



ΠΜΣ Εφαρμοσμένης Οικονομικής
Τμήμα Οικονομικών Επιστημών
Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ: Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ

ΙΩΑΝΝΗΣ Δ. ΜΟΣΧΟΣ

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια: ΛΕΚΤΟΡΑΣ ΑΘΗΝΑ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ

ΒΟΛΟΣ 2012

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, Μάιος 2012

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω τον καθηγητή Ιωάννη Θεοδοσίου του Πανεπιστημίου του Aberdeen, UK, που μου παραχώρησε τη βάση δεδομένων SOCIOLD προκειμένου να πραγματοποιήσω την εμπειρική μου έρευνα. Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω την κα. Οικονόμου για τη βοήθεια που μου πρόσφερε σε θέματα σχετικά με την εργασία.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη	5
Abstract	6
Κεφάλαιο 1	
Εισαγωγή	7
Κεφάλαιο 2 Βιβλιογραφική ανασκόπηση	
2.1 Μεθοδολογικά ζητήματα και προσεγγίσεις της ψυχικής υγείας	12
2.1.1 Μεθοδολογικά ζητήματα	12
2.1.2 Προσεγγίσεις της ψυχικής υγείας	16
2.2 Χαρακτηριστικά της εργασίας	22
2.2.1 Ώρες εργασίας-φόρτος εργασίας	22
2.2.2 Έλεγχος της εργασίας-απαιτήσεις της εργασίας (JD-C model)	30
2.2.3 Κοινωνική υποστήριξη	34
2.2.4 (Αν)ασφάλεια σε σχέση με την εργασία	36
2.3 Διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα	43
2.4 Μισθός-εισόδημα	49
2.5 Μελέτες για την Ελλάδα	53
2.6 Αντιμετώπιση των παραγόντων εργασίας που προκαλούν προβλήματα στην ψυχική υγεία και την απόδοση των εργαζομένων	55
2.6.1 Συνθήκες εργασίας και απόδοση	55
2.6.2 Ψυχική υγεία και απόδοση	58
2.6.3 Τρόποι βελτίωσης της ψυχικής υγείας και της απόδοσης των εργαζομένων (προγράμματα-παρεμβάσεις)	61
2.7 Συμπεράσματα	70
Κεφάλαιο 3 Δεδομένα και μεθοδολογία μελέτης	
3.1 Δεδομένα	72
3.2 Μεθοδολογία μελέτης	72
3.2.1 Εξαρτημένες μεταβλητές που χρησιμοποιούνται	72
3.2.2 Ανεξάρτητες μεταβλητές που χρησιμοποιούνται	73
3.2.2.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά	73

3.2.2.2 Χαρακτηριστικά της εργασίας	74
3.2.2.3 Εισόδημα	74
3.2.3 Βασικά χαρακτηριστικά των μεταβλητών που χρησιμοποιούνται	75
3.2.4 Έλεγχος ενδογένειας μεταξύ της ψυχικής υγείας και του εισοδήματος	77
Κεφάλαιο 4 Εμπειρικά αποτελέσματα	
4.1 Αποτελέσματα βασικού μοντέλου	79
4.1.1 Εμπειρικές εκτιμήσεις	79
4.1.2 Έλεγχος ενδογένειας	81
4.1.3 Εμπειρικοί έλεγχοι	82
4.1.4 Προβλεπόμενη πιθανότητα	83
4.1.5 Οριακές επιδράσεις	84
4.2 Ψυχική υγεία και άλλα χαρακτηριστικά της εργασίας	86
4.3 Μελέτη δεικτών της ψυχικής υγείας (άγχος)	87
4.4 Γενική κατάσταση της υγείας (self-assessed health status)	89
4.5 Συμπεράσματα	91
Κεφάλαιο 5	
Συμπεράσματα-προτάσεις	93
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	95
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	113

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα μελέτη εξετάζει την ψυχική υγεία των εργαζομένων στα τελευταία στάδια της επαγγελματικής τους ζωής σε σχέση με τις συνθήκες εργασίας στην περίπτωση της Ελλάδας. Το δείγμα αποτελείται από άνδρες και γυναίκες εργαζόμενους ηλικίας 45-65 ετών. Για την εξέταση της ψυχικής υγείας εκτιμάται ένα μοντέλο λογιστικής παλινδρόμησης (logit). Το άγχος που αποτελεί βασικό δείκτη της ψυχικής υγείας καθώς και η γενική κατάσταση της υγείας των ατόμων εξετάζονται επίσης σε κάποιο βαθμό. Το χαρακτηριστικό-παράγοντας της εργασίας που επηρεάζει σε μεγαλύτερο βαθμό την ψυχική υγεία των Ελλήνων εργαζομένων είναι η ένταση της εργασίας. Συγκεκριμένα, τα άτομα που είναι ικανοποιημένα με την ένταση της εργασίας έχουν 1,75 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν υψηλή ψυχική υγεία σε σχέση με τα άτομα που δεν είναι ικανοποιημένα. Το εισόδημα αποτελεί σημαντική ερμηνευτική μεταβλητή στην πρόβλεψη της ψυχικής υγείας αλλά την επηρεάζει σε πολύ μικρό βαθμό. Μία αύξηση του εισοδήματος κατά 1000€ έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση της πιθανότητας εμφάνισης υψηλής ψυχικής υγείας κατά μόλις 0,000623%. Επίσης ελέγχεται η ύπαρξη ενδογένειας μεταξύ εισοδήματος και ψυχικής υγείας.

ABSTRACT

The present study examines employee's mental health at the later stages of working life in relation to working conditions in Greece. The sample consists of men and women aged 45-65. A logistic model (logit) is used for the estimation of mental health. Anxiety, a basic index of mental health, and self-assessed health status are also examined. The job characteristic/factor that has the greater impact on mental health of Greek employees is work tension. Specifically, individuals who are satisfied with work tension in their job have 1,75 times greater probability to report higher mental health in relation to employees who are dissatisfied with work tension in their job. Income is a significant predictor but has a small impact on mental health. A 1000€ rise in income results in only 0,000623% rise in probability for greater mental health. Endogeneity between income and mental health is also tested.

Κεφάλαιο 1

Εισαγωγή

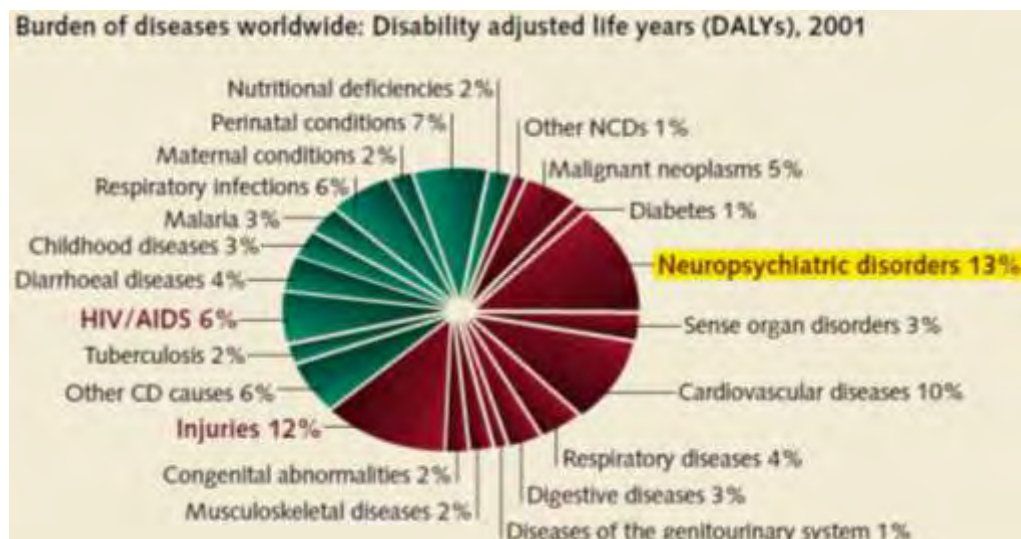
Η φύση της εργασίας αλλάζει με πολύ γρήγορους ρυθμούς. Παράγοντες όπως η παγκοσμιοποίηση των αγορών, η αστικοποίηση, η μετανάστευση και οι βελτιώσεις στην τεχνολογία (π.χ. η δυνατότητα εργασίας από το σπίτι) έχουν αντίκτυπο στη φύση της εργασίας και την ψυχική υγεία των εργαζομένων (WHO, 2005). Όλο και περισσότερα άτομα απασχολούνται σήμερα στον τριτογενή και τεταρτογενή τομέα (τράπεζες, υπηρεσίες, τηλεπικοινωνίες, μεταφορές, τουρισμό κτλ.). Η αυξανόμενη ένταση, ο περιορισμένος χρόνος, οι υψηλές απαιτήσεις, ο σκληρός ανταγωνισμός, οι αυξημένες υποχρεώσεις, η συμμετοχή στις διεθνείς αγορές, η ανασφάλεια, η πίεση κ.ά. δημιουργούν ψυχοκοινωνικά προβλήματα και άγχος λόγω της εργασίας. Οι Platt et al. (1999) αναφέρουν πως η πρόοδος της τεχνολογίας έχει συμβάλλει σημαντικά στις οργανωτικές αλλαγές που έχουν γίνει στη σύγχρονη αγορά εργασίας και αναλύουν επίσης τους βασικότερους παράγοντες-χαρακτηριστικά της εργασίας που επηρεάζουν σημαντικά την υγεία των ατόμων. Σε αντίθεση με αυτό που θα προσδοκούσαμε, ότι δηλαδή η τεχνολογία θα βελτιώνει τις συνθήκες εργασίας, φαίνεται πως η τεχνολογική πρόοδος δεν επέδρασε στη μείωση της εργασιακής εβδομάδας, στη μείωση του άγχους και στην αύξηση των δραστηριοτήτων του ατόμου στον ελεύθερο του χρόνο. Αντιθέτως, ένας αυξανόμενος αριθμός εργαζομένων δουλεύει περισσότερο από ποτέ με το άγχος και άλλα ψυχικά προβλήματα που σχετίζονται με το εργασιακό του περιβάλλον εργασίας. Η Patterson (2001) κάνει λόγο για μία μεταμόρφωση του οργανωτικού πλαισίου στην αγορά εργασίας με σοβαρές συνέπειες στην ψυχική υγεία των εργαζομένων.

Η ψυχική υγεία είναι κάτι περισσότερο από την απουσία ψυχικών διαταραχών και περιλαμβάνει έννοιες όπως η υποκειμενική ευημερία, η αντίληψη της αποτελεσματικότητας, η αυτονομία, η ικανότητα και η υγιής εκμετάλλευση των πνευματικών και συναισθηματικών δυνατοτήτων του ατόμου (WHO, 2005). Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (2003), οι νευροψυχιατρικές διαταραχές (κατάθλιψη, χρήση αλκοόλ, σχιζοφρένεια και διπολική διαταραχή) αντιπροσωπεύουν το μεγαλύτερο ποσοστό (13%) των συνολικών σταθμισμένων για ανικανότητα ετών επιβίωσης (DALYs¹) (βλ. Γράφημα 1.1). Οι

¹ Τα σταθμισμένα έτη επιβίωσης με βάση την ανικανότητα (DALYs) είναι ένα μέτρο ένδειξης της βαρύτητας των ασθενειών και συνδυάζει την νοσηρότητα και τη θνησιμότητα. Δείχνει δηλαδή τον αριθμό των ετών που οι ασθενείς ζουν με προβλήματα υγείας, με ανικανότητα ή νοσηρότητα και τα έτη που χάνονται εξαιτίας πρόωγου θανάτου λόγω ασθένειας (Murray, 1994).

υποκειμενικές εκτιμήσεις των ατόμων αποτελούν την καλύτερη ένδειξη της ψυχικής τους υγείας καθώς δείχνουν πώς οι ίδιοι βιώνουν και αντιλαμβάνονται τις συνθήκες εργασίας. Οι δύο βασικότεροι δείκτες μέτρησης της ψυχικής υγείας που εξετάζονται στη διεθνή βιβλιογραφία είναι η κατάθλιψη (depression) και το άγχος (anxiety). Η κατάθλιψη είναι το σοβαρότερο πρόβλημα της ψυχικής υγείας που συναντάται συχνότερα στους εργαζομένους και χαρακτηρίζεται από λύπη, κούραση, έλλειψη ενδιαφέροντος για οποιαδήποτε δραστηριότητα, έλλειψη ενέργειας, χαμηλή αυτοεκτίμηση, έλλειψη συγκέντρωσης, διαταραχές ύπνου ενώ στη χειρότερη περίπτωση μπορεί να οδηγήσει ακόμη και σε αυτοκτονία (WHO, 2001).

Γράφημα 1.1 Βάρος ασθενειών παγκοσμίως (% DALYs)



Πηγή: WHO (2003)

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ (2001) το 5,8% των ανδρών και το 9,5% των γυναικών θα αντιμετωπίσουν ένα επεισόδιο κατάθλιψης μέσα σε μία δωδεκάμηνη περίοδο, ενώ σε μία έρευνα που έγινε μεταξύ 15 πόλεων, το 24% περίπου των ασθενών αντιμετώπιζε ψυχικές διαταραχές (στην Αθήνα το ποσοστό ήταν 19,2%) (βλ. Πίνακα 1.1). Βάσει του Πίνακα 1.1 παρατηρούμε ότι το 10,4% των ασθενών εμφανίζει κατάθλιψη, το 7,9% εμφανίζει προβλήματα άγχους και το 2,7% έχει εξάρτηση από το αλκοόλ. Στην περίπτωση της Αθήνας, τα ποσοστά κατάθλιψης, άγχους και εξάρτησης από το αλκοόλ είναι 6,4%, 14,9% και 1% αντίστοιχα. Παρατηρούμε ότι η Αθήνα έχει μεγαλύτερο ποσοστό ασθενών που υποφέρουν από αγχώδεις διαταραχές σε σχέση με πόλεις άλλων χωρών στις οποίες το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών εμφανίζει κατάθλιψη (εκτός του Βερολίνου, του Ναγκασάκι και του Ρίο ντε Τζανέιρο). Συγκρίνοντας την Αθήνα με τις υπόλοιπες τρεις πόλεις (Βερολίνο,

Ναγκασάκι και Ρίο ντε Τζανέιρο) παρατηρούμε ότι το ποσοστό των ασθενών με αγχώδεις διαταραχές είναι πολύ μεγαλύτερο (παραπάνω από διπλάσιο) από το ποσοστό των ασθενών με κατάθλιψη. Όσον αφορά το σύνολο των ψυχικών διαταραχών, η πόλη που έχει το μεγαλύτερο ποσοστό ασθενών είναι το Σαντιάγκο (52,5%) ενώ η πόλη με το μικρότερο ποσοστό ασθενών είναι η Σαγκάη (7,3%).

Πίνακας 1.1 Επικράτηση σημαντικών ψυχικών διαταραχών στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (ποσοστό των ασθενών)

Cities	Current depression	Generalized anxiety	Alcohol dependence	All mental disorders (according to CIDI ^a)
	(%)	(%)	(%)	(%)
Ankara, Turkey	11.6	0.9	1.0	16.4
Athens, Greece	6.4	14.9	1.0	19.2
Bangalore, India	9.1	8.5	1.4	22.4
Berlin, Germany	6.1	9.0	5.3	18.3
Groningen, Netherlands	15.9	6.4	3.4	23.9
Ibadan, Nigeria	4.2	2.9	0.4	9.5
Mainz, Germany	11.2	7.9	7.2	23.6
Manchester, UK	16.9	7.1	2.2	24.8
Nagasaki, Japan	2.6	5.0	3.7	9.4
Paris, France	13.7	11.9	4.3	26.3
Rio de Janeiro, Brazil	15.8	22.6	4.1	35.5
Santiago, Chile	29.5	18.7	2.5	52.5
Seattle, USA	6.3	2.1	1.5	11.9
Shanghai, China	4.0	1.9	1.1	7.3
Verona, Italy	4.7	3.7	0.5	9.8
Total	10.4	7.9	2.7	24.0

^aCIDI: Composite International Diagnostic Interview.

Πηγή: WHO (2001)

Είναι προφανές ότι οι συνθήκες που επικρατούν σε κάθε εργασία επηρεάζουν την υγεία, τη διάθεση και την αποδοτικότητα του εργαζομένου. Σύμφωνα με τον ΠΟΥ (2003), σε πολλές αναπτυγμένες χώρες, το 35% με 45% της απουσίας από την εργασία οφείλεται σε προβλήματα ψυχικής υγείας. Πλέον, σήμερα, οι διαστάσεις των προβλημάτων ψυχικής υγείας που προκαλούνται από τις δυσμενείς συνθήκες εργασίας είναι παγκόσμιες και δεν εμφανίζονται μόνο στις περισσότερο αναπτυγμένες χώρες του πλανήτη (Kortum et al., 2010). Το εργασιακό άγχος επηρεάζει την ψυχική υγεία των εργαζομένων διαφόρων επαγγελμάτων ακόμα και σε υποανάπτυκτες χώρες της Αφρικής (Baguma, 2003) ενώ επιπλέον οι δυσμενείς εργασιακές συνθήκες οδηγούν τα άτομα με τεχνικές δεξιότητες και γνώσεις να

μεταναστεύσουν σε περισσότερο αναπτυγμένες χώρες ² (Clarke, 2003). Με τον όρο εργασιακές συνθήκες εννοούμε όλους εκείνους τους παράγοντες, υλικούς ή άυλους, που έχουν επιρροή πάνω στην εργασία των εργαζομένων. Πέρα από το εργασιακό περιβάλλον (ατμόσφαιρα, θόρυβος, χημικά, κίνδυνοι ατυχημάτων κτλ.) σημαντική βαρύτητα ασκούν και οι ώρες εργασίας, ο φόρτος της εργασίας, ο μισθός, το άγχος, η πίεση, η (αν)ασφάλεια που νιώθει ο εργαζόμενος στην εργασία του, ο σεβασμός και η στήριξη που παίρνει από τους συναδέλφους, το αφεντικό και την οικογένειά του, το εύρος των αποφάσεων που μπορεί να πάρει (πόσο ελεύθερος είναι στην εργασία του), οι προοπτικές καριέρας κ.ά. Αυτούς τους παράγοντες και διάφορα άλλα χαρακτηριστικά της εργασίας που επηρεάζουν την ψυχική υγεία των εργαζομένων αναφέρει ο Warr (1994) ενώ οι Sparks et al. (2001) περιγράφουν τέσσερις βασικούς παράγοντες που προκαλούν άγχος και προβλήματα υγείας στους εργαζομένους: το αίσθημα της ανασφάλειας της εργασίας, τις πολλές ώρες εργασίας, τον χαμηλό έλεγχο στην εργασία και το διευθυντικό άγχος. Η ψυχική υγεία, πέρα από τις συνθήκες εργασίας, εξαρτάται και από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του ατόμου. Για παράδειγμα, διαφορετικά συμπτώματα και διαφορετική ένταση στα προβλήματα υγείας που βιώνουν, εξαιτίας των δυσμενών συνθηκών εργασίας, παρατηρούνται στις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες, όπως επίσης στους μεγαλύτερους σε σχέση με τους νεότερους σε ηλικία. Όλες οι εμπειρικές μελέτες που εξετάζουν τις επιπτώσεις των συνθηκών εργασίας στην υγεία των εργαζομένων περιλαμβάνουν επίσης και διάφορα δημογραφικά χαρακτηριστικά. Οι βασικότερες δημογραφικές μεταβλητές που σχετίζονται με την ψυχική υγεία και θα χρησιμοποιήσουμε και στο δικό μας μοντέλο είναι το φύλο, η ηλικία, η μόρφωση και η οικογενειακή κατάσταση (Fuchs, 2004).

Σκοπός αυτής της εργασίας είναι η μελέτη της ψυχικής υγείας σε σχέση με τις συνθήκες εργασίας. Αυτό στο οποίο θα επικεντρωθεί δηλαδή είναι να εξετάσει ποιοι παράγοντες-χαρακτηριστικά της εργασίας και σε ποιο βαθμό επηρεάζουν την ψυχική υγεία των εργαζομένων. Η εμπειρική μελέτη πραγματοποιείται στην περίπτωση της Ελλάδας και είναι η πρώτη (εν γνώσει του συγγραφέως) που εξετάζει τους παράγοντες εργασίας που επηρεάζουν την ψυχική υγεία των εργαζομένων ηλικίας 45-65 ετών. Η ηλικιακή κατηγορία των 45-65 ετών περιλαμβάνει τα 'μεσήλικα μέλη του εργατικού δυναμικού' δηλ. τα άτομα που βρίσκονται περισσότερο κοντά στα όρια συνταξιοδότησης. Αυτή η ηλικιακή κατηγορία εμφανίζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον λόγω των επιπτώσεων από την εμφάνιση προβλημάτων υγείας στη συμμετοχή τους στο εργατικό δυναμικό (πρόωρη συνταξιοδότηση κτλ.).

² Το φαινόμενο αυτό είναι γνωστό ως 'brain drain' (διαρροή εγκεφάλων) και αφορά τη μετανάστευση υψηλά εξειδικευμένου μορφωμένου εργατικού δυναμικού.

Η δομή της εργασίας έχει ως εξής: στο κεφάλαιο 2 που ακολουθεί παρουσιάζεται μία βιβλιογραφική ανασκόπηση της ψυχικής υγείας και των συνθηκών εργασίας καθώς και διάφοροι τρόποι βελτίωσης της ψυχικής υγείας και της απόδοσης των εργαζομένων. Ακολουθεί η περιγραφή της μεθοδολογίας που θα χρησιμοποιηθεί στην παρούσα μελέτη στο κεφάλαιο 3. Στο κεφάλαιο 4 παρουσιάζεται η εμπειρική ανάλυση. Στο κεφάλαιο 5 παρουσιάζονται τα βασικά συμπεράσματα της παρούσας μελέτης και διάφορες προτάσεις για περαιτέρω έρευνα.

Κεφάλαιο 2

Βιβλιογραφική ανασκόπηση

2.1 Μεθοδολογικά ζητήματα και προσεγγίσεις της ψυχικής υγείας

2.1.1 Μεθοδολογικά ζητήματα

Στη διεθνή βιβλιογραφία υπάρχουν πάρα πολλές μελέτες που εξετάζουν τις συνθήκες εργασίας και τον τρόπο με τον οποίο αυτές επηρεάζουν τη σωματική και ψυχική υγεία των εργαζομένων. Αρκετή συζήτηση έχει γίνει για το πώς μπορούμε να μετρήσουμε την κατάσταση της υγείας του ατόμου και να την υποδειγματοποιήσουμε εμπειρικά. Κάποιοι ερευνητές ισχυρίζονται ότι το κόστος της υγειονομικής φροντίδας είναι ένας δείκτης μέτρησης της υγείας. Δηλαδή το κόστος που πληρώνουμε για την περίθαλψη και την ιατρική φροντίδα των προβλημάτων υγείας (φαρμακευτική περίθαλψη, νοσοκομειακή περίθαλψη, ιατρική φροντίδα κτλ.) δείχνει την κατάσταση της υγείας μας (Manning et al., 1996; Ganster et al., 2001). Αυτά τα κόστη είναι σαφώς μία έμμεση εκτίμηση της κατάστασης της υγείας και βασίζεται στην υπόθεση ότι αυτοί που έχουν χειρότερη υγεία θα επιβαρύνονται με υψηλότερο κόστος και συχνότερες επισκέψεις στους ιατρούς. Η υπόθεση όμως αυτή είναι ουσιαστική όταν οι συμμετέχοντες έχουν ίση πρόσβαση στην ιατρική φροντίδα και αντέχουν οικονομικά να χρησιμοποιήσουν την ιατρική φροντίδα (Ganster, 2008). Παρ' όλα αυτά η εκτίμηση του κόστους είναι πολύ δύσκολη και χρονοβόρα. Στις περισσότερες περιπτώσεις υπάρχουν προβλήματα σφαλμάτων μέτρησης και ελλιπής ανταπόκριση εκ μέρους των ερωτηθέντων (Bound et al., 2001) ενώ ο διαχωρισμός του κόστους σε διάφορες κατηγορίες περιπλέκει ακόμη περισσότερο τις αναλύσεις. Υπάρχουν τα άμεσα κόστη που είναι πιο εύκολο να καταγραφούν αλλά και έμμεσα και κρυφά κόστη (όπως το κόστος που έχει ένα άτομο που ζει με κάποιον ψυχικά ασθενή) που είναι δύσκολο να εκτιμηθούν (Gallagher and Mechanic, 1996). Πέραν όμως της δυσκολίας καταγραφής του κόστους, το είδος της ασφάλισης περιπλέκει ακόμη περισσότερο τις αναλύσεις και τις συγκρίσεις. Κάποιος που είναι ασφαλισμένος στο δημόσιο μπορεί να αντιμετωπίζει περισσότερα προβλήματα υγείας αλλά να έχει μικρότερο κόστος από κάποιον ο οποίος αντιμετωπίζει λιγότερα προβλήματα υγείας και έχει ιδιωτική ασφάλιση. Έτσι οι συγκρίσεις από χώρα σε χώρα είναι δύσκολες καθώς το ποσοστό των ασφαλισμένων (δημόσια και ιδιωτική) καθώς και όλο το σύστημα υγείας διαφέρει ενώ δεν έχουν όλοι ίση πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας. Το κόστος επομένως δεν αποτελεί μία πλήρη εικόνα της κατάστασης της υγείας του ατόμου.

Οι περισσότερες μελέτες χρησιμοποιούν δεδομένα που προκύπτουν από προσωπικές ερωτήσεις (interviews) στους συμμετέχοντες για την κατάσταση της υγείας τους, ή από συμπλήρωση ερωτηματολογίων. Το ερωτηματολόγιο γενικής υγείας (GHQ-General Health Questionnaire) χρησιμοποιείται ευρέως για τη μέτρηση της ψυχικής υγείας (Banks et al., 1980) και αποτελεί ένα είδος αυτοαξιολόγησης ή αυτοαναφερόμενων αποκρίσεων της υγείας (self-assessed health ή self-reported health). Πρόβλημα μπορεί να πει κάποιος με τη χρήση τέτοιων αναφορών είναι η εγκυρότητα των αποτελεσμάτων καθώς αποτελούν υποκειμενικές εκτιμήσεις και δεν συσχετίζονται με τις αντικειμενικές αξιολογήσεις της εργασίας (Taber et al., 1985). Επίσης οι Crossley & Kennedy (2002), χρησιμοποιώντας δεδομένα από την εθνική έρευνα υγείας στην Αυστραλία το 1995, αναφέρουν ότι οι απαντήσεις των ατόμων σε ερωτήσεις που αφορούν την αυτοαξιολόγηση της υγείας διαφέρουν αναλόγως με το εάν οι απαντήσεις είναι γραπτές (συμπλήρωση ερωτηματολογίων) ή προφορικές (interview) καθώς και με την σειρά των ερωτήσεων (βλ. Πίνακα 2.1). Πιο συγκεκριμένα στον Πίνακα 2.1 φαίνεται ότι τα ποσοστά των ερωτηθέντων που αξιολογούσαν την κατάσταση της υγείας τους ήταν διαφορετικά στις γραπτές απαντήσεις, στις προφορικές και όταν άλλαζε η σειρά των ερωτήσεων. Για παράδειγμα, στις γραπτές απαντήσεις το ποσοστό των ατόμων που δήλωσε ότι η κατάσταση της υγείας τους είναι άριστη ήταν 17,3% ενώ στις προφορικές απαντήσεις και όταν άλλαζε η σειρά των ερωτήσεων το αντίστοιχο ποσοστό ήταν 18% και 20,2% αντίστοιχα.

Πίνακας 2.1 Αυτο-αξιολόγηση της κατάστασης της υγείας (self-assessed health status)- Συχνότητες απαντήσεων (%)

	Treatment group (SAHS question 1): self-completed, written response, asked first	Treatment group (SAHS question 2): personal interview, asked second	Control group (SAHS): personal interview, asked first
Excellent	17.3	18.0	20.2
Very good	37.2	37.5	34.5
Good	31.3	27.5	29.6
Fair	11.3	13.2	11.8
Poor	3.0	3.8	3.8

Πηγή: Crossley and Kennedy (2002)

Εκτενής αναφορά έχει γίνει επίσης για τα αποτελέσματα που έχει η αρνητική συναισθηματικότητα (negative affectivity) στις αυτοαναφερόμενες αποκρίσεις με τις απόψεις να διίστανται. Ο όρος αρνητική συναισθηματικότητα αναφέρεται στην προϋπάρχουσα αρνητική διάθεση των ερωτώμενων και αντικατοπτρίζει στοιχεία όπως πλήξη, θυμό,

δυστυχία, μοναξιά, άγχος, νευρικότητα, ενοχή κτλ. Οι περισσότεροι θεωρούν ότι η αρνητική συναισθηματικότητα μπορεί να επηρεάσει τις υποκειμενικές αξιολογήσεις των ερωτώμενων οδηγώντας σε υπερεκτιμήσεις της σχέσης μεταξύ της ψυχικής υγείας των ατόμων και των παραγόντων της εργασίας που προκαλούν άγχος. Επίσης η αρνητική συναισθηματικότητα αποτελεί σημαντικό δείκτη πρόβλεψης των ψυχικών διαταραχών σε κάποιες μελέτες, ενώ σε άλλες δεν βρίσκουν ότι υπάρχει κάποια συσχέτιση και η αρνητική συναισθηματικότητα δεν λειτουργεί ως ένας ενδιάμεσος παράγοντας στη σχέση μεταξύ ψυχικής υγείας και εργασιακών χαρακτηριστικών (mediator) (βλ. Beiser, 1974; Brief et al., 1988; Burke et al., 1993; Chen & Spector, 1991; Heinisch & Jex, 1997; Heinisch & Jex, 1998; Jex & Spector, 1996; Parkes, 1990; Spector et al., 2000; Watson et al., 1987; Watson et al., 1988; Williams et al., 1996).

Παρ' όλα αυτά, η χρησιμότητα των δεικτών που κατασκευάζονται από τις αυτοαναφερόμενες εκτιμήσεις είναι πολύ μεγάλη (Andrews, 1974). Οι αυτοαναφερόμενες εκτιμήσεις της υγείας χρησιμοποιούνται ευρέως, καθώς οι αντικειμενικές εκτιμήσεις συχνά δεν είναι διαθέσιμες, και αποτελούν ισχυρό δείκτη πρόβλεψης αποτελεσμάτων υγείας (Marmot et al., 1995; Idler & Kasl, 1995; Allison & Foster, 2004). Οι αυτοαναφερόμενες αποκρίσεις (self-reports) των ερωτηθέντων σχετικά με την υγεία που χρησιμοποίησε στο δείγμα του ο Karasek (1979) είχαν υψηλή συσχέτιση με τις μετρήσεις των ειδικών και γι' αυτό το λόγο επισημαίνει την χρησιμότητα των αυτοαναφερόμενων δεικτών για την προσέγγιση προβλημάτων ψυχικής υγείας. Τα αποτελέσματα ήταν παρόμοια και για τις δύο χώρες που εξέτασε (ΗΠΑ και Σουηδία) παρά τις τυχόν διαφορές της γλώσσας και της κουλτούρας και γι' αυτό ο συγγραφέας κάνει λόγο για αμερόληπτα αποτελέσματα. Οι εργαζόμενοι που είχαν ταυτόχρονα χαμηλό εύρος αποφάσεων και υψηλές απαιτήσεις στην εργασία τους ήταν κυρίως εκείνοι που ανέφεραν εξουθένωση μετά το τέλος της εργασίας, κατάθλιψη, προβλήματα στο να ξυπνούν το πρωί, άγχος, διαταραχές ύπνου κ.ά. Εξετάζοντας έναν μεγάλο αριθμό δημοσίων υπαλλήλων στην Αγγλία οι Stansfeld et al. (1995) βρίσκουν ότι οι υποκειμενικές αξιολογήσεις (self-reports) των χαρακτηριστικών της εργασίας είχαν στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα στις υπό εξέταση μεταβλητές ενώ οι αντικειμενικές αξιολογήσεις των χαρακτηριστικών της εργασίας από τους μάνατζερ δεν συνδέονταν με τα αποτελέσματα της υγείας εκτός κάποιων περιπτώσεων (έλεγχος και ρυθμός της εργασίας). Αυτό αποτελεί μία ακόμη ένδειξη ότι οι υποκειμενικές εκτιμήσεις, αν και προβληματικές για κάποιους ερευνητές όπως είδαμε παραπάνω, δείχνουν καλύτερα την πραγματική υγεία των ατόμων σε σχέση με τις αντικειμενικές αξιολογήσεις από ειδικούς ή τρίτα πρόσωπα.

Οι Robertson et al. (1990) εξετάζουν διάφορες κλίμακες του δείκτη του εργασιακού άγχους (ικανοποίηση από την εργασία, ψυχική υγεία κ.ά.) και βρίσκουν ότι η ψυχική υγεία

αποτελεί μία έγκυρη κλίμακα μέτρησης του εργασιακού άγχους. Οι Liu et al. (2005) βρίσκουν ότι οι αντικειμενικές μετρήσεις των στρεσογόνων παραγόντων από τη βάση δεδομένων O*NET (Occupational Information Network) των ΗΠΑ σχετίζονταν μόνο με τη σωματική και όχι με την ψυχική υγεία. Οι ατομικές αυτοαναφερόμενες εκτιμήσεις υγείας αποτελούν επίσης αξιόπιστες και έγκυρες προσεγγίσεις της ψυχικής υγείας και ειδικότερα της κατάθλιψης (Costa et al., 2005). Τα όποια μεθοδολογικά προβλήματα μπορεί να προκύψουν (εγκυρότητα, ερμηνεία, πληρότητα) μπορούν να αντιμετωπιστούν με τα κατάλληλα (οικονομικά και στατιστικά) εργαλεία και τη σωστή, κατανοητή και πλήρη διατύπωση των ερωτήσεων. Οι συμμετέχοντες, για παράδειγμα, όταν καλούνται να απαντήσουν σε συγκεκριμένα αντικειμενικά συμπτώματα και προβλήματα υγείας, η περίοδος αναφοράς δεν είναι μεγάλη και επικεντρώνεται σε βραχυπρόθεσμο ορίζοντα (λογικό είναι να μην θυμούνται οι ερωτώμενοι ποια και πόσες φορές είχαν κάποιο σύμπτωμα πριν κάποια χρόνια). Δηλαδή οι ερωτήσεις αφορούν τυχόν συμπτώματα που είχαν τις τελευταίες εβδομάδες ή τους τελευταίους δύο με τρεις μήνες (Ganster, 2008).

Πλέον, και με την εμπειρία των ετών και των συσσωρευμένων μελετών πάνω σε θέματα υγείας, η διατύπωση και το είδος των ερωτήσεων σε έρευνες που αφορούν τη μέτρηση της υγείας είναι τέτοια που να αποφεύγεται όσο είναι δυνατόν περισσότερο η μεροληψία. Πέραν όμως τυχόν τέτοιων προβλημάτων που μπορεί να υπάρχουν σε κάποιο βαθμό, τα ερωτηματολόγια είναι ο πιο συγγενής και εύκολος τρόπος συλλογής δεδομένων ενώ αναλόγως με τη μέθοδο συμπλήρωσής τους μπορεί να γλιτώσουν πολύτιμο χρόνο και να έχουν μικρότερο κόστος (Σταθακόπουλος, 2005, σελ.82-90). Από την άλλη οι αντικειμενικές αξιολογήσεις της υγείας πέραν της δυσκολίας συλλογής δεδομένων είναι συχνά μη διαθέσιμες ή ελλιπείς. Επίσης, όσον αφορά την ψυχική υγεία, είναι δύσκολο να δώσει κάποιος αντικειμενικές αξιολογήσεις καθώς δεν μπορεί να γνωρίζει ακριβώς την ψυχική υγεία ενός ατόμου. Οι μόνοι που γνωρίζουν αρκετά καλά την ψυχική υγεία των ατόμων είναι οι ψυχολόγοι ή/και οι ψυχίατροί τους εφόσον τους επισκέπτονται. Εάν τα δεδομένα αντλούνται από αυτούς τους ειδικούς τότε οι αξιολογήσεις είναι αντικειμενικές. Η συλλογή όμως τέτοιων δεδομένων είναι σπάνια και πολύ δύσκολη. Πρώτον, θα πρέπει το υποκείμενο να επισκέπτεται ανά χρονικά διαστήματα τον ψυχίατρο ή ψυχολόγο του (μπορεί κάποιος να έχει ψυχικά προβλήματα αλλά να μην επισκέπτεται απαραίτητα έναν ειδικό) και δεύτερον λόγω του ιατρικού απορρήτου οι πληροφορίες εκ μέρους των ειδικών δεν είναι διαθέσιμες. Επίσης, όσον αφορά τα χαρακτηριστικά της εργασίας, δεν μπορεί να γνωρίζει καλύτερα κάποιος τρίτος (π.χ. προϊστάμενος ή συνάδελφος) ποιοι είναι εκείνοι οι παράγοντες και σε ποιο βαθμό επιδρούν στην ψυχική υγεία ενός ατόμου, πέραν του ίδιου του ατόμου.

Διαφορετικά συμπτώματα μπορεί να έχει κάποιος σε σχέση με κάποιον άλλον, διαφορετικοί παράγοντες μπορεί να είναι εκείνοι που επηρεάζουν την ψυχική τους υγεία (π.χ. για κάποιον το εργασιακό άγχος είναι σημαντικός παράγοντας ενώ για άλλον οι ώρες εργασίας) και με διαφορετικό τρόπο να αντιδρά ο καθένας στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων. Όλα αυτές οι διαφορές όμως αντικατοπτρίζονται στις υποκειμενικές αξιολογήσεις του καθενός και όχι στις αντικειμενικές αξιολογήσεις τρίτων γι' αυτό και οι υποκειμενικές αξιολογήσεις αποτελούν την καλύτερη ένδειξη της υγείας ενός ατόμου και χρησιμοποιούνται για την εκτίμησή της.

2.1.2 Προσεγγίσεις της ψυχικής υγείας

Το άγχος είναι ένα πρότυπο συναισθηματικών (π.χ. ανησυχία, κατάθλιψη), γνωστικών (π.χ. χαμηλή συγκέντρωση), συμπεριφορών (π.χ. αυξημένη χρήση αλκοόλ) και σωματικών (π.χ. αυξημένη πίεση αίματος, πονοκέφαλοι) αντιδράσεων σε δυσμενείς συνθήκες και χαρακτηρίζεται από υψηλά επίπεδα διέγερσης, αγωνίας και αυξημένη ανικανότητα αντιμετώπισης καταστάσεων (WHO, 2005). Εκτιμάται ότι το εργασιακό άγχος επηρεάζει αρνητικά τουλάχιστον 40 εκατομμύρια εργαζομένους σε 15 χώρες της ΕΕ, με ετήσιο κόστος που αγγίζει τα 20 δις. ευρώ (WHO, 2005).

Μερικές σημαντικές αιτίες που προκαλούν άγχος στην εργασία είναι η υπερβολική εργασία, η έλλειψη κατανοητών οδηγιών, οι μη ρεαλιστικές και πιεστικές προθεσμίες, η μειωμένη λήψη αποφάσεων, η ανασφάλεια και η εποπτεία (Harnois & Gabriel, 2000). Αρκετή σύγχυση υπήρξε γύρω από την ερμηνεία του άγχους και του ψυχικού φόρτου εργασίας σχετικά με το αν οι δύο αυτές έννοιες είναι ίδιες ή όχι, καθώς κάποιος μπορεί να πει ότι ο υψηλός φόρτος εργασίας είναι ένας παράγοντας που βοηθάει την ανάπτυξη συμπτωμάτων άγχους. Εν μέρει αυτό είναι ορθές και λογικό αλλά δεν είναι απόλυτο. Είναι πιθανόν ένα καθήκον που είναι δύσκολο και πολύπλοκο και ο εργαζόμενος πρέπει να εργαστεί σκληρά και όχι κάτω από τις καλύτερες συνθήκες, να μην οδηγήσει απαραίτητα σε πίεση, ψυχοσωματικά παράπονα και κατά συνέπεια σε αγχώδεις καταστάσεις (Gaillard, 1993). Από την άλλη μεριά, το εργασιακό άγχος μπορεί να μην οφείλεται καθόλου στο φόρτο εργασίας αλλά να σχετίζεται με άλλους παράγοντες (π.χ. τους κινδύνους της εργασίας, το δυσμενές περιβάλλον, τη σύγκρουση ρόλων, το αίσθημα ανασφάλειας της εργασίας, την θέληση για επιτυχία και ανάδειξη κτλ.).

Οι Gupta & Beehr (1979) αναφέρονται σε τέσσερις παράγοντες που δείχνουν το εργασιακό άγχος: την 'ασάφεια ρόλου' (role ambiguity), την 'υπερφόρτωση ρόλου' (role overload), την 'σπατάλη των δεξιοτήτων' (underutilization of skills) και την 'ανεπάρκεια

πόρων' (resource inadequacy). Η 'υπερφόρτωση ρόλου' αναφέρεται στον μεγάλο φόρτο εργασίας που έχει να αντιμετωπίσει ο εργαζόμενος και μπορεί να προκαλέσει άγχος όπως αναφέραμε παραπάνω. Η 'ασάφεια ρόλου' αναφέρεται στη σύγχυση που υπάρχει σχετικά με συγκεκριμένα καθήκοντα (job tasks) που πρέπει να εκτελέσει ο εργαζόμενος. Όταν για παράδειγμα δεν είναι ξεκάθαρο ποιες είναι οι αρμοδιότητες ενός εργαζομένου και υπάρχει ασάφεια σχετικά με το τι πρέπει να κάνει, αυτό χαρακτηρίζεται ως 'ασάφεια ρόλου'. Τα δύο προηγούμενα χαρακτηριστικά του ρόλου του εργαζομένου (role ambiguity, role overload) μαζί με τη σύγκρουση ρόλου (role conflict) αποτελούν τα τρία χαρακτηριστικά που εξετάζονται εκτενώς στη διεθνή βιβλιογραφία για τις επιδράσεις του άγχους στην υγεία και σε άλλα χαρακτηριστικά της εργασίας όπως ικανοποίηση από την εργασία (job satisfaction), απουσία από την εργασία (absenteeism), επιθυμία για εύρεση άλλης εργασίας (job turnover) κ.ά. Η σύγκρουση ρόλου αναφέρεται σε περιπτώσεις που ο εργαζόμενος πρέπει να εκτελέσει ένα ή περισσότερα καθήκοντα που δεν είναι στην δικιά του αρμοδιότητα ή δεν θέλει να τα κάνει ή όταν υπάρχουν συγκρουόμενες απαιτήσεις. Είναι ξεκάθαρο λοιπόν ότι ο φόρτος εργασίας δεν είναι ο μόνος παράγοντας που προκαλεί άγχος στην εργασία. Έτσι οι δύο αυτοί παράγοντες (άγχος και φόρτος εργασίας) αποτελούν διακριτούς παράγοντες και θα πρέπει να εξετάζονται ξεχωριστά στις σχετικές μελέτες. Τις επιπτώσεις του φόρτου εργασίας και της σύγκρουσης ρόλων στην υγεία των εργαζομένων εξέτασαν στην εμπειρική τους ανάλυση οι House et al. (1979) σε ένα δείγμα εργαζομένων σε χειρωνακτικές θέσεις εργασίας (blue-collar³) μίας πόλης των ΗΠΑ. Το δείγμα αποτελούσαν 1809 άνδρες εργαζόμενοι σε εργοστάσια κατασκευής ελαστικών, καουτσούκ, πλαστικών και χημικών. Οι συγγραφείς μίλησαν κυρίως για τα σωματικά προβλήματα που αντιμετώπιζαν οι εργαζόμενοι αλλά μία από τις εξαρτημένες μεταβλητές που εξέτασαν ήταν και η νεύρωση. Η νεύρωση αναφερόταν σε συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης, των δύο βασικότερων δεικτών που αποτελούν την ψυχική υγεία. Και οι δύο μεταβλητές επηρέαζαν σημαντικά την νεύρωση ($p < 0,01$) με τους συντελεστές παλινδρόμησης να είναι $\beta = 0,104$ για τον φόρτο εργασίας και $\beta = 0,177$ για τη σύγκρουση ρόλου.

³ Οι εργαζόμενοι ανάλογα με το είδος της εργασίας τους χωρίζονται σε δύο ευρείες κατηγορίες: σε εργαζόμενους σε χειρωνακτικές θέσεις εργασίας (blue-collar workers) και σε μη χειρωνακτικές θέσεις εργασίας ή στους εργαζόμενους 'γραφείου' (white-collar workers). Στους blue-collar ανήκουν οι εργαζόμενοι στον πρωτογενή τομέα (γεωργία, κτηνοτροφία, αλιεία), οι εργάτες εργοστασίων και βιομηχανιών και γενικά όσοι ασχολούνται με χειρωνακτικές εργασίες, ενώ στους white-collar ανήκουν γενικά όλοι οι δημόσιοι υπάλληλοι και αυτοί που ασχολούνται στον τριτογενή και τεταρτογενή τομέα (καθηγητές και δάσκαλοι, απασχολούμενοι στον τομέα της υγείας, απασχολούμενοι στον τομέα των πληροφοριών, υπάλληλοι τραπεζών και εταιριών τηλεπικοινωνίας, μάντζερ και στελέχη σε διευθυντικές θέσεις, απασχολούμενοι στον τομέα του τουρισμού και στις υπηρεσίες κτλ.) (βλ. LaRocco et al., 1980; Kauppinen-Toropainen et al., 1983; Groshen & Williams, 1992; Schutte et al., 2000; Pelfrene et al., 2001; Topinnen-Tanner et al., 2002; Noce & Stanford, 2007, p.24-30).

