

**ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ  
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΟΔΗΓΟΥΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΜΙΧΑΗΛΙΔΗΣ ΧΡΗΣΤΟΣ  
ΤΣΙΟΓΚΑΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ  
ΜΠΕΣΙΡΗΣ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ-ΙΩΣΗΦ**

**ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 2018**

**ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΩΝ  
ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΣΕ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΟΔΗΓΟΥΣ**

## **Περιεχόμενα**

<b>Περίληψη.....σελ 5</b>
<b>Εισαγωγή.....σελ 6</b>
<b>Καρδιαγγειακά νοσήματα.....σελ 9</b>
<b>Είδη καρδιαγγειακών νοσημάτων.....σελ 9</b>
<b>Καρδιαγγειακές παθήσεις στην Ελλάδα.....σελ 10</b>
<b>Καρδιαγγειακά νοσήματα μεταξύ επαγγελματιών οδηγών ταξί...σελ 13</b>
<b>Μυοσκελετικές παθήσεις.....σελ 16</b>
<b>Μυοσκελετικές παθήσεις των οδηγών ταξί.....σελ 19</b>
<b>Το σύνδρομο του οδηγού ταξί.....σελ 23</b>
<b>Χορήγηση ειδικής άδειας οδήγησης Επιβατηγού Δημόσιας Χρήσης (Ε.Δ.Χ.) αυτοκινήτου (ΤΑΞΙ και ΕΙΔΜΙΣΘ).....σελ 26</b>
<b>Σκοπός.....σελ 29</b>

Μεθοδολογία.....σελ	
30	
Ερευνητικό εργαλείο.....σελ	
30	
Αποτελέσματα.....σελ	33
Περιγραφική στατιστική.....σελ	33
Ανάλυση συσχετίσεων.....σελ	
52	
Συμπεράσματα.....σελ	
59	
Βιβλιογραφία.....σελ	67
Παράρτημα.....σελ	72

## Περίληψη

Οι οδηγοί ταξί αποτελούν ομάδα κινδύνου μεταξύ των επαγγελματιών οδηγών, καθώς οι πολλές ώρες εργασίας που επιλέγουν, μαζί με χαρακτηριστικά καθιστικής ζωής και η κακή στάση του σώματος συμβάλλουν στην εμφάνιση μυοσκελετικών προβλημάτων, καρδιαγγειακών παθήσεων, όπως και άλλων, λιγότερο μελετημένων παθήσεων που σχετίζονται με τη φύση του επαγγέλματος.

Στην παρούσα εργασία πραγματοποιήθηκε μία επιδημιολογική μελέτη σε δείγμα 100 επαγγελματιών οδηγών ταξί στην περιοχή της Θεσσαλονίκης. Τα ευρήματα προτείνουν ότι οι μυοσκελετικές παθήσεις καταλαμβάνουν την πρώτη θέση των επαγγελματιών παθήσεων. Ο συνδυασμός της κακής στάσης του σώματος, της κακής φυσικής κατάστασης και της μειωμένης άσκησης αποτελούν παράγοντες που επιβαρύνουν την εμφάνιση επαγγελματιών νοσημάτων.

Οι μακρές ώρες εργασίας συσχετίστηκαν άμεσα με την εμφάνιση μυοσκελετικών προβλημάτων και με μεγαλύτερο χρόνο ανάρρωσης των επαγγελματιών οδηγών ταξί, υποδεικνύοντας ότι θα πρέπει να υπάρχει ενεργός άσκηση και επιπλέον θα πρέπει να αμείβονται καλύτερα για τις υπηρεσίες που προσφέρουν.

## **Εισαγωγή**

Εξαιτίας της φύσης του επαγγέλματος του επαγγελματία οδηγού, οι οδηγοί ταξί εκτίθενται σε συγκεκριμένους παράγοντες κινδύνου. Οι σημαντικότεροι εξ' αυτών μπορούν να κατηγοριοποιηθούν στους φυσικούς κινδύνους, σε χημικούς και βιολογικούς κινδύνους, όπως και ψυχοκοινωνικούς. Επιπλέον, η συμπεριφορά και ο τρόπος ζωής του εκάστοτε ατόμου μπορεί να καλυτερέψει ή να χειροτερέψει την κατάσταση της υγείας τους.

Στους φυσικούς κινδύνους περιλαμβάνονται:

Δονήσεις: Παρόλο που δε λαμβάνεται υπόψη, οι οδηγοί εκτίθενται σε δονήσεις που παράγονται από το όχημά τους. οι δονήσεις αυτές μπορεί να είναι λιγότερο ή περισσότερο επιβλαβείς, γεγονός που εξαρτάται από τον τύπο του οχήματος, τη μέση ταχύτητα στην οποία οδηγούν και πόσες ώρες οδήγησης έχουν εργαστεί μέσα στην ημέρα.

Χειρονακτικός χειρισμός φορτίων, σηκώνοντας, κρατώντας, κατεβάζοντας, σπρώχνοντας, τραβώντας και κουβαλώντας τα. Υπάρχει περίπτωση ένας οδηγός ταξί να κουβαλούν φορτία, είτε είναι αποσκευές, είτε μεταφερόμενα πακέτα κλπ

Κίνδυνοι που σχετίζονται με την καθιστή θέση. Οι κίνδυνοι αυτοί περιλαμβάνουν τις μυοσκελετικές παθήσεις, ιδιαίτερα του λαιμού, των ώμων και της πλάτης, όπως και καρδιαγγειακές παθήσεις.

Κίνδυνοι που σχετίζονται με τις παρατεταμένες ώρες οδήγησης

Στην περίπτωση των χημικών και βιολογικών κινδύνων, οι οδηγοί ταξί που οδηγούν στα όρια της πόλης εκτίθενται σε καυσαέρια και άλλους ρύπους

Στην περίπτωση των ψυχοκοινωνικών κινδύνων, δύο είναι οι σημαντικότεροι παράγοντες, το στρες και η βία.

Στην περίπτωση του στρες, έχειδειχθεί ότι οι επαγγελματίες οδηγοί διακρίνονται από βαριές ψυχοκοινωνικές απαιτήσεις. Συγκεκριμένα, έχουν μία επαναλαμβανόμενη και μονότονη εργασία, η οποία απαιτεί μεγάλο βαθμό συγκέντρωσης όλες τις ώρες. Επιπλέον, δεν έχουν την ευχέρεια να λαμβάνουν πολλές αποφάσεις από μόνοι τους και δυστυχώς, οι οδηγοί ταξί αποτελούν μία ομάδα με πολύ μικρή κοινωνική υποστήριξη, καθώς είναι μία απομονωμένη δουλειά που δεν επιτρέπει εκτεταμένη επαφή με τους συναδέλφους. Η οργάνωση της εργασίας μπορεί επίσης να αποτελέσει αιτία άγχους: μη κοινωνική εργασία για πολλές ώρες, μεγάλες βάρδιες κ.λπ. Οι οδηγοί ταξί μπορεί να διατρέχουν υψηλό κίνδυνο κόπωσης, για παράδειγμα, μπορεί να λειτουργούν 10- έως 12-ώρες σε βάρδιες. Στο Σύδνεϋ, για παράδειγμα, οι οδηγοί ταξί έχουν μια συνολική μέση εβδομαδιαία εργασία των 58 ωρών. Έχει επίσης αποδειχθεί ότι το ποσοστό ατυχημάτων αυξάνεται καθώς ο μέσος όρος των διαλλειμάτων μεταξύ της εκάστοτης βάρδιας μικραίνει σταδιακά. Επιπλέον, η νυχτερινή εργασία και τα ακανόνιστα χρονοδιαγράμματα μπορεί, για παράδειγμα, να προκαλέσουν προβλήματα ύπνου.

**Βία:** Οι οδηγοί ταξί εκτίθενται περισσότερο στη βία και την επιθετικότητα από τον μέσο εργαζόμενο (μία μελέτη έδειξε ότι είναι 15 φορές πιο πιθανό να είναι θύματα βίας). Οι οδηγοί ταξί είναι μόνοι και τη νύχτα, έχουν μετρητά στο αυτοκίνητο και μπορούν να οδηγήσουν μέσω απομονωμένων και επικίνδυνων περιοχών. Αυτοί οι πελάτες που μπορεί να θέλουν να μεταφερθούν κατά τη διάρκεια της νύχτας, ειδικά

στην περίπτωση διαμονής σε απομονωμένες περιοχές, μπορεί να έχουν πει υπερβολικές ποσότητες αλκοόλ ή έχουν καταναλώσει ναρκωτικές ουσίες.

#### Ατομική συμπεριφορά

- Κάπνισμα
- Κατανάλωση διεγερτικών, όπως ο καφές και το αλκοόλ
- Η έλλειψη σωματικής άσκησης - οι οδηγοί ταξί έχουν καθιστική δουλειά
- Χαμηλό ποσοστό χρήσης των ζωνών ασφαλείας μεταξύ των οδηγών ταξί (και των επιβατών)



## **Καρδιαγγειακά νοσήματα**

Η κυριότερη αιτία θνησιμότητας και νοσηρότητας στον αναπτυγμένο κόσμο είναι τα καρδιαγγειακά νοσήματα. Η νόσος αυτή έχει εξεταστεί διεθνώς από πληθώρα επιδημιολογικών μελετών τα τελευταία χρόνια και είναι άμεσα συνδεδεμένη με τον ανθυγιεινό, σύγχρονο τρόπο ζωής, την παχυσαρκία, την κακή διατροφή, τα αυξημένα επίπεδα λιπιδίων, την έλλειψη σωματικής δραστηριότητας, το άγχος, όπως και το χαμηλό κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο της ανθρωπότητας

Υπάρχουν πολλοί παράγοντες που απειλούν την συμπερίληψή τους στους παράγοντες κινδύνου, αλλά εκτιμάται πως οι ήδη αναγνωρισμένοι όσο και οι 'νεότεροι' παράγοντες κινδύνου ερμηνεύουν το ήμισυ περίπου της μεταβλητότητας της νόσου ανάμεσα στους πληθυσμούς. Επιπλέον, ο στεφανιαίος κίνδυνος έχει διαπιστωθεί πως υπερεκτιμάται ή υποεκτιμάται στις αποτιμήσεις των διαφόρων στοχαστικών μοντέλων εκτίμησης του καρδιαγγειακού κινδύνου όπως αυτά εφαρμόζονται σε πληθυσμούς. Αυτό ίσως εξηγείται μέσω του επιπολασμού των παραγόντων κινδύνου, κλασσικών, νεοτέρων, και ειδικά εκείνων που απορρέουν από τον σύγχρονο τρόπο ζωής των ανθρώπων.

