

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

**Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ
ΣΤΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

ΤΣΟΠΟΚΗ ΒΑΣΙΛΙΚΗΣ- ΜΑΡΙΑΣ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΠΕ, ΜΡΗ

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

ΑΘΗΝΑ 2019

**Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ
ΣΤΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

**Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ
ΣΤΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

ΤΣΟΠΟΚΗ ΒΑΣΙΛΙΚΗΣ- ΜΑΡΙΑΣ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΠΕ, ΜΡΗ

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

ΑΘΗΝΑ 2019

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΒΕΛΟΝΑΚΗΣ ΕΜΜΑΝΟΥΗΛ (ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ)

ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ ΣΟΥΡΤΖΗ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ

ΕΠΙΚ. ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ ΤΖΙΑΦΕΡΗ ΣΤΥΛΙΑΝΗ

ΕΠΤΑΜΕΛΗΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΒΕΛΟΝΑΚΗΣ ΕΜΜΑΝΟΥΗΛ (ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ)

ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ ΣΟΥΡΤΖΗ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ

ΕΠΙΚ. ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ ΤΖΙΑΦΕΡΗ ΣΤΥΛΙΑΝΗ

ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ ΚΑΛΟΚΑΙΡΙΝΟΥ ΑΘΗΝΑ

ΑΝΑΠΛ. ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ ΚΑΙΤΕΛΙΔΟΥ ΔΑΦΝΗ

ΕΠΙΚ. ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ ΒΕΛΟΝΑΚΗ ΒΕΝΕΤΙΑ

ΕΠΙΚ. ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΡΑΧΙΩΤΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

Copyright 2019 ΤΣΟΠΟΚΗ ΒΑΣΙΛΙΚΗ-ΜΑΡΙΑ για την Ελληνική γλώσσα σε όλο τον κόσμο. Η πνευματική ιδιοκτησία αποκτάται χωρίς καμία διατύπωση και χωρίς την ανάγκη ρήτρας απαγορευτικής των προσβολών της. Επισημαίνεται πάντως ότι κατά το Ν.2387/20 (όπως έχει τροποποιηθεί από το Ν.100/1975 και ισχύει σήμερα) και κατά τη Διεθνή Σύμβαση της Βέρνης (όπως έχει κυρωθεί με το Ν. 100/1975) απαγορεύεται η αναδημοσίευση, η αποθήκευση σε οποιοδήποτε σύστημα διάσωσης και γενικά η αναπαραγωγή του παρόντος έργου, με οποιονδήποτε τρόπο ή μορφή τμηματικά ή περιληπτικά, στο πρωτότυπο ή σε μετάφραση ή άλλη διασκευή, χωρίς γραπτή άδεια του συγγραφέα.

«Η έγκριση Διδακτορικής Διατριβής από το Τμήμα Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Αθηνών δε σημαίνει την αποδοχή της γνώμης του συγγραφέα».

(Σχετικές διατάξεις του άρθρου 50 του Νόμου 1268/82 σε συνδυασμό με τις διατάξεις του Οργανισμού του Πανεπιστημίου Αθηνών, άρθρο 202, παράγραφος 2 του Νόμου 5343.)

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η έκθεση των εργαζομένων σε διάφορους βλαπτικούς παράγοντες, στο πλαίσιο της απασχόλησής τους, αποτελεί εδώ και δεκαετίες αντικείμενο έρευνας της υγιεινής της εργασίας και της δημόσιας υγείας ευρύτερα, με στόχο την προστασία της υγείας του εργατικού δυναμικού. Οι παράγοντες αυτοί είναι φυσικοί, χημικοί, βιολογικοί, εργονομικοί, αλλά και ψυχοκοινωνικοί.

Στο πλαίσιο της οικονομικής κρίσης που πλήττει την Ελλάδα από το 2008 μέχρι και σήμερα, σημαντικές αλλαγές στις συνθήκες απασχόλησης σημειώθηκαν, τόσο στον ιδιωτικό όσο και στο δημόσιο τομέα, με αποτέλεσμα να υπάρχει η εκτίμηση ότι οι εργαζόμενοι που γίνονται αποδέκτες των αλλαγών αυτών, στην καθημερινότητά τους βιώνουν όλο και περισσότερο έντονα επίπεδα εργασιακής ανασφάλειας και επαγγελματικού στρες. Η έκθεση σε αυτούς τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες χρήζει έρευνας, καθώς οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης, εκφραζόμενες μέσω της εργασιακής ανασφάλειας και του επαγγελματικού στρες, στο επίπεδο υγείας είναι ακόμη μερικώς άγνωστες.

Στο πλαίσιο της υγιεινής της εργασίας, ιδιαίτερα σημαντικός είναι ο ρόλος του νοσηλευτή επαγγελματικής υγείας, ο οποίος καλείται να διαχειριστεί τους όποιους παράγοντες δυνητικά επηρεάζουν τους εργαζόμενους, στοχεύοντας τελικά στη διατήρηση και προάσπιση της υγείας τους. Ως νοσηλεύτρια επαγγελματικής υγείας, ερχόμενη σε επαφή με το εργατικό δυναμικό της Ελλάδας, έγινα αποδέκτης αναφορών σχετικά με την επιδείνωση της υγείας, ιδίως της ψυχικής, από εργαζόμενους που επηρεάστηκαν από την οικονομική κρίση, κατά κύριο λόγο μέσω της αύξησης της εργασιακής τους ανασφάλειας και του εργασιακού στρες. Η παραπάνω διαπίστωση, σε συνδυασμό με τις σχετικές αναφορές στη βιβλιογραφία που αφορούν σε χώρες που επλήγησαν από κρίσεις, ιδίως οικονομικές, στο παρελθόν, δημιούργησε την επιθυμία μου να μελετήσω τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης σε εργαζόμενους στην Ελλάδα, στο πλαίσιο της διδακτορικής μου διατριβής.

Στο σχεδιασμό του ερευνητικού πρωτοκόλλου είχε εκ των προτέρων εκτιμηθεί η δυσκολία προσέγγισης των επιχειρήσεων και των εργαζομένων, ειδικά

στις περιπτώσεις όπου η οικονομική ύφεση είχε σφοδρή επίδραση, ωστόσο η εμπιστοσύνη που οι συμμετέχοντες έδειξαν στην προσπάθεια να μελετηθεί η οικονομική κρίση ως προς τις συνέπειές της στην υγεία υπήρξε καθοριστικός παράγοντας προς την κατεύθυνση της ολοκλήρωσης του ερευνητικού αυτού εγχειρήματος.

Η ολοκλήρωση της διδακτορικής μου διατριβής φέρει τη σφραγίδα της αμέριστης βοήθειας και επιστημονικής υποστήριξης πολλών ανθρώπων, που ο καθένας με τον τρόπο του προσέφερε το μέγιστο δυνατό προς την επίτευξη του στόχου της ανακάλυψης της επιστημονικής αλήθειας. Στο σημείο αυτό, αισθάνομαι τη βαθύτατη ανάγκη να εκφράσω την ειλικρινή μου ευγνωμοσύνη στους καθηγητές μου, οι οποίοι συνέβαλαν στην ολοκλήρωση της παρούσας μελέτης, διδάσκοντας και καθοδηγώντας με σε κάθε βήμα μου.

Πρωτίστως, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον Επιβλέποντα Καθηγητή μου, κύριο Εμμανουήλ Βελονάκη, ο οποίος μου προσέφερε απλόχερα καθοδήγηση και υπήρξε για εμένα πρότυπο ως επιστήμονας αλλά και ως επαγγελματίας υγείας. Ο χρόνος και η υποστήριξη που μου αφιέρωσε ήταν καθοριστικοί παράγοντες για την ολοκλήρωση αυτής της φιλόδοξης έρευνας. Με την ίδια θέρμη, θα ήθελα να ευχαριστήσω από καρδιάς την Καθηγήτριά μου, κυρία Παναγιώτα Σουρτζή, η οποία στάθηκε δίπλα μου καθ' όλη τη διάρκεια των προπτυχιακών και μεταπτυχιακών μου σπουδών, δίνοντάς μου ώθηση για τη διενέργεια αυτής της μελέτης και δύναμη για την ολοκλήρωση της συγγραφής της διατριβής. Δίχως τη συνεχή και υπομονετική της καθοδήγηση, καθώς και την ανεκτίμητη επιστημονική της βοήθεια δε θα βρισκόμουν σήμερα στο σημείο αυτό. Ευχαριστώ επίσης την Επίκουρη Καθηγήτρια, κυρία Στυλιανή Τζιαφέρη για την εποικοδομητική κριτική και την επιστημονική καθοδήγηση που μου προσέφερε και την τιμή να συμμετάσχει στην τριμελή συμβουλευτική επιτροπή της διατριβής μου. Επίσης ευχαριστώ τα υπόλοιπα μέλη της επταμελούς επιτροπής κυρία Αθηνά Καλοκαιρινού, κυρία Δάφνη Καϊτελίδου, κυρία Βενετία Βελονάκη και κύριο Γεώργιο Ραχιώτη για την πρόθυμη συμμετοχή τους στην κρίση της διδακτορικής μου διατριβής, καθώς και τους αγαπητούς συναδέλφους Ελπινίκη Λαΐου και Πέτρο Γαλάνη για τη συμβολή τους στην

ολοκλήρωση επιμέρους ερευνητικών εργασιών και επίλυση ερευνητικών προβλημάτων.

Τέλος, ένα ιδιαίτερο ευχαριστώ οφείλω στην αγαπημένη μου οικογένεια, για τη διαχρονική συμπαράστασή τους και την ουσιαστική στήριξη που μου προσέφεραν όλα τα χρόνια της ζωής μου. Με την αγάπη τους, την κατανόηση και την υπομονή τους κατάφερα να πετύχω όλους τους στόχους μου στη διάρκεια των σπουδών μου, ο σημαντικότερος από τους οποίους μέχρι σήμερα είναι η ολοκλήρωση της διδακτορικής μου διατριβής.

Βασιλική- Μαρία Τσοπόκη

Νοσηλεύτρια Επαγγελματικής Υγείας

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	Σελίδες
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	1
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο	
Το επίπεδο υγείας των εργαζομένων και οι συνθήκες εργασίας στην Ελλάδα- επιδημιολογικά δεδομένα	3
1.1 Εισαγωγή	3
1.2 Οι έννοιες της επαγγελματικής υγείας και ασφάλειας	6
1.2.1 Επαγγελματικοί κίνδυνοι	9
1.2.2 Ο ρόλος των νοσηλευτών επαγγελματικής υγείας στη διαχείριση των επαγγελματικών κινδύνων	11
1.3 Επιδημιολογικά δεδομένα για τους εργαζόμενους στην Ελλάδα	16
1.3.1 Επίπεδο Υγείας στο γενικό πληθυσμό	16
1.3.1.1 Δειγματοληπτική έρευνα υγείας από την Ελληνική Στατιστική Αρχή	16
1.3.1.2 Προφίλ υγείας και ευεξίας από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας	17
1.3.2 Επίπεδο Υγείας στο εργατικό δυναμικό	21
1.3.3 Συνθήκες Εργασίας	22
1.4 Συμπέρασμα	25
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο	
Η οικονομική κρίση στην Ελλάδα	27
2.1 Εισαγωγή	27
2.2 Το ιστορικό της οικονομικής κρίσης	29
2.2.1 Η Παγκόσμια χρηματοπιστωτική κρίση	29
2.2.2 Η οικονομική κρίση στην Ελλάδα	32
2.3 Εργασιακή ανασφάλεια	39
2.4 Επαγγελματικό στρες	43
2.5 Συμπέρασμα	45
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο	
Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία	47

3.1	Εισαγωγή	47
3.2	Μεθοδολογία ανασκόπησης της βιβλιογραφίας σχετικά με τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στο επίπεδο υγείας	49
3.3	Αποτελέσματα ανασκόπησης ερευνητικών μελετών	50
3.3.1	Αυτοκτονίες και Αυτοκτονικότητα	51
3.3.2	Αυτο-αξιολογούμενη γενική υγεία	60
3.3.3	Αυτο-αξιολογούμενη ψυχική υγεία	68
3.3.4	Δείκτες θνησιμότητας ή νοσηρότητας ή επιβίωσης ή προσδόκιμου ζωής	73
3.3.5	Ψυχοκοινωνικοί δείκτες	79
3.4	Συμπέρασμα	80
	ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	83
	ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο	85
	Μεθοδολογία	
4.1	Σκοπός της μελέτης	85
4.2	Ερευνητικό ερώτημα και υποθέσεις της μελέτης	85
4.3	Ερευνητικός σχεδιασμός	86
4.3.1	Τύπος ερευνητικής μελέτης	86
4.3.2	Το δείγμα της μελέτης	86
4.3.3	Ηθικά και δεοντολογικά θέματα	87
4.3.4	Εργαλεία μέτρησης	88
4.3.4.1	Το ερωτηματολόγιο Εργασιακής Αβεβαιότητας EPRES	89
4.3.4.2	Το ερωτηματολόγιο Επαγγελματικού Στρες OSQ	91
4.3.4.3	Το ερωτηματολόγιο Επισκόπησης Υγείας SF-36v2	93
4.3.4.4	Εκτίμηση ατομικών χαρακτηριστικών και επίπτωσης της οικονομικής κρίσης	97
4.3.5	Στατιστική ανάλυση	98
	ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο	101
	Περιγραφική ανάλυση	
5.1	Δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά	101
5.2	Περιγραφική ανάλυση των παραμέτρων της εργασιακής	109

	αβεβαιότητας	
5.3	Περιγραφική ανάλυση των παραμέτρων του επαγγελματικού στρες	122
5.4	Περιγραφική ανάλυση των παραμέτρων της επισκόπησης υγείας	149
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6°		
	Διμεταβλητή ανάλυση	171
6.1	Έλεγχοι κανονικότητας	171
6.2	Επίδραση δημογραφικών και επαγγελματικών χαρακτηριστικών στην εργασιακή αβεβαιότητα, το επαγγελματικό στρες και την επισκόπηση υγείας	174
6.2.1	Ηλικία	174
6.2.2	Τόπος γέννησης	180
6.2.3	Εθνικότητα	186
6.2.4	Φύλο	193
6.2.5	Οικογενειακή κατάσταση	199
6.2.6	Έτη στην επιχείρηση	209
6.2.7	Επίπεδο εκπαίδευσης	219
6.2.8	Επάγγελμα	230
6.2.9	Τομέας	237
6.2.10	Σχέση επαγγέλματος με σπουδές	243
6.2.11	Εβδομαδιαίες ώρες εργασίας	250
6.2.12	Απουσιασμός	259
6.2.13	Πρόγραμμα βαρδιών	270
6.2.14	Δεύτερη δουλειά	281
6.2.15	Σύμβαση εργασίας	287
6.2.16	Επίδραση οικονομικής κρίσης	294
6.3	Αλληλεπίδραση δημογραφικών και επαγγελματικών χαρακτηριστικών	307
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7°		
	Η σχέση μεταξύ εργασιακής αβεβαιότητας και επιπέδου υγείας	311

7.1	Η σχέση μεταξύ εργασιακής αβεβαιότητας και μεταβολής της υγείας	312
7.2	Η σχέση μεταξύ εργασιακής αβεβαιότητας και σωματικής υγείας	315
7.3	Η σχέση μεταξύ εργασιακής αβεβαιότητας και ψυχικής υγείας	318
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8°		
	Η σχέση μεταξύ επαγγελματικού στρες και επιπέδου υγείας	323
8.1	Η σχέση μεταξύ επαγγελματικού στρες και μεταβολής της υγείας	324
8.2	Η σχέση μεταξύ επαγγελματικού στρες και σωματικής υγείας	327
8.3	Η σχέση μεταξύ επαγγελματικού στρες και ψυχικής υγείας	331
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9°		
	Πολλαπλή Γραμμική Παλινδρόμηση	335
9.1	Μοντέλο πρόβλεψης «φυσικής λειτουργίας» εργαζομένων	340
9.2	Μοντέλο πρόβλεψης «φυσικού ρόλου» εργαζομένων	342
9.3	Μοντέλο πρόβλεψης «σωματικού πόνου» εργαζομένων	343
9.4	Μοντέλο πρόβλεψης «γενικής υγείας» εργαζομένων	345
9.5	Μοντέλο πρόβλεψης «ζωτικότητας» εργαζομένων	346
9.6	Μοντέλο πρόβλεψης «κοινωνικής λειτουργίας» εργαζομένων	349
9.7	Μοντέλο πρόβλεψης «συναισθηματικού ρόλου» εργαζομένων	350
9.8	Μοντέλο πρόβλεψης «ψυχικής υγείας» εργαζομένων	352
9.9	Μοντέλο πρόβλεψης «μεταβολής της υγείας» εργαζομένων	353
9.10	Μοντέλο πρόβλεψης «συνολικής σωματικής υγείας» εργαζομένων	355
9.11	Μοντέλο πρόβλεψης «συνολικής ψυχικής υγείας» εργαζομένων	357
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10°		
	Συζήτηση	359
10.1	Εισαγωγή	359
10.2	Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος	363
10.3	Η εργασιακή αβεβαιότητα των εργαζομένων στην Ελλάδα	364
10.4	Το επαγγελματικό στρες των εργαζομένων στην Ελλάδα	367

10.5	Το επίπεδο υγείας των εργαζομένων στην Ελλάδα	370
10.6	Οι επιδράσεις της οικονομικής κρίσης, της εργασιακής αβεβαιότητας, του επαγγελματικού στρες και των ατομικών/ επαγγελματικών χαρακτηριστικών στην υγεία των εργαζομένων	372
10.7	Περιορισμοί της μελέτης	376
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11°		379
Συμπεράσματα		
	Περίληψη	383
	Abstract	390
	Βιβλιογραφία	396
Παραρτήματα		
	Παράρτημα 1: Πίνακας μελετών κριτικής ανασκόπησης	
	Παράρτημα 2: Χαρακτηριστικά επιχειρήσεων δείγματος	
	Παράρτημα 3: Μετάφραση και Στάθμιση Ερωτηματολογίου Εργασιακής Αβεβαιότητας EPRES	
	Παράρτημα 4: Μετάφραση και Στάθμιση Ερωτηματολογίου Επαγγελματικού Στρες OSQ	
	Παράρτημα 5: Το ερωτηματολόγιο της μελέτης	

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

		Σελίδες
4.1	Χαρακτηριστικά δείγματος επιχειρήσεων	87
5.1	Δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά του δείγματος της μελέτης (n=604)	103
5.2	Απαντήσεις στο ερωτηματολόγιο Εργασιακής Αβεβαιότητας EPRES	109
5.3	Περιγραφική στατιστική ανάλυση των υποκλιμάκων και του συνολικού συνοπτικού δείκτη του ερωτηματολογίου Εργασιακής Αβεβαιότητας EPRES	117
5.4	Απαντήσεις στο ερωτηματολόγιο Επαγγελματικού Στρες OSQ	123
5.5	Περιγραφική στατιστική ανάλυση των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου Επαγγελματικού Στρες OSQ	139
5.6	Απαντήσεις στο ερωτηματολόγιο Επισκόπησης Υγείας SF-36v2	149
5.7	Περιγραφική στατιστική ανάλυση των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου Επισκόπησης Υγείας SF-36v2	163
6.1	Αποτελέσματα του μη παραμετρικού test Mann-Whitney με ανεξάρτητη μεταβλητή την ηλικία και εξαρτημένες τους συνοπτικούς δείκτες της Εργασιακής Αβεβαιότητας EPRES με μη κανονική κατανομή	175
6.2	Αποτελέσματα του παραμετρικού t-test με ανεξάρτητη μεταβλητή την ηλικία και εξαρτημένες τους συνοπτικούς δείκτες της Εργασιακής Αβεβαιότητας EPRES, του Επαγγελματικού Στρες OSQ και της Επισκόπησης Υγείας SF-36v2 με κανονική κατανομή	176
6.3	Αποτελέσματα του μη παραμετρικού test Mann-Whitney με ανεξάρτητη μεταβλητή τον τόπο γέννησης και εξαρτημένες τους συνοπτικούς δείκτες της Εργασιακής Αβεβαιότητας EPRES με μη κανονική κατανομή	181
6.4	Αποτελέσματα του παραμετρικού t-test με ανεξάρτητη μεταβλητή τον τόπο γέννησης και εξαρτημένες τους	182

	<p>συνοπτικούς δείκτες της Εργασιακής Αβεβαιότητας EPRES, του Επαγγελματικού Στρες OSQ και της Επισκόπησης Υγείας SF-36v2 με κανονική κατανομή</p> <p>Αποτελέσματα του μη παραμετρικού test Mann-Whitney με ανεξάρτητη μεταβλητή την εθνικότητα και εξαρτημένες τους</p>	
6.5	<p>συνοπτικούς δείκτες της Εργασιακής Αβεβαιότητας EPRES με μη κανονική κατανομή</p> <p>Αποτελέσματα του παραμετρικού t-test με ανεξάρτητη μεταβλητή την εθνικότητα και εξαρτημένες τους συνοπτικούς</p>	187
6.6	<p>δείκτες της Εργασιακής Αβεβαιότητας EPRES, του Επαγγελματικού Στρες OSQ και της Επισκόπησης Υγείας SF-36v2 με κανονική κατανομή</p> <p>Αποτελέσματα του μη παραμετρικού test Mann-Whitney με ανεξάρτητη μεταβλητή το φύλο και εξαρτημένες τους συνοπτικούς</p>	189
6.7	<p>δείκτες της Εργασιακής Αβεβαιότητας EPRES με μη κανονική κατανομή</p> <p>Αποτελέσματα του παραμετρικού t-test με ανεξάρτητη μεταβλητή το φύλο και εξαρτημένες τους συνοπτικούς</p>	194
6.8	<p>δείκτες της Εργασιακής Αβεβαιότητας EPRES, του Επαγγελματικού Στρες OSQ και της Επισκόπησης Υγείας SF-36v2 με κανονική κατανομή</p> <p>Αποτελέσματα του μη παραμετρικού test Kruskal-Wallis με ανεξάρτητη μεταβλητή την οικογενειακή κατάσταση και</p>	195
6.9	<p>εξαρτημένες τους συνοπτικούς δείκτες της Εργασιακής Αβεβαιότητας EPRES με μη κανονική κατανομή</p> <p>Αποτελέσματα της one-way Anova με ανεξάρτητη μεταβλητή την οικογενειακή κατάσταση και εξαρτημένες τους συνοπτικούς</p>	201
6.10	<p>δείκτες της Εργασιακής Αβεβαιότητας EPRES, του Επαγγελματικού Στρες OSQ και της Επισκόπησης Υγείας SF-36v2 με κανονική κατανομή</p>	202
6.11	<p>Αποτελέσματα του μη παραμετρικού test Kruskal-Wallis με</p>	211

	ανεξάρτητη μεταβλητή τα έτη στην επιχείρηση και εξαρτημένες τους συνοπτικούς δείκτες της Εργασιακής Αβεβαιότητας EPRES με μη κανονική κατανομή	
	Αποτελέσματα της one-way Anova με ανεξάρτητη μεταβλητή τα έτη στην επιχείρηση και εξαρτημένες τους συνοπτικούς δείκτες της Εργασιακής Αβεβαιότητας EPRES, του Επαγγελματικού Στρες OSQ και της Επισκόπησης Υγείας SF-36v2 με κανονική κατανομή	212
6.12		
	Αποτελέσματα του μη παραμετρικού test Kruskal-Wallis με ανεξάρτητη μεταβλητή το επίπεδο εκπαίδευσης και εξαρτημένες τους συνοπτικούς δείκτες της Εργασιακής Αβεβαιότητας EPRES με μη κανονική κατανομή	220
6.13		
	Αποτελέσματα της one-way Anova με ανεξάρτητη μεταβλητή το επίπεδο εκπαίδευσης και εξαρτημένες τους συνοπτικούς δείκτες της Εργασιακής Αβεβαιότητας EPRES, του Επαγγελματικού Στρες OSQ και της Επισκόπησης Υγείας SF-36v2 με κανονική κατανομή	222
6.14		
	Αποτελέσματα του μη παραμετρικού test Mann-Whitney με ανεξάρτητη μεταβλητή το επάγγελμα και εξαρτημένες τους συνοπτικούς δείκτες της Εργασιακής Αβεβαιότητας EPRES με μη κανονική κατανομή	231
6.15		
	Αποτελέσματα του παραμετρικού t-test με ανεξάρτητη μεταβλητή τη θέση εργασίας και εξαρτημένες τους συνοπτικούς δείκτες της Εργασιακής Αβεβαιότητας EPRES, του Επαγγελματικού Στρες και της Επισκόπησης Υγείας SF-36v2 με κανονική κατανομή	232
6.16		
	Αποτελέσματα του μη παραμετρικού test Mann-Whitney με ανεξάρτητη μεταβλητή τον τομέα στον οποίο ανήκει η επιχείρηση που απασχολούνται οι εργαζόμενοι και εξαρτημένες τους συνοπτικούς δείκτες της Εργασιακής Αβεβαιότητας EPRES με μη κανονική κατανομή	238
6.17		

6.18	<p>Αποτελέσματα του παραμετρικού t-test με ανεξάρτητη μεταβλητή τον τομέα στον οποίο ανήκει η επιχείρηση που απασχολούνται οι εργαζόμενοι και εξαρτημένες τους συνοπτικούς δείκτες της Εργασιακής Αβεβαιότητας EPRES, του Επαγγελματικού Στρες OSQ και της Επισκόπησης Υγείας SF-36v2 με κανονική κατανομή</p>	239
6.19	<p>Αποτελέσματα του μη παραμετρικού test Mann-Whitney με ανεξάρτητη μεταβλητή τη σχέση επαγγέλματος με σπουδές και εξαρτημένες του συνοπτικούς δείκτες της Εργασιακής Αβεβαιότητας EPRES με μη κανονική κατανομή</p>	245
6.20	<p>Αποτελέσματα του παραμετρικού t-test με ανεξάρτητη μεταβλητή τη σχέση επαγγέλματος με σπουδές και εξαρτημένες του συνοπτικούς δείκτες της Εργασιακής Αβεβαιότητας EPRES, του Επαγγελματικού Στρες OSQ και της Επισκόπησης Υγείας SF-36v2 με κανονική κατανομή</p>	246
6.21	<p>Αποτελέσματα του μη παραμετρικού test Kruskal-Wallis με ανεξάρτητη μεταβλητή τις εβδομαδιαίες ώρες εργασίας και εξαρτημένες του συνοπτικούς δείκτες της εργασιακής αβεβαιότητας EPRES και της επισκόπησης υγείας SF-36v2 με μη κανονική κατανομή</p>	252
6.22	<p>Αποτελέσματα της one-way Anova με ανεξάρτητη μεταβλητή τις εβδομαδιαίες ώρες εργασίας και εξαρτημένες του συνοπτικούς δείκτες της εργασιακής αβεβαιότητας EPRES, του επαγγελματικού στρες και της επισκόπησης υγείας SF-36v2 με κανονική κατανομή</p>	253
6.23	<p>Αποτελέσματα του μη παραμετρικού test Kruskal-Wallis με ανεξάρτητη μεταβλητή τον απουσιασμό σε ημέρες και εξαρτημένες του συνοπτικούς δείκτες της Εργασιακής Αβεβαιότητας EPRES με μη κανονική κατανομή</p>	260
6.24	<p>Αποτελέσματα της one-way Anova με ανεξάρτητη μεταβλητή τον απουσιασμό σε ημέρες και εξαρτημένες του συνοπτικούς</p>	262

	δείκτες της Εργασιακής Αβεβαιότητας EPRES, του Επαγγελματικού Στρες OSQ και της Επισκόπησης Υγείας SF-36v2 με κανονική κατανομή	
6.25	Αποτελέσματα του μη παραμετρικού test Kruskal-Wallis με ανεξάρτητη μεταβλητή το πρόγραμμα βαρδιών και εξαρτημένες του συνοπτικούς δείκτες της Εργασιακής Αβεβαιότητας EPRES με μη κανονική κατανομή	271
6.26	Αποτελέσματα της one-way Anova με ανεξάρτητη μεταβλητή το πρόγραμμα βαρδιών και εξαρτημένες του συνοπτικούς δείκτες της Εργασιακής Αβεβαιότητας EPRES, του Επαγγελματικού Στρες OSQ και της Επισκόπησης Υγείας SF-36v2 με κανονική κατανομή	273
6.27	Αποτελέσματα του μη παραμετρικού test Mann-Whitney με ανεξάρτητη μεταβλητή την ύπαρξη δεύτερης δουλειάς και εξαρτημένες του συνοπτικούς δείκτες της Εργασιακής Αβεβαιότητας EPRES με μη κανονική κατανομή	282
6.28	Αποτελέσματα του παραμετρικού t-test με ανεξάρτητη μεταβλητή την ύπαρξη δεύτερης δουλειάς και εξαρτημένες του συνοπτικούς δείκτες της Εργασιακής Αβεβαιότητας EPRES, του Επαγγελματικού Στρες OSQ και της Επισκόπησης Υγείας SF-36v2 με κανονική κατανομή	283
6.29	Αποτελέσματα του μη παραμετρικού test Mann-Whitney με ανεξάρτητη μεταβλητή τη σύμβαση εργασίας και εξαρτημένες του συνοπτικούς δείκτες της Εργασιακής Αβεβαιότητας EPRES με μη κανονική κατανομή	288
6.30	Αποτελέσματα του παραμετρικού t-test με ανεξάρτητη μεταβλητή τη σύμβαση εργασίας και εξαρτημένες του συνοπτικούς δείκτες της Εργασιακής Αβεβαιότητας EPRES, του Επαγγελματικού Στρες OSQ και της Επισκόπησης Υγείας SF-36v2 με κανονική κατανομή	290
6.31	Αποτελέσματα του μη παραμετρικού test Kruskal-Wallis με	296

	ανεξάρτητη μεταβλητή την επίδραση της οικονομικής κρίσης και εξαρτημένες του συνοπτικούς δείκτες της Εργασιακής Αβεβαιότητας EPRES με μη κανονική κατανομή	
	Αποτελέσματα της one-way Anova με ανεξάρτητη μεταβλητή την επίδραση της οικονομικής κρίσης και εξαρτημένες του συνοπτικούς δείκτες της Εργασιακής Αβεβαιότητας EPRES, του	298
6.32	Επαγγελματικού Στρες OSQ και της Επισκόπησης Υγείας SF-36v2 με κανονική κατανομή	
6.33	Έλεγχος συσχετίσεων μεταξύ ανεξάρτητων μεταβλητών ατομικών και εργασιακών χαρακτηριστικών	308
	Αποτελέσματα γραμμικής συσχέτισης συνοπτικών δεικτών Εργασιακής Αβεβαιότητας EPRES και της διάστασης της	313
7.1	Μεταβολής της Υγείας SF-36v2	
	Αποτελέσματα γραμμικής συνοπτικών δεικτών Εργασιακής Αβεβαιότητας EPRES και συνοπτικών διαστάσεων Σωματικής	316
7.2	Υγείας SF-36v2	
	Αποτελέσματα γραμμικής συσχέτισης συνοπτικών δεικτών Εργασιακής Αβεβαιότητας EPRES και συνοπτικών διαστάσεων	319
7.3	Ψυχικής Υγείας SF-36v2	
	Αποτελέσματα γραμμικής συσχέτισης (Spearman r) συνοπτικών δεικτών Επαγγελματικού Στρες OSQ και διάστασης Μεταβολής	325
8.1	της Υγείας SF-36v2	
	Αποτελέσματα γραμμικής συσχέτισης (Pearson's r) συνοπτικών δεικτών Επαγγελματικού Στρες OSQ και συνοπτικών	328
8.2	διαστάσεων Σωματικής Υγείας SF-36v2	
	Αποτελέσματα γραμμικής συσχέτισης (Spearman r) συνοπτικών δεικτών Επαγγελματικού Στρες OSQ και συνοπτικών	332
8.3	διαστάσεων Ψυχικής Υγείας SF-36v2	
	Βαθμός συσχέτισης ανεξαρτήτων μεταβλητών που περιλαμβάνουν δημογραφικά και επαγγελματικά	336
9.1	χαρακτηριστικά, καθώς και τους συνοπτικούς δείκτες	

Εργασιακής Αβεβαιότητας EPRES και Επαγγελματικού Στρες OSQ, με τους συνοπτικούς δείκτες της Επισκόπησης Υγείας SF-36v2

9.2	Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση παραμέτρων σε σχέση με τη «φυσική λειτουργία» των εργαζομένων	341
9.3	Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση παραμέτρων σε σχέση με το «φυσικό ρόλο» των εργαζομένων	343
9.4	Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση παραμέτρων σε σχέση με το «σωματικό πόνο» των εργαζομένων	344
9.5	Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση παραμέτρων σε σχέση με τη «γενική υγεία» των εργαζομένων	346
9.6	Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση παραμέτρων σε σχέση με τη «ζωτικότητα» των εργαζομένων	348
9.7	Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση παραμέτρων σε σχέση με την «κοινωνική λειτουργία» των εργαζομένων	305
9.8	Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση παραμέτρων σε σχέση με το «συναισθηματικό ρόλο» των εργαζομένων	351
9.9	Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση παραμέτρων σε σχέση με την «ψυχική υγεία» των εργαζομένων	353
9.10	Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση παραμέτρων σε σχέση με τη «μεταβολή της υγείας» των εργαζομένων	354
9.11	Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση παραμέτρων σε σχέση με τη «συνολική σωματική υγεία» των εργαζομένων	356
9.12	Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση παραμέτρων σε σχέση με τη «συνολική ψυχική υγεία» των εργαζομένων	358

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΧΗΜΑΤΩΝ

		Σελίδες
3.1	Διάγραμμα ροής επιλογής άρθρων της συστηματικής ανασκόπησης	51
5.1	Κατανομή συχνοτήτων ηλικίας	107
5.2	Κατανομή ετών εργασίας στην επιχείρηση	107
5.3	Κατανομή εβδομαδιαίων ωρών εργασίας	108
5.4	Κατανομή απουσιασμού	108
5.5	Κατανομή ηλικίας κατά την πρώτη εργασία	109
5.6	Κατανομή τιμών του συνοπτικού δείκτη «προσωρινότητα» του ερωτηματολογίου Εργασιακής Αβεβαιότητας EPRES και εμφάνιση της καμπύλης κανονικής κατανομής	118
5.7	Κατανομή τιμών του συνοπτικού δείκτη «αποδυνάμωση» του ερωτηματολογίου Εργασιακής Αβεβαιότητας EPRES και εμφάνιση της καμπύλης κανονικής κατανομής	119
5.8	Κατανομή τιμών του συνοπτικού δείκτη «τρωτότητα» του ερωτηματολογίου Εργασιακής Αβεβαιότητας EPRES και εμφάνιση της καμπύλης κανονικής κατανομής	119
5.9	Κατανομή τιμών του συνοπτικού δείκτη «μισθοί» του ερωτηματολογίου Εργασιακής Αβεβαιότητας EPRES και εμφάνιση της καμπύλης κανονικής κατανομής	120
5.10	Κατανομή τιμών του συνοπτικού δείκτη «δικαιώματα» του ερωτηματολογίου Εργασιακής Αβεβαιότητας EPRES και εμφάνιση της καμπύλης κανονικής κατανομής	120
5.11	Κατανομή τιμών του συνοπτικού δείκτη «άσκηση δικαιωμάτων» του ερωτηματολογίου Εργασιακής Αβεβαιότητας EPRES και εμφάνιση της καμπύλης κανονικής κατανομής	121
5.12	Κατανομή τιμών του συνοπτικού δείκτη «συνολική εργασιακή αβεβαιότητα» του ερωτηματολογίου Εργασιακής Αβεβαιότητας EPRES και εμφάνιση της καμπύλης κανονικής κατανομής	121

5.13	Κατανομή τιμών του συνοπτικού δείκτη της διάστασης «τροποποιητικοί παράγοντες & εργασιακοί πόροι» του ερωτηματολογίου Επαγγελματικού Στρες OSQ και εμφάνιση της καμπύλης κανονικής κατανομής	141
5.14	Κατανομή τιμών του συνοπτικού δείκτη της υποκλίμακας «δυνατότητες ελέγχου εργασίας» του ερωτηματολογίου Επαγγελματικού Στρες OSQ και εμφάνιση της καμπύλης κανονικής κατανομής	142
5.15	Κατανομή τιμών του συνοπτικού δείκτη της υποκλίμακας «κοινωνικές σχέσεις & εκτίμηση» του ερωτηματολογίου Επαγγελματικού Στρες OSQ και εμφάνιση της καμπύλης κανονικής κατανομής	142
5.16	Κατανομή τιμών του συνοπτικού δείκτη της υποκλίμακας «ατμόσφαιρα στο χώρο εργασίας» του ερωτηματολογίου Επαγγελματικού Στρες OSQ και εμφάνιση της καμπύλης κανονικής κατανομής	143
5.17	Κατανομή τιμών του συνοπτικού δείκτη της υποκλίμακας «ηγεσία & εποπτεία» του ερωτηματολογίου Επαγγελματικού Στρες OSQ και εμφάνιση της καμπύλης κανονικής κατανομής	143
5.18	Κατανομή τιμών του συνοπτικού δείκτη της διάστασης «αντίληψη του περιβάλλοντος» του ερωτηματολογίου Επαγγελματικού Στρες OSQ και εμφάνιση της καμπύλης κανονικής κατανομής	144
5.19	Κατανομή τιμών του συνοπτικού δείκτη της υποκλίμακας «απαιτήσεις εργασίας» του ερωτηματολογίου Επαγγελματικού Στρες OSQ και εμφάνιση της καμπύλης κανονικής κατανομής	144
5.20	Κατανομή τιμών του συνοπτικού δείκτη της υποκλίμακας «κίνδυνοι & περιβάλλον» του ερωτηματολογίου Επαγγελματικού Στρες OSQ και εμφάνιση της καμπύλης κανονικής κατανομής	145
5.21	Κατανομή τιμών του συνοπτικού δείκτη της υποκλίμακας	145

	«πίεση εργασίας» του ερωτηματολογίου Επαγγελματικού Στρες OSQ και εμφάνιση της καμπύλης κανονικής κατανομής	
5.22	Κατανομή τιμών του συνοπτικού δείκτη της διάστασης «στρες & ευεξία» του ερωτηματολογίου Επαγγελματικού Στρες OSQ και εμφάνιση της καμπύλης κανονικής κατανομής	146
5.23	Κατανομή τιμών του συνοπτικού δείκτη της διάστασης «ανάγκη για υποστήριξη & παρεμβάσεις» του ερωτηματολογίου Επαγγελματικού Στρες OSQ και εμφάνιση της καμπύλης κανονικής κατανομής	146
5.24	Κατανομή τιμών του συνοπτικού δείκτη «συνολικό επαγγελματικό στρες» του ερωτηματολογίου Επαγγελματικού Στρες OSQ και εμφάνιση της καμπύλης κανονικής κατανομής	147
5.25	Κατανομή τιμών του συνοπτικού δείκτη «φυσική λειτουργία» του ερωτηματολογίου Επισκόπησης Υγείας SF-36v2 και εμφάνιση της καμπύλης κανονικής κατανομής	164
5.26	Κατανομή τιμών του συνοπτικού δείκτη «φυσικός ρόλος» του ερωτηματολογίου Επισκόπησης Υγείας SF-36v2 και εμφάνιση της καμπύλης κανονικής κατανομής	164
5.27	Κατανομή τιμών του συνοπτικού δείκτη «σωματικός πόνος» του ερωτηματολογίου Επισκόπησης Υγείας SF-36v2 και εμφάνιση της καμπύλης κανονικής κατανομής	165
5.28	Κατανομή τιμών του συνοπτικού δείκτη «γενική υγεία» του ερωτηματολογίου Επισκόπησης Υγείας SF-36v2 και εμφάνιση της καμπύλης κανονικής κατανομής	165
5.29	Κατανομή τιμών του συνοπτικού δείκτη «ζωτικότητα» του ερωτηματολογίου Επισκόπησης Υγείας SF-36v2 και εμφάνιση της καμπύλης κανονικής κατανομής	166
5.30	Κατανομή τιμών του συνοπτικού δείκτη «κοινωνική λειτουργία» του ερωτηματολογίου Επισκόπησης Υγείας SF-36v2 και εμφάνιση της καμπύλης κανονικής κατανομής	166
5.31	Κατανομή τιμών του συνοπτικού δείκτη «συναισθηματικός	167

	ρόλος» του ερωτηματολογίου Επισκόπησης Υγείας SF-36v2 και εμφάνιση της καμπύλης κανονικής κατανομής	
5.32	Κατανομή τιμών του συνοπτικού δείκτη «ψυχική υγεία» του ερωτηματολογίου Επισκόπησης Υγείας SF-36v2 και εμφάνιση της καμπύλης κανονικής κατανομής	167
5.33	Κατανομή τιμών του συνοπτικού δείκτη «μεταβολή της υγείας» του ερωτηματολογίου Επισκόπησης Υγείας SF-36v2 και εμφάνιση της καμπύλης κανονικής κατανομής	168
5.34	Κατανομή τιμών του συνοπτικού δείκτη «συνολικής σωματικής υγείας» του ερωτηματολογίου Επισκόπησης Υγείας SF-36v2 και εμφάνιση της καμπύλης κανονικής κατανομής	168
5.35	Κατανομή τιμών του συνοπτικού δείκτη «συνολικής ψυχικής υγείας» του ερωτηματολογίου Επισκόπησης Υγείας SF-36v2 και εμφάνιση της καμπύλης κανονικής κατανομής	169

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 1^ο

Το επίπεδο υγείας των εργαζομένων και οι συνθήκες εργασίας στην Ελλάδα- επιδημιολογικά δεδομένα

1.1 Εισαγωγή

Σύμφωνα με τον καταστατικό χάρτη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, ως υγεία ορίζεται η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς η απουσία της ασθένειας και αναπηρίας (WHO, 1946). Με την έννοια αυτή, η υγεία αποτελεί ένα πολυσύνθετο, όχι μόνο βιολογικό αλλά και ψυχοκοινωνικό φαινόμενο, το οποίο εκτός από τις αυτονόητες σωματικές του διαστάσεις περιλαμβάνει και τις έννοιες της ευεξίας και της λειτουργικότητας στο χώρο εργασίας και στην κοινότητα. Σε ερευνητικό επίπεδο, γίνεται προσπάθεια να γίνει καλύτερα κατανοητός ο ρόλος που διαδραματίζουν διάφοροι εργασιακοί και μη παράγοντες, σε σχέση με δείκτες έκβασης, μεταξύ των οποίων η σωματική και η ψυχική υγεία των εργαζομένων.

Το επίπεδο της υγείας εξαρτάται από τη δυναμική ισορροπία ανάμεσα σε ατομικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες, δηλαδή του εσωτερικού με το εξωτερικό περιβάλλον, η οποία επιτρέπει την ανταπόκριση του ατόμου στις προκλήσεις και την προσαρμογή στις αλλαγές, διασφαλίζοντας μια αρμονική σχέση με το περιβάλλον. Η διατάραξη αυτής της αρμονικής σχέσης αποτελεί τη βασική αιτία πρόκλησης της ασθένειας, η οποία μπορεί να εκδηλωθεί με διαφορετικούς τρόπους και σε διαφορετικά επίπεδα, όπως κυτταρικό, οργανικό, συμπεριφερολογικό ή κοινωνικό.

Η υγεία αποτελεί ένα από τα βασικά ανθρώπινα δικαιώματα. Το κάθε κράτος θα πρέπει να εξασφαλίζει το δικαίωμα κάθε ανθρώπου να απολαμβάνει το υψηλότερο εφικτό επίπεδο φυσικής και ψυχικής υγείας, ενώ οι σύγχρονες πολιτικές θα πρέπει να παρέχουν τις συνθήκες που θα επιτρέψουν την άσκηση αυτού του δικαιώματος. Η μέριμνα του Ελληνικού κράτους για τη λήψη μέτρων προστασίας της υγείας των

πολιτών περιλήφθηκε μάλιστα ως κοινωνικό δικαίωμα στο άρθρο 21 παρ 3. του Συντάγματος (Βουλή των Ελλήνων 2008), το οποίο ορίζει εκτός άλλων ότι το κράτος οφείλει να μεριμνά για την υγεία των πολιτών.

Οι όροι υγεία και ασφάλεια εργασίας και συνθήκες εργασίας αναφέρονται σε ένα σύνολο στοιχείων, τα οποία αποτελούν την επαγγελματική ζωή του εργαζομένου, τόσο όσον αφορά την ασφάλεια και την υγεία του εργασιακού περιβάλλοντος, όσο και την εν γένει βελτίωση της ποιότητας ζωής του εργαζομένου (Σπυρόπουλος 2000). Η προστασία της υγείας και της ασφάλειας των εργαζομένων, η δημιουργία ενός ικανοποιητικού εργασιακού περιβάλλοντος, η πρόληψη των επαγγελματικών κινδύνων και ασθενειών και γενικά η βελτίωση των συνθηκών εργασίας αποτελούν αδιαμφισβήτητο και ύψιστο δικαίωμα των εργαζομένων, κύριο μέλημα ενός κράτους πρόνοιας και απαραίτητο στοιχείο μίας κοινωνικά δίκαιης πολιτείας. Η υγεία και ασφάλεια στην εργασία, που οδηγούν σε καλές συνθήκες εργασίας και εξασφαλίζουν μια ποιότητα ζωής για τους εργαζόμενους, αποτελούν και οικονομικούς στόχους, των οποίων η επίτευξη συμβάλλει αποτελεσματικά τόσο στην οικονομική ανάπτυξη μιας χώρας, όσο και στη βελτίωση της παραγωγικότητας, στο επίπεδο της επιχείρησης ή του οργανισμού. Τα εργατικά ατυχήματα και οι επαγγελματικές ασθένειες, εκτός από άμεσες ανθρώπινες συνέπειες για τους εργαζόμενους και τις οικογένειές τους, προκαλούν επίσης σημαντική οικονομική επιβάρυνση στην επιχείρηση, στα ασφαλιστικά ταμεία και στην εθνική οικονομία εν γένει.

Η μελέτη του επιπέδου υγείας των εργαζομένων, σε σχέση με τις συνθήκες εργασίας και η διερεύνηση των παραγόντων που ενδέχεται να βλάψουν την υγεία αποτελούν τη βάση της επαγγελματικής υγείας (Βουλή των Ελλήνων 2010). Οι αλληλεπιδράσεις ανάμεσα στο εργασιακό περιβάλλον και την υγεία αποτελούν αντικείμενο μελέτης των επαγγελματιών υγείας, καθώς η εργασία μπορεί να επηρεάσει άμεσα, αλλά και έμμεσα το άτομο. Η εργασία αποτελεί ένα καθοριστικό παράγοντα για την υγεία, καθώς ανήκει στους ιδιαίτερα σημαντικούς κοινωνικούς παράγοντες. (Braveman, Egerter & Williams 2011), διαμορφώνοντας παράλληλα το εισόδημα, που επίσης επιδρά στην υγεία. Αν και η επίδραση των κοινωνικών παραγόντων είναι σχετικά γνωστή (Benach et al. 2010), η φύση των εργασιακών σχέσεων, οι οποίες συνεχώς μεταβάλλονται στο πλαίσιο μιας οικονομικής κρίσης, και

οι επιδράσεις που δυνητικά επιφέρουν στο επίπεδο υγείας των εργαζομένων πρέπει να μελετηθούν σε μεγαλύτερο βάθος στην Ελλάδα.

Σε σχέση με τις μορφές απασχόλησης, οι οποίες επίσης διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο ως προς το προφίλ υγείας, σύμφωνα με τη Διεθνή Ταξινόμηση του Είδους Απασχόλησης του Διεθνούς Γραφείου Εργασίας (I.L.O.), υπάρχουν έξι είδη (I.L.O. 1993): οι μισθωτοί εργαζόμενοι, οι οποίοι διακρίνονται σε εργαζόμενους με συμβάσεις αορίστου και συμβάσεις ορισμένου χρόνου, οι εργοδότες, οι αυτοαπασχολούμενοι, τα μέλη παραγωγικών συνεταιρισμών, τα βοηθούντα την επιχείρηση οικογενειακά μέλη και οι εργαζόμενοι που δεν μπορούν να ταξινομηθούν. Στην πρόσφατη αναφορά του ίδιου οργανισμού για τις μη τυπικές μορφές απασχόλησης (I.L.O. 2015), σημειώνεται ότι δεν υπάρχει επίσημος ορισμός για τις μη τυπικές μορφές απασχόλησης, οι οποίες ωστόσο εν γένει περιλαμβάνουν εργασίες που δεν εμπίπτουν στο πεδίο εφαρμογής μιας τυπικής σχέσης εργασίας, η οποία παραδοσιακά στην Ελλάδα νοείται ως εργασία πλήρους απασχόλησης, αορίστου χρόνου, με εξαρτημένη σχέση εργασίας, που προσφέρει πλήρη εργασιακά και κοινωνικά δικαιώματα.

Η προσωρινή και η μερική απασχόληση, ως μορφές ελαστικής απασχόλησης, είχαν πάντα αναφορά στις αγορές εργασίας, καθώς παρέχουν στις επιχειρήσεις ορισμένα οφέλη, όπως η ευελιξία για την αντικατάσταση των προσωρινά απόντων εργαζομένων, η δυνατότητα αξιολόγησης νεοπροσληφθέντων πριν από τη μόνιμη ανάληψη μιας οργανικής θέσης και η δυνατότητα ανταπόκρισης στις εποχικές ή άλλες μεταβολές. Από την άλλη πλευρά, οι εργαζόμενοι απασχολούνται με μη τυπικές μορφές απασχόλησης, ώστε να εξυπηρετήσουν οικογενειακές, εκπαιδευτικές ή άλλου τύπου ανάγκες, για τη συμπλήρωση του εισοδήματός τους ή με την ελπίδα ότι η προσωρινή εργασία μπορεί να οδηγήσει σε μια μόνιμη απασχόληση. Τις τελευταίες δεκαετίες, παρατηρείται μια αύξηση στη συχνότητα της μη τυπικής απασχόλησης, γεννώντας ενδεχομένως νέους κινδύνους για το εργατικό δυναμικό, η διαχείριση των οποίων είναι μια πρόκληση για τους ειδικούς της επαγγελματικής υγείας.

1.2 Οι έννοιες της επαγγελματικής υγείας και ασφάλειας

Η Υγεία και Ασφάλεια στην εργασία ορίζεται ως η επιστήμη της πρόβλεψης, αναγνώρισης, αξιολόγησης και ελέγχου των παραγόντων που προκύπτουν στο χώρο εργασίας και που δυνητικά μπορεί να βλάψουν την υγεία και ευεξία των εργαζομένων, λαμβάνοντας υπ' όψιν τις πιθανές επιπτώσεις στην κοινότητα και το γενικό πληθυσμό (Alli 2008). Ο τομέας αυτός είναι ευρύτατος και περιλαμβάνει όλους τους κλάδους, τις επιχειρήσεις και τους περιβαλλοντικούς παράγοντες, στους οποίους μπορεί να εκτεθεί ένας εργαζόμενος, στο πλαίσιο της απασχόλησής του.

Η υγεία και η ασφάλεια κατά την εργασία αποτελούν καθήκον του εργοδότη, καθώς σύμφωνα με το άρθρο 6 της οδηγίας 89/391/ΕΟΚ (Συμβούλιο των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων 1989), δηλαδή της οδηγίας-πλαίσιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης για την ασφάλεια και την υγεία κατά την εργασία, που εγκρίθηκε το 1989, οι εργοδότες υποχρεούνται να λαμβάνουν τα μέτρα που απαιτούνται για την προστασία της υγείας και της ασφάλειας των εργαζομένων. Τα απαραίτητα μέτρα υγείας και ασφάλειας κατά την εργασία περιλαμβάνουν την πρόληψη των εργασιακών κινδύνων, την παροχή πληροφοριών και εκπαίδευσης, καθώς και την παροχή της απαραίτητης οργάνωσης και των απαραίτητων μέσων. Ο εργοδότης έχει τη συνολική ευθύνη προσδιορισμού και αξιολόγησης των κινδύνων στον χώρο εργασίας και πρέπει να εξασφαλίζει την ορθή εφαρμογή των επαγγελματικών δραστηριοτήτων, ώστε να συνάδουν με την υγεία και ασφάλεια στην εργασία. Σε περίπτωση που δε διαθέτει ο ίδιος τις σχετικές γνώσεις, πρέπει να λαμβάνει συμβουλές ειδικών εσωτερικά, μέσω των εμπειρογνομόνων του τομέα της επαγγελματικής υγείας και ασφάλειας, ή εξωτερικά, μέσω της χρήσης εξωτερικών συμβουλευτικών υπηρεσιών. Σύμφωνα με τα άρθρα 5 έως 12 της οδηγίας 89/391/ΕΟΚ του Συμβουλίου, οι εργοδότες υποχρεούνται:

- *«να εξασφαλίζουν την υγεία και την ασφάλεια των εργαζομένων ως προς όλες τις πτυχές της εργασίας*
- *να έχουν στη διάθεσή τους μια εκτίμηση των υφισταμένων κατά την εργασία κινδύνων για την ασφάλεια και την υγεία, συμπεριλαμβανομένων*

εκείνων που αφορούν ομάδες εργαζομένων που εκτίθενται σε ιδιαίτερους κινδύνους

- να λαμβάνουν κατάλληλα μέτρα ώστε οι εργαζόμενοι και/ή οι εκπρόσωποί τους να λαμβάνουν όλες τις απαραίτητες πληροφορίες σύμφωνα με τις εθνικές νομοθεσίες και/ή πρακτικές*
- να ζητούν τη γνώμη των εργαζομένων και/ή των εκπροσώπων τους και να επιτρέπουν τη συμμετοχή τους στα πλαίσια όλων των ζητημάτων που άπτονται της ασφάλειας και της υγείας κατά την εργασία*
- να καθορίζουν τα μέτρα προστασίας που πρέπει να ληφθούν και, αν χρειαστεί, το υλικό προστασίας που πρέπει να χρησιμοποιηθεί*
- να λαμβάνουν τα απαραίτητα μέτρα για την προστασία της υγείας και της ασφάλειας των εργαζομένων*
- να εφαρμόζουν τα απαραίτητα μέτρα βάσει των ακόλουθων γενικών αρχών πρόληψης*
- να εξασφαλίζουν ότι κάθε εργαζόμενος λαμβάνει επαρκή εκπαίδευση για την υγεία και την ασφάλεια, ιδίως με τη μορφή ενημέρωσης και ειδικών οδηγιών για τον χώρο ή τη θέση εργασίας του, κατά την πρόσληψη, σε περίπτωση μετάθεσης, εάν χρησιμοποιείται νέος εξοπλισμός εργασίας ή νέα τεχνολογία*
- να λαμβάνουν κατάλληλα μέτρα ώστε οι εργοδότες εργαζομένων σε εξωτερικές εγκαταστάσεις που απασχολούνται σε εργασία στην εγκατάστασή τους λαμβάνουν κατάλληλη ενημέρωση σύμφωνα με τις εθνικές νομοθεσίες και/ή πρακτικές και έχουν λάβει πράγματι τις κατάλληλες οδηγίες όσον αφορά τους κινδύνους για την υγεία και την ασφάλεια κατά τις δραστηριότητές τους στην εγκατάστασή τους*
- να τεκμηριώνουν, να παρακολουθούν και να ελέγχουν την εκτίμηση κινδύνων και τα ληφθέντα μέτρα.» (Συμβούλιο των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, 1989)*

Στο πλαίσιο της εφαρμογής της Ελληνικής Νομοθεσίας Υγείας και Ασφάλειας, η εκτίμηση του επιπέδου υγείας των εργαζομένων γίνεται σε εφαρμογή των διατάξεων που αφορούν στην επίβλεψη υγείας, με στόχο τη δευτερογενή πρόληψη της

επίδρασης βλαπτικών παραγόντων της εργασίας στην υγεία (Βουλή των Ελλήνων 2010). Οι παράγοντες αυτοί αποτελούν επαγγελματικούς κινδύνους, οι οποίοι σχετίζονται με την πιθανότητα ή συχνότητα έκθεσης των εργαζομένων σε κάποια πηγή που βρίσκεται στον εργασιακό χώρο π.χ. θόρυβος, χημικές ουσίες, χειρωνακτική διακίνηση φορτίων, μονότονη ή επαναληπτική εργασία, απροστάτευτα κινούμενα μέρη μηχανών κ.λ.π., καθώς επίσης και με τη σοβαρότητα των συνεπειών, δηλαδή τη βλάβη που δυνητικά θα προκληθεί ως επακόλουθο της έκθεσης αυτής. Η συνθετική προσέγγιση της πιθανότητας έκθεσης και της σοβαρότητας των συνεπειών εκφράζεται από την έννοια της επικινδυνότητας, που προσδιορίζει το βαθμό του επαγγελματικού κινδύνου. Η προστασία της υγείας και ασφάλειας, καθώς επίσης και η πρόληψη των συνεπειών των βλαπτικών παραγόντων του εργασιακού χώρου αποτελούν τον τελικό στόχο των διαδικασιών εκτίμησης του επαγγελματικού κινδύνου.

Η εκτίμηση του επαγγελματικού κινδύνου του εργασιακού περιβάλλοντος αποτελεί μια σύνθετη, διαχρονική και δυναμική διαδικασία, η οποία μέσω της αποδόμησης και της ανάλυσης, συντελεί στη συγκρότηση ενός υγιούς και ασφαλούς εργασιακού περιβάλλοντος, προσαρμοσμένου στις ανθρώπινες ικανότητες και δυνατότητες. Τα πληροφοριακά στοιχεία που προέρχονται από την ανάλυση του εργασιακού περιβάλλοντος και των επιπτώσεών του στην υγεία και ασφάλεια, κατάλληλα επεξεργασμένα, συντελούν στη συγκρότηση των παρεμβάσεων πρόληψης, που οδηγούν στην προσαρμογή του εργασιακού περιβάλλοντος στις διαστάσεις του εργαζόμενου ως άτομο. Αυτές οι παρεμβάσεις πρέπει να είναι ικανές να αποτρέψουν την επιβάρυνση της υγείας, στοχεύοντας στην απομάκρυνση των ενδογενών κινδύνων κάθε παραγωγικής δραστηριότητας. Ο δυναμικός χαρακτήρας των διαδικασιών εκτίμησης του επαγγελματικού κινδύνου, εκφράζεται μέσω της αξιολόγησης των επεμβάσεων για την προστασία και πρόληψη της υγείας των εργαζομένων, καθώς και με τη διαχρονική παρακολούθηση των βλαπτικών παραγόντων σε σχέση και με την προσαρμογή στις νέες παραγωγικές απαιτήσεις (Koh & Aw 2003).

1.2.1 Επαγγελματικοί κίνδυνοι

Οι χώροι εργασίας έχουν υποστεί τεράστιες αλλαγές τα τελευταία εκατό χρόνια. Σε ένα μεγάλο βαθμό, η πολύ βαριά και επικίνδυνη βιομηχανία έχει εδώ και χρόνια περιοριστεί και το βάρος των επαγγελματικών ασθενειών ακολούθως έχει μειωθεί σημαντικά στις περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες (Hunter 1978). Ωστόσο, το νέο εργασιακό περιβάλλον και οι συνθήκες εργασίας που έχουν διαμορφωθεί αποτέλεσαν πεδίο ανάπτυξης νέων βλαπτικών παραγόντων, οι οποίοι δυνητικά επηρεάζουν το επίπεδο υγείας του εργατικού δυναμικού (Rantanen et al. 1994).

Οι κίνδυνοι που πηγάζουν από κάθε επαγγελματική δραστηριότητα συνήθως δρουν σε συνέργεια, όπως λόγω χάρη η εντατικοποίηση της εργασίας σε ένα εργασιακό περιβάλλον με υψηλά επίπεδα θορύβου δημιουργεί τις προϋποθέσεις ώστε να εκδηλωθεί ένα εργατικό ατύχημα. Οι κίνδυνοι για την ασφάλεια ή οι κίνδυνοι ατυχήματος, περικλείουν την πιθανότητα να προκληθεί τραυματισμός στους εργαζόμενους, ως συνέπεια της έκθεσης στην πηγή κινδύνου. Η φύση της πηγής κινδύνου καθορίζει την αιτία και το είδος του τραυματισμού που μπορεί να είναι μηχανική, ηλεκτρική, χημική ή θερμική. Οι κίνδυνοι για την υγεία περικλείουν την πιθανότητα να προκληθεί αλλοίωση στη βιολογική ισορροπία των εργαζομένων, ως συνέπεια της επαγγελματικής έκθεσης σε φυσικούς, χημικούς, βιολογικούς, εργονομικούς και ψυχοκοινωνικούς βλαπτικούς παράγοντες του εργασιακού περιβάλλοντος. Συγκεκριμένα οι ψυχοκοινωνικοί και εργονομικοί ή αλλιώς εγκάρσιοι παράγοντες χαρακτηρίζονται από την αλληλεπίδραση της σχέσης του εργαζόμενου με την οργάνωση της εργασίας στην οποία είναι ενταγμένος.

Οι ψυχοκοινωνικοί κίνδυνοι και το εργασιακό άγχος συγκαταλέγονται μεταξύ των μεγαλύτερων προκλήσεων στον τομέα της επαγγελματικής υγείας, καθώς επηρεάζουν σημαντικά την υγεία των ατόμων, των επιχειρήσεων και των εθνικών οικονομιών (OSHWiki contributors 2015). Οι ψυχοκοινωνικοί κίνδυνοι προκύπτουν από προβληματικό σχεδιασμό, οργάνωση και διαχείριση της εργασίας, καθώς και από μη υγιές κοινωνικό πλαίσιο της εργασίας και ενδέχεται να οδηγήσουν σε αρνητικά ψυχολογικά, σωματικά και κοινωνικά αποτελέσματα, όπως εργασιακό άγχος, εργασιακή εξουθένωση ή κατάθλιψη. Ορισμένα παραδείγματα συνθηκών

εργασίας που ενδέχεται να οδηγήσουν σε ψυχοκοινωνικούς κινδύνους είναι ο υπερβολικός φόρτος εργασίας, οι αντικρουόμενες απαιτήσεις και ασάφειες όσον αφορά τον ρόλο του εργαζόμενου, η έλλειψη συμμετοχής στη λήψη αποφάσεων που επηρεάζουν τον εργαζόμενο και η έλλειψη επιρροής στον τρόπο διεξαγωγής της εργασίας, η κακή διαχείριση των οργανωτικών αλλαγών, η εργασιακή ανασφάλεια, η αναποτελεσματική επικοινωνία, η έλλειψη υποστήριξης από τη διοίκηση ή τους συναδέλφους, καθώς και η ψυχολογική και σεξουαλική παρενόχληση και η βία που ασκείται από τρίτους (Fernandes & Pereira 2016).

Σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Δημοσκόπηση που διενήργησε ο Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία το 2012 (OSHA 2012), σχεδόν το 50% των εργαζομένων στην Ευρώπη πιστεύει ότι το εργασιακό άγχος αποτελεί μια συνηθισμένη κατάσταση στο χώρο εργασίας τους. Μεταξύ των συχνότερα αναφερόμενων αιτιών του εργασιακού άγχους περιλαμβάνονται η εργασιακή αναδιοργάνωση ή η εργασιακή ανασφάλεια, η υπερωριακή απασχόληση ή ο υπερβολικός φόρτος εργασίας, καθώς και η παρενόχληση και η βία στην εργασία. Ειδικότερα στην Ελλάδα, ως συχνότερη αιτία πρόκλησης εργασιακού άγχους αναδείχθηκε η αναδιοργάνωση της εργασίας ή η εργασιακή ανασφάλεια (85%), η οποία συνάδει με το ευρύτερο πλαίσιο της οικονομικής κρίσης, ενώ ακολουθούν ο εκφοβισμός και η παρενόχληση (74%), οι ώρες εργασίας ή ο φόρτος εργασίας (70%), η έλλειψη υποστήριξης από συναδέλφους ή προϊστάμενους όσον αφορά την εκπλήρωση του ρόλου του εργαζόμενου (70%), η έλλειψη σαφήνειας όσον αφορά τους ρόλους και τις ευθύνες (69%) και η περιορισμένη δυνατότητα του εργαζόμενου να χειρίζεται ο ίδιος τη δουλειά του (65%). Οι περιπτώσεις εργασιακού άγχους στο χώρο εργασίας αναφέρονται ως πολύ συνηθισμένες σε ποσοστό 46% και μάλλον συνηθισμένες σε ποσοστό 36%, γεγονός το οποίο κατατάσσει την Ελλάδα στη 2^η θέση ανάμεσα στις υπόλοιπες της Ευρώπης, μετά την Κύπρο, σημειώνοντας ότι η συχνότητα είναι σχεδόν τριπλάσια σε σχέση με το μέσο όρο όλων των χωρών (16%) (OSHA 2012).

Οι αιτίες αυτών των κινδύνων εντοπίζονται στην ίδια τη δομή της παραγωγικής διαδικασίας, που οδηγεί στην αναγκαστική προσαρμογή του ανθρώπου στις απαιτήσεις της εργασίας. Ο σχεδιασμός των παρεμβάσεων για την πρόληψη ή και

την προστασία των εργαζομένων από αυτούς τους κινδύνους, πρέπει να στοχεύει σε μια δυναμική ισορροπία μεταξύ του ανθρώπου και του εργασιακού περιβάλλοντος, με βασική συντεταγμένη την προσαρμογή της εργασίας στον άνθρωπο, κάτι που προϋποθέτει τη γνώση των φυσιολογικών αλλά και παθολογικών μηχανισμών του ανθρώπινου οργανισμού.

Η διαδικασία εκτίμησης του επαγγελματικού κινδύνου, όπως αναφέρθηκε, ακολουθεί βασικές ενέργειες που οδηγούν στον εντοπισμό των πηγών κινδύνου, στην εξακρίβωση καθώς και στον ποσοτικό και ποιοτικό προσδιορισμό των βλαπτικών παραγόντων του εργασιακού περιβάλλοντος (National Research Council Committee on Occupational Health and Safety in the Care and Use of Nonhuman Primates 2003). Η συλλογή και επεξεργασία των δεδομένων που αφορούν στους ψυχοκοινωνικούς κινδύνους πραγματοποιείται από επαγγελματίες υγείας που ανήκουν στην ομάδα υγιεινής της εργασίας, η οποία περιλαμβάνει κατά κύριο λόγο Ιατρούς, Νοσηλευτές, Επισκέπτες Υγείας και Ψυχολόγους, με ειδικευση στην υγιεινή της εργασίας. Η ομάδα αυτή στοχεύει, μεταξύ άλλων, σε μια καλύτερη ποιότητα ζωής του προσωπικού, ώστε οι εργαζόμενοι να είναι σε θέση να ικανοποιήσουν τις επιθυμητές προσωπικές τους ανάγκες και αξίες, εργαζόμενοι μέσα σε μια επιχείρηση ή έναν οργανισμό (Leka, Cox & Zwetsloot 2008).

1.2.2 Ο ρόλος των νοσηλευτών επαγγελματικής υγείας στη διαχείριση των επαγγελματικών κινδύνων

Οι νοσηλευτές επαγγελματικής υγείας είναι πλήρως καταρτισμένοι νοσηλευτές, οι οποίοι επιπλέον της βασικής νοσηλευτικής εκπαίδευσης έχουν αποκτήσει εργασιακή εμπειρία και έχουν λάβει εκπαίδευση στην επαγγελματική υγεία, μέσα από μεταπτυχιακή εκπαίδευση, με στόχο την εξειδίκευση (FOHNEU 2014). Ο ρόλος τους εστιάζει στα παρακάτω σημεία:

- Πρόληψη των επαγγελματικών ασθενειών και ατυχημάτων μέσω μιας ολοκληρωμένης στρατηγικής επαγγελματικής υγείας και ασφάλειας.
- Προαγωγή της υγείας και της εργασιακή ικανότητας, εστιάζοντας σε μη-επαγγελματικούς παράγοντες, που όμως μπορούν να προληφθούν στο χώρο εργασίας και οι οποίοι αν και δεν προέρχονται άμεσα από την

εργασία, μπορεί να επηρεάσουν την ικανότητα των εργαζομένων να διατηρήσουν την απόδοσή τους στην εργασία.

- Βελτίωση της διαχείρισης της περιβαλλοντικής υγείας, μειώνοντας τον κίνδυνο για το εργατικό δυναμικό και την ευρύτερη κοινότητα, το οποίο συμβάλει στην ευρύτερη δημόσια υγεία (Whitake & Baranski 2001).

Οι νοσηλευτές επαγγελματικής υγείας αποτελούν στην Ευρώπη την πολυπληθέστερη ομάδα επαγγελματιών υγείας που δραστηριοποιείται στη διαχείριση της επαγγελματικής υγείας (Marjorie & McCullagh 2012). Στις περισσότερες χώρες, η παροχή υπηρεσιών νοσηλευτών επαγγελματικής υγείας γίνεται στο πλαίσιο της διεπιστημονικής ομάδας, ενώ η πρακτική φύση και το επίπεδο εξειδίκευσης απαιτεί την παροχή υψηλού επιπέδου υπηρεσίες επαγγελματικής υγείας, το οποίο συνεπάγεται την αντίστοιχη κατάρτιση των νοσηλευτών (Hong 2003).

Η άμεση πρόσβαση που έχουν οι νοσηλευτές επαγγελματικής υγείας στο εργατικό δυναμικό, συχνά σε καθημερινή βάση, έχει ως συνέπεια να γίνονται το πρώτο σημείο επαφής των εργαζομένων για θέματα που άπτονται της επαγγελματικής και όχι μόνο υγείας. Στο πλαίσιο αυτής της επαφής, οι νοσηλευτές επαγγελματικής υγείας έχουν διαφορετικές ευθύνες και αρμοδιότητες σε κάθε χώρα της Ευρώπης, ενώ η ετερογένεια αυτή οφείλεται σε διαφορές στο επίπεδο εκπαίδευσης και κατάρτισης, στο κοινωνικό και επαγγελματικό στάτους, στα ακαδημαϊκά προσόντα, στην εξειδίκευση και στις νομικές απαιτήσεις που συναντώνται ανάμεσα σε χώρες-μέλη (FOHNEU 1995).

Στην Ελλάδα, αναφέρεται ότι οι υπάρχουν περίπου 100 νοσηλευτές και επισκέπτες υγείας, που δραστηριοποιούνται στην επαγγελματική υγεία. Παρότι οι υπηρεσίες νοσηλευτών επαγγελματικής υγείας δεν είναι υποχρεωτικές, όπως στην περίπτωση του Τεχνικού Ασφάλειας και του Ιατρού Εργασίας, πολλές επιχειρήσεις με μεγάλο μέγεθος εντάσσουν νοσηλευτές και επισκέπτες υγείας στη διεπιστημονική ομάδα υγείας και ασφάλειας, κατά κύριο λόγο μέσω εξωτερικών παρόχων. Στα καθήκοντά τους, εντάσσονται «η πρόληψη των ατυχημάτων και ασθενειών, η εκπαίδευση των εργαζομένων στις πρώτες βοήθειες, η προαγωγή της υγείας και η

εκπαίδευση, η εκτίμηση επαγγελματικών κινδύνων και, σε συνεργασία με τον Ιατρό Εργασίας, οι προληπτικές ιατρικές εξετάσεις που απαιτούνται βάσει νομοθεσίας» (Tziaferi 2016).

Η γενικότερη τάση στην Ευρώπη τα τελευταία 20 έτη είναι η απομάκρυνση από την αντίληψη ότι οι νοσηλευτές επαγγελματικής υγείας δρουν επικουρικά στο έργο των ιατρών εργασίας. Όλο και περισσότερο, οι νοσηλευτές επαγγελματικής υγείας εργάζονται ως ανεξάρτητοι, αυτόνομοι επαγγελματίες, που είναι υπεύθυνοι για τις επαγγελματικές τους δραστηριότητες (Graeve et al 2014). Αυτό ενισχύει την εργασία των νοσηλευτών επαγγελματικής υγείας σε μια διεπιστημονική ομάδα, βελτιώνοντας την απόδοσή τους στο πλαίσιο συνεργασίας με άλλους επαγγελματίες υγείας και ασφάλειας, που είναι επίσης υπεύθυνοι για τις δραστηριότητές τους (June, Hong & Cho 2003).

Αναφορικά με τη διαχείριση των επαγγελματικών κινδύνων, οι νοσηλευτές επαγγελματικής υγείας εμπλέκονται, μαζί με τη διοίκηση της επιχείρησης τον ιατρό εργασίας και τον τεχνικό ασφάλειας, στην ανάπτυξη της πολιτικής υγείας στο χώρο εργασίας και της στρατηγικής, η οποία περιλαμβάνει τις διαστάσεις της επαγγελματικής υγείας, της προαγωγής της υγείας και της διαχείρισης της περιβαλλοντικής υγείας. Συμβουλεύουν τη διοίκηση σχετικά με την εφαρμογή, την παρακολούθηση και την αξιολόγηση των στρατηγικών για τη διαχείριση της υγείας και συμμετέχουν πλήρως σε όλα τα επιμέρους στάδια (Strasser, Alleyne & Bonner 2009).

Πιο συγκεκριμένα, οι νοσηλευτές επαγγελματικής υγείας διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην αξιολόγηση της υγείας των εργαζομένων με στόχο την εκτίμηση της καταλληλότητάς τους για εργασία από άποψη υγείας. Σε συνεργασία με τους ιατρούς εργασίας, πραγματοποιούν ιατρικές εξετάσεις στο προσωπικό άμέσως μετά την πρόσληψη, περιοδικά, μετά από απουσιασμό για λόγους υγείας, μετά από αλλαγή θέσης εργασίας ή μετά από αίτημα του εργαζόμενου, αξιολογώντας ταυτόχρονα παράγοντες οι οποίοι δε σχετίζονται, τουλάχιστον άμεσα, με τη συγκεκριμένη θέση εργασίας, όπως λόγου χάρη η εργασιακή ανασφάλεια και το επαγγελματικό στρες, ακόμα και παράγοντες που αφορούν στον τρόπο ζωής, όπως

λόγου χάρη το κάπνισμα και η σωματική άσκηση. Οι νοσηλευτές επαγγελματικής υγείας συχνά γίνονται αποδέκτες αιτημάτων για συμβουλευτική πάνω σε θέματα υγείας, καθώς, όπως αναφέρθηκε, η καθημερινή επαφή με το προσωπικό εξυπηρετεί την άμεση και επικοινωνία και αλληλεπίδραση (Strasser et al.2006).

Όταν οι εργαζόμενοι εκτίθενται σε συγκεκριμένους παράγοντες, για τους οποίους με βάση τη νομοθεσία ή σύμφωνα με τη γνώμη της διεπιστημονική ομάδας επαγγελματικής υγείας απαιτείται η ένταξη σε πρόγραμμα επίβλεψης υγείας, οι νοσηλευτές επαγγελματικής υγείας θέτουν σε εφαρμογή το αντίστοιχο πρόγραμμα δευτερογενούς πρόληψης, μελετώντας διαχρονικά τα αποτελέσματα για κάθε εργαζόμενο ξεχωριστά, αλλά και για κάθε θέση εργασίας, ώστε να κρατήσει σε υψηλό επίπεδο την επαγρύπνηση έναντι παθολογικών ευρημάτων, τα οποία μπορεί να επηρεάζουν έναν εργαζόμενο ή μελλοντικά και όλο το προσωπικό που απασχολείται σε μια θέση εργασίας. Η έγκαιρη παραπομπή στον ιατρό εργασίας ή άλλον ειδικό ιατρό, όπως λόγου χάρη ψυχίατρο για θέματα ψυχικής υγείας ή ορθοπεδικό για μυοσκελετικές διαταραχές, με την ευθύνη του νοσηλευτή επαγγελματικής υγείας, διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη σωστή διαχείριση των θεμάτων υγείας. Η παρακολούθηση του επιπέδου υγείας ενός εργαζόμενου, που αντιμετωπίζει κάποιο πρόβλημα υγείας, σχετιζόμενο άμεσα ή έμμεσα με την εργασία του, συντονίζεται από το νοσηλευτή επαγγελματικής υγείας, ώστε να αξιολογηθεί εξ αρχής η καταλληλότητα για εργασία από άποψη υγείας, μειώνοντας έτσι τις πιθανότητες για επαγγελματικό ατύχημα ή ασθένεια ή άλλες βλάβες στην υγεία του προσωπικού. Ειδικά στην περίπτωση που ο εργαζόμενος απουσίασε από την εργασία του για λόγους υγείας, οι νοσηλευτές επαγγελματικής υγείας μπορούν να συμβάλλουν στην αποτελεσματική διαχείριση του απουσιασμού, διασφαλίζοντας ότι κατά την επιστροφή στην εργασία, η απασχόληση συνάδει με την υγεία και την ασφάλεια του ίδιου του εργαζόμενου αλλά και όλου του προσωπικού. Τηρώντας σε κάθε περίπτωση το ιατρικό απόρρητο υπέρ του εργαζόμενου, ειδικοί όροι ή περιορισμοί ενδεχομένως να είναι απαραίτητο να τεθούν, μόνιμα ή για ένα προσωρινό χρονικό διάστημα, με στόχο την πρόληψη της επιδείνωσης ενός προβλήματος υγείας και τη διευκόλυνση της αποκατάστασης.

Μια οργανωμένη στρατηγική αποκατάστασης μετά από ένα πρόβλημα υγείας διασφαλίζει την ασφαλή επιστροφή του εργαζόμενου στα καθήκοντά του. Οι νοσηλευτές επαγγελματικής υγείας διαχειρίζονται την ολοκλήρωση της εκτίμησης των κινδύνων που σχετίζονται με την επιστροφή ενός εργαζόμενου στα καθήκοντά του, την ανάπτυξη ενός στοχευμένου προγράμματος αποκατάστασης, την παρακολούθηση της αποτελεσματικότητας και την επικοινωνία με τον εργαζόμενο, τον ιατρό εργασίας και τον εργοδότη. Επίσης, εμπλέκονται στην ανάπτυξη ενεργών στρατηγικών αποκατάστασης που στοχεύουν στην αναγνώριση πρώιμων αλλαγών στην υγεία, πριν αυτές να οδηγήσουν σε απουσιασμό, βελτιώνοντας και διατηρώντας την ικανότητα για εργασία από άποψη υγείας.

Νέοι εργαζόμενοι, εργαζόμενοι μεγάλης ηλικίας, γυναίκες που επιστρέφουν μετά από τοκετό και άδεια μητρότητας, εργαζόμενοι που ήταν άνεργοι για μεγάλο χρονικό διάστημα πριν την πρόσληψή τους και προσωρινοί εργαζόμενοι, με συμβάσεις έργου ή ορισμένου χρόνου, θα ωφεληθούν σημαντικά από τη συμβουλευτική που μπορεί να προσφέρει ο νοσηλευτής επαγγελματικής υγείας, διατηρώντας την καταλληλότητα για εργασία από άποψη σωματικής και ψυχικής υγείας. Όλο και περισσότερο συχνά, οι προβληματισμοί των εργαζομένων αφορούν σε θέματα που σχετίζονται με τους ψυχοκοινωνικούς κινδύνους και λιγότερο με τους φυσικούς, χημικούς και βιολογικούς (Ardico, dErrico & Leobruni 2014). Η φύση των ψυχοκοινωνικών κινδύνων στο χώρο εργασίας είναι πιο σύνθετη και οι νοσηλευτές επαγγελματικής υγείας είναι σε θέση να συμβουλευσουν τον εργαζόμενο, αλλά και τον εργοδότη για στρατηγικές που μπορεί να υιοθετήσει ώστε να βελτιωθεί το επίπεδο ψυχοκοινωνικής υγείας του προσωπικού. Ειδικά σε χώρους εργασίας όπου λόγω της παρούσας οικονομικής κρίσης εκτιμάται ότι οι εργαζόμενοι βιώνουν υψηλά επίπεδα εργασιακής αβεβαιότητας και επαγγελματικού στρες, οι νοσηλευτές επαγγελματικής υγείας έχουν το επίπεδο εξειδίκευσης και τις δεξιότητες που είναι απαραίτητες για τη μέτρηση και τη διαχείριση των αναφερόμενων παραγόντων, προς όφελος των εργαζομένων και κατ' επέκταση του εργοδότη και της ευρύτερης κοινότητας (Kanamori et al. 2015).

1.3 Επιδημιολογικά δεδομένα για τους εργαζόμενους στην Ελλάδα

1.3.1 Επίπεδο Υγείας στο γενικό πληθυσμό

1.3.1.1 Δειγματοληπτική έρευνα υγείας από την Ελληνική Στατιστική Αρχή

Τα στοιχεία που ανακοινώνονται από την Ελληνική Στατιστική Αρχή και συγκεκριμένα από τη δειγματοληπτική Έρευνα Υγείας, που ξεκίνησε το 2009 και έκτοτε πραγματοποιείται κάθε πέντε έτη, συγκεντρώνουν αναλυτικές πληροφορίες για την υγεία του πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω, ανάλογα με το φύλο, την ηλικία, την εκπαίδευση και την απασχόληση.

Σύμφωνα με την τελευταία έρευνα υγείας (ΕΛΣΤΑΤ 2014), η οποία διενεργήθηκε σε τελικό δείγμα 8.223 ιδιωτικών νοικοκυριών και σε ισάριθμα μέλη αυτών το 2014, το 74,8% του πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω δηλώνει ότι έχει πολύ καλή ή καλή υγεία, το 18,2% μέτρια υγεία και το 7,0% κακή ή πολύ κακή υγεία. Σε σχέση με τα αποτελέσματα της έρευνας έτους 2009, καταγράφεται μικρή μείωση (-0,7%) στο ποσοστό του πληθυσμού που δηλώνει πολύ καλή ή καλή υγεία, αύξηση (9,6%) στο ποσοστό του πληθυσμού που δηλώνει μέτρια υγεία και μείωση (-13,6%) στο ποσοστό όσων δηλώνουν κακή ή πολύ κακή υγεία.

Η χρόνια νοσηρότητα που προσδιορίζεται από τον ίδιο το άτομο, καθώς και ο περιορισμός των δραστηριοτήτων λόγω προβλημάτων υγείας είναι δύο ακόμη βασικοί δείκτες υγείας. Ένας στους δύο (49,7%) ηλικίας 15 ετών και άνω δηλώνει ότι έχει κάποιο χρόνια πρόβλημα ή χρόνια πάθηση. Χρόνιο θεωρείται το πρόβλημα υγείας ή η πάθηση που διαρκεί ή πρόκειται να διαρκέσει περισσότερους από 6 μήνες, με ή χωρίς φαρμακευτική αγωγή. Χρόνιο πρόβλημα δηλώνουν επίσης πέντε στις δέκα γυναίκες (54,1%) και τέσσερις στους δέκα άνδρες (44,8%). Από το σύνολο όσων δηλώνουν ότι έχουν κάποιο χρόνια πρόβλημα υγείας, έξι στους δέκα (61,8%) είναι ηλικίας 55 ετών και άνω, ενώ καταγράφεται αύξηση 25.2%, σε σχέση με το 2009 (39,7%), στον πληθυσμό με χρόνια νοσηρότητα.

Για την εκτίμηση του βαθμού περιορισμού συνηθισμένων δραστηριοτήτων, λόγω προβλημάτων υγείας, είτε σωματικών είτε ψυχικών είτε συναισθηματικών, λόγω

υφιστάμενης πάθησης ή αναπηρίας ή λόγω ηλικίας, αξιολογήθηκε ο δείκτης GALI (Global Activity Limitation Indicator) (Berger et al. 2015). Σύμφωνα με τη μελέτη, το 29,7% του πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω δηλώνει ότι έχει περιορίσει τις δραστηριότητές του λόγω προβλημάτων υγείας. Πιο συγκεκριμένα, ένας στους δέκα (10,3%) έχει περιορίσει πάρα πολύ, για λόγους υγείας και για διάστημα 6 μηνών ή και περισσότερο, κάποιες από τις δραστηριότητές του και δύο στους δέκα (19,4%) τις έχουν περιορίσει αλλά όχι πάρα πολύ. Αύξηση 15,7% και 39,6% καταγράφεται στο ποσοστό του πληθυσμού που αντιμετωπίζει περιορισμό των δραστηριοτήτων του, πάρα πολύ και όχι πάρα πολύ, αντίστοιχα, σε σχέση με το 2009.

Χρήσιμα δεδομένα εξάγονται από την ίδια μελέτη αναφορικά με τη σχέση ανάμεσα στο επίπεδο υγείας και την εργασιακή κατάσταση ή απασχόληση. Οι εργαζόμενοι σε σχέση με τους ανέργους αναφέρουν ότι έχουν πολύ καλή ή καλή υγεία σε ποσοστό 91,9% έναντι 81,6%, μέτρια υγεία σε ποσοστό 6,9% έναντι 15,5% και κακή ή πολύ κακή υγεία σε ποσοστό 1,2% έναντι 2,9%.

1.3.1.2 Προφίλ υγείας και ευεξίας από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας

Το Προφίλ υγείας και ευεξίας της Ελλάδας δημοσιεύθηκε το 2016 από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας και αποτελεί μια παρουσίαση της ανάλυσης της υφιστάμενης κατάστασης και των τάσεων για την υγεία στην Ελλάδα (WHO 2016). Σύμφωνα με τη δημοσίευση αυτή, παρότι για πολλά χρόνια η Ελλάδα ήταν ανάμεσα στις χώρες με το καλύτερο επίπεδο υγείας στην Ευρωπαϊκή επικράτεια, οι βελτιώσεις στην υγεία δε συμβάδισαν με την ανάπτυξη άλλων χωρών που είχαν ενταχθεί στην Ευρωπαϊκή Ένωση πριν το Μάιο του 2004, δηλαδή αρκετά πριν την εμφάνιση της οικονομικής κρίσης.

Σε όλη την Ευρώπη, οι χώρες είναι αντιμέτωπες με ιδιαίτερα χαμηλά ποσοστά γεννήσεων και με ένα γοργά αναπτυσσόμενο γηράσκοντα πληθυσμό. Οι τάσεις αυτές είναι ακόμα εντονότερες στην Ελλάδα και ενδέχεται να επιβάλλουν επιπλέον οικονομικές πιέσεις κατά τα προσεχή έτη. Από το 2009, η συνολική γονιμότητα έχει μειωθεί στην Ελλάδα (1,34 το 2012) κατά 18% σε σχέση με το δείκτη στην υπόλοιπη Ευρώπη, σε επίπεδα σημαντικά κατώτερα των θεωρητικών επιπέδων

αντικατάστασης του πληθυσμού, που είναι 2,1. Η μείωση αυτή, σε συνδυασμό με τη μακροζωία έχει τροποποιήσει τη σύνθεση του πληθυσμού. Το 2011, η ηλικιακή ομάδα 0-14 ετών αποτελούσε μόλις το 14,4% του συνολικού πληθυσμού, σε σχέση με το 15,8% της Ευρώπης των 15 και το 16,9% όλης της Ευρώπης. Επίσης, τα άτομα που έχουν ηλικία άνω των 65 ετών πλέον αποτελούν το 19,5% του συνολικού πληθυσμού της Ελλάδας, παρουσιάζοντας μια αύξηση της τάξης των τριών ποσοστιαίων μονάδων από το 2000. Δεδομένων αυτών των τάσεων, δεν είναι έκπληξη ότι η φυσική αύξηση του πληθυσμού το 2012 είναι αρνητική, στο επίπεδο του -0,5, ενώ σε όλη την Ευρώπη ο δείκτης αυτός έχει τιμή 1,5. Το στοιχείο αυτό μαζί με τα υψηλά επίπεδα μετανάστευσης έχουν συμβάλει στη μείωση του συνολικού πληθυσμού, σε τέτοιο βαθμό που ο πληθυσμός το 2014 σημείωσε τα χαμηλότερα επίπεδα από το 2000 (Eurostat 2016).

Αναφορικά με το προσδόκιμο ζωής, η Ελλάδα είχε παραδοσιακά ιδιαίτερα υψηλό και σταθερά αυξανόμενο επίπεδο στην Ευρώπη. Την αύξηση στο προσδόκιμο ζωής ωστόσο υπερέβη η αύξηση που σημειώθηκε στην Ευρώπη των 15, με αποτέλεσμα το προσδόκιμο ζωής για άνδρες και γυναίκες το 2011 στην Ελλάδα να είναι μικρότερο σε σχέση με τις χώρες της Ευρώπης των 15. Το 2011 το προσδόκιμο ζωής στην Ελλάδα ήταν 78,6 έτη για τους άνδρες και 83,2 για τις γυναίκες, δηλαδή υψηλότερα σε σχέση με το μέσο όρο σε όλη την Ευρώπη. Το προσδόκιμο ζωής στην ηλικία των 65 ακολούθησε την ίδια τάση με το προσδόκιμο ζωής. Συγκεκριμένα για τους άνδρες αυξήθηκε στο ρυθμό που αυξήθηκε στην Ευρώπη των 15 μετά το 2000 και έφτασε στα 18,6 έτη το 2011, ενώ την ίδια περίοδο για τις γυναίκες ήταν κατά μέσο όρο 1,5 έτη μικρότερο σε σχέση με τις γυναίκες στην Ευρώπη των 15. Τα δεδομένα για την Ελλάδα δείχνουν ότι το προσδόκιμο ζωής φτάνει τα 81 έτη στη γέννηση και τα 24 στην ηλικία των 60 (WHO 2015). Οι τιμές αυτές είναι μεγαλύτερες σε σχέση με την Ευρώπη των 15 κατά μισό έτος και σε σχέση με την όλη την Ευρώπη κατά δυο έως πέντε έτη.

Σε σχέση με τη νοσηρότητα στην Ελλάδα, οι αναφερόμενες περιπτώσεις συγκεκριμένων λοιμωδών νοσημάτων, δηλαδή φυματίωσης, ηπατίτιδας Α, ηπατίτιδας Β, κοκκύτη, ιλαράς, διφθερίτιδας, πολιομυελίτιδας, ερυθράς και παρωτίτιδας, είναι πολύ κάτω από τους μέσους όρους των χωρών της Ευρώπης. Αξίζει να σημειωθεί ότι η συχνότητα του HIV ωστόσο έχει αυξηθεί σημαντικά κατά τη

διάρκεια της οικονομικής κρίσης, ειδικά σε χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών ουσιών (Nikolopoulos et al. 2015, Paraskevis et al. 2013). Από το 2000 έως το 2012 παρέμενε σε επίπεδα 5/100.000 και κάτω, ωστόσο τα επόμενα έτη αυξήθηκε απότομα, σε αντίθεση με άλλες χώρες της Ευρώπης, κάποιες από τις οποίες μάλιστα σημείωσαν μείωση. Ακόμα ένας δείκτης που αυξήθηκε σημαντικά εν μέσω κρίσης και συγκεκριμένα την περίοδο 2009-2011, για την οποία είναι διαθέσιμα τα πιο πρόσφατα δεδομένα, είναι η βρεφική και μητρική θνησιμότητα. Παρότι για δεκαετίες ο δείκτης παρέμενε σε ιδιαίτερα χαμηλά επίπεδα, την τριετία αυτή σημειώθηκε αύξηση της τάξεως των 4,1 θανάτων σε 100.000 γεννήσεις ζωντανών, το οποίο είναι χαμηλότερο σε σχέση με την Ευρώπη των 15 (5,3 ανά 100.000 γεννήσεις ζωντανών) και όλη την Ευρώπη (13,1 ανά 100.000 γεννήσεις ζωντανών).

Αναφορικά με τη θνησιμότητα και τα κύρια αίτια θανάτου, στην Ελλάδα η κατά ηλικία τυποποιημένη θνησιμότητα από όλες τις αιτίες είναι υψηλότερη σε σχέση με το μέσο όρο στην Ευρώπη, γεγονός που ερμηνεύεται λόγω της ιδιαίτερα υψηλής θνησιμότητας από παθήσεις του κυκλοφορικού και του αναπνευστικού συστήματος. Οι θάνατοι από ασθένειες του κυκλοφορικού συστήματος, από κακοήθεις νεοπλασίες και εξωτερικές αιτίες τραυματισμού και δηλητηρίασης (ατυχήματα, ανθρωποκτονίες και αυτοκτονίες) είναι οι βασικές αιτίες θανάτου στην Ευρώπη, προκαλώντας το 75% όλων των θανάτων. Στην Ελλάδα, το αντίστοιχο ποσοστό ήταν σχετικά χαμηλότερο, στο επίπεδο του 72%, όταν στην Ευρώπη των 15 το ποσοστό αυτό ήταν ακόμα χαμηλότερο, στο επίπεδο του 67%. Ειδικά για την πρόωρη θνησιμότητα, δηλαδή πριν την ηλικία των 65 ετών, πρώτη αιτία είναι τα νοσήματα του κυκλοφορικού, ενώ ακολουθούν οι κακοήθεις νεοπλασίες, τα νοσήματα του αναπνευστικού, τα εξωτερικά αίτια τραυματισμού ή δηλητηρίασης, τα νοσήματα του πεπτικού και τα λοιμώδη και παρασιτικά νοσήματα. Ειδικότερα, σε σχέση με τη θνησιμότητα από αυτοκτονία, τα ποσοστά στην Ελλάδα ήταν από τα χαμηλότερα στην Ευρώπη, στο επίπεδο των 5 ανά 100.000 άτομα για τους άνδρες και 1 ανά 100.000 άτομα για τις γυναίκες. Τα πιο πρόσφατα δεδομένα από το 2011 έδειξαν αύξηση και για τα δύο φύλα, φτάνοντας τους 6,2 ανά 100.000 άτομα για τους άνδρες και 1,3 ανά 100.000 άτομα για τις γυναίκες. Σύμφωνα με πρόσφατη μελέτη, ειδικά τα χρόνια της κρίσης, το μέσο ποσοστό αυτοκτονιών αναφέρεται ότι αυξήθηκε κατά

35% μεταξύ 2010 και 2012, εύρημα που ίσως σχετίζεται με την ανεργία και τα μέτρα λιτότητας (Rachiotis et al. 2015).

Τέλος, σε σχέση με τους παράγοντες κινδύνου και τους προσδιοριστές του επιπέδου υγείας, μείωση έχει σημειωθεί στην κατανάλωση αλκοόλ, φτάνοντας μάλιστα το 2010 στο ιστορικά χαμηλό ποσοστό των 7,9 λίτρων το έτος ανά άτομο ηλικίας 15 ετών και άνω. Αναφορικά με τη συνήθεια του καπνίσματος, σύμφωνα με δεδομένα από το 2013 (WHO 2013), το 49,7% των ανδρών καπνίζει, σημειώνοντας αύξηση σχεδόν τριών ποσοστιαίων μονάδων από το 2000. Ειδικά οι άνδρες ηλικίας 25 έως 44 ετών είναι σε ποσοστό 63,2% τακτικοί, καθημερινοί καπνιστές, καπνίζοντας κατά μέσο όρο 21 τσιγάρα την ημέρα. Αν και η συχνότητα της συνήθειας του καπνίσματος στις γυναίκες μειώθηκε από 29% το 2000 σε 23,9% το 2013, καπνίζοντας κατά μέσο όρο 17 τσιγάρα την ημέρα, τα ποσοστά αυτά παραμένουν υψηλά σε σύγκριση με την Ευρώπη, όπου τα αντίστοιχα ποσοστά συνεχώς μειώνονται. Σχετικά με τη διατροφή και την παχυσαρκία, ενώ ο μέσος όρος των διαθέσιμων θερμίδων ανά άτομο την ημέρα σημείωνε αύξηση στην Ελλάδα κατά περίπου 100kcal ανά δεκαετία, από το 2000 παραμένει στα ίδια επίπεδα. Το 2009, ο μέσος Έλληνας είχε διαθέσιμες 3.661 θερμίδες την ημέρας, δηλαδή 5% άνω του μέσου όρου στην Ευρώπη, ενώ οι θερμίδες αυτές προέρχονται από λίπος σε ποσοστό 38%, όπως περίπου και στις άλλες χώρες της Ευρώπης (36%). Ο μέσος όρος αριθμού φρούτων και λαχανικών διαθέσιμων ανά άτομο ετησίως στην Ελλάδα είναι 386 κιλά, από τους υψηλότερους στην Ευρώπη, καθώς ο μέσος όρος στην Ευρώπη των 15 είναι 231 κιλά και σε όλη την Ευρώπη 243 κιλά. Παραδόξως ωστόσο, σύμφωνα με εκτιμήσεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, 66% των ανδρών και 55% των γυναικών στην Ελλάδα βρέθηκε υπέρβαρο, με Δείκτη Μάζας Σώματος άνω του 25, σημειώνοντας αύξηση κατά δυο ποσοστιαίες μονάδες από το 2010. Επιπρόσθετα, σημειώθηκε αύξηση δυο ποσοστιαίων μονάδων στη συχνότητα παχυσαρκίας, με τις γυναίκες να έχουν σε ποσοστό 24% και τους άνδρες σε ποσοστό 22% Δείκτη Μάζας Σώματος άνω του 30. Οι αντίστοιχοι μέσοι όροι στην Ευρώπη κινούνται στα ίδια επίπεδα σε σχέση με τις υπέρβαρες γυναίκες (55%) και την παχυσαρκία σε άνδρες (21%) και γυναίκες (25%), ωστόσο οι άνδρες στην Ελλάδα είναι υπέρβαροι κατά 4 ποσοστιαίες μονάδες περισσότερο από τους άνδρες στην Ευρώπη.

1.3.2 Επίπεδο Υγείας στο εργατικό δυναμικό

Σύμφωνα με στοιχεία που δημοσιεύθηκαν το 2012 από την ερευνητική μονάδα κοινωνικής πολιτικής, φτώχειας και ανισοτήτων του Ινστιτούτου Εργασίας ΓΣΕΕ, το 81,4% των μισθωτών εργαζομένων αναφέρει ότι είναι σε καλή κατάσταση υγείας, ενώ τα έτη υγιούς επιβίωσής τους είναι 65,2 χρόνια (ΓΣΕΕ 2012). Σε περιφερειακό επίπεδο, οι μέγιστες τιμές είναι 66,4 έτη στην Αττική και 69,6 έτη στην Πελοπόννησο, ενώ οι ελάχιστες είναι 63,1 έτη στη Βόρεια Ελλάδα και 60.7 έτη στη Δυτική Ελλάδα. Γενικά, σε εθνικό επίπεδο τα άτομα αναμένεται να ζήσουν το 18,7% του βίου τους με πάρα πολύ ή όχι πάρα πολύ σημαντικούς περιορισμούς στην άσκηση δραστηριοτήτων. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα αποτελέσματα της μελέτης που αφορούν το προσδόκιμο επιβίωσης και το προσδόκιμο υγείας των μισθωτών σε κάποιες ενδεικτικές ηλικίες. Συγκεκριμένα, έχοντας ως σημείο αναφοράς τα 25 έτη ως μια μέση ηλικία εισόδου στην αγορά εργασίας, τα 50 έτη, ως μια ηλικία στην οποία τα άτομα –έχοντας μακροχρόνια παρουσία στην αγορά εργασίας– πιθανόν να αντιμετωπίζουν το φάσμα μιας πρώιμης εξόδου από αυτήν και τέλος τα 65 έτη, ως μια ηλικία στην οποία τα άτομα πιθανότατα θα έχουν συνταξιοδοτηθεί, διαπιστώθηκε ότι με την αύξηση της ηλικίας, το ποσοστό της διάρκειας ζωής σε κακή ή πολύ κακή κατάσταση υγείας διευρύνεται. Είναι χαρακτηριστικό ότι ενώ κατά τη γέννηση αναμένεται τα άτομα να ζήσουν το 81,3% του βίου τους σε πολύ καλή κατάσταση υγείας, το ποσοστό αυτό μειώνεται στο 73,4% στην ηλικία των 25 ετών, στο 59,3% στην ηλικία των 50 ετών και είναι λιγότερο από το μισό (46%) για τα άτομα που φτάνουν στην ηλικία των 65 ετών.

Στο πλαίσιο της σύγκρισης του επιπέδου υγείας των μισθωτών με αυτή του γενικού πληθυσμού και των αυτοαπασχολούμενων προκύπτει ότι, ανεξαρτήτως ηλικίας, το ποσοστό των μισθωτών που ζουν σε καλή κατάσταση υγείας (81,4%) είναι υψηλότερο από αυτό που συναντάμε στους αυτοαπασχολούμενους (79,1%) και στον γενικό πληθυσμό (77,2%), κάτι που αποδίδεται στο γεγονός ότι στο γενικό πληθυσμό υπάρχουν άτομα τα οποία δε δύναται να εργαστούν και συνεπώς δεν συμμετέχουν στην αγορά εργασίας. Οι προαναφερθείσες διαφορές δημιουργούν επιπλέον διαφοροποιήσεις, αναφορικά με τη συνολική επιβίωση των ατόμων ανάλογα με την κατάσταση της υγείας τους, καθώς στην περίπτωση των μισθωτών, το ποσοστό της

μέσης διάρκειας επιβίωσης με καλή υγεία είναι υψηλότερο από τις άλλες δύο κατηγορίες σε όλες τις ηλικίες. Οι διαφορές τείνουν να διευρύνονται με την αύξηση της ηλικίας και ειδικότερα για την ηλικία των 65 ετών. Επίσης, ενώ οι μισθωτοί αναμένεται να ζήσουν το υπόλοιπο 46% του βίου τους με καλή υγεία, το ποσοστό αυτό είναι μικρότερο για τους αυτοαπασχολούμενους (43,6%) και τον γενικό πληθυσμό (41,9%).

1.3.3 Συνθήκες Εργασίας

Οι συνθήκες εργασίας αποτελούν έναν από τους βασικότερους τομείς που καλύπτονται από την ευρωπαϊκή νομοθεσία, η οποία περιλαμβάνει διατάξεις που ορίζουν τις ελάχιστες απαιτήσεις για όλους τους εργαζόμενους σε ένα ευρύ φάσμα παραμέτρων, συμπεριλαμβανομένων των ωρών εργασίας (Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο 2003), της ενημέρωσης και της συμβουλευτικής των εργαζομένων σε θέματα υγείας και ασφάλειας στην εργασία (Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο 1991), καθώς και τις προϋποθέσεις για πλήρη (Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο 1991), μερική (Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο 1999) ή προσωρινή εργασία (Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο 2008).

Σύμφωνα με πρόσφατη έρευνα που διεξήχθη με πρωτοβουλία της Ευρωπαϊκής Ένωσης στα 28 κράτη μέλη το 2014, οι εργασιακές σχέσεις στην Ελλάδα, ειδικά σε σύγκριση με τις υπόλοιπες χώρες, βαίνουν επιδεινούμενες (European Commission 2014). Συγκεκριμένα, 53% των ερωτηθέντων στη μελέτη δηλώνουν ότι οι συνθήκες εργασίας στη χώρα τους είναι καλές (53%), με τα ποσοστά να κυμαίνονται από 87% στη Δανία έως μόλις 16% στην Ελλάδα. Επίσης, πλέον των τριών τετάρτων (77%) του σημερινού ενεργού πληθυσμού ικανοποιείται από τις τρέχουσες συνθήκες εργασίας τους, ενώ η Ελλάδα είναι το μόνο κράτος μέλος στο οποίο μόλις το 38% εκφράζει ικανοποίηση. Ένα εύρημα που αφορά στην πλειοψηφία των Ευρωπαίων (57%) είναι η επιδείνωση των συνθηκών εργασίας κατά τα τελευταία 5 χρόνια, με 27% των συμμετεχόντων να δηλώνουν ότι παρέμειναν οι ίδιες και μόλις 12% ότι έχουν βελτιωθεί. Συγκεκριμένα, μόνο η Εσθονία (42%), η Μάλτα (40%), η Λιθουανία (27%), η Λετονία (25%) και η Ουγγαρία (25%) είναι οι χώρες όπου τουλάχιστον το ένα τέταρτο των ερωτηθέντων αναφέρουν ότι οι συνθήκες εργασίας στη χώρα τους έχουν βελτιωθεί τα τελευταία πέντε χρόνια. Σε σχέση με το ωράριο εργασίας, το

μεγαλύτερο μέρος του ενεργού πληθυσμού (80%) είναι ικανοποιημένο, ενώ ο υπερβολικός χρόνος εργασίας είναι ο κύριος λόγος για τον οποίο οι συμμετέχοντες εξέφρασαν τη δυσαρέσκειά τους, με πρώτο το ωράριο εργασίας (48%), ακολουθούμενο από τους περιορισμούς που προκύπτουν από την εργασία με βάρδιες (28%) ή την έλλειψη δυνατότητας να καθορίσουν το πρόγραμμα εργασίας τους (28%). Σχεδόν εννέα στους δέκα συμμετέχοντες (87%) ανέφεραν ότι είναι ικανοποιημένοι από το πόσο ενδιαφέροντα είναι τα καθήκοντά τους, περίπου τα τρία τέταρτα (74%) ότι είναι ικανοποιημένοι με τον φόρτο ή το ρυθμό της εργασίας και 83% ότι είναι ικανοποιημένοι σε σχέση με την εργασιακή τους αυτονομία. Σε σχέση με τις παροχές που σχετίζονται με τον ελεύθερο χρόνο, οι περισσότεροι εργαζόμενοι επωφελούνται από τα διαλείμματα της εργασίας και τις περιόδους διακοπών, καθώς το 90% αναφέρει ότι λαμβάνει τουλάχιστον τέσσερις εβδομάδες διακοπών ανά έτος, το 88% ότι λαμβάνει τουλάχιστον ένα διάλειμμα μετά από έξι ώρες εργασίας και το 83% ότι έχει τουλάχιστον μία ημέρα ρεπό. Σχεδόν τα δύο τρίτα των εργαζομένων (65%) ενημερώθηκαν σχετικά με την οικονομική κατάσταση της επιχείρησης όπου εργάζονταν, ενώ ένα σημαντικό εύρημα είναι ότι οι περισσότεροι προσωρινοί εργαζόμενοι, δηλαδή με σύμβαση ορισμένου χρόνου, αναφέρουν ότι οι οικονομικές απολαβές (61%) και οι εργασιακές συνθήκες τους (79%) ισοδυναμούν με αυτές των μόνιμων εργαζομένων, δηλαδή με σύμβαση αορίστου χρόνου. Σε σχέση με την υγεία και ασφάλεια στην εργασία, οι εργαζόμενοι στην Ελλάδα αναφέρουν τη χαμηλότερη ικανοποίηση (53%) σε σχέση με την υπόλοιπη Ευρώπη (85%), με την έκθεση σε εργασιακό στρες να αποτελεί τον κυριότερο βλαπτικό παράγοντα στην εργασία (53%).

Τουλάχιστον το ένα τέταρτο των εργαζομένων στην Ευρώπη αντιμετωπίζει μυοσκελετικά προβλήματα ή άγχος ή κατάθλιψη η οποία οφείλεται στην εργασία (27%). Αναφορικά με τον απουσιασμό για λόγους υγείας, φαίνεται ότι κινείται σε ιδιαίτερα χαμηλά επίπεδα, καθώς οι περισσότεροι εργαζόμενοι (62%) ανέφεραν ότι δεν έλαβαν ούτε μια ημέρα άδεια ασθενείας το τελευταίο έτος.

Τέλος, αναφορικά με το είδος της εργασίας, σχεδόν οι μισοί από τους συμμετέχοντες κατηγοριοποιούνται ότι δεν εργάζονται (48%), το 44% είναι μισθωτοί και 8% αυτοαπασχολούμενοι. Από τους μισθωτούς στην Ευρώπη, οι περισσότεροι

απασχολούνται με πλήρη απασχόληση (76%), ενώ στην Ελλάδα, το 73% αναφέρει ότι έχει σύμβαση αορίστου χρόνου, το 12% ορισμένου χρόνου, το 2% ορισμένου χρόνου μέσω γραφείου εύρεσης προσωρινής απασχόλησης και το 13% αναφέρει ότι έχει άλλου τύπου σύμβαση.

Η Ευρωπαϊκή έρευνα για τις συνθήκες εργασίας πραγματοποιείται από το 2005 ανά πέντε έτη και στα θέματα που εξετάζονται περιλαμβάνεται η κατάσταση της απασχόλησης, η διάρκεια και η οργάνωση του χρόνου εργασίας, η οργάνωση της εργασίας, η μάθηση και η κατάρτιση, οι φυσικοί και ψυχοσωματικοί παράγοντες επικινδυνότητας, η υγεία και η ασφάλεια, η ισορροπία εργασιακής και προσωπικής ζωής, η συμμετοχή των εργαζομένων, τα εισοδήματα και η οικονομική σταθερότητα, καθώς και η εργασία και η υγεία. Στο πλαίσιο της 1^{ης} Ευρωπαϊκής έρευνας για τις συνθήκες εργασίας, περίπου 235 εκατομμύρια άτομα ήταν εργαζόμενοι σε 31 χώρες που συμπεριλήφθηκαν, ανάμεσά τους και η Ελλάδα. Η χώρα το 2005 χαρακτηριζόταν από ποσοστό εργασίας 59,6% και ποσοστό ανεργίας μόλις 10,5%. Επιπλέον, το 73,8% των ανδρών και 45,5% των γυναικών εργαζόταν, ενώ οι προσωρινές ή ορισμένου χρόνου συμβάσεις αφορούσαν στο 11,7% του εργατικού δυναμικού και οι συμβάσεις μερικής απασχόλησης στο 4,6% αντίστοιχα. Σε σχέση με τις ώρες εργασίας ανά εβδομάδα, η Ελλάδα το 2005 κατέχει την 3^η θέση με 45,4 ώρες, μετά την Τουρκία με 54,1 ώρες και τη Ρουμανία με 46,4 ώρες. Οι πολλές ώρες εργασίας, φαίνεται ότι κατά κύριο λόγο αφορούν στους άνδρες και επηρεάζουν περισσότερο τους αυτοαπασχολούμενους σε σχέση με τους μισθωτούς. Οι εργασιακοί χώροι στους οποίους το φαινόμενο αυτό είναι πιο συχνό στην Ευρώπη είναι η αγροτική παραγωγή, τα ξενοδοχεία, τα εστιατόρια και τα κατασκευαστικά έργα, ενώ υπό την έννοια του επαγγέλματος, περισσότερες ώρες εργάζονται διευθυντικά στελέχη και αγρότες. Η επίδραση των πολλών ωρών εργασίας σε κάποιες παραμέτρους που αφορούν στις εργασιακές συνθήκες, όπως η υγεία και η ισορροπία ανάμεσα σε εργασία και ζωή, ήταν έντονη όταν οι εβδομαδιαίες ώρες ξεπερνούν τις 48. Περιληπτικά, οι εργαζόμενοι αυτοί ανέφεραν συχνότερα ότι ποτέ ή σχεδόν ποτέ δεν επαρκεί ο χρόνος για να ολοκληρώσουν τις εργασίες τους, αυξάνοντας τους κινδύνους για την υγεία και ασφάλεια στην εργασία και βλέποντας την υγεία τους να επηρεάζεται λόγω της εργασίας. Ωστόσο η σημαντικότερη επίδραση φαίνεται να

αφορά στην ισορροπία ανάμεσα σε εργασία και ζωή, όπου οι εργαζόμενοι αυτοί αισθάνονται ότι οι ώρες που εργάζονται δεν τους επιτρέπουν να είναι συνεπείς στις κοινωνικές και οικογενειακές υποχρεώσεις τους. Σε κάθε περίπτωση, οι πολύωρη εργασία δε φαίνεται να επηρεάζει την ικανοποίηση σε σχέση με τις εργασιακές συνθήκες, ενδεχομένως λόγω της ύπαρξης αντιρροπιστικού οικονομικού οφέλους.

Σε σχέση με την έκθεση σε παράγοντες, παρότι έχει σημειωθεί μια μείωση στο ποσοστό του εργατικού δυναμικού της Ευρώπης που απασχολείται σε απαιτητικές σωματικά εργασίες, όπως η βιομηχανία και η αγροτική παραγωγή, φαίνεται ότι κάποιοι παράγοντες είναι ακόμα παρόντες. Χαρακτηριστικά, ένας στους πέντε εργαζόμενους εξακολουθεί να εκτίθεται σε καπνό, σκόνη και αέρια, ενώ σχεδόν ένας στους δύο αναφέρει ότι εργάζεται σε επίπονες και κουραστικές στάσεις σώματος τουλάχιστον στο ένα τέταρτο του ωραρίου εργασίας. Στην Ελλάδα, οι παράγοντες στους οποίους οι εργαζόμενοι έχουν έκθεση τουλάχιστον κατά το ένα τέταρτο του ωραρίου τους είναι κατά συχνότητα η αυξημένη επαναληπτικότητα κινήσεων των χεριών (76,8%), η ορθοστασία ή το περπάτημα (75%), η κόπωση ή επίπονη στάση σώματος (66,2%), οι υψηλές θερμοκρασίες (44,5%), η χειρωνακτική διακίνηση φορτίων (41,3%), οι χαμηλές θερμοκρασίες (39%), το δευτερογενές κάπνισμα (37,2%), ο θόρυβος (34,9%), οι δονήσεις (30,6%), ο καπνός ή αέρια ή σκόνες (27,3%), χημικά (18,2%), μολυσματικά (11,5%), διαλύτες (11,3%), άρση και μετακίνηση ανθρώπων (5,7%) και ακτινοβολία (5,4%), ενώ 18,5% των εργαζομένων χρησιμοποιούν μέσα ατομική προστασίας έναντι των αναφερόμενων παραγόντων.

1.4 Συμπέρασμα

Συνοψίζοντας, το επίπεδο υγείας των εργαζομένων στην Ελλάδα είναι σαφώς καλύτερο σε σχέση με αυτό των ανέργων, ωστόσο φαίνεται ότι το εργασιακό στρες αποτελεί το σημαντικότερο παράγοντα της εργασίας που επιδρά με βλαπτικό τρόπο στην υγεία. Οι επαγγελματίες υγείας που ειδικεύονται στην υγιεινή της εργασίας οφείλουν να εκτιμήσουν τους κοινωνικούς κινδύνους, μελετώντας την επίδρασή τους στην υγεία τόσο των μόνιμων, οι οποίοι αποτελούν την πλειοψηφία στη χώρα μας, όσο και των προσωρινά απασχολούμενων εργαζομένων στην Ελλάδα.

Κεφάλαιο 2^ο

Η οικονομική κρίση στην Ελλάδα

2.1 Εισαγωγή

Η πολυδιάστατη έννοια της κρίσης έχει αποδοθεί με διάφορους ορισμούς, για να περιγράψει την αντιμετώπιση ενός δύσκολου προβλήματος σε μια περίοδο ανωμαλίας και αντικανονικότητας. Όταν αφορά στην οικονομία, η κρίση αποτελεί τη μία από τις δύο φάσεις των οικονομικών διακυμάνσεων και συγκεκριμένα τη φάση της καθόδου, με την οικονομική δραστηριότητα να βρίσκεται σε μια συνεχή συρρίκνωση (European Commission 2009). Ανεξαρτήτως του βαθμού στον οποίο προσβάλλει μια χώρα, φαίνεται ότι η κρίση έχει διάφορες επιπτώσεις στο σύνολό της, επηρεάζοντας την οικονομική αλλά και την κοινωνική ζωή, με διάφορες προεκτάσεις στο επίπεδο υγείας.

Ένας πιο σαφής ορισμός για την οικονομική κρίση είναι το φαινόμενο κατά το οποίο μια οικονομία χαρακτηρίζεται από μια διαρκή και αισθητή μείωση της οικονομικής της δραστηριότητας. Ως οικονομική δραστηριότητα νοούνται όλα τα μακροοικονομικά μεγέθη της οικονομίας, όπως είναι η απασχόληση, το εθνικό προϊόν, οι τιμές, οι επενδύσεις κ.λπ. Ο βασικότερος δείκτης οικονομικής δραστηριότητας θεωρείται ότι είναι οι επενδύσεις, οι οποίες όταν αυξομειώνονται, συμπαρασύρουν μαζί τους και όλα τα υπόλοιπα οικονομικά μεγέθη (Σερετίδου 2012). Σύμφωνα με ένα άλλο ορισμό της οικονομικής κρίσης, αυτή περιγράφεται ως το φαινόμενο κατά το οποίο μια οικονομία διακατέχεται από διαρκή και αισθητή μείωση της οικονομικής δραστηριότητας, αποτελώντας σοβαρή απειλή κατά της υφιστάμενης δομής, των θεμελιωδών αρχών και κανόνων του κοινωνικού συστήματος, η οποία ακολούθως επιβάλλει τη λήψη κρίσιμων αποφάσεων εντός περιορισμένου χρόνου και υπό συνθήκες αβεβαιότητας (Rosenthal, Charles & Hart 1989). Σύμφωνα με έναν ακόμα ορισμό, η οικονομική κρίση γίνεται αντιληπτή ως μια χρονική περίοδος με μεγάλη πτωτική κίνηση στην αγορά και ουσιαστικά προκύπτει από την διατάραξη της οικονομικής ισορροπίας και την εξασθένηση οικονομικών παραγόντων, λόγω απροσδόκητων γεγονότων που εμφανίζονται, εξαιτίας διαφόρων

τοπικών ή διεθνών αιτιών (Sharpe 1963). Τέτοια προβλήματα μπορεί να είναι οικονομικά, διοικητικά, όπως διαφθορά, διατάραξη του φορολογικού συστήματος, αδυναμία πληρωμής του εξωτερικού χρέους ή εισαγωγής αρκετού εξωτερικού κεφαλαίου, ανεργία ή φυσικές καταστροφές. Τα χαρακτηριστικά των οικονομικών κρίσεων με βάση τον ορισμό αυτό είναι η έλλειψη ρευστότητας στις καθημερινές συναλλαγές, η αδυναμία πληρωμής οικονομικών υποχρεώσεων, η υψηλή ανεργία εξαιτίας της χαμηλής κατανάλωσης και αγοραστικής δύναμης και τέλος η αρνητική ψυχολογία.

