



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ ΣΤΗΝ
<<ΕΦΑΡΜΟΣΜΕΝΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ>>**

Συνήθειες τρόπου ζωής και Εργασιακά Χαρακτηριστικά

της

Κουφογιάννου Α. Πολυτίμης

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια : Λέκτορας Οικονόμου Αθηνά

ΒΟΛΟΣ 2013

Υπεύθυνη δήλωση

Βεβαιώνω ότι είμαι συγγραφέας αυτής της διπλωματικής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της, είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στη διπλωματική εργασία. Επίσης έχω αναφέρει τις όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε αυτές αναφέρονται ακριβώς είτε παραφρασμένες. Επίσης βεβαιώνω ότι αυτή η πτυχιακή εργασία προετοιμάστηκε από εμένα προσωπικά ειδικά για τις απαιτήσεις του προγράμματος μεταπτυχιακών σπουδών στην Εφαρμοσμένη Οικονομική του Τμήματος Οικονομικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας. Βόλος, Ιανουάριος 2013.

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω την Καθηγήτρια μου Κ. Οικονόμου Αθηνά που ανέλαβε την επίβλεψη και την καθοδήγηση της παρούσας διπλωματικής εργασίας. Με τις ουσιαστικές της παρατηρήσεις και τα εποικοδομητικά της σχόλια κατάφερα και έφερα εις πέρας την παρούσα εργασία. Ακόμη, θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους τους καθηγητές του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας που είχα σε όλη την διάρκεια του μεταπτυχιακού προγράμματος. Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον Καθηγητή Ιωάννη Θεοδοσίου, του Πανεπιστημίου του Aberdeen για την ευγενική του παραχώρηση των δεδομένων που χρησιμοποιούνται στην μελέτη.

Τις πιο θερμές μου ευχαριστίες οφείλω στους γονείς μου, Αργύρη και Άννα, για την οικονομική και πάνω απ' όλα ψυχολογική υποστήριξη, για την πολύτιμη βοήθεια τους σε κάθε βήμα της ζωής μου.

Στον Αργύρη, στην Άννα,
στην Σωτηρία, στην Γεωργία
και στον Χρήστο.

Περίληψη

Αυτή η μελέτη εξετάζει την επίδραση του καπνίσματος, της παχυσαρκίας και της κατανάλωσης αλκοόλ σε σχέση με διάφορα εργασιακά χαρακτηριστικά. Το οικονομετρικό υπόδειγμα το οποίο χρησιμοποιείται είναι το διατεταγμένο λογιστικό υπόδειγμα πολλαπλής απόκρισης, με το οποίο υποδειγματοποιούνται οι δείκτες που αφορούν το δείκτη μάζα σώματος, το κάπνισμα και το αλκοόλ, οι οποίοι έχουν πολλαπλές αποκρίσεις με μια λογική αύξουσα σειρά. Συγκεκριμένα, μελετούμε α) την σχέση του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα με το κάπνισμα, το δείκτη μάζα σώματος και το αλκοόλ, β) την σχέση της παρελθοντικής ανεργίας με τους παραπάνω δείκτες.

Τα αποτελέσματα της παλινδρόμησης μας δείχνουν πως το κάπνισμα, το αλκοόλ και ο δείκτης μάζα σώματος επηρεάζονται με ισχυρό τρόπο από διάφορα δημογραφικά χαρακτηριστικά όπως η ηλικία και το φύλο. Ο αυτοεκτιμώμενος δείκτης υγείας φαίνεται να έχει μια στατιστικά σημαντική και θετική επίδραση στο αλκοόλ. Επίσης, με βάση τα ευρήματα, φαίνεται ότι ο δείκτης μάζα σώματος επηρεάζεται από τα εργασιακά χαρακτηριστικά όπως ο ιδιωτικός τομέας και το αλκοόλ επηρεάζεται από την οικογενειακή κατάσταση. Η εκπαίδευση φαίνεται από τα αποτελέσματα ότι συνδέεται με τον δείκτη μάζα σώματος. Ωστόσο, σε σχέση με την παρελθοντική ανεργία τα αποτελέσματα μας δεν είναι συνεπή με την υπόλοιπη βιβλιογραφία. Τέλος, το εισόδημα επηρεάζει κάποιους από τους δείκτες αλλά στην περίπτωση του δείκτη παχυσαρκίας η επίδραση του εισοδήματος γίνεται ασήμαντη αφού ελέγξουμε για την κατάσταση της υγείας πριν από 10 χρόνια. Αυτό σημαίνει ότι η υγεία επιδρά μέσω του εισοδήματος στις συνήθειες του τρόπου ζωής μας. Τα παραπάνω ευρήματα αναδεικνύουν την αναγκαιότητα των πολιτικών που θα στοχεύουν στην ενημέρωση των μελών του εργατικού δυναμικού όσο αφορά τις αρνητικές συνέπειες του καπνίσματος, του αλκοόλ και της παχυσαρκίας στην απασχόληση.

Abstract

This study examines the effect of smoking, obesity and alcohol consumption in relation to different working characteristics. The econometric model used is the ordered logistic regression. In this way categorized indicators are related to body mass index, smoking and alcohol, which have multiple responses in a logical ascending order. Specifically, we study a) the relationship between the public and private sectors with and smoking, body mass index and alcohol, b) the relationship of past unemployment with the above indicators.

The results of our regression show that smoking, alcohol and body mass index are dynamically influenced by powerful way of various demographic characteristics such as age and gender. The self-rated health index seems to have a statistically significant positive effect on alcohol. Moreover, based on these findings, it appears that the body mass index is influenced by the working characteristics such as the private sector and alcohol are affected by marital status. Education is seen from the results that associated with body mass index. However, in relation to past unemployment our results are not consistent with the rest of the literature. Finally, income affects some of the indicators, but in the case of obesity, the effect of income becomes insignificant after control for health status 10 years ago, showing that the health impacts of income through the habits of our lifestyle. These findings highlight the need for policies aimed at informing members of the workforce as the negative effects of smoking, alcohol and obesity on employment.

Λέξεις κλειδιά: Κάπνισμα, Αλκοόλ, Δείκτης Μάζα Σώματος, Εργασιακά Χαρακτηριστικά.

Κωδικοί JEL: I00, I19

Περιεχόμενα

1. Εισαγωγή	9
2. Θεωρητικό Υπόδειγμα	
2.1 Το Υπόδειγμα Ατομικής Ζήτησης Υγείας και Υπηρεσιών Υγείας του Grossman.....	11
3. Εμπειρικές Μελέτες	18
3.1 Δείκτες Φυσικής Κατάστασης.....	20
3.2 Δείκτες Θνησιμότητας.....	22
3.3 Δείκτες Τρόπου Ζωής.....	24
3.3.1 Παχυσαρκία.....	25
3.3.2 Αλκοόλ.....	27
3.3.3 Κάπνισμα.....	30
4. Κοινωνικό-οικονομικοί προσδιοριστικοί παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία και τον τρόπο ζωής	33
4.1 Εισόδημα.....	35
4.2 Εκπαίδευση.....	37
4.3 Επαγγελματική Κατάσταση.....	39
4.4 Ανεργία	41
4.5 Εργασιακά Χαρακτηριστικά	42
5. Περίπτωση Ελλάδας	
5.1 Κάπνισμα.....	45
5.2 Παχυσαρκία.....	47
5.3 Αλκοόλ.....	49
Συμπεράσματα	50
6. Δεδομένα	53
7. Μεθοδολογία	
7.1 Εξαρτημένες μεταβλητές.....	54
7.2 Ανεξάρτητες μεταβλητές.....	55
7.3 Οικονομετρική εξειδίκευση.....	56
7.4 Αποτελέσματα.....	58
7.5 Οικονομετρικά και μεθοδολογικά προβλήματα.....	61
Συμπεράσματα	63

8.Βιβλιογραφία

Ξένη Βιβλιογραφία	69
Ελληνική Βιβλιογραφία	96
Παράρτημα Α	98
Παράρτημα Β	118
Παράρτημα Γ	121

1.Εισαγωγή

Η υγεία αποτελεί μία από τις βασικές συνιστώσες του Κράτους-Πρόνοιας σε όλες τις χώρες, το οποίο συνολικά και επιμέρους κατά την διάρκεια των δύο τελευταίων δεκαετιών συγκεντρώνει τους προβληματισμούς και τις αντιπαραθέσεις για την αναδιοργάνωση και τον αναπροσανατολισμό του.

Σύμφωνα με τον ορισμό που έδωσε ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, η υγεία φυσικό και κοινωνικό αγαθό πρωταρχικής σημασίας για κάθε άνθρωπο, είναι η κατάσταση πλήρους σωματικής, πνευματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας του ατόμου σε σχέση και σε ισορροπία με το περιβάλλον. Ο ορισμός του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, ο οποίος χρησιμοποιείται και στις μέρες μας ως ο επικρατέστερος αναγνωρίζει την ύπαρξη δυο παραμέτρων που οριοθετούν την υγεία: την παράμετρο της απουσίας της αρρώστιας και την παράμετρο της ευεξίας. Επίσης, σε ότι αφορά την ευεξία διακρίνει τόσο την σωματική, όσο και την ψυχική και κοινωνική της διάσταση.

Κάθε άνθρωπος έχει ιδιαίτερη ανάγκη για υπηρεσίες υγείας, οι οποίες θα καλύπτουν επαρκώς την πρόληψη ασθενειών, αποκατάσταση, βελτίωση ή διατήρηση της καλής κατάστασης υγείας. Οι υπηρεσίες αυτές κατέχουν πρωταρχική θέση στην κλίμακα αξιών-αναγκών του ανθρώπου (Αγραφιώτης, 1999). Η βελτίωση της ποιότητας υπηρεσιών υγείας περιλαμβάνεται ανάμεσα στις προτεραιότητες και προσανατολισμούς των συστημάτων υγείας και των μεταρρυθμιστικών προσπαθειών που βρίσκονται σε εξέλιξη στις περισσότερες αναπτυγμένες χώρες. Σε κάθε περίπτωση πάντως απαιτείται ο εντοπισμός των παραγόντων και των τεχνικών που θα μπορούσαν να εξασφαλίσουν των ενσωμάτωση της ποιότητας, τόσο στη διαδικασία λειτουργίας του συστήματος υγείας όσο και στο αποτέλεσμα αυτής (Κυριόπουλος και συν, 2003).

Οι περισσότεροι άνθρωποι θεωρούν ότι είναι προφανές, ότι ο καθένας επιθυμεί πιθανώς καλή υγεία, τόσο για το καλό της ποιότητας ζωής τους, όσο και επειδή επιτρέπει τη δυνατότητα να κερδίζουν περισσότερα έσοδα, να είναι παραγωγικοί και να απολαμβάνουν τη ζωή πιο πλήρη.

Η καλή υγεία όμως συσχετίζεται άμεσα με τον τρόπο ζωής που ακολουθεί το κάθε άτομο. Για παράδειγμα, η κατάχρηση αλκοόλ επηρεάζει όχι μόνο την υγεία αλλά και την κοινωνία με διάφορους τρόπους. Ειδικότερα, από την μεριά του εργοδότη οι απώλειες που οφείλονται από την κατάχρηση αλκοόλ έρχονται με την

μορφή δυσμενών επιπτώσεων στην προσφορά εργασίας και μείωση της απόδοσης πάνω στην εργασία. Για τον εργαζόμενο, η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ μπορεί να οδηγήσει σε μείωση των κερδών του ως αποτέλεσμα της ολοένα και χαμηλότερης ποιότητας θέσεων εργασίας (Terza, 2002).

Επίσης, η παχυσαρκία που αποτελεί έναν δείκτη τρόπου ζωής επηρεάζει και αυτό με τη σειρά του την υγεία αλλά έχει και κόστος στην οικονομία. Πολλοί άνθρωποι δεν εργάζονται, ως άμεσο αποτέλεσμα της παχυσαρκίας, είτε στον τομέα της υγείας είτε για άλλους λόγους, συμπεριλαμβανομένων, ενδεχομένως, των διακρίσεων στο εργατικό δυναμικό. Αυτό, μειώνει την εθνική παραγωγή, μειώνει τα φορολογικά έσοδα και αυξάνει τις κρατικές δαπάνες για επιδόματα ανικανότητας και επιδόματα ανεργίας (The Stationery Office, 2004).

Η βασική ιδέα της υγείας ως θεμελιώδες αγαθό μπορεί να εντοπισθεί το 18^ο αιώνα, όταν ο Jeremy Bentham (1780) δήλωσε ότι η «η ανακούφιση από το πόνο» είναι «μια βασική απόλαυση». Η δικιά μας εργασία βασίζεται στο διαδεδομένο οικονομικό μοντέλο του Grossman όπου η υγειονομική περίθαλψη αντιμετωπίζεται ως εισροή στην παραγωγή της υγείας. Το μοντέλο του Grossman θεωρεί ότι η επένδυση στην υγεία είναι επένδυση στο ανθρώπινο κεφάλαιο (Cuyler και Newhouse, 2000). Η κύρια συνεισφορά του είναι η διάκριση μεταξύ της υγείας ως μια εκροή που γίνεται πηγή φροντίδας και ιατρικής χρησιμότητας για τους ανθρώπους και της υγειονομικής περίθαλψης ως εισροή στην παραγωγή της υγείας (Dewar, 2009).

Η παρούσα μελέτη ειδικότερα στοχεύει : α) να προσδιορίσει τους κοινωνικό-οικονομικούς και επαγγελματικούς παράγοντες που επιδρούν στο τρόπο ζωής του κάθε ατόμου, β) να μελετήσει την σχέση μεταξύ του τρόπου ζωής που ακολουθεί το κάθε άτομο και των εργασιακών χαρακτηριστικών.

Η δομή της παρούσας μελέτης είναι η εξής : στο κεφάλαιο 2 αναλύεται το υπόδειγμα ατομικής ζήτησης υγείας και υπηρεσιών υγείας του Grossman. Το κεφάλαιο 3 και 4 παρουσιάζει μια κριτική επισκόπηση της θεωρητικής και εμπειρικής βιβλιογραφίας αναφορικά με τους πιο διαδεδομένους δείκτες που χρησιμοποιούνται για την μέτρηση της υγείας και έπειτα οι διάφοροι παράγοντες που επηρεάζουν τον τρόπο ζωής στην εμπειρική έρευνα. Στο κεφάλαιο 5 παρουσιάζεται μια επισκόπηση της θεωρητικής και εμπειρικής βιβλιογραφίας για την περίπτωση της Ελλάδας. Στο κεφάλαιο 6 και 7 παρατίθεται η οικονομετρική προσέγγιση που ακολουθείται και διατυπώνονται τα συμπεράσματα.

2. ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ

2.1 Το Υπόδειγμα Ατομικής Ζήτησης Υγείας και Υπηρεσιών Υγείας του Grossman

Το υπόδειγμα Grossman (1972, 2000) είναι το βασικό θεωρητικό υπόδειγμα βάσει του οποίου έχει ανθίσει η ερευνητική περιοχή των κοινωνικών-οικονομικών ανισοτήτων στην υγεία. Το 1972, ο Michael Grossman στο εξέχων του άρθρο «*On the Concept of health Capital and the Demand of Health*» παρατηρεί ότι η ζήτηση για υγεία διαφέρει από τα υπόλοιπα αγαθά επειδή τα άτομα κατανέμουν τους πόρους τους με σκοπό να καταναλώσουν και να παράγουν κεφάλαιο υγείας. Άρα το κάθε άτομο είναι ταυτόχρονα και καταναλωτής και παραγωγός κεφαλαίου υγείας. Με το άρθρο αυτό, ο Grossman ακολουθώντας την θεωρητική παράδοση του Becker (1964), διατύπωσε για πρώτη φορά το «μοντέλο του Ανθρώπινου Κεφαλαίου» για την υγεία (Grossman, 1972, 2000). Ασχολήθηκε δηλαδή με το πώς τα άτομα διαθέτουν τους πόρους τους για την επένδυση σε ανθρώπινο κεφάλαιο. Το μοντέλο αυτό πηγαίνει πέρα από την παραδοσιακή ανάλυση της ζήτησης υπηρεσιών υγείας και γι' αυτό το λόγο έχει εξαιρετικά μεγάλη επιρροή στα οικονομικά της υγείας.

Σύμφωνα με το Grossman, τα άτομα ζητούν ιατρική φροντίδα (επενδύουν χρόνο για να καταναλώσουν αγαθά και ιατρικές υπηρεσίες), επειδή η υγεία συνδέεται με αυξημένη χρησιμότητα και διότι τα υγιή άτομα έχουν μεγαλύτερες αποδοχές (που προκύπτουν από την καλή υγεία). Το μοντέλο έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως για να διερευνήσει ένα ευρύ φάσμα φαινομένων που σχετίζονται με την υγεία, την ιατρική περίθαλψη, την ανισότητα στην υγεία, την σχέση μεταξύ υγείας και κοινωνικοοικονομικής κατάστασης, την επαγγελματική επιλογή, κλπ (Muurinen et al., 1985, Case και Deaton, 2005, Cropper, 1977).

Η υγεία είναι ένα επενδυτικό μη ανταλλάξιμο αγαθό, το οποίο παράγεται και συντηρείται στην οικογένεια με βάση το απόθεμα υγείας και την διαχείριση του έναντι των κοινωνικών και οικολογικών επιδράσεων και του τρόπου ζωής του ατόμου, σύμφωνα με το υπόδειγμα Grossman (Grossman, 1972). Η υγεία καθορίζεται από πολλούς παράγοντες μεταξύ των οποίων η ιατρική περίθαλψη είναι ένας μόνο προσδιοριστικός παράγοντας του ατομικού κεφαλαίου υγείας. Άλλοι

παράγοντες είναι η κοινωνική τάξη, το περιβάλλον εργασίας, το καθεστώς απασχόλησης, το εισόδημα, η εκπαίδευση, η διατροφή, ο τρόπος ζωής.

Η θεωρητική προσέγγιση, σύμφωνα με το Grossman, εκφράζεται ως εξής: (α) η υγεία θεωρείται ένα καταναλωτικό προϊόν (consumption commodity), το οποίο δίνει στο άτομο τη δυνατότητα να αισθάνεται καλύτερα (του προσδίδει χρησιμότητα) και (β) η υγεία θεωρείται ένα επενδυτικό προϊόν (investment commodity) υπό την έννοια ότι αυτή προσδιορίζει τελικά το συνολικό ποσό του χρόνου το οποίο έχει στην διάθεση του ο καταναλωτής για να συμμετάσχει στην αγορά εργασίας.

Πιο συγκεκριμένα, χρησιμοποιεί την ιδέα του ατόμου ως παραγωγό της υγείας (όχι απλώς ως ένας καταναλωτής). Ο Grossman (1972), δηλαδή, θεωρεί ότι τα άτομα δεν είναι παθητικοί καταναλωτές της υγείας αλλά ενεργοί παραγωγοί που ξοδεύουν χρόνο και χρήμα για την παραγωγή της υγείας. Εισάγει, επίσης, την ιδέα της επένδυσης σε ανθρώπινο κεφάλαιο (εκπαίδευση και υγεία) για τη βελτίωση των αποτελεσμάτων τόσο στην αγορά (εργασίας) όσο και στην εκτός-αγορά (νοικοκυριά).

Με λίγα λόγια, η ζήτηση για υγειονομική περίθαλψη προέρχεται από τη ζήτηση για την υγεία και η ζήτηση για την υγεία αυξάνει τη συνολική χρησιμότητα του ατόμου (π.χ. υγιείς ημέρες για να συμμετάσχουν σε δραστηριότητες αναψυχής και εργασίας).

Ας εξετάσουμε λοιπόν το μοντέλο του Grossman πιο αναλυτικά. Αρχικά η διαχρονική συνάρτηση χρησιμότητας του μέσου καταναλωτή είναι :

$$U = U(\phi_0 H_0, \dots, \phi_n H_n, Z_0, \dots, Z_n) \quad (1)$$

Όπου:

H_0 = η αρχική «κληρονομούμενη» κατάσταση υγείας.

H_i = το απόθεμα υγείας την χρονική περίοδο i .

Φ_i = η ροή των υπηρεσιών ανά μονάδα αποθέματος.

$h_i = \phi_i H_i$ η συνολική κατανάλωση υπηρεσιών υγείας.

Z_i = η συνολική κατανάλωση άλλων αγαθών την περίοδο i .

Η συνάρτηση χρησιμότητας (1) αποτυπώνει την δυαδική υπόσταση του καταναλωτή ως παραγωγού και ως επενδυτή.

Η υγεία ως επενδυτικό προϊόν μπορεί να αποτυπωθεί στην ακόλουθη εξίσωση :

$$H_{i+1} - H_i = I_i - \delta_i H_i \quad (2)$$

Όπου :

I_i = οι ακαθάριστες επενδύσεις.

δ_i = το ποσοστό της απόσβεσης κατά την περίοδο i .

Οι συναρτήσεις παραγωγής του νοικοκυριού αποτελούνται από την συνάρτηση επένδυσης για ένα νέο επίπεδο υγείας και από την συνάρτηση παραγωγής των άλλων καταναλωτικών αγαθών.

$$I_i = I_i(M_i T H_i E_i) \quad (3)$$

$$Z_i = Z_i(X_i T_i E_i) \quad (4)$$

Όπου:

M_i = η ιατρική φροντίδα.

$T H_i$ = ο χρόνος που δαπανάται για τη βελτίωση της υγείας.

X_i = τα αγαθά που απαιτούνται για την παραγωγή του αγαθού Z .

T_i = ο χρόνος που δαπανάται για την κατανάλωση σύνθετων αγαθών.

E_i = το απόθεμα του ανθρώπινου κεφαλαίου.

Όπως και με άλλα οικονομικά μοντέλα, έτσι και το οικονομικό μοντέλο για την υγεία αναπτύχθηκε με αρκετές υποθέσεις

1) Δεν υπάρχει αβεβαιότητα. Τα άτομα γνωρίζουν το οριακό όφελος της ιατρικής φροντίδας των επενδύσεων, των επιτοκίων, τον συντελεστή απόσβεσης της υγείας κατά την τρέχουσα και την μελλοντική περίοδο.

2) Το επίπεδο των μισθών και η εκπαίδευση καθορίζονται εξωγενώς.

3) Η υγεία επηρεάζεται μόνο από το εισόδημα μέσω της μείωσης της ποσότητας του χρόνου που χάθηκε από την εργασία.

4) Τα άτομα γνωρίζουν τη μορφή της συνάρτησης παραγωγής για την υγεία τους, η οποία εξηγεί τον αντίκτυπο των επενδύσεων στον τομέα της υγείας σε

διαφορετικά επίπεδα υγείας. Η σχετική παραδοχή είναι ότι τα άτομα έχουν τον πλήρη έλεγχο της υγείας τους και την ώρα του θανάτου τους, έτσι ώστε να μπορούν να επενδύσουν στον τομέα της υγείας για να την παρατείνουν.

5) Πέμπτον, σε μια κατάσταση όπου το οριακό κόστος της επένδυσης υπερβαίνει τα οριακά οφέλη, τα άτομα θα επιλέξουν να μην επενδύσουν στην υγεία, και επομένως να οδηγηθούν σε μηδενικό κεφάλαιο υγείας (θάνατος). Η απόφαση σχετικά με τη βελτίωση της υγείας εξαρτάται από το οριακό κόστος και το οριακό όφελος των επενδύσεων στον τομέα της υγείας.

6) Τα άτομα θα μπορούσαν να χρησιμοποιήσουν μόνο το προσωπικό πλούτο και το εισόδημα τους για την βελτίωση της υγείας τους.

Επειδή το εισόδημα δεν είναι απεριόριστο, το άτομο θα πρέπει να επιλέξει τον άριστο τρόπο κατανομής του ανάμεσα στα αγαθά H και Z . Ο εισοδηματικός περιορισμός εξισώνει την παρούσα αξία των δαπανών για αγαθά με την παρούσα αξία των κερδών πάνω στον κύκλο της ζωής και το αρχικό ενεργητικό. Η σχέση δίνεται από την ακόλουθη εξίσωση:

$$\sum \frac{P_i M_i + V_i X_i}{(1+r)^i} = \sum \frac{W_i T W_i}{(1+r)^i} + A_o \quad (5)$$

Όπου:

P_i = οι τιμές που παίρνει η μεταβλητή ιατρική φροντίδα.

V_i = οι τιμές που παίρνει η μεταβλητή αγαθά X .

W_i = το ποσοστό των μισθών.

$T W_i$ = οι ώρες εργασίας.

A_o = ο συνολικός πλούτος την αρχική περίοδο.

r = το επιτόκιο.

Επίσης, η επιλογή πόσων ωρών πρέπει να κατανεμηθούν σε κάθε δραστηριότητα που αφορούν την εργασία του, την υγεία του και γενικότερα την παραγωγή αγαθών και υπηρεσιών, εξαρτάται από το άτομο. Ο περιορισμός του χρόνου, προϋποθέτει ότι το συνολικό ποσό του διαθέσιμου χρόνου σε οποιοδήποτε χρονικό διάστημα πρέπει να εξαντληθεί από όλες τις δυνατές χρήσεις:

$$TW_i + TL_i + TH_i + T_i = \Omega \quad (6)$$

όπου TL_i είναι ο χρόνος που χάνεται από την αγορά εργασίας, λόγω ασθένειας ή τραυματισμό.

Ως εκ τούτου, υπάρχει μιας trade-off μεταξύ της κατανάλωσης και της υγείας, καθώς τα άτομα πρέπει να αποφασίσουν εάν θα ξοδέψουν τις υπόλοιπες ώρες στην επένδυση της υγείας τους, στην εργασία ή στις δουλειές του σπιτιού. Από την μια πλευρά, τα άτομα που ξοδεύουν τις τελευταίες ώρες δουλεύοντας μπορεί να απολαμβάνουν μεγαλύτερη κατανάλωση αγαθών Z αλλά ξοδεύουν λιγότερες ώρες στην παραγωγή της υγείας που σημαίνει μείωση των υγείων ημερών h . Από την άλλη πλευρά, εάν οι τελευταίες ώρες ξοδεύονται στην παραγωγή της υγείας, τα άτομα κερδίζουν περισσότερη χρησιμότητα από την αύξηση της υγείας ή λιγότερη χρησιμότητα από την κατανάλωση εξαιτίας των λιγότερων ωρών που ξοδεύονται στην εργασία TW (Abdul-Rahman, 2008).

Αντικαθιστώντας το TW_i από την εξίσωση (6) στην εξίσωση (5), ο νέος εισοδηματικός περιορισμός που προκύπτει είναι :

$$\sum \frac{P_i M_i + V_i X_i + W_i (TL_i + TH_i + T_i)}{(1+r)^i} = \sum \frac{W_i \Omega}{(1+r)^i} + A_o = R \quad (7)$$

Σύμφωνα με την εξίσωση (7), ο πλούτος ισούται με το πλούτο της αρχικής περιόδου (περίοδος 0) καθώς και με την παρούσα αξία των αποδοχών που το άτομο θα αποκτήσει. Μέρος αυτού του πλούτου δαπανάται για αγορά αγαθών, ξοδεύεται σε μη εμπορικές δραστηριότητες χρόνου παραγωγής και χάνεται λόγω ασθένειας. Οι ποσότητες ισορροπίας H και Z μπορούν να βρεθούν μέσω της μεγιστοποίησης της συνάρτησης χρησιμότητας που δίνεται από την εξίσωση (1) με την επιφύλαξη των περιορισμών που δίνεται από τις εξισώσεις (2), (3), και (9). Από το κληροδοτούμενο απόθεμα της υγείας και τα ποσοστά αποσβέσεων, οι βέλτιστες ποσότητες των ακαθάριστων επενδύσεων προσδιορίζουν τις βέλτιστες ποσότητες κεφαλαίου υγείας.

Βελτιστοποιώντας τις ακαθάριστες επενδύσεις κατά την περίοδο $i-1$ παίρνουμε την ακόλουθη σχέση :

$$\frac{\pi_{i-1}}{(1+r)^{i-1}} = \frac{W_i G_i}{(1+r)^i} + \frac{(1-\delta_i)W_{i+1}G_{i+1}}{(1+r)^{i+1}} + \dots + \frac{(1-\delta_i)\dots(1-\delta_{n-1})W_n G_n}{(1+r)^n} + \frac{U h_i}{\lambda} G_i + \dots$$

$$+ (1-\delta_i)\dots(1-\delta_{n-1})\frac{U h_n}{\lambda} G_n;$$
(8)

$$\pi_{i-1} = \frac{P_{i-1}}{g - t_{i-1}g'} = \frac{W_{i-1}}{g'} \quad (9)$$

Όπου:

$U h_i$ = η οριακή χρησιμότητα των υγιών ημερών.

λ = η οριακή χρησιμότητα του πλούτου.

G_i = το οριακό προϊόν του αποθέματος υγείας για την παραγωγή υγιών ημερών.

π_{i-1} = το οριακό κόστος των ακαθάριστων επενδύσεων στην υγεία την περίοδο $i-1$

Η εξίσωση (8) αναφέρει απλώς ότι η παρούσα αξία του οριακού κόστους των ακαθάριστων επενδύσεων την περίοδο $i-1$ πρέπει να ισούται με την παρούσα αξία των οριακών οφελών. Τα προεξοφλημένα οριακά οφέλη σε ηλικία i ισούται με :

$$G_i \left[\frac{W_i}{(1+r)^i} + \frac{U h_i}{\lambda} \right]$$

Όπου G_i το οριακό προϊόν του κεφαλαίου για την υγεία. Δηλαδή η αύξηση των αριθμών των υγιών ημερών που προκαλείται από την αύξηση μίας μονάδας του αποθέματος της υγείας.

Οι συνθήκες πρώτης τάξης των εξισώσεων (8) και (9) μας δίνουν την εξίσωση (10), η οποία ορίζει το άριστο απόθεμα κεφαλαίου υγείας για την περίοδο i :

$$G_i \left[W_i + \left(\frac{U h_i}{\lambda} \right) (1+r)^i \right] = \pi_{i-1} (r - \pi_{i-1} + \delta_i) \quad (10)$$

όπου π_{i-1} είναι το ποσοστό μεταβολής του οριακού κόστους μεταξύ της περιόδου $i-1$ και της περιόδου i . Η εξίσωση (10) συνεπάγεται ότι η μη προεξοφλημένη αξία του οριακού προϊόντος του βέλτιστου αποθέματος κεφαλαίου της υγείας σε οποιαδήποτε χρονική στιγμή πρέπει να ισούται με την τιμή προσφοράς του κεφαλαίου.

Η εξίσωση (10) καθορίζει πλήρως τη ζήτηση για τα κεφαλαιουχικά αγαθά που μπορούν να αγοράζονται και να πωλούνται σε μια τέλεια αγορά. Σε μια τέτοια αγορά, εάν οι επιχειρήσεις ή τα νοικοκυριά αποκτήσουν μία μονάδα των αποθεμάτων κατά την περίοδο $i-1$ σε τιμή π_{i-1} , μπορούν να πουλήσουν $(1+\delta_i)$ μονάδες στην π_i τιμή στο τέλος της περιόδου i . Ως εκ τούτου, το π_{i-1} μετρά το κόστος της εκμετάλλευσης μιας μονάδας του κεφαλαίου για ένα χρονικό διάστημα.

Ο Grossman προκειμένου να ολοκληρώσει το υπόδειγμα εξετάζει τρεις υποθέσεις: την επίδραση της ηλικίας, του ωρομισθίου και της εκπαίδευσης στη ζήτηση της υγείας. Οι τρεις υποθέσεις του Grossman συνοψίζονται στο παρακάτω πίνακα (πίνακας 1). Το ωρομίσθιο συνδέεται θετικά με το απόθεμα υγείας, τις υπηρεσίες υγείας και την ιατρική περίθαλψη. Μια αύξηση του ωρομισθίου αυξάνει την ζήτηση για υγεία επειδή κάθε ώρα αύξησης των υγείων ημερών, τα άτομα κερδίζουν όφελος αντίστοιχο με το ωρομίσθιο. Δηλαδή τα άτομα με υψηλότερο ωρομίσθιο έχουν υψηλότερα οικονομικά κίνητρα να βελτιώσουν και να διατηρήσουν την κατάσταση της υγείας τους. Επίσης, η εκπαίδευση συσχετίζεται θετικά με το απόθεμα υγείας και τις υπηρεσίες υγείας. Όμως, η εκπαίδευση σχετίζεται αρνητικά με την ιατρική περίθαλψη, επειδή άτομα με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο είναι πιο παραγωγικοί στην παραγωγή της υγείας. Τέλος, η ηλικία συνδέεται αρνητικά με το απόθεμα υγείας και τις υπηρεσίες υγείας. Αλλά η θετική συσχέτιση της ηλικίας με την ιατρική περίθαλψη εξηγείται από το γεγονός ότι οι ηλικιωμένοι ζητούν πιο επίμονα ιατρική περίθαλψη.

Επίσης, ο Grossman απέδειξε τόσο θεωρητικά όσο και εμπειρικά ότι το υψηλότερο εισόδημα δεν οδηγεί αναγκαστικά σε υψηλότερα επίπεδα υγείας, ακόμη και σε μέσο όρο. Η εξήγησή είναι ότι τα υψηλότερα εισοδήματα μπορούν επίσης να

προκαλέσουν μεγαλύτερα επίπεδα κατανάλωσης σε άλλα αγαθά και υπηρεσίες που έχουν αρνητική επίπτωση στην υγεία.

Πίνακας 1 : Υποθέσεις του Grossman

Ζήτηση για :	Ωρομίσθιο	Εκπαίδευση	Ηλικία
Απόθεμα υγείας (H)	+	+	-
Υπηρεσίες Υγείας (h)	+	+	-
Ιατρική Περίθαλψη (M)	+	-	+

Πηγή : Abdul- Rahman (2008), σελ 26

Το μοντέλο του Grossman είναι ιδιαίτερα σημαντικό γιατί πρώτον, το επίπεδο της κακής υγείας, το οποίο μετράται από τα ποσοστά θνησιμότητας και νοσηρότητας, επηρεάζει την ποσότητα και την παραγωγικότητα της εργασίας που παρέχεται σε μια οικονομία. Δεύτερον, οι καταναλωτές δεν ζητούν, όταν αγοράζουν ιατρικές υπηρεσίες, τις υπηρεσίες αυτές καθαυτές, αλλά μάλλον «καλή υγεία».

3. Εμπειρικές Μελέτες

Στην ενότητα αυτή παρουσιάζονται αρχικά μια αναλυτική επισκόπηση της εμπειρικής βιβλιογραφίας σχετικά με τους πιο διαδεδομένους δείκτες που χρησιμοποιούνται για την μέτρηση της υγείας και έπειτα αναλύονται οι διάφοροι παράγοντες που επηρεάζουν τον τρόπο ζωής και την υγεία και υπάρχουν στην εμπειρική βιβλιογραφία.

Η αναζήτηση «αντικειμενικών» δεικτών για την κατάσταση της υγείας του πληθυσμού (κοινότητα, έθνος) έχει μακρά παράδοση στη δημόσια υγεία και δημογραφία και μπορεί να επισημανθεί κατά το δεύτερο μισό του 17ου αιώνα. Για πολλές δεκαετίες, η παιδική θνησιμότητα και το μέσο προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση ήταν ευρέως αποδεκτοί και περισσότερο ή λιγότερο αδιαμφισβήτητα-ως δυο έγκυρα και εν πάση περιπτώσει- συγκριτικά άμεσα διαθέσιμα μέτρα για την αντανάκλαση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού. Το προσδόκιμο επιβίωσης αποτελεί έναν εύχρηστο δείκτη υγείας, που εκφράζει το μέσο αριθμό των ετών που αναμένεται να ζήσει κάποιος από το χρόνο της γέννησης του. Η μέτρηση του προσδόκιμου επιβίωσης κατά τη γέννηση έχει το πλεονέκτημα ότι περιγράφει τη

συνολική θνησιμότητα του πληθυσμού συνοπτικότερα σε σχέση με τους δείκτες θνησιμότητας (Υφαντόπουλος, 1984).

Η ανάγκη χρήσης δεικτών υγείας, ως ένα εργαλείο για την διαμόρφωση, την εφαρμογή και την αξιολόγηση των κοινωνικών πολιτικών και προγραμμάτων έχει αρχικά τονισθεί σε μεγάλο βαθμό από το έργο του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών (ΟΗΕ), ιδιαίτερα από τις προσπάθειές του για την κατασκευή ενός δείκτη του ατομικού επιπέδου διαβίωσης από τις αρχές της δεκαετίας του 1950.

Είναι σαφές, ότι η υγεία δεν μπορεί να μετρηθεί άμεσα και απλά όπως για παράδειγμα το ύψος και το βάρος. Αντιθέτως, η μέτρηση της υγείας είναι έμμεση και προαπαιτεί συγκεκριμένη μεθοδολογία. Δεδομένου ότι η υγεία δεν μπορεί να μετρηθεί από μια και μόνο μεταβλητή αλλά η ατομική κατάσταση υγείας είναι μια πολυσύνθετη και πολυδιάστατη έννοια, η μέτρηση της προκύπτει από τον προσδιορισμό μιας σειράς μεταβλητών, καθεμία από τις οποίες αντικατοπτρίζει μια παράμετρο-πτυχή του ατομικού επιπέδου υγείας.

Σχετικά με τη μέτρηση του επιπέδου υγείας μιας κοινωνίας, καθώς και της κατάστασης υγείας του πληθυσμού και των κοινωνικών του ομάδων, οι επιστήμονες διαμόρφωσαν κοινά αποδεκτούς δείκτες αποτύπωσης της κατάστασης υγείας. Αυτοί είναι οι δείκτες θετικής υγείας και οι δείκτες αρνητικής υγείας. Οι πρώτοι περιλαμβάνουν αντικειμενικούς και υποκειμενικούς δείκτες. Οι αντικειμενικοί αφορούν στο δείκτη γεννητικότητας, δηλαδή το ποσοστό των γεννήσεων και το προσδόκιμο επιβίωσης, δηλαδή τα αναμενόμενα έτη ζωής ενός ατόμου κάτω από φυσιολογικές συνθήκες, ενώ οι υποκειμενικοί αφορούν την ευεξία του ατόμου και την ποιότητα ζωής. Αυτή αξιολογείται με διάφορες μεθόδους, όπως τα QALYs¹ (έτη ζωής με βάση την ποιότητα) και η WHOQOL² (ποιότητα ζωής βάσει του ορισμού του Παγκοσμίου Οργανισμού Υγείας), που περιλαμβάνει στοιχεία όπως η σωματική υγεία, η ψυχική ικανοποίηση, η ανεξαρτησία, η ασφάλεια, η οικονομική θέση, οι κοινωνικές σχέσεις του ατόμου κ.ά (Ξάνθης και Χατζητόλιος, 2006).

Από τη άλλη μεριά, οι δείκτες χαμηλής υγείας του πληθυσμού περιλαμβάνουν τη θνησιμότητα (mortality), προτυποποιημένη³ κατά φύλο και ηλικία, τη θνητότητα (fatality) δηλαδή την πιθανότητα θανάτου από ένα νόσημα, των

¹ Quality Adjusted Life Years.

² World Health Organization Quality of Life.

³ Η προτυποποίηση χρησιμοποιείται για την εξουδετέρωση της επίδρασης της ηλικίας και του φύλου και ενδεχομένως και άλλων χαρακτηριστικών κατά τη σύγκριση των μέτρων συχνότητας που υπολογίζονται σε δυο ή περισσότερους πληθυσμούς. (Γαλάνης και Σπάρος, 2005)

ατόμων εκείνων που έχουν προσβληθεί από το εν λόγω νόσημα, τη νοσηρότητα (morbidity), που μετράει τον αριθμό των διαπιστωμένων κρουσμάτων ενός νοσήματος σε έναν πληθυσμό, τη βρεφική θνησιμότητα (infant mortality), τη νεογνική θνησιμότητα (neonatal mortality), την περιγεννητική θνησιμότητα⁴ (perinatal mortality), την απουσία από την εργασία λόγω ασθένειας (absence from work because of illness), τα στοιχεία για τα χρόνια νοσήματα (chronic diseases), καθώς και τις περιπτώσεις ανικανότητας (disabilities) (Λιαρόπουλος, 2007).

3.1 Δείκτες Φυσικής Κατάστασης

Κατά τους Bouchard και Shepard (1994), η φυσική κατάσταση των ατόμων είναι η συνισταμένη βιολογικών και φυσιολογικών παραμέτρων (π.χ η καρδιοαναπνευστική αντοχή) που η κατάσταση τους προσδιορίζει τον κίνδυνο αυξημένης νοσηρότητας ή θνησιμότητας και βέβαια συσχετίζεται με τον τρόπο ζωής (π.χ. καθιστικό τρόπο ζωής). Παρά το γεγονός ότι τα ποσοστά θνησιμότητας είναι ένας βασικός δείκτης που χρησιμοποιείται για τη μέτρηση της κατάστασης της υγείας του πληθυσμού, παρόλα αυτά δεν είναι εύκολο να χρησιμοποιηθεί για να εξετάσει τις αλλαγές της υγείας σε ολόκληρο τον κύκλο ζωής των ατόμων, καθώς και τις αλληλεπιδράσεις μεταξύ της υγείας, της εργασίας, τις αποδοχές και την ηλικία. Αντί αυτού, μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε το μέτρο της αυτοεκτιμώμενης κατάστασης της υγείας των ατόμων.

Η αυτοεκτιμώμενη κατάσταση της υγείας του ατόμου (SAHS⁵) είναι ένας δημοφιλής δείκτης που συναντάται σε πολλές εμπειρικές έρευνες (π.χ. Smith, 1999, Kennedy et al., 1998, Deaton και Paxson, 1998, Schofield, 1996, Ettner, 1996, Saunders, 1996). Αυτό υποστηρίζεται και από την βιβλιογραφία που δείχνει ότι ο δείκτης αυτός προβλέπει και είναι μια καλή ένδειξη της θνησιμότητας και της νοσηρότητας (π.χ. Idler και Kasl, 1995, McCallum et al., 1994, Connelly et al., 1989, Okun et al., 1984, Mansson et al., 2001, Burström et al., 2001, Idler et al., 1997, Kaplan et al., 1996). Συγκεκριμένα, η αυτοεκτιμώμενη κατάσταση της υγείας είναι μια υποκειμενική εκτίμηση ενός ατόμου για την υγεία του. Είναι ένα από τα πιο

⁴ Εκφράζει τους θανάτους βρεφών που συμβαίνουν μετά την 28^η εβδομάδα της εγκυμοσύνης έως και την 1^η βδομάδα της ζωής του νεογνού.