### **Είδη καρδιαγγειακών νοσημάτων**

Όπως είναι γνωστό και από τη μεγάλη συχνότητά της, η στεφανιαία νόσος αποτελεί τη συχνότερη μορφή των καρδιαγγειακών νοσημάτων. Εκτός όμως από μία γνωστή μορφή, τα καρδιαγγειακά νοσήματα αποτελούν μία εκτεταμένη ομάδα παθήσεων και περιλαμβάνουν νόσους της καρδιάς και των αγγείων. Μερικοί από τους τύπους καρδιαγγειακών νοσημάτων είναι (Mendis et al., 2011):

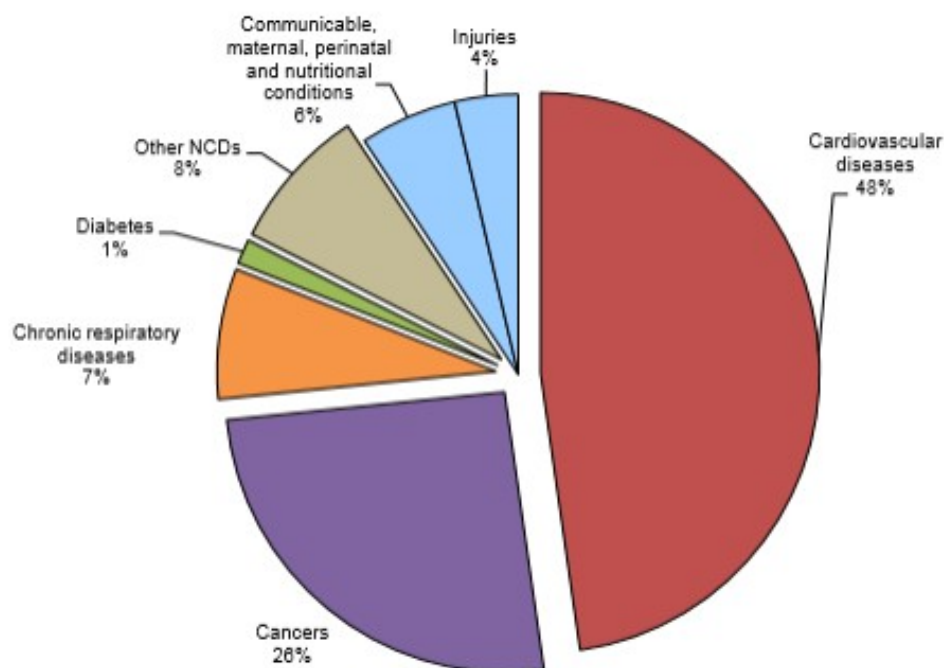
- Ισχαιμική καρδιοπάθεια/Ασθένεια της στεφανιαίας αρτηρίας (η οποία μπορεί να οδηγήσει σε στηθάγχη), έμφραγμα του μυοκαρδίου και τελικά θάνατο)

- Αγγειακή εγκεφαλική νόσος (αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, ισχαιμικό ή όχι)
- Ασθένειες της αορτής και των αρτηριών, συμπεριλαμβανομένης της υπέρτασης και της περιφερικής αγγειακής νόσου.
- Τα καρδιαγγειακά νοσήματα που οφείλονται στην αθηροσκλήρωση
- Άλλες καρδιαγγειακές παθήσεις:
  - Συγγενείς καρδιοπάθειες
  - Ρευματικές καρδιοπάθειες
  - Μυοκαρδιοπάθειες
  - Καρδιακές αρρυθμίες

### **Καρδιαγγειακές παθήσεις στην Ελλάδα**

Μέχρι σήμερα, τα καρδιαγγειακά νοσήματα είναι η πρώτη αιτία θανάτου ανά την υφήλιο (Townsend et al., 2015). Η Ελλάδα, λόγω της συμμόρφωσης του πληθυσμού της σε έναν υγιεινό τρόπο ζωής που περιλάμβανε συνδυασμό υγιεινής διατροφής με φυσική δραστηριότητα, ήταν μια από τις χώρες με τον χαμηλότερο καρδιαγγειακό κίνδυνο στον κόσμο. Ωστόσο, ενώ αναφέρεται πως η καρδιαγγειακή θνησιμότητα έχει μειωθεί, ειδικά στα αστικά κέντρα, η μη θανατηφόρος επίπτωση της καρδιαγγειακής νόσου έχει αυξηθεί στους άντρες και στις γυναίκες, ακόμα και σε νεαρές ηλικίες. Χάρη στην αλλαγή του τρόπου ζωής, που έχει επηρεάσει κυρίως τον αστικό πληθυσμό, η Ελλάδα δεν ανήκει πλέον στις χώρες χαμηλού καρδιαγγειακού κινδύνου, σύμφωνα με την τρέχουσα βιβλιογραφία (Panagiotakos et al., 2014), παρά την πτώση του βιοτικού επιπέδου ως αποτέλεσμα της οικονομικής κρίσης. Οι καρδιαγγειακές παθήσεις εμφανίζονται συχνότερα κατά τη διάρκεια κρίσεων, πολέμων ή φυσικών καταστροφών, κάτι που οφείλεται, ενδεχομένως, στη κακή

διατροφή σε τέτοιες χρονικές περιόδους όπως και την ανυπακοή στους τροποποιήσιμους παράγοντες κινδύνου των καρδιαγγειακών νοσημάτων – πχ. κάπνισμα και καθιστική ζωή (Filippidis et al., 2014). Στην Ελλάδα το 2010, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας και την Εθνική Στατιστική Υπηρεσία της Ελλάδος, η καρδιαγγειακή νόσος ήταν η πρώτη αιτία θανάτου με ποσοστό 48-49% στους συνολικούς θανάτους (Who, 2010, Κουρλαμπά, 2005) (Εικόνα 1). Ο προσαρμοσμένος για την ηλικία ρυθμός θανάτου ανά 100.000 άτομα από καρδιαγγειακή νόσο εκτιμήθηκε ως 215 για τους άντρες και 158 για τις γυναίκες: ιδιαίτερα αυξημένος σε σύγκριση με τον ρυθμό του καρκίνου ή του σακχαρώδους διαβήτη (WHO, 2010).

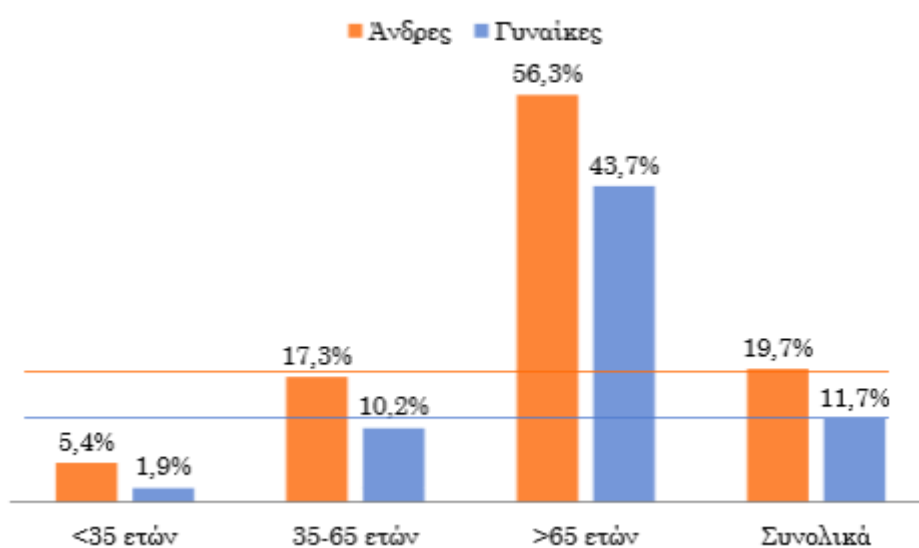


Εικόνα 1. Τα ποσοστά θνησιμότητας για τον Ελληνικό πληθυσμό και στα δύο φύλα (WHO, 2010)

Όπως φαίνεται και στο παραπάνω σχήμα, τα καρδιαγγειακά νοσήματα έχουν την πρώτη θέση θνησιμότητας, ακόμη και μπροστά από τους καρκίνους. Μεταγενέστερες στατιστικές μελέτες στη θνησιμότητα του Ελληνικού πληθυσμού τοποθετούν τα

καρδιαγγειακά νοσήματα πρώτα για άλλη μία φορά. Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι ενώ έχει παρατηρηθεί πτώση στη θνησιμότητα από στεφανιαία νόσο ανά τα χρόνια χάρη στις νεότερες επεμβατικές μεθόδους της κλινικής πράξης, παρατηρείται μια τάση αύξησης των ασθενών που φέρουν τη νόσο (Chimonas et al., 2009).

Σε πρόσφατη μελέτη για την επίπτωση των καρδιαγγειακών νοσημάτων στην Ελλάδα υπολογίστηκε πως η επίπτωση της καρδιαγγειακής νόσου ήταν 19.7% στους άνδρες (198 άνδρες) και 11.7% στις γυναίκες (119 γυναίκες), σύμφωνα με τα ευρήματα της δεκαετούς (2002- 2012) μελέτης ΑΤΤΙΚΗ στην Ελλάδα. 317 άτομα (15.7% του δείγματος) καταμετρήθηκαν με εμφάνιση καρδιαγγειακής νόσου, με τα άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών να την εμφανίζουν συχνότερα (Εικόνα 2) (Panagiotakos et al., 2015).



Εικόνα 2. Δεκαετής επίπτωση καρδιαγγειακών νοσημάτων για τις διάφορες ηλικιακές ομάδες και το φύλο (Panagiotakos et al, 2015).

## **Καρδιαγγειακά νοσήματα μεταξύ επαγγελματιών οδηγών ταξί**

Πολλοί ερευνητές αναφέρουν ότι ο επιπολασμός της καρδιαγγειακής νόσου είναι υψηλότερος μεταξύ των ασθενών των επαγγελματιών οδηγών σε σχέση με άλλα επαγγέλματα όπως οι εργαζόμενοι στα γραφεία και οι βιομηχανικοί εργάτες (Bigget et al, 2003; Apantaku et al, 2012). Επιπλέον, πολλές επιδημιολογικές μελέτες δείχνουν μια σημαντική σχέση μεταξύ της οδήγησης με ταξί και των καρδιαγγειακών νόσων, συμπεριλαμβανομένης της ισχαιμικής καρδιοπάθειας και της καρδιακής αρρυθμίας (Hannerz and Tuschen, 2001; Tuschen et al, 2006; Park and Hwang, 2015; Chen et al, 2005; Kurosaka et al, 2000). Υπάρχουν πολλοί αιτιολογικοί παράγοντες που μπορεί συμβάλλουν στην εμφάνιση καρδιαγγειακών νοσημάτων μεταξύ των οδηγών ταξί. Οι οδηγοί ταξί εκτίθενται συνήθως σε πολλές ανθυγιεινές συνθήκες εργασίας όπως οι μακρές ώρες οδήγησης, η ακανόνιστη εργασία με βάρδιες, οι διαταραχές ύπνου, αγχωτικές συνθήκες και απρόβλεπτες και επιβλαβείς εκθέσεις στη ρύπανση του περιβάλλοντος (Bawa and Srivastav, 2013; Wu et al, 2008; Kaushal, 2014; Brucker et al, 2014). Οι οδηγοί μπορεί να βιώσουν παρατεταμένη καθιστική στάση και αδράνεια φυσικής κατάστασης, όπως επίσης και περιορισμένη πρόσβαση σε υγιεινά τρόφιμα, εξαιτίας της φύσης της εργασίας τους (Arantaku et al, 2012; Gany et al, 2012; Burgel et al, 2012). Αυτές οι συνθήκες αποτελούν σημαντικούς αιτιολογικούς παράγοντες για την ανάπτυξη καρδιαγγειακής νόσου. Για παράδειγμα, η ανθυγιεινή διατροφή και η σωματική αδράνεια μπορεί να προκαλέσει υπέρταση, σακχαρώδη διαβήτη και παχυσαρκία. Επίσης, η μακροχρόνια έκθεση σε περιβαλλοντικούς ρύπους αυξάνει την πιθανότητα ανάπτυξης αθηροσκλήρωσης και ισχαιμικής καρδιοπάθειας. Επομένως, ο εντοπισμός παραγόντων υψηλού κινδύνου ανάπτυξης καρδιαγγειακών νοσημάτων μεταξύ των επαγγελματιών οδηγών είναι

πολύ σημαντικοί για την έγκαιρη ανίχνευση και την πρόληψη της νόσου (Arantaku et al, 2012; Hattori and Azami, 2001).