Η προέλευση της κάθε οικονομικής κρίσης έχει ξεχωριστά αίτια και καθορίζεται από διάφορους παράγοντες, εμφανίζεται δε με διαφορετική μορφή, έκταση και ένταση. Παρόλα αυτά, όλες οι κρίσεις χαρακτηρίζονται από αίσθημα αβεβαιότητας, κινδύνου, ανασφάλειας, μεταβολές στις εκάστοτε συνθήκες της αγοράς, ή μεταβολές στο ρυθμό και τη λειτουργία της κοινωνίας. Οι επιπτώσεις της κρίσης επεκτείνονται σε προβλήματα ρευστότητας σε τράπεζες και επιχειρήσεις, δυσκολία παροχής δανείων, μείωση του τζίρου των επιχειρήσεων, μαζικές απολύσεις, ανεργία, μείωση παραγωγής, μείωση εθνικού εισοδήματος, μείωση κατανάλωσης, χρεοκοπία, χαμηλά κρατικά έσοδα, δημόσιο έλλειμμα, χρέη και μείωση στις εξαγωγές (Πουρνάρα 2012).

Η παγκόσμια κρίση των τελευταίων ετών έχει επηρεάσει τις περισσότερες χώρες σε ολόκληρο τον κόσμο και αποτελεί, σύμφωνα με εκτιμήσεις, τη χειρότερη του αιώνα, έπειτα από το μεγάλο κραχ του 1929. Η έναρξή της τοποθετείται στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, αν και πολύ γρήγορα εξαπλώθηκε σε όλη την υφήλιο, στο πλαίσιο της παγκοσμιοποίησης των αγορών. Η κρίση στην Ελλάδα έχει προκαλέσει ιδιαίτερη ανησυχία στην παγκόσμια οικονομική και επιστημονική κοινότητα, καθώς η χώρα έχει πληγεί όσο καμία άλλη (Οικονομου & Mariolis 2010), αναδεικνύοντας τις μεγάλες μακροοικονομικές ανισορροπίες και διαρθρωτικές αδυναμίες της.

2.2 Το ιστορικό της οικονομικής κρίσης

Η περίπτωση της Ελλάδας, η οποία έχει βυθιστεί στην οικονομική κρίση και τη κρίση χρέους τα τελευταία χρόνια, με τις όποιες αντανάκλασεις υπάρχουν στην υγεία των εργαζομένων και των πολιτών εν γένει, μετά τα προγράμματα οικονομικής προσαρμογής και τα αντίστοιχα μέτρα οικονομικής λιτότητας που εφαρμόστηκαν, θεωρείται ένα επίκαιρο πεδίο μελέτης. Οι δυνητικά βλαπτικές επιπτώσεις στο επίπεδο υγείας των εργαζομένων δεν είναι γνωστές και η κατανόηση του ιστορικού της Παγκόσμιας κρίσης και της Ελληνικής κρίσης, με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της, είναι χρήσιμη για την ανάλυσή της ως ξεχωριστός παράγοντας που επηρεάζει την υγεία.

2.2.1 Η Παγκόσμια χρηματοπιστωτική κρίση

Η παγκόσμια χρηματοπιστωτική κρίση αρχικά εμφανίστηκε στην Αμερική, επηρέασε ωστόσο την Ευρώπη και ιδιαίτερα την Ελλάδα με τον πλέον σφοδρό τρόπο (Crotty 2009).

Στις ΗΠΑ διαμορφώθηκε από την δεκαετία του 70 μια συνεχής ροή κεφαλαίων, η οποία οφείλεται κατά κύριο λόγο στην αύξηση της σχετικής ανταγωνιστικότητας των αμερικανικών επιχειρήσεων, στα υψηλά επιτόκια, στο χαμηλό πληθωρισμό τιμών, μισθών και δαπανών του Αμερικανικού κράτους υπέρ των εταιρειών και επιχειρήσεων. Τα όλο και αυξανόμενα ελλείμματα των ΗΠΑ συντηρούνταν από άλλες χώρες, οι οποίες δεν επιθυμούσαν να προβούν σε περιστολή δημοσίων δαπανών ή να περιορίσουν τη συνεχώς αυξανόμενη ιδιωτική κατανάλωση. Παράλληλα, η αγορά χρηματοοικονομικών προϊόντων παρήγαγε ιδιωτικό χρήμα υπό τη μορφή παράγωγων και δομημένων ομολόγων, μεταξύ άλλων, με αποτέλεσμα το χρηματοπιστωτικό σύστημα που αντιστοιχούσε στο 3% της αμερικανικής οικονομικής δραστηριότητας το 1971 να εκτιναχθεί στο 42% το 2007 (Ερευνητική Μονάδα Οικονομικής Κρίσης 2011).

Παρά τη βελτίωση των δεικτών στην αμερικανική οικονομία, στο πλαίσιο της βελτίωσης της ανταγωνιστικότητας, το εισόδημα των πολιτών παρέμενε στάσιμο. Σε

μια προσπάθεια ρύθμισης αυτής της αναντιστοιχίας, σημειώθηκε αύξηση των δανείων από πλευράς πολιτών, χρησιμοποιώντας μάλιστα ως εγγύηση τις οικίες τους.

Το 2001, το παγκόσμιο εισόδημα ήταν \$49 τρις ενώ τα παράγωγα κυμαίνονταν στα \$85 τρις. Έξι χρόνια αργότερα, το 2007, το παγκόσμιο εισόδημα άγγιξε τα \$85 τρις, αυτή τη φορά όμως η αξία των παραγώγων είχε εκτοξευθεί στο ασύλληπτο ύψος των \$670 τρις. Την ίδια περίοδο οι τιμές των ακινήτων στις ΗΠΑ αυξήθηκαν περίπου 125% ενώ τα εισοδήματα των πολιτών παρέμεναν αμετάβλητα. Στα μέσα του 2007, σημειώθηκε η έναρξη των πρώτων αμφιβολιών αναφορικά με την φερεγγυότητα των τραπεζικών προϊόντων. Η αναστροφή της τάσης ανόδου των τιμών των ακινήτων, στις ΗΠΑ, συνοδεύτηκε από την κρίση στην αγορά ενυπόθηκων δανείων υψηλού κινδύνου. Η αγορά χρηματοπιστωτικών υπηρεσιών άρχισε να καταρρέει, διότι τα χρηματοπιστωτικά ιδρύματα ήταν εκτεθειμένα σε πολύπλοκα δομημένα προϊόντα, η αξιοπιστία των οποίων είχε εσφαλμένα επιβεβαιωθεί από τις εταιρίες αξιολόγησης πιστοληπτικού κινδύνου (Vermeiren 2013).

Ο κατακερματισμός των εποπτικών αρχών στις ΗΠΑ δεν επέτρεψε την άμεση διάγνωση της κρίσης και πολύ περισσότερο τον έγκαιρο και αποτελεσματικό συντονισμό για την αντιμετώπισή της. Η κρίση εξαπλώθηκε εν ριπή οφθαλμού αποκαλύπτοντας την ακαταλληλότητα του ισχύοντος ρυθμιστικού πλαισίου καθώς και την συστηματική του παραβίαση, λόγω συν τοις άλλοις της εγγενούς σύγκρουσης συμφερόντων που αντιμετώπιζαν οι εταιρίες αξιολόγησης πιστοληπτικού κινδύνου (Helleiner 2014).

Η εξάπλωση της κρίσης στην Ευρώπη είχε ως πρώτο θύμα την επενδυτική τράπεζα Northern Rock της Βρετανίας η οποία και κρατικοποιήθηκε για να μην καταρρεύσει. Εν συνεχεία, επλήγησαν ελβετικές και γερμανικές τράπεζες. Το Μάρτιο του 2008, η Bear Stearns, μια από τις μεγαλύτερες επενδυτικές τράπεζες των ΗΠΑ, εξαγοράστηκε από την J.P. Morgan, για να αποφύγει την πτώχευση, με την εγγύηση του αμερικάνικου δημοσίου. Η ενέργεια αυτή σηματοδότησε μια νέα εποχή, κατά την οποία οι αρμόδιες αρχές ήταν έτοιμες να δράσουν παρεμβατικά για να αποτρέψουν, εν τη γενέσει της, την κρίση στο χρηματοπιστωτικό σύστημα.

Επιπλέον, η παγκόσμια οικονομία είχε να αντιμετωπίσει εκτός από τη χρηματοπιστωτική κρίση, την άνοδο των τιμών των εμπορευμάτων, ιδίως του πετρελαίου και των τροφίμων, καθώς και τις ανισορροπίες που προκλήθηκαν στην αγορά κατοικίας, όχι μόνο στις ΗΠΑ, αλλά και σε πολλές χώρες της Ευρωζώνης, όπως η Ιρλανδία και η Ισπανία (Cetorelli & Goldberg 2011).

Η χρηματοοικονομική κρίση μετουσιώθηκε σε οικονομική όταν οι τράπεζες περιόρισαν τις πιστώσεις προς τις επιχειρήσεις και τα νοικοκυριά, αφού η μείωση των κεφαλαίων τους από τις απώλειες στην αξία των περιουσιακών τους στοιχείων επέφερε πολλαπλασιαστική αναγκαστική μείωση του μεγέθους του ενεργητικού τους, ώστε να διατηρηθεί η κεφαλαιακή τους επάρκεια. Αυτό έγινε ιδιαίτερα εμφανές στη χρηματοδότηση του διεθνούς εμπορίου, το οποίο και κλυδωνίστηκε λίγο πριν το τέλος του 2008.

Το 2009 η ύφεση είχε κλιμακωθεί στην Ευρώπη και η απειλή μετατρεπόταν σε κρίση δημοσίου χρέους, μιας και τα κράτη της Ευρωζώνης αποφάσισαν να επωμιστούν το χρέος για να διασώσουν το τραπεζικό σύστημα. Η Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα ανακοίνωσε συνεχείς μειώσεις του επιτοκίου, το οποίο έφτασε το ιστορικό χαμηλό επίπεδο του 1%. Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή εκτίμησε ότι πραγματοποιήθηκε συρρίκνωση της οικονομίας της Ευρωπαϊκής Ένωσης κατά 4%. Μέσα στο 2010 οι ελλειμματικές χώρες της ένωσης, με προεξέχουσα την Ελλάδα, και με αφορμή το κόστος δανεισμού, βίωσαν τις βαρύτερες συνέπειες της οικονομικής κατάρρευσης στην Ευρώπη (European Commission 2009).

Σημειώνεται ότι εκτός από την Ελλάδα, διεθνής χρηματοδοτική συνδρομή ζητήθηκε, εκτός της Ελλάδας, από ακόμη τέσσερις χώρες της ζώνης του ευρώ και συγκεκριμένα από την Πορτογαλία, την Ιρλανδία, την Ισπανία και την Κύπρο, καθώς και από τρεις χώρες εκτός της ζώνης του ευρώ, συγκεκριμένα τη Λετονία, την Ουγγαρία και τη Ρουμανία. Ειδικότερα, η Ελλάδα και η Πορτογαλία είχαν κατά αναλογία τα πιο αυξημένα, αλλά και τα μεγαλύτερα δημοσιονομικά ελλείμματα των τρεχουσών συναλλαγών, ενώ, η Ιρλανδία, που αντιμετώπισε ισχυρή οικονομική κρίση, προσέφυγε μεν στο ΔΝΤ και ενισχύθηκε από την Ευρωζώνη, όμως δε χαρακτηρίστηκε από προβλήματα στο δημοσιονομικό ή στην ανταγωνιστικότητά της.

Τέλος, η Ισπανία δεν είχε ιδιαίτερο διαχρονικό δημοσιονομικό πρόβλημα, αναφέρεται ωστόσο ότι αντιμετώπιζε προβλήματα στην ανταγωνιστικότητά της (Ξαφά 2011).

2.2.2 Η οικονομική κρίση στην Ελλάδα

Από τα τέλη του 2008 η Ελλάδα έχει βυθιστεί σε μια πρωτοφανή στη σύγχρονη ιστορία της οικονομική ύφεση. Αυτό το διάστημα, έχουν εφαρμοστεί πολιτικές διαρθρωτικής προσαρμογής, με περικοπές των κοινωνικών δαπανών και αύξηση των φόρων. Αυτές οι δράσεις συνοδεύτηκαν από μια προσπάθεια για μεταρρύθμιση του οικονομικού συστήματος, μέσω της απελευθέρωσης διαφόρων μέτρων. Επιπλέον, στην Ελλάδα υλοποιήθηκε ένα μαζικό σχέδιο ιδιωτικοποίησης πολλών κρατικών επιχειρήσεων (Kouretas & Vlamis 2010).

Μεταξύ της εισόδου στην Ευρωζώνη και της έναρξης της κρίσης, η ετήσια οικονομική ανάπτυξη κυμαινόταν στο 4,2% (IMF 2013) κατά μέσο όρο, ωθούμενη από εισροές κεφαλαίων (Stuckler & Basu 2013). Αναφέρεται ωστόσο ότι η ισχυρή αναπτυξιακή επίδοση της Ελλάδας κατά την τελευταία δεκαετία βασιζόταν σε μη διατηρήσιμους παράγοντες (European Economy 2010).

Η μέση αύξηση του πραγματικού ΑΕΠ ήταν σχεδόν 4% ετησίως μεταξύ 2000 και 2009, έναντι 2% στη ζώνη του ευρώ, ως εκ τούτου η εισοδηματική διαφορά της Ελλάδας με τον μέσο όρο της ζώνης του ευρώ μειώθηκε από 25% σε περίπου 10%. Η κατάσταση αυτή αντανάκλασε την κατακόρυφη αύξηση της εγχώριας ζήτησης, ιδίως στην κατανάλωση και στις επενδύσεις σε κατοικίες (OECD 2018).

Κατά την περίοδο 2000-2009, το εξωτερικό εμπόριο επηρέασε αρνητικά την ανάπτυξη και το μερίδιο των εξαγωγών στο ΑΕΠ μειώθηκε από 25% σε 19%. Επίσης, η άνοδος της απορρόφησης (συνολικής ζήτησης) και η ασθενής εξωτερική ανταγωνιστικότητα αναφέρεται ότι προκάλεσαν ταχεία αύξηση των εξωτερικών ανισορροπιών. Η πραγματική σταθμισμένη συναλλαγματική ισοτιμία (REER) της Ελλάδας ανατιμήθηκε κατά περίπου 10-20%, ανάλογα με τον χρησιμοποιούμενο αποπληθωριστή, στη διάρκεια της περιόδου 2000-2009 και σύμφωνα με τους

υπολογισμούς των υπηρεσιών της Επιτροπής ήταν υπερτιμημένη κατά 10 έως 20% το 2009.

Ο συνδυασμός της υψηλής αύξησης της εγχώριας ζήτησης και της επιδείνωσης της εξωτερικής ανταγωνιστικότητας επέφερε ταχεία επιδείνωση του ελλείμματος τρεχουσών συναλλαγών, το οποίο κορυφώθηκε στο 14% του ΑΕΠ το 2008. Τέλος, αναφέρεται ότι οι δημοσιονομικές ανισορροπίες παρέμειναν σταθερά υψηλές, καθώς αφότου η Ελλάδα υπέβαλε το πρώτο πρόγραμμα σταθερότητας τον Δεκέμβριο του 2000, δηλαδή μετά την απόφαση να υιοθετήσει η Ελλάδα το ευρώ, το οποίο έθετε ως μεσοπρόθεσμο στόχο την ισοσκέλιση της δημοσιονομικής θέσης, ο στόχος αυτός δεν επιτεύχθηκε ποτέ. Στον αντίποδα, το ονομαστικό ισοζύγιο ήταν πάντα άνω του 3% του ΑΕΠ. Ταυτόχρονα, το μέγεθος του δημόσιου τομέα αυξήθηκε από 44% του ΑΕΠ το 2000 σε περισσότερο από 50% το 2009, ενώ τα συστήματα υγείας και συντάξεων που δεν είχαν υποστεί μεταρρυθμίσεις θεωρήθηκαν απειλή για τη μακροπρόθεσμη διατηρησιμότητα των δημόσιων οικονομικών (International Monetary Fund 2016).

Το 2009, το ακαθάριστο δημόσιο χρέος έφθασε το 115% του ΑΕΠ, έναντι 103% του ΑΕΠ το 2000 και το καθαρό εξωτερικό χρέος σχεδόν το 100% του ΑΕΠ, έναντι 45% του ΑΕΠ το 2000. Η αναθεώρηση του ελλείμματος, φτάνοντας από ένα προβλεπόμενο 3,7% στο 15,8% του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος (ΑΕΠ), που πραγματοποιήθηκε το ίδιο έτος έθεσε ιδιαίτερους προβληματισμούς ως προς τη σταθερότητα της οικονομίας (Matsaganis 2012). Συνέπεια της αναγνώρισης του μεγέθους του προβλήματος ήταν η ιδιαίτερα μεγάλη αύξηση του κόστους δανεισμού της χώρας. Ένα μεγάλο μέρος του χρέους της Ελλάδας ανελήφθη από τράπεζες και συνταξιοδοτικά ταμεία σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες, οι οποίες ήταν ήδη εύθραυστες (Schwartz 2010), με αποτέλεσμα να υπάρχει ανησυχία για το ενδεχόμενο της χρεοκοπίας, η οποία θα επηρέαζε αρνητικά την Ευρωπαϊκή και παγκόσμια οικονομία.

Από τις αρχές του 2010 υπήρξε αλληλεπίδραση της Ελλάδας με τη διεθνή κοινότητα, με στόχο τη διάσωση της χώρας από το ενδεχόμενο της χρεοκοπίας, καθώς το κλίμα στις αγορές για την Ελλάδα επιδεινώθηκε απότομα. Το δημόσιο χρέος

έφθασε το 115% του ΑΕΠ στο τέλος του 2009, ως εκ τούτου οι οργανισμοί αξιολόγησης υποβάθμιζαν τη χώρα (OECD 2018).

Το 2010 συμφωνήθηκε το 1^ο Πρόγραμμα Οικονομικής Προσαρμογής (European Economy 2010), το οποίο περιελάμβανε την παροχή ενός κοινού πακέτου χρηματοδοτικής βοήθειας ύψους 110 δισ. €, από τα οποία 80 δισ. € προέρχονταν από την Ευρωπαϊκή Ένωση με τη μορφή διμερών δανείων μεταξύ της Ελλάδας και κρατών-μελών της Ευρωζώνης και 30 δισ. € προέρχονταν από το ΔΝΤ. Για το δάνειο αυτό, η Ελλάδα θα έπρεπε να εφαρμόσει μέτρα λιτότητας και διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις, εποπτευόμενη από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, την Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα και το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο, συλλογικά γνωστή ως Τρόικα.

Οι κύριοι στόχοι του 1^{ου} Προγράμματος Οικονομικής Προσαρμογής ήταν οι παρακάτω:

- *«Δημοσιονομική εξυγίανση, που βασίζεται στην εξοικονόμηση δαπανών του δημόσιου τομέα, στη συγκέντρωση εσόδων, στην αναμόρφωση του συνταξιοδοτικού συστήματος, στις μεταρρυθμίσεις της δημόσιας διοίκησης και στην καταπολέμηση της διαφθοράς και της φοροδιαφυγής.*
- *Σταθερότητα του συστήματος, που στηρίζεται στη ρευστότητα του ελληνικού τραπεζικού συστήματος και στην ενίσχυση της παρακολούθησης της ρευστότητας και της ποιότητας των περιουσιακών στοιχείων, συμπεριλαμβανομένων των μη εξυπηρετούμενων δανείων.*
- *Βελτίωση της ανταγωνιστικότητας, που βασίζεται σε αλλαγές του δημόσιου τομέα, στην ευελιξία των αγορών προϊόντων και εργασίας και τη δημιουργία ενός ανοιχτού επιχειρηματικού περιβάλλοντος για επενδυτές, συμπεριλαμβανομένης της μείωσης της άμεσης συμμετοχής του δημοσίου στις εγχώριες βιομηχανίες».*

Οι σημαντικότερες επιπτώσεις των μέτρων που απορρέουν από το 1^ο Πρόγραμμα Οικονομικής Προσαρμογής για τους εργαζόμενους του Δημόσιου τομέα περιλαμβάνουν τις περικοπές των μισθών, στο πλαίσιο της κατάργησης των δώρων Πάσχα, άδειας και Χριστουγέννων.

Το 2012, στο πλαίσιο της διάσωσης της ελληνικής οικονομίας, συμφωνήθηκε το 2^ο Πρόγραμμα Οικονομικής Προσαρμογής (European Economy, 2012), παρέχοντας δάνειο 164,5 δισ. €, από τα οποία 144,7 δισ. € από την Ευρωζώνη και τα 19,8 δισ. € από το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο. Οι στόχοι που τέθηκαν στο 1^ο Πρόγραμμα Οικονομικής Προσαρμογής αξιολογήθηκαν τελικά ως ιδιαίτερα φιλόδοξοι, με την Ελλάδα να αντιμετωπίζει ζητήματα πολιτικής σταθερότητας, βαθιάς πλέον ύφεσης, καθώς σημειώθηκε μεν μείωση του δημοσιονομικού ελλείμματος από 15,75% του ΑΕΠ το 2009 σε 9,25% το 2011, ωστόσο η οικονομία συρρικνώθηκε περισσότερο από 11%. Οι στόχοι του 2^{ου} αυτού προγράμματος αναφέρεται ότι ήταν αναθεωρημένοι, με βάση τις δυσμενείς μακρο-οικονομικές επιπτώσεις που σημειώθηκαν στο προηγούμενο, θέτοντας ως επιθυμητό έλλειμμα για το 2012 το 1% του ΑΕΠ και πρωτογενές πλεόνασμα 4,5% το 2014 το οποίο θα πρέπει να διατηρηθεί σε αυτό το υψηλό επίπεδο μακροπρόθεσμα.

Στο πλαίσιο του Μνημονίου συνεννόησης στις Συγκεκριμένες Προϋποθέσεις Οικονομικής Πολιτικής που υπεγράφη το Φεβρουάριο του 2012, τα μέτρα πριν την πρώτη εκταμίευση αφορούν σε:

- *«Μείωση στη φαρμακευτική δαπάνη, μέσω μείωσης των τιμών των φαρμάκων, αύξησης στις συμμετοχές, εφαρμογής υποχρεωτικής ηλεκτρονικής συνταγογράφησης.*
- *Μείωση της υπερωριακής αμοιβής για γιατρούς σε νοσοκομεία.*
- *Μείωση των προμηθειών στρατιωτικού υλικού.*
- *Ελάττωση του αριθμού των αντιδημάρχων και του σχετικού προσωπικού.*
- *Μείωση της λειτουργικής δαπάνης της κεντρικής κυβέρνησης και της δαπάνης που σχετίζεται με την διεξαγωγή εκλογών.*
- *Περικοπές στις επιδοτήσεις σε κατοίκους απομακρυσμένων περιοχών και περικοπές στις επιχορηγήσεις σε διάφορους φορείς εποπτευομένους από διάφορα Υπουργεία.*
- *Μείωση του προϋπολογισμού δημοσίων επενδύσεων, μέσω περικοπών στις επιδοτήσεις σε ιδιωτικές επενδύσεις και εθνικώς χρηματοδοτούμενα επενδυτικά έργα.*

- *Αλλαγές σε συνταξιοδοτικά ταμεία με κατά μέσο όρο υψηλές συντάξεις ή που λαμβάνουν υψηλές επιχορηγήσεις από τον προϋπολογισμό.*
- *Εφαρμογή του τέλους επιτηδεύματος, δηλαδή της ελάχιστης επιβάρυνσης επί των ελευθέρων επαγγελματιών, που προβλέπεται από το Άρθρο 31 του Νόμου 3986/2011.*
- *Ολοκλήρωση της πλήρους εφαρμογής του νέου μισθολογίου σε όλα τα σχετικά νομικά πρόσωπα και καθιέρωση νομοθετικών προβλέψεων για τους τρόπους ανάκτησης των επιπλέον καταβληθεισών αποδοχών για το χρονικό διάστημα από τον Νοέμβριο του 2011 και μετά».*

Οι διαρθρωτικές δημοσιονομικές μεταρρυθμίσεις που συμφωνήθηκαν κατά το 2^ο Πρόγραμμα Οικονομικής Προσαρμογής περιλαμβάνει αποκρατικοποιήσεις, σε βαθμό που ο έλεγχος του δημοσίου περιορίζεται μόνον σε περιπτώσεις κρίσιμων δικτυακών υποδομών. Ως προς τις αποδοχές στο δημόσιο τομέα και τη διαχείριση ανθρώπινων πόρων, ο κανόνας «μία πρόσληψη ανά πέντε αποχωρήσεις από την υπηρεσία» επισφραγίζουν την προσπάθεια μείωσης των θέσεων στο δημόσιο, με ταυτόχρονο πάγωμα των προσλήψεων.

Αναφορικά με τα εργασιακά θέματα, το 2^ο Πρόγραμμα Οικονομικής Προσαρμογής εισαγάγει μεταρρυθμίσεις που έχουν σημαντικότατο αντίκτυπο στο εργατικό δυναμικό της χώρας. Η κατά 22% μείωση σε σχέση με την 1^η Ιανουαρίου 2012 των ελάχιστων μισθών που ορίζονται από την εθνική συλλογική σύμβαση εργασίας (ΕΓΣΣΕ), η αντίστοιχη μείωση κατά 32% χωρίς περιοριστικούς όρους για τους νέους εργαζόμενους, ηλικίας κάτω των 25, η αναστολή των διατάξεων που προβλέπουν αυτόματες αυξήσεις μισθών, συμπεριλαμβανομένων εκείνων περί ωριμάνσεων, καθώς και η κατάργηση των όρων περί μονιμότητας, που περιλαμβάνονται σε νόμο ή σε συμβάσεις εργασίας, δημιούργησαν συνθήκες αβεβαιότητας και ανησυχίας σε εργαζόμενους του ιδιωτικού αλλά και του δημόσιου τομέα.

Το 2015, συμφωνήθηκε το 3^ο Πρόγραμμα Οικονομικής Προσαρμογής (European Stability Mechanism 2015), το οποίο συνεπάγεται μια χρηματοδοτική συνδρομή ύψους έως 86 δισ. €, καθώς και 25 δισ. € για την ανακεφαλαίωση σε ελληνικές

τράπεζες από τον Ευρωπαϊκό Μηχανισμό Σταθερότητας. Για την έγκριση του προγράμματος αυτού, διεξήχθη η ανάλυση της βιωσιμότητας του χρέους της Ελλάδας από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή σε συνεργασία με την Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα, σύμφωνα με την οποία η βιωσιμότητα του χρέους μπορεί να επιτευχθεί μέσω ενός προγράμματος μεταρρυθμίσεων και πρόσθετων μέτρων, τα οποία διαρθρώνονται γύρω από τους παρακάτω τέσσερις άξονες:

- *«Την αποκατάσταση της δημοσιονομικής βιωσιμότητας.*
- *Τη διασφάλιση της χρηματοπιστωτικής σταθερότητας.*
- *Την εφαρμογή μεταρρυθμίσεων για την ανάπτυξη και την απασχόληση.*
- *Τον εκσυγχρονισμό του δημόσιου τομέα.»*

Τα μέτρα λιτότητας που έχουν εφαρμοστεί στο πλαίσιο των Προγραμμάτων Οικονομικής Προσαρμογής εκτιμάται ότι έχουν οδηγήσει σε σημαντικές αλλαγές στις εργασιακές συνθήκες και στην αγορά εργασίας γενικότερα, θέτοντας προβληματισμούς για τις δυνητικές επιπτώσεις στην υγεία του εργατικού δυναμικού. Η πρόσβαση που έχουν οι εργαζόμενοι σε υπηρεσίες επαγγελματικής υγείας και ασφάλειας μπορεί να είναι περιορισμένη λόγω αδυναμίας του εργοδότη να επενδύσει στον τομέα αυτόν, η πρόσβασή τους σε υπηρεσίες φροντίδας υγείας είναι επίσης ανεπαρκής και οι νομοθετικές ρυθμίσεις που ακολούθησαν την εφαρμογή των προγραμμάτων επέφεραν δυσμενείς επιπτώσεις σε πολλούς τομείς.

Στον τομέα της υγείας, ο βασικός στόχος των μέτρων που απέρρεαν από το Πρόγραμμα Οικονομικής Προσαρμογής ήταν η γρήγορη και δραστική μείωση των δημόσιων δαπανών. Για την ανταπόκριση σε αυτόν το στόχο, οι περικοπές στις νοσοκομειακές και φαρμακευτικές δαπάνες που εφαρμόστηκαν ξεπέρασαν τις απαιτήσεις των προγραμμάτων (European Commission 2012). Συνέπεια των προσεγγίσεων που ακολουθήθηκαν ήταν να αναφέρεται ότι οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία το 2013 ήταν λιγότερες από ό, τι σε οποιοδήποτε από τα προ του 2004 κράτη- μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Reeves et al. 2013).

Στον τομέα της εργασίας, στο δημόσιο τομέα, τα χαρακτηριστικά των αλλαγών περιλαμβάνουν μείωση των αμοιβών και αποδοχών των εργαζομένων, κατάργηση των επιδομάτων Χριστουγέννων, Πάσχα και αδειάς. Ως προς τη μισθωτή εργασία

στον ιδιωτικό τομέα, οι αλλαγές περιλαμβάνουν διευκόλυνση των απολύσεων μέσω της μείωσης της προθεσμίας προειδοποίησης για την καταγγελία των συμβάσεων εργασίας αορίστου χρόνου των υπαλλήλων, μείωση των προσαυξήσεων στην περίπτωση υπέρβασης του ωραρίου εργασίας, μείωση του κόστους εργασίας με τη θέσπιση ειδικού καθεστώτος εργασίας για νέους και αλλαγή του θεσμικού πλαισίου για τις συλλογικές συμβάσεις εργασίας. Ο Νόμος 3986/2011 «Επείγοντα μέτρα εφαρμογής μεσοπρόθεσμου πλαισίου δημοσιονομικής στρατηγικής 2012-2015», που σημειώνεται ότι ψηφίστηκε με τη διαδικασία του κατεπείγοντος, περιλαμβάνει ρυθμίσεις για την κατάργηση του προβλεπόμενου κατώτατου μισθού για τους νέους ηλικίας από 18 έως 25 ετών, οι οποίοι είναι δυνατόν να συνάπτουν με εργοδότες συμβάσεις εργασίας για την απόκτηση επαγγελματικής εμπειρίας, διάρκειας μέχρι 24 μήνες και με αποδοχές μικρότερες έως 20% από τις προβλεπόμενες για νεοπροσλαμβανόμενο, χωρίς προϋπηρεσία της ειδικότητάς τους, όπως αυτή ορίζεται στην οικεία συλλογική σύμβαση εργασίας (ομοιο-επαγγελματική, κλαδική, επιχειρησιακή ή εθνική γενική). Όσον αφορά τα ζητήματα που σχετίζονται άμεσα με τις εργασιακές σχέσεις, ο νόμος προβλέπει περαιτέρω ρυθμίσεις για τον περιορισμό των προσλήψεων και τη μείωση του ήδη υπάρχοντος προσωπικού στους κρατικούς φορείς και τις ΔΕΚΟ, επέκταση του πλαισίου για την απασχόληση εργαζομένων με συμβάσεις ορισμένου χρόνου και επέκταση της δυνατότητας εφαρμογής του θεσμού της διευθέτησης του χρόνου εργασίας.

Ο Νόμος 4024/2011 «Συνταξιοδοτικές ρυθμίσεις, ενιαίο μισθολόγιο- βαθμολόγιο, εργασιακή εφεδρεία και άλλες διατάξεις εφαρμογής του μεσοπρόθεσμου πλαισίου δημοσιονομικής στρατηγικής 2012-2015», αλλάζει το καθεστώς των συλλογικών συμβάσεων (άρθρ. 37), επιφέροντας περαιτέρω σοβαρές ανατροπές εργασιακών δικαιωμάτων, τόσο στον δημόσιο όσο και τον ιδιωτικό τομέα με την κατάργηση της αρχής της ευνοϊκότερης ρύθμισης, την υπερίσχυση των επιχειρησιακών συμβάσεων έναντι των κλαδικών, το «πάγωμα» της επέκτασης της ισχύος των κλαδικών συμβάσεων σε ολόκληρο τον κλάδο παραγωγής, αλλά και την άρση όλων των περιορισμών που υπήρχαν για τη σύναψη επιχειρησιακών συμβάσεων.

Οι βασικές παράμετροι που επηρεάζονται κατά την οικονομική ύφεση, με τα όποια αναφερόμενα μέτρα λαμβάνονται για την προστασία της οικονομίας σε μία

χώρα, είναι η ανεργία, η απώλεια της εργασίας και η εργασιακή ανασφάλεια, οι οποίες μάλιστα αναφέρεται ότι έχουν αρνητική επίδραση στο επίπεδο υγείας. (Bartley & Owen 2006).

2.3 Εργασιακή ανασφάλεια

Από τα τέλη του 20^{ου} αιώνα, η αγορά εργασίας παγκοσμίως πέρασε σε ένα μεταβατικό στάδιο, που χαρακτηρίστηκε από σημαντικές μεταβολές, ούσα όλο και λιγότερο σταθερή. Η τυπική απασχόληση, που συνεπάγεται μια σύμβαση εργασίας για πλήρη απασχόληση, με όλα τα εργασιακά και κοινωνικά προνόμια και δικαιώματα, άρχισε όλο και συχνότερα να μην είναι ο κανόνας. Εναλλακτικές μορφές εργασίας εμφανίστηκαν, οι περισσότερες από τις οποίες είναι χαρακτηρίζονται από προσωρινότητα και αβεβαιότητα (Doogan 2005).

Σχετικές έρευνες αναφέρουν ότι οι βασικές αρχές της απασχόλησης έχουν τροποποιηθεί παγκοσμίως, με τις εργασιακές σχέσεις να γίνονται λιγότερο ασφαλείς, καθώς οι εργοδότες προσφεύγουν σε μορφές απασχόλησης που δεν εξασφαλίζουν μακροχρόνια εργασία στο προσωπικό τους (Hacker 2006). Τα άτομα που απασχολούνται κάτω από αυτές τις συνθήκες δεν έχουν τα προνόμια, τη μεταχείριση και τα κοινωνικά δικαιώματα που οι εργαζόμενοι με σταθερή εργασία απολαμβάνουν.

Η εργασιακή ανασφάλεια αποτελεί ένα φαινόμενο που αφορά και επηρεάζει ένα σημαντικό αριθμό εργαζομένων στην Ελλάδα, προκαλώντας αρνητικές στάσεις και συμπεριφορές σε ατομικό αλλά και οργανωσιακό επίπεδο. Η εργασιακή ανασφάλεια είναι το αποτέλεσμα των ραγδαίων οικονομικών εξελίξεων που διαδραματίζονται κατά καιρούς (De Witte 2005) και που στην Ελλάδα επικεντρώνονται στην οικονομική κρίση που ξεκίνησε στα τέλη του 2008. Καθώς διαφαίνεται ότι οι οικονομικοί αυτοί μετασχηματισμοί και οι κοινωνικές αλλαγές δεν πρόκειται να ολοκληρωθούν σύντομα, οι εργαζόμενοι θα έρχονται αντιμέτωποι με την εργασιακή ανασφάλεια και τις επιπτώσεις της για πολύ καιρό ακόμη.

Η εργασιακή αβεβαιότητα ή αλλιώς η απειλή της ανεργίας έχει οριστεί ποικιλοτρόπως στη βιβλιογραφία. Οι Greenhalgh και Rosenblatt (1984) την ορίζουν

ως την αντιλαμβανόμενη αδυναμία διατήρησης της επιθυμητής συνέχειας σε μια επαπειλούμενη εργασιακή κατάσταση. Οι Heany, Israel και House (1994) αναφέρονται στην αντίληψη μιας δυνητικής απειλής για τη συνέχεια της τρέχουσας εργασίας, ενώ οι Sverke, Hellgren και Näswall (2002) σε ένα θεμελιώδες και ακούσιο γεγονός που σχετίζεται με την απώλεια της θέσης εργασίας.

Στο πλαίσιο των δοθέντων ορισμών, η εργασιακή ανασφάλεια αποτελεί την αντιλαμβανόμενη απειλή απώλειας της θέσης εργασίας που συνεπάγεται ανησυχίες με άμεσες και έμμεσες συνέπειες, που σχετίζονται με αυτήν την απειλή. Κοινός παρονομαστής είναι η ανησυχία σχετικά με τη μελλοντική συνέχεια της τρέχουσας εργασίας.

Σε σχέση με τα ειδικά χαρακτηριστικά της εργασιακής αβεβαιότητας, σημαντική είναι η σχετική υποκειμενική αντίληψη από κάθε εργαζόμενο, καθώς η ίδια αντικειμενική κατάσταση, λόγω χάρη η μείωση στη ζήτηση υπηρεσιών ή προϊόντων που δέχεται μια επιχείρηση, μπορεί να ερμηνευθεί με διαφορετικούς τρόπους από τον κάθε εργαζόμενο. Μπορεί να προκαλέσει αισθήματα ανασφάλειας για ορισμένους, αν και η συνέχεια της εργασίας τους δεν διακυβεύεται, ενώ κάποιιοι μπορεί να αισθάνονται ιδιαίτερα ασφαλείς για την εργασία τους, παρόλο που αργότερα μπορεί να απολυθούν. Αυτό που υποδηλώνει η υποκειμενική αντίληψη της εργασιακής ανασφάλειας είναι ότι αφορά την ανασφάλεια για το μέλλον, δηλαδή οι ανασφαλείς εργαζόμενοι είναι αβέβαιοι για το αν θα διατηρήσουν ή θα χάσουν την τρέχουσα δουλειά τους. Αυτή η αντίληψη έρχεται σε αντίθεση με τη βεβαιότητα της απόλυσης, καθώς οι όποιες πληροφορίες δίνονται στον εργαζόμενο του επιτρέπουν να αναλάβει συγκεκριμένες ενέργειες για να αντιμετωπίσει μια κατάσταση, αναζητώντας λόγω χάρη άλλες θέσεις εργασίας. Οι εργαζόμενοι που αισθάνονται αβέβαιοι δεν μπορούν να προετοιμαστούν επαρκώς για το μέλλον, διότι δεν είναι σαφές σε αυτούς εάν πρέπει να αναληφθούν δράσεις ή όχι.

Οι αλλαγές στην αγορά εργασίας και στις συνθήκες εργασίας που πραγματοποιήθηκαν στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης είναι ιδιαίτερα σημαντικές και επιδρούν στην αίσθηση αβεβαιότητας του εργατικού δυναμικού. Η αύξηση των ποσοστών ανεργίας, η μείωση των ποσοστών

απασχόλησης, καθώς και η αύξηση του ποσοστού των ατόμων σε κίνδυνο φτώχειας και κοινωνικού αποκλεισμού προβληματίζουν ιδιαίτερα, καθώς οι συγκεκριμένοι δείκτες είναι ακόμα σε πρωτοφανή για τη χώρα επίπεδα (OECD 2017).

Η απασχόληση επηρεάστηκε από την ύφεση με μια χρονική καθυστέρηση, λόγω του προστατευτικού νομικού πλαισίου υπέρ των εργαζομένων που ίσχυε, μέχρι όμως τη λήψη ειδικών μέτρων που ακολούθησαν τα τρία Προγράμματα Οικονομικής Προσαρμογής της Ελλάδας, που αναφέρθηκαν παραπάνω. Οι επιχειρήσεις αρχικά προσπάθησαν να αποφύγουν τις απολύσεις, οι οποίες συνεπάγονται σημαντικό οικονομικό κόστος, λόγω των επακόλουθων αποζημιώσεων, ενώ ταυτόχρονα υπήρξε μια σχετική κρατική ενίσχυση της απασχόλησης, με αποτέλεσμα να προστατευθεί η εργασία στα πρώτα στάδια της κρίσης. Αξιολογώντας τους δείκτες απασχόλησης τριμήνου, διαφαίνεται ότι η ελληνική αγορά εργασίας άρχισε να αποδυναμώνεται το τέταρτο τρίμηνο του 2008. Έκτοτε, υπήρξε μια συρρίκνωση στην απασχόληση, η οποία αύξησε την αίσθηση της εργασιακής αβεβαιότητας στους εργαζόμενους, οι οποίοι αισθανόταν εντονότερο τον κίνδυνο της ανεργίας, μιας και τα ποσοστά απασχόλησης από το 49,4% που ήταν το 2008 έπεσαν στο 40,1% το 2012, δηλαδή σημείωσαν μείωση 9,3 ποσοστιαίων μονάδων (OECD 2009).

Σύμφωνα με την πιο πρόσφατη Έρευνα Εργατικού Δυναμικού (ΕΛΣΤΑΤ 2018), οι δείκτες ανεργίας, οι οποίοι σημείωναν σημαντική μείωση μέχρι και το 2008, φτάνοντας σε ποσοστά 7,8%, άρχισαν να αυξάνονται από το 2009 και έπειτα. Συγκεκριμένα, το 2009 το ποσοστό ανεργίας το 2009 ήταν 9,1%, το 2010 ήταν 11%, το 2012 ήταν 15%, το 2012 εκτινάχθηκε στο 21,5%, το 2013 ήταν 26,7% και το 2014 έφτασε 27,2%, που είναι και η μέγιστη τιμή μέχρι και σήμερα. Από το 2014 και έπειτα, ο δείκτης ανεργίας άρχισε να μειώνεται με πολύ αργό ρυθμό, φτάνοντας το 25,7% το 2015, το 24,4% το 2016, το 23,2% το 2017 και το 20,6% τον Ιανουάριο του 2018, ποσοστό το οποίο είναι οριακά χαμηλότερο σε σχέση με το έτος 2012.

Σύμφωνα με τα διαθέσιμα δεδομένα της ΕΛΣΤΑΤ (2018), τα ιδιαίτερα υψηλά ποσοστά ανεργίας που έχουν σημειωθεί φαίνεται να επιβαρύνουν περισσότερο τις γυναίκες εργαζόμενες σε σχέση με τους άνδρες. Η ανεργία την περίοδο 2013- 2018 κυμαίνεται στο γυναικείο πληθυσμό από 25,6% το 2013 έως 30,9% το 2018, ενώ την

ίδια περίοδο κυμαίνεται στον ανδρικό πληθυσμό από 16,7% το 2018 έως 24,4% το 2014. Η διαφορά αυτή είναι σημαντική και αποτυπώνει την τρωτότητα του γυναικείου εργατικού δυναμικού, που στο πλαίσιο των συνεπειών της οικονομικής κρίσης μένουν χωρίς απασχόληση.

Σε σχέση με την ηλικία, φαίνεται ότι όλες οι ηλικιακές ομάδες έχουν επηρεαστεί σε κάποιο βαθμό, ωστόσο οι νέοι εργαζόμενοι έχουν πληγεί περισσότερο από όλους. Συγκεκριμένα τα άτομα ηλικίας 15-24 ετών διατηρούν την 1^η θέση ανάμεσα σε όλες τις υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες σε σχέση με την ανεργία, με ποσοστό 59,2% το 2013, το οποίο σταδιακά μειώθηκε στο 42,3% μέχρι το 2018. Τα άτομα ηλικίας 25-34 ετών έχουν τη 2^η θέση, με ποσοστό ανεργίας 33,9% το 2013 και 35,3% το 2014, το οποίο έκτοτε σταδιακά μειώθηκε στο 26% το 2014. Τα άτομα ηλικία 35-44 ετών έχουν την 3^η θέση, με ποσοστό ανεργίας 23% το 2003 και 23,4% το 2014, το οποίο σημείωσε μείωση στο 19% το 2018. Τα άτομα ηλικίας 45- 54 ετών διατήρησαν σχεδόν τα ίδια ποσοστά ανεργίας από το 2013 με 20% έως το 2016 με 19,8%, ενώ τα επόμενα χρόνια σημείωσε μείωση έως 16,5% το 2018. Τα άτομα ηλικίας 55-64 ετών είχαν ποσοστό ανεργίας 16,7% το 2013, σημειώνοντας σε αντίθεση με τις υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες σχετική αύξηση μέχρι το 2017 με ποσοστό 19,9%, ενώ το 2018 μειώθηκε στο 16,5%. Τέλος, τα άτομα ηλικίας 65-74 ετών είχαν ποσοστό ανεργίας το 2013 7,4%, δηλαδή το χαμηλότερο σε σχέση με τις υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες, ωστόσο το ποσοστό αυτό σχεδόν διπλασιάστηκε στο 14,8% το 2014, μειώθηκε στο 10,5% το 2015 και έφτασε στο μέγιστο το 2016, με 18,3%. Έκτοτε σημείωσε μείωση έως 7,1% το 2018 (ΕΛΣΤΑΤ 2018).

Οι αλλαγές αυτές στην αγορά εργασίας συνέβαλαν στο αίσθημα αβεβαιότητας ανάμεσα στους εργαζόμενους στην Ελλάδα, οι οποίοι βίωναν τον κίνδυνο απώλειας της εργασίας τους. Οι συνέπειες άλλωστε της οικονομικής κρίσης αναφέρεται ότι οδηγούν σε δυσμενείς για τους εργαζόμενους αλλαγές στις συνθήκες εργασίας, στην πρόσβαση στα κοινωνικά δικαιώματα και το επίπεδο διαβίωσης (Zavras et al.2012), παράγοντες που σχετίζονται με την υγεία και την ποιότητα ζωής.

2.4 Επαγγελματικό στρες

Οι σημαντικές αλλαγές που πραγματοποιήθηκαν στις συνθήκες εργασίας τις τελευταίες δεκαετίες και ανεξάρτητα από την παρούσα οικονομική κρίση είχαν ως αποτέλεσμα την εμφάνιση και εκδήλωση νέων κινδύνων για την επαγγελματική υγεία και ασφάλεια των εργαζομένων, ένας από τους οποίους είναι το επαγγελματικό στρες, που ανήκει στην κατηγορία των ψυχοκοινωνικών κινδύνων. Το επαγγελματικό στρες αναγνωρίζεται ως μία από τις σημαντικότερες σύγχρονες προκλήσεις για την υγεία και την ασφάλεια στην εργασία και συνδέεται ακόμα και με προβλήματα όπως η βία, η παρενόχληση και ο εκφοβισμός στο χώρο εργασίας (EU-OSHA 2007).

Η έννοια της αγγλικής λέξης stress που στα ελληνικά αποδίδεται ως άγχος ή στρες, θεωρείται δύσκολο να οριστεί με ακρίβεια, λόγω της υποκειμενικότητας και των πολλών διαστάσεων του φαινομένου. Ορίζοντάς το υπό το πρίσμα του χώρου εργασίας, το επαγγελματικό άγχος ή στρες εμφανίζεται σε περιπτώσεις όπου ο εργαζόμενος δεν είναι σε θέση να αντιμετωπίσει αποτελεσματικά μια κατάσταση που προκύπτει στο περιβάλλον εργασίας, λόγω του ότι δε διαθέτει επαρκείς πόρους ή δυνάμεις (Tsutsumi et al. 2009). Σύμφωνα με έναν άλλο ορισμό, το επαγγελματικό άγχος είναι η εμπειρία αρνητικών συναισθημάτων, όπως λόγου χάρη η απογοήτευση, η ανησυχία και η αποθάρρυνση, τα οποία σχετίζονται με εργασιακούς παράγοντες (Κυργιάκου 2001). Το εργασιακό άγχος ορίζεται επίσης ως το σύνολο των επιβλαβών σωματικών και ψυχικών αντιδράσεων, που εκδηλώνονται στο άτομο όταν οι απαιτήσεις της εργασίας δεν είναι ανάλογες με τις ικανότητες, τους πόρους ή τις ανάγκες του εργαζομένου (NIOSH 1999). Τέλος, μπορεί να οριστεί ως μια κατάσταση, η οποία συνοδεύεται από φυσικές, ψυχολογικές ή κοινωνικές επιπτώσεις ή δυσλειτουργίες και η οποία προκύπτει σε άτομα που αισθάνονται μη ικανά να γεφυρώσουν το κενό ανάμεσα στις απαιτήσεις ή τις προσδοκίες που τίθενται επ' αυτών (Ευρωπαϊκή Ένωση 2004).

Το άγχος γενικότερα, ως ένα φαινόμενο της καθημερινότητας, επηρεάζει τα άτομα σωματικά, κοινωνικά, συμπεριφορικά, διανοητικά και συναισθηματικά. Ταυτόχρονα, το επαγγελματικό περιβάλλον αποτελεί μια από τις πιο σημαντικές πηγές άγχους, καθώς οι σχέσεις που το άτομο αναπτύσσει μέσα σε αυτό, η φύση της

εργασίας και τα ενδεχόμενα προβλήματα που αντιμετωπίζει σε αυτή, επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό την ποιότητα της ζωής και την υγεία του (Leka & Jain 2010).

Στο έδαφος της οικονομικής κρίσης, το επαγγελματικό στρες αποτελεί ένα ιδιαίτερα επίκαιρο αντικείμενο μελέτης και έρευνας, καθώς οι σημαντικές αλλαγές στο χώρο της εργασίας, με κύρια χαρακτηριστικά την ανασφάλεια, τη μείωση των αποδοχών και των παροχών και τα υψηλά ποσοστά ανεργίας αποτελούν καταστάσεις που επιτείνουν την εμφάνισή του. Επίσης, αναφέρεται ότι οι συνέπειες που επιφέρει στο εργατικό δυναμικό συνεπάγονται υψηλό οικονομικό κόστος στα εθνικά συστήματα υγείας και τις επιχειρήσεις σε παγκόσμιο επίπεδο, καθώς συνδέονται με ψυχοσωματικές ασθένειες και κατά συνέπεια με αυξημένες δαπάνες ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, χαμηλή παραγωγικότητα και ποιότητα έργου και πρόωρη συνταξιοδότηση (Ganster & Rosen 2013). Υπολογίζεται μάλιστα ότι το 40% των επαγγελματικών ασθενειών και το 50-60% του απουσιασμού για λόγους υγείας οφείλονται στο επαγγελματικό στρες (Health and Safety Executive 2007).

Οι συνηθέστεροι παράγοντες που προκαλούν άγχος παγκοσμίως αναφέρεται ότι είναι τα οικονομικά προβλήματα, το μη ικανοποιητικό εργασιακό περιβάλλον, η εργασία πλέον του εργασιακού ωραρίου, οι προσωπικές και οικογενειακές σχέσεις και η έλλειψη ποιοτικού χρόνου και ενδιαφερόντων (Stewart 2014). Συγκεκριμένα για το εργασιακό άγχος, οι βασικές αιτίες αναφέρεται ότι περιλαμβάνουν το περιεχόμενο της εργασίας, το φόρτο εργασίας, το ωράριο, τη συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων, την ιεραρχική εξέλιξη, τις αμοιβές, τις διαπροσωπικές σχέσεις, την προσωπική ζωή, καθώς και το κοινωνικό και πνευματικό υπόβαθρο, του εργαζόμενου (Grunfeld et al. 2000).

Η επίδραση του επαγγελματικού άγχους στην υγεία των εργαζομένων οδήγησε στην επιλογή του θέματος της διαχείρισης του άγχους σε ασφαλείς και υγιείς χώρους εργασίας από τον Ευρωπαϊκό Οργανισμό για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία για την εκστρατεία 2014-2015 (Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία 2013).

Η διαχείριση του άγχους αποτελεί και νομική επιταγή που προβλέπεται στην οδηγία 89/391/ΕΟΚ και υποστηρίζεται από τις συμφωνίες-πλαίσια μεταξύ των κοινωνικών εταίρων σχετικά με το εργασιακό άγχος και την παρενόχληση και τη βία στην εργασία. Επιπλέον, το Ευρωπαϊκό σύμφωνο για την ψυχική υγεία και ευημερία αναγνωρίζει τις μεταβαλλόμενες απαιτήσεις και τις αυξανόμενες πιέσεις στον χώρο εργασίας και ενθαρρύνει τους εργοδότες να εφαρμόζουν πρόσθετα, προαιρετικά μέτρα για την προαγωγή της ψυχικής ευεξίας.

2.5 Συμπέρασμα

Συνοψίζοντας, η οικονομική κρίση, που ξεκίνησε στις Η.Π.Α., επηρέασε την Ελλάδα από τα τέλη του 2008 και μέχρι σήμερα όσο καμία άλλη χώρα στην Ευρώπη. Τα Προγράμματα Οικονομικής Προσαρμογής που εφαρμόστηκαν οδήγησαν στη λήψη μέτρων, τα οποία οδήγησαν σε δυσμενείς για τους εργαζόμενους αλλαγές, όσον αφορά την αγορά εργασίας και τις εργασιακές σχέσεις. Η εργασιακή αβεβαιότητα και το επαγγελματικό στρες, στο πλαίσιο της δραματικής αύξησης της ανεργίας, του φόρτου εργασίας και της μη τυπικής απασχόλησης, ως παράμετροι που καθορίζουν την ένταση της οικονομικής κρίσης, πρέπει να αξιολογηθούν ως προς τη συχνότητά τους αλλά και ως προς την επίδραση που έχουν στο επίπεδο υγείας των εργαζομένων στην Ελλάδα.

Κεφάλαιο 3^ο

Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία

3.1 Εισαγωγή

Η οικονομική κρίση, με την επίδραση που αναφέρθηκε ότι είχε στην Ευρώπη και ιδιαιτέρως στην Ελλάδα, είχε ως αποτέλεσμα τη μείωση του ΑΕΠ σε πολλές χώρες, την αύξηση του δημοσίου χρέους και την αύξηση του κόστους δανεισμού, ενώ ταυτόχρονα οι πολίτες βίωναν οικονομική ανασφάλεια, οφειλόμενη στο ευρύτερο πλαίσιο αστάθειας, στην απώλεια ή στην απειλή απώλειας της εργασίας και στη μείωση των μισθών (Cylus & Pearson 2015). Στις αρχές μάλιστα του 2010, η κατάσταση στην οικονομία επιδεινώθηκε, καθώς η Ελλάδα ήταν η πρώτη χώρα της Ευρωπαϊκής Ένωσης, η οποία έλαβε πακέτα διάσωσης από το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο, την Ευρωπαϊκή Ένωση και την Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα. Άλλες Ευρωπαϊκές χώρες, συγκεκριμένα η Ιρλανδία, η Πορτογαλία και η Κύπρος ακολούθησαν λίγους μήνες αργότερα (IMF 2016). Τα δεδομένα αυτά υποστηρίζουν την άποψη ότι η παρούσα οικονομική κρίση είναι η σφοδρότερη που έχει βιώσει η Ευρώπη κατά τη μεταπολεμική περίοδο, η οποία μάλιστα συνοδεύτηκε από επαπειλούμενη ενότητα της Ευρωπαϊκής Ένωσης, με την Ελλάδα να αντιμετωπίζει τον κίνδυνο της εξόδου λόγω της κρίσης χρέους (Vasilopoulou & Halikiouroulou 2013).

Η επίδραση της οικονομικής κρίσης στα συστήματα υγείας στην Ευρώπη ήταν αναπόφευκτη. Η κάθε χώρα αντέδρασε στην κατάσταση με διαφορετικό τρόπο, θέτοντας η καθεμία σε εφαρμογή μια πολιτική που αντικατοπτρίζει τη στρατηγική που κινητοποιήθηκε για την προστασία της ευημερίας των πολιτών. Πολλές χώρες μείωσαν τον προϋπολογισμό για την υγεία και κάποιες εισήγαγαν διαρθρωτικές αλλαγές και σκληρά μέτρα λιτότητας (Quaglio 2013). Η ανησυχία για τις αρνητικές επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία αυξάνεται και ως εκ τούτου η έρευνα που εστιάζει στη σχέση αυτή έχει εντατικοποιηθεί τα τελευταία έτη (Kentikelenis et al. 2011, Karanikolos et al. 2013). Αξίζει να σημειωθεί ότι μια οικονομική κρίση ενδεχομένως να έχει διαφορετικές επιπτώσεις σε διαφορετικές χώρες, καθώς αυτές

εξαρτώνται από τη διάρκεια και τη σφοδρότητα της κρίσης, το είδος των μέτρων λιτότητας που ελήφθησαν και την ύπαρξη ενός πλαισίου κοινωνικών δικαιωμάτων (Stuckler et al. 2009).

Τα δεδομένα αναφορικά με προηγούμενες οικονομικές κρίσεις είναι ασαφή και υποδηλώνουν ότι οι αρνητικές επιδράσεις στο επίπεδο υγείας μπορεί να αφορούν σε συγκεκριμένες διαστάσεις της. Στο πλαίσιο της μελέτης των συνεπειών της Μεγάλης Ύφεσης όσον αφορά την υγεία, η οποία έλαβε χώρα στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής κατά τη δεκαετία 1929 έως 1939, διαπιστώθηκε ότι με εξαίρεση τις αυτοκτονίες, οι περισσότερες άλλες αιτίες θνησιμότητας μειώθηκαν, ενώ επίσης το προσδόκιμο ζωής αυξήθηκε κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου (Taría Granados & Diez Roux 2009). Ωστόσο ο ίδιος δείκτης, δηλαδή το προσδόκιμο ζωής, μειώθηκε κατά 6,6 έτη στους άνδρες και κατά 3,3 έτη στις γυναίκες στη Ρωσία, στην κρίση που ακολούθησε μετά από την κατάρρευση και διάσπαση της Σοβιετικής Ένωσης, κατά την πενταετία 1989 έως 1994 (Brainerd & Cutler 2005).

Παρότι υπάρχει έντονο και αυξανόμενο ενδιαφέρον σχετικά με τις επιδράσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία, τα μέχρι στιγμής στοιχεία αφορούν σε συγκεκριμένα αποτελέσματα υγείας ή συγκεκριμένες ομάδες, χωρίς να γίνεται συχνά ειδική αναφορά στην αυτό-αξιολογούμενη υγεία των εργαζομένων. Οι επιδράσεις αυτές στο επίπεδο υγείας, όπως αξιολογείται από τους εργαζόμενους, αποτελούν το σκοπό της παρούσας διδακτορικής διατριβής, ως εκ τούτου, για τη γενίκευση των ερευνητικών ερωτημάτων, την αναγνώριση των όσων είναι ήδη γνωστά γύρω από το συγκεκριμένο θέμα και την αποτύπωση των θεωρητικών και εννοιολογικών διαστάσεων που αναφέρονται στη βιβλιογραφία, πραγματοποιήθηκε συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας. Με την ανασκόπηση αυτή, αναζητήθηκε η μεθοδολογία που ερευνητές στο παρελθόν έχουν ακολουθήσει για να μελετήσουν την επίδραση οικονομικών κρίσεων στο επίπεδο υγείας.

Στόχοι της ανασκόπησης της βιβλιογραφίας ήταν ο συστηματικός εντοπισμός, η κριτική αξιολόγηση και η σύνθεση των εμπειρικών στοιχείων σχετικά με τον αντίκτυπο της οικονομικής κρίσης στο επίπεδο της υγείας.

3.2 Μεθοδολογία ανασκόπησης της βιβλιογραφίας σχετικά με τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στο επίπεδο υγείας

Τα βήματα τα οποία ακολουθήθηκαν για την αναζήτηση και την επιλογή της βιβλιογραφίας περιλαμβάνουν την αναζήτηση σε βάσεις δεδομένων, την αναζήτηση σε συγκεκριμένα επιστημονικά περιοδικά με αντικείμενο την υγεία και την αναζήτηση σε ιστοσελίδες επιστημονικού χαρακτήρα (Centre for Reviews and Dissemination, 2009). Συγκεκριμένα, κατά την αναζήτηση σε βάσεις δεδομένων, πραγματοποιήθηκε δομημένη αναζήτηση στις βάσεις: PubMed, Cinahl, Scopus και Google Scholar. Τα επιστημονικά περιοδικά στο οποία έγινε ενδελεχής αναζήτηση ήταν τα Lancet, European Journal of Public Health, Health Policy, Social Science and Medicine, The BMJ, PLoS One και BMJ Open.

Για την αποτελεσματική ανάκτηση άρθρων, χρησιμοποιήθηκαν οι συγκεκριμένες λέξεις- κλειδιά: «οικονομική κρίση» (financial crisis/ economic crisis), «ύφεση» (recession), «λιτότητα» (austerity) σε συνδυασμό με τους όρους «υγεία» (health), «έκβαση υγείας» (health outcomes) και «αυτο-αξιολογούμενη υγεία» (self-rated health). Επιπλέον διενεργήθηκε έλεγχος και των βιβλιογραφικών παραπομπών των εργασιών, με στόχο την όσο το δυνατό πληρέστερη συλλογή άρθρων.

Το χρονικό διάστημα της αναζήτησης που επιλέχθηκε ήταν από τον Ιανουάριο του 2008 έως και το Δεκέμβριο του 2018, καθώς το 2008 σημειώθηκε η έναρξη της κρίσης. Από το σύνολο των μελετών που προέκυψαν, αξιολογήθηκαν ως αποδεκτές για την κριτική ανασκόπηση οι δημοσιευμένες ερευνητικές μελέτες, οι οποίες πληρούσαν τα ακόλουθα κριτήρια:

- Ήταν ερευνητικές μελέτες.
- Ήταν δημοσιευμένες στην αγγλική ή στην ελληνική γλώσσα.
- Ήταν ποσοτικές μελέτες.
- Περιελάμβαναν δείγμα ηλικίας άνω των 16 ετών.
- Περιέγραφαν με σαφήνεια τις συνιστώσες της οικονομικής κρίσης ως ανεξάρτητη μεταβλητή και τις εκβάσεις υγείας ως εξαρτημένη μεταβλητή.

Τα κριτήρια αποκλεισμού ήταν τα εξής:

- Ποιοτικές μελέτες.
- Άρθρα γνώμης.
- Άρθρα σύνταξης (editorials).
- Σχολιασμοί άρθρων.
- Ανασκοπήσεις της βιβλιογραφίας.
- Μελέτες με εξαρτημένη μεταβλητή τις υπηρεσίες υγείας, τις συνήθειες ζωής, τα οικονομικά της υγείας και την οργάνωση μονάδων υγείας.
- Μελέτες με ασαφή μεθοδολογία.
- Μελέτες με συνολικό πληθυσμό υπό μελέτη εκτός της Ευρώπης.
- Μελέτες στάθμισης εργαλείων.

3.3 Αποτελέσματα ανασκόπησης ερευνητικών μελετών

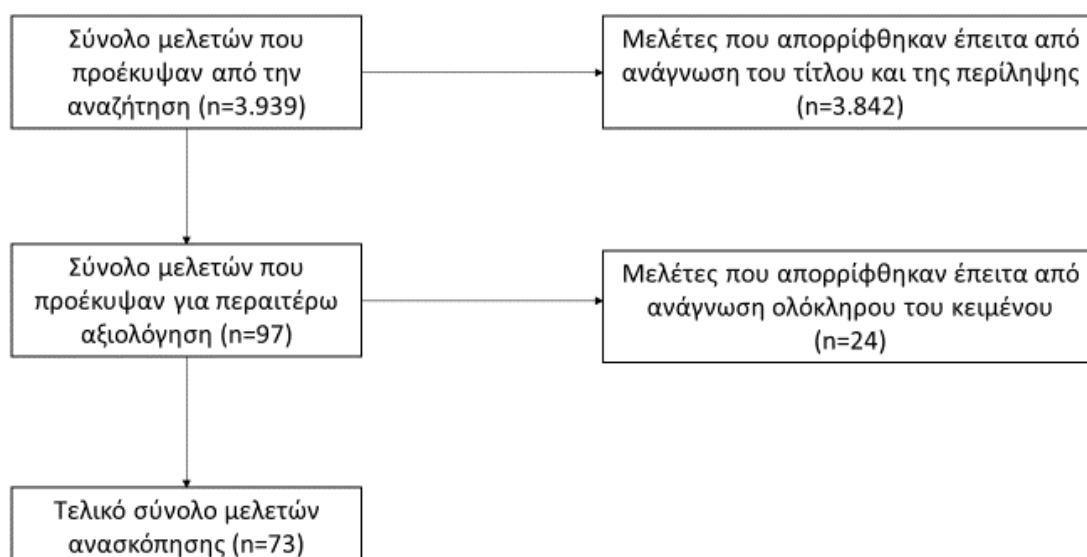
Με βάση τα κριτήρια εισόδου, συγκεντρώθηκαν 73 ερευνητικά άρθρα σχετικά με το θέμα της ανασκόπησης, όπως φαίνεται από το σχεδιάγραμμα επιλογής (Σχήμα 3.1).

Τα άρθρα που συμπεριελήφθησαν στην ανασκόπηση είχαν δημοσιευθεί από το 2011 μέχρι το 2018. Από το σύνολο των 73 μελετών, οι περισσότερες μελετούν πληθυσμούς από Ευρωπαϊκές χώρες, αξιοποιώντας κυρίως δεδομένα από το Ευρωβαρόμετρο, τις έρευνες της Ευρωπαϊκής Ένωσης για το εισόδημα & τις συνθήκες διαβίωσης (EU-SILC), την Ευρωπαϊκή Κοινωνική Έρευνα (ESS), καθώς και τις βάσεις δεδομένων της Eurostat και του WHO. Άλλες μελέτες αφορούν στον πληθυσμό της Ελλάδας, της Ισπανίας, της Αγγλίας, του Ηνωμένου Βασιλείου, της Ιταλίας, της Ιρλανδίας και άλλων χωρών. Σε σχέση με την εξαρτημένη μεταβλητή των ερευνών,

24 μελετούν τις αυτοκτονίες και την αυτοκτονικότητα, 19 την αυτο-αξιολογούμενη γενική υγεία, 14 την αυτο-αξιολογούμενη ψυχική υγεία, 12 τους δείκτες θνησιμότητας ή νοσηρότητας ή επιβίωσης ή προσδόκιμου ζωής και 3 τους ψυχοκοινωνικούς δείκτες, όπως το στρες και ο απουσιασμός. Οι μελέτες παρουσιάζονται συνοπτικά σε πίνακα στο Παράρτημα 1 ανά έτος δημοσίευσης.

Σχήμα 3.1

Διάγραμμα ροής επιλογής άρθρων της συστηματικής ανασκόπησης



3.3.1 Αυτοκτονίες και Αυτοκτονικότητα

Αξιοποιώντας δεδομένα από την Εθνική Βάση Δεδομένων Κλινικών Υγείας (National Clinical Health Outcomes Database) της Αγγλίας, οι Barr et al. (2012) βρήκαν μεταξύ 2008 και 2010, περισσότερες αυτοκτονίες μεταξύ ανδρών (846, 95% διάστημα εμπιστοσύνης 818 έως 877) αλλά και γυναικών (155, 95% διάστημα εμπιστοσύνης 121 έως 189), σημειώνοντας ότι οι βραχυπρόθεσμες ετήσιες διακυμάνσεις της

ανεργίας συνδέονται με τις ετήσιες αλλαγές στις αυτοκτονίες μεταξύ των ανδρών, αλλά όχι μεταξύ των γυναικών. Συγκεκριμένα υπολογίστηκε ότι κάθε αύξηση κατά 10% του αριθμού ανέργων ανδρών συσχετίστηκε σημαντικά με την αύξηση των ανδρικών αυτοκτονιών κατά 1,4% (0,5% έως 2,3%), υποδηλώνοντας ότι περίπου τα δύο πέμπτα της αύξησης των αυτοκτονιών μεταξύ των ανδρών (αύξηση 329 αυτοκτονιών, 95% διάστημα εμπιστοσύνης 126 έως 532) κατά την ύφεση 2008-10 μπορεί να αποδοθεί στην αύξηση της ανεργίας.

Οι Saugina et al. (2013) συσχέτισαν τα ποσοστά ανεργίας & αυτοκτονιών κατά τη διάρκεια της κρίσης στην Αγγλία και βρήκαν μια στατιστικά μη σημαντική αύξηση στον αριθμό των αυτοκτονιών ανάμεσα στο 2008 και το 2010. Οι στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ ανεργίας και αυτοκτονιών εντοπίστηκαν μόνο σε τοπικό επίπεδο και όχι συνολικά, με θετικές συσχετίσεις στα νοτιοδυτικά, βορειοδυτικά και βορειοανατολικά και αρνητικές συσχετίσεις στην ανατολική Αγγλία, στα Μίντλαντς και στο Λονδίνο, υποδηλώνοντας ενδεχομένως σχετικά ψευδείς σχέσεις, λόγω συγχυτικών παραγόντων.

Την ίδια χρονιά, οι Economidou et al. (2013) δημοσίευσαν τα αποτελέσματα της συγχρονικής τους μελέτης με λήψη δεδομένων μέσω τηλεφώνου, σύμφωνα με τα οποία καταγράφουν σημαντική αύξηση του επιπολασμού του αυτοκτονικού ιδεασμού και των απόπειρων αυτοκτονίας μεταξύ 2009 και 2011. Τα άτομα που έπασχαν από κατάθλιψη, οι άνδρες, οι έγγαμοι, άτομα που αντιμετώπιζαν οικονομική πίεση, άτομα με χαμηλή διαπροσωπική εμπιστοσύνη και με ιστορικό προσπαθειών αυτοκτονίας ήταν ιδιαίτερα ευάλωτα.

Επίσης, οι Kontaxakis et al. (2013) δημοσίευσαν μια ανάλυση δεδομένων για αυτοκτονίες από την Ελληνική Στατιστική Αρχή, κάνοντας συγκρίσεις πριν (2001-2007) και κατά τη διάρκεια της κρίσης (2008-2011) και βρίσκοντας ότι τα ποσοστά αυτοκτονιών στους άνδρες αυξήθηκαν κατά 33,1% στους άνδρες και στις γυναίκες κατά 69,6%. Σημειώνουν δε ότι υπήρξε διπλασιασμός των αυτοκτονιών σε γυναίκες κατά την τελευταία διετία της περιόδου αναφοράς, ενώ η απόλυτη συχνότητα αυτοκτονιών για το έτος 2011 ήταν συνολικά 477 και για τους άνδρες 393, που ήταν ο μεγαλύτερος αριθμός αυτοκτονιών που είχε παρατηρηθεί στην Ελλάδα τις

τελευταίες δεκαετίες. Τα ποσοστά αυτοκτονίας κατά τη διάρκεια της περιόδου κρίσης ειδικά για την περιοχή της Αθήνας αυξήθηκαν κατά 53%, δείχνοντας αύξηση της θνησιμότητας αυτοκτονίας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης.

Στο Βέλγιο, οι Vanderoost et al. (2013) πραγματοποίησαν μια συγχρονική έρευνα, που είχε ως δείγμα ασθενείς ηλικίας 18 έως 49 ετών, μελετώντας τις αυτοκτονικές σκέψεις των συμμετεχόντων. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης, περισσότεροι από 1 στους 5 έχασαν τη θέση εργασίας τους, είτε οι ίδιοι είτε πολύ κοντινό πρόσωπο, κατά το προηγούμενο έτος, ενώ περισσότεροι από 1 στους 4 είχαν βιώσει αυτοκτονικές σκέψεις, με 11,7% αυτών να έχει εξετάσει σοβαρά το να δώσει τέλος στη ζωή του το περασμένο έτος. Η ανάλυση λογιστικής παλινδρόμησης έδειξε ότι οι άγαμοι (OR=4,8, 95% διάστημα εμπιστοσύνης 1,7 έως 13,8), όσοι δεν έχουν ικανοποιητικές κοινωνικές σχέσεις (OR=5,1, 95% διάστημα εμπιστοσύνης 1,6 έως 16,2), άτομα με κατάθλιψη (OR =18,4, 95% διάστημα εμπιστοσύνης 5,8 έως 58,4) και όσοι έχασαν την θέση εργασίας τους κατά το προηγούμενο έτος (OR=8,8, 95% διάστημα εμπιστοσύνης 2,0 έως 39,3) ήταν παράγοντες με στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τις σκέψεις αυτοκτονίας.

Στην αναδρομική μελέτη αρχείων νοσηλείας του Νοσοκομείο «Σωτηρία» στην Αθήνα από απόπειρες αυτοκτονίας πριν & κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης, που δημοσίευσαν οι Stavriana et al. (2014) σημειώνουν μια αύξηση των προσπαθειών αυτοκτονίας κατά 35,71% το 2011 σε σχέση με το 2007, ωστόσο δε βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο περιόδων σχετικά με το φύλο και την ηλικία, ενώ βρέθηκε στατιστικά σημαντική αύξηση των αποπειρών σε άνεργους, σε έγγαμους, χήρους και διαζευγμένους σε σχέση με άγαμους.

Την ίδια χρονιά, οι Coore et al. (2014) μελέτησαν τις αυτοκτονίες στον πληθυσμό της Αγγλίας και Ουαλίας την περίοδο 2001 έως 2011. Σύμφωνα με τη μελέτη, οι δείκτες οικονομικής επιβάρυνσης εκτός από την ανεργία και τις απολύσεις, όπως το προσωπικό χρέος και η κατάσχεση σπιτιών, μπορούν να συμβάλουν στην αύξηση των ποσοστών αυτοκτονίας στους άνδρες νεότερης ηλικίας, ενώ για τους άνδρες ηλικίας 35-44 ετών η απώλεια θέσεων εργασίας και η μακροχρόνια ανεργία αποτελούν βασικό παράγοντα κινδύνου. Η διακοπή της πτωτικής τάσης που παρατηρήθηκε στα

ποσοστά αυτοκτονίας μεταξύ των ανδρών ηλικίας 16-34 ετών μπορεί να είχε αρχίσει πριν από την οικονομική ύφεση του 2008, ενώ για τους άνδρες ηλικίας 35-44 ετών τα αυξημένα ποσοστά αυτοκτονιών αντικατόπτριζαν την ανεργία που σχετίζεται με την ύφεση.

Σε δημοσίευση ένα χρόνο μετά, οι Coore et al. (2015) μελέτησαν τις αυτοκτονίες το 2010 και το 2011 στην Αγγλία και στην Ουαλία, αναφέροντας ότι τα οικονομικά ζητήματα και τα θέματα που σχετίζονται με την απασχόληση συνέβαλαν ουσιαστικά σε 38 (13%) από τους θανάτους από αυτοκτονία, ενώ θεωρήθηκε ότι ήταν ο βασικός παράγοντας που συνέβαλε σε 11 (4%) θανάτους από αυτοκτονία. Τα άτομα των οποίων οι θάνατοι θεωρήθηκαν ότι σχετίζονταν με την ύφεση ήταν λιγότερο πιθανό να έχουν αυτοτραυματιστεί στο παρελθόν αλλά ήταν πιο πιθανό να απασχολούνται (61% έναντι 43%), να έχουν οικονομικές δυσκολίες (76% έναντι 23%) και να είναι οικονομικά εξαρτώμενα άτομα (55% έναντι 23%).

Μελετώντας τις αυτοκτονίες στην Ιταλία από το 1980 έως το 2010, οι Pompili et al. (2014) σημειώνουν ότι τα ποσοστά αυτοκτονίας για τους άνδρες ηλικίας 25-64 ετών, που είναι μέρος του εργατικού δυναμικού της Ιταλίας, άρχισαν να αυξάνονται το 2008 μετά από μια περίοδο στατιστικά σημαντικής μείωσης από το 1994 έως το 2007. Συγκεκριμένα αναφέρουν ότι τα ποσοστά αυτοκτονιών σε αυτήν την ομάδα ήταν 12% υψηλότερα το 2010 σε σύγκριση με το 2006, ενώ αντίθετα τα ποσοστά αυτοκτονίας μειώθηκαν στις γυναίκες όλων των ηλικιών και στους άνδρες ηλικίας κάτω των 25 ετών και άνω των 65 ετών.

Στην Ελλάδα, οι Antonakakis & Collinsa (2014) αξιοποιώντας τις βάσεις δεδομένων του WHO, του Annual Macro-Economic (AMEC) και της Παγκόσμιας Τράπεζας, αναφέρουν ότι η δημοσιονομική λιτότητα επηρεάζει τις αυτοκτονίες μόνο στον ανδρικό πληθυσμό και σε αυτούς που έχουν ηλικία μεταξύ 45 και 89 ετών, ενώ ταυτόχρονα τυχόν οικονομικές παροχές έχουν επιπτώσεις μείωσης της αυτοκτονίας σε νέα άτομα και σε γυναίκες.

Οι Saurina et al. (2015) αναλύοντας τα μητρώα θνητότητας της Ισπανίας από το 2000 έως το 2011 αναφέρουν ότι σε δήμους με 10.000 ή περισσότερους κατοίκους

αυξήθηκε ο σχετικός κίνδυνος αυτοκτονίας από το 2009 και μετά, αύξηση η οποία ήταν στατιστικά σημαντική μόνο για τις γυναίκες ηλικίας εργασίας (16-64 ετών). Σε δήμους με λιγότερους από 10.000 κατοίκους ο σχετικός κίνδυνος παρουσίασε μια πτωτική τάση ακόμη και μετά το 2009. Δε βρέθηκε συσχέτιση των ποσοστών ανεργίας με τα ποσοστά αυτοκτονίας, καταλήγοντας στο ότι η αύξηση του ποσοστού αυτοκτονίας από το 2010 δεν ήταν στατιστικά σημαντική.

Την ίδια χρονιά, οι Fountoulakis et al. (2015) δημοσίευσαν την ανάλυση δεδομένων από τα έκτακτα εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων στη Θεσσαλονίκη σε σχέση με τα ποσοστά ανεργίας της ΕΛΣΤΑΤ, σύμφωνα με την οποία τα ποσοστά απόπειρας αυτοκτονίας συσχετίζονται αρνητικά με την ανεργία ($r=-0,63$ στους άνδρες και $r=-0,72$ στις γυναίκες). Σε αντίθεση όμως με τις απόπειρες, οι ολοκληρωμένες αυτοκτονίες βρέθηκε να συσχετίζονται θετικά με την ανεργία ($r=0,34$ στους άνδρες και $r=0,65$ στις γυναίκες).

Μελετώντας τις αυτοκτονίες από το 1960 έως το 2012 σε 30 Ευρωπαϊκές χώρες, συμπεριλαμβανομένης της Ελλάδας, οι Norström & Grönqvist (2015) αναφέρουν ότι όσο πιο έντονη είναι η προστασία έναντι της ανεργίας τόσο ασθενέστερη είναι η επιζήμια επίδραση στις αυτοκτονίες κατά τη διάρκεια της ύφεσης. Συγκεκριμένα βρήκαν ότι η επίδραση της ανεργίας στις αυτοκτονίες στους άνδρες ήταν στατιστικά σημαντική σε όλες της χώρες, εκτός της Σκανδιναβίας, ενώ η επίδραση στις αυτοκτονίες στις γυναίκες ήταν στατιστικά σημαντική μόνο στην ομάδα χωρών της Ανατολικής Ευρώπης.

Οι Branas et al. (2015) ανέλυσαν τα αρχεία της ΕΛΣΤΑΤ για τις αυτοκτονίες στην Ελλάδα από το 1983 έως το 2012, αναφέροντας ότι σε διάστημα 30 ετών, οι μήνες με τα υψηλότερα ποσοστά αυτοκτονίας στην Ελλάδα σημειώθηκαν το 2012. Αναφέρουν ότι η εισαγωγή νέων μέτρων λιτότητας τον Ιούνιο του 2011 σηματοδότησε την έναρξη σημαντικών, απότομων και διαρκών αυξήσεων των συνολικών αυτοκτονιών (+ 35,7%, $p<0,001$) και των αυτοκτονιών σε άνδρες (+18,5%, $p<0,01$). Οι αυτοκτονίες των ανδρών στην Ελλάδα σημείωσαν επίσης σημαντική, απότομη και διαρκή αύξηση τον Οκτώβριο του 2008, όταν άρχισε η ελληνική ύφεση (+13,1%, $p <0,01$) και μια απότομη αλλά προσωρινή αύξηση τον Απρίλιο του 2012 μετά από δημόσια αυτοκτονία

(+29,7%, $p < 0,05$). Οι αυτοκτονίες των γυναικών στην Ελλάδα σημείωσαν επίσης απότομη και διαρκή αύξηση το Μάιο του 2011 (+35,8%, $p < 0,05$). Η δημοσίευση καταλήγει στο ότι η στατιστικά σημαντική αύξηση των αυτοκτονιών των ανδρών, που ήταν οι κυριότεροι οικογενειακοί παραγωγοί εισοδήματος σε σύγκριση με τις γυναίκες στην Ελλάδα, τον Οκτώβριο του 2008 και τον Ιούνιο του 2011 αποκαλύπτει τη συστηματική και διαρκή επίδραση που μπορούν να έχουν τα προγράμματα λιτότητας στη δημόσια υγεία.

Την ίδια χρονιά οι Rachiotis et al. (2015) δημοσίευσαν τη μελέτη των ποσοστών αυτοκτονίας στην Ελλάδα από το 2003 έως το 2012, αναφέροντας σαφή αύξηση των αυτοκτονιών σε άτομα ηλικίας εργασίας, που συμπίπτει με τα μέτρα λιτότητας. Συγκεκριμένα, βρήκαν ότι το ποσοστό θνησιμότητας αυτοκτονίας για τους άνδρες αυξήθηκε από 5,75/100.000 (περίοδος 2003-2010) σε 7,43/100.000 (περίοδος 2011-2012, $p < 0,01$). Μεταξύ των γυναικών, το ποσοστό αυτοκτονίας αυξήθηκε από 1,17 σε 1,55 ($p = 0,03$). Η πιο επηρεασμένη ηλικιακή ομάδα ήταν οι άνδρες ηλικίας 20-59 ετών (ηλικία εργασίας), στους οποίους οι αυτοκτονίες αυξήθηκαν από 6,58 σε 8,81/100.000 ($p < 0,01$). Μεταξύ των ατόμων ηλικίας άνω των 60 ετών, η θνησιμότητα αυτοκτονίας αυξήθηκε από 8,58 (2003-2010) σε 10,3 το 2011-2012, αλλά αυτό δεν ήταν στατιστικά σημαντικό ($p = 0,053$). Αντίθετα, οι αυτοκτονίες στους άνδρες ηλικίας 0-19 ήταν σταθερές, δηλαδή 0,47 (2003-2010) και 0,45 (2011-2012). Στις γυναίκες ηλικίας 20-59 ετών σημειώθηκε σημαντική αύξηση του ποσοστού θνησιμότητας αυτοκτονίας, καθώς αυξήθηκε από 1,37 (2003-2010) σε 1,84 ($p = 0,048$). Τα ποσοστά αυτοκτονίας στις γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας (≥ 60) αυξήθηκε, όχι στατιστικά σημαντικά, από 1,46 (2003-2010) σε 1,83 (2011-2012). Αυτό παρατηρήθηκε επίσης για την ηλικιακή ομάδα 0-19 ετών. Επίσης, παρατηρήθηκε σημαντική συσχέτιση των ποσοστών ανεργίας των ανδρών και της θνησιμότητας των αυτοκτονιών μεταξύ των ανδρών ηλικίας 15-64 ετών (Pearson $r = 0,84$, $p < 0,001$) αλλά όχι της γυναικείας ανεργίας με αυτοκτονίες μεταξύ των γυναικών (Pearson $r = 0,56$, $p = 0,09$). Δεν υπήρξε συσχέτιση μεταξύ αυτοκτονιών ανδρών και γυναικών σε ηλικία εργασίας με το Ακαθάριστο Εθνικό Προϊόν (ΑΕΠ). Σημαντικό εύρημα της μελέτης είναι ότι άνοδος των ποσοστών ανεργίας κατά 1 ποσοστιαία μονάδα σε άνδρες ηλικίας 20-59 ετών συνδέεται με αύξηση των αυτοκτονιών 0,19/100.000 (95% διάστημα εμπιστοσύνης

0,11 έως 0,26), ως εκ τούτου βάσει της παρατηρούμενης αύξησης της ανεργίας κατά 12 ποσοστιαίες μονάδες κατά τη διάρκεια της περιόδου λιτότητας, οι αυτοκτονίες αυξήθηκαν κατά 2,23/100.000 λόγω της απώλειας θέσεων εργασίας (95% διάστημα εμπιστοσύνης 1,37 έως 3,10), αντιπροσωπεύοντας σε μεγάλο βαθμό τη συνολική αύξηση στις αυτοκτονίες μεταξύ ανδρών σε ηλικία εργασίας κατά την περίοδο της κρίσης.

Οι Corcoran et al. (2015) ανέλυσαν δεδομένα από το 2008 έως το 2012 για τη θνησιμότητα, τις αυτοκτονίες και τους αυτοτραυματισμούς στην Ιρλανδία. Αναφέρουν ότι μέχρι το τέλος του 2012, τα ποσοστά αυτοκτονίας στους άνδρες ήταν 57% υψηλότερα (+8.7/100.000, 95% διάστημα εμπιστοσύνης 4,8 έως 12,5) σε σχέση με τη συνέχεια της τάσης πριν από την ύφεση, ενώ η αυτοκτονία των γυναικών παρέμεινε σχεδόν αμετάβλητη. Τα ποσοστά αυτοτραυματισμού ανδρών και γυναικών ήταν 31% (+74.,1/100.000, 95% διάστημα εμπιστοσύνης -6,3 έως 154,6) και 22% (+63,2/100.000, 95% διάστημα εμπιστοσύνης 4,1 έως 122,2) υψηλότερα αντίστοιχα. Υπήρχαν 476 περισσότεροι θάνατοι αυτοκτονίας από άνδρες (95% διάστημα εμπιστοσύνης 274 έως 678) και 85 από γυναίκες (95% διάστημα εμπιστοσύνης -9 έως 180). 5.029 περισσότεροι άνδρες (95% διάστημα εμπιστοσύνης 626 έως 9.432) και 3.833 γυναίκες (95% διάστημα εμπιστοσύνης 321 έως 7.345) πήγαν στο νοσοκομείο λόγω αυτοτραυματισμού από το 2008 έως το 2012 σε σχέση με τις τάσεις πριν από την κρίση. Οι άνδρες ηλικίας 25-64 ετών επηρεάστηκαν περισσότερο σε σχέση με την αυτοκτονία και τον αυτοτραυματισμό, με το μεγαλύτερο αντίκτυπο να παρατηρήθηκε σε άτομα ηλικίας 25-44 ετών. Η αύξηση του αυτοτραυματισμού στις γυναίκες ήταν σε άτομα ηλικίας 15-24 ετών. Η αύξηση των ποσοστών αυτοκτονίας στους άνδρες σχετίζεται με την ηλικία ($p=0,044$), ενώ στις ηλικίες 25-44 ετών ήταν διπλάσιος από ό, τι θα ήταν (104% υψηλότερος) εάν συνεχιζόταν η τάση πριν από την ύφεση συνεχιστεί, με επιπλέον 336 θανάτους (95% διάστημα εμπιστοσύνης 179 έως 493, $p<0,001$).

Ένα χρόνο μετά, οι Economidou et al. (2016), δημοσίευσαν τα αποτελέσματα της μελέτης που πραγματοποιήθηκε στην Ελλάδα το 2008, 2009, 2011 και 2013, αναφέροντας αύξηση του επιπολασμού της μείζονος κατάθλιψης (12,3%) και μείωση του επιπολασμού της αυτοκτονικότητας (2,8%). Το γυναικείο φύλο, η κατοικία στην

ύπαιθρο, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, η ανεργία και οι οικονομικές δυσκολίες διαπιστώθηκε ότι αυξάνουν τον κίνδυνο για κατάθλιψη. Αναφέρουν επίσης ότι η επίδραση της οικονομικής δυσπραγίας και της ανεργίας στην αυτοκτονικότητα ήταν επίσης σημαντική και ανεξάρτητη από την κατάθλιψη.

Στην Αγγλία, οι Hawton et al. (2016) ανέλυσαν δεδομένα από πολυκεντρική μελέτη σχετικά με τον αυτοτραυματισμό και βρήκαν αυξημένα ποσοστά αυτοτραυματισμού σε περιοχές όπου παρατηρήθηκαν μεγαλύτερες αυξήσεις των ποσοστών ανεργίας, με αυξημένα προβλήματα εργασίας, οικονομικών και στεγαστικών σε άτομα που αυτοτραυματίστηκαν. Συγκεκριμένα, τα ποσοστά αυτοτραυματισμού αυξήθηκαν και στα δύο φύλα στο Ντέρμπι και στους άνδρες στο Μάντσεστερ το 2008-2010, αλλά όχι στην Οξφόρδη, ακολουθώντας δηλαδή σε μεγάλο βαθμό τις μεταβολές της ανεργίας του γενικού πληθυσμού. Περισσότεροι ασθενείς αυτοτραυματισμού ήταν άνεργοι το 2008-10 σε σύγκριση με πριν από την ύφεση, ενώ περισσότεροι ασθενείς και των δύο φύλων είχαν εργασιακά και οικονομικά προβλήματα το 2008-2010. Περισσότερες γυναίκες είχαν επίσης προβλήματα στέγασης, αλλαγές που παρατηρήθηκαν σε μεγάλο βαθμό και σε απασχολούμενους ασθενείς.

Την ίδια χρονιά, οι Fernández-Navarro et al (2016) δημοσίευσαν την ανάλυση των ποσοστών ανεργίας και αυτοκτονίας στην Ισπανία από 1975 έως το 2012. Αναφέρουν ότι οι αυτοκτονίες αυξήθηκαν από 145 το 1975 στο μέγιστο των 377 το 1993, όπου και στη συνέχεια τείνουν να μειωθούν σε 335 αυτοκτονίες το 2012. Μελετώντας την αλληλεπίδραση μεταξύ ανεργίας και ύφεσης στην αυτοκτονία, αναφέρεται ότι η οικονομική ύφεση και η ανεργία αλληλεπίδρασαν σε σχέση με τα ποσοστά αυτοκτονίας στους άνδρες ($F=4,827$, $df = 2.823$, $p = 0,0087$), αλλά όχι στις γυναίκες ($F=0,001$, $df=1.000$, $p=0,979$).

Οι Isabel et al. (2017) ένα χρόνο αργότερα δημοσίευσαν ανάλυση των αυτοκτονιών συγκεκριμένα για την περίοδο 2002 έως 2012 στην Ισπανία, αναφέροντας ότι παρότι το ποσοστό αυτοκτονίας μειώθηκε μεταξύ 2002 και 2012, η πτωτική τάση αντιστράφηκε δύο φορές, το 2008-2009 και το 2012. Η άνοδος αυτή ήταν ιδιαίτερα έντονη στους άνδρες, το 2008 (1,12, 95% διάστημα εμπιστοσύνης 1,05

έως 1,20) και το 2009 (1,10, 95% διάστημα εμπιστοσύνης 1,03 έως 1,18). Μετά από μια μείωση το 2010 και το 2011, οι αυτοκτονίες των ανδρών αυξήθηκαν και πάλι το 2012 (1,10, 95% διάστημα εμπιστοσύνης 1,03 έως 1,18) σε σύγκριση με το 2007, ωστόσο η διαφορά με το 2011 ανήλθε σε αύξηση 14%, δηλαδή στη μεγαλύτερη ετήσια αλλαγή σε μια δεκαετία.

Σε μελέτη των αυτοκτονιών στην Κρήτη και συγκεκριμένα, αναλύοντας δεδομένα από το Γενικό Νοσοκομείο Χανίων από το 2008 έως το 2015, οι Benioudakis et al. (2017) αναφέρουν ότι το ποσοστό των αποπειρών αυτοκτονίας έφτασε στο μέγιστο το 2012 και παρέμεινε σχετικά υψηλό έως το 2015. Οι σημαντικότεροι παράγοντες κινδύνου ήταν οικογενειακά προβλήματα και προβλήματα σχέσεων μεταξύ ζευγαριών, ενώ βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των προσπαθειών αυτοκτονίας και των ποσοστών ανεργίας (RR: 1,08, 95% διάστημα εμπιστοσύνης 1,07 έως 1,09).

Την ίδια χρονιά, οι Christodoulou et al. (2017) ανέλυσαν στοιχεία από το Τμήμα Ιατροδικαστικής της Αθήνας σε δύο περιόδους της κρίσης, δηλαδή από το 2008 έως το 2010 και από το 2011 έως το 2012, αναφέροντας ότι η εποχικότητα των αυτοκτονιών ήταν στατιστικά σημαντική κατά τη διάρκεια του 2008-2010 (RR=1,36) και ενισχύθηκε κατά τα έτη 2011-2012 (RR=1,69), όταν η επίδραση των μέτρων λιτότητας ήταν όλο και περισσότερο αισθητή από την ελληνική κοινωνία. Επίσης, αναφέρεται εποχικότητα για τους άνδρες (RR=1,75) και σε άτομα ηλικίας 45 ετών και άνω (RR=1,75).

Πρόσφατα, οι Basta et al. (2018) πραγματοποίησαν μια αναδρομική ανάλυση των αυτοκτονιών στην Κρήτη, από το 1999 έως το 2013, αναφέροντας ότι δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική αύξηση των αυτοκτονιών μεταξύ του 1999 και του 2013. Σημείωσαν αντιθέσεις στις τάσεις μεταξύ ανδρών και γυναικών, καθώς ενώ οι γυναίκες παρουσίασαν μείωση, οι άνδρες εμφάνισαν αύξηση των αυτοκτονιών κατά την περίοδο αυτή, ιδιαίτερα οι άνδρες μέσης ηλικίας (40-64 ετών) και οι ηλικιωμένοι.

Τέλος, οι Mattei & Pistoresi (2018) δημοσίευσαν μελέτη για τις αυτοκτονίες από 1977 έως το 2015 στην Ιταλία, εντοπίζοντας μια σχέση μεταξύ του ποσοστού αυτοκτονιών και της μακροχρόνιας ανεργίας. Επίσης, αναφέρουν συσχέτιση μεταξύ των αυτοκτονιών και των ποσοστών ανεργίας, αν και στατιστικά ασθενέστερη. Η αύξηση της μακροχρόνιας ανεργίας κατά 1% αυξάνει το ποσοστό αυτοκτονίας κατά 0,83%, με μακροπρόθεσμο αποτέλεσμα που διαρκεί έως 18 έτη. Οι δημόσιες δαπάνες για την ανεργία (ως ποσοστό του ιταλικού ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος) ενδέχεται να μετριάζουν αυτή τη σχέση, καθώς βρέθηκε ότι όταν ο ετήσιος ρυθμός αύξησής του είναι υψηλότερος από 0,18%, δεν ανιχνεύεται επίδραση της ανεργίας στην αυτοκτονία. Συμπεραίνουν ότι η λιτότητα στις περιόδους οικονομικής ύφεσης μπορεί να επιδεινώσει τον αντίκτυπο της οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία.

3.3.2 Αυτο-αξιολογούμενη γενική υγεία

Οι Kentikelenis et al. (2011) δημοσίευσαν στο Lancet ένα άρθρο, το οποίο αποτελεί σημείο αναφοράς της έρευνας των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης στην υγεία στην Ελλάδα, αναφέροντας μεταξύ άλλων ότι σημειώθηκε μια σημαντική αύξηση κατά την περίοδο της κρίσης των ατόμων που αξιολογούν τη υγεία τους ως «κακή» ή «πολύ κακή» (OR=1,14, 95% διάστημα εμπιστοσύνης 1,02 έως 1,28), καταλήγοντας στο ότι πρέπει να δοθεί μεγαλύτερη προσοχή στην πρόσβαση στην υγεία και την υγειονομική περίθαλψη, τα οποία ωστόσο αποτελούν κριτήρια αποκλεισμού στην παρούσα ανασκόπηση.

Δύο χρόνια αργότερα, οι Vandonos et al. (2013) δημοσίευσαν τη σύγκριση των αποτελεσμάτων από την έρευνα της Ευρωπαϊκής Ένωσης για το εισόδημα & τις συνθήκες διαβίωσης, εξετάζοντας τις διαφορές στις τάσεις υγείας πριν & μετά την οικονομική κρίση στην Ελλάδα, σε σχέση με την Πολωνία, η οποία δεν είχε κρίση ενώ είχε τάσεις υγείας συγκρίσιμες με την Ελλάδα πριν από την κρίση. Αναφέρουν ότι οι πιθανότητες αυτο-αξιολόγησης της υγείας ως κακή μειώθηκε σημαντικά με την πάροδο του χρόνου από το 2006 έως το 2009. Οι τάσεις στην αυτο-αξιολογούμενη υγεία στην Ελλάδα δεν ήταν σημαντικά διαφορετικές από εκείνες στην Πολωνία, γεγονός που υποδηλώνει μια παρόμοια μείωση στις πιθανότητες κακής αυτο-

αξιολόγησης υγείας και στις δύο χώρες πριν από τη χρηματοπιστωτική κρίση. Ενώ η Πολωνία συνέχισε να παρουσιάζει μειώσεις στις πιθανότητες αυτο-αξιολόγησης της υγείας ως κακή μετά την οικονομική κρίση, η Ελλάδα παρουσίασε σημαντικά λιγότερο ευνοϊκές τάσεις από την Πολωνία. Συγκεκριμένα, ενώ οι πιθανότητες αυτο-αξιολόγησης της υγείας ως κακή μειώθηκαν κατά 10% (OR=0,91, 95% διάστημα εμπιστοσύνης 0,86 έως 0,95) μετά τη χρηματοπιστωτική κρίση στην Πολωνία, στην Ελλάδα οι πιθανότητες αυτο-αξιολόγησης της υγείας ως κακή αυξήθηκαν (OR=1,16, 95% διάστημα εμπιστοσύνης 1,04 έως 1,29), γεγονός που δείχνει λιγότερο ευνοϊκές τάσεις στην Ελλάδα σε σύγκριση με την Πολωνία μετά την οικονομική κρίση. Αν και οι διαφορές δεν ήταν στατιστικά σημαντικές μεταξύ ανδρών και γυναικών, η κρίση είχε ιδιαίτερα αρνητική επίδραση στην υγεία των ανδρών (OR= 1,20, 95% διάστημα εμπιστοσύνης 1,03 έως 1,40). Μεταξύ των γυναικών υπήρξε επίσης ένδειξη λιγότερο ευνοϊκών τάσεων στην Ελλάδα από ό, τι στην Πολωνία, αλλά οι επιπτώσεις ήταν μικρότερες και δεν ήταν στατιστικά σημαντικές (OR=1,12, 95% διάστημα εμπιστοσύνης 0,97 έως 1,29).

Την ίδια χρονιά, οι Astell-Burt & Feng (2013) δημοσίευσαν την ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας για το εργατικό δυναμικό του Ηνωμένου Βασιλείου από το 2006 έως το 2010, αναφέροντας ότι η αυτο-αξιολογούμενη κακή κατάσταση υγείας αυξήθηκε από 25,7% τον Ιούλιο του 2009 σε 29,5% το Δεκέμβριο του 2010. Παρόμοιες αυξήσεις βρέθηκαν για την καρδιαγγειακή και την αναπνευστική υγεία, αλλά όχι στην κατάθλιψη ή την ψυχική νοσηρότητα. Ανέφεραν ότι από τη μια πλευρά, ο επιπολασμός της κακής κατάστασης υγείας στους ανέργους μειώθηκε από 28,8% τον Ιούλιο του 2008 σε 24,9% το Μάρτιο του 2009, από την άλλη ωστόσο ακολούθησε μια αύξηση της κακής αυτο-αξιολογούμενης υγείας που παρατηρήθηκε σε όλες τις περιφέρειες και σε όλες τις κοινωνικοοικονομικές ομάδες, συμπεριλαμβανομένων εκείνων που παρέμειναν εργαζόμενοι, ανεξάρτητα από την επαγγελματική τους τάξη.

Οι Zavras et al. (2013) μελέτησαν την αυτο-αξιολογούμενη υγεία στην Ελλάδα πριν και μετά την κρίση, δηλαδή το 2006 και το 2011. Αναφέρουν στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στην εργασιακή κατάσταση, καθώς και του εισοδήματος με το έτος, γεγονός που δείχνει ότι η ανεργία και το επίπεδο εισοδήματος άλλαξαν κατά τις περιόδους 2006 και 2011. Σύμφωνα με την ανάλυση

παλινδρόμησης, το εισόδημα, η εκπαίδευση, το καθεστώς απασχόλησης, η ηλικία, η ύπαρξη χρόνιας νόσου, το φύλο και το έτος έρευνας αναδείχθηκαν ως στατιστικά σημαντικοί προσδιοριστές της αυτο-αξιολογούμενης υγείας. Συγκεκριμένα, άτομα με υψηλότερο εισόδημα (OR=1,18), υψηλό μορφωτικό επίπεδο (OR=1,48) και άνδρες (OR=1,31) έχουν υψηλότερη πιθανότητα να αξιολογήσουν την υγεία τους ως καλή ή πολύ καλή. Από την άλλη πλευρά, η μεγάλη ηλικία (OR=0,87) και η ύπαρξη χρόνιας ασθένειας (OR=0,18) συσχετίζονται με χαμηλότερη πιθανότητα αξιολόγησης της υγείας ως καλή ή πολύ καλή. Αναφορικά με την απασχόληση, φοιτητές και στρατιώτες βρέθηκαν να έχουν υψηλότερη πιθανότητα βαθμολογίας της υγείας τους ως καλή ή πολύ καλή (OR=1,54), ενώ οι συνταξιούχοι (OR=0,83) και οι νοικοκυρές (OR= 0,78) έχουν μικρότερη πιθανότητα. Αν και η ανεργία (OR=0,79) ήταν οριακά στατιστικά σημαντική ($p=0.05$, 95% διάστημα εμπιστοσύνης 0,63 έως 0,99), αυτό το εύρημα δείχνει ότι οι άνεργοι ήταν λιγότερο πιθανό να αναφέρουν καλή υγεία. Οι συμμετέχοντες στην έρευνα το 2011 είχαν χαμηλότερη πιθανότητα να αξιολογήσουν την υγεία τους ως καλή ή πολύ καλή (OR=0,88).

Συγκρίνοντας την Ελλάδα και την Ιρλανδία με την Πολωνία από το 2006 έως το 2010, οι Hessel et al. (2014) αναφέρουν την αύξηση της κακής αυτο-αξιολόγησης της υγείας στην Ελλάδα (OR=1,216, 95% διάστημα εμπιστοσύνης 1,11 έως 1,32). Οι επιδράσεις ήταν πιο έντονες για τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας και όσους ζουν σε πυκνοκατοικημένες περιοχές. Δε βρέθηκε επίδραση της χρηματοπιστωτικής κρίσης στην επικράτηση της κακής αυτο-αξιολόγησης υγείας στην Ιρλανδία (OR=0,97, 95% διάστημα εμπιστοσύνης 0,81 έως 1,16). Οι συγγραφείς καταλήγουν ότι η οικονομική κρίση οδήγησε σε υψηλότερα ποσοστά κακής αυτο-αξιολόγησης της υγείας στην Ελλάδα αλλά όχι στην Ιρλανδία.

Οι Reile et al. (2014) δημοσίευσαν τα αποτελέσματα συγχρονικής μελέτης σε αντιπροσωπευτικό δείγμα του πληθυσμού της Εσθονίας, της Λιθουανίας και της Φινλανδίας από το 2004 έως το 2010, αναφέροντας ότι παρά την οικονομική ύφεση, οι βραχυπρόθεσμες επιδράσεις στην υγεία στην Εσθονία και τη Λιθουανία δεν διέφεραν από εκείνες της Φινλανδίας, αν και τα έτη ύφεσης σηματοδότησαν το τέλος της προηγούμενης θετικής τάσης στην αυτο-αξιολόγηση της υγείας. Συγκεκριμένα, κατά τα έτη 2004-2008 στην Εσθονία και τη Λιθουανία υπήρξε στατιστικά σημαντική

αύξηση στα ποσοστά καλής αυτο-αξιολογούμενης υγείας, το οποίο άλλαξε την περίοδο 2008-2010, οπότε και η συχνότητα κακής αυτο-αξιολογούμενης υγείας αυξήθηκε, αν και όχι στατιστικά σημαντικά. Στη Φινλανδία, η αυτο-αξιολογούμενη υγεία παρέμεινε σχετικά σταθερή καθ' όλη τη διάρκεια της περιόδου.

Αναλύοντας τα αποτελέσματα της έρευνα EU-SILC για το εισόδημα και τις συνθήκες διαβίωσης το 2006 και το 2009, οι Ferrarini et al. (2014) αναφέρουν ότι η ασφάλιση ανεργίας μειώνει σημαντικά τις μεταβάσεις σε κακή αυτο-αξιολόγηση υγείας. Η συσχέτιση της ανεργίας με την κακή αυτο-αξιολόγηση της υγείας χάνει τη στατιστική της σημαντικότητα όταν ελέγχεται σε σχέση με το επίπεδο εκπαίδευσης, γεγονός που αντανακλά τους αυξημένους κινδύνους υγείας από την ανεργία μεταξύ των ατόμων με χαμηλότερη εκπαίδευση.

Ένα χρόνο αργότερα, οι Barlow et al. (2015) μελέτησαν δυο ομάδες εργαζομένων στην Ελλάδα, λαμβάνοντας δεδομένα από τις στατιστικές της Ευρωπαϊκής Ένωσης EU-SILC για το εισόδημα και τις συνθήκες διαβίωσης, κατά την αρχική περίοδο ύφεσης (2008-2009) και κατά τη διάρκεια των προγραμμάτων λιτότητας (2010-2011). Αναφέρουν ότι η αυτο-αξιολογούμενη υγεία επιδεινώθηκε τόσο για όσους παραμένουν στην απασχόληση όσο και για όσους έχασαν τη θέση εργασίας τους. Κατά τη διάρκεια του προγράμματος λιτότητας (2010-2011), τα άτομα που έχασαν τη δουλειά τους σημείωσαν μεγαλύτερη επιδείνωση της αυτο-αξιολογούμενης υγείας, ενώ τα άτομα που παρέμειναν εργαζόμενοι το 2011 ήταν επίσης 25% πιθανότερο να έχουν μείωση της αυτο-αξιολογούμενης υγείας σε σχέση με το 2009. Αυτές οι συνέπειες εμφανίστηκαν πιο έντονα σε άτομα ηλικίας 45-54 ετών που έχασαν τη θέση εργασίας τους. Οι συγγραφείς συμπεραίνουν ότι η λιτότητα αφενός επιδρά αρνητικά στην υγεία των ατόμων που έχασαν τη θέση εργασίας τους, αφετέρου επιδεινώνει την υγεία των ατόμων που εξακολουθούν να απασχολούνται στην Ελλάδα.

Συγχρονική μελέτη στην Ισπανία, τα αποτελέσματα της οποίας δημοσίευσαν οι Arroyo et al. (2015), δείχνει ότι η χρηματοπιστωτική κρίση δεν μετέβαλε την πιθανότητα να αναφερθεί κακή υγεία το 2011 σε σχέση με τον 2006. Οι συγγραφείς

υποστηρίζουν ότι δεν υπάρχουν διαφορές της αξιολόγησης υγείας, ως εκ τούτου καταλήγουν στο ότι η κρίση δεν είχε επιπτώσεις στην υγεία στην Ισπανία.

Την ίδια χρονιά, ο Drydakís (2015) δημοσίευσε την ανάλυση δεδομένων από έξι ετήσια κύματα της μελέτης Longitudinal Labor Market Study (LLMS) για την ανεργία και το επίπεδο υγείας στην Ελλάδα, αναφέροντας ότι η ανεργία είχε ως αποτέλεσμα τη μείωση του επιπέδου υγείας και την επιδείνωση της ψυχικής υγείας κατά την περίοδο 2008-2009 σε σύγκριση με την περίοδο 2010-2013, δηλαδή μια περίοδο κατά την οποία η ανεργία της χώρας διπλασιάστηκε ως συνέπεια της χρηματοπιστωτικής κρίσης. Η ανεργία ήταν περισσότερο επιζήμια για την υγεία και την ψυχική υγεία σε περιόδους υψηλής ανεργίας, γεγονός που υποδηλώνει ότι η κρίση ανεργίας στην Ελλάδα ήταν πιο καταστροφική καθώς αφορά περισσότερους ανθρώπους. Επιπλέον, οι γυναίκες επηρεάστηκαν περισσότερο αρνητικά από την ανεργία αναφορικά με την κατάσταση της υγείας τους σε σχέση με τους άνδρες.

Οι Huijts et al. (2015), αναλύοντας τα δεδομένα από τη μελέτη EU-SILC, που καλύπτει άτομα από 27 ευρωπαϊκές χώρες, επικεντρώνοντας στην περίοδο 2007-2009 και περιορίζοντας το δείγμα σε άτομα ηλικίας μεταξύ 18 και 65 το 2007 και σε εργαζόμενους το 2008 και το 2009, αναφέρουν ότι η απώλεια της εργασίας συσχετίστηκε με χειρότερη αυτο-αξιολόγηση της υγείας στους άνδρες ($\beta=0,12$, 95% διάστημα εμπιστοσύνης 0,09 έως 0,15) και στις γυναίκες ($\beta=0,13$, 95% διάστημα εμπιστοσύνης 0,10 έως 0,16). Η οικονομική πίεση εξηγούσε περίπου το ένα τρίτο της συσχέτισης μεταξύ απώλειας θέσεων εργασίας και υγείας, αλλά το εισόδημα δεν βρέθηκε να μεσολαβεί στη σχέση αυτή. Οι γυναίκες που επέστρεψαν στην απασχόληση εντός ενός έτους μετά την απώλεια θέσεων εργασίας διαπιστώθηκε ότι ήταν εξίσου υγιείς με εκείνες που δεν έχασαν τη θέση εργασίας τους. Αντίθετα, οι άνδρες που ανέκτησαν την απασχόλησή τους συνέχισαν να έχουν χειρότερη υγεία, σε σύγκριση με εκείνους που δεν είχαν χάσει δουλειά τους ($\beta=0,11$, 95% διάστημα εμπιστοσύνης 0,05 έως 0,16).

Οι Aguilar-Palacio et al. (2015) ανέλυσαν δεδομένα από Εθνικές Μελέτες Υγείας σε άτομα ηλικίας 16-24 ετών τα έτη 2006, 2011 και 2012 στην Ισπανία, αναφέροντας μεταξύ άλλων ότι η ανεργία στους άνδρες συσχετίστηκε με κακή αυτό-αξιολόγηση

της υγείας (OR=1,88, 95% διάστημα εμπιστοσύνης 1,00 έως 3,53) και με ψυχικές διαταραχές (OR=2,42, 95% διάστημα εμπιστοσύνης 1,02 έως 5,76). Κατά τη διάρκεια της οικονομικής ύφεσης, οι νέοι παρουσίαζαν καλύτερα αποτελέσματα για την υγεία τους από ό, τι το 2006.

Ένα χρόνο αργότερα, ο Tøge (2016) αναλύοντας δεδομένα από τις έρευνες της Ευρωπαϊκής Ένωσης για το εισόδημα & τις συνθήκες διαβίωσης (EU-SILC) τα έτη 2008-2011 αναφέρει ότι οι όποιες παροχές ανεργίας συνδέονται με μείωση των αρνητικών επιπτώσεων της ανεργίας στην αυτο-αξιολογούμενη υγεία.

Οι Barroso et al. (2016) μελέτησαν δεδομένα από τις Εθνικές Μελέτες Υγείας της Ισπανίας τα έτη 2006-2007 και 2011-2012 σε άτομα άνω των 16 ετών, αναφέροντας ότι η διαφορά μεταξύ υψηλού και χαμηλού μορφωτικού επιπέδου οδηγεί σε διαφορές στην πιθανότητα αναφοράς καλής υγείας μεταξύ 16,00-16,25 και 18,15-18,22 ποσοστιαίων μονάδων το 2006-07 και το 2011-12 αντίστοιχα. Σε αυτές τις δύο περιόδους, η διαφορά μεταξύ εργαζομένων και ανέργων είναι 5,24-5,40 και 4,60-4,90 ποσοστιαίες μονάδες αντίστοιχα. Επιπλέον, η διαφορά μεταξύ των ατόμων που ζουν σε νοικοκυριά με καλύτερες κοινωνικοοικονομικές συνθήκες και εκείνων που βρίσκονται σε χειρότερη κατάσταση φτάνει στην τάξη των 5,37-5,46 και 3,63-3,74 ποσοστιαίων μονάδων για τις ίδιες περιόδους.

Σε ανάλυση δεδομένων από τη British Household Panel Survey, παρακολουθώντας τα ίδια άτομα πριν & αμέσως μετά την κρίση, κατά τα έτη 2007 έως 2009, οι Lindström & Giordano (2016) αναφέρουν για το Ηνωμένο Βασίλειο ότι τα άτομα με χαμηλά επίπεδα εμπιστοσύνης το 2008 παρουσίασαν αυξημένο κίνδυνο χειρότερης ψυχολογικής ευεξίας το 2008 σε σύγκριση με το 2007 (OR=1,49, 95% διάστημα εμπιστοσύνης 1,34 έως 1,65). Οι γυναίκες (OR=1,69, 95% διάστημα εμπιστοσύνης 1,51 έως 1,89), οι άγαμοι (OR=1,41, 95% διάστημα εμπιστοσύνης 1,34 έως 1,65), άτομα με κακή αυτο-αξιολογούμενη υγεία (OR=4,88, 95% διάστημα εμπιστοσύνης 4,38 έως 5,43), οι άνεργοι (OR=1,98, 95% διάστημα εμπιστοσύνης 1,71 έως 2,30) και εκείνοι των οποίων η οικονομική κατάσταση θεωρήθηκε «η πλέον χειρότερη» (OR=2,23, 95% διάστημα εμπιστοσύνης 2,01 έως 2,48) είχαν αυξημένο

κίνδυνο επιδείνωσης της ευεξίας το 2008. Κάθε αύξηση της ηλικίας 10 χρόνια σχετίζεται με προστασία της ψυχολογικής ευεξίας.

Αναλύοντας δεδομένα από την έρευνα της Ευρωπαϊκής Ένωσης για το εισόδημα & τις συνθήκες διαβίωσης των μισθωτών τα έτη 2008 έως 2010, οι Clair et al. (2016) αναφέρουν ότι οι καθυστερήσεις αποπληρωμής στεγαστικών οφειλών σχετίζεται με σημαντική επιδείνωση της υγείας των μισθωτών (-0,09 μονάδες, 95% διάστημα εμπιστοσύνης -0,05 έως -0,13), αλλά όχι των ιδιοκτητών (0,00, 95% διάστημα εμπιστοσύνης -0,05 έως 0,06). Αυτή η επίδραση ήταν ανεξάρτητη και μεγαλύτερη από την επίδραση της απώλειας των θέσεων εργασίας στο πλήρες δείγμα (-0,05, 95% διάστημα εμπιστοσύνης -0,002 έως -0,09). Οι εντονότερες δυσμενείς επιπτώσεις παρατηρήθηκαν στους ενοικιαστές στο Βέλγιο, την Αυστρία και την Ιταλία. Οι γυναίκες ενοικιάστριες, ηλικίας 30 ετών και άνω, φαίνεται να έχουν χειρότερη αυτό-αναφερόμενη υγεία όταν καθυστερούν οφειλές σε σχέση με άλλες ομάδες. Οι ενοικιαστές είχαν χειρότερη υγεία επίσης στις χώρες όπου οι τιμές των κατοικιών κλιμακώθηκαν. Συνολικά, οι συγγραφείς διαπιστώνουν ότι τα προβλήματα πληρωμών στέγασης αποτελούν σημαντικό παράγοντα κινδύνου για την υγεία.

Την ίδια χρονιά, οι Clair et al. (2016) αξιοποιώντας και πάλι δεδομένα από την έρευνα της Ευρωπαϊκής Ένωσης για το εισόδημα & τις συνθήκες διαβίωσης των μισθωτών τα έτη 2008 έως 2010, σε άλλο άρθρο αναφέρουν ότι τα άτομα με καθυστερήσεις στεγαστικών οφειλών υπέστησαν σημαντική υποβάθμιση της συνολικής υγείας κατά 0,03 μονάδες (95% διάστημα εμπιστοσύνης -0,01 έως -0,04), ακόμη και μετά από διόρθωση για χρόνιες ασθένειες, διαθέσιμο εισόδημα και καθεστώς απασχόλησης. Αυτή η συσχέτιση ήταν ανεξάρτητη και παρόμοια σε μέγεθος με αυτή της απώλειας της θέσης εργασίας (-0,02 μονάδες, 95% διάστημα εμπιστοσύνης -0,01 έως -0,04).

Σε πρόσφατη δημοσίευση των Fornell et al. (2018), αναλύθηκαν δεδομένα από την έρευνα για τις συνθήκες διαβίωσης (Living Conditions Survey database) συγκρίνοντας το 2007 με το 2011 στην Ισπανία. Οι συγγραφείς αναφέρουν ότι η ανεργία (OR=1,75, $p<0,001$), η εργασιακή ανασφάλεια (OR=1,38, $p<0,001$) και το να είναι κανείς μέλος ενός νοικοκυριού με σοβαρή στέρηση σε υλικά αγαθά (OR=1,87,

$p=0,004$) αυξάνει τον κίνδυνο να επιδεινωθεί της υγείας. Το διαθέσιμο εισόδημα, από την άλλη πλευρά, είναι ένας προστατευτικός παράγοντας ($OR=0,72$, $p<0,001$). Οι συγγραφείς προτείνουν ότι οι μεταρρυθμίσεις στην αγορά εργασίας που μειώνουν τον βαθμό εργασιακής ανασφάλειας και ανεργίας, καθώς και οι παροχές εισοδήματος σε εκείνους που διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο, μπορούν να είναι αποτελεσματικοί τρόποι βελτίωσης της υγείας του πληθυσμού.

Την ίδια χρονιά, οι López Del Amo González et al. (2018) αναλύουν διαχρονικά δεδομένα από την Έρευνα για τις Συνθήκες Ζωής (Survey on Living Conditions), τα έτη 2007-2010 και 2008-2011 στην Ισπανία, αναφέροντας ότι υπάρχει μια ισχυρή συσχέτιση μεταξύ κακής αυτο-αξιολόγησης της υγείας και της μακροχρόνιας ανεργίας κατά 22% έως 67% σε σύγκριση με τους απασχολούμενους. Η μακροχρόνια ανεργία (24 έως 48 μήνες) αυξάνει τις πιθανότητες κατά 54% έως 132%. Το οικογενειακό εισόδημα μειώνει τις πιθανότητες αναφοράς κακής υγείας κατά 16% έως 28% για κάθε πρόσθετη ποσοστιαία μονάδα εισοδήματος. Το να είναι κανείς μέλος ενός νοικοκυριού με σοβαρή στέρηση σε υλικά αγαθά αυξάνει τις πιθανότητες αυτο-αξιολόγησης της υγείας ως κακή κατά 70% έως 140%.