⁵ Self-rated health status.

ευρέως χρησιμοποιούμενα μέτρα της δημόσιας υγείας και σχετίζεται με αντικειμενικούς δείκτες υγείας συμπεριλαμβανομένης της φυσικής και λειτουργικής υγείας (Sargent-Cox et al., 2008). Τα άτομα που έχουν μακροχρόνιες ασθένειες αναφέρουν ή αξιολογούν χαμηλότερα την υγεία τους (Eriksson et al., 2008) και ο αριθμός των ανθρώπων που αξιολογούν την υγεία τους ως «δίκαιη» ή και «κακή» αυξάνεται με την ηλικία (Williams et al., 2009).

Επιπλέον, πρόσφατες μελέτες δείχνουν ότι η χαμηλή αυτοεκτιμώμενη κατάσταση της υγείας προβλέπει αύξηση της μακροχρόνιας θνησιμότητας σε υγιείς μεσήλικες (Sillén et al., 2005) και ότι η χαμηλή αυτοεκτίμηση της υγείας συνδέεται με υψηλότερη θνησιμότητα από ό, τι η υψηλή αυτοεκτιμώμενη κατάσταση της υγείας (Nielsen et al., 2009).

Οι καθημερινές μας συνήθειες, δηλαδή ο τρόπος ζωής μας, όπως το κάπνισμα, η κατανάλωση αλκοόλ, η άσκηση συνδέονται επίσης με τον δείκτη αυτό (Shulz et al., 1994, Manderbacka et al., 1999). Κατά τη διερεύνηση της επίδρασης του τρόπου ζωής στην αυτοεκτιμώμενη κατάσταση της υγείας, έχει προταθεί ότι τα άτομα που καπνίζουν έχουν αυξημένο κίνδυνο για μια πτώση στην κατάσταση της υγείας τους, σε σύγκριση με τα άτομα που δεν καπνίζουν (Nies et al., 2003). Μέτρια κατανάλωση αλκοόλ σχετίζεται με καλές αξιολογήσεις της υγείας (Poikolainen et al., 1996).

Μερικές μελέτες σχετικά με τους καθοριστικούς παράγοντες και τις διαστάσεις που εμπλέκονται στην αυτοεκτιμώμενη κατάσταση της υγείας έχουν δείξει ότι η θετική υγεία με τον καλό τρόπο ζωής φαίνεται να έχει θετικό αντίκτυπο (Kwasniewska et al., 2007) και ότι οι συμπεριφορές που επηρεάζουν την υγεία, όπως το κάπνισμα και το αλκοόλ συνδέονται με την κακή αυτοεκτιμώμενη υγεία (Fylkesnes και Forde, 1992). Ωστόσο, άλλες μελέτες δεν έχουν επιβεβαιώσει αυτές τις σχέσεις (Pappas et al., 2005).

Επίσης, μεγάλες κοινωνικοοικονομικές διαφορές έχουν παρατηρηθεί στην αυτοεκτιμώμενη υγεία. Άτομα χαμηλής κοινωνικοοικονομικής κατάστασης έχουν γενικά χαμηλή αυτοεκτιμώμενη υγεία από ότι τα άτομα με υψηλή κοινωνικό-οικονομική κατάσταση (Kawachi et al., 1999, Lantz et al., 2001, Yngwe et al., 2001, Knesebeck et al., 2003, Van Lenthe et al., 2004).

Όσο αφορά την εξέταση του δείκτη και τις διαφορές μεταξύ των δυο φύλων, η Molarius et al. (2006) εξετάζει πως οι κοινωνικοοικονομικές συνθήκες και ο τρόπος ζωής σχετίζονται με την αυτοεκτιμώμενη υγεία μεταξύ ανδρών και γυναικών

στη Σουηδία. Τα αποτελέσματα της έρευνας δείχνουν ότι η χαμηλή αυτοεκτιμώμενη υγεία είναι πιο συχνή μεταξύ των ατόμων, που έχουν υποστεί οικονομική δυσπραγία, τους λείπει η κοινωνική υποστήριξη ή έχουν συνταξιοδοτηθεί πρόωρα. Το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο δεν επηρεάζει την χαμηλή αυτοεκτιμώμενη υγεία μεταξύ των ανδρών αλλά επηρεάζει τους αντίστοιχους δείκτες των γυναικών. Σωματικά αδρανείς όπως τα λιποβαρή και παχύσαρκα άτομα έχουν περισσότερες πιθανότητες να έχουν χαμηλή αυτοεκτιμώμενη υγεία σε σχέση με τα άλλα άτομα.

Τέλος, η Malinauskiene et al. (2011) μελετάει την σχέση μεταξύ της αυτοεκτιμώμενης υγείας και των ψυχοκοινωνικών παραγόντων στην εργασία και την καθημερινή ζωή (απαιτήσεις της δουλειάς, έλεγχος της εργασίας, κοινωνική υποστήριξη, εκφοβισμός στο χώρο της εργασίας, απειλητικές για τη ζωή συμβάντα) και του τρόπου ζωής (το κάπνισμα, το αλκοόλ, το υπερβολικό βάρος, την παχυσαρκία, την χαμηλή σωματική δραστηριότητα) την ψυχική οδύνη, την ικανοποίηση από την εργασία και την αίσθηση της συνοχής σε ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα νοσοκόμων της Λιθουανίας. Περίπου 60,4% των νοσηλευτών βαθμολογούν την υγεία τους αρνητικά. Στο προσαρμοσμένο μοντέλο για την ηλικία, οι υψηλές εργασιακές απαιτήσεις, ο χαμηλός έλεγχος της εργασίας, η χαμηλή κοινωνική υποστήριξη στην εργασία, η χαμηλή σωματική δραστηριότητα, το υπερβολικό βάρος, η παχυσαρκία, η ψυχική οδύνη, η δυσαρέσκεια για την δουλειά και η αδύναμη αίσθηση της συνοχής συνδέονται με χαμηλές αυτοεκτιμώμενες συμπεριφορές για την υγεία.

3.2 Δείκτες Θνησιμότητας

Η θνησιμότητα είναι ένα βιολογικό φαινόμενο με πολλές κοινωνικές και οικονομικές προεκτάσεις. Η μελέτη της θνησιμότητας είναι απαραίτητη για την εκτίμηση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού και τη διαμόρφωση της πολιτικής της δημόσιας υγείας. Η μελέτη της θνησιμότητας, σε συνδυασμό με τη μελέτη της αναπαραγωγικότητας, αποτελεί τη βάση για την εκτίμηση του μεγέθους του πληθυσμού στο μέλλον, στοιχείων που είναι απαραίτητα για τη διαμόρφωση της πολιτικής, κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης της χώρας. Η θνησιμότητα χρησιμοποιείται ευρέως για την εκτίμηση του επιπέδου υγείας κυρίως σε επίπεδο

πληθυσμών, καθώς παρουσιάζει τα εξής πλεονεκτήματα : αφ' ενός αποτελεί μετρήσιμο μέγεθος, αφ' ετέρου είναι προσιτός δείκτης, αφού η καταγραφή του είναι επιβεβλημένη στα περισσότερα κράτη δια νόμου (Siegman, 1979).

Ο Spijker et al. (1998), στη μελέτη τους με θέμα τις περιφερειακές διαφορές στη θνησιμότητα κατά αιτία, σε έντεκα ευρωπαϊκές χώρες κατά τα έτη 2000-2001, επιλέγουν συγκεκριμένες αιτίες θανάτου και ερευνούν τις διαφορές στη θνησιμότητα κατά ηλικία που παρουσιάζουν οι χώρες μεταξύ τους σε εθνικό αλλά και σε περιφερειακό επίπεδο. Οι δέκα επιλεγμένες αιτίες συνδέονται με συγκεκριμένη συμπεριφορά (κατανάλωση αλκοόλ, κάπνισμα και διατροφή) και δείχνουν την επίδραση που έχουν στην προσδοκώμενη ζωή. Οι δείκτες που χρησιμοποιούνται και εδώ είναι οι τυποποιημένοι συντελεστές θνησιμότητας οι οποίοι βοηθούν τις συγκρίσεις μεταξύ των χωρών με διαφορετική ηλικιακή δομή στον πληθυσμό.

Από αρκετούς οικονομολόγους αναλύθηκε η σχέση του τρόπου ζωής του ατόμου με την θνησιμότητα. Η Peeters et al. (2003) στην έρευνα της αναλύει τη μείωση του προσδόκιμου επιβίωσης και την αύξηση της πρόωρης θνησιμότητας που σχετίζονται με το βάρος και την παχυσαρκία στην ηλικία των 40 ετών. Η ανάλυση της δείχνει ότι η παχυσαρκία και το υπερβολικό βάρος στην ενήλικη ζωή συνδέονται με μεγάλες μειώσεις στο προσδόκιμο επιβίωσης και αυξήσεις στην θνησιμότητα. Αυτές οι μειώσεις είναι παρόμοιες με εκείνες που παρατηρήθηκαν με το κάπνισμα. Και καταλήγει στο συμπέρασμα ότι η παχυσαρκία στην ενήλικη ζωή είναι ένας ισχυρός προγνωστικός δείκτης της θνησιμότητας σε μεγαλύτερες ηλικίες.

Επίσης, ο White et al. (2002) εκτιμάει την σχέση μεταξύ της κατανάλωσης αλκοόλ και τον κίνδυνο θανάτου και εξετάζει πώς η σχέση διαφοροποιείται με την ηλικία και μεταξύ ανδρών και γυναικών. Μια άμεση σχέση υπάρχει μεταξύ της κατανάλωσης αλκοόλ και το κίνδυνο του θανάτου σε γυναίκες ηλικίας 16-54 και σε άνδρες ηλικίας 16-34 ετών. Δηλαδή, ο κίνδυνος θανάτου από ασθένειες που σχετίζονται με το αλκοόλ, αυξάνει με την αύξηση της κατανάλωσης αλκοόλ σε νεότερες ηλικίες. Στις μεγαλύτερες ηλικίες η σχέση είναι σχήματος U ιδίως της ηλικίας μεταξύ 35 και 55 χρονών. Η ηλικία στην οποία ο κίνδυνος θανάτου φτάνει στο χαμηλότερο σημείο είναι και για τις γυναίκες και για τους άνδρες πάνω από 65 χρονών.

Ο Thun et al. (1997) εξετάζει την κατανάλωση αλκοόλ σε μια εκτεταμένη μελέτη της θνησιμότητας μεταξύ των ενηλίκων στις ΗΠΑ. Με την συγκεκριμένη μελέτη θέλουν να ποσοτικοποιήσουν την σχέση μεταξύ της κατανάλωσης αλκοόλ

και τις συγκεκριμένες αιτίες θανάτων, ενώ ελέγχοντας για το κάπνισμα, να καθορίσουν πως η ηλικία, το φύλο, και το ιστορικό κινδύνου καρδιαγγειακής νόσου τροποποιούν τη σχέση του αλκοόλ με την συνολική θνησιμότητα και να συγκρίνουν το αλκοόλ και το κάπνισμα ως παράγοντες κινδύνου θανάτου στη μέση ηλικία. Τα αποτελέσματα της ανάλυσης τους δείχνουν πρώτον ότι εκείνοι που καταναλώνουν από ένα ή δύο ποτά καθημερινά έχουν χαμηλότερα συνολικά ποσοστά θνησιμότητας σε σύγκριση με αυτούς που δεν καταναλώνουν καθόλου αλκοόλ. Επίσης, η ισορροπία των δυσμενών και ευεργετικών επιδράσεων της κατανάλωσης αλκοόλ στη θνησιμότητα από όλες τις αιτίες εξαρτάται όχι μόνο από την ποσότητα αλκοόλ που καταναλώνεται αλλά επίσης και από την ηλικία και το ιστορικό καρδιαγγειακού κινδύνου. Τέλος, το τρίτο σημείο της ανάλυσης τους είναι ότι η κατανάλωση αλκοόλ δεν αντισταθμίζει το αυξημένο κίνδυνο από το κάπνισμα.

3.3 Δείκτες Τρόπου ζωής

Τρόπος Ζωής (Lifestyle)

Οι συνήθειες του τρόπου ζωής αναφέρονται στη συμπεριφορά ή επιλογή που σχετίζονται με ζητήματα, όπως οι διατροφικές συνήθειες, το ποτό, το κάπνισμα, η άσκηση και άλλες συνήθειες, καθώς και η εκπαίδευση που επηρεάζουν την υγεία και την ασθένεια.

Ο τρόπος ζωής είναι το διακριτικό μοτίβο των προσωπικών και κοινωνικών χαρακτηριστικών της συμπεριφοράς ενός ατόμου μεμονωμένα ή συμπεριφορά μιας ομάδας και περιλαμβάνει τις δραστηριότητες που εμπλέκονται σε σχέσεις με τους εταίρους, την οικογένεια, τους συγγενείς, φίλους, γείτονες και συναδέλφους, την καταναλωτική συμπεριφορά, την αναψυχή, την εργασία (μισθωτή ή άμισθη) και την θρησκευτική δραστηριότητα. Τα πρότυπα συμπεριφοράς συνδέονται με τις αξίες και τα κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά, μπορεί να περιλαμβάνουν ποικίλους βαθμούς της κοινωνικής αλληλεπίδρασης, της συνοχής και της αναγνωσιμότητας και μέσω μιας διαδικασίας ευρείας ή περιορισμένης επιλογής (Veal, 1993).

Η ανθρώπινη συμπεριφορά αποτελεί καθοριστικό παράγοντα για την προστασία και την προαγωγή της υγείας. Οι συμπεριφορές υγείας σήμερα είναι

γνωστό ότι παίζουν σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση διαφόρων ασθενειών. Συμπεριφορές όπως το κάπνισμα, οι διατροφικές συνήθειες, η κατανάλωση αλκοόλ και άλλων εξαρτησιογόνων ουσιών, η φυσική άσκηση, επιδρούν άμεσα ή έμμεσα, στη διατήρηση της υγείας ή στην εμφάνιση της αρρώστιας (Wardle και Steptoe, 1991).

Χαρακτηριστικοί δείκτες που εντάσσονται σε αυτήν την κατηγορία και χρησιμοποιούνται ευρέως είναι το κάπνισμα, η κατανάλωση αλκοόλ, η φυσική δραστηριότητα, το βάρος, ο δείκτης μάζα σώματος, οι διατροφικές συνήθειες κλπ. Όλες αυτές οι μεταβλητές έχουν αποδειχθεί ότι επηρεάζουν την κατάσταση της υγείας των ατόμων και άρα την απόδοσή τους στην εργασία και γι' αυτό το λόγο και αναλύονται εκτενέστερα παρακάτω.

3.3.1 Παχυσαρκία

Η παχυσαρκία είναι ένα μεγάλο πρόβλημα υγείας και η εξάπλωση του αυξάνεται συνεχώς. Για αυτό το λόγο πολλοί οικονομολόγοι, αλλά κυρίως γιατροί προσπαθούν να ανακαλύψουν τους παράγοντες και τους λόγους που συμβαίνει προκειμένου να ληφθούν μέτρα για την πρόληψη του φαινομένου. Αρκετοί παράγοντες είναι ήδη γνωστοί πως συμβάλλουν στην παχυσαρκία συμπεριλαμβανομένης της ηλικίας, του φύλου, της φυλής, της διατροφής, της φυσικής δραστηριότητας, του ιστορικού παχυσαρκίας και του κοινωνικοοικονομικού επιπέδου. Η παχυσαρκία έχει οριστεί από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ως ο Δείκτης Μάζας Σώματος μεγαλύτερος από 30 kg/m². Επίσης, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας χώρισε το Δείκτη Μάζα Σώματος σε 6 κατηγορίες : Λιποβαρής (<18,5), Κανονικός (18.5-24,9), Υπέρβαρος (25.0-29.9), Παχύσαρκος 1 (30.0-34.9), Παχύσαρκος 2 (35.0-39.9), Παχύσαρκος 3 (>40.0).

Η παχυσαρκία, όπως υποδεικνύεται από τον υψηλό δείκτη μάζας σώματος, είναι ένας ισχυρά τεκμηριωμένος παράγοντας κινδύνου για σημαντικές αιτίες νοσηρότητας και θνησιμότητας, όπως η καρδιαγγειακή νόσος, η υπέρταση, το εγκεφαλικό επεισόδιο, ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2 και ορισμένες μορφές καρκίνου (Visscher και Seidell, 2001, Puska et al., 2003, Kannel, 1997, Jousilahti et al., 1996).

Το ποσοστό των υπέρβαρων και παχύσαρκων ατόμων έχει αυξηθεί ραγδαία, και η παχυσαρκία έχει πλέον αναγνωριστεί ευρέως ως ένα σημαντικό πρόβλημα για τη δημόσια υγεία. Την ίδια στιγμή, το στρες έχει αυξηθεί στην εργασιακή ζωή. Τα δυο αυτά προβλήματα θα μπορούσαν να συνδεθούν, αν το στρες προάγει ανθυγιεινές διατροφικές συνήθειες και η καθιστική συμπεριφορά και ως εκ τούτου συμβάλλει στην αύξηση του σωματικού βάρους (Kouvonen et al., 2005). Στην έρευνα τους, οι τελευταίοι μελετούν την συσχέτιση μεταξύ του εργασιακού άγχους και του δείκτη μάζα σώματος. Τα αποτελέσματα τους δείχνουν ότι ο χαμηλότερος έλεγχος στην εργασία, η υψηλότερη πίεση εργασίας, και μεγαλύτερη προσπάθεια συσχετίζονται με υψηλότερο δείκτη μάζα σώματος.

Ο Ostry (2006) εξετάζει την σχέση ψυχοκοινωνικών και άλλων εργασιακών συνθηκών και του δείκτη μάζα σώματος σε ένα πληθυσμό που εργάζεται. Τα εμπειρικά υποδείγματα δεν φανερώνουν σχέσεις μεταξύ του αισθήματος πίεσης απ' την εργασία, όπως μετρήθηκε με τη χρήση του μοντέλου ζήτησης /έλεγχου⁶, ή χρησιμοποιώντας το υπόδειγμα ανισορροπίας προσπάθειας- ανταμοιβής⁷ και του δείκτη μάζα σώματος μεταξύ ανδρών και γυναικών. Επίσης, δείχνουν μια αρνητική συσχέτιση μεταξύ της χαμηλής αμοιβής και του δείκτη μάζα σώματος μεταξύ των γυναικών. Μεταξύ των ανδρών, υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ υψηλής προσπάθειας, υψηλής ψυχολογικής ζήτησης, πολλών ωρών εργασίας και του δείκτη μάζα σώματος και μια αρνητική συσχέτιση μεταξύ υψηλής φυσικής ζήτησης (σωματικές απαιτήσεις κατά την διάρκεια της εργασίας) και του δείκτη μάζα σώματος (βλ παράρτημα-πίνακας Α₁).

Ο Eberly και Feldman (2010) εξετάζουν πως η νυχτερινή εργασία συμβάλλει στο μεγάλο πρόβλημα της δημόσιας υγείας, την παχυσαρκία και προτείνουν τρόπους για να αποφευχθεί η αύξηση βάρους για αυτά τα άτομα που πρέπει να εργαστούν πάνω από 8 ώρες. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι τα άτομα που εργάζονται την νύχτα έχουν περισσότερο κίνδυνο να πάρουν βάρος από τα άτομα που εργάζονται την ημέρα.

Η Zarka et al. (2009) μελετούν το βάρος σε ένα δείγμα νοσηλευτών και εξετάζουν πως αυτό επηρεάζεται από τις αντιλήψεις και τις συμπεριφορές στον

⁶ Σύμφωνα με το μοντέλο «πίεση από την εργασία» (Karasek, 1979, 1998), η πίεση της εργασίας προκαλείται από το συνδυασμό των υψηλών απαιτήσεων της εργασίας (ιδιαίτερα τον υπερβολικό φόρτο εργασίας και το χρόνο) και τον χαμηλό έλεγχο της εργασίας.

⁷ Το μοντέλο «ανισορροπία προσπάθειας / ανταμοιβής» περιλαμβάνει τα προσωπικά χαρακτηριστικά του εργαζόμενου, αντιλαμβάνεται εννοιολογικά και μέτρα τις εργασιακές συνθήκες ευρύτερα σε σχέση με το μοντέλο ζήτησης / ελέγχου (Siegrist, 1996).

τρόπο ζωής των ατόμων καθώς και διερευνούν τη σχέση μεταξύ των δημογραφικών χαρακτηριστικών, της υγείας, του βάρους και των χαρακτηριστικών της εργασίας με τον τρόπο ζωής. Τα αποτελέσματα της έρευνας τους δείχνουν ότι χαρακτηριστικά της εργασίας, συμπεριλαμβανομένων του εργασιακού άγχους και της συνολικής ικανοποίησης, δεν σχετίζονται με το δείκτη μάζα σώματος. Γενικότερα, η πλειοψηφία των νοσηλευτών είναι υπέρβαροι και παχύσαρκοι, και μερικοί δεν συμμετέχουν ενεργά σε ενέργειες διαχείρισης του βάρους τους. Ενώ, η αυτοεκτιμώμενη υγεία, η διατροφή και η σωματική δραστηριότητα είναι σε χαμηλά επίπεδα, αν και μεταβλητά ανάλογα με το φύλο, την ηλικία και τις βάρδιες. Για παράδειγμα, οι άνδρες αναφέρουν περισσότερη κατανάλωση φρούτων και λαχανικών ανά ημέρα, χαμηλότερο ποσοστό θερμίδων από λίπος, περισσότερη άσκηση και είναι πιο πιθανό να περπατούν κατά την διάρκεια των διαλειμμάτων σε σχέση με τις γυναίκες. Επίσης, νοσηλεύτριες ηλικίας άνω των 40 ετών περπατούν περισσότερο κατά την διάρκεια των διαλειμμάτων, σε σχέση με τις νεότερες γυναίκες, καθώς και εκείνες που δεν είναι παντρεμένες καταναλώνουν πολύ λιγότερο ποσοστό θερμίδων από λίπος (βλ παράρτημα-πίνακας Α₁).

Η Kaleta et al. (2006) αναλύουν την επίδραση ορισμένων επιλεγμένων δεικτών τρόπου ζωής στην ικανότητα εργασίας μεταξύ των επαγγελματικά ενεργών ατόμων. Τα αποτελέσματα της έρευνας τους δείχνουν ότι η ικανότητα για εργασία συνδέεται έντονα με τον τρόπο ζωής στους άνδρες και τις γυναίκες και σχετίζεται αρνητικά με τη συνήθεια του καπνίσματος. Επίσης, μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση βρέθηκε μεταξύ του ελεύθερου χρόνου για σωματική δραστηριότητα (kcal /εβδομάδες) και της ικανότητας για εργασία. Τέλος, μεταξύ των γυναικών με λίγο ή καθόλου ελεύθερο χρόνο για σωματική δραστηριότητα βρέθηκε να έχουν κίνδυνο για μέτρια ή μειωμένη ικανότητα εργασίας σχεδόν 3 φορές υψηλότερη από ό, τι στις γυναίκες που κατορθώνουν να έχουν ένα ικανοποιητικό επίπεδο σωματικής δραστηριότητας.

3.3.2 *Αλκοόλ*

Σε πολλές μελέτες έχει βρεθεί ότι οι άνδρες και οι γυναίκες που πίνουν αλκοόλ τακτικά εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά θανάτου από τραυματισμούς,

βίαιες ενέργειες, αυτοκτονίες, (Andreasson et al., 1988) δηλητηριάσεις, (Anderson et al., 1995) κίρρωση ήπατος, (Norton, 1987) ορισμένες μορφές καρκίνου (IARC, 1988) και ενδεχομένως εγκεφαλικά επεισόδια (Donahue et al., 1986, Klatsky et al., 1989) αλλά χαμηλότερα ποσοστά θανάτου από στεφανιαία καρδιακή νόσο και θρομβωτική εμβολή (Boffetta, 1990, Labry, 1992, Doll et al., 1994, Farchi et al., 1992, Friedman et al., 1986, Fuchs et al., 1995, Gazanio et al., 1993, Miller et al., 1990, Rimm et al., 1991).

Οι μεταβολές στην εργασιακή κατάσταση ενδέχεται να προκαλέσουν αλλαγές στον τρόπο ζωής των ατόμων, συμπεριλαμβανομένης της αυξημένης χρήσης αλκοόλ, ειδικά για τους εργαζομένους μεγαλύτερης ηλικίας που αντιμετωπίζουν με αυξημένο άγχος μια αλλαγή στην απασχόληση τους. Κατανάλωση μιας μέτριας έως μεγάλης ποσότητας αλκοόλ, μπορεί να έχει αρνητικές μακροπρόθεσμες επιπτώσεις στην υγεία των συγκεκριμένων ατόμων. Στοιχεία δείχνουν ότι η υψηλή κατανάλωση αλκοόλ σχετίζεται με αύξηση της θνησιμότητας τόσο για τα μεγαλύτερα (Graham και Schmidt, 1998, Thun et al., 1997) όσο και για τα νεότερα άτομα (Poikolainen, 1995).

Επίσης, πολλές έρευνες έχουν διαπιστώσει ότι οι άνεργοι άνδρες είναι πιο πιθανό να καπνίζουν και να καταναλώνουν περισσότερο αλκοόλ σε σχέση με τους άντρες που εργάζονται. Υπάρχουν δύο πιθανές εξηγήσεις για αυτό : πρώτον, η απώλεια της απασχόλησης οδηγεί σε αύξηση του καπνίσματος και της κατανάλωσης αλκοόλ ή δεύτερον, οι άνθρωποι που χάνουν την εργασία τους καπνίζουν και πίνουν περισσότερο πριν χάσουν την εργασία τους (Crawford et al., 1987, Kessler et al., 1987, Cook et al., 1982, Waldron, 1989, Lee et al., 1990).

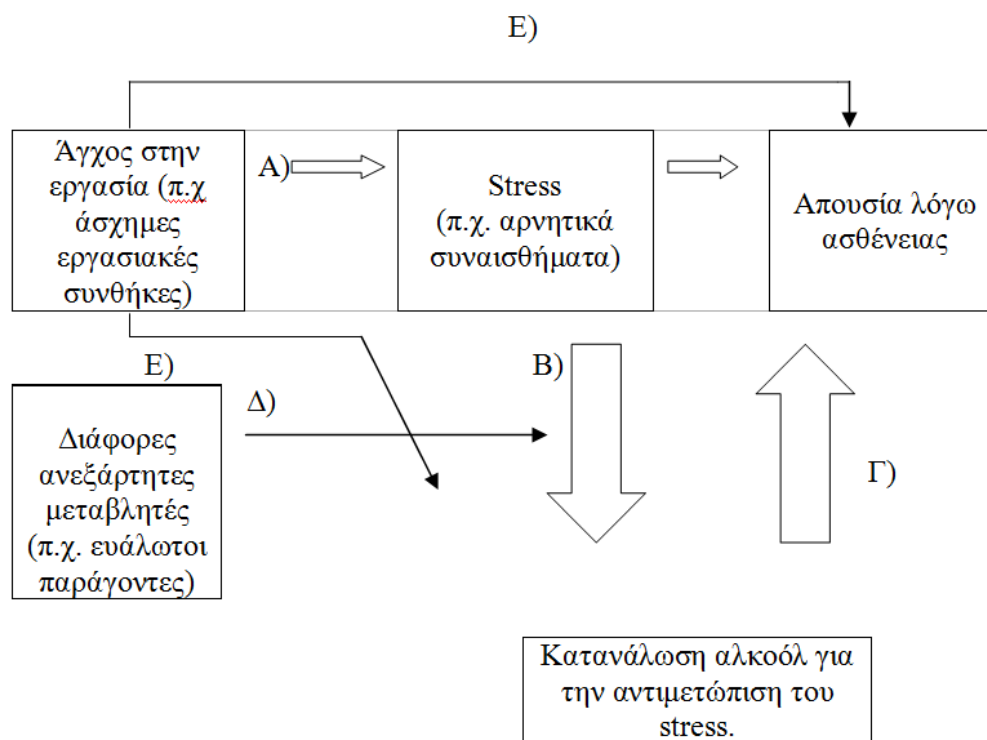
Σε πολλές περιπτώσεις ωστόσο, οι εργαζόμενοι παραμένουν στις θέσεις εργασίας τους, παρά το γεγονός ότι είναι χρήστες αλκοόλ. Τα άτομα αυτά, παρ' όλα αυτά, τείνουν να κατέχουν θέσεις εργασίας «κατώτερης ποιότητας». Το θέμα αυτό εξετάζεται από τους Kenkel και Wang (1999) που διαπιστώνουν ότι οι αλκοολικοί είναι πιο πιθανό να κατέχουν θέσεις εργασίας σε μικρότερες επιχειρήσεις, με λιγότερες παροχές και μεγαλύτερους κινδύνους για τραυματισμό.

Ο Morris et al. (1992) εκτιμούν την επίδραση της ανεργίας και της πρόωρης συνταξιοδότησης σε σχέση με το κάπνισμα, την κατανάλωση αλκοόλ και το σωματικό βάρος στη μέση ηλικία Βρετανών ανδρών. Κατά την αρχική εξέταση, σημαντικά υψηλότερο ποσοστό των ανδρών που στη συνέχεια βίωσαν την ανεργία καπνίζουν ή καταναλώνουν πολύ αλκοόλ από ό, τι των ανδρών, που παρέμειναν συνεχώς απασχολούμενοι. Δεν υπάρχει καμία ένδειξη ότι οι άνδρες αυξάνουν το

κάπνισμα ή την χρήση του αλκοόλ όταν βρεθούν να είναι άνεργοι. Επίσης, οι άνεργοι άνδρες εάν νοσουν έχουν σημαντικά περισσότερες πιθανότητες να μειώσουν το κάπνισμα και το ποτό τους σε σχέση με τους άνδρες που έχουν εργασία. Τέλος, οι άνδρες που είναι άνεργοι έχουν σημαντικά περισσότερες πιθανότητες να κερδίσουν βάρος πάνω από 10% σε σχέση με τους άνδρες που συνεχώς απασχολούνται (βλ παράρτημα-πίνακας Α₁).

Η Vasse et al. (1998) εξετάζει ένα μοντέλο αλληλεπίδρασης του εργασιακού άγχους, του στρες, της κατανάλωσης αλκοόλ και της απουσίας νοσηρότητας. Τα αποτελέσματα των εκτιμήσεων τους είναι τα εξής : πρώτον, το στρες αυξάνει τον κίνδυνο απουσίας από την εργασία λόγω ασθένειας σε σύγκριση με την μέτρια κατανάλωση αλκοόλ. Επίσης, δεν παρατηρείται σημαντική σχέση μεταξύ της υπερβολικής κατανάλωσης αλκοόλ και της νοσηρότητας. Δεύτερον, το άγχος μπορεί να οδηγήσει σε αύξηση της κατανάλωσης αλκοόλ, καθώς επίσης και να προκαλέσει απουσία από την εργασία λόγω ασθένειας. Η Vasse et al. (1998) προκειμένου να συνδέσει το άγχος, την κατανάλωση αλκοόλ και την απουσία λόγω ασθένειας υπέθεσε το παρακάτω μοντέλο (σχήμα 1).

Σχήμα 1 : Υπόδειγμα της σχέσης μεταξύ αλκοόλ, άγχους και απουσίας από την εργασία λόγω ασθένειας.



Πηγή: Vasse et al. (1998), σελ 233

Η Vasse et al. (1998) ορίζουν τους στρεσογόνους παράγοντες, τις συνθήκες εργασίας που αξιολογούνται αρνητικά από τους εργαζομένους (π.χ. υψηλή πίεση εργασίας ή κακές σχέσεις με τον επιβλέποντα). Το στρες ορίζεται ως μια κατάσταση με αρνητικά συναισθήματα (π.χ. αίσθημα νευρικότητας, βιασύνης). Η χρήση αλκοόλ καθορίζεται ως ο αριθμός των ποτηριών εβδομαδιαίως που οδηγούν σε μέθη. Το όριο μεταξύ της μέτριας και της υπερβολικής κατανάλωσης αλκοόλ καθορίζεται σε 14 ποτήρια την εβδομάδα για τις γυναίκες και 21 ποτήρια για τους άνδρες (βλ παράρτημα Α -πίνακας Α₁).

3.3.3 Κάπνισμα

Το κάπνισμα είναι ένα σημαντικό ζήτημα και παράγοντας αυξημένης νοσηρότητας στις σύγχρονες κοινωνίες. Είναι σημαντικό να διερευνήσουμε με ποιους τρόπους ο χώρος εργασίας μπορεί να συμβάλει σε αλλαγές στην καπνιστική συμπεριφορά.

Η εργασία και το κάπνισμα είναι στενά συνδεδεμένα με πολλούς διαφορετικούς τρόπους. Είναι καλά τεκμηριωμένο ότι το κάπνισμα βλάπτει σοβαρά την υγεία και δημιουργεί προβλήματα, όπως σύνταξη αναπηρίας (Krokstad et al., 2002), πρόωρη συνταξιοδότηση (Lund et al., 2001) και συχνή απουσία από την δουλειά λόγω ασθένειας (Wooden και Bush, 1995). Σε πολλές θέσεις εργασίας, στις αναπτυγμένες χώρες, έχουν απαγορεύσει το κάπνισμα στο χώρο της εργασίας ή τουλάχιστον, εισήγαγαν ορισμένες πολιτικές για το κάπνισμα, συχνά σε συνδυασμό με προγράμματα σχετικά με τη διακοπή του καπνίσματος. Τα ποσοστά του καπνίσματος έχουν μειωθεί σημαντικά σε πολλές ανεπτυγμένες χώρες, ως αποτέλεσμα των εν λόγω μέτρων και μια σειρά από άλλες πρωτοβουλίες σε επίπεδο κοινότητας (Osler et al., 2001). Ωστόσο, το κάπνισμα εξακολουθεί να είναι ένα σημαντικό θέμα. Και επομένως, εξακολουθεί να είναι σημαντικό ζήτημα για τον προσδιορισμό των τρόπων με τους οποίους ο χώρος εργασίας, το εργασιακό περιβάλλον και η οργάνωση της εργασίας μπορεί να συμβάλει θετικά ή αρνητικά στην καπνιστική συμπεριφορά.

Το εργασιακό περιβάλλον μπορεί να επηρεάσει την στάση των εργαζομένων σχετικά με το κάπνισμα ως εξής : (1) να αυξήσει την πιθανότητα διακοπής του καπνίσματος, (2) να επηρεάσει την πιθανότητα υποτροπής μετά την αρχική διακοπή και (3) να επηρεάσει τον αριθμό των τσιγάρων που καπνίζουν. Φυσικά, αυτές οι τρεις σχέσεις μπορεί να μην λειτουργούν απαραίτητως ανεξάρτητα η μια από την άλλη, και, επιπλέον, διαφορετικοί μηχανισμοί θα μπορούσαν να συμβάλουν στην εξέλιξη της κάθε μιας. Πρώτον, το άγχος στο εργασιακό περιβάλλον μπορεί να συμβάλει στην αύξηση του καπνίσματος ή να το κάνει πιο δύσκολο για τα άτομα να σταματήσουν το κάπνισμα (Cohen, 1990, Serxner et al., 1991, Steptoe et al., 1998, 1998, Westman et al., 1985). Δεύτερον, οι πόροι στο εργασιακό περιβάλλον, π.χ. οι ανταμοιβές, θα μπορούσαν να ενισχύσουν τους ατομικούς πόρους και να παρέχουν αυξημένο κίνητρο για τα άτομα να μειώσουν το κάπνισμα, να διακόψουν το κάπνισμα ή να αποφύγουν την υποτροπή (Pucci και Haglund, 1993).

Αναφορικά με την σχέση μεταξύ απώλειας εργασίας και καπνίσματος υπάρχει δυσκολία ως προς την ερεύνηση της και αυτό οφείλεται στην σύνθετη σχέση μεταξύ του καπνίσματος και της απασχόλησης. Επίσης, η σχέση μεταξύ του καπνίσματος και της ανεργίας είναι πολύπλευρη. Μελέτες έχουν δείξει ότι οι καπνιστές είναι λιγότερο πιθανό να απασχοληθούν (Leino et al., 1999, Lee et al., 1991), κερδίζουν λιγότερα χρήματα σε σχέση με τους μη καπνιστές, έχουν περισσότερες απουσίες από την εργασία (Athanasou et al., 1981, Parkes, 1987, Leigh, 1995) και βρίσκονται σε υψηλότερο κίνδυνο απόλυσης (Jin et al., 1995).

Οι κοινωνιολογικές και επιδημιολογικές έρευνες για το κάπνισμα και τους κοινωνικούς καθοριστικούς παράγοντες δείχνουν ότι το κοινωνικό πλαίσιο διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στον περιορισμό αλλά και τη διευκόλυνση της συμπεριφοράς του καπνίσματος (Stead et al., 2001, Wiltshire et al., 2003). Παρά το γεγονός ότι το άτομο ξεκινάει να καπνίζει συνήθως πριν εισέλθει στην αγορά εργασίας, οι συνθήκες εργασίας επηρεάζουν σημαντικά τη διατήρηση της συνήθειας του καπνίσματος (Johnsson et al., 1991). Έχει υποστηριχθεί ότι, σε μεγάλο βαθμό, οι κοινωνικοοικονομικές διαφορές στη διακοπή του καπνίσματος μπορούν να εξηγηθούν από την ένταση του καπνίσματος και τις γενικές συνθήκες εργασίας (Albertsen et al., 2003). Σημαντικοί παράγοντες που εξηγούν τη σχέση μεταξύ της επαγγελματικής κατάστασης και του καπνίσματος φαίνεται να είναι η εργασία με βάρδιες, η επικίνδυνη και σωματικά απαιτητική εργασία και η έλλειψη ελέγχου της εργασίας (Johansson et al., 1991, Marmot και Theorell, 1991, Sorensen et al., 2004).

Επιπλέον, φαίνεται ότι οι εργαζόμενοι οι οποίοι αντιλαμβάνονται ότι έχουν χαμηλό έλεγχο της εργασίας και ταυτόχρονα απασχολούνται ως υψηλά στελέχη, καπνίζουν σε μεγαλύτερο βαθμό από ό, τι οι εργαζόμενοι σε χαμηλότερες επαγγελματικές θέσεις (Green και Johnson, 1990).

Η Kounoven et al. (2005) εξετάζει την σχέση εργασιακού άγχους όπως προκύπτει από το υπόδειγμα της «πίεσης από την εργασία» (job strain model) και το υπόδειγμα «ανισορροπίας προσπάθειας-ανταμοιβής» (effort-reward imbalance model) και το κάπνισμα. Οι ερωτηθέντες με χαμηλές ανταμοιβές έχουν περισσότερες πιθανότητες να είναι καπνιστές. Μεταξύ των καπνιστών, μια αυξημένη πιθανότητα για υψηλότερη ένταση του καπνίσματος συσχετίζεται με υψηλότερη πίεση εργασίας, με χαμηλό έλεγχο της εργασίας και χαμηλές αμοιβές. Η ένταση του καπνίσματος είναι επίσης υψηλότερη μεταξύ των εργαζομένων που η εργασία τους συνδέεται με χαμηλή προσπάθεια. Μεταξύ των πρώην και νυν καπνιστών, η υψηλή πίεση εργασίας και οι υψηλές απαιτήσεις εργασίας συσχετίζονται με υψηλότερη πιθανότητα να είναι κάποιος καπνιστής (βλ παράρτημα Α-πίνακας Α₁).

Ο Blair et al. (1980) εξετάζουν τις ψυχικές, ψυχολογικές, κοινωνικές και δημογραφικές διαφορές μεταξύ καπνιστών, πρώην καπνιστών και μη καπνιστών σε ένα πληθυσμό που εργάζεται. Οι συγκρίσεις αναφέρουν ότι οι μη καπνιστές διαφέρουν από τους καπνιστές στο ότι είναι περισσότερο θρησκευόμενοι και έχουν ανώτερη εκπαίδευση, είναι λιγότερο πιθανό να έχουν συζύγους που καπνίζουν, είναι λιγότερο φυσικά δραστήριοι στην εργασία, έχουν περισσότερες πιθανότητες να τρώνε πρωινό και γλυκά, να καταναλώνουν λιγότερα αναψυκτικά, αλκοολούχα ποτά, καθώς και καφέ (βλ παράρτημα Α -πίνακας Α₁).

Μια μελέτη η οποία εξετάζει και το ρόλο της μεταβλητής φυλής, είναι της Watson et al. (2003), η οποία αναλύει τις σχέσεις μεταξύ καπνίσματος, εθνικότητας, κοινωνικοοικονομικής κατάστασης και του τρόπου ζωής μεταξύ 715 γυναικών (43,6% έγχρωμες και 56,4% καυκάσιες γυναίκες). Τα αποτελέσματα αναφέρουν ότι οι έγχρωμες καπνίστριες καπνίζουν λιγότερα τσιγάρα την ημέρα και η ηλικία έναρξης καπνίσματος είναι μεγαλύτερη σε σχέση με τις καυκάσιες καπνίστριες. Επίσης, βρέθηκε μια σημαντική σχέση μεταξύ της εθνικότητας και της κατανάλωσης αλκοόλ.

4. Κοινωνικό- Οικονομικοί προσδιοριστικοί παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία και του τρόπου ζωής.

Η βιβλιογραφία περιέχει πολλά παραδείγματα της σχέσης μεταξύ της υγείας και του τρόπου ζωής και των διαφόρων μέτρων της ατομικής, κοινωνικής, οικονομικής κατάστασης, συμπεριλαμβανομένου του εισοδήματος, της εκπαίδευσης και της απασχόλησης. Υπάρχουν αναμφίβολα πολλαπλές αιτιώδεις σχέσεις που λειτουργούν μεταξύ αυτών των μεταβλητών όπως δείχνει και το σχήμα 2. Το εισόδημα και η εκπαίδευση επηρεάζουν την υγεία και η υγεία επηρεάζει ταυτόχρονα την ικανότητα να εκπαιδευτούν και την ικανότητα να εργάζονται τα άτομα (Lahelma et al., 2004).

Το μορφωτικό επίπεδο, η επαγγελματική κατάσταση και το εισόδημα είναι ίσως οι πιο συχνά χρησιμοποιούμενοι δείκτες της τρέχουσας κοινωνικοοικονομικής κατάστασης σε μελέτες σχετικά την υγεία.

