</i>	4 (0,5)	3 (0,2)	7 (0,4)
Ηλικία, χρόνια	<i>50-59</i>	615 (83,2)	170 (13,6)	785 (39,5)
	<i>60-69</i>	121 (16,4)	431 (34,6)	552 (27,8)
	<i>70-79</i>	3 (0,4)	446 (35,8)	449 (22,6)
	<i>80+</i>	--	200 (16,0)	200 (10,1)
Οικογενειακή κατάσταση	<i>έγγαμη ή σε συμβίωση, ζώντας με σύζυγο ή σύντροφο</i>	570 (77,1)	792 (63,5)	1362 (68,6)
	<i>παντρεμένη, ζώντας χωριστά από τον σύζυγο</i>	12 (1,6)	13 (1,0)	25 (1,3)
	<i>ποτέ παντρεμένη</i>	69 (9,3)	53 (4,3)	122 (6,1)
	<i>διαζευγμένη</i>	52 (7,0)	38 (3,0)	90 (4,5)
	<i>χήρα</i>	36 (4,9)	351 (28,1)	387 (19,5)
Εκπαίδευση	<i>δημοτικό ή καθόλου</i>	181 (24,6)	787 (63,3)	968 (48,9)
	<i>λύκειο, γυμνάσιο</i>	312 (42,3)	289 (23,2)	601 (30,3)
	<i>σχολή ή ΑΕΙ/ΤΕΙ</i>	244 (33,1)	168 (13,5)	412 (20,8)
Οικογενειακό ετήσιο εισόδημα, €	<i><10000</i>	97 (13,1)	542 (43,5)	639 (32,2)
	<i>10000 - 19999</i>	209 (28,3)	410 (32,9)	619 (31,2)
	<i>20000 – 29999</i>	155 (21,0)	150 (12,0)	305 (15,4)
	<i>30000+</i>	278 (37,6)	145 (11,6)	423 (21,3)

Πίνακας 6.2. Αυτοαξιολόγηση της σωματικής υγείας των 1986 Εργαζόμενων & Συνταξιούχων γυναικών της μελέτης, ηλικίας 50+ ετών.

		Εργαζόμενες	Συνταξιούχες	
		N (%)		P-value [†]
Αυτοαξιολόγηση υγείας	<i>Πολύ καλή ή καλή</i>	322 (88,2)	304 (49,8)	<0,001
	<i>Μέτρια</i>	36 (9,9)	231 (37,9)	
	<i>Κακή ή πολύ κακή</i>	7 (1,9)	75 (12,3)	
Περιορισμός λειτουργικότητας τελευταίους έξι μήνες λόγω υγείας καθημερινές δραστηριότητες	<i>Σοβαρά περιορισμένη</i>	3 (0,4)	129 (10,3)	<0,001
	<i>Περιορισμένη αλλά όχι σοβαρά</i>	74 (10,0)	373 (29,9)	
	<i>Μη περιορισμένη</i>	661 (89,6)	745 (59,7)	
Χρόνια νοσήματα	<i>0</i>	360 (48,7)	220 (17,6)	<0,001
	<i>1</i>	252 (34,1)	383 (30,7)	
	<i>2</i>	92 (12,4)	328 (26,3)	
	<i>3+</i>	35 (4,7)	316 (25,3)	
Συμπτώματα στην υγεία το τελευταίο εξάμηνο	<i>0</i>	359 (48,6)	397 (31,8)	<0,001
	<i>1</i>	222 (30,0)	377 (30,2)	
	<i>2</i>	108 (14,6)	191 (15,3)	
	<i>3+</i>	50 (6,8)	282 (22,6)	
Κάπνισμα	<i>Καπνίστριες</i>	318 (43,0)	224 (18,0)	<0,001
	<i>Πρώην</i>	146 (19,8)	277 (22,2)	
	<i>Μη καπνίστριες</i>	275 (37,2)	746 (59,8)	
Πακετο-έτη[‡]		37,0±29,4 (460)	38,3±33,8 (496)	0,516
Δείκτης Μάζας Σώματος	<i>Φυσιολογικές</i>	207 (28,4)	401 (32,5)	0,017
	<i>Υπέρβαρες</i>	399 (54,7)	592 (48,0)	
	<i>Παχύσαρκες</i>	124 (17,0)	241 (19,5)	

[†] Έλεγχος χ^2 .

[‡] Μέση τιμή ± τυπική απόκλιση (N). Έλεγχος Mann Whitney.

Πίνακας 6.3. Αυτοαξιολόγηση της σωματικής & ψυχικής υγείας των 1986 Εργαζόμενων & Συνταξιούχων γυναικών της μελέτης, ηλικίας 50+ ετών.