Δύο πρόσφατες μελέτες έχουν διερευνήσει τους κινδύνους ανάπτυξης καρδιαγγειακών νόσων στους οδηγούς ταξί των ΗΠΑ (Gani et al, 2015; Arantaku et al, 2012). Οι Arantaku-Onayemi et al. (2012) ανέφεραν ότι το 24% των δειγμάτων τους (n = 751 οδηγοί ταξί στο Σικάγο) ήταν ενεργοί καπνιστές, μόνο το 5,9% ασκούσαν περισσότερο από πέντε φορές την εβδομάδα για τουλάχιστον 30 λεπτά την ημέρα και μόνο το 4,6% των οδηγών έτρωγαν τις συνιστώμενες πέντε μερίδες φρούτων και λαχανικών / ημέρα. Επιπλέον, το 23,5% του δείγματος ανέφερε ότι είχαν αυξημένη αρτηριακή πίεση. Οι Gani et al. (2015) εξέτασαν τους παράγοντες κινδύνου CVD σε 413 οδηγούς ταξί της Νέας Υόρκης. Δεκατέσσερα τοις εκατό αυτού του δείγματος ήταν ενεργοί καπνιστές, το 77,4% βρέθηκε να έχει δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ)  $\geq 25$ , δηλαδή ήταν υπέρβαροι και το 52% βρέθηκε να έχει αρτηριακή πίεση άνω των 140/90 mmHg, με το 28% να αναφέρει ένα ιστορικό υπέρτασης. Στην πολυπαραγοντική ανάλυση της μελέτης, οδηγοί μεταναστών που είχαν ζήσει δέκα ή περισσότερα χρόνια στις ΗΠΑ είχαν περισσότερο από δύο φορές περισσότερες πιθανότητες να έχουν αυξημένες τιμές πίεσης αίματος, μετά από μακροχρόνιο έλεγχο κατά τη διάρκεια της εργασίας τους ως οδηγοί ταξί. Στην ανάλυση συμπεριλήφθησαν παράγοντες όπως η ηλικία, η περιοχή γέννησης, η οικογενειακή κατάσταση, η ύπαρξη ασφάλιση υγείας, η ύπαρξη παρόχου πρωτοβάθμιας περίθαλψης, και της κατάστασης άσκησης (Gani et al, 2015).

Σε μία πολύ πρόσφατη μελέτη των Elshatarat and Burgel (2016), σε Αμερικανούς οδηγούς ταξί, βρήκαν ότι το 1/3 των οδηγών που συμμετείχαν στη μελέτη είχαν ιστορικό υπέρτασης ή καρδιαγγειακής νόσου στην οικογένειά τους. Δεδομένου ότι όλοι οι οδηγοί που συμμετείχαν, ανήκαν στην ηλικιακή ομάδα των 50-70 ετών,

θεωρήθηκαν ότι διατρέχουν κίνδυνο ανάπτυξης καρδιαγγειακής νόσου. Επιπλέον, περισσότερο από το 1/3 των συμμετεχόντων ήταν καπνιστές, όπου ενημερώθηκαν ότι το κάπνισμα αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση στεφανιαίας νόσου και αρρυθμιών. Επίσης, περίπου το ίδιο ποσοστό συμμετεχόντων δε λάμβανε μέρος σε κάποιο είδος φυσικής δραστηριότητας, παρόλο που το ποσοστό έχει βελτιωθεί ελαφρώς σε σχέση με προηγούμενες μελέτες στην ίδια περιοχή. Παράλληλα, η αυξημένη συχνότητα της παχυσαρκίας ήταν και πάλι μεγάλη, καθώς το 68,5% των συμμετεχόντων είχαν ΔΣΜ μεγαλύτερο του 25, όπως και σε προηγούμενες μελέτες.

Παρόλο που η ασφάλεια και οι ενδείξεις υγείας και ασφαλών πρακτικών για τους οδηγούς ταξί μελετώνται σε όλο τον κόσμο και παρόλο που υπάρχουν ειδικές οδηγίες από την Ευρωπαϊκή Ένωση, ειδικά για τα κράτη μέλη της, δεν υπάρχει το αντίστοιχο ενδιαφέρον στην Ελλάδα. Τα δεδομένα για την κατηγορία των επαγγελματιών οδηγών και των κινδύνων υγείας που διατρέχουν από το επάγγελμα και τον τρόπο ζωής τους είναι περιορισμένα, έως και ανύπαρκτα.

## Μυοσκελετικές παθήσεις

Οι μυοσκελετικές παθήσεις (ΜΣΠ) είναι το συνηθέστερο πρόβλημα υγείας που σχετίζεται με την εργασία στην Ευρώπη. Στην Ευρώπη των 27 το ένα τέταρτο των εργαζομένων δηλώνει ότι υποφέρει από πόνους στη ράχη και την οσφυϊκή χώρα και σχεδόν το ένα τέταρτο από μυαλγίες. Οι ΜΣΠ είναι ζήτημα πολύ σημαντικό: επηρεάζουν την υγεία των εργαζομένων και αυξάνουν τις επιχειρηματικές και κοινωνικές δαπάνες των ευρωπαϊκών εταιρειών και κρατών. Οι ΜΣΠ διαταράσσουν την ομαλή εργασία, μειώνουν την παραγωγικότητα και μπορούν να επιφέρουν απουσία από την εργασία λόγω ασθενείας αλλά και χρόνια ανικανότητα για εργασία. Η αντιμετώπιση των ΜΣΠ προϋποθέτει την ανάληψη δράσης στο χώρο εργασίας. Καταρχάς πρέπει να ληφθούν ορισμένα προληπτικά μέτρα. Για τους εργαζομένους όμως που υποφέρουν ήδη από ΜΣΠ το ζητούμενο είναι να διατηρηθεί η απασχολησιμότητά τους, να συνεχίσουν να εργάζονται και, αν είναι απαραίτητο, να επανενταχθούν στο χώρο εργασίας.

Οι μυοσκελετικές διαταραχές επηρεάζουν συνήθως την πλάτη, το λαιμό, τους ώμους και τα άνω άκρα, αλλά μπορεί να επηρεαστούν και τα κάτω άκρα. Καλύπτουν τυχόν βλάβες ή διαταραχές των αρθρώσεων ή άλλων ιστών. Τα προβλήματα υγείας κυμαίνονται από μικρούς πόνους και πόνους έως σοβαρότερες ιατρικές καταστάσεις που απαιτούν χρόνο ή ιατρική περίθαλψη. Σε πιο χρόνιες περιπτώσεις, μπορούν ακόμη και να οδηγήσουν σε αναπηρία και την ανάγκη οι εργαζόμενοι να εγκαταλείψουν την εργασία.

Η σπονδυλική στήλη αποτελεί το βασικότερο τμήμα του ανθρώπινου σκελετού. Η κατασκευή και η δομή της είναι πολύπλοκη και η κύρια αποστολή της είναι να διατηρεί τη στατική, την κινητική και τη δυναμική ισορροπία του σώματος. Εκτός



αυτού, η σπονδυλική στήλη συμβάλλει στις κινήσεις της κεφαλής, των χεριών, των ποδιών και παρέχει προστασία στα σπουδαιότερα τμήματα του κεντρικού νευρικού συστήματος. Η σπονδυλική στήλη δεν είναι ευθεία, αλλά εμφανίζει τέσσερα προσθιοπίσθια κυρτώματα, το αυχενικό, το θωρακικό, το οσφυϊκό και το ιερό, τα οποία είναι αποτέλεσμα της όρθιας στάσης και της βάδισης. Στόχος τους είναι η αύξηση της στηρικτικής λειτουργίας της σπονδυλικής στήλης και να της επιτρέπουν, σε συνδυασμό με την ειδική κατασκευή των μεσοσπονδύλιων δίσκων, να λειτουργεί ως ελατήριο, μειώνοντας έτσι την ένταση των κραδασμών που προκαλούν οι καθημερινές, εργασιακές και μη, δραστηριότητες ενός ενήλικου. Η σταθερότητα της σπονδυλικής στήλης βασίζεται στους συνδεσμικούς και μυϊκούς σχηματισμούς του σώματος.

Η ενεργητική υποστήριξη του σώματος εξασφαλίζεται από του ισχυρούς μύες της ράχης και τους κοιλιακούς μύες, οι οποίοι προσδίδουν στη σπονδυλική στήλη τη δυνατότητα της όρθιας στάσης και της μεγάλης κινητικότητας (κάμψη, έκταση, στροφές).

Μεταξύ των σπονδυλικών σωμάτων παρεμβάλλονται λεπτοί ινοχόνδρινοι ελαστικοί δίσκοι, που ονομάζονται μεσοσπονδύλιοι δίσκοι. Οι δίσκοι αυτοί αποτελούν ολοκληρωμένα υδραυλικά συστήματα και για όσο καιρό διατηρούν τη φυσιολογική τους λειτουργία, έχουν τη δυνατότητα να αντιμετωπίζουν με επιτυχία υπερβολικά μεγάλες πιέσεις. Οι πιέσεις αυτές, διαφέρουν ανάλογα με τη στάση του σώματος. Για παράδειγμα, στην καθιστική στάση, η πίεση που δέχεται ο τρίτος οσφυϊκός δίσκος ανέρχεται σε 65 κιλά, ενώ στην όρθια στάση, με τον κορμό λυγισμένο στις 90° και ανυψώνοντας ένα βάρος 10 κιλών, η πίεση ανέρχεται στα 350 κιλά.

Οι συνθήκες βαριάς σωματικής εργασίας, όπως άρσεις και οι μεταφορές βαρών, οι επικύψεις με χειρονακτική εργασία, καθώς και τα επαγγέλματα με αναγκαστική αφύσικη στάση του σώματος, πολύωρη ακινησία, καθιστική ή ορθοστατική εργασία, όπως επίσης και η μακροχρόνια έκθεση σε κραδασμούς και δονήσεις, μπορούν να προκαλέσουν με μηχανική επίδραση, βλάβες στους μεσοσπονδύλιους δίσκους.

Οι δύο κύριες ομάδες MSDs είναι ο πόνος στην πλάτη / οι τραυματισμοί και οι διαταραχές των ανώτερων άκρων που σχετίζονται με την εργασία (κοινώς γνωστές ως «επαναλαμβανόμενες βλάβες από κόπωση»).