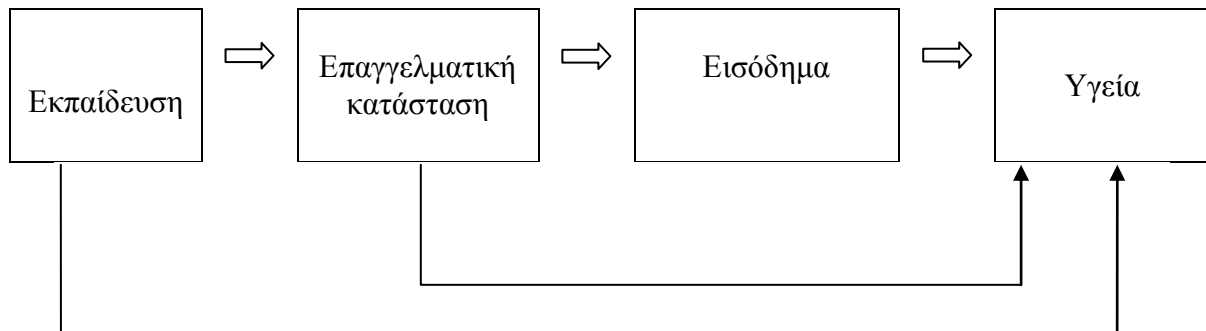
1) Το μορφωτικό επίπεδο συνήθως ξεκινά να διαμορφώνεται νωρίς, πριν την ενήλικη ζωή. Η εκπαίδευση λειτουργεί ως ένας παράγοντας που βελτιώνει την αποδοτικότητα του ατόμου ως παραγωγού κεφαλαίου υγείας. Δηλαδή αφενός μεν, επηρεάζει τις συνήθειες του τρόπου ζωής αλλά και την γνώση του ατόμου όσον αφορά τις απαραίτητες ενέργειες που πρέπει να κάνει για να βελτιώνει την υγεία του. Επιπλέον, η εκπαίδευση παρέχει τυπικά προσόντα που συμβάλλουν στην άνοδο της κοινωνικοοικονομικής κατάστασης του ατόμου μέσω της απασχόλησης και του εισοδήματος.

2) Η επαγγελματική κατάσταση επηρεάζει τη θέση των ατόμων στην κοινωνική δομή, την κατάταξη των ατόμων μέσα σε μια κοινωνία. Η θέση, που κατέχει το άτομο σε μια κοινωνία, υποδεικνύει την κατάσταση και την δύναμη του, και αντικατοπτρίζει τις εργασιακές συνθήκες που σχετίζονται με την πληρωμή της εργασίας.

3) Το ατομικό αλλά και το οικογενειακό επίπεδο εισοδήματος προέρχεται κατά κύριο λόγο από την εργασία. Τα έσοδα παρέχουν στα άτομα και τις οικογένειές τους, τους αναγκαίους πόρους καθορίζουν την αγοραστική τους δυνατότητα και τις συνθήκες διαβίωσης τους. Έτσι το εισόδημα συμβάλλει στην επιλογή των πόρων που απαιτούνται για την διατήρηση/αύξηση της καλής υγείας (Lahelma et al., 2004).

Το Σχήμα 2 παρουσιάζει ένα σχηματικό εννοιολογικό μοντέλο με τους τρεις βασικούς δείκτες της σημερινής κοινωνικοοικονομικής κατάστασης.

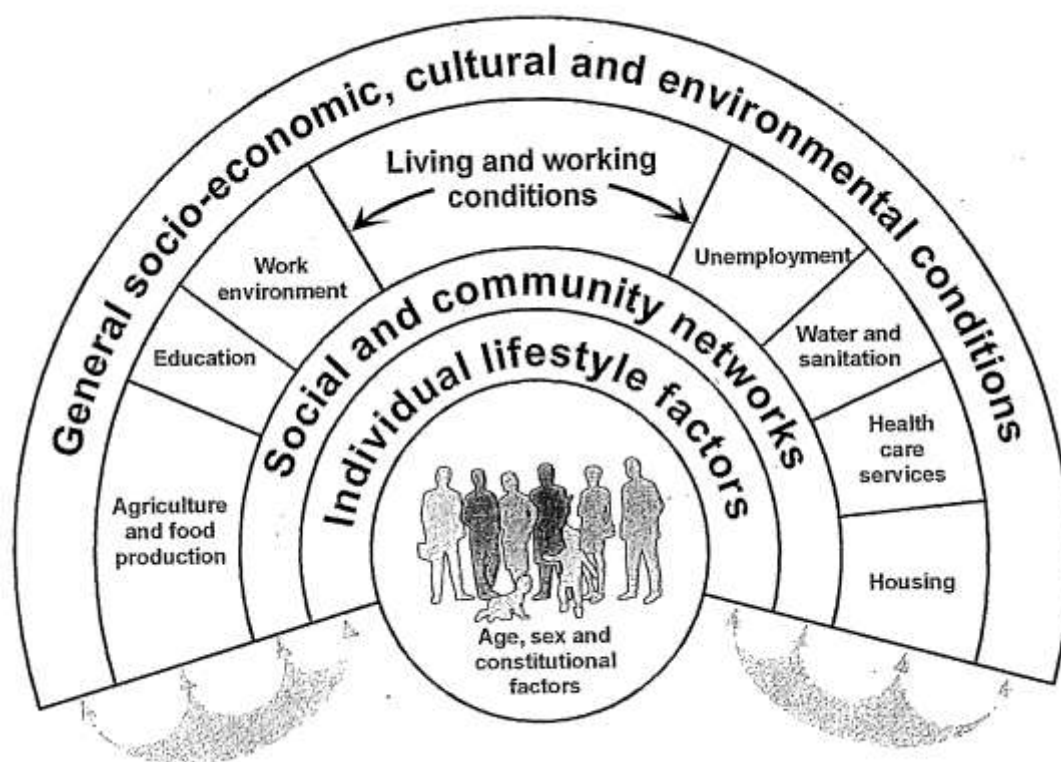
Σχήμα 2: Αλληλεπίδραση των 3 μεταβλητών ως προς την υγεία



Πηγή : *Lahelma et al. (2004)*,σελ 328

Εκτός όμως από αυτούς τους κύριους παράγοντες δηλαδή το εισόδημα, η επαγγελματική κατάσταση και το μορφωτικό επίπεδο που παίζουν καθοριστικό ρόλο στην διαμόρφωση της υγείας, υπάρχουν και άλλοι συντελεστές που επηρεάζουν το επίπεδο της υγείας, όπως η στέγαση, οι ιατρικές υπηρεσίες, το εργασιακό περιβάλλον, η ανεργία, ο τρόπος ζωής, όπως μπορούμε να δούμε και στο σχήμα 3. Δηλαδή οι διατροφικές συνήθειες, το κάπνισμα, το αλκοόλ, η άσκηση, τα οποία μας αφορούν και αναλύουμε εκτενώς στην παρούσα εργασία. Ακόμα και η οικογένεια, οι φίλοι, η τοπική κοινότητα επηρεάζουν την υγεία αλλά δευτερεύοντα (Σχήμα 3).

Σχήμα 3: Κύριοι προσδιοριστικοί παράγοντες της υγείας-μοντέλο αλληλεπιδράσεων



Πηγή : Dahlgren et al. (2007), σελ 11

4.1 Εισόδημα

Η σχέση ανάμεσα στην υγεία και το εισόδημα φαίνεται να είναι ισχυρότερη από την σχέση ανάμεσα στην υγεία και την επαγγελματική τάξη. Ο Blaxter (1990), σε μια ανάλυση με δεδομένα από την έρευνα «Health and Lifestyle» βρήκε υψηλότερο κίνδυνο νοσηρότητας για ομάδες χαμηλού εισοδήματος σε σχέση με τα άτομα χαμηλής κοινωνικής κατάστασης. Κατέληξε στο συμπέρασμα ότι «η προφανώς ισχυρή σύνδεση της κοινωνικής τάξης και της υγείας είναι κατά κύριο λόγο μια σχέση του εισοδήματος και της υγείας» (p. 72).

Επίσης, υπάρχουν πολλές μελέτες που περιλαμβάνουν μέτρα με τον οποίο η μεταβολή του εισοδήματος επιδρά στην υγεία και έχουν βρει σημαντικά αποτελέσματα. Για παράδειγμα, η απώλεια εισοδήματος φαίνεται να έχει μια πολύ ισχυρότερη επίδραση στην υγεία (Hirdes et al., 1986). Σε γενικές γραμμές, οι άνθρωποι των οποίων το εισόδημα πέφτει, με την πάροδο του χρόνου εμφανίζουν

χειρότερα αποτελέσματα στην υγεία τους από ό, τι εκείνοι των οποίων το εισόδημα παραμένει σταθερό ή αυξάνεται (Duncan, 1996).

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει, μια σειρά από μελέτες που επικεντρώνονται συγκεκριμένα στο πολύ χαμηλό εισόδημα ή την φτώχεια. Θεωρούν ότι η επίμονη φτώχεια φαίνεται να είναι περισσότερο επιζήμια για την υγεία. Η επιμονή της φτώχειας στα άτομα έχει χειρότερα αποτελέσματα για την υγεία από ότι η παροδική εμπειρία τη φτώχειας μόνο περιστασιακά (Menchik, 1993).

Όσο αφορά τη σχέση του καπνίσματος και του εισοδήματος, τα άτομα με χαμηλότερο εισόδημα είναι πιο πιθανό και να καπνίζουν και να μην το έχουν κόψει (Flint και Novotny, 1997) και να καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες καπνού (Whitlock et al., 1997). Αυτό μπορεί να οφείλεται στην φτώχεια (Flint και Novotny, 1997), στην οικονομική ανασφάλεια (Graham, 1998), στην εκπαίδευση (Diez-Roux et al., 1999).

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν οι μελέτες που επικεντρώνονται στη σχέση του δείκτη μάζα σώματος και του εισοδήματος. Έχει βρεθεί ότι ο επιπολασμός της παχυσαρκίας μειώνεται με το οικογενειακό εισόδημα για τις γυναίκες, αλλά όχι για τους άνδρες (Sanz-de-Galdeano, 2005). Η διαφορετική σχέση μεταξύ των ανδρών και των γυναικών μπορεί να οφείλεται πρώτον σε σφάλμα μέτρησης τόσο στο αυτοαναφερόμενο εισόδημα όσο και στο δείκτη μάζας σώματος και έτσι μπορεί να οδηγήσει σε αναξιόπιστες εκτιμήσεις (Boström και Diderichsen, 1997). Δεύτερον, η αμφίδρομη αιτιότητα μεταξύ του δείκτη μάζα σώματος και του εισοδήματος δεν θα πρέπει να παραβλέπεται (Cawley, 2000). Ο Cawley et al. (2008) εξετάζει τον αντίκτυπο του εισοδήματος στο βάρος, σε ένα πληθυσμό στις ΗΠΑ και δεν βρίσκει στατιστικά σημαντικές επιδράσεις.

Αναφορικά με την σχέση του εισοδήματος και της κατανάλωσης αλκοόλ, προηγούμενες μελέτες έχουν δείξει ότι τα άτομα με χαμηλό εισόδημα βρίσκονται σε υψηλότερο κίνδυνο εμπλοκής σε βαριά και επικίνδυνη κατανάλωση αλκοόλ (Karlman et al., 2006, Batty et al., 2008, Huckle, You και Casswell 2010). Ενώ τα άτομα με υψηλότερο εισόδημα συνδέονται με υψηλότερη συχνότητα χαμηλής κατανάλωσης αλκοόλ (Ziebarth και Grabka, 2009, Huckle et al., 2010, Peters και Stringham, 2006).

4.2 Εκπαίδευση

Η εκπαίδευση ενός ατόμου είναι το κεφάλαιο γνώσεων, γενικών και ειδικών, που κατέχει ένα άτομο. Με αυτό τον τρόπο, επηρεάζει σημαντικά την λειτουργία των ατόμων στην αγορά εργασίας (δηλαδή την πιθανότητα απασχόλησης αλλά και το είδος της εργασίας). Από την άλλη μεριά, η απασχόληση είναι μια πηγή εισοδήματος που δίνει πρόσβαση σε βελτίωση των συνθηκών στέγασης, διατροφής, πλούτου και άλλων πόρων, που με τη σειρά τους οδηγούν σε καλύτερη ψυχική και σωματική υγεία (Lynch και Kaplan, 2004, Ross και Mirowsky, 1999). Οι μορφωμένοι έχουν καλύτερη υγεία από τα άτομα με χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο, όπως φαίνεται από τα υψηλά επίπεδα αυτοεκτιμώμενης υγείας, της σωματικής λειτουργίας και τα χαμηλά επίπεδα της νοσηρότητας, θνησιμότητας και αναπηρίας (Feldman et al., 1989, Guralnik et al., 1993, Gutzwiller et al., 1989, Kaplan, Haan και Syme 1987, Winkleby et al., 1992).

Η εκπαίδευση δεν βελτιώνει μόνο την πρόσβαση στην αγορά εργασίας, αλλά επίσης επηρεάζει την υγεία με την αύξηση των γνώσεων, των δεξιοτήτων για επίλυση των προβλημάτων, τη διάθεση, τις αξίες και την εκτίμηση, δίνοντας έτσι στα άτομα μεγαλύτερο βαθμό προσωπικού ελέγχου (Liberatos et al., 1988, Ross και Mirowsky, 1999). Ο Ross και Mirowsky (1999) υποστηρίζουν ότι αυτός ο προσωπικός έλεγχος οδηγεί τους ανθρώπους να λαμβάνουν καλύτερες αποφάσεις και να βελτιώνουν την υγεία τους με τη γνώση ότι οι πράξεις τους θα έχουν θετική επίδραση στην υγεία τους. Με άλλο λόγια, η συμπεριφορά μας για την υγεία μας μπορεί να μεσολαβήσει στην σχέση μεταξύ της εκπαίδευσης και της υγείας.

Επίσης, η συμπεριφορά μας απέναντι στην υγεία δεν καθορίζεται από μεμονωμένες επιλογές ως συνάρτηση της γνώσης, αλλά έχει τις ρίζες της και σε άλλες πτυχές της κοινωνικής θέσης και των κοινωνικό-πολιτισμικών παραγόντων (Macintyre, 1997). Το κάπνισμα, η κατανάλωση αλκοόλ, η άσκηση και η παχυσαρκία είναι παράγοντες του τρόπου ζωής που είναι γνωστό ότι επηρεάζουν την αυτοεκτίμηση για την υγεία και άλλα φυσικά αποτελέσματα για την υγεία, όπως η εργασία που σχετίζεται με τον τραυματισμό (Bhattacharjee et al., 2003, Manderbacka, Lundberg και Martikainen, 1999).

Πως όμως συσχετίζεται η εκπαίδευση με το κάπνισμα, το αλκοόλ και το δείκτη μάζα σώματος. Γιατί οι χειρώνακτες να καπνίζουν περισσότερο από τους

υπαλλήλους; Ποιά είναι τα αίτια αυτού του χάσματος μεταξύ χειρωνακτών και υπαλλήλων; Παρά το γεγονός ότι μια ολοκληρωμένη απάντηση είναι δύσκολο να δοθεί, έχουν προταθεί ορισμένες ερμηνευτικές κατευθύνσεις. Η διαφορά στην εκπαιδευτική στάθμη παρέχει μια πρώτη πιθανή ερμηνευτική κατεύθυνση. Το επάγγελμα και η εκπαιδευτική στάθμη συνήθως συσχετίζονται. Εργαζόμενοι με υψηλή εκπαιδευτική στάθμη, είναι πιθανότερο να ανήκουν σε μη χειρωνακτικά επαγγέλματα και έτσι έχουν καλύτερη γνώση για τις βλαπτικές συνέπειες του καπνίσματος στην υγεία συγκριτικά με τους εργαζόμενους με χαμηλότερη εκπαιδευτική στάθμη, που ανήκουν πιθανότερα σε χειρωνακτικά επαγγέλματα (Hu, 2000). Ο παράγοντας της εκπαίδευσης ίσως σχετίζεται σε ένα βαθμό και με τη μεγαλύτερη συμμετοχή των υπαλλήλων σε αντικαπνιστικά προγράμματα και προγράμματα προαγωγής υγείας στο χώρο εργασίας έναντι των χειρωνακτών.

Πρόσφατα δεδομένα από την έρευνα «National Health Interview» για την υγεία δείχνουν ότι η επικράτηση του καπνίσματος κυμαίνεται από 20% έως 47% μεταξύ των υποομάδων των καπνιστών με ένα δίπλωμα γυμνασίου ή χαμηλότερης εκπαίδευσης, σε 13% μεταξύ των καπνιστών με ένα πτυχίο και 8% για τα άτομα με ένα μεταπτυχιακό τίτλο (CDC, 2002). Επιπλέον, άλλα δεδομένα και θεωρίες «ενοχοποιούν» τα επαγγελματικά χαρακτηριστικά ως βασικός παράγοντας που επηρεάζει την κατανάλωση τσιγάρων (Barbeau et al., 2004, Sorensen et al., 2004). Τα άτομα με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο είναι περισσότερο πιθανό να εργάζονται σε ιεραρχικά χαμηλές θέσεις εργασίας (Fuhrer et al., 2002). Σε σύγκριση με τις ιεραρχικά υψηλές θέσεις εργασίας, οι ιεραρχικά χαμηλές θέσεις εργασίας χαρακτηρίζονται από μια υψηλότερη κατανάλωση του καπνίσματος, μικρότερη διακοπή του καπνίσματος (Nelson et al., 1994), και ένα κοινωνικό περιβάλλον όπου το κάπνισμα είναι αποδεκτό και όπου υπάρχει μικρή ενθάρρυνση για την εγκατάλειψη του από τους συναδέλφους ή τους επόπτες (Sorensen et al., 2002).

Τα πορίσματα των μελετών, που εξετάζουν την σχέση κατανάλωσης αλκοόλ με την εκπαίδευση διαφέρουν, σε γενικές γραμμές, σε μεγάλο βαθμό (Droomers et al., 1999, Sander, 1999, Hatch et al., 2007). Τα μορφωμένα άτομα είναι πιο πιθανό να εμπλακούν σε ορισμένες μορφές επικίνδυνων συμπεριφορών, όπως η κατανάλωση αλκοόλ, αλλά καλύτερα στη διαχείριση τέτοιων συμπεριφορών, δηλαδή στην διακοπή ή τη διατήρηση της κατανάλωσης σε χαμηλά επίπεδα πριν κλιμακωθεί το πρόβλημα (Cutler και Lleras-Muney, 2006). Παρόμοιες έρευνες δείχνουν ότι η εκπαίδευση μπορεί να σχετίζεται θετικά με το πόσο συχνά τα άτομα πίνουν αλλά

αρνητικά με την βαριά κατανάλωση αλκοόλ (Casswell, Pledger και Hooper, 2003, Caldwell et al., 2008).

4.3 Επαγγελματική κατάσταση

Η εργασία έχει θετικά αποτελέσματα στην υγεία μέσω του εισοδήματος επιπέδου διαβίωσης και αυτό οφείλεται, πρώτον, στην αυτοεκτίμηση και τα συναισθήματα που προέρχονται από τη συμμετοχή σε μια κοινωνική δραστηριότητα, και δεύτερον, με τις κοινωνικές επαφές που παρέχει η εργασία. Υπάρχουν αρκετές μελέτες σχετικά με την επαγγελματική κατάσταση και την υγεία στην οικονομική βιβλιογραφία. Πρόσφατες εργασίες από τον Case και Deaton (2005) αποδεικνύουν ότι οι χαμηλόμισθοι και αυτοί που ασχολούνται σε χειρωνακτικές θέσεις αυτοαξιολογούν την υγεία υψηλότερα σε σχέση με τους υψηλόμισθους και τους εργαζομένους με αντικείμενο εξειδικευμένης εργασίας. Επιπλέον, θεωρούν ότι η επιδείνωση της υγείας είναι ταχύτερη για εργάτες που πλησιάζουν την ηλικία της συνταξιοδότησης. Ο Choo και Denny (2006) επίσης χρησιμοποιούν δεδομένα από τον Καναδά και επιβεβαιώνουν τα ευρήματα των Case και Deaton (2005) για τις ΗΠΑ, καθώς δείχνουν ότι τα αποτελέσματα ισχύουν συμπεριλαμβανομένων των επιλογών του τρόπου ζωής (κάπνισμα, παχυσαρκία).

Είναι χαρακτηριστικά τα ευρήματα μιας έρευνας από τις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής (ΗΠΑ), όπου η υψηλότερη συχνότητα της καπνιστικής συνήθειας απαντάται σε χειρωνακτικά επαγγέλματα όπως οι χειριστές γερανών, ενώ αντίθετα οι ιατροί και οι κληρικοί καταγράφουν χαμηλότερο επιπολασμό καπνιστικής συνήθειας (Nelson et al., 1994). Οι χειρωνακτες εργαζόμενοι είναι βαρύτεροι καπνιστές σε σχέση με τους υπάλληλους (Gaudette et al., 1998). Επίσης οι χειρωνακτες εργαζόμενοι καπνιστές είναι λιγότερο πιθανό, σε σχέση με τους συναδέλφους τους υπάλληλους, να εγκαταλείψουν το κάπνισμα και να μετατραπούν έτσι σε πρώην καπνιστές (Laugesen et al., 2000).

Ο Benavides et al. (2000) εξετάζουν τις σχέσεις των διαφόρων τύπων απασχόλησης με έξι διαφορετικούς δείκτες υγείας, λαμβάνοντας υπόψη το ρόλο που διαδραματίζουν οι δημογραφικές μεταβλητές, οι ατομικές συνθήκες εργασίας και τέσσερις οικολογικοί δείκτες σε επίπεδο χώρας. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι η

επισφαλής απασχόληση συνδέεται σταθερά και θετικά με δυσαρέσκεια από την δουλειά αλλά αρνητικά με το άγχος και την απουσία από την εργασία (σε σχέση με τους μόνιμους εργαζόμενους, πλήρους ωραρίου)⁸. Η κόπωση, ο πόνος στην πλάτη και οι μυϊκοί πόνοι επίσης τείνουν να σχετίζονται θετικά με την επισφαλής απασχόληση. Μικροί εργοδότες αναφέρουν υψηλά ποσοστά στρες και κούρασης, αλλά η απουσία από την εργασία είναι σχετικά χαμηλή. Οι ελεύθεροι επαγγελματίες γενικά αναφέρουν υψηλά ποσοστά υψηλής νοσηρότητας, εκτός από την απουσία από την εργασία που βρέθηκε να κυμαίνεται σε χαμηλά επίπεδα. Για κάθε τύπο εργασίας (εκτός από τις προσωρινές συμβάσεις), οι εργαζόμενοι με μειωμένο ωράριο τείνουν να αναφέρουν χειρότερα αποτελέσματα για την υγεία από ό, τι οι εργαζόμενοι με μερική απασχόληση (βλ παράρτημα Α -πίνακας Α₁).

Ο Ishizaki et al. (2004) διεξάγουν μια έρευνα για να διαλευκάνουν τη σχέση μεταξύ εργασιακών χαρακτηριστικών (ζήτηση εργασίας, έλεγχος, υποστήριξη, καθιστική εργασία, υπερωρίες και βάρδιες) καθώς και του δείκτη μάζας σώματος, λαμβάνοντας υπόψη την κατανάλωση αλκοόλ, το κάπνισμα, την άσκηση και άλλους ψυχολογικούς παράγοντες όπως η εκπαίδευση και η οικογενειακή κατάσταση. Οι εκτιμήσεις τους δείχνουν ότι ο δείκτης μάζα σώματος συσχετίζεται με τις βάρδιες, την οικογενειακή κατάσταση και την καθιστική εργασία για τους άνδρες και με την άσκηση, αλλά αντίστροφα με την εκπαίδευση για τις γυναίκες. Με άλλα λόγια, τα αποτελέσματα δείχνουν ότι τα χαρακτηριστικά της εργασίας, όπως η καθιστική εργασία και οι βάρδιες θα πρέπει επίσης να λαμβάνονται υπόψη όταν προσπαθεί κανείς να αποτρέψει την αύξηση του βάρους (βλ παράρτημα Α -πίνακας Α₁).

Ο Lallukka et al. (2004) διευκρινίζει κατά πόσο οι δυσμενείς συνθήκες εργασίας σχετίζονται με την διατροφή, τη σωματική δραστηριότητα, την κατανάλωση αλκοόλ και το κάπνισμα. Τα αποτελέσματα τους δείχνουν ότι οι περισσότερες συσχετίσεις μεταξύ των συνθηκών εργασίας και τις συμπεριφορές υγείας δεν είναι στατιστικά σημαντικές. Μεταξύ γυναικών, η ψυχικά επίπονη εργασία και ο έλεγχος στην δουλειά συνδέονται με μια υγιεινή διατροφή. Η εργασιακή κόπωση συσχετίζεται με φυσική αδράνεια, ενώ η σωματικά επίπονη εργασία και η ικανοποίηση από την δουλειά και το σπίτι αναφέρονται περισσότερο συχνά από σωματικά δραστήριες γυναίκες. Η εργασιακή κόπωση συσχετίζεται με υψηλή κατανάλωση αλκοόλ μεταξύ των ανδρών. Χαμηλή πίεση εργασίας

⁸ Υψηλότερα τα ποσοστά του άγχους και της απουσίας από την εργασία για τα άτομα με μόνιμη απασχόληση σε σχέση με τα άτομα με επισφαλής απασχόληση (Benavides et al., 2000).

αναφέρεται από τις γυναίκες μη καπνίστριες, ενώ οι υπερωρίες συνδέονται με τους μη καπνιστές μεταξύ των ανδρών.

4.4 Ανεργία

Η ανεργία επηρεάζει την υγεία σωματικά και ψυχολογικά, άμεσα ή έμμεσα, με πολλούς τρόπους, όπως η οικονομική στέρηση, η απώλεια της κοινωνικής θέσης του ατόμου και της αυτοπεποίθησης του, την απώλεια των σχέσεων και με αυτό τον τρόπο και της κοινωνικής υποστήριξης (Hafner, 1988). Τα τελευταία χρόνια, μελέτες σε πολλές χώρες έχουν δείξει μια συσχέτιση μεταξύ ανεργίας και κακής υγείας (Studnicka et al., 1991, Klein-Hesselink, 1992). Υψηλότερη θνησιμότητα (Morris et al., 1994, Martikainen, 1990) καθώς και νοσηρότητα (Rodriguez, 1994, Wilson και Walker, 1993) έχουν βρεθεί μεταξύ των ανέργων, σε σύγκριση με αυτούς που εργάζονται. Τα τελευταία 10 χρόνια η ανεργία έχει αυξηθεί σημαντικά στις περισσότερες χώρες και δεν υπάρχει αμφιβολία ότι αυτή έχει επιπτώσεις στην υγεία γενικά και στην ψυχική υγεία ειδικότερα.

Η βιβλιογραφία που εξετάζει την επίδραση της ανεργίας στην κατανάλωση αλκοόλ έχει βρεθεί σε αντιφατικά αποτελέσματα. Αρκετές μελέτες έχουν τεκμηριώσει αυξήσεις στην κατανάλωση αλκοόλ που σχετίζονται με την ανεργία (Crawford et al., 1987, Ettner, 1997, Janlert και Hammarstrom, 1992). Μερικοί έχουν υποστηρίξει ότι η συσχέτιση αυτή υπάρχει γιατί η συμπεριφορά της κατανάλωσης αλκοόλ σχετίζεται με την επακόλουθη απώλεια θέσεων εργασίας (Forcier, 1988, Kasl και Jones, 2000, Mullahy και Sindelar, 1995). Προς στήριξη του επιχειρήματος αυτού, πολλές διαχρονικές αναλύσεις έχουν βρει ότι η υψηλή κατανάλωση αλκοόλ είναι προγνωστικό της μελλοντικής απώλειας θέσεων εργασίας (Catalano et al., 1993, Morris et al., 1992, Mullahy και Sindelar, 1995).

Συγκεκριμένα, ο Gallo et al. (2001) εκτιμάει την επίδραση της ακούσιας απώλειας θέσεων εργασίας⁹ στην επακόλουθη κατανάλωση αλκοόλ από τους εργαζομένους μεγαλύτερης ηλικίας στην Ηνωμένες Πολιτείες. Σύμφωνα με αρκετές προηγούμενες μελέτες για τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της χρήσης αλκοόλ και της ανεργίας, η συγκεκριμένη μελέτη δεν βρήκε κανένα αποδεικτικό στοιχείο ότι η

⁹ Ακούσια απώλεια θέσεων εργασίας ορίζεται ως η απώλεια της θέσης εργασίας λόγω του κλεισίματος της επιχείρησης ή του εργοστάσιου ή λόγω απόλυσης.

ακούσια απώλεια θέσεων εργασίας επηρεάζει τον αριθμό των ποτών που καταναλώνονται ανά ημέρα. Τα αποτελέσματά τους, ωστόσο, δείχνουν ότι η ακούσια απώλεια θέσεων εργασίας αυξάνει την πιθανότητα της κατανάλωσης αλκοόλ μεταξύ των ερωτηθέντων που δήλωσαν ότι δεν έπιναν αλκοόλ μέχρι σήμερα. Συγκεκριμένα, βρήκαν ότι μεταξύ των ατόμων που δεν έπιναν αρχικά, οι οποίοι υπέστη ακούσια απώλεια θέσεων εργασίας είναι δύο φορές πιο πιθανό να αναφέρουν κάποια χρήση αλκοόλ στην συνέχεια σε σχέση με εκείνους που συνεχίζουν να απασχολούνται.

Ο Falba et al. (2005) εκτιμάει τον αντίκτυπο της ακούσιας απώλειας εργασίας στην υποτροπή και την ένταση του καπνίσματος μεταξύ των εργαζομένων μεγαλύτερης ηλικίας. Διαπιστώνουν ότι το άγχος της απώλειας της εργασίας, μαζί με άλλες σημαντικές αλλαγές που σχετίζονται όταν αφήνει κάποιος τη δουλειά του, τείνουν να αυξάνουν την κατανάλωση τσιγάρων. Αυτή η απώλεια θέσεων εργασίας αναδεικνύεται ως σημαντικός παράγοντας κινδύνου για την υγεία των καπνιστών μεγαλύτερης ηλικίας. Τα αποτελέσματα του δείχνουν, σε αντίθεση με προηγούμενες μελέτες, ότι η ακούσια απώλεια εργασίας μεταξύ των μεγαλύτερων σε ηλικία εργαζομένων είναι ένας σημαντικός παράγοντας κινδύνου τόσο για τους νυν όσο και για τους πρώην καπνιστές (βλ παράρτημα Α-πίνακας Α₁).

Ο Rasky et al. (1996) εξετάζει την υγεία μεταξύ των ανέργων καθώς η ανεργία έχει γίνει ένα σοβαρό κοινωνικό πρόβλημα στις βιομηχανικές χώρες και γιατί η απώλεια θέσεων εργασίας δημιουργεί διαταραχές στην υγεία. Η μελέτη τους δείχνει ότι ο κίνδυνος για την υγεία είναι υψηλότερος μεταξύ των ανέργων από ό, τι μεταξύ εκείνων που απασχολούνται, ιδιαίτερα για τους άνδρες. Οι άνεργοι άνδρες έχουν σημαντικά λιγότερα κίνητρα για να μειώσουν το βάρος και να αλλάξουν τις διατροφικές τους συνήθειες από τους άνδρες που εργάζονται, και έχουν σημαντικά περισσότερες ανησυχίες, διαταραχές ύπνου και έλλειψη όρεξης.

4.5 Εργασιακά Χαρακτηριστικά

Κατά τις τρεις τελευταίες δεκαετίες, πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι τα εργασιακά χαρακτηριστικά μπορεί να έχουν μια βαθιά επίδραση στην ευημερία των εργαζομένων (π.χ. πίεση στην εργασία, επαγγελματική εξουθένωση, εργασιακή δέσμευση). Για παράδειγμα, μια μελέτη αποκαλύπτει ότι οι εργασιακές απαιτήσεις,

όπως η υψηλή πίεση της εργασίας, οι συναισθηματικές απαιτήσεις, και ο ρόλος της εργασίας αν είναι ασαφής μπορεί να οδηγήσει σε προβλήματα ύπνου, σε εξάντληση και διαταραχή της υγείας (Doi, 2005, Halbesleben και Buckley, 2004).

Πολλά μελέτες έχουν χρησιμοποιήσει είτε μια προσέγγιση για την πρόβλεψη της ευημερίας των εργαζομένων, ή έχουν στηριχθεί σε ένα από τα δύο μοντέλα που μελετούν το εργασιακό άγχος, δηλαδή το υπόδειγμα «πίεσης από την εργασία» (Karasek, 1979) και το υπόδειγμα «ανισορροπίας προσπάθειας- ανταμοιβής» (Siegrist, 1996).

Υπάρχουν πράγματι εμπειρικά στοιχεία που δείχνουν ότι ο συνδυασμός της υψηλής εργασιακής απαίτησης και ο χαμηλός έλεγχος της εργασίας είναι ένα σημαντικός προγνωστικός παράγοντας της ψυχολογικής καταπόνησης και ασθένειας (Karasek, 1979 Schnall et al., 1994). Το μοντέλο αυτό έχει κυριαρχήσει στην εμπειρική έρευνα για το εργασιακό άγχος και την υγεία κατά τη διάρκεια των τελευταίων 20 ετών (Cordero, 1997).

Ο Hellerstedt και Jeffery (1997) εξετάζουν κατά πόσο η πίεση από την εργασία, όπως ορίζεται από το υπόδειγμα Karasek, συνδέεται με κάποιο τροποποιήσιμο καρδιαγγειακό νόσημα (CVD)-που σχετίζεται με τα χαρακτηριστικά της υγείας. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι οι απαιτήσεις της εργασίας συσχετίστηκαν θετικά με το κάπνισμα, την ένταση του καπνίσματος, καθώς και την υψηλή πρόσληψη λίπους για τους άνδρες και την ένταση του καπνίσματος για τις γυναίκες. Τα υψηλόβαθμα στελέχη (άνδρες) καπνίζουν περισσότερο από τους υπόλοιπους εργαζόμενους και τα υψηλόβαθμα στελέχη (γυναίκες) έχουν υψηλότερο δείκτη μάζας σώματος σε σχέση με τις υπόλοιπες γυναίκες (βλ. παράρτημα Α- πίνακας Α₁).

Το εναλλακτικό μοντέλο είναι το υπόδειγμα «ανισορροπίας προσπάθειας- ανταμοιβής» (Siegrist, 1996) που τονίζει την ανταμοιβή της εργασίας, και όχι τον έλεγχο της εργασίας. Το μοντέλο υποθέτει ότι πολλές θέσεις εργασίας επιφέρουν μια έλλειψη ισορροπίας μεταξύ της προσπάθειας (εξωγενής δουλειά, απαιτήσεις και εσωτερικά κίνητρα για να ανταποκριθεί σε αυτές τις απαιτήσεις) και της ανταμοιβής (από την άποψη του μισθού, την αυτοεκτίμηση, την ασφάλεια και τις ευκαιρίες καριέρας δηλαδή τις προοπτικές προαγωγής, της ασφάλειας της εργασίας και της συνοχής). Η βασική παραδοχή είναι ότι η έλλειψη αμοιβαιότητας μεταξύ προσπάθειας και ανταμοιβής (π.χ. υψηλή προσπάθεια / χαμηλή ανταμοιβή) θα οδηγήσει σε διέγερση και άγχος (Walster et al., 1978), η οποία, με τη σειρά του, μπορεί να οδηγήσει σε κινδύνους και καρδιαγγειακά νοσήματα. Ο συνδυασμός της

υψηλής προσπάθειας και χαμηλής ανταμοιβής στην εργασία διαπιστώθηκε πράγματι να είναι ένας παράγοντας κινδύνου για καρδιαγγειακά προβλήματα, ήπιες ψυχιατρικές διαταραχές και επαγγελματική εξουθένωση (Van Vegchel et al., 2005).

Και τα δύο αυτά μοντέλα υποθέτουν ότι η υψηλή πίεση εργασίας, μια συμπεριφορά που είναι επικίνδυνη για την υγεία, όπως ανθυγιεινές διατροφικές συνήθειες και η έλλειψη σωματικής δραστηριότητας, μπορεί να αυξήσει το βάρος του σώματος.

Επίσης υπάρχει και ένα ακόμα μοντέλο το «job demand-resource» (Bakker et al., 2003, Demerouti et al., 2001) που θεωρεί ότι ενώ κάθε επάγγελμα μπορεί να έχει τους δικούς του ειδικούς παράγοντες κινδύνου που συνδέονται με το εργασιακό άγχος, αυτοί οι παράγοντες μπορούν να ταξινομηθούν σε δύο γενικές κατηγορίες (απαιτήσεις της δουλειάς και πόροι εργασίας), αποτελώντας έτσι ένα πρωταρχικό μοντέλο που μπορεί να εφαρμοστεί σε διάφορες επαγγελματικές κατηγορίες, ανεξαρτήτως των ιδιαίτερων απαιτήσεων και των πόρων που εμπλέκονται. Οι απαιτήσεις της εργασίας αναφέρονται σε εκείνες τις φυσικές, ψυχολογικές, κοινωνικές ή οργανωτικές πτυχές της εργασίας που απαιτούν διαρκή σωματική ή ψυχολογική (νοητική και συναισθηματική) προσπάθεια και συνεπώς συνδέονται με ορισμένο σωματικό ή ψυχολογικό κόστος. Παράδειγμα είναι μια εργασία με υψηλή πίεση, ένα δυσμενές φυσικό περιβάλλον και οι συναισθηματικές αλληλεπιδράσεις με τους πελάτες. Παρόλο που οι απαιτήσεις των θέσεων εργασίας δεν είναι απαραίτητα αρνητικό στοιχείο για την εργασία, μπορεί να μετατραπεί σε αγχωτική δουλειά, όταν για την επίτευξη αυτών των απαιτήσεων απαιτεί μεγάλη προσπάθεια και ως εκ τούτου συνδέονται με υψηλό κόστος που προκαλούν αρνητικές αντιδράσεις, όπως η κατάθλιψη, το άγχος και η επαγγελματική εξουθένωση (Meijman και Mulder, 1998).

Οι πόροι εργασίας αναφέρονται σε αυτές τις σωματικές, ψυχολογικές, κοινωνικές ή οργανωτικές πτυχές της εργασίας που (1) μειώνουν τις απαιτήσεις της δουλειάς και τα συναφή σωματικά και ψυχολογικά κόστη (2) είναι λειτουργικοί στην επίτευξη των στόχων εργασίας και (3) τονώνουν την προσωπική ανάπτυξη, τη μάθηση και την ανάπτυξη.

5. Περίπτωση Ελλάδας

Τα σημαντικότερα προβλήματα υγείας των πολιτών της Ελλάδας αλλά και των ανεπτυγμένων χωρών, συσχετίζονται αιτιολογικά με τον τρόπο ζωής και πιο ειδικά με τη συμπεριφορά, αλλά και με το φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον στο οποίο διαμένουν οι πολίτες. Τα καρδιαγγειακά νοσήματα, η πρώτη αιτία θανάτου στην Ελλάδα, έχουν ως κύριους παράγοντες κινδύνου την παχυσαρκία, την έλλειψη φυσικής άσκησης, την κακή διατροφή, το κάπνισμα, παράγοντες που είναι άμεσα συνδεδεμένοι με τις καθημερινές συνήθειες (WHO, 2003).

5.1 Κάπνισμα

Ο επιπολασμός του καπνίσματος, παγκοσμίως, είναι μεγαλύτερος στους άνδρες από τις γυναίκες. Έχει παρατηρηθεί χαμηλός επιπολασμός του καπνίσματος μεταξύ των γυναικών των αναπτυσσόμενων χωρών, ενώ ο επιπολασμός του καπνίσματος μεταξύ των γυναικών και των ανδρών δεν παρουσιάζει μεγάλες διαφορές σε χώρες υψηλού εισοδήματος (Jha et al., 2002).

Παρακάτω αναλύονται διάφορες μελέτες που πραγματοποιήθηκαν σε επίπεδο Ελλάδας αναφορικά με το κάπνισμα. Αρχικά, ο Rachiotis et al. (2009) μελετάει 1005 εργαζόμενους, χειρώνακτες και υπαλλήλους, τεσσάρων επιχειρήσεων στην Ελλάδα. Ανάμεσα στους 1005 εργαζομένους, το 48,4% δηλώνουν καπνιστές και δεν παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς την ηλικία, το φύλο, το μορφωτικό επίπεδο και την επαγγελματική κατάσταση. Η μέση ημερήσια κατανάλωση τσιγάρων είναι 25,54 τσιγάρα και δεν παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές διαφορές στις διάφορες επαγγελματικές κατηγορίες

Σε έρευνα που καταγράφει τις καπνιστικές συνήθειες των εργαζομένων στο Γενικό Νοσοκομείο Σερρών, το 50% δηλώνει ότι είναι ενεργοί καπνιστές και το 32% πρώην καπνιστές. Τα ποσοστά καπνίσματος είναι υψηλότερα στις γυναίκες (54%) από ότι στους άνδρες συναδέλφους τους (42%) σε όλες τις ηλικιακές κατηγορίες. Σε ότι αφορά τις επαγγελματικές κατηγορίες, το υψηλότερο ποσοστό καπνίσματος καταγράφεται στο νοσηλευτικό προσωπικό (57%) και το χαμηλότερο ποσοστό σημειώνεται στο ιατρικό προσωπικό (31%) (Vagropoulos et al., 2006).

Μια παρόμοια έρευνα που διεξάγεται σε τυχαίο δείγμα 308 νοσηλευτών και νοσηλευτριών που εργάζονται σε νοσοκομεία της Αθήνας, δείχνει ότι το 46% είναι καπνιστές, το 22% πρώην καπνιστές και το 31% δεν έχουν καπνίσει ποτέ. Τα αποτελέσματα από αυτή τη μελέτη δείχνουν ότι οι Έλληνες νοσηλευτές καπνίζουν περισσότερο από ό, τι άλλοι νοσηλευτές σε άλλες ανεπτυγμένες χώρες. Επίσης, φανερώνει ότι η άσκηση της νοσηλευτικής είναι ένα αγχωτικό επάγγελμα και ότι κάποιοι νοσηλευτές χρησιμοποιούν το κάπνισμα για να αντιμετωπίσουν το άγχος τους (Beletsioti- Stika και Scriven, 2006).