	Εργαζόμενες		P-value [†]	
	Συνταξιούχες			
	N (%)			
Μέτρια σωματική άσκηση (moderate)	καθόλου ή λιγότερο από τρεις φορές το μήνα	98 (13,3)	239 (19,2)	0,001
	μία φορά την εβδομάδα ή περισσότερο	641 (86,7)	1008 (80,8)	
Έντονη σωματική άσκηση (vigorous)	καθόλου ή λιγότερο από τρεις φορές το μήνα	239 (32,3)	708 (56,8)	<0,001
	μία φορά την εβδομάδα ή περισσότερο	500 (67,7)	539 (43,2)	
Παραγωγικές δραστηριότητες	εθελοντισμός	31 (4,2)	36 (3,0)	0,155
	φροντίδα	32 (4,3)	65 (5,4)	0,298
Ποιες είναι οι πιθανότητες σε πέντε χρόνια από τώρα το επίπεδο ζωής σας να είναι καλύτερο από σήμερα; ‡		47±24	35±25	<0,001
Ποιες είναι οι πιθανότητες σε πέντε χρόνια από τώρα το επίπεδο ζωής σας να είναι χειρότερο από σήμερα; ‡		43±25	46±27	0,007
Συνολικά, συνεκτιμώντας τα καλά και τα κακά είμαι γενικά ικανοποιημένη με την εργασία μου. Θα λέγατε ότι:	συμφωνώ απόλυτα ή συμφωνώ	608 (82,9)	47 (72,3)	0,002
	διαφωνώ ή διαφωνώ απόλυτα	125 (17,1)	18 (27,7)	
Μακροχρόνια προβλήματα, αναπηρία, ψυχική υγεία	Ναι	139 (18,8)	574 (46,0)	<0,001

[†] Έλεγχος χ^2 .

[‡] Μέση πιθανότητα ± τυπική απόκλιση (N). Έλεγχος Mann Whitney.

Πίνακας 6.6. Ανάλυση προλλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης της σωματικής υγείας των 739 Εργαζόμενων & 1247 Συνταξιούχων γυναικών της μελέτης, με δημογραφικούς και κοινωνικούς προσδιοριστικούς παράγοντες.

Ανεξάρτητοι παράγοντες	Εργαζόμενες			Συνταξιούχες			
	<i>Σωματική Υγεία: Χρόνια νοσήματα</i>						
	Stand. Betas	t	P-values	Stand. Betas	t	P-values	
Ηλικία	0,167	3,90	<0,001	0,084	2,49	0,013	
Οικογενειακή κατάσταση	0,056	1,26	0,209	-0,022	-0,71	0,479	
Εκπαίδευση	-0,035	-0,76	0,448	-0,070	-2,10	0,036	
Οικογενειακό ετήσιο εισόδημα	-0,015	-0,32	0,750	-0,009	-0,28	0,778	
Συμπτώματα υγείας το τελευταίο εξάμηνο	0,394	9,22	<0,001	0,474	15,47	<0,001	
Κάπνισμα	0,026	0,62	0,536	0,022	0,76	0,449	
Δείκτης Μάζας Σώματος	0,145	3,44	0,001	0,107	3,77	<0,001	
Σωματική άσκηση	<i>Μέτρια</i>	-0,011	-0,26	0,796	0,015	0,50	0,620
	<i>Έντονη</i>	-0,023	-0,53	0,598	-0,072	-2,49	0,013
Παραγωγικές δραστηριότητες	<i>Εθελοντισμός</i>	0,025	0,59	0,558	0,009	0,32	0,748
	<i>Φροντίδα</i>	-0,067	-1,58	0,114	0,066	2,33	0,020
Ικανοποίηση από τη ζωή	-0,021	-0,49	0,623	-0,067	-2,31	0,021	
	R²		0,23		0,36		
	R² adjusted		0,21		0,35		

Τα συμπτώματα υγείας αφορούν αριθμητική συχνότητα.

Οι κατηγορικές μεταβλητές που χρησιμοποιήθηκαν στην παραπάνω ανάλυση αφορούν: οικογενειακή κατάσταση (1: ζώντας μόνη, 2: ζώντας με σύζυγο/σύντροφο), εκπαίδευση (1: Α'βάθμια, 2: Β'βάθμια, 3: Γ'βάθμια), εισόδημα (1: <€10000, 2: 10000-19999, 3: 20000-29999, 4: 30000+), κάπνισμα (1: καπνίστριες, 2: πρώην καπνίστριες, 3: μη καπνίστριες), δείκτης μάζας σώματος (1: φυσιολογικές στο βάρος, 2: υπέρβαρες, 3: παχύσαρκες), σωματική άσκηση ως μέτρια και έντονη (1: όχι, 2: ναι), παραγωγικές δραστηριότητες ως εθελοντισμός και φροντίδα (1: όχι, 2: ναι), ικανοποίηση από τη ζωή (1: ανικανοποίητη ή πολύ ανικανοποίητη, 2: ικανοποιημένη, 3: πολύ ικανοποιημένη).

Πίνακας 6.5. Ανάλυση προλλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης της συναισθηματικής υγείας των 739 Εργαζόμενων & 1247 Συνταξιούχων γυναικών της μελέτης, με δημογραφικούς και κοινωνικούς προσδιοριστικούς παράγοντες.