Η ανάλυση των δεδομένων από τις στατιστικές της Ευρωπαϊκής Ένωσης για το εισόδημα και τις συνθήκες διαβίωσης (EU-SILC) για την Ιρλανδία, που δημοσίευσαν οι Mazeikaite et al. (2018) αναφέρει ότι ο επιπολασμός της κακής αυτο-αξιολόγησης υγείας αυξήθηκε από 13% σε 15% μεταξύ του 2008 και του 2013. Η αλλαγή ήταν πιο έντονη μεταξύ των νεότερων, των πιο μορφωμένων ατόμων και των ατόμων με υψηλότερο εισόδημα. Όσον αφορά την ηλικία, τα άτομα ηλικίας 25-44 ετών επηρεάστηκαν περισσότερο (33,3% αύξηση της κακής υγείας), ενώ δεν υπήρξαν σημαντικές αλλαγές στην υγεία μεταξύ άλλων ηλικιακών ομάδων. Από άποψη επιπέδου εκπαίδευσης, τα άτομα με τριτοβάθμια εκπαίδευση επηρεάστηκαν περισσότερο (αύξηση της κακής υγείας κατά 80%), ακολουθούμενη από άτομα με βαθμό δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (αύξηση 37,5%) και άτομα με χαμηλότερη από ανώτερη δευτεροβάθμια εκπαίδευση (22,7% αύξηση της κακής υγείας). Όσον αφορά το εισόδημα, ο επιπολασμός της κακής υγείας διπλασιάστηκε από 4% σε 8% για τα άτομα υψηλού εισοδήματος, ενώ ακολούθησε αύξηση κατά 27,3% για άτομα μεσαίου εισοδήματος. Δεν παρατηρήθηκε σημαντική αλλαγή στην υγεία για άτομα

με χαμηλό εισόδημα. Ωστόσο, οι νέοι ήταν πολύ πιθανότερο να είναι σε ομάδα χαμηλού εισοδήματος το 2013 σε σχέση με το 2008, ενώ ο ηλικιωμένος πληθυσμός ήταν λιγότερο πιθανό να έχει χαμηλό εισόδημα. Τέλος, ο ρυθμός μείωσης της αυτο-αξιολόγησης υγείας ήταν αρκετά παρόμοιος μεταξύ των εργαζομένων πλήρους απασχόλησης και των ανέργων, πράγμα που υποδηλώνει ότι παράγοντες πέραν της οικονομικής δραστηριότητας, όπως το αυξημένο ψυχοκοινωνικό άγχος, μπορεί να ήταν σημαντικοί για την εξήγηση των αλλαγών στην αυτο-αξιολόγηση της υγείας.

3.3.3 Αυτο-αξιολογούμενη ψυχική υγεία

Οι Katikireddi et al. (2012) ανέλυσαν δεδομένα από επαναλαμβανόμενες συγχρονικές μελέτες σε αντιπροσωπευτικά δείγματα ηλικίας 25-64 ετών του γενικού πληθυσμού, που συμμετείχαν στην Έρευνα Υγείας για την Αγγλία (Health Survey for England) από το 1991 έως το 2010. Αναφέρουν ότι η ψυχική υγεία των ανδρών έχει επιδεινωθεί σε διάστημα 2 ετών από την έναρξη της ύφεσης, αλλαγή που δεν μπορεί να εξηγηθεί από τις διαφορές στο καθεστώς απασχόλησης. Συγκεκριμένα η συχνότητα κακής αυτο-αξιολογούμενης ψυχικής υγείας αυξήθηκε από 13,7% (95% διάστημα εμπιστοσύνης 12,9% έως 14,5%) το 2008 σε 16,4% (95% διάστημα εμπιστοσύνης 14,9% έως 17,9%) το 2009 και 15,5% (95% διάστημα εμπιστοσύνης 14,4% έως 16,7% %) το 2010. Σε σύγκριση με το 2008, οι άντρες εμφάνισαν αύξηση της συχνότητα κακής αυτο-αξιολογούμενης ψυχικής υγείας το 2009 κατά 5,1% (95% διάστημα εμπιστοσύνης 2,6% έως 7,6%, $p < 0,001$) και 3% (95% διάστημα εμπιστοσύνης 1,2% έως 4,9%, $p = 0,001$) το 2010, ενώ δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές αλλαγές στις γυναίκες. Η προσαρμογή για διαφορές όσον αφορά την κατάσταση της απασχόλησης και το επίπεδο εκπαίδευσης δεν οδήγησε στην παρατηρούμενη αύξηση των ανδρών ούτε εξηγούσε τη διαφορετική διαμόρφωση των φύλων.

Οι Gili et al. (2013) δημοσίευσαν το επόμενο έτος τα αποτελέσματα συγχρονικής μελέτη με τυχαίοποιημένα δείγματα ασθενών που παρακολουθούνται σε κέντρα πρωτοβάθμιας φροντίδας το 2006-2007 και το 2010-2011 στην Ισπανία. Σε σύγκριση με την περίοδο πριν από την κρίση, οι συγγραφείς αναφέρουν ότι η έρευνα του 2010 αποκάλυψε σημαντικές αυξήσεις στην αναλογία ασθενών με κακή διάθεση (19,4%

στη μείζονα κατάθλιψη), άγχος (8,4% στη γενικευμένη διαταραχή άγχους), σωματομορφές (7,3%) και στην εξάρτηση από το αλκοόλ (4,6%), όλες σημαντικές στο $p < 0,001$. Ανεξάρτητα από την επίδραση της ανεργίας (OR=1,72, $p < 0,001$) ανέφεραν σημαντικά αυξημένο κίνδυνο μείζονος κατάθλιψης που σχετίζεται με δυσκολίες αποπληρωμής στεγαστικών δανείων (OR=2,12, $p < 0,001$).

Οι Blomqvist et al. (2014) ανέλυσαν δεδομένα από τις έρευνες Δημόσιας Υγείας της Στοκχόλμης το 2006 και το 2010, αναφέροντας ότι ψυχικές διαταραχές αυξήθηκαν στις γυναίκες μεταξύ 2006 και 2010. Οι διαφορές στην ψυχική δυσφορία μεταξύ των απασχολουμένων και των ομάδων εκτός της αγοράς εργασίας αυξήθηκαν επίσης. Η συχνότητα περιοριστικής μακροχρόνιας ασθένειας παρέμεινε αμετάβλητη εκτός από τους άνεργους. Οι συγγραφείς καταλήγουν ότι τα επίπεδα ψυχικής δυσφορίας αυξήθηκαν σε όλες τις ομάδες, αλλά περισσότερο στα άτομα εκτός της αγοράς εργασίας.

Εξετάζοντας τα δεδομένα από την Quarterly Labour Force Survey στην Αγγλία, από το 2004 έως το 2013, οι Barr et al. (2015) αναφέρουν ότι τα άτομα που αναφέρουν προβλήματα ψυχικής υγείας αυξήθηκαν σημαντικά μεταξύ 2009 και 2013, σε σύγκριση με τις προηγούμενες τάσεις. Αυτή η αύξηση ήταν μεγαλύτερη μεταξύ των ατόμων με χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης, καθώς η διαφορά στον επιπολασμό μεταξύ των ομάδων χαμηλού και υψηλού μορφωτικού επιπέδου αυξήθηκε κατά 1,29 ποσοστιαίες μονάδες για τις γυναίκες (95% διάστημα εμπιστοσύνης 0,50 έως 2,08) και 1,36 ποσοστιαίες μονάδες για τους άνδρες (95% διάστημα εμπιστοσύνης 0,31 έως 2,42) μεταξύ 2009 και 2013. Οι αλλαγές στην ανεργίας και τους μισθούς εξηγούσαν εν μέρει αυτές τις επιδράσεις στην ψυχική υγεία.

Αναλύοντας δεδομένα για απασχολούμενος από το Ευρωβαρόμετρο του 2010, οι Rajani et al. (2016) αναφέρουν ότι η εργασιακή ανασφάλεια συσχετίστηκε με χαμηλότερη ζωτικότητα ($\beta = -3,82$, 95% διάστημα εμπιστοσύνης 95% -5,29 έως -2,36) και ψυχική υγεία ($\beta = -3,48$, 95% διάστημα εμπιστοσύνης -4,91 έως -2,04). Ομοίως, οι οικονομικές δυσκολίες συσχετίστηκαν σημαντικά με χαμηλότερη ζωτικότητα ($\beta = -8.65$, 95% διάστημα εμπιστοσύνης -12,07 έως -5,24) και ψυχική υγεία ($\beta = -11,51$, 95%

διάστημα εμπιστοσύνης -15,08 έως -7,94). Ωστόσο, η ύπαρξη οικονομικών δυσχερειών δεν επηρέασε τη σχέση ανάμεσα στην εργασιακή ανασφάλεια και τις κλίμακες ψυχικής υγείας. Η πολύ σημαντική αυτή μελέτη υπογραμμίζει την αρνητική επίδραση της εργασιακής ανασφάλειας και των οικονομικών δυσχερειών στην ψυχική υγεία στην Ευρώπη.

Οι Fiori et al. (2016) μελέτησαν την εργασιακή αβεβαιότητα και την ψυχική υγεία των εργαζομένων στην Ιταλία από το 2005 έως το 2013. Αναφέρουν ότι η εργασιακή ανασφάλεια συσχετίζεται με την κακή ψυχική υγεία, ενώ οι προσωρινά εργαζόμενοι αλλά και οι άνεργοι δεν είναι μια ομοιογενής ομάδα. Η προηγούμενη επαγγελματική εμπειρία είναι σημαντική παράμετρος για τη διαφοροποίηση των κινδύνων ψυχικής υγείας των ανέργων, ενώ οι επιπτώσεις στην ψυχική υγεία ποικίλλουν ανάλογα με την επαγγελματική κατάσταση και τον χρόνο που διαρκεί η κατάσταση της εργασιακής ανασφάλειας. Τέλος, αναφέρουν ότι ο κίνδυνος κακής ψυχικής υγείας ήταν υψηλότερος το 2013 σε σχέση με το 2005.

Αναλύοντας δεδομένα από την έρευνα Health Survey for England σε ενήλικες ηλικίας εργασίας στην Αγγλία, από το 2001 έως το 2010, οι Katikireddi et al. (2016) αναφέρουν ότι η συχνότητα εμφάνισης κακής ψυχικής υγείας μεταξύ των ανδρών ήταν 12,2% (95% διάστημα εμπιστοσύνης 11,7 έως 12,7%) και 16,0% (95% διάστημα εμπιστοσύνης 15,6 έως 16,5%) στις γυναίκες. Οι εργαζόμενοι είχαν χαμηλότερη συχνότητα κακής ψυχικής υγείας (10,7%) σε σύγκριση με άτομα που δεν εργάστηκαν λόγω κακής υγείας (50,1%) ή ανεργίας (28,5%).

Οι Bacigalupe et al. (2016) δημοσίευσαν τα αποτελέσματα της ανάλυσης των δεδομένων από τέσσερις επαναλαμβανόμενες συγχρονικές μελέτες (Basque Health Surveys) για τον πληθυσμό ηλικίας 16-64 ετών, το 1997, το 2002, το 2007 και το 2013. Αναφέρουν ότι από το 2008 σημειώθηκε σαφής επιδείνωση της ψυχικής υγείας, ιδίως μεταξύ των ανδρών, ενώ ούτε οι μεταβολές στο καθεστώς απασχόλησης ούτε η κοινωνική τάξη εξηγούν αυτές τις αλλαγές. Στους άνδρες, η επιδείνωση επηρέασε όλες τις κατηγορίες κατάστασης εργασίας, εκτός από τις συνταξιούχους αλλά στατιστικά σημαντικές αλλαγές σημειώθηκαν μόνο στους απασχολούμενους. Στις γυναίκες, η κακή ψυχική υγεία αυξήθηκε σημαντικά μεταξύ των ανέργων.

Αναλύοντας τα δεδομένα πριν και μετά την κρίση της National Health Survey, σε πληθυσμό ηλικίας άνω των 16 ετών στην Ισπανία το 2006 και το 2011-2012, οι Ruiz-Pérez et al. (2017) αναφέρουν ότι μεταξύ 2006 και 2011-2012, η διαμόρφωση των τάσεων της ψυχικής υγείας διέφερε στα δυο φύλα. Μεταξύ των ανδρών, η κακή ψυχική υγεία αυξήθηκε σημαντικά στην ηλικιακή ομάδα 30-34 ετών (14,2% -17,0%) και στην ηλικιακή ομάδα 45-59 ετών (16,1% -19,9%), καθώς και μεταξύ των άγαμων (14,4% -17,2%) και έγγαμων (14,5-16,7%) ανδρών με χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης (17,5% -19,8%) και κανονική κοινωνική στήριξη (14,6% -16,8%). Μεταξύ γυναικών, οι ομάδες που εμφάνισαν σημαντικές διαφορές στην ψυχική υγεία μεταξύ 2006 και 2012 ήταν οι ηλικιακές ομάδες 16-29 ετών (πτώση από 22,3% σε 17,3%) και η ηλικιακή ομάδα άνω των 60 ετών (πτώση από 33,8% σε 29,4%). Οι έγγαμες γυναίκες (25,3% -23,7%) και οι χήρες (37,2% -33,3%) παρουσίασαν επίσης σημαντική μείωση του επιπολασμού της κακής ψυχικής υγείας, όπως και οι εργαζόμενες γυναίκες (21,9% -19,7%), οι συνταξιούχες (36,3% - 30,5%) και οι γυναίκες που σπουδάζουν (21,9% -16,4%). Σύμφωνα με τα μοντέλα παλινδρόμησης, οι άνεργοι άνδρες παρουσίασαν υψηλότερο κίνδυνο ψυχικής νοσηρότητας σε σχέση με τους άνδρες που εργάζονται (OR=1,81, 95% διάστημα εμπιστοσύνης 1,67 έως 1,98) και τους συνταξιούχους άνδρες (OR=1,23, 95% διάστημα εμπιστοσύνης 1,12 έως 1,35). Μεταξύ των γυναικών, οι χήρες (OR= 1,40, 95% διάστημα εμπιστοσύνης 1,24-1,57) παρουσίασαν υψηλότερο κίνδυνο ψυχικής νοσηρότητας σε σύγκριση με τις μονογονεϊκές γυναίκες, ή διαζευγμένοι γυναίκες (OR= 1,61, 95% διάστημα εμπιστοσύνης 1,43 έως 1,71). Όσον αφορά την κατάσταση της απασχόλησης, τα άτομα που φέρνουν εισόδημα στο σπίτι παρουσίασαν υψηλότερο κίνδυνο ψυχικής νοσηρότητας από ό, τι οι εργαζόμενες γυναίκες (OR=1,84, 95% διάστημα εμπιστοσύνης 1,14 έως 1,95) και οι γυναίκες συνταξιούχοι (OR=1,63, 95% διάστημα εμπιστοσύνης 1,60 έως 1,75).

Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Ελλάδα, αναλύοντας δεδομένα από τον ΟΑΕΔ του Πειραιά, σε τυχαίο δείγμα ανέργων, από το Σεπτέμβριο έως το Δεκέμβριο του 2017, οι Latsou & Geitona (2017) αναφέρουν ότι η πιθανότητα καταθλιπτικών συμπτωμάτων επηρεάστηκε από την αύξηση του δείκτη οικονομικής δυσκολίας (OR=1,089) και της διάρκειας της ανεργίας (OR=1,322).

Οι Akhter et al. (2018) δημοσίευσαν τα αποτελέσματα μιας προοπτικής μελέτης κοορτής στο Ηνωμένο Βασίλειο από το 2014 έως το 2015, αναφέροντας ότι οι μέσες βαθμολογίες ψυχικής υγείας και ευεξίας παρέμειναν σταθερές κατά τη διάρκεια της περιόδου μελέτης, ωστόσο τα αποτελέσματα δείχνουν ότι οι άνθρωποι που ζουν στις πιο υποβαθμισμένες περιοχές έχουν στατιστικά σημαντικά χαμηλότερες βαθμολογίες ψυχικής υγείας και ευημερίας από εκείνους που ζουν στις λιγότερο υποβαθμισμένες περιοχές. Οι συγγραφείς καταλήγουν στο ότι οι διαφορές στην ψυχική υγεία μεταξύ των δύο περιοχών παρέμεινε σταθερή κατά την περίοδο των 18 μηνών της μελέτης, ενώ δεν υπήρξαν αλλαγές στους υποκείμενους καθοριστικούς παράγοντες, αντανακλώντας τη σχετικά σύντομη περίοδο παρακολούθησης ή το γεγονός ότι το δείγμα της κοόρτης ήταν γηραιότερο από το γενικό πληθυσμό, δεδομένου μάλιστα ότι οι συνταξιούχοι στο Ηνωμένο Βασίλειο προστατεύθηκαν σε μεγάλο βαθμό από τη λιτότητα.

Αναλύοντας δεδομένα από επαναλαμβανόμενες συγχρονικές έρευνες σε οικονομικά ενεργό πληθυσμό 16-64 ετών το 2006 και το 2011 στην Ισπανία, οι Moncho et al. (2018) αναφέρουν ότι η πιθανότητα κακής ψυχικής υγείας μετά την κρίση αυξήθηκε στους άνδρες και μειώθηκε στις γυναίκες. Από το 2006 έως το 2011, η ανεργία αυξήθηκε και το εισόδημα μειώθηκε τόσο για τους άνδρες όσο και για τις γυναίκες και παρατηρήθηκε μείωση του επιπολασμού σωματικών ασθενειών και περιορισμών, παράγοντες που συνδέονται με υψηλότερη πιθανότητα κακής ψυχικής υγείας. Η αλλαγή στην απασχόληση και το εισόδημα μεταξύ των ανδρών προκάλεσε αύξηση της πιθανότητας κακής ψυχικής υγείας, ενώ μετά την ύφεση, άνεργοι άνδρες εμφάνισαν καλύτερα επίπεδα υγείας παρότι τα ίδια αποτελέσματα δεν αφορούν στις γυναίκες.

Την ίδια χρονιά οι Thomson & Katikireddi (2018) δημοσίευσαν τα αποτελέσματα της κοορτικής μελέτης, με δεδομένα από τη Health Survey for England, με δείγμα εργαζόμενους, τόσο νεότερους 16-30 ετών όσο και μεγαλύτερους 31-64 ετών και συνταξιοδοτημένους άνω των 65 ετών, από το 1991 έως το 2014, στην Αγγλία. Αναφέρουν στατιστικά σημαντική βελτίωση της ψυχικής υγείας από κοόρτη σε κοόρτη με την πάροδο του χρόνου για τις γυναίκες. Αναφέρουν επίσης ότι, ενώ η προηγούμενη επιδείνωση της ψυχικής υγείας στους άνδρες, που εμφανίστηκε

αμέσως μετά την ύφεση, παρατηρήθηκε ανεξαρτήτως ηλικίας, για τις γυναίκες η επιδείνωση της ψυχικής υγείας μετά την έναρξη της λιτότητας αφορά σε γυναίκες νεότερης ηλικίας. Ακόμα, η ψυχική υγεία του πληθυσμού ηλικίας συνταξιοδότησης και των δύο φύλων δε βρέθηκε να αλλάζει κατά τη διάρκεια της περιόδου ύφεσης ή λιτότητας.

Τέλος, οι Thomson et al. (2018) πραγματοποίησαν ομοίως μια επαναλαμβανόμενη ανάλυση δεδομένων από τις Έρευνες Υγείας σε αντιπροσωπευτικά δείγματα του πληθυσμού ηλικίας εργασίας 25-64 ετών στην Αγγλία, από το 1991 έως το 2014. Αναφέρουν ότι ο επιπολασμός κακής ψυχικής υγείας στους άνδρες αυξήθηκε κατά 5,9% (95% διάστημα εμπιστοσύνης 3,2% έως 8,5%, $p < 0,001$) από το 2008 έως το 2009, αλλά ανακτήθηκε σε επίπεδα προ-κρίσης μετά το 2010. Στις γυναίκες, δε σημειώθηκαν αλλαγές το 2009 ή το 2010, αλλά σημειώθηκε αύξηση κατά 3,0% (95% διάστημα εμπιστοσύνης 1,0% έως 5,1%, $p = 0,004$) το 2012 σε σύγκριση με το 2008, δηλαδή μετά την έναρξη της λιτότητας. Οι συγγραφείς καταλήγουν ότι οι διαφορές της ψυχικής υγείας μεταξύ φύλων μειώθηκαν μετά τη ύφεση, αλλά διευρύνθηκαν κατά τη διάρκεια της λιτότητας, δημιουργώντας το μεγαλύτερο χάσμα μεταξύ των φύλων από το 1994. Οι κοινωνικοοικονομικές ανισότητες στην κακή ψυχική υγεία μειώθηκαν αμέσως μετά την ύφεση, αλλά αυτή η τάση μπορεί να αντιστραφεί.

3.3.4 Δείκτες θνησιμότητας ή νοσηρότητας ή επιβίωσης ή προσδόκιμου ζωής

Οι Toffolutti & Suhrcke (2014) ανέλυσαν δεδομένα Ευρωπαϊκών Στατιστικών για την ανεργία, τη νοσηρότητα και τη θνητότητα πριν & μετά την οικονομική κρίση, δηλαδή από το 2000 έως το 2010. Στη δημοσίευσή τους αναφέρουν ότι συνολικά, κατά τη διάρκεια της ύφεσης, αύξηση κατά 1 ποσοστιαία μονάδα της ανεργίας συσχετίζεται με μια στατιστικά σημαντική μείωση στη θνησιμότητας από όλα τα αίτια (3,4%), στη θνησιμότητα από καρδιαγγειακές παθήσεις (3,7%), από κίρρωση και σχετική με ηπατική νόσο θνησιμότητα (9,1%), θνησιμότητα που σχετίζεται με ατύχημα με μηχανοκίνητα οχήματα (1,5%) και θνησιμότητα λόγω παρασιτικής μόλυνσης (4,1%). Επίσης αύξηση κατά 1 ποσοστιαία μονάδα της ανεργίας συσχετίζεται με μια στατιστικά σημαντική αύξηση του ποσοστού αυτοκτονιών

(34,1%). Οι επιπτώσεις ήταν πιο έντονες σε χώρες με χαμηλότερα επίπεδα κοινωνικής προστασίας σε σύγκριση με εκείνες με υψηλότερα. Οι συγγραφείς καταλήγουν στο ότι η αύξηση του ποσοστού ανεργίας κατά τη διάρκεια της κρίσης είχε ευεργετική επίδραση στην υγεία σε όλες τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, με εξαίρεση τη θνησιμότητα από αυτοκτονία.

Την ίδια χρονιά, οι Baumbach & Gulis (2014) ανέλυσαν δεδομένα για ΑΕΠ, ανεργία, θνητότητα, θνησιμότητα, αυτοκτονίες και τροχαία από τη EUROSTAT. Αναφέρουν ότι σημειώθηκε έντονη μείωση της θνησιμότητας των ατυχημάτων στις μεταφορές και στις οκτώ χώρες που περιλαμβάνονται στην ανάλυση αυτή, δηλαδή σε Βουλγαρία, Δημοκρατία της Τσεχίας, Φινλανδία, Γερμανία, Πολωνία, Πορτογαλία, Σλοβακία και Σλοβενία. Για τη Βουλγαρία, την Πολωνία, τη Σλοβακία και τη Σλοβενία, αναφέρθηκαν σαφείς αποκλίσεις από την προηγούμενη τάση. Η ελάχιστη μεταβολή σημειώθηκε στην Πορτογαλία (-18%) και η μέγιστη στη Σλοβενία (-52%) μεταξύ 2007 και 2010. Τα ποσοστά αυτοκτονίας ήταν ετερογενή μεταξύ των χωρών της ΕΕ. Στη Γερμανία, την Πορτογαλία και την Τσεχική Δημοκρατία μεταξύ του 2007 και του 2010, τα ποσοστά αυτοκτονίας αυξήθηκαν κατά 5,3, 5,2 και 7,6% αντίστοιχα. Στη Σλοβακία και την Πολωνία οι αυξήσεις ήταν εξαιρετικά υψηλές με 22,7% και 19,3% αντίστοιχα μεταξύ 2007 και 2010. Οι τιμές μειώθηκαν στη Φινλανδία (-4,6%), στη Σλοβενία (-6,5%) και στη Βουλγαρία (-2,1%). Η οικονομική κρίση δεν είχε ορατή επίδραση στη συνολική θνησιμότητα σε καμία από τις χώρες έως το 2010. Η θνησιμότητα των ατυχημάτων στον τομέα των μεταφορών μειώθηκε στο σύνολο των χωρών, από 18% στην Πορτογαλία έως 52% στη Σλοβενία. Αντίθετα, η θνησιμότητα της αυτοκτονίας αυξήθηκε στη Γερμανία (+ 5,3%), στην Πορτογαλία (+ 5,2%), στην Τσεχία (+ 7,6%), στη Σλοβακία (+ 22,7%) και στην Πολωνία (+ 19,3%). Η επίδραση της ανεργίας στις αυτοκτονίες είναι υψηλότερη στις χώρες με χαμηλότερες κοινωνικές παροχές (Spearman's $r=-0,83$).

Αξιοποιώντας την Ιταλική βάση δεδομένων Health for All για τα τυποποιημένα ποσοστά θνησιμότητας λόγω ψυχικών διαταραχών & διαταραχών συμπεριφοράς από το 2000 έως το 2010, οι De Vogli et al. (2014) υποστήριξαν ότι επιπλέον 0,303/100.000 θάνατοι ετησίως (95% διάστημα εμπιστοσύνης 0,192 έως 0,478, $p=0,001$) συνέβησαν λόγω της κρίσης στην Ιταλία. Σημειώνουν ότι κάθε ετήσια μείωση κατά

1.000 ευρώ στο Ακαθάριστο Εθνικό Προϊόν ανά κάτοικο συσχετίστηκε με αύξηση 0,126/100.000 (95% διάστημα εμπιστοσύνης 0,046 έως 0,205, $p=0,004$). Επίσης, κάθε ετήσια αύξηση της ανεργίας κατά 1% αντιστοιχούσε σε αύξηση 0,074/100.000 (95% διάστημα εμπιστοσύνης 0,032 έως 0,117, $p=0,002$) των θανάτων λόγω διαταραχών συμπεριφοράς ή ψυχικής υγείας. Υπολογίζουν ότι η απώλεια εισοδήματος αντιστοιχεί σε περίπου 22,4% των επιπλέον θανάτων κατά την περίοδο αυτή. Καθώς η ανεργία στην Ιταλία αυξήθηκε από 6,38% το 2007 σε 8,54% το 2010, οι συγγραφείς εκτιμούν ότι η άνοδος της ανεργίας κατά τα πρώτα τρία χρόνια της κρίσης συνδέεται με 0,15/100.000 αύξηση των θανάτων λόγω ψυχικών διαταραχών, το οποίο αντιστοιχεί σε περίπου 90 θανάτους και σημαίνει ότι η άνοδος της ανεργίας αντιπροσωπεύει περίπου το 16,4% όλων των πρόσθετων θανάτων που προκλήθηκαν από την κρίση.

Οι Loopstra et al. (2016) μελέτησαν την επίδραση των δημοσιονομικών μειώσεων των συντάξεων και των κοινωνικών παροχών στην αύξηση της θνητότητας συνταξιούχων, άνω των 85 ετών, στην Αγγλία από το 2007 έως το 2013. Αναφέρουν ότι την περίοδο αυτή, κάθε μείωση κατά 1% των δαπανών για τις συντάξεις συνδέθηκε με αύξηση της θνητότητας κατά 0,68% (95% διάστημα εμπιστοσύνης 0,41 έως 0,95) και κάθε μείωση του αριθμού των δικαιούχων ανά 1.000 συνταξιούχους συνδέθηκε με αύξηση κατά 0,20% (95% διάστημα εμπιστοσύνης 0,15 έως 0,24).

Τη ίδια χρονιά, οι Andrikopoulos et al. (2016) ανέλυσαν δεδομένα της μελέτης PRAETHON, με δείγμα ασθενείς με οξέα στεφανιαία σύνδρομα από 37 νοσοκομεία στην Ελλάδα, ταξινομώντας τους ως προς το εισόδημα, από το Μάιο του 2012 έως το Φεβρουάριο του 2014. Στη δημοσίευσή τους αναφέρουν ότι οι ασθενείς με χαμηλό εισόδημα είχαν 92% υψηλότερο κίνδυνο για κακή έκβαση σε σύγκριση με τους ασθενείς υψηλού εισοδήματος ($HR=1,92$, 95% διάστημα εμπιστοσύνης 1,25 έως 2,94, $p=0,003$). Η επίδραση της χαμηλού εισοδήματος στην κακή έκβαση παρέμεινε σημαντική μετά την προσαρμογή για την ηλικία, το φύλο και την κατάθλιψη ($HR=1,59$, 95% διάστημα εμπιστοσύνης 1,02 έως 2,49, $p=0,043$).

Οι Bartoll & Marí-Dell'Olmo (2016) ανέλυσαν δεδομένα από τη Eurostat, από το 2003 έως το 2012, σχετικά με την ανεργία και το κατά κεφαλήν εισόδημα σε 24 χώρες

της Ευρώπης. Αναφέρουν ότι βρήκαν αρνητική συσχέτιση κατά τη διάρκεια της μεγάλης ύφεσης μεταξύ του προσδόκιμου ζωής σε έτη και της μεταβολής της ανεργίας μεταξύ ανδρών και γυναικών στις μεσογειακές χώρες χαμηλού εισοδήματος, σε άνδρες (-0,048, 95% διάστημα εμπιστοσύνης -0,081 έως -0,014) και γυναίκες (-0,050, 95% διάστημα εμπιστοσύνης -0,091 έως -0,007).

Οι Alonso et al. (2017) δημοσίευσαν τα αποτελέσματα κοορτικής μελέτης στην Ισπανία πριν και μετά την κρίση. Η ηλικιακά προσαρμοσμένη ετήσια ποσοστιαία αλλαγής της θνησιμότητας από αλκοόλ ήταν 6,9% το 2002-2007 και 3,7% το 2008-2011 μεταξύ των απασχολούμενων και -4,3% και -0,4% αντίστοιχα μεταξύ των μη απασχολούμενων. Παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές μεταβολές της τάσης της θνησιμότητας από αλκοόλ κατά τη διάρκεια της κρίσης, οι οποίες ήταν ευνοϊκές σε ορισμένες υποομάδες που απασχολούνταν (χειρωνακτες εργαζόμενοι και εργαζόμενοι ηλικίας 25-49 ετών) και δυσμενείς ως προς το σύνολο του μη απασχολούμενου πληθυσμού και ορισμένες μη απασχολούμενες υποομάδες, όπως άνδρες, άγαμοι και κυρίως μεσαίου εισοδήματος άτομα. Η μεγαλύτερη δυσμενής μεταβολή αντιστοιχεί σε μη απασχολούμενους που ζουν σε σπίτια των 72-104 m² που είχαν 2 ή περισσότερα αυτοκίνητα.

Στο Ηνωμένο Βασίλειο, οι Niedzwiedz et al. (2017) μελέτησαν τους συμμετέχοντες στην Understanding Society Study, ηλικίας 25 έως 59 ετών, με αυτο-συμπληρούμενα ερωτηματολόγια και αναλύσεις δειγμάτων αίματος, από το 2010 έως το 2012. Στη δημοσίευσή τους αναφέρουν ότι η αυξημένη οικονομική ανασφάλεια συνδέθηκε με δυσμενή επίπεδα χοληστερόλης HDL (0,955, 95% διάστημα εμπιστοσύνης 0,929 έως 0,982), τριγλυκερίδια (1,077, 95% διάστημα εμπιστοσύνης 1,018 έως 1,139) και CRP (1,114, 95% διάστημα εμπιστοσύνης 1,012 έως 1,227), υποστηρίζοντας την υπόθεση ότι η οικονομική ανασφάλεια συνδέεται με δυσμενείς μεταβολικούς και φλεγμονώδεις βιοδείκτες.

Οι Kim JI & Kim G (2017) μελέτησαν δεδομένα για 34 Ευρωπαϊκές χώρες, συμπεριλαμβανομένης της Ελλάδας, από το 2000 έως το 2012 και αναφέρουν ότι τα υψηλότερα επίπεδα ΑΕΠ και του δείκτη βάθους πιστωτικών πληροφοριών αλλά

χαμηλότερα ποσοστά ανισοτήτων μεταξύ των φύλων ήταν προσδιοριστές του προσδόκιμου ζωής σε μεγαλύτερη ηλικία σε γυναίκες και άνδρες, ($R=0,804$, $p<0,001$).

Οι Maruthappu et al. (2017) ανέλυσαν δεδομένα από τις βάσεις του WHO για την HIV θνησιμότητα και του ΟΟΣΑ για την ανεργία από το 1981 έως το 2009 για 27 από τις 34 χώρες-μέλη του ΟΟΣΑ, συμπεριλαμβανομένης της Ελλάδας με κάλυψη 88%. Αναφέρουν ότι μεταξύ του 1981 και του 2009, η αύξηση της ανεργίας κατά 1% συνδέεται με την αύξηση της θνησιμότητας κατά του HIV στον ΟΟΣΑ (άνδρες 0,711, $p=0,0003$, γυναίκες 0,166, $p=0,0007$). Η ανάλυση της χρονικής καθυστέρησης (time lag) έδειξε σημαντική αύξηση της θνησιμότητας από το HIV έως και δύο χρόνια μετά την άνοδο της ανεργίας ($p=0,0008$ για τους άνδρες και $p=0,0030$ για τις γυναίκες το πρώτο έτος, $p=0,0067$ για τους άνδρες και $p=0,0403$ για τις γυναίκες το δεύτερο έτος). Βάσει εκτιμήσεων, μια υποθετική αύξηση κατά 1% της ανεργίας σε ολόκληρο τον ΟΟΣΑ θα συνδεόταν με 4.327 και 1.050 πρόσθετους θανάτους σε άνδρες και γυναίκες αντίστοιχα από HIV, κατά τη διάρκεια του έτους αύξησης της ανεργίας, χωρίς να λαμβάνονται υπόψη οι καθυστερημένες ή μακροπρόθεσμες επιπτώσεις της ανεργίας.

Οι Ferrando et al. (2018) μελέτησαν τους θανάτους που σχετίζονται με καρκίνους την Ισπανία πριν και μετά την κρίση, δηλαδή από το 2000 έως το 2013. Αναφέρουν ότι μετά την έναρξη της οικονομικής κρίσης, η θνησιμότητα από καρκίνο συνέχισε να μειώνεται, αλλά με σημαντική επιβράδυνση του ετήσιου ρυθμού μείωσης (άνδρες: $RR=0,987$, 95% διάστημα εμπιστοσύνης 0,985 έως 0,990, πριν την κρίση και $RR=0,993$, 95% διάστημα εμπιστοσύνης 0,991 έως 0,996 μετά την κρίση, γυναίκες: $RR=0,990$, 95% διάστημα εμπιστοσύνης 0,988 έως 0,993 πριν και $RR=1,002$, 95% διάστημα εμπιστοσύνης 0,998 έως 1,006 μετά την κρίση). Στους άνδρες, η θνησιμότητα από τον καρκίνο του πνεύμονα μειώθηκε συνεχίζοντας την τάση που παρατηρήθηκε στην περίοδο πριν από την κρίση, ενώ η τάση θνησιμότητας από τον καρκίνο του παχέος εντέρου δεν άλλαξε σημαντικά. Συνέχισε να αυξάνεται και η ετήσια μείωση της θνησιμότητας του καρκίνου του προστάτη επιβραδύνθηκε σημαντικά. Στις γυναίκες, η θνησιμότητα από καρκίνο του πνεύμονα συνέχισε να αυξάνεται κάθε χρόνο, όπως πριν από την κρίση, ο καρκίνος του παχέος εντέρου

συνέχισε να μειώνεται και η προηγούμενη πτωτική τάση της θνησιμότητας του καρκίνου του μαστού επιβραδύνθηκε μετά την έναρξη της κρίσης.

Οι Mackenbach et al. (2018) ανέλυσαν δεδομένα από μητρώα θνησιμότητας, καθώς και δεδομένα υγείας από την Ευρωπαϊκή Κοινωνική Έρευνα & την έρευνα EU-SILC για το εισόδημα & τις συνθήκες διαβίωσης. Αναφέρουν ότι στις περισσότερες χώρες της Δυτικής Ευρώπης, η θνησιμότητα μειώθηκε σταθερά, χωρίς εμφανή σημάδια διακοπής της τάσης στα τέλη της δεκαετίας του 2000. Από τις χώρες που χτυπήθηκαν από κρίση υπήρξαν πρόσφατα στοιχεία θνησιμότητας για την Ισπανία μόνο, όπου και οι συγγραφείς αναφέρουν ότι σημειώθηκαν συνεχείς μειώσεις της θνησιμότητας. Οι τάσεις όλων των αιτιών θνησιμότητας στην Ανατολική Ευρώπη ήταν τελείως διαφορετικές. Σε αρκετές χώρες της Ανατολικής Ευρώπης, κυρίως στην Ουγγαρία, στη Λιθουανία και την Εσθονία, σημειώθηκε μια αντιστροφή της τάσης, δηλαδή μετά από δραματική αύξηση κατά τις προηγούμενες δεκαετίες, η θνησιμότητα άρχισε να μειώνεται μεταξύ των ατόμων χαμηλού μορφωτικού επιπέδου και ως εκ τούτου άρχισαν να μειώνονται οι απόλυτες ανισότητες στη θνησιμότητα. Λόγω των διαφορών στις τάσεις μεταξύ της Δυτικής και της Ανατολικής Ευρώπης, οι συγγραφείς διαστρωμάτωσαν τις αναλύσεις χρονοσειρών ανά περιοχή, επιβεβαιώνοντας ότι δεν υπήρξε καμία αλλαγή στην τάση θνησιμότητας όλων των αιτιών τα τελευταία χρόνια μεταξύ των ατόμων χαμηλού και υψηλού μορφωτικού επιπέδου στη Δυτική Ευρώπη, αλλά υπήρξε ευνοϊκή μεταβολή μεταξύ των ανειδίκευτων ανδρών στην Ανατολική Ευρώπη. Αυτές οι ευνοϊκές μεταβολές ήταν οι ισχυρότερες μεταξύ των μεσηλικών και της θνησιμότητας από τον καρκίνο, αιτίες που σχετίζονται με το αλκοόλ και την αυτοκτονία. Σε σχέση με την υγεία, οι τάσεις για την αυτο-αξιολόγηση της υγείας ήταν σχετικά παρόμοιες με εκείνες για τη θνησιμότητα όλων των αιτιών, εκτός από τους περιορισμούς της δραστηριότητας των ατόμων, όπου εκεί σημειώθηκαν διαφορές. Υπήρξε μια σαφής επιδείνωση στην τάση της καλής αυτο-αξιολογούμενης υγείας τόσο μεταξύ ατόμων χαμηλού όσο και υψηλού μορφωτικού επιπέδου στην Δυτική και Ανατολική Ευρώπη. Μετά το 2008, αυτή η επιδείνωση επιταχύνθηκε στην Ανατολική αλλά όχι στη Δυτική Ευρώπη. Το εθνικό εισόδημα συνδέθηκε επίσης αρνητικά με την αυτο-αξιολογούμενη υγεία, με ισχυρότερες επιπτώσεις μεταξύ ατόμων υψηλού μορφωτικού επιπέδου. Οι

συγγραφείς καταλήγουν στο ότι η οικονομική κρίση δεν είχε εμφανείς βραχυπρόθεσμες επιπτώσεις στις ανισότητες υγείας σε επίπεδο πληθυσμού στη Δυτική Ευρώπη.

3.3.5 Ψυχοκοινωνικοί δείκτες

Οι Houdmont et al. (2012) ανάλυση δεδομένα δύο ερευνών με δείγμα δημόσιους υπαλλήλους πριν και κατά την περίοδο της ύφεσης, δηλαδή το 2005 και το 2009 στη Βόρεια Ιρλανδία. Αναφέρουν ότι η έκθεση σε ψυχοκοινωνικούς κινδύνους ήταν σημαντικά εντονότερη κατά τη διάρκεια της ύφεσης από ό, τι πριν από αυτήν. Ο απουσιασμός οφειλόμενος σε επαγγελματικό στρες ήταν στατιστικά σημαντικά αυξημένος ως δείκτης κατά τη διάρκεια της ύφεσης. Πριν από την κρίση, το 6% των ερωτηθέντων δήλωσε ότι είχε πάρει άδεια από την εργασία το τελευταίο έτος εξαιτίας τους εργασιακού άγχους. Το ποσοστό αυτό μετά την κρίση ήταν 7,5%, αντιπροσωπεύοντας μια στατιστικά σημαντική αύξηση ($p < 0,001$) κατά 25%. Ο μέσος αριθμός ημερών απουσίας που οφείλεται σε εργασιακό στρες κατά την αρχική αξιολόγηση ήταν 2,01 (SD=15,04), ενώ κατά την κρίση ήταν 2,72 (SD=18,3), αντιπροσωπεύοντας στατιστικά σημαντική ($p < 0,001$) αύξηση κατά 35%. Τέλος, το 18,5% των ερωτηθέντων στην έρευνα του 2005 και 26% στην έρευνα του 2009 ανέφεραν ότι το έργο τους ήταν πολύ αγχωτικό ή εξαιρετικά αγχωτικό, αντιπροσωπεύοντας αύξηση 7,5%. Οι συγγραφείς καταλήγουν στο ότι υπήρξαν δυσμενείς αλλαγές στην έκθεση σε ψυχοκοινωνικούς κινδύνους, στον επιπολασμό του επαγγελματικού άγχους και στον απουσιασμό που οφείλεται σε επαγγελματικό άγχους, καταστάσεις που συνδέονται με την εμφάνιση της οικονομικής ύφεσης.

Ένα χρόνο μετά, οι Faresjö et al. (2013) δημοσίευσαν τα αποτελέσματα συγχρονικής μελέτης του 2012, στην οποία έγινε σύγκριση πληθυσμών νεαρών ενηλίκων από την Ελλάδα, που έχουν επηρεαστεί έντονα από την κρίση, σε σχέση με νεαρούς ενήλικες από τη Σουηδία, που δεν επηρεάστηκε τόσο πολύ, εξετάζοντας δείκτες για την υγεία και βιοδείκτες άγχους. Οι συγγραφείς αναφέρουν ότι οι νεαροί ενήλικες στην Ελλάδα ανέφεραν σημαντικά υψηλότερο άγχος ($p < 0,001$), είχαν περισσότερο σοβαρά συμβάντα ζωής ($p = 0,002$), είχαν λιγότερη ελπίδα για το μέλλον ($p < 0,001$) και είχαν σημαντικά πιο πολλά συμπτώματα κατάθλιψης ($p < 0,001$) και

άγχους ($p < 0,001$) σε σχέση με τους Σουηδούς. Ωστόσο, οι Έλληνες βρέθηκαν να έχουν σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα κορτιζόλης ($p < 0,001$) από ότι οι Σουηδοί, ενώ αυτή η διαφορά παρέμεινε σημαντική στην πολυπαραγοντική ανάλυση που πραγματοποιήθηκε ($p < 0,001$). Δεν βρέθηκαν διαφορές στα επίπεδα μέσης κορτιζόλης σε σχέση με το φύλο ή την ηλικία. Μερικοί από τους δείκτες συσχετίστηκαν σημαντικά με τα επίπεδα κορτιζόλης όπως η μακροχρόνια ασθένεια ($p = 0,04$), η αυτο-αξιολογούμενη υγεία ($p = 0,02$) και η κατάθλιψη ($p = 0,02$).

Τέλος, οι Leinonen et al. (2018) ανέλυσαν δεδομένα από 3 μελέτες, το 2004, το 2007 και το 2010, μισθωτών ηλικίας 25-59 ετών, με παρακολούθηση των κοορτών για 3 έτη, λαμβάνοντας δεδομένα από το Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων, τις εθνικές στατιστικές και το εθνικό κέντρο συντάξεων της Φινλανδίας. Αναφέρουν ότι μεταξύ του 2005 και του 2013, το ποσοστό των εργαζομένων με απουσιασμό μειώθηκε, αν και υπήρξαν διαφορές στις τάσεις ανάλογα με το επάγγελμα. Συνολικά, η μείωση των απουσιών ήταν μικρότερη μεταξύ των εργαζομένων γραφείου. Ο απουσιασμός ήταν υψηλότερος στον τομέα της υγείας και της κοινωνικής εργασίας και στον τομέα της μεταποίησης. Οι απουσίες λόγω μυοσκελετικών παθήσεων μειώθηκαν προσωρινά κατά τη διάρκεια της αιχμής της οικονομικής ύφεσης το 2009, ιδιαίτερα στον τομέα της μεταποίησης στα χειρωνακτικά επαγγέλματα. Η μείωση των απουσιών λόγω μυοσκελετικών παθήσεων ήταν μικρότερη στον εμπορικό τομέα, ενώ συνολικά, το επίπεδο εκπαίδευσης, το εισόδημα και το είδος εργασίας εξηγούν εν μέρει τις διαφορές στα επίπεδα απουσίας, αλλά όχι τις τάσεις.

3.4 Συμπέρασμα

Από τη συστηματική ανασκόπηση των προαναφερθέντων ερευνητικών μελετών για την επίδραση της οικονομικής κρίσης στο επίπεδο της υγείας διαπιστώθηκε ότι στην πλειοψηφία τους αφορούν σε αξιοποίηση ευρύτερων μελετών που πραγματοποιούνται στην Ευρώπη, όπως η Εθνική Βάση Δεδομένων Κλινικών Υγείας (National Clinical Health Outcomes Database) της Αγγλίας, η Έρευνα Υγείας για την Αγγλία (Health Survey for England), η Ελληνική Στατιστική Αρχή, η έρευνα της Ευρωπαϊκής Ένωσης για το εισόδημα & τις συνθήκες διαβίωσης (EU-SILC), η EUROSTAT, η έρευνα Δημόσιας Υγείας της Στοκχόλμης (SPHS), η Ιταλική βάση

δεδομένων Health for All, η βάση του WHO, η Quarterly Labour Force Survey της Αγγλίας, η Longitudinal Labor Market Study (LLMS), η British Household Panel Survey και η Basque Health Survey.

Οι περισσότερες μελέτες που συμπεριλήφθηκαν στην παρούσα κριτική ανασκόπηση δημοσιεύτηκαν το 2016. Συγκεκριμένα 1 μελέτη δημοσιεύτηκε το 2011, 3 μελέτες το 2012, 9 μελέτες το 2013, 11 μελέτες το 2014, 13 μελέτες το 2015, 15 μελέτες το 2016, 9 μελέτες το 2017 και 12 μελέτες το 2018.

Ως προς τη μεθοδολογία τους, κατά κύριο λόγο οι ερευνητές χρησιμοποίησαν πολλαπλή λογιστική και πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι μελέτες που εστίαζαν σε εργαζόμενους ή τουλάχιστον σε γενικό πληθυσμό ηλικίας εργασίας ήταν αρκετά περιορισμένες, χωρίς να εστιάζουν στις επιδράσεων των παραμέτρων της οικονομικής κρίσης, ως ανεξάρτητες μεταβλητές, και του επιπέδου υγείας των εργαζομένων ως εξαρτημένη.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 4^ο

Μεθοδολογία

4.1 Σκοπός της μελέτης

Ο βασικός σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης στο επίπεδο υγείας των εργαζομένων στην Ελλάδα. Στο πλαίσιο του καθορισμού της επίδρασης της οικονομικής κρίσης στους εργαζόμενους, αξιολογήθηκε η αυτο-αναφερόμενη αίσθηση της επίπτωσης της οικονομικής κρίσης στο άτομο, άμεσα και έμμεσα, η εργασιακή αβεβαιότητα και το επαγγελματικό στρες. Η αξιολόγηση του επιπέδου υγείας των εργαζομένων περιελάμβανε τη σωματική, την ψυχική υγεία, καθώς και τη θετική ή αρνητική μεταβολή του επιπέδου υγείας σε ένα έτος.

Οι επιμέρους στόχοι της μελέτης ήταν:

- Η εκτίμηση της επίπτωσης της εργασιακής αβεβαιότητας σε εργαζομένους στην Ελλάδα.
- Η εκτίμηση της επίπτωσης του επαγγελματικού στρες σε εργαζομένους στην Ελλάδα.
- Η διερεύνηση των ατομικών και εργασιακών παραγόντων που σχετίζονται με την εργασιακή αβεβαιότητα και το επαγγελματικό στρες.
- Η εκτίμηση του επιπέδου υγείας των εργαζομένων στην Ελλάδα.

4.2 Ερευνητικό ερώτημα και υποθέσεις της μελέτης

Το ερευνητικό ερώτημα της μελέτης είναι:

«Διαπιστώθηκε αρνητική επίδραση στο επίπεδο υγείας των εργαζομένων στην Ελλάδα λόγω της οικονομικής κρίσης, της εργασιακής αβεβαιότητας και του επαγγελματικού στρες;»

Σύμφωνα με τα βιβλιογραφικά δεδομένα, σχετικά με τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης μιας χώρας στο επίπεδο υγείας, διαμορφώθηκαν οι εξής ερευνητικές υποθέσεις:

- Στους εργαζόμενους με προσωρινές συμβάσεις εργασίας διαπιστώνονται υψηλότερα επίπεδα εργασιακής αβεβαιότητας και επαγγελματικού στρες.
- Οι εργαζόμενοι που αισθάνονται ότι έχουν επηρεαστεί από την οικονομική κρίση έχουν υψηλότερα επίπεδα εργασιακής αβεβαιότητας και επαγγελματικού στρες.
- Οι εργαζόμενοι που επηρεάστηκαν από την οικονομική κρίση, με υψηλά επίπεδα εργασιακής αβεβαιότητας και επαγγελματικού στρες έχουν χειρότερο επίπεδο υγείας σε σχέση με εργαζόμενους που δεν έχουν επηρεαστεί από την οικονομική κρίση και έχουν χαμηλότερα επίπεδα εργασιακής αβεβαιότητας και επαγγελματικού στρες.

4.3 Ερευνητικός σχεδιασμός

4.3.1 Τύπος ερευνητικής μελέτης

Πρόκειται για μια συγχρονική έρευνα, η οποία περιλαμβάνει τη μελέτη ενός δείγματος ευκολίας εργαζομένων στην Ελλάδα, κατά την τριετία 2012 έως 2014, δηλαδή αμέσως μετά την εισαγωγή των αλλαγών στις εργασιακές συνθήκες στην Ελλάδα. Ο συγκεκριμένος σχεδιασμός επιλέχθηκε ως κατάλληλος, διότι μπορεί να απαντήσει στο σκοπό που τέθηκε και αφορά στη διερεύνηση των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης στο επίπεδο υγείας των εργαζομένων.

4.3.2 Το δείγμα της μελέτης

Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν εργαζόμενοι, οι οποίοι προέρχονται από ένα δείγμα ευκολίας επιχειρήσεων στην Ελλάδα (Παράρτημα 1). Κατά την επιλογή των επιχειρήσεων έγινε προσπάθεια, ώστε να είναι όσο το δυνατόν αντιπροσωπευτικές της παραγωγικής διαδικασίας που έχει αναφορά στην Ελλάδα, ενώ αξιοποιήθηκε ένα δείγμα ευκολίας εργαζομένων που απασχολούνταν στις αναφερόμενες επιχειρήσεις (Γαλάνης, 2012).

Το δείγμα ευκολίας εργαζομένων της μελέτης προέρχεται από 34 επιχειρήσεις (Πίνακας 4.1), από τις οποίες οι 6 ανήκουν στο δημόσιο και οι 28 στον ιδιωτικό τομέα. Το μέγεθος του δείγματος ανήλθε στα 604 άτομα, με ποσοστό ανταπόκρισης 74.11%. Συγκεκριμένα, δόθηκαν 815 ερωτηματολόγια και συμπληρώθηκαν τα 604.

Πίνακας 4.1

Χαρακτηριστικά δείγματος επιχειρήσεων

Χαρακτηριστικά	Αριθμός επιχειρήσεων
Είδος δραστηριότητας	
Βιομηχανική μονάδα	11
Υπηρεσίες- εργασίες γραφείου	6
Υπηρεσίες Υγείας	3
Τεχνικές υπηρεσίες ενέργειας	4
Νέες τεχνολογίες- πληροφορική	4
Λιανικό εμπόριο	6
Τομέας	
Ιδιωτικός	28
Δημόσιος	6

4.3.3 Ηθικά και δεοντολογικά θέματα

Ελήφθη έγκριση από την Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας του Τμήματος Νοσηλευτικής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών για τη

συλλογή δεδομένων από εργαζόμενους σε επιχειρήσεις στην Ελλάδα, στο πλαίσιο της εκπόνησης της παρούσας διδακτορικής διατριβής. Ακολούθως, ελήφθη άδεια από τις επιχειρήσεις, των οποίων οι εργαζόμενοι συμφώνησαν να συμμετάσχουν, αφού ενημερώθηκαν γραπτώς για το σκοπό της μελέτης και διαβεβαιώθηκαν για τον εθελοντικό χαρακτήρα της συμμετοχής τους. Ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε στην ανωνυμία, στους κανόνες εμπιστευτικότητας, καθώς και στη διασφάλιση ότι όλα τα δεδομένα ήταν απόρρητα, δε θα κοινοποιούνταν στον εργοδότη και θα χρησιμοποιούνταν αποκλειστικά και μόνο στο πλαίσιο της συγκεκριμένης διατριβής.

4.3.4 Εργαλεία μέτρησης

Οι στόχοι της παρούσας έρευνας ήταν να εκτιμηθεί η επίπτωση της οικονομικής κρίσης, η εργασιακή αβεβαιότητα, το επαγγελματικό στρες και το επίπεδο υγείας των εργαζομένων στην Ελλάδα, με τελικό σκοπό τη διερεύνηση της επίδρασης της κρίσης στην υγεία των εργαζομένων.

Με βάση την αναφορά στα διαθέσιμα εργαλεία για την εκτίμηση της εργασιακής αβεβαιότητας, του επαγγελματικού στρες και του επιπέδου υγείας, τέθηκαν τα παρακάτω κριτήρια για την επιλογή των κατάλληλων ερωτηματολογίων:

- Να έχουν υψηλή αξιοπιστία και εγκυρότητα.
- Να είναι σύντομα και εύχρηστα, ώστε να μπορούν να αυτο-συμπληρωθούν από εργαζόμενους όλων των μορφωτικών επιπέδων.
- Να είναι συμβατά με τις συνθήκες εργασίας που συναντώνται στην Ελλάδα.

Μετά από ενδελεχή αξιολόγηση των εργαλείων που βρέθηκαν στη βιβλιογραφία, αποφασίστηκε να χρησιμοποιηθούν τα ερωτηματολόγια Employment Precariousness Scale (EPRES) των Vives et al. (2010) για την εκτίμηση της εργασιακής αβεβαιότητας, το Occupational Stress Questionnaire (OSQ) των Elo et al. (1992) για τη μέτρηση του επαγγελματικού στρες και η δεύτερη έκδοση του Short Form 36 Health Survey (SF-36v2) των Ware et al. (2008) για την εκτίμηση του επιπέδου υγείας των εργαζομένων.

4.3.4.1 Το ερωτηματολόγιο Εργασιακής Αβεβαιότητας EPRES

Το ερωτηματολόγιο Εργασιακής Αβεβαιότητας (Vives, 2010) αναπτύχθηκε από Ισπανούς ερευνητές και αποτελεί το προϊόν μακροχρόνιας διεπιστημονικής έρευνας για τον προσδιορισμό των διαστάσεων της εργασιακής αβεβαιότητας. Το EPRES στηρίχθηκε στην ποιοτική μελέτη εντοπισμού των κύριων διαστάσεων της επισφαλούς απασχόλησης.

Η ποιοτική αυτή μελέτη περιελάμβανε εκτεταμένη βιβλιογραφική ανασκόπηση, συνεντεύξεις με δώδεκα ειδικούς στην κοινωνιολογία, τα οικονομικά της εργασίας και τη δημόσια υγεία και έξι συζητήσεις ομάδων εστίασης (focus group) με προσωρινά εργαζόμενους, μόνιμους εργαζόμενους και συνδικαλιστικές οργανώσεις (τέσσερις έως οκτώ συμμετέχοντες ανά ομάδα). Οι διαστάσεις που αντλήθηκαν από το προαναφερθέν πλαίσιο ήταν έξι και περιελάμβαναν την προσωρινότητα, την αποδυνάμωση, τους μισθούς, τα δικαιώματα, την τρωτότητα και τη δυνατότητα άσκησης δικαιωμάτων.

Το ερωτηματολόγιο Εργασιακής Αβεβαιότητας EPRES αποτελείται από συνολικά 36 ερωτήσεις οι οποίες μπορούν να αυτό-συμπληρωθούν από τον εργαζόμενο ή να συμπληρωθούν στο πλαίσιο συνέντευξης. Περιλαμβάνει τις παρακάτω έξι υποκλίμακες:

- Προσωρινότητα (Temporariness- TE), η οποία αφορά στη διάρκεια της σύμβασης εργασίας και διερευνάται από δύο στοιχεία, τις ερωτήσεις 2 και 3.
- Αποδυνάμωση (Disempowerment- DE), η οποία σχετίζεται με το επίπεδο διαπραγμάτευσης των όρων απασχόλησης και διερευνάται από τρία στοιχεία, τις ερωτήσεις 4α, 4β και 4γ.
- Τρωτότητα (Vulnerability- VU), η οποία αφορά στην αίσθηση του ανυπεράσπιστου απέναντι σε αυταρχική συμπεριφορά και διερευνάται από έξι στοιχεία, τις ερωτήσεις 5α, 5β, 5γ, 5δ, 5ε και 5στ.
- Μισθοί (Wages- WA), οι οποίοι μπορεί να είναι χαμηλοί ή ανεπαρκείς και διερευνώνται από τρία στοιχεία, τις ερωτήσεις 6, 7 και 8.

- Δικαιώματα (Rights- RI), τα οποία αφορούν στα δικαιώματα στο χώρο εργασίας και τις παροχές κοινωνικής ασφάλισης και διερευνώνται από επτά στοιχεία, τις ερωτήσεις 9α, 9β, 9γ, 9δ, 9ε, 9στ, και 9ζ.
- Άσκηση δικαιωμάτων (Exercise rights- ER), που αποτυπώνει την αδυναμία, στην πράξη, άσκησης των δικαιωμάτων που θεωρητικά έχει ο εργαζόμενος και διερευνάται από πέντε στοιχεία, τις ερωτήσεις 10α, 10β, 10γ, 10δ και 10ε.

Οι απαντήσεις δίνονται από τον εργαζόμενο, χρησιμοποιώντας μια κλίμακα 5 σημείων όσον αφορά τις υποκλίμακες της «τρωτότητας», της «άσκησης δικαιωμάτων», των «μισθών» και της «προσωρινότητας» και μια κλίμακα 3 σημείων όσον αφορά τις υποκλίμακες της «αποδυνάμωσης» και της «άσκηση των δικαιωμάτων».

Οι βαθμολογίες στις υποκλίμακες υπολογίζονται ως απλοί μέσοι όροι και μετασχηματίζονται σε κλίμακα από 0 έως 4, όπου οι υψηλότερες τιμές αντιπροσωπεύουν υψηλά επίπεδα εργασιακής αβεβαιότητας. Το συνολικό σκορ της κλίμακας Εργασιακής Αβεβαιότητας EPRES ορίζεται ως «συνολική εργασιακή αβεβαιότητα» και κυμαίνεται από 0 (όχι ανασφαλής) έως 4 (πλέον ανασφαλής). Η «συνολική εργασιακή αβεβαιότητα» είναι ο αριθμητικός μέσος όρος από τις έξι βαθμολογίες υποκλιμάκων, ώστε κάθε υποκλίμακα να συμβάλλει εξίσου στο συνολικό σκορ, ανεξάρτητα από τον αριθμό των ερωτήσεων.

Στη πλαίσιο της αρχικής μελέτης των ψυχομετρικών ιδιοτήτων του ερωτηματολογίου Εργασιακής Αβεβαιότητας EPRES στην Ισπανία, σε δείγμα 5.147 μόνιμων και 1.821 προσωρινών εργαζομένων, ο συντελεστής Cronbach α έλαβε τιμές άνω του 0.70 σε όλες τις υποκλίμακες, καθώς και στο συνολικό σκορ. Η παραγοντική ανάλυση που ακολούθησε, κατέδειξε τους προβλεπόμενους έξι παράγοντες, επιβεβαιώνοντας τη θεωρητική δομή και την τοποθέτηση των στοιχείων στις αναμενόμενες υποκλίμακες.

Το ερωτηματολόγιο Εργασιακής Αβεβαιότητας EPRES δεν είχε χρησιμοποιηθεί στην Ελλάδα πριν τη διενέργεια της συγκεκριμένης έρευνας, ως εκ τούτου ήταν απαραίτητη η μετάφραση από τα Ισπανικά στα Ελληνικά και η ακόλουθη στάθμιση

του μεταφρασμένου ερωτηματολογίου σε εργαζόμενους στην Ελλάδα, που αναλυτικά παρουσιάζονται στο Παράρτημα 3.

Τα αποτελέσματα της μελέτης μετάφρασης και στάθμισης του ερωτηματολογίου Εργασιακής Αβεβαιότητας EPRES (Tsoroki et al. 2019) δείχνουν ότι η ελληνική έκδοση είναι ένα κατάλληλο εργαλείο εκτίμησης της εργασιακής ανασφάλειας, δεδομένης της υψηλής αξιοπιστίας, της εσωτερικής συνοχής και της επιβεβαίωσης της δομής έξι υποκλιμάκων του εργαλείου.

4.3.4.2 Το ερωτηματολόγιο Επαγγελματικού Στρες OSQ

Το ερωτηματολόγιο Επαγγελματικού Στρες OSQ (Elo et al., 1992) είναι ένα εργαλείο έρευνας, που αναπτύχθηκε για τους ειδικούς επαγγελματικής υγείας από το Φινλανδικό Ινστιτούτο Υγείας και Ασφάλειας, για τη μέτρηση του επιπέδου επαγγελματικού στρες των εργαζομένων. Η αρχική έκδοση των 58 ερωτήσεων, διαθέσιμη στα φινλανδικά, σουηδικά, ιταλικά και αγγλικά, δημοσιεύθηκε για πρώτη φορά ως το επίσημο όργανο του Φινλανδικού Ινστιτούτου Υγείας και Ασφάλειας το 1992 και η τρέχουσα έκδοση των 49 ερωτήσεων δημοσιεύτηκε το 2012.

Το ερωτηματολόγιο Επαγγελματικού Στρες OSQ βασίζεται σε ένα μοντέλο που υποστηρίζει ότι η αντίληψη που ο εργαζόμενος έχει σχετικά με τον έλεγχο και την κοινωνική προστασία καθορίζει σε σημαντικό βαθμό τις αλληλεπιδράσεις μεταξύ του εξωτερικού και του αντιλαμβανόμενου περιβάλλοντος, καθώς και μεταξύ του στρες και της ικανοποίησης (Lindstrom, 1995). Το ερωτηματολόγιο αξιολογεί το ψυχολογικό εργασιακό περιβάλλον και τις αναπτυξιακές ανάγκες, με τη συμμετοχή των ερωτηθέντων σε μια συζήτηση ανατροφοδότησης για την έναρξη βελτιώσεων προς μείωση του στρες, μιας και ως εργαλείο προορίζεται για χρήση από ειδικούς επαγγελματικής υγείας που διαχειρίζονται τους ψυχοκοινωνικούς κινδύνους στους χώρους εργασίας.

Το ερωτηματολόγιο έχει μια δομημένη μορφή και εκτιμά το επαγγελματικό στρες ως το συνδυασμό τεσσάρων βασικών διαστάσεων, οι οποίες είναι οι εξής:

- Τροποποιητικοί παράγοντες και εργασιακοί πόροι (Modifying factors-resources at work), που διερευνάται από τις ερωτήσεις 1 έως 19.

- Αντίληψη του περιβάλλοντος (Perceived environment), που διερευνάται από τις ερωτήσεις 20 έως 34.
- Στρες και ευεξία (Stress and wellbeing), που διερευνάται από τις ερωτήσεις 35 έως 41.
- Ανάγκη για υποστήριξη και παρεμβάσεις (Need for support and interventions), που διερευνάται από τις ερωτήσεις 42 έως 49.

Επιπλέον, δύο από τις αναφερόμενες διαστάσεις, οι «τροποποιητικοί παράγοντες και εργασιακοί πόροι» καθώς και η «αντίληψη του περιβάλλοντος» περιλαμβάνουν επί μέρους υποκλίμακες.

Συγκεκριμένα, η διάσταση «τροποποιητικοί παράγοντες και εργασιακοί πόροι» περιλαμβάνει τις εξής υποκλίμακες:

- *Δυνατότητες ελέγχου της εργασίας* (Possibilities to control own work), που διερευνάται από τις ερωτήσεις 1 έως 4.
- *Κοινωνικές σχέσεις και εκτίμηση* (Social relations and esteem), που διερευνάται από τις ερωτήσεις 4 έως 9.
- *Ατμόσφαιρα στο χώρο της εργασίας* (Workplace atmosphere), που διερευνάται από τις ερωτήσεις 10 έως 12.
- *Ηγεσία και εποπτεία* (Leadership and supervision), που διερευνάται από τις ερωτήσεις 13 έως 19.

Επίσης, η διάσταση «αντίληψη του περιβάλλοντος» περιλαμβάνει τις εξής υποκλίμακες:

- *Απαιτήσεις της εργασίας* (Work demands), που διερευνάται από τις ερωτήσεις 20 έως 28.
- *Κίνδυνοι και περιβάλλον* (Hazards and environment), που διερευνάται από τις ερωτήσεις 29 έως 32.
- *Πίεση εργασίας* (Work strain), που διερευνάται από τις ερωτήσεις 33 έως 34.

Οι απαντήσεις στις ερωτήσεις του OSQ δίνονται από τον εργαζόμενο, χρησιμοποιώντας μια κλίμακα 3 ή 5 ή 6 σημείων, ενώ οι βαθμολογίες στις διαστάσεις και στις επί μέρους υποκλίμακες υπολογίζονται ως απλοί μέσοι όροι και

μετασχηματίζονται σε κλίμακα από 1 έως 5, όπου οι υψηλότερες τιμές αντιπροσωπεύουν υψηλά επίπεδα επαγγελματικού στρες. Το συνολικό σκορ της κλίμακας OSQ, δηλαδή το «συνολικό επαγγελματικό στρες», που κυμαίνεται από 1 (χαμηλό επαγγελματικό στρες) έως 5 (υψηλό επαγγελματικό στρες), είναι ο αριθμητικός μέσος όρος από τις 4 βαθμολογίες διαστάσεων, ώστε κάθε διάσταση, η οποία κατά περίπτωση περιλαμβάνει επί μέρους υποκλίμακες, να συμβάλλει εξίσου στο συνολικό αποτέλεσμα, ανεξάρτητα από τον αριθμό των ερωτήσεων.

Παρότι αναφέρεται ότι υπάρχουν εκδόσεις του ερωτηματολογίου Επαγγελματικού Στρες OSQ σε άλλες γλώσσες εκτός των Φινλανδικών και των Αγγλικών, μέχρι σήμερα δεν έχει δημοσιευθεί μελέτη που να εξετάζει τις ψυχομετρικές του ιδιότητες. Επίσης, το ερωτηματολόγιο Επαγγελματικού Στρες OSQ δεν είχε χρησιμοποιηθεί στην Ελλάδα πριν τη διενέργεια της συγκεκριμένης έρευνας, ως εκ τούτου ήταν απαραίτητη η μετάφραση από τα Αγγλικά στα Ελληνικά και η ακόλουθη στάθμιση του μεταφρασμένου ερωτηματολογίου σε εργαζόμενους στην Ελλάδα, που αναλυτικά παρουσιάζονται στο Παράρτημα 4.

Τα αποτελέσματα της μελέτης μετάφρασης και στάθμισης του ερωτηματολογίου Επαγγελματικού Στρες OSQ (Tsoroki et al. 2018) δείχνουν ότι η ελληνική έκδοση του OSQ είναι ένα αξιόπιστο και έγκυρο εργαλείο, δεδομένης της αξιοπιστίας και της εσωτερικής συνοχής του εργαλείου.

4.3.4.3 Το ερωτηματολόγιο Επισκόπησης Υγείας SF-36v2

Η δεύτερη έκδοση του ερωτηματολογίου Επισκόπησης Υγείας SF-36v2 (Ware, Kosinski, Bjorner, Turner-Bowker, Gandek, Maruish, 2008), καθώς και η αρχική έκδοση, δηλαδή το SF-36 (Ware, Snow, Kosinski, Gandek, 1993) αποτελούν τα πλέον ευρέως χρησιμοποιούμενα εργαλεία για την εκτίμηση του επιπέδου υγείας.

Το ερωτηματολόγιο Επισκόπησης Υγείας SF-36v2 είναι ένα σύντομο, ευρύ και γενικής φύσεως ερωτηματολόγιο, το οποίο περιλαμβάνει 8 διαστάσεις του επιπέδου υγείας, οι οποίες θεωρούνται σημαντικές στο να περιγράψουν και να παρακολουθήσουν την υγεία ενός ατόμου. Τα σκορ που προκύπτουν από το ερωτηματολόγιο Επισκόπησης Υγείας SF-36v2 μπορεί να συγκριθούν με αυτά της

πρώτης έκδοσης SF-36, καθώς το ερωτηματολόγιο διατηρεί τις ίδιες διαστάσεις, τις ίδιες ερωτήσεις και τα ίδια μέτρα, αν και σε βελτιωμένο βαθμό, με την αρχική έκδοση.

Το ερωτηματολόγιο Επισκόπησης Υγείας SF-36v2 περιλαμβάνει μια κλίμακα βαθμολόγησης από 0 έως 100 και για τις 8 διαστάσεις, οι οποίες είναι οι εξής:

- Η φυσική λειτουργία (Physical Functioning- PF), που διερευνάται από τις ερωτήσεις 3a, 3b, 3c, 3d, 3e, 3f, 3g, 3h, 3i και 3j. Οι 10 αυτές ερωτήσεις παρουσιάζουν το επίπεδο και το είδος των περιορισμών ανάμεσα σε διάφορες σωματικές δραστηριότητες. Χαμηλά σκορ είναι ενδεικτικά περιορισμού ως προς την εκτέλεση σωματικών δραστηριοτήτων, ενώ υψηλά σκορ δείχνουν λίγο ή καθόλου περιορισμό.
- Ο φυσικός ρόλος (Role Physical - RP), που διερευνάται από τις ερωτήσεις 4a, 4b, 4c και 4d. Οι 4 αυτές ερωτήσεις καλύπτουν ένα φάσμα περιορισμού του ρόλου ως προς τη σωματική υγεία, περιλαμβάνοντας περιορισμούς στο είδος της εργασίας ή άλλων συνηθισμένων δραστηριοτήτων, μείωση στο χρόνο που αξιοποιείται στη δουλειά ή άλλες συνηθισμένες δραστηριότητες, δυσκολία στην εκτέλεση εργασίας ή άλλων συνηθισμένων δραστηριοτήτων και την επίτευξη σε μικρότερο βαθμό. Χαμηλά σκορ είναι ενδεικτικά προβλημάτων ως προς την εργασία ή άλλες δραστηριότητες, λόγω σωματικών προβλημάτων, ενώ υψηλά σκορ δείχνουν λίγο ή καθόλου προβλήματα.
- Ο σωματικός πόνος (Bodily Pain - BP), που διερευνάται από τις ερωτήσεις 7 και 8. Οι 2 αυτές ερωτήσεις δείχνουν την ένταση του σωματικού πόνου και το βαθμό στον οποίο αυτός αλληλεπιδρά με τις συνηθισμένες εργασιακές δραστηριότητες. Χαμηλά σκορ είναι ενδεικτικά υψηλών επιπέδων σωματικού πόνου, που επηρεάζει τις καθημερινές δραστηριότητες, ενώ υψηλά σκορ δείχνουν λίγο ή καθόλου πόνο και απουσία επίδρασης στις καθημερινές δραστηριότητες.
- Η γενική υγεία (General Health - GH), που διερευνάται από τις ερωτήσεις 1, 11a, 11b, 11c και 11d. Οι 5 αυτές ερωτήσεις περιλαμβάνουν μια βαθμολόγηση του επιπέδου υγείας (κακή έως άριστη) και την εκτίμηση και πρόβλεψη των ερωτηθέντων ως προς την υγεία τους. Χαμηλά σκορ είναι ενδεικτικά

αξιολόγηση της γενικής υγείας ως κακής που είναι πιθανόν να χειροτερέψει, ενώ υψηλά σκορ δείχνουν αξιολόγηση της γενικής υγείας ως άριστης.

- Η ζωτικότητα (Vitality - VT), που διερευνάται από τις ερωτήσεις 9a, 9e, 9g και 9i. Οι 4 αυτές ερωτήσεις αποτυπώνουν τις διαφορές στην υποκειμενική ευεξία. Χαμηλά σκορ είναι ενδεικτικά αίσθησης κόπωση και εξάντλησης, ενώ υψηλά σκορ δείχνουν υψηλά επίπεδα ενέργειας συνεχώς ή τον περισσότερο χρόνο.
- Η κοινωνική λειτουργία (Social Functioning - SF), που διερευνάται από τις ερωτήσεις 6 και 10. Οι 2 αυτές ερωτήσεις αξιολογούν τη σχετική με την υγεία ποιότητα και ποσότητα κοινωνικών δραστηριοτήτων, ρωτώντας συγκεκριμένα σχετικά με την επίδραση των σωματικών ή συναισθηματικών προβλημάτων στις κοινωνικές δραστηριότητες. Ο βαθμός στον οποίον τα σωματικά ή συναισθηματικά προβλήματα επηρεάζουν τις φυσιολογικές κοινωνικές δραστηριότητες αυξάνει με τη μείωση των σκορ. Χαμηλά σκορ είναι ενδεικτικά υπερβολικής ή συχνής επίδρασης στις φυσιολογικές κοινωνικές δραστηριότητες λόγω σωματικών και συναισθηματικών προβλημάτων, ενώ υψηλά σκορ δείχνουν ότι το άτομο έχει φυσιολογικές κοινωνικές δραστηριότητες χωρίς επίδραση από σωματικά ή συναισθηματικά προβλήματα.
- Ο συναισθηματικός ρόλος (Role Emotional - RE), που διερευνάται από τις ερωτήσεις 5a, 5b και 5c. Οι 3 αυτές ερωτήσεις αξιολογούν τους περιορισμούς ως προς το ρόλο, που σχετίζονται με την ψυχική υγεία, ως προς το χρόνο που περνά το άτομο στη δουλειά ή σε άλλες συνηθισμένες δραστηριότητες, τον όγκο των εργασιών ή δραστηριοτήτων που φέρνει εις πέρας με επιτυχία και την προσοχή με την οποία η εργασία ή άλλες δραστηριότητες εκτελούνται. Χαμηλά σκορ αντανακλούν προβλήματα με τη δουλειά ή άλλες δραστηριότητες ως αποτέλεσμα συναισθηματικών προβλημάτων, ενώ υψηλά σκορ αντανακλούν απουσία τέτοιου είδους περιορισμών λόγω συναισθηματικών προβλημάτων.
- Η ψυχική υγεία (Mental Health - MH), που διερευνάται από τις ερωτήσεις 9b, 9c, 9d, 9f και 9h. Οι 5 αυτές ερωτήσεις αξιολογούν τέσσερα βασικά σημεία

της ψυχικής υγείας, δηλαδή το άγχος, την κατάθλιψη, την απώλεια του συμπεριφορικού/συναισθηματικού ελέγχου και την ψυχολογική ευεξία. Χαμηλά σκορ είναι ενδεικτικά συχνής αίσθησης άγχους και κατάθλιψης, ενώ υψηλά σκορ δείχνουν αίσθηση γαλήνης, ευτυχίας και ηρεμίας τον περισσότερο χρόνο.

Στο πλαίσιο της συνολικής εκτίμησης της σωματικής και ψυχικής υγείας, από τις αναφερόμενες διαστάσεις προκύπτουν οι παρακάτω ευρύτερες κλίμακες:

- Συνολική σωματική υγεία, η οποία προκύπτει ως ο αριθμητικό μέσος όρος των σκορ στις διαστάσεις «φυσική λειτουργία», «φυσικός ρόλος», «σωματικός πόνος» και «γενική υγεία».
- Συνολική ψυχική υγεία η οποία προκύπτει ως ο αριθμητικό μέσος όρος των σκορ στις διαστάσεις «ζωτικότητα», «κοινωνική λειτουργία», «συναισθηματικός ρόλος» και «ψυχική υγεία».

Πέραν των αναφερόμενων 8 διαστάσεων και των 2 ευρύτερων κλιμάκων, το SF-36v2 περιλαμβάνει μια σημαντική για το σκοπό της παρούσας μελέτης επιπλέον διάσταση:

- Την αναφερόμενη μεταβολή της υγείας (Reported health transition- HT), που διερευνάται από την ερώτηση 2. Η ερώτηση αυτή εξετάζει το πώς το άτομο αξιολογεί την αλλαγή που βίωσε στο επίπεδο της υγείας του εν γένει στο πλαίσιο ενός έτος. Η ερώτηση δεν αξιοποιείται στο υπολογισμό των 8 διαστάσεων του επιπέδου υγείας που ήδη αναφέρθηκαν παραπάνω, ωστόσο προσφέρει χρήσιμες πληροφορίες σχετικά με την αντίληψη του ατόμου για αλλαγές στην υγείας του.

Στην Ελλάδα, το ερωτηματολόγιο Επισκόπησης Υγείας SF-36 διαθέτει πολύ καλή αξιοπιστία και εγκυρότητα, με το συντελεστή Cronbach's α να κινείται από 0,79 για τη διάσταση «κοινωνική λειτουργία» έως 0,95 για τη διάσταση «φυσικός ρόλος», υπερβαίνοντας σε όλες τις υποκλίμακες την τιμή 0,7 (Pappa et al. 2005). Μετά από γραπτή άδεια από την Health Research Associates, ελήφθη για το σκοπό της εκπόνησης της συγκεκριμένης έρευνας το ολοκληρωμένο πακέτο της ελληνικής έκδοση του ερωτηματολογίου Επισκόπησης Υγείας SF-36v2.

4.3.4.4 Εκτίμηση ατομικών χαρακτηριστικών και επίπτωσης της οικονομικής κρίσης

Για την εκτίμηση των ατομικών χαρακτηριστικών των εργαζόμενων, τα οποία είναι ενδεικτικά των συνθηκών εργασίας που επικρατούν στο πλαίσιο της οικονομικής κρίσης, θεωρήθηκε αναγκαίο να προστεθεί ένα εισαγωγικό ερωτηματολόγιο, επιπλέον του ερωτηματολογίου Εργασιακής Αβεβαιότητας EPRES και του ερωτηματολογίου Επαγγελματικού Στρες OSQ, το οποίο περιλαμβάνει τα παρακάτω στοιχεία:

- Ηλικία
- Εθνικότητα
- Έτη παραμονής των μεταναστών εργαζομένων στην Ελλάδα
- Φύλο
- Οικογενειακή κατάσταση
- Ηλικία που εργάστηκαν για πρώτη φορά
- Έτη εργασίας στην επιχείρηση
- Επίπεδο εκπαίδευσης
- Επάγγελμα και θέση εργασίας
- Τομέας επιχείρησης
- Σχέση δουλειάς με εκπαίδευση
- Εβδομαδιαίες ώρες εργασίας
- Απουσιασμός για λόγους υγείας
- Πρόγραμμα βαρδιών
- Άσκηση δεύτερου επαγγέλματος
- Σύμβαση εργασίας

Ειδικότερα για τη διερεύνηση του βαθμού στον οποίο οι εργαζόμενοι αισθάνονται ότι έχουν επηρεαστεί από την οικονομική κρίση προστέθηκε η παρακάτω ερώτηση στο εισαγωγικό ερωτηματολόγιο:

- Έχετε επηρεαστεί οικονομικά από την παρούσα κρίση στην Ελλάδα;

Οι απαντήσεις που μπορεί να δοθούν στη συγκεκριμένη ερώτηση περιλαμβάνουν τις εξής πιθανές αποκρίσεις:

- ο εργαζόμενος δεν έχει επηρεαστεί από την οικονομική κρίση με κανέναν τρόπο.
- η επιχείρηση όπου ο εργαζόμενος απασχολείται έχει επηρεαστεί από την οικονομική κρίση, αλλά όχι ο ίδιος.
- ο εργαζόμενος έχει επηρεαστεί από την οικονομική κρίση λόγω παραγόντων που δε σχετίζονται με την εργασία του, όπως λόγου χάρη δάνεια ή ύπαρξη μέλους της οικογένειας που έχει χάσει τη δουλειά του.
- ο εργαζόμενος έχει επηρεαστεί από την οικονομική κρίση λόγω παραγόντων που σχετίζονται άμεσα με την εργασία του και αφορούν λόγου χάρη σε περικοπή μισθού ή/και αλλαγή του ωραρίου απασχόλησης.

4.3.5 Στατιστική ανάλυση

Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων έγινε με το πακέτο στατιστικής ανάλυσης για τις κοινωνικές επιστήμες SPSS έκδοση 23. Για το σκοπό αυτό κωδικοποιήθηκαν τα δεδομένα των ερωτηματολογίων των κλιμάκων σύμφωνα με τις οδηγίες των συγγραφέων. Η ανάλυση περιλάμβανε:

- Περιγραφική στατιστική, τόσο των δημογραφικών δεδομένων του εισαγωγικού ερωτηματολογίου, όσο και των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου Εργασιακής Αβεβαιότητας EPRES, του ερωτηματολογίου Επαγγελματικού Στρες OSQ και του ερωτηματολογίου Επισκόπησης Υγείας SF-36v2.
- Περιγραφική στατιστική ανάλυση για τις διαστάσεις και υποκλίμακες των ερωτηματολογίων Εργασιακής Αβεβαιότητας EPRES, Επαγγελματικού Στρες OSQ και Επισκόπησης Υγείας SF-36v2. Μέσω της ανάλυσης αυτής υπολογίζονται οι μέσες τιμές και εκτιμάται η εργασιακή αβεβαιότητα, το επαγγελματικό στρες και το επίπεδο υγείας των εργαζομένων στην Ελλάδα, που είναι εκ των βασικών στόχων της μελέτης.
- Διερεύνηση του είδους της κατανομής που ακολουθούν οι συνοπτικοί δείκτες του EPRES, του OSQ και του SF-36v2. Τα δεδομένα των δεικτών εξετάστηκαν

ως προς το αν ακολουθούν την κανονική κατανομή, ώστε να προσδιοριστεί το είδος των στατιστικών δοκιμασιών που θα εφαρμοστούν.

- Εφαρμογή παραμετρικών και μη παραμετρικών στατιστικών δοκιμασιών για τη διερεύνηση συσχετίσεων μεταξύ των δεικτών του EPRES και του OSQ σε σχέση με τα δεδομένα του εισαγωγικού ερωτηματολογίου. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας α για τη διμεταβλητή ανάλυση ορίστηκε στο 0,05.
- Χρήση του παραμετρικού συντελεστή γραμμικής συσχέτισης Pearson (r) για την συσχέτιση των συνοπτικών δεικτών της εργασιακής αβεβαιότητας και του επαγγελματικού στρες που προκύπτουν από το EPRES και το OSQ αντίστοιχα και της επισκόπησης υγείας SF-36v2, όταν ακολουθείται η κανονική κατανομή. Η συσχέτιση θεωρείται χαμηλή όταν ο συντελεστής συσχέτισης (r) κυμαίνεται από 0,1 έως 0,3, μέτρια όταν κυμαίνεται από 0,31 έως 0,5 και υψηλή όταν είναι μεγαλύτερος από 0,5.
- Χρήση του μη παραμετρικού συντελεστή γραμμικής συσχέτισης Spearman (ρ) για την συσχέτιση των συνοπτικών δεικτών της εργασιακής αβεβαιότητας που προκύπτουν από το EPRES και της επισκόπησης υγείας SF-36v2, όταν δεν ακολουθείται η κανονική κατανομή. Η συσχέτιση θεωρείται χαμηλή όταν ο συντελεστής συσχέτισης (ρ) κυμαίνεται από 0,1 έως 0,3, μέτρια όταν κυμαίνεται από 0,31 έως 0,5 και υψηλή όταν είναι μεγαλύτερος από 0,5.
- Χρήση πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης, για τη δημιουργία μοντέλου που να εκφράζει την εξάρτηση του επιπέδου υγείας των εργαζομένων από την εργασιακή αβεβαιότητα, το επαγγελματικό στρες, την επίπτωση της οικονομικής κρίσης και ατομικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας α για τη γραμμική παλινδρόμηση ορίστηκε στο 0,05.

Κεφάλαιο 5^ο

Περιγραφική ανάλυση

5.1 Δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά

Στον Πίνακα 5.1 παρουσιάζονται αναλυτικά τα δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά του δείγματος της μελέτης. Από τα 604 συμπληρωμένα ερωτηματολόγια, τα 207 συμπλήρωσαν γυναίκες (34,5%) και τα 393 άνδρες (65,5%). Η πλειοψηφία των εργαζομένων ήταν γεννημένοι στην Ελλάδα (95,4%), με Ελληνική εθνικότητα (98,7%) και άνω των 30 ετών (90,3%), με μέση ηλικία τα 42 έτη και εύρος 19 έως 67 έτη. Το ποσοστό των μεταναστών εργαζομένων στο δείγμα ήταν ιδιαίτερα μικρό (1,3%), με μέση διάρκεια παραμονής στην Ελλάδα τα 18 χρόνια. Στο Σχήμα 5.1 παρουσιάζεται η κατανομή της ηλικίας του δείγματος.

Ως προς τη οικογενειακή κατάσταση, το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος της μελέτης ήταν παντρεμένοι (61,1%) ή άγαμοι (32,4%), ενώ πολύ μικρό ποσοστό ήταν διαζευγμένοι (6%) και χήροι (0,5%). Σχετικά με το μορφωτικό τους επίπεδο, οι περισσότεροι εργαζόμενοι έχουν σπουδάσει σε ΤΕΙ ή ΑΕΙ (42,4%), ενώ ένα σημαντικό ποσοστό έχει προχωρήσει επιπλέον σε μεταπτυχιακούς ή διδακτορικούς τίτλους σπουδών (18,8%). Από τους εργαζόμενους που δεν κατέχουν τίτλους σπουδών, οι περισσότεροι έχουν ολοκληρώσει τη φοίτησή τους στο λύκειο (34,9%) και ελάχιστοι σταμάτησαν την εκπαίδευσή τους στο γυμνάσιο (2,7%) και το δημοτικό (1,2%).

Σε σχέση με τα επαγγελματικά δεδομένα του δείγματος της μελέτης, η μέση ηλικία έναρξης των επαγγελματικών δραστηριοτήτων ήταν τα 21 έτη, με εύρος 11 έως 48 έτη. Στο Σχήμα 5.2 παρουσιάζεται η κατανομή ηλικίας κατά την πρώτη εργασία. Οι περισσότεροι εργαζόμενοι απασχολούνται σε θέσεις γραφείου (white collar workers, 76,8%), παρά σε χειρωνακτικές θέσεις παραγωγής (blue collar workers, 23,2%), ανήκουν στον ιδιωτικό τομέα (67,5%) και κατά βάση έχουν ένα επάγγελμα που σχετίζεται με τις σπουδές που έχουν προηγηθεί (68,2%). Τα χρόνια απασχόλησης των εργαζομένων στην επιχείρηση που εργάζονται είναι κατά κανόνα πάνω από 10 (48,6%) ή από 5 έως 10 (21,7%) ή από 1 έως 5 (21,6%) και λίγοι εργαζόμενοι προσελήφθηκαν την προηγούμενη χρονιά, ώστε να εργάζονται στην

επιχείρηση λιγότερο από 1 έτος (8%). Στο Σχήμα 5.3 παρουσιάζεται η κατανομή των ετών εργασίας στην επιχείρηση του δείγματος, με μέση τιμή τα 13 έτη και εύρος 1 μήνα έως 40 έτη.

Ακόμα, η τήρηση των τυπικών 40 εβδομαδιαίων ωρών εργασίας εφαρμόζεται από σημαντικό ποσοστό εργαζομένων (56,4%), ωστόσο σημαντικό ποσοστό του δείγματος της μελέτης εργάζεται περισσότερες από 40 ώρες ανά εβδομάδα (34,2%) και μικρό ποσοστό εργάζεται λιγότερες από 40 ώρες ανά εβδομάδα (9,4%). Στο Σχήμα 5.4 παρουσιάζεται η κατανομή των εβδομαδιαίων ωρών εργασίας του δείγματος, με μέση τιμή τις 42 ώρες και εύρος 4 έως 100 ώρες.

Σχετικά με τις βάρδιες στις οποίες απασχολούνται οι εργαζόμενοι του δείγματος της μελέτης, αυτές κατά κύριο λόγο αφορούν σε πρωινό ωράριο (72,9%) και λιγότερο συχνά σε εναλλαγή του ωραρίου ανάλογα με τις απαιτήσεις του εργοδότη (14,2%) ή σε κυλιόμενο ωράριο, συμπεριλαμβανομένης της νυχτερινής εργασίας (9%), ή σε σπαστό (2,2%) ή σε απογευματινό ωράριο (1,7%). Μικρό ποσοστό των εργαζομένων έχει και δεύτερη εργασία (5,7%), ενώ σε σχέση με το απουσιασμό από την εργασία για λόγους υγείας, φαίνεται ότι οι περισσότεροι εργαζόμενοι του δείγματος δεν έλειψαν ούτε μια ημέρα (66,3%). Από τους εργαζόμενους που ανέφεραν απουσιασμό κατά το τρέχον έτος, οι περισσότεροι έλειψαν 1 έως 3 ημέρες (1,3%) και 4 έως 10 ημέρες (10,2%), ενώ λιγότεροι έλειψαν 11 έως 15 ημέρες (1,7) ή περισσότερο από 15 ημέρες (3,6%). Στο Σχήμα 5.5 παρουσιάζεται η κατανομή του απουσιασμού του δείγματος, με μέση τιμή τις 2 ημέρες και εύρος 0 έως 60 ημέρες.

Η πλειονότητα των εργαζομένων του δείγματος της μελέτης είχαν μόνιμη σύμβαση εργασίας (85,8%), ενώ σε σχέση με το βαθμό στον οποίο οι εργαζόμενοι αισθάνονται ότι έχουν επηρεαστεί από την οικονομική κρίση, η πλειοψηφία τους αναφέρει ότι έχει επηρεαστεί είτε άμεσα, λόγω αλλαγών στις συνθήκες εργασίας (58,3%) είτε έμμεσα λόγω μη εργασιακών λόγων (34,8%), ενώ λίγοι ανέφεραν ότι δεν έχουν επηρεαστεί καθόλου (5,3%) ή ότι η επιχείρηση που εργάζονται αντιμετωπίζει προβλήματα που δεν έχουν ακόμα επηρεάσει τους ίδιους (1,5).

Πίνακας 5.1

Δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά του δείγματος της μελέτης (n=604)

Κατηγορικές μεταβλητές	Κατηγορίες	Απόλυτη συχνότητα	Σχετική συχνότητα %	Έγκυρη συχνότητα %
Ηλικία	<30	56	9,3	9,7
	>30	523	86,6	90,3
Τόπος γέννησης	Ελλάδα	443	73,3	95,4
	Εξωτερικό	28	4,6	4,6
Εθνικότητα	Ελληνική	588	97,4	98,7
	Άλλη	8	1,3	1,3
Φύλο	Άνδρας	393	65,1	65,5
	Γυναίκα	207	34,3	34,5
Οικογενειακή κατάσταση	Έγγαμος/η	364	60,3	61,1
	Διαζευγμένος/η	36	6	6
	Άγαμος/η	193	32,0	32,4
	Χήρος/α	3	0,5	0,5
Έτη στην επιχείρηση	<1	47	7,8	8
	1-5	126	20,9	21,6
	5-10	127	21,0	21,7

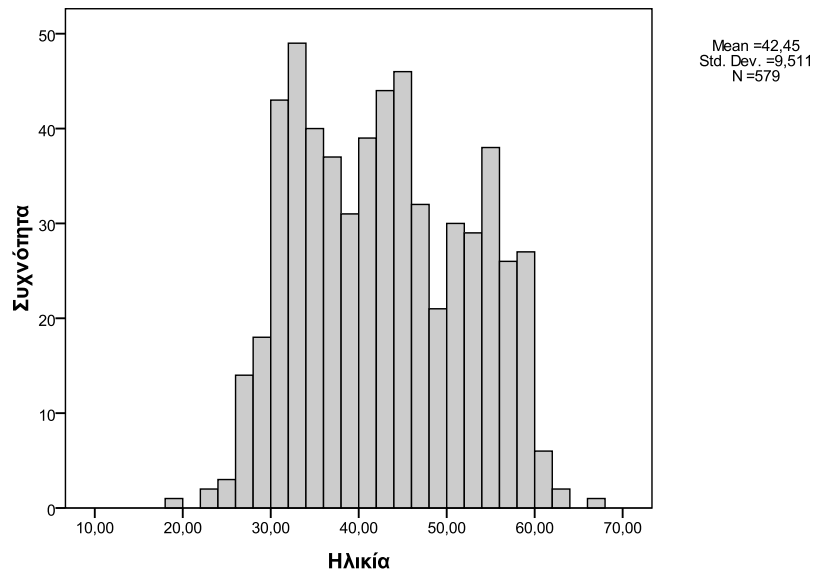
	>10	284	47	48,6
Επίπεδο εκπαίδευσης	Δημοτικό	7	1,2	1,2
	Γυμνάσιο	16	2,6	2,7
	Λύκειο	210	34,8	34,9
	ΑΕΙ/ΤΕΙ	255	42,2	42,4
	MSc/PhD	113	18,7	18,8
Επάγγελμα	White collar	437	72,4	76,8
	Blue collar	132	21,9	23,2
Τομέας	Ιδιωτικός	407	67,5	67,5
	Δημόσιος	196	32,5	32,5
Σχέση επαγγέλματος με σπουδές	Όχι	187	31	31,8
	Ναι	401	66,4	68,2
Εβδομαδιαίες ώρες εργασίας	<40	55	9,1	9,4
	40	331	54,8	56,4
	>40	201	33,3	34,2
Απουσιασμός	0	391	64,7	66,3
	1-3	108	17,9	18,3
	4-10	60	9,9	10,2
	11-15	10	1,7	1,7

	>16	21	3,5	3,6
Πρόγραμμα βαρδιών	πρωινή	436	72,2	72,9
	κυλιόμενο- βραδινή	54	8,9	9
	απογευματινή	10	1,7	1,7
	σπαστό	13	2,2	2,2
	εναλλαγή ανάλογα με απαιτήσεις	85	14,1	14,2
Δεύτερη δουλειά	Όχι	563	93,2	94,3
	Ναι	34	5,6	5,7
Σύμβαση εργασίας	Μόνιμη	514	85,1	85,8
	Προσωρινή	85	14,1	14,2
Επίδραση οικονομικής κρίσης	Όχι	25	4,1	5,3
	Η επιχείρηση που εργάζομαι έχει επηρεαστεί, αλλά όχι εγώ	7	1,2	1,5
	Ναι, λόγω παραγόντων εκτός της εργασίας μου	163	27	34,8

	Ναι, λόγω παραγόντων της εργασίας μου (αλλαγές σε μισθό, ωράριο, κτλ.)	273		45,2	58,3
Συνεχείς μεταβλητές	N	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
Ηλικία	579	19	67	42,45	9,51
Έτη παραμονής μεταναστών στη χώρα	16	0	42	17,69	12,4
Ηλικία πρώτης εργασίας	583	11	48	20,7	4,2
Έτη στην επιχείρηση	584	0,1	40	13,22	10,31
Εβδομαδιαίες ώρες εργασίας	587	4	100	41,86	8,99
Απουσιασμός τον τελευταίο χρόνο	590	0	60	2,17	5,71

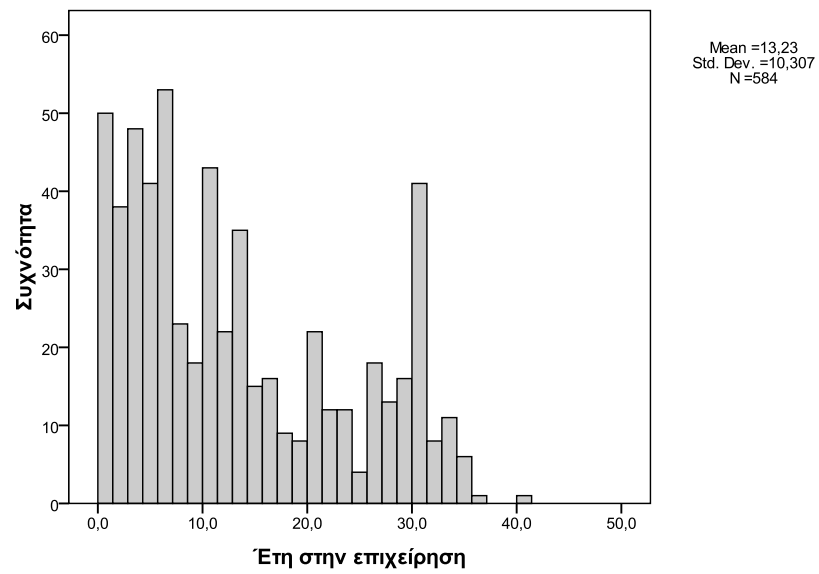
Σχήμα 5.1

Κατανομή συχνοτήτων ηλικίας



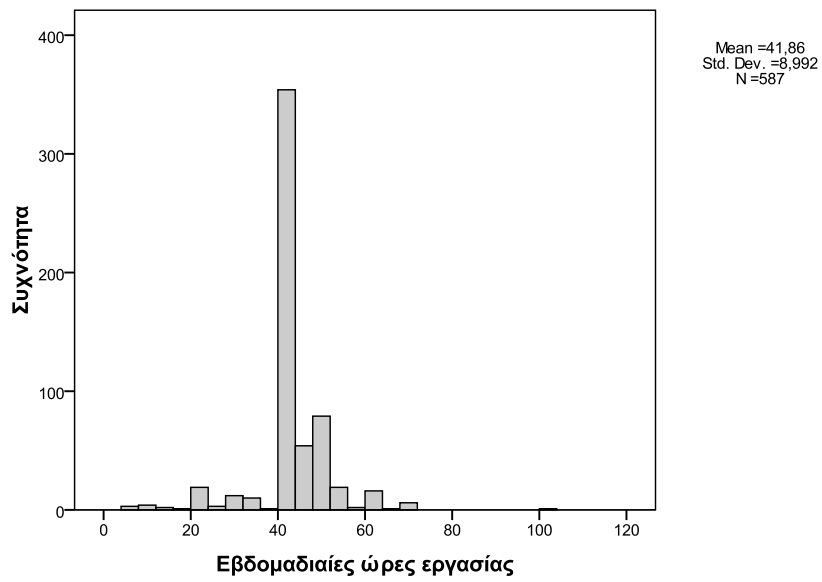
Σχήμα 5.2

Κατανομή ετών εργασίας στην επιχείρηση



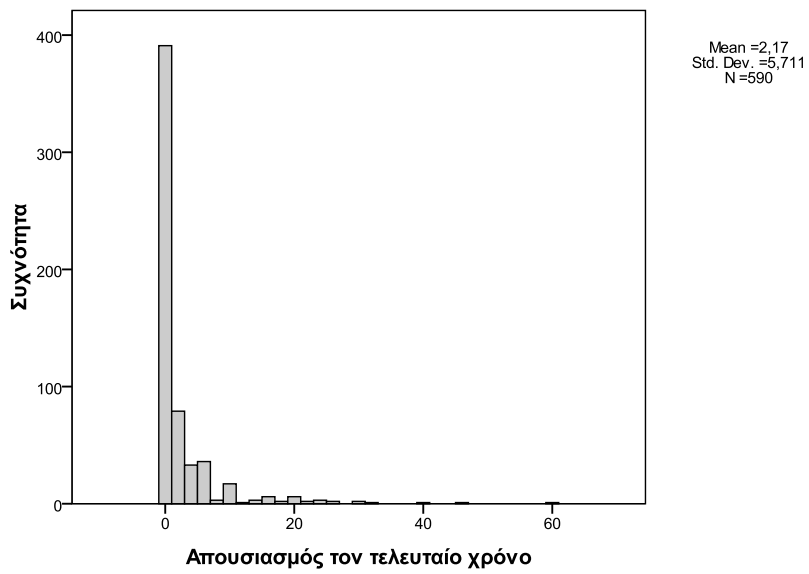
Σχήμα 5.3

Κατανομή εβδομαδιαίων ωρών εργασίας



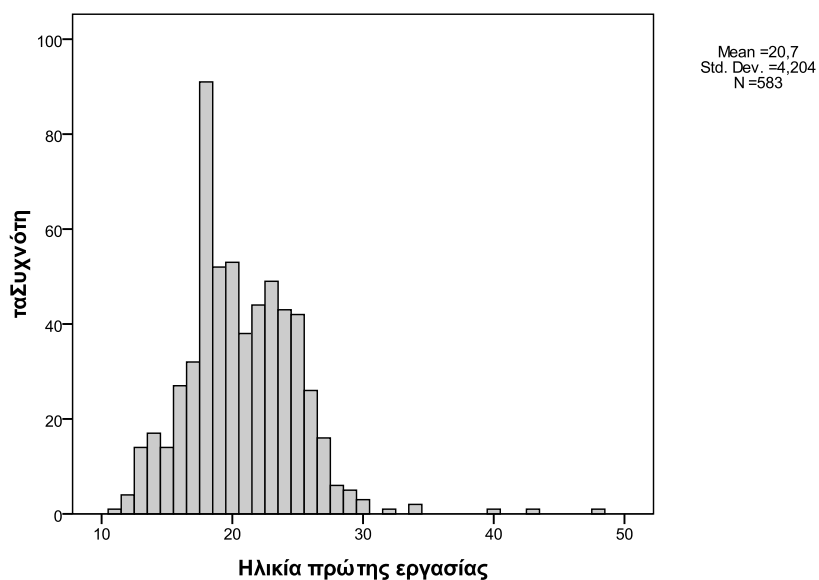
Σχήμα 5.4

Κατανομή απουσιασμού



Σχήμα 5.5

Κατανομή ηλικίας κατά την πρώτη εργασία



5.2 Περιγραφική ανάλυση των παραμέτρων της εργασιακής αβεβαιότητας

Στον Πίνακα 5.2 παρουσιάζονται αναλυτικά οι απαντήσεις των εργαζομένων σε κάθε μια από τις 27 ερωτήσεις του ερωτηματολογίου Εργασιακής Αβεβαιότητας EPRES, με παρουσίαση απόλυτης, της σχετικής και της έγκυρης συχνότητας.

Πίνακας 5.2

Απαντήσεις στο ερωτηματολόγιο Εργασιακής Αβεβαιότητας EPRES

Αρ	Ερώτηση	Κατηγορίες απαντήσεων	Απόλυτη συχνότητα	Σχετική Συχνότητα %	Έγκυρη συχνότητα %
1	Τι είδους σχέση έχετε με την εταιρία στην οποία έχετε προσληφθεί;	Είμαι μόνιμος ιδιωτικός υπάλληλος (σύμβαση αορίστου χρόνου)	343	56,8	57,3

		Είμαι μόνιμος δημόσιος υπάλληλος (ΝΠΔΔ, ΔΕΚΟ κτλ.)	171	28,3	28,5
		Έχω σύμβαση ορισμένου χρόνου	72	11,9	12,0
		Έχω σύμβαση έργου ή παροχής υπηρεσιών	13	2,2	2,2
2	Ποια είναι η διάρκεια της παρούσας σύμβασης;	Μόνιμος	502	83,1	83,1
		Μικρότερη των 15 ημερών	22	3,6	3,6
		Από 15 ημέρες έως λιγότερο από 1 μήνα	32	5,3	5,3
		Από ένα μήνα έως λιγότερο από 3 μήνες	32	5,3	5,3
		Από 3 μήνες έως λιγότερο από 6 μήνες	16	2,6	2,6
3	Κατά τη διάρκεια του τελευταίου έτους πόσο χρόνο έχετε εργαστεί συνολικά με σύμβαση ορισμένου χρόνου;	Κατά τη διάρκεια του τελευταίου έτους δεν έχω εργαστεί με σύμβαση ορισμένου χρόνου	469	77,6	82
		Λιγότερο από 1 μήνα	4	0,7	0,7
		Από 1 μήνα έως λιγότερο από 2 μήνες	5	0,8	0,9

		Από 2 μήνες έως λιγότερο από 3 μήνες	12	2	2,1
		Από 3 μήνες έως λιγότερο από 6 μήνες	82	13,6	14,3
4α	Πώς καθορίστηκε το ωράριο εργασίας;	Συλλογική σύμβαση εργασίας	320	53	57,6
		Ατομική/επιχειρησιακή σύμβαση	186	30,8	33,5
		Δε γνωρίζω	50	8,3	9
4β	Πώς καθορίστηκαν οι εβδομαδιαίες ώρες εργασίας;	Συλλογική σύμβαση εργασίας	318	52,6	57,6
		Ατομική/επιχειρησιακή σύμβαση	182	30,1	33
		Δε γνωρίζω	52	8,6	9,4
4γ	Πώς καθορίστηκε ο μισθός που λαμβάνετε;	Συλλογική σύμβαση εργασίας	290	48	52,3
		Ατομική/επιχειρησιακή σύμβαση	214	35,4	38,6
		Δε γνωρίζω	50	8,3	9
5α	Διστάζετε να αξιώσετε καλύτερες συνθήκες εργασίας;	Ποτέ	104	17,2	17,7
		Σπάνια	170	28,1	29
		Μερικές φορές	191	31,6	32,6
		Πολλές φορές	98	16,2	16,7

		Πάντα	23	3,8	3,9
5β	Αισθάνεστε ανυπεράσπιστος/η απέναντι στην άδικη συμπεριφορά από ανωτέρους σας;	Ποτέ	130	21,5	21,8
		Σπάνια	194	32,1	32,6
		Μερικές φορές	150	24,8	25,2
		Πολλές φορές	84	13,9	14,1
		Πάντα	37	6,1	6,2
5γ	Ανησυχείτε ότι θα σας απολύσουν εάν δεν κάνετε αυτό που σας ζητούν;	Ποτέ	157	26	26,4
		Σπάνια	191	31,6	32,2
		Μερικές φορές	134	22,2	22,6
		Πολλές φορές	75	12,4	12,6
		Πάντα	37	6,1	6,2
5δ	Αισθάνεστε ότι σας συμπεριφέρονται με διακρίσεις και άδικα;	Ποτέ	177	29,3	29,7
		Σπάνια	203	33,6	34,1
		Μερικές φορές	112	18,5	18,8
		Πολλές φορές	76	12,6	12,8
		Πάντα	27	4,5	4,5
5ε	Νιώθετε ότι σας συμπεριφέρονται με τρόπο αυταρχικό και βίαιο;	Ποτέ	345	57,1	58,1
		Σπάνια	153	25,3	25,8
		Μερικές φορές	60	9,9	10,1

		Πολλές φορές	18	3	3
		Πάντα	18	3	3
5στ	Αισθάνεστε ότι μπορεί εύκολα να αντικατασταθείτε;	Ποτέ	63	10,4	10,6
		Σπάνια	190	31,5	32
		Μερικές φορές	169	28	28,5
		Πολλές φορές	100	16,6	16,8
		Πάντα	72	11,9	12,1
6	Ο τωρινός σας μισθός επιτρέπει να καλύψετε τις βασικές σας ανάγκες;	Πάντα	109	18	18,1
		Πολλές φορές	168	27,8	28
		Μερικές φορές	181	30	30,1
		Σπάνια	79	13,1	13,1
		Ποτέ	64	10,6	10,6
7	Ο τωρινός σας μισθός επιτρέπει να καλύψετε απρόβλεπτα σημαντικά έξοδα;	Πάντα	12	2	2
		Πολλές φορές	78	12,9	13
		Μερικές φορές	164	27,2	27,3
		Σπάνια	152	25,2	25,3
		Ποτέ	195	32,3	32,4
8	Κατά μέσο όρο, ποιος είναι ο καθαρός μηνιαίος μισθός σας	300€ ή λιγότερα	10	1,7	2,1
		Μεταξύ 301€ και 451€	18	3	3,8

	(στο χέρι, μετά τις παρακρατήσεις) τους τελευταίους 3 μήνες;	Μεταξύ 452€ και 601€	16	2,6	3,4
		Μεταξύ 602€ και 751€	34	5,6	7,2
		Μεταξύ 752€ και 902€	86	14,2	18,2
		Μεταξύ 903€ και 1202€	149	24,7	31,5
		Μεταξύ 1203€ και 1503€	67	11,1	14,2
		Μεταξύ 1504€ και 1803€	48	7,9	10,1
		Μεταξύ 1804€ και 2104€	15	2,5	3,2
		Μεταξύ 2105€ και 2405€	13	2,2	2,7
		Πάνω από 2405€	17	2,8	3,6
9α	Έχετε ως παροχή κανονική άδεια;	Ναι	566	93,7	96,6
		Όχι	9	1,5	1,5
		Δε γνωρίζω	11	1,8	1,9
9β	Έχετε ως παροχή ασφάλιση συνταξιοδότησης;	Ναι	514	85,1	88,6
		Όχι	27	4,5	4,7
		Δε γνωρίζω	39	6,5	6,7
9γ	Έχετε ως παροχή αποζημίωση απόλυσης;	Ναι	462	76,5	80,2
		Όχι	33	5,5	5,7

		Δε γνωρίζω	81	13,4	14,1
9δ	Έχετε ως παροχή άδεια μητρότητας/πατρότητας;	Ναι	427	70,7	75
		Όχι	44	7,3	7,7
		Δε γνωρίζω	98	16,2	17,2
9ε	Έχετε ως παροχή άδεια για προσωπικούς/οικογενειακούς λόγους;	Ναι	451	74,7	78,4
		Όχι	28	4,6	4,9
		Δε γνωρίζω	96	15,9	16,7
9στ	Έχετε ως παροχή εβδομαδιαίες ημέρες ρεπό	Ναι	353	58,4	61,9
		Όχι	169	28	29,6
		Δε γνωρίζω	48	7,9	8,4
9ζ	Έχετε ως παροχή επίδομα ανεργίας	Ναι	376	62,3	67
		Όχι	60	9,9	10,7
		Δε γνωρίζω	125	20,7	22,3
10α	Μπορείτε να πάρετε τις εβδομαδιαίες ημέρες ρεπό;	Ποτέ	216	35,8	38,1
		Σπάνια	122	20,2	21,5
		Μερικές φορές	88	14,6	15,5
		Πολλές φορές	67	11,1	11,8
		Πάντα	74	12,3	13,1
10β	Μπορείτε να πάρετε αναρρωτική άδεια;	Ποτέ	256	42,4	43,5
		Σπάνια	139	23	23,6

		Μερικές φορές	78	12,9	13,3
		Πολλές φορές	67	11,1	11,4
		Πάντα	48	7,9	8,2
10γ	Μπορείτε να πάτε στο γιατρό όταν χρειάζεται;	Ποτέ	282	46,7	47,9
		Σπάνια	138	22,8	23,4
		Μερικές φορές	82	13,6	13,9
		Πολλές φορές	49	8,1	8,3
		Πάντα	38	6,3	6,5
10δ	Μπορείτε να κάνετε διακοπές;	Ποτέ	153	25,3	26
		Σπάνια	170	28,1	28,9
		Μερικές φορές	139	23	23,6
		Πολλές φορές	77	12,7	13,1
		Πάντα	50	8,3	8,5
10ε	Μπορείτε να ζητήσετε μία ημέρα άδειας για οικογενειακούς λόγους;	Ποτέ	260	43	44
		Σπάνια	147	24,3	24,9
		Μερικές φορές	83	13,7	14
		Πολλές φορές	66	10,9	11,2
		Πάντα	35	5,8	5,9

Όπως αναφέρθηκε, οι ερωτήσεις του ερωτηματολογίου Εργασιακής Αβεβαιότητας EPRES συγκροτούν 6 υποκλίμακες, οι οποίες απαρτίζουν την εργασιακή αβεβαιότητα. Οι συνοπτικοί δείκτες των 6 αυτών υποκλιμάκων, δηλαδή της «προσωρινότητας», της «αποδυνάμωσης», της «τρωτότητας», των «μισθών», των «δικαιωμάτων», της «άσκησης δικαιωμάτων», καθώς και ο συνολικός συνοπτικός δείκτης «συνολική εργασιακή αβεβαιότητα» παρουσιάζονται στον Πίνακα 5.3, ενώ στα σχήματα από 5.6 έως 5.12 παρουσιάζεται η κατανομή των συνοπτικών δεικτών κάθε υποκλίμακας, καθώς και του συνολικού συνοπτικού δείκτη της «συνολικής εργασιακής αβεβαιότητας».

Σε όλα τα σχήματα εμφανίζεται και η καμπύλη της κανονικής κατανομής. Από τον πίνακα 5.3 φαίνεται ότι τα μεγαλύτερα σκορ, δηλαδή η υψηλότερη εργασιακή αβεβαιότητα στο δείγμα της μελέτης, καταγράφεται στις υποκλίμακες «μισθοί», «τρωτότητα» και «άσκηση δικαιωμάτων», ενώ η υποκλίμακα «αποδυνάμωση» είναι σε μέσο σημείο και οι υποκλίμακες «προσωρινότητα» και «δικαιώματα» είναι στο χαμηλότερο σημείο.