Ο Sotiropoulos et al. (2007) σε έρευνα που πραγματοποίησε σε τυχαίο δείγμα 1284 ιατρών όλων των ειδικοτήτων από διαφορετικές υπηρεσίες υγείας ανά την Ελλάδα, βρίσκει ότι το 38,6% των ανδρών και 37% των γυναικών είναι καπνιστές, το 13,8% πρώην καπνιστές και το 47,6% δεν έχουν καπνίσει ποτέ.

Ο Mammias et al. (2003) μελετάει τη χρήση του καπνού, την κατανάλωση αλκοόλ και λιποπρωτεϊνών μεταξύ των φοιτητών του Πανεπιστημίου Κρήτης της Ιατρικής Σχολής. Το κύριο εύρημα της παρούσας μελέτης είναι ότι ο επιπολασμός του καπνίσματος μεταξύ των Ελλήνων φοιτητών της ιατρικής στο Πανεπιστήμιο Κρήτης (33,2% για τους άνδρες και 28,4% για τις γυναίκες) είναι ένα από τα υψηλότερα που έχει αναφερθεί στην βιβλιογραφία. Η χρήση του καπνού συνδέεται έντονα με το προφίλ των λιπιδίων που είναι υπεύθυνα για καρδιαγγειακή νόσο (βλ. παράρτημα Α- πίνακας Α₂).

Τέλος, ο Vardavas και Kafatos (2006) με την έρευνας τους περιγράφουν την έκταση της χρήσης του καπνού, τις χρησιμοποιούμενες μέθοδοι για τον έλεγχο της κατανάλωσης του καπνού, καθώς και τους κύριους λόγους αποτυχίας της νομοθεσίας καταπολέμησης του καπνίσματος κατά το παρελθόν στην Ελλάδα. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι η Ελλάδα έχει ένα από τα υψηλότερα ποσοστά χρήσης καπνού στους ενήλικες σε όλο τον κόσμο και το μεγαλύτερο ποσοστό χρήσης καπνού των σημερινών ενηλίκων μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ. Σε περιοχές, όπως η Αθήνα, έχουν υψηλότερα ποσοστά καπνίσματος (51% των ανδρών και 39% των γυναικών) σε σχέση με τις αγροτικές περιοχές. Οι γυναίκες στις αγροτικές περιοχές καπνίζουν λιγότερο, πιθανώς λόγω του υπάρχοντος παραδοσιακού πολιτισμού που αφορά τις γυναίκες γύρω από το κάπνισμα. Η διαφορά είναι πιο αισθητή μεταξύ των γυναικών που ζουν στις πόλεις απ' ό,τι στις αγροτικές περιοχές. Τα υψηλότερα κοινωνικά στρώματα είναι πιο πιθανό να είναι καπνιστές από τους λιγότερο μορφωμένους. Όσο αφορά τον δεύτερο στόχο της μελέτης τους, δηλαδή αναφορικά με τους κύριους

λόγους αποτυχίας της νομοθεσίας καταπολέμησης του καπνίσματος που καταγράφουν είναι ότι πρώτον το κάπνισμα είναι μια κοινωνικά αποδεκτή συνήθεια από πολλούς Έλληνες. Η Ελλάδα ήταν επίσης μια χώρα παραγωγής καπνού όπου η γεωργική παραγωγή σε ορισμένες περιοχές βασίζεται σε μεγάλο βαθμό στο καπνό. Όπως φαίνεται και από τα παραπάνω αποτελέσματα, με ένα τόσο υψηλό επιπολασμό του καπνίσματος και με την νοοτροπία των Ελλήνων και την οικονομία να υποστηρίζει τη χρήση του καπνού, δεν υπάρχει επαρκής βάση για την αποτελεσματική εφαρμογή της αντικαπνιστικής εκστρατείας (βλ. παράρτημα Α-πίνακας Α₂).

5.2 Παχυσαρκία

Πολλές έρευνες καταλήγουν ότι η μέση τιμή του δείκτη μάζα σώματος φαίνεται να είναι μεγαλύτερη στους άνδρες από τις γυναίκες, ενώ φαίνεται ότι αυξάνεται ο δείκτης μάζα σώματος στην τέταρτη δεκαετία ζωής των ανδρών και παραμένει αυξημένος μέχρι την όγδοη δεκαετία ενώ στις γυναίκες αυξάνεται σταδιακά μετά την τρίτη δεκαετία της ζωής (Pazarlis et al., 2006, Bertzias et al., 2003, Tzotzas et al., 2004) Επιπλέον το ποσοστό των υπέρβαρων και παχύσαρκων ατόμων αυξάνεται με την ηλικία τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες, ενώ μελέτες δείχνουν ότι όσο αυξάνονται τα χρόνια εκπαίδευσης τόσο μειώνονται και τα ποσοστά των υπέρβαρων και παχύσαρκων ανδρών και γυναικών (Tzotzas et al., 2004, Panagiotakos et al., 2004).

Σύμφωνα με τα ευρήματα της μελέτης «ΑΤΤΙΚΑ» (2004) τα ποσοστά των υπέρβαρων και παχύσαρκων ανδρών και γυναικών στην Ελλάδα διαφέρουν σε στατιστικά σημαντικό βαθμό. Συγκεκριμένα, το 53% των ανδρών είναι υπέρβαροι και το 20% παχύσαρκοι ενώ στις γυναίκες τα ποσοστά είναι 31% και 15% αντίστοιχα. Επίσης, σύμφωνα με την ίδια μελέτη, τα ποσοστά παχυσαρκίας αυξάνονται με την ηλικία ενώ και οι έγγαμοι εμφανίζονται πιο συχνά υπέρβαροι και παχύσαρκοι σε σχέση με τους άγαμους. Τέλος, βρέθηκε ακόμα ότι τα ποσοστά των υπέρβαρων και παχύσαρκων είναι υψηλότερα μεταξύ των ατόμων χαμηλού και κοινωνικοοικονομικού επιπέδου. Ο υπέρβαρος και παχύσαρκος πληθυσμός ακολουθεί πιο συχνά μη υγιεινό τρόπο ζωής, καταναλώνει μεγαλύτερη ποσότητα αλκοόλ, έχει λιγότερα χρόνια εκπαίδευσης και δεν ακολουθεί υγιεινή διατροφή σε

σχέση με τον πληθυσμό που έχει φυσιολογικό δείκτη μάζα σώματος (Panagiotakos et al., 2004) (βλ. παράρτημα Α- πίνακας Α₂).

Ο Mazokorakis et al. (2004) πραγματοποιεί μια έρευνα σε 285 άνδρες πληρώματος πολεμικού πλοίου, ηλικίας 19 έως 38 ετών και βρίσκει ότι το 26,6% είναι υπέρβαροι ενώ το 4,8% είναι παχύσαρκοι. Αυτή η μελέτη δείχνει ότι μεταξύ του πληρώματος, οι δημογραφικοί παράγοντες και οι συνήθειες του τρόπου ζωής (ηλικία, το κάπνισμα, και άσκηση) διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στον δείκτη μάζα σώματος.

Σε μεγάλης κλίμακας μελέτη που γίνεται σε 4032 κατοίκους της Κεντρικής Μακεδονίας, ο μέσος δείκτης μάζας ανέρχεται στο 26,2 kg/m², αρκετά υψηλό αφού πάνω από 25 kg/m² τα άτομα θεωρούνται υπέρβαρα. Παρατηρείται επίσης θετική συσχέτιση με την ηλικία και αρνητική συσχέτιση με το μορφωτικό επίπεδο, τη φυσική άσκηση και στα δυο φύλα και αρνητική συσχέτιση με το κάπνισμα μόνο στις γυναίκες. Η επικράτηση της παχυσαρκίας είναι υψηλότερη στις γυναίκες υπαλλήλους μέσης ηλικίας, λιγότερο μορφωμένων και μη-καπνιστών και για τα δυο φύλα ενώ η πιθανότητα παχυσαρκίας είναι υψηλότερη για τους άνδρες, μεγαλύτερης ηλικίας, λιγότερο μορφωμένων και μη-καπνιστών και για τα δύο φύλα. Εν κατακλείδι, διάφοροι περιβαλλοντικοί παράγοντες σχετίζονται με την παχυσαρκία ή το υπερβολικό βάρος σε δείγμα του ελληνικού πληθυσμού (Tzotzas et al., 2004).

Ο Pappas et al. (2005) διερευνά την κατάσταση της υγείας των νοσηλευτών που εργάζονται σε νοσοκομεία στη Βορειοδυτική Ελλάδα και εξετάζει την σχέση μεταξύ της αυτοεκτιμώμενης υγείας (SRH) που σχετίζεται με τον τρόπο ζωής και τα εργασιακά χαρακτηριστικά σε αυτή την ομάδα των εργαζομένων του νοσοκομείου. Η μελέτη περιλαμβάνει ένα τυχαίο δείγμα 443 νοσηλευτών και νοσηλευτριών σε νοσοκομεία της Βορειοδυτικής Ελλάδας και δείχνει ότι το 36% είναι υπέρβαροι και παχύσαρκοι (το 47% δήλωσε ότι καπνίζει.).

Ο Koukoulis et al. (2010) διερευνά την ύπαρξη της παχυσαρκίας σε ενήλικες από μια μεγάλη περιοχή της Κεντρικής Ελλάδας. Τα αποτελέσματα της έρευνας τους δείχνουν ότι τα ποσοστά των υπέρβαρων και παχύσαρκων στον πληθυσμό της Θεσσαλίας είναι σχετικά υψηλό, με το βάρος να είναι πιο σημαντικό στους άνδρες απ' ότι στις γυναίκες, ενώ ο μέσος όρος είναι υψηλότερος στις γυναίκες σε σύγκριση με τους άνδρες (βλ. παράρτημα Α - πίνακας Α₂).

Ο Bertias et al. (2003) μελετάει το υπερβολικό βάρος και την παχυσαρκία σε σχέση με το κίνδυνο καρδιαγγειακής νόσου μεταξύ των φοιτητών ιατρικής στην

Κρήτη. Περίπου το 40% των ανδρών και 23% των γυναικών έχουν δείκτη μάζα σώματος μεγαλύτερο από 25,0 kg/m². Ο μέσος όρος της παχυσαρκίας είναι στο 33,4% των ανδρών φοιτητών και 21,7% των γυναικών φοιτητριών. Τα άτομα άνω των ορίων παχυσαρκίας έχουν σημαντικά υψηλότερες τιμές καρδιαγγειακού κινδύνου. Αυτό σημαίνει ότι ο δείκτης μάζα σώματος είναι ο ισχυρότερος προγνωστικός δείκτης της υπέρτασης.

Τέλος, η Yannakouli et al (2008) αξιολογεί την πεντάχρονη συχνότητα της παχυσαρκίας σε ένα δείγμα ενήλικων και διερευνούν την πιθανή επίδραση των διαφόρων κοινωνικό-δημογραφικών παραγόντων και συνήθειων του τρόπου ζωής για την αλλαγή του βάρους και της παχυσαρκίας (μέσα σ' αυτά τα πέντε έτη). Η πενταετή συχνότητα της παχυσαρκίας είναι 21,8% στους άνδρες και 11,9% στις γυναίκες. Περισσότεροι άνδρες σε σχέση με τις γυναίκες αναπτύσσουν παχυσαρκία, ενώ περισσότερες γυναίκες από ότι οι άνδρες είναι υπέρβαροι κατά τη διάρκεια της περιόδου παρακολούθησης. Διαπιστώνεται ότι οι άνδρες έχουν 1 στις 6 περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν παχυσαρκία σε σύγκριση με τις γυναίκες (βλ. παράρτημα Α- πίνακας Α₂).

5.3 Αλκοόλ

Στο πλαίσιο έρευνας που διερευνά τους παράγοντες κινδύνου για τα κακοήθη νεοπλάσματα, καταγράφεται η κατανάλωση αλκοόλ σε 5500 υγιείς ενήλικες σε 26 νομούς της Ελλάδας και ερευνούνται οι κοινωνικοί και δημογραφικοί παράγοντες που την επηρεάζουν. Το 42,5 % των ανδρών και 82,5% των γυναικών δηλώνουν ότι δεν καταναλώνουν οινοπνευματώδη ποτά. Σε αυτούς που καταναλώνουν αλκοόλ, ο μέσος όρος ημερήσιας κατανάλωσης είναι 28,5 γραμμάρια στους άνδρες και 9,85 στις γυναίκες. Οι άνδρες με την μεγαλύτερη κατάχρηση αλκοόλ είναι οι νεότεροι, οι αγρότες και οι τεχνίτες. Σε ότι αφορά τις γυναίκες, φαίνεται ότι το ποσοστό αυτών που καταναλώνουν αλκοόλ είναι μεγαλύτερο στις νεαρές γυναίκες με υψηλό μορφωτικό επίπεδο, στους ελεύθερους επαγγελματίες και στις υπαλλήλους σε σχέση με τις υπόλοιπες κατηγορίες γυναικών (Pazarlis et al., 2006) (βλ. παράρτημα Α- πίνακας Α₂).

Τέλος, ο Madianos et al. (1995) επικεντρώνεται στα πρότυπα της κατανάλωσης αλκοόλ και των σχετικών προβλημάτων. Βασιζόμενος σε ένα

πανελλαδικό δείγμα 4290 ερωτηθέντων ηλικίας 12-64 χρόνων, βρίσκει ότι η συχνότητα και η ποσότητα της κατανάλωσης του αλκοόλ αυξάνει όσο αυξάνεται η ηλικία. Επίσης, οι άνδρες πίνουν αλκοόλ πιο συχνά και σε μεγαλύτερες ποσότητες από ό, τι οι γυναίκες. Ένα υψηλό ποσοστό νεαρών ενηλίκων αναφέρουν ότι έχουν προβλήματα με το αλκοόλ, σε σύγκριση με τις άλλες ηλικιακές ομάδες. Τέλος, γεωγραφικές διαφορές στη συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ παρατηρήθηκαν. Ωστόσο, δεν βρέθηκαν διαφορές στην γεωγραφική κατανομή των ατόμων όλων των ηλικιακών ομάδων που αναφέρουν ότι έχουν προβλήματα με το αλκοόλ.

Συμπεράσματα

Η ερευνητική περιοχή των συνηθειών του τρόπου ζωής (lifestyle) σε σχέση με την απασχόληση παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον για διάφορες επιστήμες όπως η δημόσια υγεία και η οικονομία. Είναι ιδιαίτερα σημαντικό να γνωρίζουμε με ακρίβεια τους προσδιοριστικούς παράγοντες του τρόπου ζωής, λόγω του υψηλού κοινωνικού και οικονομικού κόστους που ενέχουν στην εργασία και κατά επέκταση και στην κοινωνία.

Το θεωρητικό υπόβαθρο της εργασίας μας βασίζεται στο διορατικό έργο του Grossman που έχει χρησιμοποιηθεί ως εφαλτήριο από πολλές μεταγενέστερες μελέτες (Cropper, 1977) αλλά και πιο πρόσφατα (Erllich και Chuma, 1990). Παρότι έχει δεχτεί κριτική από πολλούς οικονομολόγους, η βασική δομή του μοντέλου έχει διατηρηθεί. Ο Wagstaff (1993), για παράδειγμα, στην εργασία του υποστηρίζει ότι η εμπειρική διατύπωση του μοντέλου του Grossman που χρησιμοποιήθηκε σε προηγούμενες μελέτες για να εξεταστεί το θεωρητικό μοντέλο είναι ακατάλληλη, δεδομένου ότι δεν λαμβάνει υπόψη το δυναμικό χαρακτήρα της επενδυτικής διαδικασίας για την υγεία.

Η δημοσίευση του άρθρου του Michael Grossman «*On the Concept of Health Capital and the Demand for Health*» (1972), έδειξε ότι τα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά και τα δημογραφικά όπως η ηλικία, το εισόδημα, η εκπαίδευση αποτελούν ισχυρούς προσδιοριστικούς παράγοντες της ατομικής ζήτησης κεφαλαίου υγείας.

Όπως αναφέραμε και πριν, η υγεία είναι κεφάλαιο, ή ακριβέστερα, ένα κεφαλαιακό απόθεμα (capital stock) που αποδίδει κέρδος κατά την διάρκεια της ζωής

του ατόμου. Τα άτομα προικίζονται αρχικά με μια ορισμένη ποσότητα κεφαλαίου υγείας, το οποίο υφίσταται απόσβεση καθώς αυξάνεται η ηλικία, πλην όμως αυξάνεται με την επένδυση σε αυτό. Όπως συμβαίνει με την επένδυση σε ένα οποιοδήποτε κεφαλαιουχικό αγαθό το οποίο φθείρεται με τον χρόνο, η διαφορά μεταξύ ακαθάριστης και καθαρής επένδυσης εξαρτάται από τον ρυθμό της παλαίωσης του (από τον ρυθμό απόσβεσης). Η υγεία εξομοιώνεται, έτσι, με κάθε άλλο κεφαλαιουχικό αγαθό, με μοναδική διαφορά, κατά τον Grossman, ότι τα άλλα στοιχεία του ανθρώπινου κεφαλαίου, όπως η εκπαίδευση, επιδρούν στην παραγωγικότητα του ατόμου ενώ η υγεία καθορίζει τον συνολικό χρόνο που το άτομο μπορεί να διαθέσει στην παραγωγή εμπορευμάτων. Ως εκ τούτου, το άτομο, κάτοχος του κεφαλαιακού αποθέματος υγείας, φέρεται ως ένας επενδυτής που μεγιστοποιεί το σύνολο των κερδών του από την εκμετάλλευση του κεφαλαίου του στη διάρκεια της ζωής του. Δαπανά επιπλέον πόρους για να επενδύσει σε «κεφάλαιο υγείας» μέχρι το σημείο εκείνο στο οποίο η χρηματική αξία που εισπράττεται από μια επιπλέον μονάδα «υγείας» ισούται ακριβώς με το κόστος που πρέπει να καταβάλει το άτομο-επενδυτής για να την αποκτήσει.

Η παρούσα εργασία βασίζεται πάνω στο μοντέλο του Grossman γιατί εκτός από τα άλλα λαμβάνει υπόψη του τις συνήθειες του τρόπου ζωής του κάθε ατόμου, δηλαδή την ανθυγιεινή συνήθεια του καπνίσματος, την υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ, την έλλειψη φυσικής άσκησης, και την ανθυγιεινή διαίτα.

Όσο αφορά την επίδραση της κατανάλωσης αλκοόλ στην απασχόληση και το εισόδημα όπως αναφέραμε και παραπάνω έχει λάβει σημαντική προσοχή από πολλούς ερευνητές. Αρκετές μελέτες έχουν επιχειρήσει να μετρήσουν αυτή την επίδραση¹⁰. Οι περισσότεροι έχουν βρει ότι η κατανάλωση αλκοόλ συνδέεται με χαμηλότερη πιθανότητα απασχόλησης και μικρότερα εισοδήματα, αν και η διαπίστωση αυτή δεν είναι εξ ολοκλήρου σωστή. Το πιο σημαντικό θέμα είναι ότι η αιτιώδης αυτή σχέση παραμένει αμφιλεγόμενη αφού τα εμπειρικά ευρήματα είναι αντιφατικά¹¹.

Ακόμα, η παχυσαρκία, ένας ακόμα δείκτης που διαμορφώνει τον τρόπο ζωής μας, επηρεάζει και αυτός με την σειρά του την απασχόληση με διάφορους τρόπους.

¹⁰ Mullahy (1993) Kenkel και Ribar (1994), French και Zarkin (1995), Mullahy και Sindelar (1996), Heien (1996), Hamilton και Hamilton (1997) and Zarkin et al. (1998).

¹¹ Mullahy και Sindelar (1993, 1996), Kenkel και Ribar (1994), French και Zarkin (1995), Hamilton και Hamilton (1997) βρίσκουν ένα αρνητικό αποτέλεσμα της βαριάς κατανάλωσης αλκοόλ στα κέρδη, ενώ οι Zarkin et al (1998) βρίσκουν ένα θετικό αποτέλεσμα.

Ο Sarlio-Lahteenkorva και Lahelma (1999) χρησιμοποιούν μια λογιστική παλινδρόμηση για την ανάλυση των επιπτώσεων της παχυσαρκίας στην τρέχουσα απασχόληση και την μακροχρόνια ανεργία.¹² Η έρευνα τους δείχνει, ελέγχοντας για την ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο, την περιοχή κατοικίας και τον περιορισμό των μακροχρόνιων ασθενειών, ότι η παχυσαρκία έχει σημαντική και θετική επίδραση για τις γυναίκες στη μακροχρόνια ανεργία και μια ασήμαντη επίδραση στην τρέχουσα απασχόληση. Για τους άνδρες, η παχυσαρκία έχει σημαντική επίδραση και στην μακροχρόνια ανεργία και στην τρέχουσα απασχόληση.

Όπως προαναφέρθηκε η συνήθεια του καπνίσματος φαίνεται να συνδέεται με ισχυρό τρόπο με την ατομική κατάσταση απασχόλησης με ποικίλους τρόπους. Ειδικότερα, το κάπνισμα στο χώρο εργασίας μπορεί να επηρεάσει όχι μόνο την ανθρώπινη υγεία, αλλά και την απόδοση των εργαζομένων (Woolf et al., 1999). Ο Bang και Kim (2001) βρίσκουν ότι επαγγέλματα με πολύ υψηλή κατανάλωση τσιγάρων (πάνω από 40%) είναι τα επαγγέλματα που συσχετίζονται με μεταφορές, κατασκευές, επισκευάσεις κ.α. Υψηλή επικράτηση του καπνίσματος σε αυτά τα επαγγέλματα μπορεί να σχετίζεται με το στρες, την κοινωνικοοικονομική κατάσταση και άλλους παράγοντες. Υπάρχουν κάποιες ενδείξεις ότι αντιλαμβάνονται σημαντικά το εργασιακό άγχος που σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο καπνίσματος στον χώρο εργασίας (Conway et al., 1981). Το στρες στην εργασία μπορεί να είναι πιο συχνό στους εργατοτεχνίτες εργαζόμενους. Τέλος, ο Schilling et al. (1985) διαπιστώνει ότι οι καπνιστές χρησιμοποιούν το κάπνισμα για να μειώσουν την πίεση στο περιβάλλον τους.

Τέλος, η σχετική ερευνητική περιοχή που αφορά την Ελλάδα είναι ακόμη πολύ μικρή. Αρκετοί Έλληνες ερευνητές αναγνωρίζουν την σημασία που παίζει οι συνήθειες του τρόπου ζωής σε διάφορες μορφές απασχόλησης και γι' αυτό το λόγο προσπαθούν να τα μελετήσουν. Όμως, η έλλειψη δεδομένων είναι αυτό που εμποδίζει σε μεγάλο βαθμό την έρευνα τους και οι σχετικές μελέτες που αναλύσαμε παραπάνω πάσχουν από οικονομετρικές προσεγγίσεις και από μικρό αριθμό ατόμων στο δείγμα.

¹² Μακροχρόνια ανεργία ορίζεται η ανεργία για δύο ή περισσότερα έτη.

6. Δεδομένα

Η μελέτη αυτή χρησιμοποιεί ένα σύνολο δεδομένων, τα οποία προέρχονται από μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε το διάστημα από 31 Αυγούστου έως 28 Σεπτεμβρίου 2004, από το Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών στα πλαίσια του ερευνητικού προγράμματος SOCIOLD. Το σύνολο των δεδομένων προέρχεται από ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα ατόμων και καλύπτει τα Πολεοδομικά Συγκροτήματα Αθηνών-Πειραιώς, Θεσσαλονίκης και μεγάλα αστικά κέντρα της χώρας (όπως η Πάτρα, Ιωάννινα, Βόλος, Ηράκλειο, Καβάλα, Λάρισα, Τύρναβος). Τα μέλη του δείγματος είναι ηλικίας 45-65 ετών, που μιλούν επαρκώς την ελληνική γλώσσα και είναι κάτοικοι της περιοχής έρευνας, ανεξαρτήτως εθνικότητας και φυλής.

Οι ερωτώμενοι επιλέχθηκαν με τη μέθοδο της πολυσταδιακής δειγματοληψίας με πιθανότητα επιλογής σε κάθε στρώμα αναλογικά με το μέγεθος του πληθυσμού. Ειδικότερα στο πρώτο στάδιο ορίστηκαν τρία στρώματα με βάση τις περιοχές έρευνας (Πολεοδομικό Συγκρότημα Αθηνών-Πειραιώς, Θεσσαλονίκης και Μεγάλα αστικά). Σε κάθε στρώμα επιλέχθηκε ένα τυχαίο δείγμα οικοδομικών τετραγώνων αναλογικά με το μέγεθος του πληθυσμού σύμφωνα με την πληθυσμιακή απογραφή της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας της Ελλάδας το 1991. Συνολικά επιλέχθηκαν 125 οικοδομικά τετράγωνα. Στο τρίτο στάδιο μέσα σε κάθε επιλεγθέν οικοδομικό τετράγωνο επιλέχθηκαν τυχαία με τη μέθοδο της συστηματικής δειγματοληψίας τα νοικοκυριά διεξαγωγής της έρευνας. Η συστηματική δειγματοληψία πραγματοποιήθηκε ως εξής: Επιλέχθηκε τυχαία μία γωνία ενός οικοδομικού τετραγώνου και ορίστηκε ως σημείο εκκίνησης. Ως νοικοκυριό-σημείο εκκίνησης θεωρήθηκε το νοικοκυριό που βρισκόταν πάνω αριστερά στην περίπτωση της πολυκατοικίας. Στη συνέχεια επιλέχθηκαν τα νοικοκυριά που συμμετείχαν στο δείγμα. Η συστηματική δειγματοληψία πραγματοποιήθηκε ανεξάρτητα από τις αρνήσεις. Ως νοικοκυριό θεωρήθηκε κάθε άτομο που ζούσε μόνο του ή ένα σύνολο 2 ή περισσότερων ατόμων (που σχετιζόντουσαν ή όχι μεταξύ τους) οι οποίοι ζούσαν μαζί στο ίδιο διαμέρισμα/σπίτι. Στο τέταρτο στάδιο, σε κάθε νοικοκυριό όπου κατοικούσαν άτομα του πληθυσμού έρευνας (45-65 ετών) επιλέχθηκαν με απλή τυχαία δειγματοληψία οι ερωτώμενοι. Κατάλληλοι ερωτώμενοι θεωρήθηκαν αυτοί που μιλούσαν επαρκώς την ελληνική γλώσσα.

Στο σύνολο πραγματοποιήθηκαν 1001 συνεντεύξεις, 3.549 ήταν ακατάλληλα άτομα για συμμετοχή στην έρευνα (27% των συνολικών επαφών) είτε λόγω ηλικίας είτε επειδή δε μιλούσαν την ελληνική γλώσσα. Το ποσοστό απόκρισης έφτασε το 29% (στο σύνολο συνεντεύξεων και αρνήσεων).

Έγινε πιλοτική έρευνα σε 12 ερωτηματολόγια προκειμένου να ελεγχθούν οι χρόνοι συνέντευξης και η κατανόηση των διατυπώσεων των ερωτήσεων. Το ερωτηματολόγιο διαρκούσε περίπου 40 λεπτά. Πραγματοποιήθηκαν τηλεφωνικοί έλεγχοι σε ποσοστό 30% των συνεντεύξεων για να εξασφαλισθεί η σωστή συμπλήρωση των ερωτηματολογίων.

7. Μεθοδολογία

7.1 Εξαρτημένες μεταβλητές

Στη παρούσα μελέτη εξετάζονται τρεις εναλλακτικοί δείκτες του τρόπου ζωής ως εξαρτημένες μεταβλητές. Ο πρώτος δείκτης τρόπου ζωής είναι ο δείκτης μάζα σώματος του κάθε συμμετέχοντος. Ο δείκτης αυτός κατασκευάστηκε με βάση τις αποκρίσεις των συμμετεχόντων για το ύψος και το βάρος τους.

Με βάση το ύψος και το βάρος του κάθε ατόμου κατασκευάστηκε μια μεταβλητή τριπλής απόκρισης, με το «1» να συμβολίζει ότι τα άτομα είναι κανονικά, το «2» ότι τα άτομα είναι παχύσαρκα και το «3» ότι είναι υπέρβαρα.

Ο δεύτερος δείκτης είναι το κάπνισμα. Ο συγκεκριμένος δείκτης λαμβάνεται από την ακόλουθη ερώτηση την οποία καλούνται να απαντήσουν τα άτομα.

«Πόσα τσιγάρα καπνίζετε την ημέρα;»

Με βάση την παραπάνω ερώτηση δημιουργήθηκε μια μεταβλητή τριπλής απόκρισης με το «1» να συμβολίζει ότι τα άτομα δεν καπνίζουν, το «2» ότι τα άτομα καπνίζουν λιγότερο από 20 τσιγάρα την ημέρα και το «3» ότι καπνίζουν 20 ή και περισσότερα τσιγάρα την ημέρα.

Τέλος, ο τρίτος δείκτης που μελετάμε είναι η κατανάλωση αλκοόλ. Ο δείκτης που αφορά το αλκοόλ προήλθε με βάση την ερώτηση που κλήθηκαν να απαντήσουν τα άτομα.

«Πόσα αλκοολούχα ποτά¹³ πίνετε σε μια συνηθισμένη εβδομάδα (συμπεριλαμβανομένου και του σαββατοκύριακου);»

Με βάση την παραπάνω ερώτηση κατασκευάστηκε μια μεταβλητή τριπλής απόκρισης με το «1» να συμβολίζει ότι τα άτομα δεν πίνουν καθόλου, το «2» ότι τα άτομα πίνουν ένα ποτήρι την εβδομάδα και το «3» ότι πίνουν 2 ποτήρια ή και παραπάνω την εβδομάδα.

Οι δείκτες αυτοί ως εξαρτημένες μεταβλητές χρησιμοποιούνται ευρέως στην εμπειρική έρευνα. Πολλοί οικονομολόγοι έχουν προσπαθήσει να μετρήσουν εμπειρικά πώς η παχυσαρκία επηρεάζει τους μισθούς (Averett και Korenman, 1996 Cawley 2000, Baum και Ford, 2004, Cawley 2004, Conley και Glauber, 2005,) και άλλοι έχουν μελετήσει την επίδραση της παχυσαρκίας στην απασχόληση (Garcia και Quintana-Domeque, 2007, Morris, 2007, Johansson, et al. 2009). Επίσης, υπάρχει μια εκτενή βιβλιογραφία της σχέσης μεταξύ της κατανάλωσης αλκοόλ και των μισθών (Berger και Leigh, 1988, Bryant et al., 1993, Kenkel και Ribar, 1994, French και Zarkin, 1995) και της κατανάλωσης αλκοόλ με την απασχόληση (Kenkel και Ribar, 1994, Mullahy και Sindelar, 1993). Τέλος, πολλοί ερευνητές μελετούν την επίδραση του καπνίσματος στους μισθούς (Heineck και Schwarze, 2003, Lye και Hirschberg, 2004, Van Ours, 2004).

7.2. Ανεξάρτητες μεταβλητές

Βασικός στόχος αυτής της μελέτης είναι να εξετάσει την επίδραση διαφόρων εργασιακών χαρακτηριστικών πάνω στους τρεις προαναφερόμενους δείκτες που αντιπροσωπεύουν τον τρόπο ζωής (το κάπνισμα, το αλκοόλ και το δείκτη μάζα σώματος). Οι βασικές ανεξάρτητες μεταβλητές ενδιαφέροντος είναι η παρελθοντική ανεργία και εάν το άτομο απασχολείται στο δημόσιο ή ιδιωτικό τομέα. Οι πληροφορίες αυτές αντλούνται από τις ακόλουθες ερωτήσεις.

«Πόσους μήνες συνολικά έχετε μείνει άνεργος στα τελευταία 10 χρόνια;»

«Απασχολείστε στον δημόσιο ή στον ιδιωτικό τομέα;»

Από τις ερωτήσεις αυτές κατασκευάστηκαν δυο ψευτομεταβλητές. Για την πρώτη ερώτηση κατασκευάστηκε μια ψευτομεταβλητή με βάση τους μήνες ανεργίας

¹³ Μία μονάδα αλκοόλ είναι ίση με ένα μικρό ποτήρι κρασιού ή με ½ μεγάλο ποτήρι μπύρας ή με ένα ποτήρι οινοπνευματώδους ποτού.

τα τελευταία 10 χρόνια και για την δεύτερη με βάση την απασχόληση του ατόμου στο ιδιωτικό ή δημόσιο τομέα.

Ακόμη ένα πλήθος δημογραφικών και κοινωνικών χαρακτηριστικών εισάγονται στις εξισώσεις για την καλύτερη ερμηνευτική ικανότητα του υποδείγματος σε συμφωνία με την προγενέστερη βιβλιογραφία. Ειδικότερα ελέγχουμε για την ηλικία, το φύλο, την οικογενειακή κατάσταση, το εκπαιδευτικό επίπεδο και το εισόδημα.

Ο πίνακας Β₁ στο παράρτημα Β, παρουσιάζει με λεπτομέρειες τις μεταβλητές που χρησιμοποιούνται και οι μέσοι όροι τους.

7.3 Οικονομετρική εξειδίκευση

Τα οικονομετρικά υποδείγματα που χρησιμοποιούνται είναι υποδείγματα ποιοτικών μεταβλητών λόγω της φύσης των εξαρτημένων μεταβλητών. Δεδομένης λοιπόν της ποιοτικής φύσης των μεταβλητών, δεν μπορούμε να καταφύγουμε στην μεθοδολογία των ελαχίστων τετραγώνων (OLS). Εφόσον υποδειγματοποιούνται οι δείκτες που αφορούν το δείκτη μάζα σώματος, το κάπνισμα και το αλκοόλ, οι οποίοι έχουν πολλαπλές αποκρίσεις με μια λογική αύξουσα, χρησιμοποιείται το διατεταγμένο λογιστικό υπόδειγμα πολλαπλής απόκρισης (ordered logit), το οποίο λαμβάνει υπόψη τους τις πολλαπλές αποκρίσεις.

Το κάπνισμα, το αλκοόλ και ο δείκτης μάζα σώματος αντιμετωπίζονται ως δείκτες μιας λανθάνουσας συνεχούς μεταβλητής που εκφράζονται εμπειρικά μέσω ενός συνηθισμένου υποδείγματος παλινδρόμησης της οποίας η προς διερεύνηση μεταβλητή είναι μια λανθάνουσα (latent) μεταβλητή y^* . Η παλινδρόμηση έχει την εξής μορφή:

$$y^* = \chi'\beta + \varepsilon$$

Όπου το χ' είναι το διάνυσμα των ανεξάρτητων μεταβλητών, β οι υπό εκτίμηση συντελεστές των εξωγενών μεταβλητών χ και το ε ο διαταρακτικός όρος για το άτομο i , που αναφέρεται σε τυχαίους και μη παρατηρούμενους παράγοντες, έχει μέσο μηδέν και υποθέτουμε ότι δεν συσχετίζεται με τις ανεξάρτητες μεταβλητές του υποδείγματος (Greene, 2003).

Στην πραγματικότητα εμείς αυτό που παρατηρούμε είναι ο κάθε δείκτης μας όπου:

$$y_i = 1 \quad \text{αν} \quad y_i^* < 0$$

$$y_i = 2 \quad \text{αν} \quad 0 < y_i^* < \mu_1$$

$$y_i = 3 \quad \text{αν} \quad \mu_1 < y_i^* < \mu_2$$

Τα μ_i είναι κατώφλια αποκρίσεων, τα οποία εκτιμώνται από το υπόδειγμα.

Με δεδομένη τη σωρευτική κανονική κατανομή πιθανοτήτων, αυτές οι πιθανότητες για διάφορες τιμές της εξαρτημένης μεταβλητής δίνονται από τις ακόλουθες παραστάσεις:

$$\text{Prob}(y = 0 | x) = \Phi(-x'\beta),$$

$$\text{Prob}(y = 1 | x) = \Phi(\mu_1 - x'\beta) - \Phi(-x'\beta),$$

$$\text{Prob}(y = 2 | x) = \Phi(\mu_2 - x'\beta) - \Phi(\mu_1 - x'\beta),$$

...

$$\text{Prob}(y = J | x) = 1 - \Phi(\mu_{J-1} - x'\beta).$$

Η εκτίμηση των παραπάνω πιθανοτήτων γίνεται με την μέθοδο της Μέγιστης Πιθανοφάνειας και οι εκτιμήσεις που προκύπτουν χρησιμοποιούνται στον υπολογισμό των οριακών επιδράσεων των επεξηγηματικών μεταβλητών της δέσμης X (Green, 2003).

Στην παρούσα μελέτη οι αντίστοιχες παλινδρομήσεις είναι :

$$P(\text{Κάπνισμα} = j) = \alpha_0 + \alpha_1 \text{Ιδιωτικός τομέας} + \alpha_2 \text{Παρελθοντική Ανεργία} + \alpha_3 X'^{14} + \varepsilon_i \quad \text{για } j=1,2,3 \quad (11)$$

$$P(\text{Δείκτης μάζας σώματος} = j) = \alpha_0 + \alpha_1 \text{Ιδιωτικός τομέας} + \alpha_2 \text{Παρελθοντική Ανεργία} + \alpha_3 X' + \varepsilon_i \quad \text{για } j=1,2,3 \quad (12)$$

$$P(\text{Αλκοόλ} = j) = \alpha_0 + \alpha_1 \text{Ιδιωτικός τομέας} + \alpha_2 \text{Παρελθοντική Ανεργία} + \alpha_3 X' + \varepsilon_i \quad \text{για } j=1,2,3 \quad (13)$$

¹⁴ Όπου X' είναι το φύλο, η ηλικία, το εκπαιδευτικό επίπεδο, η οικογενειακή κατάσταση και το εισόδημα.

Όπου P (Κάπνισμα= j) εννοούμε την πιθανότητα η εξαρτημένη μεταβλητή να λάβει τις τιμές από 1 έως 3 που αντιστοιχούν στην αύξουσα κατάταξη του καπνίσματος (1=καθόλου, 2=λιγότερα από 20 τσιγάρα, 3=20 ή και περισσότερα τσιγάρα την ημέρα). P (Δείκτης μάζα σώματος = j) είναι η πιθανότητα η εξαρτημένη μεταβλητή να λάβει τις τιμές από 1 έως 3 που αντιστοιχούν στην αύξουσα κατάταξη του δείκτη μάζα σώματος (1=κανονικός, 2=υπέρβαρος, 3=παχύσαρκος) και P (Αλκοόλ = j) είναι η πιθανότητα η εξαρτημένη μεταβλητή να λάβει τις τιμές από 1 έως 3 που αντιστοιχούν στην αύξουσα κατάταξη του αλκοόλ (1=καθόλου, 2=1 ποτήρι, 3= 2 ποτήρια και πάνω).

Για την αντιμετώπιση του ζητήματος ενδογένειας θα ξανατρέξουμε την ίδια παλινδρόμηση αφού περικόψουμε το δείγμα μας. Δυστυχώς η φύση των διαθέσιμων ερωτήσεων δεν μας επιτρέπει να προσεγγίσουμε το ζήτημα με τη μέθοδο των τεχνητών μεταβλητών. Ωστόσο για να μελετήσουμε το ζήτημα της ενδογένειας, αφαιρούμε τα άτομα τα οποία στην ερώτηση «Δέκα χρόνια πριν (το 1994), θα λέγατε ότι η υγεία σας ήταν σε γενικές γραμμές» έχουν απαντήσει «κακή», «πολύ κακή», «μέτρια». Με αυτό τον τρόπο θα εξετάσουμε, έχοντας ως ομάδα αναφοράς τα άτομα με καλή κατάσταση υγείας πριν 10 έτη, την κατεύθυνση της σχέσης μεταξύ του τρόπου ζωής και των ατομικών χαρακτηριστικών, μειώνοντας τις έμμεσες επιδράσεις της υγείας.

7.4 Αποτελέσματα

Τα αποτελέσματα για τους τρεις δείκτες του τρόπου ζωής που εξετάζουμε και τους προσδιοριστικούς τους παράγοντες στο σύνολο του δείγματος εμφανίζονται στο πίνακα B_2 στο παράρτημα Β.

Το Likelihood ratio test (LR) είναι ανάλογο του F test και εξετάζει αν όλοι οι συντελεστές του υποδείγματος είναι ίσοι με μηδέν (Green, 2003). Όταν εκτιμούμε το υπόδειγμα μας με robust διαθρωτικά σφάλματα, παρουσιάζεται το Wald χ^2 test¹⁵ που μας παρέχει τις κατάλληλες τιμές. Όποτε σύμφωνα με το πίνακα B_2 του παραρτήματος όπου εμφανίζονται τα αποτελέσματά μας, βλέπουμε ότι η υπόθεση μας δηλαδή ότι όλοι οι εκτιμημένοι συντελεστές είναι μηδενικοί απορρίπτεται για

¹⁵ Όλες οι παλινδρομήσεις μας εξετάστηκαν στο οικονομετρικό πακέτο stata.

όλα τα υποδείγματα. Το ψευδό R^2 δεν έχει την ίδια έννοια με το γνωστό από τις γραμμικές εξισώσεις R^2 . Στην ουσία δείχνει αν έχουν καλή προσαρμοστικότητα οι μεταβλητές στο υπόδειγμα (ποιοτική ερμηνεία). Τις περισσότερες φορές σε ποιοτικά υποδείγματα κατηγορικών μεταβλητών το ψευδό R^2 είναι αρκετά χαμηλό όπως και στην δική μας περίπτωση (Gujarati, 2004).