Τα περισσότερα ΜΣΠ που σχετίζονται με την εργασία αναπτύσσονται με την πάροδο του χρόνου. Συνήθως δεν υπάρχει καμία αιτία για ΜΣΠ. Διάφοροι παράγοντες συχνά λειτουργούν σε συνδυασμό. Οι φυσικές αιτίες και οι παράγοντες εργασιακού κινδύνου περιλαμβάνουν:

- Χειρισμός φορτίων, ιδιαίτερα όταν λυγίζετε και στρίβετε
- Επαναλαμβανόμενες ή δυναμικές κινήσεις
- Ατρόμητες και στατικές στάσεις
- Δόνηση, ανεπαρκής φωτισμός ή ψυχρό περιβάλλον εργασίας
- Γρήγορη εργασία
- Παρατεταμένη συνεδρίαση ή στέκεται στην ίδια θέση

Υπάρχουν αυξανόμενα στοιχεία που συνδέουν τα ΜΣΠ με ψυχοκοινωνικούς παράγοντες κινδύνου (ιδίως όταν συνδυάζονται με φυσικούς κινδύνους), συμπεριλαμβανομένων:

- Υψηλή ζήτηση εργασίας ή χαμηλή αυτονομία

- Χαμηλή ικανοποίηση από την εργασία

Η οσφυαλγία έχει πάρει σήμερα επιδημικές διαστάσεις στις βιομηχανικά ανεπτυγμένες χώρες. Ο σύγχρονος τρόπος ζωής, καθώς και η παραγωγική διαδικασία, έχουν ως αποτέλεσμα το 25-35% των ατόμων της παραγωγικής ηλικίας να παρουσιάζουν κάποιο πρόβλημα στη μέση τους. Η οσφυαλγία παρατηρείται σε περιπτώσεις υπερφόρτωσης της σπονδυλικής στήλης, είτε σε μη σωστή θέση της σπονδυλικής στήλης σε ελαφρές εργασίες, όπως οι καθιστικές, είτε σε κακώσεις που οφείλονται σε επαναλαμβανόμενη καταπόνηση των στοιχείων που συντελούν στη φυσιολογική λειτουργία της σπονδυλικής στήλης.

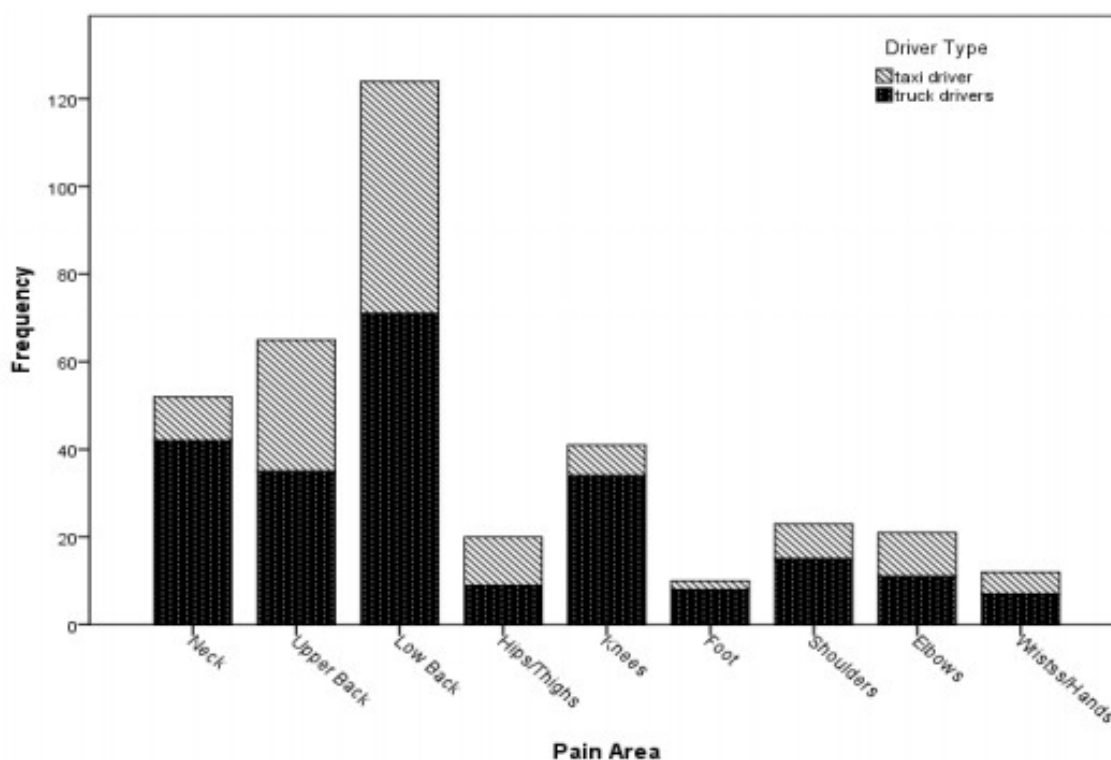
Επαναλαμβανόμενες κινήσεις ή ασυνήθιστη, αφύσικη δραστηριότητα των άκρων μπορεί να οδηγήσει σε τενοντίτιδα ή ελυτρίτιδα, με φλεγμονή και οίδημα των γύρω μαλακών μοριών. Οι συχνότερα προσβαλλόμενες περιοχές είναι ο ώμος, ο αγκώνας, ο καρπός και η ποδοκνημική άρθρωση.

### **Μυοσκελετικές παθήσεις των οδηγών ταξί**

Οι οδηγοί ταξί ανήκουν στην κατηγορία των επαγγελματιών με αυξημένο κίνδυνο να αναπτύξουν μυοσκελετικές παθήσεις, καθώς η εργασία τους περιλαμβάνει καθιστική στάση σώματος για πολλές ώρες, αλλά και τη διαχείριση βαρών.

Στη μελέτη των Aminian et al (2016), όπου εξετάζονται οι οδηγοί ταξί και οδηγοί μεγάλων οχημάτων, σημειώνεται ότι και οι δύο ομάδες επαγγελματιών πάσχουν από όλες τις κατηγορίες μυοσκελετικών παθήσεων. Συγκεκριμένα, οι οδηγοί ταξί αναφέρεται ότι πάσχουν συχνά από πόνο στο πίσω μέρος του λαιμού, αν και λιγότερο από τους οδηγούς φορτηγών. Παρόλα αυτά, ο πόνος χαμηλά στην πλάτη, που είναι ένα σύμπτωμα που απαντάται συχνότερα στις μυοσκελετικές παθήσεις, αναφέρθηκε

και από τις δύο ομάδες επαγγελματιών. Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι η μελέτη αυτή υποδεικνύει ότι οι οδηγοί ταξί δηλώνουν ότι βιώνουν πολλές ισχιαλγίες.



Εικόνα 3. Οι περιοχές που βιώνουν μυοσκελετικό πόνο οι οδηγοί ταξί, σε σύγκριση με τους οδηγούς φορτηγών (Aminian et al, 2016)

Όπως φαίνεται και από την εικόνα 3, εκτός από τον πόνο χαμηλά στην πλάτη, οι οδηγοί ταξί δήλωσαν ότι βιώνουν πόνους στο άνω μέρος της πλάτης, στους ώμους και στους αγκώνες, σε μεγαλύτερη συχνότητα από τα υπόλοιπα σημεία που εξετάστηκαν. Το εύρημα αυτό επιβεβαιώνει την υπόθεση ότι η στάση του σώματος κατά την εργασία επηρεάζει και τη μυοσκελετική λειτουργία των περιοχών που εμπλέκονται στην εργασία.

Μία επιπλέον μελέτη από τους Samuel & Babajide (2012) μελετά την εμφάνιση μυοσκελετικών προβλημάτων σε οδηγούς ταξί και την πιθανότητα να τους εμποδίζει να διεξάγουν την εργασία τους σε βάθος χρόνου.

Upper Extremity Link-System	Adverse Effect of Work related trouble in the last 12 months (%)	Operator have had Work related trouble during the last 7 days (%)	Operator was prevented from carrying out normal activity due to the problem (%)
Shoulder Right	8.26	8.88	10.38
Shoulder Left	7.48	6.51	7.55
Upper Arm Right	6.97	8.88	7.55
Upper Arm Left	6.06	4.14	4.72
Elbow Right	3.87	4.14	6.60
Elbow Left	3.87	4.14	2.83
Fore Arm Right	5.68	7.69	4.72
Fore Arm Left	4.90	8.28	4.72
Hand Right	7.87	6.51	7.55
Hand Left	6.45	6.51	5.66
Wrist Right	19.23	15.98	17.92
Wrist Left	19.35	18.34	19.81

Πίνακας 1. Ποσοστά μυοσκελετικού πόνου και επίπτωση στην εργασία του επαγγελματία (Samuel and Babajide, 2012)

Όπως φαίνεται από τον πίνακα 1, τα μεγαλύτερα ποσοστά πόνου δηλώθηκαν για τους δύο καρπούς. Οι μυοσκελετικοί πόνοι σε αυτά τα σημεία δεν επέτρεψαν σχεδόν στο 20% των συμμετεχόντων να μην κάνουν σωστά τη δουλειά τους για τουλάχιστον 7 ημέρες από την εμφάνισή τους και στη δεύτερη περίπτωση για 12 μήνες από την εμφάνιση τους. Το ίδιο ποσοστό δήλωσε ότι λόγω των μυοσκελετικών προβλημάτων στους καρπούς τους, έχουν πλέον σοβαρό πρόβλημα που δεν τους επιτρέπει να επιτελέσουν σωστά την εργασία τους.

Άλλες περιοχές που δηλώθηκαν επίσης συχνά είναι ο δεξιός και αριστερός ώμος, η άνω περιοχή της πλάτης και έπειτα ακολούθησαν οι υπόλοιπες περιοχές.

Thoracic Extremity Link-System	Adverse Effect of Work related trouble in the last 12 months (%)	Operator have had Work related trouble during the last 7 days (%)	Operator was prevented from carrying out normal activity due to the problem (%)
Chest	12.86	5.34	5.52
Upper Back	24.97	29.54	28.73
Middle Back	28.18	29.89	28.73
Lower Back	30.66	31.67	30.39
Stomach	3.34	3.56	6.63

Πίνακας 2. Περιοχές του σώματος με μυοσκελετικά προβλήματα που δεν επιτρέπουν σωστά την επιτέλεση εργασίας (Samuel and Babajide, 2012)

Η ίδια μελέτη εξέτασε και τις περιοχές του σώματος που εμφάνισαν μυοσκελετικά προβλήματα στους επαγγελματίες οδηγούς. Σε συμφωνία με την παγκόσμια βιβλιογραφία, ο πόνος χαμηλά στην πλάτη δηλώθηκε ως ο συχνότερος μυοσκελετικός πόνος, όπου στο 30% των επαγγελματιών δημιουργεί σοβαρά προβλήματα στην επιτέλεση της εργασίας τους, τόσο ώστε να μη μπορούν να την ολοκληρώσουν.

Στη μελέτη των Abledu et al (2014), το 70% των επαγγελματιών δήλωσαν ότι τα μυοσκελετικά προβλήματα είχαν σοβαρές επιπτώσεις στην εργασία τους τουλάχιστον για ένα έτος μετά την εμφάνισή τους. Όπως και στις προηγούμενες μελέτες, τα μυοσκελετικά προβλήματα που εμφανίστηκαν συχνότερα είναι πόνο στο κάτω μέρος της πλάτης, στο άνω μέρος της πλάτης, στο πίσω μέρος του λαιμού, στους ώμους, στο γόνατο, στο ισχίο και στους αγκώνες.