Πίνακας 5.3

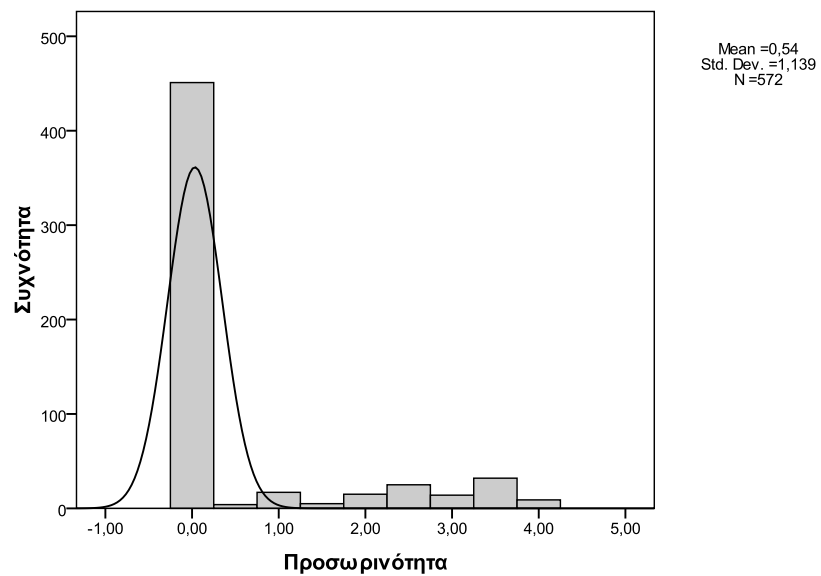
Περιγραφική στατιστική ανάλυση των υποκλιμάκων και του συνολικού συνοπτικού δείκτη του ερωτηματολογίου Εργασιακής Αβεβαιότητας EPRES

Συνοπτικοί δείκτες EPRES	Μέγεθος δείγματος (n)	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
Προσωρινότητα	572	0	4	0,54	1,14
Αποδυνάμωση	550	0	4	1,07	1,25
Τρωτότητα	583	0	4	1,39	0,8
Μισθοί	473	0	4	2,1	0,87
Δικαιώματα	551	0	4	0,7	0,8

Άσκηση δικαιωμάτων	564	0	4	1,24	1,08
Συνολική εργασιακή αβεβαιότητα	362	0,46	2,69	1,54	0,41

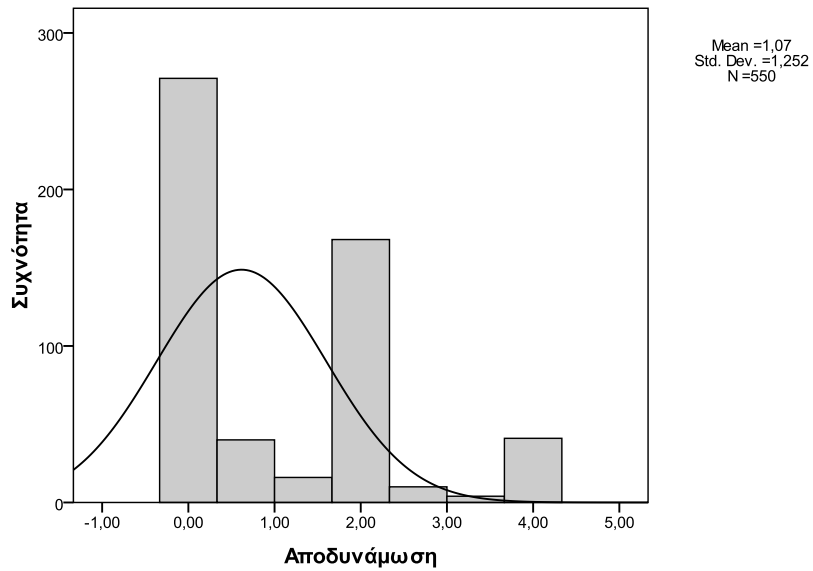
Σχήμα 5.6

Κατανομή τιμών του συνοπτικού δείκτη «προσωρινότητα» του ερωτηματολογίου Εργασιακής Αβεβαιότητας EPRES και εμφάνιση της καμπύλης κανονικής κατανομής



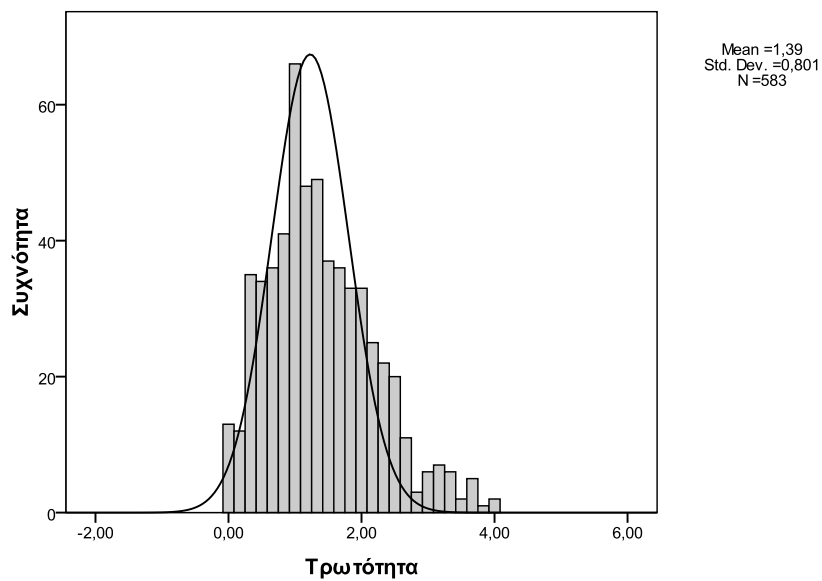
Σχήμα 5.7

Κατανομή τιμών του συνοπτικού δείκτη «αποδυνάμωση» του ερωτηματολογίου Εργασιακής Αβεβαιότητας EPRES και εμφάνιση της καμπύλης κανονικής κατανομής



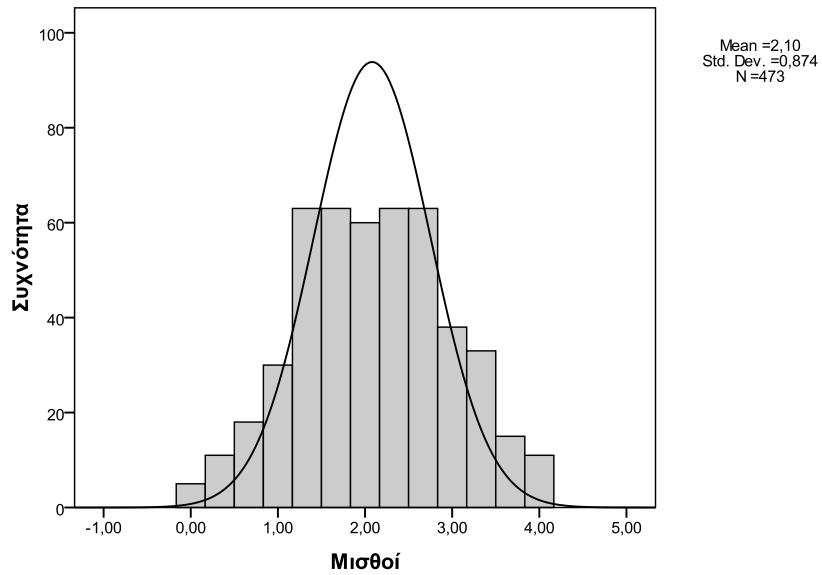
Σχήμα 5.8

Κατανομή τιμών του συνοπτικού δείκτη «τρωτότητα» του ερωτηματολογίου Εργασιακής Αβεβαιότητας EPRES και εμφάνιση της καμπύλης κανονικής κατανομής



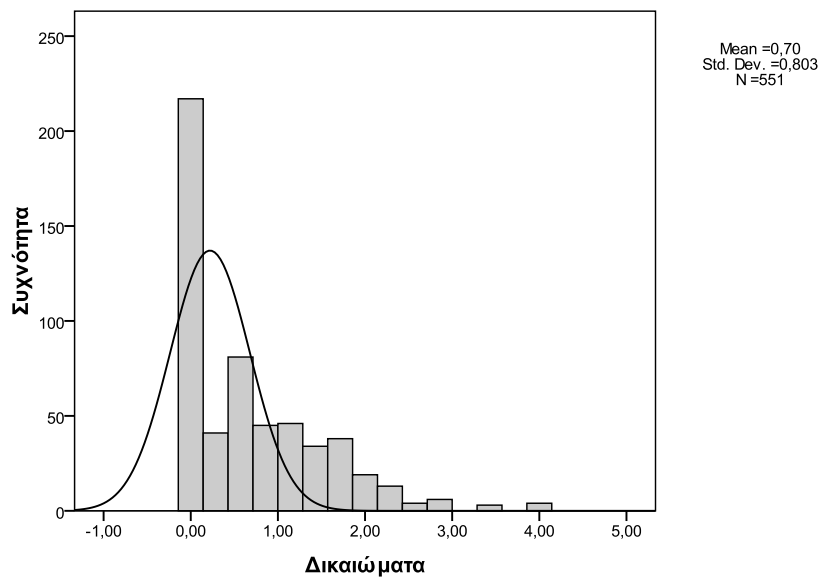
Σχήμα 5.9

Κατανομή τιμών του συνοπτικού δείκτη «μισθοί» του ερωτηματολογίου Εργασιακής Αβεβαιότητας EPRES και εμφάνιση της καμπύλης κανονικής κατανομής



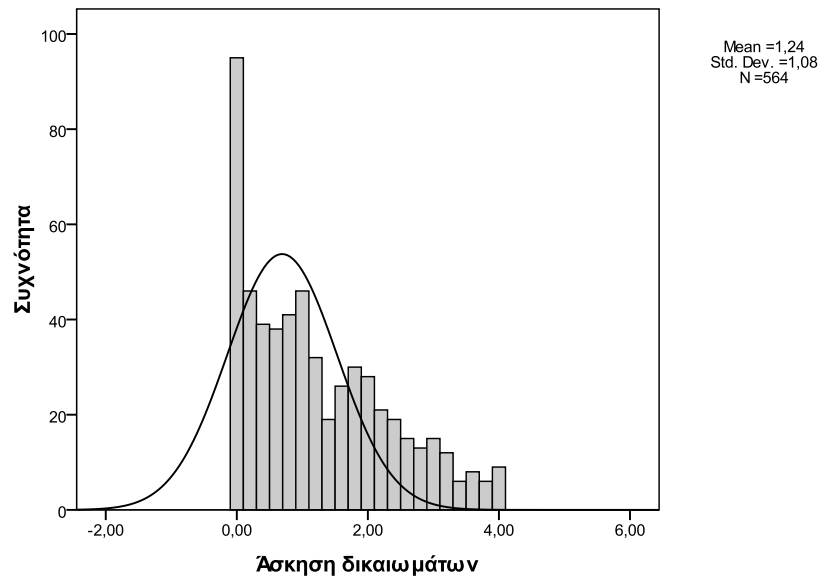
Σχήμα 5.10

Κατανομή τιμών του συνοπτικού δείκτη «δικαιώματα» του ερωτηματολογίου Εργασιακής Αβεβαιότητας EPRES και εμφάνιση της καμπύλης κανονικής κατανομής



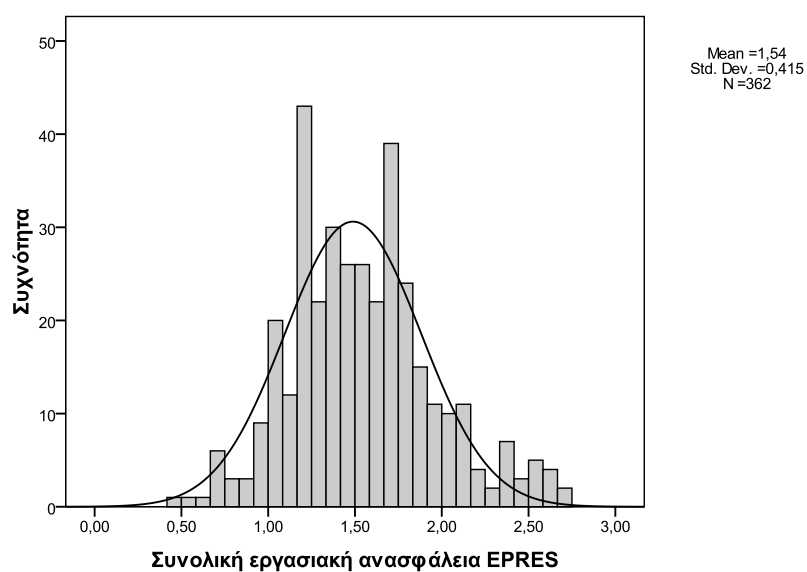
Σχήμα 5.11

Κατανομή τιμών του συνοπτικού δείκτη «άσκηση δικαιωμάτων» του ερωτηματολογίου Εργασιακής Αβεβαιότητας EPRES και εμφάνιση της καμπύλης κανονικής κατανομής



Σχήμα 5.12

Κατανομή τιμών του συνοπτικού δείκτη «συνολική εργασιακή αβεβαιότητα» του ερωτηματολογίου Εργασιακής Αβεβαιότητας EPRES και εμφάνιση της καμπύλης κανονικής κατανομής



Συμπερασματικά, στην παρούσα μελέτη η μέση τιμή της «συνολικής εργασιακής αβεβαιότητας» ήταν $\bar{x}=1,54\pm 0,41$. Σε σχέση με τις υποκλίμακες της εργασιακής αβεβαιότητας, ο συνοπτικός δείκτης για την «προσωρινότητα» ήταν $\bar{x}=0,54\pm 1,14$, ο συνοπτικός δείκτης για την «αποδυνάμωση» ήταν $\bar{x}=1,07\pm 1,25$, ο συνοπτικός δείκτης για την «τρωτότητα» ήταν $\bar{x}=1,39\pm 0,8$, ο συνοπτικός δείκτης για τους «μισθούς» ήταν $\bar{x}=2,1\pm 0,87$, ο συνοπτικός δείκτης για τα «δικαιώματα» ήταν $\bar{x}=0,7\pm 0,8$ και ο συνοπτικός δείκτης για την «άσκηση δικαιωμάτων» ήταν $\bar{x}=1,24\pm 1,08$.

Αν ληφθεί υπόψη ότι οι τιμές 0 έως 1 ορίζουν τα χαμηλά επίπεδα εργασιακής αβεβαιότητας, οι τιμές 1 έως 2 ορίζουν τα μέτρια επίπεδα εργασιακής αβεβαιότητας και οι τιμές 2 έως 4 ορίζουν τα ακραία επίπεδα εργασιακής αβεβαιότητας, τότε χαμηλά επίπεδα εργασιακής αβεβαιότητας δήλωσαν οι εργαζόμενοι του δείγματος της μελέτης μόνο σε δύο υποκλίμακες, αυτές της «προσωρινότητας» και των «δικαιωμάτων». Οι εργαζόμενοι δήλωσαν μέτρια εργασιακή αβεβαιότητα όσον αφορά την «αποδυνάμωση», την «τρωτότητα» και την «άσκηση δικαιωμάτων» και υψηλή εργασιακή αβεβαιότητα όσον αφορά τους «μισθούς». Η «συνολική εργασιακή αβεβαιότητα» στους εργαζόμενους του δείγματος της μελέτης χαρακτηρίζεται ως μετρίου βαθμού.

5.3 Περιγραφική ανάλυση των παραμέτρων του επαγγελματικού στρες

Στον Πίνακα 5.4 παρουσιάζονται αναλυτικά οι απαντήσεις των εργαζομένων του δείγματος της μελέτης σε κάθε μια από τις 49 ερωτήσεις του ερωτηματολογίου Επαγγελματικού Στρες OSQ, με παρουσίαση της απόλυτης, της σχετικής και της έγκυρης συχνότητας.

Πίνακας 5.4

Απαντήσεις στο ερωτηματολόγιο Επαγγελματικού Στρες OSQ

Αρ	Ερώτηση	Κατηγορίες απαντήσεων	Απόλυτη συχνότητα	Σχετική συχνότητα %	Έγκυρη συχνότητα %
1	Στην εργασία σας, μπορείτε να επηρεάσετε ζητήματα που σας αφορούν;	πάρα πολύ	62	10,3	10,5
		αρκετά	256	42,4	43,2
		κάπως	178	29,5	30,1
		πολύ λίγο	68	11,3	11,5
		καθόλου	28	4,6	4,7
2	Μπορείτε να αποφασίσετε το ρυθμό της εργασίας σας εσείς ο ίδιος;	πάντοτε	76	12,6	12,7
		σχετικά συχνά	226	37,4	37,7
		κάποιες φορές	178	29,5	29,7
		σχετικά σπάνια	71	11,8	11,8
		ποτέ	49	8,1	8,2
3	Στην εργασία σας, μπορείτε να αισθανέστε ότι στ' αλήθεια επιτυγχάνετε κάτι;	πάντα	99	16,4	16,6
		συχνά	317	52,5	53,1
		μερικές φορές	148	24,5	24,8
		σπάνια	28	4,6	4,7
		ποτέ	5	0,8	0,8

4	Πόσο αυτόνομη είναι η εργασία σας;	πολύ αυτόνομη	41	6,8	6,9
		σχετικά αυτόνομη	184	30,5	31
		ούτε αυτόνομη ούτε εξαρτημένη	179	29,6	30,2
		σχετικά εξαρτημένη	118	19,5	19,9
		πολύ εξαρτημένη	71	11,8	12
5	Πως τα πηγαίνουν μεταξύ τους οι συνάδελφοί σας στο χώρο εργασίας σας;	πολύ καλά	124	20,5	20,7
		αρκετά καλά	270	44,7	45,1
		ούτε καλά ούτε άσχημα	95	15,7	15,9
		υπάρχουν μερικά προβλήματα	104	17,2	17,4
		άσχημα (ένταση, καυγάδες, κλπ.)	6	1,0	1,0
6	Οι συνάδελφοί σας παρέχουν βοήθεια και υποστήριξη όταν χρειάζεται;	πάρα πολύ	177	29,3	29,6
		αρκετά	282	46,7	47,2
		κάπως	94	15,6	15,7
		λίγο	29	4,8	4,9
		πολύ λίγο	15	2,5	2,5

7	Η εργασιακή σας κοινότητα εκτιμά την εργασία σας;	πάρα πολύ	126	20,9	21,1
		σχετικά πολύ	301	49,8	50,5
		κάπως	140	23,2	23,5
		σχετικά λίγο	23	3,8	3,9
		καθόλου	6	1	1
8	Θεωρείτε την εργασία σας σημαντική και με νόημα;	πολύ σημαντική	325	53,8	54,5
		σχετικά σημαντική	208	34,4	34,9
		κάπως σημαντική	38	6,3	6,4
		όχι πολύ σημαντική	23	3,8	3,9
		καθόλου σημαντική	2	0,3	0,3
9	Η οικογένεια σας (οι κοντινοί σας άνθρωποι) εκτιμά την εργασία σας;	δεν έχω οικογένεια	11	1,8	1,8
		πάρα πολύ	382	63,3	64,1
		σχετικά πολύ	168	27,8	28,1
		κάπως	29	4,8	4,9
		σχετικά λίγο	5	0,8	0,8
		καθόλου	2	0,3	0,3

10	Τεταμένη, ανταγωνιστική και εγωιστική	Συμφωνώ απολύτως	34	5,6	5,7
		Συμφωνώ σε κάποιο βαθμό	164	27,2	27,7
		Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	114	18,9	19,2
		Διαφωνώ σε κάποιο βαθμό	134	22,2	22,6
		Διαφωνώ απολύτως	147	24,3	24,8
11	Ενθαρρυντική και υποστηρικτική σε νέες ιδέες	Συμφωνώ απολύτως	129	21,4	21,8
		Συμφωνώ σε κάποιο βαθμό	230	38,1	38,9
		Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	161	26,7	27,2
		Διαφωνώ σε κάποιο βαθμό	54	8,9	9,1
		Διαφωνώ απολύτως	18	3	3
12	Ψυχολογική βία σημαίνει συνεχής, επαναλαμβανόμενος εκφοβισμός, καταπιεστική ή	ποτέ	346	57,3	58,1
		ναι στο παρόν	70	11,6	11,7
		ναι παλαιότερα, αλλά όχι πια	180	29,8	30,2

	προσβλητική μεταχείριση. Έχετε στο παρελθόν ή στο παρόν αισθανθεί ότι είστε το υποκείμενο ψυχολογικής βίας και εκφοβισμού στην εργασία σας;				
13	Η κατανομή της εργασίας είναι δίκαιη στο τμήμα εργασίας σας;	αρκετά δίκαιη	230	38,1	38,5
		σχετικά δίκαιη	208	34,4	34,8
		ούτε δίκαιη ούτε άδικη	91	15,1	15,2
		σχετικά άδικη	55	9,1	9,2
		πολύ άδικη	13	2,2	2,2
14	Πως συμπεριφέρεται ο προϊστάμενός σας στους εργαζόμενους;	πολύ ισότιμα	220	36,4	36,8
		σχετικά ισότιμα	257	42,5	43
		ούτε ισότιμα ούτε ανισότιμα	67	11,1	11,2
		σχετικά ανισότιμα	41	6,8	6,9
		πολύ ανισότιμα	13	2,2	2,2
15	Ο προϊστάμενός σας, σας παρέχει βοήθεια και υποστήριξη όταν χρειάζεται;	πάρα πολύ	251	41,6	42,2
		σχετικά πολύ	182	30,1	30,6
		κάπως	115	19	19,3

		σχετικά λίγο	31	5,1	5,2
		πολύ λίγο	16	2,6	2,7
16	Ο προϊστάμενός σας υπολογίζει τις απόψεις σας σε ζητήματα που αφορούν την εργασία σας;	σχεδόν πάντα	232	38,4	38,9
		συχνά	229	37,9	38,4
		κάποιες φορές	103	17,1	17,3
		σπάνια	22	3,6	3,7
		καθόλου	11	1,8	1,8
17	Σας δίνονται επαρκώς ξεκάθαρες οδηγίες για την εργασία σας;	πάντα όταν χρειάζεται	200	33,1	33,7
		γενικά, ναι	249	41,2	41,9
		κάποιες φορές	100	16,6	16,8
		συνήθως όχι	41	6,8	6,9
		ποτέ	4	0,7	0,7
18	Στο χώρο εργασίας μου, οι αποφάσεις παίρνονται βάσει ακριβούς πληροφόρησης	Συμφωνώ απολύτως	161	26,7	27,2
		Συμφωνώ σε κάποιο βαθμό	261	43,2	44
		Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	112	18,5	18,9
		Διαφωνώ σε κάποιο βαθμό	44	7,3	7,4

		Διαφωνώ απολύτως	15	2,5	2,5
19	Οι αποφάσεις που λαμβάνονται στο χώρο εργασίας μου είναι συνεπείς (ίδιοι κανόνες για όλους).	Συμφωνώ απολύτως	201	33,3	33,8
		Συμφωνώ σε κάποιο βαθμό	222	36,8	37,4
		Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	76	12,6	12,8
		Διαφωνώ σε κάποιο βαθμό	68	11,3	11,4
		Διαφωνώ απολύτως	27	4,5	4,5
20	Μπορείτε να χρησιμοποιήσετε τις γνώσεις και τις δεξιότητές σας στην εργασία σας;	πάρα πολύ	238	39,4	40,2
		σχετικά πολύ	235	38,9	39,7
		κάπως	78	12,9	13,2
		σχετικά λίγο	34	5,6	5,7
		πολύ λίγο	7	1,2	1,2
21	Πόσο μονότονη ή με ποικιλία είναι η εργασία σας;	με μεγάλη ποικιλία	149	24,7	25
		με σχετική ποικιλία	239	39,6	40,2
		ούτε με ποικιλία ούτε μονότονη	146	24,2	24,5

		σχετικά μονότονη	48	7,9	8,1
		πολύ μονότονη	13	2,2	2,2
22	Η εργασία σας έχει φάσεις που είναι πολύ δύσκολες;	ποτέ	6	1	1
		σχετικά σπάνια	50	8,3	8,4
		κάποιες φορές	253	41,9	42,4
		σχετικά συχνά	208	34,4	34,9
		συνεχώς	79	13,1	13,3
23	Πόσο συχνά, στο χώρο εργασίας σας, έρχεστε αντιμέτωπος με καταστάσεις, που προκαλούν αρνητικά συναισθήματα όπως αγανάκτηση, μίσος, φόβο ή ντροπή στο μααλό σας;	σπάνια	135	22,4	22,7
		σχετικά σπάνια	136	22,5	22,9
		κάποιες φορές	219	36,3	36,8
		σχετικά συχνά	92	15,2	15,5
		συνεχώς	13	2,2	2,2
24	Χρειάζεται να βιάζεστε για να ολοκληρώσετε την εργασία σας;	ποτέ	22	3,6	3,7
		σχετικά σπάνια	56	9,3	9,4
		κάποιες φορές	272	45	45,7
		σχετικά συχνά	173	28,6	29,1
		συνεχώς	72	11,9	12,1

25	Χρειάζεται να αναστείλετε την εκπλήρωση εργασιών που είναι σε εξέλιξη εξαιτίας άλλων παρεμβάσεων ή για πιο επείγοντα θέματα;	ποτέ	23	3,8	3,9
		σχετικά σπάνια	100	16,6	16,9
		κάποιες φορές	251	41,6	42,4
		σχετικά συχνά	156	25,8	26,4
		συνεχώς	62	10,3	10,5
26	Είναι επαρκής η ροή των πληροφοριών στο εργασιακό σας περιβάλλον;	πολύ επαρκής	121	20	20,4
		σχετικά επαρκής	280	46,4	47,2
		ούτε επαρκής ούτε ανεπαρκής	135	22,4	22,8
		σχετικά ανεπαρκής	51	8,4	8,6
		πολύ ανεπαρκής	6	1	1
27	Παρακαλώ βαθμολογείστε την ποσότητα των συλλογικών συζητήσεων στο χώρο εργασίας σας σε ότι αφορά στα εργασιακά καθήκοντα, τους στόχους και την επίτευξή τους.	πολύ επαρκής	116	19,2	19,6
		σχετικά επαρκής	237	39,2	40
		ούτε επαρκής ούτε ανεπαρκής	138	22,8	23,3
		σχετικά ανεπαρκής	72	11,9	12,2
		πολύ ανεπαρκής	29	4,8	4,9

28	Η εργασία σας έχει ξεκάθαρους στόχους;	πάντα	274	45,4	46,3
		σχετικά συχνά	207	34,3	35
		μερικές φορές	82	13,6	13,9
		σχετικά σπάνια	24	4	4,1
		πολύ σπάνια	5	0,8	0,8
29	Η εργασία σας περιλαμβάνει επικινδυνότητα εξαιτίας της οποίας θα μπορούσατε να προκαλέσετε σε κάποιον άλλον ατύχημα;	356	58,9	60,4	356
		70	11,6	11,9	70
		46	7,6	7,8	46
		47	7,8	8	47
		70	11,6	11,9	70
30	Η εργασία σας περιλαμβάνει επικινδυνότητα εξαιτίας της οποίας θα μπορούσατε να τραυματιστείτε;	ποτέ	203	33,6	34,2
		σπάνια	182	30,1	30,7
		περιστασιακά	64	10,6	10,8
		συχνά	73	12,1	12,3
		συνεχώς	71	11,8	12
31	Στην εργασία σας, μπορεί να καταστρέψετε κατά λάθος κάποιο πολύτιμο εξοπλισμό	ποτέ	124	20,5	20,9
		σπάνια	287	47,5	48,4
		περιστασιακά	79	13,1	13,3
		συχνά	53	8,8	8,9

	ή αποτέλεσμα εργασίας;	συνεχώς	50	8,3	8,4
32	Πιστεύετε ότι το περιβάλλον εργασίας σας είναι ευχάριστο;	πολύ ευχάριστο	143	23,7	24
		σχετικά ευχάριστο	267	44,2	44,9
		ούτε ευχάριστο ούτε δυσάρεστο	143	23,7	24
		σχετικά δυσάρεστο	36	6	6,1
		δυσάρεστο	6	1	1
33	Η εργασία σας είναι απαιτητική πνευματικά;	καθόλου	15	2,5	2,5
		σχετικά ελαφριά	50	8,3	8,5
		κάπως απαιτητική	80	13,2	13,5
		σχετικά απαιτητική	227	37,6	38,4
		πολύ απαιτητική	219	36,3	37,1
34	Η εργασία σας είναι απαιτητική σωματικά;	καθόλου	154	25,5	25,9
		σχετικά ελαφριά	136	22,5	22,9
		κάπως απαιτητική	77	12,7	13
		σχετικά απαιτητική	120	19,9	20,2

		πολύ απαιτητική	107	17,7	18
35	Στρες εννοούμε την κατάσταση κατά την οποία ένα άτομο αισθάνεται ένταση, ανησυχία, νευρικότητα, ή άγχος, ή δεν μπορεί να κοιμηθεί τη νύχτα επειδή το μυαλό του είναι προβληματισμένο όλη την ώρα. Αισθάνεστε αυτό το είδος του στρες αυτές τις μέρες;	καθόλου	89	14,7	15
		μόνο λίγο	137	22,7	23,1
		κάπως	201	33,3	33,8
		σχετικά πολύ	116	19,2	19,5
		πάρα πολύ	51	8,4	8,6
36	Πώς μπορείτε να ανακάμψετε από το φόρτο εργασίας μιας ημέρας μετά από μια εργάσιμη ημέρα ή βάρδια;	πολύ καλά	67	11,1	11,3
		αρκετά καλά	283	46,9	47,6
		κάπως	208	34,4	35
		σχετικά άσχημα	31	5,1	5,2
		πολύ άσχημα	5	0,8	0,8
37	Είμαι ενθουσιώδης με την εργασία μου.	πολύ συχνά (καθημερινά)	136	22,5	22,9
		σχετικά συχνά	254	42,1	42,8
		μερικές φορές	149	24,7	25,1

		σχετικά σπάνια	46	7,6	7,7
		πολύ σπάνια ή ποτέ	9	1,5	1,5
38	Στην εργασία μου αισθάνομαι δυνατός και δραστήριος.	πολύ συχνά (καθημερινά)	212	35,1	35,7
		σχετικά συχνά	269	44,5	45,3
		μερικές φορές	96	15,9	16,2
		σχετικά σπάνια	14	2,3	2,4
		πολύ σπάνια ή ποτέ	3	0,5	0,5
39	Ποιά είναι η κατάσταση της υγείας σας σε σύγκριση με αυτή άλλων ανθρώπων της ηλικίας σας;	πολύ καλή	280	46,4	47,1
		σχετικά καλή	253	41,9	42,6
		μέτρια	47	7,8	7,9
		σχετικά πτωχή	12	2	2
		πολύ πτωχή	2	0,3	0,3
40	Πόσο ικανοποιημένος είστε από την παρούσα εργασία σας;	πολύ ικανοποιημένος	181	30	30,4
		σχετικά ικανοποιημένος	299	49,5	50,3
		ούτε ικανοποιημένος ούτε δυσαρεστημένος	82	13,6	13,8

		σχετικά δυσανεστημένος	27	4,5	4,5
		πολύ δυσανεστημένος	6	1	1
41	Πόσο ικανοποιημένος είστε με την τωρινή σας ζωή;	πολύ ικανοποιημένος	134	22,2	22,6
		σχετικά ικανοποιημένος	303	50,2	51
		ούτε ικανοποιημένος ούτε δυσανεστημένος	114	18,9	19,2
		σχετικά δυσανεστημένος	35	5,8	5,9
		πολύ δυσανεστημένος	8	1,3	1,3
42	Στον στενό σας κύκλο γνωριμιών, υπάρχει κάποιος με τον οποίο μπορείτε να συζητάτε ανοικτά προσωπικά θέματα και προβλήματα;	Όχι	42	7,0	7,1
		ναι	519	85,9	87,2
		δεν μπορώ να πω	34	5,6	5,7
43	Εάν είχατε την ευκαιρία, θα θέλατε να συζητήσετε τα	όχι, δεν θα ήθελα	190	31,5	31,9
		μπορεί να ήθελα	301	49,8	50,6

	προσωπικά σας προβλήματα με έναν ειδικό ψυχικής υγείας;	οπωσδήποτε θα ήθελα	88	14,6	14,8
		δεν μπορώ να πω	16	2,6	2,7
44	Εκσυγχρονισμός μηχανημάτων και εξοπλισμού	ναι, πάρα πολύ	267	44,2	45,2
		σχετικά πολύ	95	15,7	16,1
		σε κάποιο βαθμό	127	21	21,5
		όχι ιδιαίτερα	54	8,9	9,1
		θα ήταν επιζήμιο	1	0,2	0,2
		είναι εντάξει	47	7,8	8
45	Αναδιοργάνωση της εργασίας	ναι, πάρα πολύ	136	22,5	22,9
		σχετικά πολύ	153	25,3	25,8
		σε κάποιο βαθμό	184	30,5	31
		όχι ιδιαίτερα	77	12,7	13
		θα ήταν επιζήμιο	3	0,5	0,5
		ναι, πάρα πολύ	136	22,5	22,9
46	Ανάπτυξη της εσωτερικής συνεργασίας της ομάδας	ναι, πάρα πολύ	173	28,6	29,1
		σχετικά πολύ	174	28,8	29,3
		σε κάποιο βαθμό	157	26	26,4

		όχι ιδιαίτερα	37	6,1	6,2
		θα ήταν επιζήμιο	2	0,3	0,3
		είναι εντάξει	51	8,4	8,6
47	Αύξηση της εκπαίδευσης για τη βελτίωση της δεξιοτεχνίας στα εργασιακά σας καθήκοντα	ναι, πάρα πολύ	216	35,8	36,4
		σχετικά πολύ	132	21,9	22,2
		σε κάποιο βαθμό	158	26,2	26,6
		όχι ιδιαίτερα	49	8,1	8,2
		θα ήταν επιζήμιο	1	0,2	0,2
		είναι εντάξει	38	6,3	6,4
48	Ανάπτυξη εργασιακών μεθόδων (π.χ. ομαδική εργασία)	ναι, πάρα πολύ	193	32	32,5
		σχετικά πολύ	144	23,8	24,3
		σε κάποιο βαθμό	177	29,3	29,8
		όχι ιδιαίτερα	41	6,8	6,9
		θα ήταν επιζήμιο	1	0,2	0,2
		είναι εντάξει	37	6,1	6,2
49	Ανάπτυξη της ηγεσίας	ναι, πάρα πολύ	141	23,3	23,9
		σχετικά πολύ	144	23,8	24,4
		σε κάποιο βαθμό	162	26,8	27,5

	όχι ιδιαίτερα	77	12,7	13,1
	θα ήταν επιζήμιο	4	0,7	0,7
	είναι εντάξει	61	10,1	10,4

Όπως αναφέρθηκε, οι ερωτήσεις του ερωτηματολογίου Επαγγελματικού Στρες OSQ συγκροτούν 4 ευρύτερες διαστάσεις, δηλαδή τους «τροποποιητικούς παράγοντες & εργασιακούς πόρους», την «αντίληψη του περιβάλλοντος», το «στρες & ευεξία» και την «ανάγκη για υποστήριξη & παρεμβάσεις», καθώς και 7 επί μέρους υποκλίμακες, δηλαδή τις «δυνατότητες ελέγχου της εργασίας», τις «κοινωνικές σχέσεις & εκτίμηση», την «ατμόσφαιρα στο χώρο εργασίας», την «ηγεσία & εποπτεία», τις «απαιτήσεις στην εργασία», τους «κινδύνους & περιβάλλον» και την «πίεση εργασίας», οι οποίες απαρτίζουν το «συνολικό επαγγελματικό στρες». Οι συνοπτικοί δείκτες των 4 διαστάσεων και 7 υποκλιμάκων, καθώς και ο συνολικός συνοπτικός δείκτης παρουσιάζονται στον Πίνακα 5.5, ενώ στα σχήματα από 5.13 έως 5.24 παρουσιάζεται η κατανομή των συνοπτικών δεικτών κάθε διάστασης και υποκλίμακας, καθώς και του συνολικού συνοπτικού δείκτη επαγγελματικού στρες.

Πίνακας 5.5

Περιγραφική στατιστική ανάλυση των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου Επαγγελματικού Στρες OSQ

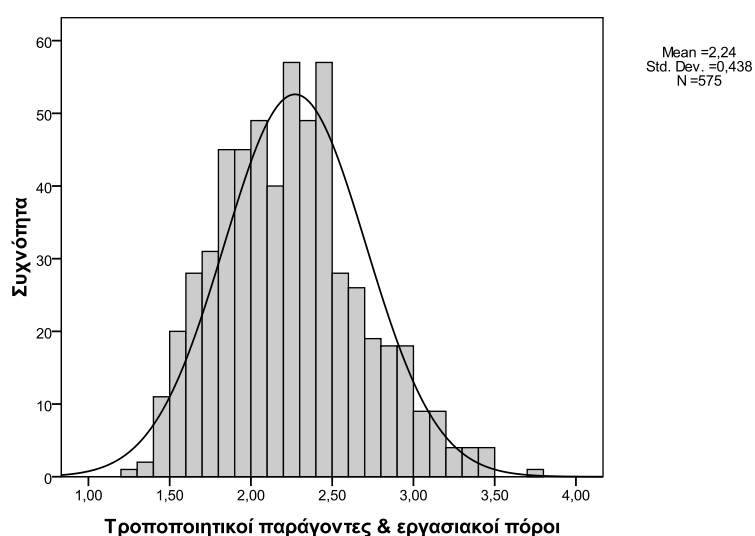
Συνοπτικοί δείκτες OSQ	Μέγεθος δείγματος (N)	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
Τροποποιητικοί παράγοντες & εργασιακοί πόροι	575	1,27	3,73	2,24	0,44

<i>Δυνατότητες ελέγχου εργασίας</i>	588	1	4,75	2,6	0,71
<i>Κοινωνικές σχέσεις & εκτίμηση</i>	595	1	3,60	1,9	0,55
<i>Ατμόσφαιρα στο χώρο εργασίας</i>	587	1	4	2,46	0,51
<i>Ηγεσία & εποπτεία</i>	588	1	4,71	2,01	0,76
<i>Αντίληψη του περιβάλλοντος</i>	575	1,19	4,63	2,74	0,6
<i>Απαιτήσεις εργασίας</i>	582	1,33	4,44	2,58	0,55
<i>Κίνδυνοι & περιβάλλον</i>	588	1	5	2,22	0,96
<i>Πίεση εργασίας</i>	590	1	5	3,41	0,91
<i>Στρες & ευεξία</i>	588	1	4	2,15	0,57
<i>Ανάγκη για υποστήριξη & παρεμβάσεις</i>	586	1	4	2,3	0,63
Συνολικό επαγγελματικό στρες	551	1,27	3,37	2,3	0,39

Σε όλα τα σχήματα εμφανίζεται και η καμπύλη της κανονικής κατανομής. Από τον πίνακα 5.5 φαίνεται ότι τα μεγαλύτερα σκορ, δηλαδή τα υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικού στρες, καταγράφονται στη διάσταση «αντίληψη του περιβάλλοντος», η οποία περιλαμβάνει την υποκλίμακα με τα επίσης υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικού στρες, δηλαδή την «πίεση εργασίας». Οι διαστάσεις «τροποποιητικοί παράγοντες και εργασιακοί πόροι» και «ανάγκη για υποστήριξη & παρεμβάσεις» κινούνται σε ενδιάμεσα επίπεδα, ενώ η διάσταση «στρες και ευεξία» είναι η αυτή με τα χαμηλότερα επίπεδα. Οι υποκλίμακες «δυνατότητες ελέγχου εργασίας», «ατμόσφαιρα στο χώρο εργασίας», «απαιτήσεις εργασίας» και «κίνδυνοι & περιβάλλον» είχαν επίσης σκορ σε μεσαία επίπεδα, ενώ η υποκλίμακα «ηγεσία & εποπτεία» είχε τα χαμηλότερα επίπεδα επαγγελματικού στρες.

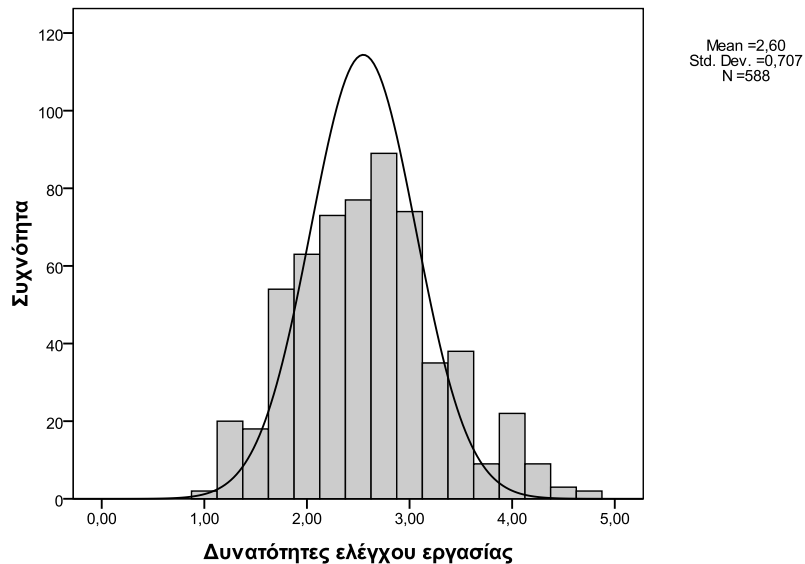
Σχήμα 5.13

Κατανομή τιμών του συνοπτικού δείκτη της διάστασης «τροποποιητικοί παράγοντες & εργασιακοί πόροι» του ερωτηματολογίου Επαγγελματικού Στρες OSQ και εμφάνιση της καμπύλης κανονικής κατανομής



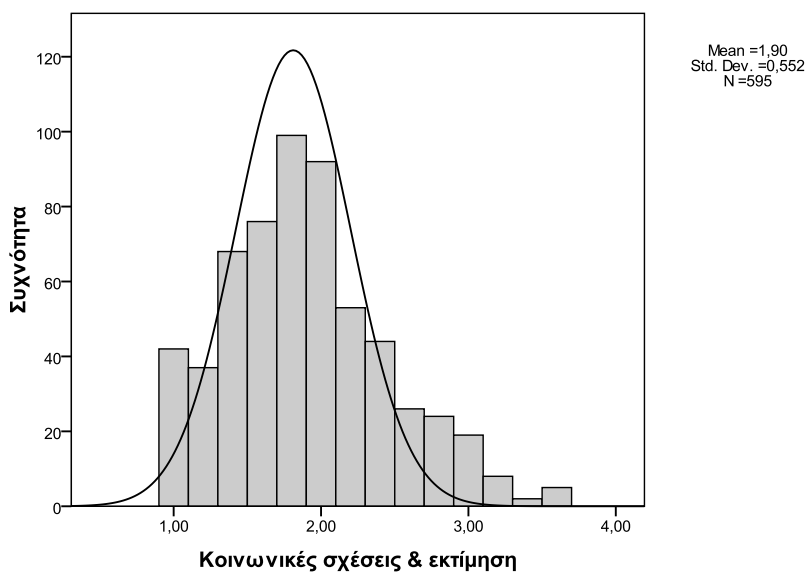
Σχήμα 5.14

Κατανομή τιμών του συνοπτικού δείκτη της υποκλίμακας «*δυνατότητες ελέγχου εργασίας*» του ερωτηματολογίου Επαγγελματικού Στρες OSQ και εμφάνιση της καμπύλης κανονικής κατανομής



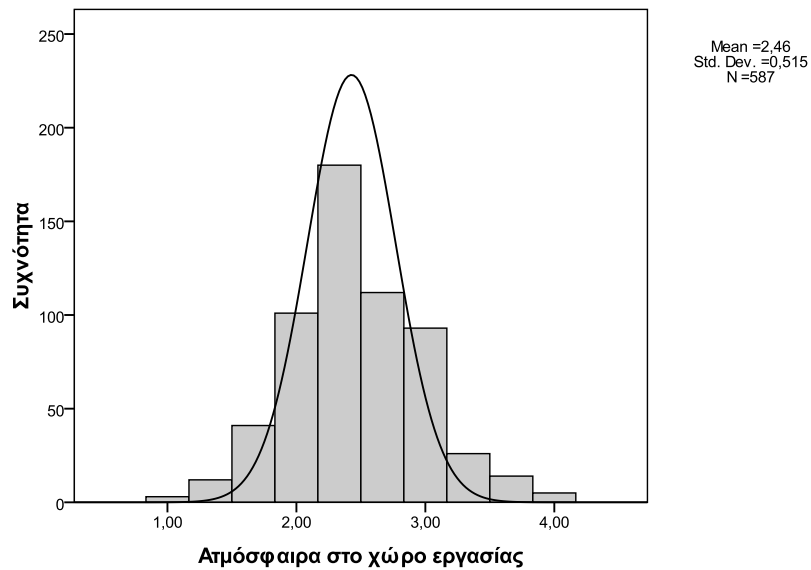
Σχήμα 5.15

Κατανομή τιμών του συνοπτικού δείκτη της υποκλίμακας «*κοινωνικές σχέσεις & εκτίμηση*» του ερωτηματολογίου Επαγγελματικού Στρες OSQ και εμφάνιση της καμπύλης κανονικής κατανομής



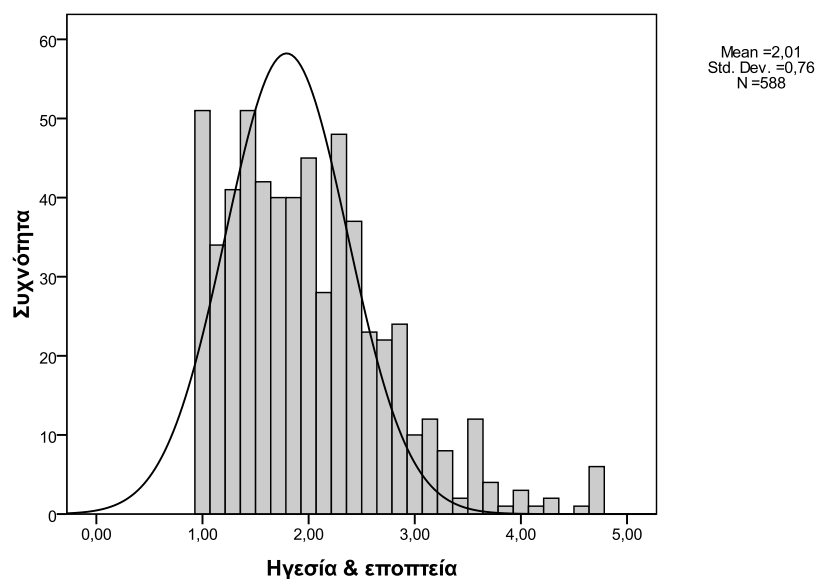
Σχήμα 5.16

Κατανομή τιμών του συνοπτικού δείκτη της υποκλίμακας «ατμόσφαιρα στο χώρο εργασίας» του ερωτηματολογίου Επαγγελματικού Στρες OSQ και εμφάνιση της καμπύλης κανονικής κατανομής



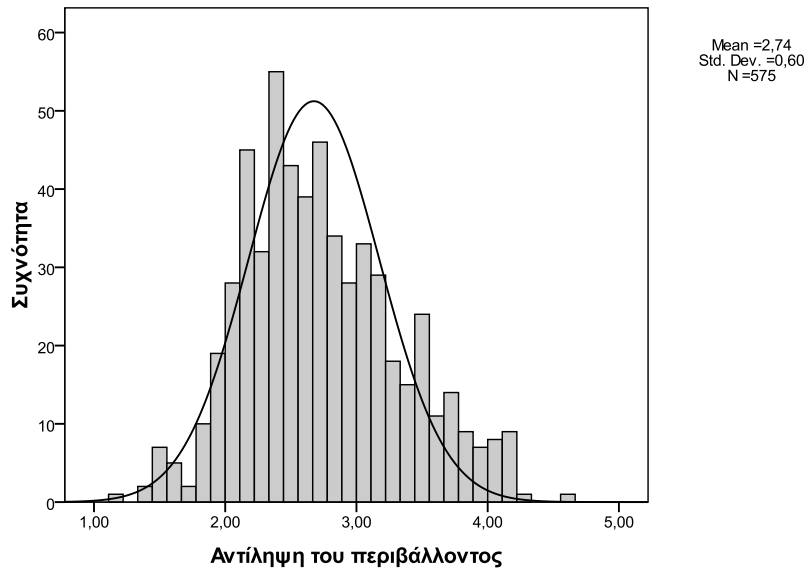
Σχήμα 5.17

Κατανομή τιμών του συνοπτικού δείκτη της υποκλίμακας «ηγεσία & εποπτεία» του ερωτηματολογίου Επαγγελματικού Στρες OSQ και εμφάνιση της καμπύλης κανονικής κατανομής



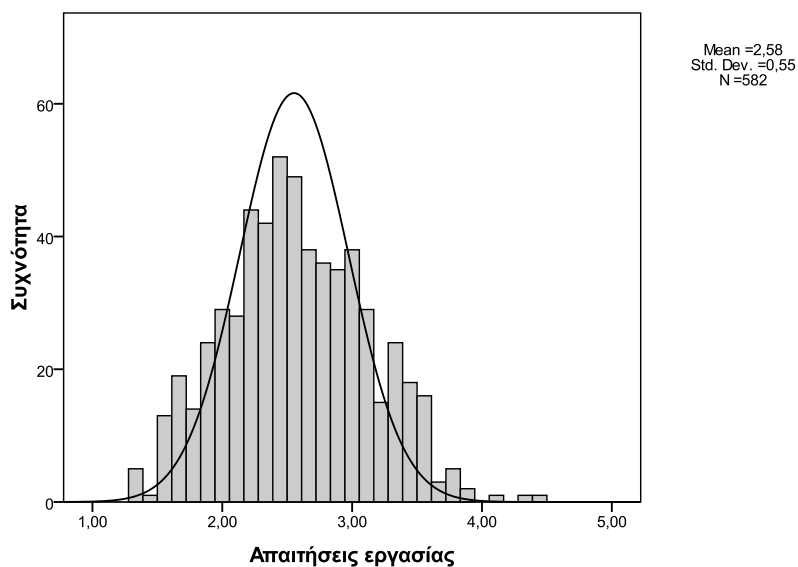
Σχήμα 5.18

Κατανομή τιμών του συνοπτικού δείκτη της διάστασης «αντίληψη του περιβάλλοντος» του ερωτηματολογίου Επαγγελματικού Στρες OSQ και εμφάνιση της καμπύλης κανονικής κατανομής



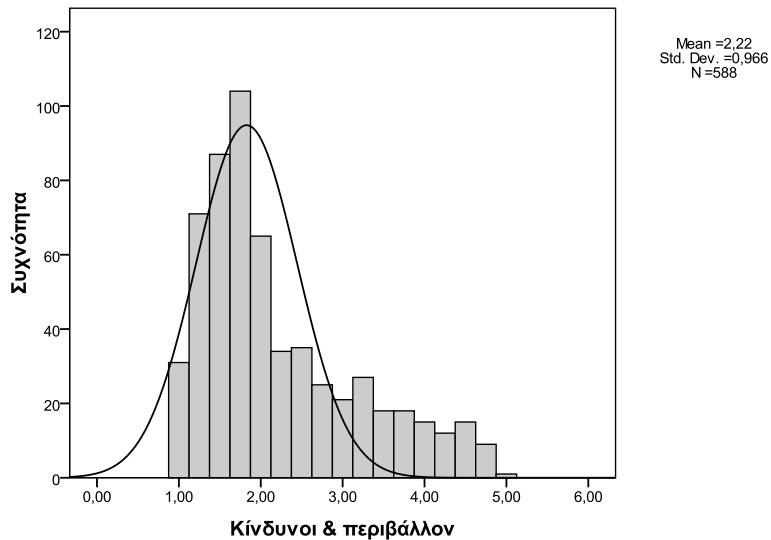
Σχήμα 5.19

Κατανομή τιμών του συνοπτικού δείκτη της υποκλίμακας «απαιτήσεις εργασίας» του ερωτηματολογίου Επαγγελματικού Στρες OSQ και εμφάνιση της καμπύλης κανονικής κατανομής



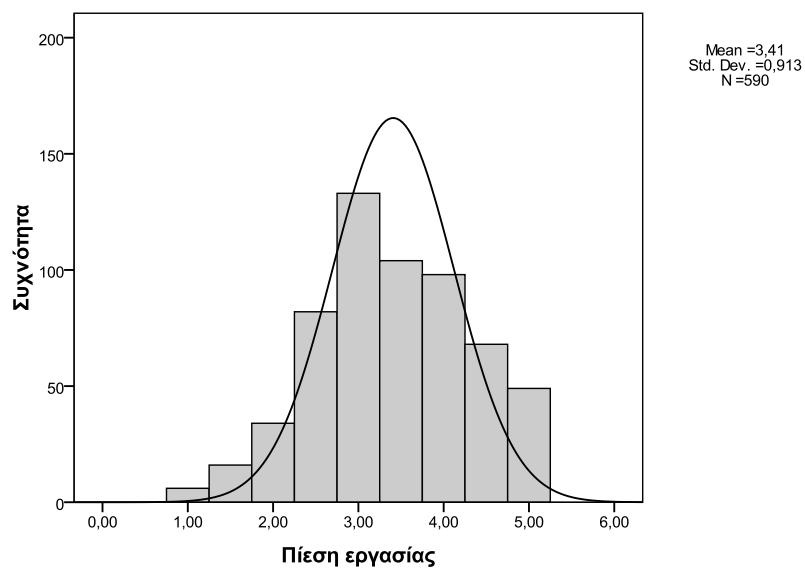
Σχήμα 5.20

Κατανομή τιμών του συνοπτικού δείκτη της υποκλίμακας «κίνδυνοι & περιβάλλον» του ερωτηματολογίου Επαγγελματικού Στρες OSQ και εμφάνιση της καμπύλης κανονικής κατανομής



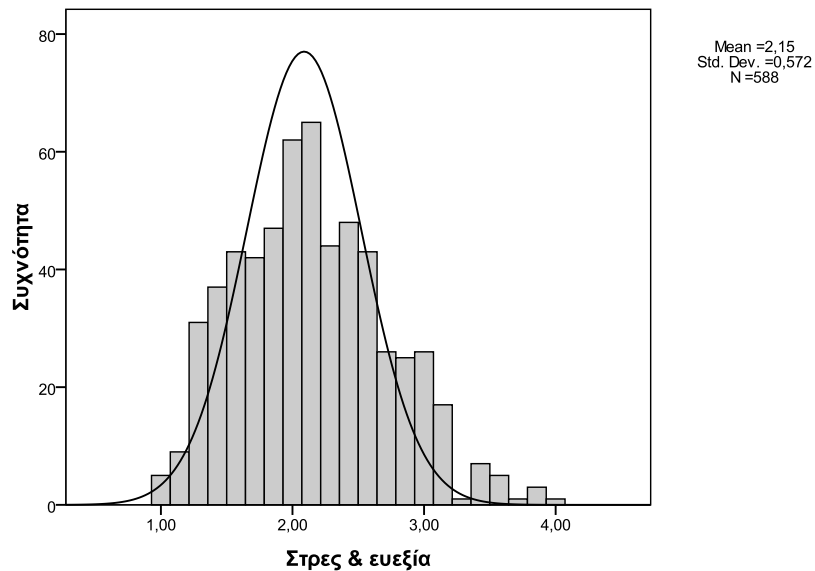
Σχήμα 5.21

Κατανομή τιμών του συνοπτικού δείκτη της υποκλίμακας «πίεση εργασίας» του ερωτηματολογίου Επαγγελματικού Στρες OSQ και εμφάνιση της καμπύλης κανονικής κατανομής



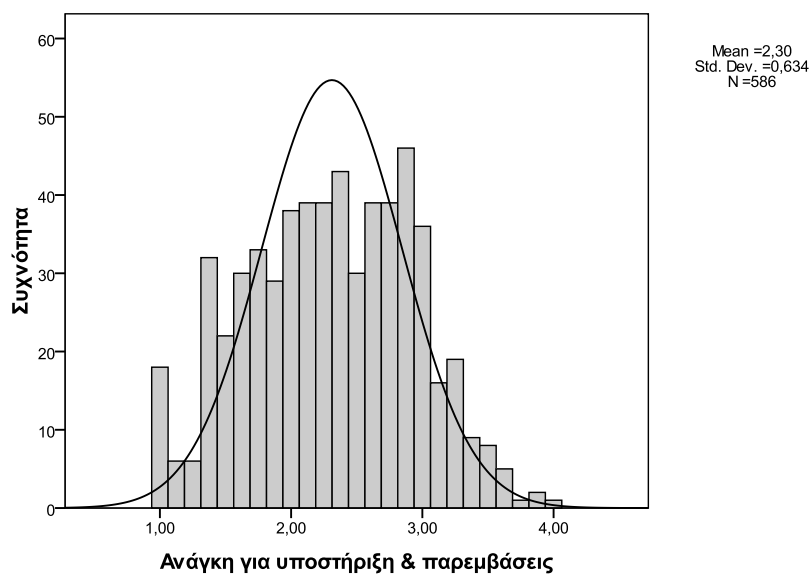
Σχήμα 5.22

Κατανομή τιμών του συνοπτικού δείκτη της διάστασης «στρες & ευεξία» του ερωτηματολογίου Επαγγελματικού Στρες OSQ και εμφάνιση της καμπύλης κανονικής κατανομής



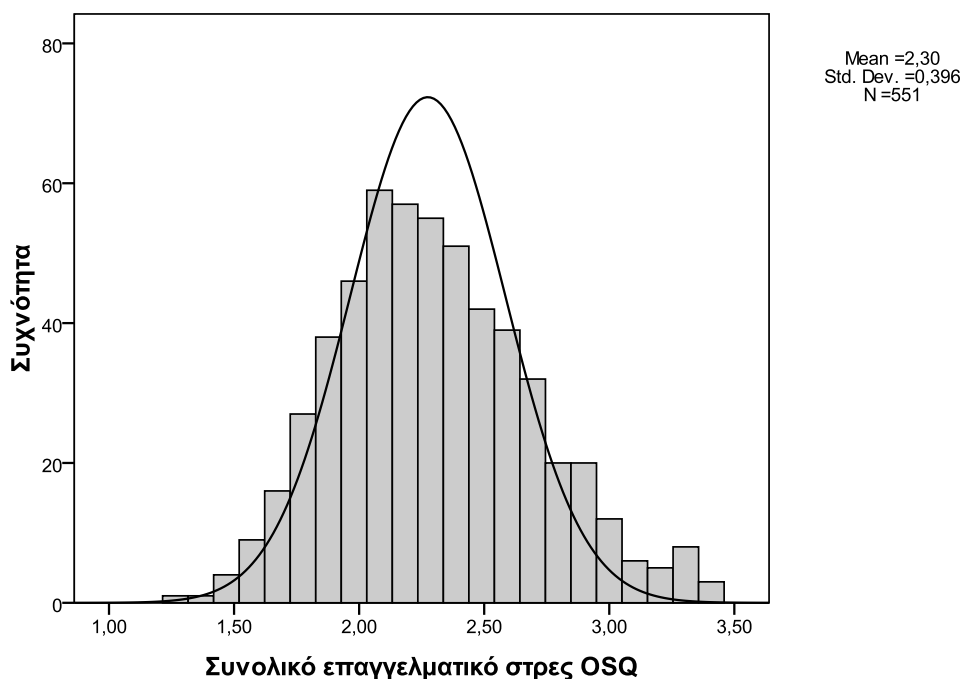
Σχήμα 5.23

Κατανομή τιμών του συνοπτικού δείκτη της διάστασης «ανάγκη για υποστήριξη & παρεμβάσεις» του ερωτηματολογίου Επαγγελματικού Στρες OSQ και εμφάνιση της καμπύλης κανονικής κατανομής



Σχήμα 5.24

Κατανομή τιμών του συνοπτικού δείκτη «συνολικό επαγγελματικό στρες» του ερωτηματολογίου Επαγγελματικού Στρες OSQ και εμφάνιση της καμπύλης κανονικής κατανομής



Συμπερασματικά, στην παρούσα μελέτη η μέση τιμή του «συνολικού επαγγελματικού στρες» ήταν $\bar{x}=2.3\pm 0.4$. Σε σχέση με τις διαστάσεις του επαγγελματικού στρες, ο συνοπτικός δείκτης «τροποποιητικοί παράγοντες & εργασιακοί πόροι» ήταν $\bar{x}=2.24\pm 0.44$, ο συνοπτικός δείκτης «αντίληψη του περιβάλλοντος» ήταν $\bar{x}=2.74\pm 0.6$, ο συνοπτικός δείκτης «στρες & ευεξία» ήταν $\bar{x}=2.15\pm 0.57$ και ο συνοπτικός δείκτης «ανάγκη για υποστήριξη & παρεμβάσεις» ήταν $\bar{x}=2.3\pm 0.64$. Σε σχέση με τις υποκλίμακες του επαγγελματικού στρες, ο συνοπτικός δείκτης «δυνατότητες ελέγχου εργασίας» ήταν $\bar{x}=2.6\pm 0.7$, ο συνοπτικός δείκτης «κοινωνικές σχέσεις & εκτίμηση» ήταν $\bar{x}=1.9\pm 0.55$, ο συνοπτικός δείκτης «ατμόσφαιρα στο χώρο εργασίας» ήταν $\bar{x}=2.46\pm 0.51$, ο συνοπτικός δείκτης «ηγεσία & εποπτεία» ήταν $\bar{x}=2.01\pm 0.76$, ο συνοπτικός δείκτης «απαιτήσεις εργασίας» ήταν $\bar{x}=2.58\pm 0.55$, ο συνοπτικός δείκτης «κίνδυνοι & περιβάλλον» ήταν $\bar{x}=2.22\pm 0.96$ και ο συνοπτικός δείκτης «πίεση εργασίας» ήταν $\bar{x}=3.41\pm 0.91$.

Αν ληφθεί υπόψη ότι οι τιμές 1 έως 2 ορίζουν τα χαμηλά επίπεδα επαγγελματικού στρες, η τιμή 3 ορίζει τα μέτρια επίπεδα επαγγελματικού στρες και οι τιμές 4 έως 5 ορίζουν τα ακραία επίπεδα επαγγελματικού στρες, τότε χαμηλά επίπεδα επαγγελματικού στρες δήλωσαν οι εργαζόμενοι του δείγματος της μελέτης μόνο στις υποκλίμακες των «κοινωνικών σχέσεων & εκτίμησης» και της «ηγεσίας & εποπτείας». Μεσαία επίπεδα επαγγελματικού στρες δήλωσαν οι εργαζόμενοι του δείγματος της μελέτης στις διαστάσεις «τροποποιητικοί παράγοντες & εργασιακοί πόροι», «αντίληψη του περιβάλλοντος», «στρες & ευεξία» και «ανάγκη για υποστήριξη & παρεμβάσεις», καθώς και στις υποκλίμακες των «δυνατοτήτων ελέγχου εργασίας», της «ατμόσφαιρας στο χώρο εργασίας», των «απαιτήσεων της εργασίας» και των «κινδύνων & περιβάλλοντος». Ωστόσο, οι εργαζόμενοι του δείγματος της μελέτης δήλωσαν υψηλά επίπεδα επαγγελματικού στρες στην υποκλίμακα της «πίεσης της εργασίας», δείκτης ο οποίος έλαβε την υψηλότερη τιμή σε σχέση με τις υπόλοιπες υποκλίμακες και διαστάσεις. Το «συνολικό επαγγελματικό στρες» στους εργαζόμενους του δείγματος της μελέτης χαρακτηρίζεται ως μετρίου βαθμού.

5.4 Περιγραφική ανάλυση των παραμέτρων της επισκόπησης υγείας

Στον Πίνακα 5.6 παρουσιάζονται αναλυτικά οι απαντήσεις των εργαζομένων του δείγματος της μελέτης σε κάθε μια από τις 36 ερωτήσεις του ερωτηματολογίου Επισκόπησης Υγείας SF-36v2, με παρουσίαση της απόλυτης, της σχετικής και της έγκυρης συχνότητας.

Πίνακας 5.6

Απαντήσεις στο ερωτηματολόγιο Επισκόπησης Υγείας SF-36v2

Αρ	Ερώτηση	Κατηγορίες απαντήσεων	Απόλυτη συχνότητα	Σχετική συχνότητα %	Έγκυρη συχνότητα %
1	Γενικά, θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι:	Άριστη	85	14,1	14,3
		Πολύ καλή	310	51,3	52,1
		Καλή	163	27,0	27,4
		Μέτρια	35	5,8	5,9
		Κακή	2	0,3	0,3
2	Σε σύγκριση με ένα χρόνο πριν, γενικά πώς θα αξιολογούσατε την υγεία σας τώρα;	Πολύ καλύτερη τώρα απ' ότι ένα χρόνο πριν	33	5,5	5,6
		Κάπως καλύτερη τώρα απ' ότι ένα χρόνο πριν	64	10,6	10,8

		Περίπου η ίδια όπως ένα χρόνο πριν	414	68,5	69,7
		Κάπως χειρότερη τώρα απ' ότι ένα χρόνο πριν	79	13,1	13,3
		Πολύ χειρότερη τώρα απ' ότι ένα χρόνο πριν	4	0,7	0,7
3a	Σε έντονες δραστηριότητες, όπως το τρέξιμο, το σήκωμα βαριών αντικειμένων, ή η συμμετοχή σε επίπονα σπορ, η τωρινή κατάσταση της υγείας σας, σας περιορίζει;	Ναι, με περιορίζει πολύ	109	18	18,3
		Ναι, με περιορίζει λίγο	222	36,8	37,3
		Όχι, δεν με περιορίζει καθόλου	264	43,7	44,4
3b	Σε μέτριας έντασης δραστηριότητες, όπως η μετακίνηση ενός τραπεζιού, το σπρώξιμο μιας	Ναι, με περιορίζει πολύ	17	2,8	2,9
		Ναι, με περιορίζει λίγο	109	18	18,4

	ηλεκτρικής σκούπας, το κολύμπι ή όταν παίζετε ρακέτες στην παραλία, η τωρινή κατάσταση της υγείας σας, σας περιορίζει;	Όχι, δεν με περιορίζει καθόλου	468	77,5	78,8
3c	Όταν σηκώνετε ή μεταφέρετε ψώνια από την αγορά, η τωρινή κατάσταση της υγείας σας, σας περιορίζει;	Ναι, με περιορίζει πολύ	14	2,3	2,4
		Ναι, με περιορίζει λίγο	108	17,9	18,2
		Όχι, δεν με περιορίζει καθόλου	472	78,1	79,5
3d	Όταν ανεβαίνετε μερικές σειρές από σκαλοπάτια, η τωρινή κατάσταση της υγείας σας, σας περιορίζει;	Ναι, με περιορίζει πολύ	24	4	4
		Ναι, με περιορίζει λίγο	136	22,5	22,9
		Όχι, δεν με περιορίζει καθόλου	434	71,9	73,1
3e	Όταν ανεβαίνετε μια σειρά από σκαλοπάτια, η	Ναι, με περιορίζει πολύ	12	2	2

	τωρινή κατάσταση της υγείας σας, σας περιορίζει;	Ναι, με περιορίζει λίγο	86	14,2	14,5
		Όχι, δεν με περιορίζει καθόλου	495	82	83,5
3f	Στο λύγισμα του σώματος, στο γονάτισμα ή στο σκύψιμο, η τωρινή κατάσταση της υγείας σας, σας περιορίζει;	Ναι, με περιορίζει πολύ	31	5,1	5,2
		Ναι, με περιορίζει λίγο	160	26,5	26,9
		Όχι, δεν με περιορίζει καθόλου	404	66,9	67,9
3g	Όταν περπατάτε πάνω από ένα χιλιόμετρο, η τωρινή κατάσταση της υγείας σας, σας περιορίζει;	Ναι, με περιορίζει πολύ	18	3	3
		Ναι, με περιορίζει λίγο	141	23,3	23,7
		Όχι, δεν με περιορίζει καθόλου	436	72,2	73,3
3h	Όταν περπατάτε μερικές εκατοντάδες μέτρα, η τωρινή κατάσταση της	Ναι, με περιορίζει πολύ	13	2,2	2,2
		Ναι, με περιορίζει λίγο	44	7,3	7,4

	υγείας σας, σας περιορίζει;	Όχι, δεν με περιορίζει καθόλου	538	89,1	90,4
3i	Όταν περπατάτε εκατό μέτρα, η τωρινή κατάσταση της υγείας σας, σας περιορίζει;	Ναι, με περιορίζει πολύ	7	1,2	1,2
		Ναι, με περιορίζει λίγο	25	4,1	4,2
		Όχι, δεν με περιορίζει καθόλου	563	93,2	94,6
3j	Όταν κάνετε μπάνιο ή όταν ντύνεστε, η τωρινή κατάσταση της υγείας σας, σας περιορίζει;	Ναι, με περιορίζει πολύ	3	0,5	0,5
		Ναι, με περιορίζει λίγο	29	4,8	4,9
		Όχι, δεν με περιορίζει καθόλου	563	93,2	94,6
4a	Μειώσατε το χρόνο που συνήθως αφιερώνετε στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες, ως αποτέλεσμα της κατάστασης της	Συνεχώς	7	1,2	1,2
		Τις περισσότερες φορές	19	3,1	3,2
		Μερικές φορές	78	12,9	13,2
		Λίγες φορές	133	22	22,5

	σωματικής σας υγείας;	Καθόλου	354	58,6	59,9
4b	Καταφέρατε λιγότερα από όσα θα θέλατε, ως αποτέλεσμα της κατάστασης της σωματικής σας υγείας;	Συνεχώς	2	0,3	0,3
		Τις περισσότερες φορές	45	7,5	7,6
		Μερικές φορές	94	15,6	15,9
		Λίγες φορές	164	27,2	27,7
		Καθόλου	286	47,4	48,4
4c	Περιορίσατε το είδος δουλειάς ή άλλων δραστηριοτήτων σας, ως αποτέλεσμα της κατάστασης της σωματικής σας υγείας;	Συνεχώς	3	0,5	0,5
		Τις περισσότερες φορές	26	4,3	4,4
		Μερικές φορές	93	15,4	15,8
		Λίγες φορές	145	24	24,7
		Καθόλου	321	53,1	54,6
4d	Δυσκολευτήκατε να επιτελέσετε την εργασία ή άλλες δραστηριότητές σας (για παράδειγμα, καταβάλατε μεγαλύτερη προσπάθεια), ως	Συνεχώς	7	1,2	1,2
		Τις περισσότερες φορές	27	4,5	4,6
		Μερικές φορές	83	13,7	14,1
		Λίγες φορές	158	26,2	26,8
		Καθόλου	314	52	53,3

	αποτέλεσμα της κατάστασης της σωματικής σας υγείας;				
5a	Μειώσατε το χρόνο που συνήθως αφιερώνετε στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες, ως αποτέλεσμα οποιουδήποτε συναισθηματικού προβλήματος;	Συνεχώς	8	1,3	1,4
		Τις περισσότερες φορές	23	3,8	3,9
		Μερικές φορές	97	16,1	16,4
		Λίγες φορές	157	26	26,6
		Καθόλου	306	50,7	51,8
5b	Κάνατε λιγότερα από όσα θα θέλατε, ως αποτέλεσμα οποιουδήποτε συναισθηματικού προβλήματος;	Συνεχώς	8	1,3	1,4
		Τις περισσότερες φορές	51	8,4	8,6
		Μερικές φορές	99	16,4	16,8
		Λίγες φορές	185	30,6	31,4
		Καθόλου	247	40,9	41,9
5c	Κάνατε τη δουλειά ή άλλες δραστηριότητες λιγότερο προσεκτικά απ' ότι συνήθως, ως	Συνεχώς	3	0,5	0,5
		Τις περισσότερες φορές	21	3,5	3,6
		Μερικές φορές	104	17,2	17,6

	αποτέλεσμα οποιοδήποτε συναισθηματικού προβλήματος;	Λίγες φορές	155	25,7	26,3
		Καθόλου	307	50,8	52
6	Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, σε ποιο βαθμό επηρέασε η κατάσταση της σωματικής σας υγείας ή συναισθηματικά σας προβλήματα τις συνηθισμένες κοινωνικές σας δραστηριότητες με την οικογένεια, τους φίλους, τους γείτονές σας ή με άλλες κοινωνικές ομάδες;	Καθόλου	237	39,2	40
		Ελάχιστα	176	29,1	29,7
		Μέτρια	99	16,4	16,7
		Σε μεγάλο βαθμό	73	12,1	12,3
		Υπερβολικά	8	1,3	1,3
7	Πόσο σωματικό πόνον νιώσατε τις τελευταίες 4 εβδομάδες;	Καθόλου	197	32,6	33,1
		Πολύ ήπιο	170	28,1	28,6
		Ήπιο	95	15,7	16
		Μέτριο	98	16,2	16,5
		Έντονο	30	5,0	5
8	Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, πόσο	Καθόλου	296	49	49,8
		Ελάχιστα	192	31,8	32,3

	επηρέασε ο πόνος τη συνηθισμένη εργασία σας (τόσο την εργασία έξω από το σπίτι όσο και μέσα σε αυτό);	Μέτρια	73	12,1	12,3
		Σε μεγάλο βαθμό	31	5,1	5,2
		Υπερβολικά	2	0,3	0,3
9a	Αισθανόσασταν γεμάτος/γεμάτη ζωντάνια;	Συνεχώς	58	9,6	9,8
		Τις περισσότερες φορές	274	45,4	46,2
		Μερικές φορές	168	27,8	28,3
		Λίγες φορές	82	13,6	13,8
		Καθόλου	11	1,8	1,9
9b	Είχατε πολύ εκνευρισμό;	Συνεχώς	9	1,5	1,5
		Τις περισσότερες φορές	65	10,8	11
		Μερικές φορές	202	33,4	34,3
		Λίγες φορές	248	41,1	42,1
		Καθόλου	65	10,8	11
9c	Αισθανόσασταν τόσο πολύ πεσμένος/πεσμένη ψυχολογικά, που	Συνεχώς	13	2,2	2,2
		Τις περισσότερες φορές	41	6,8	6,9

	τίποτε δεν μπορούσε να σας φτιάξει το κέφι;	Μερικές φορές	121	20	20,5
		Λίγες φορές	238	39,4	40,3
		Καθόλου	177	29,3	30
9d	Αισθανόσασταν ηρεμία και γαλήνη;	Συνεχώς	26	4,3	4,4
		Τις περισσότερες φορές	250	41,4	42,4
		Μερικές φορές	162	26,8	27,5
		Λίγες φορές	116	19,2	19,7
		Καθόλου	35	5,8	5,9
9e	Είχατε πολλή ενεργητικότητα;	Συνεχώς	57	9,4	9,7
		Τις περισσότερες φορές	270	44,7	45,9
		Μερικές φορές	170	28,1	28,9
		Λίγες φορές	71	11,8	12,1
		Καθόλου	20	3,3	3,4
9f	Αισθανόσασταν κακοκεφιά και μελαγχολία;	Συνεχώς	9	1,5	1,5
		Τις περισσότερες φορές	54	8,9	9,2
		Μερικές φορές	145	24	24,7

		Λίγες φορές	256	42,4	43,5
		Καθόλου	124	20,5	21,1
9g	Αισθανόσασταν εξάντληση;	Συνεχώς	23	3,8	3,9
		Τις περισσότερες φορές	61	10,1	10,4
		Μερικές φορές	140	23,2	23,9
		Λίγες φορές	216	35,8	36,8
		Καθόλου	147	24,3	25
9h	Έηασταν ευτυχισμένος/ ευτυχισμένη;	Συνεχώς	51	8,4	8,7
		Τις περισσότερες φορές	250	41,4	42,4
		Μερικές φορές	165	27,3	28
		Λίγες φορές	101	16,7	17,1
		Καθόλου	22	3,6	3,7
9i	Αισθανόσασταν κούραση;	Συνεχώς	44	7,3	7,4
		Τις περισσότερες φορές	119	19,7	20,1
		Μερικές φορές	168	27,8	28,4
		Λίγες φορές	199	32,9	33,7

		Καθόλου	61	10,1	10,3
10	Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, για πόσο χρονικό διάστημα επηρέασαν τις κοινωνικές σας δραστηριότητες (π.χ. επισκέψεις σε φίλους, συγγενείς κλπ.) η κατάσταση της σωματικής σας υγείας ή συναισθηματικά σας προβλήματα;	Συνεχώς	23	3,8	3,9
		Τις περισσότερες φορές	60	9,9	10,3
		Μερικές φορές	99	16,4	17
		Λίγες φορές	172	28,5	29,5
		Καθόλου	229	37,9	39,3
11a	Μου φαίνεται ότι αρρωσταίνω λίγο ευκολότερα από άλλους ανθρώπους	Εντελώς Αλήθεια	21	3,5	3,6
		Τις περισσότερες φορές αλήθεια	57	9,4	9,7
		Δεν ξέρω	99	16,4	16,9
		Τις περισσότερες φορές ψέμα	108	17,9	18,4
		Εντελώς ψέμα	302	50	51,4
11b		Εντελώς Αλήθεια	101	16,7	17,3

	Είμαι τόσο υγιής όσο όλοι οι γνωστοί μου	Τις περισσότερες φορές αλήθεια	201	33,3	34,4
		Δεν ξέρω	189	31,3	32,3
		Τις περισσότερες φορές ψέμα	59	9,8	10,1
		Εντελώς ψέμα	35	5,8	6
11c	Περιμένω ότι η υγεία μου θα χειροτερεύσει	Εντελώς Αλήθεια	19	3,1	3,2
		Τις περισσότερες φορές αλήθεια	54	8,9	9,2
		Δεν ξέρω	207	34,3	35,3
		Τις περισσότερες φορές ψέμα	84	13,9	14,3
		Εντελώς ψέμα	222	36,8	37,9
11d	Η υγεία μου είναι εξαιρετική	Εντελώς Αλήθεια	135	22,4	23
		Τις περισσότερες φορές αλήθεια	266	44,0	45,2
		Δεν ξέρω	100	16,6	17

		Τις περισσότερες φορές ψέμα	57	9,4	9,7
		Εντελώς ψέμα	30	5	5,1

Όπως αναφέρθηκε, οι ερωτήσεις του ερωτηματολογίου Επισκόπησης Υγείας SF-36v2 συγκροτούν 8 υποκλίμακες, δηλαδή τη «φυσική λειτουργία», το «φυσικό ρόλο», το «σωματικό πόνο» και τη «γενική υγεία», οι οποίες απαρτίζουν τη διάσταση «συνολική σωματική υγεία», καθώς και τη «ζωτικότητα», την «κοινωνική λειτουργία», το «συναισθηματικό ρόλο» και την «ψυχική υγεία», οι οποίες απαρτίζουν τη διάσταση «συνολική ψυχική υγεία». Επιπλέον, η «μεταβολή της υγείας», που δεν υπολογίζεται σε κάποια αναφερόμενη διάσταση, αποτυπώνει τις αλλαγές του επιπέδου υγείας σε ένα έτος. Οι συνοπτικοί δείκτες των 8 διαστάσεων, καθώς και οι συνοπτικοί δείκτες «συνολική σωματική υγεία», «συνολική ψυχική υγεία» και «μεταβολή της υγείας» παρουσιάζονται στον Πίνακα 5.7, ενώ στα σχήματα 5.25 από έως 5.35 παρουσιάζεται η κατανομή των συνοπτικών δεικτών κάθε διάστασης καθώς και των συνοπτικών δεικτών «συνολική σωματική υγεία», «συνολική ψυχική υγεία» και «μεταβολής της υγείας».

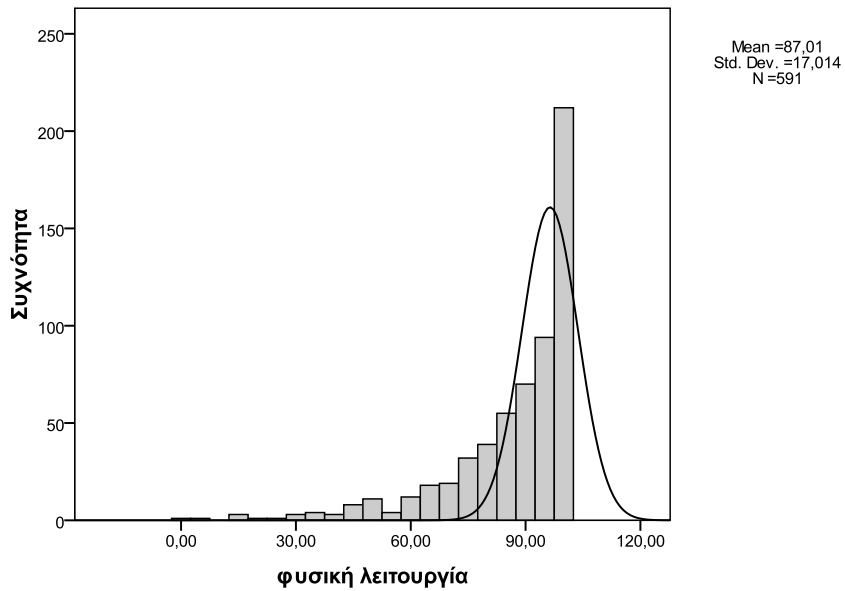
Πίνακας 5.7

Περιγραφική στατιστική ανάλυση των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου
Επισκόπησης Υγείας SF-36v2

Συνοπτικοί δείκτες SF-36v2	Μέγεθος δείγματος (N)	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
Φυσική λειτουργία	591	0	100	87	17,01
Φυσικός ρόλος	586	0	100	81,84	20,61
Σωματικός πόνος	594	0	100	77,31	22,37
Γενική υγεία	581	5	100	68,51	17,53
Ζωτικότητα	585	0	100	61,31	20,65
Κοινωνική λειτουργία	581	0	100	73,02	25,7
Συναισθηματικός ρόλος	590	0	100	79,42	22,02
Ψυχική υγεία	584	0	100	63,38	19,39
Μεταβολή της υγείας	594	0	100	51,81	17,42
Συνολική σωματική υγεία	569	18,44	100	78,68	14,87
Συνολική ψυχική υγεία	567	5,94	100	69,37	18,86

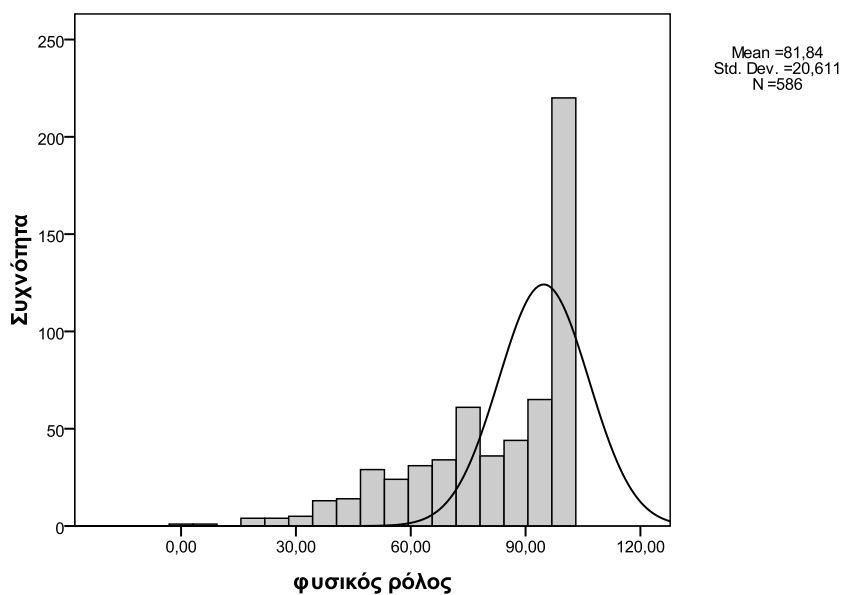
Σχήμα 5.25

Κατανομή τιμών του συνοπτικού δείκτη «φυσική λειτουργία» του ερωτηματολογίου
Επισκόπησης Υγείας SF-36v2 και εμφάνιση της καμπύλης κανονικής κατανομής



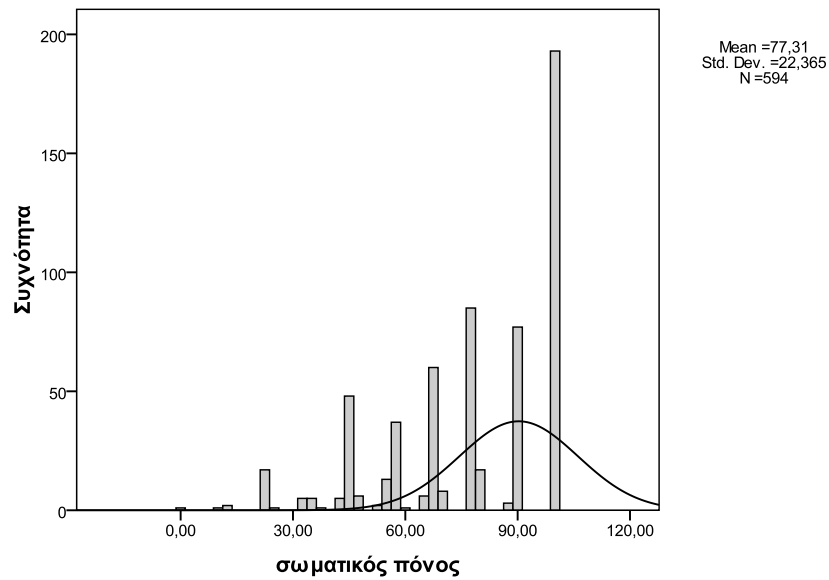
Σχήμα 5.26

Κατανομή τιμών του συνοπτικού δείκτη «φυσικός ρόλος» του ερωτηματολογίου
Επισκόπησης Υγείας SF-36v2 και εμφάνιση της καμπύλης κανονικής κατανομής



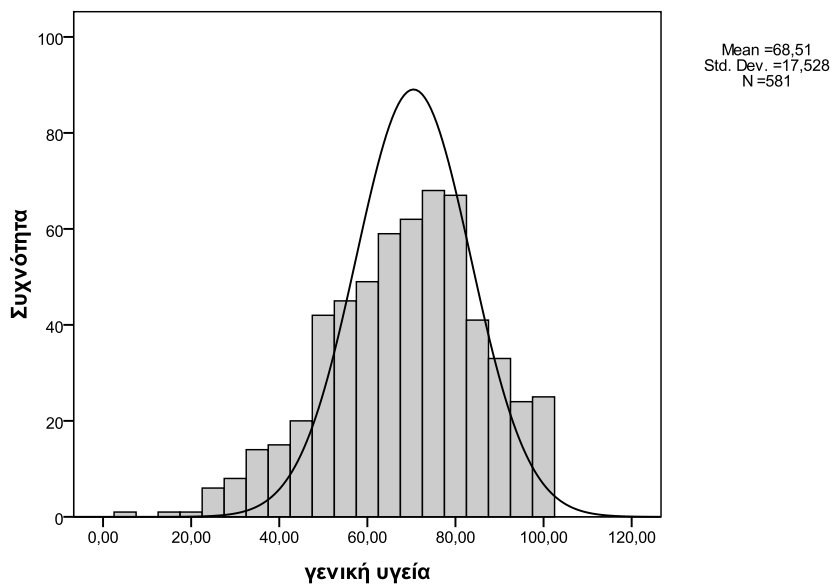
Σχήμα 5.27

Κατανομή τιμών του συνοπτικού δείκτη «σωματικός πόνος» του ερωτηματολογίου Επισκόπησης Υγείας SF-36v2 και εμφάνιση της καμπύλης κανονικής κατανομής



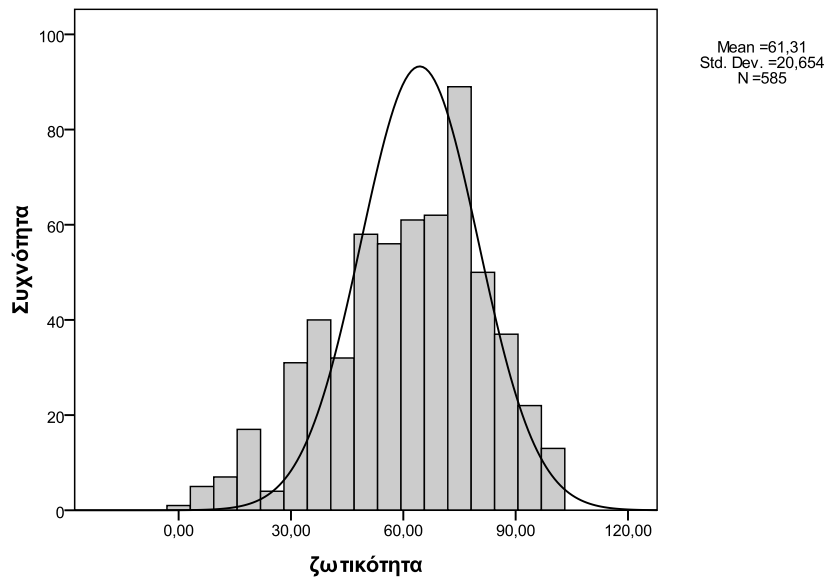
Σχήμα 5.28

Κατανομή τιμών του συνοπτικού δείκτη «γενική υγεία» του ερωτηματολογίου Επισκόπησης Υγείας SF-36v2 και εμφάνιση της καμπύλης κανονικής κατανομής



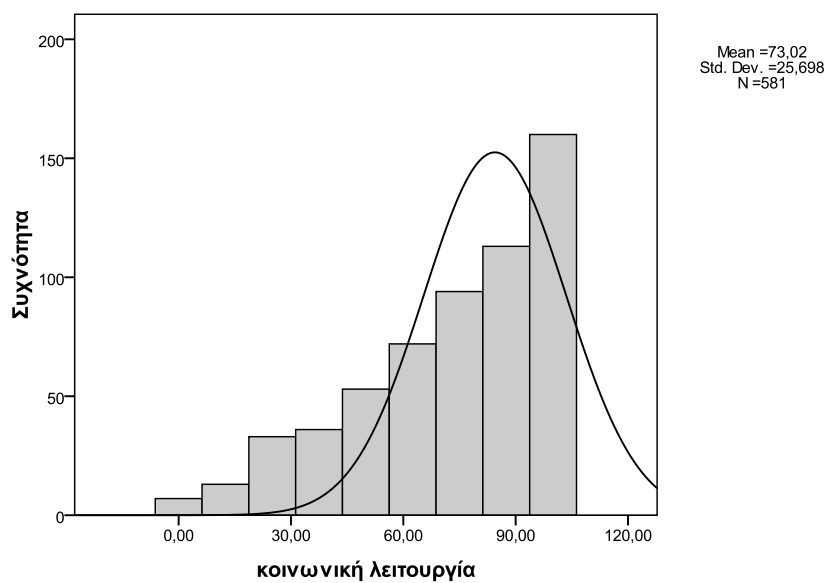
Σχήμα 5.29

Κατανομή τιμών του συνοπτικού δείκτη «ζωτικότητα» του ερωτηματολογίου Επισκόπησης Υγείας SF-36v2 και εμφάνιση της καμπύλης κανονικής κατανομής



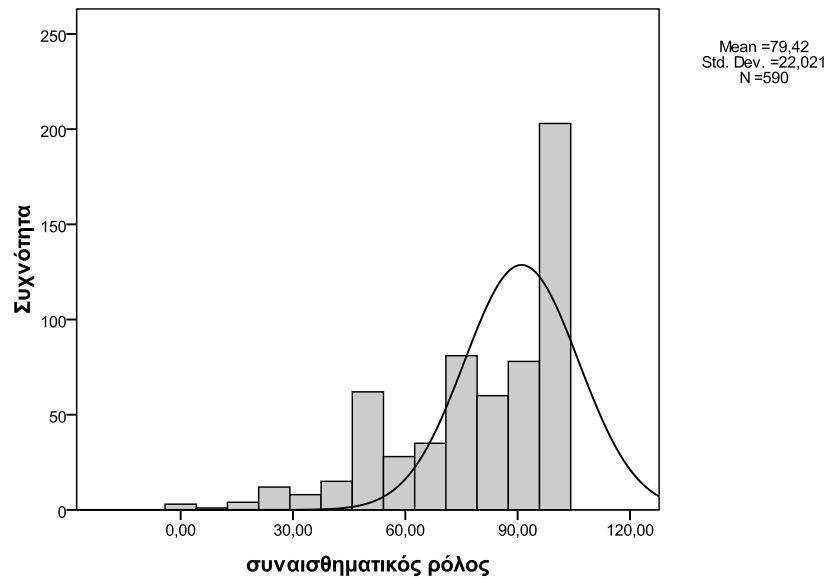
Σχήμα 5.30

Κατανομή τιμών του συνοπτικού δείκτη «κοινωνική λειτουργία» του ερωτηματολογίου Επισκόπησης Υγείας SF-36v2 και εμφάνιση της καμπύλης κανονικής κατανομής



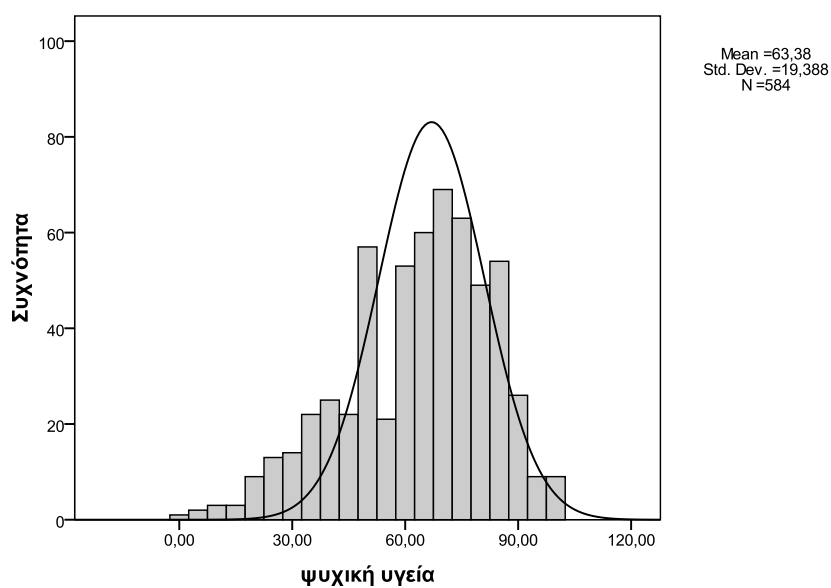
Σχήμα 5.31

Κατανομή τιμών του συνοπτικού δείκτη «συναισθηματικός ρόλος» του ερωτηματολογίου Επισκόπησης Υγείας SF-36v2 και εμφάνιση της καμπύλης κανονικής κατανομής



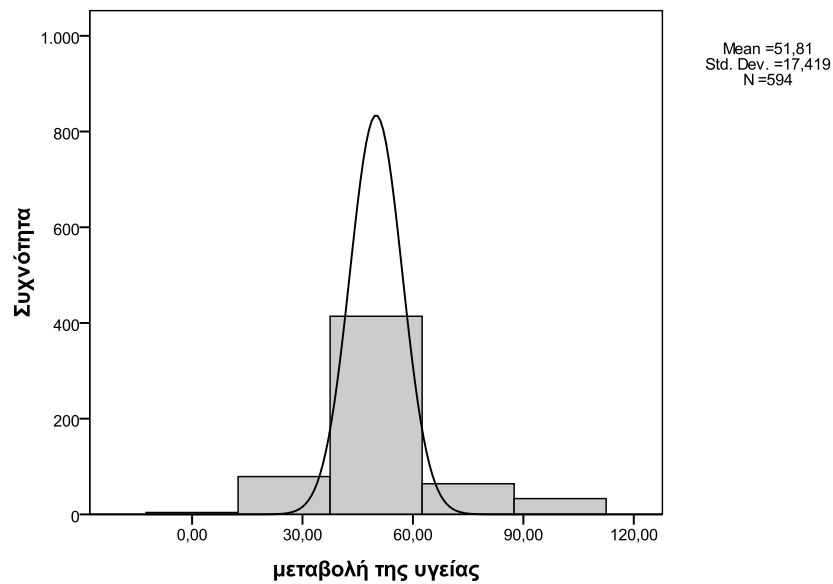
Σχήμα 5.32

Κατανομή τιμών του συνοπτικού δείκτη «ψυχική υγεία» του ερωτηματολογίου Επισκόπησης Υγείας SF-36v2 και εμφάνιση της καμπύλης κανονικής κατανομής



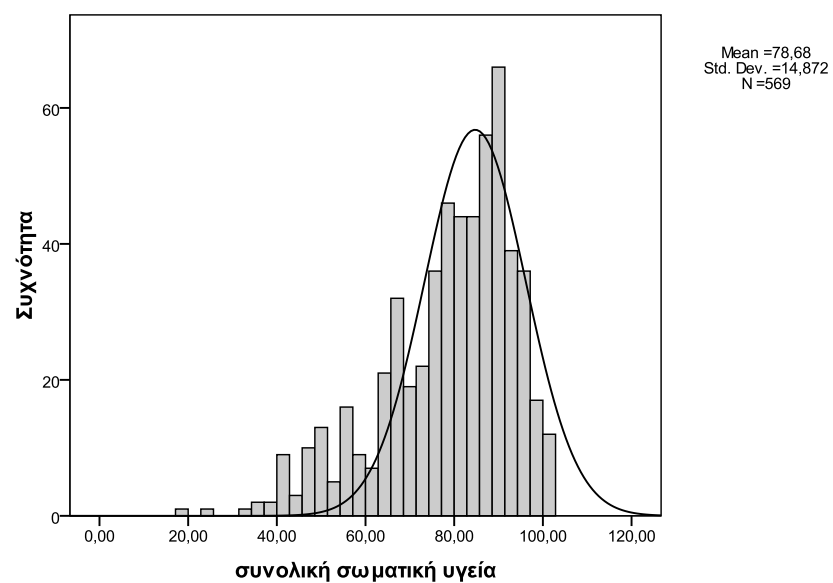
Σχήμα 5.33

Κατανομή τιμών του συνοπτικού δείκτη «μεταβολή της υγείας» του ερωτηματολογίου Επισκόπησης Υγείας SF-36v2 και εμφάνιση της καμπύλης κανονικής κατανομής



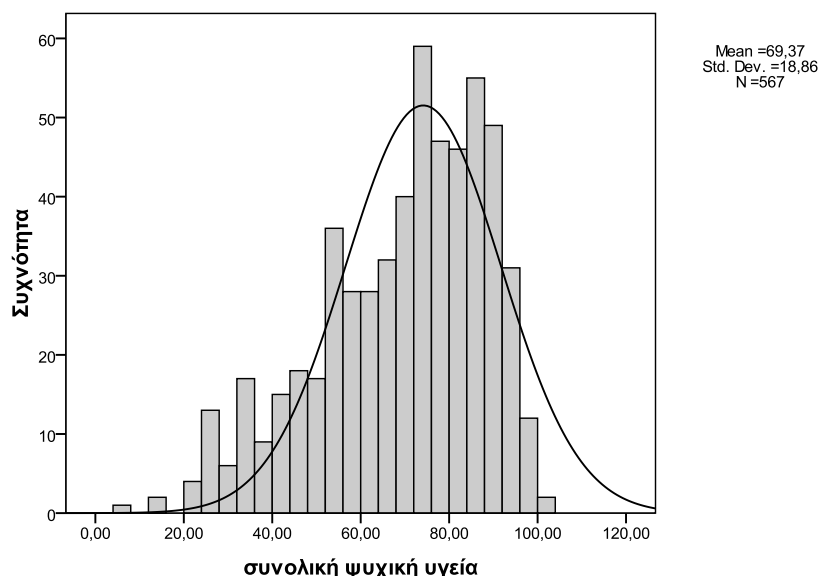
Σχήμα 5.34

Κατανομή τιμών του συνοπτικού δείκτη «συνολικής σωματικής υγείας» του ερωτηματολογίου Επισκόπησης Υγείας SF-36v2 και εμφάνιση της καμπύλης κανονικής κατανομής



Σχήμα 5.35

Κατανομή τιμών του συνοπτικού δείκτη «συνολικής ψυχικής υγείας» του ερωτηματολογίου Επισκόπησης Υγείας SF-36v2 και εμφάνιση της καμπύλης κανονικής κατανομής



Συμπερασματικά, στην παρούσα μελέτη η μέση τιμή της «συνολικής σωματικής υγείας» ήταν $\bar{x}=78,68\pm 14,87$, η μέση τιμή της «συνολικής ψυχικής υγείας» ήταν $\bar{x}=69,37\pm 18,86$ και η μέση τιμή της «μεταβολής της υγείας» ήταν $\bar{x}=51,81\pm 17,42$.

Σε σχέση με τις διαστάσεις που απαρτίζουν τη σωματική υγεία, ο συνοπτικός δείκτης «φυσική λειτουργία» ήταν $\bar{x}=87\pm 17,01$, ο συνοπτικός δείκτης «φυσικός ρόλος» ήταν $\bar{x}=81,84\pm 20,61$, ο συνοπτικός δείκτης «σωματικός πόνος» ήταν $\bar{x}=77,31\pm 22,37$ και ο συνοπτικός δείκτης «γενική υγεία» ήταν $\bar{x}=68,51\pm 17,53$.

Σε σχέση με τις διαστάσεις που απαρτίζουν την ψυχική υγεία, ο συνοπτικός δείκτης «ζωτικότητα» ήταν $\bar{x}=61,31\pm 20,65$, ο συνοπτικός δείκτης «κοινωνική λειτουργία» ήταν $\bar{x}=73,02\pm 25,7$, ο συνοπτικός δείκτης «συναισθηματικός ρόλος» ήταν $\bar{x}=79,42\pm 22,02$ και ο συνοπτικός δείκτης «ψυχική υγεία» ήταν $\bar{x}=63,38\pm 19,39$.

Αν ληφθεί υπόψη ότι οι συνοπτικοί δείκτες επισκόπησης της υγείας SF-36v2 μετρώνται σε μια κλίμακα με ελάχιστη τιμή το 0 και μέγιστη το 100, όπου η

βαθμολογία που τείνει στο 100 συνεπάγεται υψηλό επίπεδο υγείας στην διάσταση που μελετάται, ενώ η βαθμολογία που τείνει στο 0 αντανακλά χαμηλό επίπεδο υγείας αντίστοιχα, τότε το επίπεδο ψυχικής υγείας των εργαζομένων είναι χαμηλότερο σε σχέση με το επίπεδο σωματικής υγείας.

Συγκεκριμένα για τη «φυσική λειτουργία» η τιμή 87 υποδήλωνε μικρούς περιορισμούς στις σωματικές λειτουργίες και δραστηριότητες των εργαζομένων του δείγματος της μελέτης λόγω υγείας. Για το συνοπτικό δείκτη «φυσικός ρόλος» η τιμή 81,84 αντανακλά ότι μειώθηκαν σε μικρό βαθμό οι δραστηριότητες λόγω προβλημάτων σωματικής υγείας τον τελευταίο μήνα. Για το συνοπτικό δείκτη «σωματικός πόνος» η τιμή 77,31 δηλώνει ότι οι εργαζόμενοι του δείγματος της μελέτης αναφέρουν σωματικό πόνο και ότι αυτός επηρεάζει σε σημαντικό βαθμό την εργασία τους. Για το συνοπτικό δείκτη «γενική υγεία» η τιμή 68,51 δηλώνει ότι οι εργαζόμενοι του δείγματος αναφέρουν μια μέτρια γενική κατάσταση υγείας.

Οι τιμές των δεικτών ψυχικής υγείας είναι χαμηλότερες, συγκεκριμένα για τη «ζωτικότητα» η τιμή 61,31 δείχνει ότι οι εργαζόμενοι του δείγματος της μελέτης έχουν σημαντικά μειωμένη ζωντάνια και ενεργητικότητα, με υψηλά επίπεδα κόπωσης. Για το δείκτη «κοινωνική λειτουργία» η τιμή 73,02 δείχνει ένα βαθμό περιορισμού των δραστηριοτήτων λόγω προβλημάτων ψυχικής υγείας, ο οποίος είναι μεγαλύτερος σε σχέση με τους περιορισμούς λόγω προβλημάτων σωματικής υγείας. Για το δείκτη «συναισθηματικός ρόλος» η τιμή 79,42 είναι ενδεικτική των χαμηλών περιορισμών ως προς το ρόλο, που σχετίζεται με την ψυχική υγεία, ωστόσο οι περιορισμοί αυτοί είναι συχνότεροι σε σχέση με αυτούς που σχετίζονται με τη σωματική υγεία. Για το δείκτη «ψυχική υγεία» η τιμή 63,38 είναι ενδεικτική σχετικά συχνής αίσθησης άγχους και κατάθλιψης, σημειώνοντας ότι ο δείκτης αυτός είναι κατά 5 εκατοστιαίες μονάδες χαμηλότερος σε σχέση με το δείκτη της γενικής υγείας.

Κεφάλαιο 6^ο

Διμεταβλητή ανάλυση

6.1 Έλεγχοι κανονικότητας

Για τη διερεύνηση του βαθμού στον οποίο τα δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά των εργαζομένων του δείγματος, τα οποία περιεγράφηκαν αναλυτικά στο 5^ο Κεφάλαιο, σχετίζονται ή επηρεάζουν τους συνοπτικούς δείκτες της εργασιακής αβεβαιότητας, του επαγγελματικού στρες και του επιπέδου υγείας, αρχικά έγινε έλεγχος κανονικότητας με στατιστικά κριτήρια, συγκεκριμένα με τα στατιστικά τεστ των Kolmogorov-Smirnov και Shapiro-Wilk, ώστε να επιλεγεί η κατάλληλη στατιστική μέθοδος για τη διμεταβλητή ανάλυση, με παραμετρικά ή μη παραμετρικά τεστ.

Σε σχέση με τους συνοπτικούς δείκτες του ερωτηματολογίου Εργασιακής Αβεβαιότητας EPRES, την κανονική κατανομή ακολουθεί η υποκλίμακα «μισθοί», καθώς και η «συνολική εργασιακή αβεβαιότητα». Αναφορικά με τους συνοπτικούς δείκτες του ερωτηματολογίου Επαγγελματικού Στρες OSQ, όλες οι 4 ευρύτερες διαστάσεις, όλες οι 7 επί μέρους υποκλίμακες, καθώς και το «συνολικό επαγγελματικό στρες» ακολουθούν την κανονική κατανομή. Τέλος, σχετικά με τους συνοπτικούς δείκτες του ερωτηματολογίου Επισκόπησης Υγείας SF-36v2, όλες οι 8 υποκλίμακες της σωματικής και ψυχικής υγείας, καθώς και η «μεταβολή της υγείας», η «συνολική σωματική υγεία» και η «συνολική ψυχική υγεία» ακολουθούν την κανονική κατανομή.

Ως εκ τούτου, για τις παρακάτω μεταβλητές που ακολουθούν την κανονική κατανομή:

- «μισθοί», που αποτελεί υποκλίμακα του ερωτηματολογίου Εργασιακής Αβεβαιότητας EPRES
- «συνολική εργασιακή αβεβαιότητα», που αποτελεί το συνολικό συνοπτικό δείκτη του ερωτηματολογίου Εργασιακής Αβεβαιότητας EPRES

- «τροποποιητικοί παράγοντες και εργασιακοί πόροι», που αποτελεί διάσταση του ερωτηματολογίου Επαγγελματικού Στρες OSQ
- «δυνατότητες ελέγχου της εργασίας», που αποτελεί υποκλίμακα του ερωτηματολογίου Επαγγελματικού Στρες OSQ
- «κοινωνικές σχέσεις & εκτίμηση», που αποτελεί υποκλίμακα του ερωτηματολογίου Επαγγελματικού Στρες OSQ
- «ατμόσφαιρα στο χώρο της εργασίας», που αποτελεί υποκλίμακα του ερωτηματολογίου Επαγγελματικού Στρες OSQ
- «ηγεσία & εποπτεία», που αποτελεί υποκλίμακα του ερωτηματολογίου Επαγγελματικού Στρες OSQ
- «αντίληψη του περιβάλλοντος», που αποτελεί διάσταση του ερωτηματολογίου Επαγγελματικού Στρες OSQ
- «απαιτήσεις της εργασίας», που αποτελεί υποκλίμακα του ερωτηματολογίου Επαγγελματικού Στρες OSQ
- «κίνδυνοι & περιβάλλον», που αποτελεί υποκλίμακα του ερωτηματολογίου Επαγγελματικού Στρες OSQ
- «πίεση εργασίας», που αποτελεί υποκλίμακα του ερωτηματολογίου Επαγγελματικού Στρες OSQ
- «στρες και ευεξία», που αποτελεί διάσταση του ερωτηματολογίου Επαγγελματικού Στρες OSQ
- «ανάγκη για υποστήριξη και παρεμβάσεις» που αποτελεί διάσταση του ερωτηματολογίου Επαγγελματικού Στρες OSQ
- «συνολικό επαγγελματικό στρες», που αποτελεί το συνολικό συνοπτικό δείκτη του ερωτηματολογίου Επαγγελματικού Στρες OSQ
- «φυσική λειτουργία», που αποτελεί διάσταση της σωματικής υγείας του ερωτηματολογίου Επισκόπησης Υγείας SF-36v2
- «φυσικός ρόλος», που αποτελεί διάσταση της σωματικής υγείας του ερωτηματολογίου Επισκόπησης Υγείας SF-36v2
- «σωματικός πόνος», που αποτελεί διάσταση της σωματικής υγείας του ερωτηματολογίου Επισκόπησης Υγείας SF-36v2

- «γενική υγεία», που αποτελεί διάσταση της σωματικής υγείας του ερωτηματολογίου Επισκόπησης Υγείας SF-36v2
- «ζωτικότητα», που αποτελεί διάσταση της ψυχικής υγείας του ερωτηματολογίου Επισκόπησης Υγείας SF-36v2
- «κοινωνική λειτουργία», που αποτελεί διάσταση της ψυχικής υγείας του ερωτηματολογίου Επισκόπησης Υγείας SF-36v2
- «συναισθηματικός ρόλος», που αποτελεί διάσταση της ψυχικής υγείας του ερωτηματολογίου Επισκόπησης Υγείας SF-36v2
- «ψυχική υγεία», που αποτελεί διάσταση της ψυχικής υγείας του ερωτηματολογίου Επισκόπησης Υγείας SF-36v2
- «μεταβολή της υγείας», που αποτελείται από ένα ερώτημα του ερωτηματολογίου Επισκόπησης Υγείας SF-36v2
- «συνολική σωματική υγεία», που αποτελεί το συνολικό συνοπτικό δείκτη για τη σωματική υγεία του ερωτηματολογίου Επισκόπησης Υγείας SF-36v2
- «συνολική ψυχική υγεία», που αποτελεί το συνολικό συνοπτικό δείκτη για την ψυχική υγεία του ερωτηματολογίου Επισκόπησης Υγείας SF-36v2

Θα χρησιμοποιηθούν στο πλαίσιο της διμεταβλητής ανάλυσης παραμετρικές μέθοδοι στατιστικής ανάλυσης, συγκεκριμένα η δοκιμασία t-test ανεξάρτητων δειγμάτων. Σε περίπτωση που οι συγκρίσεις είναι περισσότερες των δύο, θα χρησιμοποιηθεί η ανάλυση διασποράς one-way Anova.

Για τις παρακάτω υποκλίμακες, που δεν ακολουθούν την κανονική κατανομή:

- «προσωρινότητα», που αποτελεί υποκλίμακα του ερωτηματολογίου Εργασιακής Αβεβαιότητας EPRES
- «αποδυνάμωση», που αποτελεί υποκλίμακα του ερωτηματολογίου Εργασιακής Αβεβαιότητας EPRES
- «τρωτότητα», που αποτελεί υποκλίμακα του ερωτηματολογίου Εργασιακής Αβεβαιότητας EPRES

- «δικαιώματα», που αποτελεί υποκλίμακα του ερωτηματολογίου Εργασιακής Αβεβαιότητας EPRES
- «άσκηση δικαιωμάτων», που αποτελεί υποκλίμακα του ερωτηματολογίου Εργασιακής Αβεβαιότητας EPRES

θα χρησιμοποιηθούν στο πλαίσιο της διμεταβλητής ανάλυσης οι μη-παραμετρικές μέθοδοι, συγκεκριμένα η δοκιμασία Mann-Whitney. Σε περίπτωση που οι συγκρίσεις είναι περισσότερες από δυο, χρησιμοποιείται η δοκιμασία Kruskal-Wallis.

6.2 Επίδραση δημογραφικών και επαγγελματικών χαρακτηριστικών στην εργασιακή αβεβαιότητα, το επαγγελματικό στρες και την επισκόπηση υγείας

Πραγματοποιήθηκε διμεταβλητή ανάλυση για τη διερεύνηση της επίδρασης των δημογραφικών και επαγγελματικών χαρακτηριστικών στην εργασιακή ανασφάλεια, στο επαγγελματικό στρες και στο επίπεδο υγείας. Σε κάθε περίπτωση, η κατηγορία της ανεξάρτητης μεταβλητής που αφορά σε δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά με στατιστικά σημαντική επίδραση σε οποιονδήποτε συνοπτικό δείκτη της Εργασιακής Αβεβαιότητας EPRES, του Επαγγελματικού Στρες OSQ και της Επισκόπησης Υγείας SF-36v2, επισημαίνεται εντός των παρακάτω πινάκων με υπογράμμιση.

6.2.1 Ηλικία

Στον Πίνακα 6.1 παρατίθενται η μέση θέση (mean rank) κάθε συνοπτικού δείκτη, που δεν ακολουθεί την κανονική κατανομή, στις ακόλουθες κατηγορίες ηλικίας:

- <30 ετών
- >30 ετών

και το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας (μη παραμετρικός έλεγχος).

Στον Πίνακα 6.2 παρατίθενται η μέση τιμή κάθε συνοπτικού δείκτη, που ακολουθεί την κανονική κατανομή, στις ίδιες κατηγορίες ηλικίας και το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας (παραμετρικός έλεγχος).

Από τους πίνακες αυτούς, φαίνεται ότι η ηλικία επηρεάζει αρκετές διαστάσεις της εργασιακής αβεβαιότητας και συγκεκριμένα τους συνοπτικούς δείκτες «προσωρινότητα», «αποδυνάμωση», «δικαιώματα», καθώς και τη «συνολική εργασιακή αβεβαιότητα», με υψηλότερα επίπεδα εργασιακής αβεβαιότητας να δηλώνονται σε όλες τις αναφερόμενες περιπτώσεις από τους νέους εργαζόμενους, κάτω των 30 ετών. Επίσης, η ηλικία δε βρέθηκε να επηρεάζει καμία διάσταση ή υποκλίμακα του επαγγελματικού στρες, ενώ όσον αφορά την επισκόπηση υγείας, βρέθηκε να επηρεάζει μόνο το συνοπτικό δείκτη «ζωτικότητα», με τα χαμηλότερα επίπεδα του δείκτη να αφορούν σε νέους εργαζόμενους, κάτω των 30 ετών.

Πίνακας 6.1

Αποτελέσματα του μη παραμετρικού test Mann-Whitney με ανεξάρτητη μεταβλητή την ηλικία και εξαρτημένες τους συνοπτικούς δείκτες της Εργασιακής Αβεβαιότητας EPRES με μη κανονική κατανομή

Συνοπτικοί δείκτες	Μέση θέση συνοπτικού δείκτη (Mean Rank)	p-value
Προσωρινότητα**		
<30	<u>361,82</u>	<0,001
>30	266,48	
Αποδυνάμωση**		
<30	<u>327,26</u>	<0,001
>30	257,50	
Τρωτότητα		
<30	266,77	0,497

>30	282,52	
Δικαιώματα**		
<u><30</u>	<u>369,19</u>	<0,001
>30	252,91	
Άσκηση δικαιωμάτων		
<30	267,04	0,787
>30	273,10	
* $p < 0,05$		
** $p < 0,01$		

Πίνακας 6.2

Αποτελέσματα του παραμετρικού t-test με ανεξάρτητη μεταβλητή την ηλικία και εξαρτημένες τους συνοπτικούς δείκτες της Εργασιακής Αβεβαιότητας EPRES, του Επαγγελματικού Στρες OSQ και της Επισκόπησης Υγείας SF-36v2 με κανονική κατανομή

Συνοπτικοί δείκτες	Μέση τιμή	p-value
Μισθοί		
<30	2,1818	0,503
>30	2,0819	
Συνολική εργασιακή αβεβαιότητα**		
<u><30</u>	<u>1,7520</u>	<0,001

>30	1,5039	
Τροποποιητικοί παράγοντες & εργασιακοί πόροι		
<30	2,2713	0,554
>30	2,2344	
Δυνατότητες ελέγχου εργασίας		
<30	2,6818	0,291
>30	2,5767	
Κοινωνικές σχέσεις & εκτίμηση		
<30	2,0182	0,089
>30	1,8853	
Ατμόσφαιρα στο χώρο εργασίας		
<30	2,4242	0,504
>30	2,4664	
Ηγεσία & εποπτεία		
<30	1,9656	0,658
>30	2,0139	
Αντίληψη του περιβάλλοντος		
<30	2,6973	0,597
>30	2,7423	

Απαιτήσεις εργασίας		
<30	2,6465	0,325
>30	2,5699	
Κίνδυνοι & περιβάλλον		
<30	2,1636	0,698
>30	2,2166	
Πίεση εργασίας		
<30	3,2818	0,290
>30	3,4189	
Στρες & ευεξία		
<30	2,1974	0,512
>30	2,1445	
Ανάγκη για υποστήριξη & παρεμβάσεις		
<30	2,3818	0,210
>30	2,2793	
Συνολικό επαγγελματικό στρες		
<30	2,3243	0,602
>30	2,2947	
Φυσική λειτουργία		

<30	89,6364	0,211
>30	86,5887	
Φυσικός ρόλος		
<30	81,2500	0,814
>30	81,9403	
Σωματικός πόνος		
<30	72,3182	0,093
>30	77,6796	
Γενική υγεία		
<30	66,7273	0,426
>30	68,7251	
Ζωτικότητα*		
<u><30</u>	<u>55,5682</u>	0,032
>30	61,8577	
Κοινωνική λειτουργία		
<30	68,2870	0,158
>30	73,4841	
Συναισθηματικός ρόλος		
<30	77,4242	0,498
>30	79,5499	

Ψυχική υγεία		
<30	61,5455	0,434
>30	63,6832	
Μεταβολή της υγείας		
<30	54,9107	0,251
>30	51,4591	
Συνολική σωματική υγεία		
<30	77,4830	0,559
>30	78,7245	
Συνολική ψυχική υγεία		
<30	65,6597	0,128
>30	69,7589	
* $p < 0,05$		
** $p < 0,01$		

6.2.2 Τόπος γέννησης

Στον Πίνακα 6.3 παρατίθενται η μέση θέση (mean rank) κάθε συνοπτικού δείκτη, που δεν ακολουθεί την κανονική κατανομή, στις ακόλουθες κατηγορίες τόπου γέννησης:

- Ελλάδα
- Εξωτερικό

και το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας (μη παραμετρικός έλεγχος).

Στον Πίνακα 6.4 παρατίθενται η μέση τιμή κάθε συνοπτικού δείκτη, που ακολουθεί την κανονική κατανομή, στις ίδιες κατηγορίες τόπου γέννησης και το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας (παραμετρικός έλεγχος).

Από τους πίνακες αυτούς, φαίνεται ότι ο τόπος γέννησης δεν επηρεάζει καμία διάσταση της εργασιακής αβεβαιότητας, του επαγγελματικού στρες και της επισκόπησης υγείας.

Πίνακας 6.3

Αποτελέσματα του μη παραμετρικού test Mann-Whitney με ανεξάρτητη μεταβλητή τον τόπο γέννησης και εξαρτημένες τους συνοπτικούς δείκτες της Εργασιακής Αβεβαιότητας EPRES με μη κανονική κατανομή

Συνοπτικοί δείκτες	Μέση θέση συνοπτικού δείκτη (Mean Rank)	p-value
Προσωρινότητα		
Ελλάδα	222,02	0,206
Εξωτερικό	197,26	
Αποδυνάμωση		
Ελλάδα	209,28	0,620
Εξωτερικό	220,81	
Τρωτότητα		
Ελλάδα	228,45	0,114
Εξωτερικό	187,59	

Δικαιώματα		
Ελλάδα	211,75	0,407
Εξωτερικό	191,60	
Άσκηση δικαιωμάτων		
Ελλάδα	221,22	0,126
Εξωτερικό	180,81	
* $p < 0,05$		
** $p < 0,01$		

Πίνακας 6.4

Αποτελέσματα του παραμετρικού t-test με ανεξάρτητη μεταβλητή τον τόπο γέννησης και εξαρτημένες τους συνοπτικούς δείκτες της Εργασιακής Αβεβαιότητας EPRES, του Επαγγελματικού Στρες OSQ και της Επισκόπησης Υγείας SF-36v2 με κανονική κατανομή

Συνοπτικοί δείκτες	Μέση τιμή	p-value
Μισθοί		
Ελλάδα	2,0843	0,139
Εξωτερικό	2,3462	
Συνολική εργασιακή αβεβαιότητα		
Ελλάδα	1,5368	0,491
Εξωτερικό	1,6013	

Τροποποιητικοί παράγοντες & εργασιακοί πόροι		
Ελλάδα	2,2494	0,707
Εξωτερικό	2,2171	
Δυνατότητες ελέγχου εργασίας		
Ελλάδα	2,6122	0,061
Εξωτερικό	2,3571	
Κοινωνικές σχέσεις & εκτίμηση		
Ελλάδα	1,9188	0,495
Εξωτερικό	1,8429	
Ατμόσφαιρα στο χώρο εργασίας		
Ελλάδα	2,4215	0,058
Εξωτερικό	2,6071	
Ηγεσία & εποπτεία		
Ελλάδα	2,0413	0,898
Εξωτερικό	2,0612	
Αντίληψη του περιβάλλοντος		
Ελλάδα	2,8052	0,898
Εξωτερικό	2,7071	
Απαιτήσεις εργασίας		

Ελλάδα	2,5984	0,144
Εξωτερικό	2,4362	
Κίνδυνοι & περιβάλλον		
Ελλάδα	2,3316	0,194
Εξωτερικό	2,0714	
Πίεση εργασίας		
Ελλάδα	3,4687	0,865
Εξωτερικό	3,5000	
Στρες & ευεξία		
Ελλάδα	2,1564	0,984
Εξωτερικό	2,1587	
Ανάγκη για υποστήριξη & παρεμβάσεις		
Ελλάδα	2,3555	0,454
Εξωτερικό	2,4491	
Συνολικό επαγγελματικό στρες		
Ελλάδα	2,3385	0,476
Εξωτερικό	2,2819	
Φυσική λειτουργία		
Ελλάδα	86,6880	0,241

Εξωτερικό	90,5172	
Φυσικός ρόλος		
Ελλάδα	81,6049	0,391
Εξωτερικό	85,0446	
Σωματικός πόνος		
Ελλάδα	77,2373	0,717
Εξωτερικό	75,6897	
Γενική υγεία		
Ελλάδα	68,7412	0,639
Εξωτερικό	70,3846	
Ζωτικότητα		
Ελλάδα	59,4406	0,537
Εξωτερικό	62,0192	
Κοινωνική λειτουργία		
Ελλάδα	71,8895	0,482
Εξωτερικό	75,4464	
Συναισθηματικός ρόλος		
Ελλάδα	77,7199	0,428
Εξωτερικό	81,2500	
Ψυχική υγεία		

Ελλάδα	62,6798	0,384
Εξωτερικό	66,2000	
Μεταβολή της υγείας		
Ελλάδα	52,3618	0,354
Εξωτερικό	49,1071	
Συνολική σωματική υγεία		
Ελλάδα	78,6632	0,581
Εξωτερικό	80,2764	
Συνολική ψυχική υγεία		
Ελλάδα	67,9548	0,266
Εξωτερικό	72,4175	
* $p < 0,05$		
** $p < 0,01$		

6.2.3 Εθνικότητα

Στον Πίνακα 6.5 παρατίθενται η μέση θέση (mean rank) κάθε συνοπτικού δείκτη, που δεν ακολουθεί την κανονική κατανομή, στις ακόλουθες κατηγορίες εθνικότητας:

- Ελληνική εθνικότητα
- Άλλη εθνικότητα

και το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας (μη παραμετρικός έλεγχος).