Αυτό που διαπιστώνουμε εκ πρώτης όψεως είναι κυρίως ότι οι δημογραφικοί παράγοντες, κυρίως το φύλο και η ηλικία είναι αυτοί που επηρεάζουν τις συνήθειες του τρόπου ζωής. Επίσης, το εισόδημα, η φύση της εργασίας και η εκπαίδευση επίσης επηρεάζουν κάποιους από τους δείκτες

Στο διατεταγμένο λογιστικό υπόδειγμα, οι συντελεστές των ερμηνευτικών μεταβλητών έχουν ποιοτική ερμηνεία. Αυτό σημαίνει ότι ένας θετικός συντελεστής έχει μια υψηλότερη αξία της λανθάνουσας μεταβλητής και είναι περισσότερο πιθανό να αναφέρει υψηλότερη κατηγορία από το κάπνισμα, το αλκοόλ και το δείκτη μάζα σώματος. Από τη άλλη μεριά ένας αρνητικός συντελεστής έχει χαμηλότερη τιμή της λανθάνουσας μεταβλητής και είναι πιθανό να αναφέρει μικρότερη κατηγορία από τους τρεις δείκτες (Jones 2004). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα των παλινδρομήσεων, το φύλο συσχετίζεται στατιστικά έντονα και θετικά και με τους τρεις δείκτες (κάπνισμα, αλκοόλ, δείκτης μάζα σώματος). Συγκεκριμένα, οι άνδρες έχουν αυξημένες πιθανότητες σε σχέση με τις γυναίκες να είναι παχύσαρκοι, να καπνίζουν και να πίνουν. Η ηλικία συνδέεται στατιστικά σημαντικά και θετικά με το δείκτη μάζα σώματος και αρνητικά με το κάπνισμα. Αυτό σημαίνει ότι όσο αυξάνεται η ηλικία, τα άτομα έχουν αυξημένες πιθανότητες να αναφέρουν ότι είναι παχύσαρκα ή υπέρβαρα και μειωμένες πιθανότητες να καπνίζουν. Αναφορικά με την οικογενειακή κατάσταση, οι παντρεμένοι συνδέονται στατιστικά σημαντικά και θετικά με το αλκοόλ. Με άλλα λόγια, οι παντρεμένοι εμφανίζουν υψηλότερη πιθανότητα κατανάλωσης αλκοόλ (να πίνουν 1 ποτήρι ή και παραπάνω) σε σχέση με τους υπόλοιπους. Ο ιδιωτικός τομέας παρουσιάζεται να συσχετίζεται στατιστικά σημαντικά και αρνητικά με το κάπνισμα. Εάν τα άτομα εργάζονται στο ιδιωτικό τομέα είναι πιο πιθανό να αναφέρουν ότι είναι κανονικά στο βάρος τους (ή αλλιώς ότι οι υπάλληλοι στον δημόσιο τομέα εμφανίζουν υψηλότερη πιθανότητα παχυσαρκίας). Όσο αφορά το εκπαιδευτικό επίπεδο, η ανώτερη και η μέση εκπαίδευση συνδέονται στατιστικά σημαντικά και αρνητικά με το δείκτη μάζα σώματος. Τα άτομα, δηλαδή, με ανώτερη και μέση εκπαίδευση εμφανίζουν μειωμένες πιθανότητες να είναι παχύσαρκα ή υπέρβαρα.

Οι ανεξάρτητες μεταβλητές στις οποίες εστιάζουμε στην παρούσα μελέτη είναι η παρελθοντική ανεργία, ο δημόσιος και ιδιωτικός τομέας. Όπως διαπιστώσαμε από τα αποτελέσματα ο ιδιωτικός τομέας συνδέεται με το δείκτη μάζα σώματος και καθόλου με το κάπνισμα και το αλκοόλ. Ενώ η παρελθοντική ανεργία δεν συσχετίζεται καθόλου και με τους τρεις παραπάνω δείκτες.

Το εισόδημα συσχετίζεται στατιστικά σημαντικά με το δείκτη μάζα σώματος και το αλκοόλ. Τα άτομα, δηλαδή, με υψηλό εισόδημα έχουν αυξημένες πιθανότητες παχυσαρκίας και κατανάλωσης αλκοόλ. Μετά την διόρθωση της ενδογένειας, όμως, διαπιστώνουμε ότι στην περίπτωση του δείκτη παχυσαρκίας η επίδραση του εισοδήματος γίνεται ασήμαντη αφού ελέγξουμε για την κατάσταση της υγείας πριν από 10 χρόνια, που σημαίνει ότι η υγεία επιδρά μέσω του εισοδήματος στο σημερινό τρόπο ζωής μας. Η κατάσταση της υγείας μας είναι δυναμική και ορισμένα προβλήματα υγείας του παρελθόντος μπορεί να επηρεάζουν τις σημερινές μας συνήθειες. Για αυτό το λόγο και ελέγχουμε για την παρελθοντική κατάσταση της υγείας του ατόμου.

Σύμφωνα με το γράφημα 1^ο (παράρτημα Γ), το ποσοστό των ατόμων που απάντησαν ότι δεν καπνίζουν καθόλου είναι περίπου στο 58%, τα άτομα που καπνίζουν λιγότερο από 20 τσιγάρα την ημέρα ανέρχονται στο 23% του συνολικού πληθυσμού και το 19% αναφέρει ότι καπνίζει 20 ή και περισσότερα τσιγάρα την ημέρα. Αντίστοιχα στο 7^ο γράφημα, το ποσοστό των ατόμων που απάντησαν ότι δεν πίνουν καθόλου είναι περίπου στο 57%, τα άτομα που πίνουν ένα ποτήρι την εβδομάδα ανέρχονται στο 38% του συνολικού πληθυσμού και το 5% αναφέρει ότι πίνουν 2 ποτήρια ή και παραπάνω την εβδομάδα. Τέλος, στο γράφημα 4^ο μπορούμε να παρατηρήσουμε τα ποσοστά που αναφέρονται στο δείκτη μάζα σώματος. Σύμφωνα μ' αυτό, το 54% των ατόμων είναι υπέρβαρα, το 22% είναι παχύσαρκα, και το 32% των ατόμων είναι κανονικά στο βάρος τους.

Σχετικά με το φύλο, διαπιστώνουμε ότι γενικότερα τα ποσοστά και για τους τρεις δείκτες μεταξύ των δυο φύλων διαφέρουν σημαντικά. Αρχικά, στο 3^ο γράφημα διαπιστώνουμε ότι το 60% των ανδρών καπνίζουν λιγότερο από 20 τσιγάρα την ημέρα έναντι του 40% των γυναικών. Επίσης, στο 5^ο γράφημα διαπιστώνουμε ότι τα ποσοστά των υπέρβαρων και παχύσαρκων μεταξύ των δυο φύλων διαφέρουν σε στατιστικά σημαντικό βαθμό, καθώς το 60% των ανδρών είναι υπέρβαροι ενώ το αντίστοιχο ποσοστό των γυναικών είναι 40%. Τέλος, στο 8^ο γράφημα αναφορικά με το αλκοόλ, παρατηρούμε ότι το 70% των ανδρών και 30% των γυναικών δηλώνουν

ότι πίνουν ένα ποτήρι την εβδομάδα. Άρα καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι οι άνδρες είναι πιο πιθανό να πίνουν, να καπνίζουν και να είναι υπέρβαροι σε σχέση με τις γυναίκες.

Σύμφωνα με το γράφημα 2^ο, σε ότι αφορά την ηλικία, το υψηλότερο ποσοστό που δεν καπνίζουν καταγράφεται (53%) στην ηλικία των 65 ετών, ενώ το υψηλότερο ποσοστό που καπνίζουν λιγότερο από 20 τσιγάρα την ημέρα (25%) ή καπνίζουν 20 ή και περισσότερα τσιγάρα την ημέρα (15%), σημειώνεται στην ηλικία των 45 ετών. Άρα τα ποσοστά καπνίσματος είναι υψηλότερα στην ηλικία των 45 ετών. Επίσης, σχετικά με το δείκτη μάζα σώματος, στο 6^ο γράφημα, το υψηλότερο ποσοστό το ατόμων που είναι κανονικά στο βάρος τους (42%) είναι στην ηλικία των 45 ετών και το αντίστοιχο υψηλότερο ποσοστό (30%) που είναι υπέρβαροι, καταγράφεται στην ηλικία των 65 ετών. Επομένως, το ποσοστό των υπέρβαρων και παχύσαρκων ατόμων αυξάνεται με την ηλικία τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες.

7.5 Οικονομετρικά και μεθοδολογικά προβλήματα

Τα σοβαρότερα οικονομετρικά και μεθοδολογικά προβλήματα που προκύπτουν σε μελέτες σαν την δική μας είναι η ετερογένεια, η ενδογένεια και τα σφάλματα στις μεταβλητές. Η ετερογένεια (unobserved heterogeneity) έχει αναγνωριστεί ευρέως ως ένα κρίσιμο ζήτημα στη μοντελοποίηση, τόσο από θεωρητική όσο και από ουσιαστική άποψη. Η αποτυχία να ελέγξουμε μια παρατηρήσιμη ετερογένεια θα μπορούσε να οδηγήσει σε μεροληπτική εκτίμηση αποτελεσμάτων. Ο Feng et al. (2001) μας παρέχει πληροφορίες σχετικά με τη σχέση μεταξύ της κατανάλωσης αλκοόλ και της απασχόλησης χρησιμοποιώντας το διμεταβλητό probit μοντέλο για να λάβει υπόψη του την ετερογένεια.

Το δεύτερο σοβαρό οικονομετρικό πρόβλημα, η ενδογένεια μπορεί να προκληθεί από τρεις περιπτώσεις α) από μεροληψία από παραλειπόμενες μεταβλητές β) από πιθανά σφάλματα κατά την μέτρηση των ανεξαρτήτων μεταβλητών του υποδείγματος και γ) από μεροληψία αμφίδρομης αιτιότητας (simultaneity) (Lindeboom, 2009). Ένα παράδειγμα αμφίδρομης αιτιότητας είναι εάν η ανεργία προκαλεί αύξηση της κατανάλωσης αλκοόλ ή εάν το αλκοόλ συσχετίζεται με αυξημένη πιθανότητα εξόδου από την αγορά εργασίας. Στην πραγματικότητα, το

αλκοόλ μπορεί να μειώσει την πιθανότητα απασχόλησης και να αυξήσει την ανεργία και το αντίστροφο. Εναλλακτικά, και άλλοι παράγοντες μπορεί να προκαλέσουν τόσο το πρόβλημα της ανεργίας όσο και το πρόβλημα με το αλκοόλ. Τέτοιοι παράγοντες είναι τα ψυχιατρικά προβλήματα, τα χρόνια προβλήματα υγείας, οι τραυματισμοί, ο σωματικός πόνος, η έλλειψη της ικανότητας να αντιμετωπίσει κανείς τα προβλήματα με τους φίλους ή την οικογένεια. Από την πλευρά του ερευνητή, οι παράγοντες αυτοί μπορεί να είναι δύσκολο να παρατηρηθούν και να ποσοτικοποιηθούν (Mullahy και Sindelar, 1996). Η μέθοδος των βοηθητικών μεταβλητών (method of instrumental variables) χρησιμοποιείται όταν υπάρχει η υποψία ότι μια ή περισσότερες ερμηνευτικές μεταβλητές του υποδείγματος χαρακτηρίζονται από ενδογένεια. Ο Cawley (2000) προκειμένου να αντιμετωπίσει το πρόβλημα της ενδογένειας πρόβλημα χρησιμοποιεί την μέθοδο των βοηθητικών μεταβλητών. Αναλύει την επίδραση του δείκτη μάζα σώματος στους μισθούς και την απασχόληση σε ένα δείγμα που λαμβάνεται από την έρευνα «US National Longitudinal of Youth» για την περίοδο 1981 - 1998. Στην ανάλυση του χρησιμοποιεί probit και IV¹⁶ probit. Στο πρώτο μοντέλο βρίσκει ότι ο συντελεστής του δείκτη μάζα σώματος δεν είναι στατιστικά σημαντικός. Ενώ, στο δεύτερο μοντέλο, ο δείκτης μάζα σώματος έχει μια θετική επίδραση στην απασχόληση που είναι στατιστικά σημαντική σε επίπεδο 10%. Όσο αφορά τις κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές συχνά συσχετίζονται η μια με την άλλη. Μερικές φορές είναι δύσκολο να εκτιμηθεί η ανεξάρτητη σχέση της κάθε μιας με την υγεία. Όλα αυτά τα προβλήματα επιδεινώνονται από το γεγονός ότι η υγεία είναι πολυδιάστατη. Ειδικότερα, η σχέση του εισοδήματος με την υγεία φαίνεται να είναι πιο περίπλοκη. Ο μεταξύ τους συσχετισμός μπορεί να ποικίλει από πολύ θετική μέχρι ασθενώς αρνητική, ανάλογα με το πλαίσιο, τις συμμεταβλητές, και το επίπεδο συγκέντρωσης (Fuchs, 2004).

Ο Griliches (1979) θεωρεί ότι το μεγάλο μέρος του προβλήματος δηλαδή των σφαλμάτων στις μεταβλητές, προκύπτει από το διαχωρισμό ανάμεσα στα οικονομικά δεδομένα αυτών που τα παράγουν και των αναλυτών. Με λίγα λόγια, οι αναλυτές δεν παράγουν τα δεδομένα, οπότε δεν αισθάνονται υπεύθυνοι για αυτά.

Ένα ακόμα σοβαρό πρόβλημα γενικότερα στην οικονομική θεωρία και συγκεκριμένα και στο δικό μας δείγμα είναι ότι συχνά οι ερωτηθέντες δεν παρέχουν

¹⁶ Instrumental Variables.

απαντήσεις σε ορισμένες ερωτήσεις γεγονός που οδηγεί σε ελλιπή δεδομένα για τις εξαρτημένες και ανεξάρτητες μεταβλητές. Επειδή δεν μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε αυτές τις παρατηρήσεις κατά την εκτίμηση μας, θα πρέπει να αναρωτηθούμε εάν η αφαίρεση τους από τα δεδομένα οδηγεί σε μεροληψία των εκτιμητών. Αυτή η περίπτωση αναφέρεται και ως πρόβλημα «μη τυχαίου δείγματος επιλογής» (Wooldbrige, 2002).

Συμπεράσματα

Η παρούσα μελέτη εξετάζει τη σχέση μεταξύ του τρόπου ζωής που έχουμε υιοθετήσει, δηλαδή το lifestyle (κάπνισμα, αλκοόλ, δείκτης μάζα σώματος) και των εργασιακών χαρακτηριστικών, δίνοντας ιδιαίτερα έμφαση στην παρελθοντική ανεργία και στο αν το άτομο εργάζεται στο δημόσιο ή ιδιωτικό τομέα. Τα αποτελέσματα της μελέτης δείχνει ότι οι απασχολούμενοι στο ιδιωτικό τομέα εμφανίζουν υψηλότερο δείκτη μάζα σώματος σε σύγκριση με την ομάδα αναφοράς, η οποία είναι οι απασχολούμενοι στο δημόσιο τομέα. Επίσης, κάποιοι δημογραφικοί παράγοντες όπως η ηλικία, το φύλο, και η οικογενειακή κατάσταση επηρεάζουν κάποιους από τους τρεις δείκτες. Ωστόσο, η παρελθοντική ανεργία δεν δείχνει καμία επίδραση είτε θετική είτε αρνητική στους τρεις αυτούς δείκτες. Αυτό το εύρημα μπορεί να οφείλεται στο χαμηλό ποσοστό των ανέργων στα μέλη του δείγματος.

Ως γενικό συμπέρασμα φαίνεται πως κυρίως τα δημογραφικά χαρακτηριστικά είναι αυτά που επιδρούν στις συνήθειες του τρόπου ζωής. Στις περισσότερες μελέτες σχετικά για τους συγκεκριμένους δείκτες βρίσκουν κάποια συσχέτιση σχετικά με το φύλο. Ο Kenkel και Ribar (1994) βρίσκουν στην αρχική τους ανάλυση μια μικρή επίδραση της κατανάλωσης αλκοόλ, αρνητική και στατιστικά σημαντική για τους άνδρες, θετική και στατιστικά ασήμαντη για τις γυναίκες. Ο Schoenborn et al. (2002) βρίσκουν ότι γυναίκες (49,5%) έχουν περισσότερες πιθανότητες από τους άνδρες (36,3%) να είναι κανονικοί στο βάρος τους. Αυτό μπορεί να συμβαίνει λόγω του ότι η γυναίκα δεν αισθάνεται ικανοποιημένοι με την εμφάνιση της και αυτό έχει ως συνέπεια να αυξάνεται η

επιθυμία της για να χάσει βάρος. (Gottesman, 2005). Τέλος, σχετικά με το κάπνισμα είναι γνωστό ότι περισσότεροι άνδρες σε σχέση με τις γυναίκες καπνίζουν. Σύμφωνα με το Jha et al. (2002) περίπου το 47% των ανδρών αλλά μόνο το 11% των γυναικών καπνίζουν. Επιπλέον, υπάρχουν αξιοσημείωτες διαφορές στον επιπολασμό καπνίσματος μεταξύ των ανδρών και γυναικών σε όλες τις χώρες.

Σχετικά με την ηλικία και τον δείκτη μάζα σώματος, αρκετές μελέτες αναφέρουν ότι η επικράτηση και το σχετικό ποσοστό παχυσαρκίας αυξάνεται με την ηλικία (Perez-Cueto και Kolsteren, 2004, Savva et al., 2005, Karantais et al., 2006). Συγκεκριμένα, ο Flegal et al. (2002) αναφέρει ότι ο επιπολασμός της παχυσαρκίας αυξάνεται με την ηλικία από την ηλικία 20-29 ετών σε 60-69 ετών για τους άνδρες και τις γυναίκες (και στη συνέχεια πέφτει με τις διαδοχικές ηλικίες). Για παράδειγμα, το 38,1% των ανδρών και 42,5% των γυναικών ηλικίας 60 - 69 είναι παχύσαρκοι.

Στην περίπτωση της μελέτης του δείκτη παχυσαρκίας, η φύση της εργασίας αλλά και το εισόδημα εμφανίζονται να επηρεάζουν το δείκτη μάζα σώματος. Αυτό που αξίζει να τονίσουμε είναι η σχέση της φύσης της εργασίας με το δείκτη μάζα σώματος. Το μερίδιο της απασχόλησης που αντιστοιχεί στις δημόσιες υπηρεσίες (δημόσιος τομέας), οι οποίες δεν είναι πολύ απαιτητικές σωματικά έχει αυξηθεί δραματικά τα τελευταία χρόνια. Αυτή η αλλαγή μπορεί να έχει συμβάλει θετικά στην παρατηρούμενη ανοδική τάση υπέρβαρων ατόμων, επειδή η ποσότητα της σωματικής άσκησης και η συνακόλουθη απαιτούμενη κατανάλωση θερμίδων κατά τη διάρκεια της τυπικής εργάσιμης ημέρας έχει μειωθεί (Philipson, 2001, Porkin και Gordon-Larsen, 2004). Επομένως φαίνεται ότι στις κατηγορίες επαγγελματιών οι δημόσιοι υπάλληλοι έχουν υψηλότερο δείκτη μάζα σώματος από άλλες ομάδες επαγγελματιών, το οποίο οι συγγραφείς αναφέρουν ότι πιθανώς οφείλεται στην έλλειψη σωματικής άσκησης. Ο Simkhada et al. (2011) μελετώντας τον επιπολασμό της παχυσαρκίας ανάμεσα στους δημόσιους υπαλλήλους, βρήκε ότι ο επιπολασμός του να είναι κάποιος υπέρβαρος στο πλαίσιο των δημόσιων υπηρεσιών είναι υψηλότερη από τον μέσο όρο του συνολικού πληθυσμού. Θεωρεί ότι οι δημόσιοι υπάλληλοι με καλύτερη εκπαίδευση τείνουν να είναι πιο υπέρβαροι / παχύσαρκοι, πιθανώς λόγω της πιο καθιστικής ζωής και αυτό προέρχεται από την ευημερία που συνοδεύουν οι καλύτερες θέσεις εργασίας και οι ευκαιρίες να βιώνουν και καταναλώνουν γρήγορα φαγητά, σνακ και αναψυκτικά. Αυτό συμβαίνει παρά το γεγονός ότι οι δημόσιοι υπάλληλοι έχουν επαρκή συνολική γνώση για την παχυσαρκία και τις συνέπειές της.

Επίσης, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας τα άτομα με ανώτερη και μέση εκπαίδευση εμφανίζουν μειωμένες πιθανότητες να είναι παχύσαρκα ή υπέρβαρα. Υπάρχουν διαφορετικά κανάλια μέσω των οποίων μπορεί να επηρεάσει η εκπαίδευση το βάρος των ατόμων. Τα μορφωμένα άτομα είναι πιο ικανά να επεξεργάζονται πληροφορίες σχετικά με την υγεία και τη διατροφή, και ως εκ τούτου να έχουν μεγαλύτερη επίγνωση των αρνητικών επιπτώσεων της παχυσαρκίας στην υγεία. Αυτό σημαίνει ότι η εκπαίδευση μπορεί να ενισχύσει τη γνώση για το πώς τα άτομα μπορούν να ζήσουν μια υγιή ζωή, οδηγώντας σε βελτιωμένες επιλογές χρήσης του χρόνου και εμπορευμάτων που επηρεάζουν την υγεία (Kenkel, 1991). Πολλές μελέτες έχουν βρει μια σημαντική συσχέτιση μεταξύ του μορφωτικού επιπέδου και της συχνότητας των υπέρβαρων και παχύσαρκων ατόμων. Συγκεκριμένα έχουν παρατηρήσει μια υψηλότερη επικράτηση υπέρβαρων και της παχύσαρκων ατόμων με χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης. (Aranceta et al., 2001, Sarlio-Lahteenkorva, Silventoinen και Lahelma, 2004).

Αξίζει να τονίσουμε ότι στην συγκεκριμένη μελέτη εμφανίζεται το εισόδημα να επηρεάζει το δείκτη παχυσαρκίας, όμως τα αποτελέσματα αυτά γίνονται ασήμαντα όταν ελεγχθεί η αρχική κατάσταση υγείας του ατόμου, πριν από 10 χρόνια. Αυτό σημαίνει ότι η υγεία επιδρά μέσω του εισοδήματος στο δείκτη παχυσαρκίας. Εξαιτίας του γεγονότος ότι η κατάσταση της υγείας μας είναι δυναμική, τα προβλήματα υγείας που είχαμε στο παρελθόν μπορεί να επηρεάζουν τις σημερινές μας συνήθειες και να εμφανίζονται τα αποτελέσματα αυτά μέσα από μεροληπτικούς συντελεστές στις ανεξάρτητες μεταβλητές (στην περίπτωση μας μέσω του εισοδήματος). Αρκετές μελέτες που πραγματοποιήθηκαν σε αναπτυγμένες και αναπτυσσόμενες χώρες δείχνουν ότι το εισόδημα έχει ένα αντίστροφο αποτέλεσμα στην παχυσαρκία (Monteiro, Benicio, Conde και Popki, 2000, Marins et al., 2001, Huot et al., 2004). Δηλαδή τα άτομα με υψηλά εισοδήματα έχουν μειωμένες πιθανότητες να είναι παχύσαρκα ή υπέρβαρα. Από την άλλη μεριά, υπάρχουν μελέτες που υποστηρίζουν μια θετική σχέση μεταξύ του εισοδήματος και του δείκτη μάζα σώματος (Jahns, Baturin και Popkin, 2003, Blanchard et al., 2005).

Οι συμπεριφορές υγείας των συγκεκριμένων ατόμων αντικατοπτρίζουν τις αντίστοιχες τάσεις και την κουλτούρα του γενικού πληθυσμού της Ελλάδας. Το ζήτημα της καπνιστικής συνήθειας των εργαζομένων είναι κρίσιμο, δεδομένου ότι το κάπνισμα προκαλεί δυσμενείς επιπτώσεις τόσο σε επίπεδο υγείας των εργαζομένων, όσο και σε οικονομικό επίπεδο. Επιγραμματικά αναφέρουμε ότι το κάπνισμα αυξάνει

την απουσία από την εργασία και μειώνει την παραγωγικότητα της ενώ, αντίθετα, η διακοπή του καπνίσματος επιφέρει μείωση των απουσιών από την εργασία και αύξηση της παραγωγικότητας. Οι σημαντικότερες όμως επιπτώσεις του καπνίσματος αφορούν την υγεία των εργαζομένων.

Η διερεύνηση της συσχέτισης της συχνότητας του καπνίσματος με τη θέση του εργαζόμενου στην παραγωγική διαδικασία αποτελεί πεδίο έντονης ερευνητικής προσπάθειας στη διεθνή βιβλιογραφία με στόχο το σχεδιασμό των κατάλληλων πολιτικών πρόληψης. Ορισμένοι ερευνητές υποστηρίζουν την άποψη ότι η οργάνωση της εργασίας, αντί να συντείνει στη μείωση του καπνίσματος, αντίθετα ενισχύει την επέκταση της καπνιστικής συνήθειας στους εργαζόμενους (Schilling et al., 1985) ενώ έχει εκφραστεί και η αντίθετη άποψη (Brisson et al., 2000). Παρά το γεγονός ότι οι βλαπτικές επιπτώσεις του καπνίσματος στην υγεία αφορούν όλες τις κατηγορίες εργαζομένων, δίχως εξαίρεση, η κατανομή της καπνιστικής συνήθειας και των επιπτώσεών της στην υγεία των εργαζομένων δεν είναι ομοιόμορφη. Προκαταρκτικά αναφέρεται ότι το επάγγελμα είναι ένας σημαντικός προσδιοριστής του επιπολασμού της καπνιστικής συνήθειας. Για παράδειγμα, σε χειρωνακτικές θέσεις εργασίας, οι εργαζόμενοι εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά καπνίσματος σε σχέση με τους εργαζόμενους σε θέσεις γραφείου (Borland et al., 1997).

Η υψηλή κατανάλωση αλκοόλ ενδέχεται να έχει αρνητικές επιπτώσεις τόσο για τους εργαζόμενους όσο και για τις επιχειρήσεις. Στις επιπτώσεις αυτές περιλαμβάνονται η υψηλότερη συχνότητα βραχυχρόνιας απουσίας από την εργασία, η μειωμένη απόδοση και παραγωγικότητα, διενέξεις και διατάραξη του εργασιακού περιβάλλοντος, περισσότερα εργατικά ατυχήματα και ζημίες όσον αφορά τη φήμη, τον εξοπλισμό ή τα προϊόντα της επιχείρησης. Ορισμένες χώρες αναφέρουν ότι οι επιπτώσεις αυτές συνεπάγονται σημαντικό οικονομικό κόστος.

Οι επιπτώσεις από την κατανάλωση αλκοόλ για τον εργαζόμενο μπορεί να οδηγήσει σε βλάβη στην υγεία, τραυματισμό, απειθαρχία, οικογενειακά προβλήματα, απώλεια εργασίας και κατ' επέκταση σε κοινωνικό αποκλεισμό. Για τον εργοδότη, η κατανάλωση από τους εργαζόμενους μπορεί να οδηγήσει σε προβλήματα ασφάλειας που επηρεάζουν αρνητικά την επιχείρηση, το εργατικό δυναμικό και το κοινό γενικότερα και που επιφέρουν αυξημένο κόστος, μειωμένη παραγωγικότητα και απώλεια της ανταγωνιστικότητας της επιχείρησης.

Η κούραση λόγω εργασίας και η υπερωριακή απασχόληση συσχετίζονται σε σημαντικό βαθμό με την απόκτηση υπερβολικού βάρους και την παχυσαρκία. Η

παχυσαρκία έχει πλέον πάρει επιδημικό χαρακτήρα με τεράστιες συνέπειες για τη δημόσια υγεία και την οικονομία. Αυτοί που προσπαθούν για την καταπολέμηση του σοβαρού αυτού προβλήματος πρέπει να λαμβάνουν υπόψη και τους παράγοντες που έχουν σχέση με την απασχόληση. Πολλοί άνθρωποι στην εποχή μας, δηλώνουν ότι συνεχώς αισθάνονται κουρασμένοι. Πολύ συχνά, η κούραση είναι αποτέλεσμα του τρόπου ζωής που χαρακτηρίζεται από στέρηση ύπνου και ένα βαρυφορτωμένο πρόγραμμα δραστηριοτήτων. Είναι γεγονός ότι πολλοί άνθρωποι, όταν βρίσκονται σε κατάσταση στρες και δύσκολων συναισθηματικών καταστάσεων, οδηγούνται στο να τρώνε, έστω και εάν δεν πεινούν, με ασυνείδητο, αυτόματο τρόπο.

Όπως αναφέραμε και παραπάνω, το έμμεσο κόστος της παχυσαρκίας δείχνει ότι η παχυσαρκία έχει αρνητικό αντίκτυπο στην παραγωγικότητα του εργατικού δυναμικού και το κόστος σε πολλές ανεπτυγμένες χώρες. Το κόστος αυτό δημιουργείται από τις χαμένες ημέρες εργασίας μέσω των συχνών απουσιών και τις ημέρες ανικανότητας. Επίσης, η πρόωγη θνησιμότητα που σχετίζεται με την παχυσαρκία μπορεί να δημιουργήσει επίσης δαπάνη στους εργοδότες μέσω της αύξησης του κόστους της ασφάλισης ζωής και στους εργαζομένους μέσω της απώλειας εσόδων. Γι' αυτούς τους λόγους, όπως επίσης λόγω των ολοένα και πιο υψηλών επιπέδων της παχυσαρκίας μεταξύ των εργαζομένων, οι εργοδότες πρέπει να γνωρίζουν κατά πόσο μια επιτυχή προσπάθεια πρόληψης και θεραπείας της παχυσαρκίας, ίσως σε σημαντικό κόστος, θα παράγει ένα σημαντικό αποτέλεσμα.

Λόγω των παραπάνω αρνητικών συνεπειών που προκαλούν στην απασχόληση, το κάπνισμα, το αλκοόλ και το δείκτη μάζα σώματος είναι αναγκαίες οι πολιτικές που θα στοχεύουν στην ενημέρωση των μελών του εργατικού δυναμικού. Αυτό σημαίνει ότι υποδεικνύεται η ανάγκη συμβουλευτικής προσέγγισης του εργατικού δυναμικού για τη διακοπή του καπνίσματος, τη μειωμένη κατανάλωση αλκοόλ και τη σωστή διαχείριση του βάρους. Επίσης, γίνεται σαφής η ανάγκη συμβουλευτικής παρέμβασης σε παχύσαρκα άτομα, που να στοχεύει στη μείωση της πρόσληψης των θερμίδων, στη βελτίωση της διατροφής και στην αύξηση της φυσικής δραστηριότητας.

Μια ενδιαφέρουσα πρόταση για περαιτέρω έρευνα είναι να εξετάσουμε τη σχέση μεταξύ του τρόπου ζωής που έχουμε υιοθετήσει, δηλαδή το lifestyle (κάπνισμα, αλκοόλ, δείκτης μάζα σώματος) και των συγκεκριμένων εργασιακών χαρακτηριστικών και για άλλες ευρωπαϊκές χώρες ή άλλες χώρες. Η ανάλυση αυτή

μπορεί να γίνει για κάθε μια χώρα ξεχωριστά και εν συνεχεία να συγκρίνουμε τα μεταξύ τους αποτελέσματα.

Εναλλακτικά, θα μπορούσαμε να εξετάσουμε την σχέση των τριών δεικτών που μελετάμε (αλκοόλ, κάπνισμα, δείκτης μάζα σώματος) με άλλα εργασιακά χαρακτηριστικά όπως η προσωρινή εργασία, η ορισμένου χρόνου και η μόνιμη εργασία. Σ' αυτή την περίπτωση θα βλέπαμε την επίδραση των συγκεκριμένων τύπων εργασίας στην πιθανότητα εμφάνισης της παχυσαρκίας, του καπνίσματος και της κατανάλωσης αλκοόλ.

Θα μπορούσε, τέλος, να εξεταστεί οι συνήθειες του τρόπου ζωής την περίοδο 2008-2009, δηλαδή πριν την χρονική περίοδο της έναρξης της ύφεσης στην χώρα μας, καθώς επίσης και κατά την τρέχουσα περίοδο, κατά την διάρκεια δηλαδή της ύφεσης. Μ' αυτό τον τρόπο θα μελετούσαμε την επίπτωση της ύφεσης (και κατά επέκταση της ανεργίας) στην πιθανότητα εμφάνισης της παχυσαρκίας, του καπνίσματος και της κατανάλωσης αλκοόλ. Με άλλα λόγια αυτά η συγκεκριμένη μελέτη θα μας επέτρεπε να απαντήσουμε στο εξής ερώτημα: πως μέσω των καθημερινών συνήθειων, τα άτομα βιώνουν την οικονομική ύφεση.

8. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Abdul-Rahman M.F. (2008) «The demand for Physical activity: An application of Grossman's Health demand model to the elderly population» *The Ohio State University*, 1-164.

Albertsen K., Hannerz H., Borg W., Burr H. (2003) «The effect of work environment and heavy smoking on the social inequalities in smoking cessation» *Public Health*, 117(6): 383–388.

Anderson P. (1995) «Alcohol and risk of physical harm» In: Holder HD, Edwards G, (eds). *Alcohol: evidence and issues*. Oxford, England: Oxford University Press, pp 82-113.

Andreasson S., Allebeck P., Romelsjo A. (1988) «Alcohol and mortality among young men: longitudinal study of Swedish conscripts» *British Medical Journal*, vol 296, 1021-1025.

Aranceta J., Perez-Rodrigo C., Serra Majem L., Ribas L., Quiles Izquierdo J., Vioque J. et al. (2001) «Influence of sociodemographic factors in the prevalence of obesity in Spain. The SEEDO '97 study» *European Journal of Clinical Nutrition*, 55, 430–435.

Athanasou J.A., Reid C.C., Ferguson D.A. (1981) «Sickness absence and smoking» *Medical Journal of Australia*, 1, 211–212.

Averett S, Korenman S. (1996) «The economic reality of the beauty myth» *Journal of Human Resources*, 31: 304–330.

Bakker A.B., Demerouti E., De Boer E., Schaufeli W.B. (2003) «Job demands and job resources as predictors of absence duration and frequency» *Journal of Vocational Behaviour*, vol. 62, 341-56.

Bang K.M., Kim J. H. (2001) «Prevalence of Cigarette Smoking by Occupation and Industry in the United States» *American Journal of Industrial Medicine*, 40:233-239.

Barbeau E. M., Krieger N., Soobader M. J. (2004). «Working class matters: Socioeconomic disadvantage, race/ethnicity, gender, and smoking in NHIS 2000» *American Journal of Public Health*, 94(2), 269–278.

Batty G., Lewars H., Emslie C., Benzeval M., Hunt K. (2008). «Problem drinking and exceeding guidelines for ‘sensible’ alcohol consumption in Scottish men: associations with life course socioeconomic disadvantage in a population-based cohort study» *BMC Public Health*, 8, 302- 308.

Baum CL, Ford WF. (2004) «The wage effects of obesity: a longitudinal study» *Health Economics*, 13: 885–899.

Becker G. (1964) «*Human Capital*», New York: Columbia University Press.

Beletsioti-Stika P., Scriven A. (2006) «Smoking among Greek nurses and their readiness to quit» *International Nursing Review*, 53 , 150–156.

Benavides F.G., Benach J., Diez-Roux A.V., Roman C. (2000) «How do types of employment relate to health indicators? Findings from the Second European Survey on Working Conditions» *Journal Epidemiology Community Health*, 54, 494–501.

Bentham J. (1780) «An introduction to the principles of morals and legislation» in Burns J.H. and Hart H.J.A. *Collected works of Jeremy Bentham* (1970) London :Athlone Press.

Berger MC, Leigh JP (1998) «The effect of alcohol use on wages» *Applied Economics*, 20: 1343–1351.

Bertsias G., Mammias I., Linardakis M., Kafatos A. (2003) «Overweight and obesity in relation to cardiovascular disease risk factors among medical students in Crete, Greece» *BMC Public Health* , vol 3(3), 1-9.

Bhattacharjee A., Chau N., Sierra C. O., Legras B., Benamghar L. et al. (2003). «Relationships of job and some individual characteristics to occupational injuries in employed people: a community-based study» *Journal of Occupational Health*, 45, 382-391.

Blair A., Blair S.N., Howe H.G., Pate R. R., Rodenberg M., Parker G.M., Pickle L. W. (1980) «Physical, Psychological, and Sociodemographic Differences among Smokers, Exsmokers, and Nonsmokers in a Working Population» *Preventive Medicine*, 9, 747-759.

Blanchard C. M., McGannon K.R, Spence J.C, Rhodes R.E, Nehi E, Baker F, Bostwick J. (2005). «Social ecological correlates of physical activity in normal weight, overweight and obese individuals» *International Journal of obesity*, 29, 720-726.

Blaxter M. (1990) «*Health and Lifestyles*» London: Tavistock/Routledge.

Boffetta P., Garfinkel L. (1990) «Alcohol drinking and mortality among men enrolled in an American Cancer Society prospective study» *Epidemiology*, vol 1, 342-348.

Borlannd R, Morand M, Mullins R. (1997) «Prevalence of workplace smoking bans in Victoria» *Australian and New Zealand Journal Public Health*, 21:694-698.

Boström G., Diderichsen, F. (1997) «Socioeconomic differentials in misclassification of height, weight and body mass index based on questionnaire data» *International Journal of Epidemiology*, 26, 860–866.

Bouchard C., Shephard R.J., Stephens T. (1994) «Physical activity, fitness, and health: international proceedings and consensus statement» Champaign, IL, England: Human Kinetics Publishers., pp 417-431.

Bound J. (1991) «Self-reported versus objective measures of health in retirement models» *Journal of Human Resources*, 26: 106–138.

Bryant RR, Samaranayake VA, Whilhite A. (1993) «The influence of current and past alcohol use on earnings: three approaches to estimation» *Journal Applied Behavioral Science*, 29: 9–31.

Burström B., Fredlund P. (2001) «Self rated health: is it as good a predictor of subsequent mortality among adults in lower as well as in higher social classes?» *Journal of Epidemiology Community Health*, 55:836–840.

Caldwell T.M., Rodgers B., Clark C., Jefferis B., Stansfeld S.A., Power C. (2008) «Lifecourse socioeconomic predictors of midlife drinking patterns, problems and abstention: findings from the 1958 British Birth Cohort Study» *Drugs and Alcohol Dependence*, 95, 269- 278.

Case A., Deaton A. (2005) «Broken Down by Work and Sex: How Our Health Declines» University of Chicago Press, pp 185-211.

Casswell S., Pledger M., Hooper R. (2003) «Socioeconomic status and drinking patterns in young adults» *Addiction*, 98, 601- 610.

Catalano R., Dooley D., Wilson G., Hough R. (1993) «Job loss and alcohol abuse: A test using data from the Epidemiologic Catchment Area Project» *Journal of Health and Social Behaviour*, vol 34(3), 215–225.

Cavelaars A.E., Kunst A.E, Geurts J.J.M., Crialesi R. et al. (2000) «Educational differences in smoking: international comparison» *BMJ* , 320, 1102-1107.

Cawley J. (2000) «Body weight and women's labour market outcomes» *Working paper No. 7841*, National Bureau of Economic Research, Cambridge, MA.

Cawley J. (2004) «The impact of obesity on wages» *Journal of Human Resources*, 39(2): 451–474.

Cawley J., Moran J., Simon K. (2008) «The impact of income on the weight of elderly Americans», *Working Paper No. 14104*, National Bureau of Economic Research, Cambridge, MA

CDC (2002) «Cigarette smoking among adults—United States, 2002. Morbidity and Mortality» *Weekly Report*, 51,642–645.

Choo E., Denny M. (2006) «Wearing out – the decline of health» *Working Paper*, University of Toronto.

Cohen S., Lichtenstein E. (1990) «Perceived stress, quitting smoking, and smoking Relapse» *Health Psychology*, 9 (4), 466–478.

Conley D, Glauber R. (2006) «Gender, body mass and economic status: New evidence from the PSID» *The Economics of Obesity Advances in Health Economics and Health Services Research*, Volume 17, 253–275.

Connelly J.E., Philbrick J.T., Smith R.G., Kaiser D.L., Wymer A., (1989). «Health perceptions of primary care patients and the influence on health care utilisation» *Medical Care*, 27, S99–S109.

Conway T.L., Vickers R.R., Ward H.W., Rahe R.H. (1981) «Occupational stress and variation in cigarette, coffee, and alcohol consumption» *Journal Health Social Behaviour*, 22:155-165.

Cook D.G., Cummins R.O, Bartlet M.J, Shaper A.G. (1982) «Health of unemployed middle-aged men in Great Britain» *The Lancet*, vol 329, p 1290-1294.

Cordery J. (1997) «Reinventing work design theory and practice», *Australian Psychologist*, vol. 32, 185-90.

Crawford A., Plant M.A., Kreitman N., Latchman R.W. (1987). «Unemployment and drinking behavior: Some data from a general population survey of alcohol abuse» *British Journal of Addiction*, 82, 1007–1016.

Cropper M.L. (1977) «Health, Investment in Health and occupational choice» *Journal of Political Economy*, 85(6), 1273-1294.

Crossley T, Kennedy S. (2002) «The reliability of self assessed health status» *Journal of Health Economics*, 21: 643–658.

Cutler D., Lleras-Muney A. (2006) «Education, and health: Evaluating theories and evidence», *Working Paper, No 12352*, National Bureau of Economic Research, Cambridge, MA

Cuyler A., Newhouse J. (2000) «*Handbook of health Economics*» Amsterdam :Elsevier Science.

Dahlgren G., Whitehead M. (2007) «Policies and strategies to promote social equity in health» Background document to WHO – Strategy paper for Europe.

Deaton A.S., Paxson C.H. (1998) «Aging and inequality in income and health» *American Economic Review, Papers and Proceedings*, 88(2), 248–253.

De Labry L.O., Glynn R.J., Levenson M.R., Hermos J.A, LoCastro J.S., Vokonas P. S. (1992) «Alcohol consumption and mortality in an American male population: recovering the U-shaped curve — findings from the Normative Aging Study» *Journal Studies of Alcohol*, vol 53, p 25-32.

Demerouti E., Bakker A.B., Nachreiner F., Schaufeli W.B. (2001) «The job demands-resources model of burnout» *Journal of Applied Psychology*, vol. 86, pp. 499-512.

Dewar D. (2009) «*Essentials of Health Economics*» Sudbury MA: Jones and Bartlett Learning.

Diez-Roux A.V., Northridge M.E., Morabia A., Bassett M.T., Shea S. (1999) «Prevalence and social correlates of cardiovascular disease risk factors in Harlem» *American Journal of Public Health*, 89 (3), 302–307.

Doi Y. (2005) «An epidemiologic review on occupational sleep research among Japanese workers» *Industrial Health*, vol. 43, pp. 3-10.

Doll R., Peto R., Hall E., Wheatley K., Gray R. (1994) «Mortality in relation to consumption of alcohol: 13 years' observations on male British doctors» *British Medical Journal*, vol 309, 911-918.

Donahue R.P., Abbott R.D., Reed D.M., Yano K. (1986) «Alcohol and hemorrhagic stroke: the Honolulu Heart Program». *The Journal of American Medical Association*, vol 255(17), 2311-2314.

Droomers M., Schrijvers C.T., Stronks K., Van de Mheen D., Mackenbach J.P. (1999). «Educational differences in excessive alcohol consumption: the role of psychosocial and material stressors» *Preventive Medicine*, 29(1), 1- 10.