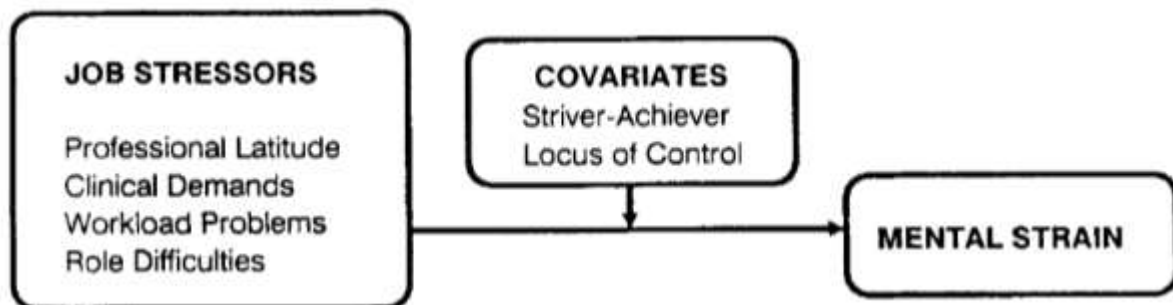
Το άγχος που σχετίζεται με την εργασία μελετάται ευρέως στη διεθνή βιβλιογραφία για τις αρνητικές συνέπειες που έχει στην υγεία του ατόμου. Το σοβαρότερο πρόβλημα ψυχικής υγείας, η κατάθλιψη, δεν οφείλεται πλέον μόνο σε περιβαλλοντικούς παράγοντες όπως είναι η απώλεια ενός συγγενικού ή αγαπημένου προσώπου, η απομόνωση κ.ά. (Forrest et al., 1965). Το εργασιακό άγχος μπορεί να οδηγήσει επίσης σε κατάθλιψη και άλλες ψυχικές διαταραχές (Tennant, 2001). Η μελέτη και η σωστή αντιμετώπιση του άγχους και των υπολοίπων ψυχοσωματικών συμπτωμάτων της εργασίας είναι πολύ σημαντική όχι μόνο για τις συνέπειες στην υγεία του ατόμου και στην εργασία αλλά επιπλέον και για τις συνέπειες που επιφέρουν στο οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον. Η πίεση και τα προβλήματα της εργασίας μεταφέρονται και στο σπίτι με αρνητικές συνέπειες (Jackson & Maslach, 1982). Οι Beehr & Newman (1978) ανέφεραν ότι η υγεία ενός εργαζομένου σε σχέση με το εργασιακό άγχος έχει επτά όψεις-διαστάσεις: περιβαλλοντική, προσωπική, διαδικασίας, ανθρώπινες συνέπειες, οργανωτικές συνέπειες, προσαρμοστικές αντιδράσεις, χρόνος. Η περιβαλλοντική όψη περιλαμβάνει όλα εκείνα τα χαρακτηριστικά που συνδέονται με το εργασιακό περιβάλλον, ενώ η προσωπική όψη την ψυχοσωματική κατάσταση του εργαζομένου και τα δημογραφικά του χαρακτηριστικά. Η όψη διαδικασίας, η οποία είναι η λιγότερο εξεταζόμενη και αυτή που δεν ενδιαφέρει τόσο τους μελετητές σύμφωνα με τους συγγραφείς, αναφέρεται στις ψυχοσωματικές διαδικασίες που συνδέουν τις δύο προηγούμενες όψεις και τις αντιδράσεις προσαρμογής των εργαζομένων. Είναι κάτι σαν συνδετικός κρίκος των δύο πρώτων όψεων μεταξύ τους και με την όψη των προσαρμοστικών αντιδράσεων. Δείχνει δηλαδή πώς αντιδρά ο κάθε εργαζόμενος στο άγχος που προκαλείται λόγω του εργασιακού περιβάλλοντος. Τρία είδη αντιδράσεων, την κατανάλωση αλκοόλ, το κάπνισμα και το υπερβολικό φαγητό ανέλυσαν στο μοντέλο τους οι House et al. (1986). Η όψη των ανθρωπίνων συνεπειών περιλαμβάνει τις συνέπειες που έχει το άγχος στην ψυχική και σωματική υγεία του εργαζομένου καθώς και στην συμπεριφορά του, ενώ η όψη των οργανωτικών συνεπειών περιλαμβάνει τα χαρακτηριστικά ενός οργανισμού που επηρεάζονται θετικά ή αρνητικά από το άγχος των εργαζομένων (π.χ. αποδοτικότητα, πωλήσεις, κέρδη κτλ). Η όψη των προσαρμοστικών αντιδράσεων περιέχει τους τρόπους αντιμετώπισης του άγχους τόσο από την πλευρά του εργαζομένου όσο και από την πλευρά του οργανισμού. Τέλος, η τελευταία όψη, ο χρόνος, διατρέχει όλες τις υπόλοιπες όψεις και αναφέρεται στο χρονικό διάστημα από την εμφάνιση ενός στρεσογόνου παράγοντα και την εκδήλωσή του, τη διάρκεια των συμπτωμάτων, τον κύκλο ζωής των όψεων κτλ. Για κάθε όψη αναφέρονται οι πιο κοινές περιπτώσεις που μπορεί να συμβούν.

Οι πρώτες μελέτες που έχουν γίνει σχετικά με το εργασιακό άγχος, αφορούσαν δημόσιους υπαλλήλους, αστυνομικούς, γιατρούς, ψυχολόγους, νοσοκόμους, κοινωνικούς λειτουργούς κτλ., δηλαδή εργαζομένους που απασχολούνταν κυρίως σε εργασίες 'γραφείου' (white-collar workers). Χρησιμοποιώντας αρκετές μεταβλητές ως προσδιοριστικές της υγείας των ατόμων σε σχέση με διάφορα χαρακτηριστικά της εργασίας σε ένα δείγμα 8700 δημοσίων υπαλλήλων της Σουηδίας, οι Karasek et al. (1987) θέλησαν να ρίξουν περισσότερο 'φως' στις σχέσεις μεταξύ εργασιακών χαρακτηριστικών που επηρεάζουν την υγεία και εργασίας. Ως εξαρτημένες μεταβλητές χρησιμοποιούν την ψυχική υγεία, τις σωματικές αρρώστιες, τις αντιδράσεις συμπεριφοράς και την κοινωνική συμμετοχή ενώ οι ερμηνευτικές μεταβλητές περιλαμβάνουν διάφορα χαρακτηριστικά της εργασίας όπως τον φόρτο εργασίας, τη σαφήνεια ρόλου, το εύρος των αποφάσεων, τις προοπτικές καριέρας και την κοινωνική υποστήριξη, με την ηλικία και την οικογενειακή κατάσταση να λειτουργούν σαν μεταβλητές ελέγχου. Επίσης, μέρος των ερμηνευτικών μεταβλητών αποτελούν και διάφορα άλλα χαρακτηριστικά όπως το εισόδημα, ο χρόνος για ταξίδια, εργαζόμενος-η σύζυγος, παιδιά στο σπίτι και προβλήματα στο σπίτι. Όσον αφορά την ψυχική υγεία, παράγοντες όπως ο φόρτος εργασίας και οι συγκρούσεις αύξαναν τις πιθανότητες εμφάνισης κατάθλιψης και εξουθένωσης ενώ το υψηλό εύρος αποφάσεων μείωνε την πιθανότητα κατάθλιψης και αύξανε την πιθανότητα εμφάνισης εξουθένωσης. Οι παντρεμένοι (άντρες και γυναίκες) εμφάνιζαν πιο ήπιες αντιδράσεις σε σχέση με τους ελεύθερους (λιγότερη κατανάλωση χαπιών και λιγότερο κάπνισμα). Οι συγκρούσεις και ο φόρτος εργασίας ήταν επίσης σημαντικοί παράγοντες στη εμφάνιση προβλημάτων σωματικής υγείας (όπως αυτά ενδείκνυνται από την εμπειρία σωματικών ασθενειών) ενώ οι προοπτικές επαγγελματικής εξέλιξης σχετίζονταν αρνητικά μόνο με τα ψυχικά προβλήματα υγείας. Τέλος, το υψηλό εισόδημα συνδεόταν με λιγότερα προβλήματα υγείας, ο χρόνος για ταξίδια είχε θετική επίδραση στην ψυχική υγεία ενώ η ύπαρξη παιδιών στο σπίτι συνδεόταν με αυξημένη εξουθένωση και αναπνευστικές ασθένειες για τις γυναίκες αλλά όχι για τους άνδρες.

Οι Baba et al. (1999) θέλησαν να μελετήσουν την ψυχική υγεία των νοσοκόμων στην Καραϊβική. Το δείγμα τους περιελάμβανε νοσοκόμες που απασχολούνταν κυρίως στα μεγαλύτερα νοσοκομεία στον Άγιο Βικέντιο και στο Τρινιντάντ και Τομπάγκο. Οι εμπειρικές εκτιμήσεις, με ένα σύνολο εξαρτημένων μεταβλητών ως δείκτες της ψυχικής υγείας των εργαζομένων (άγχος, επαγγελματική εξουθένωση, κατάθλιψη κ.ά.), δείχνουν ότι οι νοσοκόμες εμφανίζουν κυρίως άγχος και επαγγελματική εξουθένωση, ενώ η κατάθλιψη είναι ο κύριος λόγος για απουσία από την εργασία και για αναζήτηση νέας εργασίας. Οι Arsenault et al. (1991) εξετάζουν την ψυχική υγεία των εργαζομένων σε νοσοκομεία με τις γυναίκες να

αποτελούν το 80% του δείγματος. Η ψυχική υγεία είναι η εξαρτημένη μεταβλητή η οποία απαρτίζεται από τρεις υπο-κλίμακες: την κατάθλιψη, το άγχος και τον εκνευρισμό (irritation). Πέρα από τους παράγοντες που προκαλούν άγχος στην εργασία όπως το εύρος των αποφάσεων, οι απαιτήσεις της εργασίας, ο φόρτος εργασίας και οι δυσκολίες ρόλου (role conflicts & role ambiguities), οι συγγραφείς χρησιμοποιούν επιπλέον σαν ερμηνευτικές μεταβλητές δύο χαρακτηριστικά της προσωπικότητας: τον τόπο του ελέγχου (locus of control) και τους μόχθους-κατορθώματα (striver-achiever trait) (βλ. Σχήμα 2.1). Ο λόγος που χρησιμοποιούν τις δύο αυτές επιπρόσθετες μεταβλητές είναι ότι θέλουν να δουν με ποιο τρόπο οι διαφορές στην προσωπικότητα του ατόμου επιδρούν στην ψυχική υγεία. Ο τόπος του ελέγχου αναφέρεται στο κατά πόσον τα άτομα μπορούν να ελέγχουν τα γεγονότα που τους επηρεάζουν. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι ο τόπος του ελέγχου είχε θετική σχέση με την ψυχική ένταση (προβλήματα ψυχικής υγείας) ενώ οι μόχθοι-κατορθώματα δεν είχαν στατιστικά σημαντική επίδραση. Από τους τέσσερις παράγοντες που προκαλούσαν άγχος στην εργασία οι τρεις είχαν στατιστικά σημαντική επίδραση στην ψυχική υγεία των εργαζομένων. Το εύρος των αποφάσεων σχετιζόταν αρνητικά με την ψυχική ένταση ενώ ο φόρτος εργασίας και οι δυσκολίες ρόλου σχετιζόνταν θετικά. Οι απαιτήσεις της εργασίας δεν είχαν στατιστικά σημαντική επίδραση.

Σχήμα 2.1 Το λειτουργικό μοντέλο των Arsenault et al. (1991)



Πηγή: Arsenault et al. (1991)

Ένας δείκτης μέτρησης της ψυχικής υγείας είναι η επαγγελματική εξουθένωση (burnout). Ο όρος ‘επαγγελματική εξουθένωση’ χρησιμοποιήθηκε πρώτη φορά από τον Freudenberger (1974). Η επαγγελματική εξουθένωση δεν αναφέρεται τόσο στη σωματική εξουθένωση αλλά στη συναισθηματική και ψυχική εξουθένωση του ατόμου και συνδέεται άμεσα με το εργασιακό άγχος και την κατάθλιψη (Iacovides et al., 2003). Οι πρώτοι που σχεδίασαν μία κλίμακα μέτρησης της επαγγελματικής εξουθένωσης ήταν οι Maslach & Jackson (1981). Σύμφωνα με τις συγγραφείς, η επαγγελματική εξουθένωση μπορεί να οδηγήσει στην

χειροτέρευση της ποιότητας της φροντίδας και των υπηρεσιών που προσφέρει το προσωπικό των επαγγεμάτων υγείας και υπηρεσιών (αστυνομικοί, σύμβουλοι, δάσκαλοι, νοσοκόμες, γιατροί, κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχίατροι, ψυχολόγοι, δικηγόροι, διαχειριστές πρακτορείων). Τα προαναφερθέντα επαγγέλματα είναι αυτά που εμφάνιζαν την υψηλότερη επαγγελματική εξουθένωση. Επίσης, η επαγγελματική εξουθένωση αποτελεί σημαντικό παράγοντα στην επιθυμία των εργαζομένων να ψάξουν για άλλη εργασία (job turnover), στην απουσία από την εργασία (absenteeism) και στο χαμηλό ηθικό ενώ σχετίζεται θετικά με διάφορους δείκτες όπως τη σωματική εξουθένωση, την αϋπνία, την αυξημένη χρήση αλκοόλ και ναρκωτικών και τα οικογενειακά και συζυγικά προβλήματα. Χρησιμοποιώντας προσωπικές συνεντεύξεις και ερωτηματολόγια σε ένα δείγμα 1025 εργαζομένων στις ΗΠΑ που ανήκαν στα παραπάνω επαγγέλματα δημιουργούν έναν ‘κατάλογο’ μέτρησης της επαγγελματικής εξουθένωσης γνωστό στη διεθνή βιβλιογραφία ως MBI (Maslach Burnout Inventory). Για τη μέτρηση της επαγγελματικής εξουθένωσης χρησιμοποιούν τρεις υποκατηγορίες: τη συναισθηματική εξουθένωση (emotional exhaustion), την αποπροσωποποίηση (depersonalization) και τα προσωπικά κατορθώματα (personal accomplishment) ενώ προαιρετική ήταν και μία τέταρτη υποκατηγορία, η ανάμειξη με τους ανθρώπους (involvement). Η τελευταία αυτή κατηγορία είναι προαιρετική (για όποιον επιθυμεί να την χρησιμοποιήσει στη μελέτη του) καθώς δεν εμφάνιζε υψηλή συσχέτιση με τις υπόλοιπες τρεις. Η συναισθηματική εξουθένωση είναι αυτή που παρατηρείται πρώτη όταν το άτομο αισθάνεται κουρασμένο από την εργασία του και δεν έχει ψυχικές αντοχές να συνεχίσει. Για να αμυνθεί, αναπτύσσονται απρόσωπες σχέσεις με τους ασθενείς ή πελάτες ώστε να καταπολεμήσει το άγχος του. Ο μηχανισμός αυτός είναι αναποτελεσματικός και οδηγεί στη μείωση των επιπέδων λειτουργίας και των ‘προσωπικών κατορθωμάτων’ όπως η αποτελεσματικότητα αντιμετώπισης των προβλημάτων των αποδεκτών, η θετική επιρροή στη ζωή άλλων ανθρώπων στην εργασία, το αίσθημα ενεργητικότητας, η δημιουργία ήρεμης ατμόσφαιρας με τους αποδέκτες κτλ. Οι ερωτήσεις ήταν δομημένες σε δύο διαστάσεις: τη συχνότητα των συμπτωμάτων σε κλίμακα από 1 (λίγες φορές το χρόνο) έως 6 (κάθε μέρα) και την ένταση των συμπτωμάτων σε κλίμακα από 1 (πολύ ήπια) έως 7 (πολύ δυνατή). Η μορφή αυτή των ερωτήσεων επέτρεπε στους ερωτηθέντες να δίνουν περισσότερο διαφοροποιημένες απαντήσεις. Για να ελέγξουν οι συγγραφείς την εγκυρότητα των αποτελεσμάτων, οι απαντήσεις των ερωτηθέντων συσχετίζονταν: με τις αξιολογήσεις της συμπεριφοράς (γυρίζει με νεύρα σπίτι, είναι κουρασμένος κτλ.) που έδιναν γι’ αυτούς κοντινά πρόσωπα (όπως σύζυγος-η και συνάδελφοι), με κάποια χαρακτηριστικά της εργασίας που συνέβαλλαν στην εξουθένωση (όπως ο αριθμός των πελατών που αντιμετώπιζαν, ο χρόνος που περνούσαν με τους ασθενείς

κτλ.) και με κάποια αποτελέσματα που είχαν σχέση με την εξουθένωση (όπως οι ευκαιρίες ανάπτυξης στην εργασία, πόσο αποτελεσματικά κάνουν την εργασία τους, η επιθυμία να αφήσουν την εργασία αυτή, δυσκολίες με την οικογένεια και τους φίλους κτλ.). Τέλος, σχεδόν όλα τα δημογραφικά χαρακτηριστικά που χρησιμοποίησαν (φύλο, φυλή, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση και μόρφωση) είχαν στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα στην επαγγελματική εξουθένωση. Οι γυναίκες εμφάνιζαν υψηλότερη συναισθηματική εξουθένωση σε σχέση με τους άντρες ενώ οι άντρες είχαν υψηλότερα σκορ στην αποπροσωποποίηση και στα προσωπικά κατορθώματα. Οι ελεύθεροι ή χωρισμένοι καθώς και αυτοί που είχαν υψηλότερο επίπεδο μόρφωσης δήλωναν υψηλότερη συναισθηματική εξουθένωση. Αξιοσημείωτο είναι ότι οι μικρότεροι σε ηλικία δήλωναν υψηλότερη συναισθηματική εξουθένωση από τους μεγαλύτερους όσον αφορά την ένταση και όχι την συχνότητα, γεγονός που δείχνει ότι η επαγγελματική εξουθένωση έρχεται στα πρώτα χρόνια της καριέρας του εργαζόμενου.

2.2 Χαρακτηριστικά της εργασίας

2.2.1 Ώρες εργασίας-φόρτος εργασίας

Όσον αφορά τις εργασιακές συνθήκες πολλές αλλαγές έχουν γίνει με το πέρασμα του χρόνου. Παλαιότερα το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού απασχολούνταν στον πρωτογενή και δευτερογενή τομέα με τους κινδύνους και τη σωματική καταπόνηση να είναι τα κυριότερα χαρακτηριστικά που αντιμετώπιζαν οι εργαζόμενοι (εργοστάσια, βιομηχανίες, οικοδομές, καλλιέργεια γης κ.ά.). Οι πρώτες μελέτες που έχουν γίνει αφορούσαν περισσότερο τους σωματικούς κινδύνους και τις αρρώστιες που αντιμετώπιζαν οι εργαζόμενοι εξαιτίας των συνθηκών εργασίας και του άγχους της εργασίας, όπως αρθρίτιδα, βρογχίτιδα, αναπνευστικά προβλήματα και κυρίως καρδιαγγειακές παθήσεις π.χ. αύξηση του ρυθμού της καρδιάς, στεφανιαία καρδιακή νόσο, καρδιακή προσβολή, εγκεφαλικό, υπέρταση, υψηλή πίεση αίματος κτλ. (Crump et al., 1981; Haynes and Feinleib, 1980; Hennigan and Wortham, 1975; House, 1974; House et al., 1986; Karasek et al., 1981; Matteson and Ivancevich, 1979; Rahe et al., 1970; Reeder et al., 1973; Schar et al., 1973; Shirom et al., 1973; Sorensen et al., 1985; Steffy and Jones, 1988) ενώ πρόσφατα οι Nixon et al. (2011) μελέτησαν τις επιπτώσεις διαφόρων στρεσογόνων παραγόντων σε σωματικά συμπτώματα όπως πονοκεφάλους, πόνους στην πλάτη, καταπόνηση των ματιών, διαταραχές ύπνου, κούραση και ζαλάδα.

Τα τελευταία χρόνια όμως, με την ραγδαία αύξηση της τεχνολογίας, την εισαγωγή των υπολογιστών και του διαδικτύου στη ζωή μας, την προσπάθεια προσαρμογής στα νέα προϊόντα, την παγκοσμιοποίηση και το άνοιγμα των οικονομιών και την εισαγωγή της αυτοματοποίησης στις περισσότερες διαδικασίες, οι απαιτήσεις της εργασίας και ο φόρτος της εργασίας έχουν αυξηθεί. Τη δεκαετία του '80 όταν οι πρώτοι υπολογιστές είχαν κάνει την εμφάνισή τους στο χώρο της εργασίας (γιγαντιαίες μονάδες με οθόνες), από τα πρώτα επαγγέλματα για τα οποία έχει γίνει εκτενής αναφορά για τα σωματικά και ψυχικά προβλήματα που αντιμετώπιζαν οι εργαζόμενοι είναι τα επαγγέλματα που σχετίζονταν με τη χρήση τερματικών οπτικής εμφάνισης (στη διεθνή βιβλιογραφία το ακρωνύμιο που χρησιμοποιείται είναι VDT –Visual Display Terminals–). Πέραν των σωματικών προβλημάτων που αντιμετώπιζαν οι εργαζόμενοι, όπως ακτινοβολία, προβλήματα με την όραση και μυοσκελετικά προβλήματα, η εισαγωγή των τερματικών στην εργασία άρχισε να τους επιφέρει άγχος και ψυχολογικά προβλήματα (Smith, 1987). Αργότερα οι Kawakami et al. (1995), μελετώντας την Ιαπωνία, ανέφεραν ότι ο φόρτος εργασίας ήταν το κυριότερο χαρακτηριστικό της εργασίας που προκαλούσε άγχος και ψυχικά προβλήματα στους εργαζόμενους σε επαγγέλματα που σχετίζονταν με υπολογιστές όπως μηχανικοί υπολογιστών, τεχνικοί υπολογιστών και προγραμματιστές.

Η ψυχική υγεία των εργαζομένων είναι σαφές ότι έχει χειροτερεύσει σε σχέση με παλαιότερα χρόνια. Μάλιστα, στα περισσότερα επαγγέλματα το μεγαλύτερο μέρος των εργαζομένων αντιμετωπίζει προβλήματα ψυχικής και, λιγότερο συχνά, σωματικής υγείας. Μία σύγχρονη μελέτη των Stewart-Brown & Layte (1997) στην Οξφόρδη βρίσκει ότι τα ψυχικά προβλήματα υγείας κυριαρχούν έναντι όλων των σωματικών προβλημάτων υγείας. Το 14,5% των ερωτηθέντων δήλωσε ότι εμφάνιζε μόνο ψυχικά προβλήματα έναντι 10,5% το οποίο δήλωσε ότι εμφάνιζε μόνο σωματικά προβλήματα και 12,6% το οποίο δήλωσε ότι εμφάνιζε παράλληλα και σωματικά και ψυχικά προβλήματα. Σε μία άλλη έρευνα των Cooper & Davidson (1982) οι γυναίκες μανάτζερ δήλωσαν ότι είχαν πολύ περισσότερα ψυχικά προβλήματα απ' ό,τι σωματικά. Συγκεκριμένα, όσον αφορά τη σωματική υγεία, το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών δήλωσε ότι έχει ημικρανίες (27,4%) ενώ στα υπόλοιπα πέντε σωματικά συμπτώματα (υψηλή πίεση αίματος, αρθρίτιδα, έκζεμα, γαστρικό/πεπτικό έλκος, άσθμα) το ποσοστό ήταν μικρότερο του 10%. Αντίθετα, όσον αφορά την ψυχική υγεία, τα συμπτώματα ήταν περισσότερα και πιο αισθητά στο μεγαλύτερο μέρος των ερωτηθέντων γυναικών. Το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών (από τις 135 συνολικά) αντιμετώπιζε κούραση (69,6%), το 60% είχε εκνευρισμό, το 54,4% είχε άγχος ενώ κατάθλιψη αντιμετώπιζε το 23,7%. Η κατάθλιψη ήταν και το σύμπτωμα με το μικρότερο ποσοστό

εμφάνισης. Τα υπόλοιπα συμπτώματα που εμφανίζονταν ήταν ένταση (42,2%), θυμός (35,6%), απογοήτευση (34,8%), αϋπνία (34,1%), δυσαρέσκεια με την εργασία ή τη ζωή (34,1%) και χαμηλή αυτοεκτίμηση (25,9%) (βλ. Πίνακα 2.2).

Μία από τις πολλές αλλαγές που έχουν γίνει στο χώρο της εργασίας τα τελευταία χρόνια, είτε από ατομική επιδίωξη των ατόμων (λόγω των αυξημένων απαιτήσεων της εργασίας και του φόρτου εργασίας, της πίεσης του χρόνου, του έντονου άγχους κ.ά.) είτε λόγω ανεργίας, είναι η επέκταση των μορφών εργασίας μερικής απασχόλησης. Οι Robone et al. (2011) μελετούν τον αντίκτυπο που έχουν οι συνθήκες εργασίας και το είδος των συμβάσεων (προσωρινή ή part-time εργασία) στην υγεία και την ευημερία των Βρετανών εργαζομένων, χρησιμοποιώντας panel data σε ένα δείγμα 23309 γυναικών και 22349 ανδρών. Η εργασία μερικής απασχόλησης είχε θετικές επιπτώσεις στη συνολική υγεία των γυναικών ($\beta = 0,075$, $p < 0,05$) και των ανδρών ($\beta = 0,185$, $p < 0,01$) ενώ η προσωρινή εργασία, όταν υπήρχαν και παιδιά, είχε αρνητικό αντίκτυπο στην υγεία των ανδρών ($\beta = -0,216$, $p < 0,05$).

Πίνακας 2.2 Ποσοστά των γυναικών μανάτζερ που δήλωσαν σωματικά και ψυχικά προβλήματα (135 μανάτζερ συνολικά)

<i>Physical</i>	<i>Percentage</i>	<i>Psychological</i>	<i>Percentage</i>
Migraine	27.4%	Tiredness	69.6%
High blood pressure	9.6	Irritation	60.0
Arthritis and/or rheumatoid arthritis	8.1	Anxiety	54.4
Eczema	5.9	Tension (neck or back)	42.2
Gastric and/or peptic ulcer	4.4	Anger	35.6
Asthma	2.2	Frustration	34.8
Heart disease	0.0	Sleeplessness	34.1
Stroke	0.0	Dissatisfaction with life or job	34.1
		Low self-esteem	25.9
		Depression	23.7

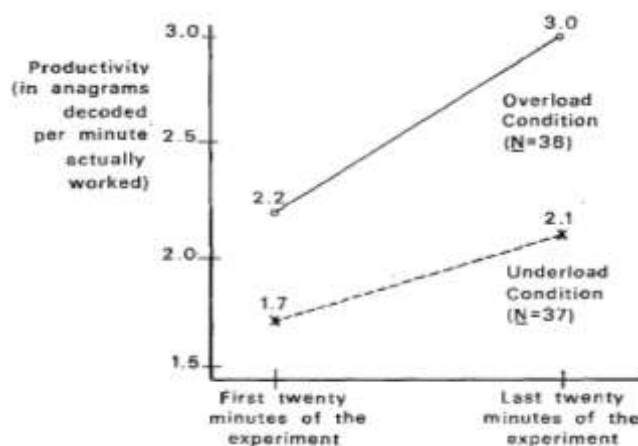
Πηγή: Cooper and Davidson (1982)

Όσον αφορά την ψυχική υγεία, υπήρχε θετική σχέση με την εργασία μερικής απασχόλησης για τους άνδρες, ενώ στην περίπτωση ύπαρξης παιδιών η σχέση γινόταν αρνητική. Για τις γυναίκες τα αποτελέσματα δεν ήταν στατιστικά σημαντικά. Οι ώρες εργασίας (υπερωρίες και προτιμήσεις για λιγότερες ή περισσότερες ώρες εργασίας) και οι ευκαιρίες προαγωγής σχετίζονταν αρνητικά με την ψυχική υγεία των γυναικών. Η σχέση δεν βρέθηκε να είναι στατιστικά σημαντική στην περίπτωση των ανδρών. Φαίνεται ότι για τους άνδρες οι

υπερωρίες και οι ευκαιρίες προαγωγής δεν είχαν σημαντική επιρροή στην ψυχική τους υγεία και βαρύτητα είχαν άλλοι παράγοντες (η προσωρινή εργασία και η ύπαρξη παιδιών). Οι Burke & Greenglass (2000) μελετούν τις εργασιακές συνθήκες και την υγεία 1362 νοσοκόμων στο Οντάριο λαμβάνοντας υπόψη και το είδος της απασχόλησης (πλήρη ή μερική) αλλά και τις προτιμήσεις που είχαν οι εργαζόμενοι για πλήρη ή μερική απασχόληση. Το δείγμα το χώρισαν σε τέσσερις ομάδες: τα άτομα που είναι πλήρους απασχόλησης τα οποία προτιμούν την πλήρη απασχόληση, τα άτομα που είναι μερικής απασχόλησης τα οποία προτιμούν την μερική απασχόληση και τα άτομα που είναι πλήρους ή μερικής απασχόλησης τα οποία θα προτιμούσαν να είναι μερικής ή πλήρους απασχόλησης αντίστοιχα. Οι εργαζόμενοι πλήρους απασχόλησης που προτιμούσαν την μερική απασχόληση δήλωσαν ότι είχαν περισσότερα ψυχοσωματικά προβλήματα και περισσότερη επαγγελματική εξουθένωση από τις υπόλοιπες ομάδες ενώ τα λιγότερα ψυχοσωματικά προβλήματα και εξουθένωση είχαν οι μερικής απασχόλησης που προτιμούσαν την μερική απασχόληση.

Φαίνεται ότι οι πολλές ώρες εργασίας και ο φόρτος εργασίας αποτελούν σημαντικούς παράγοντες στην υγεία των ατόμων και πολλοί προτιμούν τις λίγες ώρες εργασίας προκειμένου να έχουν μία καλή και ισορροπημένη υγεία. Ο Sales (1970) αναφέρει ότι ο αυξημένος φόρτος εργασίας (overload) αν και αυξάνει την παραγωγικότητα των ατόμων (βλ. Σχήμα 2.2) προκαλεί ένταση, θυμό, χαμηλή αυτοεκτίμηση και αυξημένη πίεση χρόνου ενώ οι Friedman et al. (1958) έδειξαν ότι ο αυξημένος φόρτος εργασίας και το άγχος αυξάνουν τα επίπεδα χοληστερίνης στον οργανισμό. Οι Payne & Fletcher (1983) χρησιμοποιούν στο εμπειρικό τους μοντέλο τον φόρτο εργασίας σαν μεταβλητή πρόβλεψης της ψυχικής υγείας 148 δασκάλων (ανδρών και γυναικών) της Αγγλίας.

Σχήμα 2.2 Αλλαγές στην παραγωγικότητα κάτω από αυξημένο (overload) και μειωμένο (underload) φόρτο εργασίας



Πηγή: Sales (1970)

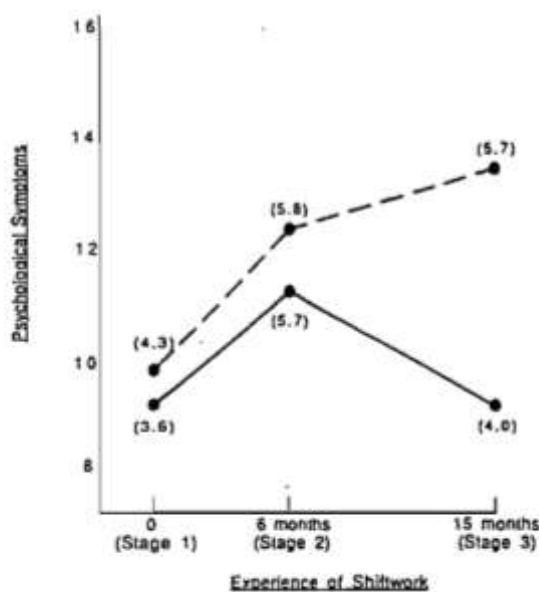
Ο φόρτος εργασίας επηρέαζε θετικά την κατάθλιψη ($\beta = 0,176$, $p < 0,05$) και το άγχος ($\beta = 0,117$, $p < 0,1$). Με άλλα λόγια ο αυξημένος φόρτος εργασίας αύξανε την κατάθλιψη και το άγχος των δασκάλων. Μεταξύ των δύο δεικτών σημαντικότερη επίπτωση είχε ο φόρτος εργασίας στην κατάθλιψη (σε επίπεδο 5% έναντι 10% του άγχους).

Χρησιμοποιώντας ένα δείγμα 306 εργαζομένων σε εργοστάσιο του Βελγίου, ο De Witte (1999) βρήκε ότι ο υψηλός φόρτος εργασίας επηρεάζει αρνητικά την ψυχική υγεία ($\beta = -0,26$, $p < 0,01$). Πολλαπλά μοντέλα παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την ψυχική υγεία, την επαγγελματική εξουθένωση και την ικανοποίηση από την εργασία χρησιμοποίησαν στην έρευνά τους οι Prosser et al. (1997). Το δείγμα αποτελούσαν 121 άνδρες και γυναίκες εργαζόμενοι σε τομείς που σχετίζονταν με την ψυχική υγεία (ψυχίατροι, νοσοκόμοι κτλ.). Τα αποτελέσματα της εκτίμησης έδειξαν ο υψηλός φόρτος εργασίας σχετίζεται θετικά με προβλήματα ψυχικής υγείας ($\beta = 1,1$, $p < 0,01$) ενώ θετικό και μεγαλύτερο αντίκτυπο είχε ο φόρτος εργασίας στη συναισθηματική εξουθένωση ($\beta = 4,4$, $p < 0,0001$). Η συναισθηματική εξουθένωση, όπως αναφέραμε στην υποενότητα 2.1.2, αποτελεί έναν δείκτη μέτρησης της ψυχικής υγείας.

Ο βασικότερος παράγοντας που έχει επιδράσει σημαντικά σε όλες τις οργανωτικές αλλαγές που έχουν γίνει με το πέρασμα των ετών στο χώρο της εργασίας αλλά και στα χαρακτηριστικά της εργασίας είναι η τεχνολογία (Platt et al., 1999). Δεν αμφισβητεί κανένας ότι η συνεχής πρόοδος της τεχνολογίας αλλάζει τη ζωή μας προς το καλύτερο καθώς διευκολύνει την καθημερινότητά μας αλλά και την εργασία ενώ επίσης αποτελεί το κύριο στοιχείο ανάπτυξης και προόδου μίας χώρας. Θα περιμέναμε ότι η εισαγωγή της τεχνολογίας στην εργασία θα διευκόλυνε τον ρόλο του καθενός και η εργασία θα γινόταν πιο εύκολη και πιο ευχάριστη. Τα πράγματα όμως δεν είναι έτσι. Η τεχνολογία όντως μας βοηθάει και μας διευκολύνει αλλά εξαιτίας αυτής της διευκόλυνσης οι απαιτήσεις της εργασίας είναι πολύ περισσότερες. Παλαιότερα δεν υπήρχαν τα μέσα και οι δυνατότητες του ανθρώπου στην εργασία ήταν περιορισμένες με τις απαιτήσεις της εργασίας να είναι χαμηλές. Με την πρόοδο όμως της τεχνολογίας οι δυνατότητες των ανθρώπων στην εργασία έχουν αυξηθεί και σαν επακόλουθο οι απαιτήσεις της εργασίας είναι αυξημένες ενώ ταυτόχρονα ο χρόνος πολύ μικρός. Όταν η εισαγωγή και η εξέλιξη της τεχνολογίας στην εργασία είναι πολύ γρήγορη και μη ελεγχόμενη τότε προκαλεί ψυχοκοινωνικά προβλήματα στα οποία πιο ευάλωτοι είναι οι εργάτες και οι υπάλληλοι χαμηλού επιπέδου παρά οι επαγγελματίες και οι μάνατζερ (Alcalay & Pasick, 1983). Στο ίδιο άρθρο οι Alcalay & Pasick (1983) αναφέρουν ότι η χρήση πολύπλοκων τεχνολογιών μπορεί να αυξήσει το εργασιακό άγχος, την 'υπερφόρτωση' της εργασίας και να μειώσει το επίπεδο ελέγχου των εργαζομένων στην εργασία τους. Ο

αυξημένος φόρτος εργασίας σε ορισμένες περιπτώσεις οδηγεί σε αύξηση των ωρών εργασίας από την πλευρά των εργαζομένων ώστε να ανταπεξέλθουν στις απαιτήσεις της εργασίας τους. Οι ώρες εργασίας επομένως αποτελούν έναν σημαντικό προσδιοριστικό παράγοντα των προβλημάτων σωματικής και ψυχικής υγείας. Οι εργασιομανείς εμφανίζουν περισσότερα ψυχοσωματικά συμπτώματα και χειρότερη σωματική και ψυχική υγεία (Burke, 2000). Ακόμα και η εργασία με βάρδιες (βλ. Σχήμα 2.3), πολύ περισσότερο εάν η εργασία είναι νύχτα, επηρεάζει με αρνητικό τρόπο την ψυχική υγεία των ατόμων (Bohle & Tilley, 1989).

Σχήμα 2.3 Μέσος όρος των σκορ των ψυχολογικών συμπτωμάτων με δύο και τρεις βάρδιες (σε παρένθεση οι τυπικές αποκλίσεις για κάθε μέσο)



Mean psychological symptoms scores (GHQ) for 2-shift (●—●) and 3-shift (●--●)

Πηγή: Bohle and Tilley (1989)

Ο Cameron (1971) μιλάει για τα προβλήματα κούρασης που αντιμετωπίζουν οι εργαζόμενοι στη σύγχρονη βιομηχανία από τις πολλές ώρες εργασίας και σαν παράδειγμα χρησιμοποιεί τους εργαζόμενους στην αεροπορία, καθώς η αεροπορία είναι από τις πρώτες βιομηχανίες που δέχεται τις τεχνολογικές αλλαγές και πρέπει γρήγορα να προσαρμοστεί σε αυτές. Πέρα όμως της τεχνολογικής πίεσης, το πλήρωμα της αεροπορίας έρχεται αντιμέτωπο και με το δυσμενές περιβάλλον στο οποίο εργάζεται (χαμηλή ή υψηλή θερμοκρασία, υγρασία, αέρας, όζον, μονοξείδιο του άνθρακα, υδρογονάνθρακες, ραδιενεργά σωματίδια κ.ά.). Επιπλέον οι πολλές ώρες εργασίας και το ακανόνιστο ωράριο (το 60% των πτήσεων γινόντουσαν νύχτα, λίγες ώρες ύπνου) κάνουν πιο έντονα τα προβλήματα κούρασης, κούραση περισσότερο ψυχική (λόγω του άγχους) παρά σωματική. Όπως χαρακτηριστικά

αναφέρει ο συγγραφέας, «η απλή σωματική κούραση είναι ένα πρόβλημα που φθίνει με την πάροδο του χρόνου, αλλά το περισσότερο πολύπλοκο φαινόμενο της ψυχικής κούρασης μπορεί να αυξάνεται σε ένταση και διάρκεια» (σελ. 718). Φαίνεται ότι ο συγγραφέας τότε σωστά προέβλεπε καθώς αργότερα εκτενής αναφορά γίνεται για την επαγγελματική (ψυχική) εξουθένωση των εργαζομένων (burnout) (Freudenberger, 1974).

Για τις πολλές ώρες εργασίας και τις συνέπειες που έχουν στην ψυχική υγεία των εργαζομένων σε στρατιωτικές εταιρίες έκαναν αναφορά στη μελέτη τους οι Bliese & Halverson (1996). Οι συγγραφείς χρησιμοποιούν ατομικά δεδομένα από 7.382 στρατιώτες τα οποία έπειτα τα ταξινομούν σε 99 τυχαίες ομάδες οι οποίες αποτελούνταν από τον ακριβή αριθμό του μεγέθους των 99 στρατιωτικών εταιριών στις ΗΠΑ. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι η σχέση μεταξύ των ωρών εργασίας και της ψυχικής υγείας περιγραφόταν καλύτερα από το μοντέλο με τα δεδομένα των ομάδων παρά από το μοντέλο των ατομικών δεδομένων. Σε επίπεδο ομάδας η σχέση ήταν αρκετά ισχυρή ($r = -0,71$) ενώ σε ατομικό επίπεδο η σχέση ήταν ασθενής ($r = -0,11$). Το αρνητικό πρόσημο δηλώνει ότι οι πολλές ώρες εργασίας οδηγούν σε προβλήματα ψυχικής υγείας. Το ότι σε ατομικό επίπεδο δεν υπήρχε ουσιαστική σχέση μεταξύ της ψυχικής υγείας και των ωρών εργασίας (καθώς και άλλων στρεσογόνων παραγόντων) δεν σημαίνει ότι πρέπει να υποδειγματοποιούμε τη σχέση σε ομαδικό επίπεδο. Οι συγγραφείς σημειώνουν ότι σε κάθε έρευνα θα πρέπει να γίνονται και τα δύο είδη μελετών καθώς είναι συμπληρωματικές. Οι υπερωρίες σε συνδυασμό με το ψυχικό άγχος, την ισορροπημένη διατροφή και τη σωματική άσκηση αποτελούσαν τις σημαντικότερες μεταβλητές που σχετίζονται με προβλήματα ψυχικής υγείας στους άντρες σε μία κατασκευαστική εταιρία στην Ιαπωνία (Ezoe & Morimoto, 1994). Στο ίδιο άρθρο, στην περίπτωση των γυναικών, επιπλέον των ωρών εργασίας, του ψυχικού άγχους και της σωματικής άσκησης σημαντικοί παράγοντες ήταν το κάπνισμα και οι ώρες ύπνου.

Χρησιμοποιώντας σχεδόν όλες τις δημοσιευμένες μελέτες που είχαν γίνει μέχρι τότε, όσον αφορά τη σχέση μεταξύ των ωρών εργασίας και της υγείας, οι Sparks et al. (1997) χρησιμοποίησαν τη μέθοδο της μετα-ανάλυσης (meta-analysis⁴) για να διαπιστώσουν τη σύνδεση των ωρών εργασίας με την υγεία. Τα συνολικά δείγματα ήταν 21 και ο συνολικός αριθμός των συμμετεχόντων 37623. Ο μέσος συντελεστής συσχέτισης των ωρών εργασίας και των συμπτωμάτων συνολικής υγείας ήταν 0,1302 (95% CI: 0,0847 < r < 0,1757) ενώ ο μέσος συντελεστής συσχέτισης των ωρών εργασίας και των συμπτωμάτων ψυχικής υγείας ήταν 0,1465 (95% CI: 0,1045 < r < 0,1885). Το θετικό πρόσημο δείχνει ότι οι περισσότερες

⁴ Η μετα-ανάλυση αναφέρεται σε στατιστικές αναλύσεις που συνδυάζουν τα αποτελέσματα άλλων μελετών.

ώρες εργασίας αυξάνουν τα προβλήματα-συμπτώματα (ψυχικής) υγείας. Τα διαστήματα εμπιστοσύνης των συντελεστών συσχέτισης δεν είχαν την τιμή μηδέν που σημαίνει ότι αν και μικρή η συσχέτιση, οι ώρες εργασίας αποτελούν σημαντικό παράγοντα στην ψυχική υγεία. Επίσης, σύμφωνα με τους συγγραφείς, οι χαμηλοί συντελεστές οφείλονται στις διαφορετικές μεθόδους που ακολούθησαν οι υπόλοιποι ερευνητές στις μελέτες τους, στην ποικιλία μέτρησης της υγείας (κατάθλιψη, άγχος, εκνευρισμός, κούραση, αϋπνία κτλ.), τις διαφορετικές τεχνικές αξιολόγησης των αποτελεσμάτων (αυτοαναφερόμενες εκτιμήσεις, εργαστηριακά τεστ, προσωπικές συνεντεύξεις) κ.ά. Το μόνο σίγουρο είναι, σύμφωνα με τα αποτελέσματα και των άλλων μελετών, ότι οι ώρες εργασίας αποτελούν έναν σημαντικό παράγοντα στην αξιολόγηση της υγείας (σωματικής και ψυχικής) του ατόμου.