Ανεξάρτητοι παράγοντες	Εργαζόμενες			Συνταξιούχες			
	Συναισθηματική Υγεία: βαθμολογία CES-D 11						
	Stand. Betas	t	P-values	Stand. Betas	t	P-values	
Ηλικία	-0,012	-0,26	0,794	0,099	2,77	0,006	
Οικογενειακή κατάσταση	-0,049	-1,06	0,291	-0,097	-2,98	0,003	
Εκπαίδευση	0,063	1,31	0,190	0,061	1,70	0,089	
Οικογενειακό εισόδημα ετήσιο	0,014	0,30	0,768	0,016	0,46	0,646	
Συμπτώματα υγείας το τελευταίο εξάμηνο	0,200	4,51	<0,001	0,172	5,23	<0,001	
Σωματική άσκηση	<i>Μέτρια</i>	-0,020	-0,46	0,646	-0,041	-1,27	0,204
	<i>Έντονη</i>	0,058	1,28	0,199	-0,017	-0,54	0,589
Παραγωγικές δραστηριότητες	<i>Εθελοντισμός</i>	-0,024	-0,55	0,584	-0,028	-0,93	0,351
	<i>Φροντίδα</i>	-0,015	-0,35	0,723	0,047	1,54	0,125
Ικανοποίηση από τη ζωή	-0,287	-6,45	<0,001	-0,368	-11,79	<0,001	
	R²		0,16		0,26		
	R² adjusted		0,14		0,25		

Η βαθμολογία CES-D 11 χρησιμοποιήθηκε με log₁₀ μετασχηματισμό.

Οι κατηγορικές μεταβλητές που χρησιμοποιήθηκαν στην παραπάνω ανάλυση αφορούν: οικογενειακή κατάσταση (1: ζώντας μόνη, 2: ζώντας με σύζυγο/σύντροφο), εκπαίδευση (1: Α'βάθμια, 2: Β'βάθμια, 3: Γ'βάθμια), εισόδημα (1: <€10000, 2: 10000-19999, 3: 20000-29999, 4: 30000+), σωματική άσκηση ως μέτρια και έντονη (1: όχι, 2: ναι), παραγωγικές δραστηριότητες ως εθελοντισμός και φροντίδα (1: όχι, 2: ναι), ικανοποίηση από τη ζωή (1: ανικανοποίητη ή πολύ ανικανοποίητη, 2: ικανοποιημένη, 3: πολύ ικανοποιημένη).

Πίνακας 6.7. Ανάλυση προλλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης της συναισθηματικής υγείας 1155 συνταξιούχων γυναικών της μελέτης (285 με πρόωρη συνταξιοδότηση & 870 με θεμελιωμένο δικαίωμα), με δημογραφικούς και κοινωνικούς προσδιοριστικούς παράγοντες.

Συνταξιούχες	Με πρόωροτητα			Με θεμελιωμένο δικαίωμα		
	Stand. Betas	t	P-values	Stand. Betas	t	P-values
<i>Συναισθηματική Υγεία: βαθμολογία CES-D 11</i>						
Ανεξάρτητοι παράγοντες						
Ηλικία	0,034	0,41	0,685	0,067	1,41	0,159
Οικογενειακή κατάσταση	0,009	0,13	0,899	-0,024	-0,56	0,574
Εκπαίδευση	-0,063	-0,73	0,465	-0,039	-0,82	0,412
Οικογενειακό εισόδημα ετήσιο	0,048	0,60	0,550	-0,117	-2,53	0,012
Συμπτώματα υγείας το τελευταίο εξάμηνο	-0,042	-0,57	0,566	0,071	1,64	0,101
Σωματική άσκηση Μέτρια	-0,181	-2,56	0,011	0,032	0,74	0,459
Σωματική άσκηση Έντονη	-0,026	-0,37	0,714	-0,051	-1,23	0,219
Παραγωγικές δραστηριότητες Εθελοντισμός	-0,102	-1,57	0,117	-0,023	-0,54	0,592
Παραγωγικές δραστηριότητες Φροντίδα	-0,120	-1,84	0,066	-0,025	-0,60	0,548
Ικανοποίηση από τη ζωή	-0,250	-3,66	<0,001	-0,232	-5,59	<0,001
	R²		0,16		0,13	
	R² adjusted		0,12		0,11	

Η βαθμολογία CES-D 11 χρησιμοποιήθηκε με log₁₀ μετασχηματισμό.

Οι κατηγορικές μεταβλητές που χρησιμοποιήθηκαν στην παραπάνω ανάλυση αφορούν: οικογενειακή κατάσταση (1: ζώντας μόνη, 2: ζώντας με σύζυγο/σύντροφο), εκπαίδευση (1: Α'βάθμια, 2: Β'βάθμια, 3: Γ'βάθμια), εισόδημα (1: <€10000, 2: 10000-19999, 3: 20000-29999, 4: 30000+), σωματική άσκηση ως μέτρια και έντονη (1: όχι, 2: ναι), παραγωγικές δραστηριότητες ως εθελοντισμός και φροντίδα (1: όχι, 2: ναι), ικανοποίηση από τη ζωή (1: ανικανοποίητη ή πολύ ανικανοποίητη, 2: ικανοποιημένη, 3: πολύ ικανοποιημένη).