Duncan G (1996) «Income dynamics and health» *International Journal of Health Services*, vol 26, pp 419-444.

Eberly R., Feldman H. (2010) «Obesity and Shift work in the General Population» *The internet journal of allied health sciences and practice*, vol 8 (3), 1-9.

Ehrlich I., Chuma H. (1990) «A model for the demand of longevity and the value of life extension», *The Journal of Political Economy*, 98(4), 761-782.

Eriksson H.G., Von Celsing A.S., Wahlstrom R., Janson L., Zander V., Wallman T. (2008) «Sickness absence and self-rated health in a population-based study of 43,600 individuals in central Sweden» *BMC Public Health*, 30(8), 426–433.

Ettner S.L. (1996) «New evidence on the relationship between income and health» *Journal of Health Economics*, 15, 67–85.

Ettner S.L. (1997) «Measuring the human cost of a weak economy: Does unemployment lead to alcohol abuse?» *Social Science and Medicine*, 44, 251–260.

Falba T., Teng H.M., Sindelar J.L., Gallo W.T. (2005) «The effect of involuntary job loss on smoking intensity and relapse» *Addiction*, 100, 1330–1339.

Farchi G., Fidanza F., Mariotti S., Menotti A. (1992) «Alcohol and mortality in the Italian rural cohorts of the Seven Countries Study» *International Journal of Epidemiology*, vol 21, 74-81.

Feldman J.J., Diane M.M., Kleinman J.C., Cornoni-Huntley J., (1989). «National Trends in Educational Differentials in Mortality» *American Journal of Epidemiology*, 129:919-33.

Feng W., Zhou W., Butler J.S., Booth B.M, French M.T (2001) «The impact of problem drinking on employment» *Health Economics*, 10, 509–521.

Flegal K.M., Carroll M.D., Ogden C.L., Johnson C.L. (2002) «Prevalence and trends in obesity among U.S. adults, 1999–2000» *Journal of American Medical Association*, 288(14):1723–1727.

Flint A.J., Novotny T.E. (1997) «Poverty status and cigarette smoking prevalence and cessation in the United States, 1983–1993: the independent risk of being poor» *Tobacco Control*, 6 (1), 14–18.

Forcier M.W. (1988) «Unemployment and alcohol abuse: A review» *Journal of Occupational Medicine*, 30, 246–251.

French M.T., Zarkin G.A. (1995) «Is Moderate Alcohol Use Related to Wages? Evidence from Four Worksites» *Journal of Health Economics*, 14, 319-344.

Friedman L.A., Kimball A.W. (1986) «Coronary heart disease mortality and alcohol consumption in Framingham» *American Journal of Epidemiology*, vol 124, 481-489.

Fuchs V.R. (2004) «Reflections on the socio-economic correlates of health» *Journal of Health Economics* 23, 653–661.

Fuchs C.S., Stampfer M.J., Colditz G.A., et al. (1995) «Alcohol consumption and mortality among women» *The New England Journal of Medicine*, vol 332, 1245-1250.

Fuhrer R., Shipley M.J., Chastang J.F., Schmaus A., Niedhammer I., Stansfeld S.A., et al. (2002) «Socioeconomic position, health, and possible explanations: A tale of two cohorts» *American Journal of Public Health*, 92(8), 1290–1294.

Fylkesnes K., Forde O.H. (1992) «Determinants and dimensions involved in self-evaluation of health» *Social Science and Medicine* , 35(3), 271–279.

Gallo W.T., Bradley E.H., Siegel M., Kasl S.V. (2001) «The Impact of Involuntary Job Loss on Subsequent Alcohol Consumption by Older Workers: Findings From the Health and Retirement Survey» *Journal of Gerontology: Social Sciences*, vol. 56B, No. 1, S3–S9.

Garcia J., Quintana-Domeque C. (2007) «Obesity employment and wages in Europe» *The Economics of Obesity Advances in Health Economics and Health Services Research*, Vol 17, 187–217.

Gaudette L., Richardson A., Huang S. (1998) «Which workers smoke?» *Health Report* 10:35-45.

Gaziano J.M., Buring J.E., Breslow J.L., et al. (1993) «Moderate alcohol intake, increased levels of high-density lipoprotein and its subfractions, and decreased risk of myocardial infarction» *The New England Journal of Medicine*, vol 329, p1829- 34.

Goldman N. (2006) «Social Inequalities in Health Disentangling the Underlying Mechanisms» *Annals of the New York Academy of Sciences*, vol 954(1), 118-139.

Gottesman N. (2005) «Body-image battle of the sexes» *Shape*, 25(2), 98.

Graham H. (1998) «Promoting health against inequality: using research to identify targets for intervention -a case study of women and smoking» *Health Education Journal*, 57, 292–302.

Graham K., Schmidt G. (1998) «The effects of drinking on health of older adults» *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, vol 24(3), 465– 481.

Green, W. (2003) «*Econometric Analysis*», 5th ed. Prentice Hall International, Inc.

Green K.L., Johnson J.V. (1990) «The effects of psychosocial work organization on patterns of cigarette smoking among male chemical plant employees» *American Journal of Public Health*, 80(11), 1368–1371.

Griliches Z. (1974) «Reviewed Errors in Variables and Other Unobservable» *Econometrica*, vol. 42, No. 6 , 971-998.

Grossman M. (1972) «On the Concept of Health Capital and the Demand for Health» *The Journal of Political Economy*, vol. 80, No 2, 223-255.

Grossman M. (2000) «The human capital model. In Handbook of health economics», (eds). A. J. Culyer and J. P. Newhouse, 1A:347–408. Amsterdam: Elsevier.

Gujarati D.N. (2004) «*Basic Econometrics*», (eds), McGraw-Hill, Boston, MA.

Guralnik J.M., Kenneth C.L., Gerda G.F., Lauren G.B. (1993) «Educational Status and Active Life Expectancy Among Older Blacks and Whites» *New England Journal of Medicine*, 329:110-16.

Gutzwiller F., Carlo La Vecchia, Fabio L., Eva N., Vincent W. (1989) «Education, Disease Prevalence, and Health Service Utilization in the Swiss National Health Survey» *Preventive Medicine*, 18: 452-59.

Häfner H. (1988) «Macht Arbeitslosigkeit krank? Ein Überblick über den Wissensstand zu den Zusammenhängen zwischen Erwerbslosigkeit, körperlichen und seelischen Gesundheitsrisiken» *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie* , 56:326–43.

Halbesleben J.R.B., Buckley M.R. (2004) «Burnout in organizational life» *Journal of Management*, vol. 30, pp. 859-79.

Hamilton V., Hamilton B.H. (1997) «Alcohol and Earnings: Does Drinking Yield a Wage Premium?» *Canadian Journal of Economics* 30, 135-151.

Hatch S.L., Jones P.B., Kuh D., Hardy R., Wadsworth M.E., Richards M. (2007) «Childhood cognitive ability and adult mental health in the British 1946 birth cohort» *Social Science and Medicine*, 64(11), 2285-2296.

Heineck, G., Schwarze, J. (2003) «Substance use and earnings: the case of smokers in Germany» *Discussion paper, IZA DP No.743*.

Hellerstedt W.L., Jeffery R.W. (1997) «The Association of Job Strain and Health Behaviours in Men and Women International» *International Journal of Epidemiology*, vol. 26, No. 3, 575-583.

Hirdes J., Brown J., Forbes W., Vigoda D., Crawford L. (1986) «The association between self-reported income and perceived health based on the Ontario longitudinal study of aging» *Canadian Journal of Aging*, vol 5, 189-204.

Hu T, Tsai Y. (2000) «Cigarette consumptions in rural China: Survey results from 3 provinces» *American Journal Public Health*, 90:1785-1787.

Huckle T., You R.Q., Casswell S. (2010) «Socio-economic status predicts drinking patterns but not alcohol-related consequences independently» *Addiction*, 105, 1192-1202.

Huot I., Paradis G., Ledoux M. (2004) «Factors associated with overweight and obesity in Quebec adults» *International Journal of obesity*, 28, 766-774.

IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans (1988) «Alcohol drinking» Lyon, France: *International Agency for Research on Cancer*, vol. 44.

Idler E.L., Benyamini Y. (1997) «Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies» *Journal Health Social Behaviour*, vol 38(1), 21–27.

Idler E.L., Kasl S.V. (1995) «Self-ratings of health: do they also predict change in functional ability?» *Journal of Gerontology*, vol 50B, S344–S353.

Ishizaki M., Morikawa Y., Nakagawa H., Honda R., Kawakami N., Haratani T., Kobayashi F., Araki S., Yamada Y. (2004) «The Influence of Work Characteristics on Body Mass Index and Waist to Hip Ratio in Japanese Employees» *Industrial Health*, 42, 41–49.

Jahns L., Baturin A., Popkin B.M, (2003) «Obesity, diet and poverty: Trends in the Russian transition to market economy» *European Journal of clinical Nutrition*, 57, 1295-1302.

Janlert U., Hammarstrom A. (1992) «Alcohol consumption among unemployed youths: Results from a prospective study» *British Journal of Addiction*, 87, 703–714.

Jha P. et al. (2002) «Estimates of Global and Regional smoking prevalence in 1995, by age and sex» *American Journal of Public Health*, 92(6), 1002-1007.

Jin R.L., Shah C.P., Svoboda T.J. (1995) «The impact of unemployment on health: a review of the evidence» *Canadian Medical Association Journal*, 153(5), 529- 540.

Johansson G, Johnson J, Hall E.M. (1991) «Smoking and sedentary behaviour as related to work organization» *Social Science and Medicine* 32(7): 837–846.

Johansson E., Böckerman P., Kiiskinen U., Heliövaara M. (2009) «The Effect of Obesity on Wages and Employment: The Difference Between Having a High BMI and Being Fat» *Economics and Human Biology*, 7, 36–45.

Jousilahti P., Tuomilehto J., Vartiainen E., Pekkanen J., Puska P. (1996) «Body weight, cardiovascular risk factors, and coronary mortality: 15-year follow-up of middle-aged men and women in Eastern Finland» *Circulation*, 93:1372–9.

Kaleta D., Makowiec-Dabrowska T., Jegier A. (2006) «Lifestyle index and work ability» *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, vol 19(3), 170 – 177.

Kannel W.B. (1997) «Effect of weight on cardiovascular disease» *Nutrition*, 13:157–158.

Kapantais E., Tzotzas T., Ioannidis I., Mortoglou A., Bakatselos S., Kaklamanou M., Lanaras L., Kaklamanos I. (2006) «First national epidemiological survey on the prevalence of obesity and abdominal fat distribution in Greek adults» *Annals of Nutrition and Metabolism*, 50, 330-338.

Kaplan G.A., Mary N., Haan S., Leonard S. (1987) «Socioeconomic Status and Health» *American Journal of Preventive Medicine* 3(suppl.): 125-29.

Kaplan G.A., Goldberg D.E., Everson S.A., et al. (1996) «Perceived health status and morbidity and mortality: evidence from the Kuopio Ischaemic Heart Disease Risk Factor Study» *International Journal of Epidemiology*, 25(2), 259–65.

Karasek R.A. (1979) «Job demands, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign» *Administrative science quarterly*, 24: 285–307.

Karasek, R.A. (1998) «Demand/Control Model: a social, emotional, and physiological approach to stress risk and active behaviour development», in Stellman, J.M. (Ed.), *Encyclopaedia of Occupational Health And Safety*, ILO, Geneva, pp. 34.06-34.14.

Karlamangla A., Zhou K., Reuben D., Greendale G., Moore, A. (2006). «Longitudinal trajectories of heavy drinking in adults in the United States of America» *Addiction*, 101, 91- 99.

Kasl S.V., Jones B.A. (2000) «The impact of job loss and retirement on health» In L. F. Berkman and I. Kawachi (Eds.), *Social epidemiology*, (pp. 118–136). New York: Oxford University Press.

Kawachi I., Kennedy B.P., Glass R. (1999) «Social capital and self-rated health: a contextual analysis» *American Journal Public of Health*, vol 9, 1187–93.

Kenkel D. (1991) «Health behaviour, health knowledge, and education» *Journal of Political Economy*, 99(2), 287–305.

Kenkel, D.S., Ribar D.C. (1994) «Alcohol Consumption and Young Adults' Socioeconomic Status» *Brookings Papers on Economic Activity: Microeconomics* 119-175.

Kenkel D., Wang P. (1999) «Are alcoholics in bad jobs?» In *The Economic Analysis of Substance Use and Abuse*, Chaloupka FJ, Grossman M, Bickel WK, Saffer H (eds). University of Chicago Press: Chicago.

Kennedy B.P., Kawachi I., Glass R., Prothrow-Stith D. (1998.) «Income distribution, socio-economic status, and self rated health in the United States: multilevel analysis» *British Medical Journal*, 317, 917–921.

Kessler R.C., House J.S., Turner J.B. (1987) «Unemployment and Health in a community sample» *Journal of Health and Social Behaviour*, vol 28(1), 51-59.

Klatsky A.L., Armstrong M.A., Friedman G.D. (1989) «Alcohol use and subsequent cerebrovascular disease hospitalizations» *Stroke*, vol 20, 741-746.

Klein-Hesselink D.J., Spruit I.P. (1992) «The contribution of unemployment to socioeconomic health differences» *Intenational Journal of Epidemiology*, vol 21(2), 329–337.

Knesebeck O., Luschen G., Cockerham W.C., Siegrist J. (2003) «Socioeconomic status and health among the aged in the United States and Germany: a comparative cross-sectional study» *Social Science Medicine*, 57:1643–52.

Koukoulis G.N., Sakka C., Katsaros F., Goutou M., Tsirona S., Tsiapali E., Piterou A., Stefanidis I., Stathakis N. (2010) «High rates of obesity prevalence in adults living in Central Greece: Data from the ARGOS Study» *Hormones*, 9(3):253-262.

Kounoven A., Kivimäki M., Cox S.J., Cox T., Vahtera J. (2005) «Relationship Between Work Stress and Body Mass Index Among 45,810 Female and Male Employees» *Psychosomatic Medicine*, 67, 577–583.

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

Krokstad S., Johnsen R., Westin S., (2002) «Social determinants of disability pension: a 10-year follow-up of 62,000 people in a Norwegian county population» *International journal of Epidemiology*, vol 31 (6), 1183–1191.

Kwasniewska M., Kaleta D., Dziankowska-Zaborszczyk E., Drygas W., Makowiec-Dabrowska T. (2007) «Lifestyle index and self-rated health status» *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 20(4), 349–356.

Lahelma E., Martikainen P., Laaksonen M., Aittomäki A. (2004) «Pathways between socioeconomic determinants of health» *Journal Epidemiology Community Health*, 58, 327–332.

Lallukka T., Sarlio-Lähteenkorva S., Roos E., Laaksonen M., Rahkonen O., Lahelma E. (2004) «Working conditions and health behaviours among employed women and men: the Helsinki Health Study» *Preventive Medicine*, 38, 48– 56.

Lantz P.M., Lynch J.W., House J.S., et al. (2001) «Socioeconomic disparities in health change in a longitudinal study of US adults: the role of health-risk behaviours» *Social Science Medicine*, 53:29–40.

Laugesen M., Swinburn B. (2000) «New Zealand's tobacco control program 1985-1988» *Tobacco Control*, 9:155-162.

Lee A.J., Crombie I.K., Smith W.S., Tunstall-Pledoe H. (1990) «Alcohol consumption and unemployment among men: the Scottish heart health study» *British Journal of Addiction*, 85, 1165-70.

Lee A.J., Crombie I.K., Smith W.C., Tunstall-Pedoe H.D. (1991) «Cigarette smoking and employment status» *Social Science and Medicine*, 33, 1309–1312.

Leigh J.P. (1995) «Smoking, self-selection and absenteeism» *Quarterly Review of Economics and Finance*, vol 35(4), 365–386.

Leino-Arjas P., Liira J., Mutanen P., Malmivaara A., Matikainen E. (1999) «Predictors and consequences of unemployment among construction workers: prospective cohort study» *British Medical Journal*, 319, 600–605.

Liberatos P., Link B.G., Kelsey J.L. (1988) «The measurement of social class in epidemiology» *Epidemiologic Reviews*, vol 10(1), 87-121.

Lindeboom M., Kerkhofs M. (2009) «Health and work of the elderly: Subjective Health measures, reporting errors and endogeneity in the relationship between health and work» *Journal of Applied Econometrics*, 24: 1024–1046.

Lund T., Iversen L., Poulsen K.B., (2001) «Work environment factors, health, lifestyle and marital status as predictors of job change and early retirement in physically heavy occupations» *American Journal Industrial Medicine*, vol 40, 161–169.

Lye, J. N., Hirschberg, J. (2004) «Alcohol consumption, smoking and wages» *Applied Economics*, 36, 1807-1817.

Lynch J., Kaplan G. (2000) «Socioeconomic position» In L. F. Berkman, I. Kawachi (Eds.), *Social epidemiology* (pp. 13-35). New York: Oxford University Press.

Macintyre S. (1997) «The Black Report and beyond what are the issues?» *Social Science and Medicine*, 44, 723-745.

Madianos M.G., Gefou-Madianou D., Stefanis C., (1995) «Patterns of alcohol consumption and related problems in the general population of Greece», *Addiction*, 90, 73-85.

Malinauskiene V., Leisyte P., Malinauskas R., Kirtiklyte K. (2011) «Associations between self-rated health and psychosocial conditions, lifestyle factors and health resources among hospital nurses in Lithuania» *Journal of Advanced Nursing* 67(11), 2383–2393.

Mammas I.N., Bertsiadis G.K., Linardakis M., Kafatos A.G. (2003) «Cigarette smoking, alcohol consumption, and serum lipid profile among medical students in Greece» *European Journal of Public Health*, 13:278-282.

Manderbacka K., Lundberg O., Marikainen P. (1999) «Do risk factors and health behaviours contribute to self rating of health?» *Social Science Medicine*, 48(12):1713-1720.

Mansson N.O, Råstam L. (2001) «Self-rated health as a predictor of disability pension and death- a prospective study of middle-aged men» *Scandian Journal Public Health*, 29:151–8.

Marins V.R.D, Almeida R.V, Pereira R.A., Barros M., (2001) «Factors associated with overweight and central body fat in the city of Rio de Janeiro: Results of a two-stage random sampling survey» *Public Health*, 115, 236-242.

Marmot M., Theorell T. (1991) «Social class and cardiovascular disease: The contribution of work» In: Johnson J, Johansson G (eds) *The Psychosocial Work Environment: Work Organization, Democratization and Health*. Amityville, NY: Baywood Publishing, 21–48.

Martikainen P.T. (1990) «Unemployment and mortality among Finnish men, 1981–1985» *British Medicine Journal*, 301:407–411.

Mazokopakis E.E., Papadakis J.A., Papadomanolaki M.G., Vrentzos G.E., Ganotakis E.S., Lionis C.D. (2004) «Overweight and obesity in Greek warship personnel» *European Journal of Public Health*, vol. 14(4), 395-397.

McCallum J., Shadbolt B., Wang D. (1994). «Self-rated health and survival: 7 years follow-up study of Australian elderly» *American Journal of Public Health*, 84, 1100–1105.

Menchik P. (1993) «Economic status as a determinant of mortality among black and white older men: does poverty kill?» *Population studies*, vol 47, pp 427-436.

Meijman T.F. and Mulder G. (1998) «Psychological aspects of workload», in Drenth, P.J., Thierry, H. and de Wolff, C.J. (Eds), *Handbook of Work and Organizational Psychology*, 2nd ed., Erlbaum, Hove, pp. 5-33.

Miller G.J., Beckles GLA., Maude G.H., Carson D.C. (1990) «Alcohol consumption: protection against coronary heart disease and risks to health» *International Journal of Epidemiology*, vol 19, 923-930.

Molarius A., Berglund K., Eriksson C., Lambe M., Nordström E., Eriksson H. G., Feldman I. (2006) «Socioeconomic conditions, lifestyle factors, and self-rated health among men and women in Sweden» *European Journal of Public Health*, vol. 17, No. 2, 125–133.

Monteiro C.A , Benicio D.A , Conde W.L, Popkin B.M, (2000) «Shifting obesity trends in Brazil» *European Journal of Clinical Nutrition*, 54, 342-346.

Morris J.K., Cook D.G., Shaper A.G. (1992) «Non-employment and changes in smoking, drinking, and body weight» *British Medical Journal*, 304, 536-41.

Morris J.K., Cook D.G., Shaper A.G. (1994) «Loss of employment and mortality» *British Medicine Journal*, 308:1135–9.

Morris S. (2007) «The impact of obesity on employment» *Labour Economics*, 14, 413–433.

Mullahy J. (1993) «Alcohol and the Labour Market, in M. Hilton and G. Bloss» eds., *Economics and the Prevention of Alcohol-Related Problems*, Washington: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, NIH Publication No. 93-3513.

Mullahy J, Sindelar JL. (1993) «Alcoholism, work, and income» *Journal Labor Economics*, 11(3): 494–520.

Mullahy J, Sindelar JL. (1995) «Employment, unemployment, and problem drinking» *Journal of Health Economics*, vol 15, 409-434.

Muurinen M.J., Le Grand J. (1985) «The economic analysis of inequalities in health» *Social Science and Medicine*, 20 (10): 1029–35.

Nelson D.E., Emont S.L., Brackbill R.M., Cameron L.L., Peddicord J., Fiore M.C. (1994) «Cigarette smoking prevalence by occupation in the United States» *Journal of Occupational Medicine*, 36(5), 516–525.

Nielsen A.B., Siersma V., Kreiner S., Hiort L.C., Drivsholm T., Eplöv L.F., Hollnagel H. (2009) «The impact of changes in self-rated general health on 28-year mortality among middle-aged Danes» *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 27(3), 160–166.

Nies A.H., Van Staveren W.A. (2003) «Relation of dietary quality, physical activity and smoking habits to 10-year changes in health status in older Europeans in the SENECA study» *American Journal Public of Health* , 93(2):318-323.

Norton R, Batey R, Dwyer T, MacMahon S. (1987) «Alcohol consumption and the risk of alcohol related cirrhosis in women» *British Medical Journal*, vol 295, 80-82.

Okun M.A., Stock W.A., Haring M.J., Witter R.A. (1984) «Health and subjective well-being: a meta-analysis» *The International Journal of Ageing and Human Development*, vol 19(2), 111–132.

Osler M., Holstein B., Avlund K., Damsgaard M.T., Rasmussen N.K. (2001) «Socioeconomic position and smoking behaviour in Danish adults» *Scandian Journal of Public Health*, vol 29 (1), 32–39.

Ostry A.S, Radi S., Louie A.M, LaMontagne A.D. (2006) «Psychosocial and other working conditions in relation to body mass index in a representative sample of Australian workers» *British Medical Journal Public Health*, 6:53, 1-8.

Panagiotakos D.B., Pitsavos C., Chrysohoou C., Risvas G., Kontogianni M.D., Zampelas A., Stefanadis C. (2004) «Epidemiology of Overweight and Obesity in a Greek Adult Population: the ATTICA Study» *Obesity Research*, Vol. 12(12), 1914-1920.

Pappas N.A., Alamanas Y., Dimoliatis I.D.K. (2005) «Self-rated health, work characteristics and health related behaviours among nurses in Greece: a cross sectional study» *BMC Nursing* 4:8, 1-8.

Parkes K.R. (1987) «Relative weight, smoking, and mental health as predictors of sickness and absence from work» *Journal of Applied Psychology*, 72(2), 275–286.

Pazarlis P., Mauri D., Cortinovis I., Katsigiannopoulos K., Alevizaki P., Koukourakis G., Casazza G., Kamposioras K., Chatziioannou L. et al. (2006) «Socio-demographic status and alcohol drinking patterns among Greek healthy adults» *Central European Journal of Public health*, 14(4), 160-167.

Peeters A., Barendregt J.J., Willekens F., Mackenbach J.P, Mamun A.Al., Bonneux L. (2003) «Obesity in Adulthood and Its Consequences for Life Expectancy: A Life-Table Analysis» *Annual International Medicine*, 138:24-32.

Peeters A., Bonneux L., Nusselder W.J, De Laet C., Barendregt J.J. (2004) «Adult obesity and the burden of disability throughout life» *Obesity Research*, 12, 1145–51.

Perez-Cueto F.J.A., Kolsteren P.W.V.J (2004) «Changes in nutritional status of Bolivian women 1994-1998: Demographic and social predictors» *European Journal of Clinical Nutrition*, 58, 660-666.

Peters B. L., Stringham E. (2006) «No booze? You may lose: why drinkers earn more money than nondrinkers» *Journal of Labour Research*, 27, 411- 421.

Philipson T. (2001). «The worldwide growth in obesity: an economic research agenda» *Health Economics*, 10, 1-7.

Poikolainen K. (1995) «Alcohol and mortality: A review» *Journal of Clinical Epidemiology*, 48, 455–465.

Poikolainen K., Vartiainen E., Korhonen H.J. (1996) «Alcohol intake and subjective health» *American Journal of Epidemiology*, 144(4), 346-350.

Popkin, B.M., Gordon-Larsen, P. (2004). «The nutrition transition: worldwide obesity dynamics and their determinants» *International Journal of Obesity*, 28, S2-S9.

Pucci L.G., Haglund B.J. (1993). «Organizational factors affecting smoking at work: results from focus group interviews with smokers and ex-smokers» *The Journal of Primary Prevention*. vol 14 (2), 115–127.

Puska P, Nishida C, Porter D. (2003) «WHO global strategy on diet, physical activity and health: obesity and overweight» Available at: www.who.int/dietphysicalactivity/publications/facts/obesity/en/.

Rachiotis G, Karydis I, Drivas S, Hadjichristodoulou (2009) «Pattern of smoking habit among Greek blue and white collar workers» *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 6(6), 1812-1817.

Rasky E., Strongegger W.J., Freidi W. (1996) «Employment Status and Its Health-Related Effects in Rural Styria, Austria» *Preventive Medicine*, 25(0116), 757–763.

Ray J. (1980) «Belief in Luck and Locus of Control» *Journal of Social Psychology*, 111, 299–300.

Rimm E.B., Giovannucci EL, Willett W.C. et al. (1991) «Prospective study of alcohol consumption and risk of coronary disease in men» *The Lancet*, vol 338, 464-468.

Rodriguez E. (1994) «Health consequences of unemployment in Barcelona» *European Journal Public Health*, 4(4):245–251.

Ross C.E., Mirowsky J. (1999) «Refining the association between education and health: the effects of quantity, credential, and selectivity» *Demography*, vol 36(4), 445-460.

Sander W. (1999) «Cognitive ability, schooling and the demand for alcohol by young adults» *Education Economics*, 7(1), 53- 66.

Sanz-de-Galdeano A. (2005) «The obesity epidemic in Europe» *IZA Discussion Paper No. 1814*.

Sargent-Cox K.A., Anstey K.J., Luszcz M.A. (2008) «Determinants of self-rated health items with different points of reference: implications for health measurement of older adults» *Journal of Aging and Health* 20(6), 739–761.

Sarlio-Lahteenkorva S., Lahelma E. (1999) «The association of body mass index with social and economic disadvantage in women and men» *International Journal of Epidemiology*, 28, 445–449.

Sarlio-Lahteenkorva S., Silventoinen K., Lahelma E. (2004) «Relative weight and income at different levels of socioeconomic status» *American Journal of Public Health*, 94, 468–472.

Saunders P. (1996) «Income, health and happiness» *The Australian Economic Review*, 4th Quarter, 353–366.

Savva S.C, Tornaritis M, Chadjigeorgiou C, Kourides Y.A, Savva M.E, Panagi A., Chriodoulou E., Kafatos A. (2005) «Prevalence and socio-demographic associations of under nutrition and obesity among preschool children in Cyprus», *European Journal of Clinical Nutrition*, 59, 1265-1295.

Schilling R.F., Gilchrist L.D., Schinke SP. (1985) «Smoking in the workplace: review of critical issues» *Public Health Reports*, 100:473- 479.

Schnall P.L, Landsbergis P.A, Baker D. (1994) «Job strain and cardiovascular disease» *Annual Review of Public Health*, 15:381-411.

Schofield D. (1996) «The Impact of Employment and Hours of Work on Health Status and Health Service Use» *Discussion Paper No. 11*, National Centre for Social and Economic Modelling.

Serxner S., Catalano R., Dooley D., Mishra S. (1991) «Tobacco use: selection, stress, or culture?» *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, vol 33 (10), 1035–1039.

Shulz R., Mittelmark M., Kronmal R., Polak J.F., Hirsch C.H., German P., Bookwala J. (1994) «Predictors of perceived health status in elderly men and women. The Cardiovascular Health Study» *Journal of Aging and Health*, 6:419-447.

Siegmán A.E. (1979) «A classification of socio-health indicators : perspectives for health administrators and health planners», In: J. Ellinson and A.E. Siegmán, Eds. *Socio-medical health indicators*. New York: Baywoo, pp 197-213.

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

Sillen U., Nilsson J.A., Mansson N.O., Nilsson P.M. (2005) «Self-rated health in relation to age and gender: influence on mortality risk in the Malmo Preventive Project» *Scandinavian Journal of Public Health*, 33(3), 183–189.

Smith J.P. (1999) «Healthy bodies and thick wallets: the dual relation between health and economic status» *Journal of Economic Perspectives*, vol 13(2), 145–166.

Sorensen G., Emmons K., Stoddard A. M., Linnan L., Avrunin J. (2002) «Do social influences contribute to occupational differences in quitting smoking and attitudes toward quitting?» *American Journal of Health Promotion*, 16(3), 135–141.

Sorensen G, Barbeau E, Hunt M.K., Emmons K. (2004) «Reducing social disparities in tobacco use: A social-contextual model for reducing tobacco use among blue-collar workers» *American Journal of Public Health*, 94(2): 230–239.

Sotiropoulos A., Gikas A., Spanou E., Dimitrelos D., Karakostas F., Skliros E., Apostolou O., Politakis P., Pappas S. (2007) «Smoking habits and associated factors among Greek physicians» *Public Health*.121(5):333-40.

Spijker J., Tabeau E., Vean W.J. (1998) «Regional differences in cause-specific mortality in eleven European Countries in 1990-91, Netherlands Interdisciplinary Demographic Institute (NIDI)» *Working Paper No. 1998/4*.

Stead M., MacAskill S., MacKintosh A., Reece J.E.D. (2001) «It's as if you're locked in: Qualitative explanations for area effects on smoking in disadvantaged communities» *Health and Place*, 7(4): 333–343.

Stephoe A., Wardle J., Lipsey Z., Mills R., Oliver G., Jarvis M., Kirschbaum C. (1998) «A longitudinal study of work load and variations in psychological wellbeing, cortisol, smoking, and alcohol consumption» *Annals of Behavioral Medicine*, vol 20 (2), 84–91.

Studnicka M., Studnicka-Benke A., Wögerbauer G., Rastetter D., Wenda R., Gathmann P. et al. (1991) «Psychological health, self-reported physical health and health service use: risk differential observed after one year of unemployment» *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 26:86–91.

Terza J.V. (2002) «Alcohol abuse and employment: a second look» *Journal of Applied Econometrics*, 17, 393–404.

The Stationery Office: London, (2004) House of Commons Health Select Committee. Obesity: Third Report of Session 2003/04.

Thun M.J., Peto R., Lopez A.D., Monaco J.H., Henley S.J., Heath C.W., Doll R. (1997) «Alcohol consumption and mortality among middle-aged and elderly U.S. adults» *The New England Journal of Medicine*, vol 337(24), 1705-1714.

Tzotzas T., Konstantinidis T., Bougoulia M., Krassas G. E. (2004) «Factors associated with body mass index in adults from Northern Greece» *Hormones*, 3(2):111-119.

Vagropoulos I, Tsilchorozidou T., Tsinopoulos G., Salonikidou Z., Mouratova M., Giavropoulou M., Grigoriadis N. (2006) «Smoking habits among the hospital staff of a General Hospital in Northern Greece: a long way for smoke-free hospitals» *Monaldi Arch Chest Dis* 65: 3, 160-164.

Van Lenthe F.J., Schrijvers CTM, Droomers M, et al. (2004) «Investigating explanations of socio-economic inequalities in health: the Dutch GLOBE study» *European Journal Public of Health*, 14:63–70.

Van Ours J. C. (2004) «A pint a day raises a man's pay; but smoking blows that gain away» *Journal of Health Economics*, 23, 863-886.

Van Vegchel N., De Jonge J., Bosma H., Schaufeli W.B. (2005) «Reviewing the effort-reward imbalance model: drawing up the balance of 45 empirical studies» *Social Science and Medicine*, vol. 60, 1117-31.

Vardavas C.I. and Kafatos A.G. (2006) «Smoking policy and prevalence in Greece: an overview European» *Journal of Public Health*, vol. 17, No. 2, 211–213.

Vasse R.M., Nijhuis F.J.N., Kok. G. (1998) «Associations between work stress, alcohol consumption and sickness absence» *Addiction*, 93(2), 231- 241.

Veal A.J. (1993) «The concept of lifestyle: a review» *Leisure Studies*, vol 12(4), 233-252.

Visscher T.L.S, Seidell J.C. (2001) «The public health impact of obesity» *Annual Review Public Health*, 22:355–375.

Wagstaff A. (1993) «The demand for health: An empirical reformulation of the Grossman model» *Health Economics*, vol 2, 189-198.

Waldron I, Lye (1989) «Employment, unemployment, occupation and smoking» *American Journal of Preventive Medicine*, vol 5(3), 142-149.

Walster E., Walster G.W., Berscheid, E. (1978) «*Equity: Theory and Research*» Allyn and Bacon, Boston, MA.

Wardle J., Steptoe A. (1991) «The European health and behaviour survey rationale methods and initial results from the United Kingdom» *Social Science Medicine*, 33 :925-937.

Watson J. M., Scarinci I. C., Klesges R. C., Murray D. M., Vander Weg M., DeBon M., Eck-Clemens L. H., Slawson D. L., McClanahan B. (2003) «Relationships among smoking status, ethnicity, socioeconomic indicators, and lifestyle variables in a biracial sample of women» *Preventive Medicine* 37,138–147.

Westman M., Eden D., Shirom A. (1985) «Job stress, cigarette smoking and cessation: the conditioning effects of peer support» *Social Science Medicine*, vol 20 (6), 637–644.

Williams S., Pham-Kanter G., Leitsch S.A. (2009) «Measure of chronic conditions and diseases associated with aging in the national social life, health, and aging project» *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences Advance* 64(Supp1), i67–i75.

Wilson SH, Walker GM. (1993) «Unemployment and health: a review» *Public Health*, 107:153–62.

Wiltshire S, Bancroft A, Parry O, Amos A (2003) «I came back here and started smoking again: Perceptions and experiences of quitting among disadvantaged smokers» *Health Education Research* 18(3): 292–303.

Winkleby, Marilyn A., Darius E. Jatulis, Erica Frank, Stephen P. Fortmann. (1992.) «Socioeconomic Status and Health: How Education, Income, and Occupation Contribute to Risk Factors for Cardiovascular Disease» *American Journal of Public Health*, 82:816-20.

White I. R, Altmann D. R, Nanchahal K. (2002) «Alcohol consumption and mortality: modelling risks for men and women at different ages» *British Medical Journal*, vol 325:191.

Whitlock, G., VanderHoorn, S., Davis, P., Jackson, R., Norton, R., (1997) «Socioeconomic distribution of smoking in a population of 10.529» *New Zealand Medical Journal*, 110 (1051), 327–330.

WHO World Health Report : Reducing risks, promoting healthy life, World Health Organization, Geneva Switzerland 2003.

Wooden M., Bush R. (1995) «Smoking cessation and absence from work» *Preventive Medicine*, vol 24 (5), 535–540.

Wooldridge J. (2002) «*Econometric Analysis of Cross Section and Panel Data*» The MIT Press: Cambridge, MA.

Woolf S.H., Rothemich S.F., Johnson R.E., Marsland D.W. (1999) «Is cigarette smoking associated with impaired physical and mental functional status?» *American Journal Preventive Medicine*, 17:134-137.

Zarka J.M., Lemon S.C., Magner R.P., Hale J. (2009) «Lifestyle behaviours and weight among hospital-based nurses» *Journal of Nursing Management*, 17, 853–860.

Zarkin, G.A., French M.T. (1998) «Alcohol Use and Wages: New Results from the National Household Survey on Drug Abuse» *Journal of Health Economics* 17, 53-68.

Ziebarth N.R., Grabka M.M. (2009) «In Vino Pecunia? The association between beverage-specific drinking behavior and wages» *Journal of Labor Research*, 30, 219-244.

Yannakoulia M., Panagiotakos D., Pitsavos C., Lentzas Y., Chrysohoou C., Skoumas I., Stefanadis C. (2008) «Five year incidence of obesity and its determinants: the ATTICA Study» *Public Health Nutrition*, 12(1), 36–43.

Yngwe MA, Diderichsen F, Whitehead M, et al. (2001) «The role of income differences in explaining social inequalities in self rated health in Sweden and Britain» *Journal Epidemiology Community Health*, 55:556–61.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αγραφιώτης Δ. (1999) Διοίκηση Μονάδων Υγείας. Πάτρα: *Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο*.

Γαλάνης Π. και Σπάρος Λ.(2005) «Στατιστική αλληλεπίδραση και τροποποίηση του μέτρου αποτελέσματος, *Αρχ. Ελλ. Ιατρική*, 21:137-147.

Κυριόπουλος Γ., Γεωργούση Ε., Οικονόμου Χ. (2003) «Ποιότητα στην Φροντίδα Υγείας: Η Οπτική των Οικονομικών της Υγείας». Στο: Κυριόπουλος Γ., Λιονής Χ., Σουλιώτης Κ., Τσάκος Γ. (Επιστημονική Επιμέλεια) «Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας». *Θεμέλιο*, Αθήνα, 115-124.

Ξανθης ΑΒ. και Χατζητόλιος ΑΙ. (2006) «Συμβολή της πρόληψης, προαγωγής και αγωγής υγείας στη βελτίωση του επιπέδου υγείας στον ελληνικό πληθυσμό.» *Ιατρικό Βήμα*, 54–58.

Λιαρόπουλος ΛΑ. (2007) «Οργάνωση υπηρεσιών και συστημάτων υγείας.» *Εκδόσεις ΒΗΤΑ*, Αθήνα.

Υφαντόπουλος Γ.(1984) «Η επίδραση των δημογραφικών εξελίξεων στις δαπάνες υγείας» Στο: *Δημογραφική κρίση στην Ελλάδα*. Εθνικές οικονομικές και κοινωνικές επιπτώσεις, Αθήνα.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α

Πίνακας Α₁ : Εμπειρικές Μελέτες Ξένης Βιβλιογραφίας (Lifestyle)

ΜΕΛΕΤΗ	ΣΚΟΠΟΣ	ΔΕΔΟΜΕΝΑ	ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	ΜΟΝΤΕΛΟ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
Benavides et al. (2000)	Εξετάζουν τις σχέσεις των διαφόρων τύπων απασχόλησης με έξι διαφορετικούς δείκτες υγείας, λαμβάνοντας υπόψη το ρόλο που διαδραματίζουν οι δημογραφικές μεταβλητές, οι ατομικές συνθήκες εργασίας και τέσσερις οικολογικοί δείκτες σε επίπεδο χώρας.	-Δεδομένα : από την δεύτερη ευρωπαϊκή έρευνα για τις συνθήκες εργασίας. -Δείγμα :15.146 μισθωτοί, ηλικίας 15 ετών και άνω, σε 15 χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης.	-Εξαρτημένες μεταβλητές : τρεις αυτοεκτιμώμενοι δείκτες υγείας (ικανοποίηση από την εργασία, η υγεία που σχετίζεται με την απουσία από την εργασία, και το άγχος) και τρία αυτοεκτιμώμενα προβλήματα υγείας (συνολική κόπωση, πόνος στην πλάτη, και μυϊκός πόνος). -Ανεξάρτητες μεταβλητές: εννέα μορφές απασχόλησης που κατηγοριοποιούνται ως εξής: μικροί εργοδότες, πλήρους και μερικής απασχόλησης μόνιμοι υπάλληλοι, πλήρους και μερικής απασχόλησης ορισμένου χρόνου εργαζόμενοι, πλήρους και μερικής απασχόλησης, ελεύθεροι επαγγελματίες και πλήρους και μερικής απασχόλησης προσωρινών συμβάσεων.	Λογιστική παλινδρόμηση.	-Η επισφαλής απασχόληση συνδέεται σταθερά και θετικά με δυσαρέσκεια από την δουλειά αλλά αρνητικά με το άγχος και την απουσία από την εργασία. -Η κόπωση, ο πόνος στην πλάτη και οι μυϊκοί πόνοι επίσης σχετίζονται θετικά με την επισφαλή απασχόληση. -Οι μικροί εργοδότες αναφέρουν υψηλά ποσοστά από στρες και κούραση, αλλά η απουσία από την εργασία είναι σχετικά χαμηλή. - Οι ελεύθεροι επαγγελματίες αναφέρουν υψηλά ποσοστά από όλα τα αποτελέσματα, εκτός από την απουσία από την εργασία που είναι χαμηλή. -Για κάθε τύπο εργασίας (εκτός από τις προσωρινές συμβάσεις), οι εργαζόμενοι με μειωμένο ωράριο αναφέρουν χειρότερα αποτελέσματα για την υγεία τους από ό, τι οι εργαζόμενοι με μερική απασχόληση.
Blair et al. (1980)	Εξετάζουν τις ψυχικές, ψυχολογικές και κοινωνικό δημογραφικές διαφορές μεταξύ καπνιστών, πρώην καπνιστών και μη	-Δεδομένα: Το 1976, η «Liberty Corporation» στην Νότια Καρολίνα, πραγματοποιεί μια ολοκληρωμένη ετήσια εξέταση όλων των εργαζομένων	-Εξαρτημένες μεταβλητές : μη καπνιστές, πρώην καπνιστές, τωρινοί καπνιστές, άλλοι καπνιστές -Ανεξάρτητες μεταβλητές :συνήθεια καπνίσματος κατά ηλικία και φύλο, -δημογραφικά	Γραμμική παλινδρόμηση.	Οι μη καπνιστές διαφέρουν από τους καπνιστές στο ότι παρακολουθούν εκκλησία συχνότερα και έχουν υψηλότερη εκπαίδευση, είναι λιγότερο πιθανό να έχουν συζύγους που καπνίζουν, είναι λιγότερο

	καπνιστών σε ένα πληθυσμό που εργάζεται.	του Υπουργείου Εσωτερικών. Περιλαμβάνει μια πλήρη φυσική εξέταση και ένα μακροσκελές ερωτηματολόγιο. -Δείγμα : 183 λευκοί άνδρες και 284 λευκές γυναίκες, 17 έως 65 ετών, οι οποίοι είναι υπάλληλοι γραφείου στην ασφαλιστική εταιρεία «Liberty Life».	χαρακτηριστικά :εκπαίδευση, μισθός, οικογενειακή κατάσταση, αριθμός παιδιών. -διατροφικές συνήθειες, κατανάλωση αλκοόλ. -παράγοντες που συσχετίζονται με την εργασία : ικανοποίηση από την εργασία, φόρτο εργασίας, αμοιβές, επίβλεψη από προϊστάμενο.		δραστήριοι στην εργασία, έχουν περισσότερες πιθανότητες να τρώνε πρωινό και γλυκά, να καταναλώνουν λιγότερα αναψυκτικά, αλκοολούχα ποτά, καθώς και καφέ και έχουν χαμηλότερα ποσοστά σφυγμού (μόνο για τους άνδρες) και λεπτότερο δέρμα.
Falba et al. (2005)	Εκτιμούν τον αντίκτυπο της ακούσιας απώλειας εργασίας στην υποτροπή και την ένταση του καπνίσματος μεταξύ των εργαζομένων μεγαλύτερης ηλικίας.	-Δεδομένα : από το «Health and Retirement Study» (1992 και 1994), μια εθνική αντιπροσωπευτική έρευνα των ηλικιωμένων Αμερικανών ηλικίας 51 έως 61 -Δείγμα : 3052 συμμετέχοντες που εργάζονται και έχουν ιστορικό καπνίσματος.	-Εξαρτημένες μεταβλητές :ποσότητα καπνίσματος, διακοπή καπνίσματος, υποτροπή καπνίσματος. -Ανεξάρτητες μεταβλητές : ακούσια απώλεια θέσεων εργασίας -δημογραφικές μεταβλητές : ηλικία, φύλο, φυλή, οικογενειακή κατάσταση -ιατρικές μεταβλητές	Πολυπαραγοντική παλινδρόμηση.	-Οι ηλικιωμένοι εργαζόμενοι έχουν πάνω από δύο φορές μεγαλύτερες πιθανότητες να ξαναρχίσουν το κάπνισμα μετά την ακούσια απώλεια θέσεων εργασίας από εκείνους που δεν καπνίζουν. -Εκείνοι που ήταν καπνιστές πριν από τη απόλυση και που δεν βρήκαν νέα απασχόληση καπνίζουν περισσότερα τσιγάρα, κατά μέσο όρο, μετά την απώλεια θέσεων εργασίας.