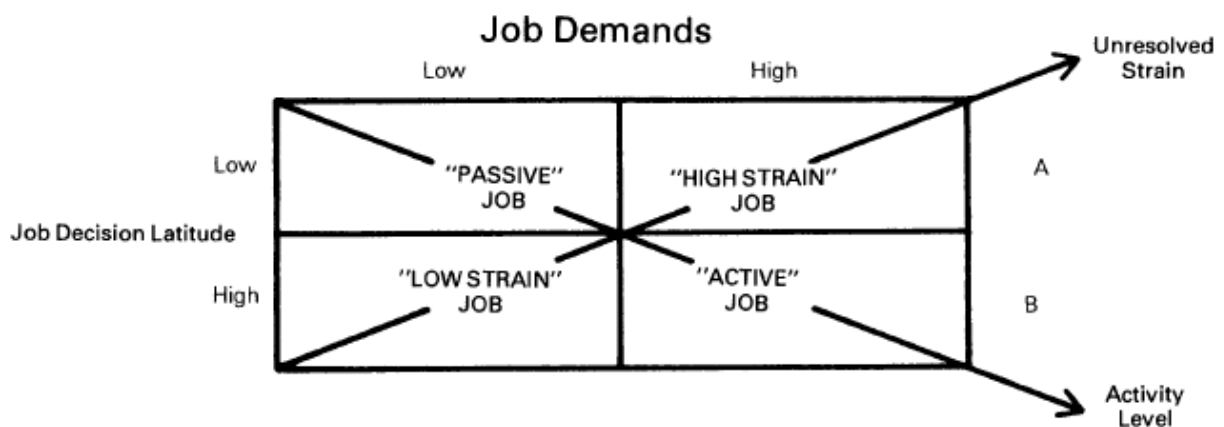
Κάνοντας μία ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, οι Spurgeon et al. (1997) μίλησαν στο άρθρο τους για τις αρνητικές επιπτώσεις των πολλών ωρών εργασίας στην ψυχική υγεία των εργαζομένων. Οι Duffy & McGoldrick (1990) μελετούν την ψυχική υγεία των οδηγών λεωφορείων στο Ηνωμένο Βασίλειο. Το τελικό δείγμα περιελάμβανε 376 άνδρες οδηγούς. Οι γυναίκες οδηγοί δεν συμπεριλήφθηκαν καθώς ήταν μόλις 4 και δεν μπορούσε να γίνει ανάλυση μεταξύ των δύο φύλων. Οι εμπειρικές εκτιμήσεις δείχνουν ότι η ψυχική υγεία των οδηγών επηρεαζόταν περισσότερο από τη συνολική υγεία και τα προβλήματα που σχετίζονταν με το σπίτι. Περίπου το 35% της διακύμανσης της ψυχικής υγείας ερμηνευόταν από τους παραπάνω παράγοντες. Τα οικογενειακά προβλήματα λόγω πολλών ωρών εργασίας και η εργασία με βάρδιες ήταν δύο από τις μεταβλητές που αποτελούσαν τον παράγοντα 'υγεία και προβλήματα που σχετίζονταν με το σπίτι' και επηρέαζαν αρνητικά την ψυχική υγεία των οδηγών. Σε μία μελέτη που περιελάμβανε και μάνατζερ (white-collar workers) και εργάτες (blue-collar workers) οι Cooper & Bramwell (1992) πραγματοποιούν μία συγκριτική ανάλυση ανάμεσα στις δύο ομάδες όσον αφορά τις επιπτώσεις που έχουν διάφοροι παράγοντες στην ψυχική υγεία των εργαζομένων και όχι μόνο (έλεγξαν επίσης για τη σωματική υγεία, την ικανοποίηση από την εργασία και την απουσία από την εργασία λόγω ασθένειας). Το δείγμα τους αποτελείτο από 236 μάνατζερ και 377 εργάτες ζυθοποιίας από μία εθνική εταιρία παραγωγής ζύθου με τοποθεσίες σε Αγγλία και Σκωτία. Σχετικά με την ψυχική υγεία, οι πιέσεις από παράγοντες εσωτερικούς ως προς την εργασία και η υποτίμηση με την μονοτονία είχαν θετική επίδραση στην ψυχική υγεία και των δύο ομάδων. Αντίθετα, το περιβάλλον εργασίας και η πίεση για εξέλιξη της καριέρας και κατορθώματα είχαν αρνητική επίδραση στην ψυχική υγεία και των δύο ομάδων. Αρνητική επίδραση στην ψυχική υγεία για τους εργάτες μόνο και όχι για τους μάνατζερ είχαν επίσης οι ώρες εργασίας ($\beta = -0,144$) και η ηλικία.

2.2.2 Έλεγχος της εργασίας-απαιτήσεις της εργασίας (JD-C model)

Κάνοντας μία ανασκόπηση των εμπειρικών αναλύσεων της διεθνούς βιβλιογραφίας, οι Van der Doef & Maes (1999) αναφέρουν ότι οι εργαζόμενοι σε δουλειές με αυξημένες απαιτήσεις και χαμηλό έλεγχο έχουν περισσότερα προβλήματα ψυχικής υγείας και εμφανίζουν επαγγελματική εξουθένωση. Οι δύο αυτές μεταβλητές (απαιτήσεις και έλεγχος της εργασίας) έχουν συγκεντρώσει το ενδιαφέρον των ερευνητών στη διεθνή βιβλιογραφία. Ο Landsbergis (1988) τόνισε τη σημαντικότητα του ελέγχου στην εργασία για τη σωστή αξιολόγηση του άγχους. Χρησιμοποιώντας το μοντέλο απαιτήσεων-ελέγχου της εργασίας (job demands-control model) μελέτησε το άγχος σε ένα δείγμα εργαζομένων σε δύο νοσοκομεία και ένα γηροκομείο του Νιου Τζέρσεϊ. Στο μοντέλο του χρησιμοποιεί σαν εξαρτημένες μεταβλητές διάφορους δείκτες της ψυχικής πίεσης της εργασίας (δυσσαρέσκεια από την εργασία, κατάθλιψη, ψυχοσωματικά συμπτώματα) και την επαγγελματική εξουθένωση (χρησιμοποιώντας την κλίμακα MBI-Maslach Burnout Inventory) ενώ σαν ανεξάρτητες χρησιμοποιεί δημογραφικά χαρακτηριστικά, το εύρος των αποφάσεων των εργαζομένων, την υποστήριξη από συναδέλφους και επιβλέποντες, το αίσθημα ανασφάλειας της εργασίας, εκθέσεις σε κινδύνους κ.ά. Περιληπτικά να πούμε ότι το συγκεκριμένο μοντέλο συνδυάζει δύο παράγοντες: τις απαιτήσεις της εργασίας και τον έλεγχο της εργασίας. Σαν δείκτης μέτρησης του ελέγχου χρησιμοποιείται το εύρος των αποφάσεων που μπορεί να πάρει ο εργαζόμενος (decision latitude). Με άλλα λόγια όταν το εύρος των αποφάσεων είναι υψηλό, δηλαδή ο εργαζόμενος είναι ελεύθερος να ενεργήσει όπως αυτός πιστεύει και δεν ελέγχεται από κάποιον, τότε ο έλεγχος που έχει στην εργασία του είναι υψηλός. Αντίθετα, όταν το εύρος των αποφάσεων είναι χαμηλό, τότε ο εργαζόμενος έχει χαμηλό έλεγχο στην εργασία του και δεν μπορεί πάντα να ενεργεί όπως αυτός νομίζει και να παίρνει δικές του αποφάσεις αλλά ακολουθεί τις αποφάσεις των προϊσταμένων του. Το μοντέλο χωρίζει τους εργαζόμενους σε τέσσερις κατηγορίες-συνδυασμούς ανάλογα με το ύψος των απαιτήσεων και το εύρος των αποφάσεων (βλ. Σχήμα 2.4) δηλ. οι εργαζόμενοι που έχουν υψηλό/χαμηλό εύρος αποφάσεων και οι απαιτήσεις στην εργασία είναι υψηλές/χαμηλές χαρακτηρίζονται ως δραστήριοι/παθητικοί ενώ αυτοί που έχουν χαμηλό/υψηλό εύρος αποφάσεων και οι απαιτήσεις της εργασίας τους είναι υψηλές/χαμηλές χαρακτηρίζονται ως υψηλής πίεσης/χαμηλής πίεσης. Σύμφωνα με τη δομή του μοντέλου, οι 'δραστήριοι' και οι 'υψηλής πίεσης' αντιμετωπίζουν περισσότερα σωματικά και ψυχικά προβλήματα από τους 'παθητικούς' και 'χαμηλής πίεσης' αντίστοιχα. Κάποια από τα αποτελέσματα που βρίσκει ο Landsbergis είναι ότι το εύρος των αποφάσεων σχετιζόταν αρνητικά με την κατάθλιψη, τη

σωματική πίεση, τη συναισθηματική εξουθένωση ενώ ο φόρτος της εργασίας είχε θετική σχέση με τη σωματική πίεση και τη συναισθηματική εξουθένωση. Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά δεν είχαν σημαντική επίδραση στην πίεση, στην επαγγελματική εξουθένωση και σε άλλα χαρακτηριστικά της εργασίας εκτός της εκπαίδευσης (σχετίζονταν θετικά με το εύρος των αποφάσεων) και της ηλικίας (αρνητική σχέση με την επαγγελματική εξουθένωση). Οι νοσηλευτές δήλωσαν χαμηλότερη πίεση και επαγγελματική εξουθένωση από το μέσο όρο. Επίσης οι νοσηλευτές και οι βοηθοί νοσοκόμων είχαν μικρότερη υποστήριξη από τους επόπτες τους σε σχέση με τις υπόλοιπες ομάδες (πρακτικές νοσοκόμες, προϊσταμένες, κοινωνικοί λειτουργοί, τεχνικοί, θεραπευτές, φαρμακοποιοί, διαιτολόγοι κτλ.).

Σχήμα 2.4 Το μοντέλο απαιτήσεων-ελέγχου της εργασίας (job demands-control model)



Πηγή: Karasek (1979)

Το μοντέλο απαιτήσεων-ελέγχου της εργασίας, το οποίο χρησιμοποιεί στη μελέτη του ο Landsbergis (1988), το ανέπτυξε πρώτος ο Karasek (1979). Ο Karasek θέλησε να μελετήσει την αλληλεπίδραση των απαιτήσεων της εργασίας και του εύρους των αποφάσεων καθώς πίστευε ότι ο συνδυασμός χαμηλού εύρους αποφάσεων με ταυτόχρονα υψηλές απαιτήσεις της εργασίας συνδέεται με προβλήματα ψυχικής υγείας. Στη μελέτη του εξετάζει δύο χώρες: τις ΗΠΑ και τη Σουηδία. Το δείγμα που χρησιμοποίησε αποτελείτο μόνο από άνδρες εργαζόμενους το έτος 1968 και 1974 (ο λόγος που δεν συμπεριέλαβε γυναίκες είναι ότι η ψυχική κατάσταση των γυναικών περιπλέκεται επιπλέον των απαιτήσεων της εργασίας με τις απαιτήσεις του νοικοκυριού). Τα δείγμα ανδρών της Σουηδίας περιελάμβανε μόνο μισθωτούς εργαζόμενους οι οποίοι αποτελούσαν το 82% του ανδρικού εργατικού δυναμικού. Η μεταβλητή που ήθελε να εξετάσει ο Karasek ήταν τα προβλήματα ψυχικής υγείας και γι' αυτό χρησιμοποιεί την εξουθένωση (exhaustion) και την κατάθλιψη σαν εξαρτημένες μεταβλητές

ενώ σαν ανεξάρτητες τις απαιτήσεις της εργασίας και το εύρος των αποφάσεων. Οι εργαζόμενοι που είχαν ταυτόχρονα χαμηλό εύρος αποφάσεων και υψηλές απαιτήσεις στην εργασία τους ήταν κυρίως εκείνοι που ανέφεραν εξουθένωση μετά το τέλος της εργασίας, κατάθλιψη, προβλήματα στο να ξυπνούν το πρωί, άγχος, διαταραχές ύπνου κ.ά. Για κάθε επίπεδο απαιτήσεων της εργασίας, τα συμπτώματα μειώνονταν όταν δινόταν η ευκαιρία στον εργαζόμενο να χρησιμοποιήσει ελεύθερα τα προσόντα του και να πάρει αποφάσεις. Τα δεδομένα στην περίπτωση της Σουηδίας ήταν διαχρονικά για τα δύο έτη, δηλαδή οι ίδιοι ερωτηθέντες το 1968 ξαναρωτήθηκαν το 1974. Η μελέτη με τα διαχρονικά δεδομένα έδειξε μία θετική σχέση ανάμεσα στην πίεση της εργασίας και τα προβλήματα ψυχικής υγείας. Προβλήματα όπως η εξουθένωση και η κατάθλιψη αυξάνονταν με την ηλικία για όσους ανέφεραν υψηλή πίεση στην εργασία τους ενώ μειώνονταν για τους εργαζομένους που αντιμετώπιζαν χαμηλή πίεση στην εργασία τους. Στις ΗΠΑ τα πιο κοινά επαγγέλματα με υψηλές απαιτήσεις και περιορισμένη ελευθερία στις αποφάσεις ήταν οι ράπτες, οι νοσηλευτές, οι βοηθοί νοσοκόμων και οι τηλεφωνητές/ριες. Επίσης, οι 'δραστήριες' δουλειές (υψηλές απαιτήσεις-υψηλό εύρος αποφάσεων) σχετιζόνταν με λιγότερη κατάθλιψη παρόλο που ήταν πιο απαιτητικές. Εδώ φαίνεται ξεκάθαρα πόσο σημαντικό ρόλο παίζει το εύρος των αποφάσεων στην ψυχική υγεία του εργαζόμενου. Σύμφωνα με το συγγραφέα, η αύξηση της ελευθερίας στις αποφάσεις των εργαζομένων, ανεξάρτητα με τις αλλαγές στο φόρτο της εργασίας, μπορεί να βελτιώσει την ψυχική υγεία των εργαζομένων χωρίς τη θυσία της παραγωγικότητας και γι' αυτό είναι απαραίτητη μία αλλαγή στη διοικητική δομή των επιχειρήσεων/οργανισμών. Τέτοιες αποφάσεις πολιτικής που έχουν ως κέντρο την ελευθερία των αποφάσεων των εργαζομένων οδηγούν σε τεχνολογική πρόοδο, αξιοπιστία στην παραγωγή και συνεπώς σε οικονομική αποτελεσματικότητα. Παρ' όλα αυτά η εξάλειψη των περιορισμών στο εύρος των αποφάσεων, σύμφωνα με το συγγραφέα, θα πρέπει να γίνεται στις περισσότερο καταπιεστικές δουλειές και όχι σε διευθυντικές θέσεις γιατί σε τέτοιες θέσεις η αύξηση των αποφάσεων μπορεί να οδηγήσει σε υψηλότερη πίεση και όχι μικρότερη.

Για τη σημαντικότητα των απαιτήσεων της εργασίας όσον αφορά την ψυχική υγεία κάνουν λόγο και οι Payne & Morrison (1999) ενώ οι Hotopf & Wessely (1997) αναφέρουν τον έλεγχο της εργασίας και τον φόρτο εργασίας σαν δύο από τους σημαντικότερους παράγοντες πρόβλεψης των προβλημάτων ψυχικής υγείας. Ο Spector (1987) μιλάει για τις επιπτώσεις του ελέγχου και των απαιτήσεων της εργασίας στην υγεία και στις αντιδράσεις των εργαζομένων του πανεπιστημίου της νότιας Φλόριντα. Το δείγμα αποτελείτο από 136 γυναίκες υπαλλήλους ηλικίας 21 έως 72 ετών. Οι εργαζόμενοι ήταν λογιστικοί υπάλληλοι, γραμματείς, δακτυλογράφοι κτλ. αλλά όχι καθηγήτριες. Μία από τις εξαρτημένες μεταβλητές

που ελέγχει είναι το άγχος το οποίο αποτελεί έναν δείκτη μέτρησης της ψυχικής υγείας. Οι απαιτήσεις της εργασίας περιελάμβαναν παράγοντες όπως ο φόρτος εργασίας, ασάφεια και σύγκρουση ρόλου και διαπροσωπικές συγκρούσεις ενώ ο έλεγχος της εργασίας περιελάμβανε την λήψη αποφάσεων (δηλ. εάν η υπάλληλος παίρνει μόνη της τις αποφάσεις ή άλλοι της λένε τι να κάνει). Οι απαιτήσεις της εργασίας σχετίζονταν θετικά με το άγχος ($\beta = 0,54$, $t = 7,236$) ενώ ο έλεγχος της εργασίας αρνητικά ($\beta = -0,18$, $t = -2,407$). Οι απαντήσεις στην ερώτηση για τον έλεγχο της εργασίας ήταν πέντε επιλογών: από ‘κανένας έλεγχος: άλλοι παίρνουν τις αποφάσεις’ μέχρι ‘πλήρης έλεγχος: αποφασίζεις εξ’ ολοκλήρου μόνη σου’. Έτσι, στο μοντέλο, όταν αυξάνεται ο έλεγχος της εργασίας δηλ. όταν οι εργαζόμενες παίρνουν μόνες τους περισσότερες αποφάσεις, το άγχος μειώνεται. Ουσιαστικά ο συγγραφέας αναφέρεται στο εύρος των αποφάσεων που όπως έχουμε δει σχετίζεται θετικά με την ψυχική υγεία δηλ. ένα μεγαλύτερο εύρος αποφάσεων βελτιώνει την ψυχική υγεία ή διαφορετικά μειώνει συμπτώματα ψυχικής υγείας όπως η κατάθλιψη και το άγχος.

Βασιζόμενοι στο μοντέλο του Karasek, οι Stansfeld et al. (1995) μελετούν την ψυχική υγεία ενός μεγάλου αριθμού δημοσίων υπαλλήλων (ανδρών και γυναικών) στην Αγγλία. Τα υψηλά επίπεδα των απαιτήσεων και του ρυθμού της εργασίας και ο χαμηλός έλεγχος αύξαναν τα προβλήματα ψυχικής υγείας των υπαλλήλων. Οι D’ Souza et al. (2005) χρησιμοποιούν επίσης στη μελέτη τους το μοντέλο απαιτήσεων-ελέγχου της εργασίας για την εξέταση της ψυχικής υγείας των εργαζομένων στην Αυστραλία. Το δείγμα αποτελείτο από 2249 εργαζομένους (1116 άνδρες και 1133 γυναίκες) ηλικίας 40-44 ετών. Εξαρτημένες μεταβλητές ήταν η κατάθλιψη και το άγχος ενώ ανεξάρτητες ήταν διάφορα δημογραφικά χαρακτηριστικά, οι απαιτήσεις και ο έλεγχος της εργασίας και κάποιες άλλες μεταβλητές. Οι συγγραφείς χώρισαν επίσης το δείγμα ανάλογα με το κύρος του επαγγέλματος σε τρεις ομάδες: σε αυτούς που είναι χαμηλού κύρους (low-status), μεσαίου κύρους (mid-status) και υψηλού κύρους (high-status). Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι οι εργαζόμενοι που αντιμετώπιζαν υψηλή πίεση στην εργασία, ανεξαρτήτως ομάδας, είχαν τη μεγαλύτερη κατάθλιψη και άγχος. Η υψηλή πίεση της εργασίας (high job strain) είναι ο συνδυασμός χαμηλού ελέγχου και υψηλών απαιτήσεων της εργασίας. Η υψηλή πίεση της εργασίας αύξανε περισσότερο την πιθανότητα εμφάνισης κατάθλιψης ($OR^5 = 2,72$, $p < 0,001$) και άγχους ($OR = 2,99$, $p < 0,001$) για τους υψηλού κύρους εργαζομένους και λιγότερο την κατάθλιψη και το άγχος για τους μεσαίου κύρους εργαζομένους ($OR = 2,4$, $p < 0,001$ και $OR = 2,76$, $p < 0,001$).

⁵ Το OR είναι ο λόγος πιθανοτήτων (odds ratio) και δείχνει την πιθανότητα εμφάνισης της εξαρτημένης μεταβλητής όταν λαμβάνει χώρα κάθε ανεξάρτητη μεταβλητή ceteris paribus. Οι λόγοι πιθανοτήτων χρησιμοποιούνται όταν το μοντέλο είναι λογιστικής παλινδρόμησης (βλ. Χάλκος, 2011, Κεφ. 9)

αντίστοιχα) και χαμηλού κύρους εργαζομένους ($OR = 2,24, p = 0,001$ και $OR = 1,81, p = 0,014$ για την κατάθλιψη και το άγχος αντίστοιχα).

2.2.3 Κοινωνική υποστήριξη

Μία άλλη μεταβλητή που περιλαμβάνεται στις περισσότερες μελέτες της ψυχικής υγείας και σχετίζεται θετικά με αυτήν είναι η κοινωνική υποστήριξη (social support). Ο Cobb (1976) αντιλαμβάνεται την κοινωνική υποστήριξη σαν τριών ειδών πληροφορίες. Οι πληροφορίες που οδηγούν το άτομο να πιστέψει ότι παίρνει αγάπη και φροντίδα, οι πληροφορίες που οδηγούν το άτομο να πιστέψει ότι αξίζει και εκτιμάται και οι πληροφορίες που οδηγούν το άτομο να πιστέψει ότι ανήκει σε ένα δίκτυο επικοινωνίας και αμοιβαίων υποχρεώσεων. Ο συγγραφέας επισημαίνει ότι η κοινωνική υποστήριξη έχει θετικό αντίκτυπο στην υγεία του ατόμου και λειτουργεί σαν παράγοντας που μετριάζει πολλά είδη παθολογικών καταστάσεων: από το χαμηλό βάρος του νεογέννητου, την αρθρίτιδα μέχρι την κατάθλιψη και το σύνδρομο κοινωνικής κατάρρευσης. Σε γενικές γραμμές, σήμερα, ο όρος ‘κοινωνική υποστήριξη’ περιλαμβάνει τη σύνδεση και τις σχέσεις ενός ατόμου με τον κοινωνικό περίγυρο καθώς και το αίσθημα βοήθειας και στήριξης που παίρνει από αυτόν. Η στήριξη και η βοήθεια που παίρνει ο εργαζόμενος από τους συναδέλφους του, τους επιβλέποντες και τα αφεντικά του καθώς και από την οικογένεια και τους φίλους, η συμμετοχή σε κοινωνικές ομάδες (αν είναι μέλος κάποιας ένωσης ή ενός αθλητικού κλαμπ) και η συναναστροφή με την οικογένεια και τους φίλους (πόσο συχνά συναντιέται με φίλους και επισκέπτεται (από) συγγενείς) αποτελούν διάφορα στοιχεία που περιλαμβάνει ο όρος ‘κοινωνική υποστήριξη’.

Ανάμεσα σε διάφορους δείκτες που δείχνουν την υποστήριξη στην εργασία, η βοήθεια των συναδέλφων ήταν η σημαντικότερη μεταβλητή στην ψυχική υγεία 349 ψυχιατρικών νοσηλευτών στη μελέτη των Jones et al. (1987). Το δείγμα περιελάμβανε άνδρες και γυναίκες ψυχιατρικούς νοσηλευτές από ένα μεγάλο ειδικό νοσοκομείο που αρμοδιότητά του ήταν η φροντίδα των ψυχικά άρρωστων ασθενών. Συγκεκριμένα, η βοήθεια των συναδέλφων στην φροντίδα των ασθενών συσχετιζόταν αρνητικά με τα προβλήματα ψυχικής υγείας και το άγχος των νοσηλευτών ($r = -0,25, p < 0,001$) ενώ δεν υπήρχε σημαντική συσχέτιση με την κατάθλιψη. Παρ’ όλα αυτά, το δείγμα δεν ήταν τυχαίο, σύμφωνα με τους συγγραφείς, καθώς αυτοί που τελικά απαντήσανε στο ερωτηματολόγιο να ήταν εκείνοι που αντιμετώπιζαν περισσότερα συμπτώματα άγχους, ενώ αυτοί που δεν απάντησαν να μην είχαν σημαντικά προβλήματα και γι’ αυτό δεν μπήκαν στον κόπο να απαντήσουν. Έτσι τα αποτελέσματα μπορεί να μην αντικατοπτρίζουν την πραγματική εικόνα. Σε ένα δείγμα 399 λογιστών της Αγγλίας και της Ουαλίας, οι Daniels & Guppy (1995) βρίσκουν ότι η κοινωνική υποστήριξη

αποτελεί στατιστικά σημαντική μεταβλητή και συνδέεται θετικά με την ψυχική υγεία των λογιστών. Ειδικότερα, οι συγγραφείς χώρισαν την κοινωνική υποστήριξη σε τρεις υποκατηγορίες: την υποστήριξη βοήθειας (health support), την υποστήριξη εκτίμησης (esteem support) και την κοινωνική αξιοπιστία (social dependability). Όλες ήταν στατιστικά σημαντικές και επηρέαζαν θετικά την ψυχική υγεία των λογιστών ενώ η πιο σημαντική από τις τρεις ήταν η κοινωνική αξιοπιστία ($p = 0,001$). Από την άλλη μεριά οι Warr et al. (2004) επικεντρώνονται στους μεγαλύτερους ηλικιακά ανθρώπους καθώς σκοπός τους είναι να ελέγξουν τις σχέσεις της ψυχικής υγείας και διαφόρων δραστηριοτήτων στον μεγαλύτερο ηλικιακά πληθυσμό. Το δείγμα τους περιελάμβανε 1167 ανθρώπους ηλικίας 50 έως 74 ετών στην Αγγλία εκ των οποίων οι 811 ήταν εργαζόμενοι, 96 ήταν άνεργοι και 260 είχαν βγει στη σύνταξη. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι οι σημαντικότερες δραστηριότητες που σχετίζονταν θετικά με την ψυχική υγεία ήταν οι κοινωνικές και αυτές που σχετίζονταν με την οικογένεια (family and social). Η κατηγορία αυτή περιελάμβανε δραστηριότητες όπως επισκέψεις και τηλεφωνήματα σε μέλη της οικογένειας, συναντήσεις με φίλους, βοήθεια σε φίλους και γείτονες και την φροντίδα παιδιών, τα περισσότερα από τα οποία, όπως αναφέραμε παραπάνω, αποτελούν μέρος της κοινωνικής υποστήριξης.

Μία ενδιαφέρουσα μελέτη η οποία εξετάζει έναν μεγάλο αριθμό προσδιοριστικών παραγόντων της ψυχικής υγείας, μεταξύ αυτών και την κοινωνική υποστήριξη, είναι αυτή των LaRocco et al. (1980). Το δείγμα αποτελείται από 636 άνδρες εργαζόμενους από 23 διαφορετικά επαγγέλματα (blue-collar και white-collar). Οι συγγραφείς μάλιστα χωρίζουν την κοινωνική υποστήριξη στις τρεις υποκατηγορίες που την αποτελούν δηλ. την υποστήριξη από τους προϊσταμένους, την υποστήριξη από τους συναδέλφους και την υποστήριξη από το σπίτι (οικογένεια και φίλοι) και παρουσιάζουν τα αποτελέσματα χωριστά για κάθε μία ομάδα. Η κοινωνική υποστήριξη χρησιμοποιείται σαν ρυθμιστική μεταβλητή της σχέσης μεταξύ του άγχους και της ψυχικής υγείας, δηλαδή οι συγγραφείς θέλουν να ελέγξουν εάν η κοινωνική υποστήριξη μετριάξει τις συνέπειες του άγχους της εργασίας στην ψυχική υγεία. Οι υπόλοιπες ανεξάρτητες μεταβλητές που συμπεριλαμβάνονται είναι η ηλικία, η μόρφωση, το κύρος του επαγγέλματος και το εργασιακό άγχος. Το εργασιακό άγχος περιελάμβανε τις συγκρούσεις ρόλου, την ασάφεια για το μέλλον στην εργασία, την υποχρησιμοποίηση των δεξιοτήτων, τη συμμετοχή στις αποφάσεις και τον φόρτο εργασίας. Μία από τις εξαρτημένες μεταβλητές που χρησιμοποιούν είναι η ψυχική υγεία την οποία αποτελούσαν η κατάθλιψη, ο εκνευρισμός/ενόχληση (irritation) και το άγχος. Όσον αφορά την κατάθλιψη, η υποστήριξη από προϊσταμένους αλληλεπιδρούσε μόνο με τη συμμετοχή στις αποφάσεις ($\beta = -0,338$, $p < 0,1$) ενώ η υποστήριξη από συναδέλφους αλληλεπιδρούσε σημαντικά με τη σύγκρουση

ρόλου ($\beta = -0,566, p < 0,01$) και τον φόρτο εργασίας ($\beta = -0,625, p < 0,01$) και λιγότερο με την ασάφεια για το μέλλον ($\beta = -0,566, p < 0,1$) και την υποχρησιμοποίηση των δεξιοτήτων ($\beta = -0,6, p < 0,1$). Η υποστήριξη από το σπίτι αλληλεπιδρούσε σημαντικά με τον φόρτο εργασίας ($\beta = -0,375, p < 0,01$) και λιγότερο με τη σύγκρουση ρόλου ($\beta = -0,317, p < 0,1$). Στην περίπτωση του εκνευρισμού μεγαλύτερο ρόλο έπαιζε η υποστήριξη από προϊσταμένους με σημαντικότερες αλληλεπιδράσεις στη συμμετοχή στις αποφάσεις ($\beta = -0,276, p < 0,05$) και τον φόρτο εργασίας ($\beta = -0,243, p < 0,05$) και λιγότερες στη σύγκρουση ρόλου ($\beta = -0,163, p < 0,1$) και την ασάφεια για το μέλλον ($\beta = -0,252, p < 0,1$). Η υποστήριξη από συναδέλφους βοηθούσε μόνο με τη σύγκρουση ρόλου ($\beta = -0,293, p < 0,01$) και τον φόρτο εργασίας ($\beta = -0,370, p < 0,01$) ενώ η υποστήριξη από το σπίτι βοηθούσε λίγο με τη σύγκρουση ρόλου ($\beta = -0,053, p < 0,1$). Τέλος, το άγχος δεν επηρεαζόταν τόσο θετικά από την υποστήριξη όσο οι δύο προηγούμενοι δείκτες καθώς η υποστήριξη από προϊσταμένους αλληλεπιδρούσε μόνο με την ασάφεια για το μέλλον ($\beta = -0,124, p < 0,01$) και η υποστήριξη από συναδέλφους μόνο με τη σύγκρουση ρόλου ($\beta = -0,350, p < 0,01$). Η υποστήριξη από το σπίτι δεν είχε αλληλεπίδραση με καμία από τις μεταβλητές του άγχους. Σε όλες τις περιπτώσεις βλέπουμε το αρνητικό πρόσημο των συντελεστών της κοινωνικής υποστήριξης που σημαίνει ότι όταν αυξάνεται η υποστήριξη μειώνεται η κατάθλιψη, ο εκνευρισμός και το άγχος δηλαδή η κοινωνική υποστήριξη μετριάζει τις συνέπειες του άγχους στην ψυχική υγεία.

2.2.4 (Αν)ασφάλεια σε σχέση με την εργασία

Εκτός της κοινωνικής υποστήριξης, μία άλλη σημαντική μεταβλητή που επιδρά θετικά στην ψυχική υγεία των εργαζομένων είναι το αίσθημα της ασφάλειας που προκαλεί η εργασία (job security). Στη διεθνή βιβλιογραφία οι περισσότερες μελέτες κινούνται γύρω από την ανυπαρξία ασφάλειας στην εργασία, δηλαδή εξετάζουν περισσότερο τις αρνητικές συνέπειες της ανασφάλειας σε σχέση με την εργασία και χρησιμοποιούν το αίσθημα της ανασφάλειας της εργασίας σαν ερμηνευτική μεταβλητή στην πρόβλεψη της ψυχικής υγείας. Η ανασφάλεια σε σχέση με την εργασία (job insecurity) είναι μία σημαντική πηγή άγχους και έχει επιβλαβείς συνέπειες στην υγεία του ατόμου (Ferrie, 2001). Η κοινωνική υποστήριξη, όπως είδαμε, μετριάζει τις αρνητικές συνέπειες που έχουν στην ψυχική υγεία των εργαζομένων οι παράγοντες που προκαλούν άγχος στην εργασία. Έτσι, και στην περίπτωση του αισθήματος της ανασφάλειας της εργασίας, η ύπαρξη κοινωνικής υποστήριξης μετριάζει τις αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία του εργαζόμενου (Greenhalgh & Rosenblatt, 1984). Η κοινωνική υποστήριξη δεν είναι όμως η μοναδική μεταβλητή που μετριάζει τις αρνητικές συνέπειες του αισθήματος της ανασφάλειας της εργασίας. Ο αυξημένος έλεγχος της εργασίας (μεγάλο εύρος

αποφάσεων) μπορεί επίσης να μετριάσει τις αρνητικές επιδράσεις του αισθήματος της ανασφάλειας της εργασίας στην υγεία (Schreurs et al., 2010). Οι συγγραφείς, χρησιμοποιώντας ένα δείγμα 1368 Βέλγων εργαζομένων, βρίσκουν ότι το αίσθημα της ανασφάλειας της εργασίας επηρεάζει θετικά την χειροτέρευση της (γενικής) υγείας ($\beta = 0,20$, $p < 0,001$) ενώ η αλληλεπίδραση του αυξημένου ελέγχου της εργασίας μείωνε τις επιδράσεις της ($\beta = -0,06$, $p < 0,05$). Το αίσθημα της ανασφάλειας της εργασίας προσεγγίζεται με διάφορες ερωτήσεις που είναι σχετικές με το αίσθημα παραμονής ή όχι στην εργασία. Για παράδειγμα, οι Schreurs et al. (2010) για τη μέτρηση του αισθήματος της ανασφάλειας της εργασίας, χρησιμοποίησαν τέσσερις σχετικές ερωτήσεις τεσσάρων πιθανών απαντήσεων (από 1: διαφωνώ πλήρως έως 4: συμφωνώ πλήρως) όπως: 'είμαι σίγουρος ότι είμαι ικανός να κρατήσω την εργασία μου', 'υπάρχει κίνδυνος να χάσω την τωρινή μου εργασία στο κοντινό μέλλον', 'νιώθω αβέβαιος για το μέλλον της εργασίας μου' και 'νομίζω ότι θα χάσω την εργασία μου στο κοντινό μέλλον'.

Εκτός όμως κάποιων χαρακτηριστικών της εργασίας, σημαντικό ρόλο στη σχέση του αισθήματος ανασφάλειας της εργασίας και της υγείας παίζουν και διάφορα δημογραφικά χαρακτηριστικά. Η ηλικία αποτελεί έναν παράγοντα που μετριάσει τις συνέπειες του αισθήματος της ανασφάλειας της εργασίας στην ψυχική υγεία. Είναι προφανές ότι οι μεγαλύτεροι σε ηλικία εργαζόμενοι έχουν μικρότερη κινητικότητα στην εύρεση νέας εργασίας και γι' αυτό νιώθουν μεγαλύτερη ανασφάλεια σε σχέση με τους νεότερους εργαζομένους. Οι νεότεροι γνωρίζουν ότι εάν φύγουν από την τρέχουσα εργασία, έχουν περισσότερες πιθανότητες να προσληφθούν σε μία άλλη λόγω της ηλικίας τους και έτσι νιώθουν μικρότερη ανασφάλεια. Από την άλλη, είναι πιθανόν οι μεγαλύτεροι σε ηλικία εργαζόμενοι να θεωρήσουν την απώλεια της τρέχουσας εργασίας τους σαν πρόωρη συνταξιοδότηση και έτσι να νιώθουν λιγότερο ανασφαλείς με την εργασία τους σε σχέση με τους νεότερους (De Witte, 1999). Ο De Witte χρησιμοποίησε ένα δείγμα 331 εργαζομένων σε ένα εργοστάσιο του Βελγίου. Αυτοί που αισθάνονταν περισσότερο ανασφαλείς με την εργασία τους δήλωσαν περισσότερα προβλήματα ψυχικής υγείας σε σχέση με αυτούς που ένιωθαν ασφάλεια ($F \text{ value} = 2,29$, $p < 0,05$). Ο συγγραφέας χρησιμοποιεί τη μέθοδο ANOVA ($N = 311$) με εξαρτημένη μεταβλητή την ψυχική υγεία και ανεξάρτητες το αίσθημα της ανασφάλειας της εργασίας, την επαγγελματική κατάσταση, το φύλο και την ηλικία, ώστε να δει αν οι δημογραφικές μεταβλητές αλλάζουν τον αντίκτυπο του αισθήματος της ανασφάλειας της εργασίας στην ψυχική υγεία. Υψηλότερα σκορ στην μέτρηση της ψυχικής υγείας σήμαιναν χειρότερη ψυχική υγεία. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι οι δημογραφικές μεταβλητές δεν είχαν σημαντική επιρροή στη σχέση του αισθήματος της ανασφάλειας της

εργασίας με την ψυχική υγεία (ο συντελεστής του αισθήματος της ανασφάλειας της εργασίας άλλαξε από 0,17 σε 0,20, $F = 6,26$, $p < 0,01$). Ελέγχοντας τις αλληλεπιδράσεις του αισθήματος της ανασφάλειας της εργασίας με τις δημογραφικές μεταβλητές ξεχωριστά, ο συγγραφέας βρίσκει ότι η ηλικία δεν αποτελούσε σημαντική μεταβλητή στο αίσθημα της ανασφάλειας της εργασίας. Αντίθετα, το φύλο αλληλεπιδρούσε σημαντικά ($F = 4,71$, $p < 0,05$). Συγκεκριμένα, η ψυχική υγεία χειρότερη για τους άνδρες που ένιωθαν μεγαλύτερη ανασφάλεια με την εργασία τους ($F = 6,3$, $p < 0,01$) ενώ για τις γυναίκες τα αποτελέσματα ήταν στατιστικά ασήμαντα. Επομένως οι άνδρες επηρεάζονται περισσότερο από το αίσθημα της ανασφάλειας της εργασίας σε σχέση με τις γυναίκες. Το αποτέλεσμα όμως αυτό δεν πρέπει να θεωρηθεί απόλυτο καθώς οι γυναίκες στη συγκεκριμένη μελέτη ήταν πολύ λιγότερες από τους άνδρες (54 έναντι 269). Τα αποτελέσματα μπορεί να ήταν διαφορετικά εάν ο αριθμός των γυναικών ήταν μεγαλύτερος. Στη συνέχεια ο συγγραφέας εκτιμά τους προσδιοριστικούς παράγοντες της ψυχικής υγείας με μία από τις ανεξάρτητες μεταβλητές να είναι το αίσθημα ανασφάλειας της εργασίας. Όταν το μοντέλο ($N = 306$) περιείχε μόνο το αίσθημα ανασφάλειας της εργασίας μαζί με την χρήση δεξιοτήτων και τον φόρτο εργασίας, το αίσθημα της ανασφάλειας της εργασίας επηρέαζε αρνητικά την ψυχική υγεία των εργαζομένων ($\beta = -0,13$, $p < 0,01$, $R^2 = 0,14$). Όταν στο μοντέλο συμπεριελήφθη και η ηλικία (η μόνη στατιστικά σημαντική μεταβλητή από τις τρεις δημογραφικές), το αίσθημα της ανασφάλειας της εργασίας συνέχιζε να επηρεάζει ελαφρώς χειρότερα την ψυχική υγεία των εργαζομένων ($\beta = -0,15$, $p < 0,01$, $R^2 = 0,17$). Η ηλικία απ' ό,τι φαίνεται δεν μετρίαζε τις συνέπειες του αισθήματος της ανασφάλειας της εργασίας στην ψυχική υγεία ενώ σχετιζόταν αρνητικά με την ψυχική υγεία ($\beta = -0,17$, $p < 0,01$).

Χρησιμοποιώντας τη μέθοδο της μετα-ανάλυσης (μέσα σε αυτήν συμπεριλαμβανόταν και η μελέτη του De Witte (1999)), οι Cheng & Chan (2008) εξετάζουν τη σχέση του αισθήματος της ανασφάλειας της εργασίας με την ψυχική και σωματική υγεία καθώς και διάφορες μεταβλητές που μπορεί να μετριάσουν τις συνέπειες του αισθήματος της ανασφάλειας της εργασίας στην υγεία. Αναλύοντας 77 δείγματα με συνολικό αριθμό συμμετεχόντων 72339, τα αποτελέσματα δείχνουν ότι το αίσθημα της ανασφάλειας της εργασίας σχετίζεται αρνητικά με την ψυχική υγεία ($r = -0,28$). Επίσης σημαντικός ενδιάμεσος παράγοντας της σχέσης του αισθήματος ανασφάλειας της εργασίας και της ψυχικής υγείας ($p < 0,10$) αποδείχθηκε η ηλικία με τον συντελεστή συσχέτισης του αισθήματος ανασφάλειας της εργασίας με την ψυχική υγεία να είναι $r = -0,24$ για τους νεότερους ($N = 27008$) και $r = -0,32$ για τους μεγαλύτερους ($N = 32943$). Ως νεότεροι χαρακτηρίστηκαν αυτοί που ήταν κάτω από 40 ετών ενώ ως μεγαλύτεροι αυτοί που ήταν 40 ετών και άνω. Απ' ό,τι βλέπουμε το αίσθημα της ανασφάλειας

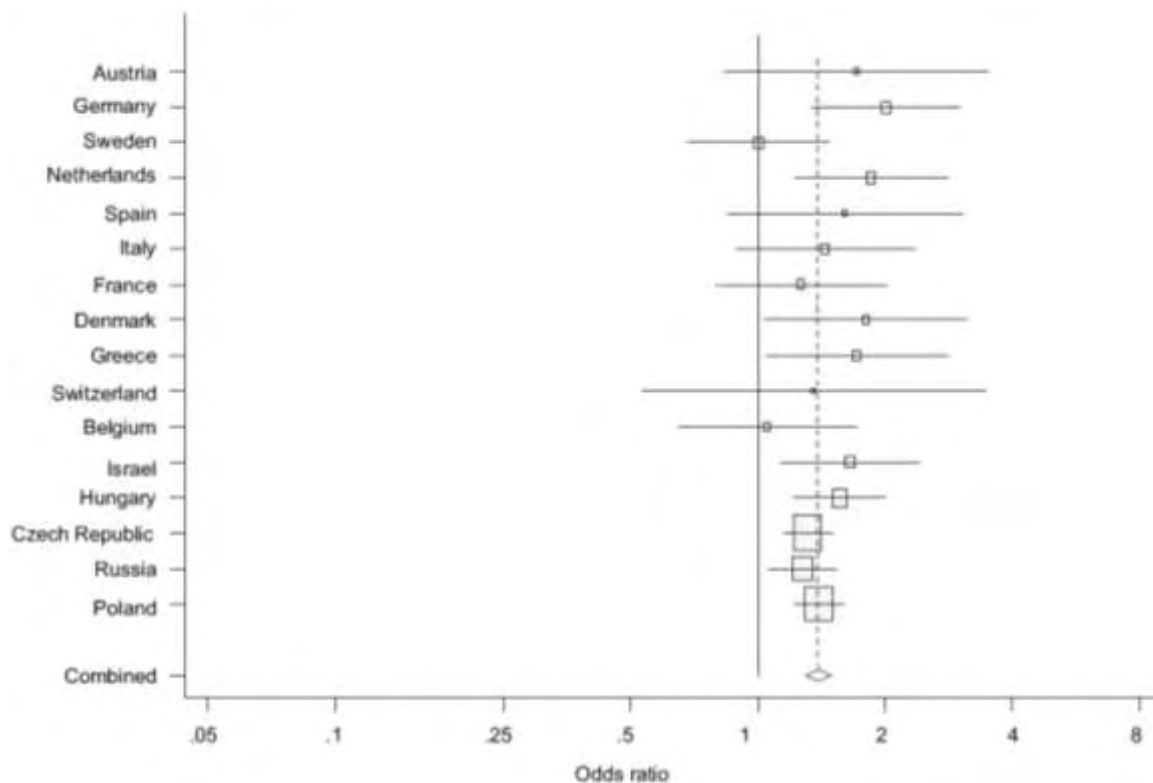
της εργασίας είχε ισχυρότερη συσχέτιση με την ψυχική υγεία των ηλικιακά μεγαλύτερων εργαζομένων γεγονός που δείχνει ότι το αίσθημα της ανασφάλειας της εργασίας επηρεάζει περισσότερο την ψυχική υγεία των μεγαλύτερων ατόμων. Οι Plaisier et al. (2007) βρίσκουν ότι η ασφάλεια της εργασίας μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης συμπτωμάτων κατάθλιψης και άγχους για τις γυναίκες (σχετικός κίνδυνος $RR^6 = 0,43$) αλλά όχι για τους άνδρες ($RR = 1,38$). Αντίθετα οι Rugulies et al. (2006), μελετώντας ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα του εργατικού δυναμικού της Δανίας μεγέθους 4133 blue-collar και white-collar εργαζομένων, βρίσκουν ότι το αίσθημα της ανασφάλειας της εργασίας αύξανε τον κίνδυνο εμφάνισης συμπτωμάτων κατάθλιψης για τους άνδρες ($RR = 2,04$) ενώ δεν ήταν σημαντική μεταβλητή για τις γυναίκες ($RR = 1,21$). Απ' ότι φαίνεται δεν μπορούμε να πούμε με ασφάλεια και να γενικεύσουμε ότι το αίσθημα της ανασφάλειας της εργασίας επηρεάζει περισσότερο την ψυχική υγεία ενός συγκεκριμένου φύλου ή μίας συγκεκριμένης ηλικίας. Διαφορές υπάρχουν από χώρα σε χώρα αλλά και εντός της ίδιας χώρας (μεταξύ διαφορετικών ομάδων εργαζομένων) ενώ άλλες φορές η ηλικία, το φύλο και άλλα δημογραφικά ή μη χαρακτηριστικά δεν συνδέονται σημαντικά και δεν επιδρούν διαφορετικά στις επιπτώσεις του αισθήματος της ανασφάλειας της εργασίας στην υγεία των εργαζομένων.