Στον Πίνακα 6.6 παρατίθενται η μέση τιμή κάθε συνοπτικού δείκτη, που ακολουθεί την κανονική κατανομή, στις ίδιες κατηγορίες εθνικότητας και το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας (παραμετρικός έλεγχος).

Από τους πίνακες αυτούς, φαίνεται ότι η εθνικότητα βρέθηκε να επηρεάζει ορισμένες διαστάσεις της εργασιακής αβεβαιότητας, συγκεκριμένα την «τρωτότητα» και την «άσκηση δικαιωμάτων», με τα υψηλότερα επίπεδα εργασιακής αβεβαιότητας να δηλώνονται από εργαζόμενους με Ελληνική εθνικότητα.

Σε σχέση με το επαγγελματικό στρες, η εθνικότητα βρέθηκε να επηρεάζει τις διαστάσεις «τροποποιητικοί παράγοντες & εργασιακοί πόροι» και «στρες & ευεξία», τις υποκλίμακες «δυνατότητες ελέγχου εργασίας», «κοινωνικές σχέσεις & εκτίμηση» και «ηγεσία & εποπτεία», καθώς και το «συνολικό επαγγελματικό στρες», με τα υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικού στρες να δηλώνονται από εργαζόμενους με Ελληνική εθνικότητα.

Αναφορικά με την επισκόπηση υγείας, η εθνικότητα βρέθηκε να επηρεάζει τις διαστάσεις που αφορούν στην ψυχική υγεία, συγκεκριμένα τη «ζωτικότητα» και την «ψυχική υγεία», με τα χαμηλότερα επίπεδα υγείας να δηλώνονται από εργαζόμενους Ελληνικής εθνικότητας.

Πίνακας 6.5

Αποτελέσματα του μη παραμετρικού test Mann-Whitney με ανεξάρτητη μεταβλητή την εθνικότητα και εξαρτημένες τους συνοπτικούς δείκτες της Εργασιακής Αβεβαιότητας EPRES με μη κανονική κατανομή

Συνοπτικοί δείκτες	Μέση θέση συνοπτικού δείκτη (Mean Rank)	p-value
Προσωρινότητα		
Ελληνική	283,15	0,519

Άλλη	311,71	
Αποδυνάμωση		
Ελληνική	271,71	0,187
Άλλη	357,70	
Τρωτότητα**		
<u>Ελληνική</u>	<u>290,79</u>	<0,001
Άλλη	61,64	
Δικαιώματα		
Ελληνική	272,34	0,375
Άλλη	323,64	
Άσκηση δικαιωμάτων*		
<u>Ελληνική</u>	<u>280,71</u>	0,026
Άλλη	144,71	
* $p < 0,05$		
** $p < 0,01$		

Πίνακας 6.6

Αποτελέσματα του παραμετρικού t-test με ανεξάρτητη μεταβλητή την εθνικότητα και εξαρτημένες τους συνοπτικούς δείκτες της Εργασιακής Αβεβαιότητας EPRES, του Επαγγελματικού Στρες OSQ και της Επισκόπησης Υγείας SF-36v2 με κανονική κατανομή

Συνοπτικοί δείκτες	Μέση τιμή	p-value
Μισθοί		
Ελληνική	2,0983	0,472
Άλλη	1,8571	
Συνολική εργασιακή αβεβαιότητα		
Ελληνική	1,5399	0,257
Άλλη	1,7768	
Τροποποιητικοί παράγοντες & εργασιακοί πόροι**		
<u>Ελληνική</u>	<u>2,2479</u>	<0,001
Άλλη	1,7096	
Δυνατότητες ελέγχου εργασίας**		
<u>Ελληνική</u>	<u>2,6073</u>	<0,001
Άλλη	1,6563	
Κοινωνικές σχέσεις & εκτίμηση*		
<u>Ελληνική</u>	<u>1,9017</u>	0,030
Άλλη	1,4750	

Ατμόσφαιρα στο χώρο εργασίας		
Ελληνική	2,4650	0,849
Άλλη	2,5000	
Ηγεσία & εποπτεία**		
<u>Ελληνική</u>	<u>2,0194</u>	<0,001
Άλλη	1,2321	
Αντίληψη του περιβάλλοντος		
Ελληνική	2,7398	0,253
Άλλη	2,4333	
Απαιτήσεις εργασίας		
Ελληνική	2,5817	0,122
Άλλη	2,2000	
Κίνδυνοι & περιβάλλον		
Ελληνική	2,2195	0,120
Άλλη	1,6875	
Πίεση εργασίας		
Ελληνική	3,4139	0,097
Άλλη	2,8750	
Στρες & ευεξία*		
<u>Ελληνική</u>	<u>2,1583</u>	0,020

Άλλη	1,6531	
Ανάγκη για υποστήριξη & παρεμβάσεις		
Ελληνική	2,2928	0,059
Άλλη	2,7500	
Συνολικό επαγγελματικό στρες*		
<u>Ελληνική</u>	<u>2,3031</u>	0,022
Άλλη	1,8980	
Φυσική λειτουργία		
Ελληνική	86,8696	0,355
Άλλη	92,5000	
Φυσικός ρόλος		
Ελληνική	81,7316	0,164
Άλλη	88,2813	
Σωματικός πόνος		
Ελληνική	77,1324	0,253
Άλλη	86,2500	
Γενική υγεία		
Ελληνική	68,3097	0,171
Άλλη	76,8750	

Ζωτικότητα*		
<u>Ελληνική</u>	<u>61,0307</u>	0,045
Άλλη	76,7857	
Κοινωνική λειτουργία		
Ελληνική	72,8761	0,567
Άλλη	78,1250	
Συναισθηματικός ρόλος		
Ελληνική	79,3264	0,911
Άλλη	80,2083	
Ψυχική υγεία*		
<u>Ελληνική</u>	<u>63,1195</u>	0,012
Άλλη	81,4286	
Μεταβολή της υγείας		
Ελληνική	51,6869	0,785
Άλλη	50,000	
Συνολική σωματική υγεία		
Ελληνική	78,5052	0,160
Άλλη	85,9766	
Συνολική ψυχική υγεία		
Ελληνική	69,1835	0,192

Άλλη	78,5417	
* $p < 0,05$		
** $p < 0,01$		

6.2.4 Φύλο

Στον Πίνακα 6.7 παρατίθενται η μέση θέση (mean rank) κάθε συνοπτικού δείκτη, που δεν ακολουθεί την κανονική κατανομή, στις ακόλουθες κατηγορίες φύλου:

- Άνδρες
- Γυναίκες

και το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας (μη παραμετρικός έλεγχος).

Στον Πίνακα 6.8 παρατίθενται η μέση τιμή κάθε συνοπτικού δείκτη, που ακολουθεί την κανονική κατανομή, στις ίδιες κατηγορίες φύλου και το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας (παραμετρικός έλεγχος).

Από τους πίνακες αυτούς, φαίνεται ότι το φύλο επηρεάζει ορισμένες διαστάσεις της εργασιακής αβεβαιότητας, συγκεκριμένα την «προσωρινότητα» και την «άσκηση δικαιωμάτων», με τα υψηλότερα επίπεδα εργασιακής αβεβαιότητας να δηλώνονται από άνδρες εργαζόμενους.

Σε σχέση με το επαγγελματικό στρες, το φύλο βρέθηκε να επηρεάζει τη διάσταση «ανάγκη για υποστήριξη και παρεμβάσεις», με τα υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικού στρες να δηλώνονται από γυναίκες εργαζόμενες. Επίσης, το φύλο βρέθηκε να επηρεάζει διάφορες υποκλίμακες του επαγγελματικού στρες, με διαφορετικό τρόπο. Συγκεκριμένα, το φύλο επηρεάζει τις υποκλίμακες «κοινωνικές σχέσεις & εκτίμηση» και «απαιτήσεις εργασίας», στις οποίες τα υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικού στρες δηλώνονται από γυναίκες εργαζόμενες, καθώς και τις υποκλίμακες «αντίληψη του περιβάλλοντος», «κίνδυνοι & περιβάλλον» και «πίεση

εργασίας», στις οποίες τα υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικού στρες δηλώνονται από άνδρες εργαζόμενους.

Αναφορικά με την επισκόπηση υγείας, το φύλο βρέθηκε να επηρεάζει τις διαστάσεις που αφορούν στη σωματική αλλά ψυχική υγεία, συγκεκριμένα το «σωματικό πόνο», τη «γενική υγεία», τη «ζωτικότητα», την «κοινωνική λειτουργία», την «ψυχική υγεία», τη «συνολική σωματική υγεία» και τη «συνολική ψυχική υγεία» με τα χαμηλότερα επίπεδα υγείας να δηλώνονται από γυναίκες εργαζόμενες.

Πίνακας 6.7

Αποτελέσματα του μη παραμετρικού test Mann-Whitney με ανεξάρτητη μεταβλητή το φύλο και εξαρτημένες τους συνοπτικούς δείκτες της Εργασιακής Αβεβαιότητας EPRES με μη κανονική κατανομή

Συνοπτικοί δείκτες	Μέση θέση συνοπτικού δείκτη (Mean Rank)	p-value
Προσωρινότητα**		
Άνδρες	<u>297,01</u>	<0,001
Γυναίκες	262,33	
Αποδυνάμωση		
Άνδρες	271,43	0,505
Γυναίκες	280,15	
Τρωτότητα		
Άνδρες	284,38	0,268
Γυναίκες	300,50	

Δικαιώματα		
Άνδρες	279,19	0,333
Γυναίκες	265,95	
Άσκηση δικαιωμάτων*		
<u>Άνδρες</u>	<u>296,32</u>	0,003
Γυναίκες	253,40	
* $p < 0,05$		
** $p < 0,01$		

Πίνακας 6.8

Αποτελέσματα του παραμετρικού t-test με ανεξάρτητη μεταβλητή το φύλο και εξαρτημένες τους συνοπτικούς δείκτες της Εργασιακής Αβεβαιότητας EPRES, του Επαγγελματικού Στρες OSQ και της Επισκόπησης Υγείας SF-36v2 με κανονική κατανομή

Συνοπτικοί δείκτες	Μέση τιμή	p-value
Μισθοί		
Άνδρες	2,0678	0,377
Γυναίκες	2,1418	
Συνολική εργασιακή αβεβαιότητα		
Άνδρες	1,5708	0,109
Γυναίκες	1,4991	

Τροποποιητικοί παράγοντες & εργασιακοί πόροι		
Άνδρες	2,2239	0,146
Γυναίκες	2,2763	
Δυνατότητες ελέγχου εργασίας		
Άνδρες	2,5849	0,579
Γυναίκες	2,6188	
Κοινωνικές σχέσεις & εκτίμηση**		
Άνδρες	1,8546	0,005
<u>Γυναίκες</u>	<u>1,9882</u>	
Ατμόσφαιρα στο χώρο εργασίας		
Άνδρες	2,4627	0,988
Γυναίκες	2,4633	
Ηγεσία & εποπτεία		
Άνδρες	1,9869	0,280
Γυναίκες	2,0545	
Αντίληψη του περιβάλλοντος**		
<u>Άνδρες</u>	<u>2,8237</u>	<0,001
Γυναίκες	2,5667	
Απαιτήσεις εργασίας**		

Άνδρες	2,5349	0,013
<u>Γυναίκες</u>	<u>2,6546</u>	
Κίνδυνοι & περιβάλλον**		
<u>Άνδρες</u>	<u>2,3946</u>	<0,001
Γυναίκες	1,8626	
Πίεση εργασίας**		
<u>Άνδρες</u>	<u>3,5234</u>	<0,001
Γυναίκες	3,1807	
Στρες & ευεξία		
Άνδρες	2,1421	0,630
Γυναίκες	2,1650	
Ανάγκη για υποστήριξη & παρεμβάσεις*		
Άνδρες	2,2588	0,023
<u>Γυναίκες</u>	<u>2,3843</u>	
Συνολικό επαγγελματικό στρες		
Άνδρες	2,2981	0,941
Γυναίκες	2,3006	
Φυσική λειτουργία		
Άνδρες	87,7214	0,145

Γυναίκες	85,5665	
Φυσικός ρόλος		
Άνδρες	82,4735	0,375
Γυναίκες	80,8824	
Σωματικός πόνος**		
Άνδρες	79,2318	0,006
<u>Γυναίκες</u>	<u>73,9320</u>	
Γενική υγεία*		
Άνδρες	69,6277	0,033
<u>Γυναίκες</u>	<u>66,3614</u>	
Ζωτικότητα**		
Άνδρες	63,2072	0,002
<u>Γυναίκες</u>	<u>57,7042</u>	
Κοινωνική λειτουργία**		
Άνδρες	75,2667	0,004
<u>Γυναίκες</u>	<u>68,6881</u>	
Συναισθηματικός ρόλος		
Άνδρες	80,6571	0,060
Γυναίκες	77,0525	
Ψυχική υγεία*		

Άνδρες	64,8285	0,017
<u>Γυναίκες</u>	<u>60,8168</u>	
Μεταβολή της υγείας		
Άνδρες	52,3964	0,238
Γυναίκες	50,6127	
Συνολική σωματική υγεία*		
Άνδρες	79,7807	0,016
<u>Γυναίκες</u>	<u>76,6196</u>	
Συνολική ψυχική υγεία**		
Άνδρες	71,1299	0,003
<u>Γυναίκες</u>	<u>66,1306</u>	
* $p < 0,05$		
** $p < 0,01$		

6.2.5 Οικογενειακή κατάσταση

Στον Πίνακα 6.9 παρατίθενται η μέση θέση (mean rank) κάθε συνοπτικού δείκτη, που δεν ακολουθεί την κανονική κατανομή, στις ακόλουθες κατηγορίες οικογενειακής κατάστασης:

- Έγγαμοι
- Διαζευγμένοι
- Άγαμοι
- Χήροι/ες

και το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας (μη παραμετρικός έλεγχος).

Στον Πίνακα 6.10 παρατίθενται η μέση τιμή κάθε συνοπτικού δείκτη, που ακολουθεί την κανονική κατανομή, στις ίδιες κατηγορίες οικογενειακής κατάστασης και το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας (παραμετρικός έλεγχος).

Από τους πίνακες αυτούς, φαίνεται ότι η οικογενειακή κατάσταση επηρεάζει ορισμένες διαστάσεις της εργασιακής αβεβαιότητας, συγκεκριμένα την «προσωρινότητα», την «αποδυνάμωση», τους «μισθούς» και τα «δικαιώματα», με τα υψηλότερα επίπεδα εργασιακής αβεβαιότητας να δηλώνονται από άγαμους εργαζόμενους, με εξαίρεση τη διάσταση «μισθοί», όπου τα υψηλότερα επίπεδα εργασιακής αβεβαιότητας δηλώνονται από χήρους/χήρες εργαζόμενους.

Σε σχέση με το επαγγελματικό στρες, η οικογενειακή κατάσταση βρέθηκε να επηρεάζει τις διαστάσεις «τροποποιητικοί παράγοντες & εργασιακοί πόροι» και «στρες & ευεξία», τις υποκλίμακες «κοινωνικές σχέσεις & εκτίμηση», «ηγεσία & εποπτεία», «αντίληψη του περιβάλλοντος», «απαιτήσεις εργασίας», «κίνδυνοι & περιβάλλον», καθώς και το συνολικό συνοπτικό δείκτη «συνολικό επαγγελματικό στρες», με τα υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικού στρες να δηλώνονται από άγαμους εργαζόμενους.

Αναφορικά με την επισκόπηση υγείας, η οικογενειακή κατάσταση βρέθηκε να επηρεάζει τις διαστάσεις που αφορούν στη σωματική αλλά και ψυχική υγεία, συγκεκριμένα τη «φυσική λειτουργία», τη «ζωτικότητα», την «κοινωνική λειτουργία», το «συναισθηματικό ρόλο», την «ψυχική υγεία» και τη «συνολική ψυχική υγεία», με τα χαμηλότερα επίπεδα υγείας να δηλώνονται από άγαμους εργαζόμενους όσον αφορά το «συναισθηματικό ρόλο», από χήρους εργαζόμενους όσον αφορά τη «ζωτικότητα», την «κοινωνική λειτουργία», την «ψυχική υγεία» και τη «συνολική ψυχική υγεία» και από έγγαμους εργαζόμενους όσον αφορά τη «φυσική λειτουργία».

Πίνακας 6.9

Αποτελέσματα του μη παραμετρικού test Kruskal-Wallis με ανεξάρτητη μεταβλητή την οικογενειακή κατάσταση και εξαρτημένες τους συνοπτικούς δείκτες της Εργασιακής Αβεβαιότητας EPRES με μη κανονική κατανομή

Συνοπτικοί δείκτες	Μέση θέση συνοπτικού δείκτη (Mean Rank)	p-value
Προσωρινότητα**		
Έγγαμοι	270,15	<0,001
Διαζευγμένοι	229,71	
<u>Άγαμοι</u>	<u>318,11</u>	
Χήροι/ες	223,00	
Αποδυνάμωση**		
Έγγαμοι	255,15	<0,001
Διαζευγμένοι	259,06	
<u>Άγαμοι</u>	<u>307,03</u>	
Χήροι/ες	184,50	
Τρωτότητα		
Έγγαμοι	276,81	0,157
Διαζευγμένοι	324,24	
Άγαμοι	304,36	
Χήροι/ες	248,33	

Δικαιώματα**		
Έγγαμοι	241,77	<0,001
Διαζευγμένοι	215,78	
<u>Άγαμοι</u>	<u>343,06</u>	
Χήροι/ες	233,83	
Άσκηση δικαιωμάτων		
Έγγαμοι	275,25	0,300
Διαζευγμένοι	252,59	
Άγαμοι	292,19	
Χήροι/ες	386,00	
* $p < 0,05$		
** $p < 0,01$		

Πίνακας 6.10

Αποτελέσματα της one-way Anova με ανεξάρτητη μεταβλητή την οικογενειακή κατάσταση και εξαρτημένες τους συνοπτικούς δείκτες της Εργασιακής Αβεβαιότητας EPRES, του Επαγγελματικού Στρες OSQ και της Επισκόπησης Υγείας SF-36v2 με κανονική κατανομή

Συνοπτικοί δείκτες	Μέση τιμή	p-value
Μισθοί*		
Έγγαμοι	2,1535	0,035

Διαζευγμένοι	2,2963	
Άγαμοι	1,9819	
<u>Χήροι/ες</u>	<u>3,1667</u>	
Συνολική εργασιακή αβεβαιότητα		
Έγγαμοι	1,5353	0,339
Διαζευγμένοι	1,4804	
Άγαμοι	1,5754	
Χήροι/ες	1,1369	
Τροποποιητικοί παράγοντες & εργασιακοί πόροι*		
Έγγαμοι	2,1970	0,020
Διαζευγμένοι	2,2407	
<u>Άγαμοι</u>	<u>2,3221</u>	
Χήροι/ες	2,2363	
Δυνατότητες ελέγχου εργασίας		
Έγγαμοι	2,5682	0,378
Διαζευγμένοι	2,4792	
Άγαμοι	2,6597	
Χήροι/ες	2,5833	
Κοινωνικές σχέσεις & εκτίμηση*		

Έγγαμοι	1,8513	0,034
Διαζευγμένοι	1,9611	
<u>Άγαμοι</u>	<u>1,9853</u>	
Χήροι/ες	1,6000	
Ατμόσφαιρα στο χώρο εργασίας		
Έγγαμοι	2,4545	0,215
Διαζευγμένοι	2,5463	
Άγαμοι	2,4456	
Χήροι/ες	3,0000	
Ηγεσία & εποπτεία**		
Έγγαμοι	1,9207	<0,001
Διαζευγμένοι	1,9878	
<u>Άγαμοι</u>	<u>2,1930</u>	
Χήροι/ες	1,7619	
Αντίληψη του περιβάλλοντος**		
Έγγαμοι	2,6558	<0,001
Διαζευγμένοι	2,6644	
<u>Άγαμοι</u>	<u>2,9002</u>	
Χήροι/ες	2,4599	
Απαιτήσεις εργασίας**		

Έγγαμοι	2,5002	<0,001
Διαζευγμένοι	2,5868	
<u>Άγαμοι</u>	<u>2,7248</u>	
Χήροι/ες	2,6296	
Κίνδυνοι & περιβάλλον**		
Έγγαμοι	2,0994	<0,001
Διαζευγμένοι	2,0643	
<u>Άγαμοι</u>	<u>2,4490</u>	
Χήροι/ες	1,5833	
Πίεση εργασίας		
Έγγαμοι	3,3616	0,134
Διαζευγμένοι	3,2286	
Άγαμοι	3,5236	
Χήροι/ες	3,1667	
Στρες & ευεξία**		
Έγγαμοι	2,0920	0,003
Διαζευγμένοι	2,0588	
<u>Άγαμοι</u>	<u>2,2759</u>	
Χήροι/ες	2,0952	

Ανάγκη για υποστήριξη & παρεμβάσεις		
Έγγαμοι	2,3024	0,580
Διαζευγμένοι	2,4044	
Άγαμοι	2,2690	
Χήροι/ες	2,5833	
Συνολικό επαγγελματικό στρες**		
Έγγαμοι	2,2408	<0,001
Διαζευγμένοι	2,3009	
<u>Άγαμοι</u>	<u>2,4097</u>	
Χήροι/ες	2,1973	
Φυσική λειτουργία**		
<u>Έγγαμοι</u>	<u>84,9576</u>	0,004
Διαζευγμένοι	90,8571	
Άγαμοι	90,0521	
Χήροι/ες	86,6667	
Φυσικός ρόλος		
Έγγαμοι	82,2170	0,122
Διαζευγμένοι	88,1944	
Άγαμοι	79,9738	

Χήροι/ες	91,6667	
Σωματικός πόνος		
Έγγαμοι	78,3543	0,332
Διαζευγμένοι	79,1667	
Άγαμοι	74,8822	
Χήροι/ες	82,5000	
Γενική υγεία		
Έγγαμοι	68,5960	0,956
Διαζευγμένοι	69,8529	
Άγαμοι	68,1053	
Χήροι/ες	70,000	
Ζωτικότητα**		
Έγγαμοι	63,6964	<0,001
Διαζευγμένοι	64,7059	
Άγαμοι	56,7736	
<u>Χήροι/ες</u>	<u>52,0833</u>	
Κοινωνική λειτουργία**		
Έγγαμοι	76,9622	<0,001
Διαζευγμένοι	77,0833	
Άγαμοι	65,5759	

<u>Χήροι/ες</u>	<u>58,3333</u>	
Συναισθηματικός ρόλος**		
Έγγαμοι	81,3210	0,003
Διαζευγμένοι	85,1852	
<u>Άγαμοι</u>	<u>74,7830</u>	
Χήροι/ες	80,5556	
Ψυχική υγεία**		
Έγγαμοι	65,5316	<0,001
Διαζευγμένοι	63,2353	
Άγαμοι	60,1042	
<u>Χήροι/ες</u>	<u>36,6667</u>	
Μεταβολή της υγείας		
Έγγαμοι	50,9777	0,579
Διαζευγμένοι	51,4286	
Άγαμοι	52,8796	
Χήροι/ες	58,3333	
Συνολική σωματική υγεία		
Έγγαμοι	78,6094	0,579
Διαζευγμένοι	82,1970	
Άγαμοι	78,2962	

Χήροι/ες	77,8125	
Συνολική ψυχική υγεία**		
Έγγαμοι	72,1475	<0,001
Διαζευγμένοι	72,7635	
Άγαμοι	64,2533	
<u>Χήροι/ες</u>	<u>56,9097</u>	
* $p < 0,05$		
** $p < 0,01$		

6.2.6 Έτη στην επιχείρηση

Στον Πίνακα 6.11 παρατίθενται η μέση θέση (mean rank) κάθε συνοπτικού δείκτη, που δεν ακολουθεί την κανονική κατανομή, στις ακόλουθες κατηγορίες ετών στην επιχείρηση:

- <1
- 1-5
- 5-10
- >10

και το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας (μη παραμετρικός έλεγχος).

Στον Πίνακα 6.12 παρατίθενται η μέση τιμή κάθε συνοπτικού δείκτη, που ακολουθεί την κανονική κατανομή, στις ίδιες κατηγορίες ετών στην επιχείρηση και το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας (παραμετρικός έλεγχος).

Από τους πίνακες αυτούς, φαίνεται ότι τα έτη στην επιχείρηση επηρεάζουν όλες διαστάσεις της εργασιακής αβεβαιότητας εκτός της υποκλίμακας «τρωτότητα», συγκεκριμένα επηρεάζουν τις υποκλίμακες «προσωρινότητα», «αποδυνάμωση»,

«μισθοί», «δικαιώματα», «άσκηση δικαιωμάτων», καθώς και το συνολικό συνοπτικό δείκτη «συνολική εργασιακή αβεβαιότητα», με τα υψηλότερα επίπεδα εργασιακής αβεβαιότητας να δηλώνονται από εργαζόμενους που απασχολούνται <1 έτος στην επιχείρηση.

Σε σχέση με το επαγγελματικό στρες, τα έτη στην επιχείρηση βρέθηκε να επηρεάζουν τις διαστάσεις «κοινωνικές σχέσεις & εκτίμηση», «αντίληψη του περιβάλλοντος» και «ανάγκη για υποστήριξη & παρεμβάσεις», τις υποκλίμακες «ηγεσία & εποπτεία», «απαιτήσεις εργασίας», «κίνδυνοι & περιβάλλον», καθώς και το συνολικό συνοπτικό δείκτη «συνολικό επαγγελματικό στρες», με τα υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικού στρες να δηλώνονται από εργαζόμενους που απασχολούνται 1-5 έτη στην επιχείρηση σε όλες τις διαστάσεις και υποκλίμακες, εκτός από τη διάσταση «ανάγκη για υποστήριξη & παρεμβάσεις», όπου τα υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικού στρες δηλώνονται από εργαζόμενους που απασχολούνται <1 έτος στην επιχείρηση.

Αναφορικά με την επισκόπηση υγείας, τα έτη στην επιχείρηση βρέθηκε να επηρεάζουν τις διαστάσεις που αφορούν στη σωματική αλλά και ψυχική υγεία, συγκεκριμένα τη «φυσική λειτουργία» και τη «ζωτικότητα», με τα χαμηλότερα επίπεδα υγείας να δηλώνονται από εργαζόμενους που απασχολούνται >10 έτη στην επιχείρηση στην περίπτωση της «φυσικής λειτουργίας» και από εργαζόμενους που απασχολούνται 1-5 έτη στην επιχείρηση στην περίπτωση της «ζωτικότητας».

Πίνακας 6.11

Αποτελέσματα του μη παραμετρικού test Kruskal-Wallis με ανεξάρτητη μεταβλητή τα έτη στην επιχείρηση και εξαρτημένες τους συνοπτικούς δείκτες της Εργασιακής Αβεβαιότητας EPRES με μη κανονική κατανομή

Συνοπτικοί δείκτες	Μέση θέση συνοπτικού δείκτη (Mean Rank)	p-value
Προσωρινότητα**		
<1	<u>396,09</u>	<0,001
1-5	<u>330,96</u>	
5-10	<u>271,51</u>	
>10	<u>240,61</u>	
Αποδυνάμωση**		
<1	<u>341,48</u>	<0,001
1-5	330,63	
5-10	291,69	
>10	216,73	
Τρωτότητα		
<1	264,14	0,341
1-5	298,87	
5-10	295,34	
>10	273,63	

Δικαιώματα**		
<u>≤1</u>	<u>400,35</u>	<0,001
1-5	341,37	
5-10	283,57	
>10	209,62	
Άσκηση δικαιωμάτων**		
<u>≤1</u>	<u>299,51</u>	<0,001
1-5	288,63	
5-10	220,37	
>10	289,11	
* p< 0,05		
** p< 0,01		

Πίνακας 6.12

Αποτελέσματα της one-way Anova με ανεξάρτητη μεταβλητή τα έτη στην επιχείρηση και εξαρτημένες τους συνοπτικούς δείκτες της Εργασιακής Αβεβαιότητας EPRES, του Επαγγελματικού Στρες OSQ και της Επισκόπησης Υγείας SF-36v2 με κανονική κατανομή

Συνοπτικοί δείκτες	Μέση τιμή	p-value
Μισθοί*		
<u>≤1</u>	<u>2,2536</u>	0,035

1-5	1,8952	
5-10	2,1475	
>10	2,1329	
Συνολική εργασιακή αβεβαιότητα**		
<u><1</u>	<u>1,7795</u>	
1-5	1,5661	<0,001
5-10	1,5113	
>10	1,4517	
Τροποποιητικοί παράγοντες & εργασιακοί πόροι		
<1	2,2266	0,073
1-5	2,3274	
5-10	2,2312	
>10	2,2036	
Δυνατότητες ελέγχου εργασίας		
<1	2,6500	0,455
1-5	2,6220	
5-10	2,6393	
>10	2,5394	
Κοινωνικές σχέσεις & εκτίμηση*		

<1	1,8783	0,032
<u>1-5</u>	<u>2,0000</u>	
5-10	1,9565	
>10	1,8397	
Ατμόσφαιρα στο χώρο εργασίας		
<1	2,5303	0,101
1-5	2,4841	
5-10	2,3602	
>10	2,4819	
Ηγεσία & εποπτεία**		
<1	1,8698	0,008
<u>1-5</u>	<u>2,2080</u>	
5-10	1,9524	
>10	1,9651	
Αντίληψη του περιβάλλοντος**		
<1	2,6226	<0,001
<u>1-5</u>	<u>2,9138</u>	
5-10	2,8143	
>10	2,6205	
Απαιτήσεις εργασίας*		

<1	2,4790	0,024
<u>1-5</u>	<u>2,6785</u>	
5-10	2,6364	
>10	2,5255	
Κίνδυνοι & περιβάλλον**		
<1	2,1222	<0,001
<u>1-5</u>	<u>2,6210</u>	
5-10	2,2398	
>10	1,9911	
Πίεση εργασίας		
<1	3,2667	0,143
1-5	3,4153	
5-10	3,5492	
>10	3,3411	
Στρες & ευεξία		
<1	2,1460	0,171
1-5	2,2297	
5-10	2,1832	
>10	2,0990	

Ανάγκη για υποστήριξη & παρεμβάσεις*		
<u><1</u>	<u>2,5417</u>	0,019
1-5	2,3020	
5-10	2,3473	
>10	2,2360	
Συνολικό επαγγελματικό στρες**		
<1	2,2676	<0,001
<u>1-5</u>	<u>2,4139</u>	
5-10	2,3264	
>10	2,2324	
Φυσική λειτουργία**		
<1	90,2273	<0,001
1-5	90,2400	
5-10	88,9431	
<u>>10</u>	<u>84,0179</u>	
Φυσικός ρόλος		
<1	80,9659	0,387
1-5	79,2659	
5-10	82,3258	

>10	83,0551	
Σωματικός πόνος		
<1	78,6364	0,472
1-5	76,0913	
5-10	75,0605	
>10	78,4698	
Γενική υγεία		
<1	71,7045	0,582
1-5	68,6000	
5-10	68,9407	
>10	67,7978	
Ζωτικότητα*		
<1	59,6591	0,017
<u>1-5</u>	<u>57,5500</u>	
5-10	59,3238	
>10	64,0117	
Κοινωνική λειτουργία		
<1	66,8605	0,155
1-5	69,9000	
5-10	73,9837	

>10	74,4485	
Συναισθηματικός ρόλος		
<1	76,7045	0,418
1-5	77,0503	
5-10	80,3523	
>10	80,3763	
Ψυχική υγεία		
<1	62,8409	0,981
1-5	63,6800	
5-10	63,7705	
>10	63,0797	
Μεταβολή της υγείας		
<1	55,0000	0,459
1-5	52,2000	
5-10	52,4194	
>10	50,8007	
Συνολική σωματική υγεία		
<1	80,3835	0,838
1-5	78,6750	
5-10	79,0159	

>10	78,2569	
Συνολική ψυχική υγεία		
<1	66,4850	0,281
1-5	67,1492	
5-10	69,8438	
>10	70,5549	
* $p < 0,05$		
** $p < 0,01$		

6.2.7 Επίπεδο εκπαίδευσης

Στον Πίνακα 6.13 παρατίθενται η μέση θέση (mean rank) κάθε συνοπτικού δείκτη, που ακολουθεί την κανονική κατανομή, στις ακόλουθες κατηγορίες επιπέδου εκπαίδευσης:

- Δημοτικό
- Γυμνάσιο
- Λύκειο
- ΑΕΙ/ΤΕΙ
- MSc/PhD

και το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας (μη παραμετρικός έλεγχος).

Στον Πίνακα 6.14 παρατίθενται η μέση τιμή κάθε συνοπτικού δείκτη, που ακολουθεί την κανονική κατανομή, στις ίδιες κατηγορίες επιπέδου εκπαίδευσης και το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας (παραμετρικός έλεγχος).

Από τους πίνακες αυτούς, φαίνεται ότι το επίπεδο εκπαίδευσης επηρεάζει ορισμένες διαστάσεις της εργασιακής αβεβαιότητας, συγκεκριμένα την

«αποδυνάμωση», τους «μισθούς», τα «δικαιώματα» και την «άσκηση δικαιωμάτων» με τα υψηλότερα επίπεδα εργασιακής αβεβαιότητας να δηλώνονται από εργαζόμενους εκπαιδευτικού επιπέδου δημοτικού όσον αφορά την «αποδυνάμωση» και τα «δικαιώματα», επιπέδου γυμνασίου όσον αφορά τους «μισθούς» και επιπέδου ΑΕΙ/ΤΕΙ όσον αφορά την «άσκηση δικαιωμάτων».

Σε σχέση με το επαγγελματικό στρες, το επίπεδο εκπαίδευσης βρέθηκε να επηρεάζει τη διάσταση «ανάγκη για υποστήριξη & παρεμβάσεις» και τις υποκλίμακες «δυνατότητα ελέγχου», «ατμόσφαιρα στο χώρο εργασίας», «ηγεσία & εποπτεία» και «απαιτήσεις εργασίας», με τα υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικού στρες να δηλώνονται από εργαζόμενους εκπαιδευτικού επιπέδου δημοτικού, όσον αφορά τη «δυνατότητα ελέγχου», επιπέδου γυμνασίου όσον αφορά την «ανάγκη για υποστήριξη & παρεμβάσεις», επιπέδου ΑΕΙ/ΤΕΙ όσον αφορά την «ατμόσφαιρα στο χώρο εργασίας» και την «ηγεσία & εποπτεία» και επιπέδου MSc/PhD όσον αφορά τις «απαιτήσεις εργασίας».

Αναφορικά με την επισκόπηση υγείας, το επίπεδο εκπαίδευσης δε βρέθηκε να επηρεάζει καμία τη διάσταση της σωματικής ή ψυχικής υγείας.

Πίνακας 6.13

Αποτελέσματα του μη παραμετρικού test Kruskal-Wallis με ανεξάρτητη μεταβλητή το επίπεδο εκπαίδευσης και εξαρτημένες τους συνοπτικούς δείκτες της Εργασιακής Αβεβαιότητας EPRES με μη κανονική κατανομή

Συνοπτικοί δείκτες	Μέση θέση συνοπτικού δείκτη (Mean Rank)	p-value
Προσωρινότητα		
Δημοτικό	341,36	0,535
Γυμνάσιο	310,38	

Λύκειο	288,39	
ΑΕΙ/ΤΕΙ	279,41	
MSc/PhD	283,80	
Αποδυνάμωση**		
<u>Δημοτικό</u>	<u>377,50</u>	
Γυμνάσιο	245,21	
Λύκειο	255,01	<0,001
ΑΕΙ/ΤΕΙ	264,29	
MSc/PhD	329,50	
Τρωτότητα		
Δημοτικό	304,92	
Γυμνάσιο	316,24	
Λύκειο	305,71	0,413
ΑΕΙ/ΤΕΙ	287,04	
MSc/PhD	269,52	
Δικαιώματα*		
<u>Δημοτικό</u>	<u>325,67</u>	
Γυμνάσιο	259,85	
Λύκειο	253,67	0,016
ΑΕΙ/ΤΕΙ	272,51	

MSc/PhD	315,52	
Άσκηση δικαιωμάτων**		
Δημοτικό	233,00	0,006
Γυμνάσιο	246,79	
Λύκειο	252,98	
<u>ΑΕΙ/ΤΕΙ</u>	<u>309,96</u>	
MSc/PhD	278,59	
* p< 0,05		
** p< 0,01		

Πίνακας 6.14

Αποτελέσματα της one-way Anova με ανεξάρτητη μεταβλητή το επίπεδο εκπαίδευσης και εξαρτημένες τους συνοπτικούς δείκτες της Εργασιακής Αβεβαιότητας EPRES, του Επαγγελματικού Στρες OSQ και της Επισκόπησης Υγείας SF-36v2 με κανονική κατανομή

Συνοπτικοί δείκτες	Μέση τιμή	p-value
Μισθοί**		
Δημοτικό	2,3333	<0,001
<u>Γυμνάσιο</u>	<u>2,5882</u>	
Λύκειο	2,3493	
ΑΕΙ/ΤΕΙ	2,0521	

MSc/PhD	1,6502	
Συνολική εργασιακή αβεβαιότητα		
Δημοτικό	1,6886	0,323
Γυμνάσιο	1,4456	
Λύκειο	1,5915	
ΑΕΙ/ΤΕΙ	1,5398	
MSc/PhD	1,4847	
Τροποποιητικοί παράγοντες & εργασιακοί πόροι		
Δημοτικό	2,0054	0,153
Γυμνάσιο	2,0908	
Λύκειο	2,2141	
ΑΕΙ/ΤΕΙ	2,2831	
MSc/PhD	2,2297	
Δυνατότητες ελέγχου εργασίας*		
<u>Δημοτικό</u>	<u>2,9643</u>	0,012
Γυμνάσιο	2,3750	
Λύκειο	2,6696	
ΑΕΙ/ΤΕΙ	2,6245	
MSc/PhD	2,4219	

Κοινωνικές σχέσεις & εκτίμηση		
Δημοτικό	1,5714	0,293
Γυμνάσιο	1,8750	
Λύκειο	1,8783	
ΑΕΙ/ΤΕΙ	1,8936	
MSc/PhD	1,9752	
Ατμόσφαιρα στο χώρο εργασίας*		
Δημοτικό	2,0476	0,012
Γυμνάσιο	2,3542	
Λύκειο	2,4046	
<u>ΑΕΙ/ΤΕΙ</u>	<u>2,5349</u>	
MSc/PhD	2,4395	
Ηγεσία & εποπτεία*		
Δημοτικό	1,5714	0,032
Γυμνάσιο	1,7589	
Λύκειο	1,9137	
<u>ΑΕΙ/ΤΕΙ</u>	<u>2,0924</u>	
MSc/PhD	2,0645	
Αντίληψη του περιβάλλοντος		
Δημοτικό	2,6151	0,751

Γυμνάσιο	2,7895	
Λύκειο	2,7293	
ΑΕΙ/ΤΕΙ	2,7653	
MSc/PhD	2,6816	
Απαιτήσεις εργασίας**		
Δημοτικό	2,3810	<0,001
Γυμνάσιο	2,4519	
Λύκειο	2,4467	
ΑΕΙ/ΤΕΙ	2,6422	
<u>MSc/PhD</u>	<u>2,6937</u>	
Κίνδυνοι & περιβάλλον		
Δημοτικό	2,1786	0,230
Γυμνάσιο	2,4833	
Λύκειο	2,2263	
ΑΕΙ/ΤΕΙ	2,2639	
MSc/PhD	2,0379	
Πίεση εργασίας		
Δημοτικό	3,2857	0,613
Γυμνάσιο	3,4333	
Λύκειο	3,4802	

ΑΕΙ/ΤΕΙ	3,3829	
MSc/PhD	3,3170	
Στρες & ευεξία		
Δημοτικό	1,8980	0,059
Γυμνάσιο	1,9810	
Λύκειο	2,0757	
ΑΕΙ/ΤΕΙ	2,1995	
MSc/PhD	2,2079	
Ανάγκη για υποστήριξη & παρεμβάσεις*		
Δημοτικό	2,5000	0,011
<u>Γυμνάσιο</u>	<u>2,8333</u>	
Λύκειο	2,3250	
ΑΕΙ/ΤΕΙ	2,2620	
MSc/PhD	2,2590	
Συνολικό επαγγελματικό στρες		
Δημοτικό	2,1327	0,513
Γυμνάσιο	2,2912	
Λύκειο	2,2672	
ΑΕΙ/ΤΕΙ	2,3250	

MSc/PhD	2,3042	
Φυσική λειτουργία		
Δημοτικό	9<0,0010	0,316
Γυμνάσιο	81,5385	
Λύκειο	86,3235	
ΑΕΙ/ΤΕΙ	86,7659	
MSc/PhD	89,6460	
Φυσικός ρόλος		
Δημοτικό	85,7143	0,126
Γυμνάσιο	72,5962	
Λύκειο	83,8750	
ΑΕΙ/ΤΕΙ	80,0347	
MSc/PhD	83,1473	
Σωματικός πόνος		
Δημοτικό	71,7857	0,788
Γυμνάσιο	71,5385	
Λύκειο	77,2073	
ΑΕΙ/ΤΕΙ	77,2244	
MSc/PhD	78,6726	
Γενική υγεία		

Δημοτικό	62,0000	0,577
Γυμνάσιο	75,3571	
Λύκειο	68,3333	
ΑΕΙ/ΤΕΙ	68,3133	
MSc/PhD	68,7168	
Ζωτικότητα		
Δημοτικό	57,2917	0,130
Γυμνάσιο	58,0357	
Λύκειο	64,1018	
ΑΕΙ/ΤΕΙ	60,8068	
MSc/PhD	58,0752	
Κοινωνική λειτουργία		
Δημοτικό	85,4167	0,235
Γυμνάσιο	74,1071	
Λύκειο	75,7500	
ΑΕΙ/ΤΕΙ	71,0020	
MSc/PhD	71,5708	
Συναισθηματικός ρόλος		
Δημοτικό	78,5714	0,387
Γυμνάσιο	75,0000	

Λύκειο	81,8482	
ΑΕΙ/ΤΕΙ	78,2077	
MSc/PhD	78,1711	
Ψυχική υγεία		
Δημοτικό	56,4286	0,890
Γυμνάσιο	61,1538	
Λύκειο	63,3333	
ΑΕΙ/ΤΕΙ	63,6694	
MSc/PhD	63,4513	
Μεταβολή της υγείας		
Δημοτικό	57,1429	0,827
Γυμνάσιο	53,5714	
Λύκειο	51,9417	
ΑΕΙ/ΤΕΙ	51,0956	
MSc/PhD	52,6549	
Συνολική σωματική υγεία		
Δημοτικό	78,6875	0,749
Γυμνάσιο	76,2277	
Λύκειο	78,9523	
ΑΕΙ/ΤΕΙ	78,0208	

MSc/PhD	80,0893	
Συνολική ψυχική υγεία		
Δημοτικό	71,7292	0,465
Γυμνάσιο	68,1731	
Λύκειο	71,3596	
ΑΕΙ/ΤΕΙ	68,4645	
MSc/PhD	67,8171	
* $p < 0,05$		
** $p < 0,01$		

6.2.8 Επάγγελμα

Στον Πίνακα 6.15 παρατίθενται η μέση θέση (mean rank) κάθε συνοπτικού δείκτη, που δεν ακολουθεί την κανονική κατανομή, στις ακόλουθες κατηγορίες επαγγέλματος:

- White collar (εργαζόμενος γραφείου)
- Blue collar (χειρωνακτική εργασία παραγωγής)

και το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας (μη παραμετρικός έλεγχος).

Στον Πίνακα 6.16 παρατίθενται η μέση τιμή κάθε συνοπτικού δείκτη, που ακολουθεί την κανονική κατανομή, στις ίδιες κατηγορίες επαγγέλματος και το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας (παραμετρικός έλεγχος).

Από τους πίνακες αυτούς, φαίνεται ότι το επάγγελμα επηρεάζει τις περισσότερες διαστάσεις της εργασιακής αβεβαιότητας, συγκεκριμένα την «προσωρινότητα», την «τρωτότητα», τα «δικαιώματα» και τη «συνολική εργασιακή αβεβαιότητα», με τα

υψηλότερα επίπεδα εργασιακής αβεβαιότητας να δηλώνονται από Blue collar εργαζόμενους.

Σε σχέση με το επαγγελματικό στρες, το επάγγελμα βρέθηκε να επηρεάζει τη διάσταση «στρες & ευεξία» και τις υποκλίμακες «κοινωνικές σχέσεις & εκτίμηση», «αντίληψη του περιβάλλοντος», «απαιτήσεις εργασίας», «κίνδυνοι & περιβάλλον», και «πίεση εργασίας», με τα υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικού στρες να δηλώνονται από Blue collar εργαζόμενους όσον αφορά την «αντίληψη του περιβάλλοντος», τους «κινδύνους & περιβάλλον» και την «πίεση εργασίας» και από White collar εργαζόμενους όσον αφορά τις «κοινωνικές σχέσεις & εκτίμηση», τις «απαιτήσεις εργασίας» και το «στρες & ευεξία».

Αναφορικά με την επισκόπηση υγείας, το επάγγελμα βρέθηκε να επηρεάζει τις διαστάσεις «ζωτικότητα», «ψυχική υγεία» και «συνολική ψυχική υγεία», με τα χαμηλότερα επίπεδα υγείας να δηλώνονται από White collar εργαζόμενους.

Πίνακας 6.15

Αποτελέσματα του μη παραμετρικού test Mann-Whitney με ανεξάρτητη μεταβλητή το επάγγελμα και εξαρτημένες τους συνοπτικούς δείκτες της Εργασιακής Αβεβαιότητας EPRES με μη κανονική κατανομή

Συνοπτικοί δείκτες	Μέση θέση συνοπτικού δείκτη (Mean Rank)	p-value
Προσωρινότητα**		
White collar	252,12	<0,001
<u>Blue collar</u>	<u>330,88</u>	
Αποδυνάμωση		
White collar	256,55	0,175

Blue collar	276,20	
Τρωτότητα*		
White collar	267,09	0,014
<u>Blue collar</u>	<u>307,00</u>	
Δικαιώματα**		
White collar	241,99	<0,001
<u>Blue collar</u>	<u>333,81</u>	
Άσκηση δικαιωμάτων		
White collar	271,51	0,204
Blue collar	251,15	
* $p < 0,05$		
** $p < 0,01$		

Πίνακας 6.16

Αποτελέσματα του παραμετρικού t-test με ανεξάρτητη μεταβλητή τη θέση εργασίας και εξαρτημένες τους συνοπτικούς δείκτες της Εργασιακής Αβεβαιότητας EPRES, του Επαγγελματικού Στρες και της Επισκόπησης Υγείας SF-36v2 με κανονική κατανομή

Συνοπτικοί δείκτες	Μέση τιμή	p-value
Μισθοί		
White collar	2,0652	0,559

Blue collar	2,1181	
Συνολική εργασιακή αβεβαιότητα**		
White collar	1,4947	<0,001
<u>Blue collar</u>	<u>1,6590</u>	
Τροποποιητικοί παράγοντες & εργασιακοί πόροι		
White collar	2,2567	0,190
Blue collar	2,1946	
Δυνατότητες ελέγχου εργασίας		
White collar	2,5941	0,840
Blue collar	2,6086	
Κοινωνικές σχέσεις & εκτίμηση**		
<u>White collar</u>	<u>1,9470</u>	<0,001
Blue collar	1,7705	
Ατμόσφαιρα στο χώρο εργασίας		
White collar	2,4814	0,157
Blue collar	2,4080	
Ηγεσία & εποπτεία		
White collar	2,0103	0,705
Blue collar	1,9816	

Αντίληψη του περιβάλλοντος**		
White collar	2,6259	<0,001
<u>Blue collar</u>	<u>3,1359</u>	
Απαιτήσεις εργασίας**		
<u>White collar</u>	<u>2,6319</u>	<0,001
Blue collar	2,3984	
Κίνδυνοι & περιβάλλον**		
White collar	1,9796	<0,001
<u>Blue collar</u>	<u>3,0680</u>	
Πίεση εργασίας**		
White collar	3,2627	<0,001
<u>Blue collar</u>	<u>3,9280</u>	
Στρες & ευεξία**		
<u>White collar</u>	<u>2,1811</u>	0,009
Blue collar	2,0317	
Ανάγκη για υποστήριξη & παρεμβάσεις		
White collar	2,2740	0,626
Blue collar	2,3053	
Συνολικό επαγγελματικό στρες		

White collar	2,2886	0,505
Blue collar	2,3165	
Φυσική λειτουργία		
White collar	86,2240	0,072
Blue collar	89,3600	
Φυσικός ρόλος		
White collar	82,4883	0,115
Blue collar	79,1667	
Σωματικός πόνος		
White collar	77,0057	0,635
Blue collar	78,1000	
Γενική υγεία		
White collar	68,3138	0,437
Blue collar	69,7131	
Ζωτικότητα*		
<u>White collar</u>	<u>60,3637</u>	0,017
Blue collar	65,4688	
Κοινωνική λειτουργία		
White collar	71,9190	0,086
Blue collar	76,5496	

Συναισθηματικός ρόλος		
White collar	79,1088	0,614
Blue collar	80,2419	
Ψυχική υγεία**		
<u>White collar</u>	<u>62,2378</u>	0,005
Blue collar	67,7016	
Μεταβολή της υγείας		
White collar	51,4401	0,391
Blue collar	52,9528	
Συνολική σωματική υγεία		
White collar	78,4621	0,548
Blue collar	79,3908	
Συνολική ψυχική υγεία*		
<u>White collar</u>	<u>68,4582</u>	0,037
Blue collar	72,5680	
* p< 0,05		
** p< 0,01		

6.2.9 Τομέας

Στον Πίνακα 6.17 παρατίθενται η μέση θέση (mean tank) κάθε συνοπτικού δείκτη, που δεν ακολουθεί την κανονική κατανομή, στις ακόλουθες κατηγορίες τομέα επιχείρησης που απασχολούνται οι εργαζόμενοι:

- Ιδιωτικός
- Δημόσιος

και το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας (μη παραμετρικός έλεγχος).

Στον Πίνακα 6.18 παρατίθενται η μέση τιμή κάθε συνοπτικού δείκτη, που ακολουθεί την κανονική κατανομή, στις ίδιες κατηγορίες τομέα επιχείρησης που απασχολούνται οι εργαζόμενοι και το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας (παραμετρικός έλεγχος).

Από τους πίνακες αυτούς, φαίνεται ότι ο τομέας στον οποίο ανήκει η επιχείρηση που απασχολούνται οι εργαζόμενοι επηρεάζει όλες τις διαστάσεις της εργασιακής αβεβαιότητας εκτός από τους «μισθούς», συγκεκριμένα επηρεάζει την «προσωρινότητα», την «αποδυνάμωση», την «τρωτότητα», τα «δικαιώματα», την «άσκηση δικαιωμάτων» και το συνολικό συνοπτικό δείκτη «συνολική εργασιακή αβεβαιότητα», με τα υψηλότερα επίπεδα εργασιακής αβεβαιότητας να δηλώνονται από εργαζόμενους του ιδιωτικού τομέα σε όλες τις διαστάσεις εκτός από την «άσκηση δικαιωμάτων», όπου τα υψηλότερα επίπεδα εργασιακής αβεβαιότητας δηλώθηκαν από εργαζόμενους του δημόσιου τομέα.

Σε σχέση με το επαγγελματικό στρες, ο τομέας στον οποίο ανήκει η επιχείρηση που απασχολούνται οι εργαζόμενοι βρέθηκε να επηρεάζει τη διάσταση «ανάγκη για υποστήριξη & παρεμβάσεις» και τις υποκλίμακες «ατμόσφαιρα στο χώρο εργασίας» και «απαιτήσεις εργασίας», με τα υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικού στρες να δηλώνονται από εργαζόμενους του ιδιωτικού τομέα όσον αφορά την «ανάγκη για υποστήριξη & παρεμβάσεις» και από εργαζόμενους του δημόσιου τομέα όσον αφορά την «ατμόσφαιρα στο χώρο εργασίας» και τις «απαιτήσεις εργασίας».

Αναφορικά με την επισκόπηση υγείας, ο τομέας στον οποίο ανήκει η επιχείρηση που απασχολούνται οι εργαζόμενοι βρέθηκε να επηρεάζει μόνο τη διάσταση «φυσική λειτουργία» με τα χαμηλότερα επίπεδα υγείας να δηλώνονται από εργαζόμενους του δημόσιου τομέα.

Πίνακας 6.17

Αποτελέσματα του μη παραμετρικού test Mann-Whitney με ανεξάρτητη μεταβλητή τον τομέα στον οποίο ανήκει η επιχείρηση που απασχολούνται οι εργαζόμενοι και εξαρτημένες τους συνοπτικούς δείκτες της Εργασιακής Αβεβαιότητας EPRES με μη κανονική κατανομή

Συνοπτικοί δείκτες	Μέση θέση συνοπτικού δείκτη (Mean Rank)	p-value
Προσωρινότητα**		
<u>Ιδιωτικός</u>	<u>298,86</u>	<0,001
Δημόσιος	260,44	
Αποδυνάμωση**		
<u>Ιδιωτικός</u>	<u>316,77</u>	<0,001
Δημόσιος	181,07	
Τρωτότητα*		
<u>Ιδιωτικός</u>	<u>303,71</u>	0,013
Δημόσιος	267,07	
Δικαιώματα**		
<u>Ιδιωτικός</u>	<u>315,82</u>	<0,001

Δημόσιος	193,98	
Άσκηση δικαιωμάτων**		
Ιδιωτικός	238,49	<0,001
<u>Δημόσιος</u>	<u>368,80</u>	
* p< 0,05		
** p< 0,01		

Πίνακας 6.18

Αποτελέσματα του παραμετρικού t-test με ανεξάρτητη μεταβλητή τον τομέα στον οποίο ανήκει η επιχείρηση που απασχολούνται οι εργαζόμενοι και εξαρτημένες τους συνοπτικούς δείκτες της Εργασιακής Αβεβαιότητας EPRES, του Επαγγελματικού Στρες OSQ και της Επισκόπησης Υγείας SF-36v2 με κανονική κατανομή

Συνοπτικοί δείκτες	Μέση τιμή	p-value
Μισθοί		
Ιδιωτικός	2,0733	0,114
Δημόσιος	2,2500	
Συνολική εργασιακή αβεβαιότητα*		
<u>Ιδιωτικός</u>	<u>1,5596</u>	0,026
Δημόσιος	1,4059	
Τροποποιητικοί παράγοντες & εργασιακοί πόροι		

Ιδιωτικός	2,2321	0,458
Δημόσιος	2,2609	
Δυνατότητες ελέγχου εργασίας		
Ιδιωτικός	2,5829	0,478
Δημόσιος	2,6269	
Κοινωνικές σχέσεις & εκτίμηση		
Ιδιωτικός	1,9230	0,151
Δημόσιος	1,8536	
Ατμόσφαιρα στο χώρο εργασίας**		
Ιδιωτικός	2,3985	<0,001
<u>Δημόσιος</u>	<u>2,5920</u>	
Ηγεσία & εποπτεία		
Ιδιωτικός	2,0228	0,566
Δημόσιος	1,9845	
Αντίληψη του περιβάλλοντος		
Ιδιωτικός	2,7522	0,462
Δημόσιος	2,7133	
Απαιτήσεις εργασίας*		
Ιδιωτικός	2,5473	0,049
<u>Δημόσιος</u>	<u>2,6424</u>	

Κίνδυνοι & περιβάλλον		
Ιδιωτικός	2,2653	0,087
Δημόσιος	2,1205	
Πίεση εργασίας		
Ιδιωτικός	3,4213	0,601
Δημόσιος	3,3795	
Στρες & ευεξία		
Ιδιωτικός	2,1443	0,712
Δημόσιος	2,1628	
Ανάγκη για υποστήριξη & παρεμβάσεις**		
<u>Ιδιωτικός</u>	<u>2,3840</u>	<0,001
Δημόσιος	2,1256	
Συνολικό επαγγελματικό στρες		
Ιδιωτικός	2,3201	0,093
Δημόσιος	2,2601	
Φυσική λειτουργία**		
Ιδιωτικός	88,9850	<0,001
<u>Δημόσιος</u>	<u>82,9319</u>	
Φυσικός ρόλος		

Ιδιωτικός	81,9760	0,772
Δημόσιος	81,4484	
Σωματικός πόνος		
Ιδιωτικός	77,3504	0,950
Δημόσιος	77,2266	
Γενική υγεία		
Ιδιωτικός	68,7855	0,568
Δημόσιος	67,9016	
Ζωτικότητα		
Ιδιωτικός	60,6250	0,270
Δημόσιος	62,6289	
Κοινωνική λειτουργία		
Ιδιωτικός	72,6582	0,645
Δημόσιος	73,7162	
Συναισθηματικός ρόλος		
Ιδιωτικός	78,4722	0,138
Δημόσιος	81,2608	
Ψυχική υγεία		
Ιδιωτικός	63,5294	0,743
Δημόσιος	62,9688	

Μεταβολή της υγείας		
Ιδιωτικός	52,4497	0,165
Δημόσιος	50,3846	
Συνολική σωματική υγεία		
Ιδιωτικός	79,3321	0,144
Δημόσιος	77,3181	
Συνολική ψυχική υγεία		
Ιδιωτικός	68,9225	0,442
Δημόσιος	70,2278	
* $p < 0,05$		
** $p < 0,01$		

6.2.10 Σχέση επαγγέλματος με σπουδές

Στον Πίνακα 6.19 παρατίθενται η μέση θέση (mean rank) κάθε συνοπτικού δείκτη, που δεν ακολουθεί την κανονική κατανομή, στις ακόλουθες κατηγορίες σχέσης ανάμεσα σε επάγγελμα και σπουδές:

- Όχι (η παρούσα απασχόληση δε σχετίζεται με τις σπουδές που έχουν προηγηθεί)
- Ναι (η παρούσα απασχόληση σχετίζεται με τις σπουδές που έχουν προηγηθεί)

και το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας (μη παραμετρικός έλεγχος).

Στον Πίνακα 6.20 παρατίθενται η μέση τιμή κάθε συνοπτικού δείκτη, που ακολουθεί την κανονική κατανομή, στις ίδιες κατηγορίες σχέσης ανάμεσα σε

επάγγελμα και σπουδές και το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας (παραμετρικός έλεγχος).

Από τους πίνακες αυτούς, φαίνεται ότι η σχέση επαγγέλματος με σπουδές επηρεάζει ορισμένες διαστάσεις της εργασιακής αβεβαιότητας, συγκεκριμένα τους «μισθούς», τα «δικαιώματα» και την «άσκηση δικαιωμάτων», με τα υψηλότερα επίπεδα εργασιακής αβεβαιότητας να δηλώνονται από εργαζόμενους των οποίων οι σπουδές δε σχετίζονται με το επάγγελμα όσον αφορά τους «μισθούς» και από εργαζόμενους των οποίων οι σπουδές σχετίζονται με το επάγγελμα όσον αφορά τα «δικαιώματα» και την «άσκηση δικαιωμάτων».

Σε σχέση με το επαγγελματικό στρες, η σχέση επαγγέλματος με σπουδές βρέθηκε να επηρεάζει τις διαστάσεις «αντίληψη του περιβάλλοντος» και «ανάγκη για υποστήριξη & παρεμβάσεις», καθώς και τις υποκλίμακες «*δυνατότητες ελέγχου εργασίας*», «*κίνδυνοι & περιβάλλον*» και «*πίεση εργασίας*», με τα υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικού στρες να δηλώνονται από εργαζόμενους των οποίων οι σπουδές δε σχετίζονται με το επάγγελμα όσον αφορά τις «*δυνατότητες ελέγχου εργασίας*» και την «ανάγκη για υποστήριξη & παρεμβάσεις» και από εργαζόμενους των οποίων οι σπουδές σχετίζονται με το επάγγελμα όσον αφορά την «*αντίληψη του περιβάλλοντος*», τους «*κινδύνους & περιβάλλον*» και την «*πίεση εργασίας*».

Αναφορικά με την επισκόπηση υγείας, η σχέση επαγγέλματος με σπουδές βρέθηκε να επηρεάζει μόνο τις διαστάσεις «*φυσική λειτουργία*» και «*σωματικός πόνος*», με τα χαμηλότερα επίπεδα υγείας να δηλώνονται από εργαζόμενους των οποίων οι σπουδές δε σχετίζονται με το επάγγελμα.

Πίνακας 6.19

Αποτελέσματα του μη παραμετρικού test Mann-Whitney με ανεξάρτητη μεταβλητή τη σχέση επαγγέλματος με σπουδές και εξαρτημένες του συνοπτικούς δείκτες της Εργασιακής Αβεβαιότητας EPRES με μη κανονική κατανομή

Συνοπτικοί δείκτες	Μέση θέση συνοπτικού δείκτη (Mean Rank)	p-value
Προσωρινότητα		
Όχι	277,23	0,75
Ναι	280,57	
Αποδυνάμωση		
Όχι	256,14	0,137
Ναι	275,83	
Τρωτότητα		
Όχι	297,56	0,182
Ναι	277,80	
Δικαιώματα*		
Όχι	246,74	0,021
<u>Ναι</u>	<u>278,69</u>	
Άσκηση δικαιωμάτων**		
Όχι	237,83	<0,001
<u>Ναι</u>	<u>291,53</u>	

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

Πίνακας 6.20

Αποτελέσματα του παραμετρικού t-test με ανεξάρτητη μεταβλητή τη σχέση επαγγέλματος με σπουδές και εξαρτημένες του συνοπτικούς δείκτες της Εργασιακής Αβεβαιότητας EPRES, του Επαγγελματικού Στρες OSQ και της Επισκόπησης Υγείας SF-36v2 με κανονική κατανομή

Συνοπτικοί δείκτες	Μέση τιμή	p-value
Μισθοί**		
Όχι	<u>2,3691</u>	<0,001
Ναι	1,9487	
Συνολική εργασιακή αβεβαιότητα		
Όχι	1,5906	0,152
Ναι	1,5221	
Τροποποιητικοί παράγοντες & εργασιακοί πόροι		
Όχι	2,2875	0,124
Ναι	2,2260	
Δυνατότητες ελέγχου εργασίας**		
<u>Όχι</u>	<u>2,7225</u>	0,006

Ναι	2,5402	
Κοινωνικές σχέσεις & εκτίμηση		
Όχι	1,9770	0,057
Ναι	1,8781	
Ατμόσφαιρα στο χώρο εργασίας		
Όχι	2,4860	0,500
Ναι	2,4546	
Ηγεσία & εποπτεία		
Όχι	1,9843	0,510
Ναι	2,0292	
Αντίληψη του περιβάλλοντος**		
Όχι	2,6309	0,003
<u>Ναι</u>	<u>2,7817</u>	
Απαιτήσεις εργασίας		
Όχι	2,5680	0,763
Ναι	2,5838	
Κίνδυνοι & περιβάλλον**		
Όχι	2,0179	<0,001
<u>Ναι</u>	<u>2,2973</u>	
Πίεση εργασίας*		

Όχι	3,2873	0,030
<u>Ναι</u>	<u>3,4632</u>	
Στρες & ευεξία		
Όχι	2,1436	0,844
Ναι	2,1538	
Ανάγκη για υποστήριξη & παρεμβάσεις*		
<u>Όχι</u>	<u>2,3798</u>	0,037
Ναι	2,2609	
Συνολικό επαγγελματικό στρες		
Όχι	2,3044	0,848
Ναι	2,2974	
Φυσική λειτουργία**		
<u>Όχι</u>	<u>84,3575</u>	0,010
Ναι	88,4509	
Φυσικός ρόλος		
Όχι	82,6312	0,715
Ναι	81,9693	
Σωματικός πόνος**		
<u>Όχι</u>	<u>73,6813</u>	0,006

Ναι	79,0932	
Γενική υγεία		
Όχι	67,4148	0,403
Ναι	68,8107	
Ζωτικότητα		
Όχι	60,9199	0,706
Ναι	61,6253	
Κοινωνική λειτουργία		
Όχι	73,9286	0,526
Ναι	72,4425	
Συναίσθηματικός ρόλος		
Όχι	77,5000	0,125
Ναι	80,6329	
Ψυχική υγεία		
Όχι	63,1111	0,773
Ναι	63,6154	
Μεταβολή της υγείας		
Όχι	51,9126	0,767
Ναι	51,4520	
Συνολική σωματική υγεία		

Όχι	77,3310	0,133
Ναι	79,4702	
Συνολική ψυχική υγεία		
Όχι	69,1612	0,804
Ναι	69,5910	
* $p < 0,05$		
** $p < 0,01$		

6.2.11 Εβδομαδιαίες ώρες εργασίας

Στον Πίνακα 6.21 παρατίθενται η μέση θέση (mean rank) κάθε συνοπτικού δείκτη, που δεν ακολουθεί την κανονική κατανομή, στις ακόλουθες κατηγορίες εβδομαδιαίων ωρών εργασίας:

- <40
- 40
- >40

και το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας (μη παραμετρικός έλεγχος).

Στον Πίνακα 6.22 παρατίθενται η μέση τιμή κάθε συνοπτικού δείκτη, που ακολουθεί την κανονική κατανομή, στις ίδιες κατηγορίες εβδομαδιαίων ωρών εργασίας και το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας (παραμετρικός έλεγχος).

Από τους πίνακες αυτούς, φαίνεται ότι οι εβδομαδιαίες ώρες εργασίας επηρεάζουν τις περισσότερες διαστάσεις της εργασιακής αβεβαιότητας, συγκεκριμένα την «προσωρινότητα», την «αποδυνάμωση», τους «μισθούς», τα «δικαιώματα», καθώς και το συνολικό συνοπτικό δείκτη «συνολική εργασιακή αβεβαιότητα», με τα υψηλότερα επίπεδα εργασιακής αβεβαιότητας να δηλώνονται

από εργαζόμενους που απασχολούνται <40 ώρες την εβδομάδα, με εξαίρεση τα «δικαιώματα» όπου τα υψηλότερα επίπεδα εργασιακής αβεβαιότητας δηλώνονται από εργαζόμενους που απασχολούνται >40 ώρες την εβδομάδα.

Σε σχέση με το επαγγελματικό στρες, οι εβδομαδιαίες ώρες εργασίας βρέθηκε να επηρεάζουν τις διαστάσεις «τροποποιητικοί παράγοντες & εργασιακοί πόροι» και «στρες & ευεξία», τις υποκλίμακες «δυνατότητες ελέγχου εργασίας», «κοινωνικές σχέσεις & εκτίμηση», «ηγεσία & εποπτεία» και «απαιτήσεις εργασίας», καθώς και το συνολικό συνοπτικό δείκτη «συνολικό επαγγελματικό στρες», με τα υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικού στρες να δηλώνονται από εργαζόμενους που απασχολούνται <40 ώρες την εβδομάδα όσον αφορά τους «τροποποιητικούς παράγοντες & εργασιακούς πόρους», τις «δυνατότητες ελέγχου εργασίας» και τις «κοινωνικές σχέσεις & εκτίμηση» και από εργαζόμενους που απασχολούνται >40 ώρες την εβδομάδα όσον αφορά την «ηγεσία & εποπτεία», τις «απαιτήσεις εργασίας», το «στρες & ευεξία» και το «συνολικό επαγγελματικό στρες».

Αναφορικά με την επισκόπηση υγείας, οι εβδομαδιαίες ώρες εργασίας βρέθηκε να επηρεάζουν όλες τις διαστάσεις που αφορούν στην ψυχική υγεία, συγκεκριμένα τη «ζωτικότητα», την «κοινωνική λειτουργία», το «συναισθηματικό ρόλο», την «ψυχική υγεία» και τη «συνολική ψυχική υγεία, με τα χαμηλότερα επίπεδα υγείας να δηλώνονται από εργαζόμενους που απασχολούνται >40 ώρες την εβδομάδα όσον αφορά όλες τις διαστάσεις εκτός από την «ψυχική υγεία» όπου τα χαμηλότερα επίπεδα υγείας δηλώνονται από εργαζόμενους που απασχολούνται <40.

Πίνακας 6.21

Αποτελέσματα του μη παραμετρικού test Kruskal-Wallis με ανεξάρτητη μεταβλητή τις εβδομαδιαίες ώρες εργασίας και εξαρτημένες του συνοπτικούς δείκτες της εργασιακής αβεβαιότητας EPRES και της επισκόπησης υγείας SF-36v2 με μη κανονική κατανομή

Συνοπτικοί δείκτες	Μέση θέση συνοπτικού δείκτη (Mean Rank)	p-value
Προσωρινότητα**		
<40	<u>323,48</u>	0,006
40	269,25	
>40	282,64	
Αποδυνάμωση**		
<40	<u>339,64</u>	<0,001
40	229,95	
>40	311,21	
Τρωτότητα		
<40	289,05	0,167
40	273,91	
>40	301,94	
Δικαιώματα**		
<40	321,54	<0,001

40	225,85	
<u>>40</u>	<u>324,26</u>	
Άσκηση δικαιωμάτων		
<40	236,56	0,168
40	279,32	
>40	281,37	
* $p < 0,05$		
** $p < 0,01$		

Πίνακας 6.22

Αποτελέσματα της one-way Anova με ανεξάρτητη μεταβλητή τις εβδομαδιαίες ώρες εργασίας και εξαρτημένες του συνοπτικούς δείκτες της εργασιακής αβεβαιότητας EPRES, του επαγγελματικού στρες και της επισκόπησης υγείας SF-36v2 με κανονική κατανομή

Συνοπτικοί δείκτες	Μέση τιμή	p-value
Μισθοί**		
<u><40</u>	<u>2,7818</u>	<0,001
40	2,1511	
>40	1,8064	
Συνολική εργασιακή αβεβαιότητα**		
<u><40</u>	<u>1,8109</u>	<0,001

40	1,5625	
>40	1,4467	
Τροποποιητικοί παράγοντες & εργασιακοί πόροι*		
<u><40</u>	<u>2,3250</u>	0,037
40	2,1983	
>40	2,2813	
Δυνατότητες ελέγχου εργασίας**		
<u><40</u>	<u>2,8818</u>	0,002
40	2,5939	
>40	2,5076	
Κοινωνικές σχέσεις & εκτίμηση**		
<u><40</u>	<u>2,0185</u>	0,003
40	1,8369	
>40	1,9831	
Ατμόσφαιρα στο χώρο εργασίας		
<40	2,4198	0,300
40	2,4906	
>40	2,4242	
Ηγεσία & εποπτεία**		

<40	2,0053	<0,001
40	1,8863	
<u>>40</u>	<u>2,2100</u>	
Αντίληψη του περιβάλλοντος		
<40	2,7395	0,804
40	2,7176	
>40	2,7532	
Απαιτήσεις εργασίας**		
<40	2,5658	<0,001
40	2,4935	
<u>>40</u>	<u>2,7270</u>	
Κίνδυνοι & περιβάλλον		
<40	2,3287	0,593
40	2,1941	
>40	2,1818	
Πίεση εργασίας		
<40	3,3364	0,412
40	3,4429	
>40	3,3434	
Στρες & ευεξία**		

<40	2,1532	<0,001
40	2,0696	
<u>>40</u>	<u>2,2843</u>	
Ανάγκη για υποστήριξη & παρεμβάσεις		
<40	2,4432	0,102
40	2,2574	
>40	2,3246	
Συνολικό επαγγελματικό στρες**		
<40	2,3589	<0,001
40	2,2326	
<u>>40</u>	<u>2,3859</u>	
Φυσική λειτουργία		
<40	86,8182	0,474
40	86,2848	
>40	88,1566	
Φυσικός ρόλος		
<40	79,6296	0,374
40	82,8370	
>40	80,6818	

Σωματικός πόνος		
<40	73,9815	0,501
40	77,8231	
>40	77,2750	
Γενική υγεία		
<40	68,7500	0,169
40	69,6082	
>40	66,5990	
Ζωτικότητα**		
<40	58,9623	<0,001
40	65,5469	
<u>>40</u>	<u>55,3706</u>	
Κοινωνική λειτουργία**		
<40	72,2222	<0,001
40	76,5924	
<u>>40</u>	<u>67,3611</u>	
Συναισθηματικός ρόλος**		
<40	79,1667	0,001
40	82,1429	
<u>>40</u>	<u>74,4975</u>	

Ψυχική υγεία**		
<40	<u>59,9057</u>	0,005
40	65,6918	
>40	60,5051	
Μεταβολή της υγείας		
<40	53,7037	0,253
40	52,3148	
>40	50,1250	
Συνολική σωματική υγεία		
<40	77,0037	0,604
40	79,1109	
>40	78,3317	
Συνολική ψυχική υγεία**		
<40	67,7644	<0,001
40	72,6137	
<u>>40</u>	<u>64,7034</u>	
* p< 0,05		
** p< 0,01		

6.2.12 Απουσιασμός

Στον Πίνακα 6.23 παρατίθενται η μέση θέση (mean rank) κάθε συνοπτικού δείκτη, που δεν ακολουθεί την κανονική κατανομή, στις ακόλουθες κατηγορίες απουσιασμού:

- 0
- 1-3
- 4-10
- 11-15
- >16

και το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας (μη παραμετρικός έλεγχος).

Στον Πίνακα 6.24 παρατίθενται η μέση τιμή κάθε συνοπτικού δείκτη, που ακολουθεί την κανονική κατανομή, στις ίδιες κατηγορίες απουσιασμού και το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας (παραμετρικός έλεγχος).

Από τους πίνακες αυτούς, φαίνεται ότι ο απουσιασμός επηρεάζει ορισμένες διαστάσεις της εργασιακής αβεβαιότητας, συγκεκριμένα την «αποδυνάμωση», την «τρωτότητα» και τα «δικαιώματα», με τα υψηλότερα επίπεδα εργασιακής αβεβαιότητας να δηλώνονται από εργαζόμενους που απουσίασαν για 4-10 ημέρες τον τελευταίο χρόνο όσον αφορά την «αποδυνάμωση», για >16 ημέρες όσον αφορά την «τρωτότητα» και για 1-3 ημέρες όσον αφορά τα «δικαιώματα».

Σε σχέση με το επαγγελματικό στρες, ο απουσιασμός βρέθηκε να επηρεάζει τις διαστάσεις «τροποποιητικοί παράγοντες & εργασιακοί πόροι» και «στρες & ευεξία», τις υποκλίμακες «κοινωνικές σχέσεις & εκτίμηση», «ηγεσία & εποπτεία» και «απαιτήσεις εργασίας», καθώς και το συνολικό συνοπτικό δείκτη «συνολικό επαγγελματικό στρες», με τα υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικού στρες να δηλώνονται από εργαζόμενους που απουσίασαν για >16 ημέρες τον τελευταίο χρόνο σε όλες τις διαστάσεις και υποκλίμακες εκτός από τη διάσταση «στρες & ευεξία», όπου τα υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικού στρες δηλώθηκαν από εργαζόμενους που απουσίασαν για 1-3 ημέρες τον τελευταίο χρόνο.

Αναφορικά με την επισκόπηση υγείας, ο απουσιασμός βρέθηκε να επηρεάζει τις διαστάσεις «γενική υγεία», «ζωτικότητα», «κοινωνική λειτουργία», «συναισθηματικός ρόλος» και «ψυχική υγεία», καθώς και τους συνολικούς συνοπτικούς δείκτες «συνολική σωματική υγεία» και «συνολική ψυχική υγεία», με τα χαμηλότερα επίπεδα υγείας να δηλώνονται από εργαζόμενους που απουσίασαν για >16 ημέρες τον τελευταίο χρόνο σε όλες τις διαστάσεις εκτός από την «κοινωνική λειτουργία», όπου τα χαμηλότερα επίπεδα υγείας δηλώθηκαν από εργαζόμενους που απουσίασαν για 4-10 ημέρες και το «συναισθηματικό ρόλο», όπου τα χαμηλότερα επίπεδα υγείας δηλώθηκαν από εργαζόμενους που απουσίασαν 1-3 ημέρες.

Πίνακας 6.23

Αποτελέσματα του μη παραμετρικού test Kruskal-Wallis με ανεξάρτητη μεταβλητή τον απουσιασμό σε ημέρες και εξαρτημένες του συνοπτικούς δείκτες της Εργασιακής Αβεβαιότητας EPRES με μη κανονική κατανομή

Συνοπτικοί δείκτες	Μέση θέση συνοπτικού δείκτη (Mean Rank)	p-value
Προσωρινότητα		
0	284,22	0,141
1-3	260,26	
4-10	273,94	
11-15	319,39	
>16	319,18	
Αποδυνάμωση**		
0	254,53	0,003

1-3	297,93	
<u>4-10</u>	<u>316,95</u>	
11-15	300,90	
>16	235,16	
Τρωτότητα**		
0	270,80	
1-3	306,02	
4-10	308,30	0,003
11-15	277,11	
<u>≥16</u>	<u>404,80</u>	
Δικαιώματα**		
0	255,98	
<u>1-3</u>	<u>322,78</u>	
4-10	295,11	<0,001
11-15	281,75	
>16	203,79	
Άσκηση δικαιωμάτων		
0	275,98	
1-3	276,94	0,821
4-10	273,85	

11-15	275,50	
>16	321,76	
* $p < 0,05$		
** $p < 0,01$		

Πίνακας 6.24

Αποτελέσματα της one-way Ανονα με ανεξάρτητη μεταβλητή τον απουσιασμό σε ημέρες και εξαρτημένες του συνοπτικούς δείκτες της Εργασιακής Αβεβαιότητας EPRES, του Επαγγελματικού Στρες OSQ και της Επισκόπησης Υγείας SF-36v2 με κανονική κατανομή

Συνοπτικοί δείκτες	Μέση τιμή	p-value
Μισθοί		
0	2,1263	0,780
1-3	2,0673	
4-10	2,0600	
11-15	2,1667	
>16	1,8772	
Συνολική εργασιακή αβεβαιότητα		
0	1,5609	0,163
1-3	1,4863	
4-10	1,5965	

11-15	1,7752	
>16	1,3830	
Τροποποιητικοί παράγοντες & εργασιακοί πόροι**		
0	2,1856	0,001
1-3	2,3503	
4-10	2,3405	
11-15	2,2115	
<u>>16</u>	<u>2,3914</u>	
Δυνατότητες ελέγχου εργασίας		
0	2,5743	0,875
1-3	2,6111	
4-10	2,6379	
11-15	2,5500	
>16	2,7143	
Κοινωνικές σχέσεις & εκτίμηση**		
0	1,8052	<0,001
1-3	2,0935	
4-10	2,0533	
11-15	1,9200	

<u>>16</u>	<u>2,2800</u>	
Ατμόσφαιρα στο χώρο εργασίας		
0	2,4649	0,329
1-3	2,4403	
4-10	2,5254	
11-15	2,5333	
>16	2,2500	
Ηγεσία & εποπτεία**		
0	1,9045	<0,001
1-3	2,2724	
4-10	2,1305	
11-15	1,8429	
<u>>16</u>	<u>2,3357</u>	
Αντίληψη του περιβάλλοντος		
0	2,7289	0,066
1-3	2,6766	
4-10	2,7630	
11-15	2,7981	
>16	3,1082	
Απαιτήσεις εργασίας**		

0	2,4905	<0,001
1-3	2,7521	
4-10	2,7368	
11-15	2,4444	
<u>>16</u>	<u>3,0351</u>	
Κίνδυνοι & περιβάλλον		
0	2,2480	0,218
1-3	2,0370	
4-10	2,1653	
11-15	2,4500	
>16	2,4125	
Πίεση εργασίας		
0	3,4332	0,092
1-3	3,2407	
4-10	3,3596	
11-15	3,5000	
>16	3,8000	
Στρες & ευεξία**		
0	2,0774	<0,001
<u>1-3</u>	<u>2,3338</u>	

4-10	2,2591	
11-15	2,2000	
>16	2,2571	
Ανάγκη για υποστήριξη & παρεμβάσεις		
0	2,2861	0,515
1-3	2,2986	
4-10	2,3448	
11-15	2,0625	
>16	2,4688	
Συνολικό επαγγελματικό στρες**		
0	2,2387	<0,001
1-3	2,4025	
4-10	2,3962	
11-15	2,2388	
<u>>16</u>	<u>2,6176</u>	
Φυσική λειτουργία		
0	87,4282	0,763
1-3	86,0748	
4-10	86,1864	

11-15	89,5000	
>16	83,1579	
Φυσικός ρόλος		
0	82,6297	0,457
1-3	80,3241	
4-10	78,2328	
11-15	87,5000	
>16	82,1429	
Σωματικός πόνος		
0	78,7760	0,052
1-3	74,6759	
4-10	71,8103	
11-15	86,0000	
>16	71,7857	
Γενική υγεία**		
0	70,1061	0,001
1-3	66,0000	
4-10	64,6552	
11-15	76,5000	
<u>>16</u>	<u>56,3158</u>	

Ζωτικότητα**		
0	64,8912	<0,001
1-3	54,3042	
4-10	55,3879	
11-15	61,8750	
<u>≥16</u>	<u>48,4375</u>	
Κοινωνική λειτουργία**		
0	74,6992	0,009
1-3	73,3491	
<u>4-10</u>	<u>62,7155</u>	
11-15	75,0000	
>16	63,7500	
Συναισθηματικός ρόλος**		
0	80,9868	0,005
<u>1-3</u>	<u>73,9198</u>	
4-10	74,7126	
11-15	91,6667	
>16	82,5397	
Ψυχική υγεία**		
0	65,5409	0,004

1-3	59,2056	
4-10	59,8182	
11-15	60,000	
<u>>16</u>	<u>55,2500</u>	
Μεταβολή της υγείας		
0	52,7202	
1-3	50,000	
4-10	49,1525	0,089
11-15	50,000	
>16	43,4211	
Συνολική σωματική υγεία*		
0	79,7888	
1-3	76,9561	
4-10	75,1616	0,022
11-15	84,8750	
<u>>16</u>	<u>72,5174</u>	
Συνολική ψυχική υγεία**		
0	71,6601	
1-3	65,5809	<0,001
4-10	62,7955	

11-15	72,1354	
<u>>16</u>	<u>62,2760</u>	
* $p < 0,05$		
** $p < 0,01$		

6.2.13 Πρόγραμμα βαρδιών

Στον Πίνακα 6.25 παρατίθενται η μέση θέση (mean rank) κάθε συνοπτικού δείκτη, που δεν ακολουθεί την κανονική κατανομή, στις ακόλουθες κατηγορίες προγράμματος βαρδιών:

- Πρωινή
- Κυλιόμενο-βραδινή
- Απογευματινή
- Σπαστό
- Εναλλαγή ανάλογα με απαιτήσεις

και το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας (μη παραμετρικός έλεγχος).

Στον Πίνακα 6.26 παρατίθενται η μέση τιμή κάθε συνοπτικού δείκτη, που ακολουθεί την κανονική κατανομή, στις ίδιες κατηγορίες προγράμματος βαρδιών και το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας (παραμετρικός έλεγχος).

Από τους πίνακες αυτούς, φαίνεται ότι το πρόγραμμα βαρδιών επηρεάζει τις περισσότερες διαστάσεις της εργασιακής αβεβαιότητας, συγκεκριμένα την «προσωρινότητα», την «αποδυνάμωση, την «τρωτότητα», τους «μισθούς», τα «δικαιώματα» και το συνολικό συνοπτικό δείκτη «συνολική εργασιακή αβεβαιότητα», με τα υψηλότερα επίπεδα εργασιακής αβεβαιότητας να δηλώνονται από εργαζόμενους που απασχολούνται στην απογευματινή βάρδια.

Σε σχέση με το επαγγελματικό στρες, το πρόγραμμα βαρδιών βρέθηκε να επηρεάζει τις διαστάσεις «αντίληψη του περιβάλλοντος», τις υποκλίμακες «δυνατότητες ελέγχου εργασίας», «ατμόσφαιρα στο χώρο εργασίας», «κίνδυνοι & περιβάλλον», «πίεση εργασίας», καθώς και το συνολικό συνοπτικό δείκτη «συνολικό επαγγελματικό στρες», με τα υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικού στρες να δηλώνονται από εργαζόμενους που κατά κανόνα απασχολούνται σε βάρδιες που εναλλάσσονται με βάση τις ανάγκες του εργοδότη όσον αφορά την υποκλίμακα «δυνατότητες ελέγχου εργασίας» και το συνολικό συνοπτικό δείκτη «συνολικό επαγγελματικό στρες» και από εργαζόμενους που κατά κανόνα απασχολούνται σε κυλιόμενο-βραδινό ωράριο όσον αφορά τη διάσταση «αντίληψη του περιβάλλοντος» και τις υποκλίμακες «ατμόσφαιρα στο χώρο εργασίας», «κίνδυνοι & περιβάλλον» και «πίεση εργασίας».

Αναφορικά με την επισκόπηση υγείας, το πρόγραμμα βαρδιών βρέθηκε να επηρεάζει τις διαστάσεις «φυσική λειτουργία» και «σωματικός πόνος», με τα χαμηλότερα επίπεδα υγείας να δηλώνονται από εργαζόμενους που απασχολούνται στην απογευματινή βάρδια.

Πίνακας 6.25

Αποτελέσματα του μη παραμετρικού test Kruskal-Wallis με ανεξάρτητη μεταβλητή το πρόγραμμα βαρδιών και εξαρτημένες του συνοπτικούς δείκτες της Εργασιακής Αβεβαιότητας EPRES με μη κανονική κατανομή

Συνοπτικοί δείκτες	Μέση θέση συνοπτικού δείκτη (Mean Rank)	p-value
Προσωρινότητα**		
Πρωινή	270,09	<0,001
Κυλιόμενο-βραδινή	332,02	
<u>Απογευματινή</u>	<u>388,89</u>	

Σπαστό	314,38	
Εναλλαγή ανάλογα με απαιτήσεις	309,42	
Αποδυνάμωση**		
Πρωινή	259,47	0,002
Κυλιόμενο-βραδινή	301,96	
<u>Απογευματινή</u>	<u>387,22</u>	
Σπαστό	333,31	
Εναλλαγή ανάλογα με απαιτήσεις	307,62	
Τρωτότητα*		
Πρωινή	277,52	0,043
Κυλιόμενο-βραδινή	293,95	
<u>Απογευματινή</u>	<u>351,78</u>	
Σπαστό	321,29	
Εναλλαγή ανάλογα με απαιτήσεις	334,72	
Δικαιώματα**		
Πρωινή	263,23	0,002
Κυλιόμενο-βραδινή	335,34	
<u>Απογευματινή</u>	<u>368,39</u>	
Σπαστό	361,46	
Εναλλαγή ανάλογα με απαιτήσεις	271,80	

Άσκηση δικαιωμάτων		
Πρωινή	285,05	0,256
Κυλιόμενο-βραδινή	261,16	
Απογευματινή	313,45	
Σπαστό	345,33	
Εναλλαγή ανάλογα με απαιτήσεις	255,56	
* $p < 0,05$		
** $p < 0,01$		

Πίνακας 6.26

Αποτελέσματα της one-way Ανονα με ανεξάρτητη μεταβλητή το πρόγραμμα βαρδιών και εξαρτημένες του συνοπτικούς δείκτες της Εργασιακής Αβεβαιότητας EPRES, του Επαγγελματικού Στρες OSQ και της Επισκόπησης Υγείας SF-36v2 με κανονική κατανομή

Συνοπτικοί δείκτες	Μέση τιμή	p-value
Μισθοί**		
Πρωινή	1,9589	<0,001
Κυλιόμενο-βραδινή	2,0881	
<u>Απογευματινή</u>	<u>2,6000</u>	
Σπαστό	2,4359	
Εναλλαγή ανάλογα με απαιτήσεις	2,4921	

Συνολική εργασιακή αβεβαιότητα**		
Πρωινή	1,4945	0,001
Κυλιόμενο-βραδινή	1,6063	
<u>Απογευματινή</u>	<u>2,1002</u>	
Σπαστό	1,6522	
Εναλλαγή ανάλογα με απαιτήσεις	1,6126	
Τροποποιητικοί παράγοντες & εργασιακοί πόροι		
Πρωινή	2,2200	0,115
Κυλιόμενο-βραδινή	2,2766	
Απογευματινή	2,1638	
Σπαστό	2,1771	
Εναλλαγή ανάλογα με απαιτήσεις	2,3565	
Δυνατότητες ελέγχου εργασίας**		
Πρωινή	2,5117	<0,001
Κυλιόμενο-βραδινή	2,6731	
Απογευματινή	2,8000	
Σπαστό	2,6154	
<u>Εναλλαγή ανάλογα με απαιτήσεις</u>	<u>2,9726</u>	
Κοινωνικές σχέσεις & εκτίμηση		

Πρωινή	1,8928	0,210
Κυλιόμενο-βραδινή	1,8000	
Απογευματινή	1,7600	
Σπαστό	1,9077	
Εναλλαγή ανάλογα με απαιτήσεις	2,0119	
Ατμόσφαιρα στο χώρο εργασίας**		
Πρωινή	2,4656	0,004
<u>Κυλιόμενο-βραδινή</u>	<u>2,6601</u>	
Απογευματινή	2,1667	
Σπαστό	2,2222	
Εναλλαγή ανάλογα με απαιτήσεις	2,3855	
Ηγεσία & εποπτεία		
Πρωινή	2,0100	0,725
Κυλιόμενο-βραδινή	1,9029	
Απογευματινή	1,9286	
Σπαστό	2,0989	
Εναλλαγή ανάλογα με απαιτήσεις	2,0843	
Αντίληψη του περιβάλλοντος**		
Πρωινή	2,6588	<0,001
<u>Κυλιόμενο-βραδινή</u>	<u>2,9796</u>	

Απογευματινή	2,6778	
Σπαστό	2,9487	
Εναλλαγή ανάλογα με απαιτήσεις	2,9481	
Απαιτήσεις εργασίας		
Πρωινή	2,5780	0,492
Κυλιόμενο-βραδινή	2,5094	
Απογευματινή	2,4333	
Σπαστό	2,7692	
Εναλλαγή ανάλογα με απαιτήσεις	2,6139	
Κίνδυνοι & περιβάλλον**		
Πρωινή	2,1135	0,001
<u>Κυλιόμενο-βραδινή</u>	<u>2,5802</u>	
Απογευματινή	2,4500	
Σπαστό	2,2692	
Εναλλαγή ανάλογα με απαιτήσεις	2,4390	
Πίεση εργασίας**		
Πρωινή	3,2700	<0,001
<u>Κυλιόμενο-βραδινή</u>	<u>3,8519</u>	
Απογευματινή	3,1500	
Σπαστό	3,8077	

Εναλλαγή ανάλογα με απαιτήσεις	3,7683	
Στρες & ευεξία		
Πρωινή	2,1499	0,837
Κυλιόμενο-βραδινή	2,0879	
Απογευματινή	2,1429	
Σπαστό	2,1209	
Εναλλαγή ανάλογα με απαιτήσεις	2,2065	
Ανάγκη για υποστήριξη & παρεμβάσεις		
Πρωινή	2,2656	0,351
Κυλιόμενο-βραδινή	2,3750	
Απογευματινή	2,3875	
Σπαστό	2,3542	
Εναλλαγή ανάλογα με απαιτήσεις	2,4040	
Συνολικό επαγγελματικό στρες*		
Πρωινή	2,2675	0,012
Κυλιόμενο-βραδινή	2,3508	
Απογευματινή	2,3122	
Σπαστό	2,3395	
<u>Εναλλαγή ανάλογα με απαιτήσεις</u>	<u>2,4378</u>	

Φυσική λειτουργία*		
Πρωινή	87,1145	0,025
Κυλιόμενο-βραδινή	87,1569	
<u>Απογευματινή</u>	<u>70,000</u>	
Σπαστό	91,1538	
Εναλλαγή ανάλογα με απαιτήσεις	88,0120	
Φυσικός ρόλος		
Πρωινή	81,6315	0,527
Κυλιόμενο-βραδινή	80,7598	
Απογευματινή	76,2500	
Σπαστό	88,9423	
Εναλλαγή ανάλογα με απαιτήσεις	83,8281	
Σωματικός πόνος*		
Πρωινή	78,0012	0,042
Κυλιόμενο-βραδινή	80,5093	
<u>Απογευματινή</u>	<u>62,7500</u>	
Σπαστό	84,0385	
Εναλλαγή ανάλογα με απαιτήσεις	73,0488	
Γενική υγεία		
Πρωινή	68,2979	0,746

Κυλιόμενο-βραδινή	66,8269	
Απογευματινή	7<0,0010	
Σπαστό	73,4615	
Εναλλαγή ανάλογα με απαιτήσεις	69,6104	
Ζωτικότητα		
Πρωινή	60,8275	0,848
Κυλιόμενο-βραδινή	64,3750	
Απογευματινή	61,8750	
Σπαστό	62,5000	
Εναλλαγή ανάλογα με απαιτήσεις	61,5625	
Κοινωνική λειτουργία		
Πρωινή	72,2488	0,671
Κυλιόμενο-βραδινή	73,3173	
Απογευματινή	76,2500	
Σπαστό	74,0385	
Εναλλαγή ανάλογα με απαιτήσεις	76,8293	
Συναισθηματικός ρόλος		
Πρωινή	78,9813	0,590
Κυλιόμενο-βραδινή	82,2115	
Απογευματινή	72,5000	

Σπαστό	76,9231	
Εναλλαγή ανάλογα με απαιτήσεις	81,4024	
Ψυχική υγεία		
Πρωινή	63,4953	0,775
Κυλιόμενο-βραδινή	65,8654	
Απογευματινή	59,5000	
Σπαστό	60,3846	
Εναλλαγή ανάλογα με απαιτήσεις	62,4074	
Μεταβολή της υγείας		
Πρωινή	51,9767	0,861
Κυλιόμενο-βραδινή	50,4717	
Απογευματινή	55,0000	
Σπαστό	48,0769	
Εναλλαγή ανάλογα με απαιτήσεις	52,1341	
Συνολική σωματική υγεία		
Πρωινή	78,7238	0,229
Κυλιόμενο-βραδινή	79,3218	
Απογευματινή	69,7500	
Σπαστό	84,3990	
Εναλλαγή ανάλογα με απαιτήσεις	78,6333	

Συνολική ψυχική υγεία		
Πρωινή	69,0805	0,929
Κυλιόμενο-βραδινή	70,9028	
Απογευματινή	67,5313	
Σπαστό	68,4615	
Εναλλαγή ανάλογα με απαιτήσεις	70,5960	
* $p < 0,05$		
** $p < 0,01$		

6.2.14 Δεύτερη δουλειά

Στον Πίνακα 6.27 παρατίθενται η μέση θέση κάθε συνοπτικού δείκτη, που δεν ακολουθεί την κανονική κατανομή, στις ακόλουθες κατηγορίες απασχόλησης σε δεύτερη δουλειά:

- Όχι
- Ναι

και το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας (μη παραμετρικές μέθοδοι).

Στον Πίνακα 6.28 παρατίθενται η μέση τιμή κάθε συνοπτικού δείκτη, που ακολουθεί την κανονική κατανομή, στις ίδιες κατηγορίες απασχόλησης σε δεύτερη δουλειά και το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας (παραμετρικός έλεγχος).

Από τους πίνακες αυτούς, φαίνεται ότι η ύπαρξη δεύτερης δουλειάς επηρεάζει τις διαστάσεις της εργασιακής αβεβαιότητας που αφορούν στους «μισθούς» και τα «δικαιώματα», με τα υψηλότερα επίπεδα εργασιακής αβεβαιότητας να δηλώνονται από εργαζόμενους που έχουν δεύτερη δουλειά.

Σε σχέση με το επαγγελματικό στρες, η ύπαρξης δεύτερης δουλειάς βρέθηκε να επηρεάζει την υποκλίμακα «ατμόσφαιρα εργασίας», με τα υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικού στρες να δηλώνονται από εργαζόμενους που δεν έχουν δεύτερη δουλειά.

Αναφορικά με την επισκόπηση υγείας, η ύπαρξη δεύτερης δουλειάς δε βρέθηκε να επηρεάζει κάποια διάσταση της σωματικής ή ψυχικής υγείας των εργαζομένων.

Πίνακας 6.27

Αποτελέσματα του μη παραμετρικού test Mann-Whitney με ανεξάρτητη μεταβλητή την ύπαρξη δεύτερης δουλειάς και εξαρτημένες του συνοπτικούς δείκτες της Εργασιακής Αβεβαιότητας EPRES με μη κανονική κατανομή

Συνοπτικοί δείκτες	Μέση θέση συνοπτικού δείκτη (Mean Rank)	p-value
Προσωρινότητα		
Όχι	281,57	0,233
Ναι	306,89	
Αποδυνάμωση		
Όχι	273,43	0,710
Ναι	283,45	
Τρωτότητα		
Όχι	288,85	0,928
Ναι	291,55	
Δικαιώματα*		

Όχι	270,13	0,019
<u>Ναι</u>	<u>334,32</u>	
Άσκηση δικαιωμάτων		
Όχι	279,77	0,668
Ναι	292,17	
* $p < 0,05$		
** $p < 0,01$		

Πίνακας 6.28

Αποτελέσματα του παραμετρικού t-test με ανεξάρτητη μεταβλητή την ύπαρξη δεύτερης δουλειάς και εξαρτημένες του συνοπτικούς δείκτες της Εργασιακής Αβεβαιότητας EPRES, του Επαγγελματικού Στρες OSQ και της Επισκόπησης Υγείας SF-36v2 με κανονική κατανομή

Συνοπτικοί δείκτες	Μέση τιμή	p-value
Μισθοί*		
Όχι	2,0724	0,024
<u>Ναι</u>	<u>2,4216</u>	
Συνολική εργασιακή αβεβαιότητα		
Όχι	1,5376	0,442
Ναι	1,6006	

Τροποποιητικοί παράγοντες & εργασιακοί πόροι		
Όχι	2,2443	0,412
Ναι	2,1798	
Δυνατότητες ελέγχου εργασίας		
Όχι	2,5914	0,251
Ναι	2,7353	
Κοινωνικές σχέσεις & εκτίμηση		
Όχι	1,9045	0,492
Ναι	1,8364	
Ατμόσφαιρα στο χώρο εργασίας**		
<u>Όχι</u>	<u>2,4745</u>	0,003
Ναι	2,2020	
Ηγεσία & εποπτεία		
Όχι	2,0104	0,909
Ναι	1,9913	
Αντίληψη του περιβάλλοντος		
Όχι	2,7240	0,233
Ναι	2,8889	
Απαιτήσεις εργασίας		

Όχι	2,5730	0,737
Ναι	2,6061	
Κίνδυνοι & περιβάλλον		
Όχι	2,2020	0,449
Ναι	2,3309	
Πίεση εργασίας		
Όχι	3,3843	0,107
Ναι	3,6912	
Στρες & ευεξία		
Όχι	2,1541	0,367
Ναι	2,0630	
Ανάγκη για υποστήριξη & παρεμβάσεις		
Όχι	2,2943	0,757
Ναι	2,3295	
Συνολικό επαγγελματικό στρες		
Όχι	2,2955	0,827
Ναι	2,3114	
Φυσική λειτουργία		
Όχι	86,8727	0,688

Ναι	88,0882	
Φυσικός ρόλος		
Όχι	81,9025	0,819
Ναι	81,0662	
Σωματικός πόνος		
Όχι	77,1745	0,651
Ναι	78,9706	
Γενική υγεία		
Όχι	68,3333	0,468
Ναι	70,5882	
Ζωτικότητα		
Όχι	61,0639	0,428
Ναι	63,9706	
Κοινωνική λειτουργία		
Όχι	72,5231	0,079
Ναι	80,5147	
Συναισθηματικός ρόλος		
Όχι	79,2046	0,536
Ναι	81,6176	
Ψυχική υγεία		

Όχι	63,1676	0,480
Ναι	65,5882	
Μεταβολή της υγείας		
Όχι	51,5371	0,271
Ναι	55,8824	
Συνολική σωματική υγεία		
Όχι	78,5740	0,676
Ναι	79,6783	
Συνολική ψυχική υγεία		
Όχι	69,0760	0,250
Ναι	72,9228	
* $p < 0,05$		
** $p < 0,01$		

6.2.15 Σύμβαση εργασίας

Στον Πίνακα 6.29 παρατίθενται η μέση θέση (mean rank) κάθε συνοπτικού δείκτη, που δεν ακολουθεί την κανονική κατανομή, στις ακόλουθες κατηγορίες σύμβασης εργασίας:

- Μόνιμη
- Προσωρινή

και το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας (μη παραμετρικός έλεγχος).

Στον Πίνακα 6.30 παρατίθενται η μέση τιμή κάθε συνοπτικού δείκτη, που ακολουθεί την κανονική κατανομή, στις ίδιες κατηγορίες σύμβασης εργασίας και το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας (παραμετρικός έλεγχος).

Από τους πίνακες αυτούς, φαίνεται ότι το είδος της σύμβασης εργασίας επηρεάζει τις περισσότερες διαστάσεις της εργασιακής αβεβαιότητας, συγκεκριμένα την «προσωρινότητα», την «αποδυνάμωση», την «τρωτότητα», τα «δικαιώματα», την «άσκηση δικαιωμάτων», καθώς και το συνολικό συνοπτικό δείκτη «συνολική εργασιακή αβεβαιότητα», με τα υψηλότερα επίπεδα εργασιακής αβεβαιότητας να δηλώνονται από εργαζόμενους που έχουν προσωρινή σύμβαση εργασίας.

Σε σχέση με το επαγγελματικό στρες, το είδος της σύμβασης εργασίας βρέθηκε να επηρεάζει τη διάσταση «αντίληψη του περιβάλλοντος» και τις υποκλίμακες «δυνατότητες ελέγχου εργασίας», «κίνδυνοι & περιβάλλον» και «πίεση εργασίας», με τα υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικού στρες να δηλώνονται από εργαζόμενους που έχουν προσωρινή σύμβαση εργασίας.

Αναφορικά με την επισκόπηση υγείας, το είδος της σύμβασης εργασίας δε βρέθηκε να επηρεάζει κάποια διάσταση της σωματικής ή ψυχικής υγείας των εργαζομένων.

Πίνακας 6.29

Αποτελέσματα του μη παραμετρικού test Mann-Whitney με ανεξάρτητη μεταβλητή τη σύμβαση εργασίας και εξαρτημένες του συνοπτικούς δείκτες της Εργασιακής Αβεβαιότητας EPRES με μη κανονική κατανομή

Συνοπτικοί δείκτες	Μέση θέση συνοπτικού δείκτη (Mean Rank)	p-value
Προσωρινότητα**		
Μόνιμη	245,05	<0,001

<u>Προσωρινή</u>	<u>526,25</u>	
Αποδυνάμωση**		
Μόνιμη	264,69	<0,001
<u>Προσωρινή</u>	<u>332,72</u>	
Τρωτότητα**		
Μόνιμη	281,65	<0,001
<u>Προσωρινή</u>	<u>345,80</u>	
Δικαιώματα**		
Μόνιμη	252,06	<0,001
<u>Προσωρινή</u>	<u>407,72</u>	
Άσκηση δικαιωμάτων**		
Μόνιμη	271,73	0,001
<u>Προσωρινή</u>	<u>338,40</u>	
* $p < 0,05$		
** $p < 0,01$		

Πίνακας 6.30

Αποτελέσματα του παραμετρικού t-test με ανεξάρτητη μεταβλητή τη σύμβαση εργασίας και εξαρτημένες του συνοπτικούς δείκτες της Εργασιακής Αβεβαιότητας EPRES, του Επαγγελματικού Στρες OSQ και της Επισκόπησης Υγείας SF-36v2 με κανονική κατανομή

Συνοπτικοί δείκτες	Μέση τιμή	p-value
Μισθοί		
Μόνιμη	2,0962	0,888
Προσωρινή	2,0813	
Συνολική εργασιακή αβεβαιότητα**		
Μόνιμη	1,4359	<0,001
<u>Προσωρινή</u>	<u>2,0122</u>	
Τροποποιητικοί παράγοντες & εργασιακοί πόροι		
Μόνιμη	2,2361	0,541
Προσωρινή	2,2689	
Δυνατότητες ελέγχου εργασίας*		
Μόνιμη	2,5731	0,041
<u>Προσωρινή</u>	<u>2,7469</u>	
Κοινωνικές σχέσεις & εκτίμηση		
Μόνιμη	1,9071	0,470
Προσωρινή	1,8482	

Ατμόσφαιρα στο χώρο εργασίας		
Μόνιμη	2,4643	0,716
Προσωρινή	2,4444	
Ηγεσία & εποπτεία		
Μόνιμη	2,0057	0,760
Προσωρινή	2,0335	
Αντίληψη του περιβάλλοντος**		
Μόνιμη	2,6896	<0,001
<u>Προσωρινή</u>	<u>3,0330</u>	
Απαιτήσεις εργασίας		
Μόνιμη	2,5792	0,982
Προσωρινή	2,5775	
Κίνδυνοι & περιβάλλον**		
Μόνιμη	2,1245	<0,001
<u>Προσωρινή</u>	<u>2,7591</u>	
Πίεση εργασίας**		
Μόνιμη	3,3518	<0,001
<u>Προσωρινή</u>	<u>3,7561</u>	
Στρες & ευεξία		
Μόνιμη	2,1505	0,904

Προσωρινή	2,1587	
Ανάγκη για υποστήριξη & παρεμβάσεις		
Μόνιμη	2,2925	0,433
Προσωρινή	2,3457	
Συνολικό επαγγελματικό στρες		
Μόνιμη	2,2870	0,063
Προσωρινή	2,3785	
Φυσική λειτουργία		
Μόνιμη	86,6535	0,273
Προσωρινή	88,8889	
Φυσικός ρόλος		
Μόνιμη	82,2087	0,230
Προσωρινή	79,2438	
Σωματικός πόνος		
Μόνιμη	77,0637	0,720
Προσωρινή	78,0247	
Γενική υγεία		
Μόνιμη	68,3868	0,662
Προσωρινή	69,1875	

Ζωτικότητα		
Μόνιμη	61,3412	0,951
Προσωρινή	61,1842	
Κοινωνική λειτουργία		
Μόνιμη	73,0788	0,691
Προσωρινή	71,9551	
Συναισθηματικός ρόλος		
Μόνιμη	79,3972	0,823
Προσωρινή	78,8066	
Ψυχική υγεία		
Μόνιμη	63,2271	0,623
Προσωρινή	64,3750	
Μεταβολή της υγείας		
Μόνιμη	51,5226	0,562
Προσωρινή	52,7108	
Συνολική σωματική υγεία		
Μόνιμη	78,5745	0,791
Προσωρινή	79,0546	
Συνολική ψυχική υγεία		
Μόνιμη	69,4303	0,757

Προσωρινή	68,7042	
* $p < 0,05$		
** $p < 0,01$		

6.2.16 Επίδραση οικονομικής κρίσης

Στον Πίνακα 6.31 παρατίθενται η μέση θέση (mean rank) κάθε συνοπτικού δείκτη, που δεν ακολουθεί την κανονική κατανομή, στις ακόλουθες κατηγορίες επίδρασης της οικονομικής κρίσης:

- Όχι
- Η επιχείρηση που εργάζομαι έχει επηρεαστεί, αλλά όχι εγώ
- Ναι, λόγω παραγόντων εκτός της εργασίας μου
- Ναι, λόγω παραγόντων της εργασίας μου (αλλαγές σε μισθό, ωράριο, κτλ.)

και το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας (μη παραμετρικός έλεγχος).

Στον Πίνακα 6.32 παρατίθενται η μέση τιμή κάθε συνοπτικού δείκτη, που ακολουθεί την κανονική κατανομή, στις ίδιες κατηγορίες επίδρασης της οικονομικής κρίσης και το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας (παραμετρικός έλεγχος).

Από τους πίνακες αυτούς, φαίνεται ότι η επίδραση της οικονομικής κρίσης στους εργαζόμενους επηρεάζει ορισμένες διαστάσεις της εργασιακής αβεβαιότητας, συγκεκριμένα την «προσωρινότητα», την «αποδυνάμωση», την «τρωτότητα», τους «μισθούς», τα «δικαιώματα» και την «άσκηση δικαιωμάτων», με τα υψηλότερα επίπεδα εργασιακής αβεβαιότητας να δηλώνονται από εργαζόμενους που δεν έχουν επηρεαστεί από την οικονομική κρίση όσον αφορά την «αποδυνάμωση» και τα «δικαιώματα», από εργαζόμενους που έχουν επηρεαστεί από την οικονομική κρίση λόγω παραγόντων εκτός της εργασίας τους όσον αφορά την «προσωρινότητα» και από εργαζόμενους που έχουν επηρεαστεί από την οικονομική κρίση λόγω

παραγόντων της εργασίας τους όσον αφορά τις διαστάσεις «τρωτότητα», «μισθοί» και «άσκηση δικαιωμάτων».

Σε σχέση με το επαγγελματικό στρες, η επίδραση της οικονομικής κρίσης στους εργαζόμενους βρέθηκε να επηρεάζει τις διαστάσεις «τροποποιητικοί παράγοντες & εργασιακοί πόροι», «στρες & ευεξία» και «ανάγκη για υποστήριξη & παρεμβάσεις», τις υποκλίμακες «κοινωνικές σχέσεις & εκτίμηση», «ηγεσία & εποπτεία» και «απαιτήσεις εργασίας», καθώς και το συνολικό συνοπτικό δείκτη «συνολικό επαγγελματικό στρες», με τα υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικού στρες να δηλώνονται από εργαζόμενους που η επιχείρηση στην οποία εργάζονται έχει επηρεαστεί, αλλά όχι οι ίδιοι, όσον αφορά τη διάσταση «ανάγκη για υποστήριξη & παρεμβάσεις» και από εργαζόμενους που έχουν επηρεαστεί από την οικονομική κρίση λόγω παραγόντων της εργασίας τους όσον αφορά όλες τις υπόλοιπες διαστάσεις και υποκλίμακες.

Αναφορικά με την επισκόπηση υγείας, η επίδραση της οικονομικής κρίσης στους εργαζόμενους βρέθηκε να επηρεάζει τις διαστάσεις «φυσική λειτουργία», «γενική υγεία» και «συνολική σωματική υγεία» με τα χαμηλότερα επίπεδα υγείας να δηλώνονται από εργαζόμενους που έχουν επηρεαστεί από την οικονομική κρίση λόγω παραγόντων της εργασίας τους όσον αφορά τη «φυσική λειτουργία» και τη «συνολική σωματική υγεία» και από εργαζόμενους που η επιχείρηση στην οποία εργάζονται έχει επηρεαστεί, αλλά όχι οι ίδιοι, όσον αφορά τη «γενική υγεία».