<p>Gallo et al. (2001)</p>	<p>Εκτιμούν την επίδραση της ακούσιας απώλειας θέσεων εργασίας στην επακόλουθη κατανάλωση αλκοόλ.</p>	<p>- Δεδομένα : το 1992 και το 1994 από την έρευνα «Health and Retirement» -Δείγμα : 207 εργαζόμενοι που εμφανίζουν ακούσια απώλεια εργασίας μεταξύ των ημερομηνιών της έρευνας και μια ομάδα σύγκρισης 2.866 εργαζομένων που απασχολούνται συνεχώς.</p>	<p>-Εξαρτημένες μεταβλητές : κατανάλωση αλκοόλ. -Ανεξάρτητες μεταβλητές : ακούσια απώλεια θέσεων εργασίας, ηλικία, φύλο, έτη εκπαίδευσης, οικογενειακή κατάσταση, επαγγελματική κατάσταση, φυλή, βασικό εισόδημα.</p>	<p>Γραμμική παλινδρόμηση.</p>	<p>-Τα ευρήματα παρέχουν ενδείξεις για σημαντική σχέση μεταξύ της απώλειας θέσεων εργασίας και την επακόλουθη χρήση αλκοόλ μεταξύ των ατόμων που δεν πίνουν. Ωστόσο, το μέγεθος των μεταβολών στο αλκοόλ είναι αρκετά μέτρια. -Η ακούσια απώλεια θέσεων εργασίας αυξάνει την πιθανότητα της κατανάλωσης αλκοόλ μεταξύ των ερωτηθέντων που δήλωσαν ότι δεν έπιναν αλκοόλ μέχρι σήμερα.</p>
<p>Hellerstedt και Jeffery (1997)</p>	<p>Εξετάζουν κατά πόσο η πίεση από την εργασία, που ορίζεται από το πρότυπο Karasek, συνδέεται με κάποιο τροποποιημένο καρδιαγγειακό νόσημα (CVD) που σχετίζεται με τα χαρακτηριστικά της υγείας.</p>	<p>-Δεδομένα : τα στοιχεία συλλέγονται από τα 32 εργοστάσια της Μινεσότας στις ΗΠΑ, που συμμετέχουν στο πρόγραμμα υγείας των εργαζομένων. Μια μελέτη για τον έλεγχο του καπνίσματος και της παχυσαρκίας. -Δείγμα : 200 άνδρες και γυναίκες εργαζόμενοι επιλέγονται τυχαία σε κάθε χώρο.</p>	<p>-Εξαρτημένες μεταβλητές: χαρακτηριστικά εργασίας : ζήτηση εργασίας, απαιτήσεις της εργασίας, έλεγχος στην εργασία, -Ανεξάρτητες μεταβλητές: χαρακτηριστικά που επηρεάζουν την υγεία : δείκτης μάζας σώματος, καθημερινό κάπνισμα, ένταση καπνίσματος, (ορίζεται ως αυτό-αναφερόμενο μέσο όρο του αριθμού των τσιγάρων που καπνίζουν ημερησίως), άσκηση, (μετρούμενη από την άθροιση 12 ερωτήσεων).</p>	<p>Λογιστική παλινδρόμηση</p>	<p>-Οι απαιτήσεις της εργασίας συσχετίζονται θετικά με το κάπνισμα, την ένταση του καπνίσματος, καθώς και υψηλή πρόσληψη λίπους στους άνδρες και με το δείκτη μάζας σώματος και την ένταση του καπνίσματος στις γυναίκες. - Ο έλεγχος στην εργασία συσχετίζεται θετικά με την άσκηση και στους άνδρες και τις γυναίκες. -Υψηλόβαθμα στελέχη (άνδρες) καπνίζουν περισσότερο από τους άλλους εργαζόμενους και υψηλόβαθμα στελέχη (γυναίκες) έχουν υψηλότερο δείκτη μάζας σώματος σε σχέση με τις υπόλοιπες γυναίκες.</p>

<p>Ishizaki et al. (2003)</p>	<p>Διεξάγουν μια έρευνα για να διαλευκάνουν τη σχέση μεταξύ εργασιακών χαρακτηριστικών και της περιφέρειας μέσης και ισχίων (WHR), καθώς και του δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ), λαμβάνοντας υπόψη την κατανάλωση αλκοόλ, το κάπνισμα, την άσκηση και άλλους ψυχολογικούς παράγοντες όπως η εκπαίδευση και η οικογενειακή κατάσταση.</p>	<p>-Δείγμα : εργαζόμενοι, ηλικίας 20 - 58 ετών σε ένα εργοστάσιο μεταλλικών προϊόντων σε μια αγροτική περιοχή, οι οποίοι υποβάλλονται σε ιατρική εξέταση κατά τη διάρκεια της περιόδου μεταξύ Απριλίου 1996 και Μαρτίου 1997.</p>	<p>-Εξαρτημένες μεταβλητές : δείκτης μάζας σώματος, περιφέρεια μέσης και ισχίων -Ανεξάρτητες μεταβλητές -χαρακτηριστικά εργασίας: ζήτηση εργασίας, έλεγχος εργασίας, εργασιακή υποστήριξη, υπερωρίες, βάρδιες -Συνήθεια καπνίσματος, κατανάλωση αλκοόλ, άσκηση, οικογενειακή κατάσταση, εκπαίδευση.</p>	<p>Πολυμεταβλητή και γραμμική παλινδρόμηση.</p>	<p>-Ο δείκτης μάζας σώματος συσχετίζεται με τις βάρδιες, την οικογενειακή κατάσταση και την καθιστική εργασία για τους άνδρες και με την άσκηση αλλά αντιστρόφως ανάλογα με την εκπαίδευση για τις γυναίκες. -Η περιφέρεια μέσης και ισχίων (WHR) σχετίζεται με τις βάρδιες, την κατανάλωση αλκοόλ, την οικογενειακή κατάσταση και την καθιστική εργασία, αλλά αντιστρόφως ανάλογα με την άσκηση για τους άνδρες, και με την καθιστική εργασία, την οικογενειακή κατάσταση και την εκπαίδευση αλλά αντιστρόφως ανάλογα με το κάπνισμα για τις γυναίκες.</p>
<p>Kaleta et al. (2006)</p>	<p>Αναλύουν την επίδραση ορισμένων επιλεγμένων δεικτών τρόπου ζωής στην ικανότητα εργασίας μεταξύ των επαγγελματιών ενεργών ατόμων.</p>	<p>-Δεδομένα : Η επιλογή γίνεται από την τοπική βάση δεδομένων στο Łódź. -Δείγμα : Η μελέτη διεξάγεται την περίοδο 2001-2003 σε τυχαία επιλεγμένη ομάδα των εργαζομένων πλήρους απασχόλησης (94 άνδρες και 93 γυναίκες) που ζουν στην πόλη Łódź.</p>	<p>-Εξαρτημένη μεταβλητή : ικανότητα εργασίας -Ανεξάρτητες μεταβλητές : τέσσερις δείκτες του τρόπου ζωής: το κάπνισμα, το υγιές βάρος, η πρόσληψη φυτικών ινών την ημέρα και η τακτική σωματική δραστηριότητα.</p>	<p>Λογιστική παλινδρόμηση.</p>	<p>-Μόνο το 2% των ανδρών και 1% των γυναικών ακολουθούν ένα συνδυασμό από τα τέσσερα χαρακτηριστικά του τρόπου ζωής (καθόλου κάπνισμα, υγιές βάρος, καθημερινή πρόσληψη φυτικών ινών, και τακτική σωματική δραστηριότητα.) -Το ανθυγιεινές βάρος, το κάπνισμα και η έλλειψη ελεύθερου χρόνου για φυσική δραστηριότητα επηρεάζει αρνητικά την ικανότητα για εργασία.</p>

<p>Kounoven et al. (2005)</p>	<p>Εξετάζουν την σχέση του εργασιακού άγχους και το κάπνισμα.</p>	<p>-Δεδομένα : αντλούνται από το συνδυασμένο δείγμα των δύο εν εξελίξει Φινλανδικών μελετών σε 10 δήμους και 21 νοσοκομεία. -Δείγμα :καλύπτει το 20% της πλήρους απασχόλησης των υπαλλήλων που εργάζονται στο φινλανδικό δημοτικό τομέα. 48.592 υπάλληλοι με πλήρη απασχόληση (39.255 γυναίκες και 9.337 άνδρες) ηλικίας 17-65 χρόνων.</p>	<p>-Εξαρτημένες μεταβλητές : κάπνισμα και ένταση καπνίσματος -Ανεξάρτητες μεταβλητές : ζήτηση εργασίας, έλεγχος εργασίας και ανταμοιβές. -Δημογραφικές μεταβλητές : φύλο, ηλικία, βασική εκπαίδευση, επαγγελματική κατάσταση, το είδος της απασχόλησης, η οικογενειακή κατάσταση.</p>	<p>-Διαδική λογιστική παλινδρόμηση. -Πολυωνυμική λογιστική παλινδρόμηση</p>	<p>-Οι ερωτηθέντες με χαμηλές ανταμοιβές έχουν περισσότερες πιθανότητες να είναι καπνιστές. -Οι εργαζόμενοι με υψηλή πίεση στην εργασία τους είναι πιο συχνά καπνιστές από ό, τι οι συνάδελφοί τους με χαμηλή πίεση. -Μεταξύ των καπνιστών υψηλότερο εργασιακό άγχος συνδέεται με μεγαλύτερη ένταση του καπνίσματος.</p>
<p>Kouvonen et al.(2005)</p>	<p>Μελετούν την συσχέτιση μεταξύ του εργασιακού άγχους και του δείκτη μάζα σώματος.</p>	<p>-Δεδομένα : προέρχονται από ερωτηματολόγια της έρευνας «Finnish Public Sector Cohort» - Δείγμα : 45.810 γυναίκες και άνδρες υπάλληλοι.</p>	<p>-Εξαρτημένη μεταβλητή : δείκτης μάζα σώματος -Ανεξάρτητες μεταβλητές -δημογραφικοί μεταβλητές : φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, SES(5 επαγγελματικές κατηγορίες), σύμβαση εργασίας, -εργασιακές απαιτήσεις, έλεγχος εργασίας -συμπεριφορές υγείας: τρέχουσα κατάσταση καπνίσματος, μέση κατανάλωση αλκοόλης την εβδομάδα, σωματική δραστηριότητα και αξιολόγηση της φυσικής δραστηριότητας. -Αρνητική συναισθηματικότητα.</p>	<p>Γραμμική παλινδρόμηση.</p>	<p>-Χαμηλότερος έλεγχος στην εργασία, υψηλότερη πίεση εργασίας, και μεγαλύτερη προσπάθεια συσχετίζονται με υψηλότερο δείκτη μάζα σώματος. - Για τους άνδρες, χαμηλότερες εργασιακές απαιτήσεις συνδέονται επίσης με υψηλότερο δείκτη μάζα σώματος. -Η μελέτη δείχνει μια αδύναμη σχέση μεταξύ του εργασιακού άγχους και του δείκτη μάζα σώματος.</p>

Lallukka et al.(2004)	Μελετούν κατά πόσο οι δυσμενείς συνθήκες εργασίας σχετίζονται με τη διατροφή, τη σωματική δραστηριότητα, τη κατανάλωση αλκοόλ και το κάπνισμα	-Δεδομένα : προέρχονται από ερωτηματολόγια που συλλέγονται κατά την περίοδο 2000-2001. -Δείγμα : 40 έως 60 χρονών ηλικιωμένοι υπάλληλοι του Δήμου του Ελσίνκι (n = 6243, ρυθμός απόκρισης: 68%).	-Εξαρτημένες μεταβλητές : συμπεριφορές υγείας :διαιτητικές συνήθειες, φυσική δραστηριότητα κατά τη διάρκεια του ελεύθερου χρόνου, η κατανάλωση αλκοόλ και το κάπνισμα. -Ανεξάρτητες μεταβλητές : συνθήκες εργασίας : απαιτήσεις εργασίας και έλεγχος της εργασίας -κοινωνικό-δημογραφικές μεταβλητές : η ηλικία, η εκπαίδευση το επάγγελμα και η οικογενειακή κατάσταση.	Λογιστική παλινδρόμηση.	-Οι δυσμενείς συνθήκες εργασίας δεν συνδέονται με ανθυγιεινές συμπεριφορές. -Προσαρμοσμένα στην ηλικία, οι συνθήκες εργασίας συνδέονται ασθενώς με τις συμπεριφορές υγείας. -Χαμηλή πίεση στην εργασία συσχετίζεται με υγιεινή διατροφή, υψηλή φυσική δραστηριότητα και καθόλου κάπνισμα. - Οι υπερωρίες συνδέονται με μια υγιεινή διατροφή, σωματική δραστηριότητα και μη καπνιστική συμπεριφορά για τους άνδρες. - Η σωματικά επίπονη εργασία συνδέεται με το κάπνισμα, ενώ η ψυχικά επίπονη εργασία σχετίζεται με την υγιεινή διατροφή, αλλά και με υψηλή κατανάλωση αλκοόλ. - Οι γυναίκες που είναι ικανοποιημένες με το περιβάλλον εργασίας στο σπίτι αναφέρουν περισσότερη σωματική δραστηριότητα.
-----------------------	---	---	--	-------------------------	---

Landbergis et al. (1998)	Εξετάζουν την σχέση μεταξύ των απαιτήσεων της εργασίας, πίεση της εργασίας και των καρδιαγγειακών ασθενειών που σχετίζονται με το κάπνισμα, το αλκοόλ, την έλλειψη άσκησης και την παχυσαρκία.	-Δεδομένα : Η μελέτη ξεκίνησε το 1985 για να εξεταστούν οι ψυχολογικοί παράγοντες και άλλοι παράγοντες που εμπλέκονται στην εξέλιξη της δημιουργίας της υπέρτασης. -Δείγμα : 2085 άνδρες υπάλληλοι και εργάτες, ηλικίας 30 μέχρι 60, σε εννέα δημόσια και ιδιωτικά εργοτάξια στην Νέα Υόρκη.	-Εξαρτημένες μεταβλητές :απαιτήσεις της εργασίας, πίεση εργασίας, αποφάσεις της εργασίας -Ανεξάρτητες μεταβλητές :δημογραφικά χαρακτηριστικά : φύλο, φυλή, εκπαίδευση, οικογενειακή κατάσταση, αριθμός παιδιών στο σπίτι. -αλκοόλ, κάπνισμα, δείκτης μάζα σώματος.	Λογιστική παλινδρόμηση.	-Η σημαντική σχέση μεταξύ της μείωσης αποφάσεων της εργασίας και της μείωσης του καπνίσματος μεταξύ των ανδρών πάνω από 3 χρόνια εξαρτάται από κοινωνικό-οικονομικούς παράγοντες και άλλους σημαντικούς παράγοντες. -Ωστόσο, αλλαγές στην κατανάλωση αλκοόλ ή στην παχυσαρκία δεν συσχετίζονται με αλλαγές στα εργασιακά χαρακτηριστικά.
Malinauskienė et al. (2011)	Διερευνούν την σχέση μεταξύ της αυτοεκτιμώμενης υγείας και των ψυχοκοινωνικών παραγόντων στην εργασία (απαιτήσεις της δουλειάς, έλεγχος της εργασίας) και του τρόπου ζωής (το κάπνισμα, το αλκοόλ, το υπερβολικό βάρος,) την ψυχική οδύνη, την ικανοποίηση από την εργασία και την αίσθηση της συνοχής.	-Δεδομένα : Η μελέτη πραγματοποιείται κατά την περίοδο 2005-2006 με τη χρήση του αντιπροσωπευτικού δείγματος των εσωτερικών νοσοκόμων στο τμήμα ιατρικής στα νοσοκομεία της Λιθουανίας -Δείγμα : Τα στοιχεία συλλέχθηκαν από 748 νοσηλευτές με τη χρήση ερωτηματολογίου.	-Εξαρτημένη μεταβλητή : η αυτοεκτιμώμενη υγεία -Ανεξάρτητες μεταβλητές: ηλικία, ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά της εργασίας. -παράγοντες του τρόπου ζωής (κάπνισμα, αλκοόλ, φυσική δραστηριότητα, δείκτης μάζα σώματος) -ψυχική οδύνη. -η αίσθηση της συνοχής.	Λογιστική παλινδρόμηση.	-Περίπου το 60,4% των νοσηλευτών βαθμολογούν την υγεία τους αρνητικά. -Στο προσαρμοσμένο μοντέλο για την ηλικία, οι υψηλές εργασιακές απαιτήσεις, ο χαμηλός έλεγχος της εργασίας, η χαμηλή κοινωνική υποστήριξη στην εργασία, η χαμηλή σωματική δραστηριότητα, το υπερβολικό βάρος, η παχυσαρκία, η ψυχική οδύνη, η δυσαρέσκεια για την δουλειά και η αδύναμη αίσθηση της συνοχής συνδέονται με αρνητικές αυτοεκτιμώμενες συμπεριφορές για την υγεία.

<p>Molarius et al. (2006)</p>	<p>Εξετάζουν πως οι κοινωνικοοικονομικές συνθήκες και ο τρόπος ζωής σχετίζονται με την αυτοεκτιμώμενη υγεία μεταξύ ανδρών και γυναικών στη Σουηδία.</p>	<p>-Δεδομένα : Η σχέση μεταξύ κοινωνικό-οικονομικών συνθηκών και παραγόντων του τρόπου ζωής, και της αυτοεκτιμώμενης υγείας εξετάζεται χρησιμοποιώντας ένα ταχυδρομικό ερωτηματολόγιο. Η περιοχή έρευνας καλύπτει 58 δήμους στο κεντρικό τμήμα της Σουηδίας. -Δείγμα : τυχαίος πληθυσμός ανδρών και γυναικών ηλικίας 18-79 ετών κατά τη διάρκεια του Μαρτίου-Μαΐου 2000. Το συνολικό ποσοστό ανταπόκρισης είναι 65%.</p>	<p>-Εξαρτημένη μεταβλητή: αυτοεκτιμώμενη υγεία. -Ανεξάρτητες μεταβλητές: κοινωνικό οικονομικοί παράγοντες :εκπαιδευτικό επίπεδο, επαγγελματική κατάσταση, -οικονομική δυσπραγία, ψυχολογικοί παράγοντες :κοινωνική υποστήριξη -παράγοντες τρόπου ζωής :δείκτης μάζα σώματος, επίπεδο φυσικής δραστηριότητας, συνήθεια καπνίσματος -φυσικές συνθήκες εργασίας. -ψυχοκοινωνικές συνθήκες εργασίας : ικανοποίηση από την εργασία.</p>	<p>-Διωνυμική λογιστική παλινδρόμηση</p>	<p>-Ισχυρότερη σύνδεση με χαμηλή αυτοεκτιμώμενη υγεία έχουν αυτοί που είναι υποτιμημένοι, που έχουν οικονομική δυσπραγία, που έχουν έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης. -Από τους παράγοντες του τρόπου ζωής, η έλλειψη σωματικής άσκησης, καθώς και τα λιποβαρή και τα παχυσαρκία άτομα σχετίζονται ανεξάρτητα με την χαμηλή αυτοεκτιμώμενη υγεία. Μεταξύ των μισθωτών, η δυσαρέσκεια της εργασίας, ο χαμηλός έλεγχος της εργασίας, και η ανησυχία για να χάσει κάποιος τη δουλειά του δείχνουν επίσης ισχυρές ενώσεις με την κακή αυτοεκτιμώμενη υγεία. -Το καθεστώς απασχόλησης συνδέεται έντονα με την αυτοεκτιμώμενη υγεία.</p>
-------------------------------	---	--	--	--	--

<p>Morris et al (1992)</p>	<p>Εκτιμούν την επίδραση της ανεργίας και της πρόωρης συνταξιοδότησης σε σχέση με το κάπνισμα, την κατανάλωση αλκοόλ και το σωματικό βάρος στη μέση ηλικία Βρετανών ανδρών.</p>	<p>-Δεδομένα :Μια γενική πρακτική σε 24 πόλεις σε Βρετανία. -Δείγμα : 6057 άνδρες ηλικίας 40-59 ετών που απασχολούνται συνεχώς για πέντε χρόνια πριν από την αρχική εξέταση. Πέντε χρόνια μετά την εξέταση 4412 άνδρες απασχολούνται αδιαλείπτως και 1645 άνδρες που έχουν βιώσει κάποια μορφή ανεργίας ή συνταξιοδοτήθηκαν.</p>	<p>-Εξαρτημένες μεταβλητές : ο αριθμός των τσιγάρων, η ποσότητα αλκοόλ που καταναλώνεται ανά εβδομάδα, ο δείκτη μάζας σώματος. -Ανεξάρτητες μεταβλητές : συνεχώς απασχολούμενοι, μη συνεχής απασχόληση, άνεργοι λόγω ανεργίας, άνεργοι για άλλους λόγους, συνταξιούχοι λόγω ασθένειας, συνταξιούχοι για άλλους λόγους.</p>	<p>-Λογιστική παλινδρόμηση</p>	<p>-Η απώλεια της εργασίας δεν συσχετίζεται με αυξημένο κάπνισμα ή αλκοόλ, αλλά συνδέεται με αυξημένη πιθανότητα για απόκτηση βάρους. -Οι μακροπρόθεσμες επιπτώσεις των υψηλότερων επιπέδων καπνίσματος και κατανάλωσης αλκοόλ πριν από την ανεργία θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη όταν συγκρίνουμε θνησιμότητα και νοσηρότητα σε ομάδες ανέργων και αυτοαπασχολούμενων.</p>
<p>Ostry et al. (2006)</p>	<p>Εξετάζουν την σχέση ψυχοκοινωνικών και άλλων εργασιακών συνθηκών και του δείκτη μάζα σώματος.</p>	<p>-Δεδομένα :Μια πληθυσμιακή έρευνα που διεξάγεται μέσω τηλεφώνου από ένα τυχαίο δείγμα στην πολιτεία της Βικτόρια στην Αυστραλία. -Δείγμα : Ένα σύνολο από 1101 συνεντεύξεις, 526 άνδρες και 575 γυναίκες. (18 ετών και άνω και να εργάζονται κατά το χρόνο της έρευνας)</p>	<p>-Εξαρτημένη μεταβλητή: Δείκτη μάζα σώματος. -Ανεξάρτητες μεταβλητές : Εργασιακές συνθήκες: ψυχολογική ζήτηση, έλεγχος της εργασίας, σωματική ζήτηση στην εργασία. -Εργασία κατά βάρδιες -Δημογραφικά στοιχεία: ηλικία, επίπεδο εκπαίδευσης, τα παιδιά που ζουν στο σπίτι, επαγγελματική κατάσταση, οικογενειακή κατάσταση.</p>	<p>Γραμμική παλινδρόμηση.</p>	<p>-Για τους άνδρες, μεγάλη προσπάθεια και πολλές ώρες εργασίας συσχετίζονται με υψηλότερη μέση τιμή του δείκτη μάζα σώματος. -Για τις γυναίκες, χαμηλή αμοιβή συσχετίζεται με χαμηλότερη μέση τιμή του δείκτη μάζα σώματος. -Υψηλή ψυχολογική ζήτηση και υψηλή προσπάθεια συνδέονται με αυξημένο δείκτη μάζα σώματος.</p>

<p>Sarlio-Lahteenkorva και Lahelma (1999)</p>	<p>Αναλύουν τις επιπτώσεις της τρέχουσας παχυσαρκίας στην τρέχουσα απασχόληση και την μακροχρόνια ανεργία</p>	<p>-Δεδομένα : από τη Φιλανδική έρευνα «Survey of Living Conditions» που πραγματοποιείται σε εθνικό επίπεδο το 1994. -Δείγμα : πληθυσμός ηλικίας πάνω από 15 ετών.(αποκλείονται γυναίκες που έχουν πάνω από 4 παιδιά).</p>	<p>-Εξαρτημένες μεταβλητές :δείκτης μάζα σώματος. -Ανεξάρτητες μεταβλητές :ηλικία, εισόδημα, εκπαίδευση, ανεργία</p>	<p>Λογιστική παλινδρόμηση</p>	<p>-Για τις γυναίκες, το υπερβολικό βάρος συσχετίζεται με την τρέχουσα ανεργία και η παχυσαρκία συσχετίζεται με την μακροχρόνια ανεργία. -Η παχυσαρκία και τα άτομα που είναι υπέρβαρα συνδέονται με χαμηλές αποδοχές. -Οι παχύσαρκες γυναίκες είναι πιο πιθανό να έχουν χαμηλό ατομικό εισόδημα.</p>
<p>Vasse et al. (1998)</p>	<p>Εξετάζουν ένα μοντέλο αλληλεπίδρασης για τις σχέσεις μεταξύ του εργασιακού άγχους, του στρες, της κατανάλωσης αλκοόλ και της απουσίας νοσηρότητας.</p>	<p>-Δεδομένα :Η μελέτη είναι μέρος του προγράμματος υγείας εργοταξίου (Worksite Health Project) περιλαμβάνοντας το πρόγραμμα βοήθειας για υπαλλήλους(an Employee Assistance) και το πρόγραμμα προώθηση της υγείας (a Health Promotion) στην Ολλανδία. -Δείγμα : 471 εργάτες από δυο τμήματα συλλογής σκουπιδιών και υπάλληλοι από φαρμακευτική εταιρεία.</p>	<p>-Εξαρτημένες μεταβλητές : στρεσογόνοι παράγοντες της εργασίας, άγχος, κατανάλωση αλκοόλ και απουσία λόγω ασθένειας. Ανεξάρτητες μεταβλητές : Κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά (φύλο, ηλικία, εκπαίδευση, οικογενειακή κατάσταση), τύπος εργασίας (εργάτες και υπάλληλοι) και η καπνιστική συμπεριφορά.</p>	<p>Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση. Πολυμεταβλητή λογιστική παλινδρόμηση.</p>	<p>-Το στρες αυξάνει τον κίνδυνο απουσίας από την εργασία λόγω ασθένειας σε σύγκριση με την μέτρια κατανάλωση αλκοόλ. - Δεν υπάρχει μια σημαντική σχέση μεταξύ της υπερβολικής κατανάλωσης αλκοόλ και της νοσηρότητας. - Το άγχος επηρεάζει τις σχέσεις μεταξύ άγχους και κατανάλωσης αλκοόλ, καθώς και μεταξύ άγχους και απουσίας λόγω ασθένειας (το άγχος μπορεί να οδηγήσει σε αύξηση της κατανάλωσης αλκοόλ, καθώς επίσης και να προκαλέσει απουσία από την εργασία λόγω ασθένειας).</p>

<p>Watson et al. (2003)</p>	<p>Εξετάζουν τις σχέσεις μεταξύ καπνίσματος εθνικότητας, κοινωνικοοικονομικής κατάστασης και μεταβλητές τρόπου ζωής μεταξύ 715 γυναικών (43,6% Καυκάσιες και 56,4% Λευκές).</p>	<p>-Δεδομένα : αυτή η μελέτη είναι μέρος μιας αξιολόγησης (δύο χρόνων) των καθοριστικών παραγόντων της αύξησης του βάρους σε καυκάσιες και λευκές γυναίκες. -Δείγμα : 715 συμμετέχοντες έχουν προσληφθεί στην κοινότητα μεταξύ των ετών 1994 και 1997.</p>	<p>-Εξαρτημένη μεταβλητή: κάπνισμα. -Ανεξάρτητες μεταβλητές Δημογραφικά χαρακτηριστικά : ηλικία, εκπαίδευση, επάγγελμα, ετήσιο οικογενειακό εισόδημα, επαγγελματική κατάσταση. -Ιστορικό καπνίσματος - Τρόπος ζωής και άλλοι παράγοντες κινδύνου για την υγεία : διαιτητική πρόσληψη και δείκτης μάζα σώματος.</p>	<p>-Λογιστική παλινδρόμηση -Πολυωνυμική Λογιστική παλινδρόμηση.</p>	<p>-Οι λευκές καπνίστριες αρχίζουν το κάπνισμα πολύ νωρίτερα και αναφέρουν ότι καπνίζουν περισσότερο τσιγάρα την ημέρα από ό, τι οι καυκάσιες καπνίστριες. -Οι λευκές έχουν περισσότερες πιθανότητες να καπνίζουν από τις καυκάσιες, αυτό το εύρημα ταιριάζει και με την κατανάλωση αλκοόλ. - Ο δείκτης μάζα σώματος, το διαιτητικό λίπος, και η πρόσληψη ενέργειας δεν σχετίζεται σημαντικά με το κάπνισμα ή την εγκατάλειψη του καπνίσματος.</p>
<p>Zarka et al. (2009)</p>	<p>Μελετούν το βάρος, που σχετίζεται με αντιλήψεις και συμπεριφορές στον τρόπο ζωής των νοσηλευτών και διερευνούν τη σχέση των δημογραφικών χαρακτηριστικών, της υγείας, του βάρους και των χαρακτηριστικών της εργασίας με το τρόπο ζωής.</p>	<p>-Δεδομένα : Η μελέτη διεξάγεται σε έξι νοσοκομεία στην κεντρική Μασσαχουσέτη ως μέρος μιας εργασίας για την πρόωθηση υγιεινών συμπεριφορών που αποτρέπουν ή μειώνουν την παχυσαρκία -Δείγμα : 194 νοσηλευτές από έξι νοσοκομεία συμμετέχουν σε βιοκλιλικές μετρήσεις.</p>	<p>-Εξαρτημένη μεταβλητή : Δείκτης Μάζα Σώματος -Ανεξάρτητες μεταβλητές : Δημογραφικά χαρακτηριστικά : ηλικία, φύλο, φυλή / εθνικότητα, οικογενειακή κατάσταση και εκπαίδευση. -Χαρακτηριστικά που έχουν σχέση με την υγεία : το κάπνισμα και παράγοντες κινδύνου για την υγεία (υπέρταση και υψηλή χοληστερόλη). -Εργασιακά χαρακτηριστικά : τα έτη που εργάζονται στο νοσοκομείο, ώρες εργασίας την εβδομάδα, δεύτερη</p>	<p>Παλινδρόμηση Poisson.</p>	<p>-Η πλειοψηφία των νοσηλευτών είναι υπέρβαροι και παχύσαρκοι, και μερικοί δεν συμμετέχουν ενεργά σε συμπεριφορές διαχείρισης βάρους. -Η αυτοεκτιμώμενη υγεία, η διατροφή και η σωματική δραστηριότητα είναι σε χαμηλά επίπεδα, αν και μεταβλητά ανάλογα με το φύλο, την ηλικία και την βάρδια. -Οι άνδρες αναφέρουν περισσότερη κατανάλωση φρούτων και λαχανικών ανά ημέρα, περισσότερη άσκηση και είναι πιο πιθανό να</p>

			<p>δουλειά, βάρδιες , το άγχος της εργασίας, το νοσοκομειακό περιβάλλον και η συνολική ικανοποίηση από την εργασία. -Σωματική Δραστηριότητα - Συνήθειες διατροφής :φρούτα και λαχανικά και κατανάλωση λίπους.</p>		<p>περπατούν κατά τη διάρκεια των διαλλειμάτων σε σχέση με τις γυναίκες. -Νοσηλεύτριες άνω των 40 ετών περπατούν περισσότερο κατά την διάρκεια των διαλλειμάτων, σε σχέση με τις νεότερες γυναίκες, καθώς και εκείνες που δεν είναι παντρεμένες καταναλώνουν πολύ λιγότερο ποσοστό θερμίδων από λίπος.</p>
--	--	--	---	--	--

Πηγή : Ιδία Επεξεργασία

**Πίνακας Α₂ :Εμπειρικές Μελέτες Ελληνικής Βιβλιογραφίας
(Lifestyle)**

ΜΕΛΕΤΗ	ΣΚΟΠΟΣ	ΔΕΔΟΜΕΝΑ	ΜΕΤΑΒΑΗΤΕΣ	ΜΟΝΤΕΛΟ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
Beletsioti και Scriven (2006)	Προσδιορίζουν τα ποσοστά επιπολασμού του καπνίσματος μεταξύ των νοσηλευτών στην Αθήνα. Μετρούν τη σχέση ανάμεσα στο κάπνισμα που σχετίζεται με το εργασιακό στρες. Ελέγχουν την παραδοχή ότι οι νοσηλευτές χρησιμοποιούν το κάπνισμα ως μηχανισμό αντιμετώπισης του άγχους.	-Δεδομένα : Η έρευνα διεξάγεται σε τρία διαφορετικά νοσοκομεία. Ένα στρατιωτικό και δύο δημόσια επελέγονται επειδή αντιπροσωπεύουν διαφορετικές θέσεις εργασίας, με διαφορετικές πολιτικές. -Δείγμα : ειδικευμένοι νοσοκόμοι που απασχολούνται στα νοσοκομεία της Αθήνας είναι οι ερωτηθέντες.	-Δημογραφικά στοιχεία. - Το κάπνισμα. - Τη στάση που σχετίζεται με το κάπνισμα. - Την εμπειρία του εργασιακού άγχους. -Την αρμοδιότητα να συμμετάσχουν σε προγράμματα διακοπής του καπνίσματος.	-Chi-squared test -Ανάλυση συσχέτισης κατά Pearson.	-Ο επιπολασμός του καπνίσματος μεταξύ των Ελλήνων ειδικών νοσηλευτών είναι μεγαλύτερος από αυτών που αναφέρθηκαν στο γενικό ελληνικό πληθυσμό. -Σχεδόν το ήμισυ των νοσηλευτών του δείγματος είναι καπνιστές, σχεδόν το ένα τέταρτο είναι πρώην καπνιστές, με μόλις λιγότερο από το ένα τρίτο είναι μη καπνιστές. -Το 11% των καπνιστών του δείγματος εξέφρασε την επιθυμία να σταματήσει μέσα στον επόμενο μήνα, ένα άλλο 12% τους επόμενους 6 μήνες και το 23% των σημερινών καπνιστών είναι ακόμα στο στάδιο του προστοχασμού. -Οι κύριοι λόγοι για να συνεχίσει κανείς να καπνίζει είναι η απόλαυση του καπνίσματος ως μηχανισμός αντιμετώπισης του άγχους. -Τέλος, η πλειοψηφία των ερωτηθέντων επιβεβαίωσε το σημαντικό ρόλο που διαδραματίζουν οι ίδιοι ως πρότυπα για την προώθηση των συμπεριφορών υγείας στους ασθενείς τους.
Bertsias et al (2003)	Μελετούν το υπερβολικό βάρος και την παχυσαρκία σε σχέση με	-Δεδομένα : Η έρευνα πραγματοποιείται στο πλαίσιο της κατάρτισης «Διατροφή Κλινική», η	-Εξαρτημένες μεταβλητές: Βιοκλινικοί παράγοντες και βιοχημικές αναλύσεις αίματος ελήφθησαν.	-Γραμμική παλινδρόμηση. -Λογιστική παλινδρόμηση.	-Περίπου το 40% των ανδρών και 23% των γυναικών έχουν δείκτη μάζας σώματος μεγαλύτερο από 25,0 kg/m ² . -Ο μέσος όρος της

	το κίνδυνο καρδιαγγειακής νόσου μεταξύ των φοιτητών της ιατρικής στην Κρήτη.	οποία υποβάλλεται στο τρίτο έτος της ιατρικής στο Πανεπιστήμιο Κρήτης. -Δείγμα : 989 τριτοετείς φοιτητές της Ιατρικής (527 άνδρες, 462 γυναίκες), ηλικίας 20- 24 ετών, έχουν προσληφθεί από το Πανεπιστήμιο της Κρήτης κατά την περίοδο 1989-2001.	-Ανεξάρτητες μεταβλητές : Δείκτης μάζα σώματος και περιφέρεια μέσης και ισχίων. -Τρόπος ζωής (κάπνισμα και κατανάλωση αλκοόλ). -Ιατρικό οικογενειακό ιστορικό των καρδιαγγειακών παθήσεων.		παχυσαρκίας βρέθηκε στο 33,4% των ανδρών φοιτητριών και 21,7% των γυναικών φοιτητριών. -Ο δείκτης μάζα σώματος είναι ο ισχυρότερος προγνωστικός δείκτης της υπέρτασης.
Koukoulis et al (2010)	Διερευνούν την ύπαρξη της παχυσαρκίας σε ενήλικες σε μια μεγάλη περιοχή της Κεντρικής Ελλάδας.	-Δεδομένα : Η Ελληνική Ενήλικη Περιφερειακή Έρευνα Παχυσαρκίας (ΑΡΓΟΣ) διεξάγεται στην περιοχή της Θεσσαλίας, Κεντρική Ελλάδα, με πληθυσμό 625.000 ενηλίκων κατοίκων που ζουν σε αστικές (60%) και αγροτικές (40%) περιοχές -Δείγμα : Η ομάδα-στόχος είναι ενήλικες ηλικίας 18 έως 79 ετών (852 άτομα) οι οποίοι είναι κάτοικοι της Θεσσαλίας για ένα έτος τουλάχιστον.	-Εξαρτημένη μεταβλητή : Δείκτης μάζας σώματος -Ανεξάρτητη μεταβλητή: Περίμετρος μέσης και ισχίου καθώς και το σωματικό λίπος -Τρόπος ζωής (κάπνισμα, διατροφικές συνήθειες, κατανάλωση αλκοόλ).	Γραμμική παλινδρόμηση.	-Ο μέσος δείκτης μάζας σώματος για το σύνολο του πληθυσμού είναι σημαντικά υψηλότερος στους άνδρες από ό, τι στις γυναίκες. -Ο συνολικός επιπολασμός της παχυσαρκίας είναι 26,6% και κατανέμεται εξίσου μεταξύ ανδρών (27,8%) και γυναικών (25,6%), ενώ ο επιπολασμός των υπέρβαρων είναι 39,4% (50,8% για τους άνδρες έναντι 29,3% για τις γυναίκες). -Ο επιπολασμός των υπέρβαρων (19,5%) και η παχυσαρκία (9,4%), στην ηλικιακή γκάμα 18-29 σχεδόν διπλασιάστηκε την επόμενη δεκαετία και έφτασε την υψηλότερη τιμή, αντίστοιχα, στις ηλικίες από 50 έως 59 ετών (48.2%), και στις ηλικίες 60 έως 70 ετών (38,9%).
Mammas et al (2003)	Μελετούν τη χρήση του καπνού, την	-Δεδομένα : Η έρευνα πραγματοποιείται στο πλαίσιο	-Εξαρτημένη μεταβλητή : κάπνισμα -Ανεξάρτητη	-Chi-square χ^2 test. -Ανάλυση συνδιασπορ	-Ο επιπολασμός του καπνίσματος στους άνδρες και τις γυναίκες είναι 33,2%