## **Το σύνδρομο του οδηγού ταξί**

Τα καρδιαγγειακά και τα μυοσκελετικά προβλήματα των επαγγελματιών οδηγών έχουν μελετηθεί εκτενώς από την παγκόσμια βιβλιογραφία. Παρόλα αυτά, τα προβλήματα υγείας δεν περιορίζονται μόνο σε αυτές τις κατηγορίες. ένα λιγότερο μελετημένο σύνολο προβλημάτων είναι το σύνδρομο του οδηγού ταξί. Το συγκεκριμένο σύνδρομο αποτελεί ένα σύνολο προβλημάτων που αναπτύσσονται στο ουροποιογεννητικό σύστημα των οδηγών, εξαιτίας της εργασίας τους.

Η πρώτη οντότητα του συνδρόμου του οδηγού ταξί είναι το σύνδρομο των σπάνιων κενώσεων. Το σύνδρομο αυτό που περιγράφηκε από του Lalli and Lapidis το 1969 περιλαμβάνει την ανάπτυξη λοιμώξεων της ουροποιητικής οδού, νεφρική ανεπάρκεια και άλλες δυσκολίες.

Το 1985, η Kinn μελέτησε 10 ασθενείς οι οποίοι ήταν γνωστό χρόνια ότι κατέστειλαν τις κενώσεις τους, οδηγώντας στη δημιουργία ουροδόχου υψηλής χωρητικότητας (μεγαλύτερη από 1000 mL για κάθε περιστατικό). Σύμφωνα με την υπάρχουσα βιβλιογραφία, θεώρησε ότι ο "νευρολογικά τεμπέλης εξωστήρας οφείλεται σε φθορά των νευρομυϊκών σημάτων μετά από μηχανική καταστολή της επιθυμίας για κένωση, για μια μακρά περίοδο. Αυτή η κατάσταση βλάπτει τους αισθητηριακούς μηχανισμούς της ουροδόχου κύστης και αυξάνει τη χωρητικότητά της". Σε ένα ταραχώδες πρόγραμμα εργασίας, σε συνδυασμό με ανεπαρκή πρόσβαση σε επαρκείς εγκαταστάσεις τουαλέτας, η κύστη είναι σπάνια κενή. Οι επιπτώσεις αυτής της κατάστασης είναι η αύξηση των περιστατικών κυστίτιδας κατά 16%.

Επιπλέον, οι οδηγοί ταξί εμφανίζουν προβλήματα με τον προστάτη. Μία από τις πρώτες μελέτες διεξήχθησε το 1998 από τους Kim et al (1998). Σε αυτή τη μελέτη, οι

οδηγοί ταξί εμφάνισαν τα μεγαλύτερα σκορ για συμπτώματα στον προστάτη , όπως επίσης και δυσκολίες κένωσης, δυσκολίες εκσπερμάτισης και προστατοδυνία. Φυσικά, όπως και με την περίπτωση της ουροδόχου κύστεως, δηλώθηκαν αυξημένα περιστατικά προστατίτιδας από τους οδηγούς ταξί.

Η επόμενη παράμετρος που εμπλέκεται με το συγκεκριμένο σύνδρομο είναι η πιθανότητα μειωμένης γονιμότητας. Τα επίπεδα γονιμότητας μετρήθηκαν σε σχέση με την εμφάνιση προστατίτιδας. Για ακόμη μία φορά, βρέθηκε ότι οι οδηγοί ταξί εμφάνιζαν 10% περισσότερες προστατίτιδες από το γενικό πληθυσμό. Μαζί με τα συμπτώματα προστατίτιδας διαπιστώθηκε ότι πάνω από τους μισούς συμμετέχοντες εμφάνιζαν στυτικές δυσλειτουργίες, ποσοστό που είναι πολύ μεγαλύτερο από το μέσο όρο. Η προστατίτιδα και η στυτική δυσλειτουργία συνδέονται με τη μειωμένη γονιμότητα και αποδίδονται στην καθιστική θέση των οδηγών ταξί για πολλές ώρες, όπως ακριβώς αποδίδονται και οι μυοσκελετικές παθήσεις (Mass et al, 2014).

Το σύνδρομο του οδηγού ταξί συμπληρώνεται με μία ιδιαίτερα σοβαρή παθογένεια, η οποία είναι άμεσο αποτέλεσμα των χρόνιων περιστατικών κυστίτιδας. Η εμφάνιση καρκίνου της ουροδόχου αποτελεί απόρροια της καθιστικής εργασίας των οδηγών ταξί. Ο καρκίνος της ουροδόχου είναι ακόμη συχνότερος σε καπνιστές επαγγελματίες οδηγούς, καθώς το τσιγάρο αποτελεί τον πρωταρχικό παράγοντα κινδύνου για το συγκεκριμένο καρκίνο.

Ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου της ουροδόχου αυξάνεται, όσο αυξάνονται και τα έτη εργασίας ως οδηγός ταξί, καθώς ο επαγγελματίας εκτίθεται σε καυσαέρια και άλλα βαρέα μέταλλα που έχουν συνδεθεί με την εμφάνιση του συγκεκριμένου καρκίνου (Mass et al, 2014).



Συνοπτικά, το σύνδρομο του οδηγού ταξί αποτελείται από παθολογικές καταστάσεις που περιλαμβάνουν την ουρολιθίαση, τις δυσλειτουργίες κένωσης της ουροδόχου και του παχέως εντέρου, προστατίτιδα, καρκίνο της ουροδόχου, μειωμένη γονιμότητα και γενικότερες λοιμώξεις του ουροποιητικού συστήματος.

## **Χορήγηση ειδικής άδειας οδήγησης Επιβατηγού Δημόσιας Χρήσης (Ε.Δ.Χ.) αυτοκινήτου (ΤΑΞΙ και ΕΙΔΜΙΣΘ)**

Ο υποψήφιος πρέπει:

1. Να είναι τουλάχιστον 21 ετών και να μην έχει ξεπεράσει το 69ο έτος της ηλικίας του.
2. Να μην υπηρετεί με οποιαδήποτε σχέση εργασίας στο Δημόσιο, Ν.Π.Δ.Δ., Ν.Π.Ι.Δ. του δημοσίου τομέα του Ν.1256/1982(Α'65), όπως ισχύει κάθε φορά.
3. Να μην έχει συνταξιοδοτηθεί ως άμεσα ασφαλισμένος από οποιοδήποτε ταμείο ή από το Δημόσιο.
4. Να μην έχει τιμωρηθεί από Πειθαρχικό Συμβούλιο για οδήγηση ή χρησιμοποίηση ως Ε.Δ.Χ. αυτοκινήτου, όχημα που δεν έχει ισχύουσα άδεια κυκλοφορίας ως Ε.Δ.Χ. αυτοκίνητο.
5. Να μην έχει καταδικαστεί αμετάκλητα για ένα από τα αδικήματα της περίπτωσης α' του άρθρου 100 του ν.4070/2012 (Α' 82) ήτοι για το αδίκημα της συγκρότησης ή ένταξης ως μέλος σε εγκληματική οργάνωση, παραχάραξης, κυκλοφορίας παραχαραγμένων νομισμάτων, πλαστογραφίας, πλαστογραφίας και κατάχρησης ενσήμων, δωροδοκίας, ανθρωποκτονίας με πρόθεση, ληστείας, αρπαγής, βιασμού, κατάχρησης σε ασέλγεια, αποπλάνησης παιδιών, διευκόλυνσης ακολασίας άλλων, πορνογραφίας ανηλίκων, μαστροπείας, εκμετάλλευσης πόρνης, σωματεμπορίας, ασέλγειας σε ανήλικο έναντι αμοιβής, κλοπής, υπεξαίρεσης, εκβίασης, απάτης, απιστίας, παράβασης της νομοθεσίας περί όπλων, εμπορίας και χρήσης ναρκωτικών, παράβασης των διατάξεων του νόμου για πρόληψη και καταστολή νομιμοποίησης

εσόδων από εγκληματικές δραστηριότητες, παράνομης μεταφοράς λαθρομεταναστών, λιποταξίας, ανυποταξίας και παράνομης απασχόλησης εργαζομένων.

6. Να επιτύχει στην ειδική γραπτή εξέταση σε θέματα κανονισμού Ε.Δ.Χ. αυτοκινήτων σύμφωνα με τις ισχύουσες διατάξεις.

7. Εφόσον δεν είναι Έλληνας υπήκοος, να ομιλεί με επάρκεια την Ελληνική γλώσσα.

8. Εφόσον είναι Έλληνας υπήκοος, να είναι απόφοιτος τουλάχιστον υποχρεωτικής εκπαίδευσης ή αναγνωρισμένης αντίστοιχης σχολής του εξωτερικού.

9. Να κατέχει ισχύουσα άδεια οδήγησης αυτοκινήτου κατηγορίας Β', Γ' ή Δ'.

10. Να είναι υγιής με βάση το εκάστοτε ισχύον θεσμικό πλαίσιο.

Τα απαιτούμενα δικαιολογητικά περιλαμβάνουν:

1. Αίτηση- Υπεύθυνη Δήλωση ν.1599/1986 με την οποία βεβαιώνεται η συνδρομή των παραπάνω 2, 3 και 5 προϋποθέσεων.

2. Πιστοποιητικό Ποινικού Μητρώου Γενικής Χρήσης.

3. Πιστοποιητικό Ελληνομάθειας τουλάχιστον ειδικού επαγγελματικού σκοπού- Επίπεδο Α2 (εφόσον ο αιτών δεν είναι Έλληνας υπήκοος).

4. Επικυρωμένο αντίγραφο τίτλου σπουδών τουλάχιστον υποχρεωτικής εκπαίδευσης ή βεβαίωση αντιστοιχίας τίτλου σπουδών ξένου σχολείου στο εξωτερικό (εφόσον ο αιτών είναι Έλληνας υπήκοος).

5. Επικυρωμένο αντίγραφο άδειας οδήγησης.

6. Επικυρωμένο φωτοαντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας (για Έλληνα υπήκοο) ή διαβατηρίου σε ισχύ (για αλλοδαπό υπήκοο).

7. Δύο πρόσφατες έγχρωμες φωτογραφίες μεγέθους και τύπου ταυτότητας.

8.Παράβολο υπέρ Δημοσίου ποσού πενήντα (50) ευρώ.

9.Ιατρικό Πιστοποιητικό Υγείας της υπ' αριθμ. οικ Α 79574/5488/16 (Β' 4587) Υ.Α

Παρατηρήσεις σχετικά με την άδεια:

1.Η ειδική άδεια οδήγησης Επιβατηγού Δημόσιας Χρήσης (Ε.Δ.Χ.) αυτοκινήτου δίνει στον κάτοχό της το δικαίωμα να οδηγεί Ε.Δ.Χ. αυτοκίνητο μέσα στα διοικητικά όρια της ίδιας αυτής Περιφερειακής Ενότητας που τη χορήγησε.

2.Το Πιστοποιητικό Ποινικού Μητρώου αναζητείται αυτεπάγγελτα από την αρμόδια Υπηρεσία και δε χρειάζεται να προσκομισθεί από τον ενδιαφερόμενο.

3.Το Πιστοποιητικό Ελληνομάθειας χορηγείται από το Κέντρο Ελληνικής Γλώσσας του Υπουργείου Παιδείας, Θρησκευμάτων, Πολιτισμού και Αθλητισμού.