Μία συγκριτική μελέτη η οποία εξετάζει τη σχέση του αισθήματος της ανασφάλειας της εργασίας με την υγεία των εργαζομένων σε διάφορες χώρες της Ευρώπης είναι αυτή των Laszlo et al. (2010). Οι συγγραφείς χρησιμοποιούν δεδομένα από τρεις πληθυσμιακές μελέτες (HAPIEE, SHARE, HEP) και εξετάζουν τη σχέση του αισθήματος της ανασφάλειας της εργασίας με τη συνολική υγεία (overall health) των εργαζομένων σε 16 Ευρωπαϊκές χώρες (Αυστρία, Βέλγιο, Τσεχία, Δανία, Γαλλία, Γερμανία, Ελλάδα, Ουγγαρία, Ισραήλ, Ιταλία, Ολλανδία, Πολωνία, Ρωσία, Ισπανία, Σουηδία και Ελβετία). Συνολικά το δείγμα αποτελείτο από 23245 άνδρες και γυναίκες εργαζομένους ηλικίας 45-70 ετών. Οι συγγραφείς εκτιμούν τέσσερα διαφορετικά μοντέλα ελέγχοντας για διάφορα δημογραφικά χαρακτηριστικά, χαρακτηριστικά της εργασίας, συμπεριφορές και ύπαρξη χρόνιων ασθενειών. Δεν υπήρχαν όμως μεγάλες αλλαγές στις επιπτώσεις του αισθήματος της ανασφάλειας της εργασίας στην υγεία ανάμεσα στα τέσσερα μοντέλα. Στα μοντέλα που ήταν πλήρως προσαρμοσμένα (περιείχαν όλες τις ερμηνευτικές μεταβλητές), το αίσθημα της ανασφάλειας της εργασίας συνδεόταν σημαντικά με αυξημένο κίνδυνο κακής υγείας στις εξής 9 χώρες (βλ. Σχήμα 2.5): Τσεχία ($OR = 1,31$), Δανία ($OR = 1,80$), Γερμανία ($OR = 2,00$), Ελλάδα ($OR = 1,71$),

⁶ Ο σχετικός κίνδυνος (relative risk) αναφέρεται στον κίνδυνο εμφάνισης ενός γεγονότος (της εξαρτημένης μεταβλητής) όταν λαμβάνει χώρα ένα άλλο γεγονός (ανεξάρτητες μεταβλητές) ceteris paribus. Είναι περίπου το αντίστοιχο του λόγου πιθανοτήτων (odds ratio).

Ουγγαρία (OR = 1,56), Ισραήλ (OR = 1,65), Ολλανδία (OR = 1,85), Πολωνία (OR = 1,39) και Ρωσία (OR = 1,27). Στο Βέλγιο και στη Σουηδία το αίσθημα της ανασφάλειας της εργασίας δεν είχε επίδραση στην εμφάνιση κακής υγείας (OR = 1,05 και OR = 1,00 αντίστοιχα) ενώ στην περίπτωση της Αυστρίας, Γαλλίας, Ιταλίας, Ισπανίας και Ελβετίας τα αποτελέσματα ήταν στατιστικά ασήμαντα.

Σχήμα 2.5 Λόγοι πιθανοτήτων (OR) για τη σχέση του αισθήματος ανασφάλειας της εργασίας με την υγεία (self-rated health) για τις 16 Ευρωπαϊκές χώρες



Πηγή: Laszlo et al. (2010)

Οι Burgard et al. (2009) μελετούν τις επιπτώσεις του αισθήματος της ανασφάλειας της εργασίας στην υγεία του εργατικού πληθυσμού των ΗΠΑ. Τα δεδομένα ήταν διαχρονικά και αντλήθηκαν από δύο διαφορετικά αντιπροσωπευτικά δείγματα του πληθυσμού. Το ένα δείγμα ήταν από το ACL (American's Changing Lives) τις χρονιές 1986 (N = 1867) και 1989 (N = 1550) ηλικίας 25 ετών και άνω (με το μεγαλύτερο ποσοστό να είναι 60 και άνω) ενώ το άλλο από το MIDUS (Midlife in the United States) τις χρονιές 1995 (N = 1712) και 2005 (N = 1254) ηλικίας 25-74. Ο αριθμός των τελικών δειγμάτων, τα οποία περιελάμβαναν άνδρες και γυναίκες για τους οποίους υπήρχαν στοιχεία για όλες τις υπό εξέταση μεταβλητές, ήταν 1507 για το ACL και 1216 για το MIDUS. Οι συγγραφείς χρησιμοποιούν σαν εξαρτημένη

μεταβλητή και δείκτη της ψυχικής υγείας στο δείγμα ACL τα συμπτώματα κατάθλιψης ενώ στο δείγμα MIDUS τις αρνητικές επιδράσεις (negative affect). Οι αρνητικές επιδράσεις αφορούσαν στοιχεία όπως νευρικότητα, άγχος, απελπισία κ.ά. Το αίσθημα της ανασφάλειας της εργασίας ήταν διχοτομική μεταβλητή παίρνοντας την τιμή 0 όταν τα άτομα δεν ένιωθαν ανασφάλεια (ή ένιωθαν ασφάλεια) και την τιμή 1 όταν ένιωθαν ανασφάλεια. Τα μοντέλα περιελάμβαναν αρκετές παλινδρομήσεις ελέγχοντας για διάφορες μεταβλητές κάθε φορά. Όταν στο μοντέλο ανεξάρτητες μεταβλητές, πέραν του αισθήματος της ανασφάλειας της εργασίας, ήταν κάποια δημογραφικά χαρακτηριστικά (ηλικία, φύλο και φυλή), το αίσθημα της ανασφάλειας της εργασίας επηρέαζε σημαντικά τα συμπτώματα κατάθλιψης μόνο του πρώτου κύματος (1986) ACL ($\beta = 0,121$, $p < 0,01$) και λιγότερο σημαντικά τις αρνητικές επιδράσεις του πρώτου κύματος (1995) MIDUS ($\beta = 0,119$, $p < 0,10$). Στο δείγμα όμως του MIDUS οι ερωτηθέντες που ένιωθαν ανασφάλεια της εργασίας στο δεύτερο κύμα (2005) είχαν σημαντικά χειρότερες αρνητικές επιδράσεις ($\beta = 0,225$, $p < 0,01$). Τα αποτελέσματα όμως ήταν διαφορετικά όταν και άλλες μεταβλητές (συζυγική κατάσταση, εισόδημα, αυτοαπασχολούμενος, μερική απασχόληση, υπέρταση, κάπνισμα κ.ά.) συμπεριελήφθησαν στα μοντέλα με το αίσθημα της ανασφάλειας της εργασίας να χάνει την επίδραση της πάνω στην υγεία. Συγκεκριμένα, στο δείγμα MIDUS το αίσθημα της ανασφάλειας συνεχίζει να επηρεάζει, αλλά λιγότερο σημαντικά, τις αρνητικές επιδράσεις των ερωτηθέντων μόνο του δεύτερου κύματος ($\beta = 0,158$, $p < 0,10$) ενώ στο δείγμα ACL δεν υπάρχει καμία σημαντική επιρροή. Η αλλαγή στη σημαντικότητα του αισθήματος ανασφάλειας της εργασίας δείχνει πιθανόν τη συσχέτισή της στο δείγμα με τις ανεξάρτητες μεταβλητές.

Ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα του πληθυσμού της Ταϊβάν χρησιμοποιούν οι Cheng et al. (2005) για να ελέγξουν τη σχέση του αισθήματος της ανασφάλειας της εργασίας με την υγεία των εργαζομένων. Το δείγμα αποτελείτο από 14691 μισθωτούς εργαζομένους ηλικίας 25-65 ετών εκ των οποίων 8705 ήταν άνδρες και 5986 γυναίκες. Το 49% των ανδρών και το 51,1% των γυναικών δήλωσαν ανασφαλείς με την εργασία τους. Σε μία κλίμακα μέτρησης της ψυχικής υγείας από 0 (η χειρότερη υγεία) έως 100 (η καλύτερη υγεία) και για επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 1%, το μέσο σκορ των ανδρών που ήταν ανασφαλείς με την εργασία τους ήταν 60,1 έναντι 66,3 των ανδρών που ένιωθαν ασφάλεια. Για τις 'ανασφαλείς' γυναίκες η μέση τιμή στο δείκτη ψυχικής υγείας ήταν 59,7 έναντι 64,9 των γυναικών που ένιωθαν ασφάλεια με την εργασία τους. Το αίσθημα της ανασφάλειας της εργασίας σχετιζόταν με μικρότερη χρήση των δεξιοτήτων, μικρότερο εύρος αποφάσεων, μικρότερη κοινωνική υποστήριξη και περισσότερες απαιτήσεις της εργασίας και για τα δύο φύλα. Τα αποτελέσματα των παλινδρομήσεων επιβεβαίωσαν την σημαντικότητα της (αν)ασφάλειας της

εργασίας στην ψυχική υγεία των εργαζομένων. Προσαρμόζοντας τα μοντέλα για την ηλικία, τον έλεγχο της εργασίας, τις απαιτήσεις της εργασίας και την κοινωνική υποστήριξη, το αίσθημα της ανασφάλειας της εργασίας είχε αρνητικές επιπτώσεις στην ψυχική υγεία των ανδρών ($\beta = -3,23, p < 0,01$) και των γυναικών ($\beta = -2,74, p < 0,01$).

Τη σημαντικότητα του αισθήματος της ανασφάλειας της εργασίας στην εμφάνιση κατάθλιψης και άγχους δείχνουν οι D' Souza et al. (2005) σε ένα δείγμα εργαζομένων στην Αυστραλία. Το υψηλό αίσθημα της ανασφάλειας ενίσχυε κατά πολύ την πιθανότητα εμφάνισης κατάθλιψης ($OR = 3,6, p < 0,001$) και άγχους ($OR = 3,34, p < 0,001$) στους εργαζομένους σε υψηλού κύρους επαγγέλματα. Την ίδια επίδραση είχε επίσης το υψηλό αίσθημα της ανασφάλειας των εργαζομένων σε μεσαίου κύρους επαγγέλματα στην πιθανότητα εμφάνισης κατάθλιψης ($OR = 3,6, p < 0,001$) αλλά μεγαλύτερη στην πιθανότητα εμφάνισης άγχους ($OR = 3,42, p < 0,001$). Στα επαγγέλματα χαμηλού κύρους το υψηλό αίσθημα ανασφάλειας δεν είχε σημαντική επίδραση στην κατάθλιψη και το άγχος των εργαζομένων. Οι Ferrie et al. (2005) χρησιμοποιούν τα δεδομένα του Whitehall II (που αφορούσε white-collar δημόσιους υπαλλήλους της Βρετανίας) για να ελέγξουν τις επιπτώσεις του αισθήματος της ανασφάλειας της εργασίας στην ψυχική υγεία των εργαζομένων. Το τελικό δείγμα αποτελείτο από 4447 υπαλλήλους (1171 γυναίκες και 3276 άνδρες) ηλικίας 35-55 ετών. Οι συγγραφείς ελέγχουν τη συνολική ψυχική υγεία των υπαλλήλων αλλά και δείκτες της ψυχικής υγείας όπως την ψυχιατρική νοσηρότητα και την κατάθλιψη. Στο προσαρμοσμένο με τις σημαντικότερες ερμηνευτικές μεταβλητές που επηρεάζουν την ψυχική υγεία μοντέλο, οι ερωτηθέντες που ένιωθαν ανασφάλεια για την εργασία τους είχαν μεγαλύτερη πιθανότητα να δηλώσουν χειρότερη ψυχική υγεία σε σχέση με αυτούς που δήλωναν ασφαλείς με την εργασία τους (για τις γυναίκες $OR = 1,74, p = 0,007$ και για τους άνδρες $OR = 2,15, p < 0,001$). Δηλαδή η πιθανότητα να δηλώσουν οι γυναίκες χειρότερη ψυχική υγεία είναι 1,74 φορές υψηλότερη όταν οι γυναίκες νιώθουν ανασφάλεια με την εργασία τους σε σχέση με αυτές που νιώθουν ασφαλεία ενώ για τους άνδρες είναι 2,15 φορές υψηλότερη. Επίσης οι ανασφαλείς με την εργασία τους είχαν υψηλότερη πιθανότητα να εμφανίσουν υψηλότερα σκορ ψυχιατρικής νοσηρότητας σε σχέση με τους ασφαλείς με την εργασία τους (για τις γυναίκες $OR = 2,3, p < 0,001$ και για τους άνδρες $OR = 1,99, p < 0,001$) ενώ αντίθετα είχαν μικρότερη πιθανότητα να εμφανίσουν υψηλότερα σκορ κατάθλιψης ($OR = 0,56, p < 0,001$ και $OR = 0,46, p < 0,001$ για τις γυναίκες και τους άνδρες αντίστοιχα).

2.3 Διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα

Οι περισσότερες μελέτες που είδαμε ως τώρα εξετάζουν μόνο τους άνδρες ή μόνο τις γυναίκες άλλοτε επειδή το επάγγελμα περιελάμβανε στο μεγαλύτερο ποσοστό μόνο το ένα φύλο (π.χ. γυναίκες νοσοκόμοι) και άλλες φορές επειδή οι συγγραφείς ήθελαν να μελετήσουν μόνο ένα συγκεκριμένο φύλο, ενώ σε άλλες μελέτες που περιελάμβαναν στοιχεία και για τα δύο φύλα οι συγγραφείς δεν επικεντρώνονταν στις διαφορές των δύο φύλων. Το φύλο πάντως είναι μία σημαντική μεταβλητή που πρέπει να λαμβάνεται υπόψη σε οποιοδήποτε μοντέλο καθώς βοηθάει στην δημιουργία μίας καλύτερης και πληρέστερης εικόνας σχετικά με τις διαφορές που μπορεί να υπάρχουν ανάμεσα στα δύο φύλα όσον αφορά την υγεία τους. Για παράδειγμα τα χαρακτηριστικά της εργασίας που επηρεάζουν την ψυχική υγεία μπορεί να μην είναι τα ίδια για τους άντρες και τις γυναίκες ενώ επίσης οι αντιδράσεις και τα συμπτώματα μπορεί να είναι διαφορετικά και διαφορετικής έντασης. Οι Jick & Mitz (1986) αναφέρουν ότι οι γυναίκες εκδηλώνουν περισσότερα συμπτώματα ψυχικής υγείας από τους άνδρες και έδωσαν τρεις εξηγήσεις από τις οποίες πηγάζουν οι διαφορές μεταξύ των δύο φύλων: α) γενετική/βιολογική, η οποία αναφέρεται στις γενετικές διαφορές των δύο φύλων που οδηγούν σε διαφορετικές αντιδράσεις και διαφορετικά συμπτώματα, β) δομική, η οποία αναφέρεται σε διαφορετικές καταστάσεις της εργασίας που επηρεάζουν διαφορετικά τα δύο φύλα (π.χ. οι γυναίκες έχουν λιγότερες ευκαιρίες για κινητικότητα και επιρροή γεγονός που προκαλεί μεγαλύτερο άγχος στην εργασία, έχουν συνήθως μικρότερους μισθούς από τους άνδρες κτλ.) και γ) κοινωνική/ψυχική, η οποία αναφέρεται στους διαφορετικούς τρόπους αντίδρασης των δύο φύλων σε αγχωτικές καταστάσεις και στις διαφορετικές στρατηγικές αντιμετώπισης του άγχους.

Η χειρότερη ασθένεια της ψυχικής υγείας, όπως έχει ήδη αναφερθεί, είναι η κατάθλιψη. Ο Radloff (1975) βρίσκει ότι οι γυναίκες είχαν περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης από τους άνδρες. Η συζυγική κατάσταση ήταν στατιστικά σημαντική μεταβλητή στην εμφάνιση της κατάθλιψης, καθώς οι παντρεμένες γυναίκες εμφάνιζαν μεγαλύτερη κατάθλιψη από τους παντρεμένους άνδρες. Επίσης η κατάθλιψη σχετιζόταν με την ηλικία, την μόρφωση και το εισόδημα. Η μικρότερη ηλικία, το χαμηλότερο επίπεδο μόρφωσης και το χαμηλότερο εισόδημα αύξαναν τα συμπτώματα κατάθλιψης σε μεγαλύτερο βαθμό για τις γυναίκες. Τον ρόλο της συζυγικής κατάστασης επισημαίνει και ο Gove (1972) ο οποίος βρίσκει ότι οι παντρεμένες γυναίκες είχαν χειρότερη ψυχική υγεία από τους παντρεμένους άνδρες. Παρ' όλα αυτά οι συγκεκριμένες δύο μελέτες δεν χρησιμοποιούν κάποιο χαρακτηριστικό της εργασίας στην μελέτη τους αλλά μόνο δημογραφικά χαρακτηριστικά και έτσι δεν μπορούμε

να ξέρουμε εάν οι διαφορές αυτές θα ήταν οι ίδιες με την συμπερίληψη και χαρακτηριστικών της εργασίας. Οι Niedhammer et al. (1998) εκτός των δημογραφικών χαρακτηριστικών, χρησιμοποιούν στο μοντέλο τους τρία χαρακτηριστικά της εργασίας και εξετάζουν τις επιπτώσεις τους στην κατάθλιψη των εργαζομένων. Το δείγμα περιελάμβανε 11552 εργαζομένους (8422 άνδρες και 3130 γυναίκες) ηλικίας 41-56 στη Γαλλία (Gazel cohort). Εξαρτημένη μεταβλητή είναι η κατάθλιψη και τα τρία χαρακτηριστικά της εργασίας που αποτελούσαν τις ερμηνευτικές μεταβλητές είναι οι ψυχολογικές απαιτήσεις της εργασίας, το εύρος των αποφάσεων και η κοινωνική υποστήριξη. Οι υψηλές ψυχολογικές απαιτήσεις αύξαναν τον κίνδυνο εμφάνισης συμπτωμάτων κατάθλιψης περισσότερο για τους άνδρες ($OR = 1,71$ έναντι $OR = 1,37$ για τις γυναίκες). Το χαμηλό εύρος των αποφάσεων αύξανε περίπου το ίδιο τον κίνδυνο κατάθλιψης για τους άνδρες και τις γυναίκες ($OR = 1,38$ και $OR = 1,41$ αντίστοιχα) ενώ η χαμηλή κοινωνική υποστήριξη επηρέαζε περισσότερο την εμφάνιση κατάθλιψης για τους άνδρες ($OR = 1,58$ έναντι $OR = 1,29$ για τις γυναίκες).

Σε ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα του εργατικού δυναμικού της Δανίας μεγέθους 4133 blue-collar και white-collar εργαζομένων, οι Rugulies et al. (2006) μελετούν τις συνέπειες διαφόρων ψυχοκοινωνικών παραγόντων στην εμφάνιση σοβαρών συμπτωμάτων κατάθλιψης για τους άνδρες και τις γυναίκες. Το 48,5% του δείγματος ήταν γυναίκες και το 51,5% άνδρες ενώ το 62% του δείγματος ήταν ηλικίας 35 και άνω. Οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες που χρησιμοποιούν στη μελέτη τους είναι οι ποσοτικές απαιτήσεις της εργασίας, η επιρροή στην εργασία, η πιθανότητα για ανάπτυξη της καριέρας, η κοινωνική υποστήριξη από τους προϊσταμένους, η κοινωνική υποστήριξη από τους συναδέλφους και το αίσθημα της ανασφάλειας της εργασίας. Επιπλέον ερμηνευτικές μεταβλητές είναι δημογραφικά χαρακτηριστικά (ηλικία, μόρφωση και οικογενειακή κατάσταση), συμπεριφορές υγείας (κάπνισμα, κατανάλωση αλκοόλ και σωματικές δραστηριότητες στον ελεύθερο χρόνο) και η κοινωνικοοικονομική θέση (ειδικευμένοι, ημι-ειδικευμένοι ή ανειδίκευτοι blue-collar εργαζόμενοι, στελέχη και ακαδημαϊκοί, μάνατζερ ή άλλοι white-collar εργαζόμενοι). Τα μοντέλα είναι λογιστικής παλινδρόμησης και τα αποτελέσματα που παρουσιάζουν είναι σε σχέση με τον σχετικό κίνδυνο (relative risk) των μεταβλητών στα συμπτώματα κατάθλιψης. Οι διαφορές μεταξύ των δύο φύλων ήταν εμφανείς τόσο στην εμφάνιση συμπτωμάτων κατάθλιψης όσο και στις μεταβλητές που επηρέαζαν την εμφάνισή τους. Για τις γυναίκες, οι μεταβλητές που επηρέαζαν σημαντικά την εμφάνιση συμπτωμάτων κατάθλιψης, όταν στο μοντέλο περιλαμβάνονταν όλες οι ανεξάρτητες μεταβλητές εκτός της κοινωνικοοικονομικής θέσης, ήταν η χαμηλή επιρροή στην εργασία ($RR = 2,17$, 95% CI: 1,23-3,82) και η χαμηλή κοινωνική υποστήριξη από τους προϊσταμένους ($RR = 2,03$, 95% CI: 1,20-3,43). Όταν στο

μοντέλο προστέθηκε και η κοινωνικοοικονομική θέση η σημαντικότητα των άλλων μεταβλητών δεν άλλαξε ενώ μειώθηκαν ελαφρώς οι αρνητικές συνέπειες της χαμηλής επιρροής (RR = 1,96, 95% CI: 1,10-3,47) και της χαμηλής υποστήριξης από τους προϊσταμένους (RR = 1,92, 95% CI: 1,13-3,26). Από την άλλη μεριά, η μεταβλητή που επιδρούσε σημαντικά στην εμφάνιση συμπτωμάτων κατάθλιψης, για τους άνδρες, ήταν το αίσθημα ανασφάλειας της εργασίας (RR = 2,04, 95% CI: 1,02-4,07) ενώ παρέμενε η μόνη σημαντική μεταβλητή όταν προστέθηκε στο μοντέλο και η κοινωνικοοικονομική θέση, με ελαφρώς μεγαλύτερες συνέπειες (RR = 2,09, 95% CI: 1,04-4,20).

Στο ίδιο περίπου πνεύμα κινούνται και οι Kauppinen-Toropainen et al. (1983) με ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα ολόκληρου του εργατικού πληθυσμού της Φινλανδίας. Οι συγγραφείς μελετούν τους παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των εργαζομένων για την εργασία τους, την ψυχική υγεία καθώς και άλλα συμπτώματα όπως την απουσία από την εργασία, τις ψυχοσωματικές διαταραχές και την χρήση ναρκωτικών. Τα δεδομένα αντλήθηκαν από 7000 άτομα ηλικίας 15-64 ετών αλλά το τελικό δείγμα που χρησιμοποιούν στη μελέτη τους περιλαμβάνει μόνο 5471 μισθωτούς, με τους αγρότες και τους αυτοαπασχολούμενους να εξαιρούνται από την ανάλυση. Οι άνδρες ήταν 2818 εκ των οποίων οι 1728 ήταν εργάτες σε χειρωνακτικές θέσεις εργασίας (blue-collar workers) και 1090 ήταν εργάτες 'γραφείου' (white-collar workers), ενώ οι γυναίκες ήταν 2653 εκ των οποίων οι 1123 ήταν 'blue-collar workers' και οι υπόλοιπες 1530 'white-collar workers'. Το 70% των 'blue-collar' αντρών ήταν συγκεντρωμένο σε πέντε επαγγέλματα: α) οδικές μεταφορές, β) εργασία με σίδηρο και άλλα μέταλλα, γ) ηλεκτρικά, ζωγραφική και ξυλεία, δ) εργασία με μηχανές και κινητήρια δύναμη και ε) άλλες κατασκευές. Το 70% των 'white-collar' αντρών ήταν συγκεντρωμένο σε τέσσερα επαγγέλματα: α) τεχνική εργασία, β) διδασκαλία, γ) διευθυντικές και διοικητικές θέσεις και δ) πωλήσεις. Από την άλλη μεριά το 70% των 'blue-collar' γυναικών ήταν συγκεντρωμένο στα εξής πέντε επαγγέλματα: α) καθαρίσμα, β) εργασία στην κουζίνα (π.χ. μαγειρίσσεις), γ) εργασία με υφάσματα, δ) εργασία με ράψιμο, παπούτσια και δέρμα και ε) βιομηχανία τροφίμων ενώ το 83% των 'white-collar' γυναικών ήταν συγκεντρωμένο στα εξής τέσσερα επαγγέλματα: α) εργασία γραφείου, β) πωλήσεις, γ) γιατροί και νοσοκόμες και δ) διδασκαλία. Όσον αφορά την ψυχική υγεία οι συγγραφείς κατασκεύασαν τον δείκτη 'εξουθένωση σε σχέση με την εργασία' ο οποίος περιελάμβανε την ψυχική κούραση, την έλλειψη ενέργειας, την εξάντληση, την νευρικότητα, την ευερεθιστότητα, την ένταση, την 'ψυχική εξουθένωση μετά την εργασία' και την 'απροθυμία να πάει το άτομο στην εργασία το πρωί'. Οι συγγραφείς εξετάζουν την εμπειρική εφαρμογή του μοντέλου του Karasek (1979) και σαν ανεξάρτητες μεταβλητές χρησιμοποιούν την πίεση

του χρόνου (για τις απαιτήσεις της εργασίας) και την έλλειψη αποφασιστικότητας (για τον έλεγχο της εργασίας ή αλλιώς το εύρος των αποφάσεων). Οι συσχετίσεις των δύο ανεξάρτητων μεταβλητών με την εξουθένωση κυμαίνονταν από 0,15 έως 0,22 ανάμεσα στα δύο φύλα και τις δύο ομάδες εργασίας. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι οι γυναίκες εμφάνιζαν μεγαλύτερη εξουθένωση σε σχέση με τους άνδρες με μικρότερη διαφορά να υπάρχει στους 'blue-collar workers' και ελαφρώς μεγαλύτερη στους 'white-collar workers'. Οι συγγραφείς χρησιμοποιούν δύο ξεχωριστές παλινδρομήσεις για τα δύο φύλα. Η πίεση του χρόνου συνέβαλλε περισσότερο στην εξουθένωση των ανδρών ($\beta = 0,18, p < 0,001$) σε σχέση με τις γυναίκες ($\beta = 0,14, p < 0,001$) ενώ η έλλειψη αυτοαποφασιστικότητας ήταν σχεδόν το ίδιο σημαντικός παράγοντας για τις γυναίκες ($\beta = 0,19, p < 0,001$) και για τους άνδρες ($\beta = 0,18, p < 0,001$). Η ερμηνευτικότητα των δύο μοντέλων για τους άνδρες ($R^2 = 0,07$) και για τις γυναίκες ($R^2 = 0,08$) ήταν πολύ χαμηλή γεγονός που δείχνει ότι και άλλες σημαντικές μεταβλητές έπρεπε να συμπεριληφθούν στα μοντέλα.

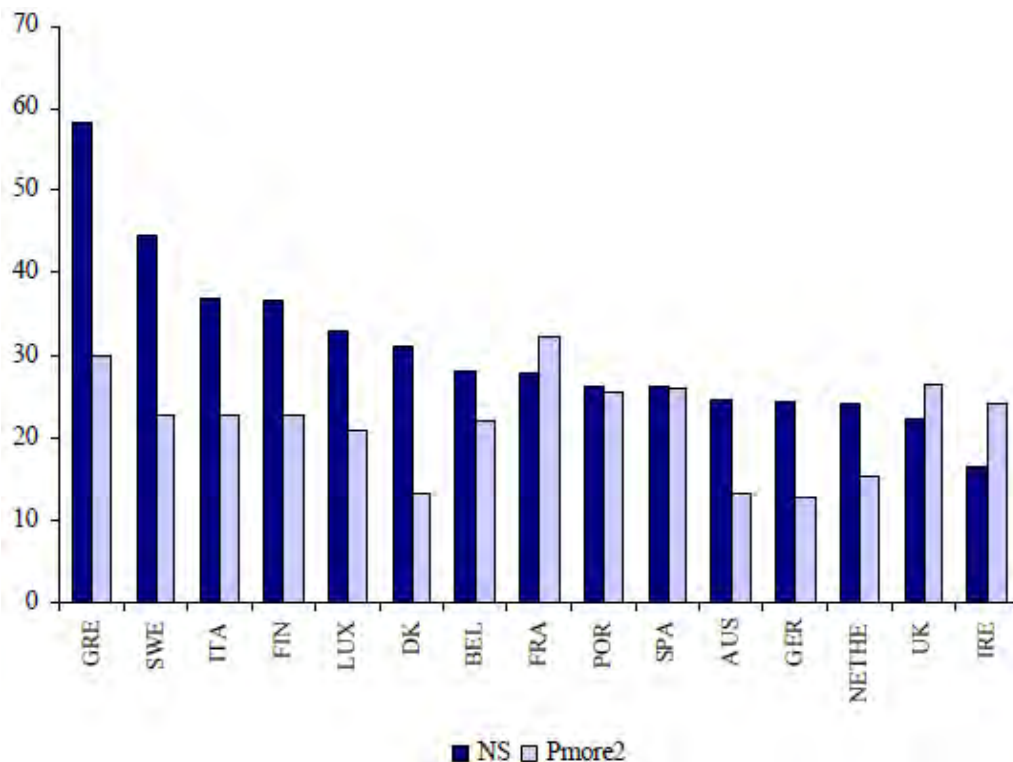
Την αξία των μοντέλων που περιλαμβάνουν ένα μεγάλο εύρος μεταβλητών που σχετίζονται με την υγεία (σωματική και ψυχική) στην καλύτερη εικόνα των διαφορών μεταξύ των δύο φύλων τονίζουν οι Denton et al. (2004). Οι συγγραφείς χρησιμοποιούν την στενοχώρια (distress) σαν δείκτη της ψυχικής υγείας 15088 εργαζομένων στον Καναδά ενώ οι ανεξάρτητες μεταβλητές αποτελούνται από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά (ηλικία, συζυγική και οικογενειακή κατάσταση, μόρφωση), παράγοντες συμπεριφοράς (κάπνισμα, κατανάλωση αλκοόλ, σωματικές δραστηριότητες, βάρος), ψυχοκοινωνικούς παράγοντες (εργασιακό άγχος, άγχος εκτός εργασίας, αυτοεκτίμηση, αντίληψη με γεγονότα της εργασίας και της ζωής, άλλα γεγονότα), δραστηριότητες εκτός εργασίας, το εισόδημα, την επαγγελματική κατάσταση και την κοινωνική υποστήριξη. Οι διαφορές μεταξύ των δύο φύλων όσον αφορά την εμφάνιση στενοχώριας ήταν σημαντικές ($p < 0,001$). Οι ερμηνευτικές μεταβλητές δεν ήταν όλες σημαντικές στην πρόβλεψη της δυσφορίας ενώ σχετικά λίγες ήταν αυτές που είχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα. Η ηλικία σχετιζόταν αρνητικά με την δυσφορία των ανδρών ($\beta = -0,017, p < 0,001$) και των γυναικών ($\beta = -0,011, p < 0,01$) αλλά δεν υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο φύλων. Το αρνητικό πρόσημο δείχνει ότι όσο αυξανόταν η ηλικία η δυσφορία μειωνόταν. Το αποτέλεσμα αυτό έρχεται σε αντίθεση με τα αποτελέσματα των περισσότερων μελετών που δείχνουν την αρνητική σχέση της ηλικίας και της ψυχικής υγείας. Αυτό ίσως να οφείλεται, σύμφωνα με τους συγγραφείς, στην μεροληψία θνησιμότητας για τους άνδρες καθώς, αν και υποφέρουν περισσότερο από χρόνιες ασθένειες σε σχέση με τις γυναίκες, πεθαίνουν σε μεγαλύτερη σχετικά ηλικία από εκείνες και έτσι 'παράγεται' ένας υγιέστερος πληθυσμός

ηλικιωμένων ανδρών. Η κοινωνική υποστήριξη από την άλλη είχε στατιστικά διαφορετικά αποτελέσματα στη δυσφορία των δύο φύλων ($p < 0,01$). Η κοινωνική υποστήριξη μείωνε περισσότερο τη δυσφορία των γυναικών ($\beta = -0,30$, $p < 0,001$) σε σχέση με τους άνδρες ($\beta = -0,12$, $p < 0,01$). Αυτό δείχνει ότι η κοινωνική υποστήριξη έπαιξε σημαντικότερο ρόλο για τις γυναίκες. Έκπληξη αποτελεί και η επίδραση του άγχους της εργασίας στη δυσφορία. Αυτό που θα περιμέναμε είναι μία θετική σχέση μεταξύ του άγχους της εργασίας και της δυσφορίας. Αντιθέτως, το υψηλό εργασιακό άγχος σχετιζόταν αρνητικά με τη δυσφορία των γυναικών ($\beta = -0,40$, $p < 0,001$) ενώ δεν επηρέαζε σημαντικά τη δυσφορία των ανδρών. Η διαφορά των δύο φύλων ήταν σημαντική ($p < 0,01$). Η ερμηνευτικότητα των μοντέλων ήταν $R^2 = 38,8\%$ για τους άνδρες και $R^2 = 44,6\%$ για τις γυναίκες. Να αναφέρουμε στο σημείο αυτό ότι η αφαίρεση των πολλών ανεξάρτητων μη σημαντικών μεταβλητών (με ενδεχόμενα προβλήματα πολυσυγγραμμικότητας) καθώς και η συμπερίληψη κάποιων άλλων σημαντικών χαρακτηριστικών της εργασίας που δεν χρησιμοποιήθηκαν, όπως ο φόρτος εργασίας, ο έλεγχος της εργασίας, το αίσθημα ανασφάλειας της εργασίας, οι ώρες εργασίας και το περιβάλλον εργασίας ίσως να άλλαζαν τα αποτελέσματα τόσο από πλευράς ερμηνευτικότητας των μοντέλων όσο και στις εκτιμήσεις των συντελεστών.

Οι Cottini & Lucifora (2010) μελετούν τη σχέση μεταξύ της ψυχικής υγείας και των συνθηκών εργασίας χρησιμοποιώντας διάφορες μεταβλητές στο υπόδειγμά τους, για τις χώρες-μέλη της ΕΕ15 και για τα έτη 1995, 2000 και 2005 ($N = 35247$). Στο εμπειρικό τους μοντέλο (probit), για τον υπολογισμό του δείκτη της ψυχικής υγείας, χρησιμοποίησαν τέσσερις μεταβλητές (άγχος, προβλήματα ύπνου, ανησυχία, ευερεθιστότητα) από τις οποίες κατασκεύασαν έναν σύνθετο δείκτη των προβλημάτων ψυχικής υγείας, που αποτελούσε και την εξαρτημένη μεταβλητή. Η Ελλάδα ήταν στην πρώτη θέση σε όσους δήλωναν τουλάχιστον ένα από τα τέσσερα προβλήματα ψυχικής υγείας και ερχόταν δεύτερη (πίσω από τη Γαλλία) όταν οι εργαζόμενοι δήλωναν παραπάνω από δύο προβλήματα υγείας (βλ. Γράφημα 2.1). Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι γενικά οι δυσμενείς συνθήκες εργασίας έχουν θετική σχέση με την πιθανότητα εμφάνισης προβλημάτων ψυχικής υγείας. Η ένταση της εργασίας ήταν η μεταβλητή που είχε τη μεγαλύτερη επίδραση στην ψυχική υγεία και για τα δύο φύλα (η έντονη εργασία αύξανε περίπου κατά 13% την πιθανότητα εμφάνισης ψυχικών προβλημάτων και για τα δύο φύλα). Επίσης η εργασία με βάρδιες αύξανε το ίδιο την πιθανότητα εμφάνισης ψυχικών προβλημάτων για τα δύο φύλα ($\beta = 0,081$, $p < 0,01$). Αντιθέτως, οι πολλές ώρες εργασίας αύξαναν περισσότερο την πιθανότητα εμφάνισης ψυχικών προβλημάτων για τους άνδρες ($\beta = 0,109$, $p < 0,01$) έναντι των γυναικών ($\beta = 0,062$, $p < 0,01$). Η μέση και υψηλή εκπαίδευση μείωνε την πιθανότητα εμφάνισης ψυχικών

προβλημάτων για τις γυναίκες ($\beta = -0,045$, $p < 0,05$ και $\beta = -0,059$, $p < 0,01$ αντίστοιχα) ενώ για τους άνδρες τα αποτελέσματα ήταν στατιστικά ασήμαντα. Η χαμηλή αυτονομία (χαμηλός έλεγχος) αύξανε την πιθανότητα εμφάνισης προβλημάτων ψυχικής υγείας για τους άνδρες ($\beta = 0,041$, $p < 0,01$) ενώ για τις γυναίκες τα αποτελέσματα ήταν στατιστικά ασήμαντα. Στην περίπτωση της Ελλάδας ($N = 1791$), οι μεταβλητές που αύξαναν σημαντικά την πιθανότητα εμφάνισης ψυχικών προβλημάτων ήταν οι διακρίσεις στην εργασία, το μόνιμο συμβόλαιο, η επαναληπτική εργασία, η εργασία με βάρδιες, η υψηλή ένταση της εργασίας, η μη βοήθεια από τους συναδέλφους, η χαμηλή αυτονομία και η δυσκολία των καθηκόντων.

Γράφημα 2.1 Προβλήματα ψυχικής υγείας μεταξύ των χωρών της ΕΕ15 για δήλωση τουλάχιστον ενός εκ των τεσσάρων προβλημάτων ψυχικής υγείας (NS) και για δήλωση προβλημάτων ψυχικής υγείας πάνω από δύο (Pmore2)



Πηγή: Cottini and Lucifora (2010)

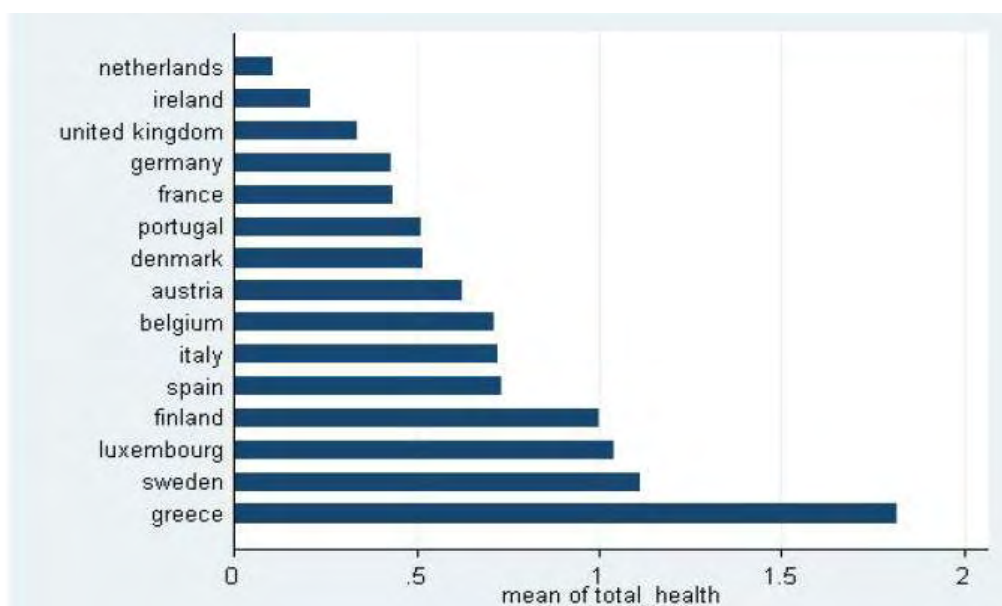
Σε αντίθεση με τις προηγούμενες μελέτες, οι Plaisier et al. (2007) δεν βρίσκουν σημαντικές διαφορές των δύο φύλων στις επιπτώσεις των συνθηκών εργασίας στην κατάθλιψη και το άγχος ενώ η κοινωνική υποστήριξη είχε σημαντικά διαφορετικές επιδράσεις σε επίπεδο σημαντικότητας 10%. Τα δεδομένα αντλήθηκαν από την Έρευνα Ψυχικής Υγείας και Μελέτη Εμφάνισης της Ολλανδίας (NEMESIS-Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study) με το δείγμα να αποτελείται από 1117 γυναίκες και 1529

άνδρες ηλικίας 18-65. Το 6,2% των γυναικών δήλωσε ότι είχε κατάθλιψη, το 5,7% ότι είχε άγχος και το 10,5% ότι είχε κατάθλιψη και άγχος. Τα αντίστοιχα ποσοστά των ανδρών ήταν 3,2%, 1,6% και 4,6%. Οι συνθήκες εργασίας αποτελούνταν από τις ψυχικές απαιτήσεις της εργασίας, το εύρος των αποφάσεων και το αίσθημα ασφάλειας της εργασίας. Η μόνη σημαντική μεταβλητή που επηρέαζε θετικά την κατάθλιψη και το άγχος μαζί ήταν οι ψυχικές απαιτήσεις της εργασίας. Ο σχετικός κίνδυνος της κατάθλιψης και του άγχους ήταν 2,29 (95% CI: 1,44-3,63) ενώ δεν υπήρχαν διαφορές για τα δύο φύλα ($p = 0,18$). Από την άλλη, η κοινωνική υποστήριξη είχε αρνητικό αντίκτυπο στην κατάθλιψη και το άγχος, δηλαδή όταν η κοινωνική υποστήριξη αυξανόταν οι διαταραχές της κατάθλιψης και του άγχους μειώνονταν. Αυτό φαίνεται από τον σχετικό κίνδυνο ο οποίος ήταν μικρότερος της μονάδας ($RR = 0,78$, 95% CI: 0,71-0,86). Όσον αφορά την κοινωνική υποστήριξη διαφορές υπήρχαν ανάμεσα στα δύο φύλα σε επίπεδο 10% ($p = 0,06$) με τις συνέπειες στους άνδρες να είναι ισχυρότερες.

2.4 Μισθός-Εισόδημα

Ένας άλλος παράγοντας που επιδρά στην ψυχική υγεία των εργαζομένων είναι ο μισθός ή το εισόδημα. Οι Cottini and Lucifora (2009) μελετούν τη σχέση ανάμεσα στην υγεία (σωματική και ψυχική), τις συνθήκες εργασίας και τις χαμηλές αμοιβές για τα κράτη-μέλη της ΕΕ15 (Ελλάδα, Σουηδία, Ιταλία, Φινλανδία, Λουξεμβούργο, Γαλλία, Πορτογαλία, Βέλγιο, Ισπανία, Δανία, Ηνωμένο Βασίλειο, Γερμανία, Ολλανδία, Αυστρία και Ιρλανδία) για το 2005.

Γράφημα 2.2 Γενικά προβλήματα υγείας για τους χαμηλόμισθους ανά χώρα (ΕΕ15)



Πηγή: Cottini and Lucifora (2009)

Η Ελλάδα είναι η πρώτη χώρα ανάμεσα στις 15 η οποία εμφανίζει τα περισσότερα προβλήματα υγείας για τους χαμηλόμισθους (βλ. Γράφημα 2.2) και τις χειρότερες συνθήκες εργασίας. Πέραν του αναμενόμενου αποτελέσματος, ότι δηλαδή οι δυσμενείς εργασιακές συνθήκες αυξάνουν την πιθανότητα εμφάνισης προβλημάτων υγείας, τα αποτελέσματα δείχνουν μεταξύ άλλων, ότι οι χαμηλές αμοιβές σχετίζονται θετικά με προβλήματα υγείας, λαμβάνοντας υπόψη την αλληλεπίδραση των χαμηλών αμοιβών με τις συνθήκες εργασίας. Επίσης αξίζει να σημειωθεί ότι η χαμηλή αμοιβή ήταν εκείνη η μεταβλητή που επηρέαζε αρνητικά τη σωματική και ψυχική υγεία μόνο των ανδρών (4,1% και 1,8% μεγαλύτερη πιθανότητα να δηλώσουν 'μέση' ψυχική και σωματική υγεία αντίστοιχα), ενώ οι συνθήκες εργασίας επηρέαζαν τη ψυχική υγεία τόσο των ανδρών όσο και των γυναικών (2,6% και 1,5% μεγαλύτερη πιθανότητα να δηλώσουν 'μέση' ψυχική υγεία αντίστοιχα) και τη σωματική υγεία των ανδρών (1,1% μεγαλύτερη πιθανότητα να δηλώσουν 'μέση' σωματική υγεία).

Σε αντίθεση με τον μισθό, όσον αφορά τη μελέτη της αλληλεπίδρασης της οικονομικής κατάστασης του ατόμου στην υγεία του, στη διεθνή βιβλιογραφία εξετάζεται περισσότερο το συνολικό εισόδημα του νοικοκυριού. Γενικά, η πλειοψηφία των μελετών σημειώνει ότι υπάρχει μία θετική σχέση μεταξύ εισοδήματος και υγείας (για μία ανασκόπηση της βιβλιογραφίας βλ. το άρθρο του Feinstein, 1993). Οι Martikainen et al. (2003) μελετούν τις επιπτώσεις του εισοδήματος του νοικοκυριού στη γενική υγεία και στην κατάθλιψη των δημοσίων υπαλλήλων στο Λονδίνο (Whitehall II study). Το εισόδημα του νοικοκυριού αποτελείται από το προσωπικό εισόδημα του ερωτώμενου και οποιοδήποτε άλλο εισόδημα που προέρχεται από άλλες πηγές (π.χ. μισθός συζύγου, χρήματα από δεύτερη εργασία, χρήματα από ενοίκια κτλ.). Τα αποτελέσματα του πλήρους προσαρμοσμένου (ηλικία, μόρφωση, συζυγική κατάσταση κ.ά.) λογιστικού μοντέλου δείχνουν ότι οι άνδρες με τα χαμηλότερα εισοδήματα νοικοκυριού είχαν μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν υψηλότερη κατάθλιψη σε σχέση με αυτούς με τα υψηλότερα εισοδήματα ($RII^7 = 1,28$) και χειρότερη υγεία ($RII = 1,27$). Οι γυναίκες με τα χαμηλότερα εισοδήματα νοικοκυριού είχαν επίσης μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν υψηλότερη κατάθλιψη ($RII = 2,46$) και χειρότερη υγεία ($RII = 1,25$) σε σχέση με αυτές με τα υψηλότερα εισοδήματα νοικοκυριού. Οι Mulvaney-Day et al. (2007) μελετούν τη σωματική και ψυχική υγεία των Λατίνων χρησιμοποιώντας δεδομένα από την εθνική αμερικανική μελέτη Λατίνων και Ασιατών (National Latino and Asian American Study, NLAAS). Οι συγγραφείς χρησιμοποιούν στο μοντέλο τους δημογραφικά χαρακτηριστικά, την υποστήριξη από την οικογένεια και τους

⁷ Ο σχετικός δείκτης της ανισότητας (relative index of inequality, RII) είναι ο λόγος πιθανοτήτων (OR) μεταξύ αυτών με τα χαμηλότερα εισοδήματα σε σχέση με αυτούς με τα υψηλότερα εισοδήματα.