Πίνακας 6.31

Αποτελέσματα του μη παραμετρικού test Kruskal-Wallis με ανεξάρτητη μεταβλητή την επίδραση της οικονομικής κρίσης και εξαρτημένες του συνοπτικούς δείκτες της Εργασιακής Αβεβαιότητας EPRES με μη κανονική κατανομή

Συνοπτικοί δείκτες	Μέση θέση συνοπτικού δείκτη (Mean Rank)	p-value
Προσωρινότητα*		
Όχι	228,18	0,029
Η επιχείρηση που εργάζομαι έχει επηρεαστεί, αλλά όχι εγώ	184,50	
<u>Ναι, λόγω παραγόντων εκτός της εργασίας μου</u>	<u>243,98</u>	
Ναι, λόγω παραγόντων της εργασίας μου (αλλαγές σε μισθό, ωράριο, κτλ.)	219,42	
Αποδυνάμωση**		
<u>Όχι</u>	<u>284,05</u>	<0,001
Η επιχείρηση που εργάζομαι έχει επηρεαστεί, αλλά όχι εγώ	264,79	
Ναι, λόγω παραγόντων εκτός της εργασίας μου	255,78	
Ναι, λόγω παραγόντων της εργασίας μου (αλλαγές σε μισθό, ωράριο, κτλ.)	203,41	
Τρωτότητα**		

Όχι	174,26	<0,001
Η επιχείρηση που εργάζομαι έχει επηρεαστεί, αλλά όχι εγώ	119,33	
Ναι, λόγω παραγόντων εκτός της εργασίας μου	207,70	
<u>Ναι, λόγω παραγόντων της εργασίας μου (αλλαγές σε μισθό, ωράριο, κτλ.)</u>	<u>248,24</u>	
Δικαιώματα**		
<u>Όχι</u>	<u>294,14</u>	<0,001
Η επιχείρηση που εργάζομαι έχει επηρεαστεί, αλλά όχι εγώ	232,42	
Ναι, λόγω παραγόντων εκτός της εργασίας μου	250,20	
Ναι, λόγω παραγόντων της εργασίας μου (αλλαγές σε μισθό, ωράριο, κτλ.)	197,87	
Άσκηση δικαιωμάτων**		
Όχι	169,80	<0,001
Η επιχείρηση που εργάζομαι έχει επηρεαστεί, αλλά όχι εγώ	169,50	
Ναι, λόγω παραγόντων εκτός της εργασίας μου	187,01	
<u>Ναι, λόγω παραγόντων της εργασίας μου (αλλαγές σε μισθό, ωράριο, κτλ.)</u>	<u>253,35</u>	

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

Πίνακας 6.32

Αποτελέσματα της one-way Anova με ανεξάρτητη μεταβλητή την επίδραση της οικονομικής κρίσης και εξαρτημένες του συνοπτικούς δείκτες της Εργασιακής Αβεβαιότητας EPRES, του Επαγγελματικού Στρες OSQ και της Επισκόπησης Υγείας SF-36v2 με κανονική κατανομή

Συνοπτικοί δείκτες	Μέση τιμή	p-value
Μισθοί**		
Όχι	1,4444	<0,001
Η επιχείρηση που εργάζομαι έχει επηρεαστεί, αλλά όχι εγώ	1,8333	
Ναι, λόγω παραγόντων εκτός της εργασίας μου	1,9566	
<u>Ναι, λόγω παραγόντων της εργασίας μου (αλλαγές σε μισθό, ωράριο, κτλ.)</u>	<u>2,2398</u>	
Συνολική εργασιακή αβεβαιότητα		
Όχι	1,4651	0,728
Η επιχείρηση που εργάζομαι έχει επηρεαστεί, αλλά όχι εγώ	1,4752	
Ναι, λόγω παραγόντων εκτός της εργασίας μου	1,5645	

Ναι, λόγω παραγόντων της εργασίας μου (αλλαγές σε μισθό, ωράριο, κτλ.)	1,5676	
Τροποποιητικοί παράγοντες & εργασιακοί πόροι**		
Όχι	2,1182	0,004
Η επιχείρηση που εργάζομαι έχει επηρεαστεί, αλλά όχι εγώ	2,1017	
Ναι, λόγω παραγόντων εκτός της εργασίας μου	2,1440	
<u>Ναι, λόγω παραγόντων της εργασίας μου (αλλαγές σε μισθό, ωράριο, κτλ.)</u>	<u>2,2859</u>	
Δυνατότητες ελέγχου εργασίας		
Όχι	2,3700	0,116
Η επιχείρηση που εργάζομαι έχει επηρεαστεί, αλλά όχι εγώ	2,5714	
Ναι, λόγω παραγόντων εκτός της εργασίας μου	2,5016	
Ναι, λόγω παραγόντων της εργασίας μου (αλλαγές σε μισθό, ωράριο, κτλ.)	2,6372	
Κοινωνικές σχέσεις & εκτίμηση*		
Όχι	1,8400	0,035
Η επιχείρηση που εργάζομαι έχει επηρεαστεί, αλλά όχι εγώ	1,6857	

Ναι, λόγω παραγόντων εκτός της εργασίας μου	1,8236	
<u>Ναι, λόγω παραγόντων της εργασίας μου (αλλαγές σε μισθό, ωράριο, κτλ.)</u>	<u>1,9688</u>	
Ατμόσφαιρα στο χώρο εργασίας		
Όχι	2,3600	0,602
Η επιχείρηση που εργάζομαι έχει επηρεαστεί, αλλά όχι εγώ	2,6190	
Ναι, λόγω παραγόντων εκτός της εργασίας μου	2,4062	
Ναι, λόγω παραγόντων της εργασίας μου (αλλαγές σε μισθό, ωράριο, κτλ.)	2,4411	
Ηγεσία & εποπτεία**		
Όχι	1,9029	0,005
Η επιχείρηση που εργάζομαι έχει επηρεαστεί, αλλά όχι εγώ	1,5306	
Ναι, λόγω παραγόντων εκτός της εργασίας μου	1,8598	
<u>Ναι, λόγω παραγόντων της εργασίας μου (αλλαγές σε μισθό, ωράριο, κτλ.)</u>	<u>2,0897</u>	
Αντίληψη του περιβάλλοντος		
Όχι	2,4244	0,093

Η επιχείρηση που εργάζομαι έχει επηρεαστεί, αλλά όχι εγώ	2,6296	
Ναι, λόγω παραγόντων εκτός της εργασίας μου	2,7091	
Ναι, λόγω παραγόντων της εργασίας μου (αλλαγές σε μισθό, ωράριο, κτλ.)	2,7322	
Απαιτήσεις εργασίας**		
Όχι	2,3565	
Η επιχείρηση που εργάζομαι έχει επηρεαστεί, αλλά όχι εγώ	2,1746	
Ναι, λόγω παραγόντων εκτός της εργασίας μου	2,4368	<0,001
<u>Ναι, λόγω παραγόντων της εργασίας μου (αλλαγές σε μισθό, ωράριο, κτλ.)</u>	<u>2,6641</u>	
Κίνδυνοι & περιβάλλον		
Όχι	1,8333	
Η επιχείρηση που εργάζομαι έχει επηρεαστεί, αλλά όχι εγώ	2,3571	
Ναι, λόγω παραγόντων εκτός της εργασίας μου	2,2797	0,146
Ναι, λόγω παραγόντων της εργασίας μου (αλλαγές σε μισθό, ωράριο, κτλ.)	2,1619	
Πίεση εργασίας		

Όχι	3,0833	0,402
Η επιχείρηση που εργάζομαι έχει επηρεαστεί, αλλά όχι εγώ	3,3571	
Ναι, λόγω παραγόντων εκτός της εργασίας μου	3,4193	
Ναι, λόγω παραγόντων της εργασίας μου (αλλαγές σε μισθό, ωράριο, κτλ.)	3,3642	
Στρες & ευεξία**		
Όχι	1,9940	<0,001
Η επιχείρηση που εργάζομαι έχει επηρεαστεί, αλλά όχι εγώ	1,8367	
Ναι, λόγω παραγόντων εκτός της εργασίας μου	2,0027	
<u>Ναι, λόγω παραγόντων της εργασίας μου (αλλαγές σε μισθό, ωράριο, κτλ.)</u>	<u>2,2458</u>	
Ανάγκη για υποστήριξη & παρεμβάσεις**		
Όχι	2,3490	0,003
<u>Η επιχείρηση που εργάζομαι έχει επηρεαστεί, αλλά όχι εγώ</u>	<u>2,5893</u>	
Ναι, λόγω παραγόντων εκτός της εργασίας μου	2,3774	

Ναι, λόγω παραγόντων της εργασίας μου (αλλαγές σε μισθό, ωράριο, κτλ.)	2,1668	
Συνολικό επαγγελματικό στρες**		
Όχι	2,1293	0,003
Η επιχείρηση που εργάζομαι έχει επηρεαστεί, αλλά όχι εγώ	2,1224	
Ναι, λόγω παραγόντων εκτός της εργασίας μου	2,2149	
<u>Ναι, λόγω παραγόντων της εργασίας μου (αλλαγές σε μισθό, ωράριο, κτλ.)</u>	<u>2,3319</u>	
Φυσική λειτουργία*		
Όχι	92,8000	0,020
Η επιχείρηση που εργάζομαι έχει επηρεαστεί, αλλά όχι εγώ	96,4286	
Ναι, λόγω παραγόντων εκτός της εργασίας μου	89,7516	
<u>Ναι, λόγω παραγόντων της εργασίας μου (αλλαγές σε μισθό, ωράριο, κτλ.)</u>	<u>84,5833</u>	
Φυσικός ρόλος		
Όχι	84,5000	0,365
Η επιχείρηση που εργάζομαι έχει επηρεαστεί, αλλά όχι εγώ	94,6429	

Ναι, λόγω παραγόντων εκτός της εργασίας μου	81,5252	
Ναι, λόγω παραγόντων της εργασίας μου (αλλαγές σε μισθό, ωράριο, κτλ.)	81,6745	
Σωματικός πόνος		
Όχι	84,0000	
Η επιχείρηση που εργάζομαι έχει επηρεαστεί, αλλά όχι εγώ	87,9167	
Ναι, λόγω παραγόντων εκτός της εργασίας μου	78,6646	0,209
Ναι, λόγω παραγόντων της εργασίας μου (αλλαγές σε μισθό, ωράριο, κτλ.)	76,1891	
Γενική υγεία*		
Όχι	69,7917	
<u>Η επιχείρηση που εργάζομαι έχει επηρεαστεί, αλλά όχι εγώ</u>	<u>65,0000</u>	
Ναι, λόγω παραγόντων εκτός της εργασίας μου	71,4465	0,029
Ναι, λόγω παραγόντων της εργασίας μου (αλλαγές σε μισθό, ωράριο, κτλ.)	66,1923	
Ζωτικότητα		
Όχι	64,7500	0,579

Η επιχείρηση που εργάζομαι έχει επηρεαστεί, αλλά όχι εγώ	66,0714	
Ναι, λόγω παραγόντων εκτός της εργασίας μου	63,3152	
Ναι, λόγω παραγόντων της εργασίας μου (αλλαγές σε μισθό, ωράριο, κτλ.)	60,9556	
Κοινωνική λειτουργία		
Όχι	8<0,0010	
Η επιχείρηση που εργάζομαι έχει επηρεαστεί, αλλά όχι εγώ	82,1429	
Ναι, λόγω παραγόντων εκτός της εργασίας μου	75,5538	0,125
Ναι, λόγω παραγόντων της εργασίας μου (αλλαγές σε μισθό, ωράριο, κτλ.)	70,8977	
Συναισθηματικός ρόλος		
Όχι	83,6667	
Η επιχείρηση που εργάζομαι έχει επηρεαστεί, αλλά όχι εγώ	91,6667	
Ναι, λόγω παραγόντων εκτός της εργασίας μου	79,3750	0,417
Ναι, λόγω παραγόντων της εργασίας μου (αλλαγές σε μισθό, ωράριο, κτλ.)	80,0943	
Ψυχική υγεία		

Όχι	69,4000	0,063
Η επιχείρηση που εργάζομαι έχει επηρεαστεί, αλλά όχι εγώ	61,4286	
Ναι, λόγω παραγόντων εκτός της εργασίας μου	66,1146	
Ναι, λόγω παραγόντων της εργασίας μου (αλλαγές σε μισθό, ωράριο, κτλ.)	62,0722	
Μεταβολή της υγείας		
Όχι	56,0000	0,255
Η επιχείρηση που εργάζομαι έχει επηρεαστεί, αλλά όχι εγώ	5<0,0010	
Ναι, λόγω παραγόντων εκτός της εργασίας μου	53,2609	
Ναι, λόγω παραγόντων της εργασίας μου (αλλαγές σε μισθό, ωράριο, κτλ.)	50,5597	
Συνολική σωματική υγεία*		
Όχι	82,8516	0,040
Η επιχείρηση που εργάζομαι έχει επηρεαστεί, αλλά όχι εγώ	86,3021	
Ναι, λόγω παραγόντων εκτός της εργασίας μου	80,4558	
<u>Ναι, λόγω παραγόντων της εργασίας μου (αλλαγές σε μισθό, ωράριο, κτλ.)</u>	<u>77,1680</u>	

Συνολική ψυχική υγεία		
Όχι	74,4542	0,208
Η επιχείρηση που εργάζομαι έχει επηρεαστεί, αλλά όχι εγώ	75,3274	
Ναι, λόγω παραγόντων εκτός της εργασίας μου	71,4161	
Ναι, λόγω παραγόντων της εργασίας μου (αλλαγές σε μισθό, ωράριο, κτλ.)	68,4685	

6.3 Αλληλεπίδραση δημογραφικών και επαγγελματικών χαρακτηριστικών

Στο πλαίσιο ελέγχου της αλληλεπίδρασης μεταξύ των ανεξάρτητων μεταβλητών, οι οποίες αφορούν σε δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά του δείγματος των εργαζομένων, εξετάστηκε η ύπαρξη συσχετίσεων, με στόχο τη μείωση του συστηματικού σφάλματος.

Στον Πίνακα 6.33 παρουσιάζονται οι αντίστοιχες τιμές στατιστικής σημαντικότητας του μονόπλευρου ελέγχου ότι ο πληθυσμιακός συντελεστής συσχέτισης είναι ίσος με μηδέν κάθε δυνατού ζεύγους των αναφερόμενων ανεξάρτητων μεταβλητών. Οι τιμές p για συσχετίσεις με $r > 0,3$ είναι άνω του 0,05 για την πλειοψηφία των μεταβλητών, με εξαίρεση τις παρακάτω αναμενόμενες συσχετίσεις, οι οποίες επισημαίνονται στον πίνακα με υπογράμμιση:

- Η ηλικία ως συνεχής («ηλικία») και ως κατηγορική («ηλικιακή ομάδα») με «οικογενειακή κατάσταση» ($r = -0,487$ ως συνεχής και $r = -0,343$ ως κατηγορική)
- Το «φύλο» με τη «θέση εργασίας» ($r = -0,532$)
- Η «οικογενειακή κατάσταση» με τα «έτη στην επιχείρηση» ($r = -0,334$)
- Το «επίπεδο εκπαίδευσης» με τις «εβδομαδιαίες ώρες εργασίας» ($r = 0,388$)

- Τις «εβδομαδιαίες» ώρες εργασίας και τις «βάρδιες» ($r=-0,379$)

Πίνακας 6.33

Έλεγχος συσχετίσεων μεταξύ ανεξάρτητων μεταβλητών ατομικών και εργασιακών χαρακτηριστικών

		Τόπος Γέννησης	ΕΘ	ΦΥ	ΟΚ	ΕσΕ	ΕΚΠ	ΘΕ	ΔΕ	ΩΕ	ΑΠ	ΒΔ	ΔΔ	ΚΡ
Εθνικότητα (ΕΘ)	Correlation	0,257												
	Sig, (1-tailed)	<0,001												
Φύλο (ΦΥ)	Correlation	-0,026	- 0,089											
	Sig, (1-tailed)	0,324	0,062											
Οικογενειακή κατάσταση (ΟΚ)	Correlation	-0,040	0,047	0,002										
	Sig, (1-tailed)	0,242	0,208	0,485										
Έτη στην επιχείρηση (ΕσΕ)	Correlation	0,004	- 0,114	0,150	<u>-0,334</u>									
	Sig, (1-tailed)	0,470	0,023	0,004	<u><0,001</u>									
Επίπεδο εκπαίδευσης (ΕΚΠ)	Correlation	-0,084	0,023	0,096	0,246	-0,244								
	Sig, (1-tailed)	0,071	0,348	0,047	<0,001	<0,001								
Θέση εργασίας (ΘΕ)	Correlation	-0,041	0,008	<u>-0,532</u>	0,029	-0,111	-0,396							
	Sig, (1-tailed)	0,240	0,444	<u><0,001</u>	0,305	0,027	0,240							
Σχέση δουλειάς & εκπαίδευσης (ΔΕ)	Correlation	0,074	0,076	-0,139	0,067	-0,105	0,297	- 0,002						
	Sig, (1-tailed)	0,098	0,094	0,008	0,123	0,033	<0,001	0,486						

Εβδομαδιαίες ώρες εργασίας	Correlation	-0,092	-	-0,130	0,103	0,069	<u>0,388</u>	-	0,211					
	(ΩΕ) Sig, (1- tailed)	0,055	0,420	0,012	0,037	0,116	<u><0,001</u>	0,066	<0,001					
Απουσασμός	Correlation	-0,036	-	0,175	0,077	0,033	0,066	-	0,054	0,141				
	(ΑΠ) Sig, (1- tailed)	0,268	0,272	0,001	0,091	0,286	0,125	0,001	0,172	0,007				
Βάρδιες	Correlation	0,022	-	0,074	-0,118	0,077	-0,295	0,003	-0,128	<u>-0,379</u>	-			
	(ΒΔ) Sig, (1- tailed)	0,353	0,359	0,099	0,020	0,090	<0,001	0,482	0,013	<u><0,001</u>	0,035			
Δεύτερη δουλειά	Correlation	-0,061	-	-0,072	0,060	-0,041	-0,058	-	-0,053	-0,128	-	0,068		
	(ΔΔ) Sig, (1- tailed)	0,144	0,337	0,106	0,148	0,238	0,158	0,493	0,177	0,013	0,406	0,118		
Επίδραση οικονομικής κρίσης	Correlation	-0,065	0,001	0,006	0,020	0,080	0,044	-	-0,018	0,004	0,145	0,047	0,027	
	(ΚΡ) Sig, (1- tailed)	0,131	0,491	0,455	0,362	0,081	0,225	0,179	0,374	0,471	0,006	0,206	0,322	
Ηλικιακή ομάδα	Correlation	0,062	-	-0,134	<u>-0,343</u>	0,377	-0,123	0,139	0,025	0,137	0,021	-	-	0,091
	Sig, (1- tailed)	0,141	0,004	0,010	<u><0,001</u>	<0,001	0,016	0,008	0,329	0,008	0,356	0,140	0,335	0,058
Ηλικία	Correlation	0,072	-	-0,135	<u>-0,487</u>	0,524	-0,236	0,112	-0,035	0,044	0,021	0,009	-	0,056
	Sig, (1- tailed)	0,106	0,033	0,009	<u><0,001</u>	<0,001	<0,001	0,026	0,271	0,222	0,356	0,441	0,288	0,166

Κεφάλαιο 7^ο

Η σχέση μεταξύ εργασιακής αβεβαιότητας και επιπέδου υγείας

Για την εκτίμηση της επίδρασης της εργασιακής αβεβαιότητας στο επίπεδο υγείας των εργαζομένων του δείγματος της μελέτης, όλοι οι συνοπτικοί δείκτες της Εργασιακής Αβεβαιότητας EPRES, δηλαδή η «προσωρινότητα», η «αποδυνάμωση», η «τρωτότητα», οι «μισθοί», τα «δικαιώματα», η «άσκηση δικαιωμάτων» και η «συνολική εργασιακή αβεβαιότητα» ελέγχθηκαν ως προς το βαθμό συσχέτισης με τους συνοπτικούς δείκτες της Επισκόπησης Υγείας SF-35v2, δηλαδή τη «φυσική λειτουργία», το «φυσικό ρόλο», το «σωματικό πόνο» και τη «γενική υγεία», που εκτιμούν διαστάσεις της σωματικής υγείας, τη «ζωτικότητα», την «κοινωνική λειτουργία», το «συναισθηματικό ρόλο» και την «ψυχική υγεία», που εκτιμούν διαστάσεις της ψυχικής υγείας, καθώς και τη «μεταβολή της υγείας» και τους συνολικούς συνοπτικούς δείκτες «συνολική σωματική υγεία» και «συνολική ψυχική υγεία».

Για τον έλεγχο της συσχέτισης των αναφερόμενων διαστάσεων, χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής γραμμικής συσχέτισης Spearman (ρ) για τις διαστάσεις της Εργασιακής Αβεβαιότητας EPRES που δεν ακολουθούν την κανονική κατανομή:

- «προσωρινότητα»
- «αποδυνάμωση»
- «τρωτότητα»
- «δικαιώματα»
- «άσκηση δικαιωμάτων»

Ο συντελεστής γραμμικής συσχέτισης Pearson (r) χρησιμοποιήθηκε για τις παρακάτω διαστάσεις της Εργασιακής Αβεβαιότητας EPRES που ακολουθούν την κανονική κατανομή:

- «μισθοί»
- «συνολική εργασιακή αβεβαιότητα»

Οι συντελεστές γραμμικής συσχέτισης Spearman (ρ) και Pearson (r) λαμβάνουν τιμές από -1 έως +1. Όταν οι τιμές των δεικτών τείνουν προς το -1 αυτό σημαίνει αρνητική γραμμική συσχέτιση μεταξύ των δυο μεταβλητών, δηλαδή χαμηλές τιμές της μια παραμέτρου σχετίζονται με υψηλές τιμές της άλλης. Αντιστρόφως, τιμές των δεικτών κοντά στο +1 δηλώνουν θετική γραμμική συσχέτιση, δηλαδή υψηλές τιμές της μιας παραμέτρου σχετίζονται με υψηλές τιμές της άλλης παραμέτρου. Όταν οι συντελεστές γραμμικής συσχέτισης Pearson's r ή Spearman's ρ παίρνουν την τιμή μηδέν ($r=0$ ή $\rho=0$) αυτό σημαίνει ότι οι δυο αυτές παράμετροι δε συσχετίζονται μεταξύ τους με γραμμική συσχέτιση. Αυτό δεν αποκλείει το να υπάρχει κάποια άλλου είδους συσχέτιση, η οποία όμως δεν είναι γραμμική.

Παρακάτω παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των ελέγχων συσχέτισης της εργασιακής αβεβαιότητας με το επίπεδο υγείας των εργαζομένων του δείγματος της μελέτης. Παρουσιάζεται η σχέση μεταξύ των υποκλιμάκων και του συνολικού συνοπτικού δείκτη της εργασιακής αβεβαιότητας αρχικά με τη μεταβολή της υγείας, εν συνεχεία με τις διαστάσεις και το συνολικό συνοπτικό δείκτη σωματικής υγείας και τέλος με τις διαστάσεις και το συνολικό συνοπτικό δείκτη ψυχικής υγείας.

Σε κάθε περίπτωση, οποιοσδήποτε συνοπτικός δείκτης της Εργασιακής Αβεβαιότητας EPRES έχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση με οποιονδήποτε συνοπτικό δείκτη της Επισκόπησης Υγείας SF-36v2, η τιμή του συντελεστή γραμμικής συσχέτισης επισημαίνεται εντός των παρακάτω πινάκων με υπογράμμιση, ενώ η παράμετρος που σχετίζεται γραμμικά με τις διαστάσεις του επιπέδου υγείας επισημαίνεται με αστερίσκο, ενδεικτικό του επιπέδου στατιστικής σημαντικότητας που σημειώθηκε (<0.05 ή <0.01).

7.1 Η σχέση μεταξύ εργασιακής αβεβαιότητας και μεταβολής της υγείας

Όπως φαίνεται στον Πίνακα 7.1, οι περισσότερες συσχετίσεις ανάμεσα στις υποκλίμακες της Εργασιακής Αβεβαιότητας EPRES και την υποκλίμακα της Μεταβολής υγείας από την Επισκόπηση Υγείας SF-36v2 δεν είναι στατιστικά σημαντικές. Η «συνολική εργασιακή αβεβαιότητα» δε βρέθηκε να συσχετίζεται με τη

«μεταβολή υγείας», υπάρχουν ωστόσο δυο συσχετίσεις, οι οποίες είναι στατιστικά σημαντικές και αφορούν σε υποκλίμακες της Εργασιακής Αβεβαιότητας EPRES.

Η «τρωτότητα», καθώς και η «άσκηση δικαιωμάτων» βρέθηκε να συσχετίζονται αρνητικά με τη «μεταβολή υγείας», με τιμές γραμμικής συσχέτισης οι οποίες είναι χαμηλές ($\rho = -0,112$ για την «τρωτότητα» και $r = -0,137$ για την «άσκηση δικαιωμάτων»), αλλά στατιστικά σημαντικές, δείχνοντας ότι όσο αυξάνονται οι τιμές των συνοπτικών δεικτών της «τρωτότητας» και της «άσκησης δικαιωμάτων», τόσο επιδεινώνεται η «μεταβολή της υγείας» των εργαζομένων.

Πίνακας 7.1

Αποτελέσματα γραμμικής συσχέτισης συνοπτικών δεικτών Εργασιακής Αβεβαιότητας EPRES και της διάστασης της Μεταβολής της Υγείας SF-36v2

Κλίμακες EPRES ↓	Κλίμακες SF-36v2 →	Μεταβολή της υγείας
Προσωρινότητα	Correlation Coefficient (ρ)	-0,007
	Sig. (2-tailed)	0,860
	N	566
Αποδυνάμωση	Correlation Coefficient (ρ)	0,071
	Sig. (2-tailed)	0,100
	N	544
Τρωτότητα*	Correlation Coefficient (ρ)	<u>-0,112</u>
	Sig. (2-tailed)	0,007

	N	576
Μισθοί	Correlation Coefficient (r)	0,064
	Sig. (2-tailed)	0,169
	N	466
Δικαιώματα	Correlation Coefficient (rho)	0,038
	Sig. (2-tailed)	0,374
	N	547
Άσκηση δικαιωμάτων*	Correlation Coefficient (rho)	<u>-0,137</u>
	Sig. (2-tailed)	0,002
	N	559
Συνολική εργασιακή αβεβαιότητα	Correlation Coefficient (r)	0,070
	Sig. (2-tailed)	0,184
	N	360
* $p < 0,05$		
** $p < 0,01$		

7.2 Η σχέση μεταξύ εργασιακής αβεβαιότητας και σωματικής υγείας

Όπως φαίνεται στον Πίνακα 7.2, οι περισσότερες συσχετίσεις ανάμεσα στις υποκλίμακες της Εργασιακής Αβεβαιότητας EPRES και τις υποκλίμακες της Σωματικής Υγείας από την Επισκόπηση Υγείας SF-36v2 δεν είναι στατιστικά σημαντικές. Η «συνολική εργασιακή αβεβαιότητα» δε βρέθηκε να συσχετίζεται με τη «συνολική σωματική υγεία» ή διαστάσεις της σωματικής υγείας. Υπάρχουν ωστόσο αρκετές συσχετίσεις, οι οποίες είναι στατιστικά σημαντικές και αφορούν σε υποκλίμακες της Εργασιακής Αβεβαιότητας EPRES, συγκεκριμένα οι υποκλίμακες «τρωτότητα», «μισθοί», «δικαιώματα» και «άσκηση δικαιωμάτων», οι οποίες βρέθηκε να συσχετίζονται αρνητικά με ορισμένες διαστάσεις της σωματικής υγείας.

Συγκεκριμένα, η «τρωτότητα» βρέθηκε να συσχετίζεται αρνητικά με όλες τις διαστάσεις της σωματικής υγείας. Οι συσχετίσεις αυτές είναι στατιστικά σημαντικές, αλλά μικρές έως μεσαίες, καθώς η μικρότερη αρνητική συσχέτιση ($\rho = -0,159$) παρατηρείται, όσον αφορά τις υποκλίμακες, μεταξύ «τρωτότητας» και «φυσικής λειτουργίας» και η μεγαλύτερη μεταξύ «τρωτότητας» και «φυσικού ρόλου» ($\rho = -0,233$), ενώ όσον αφορά την «συνολική σωματική υγεία», εκεί παρατηρείται και η μεγαλύτερη αρνητική γραμμική συσχέτιση ($\rho = -0,281$).

Η υποκλίμακα «μισθοί» βρέθηκε να συσχετίζονται αρνητικά με ορισμένες διαστάσεις της σωματικής υγείας. Οι συσχετίσεις αυτές είναι μικρές και αφορούν στις υποκλίμακες «φυσική λειτουργία» ($r = -0,119$), «φυσικός ρόλος» ($r = -0,100$) και «σωματικός πόνος» ($r = -0,107$), καθώς και στη «συνολική σωματική υγεία» ($r = -0,104$).

Η υποκλίμακα «δικαιώματα» βρέθηκε να συσχετίζεται αρνητικά μόνο με το «φυσικό ρόλο» ($\rho = -0,108$), συσχέτιση η οποία είναι μικρή.

Τέλος, η υποκλίμακα «άσκηση δικαιωμάτων» βρέθηκε να συσχετίζεται αρνητικά με όλες τις διαστάσεις της σωματικής υγείας. Οι συσχετίσεις αυτές είναι στατιστικά σημαντικές, αλλά μικρές, καθώς η μικρότερη αρνητική συσχέτιση ($\rho = -0,106$) παρατηρείται, όσον αφορά τις υποκλίμακες, μεταξύ «άσκησης δικαιωμάτων» και «σωματικού πόνου» και η μεγαλύτερη μεταξύ «άσκησης δικαιωμάτων» και «γενικής υγείας» ($\rho = -0,170$), ενώ όσον αφορά την «συνολική σωματική υγεία», εκεί

είναι που παρατηρείται και η μεγαλύτερη αρνητική γραμμική συσχέτιση ($\rho = -0,188$).

Πίνακας 7.2

Αποτελέσματα γραμμικής συνοπτικών δεικτών Εργασιακής Αβεβαιότητας EPRES και συνοπτικών διαστάσεων Σωματικής Υγείας SF-36v2

Κλίμακες EPRES ↓	Κλίμακες SF-36v2 →	Φυσική λειτουργία	Φυσικός ρόλος	Σωματικός πόνος	Γενική υγεία	Συνολική σωματική υγεία
Προσωρινότητα	Correlation Coefficient (rho)	0,082	-0,075	0,024	0,012	0,017
	Sig. (2-tailed)	0,052	0,078	0,565	0,777	0,695
	N	563	560	565	555	545
Αποδυνάμωση	Correlation Coefficient (rho)	0,092	-0,014	0,013	0,064	0,032
	Sig. (2-tailed)	0,333	0,742	0,759	0,141	0,469
	N	543	541	543	535	529
Τρωτότητα**	Correlation Coefficient (rho)	<u>-0,159</u>	<u>-0,233</u>	<u>-0,217</u>	<u>-0,173</u>	<u>-0,281</u>

	Sig. (2-tailed)	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	N	574	569	576	565	553
Μισθοί*	Correlation Coefficient (r)	<u>-0,119</u>	<u>-0,100</u>	<u>-0,107</u>	0,013	<u>-0,104</u>
	Sig. (2-tailed)	0,010	0,032	0,021	0,784	0,029
	N	463	458	466	454	442
Δικαιώματα*	Correlation Coefficient (rho)	0,146	<u>-0,108</u>	0,003	-0,040	-0,031
	Sig. (2-tailed)	0,051	0,012	0,938	0,311	0,483
	N	545	541	547	538	530
Άσκηση δικαιωμάτων**	Correlation Coefficient (rho)	<u>-0,159</u>	<u>-0,137</u>	<u>-0,106</u>	<u>-0,170</u>	<u>-0,188</u>
	Sig. (2-tailed)	<0,001	0,001	0,012	<0,001	<0,001
	N	558	553	559	551	541

Συνολική εργασιακή αβεβαιότητα	Correlation Coefficient (r)	-0,013	-0,093	0,039	0,036	-0,007
	Sig. (2-tailed)	0,800	0,080	0,457	0,502	0,895
	N	360	358	361	355	351
* p< 0,05						
** p< 0,01						

7.3 Η σχέση μεταξύ εργασιακής αβεβαιότητας και ψυχικής υγείας

Όπως φαίνεται στον Πίνακα 7.3, ορισμένες συσχετίσεις ανάμεσα στις υποκλίμακες της Εργασιακής Αβεβαιότητας EPRES και τις υποκλίμακες της Ψυχικής Υγείας από την Επισκόπηση Υγείας SF-36v2 είναι στατιστικά σημαντικές. Η «συνολική εργασιακή αβεβαιότητα» δε βρέθηκε να συσχετίζεται με τη «συνολική ψυχική υγεία» ή διαστάσεις της ψυχικής υγείας. Υπάρχουν ωστόσο αρκετές συσχετίσεις, οι οποίες είναι στατιστικά σημαντικές και αφορούν σε υποκλίμακες της Εργασιακής Αβεβαιότητας EPRES, οι οποίες βρέθηκε να συσχετίζονται αρνητικά με ορισμένες διαστάσεις της «ψυχικής υγείας».

Η «αποδυνάμωση» βρέθηκε να συσχετίζεται αρνητικά με τη «ζωτικότητα» ($\rho = -0.091$), συσχέτιση η οποία είναι ιδιαίτερα χαμηλή.

Η «τρωτότητα» βρέθηκε να συσχετίζεται αρνητικά με όλες τις διαστάσεις της ψυχικής υγείας. Οι συσχετίσεις αυτές είναι στατιστικά σημαντικές, αλλά μεσαίες, καθώς η μικρότερη αρνητική συσχέτιση ($\rho = -0,242$) παρατηρείται, όσον αφορά τις υποκλίμακες, μεταξύ «τρωτότητας» και «συναισθηματικού ρόλου» και η μεγαλύτερη μεταξύ «τρωτότητας» και «ψυχικής υγείας» ($\rho = -0,321$), ενώ όσον αφορά την

«συνολική ψυχική υγεία», εκεί είναι που παρατηρείται και η μεγαλύτερη αρνητική γραμμική συσχέτιση ($\rho=-0,332$).

Οι «μισθοί» βρέθηκε να συσχετίζονται αρνητικά με τις υποκλίμακες «συναισθηματικός ρόλος» ($r=-0,096$) και «ψυχική υγείας» ($r=-0,133$), συσχετίσεις η οποίες είναι ιδιαίτερα χαμηλές.

Τα «δικαιώματα» βρέθηκε να συσχετίζονται αρνητικά με τις υποκλίμακες «ζωτικότητα» ($\rho=-0,108$), «συναισθηματικός ρόλος» ($\rho=-0,133$), καθώς και με τη «συνολική ψυχική» ($\rho=-0,111$), συσχετίσεις οι οποίες είναι χαμηλές.

Τέλος, η «άσκηση δικαιωμάτων» βρέθηκε να συσχετίζεται αρνητικά με όλες τις διαστάσεις της ψυχικής υγείας. Οι συσχετίσεις αυτές είναι στατιστικά σημαντικές, αλλά μικρές, καθώς η μικρότερη αρνητική συσχέτιση ($\rho=-0,151$) παρατηρείται, όσον αφορά τις υποκλίμακες, μεταξύ «άσκησης δικαιωμάτων» και «συναισθηματικού ρόλου» και η μεγαλύτερη μεταξύ «άσκησης δικαιωμάτων» και «ψυχικής υγείας» ($\rho=-0,179$), ενώ όσον αφορά την «συνολική ψυχική υγεία», εκεί είναι που παρατηρείται και η μεγαλύτερη αρνητική γραμμική συσχέτιση ($\rho=-0,190$).

Πίνακας 7.3

Αποτελέσματα γραμμικής συσχέτισης συνοπτικών δεικτών Εργασιακής Αβεβαιότητας EPRES και συνοπτικών διαστάσεων Ψυχικής Υγείας SF-36v2

Κλίμακες EPRES ↓	Κλίμακες SF-36v2 →	Ζωτικότητα	Κοινωνική λειτουργία	Συναισθηματικός ρόλος	Ψυχική υγεία	Συνολική ψυχική υγεία
Προσωρινότητα	Correlation Coefficient (rho)	-0,006	-0.020	-0.035	0.044	-0.019
	Sig.	0,881	0,647	0,409	0,300	0,659

	(2-tailed)					
	N	557	553	562	557	540
Αποδυνάμωση*	Correlation Coefficient (rho)	<u>-0,091</u>	-0,066	-0,046	0,014	-0,069
	Sig. (2-tailed)	0,035	0,128	0,290	0,746	0,113
	N	539	534	542	539	523
Τρωτότητα**	Correlation Coefficient (rho)	<u>-0,264</u>	<u>-0,292</u>	<u>-0,242</u>	<u>-0,321</u>	<u>-0,332</u>
	Sig. (2-tailed)	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	N	568	564	573	568	551
Μισθοί**	Correlation Coefficient (r)	-0,002	-0,004	<u>-0,096</u>	<u>-0,133</u>	-0,064
	Sig. (2-tailed)	0,972	0,928	0,039	0,004	0,175
	N	458	461	463	459	450
Δικαιώματα**	Correlation Coefficient (rho)	<u>-0,108</u>	-0,070	<u>-0,133</u>	-0,031	<u>-0,111</u>

	Sig. (2-tailed)	0,012	0,105	0,002	0,470	0,011
	N	540	535	544	541	524
Άσκηση δικαιωμάτων**	Correlation Coefficient (rho)	<u>-0,169</u>	<u>-0,165</u>	<u>-0,151</u>	<u>-0,179</u>	<u>-0,190</u>
	Sig. (2-tailed)	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	N	552	550	557	552	537
Συνολική εργασιακή αβεβαιότητα	Correlation Coefficient (r)	0,062	-0,018	-0,052	-0,021	-0,027
	Sig. (2-tailed)	0,242	0,739	0,321	0,686	0,616
	N	356	358	360	359	351
* p< 0,05						
** p<0,01						

Κεφάλαιο 8^ο

Η σχέση μεταξύ επαγγελματικού στρες και επιπέδου υγείας

Όλοι οι συνοπτικοί δείκτες της Επαγγελματικού Στρες OSQ, δηλαδή οι διαστάσεις «τροποποιητικοί παράγοντες & εργασιακοί πόροι», «αντίληψη του περιβάλλοντος», «στρες & ευεξία» και «ανάγκη για υποστήριξη & παρεμβάσεις», μαζί με τις υποκλίμακες «δυνατότητες ελέγχου εργασίας», «κοινωνικές σχέσεις & εκτίμηση», «ατμόσφαιρα στο χώρο εργασίας», «ηγεσία & εποπτεία», «απαιτήσεις εργασίας», «κίνδυνοι & περιβάλλον» και «πίεση εργασίας», καθώς και το «συνολικό επαγγελματικό στρες» συσχετίστηκαν με τους συνοπτικούς δείκτες της Επισκόπησης Υγείας SF-35v2, δηλαδή τη «φυσική λειτουργία», το «φυσικό ρόλο», το «σωματικό πόνο» και τη «γενική υγεία», που εκτιμούν διαστάσεις της σωματικής υγείας, τη «ζωτικότητα», την «κοινωνική λειτουργία», το «συναισθηματικό ρόλο» και την «ψυχική υγεία», που εκτιμούν διαστάσεις της ψυχικής υγείας, καθώς και τη «μεταβολή της υγείας» και τους συνολικούς συνοπτικούς δείκτες «συνολική σωματική υγεία» και «συνολική ψυχική υγεία».

Για τον έλεγχο της συσχέτισης των αναφερόμενων διαστάσεων, χρησιμοποιήθηκε μόνο ο συντελεστής γραμμικής συσχέτισης Pearson (r), καθώς όλες οι διαστάσεις και υποκλίμακες του Επαγγελματικού Στρες OSQ και όλες οι διαστάσεις της Επισκόπησης Υγείας SF-35v2 ακολουθούν την κανονική κατανομή.

Ο συντελεστές γραμμικής συσχέτισης Pearson (r), όπως αναφέρθηκε, λαμβάνει τιμές από -1 έως +1. Όταν οι τιμές του δείκτη τείνουν προς το -1 αυτό σημαίνει αρνητική γραμμική συσχέτιση μεταξύ των δυο μεταβλητών, δηλαδή χαμηλές τιμές της μια παραμέτρου σχετίζονται με υψηλές τιμές της άλλης. Αντιστρόφως, τιμές του δείκτη κοντά στο +1 δηλώνουν θετική γραμμική συσχέτιση, δηλαδή υψηλές τιμές της μιας παραμέτρου σχετίζονται με υψηλές τιμές της άλλης παραμέτρου.

Παρακάτω παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των ελέγχων συσχέτισης του επαγγελματικού στρες με το επίπεδο υγείας των εργαζομένων του δείγματος της μελέτης. Παρουσιάζεται η σχέση μεταξύ των διαστάσεων και των υποκλιμάκων και

του συνολικού συνοπτικού δείκτη του επαγγελματικού στρες αρχικά με τη μεταβολή της υγείας, εν συνεχεία με τις διαστάσεις και το συνολικό συνοπτικό δείκτη σωματικής υγείας και τέλος με τις διαστάσεις και το συνολικό συνοπτικό δείκτη ψυχικής υγείας.

Σε κάθε περίπτωση, οποιοσδήποτε συνοπτικός δείκτης του Επαγγελματικού Στρες OSQ έχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση με οποιονδήποτε συνοπτικό δείκτη της Επισκόπησης Υγείας SF-36v2, η τιμή του συντελεστή γραμμικής συσχέτισης επισημαίνεται εντός των παρακάτω πινάκων με υπογράμμιση, ενώ η παράμετρος που σχετίζεται γραμμικά με τις διαστάσεις του επιπέδου υγείας επισημαίνεται με αστερίσκο, ενδεικτικό του επιπέδου στατιστικής σημαντικότητας που σημειώθηκε (<0.05 ή <0.01).

8.1 Η σχέση μεταξύ επαγγελματικού στρες και μεταβολής της υγείας

Όπως φαίνεται στον Πίνακα 8.1, αρκετές συσχετίσεις ανάμεσα στις υποκλίμακες του Επαγγελματικού Στρες OSQ και την υποκλίμακα της Μεταβολής υγείας από την Επισκόπηση Υγείας SF-36v2 είναι στατιστικά σημαντικές. Το «συνολικό επαγγελματικό στρες» βρέθηκε να συσχετίζεται αρνητικά με τη «μεταβολή υγείας», ενώ υπάρχουν επιμέρους συσχετίσεις και αφορούν σε διαστάσεις και υποκλίμακες του Επαγγελματικού Στρες OSQ.

Όσον αφορά τις υποκλίμακες του επαγγελματικού στρες, η μεγαλύτερη αρνητική συσχέτιση βρέθηκε ανάμεσα στη «μεταβολή υγείας» και τις «απαιτήσεις εργασίας» ($r=-0,221$), συσχέτιση η οποία είναι μεσαία, ενώ ακολουθούν οι «κοινωνικές σχέσεις & εκτίμηση» ($r=-0,185$) και η «ηγεσία & εποπτεία» ($r=-0,174$).

Όσον αφορά τις διαστάσεις, όλες με εξαίρεση την «ανάγκη για υποστήριξη & παρεμβάσεις» βρέθηκε να συσχετίζονται αρνητικά με τη «μεταβολή υγείας». Η διάσταση «στρες & ευεξία» είχε τη μεγαλύτερη αρνητική συσχέτιση ($r=-0,321$), ενώ ακολουθούν η «αντίληψη του περιβάλλοντος» ($r=-0,184$) και οι «τροποποιητικοί παράγοντες & εργασιακοί πόροι» ($r=-0,156$).

Όσον αφορά το «συνολικό επαγγελματικό στρες», βρέθηκε να συσχετίζεται αρνητικά με τη «μεταβολή υγείας» ($r=-0,229$), συσχέτιση η οποία είναι μεσαία.

Πίνακας 8.1

Αποτελέσματα γραμμικής συσχέτισης (Spearman r) συνοπτικών δεικτών Επαγγελματικού Στρες OSQ και διάστασης Μεταβολής της Υγείας SF-36v2

Κλίμακες OSQ ↓	Κλίμακες SF-36v2 →	Μεταβολή της υγείας (r)
Τροποποιητικοί παράγοντες & εργασιακοί πόροι**	Correlation Coefficient	<u>-0,156</u>
	Sig. (2-tailed)	<0,001
	N	571
Δυνατότητες ελέγχου εργασίας*	Correlation Coefficient	<u>-0,099</u>
	Sig. (2-tailed)	0,017
	N	582
Κοινωνικές σχέσεις & εκτίμηση**	Correlation Coefficient	-0,185
	Sig. (2-tailed)	<0,001
	N	589
Ατμόσφαιρα στο χώρο εργασίας	Correlation Coefficient	0,037
	Sig. (2-tailed)	0,377
	N	582
Ηγεσία & εποπτεία**	Correlation Coefficient	<u>-0,174</u>

	Sig. (2-tailed)	<0,001
	N	584
Αντίληψη του περιβάλλοντος**	Correlation Coefficient	<u>-0,184</u>
	Sig. (2-tailed)	<0,001
	N	571
Απαιτήσεις εργασίας**	Correlation Coefficient	<u>-0,221</u>
	Sig. (2-tailed)	<0,001
	N	578
Κίνδυνοι & περιβάλλον**	Correlation Coefficient	<u>-0,121</u>
	Sig. (2-tailed)	0,003
	N	584
Πίεση εργασίας**	Correlation Coefficient	<u>-0,108</u>
	Sig. (2-tailed)	0,009
	N	586
Στρες & ευεξία**	Correlation Coefficient	<u>-0,321</u>
	Sig. (2-tailed)	<0,001
	N	584
Ανάγκη για υποστήριξη & παρεμβάσεις	Correlation Coefficient	0,013
	Sig. (2-tailed)	0,751
	N	582

Συνολικό επαγγελματικό στρες**	Correlation Coefficient	<u>-0,229</u>
	Sig. (2-tailed)	<0,001
	N	548
* $p < 0,05$		
** $p < 0,01$		

8.2 Η σχέση μεταξύ επαγγελματικού στρες και σωματικής υγείας

Όπως φαίνεται στον Πίνακα 8.2, οι περισσότερες συσχετίσεις ανάμεσα στις υποκλίμακες του Επαγγελματικού Στρες OSQ και τις υποκλίμακες της Σωματικής Υγείας από την Επισκόπηση Υγείας SF-36v2 είναι στατιστικά σημαντικές. Το «συνολικό επαγγελματικό στρες» βρέθηκε να συσχετίζεται αρνητικά με τη «συνολική σωματική υγεία» και όλες τις επιμέρους διαστάσεις, ενώ υπάρχουν επιπλέον συσχετίσεις που αφορούν σε διαστάσεις και υποκλίμακες του Επαγγελματικού Στρες OSQ.

Όσον αφορά τις υποκλίμακες του επαγγελματικού στρες και της σωματικής υγείας, η μεγαλύτερη αρνητική συσχέτιση βρέθηκε ανάμεσα στο «φυσικό ρόλο» και τις «απαιτήσεις εργασίας» ($r=-0,365$), συσχέτιση η οποία είναι μεσαία, ενώ η ίδια υποκλίμακα συσχετίζεται αρνητικά με όλους τους συνοπτικούς δείκτες της σωματικής υγείας.

Όσον αφορά τις διαστάσεις του επαγγελματικού στρες, η μεγαλύτερη αρνητική συσχέτιση βρέθηκε ανάμεσα στη «γενική υγεία» και το «στρες & ευεξία» ($r=-0,466$) συσχέτιση η οποία είναι μεσαία, ενώ η ίδια διάσταση συσχετίζεται αρνητικά με όλους τους συνοπτικούς δείκτες της σωματικής υγείας, καθώς και με τη «συνολική σωματική υγεία» ($r=-0,544$).

Βρέθηκε αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στη «συνολική σωματική υγεία» με όλες τις διαστάσεις και υποκλίμακες του επαγγελματικού στρες, εκτός από τη διάσταση «ανάγκη για υποστήριξη & παρεμβάσεις», ενώ το «συνολικό επαγγελματικό στρες» βρέθηκε να συσχετίζεται αρνητικά με όλες τις διαστάσεις που αφορούν στη σωματική υγεία.

Η συσχέτιση ανάμεσα σε «συνολικό επαγγελματικό στρες» και «συνολική σωματική υγεία» είναι αρνητική και μεσαία ($r=-0,432$).

Πίνακας 8.2

Αποτελέσματα γραμμικής συσχέτισης (Pearson's r) συνοπτικών δεικτών Επαγγελματικού Στρες OSQ και συνοπτικών διαστάσεων Σωματικής Υγείας SF-36v2

Κλίμακες OSQ ↓	Κλίμακες SF-36v2 →	Φυσική λειτουργία (rho)	Φυσικός ρόλος (rho)	Σωματικός πόνος (rho)	Γενική υγεία (r)	Συνολική σωματική υγεία (r)
Τροποποιητικοί παράγοντες & εργασιακοί πόροι**	Correlation Coefficient	<u>-0,196</u>	<u>-0,234</u>	<u>-0,269</u>	<u>-0,234</u>	<u>-0,305</u>
	Sig. (2- tailed)	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	N	568	564	570	561	550
Δυνατότητες ελέγχου εργασίας**	Correlation Coefficient	<u>-0,130</u>	<u>-0,134</u>	<u>-0,144</u>	<u>-0,102</u>	<u>-0,164</u>
	Sig. (2- tailed)	0,002	0,001	0,000	0,014	<0,001
	N	580	577	583	572	561

<i>Κοινωνικές σχέσεις & εκτίμηση**</i>	Correlation Coefficient	<u>-0,158</u>	<u>-0,201</u>	<u>-0,226</u>	<u>-0,243</u>	<u>-0,270</u>
	Sig. (2- tailed)	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	N	587	582	589	578	566
<i>Ατμόσφαιρα στο χώρο εργασίας**</i>	Correlation Coefficient	<u>-0,095*</u>	0,012	<u>-0,103</u>	<u>-0,112</u>	<u>-0,099</u>
	Sig. (2- tailed)	0,022	0,779	0,013	0,007	0,020
	N	580	576	582	571	560
<i>Ηγεσία & εποπτεία**</i>	Correlation Coefficient	<u>-0,147</u>	<u>-0,276</u>	<u>-0,253</u>	<u>-0,211</u>	<u>-0,296</u>
	Sig. (2- tailed)	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	N	581	577	583	573	562
<i>Αντίληψη του περιβάλλοντος**</i>	Correlation Coefficient	-0,064	<u>-0,347</u>	<u>-0,274</u>	<u>-0,126</u>	<u>-0,277</u>
	Sig. (2- tailed)	0,127	<0,001	<0,001	0,003	<0,001
	N	570	566	571	562	552
<i>Απαιτήσεις εργασίας**</i>	Correlation Coefficient	<u>-0,225</u>	<u>-0,365</u>	<u>-0,372</u>	<u>-0,284</u>	-0,418

	Sig. (2-tailed)	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	N	576	572	578	567	556
<i>Κίνδυνοι & περιβάλλον**</i>	Correlation Coefficient	-0,012	<u>-0,307</u>	<u>-0,170</u>	<u>-0,114</u>	-0,206
	Sig. (2-tailed)	0,780	<0,001	<0,001	0,006	<0,001
	N	583	579	584	574	564
<i>Πίεση εργασίας**</i>	Correlation Coefficient	0,003	<u>-0,146</u>	<u>-0,127</u>	0,029	<u>-0,083</u>
	Sig. (2-tailed)	0,943	<0,001	0,002	0,485	0,049
	N	584	579	586	575	564
<i>Στρες & ευεξία**</i>	Correlation Coefficient	<u>-0,346</u>	<u>-0,377</u>	<u>-0,465</u>	<u>-0,466</u>	<u>-0,544</u>
	Sig. (2-tailed)	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	N	582	578	584	573	562
<i>Ανάγκη για υποστήριξη & παρεμβάσεις</i>	Correlation Coefficient	0,001	0,030	-0,029	-0,026	-0,011
	Sig. (2-tailed)	0,982	0,472	0,490	0,531	0,803
	N	580	577	582	572	561

Συνολικό επαγγελματικό στρες**	Correlation Coefficient	<u>-0,217</u>	<u>-0,380</u>	<u>-0,393</u>	<u>-0,294</u>	<u>-0,432</u>
	Sig. (2- tailed)	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	N	546	543	547	541	531

8.3 Η σχέση μεταξύ επαγγελματικού στρες και ψυχικής υγείας

Όπως φαίνεται στον Πίνακα 8.3 οι περισσότερες συσχετίσεις ανάμεσα στις υποκλίμακες του Επαγγελματικού Στρες OSQ και τις υποκλίμακες της Ψυχικής Υγείας από την Επισκόπηση Υγείας SF-36v2 είναι στατιστικά σημαντικές. Το «συνολικό επαγγελματικό στρες» βρέθηκε να συσχετίζεται αρνητικά με τη «συνολική ψυχική υγεία» και όλες τις επιμέρους διαστάσεις, ενώ υπάρχουν επιπλέον συσχετίσεις που αφορούν σε διαστάσεις και υποκλίμακες του Επαγγελματικού Στρες OSQ.

Όσον αφορά τις υποκλίμακες του επαγγελματικού στρες και της σωματικής υγείας, η μεγαλύτερη αρνητική συσχέτιση βρέθηκε ανάμεσα στη «ζωτικότητα» και τις «απαιτήσεις εργασίας» ($r=-0,502$), συσχέτιση η οποία είναι μεσαία, ενώ η ίδια υποκλίμακα συσχετίζεται αρνητικά με όλους τους συνοπτικούς δείκτες της ψυχικής υγείας.

Όσον αφορά τις διαστάσεις του επαγγελματικού στρες, η μεγαλύτερη αρνητική συσχέτιση βρέθηκε ανάμεσα στη «ζωτικότητα» και το «στρες & ευεξία» ($r=-0,653$) συσχέτιση η οποία είναι μεγάλη, ενώ η ίδια διάσταση συσχετίζεται αρνητικά με όλους τους συνοπτικούς δείκτες της ψυχικής υγείας.

Βρέθηκε αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στη «συνολική ψυχική υγεία» με όλες τις διαστάσεις και υποκλίμακες του επαγγελματικού στρες, εκτός από την υποκλίμακα «πίεση εργασίας» και τη διάσταση «ανάγκη για υποστήριξη & παρεμβάσεις», ενώ το «συνολικό επαγγελματικό στρες» βρέθηκε να συσχετίζεται αρνητικά με όλες τις διαστάσεις που αφορούν στην ψυχική υγεία.

Η συσχέτιση ανάμεσα σε «συνολικό επαγγελματικό στρες» και «συνολική ψυχική υγεία» είναι αρνητική και μέτρια ($r=-0,557$).

Πίνακας 8.3

Αποτελέσματα γραμμικής συσχέτισης (Spearman r) συνοπτικών δεικτών Επαγγελματικού Στρες OSQ και συνοπτικών διαστάσεων Ψυχικής Υγείας SF-36v2

Κλίμακες OSQ ↓	Κλίμακες SF-36v2	Ζωτικότητα (r)	Κοινωνική λειτουργία (r)	Συναισθηματικός ρόλος (r)	Ψυχική υγεία (r)	Συνολική ψυχική υγεία (r)
Τροποποιητικοί παράγοντες & εργασιακοί πόροι**	Correlation Coefficient	<u>-0,409</u>	<u>-0,337</u>	<u>-0,280</u>	<u>-0,456</u>	<u>-0,429</u>
	Sig. (2-tailed)	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	N	563	559	569	563	547
Δυνατότητες ελέγχου εργασίας**	Correlation Coefficient	<u>-0,260</u>	<u>-0,198</u>	<u>-0,168</u>	<u>-0,341</u>	<u>-0,274</u>
	Sig. (2-tailed)	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	N	575	571	581	575	558
Κοινωνικές σχέσεις & εκτίμηση**	Correlation Coefficient	<u>-0,389</u>	<u>-0,338</u>	<u>-0,276</u>	<u>-0,407</u>	<u>-0,410</u>
	Sig. (2-tailed)	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	N	581	577	586	581	564

<i>Ατμόσφαιρα στο χώρο εργασίας*</i>	Correlation Coefficient	-0,081	-0,071	-0,031	<u>-0,099</u>	<u>-0,088</u>
	Sig. (2-tailed)	0,053	0,092	0,458	0,017	0,037
	N	575	571	580	575	558
<i>Ηγεσία & εποπτεία**</i>	Correlation Coefficient	<u>-0,371</u>	<u>-0,330</u>	<u>-0,287</u>	<u>-0,387</u>	<u>-0,398</u>
	Sig. (2-tailed)	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	N	576	572	582	576	560
<i>Αντίληψη του περιβάλλοντος**</i>	Correlation Coefficient	<u>-0,243</u>	<u>-0,271</u>	<u>-0,250</u>	<u>-0,218</u>	<u>-0,293</u>
	Sig. (2-tailed)	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	N	565	560	570	566	550
<i>Απαιτήσεις εργασίας**</i>	Correlation Coefficient	<u>-0,502</u>	<u>-0,452</u>	<u>-0,418</u>	<u>-0,481</u>	<u>-0,538</u>
	Sig. (2-tailed)	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	N	572	567	576	572	555
<i>Κίνδυνοι & περιβάλλον**</i>	Correlation Coefficient	<u>-0,164</u>	<u>-0,220</u>	<u>-0,177</u>	<u>-0,140</u>	<u>-0,218</u>

	Sig. (2-tailed)	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	N	577	573	583	577	561
<i>Πίεση εργασίας</i>	Correlation Coefficient	-0,013	-0,050	-0,064	-0,013	-0,046
	Sig. (2-tailed)	0,754	0,229	0,122	0,759	0,277
	N	579	575	583	579	562
Στρες & ευεξία**	Correlation Coefficient	<u>-0,653</u>	<u>-0,567</u>	<u>-0,495</u>	<u>-0,636</u>	<u>-0,678</u>
	Sig. (2-tailed)	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	N	578	573	582	578	561
Ανάγκη για υποστήριξη & παρεμβάσεις	Correlation Coefficient	-0,071	0,034	-0,006	-0,027	-0,008
	Sig. (2-tailed)	0,087	0,416	0,880	0,519	0,854
	N	576	571	580	577	560
Συνολικό επαγγελματικό στρες**	Correlation Coefficient	<u>-0,535</u>	<u>-0,452</u>	<u>-0,407</u>	<u>-0,538</u>	<u>-0,557</u>
	Sig. (2-tailed)	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	N	541	536	547	542	527

Κεφάλαιο 9^ο

Πολλαπλή Γραμμική Παλινδρόμηση

Στο πλαίσιο της πολυπλοκότητας της σύνθεσης του επιπέδου σωματικής και ψυχικής υγείας των εργαζομένων και με σκοπό τη διερεύνηση της επίδρασης πολλαπλών ειδικών προσδιοριστών που σχετίζονται με την οικονομική κρίση σε αυτό, ακολούθησε η στατιστική επεξεργασία της πολλαπλής ανάλυσης παλινδρόμησης των διαστάσεων της Επισκόπησης Υγείας SF-36v2, οι οποίες στο σύνολό τους ακολουθούν την κανονική κατανομή. Συγκεκριμένα, παρουσιάζονται τα μοντέλα πρόβλεψης των εξαρτημένων μεταβλητών που είναι όλοι οι συνοπτικοί δείκτες της Επισκόπησης Υγείας SF-36v2: «φυσική λειτουργία», «φυσικός ρόλος», «σωματικός πόνος», «γενική υγεία», «ζωτικότητα», «κοινωνική λειτουργία», «συναισθηματικός ρόλος», «ψυχική υγεία», «μεταβολή της υγείας», «συνολική σωματική υγεία» και «συνολική ψυχική υγεία».

Ως ανεξάρτητες μεταβλητές που εισήχθησαν στην πολυπαραγοντική μελέτη, η οποία έγινε με τη μέθοδο της διαδοχικής αφαίρεσης, επιλέχθηκαν όλες οι κατηγορικές μεταβλητές που στο πλαίσιο της διμεταβλητής ανάλυσης βρέθηκε να συσχετίζονται με τις αναφερόμενες διαστάσεις των συνοπτικών δεικτών της Επισκόπησης Υγείας SF-36v2, καθώς και όλες οι συνεχείς μεταβλητές που βρέθηκε να συσχετίζονται γραμμικά με τον αντίστοιχο συνοπτικό δείκτη. Οι ανεξάρτητες μεταβλητές που ανήκουν στα δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά, την Εργασιακή Αβεβαιότητα EPRES και το Επαγγελματικό Στρες OSQ, οι οποίες βρέθηκε να έχουν στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τους συνοπτικούς δείκτες της Επισκόπησης Υγείας SF-36v2 παρουσιάζονται στον Πίνακα 9.1.

Ειδικότερα, στην περίπτωση των συνοπτικών δεικτών της Εργασιακής Αβεβαιότητας EPRES, εισήχθησαν μόνο οι αντίστοιχες υποκλίμακες, καθώς ο συνολικός συνοπτικός δείκτης, δηλαδή η «συνολική εργασιακή αβεβαιότητα» δε βρέθηκε να έχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τις διαστάσεις της Επισκόπησης Υγείας SF-36v2. Αντίθετα, στην περίπτωση των συνοπτικών δεικτών του Επαγγελματικού Στρες OSQ, δεδομένου ότι σχεδόν όλες οι διαστάσεις και

υποκλίμακες βρέθηκε να έχουν στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τις διαστάσεις της Επισκόπησης Υγείας SF-36v2, εισήχθη ο συνολικός συνοπτικός δείκτης, δηλαδή το «συνολικό επαγγελματικό στρες».

Στις περιπτώσεις των κατηγορικών ανεξάρτητων μεταβλητών, σημειώνεται εντός της παρένθεσης η κατηγορία που σημείωσε τα χαμηλότερα επίπεδα υγείας και στην περίπτωση των συνεχών ανεξάρτητων μεταβλητών, σημειώνεται αντίστοιχα η κατεύθυνση της συσχέτισης, θετική (+) ή αρνητική (-).

Πίνακας 9.1

Βαθμός συσχέτισης ανεξαρτήτων μεταβλητών που περιλαμβάνουν δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά, καθώς και τους συνοπτικούς δείκτες Εργασιακής Αβεβαιότητας EPRES και Επαγγελματικού Στρες OSQ, με τους συνοπτικούς δείκτες της Επισκόπησης Υγείας SF-36v2

φυσική λειτουργία	φυσικός ρόλος	σωματικός πόνος	γενική υγεία	ζωτικότητα	κοινωνική λειτουργία	συναισθηματικός ρόλος	ψυχική υγεία	μεταβολή της υγείας	συνολική ή σωματική υγεία	συνολική ή ψυχική υγεία
Δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά										
Οικογενειακή κατάσταση (έγγαμοι)		Φύλο (γυναίκες)	Φύλο (γυναίκες)	Ηλικία (<30)	Φύλο (γυναίκες)	Οικογενειακή κατάσταση (άγαμοι)	Εθνικότητα (Ελληνική)		Φύλο (γυναίκες)	Φύλο (γυναίκες)
Έτη στην επιχείρηση (>10 έτη)		Σχέση επαγγέλματος με σπουδές (όχι)	Απουσία σμός (>16 ημέρες)	Εθνικότητα (Ελληνική)	Οικογενειακή κατάσταση (χήροι/ες)	Εβδομαδιαίες ώρες εργασίας (>40)	Φύλο (γυναίκες)		Απουσία σμός (>16 ημέρες)	Οικογενειακή κατάσταση (χήροι/ες)

Τομέας επιχείρησης (δημόσιος)	Πρόγραμμα βαρδιών (απογευματινή)	Επίδραση της οικονομικής κρίσης (επηρεασμένη επιχείρηση, όχι οι ίδιοι)	Φύλο (γυναίκες)	Εβδομαδιαίες ώρες εργασίας (>40)	Απουσία σμός (1-3 ημέρες)	Οικογενειακή κατάσταση (χήροι/ες)	Επίδραση της οικονομικής κρίσης(λόγω εργασίας)	Επάγγελμα (White collar εργαζόμενοι)
Σχέση επαγγέλματος με σπουδές (όχι)			Οικογενειακή κατάσταση (χήροι/ες)	Απουσία σμός (4-10 ημέρες)		Επάγγελμα (White collar εργαζόμενοι)		Εβδομαδιαίες ώρες εργασίας (>40)
Πρόγραμμα βαρδιών (απογευματινή)			Έτη στην επιχείρηση (1-5 έτη)			Εβδομαδιαίες ώρες εργασίας (<40)		Απουσία σμός (>16 ημέρες)
Επίδραση της οικονομικής κρίσης(λόγω εργασίας)			Επάγγελμα (White collar εργαζόμενοι)			Απουσία σμός (>16 ημέρες)		
			Εβδομαδιαίες ώρες εργασίας (>40)					

				Απουσία σμός (>16 ημέρες)						
Εργασιακή αβεβαιότητα EPRES										
Τρωτότη τα (-)	Τρωτότη τα (-)	Τρωτότη τα (-)	Τρωτότη τα (-)	Αποδυναμ ωση (-)	Τρωτότη τα (-)	Τρωτότη τα (-)	Τρωτότη τα (-)	Άσκηση δικαιωμ άτων (-)	Τρωτότη τα (-)	Τρωτότη τα (-)
Μισθοί (-)	Μισθοί (-)	Μισθοί (-)	Άσκηση δικαιωμ άτων (-)	Τρωτότη τα (-)	Άσκηση δικαιωμ άτων (-)	Μισθοί (-)	Μισθοί (-)		Μισθοί (-)	Δικαιώμ ατα (-)
Άσκηση δικαιωμ άτων (-)	Δικαιώμ ατα (-)	Άσκηση δικαιωμ άτων (-)		Δικαιώμ ατα (-)		Δικαιώμ ατα (-)	Άσκηση δικαιωμ άτων (-)		Άσκηση δικαιωμ άτων (-)	Άσκηση δικαιωμ άτων (-)
	Άσκηση δικαιωμ άτων (-)			Άσκηση δικαιωμ άτων (-)		Άσκηση δικαιωμ άτων (-)				
Επαγγελματικό στρες OSQ										
Τροποπο ιητικοί παράγον τες & εργασιακ οί πόροι (-)	Τροποπο ιητικοί παράγον τες & εργασιακ οί πόροι (-)	Τροποπο ιητικοί παράγον τες & εργασιακ οί πόροι (-)	Τροποπο ιητικοί παράγον τες & εργασιακ οί πόροι (-)	Τροποπο ιητικοί παράγον τες & εργασιακ οί πόροι (-)	Τροποπο ιητικοί παράγον τες & εργασιακ οί πόροι (-)	Τροποπο ιητικοί παράγον τες & εργασιακ οί πόροι (-)	Τροποπο ιητικοί παράγον τες & εργασιακ οί πόροι (-)	Τροποπο ιητικοί παράγον τες & εργασιακ οί πόροι (-)	Τροποπο ιητικοί παράγον τες & εργασιακ οί πόροι (-)	Τροποπο ιητικοί παράγον τες & εργασιακ οί πόροι (-)
Δυνατότ ητες ελέγχου εργασίας (-)	Δυνατότ ητες ελέγχου εργασίας (-)	Δυνατότ ητες ελέγχου εργασίας (-)	Δυνατότ ητες ελέγχου εργασίας (-)	Δυνατότ ητες ελέγχου εργασίας (-)	Δυνατότ ητες ελέγχου εργασίας (-)	Δυνατότ ητες ελέγχου εργασίας (-)	Δυνατότ ητες ελέγχου εργασίας (-)	Δυνατότ ητες ελέγχου εργασίας (-)	Δυνατότ ητες ελέγχου εργασίας (-)	Δυνατότ ητες ελέγχου εργασίας (-)

Κοινωνικ ές σχέσεις & εκτίμηση (-)	Κοινωνικ ές σχέσεις & εκτίμηση (-)	Κοινωνικ ές σχέσεις & εκτίμηση (-)	Κοινωνικ ές σχέσεις & εκτίμηση (-)	Κοινωνικ ές σχέσεις & εκτίμηση (-)	Κοινωνικ ές σχέσεις & εκτίμηση (-)	Κοινωνικ ές σχέσεις & εκτίμηση (-)	Κοινωνικ ές σχέσεις & εκτίμηση (-)	Κοινωνικ ές σχέσεις & εκτίμηση (-)	Κοινωνικ ές σχέσεις & εκτίμηση (-)	Κοινωνικ ές σχέσεις & εκτίμηση (-)
Ατμόσφαι ρα στο χώρο εργασίας (-)	Ηγεσία & εποπτεία (-)	Ατμόσφαι ρα στο χώρο εργασίας (-)	Ατμόσφαι ρα στο χώρο εργασίας (-)	Ηγεσία & εποπτεία (-)	Ηγεσία & εποπτεία (-)	Ηγεσία & εποπτεία (-)	Ατμόσφαι ρα στο χώρο εργασίας (-)	Ηγεσία & εποπτεία (-)	Ατμόσφαι ρα στο χώρο εργασίας (-)	Ατμόσφαι ρα στο χώρο εργασίας (-)
Ηγεσία & εποπτεία (-)	Αντίληψη η του περιβάλλ οντος (-)	Ηγεσία & εποπτεία (-)	Ηγεσία & εποπτεία (-)	Αντίληψη η του περιβάλλ οντος (-)	Αντίληψη η του περιβάλλ οντος (-)	Αντίληψη η του περιβάλλ οντος (-)	Ηγεσία & εποπτεία (-)	Αντίληψη η του περιβάλλ οντος (-)	Ηγεσία & εποπτεία (-)	Ηγεσία & εποπτεία (-)
Απαιτήσ εις εργασίας (-)	Απαιτήσ εις εργασίας (-)	Αντίληψη η του περιβάλλ οντος (-)	Αντίληψη η του περιβάλλ οντος (-)	Απαιτήσ εις εργασίας (-)	Απαιτήσ εις εργασίας (-)	Απαιτήσ εις εργασίας (-)	Αντίληψη η του περιβάλλ οντος (-)	Απαιτήσ εις εργασίας (-)	Αντίληψη η του περιβάλλ οντος (-)	Αντίληψη η του περιβάλλ οντος (-)
Κίνδυνοι & περιβάλλ ον (-)	Κίνδυνοι & περιβάλλ ον (-)	Απαιτήσ εις εργασίας (-)	Απαιτήσ εις εργασίας (-)	Κίνδυνοι & περιβάλλ ον (-)	Κίνδυνοι & περιβάλλ ον (-)	Κίνδυνοι & περιβάλλ ον (-)	Απαιτήσ εις εργασίας (-)	Κίνδυνοι & περιβάλλ ον (-)	Απαιτήσ εις εργασίας (-)	Απαιτήσ εις εργασίας (-)
Στρες & ευεξία (-)	Πίεση εργασίας (-)	Κίνδυνοι & περιβάλλ ον (-)	Κίνδυνοι & περιβάλλ ον (-)	Στρες & ευεξία (-)	Στρες & ευεξία (-)	Στρες & ευεξία (-)	Κίνδυνοι & περιβάλλ ον (-)	Πίεση εργασίας (-)	Κίνδυνοι & περιβάλλ ον (-)	Κίνδυνοι & περιβάλλ ον (-)
Συνολικό επαγγελ ματικό στρες (-)	Στρες & ευεξία (-)	Πίεση εργασίας (-)	Στρες & ευεξία (-)	Συνολικό επαγγελ ματικό στρες (-)	Συνολικό επαγγελ ματικό στρες (-)	Συνολικό επαγγελ ματικό στρες (-)	Στρες & ευεξία (-)	Στρες & ευεξία (-)	Πίεση εργασίας (-)	Στρες & ευεξία (-)

	Συνολικό επαγγελματικό στρες (-)	Στρες & ευεξία (-)	Συνολικό επαγγελματικό στρες (-)				Συνολικό επαγγελματικό στρες (-)	Συνολικό επαγγελματικό στρες (-)	Στρες & ευεξία (-)	Συνολικό επαγγελματικό στρες (-)
		Συνολικό επαγγελματικό στρες (-)							Συνολικό επαγγελματικό στρες (-)	

Για όσες μεταβλητές που με τη μέθοδο της διαδοχικής αφαίρεσης τελικά εισήχθησαν στα μοντέλα, αξιολογήθηκε ο δείκτης Durbin Watson, ο οποίος ελέγχει την αυτοσυσχέτιση στα κατάλοιπα και που πρέπει να λαμβάνει τιμές από 1 έως 3. Όσες μεταβλητές δεν εισήχθησαν τελικά στα μοντέλα με τη μέθοδο της διαδοχικής αφαίρεσης, λόγω επιπέδου στατιστικής σημαντικότητας $>0,05$, παρουσιάζονται στο τέλος των πινάκων.

9.1 Μοντέλο πρόβλεψης «φυσικής λειτουργίας» εργαζομένων

Οι ανεξάρτητες μεταβλητές:

- Οικογενειακή κατάσταση
- Έτη στην επιχείρηση
- Τομέας επιχείρησης
- Σχέση επαγγέλματος με σπουδές
- Πρόγραμμα βαρδιών
- Επίδραση της οικονομικής κρίσης
- Τρωτότητα

- Μισθοί
- Άσκηση δικαιωμάτων
- Συνολικό επαγγελματικό στρες

που παρουσίασαν στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τη «φυσική λειτουργία» των εργαζομένων εισήχθησαν στην πολυπαραγοντική μελέτη. Η παλινδρόμηση με τη μέθοδο της διαδοχικής αφαίρεσης οδήγησε σε ένα τελικό μοντέλο 4 παραγόντων, που εξηγεί τη «φυσική λειτουργία» των εργαζομένων με τον καλύτερο τρόπο (Πίνακας 9.2). Πιο συγκεκριμένα, το παρακάτω μοντέλο, που περιλαμβάνει την «οικογενειακή κατάσταση», τα «έτη στην επιχείρηση», τη «σχέση επαγγέλματος με σπουδές» και το «συνολικό επαγγελματικό στρες», μπορεί να εξηγήσει το 17% της μεταβλητότητας της «φυσικής λειτουργίας» των εργαζομένων. Η τιμή 1,889 του δείκτη Durbin Watson είναι ικανοποιητική.

Πίνακας 9.2

Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση παραμέτρων σε σχέση με τη «φυσική λειτουργία» των εργαζομένων

Ανεξάρτητη μεταβλητή	β	Std. Error	p-value	95% CI	
Οικογενειακή κατάσταση	2,850	0,880	0,001	1,118	4,582
Έτη στην επιχείρηση	-0,410	0,126	0,001	-0,659	-0,162
Σχέση σπουδών με επάγγελμα	3,803	1,667	0,023	0,523	7,084
Συνολικό επαγγελματικό στρες	-14,583	2,617	<0,001	-19,735	-9,431
Adjusted R Square= 0,170		Durbin Watson=1,889			
Παράγοντες που δε συμπεριελήφθησαν στο τελικό μοντέλο: τομέας, επίδραση οικονομικής κρίσης, τρωτότητα, μισθοί, άσκηση δικαιωμάτων.					

Το μαθηματικό μοντέλο της γραμμικής παλινδρόμησης για την εκτίμηση της διάστασης «φυσική λειτουργία» είναι η εξίσωση:

$$\text{Φυσική λειτουργία} = 119,749 + (2,85) * \text{οικογενειακή κατάσταση} + (-0,410) * \text{έτη στην επιχείρηση} + (3,809) * \text{σχέση σπουδών με επάγγελμα} + (-14,583) * \text{συνολικό επαγγελματικό στρες}.$$

9.2 Μοντέλο πρόβλεψης «φυσικού ρόλου» εργαζομένων

Οι ανεξάρτητες μεταβλητές:

- Τρωτότητα
- Μισθοί
- Δικαιώματα
- Άσκηση δικαιωμάτων
- Συνολικό επαγγελματικό στρες

που παρουσίασαν στατιστικά σημαντική συσχέτιση με το «φυσικό ρόλο» των εργαζομένων εισήχθησαν στην πολυπαραγοντική μελέτη. Η παλινδρόμηση με τη μέθοδο της διαδοχικής αφαίρεσης οδήγησε σε ένα τελικό μοντέλο 2 παραγόντων, που εξηγεί το «φυσικό ρόλο» των εργαζομένων με τον καλύτερο τρόπο (Πίνακας 9.3). Πιο συγκεκριμένα, το παρακάτω μοντέλο, που περιλαμβάνει τα «δικαιώματα» και το «συνολικό επαγγελματικό στρες», μπορεί να εξηγήσει το 17,4% της μεταβλητότητας του «φυσικού ρόλου» των εργαζομένων. Η τιμή 2,082 του δείκτη Durbin Watson είναι ικανοποιητική.

Πίνακας 9.3

Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση παραμέτρων σε σχέση με το «φυσικό ρόλο» των εργαζομένων

Ανεξάρτητη μεταβλητή	β	Std. Error	p-value	95% CI	
Δικαιώματα	-2,815	1,263	0,026	-5,299	-0,331
Συνολικό επαγγελματικό στρες	-21,200	2,447	<0,001	-26,013	-16,387
Adjusted R Square= 0,174		Durbin Watson=2,082			
Παράγοντες που δε συμπεριελήφθησαν στο τελικό μοντέλο: τρωτότητα, μισθοί, άσκηση δικαιωμάτων.					

Το μαθηματικό μοντέλο της γραμμικής παλινδρόμησης για την εκτίμησης της διάστασης «φυσικός ρόλος» είναι η εξίσωση:

$$\text{Φυσικός ρόλος} = 132,759 + (-2,815) * \text{δικαιώματα} + (-21,2) * \text{συνολικό επαγγελματικό στρες}$$

9.3 Μοντέλο πρόβλεψης «σωματικού πόνου» εργαζομένων

Οι ανεξάρτητες μεταβλητές:

- Φύλο
- Σχέση επαγγέλματος με σπουδές
- Πρόγραμμα βαρδιών
- Τρωτότητα
- Μισθοί

- Άσκηση δικαιωμάτων
- Συνολικό επαγγελματικό στρες

που παρουσίασαν στατιστικά σημαντική συσχέτιση με το «σωματικό πόνο» των εργαζομένων εισήχθησαν στην πολυπαραγοντική μελέτη. Η παλινδρόμηση με τη μέθοδο της διαδοχικής αφαίρεσης οδήγησε σε ένα τελικό μοντέλο 1 παράγοντα, που εξηγεί το «σωματικό πόνο» των εργαζομένων με τον καλύτερο τρόπο (Πίνακας 9.4). Πιο συγκεκριμένα, το παρακάτω μοντέλο, που περιλαμβάνει το «συνολικό επαγγελματικό στρες», μπορεί να εξηγήσει το 19% της μεταβλητότητας του «σωματικού πόνου» των εργαζομένων. Η τιμή 1,950 του δείκτη Durbin Watson είναι ικανοποιητική.

Πίνακας 9.4

Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση παραμέτρων σε σχέση με το «σωματικό πόνο» των εργαζομένων

Ανεξάρτητη μεταβλητή	β	Std. Error	p-value	95% CI	
Συνολικό επαγγελματικό στρες	-23,959	2,494	<0,001	-28,862	-19,055
Adjusted R Square= 0,190		Durbin Watson=1,950			
Παράγοντες που δε συμπεριελήφθησαν στο τελικό μοντέλο: φύλο, σχέση σπουδών με επάγγελμα, πρόγραμμα βαρδιών, τρωτότητα, μισθοί, άσκηση δικαιωμάτων.					

Το μαθηματικό μοντέλο της γραμμικής παλινδρόμησης για την εκτίμηση της διάστασης «σωματικός πόνος» είναι η εξίσωση:

$$\text{Σωματικός πόνος} = 134,211 + (-23,959) * \text{συνολικό επαγγελματικό στρες}$$

9.4 Μοντέλο πρόβλεψης «γενικής υγείας» εργαζομένων

Οι ανεξάρτητες μεταβλητές:

- Φύλο
- Απουσιασμός
- Επίδραση της οικονομικής κρίσης
- Τρωτότητα
- Άσκηση δικαιωμάτων
- Συνολικό επαγγελματικό στρες

που παρουσίασαν στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τη «γενική υγεία» των εργαζομένων εισήχθησαν στην πολυπαραγοντική μελέτη. Η παλινδρόμηση με τη μέθοδο της διαδοχικής αφαίρεσης οδήγησε σε ένα τελικό μοντέλο 2 παραγόντων, που εξηγεί τη «γενική υγεία» των εργαζομένων με τον καλύτερο τρόπο (Πίνακας 9.5). Πιο συγκεκριμένα, το παρακάτω μοντέλο, που περιλαμβάνει την «άσκηση δικαιωμάτων» και το «συνολικό επαγγελματικό στρες», μπορεί να εξηγήσει το 10,9% της μεταβλητότητας της «γενικής υγείας» των εργαζομένων. Η τιμή 1,992 του δείκτη Durbin Watson είναι ικανοποιητική.

Πίνακας 9.5

Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση παραμέτρων σε σχέση με τη «γενική υγεία» των εργαζομένων

Ανεξάρτητη μεταβλητή	β	Std. Error	p-value	95% CI	
Άσκηση δικαιωμάτων	-2,096	0,913	0,022	-3,892	-0,301
Συνολικό επαγγελματικό στρες	-15,738	2,683	<0,001	-21,013	-10,464
Adjusted R Square= 0,109			Durbin Watson=1,992		
Παράγοντες που δε συμπεριελήφθησαν στο τελικό μοντέλο: φύλο, απουσιασμός, επίδραση οικονομικής κρίσης, τρωτότητα.					

Το μαθηματικό μοντέλο της γραμμικής παλινδρόμησης για την εκτίμηση της διάστασης «γενική υγεία» είναι η εξίσωση:

$$\text{Γενική υγεία} = 104,554 + (-2,096) * \text{άσκηση δικαιωμάτων} + (-15,738) * \text{συνολικό επαγγελματικό στρες}$$

9.5 Μοντέλο πρόβλεψης «ζωτικότητας» εργαζομένων

Οι ανεξάρτητες μεταβλητές:

- ηλικία
- εθνικότητα
- φύλο
- οικογενειακή κατάσταση
- έτη στην επιχείρηση

- επάγγελμα
- εβδομαδιαίες ώρες εργασίας
- απουσιασμός
- αποδυνάμωση
- τρωτότητα
- δικαιώματα
- άσκηση δικαιωμάτων
- συνολικό επαγγελματικό στρες

που παρουσίασαν στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τη «ζωτικότητα» των εργαζομένων εισήχθησαν στην πολυπαραγοντική μελέτη. Η παλινδρόμηση με τη μέθοδο της διαδοχικής αφαίρεσης οδήγησε σε ένα τελικό μοντέλο 6 παραγόντων, που εξηγεί τη «ζωτικότητα» των εργαζομένων με τον καλύτερο τρόπο (Πίνακας 9.1). Πιο συγκεκριμένα, το παρακάτω μοντέλο, που περιλαμβάνει τα «έτη στην επιχείρηση», το «επάγγελμα», τις «εβδομαδιαίες ώρες εργασίας», την «τρωτότητα» και το «συνολικό επαγγελματικό στρες», μπορεί να εξηγήσει το 37,4% της μεταβλητότητας της «ζωτικότητας» των εργαζομένων. Η τιμή 2,103 του δείκτη Durbin Watson είναι ικανοποιητική.

Πίνακας 9.6

Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση παραμέτρων σε σχέση με τη «ζωτικότητα» των εργαζομένων

Ανεξάρτητη μεταβλητή	β	Std. Error	p-value	95% CI	
Φύλο	-4,735	1,801	0,009	-8,275	-1,196
Έτη στην επιχείρηση	0,211	0,083	0,011	0,048	0,373
Επάγγελμα	5,646	2,245	0,012	1,233	10,059
Εβδομαδιαίες ώρες εργασίας	-0,236	0,092	0,011	-0,416	-0,055
Τρωτότητα	3,182	1,279	0,013	0,668	5,696
Συνολικό επαγγελματικό στρες	-30,233	2,608	<0,001	-35,360	-25,106
Adjusted R Square= 0,374		Durbin Watson=2,103			
Παράγοντες που δε συμπεριελήφθησαν στο τελικό μοντέλο: ηλικία, εθνικότητα, οικογενειακή κατάσταση, απουσιασμός, αποδυνάμωση, δικαιώματα, άσκηση δικαιωμάτων.					

Το μαθηματικό μοντέλο της γραμμικής παλινδρόμησης για την εκτίμηση της διάστασης «ζωτικότητα» είναι η εξίσωση:

$$\text{Ζωτικότητα} = 130,810 + (-4,735) * \text{φύλο} + (0,211) * \text{έτη στην επιχείρηση} + (5,646) * \text{επάγγελμα} + (-0,236) * \text{εβδομαδιαίες ώρες εργασίας} + (3,182) * \text{τρωτότητα} + (-30,233) * \text{συνολικό επαγγελματικό στρες}$$

9.6 Μοντέλο πρόβλεψης «κοινωνικής λειτουργίας» εργαζομένων

Οι ανεξάρτητες μεταβλητές:

- φύλο
- οικογενειακή κατάσταση
- εβδομαδιαίες ώρες εργασίας
- απουσιασμός
- τρωτότητα
- άσκηση δικαιωμάτων
- συνολικό επαγγελματικό στρες

που παρουσίασαν στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την «κοινωνική λειτουργία» των εργαζομένων εισήχθησαν στην πολυπαραγοντική μελέτη. Η παλινδρόμηση με τη μέθοδο της διαδοχικής αφαίρεσης οδήγησε σε ένα τελικό μοντέλο 4 παραγόντων, που εξηγεί την «κοινωνική λειτουργία» των εργαζομένων με τον καλύτερο τρόπο (Πίνακας 9.1). Πιο συγκεκριμένα, το παρακάτω μοντέλο, που περιλαμβάνει το «φύλο», την «οικογενειακή κατάσταση», τις «εβδομαδιαίες ώρες εργασίας» και το «συνολικό επαγγελματικό στρες», μπορεί να εξηγήσει το 25,4% της μεταβλητότητας της «κοινωνικής λειτουργίας» των εργαζομένων. Η τιμή 2,006 του δείκτη Durbin Watson είναι ικανοποιητική.

Πίνακας 9.7

Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση παραμέτρων σε σχέση με την «κοινωνική λειτουργία» των εργαζομένων

Ανεξάρτητη μεταβλητή	β	Std. Error	p-value	95% CI	
Φύλο	-6,206	2,120	0,004	-10,372	-2,040
Οικογενειακή κατάσταση	-3,225	1,091	0,003	-5,368	-1,082
Εβδομαδιαίες ώρες εργασίας	-0,449	0,116	<0,001	-0,677	-0,222
Συνολικό επαγγελματικό στρες	-27,015	2,588	<0,001	-32,100	-21,931
Adjusted R Square= 0,254		Durbin Watson=2,006			
Παράγοντες που δε συμπεριελήφθησαν στο τελικό μοντέλο: απουσιασμός, τρωτότητα, άσκηση δικαιωμάτων.					

Το μαθηματικό μοντέλο της γραμμικής παλινδρόμησης για την εκτίμηση της διάστασης «κοινωνική λειτουργία» είναι η εξίσωση:

$$\text{Κοινωνική λειτουργία} = 158,242 + (-6,206) * \text{φύλο} + (-3,225) * \text{οικογενειακή κατάσταση} + (-0,449) * \text{εβδομαδιαίες ώρες εργασίας} + (27,015) * \text{συνολικό επαγγελματικό στρες}$$

9.7 Μοντέλο πρόβλεψης «συναισθηματικού ρόλου» εργαζομένων

Οι ανεξάρτητες μεταβλητές:

- οικογενειακή κατάσταση
- εβδομαδιαίες ώρες εργασίας
- απουσιασμός

- τρωτότητα
- μισθοί
- δικαιώματα
- άσκηση δικαιωμάτων
- συνολικό επαγγελματικό στρες

που παρουσίασαν στατιστικά σημαντική συσχέτιση με το «συναισθηματικό ρόλο» των εργαζομένων εισήχθησαν στην πολυπαραγοντική μελέτη. Η παλινδρόμηση με τη μέθοδο της διαδοχικής αφαίρεσης οδήγησε σε ένα τελικό μοντέλο 3 παραγόντων που εξηγεί το «συναισθηματικό ρόλο» των εργαζομένων με τον καλύτερο τρόπο (Πίνακας 9.1). Πιο συγκεκριμένα, το παρακάτω μοντέλο, που περιλαμβάνει τις «εβδομαδιαίες ώρες εργασίας», τον «απουσιασμό» και το «συνολικό επαγγελματικό στρες», μπορεί να εξηγήσει το 19,5% της μεταβλητότητας της «κοινωνικής λειτουργίας» των εργαζομένων. Η τιμή 1,993 του δείκτη Durbin Watson είναι ικανοποιητική.

Πίνακας 9.8

Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση παραμέτρων σε σχέση με το «συναισθηματικό ρόλο» των εργαζομένων

Ανεξάρτητη μεταβλητή	β	Std. Error	p-value	95% CI	
Εβδομαδιαίες ώρες εργασίας	-0,296	0,108	0,006	-0,507	-0,084
Απουσιασμός	0,433	0,206	0,036	0,028	0,838
Συνολικό επαγγελματικό στρες	-23,922	2,748	<0,001	-29,327	-18,517
Adjusted R Square= 0.195		Durbin Watson=1,993			
Παράγοντες που δε συμπεριελήφθησαν στο τελικό μοντέλο: οικογενειακή κατάσταση,					

τρωτότητα, μισθοί, δικαιώματα, άσκηση δικαιωμάτων.

Το μαθηματικό μοντέλο της γραμμικής παλινδρόμησης για την εκτίμηση της διάστασης «συναισθηματικός ρόλος» είναι η εξίσωση:

$$\text{Συναισθηματικός ρόλος} = 145,218 + (-0,296) * \text{εβδομαδιαίες ώρες εργασίας} + (0,433) * \text{απουσιασμός} + (-23,922) * \text{συνολικό επαγγελματικό στρες}$$

9.8 Μοντέλο πρόβλεψης «ψυχικής υγείας» εργαζομένων

Οι ανεξάρτητες μεταβλητές:

- εθνικότητα
- φύλο
- οικογενειακή κατάσταση
- επάγγελμα
- εβδομαδιαίες ώρες εργασίας
- απουσιασμός
- τρωτότητα
- μισθοί
- άσκηση δικαιωμάτων
- συνολικό επαγγελματικό στρες

που παρουσίασαν στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τη «ψυχική υγεία» των εργαζομένων εισήχθησαν στην πολυπαραγοντική μελέτη. Η παλινδρόμηση με τη μέθοδο της διαδοχικής αφαίρεσης οδήγησε σε ένα τελικό μοντέλο 3 παραγόντων, που εξηγεί τη «ψυχική υγεία» των εργαζομένων με τον καλύτερο τρόπο (Πίνακας 9.1).

Πιο συγκεκριμένα, το παρακάτω μοντέλο, που περιλαμβάνει την «οικογενειακή κατάσταση», το «επάγγελμα» και το «συνολικό επαγγελματικό στρες», μπορεί να εξηγήσει το 32,5% της μεταβλητότητας της «ψυχικής υγείας» των εργαζομένων. Η τιμή 1,888 του δείκτη Durbin Watson είναι ικανοποιητική.

Πίνακας 9.9

Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση παραμέτρων σε σχέση με την «ψυχική υγεία» των εργαζομένων

Ανεξάρτητη μεταβλητή	β	Std. Error	p-value	95% CI	
Οικογενειακή κατάσταση	-1,810	0,863	0,037	-3,508	-0,113
Επάγγελμα	4,528	2,065	0,029	0,467	8,589
Συνολικό επαγγελματικό στρες	-24,411	2,193	<0,001	-28,723	-20,099
Adjusted R Square= 0,325		Durbin Watson=1,888			
Παράγοντες που δε συμπεριελήφθησαν στο τελικό μοντέλο: εθνικότητα, φύλο, εβδομαδιαίες ώρες εργασίας, απουσιασμός, τρωτότητα, μισθοί, άσκηση δικαιωμάτων.					

Το μαθηματικό μοντέλο της γραμμικής παλινδρόμησης για την εκτίμηση της διάστασης «ψυχική υγεία» είναι η εξίσωση:

$$\text{Ψυχική υγεία} = 128,297 + (-1,810) * \text{οικογενειακή κατάσταση} + (4,528) * \text{επάγγελμα} + (-24,411) * \text{συνολικό επαγγελματικό στρες}$$

9.9 Μοντέλο πρόβλεψης «μεταβολής της υγείας» εργαζομένων

Οι ανεξάρτητες μεταβλητές:

- άσκηση δικαιωμάτων

- συνολικό επαγγελματικό στρες

που παρουσίασαν στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τη «μεταβολή της υγείας» των εργαζομένων εισήχθησαν στην πολυπαραγοντική μελέτη. Η παλινδρόμηση με τη μέθοδο της διαδοχικής αφαίρεσης οδήγησε σε ένα τελικό μοντέλο 1 παράγοντα, που εξηγεί τη «μεταβολή της υγείας» των εργαζομένων με τον καλύτερο τρόπο (Πίνακας 9.1). Πιο συγκεκριμένα, το παρακάτω μοντέλο, που περιλαμβάνει το «συνολικό επαγγελματικό στρες», μπορεί να εξηγήσει το 5,3% της μεταβλητότητας της «ψυχικής υγείας» των εργαζομένων. Η τιμή 1,866 του δείκτη Durbin Watson είναι ικανοποιητική.

Πίνακας 9.10

Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση παραμέτρων σε σχέση με τη «μεταβολή της υγείας» των εργαζομένων

Ανεξάρτητη μεταβλητή	β	Std. Error	p-value	95% CI	
Συνολικό επαγγελματικό στρες	-10,429	1,908	<0,001	-14,177	-6,682
Adjusted R Square= 0,053		Durbin Watson=1,866			
Παράγοντες που δε συμπεριελήφθησαν στο τελικό μοντέλο: τρωτότητα, άσκηση δικαιωμάτων					

Το μαθηματικό μοντέλο της γραμμικής παλινδρόμησης για την εκτίμηση της διάστασης «μεταβολή της υγείας» είναι η εξίσωση:

$$\text{Μεταβολή της υγείας} = 76,089 + (-10,429) * \text{συνολικό επαγγελματικό στρες}$$

9.10 Μοντέλο πρόβλεψης «συνολικής σωματικής υγείας» εργαζομένων

Οι ανεξάρτητες μεταβλητές:

- φύλο
- απουσιασμός
- επίδραση της οικονομικής κρίσης
- τρωτότητα
- μισθοί
- άσκηση δικαιωμάτων
- συνολικό επαγγελματικό στρες

που παρουσίασαν στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τη «συνολική σωματική υγεία» των εργαζομένων εισήχθησαν στην πολυπαραγοντική μελέτη. Η παλινδρόμηση με τη μέθοδο της διαδοχικής αφαίρεσης οδήγησε σε ένα τελικό μοντέλο 3 παραγόντων που εξηγεί τη «συνολική σωματική υγεία» των εργαζομένων με τον καλύτερο τρόπο (Πίνακας 9.1). Πιο συγκεκριμένα, το παρακάτω μοντέλο, που περιλαμβάνει το «φύλο», την «άσκηση δικαιωμάτων» και το «συνολικό επαγγελματικό στρες», μπορεί να εξηγήσει το 29,3% της μεταβλητότητας της «ψυχικής υγείας» των εργαζομένων. Η τιμή 1,974 του δείκτη Durbin Watson είναι ικανοποιητική.

Πίνακας 9.11

Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση παραμέτρων σε σχέση με τη «συνολική σωματική υγεία» των εργαζομένων

Ανεξάρτητη μεταβλητή	β	Std. Error	p-value	95% CI	
Φύλο	-4,776	1,443	<0,001	-7,617	-1,935
Άσκηση δικαιωμάτων	-2,620	0,954	0,006	-4,498	-0,742
Συνολικό επαγγελματικό στρες	-16,654	1,988	<0,001	-20,567	-12,740
Adjusted R Square= 0,293		Durbin Watson=1,974			
Παράγοντες που δε συμπεριελήφθησαν στο τελικό μοντέλο: απουσιασμός, επίδραση οικονομική κρίσης, τρωτότητα, μισθοί.					

Το μαθηματικό μοντέλο της γραμμικής παλινδρόμησης για την εκτίμηση της διάστασης «συνολική σωματική υγεία» είναι η εξίσωση:

$$\begin{aligned} \text{Συνολική σωματική υγεία} = & 121,542 + (-4,776) * \text{φύλο} + (-2,620) * \text{άσκηση} \\ & \text{δικαιωμάτων} + \\ & (-16,654) * \text{συνολικό επαγγελματικό στρες} \end{aligned}$$

9.11 Μοντέλο πρόβλεψης «συνολικής ψυχικής υγείας» εργαζομένων

Οι ανεξάρτητες μεταβλητές:

- φύλο
- οικογενειακή κατάσταση
- επάγγελμα
- εβδομαδιαίες ώρες εργασίας
- απουσιασμός
- τρωτότητα
- δικαιώματα
- άσκηση δικαιωμάτων
- συνολικό επαγγελματικό στρες

που παρουσίασαν στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τη «συνολική ψυχική υγεία» των εργαζομένων εισήχθησαν στην πολυπαραγοντική μελέτη. Η παλινδρόμηση με τη μέθοδο της διαδοχικής αφαίρεσης οδήγησε σε ένα τελικό μοντέλο 5 παραγόντων που εξηγεί τη «συνολική ψυχική υγεία» των εργαζομένων με τον καλύτερο τρόπο (Πίνακας 9.1). Πιο συγκεκριμένα, το παρακάτω μοντέλο, που περιλαμβάνει το «φύλο», την «οικογενειακή κατάσταση», το «επάγγελμα», τις «εβδομαδιαίες ώρες εργασίας» και το «συνολικό επαγγελματικό στρες», μπορεί να εξηγήσει το 37,5% της μεταβλητότητας της «ψυχικής υγείας» των εργαζομένων. Η τιμή 2,089 του δείκτη Durbin Watson είναι ικανοποιητική.

Πίνακας 9.12

Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση παραμέτρων σε σχέση με τη «συνολική ψυχική υγεία» των εργαζομένων

Ανεξάρτητη μεταβλητή	β	Std. Error	p-value	95% CI	
Φύλο	-4,543	1,553	0,004	-7,594	-1,491
Οικογενειακή κατάσταση	-2,160	0,780	0,006	-3,694	-0,627
Επάγγελμα	4,363	1,917	0,023	0,595	8,132
Εβδομαδιαίες ώρες εργασίας	-0,264	0,083	0,002	-0,427	-0,101
Συνολικό επαγγελματικό στρες	-25,470	1,872	<0,001	-29,149	-21,790
Adjusted R Square= 0,375		Durbin Watson=2,089			
Παράγοντες που δε συμπεριελήφθησαν στο τελικό μοντέλο: απουσιασμός, τρωτότητα, δικαιώματα, άσκηση δικαιωμάτων.					

Το μαθηματικό μοντέλο της γραμμικής παλινδρόμησης για την εκτίμηση της διάστασης «συνολική ψυχική υγεία» είναι η εξίσωση:

$$\text{Συνολική ψυχική υγεία} = 137,115 + (-4,543) * \text{φύλο} + (-2,160) * \text{οικογενειακή κατάσταση} + (4,363) * \text{επάγγελμα} + (-0,264) * \text{εβδομαδιαίες ώρες εργασίας} + (-25,470) * \text{συνολικό επαγγελματικό στρες}$$

Κεφάλαιο 10^ο

Συζήτηση

10.1 Εισαγωγή

Σκοπός της μελέτης ήταν η αξιολόγηση του βαθμού επίδρασης της οικονομικής κρίσης στο επίπεδο υγείας των εργαζομένων στην Ελλάδα. Η επιλογή του θέματος οφείλεται στην ανάγκη διερεύνησης των αρνητικών επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης, η οποία χαρακτηρίζεται από αύξηση της ανεργίας και αλλαγής των συνθηκών εργασίας στην Ελλάδα, οι οποίες σχετίζονται με την αίσθηση εργασιακής αβεβαιότητας και επαγγελματικού στρες. Η καθημερινή αλληλεπίδραση με εργαζόμενους αναδεικνύει εμπειρικά μια αλλαγή στον τρόπο που οι ίδιοι αξιολογούν το επίπεδο υγείας τους, οφειλόμενη ενδεχομένως στην οικονομική κρίση στη χώρα. Οι ευέλικτες ή μη-τυπικές μορφές απασχόλησης αξιοποιούνται από εργοδότες, ειδικότερα στο πλαίσιο της εξοικονόμησης πόρων, με αποτέλεσμα οι εργαζόμενοι να εκτίθενται σε ψυχοκοινωνικούς παράγοντες, που οι ειδικοί επαγγελματικής υγείας και ασφάλειας καλούνται να εκτιμήσουν και να διαχειριστούν. Οι νοσηλευτές επαγγελματικής υγείας, ως η πολυπληθέστερη ομάδα επαγγελματιών υγείας που δραστηριοποιούνται στη διαχείριση της επαγγελματικής υγείας στην Ευρώπη (Marjorie & McCullagh 2012), συμβάλλουν σε ιδιαίτερα σημαντικό βαθμό στην προάσπιση της υγείας των εργαζομένων.

Μια σειρά από μελέτες γύρω από τις πιθανές επιδράσεις της ύφεσης, που ξεκίνησε στην Αμερική και γρήγορα επηρέασε την Ευρώπη και κυρίως την Ελλάδα (Crotty 2009), έδειξαν ότι η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει με διάφορους τρόπους την υγεία, όπως αξιολογείται από τα ίδια τα άτομα.

Στην Ελλάδα, αναφέρεται ότι κατά την περίοδο της έναρξης της κρίσης αυξήθηκε το ποσοστό των ατόμων που αυτο-αξιολογούν την υγεία τους ως κακή ή πολύ κακή (Kentikelenis et al. 2011). Η τάση αυτή αναφέρεται επίσης σε μελέτη σύγκρισης της Ελλάδας με την Πολωνία, ως πληθυσμό ελέγχου (Vandoros et al. 2013),

καθώς και σε μελέτη σύγκρισης με την Πολωνία και την Ιρλανδία, στην οποία μάλιστα φάνηκε ότι οι αρνητικές επιπτώσεις στο επίπεδο υγείας ήταν πιο έντονες σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας και σε άτομα που ζουν σε πυκνοκατοικημένες περιοχές στην Ελλάδα (Hessel et al. 2014). Σε μελέτη σύγκρισης της υγείας πριν και μετά την κρίση στην Ελλάδα, υποστηρίζεται η ίδια τάση επιδείνωσης της αυτο-αξιολογούμενης υγείας, αναδεικνύοντας ότι η μεγάλη ηλικία, η μακροχρόνια ασθένεια και οριακά η ανεργία σχετίζονται με αυξημένη πιθανότητα κακής αυτο-αξιολόγησης της υγείας, ενώ το υψηλό εισόδημα, το υψηλό μορφωτικό επίπεδο και το ανδρικό φύλο αναφέρονται ως προστατευτικοί παράγοντες (Zavras et al. 2013). Συγκρίνοντας την αυτο-αξιολογούμενη υγεία εργαζομένων στην Ελλάδα κατά την αρχική περίοδο της ύφεσης και κατά την αρχική περίοδο εφαρμογής προγραμμάτων λιτότητας, μελέτη αναφέρει ότι η υγεία επιδεινώθηκε τόσο μεταξύ των όσων παρέμειναν εργαζόμενοι, όσο και μεταξύ των όσων έχασαν τη θέση εργασίας τους, με τη μεγαλύτερη επιδείνωση να σημειώνεται σε άτομα ηλικίας 45-54 ετών που έχασαν τη θέση εργασίας τους (Barlow et al. 2015). Ο ρόλος της ανεργίας στην επιδείνωση της αυτο-αξιολογούμενης υγείας υπογραμμίζεται από άλλη μελέτη, που υποστηρίζει την τάση της επιδείνωσης της υγείας, που αφορά περισσότερο στις γυναίκες στην Ελλάδα (Drydakis 2015).

Σε μελέτες για την αυτο-αξιολογούμενη υγεία που αφορούν στην Ισπανία, η οποία επίσης επηρεάστηκε από την οικονομική κρίση, τα αποτελέσματα είναι προς μια διαφορετική κατεύθυνση. Μελέτη σε αντιπροσωπευτικό δείγμα του πληθυσμού της Ισπανίας πριν & κατά την οικονομική κρίση αναφέρει ότι δεν υπήρξαν διαφορές στην αυτο-αξιολογούμενη υγεία το 2011 σε σχέση με το 2006 (Arroyo et al. 2015), ενώ άλλη μελέτη σε άτομα ηλικίας 16-24 ετών, που δημοσιεύτηκε την ίδια χρονιά υποστηρίζει ότι η ανεργία συσχετίστηκε με κακή αυτο-αξιολόγηση της υγείας στους άνδρες και ότι κατά τη διάρκεια της οικονομικής ύφεσης, οι νέοι στην Ισπανία παρουσίαζαν καλύτερα αποτελέσματα για την υγεία από ό, τι το 2006 (Aguilar-Palacio et al. 2015). Επίσης φαίνεται σε μελέτη ότι η διαφορά μεταξύ υψηλού και χαμηλού μορφωτικού επιπέδου οδηγεί σε διαφορές στην πιθανότητα αναφοράς καλής υγείας, υποστηρίζοντας ότι σε περιόδους κρίσης, οι ανισότητες στην υγεία λόγω του επιπέδου εκπαίδευσης αυξάνονται (Barroso et al. 2016). Ο ρόλος της ανεργίας αλλά

και της εργασιακής ανασφάλειας και της στέρησης υλικών αγαθών στην Ισπανία, υπογραμμίζεται από άλλη μελέτη (Fornell et al. 2018 & López Del Amo González et al. 2018).

Στο Ηνωμένο Βασίλειο, μελέτη για το εργατικό δυναμικό δείχνει ότι η πιθανότητα για κακή αυτο-αξιολογούμενη υγείας των εργαζομένων αυξήθηκε το 2010 σε σχέση με ένα χρόνο πριν ανεξάρτητα από το εάν τα άτομα παρέμειναν εργαζόμενοι ή έχασαν την εργασία τους (Astell-Burt & Feng 2013). Η τάση αυτή επιβεβαιώνεται από άλλη μελέτη στο Ηνωμένο Βασίλειο, η οποία μάλιστα σχετίζει την επιδείνωση της υγείας με το γυναικείο φύλο, τους άγαμους, την ανεργία και την κακή οικονομική κατάσταση (Lindström & Giordano 2016). Παρόμοια ευρήματα αναφέρονται και για τον πληθυσμό της Ιρλανδίας (Mazeikaite et al. 2018), όπου ο επιπολασμός της κακής αυτο-αξιολόγησης υγείας αυξήθηκε κατά την κρίση, με εντονότερη επιδείνωση μεταξύ των νεότερων, των πιο μορφωμένων και των ατόμων με υψηλότερο εισόδημα, χωρίς να βρίσκονται αλλαγές στην υγεία ατόμων με χαμηλό εισόδημα. Η ίδια μελέτη, που αφορά σε εργαζόμενους σημειώνει ότι οι νέοι είναι πολύ πιθανότερο να είναι σε ομάδα χαμηλού εισοδήματος μετά την κρίση και ότι οι τάσεις επιδείνωσης της αυτο-αξιολογούμενης υγείας είναι παρόμοια μεταξύ εργαζομένων πλήρους απασχόλησης και ανέργων, υποδηλώνοντας ότι παράγοντες πέραν της οικονομικής δραστηριότητας, όπως το αυξημένο ψυχοκοινωνικό άγχος, επηρεάζουν την υγεία.

Διαφορές του επιπέδου υγείας πριν και μετά την κρίση δε βρέθηκαν μεταξύ ατόμων στην Εσθονία, τη Λιθουανία και τη Φινλανδία Reile et al. (2014), ενώ οι μελέτες που αξιοποίησαν δεδομένα από την έρευνα EU-SILC για το εισόδημα και τις συνθήκες διαβίωσης στην Ευρώπη έδειξαν αυξημένους κινδύνους υγείας από την ανεργία μεταξύ των ατόμων με χαμηλότερη εκπαίδευση (Ferrarini et al. 2014) και μείωση των αρνητικών επιπτώσεων της ανεργίας στην αυτο-αξιολογούμενη υγεία όταν υπάρχουν παροχές ανεργίας (Tøge 2016).

Επίσης, αξιοποιώντας δεδομένα από την έρευνα EU-SILC και περιορίζοντας το δείγμα σε εργαζόμενους, έρευνες δείχνουν ότι η απώλεια της εργασίας σχετίζεται με χειρότερη αυτο-αξιολόγηση της υγείας και στα δυο φύλα, αποτέλεσμα που στις

γυναίκες δεν είναι εμφανές εάν υπάρξει επιστροφή στην εργασία μέσα σε ένα έτος, ενώ στους άνδρες η υγεία συνεχίζει να επιδεινώνεται ακόμα και μετά την επιστροφή στην απασχόληση (Huijts et al. 2015). Μάλιστα φαίνεται ότι περισσότερο από την απώλεια θέσης εργασίας, η αδυναμία ή οι καθυστερήσεις πληρωμών στεγαστικών οφειλών των εργαζομένων επιδρούν αρνητικά στην αυτό-αξιολογούμενη υγεία, ιδιαίτερα μεταξύ γυναικών ηλικίας 30 ετών και άνω (Clair et al. 2016).

Οι έρευνες που αφορούν σε εργαζόμενους είναι περιορισμένες και εστιάζουν σε δεδομένα από τις στατιστικές που περιοδικά πραγματοποιούνται, προσφέροντας τη δυνατότητα διαχρονικής αξιολόγησης των δεικτών, αλλά μη δίνοντας τη δυνατότητα ανάλυσης της επίδρασης της της οικονομικής κρίσης, όπως οι ίδιοι εργαζόμενοι την αντιλαμβάνονται, καθώς και της έκθεσης σε ψυχοκοινωνικούς κινδύνους, όπως η εργασιακή αβεβαιότητα και το επαγγελματικό στρες.

Στην παρούσα διδακτορική διατριβή, με σκοπό να διερευνηθεί η επίδραση αυτή στο επίπεδο της υγείας των εργαζομένων, χρησιμοποιήθηκε ο σχεδιασμός μιας συγχρονικής μελέτης κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης και της εφαρμογής μέτρων λιτότητας στην Ελλάδα, δηλαδή την περίοδο 2012 έως 2014. Για τη λήψη δεδομένων που αφορούν σε ατομικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά, συμπεριλαμβανομένης της αντίληψης των εργαζομένων για το βαθμό επίδρασης της οικονομικής κρίσης, καθώς και δεδομένων που αφορούν στα επίπεδα εργασιακής αβεβαιότητας και επαγγελματικού στρες, δόθηκαν ερωτηματολόγια προς αυτο-συμπλήρωση από τους εργαζόμενους του δείγματος. Οι επιχειρήσεις από τις οποίες προέρχονται οι εργαζόμενοι του δείγματος είναι όσο το δυνατόν αντιπροσωπευτικές της παραγωγικής διαδικασίας στην Ελλάδα, ενώ μετά από έγκριση της Επιτροπής Ηθικής και Δεοντολογίας του Τμήματος Νοσηλευτικής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, την άδειά τους έδωσαν τόσο οι επιχειρήσεις, όσο και οι εργαζόμενοι, μετά από γραπτή ενημέρωση για το σκοπό της μελέτης και τον εθελοντικό και ανώνυμο χαρακτήρα της συμμετοχής τους.

Ανεξάρτητες μεταβλητές στη μελέτη ήταν η εργασιακή αβεβαιότητα, το επαγγελματικό στρες, η αντιλαμβανόμενη επίδραση της οικονομικής κρίσης, καθώς και τα ατομικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά. Εξαρτημένες μεταβλητές ήταν οι

διαστάσεις της σωματικής και ψυχικής υγείας, καθώς και η μεταβολή της υγείας σε ένα χρόνο.

10.2 Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος

Στο πλαίσιο του σχεδιασμού της μελέτης, στόχος ήταν η προσέγγιση ενός δείγματος επιχειρήσεων, που να είναι όσο το δυνατόν αντιπροσωπευτικότερες της παραγωγικής διαδικασίας στην Ελλάδα, συμπεριλαμβάνοντας επιχειρήσεις τόσο του ιδιωτικού, όσο και του δημόσιου τομέα. Επίσης, έγινε προσπάθεια να συμπεριληφθούν εργαζόμενοι γραφείου, αλλά και εργαζόμενοι παραγωγής, οι οποίοι εκτιμούμε ότι είναι λιγότερο εξοικειωμένοι με τη συμπλήρωση ερωτηματολογίων για ερευνητικούς σκοπούς, για αυτόν το λόγο μάλιστα προσεγγίστηκαν περισσότερες βιομηχανικές μονάδες, ώστε η συνεισφορά των blue collar workers στο δείγμα να είναι ανάλογη των εργαζόμενων γραφείου.

Σύμφωνα με τη στατιστική ταξινόμηση των οικονομικών δραστηριοτήτων στην Ευρωπαϊκή Κοινότητα NACE, ακρωνύμιο που προέρχεται από τη γαλλική ονοματολογία *Nomenclature statistique des activités économiques dans la Communauté Européenne* (Eurostat 2008), οι κατηγορίες επιχειρήσεων που συμπεριλήφθηκαν στο δείγμα ήταν όλες εκτός από μεταλλευτικές επιχειρήσεις, εταιρείες παροχή νερού, διαχείρισης αποβλήτων και αποχετεύσεων, καθώς και μεσιτικές εταιρείες.

Από τις 34 επιχειρήσεις που προσεγγίστηκαν προέκυψε το τελικό δείγμα των 604 εργαζομένων. Στη συντριπτική πλειοψηφία τους οι εργαζόμενοι ήταν μόνιμοι απασχολούμενοι, γεννημένοι στην Ελλάδα, με Ελληνική εθνικότητα και ηλικία άνω των 30 ετών. Οι περισσότεροι ήταν άνδρες, έγγαμοι, με σπουδές επιπέδου Τ.Ε.Ι. ή Α.Ε.Ι., εργαζόμενοι γραφείου, που απασχολούνται στον ιδιωτικό τομέα και έχουν πρωινό ωράριο. Σύμφωνα με τα δεδομένα για το εργατικό δυναμικό στην Ελλάδα (ΕΛΣΤΑΤ, 2018) τα χαρακτηριστικά του δείγματος της μελέτης είναι παρόμοια με αυτά που αφορούν στους απασχολούμενους, όσον αφορά την ηλικία, το φύλο και το επάγγελμα, αλλά όχι όσον αφορά το εκπαιδευτικό επίπεδο, καθώς η πλειοψηφία των εργαζομένων στο γενικό πληθυσμό στην Ελλάδα έχουν δευτεροβάθμια εκπαίδευση

σχεδόν σε όλες τις ηλικιακές ομάδες. Δεδομένου ότι σύμφωνα με την ΕΛΣΤΑΤ (2018) οι εργαζόμενοι δευτεροβάθμιας και πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης συνήθως απασχολούνται σε χειρωνακτικές εργασίες, όπως αναφέρθηκε έγινε προσπάθεια προσέγγισης αντίστοιχων επιχειρήσεων ώστε τα χαρακτηριστικά του δείγματος να προσεγγίσουν αυτά του γενικού πληθυσμού εργαζομένων. Η διαφοροποίηση αυτή δεν εξαλείφθηκε και ως εκ τούτου θεωρούμε ότι ενδεχομένως ο παράγοντας αυτός να επηρέασε τα επίπεδα εργασιακής αβεβαιότητας και επαγγελματικού στρες. Ωστόσο, αξίζει να αναφερθεί το μορφωτικό επίπεδο συσχετίστηκε με τις εβδομαδιαίες ώρες εργασίας θετικά, καθώς και με συγκεκριμένες διαστάσεις της εργασιακής αβεβαιότητας, με τα υψηλότερα επίπεδα αβεβαιότητας να δηλώνονται σε κάποιες υποκλίμακες από εργαζόμενους εκπαιδευτικού επιπέδου δημοτικού σε άλλες από εργαζόμενους επιπέδου γυμνασίου και σε άλλες από επιπέδου Α.Ε.Ι. ή Τ.Ε.Ι., ενώ επίσης συσχετίστηκε με ορισμένες διαστάσεις του επαγγελματικού στρες, ομοίως με μικτή επίδραση ανάμεσα στις κατηγορίες. Η όποια επίδραση ως εκ τούτου εκτιμάται ότι είναι μικρή.

Τέλος, σε σχέση με τους εργαζόμενους με προσωρινή σύμβαση εργασίας, τα ποσοστά τους στο δείγμα της παρούσας μελέτης ήταν μόλις 3 ποσοστιαίες μονάδες υψηλότερα σε σχέση με τα ποσοστά που αναφέρονται στην Ελλάδα, σύμφωνα με δεδομένα για το (Eurostat 2016), ως εκ τούτου θεωρούμε ότι τα ποσοστά από τη συγκεκριμένη ομάδα εργαζομένων που συμπεριλήφθηκαν στο δείγμα είναι αντιπροσωπευτικά της αγοράς εργασίας στην Ελλάδα.

10.3 Η εργασιακή αβεβαιότητα των εργαζομένων στην Ελλάδα

Με σκοπό τη χρήση μιας αξιόπιστης κλίμακας για τη μέτρηση της εργασιακής αβεβαιότητας μεταξύ των εργαζομένων στην Ελλάδα, μεταφράστηκε από τα Ισπανικά, προσαρμόστηκε και σταθμίστηκε το ερωτηματολόγιο Εργασιακής Αβεβαιότητας EPRES (Vives et al. 2010). Τα αποτελέσματα της μετάφρασης και στάθμισης (Tsoroki et al. 2019) δείχνουν ότι η Ελληνική έκδοση είναι ένα αξιόπιστο και έγκυρο εργαλείο, δεδομένης της υψηλής αξιοπιστίας, της εσωτερικής συνοχής, της σταθερότητας και της επιβεβαίωσης της δομής των έξι παραγόντων του εργαλείου.

Οι αναμενόμενες διαφορές στα σκορ της εργασιακής αβεβαιότητας EPRES σε σχέση με το είδος της σύμβασης, δηλαδή μόνιμη ή προσωρινή, ήταν παρόμοιες με εκείνες που διαπιστώθηκαν στον Ισπανικό πληθυσμό εργαζομένων (Vives et al. 2010). Η εργασία με προσωρινή σύμβαση ήταν ένας παράγοντας που προκάλεσε δυσμενείς επιπτώσεις στις υποκλίμακες «αποδυνάμωση», «τρωτότητα», «δικαιώματα» και στο συνοπτικό δείκτη «συνολική εργασιακή αβεβαιότητα». Οι πολύ υψηλότερες μέσες τιμές στην «άσκηση δικαιωμάτων» (2,82 σε μόνιμους και 2,35 σε προσωρινούς εργαζόμενους στην Ελλάδα έναντι 0,8 σε μόνιμους και 1,3 σε προσωρινούς εργαζόμενους στην Ισπανία) και στη «συνολική εργασιακή αβεβαιότητα» (1,43 σε μόνιμους και 2,01 σε προσωρινούς εργαζόμενους στην Ελλάδα και 0,9 σε μόνιμους και 0,7 σε προσωρινούς εργαζόμενους στην Ισπανία) αντανακλά τα υψηλά ποσοστά εργασιακής αβεβαιότητας που ακόμα και οι μόνιμοι εργαζόμενοι βιώνουν κατά την οικονομική κρίση στην Ελλάδα, όπως σημειώνεται από άλλες μελέτες (Barlow et al 2015, Nella et al. 2015), λόγω διαρθρωτικών αλλαγών.

Τα υψηλά ποσοστά ελλειπουσών τιμών σε συνοπτικούς δείκτες της εργασιακής αβεβαιότητας EPRES, ειδικά όσον αφορά τους «μισθούς» (20,8% σε μόνιμους και 20,4% σε προσωρινούς εργαζόμενους στην Ελλάδα έναντι 10,5% σε μόνιμους και 7,3% σε προσωρινούς εργαζόμενους στην Ισπανία) και ως εκ τούτου στη «συνολική εργασιακή αβεβαιότητα» (36,5% σε μόνιμους και 2,9% σε προσωρινούς εργαζόμενους στην Ελλάδα έναντι 12,2% σε μόνιμους και 10,5% σε προσωρινούς εργαζόμενους στην Ισπανία), αντικατοπτρίζει τη δυσκολία που αντιμετωπίζουν οι εργαζόμενοι στην Ελλάδα να μοιράζονται δεδομένα σχετικά με τους μισθούς και τα οικονομικά τους στοιχεία, πιθανώς λόγω ανησυχιών περί της διατήρησης της θέσης εργασίας τους, στο πλαίσιο της οικονομικής κρίσης. Τα δεδομένα εισοδήματος συχνά λείπουν σε σχετικές επιδημιολογικές μελέτες (Kim et al. 2007, Chen et al. 2008). Η τιμή α του Cronbach για το συνοπτικό δείκτη «μισθοί» ήταν ικανοποιητικός (0,76), ωστόσο η συμπερίληψη της επιλογής «μη διαθέσιμο» ως μια επιπλέον κατηγορία απαντήσεων στο συνοπτικό δείκτη «μισθοί» θα μπορούσε να αποτελέσει επιλογή για περαιτέρω ανάλυση των δεδομένων.

Οι διαφορές στις τιμές των συνοπτικών δεικτών της εργασιακής αβεβαιότητας EPRES μεταξύ των εργαζομένων στην Ελλάδα και την Ισπανία θεωρούμε ότι

αποτυπώνουν τη βαθύτερη οικονομική κρίση που παρατηρείται στην Ελλάδα σε σύγκριση με την Ισπανία και άλλες χώρες (Karaniolos et al., 2013). Η επίδραση της οικονομικής κρίσης στους εργαζόμενους στην Ελλάδα που αναφέρεται σε αυτή την μελέτη, καθώς το 93,1% του δείγματος αισθάνεται ότι έχει επηρεαστεί λόγω καθαρά επαγγελματικών ή και άλλων λόγων, σε συνδυασμό με τα ποσοστά εργασιακής αβεβαιότητας, είναι ένα εύρημα που πρέπει να εκτιμηθεί από τους επαγγελματίες υγείας και ασφάλειας, καθώς και τους υπεύθυνους χάραξης πολιτικών, ειδικά πάνω στη δημόσια υγεία και τις συνθήκες εργασίας.

Οι συνοπτικοί δείκτες «συνολική εργασιακή αβεβαιότητα», «προσωρινότητα», «δικαιώματα», «τρωτότητα» και «αποδυνάμωση» ήταν υψηλότεροι μεταξύ των προσωρινά απασχολούμενων, γεγονός που συμβαδίζει με τα αποτελέσματα της ισπανικής έρευνας (Vives et al., 2010). Παρ' όλα αυτά, στην παρούσα μελέτη παρατηρήθηκαν υψηλότερες τιμές μεταξύ των μόνιμων εργαζομένων σε σχέση με τους προσωρινούς στους συνοπτικούς δείκτες «άσκηση δικαιωμάτων» (2,82 σε μόνιμους έναντι 2,35 σε προσωρινούς εργαζόμενους) και «μισθοί» (2,1 σε μόνιμους έναντι 2,08 σε προσωρινούς εργαζόμενους). Θεωρούμε ότι αυτό το εύρημα είναι συμβατό με συγκεκριμένες αλλαγές στις συνθήκες απασχόλησης στην Ελλάδα, ως αποτέλεσμα των τροποποιήσεων της εθνικής νομοθεσίας κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης, συμπεριλαμβανομένου του νέου ορισμού των εθνικών κατώτατων μισθών, μέσω της Εθνικής Συλλογικής Σύμβασης Εργασίας που πραγματοποιήθηκε το 2012 (Ελληνική Δημοκρατία 2012α). Αυτές οι τροποποιήσεις στις συνθήκες εργασίας πιθανώς ενίσχυσαν την ανασφάλεια μεταξύ των μόνιμων εργαζομένων, οι οποίοι ήρθαν αντιμέτωποι με την αστάθεια και ανασφάλεια όσον αφορά τους μισθούς τους και τις πιθανές αρνητικές συνέπειες για την πλήρη άσκηση των δικαιωμάτων τους. Επιπλέον, οι περιορισμοί που θεσπίστηκαν σε όλες τις συλλογικές συμβάσεις (Ελληνική Δημοκρατία 2012b) ήταν μια μεταρρύθμιση που επηρέασε επιπροσθέτως την αντίληψη της εργασιακής ανασφάλειας στους μόνιμους υπαλλήλους του δημόσιου τομέα.