4.Η βεβαίωση αντιστοιχίας τίτλων σπουδών ξένου σχολείου στο εξωτερικό χορηγείται από τη Δ/ση Παιδείας Ομογενών και Διαπολιτισμικής Εκπαίδευσης του Υπουργείου Παιδείας, Θρησκευμάτων, Πολιτισμού και Αθλητισμού, καθώς και από τις οικείες Δ/σεις Πρωτοβάθμιας ή Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης, κατά περίπτωση.

5.Σε κάθε περίπτωση, οι δημόσιες υπηρεσίες παρέχουν τις υπηρεσίες τους σε υπηκόους τρίτης χώρας που αποδεικνύουν ότι έχουν εισέλθει και διαμένουν νόμιμα στην Ελλάδα (παρ. 1 άρθρο 84 ν.3386/2005, ΦΕΚ Α' 212).

Η ισχύς της άδειας είναι πενταετής.

## **Σκοπός**

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η επιδημιολογική μελέτη των νοσημάτων που αναπτύσσουν οι επαγγελματίες οδηγοί ταξί, κατά τη χρονική διάρκεια εξάσκησης του επαγγέλματός τους.

Στη μελέτη αυτή, γίνεται μία προσπάθεια ταυτοποίησης και καταγραφής των επαγγελματικών νοσημάτων που αναπτύσσουν οι επαγγελματίες οδηγοί. Εκτός από τη συχνότητα εμφάνισης των νοσημάτων αυτών και την κατανομή τους, επιχειρείται η συσχέτιση των νοσημάτων που έχουν αναπτύξει οι συμμετέχοντες της έρευνας, με παραμέτρους που μπορεί να επηρεάζουν την πιθανότητα εμφάνισή τους, αλλά και το βαθμό στον οποίο μπορεί να επηρεάζουν τους επαγγελματίες οδηγούς ταξί, στην καθημερινή ζωή τους και στην επιτέλεση της εργασίας τους.

## **Μεθοδολογία**

### **Ερευνητικό εργαλείο**

Για την επιδημιολογική μελέτη των επαγγελματικών νοσημάτων που αναπτύσσουν οι οδηγοί ταξί, κατασκευάστηκε διερευνητικό ερωτηματολόγιο. Για τη σωστή κατασκευή του ερωτηματολογίου, πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της βιβλιογραφίας. Μέσα από την ανασκόπηση, παρατηρήθηκε ποια νοσήματα είναι συχνότερα στο επάγγελμα των οδηγών ταξί ανά τον κόσμο, έτσι ώστε να συμπεριληφθούν ως επιλογές στην έρευνα. Επιπλέον, εξετάστηκε η περίπτωση που το αναπτυσσόμενο νόσημα παρεμβαίνει στη φυσιολογική λειτουργία του ατόμου. Σύμφωνα με τα δεδομένα που παρουσιάστηκαν και στο θεωρητικό μέρος, τα επαγγελματικά νοσήματα που αναπτύσσονται από επαγγελματίες οδηγούς ταξί, επηρεάζουν τη φυσιολογική λειτουργία των οδηγών και παρεμβάλλονται στη σωστή επιτέλεση της εργασίας τους, εύρημα το οποίο χρησιμοποιήθηκε στο παρόν ερωτηματολόγιο, με σκοπό να διερευνηθεί στον Ελληνικό πληθυσμό των επαγγελματιών οδηγών.

Το ερωτηματολόγιο μπορεί να διαιρεθεί σε τέσσερις υποενότητες.

#### Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Στην πρώτη υποενότητα του ερωτηματολογίου συμπεριλήφθηκαν δημογραφικά δεδομένα για τους συμμετέχοντες, τα οποία και θα προσδώσουν τα χαρακτηριστικά του δείγματος.

Στην υποενότητα των δημογραφικών χαρακτηριστικών συμπεριλαμβάνονται ερωτήσεις για το φύλο των συμμετεχόντων, την ηλικία τους, σε μορφή ηλικιακών ομάδων εύρους δέκα ετών, τα έτη προϋπηρεσίας ως επαγγελματίες οδηγός, τα οποία

επίσης ομαδοποιούνται σε τέσσερις κατηγορίες και ο μέσος όρος ωρών εβδομαδιαίας εργασίας.

#### Υποενότητα επαγγελματικών νοσημάτων

Στην παρούσα υποενότητα συμπεριλαμβάνονται τέσσερις ερωτήσεις που αφορούν την πιθανότητα να πάσχουν οι συμμετέχοντες από μία εκ των δύο μεγαλύτερων κατηγοριών επαγγελματικών νοσημάτων για οδηγούς. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, οι δύο συνηθέστερες ομάδες επαγγελματικών νοσημάτων που αναπτύσσουν οι οδηγοί ταξί είναι τα μυοσκελετικά και τα καρδιαγγειακά προβλήματα. Επίσης, στη συγκεκριμένη υποενότητα, οι συμμετέχοντες ερωτώνται πόσα χρόνια υποφέρουν από το συγκεκριμένο νόσημα, σε μία προσπάθεια εκτίμησης του χρονικού διαστήματος που φέρουν το εκάστοτε νόσημα οι επαγγελματίες οδηγοί ταξί.

#### Υποενότητα παρεμπόδισης εργασίας

Στην τρίτη υποενότητα μελετάται η πιθανότητα παρεμπόδισης της εργασίας των οδηγών, εξαιτίας της εμφάνισης κάποιου επαγγελματικού νοσήματος. Στη συγκεκριμένη υποενότητα συμπεριλαμβάνονται πέντε ερωτήσεις που εξετάζουν την επανεμφάνιση του νοσήματος από το οποίο μπορεί να πάσχουν οι συμμετέχοντες, το βαθμό στον οποίο τους εμποδίζει να ανταπεξέλθουν στην εργασία τους, το χρονικό διάστημα στο οποίο εμφανίστηκε για πρώτη φορά το νόσημα, από τη στιγμή έναρξης του επαγγέλματός τους, τις αιτίες στις οποίες οφείλεται η εμφάνισή του και την πιθανότητα εμφάνισης κάποιου συνοδού νοσήματος.

#### Υποενότητα τρόπου ζωής

Εκτός από τα επαγγελματικά νοσήματα που μπορεί να αναπτύξουν οι οδηγοί ταξί, στην παρούσα εργασία μελετήθηκε και η πιθανότητα που ο τρόπος ζωής μπορεί να επηρεάσει την εμφάνισή τους. Στην τέταρτη και τελευταία υποενότητα,

συμπεριλαμβάνονται τέσσερις πολύ βασικές ερωτήσεις που εξετάζουν τον τρόπο ζωής των συμμετεχόντων. Οι ερωτήσεις αυτές αφορούν τη φυσική κατάσταση των συμμετεχόντων, η οποία μπορεί να κυμαίνεται από πολύ κακή ως πολύ καλή, τον τρόπο ζωής που ακολουθούν, ο οποίος κυμαίνεται από αυστηρά καθιστικός, μέχρι και δραστήριος, τη διατροφή που ακολουθούν οι επαγγελματίες οδηγοί, η οποία μπορεί να είναι υψηλής περιεκτικότητας σε λιπαρά-ζάχαρη-αλάτι, μέχρι ισορροπημένη ή ειδική διατροφή. Τέλος, καθώς δεν αποκλείεται η εμφάνιση ενός νοσήματος να είναι αποτέλεσμα οικογενειακού ιστορικού, οι συμμετέχοντες ερωτήθηκαν εάν έχουν οικογενειακό ιστορικό σε σχέση με τα εξεταζόμενα νοσήματα.

### Στατιστική ανάλυση

Για τη στατιστική ανάλυση του δείγματος, αρχικά προσδιορίστηκαν οι περιγραφικές μεταβλητές του, όπως οι συχνότητες των απαντήσεων και ο πιθανός υπολογισμός των ποσοστών απαντήσεων, του μέσου όρου και της διαμέσου των δεδομένων.

Για την παραγωγή συγκρίσεων μεταξύ των μεταβλητών του δείγματος, πραγματοποιήθηκε η δοκιμασία Pearson's chi-square, η οποία είναι κατάλληλη για κατηγοριοποιημένες μεταβλητές, όπως και αυτές της παρούσας μελέτης.

Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε ως μικρότερο από 0,05 ( $< 0,05$ ). Τιμές μεγαλύτερες από την τιμή σημαντικότητας δείχνουν ότι η μελετούμενη συσχέτιση απορρίπτεται, ενώ τιμές χαμηλότερες από 0,05 δείχνουν ότι η παρατηρούμενη συσχέτιση είναι στατιστικά σημαντική.

Για την ανάλυση, χρησιμοποιήθηκε το Microsoft Excel για την κωδικοποίηση των δειγμάτων, ενώ για την πραγματοποίηση της στατιστικής ανάλυσης χρησιμοποιήθηκε το λογισμικό IBM SPSS v. 22.



## **Αποτελέσματα**

Το δείγμα της έρευνας αποτελείται από 100 επαγγελματίες οδηγούς ταξί. Κατά τη διεξαγωγή της έρευνας, οι γυναίκες οδηγοί προτίμησαν να μη συμμετάσχουν, συνεπώς τα αποτελέσματα αφορούν μόνο τους άνδρες επαγγελματίες.

### **Περιγραφική στατιστική**

Αρχικά θελήσαμε να εξετάσουμε τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματός μας. Εφόσον το φύλο όλων των συμμετεχόντων είναι ομοιογενές, εξετάστηκαν οι παράμετροι της ηλικίας, των ετών προϋπηρεσίας και των εβδομαδιαίων ωρών εργασίας, για τις οποίες παρουσιάζονται και τα παρακάτω δεδομένα.

Οι ηλικιακές ομάδες στις οποίες κατανέμονται οι συμμετέχοντες αφορούν νέους και παλαιούς οδηγούς. Η πρώτη ηλικιακή ομάδα αφορά τους οδηγούς μεταξύ 18-25 ετών, η δεύτερη ομάδα περιλαμβάνει όσους είναι μεταξύ 26- 35 ετών, η τρίτη ομάδα περιλαμβάνει αυτούς που είναι μεταξύ 36-45 ετών, ενώ οι τέταρτη και πέμπτη ηλικιακή ομάδα αφορά τους μεγαλύτερους ηλικιακά επαγγελματίες. Συγκεκριμένα, το ηλικιακό εύρος που περιλαμβάνει η τέταρτη ομάδα κυμαίνεται από 46-55 και άνω των 55 στην τελευταία ομάδα.