φίλους, την κοινωνική συνοχή, το εισόδημα του νοικοκυριού και τη γλώσσα. Το εισόδημα του νοικοκυριού ήταν χωρισμένο σε τέσσερις κατηγορίες με την κατηγορία με το μικρότερο εισόδημα να αποτελεί την κατηγορία σύγκρισης. Οι μεταβλητές της σωματικής και ψυχικής υγείας ήταν κλίμακας πέντε απαντήσεων (άριστη, πολύ καλή, καλή, μέτρια και χαμηλή) και οι συγγραφείς χρησιμοποίησαν μοντέλο λογιστικής παλινδρόμησης (ordered logistic model⁸). Στην περίπτωση της ψυχικής υγείας, τα άτομα που ανήκαν στην κατηγορία με το υψηλότερο εισόδημα ($\geq 75000\$$) είχαν τη μεγαλύτερη πιθανότητα για καλύτερη ψυχική υγεία ($OR = 0,37$ με $OR = 0$ να δηλώνει τη χαμηλότερη κατηγορία σύγκρισης: $< 15000\$$). Τα άτομα όμως που ανήκαν στη δεύτερη κατηγορία ($15000-34999\$$) είχαν μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν καλύτερη ψυχική υγεία από αυτούς που ανήκαν στην τρίτη κατηγορία ($35000-74999\$$) ($OR = 0,22$ και $OR = 0,11$ αντίστοιχα). Όλα τα αποτελέσματα ήταν σημαντικά σε επίπεδο 5%. Όταν όμως στο μοντέλο έμπαινε και η μεταβλητή της γλώσσας οι επιδράσεις του εισοδήματος γινόντουσαν ασήμαντες.

Οι Lahelma et al. (2006) από την άλλη ελέγχουν για αρκετές μεταβλητές του δείκτη της κοινωνικοοικονομικής κατάστασης του ατόμου, μεταξύ αυτών και το εισόδημα του νοικοκυριού, αλλά δεν βρίσκουν τα αναμενόμενα αποτελέσματα όσον αφορά τη σχέση εισοδήματος και υγείας στην περίπτωση των ανδρών. Το δείγμα τους περιελάμβανε 1799 άνδρες και 7191 γυναίκες εργαζομένους μέσης ηλικίας στο Ελσίνκι. Εξαρτημένη μεταβλητή ήταν τα προβλήματα ψυχικής υγείας (GHQ-12) καθώς και κάποια συστατικά της ψυχικής υγείας (SF-36⁹). Όσον αφορά το μοντέλο με τα προβλήματα ψυχικής υγείας (GHQ-12) και όταν περιλαμβάνονταν όλες οι κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές εκτός των οικονομικών δυσκολιών, τα αποτελέσματα δείχνουν ότι οι γυναίκες με το χαμηλότερο εισόδημα (στο χαμηλότερο τεταρτημόριο) είχαν τη μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν περισσότερα προβλήματα ψυχικής υγείας σε σχέση με τις γυναίκες με το υψηλότερο εισόδημα (στο υψηλότερο τεταρτημόριο) ($OR = 1,35$, 95% CI: 1,14-1,61) ενώ οι άνδρες με το χαμηλότερο εισόδημα είχαν ελαφρώς μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν περισσότερα προβλήματα ψυχικής υγείας σε σχέση με αυτούς με το υψηλότερο εισόδημα ($OR = 1,07$, 95% CI: 0,76-1,52). Αυτό αντικατοπτρίζεται και στα εισοδήματα μεσαίας τάξης (2^ο και 3^ο τεταρτημόριο) όπου οι άνδρες είχαν μικρότερη πιθανότητα να εμφανίσουν περισσότερα προβλήματα ψυχικής υγείας σε σχέση με αυτούς με το υψηλότερο εισόδημα ($OR = 0,84$, 95% CI: 0,59-

⁸ Τα ordered λογιστικά μοντέλα χρησιμοποιούνται στην περίπτωση που η εξαρτημένη μεταβλητή δεν είναι δυαδική ή διχοτομική αλλά παίρνει παραπάνω από δύο τιμές $y = 0, 1, 2, 3, 4, \dots$ (βλ. Greene, 2008, Κεφ. 23).

⁹ Το SF-36 (36-item short-form questionnaire) είναι ένα ερωτηματολόγιο μικρής μορφής και περιλαμβάνει μία κλίμακα μέτρησης της σωματικής και ψυχικής υγείας αξιολογώντας οχτώ στοιχεία (βλ. Ware & Sherbourne, 1992)

1,19 και OR = 0,84, 95% CI: 0,60-1,18 αντίστοιχα). Επίσης όταν στο μοντέλο συμπεριέλαβαν και τις οικονομικές δυσκολίες τότε και οι άνδρες με το χαμηλότερο εισόδημα είχαν μικρότερη πιθανότητα να εμφανίσουν περισσότερα προβλήματα υγείας (το OR από 1,07 μεταβλήθηκε σε 0,96). Φαίνεται ότι στην περίπτωση των ανδρών το χαμηλότερο εισόδημα δεν συνδεόταν με περισσότερα προβλήματα ψυχικής υγείας. Ένας λόγος μπορεί να είναι η επίδραση των οικονομικών δυσκολιών. Τα άτομα με υψηλότερα εισοδήματα μπορεί να έχουν περισσότερες οικονομικές δυσκολίες από τα άτομα με χαμηλότερα εισοδήματα και γι' αυτό εμφανίζουν περισσότερα προβλήματα υγείας. Οι Fone et al. (2007) μελετούν τις επιδράσεις της κοινωνικοοικονομικής κατάστασης των ατόμων στην ψυχική τους υγεία στην περίπτωση του Ηνωμένου Βασιλείου. Το δείγμα περιελάμβανε 10653 άτομα ηλικίας 18-74 ετών ενώ σαν εξαρτημένη μεταβλητή χρησιμοποιήθηκε ο δείκτης MHI-5¹⁰ που δείχνει την ψυχική υγεία. Το εύρος των απαντήσεων (σκορ) κυμαίνονταν από 0 έως 100, όπου το 100 δείχνει τη βέλτιστη ψυχική υγεία και έτσι οι συγγραφείς χρησιμοποίησαν απλή παλινδρόμηση για την εκτίμηση του μοντέλου. Όσον αφορά το εισόδημα του νοικοκυριού, τα αποτελέσματα δείχνουν ότι τα άτομα μεσαίου και χαμηλού εισοδήματος είχαν χειρότερη ψυχική υγεία σε σχέση με τα άτομα υψηλού εισοδήματος (κατηγορία αναφοράς) ενώ επιπλέον τα άτομα χαμηλού εισοδήματος είχαν χειρότερη ψυχική υγεία από αυτούς με μεσαίο εισόδημα ($\beta = -8,886$, s.e = 1,117 και $\beta = -4,536$, s.e = 0,5 αντίστοιχα). Αυτό δείχνει την γενική εικόνα που υπάρχει γύρω από τη σχέση εισοδήματος και (ψυχικής) υγείας ότι δηλαδή τα χαμηλότερα εισοδήματα σχετίζονται με χειρότερη (ψυχική) υγεία ενώ τα υψηλότερα με καλύτερη (ψυχική) υγεία.

Οι παράγοντες που αναφέρθηκαν στο κεφάλαιο 2 είναι οι σημαντικότεροι που σχετίζονται με την ανάπτυξη ψυχικών προβλημάτων στο χώρο της εργασίας, σύμφωνα και με τον ΠΟΥ (2005) (Πίνακας 2.4), και κάποιοι από αυτούς μαζί με το εισόδημα, που όπως είδαμε αποτελεί σημαντική μεταβλητή στη μελέτη της υγείας των ατόμων, θα χρησιμοποιηθούν στην παρούσα εμπειρική ανάλυση. Όπως φαίνεται στον Πίνακα 2.4 το περιεχόμενο της εργασίας (work content) αποτελείται από τον φόρτο εργασίας, τη συμμετοχή και τον έλεγχο της εργασίας και τα χαρακτηριστικά των καθηκόντων (tasks) όπως μονότονα, μη ευχάριστα και απωθητικά καθήκοντα. Επίσης μέσα στο πλαίσιο της εργασίας (work context) βλέπουμε και άλλα χαρακτηριστικά που επηρεάζουν την υγεία, μερικά από τα οποία συναντήσαμε στην βιβλιογραφική ανασκόπηση, όπως η σύγκρουση ρόλου και η ασάφεια ρόλου, η έλλειψη αναγνώρισης της εργασίας και η ανεπαρκής κοινωνική υποστήριξη, οι κακές διαπροσωπικές σχέσεις, το περιβάλλον εργασίας και οι ώρες εργασίας κ.ά.

¹⁰ Ο δείκτης MHI-5 (Mental Health Inventory) αποτελεί μία (υπο)-κλίμακα μέτρησης της ψυχικής υγείας από το ερωτηματολόγιο SF-36 (βλ. McHorney & Ware, 1995; Berwick et al., 1991)

Πίνακας 2.3 Παράγοντες που συνδέονται με την ανάπτυξη προβλημάτων ψυχικής υγείας στο χώρο εργασίας

Work content	
Workload	Excessive workload Insufficient work
Lack of participation and control	Inability to participate in decision-making Inability to choose how to complete work
Job content	Monotonous tasks Unpleasant tasks Aversive tasks
Work context	
Role in organization	Role conflict Role ambiguity
Lack of reward (recognition)	Lack of recognition of work (e.g. through salary) Low status Inadequate social support in the workplace
Inequity (lack of fairness)	Perception that workplace is not just or equitable (e.g. in terms of workload, salary, or promotion) Poor management of organizational change (e.g. downsizing)
Poor interpersonal relationships	Unsupportive supervision Poor relationships with colleagues Bullying, harassment or violence Isolated or solitary work
Working environment and conditions	Inadequate physical environment (e.g. noise, pollution, light, danger) Irregular working hours (e.g. shift work or excessive working hours)
Workplace culture	Poor communication Poor leadership Lack of clarity about workplace objectives and structure
Home-work interface	Conflicting demands at home and at work Lack of support for home at work Lack of support for work at home

Πηγή: WHO (2005)

2.5 Μελέτες για την Ελλάδα

Εκτός των περιπτώσεων που η μελέτη βασίζεται σε ομάδες χωρών, όπως για παράδειγμα οι μελέτες των Cottini & Lucifora (2009 κ' 2010) που αναφέρονται σε χώρες της ΕΕ

συμπεριλαμβανομένου και της Ελλάδας, ξεκάθαρες μελέτες που να έχουν γίνει για την Ελλάδα όσον αφορά την ψυχική υγεία και τις συνθήκες εργασίας είναι περιορισμένες, εν γνώσει του συγγραφέως. Διάφορες μελέτες έχουν γίνει κυρίως για τη συνολική (γενική κατάσταση της υγείας) των ατόμων και τη συσχέτισή της με διάφορες μεταβλητές που την επηρεάζουν και οι οποίες δεν αφορούσαν εργασιακά χαρακτηριστικά. Οι Daniilidou et al. (2004) εξετάζουν τους κοινωνικοδημογραφικούς παράγοντες που σχετίζονται με τη γενική υγεία σε ένα δείγμα 1819 ατόμων ηλικίας 18 και άνω. Η ηλικία και το φύλο (γυναίκα) σχετιζόταν αρνητικά με την υγεία ($\beta = -5,456$, $p = 0,000$ και $\beta = -2,043$, $p = 0,017$ αντίστοιχα) ενώ η μόρφωση και το εισόδημα σχετιζόνταν θετικά με την υγεία ($\beta = 1,869$, $p = 0,003$ και $\beta = 2,818$, $p = 0,000$ αντίστοιχα). Οι Pappas et al. (2005) χρησιμοποιούν τη γενική υγεία σαν εξαρτημένη μεταβλητή σε ένα δείγμα 353 νοσοκόμων σε επτά νοσοκομεία της βορειοδυτικής Ελλάδας. Ανεξάρτητες μεταβλητές αποτελούσαν δημογραφικά χαρακτηριστικά (φύλο, ηλικία, συζυγική κατάσταση και επίπεδο μόρφωσης) και συμπεριφορές σε σχέση με την υγεία (κάπνισμα, κατανάλωση αλκοόλ, σωματική άσκηση, συνήθειες διαίτας και ώρες ύπνου) ενώ όσον αφορά την εργασία οι μεταβλητές που χρησιμοποίησαν ήταν το τμήμα στο οποίο εργάζονταν οι νοσοκόμοι, η θέση που κατείχαν, τα χρόνια εργασίας και η εργασία με βάρδιες. Στην οικονομετρική ανάλυση οι περισσότερες μεταβλητές βρέθηκαν να είναι στατιστικά ασήμαντες. Το φύλο ήταν στατιστικά σημαντικό με τις γυναίκες να έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν χειρότερη υγεία από τους άνδρες ($OR = 2,72$, $p < 0,05$). Οι άνδρες νοσοκόμοι όμως ήταν πολύ λιγότεροι (42 έναντι 311 γυναικών) οπότε δεν είμαστε βέβαιοι ότι το αποτέλεσμα αυτό θα ήταν το ίδιο εάν ο αριθμός των ανδρών ήταν μεγαλύτερος. Επίσης η σωματική άσκηση μείωνε την πιθανότητα εμφάνισης χαμηλής υγείας ($OR = 0,28$, $p < 0,001$). Οι Gournas et al. (1992) εξετάζουν την ψυχική υγεία του ηλικιωμένου πληθυσμού σε ένα δείγμα 251 ατόμων ηλικίας 65 και άνω στην Αθήνα. Οι συγγραφείς ελέγχουν τις συσχετίσεις διαφόρων προβλημάτων ψυχικής υγείας με διάφορα δημογραφικά χαρακτηριστικά. Οι γυναίκες είχαν χειρότερη ψυχική υγεία από τους άνδρες.

Πιο κοντά στην ανάλυση της παρούσας μελέτης σε σχέση με τις υπόλοιπες είναι οι δύο επόμενες που ακολουθούν. Οι Antoniou et al. (2006), χρησιμοποιώντας τη μέθοδο της ανάλυσης της διακύμανσης, εξετάζουν τους παράγοντες που προκαλούν άγχος και επαγγελματική εξουθένωση στους δασκάλους πρωτοβάθμιων και δευτεροβάθμιων σχολείων σε σχέση με το φύλο και την ηλικία. Το δείγμα περιελάμβανε 493 δασκάλους (43,8% άνδρες και 56,2% γυναίκες) ηλικίας 25-65 ετών. Η αλληλεπίδραση με τους μαθητές και τους συναδέλφους ($F = 7,74$, $p < 0,01$), ο φόρτος εργασίας ($F = 11,94$, $p < 0,01$), η πρόοδος των μαθητών ($F = 16,43$, $p < 0,001$) και οι συνεχείς απαιτήσεις της διδασκαλίας ($F = 12,77$,

$p < 0,01$) ήταν οι πηγές που προκαλούσαν το μεγαλύτερο άγχος στις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες ανεξαρτήτως ηλικίας και του είδους του σχολείου. Όσον αφορά την επαγγελματική εξουθένωση, οι γυναίκες ήταν αυτές που δήλωναν υψηλότερη ψυχική εξουθένωση ($F = 7,53, p < 0,01$). Όσον αφορά την ηλικία, η μόνη μεταβλητή που προκαλούσε άγχος ήταν η υποστήριξη της κυβέρνησης. Συγκεκριμένα, οι μεγαλύτεροι σε ηλικία δάσκαλοι, ανεξαρτήτως φύλου, είχαν υψηλότερο άγχος που οφειλόταν στην έλλειψη υποστήριξης από την κυβέρνηση ($F = 4,88, p < 0,01$). Οι νεότεροι δάσκαλοι ήταν όμως αυτοί που δήλωναν μεγαλύτερη ψυχική εξουθένωση ($F = 4,15, p < 0,05$). Μία μελέτη που εξετάζει την ψυχική υγεία των εργαζομένων σε σχέση με το εργασιακό άγχος και άλλους παράγοντες είναι αυτή των Antoniou et al. (2003). Οι συγγραφείς χρησιμοποιούν ένα δείγμα 355 νεαρών γιατρών νοσοκομείου (193 άνδρες και 162 γυναίκες) οι οποίοι εργάζονται σε 12 γενικά δημόσια νοσοκομεία της Αθήνας. Η ηλικία των γιατρών του δείγματος ήταν μεταξύ 25 και 42 ετών. Μία από τις τρεις υπό εξέταση εξαρτημένες μεταβλητές είναι η κακή ψυχική υγεία (οι άλλες δύο ήταν η κακή σωματική υγεία και η ικανοποίηση από την εργασία). Οι συγγραφείς χρησιμοποιούν κλιμακωτές εκτιμήσεις παλινδρόμησης δηλαδή εκτιμούν κάθε φορά μία παλινδρόμηση με μία ανεξάρτητη μεταβλητή και όχι όλες μαζί. Οι απαιτήσεις της εργασίας σχετίζονταν θετικά με την κακή ψυχική υγεία και των δύο φύλων, μεγαλύτερη όμως επιρροή είχαν στις γυναίκες ($\beta = 0,33$) σε σχέση με τους άνδρες ($\beta = 0,25$). Στο συνολικό δείγμα (άνδρες και γυναίκες) οι απαιτήσεις της εργασίας ήταν η μεταβλητή που επηρέαζε περισσότερο την κακή ψυχική υγεία των γιατρών ($\beta = 0,36$) ενώ ακολουθούσαν οι σχέσεις με τους ασθενείς και τους συγγενείς ($\beta = 0,22$). Οι δυσμενείς εργασιακές συνθήκες (κίνδυνος μεταδοτικών ασθενειών, ο μη επαρκής χώρος του νοσοκομείου κτλ.) αύξαναν επίσης την κακή ψυχική υγεία των γιατρών ($\beta = 0,12$).

2.6 Αντιμετώπιση των παραγόντων εργασίας που προκαλούν προβλήματα στην ψυχική υγεία και την απόδοση των εργαζομένων

2.6.1 Συνθήκες εργασίας και απόδοση

Το εργασιακό περιβάλλον ποικίλλει από τη θερμοκρασία (τρομερή ζέστη ή κρύο που έχουν να αντιμετωπίσουν οι εργαζόμενοι), υγρασία, θόρυβο, μυρωδιά, φωτισμό, σκόνη, καπνός και χημικά μέχρι τη σωματική καταπόνηση (σήκωμα βαριών αντικειμένων, μεταφορά, σκύψιμο, κούραση ματιών, ορθοστασία κ.ά.). Εάν οι περιβαλλοντικές συνθήκες είναι άσχημες η υγεία (σωματική και ψυχική) του εργαζομένου χειροτερεύει και αυτό έχει επίπτωση και στην αποδοτικότητα του εργαζομένου.

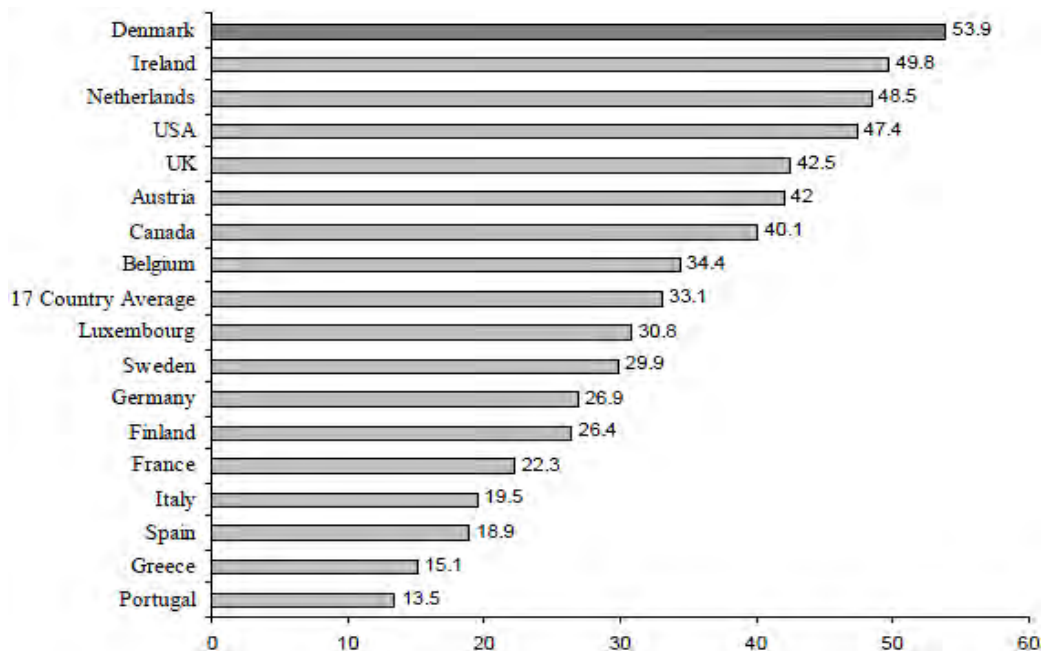
Ο Kahya (2007) μελετάει τις επιπτώσεις που έχουν τα χαρακτηριστικά της εργασίας (σωματική προσπάθεια και βαθμός εργασίας) και οι συνθήκες εργασίας στην απόδοση των εργαζομένων. Την απόδοση την χωρίζει σε απόδοση καθηκόντων (task performance) και απόδοση σε θέματα που δεν σχετίζονται άμεσα με το κύριο καθήκον του εργαζομένου (contextual performance). Στην τελευταία ανήκουν περιπτώσεις όπως η βοήθεια σε έναν συνάδελφο, η συνεργασία με τον εκάστοτε επιβλέποντα, οι καινοτόμες ιδέες που δίνει ο εργαζόμενος για το καλό της επιχείρησης, η βοήθεια στην οργάνωση της επιχείρησης κ.ά. Η έρευνα έγινε σε μία μεσαίου μεγέθους κατασκευαστική εταιρία στην οποία συμμετείχαν 154 εργάτες. Εκτιμώντας πολλαπλές παλινδρομήσεις βρίσκει ότι η μόρφωση και η σωματική προσπάθεια επηρεάζουν αρνητικά την απόδοση καθηκόντων ενώ ο βαθμός της εργασίας και οι περιβαλλοντικές συνθήκες την επηρεάζουν θετικά. Επίσης, η απόδοση σε συναφή θέματα μέσα στο πλαίσιο της εργασίας (contextual performance) επηρεάζεται αρνητικά από τη σωματική προσπάθεια και θετικά από το βαθμό εργασίας και τις περιβαλλοντικές συνθήκες.

Οι συνθήκες εργασίας επομένως επηρεάζουν την απόδοση των εργαζομένων και άρα και το κόστος της επιχείρησης καθώς η μειωμένη αποδοτικότητα εκφράζεται σε αύξηση του κόστους για την επιχείρηση. Πολλές αν όχι όλες οι επιχειρήσεις, γι' αυτόν ακριβώς το λόγο, προσπαθούν να βρουν και να βελτιώσουν εκείνα τα χαρακτηριστικά της εργασίας που προκαλούν προβλήματα στους εργαζόμενους. Βέβαια αυτή η διαδικασία απαιτεί χρόνο και μπορεί να είναι αρκετά δαπανηρή αλλά αποβλέπει στα μελλοντικά οφέλη που θα επιφέρει στην επιχείρηση η αύξηση της αποδοτικότητας των εργαζομένων. Θα πρέπει να γίνονται αναλύσεις κόστους-οφέλους ώστε να διαπιστώνεται ποιες αλλαγές στις συνθήκες εργασίας θα είναι επικερδείς και ποιες όχι. Άλλοτε πάλι, όταν οι αλλαγές στο εργασιακό περιβάλλον είναι πολύ δύσκολες έως αδύνατες και οι εργαζόμενοι έρχονται αντιμέτωποι με πολλούς κινδύνους τότε θα πρέπει να αποζημιώνονται με μία αύξηση στο μισθό τους έτσι ώστε να έχουν κίνητρο και να γίνουν πιο αποδοτικοί.

Οι Buhai et al. (2008) μελετούν τις συνέπειες που έχει το περιβάλλον εργασίας στην αποδοτικότητα των επιχειρήσεων στη Δανία. Το μέγεθος της επιχείρησης παίζει σημαντικό ρόλο καθώς οι μεγαλύτερες επιχειρήσεις αντιμετωπίζουν περισσότερα προβλήματα με το εργασιακό περιβάλλον απ' ότι οι μικρότερες. Αξιοσημείωτο είναι ότι ανεξάρτητα του μεγέθους, μία σημαντική μεταβλητή που χρησιμοποιούν και επιδρά θετικά στην αποδοτικότητα είναι τα εκπαιδευτικά μαθήματα που προσφέρουν οι επιχειρήσεις στους εργαζόμενους. Όταν υπήρχε πληροφόρηση για το γενικό περιβάλλον εργασίας και τυχόν ατυχήματα που μπορεί να προκύψουν οι ερωτηθέντες ένιωθαν μεγαλύτερη ασφάλεια και ήταν λιγότερο δυσαρεστημένοι με το περιβάλλον στο οποίο εργάζονταν. Στο Γράφημα 2.6

φαίνεται ότι η Ελλάδα είναι η προτελευταία ανάμεσα σε 17 χώρες με μόλις το 15,1% των εργαζομένων να δηλώνουν πολύ ικανοποιημένοι με τις συνθήκες εργασίας στη βασική τους εργασία ενώ η Δανία την οποία μελετούν οι συγγραφείς βρίσκεται στην πρώτη θέση. Για να μετρήσουν την αποδοτικότητα των επιχειρήσεων οι συγγραφείς χρησιμοποιούν σαν δείκτες τις πωλήσεις και το μισθό. Αυτό που βρίσκουν είναι ότι το εσωτερικό κλίμα στην εργασία και η επαναληπτική και εντατική εργασία είναι κυρίως εκείνοι οι παράγοντες που επηρεάζουν την αποδοτικότητα παρά τα ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά. Όταν τα προβλήματα με το εσωτερικό κλίμα και την εντατική εργασία είχαν επιλυθεί τότε η επιχείρηση ήταν πιο αποδοτική (μεγαλύτερες πωλήσεις και μικρότεροι μισθοί).

Γράφημα 2.3 Ποσοστά των εργαζομένων ανά χώρα που δηλώνουν ‘πολύ ικανοποιημένοι’ με τις συνθήκες εργασίας στη βασική τους μισθωτή εργασία



Πηγή: Buhai et al. (2008)

Άλλοι παράγοντες που επηρεάζουν την απόδοση στην εργασία είναι η πίεση του χρόνου και το άγχος (Davidson & Cooper, 1984) αν και η πίεση του χρόνου σε κάποιες περιπτώσεις μπορεί να έχει θετικό αντίκτυπο στην απόδοση των εργαζομένων (Andrews & Farris, 1972), ενώ πέρα από τη βελτίωση των χαρακτηριστικών της εργασίας που προκαλούν τα περισσότερα προβλήματα και των εκπαιδευτικών μαθημάτων, ο καθορισμός στόχων και ο εμπλουτισμός της εργασίας αυξάνουν την απόδοση των εργαζομένων (Umstot et al., 1978). Είναι επομένως προφανές ότι οι συνθήκες εργασίας επηρεάζουν εκτός της υγείας και την απόδοση των εργαζομένων και έτσι η προσπάθεια βελτίωσής τους θα έχει θετικό αντίκτυπο

και στην υγεία και στην απόδοση ταυτόχρονα. Επίσης, όπως εξηγείται στην επόμενη υποενότητα, η καλή ψυχική υγεία αυξάνει ακόμη περισσότερο την απόδοση του ατόμου.

2.6.2 Ψυχική υγεία και απόδοση

Μέχρι στιγμής έγινε αναφορά στους βασικότερους παράγοντες της εργασίας που επηρεάζουν την ψυχική υγεία των εργαζομένων. Πέρα όμως από την καταγραφή των εργασιακών χαρακτηριστικών που επηρεάζουν την ψυχική υγεία, σημαντικό κομμάτι αποτελεί επίσης η σωστή αντιμετώπιση και οι αποτελεσματικές παρεμβάσεις που πρέπει να γίνουν στο χώρο εργασίας ώστε να μειωθούν ή και να εξαλειφθούν εκείνα τα στοιχεία που επιδρούν αρνητικά στην υγεία των εργαζομένων. Ο ρόλος της εποπτείας δηλ. η συλλογή, η ανάλυση και η διάδοση των αποτελεσμάτων (ποια είναι τα προβλήματα, το μέγεθός τους, προς τα που πρέπει να κατευθυνθούν οι λύσεις, πόσο καλά ενήργησαν οι λύσεις, εάν με την πάροδο του χρόνου υπάρχει βελτίωση ή χειροτέρευση) είναι πολύ σημαντικός για την επιτυχία των παρεμβάσεων (Halperin, 1996). Τα ατυχήματα στο χώρο εργασίας και οι ασθένειες έχουν οικονομικές επιπτώσεις όχι μόνο στην ίδια την επιχείρηση αλλά και σε ολόκληρη την κοινωνία. Για παράδειγμα, μόνο στην περιοχή της Καλιφόρνια εκτιμάται ότι συμβαίνουν ετησίως στο εργατικό δυναμικό περίπου 660 θάνατοι που οφείλονται σε τραυματισμούς από την εργασία, 1,6 δις μη θανατηφόροι τραυματισμοί, 7079 θάνατοι από ασθένειες και 133000 ασθένειες, με τα άμεσα και έμμεσα κόστη να εκτιμώνται γύρω στα 20,7 δις \$ (Leigh et al., 2001).

Το να γίνει έλεγχος για το ποια χαρακτηριστικά και σε τι βαθμό επηρεάζουν την ψυχική υγεία είναι σχετικά εύκολο αλλά το βασικό ερώτημα που τίθεται είναι τι μπορεί να κάνει η επιχείρηση/οργανισμός για να διασφαλίσει την καλή υγεία των υπαλλήλων. Η δυσκολία επίτευξης ενός προγράμματος αντιμετώπισης είναι μεγάλη και αρκετές φορές δεν είναι εφικτό να γίνει. Ο λόγος που δεν είναι εφικτό είναι κυρίως το κόστος εφαρμογής πολιτικών και προγραμμάτων αντιμετώπισης εκ μέρους των οργανισμών. Όπως και σε κάθε άλλο τομέα και σε οποιαδήποτε λήψη απόφασης, αυτός που παίρνει την απόφαση πρέπει να συγκρίνει τα υπέρ και τα κατά. Στην περίπτωση της ανάπτυξης πολιτικών και προγραμμάτων αντιμετώπισης των παραγόντων που προκαλούν προβλήματα στην ψυχική υγεία, στα υπέρ ανήκει η βελτίωση της ψυχικής υγείας των εργαζομένων αλλά και οτιδήποτε άλλο απορρέει από αυτήν και στα κατά το κόστος. Έτσι ο εργοδότης ή αυτός που παίρνει την απόφαση θα πρέπει να κάνει μία ανάλυση κόστους-αποτελεσματικότητας του προγράμματος. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ο εργοδότης θα υποστηρίξει την εισαγωγή μίας πολιτικής εάν αυτή θα έχει θετικό αντίκτυπο στο χώρο εργασίας, θα είναι οικονομικά βιώσιμη και θα

έχει όφελος στα αποτελέσματα της εργασίας δηλ. θα αυξήσει τα κέρδη, την αποτελεσματικότητα ή θα βελτιώσει το προϊόν (WHO, 2005).

Η βελτίωση της υγείας του ατόμου, πέρα από το ίδιο το άτομο, έχει θετικό αντίκτυπο και στον οργανισμό. Είναι προφανές ότι οι συνθήκες εργασίας επηρεάζουν την υγεία (ψυχική και σωματική) του ατόμου. Όμως οι συνθήκες εργασίας και τα χαρακτηριστικά της εργασίας επηρεάζουν επίσης και την απόδοση των εργαζομένων όπως αναφέρθηκε στην προηγούμενη υποενότητα. Για παράδειγμα, η δυσκολία ενός καθήκοντος (task) και οι πολλές ώρες εργασίας και ενασχόλησης που μπορεί να απαιτούνται για την ολοκλήρωσή του έχει ως συνέπεια λίγες ώρες ύπνου που μπορεί να οδηγήσουν σε μείωση της αποδοτικότητας του ατόμου (Wilkinson, 1964). Η απόδοση συνδέεται με την ψυχική υγεία του ατόμου. Όταν το άτομο είναι ψυχικά 'υγιές' τότε αυτομάτως η διάθεσή του και η απόδοσή του στην εργασία αυξάνονται. Επίσης, η απουσία προβλημάτων ψυχικής υγείας δεν επιφέρει θετικό αντίκτυπο μόνο στο ίδιο το άτομο (η καλή ψυχολογία και η καλή διάθεση που θα έχει). Επιφέρει κέρδος και στον οργανισμό μέσω της αύξησης της απόδοσης των υπαλλήλων και όχι μόνο. Για παράδειγμα η απουσία από τη εργασία (absenteeism) που μελετάται εκτενώς στη διεθνή βιβλιογραφία οφείλεται κυρίως στα ψυχικά αλλά και στα σωματικά προβλήματα που προκαλούν διάφορα χαρακτηριστικά της εργασίας.

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ (2003), σε πολλές αναπτυγμένες χώρες το 35% με 45% της απουσίας από την εργασία οφείλεται σε προβλήματα ψυχικής υγείας. Οι Harnois & Gabriel (2000) αναφέρουν ότι τα προβλήματα ψυχικής υγείας έχουν συνέπειες στην απουσία από την εργασία (π.χ. συχνές απουσίες λόγω ασθένειας κ.ά.), στην απόδοση της εργασίας (π.χ. μείωση στην παραγωγικότητα και στο προϊόν, αυξημένα λάθη κ.ά.), στη συμπεριφορά (π.χ. έλλειψη κινήτρου και δέσμευσης, επαγγελματική εξουθένωση κ.ά.) και στις σχέσεις στην εργασία (π.χ. ένταση και συγκρούσεις ανάμεσα σε συναδέλφους κ.ά.). Οι Baba et al. (1999) αναφέρουν ότι η συναισθηματική εξουθένωση και η κατάθλιψη οδηγούν σε απουσία από την εργασία καθώς και στην επιθυμία για αλλαγή και εύρεση νέας εργασίας (job turnover). Η απουσία λόγω αρρώστιας είναι ένα συχνό φαινόμενο το οποίο συνδέεται με την υγεία και τις συνθήκες εργασίας (Marmot et al., 1995; North et al., 1996). Ουσιαστικά η απουσία από την εργασία είναι ένας τρόπος αντίδρασης των ατόμων για να αντιμετωπίσουν την υψηλή πίεση της εργασίας και να διασφαλίσουν την υγεία τους (Kristensen, 1991). Εάν οι συνθήκες εργασίας είναι αυτές που διασφαλίζουν την απουσία προβλημάτων ψυχικής υγείας, η απουσία από την εργασία θα είναι σπάνια αλλά και μικρότερης διάρκειας. Έτσι ο οργανισμός δεν θα έχει τις απώλειες που επιφέρει η απουσία των εργαζομένων από την εργασία (π.χ.

απώλεια εργασίας, καθυστέρηση έργων, μείωση παραγωγικότητας, επιβάρυνση καθηκόντων σε άλλους υπαλλήλους κτλ) αλλά και τον κίνδυνο φυγής του εργαζομένου.

Τα κόστη που έχει μία επιχείρηση από τα προβλήματα ψυχικής υγείας των υπαλλήλων της δεν σταματούν στην απουσία από την εργασία και στον κίνδυνο εύρεσης νέας εργασίας. Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, η ανεπαρκής διαχείριση των ψυχικών ασθενειών, πέρα από την απουσία από την εργασία, μπορεί να οδηγήσει σε πολλά άλλα κόστη για την επιχείρηση όπως πληρωμές αναπηρίας, κόστη θεραπείας, ατυχήματα και δαπάνες πρόσληψης. Επίσης υπάρχουν έμμεσα κόστη όπως η απώλεια παραγωγικότητας, μισθοδοσία αντικατάστασης, έξοδα εκπαίδευσης και χαμένος χρόνος για τη διαχείριση αξιώσεων αναπηρίας (WHO, 2005). Στην ανάλυση κόστους-αποτελεσματικότητας η αποτελεσματικότητα ενός προγράμματος δεν έχει να κάνει μόνο με τη βελτίωση της υγείας και συνεπώς και της απόδοσης του ατόμου αλλά περιλαμβάνει και όλα τα παραπάνω κόστη που μπορεί να γλιτώσει η επιχείρηση με τη βελτίωση της υγείας του ατόμου. Οι Rost et al. (2004) κάνοντας μία έρευνα στις ΗΠΑ, εξετάζουν τις επιπτώσεις της θεραπείας της κατάθλιψης στην παραγωγικότητα και στην απουσία από την εργασία. Τα αποτελέσματα της έρευνας δείχνουν ότι η παρέμβαση που έγινε για τη θεραπεία της κατάθλιψης οδήγησε στη βελτίωση κατά 6,1% της παραγωγικότητας των υπαλλήλων μέσα σε δύο χρόνια ή σε εκτιμώμενη ετήσια τιμή των 1491\$ ανά εργαζόμενο πλήρους απασχόλησης με κατάθλιψη. Επίσης το πρόγραμμα μείωσε την απουσία από την εργασία κατά 22,8% (ή 10,6 μέρες) μέσα σε δύο χρόνια ή σε εκτιμώμενη ετήσια τιμή των 539\$ ανά εργαζόμενο πλήρους απασχόλησης με κατάθλιψη.

Με όλα τα παραπάνω που αναφέρθηκαν είναι προφανές ότι κάθε οργανισμός θα πρέπει να προχωρά στην ανάπτυξη αποτελεσματικών προγραμμάτων και πολιτικών αντιμετώπισης των ζημιωγόνων χαρακτηριστικών της εργασίας ή εάν αυτό είναι δύσκολο να επιτευχθεί, να μπορεί τουλάχιστον να αντιδρά γρήγορα και να δίνει αποτελεσματικές λύσεις θεραπείας στα προβλήματα υγείας. Με την αντιμετώπιση των ζημιωγόνων χαρακτηριστικών ή την έγκαιρη θεραπεία ο οργανισμός οδηγεί έμμεσα στην αύξηση της απόδοσης των εργαζομένων μέσω της απουσίας προβλημάτων ψυχικής υγείας ενώ ταυτόχρονα γλιτώνει από πολλά έξοδα που θα έπρεπε να καταβάλει για τα προβλήματα υγείας των υπαλλήλων. Η εφαρμογή ενός προγράμματος θα πρέπει να αποφεύγεται μόνο εάν το συνολικό κόστος σχεδίασης, ανάπτυξης και εφαρμογής του υπερβαίνει κατά πολύ το κέρδος που θα επιφέρει. Παρ' όλα αυτά ο άνθρωπος και η υγεία του πρέπει να είναι η πρώτη προτεραιότητα κάθε επιχείρησης η οποία θα πρέπει να αναζητά εναλλακτικά προγράμματα που θα είναι βιώσιμα και επικερδή. Όπως αναφέρει και η Neira (WHO, 2010, p.ii) 'ο πλούτος της επιχείρησης εξαρτάται από την υγεία των εργαζομένων'.

2.6.3 Τρόποι βελτίωσης της ψυχικής υγείας και της απόδοσης των εργαζομένων (προγράμματα-παρεμβάσεις)

Ένας τρόπος βελτίωσης της ψυχικής υγείας των εργαζομένων είναι η προώθηση και η αύξηση εκείνων των παραγόντων της εργασίας που επιδρούν θετικά στην υγεία τους. Δύο από αυτούς τους παράγοντες είναι η κοινωνική υποστήριξη και ο έλεγχος της εργασίας (ή το εύρος των αποφάσεων). Η κοινωνική υποστήριξη, όπως αναφέρθηκε, είναι ένας παράγοντας που επιδρά θετικά στην ψυχική υγεία των εργαζομένων ενώ μετριάζει κιόλας τις αρνητικές συνέπειες των υπολοίπων παραγόντων της εργασίας (LaRocco et al., 1980) και διάφορα είδη παθολογικών καταστάσεων (Cobb, 1976). Τις ίδιες επιδράσεις έχει και ο έλεγχος της εργασίας. Όπως αναφέρει ο Karasek (1979) στο μοντέλο του, για κάθε επίπεδο απαιτήσεων της εργασίας, τα συμπτώματα υγείας μειώνονται όταν δίνεται η ευκαιρία στον εργαζόμενο να χρησιμοποιήσει ελεύθερα τα προσόντα του και να πάρει αποφάσεις. Επίσης όταν υπάρχουν ταυτόχρονα χαμηλές απαιτήσεις της εργασίας (χαμηλός φόρτος εργασίας, κανονικές ώρες εργασίας, αποφυγή εντάσεων, αποφυγή συγκρούσεων ρόλων κτλ.) και υψηλός έλεγχος τότε η ψυχική υγεία των ατόμων βελτιώνεται ακόμη περισσότερο. Το αίσθημα ότι το ίδιο το άτομο έχει τον έλεγχο της εργασίας του είναι πολύ βασικό για την ψυχική του υγεία και την απόδοσή του. Ο αυξημένος έλεγχος της εργασίας μειώνει επίσης το αίσθημα της ανασφάλειας της εργασίας οδηγώντας στη βελτίωση της ψυχικής υγείας του ατόμου (Schreurs et al., 2010).

Οι επιχειρήσεις εάν επιθυμούν έναν εύκολο τρόπο βελτίωσης της ψυχικής υγείας των υπαλλήλων τους, χωρίς έξοδα ανάπτυξης ενός προγράμματος, μπορούν να τους δώσουν μεγαλύτερη ελευθερία κινήσεων και ταυτόχρονα να τους υποστηρίξουν σε ό,τι κάνουν. Αποτελεσματικό επίσης αλλά πιο δύσκολο είναι η παρέμβαση στους παράγοντες που επιδρούν αρνητικά στην ψυχική υγεία. Οι επιχειρήσεις θα πρέπει να βρουν διάφορους τρόπους με τους οποίους μπορούν να μειώσουν τον φόρτο εργασίας, το άγχος, τις υπερωρίες, να αναπτύξουν ένα ασφαλές περιβάλλον εργασίας κτλ. Όλα αυτά βέβαια απαιτούν το σχεδιασμό πολιτικών και προγραμμάτων με πιθανά μεγάλα κόστη. Σύμφωνα με την Neira (WHO, 2010) οι παράγοντες που πρέπει να λάβουν υπόψη οι εργοδότες είναι: α) τα κόστη πρόληψης έναντι του κόστους από ατυχήματα, β) τις οικονομικές συνέπειες των νομικών παραβάσεων της υγείας, ασφάλειας και των επαγγελματικών κανόνων και νόμων και γ) την υγεία των εργαζομένων ως ένα σημαντικό πλεονέκτημα της επιχείρησης. Η τήρηση αυτών των αρχών σύμφωνα με τη συγγραφέα οδηγεί στην αποφυγή της απουσίας λόγω αρρώστιας, στην ελαχιστοποίηση του ιατρικού κόστους και του κόστους που συνδέεται με την φυγή από την εργασία όπως η εκπαίδευση νέων ατόμων και στην αύξηση της παραγωγικότητας

μακροχρόνια και της ποιότητας των προϊόντων και υπηρεσιών. Στη συνέχεια αναφέρονται παραδείγματα παρεμβάσεων που αφορούν διάφορους παράγοντες της εργασίας.

Ένας τρόπος βελτίωσης της υγείας και της απόδοσης των εργαζομένων είναι όπως αναφέρθηκε στην προηγούμενη παράγραφο η ανάπτυξη ενός ασφαλούς περιβάλλοντος εργασίας¹¹. Το ασφαλές περιβάλλον εργασίας είναι το πρωτεύων χαρακτηριστικό-γνώρισμα που πρέπει να διαθέτει κάθε επιχείρηση. Δεν είναι τυχαίο ότι υπάρχουν κανονισμοί και νομοθεσίες του κράτους που υποστηρίζουν και επιβάλλουν στις επιχειρήσεις την εξασφάλιση ενός ασφαλούς περιβάλλοντος εργασίας ενώ υπάρχουν διάφορες ελαφρύνσεις ή αποζημιώσεις για τα πιο επικίνδυνα επαγγέλματα (π.χ. τα βαρέα και ανθυγιεινά). Το ασφαλές περιβάλλον εργασίας έχει ως σκοπό κυρίως την εξασφάλιση μίας καλής σωματικής υγείας για τον εργαζόμενο. Αναφέρεται σε χαρακτηριστικά του περιβάλλοντος εργασίας όπως ατυχήματα, θόρυβος, φωτισμός, θερμοκρασία, αέρας, χημικά κτλ. Η εξασφάλιση ενός ασφαλούς περιβάλλοντος εργασίας, μέσω της διασφάλισης της σωματικής υγείας, αυξάνει επίσης την απόδοση ενώ μειώνει και τον κίνδυνο φυγής των υπαλλήλων. Ο πρωταρχικός παράγοντας που δημιουργεί στους εργαζόμενους την τάση φυγής και την επιθυμία εύρεσης νέας εργασίας είναι ο βαθμός ασφάλειας του περιβάλλοντος εργασίας¹².