	κατανάλωση αλκοόλ και λιποπρωτεϊνών μεταξύ των φοιτητών του Πανεπιστημίου Κρήτης της Ιατρικής Σχολής.	της «Διατροφή Κλινική», η οποία υποβάλλεται στο τρίτο έτος ιατρικής στο Πανεπιστήμιο Κρήτης στην Ιατρική Σχολή. -Δείγμα : Ένα σύνολο από 849 τριτοετείς φοιτητές (462 άνδρες και 387 γυναίκες) συμμετέχουν στην έρευνα.	μεταβλητή : Βιοχημικά μέτρα -Κατανάλωση αλκοόλ - Εκχώρηση των παραγόντων κινδύνου για καρδιαγγειακά νοσήματα	άς (ANCOVA).	(N = 150) και 28,4% (N = 108), αντίστοιχα (μέσο τσιγάρο 13/μέρα). -349 άνδρες (77.2%) και 220 γυναίκες (58.0%) καταναλώνουν αλκοόλ σε τακτική βάση.
Madianos et al (1995)	Ερευνούν τα πρότυπα κατανάλωσης αλκοόλ και των σχετικών προβλημάτων που προκύπτουν απ' αυτό.	-Δεδομένα : Η έρευνα διεξάγεται στο πλαίσιο 4-μηνών και διαρκεί από τον Μάρτιο έως Ιούνιο του 1984. -Δείγμα: 4290 άτομα (1940 άνδρες και 2350 γυναίκες), ηλικίας 12-17 ετών, 18-24 ετών και 25-64 ετών.	-Εξαρτημένη μεταβλητή : αλκοόλ -Ανεξάρτητες μεταβλητές : φύλο, ηλικία, προβλήματα που συσχετίζονται με το αλκοόλ, υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ από τα μέλη της οικογένειας, συστηματικό κάπνισμα, επισκέψεις στον ψυχίατρο πάνω από 1-2 φορές στο παρελθόν, κοινωνικοοικονομική κατάσταση, απόπειρα αυτοκτονίας κατά τους τελευταίους 12 μήνες, εγκατάλειψη του σχολείου.	-Chi-square χ^2 test.	-Η συχνότητα και η ποσότητα της κατανάλωσης του αλκοόλ αυξάνει όσο αυξάνεται η ηλικία. -Οι άνδρες πίνουν αλκοόλ πιο συχνά και σε μεγαλύτερες ποσότητες από ό, τι οι γυναίκες -Ένα υψηλότερο ποσοστό των νεαρών ενηλίκων αναφέρουν προβλήματα με το αλκοόλ, σε σύγκριση με τις άλλες ηλικιακές ομάδες -Γεωγραφικές διακυμάνσεις στη συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ παρατηρήθηκαν. -Ωστόσο, δεν βρέθηκαν διαφορές στην γεωγραφική κατανομή των ατόμων όλων των ηλικιακών ομάδων που αναφέρουν προβλήματα με το αλκοόλ.
Mazokopakis et al (2004)	Εκτιμούν το επιπολασμό της παχυσαρκίας μεταξύ του πληρώματος ενός ελληνικού πολεμικού πλοίου και υπογραμμίζουν την	-Δεδομένα : Η μελέτη διεξάγεται σε ένα πολεμικό πλοίο των ενόπλων δυνάμεων, μεταξύ Φεβρουαρίου και Ιουλίου το 1998. -Δείγμα : 274	-Δημογραφικά χαρακτηριστικά : ηλικία -Η τρέχουσα συνήθεια του καπνίσματος, αριθμός των τσιγάρων ανά ημέρα και τα έτη καπνίσματος. -Η ηλικία και το χρονικό διάστημα	-Student t-test -Ανάλυση συσχέτισης κατά Pearson.	-Το 26,5% των συμμετεχόντων είναι υπέρβαροι και το 4,7% παχύσαρκοι. -Ο Δείκτη μάζας σώματος συσχετίζεται με την ηλικία, και τα πακέτα τσιγάρων, και αντιστρόφως συσχετίζεται με την αερόβια άσκηση. -Καμία σημαντική

	δυναμική σχέση του δείκτη μάζας σώματος.	άνδρες ενός ελληνικού πολεμικού πλοίου, ηλικίας μεταξύ 19 και 38 ετών.	(πριν ή μετά την είσοδο στο Πολεμικό Ναυτικό) της έναρξης του καπνίσματος -Κατανάλωση αλκοόλ. -Αερόβια άσκηση κατά τη διάρκεια του ελεύθερου χρόνου. -Η παρουσία / απουσία από οποιοδήποτε ιστορικό πρόωρης στεφανιαίας νόσου μεταξύ συγγενών πρώτου βαθμού -Βιοκλινικοί παράγοντες (ύψος, βάρος, δείκτης μάζα σώματος).		συσχέτιση δεν βρέθηκε μεταξύ του δείκτη μάζα σώματος και της κατανάλωσης αλκοόλ.
Panagiotakos et al (2004)	Αξιολογούν την κατάσταση του υπερβολικού βάρους και της παχυσαρκίας σε ένα τυχαίο δείγμα Ελλήνων.	-Δεδομένα : Η μελέτη «ΑΤΤΙΚΗ» είναι μια έρευνα για την υγεία και τη διατροφή που πραγματοποιείται στην περιοχή της Αττικής (συμπεριλαμβανομένου 78% των αστικών περιοχών και 22% των αγροτικών περιοχών) στην Ελλάδα. -Δείγμα : Από το 2001 έως το 2002, 1514 άνδρες (20 έως 87 ετών) και 1528 γυναίκες (20 έως 89 ετών) συμμετέχουν στη μελέτη.	-Εξαρτημένη μεταβλητή: δείκτης μάζα σώματος. Ανεξάρτητες μεταβλητές : Κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά (ηλικία, εκπαίδευση, μέσο ετήσιο εισόδημα, επαγγελματική κατάσταση). - Τρόπος ζωής (κάπνισμα, φυσική άσκηση, κατανάλωση φρούτων, κατανάλωση αλκοόλ) -Βιοκλινικοί παράγοντες.(αρτηριακή πίεση αίματος κλπ)	- Λογιστική παλινδρόμηση -Γραμμική παλινδρόμηση.	-Ο επιπολασμός των υπέρβαρων και παχύσαρκων ατόμων είναι 53% και 20% στους άνδρες και 31% και 15% στις γυναίκες. - Η προσαρμοσμένη ανά ηλικία επικράτηση της παχυσαρκίας παρατηρείται σε άνδρες ηλικίας άνω των 40 χρόνων και σε γυναίκες μεταξύ 50 και 59 ετών. - Η παχυσαρκία κυμαίνεται από 10% στις αγροτικές έως 25% στις αστικές περιοχές, αλλά αυτή η διαφορά εξηγείται κυρίως από τις διαφορές στην επαγγελματική κατάσταση. -Επιπλέον, οι παχύσαρκοι και υπέρβαροι συμμετέχοντες είναι μεγαλύτερης ηλικίας, λιγότερο μορφωμένοι, με πιο συχνή καθιστική ζωή, καταναλώνουν μεγαλύτερες ποσότητες αλκοολούχων ποτών,

					και αδιαφορούν για την ανθυγιεινή διατροφή σε σύγκριση με εκείνους που έχουν φυσιολογικό βάρος.
Pappas et al (2005)	Διερευνούν την κατάσταση της υγείας των νοσηλευτών που εργάζονται σε νοσοκομεία στη Βορειοδυτική ή Ελλάδα και εξετάζουν την σχέση μεταξύ της αυτοεκτιμώμενης υγείας που σχετίζεται με τον τρόπο ζωής και τα εργασιακά χαρακτηριστικά σε αυτή την ομάδα των εργαζομένων του νοσοκομείου.	-Δεδομένα : Η μελέτη διεξάγεται σε επτά νοσοκομεία της Βορειοδυτικής Ελλάδας, η οποία κατά το χρόνο αυτό απασχολούν 1329 νοσηλευτές. Δείγμα : Ένα αυτοδιοικούμενο ερωτηματολόγιο διανέμεται σε ένα τυχαίο δείγμα 443 νοσοκόμων που εργάζονται σε όλα τα νοσοκομεία στη Βορειοδυτική Ελλάδα.	-Εξαρτημένη μεταβλητή: αυτοεκτιμώμενη υγεία -Ανεξάρτητες μεταβλητές: κοινωνικοδημογραφικοί παράγοντες : το φύλο, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση και το μορφωτικό επίπεδο - Εργασιακά χαρακτηριστικά : θέση, εκ περιτροπής αλλαγή εργασίας, τα συνολικά χρόνια που εργάζονται ως νοσοκόμοι, και το τμήμα στο οποίο απασχολούνται. -Τρόπος ζωής: το κάπνισμα, η κατανάλωση αλκοόλ, η φυσική δραστηριότητα, οι διατροφικές συνήθειες, η κατανάλωση φυτικών ινών, η μέση διάρκεια ύπνου, ο δείκτης μάζας σώματος.	Λογιστική παλινδρόμηση	-Σχεδόν οι μισές νοσοκόμες καπνίζουν, και περίπου το ένα τρίτο είναι υπέρβαρες ή παχύσαρκες. Περίπου το 58% (206) των νοσηλευτών αναφέρουν ότι έχουν κακή υγεία, ενώ το 42% (147) αναφέρουν ότι έχουν καλή υγεία. - Η αυτοεκτιμώμενη υγεία συνδέεται ανεξάρτητα με το φύλο, την προσπάθεια για την αποφυγή λιπαρών τροφών και τη σωματική δραστηριότητα.
Pazarlis et al (2006)	Αναλύουν τις κοινωνικό-δημογραφικές συσχετίσεις της κατανάλωσης αλκοόλ μεταξύ των Ελλήνων υγιών ενηλίκων.	-Δεδομένα : προέρχονται από 5.500 ενήλικα άτομα σε 26 ελληνικές επαρχίες και αντλούνται από την Ευρωπαϊκή βάση δεδομένων στο πλαίσιο της εθνικής αντικαρκινικής Ελληνικής εκστρατείας. -Δείγμα : 5.500 άτομα (2.948 γυναίκες, 2.552 άνδρες, ηλικίας 21 έως 97)	-Εξαρτημένη μεταβλητή: κατανάλωση αλκοόλ -Ανεξάρτητες μεταβλητές : ηλικία εκπαίδευση, οικογενειακή κατάσταση, αριθμός γιών, επάγγελμα, κοινότητα, νησί ή γη, δείκτης μάζας σώματος.	Λογιστική παλινδρόμηση.	-Το 42,5% των ανδρών και 82,5% των γυναικών δεν καταναλώνουν αλκοολούχα ποτά. Μεταξύ των χρηστών, η καθημερινή κατανάλωση αλκοόλ είναι 28,50 g ανά ημέρα για τους άνδρες και 9.85 g ανά ημέρα για τις γυναίκες. -Στους άνδρες, οι νεότεροι, οι αγρότες και τεχνίτες έχουν μεγαλύτερη τάση για κατάχρηση αλκοόλ. Μεταξύ των

		συμμετέχουν στη μελέτη μεταξύ της περιόδου 2000 - 2004.			γυναικών, το ποσοστό των καταναλωτών και των καταχραστών είναι κυρίως πιο υψηλά μεταξύ των νεότερων ατόμων, ιδιαίτερα μεταξύ εκείνων που ζουν σε αστικές περιοχές της ηπειρωτικής χώρας, με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο, εργαζόμενοι και ελεύθεροι επαγγελματίες.
Rachiotis et al (2009)	Διερευνούν το επιπολασμό του καπνίσματος σε ένα εργαζόμενο πληθυσμό.	-Δεδομένα : Ένα ερωτηματολόγιο σχετικά με τη συνήθεια του καπνίσματος διανέμεται σε όλους τους εργαζομένους (n = 1.200) σε τέσσερις εταιρείες στην Ελλάδα. -Δείγμα : 1005 εργαζόμενοι και εργάτες (ποσοστό ανταπόκρισης: 84%).	-Καπνιστικές συνήθειες (νυν καπνιστής, μη καπνιστής, αριθμός των τσιγάρων ανά ημέρα, χρόνος πακέτο) -Δημογραφικά χαρακτηριστικά (φύλο, ηλικία, επάγγελμα, μορφωτικό επίπεδο).	-Student's test -Chi-square test	-Το 48,4% των εργαζομένων δηλώνουν καπνιστές και δεν παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς το φύλο, την ηλικία, την εκπαίδευση και την εργασία. -Η μέση κατανάλωση τσιγάρων ανά ημέρα είναι 25,54 και καμία διαφορά δεν παρατηρείται με το επάγγελμα.
Tzotzas et al (2004)	Διερευνούν πιθανούς παράγοντες, όπως η ηλικία, το φύλο, η κοινωνικοοικονομική κατάσταση (μορφωτικό επίπεδο και επάγγελμα), οι καπνιστικές συνήθειες και η φυσική δραστηριότητα, που θα μπορούσαν να επηρεάσουν το Δείκτη Μάζας Σώματος σε ένα μεγάλο δείγμα	-Δεδομένα : Η έρευνα είναι μέρος μιας μεγάλης κλίμακας επιδημιολογικής μελέτης που πραγματοποιείται σε μεγάλες περιοχές της Ελλάδας, Σερβίας και Τουρκίας με στόχο την παροχή πρωτοαναφερόμενων δεδομένων για τον επιπολασμό της παχυσαρκίας σε αυτές τις χώρες. -Δείγμα : 4032 ενήλικες (1296 άνδρες και 2736 γυναίκες), ηλικίας $44,3 \pm 14,5$.	-Εξαρτημένες μεταβλητές : δείκτης μάζα σώματος. (ύψος, βάρος) -Ανεξάρτητες μεταβλητές : ηλικία, εκπαίδευση, επαγγελματική κατάσταση, κάπνισμα, φυσική δραστηριότητα.	-Λογιστική παλινδρόμηση	Ο επιπολασμός της παχυσαρκίας είναι υψηλότερος στις γυναίκες, και στη μέση ηλικία, στους εργαζόμενους των αστικών περιοχών, λιγότερο μορφωμένων και μη-καπνιστών ενώ οι άνδρες έχουν υψηλότερη πιθανότητα να είναι υπέρβαροι ,μεγαλύτερης ηλικίας, λιγότερο μορφωμένων και μη-καπνιστών.

	των Ελλήνων της Κεντρικής Μακεδονίας				
Vagropoulos et al (2006)	Καταγράφηκαν τις καπνιστικές συνήθειες των εργαζομένων στο Γενικό Νοσοκομείο Σερρών.	-Δεδομένα: Η έρευνα διεξάγεται από τον Οκτώβριο του 2003 έως το Γενάρη του 2004. -Δείγμα : Όλο το προσωπικό του νοσοκομείου στο Γενικό Νοσοκομείο Σερρών.	-Εξαρτημένες μεταβλητές : μη-καπνιστές ή πρώην καπνιστές, νυν καπνιστές. -Ανεξάρτητες μεταβλητές : φύλο, ηλικία, τμήμα στο οποίο απασχολούνται. - Η ποσότητα των τσιγάρων που καπνίζουν ανά ημέρα. -Η ποσότητα των τσιγάρων που κάπνιζαν κατά την διάρκεια της εργασία τους. - Ρωτήθηκαν αν υποφέρουν από ασθένειες που σχετίζονται με το καπνό όπως η υπέρταση, η στεφανιαία νόσος και αναπνευστικά προβλήματα. -Τέλος, τους ζητήθηκε να αναφέρουν αν κάποιο μέλος της οικογένειάς τους είναι καπνιστής.	Οι διαφορές εξετάστηκαν για στατιστική σημασία με το τεστ χ^2 για τις κατηγορικές μεταβλητές.	-Το 50% είναι καπνιστές και 50% είναι μη -καπνιστές από τους οποίους 101 (32%) ήταν πρώην καπνιστές. -Η επικράτηση του καπνίσματος είναι υψηλότερη μεταξύ των νοσηλευτών (57%) και χαμηλότερη μεταξύ των γιατρών (31%). - Οι άντρες καπνιστές (42%) είναι πολύ περισσότεροι από τις γυναίκες καπνίστριες (54%) σε όλες τις ηλικιακές ομάδες μέχρι την ηλικία των 60 ετών, ενώ το αντίστροφο ισχύει στον ελληνικό πληθυσμό (47% και 29%, αντίστοιχα). -Το υψηλότερο ποσοστό καπνιστών είναι στην ηλικιακή ομάδα των 31 - 40 χρόνων (60%), ενώ άνω των εξήντα ετών έχουν το μικρότερο ποσοστό καπνίσματος (29%). - Το 70% των καπνιστών έχουν τουλάχιστον ένα μέλος της οικογένειάς που είναι καπνιστής έναντι το 49% των μη-καπνιστών. Η συντριπτική πλειοψηφία των καπνιστών (94%) συνεχίζουν να καπνίζουν στο νοσοκομείο, εκ των οποίων το 62% καπνίζουν περισσότερο από 5 τσιγάρα ενώ βρίσκονται στο πόστο τους.

<p>Yannakouli a et al (2008)</p>	<p>Αξιολογούν την παχυσαρκία για πέντε χρόνια σε ένα δείγμα ενήλικων και διερευνούν την πιθανή επίδραση των διαφόρων κοινωνικό-δημογραφικών χαρακτηριστικών και συνήθειων του τρόπου ζωής για την αλλαγή του βάρους και της παχυσαρκίας αυτών των ατόμων.</p>	<p>-Δεδομένα : Η μελέτη «ΑΤΤΙΚΗ» διεξάγεται στην επαρχία της Αττικής (συμπεριλαμβανόμενου 78% των αστικών περιοχών και 22% των αγροτικών περιοχών), στην Ελλάδα, κατά τη διάρκεια της περιόδου 2001 – 2002. -Δείγμα : άνδρες (1514) και γυναίκες (1528) πάνω από 18 χρονών, χωρίς καμία κλινική απόδειξη της καρδιαγγειακής νόσου, που ζουν στην περιοχή της Αττικής. Η δειγματοληψία είναι τυχαία. Το 2006, η πενταετή παρακολούθηση γίνεται μέσω τηλεφωνικών κλήσεων ή προσωπικών επισκέψεων.</p>	<p>-Εξαρτημένη μεταβλητή : δείκτη μάζα σώματος -Ανεξάρτητη μεταβλητή : διάφορα κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά(ηλικία, φύλο, μέσο ετήσιο εισόδημα, έτη εκπαίδευσης). -Τρόπο ζωής (διατροφή, κατανάλωση φρούτων, άσκηση και κάπνισμα, κατανάλωση αλκοόλ). -Βιοχημικά και κλινικά χαρακτηριστικά.(αρτηριακή πίεση αίματος, ύψος, βάρος).</p>	<p>Πολλαπλή λογιστική παλινδρόμηση.</p>	<p>-Η πενταετή συχνότητα της παχυσαρκίας είναι 21.8% στους άνδρες και 11.9% στις γυναίκες. - Η αναλογία των ανδρών προς τις γυναίκες δείχνει ότι περισσότεροι άνδρες από ό, τι οι γυναίκες αναπτύσσουν παχυσαρκία, ενώ περισσότερες γυναίκες από τους άνδρες γίνονται υπέρβαροι κατά τη διάρκεια της περιόδου παρακολούθησης. Διαπιστώθηκε ότι οι άνδρες έχουν 1 προς 6 περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν παχυσαρκία σε σύγκριση με τις γυναίκες. -Το κάπνισμα και η παρουσία της υπερχοληστερολαιμίας αυξάνει τον κίνδυνο για την ανάπτυξη της παχυσαρκίας, ανεξάρτητα από την ηλικία και τα χαρακτηριστικά του τρόπου ζωής.</p>
--	---	---	---	---	--

Πηγή : Ιδία επεξεργασία

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β.

Πίνακας Β₁ : Ορισμοί των μεταβλητών και Μέσοι Όροι

ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	ΜΕΣΟΙ ΟΡΟΙ	ΟΡΙΣΜΟΙ
Δείκτες τρόπου ζωής		
Δείκτης μάζα σώματος	1.9052	1=Κανονικός, 2=Υπέρβαρος, 3= Παχύσαρκος.
Κάπνισμα	1.5793	1=Καθόλου, 2=Λιγότερα από 20 τσιγάρα την ημέρα, 3= Περισσότερα από 20 τσιγάρα την ημέρα.
Αλκοόλ	1.8195	1=Καθόλου, 2=1 Ποτήρι αλκοόλ, 3=2 Ποτήρια αλκοόλ και πάνω.
Δημογραφικές μεταβλητές		
Ηλικία	54.9207	Ηλικία σε έτη (45-65 ετών)
Άνδρες	0.4691	Φύλο (1=Άνδρας, 0=Γυναίκα)
Ελεύθεροι	0.0645	Οικογενειακή κατάσταση (1=Αδέσμευτος, 0=άλλο).
Παντρεμένοι	0.7574	Οικογενειακή κατάσταση (1=Παντρεμένος, 0=άλλο).
Χωρισμένοι/Χήροι	0.1756	Οικογενειακή κατάσταση (1=Χωρισμένος/χήρος, 0=άλλο) (ομάδα αναφοράς, παραλείπεται από τις παλινδρομήσεις).
Κοινωνικοοικονομικοί μεταβλητές		
Εισόδημα	17780.81	Συνολικό εισόδημα του νοικοκυριού από όλες τις πηγές (συμπεριλαμβανομένης της ανεργίας, αναπηρίας ή άλλες παροχές, τις επενδύσεις και μερίσματα), μετά από φόρους και άλλες κρατήσεις για το 2003).
Ανώτερη εκπαίδευση	0.2508	Εκπαιδευτικό επίπεδο (1=ανώτερη εκπαίδευση, 0=άλλο).
Μέση εκπαίδευση	0.4026	Εκπαιδευτικό επίπεδο (1=Μέση εκπαίδευση, 0=άλλο).
Κατώτατη εκπαίδευση	0.3464	Εκπαιδευτικό επίπεδο (1=Κατώτατη εκπαίδευση, 0=άλλο) (ομάδα αναφοράς, παραλείπεται από τις παλινδρομήσεις).
Ιδιωτικός Τομέας	0.7622	Απασχόληση (1=Ιδιωτικός τομέας, 0=άλλο).
Δημόσιος Τομέας	0.2305	Απασχόληση (1=Δημόσιος

		τομέας, 0=άλλο)(ομάδα αναφοράς, παραλείπεται από τις παλινδρομήσεις).
Παρελθοντική Ανεργία	0.1266	Μήνες Ανεργίας (1= έως 12 μήνες, 0= περισσότερο από 12 μήνες).
Δείκτες υγείας		
SAHS	0.6547	Αυτοεκτιμώμενος Δείκτης Υγείας (1=καλή / πολύ καλή, 0=μέτρια / κακή / πολύ κακή).

Πίνακας Β₂ : Αποτελέσματα

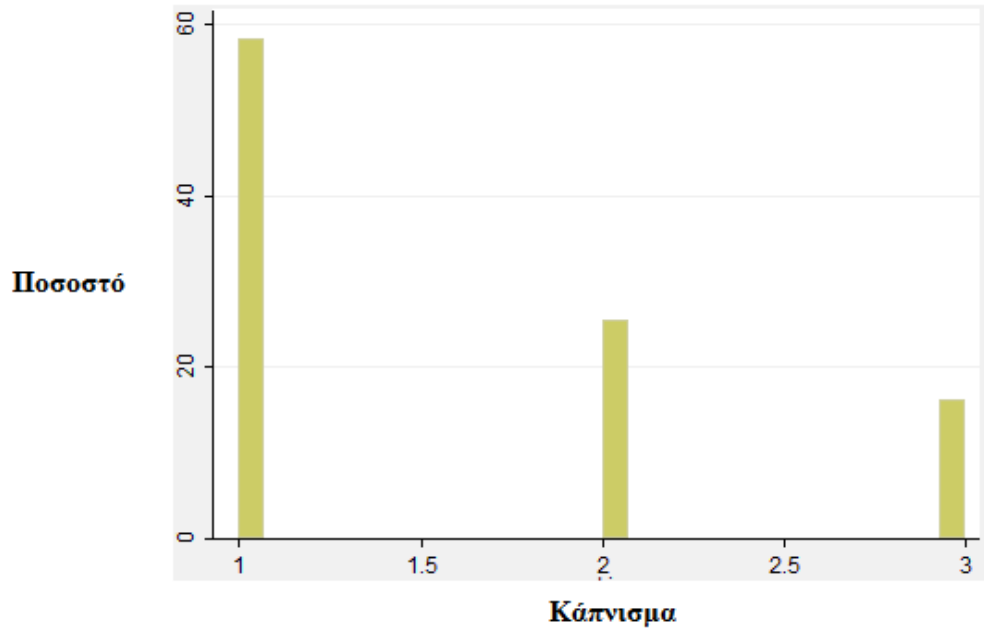
			Εξαρτημένες μεταβλητές			
	Μοντέλο 1 ^ο	Μοντέλο 2 ^ο	Μοντέλο 1 ^ο	Μοντέλο 2 ^ο	Μοντέλο 1 ^ο	Μοντέλο 2 ^ο
Ανεξάρτητες μεταβλητές	<i>Δείκτης Μάζα Σώματος</i>	<i>Δείκτης Μάζα Σώματος</i>	<i>Κάπνισμα</i>	<i>Κάπνισμα</i>	<i>Αλκοόλ</i>	<i>Αλκοόλ</i>
Ηλικία	0.0205 **	0.0277**	-0.0579***	-0.0559***	-0.0109	-0.0125
Άνδρας	0.2765**	0.3131**	0.4700***	0.4436***	1.4381***	1.49464***
Ελεύθεροι	0.1109	0.1635	-0.1392	-0.3421	0.2441	0.3102
Παντρεμένοι	0.1169	0.1900	-0.2331	-0.2224	0.5035**	0.6421***
Υψηλή εκπαίδευση	-0.5038**	-0.4973**	-0.1864	-0.3048	-0.1698	-0.1228
Μεσαία εκπαίδευση	-0.3889**	-0.3283**	0.0113	-0.0670	0.1107	0.0935
SAHS	0.1347	-0.1292	0.1889	0.1820	0.4740***	0.5955***
Εισόδημα	0.0000*	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000**	0.0000*
Παρελθοντική Ανεργία	-0.2506	-0.2039	0.2390	0.2754	0.3306	0.2653
Ιδιωτικός τομέας	-0.2694*	-0.3128*	0.2116	0.1885	-0.1076	-0.0412
Pseudo R ²	0.0171	0.0202	0.0305	0.0265	0.1046	0.1085
Log Likelihood	-866.9579	-720.3992	-772.79238	-668.6988	-652.1107	-557.49085
Wald χ ²	29.37 (0.00)	29.91 (0.00)	46.27 (0.00)	33.73 (0.00)	127.83 (0.00)	110.16 (0.00)
LR test	30.17 (0.00)	29.67 (0.00)	48.63 (0.00)	36.39 (0.00)	152.39 (0.00)	135.73 (0.00)
Παρατηρήσεις	834	704	832	706	837	707

Σημείωση 1^η : Τα αστεράκια δίπλα στους συντελεστές δηλώνουν την στατιστική σημαντικότητα, στατιστικά σημαντικός σε 10%*, στατιστικά σημαντικός σε 5%** ,στατιστικά σημαντικός σε 1%***.

Σημείωση 2^η : Όλες οι παλινδρομήσεις περιλαμβάνουν διορθώσεις των τυπικών σφαλμάτων με τη μέθοδο διόρθωσης κατά white.

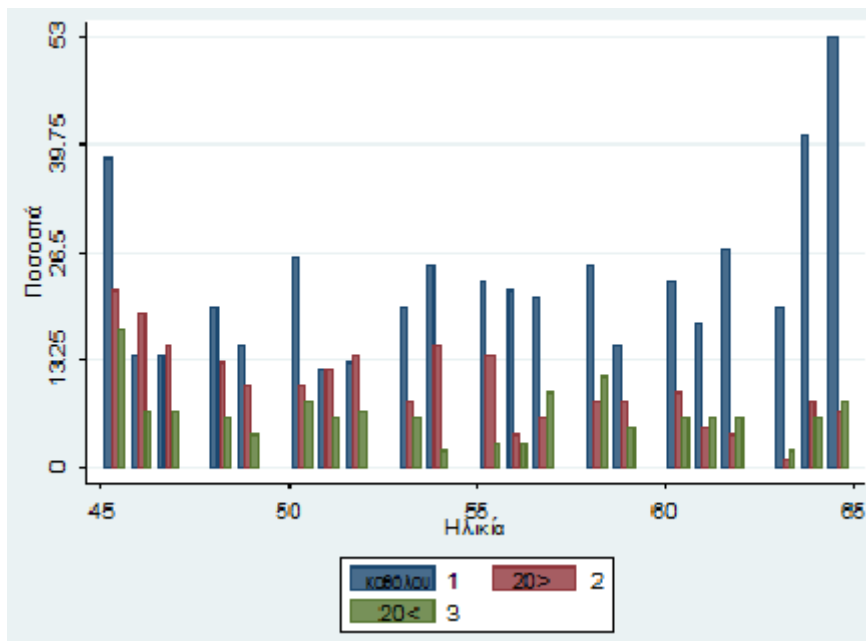
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ. Γραφήματα

Γράφημα 1^ο : Ποσοστό (%) του πληθυσμού που καπνίζουν



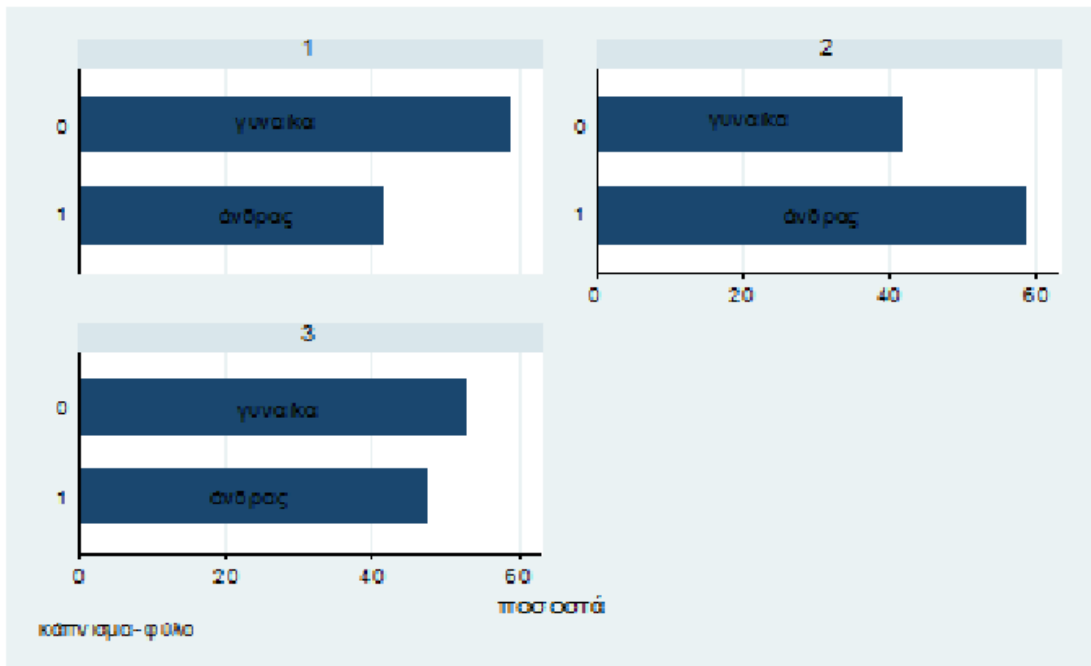
Πηγή : Ιδία Επεξεργασία

Γράφημα 2^ο : Ποσοστό (%) του πληθυσμού που καπνίζουν, κατά ηλικία



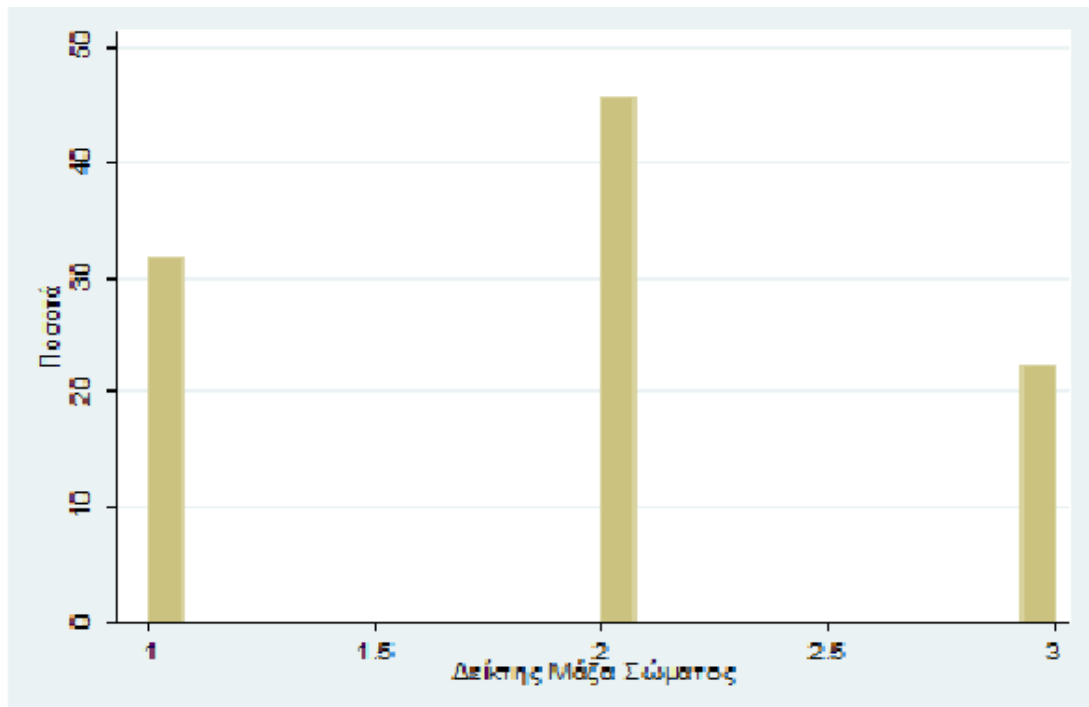
Πηγή : Ιδία Επεξεργασία

Γράφημα 3^ο : Ποσοστό (%) του πληθυσμού που καπνίζουν, κατά φύλο



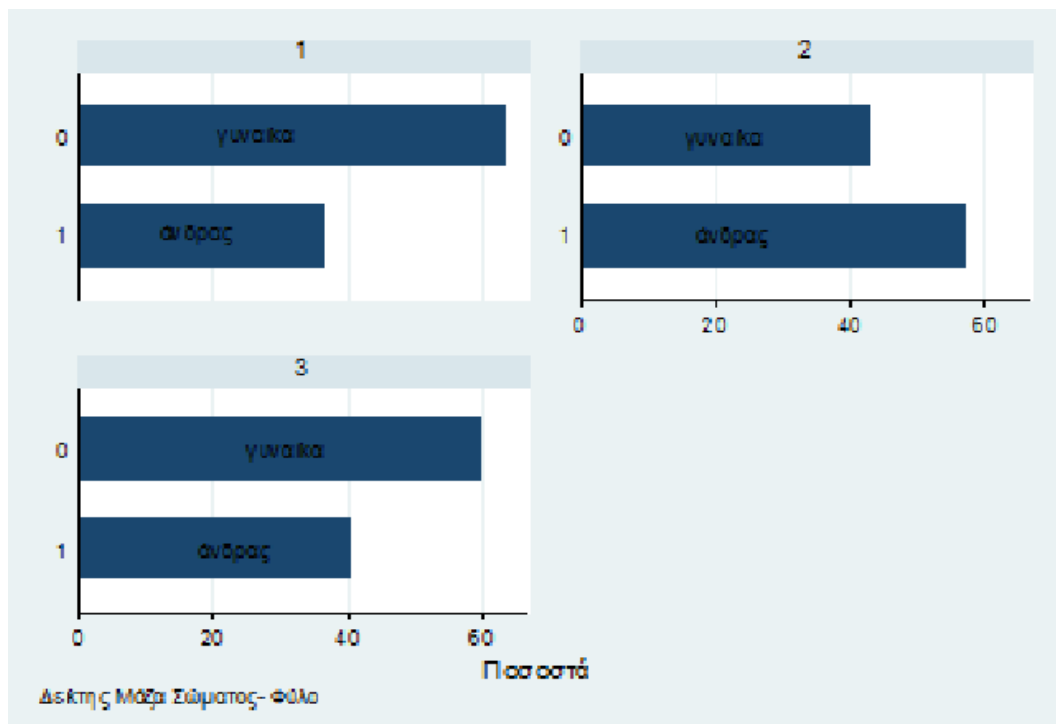
Πηγή : Ιδία Επεξεργασία

Γράφημα 4^ο : Ποσοστό (%) του δείκτη μάζα σώματος



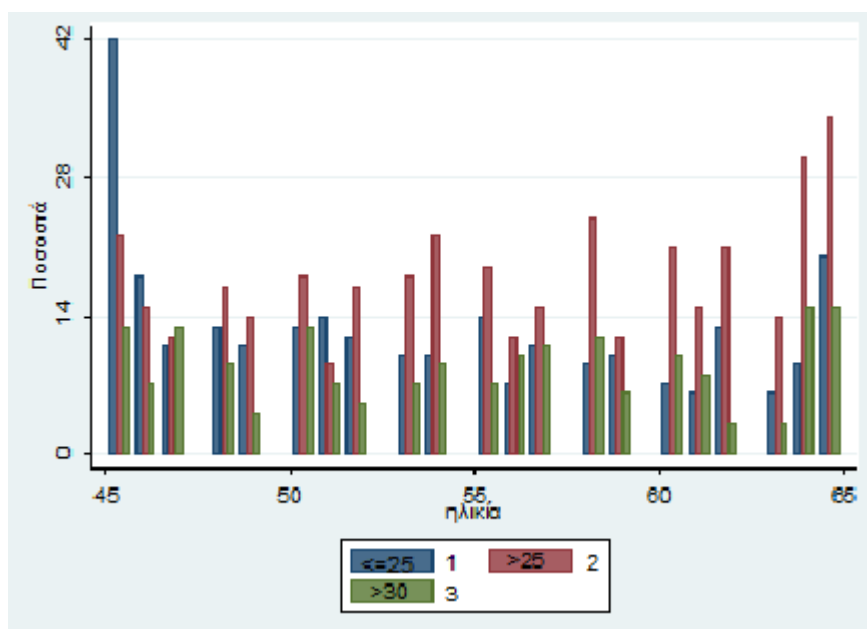
Πηγή : Ιδία Επεξεργασία

Γράφημα 5^ο : Ποσοστό (%) του δείκτη μάζα σώματος, κατά φύλο



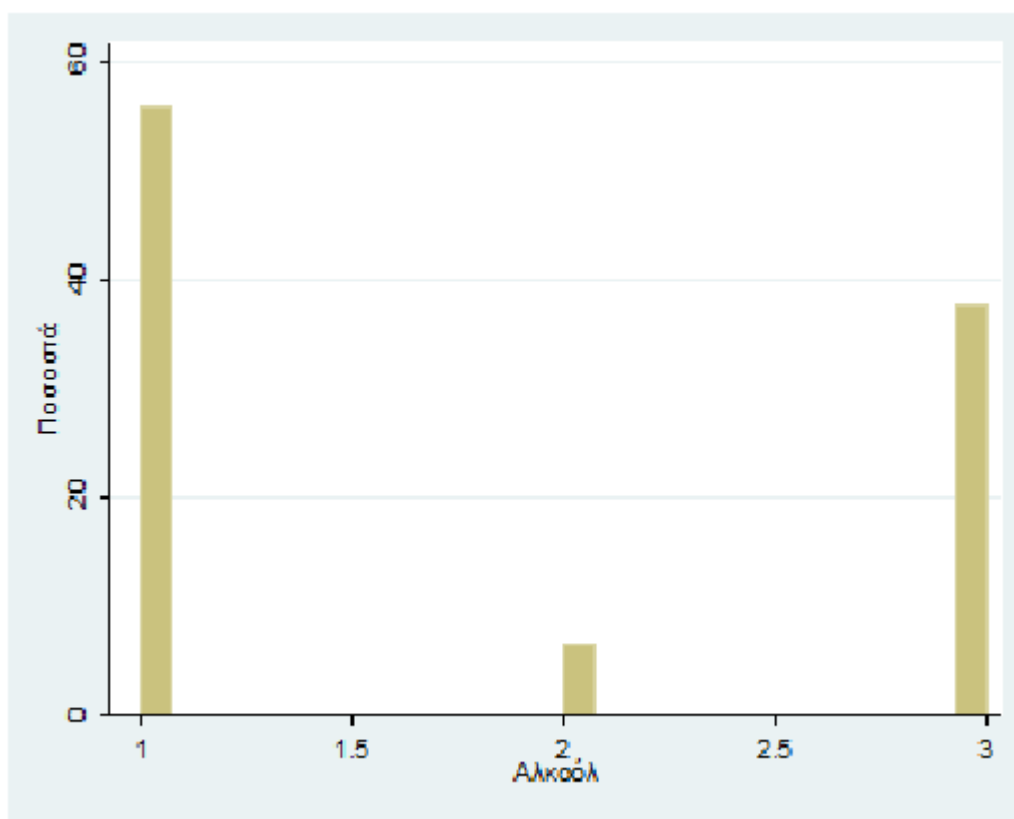
Πηγή : Ιδία Επεξεργασία

Γράφημα 6^ο : Ποσοστό (%) του δείκτη μάζα σώματος, κατά ηλικία



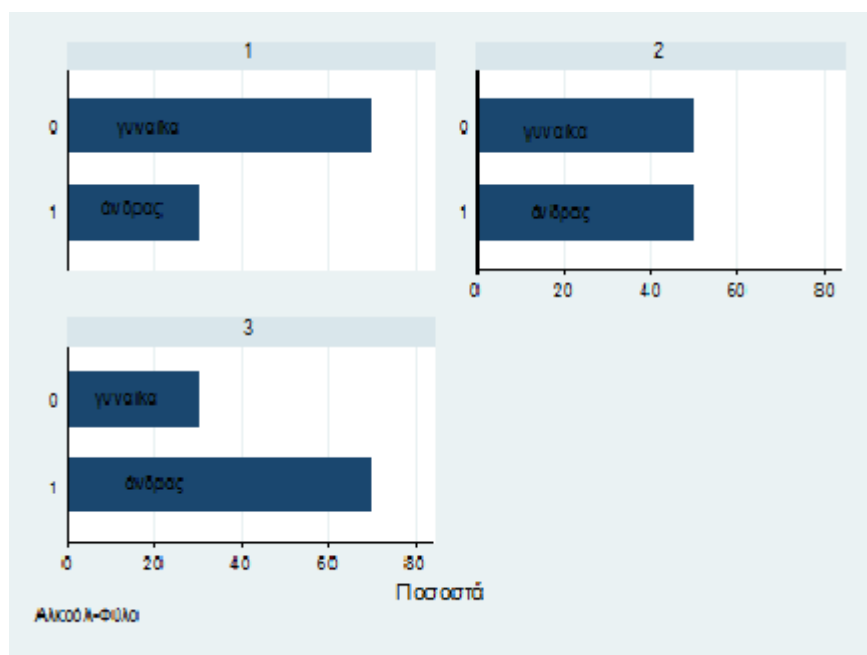
Πηγή : Ιδία Επεξεργασία

Γράφημα 7^ο : Ποσοστό (%) του πληθυσμού που πίνουν



Πηγή : Ιδία Επεξεργασία

Γράφημα 8^ο : Ποσοστό (%) του πληθυσμού που πίνουν, κατά φύλο



Πηγή : Ιδία Επεξεργασία