Αξίζει να σημειωθεί ότι τα ποσοστά των εργαζομένων που αισθάνονται εργασιακή αβεβαιότητα αναφέρεται σε μελέτη ότι είναι 21,9% (László 2010), κατατάσσοντας την Ελλάδα σε μια μεσαία θέση στην ταξινόμηση των Ευρωπαϊκών

χωρών, όπου τα υψηλότερα ποσοστά αναφέρονται στην Ουγγαρία (40,4%) και την Τσεχία (41,0%), ενώ τα χαμηλότερα από την Ισπανία (14,2%) και τη Γαλλία (17,6%).

Ένα σημαντικό εύρημα σε σχέση με την εργασιακή αβεβαιότητα ήταν τα στατιστικά σημαντικά υψηλότερα ποσοστά των σκορ της κλίμακας εργασιακής αβεβαιότητας EPRES στους προσωρινά απασχολούμενους ($p < 0,001$), σε νεαρούς εργαζόμενους κάτω των 30 ετών ($p < 0,001$), σε όσους εργάζονται για τον εργοδότη τους λιγότερο από 1 έτος ($p < 0,001$) και για λιγότερο από 40 ώρες εβδομαδιαίως ($p < 0,001$), εργαζόμενοι παραγωγής (blue collar workers) ($p < 0,001$) και απασχολούμενοι στον ιδιωτικό τομέα ($p = 0,026$). Οι παράγοντες αυτοί θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν από τους επαγγελματίες της υγείας και τους υπεύθυνους χάραξης πολιτικών για τον προσδιορισμό των ομάδων υψηλού κινδύνου για την εργασιακή ανασφάλεια.

10.4 Το επαγγελματικό στρες των εργαζομένων στην Ελλάδα

Με σκοπό τη χρήση μιας αξιόπιστης κλίμακας για τη μέτρηση του επαγγελματικού στρες, το ερωτηματολόγιο Επαγγελματικού Στρες OSQ (Elo et al. 1992) ένα εργαλείο 4 διαστάσεων και 7 υποκλιμάκων, που δίνει τη δυνατότητα αξιολόγησης των αναγκών των εργαζομένων σε σχέση με παρεμβάσεις προς την κατεύθυνση της μείωσης του επαγγελματικού στρες, μεταφράστηκε από τα Αγγλικά, προσαρμόστηκε και σταθμίστηκε για χρήση στα Ελληνικά. Τα αποτελέσματα της μετάφρασης και στάθμισης (Tsoroki et al. 2018) υποστηρίζουν ότι η ελληνική έκδοση του OSQ είναι ένα αξιόπιστο και έγκυρο εργαλείο, δεδομένης της αξιοπιστίας και της σταθερότητας.

Τα ιδιαίτερα υψηλά ποσοστά συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου δείχνουν καλή αποδοχή της αυτο-συμπληρούμενης Ελληνικής έκδοσης. Ο συντελεστής α του Cronbach έλαβε υψηλές τιμές στις τέσσερις διαστάσεις του επαγγελματικού στρες, υποδεικνύοντας ότι οι «τροποποιητικοί παράγοντες- πόροι στην εργασία», «αντιλαμβανόμενο περιβάλλον», «στρες και ευεξία» και «ανάγκη για υποστήριξη και παρεμβάσεις» έχουν εσωτερική συνοχή.

Ωστόσο, και οι επτά υποκλίμακες δεν είχαν το ίδιο υψηλές τιμές δείκτη α του

Cronbach. Η «ηγεσία και εποπτεία», οι «απαιτήσεις εργασίας» και οι «κίνδυνοι και περιβάλλον» είχαν τιμές στο συντελεστή α του Cronbach πάνω από 0,7, αλλά όχι και οι «δυνατότητες ελέγχου εργασίας», «κοινωνικές σχέσεις και εκτίμηση» και «ατμόσφαιρα στο χώρο εργασίας», υποδηλώνοντας ότι θα πρέπει να συμπεριληφθούν πρόσθετες ερωτήσεις εάν η χρήση αυτών των υποκλιμάκων θεωρείται βασική ή απαραίτητη για μελλοντική έρευνα. Αυτό ισχύει ιδιαίτερα στην περίπτωση της «πίεσης εργασίας», η οποία αξιολογείται μόνο από δύο ερωτήσεις. Παρ' όλα αυτά, η υψηλή τιμή του α Cronbach του «συνολικού επαγγελματικού στρες» υποδηλώνει υψηλό επίπεδο αξιοπιστίας της Ελληνικής έκδοσης του OSQ.

Επιπλέον, η σταθερότητα της κλίμακας επαγγελματικού στρες OSQ αξιολογήθηκε με την τεχνική εξέτασης- επανεξέτασης (test-retest), αξιολογώντας τις συσχετίσεις των αποκρίσεων μεταξύ διαστήματος δύο εβδομάδων. Και οι τέσσερις διαστάσεις και οι έξι από τις επτά υποκλίμακες έδειξαν υψηλή σταθερότητα, ωστόσο η υποκλίμακα «ατμόσφαιρα στο χώρο εργασίας» είχε σχετικά χαμηλή σταθερότητα σε σχέση με τις άλλες υποκλίμακες και διαστάσεις, αν και οι παράμετροι που επηρεάζουν την ατμόσφαιρα στο χώρο εργασίας είναι ευάλωτες σε μεταβολές (Brunetto et al. 2013) και κατά συνέπεια ο δείκτης σταθερότητας για την υποκλίμακα θεωρήθηκε ικανοποιητικός.

Αξίζει να σημειωθεί ότι από όσο γνωρίζουμε, δεν έχουν δημοσιευτεί μελέτες αξιοπιστίας και εγκυρότητας των διαθέσιμων εκδόσεων του ερωτηματολογίου επαγγελματικού στρες OSQ, ωστόσο τα αποτελέσματά μας είναι συμβατά με τις ικανοποιητικές τιμές των δεικτών που βασίζονται στην ανάλυση παραγόντων (0,58-0,93) που πραγματοποιήθηκε στις διαστάσεις και τις υποκλίμακες του αρχικού ερωτηματολογίου (Lindstrom et al. 1995).

Στην παρούσα μελέτη, η «αντίληψη του περιβάλλοντος» ως διάσταση και η «πίεση εργασίας» ως υποκλίμακα του επαγγελματικού στρες παρουσίασαν τις υψηλότερες τιμές, υποδηλώνοντας ότι οι μεταρρυθμίσεις και οι προσαρμογές της αγοράς εργασίας που απορρέουν από την οικονομική ύφεση στην Ελλάδα (Kosma et al. 2017) έχουν επηρεάσει όχι μόνο τα ποσοστά ανεργίας, τα οποία από το 2012 παραμένουν σε υψηλά επίπεδα (OECD 2018), αλλά και τις συνθήκες απασχόλησης

όσον αφορά τον φόρτο εργασίας για τους εργαζόμενους που διατήρησαν τη θέση εργασίας τους.

Τα επίπεδα επαγγελματικών στρες που βρέθηκαν στους εργαζόμενους της μελέτης μέσω του ελληνικού ερωτηματολογίου επαγγελματικών στρες OSQ ήταν παρόμοια με εκείνα που αναφέρθηκαν σε άλλες μελέτες στο ελληνικό εργατικό δυναμικό, συγκεκριμένα μεταξύ εργαζομένων τραπεζών (Belias et al. 2013), τηλεπικοινωνιακών υπαλλήλων (Lazuras et al. 2009), αστυνομικών (Alexopoulos et al. 2014 & Sarafis et al. 2016) και εκπαιδευτικών (Kourmousi et al. 2015). Αξίζει να σημειωθεί ότι σε πρόσφατη έρευνα για το επαγγελματικό στρες σε νοσηλεύτριες στην Ελλάδα βρέθηκαν ομοίως μετρίου βαθμού επίπεδα επαγγελματικού στρες (Chatzigianni et al. 2018).

Οι διαφορές που σημειώθηκαν στους συνοπτικούς δείκτες του επαγγελματικού στρες OSQ σε σχέση με αρκετές μεταβλητές παρουσιάζουν τον τρόπο που το επαγγελματικό στρες βιώνεται από το ελληνικό εργατικό δυναμικό κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης. Υψηλότερα ποσοστά επαγγελματικού στρες στις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες έχουν αναφερθεί σε μελέτη για το-μη επαγγελματικό- στρες στην Ελλάδα (Andreou et al. 2011), ωστόσο στην παρούσα μελέτη τα επίπεδα επαγγελματικού στρες δεν διέφεραν μεταξύ ανδρών και γυναικών εργαζομένων. Επιπλέον, οι εργαζόμενοι που είναι άγαμοι, που εμφάνισαν απουσιασμό για λόγους υγείας για περισσότερες από 16 ημέρες κατά τη διάρκεια του τρέχοντος έτους, που εργάζονται στον ίδιο εργοδότη για περισσότερο από 1 και λιγότερο από 10 χρόνια είχαν τα υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικού στρες. Όσον αφορά τους παράγοντες που σχετίζονται με την απασχόληση, το επαγγελματικό στρες διαπιστώθηκε ότι είναι υψηλότερο μεταξύ των εργαζομένων που έχουν ένα πρόγραμμα εργασίας που δεν είναι τυποποιημένο, αλλά προσαρμόζεται σύμφωνα με τις απαιτήσεις της εταιρείας και χαμηλότερο σε αυτούς που εργάζονται για 40 ώρες την εβδομάδα, σε σύγκριση με τις άλλες υποομάδες. Η παρούσα μελέτη θέτει επίσης την τρέχουσα οικονομική κρίση ως στατιστικά σημαντικό παράγοντα που επηρεάζει το επαγγελματικό στρες, το οποίο αναγνωρίζεται ως καθοριστικός παράγοντας για την υγεία (Dixon 2000). Μελέτες έχουν πρόσφατα δείξει ότι οι τροποποιήσεις των συνθηκών απασχόλησης και των διαρθρωτικών μεταρρυθμίσεων που προκύπτουν

από την ευρύτερη αστάθεια που προκαλείται από τη χρηματοπιστωτική κρίση επηρεάζουν τα επίπεδα επαγγελματικού στρες (Snorradóttir et al. 2013, Boyd et al. 2014, Giorgi, et al. 2015) καθώς και την προσωπική και επαγγελματική εξουθένωση (Tsai & Chan 2011).

10.5 Το επίπεδο υγείας των εργαζομένων στην Ελλάδα

Το επίπεδο υγείας των εργαζομένων αξιολογήθηκε χρησιμοποιώντας το ελληνικό ερωτηματολόγιο Επισκόπησης Υγείας SF-36v2 (Pappa et al. 2005), που είναι ένα σύντομο, ευρύ και γενικής φύσεως ερωτηματολόγιο αξιολόγησης των διαφόρων διαστάσεων του επιπέδου σωματικής και ψυχικής υγείας, οι οποίες θεωρήθηκαν σημαντικές στο να περιγράψουν και να παρακολουθήσουν την υγεία ενός εργαζόμενου. Η επιπλέον διάσταση της μεταβολής της υγείας αξιοποιήθηκε στην παρούσα μελέτη, όπως και οι 4 συνοπτικοί δείκτες σωματικής υγείας, οι 4 συνοπτικοί δείκτες ψυχικής υγείας και οι αντίστοιχες ευρύτερες διαστάσεις για τη συνολική σωματική και ψυχική υγεία.

Σε επίπεδο υποκλιμάκων σωματικής και ψυχικής υγείας, ο συνοπτικός δείκτης με τη χαμηλότερη τιμή ήταν η «ζωτικότητα» ($61,31 \pm 20,65$), ενδεικτική αίσθησης κόπωση και εξάντλησης, ενώ η υψηλότερη τιμή σημειώθηκε στη «φυσική λειτουργία» ($87 \pm 17,01$), που δείχνει λίγο ή καθόλου περιορισμό αναφορικά με διάφορες σωματικές δραστηριότητες. Ο συνοπτικός δείκτης για τη «συνολική σωματική υγεία» ($78,68 \pm 14,87$) ήταν ψηλότερος από αυτόν της «συνολικής ψυχικής υγείας» ($69,37 \pm 18,86$), ενώ η χαμηλότερη τιμή σημειώθηκε στη «μεταβολή της υγείας» ($51,81 \pm 17,42$), ενδεικτική της αξιολόγησης στην αλλαγή που βίωσαν οι εργαζόμενοι στο επίπεδο της υγείας τους εν γένει στο πλαίσιο ενός έτος.

Συγκρίνοντας τα ευρήματα αυτά με αποτελέσματα της αυτο-αξιολογούμενης υγείας εργαζομένων στην Ελλάδα που στηρίζεται σε δεδομένα από τις στατιστικές της Ευρωπαϊκής Ένωσης EU-SILC για το εισόδημα και τις συνθήκες διαβίωσης, κατά την αρχική περίοδο ύφεσης (2008-2009) και κατά τη διάρκεια των προγραμμάτων λιτότητας (2010-2011) φαίνεται μια επιδείνωση στους δείκτες αυτό-αξιολόγησης υγείας (Barlow et al. 2015).

Επίσης, η σχέση ανάμεσα στην αυτο-αξιολογούμενη υγεία και την ηλικία που βρέθηκε στην παρούσα μελέτη συνάδει με τα ευρήματα των Mazeikaite et al. (2018) που υποστηρίζουν ότι η κακή αυτο-αξιολόγηση υγείας αυξήθηκε κατά την κρίση της Ιρλανδίας εντονότερα μεταξύ των νεότερων.

Σε σύγκριση με τα αποτελέσματα που προέκυψαν από τη μελέτη στάθμισης του εργαλείου SF-36v2 στα Ελληνικά από τους Pappa et al. (2003), οι τάσεις των τιμών στις διαστάσεις σωματικής και ψυχικής υγείας συμπίπτουν με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, αν και σε σύγκριση με το 2003, οι τιμές στην παρούσα μελέτη ήταν χαμηλότερες σε όλες τις διαστάσεις, με εξαίρεση τη «γενική υγεία», όπου σε σχέση με το 2003 σημειώθηκε αύξηση κατά 1,05 ποσοστιαίες μονάδες. Οι τιμές σε όλες τις διαστάσεις σωματικής και ψυχικής υγείας ήταν στατιστικά σημαντικά χαμηλότερες στις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες, ενώ η συσχέτιση ανάμεσα σε σκορ και ηλικία ήταν θετική.

Σε σύγκριση με μελέτη που έχει αξιολογήσει το επίπεδο υγείας σε εργαζόμενους σε Ελληνικά νοσοκομεία, χρησιμοποιώντας το ίδιο εργαλείο (Tountas et al. 2003), φαίνεται ότι οι τιμές στις διαστάσεις της υγείας ακολουθούν τις ίδιες τάσεις, με χαμηλότερη τιμή στη «ζωτικότητα» και υψηλότερη στη «φυσική λειτουργία», αν και σημειώνεται μια επιδείνωση στις μέσες τιμές ($63,5 \pm 18,7$ και $84,2 \pm 20,2$) στην παρούσα μελέτη. Επίσης στη μελέτη των Tountas et al. (2003) βρέθηκε ότι όλες οι διαστάσεις της σωματικής και ψυχικής υγείας είχαν στατιστικά σημαντικά χαμηλότερες τιμές στις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες, ενώ σε σχέση με την ηλικία, η «κοινωνική λειτουργία», ο «συναισθηματικός ρόλος» και η «ψυχική υγεία» είχαν στατιστικά σημαντικά υψηλότερες τιμές στις μεγαλύτερες ηλικίες, δηλαδή σε εργαζόμενους των νοσοκομείων στην Ελλάδα άνω των 50 ετών.

Σε σύγκριση με μελέτη για την ποιότητα ζωής των νοσηλευτών στην Ελλάδα, οι Ioannou et al. (2015) αναφέρονται αρκετά χαμηλότερες τιμές στις διαστάσεις της σωματικής και ψυχικής υγείας, με τους συνολικούς δείκτες να διαφέρουν κατά 15,84 και 11,07 ποσοστιαίες μονάδες αντίστοιχα, με τις γυναίκες να αυτο-αξιολογούν χειρότερα την υγεία τους σε σχέση με τους άνδρες. Τέλος, σε διακρατική μελέτη που συμπεριέλαβε δείγμα εργαζομένων από την Ελλάδα (László 2010), η πλειοψηφία

τους αξιολόγησε την υγεία ως πολύ καλή (43,9%) ή καλή (43,8%), προσεγγίζοντας σε μεγάλο βαθμό τα ευρήματα της παρούσας μελέτης.

10.6 Οι επιδράσεις της οικονομικής κρίσης, της εργασιακής αβεβαιότητας, του επαγγελματικού στρες και των ατομικών/ επαγγελματικών χαρακτηριστικών στην υγεία των εργαζομένων

Οι έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί στο πλαίσιο της μελέτης των επιδράσεων της οικονομικής κρίσης στην υγεία στην Ελλάδα έχουν δείξει αύξηση στις αυτοκτονίες και επιδείνωση στην αυτο-αξιολόγηση της υγείας σε ανέργους αλλά και σε όσους παραμένουν εργαζόμενοι.

Οι ανεξάρτητες μεταβλητές που μπορεί να επιδρούν στην αυτο-αξιολογούμενη υγεία των εργαζομένων εξετάστηκαν στο πλαίσιο της διμεταβλητής ανάλυσης για κάθε διάσταση της σωματικής και ψυχικής υγείας και στη συνέχεια οι μεταβλητές εκείνες που βρέθηκε να έχουν στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τις διαστάσεις της Επισκόπησης Υγείας SF-36v2 εισήχθησαν στην πολυπαραγοντική μελέτη, η οποία έγινε με τη μέθοδο της διαδοχικής αφαίρεσης.

Η «φυσική λειτουργία» των εργαζομένων σχετίζεται ανεξάρτητα με την «οικογενειακή κατάσταση» ($\beta = 2.850, p = 0.001$), τα «έτη στην επιχείρηση» ($\beta = -0.410, p = 0.001$), τη «σχέση σπουδών με επάγγελμα» ($\beta = 3.803, p = 0.023$) και το «συνολικό επαγγελματικό στρες» ($\beta = -14.583, p < 0.001$).

Ο «φυσικός ρόλος» των εργαζομένων σχετίζεται ανεξάρτητα με τα «δικαιώματα» ($\beta = -2.815, p = 0.026$) και το «συνολικό επαγγελματικό στρες» ($\beta = -21.200, p < 0.001$).

Ο «σωματικός πόνος» των εργαζομένων σχετίζεται ανεξάρτητα μόνο με το «συνολικό επαγγελματικό στρες» ($\beta = -23.959, p < 0.001$).

Η «γενική υγεία» των εργαζομένων σχετίζεται ανεξάρτητα με την «άσκηση δικαιωμάτων» ($\beta = -2.096, p = 0.022$) και το «συνολικό επαγγελματικό στρες» ($\beta = -15.738, p < 0.001$).

Η «ζωτικότητα» των εργαζομένων σχετίζεται ανεξάρτητα με το «φύλο» ($\beta = -4.735$, $p = 0.009$), τα «έτη στην επιχείρηση» ($\beta = 0.211$, $p = 0.011$) το «επάγγελμα» ($\beta = 5.646$, $p = 0.012$), τις «εβδομαδιαίες ώρες εργασίας» ($\beta = -0.236$, $p = 0.011$), την «τρωτότητα» ($\beta = 3.182$, $p = 0.013$) και το «συνολικό επαγγελματικό στρες» ($\beta = -30.233$, $p < 0.001$).

Η «κοινωνική λειτουργία» των εργαζομένων σχετίζεται ανεξάρτητα με το «φύλο» ($\beta = -6.206$, $p = 0.004$), την «οικογενειακή κατάσταση» ($\beta = -3.225$, $p = 0.003$), τις «εβδομαδιαίες ώρες εργασίας» ($\beta = -0.449$, $p < 0.001$) και το «συνολικό επαγγελματικό στρες» ($\beta = -27.015$, $p < 0.001$).

Ο «συναισθηματικός ρόλος» των εργαζομένων σχετίζεται ανεξάρτητα με τις «εβδομαδιαίες ώρες εργασίας» ($\beta = -0.296$, $p = 0.006$), τον «απουσιασμό» ($\beta = 0.433$, $p = 0.036$) και το «συνολικό επαγγελματικό στρες» ($\beta = -23.922$, $p < 0.001$).

Η «ψυχική υγεία» των εργαζομένων σχετίζεται ανεξάρτητα με την «οικογενειακή κατάσταση» ($\beta = -1.810$, $p = 0.037$), το «επάγγελμα» ($\beta = 4.528$, $p = 0.029$) και το «συνολικό επαγγελματικό στρες» ($\beta = -24.411$, $p < 0.001$).

Η «μεταβολή της υγείας» των εργαζομένων σχετίζεται ανεξάρτητα μόνο με το «συνολικό επαγγελματικό στρες» ($\beta = 10.429$, $p < 0.001$).

Η «συνολική σωματική» υγεία των εργαζομένων σχετίζεται ανεξάρτητα με το «φύλο» ($\beta = -4.776$, $p < 0.001$), την «άσκηση δικαιωμάτων» ($\beta = -2.620$, $p = 0.006$) και το «συνολικό επαγγελματικό στρες» ($\beta = -16.654$, $p < 0.001$).

Η «συνολική ψυχική υγεία» των εργαζομένων σχετίζεται ανεξάρτητα με το «φύλο» ($\beta = -4.543$, $p = 0.004$), την «οικογενειακή κατάσταση» ($\beta = -2.160$, $p = 0.006$) το «επάγγελμα» ($\beta = 4.363$, $p = 0.023$), τις «εβδομαδιαίες ώρες εργασίας» ($\beta = -0.264$, $p = 0.002$) και το «συνολικό επαγγελματικό στρες» ($\beta = -25.470$, $p < 0.001$).

Στο πλαίσιο της πολυπαραγοντικής ανάλυσης, η αντιλαμβανόμενη «επίδραση της οικονομικής κρίσης» δε φάνηκε να σχετίζεται ανεξάρτητα με καμία διάσταση της επισκόπησης υγείας του SF-36v2, παρότι στο πλαίσιο της διμεταβλητής ανάλυσης βρέθηκε να σχετίζεται αρνητικά με τη «φυσική λειτουργία», τη «γενική υγεία» και τη

«συνολική σωματική υγεία».

Επίσης, η επίδραση της εργασιακής αβεβαιότητας, παρότι σημαντική στο πλαίσιο της διμεταβλητής ανάλυσης ανάμεσα στις διαστάσεις της επισκόπησης υγείας του SF-36v2 με την «τρωτότητα», τους «μισθούς», τα «δικαιώματα», την «άσκηση δικαιωμάτων», βρέθηκε ότι ήταν περιορισμένη μετά την πολυπαραγοντική ανάλυση. Συγκεκριμένα, οι ανεξάρτητες συσχετίσεις βρέθηκαν μεταξύ της «άσκηση δικαιωμάτων» και «γενική υγεία», καθώς και τη «συνολική σωματική υγεία», μεταξύ των «δικαιωμάτων» και του «φυσικού ρόλου» και μεταξύ της «τρωτότητα» και της «ζωτικότητας». Οι ισχυρές συσχετίσεις που αναφέρονται από τους Rajani et al. (2016) ανάμεσα σε εργασιακή αβεβαιότητα και ζωτικότητα, καθώς και ψυχική υγεία δεν ήταν το ίδιο ισχυρές στην παρούσα μελέτη.

Το «συνολικό «επαγγελματικό στρες» σχετίζεται ανεξάρτητα με όλες τις διαστάσεις της επισκόπησης υγείας του SF-36v2.

Αναφορικά με τα ατομικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά, ανεξάρτητη σχέση με διαστάσεις της επισκόπησης υγείας του SF-36v2 βρέθηκε να έχουν η «οικογενειακή κατάσταση», «τα έτη στην επιχείρηση», η «σχέση σπουδών με επάγγελμα», το «φύλο», το «επάγγελμα», οι «εβδομαδιαίες ώρες εργασίας» και ο «απουσιασμός».

Σε σχέση με τα επίπεδα εργασιακής αβεβαιότητας στην Ελλάδα, οι László et al. (2010) έχουν αναφέρει ότι περίπου 28,5% των εργαζομένων στην Ελλάδα βιώνουν εργασιακή ανασφάλεια, ενώ πρόσφατη μελέτη (Grigoriadou & Kleftarasa 2017) έδειξε ότι τα επίπεδα εργασιακής ανασφάλειας σε δημόσιους υπαλλήλους στην Ελλάδα ήταν μέτρια, σε συμφωνία με τα μεσαία επίπεδα αβεβαιότητας που βρέθηκαν στην παρούσα μελέτη.

Οι αρνητικές επιπτώσεις της εργασιακής ανασφάλειας που αναφέρθηκαν από τους Barrech et al. σχετικά με την αυτο-αξιολόγηση της υγείας των εργαζομένων στη Γερμανία, από τους Griep et al. στην ικανοποίηση ζωής και αυτο-αξιολόγηση υγεία στη Φινλανδία, από τους Bert et al. σχετικά με τις συμπεριφορές σχετικές με την υγεία και το επίπεδο ψυχικής υγείας των νέων εργαζομένων στην Ιταλία, από τους

Virtanen et al. σχετικά με την αυτό-αξιολόγηση της υγείας τόσο των προσωρινών όσο και των μόνιμων εργαζομένων στη Σουηδία και των Nella et al. για τις συμπεριφορές σχετικές με την υγεία και τα συμπτώματα ψυχικής υγείας στους δημόσιους υπαλλήλους της Ελλάδας υποστηρίχθηκαν εν μέρει από τα ευρήματα αυτής της μελέτης. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι οι αρνητικές συσχετίσεις μεταξύ των επιπέδων της εργασιακής ανασφάλειας και της αυτο-αξιολογούμενης υγείας που βρέθηκαν στην παρούσα μελέτη περιορίστηκαν σε συγκεκριμένες υποκλίμακες του EPRES και όχι στη «συνολική εργασιακή αβεβαιότητα», ίσως λόγω του ορισμένες υποκλίμακες του EPRES συνδέονταν θετικά με ορισμένες διαστάσεις του SF-36v2, χωρίς όμως οι συσχετίσεις αυτές να είναι στατιστικά σημαντικές. Σε πρόσφατη συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση (Rönhblad 2019) σε σχέση με την επίδραση της εργασιακής αβεβαιότητας στο επίπεδο ψυχικής υγείας, αναφέρεται ότι, όπως βρέθηκε στην παρούσα μελέτη, ενδεχομένως να υπάρχουν κάποιες αρνητικές επιπτώσεις, ωστόσο περισσότερες προοπτικές μελέτες χρειάζονται για να υποστηριχθεί η συσχέτιση αυτή. Σε σύγκριση με μελέτη που εστίασε στην υγεία αξιολογούμενη με το SF-36 στην Ελλάδα, η αναφερόμενη αρνητική επίδραση της ηλικίας, του χαμηλού μορφωτικού επιπέδου, καθώς και του μειωμένου εισοδήματος (Mechili et al. 2015) δεν υποστηρίχθηκαν από τα ευρήματα της παρούσας μελέτης.

Όσον αφορά το επαγγελματικό στρες, τα μεσαία επίπεδα που βρέθηκαν στην παρούσα μελέτη συνάδουν με τα αποτελέσματα άλλων μελετών (Chatzigianni et al. 2018 & Kourmousi et al. 2015) που επικεντρώθηκαν στο εργασιακό άγχος στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης. Στην παρούσα μελέτη, βρέθηκε ότι το εργασιακό άγχος έχει σημαντική αρνητική επίδραση σε όλες τις πτυχές της αυτό-αξιολογούμενης υγείας των εργαζομένων, υποστηρίζοντας τις υπάρχουσες μελέτες (La Torre 2018 & Liang 2018) σχετικά με τον αντίκτυπο των ψυχοκοινωνικών κινδύνων όσον αφορά το επαγγελματικό στρες που στην ποιότητα ζωής των εργαζομένων που σχετίζεται με την υγεία. Το γεγονός ότι η υποκλίμακα «ανάγκη για υποστήριξη & παρεμβάσεις» του OSQ δε βρέθηκε να συσχετίζεται με την αυτο-αξιολόγηση της υγείας των εργαζομένων αποκαλύπτει μια πιθανή διπλή ερμηνεία στη βαθμολογία της υποκλίμακας. Ενώ ορισμένοι υπάλληλοι που εκτίθενται σε επαγγελματικό στρες μπορεί να εκδηλώσουν μεγάλη ανάγκη υποστήριξης προς την κατεύθυνση της

μείωσης του επαγγελματικού στρες, άλλοι μπορεί να αποσυρθούν και να μην υποστηρίζουν την υλοποίηση τέτοιων παρεμβάσεων στον χώρο εργασίας (Rongen et al. 2014).

Όσον αφορά την επίδραση των ατομικών και επαγγελματικών χαρακτηριστικών των εργαζομένων στην αυτο-αξιολόγηση του επιπέδου υγείας τους, οι γυναίκες, όπως αναφέρεται σε άλλες μελέτες (László et al. 2010, Kyriopoulos et al. 2015 & Lindström 2016), βρέθηκε να έχουν χειρότερη αυτο-αξιολόγηση της σωματικής και ψυχικής υγείας τους, Επιπλέον, η μη συνάφεια μεταξύ σπουδών και επαγγέλματος, η μικρή χρονική διάρκεια απασχόλησης στον εργοδότη, οι αυξημένες εβδομαδιαίες ώρες εργασίας και η εργασία σε γραφείο (white collar workers) βρέθηκε ότι επηρεάζουν δυσμενώς τη σωματική και ψυχική υγεία των εργαζομένων. Ο αντίκτυπος αυτών των παραγόντων, αν και σε περιορισμένο βαθμό, συμφωνεί με την υπάρχουσα βιβλιογραφία (Pappa et al 2005, Merchant et al. 2014 & Dieker et al. 2018).

10.7 Περιορισμοί της μελέτης

Η παρούσα συγχρονική μελέτη κατέγραψε μόνο τις αντιλήψεις των εργαζομένων σχετικά με το επίπεδο της υγείας τους και τα επίπεδα της εργασιακής αβεβαιότητας και επαγγελματικού στρες. Το γεγονός ότι τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν από τους ίδιους τους εργαζόμενους μπορεί να οδήγησε σε υπερεκτίμηση του επιπέδου της υγείας τους και ενδεχομένως υποτίμηση του επαγγελματικού στρες και της εργασιακής ανασφάλειας, δεδομένου ότι η έρευνα πραγματοποιήθηκε στον εργασιακό χώρο.

Επίσης, το δείγμα μελέτης δεν ήταν τυχαίο και αντιπροσωπευτικό του εργατικού δυναμικού της χώρας, παρότι έγινε προσπάθεια να ενταχθούν στο δείγμα εργαζόμενοι που να προσεγγίζουν την αντιπροσωπευτικότητα. Επιπροσθέτως, το μέγεθος και η σύνθεση του δείγματος της μελέτης ήταν ένας άλλος περιορισμός, δεδομένου ότι στατιστικά ισχυρότερες συσχετίσεις μπορεί να είχαν βρεθεί μεταξύ της αυτό-αξιολογούμενης υγείας και των ελαστικών μορφών απασχόλησης, σε περίπτωση

που είχαν συμπεριληφθεί περισσότεροι εργαζόμενοι με προσωρινή σύμβαση εργασίας.

Τέλος, όλα τα δεδομένα συλλέχθηκαν μέσω σταθμισμένων Ελληνικών εκδόσεων ερωτηματολογίων, τα οποία σε κάθε περίπτωση υπόκεινται σε τυχαίο σφάλμα. Τα αποτελέσματα ως εκ τούτου που καταγράφονται στην παρούσα διδακτορική διατριβή, αν και σημαντικά, πρέπει να ερμηνευθούν προσεκτικά.

Κεφάλαιο 11^ο

Συμπεράσματα

Τα συμπεράσματα και οι προτάσεις της παρούσας μελέτης σχετίζονται με τον κύριο σκοπό της, καθώς και τους επί μέρους στόχους που έχουν τεθεί.

Όπως αναφέρθηκε στη μεθοδολογία της μελέτης, στο 4^ο Κεφάλαιο, ο βασικός σκοπός της ερευνητικής αυτής εργασίας ήταν *η διερεύνηση των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης στο επίπεδο υγείας των εργαζομένων στην Ελλάδα.*

Μέριμνα των νοσηλευτών επαγγελματικής υγείας είναι η εκτίμηση και διαχείριση όλων των παραγόντων που σχετίζονται με την εργασία και που έχουν δυνητικά βλαπτική επίδραση στην υγεία των εργαζομένων. Παρότι στη συντριπτική τους πλειοψηφία οι εργαζόμενοι που συμμετείχαν στη μελέτη αισθανόταν ότι έχουν επηρεαστεί από την οικονομική κρίση στην Ελλάδα, η αντιλαμβανόμενη αυτή επίδραση δε φάνηκε να είναι ανεξάρτητος παράγοντας επιδείνωσης του επιπέδου υγείας των εργαζομένων. Ωστόσο, η εργασιακή αβεβαιότητα και το επαγγελματικό στρες, παράγοντες οι οποίοι σχετίζονται με την οικονομική κρίση, φάνηκε να επηρεάζουν το επίπεδο υγείας των εργαζομένων στην Ελλάδα.

Επιμέρους στόχοι της μελέτης:

1. Η εκτίμηση της επίπτωσης της εργασιακής αβεβαιότητας σε εργαζομένους στην Ελλάδα.

Η επίπτωση της εργασιακής αβεβαιότητας στους εργαζόμενους του δείγματος χαρακτηρίζεται ως μετρίου βαθμού, με υψηλότερα επίπεδα αβεβαιότητας να αφορούν σε ζητήματα μισθών, αίσθησης τρωτότητας και ουσιαστικής δυνατότητας άσκησης των δικαιωμάτων που οι εργαζόμενοι θεωρητικά έχουν. Τα χαμηλότερα ποσοστά αβεβαιότητας αφορούν στην αντιλαμβανόμενη προσωρινότητα, γεγονός το οποίο θεωρούμε ότι οφείλεται στη μικρή συμμετοχή εργαζομένων με προσωρινή σύμβαση εργασίας στο δείγμα της μελέτης. Δεδομένου ότι το ερωτηματολόγιο εργασιακής αβεβαιότητας αποτελείται από έξι κλίμακες που ισότιμα συνεισφέρουν στη συνολική βαθμολογία, θεωρούμε ότι η επικράτηση των εργαζομένων με μόνιμη

σύμβαση εργασίας στο δείγμα ίσως συντέλεσε στη αξιολόγηση της επίπτωσης της εργασιακής αβεβαιότητας στους εργαζόμενους ως μετρίου βαθμού.

2. Η εκτίμηση της επίπτωσης του επαγγελματικού στρες σε εργαζομένους στην Ελλάδα.

Η επίπτωση του επαγγελματικού στρες στους εργαζόμενους του δείγματος επίσης χαρακτηρίζεται ως μετρίου βαθμού, με υψηλότερα επίπεδα στρες να αφορούν στην αντίληψη του περιβάλλοντος και πιο συγκεκριμένα στις απαιτήσεις και στην πίεση της εργασίας, γεγονός που ενδεχομένως οφείλεται στην αύξηση του φόρτου εργασίας στο εργασιακό περιβάλλον, λόγω απολύσεων και εξοικονόμησης πόρων. Χαμηλότερα επίπεδα στρες αφορούν στις κοινωνικές σχέσεις και στην εκτίμηση από το οικογενειακό και κοντινό περιβάλλον.

3. Η διερεύνηση των ατομικών και εργασιακών παραγόντων που σχετίζονται με την εργασιακή αβεβαιότητα και το επαγγελματικό στρες.

Η συνολική εργασιακή αβεβαιότητα βρέθηκε να είναι υψηλότερη σε νέους εργαζόμενους κάτω των 30 ετών, σε άτομα που απασχολούνται για λιγότερο από ένα έτος στον εργοδότη τους, σε blue collar εργαζόμενους, σε άτομα που απασχολούνται στον ιδιωτικό τομέα, σε εργαζόμενους που συνήθως απασχολούνται λιγότερο από 40 ώρες ανά εβδομάδα, σε εργαζόμενους απογευματινής βάρδιας και σε άτομα με προσωρινή σύμβαση εργασίας.

Το συνολικό επαγγελματικό στρες βρέθηκε να είναι υψηλότερο σε άτομα με Ελληνική εθνικότητα, σε άγαμους, σε εργαζόμενους που απασχολούνται από 1 έως 5 έτη στον εργοδότη τους, σε άτομα που εργάζονται για περισσότερες από 40 ώρες ανά εβδομάδα συνήθως, σε άτομα που απουσίασαν το τελευταίο έτος για λόγους υγείας για περισσότερες από 16 ημέρες, σε εργαζόμενους των οποίων οι βάρδιες εναλλάσσονται ανάλογα με τις ανάγκες του εργοδότη και σε εργαζόμενους που αισθάνονται ότι επηρεάστηκαν από την οικονομική κρίση λόγω παραγόντων της εργασίας, όπως αλλαγές σε ωράριο και μισθό.

4. Η εκτίμηση του επιπέδου υγείας των εργαζομένων στην Ελλάδα.

Οι εργαζόμενοι είχαν δεν είχαν ιδιαίτερους περιορισμούς στις σωματικές λειτουργίες και δραστηριότητες λόγω υγείας, ενώ επίσης μειώθηκαν σε μικρό βαθμό οι δραστηριότητες λόγω προβλημάτων σωματικής υγείας τον τελευταίο μήνα. Οι εργαζόμενοι αναφέρουν σωματικό πόνο και ότι αυτός επηρεάζει σε ένα σημαντικό βαθμό την εργασία τους, ενώ έχουν μια μέτρια γενική κατάσταση υγείας.

Οι δείκτες ψυχικής υγείας ήταν χαμηλότεροι σε σχέση με αυτούς της σωματικής, καθώς φαίνεται ότι οι εργαζόμενοι έχουν σημαντικά μειωμένα ζωντάνια και ενεργητικότητα, με υψηλά επίπεδα κόπωσης. Επίσης, σημειώνονται σε ένα βαθμό περιορισμοί των δραστηριοτήτων λόγω προβλημάτων ψυχικής υγείας, οι οποίοι μάλιστα είναι εντονότεροι σε σχέση με τους περιορισμούς λόγω προβλημάτων σωματικής υγείας. Οι εργαζόμενοι είχαν περιορισμούς ως προς το ρόλο που σχετίζεται με την ψυχική τους υγεία, ενώ και πάλι οι περιορισμοί αυτοί είναι συχνότεροι σε σχέση με αυτούς που σχετίζονται με τη σωματική υγεία. Οι εργαζόμενοι φαίνεται να έχουν σχετικά συχνά αίσθησης άγχους και κατάθλιψης.

Απαντώντας στο ερευνητικό ερώτημα της μελέτης:

Διαπιστώθηκε αρνητική επίδραση στο επίπεδο υγείας των εργαζομένων στην Ελλάδα λόγω της οικονομικής κρίσης, της εργασιακής αβεβαιότητας και του επαγγελματικού στρες;

Εκτιμάται ότι το επαγγελματικό στρες, καθώς και η τρωτότητα, τα περιορισμένα δικαιώματα των εργαζομένων και η αδυναμία άσκησής τους, παράγοντες οι οποίοι σχετίζονται με την οικονομική κρίση και τις αλλαγές στις συνθήκες απασχόλησης, είναι παράγοντες που επιδρούν αρνητικά στο επίπεδο υγείας των εργαζομένων στην Ελλάδα. Η αίσθηση της επίδρασης της οικονομικής κρίσης όμως δε βρέθηκε να επιδρά στο επίπεδο υγείας των εργαζομένων.

Τα αποτελέσματα αυτά μπορούν να αποτελέσουν τη βάση για περαιτέρω έρευνα στις επιδράσεις που έχει η οικονομική κρίση στην υγεία, δεδομένου ότι εξακολουθεί να επηρεάζει σε σημαντικό βαθμό την Ελλάδα αλλά και άλλες Ευρωπαϊκές χώρες. Η

μελέτη της εργασιακής αβεβαιότητας, του επαγγελματικού στρες και του επιπέδου υγείας σε χώρες που έχουν επίσης επηρεαστεί σημαντικά από την κρίση, όπως η Κύπρος, η Ισπανία και η Πορτογαλία, θα μπορούσε να συνεισφέρει στην κατανόηση της σχέσης ανάμεσα στην κρίση και την υγεία, κυρίως ως προς τις διαφοροποιήσεις σε σχέση με τη χώρα και τις συνθήκες εργασίας που επικρατούν. Επίσης, η επανάληψη της μελέτης στο ίδιο ή διαφορετικό δείγμα εργαζομένων, θα μπορούσε να περιγράψει τις διαχρονικές μεταβολές στις διαστάσεις της υγείας, της εργασιακής αβεβαιότητας και του επαγγελματικού στρες των εργαζομένων, ενδεχομένως διαφοροποιώντας της αναφερόμενες στην παρούσα μελέτη επιδράσεις σε καιρό μη κρίσης. Ακόμα, η προσαρμογή του ερωτηματολογίου εργασιακής αβεβαιότητας EPRES, ώστε να μπορεί να συμπληρωθεί από εργαζόμενους που δεν είναι απαραίτητα μισθωτοί, αλλά ελεύθεροι επαγγελματίες ή εργαζόμενοι με μη-τυπική απασχόληση, δηλαδή χωρίς σύμβαση εργασίας, θα έδινε τη δυνατότητα στο μελλοντικό ερευνητή να εστιάσει στη συγκεκριμένη υψηλού κινδύνου ομάδα εργαζομένων. Τέλος η μελέτη των πιο βραχυπρόθεσμων επιπτώσεων στο επίπεδο υγείας των εργαζομένων, αξιολογώντας δείκτες έκβαση όπως τα εργατικά ατυχήματα, η χρήση μέσω ατομικής εργασίας και οι συνήθειες ζωής, θα μπορούσε να προσφέρει επιπλέον πληροφορίες σχετικά με τους πολλαπλούς τρόπους που η οικονομική κρίση επηρεάζει την υγεία του εργατικού δυναμικού.

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΤΟΜΕΑΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

**Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ
ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

ΒΑΣΙΛΙΚΗ- ΜΑΡΙΑ ΤΣΟΠΟΚΗ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ ΠΕ, ΜΡΗ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η οικονομική κρίση, που επηρέασε την Ελλάδα περισσότερο από κάθε Ευρωπαϊκή χώρα, οδήγησε μεταξύ άλλων σε αύξηση της ανεργίας, σε αλλαγές στις συνθήκες απασχόλησης, καθώς και στην αύξηση των ψυχοκοινωνικών κινδύνων στους οποίους οι εργαζόμενοι εκτίθενται. Οι νοσηλευτές επαγγελματικής υγείας έχουν κύριο ρόλο στην εκτίμηση και διαχείριση της βλαπτικής επίδρασης των επαγγελματικών κινδύνων που επηρεάζουν την υγεία των εργαζομένων, ιδιαίτερα σε περιόδους που η λήψη δημοσιονομικών μέτρων οδηγεί σε δυσμενείς αλλαγές για το εργατικό δυναμικό.

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της επίδρασης της οικονομικής κρίσης στο επίπεδο της υγείας των εργαζομένων στην Ελλάδα. Στο πλαίσιο του καθορισμού της επίδρασης της οικονομικής κρίσης στους εργαζόμενους, αξιολογήθηκε η αντίληψη του ατόμου σχετικά με την επίπτωση της οικονομικής κρίσης, τα επαγγελματικά χαρακτηριστικά, η εργασιακή αβεβαιότητα και το

επαγγελματικό στρες. Η αξιολόγηση του επιπέδου υγείας των εργαζομένων περιελάμβανε τη σωματική, την ψυχική υγεία, καθώς και τη θετική ή αρνητική μεταβολή του επιπέδου υγείας σε ένα έτος.

Πρόκειται για μια συγχρονική μελέτη που πραγματοποιήθηκε από το 2012 έως το 2014, σε δείγμα ευκολίας 604 εργαζομένων από 34 επιχειρήσεις στην Ελλάδα. Τα ερωτηματολόγια δόθηκαν στο χώρο εργασίας, ώστε να αυτο-συμπληρωθούν από τους εργαζόμενους και να επιστραφούν στην ερευνήτρια. Το ποσοστό ανταπόκρισης στη μελέτη ήταν 74,11%, ενώ έγινε προσπάθεια το δείγμα να είναι όσο το δυνατόν πιο αντιπροσωπευτικό του εργατικού δυναμικού της χώρας, ως προς την ηλικία, το φύλο, το επάγγελμα και τη σύμβαση εργασίας.

Για την εκτίμηση του επιπέδου υγείας των εργαζομένων, χρησιμοποιήθηκε η ελληνική έκδοση του ερωτηματολογίου Επισκόπησης Υγείας SF-36v2, το οποίο περιλαμβάνει τις τέσσερις διαστάσεις σωματικής υγείας: «φυσική λειτουργία», «φυσικός ρόλος», «σωματικός πόνος» και «γενική υγεία», τις τέσσερις διαστάσεις ψυχικής υγείας: «ζωτικότητα», «κοινωνική λειτουργία», «συναισθηματικός ρόλος» και «ψυχική υγεία» καθώς και τους συνοπτικούς δείκτες: «συνολική σωματική υγεία», «συνολική ψυχική υγεία» και «μεταβολή της υγείας». Η βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο Επισκόπησης Υγείας SF-36v2 είναι από 0 έως 100, με τις υψηλότερες τιμές να αντιπροσωπεύουν υψηλά επίπεδα υγείας.

Για την εκτίμηση της εργασιακής αβεβαιότητας, μεταφράστηκε από τα Ισπανικά και σταθμίστηκε το ερωτηματολόγιο Εργασιακής Αβεβαιότητας EPRES (Cronbach's $\alpha=0,80$), το οποίο περιλαμβάνει τις έξι διαστάσεις: «προσωρινότητα», «αποδυνάμωση», «τρωτότητα», «μισθοί», «δικαιώματα» και «άσκηση δικαιωμάτων». Η βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο Εργασιακής Αβεβαιότητας EPRES είναι από 0 έως 4, με τις τιμές 0 έως 1 να ορίζουν τα χαμηλά επίπεδα εργασιακής αβεβαιότητας, τις τιμές 1 έως 2 να ορίζουν τα μέτρια επίπεδα εργασιακής αβεβαιότητας και τις τιμές 2 έως 4 να ορίζουν τα ακραία επίπεδα εργασιακής αβεβαιότητας.

Για την εκτίμηση του επαγγελματικού στρες μεταφράστηκε από τα Αγγλικά και σταθμίστηκε το ερωτηματολόγιο Επαγγελματικού Στρες OSQ (Cronbach's $\alpha=0,89$), το οποίο περιλαμβάνει τις τέσσερις διαστάσεις: «τροποποιητικοί παράγοντες και εργασιακοί πόροι», «αντίληψη του περιβάλλοντος», «στρες και ευεξία» και «ανάγκη για υποστήριξη και παρεμβάσεις», καθώς και τις επτά υποκλίμακες: «δυνατότητες ελέγχου της εργασίας», «κοινωνικές σχέσεις και εκτίμηση», «ατμόσφαιρα στο χώρο της εργασίας» και «ηγεσία και εποπτεία». Η βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο Επαγγελματικού Στρες OSQ είναι από 1 έως 5, με τις υψηλότερες τιμές να αντιπροσωπεύουν υψηλά επίπεδα επαγγελματικού στρες.

Για την εκτίμηση των δημογραφικών και επαγγελματικών χαρακτηριστικών δημιουργήθηκε ένα ερωτηματολόγιο, στο οποίο περιλαμβάνεται η ερώτηση αναφορικά με την αντίληψη των εργαζομένων σχετικά με το εάν επηρεάστηκαν από την οικονομική κρίση.

Η συλλογή των δεδομένων έγινε μετά από έγκριση από την Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας του Τμήματος Νοσηλευτικής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, ενώ τηρήθηκαν οι αρχές ηθικής και δεοντολογίας σε όλα τα στάδια της μελέτης. Η ανάλυση έγινε με το πακέτο στατιστικής ανάλυσης SPSS έκδοση 23, χρησιμοποιώντας περιγραφική στατιστική, εφαρμόζοντας παραμετρικές και μη παραμετρικές στατιστικές δοκιμασίες διμεταβλητής ανάλυσης και γραμμικής συσχέτισης και χρησιμοποιώντας την πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση για τη δημιουργία μοντέλων που να εκφράζουν την εξάρτηση του επιπέδου υγείας των εργαζομένων από την εργασιακή αβεβαιότητα, το επαγγελματικό στρες, την επίπτωση της οικονομικής κρίσης και ατομικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά. Ανεξάρτητες μεταβλητές στη μελέτη ήταν η εργασιακή αβεβαιότητα, το επαγγελματικό στρες, η αντιλαμβανόμενη επίδραση της οικονομικής κρίσης, καθώς και τα ατομικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά. Εξαρτημένες μεταβλητές ήταν οι διαστάσεις της σωματικής και ψυχικής υγείας, καθώς και η μεταβολή της υγείας σε ένα χρόνο.

Τα αποτελέσματα της μελέτης δείχνουν ότι τα επίπεδα εργασιακής αβεβαιότητας στο δείγμα της μελέτης ήταν μετρίου βαθμού ($1,54 \pm 0,41$), με τον υψηλότερο βαθμό

αβεβαιότητας να αφορά στους «μισθούς» ($2,1\pm 0,87$) και την «τρωτότητα» ($1,39\pm 0,8$) των εργαζομένων. Υψηλότερα επίπεδα εργασιακής αβεβαιότητας βρέθηκαν σε νέους εργαζόμενους κάτω των 30 ετών ($1,76$ έναντι $1,50$, $p<0,001$), σε άτομα που απασχολούνται για λιγότερο από ένα έτος στον εργοδότη τους ($1,78$ έναντι όλων των υπολοίπων κατηγοριών με σκορ $1,57$, $1,51$ και $1,45$, $p<0,001$), σε blue collar εργαζόμενους ($1,66$ έναντι $1,49$, $p<0,001$), σε άτομα που απασχολούνται στον ιδιωτικό τομέα ($1,56$ έναντι $1,41$, $p=0,026$), σε εργαζόμενους που συνήθως απασχολούνται λιγότερο από 40 ώρες ανά εβδομάδα ($2,78$ έναντι των υπολοίπων κατηγοριών με σκορ $2,15$ και $1,81$, $p<0,001$), σε εργαζόμενους απογευματινής βάρδιας ($2,10$ έναντι όλων των υπολοίπων κατηγοριών με σκορ $1,49$, $1,61$, $1,61$ και $1,65$, $p<0,001$) και σε άτομα με προσωρινή σύμβαση εργασίας ($2,01$ έναντι $1,43$, $p<0,001$).

Αναφορικά με τα επίπεδα επαγγελματικού στρες, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης, ήταν επίσης μετρίου βαθμού ($2,3\pm 0,4$), με τα υψηλότερα επίπεδα στρες να αφορούν στην «πίεση εργασίας» ($3,41\pm 0,91$) και στην «αντίληψη του περιβάλλοντος» ($2,74\pm 0,6$). Υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικού στρες βρέθηκαν σε άτομα με Ελληνική εθνικότητα ($2,30$ έναντι $1,90$, $p=0,022$), σε άγαμους ($2,41$ έναντι όλων των υπολοίπων κατηγοριών με σκορ $2,20$, $2,24$ και $2,30$, $p<0,001$), σε εργαζόμενους που απασχολούνται από 1 έως 5 έτη στον εργοδότη τους ($2,41$ έναντι όλων των υπολοίπων κατηγοριών με σκορ $2,23$, $2,27$ και $2,33$, $p<0,001$), σε άτομα που εργάζονται για περισσότερες από 40 ώρες ανά εβδομάδα συνήθως ($2,39$ έναντι των υπολοίπων κατηγοριών με σκορ $2,23$ και $2,36$, $p<0,001$), σε άτομα που απουσίασαν το τελευταίο έτος για λόγους υγείας για περισσότερες από 16 ημέρες ($2,62$ έναντι όλων των υπολοίπων κατηγοριών με σκορ $2,24$, $2,24$, $2,40$ και $2,40$, $p<0,001$), σε εργαζόμενους των οποίων οι βάρδιες εναλλάσσονται ανάλογα με τις ανάγκες του εργοδότη ($2,44$ έναντι όλων των υπολοίπων κατηγοριών με σκορ $2,27$, $2,31$, $2,34$ και $2,35$, $p=0,012$) και σε εργαζόμενους που αισθάνονται ότι επηρεάστηκαν από την οικονομική κρίση λόγω παραγόντων της εργασίας, όπως αλλαγές σε ωράριο και μισθό ($2,33$ έναντι όλων των υπολοίπων κατηγοριών με σκορ $2,12$, $2,13$ και $2,21$, $p=0,003$).

Σχετικά με το επίπεδο υγείας των εργαζομένων, οι συνοπτικοί δείκτες συνολικής σωματικής ($78,68 \pm 14,87$) και ψυχικής υγείας ($69,37 \pm 18,86$) δείχνουν ότι οι εργαζόμενοι του δείγματος είχαν καλή σωματική υγεία αλλά ότι τα επίπεδα ψυχικής υγείας ήταν κατά 9,31 μονάδες χαμηλότερα σε σχέση με αυτά της σωματικής. Ο δείκτης της «μεταβολής της υγείας των εργαζομένων» ($51,81 \pm 17,42$) δείχνει ότι οι περισσότεροι εργαζόμενοι πιστεύουν ότι η υγεία τους είναι περίπου η ίδια ή κάπως χειρότερη σε σχέση με ένα χρόνο πριν. Ο δείκτης σωματικής υγείας με τη χαμηλότερη βαθμολογία ήταν η «γενική υγεία» ($68,51 \pm 17,53$), που δείχνει μια μέτρια προς καλή αυτο-αξιολόγηση της γενικής κατάστασης της υγείας τους, ενώ ο χαμηλότερος δείκτης ψυχικής υγείας ήταν η «ζωτικότητα» ($61,31 \pm 20,65$), που δείχνει ότι οι εργαζόμενοι είχαν μειωμένη ζωντάνια και ενεργητικότητα, με υψηλά επίπεδα κόπωσης.

Σε σχέση με την εξάρτηση του επιπέδου υγείας των εργαζομένων από την εργασιακή αβεβαιότητα, το επαγγελματικό στρες, την επίπτωση της οικονομικής κρίσης και τα ατομικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά, αρκετές από τις ανεξάρτητες μεταβλητές βρέθηκε να συσχετίζονται με διαστάσεις της σωματικής και ψυχικής υγείας στο πλαίσιο της διμεταβλητής ανάλυσης και των αναλύσεων γραμμικής συσχέτισης. Οι μεταβλητές αυτές εισήχθησαν στην πολυπαραγοντική ανάλυση, η οποία έγινε με τη μέθοδο της διαδοχικής αφαίρεσης, παράγοντας μοντέλα πρόβλεψης των διαστάσεων σωματικής και ψυχικής υγείας.

Αναφορικά με τις διαστάσεις της σωματικής υγείας, βρέθηκε ότι η «φυσική λειτουργία» σχετίζεται ανεξάρτητα με την «οικογενειακή κατάσταση» ($\beta=2,850$, $p=0,001$), τα «έτη στην επιχείρηση» ($\beta=-0,410$, $p=0,001$), τη «συνάφεια των σπουδών με το επάγγελμα» ($\beta=3,803$, $p=0,023$) και το «συνολικό επαγγελματικό στρες» ($\beta=-14,583$, $p<0,001$). Η «φυσική λειτουργία» βρέθηκε να σχετίζεται ανεξάρτητα με την «οικογενειακή κατάσταση» ($\beta=2,850$, $p=0,001$), τα «έτη στην επιχείρηση» ($\beta=-0,410$, $p=0,001$), τη «συνάφεια των σπουδών με το επάγγελμα» ($\beta=3,803$, $p=0,023$) και το «συνολικό επαγγελματικό στρες» ($\beta=-14,583$, $p<0,001$). Ο «φυσικός ρόλος» σχετίζεται ανεξάρτητα με τα «δικαιώματα» ($\beta=-2,815$, $p=0,026$) και το «συνολικό επαγγελματικό στρες» ($\beta=-21,200$, $p<0,001$). Ο «σωματικός πόνος» βρέθηκε να σχετίζεται ανεξάρτητα μόνο με το «συνολικό επαγγελματικό στρες» ($\beta=-23,959$,

$p < 0,001$), ενώ η «γενική υγεία» με την «άσκηση δικαιωμάτων» ($\beta = -2,096$, $p = 0,022$) και το «συνολικό επαγγελματικό στρες» ($\beta = -15,738$, $p < 0,001$).

Σε σχέση με τις διαστάσεις της ψυχικής υγείας, η «ζωτικότητα» των εργαζομένων βρέθηκε να σχετίζεται ανεξάρτητα με το «φύλο» ($\beta = -4,735$, $p = 0,009$), τα «έτη στην επιχείρηση» ($\beta = 0,211$, $p = 0,011$), το «επάγγελμα» ($\beta = 5,646$, $p = 0,012$), τις «εβδομαδιαίες ώρες εργασίας» ($\beta = -0,236$, $p = 0,011$), την «τρωτότητα» ($\beta = 3,182$, $p = 0,013$) και το «συνολικό επαγγελματικό στρες» ($\beta = -30,233$, $p < 0,001$). Η «κοινωνική λειτουργία» σχετίζεται με το «φύλο» ($\beta = -6,206$, $p = 0,004$), την «οικογενειακή κατάσταση» ($\beta = -3,225$, $p = 0,003$), τις «εβδομαδιαίες ώρες εργασίας» ($\beta = -0,449$, $p < 0,001$) και το «συνολικό επαγγελματικό στρες» ($\beta = -27,015$, $p < 0,001$). Ο «συναισθηματικός ρόλος» σχετίζεται με τις «εβδομαδιαίες ώρες εργασίας» ($\beta = -0,296$, $p = 0,006$), τον «απουσιασμό» ($\beta = 0,433$, $p = 0,036$) και το «συνολικό επαγγελματικό στρες» ($\beta = -23,922$, $p < 0,001$). Η «ψυχική υγεία» των εργαζομένων σχετίζεται με την «οικογενειακή κατάσταση» ($\beta = -1,810$, $p = 0,037$), το «επάγγελμα» ($\beta = 4,528$, $p = 0,029$) και το «συνολικό επαγγελματικό στρες» ($\beta = -24,411$, $p < 0,001$).

Αναφορικά με το συνοπτικό δείκτη «μεταβολή της υγείας», βρέθηκε να σχετίζεται ανεξάρτητα μόνο με το «συνολικό επαγγελματικό στρες» ($\beta = 10,429$, $p < 0,001$), ενώ η «συνολική σωματική υγεία» με το «φύλο» ($\beta = -4,776$, $p < 0,001$), την «άσκηση δικαιωμάτων» ($\beta = -2,620$, $p = 0,006$) και το «συνολικό επαγγελματικό στρες» ($\beta = -16,654$, $p < 0,001$) και η «συνολική ψυχική υγεία» των εργαζομένων με το «φύλο» ($\beta = -4,543$, $p = 0,004$), την «οικογενειακή κατάσταση» ($\beta = -2,160$, $p = 0,006$), το «επάγγελμα» ($\beta = 4,363$, $p = 0,023$), τις «εβδομαδιαίες ώρες εργασίας» ($\beta = -0,264$, $p = 0,002$) και το «συνολικό επαγγελματικό στρες» ($\beta = -25,470$, $p < 0,001$).

Τα επίπεδα εργασιακής αβεβαιότητας και επαγγελματικού στρες που βρέθηκαν στη μελέτη είναι παρόμοια με αυτά που βρέθηκαν σε μελέτες στην Ελλάδα κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης. Τα επίπεδα αυτο-αξιολογούμενης υγείας είναι σχετικά χαμηλότερα σε σχέση με αυτά που αναφέρονται από τις περισσότερες μελέτες που εφάρμοσαν το ίδιο εργαλείο στην Ελλάδα πριν την κρίση, ωστόσο είναι υψηλότερα σε σχέση με μελέτες που έγιναν κατά την περίοδο της κρίσης.

Συμπερασματικά, παρότι η συντριπτική πλειοψηφία των εργαζομένων που συμμετείχαν στη μελέτη αισθανόταν ότι έχουν επηρεαστεί από την οικονομική κρίση στην Ελλάδα, η αντιλαμβανόμενη αυτή επίδραση δε φάνηκε να είναι ανεξάρτητος παράγοντας επιδείνωσης του επιπέδου υγείας των εργαζομένων. Εκτιμάται ότι το επαγγελματικό στρες, καθώς και η τρωτότητα, τα περιορισμένα δικαιώματα των εργαζομένων και η αδυναμία άσκησής τους, παράγοντες οι οποίοι σχετίζονται με την οικονομική κρίση και τις αλλαγές στις συνθήκες απασχόλησης, είναι παράγοντες που επιδρούν αρνητικά στο επίπεδο υγείας των εργαζομένων στην Ελλάδα.

NATIONAL AND KAPODISTRIAN UNIVERSITY OF ATHENS

FACULTY OF NURSING

DEPARTMENT OF PUBLIC HEALTH

Ph.D. THESIS

THE IMPACT OF THE FINANCIAL CRISIS ON THE HEALTH STATUS

OF EMPLOYEES IN GREECE

VASILIKI- MARIA TSOPOKI

RN, MPH

ABSTRACT

The financial crisis, which has affected Greece more than any other European country, has led, among others, to an increase in unemployment, changes in employment conditions, as well as an increase of psychosocial risks which employees are exposed to. Occupational health nurses have a key role in assessing and managing the adverse impact of occupational hazards that affect employees' health, especially in times when fiscal measures lead to unfavorable for the workforce changes.

The aim of this study was to investigate the impact of the economic crisis on the health status of employees in Greece. In the context of determining the impact of the economic crisis on workers, perception of the individual about the impact of the economic crisis, occupational characteristics, employment precariousness and occupational stress were assessed. Evaluation of the employees' health status

included their physical and mental health, as well as positive or negative changes in the health status in one year.

The Greek version of SF-36v2 Health Survey Questionnaire was used for assessing the health status of employees, which includes the four physical health dimensions: “physical functioning”, “role physical”, “bodily pain” and “general health”, the four mental health dimensions: “vitality”, “social functioning”, “role emotional” and “mental health”, as well as the indicators: “physical health component summary”, “mental health component summary” and “reported health transition”. SF-36v2 health survey questionnaire score is from 0 to 100, with the highest values representing high levels of health.

For the assessment of the job insecurity, EPRES, the employment precariousness questionnaire, which includes the six subscales “temporariness”, “disempowerment”, “vulnerability”, “wages”, “rights” and “exercise rights”, was translated from Spanish and was validated (Cronbach’s $\alpha=0.80$). EPRES score is from 0 to 4, with values from 0 to 1 defining low levels of employment precariousness, values from 1 to 2 defining moderate levels of employment precariousness and values from 2 to 4 defining extreme levels of employment precariousness.

For the assessment of occupational stress, OSQ, the occupational stress questionnaire, which includes the four dimensions: “modifying factors and resources at work”, “perceived environment”, “stress and wellbeing” and “need for support and interventions”, as well as the seven sub-scales: “job control”, “social relations and esteem”, “workplace atmosphere”, “leadership and supervision”, “work demands”, “hazards and environment” and “work strain”, was translated from English and was validated (Cronbach’s $\alpha=0.89$). OSQ score is from 1 to 5, with high values defining high levels of occupational stress.

For the assessment of demographic and occupational characteristics, a questionnaire was created, which included one item about perceived effect of the economic crisis.

This is a cross-sectional study that took place from 2012 to 2014, using a sample of 604 employees from 34 companies in Greece. Questionnaires were given at the workplace to be self-completed by employees and returned to the researcher. Response rate in the study was 74.11%, whereas an effort was made for the sample to be as representative of the country's workforce as possible, in terms of age, gender, occupation and type of contract.

Data collection was performed after the approval by Ethics Committee of the Faculty of Nursing of the National and Kapodistrian University of Athens, while ethics principles were respected at all stages of the study. Analysis was performed with the statistical analysis package SPSS version 23, using descriptive statistics, applying parametric and nonparametric statistical tests for bivariate analysis and linear correlation analysis and using multiple linear regression to create models to express the dependence of employees' health status from employment precariousness, occupational stress, perceived effect of the economic crisis and individual and occupational characteristics. Independent variables of the study were employment precariousness, occupational stress, perceived effect of the economic crisis, as well as individual and occupational characteristics. Dependent variables were the dimensions of physical and mental health, as well as reported health transition in one year.

Results from the study show that levels of employment precariousness in the study sample were moderate (1.54 ± 0.41), with the highest levels of insecurity referring to "wages" (2.1 ± 0.87) and "vulnerability" (1.39 ± 0.8) of employees. Higher levels of employment precariousness were found among young employees under the age of 30 (1.76 vs. 1.50 , $p < 0.001$), those working for less than one year for their employer (1.78 vs. all other categories with scores of 1.57 , 1.51 and 1.45 , $p < 0.001$), blue collar workers (1.66 vs. 1.49 , $p < 0.001$), those employed in the private sector (1.56 vs. 1.41 , $p = 0.026$), employees who usually work for less than 40 hours per week (2.78 vs. other categories with scores of 2.15 and 1.81 , $p < 0.001$), afternoon shift employees (2.10 vs. all other categories with scores of 1.49 , 1.61 , 1.61 and 1.65 , $p < 0.001$) and employees with a temporary employment contract (2.01 vs. 1.43 , $p < 0.001$).

In terms of occupational stress levels, according to study results, it was found to be moderate (2.3 ± 0.4), with the highest stress levels referring to “work strain” (3.41 ± 0.91) and “perceived environment” (2.74 ± 0.6). Higher levels of occupational stress were found among employees with Greek nationality (2.30 vs. 1.90 , $p = 0.022$), singles (2.41 vs. all other categories with scores of 2.20 , 2.24 and 2.30 , $p < 0.001$), employees working from 1 to 5 years for their employer (2.41 vs. all other categories with scores of 2.23 , 2.27 and 2.33 , $p < 0.001$), those who usually work for more than 40 hours per week (2.39 vs. other categories with scores of 2.23 and 2.36 , $p < 0.001$) those with health related absenteeism for more than 16 days this year (2.62 vs. all other categories with scores of 2.24 , 2.24 , 2.40 and 2.40 , $p < 0.001$), employees’ whose shifts alternate according to their employer needs (2.44 vs. all other categories with scores of 2.27 , 2.31 , 2.34 and 2.35 , $p = 0.012$) and employees who feel affected by the financial crisis due to occupational factors, such as changes in working hours and wages (2.33 vs. all other categories with scores of 2.12 , 2.13 and 2.21 , $p = 0.003$).

Regarding employees’ health status, “physical health component summary” (78.68 ± 14.87) and “mental health component summary” (69.37 ± 18.86) scores show that study sample employees had good physical health but that mental health levels were 9.31 points lower than those of physical health. “Health transition” scores (51.81 ± 17.42) indicate that most employees believe their health is about the same or somewhat worse than a year ago. The lowest ranked physical health indicator was “general health” (68.51 ± 17.53), showing a moderate to good self-assessment of their overall health status, while the lowest ranked mental health indicator was “vitality” (61.31 ± 20.65), indicating that workers had reduced vitality and energy, with high levels of fatigue.

In terms of dependence of the employees’ health status from employment precariousness, occupational stress, perceived effect of financial crisis and individual and occupational characteristics, several independent variables were found to correlate with dimensions of physical and mental health in the context of bivariate analysis and linear correlation analyzes. These variables were introduced in multivariate analyses, using stepwise method, generating models for predicting physical and mental health dimensions.

Regarding physical health dimensions, “physical functioning” was found to be independently associated with “marital status” ($\beta = 2.850$, $p = 0.001$), “years in the company” ($\beta = -0.410$, $p = 0.001$), “relevance between studies and job” ($\beta = 3.803$, $p = 0.023$) and “overall occupational stress” ($\beta = -14.583$, $p < 0.001$). “Physical functioning” was independently associated with “marital status” ($\beta = 2.850$, $p = 0.001$), “years in the company” ($\beta = -0.410$, $p = 0.001$), “relevance between studies and job” ($\beta = 3.803$, $p = 0.023$) and “overall occupational stress” ($\beta = -14.583$, $p < 0.001$). “Role physical” was independently associated with “rights” ($\beta = -2.815$, $p = 0.026$) and “overall occupational stress” ($\beta = -21.200$, $p < 0.001$). “Bodily pain” was independently associated only with “overall occupational stress” ($\beta = -23.959$, $p < 0.001$), whereas “general health” was independently associated with “exercise rights” ($\beta = -2.096$, $p = 0.022$) and “overall occupational stress” ($\beta = -15.738$, $p < 0.001$).

Regarding mental health dimensions, it “vitality” was found to be independently associated with “gender” ($\beta = -4.735$, $p = 0.009$), “years in the company” ($\beta = 0.211$, $p = 0.011$), “type of job” ($\beta = 5.646$, $p = 0.012$), “weekly working hours” ($\beta = -0.236$, $p = 0.011$), “vulnerability” ($\beta = 3.182$, $p = 0.013$) and “overall occupational stress” ($\beta = -30.233$, $p < 0.001$). “Social functioning” was independently associated with “gender” ($\beta = -6.206$, $p = 0.004$), “marital status” ($\beta = -3.225$, $p = 0.003$), “weekly working hours” ($\beta = -0.449$, $p < 0.001$) and “overall occupational stress” ($\beta = -27.015$, $p < 0.001$). “Role emotional” was independently associated with “weekly working hours” ($\beta = -0.296$, $p = 0.006$), “absenteeism” ($\beta = 0.433$, $p = 0.036$) and “overall occupational stress” ($\beta = -23.922$, $p < 0.001$). Employees’ “mental health” was independently associated with “marital status” ($\beta = -1.810$, $p = 0.037$), “type of job” ($\beta = 4.528$, $p = 0.029$) and “overall occupational stress” ($\beta = -24.411$, $p < 0.001$).

Regarding the indicator of “health transition”, it was independently associated only with “overall occupational stress” ($\beta = 10.429$, $p < 0.001$), whereas “physical health component summary” was associated with “gender” ($\beta = -4.776$, $p < 0.001$), “exercise rights” ($\beta = -2.620$, $p = 0.006$) and “overall occupational stress” ($\beta = -16.654$, $p < 0.001$) and “mental health component summary” was associated with “gender” ($\beta = -4.543$, $p = 0.004$), “marital status” ($\beta = -2.160$, $p = 0.006$), “type of job” ($\beta = 4.363$, $p = 0.023$),

“weekly working hours” ($\beta=-0.264$ $p=0.002$) and “overall occupational stress” ($\beta=-25.470$, $p<0.001$).

Levels of employment precariousness and occupational stress found in this study are similar to those found in other studies in Greece during the financial crisis. Self-assessed health status scores are relatively lower than those reported by most of the studies that used the same tool in Greece before the crisis, but higher than scores from studies conducted during the crisis.

In conclusion, although the overwhelming majority of surveyed employees felt affected by the financial crisis in Greece, this perceived effect did not appear to be an independent factor for the deterioration of employees' health status. It is estimated that occupational stress, as well as vulnerability, limited workers' rights and their inability to exercise them, which are related to the economic crisis and changes in employment conditions, are factors that have a negative impact on the health of employees in Greece.

Βιβλιογραφία

Aguilar-Palacio I, Carrera-Lasfuentes P, Rabanaque MJ. (2015). Youth unemployment and economic recession in Spain: influence on health and lifestyles in young people (16-24 years old). *Int J Public Health*, 60(4), 427-435. DOI: 10.1007/s00038-015-0668-9.

Akhter N, Bambra C, Mattheys K, Warren J, Kasim A. (2018). Inequalities in mental health and well-being in a time of austerity: Follow-up findings from the Stockton-on-Tees cohort study. *SSM Popul Health*, 22(6), 75-84. DOI: 10.1016/j.ssmph.2018.08.004.

Alli BO. (2008). Fundamental principles of occupational health and safety. International Labour Office- Geneva. Retrieved from http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@dgreports/@dcomm/@publ/documents/publication/wcms_093550.pdf

Alonso I, Vallejo F, Regidor E, Belza MJ, Sordo L, Otero-García L, Barrio G. (2017). Changes in directly alcohol-attributable mortality during the great recession by employment status in Spain: a population cohort of 22 million people. *J Epidemiol Community Health*, 71(8), 736-744. DOI: 10.1136/jech-2016-208759.

Andrikopoulos G, Tzeis S, Terentes-Printzios D, Varounis C, Vlachopoulos C, Mantas I, Patsilidakos S, Lampropoulos S, Olympios C, Kartalis A, Manolis A, Gotsis A, Triposkiadis F, Tsaknakis T, Goudevenos I, Kaprinis I, Pras A, Vasiliou F, Skoumpourdis E, Sakka G, Draganigos A, Vardas P. (2016). Impact of income status on prognosis of acute coronary syndrome patients during Greek financial crisis. *Clin Res Cardiol*, 105(6), 518-526. DOI: 10.1007/s00392-015-0948-7.

Antonakakis N, Collinsa A. (2014). The impact of fiscal austerity on suicide: On the empirics of a modern Greek tragedy. *Social Science & Medicine*, 112, 39-50. DOI: 10.1016/j.socscimed.2014.04.019.

Ardito C, d'Errico A, Leombruni R. (2014). Exposure to psychosocial factors at work and mental well-being in Europe. *Med Lav*, 105(2), 85-99.

Arroyo, E., Renart, G., & Saez, M. (2015). How the economic recession has changed the likelihood of reporting poor self-rated health in Spain. *International journal for equity in health*, 14, 149. DOI:10.1186/s12939-015-0285-5.

Astell-Burt T, Feng X. (2013). Health and the 2008 economic recession: evidence from the United Kingdom. *PLoS One*, 8(2), e56674. DOI: 10.1371/journal.pone.0056674.

Bacigalupe A, Esnaola S, Martín U. (2016). The impact of the Great Recession on mental health and its inequalities: the case of a Southern European region, 1997-2013. *Int J Equity Health*, 15(17). DOI: 10.1186/s12939-015-0283-7.

Barlow P, Reeves A, McKee M, Stuckler D. (2015). Austerity, precariousness, and the health status of Greek labour market participants: Retrospective cohort analysis of employed and unemployed persons in 2008-2009 and 2010-2011. *J Public Health Policy*, 36(4):452-468. DOI: 10.1057/jphp.2015.25.

Barr B, Kinderman P, Whitehead M. (2015). Trends in mental health inequalities in England during a period of recession, austerity and welfare reform 2004 to 2013. *Soc Sci Med*, 147, 324-331. DOI: 10.1016/j.socscimed.2015.11.009.

Barr B, Taylor-Robinson D, Scott-Samuel A, McKee M, Stuckler D. (2012). Suicides associated with the 2008-10 economic recession in England: time trend analysis. *BMJ*, 345, e5142. DOI: 10.1136/bmj.e5142.

Barroso C, Abásolo I, Cáceres JJ. (2016). Health inequalities by socioeconomic characteristics in Spain: the economic crisis effect. *International Journal for Equity in Health*, 15(62). DOI: 10.1186/s12939-016-0346-4.

Bartley M, Owen C. (1996). Relation between socioeconomic status, employment, and health during economic change, 1973–93. *BMJ*, 313(7055), 445-449.

Bartley M, Plewis I. (2002). Accumulated labour market disadvantage and limiting long-term illness: data from the 1971–91 Office for National Statistics' Longitudinal Study. *Int J Epidemiol*, 31(2), 336-341.

Bartoll X, Marí-Dell'Olmo M. (2016). Patterns of life expectancy before and during economic recession, 2003-12: a European regions panel approach. *Eur J Public Health*, 26(5), 783-788.

Basta M, Vgontzas A, Kastanaki A, Michalodimitrakis M, Kanaki K, Koutra K, Anastasaki M, Simos P. (2018). Suicide rates in Crete, Greece during the economic crisis: the effect of age, gender, unemployment and mental health service provision. *BMC Psychiatry*, 18(1), 356. DOI:10.1186/s12888-018-1931-4.

Baumbach A, Gulis G. (2014). Impact of financial crisis on selected health outcomes in Europe. *Eur J Public Health*, 24(3), 399-403. DOI: 10.1093/eurpub/cku042.

Benach J, Muntaner C, Solar O, Santana V, Quinlan M. (2010). Introduction to the WHO Commission on Social Determinants of Health Employment Conditions Network (EMCONET) study, with a glossary on employment relations. *International Journal of Health Services*, 40(2), 195-207. DOI: 10.2190/HS.40.2.a.

Benioudakis ES, Lykiardopoulos V, Georgiou V, Archontaki MD, Tsourounaki A, Botonaki G, Batzou A, Symiakos T, Seliniotaki T, Armagos A, Pentari A, Moiradorakis K, Darakis E, Melissari-Tzanakaki M. (2017). Suicide Attempts and Their Interrelation With the Economic Crisis in Chania, Greece: A Time-Series Analysis of the Period 2008-2015. *Prim Care Companion CNS Disord*, 19(1). DOI: 10.4088/PCC.16m02035.

Berger N, Van Oyen H, Cambois E, Fouweather T, Jagger C, Nusselder W, Robine JM. (2015). Assessing the validity of the Global Activity Limitation Indicator in

fourteen European countries. *BMC Med Res Methodol.* 15:1. DOI: 10.1186/1471-2288-15-1.

Blomqvist S, Burström B, Backhans MC. (2014). Increasing health inequalities between women in and out of work--the impact of recession or policy change? A repeated cross-sectional study in Stockholm county, 2006 and 2010. *Int J Equity Health*, 13:51. DOI: 10.1186/1475-9276-13-51.

Branas CC, Kastanaki AE, Michalodimitrakis M, Tzougas J, Kranioti EF, Theodorakis PN, Carr BG, Wiebe DJ. (2015). The impact of economic austerity and prosperity events on suicide in Greece: a 30-year interrupted time-series analysis. *BMJ Open* 2015;5:e005619. DOI: 10.1136/bmjopen-2014-005619.

Braveman P, Egerter S, Williams DR. (2011). The social determinants of health: Coming of age. *Annu Rev Public Health*, 32, 381-398.

Cetorelli N, Goldberg LS (2011). Global Banks and International Shock Transmission: Evidence from the Crisis. *IMF Economic Review*, 59(1), 41-76. DOI: 10.1057/imfer.2010.9.

Chatzigianni D, Tsounis A, Markopoulos N, Sarafis P. (2018). Occupational Stress Experienced by Nurses Working in a Greek Regional Hospital: A Cross-sectional Study. *Iran J Nurs Midwifery Res*, 23(6), 450-457. DOI: 10.4103/ijnmr.IJNMR_120_17.

Christodoulou C, Efstathiou V, Michopoulos I, Gkerekou M, Paraschakis A, Koutsaftis F, Douzenis A. (2017). The Economic Crisis in Greece and Its Impact on the Seasonality of Suicides in the Athens Greater Area. *Psychiatry Investig*, 14(1), 16-20. DOI: 10.4306/pi.2017.14.1.16.

Clair A, Loopstra R, Reeves A, McKee M, Dorling D, Stuckler D. (2016). The impact of housing payment problems on health status during economic recession: A comparative analysis of longitudinal EU SILC data of 27 European states, 2008-2010. *SSM Popul Health*, 2, 306-316. DOI: 10.1016/j.ssmph.2016.05.006.

Clair A, Reeves A, Loopstra R, McKee M, Dorling D, Stuckler D. (2016). The impact of the housing crisis on self-reported health in Europe: multilevel longitudinal modelling of 27 EU countries. *Eur J Public Health*, 26(5), 788-793.

Coope C, Donovan J, Wilson C, Barnes M, Metcalfe C, Hollingworth W, Kapur N, Hawton K, Gunnell D. (2015). Characteristics of people dying by suicide after job loss, financial difficulties and other economic stressors during a period of recession (2010-2011): A review of coroners' records. *J Affect Disord*, 183, 98-105. DOI: 10.1016/j.jad.2015.04.045.

Coope C, Gunnell D, Hollingworth W, Hawton K, Kapur N, Fearn V, Wells C, Metcalfe C. (2014). Suicide and the 2008 economic recession: who is most at risk? Trends in suicide rates in England and Wales 2001-2011. *Soc Sci Med*, 117, 76-85. DOI: 10.1016/j.socscimed.2014.07.024.

Corcoran P, Griffin E, Arensman E, Fitzgerald AP, Perry IJ. (2015). Impact of the economic recession and subsequent austerity on suicide and self-harm in Ireland: An interrupted time series analysis. *Int J Epidemiol*, 44(3), 969-77. DOI: 10.1093/ije/dyv058.

Crotty J. (2009). Structural causes of the global financial crisis: a critical assessment of the 'new financial architecture'. *Cambridge Journal of Economics*, 33(4), 563-580. DOI: 10.1093/cje/bep023.

De Vogli R, Vieno A, Lenzi M. (2014). Mortality due to mental and behavioral disorders associated with the Great Recession (2008-10) in Italy: a time trend analysis. *Eur J Public Health*, 24(3), 419-421. DOI: 10.1093/eurpub/ckt173.

De Witte H. (2005). Job Insecurity: Review of the international literature on definitions, prevalence, antecedents and consequences. *Journal of Industrial Psychology*, 31(4), 1-6.

Doogan K. (2005). Long-term Employment and the Restructuring of the Labour Market in Europe. *Time & Society*, 14(1), 65-87. DOI: 10.1177/0961463X05050414

Drydakis N. (2015). The effect of unemployment on self-reported health and mental health in Greece from 2008 to 2013: a longitudinal study before and during the financial crisis. *Soc Sci Med*, 128, 43-51. DOI: 10.1016/j.socscimed.2014.12.025.

Economou M, Angelopoulos E, Peppou LE, Souliotis K, Tzavara C, Kontoangelos K, Madianos M, Stefanis C. (2016). Enduring financial crisis in Greece: prevalence and correlates of major depression and suicidality. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 51(7), 1015-1024. DOI: 10.1007/s00127-016-1238-z.

Economou M, Madianos M, Peppou LE, Theleritis C, Patelakis A, Stefanis C. (2013). Suicidal ideation and reported suicide attempts in Greece during the economic crisis. *World Psychiatry*, 12(1), 53-9. DOI: 10.1002/wps.20016.

European Agency for Safety and Health at Work. (2007). Expert forecast on emerging psychosocial risks related to occupational safety and health. *Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg*. Available at <http://osha.europa.eu/en/publications/reports/7807118>.

European Commission. (2009). Economic and Financial Affairs: Economic crisis in Europe: Causes, consequences and responses. *European Economy, Brussels*. DOI: 10.2765/84540

European Commission. (2010). Το πρόγραμμα οικονομικής προσαρμογής για την Ελλάδα. *Occasional Papers*, 61. Available at http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/occasional_paper/2010/pdf/ocp61_el.pdf

European Commission. (2012). The Second Economic Adjustment Programme for Greece. *Occasional Papers*, 94. DOI: 10.2765/20231.

European Commission. (2013). The second economic adjustment programme for Greece- Second review- May 2013. *Occasional Papers*, 148. DOI: 10.2765/49742.

European Commission. (2014). Flash Eurobarometer 398 WORKING CONDITIONS REPORT. Available at http://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/flash/fl_398_en.pdf

European Stability Mechanism. (2015). ESM Board of Governors approves ESM programme for Greece. Available at <https://www.esm.europa.eu/press-releases/esm-board-governors-approves-esm-programme-greece>

Eurostat. (2008). NACE Rev. 2 Statistical classification of economic activities in the European Community. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.

Eurostat. (2016). Temporary employment in the EU. Available at <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/DDN-20170502-1>

Faresjö Å, Theodorsson E, Chatziarzenis M, Sapouna V, Claesson HP, Koppner J, Faresjö T. (2013). Higher perceived stress but lower cortisol levels found among young Greek adults living in a stressful social environment in comparison with Swedish young adults. *PLoS One*, 8(9), e73828. DOI: 10.1371/journal.pone.0073828.

Fernandes C, Pereira A. (2016). Exposure to psychosocial risk factors in the context of work: a systematic review. *Revista de Saúde Pública*, 50:24. DOI:10.1590/S1518-8787.2016050006129.

Fernández-Navarro P, Barrigón ML, Lopez-Castroman J, Sanchez-Alonso M, Páramo M, Serrano M, Arrojo M, Baca-García E. (2016). Suicide mortality trends in Galicia, Spain and their relationship with economic indicators. *Epidemiol Psychiatr Sci*, 25(5),475-484.

Ferrando J, Palència L, Gotsens M, Puig-Barrachina V, Marí-Dell'Olmo M, Rodríguez-Sanz M, Bartoll X, Borrell C. (2018). Trends in cancer mortality in Spain: the influence of the financial crisis. *Gac Sanit*, pii: S0213-9111(18)30005-0. DOI: 10.1016/j.gaceta.2017.11.008.

Ferrarini, T, Nelson K, Sjöberg, O. (2014). Unemployment insurance and deteriorating self-rated health in 23 European countries. *Journal of epidemiology and community health*, 68(7), 657-62. DOI: 10.1136/jech-2013-203721.

Fiori F, Rinesi F, Spizzichino D, Di Giorgio G. (2016). Employment insecurity and mental health during the economic recession: An analysis of the young adult labour force in Italy. *Soc Sci Med*, 153, 90-98. DOI: 10.1016/j.socscimed.2016.02.010.

FOHNEU. (1995). A core curriculum for a post basic course in Occupational Health Nursing: The framework for discussion for FOHNEU members, Luxembourg.

FOHNEU. (2014). FOHNEU CORE CURRICULUM 3rd edition. Available at http://www.fohneu.org/files/Sue/Docs/CORE%20CURRICULUM_2014.pdf

Fornell B, Correa M, López Del Amo MP, Martín JJ. (2018). Influence of changes in the Spanish labor market during the economic crisis (2007-2011) on perceived health. *Qual Life Res*, 27(8), 2095-2105. DOI: 10.1007/s11136-018-1824-5.

Fountoulakis KN, Savopoulos C, Apostolopoulou M, Dampali R, Zaggelidou E, Karlafti E, Fountoukidis I, Kountis P, Limenopoulos V, Plomaritis E, Theodorakis P, Hatzitolios AI. (2015). Rate of suicide and suicide attempts and their relationship to unemployment in Thessaloniki Greece (2000-2012). *J Affect Disord*, 174, 131-136. DOI: 10.1016/j.jad.2014.11.047.

Ganster, D, Rosen C. (2013). Work stress and employee health: a multidisciplinary review. *Journal of management*, 39(5), 1085-1122.

Gili M, Roca M, Basu S, McKee M, Stuckler D. (2012). The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centres, 2006 and 2010. *Eur J Public Health*, 23(1):103-108. DOI: 10.1093/eurpub/cks035.

Graeve C, McGovern P, Nachreiner NM, Ayers L. (2014). Establishing the Value of Occupational Health Nurses' Contributions to Worker Health and Safety: A Pilot Test of a User-Friendly Estimation Tool. *Workplace Health & Safety*, 62(1), 36 – 41.

Greenhalgh L, Rosenblatt Z. (1984). Job insecurity: Toward conceptual clarity. *Academy of management review*, 9(3), 438-448.

Grunfeld E, Whelan TJ, Zitzelsberger L, Willan AR, Montesanto B, Evans WK. (2000). Cancer care workers in Ontario: prevalence of burnout, job stress and job satisfaction. *CMAJ*, ;163(2), 166-169.

Hacker JS. (2006). *The Great Risk Shift: The Assault on American Jobs, Families, Health Care and Retirement and How You Can Fight Back*. Oxford: Oxford University Press.

Hawton K, Bergen H, Geulayov G, Waters K, Ness J, Cooper J, Kapur N. (2015). Impact of the recent recession on self-harm: Longitudinal ecological and patient-level investigation from the Multicentre Study of Self-harm in England. *J Affect Disord*, 191, 132-138. DOI: 10.1016/j.jad.2015.11.001.

Health and Safety Executive. (2007). HSC Chair highlights real health and safety issues affecting Britain's workforce. Available at <http://www.hse.gov.uk>

Heaney C, Israel B, House J. (1994). Chronic job insecurity among automobile workers: Effects on job satisfaction and health. *Social Science and Medicine*, 38(10), 1431-1437.

Helleiner E. (2014). *The Status Quo Crisis: Global Financial Governance After the 2008 Meltdown*. Oxford University Press.

Hessel P, Vandroos S, Avendano M. (2018). The differential impact of the financial crisis on health in Ireland and Greece: a quasi-experimental approach. *Public Health*, 128(10), 911-919. DOI: 10.1016/j.puhe.2014.08.004.

Hong O. (2003). The globalization of occupational health nursing – advancing education, practice, and research. *AAOHN J*, 51(2), 54.

Houdmont J, Kerr R, Addley K. (2012). Psychosocial factors and economic recession: the Stormont Study. *Occup Med (Lond)*, 62(2), 98-104. DOI: 10.1093/occmed/kqr216.

http://www.statistics.gr/el/statistics?p_p_id=documents_WAR_publicationsportlet_INSTANCE_qDQ8fBKKo4IN&p_p_lifecycle=2&p_p_state=normal&p_p_mode=view&p_p_cacheability=cacheLevelPage&p_p_col_id=column-2&p_p_col_count=4&p_p_col_pos=1&_documents_WAR_publicationsportlet_INSTANCE_qDQ8fBKKo4IN_javax.faces.resource=document&_documents_WAR_publicationsportlet_INSTANCE_qDQ8fBKKo4IN_in=downloadResources&_documents_WAR_publicationsportlet_INSTANCE_qDQ8fBKKo4IN_documentID=309190&_documents_WAR_publicationsportlet_INSTANCE_qDQ8fBKKo4IN_locale=el

Huijts T, Reeves A, McKee M, Stuckler D. (2015). The impacts of job loss and job recovery on self-rated health: testing the mediating role of financial strain and income. *Eur J Public Health*, 25(5), 801-806. DOI: 10.1093/eurpub/ckv108.

Hunter D. (1978). The diseases of occupations. *Occupational Medicine*, 28(4), 154. DOI: 10.1093/occmed/28.4.154.

I.L.O. (1993). Resolution concerning the International Classification of Status in Employment (ICSE), Fifteenth International Conference of Labour Statisticians. Available at http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---stat/documents/normativeinstrument/wcms_087562.pdf

I.L.O. (2015). Non-standard forms of employment. Report for discussion at the Meeting of Experts on Non-Standard Forms of Employment (Geneva, 16–19 February 2015). Available at http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed_protect/@protrav/@travail/documents/meetingdocument/wcms_336934.pdf

IMF. (2013) World Economic and Financial Surveys: World Economic Outlook database. Available at <http://www.imf.org/external/pubs/ft/weo/2013/01/weodata/index.aspx>

IMF. (2016). The IMF and the Crises in Greece, Ireland, and Portugal. Available at <http://www.ieo-imf.org/ieo/files/completedevaluations/EAC%20-%20Full%20Report.pdf> <http://www.ieo-imf.org/ieo/files/completedevaluations/EAC%20-%20Full%20Report.pdf>

Isabel RP, Miguel RB, Antonio RG, Oscar MG. (2017). Economic crisis and suicides in Spain. Socio-demographic and regional variability. *Eur J Health Econ*, 18(3), 313-320. DOI: 10.1007/s10198-016-0774-5.

June KJ, Hong O, Cho TR. (2003). Occupational health nursing practice, education, and research in Korea: an international update. *AAOHN J*, 51(2), 65–71.

Kanamori S, Kai Y, Kawamata K, Kusumoto M, Takamiya T, Ohya Y, Odagiri Y, Fukushima N, Inoue S. (2015). The association between the presence of occupational health nurses at Japanese worksites and health promotion activities. *Sangyo Eiseigaku Zasshi*, 57(6), 297-305. DOI: 10.1539/sangyoeisei.B15006.

Katikireddi SV, Niedzwiedz CL, Popham F. (2012). Trends in population mental health before and after the 2008 recession: a repeat cross-sectional analysis of the 1991–2010 Health Surveys of England. *BMJ Open*, 2:e001790. DOI: 10.1136/bmjopen-2012-001790.

Katikireddi SV, Niedzwiedz CL, Popham F. (2016). Employment status and income as potential mediators of educational inequalities in population mental health. *Eur J Public Health*. 26(5), 814-816.

Kentikelenis A, Karanikolos M, Papanicolas I, Basu S, McKee M, Stuckler D. (2011). Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy. *Lancet*, 378(9801):1457-1458. doi: 10.1016/S0140-6736(11)61556-0.

Kim JI, Kim G. (2017). Socio-ecological perspective of older age life expectancy: income, gender inequality, and financial crisis in Europe. *Global Health*. 13(1), 58. DOI: 10.1186/s12992-017-0279-8.

Koh D, Aw T. (2003). Surveillance in occupational health. *Occupational and Environmental Medicine*, 60,705-710.

Kontaxakis V, Papaslanis T, Havaki-Kontaxaki B, Tsouvelas G, Giotakos O, Papadimitriou GN. (2013). Suicide in Greece: 2001-2011. *Psychiatriki*, 24(3), 170-4.

Kouretas GP, Vlamis P. (2010). The Greek Crisis: Causes and Implications. *PANOECONOMICUS*, 4, 391-404. DOI: 10.2298/PAN1004391K.

Kyriacou C. (2001). Teacher stress: Directions for future research. *Educational Review*, 53(1), 27-35.

László KD, Pikhart H, Kopp MS, Bobak M, Pajak A, Malyutina S, Salavec G, Marmot M. (2010). Job insecurity and health: a study of 16 European countries. *Soc Sci Med*, 70(6), 867-874. DOI: 10.1016/j.socscimed.2009.11.022.

Latsou D, Geitona M. (2018). The Effects of Unemployment and Economic Distress on Depression Symptoms. *Mater Sociomed*, 30(3), 180-184. DOI: 10.5455/msm.2018.30.180-184.

Leinonen T, Viikari-Juntura E, Husgafvel-Pursiainen K, Soloviena S. (2018). Cause-specific sickness absence trends by occupational class and industrial sector in the context of recent labour market changes: a Finnish panel data study. *BMJ Open*, 8:e019822. DOI: 10.1136/bmjopen-2017-019822.

Leka S, Jain A. (2010). Health Impact of Psychosocial Hazards at Work: An Overview, World Health Organization, Geneva, 2010. Available at http://whqlibdoc.int/publications/2010/9789241500272_eng.pdf.

Leka, S, Cox T, Zwetsloot G. (2008). The European framework for psychosocial risk management (PRIMA-EF). In S. Leka, & T. Cox (Eds), *The European Framework for Psychosocial Risk Management* (pages 1-16). Nottingham: I-WHO.

Lindstrom K, Borg V, Dallner M, Elo AL, Gamberale F, Knardahl S, Orhede E, Raivola P. (1995). *Measurement of Psychological and Social Factors at Work*. Nordic Council of Ministers. Copenhagen 1995 (pages 84-86).

Lindström M, Giordano GN. (2016). The 2008 financial crisis: Changes in social capital and its association with psychological wellbeing in the United Kingdom - A panel study. *Soc Sci Med*, 153, 71-80. DOI: 10.1016/j.socscimed.2016.02.008.

Loopstra R, McKee M, Katikireddi SV, Taylor-Robinson D, Barr B, Stuckler D. (2016). Austerity and old-age mortality in England: a longitudinal cross-local area analysis. *J R Soc Med*, 109(3), 109-116. DOI: 10.1177/0141076816632215.

López Del Amo González MP, Benítez V, Martín-Martín JJ. (2018). Long term unemployment, income, poverty, and social public expenditure, and their relationship with self-perceived health in Spain (2007-2011). *BMC Public Health*, 18(1), 133. DOI: 10.1186/s12889-017-5004-2.

Mackenbach JP, Valverde JR, Artnik B, Bopp M, Brønnum-Hansen H, Deboosere P, Kalediene R, Kovács K, Leinsalu M, Martikainen P, Menvielle G, Regidor E, Rychtaříková J, Rodriguez-Sanz M, Vineis P, White C, Wojtyniak B, Hu Y, Nusselder WJ. (2018). Trends in health inequalities in 27 European countries. *Proc Natl Acad Sci USA*, 115(25), 6440-6445. DOI: 10.1073/pnas.1800028115.

Maruthappu M, Zhou C, Williams C, Zeltner T, Atun R. (2017). Unemployment and HIV mortality in the countries of the Organisation for Economic Co-operation and Development: 1981-2009. *JRSM Open*, 8(7), 2054270416685206. DOI: 10.1177/2054270416685206.

Matsaganis M. (2012). Social policy in hard times: the case of Greece. *Crit Soc Pol*, 32, 406-421.

Mattei G, Pistoiresi B. (2018). Unemployment and suicide in Italy: evidence of a long-run association mitigated by public unemployment spending. *Eur J Health Econ*. DOI: 10.1007/s10198-018-1018-7.

Mazeikaite G, O'Donoghue C, Sologon DM. (2018). The Great Recession, financial strain and self-assessed health in Ireland. *Eur J Health Econ*. DOI: 10.1007/s10198-018-1019-6.

McCullagh MC. (2012). Occupational Health Nursing Education for the 21st Century. *Workplace Health Saf*, 60(4), 167-76. DOI: 10.3928/21650799-20120328-21.

Mechili AE, Kalokairinou A, Kaitelidou D, Diomidous M. (2015). Greece Financial Crisis and Quality of Life. *Stud Health Technol Inform*, 213:207-209.

Moncho J, Pereyra-Zamora P, Tamayo-Fonseca N, Giron M, Gómez-Beneyto M, Nolasco A. (2018). Is recession bad for your mental health? The answer could be complex: evidence from the 2008 crisis in Spain. *BMC Med Res Methodol*, 18(1), 78. DOI: 10.1186/s12874-018-0538-2.

National institute for occupational safety and health. (1999). Stress at work. DHHS (NIOSH) Publication Number 99-101. Available at <https://www.cdc.gov/niosh/docs/99-101/default.html>.

National Research Council (US) Committee on Occupational Health and Safety in the Care and Use of Nonhuman Primates. (2003). Occupational Health and Safety in the Care and Use of Nonhuman Primates. Washington (DC): National Academies Press. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK43454/>

Niedzwiedz CL, Katikireddi SV, Reeves A, McKee M, Stuckler D. (2017). Economic insecurity during the Great Recession and metabolic, inflammatory and liver function biomarkers: analysis of the UK Household Longitudinal Study. *J Epidemiol Community Health*. DOI: 10.1136/jech-2017-209105-.

Nikolopoulos GK, Sypsa V, Bonovas S, Paraskevis D, Malliori-Minerva M, Hatzakis A, Friedman SR. (2015). Big Events in Greece and HIV Infection Among People Who Inject Drugs. *Subst Use Misuse*, 50(7), 825-38. DOI: 10.3109/10826084.2015.978659.

Norström T, Grönqvist H. (2015). The Great Recession, unemployment and suicide. *J Epidemiol Community Health*, 69, 110-116.

OECD. (2009). OECD Employment Outlook Tackling the Jobs Crisis. Available at <http://www.oecd.org/els/emp/45219634.pdf>.

OECD. (2017). How does GREECE compare? Employment Outlook 2017, DOI: 10.1787/empl_outlook-2017-en.

OECD. (2018). Gross domestic product (GDP) (indicator). DOI: 10.1787/dc2f7aec-en.

Oikonomou N, Mariolis A. (2010). How is Greece conforming to Alma Ata's principles in the middle of its biggest financial crisis? *Brit J Gen Pract*, 2010, 456-457.

OSHA. (2012). Πανερωπαϊκή έρευνα γνώμης σχετικά με την ασφάλεια και την υγεία στο χώρο εργασίας. Available at <https://osha.europa.eu/en/surveys-and-statistics-osh/european-opinion-polls-safety-and-health-work>.

OSHWiki contributors. (2015). Work-related stress: Nature and management. Available at https://oshwiki.eu/index.php?title=Work-related_stress:_Nature_and_management&oldid=243733.

Pappa E, Kontodimopoulos N, Niakas D. (2005). Validating and norming of the Greek SF-36 Health Survey. *Quality of Life Research*, 14, 1433–1438. DOI: 10.1007/s11136-004-6014-y.

Paraskevis D, Nikolopoulos G, Fotiou A, Tsiara C, Paraskeva D, Sypsa V, Lazanas M, Gargalianos P, Psychogiou M, Skoutelis A, Wiessing L, Friedman SR, Jarlais DC, Terzidou M, Kremastinou J, Malliori M, Hatzakis A. (2013). Economic Recession and

Emergence of an HIV-1 Outbreak among Drug Injectors in Athens Metropolitan Area: A Longitudinal Study. *PLoS One*, 8(11), e78941. DOI: 10.1371/journal.pone.0078941.

Pompili M, Vichi M, Innamorati M, Lester D, Yang B, De Leo D, Girardi P. (2014). Suicide in Italy during a time of economic recession: some recent data related to age and gender based on a nationwide register study. *Health Soc Care Community*, 22(4), 361-7. DOI: 10.1111/hsc.12086.

Rachiotis G, Stuckler D, McKee M, Hadjichristodoulou C. (2015). What has happened to suicides during the Greek economic crisis? Findings from an ecological study of suicides and their determinants (2003–2012). *BMJ Open*, 5:e007295. DOI: 10.1136/bmjopen-2014-007295.

Rajani NB, Giannakopoulos G, Filippidis FT. (2016). Job insecurity, financial difficulties and mental health in Europe. *Occup Med (Lond)*, pii: kqw111.

Rantanen J, World Health Organization. (1994). New epidemics in occupational health: proceedings of the International Symposium on New Epidemics in Occupational Health, 16-19 May 1994, Helsinki, Finland.

Reeves A, Basu S, McKee M, Marmot M, Stuckler D. (2013). Austere or not? UK coalition government budgets and health inequalities. *J R Soc Med*, 106, 432-436.

Reile R, Helakorpi S, Klumbiene J, Tekkel M, Leinsalu M. (2014). The recent economic recession and self-rated health in Estonia, Lithuania and Finland: a comparative cross-sectional study in 2004-2010. *J Epidemiol Community Health*, 68(11), 1072-9. DOI: 10.1136/jech-2014-204196.

Rönblad T, Grönholm E, Jonsson J, Koranyi I, Orellana C, Kreshpaj B, Chen L, Stockfelt L, Bodin T. (2019). Precarious employment and mental health: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Scand J Work Environ Health*, DOI:10.5271/sjweh.3797

Rosenthal U, Charles M, Hart P. (1989). Coping with crises: The management of disasters, riots, and terrorism, C.C. Thomas, Springfield, IL.

Ruiz-Pérez Em I, Bermúdez-Tamayo C, Rodríguez-Barranco M. (2017). Socio-economic factors linked with mental health during the recession: a multilevel analysis. *International Journal for Equity in Health*, 16,45. DOI: 10.1186/s12939-017-0518-x.

Saurina C, Bragulat B, Saez M, López-Casasnovas G. (2013). A conditional model for estimating the increase in suicides associated with the 2008-2010 economic recession in England. *J Epidemiol Community Health*, 67(9), 779-87. DOI: 10.1136/jech-2013-202645.

Saurina C, Marzo M, Saez M. (2015). Inequalities in suicide mortality rates and the economic recession in the municipalities of Catalonia, Spain. *Int J Equity Health*, 14, 75. DOI: 10.1186/s12939-015-0192-9.

Schwartz ND. (2010). In and out of each other's European wallets. The New York Times. Available at <http://www.nytimes.com/2010/05/02/weekinreview/02schwartz.html>.

Sharpe WF. (1963). A Simplified Model for Portfolio Analysis. *Management Science*, 9(2) ,277-293.

Stavrianakos K, Kontaxakis V, Moussas G, Paplos K, Papaslanis T, Havaki-Kontaxaki B, Papadimitriou G. (2014). Attempted suicide during the financial crisis in Athens. *Psychiatriki*, 25(2): 104-10.

Stewart M. (2014). 11 Common Stress Triggers. Available at <http://www.wholeliving.com/136234/11-common-stresstriggers/%40center/136756/stress-relief-your-guided-tour>.

Strasser PB, Hart PA, Olson DK, Fredrickson AL, McGovern P. (2006). Competencies Most Valued by Employers—Implications for Master's-Prepared

Occupational Health Nurses, *Workplace Health & Safety*, 54(7), 327-335, DOI: 10.1177/216507990605400705.

Strasser PB, Alleyne J, Bonner A. (2009). Occupational Health Nurses' Roles, Credentials, and Continuing Education in Ontario, Canada, *AAOHN Journal*, 57(9), 389.

Stuckler D, Basu S. (2013). *The body economic: why austerity kills*. New York, NY: Basic Books.

Sverke M, Hellgren J, Näswall K. (2002). No security: A meta-analysis and review of job insecurity and its consequences. *Journal of Occupational Health Psychology*, 7 (3), 242-264.

Thomson RM, Katikireddi SV. (2018). Mental health and the jilted generation: Using age-period-cohort analysis to assess differential trends in young people's mental health following the Great Recession and austerity in England. *Soc Sci Med*, 214, 133-143. DOI: 10.1016/j.socscimed.2018.08.034.

Thomson RM, Niedzwiedz CL, Katikireddi SV. (2018). Trends in gender and socioeconomic inequalities in mental health following the Great Recession and subsequent austerity policies: a repeat cross-sectional analysis of the Health Surveys for England. *BMJ Open*, 8:e022924. DOI: 10.1136/bmjopen-2018-022924.

Toffoluttia V, Suhrckeab M. (2014). Assessing the short term health impact of the Great Recession in the European Union: A cross-country panel analysis. *Preventive Medicine*, 64, 54-62. DOI: 10.1016/j.ypmed.2014.03.028.

Tøge AG. (2016). Health Effects of Unemployment in Europe During the Great Recession: The Impact of Unemployment Generosity. *Int J Health Serv*, 46(4), 614-41. DOI: 10.1177/0020731416664688.

Tsopoki VM, Laiou E, Tziaferi S, Velonakis E, Sourtzi P. (2018). Translation and Psychometric Properties of the Occupational Stress Questionnaire (OSQ) in a

Sample of Greek Workers. *International Journal Of Occupational Health and Public Health Nursing*, 5(2), 7-22.

Tsutsumi A, Kayaba, K, Kario, K, Ishikawa S. (2009). Prospective study on occupational stress and risk of stroke. *Archives of Internal Medicine*, 169(1), 56- 61.

Tziaferi S. (2016). Status of Occupational Health Nursing (OHN) in Greece. *TYÖTERVEYSHoitaja*, 3, 16-17.

United Nations Human Rights. (1948). Universal Declaration of Human Rights. Available at <http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Pages/Language.aspx?LangID=grk>.

Vanderoost F, van der Wielen S, van Nunen K, Van Hal G. (2013). Employment loss during economic crisis and suicidal thoughts in Belgium: a survey in general practice. *Br J Gen Pract*, 63(615), e691-7. DOI: 10.3399/bjgp13X673702.

Vandoros S, Hessel P, Leone T, Avendano M. (2013). Have health trends worsened in Greece as a result of the financial crisis? A quasi-experimental approach. *Eur J Public Health*, 23(5), 727-31. Doi: 10.1093/eurpub/ckt020.

Vermeiren M. (2013). The Crisis of US Monetary Hegemony and Global Economic Adjustment. *Globalizations*. DOI: 10.1080/14747731.2013.786247.

Ware J, Jr. Kosinski M. Bjorner JB. Turner-Bowker DM. Gandek B, Maruish ME. (2008). SF-36v2R Health SurveyQ Administration guide for clinical trial investigators. Lincoln0. RI: QualityMetric Incorporated.

Ware J, Snoww K, Kosinski MA, Gandek BG. (1993). SF36 Health Survey: Manual and Interpretation Guide. Lincoln0. RI: Quality Metric0. Inc0. 1993. 30.

Whitake S, Baranski B. (2001). The role of the occupational health nurse in the workplace health management. WHO Regional Office for Europe. Available at <http://www.who.int/iris/handle/10665/108433>.

World Health Organization. (1946). World Health Organization Constitution. In Basic Documents 1946.

World Health Organization. (2015). Global Adult Tobacco Survey: Greece 2013. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Available at <http://www.who.int/tobacco/surveillance/survey/gats/grc/en/>.

World Health Organization. (2015). Global Health Observatory (GHO) data Geneva. Available at <http://www.who.int/gho/en/>.

World Health Organization. (2016). WHO Regional Office for Europe 2016. Greece Profile of Health and Well-being. Available at http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/308836/Profile-Health-Well-being-Greece.pdf?ua=1.

Zavras D, Tsiantou V, Pavi E, Mylona K, Kyriakopoulos J. (2012). Impact of economic crisis and other demographic and socioeconomic factors on self-rated health in Greece. *Eur J Public Health*, 23, 206-210.

Zavras D, Tsiantou V, Pavi E, Mylona K, Kyriopoulos J. (2013). Impact of economic crisis and other demographic and socio-economic factors on self-rated health in Greece. *Eur J Public Health*, 23(2), 206-210. DOI: 10.1093/eurpub/cks143.

Βουλή των Ελλήνων. (2008). ΣΥΝΤΑΓΜΑ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ Όπως αναθεωρήθηκε με το Ψήφισμα της 27ης Μαΐου 2008 της Η' Αναθεωρητικής Βουλής των Ελλήνων. ISBN: 978-960-560-097-6. Available at http://www.hellenicparliament.gr/UserFiles/f3c70a23-7696-49db-9148-f24dce6a27c8/SYNTAGMA1_1.pdf.

Βουλή των Ελλήνων. (2010). ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 3850 Κύρωση του Κώδικα νόμων για την υγεία και την ασφάλεια των εργαζομένων. ΦΕΚ Α 84/2-6-2010.

Γαλάνης Π. (2012). Μεθοδολογία δειγματοληψίας στις επιδημιολογικές μελέτες. *Εφαρμοσμένη Ιατρική Έρευνα*, 290(50), 632- 637.

ΓΣΕΕ. (2012). Η κατάσταση υγείας του πληθυσμού στην Ελλάδα- Προσδόκιμο επιβίωσης και προσδόκιμο υγείας. Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών

Εξελίξεων. Available at <http://ineobservatory.gr/wp-content/uploads/2014/08/meleti20.pdf>

ΕΛΣΤΑΤ. (2014). Έρευνα Υγείας: Έτος 2014. Available at http://www.statistics.gr/el/statistics?p_p_id=documents_WAR_publicationsportlet_INSTANCE_qDQ8fBKKo4IN&p_p_lifecycle=2&p_p_state=normal&p_p_mode=view&p_p_cacheability=cacheLevelPage&p_p_col_id=column-2&p_p_col_count=4&p_p_col_pos=1&_documents_WAR_publicationsportlet_INSTANCE_qDQ8fBKKo4IN_javax.faces.resource=document&_documents_WAR_publicationsportlet_INSTANCE_qDQ8fBKKo4IN_in=downloadResources&_documents_WAR_publicationsportlet_INSTANCE_qDQ8fBKKo4IN_documentID=223072&_documents_WAR_publicationsportlet_INSTANCE_qDQ8fBKKo4IN_locale=el

ΕΛΣΤΑΤ. (2018). Έρευνα Εργατικού Δυναμικού: Ιανουάριος 2018. Available at

Ερευνητική Μονάδα Οικονομικής Κρίσης. (2011). Η οικονομική κρίση στην Ελλάδα και την Ευρώπη το 2011. *Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων*. Available at <https://www.inegsee.gr/wp-content/uploads/2014/04/files/study-17.pdf>

Ευρωπαϊκή Ένωση. (2004). Ευρωπαϊκή συμφωνία-πλαίσιο για το εργασιακό άγχος. Available at <http://www.etuc.org/press/agreement#.VBFM-KPit8E>

Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο. (1991). Οδηγία 91/383/ΕΟΚ του Συμβουλίου της 25ης Ιουνίου 1991 για τη συμπλήρωση των μέτρων που αποσκοπούν στο να προαγάγουν τη βελτίωση της ασφάλειας και της υγείας κατά την εργασία των εργαζομένων με σχέση εργασίας ορισμένου χρόνου ή με σχέση πρόσκαιρης εργασίας. Available at <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/TXT/HTML/?uri=CELEX:31991L0383&from=EN>

Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο. (1991). Οδηγία 91/533/ΕΟΚ του Συμβουλίου της 14ης Οκτωβρίου 1991 σχετικά με την υποχρέωση του εργοδότη να ενημερώνει τον εργαζόμενο για τους όρους που διέπουν τη σύμβαση ή τη σχέση εργασίας.

Available at <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/TXT/HTML/?uri=CELEX:31991L0533&from=EN>

Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο. (1999). Οδηγία 1999/70/ΕΚ του Συμβουλίου της 28ης Ιουνίου 1999 σχετικά με τη συμφωνία πλαίσιο για την εργασία ορισμένου χρόνου που συνήφθη από τη CES, την UNICE και το CEEP. Available at <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/TXT/HTML/?uri=CELEX:31999L0070&from=EN>

Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο. (2003). Οδηγία 2003/88/ΕΚ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου, της 4ης Νοεμβρίου 2003, σχετικά με ορισμένα στοιχεία της οργάνωσης του χρόνου εργασίας. Available at <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/TXT/HTML/?uri=CELEX:32003L0088&from=EN>

Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο. (2008). DIRECTIVE 2008/104/EC OF THE EUROPEAN PARLIAMENT AND OF THE COUNCIL of 19 November 2008 on temporary agency work. Available at <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/HTML/?uri=CELEX:32008L0104&from=EN>

Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία. (2013). Οδηγός εκστρατείας Διαχείριση του άγχους και των ψυχοκοινωνικών κινδύνων στην εργασία. Available at <https://www.openbook.gr/diaxeirisi-tou-agchous-se-asfaleis-kai-ygieis-xwrous-ergasias/>

Ξαφά Μ. (2011). Από τη διεθνή κρίση στην κρίση της Ευρωζώνης και της Ελλάδας: Τι μας επιφυλάσσει το μέλλον. Εκδοτικός Οργανισμός Λιβάνη.

Πουρνάρα Σ. (2012). Η επίδραση της οικονομικής κρίσης στην επίδοση των ελληνικών επιχειρήσεων, Διπλωματική εργασία, Πανεπιστήμιο Πατρών, Τμήμα Διοίκησης Επιχειρήσεων Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα σπουδών «Νέες αρχές διοίκησης επιχειρήσεων».

Σερετίδου Δ. (2012). Οικονομική Κρίση στην Ελλάδα: Πως φτάσαμε και που πάμε; Available at <https://dspace.lib.uom.gr/bitstream/2159/15189/3/SeretidouDimitraMsc2012.pdf>

Σπυρόπουλος ΓΠ. (2000). Υγεία, Ασφάλεια και Συνθήκες Εργασίας στην Ελλάδα: Εξελίξεις και Προοπτικές. *Αντ.Ν.Σάκκουλας*.

Συμβούλιο των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων. (1989). ΟΔΗΓΙΑ ΤΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ της 12ης Ιουνίου 1989 σχετικά με την εφαρμογή μέτρων για την προώθηση της βελτίωσης της ασφάλειας και της υγείας των εργαζομένων κατά την εργασία (89/391 /ΕΟΚ). Επίσημη Εφημερίδα των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων. Αριθ . L 183/ 1. Available at <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/TXT/PDF/?uri=CELEX:31989L0391&from=EL>

Παράρτημα 1
Πίνακας Μελετών Συστηματικής Ανασκόπησης

Συγγραφείς		Τίτλος	Έτος δημοσίευσης	Υπό μελέτη χώρα/ες & Χρονική περίοδος	Περιγραφή μελέτης	Μέθοδος στατιστικής ανάλυσης	Έκβαση
Kentikelenis A, Karanikolos M, Papanicolas I, Basu S, McKee M, Stuckler D.		Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy.	2011	Ελλάδα. 2007 & 2009	Ανάλυση δεδομένων από τις Στατιστικές της Ευρωπαϊκής Ένωσης, για το 2007 (n= 12.346) & το 2009, (n= 15.045), εκθέσεις ινστιτούτων ιατρικών ερευνών, νομαρχίες & μη κυβερνητικές οργανώσεις.	T-test, Odd ratios.	Αυτο-αξιολογούμενη υγεία
Barr B, Taylor-Robinson D, Scott-Samuel A, McKee M, Stuckler D.		Suicides associated with the 2008-10 economic recession in England: time trend analysis.	2012	Αγγλία. 2008 & 2010	Ανάλυση δεδομένων από την Εθνική Βάση Δεδομένων Κλινικών Υγείας (National Clinical Health Outcomes Database) & των τάσεων χρόνου για σύγκριση του πραγματικού αριθμού αυτοκτονιών με τον αναμενόμενο αριθμό, με βάση τη συνέχιση των	Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση	Αυτοκτονίες.