Ο παράγοντας που προκαλεί τα περισσότερα ψυχικά προβλήματα είναι το άγχος. Το εργασιακό άγχος είναι αρκετά δυσκολότερο να διαχειριστεί σε σύγκριση με τους υπόλοιπους παράγοντες της εργασίας. Ένα είδος προγράμματος που έχει ευρέως αναπτυχθεί για την αντιμετώπιση του άγχους και είναι αρκετά αποτελεσματικό σύμφωνα με τις μελέτες είναι τα προγράμματα βοήθειας υπαλλήλων (EAP-Employee Assistance Programmes) (Berridge & Cooper, 1993; Berridge & Cooper, 1994; Arthur, 2000). Τα προγράμματα αυτά λειτουργούν και ως συμβουλευτικά καθώς εκτός της βοήθειας που προσφέρουν, ρόλος τους είναι επίσης η

¹¹ Για την εξασφάλιση ενός ασφαλούς περιβάλλοντος εργασίας και την αποφυγή ατυχημάτων και τραυματισμών υπάρχει εκτενής βιβλιογραφία (κοιτώντας την αγγλική ορολογία Occupational Health and Safety) στην οποία περιλαμβάνονται διάφορα προγράμματα αντιμετώπισης όπως προγράμματα υγιεινής (Ellenbecker, 1996), προγράμματα στον κλάδο των κατασκευών (Moir & Buchholz, 1996; Ringen & Stafford, 1996; Wolford, 1996), χρήση κινήτρων και ανάδρασης (McAfee & Winn, 1989) και διάφορες άλλες παρεμβάσεις (βλ. Andersson & Menckel, 1995; Shannon et al., 2001) ενώ επίσης υπάρχει αρκετά μεγάλη βιβλιογραφία που αφορά την αξιολόγηση των παρεμβάσεων/προγραμμάτων (βλ. για παράδειγμα, Guastello, 1993; Grasso, 1996; Stayner et al., 1996; Zwerling et al., 1997; Shannon et al., 1999; Robson et al., 2001).

¹² Μία από τις αλλαγές που έχουν γίνει στο χώρο εργασίας τις τελευταίες δύο δεκαετίες είναι οι πρακτικές εργασίας υψηλής απόδοσης ή συμμετοχής (High-Involvement Work Practices-HIWPs ή High-Performance Work Practices-HPWPs) που αποτελούν κομμάτι της διαχείρισης ανθρωπίνων πόρων (Human Resources Management). Οι πρακτικές αυτές βοηθάνε στην παραγωγικότητα και στην ανταγωνιστικότητα της επιχείρησης (βλ. Huselid & Becker, 1996; Cappelli & Neumark, 1999; Black & Lynch, 2001; Kato & Morishima, 2002; Zwick, 2004; Jones et al., 2006) ενώ επιδρούν θετικά στη μείωση της φυγής των υπαλλήλων από την εργασία (job turnover) (βλ. Batt & Valcour, 2003; Askenazy & Moreno Galbis, 2007; Doellgast, 2008) ή ακόμα μετριάζουν τις αρνητικές επιπτώσεις που έχει το δυσμενές περιβάλλον εργασίας στην επιθυμία φυγής από την εργασία (Cottini et al., 2009).

παροχή συμβουλών για την αποφυγή καταστάσεων άγχους στο μέλλον. Για την αποτελεσματικότητα αυτών των προγραμμάτων μέσω της ψυχοθεραπείας που προσφέρουν για διάφορα προβλήματα ψυχικής υγείας κάνει αναφορά η Reynolds (2000). Επίσης τα προγράμματα αυτά προσφέρουν συμβουλές για προβλήματα που σχετίζονται με το αλκοόλ, τη χρήση ναρκωτικών και τη βία στο χώρο εργασίας. Η παρέμβαση των προγραμμάτων βοήθειας υπαλλήλων, πέρα από την αντιμετώπιση του άγχους και των προηγούμενων προβλημάτων, βοηθάει με την κατάθλιψη, τις αυτοκτονικές σκέψεις, τις ταραχές, τα ψυχοκινητικά προβλήματα και τις ενοχές (Nakao et al., 2007). Οι Cooper & Cartwright (1994) αναφέρουν τις συμβουλές άγχους και τους τακτικούς και λεπτομερείς ελέγχους του άγχους σαν δύο τρόπους παρέμβασης στο εργασιακό άγχος. Επίσης αναφέρουν διάφορες στρατηγικές που μπορούν να ακολουθήσουν οι οργανισμοί για τη μείωση του άγχους όπως:

- Ο ανασχεδιασμός των καθηκόντων
- Ο ανασχεδιασμός του περιβάλλοντος εργασίας
- Η καθιέρωση ευέλικτων προγραμμάτων εργασίας
- Η ενθάρρυνση συμμετοχικής διαχείρισης
- Να περιλαμβάνουν τον υπάλληλο στην ανάπτυξη καριέρας
- Η ανάλυση ρόλων εργασίας και η καθιέρωση στόχων
- Η παροχή κοινωνικής υποστήριξης και ανατροφοδότησης (feedback)
- Να χτίσουν συνεκτικές ομάδες
- Η καθιέρωση δίκαιων πολιτικών απασχόλησης
- Να μοιράζουν τα βραβεία (τις ανταμοιβές)

Οι στρατηγικές αυτές στοχεύουν κυρίως στην αύξηση της συμμετοχής του εργαζόμενου ενώ σύμφωνα με τους συγγραφείς η υλοποίησή τους είναι συχνά αρκετά δαπανηρή και μπορεί να οδηγήσει σε σημαντική αναδιάρθρωση του οργανισμού. Μία άλλη μεταβλητή που οδηγεί στη μείωση του άγχους και σε αύξηση της απόδοσης είναι η λιγότερη πίεση χρόνου. Όταν οι εργαζόμενοι δεν έχουν το βάρος της πίεσης του χρόνου (π.χ. deadlines) τότε είναι πιο ήρεμοι και αποδίδουν καλύτερα. Αυτό όμως δεν είναι απόλυτο και θα πρέπει να ελεγχθεί. Υπάρχουν για παράδειγμα περιπτώσεις όπου η αυξημένη πίεση χρόνου οδηγεί σε αύξηση της απόδοσης των εργαζομένων (Andrews & Farris, 1972).

Οι Clarke & Cooper (2000) μιλώντας για τη διαχείριση των κινδύνων του άγχους, αναφέρουν ότι οι παρεμβάσεις του εργασιακού άγχους εμπίπτουν σε τρεις κατηγορίες: πρωτοβάθμιες, δευτεροβάθμιες και τριτοβάθμιες. Τα δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια επίπεδα των παρεμβάσεων είναι τα πιο σύνθητες σύμφωνα με τους συγγραφείς και εστιάζουν στο

άτομο ενώ τα πρωτοβάθμια επίπεδα εστιάζουν στον οργανισμό. Περιληπτικά, οι πρωτοβάθμιες παρεμβάσεις εστιάζουν στη μείωση των παραγόντων που προκαλούν άγχος ή στη μείωση της έκθεσης σε αγχωτικές καταστάσεις, οι δευτεροβάθμιες στη βελτίωση των στρατηγικών αντιμετώπισης του άγχους και οι τριτοβάθμιες στη μείωση των συμπτωμάτων του άγχους. Για κάθε κατηγορία προτείνουν κάποιες λύσεις-παρεμβάσεις που γίνονται ή πρέπει να γίνονται (βλ. Πίνακα 2.4). Τέσσερα χρόνια νωρίτερα οι Hurrell et al. (1996) είχαν επίσης αναφερθεί στις τρεις αυτές βαθμίδες παρέμβασης του άγχους. Πέρα από κάποια παραδείγματα που χρησιμοποιούν οι Clarke & Cooper (2000), οι Hurrell et al. (1996) αναφέρθηκαν και σε άλλες παρεμβάσεις. Παραδείγματα πρωτοβάθμιων παρεμβάσεων είναι η ανάπτυξη ξεκάθαρων περιγραφών της εργασίας (ώστε να αποφεύγονται η αμφιβολία ρόλου και η σύγκρουση ρόλου), ο σχηματισμός κοινών επιτροπών εργαζομένων/διαχείρισης όπως επιτροπές για την υγεία και ασφάλεια (ώστε να αυξηθεί η συμμετοχή των εργαζομένων στη λήψη αποφάσεων) και η δημιουργία διατάξεων για τη φροντίδα των παιδιών και των ηλικιωμένων στο χώρο εργασίας (ώστε να μειωθούν τα προβλήματα προγραμμαμάτων-scheduling problems). Στις δευτεροβάθμιες και τριτοβάθμιες παρεμβάσεις αναφέρουν τα ίδια ή λιγότερα παραδείγματα με αυτά των Clarke & Cooper (2000).

Πίνακας 2.4 Παραδείγματα παρεμβάσεων του άγχους

Τριτοβάθμιες παρεμβάσεις άγχους	Δευτεροβάθμιες παρεμβάσεις άγχους	Πρωτοβάθμιες παρεμβάσεις άγχους
Τεχνικές χαλάρωσης	Εκπαίδευση διαχείρισης του άγχους	Αλλαγή οργανωτικών δομών
Βιοανατροφοδότηση (biofeedback)	Γνωστικές στρατηγικές αντιμετώπισης	Επιλογή και τοποθέτηση
Διαλογισμός	Διαχείριση χρόνου	Εκπαίδευση
Άσκηση		Ανασχεδιασμός καθηκόντων ή περιβάλλοντος εργασίας
Προγράμματα βοήθειας υπαλλήλων (EAPs)		Παροχή συμβουλών στους εργαζομένους
		Στυλ διαχείρισης π.χ. περισσότερο συμμετοχική
		Εστίαση στην οικοδόμηση της ομάδας

Πηγή: Clarke and Cooper (2000)

Η Reynolds (1997) πραγματοποιεί μία συγκριτική μελέτη των παρεμβάσεων που εστιάζουν στο άτομο και των παρεμβάσεων που εστιάζουν στον οργανισμό χρησιμοποιώντας σαν παραδείγματα την παροχή συμβουλών στην πρώτη περίπτωση και την αύξηση της

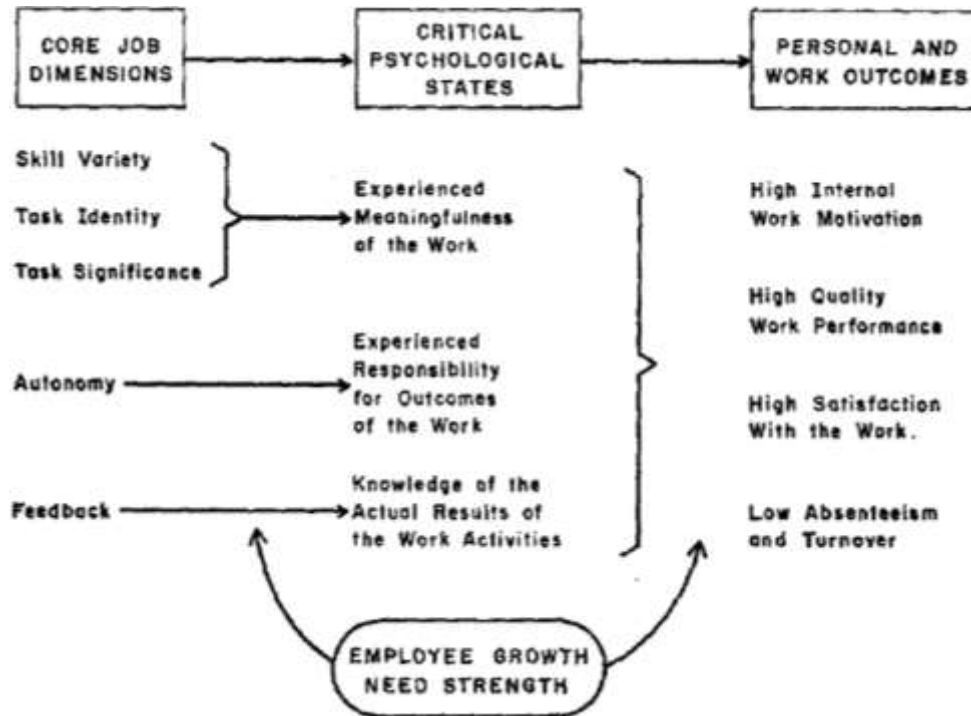
συμμετοχής και του ελέγχου στην εργασία στη δεύτερη. Τα αποτελέσματα της μελέτης δείχνουν ότι η παροχή συμβουλών στα άτομα είχε οφέλη στην ψυχική τους υγεία ενώ η αύξηση της συμμετοχής και του ελέγχου στην εργασία όχι.

Οι Murphy & Hurrell (1993) αναφέρουν σαν διάφορους τρόπους μείωσης του άγχους την υποστήριξη από τους προϊσταμένους και την αυτονομία ενώ οι δράσεις που βελτιώνουν τον προσανατολισμό των καθηκόντων και τη σαφήνεια των προσδοκιών οδηγούν στη βελτίωση της συμμετοχής στην εργασία και της ικανοποίησης από την εργασία που με τη σειρά τους οδηγούν σε αύξηση της απόδοσης. Οι Kompier et al. (2000) εξετάζοντας διάφορα προγράμματα παρέμβασης του άγχους της εργασίας σε 9 ευρωπαϊκές χώρες, καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι η επιτυχία ενός προγράμματος δεν εξαρτάται μόνο από το περιεχόμενο της παρέμβασης (το τι μέτρα πρέπει να ληφθούν) αλλά και από τη διαδικασία δηλ. το 'πώς' πρέπει να γίνει η παρέμβαση. Θα πρέπει δηλαδή να γίνει ακριβής διάγνωση των παραγόντων κινδύνου καθώς και των ατόμων που ανήκουν στην κατηγορία με τον μεγαλύτερο κίνδυνο ενώ η εισαγωγή και η εκτέλεση των μέτρων θα πρέπει να γίνεται με σωστό τρόπο.

Οι Hackman & Oldham (1976) αναφέρουν ότι για να αυξηθεί η απόδοση του εργαζόμενου θα πρέπει ο εργαζόμενος να έχει κίνητρα και η ψυχολογική κατάσταση συνδέεται με τη δημιουργία κινήτρων. Οι τρεις βασικές ψυχολογικές καταστάσεις για την ανάπτυξη κινήτρων είναι η σημαντικότητα της εργασίας (ο βαθμός που το άτομο αντιλαμβάνεται την εργασία σαν κάποια που αξίζει τον κόπο, είναι σημαντική και πολύτιμη), η ευθύνη για το αποτέλεσμα (ο βαθμός στον οποίο αισθάνεται ότι ο ίδιος προσωπικά ευθύνεται για το αποτέλεσμα) και η γνώση των πραγματικών αποτελεσμάτων από τις δραστηριότητες της εργασίας (ο βαθμός στον οποίο καταλαβαίνει το άτομο πόσο αποτελεσματικά αποδίδει στην εργασία). Όταν ο εργαζόμενος έχει αντίληψη των προηγούμενων καταστάσεων τότε έχει κίνητρο να συνεχίσει να αποδίδει καλά και στο μέλλον. Οι διαστάσεις της εργασίας που βοηθούν στην ανάπτυξη αυτών των ψυχολογικών καταστάσεων σύμφωνα με τους συγγραφείς είναι η ποικιλία των δεξιοτήτων (skill variety), η ταυτότητα των καθηκόντων (task identity) και η σημαντικότητα των καθηκόντων για να αντιληφθεί ο εργαζόμενος τη σημαντικότητα της εργασίας του, η αυτονομία για την ευθύνη του αποτελέσματος και η ανατροφοδότηση (feedback) για τη γνώση των αποτελεσμάτων. Σύμφωνα με το μοντέλο που ανέπτυξαν (βλ. Σχήμα 2.6), οι συγγραφείς αναφέρουν ότι τα κίνητρα εργασίας θα είναι υψηλά όταν τουλάχιστον μία από τις διαστάσεις της σημαντικότητας της εργασίας είναι υψηλή, όταν η αυτονομία είναι υψηλή και όταν η πληροφορία είναι υψηλή. Όταν υπάρχουν αυτά τα χαρακτηριστικά τότε ο εργαζόμενος έχει εσωτερικά κίνητρα να εργαστεί, αποδίδει περισσότερο και είναι ικανοποιημένος από την

εργασία του ενώ μειώνεται επίσης η απουσία από την εργασία και η επιθυμία φυγής από την εργασία.

Σχήμα 2.6 Το μοντέλο χαρακτηριστικών της εργασίας για τη δημιουργία κινήτρων



Πηγή: Hackman and Oldham (1976)

Η Cahill (1996) αναφέρει τις εξής οργανωτικές αλλαγές που πρέπει να γίνονται για τη βελτίωση της υγείας και ταυτόχρονα και της απόδοσης των εργαζομένων:

- Αλλαγές που αυξάνουν την αυτονομία και τον έλεγχο των υπαλλήλων
- Αλλαγές που αυξάνουν την αίσθηση της ασφάλειας της εργασίας των υπαλλήλων
- Αλλαγές που αυξάνουν τα επίπεδα δεξιοτήτων των υπαλλήλων
- Αλλαγές που βελτιώνουν την κοινωνική υποστήριξη (από προϊσταμένους και συναδέλφους)
- Αλλαγές που βελτιώνουν τις σωματικές συνθήκες εργασίας
- Αλλαγές που θα κάνουν 'υγιή' χρήση της τεχνολογίας
- Αλλαγές που παρέχουν μία ορθολογική ισορροπία των απαιτήσεων της εργασίας
- Αλλαγές που βελτιώνουν τους προσωπικούς μηχανισμούς αντιμετώπισης των υπαλλήλων (μέσα στο πλαίσιο άλλων προσπαθειών δομικής αλλαγής)
- Αλλαγές που δεν θα προκαλέσουν κακό (δεν θα έχουν σαν συνέπεια την υποβάθμιση της ποιότητας της εργασίας)

Οι Kortum et al. (2010) μελετούν τους ψυχοκοινωνικούς κινδύνους και το άγχος στις αναπτυσσόμενες χώρες και συζητούν τα εμπόδια που υπάρχουν καθώς και προτεινόμενες λύσεις. Στον Πίνακα 2.5 παρουσιάζονται τα εμπόδια που υπάρχουν στην εφαρμογή των λύσεων και οι προτεινόμενες λύσεις.

Πίνακας 2.5 Εμπόδια και προτεινόμενες λύσεις

Εμπόδια	Προτεινόμενες λύσεις
Έλλειψη πόρων κ' έρευνας	Διευκόλυνση από τους εργοδότες
Οι αρχές/εργοδότες δεν δρουν (έλλειψη πολιτικών αποφάσεων κ' επιβολής)	Δικτύωση (να μάθουν για την γκρίζα βιβλιογραφία από αναδυόμενες οικονομίες)
Έλλειψη επιβολής	Χρησιμοποίηση διαθέσιμων εμπειρογνώμων
Όρια (εργασίας/μη-εργασίας)	Ενδυνάμωση νομοθεσίας
Έλλειψη κατανόησης των ψυχοκοινωνικών κινδύνων	Να περιλαμβάνουν εργαζομένους/κοινότητες
Φόβοι συνδικαλισμού (από τους εργοδότες)	Να απευθύνονται στους εργαζομένους άτυπων τομέων συμπεριλαμβανομένου των μεταναστών και των εγχώριων εργαζομένων
Οι βελτιώσεις δεν φτάνουν στους απλούς εργαζομένους	Παρεμβάσεις/εργαλεία (επαναπροσδιορισμός προσεγγίσεων)
Έλλειψη δράσης	Οι πολυεθνικές θέλουν να σώσουν την εικόνα τους
Οι βασικές ανάγκες δεν εξετάζονται	Ανάγκη για στατιστικά στοιχεία της υγείας
Έλλειψη δεξιοτήτων που αφορούν νέες μορφές εργασίας	Σεβασμός στους παραδοσιακούς τρόπους δημιουργίας των προς το ζην
Ανάγκη για υψηλότερη επικέντρωση στην πρόληψη της υγείας κ' της ασφάλειας γενικά	

Πηγή: Kortum et al. (2010)

Σύμφωνα με τους συγγραφείς, τα εμπόδια και οι λύσεις περιλαμβάνουν δράσεις από εργοδότες, ειδικούς, υπεύθυνους χάραξης πολιτικής ή της ερευνητικής κοινότητας. Επίσης στο ίδιο άρθρο οι συγγραφείς αναφέρονται στις προτεραιότητες των βιομηχανικών και αναπτυσσόμενων χωρών όσον αφορά την επαγγελματική υγεία και ασφάλεια (βλ. Πίνακα 2.6).

Πίνακας 2.6 Προτεραιότητες των βιομηχανικών και αναπτυσσόμενων χωρών για την επαγγελματική υγεία και ασφάλεια

Προτεραιότητες στις βιομηχανικές χώρες	Προτεραιότητες στις αναπτυσσόμενες χώρες
Άγχος	Πρόληψη τραυματισμών/ατυχημάτων
Γήρανση του εργατικού δυναμικού	Παρακολούθηση και εποπτεία των ψυχοκοινωνικών κινδύνων, του άγχους της εργασίας, της βίας και της παρενόχλησης στην εργασία – κατάχρηση ουσιών και επικίνδυνες συμπεριφορές
Δικαίωμα να γνωρίζουν, ενημερωμένη συναίνεση, διαφάνεια	Ανάπτυξη ικανοτήτων
Χημικά, ειδικά όγκος χημικών υψηλής παραγωγής και νέα χημικά	Μολυσματικές ασθένειες
Εργονομία, χειρωνακτικός χειρισμός	Μυο-σκελετικές διαταραχές
Αλλεργία	Χημικά, θόρυβος και βιολογικοί παράγοντες
Αέρας των εσωτερικών χώρων	Κουλτούρα ασφάλειας και υγείας και πρότυπα ασφάλειας
Νέες τεχνολογίες	Ολοκληρωμένο πλαίσιο νομοθεσίας και πολιτικής που περιλαμβάνει τον άτυπο τομέα και επιβολή της υγείας και της ασφάλειας
Διαχείριση και κουλτούρα (νοοτροπία) ασφάλειας	Υπηρεσίες υγείας σχετικά με το επάγγελμα και βελτίωση της φροντίδας υγείας συμπεριλαμβανομένου της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας
Υπηρεσίες υγείας σχετικά με το επάγγελμα	Εγγραφή, εποπτεία και συλλογή δεδομένων της υγείας των εργαζομένων

Πηγή: Kortum et al. (2010)

Η Neira (WHO, 2010) κατηγοριοποιεί το περιβάλλον εργασίας σε εκείνο που σχετίζεται με τους σωματικούς κινδύνους (σωματική υγεία) και σε εκείνο που σχετίζεται με τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα (ψυχική υγεία) και αναφέρει διάφορους τρόπους αντιμετώπισης των προβλημάτων και βελτίωσης της σωματικής και ψυχικής υγείας των εργαζομένων. Επίσης αναφέρει διάφορους τρόπους βελτίωσης της προσωπικής υγείας στο χώρο εργασίας. Οι τρόποι βελτίωσης του περιβάλλοντος εργασίας που σχετίζεται με τη σωματική υγεία και την αποφυγή ατυχημάτων είναι:

- Η εξάλειψη ή υποκατάσταση. Για παράδειγμα ένα εργοστάσιο μπορεί να αντικαταστήσει τη βενζίνη, ένα ισχυρό καρκινογόνο, με τολουόλιο ή άλλο λιγότερο τοξικό χημικό. Επίσης ένα γραφείο μπορεί να εξαλείψει τις επικίνδυνες συνθήκες με την πραγματοποίηση συναντήσεων τηλεδιάσκεψης.
- Οι μηχανικοί έλεγχοι π.χ. εγκατάσταση προφυλακτήρων σε μηχανήματα σφράγισης, σύσταση ενός συστήματος εξαερισμού για την απομάκρυνση τοξικών αερίων,

εγκατάσταση προσκρουστήρων θορύβου, παροχή ασφαλών συστημάτων για τη βελόνα και ανυψωτικών μηχανημάτων για τους ασθενείς στα νοσοκομεία.

- Οι διοικητικοί έλεγχοι π.χ. εκπαίδευση των εργαζομένων για τις ασφαλείς διαδικασίες λειτουργίας, προληπτική συντήρηση των μηχανημάτων και του εξοπλισμού, επιβολή πολιτικών κατά του καπνίσματος.
- Ο ατομικός προστατευτικός μηχανισμός για τους εργαζόμενους π.χ. αναπνευστήρες για τους εργαζόμενους υπό συνθήκες σκόνης, μάσκες, γάντια και αναπνευστήρες για τους εργαζόμενους στον τομέα της υγείας, σκληρά καπέλα και μπότες ασφαλείας για τους εργαζόμενους στον τομέα των κατασκευών.

Οι τρόποι βελτίωσης του περιβάλλοντος εργασίας που σχετίζεται με την ψυχική υγεία είναι:

- Η εξάλειψη ή τροποποίηση των προβλημάτων στην πηγή π.χ. ανακατανομή της εργασίας για να μειωθεί ο φόρτος εργασίας, απομάκρυνση των επιβλεπόντων ή ο περιορισμός τους σε επικοινωνιακές και ηγετικές ικανότητες, επιβολή μηδενικής ανοχής για την παρενόχληση και τις διακρίσεις στον χώρο εργασίας.
- Η μείωση του αντίκτυπου στους εργαζόμενους π.χ. να επιτρέπεται η ευελιξία στην αντιμετώπιση καταστάσεων σύγκρουσης εργασίας-προσωπικής ζωής, να επιτρέπεται η ευελιξία στον τόπο και τον χρόνο εργασίας, παροχή (συναισθηματικής) υποστήριξης από συναδέλφους και προϊσταμένους, παροχή έγκαιρης, ανοιχτής και ειλικρινούς επικοινωνίας.
- Η προστασία των εργαζομένων μέσω της ευαισθητοποίησης και της παροχής εκπαίδευσης, για παράδειγμα όσον αφορά την αποφυγή συγκρούσεων και παρενόχλησης.

Σύμφωνα με την Neira (WHO, 2010) οι τρόποι βελτίωσης της προσωπικής υγείας στον χώρο εργασίας περιλαμβάνουν ιατρικές υπηρεσίες, πληροφόρηση, εκπαίδευση, οικονομική στήριξη, εγκαταστάσεις, στήριξη πολιτικής, ευέλικτα και προωθητικά προγράμματα που ενεργοποιούν και ενθαρρύνουν τους εργαζόμενους να αναπτύξουν έναν υγιή τρόπο ζωής. Παραδείγματα είναι:

- Η παροχή εγκαταστάσεων για την άσκηση των εργαζομένων (π.χ. γυμναστήρια) ή οικονομική επιδότηση για μαθήματα άσκησης και εξοπλισμού.
- Η ενθάρρυνση για περπάτημα και ποδήλατο κατά τη διάρκεια εργασίας μέσω της προσαρμογής στον φόρτο εργασίας και στις διαδικασίες.
- Η παροχή και επιδότηση επιλογών υγιεινής διατροφής στις καφετέριες και στις μηχανές αυτόματης πώλησης.
- Η εφαρμογή και επιβολή πολιτικών κατά του καπνίσματος.

- Η παροχή προγραμμάτων διακοπής του καπνίσματος για τους εργαζόμενους
- Η παροχή εμπιστευτικών ιατρικών υπηρεσιών όπως αξιολογήσεις της υγείας, ιατρικές εξετάσεις, ιατρική παρακολούθηση (π.χ. μέτρηση της απώλειας ακοής, των επιπέδων μολύβδου στο αίμα, έλεγχος για τον ιό HIV και τη φυματίωση) και ιατρική θεραπεία εάν δεν είναι προσβάσιμη στην κοινότητα (π.χ. αντιρετροϊκή θεραπεία για τον ιό HIV).
- Η εκπαίδευση σε θέματα υγείας και η υποστήριξη δραστηριοτήτων κατά την επιστροφή των εργαζομένων στην εργασία μετά από κάποια ασθένεια ή αναπηρία που σχετιζόταν με την εργασία ώστε να εμποδίσουν τον υποτροπιασμό ή την επανάληψη των τραυμάτων.

2.7 Συμπεράσματα

Στο κεφάλαιο 2 γίνεται μία βιβλιογραφική ανασκόπηση της ψυχικής υγείας και της σχέσης της με τους κυριότερους παράγοντες-χαρακτηριστικά της εργασίας που την επηρεάζουν. Η ψυχική υγεία εξετάζεται με διάφορους δείκτες όπως το εργασιακό άγχος (job stress/work-related stress), την επαγγελματική (ψυχική) εξουθένωση (burnout), την κατάθλιψη (depression), το άγχος (anxiety), τον εκνευρισμό (irritation), την ευερεθιστότητα (irritability) κ.ά. Οι βασικότεροι παράγοντες της εργασίας που σχετίζονται με την ψυχική υγεία είναι ο φόρτος εργασίας ή οι απαιτήσεις της εργασίας (workload ή job demands), οι ώρες εργασίας (working hours), ο έλεγχος της εργασίας ή το εύρος των αποφάσεων (job control ή decision latitude), η κοινωνική υποστήριξη (social support) και το αίσθημα (αν)ασφάλειας της εργασίας (job (in)security). Επίσης σημαντικός παράγοντας στην εξέταση της ψυχικής υγείας (αλλά και της υγείας συνολικά) είναι η οικονομική κατάσταση του ατόμου η οποία εξετάζεται συνήθως μέσω του εισοδήματος.

Τα βασικότερα ευρήματα της βιβλιογραφικής ανασκόπησης δείχνουν ότι ο φόρτος εργασίας, οι ώρες εργασίας και το αίσθημα ανασφάλειας της εργασίας σχετίζονται θετικά με τα προβλήματα ψυχικής υγείας ενώ ο έλεγχος της εργασίας και η κοινωνική υποστήριξη σχετίζονται αρνητικά με τα προβλήματα ψυχικής υγείας. Από την άλλη, η σχέση του εισοδήματος και της ψυχικής υγείας αποδεικνύεται ότι είναι θετική. Με άλλα λόγια όσο αυξάνεται το εισόδημα η ψυχική υγεία βελτιώνεται. Όσον αφορά τα δημογραφικά χαρακτηριστικά η γενική εικόνα είναι ότι τα άτομα με υψηλότερη εκπαίδευση έχουν καλύτερη ψυχική υγεία, οι μεγαλύτεροι σε ηλικία έχουν χειρότερη ψυχική υγεία σε σχέση με τους νεότερους ενώ οι παντρεμένοι έχουν καλύτερη ψυχική υγεία σε σχέση με τους ελεύθερους. Σχετικά με το φύλο, οι γυναίκες φαίνεται να εμφανίζουν περισσότερα προβλήματα ψυχικής υγείας σε σχέση με τους άνδρες ενώ σε σχέση με τις συνθήκες

εργασίας, συνήθως διαφορετικοί παράγοντες είναι αυτοί που επηρεάζουν τις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες και σε διαφορετικό βαθμό επίσης.

Όσον αφορά τα μεθοδολογικά ζητήματα, οι περισσότεροι συγγραφείς σημειώνουν τη χρησιμότητα των αυτοαναφερόμενων αποκρίσεων της υγείας (self-reports) (όπως π.χ. το ερωτηματολόγιο γενικής υγείας-GHQ) για την εκτίμηση της υγείας των ερωτηθέντων καθώς η εύρεση αντικειμενικών δεδομένων είναι δύσκολη. Υπάρχουν βέβαια και ορισμένοι συγγραφείς που μιλάνε για τα προβλήματα μεροληψίας τέτοιων υποκειμενικών απαντήσεων. Επίσης, γίνεται αναφορά σε διάφορους τρόπους αντιμετώπισης των παραγόντων της εργασίας που επηρεάζουν αρνητικά την ψυχική υγεία των εργαζομένων.

Οι μελέτες που έχουν γίνει για την ψυχική υγεία των εργαζομένων σε σχέση με τις συνθήκες εργασίας στην περίπτωση της Ελλάδας είναι περιορισμένες. Οι μελέτες των Antoniou et al. (2003) και Antoniou et al. (2006) κινούνται στην ανάλυση της παρούσας μελέτης καθώς εξετάζουν την υγεία σε σχέση με διάφορα χαρακτηριστικά της εργασίας αλλά από την άλλη διαφέρουν αρκετά σε σχέση με τη μεθοδολογία και τα ερευνητικά ερωτήματα που θέτει η παρούσα μελέτη. Καταρχάς και οι δύο μελέτες αφορούν συγκεκριμένες ομάδες επαγγελματιών ενώ στη δικιά μας περίπτωση η μελέτη αφορά όλους τους εργαζομένους διαφόρων επαγγελμάτων, ενώ μία δεύτερη διαφορά είναι η ηλικία του δείγματος. Το δείγμα της παρούσας μελέτης αναφέρεται σε άτομα ηλικίας 45-65 ετών. Μία άλλη διαφορά είναι στη μέθοδο ανάλυσης των δεδομένων. Οι Antoniou et al. (2006) χρησιμοποίησαν τη μέθοδο της ανάλυσης της διακύμανσης ενώ οι Antoniou et al. (2003) κλιμακωτές παλινδρομήσεις με την εξέταση μίας μεταβλητής κάθε φορά. Αντίθετα, η παρούσα μελέτη θα βασιστεί σε πολυμεταβλητά και ποιοτικά μοντέλα εξέτασης της ψυχικής υγείας καθώς και διαφόρων άλλων δεικτών σε σχέση με δημογραφικά χαρακτηριστικά, χαρακτηριστικά της εργασίας και της οικονομικής κατάστασης του ατόμου.

Κεφάλαιο 3

Δεδομένα και μεθοδολογία μελέτης

3.1 Δεδομένα

Τα δεδομένα που χρησιμοποιούνται στην παρούσα μελέτη προέρχονται από την πανελλαδική έρευνα αγοράς το 2004 από την εταιρία METRON-ANALYSIS στα πλαίσια του ευρωπαϊκού ερευνητικού προγράμματος SOCIOLD (socioeconomic inequalities on the health of the older workforce) και σε συνεργασία με το Πανεπιστήμιο Αθηνών. Η έρευνα αφορά άτομα ηλικίας 45-65 ετών και το μέγεθος του δείγματος είναι 1001 άτομα. Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τον ερευνητικό σχεδιασμό μπορείτε να δείτε το παράρτημα.

3.2 Μεθοδολογία μελέτης

Σκοπός της μελέτης είναι να εξετάσει την ψυχική υγεία των Ελλήνων εργαζομένων σε σχέση με τις συνθήκες που επικρατούν στο χώρο εργασίας. Έτσι, η πρώτη κίνηση που έπρεπε να γίνει είναι ο διαχωρισμός του δείγματος ανάμεσα σε εργαζομένους και μη. Από τα 1001 άτομα τα 418 είναι εργαζόμενοι ενώ οι υπόλοιποι είναι άνεργοι, συνταξιούχοι, ανάπηροι ή απασχολούνται με τα οικιακά και έτσι εξαιρούνται από την ανάλυση. Για την εκτίμηση του υποδείγματος χρησιμοποιείται η λογιστική παλινδρόμηση (logit). Όλα τα αποτελέσματα και οι έλεγχοι έχουν γίνει με το στατιστικό πρόγραμμα STATA.

3.2.1 Εξαρτημένες μεταβλητές που χρησιμοποιούνται

Διάφοροι δείκτες της ψυχικής υγείας χρησιμοποιούνται στην ανάλυση οι οποίοι προέρχονται από ερωτήσεις που χρησιμοποιούνται σε έρευνες μεγάλης κλίμακας όπως την Έρευνα Νοικοκυριού της Ευρωπαϊκής Κοινότητας (European Community Household Survey-ECHS) και το Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας (General Health Questionnaire-GHQ). Για την εξέταση της συνολικής ψυχικής υγείας δημιουργήσαμε έναν σύνθετο δείκτη, ακολουθώντας τη μέθοδο των Cottini & Lucifora (2010) των οποίων ο σύνθετος δείκτης αποτελεί το άθροισμα τεσσάρων δεικτών της ψυχικής υγείας, ο οποίος αποτελείται από τις απαντήσεις των ατόμων σε ερωτήσεις που σχετίζονται με την ψυχική υγεία όπως εάν είναι αργοκίνητος/η, βρίσκεται σε ένταση ή υπερδιέγερση, έχει ανησυχητικές σκέψεις, παθαίνει κρίσεις πανικού, είναι ευδιάθετος/η, μπορεί να απολαύσει ένα καλό βιβλίο ή ένα ραδιοφωνικό ή τηλεοπτικό πρόγραμμα, έχει ανήσυχο ύπνο, βαριέται εύκολα ή είναι

ευερέθιστος/η, έχει πρόβλημα συγκέντρωσης και νιώθει μοναξιά. Η κατασκευή του σύνθετου δείκτη έγινε ως εξής: πρώτα αθροίστηκαν οι τιμές των επιμέρους δεικτών της ψυχικής υγείας και έπειτα ο αθροιστικός αυτός δείκτης της ψυχικής υγείας μετατράπηκε σε μία διχοτομική μεταβλητή λαμβάνοντας την τιμή 0 για όσους ήταν κάτω από το μέσο όρο και την τιμή 1 για όσους ήταν πάνω από το μέσο όρο.

3.2.2 Ανεξάρτητες μεταβλητές που χρησιμοποιούνται

3.2.2.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά που χρησιμοποιούνται στην ανάλυση είναι το φύλο, η ηλικία, η συζυγική κατάσταση και η εκπαίδευση. Η κατηγοριοποίηση των εκπαιδευτικών βαθμίδων έγινε βάσει της Διεθνούς Πρότυπης Ταξινόμησης της Εκπαίδευσης (International Standard Classification of Education, ISCED, 1997) της UNESCO και περιλαμβάνει 7 επίπεδα εκπαίδευσης (από 0 έως 6) (για περισσότερες πληροφορίες μπορείτε να δείτε την ιστοσελίδα της UNESCO που αναγράφεται στο τέλος της βιβλιογραφίας). Για την παρούσα μελέτη η εκπαίδευση χωρίστηκε βάσει της ISCED σε τρεις βαθμίδες: χαμηλή, μεσαία και υψηλή εκπαίδευση¹³. Τα τρία αυτά επίπεδα κατηγοριοποίησης της εκπαίδευσης αποτελούν τα πιο σύνηθες επίπεδα μελέτης στη διεθνή βιβλιογραφία. Οι del Campo et al. (2008) και οι Cottini & Lucifora (2010) χρησιμοποιούν επίσης την ISCED και ταξινομούν την εκπαίδευση στις τρεις αυτές κατηγορίες (χαμηλή, μεσαία και υψηλή).

Όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση, διακρίνουμε μεταξύ τεσσάρων κατηγοριών: 'ελεύθερος-η', 'παντρεμένος-η/συμβίωση με τον-τη σύντροφο' (από εδώ και στο εξής παντρεμένος-η), 'χωρισμένος-η/σε διάσταση' και 'χήρος-α'. Την ίδια κατηγοριοποίηση ακολουθούν και οι Ferrie et al. (2005) με τους παντρεμένους να αποτελούν την κατηγορία αναφοράς στο μοντέλο τους. Έπειτα από εναλλακτικές εκτιμήσεις και λόγω του μικρού αριθμού των παρατηρήσεων στις διάφορες κατηγορίες της οικογενειακής κατάστασης η

¹³ Η χαμηλή εκπαίδευση περιλαμβάνει τα επίπεδα 0-2 της ISCED. Στο επίπεδο 2 ανήκει το χαμηλότερο επίπεδο της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης δηλ. στην περίπτωση της Ελλάδας το γυμνάσιο. Η μεσαία εκπαίδευση περιλαμβάνει τα επίπεδα 3-4 της ISCED και η υψηλή εκπαίδευση τα επίπεδα 5-6 της ISCED. Έτσι, στην περίπτωση της Ελλάδας η ταξινόμηση της εκπαίδευσης έχει ως εξής: στο χαμηλό επίπεδο περιλαμβάνονται τα άτομα που έχουν ολοκληρώσει το νηπιαγωγείο, το δημοτικό και το γυμνάσιο (επίπεδα 0, 1 και 2 της ISCED), η μεσαία τα λύκεια και τα ΙΕΚ (επίπεδα 3 και 4 της ISCED) και η υψηλή τα Ανώτατα Εκπαιδευτικά Ιδρύματα (ΑΕΙ, ΤΕΙ και Ανώτατη Σχολή Παιδαγωγικής και Τεχνολογικής Εκπαίδευσης - Α.Σ.ΠΑΙ.Τ.Ε) και μεταπτυχιακές-διδακτορικές σπουδές (επίπεδα 5 και 6 της ISCED). Για περισσότερες πληροφορίες μπορείτε να δείτε στο διαδίκτυο τις ιστοσελίδες του Υπουργείου Παιδείας, Δια βίου Μάθησης και Θρησκευμάτων και του Εθνικού Κέντρου Επαγγελματικού Προσανατολισμού (Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης) των οποίων οι διευθύνσεις αναγράφονται στο τέλος της βιβλιογραφίας.

μεταβλητή που συμπεριλαμβάνεται στην εκτίμηση του τελικού υποδείγματος είναι μία ψευδομεταβλητή, η οποία παίρνει την τιμή 1 για τους παντρεμένους και την τιμή 0 για τους υπόλοιπους.

3.2.2.2 Χαρακτηριστικά της εργασίας

Το βασικό μοντέλο της εμπειρικής ανάλυσης εξετάζει την ένταση της εργασίας. Η ένταση της εργασίας είναι το κύριο χαρακτηριστικό της εργασίας που είχε τις λιγότερες αρνητικές απαντήσεις και ταυτόχρονα είναι ένας σημαντικός προσδιοριστικός παράγοντας της ψυχικής υγείας των εργαζομένων. Οι απαντήσεις των ερωτηθέντων για την ένταση της εργασίας καθώς και για τους υπόλοιπους παράγοντες της εργασίας έχουν να κάνουν με το πόσο ικανοποιημένοι είναι από τους παράγοντες στην παρούσα εργασία τους. Η κλίμακα απαντήσεων είναι 1-6 όπου το 1 συμβολίζει τη μικρότερη δυνατή ικανοποίηση και το 6 τη μεγαλύτερη δυνατή ικανοποίηση. Η ένταση της εργασίας περιλαμβάνεται στο ποιοτικό μοντέλο ως ψευδομεταβλητή. Οι τιμές 1, 2 και 3 της κλίμακας αντικαταστάθηκαν με την τιμή 0 ενώ οι τιμές 4, 5 και 6 με την τιμή 1. Με αυτόν τον τρόπο τα άτομα που είναι ικανοποιημένα με την ένταση της εργασίας (πάνω από το μέσο όρο των αποκρίσεων) παίρνουν την τιμή 1 ενώ τα άτομα που είναι δυσαρεστημένα με την ένταση της εργασίας παίρνουν την τιμή 0. Την ίδια περίπου μέθοδο ακολουθούν οι Rugulies et al. (2006) οι οποίοι χρησιμοποιούν στο μοντέλο τους διάφορους παράγοντες της εργασίας τους οποίους κωδικοποίησαν σαν διχοτομικές μεταβλητές όσον αφορά την εμφάνισή τους σε υψηλό ή χαμηλό βαθμό στο χώρο εργασίας (π.χ. υψηλή/χαμηλή υποστήριξη από συναδέλφους, υψηλές/χαμηλές απαιτήσεις της εργασίας κτλ.) αναλόγως της κλίμακας μέτρησης για κάθε παράγοντα (όταν η κλίμακα ήταν από 1 έως 6 ο διαχωρισμός γινόταν στις τιμές 1, 2, 3 και 4, 5, 6 ενώ όταν η κλίμακα ήταν από 1 έως 5 ο διαχωρισμός γινόταν στις τιμές 1, 2 και 3, 4, 5). Παρόμοιο τρόπο ακολουθούν επίσης οι Niedhammer et al. (1998) ενώ οι Plaisier et al. (2007) χρησιμοποιούν τα χαρακτηριστικά της εργασίας σαν διχοτομικές μεταβλητές με τις θετικές απαντήσεις να λαμβάνουν την τιμή 1 και τις αρνητικές την τιμή 0.

3.2.2.3 Εισόδημα

Εκτός από τους διάφορους παράγοντες της εργασίας που επηρεάζουν την ψυχική υγεία των εργαζομένων, το εισόδημα είναι επίσης μία σημαντική μεταβλητή που δείχνει την κοινωνικοοικονομική κατάσταση του ατόμου και έχει βρεθεί ότι επηρεάζει την ψυχική υγεία και γι' αυτό δεν πρέπει να παραλείπεται από τις εμπειρικές μελέτες που αφορούν την υγεία (σωματική και ψυχική). Για το εισόδημα χρησιμοποιείται η τροποποιημένη ισοδύναμη

κλίμακα του ΟΟΣΑ (OECD - modified equivalence scale). Την τροποποιημένη ισοδύναμη κλίμακα του ΟΟΣΑ για το εισόδημα χρησιμοποιούν επίσης οι Lahelma et al. (2006). Η κλίμακα αυτή αναπτύχθηκε ώστε κάθε είδος νοικοκυριού να αντιστοιχεί σε μία τιμή ανάλογα με τις ανάγκες του. Οι παράγοντες που λαμβάνονται υπόψη για την κατασκευή της κλίμακας είναι το μέγεθος του νοικοκυριού και η ηλικία των μελών του (ενήλικοι ή παιδιά) (βλ. τη σελίδα του OECD στο διαδίκτυο που αναγράφεται στο τέλος της βιβλιογραφίας για περισσότερες πληροφορίες). Η τροποποιημένη ισοδύναμη κλίμακα δίνει την τιμή 1 για τον επικεφαλής του νοικοκυριού, την τιμή 0,5 για κάθε επιπλέον ενήλικο μέλος και την τιμή 0,3 για κάθε παιδί. Στην περίπτωση που κάποιος ερωτώμενος δεν είχε δηλώσει το ακριβές μέγεθος του εισοδήματος του νοικοκυριού τότε για τον συγκεκριμένο ερωτώμενο χρησιμοποιείται η μεσαία τιμή της κατηγορίας του εισοδήματος που δήλωσε π.χ. εάν είχε δηλώσει ότι ανήκει στην κατηγορία των 15000-25000€ τότε η τιμή που παίρνει είναι 20000€. Επειδή σε τέτοιες προσωπικές ερωτήσεις όπως το εισόδημα οι περισσότεροι διστάζουν να δώσουν το ακριβές μέγεθος, η χρήση κατηγοριών διευκολύνει τους ερωτώμενους να απαντήσουν και στην περίπτωση του εισοδήματος η χρήση της μεσαίας τιμής της κατηγορίας αποτελεί έναν από τους τρόπους εκτίμησης του εισοδήματος. Τη μεσαία τιμή των κατηγοριών του εισοδήματος χρησιμοποιούν στο μοντέλο τους και οι Martikainen et al. (2003).