Γράφημα 1. Οι ηλικιακές ομάδες ασθενών της έρευνας

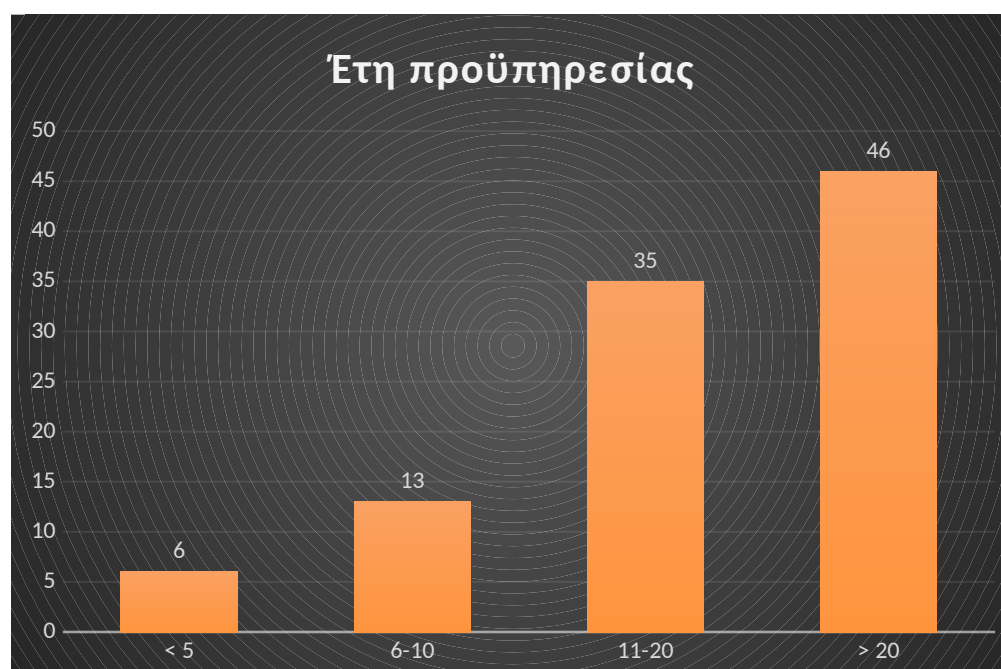
Όπως φαίνεται από το γράφημα 1, στην έρευνα δε συμμετείχαν οδηγοί πολύ νεαρής ηλικίας (18-26 έτη). Στην αμέσως επόμενη ηλικιακή ομάδα, αυτή των 26-35 ετών ανήκουν 10 από τους συνολικούς συμμετέχοντες (10%). 19 από τους συμμετέχοντες ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα των 36-45 ετών (19%), 39 συμμετέχοντες ανήκουν στην τρίτη ηλικιακή ομάδα, δηλαδή αυτή των 46-55 ετών (39%) και 32 οδηγοί έχουν ηλικία μεγαλύτερη των 56 ετών (32%). Η κατανομή που παρατηρείται, μας δίνει δεδομένα για την επιλογή του επαγγέλματος του επαγγελματία οδηγού.

Καθώς απαιτείται η αδειοδότηση του οδηγού για τη χορήγηση επαγγελματικής άδειας ταξί, όπως επίσης η συμπλήρωση του εικοστού πρώτου έτους της ηλικίας ενός ατόμου και η προτιμώμενη εμπειρία στην οδήγηση, κάνει το επάγγελμα ιδανικότερο για οδηγούς άνω των 30 ετών. Παρόλα αυτά, ο ίδιος ο παράγοντας της ηλικίας και των ικανοτήτων περιορίζουν και το ανώτερο όριο ηλικίας των επαγγελματιών οδηγών

ταξί, καθώς με το πέρασμα στην τρίτη ηλικία εμφανίζονται προβλήματα όρασης και τα αντανακλαστικά δεν είναι το ίδιο λειτουργικά με αυτά ανθρώπων 30-50 ετών.

Οι οδηγοί άνω των 56 ετών είναι λιγότεροι από την ακριβώς προηγούμενη κατηγορία, αλλά όχι στη συχνότητα που θα αναμένονταν, καθώς αποτελούν το 1/3 του δείγματος της μελέτης. Συνεπώς, θα ήταν συνετό να υπόκεινται σε ετήσιο έλεγχο για προβλήματα όρασης και αντανακλαστικών.

Στη συνέχεια εξετάζονται τα έτη προϋπηρεσίας των επαγγελματιών οδηγών ταξί. Τα έτη προϋπηρεσίας ορίζονται ως λιγότερα από 5, μεταξύ 6 και 10, μεταξύ 11 και 20 και άνω των 20 ετών.



Γράφημα 2. Έτη προϋπηρεσίας των συμμετεχόντων

Σύμφωνα με τα δεδομένα που απεικονίζονται στο γράφημα 2, 6 οδηγοί μπορούν να θεωρηθούν νέοι επαγγελματίες, καθώς διαθέτουν προϋπηρεσία μικρότερη των 5 ετών (6%), 13 συμμετέχοντες διαθέτουν μία σχετική εμπειρία, καθώς διαθέτουν 6-10 έτη προϋπηρεσίας (13%), ενώ οι υπόλοιποι συμμετέχοντες είναι αρκετά έως πολύ

έμπειροι οδηγοί. 35 εξ' αυτών διαθέτουν 11-20 έτη προϋπηρεσίας (35%) και 46 επιπλέον επαγγελματίες διαθέτουν προϋπηρεσία άνω των 20 ετών (46%).

Σύμφωνα με το εύρημα ότι οι συμμετέχοντες έχουν –κατά κύριο λόγο- αρκετά έτη προϋπηρεσίας ως επαγγελματίες οδηγοί ταξί, μπορούμε να υποθέσουμε ότι η συχνότητα των επαγγελματικών νοσημάτων στο συγκεκριμένο δείγμα ίσως και να είναι αυξημένη.

Στην τελευταία ερώτηση που αφορά τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος εξετάζονται οι ώρες εβδομαδιαίας εργασίας. Οι διαθέσιμες απαντήσεις περιλαμβάνουν λιγότερες από 30 ώρες εργασίας την εβδομάδα, δηλαδή μερική απασχόληση ως επαγγελματίας οδηγός, 31-40 ώρες εβδομαδιαίας εργασίας, δηλαδή ενασχόληση για 6 με 8 ώρες ημερησίως, χωρίς να εργάζονται τα Σαββατοκύριακα, 41-50 ώρες εβδομαδιαίας εργασίας, που σημαίνει απασχόληση για 8 ώρες περίπου, με κάποιες ώρες εργασίας τα Σαββατοκύριακα και άνω των 50 ωρών εργασίας, που απαιτούν συνεχόμενη εργασία σε καθημερινή βάση, χωρίς ρεπώ.



Γράφημα 3. Εβδομαδιαίες ώρες εργασίας για τους επαγγελματίες οδηγούς ταξί του δείγματος συμμετεχόντων

Όπως φαίνεται από το γράφημα 3, δεν υπάρχουν οδηγοί που να ασχολούνται με την επαγγελματική οδήγηση ως μερική απασχόληση, γεγονός που υποδηλώνει ότι το συγκεκριμένο επάγγελμα απαιτεί πλήρη απασχόληση για να είναι βιώσιμο. 13 από τους συμμετέχοντες δήλωσαν ότι εργάζονται 30-40 ώρες εβδομαδιαία (13%), 19 συμμετέχοντες δήλωσαν ότι εργάζονται 41-50 ώρες εβδομαδιαία (19%), ενώ 21 συμμετέχοντες δήλωσαν ότι εργάζονται για περισσότερες από 50 ώρες εβδομαδιαία (68%), αποτελώντας την πλειοψηφία του δείγματος.

Η κατανομή της ερώτησης για τις ώρες εργασίας δηλώνει ότι οι επαγγελματίες οδηγοί εργάζονται σκληρά, παρά το ελεύθερο ωράριο που διαθέτουν, συχνά καλύπτοντας βραδινές βάρδιες. Η συνεχόμενη εργασία και η απουσία ξεκούρασης μπορεί να δράσει ως ενοχοποιητικός παράγοντας για την εμφάνιση κάποιου επαγγελματικού νοσήματος που σχετίζεται με την οδήγηση.

Οι επόμενες ερωτήσεις αφορούν την ύπαρξη επαγγελματικών νοσημάτων στο δείγμα της μελέτης. Στην πρώτη ερώτηση, οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να δηλώσουν εάν πάσχουν από κάποιο επαγγελματικό νόσημα. Όπως απεικονίζεται και στο παρακάτω διάγραμμα, 32 οδηγοί απάντησαν αρνητικά (32%), ενώ 68 οδηγοί απάντησαν θετικά (68%).



Γράφημα 4. Η ύπαρξη επαγγελματικών νοσημάτων στους επαγγελματίες οδηγούς ταξί

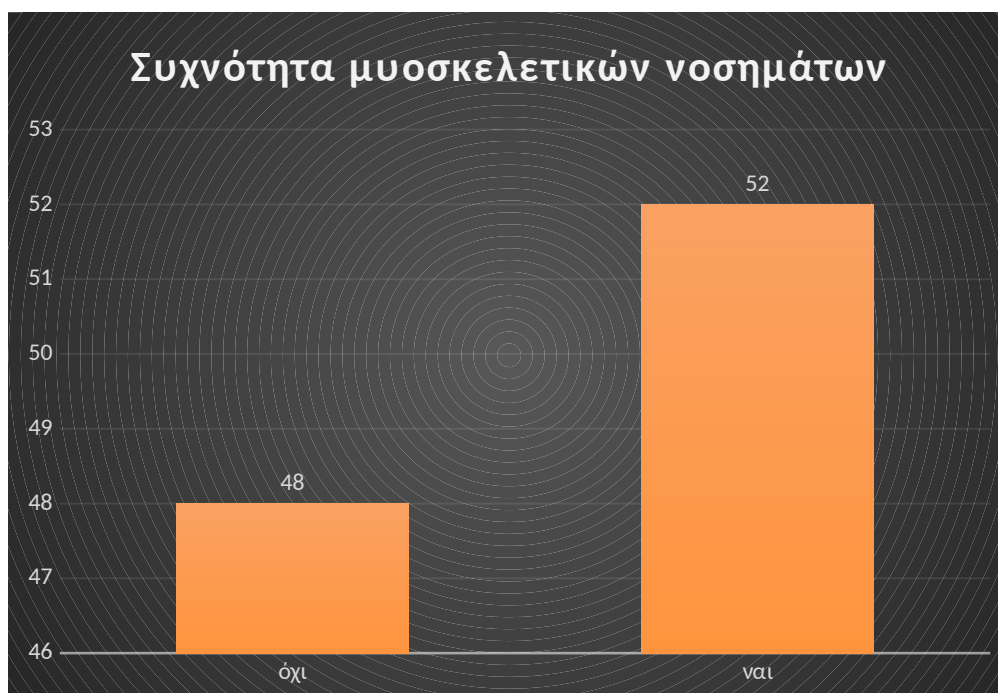
Πρέπει να σημειωθεί παρόλα αυτά, ότι πολλοί από τους συμμετέχοντες φάνηκαν να μην κατανοούν τη συγκεκριμένη ερώτηση. Οι αρνητικές απαντήσεις ήταν περισσότερες, καθώς κάποιοι οδηγοί δήλωσαν πώς δεν πάσχουν από κάποιο επαγγελματικό νόσημα. Παρόλα αυτά, όπως θα φανεί και από τις επόμενες ερωτήσεις, οι ίδιοι συμμετέχοντες δήλωσαν στη συνέχεια ότι πάσχουν από μυοσκελετικά κυρίως νοσήματα. Αυτή η τάση που παρατηρήθηκε, ίσως οφείλεται στο γεγονός ότι κάποια άτομα μπορεί να μη θεωρούν τα μυοσκελετικά προβλήματα και ενοχλήσεις ως νοσήματα. Επίσης, κάποια άτομα μπορεί να θεωρούν ότι ως νόσημα χαρακτηρίζεται κάποια ανίατη ασθένεια βαριάς μορφής, οπότε και δε θεώρησαν αναγκαίο να δηλώσουν κάποιο άλλο πρόβλημα που αντιμετωπίζουν.