					τάσεων πριν την κρίση.		
Houdmont J, Kerr R, Addley K.		Psychosocial factors and economic recession: the Stormont Study.	2012	Βόρεια Ιρλανδία. 2005 & 2009.	Ανάλυση δεδομένων δύο ερευνών με δείγμα δημόσιους υπαλλήλους πριν & κατά την περίοδο της ύφεσης, δηλαδή το 2005 (n = 17.124) & το 2009 (n = 9.913).	t-test, Pearson's r.	Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες, επαγγελματικό στρες, απουσιασμός σχετιζόμενος με στρες.
Katikireddi SV, Niedzwiedz CL, Popham F.		Trends in population mental health before and after the 2008 recession: a repeat cross-sectional analysis of the 1991-2010 Health Surveys of England.	2012	Αγγλία. 1991 έως 2010.	Ανάλυση δεδομένων από επαναλαμβανόμενες συγχρονικές μελέτες σε αντιπροσωπευτικά δείγματα (25-64 ετών) του γενικού πληθυσμού, που συμμετείχαν στην Έρευνα Υγείας για την Αγγλία (Health Survey for England).	Λογιστική παλινδρόμηση .	Αυτο-αξιολογούμενη ψυχική υγεία.
Saurina C, Bragulat B, Saez M, López-Casasnovas G.		A conditional model for estimating the increase	2013	Αγγλία. 2008 & 2010.	Ανάλυση εθνικών δεδομένων ποσοστών ανεργίας & αυτοκτονιών κατά	Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση .	Αυτοκτονίες.

		in suicides associated with the 2008-2010 economic recession in England.			τη διάρκεια της κρίσης.		
Astell-Burt T, Feng X.		Health and the 2008 economic recession: evidence from the United Kingdom.	2013	Ηνωμένο Βασίλειο. 2006 έως 2010.	Ανάλυση δεδομένων από επαναλαμβανόμενη ανά τρεις μήνες έρευνα για το εργατικό δυναμικό ηλικίας 16-64 ετών (n= 1.361.216).	Πολλαπλή λογιστική παλινδρόμηση	Αυτο-αξιολογούμενη υγεία.
Gili M, Roca M, Basu S, McKee M, Stuckler D.		The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centres, 2006 and 2010.	2013	Ισπανία. 2006 έως 2007 & 2010 έως 2011.	Συγχρονική μελέτη με επιλεγμένα από ιατρούς πρωτοβάθμιας περίθαλψης τυχαιοποιημένα δείγματα ασθενών που παρακολουθούνται σε κέντρα πρωτοβάθμιας φροντίδας (n= 7.940 το 2006-2007 & n= 5.876 το 2010-2011).	Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση	Διαταραχές ψυχικής υγείας.
Vanderoost F, van der Wielen		Employment loss during economic	2013	Βέλγιο. Σεπτέμβριος έως Δεκέμβριος 2010.	Συγχρονική μελέτη με δείγμα ασθενείς ηλικίας 18-49 ετών	Λογιστική παλινδρόμηση	Αυτοκτονικές σκέψεις.

S, van Nunen K, Van Hal G.		crisis and suicidal thoughts in Belgium: a survey in general practice.			(n= 377) που συμπλήρωσαν ανώνυμα ερωτηματολόγια.		
Kontaxakis V, Papaslanis T, Havaki-Kontaxaki B, Tsouvelas G, Giotakos O, Papadimitriou GN.		Suicide in Greece: 2001-2011.	2013	Ελλάδα. 2001 έως 2011.	Διαχρονική μελέτη ανάλυσης δεδομένων για αυτοκτονίες από Ελληνική Στατιστική Αρχή (n= 4.133) κάνοντας συγκρίσεις πριν (2001-2007) και κατά την κρίση (2008-2011).	T-tests δυο δειγμάτων.	Αυτοκτονίες.
Faresjö Å, Theodorsson E, Chatziarzenis M, Sapouna V, Claesson HP, Koppner J, Faresjö T.		Higher perceived stress but lower cortisol levels found among young Greek adults living in a stressful social environment in comparison	2013	Σουηδία (Linköping) & Ελλάδα (Αθήνα). 2012	Συγχρονική μελέτη σύγκρισης πληθυσμών νεαρών ενηλίκων που έχουν επηρεαστεί έντονα (Ελλάδα, n=124) σε σχέση με άλλον που δεν επηρεάστηκε τόσο πολύ (Σουηδία, n= 112) πάνω σε δείκτες για την υγεία & σε επίπεδα κορτιζόλης ως βιοδείκτης άγχους.	Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση	Άγχος & επίπεδα κορτιζόλης.

		with Swedish young adults.					
Economou M, Madianos M, Peppou LE, Theleritis C, Patelakis A, Stefanis C.		Suicidal ideation and reported suicide attempts in Greece during the economic crisis.	2013	Ελλάδα 2009 & 2011.	Συγχρονική μελέτη αντιπροσωπευτικού δείγματος (n= 2.192 το 2009 & n= 2.256 το 2011), που ερωτήθηκε τηλεφωνικά σχετικά με δημογραφικά & οικονομικά στοιχεία & σκέψεις ή απόπειρες αυτοκτονίας.	Λογιστική παλινδρόμηση .	Αυτοκτονικές σκέψεις & απόπειρες αυτοκτονίας.
Vandoros S, Hessel P, Leone T, Avendano M.		Have health trends worsened in Greece as a result of the financial crisis? A quasi-experimental approach.	2013	Ελλάδα & Πολωνία. 2006 έως 2009.	Ανάλυση δεδομένων από την έρευνα της Ευρωπαϊκής Ένωσης για το εισόδημα & τις συνθήκες διαβίωσης εξετάζοντας τις διαφορές στις τάσεις υγείας πριν & μετά την οικονομική κρίση στην Ελλάδα (n= 54.120) σε σχέση με την Πολωνία (n=136.952), που δεν είχε κρίση ενώ	Λογιστική παλινδρόμηση .	Αυτο-αξιολογούμενη υγεία.

					είχε τάσεις υγείας συγκρίσιμες με την Ελλάδα πριν από την κρίση.		
Zavras D, Tsiantou V, Pavi E, Mylona K, Kyriopoulos J.		Impact of economic crisis and other demographic and socio-economic factors on self-rated health in Greece.	2013	Ελλάδα 2006 & 2011.	Ανάλυση δεδομένων από δυο εθνικές συγχρονικές έρευνες σε τυχαίο δείγμα (n= 4003 το 2006 & n= 6.569 το 2011).	Λογιστική παλινδρόμηση .	Αυτο-αξιολογούμενη υγεία.
Ferrarini T, Nelson K, Sjöberg O.		Unemployment insurance and deteriorating self-rated health in 23 European countries.	2014	23 Ευρωπαϊκές χώρες (συμπεριλαμβανομένης της Ελλάδας). 2006 & 2009.	Ανάλυση δεδομένων από την έρευνα EU-SILC για το εισόδημα και τις συνθήκες διαβίωσης και τη βάση δεδομένων SPIN για την ανεργία. Μελετήθηκαν οι ίδιοι συμμετέχοντες (n= 48.000) το 2006 και το 2009.	Λογιστική παλινδρόμηση .	Αυτο-αξιολογούμενη υγεία.
Reile R, Helakorpi S, Klumbiene J, Tekkel M, Leinsalu M.		The recent economic recession and self-rated health	2014	Εσθονία, Λιθουανία & Φινλανδία. 2004 έως 2010.	Συγχρονική μελέτη σε αντιπροσωπευτικό δείγμα του πληθυσμού της	Λογιστική παλινδρόμηση .	Αυτο-αξιολογούμενη υγεία.

		in Estonia, Lithuania and Finland: a comparative cross-sectional study in 2004-2010.			Εσθονίας (n=10.966), της Λιθουανίας (n=7.249) & της Φινλανδίας (n=11.602).		
Baumbach A, Gulis G.		Impact of financial crisis on selected health outcomes in Europe.	2014	Βουλγαρία, Δημοκρατία της Τσεχίας, Φινλανδία, Γερμανία, Πολωνία, Πορτογαλία, Σλοβακία & Σλοβενία. 2000 έως 2010	Σύγκριση έκβασης υγείας σε σχέση με χρόνο & σε σχέση με ομάδες χωρών, σύμφωνα με δεδομένα για ΑΕΠ, ανεργία, θνητότητα, αυτοκτονίες και τροχαία από τη EUROSTAT.	Συσχέτιση Spearman's.	Θνητότητα, θνησιμότητα, αυτοκτονίες & τροχαία.
Toffolutti V, Suhrcke M.		Assessing the short term health impact of the Great Recession in the European Union: a cross-country panel analysis.	2014	23 Ευρωπαϊκές χώρες (συμπεριλαμβανομένης της Ελλάδας). 2000 & 2010.	Ανάλυση Ευρωπαϊκών Στατιστικών δεδομένων ανεργίας, νοσηρότητας & θνητότητας πριν & μετά την οικονομική κρίση.	Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση	Νοσηρότητα & θνητότητα.

<p>Coope C, Gunnell D, Hollingworth W, Hawton K, Kapur N, Fearn V, Wells C, Metcalfe C.</p>		<p>Suicide and the 2008 economic recession: who is most at risk? Trends in suicide rates in England and Wales 2001-2011.</p>	<p>2014</p>	<p>Αγγλία & Ουαλία. 2001 έως 2011.</p>	<p>Ανάλυση δεδομένων θνησιμότητας από την Εθνική Στατιστική Υπηρεσία, εντολών πτώχευσης από την Υπηρεσία Αφερεγγυότητας του Ηνωμένου Βασιλείου, υποθηκών από στατιστικά στοιχεία του Υπουργείου Δικαιοσύνης, δεικτών ανεργίας και απολύσεων από τη ONS Labour Force Survey.</p>	<p>Pearson's chi-square & ανάλυση παλινδρόμησης (Joinpoint regression analysis).</p>	<p>Αυτοκτονίες.</p>
<p>Pompili M, Vichi M, Innamorati M, Lester D, Yang B, De Leo D, Girardi P.</p>		<p>Suicide in Italy during a time of economic recession: some recent data related to age and gender based on a nationwide register study.</p>	<p>2014</p>	<p>Ιταλία. 1980 έως 2010.</p>	<p>Ανάλυση δεδομένων από επίσημα στοιχεία σχετικά με την αυτοκτονία από την ιταλική βάση δεδομένων για τη θνησιμότητα.</p>	<p>Ανάλυση παλινδρόμησης (joinpoint regression analysis).</p>	<p>Αυτοκτονίες.</p>

Blomqvist S, Burström B, Backhans MC.		Increasing health inequalities between women in and out of work--the impact of recession or policy change? A repeated cross-sectional study in Stockholm county, 2006 and 2010.	2014	Σουηδία. 2006 & 2010.	Ανάλυση δεδομένων από έρευνες Δημόσιας Υγείας της Στοκχόλμης (SPHS) σε γυναίκες ηλικίας 18-64 ετών (n= 12.769 το 2006 & n= 10.044 το 2010).	Λογιστική παλινδρόμηση .	Ψυχική δυσφορία & μακροχρόνια περιοριστική νοσηρότητα.
De Vogli R, Vieno A, Lenzi M.		Mortality due to mental and behavioral disorders associated with the Great Recession (2008-10) in Italy: a time trend analysis.	2014	Ιταλία. 2000 έως 2010.	Ανάλυση δεδομένων από την ιταλική βάση δεδομένων Health for All για τα τυποποιημένα ποσοστά θνησιμότητας λόγω ψυχικών διαταραχών & συμπεριφοράς ανά 100.000.	Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση .	Θνητότητα.

Hessel P, Vandoros S, Avendano M.		The differential impact of the financial crisis on health in Ireland and Greece: a quasi-experimental approach.	2014	Πολωνία, Ιρλανδία & Ελλάδα. 2006 έως 2010.	Ανάλυση δεδομένων από πέντε κύματα της έρευνας της Ευρωπαϊκής Ένωσης για το ειδόδημα & τις συνθήκες διαβίωσης (EU-SILC).	Λογιστική παλινδρόμηση (προσέγγιση DID).	Αυτο-αξιολογούμενη υγεία.
Stavrianakos K, Kontaxakis V, Moussas G, Paplos K, Papaslanis T, Havaki-Kontaxaki B, Papadimitriou G.		Attempted suicide during the financial crisis in Athens.	2014	Ελλάδα (Αθήνα). 2007 & 2011.	Αναδρομική μελέτη ανάλυσης αρχείων από απόπειρες αυτοκτονίας (n=165) που νοσηλεύθηκαν στο Νοσοκομείο «Σωτηρία» στην Αθήνα πριν & κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης αντίστοιχα.	Chi square.	Απόπειρες αυτοκτονίας.
Nikolaos Antonakakis, Alan Collinsa.		The impact of fiscal austerity on suicide: On the empirics of a modern Greek tragedy.	2014	Ελλάδα. 1968 έως 2011.	Αναδρομική μελέτη αυτοκτονιών, στοιχείων ανεργίας & θνητότητας από WHO & βάση δεδομένων Annual Macro-Economic (AMEC), ΑΕΠ από τη βάση δεδομένων	Στατιστικά robust μοντέλα.	Αυτοκτονίες.

					της Παγκόσμιας Τράπεζας.		
Arroyo E, Renart G, Saez M.		How the economic recession has changed the likelihood of reporting poor self-rated health in Spain.	2015	Ισπανία. 2006 & 2011.	Συγχρονική μελέτη σε αντιπροσωπευτικό δείγμα του πληθυσμού της Ισπανίας πριν & κατά την οικονομική κρίση (n= 29.478 το 2006 & n= 21.007 το 2011).	Λογιστική παλινδρόμηση .	Αυτο-αξιολογούμενη υγεία.
Barr B, Kinderman P, Whitehead M.		Trends in mental health inequalities in England during a period of recession, austerity and welfare reform 2004 to 2013.	2015	Αγγλία. 2004 έως 2013.	Ανάλυση δεδομένων από τη Quarterly Labour Force Survey ανά κοινωνικο-οικονομική ομάδα & επαγγελματική κατάσταση.	Παλινδρόμηση (panel regression models).	Αυτο-αξιολογούμενη ψυχική υγεία
Corcoran P, Griffin E, Arensman E, Fitzgerald AP, Perry IJ.		Impact of the economic recession and subsequent austerity on suicide and self-harm in	2015	Ιρλανδία. 2008 & 2012.	Ανάλυση δεδομένων από διακεκομμένες χρονοσειρές για θνησιμότητα, αυτοκτονίες & αυτοτραυματισμούς σε νοσοκομείο.	Παλινδρόμηση (Joinpoint regression analysis).	Θνησιμότητα από αυτοκτονίες & αυτοτραυματισμοί.

		Ireland: An interrupted time series analysis.					
Coope C, Donovan J, Wilson C, Barnes M, Metcalfe C, Hollingworth W, Kapur N, Hawton K, Gunnell D.		Characteristics of people dying by suicide after job loss, financial difficulties and other economic stressors during a period of recession (2010-2011): A review of coroners' records.	2015	Αγγλία. 2010 & 2011.	Ανάλυση δεδομένων από αρχεία ιατροδικαστών για άτομα που πέθαναν από αυτοκτονία το 2010 & το 2011 (n=286), συνεκτιμώντας την έκταση στην οποία συνέβαλαν στον θάνατο η ύφεση, η απασχόληση & τα οικονομικά προβλήματα.	Chi-square, Fisher's Exact Test & t-test δυο δειγμάτων.	Αυτοκτονίες.
Norström T, Grönqvist H.		The Great Recession, unemployment and suicide.	2015	30 χώρες (συμπεριλαμβανομένης της Ελλάδας). 1960 έως 2012.	Ανάλυση δεδομένων χρονοσειρών αυτοκτονιών από βάση δεδομένων WHO & δεικτών ανεργίας από Eurostat.	ARIMA-modelling (autoregressive integrated moving average), Μοντέλα παλινδρόμησης fixed-effects.	Αυτοκτονίες.

Aguilar-Palacio I, Carrera-Lasfuentes P, Rabanaque MJ.		Youth unemployment and economic recession in Spain: influence on health and lifestyles in young people (16-24 years old).	2015	Ισπανία. 2006, 2011 & 2012.	Ανάλυση δεδομένων από Εθνικές Μελέτες Υγείας σε άτομα ηλικίας 16-24 ετών (n= 3.701).	Λογιστική παλινδρόμηση .	Αυτο-αξιολογούμενη υγεία & ψυχική νοσηρότητα.
Saurina C, Marzo M, Saez M.		Inequalities in suicide mortality rates and the economic recession in the municipalities of Catalonia, Spain.	2015	Ισπανία. 2000 έως 2011.	Ανάλυση δεδομένων από Μητρώα Θνησιμότητας Καταλονίας για τον ετήσιο αριθμό θανάτων από αυτοκτονία & εσκεμμένο αυτοτραυματισμό από ενήλικες άνω των 16 ετών.	Μικτά μοντέλα παλινδρόμησης (Poisson, zero-inflated Poisson).	Αυτοκτονίες & εσκεμμένοι αυτοτραυματισμοί.
Huijts T, Reeves A, McKee M, Stuckler D.		The impacts of job loss and job recovery on self-rated health: testing the mediating	2015	27 Ευρωπαϊκές χώρες (συμπεριλαμβανομένης της Ελλάδας). 2007 έως 2009.	Ανάλυση δεδομένων από τη μελέτη EU-SILC, που καλύπτει άτομα από 27 ευρωπαϊκές χώρες, επικεντρώνοντας στην περίοδο 2007-	Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση .	Αυτο-αξιολογούμενη υγεία

		role of financial strain and income.			2009, περιορίζοντας το δείγμα σε άτομα ηλικίας μεταξύ 18 και 65 το 2007 & χρησιμοποιώντας ερωτηθέντες που ήταν εργαζόμενοι τόσο το 2008 όσο & το 2009 (n = 70.611).		
Barlow P, Reeves A, McKee M, Stuckler D.		Austerity, precariousness, and the health status of Greek labour market participants: Retrospective cohort analysis of employed and unemployed persons in 2008-2009 and 2010-2011.	2015	Ελλάδα. 2008 έως 2009 & 2010 έως 2011.	Μελέτη δυο κοορτών εργαζομένων στην Ελλάδα, με δεδομένα από τις στατιστικές της Ευρωπαϊκής Ένωσης EU-SILC για το εισόδημα και τις συνθήκες διαβίωσης, κατά την αρχική περίοδο ύφεσης & κατά τη διάρκεια των προγραμμάτων λιτότητας (2010-2011), οι άνθρωποι που έχασαν τη δουλειά τους γνώρισαν μεγαλύτερη μείωση της υγείας(n= 4534 το 2008-2009 & n=	Πολλαπλή λογιστική παλινδρόμηση	Αυτο-αξιολογούμενη υγεία.

					3761 το 2010–2011).		
Rachiotis G, Stuckler D, McKee M, Hadjichristodoulou C.		What has happened to suicides during the Greek economic crisis? Findings from an ecological study of suicides and their determinants (2003-2012).	2015	Ελλάδα 2003 έως 2012.	Ανάλυση ποσοστών αυτοκτονίας, ανεργία και ΑΕΠ, με βάση τα στοιχεία της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής πριν & κατά την περίοδο της λιτότητας.	Μοντέλα παλινδρόμησης.	Αυτοκτονίες.
Branas CC, Kastanaki AE, Michalodimitrakis M, Tzougas J, Kranioti EF, Theodorakis PN, Carr BG, Wiebe DJ.		The impact of economic austerity and prosperity events on suicide in Greece: a 30-year interrupted time-series analysis.	2015	Ελλάδα. Ιανουάριος 1983 έως Δεκέμβριος 2012.	Ανάλυση δεδομένων από την Ελληνική Στατιστική Αρχή για αυτοκτονίες (n= 11.505)	ARIMA-modelling (autoregressive integrated moving average).	Αυτοκτονίες.
Drydakīs N.		The effect of unemployment	2015	Ελλάδα. 2008 έως 2013.	Ανάλυση δεδομένων από έξι ετήσια κύματα της	Μοντέλα παλινδρόμησης.	Αυτο-αξιολογούμενη υγεία.

		ent on self-reported health and mental health in Greece from 2008 to 2013: a longitudinal study before and during the financial crisis.			μελέτης Longitudinal Labor Market Study (LLMS) για την ανεργία και το επίπεδο υγείας.		
Fountoulakis KN, Savopoulos C, Apostolopoulou M, Dampali R, Zaggelidou E, Karlafti E, Fountoukidis I, Kountis P, Limenopoulos V, Plomaritis E, Theodorakis P, Hatzitolios AI.		Rate of suicide and suicide attempts and their relationship to unemployment in Thessaloniki Greece (2000-2012).	2015	Ελλάδα (Θεσσαλονίκη). 2000 έως 2012.	Ανάλυση δεδομένων από αρχεία Μονάδων Έκτακτων Εξωτερικών Ιατρείων τριών νοσοκομείων & στοιχείων από την Ελληνική Στατιστική Αρχή για τις αυτοκτονίες & την ανεργία.	Γραμμική συσχέτιση & περιγραφική ανάλυση.	Αυτοκτονίες.
Lindström M, Giordano GN.		The 2008 financial crisis: Changes in social capital and	2016	Ηνωμένο Βασίλειο. 2007 & 2009.	Ανάλυση δεδομένων από τη British Household Panel Survey, παρακολουθώντας τα ίδια άτομα (n=	Λογιστική παλινδρόμηση .	Ψυχολογική ευεξία & Αυτο-αξιολογούμενη υγεία.

		its association with psychological wellbeing in the United Kingdom - A panel study.			11.743) πριν & αμέσως μετά την κρίση (έτη 2007-09).		
Loopstra R, McKee M, Katikireddi SV, Taylor-Robinson D, Barr B, Stuckler D.		Austerity and old-age mortality in England: a longitudinal cross-local area analysis, 2007-2013.	2016	Αγγλία. 2007 έως 2013.	Διαχρονική μελέτη για την επίδραση των δημοσιονομικών μειώσεων των συντάξεων & κοινωνικών παροχών στην αύξηση θνησιμότητας συνταξιούχων (άνω των 85 ετών).	Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση	Θνησιμότητα.
Fernández-Navarro P, Barrigón ML, Lopez-Castroman J, Sanchez-Alonso M, Páramo M, Serrano M, Arrojo M, Baca-García E.		Suicide mortality trends in Galicia, Spain and their relationship with economic indicators.	2016	Ισπανία. 1975 έως 2012.	Ανάλυση ποσοστών ανεργίας & αυτοκτονίας σε τέσσερις ηλικιακές ομάδες: κάτω των 25 ετών, 25-45 ετών, 45-65 ετών & άνω των 65 ετών.	Γραμμική παλινδρόμηση (Generalised Additive Model).	Αυτοκτονίες.
Hawton K, Bergen H,		Impact of the recent	2016	Αγγλία. 2001 έως 2010.	Ανάλυση δεδομένων από	Ανάλυση χρονολογικών	Αυτο-τραυματισμοί.

Geulayov G, Waters K, Ness J, Cooper J, Kapur N.		recession on self-harm: Longitudinal ecological and patient-level investigation from the Multicentre Study of Self-harm in England.			εθνικές στατιστικές απασχόλησης & από πολυκεντρική μελέτη Αυτοτραυματισμού.	σειρών, πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση .	
Bacigalupe A, Esnaola S, Martín 3.		The impact of the Great Recession on mental health and its inequalities: the case of a Southern European region, 1997-2013.	2016	Χώρα των Βάσκων. 1997, 2002, 2007 & 2013.	Ανάλυση δεδομένων από τέσσερις επαναλαμβανόμενες συγχρονικές μελέτες (Basque Health Surveys) για τον πληθυσμό ηλικίας 16-64 ετών (n= 20.231).	Μοντέλα παλινδρόμησης Poisson.	Αυτο-αξιολογούμενη ψυχική υγεία.
Bartoll X, Marí-Dell'Olmo M.		Patterns of life expectancy before and during economic recession, 2003-12: a European	2016	24 Ευρωπαϊκές χώρες, συμπεριλαμβανομένης της Ελλάδας. 2003 έως 2012.	Ανάλυση χρονοσειρών, ποσοστών ανεργίας & κατά κεφαλήν εισοδήματος από βάση δεδομένων Eurostat.	Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση .	Προσδόκιμο ζωής.

		regions panel approach.					
Fiori F, Rinesi F, Spizzichino D, Di Giorgio G.		Employment insecurity and mental health during the economic recession: An analysis of the young adult labour force in Italy.	2016	Ιταλία. 2005 έως 2013.	Ανάλυση δεδομένων από μεγάλης κλίμακας, εθνικά αντιπροσωπευτικής έρευνα υγείας.	Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση	Αυτο-αξιολογούμενη ψυχική υγεία.
Barroso C, Abásolo I, Cáceres JJ.		Health inequalities by socioeconomic characteristics in Spain: the economic crisis effect.	2016	Ισπανία. 2006 έως 2007 & 2011 έως 2012.	Ανάλυση δεδομένων από τις Εθνικές Μελέτες Υγείας 2006-2007 (n= 29.272) & 2011-2012 (n= 20.841) σε άτομα άνω των 16 ετών.	Λογιστική παλινδρόμηση	Αυτο-αξιολογούμενη υγεία.
Katikireddi SV, Niedzwiedz CL, Popham F.		Employment status and income as potential mediators of educational inequalities	2016	Αγγλία. 2001 έως 2010	Ανάλυση δεδομένων από την έρευνα Health Survey for England (n= 48.654) σε ενήλικες σε ηλικία εργασίας.	Παλινδρόμηση Poisson.	Αυτο-αξιολογούμενη ψυχική υγεία.

		in population mental health.					
Tøge AG.		Health Effects of Unemployment in Europe During the Great Recession: The Impact of Unemployment Generosity.	2016	23 Ευρωπαϊκές χώρες (συμπεριλαμβανομένης της Ελλάδας). 2008 έως 2011.	Ανάλυση δεδομένων από έρευνες της Ευρωπαϊκής Ένωσης για το εισόδημα & τις συνθήκες διαβίωσης (EU-SILC).	Ανάλυση παλινδρόμησης (fixed effects models).	Αυτο-αξιολογούμενη υγεία.
Rajani NB, Giannakopoulos G, Filippidis FT.		Job insecurity, financial difficulties and mental health in Europe.	2016	27 χώρες-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης (συμπεριλαμβανομένης της Ελλάδας). 2010.	Ανάλυση δεδομένων από έρευνα Ευρωβαρόμετρου (κύμα 73.2, 2010) με δείγμα απασχολούμενους (n= 12.594).	Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση .	Αυτο-αξιολογούμενη υγεία.
Clair A, Reeves A, Loopstra R, McKee M, Dorling D, Stuckler D.		The impact of the housing crisis on self-reported health in Europe:	2016	27 χώρες-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης (συμπεριλαμβανομένης της Ελλάδας). 2008 έως 2010.	Ανάλυση δεδομένων από την έρευνα της Ευρωπαϊκής Ένωσης για το εισόδημα & τις συνθήκες διαβίωσης, με δείγμα άτομα που	Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση .	Αυτο-αξιολογούμενη υγεία.

		multilevel longitudinal modelling of 27 EU countries.			δεν είχαν στεγαστικό χρέος & απασχολούνταν (n= 45.457 άτομα, 136 371 ανθρωπο-έτη).		
Clair A, Loopstra R, Reeves A, McKee M, Dorling D, Stuckler D.		The impact of housing payment problems on health status during economic recession: A comparative analysis of longitudinal EU SILC data of 27 European states, 2008-2010.	2016	27 χώρες-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης (συμπεριλαμβανομένης της Ελλάδας). 2008 έως 2010.	Ανάλυση δεδομένων από την έρευνα της Ευρωπαϊκής Ένωσης για το εισόδημα & τις συνθήκες διαβίωσης των μισθωτών (n = 45.457, 136.371 ανθρωπο-έτη).	Μοντελοποίηση πολλαπλών επιπέδων (Fixed effects).	Αυτο-αξιολογούμενη υγεία.
Economou M, Angelopoulos E, Peppou LE, Souliotis K, Tzavara C, Kontoangelos K, Madianos M, Stefanis C.		Enduring financial crisis in Greece: prevalence and correlates of major depression and suicidality.	2016	Ελλάδα. 2008, 2009, 2011 & 2013.	Συγχρονικής μελέτη σε τυχαίο & αντιπροσωπευτικό δείγμα ατόμων (n= 2.188) που ερωτήθηκαν τηλεφωνικά σχετικά με διάφορους κοινωνικοοικονομικούς δείκτες & την παρουσία	Λογιστική παλινδρόμηση .	Κατάθλιψη & αυτοκτονικότητα.

					κατάθλιψης και αυτοκτονικότητα.		
Andrikopoulos G, Tzeis S, Terentes-Printzios D, Varounis C, Vlachopoulos C, Mantas I, Patsilidakos S, Lampropoulos S, Olympios C, Kartalis A, Manolis A, Gotsis A, Triposkiadis F1, Tsaknakis T, Goudevenos I, Kaprinis I, Pras A, Vasiliou F, Skoumpourdis E, Sakka G, Draganigos A, Vardas P.		Impact of income status on prognosis of acute coronary syndrome patients during Greek financial crisis.	2016	Ελλάδα Μάιος 2012 έως Φεβρουάριος 2014.	Ανάλυση δεδομένων της μελέτης ΡΗΑΕΤΗΟΝ, με δείγμα ασθενείς n= 794) με οξεία στεφανιαία σύνδρομα από 37 νοσοκομεία στην Ελλάδα, ταξινομώντας τους ως προς το εισόδημα.	Λογιστική παλινδρόμηση	Επιβίωση.
Ruiz-Pérez, Bermúdez-Tamayo C, Rodríguez-Barranco M.		Socio-economic factors linked with mental health during the recession: a	2017	Ισπανία. 2006 & 2011-2012	Συγχρονική πριν & μετά την κρίση, σε πληθυσμό ηλικίας άνω των 16 ετών, που συμμετείχε στη National Health Survey (n= 25.234 το 2006 & n= 20.754 το 2012).	Λογιστική παλινδρόμηση	Ψυχική νοσηρότητα.

		multilevel analysis.					
Isabel RP, Miguel RB, Antonio RG, Oscar MG.		Economic crisis and suicides in Spain. Socio-demographic and regional variability.	2017	Ισπανία. 2002 έως 2012.	Ανάλυση δεδομένων από το Εθνικό Ινστιτούτο Στατιστικής της Ισπανίας για τους θανάτους.	Ανάλυση σχετικού κινδύνου (rate ratio).	Αυτοκτονίες.
Maruthappu M, Zhou C, Williams C, Zeltner T, Atun R.		Unemployment and HIV mortality in the countries of the Organisation for Economic Co-operation and Development: 1981-2009.	2017	27 από τις 34 χώρες-μέλη του ΟΕCD (συμπεριλαμβανομένης της Ελλάδας με κάλυψη 88%). 1981 έως 2009.	Ανάλυση δεδομένων από βάση δεδομένων WHO για την HIV θνησιμότητα & από βάση δεδομένων ΟΕCD για την ανεργία.	Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση .	HIV θνησιμότητα.
Kim JI, Kim G.		Socio-ecological perspective of older age life expectancy: income,	2017	34 Ευρωπαϊκές χώρες (συμπεριλαμβανομένης της Ελλάδας). 2000 έως 2012.	Ανάλυση δεδομένων από Παγκόσμια Τράπεζα, τον WHO & τη βάση δεδομένων των Ηνωμένων Εθνών.	Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση .	Προσδόκιμο ζωής μεγαλύτερης ηλικίας (OLE).

		gender inequality, and financial crisis in Europe.					
Alonso I, Vallejo F, Regidor E, Belza MJ, Sordo L, Otero-García L, Barrio G.		Changes in directly alcohol-attributable mortality during the great recession by employment status in Spain: a population cohort of 22 million people.	2017	Ισπανία. 2002 έως 2011.	Εθνική κοορτική μελέτη κατοικούντων στην Ισπανία (n= 21.900.000) πριν (2008 έως 2007) & μετά την κρίση (2008 έως 2011).	Παλινδρόμηση Poisson.	Θνησιμότητα που οφείλεται στο αλκοόλ.
Niedzwiedz CL, Katikireddi SV, Reeves A, McKee M, Stuckler D.		Economic insecurity during the Great Recession and metabolic, inflammatory and liver function biomarkers: analysis of	2017	Ηνωμένο Βασίλειο. 2010 έως 2012.	Συγχρονική μελέτη με δείγμα τους συμμετέχοντες στην Understanding Society (n= 6.520), ηλικίας 25 έως 59 ετών) με αυτο-συμπληρούμενα ερωτηματολόγια και αναλύσεις δειγμάτων αίματος.	Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση .	Μεταβολικοί, φλεγμονής και ηπατικής λειτουργίας βιοδείκτες.

		the UK Household Longitudinal Study.					
Latsou D, Geitona M		The Effects of Unemployment and Economic Distress on Depression Symptoms	2017	Ελλάδα (Πειραιά) Σεπτέμβριος έως Δεκέμβριος 2017.	Συγχρονική μελέτη του ΟΑΕΔ Πειραιά, με τυχαίο δείγμα ανέργων (n= 130).	Λογιστική παλινδρόμηση	Κατάθλιψη.
Benioudakis ES, Lykiardopoulos V, Georgiou V, Archontaki MD, Tsourounaki A, Botonaki G, Batzou A, Symiakos T, Seliniotaki T, Armagos A, Pentari A, Moiradorakis K, Darakis E, Melissari-Tzanakaki M.		Suicide Attempts and Their Interrelation With the Economic Crisis in Chania, Greece: A Time-Series Analysis of the Period 2008-2015.	2017	Ελλάδα (Κρήτη). Ιανουάριος 2008 έως Δεκέμβριος 2015.	Συγχρονική μελέτη αυτοκτονιών (n= 436) από τα αρχεία του Γενικού Νοσοκομείου Χανίων, αξιοποιώντας στοιχεία για την ανεργία από την Ελληνική Στατιστική Αρχή.	Pearson chi square & ανάλυση σχετικού κινδύνου.	Αυτοκτονίες.
Christodoulou C, Efstathiou V, Michopoulos I, Gkerekou M, Paraschakis A,		The Economic Crisis in Greece and Its Impact on the	2017	Ελλάδα (Αθήνα). 2008 έως 2010 & 2011 έως 2012.	Συγχρονική μελέτη δεδομένων αυτοκτονιών από το Τμήμα Ιατροδικαστικής της Αθήνας σε δύο	Student's t-test, Παλινδρόμηση Poisson.	Αυτοκτονίες.

Koutsaftis F, Douzenis A.		Seasonality of Suicides in the Athens Greater Area.			περιόδους της κρίσης (n= 868).		
Thomson RM, Katikireddi SV.		Mental health and the jilted generation: Using age- period- cohort analysis to assess differential trends in young people's mental health following the Great Recession and austerity in England.	2018	Αγγλία. 1991 έως 2014.	Κοορτική μελέτη, με δεδομένα από τη Health Survey for England, με δείγμα εργαζόμενους (νεότερους 16-30 ετών & μεγαλύτερους 31-64 ετών) & συνταξιοδοτημένους (άνω των 65 ετών) (n= 175.046).	Λογιστική παλινδρόμηση .	Αυτο- αξιολογούμενη ψυχική υγεία.
Mackenbach JP, Valverde JR, Artnik B, Bopp M, Brønnum- Hansen H, Deboosere P,		Trends in health inequalities in 27 European countries.	2018	27 Ευρωπαϊκές χώρες (συμπεριλαμβανομέ νης της Ελλάδας). 1980 έως 2014.	Ανάλυση δεδομένων από μητρώα θνησιμότητας από 17 ευρωπαϊκές χώρες (9.8	Ανάλυση χρονοσειρών.	Θνησιμότητα και αυτο- αναφερόμενη νοσηρότητα.

<p>Kalediene R, Kovács K, Leinsalu M, Martikainen P, Menvielle G, Regidor E, Rychtaříková J, Rodriguez-Sanz M, Vineis P, White C, Wojtyniak B, Hu Y, Nusselder WJ.</p>					<p>εκατομμύρια θάνατοι) & δεδομένα υγείας από την Ευρωπαϊκή Κοινωνική Έρευνα (ESS) & την έρευνα EU-SILC για το εισόδημα & τις συνθήκες διαβίωσης (n= 350.000).</p>		
<p>Thomson RM, Niedzwiedz CL, Katikireddi SV.</p>		<p>Trends in gender and socioeconomic inequalities in mental health following the Great Recession and subsequent austerity policies: a repeat cross-sectional analysis of the Health Surveys for England.</p>	<p>2018</p>	<p>Αγγλία. 1991 έως 2014.</p>	<p>Επαναλαμβανόμενη ανάλυση δεδομένων από τις Έρευνες Υγείας σε αντιπροσωπευτικά δείγματα (n= 67.778) του πληθυσμού ηλικίας εργασίας (25-64 ετών).</p>	<p>Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση</p>	<p>Αυτο-αξιολογούμενη ψυχική υγεία.</p>

Akhter N, Bambra C, Mattheys K, Warren J, Kasim A.		Inequalities in mental health and well-being in a time of austerity: Follow-up findings from the Stockton- on-Tees cohort study.	2018	Ηνωμένο Βασίλειο. Απρίλιος 2014, Οκτώβριος 2014, Απρίλιος 2015 & Οκτώβριος 2015.	Προοπτική μελέτη κόορτης 18 μηνών, σε τυχαίο δείγμα ενηλίκων (n= 836).	Γραμμικό μοντέλο μικτών αποτελεσμά των (linear mixed effects model).	Αυτο- αξιολογούμενη ψυχική υγεία.
Fornell B, Correa M, López Del Amo MP, Martín JJ.		Influence of changes in the Spanish labor market during the economic crisis (2007– 2011) on perceived health	2018	Ισπανία. 2007 & 2011.	Ανάλυση δεδομένων από την έρευνα για τις συνθήκες διαβίωσης (Living Conditions Survey database) συγκρίνοντας τα δεδομένα πριν & μετά την κρίση.	Λογιστική παλινδρόμηση .	Αυτο- αξιολογούμενη υγεία.
López Del Amo González MP, Benítez V, Martín-Martín JJ.		Long term unemploy- ment, income, poverty, and social public expenditure , and their relationship	2018	Ισπανία 2007 έως 2011.	Ανάλυση διαχρονικών δεδομένων από την Έρευνα για τις Συνθήκες Ζωής (Survey on Living Conditions), τα έτη 2007-2010 & 2008- 2011 (n= 9.105).	Λογιστική παλινδρόμηση .	Αυτο- αξιολογούμενη υγεία.

		with self-perceived health in Spain (2007-2011).					
Ferrando J, Palència L, Gotsens M, Puig-Barrachina V, Marí-Dell'Olmo M, Rodríguez-Sanz M, Bartoll X, Borrell C.		Trends in cancer mortality in Spain: the influence of the financial crisis.	2018	Ισπανία. 2000 & 2013.	Διαχρονική μελέτη των θανάτων που σχετίζονται με τον καρκίνο πριν & μετά την κρίση.	Προσαρμοσμένα μικτά μοντέλα Poisson.	Θνησιμότητα καρκίνου.
Mattei G, Pistoresi B.		Unemployment and suicide in Italy: evidence of a long-run association mitigated by public unemployment spending.	2018	Ιταλία. 1977 έως 2015.	Ανάλυση συνοχής, με εθνικά δεδομένα αυτοκτονιών & ανεργίας (ποσοστά ανεργίας ανδρών & γυναικών την περίοδο 1977-2015 & ποσοστά μακροχρόνιας ανεργίας την περίοδο 1983-2012).	Ανάλυση συνοχής, πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση .	Αυτοκτονίες.
Moncho J, Pereyra-Zamora P, Tamayo-Fonseca N, Giron M, Gómez-Beneyto M, Nolasco A.		Is recession bad for your mental health? The answer could be complex:	2018	Ισπανία. 2006 & 2011.	Ανάλυση δεδομένων από επαναλαμβανόμενες συγχρονικές έρευνες σε οικονομικά ενεργό πληθυσμό (16-64	Λογιστική παλινδρόμηση .	Αυτο-αξιολογούμενη ψυχική υγεία.

		evidence from the 2008 crisis in Spain.			ετών) (n= 29.478 το 2006 & n= 21.007 το 2011).		
Leinonen T, Viikari-Juntura E, Husgafvel-Pursiainen K, Solovieva S.		Cause-specific sickness absence trends by occupational class and industrial sector in the context of recent labour market changes: a Finnish panel data study.	2018	Φινλανδία. 2005 έως 2013.	Ανάλυση δεδομένων από 3 μελέτες (2004, 2007 & 2010) μισθωτών ηλικίας 25-59 ετών, με παρακολούθηση των κοορτών για 3 έτη, με δεδομένα από το Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων, εθνικές στατιστικές & εθνικό κέντρο συντάξεων (n= 1.097.598 το 2005, n= 1.100.322 το 2006, n= 1.109.041 το 2007, n= 1.122.238 το 2008, n= 1.117.179 το 2009, n= 1.081.698 το 2010, n= 1.094.294 το 2011, n= 1.092.208 το 2011 & n= 1.080.951 το 2011).	Λογιστική παλινδρόμηση	Απουσιασμός.
Mazeikaite G, O'Donoghue C, Sologon DM.		The Great Recession, financial	2018	Ιρλανδία. 2008 έως 2013.	Ανάλυση δεδομένων από τις στατιστικές της	Γενικευμένη προσέγγιση αποσύνθεσης	Αυτο-αξιολογούμενη υγεία

		strain and self-assessed health in Ireland.			Ευρωπαϊκής Ένωσης για το εισόδημα και τις συνθήκες διαβίωσης (EU-SILC), του OECD, της Κεντρικής τράπεζας της Ιρλανδίας, τον WHO (n= 17.955).	Οaxaca-Blinder για μοντέλα μη γραμμικής παλινδρόμησης.	
Basta M, Vgontzas A, Kastanaki A, Michalodimitrakis M, Kanaki K, Koutra K, Anastasaki M, Simos P.		Suicide rates in Crete, Greece during the economic crisis: the effect of age, gender, unemployment and mental health service provision.	2018	Ελλάδα (Κρήτη). Ιανουάριος 1999 έως Δεκέμβριος 2013	Αναδρομική μελέτη ανάλυσης δεδομένων για αυτοκτονίες από τα αρχεία του Τμήματος Ιατροδικαστικής του Πανεπιστημίου Κρήτης (n= 651) και εθνικών δεδομένων αυτοκτονιών από ΕΛΣΤΑΤ.	Ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης.	Αυτοκτονίες.

Παράρτημα 2

Χαρακτηριστικά επιχειρήσεων δείγματος

A/A	Δραστηριότητα Επιχείρησης	Τομέας	Αναλογία ανταπόκρισης	Ποσοστό ανταπόκρισης %	Ποσοστό συνεισφοράς στο δείγμα (%)
1	Εργοστάσιο καλλυντικών προϊόντων	Ιδιωτικός	24/31	77.41	4
2	Ακαδημαϊκό Ίδρυμα	Δημόσιος	10/16	62.5	1.7
3	Ξενοδοχείο	Ιδιωτικός	13/20	65	2.2
4	Νοσοκομείο	Δημόσιος	21/28	75	3.5
5	Ιατρικό διαγνωστικό εργαστήριο	Ιδιωτικός	15/21	71.43	2.5

6	Εργοστάσιο χημικών προϊόντων	Ιδιωτικός	3/4	75	0.5
7	Ασφαλιστική	Ιδιωτικός	15/21	71.43	2.5
8	Τεχνικά έργα αμμοβολών	Ιδιωτικός	2/2	100	0.3
9	Βιομηχανία καθαριστικών	Ιδιωτικός	14/22	63.64	2.3
10	Διαχείριση Αιολικών Πάρκων	Ιδιωτικός	18/24	75	3
11	Ανεξάρτητη αρχή	Δημόσιος	5/8	62.5	0.8
12	Βιομηχανία μετασχηματιστών	Ιδιωτικός	25/31	80.65	4.1
13	Εργοστάσιο παραγωγής ηλεκτρικής ενέργειας	Ιδιωτικός	4/6	66.67	0.7

14	Διαχείριση Αιολικών Πάρκων	Ιδιωτικός	2/2	100	0.3
15	Εργοστάσιο παραγωγής λιπασμάτων	Ιδιωτικός	6/9	66.67	1
16	Εργοστάσιο χημικών προϊόντων	Ιδιωτικός	10/15	66.77	1.7
17	Εργοστάσιο προϊόντων ζύμης	Ιδιωτικός	19/27	70.37	3.1
18	Εταιρεία τηλεπικοινωνιών	Δημόσιος	2/2	100	0.3
19	Εταιρεία τηλεπικοινωνιών	Ιδιωτικός	13/20	65	2.2
20	Διύλιση πετρελαιοειδών	Ιδιωτικός	2/2	100	0.3

21	Ταχυδρομικές υπηρεσίες	Δημόσιος	124/151	83.44	20.5
22	Εμπόριο επαγγελματικών προϊόντων	Ιδιωτικός	3/4	75	0.5
23	Εμπόριο επαγγελματικών και καταναλωτικών προϊόντων	Ιδιωτικός	5/8	62.5	0.8
24	Ανεφοδιασμός καυσίμων αεροσκαφών	Ιδιωτικός	40/53	75.47	6.6
25	Σχεδιασμός προϊόντων τεχνολογίας	Ιδιωτικός	11/16	73.33	1.8
26	Λιανικό εμπόριο- Σούπερ μάρκετ	Ιδιωτικός	30/39	76.92	5.0

27	Λιανικό εμπόριο- είδη ρουχισμού	Ιδιωτικός	16/21	76.19	2.6
28	Υπηρεσίες Διαδικτύου	Ιδιωτικός	13/17	76.47	2.2
29	Βιομηχανία χαλυβουργικών προϊόντων	Ιδιωτικός	23/32	71.88	3.8
30	Λιανικό εμπόριο- ηλεκτρικά είδη	Ιδιωτικός	12/19	63.16	2
31	Διαχείριση Αιολικών Πάρκων	Ιδιωτικός	12/17	70.59	2
32	Λιανικό εμπόριο- ελαστικά αυτοκινήτου	Ιδιωτικός	23/34	67.65	3.8
33	Υποστηρικτικές υπηρεσίες	Ιδιωτικός	35/46	76.09	5.8
34	Νοσοκομείο	Δημόσιος	34/47	72.43	5.6

Παράρτημα 3

Μετάφραση και Στάθμιση Ερωτηματολογίου Εργασιακής Αβεβαιότητας EPRES

1. Μετάφραση του ερωτηματολογίου Εργασιακής Αβεβαιότητας EPRES

Μια ομάδα μετάφρασης και μια ευρύτερη επιτροπή ειδικών συγκροτήθηκαν, με σκοπό τη μετάφραση στα ελληνικά και τη στάθμιση του ερωτηματολογίου Εργασιακής Αβεβαιότητας EPRES για χρήση στην Ελλάδα. Οι ενέργειες που πραγματοποιήθηκαν για τη μετάφραση παρουσιάζονται παρακάτω με χρονολογική σειρά, δίνοντας έμφαση στο γεγονός ότι οι μεταφράσεις και οι αναθεωρήσεις πραγματοποιούνταν επαναληπτικά.

Η ανάπτυξη της ελληνικής έκδοσης περιελάμβανε επτά στάδια, τα οποία οδήγησαν στη δημιουργία της έκδοσης 1.2, δηλαδή της τελικής έκδοσης του ελληνικού ερωτηματολογίου Εργασιακής Αβεβαιότητας EPRES.

1^ο Στάδιο: Επικοινωνία με δημιουργούς του EPRES

Αρχικά, πραγματοποιήθηκε επικοινωνία με την ομάδα των Ισπανών ερευνητών που κατασκεύασε και στάθμισε την ισπανική έκδοση του ερωτηματολογίου. Στόχος ήταν να συμφωνηθεί ένα πρωτόκολλο συνεργασίας, για τη μελέτη της ανασφαλούς απασχόλησης στην Ελλάδα, χρησιμοποιώντας το ερωτηματολόγιο Εργασιακής Αβεβαιότητας EPRES.

2^ο Στάδιο: Αρχικές μεταφράσεις (από Ισπανικά σε Ελληνικά)

Δύο ξεχωριστές μεταφράσεις από τα Ισπανικά στα Ελληνικά (forward translations) παρήχθησαν από δυο μεταφραστές (δηλαδή τους M1 και M2). Και οι δύο μεταφραστές ήταν δίγλωσσοι, με την Ελληνική ως μητρική γλώσσα και με ιατρικό υπόβαθρο. Εργαζόμενοι ανεξάρτητα, οι μεταφραστές M1 και M2 παρήγαγαν δύο αρχικές ελληνικές εκδόσεις του EPRES, για τις οποίες κλήθηκαν να διατηρήσουν τη διατύπωση απλή και συμβατή με το αρχικό εννοιολογικό περιεχόμενο των στοιχείων του ισπανικού ερωτηματολογίου. Οι μεταφραστές M1 και M2 προσκόμισαν τις παρατηρήσεις τους σε γραπτή έκθεση, εστιάζοντας στην παροχή της αιτιολόγησης

για τη στήριξη συγκεκριμένων εναλλακτικών λύσεων μετάφρασης, ιδίως στις περιπτώσεων φράσεων, των οποίων η απόδοση στα ελληνικά αποτέλεσε μια πρόκληση για τους ίδιους.

3^ο Στάδιο: Σύνθεση

Μια σύγκριση του αρχικού ερωτηματολογίου και των δύο αρχικών Ελληνικών μεταφράσεων από τους M1 και M2 πραγματοποιήθηκε, με αποτέλεσμα την Έκδοση 1.0. Η μέθοδος της σύνθεσης περιελάμβανε τη σύγκριση και τη σημείωση των ασυμφωνιών μετάφρασης που αντικατοπτρίζουν δυνητικά αμφίσημες διατυπώσεις. Οι εναλλακτικές λύσεις που αναγνωρίστηκαν ως ακατάλληλες κοινοποιήθηκαν μεταξύ των δυο μεταφραστών M1 και M2, οι οποίοι τελικά κατέληξαν σε συναίνεση, η οποία περιεγράφηκε λεπτομερώς σε γραπτή έκθεση.

4^ο Στάδιο: Αντίστροφες μεταφράσεις

Μετά τη σύνθεση, δύο επιπλέον μεταφραστές (δηλαδή οι M3 και M4), και οι δύο τυφλοί στην αρχική έκδοση του ερωτηματολογίου Εργασιακής Αβεβαιότητας EPRES, μετέφρασαν ανεξάρτητα μεταξύ τους την έκδοση 1.0 στα Ισπανικά (backward translations). Ένας μεταφραστής εκ των δύο είχε ως μητρική γλώσσα τα Ισπανικά, ωστόσο κανείς τους δεν είχε ιατρικό υπόβαθρο. Οι αντίστροφες μεταφράσεις είχαν σκοπό να εξασφαλίσουν ότι η έκδοση 1.0 αντιπροσωπεύει στην πραγματικότητα το περιεχόμενο των στοιχείων της ισπανικής έκδοσης.

5^ο Στάδιο: Ανασκόπηση επιτροπής ειδικών

Οι αντίστροφες μεταφράσεις συγκρίθηκαν μεταξύ τους και με το αρχικό ισπανικό ερωτηματολόγιο από μια επιτροπή ειδικών, αποτελούμενη από επτά μέλη. Η επιτροπή ειδικών περιελάμβανε ένα μέλος της ομάδας ανάπτυξης του ισπανικού EPRES, το οποίο επικοινωνούσε μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου, έναν επαγγελματία υγείας, έναν ειδικό ισπανικής γλώσσας, καθώς και τους τέσσερις μεταφραστές που συμμετείχαν στη διαδικασία. Και τα επτά μέλη της επιτροπής κοινοποίησαν την άποψή τους σχετικά με τυχόν ασυμφωνίες, με στόχο την αναγνώριση της γλωσσικής ή πολιτιστικής προέλευσης των διαφορών στη

μετάφραση και παρείχαν τις μεταφραστικές τους επιλογές. Η φάση αυτή ολοκληρώθηκε με την έκδοση 1.1, μια προ-τελική έκδοση της ελληνικής μετάφρασης του ερωτηματολογίου και με μια ολοκληρωμένη γραπτή αναφορά όλων των ζητημάτων που προέκυψαν σε κάθε βήμα.

6^ο Στάδιο: Έλεγχος της προ-τελικής έκδοσης

Η έκδοση 1.1 του ερωτηματολογίου δοκιμάστηκε σε 121 υπαλλήλους, προερχόμενοι από 5 διαφορετικές επιχειρήσεις στην Ελλάδα. Κάθε εργαζόμενος συμπλήρωσε μόνος τους την προ-τελική έκδοση του ERRES και κλήθηκε να εκφράσει με ειλικρίνεια τις δυσκολίες που αντιμετώπισε κατά την ολοκλήρωση του ερωτηματολογίου ή στην κατανόηση του σκοπού ή της σημασίας του κάθε ερωτήματος. Μετά από αυτή τη διαδικασία, όλα τα μέλη της επιτροπής ειδικών εξέτασαν τα ευρήματα σε μια δομημένη συζήτηση, η οποία κατέληξε στην τελική ελληνική εκδοχή του EPRES.

7^ο Στάδιο: Τελική έκδοση

Οριστικοποιήθηκε η έκδοση 1.2, η τελική έκδοση του ερωτηματολογίου EPRES.

2. Στάθμιση του ερωτηματολογίου Εργασιακής Αβεβαιότητας EPRES

Η μελέτη στάθμισης του ερωτηματολογίου Εργασιακής Αβεβαιότητας EPRES πραγματοποιήθηκε κατά τη διάρκεια της περιόδου 2012-2014 και αφορούσε δείγμα ευκολίας εργαζομένων που ζούσαν και εργάζονταν στην Ελλάδα. Οι συμμετέχοντες επιλέχθηκαν σύμφωνα με τα κοινωνικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά τους, προκειμένου να διευκολυνθεί και να ενισχυθεί η πραγματική αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος για τον ενεργό πληθυσμό στην Ελλάδα. Συνολικά, 604 από τους 815 υπαλλήλους (74,11% ποσοστό απάντησης) ολοκλήρωσαν το ερωτηματολόγιο.

Το ερωτηματολόγιο Εργασιακής Αβεβαιότητας EPRES συμπληρώθηκε από τους υπαλλήλους ανώνυμα, προκειμένου να διασφαλιστεί η εμπιστευτικότητα και να μεγιστοποιηθούν οι ειλικρινείς απαντήσεις ως αποτέλεσμα. Για τα στοιχεία του EPRES, οι απαντήσεις κωδικοποιήθηκαν, επανα-κωδικοποιήθηκαν και τελικά

μετασηματίστηκαν στις βαθμολογίες των έξι υποκλιμάκων και στο συνολικό σκορ, που κυμαίνεται από 0 (λιγότερο ανασφαλής απασχόληση) έως 4 (πλέον ανασφαλής απασχόληση). Συγκεκριμένα, σύμφωνα με τα προτεινόμενα όρια, η χαμηλότερη κατηγορία (0 έως 1) ορίστηκε ως μη ανασφαλής, η μεσαία κατηγορία (1 έως 2) θεωρήθηκε ως μετρίως ανασφαλής και η μεγαλύτερη κατηγορία (2 έως 4) θεωρήθηκε ως άκρως ανασφαλής απασχόληση.

Πραγματοποιήθηκε έλεγχος αξιοπιστίας στην ελληνική έκδοση 1.2 του ερωτηματολογίου Εργασιακής Αβεβαιότητας EPRES, αξιοποιώντας το δείγμα ευκολίας 604 εργαζομένων από 34 τυχαίες επιχειρήσεις στην Ελλάδα. Τα χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων στη μελέτη παρουσιάζονται στον Πίνακα Π.3.1.

Πίνακας Π.3.1

Δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά του δείγματος

Μεταβλητή	N	%
Φύλο		
Γυναίκες	207	34,5
Άνδρες	393	65,5
Ηλικία		
18-30	109	18,8
31-66	470	81,2
Είδος σύμβασης		
Μόνιμη	515	85,8
Προσωρινή	85	14,2
Επίπεδο εκπαίδευσης		

Αναλφάβητος/η	0	0
Δημοτικό	7	1,2
Γυμνάσιο	16	2,7
Λύκειο/ Τεχνική σχολή	210	34,9
ΑΕΙ/ ΤΕΙ	255	42,4
Μεταπτυχιακό/ Διδακτορικό	113	18,8
Οικογενειακή κατάσταση		
Έγγαμος/η	364	61,1
Άγαμος/η	193	32,4
Διαζευγμένος/η	36	6
Χήρος/α	3	0,5
Εργασία σχετική με σπουδές		
Ναι	401	68,2
Όχι	187	31,8
Επίδραση οικονομικής κρίσης		
Ναι, λόγω παραγόντων της εργασίας (αλλαγές σε μισθό, ωράριο, κτλ.)	273	58,4
Ναι, λόγω παραγόντων εκτός της εργασίας μου	163	34,8
Η επιχείρηση που εργάζομαι έχει επηρεαστεί, αλλά όχι εγώ	7	1,5

Όχι	25	5,3
-----	----	-----

Σχεδόν το 65% του δείγματος απάντησε σε όλα τα στοιχεία του ερωτηματολογίου. Το ποσοστό των ατόμων με ελλείποντα στοιχεία ήταν κάτω από το 10% για τις περισσότερες υποκλίμακες, με εξαίρεση τους «μισθούς», όπου το 20.8% των μόνιμων εργαζομένων είχαν ελλείποντα στοιχεία στην υποκλίμακα. Όλες οι παρατηρούμενες βαθμολογίες συμπίπτουν με το θεωρητικό εύρος (0-4). Αν και τα ποσοστά επίδρασης οροφής ήταν χαμηλά, παρατηρήθηκαν αξιοσημείωτα υψηλά ποσοστά επίδρασης δαπέδου στις υποκλίμακες της «προσωρινότητας» (92%), των «δικαιωμάτων» (45%), της «άσκησης δικαιωμάτων» (18%) σε μόνιμους εργαζόμενους και στην υποκλίμακα της «αποδυνάμωσης» (25,3%) σε μόνιμους και προσωρινούς εργαζόμενους. Η επίδραση δαπέδου και οροφής για το συνολικό σκορ, δηλαδή τη «συνολική εργασιακή αβεβαιότητα» ήταν μηδαμινή μεταξύ μόνιμων και προσωρινών εργαζομένων ($\leq 1,5\%$). Όλοι οι συντελεστές του Cronbach α ήταν ίσοι ή μεγαλύτεροι από 0,70. (Πίνακας Π.3.2).

Πίνακας Π.3.2

Κατανομή και αξιοπιστία του EPRES σε δείγμα μόνιμων (n= 514) και προσωρινών (n= 85) εργαζομένων στην Ελλάδα, 2012-2014

	Ελλείποντα στοιχεία*		Παρατηρούμενο εύρος		Επίδραση δαπέδου†		Επίδραση οροφής‡		Cronbach's α
	Μ	Π	Μ	Π	Μ	Π	Μ	Π	
Προσωρινότητα	4,3	0,4	0-3	0,5-4	92	1,2	0,4	11	0,81
Αποδυνάμωση	7,4	0,9	0-4	0-4	53,3	25,3	7,5	7,6	0,95
Τρωτότητα	2,3	0,8	0-4	0,17-3,83	2,6	2,5	0,4	1,3	0,81

Μισθοί	20,8	0,4	0-4	0,33- 4	1,3	2,4	2,1	2,4	0,76
Δικαιώματα	7,4	0,9	0-4	0-4	45	3,8	0,4	2,5	0,70
Άσκηση δικαιωμάτων	5,1	1,1	0-4	0-4	18	9	1,2	3,8	0,89
Συνολική εργασιακή αβεβαιότητα	36,5	2,9	0,46-2,63	1-2,69	0,3	1,5	0,3	1,5	0,80

M= Μόνιμοι εργαζόμενοι

Π= Προσωρινοί εργαζόμενοι

*Ποσοστό συμμετεχόντων με ελλείποντα στοιχεία

†Ποσοστό συμμετεχόντων με τα χαμηλότερα (δαπέδου) and υψηλότερα (οροφής) σκορ EPRES

Οι συντελεστές βαρύτητας που παρήχθησαν από την ανάλυση παραγόντων παρουσιάζεται στον Πίνακα Π.3.4. Όλες οι ερωτήσεις παρουσίασαν τους υψηλότερους δείκτες στο πλαίσιο της θεωρητικής τους υποκλίμακας και οι δείκτες αυτοί ήταν πάνω από 0,46. Το μοντέλο εξήγησε το 69,125% της αθροιστικής διακύμανσης.

Πίνακας Π.3.4

Διερευνητική ανάλυση παραγόντων του EPRES στην Ελλάδα, 2012-2014

Στοιχεία	Παράγοντες					
	1	2	3	4	5	6
Προσωρινότητα (4)						
Διάρκεια σύμβασης				0,90		

Μήνες προσωρινής εργασίας προηγούμενου έτους				0,87		
Αποδυνάμωση (3)						
Καθορισμός ωραρίου εργασίας				0,95		
Καθορισμός εβδομαδιαίων ωρών εργασίας				0,94		
Καθορισμός μισθού				0,89		
Τρωτότητα (2)						
Φοβάμαι να ζητήσω καλύτερες συνθήκες εργασίας			0,64			
Απροστάτευτος σε άδικη μεταχείριση			0,85			
Φοβάμαι ότι θα απολυθώ αν δεν...			0,74			
Μου φέρονται άδικα και με διακρίσεις			0,82			
Μου φέρονται αυταρχικά και βίαια			0,65			
Νιώθω ότι μπορώ να αντικατασταθώ			0,46			
Μισθοί (5)						

Κάλυψη βασικών αναγκών					0,87	
Κάλυψη έκτακτων αναγκών					0,82	
Μηνιαίος καθαρός μισθός					0,71	
Δικαιώματα (6)						
Κανονική άδεια						0,46
Σύνταξη						0,46
Αποζημίωση απόλυσης						0,77
Άδεια μητρότητας/πατρότητας						0,49
Άδεια για προσωπικούς/οικογενειακούς λόγους						0,80
Ρεπό						0,78
Επίδομα ανεργίας						0,68
Άσκηση δικαιωμάτων (1)						
Ρεπό	0,59					
Άδεια ασθένειας	0,87					
Επίσκεψη σε ιατρό	0,86					
Διακοπές	0,70					
Άδεια για προσωπικούς/οικογενειακούς λόγους	0,84					

Για τον έλεγχο της σταθερότητας του ερωτηματολογίου Εργασιακής Αβεβαιότητας EPRES, πραγματοποιήθηκε η δοκιμασία αξιοπιστίας test-retest. Δεδομένου ότι κάποιες συνθήκες που δυνητικά επηρεάζουν το αίσθημα εργασιακής αβεβαιότητας είναι σχετικά σταθερές, όπως λόγω χάρη η ατομική σύμβαση εργασίας, με το μισθό και τα εργασιακά δικαιώματα που αυτή συνεπάγεται, επιλέχθηκε να δοθεί σε υποδείγμα 50 εργαζομένων το ερωτηματολόγιο προς συμπλήρωση δυο φορές, σε μεσοδιάστημα 2 εβδομάδων, διαφυλάσσοντας έτσι ότι οι συμμετέχοντες θα απαντούν τη δεύτερη φορά αυθόρμητα και ανεπηρέαστα από την πρώτη φορά. Λόγω του μικρού αριθμού παρατηρήσεων επιλέχθηκε να συσχετιστούν οι τιμές που έλαβαν οι συνοπτικοί δείκτες σε διαφορετικές χρονικές στιγμές με το δείκτη συσχέτισης Spearman (Πίνακας Π.3.5).

Πίνακας Π.3.5

Σταθερότητα του EPRES σε δείγμα εργαζομένων (n= 50) στην Ελλάδα

Συνοπτικός δείκτης	Spearman	p-value
Προσωρινότητα	0,967	<0,001
Αποδυνάμωση	0,940	<0,001
Τρωτότητα	0,903	<0,001
Μισθοί	0,894	<0,001
Δικαιώματα	0,821	<0,001
Άσκηση δικαιωμάτων	0,838	<0,001

3. Συμπεράσματα μετάφρασης και στάθμισης του ερωτηματολογίου Εργασιακής Αβεβαιότητας EPRES

Τα αποτελέσματα της μελέτης μετάφρασης και στάθμισης του ερωτηματολογίου Εργασιακής Αβεβαιότητας EPRES δείχνουν ότι η ελληνική έκδοση είναι ένα κατάλληλο εργαλείο εκτίμησης της εργασιακής ανασφάλειας, δεδομένης της υψηλής αξιοπιστίας, της εσωτερικής συνοχής και της επιβεβαίωσης της δομής έξι υποκλιμάκων του εργαλείου.

Το γεγονός ότι οι κατευθυντήριες οδηγίες για τη μετάφραση σχεδιάστηκαν και εφαρμόστηκαν προσεκτικά οδήγησε σε υψηλή συμμόρφωση και ικανοποιητική μετάφραση, η οποία αντικατοπτρίζει ορισμένες κοινωνικές και πολιτιστικές ομοιότητες μεταξύ Ισπανίας και Ελλάδας. Επιπλέον, οι τέσσερις μεταφραστές κλήθηκαν να παράσχουν τις εναλλακτικές λύσεις και τις προτάσεις τους πριν από τις συναντήσεις της ομάδας, οι οποίες παρείχαν στην επιτροπή ειδικών χρήσιμο υλικό για παραγωγική συζήτηση και εύλογη συναίνεση.

Η ομοιογένεια της κλίμακας αξιολογήθηκε με το συντελεστή α του Cronbach και οι υψηλές τιμές αποδεικνύουν ότι οι έξι υποκλίμακες έχουν εσωτερική συνοχή. Οι τιμές του Cronbach's α στην ελληνική μελέτη ήταν σχεδόν ίδιες με εκείνες που καταγράφηκαν στην Ισπανία (Vives et al., 2010) για τις υποκλίμακες «προσωρινότητα» (0,81 έναντι 0,82), «αποδυνάμωση» (0,95 στις δύο μελέτες) και «άσκηση δικαιωμάτων» (0,89 έναντι 0,87). Η τιμή α του Cronbach ήταν μεγαλύτερη στην ελληνική σε σχέση με την ισπανική μελέτη στις υποκλίμακες «μισθοί» (0,76 έναντι 0,7) και μικρότερη στην «τρωτότητα» (0,81 έναντι 0,90) και τα «δικαιώματα» (0,70 έναντι 0,80). Η υψηλή τιμή του α του Cronbach στο συνολικό σκορ, δηλαδή τη «συνολική εργασιακή αβεβαιότητα» (0,80 έναντι 0,86) δείχνει το υψηλό επίπεδο αξιοπιστίας της ελληνικής έκδοσης του EPRES στο συγκεκριμένο πληθυσμό.

Τέλος, η σταθερότητα της κλίμακας αξιολογήθηκε με τη δοκιμασία test-retest, αξιολογώντας τη συσχέτιση μεταξύ των τιμών των συνοπτικών δεικτών σε μεσοδιάστημα δύο εβδομάδων, με το δείκτη Spearman. Η συσχέτιση των απαντήσεων κυμαίνεται από 0,821 για την υποκλίμακα «δικαιώματα» έως 0,967 για

την υποκλίμακα «προσωρινότητα», υποστηρίζοντας επίσης το υψηλό επίπεδο σταθερότητας των απαντήσεων.

Παράρτημα 4

Μετάφραση και Στάθμιση Ερωτηματολογίου Επαγγελματικού Στρες OSQ

1. Μετάφραση του ερωτηματολογίου Επαγγελματικού Στρες OSQ

Μια ομάδα μετάφρασης και μια επιτροπή ειδικών συστάθηκαν για τη μετάφραση και στάθμιση του ερωτηματολογίου Επαγγελματικού Στρες OSQ για χρήση στην Ελλάδα, μετά από γραπτή άδεια που λήφθηκε από το Φιλανδικό Ινστιτούτο Υγείας και Ασφάλειας. Οι ενέργειες που πραγματοποιήθηκαν για τη μετάφραση και τη στάθμιση περιγράφονται με χρονολογική σειρά, υπογραμμίζοντας τη σημασία του γεγονότος ότι ομοίως με το ερωτηματολόγιο Εργασιακής Αβεβαιότητας EPRES, η μετάφραση, η αξιολόγηση και η αναθεώρηση γινόταν επαναληπτικά.

Η ανάπτυξη της ελληνικής έκδοσης του ερωτηματολογίου Επαγγελματικού Στρες OSQ περιελάμβανε επτά στάδια, που οδήγησαν στην ολοκλήρωση της ελληνικής έκδοσης OSQ 1.2.

1^ο Στάδιο: Επικοινωνία με δημιουργούς του OSQ

Αρχικά, πραγματοποιήθηκε επικοινωνία με την ομάδα των Φινλανδών ερευνητών που ανέπτυξε την Φινλανδική και Αγγλική έκδοση του ερωτηματολογίου. Στόχος ήταν να συμφωνήσουμε σε ένα πρωτόκολλο συνεργασίας, για τη μελέτη του επαγγελματικού στρες στην Ελλάδα, χρησιμοποιώντας το ερωτηματολόγιο Επαγγελματικού Στρες OSQ.

2^ο Στάδιο: Αρχικές μεταφράσεις (από Αγγλικά σε Ελληνικά)

Δύο μεταφράσεις του ερωτηματολογίου Επαγγελματικού Στρες OSQ έγιναν από τα Αγγλικά στα Ελληνικά. Εργαζόμενοι ανεξάρτητα, οι δύο μεταφραστές (δηλαδή οι M1 και M2) παρήγαγαν ανεξάρτητα ο ένας από το άλλο δύο αρχικές ελληνικές εκδόσεις του ερωτηματολογίου Επαγγελματικού Στρες OSQ, μαζί με μια γραπτή έκθεση για την επεξήγηση των επιλογών τους για διατυπώσεις που περιείχαν ένα βαθμό αβεβαιότητας. Οι δύο μεταφραστές M1 και M2 ήταν δίγλωσσοι, με την ελληνική γλώσσα ως πρώτη γλώσσα, ενώ και οι δύο είχαν ιατρικό υπόβαθρο.

3° Στάδιο: Σύνθεση

Η διαμόρφωση της Ελληνικής Έκδοσης 1.0 προέκυψε ως αποτέλεσμα της σύνθεσης του αρχικού ερωτηματολογίου και των δύο αρχικών ελληνικών μεταφράσεων. Οι M1 και M2 συμμετείχαν σε αυτή τη σύνθεση, η οποία περιελάμβανε μια σύγκριση μεταξύ των δύο μεταφράσεων που παρήχθησαν κατά την προηγούμενη φάση, εστιάζοντας σε οποιεσδήποτε μεταφραστικές αποκλίσεις. Η πρόοδος προς την Έκδοση 1.0 υλοποιήθηκε χωρίς ιδιαίτερες διαφορές μεταξύ των επιμέρους μεταφράσεων.

4° Στάδιο: Αντίστροφες μεταφράσεις

Δύο επιπλέον μεταφραστές (δηλαδή οι M3 και M4) παρήγαγαν ανεξάρτητα μεταξύ τους τις αντίστροφες μεταφράσεις της Ελληνικής Έκδοσης 1.0 στα Αγγλικά, χωρίς να έχουν πρόσβαση στην αρχική Αγγλική έκδοση του ερωτηματολογίου Επαγγελματικού Στρες OSQ. Και οι δύο αντίστροφοι μεταφραστές ήταν δίγλωσσοι και ο ένας εκ των δύο είχε ιατρικό υπόβαθρο. Στόχος αυτών των αντίστροφων μεταφράσεων ήταν η διατήρηση του εννοιολογικού περιεχομένου της αρχικής έκδοσης.

5° Στάδιο: Ανασκόπηση επιτροπής ειδικών

Μια επιτροπή ειδικών, αποτελούμενη από τρεις επαγγελματίες του τομέα της υγείας, αξιολόγησε τις δύο αντίστροφες μεταφράσεις και τις συνέκρινε με την αρχική Αγγλική έκδοση του ερωτηματολογίου Επαγγελματικού Στρες OSQ. Αυτή η φάση οδήγησε στην έκδοση 1.1, μια προ-τελική έκδοση της ελληνικής μετάφρασης του OSQ. Η πρόοδος προς την έκδοση 1.1 αναφέρθηκε γραπτώς, συμπεριλαμβανομένων όλων των εναλλακτικών διατυπώσεων.

6° Στάδιο: Έλεγχος της προ-τελικής έκδοσης

Η έκδοση 1.1 του ερωτηματολογίου Επαγγελματικού Στρες OSQ δοκιμάστηκε σε 50 υπαλλήλους 6 διαφορετικών επιχειρήσεων στην Ελλάδα. Κάθε εργαζόμενος συμπλήρωσε το OSQ και ερωτήθηκε για τυχόν δυσκολίες που αντιμετώπισε κατά την απάντηση στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου ή στην κατανόηση του σκοπού ή της

σημασίας του κάθε ερωτήματος. Μετά τη διαδικασία συνέντευξης, η επιτροπή ειδικών συζήτησε τα πορίσματα και πρότεινε την τελική έκδοση.

7^ο Στάδιο: Τελική έκδοση

Οριστικοποιήθηκε η έκδοση 1.2, η τελική έκδοση του ερωτηματολογίου Επαγγελματικού Στρες OSQ.

2. Στάθμιση του ερωτηματολογίου Επαγγελματικού Στρες OSQ

Η μελέτη στάθμισης πραγματοποιήθηκε κατά τη διάρκεια της περιόδου 2012-2014 και αφορούσε στο δείγμα ευκολίας εργαζομένων που αξιοποιήθηκε για της στάθμιση του ερωτηματολογίου Εργασιακής Αβεβαιότητας EPRES. Οι συμμετέχοντες επιλέχθηκαν σύμφωνα με τα κοινωνικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά τους, προκειμένου να διευκολυνθεί και να ενισχυθεί η πραγματική αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος για τον ενεργό πληθυσμό στην Ελλάδα. Συνολικά, 604 από τους 815 υπαλλήλους (74,11% ποσοστό απάντησης) ολοκλήρωσαν το ερωτηματολόγιο.

Το ερωτηματολόγιο ερωτηματολογίου Επαγγελματικού Στρες OSQ συμπληρώθηκε από τους υπαλλήλους ανώνυμα, προκειμένου να διασφαλιστεί η εμπιστευτικότητα και να μεγιστοποιηθούν οι ειλικρινείς απαντήσεις ως αποτέλεσμα. Για τα στοιχεία του ερωτηματολογίου Επαγγελματικού Στρες OSQ, οι απαντήσεις κωδικοποιήθηκαν, επανα-κωδικοποιήθηκαν και τελικά μετασηματίστηκαν στις βαθμολογίες των 4 διαστάσεων, των 7 υποκλιμάκων και στο συνολικό σκορ, που κυμαίνεται από 1 (λιγότερο επαγγελματικό στρες) έως 5 (περισσότερο επαγγελματικό στρες).

Η πλειοψηφία του δείγματος (91,2%) απάντησε σε όλα τα στοιχεία του ερωτηματολογίου, ενώ το ποσοστό των ατόμων με ελλείποντα στοιχεία ήταν κάτω από το 10% για όλες τις διαστάσεις και υποκλίμακες του ερωτηματολογίου Επαγγελματικού Στρες OSQ.

Όπως φαίνεται στον Πίνακα Π.4.1, όλες οι παρατηρούμενες βαθμολογίες δε συμπίπτουν με τη θεωρητικό εύρος βαθμολόγησης, το οποίο θεωρητικά είναι από 1 έως 5. Οι συντελεστές α του Cronbach για τις τέσσερις ευρύτερες διαστάσεις του εργασιακού στρες ήταν πάνω από 0.70, ωστόσο αυτό δεν παρατηρήθηκε σε όλες τις

επτά επί μέρους υποκλίμακες. Συγκεκριμένα, για τις υποκλίμακες που ορίζονται από πέντε ή λιγότερες ερωτήσεις, δηλαδή για τις υποκλίμακες: «*δυνατότητες ελέγχου της εργασίας*», «*κοινωνικές σχέσεις και εκτίμηση*», «*ατμόσφαιρα στο χώρο της εργασίας*» και «*πίεση εργασίας*» οι συντελεστές α του Cronbach είναι κάτω από 0.70, με εξαίρεση την υποκλίμακα κίνδυνοι και περιβάλλον (Πίνακας 4.5).

Πίνακας Π.4.1

Κατανομή και αξιοπιστία του OSQ σε δείγμα εργαζομένων (n=604) στην Ελλάδα, 2012-2014

Συνοπτικός δείκτης	Αριθμός ερωτήσεων	Ελλείποντα στοιχεία (%)	Παρατηρούμενο εύρος	Cronbach's α
Τροποποιητικοί παράγοντες & εργασιακοί πόροι	19	4,8	1,27 - 3,73	0,88
<i>Δυνατότητες ελέγχου εργασίας</i>	4	2,6	1 – 4,75	0,66
<i>Κοινωνικές σχέσεις & εκτίμηση</i>	5	1,5	1 – 3,6	0,65
<i>Ατμόσφαιρα στο χώρο εργασίας</i>	3	2,8	1 - 4	0,52
<i>Ηγεσία & εποπτεία</i>	7	2,6	1 – 4,71	0,88

Αντίληψη του περιβάλλοντος	15	4,8	1,19 – 4,63	0,76
Απαιτήσεις εργασίας	9	3,6	1,3 – 4,4	0,74
Κίνδυνοι & περιβάλλον	4	2,6	1 - 5	0,79
Πίεση εργασίας	2	2,3	1 - 5	0,07
Στρες & ευεξία	7	2,64	1 - 4	0,78
Ανάγκη για υποστήριξη & παρεμβάσεις	8	2,9	1 – 4	0,71
Συνολικό επαγγελματικό στρες	49	8,77	1,27 – 3,37	0,89

Για τον έλεγχο της σταθερότητας του ερωτηματολογίου Επαγγελματικού Στρες OSQ, πραγματοποιήθηκε η δοκιμασία αξιοπιστίας test-retest. Δεδομένου ότι κάποιες συνθήκες που δυνητικά επηρεάζουν το αίσθημα επαγγελματικού επηρεάζονται αρκετά εύκολα, όπως λόγου χάρη το κλίμα και οι σχέσεις στο χώρο εργασίας, επιλέχθηκε να δοθεί σε υποδείγμα 50 εργαζομένων το ερωτηματολόγιο προς συμπλήρωση δυο φορές, σε μεσοδιάστημα 2 εβδομάδων, διαφυλάσσοντας έτσι ότι οι συμμετέχοντες θα απαντούν τη δεύτερη φορά αυθόρμητα και ανεπηρέαστα από την πρώτη φορά. Λόγω του μικρού αριθμού παρατηρήσεων επιλέχθηκε να συσχετιστούν οι τιμές που έλαβαν οι συνοπτικοί δείκτες σε διαφορετικές χρονικές στιγμές με το δείκτη συσχέτισης Spearman (Πίνακας Π.4.2).

Πίνακας Π.4.2

Σταθερότητα του OSQ σε δείγμα εργαζομένων (n = 50) στην Ελλάδα

Συνοπτικός δείκτης	Spearman	p-value
Τροποποιητικοί παράγοντες & εργασιακοί πόροι	0,902	<0,001
<i>Δυνατότητες ελέγχου εργασίας</i>	0,722	<0,001
<i>Κοινωνικές σχέσεις & εκτίμηση</i>	0,795	<0,001
<i>Ατμόσφαιρα στο χώρο εργασίας</i>	0,579	<0,001
<i>Ηγεσία & εποπτεία</i>	0,921	<0,001
Αντίληψη του περιβάλλοντος	0,897	<0,001
<i>Απαιτήσεις εργασίας</i>	0,859	<0,001
<i>Κίνδυνοι & περιβάλλον</i>	0,874	<0,001
<i>Πίεση εργασίας</i>	0,796	<0,001
Στρες & ευεξία	0,733	<0,001
Ανάγκη για υποστήριξη & παρεμβάσεις	0,792	<0,001

3. Συμπεράσματα μετάφρασης και στάθμισης του ερωτηματολογίου Επαγγελματικού Στρες OSQ

Τα αποτελέσματα της μελέτης μετάφρασης και στάθμισης του ερωτηματολογίου Επαγγελματικού Στρες OSQ δείχνουν ότι η ελληνική έκδοση του OSQ είναι ένα αξιόπιστο και έγκυρο εργαλείο, δεδομένης της αξιοπιστίας και της εσωτερικής συνοχής του εργαλείου.

Η ολοκλήρωση της ελληνικής έκδοσης του ερωτηματολογίου Επαγγελματικού Στρες OSQ έγινε χωρίς προβλήματα, καθώς η συναίνεση στη σύνθεση των ανεξάρτητων μεταφράσεων, δύο στα Ελληνικά και δύο αντίστροφα στα Αγγλικά,

επιτεύχθηκε αβίαστα, επιβεβαιώνοντας τη συμμόρφωση με το εννοιολογικό περιεχόμενο της αρχικής έκδοσης της OSQ στη δοκιμή της προ-τελικής έκδοσης. Τα αποτελέσματα αυτών των διαδικασιών υποδηλώνουν ότι το ερωτηματολόγιο Επαγγελματικού Στρες OSQ είναι ένα εργαλείο έρευνας, το οποίο μπορεί να εφαρμοστεί με επιτυχία στην Ελλάδα για ερευνητικούς σκοπούς στον τομέα της επαγγελματικής υγείας.

Η αξιοπιστία της κλίμακας εκτιμήθηκε με το συντελεστή α του Cronbach και οι υψηλές τιμές που αυτός έλαβε, όσον αφορά τις τέσσερις διαστάσεις του επαγγελματικού στρες, δείχνουν ότι οι τέσσερις διαστάσεις «τροποποιητικοί παράγοντες & εργασιακοί πόροι», «αντίληψη του περιβάλλοντος», «στρες και ευεξία» και «ανάγκη για υποστήριξη & παρεμβάσεις» έχουν εσωτερική συνοχή. Ωστόσο, και οι επτά επί μέρους υποκλίμακες δεν έλαβαν τις ίδιες υψηλές τιμές του δείκτη α του Cronbach. Συγκεκριμένα, οι υποκλίμακες «*ηγεσία και εποπτεία*», «*απαιτήσεις εργασίας*» και οι «*κίνδυνοι και περιβάλλον*» είχαν συντελεστές α του Cronbach πάνω από 0,7, αλλά οι επί μέρους υποκλίμακες «*δυνατότητες ελέγχου εργασίας*», «*κοινωνικές σχέσεις και εκτίμηση*», «*ατμόσφαιρα στο χώρο εργασίας*» και «*πίεση εργασίας*» είχαν συντελεστές α του Cronbach κάτω από 0,7, σημειώνοντας ότι θα μπορούσαν να συμπεριληφθούν πρόσθετα ερωτήματα σε περίπτωση που η χρήση των υποκλιμάκων αυτών θεωρείται ως απαραίτητη ή ουσιώδης για τον μελλοντικό ερευνητή. Ειδικά στην περίπτωση της υποκλίμακας «*πίεση εργασίας*», η οποία αξιολογείται μόνο από δύο ερωτήσεις του OSQ, πρόσθετα στοιχεία θα μπορούσαν να διευκολύνουν την ικανότητα καταγραφής των αντίστοιχων εννοιολογικών προσεγγίσεων της υποκλίμακας. Παρόλα αυτά, η υψηλή τιμή του Cronbach' s α στο συνολικό σκορ (0,89) υποστηρίζει το υψηλό επίπεδο αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου Επαγγελματικού Στρες OSQ στον ελληνικό πληθυσμό.

Η σταθερότητα της κλίμακας αξιολογήθηκε με τη δοκιμασία test-retest, αξιολογώντας τη συσχέτιση μεταξύ των τιμών των συνοπτικών δεικτών σε μεσοδιάστημα δύο εβδομάδων, με το δείκτη Spearman. Η συσχέτιση των απαντήσεων κυμαίνεται από 0,579 για την υποκλίμακα «*ατμόσφαιρα στο χώρο εργασίας*» έως 0,921 για την υποκλίμακα «*ηγεσία και εποπτεία*», υποστηρίζοντας το υψηλό επίπεδο σταθερότητας των απαντήσεων.



**ΕΘΝΙΚΟΝ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟΝ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΝ ΑΘΗΝΩΝ**

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΤΟΜΕΑΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΠΡΟΛΗΨΗΣ

Παπαδιαμαντοπούλου 123

11527 Αθήνα

Τηλέφωνο: 210 746 1474-5

Αγαπητέ Κύριε/Κυρία,

Το ερωτηματολόγιο που έχετε στα χέρια σας αποτελεί ένα ερευνητικό εργαλείο, το οποίο δημιουργήθηκε στο πλαίσιο εκπόνησης της διδακτορικής μου διατριβής με τίτλο «**Η επίδραση της οικονομικής κρίσης στο επίπεδο υγείας των εργαζομένων στην Ελλάδα**». Η συμβολή σας είναι καθοριστική σε αυτήν την προσπάθεια, για ένα θέμα ιδιαίτερης σημασίας που αφορά σε θέματα της εργασίας και της υγείας σας. Σας παρακαλώ να απαντήσετε όλες τις ερωτήσεις με τη μεγαλύτερη δυνατή ακρίβεια.

Το ερωτηματολόγιο είναι **ανώνυμο**, τηρεί τους κανόνες **εμπιστευτικότητας** και οποιαδήποτε πληροφορία καταγράφεται είναι **απόρρητη** και θα χρησιμοποιηθεί **μόνο στο πλαίσιο της συγκεκριμένης διατριβής**. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων συνιστά την αποδοχή της συμμετοχής σας στη μελέτη.

Θα βρίσκομαι στη διάθεσή σας για οποιαδήποτε πληροφορία και ευχαριστώ εκ των προτέρων για τον πολύτιμο χρόνο που θα αφιερώσετε.

Βάλια Τσοπόκη

Τηλ. επικοινωνίας: 6936689102

Στοιχεία Ατομικά (συμπληρώστε ή κυκλώστε τον αριθμό που αντιστοιχεί στην επιλογή σας)

1. Έτος γέννησης				
2. Τόπος γέννησης				
3. Εθνικότητα	0	Ελληνική	1	Άλλη
4. Αν είστε μετανάστης/τρια πόσα χρόνια / μήνες ζείτε μόνιμα στην Ελλάδα;	χρόνια		μήνες	
5. Φύλο	0	Άνδρας	1	Γυναίκα
6. Οικογενειακή κατάσταση	0	Έγγαμος/η	2	Άγαμος/η
	1	Διαζευγμένος/η	3	Χήρος/α
7. Πρώτη φορά εργάστηκα	ετών			
8. Στη επιχείρηση δουλεύω εδώ και	χρόνια			
9. Επίπεδο εκπαίδευσης	0	Αναλόγος/η	3	Λύκειο/ τεχνική σχολή
	1	Δημοτικό	4	ΤΕΙ/ ΑΕΙ
	2	Γυμνάσιο	5	Μεταπτυχιακό/ διδακτορικό
10. Επάγγελμα και Θέση εργασίας				
11. Η δουλειά μου σχετίζεται με την εκπαίδευσή μου	1	Ναι	0	Όχι
12. Συνήθως δουλεύω	ώρες την εβδομάδα			
13. Πόσες μέρες άδειας ασθενείας πήρατε τον τελευταίο χρόνο;	ημέρες			
14. Το συνηθισμένο πρόγραμμα στη δουλειά μου χαρακτηρίζεται καλύτερα ως	0	Πρωινή βάρδια	3	Απογευματινή βάρδια
	1	Βραδινή βάρδια	4	Σπαστό ωράριο
	2	Κυλιόμενο ωράριο	5	Εναλλαγή βαρδιών ανάλογα με τις απαιτήσεις της δουλειάς
15. Έχω και δεύτερη δουλειά	1	Ναι	0	Όχι
16. Έχετε επηρεαστεί οικονομικά από την παρούσα κρίση στην Ελλάδα;	0	Όχι	2	Ναι, λόγω παραγόντων εκτός της εργασίας μου
	1	Η επιχείρηση που εργάζομαι έχει επηρεαστεί, αλλά όχι εγώ	3	Ναι, λόγω παραγόντων της εργασίας μου (αλλαγές σε μισθό, ωράριο, κτλ.)

Κλίμακα Αβεβαιότητας της Εργασίας

1. Τι είδους σχέση έχετε με την εταιρία στην οποία έχετε προσληφθεί;

1	<input type="checkbox"/>	Είμαι μόνιμος ιδιωτικός υπάλληλος (σύμβαση αορίστου χρόνου)	Πηγαίnete κατευθείαν στην ερώτηση 3
2	<input type="checkbox"/>	Είμαι μόνιμος δημόσιος υπάλληλος (ΝΠΔΔ, ΔΕΚΟ κτλ.)	
3	<input type="checkbox"/>	Έχω σύμβαση ορισμένου χρόνου	↓
4	<input type="checkbox"/>	Έχω σύμβαση έργου ή παροχής υπηρεσιών	

2. Ποια είναι η διάρκεια της παρούσας σύμβασης;

- 1 Μικρότερη των 15 ημερών
- 2 Από 15 ημέρες έως λιγότερο από 1 μήνα
- 3 Από ένα μήνα έως λιγότερο από 3 μήνες
- 4 Από 3 μήνες έως λιγότερο από 6 μήνες
- 5 Από 6 μήνες έως λιγότερο από 1 χρόνο
- 6 Μεγαλύτερη από 1 χρόνο
- 7 Έχω σύμβαση ορισμένου χρόνου χωρίς συγκεκριμένη ημερομηνία
- 9 Δε γνωρίζω τη διάρκεια της σύμβασης

3. Κατά τη διάρκεια του τελευταίου έτους πόσο χρόνο έχετε εργαστεί συνολικά με σύμβαση ορισμένου χρόνου;

- 0 Κατά τη διάρκεια του τελευταίου έτους δεν έχω εργαστεί με σύμβαση ορισμένου χρόνου
- 1 Λιγότερο από 1 μήνα
- 2 Από 1 μήνα έως λιγότερο από 2 μήνες
- 3 Από 2 μήνες έως λιγότερο από 3 μήνες
- 4 Από 3 μήνες έως λιγότερο από 6 μήνες
- 5 Από 6 μήνες έως λιγότερο από 8 μήνες
- 6 Από 8 μήνες έως λιγότερο από 10 μήνες
- 7 Από 10 μήνες έως 12 μήνες

4. Πώς καθορίστηκαν οι παρακάτω όροι της παρούσας σύμβασης εργασίας σας;

		Με συλλογική σύμβαση εργασίας	Με ατομική ή επιχειρησιακή σύμβαση εργασίας*	Δε γνωρίζω
α	Το ωράριο εργασίας.....	1	2	3
β	Εβδομαδιαίες ώρες εργασίας.....	1	2	3
γ	Ο μισθός που λαμβάνετε.....	1	2	3

*Δηλαδή από τη διοίκηση της εταιρείας (διεύθυνση, προϊστάμενοι κτλ.)

5. Οι ερωτήσεις που ακολουθούν αναφέρονται στις συνθήκες μεταχείρισης που λαμβάνετε στην παρούσα εργασία σας.

Μπορείτε να υποδείξετε στην παρακάτω κλίμακα, αν

	Πάντα	Πολλές φορές	Μερικές φορές	Σπάνια	Ποτέ
α. Διστάζετε να αξιώσετε καλύτερες συνθήκες εργασίας.....	4	3	2	1	0
β. Αισθάνεστε ανυπεράσπιστος/η απέναντι στην άδικη συμπεριφορά από ανωτέρους σας.....	4	3	2	1	0
γ. Ανησυχείτε ότι θα σας απολύσουν εάν δεν κάνετε αυτό που σας ζητούν.....	4	3	2	1	0
δ. Αισθάνεστε ότι σας συμπεριφέρονται με διακρίσεις και άδικα.....	4	3	2	1	0
ε. Νιώθετε ότι σας συμπεριφέρονται με τρόπο αυταρχικό και βίαιο.....	4	3	2	1	0
στ. Αισθάνεστε ότι μπορεί εύκολα να αντικατασταθείτε.....	4	3	2	1	0

6. Ο τωρινός σας μισθός επιτρέπει να καλύψετε τις βασικές σας ανάγκες;

- | | | |
|---|--------------------------|---------------|
| 4 | <input type="checkbox"/> | Ποτέ |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Σπάνια |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Μερικές φορές |
| 1 | <input type="checkbox"/> | Πολλές φορές |
| 0 | <input type="checkbox"/> | Πάντα |

7. Ο τωρινός σας μισθός επιτρέπει να καλύψετε απρόβλεπτα σημαντικά έξοδα;

- | | | |
|---|--------------------------|---------------|
| 4 | <input type="checkbox"/> | Ποτέ |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Σπάνια |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Μερικές φορές |
| 1 | <input type="checkbox"/> | Πολλές φορές |
| 0 | <input type="checkbox"/> | Πάντα |

8. Κατά μέσο όρο, ποιος είναι ο καθαρός μηνιαίος μισθός σας (στο χέρι, μετά τις παρακρατήσεις) τους τελευταίους 3 μήνες;

Σημειώστε με ένα Χ την επιλογή στην οποία περιλαμβάνεται ο μισθός σας

- | | | |
|----|--------------------------|------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | 300€ ή λιγότερα |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Μεταξύ 301€ και 451€ |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Μεταξύ 452€ και 601€ |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Μεταξύ 602€ και 751€ |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Μεταξύ 752€ και 902€ |
| 6 | <input type="checkbox"/> | Μεταξύ 903€ και 1202€ |
| 7 | <input type="checkbox"/> | Μεταξύ 1203€ και 1503€ |
| 8 | <input type="checkbox"/> | Μεταξύ 1504€ και 1803€ |
| 9 | <input type="checkbox"/> | Μεταξύ 1804€ και 2104€ |
| 10 | <input type="checkbox"/> | Μεταξύ 2105€ και 2405€ |
| 11 | <input type="checkbox"/> | Πάνω από 2405€ |

9. Κοινωνική προστασία: όσον αφορά την τωρινή σύμβαση εργασίας, από τις ακόλουθες παροχές που αναφέρονται, ποιες έχετε;

		Ναι	Όχι	Δε γνωρίζω
α.	Κανονική άδεια.....	1	2	3
β.	Ασφάλιση συνταξιοδότησης.....	1	2	3
γ.	Αποζημίωση απόλυσης.....	1	2	3
δ.	Άδεια μητρότητας/ πατρότητας.....	1	2	3
ε.	Άδεια για προσωπικούς/ οικογενειακούς λόγους.....	1	2	3
στ.	Εβδομαδιαίες ημέρες ρεπό.....	1	2	3
ζ.	Επίδομα ανεργίας.....	1	2	3

10. Όσον αφορά στην παρούσα εργασιακή κατάσταση, σημειώστε με ποια συχνότητα μπορείτε να ασκήσετε τα ακόλουθα δικαιώματα:

		Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Πολλές φορές	Πάντα
α.	Να πάρετε τις εβδομαδιαίες ημέρες ρεπό χωρίς εμπόδια.....	4	3	2	1	0
β.	Να πάρετε αναρρωτική άδεια όταν το χρειάζεστε χωρίς προβλήματα.....	4	3	2	1	0
γ.	Να πάτε στο γιατρό χωρίς εμπόδια όταν το χρειάζεστε.....	4	3	2	1	0
δ.	Να κάνετε τις διακοπές σας χωρίς προβλήματα.....	4	3	2	1	0
ε.	Να ζητήσετε μία ημέρα άδειας για οικογενειακούς/ προσωπικούς λόγους χωρίς προβλήματα όταν το χρειάζεστε.....	4	3	2	1	0

Ερωτηματολόγιο Επαγγελματικού Στρες

Finnish Institute of Occupational Health 2012

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗΣ / ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΙ ΠΟΡΟΙ

Δυνατότητες ελέγχου της εργασίας σας

1. Στην εργασία σας, μπορείτε να επηρεάσετε ζητήματα που σας αφορούν;

πάρα πολύ	1
αρκετά	2
κάπως	3
πολύ λίγο	4
καθόλου	5

2. Μπορείτε να αποφασίσετε το ρυθμό της εργασίας σας εσείς ο ίδιος;

πάντοτε	1
σχετικά συχνά	2
κάποιες φορές	3
σχετικά σπάνια	4
ποτέ	5

3. Στην εργασία σας, μπορείτε να αισθάνεστε ότι στ' αλήθεια επιτυγχάνετε κάτι;

πάντα	1
συχνά	2
μερικές φορές	3
σπάνια	4
ποτέ	5

4. Πόσο αυτόνομη είναι η εργασία σας;

πολύ αυτόνομη	1
σχετικά αυτόνομη	2
ούτε αυτόνομη ούτε εξαρτημένη	3
σχετικά εξαρτημένη	4
πολύ εξαρτημένη	5

Κοινωνικές σχέσεις και εκτίμηση

5. Πως τα πηγαίνουν μεταξύ τους οι συνάδελφοί σας στο χώρο εργασίας σας;

πολύ καλά	1
αρκετά καλά	2
ούτε καλά ούτε άσχημα	3
υπάρχουν μερικά προβλήματα	4
άσχημα (ένταση, καυγάδες, κλπ.)	5

6. Οι συνάδελφοί σας παρέχουν βοήθεια και υποστήριξη όταν χρειάζεται;

πάρα πολύ	1
αρκετά	2
κάπως	3
λίγο	4
πολύ λίγο	5

7. Η εργασιακή σας κοινότητα εκτιμά την εργασία σας;

πάρα πολύ	1
σχετικά πολύ	2
κάπως	3
σχετικά λίγο	4
καθόλου	5

8. Θεωρείτε την εργασία σας σημαντική και με νόημα;

πολύ σημαντική	1
σχετικά σημαντική	2
κάπως σημαντική	3
όχι πολύ σημαντική	4
καθόλου	5

9. Η οικογένειά σας (οι κοντινοί σας άνθρωποι) εκτιμά την εργασία σας;

δεν έχω οικογένεια	0
πάρα πολύ	1
σχετικά πολύ	2
κάπως	3
σχετικά λίγο	4
καθόλου	5

Πως είναι η ατμόσφαιρα στο χώρο της εργασίας σας;

10. Τεταμένη, ανταγωνιστική και εγωϊστική

Συμφωνώς απολύτως	1
Συμφωνώ σε κάποιο βαθμό	2
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	3
Διαφωνώ σε κάποιο βαθμό	4
Διαφωνώ απολύτως	5

11. Ενθαρρυντική και υποστηρικτική σε νέες ιδέες

Συμφωνώς απολύτως	1
Συμφωνώ σε κάποιο βαθμό	2
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	3
Διαφωνώ σε κάποιο βαθμό	4
Διαφωνώ απολύτως	5

12. Ψυχολογική βία σημαίνει συνεχής, επαναλαμβανόμενος εκφοβισμός, καταπιεστική ή προσβλητική μεταχείριση. Έχετε στο παρελθόν ή στο παρόν αισθανθεί ότι είστε το υποκείμενο ψυχολογικής βίας και εκφοβισμού στην εργασία σας;

ποτέ	1
ναι στο παρόν	2
ναι στο παλαιότερα, αλλά όχι πια	3

Ηγεσία και εποπτεία

13. Η κατανομή της εργασίας είναι δίκαιη στο τμήμα εργασίας σας;

αρκετά δίκαιη	1
σχετικά δίκαιη	2
ούτε δίκαιη ούτε άδικη	3
σχετικά άδικη	4
πολύ άδικη	5

14. Πως συμπεριφέρεται ο προϊστάμενός σας στους εργαζόμενους;

πολύ ισότιμα	1
σχετικά ισότιμα	2
ούτε ισότιμα ούτε ανισότιμα	3
σχετικά ανισότιμα	4
πολύ ανισότιμα	5

15. Ο προϊστάμενός σας, σας παρέχει βοήθεια και υποστήριξη όταν χρειάζεται;

πάρα πολύ	1
σχετικά πολύ	2
κάπως	3
σχετικά λίγο	4
πολύ λίγο	5

16. Ο προϊστάμενός σας υπολογίζει τις απόψεις σας σε ζητήματα που αφορούν την εργασία σας;

σχεδόν πάντα	1
συχνά	2
κάποιες φορές	3
σπάνια	4
καθόλου	5

17. Σας δίνονται επαρκώς ξεκάθαρες οδηγίες για την εργασία σας;

πάντα όταν χρειάζεται	1
γενικά, ναι	2
κάποιες φορές	3
συνήθως όχι	4
ποτέ	5

18. Στο χώρο εργασίας μου, οι αποφάσεις λαμβάνονται βάσει ακριβούς πληροφόρησης

συμφωνώ απολύτως	1
συμφωνώ σε κάποιο βαθμό	2
ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	3
διαφωνώ σε κάποιο βαθμό	4
διαφωνώ απολύτως	5

19. Οι αποφάσεις που λαμβάνονται στο χώρο εργασίας μου είναι συνεπείς (ίδιοι κανόνες για όλους).

συμφωνώ απολύτως	1
συμφωνώ σε κάποιο βαθμό	2
ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	3
διαφωνώ σε κάποιο βαθμό	4
διαφωνώ απολύτως	5

ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΤΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ

Απαιτήσεις της εργασίας

20. Μπορείτε να χρησιμοποιήσετε τις γνώσεις και τις δεξιότητές σας στην εργασία σας;

πάρα πολύ	1
σχετικά πολύ	2
κάπως	3
σχετικά λίγο	4
πολύ λίγο	5

21. Πόσο μονότονη ή με ποικιλία είναι η εργασία σας;

με μεγάλη ποικιλία	1
με σχετική ποικιλία	2
ούτε με ποικιλία ούτε μονότονη	3
σχετικά μονότονη	4
πολύ μονότονη	5

22. Η εργασία σας έχει φάσεις που είναι πολύ δύσκολες;

ποτέ	1
σχετικά σπάνια	2
κάποιες φορές	3
σχετικά συχνά	4
συνεχώς	5

23. Πόσο συχνά, στο χώρο εργασίας σας, έρχεστε αντιμέτωπος με καταστάσεις, που προκαλούν αρνητικά συναισθήματα όπως αγανάκτηση, μίσος, φόβο ή ντροπή στο μυαλό σας;

σπάνια	1
σχετικά σπάνια	2
κάποιες φορές	3
σχετικά συχνά	4
συνεχώς	5

24. Χρειάζεται να βιάζεστε για να ολοκληρώσετε την εργασία σας;

ποτέ	1
σχετικά σπάνια	2
κάποιες φορές	3
σχετικά συχνά	4
συνεχώς	5

25. Χρειάζεται να αναστείλετε την εκπλήρωση εργασιών που είναι σε εξέλιξη εξαιτίας άλλων παρεμβάσεων ή για πιο επείγοντα θέματα;

ποτέ	1
σχετικά σπάνια	2
κάποιες φορές	3
σχετικά συχνά	4
συνεχώς	5

26. Είναι επαρκής η ροή των πληροφοριών στο εργασιακό σας περιβάλλον;

πολύ επαρκής	1
σχετικά επαρκής	2
ούτε επαρκής ούτε ανεπαρκής	3
σχετικά ανεπαρκής	4
πολύ ανεπαρκής	5

27. Παρακαλώ βαθμολογίστε την ποσότητα των συλλογικών συζητήσεων στο χώρο εργασίας σας σε ό,τι αφορά στα εργασιακά καθήκοντα, τους στόχους και την επίτευξή τους.

πολύ επαρκής	1
σχετικά επαρκής	2
ούτε επαρκής ούτε ανεπαρκής	3
σχετικά ανεπαρκής	4
πολύ ανεπαρκής	5

28. Η εργασία σας έχει ξεκάθαρους στόχους;

πάντα	1
σχετικά συχνά	2
μερικές φορές	3
σχετικά σπάνια	4
πολύ σπάνια	5

Ευθύνη (κίνδυνοι) και περιβάλλον

29. Η εργασία σας περιλαμβάνει επικινδυνότητα εξαιτίας της οποίας θα μπορούσατε να προκαλέσετε σε κάποιον άλλον ατύχημα;

πολύ σπάνια	1
σχετικά σπάνια	2
περιστασιακά	3
σχετικά συχνά	4
πολύ συχνά	5

30. Η εργασία σας περιλαμβάνει επικινδυνότητα εξαιτίας της οποίας θα μπορούσατε να τραυματιστείτε;

ποτέ	1
σπάνια	2
περιστασιακά	3
συχνά	4
συνεχώς	5

31. Στην εργασία σας, μπορεί να καταστρέψετε κατά λάθος κάποιο πολύτιμο εξοπλισμό ή αποτέλεσμα εργασίας;

ποτέ	1
σπάνια	2
περιστασιακά	3
συχνά	4
συνεχώς	5

32. Πιστεύετε ότι το περιβάλλον εργασίας σας είναι ευχάριστο;

πολύ ευχάριστο	1
σχετικά ευχάριστο	2
ούτε ευχάριστο ούτε δυσάρεστο	3
σχετικά δυσάρεστο	4
δυσάρεστο	5

Πίεση εργασίας

33. Η εργασία σας είναι απαιτητική πνευματικά;

καθόλου	1
σχετικά ελαφριά	2
κάπως απαιτητική	3
σχετικά απαιτητική	4
πολύ απαιτητική	5

34. Η εργασία σας είναι απαιτητική σωματικά;

καθόλου	1
σχετικά ελαφριά	2
κάπως απαιτητική	3
σχετικά απαιτητική	4
πολύ απαιτητική	5

ΣΤΡΕΣ ΚΑΙ ΕΥΕΞΙΑ

35. Στρες εννοούμε την κατάσταση κατά την οποία ένα άτομο αισθάνεται ένταση, ανησυχία, νευρικότητα, ή άγχος, ή δεν μπορεί να κοιμηθεί τη νύχτα επειδή το μυαλό του είναι προβληματισμένο όλη την ώρα. Αισθάνεστε αυτό το είδος του στρες αυτές τις μέρες;

καθόλου	1
μόνο λίγο	2
κάπως	3
σχετικά πολύ	4
πάρα πολύ	5

36. Πώς μπορείτε να ανακάμψετε από το φόρτο εργασίας μιας ημέρας μετά από μια εργάσιμη ημέρα ή βάρδια;

πολύ καλά	1
αρκετά καλά	2
κάπως	3
σχετικά άσχημα	4
πολύ άσχημα	5

37. Είμαι ενθουσιώδης με την εργασία μου.

πολύ συχνά (καθημερινά)	1
σχετικά συχνά	2
μερικές φορές	3
σχετικά σπάνια	4
πολύ σπάνια ή ποτέ	5

38. Στην εργασία μου αισθάνομαι δυνατός και δραστήριος.

πολύ συχνά (καθημερινά)	1
σχετικά συχνά	2
μερικές φορές	3
σχετικά σπάνια	4
πολύ σπάνια ή ποτέ	5

39. Ποιά είναι η κατάσταση της υγείας σας σε σύγκριση με αυτή άλλων ανθρώπων της ηλικίας σας;

πολύ καλή	1
σχετικά καλή	2
μέτρια	3
σχετικά πτωχή	4
πολύ πτωχή	5

40. Πόσο ικανοποιημένος είστε από την παρούσα εργασία σας;

πολύ ικανοποιημένος	1
σχετικά ικανοποιημένος	2
ούτε ικανοποιημένος ούτε δυσαρεστημένος	3
σχετικά δυσαρεστημένος	4
πολύ δυσαρεστημένος	5

41. Πόσο ικανοποιημένος είστε με την τωρινή σας ζωή;

πολύ ικανοποιημένος	1
σχετικά ικανοποιημένος	2
ούτε ικανοποιημένος ούτε δυσαρεστημένος	3
σχετικά δυσαρεστημένος	4
πολύ δυσαρεστημένος	5

ΑΝΑΓΚΗ ΓΙΑ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΚΑΙ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΟΥ

42. Στο στενό σας κύκλο γνωριμιών, υπάρχει κάποιος με τον οποίο μπορείτε να συζητάτε ανοικτά προσωπικά θέματα και προβλήματα;

όχι	1
ναι	2
δεν μπορώ να πω	3

43. Εάν είχατε την ευκαιρία, θα θέλατε να συζητήσετε τα προσωπικά σας προβλήματα με έναν ειδικό ψυχικής υγείας;

όχι, δεν θα ήθελα	1
μπορεί να ήθελα	2
οπωσδήποτε θα ήθελα	3
δεν μπορώ να πω	4

Θα ήταν χρήσιμα τα παρακάτω μέτρα για την ανάπτυξη της εργασίας σας ειδικά;

44. Εκσυγχρονισμός μηχανημάτων και εξοπλισμού

ναι, πάρα πολύ	1
σχετικά πολύ	2
σε κάποιο βαθμό	3
όχι ιδιαίτερα	4
θα ήταν επιζήμιο	5
είναι εντάξει	6

45. Αναδιοργάνωση της εργασίας

ναι, πάρα πολύ	1
σχετικά πολύ	2
σε κάποιο βαθμό	3
όχι ιδιαίτερα	4
θα ήταν επιζήμιο	5
είναι εντάξει	6

46. Ανάπτυξη της εσωτερικής συνεργασίας της ομάδας

ναι, πάρα πολύ	1
σχετικά πολύ	2
σε κάποιο βαθμό	3
όχι ιδιαίτερα	4
θα ήταν επιζήμιο	5
είναι εντάξει	6

47. Αύξηση της εκπαίδευσης για τη βελτίωση της δεξιότητας στα εργασιακά σας καθήκοντα

ναι, πάρα πολύ	1
σχετικά πολύ	2
σε κάποιο βαθμό	3
όχι ιδιαίτερα	4
θα ήταν επιζήμιο	5
είναι εντάξει	6

48. Ανάπτυξη εργασιακών μεθόδων

ναι, πάρα πολύ	1
σχετικά πολύ	2
σε κάποιο βαθμό	3
όχι ιδιαίτερα	4
θα ήταν επιζήμιο	5
είναι εντάξει	6

49. Ανάπτυξη της ηγεσίας

ναι, πάρα πολύ	1
σχετικά πολύ	2
σε κάποιο βαθμό	3
όχι ιδιαίτερα	4
θα ήταν επιζήμιο	5
είναι εντάξει	6

Η υγεία και η ευημερία σας

Το ερωτηματολόγιο αυτό ζητά τις δικές σας απόψεις για την υγεία σας. Οι πληροφορίες σας θα μας βοηθήσουν να εξακριβώσουμε πώς αισθάνεστε και πόσο καλά μπορείτε να ασχοληθείτε με τις συνηθισμένες δραστηριότητές σας. Σας ευχαριστούμε για τη συμπλήρωση αυτού του ερωτηματολογίου!

Παρακαλούμε, σε κάθε ερώτηση που ακολουθεί σημειώστε με το πλαίσιο που περιγράφει καλύτερα την απάντησή σας.

1. Γενικά, θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι:

Άριστη	Πολύ καλή	Καλή	Μέτρια	Κακή
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

2. Σε σύγκριση με ένα χρόνο πριν, γενικά πώς θα αξιολογούσατε την υγεία σας τώρα;

Πολύ καλύτερη τώρα απ' ότι ένα χρόνο πριν	Κάπως καλύτερη τώρα απ' ότι ένα χρόνο πριν	Περίπου η ίδια όπως ένα χρόνο πριν	Κάπως χειρότερη τώρα απ' ότι ένα χρόνο πριν	Πολύ χειρότερη τώρα απ' ότι ένα χρόνο πριν
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

3 Οι παρακάτω προτάσεις περιέχουν δραστηριότητες που μπορεί να κάνετε κατά τη διάρκεια μιας συνηθισμένης ημέρας. Η τωρινή κατάσταση της υγείας σας, σας περιορίζει σε αυτές τις δραστηριότητες; Εάν ναι, πόσο;

Ναί, με περιορίζει πολύ	Ναί, με περιορίζει λίγο	Όχι, δεν με περιορίζει καθόλου
▼	▼	▼

- a Σε έντονες δραστηριότητες, όπως το τρέξιμο, το σήκωμα βαριών αντικειμένων, ή η συμμετοχή σε επίπονα σπορ..... 1 2 3
- b Σε μέτριας έντασης δραστηριότητες, όπως η μετακίνηση ενός τραπεζιού, το σπρώξιμο μιας ηλεκτρικής σκούπας, το κολύμπι ή όταν παίζετε ρακέτες στην παραλία..... 1 2 3
- c Όταν σηκώνετε ή μεταφέρετε ψώνια από την αγορά..... 1 2 3
- d Όταν ανεβαίνετε μερικές σειρές από σκαλοπάτια..... 1 2 3
- e Όταν ανεβαίνετε μια σειρά από σκαλοπάτια..... 1 2 3
- f Στο λύγισμα του σώματος, στο γονάτισμα ή στο σκύψιμο 1 2 3
- g Όταν περπατάτε πάνω από ένα χιλιόμετρο..... 1 2 3
- h Όταν περπατάτε μερικές εκατοντάδες μέτρα 1 2 3
- i Όταν περπατάτε εκατό μέτρα 1 2 3
- j Όταν κάνετε μπάνιο ή όταν ντύνεστε..... 1 2 3

4. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, πόσο συχνά είχατε κάποια από τα παρακάτω προβλήματα στη δουλειά σας ή σε άλλες συνηθισμένες καθημερινές δραστηριότητες ως αποτέλεσμα της κατάστασης της σωματικής σας υγείας;

Συνεχώς	Τις περισσότερες φορές	Μερικές φορές	Λίγες φορές	Καθόλου
▼	▼	▼	▼	▼

- a Μειώσατε το χρόνο που συνήθως αφιερώνετε στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες..... 1..... 2..... 3..... 4..... 5
- b Καταφέρατε λιγότερα από όσα θα θέλατε 1..... 2..... 3..... 4..... 5
- c Περιορίσατε το είδος δουλειάς ή άλλων δραστηριοτήτων σας 1..... 2..... 3..... 4..... 5
- d Δυσκολευτήκατε να επιτελέσετε την εργασία ή άλλες δραστηριότητές σας (για παράδειγμα, καταβάλατε μεγαλύτερη προσπάθεια)..... 1..... 2..... 3..... 4..... 5

5. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, πόσο συχνά είχατε κάποια από τα παρακάτω προβλήματα στη δουλειά σας ή σε άλλες συνηθισμένες καθημερινές δραστηριότητες ως αποτέλεσμα οποιουδήποτε συναισθηματικού προβλήματος (όπως επειδή νοιώσατε μελαγχολία ή άγχος);

Συνεχώς	Τις περισσότερες φορές	Μερικές φορές	Λίγες φορές	Καθόλου
▼	▼	▼	▼	▼

- a Μειώσατε το χρόνο που συνήθως αφιερώνετε στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες..... 1..... 2..... 3..... 4..... 5
- b Κάνατε λιγότερα από όσα θα θέλατε. 1..... 2..... 3..... 4..... 5
- c Κάνατε τη δουλειά ή άλλες δραστηριότητες λιγότερο προσεκτικά απ' ότι συνήθως 1..... 2..... 3..... 4..... 5

6. **Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, σε ποιο βαθμό επηρέασε η κατάσταση της σωματικής σας υγείας ή συναισθηματικά σας προβλήματα τις συνηθισμένες κοινωνικές σας δραστηριότητες με την οικογένεια, τους φίλους, τους γείτονές σας ή με άλλες κοινωνικές ομάδες;**

Καθόλου	Ελάχιστα	Μέτρια	Σε μεγάλο βαθμό	Υπερβολικά
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

7. **Πόσο σωματικό πόνο νιώσατε τις τελευταίες 4 εβδομάδες;**

Καθόλου	Πολύ ήπιο	Ηπιο	Μέτριο	Εντονο	Πολύ έντονο
▼	▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

8. **Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, πόσο επηρέασε ο πόνος τη συνηθισμένη εργασία σας (τόσο την εργασία έξω από το σπίτι όσο και μέσα σε αυτό);**

Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Σε μεγάλο βαθμό	Υπερβολικά
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

9. Οι παρακάτω ερωτήσεις αναφέρονται στο πως αισθανόσαστε και στο πως τα πράγματα πήγαιναν με σας τις τελευταίες 4 εβδομάδες. Για κάθε ερώτηση, παρακαλείστε να δώσετε εκείνη την απάντηση που πλησιάζει περισσότερο σε ό,τι αισθανθήκατε. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, για πόσο χρονικό διάστημα...

Συνεχώς	Τις περισσότερες φορές	Μερικές φορές	Λίγες φορές	Καθόλου
▼	▼	▼	▼	▼

- a Αισθανόσασταν γεμάτος/γεμάτη ζωντάνια; 1 2 3 4 5
- b Είχατε πολύ εκνευρισμό; 1 2 3 4 5
- c Αισθανόσασταν τόσο πολύ πεσμένος/πεσμένη ψυχολογικά, που τίποτε δεν μπορούσε να σας φτιάξει το κέφι; 1 2 3 4 5
- d Αισθανόσασταν ηρεμία και γαλήνη; 1 2 3 4 5
- e Είχατε πολλή ενεργητικότητα; 1 2 3 4 5
- f Αισθανόσασταν κακοκεφιά και μελαγχολία; 1 2 3 4 5
- g Αισθανόσασταν εξάντληση; 1 2 3 4 5
- h Ήσασταν ευτυχισμένος/ ευτυχισμένη; 1 2 3 4 5
- i Αισθανόσασταν κούραση; 1 2 3 4 5

10. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, για πόσο χρονικό διάστημα επηρέασαν τις κοινωνικές σας δραστηριότητες (π.χ. επισκέψεις σε φίλους, συγγενείς κλπ.) η κατάσταση της σωματικής σας υγείας ή συναισθηματικά σας προβλήματα;

Συνεχώς	Τις περισσότερες φορές	Μερικές φορές	Λίγες φορές	Καθόλου
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

11. Πόσο ΑΛΗΘΙΝΕΣ ή ΨΕΥΔΕΙΣ είναι οι παρακάτω προτάσεις στη δική σας περίπτωση;

Εντελώς Αλήθεια	Τις περισσότερες φορές αλήθεια	Δεν ξέρω	Τις περισσότερες φορές ψέμα	Εντελώς ψέμα
▼	▼	▼	▼	▼

- a. Μου φαίνεται ότι αρρωσταίνω λίγο ευκολότερα από άλλους ανθρώπους 1 2 3 4 5
- b. Είμαι τόσο υγιής όσο όλοι οι γνωστοί μου 1 2 3 4 5
- c. Περιμένω ότι η υγεία μου θα χειροτερεύσει 1 2 3 4 5
- d. Η υγεία μου είναι εξαιρετική 1 2 3 4 5

Σας ευχαριστούμε για το χρόνο σας!