3.2.3 Βασικά χαρακτηριστικά των μεταβλητών που χρησιμοποιούνται

Στον Πίνακα 3.1 παρουσιάζονται τα ονόματα και η ερμηνεία των μεταβλητών που χρησιμοποιούνται στο βασικό μοντέλο. Στον Πίνακα 3.2 που ακολουθεί εμφανίζονται οι αναλογίες (ποσοστά) και οι συχνότητες των μεταβλητών του δείγματος που χρησιμοποιούνται στο βασικό μοντέλο. Στον πίνακα δεν εμφανίζονται τα στοιχεία της ηλικίας και του εισοδήματος καθώς σαν συνεχείς μεταβλητές είχαν μεγάλο εύρος τιμών (ειδικά το εισόδημα) και τα στοιχεία δεν χωρούσαν στον πίνακα. Από τα στοιχεία βλέπουμε ότι το δείγμα αποτελείται σε μεγάλο βαθμό από άνδρες (70,4%) ενώ η πλειοψηφία των ατόμων είναι παντρεμένοι (77%). Σχετικά με την εκπαίδευση, το 34,7% των ατόμων έχει χαμηλή εκπαίδευση ενώ όσον αφορά την ένταση της εργασίας το 55,3% των εργαζομένων είναι ικανοποιημένο και το 44,7% δυσαρεστημένο. Τέλος, όσον αφορά την εξαρτημένη μεταβλητή του υποδείγματος, το 57,7% των ατόμων έχουν υψηλή ψυχική υγεία (πάνω από το μέσο όρο) έναντι 42,3% που έχουν χαμηλή (κάτω από το μέσο όρο).

Πίνακας 3.1 Ονομασία και ερμηνεία των μεταβλητών

Όνομα μεταβλητής	Ερμηνεία
mentalhealth	Ψυχική υγεία (1: υψηλή ψυχική υγεία-πάνω από το μέσο όρο, 0: χαμηλή ψυχική υγεία-κάτω από το μέσο όρο)
gender	Φύλο (1: άνδρες, 0: γυναίκες)
age	Ηλικία (σε έτη)
married	Οικογενειακή κατάσταση (1: παντρεμένοι/συζούν με το/η σύντροφο, 0: οτιδήποτε άλλο)
loweduc	Εκπαίδευση (1: χαμηλή εκπαίδευση, 0: οτιδήποτε άλλο)
worktension	Ένταση της εργασίας (1: τα άτομα που είναι ικανοποιημένα με την ένταση της εργασίας, 0: τα άτομα που είναι δυσαρεστημένα με την ένταση της εργασίας)
income	Εισόδημα νοικοκυριού (σε €)

Πίνακας 3.2 Συχνότητες και ποσοστά των υπό εξέταση μεταβλητών (N=331)

Variables	Value	Freq.	Percent (%)
Ψυχική υγεία	0	140	42,3
	1	191	57,7
Φύλο	0	98	29,61
	1	233	70,39
Παντρεμένος/η	0	76	22,96
	1	255	77,04
Χαμηλή εκπαίδευση	0	216	65,26
	1	115	34,74
Ένταση της εργασίας	0	148	44,71
	1	183	55,29

Στον Πίνακα 3.3 παρουσιάζονται τα σημαντικότερα περιγραφικά χαρακτηριστικά των μεταβλητών του μοντέλου μας τα οποία είναι ο μέσος (mean), η διάμεσος (p50), η μέγιστη (max) και η ελάχιστη (min) τιμή, η τυπική απόκλιση (sd), ο συντελεστής μεταβλητότητας (sd/mean) (cv), το τυπικό σφάλμα του μέσου (sd/sqrt(N)) (se(mean)), το εύρος (range), η ασυμμετρία (skewness), η κύρτωση (kurtosis), η άθροιση των τιμών των παρατηρήσεων (sum) και το σύνολο των παρατηρήσεων (N). Τέλος, στον Πίνακα 3.4 παρουσιάζονται οι συντελεστές συσχέτισης μεταξύ των μεταβλητών του υποδείγματος.

Πίνακας 3.3 Περιγραφικά στατιστικά

stats	mental health	gender	age	married	loweduc	income	worktension
mean	0.577	0.704	51.66	0.770	0.347	11449.17	0.553
p50	1	1	51	1	0	9655.172	1
max	1	1	65	1	1	56666.67	1
min	0	0	45	0	0	1000	0
sd	0.495	0.457	5.393	0.421	0.477	8119.88	0.498
cv	0.857	0.650	0.104	0.547	1.373	0.709	0.901
se (mean)	0.027	0.025	0.296	0.023	0.026	446.31	0.027
range	1	1	20	1	1	55666.67	1
skewness	-0.312	-0.893	0.553	-1.286	0.641	2.331	-0.213
kurtosis	1.097	1.798	2.383	2.653	1.411	11.038	1.045
sum	191	233	17098	255	115	3789676	183
N	331	331	331	331	331	331	331

Πίνακας 3.4 Συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών του υποδείγματος (N=331)

	mental health	gender	age	married	loweduc	income	worktension
mentalhealth	1.0000						
gender	0.1279	1.0000					
age	0.0531	0.0716	1.0000				
married	0.1288	0.1337	0.0051	1.0000			
loweduc	-0.0945	0.0702	0.1633	-0.0241	1.0000		
income	0.1267	-0.0583	-0.0764	0.0600	-0.2964	1.0000	
worktension	0.1525	-0.0242	0.0102	0.0436	-0.0967	0.1295	1.0000

3.2.4 Έλεγχος ενδογένειας μεταξύ της ψυχικής υγείας και του εισοδήματος

Η Ettner (1996) εξετάζει τη σχέση μεταξύ εισοδήματος και υγείας. Ιδιαίτερη προσοχή σύμφωνα με τη συγγραφέα πρέπει να δίνουμε στην αιτιότητα μεταξύ των δύο αυτών μεταβλητών καθώς το εισόδημα δεν αποτελεί μία μεταβλητή η οποία επηρεάζει εξωγενώς την υγεία. Η Ettner (1996) χρησιμοποιεί αρκετά μοντέλα με εξαρτημένες μεταβλητές διάφορους δείκτες της ψυχικής υγείας (γενικής, ψυχικής και σωματικής) ενώ οι ανεξάρτητες μεταβλητές αποτελούνται από δημογραφικά χαρακτηριστικά και το εισόδημα. Σκοπός της είναι να εξετάσει την εξωγένεια του εισοδήματος σε σχέση με τους δείκτες της υγείας (εξαρτημένες μεταβλητές). Τα αποτελέσματα που βρίσκει η συγγραφέας δείχνουν ότι μεταξύ εισοδήματος και υγείας υπάρχει ενδογενής σχέση. Με άλλα λόγια, το εισόδημα επηρεάζει την υγεία του ατόμου αλλά ταυτόχρονα η υγεία του ατόμου επηρεάζει το μέγεθος του εισοδήματος.

Λόγω της χρησιμοποίησης του εισοδήματος σαν ερμηνευτική μεταβλητή στο μοντέλο, πρέπει να γίνει έλεγχος ύπαρξης ενδογένειας μεταξύ εισοδήματος και ψυχικής υγείας για να

αποφευχθούν οι ασυνεπείς εκτιμήσεις. Όταν υπάρχει υποψία ενδογένειας μεταξύ της εξαρτημένης και κάποιας ανεξάρτητης μεταβλητής το πρώτο βήμα είναι να βρεθεί μία ή περισσότερες ‘βοηθητικές’ μεταβλητές (instruments). Τα instruments είναι μεταβλητές που συσχετίζονται με την ανεξάρτητη μεταβλητή αλλά δεν έχουν σχέση με την υπό εξέταση εξαρτημένη μεταβλητή. Εάν υπάρχει ενδογένεια τότε το μοντέλο της παλινδρόμησης δεν θα δώσει συνεπείς εκτιμήσεις και έτσι ακολουθείται η μέθοδος IV (Instrumental Variable). Η συγκεκριμένη μέθοδος ακολουθείται όταν υπάρχει ενδογένεια στο μοντέλο και ουσιαστικά αποτελεί την εκτίμηση του μοντέλου σε δύο στάδια (2SLS-2 Stage Least Squares) (βλ. Gujarati, 2003, Chap. 17).

Δύο μεταβλητές (instruments) που βρήκαμε να σχετίζονται με το εισόδημα του νοικοκυριού αλλά όχι με την ψυχική υγεία είναι η αγορά πολύτιμων πινάκων και έργων τέχνης και η ύπαρξη οικιακής βοηθού για τη φροντίδα του σπιτιού. Οι ερωτήσεις αναφορικά με τις δύο μεταβλητές είναι: ‘Αυτήν την περίοδο έχετε προσλάβει κάποια βοηθό για το σπίτι?’ και ‘Έχετε αγοράσει ποτέ πολύτιμους πίνακες ή άλλα έργα τέχνης?’. Στην περίπτωση θετικής απάντησης οι μεταβλητές παίρνουν την τιμή 1 και στην περίπτωση αρνητικής απάντησης την τιμή 0. Είναι κατανοητό ότι τα έξοδα που γίνονται για την αγορά έργων τέχνης σχετίζονται με το εισόδημα αλλά δεν περιμένουμε να επηρεάζουν την ψυχική υγεία του ατόμου, όπως επίσης το ίδιο ισχύει και για την οικιακή βοηθό. Η πρόσληψη μίας οικιακής βοηθού αποτελεί έξοδο για το νοικοκυριό (ο μισθός που της δίνεται) αλλά δεν περιμένουμε να επηρεάζει την ψυχική υγεία του ατόμου. Στον Πίνακα 3.4 φαίνονται η συχνότητα, τα ποσοστά και η μέση τιμή των δύο instruments. Στο επόμενο κεφάλαιο παρουσιάζονται αναλυτικότερα τα αποτελέσματα των ελέγχων που γίνονται για την ύπαρξη ενδογένειας μεταξύ εισοδήματος και ψυχικής υγείας.

Πίνακας 3.4 Χαρακτηριστικά των instruments (N=326)

Instruments	Value	Freq.	Percent (%)	Mean
houseduties	0	286	87.73	0.123
(1: πρόσληψη βοηθού για το σπίτι)	1	40	12.27	
artcollection	0	297	91.1	0.089
(1: αγορά πολύτιμων έργων τέχνης)	1	29	8.9	

Κεφάλαιο 4

Εμπειρικά αποτελέσματα

4.1 Αποτελέσματα βασικού μοντέλου

4.1.1 Εμπειρικές εκτιμήσεις

Το βασικό μοντέλο εξετάζει την ένταση της εργασίας από τους παράγοντες της εργασίας που επηρεάζουν την ψυχική υγεία καθώς, όπως έχει αναφερθεί, αποτελεί εκείνον τον παράγοντα που έχει τις λιγότερες αρνητικές απαντήσεις και ταυτόχρονα είναι ένας σημαντικός προσδιοριστικός παράγοντας της ψυχικής υγείας των εργαζομένων. Για την εξέταση της ψυχικής υγείας χρησιμοποιείται η εκτίμηση ενός λογιστικού μοντέλου. Τα αποτελέσματα της εκτίμησης του μοντέλου παρουσιάζονται στον Πίνακα 4.1.

Πίνακας 4.1

Αποτελέσματα εκτίμησης του μοντέλου (logit):
συντελεστές και λόγοι πιθανοτήτων

Indep. Variables	Dep. Variable: mentalhealth	
	Coeff.	Odds ratio
gender (males)	0.577** (0.253)	1.781** (0.023)
age	0.025 (0.022)	1.025 (0.253)
married	0.496* (0.268)	1.642* (0.065)
loweduc	-0.311 (0.256)	0.733 (0.225)
worktension	0.560** (0.235)	1.751** (0.017)
income	2.75E-05* (1.6E-05)	1.000* (0.086)
constant	-2.263* (1.174)	
Pseudo R-squared	0.053	0.053
Wald Chi-sq (6)	22.37	22.37
P-value	(0.001)	(0.001)
N	331	331

Note: * statistical significance at 10%, ** statistical significance at 5%. Συνεπή τυπ.

σφάλματα στις παρενθέσεις των συντελεστών. P-values στις παρενθέσεις των odds ratio

Ρίχνοντας μία ματιά στους λόγους πιθανοτήτων, παρατηρείται ότι οι άνδρες έχουν 1,78 φορές υψηλότερη πιθανότητα να εμφανίσουν υψηλή ψυχική υγεία (πάνω από το μέσο όρο) σε σχέση με τις γυναίκες (*ceteris paribus*). Οι παντρεμένοι έχουν 1,64 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν υψηλή ψυχική υγεία σε σχέση με τους υπόλοιπους. Όπως ήταν αναμενόμενο, τα άτομα που είναι ικανοποιημένα με την ένταση της εργασίας έχουν 1,75 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν υψηλή ψυχική υγεία σε σχέση με τα άτομα που δεν είναι ικανοποιημένα. Οι Cottini & Lucifora (2010) βρίσκουν επίσης στο μοντέλο τους ότι η ένταση της εργασίας είναι ο παράγοντας της εργασίας που έχει την μεγαλύτερη επίδραση στην ψυχική υγεία (συγκεκριμένα οι συγγραφείς βρίσκουν ότι η έντονη εργασία αυξάνει περίπου κατά 13% την πιθανότητα εμφάνισης προβλημάτων ψυχικής υγείας για τους άνδρες και για τις γυναίκες). Το εισόδημα δεν φαίνεται να παίζει μεγάλο ρόλο για το αν ένα άτομο θα έχει υψηλή ψυχική υγεία ($OR = 1.000$). Η ηλικία και η χαμηλή εκπαίδευση αυξάνει και μειώνει αντίστοιχα την πιθανότητα εμφάνισης υψηλής ψυχικής υγείας αλλά τα αποτελέσματα είναι στατιστικά ασήμαντα. Οι επιδράσεις (πρόσημα) όλων των μεταβλητών στην ψυχική υγεία είναι σύμφωνες με τα αποτελέσματα των υπόλοιπων μελετών εκτός της ηλικίας. Ο λόγος που μπορεί να συμβαίνει αυτό αναφέρεται στην επόμενη παράγραφο.

Όσον αφορά τη μη στατιστική σημαντικότητα της ηλικίας, έγινε χωρισμός της ηλικίας σε διάφορες κατηγορίες για να ελεγχθεί εάν κάποια κατηγορία ήταν στατιστικά σημαντική. Τα αποτελέσματα όμως δεν άλλαζαν. Καμία κατηγορία δεν ήταν στατιστικά σημαντική. Σύμφωνα με τις περισσότερες μελέτες αυτό που αναμένεται είναι μία αρνητική σχέση μεταξύ της ψυχικής υγείας και της ηλικίας, δηλαδή οι μεγαλύτεροι σε ηλικία έχουν περισσότερα προβλήματα ψυχικής υγείας σε σχέση με τους μικρότερους. Η στατιστικά ασήμαντη σχέση είναι πιθανόν να οφείλεται στη σχετική ηλικιακή 'ομοιογένεια' του δείγματος και στο μικρό αριθμό των παρατηρήσεων.

Εκτός από τις βασικές ερμηνευτικές μεταβλητές που περιλαμβάνονται στην ανάλυση και άλλες επιπλέον μεταβλητές χρησιμοποιήθηκαν στο υπόδειγμα για να εξεταστούν εάν και πώς επηρεάζουν την ψυχική υγεία. Οι μεταβλητές που εξετάστηκαν ήταν το επάγγελμα του ατόμου δηλ. εάν ο εργαζόμενος ήταν blue-collar ή white-collar, εάν εργάζεται στο δημόσιο ή ιδιωτικό τομέα, εάν η εργασία είναι πλήρης ή μερικής απασχόλησης, το είδος της ασφάλισης (δημόσια, ιδιωτική) καθώς και ο αριθμός των μελών του νοικοκυριού. Καμία όμως μεταβλητή δεν ήταν στατιστικά σημαντική και γι' αυτό το λόγο δεν παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της παλινδρόμησης.

4.1.2 Έλεγχος ενδογένειας

Όπως αναφέραμε στο προηγούμενο κεφάλαιο, ο πρώτος έλεγχος που πρέπει να γίνει είναι αυτός της ύπαρξης ενδογένειας μεταξύ εισοδήματος και ψυχικής υγείας. Να υπενθυμίσουμε ότι το εισόδημα είναι το ισοδύναμο εισόδημα του νοικοκυριού που τροποποιήθηκε βάση της ισοδύναμης κλίμακας του ΟΟΣΑ. Αρχικά πρέπει να γίνει έλεγχος για το εάν οι μεταβλητές που επιλέχθηκαν ως instruments είναι σημαντικές και έγκυρες, δηλαδή εάν σχετίζονται με το εισόδημα αλλά όχι με το διαταρακτικό όρο του υποδείγματος της ψυχικής υγείας. Η εξίσωση που εκτιμάται για τον έλεγχο της συσχέτισης των instruments με το εισόδημα και της εγκυρότητας των instruments είναι η (1) και η (2) αντίστοιχα:

$$(1) \text{ income} = \beta_1 \text{ mentalhealth} + \beta_2 X_t + \beta_3 \text{ houseduties} + \beta_4 \text{ artcollection} + v_t$$

$$(2) \text{ mentalhealth} = \beta_1 \text{ Income} + \beta_2 X_t + u_t$$

όπου X_t με $t = 1, 2, \dots, 5$ οι μεταβλητές: gender, age, married, loweduc, worktension.

Πίνακας 4.2

Έλεγχος της σημαντικότητας και της εγκυρότητας των instruments
και έλεγχος της ενδογένειας του εισοδήματος

Έλεγχος της σημαντικότητας των instruments	
F (2, 317)	Income 12.72 (0.000)
Έλεγχος της εγκυρότητας των instruments (weak identification test)	
Sargan Chi-sq (1)	Mentalhealth 0.009 (0.923)
Έλεγχος ενδογένειας	
Wu-Hausman F (1, 318)	Income 0.002 (0.965)
Durbin Chi-sq (1)	0.002 (0.964)

Note: p-values στις παρενθέσεις

Στον Πίνακα 4.2 παρουσιάζονται οι έλεγχοι για την στατιστική σημαντικότητα και την εγκυρότητα των instruments (ύπαρξη βοηθού για το σπίτι-houseduties και αγορά έργων

τέχνης-artcollection) και ο έλεγχος για την ύπαρξη ενδογένειας μεταξύ εισοδήματος και ψυχικής υγείας. Η μηδενική υπόθεση του F-test είναι $H_0: \text{houseduties} = \text{artcollection} = 0$. Ο έλεγχος F δείχνει ότι απορρίπτουμε την μηδενική υπόθεση ($p = 0,000$) και τα instruments είναι σημαντικά (επηρεάζουν το εισόδημα). Για τον έλεγχο της εγκυρότητας των instruments στη δεύτερη εξίσωση με εξαρτημένη μεταβλητή την ψυχική υγεία χρησιμοποιείται ο έλεγχος υπερταυτοποίησης του Sargan (βλ. Sargan, 1958). Ο έλεγχος του Sargan δείχνει ότι τα instruments δεν έχουν στατιστικά σημαντική επίδραση στην ψυχική υγεία και είναι κατάλληλα ($p=0,923$), δηλαδή δεν συσχετίζονται με το διαταρακτικό όρο του υποδείγματος της ψυχικής υγείας. Με άλλα λόγια οι δύο έλεγχοι δείχνουν ότι οι δύο αυτές μεταβλητές θεωρούνται κατάλληλες να χρησιμοποιηθούν ως instruments για τον έλεγχο ενδογένειας μεταξύ εισοδήματος και ψυχικής υγείας καθώς συσχετίζονται με το εισόδημα αλλά όχι με την ψυχική υγεία. Για τον έλεγχο ενδογένειας του εισοδήματος με την ψυχική υγεία χρησιμοποιούνται δύο εναλλακτικοί έλεγχοι: ο έλεγχος Durbin και ο έλεγχος Wu-Hausman (βλ. Wu, 1973; Wu, 1974; Hausman, 1978). Οι δύο αυτοί έλεγχοι είναι ισοδύναμοι και εξετάζουν εάν η μέθοδος OLS είναι ασυνεπής και απαιτείται η μέθοδος IV (Instrumental Variable). Ο έλεγχος δέχεται τη μηδενική υπόθεση ($p = 0,965$) που σημαίνει ότι το εισόδημα δεν είναι ενδογενής μεταβλητή και έτσι δεν απαιτείται η μέθοδος IV.

4.1.3 Εμπειρικοί έλεγχοι

Μετά την εκτίμηση του μοντέλου (logit) πραγματοποιούνται κάποιοι εμπειρικοί έλεγχοι. Στον Πίνακα 4.3 παρουσιάζονται δύο έλεγχοι καλής προσαρμογής του μοντέλου (Pearson test και Hosmer-Lemeshow test) και ο έλεγχος RESET για την εξειδίκευση του μοντέλου. Οι δύο έλεγχοι καλής προσαρμογής δείχνουν ότι η προσαρμογή του μοντέλου μεταξύ πραγματικών και προβλεπόμενων τιμών της εξαρτημένης μεταβλητής είναι καλή. Με άλλα λόγια η προβλεπτικότητα του μοντέλου είναι καλή. Για τον έλεγχο εξειδίκευσης του μοντέλου πραγματοποιείται ο έλεγχος RESET (Regression Specification Error Test)¹⁴. Αρχικά εκτιμάται το μοντέλο και αποθηκεύονται οι εκτιμημένες τιμές της εξαρτημένης μεταβλητής. Έπειτα υπολογίζεται το τετράγωνο (ή και παραπάνω τάξεις) των εκτιμημένων τιμών και εκτιμάται ξανά το μοντέλο με το τετράγωνο των εκτιμημένων τιμών σαν επιπλέον ερμηνευτική μεταβλητή και ελέγχεται εάν η μεταβλητή του τετραγώνου των εκτιμημένων

¹⁴ Ο έλεγχος αυτός ελέγχει κυρίως τη γραμμικότητα του μοντέλου αλλά μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθεί για τον έλεγχο σημαντικών ερμηνευτικών μεταβλητών που έχουν παραληφθεί από το μοντέλο (omitted variables). Το τεστ RESET μπορεί να πραγματοποιηθεί είτε με έναν έλεγχο F χρησιμοποιώντας τα R^2 της παλιάς και της νέας παλινδρόμησης (βλ. Χάλκος, 2011, σελ. 403) είτε με τον έλεγχο της στατιστικής σημαντικότητας του τετραγώνου των εκτιμημένων τιμών της εξαρτημένης μεταβλητής στην παλινδρόμηση (και των παραπάνω τάξεων εάν έχουν χρησιμοποιηθεί σαν επιπλέον ερμηνευτικές μεταβλητές) (βλ. Jones, 2007, p.14).

τιμών είναι στατιστικά σημαντική (βλ. Jones, 2007, Chap. 3). Εάν είναι σημαντική τότε το μοντέλο δεν είναι καλά εξειδικευμένο και πρέπει να γίνουν αλλαγές ώστε να βελτιωθεί η εξειδίκευση (ίσως αλλάζοντας τον τρόπο μέτρησης των ερμηνευτικών μεταβλητών, βρίσκοντας επιπλέον ερμηνευτικές μεταβλητές, χωρίζοντας το δείγμα σε δύο διαφορετικές ομάδες π.χ. σε σχέση με το φύλο ή ακόμα χρησιμοποιώντας άλλη κατανομή εκτός της κανονικής). Τα αποτελέσματα του ελέγχου RESET που φαίνονται στον Πίνακα 4.3 επιβεβαιώνουν την μη στατιστική σημαντικότητα του τετραγώνου των εκτιμημένων τιμών. Οπότε το μοντέλο είναι σωστά εξειδικευμένο.

Πίνακας 4.3

Έλεγχος καλής προσαρμογής (Pearson and Hosmer-Lemeshow
goodness-of-fit tests) και εξειδίκευσης (RESET test)
του μοντέλου

Goodness-of-fit tests	
Pearson Chi-sq (323)	330.28 (0.378)
Hosmer-Lemeshow Chi-sq (8)	9.32 (0.316)
RESET test	
Chi-sq (1)	0.04 (0.833)

Note: p-values στις παρενθέσεις

4.1.4 Προβλεπόμενη πιθανότητα

Αφού εκτιμήθηκε το μοντέλο μπορεί να γίνει πρόβλεψη της πιθανότητας για οποιοδήποτε άτομο να εμφανίσει υψηλή ψυχική υγεία (πάνω από το μέσο όρο). Η πιθανότητα που θα υπολογιστεί είναι η 'μέση' πιθανότητα για ένα άτομο να έχει υψηλή ψυχική υγεία. Η μέση προβλεπόμενη πιθανότητα υπολογίζεται όταν όλες οι ανεξάρτητες μεταβλητές πάρουν τη μέση τιμή τους. Το υπόδειγμα λογιστικής παλινδρόμησης (logit) εκτιμά τον φυσικό λογάριθμο των odds (πιθανοτήτων) ενός γεγονότος δηλ. την πιθανότητα ένα γεγονός (εξαρτημένη μεταβλητή) να λάβει χώρα προς την πιθανότητα το γεγονός να μην λάβει χώρα (βλ. Χάλκος, 2011, Κεφ. 9). Μαθηματικά μέσω της εξίσωσης εκτίμησης του λογιστικού μοντέλου η προβλεπόμενη μέση πιθανότητα υπολογίζεται ως:

$$\ln \frac{\Pr(\text{mentalhealth}=1)}{1-\Pr(\text{mentalhealth}=1)} = b_0 + b_1 \text{ mean}(\text{gender}) + b_2 \text{ mean}(\text{age}) + b_3 \text{ mean}(\text{married}) + b_4 \text{ mean}(\text{loweduc}) + b_5 \text{ mean}(\text{worktension}) + b_6 \text{ mean}(\text{income})$$

Η τιμή της μέσης προβλεπόμενης πιθανότητας είναι 0,583 (βλ. Πίνακα 4.6). Αυτό σημαίνει ότι ένα οποιοδήποτε άτομο έχει 58,3% πιθανότητα να εμφανίσει υψηλή ψυχική υγεία. Στον Πίνακα 4.6 εμφανίζεται επίσης και το 95% διάστημα πρόβλεψης.

Πίνακας 4.4 Μέση προβλεπόμενη πιθανότητα
και 95% διάστημα πρόβλεψης

Mean Pr(mentalhealth=1)	0.583
95% PI	0.527-0.637

4.1.5 Οριακές επιδράσεις

Στην περίπτωση του λογιστικού μοντέλου (logit) η οριακή επίδραση που έχει μία ερμηνευτική μεταβλητή (X_i) στην εξαρτημένη (P_i) υπολογίζεται ως εξής (βλ. Κάτος, 2004,

σελ.715): $\frac{\partial P_i}{\partial X_i} = \beta_i P_i (1 - P_i)$ (4.1)

Πίνακας 4.5
Οριακές επιδράσεις των μεταβλητών

	marginal effects (dy/dx)
gender	0.131** (0.056)
age	0.006 (0.005)
married	0.112* (0.060)
loweduc	-0.070 (0.057)
worktension	0.127** (0.051)
income	6.23E-06* (3.59E-06)

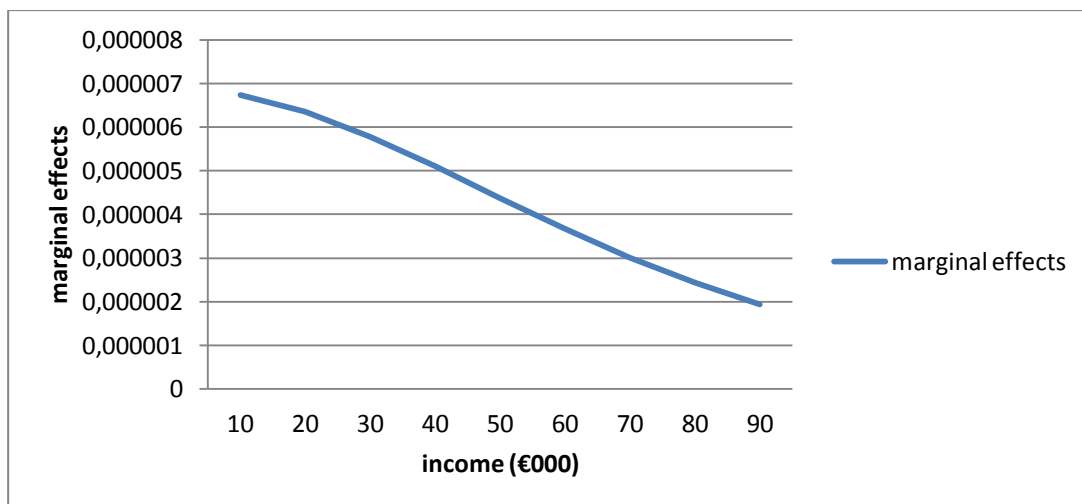
Note: * statistical significance at 10%, ** statistical significance at 5%.

Τυπ. σφάλματα στις παρενθέσεις

Η οριακή επίδραση μίας ερμηνευτικής μεταβλητής είναι η μεταβολή της πιθανότητας να λάβει χώρα ένα γεγονός όταν η ερμηνευτική μεταβλητή μεταβληθεί κατά μία μονάδα. Οι οριακές επιδράσεις επομένως μπορούν να υπολογιστούν για συνεχείς μεταβλητές ενώ για διχοτομικές μεταβλητές (ψευδομεταβλητές) η οριακή επίδραση αναφέρεται σε μεταβολή από 0 σε 1 δηλ. όταν το άτομο που δεν έχει το συγκεκριμένο χαρακτηριστικό το αποκτήσει. Στο υπόδειγμα οι συνεχείς μεταβλητές είναι η ηλικία και το εισόδημα ενώ οι υπόλοιπες είναι διχοτομικές μεταβλητές.

Στον Πίνακα 4.5 φαίνονται οι οριακές επιδράσεις των μεταβλητών στην πιθανότητα κάποιος να έχει υψηλή ψυχική υγεία. Στην περίπτωση του εισοδήματος επειδή η μεταβλητή αναφέρεται σε χιλιάδες ευρώ, η μεταβολή του εισοδήματος κατά μία μονάδα αναφέρεται σε μεταβολή του μεγέθους κατά 1000€. Έτσι εάν το εισόδημα ενός ατόμου αυξηθεί κατά 1000€ η πιθανότητα το συγκεκριμένο άτομο να έχει υψηλή ψυχική υγεία αυξάνεται κατά μόλις 0,00000623 μονάδες ή 0,000623%. Η μεταβολή είναι απειροελάχιστη και έρχεται σε συμφωνία με τα odds ratio και τις εκτιμήσεις των συντελεστών που είδαμε παραπάνω (υποενότητα 4.1.1). Οι οριακές επιδράσεις για κάθε επίπεδο εισοδήματος βάσει του τύπου 4.1 παρουσιάζονται διαγραμματικά στο Σχήμα 4.1. Καθώς αυξάνεται το εισόδημα οι οριακές επιδράσεις μειώνονται. Για τον υπολογισμό των πιθανοτήτων P_i χρησιμοποιείται η μέση τιμή των υπόλοιπων ερμηνευτικών μεταβλητών.

Σχήμα 4.1 Οριακές επιδράσεις του εισοδήματος (€000) στην πιθανότητα εμφάνισης υψηλής ψυχικής υγείας



Η ερμηνεία των οριακών επιδράσεων των ψευδομεταβλητών διαφέρει από την αντίστοιχη των συνεχών μεταβλητών καθώς η οριακή επίδραση αναφέρεται στη διακριτή αλλαγή της

ψευδομεταβλητής από 0 σε 1. Η οριακή επίδραση του φύλου είναι 0,131 το οποίο σημαίνει ότι η πιθανότητα να εμφανίσει ένα άτομο υψηλή ψυχική υγεία αυξάνεται κατά 13,1% όταν το άτομο είναι άνδρας. Στην περίπτωση της οικογενειακής κατάστασης, εάν το άτομο παντρευτεί η πιθανότητα να εμφανίσει υψηλή ψυχική υγεία αυξάνεται κατά 11,2%. Εάν το άτομο ικανοποιηθεί με την ένταση της εργασίας η πιθανότητα να εμφανίσει υψηλή ψυχική υγεία αυξάνεται κατά 12,7% (η ερμηνεία των επιδράσεων κάθε ερμηνευτικής μεταβλητής αναφέρεται στην σταθερότητα των υπόλοιπων μεταβλητών-ceteris paribus).

4.2 Ψυχική υγεία και άλλα χαρακτηριστικά της εργασίας

Εκτός του βασικού μοντέλου (με την ένταση της εργασίας) πραγματοποιούνται έλεγχοι και για τα υπόλοιπα χαρακτηριστικά της εργασίας. Τα χαρακτηριστικά της εργασίας που αποδεικνύονται να επηρεάζουν σημαντικά την ψυχική υγεία είναι το αίσθημα ασφάλειας της εργασίας και ο μισθός των οποίων οι εκτιμήσεις (odds ratio) παρουσιάζονται στον Πίνακα 4.6.

Πίνακας 4.6
Αποτελέσματα εκτίμησης (logit)

Indep. variables	Dependent variable: mentalhealth	
	Model 1	Model 2
	Odds ratio	Odds ratio
gender (males)	1.713**	1.629*
age	1.026	1.024
married	1.685*	1.607*
loweduc	0.703	0.717
income	1.000	1.000
wagesatisfaction	1.580*	
jobsecurity		1.606*
Pseudo R-squared	0.052	0.047
Wald Chi-sq (6)	23.23	20.65
P-value	(0.003)	(0.002)
N	313	322

Note: * statistical significance at 10%, ** statistical significance at 5%

Τα υπόλοιπα χαρακτηριστικά της εργασίας (περιβάλλον εργασίας, σεβασμός από τον εργοδότη, εύρος αποφάσεων, φόρτος της εργασίας, ώρες εργασίας, προοπτικές καριέρας και φυσικοί κίνδυνοι) είτε δεν επιδρούν σημαντικά στην ψυχική υγεία είτε περιλαμβάνουν πολλές αρνητικές απαντήσεις και δεν εξετάζονται. Όπως φαίνεται στον Πίνακα 4.6 τα άτομα που είναι ικανοποιημένα με το μισθό τους έχουν 1,58 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να

εμφανίσουν υψηλή ψυχική υγεία ενώ τα άτομα που είναι ικανοποιημένα με το αίσθημα ασφάλειας της εργασίας τους έχουν 1,61 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν υψηλή ψυχική υγεία. Οι άνδρες έχουν 1,71 φορές και 1,63 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν υψηλή ψυχική υγεία στο πρώτο και δεύτερο μοντέλο αντίστοιχα. Οι παντρεμένοι έχουν 1,69 φορές και 1,61 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν υψηλή ψυχική υγεία στο πρώτο και δεύτερο μοντέλο αντίστοιχα.

4.3 Μελέτη δεικτών της ψυχικής υγείας (άγχος)

Στο κεφάλαιο 2 της βιβλιογραφικής ανασκόπησης είδαμε ότι οι κυριότεροι δείκτες της ψυχικής υγείας που εξετάζονται περισσότερο είναι η κατάθλιψη και το άγχος. Για την κατάθλιψη, δυστυχώς, οι θετικές απαντήσεις στη σχετική ερώτηση είναι ελάχιστες και έτσι δεν μπορεί να εξεταστεί. Το άγχος εξετάζεται με βάση μία ερώτηση του ερωτηματολογίου που αφορά τις ανησυχητικές σκέψεις. Οι απαντήσεις των ατόμων έχουν να κάνουν με το βαθμό που το άτομο είχε ανησυχητικές σκέψεις τις τελευταίες τέσσερις εβδομάδες με τις απαντήσεις να είναι: ‘πολύ περισσότερο από ό, τι συνήθως’, ‘μάλλον περισσότερο από ό, τι συνήθως’, ‘όχι περισσότερο από ό, τι συνήθως’ και ‘καθόλου’ λαμβάνοντας την τιμή 1 έως 4 αντίστοιχα. Η κλίμακα μέτρησης διατηρείται κατ’ αυτόν τον τρόπο και έτσι επειδή η εξαρτημένη μεταβλητή είναι κατηγορική (ordinal) το μοντέλο που εκτιμάται είναι ordered probit. Τέσσερα διαφορετικά μοντέλα εκτιμώνται για την εξέταση τεσσάρων χαρακτηριστικών της εργασίας (περιβάλλον εργασίας, φόρτος εργασίας, ένταση της εργασίας, αίσθημα ασφάλειας της εργασίας) (βλ. Πίνακα 4.7). Οι υπόλοιπες ανεξάρτητες μεταβλητές που συμπεριλαμβάνονται στα μοντέλα είναι τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, η εκπαίδευση και το εισόδημα. Μία νέα μεταβλητή που εκτιμάται στα μοντέλα με το περιβάλλον εργασίας, τον φόρτο εργασίας, την ένταση της εργασίας και το μισθό είναι εάν το άτομο εργάζεται στο δημόσιο ή ιδιωτικό τομέα. Η μεταβλητή δεν συμπεριλαμβάνεται στην εκτίμηση του πέμπτου μοντέλου καθώς είναι στατιστικά ασήμαντη.

Σύμφωνα με τον Πίνακα 4.7 τα άτομα που είναι ικανοποιημένα από το περιβάλλον εργασίας έχουν μικρότερη πιθανότητα εμφάνισης άγχους. Το ίδιο ισχύει και για τα άτομα που είναι ικανοποιημένα με τον φόρτο εργασίας, την ένταση της εργασίας, το μισθό και το αίσθημα ασφάλειας της εργασίας. Στα τέσσερα πρώτα μοντέλα παρατηρείται επίσης ότι τα άτομα που εργάζονται στο δημόσιο τομέα έχουν μικρότερη πιθανότητα να εμφανίσουν άγχος.

Πίνακας 4.7

Αποτελέσματα εκτίμησης των μοντέλων του άγχους (ordered probit)

Indep. variables	Dependent variable: anxiety		
	model 1	model 2	model 3
gender (males)	0.273** (0.132)	0.250* (0.131)	0.261** (0.130)
age	0.007 (0.011)	0.004 (0.011)	0.007 (0.011)
married	0.274** (0.137)	0.283** (0.135)	0.297** (0.133)
loweduc	-0.052 (0.138)	-0.081 (0.138)	-0.092 (0.140)
income	2.28E-05** (9.07E-06)	2.17E-05** (8.85E-06)	2.3E-05*** (8.58E-06)
workinpublic	0.313** (0.140)	0.297** (0.142)	0.266* (0.143)
workenvironment	0.404*** (0.133)		
workload		0.307** (0.133)	
worktension			0.507*** (0.128)
Pseudo R-squared	0.047	0.043	0.059
Wald Chi-sq (7)	41.56	35.82	49.37
P-value	0.000	0.000	0.000
N	326	328	331

Note: * statistical significance at 10%, ** statistical significance at 5%, ***statistical significance at 1%. Συνεπή τυπ. σφάλματα στις παρενθέσεις

Πίνακας 4.7 (συνέχεια)

Indep. variables	Dependent variable: anxiety	
	model 4	model 5
gender (males)	0.190 (0.133)	0.173 (0.130)
age	0.012 (0.011)	0.011 (0.011)
married	0.282** (0.139)	0.290** (0.137)
loweduc	-0.086 (0.139)	-0.122 (0.138)
income	2.1E-05** (9.42E-06)	2.22E-05** (9.43E-06)
workinpublic	0.287** (0.143)	
wagesatisfaction	0.236* (0.131)	
jobsecurity		0.302** (0.135)
Pseudo R-squared	0.042	0.035
Wald Chi-sq (7)	30.51	
P-value	0.000	
Wald Chi-sq (6)		28.79
P-value		0.000
N	313	322

Note: * statistical significance at 10%, ** statistical significance at 5%.

*** statistical significance at 1%. Συνεπή τυπ. σφάλματα στις παρενθέσεις

Το αποτέλεσμα αυτό είναι αναμενόμενο καθώς ένα άτομο που εργάζεται στο δημόσιο τομέα αισθάνεται μεγαλύτερη ασφάλεια (δεν έχει το φόβο της απόλυσης) και μικρότερο άγχος σχετικά με την εργασία του (καθήκοντα που πρέπει να εκτελέσει, προθεσμίες, να είναι αποδοτικός και αποτελεσματικός κτλ.). Ένα άτομο που εργάζεται στον ιδιωτικό τομέα έχει άγχος σχετικά με την εργασία του καθώς ένα λάθος μπορεί να στοιχίσει τη θέση του στην εργασία. Σε όλα τα μοντέλα τα αποτελέσματα δείχνουν επίσης ότι οι άνδρες και οι παντρεμένοι έχουν μικρότερη πιθανότητα εμφάνισης άγχους ενώ ένα υψηλό εισόδημα μειώνει επίσης (σε πολύ μικρό βαθμό) την πιθανότητα εμφάνισης άγχους. Τα αποτελέσματα των υπόλοιπων ερμηνευτικών μεταβλητών δεν είναι στατιστικά σημαντικά.

4.4 Γενική κατάσταση της υγείας (self-assessed health status)

Οι απαντήσεις των ερωτηθέντων για τη γενική κατάσταση της υγείας έχουν να κάνουν με το ποια είναι η υγεία τους σε γενικές γραμμές κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών. Οι

απαντήσεις είναι οι εξής: ‘Πολύ κακή’, ‘Κακή’, ‘Μέτρια’, ‘Καλή’, ‘Πολύ καλή’ λαμβάνοντας τις τιμές από 1 έως 5. Η γενική κατάσταση της υγείας εκτιμάται με ordered μοντέλο διατηρώντας την προηγούμενη κλίμακα. Τα χαρακτηριστικά της εργασίας που επηρεάζουν σημαντικά τη γενική κατάσταση της υγείας των ατόμων είναι η ένταση της εργασίας, το εργασιακό άγχος και η επικίνδυνη εργασία. Η επικίνδυνη εργασία, σε αντίθεση με τα άλλα δύο χαρακτηριστικά που αφορούν την ικανοποίηση ή όχι από τους εργαζόμενους, έχει να κάνει με το εάν η εργασία είναι επικίνδυνη (τιμή 1) ή όχι (τιμή 0).

Πίνακας 4.8

Αποτελέσματα εκτίμησης των μοντέλων της γενικής
κατάστασης της υγείας (ordered probit)

Indep. variables	Dependent variable: sahs		
	model 1	model 2	model 3
gender (males)	0.227* (0.119)	0.232* (0.119)	0.303** (0.122)
age	-0.011 (0.010)	-0.012 (0.010)	-0.015 (0.010)
married	-0.176 (0.143)	-0.202 (0.141)	-0.194 (0.141)
loweduc	-0.407*** (0.112)	-0.407*** (0.112)	-0.368*** (0.116)
worktension	0.225** (0.113)		
jobstress		0.071** (0.033)	
dangerousjob			-0.312*** (0.118)
Pseudo R-squared	0.025	0.026	0.030
Wald Chi-sq (5)	24.23	25.93	29.66
P-value	0.000	0.000	0.000
N	397	400	398

Note: * statistical significance at 10%, ** statistical significance at 5%, *** statistical significance at 1%. Συνεπή τυπ. σφάλματα στις παρενθέσεις

Τρία μοντέλα εκτιμώνται με αυτά τα τρία χαρακτηριστικά (ένταση της εργασίας, εργασιακό άγχος, επικίνδυνη εργασία) να είναι οι κύριες ανεξάρτητες μεταβλητές και οι υπόλοιπες μεταβλητές να είναι τα δημογραφικά χαρακτηριστικά (βλ. Πίνακα 4.8). Το εισόδημα δεν περιλαμβάνεται στις αναλύσεις καθώς δεν είναι στατιστικά σημαντικό και η αφαίρεσή του από το υπόδειγμα αυξάνει το μέγεθος του δείγματος. Οι μεταβλητές που είναι στατιστικά σημαντικές και στα τρία μοντέλα είναι τα χαρακτηριστικά της εργασίας, το φύλο

και η χαμηλή εκπαίδευση. Η πιθανότητα για καλή γενική κατάσταση της υγείας είναι μεγαλύτερη για τους άνδρες και μικρότερη για τα άτομα με χαμηλή εκπαίδευση. Τα άτομα που είναι ικανοποιημένα με την ένταση της εργασίας και το εργασιακό άγχος έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα η γενική κατάσταση της υγείας τους να είναι καλύτερη ενώ η επικίνδυνη εργασία αυξάνει την πιθανότητα η γενική κατάσταση της υγείας ενός ατόμου να είναι κακή.

4.5 Συμπεράσματα

Το βασικό εμπειρικό κομμάτι βασίζεται στη μελέτη της ψυχικής υγείας και της έντασης της εργασίας. Η ένταση της εργασίας έχει τη μεγαλύτερη επίδραση στην ψυχική υγεία των εργαζομένων στην Ελλάδα. Τη σημαντική επίδραση της έντασης της εργασίας στην ψυχική υγεία βρίσκουν σε 15 ευρωπαϊκές χώρες (συμπεριλαμβανομένου και της Ελλάδας) και οι Cottini & Lucifora (2010). Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης δείχνουν ότι τα άτομα που είναι ικανοποιημένα με την ένταση της εργασίας έχουν 1,75 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν υψηλή ψυχική υγεία (πάνω από το μέσο όρο) σε σχέση με τα άτομα που δεν είναι ικανοποιημένα. Επίσης τα αποτελέσματα δείχνουν ότι οι άνδρες και οι παντρεμένοι έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν υψηλή ψυχική υγεία ενώ τα άτομα με χαμηλή εκπαίδευση έχουν μικρότερη πιθανότητα να εμφανίσουν υψηλή ψυχική υγεία σε σχέση με τα άτομα με μεσαία και υψηλή εκπαίδευση. Το εισόδημα επηρεάζει επίσης θετικά την πιθανότητα για υψηλή ψυχική υγεία αλλά η επίδρασή του είναι πολύ μικρή. Μία αύξηση του εισοδήματος κατά 1000€ έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση της πιθανότητας για υψηλή ψυχική υγεία κατά μόλις 0,00000623 μονάδες ή 0,000623%. Επίσης τα αποτελέσματα δείχνουν ότι δεν υπάρχει ενδογένεια μεταξύ εισοδήματος και ψυχικής υγείας. Εκτός της έντασης της εργασίας, δύο άλλα χαρακτηριστικά που δείχνουν να επηρεάζουν σημαντικά την ψυχική υγεία είναι ο μισθός και το αίσθημα ασφάλειας της εργασίας. Τα άτομα που είναι ικανοποιημένα με το μισθό και το αίσθημα ασφάλειας της εργασίας έχουν αντίστοιχα 1,58 φορές και 1,61 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν υψηλή ψυχική υγεία.

Εκτός από την ψυχική υγεία, άλλοι δύο δείκτες εξετάζονται σε σχέση με τα χαρακτηριστικά της εργασίας. Ο ένας αποτελεί βασικό δείκτη της ψυχικής υγείας που εξετάζεται σε μεγάλο βαθμό στη διεθνή βιβλιογραφία και είναι το άγχος ενώ ο δεύτερος δείκτης είναι αυτός της γενικής κατάστασης της υγείας (self-assessed health status) ο οποίος αποτελεί τον βασικό δείκτη μέτρησης της συνολικής υγείας ενός ατόμου (ψυχικής και σωματικής). Όσον αφορά το άγχος, τα χαρακτηριστικά της εργασίας που το επηρεάζουν σημαντικά είναι το περιβάλλον εργασίας, ο φόρτος εργασίας, η ένταση της εργασίας, ο

μισθός και το αίσθημα ασφάλειας της εργασίας. Τα άτομα που είναι ικανοποιημένα με τα προηγούμενα χαρακτηριστικά έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν μικρότερο άγχος. Οι άνδρες και οι παντρεμένοι έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν μικρότερο άγχος ενώ το εισόδημα σχετίζεται αρνητικά με το άγχος. Στα μοντέλα με το περιβάλλον εργασίας, τον φόρτο εργασίας, την ένταση της εργασίας και το μισθό σημαντική μεταβλητή αποτελεί εάν το άτομο εργάζεται στο δημόσιο ή ιδιωτικό τομέα. Οι εργαζόμενοι στο δημόσιο τομέα έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν μικρότερο άγχος σε σχέση με τους εργαζομένους στον ιδιωτικό τομέα. Από την άλλη, στη γενική κατάσταση της υγείας σημαντική επίδραση έχουν η ένταση της εργασίας, το εργασιακό άγχος και η επικίνδυνη εργασία. Οι πιθανότητες για καλύτερη γενική κατάσταση της υγείας είναι μεγαλύτερες για τα άτομα που είναι ικανοποιημένα με την ένταση της εργασίας και το εργασιακό άγχος ενώ η επικίνδυνη εργασία μειώνει την πιθανότητα η κατάσταση της υγείας ενός ατόμου να είναι καλή. Η πιθανότητα για καλή γενική κατάσταση της υγείας είναι επίσης σημαντικά μεγαλύτερη για τους άνδρες και μικρότερη για τα άτομα με χαμηλή εκπαίδευση.

Κεφάλαιο 5

Συμπεράσματα-προτάσεις

Οι συνθήκες εργασίας έχουν αλλάξει σε μεγάλο βαθμό τα τελευταία χρόνια και η επίδραση που έχουν στην ψυχική υγεία των εργαζομένων εξετάζεται εκτενώς στη διεθνή βιβλιογραφία. Οι βασικότεροι παράγοντες που επηρεάζουν την ψυχική υγεία των εργαζομένων είναι ο φόρτος εργασίας, οι ώρες εργασίας, ο έλεγχος της εργασίας, η κοινωνική υποστήριξη και το αίσθημα ασφάλειας της εργασίας. Οι περισσότερες μελέτες, όπως και η παρούσα, αναφέρουν ότι οι γυναίκες εμφανίζουν περισσότερα προβλήματα ψυχικής υγείας σε σχέση με τους άνδρες. Καθώς ο αριθμός των εργαζομένων γυναικών αυξάνεται, οι πολιτικές βελτίωσης των συνθηκών εργασίας θα πρέπει να επικεντρώνονται σε πρώτο βαθμό στη βελτίωση της ψυχικής υγείας των γυναικών.

Η παρούσα μελέτη δείχνει ότι ο σημαντικότερος παράγοντας που επηρεάζει την ψυχική υγεία των εργαζομένων ηλικίας 45-65 ετών είναι η ένταση της εργασίας. Την ένταση της εργασίας βρίσκουν ως σημαντικότερο παράγοντα της εργασίας που επηρεάζει την ψυχική υγεία των εργαζομένων και οι Cottini & Lucifora (2010). Έτσι, στην περίπτωση της Ελλάδας και για τους εργαζόμενους στο τελευταίο στάδιο της επαγγελματικής τους ζωής (45-65 ετών) μεγάλη βαρύτητα πρέπει να δίνεται στην ένταση της εργασίας. Οποιοσδήποτε καταστάσεις οδηγούν σε ένταση στην εργασία (π.χ. συγκρούσεις και διαφωνίες με συναδέλφους, εντατικός ρυθμός της εργασίας, δυσκολία συνεννόησης κτλ.) θα πρέπει να αποφεύγονται. Τα εμπειρικά αποτελέσματα δείχνουν επίσης ότι η ικανοποίηση των Ελλήνων εργαζομένων με το περιβάλλον εργασίας, τον φόρτο εργασίας, την ένταση της εργασίας, το μισθό και το αίσθημα ασφάλειας της εργασίας μειώνει το άγχος, βασικό δείκτη μέτρησης της ψυχικής υγείας. Το άγχος είναι επίσης μικρότερο για τους εργαζόμενους στο δημόσιο τομέα. Αυτό το αποτέλεσμα δείχνει ότι οι επιχειρήσεις στον ιδιωτικό τομέα είναι αυτές που πρέπει να δώσουν μεγαλύτερη βαρύτητα στις συνθήκες εργασίας και την ψυχική υγεία των εργαζομένων.

Οι συνθήκες εργασίας επηρεάζουν όχι μόνο την ψυχική υγεία των ατόμων αλλά και την απόδοσή τους στην εργασία. Η αντιμετώπιση των παραγόντων που προκαλούν προβλήματα στην ψυχική υγεία έχει ως αποτέλεσμα και την αύξηση της απόδοσης των εργαζομένων καθώς ψυχική υγεία και απόδοση συνδέονται. Η βελτίωση της ψυχικής υγείας οδηγεί σε αύξηση της απόδοσης. Οι οργανισμοί θα πρέπει να επιδιώκουν τη βελτίωση των συνθηκών εργασίας καθώς το κέρδος που θα έχουν μακροχρόνια είναι μεγαλύτερο από το κόστος

εφαρμογής προγραμμάτων-παρεμβάσεων. Όπως αναφέρει η Neira (WHO, 2010, p.ii) ‘ο πλούτος της επιχείρησης εξαρτάται από την υγεία των εργαζομένων’.

Διάφοροι τρόποι αντιμετώπισης των χαρακτηριστικών της εργασίας που προκαλούν προβλήματα ψυχικής υγείας έχουν διατυπωθεί καθώς και τρόποι βελτίωσης του περιβάλλοντος εργασίας που σχετίζεται με τη σωματική υγεία των εργαζομένων. Περιληπτικά, μερικοί τρόποι βελτίωσης της ψυχικής υγείας και έμμεσα και της απόδοσης των εργαζομένων είναι η αύξηση του ελέγχου της εργασίας (μεγαλύτερο εύρος αποφάσεων και αυτονομία), η κοινωνική υποστήριξη, η εξασφάλιση ενός ασφαλούς περιβάλλοντος εργασίας (αναφορικά με τους κινδύνους και τα ατυχήματα), η καθιέρωση ευέλικτων προγραμμάτων εργασίας, η αύξηση της συμμετοχής του εργαζομένου σε θέματα εργασίας (involvement), τα προγράμματα βοήθειας των υπαλλήλων (EAP), η εκπαίδευση και η πληροφόρηση των εργαζομένων για τους κινδύνους εργασίας, η παροχή συμβουλών, η ανάπτυξη κινήτρων, η άσκηση κ.ά.

Οι διάφοροι τρόποι αντιμετώπισης των χαρακτηριστικών της εργασίας που προκαλούν προβλήματα στην ψυχική υγεία αποτελούν ενδιαφέρουσες προτάσεις για περαιτέρω έρευνα. Εκτός της καταγραφής και του ελέγχου των χαρακτηριστικών της εργασίας που επηρεάζουν την ψυχική υγεία, ενδιαφέρουσα και πολύτιμη συνεισφορά θα έχει η μελέτη των προγραμμάτων-παρεμβάσεων στα εργασιακά χαρακτηριστικά. Η εμπειρική μελέτη των τρόπων και προγραμμάτων βελτίωσης της ψυχικής υγείας και της απόδοσης των εργαζομένων θα οδηγήσει στη δημιουργία μίας εικόνας για το ποια είναι εκείνα τα προγράμματα και οι μέθοδοι αντιμετώπισης των ‘επιβλαβών’ χαρακτηριστικών της εργασίας που είναι αποτελεσματικοί, δηλ. βελτιώνουν την υγεία και την απόδοση των εργαζομένων καθώς και σε τι βαθμό επηρεάζουν την υγεία των εργαζομένων, δηλ. ποια είναι περισσότερο αποτελεσματικά. Οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής θα ελέγχουν τους τρόπους και τα προγράμματα βελτίωσης της υγείας των εργαζομένων και στη συνέχεια θα αναλύσουν το κόστος έτσι ώστε να ελέγξουν ποιοι τρόποι και ποια προγράμματα είναι βιώσιμα και επικερδή για την επιχείρηση και ταυτόχρονα αποτελεσματικά στη βελτίωση της ψυχικής υγείας των εργαζομένων.

Στην περίπτωση της Ελλάδας εκτός από τη μελέτη των μεθόδων και προγραμμάτων βελτίωσης της υγείας των εργαζομένων, μπορούν να γίνουν μελέτες και για τους εργαζόμενους κάτω των 45 ετών έτσι ώστε να σχηματιστεί μία πλήρη εικόνα σχετικά με την ψυχική υγεία των εργαζομένων και τις συνθήκες εργασίας ενώ επίσης μελέτες μπορούν να γίνουν σχετικά με τη σωματική υγεία των εργαζομένων και τις συνθήκες εργασίας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Alcalay R. and Pasick R. J. (1983), "Psycho-social factors and the technologies of work", *Social Science & Medicine*, **17**, 1075-1084
- Allison R. A. and Foster J. E. (2004), "Measuring health inequality using qualitative data", *Journal of Health Economics*, **23**, 505-524
- Andersson R. and Menckel E. (1995), "On the prevention of accidents and injuries: a comparative analysis of conceptual frameworks", *Accident Analysis & Prevention*, **27**, 757-768
- Andrews F. M. (1974), "Social indicators of perceived life quality", *Social Indicators Research*, **1**, 279-299
- Andrews F. M. and Farris G. F. (1972), "Time pressure and performance of scientists and engineers: a five-year panel study", *Organizational Behavior and Human Performance*, **8**, 185-200
- Antoniou A.-S., Polychroni F. and Vlachakis A.-N. (2006), "Gender and age differences in occupational stress and burnout between primary and high-school teachers in Greece", *Journal of Managerial Psychology*, **21**, 682-690
- Antoniou A.-S. G., Davidson M. J. and Cooper C. L. (2003), "Occupational stress, job satisfaction and health state in male and female junior hospital doctors in Greece", *Journal of Managerial Psychology*, **18**, 592-621
- Arsenault A., Dolan S. L. and van Ameringen M. R. (1991), "Stress and mental strain in hospital work: exploring the relationship beyond personality", *Journal of Organizational Behavior*, **12**, 483-493
- Arthur A. R. (2000), "Employee assistance programmes: the emperor's new clothes of stress management?", *British Journal of Guidance & Counselling*, **28**, 549-559
- Askenazy P. and Moreno Galbis E. (2007), "The impact of technological and organizational changes on labor flows: evidence on French establishments", *Labour*, **21**, 265-301

- Baba V. V., Galperin B. L and Lituchy T. R. (1999), "Occupational mental health: a study of work-related depression among nurses in the Caribbean", *International Journal of Nursing Studies*, **36**, 163-169
- Baguma P. (2003), "Stress, job satisfaction and well-being among policewomen in Uganda" In: Psychological stress and well-being, *African Newsletter on Occupational Health and Safety*, **13** pp. 39-42
- Banks M. H., Clegg C. W., Jackson P. R., Kemp N. J., Stafford E. M. and Wall T. (1980), "The use of the General Health Questionnaire as an indicator of mental health in occupational studies", *Journal of Occupational Psychology*, **53**, 187-194
- Batt R. and Valcour P. M. (2003), "Human resources practices as predictors of work-family outcomes and employee turnover", *Industrial Relations*, **42**, 189-220
- Beehr T. A and Newman J. E. (1978), "Job stress, employee health, and organizational effectiveness: a facet analysis, model, and literature review", *Personnel Psychology*, **31**, 665-699
- Beiser M. (1974), "Components and correlates of mental well-being", *Journal of Health and Social Behavior*, **15**, 320-327
- Berridge J. R. and Cooper C. L. (1993), "Stress and coping in US organizations: the role of the employee assistance programme", *Work & Stress*, **7**, 89-102
- Berridge J. R. and Cooper C. L. (1994), "The employee assistance programme: its role in organizational coping and excellence", *Personnel Review*, **23**, 4-20
- Berwick D. M., Murphy J. M., Goldman P. A., Ware J. E., Barsky A. J. and Weinstein M. C. (1991), "Performance of a five-item mental health screening test", *Medical Care*, **29**, 169-176
- Black S. E. and Lynch L. M. (2001), "How to compete: the impact of workplace practices and information technology on productivity", *The Review of Economics and Statistics*, **83**, 434-445
- Bliese P. D. and Halverson R. R. (1996), "Individual and nomothetic models of job stress: an examination of work hours, cohesion, and well-being", *Journal of Applied Social Psychology*, **26**, 1171-1189

- Bohle P. and Tilley A. J. (1989), "The impact of night work on psychological well-being", *Ergonomics*, **32**, 1089-1099
- Bound J., Brown C. and Mathiowetz N. (2001), "Measurement error in survey data", *Handbook of Econometrics*, **5**, 3705-3843
- Brief A. P., Burke M. J., George J. M., Robinson B. S. and Webster J. (1988), "Should negative affectivity remain an unmeasured variable in the study of job stress?", *Journal of Applied Psychology*, **73**, 193-198
- Buhai S., Cottini E. and Westergard-Nielsen N. (2008), "The impact of workplace conditions on firm performance", Tinbergen Institute Discussion Paper No.077/3
- Burgard S. A., Brand J. E. and House J. S. (2009), "Perceived job insecurity and worker health in the United States", *Social Science & Medicine*, **69**, 777-785
- Burke M. J., Brief A. P. and George J. M. (1993), "The role of negative affectivity in understanding relations between self-reports of stressors and strains: a comment on the applied psychology literature", *Journal of Applied Psychology*, **78**, 402-412
- Burke R. J. (2000), "Workaholism in organizations: psychological and physical well-being consequences", *Stress Medicine*, **16**, 11-16
- Burke R. J. and Greenglass E. R. (2000), "Work status congruence, work outcomes and psychological well-being", *Stress Medicine*, **16**, 91-99
- Cahill J. (1996), "Psychosocial aspects of interventions in occupational safety and health", *American Journal of Industrial Medicine*, **29**, 308-313
- Cameron C. (1971), "Fatigue problems in modern industry", *Ergonomics*, **14**, 713-720
- Cappelli P. and Neumark D. (1999), "Do 'high performance' work practices improve establishment-level outcomes? ", Working Paper 7374
- Chen P. Y. and Spector P. E. (1991), "Negative affectivity as the underlying cause of correlations between stressors and strains", *Journal of Applied Psychology*, **76**, 398-407
- Cheng G. H.-L. and Chan D. K.-S. (2008), "Who suffers more from job insecurity? A meta-analytic review", *Applied Psychology*, **57**, 272-303

- Cheng Y., Chen C.-W., Chen C.-J. and Chiang T.-L. (2005), "Job insecurity and its association with health among employees in the Taiwanese general population", *Social Science & Medicine*, **61**, 41-52
- Clarke E. E. K. (2003), "Contribution of occupational health and safety factors to the brain drain in the health sector" In: Psychological stress and well-being, *African Newsletter on Occupational Health and Safety*, **13** pp. 47-49
- Clarke S. G. and Cooper C. L. (2000), "The risk management of occupational stress", *Health, Risk & Society*, **2**, 173-187
- Cobb S. (1976), "Social support as a moderator of life stress", *Psychosomatic Medicine*, **38**, 300-314
- Cooper C. L. and Bramwell R. S. (1992), "A comparative analysis of occupational stress in managerial and shopfloor workers in the brewing industry: mental health, job satisfaction and sickness", *Work & Stress*, **6**, 127-138
- Cooper C. L. and Cartwright S. (1994), "Stress-management interventions in the workplace: stress counselling and stress audits", *British Journal of Guidance & Counselling*, **22**, 65-73
- Cooper C. L. and Davidson M. J. (1982), "The high cost of stress on women managers", *Organizational Dynamics*, **10**, 44-53
- Costa Jr. P. T., Bagby R. M., Herbst J. H. and McCrae R. R. (2005), "Personality self-reports are concurrently reliable and valid during acute depressive episodes", *Journal of Affective Disorders*, **89**, 45-55
- Cottini E. and Lucifora C. (2009), "Health at work and low-pay: a European perspective", Working Paper No. IEIL0056
- Cottini E. and Lucifora C. (2010), "Mental health and working conditions in European countries", IZA Discussion Paper No. 4717
- Cottini E., Kato T. and Westergaard-Nielsen N. (2009), "Adverse workplace conditions, high-involvement work practices and labor turnover: evidence from Danish linked employer-employee data", IZA Discussion Paper No. 4587

- Crossley T. F. and Kennedy S. (2002), "The reliability of self-assessed health status", *Journal of Health Economics*, **21**, 643-658
- Crump J. H., Cooper C. L. and Maxwell V. B. (1981), "Stress among air traffic controllers: occupational sources of coronary heart disease risk", *Journal of Occupational Behavior*, **2**, 293-303
- Daniels K. and Guppy A. (1995), "Stress, social support and psychological well-being in British accountants", *Work & Stress*, **9**, 432-447
- Daniilidou N. V., Gregory S., Kyriopoulos J. H. and Zavras D. J. (2004). "Factors associated with self-rated health in Greece: a population-based postal survey", *European Journal of Public Health*, **14**, 209-211
- Davidson M. J. and Cooper C. L. (1984), "Occupational stress in female managers: a comparative study", *Journal of Management Studies*, **21**, 185-205
- del Campo C., Monteiro C. M. F. and Soares J. O. (2008), "The European regional policy and the socio-economic diversity of European regions: a multivariate analysis", *European Journal of Operational Research*, **187**, 600-612
- Denton M., Prus S. and Walters V. (2004), "Gender differences in health: a Canadian study of the psychosocial, structural and behavioural determinants of health", *Social Science & Medicine*, **58**, 2585-2600
- De Witte H. (1999), "Job insecurity and psychological well-being: review of the literature and exploration of some unresolved issues", *European Journal of Work and Organizational Psychology*, **8**, 155-177
- Doellgast V. (2008), "Collective bargaining and high-involvement management in comparative perspective: evidence from US and German call centers", *Industrial Relations*, **47**, 284-319
- D' Souza R. M., Strazdins L., Clements M. S., Broom D. H., Parslow R. and Rodgers B. (2005), "The health effects of jobs: status, working conditions, or both?", *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, **29**, 222-228
- Duffy C. A. and McGoldrick A. E. (1990), "Stress and the bus driver in the UK transport industry", *Work & Stress*, **4**, 17-27

- Ellenbecker M. J. (1996), "Engineering controls as intervention to reduce worker exposure", *American Journal of Industrial Medicine*, **29**, 303-307
- Emslie C. and Hunt K. and Macintyre S. (1999), "Problematizing gender, work and health: the relationship between gender, occupational grade, working conditions and minor morbidity in full-time bank employees", *Social Science & Medicine*, **48**, 33-48
- Ettner S. L. (1996), "New evidence on the relationship between income and health", *Journal of Health Economics*, **15**, 67-85
- Ezoe S. and Morimoto K. (1994), "Behavioral lifestyle and mental health status of Japanese factory workers", *Preventive Medicine*, **23**, 98-105
- Feinstein J. S. (1993), "The relationship between socioeconomic status and health: a review of the literature", *The Milbank Quarterly*, **71**, 279-322
- Ferrie J. E. (2001), "Is job insecurity harmful to health?", *Journal of the Royal Society of Medicine*, **94**, 71-76
- Ferrie J. E., Shipley M. J., Newman K., Stansfeld S. A. and Marmot M. (2005), "Self-reported job insecurity and health in the Whitehall II study: potential explanations of the relationship", *Social Science & Medicine*, **60**, 1593-1602
- Fone D., Dunstan F., Williams G., Lloyd K. and Palmer S. (2007), "Places, people and mental health: a multilevel analysis of economic inactivity", *Social Science & Medicine*, **64**, 633-645
- Forrest D. A., Fraser H. R. and Priest G. R. (1965), "Environmental factors in depressive illness", *British Journal of Psychiatry*, **111**, 243-253
- Freudenberger H. J. (1974), "Staff burn-out", *Journal of Social Issues*, **30**, 159-165
- Friedman M., Rosenman R. H. and Carroll V. (1958), "Changes in the serum cholesterol and blood clotting time in men subjected to cyclic variation of occupational stress", *Circulation*, **17**, 852-861
- Fuchs V. R. (2004), "Reflections on the socio-economic correlates of health", *Journal of Health Economics*, **23**, 653-661
- Gaillard A. W. K. (1993), "Comparing the concepts of mental load and stress", *Ergonomics*, **36**, 991-1005

- Gallagher K. S. and Mechanic D. (1996), "Living with the mentally ill: effects on the health and functioning of other household members", *Social Science & Medicine*, **42**, 1691-1701
- Ganster D. C. (2008), "Measurement challenges for studying work-related stressors and strains", *Human Resource Management Review*, **18**, 259-270
- Ganster D. C., Fox M. and Dwyer D. (2001), "Explaining employee health care costs: A prospective examination of stressful job demands, personal control and physiological reactivity", *Journal of Applied Psychology*, **86**, 954-964
- Gournas G., Madianos M. G. and Stefanis C. N. (1992), "Psychological functioning and psychiatric morbidity in an elderly population in Greece", *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, **242**, 127-134
- Gove W. R. (1972), "The relationship between sex roles, marital status, and mental illness", *Social Forces*, **51**, 34-44
- Grasso P. G. (1996), "Intervention research: GAO experiences", *American Journal of Industrial Medicine*, **29**, 362-366
- Greene W. H. (2008). *Econometric Analysis*, 6th edition, Prentice Hall
- Greenhalgh L. and Rosenblatt Z. (1984), "Job insecurity: toward conceptual clarity", *Academy of Management Review*, **9**, 438-448
- Groshen E. L. and Williams D. R. (1992), "White- and blue-collar jobs in the recent recession and recovery: who's singing the blues?", *Economic Review*, Federal Reserve Bank of Cleveland, **28**, 2-12
- Guastello S. J. (1993), "Do we really know how well our occupational accident prevention programs work?", *Safety Science*, **16**, 445-463
- Gujarati D. N. (2003). *Basic Econometrics*, 4th edition, McGraw-Hill, New York
- Gupta N. and Beehr T. A. (1979), "Job stress and employee behaviors", *Organizational Behavior and Human Performance*, **23**, 373-387
- Hackman J. R. and Oldham G. R. (1976), "Motivation through the design of work: test of a theory", *Organizational Behavior and Human Performance*, **16**, 250-279

- Halperin W. E. (1996), "The role of surveillance in the hierarchy of prevention", *American Journal of Industrial Medicine*, **29**, 321-323
- Harnois G. and Gabriel P. (2000), "Mental health and work: impact, issues and good practices", Geneva, World Health Organization and International Labour Organisation, found in http://www.who.int/mental_health/media/en/73.pdf
- Hausman J. A. (1978), "Specification tests in econometrics", *Econometrica*, **46**, 1251-1271
- Haynes S. G. and Feinleib M. (1980), "Women, work and coronary heart disease: prospective findings from the Framingham Heart Study", *American Journal of Public Health*, **70**, 133-141
- Heinisch D. A. and Jex S. M. (1997), "Negative affectivity and gender as moderators of the relationship between work-related stressors and depressed mood at work", *Work & Stress*, **11**, 46-57
- Heinisch D. A. and Jex S. M. (1998), "Measurement of negative affectivity: a comparison of self-reports and observer ratings", *Work & Stress*, **12**, 145-160
- Hennigan J. K. and Wortham A. W. (1975), "Analysis of workday stresses on industrial managers using heart rate as a criterion", *Ergonomics*, **18**, 675-681
- Hotopf M. and Wessely S. (1997), "Stress in the workplace: unfinished business", *Journal of Psychosomatic Research*, **43**, 1-6
- House J. S. (1974), "Occupational stress and coronary heart disease: a review and theoretical integration", *Journal of Health and Social Behavior*, **15**, 12-27
- House J. S., Strecher V., Metzner H. L. and Robbins C. A. (1986), "Occupational stress and health among men and women in the Tecumseh Community Health Study", *Journal of Health and Social Behavior*, **27**, 62-77
- House J. S., Wells J. A., Landerman L. R., McMichael A. J. and Kaplan B. H. (1979), "Occupational stress and health among factory workers", *Journal of Health and Social Behavior*, **20**, 139-160
- Hurrell J. J., Jr. and Murphy L. R. (1996), "Occupational stress intervention", *American Journal of Industrial Medicine*, **29**, 338-341

- Huselid M. A. and Becker B. E. (1996), "Methodological issues in cross-sectional and panel estimates of the human resource-firm performance link", *Industrial Relations*, **35**, 400-422
- Iacovides A., Fountoulakis K. N., Kaprinis S. and Kaprinis G. (2003), "The relationship between job stress, burnout and clinical depression", *Journal of Affective Disorders*, **75**, 209-221
- Idler E. L. and Kasl S. V. (1995), "Self-ratings of health: do they also predict change in functional ability?", *Journal of Gerontology: Social Sciences*, **50B**, S344-S353
- Jackson S. E. and Maslach C. (1982), "After-effects of job-related stress: families as victims", *Journal of Occupational Behaviour*, **3**, 63-77
- Jex S. M. and Spector P. E. (1996), "The impact of negative affectivity on stressor-strain relations: a replication and extension", *Work & Stress*, **10**, 36-45
- Jick T. D. and Mitz L. F. (1986), "Sex differences in work stress", *Journal of Library Administration*, **7**, 135-152
- Jones A. (2007). *Applied Econometrics for Health Economists: a practical guide*, 2nd edition, Radcliffe Publishing
- Jones D. C., Kalmi P. and Kauhanen A. (2006), "Human resource management policies and productivity: new evidence from an econometric case study", *Oxford Review of Economic Policy*, **22**, 526-538
- Jones J. G., Janman K., Payne R. L. and Rick J. T. (1987), "Some determinants of stress in psychiatric nurses", *International Journal of Nursing Studies*, **24**, 129-144
- Kahya E. (2007), "The effects of job characteristics and working conditions on job performance", *International Journal of Industrial Ergonomics*, **37**, 515-523
- Karasek R. A. (1979), "Job demands, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign", *Administrative Science Quarterly*, **24**, 285-308
- Karasek R., Baker D., Marxer F., Ahlbom A. and Theorell T. (1981), "Job decision latitude, job demands, and cardiovascular disease: a prospective study of Swedish men", *American Journal of Public Health*, **71**, 694-705

- Karasek R., Gardell B. and Lindell J. (1987), "Work and non-work correlates of illness and behaviour in male and female Swedish white collar workers", *Journal of Occupational Behaviour*, **8**, 187-207
- Kato T. and Morishima M. (2002), "The productivity effects of participatory employment practices: evidence from new Japanese panel data", *Industrial Relations*, **41**, 487-520
- Kauppinen-Toropainen K., Kandolin I. and Mutanen P. (1983), "Job dissatisfaction and work-related exhaustion in male and female work", *Journal of Occupational Behaviour*, **4**, 193-207
- Kawakami N., Roberts C. R. and Haratani T. (1995), "Job stress characteristics of computer work in Japan", *Advances in Human Factors/Ergonomics*, **20**, 705-710
- Kompier M. A. J., Cooper C. L. and Geurts S. A. E. (2000), "A multiple case study approach to work stress prevention in Europe", *European Journal of Work and Organizational Psychology*, **9**, 371-400
- Kortum E., Leka S. and Cox T. (2010), "Psychosocial risks and work-related stress in developing countries: health impact, priorities, barriers and solutions", *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, **23**, 225-238
- Kristensen T. S. (1991), "Sickness absence and work strain among Danish slaughterhouse workers: an analysis of absence from work regarded as coping behaviour", *Social Science & Medicine*, **32**, 15-27
- Lahelma E., Laaksonen M., Martikainen P., Rahkonen O. and Sarlio-Lahteenkorva S. (2006), "Multiple measures of socioeconomic circumstances and common mental disorders", *Social Science & Medicine*, **63**, 1383-1399
- Landsbergis A. P. (1988), "Occupational stress among health care workers: a test of the job demands-control model", *Journal of Organizational Behavior*, **9**, 217-239
- LaRocco J. M., House J. S. and French Jr. J. R. P. (1980), "Social support, occupational stress, and health", *Journal of Health and Social Behavior*, **21**, 202-218
- Laszlo K. D., Pikhart H., Kopp M. S., Bobak M., Pajak A., Malyutina S., Salavecz G. and Marmot M. (2010), "Job insecurity and health: a study of 16 European countries", *Social Science & Medicine*, **70**, 867-874

- Leigh J. P., Cone J. E. and Harrison R. (2001), "Costs of occupational injuries and illnesses in California", *Preventive Medicine*, **32**, 393-406
- Liu C., Spector P. E. and Jex S. M. (2005), "The relation of job control with job strains: a comparison of multiple data sources", *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, **78**, 325-336
- Manning M. R., Jackson C. N. and Fusilier M. R. (1996), "Occupational stress, social support and the costs of health care", *Academy of Management Journal*, **39**, 738-750
- Marmot M., Feeney A., Shipley M., North F. and Syme S. L. (1995), "Sickness absence as a measure of health status and functioning: from the UK Whitehall II study", *Journal of Epidemiology and Community Health*, **49**, 124-130
- Martikainen P., Adda J., Ferrie J. E., Davey Smith G. and Marmot M. (2003), "Effects of income and wealth on GHQ depression and poor self rated health in white collar women and men in the Whitehall II study", *Journal of Epidemiology & Community Health*, **57**, 718-723
- Maslach C. and Jackson S. E. (1981), "The measurement of experienced burnout", *Journal of Occupational Behaviour*, **2**, 99-113
- Matteson M. T. and Ivancevich J. M. (1979), "Organizational stressors and heart disease: a research model", *Academy of Management Review*, **4**, 347-357
- McAfee R. B. and Winn A. R. (1989), "The use of incentives/feedback to enhance work place safety: a critique of the literature", *Journal of Safety Research*, **20**, 7-19
- McHorney C. A. and Ware J. E., Jr. (1995), "Construction and validation of an alternate form general mental health scale for the medical outcomes study short-form 36-item health survey", *Medical Care*, **33**, 15-28
- Moir S. and Buchholz B. (1996), "Emerging participatory approaches to ergonomic interventions in the construction industry", *American Journal of Industrial Medicine*, **29**, 425-430
- Mulvaney-Day N. E., Alegria M. and Sribney W. (2007), "Social cohesion, social support, and health among Latinos in the United States", *Social Science & Medicine*, **64**, 477-495

Murphy L. R. and Hurrell J. J., Jr. (1993), "Stress management in the process of occupational stress reduction", *Journal of Managerial Psychology*, **2**, 18-23

Murray C. J. L. (1994), "Quantifying the burden of disease: the technical basis for disability-adjusted life years", *Bulletin of the World Health Organization*, **72**, 429-445

Nakao M., Nishikitani M., Shima S. and Yano E. (2007), "A 2-year cohort study on the impact of an employee assistance programme (EAP) on depression and suicidal thoughts in male Japanese workers", *International Archives of Occupational and Environmental Health*, **81**, 151-157

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

Nixon A. E., Mazzola J. J., Bauer J., Krueger J. R. and Spector P. E. (2011), "Can work make you sick? A meta-analysis of the relationships between job stressors and physical symptoms", *Work & Stress*, **25**, 1-22

Noce K. J. and Stanford J. A. (2007). Blue-collar and white-collar jobs. In: Walden M, Thoms P (Eds), *Battleground: business, USA 2007*. pp. 24-30, found in <http://books.google.gr>

North F. M., Syme S. L., Feeney A., Shipley M. and Marmot M. (1996), "Psychosocial work environment and sickness absence among British civil servants: the Whitehall II study", *American Journal of Public Health*, **86**, 332-340

Pappas N. A., Alamanos Y. and Dimoliatis I. DK. (2005), "Self-rated health, work characteristics and health related behaviours among nurses in Greece: a cross sectional study", *BMC Nursing*, **4**, 8

Parkes K. R. (1990), "Coping, negative affectivity, and the work environment: additive and interactive predictors of mental health", *Journal of Applied Psychology*, **75**, 399-409

Patterson F. (2001), "Developments in work psychology: emerging issues and future trends", *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, **74**, 381-390

Payne R. and Fletcher B. C. (1983), "Job demands, supports, and constraints as predictors of psychological strain among schoolteachers", *Journal of Vocational Behavior*, **22**, 136-147

- Payne R. L. and Morrison D. (1999), "The importance of knowing the affective meaning of job demands revisited", *Work & Stress*, **13**, 280-288
- Pelfrene E., Vlerick P., Mak R. P., De Smet P., Kornitzer M. and De Becker G. (2001), "Scale reliability and validity of the Karasek 'Job Demand-Control-Support' model in the Belstress study", *Work & Stress*, **15**, 297-313
- Plaisier I., de Bruijn J. G. M., de Graaf R., ten Have M., Beekman A. T. F. and Penninx B. W. J. H. (2007), "The contribution of working conditions and social support to the onset of depressive and anxiety disorders among male and female employees", *Social Science & Medicine*, **64**, 401-410
- Platt S., Pavis S. and Akram G. (1999), "Changing labour market conditions and health: a systematic literature review", *European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions*, printed in Dublin, Ireland
- Prosser D., Johnson S., Kuipers E., Szmukler G., Bebbington P. and Thornicroft G. (1997), "Perceived sources of work stress and satisfaction among hospital and community mental health staff, and their relation to mental health, burnout and job satisfaction", *Journal of Psychosomatic Research*, **43**, 51-59
- Radloff L. (1975), "Sex differences in depression: the effects of occupation and marital status", *Sex Roles*, **1**, 249-265
- Rahe R. H., Gunderson E. and Arthur R. J. (1970), "Demographic and psychosocial factors in acute illness reporting", *Journal of Chronic Diseases*, **23**, 245-255
- Reeder L. G., Schrama P. G. M. and Dirken J. M. (1973), "Stress and cardiovascular health: an international cooperative study – I", *Social Science & Medicine*, **7**, 573-584
- Reynolds S. (1997), "Psychological well-being at work: is prevention better than cure?", *Journal of Psychosomatic Research*, **43**, 93-102
- Reynolds S. (2000), "Interventions: what works, what doesn't?", *Occupational Medicine*, **50**, 315-319
- Ringen K. and Stafford E. J. (1996), "Intervention research in occupational safety and health: examples from construction", *American Journal of Industrial Medicine*, **29**, 314-320

Robertson I. T., Cooper C. L. and Williams J. (1990), "The validity of the occupational stress indicator", *Work & Stress*, **4**, 29-39

Robone S., Jones A. and Rice N. (2011), "Contractual conditions, working conditions and their impact on health and well-being", *European Journal of Health Economics*, **12**, 429-444

Rost K., Smith J. L. and Dickinson M. (2004), "The effect of improving primary care depression management on employee absenteeism and productivity", *Medical Care*, **42**, 1202-1210

Rugulies R., Bultmann U., Aust B. and Burr Hermann (2006), "Psychosocial work environment and incidence of severe depressive symptoms: prospective findings from a 5-year follow-up of the Danish Work Environment Cohort Study", *American Journal of Epidemiology*, **163**, 877-887

Sales S. M. (1970), "Some effects of role overload and role underload", *Organizational Behavior and Human Performance*, **5**, 592-608

Sargan J. D. (1958), "The estimation of economic relationships using instrumental variables", *Econometrica*, **26**, 393-415

Scar M., Reeder L. G. and Dirken J. M. (1973), "Stress and cardiovascular health: an international cooperative study – II", *Social Science & Medicine*, **7**, 585-603

Schreurs B., van Emmerik H., Notelaers G. and De Witte H. (2010), "Job insecurity and employee health: the buffering potential of job control and job self-efficacy", *Work & Stress*, **24**, 56-72

Schutte N., Toppinen S., Kalimo R. and Schaufeli W. (2000), "The factorial validity of the Maslach Burnout Inventory-General Survey (MBI-GS) across occupational groups and nations", *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, **73**, 53-66

Shannon H. S., Robson L. S. and Guastello S. J. (1999), "Methodological criteria for evaluating occupational safety intervention research", *Safety Science*, **31**, 161-179

Shannon H. S., Robson L. S. and Sale J. E. M. (2001), "Creating safer and healthier workplaces: role of organizational factors and job characteristics", *American Journal of Industrial Medicine*, **40**, 319-334

Shirom A., Eden D., Silberwasser S. and Kellermann J. J. (1973), "Job stresses and risk factors in coronary heart disease among five occupational categories in Kibbutzim", *Social Science & Medicine*, **7**, 875-892

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

Sorensen G., Pirie P., Folsom A., Luepker R., Jacobs D. and Gillum R. (1985), "Sex differences in the relationship between work and health: the Minnesota Heart Survey", *Journal of Health and Social Behavior*, **26**, 379-394

Sparks K., Cooper C., Fried Y. and Shirom A. (1997), "The effects of hours of work on health: a meta-analytic review", *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, **70**, 391-408

Sparks K., Faragher B. and Cooper C. L. (2001), "Well-being and occupational health in the 21st century workplace", *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, **74**, 489-509

Spector P. E. (1987), "Interactive effects of perceived control and job stressors on affective reactions and health outcomes for clerical workers", *Work & Stress*, **1**, 155-162

Spector P. E., Zapf D., Chen P. Y. and Frese M. (2000), "Why negative affectivity should not be controlled in job stress research: don't throw out the baby with the bath water", *Journal of Organizational Behavior*, **21**, 79-95

Spurgeon A., Harrington J. M. and Cooper C. L. (1997), "Health and safety problems associated with long working hours: a review of the current position", *Occupational and Environmental Medicine*, **54**, 367-375

Stansfeld S. A., North F. M., White I. and Marmot M. G. (1995), "Work characteristics and psychiatric disorder in civil servants in London", *Journal of Epidemiology and Community Health*, **49**, 48-53

Stayner L., Kuempel E., Rice F., Prince M. and Althouse R. (1996), "Approaches for assessing the efficacy of occupational health and safety standards", *American Journal of Industrial Medicine*, **29**, 353-357

Steffy B. D. and Jones J. W. (1988), "Workplace stress and indicators of coronary-disease risk", *Academy of Management Journal*, **31**, 686-698

Stewart-Brown S. and Layte R. (1997), "Emotional health problems are the most important cause of disability in adults of working age: a study in the four countries of the old Oxford region", *Journal of Epidemiology and Community Health*, **51**, 672-675

Taber T. D., Beehr T. A. and Walsh J. T. (1985), "Relationships between job evaluation ratings and self-ratings of job characteristics", *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, **35**, 27-45

Tennant C. (2001), "Work-related stress and depressive disorders", *Journal of Psychosomatic Research*, **51**, 697-704

Toppinen-Tanner S., Kalimo R. and Mutanen P. (2002), "The process of burnout in white-collar and blue-collar jobs: eight-year prospective study of exhaustion", *Journal of Organizational Behavior*, **23**, 555-570

Umstot D. D., Mitchell T. R. and Bell C. H. (1978), "Goal setting and job enrichment: an integrated approach to job design", *The Academy of Management Review*, **3**, 867-879

Van der Doef M. and Maes S. (1999), "The job demand-control (-support) model and psychological well-being: a review of 20 years of empirical research", *Work & Stress*, **13**, 87-114

Ware J. E., Jr. and Sherbourne C. D. (1992), "The MOS 36-item short-form health survey (SF-36) I: conceptual framework and item selection", *Medical Care*, **30**, 473-483

Warr P. (1994), "A conceptual framework for the study of work and mental health", *Work & Stress*, **8**, 84-97

Warr P., Butcher V. and Robertson I. (2004), "Activity and psychological well-being in older people", *Aging & Mental Health*, **8**, 172-183

Watson D., Clark L. A. and Carey G. (1988), "Positive and negative affectivity and their relation to anxiety and depressive disorders", *Journal of Abnormal Psychology*, **97**, 346-353

Watson D., Pennebaker J. W. and Folger R. (1987), "Beyond negative affectivity: measuring stress and satisfaction in the workplace", *Journal of Organizational Behavior Management*, **8**, 141-158

Wilkinson R. T. (1964), "Effects of up to go hours' sleep deprivation on different types of work", *Ergonomics*, **7**, 175-186

Williams L. J., Gavin M. B. and Williams M. L. (1996), "Measurement and non-measurement processes with negative affectivity and employee attitudes", *Journal of Applied Psychology*, **81**, 88-101

Wolford R. (1996), "Intervention research in construction: a hypothetical case study of painters", *American Journal of Industrial Medicine*, **29**, 431-434

World Health Organization (2001), "The world health report 2001-Mental health: new understanding, new hope", http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf

World Health Organization (2003), "Investing in mental health", http://www.who.int/mental_health/en/investing_in_mnh_final.pdf

World Health Organization (2005), "Mental health policies and programmes in the workplace", <http://www.cgsst.com/stock/fra/doc210-284.pdf>

World Health Organization (2010), Neira M., "Healthy workplaces: a model for action: for employers, workers, policy-makers and practitioners", http://www.who.int/occupational_health/publications/healthy_workplaces_model_action.pdf

Wu D.-M. (1973), "Alternative tests of independence between stochastic regressors and disturbances", *Econometrica*, **41**, 733-750

Wu D.-M. (1974), "Alternative tests of independence between stochastic regressors and disturbances: finite sample results", *Econometrica*, **42**, 529-546

Zwerling C., Daltroy L. H., Fine L. J., Johnston J. J., Melius J. and Silverstein B. A. (1997), "Design and conduct of occupational injury intervention studies: a review of evaluating strategies", *American Journal of Industrial Medicine*, **32**, 164-179

Zwick T. (2004), "Employee participation and productivity", *Labour Economics*, **11**, 715-740

Ελληνική

Κάτος Α. (2004). *Οικονομετρία: Θεωρία και εφαρμογές*, Εκδόσεις Ζυγός, Θεσσαλονίκη

Σταθακόπουλος Β. (2005). *Μέθοδοι έρευνας αγοράς*, Εκδόσεις Σταμούλη, Αθήνα

Χάλκος Γ. (2011). *Οικονομετρία: Θεωρία, εφαρμογές & χρήση προγραμμάτων σε H/Y*, Εκδόσεις Gutenberg, Αθήνα

Διευθύνσεις στο διαδίκτυο

<http://www.uis.unesco.org/Library/Documents/isc97-en.pdf>

<http://www.oecd.org/dataoecd/41/42/1841854.pdf>

<http://www.oecd.org/dataoecd/61/52/35411111.pdf>

<http://www.ekep.gr/english/Education/main.asp>

<http://www.fernuni-hagen.de/FTB/telemate/database/isc97.htm>

http://archive.minedu.gov.gr/en_ec_page1531.htm

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Ερευνητικός σχεδιασμός

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε το διάστημα από 31 Αυγούστου έως 28 Σεπτεμβρίου 2004. Η έρευνα κάλυψε τα Πολεοδομικά Συγκροτήματα Αθηνών-Πειραιώς, Θεσσαλονίκης και μεγάλα αστικά κέντρα της χώρας (Πάτρα, Ιωάννινα, Βόλος, Ηράκλειο, Καβάλα, Λάρισα, Τύρναβος). Ο πληθυσμός έρευνας ήταν άτομα 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).

Στη διεξαγωγή της έρευνας συμμετείχαν 36 ερευνητές και 7 επόπτες, οι οποίοι παρακολούθησαν ειδικά οργανωμένα αναλυτικά σεμινάρια-ενημερώσεις 2 ημερών. Έγινε

πilotική 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.