Η δεύτερη και η τρίτη ερώτηση της υποενότητας ύπαρξης νοσημάτων στοχεύει να προσδιορίσει εάν το νόσημα από το οποίο πάσχουν οι συμμετέχοντες είναι μυοσκελετικό ή καρδιαγγειακό. Ο λόγος για τον οποίο επιλέχθηκαν να αναφερθούν

αυτές οι δύο ομάδες νοσημάτων ξεχωριστά είναι διότι αποτελούν τις δύο συχνότερες μορφές νοσήματος που εμφανίζονται σε επαγγελματίες οδηγούς (φορηγών, λεωφορείων κλπ) και ιδιαίτερα σε οδηγούς ταξί.

Στην πρώτη εκ των δύο ερωτήσεων όπου οι οδηγοί ερωτώνται για την ύπαρξη μυοσκελετικού νοσήματος, 48 συμμετέχοντες απάντησαν αρνητικά (48%) και 52 συμμετέχοντες απάντησαν θετικά (52%).

Στην ερώτηση για την ύπαρξη καρδιαγγειακών νοσημάτων, 74 συμμετέχοντες απάντησαν αρνητικά (74%) και 26 απάντησαν θετικά (26 %). Είναι εμφανές ότι τα μυοσκελετικά προβλήματα είναι εμφανώς συχνότερα από τα καρδιαγγειακά νοσήματα, ιδιαίτερα καθώς μπορεί να εμφανιστούν με τη μορφή μικρών ενοχλήσεων πριν εξελιχθούν σε κάποια σοβαρή μορφή. Αντίθετα τα καρδιαγγειακά προβλήματα, όταν έχουν χρόνια χαρακτήρα είναι σπανιότερα, ενώ στην οξεία τους μορφή εμφανίζονται σε μεγαλύτερες ηλικίες.



Γράφημα 5. Η ύπαρξη μυοσκελετικών νοσημάτων στο δείγμα



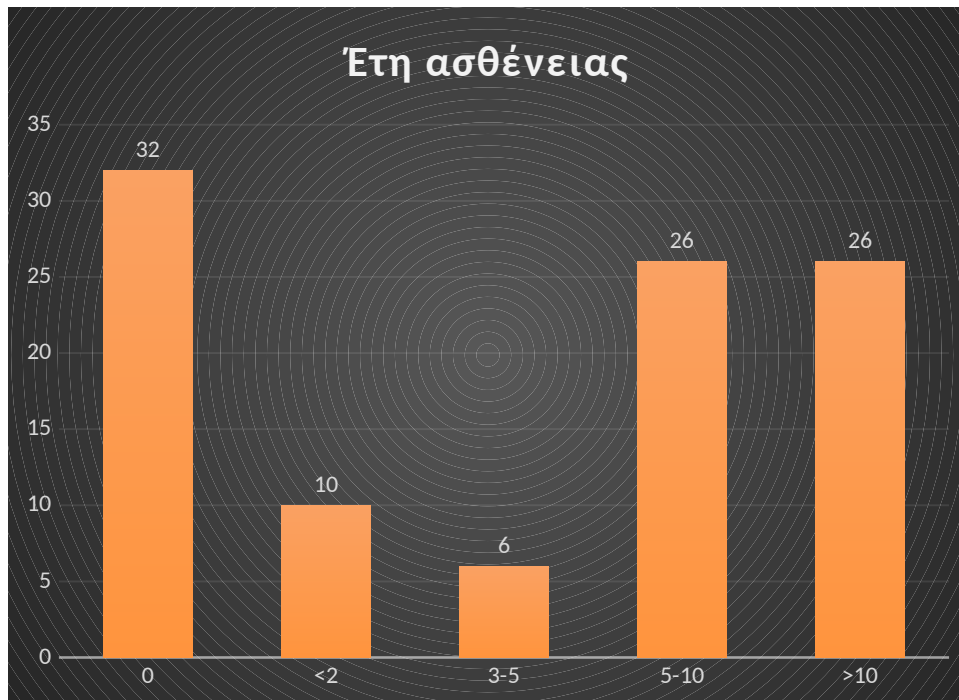
Γράφημα 6. Η ύπαρξη καρδιαγγειακού νοσήματος στο δείγμα

Παρόλο που δεν υπήρχε κάποια ερώτηση για τη συνύπαρξη μυοσκελετικών και καρδιαγγειακών νοσημάτων, παρατηρήθηκε ότι 19 συμμετέχοντες (19 %) δήλωσαν ότι πάσχουν και από τα δύο είδη νοσημάτων. Το ποσοστό αυτό ανέρχεται στο 1/5 του δείγματος. Αυτό το εύρημα μπορεί να υποδηλώνει ότι το επάγγελμα του οδηγού ταξί μπορεί να επιβαρύνει την υγεία των οδηγών με πολλούς τρόπους, παρά με την εμφάνιση ενός και μόνο νοσήματος.

Οι επόμενες πέντε ερωτήσεις αφορούν την υποεπάρκεια της παρέμβασης των επαγγελματιών νοσημάτων στη διεκτέλεση της εργασίας των συμμετεχόντων.

Η πρώτη ερώτηση αφορά τα έτη που υποφέρουν από το επαγγελματικό νόσημα που δήλωσαν. Εκτός από τους 32 συμμετέχοντες, οι οποίοι δήλωσαν εξαρχής ότι είναι υγιείς, 10 συμμετέχοντες δήλωσαν ότι υποφέρουν από το νόσημά τους λιγότερο από 2 έτη (10%), 6 συμμετέχοντες πάσχουν από το νόσημα που δήλωσαν για 3-5 έτη (6%), 26 συμμετέχοντες δήλωσαν ότι πάσχουν για 5-10 έτη (26 %) και άλλοι 26 δήλωσαν ότι υποφέρουν για περισσότερα από 10 έτη (26 %).

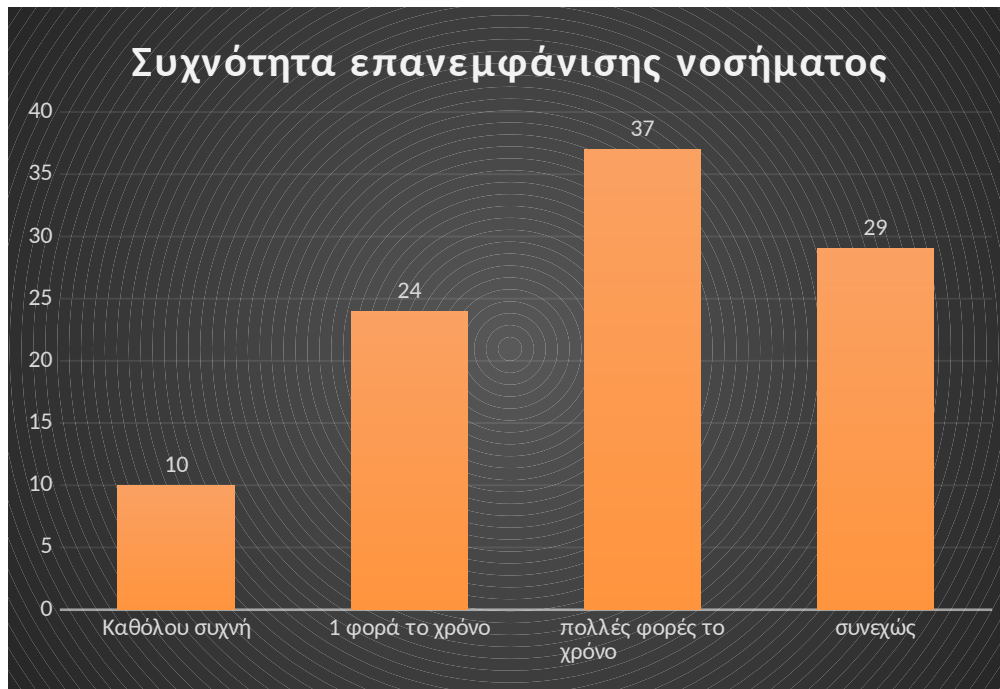




Γράφημα 7. Έτη ασθένειας από το δηλωμένο επαγγελματικό νόσημα

Όπως φαίνεται και από το γράφημα 7, οι μισοί συμμετέχοντες έχουν αναπτύξει ένα νόσημα που έχει πάρει ή τείνει να πάρει χρόνια μορφή και στο μέλλον μπορεί να σταθεί εμπόδιο στη διεκπεραίωση της εργασίας τους και των καθημερινών τους υποχρεώσεων, αν δεν έχει αρχίσει ήδη να τους εμποδίζει. Οι 5 οδηγοί που δήλωσαν ότι νοσούν μεταξύ 1 και 5 έτη, υπάρχει περίπτωση να μπορέσουν να αντιμετωπίσουν το νόσημα από το οποίο πάσχουν, εφόσον λάβουν την κατάλληλη περίθαλψη και θεραπευτική παρέμβαση.

Στη συνέχεια, θελήσαμε να εξετάσουμε ποια είναι η συχνότητα επανεμφάνισης του επαγγελματικού νοσήματος που δήλωσαν οι συμμετέχοντες. Στη συγκεκριμένη ερώτηση λήφθηκαν υπόψη μόνο οι απαντήσεις όσων έχουν δηλώσει ότι πάσχουν από κάποιο επαγγελματικό νόσημα και όχι των υγείων συμμετεχόντων. Οι συχνότητες που προτάθηκαν είναι ότι το νόσημα δεν εμφανίζεται καθόλου συχνά, 1 φορά το χρόνο, πολλές φορές το χρόνο και συνεχώς.



Γράφημα 8. Συχνότητα επανεμφάνισης δηλωμένων επαγγελματικών νοσημάτων

Όπως φαίνεται από το παραπάνω γράφημα, 10 συμμετέχοντες δήλωσαν ότι δεν είναι συχνή η επανεμφάνιση του νοσήματος που δήλωσαν (10 %), 24 συμμετέχοντες δήλωσαν ότι μία φορά το χρόνο επανεμφανίζεται το πρόβλημά τους (24%), 37 συμμετέχοντες δήλωσαν ότι το νόσημα επανεμφανίζεται πολλές φορές μέσα στο χρόνο (37 %) και 29 συμμετέχοντες δήλωσαν ότι το νόσημα είναι συνεχώς παρόν στην καθημερινότητά τους (29 %).

Οι απαντήσεις αυτής της ερώτησης δείχνουν ότι τα νοσήματα που δηλώθηκαν από τους συμμετέχοντες επαγγελματίες βρίσκονται ήδη σε αρκετά προχωρημένη μορφή, έτσι ώστε να εμφανίζονται συνεχώς, σε περισσότερους από τους μισούς οδηγούς. Εναλλακτικά, οι ίδιοι οι πάσχοντες δε φροντίζουν να αντιμετωπίσουν το νόσημά τους, με αποτέλεσμα η επανεμφάνισή του να είναι συχνότερη από όσο θα ήθελαν και η γενικότερη αντιμετώπισή του να μην είναι αποτελεσματική. Σε οποιαδήποτε περίπτωση, η αυξημένη συχνότητα επανεμφάνισης του δηλωμένου επαγγελματικού

νοσήματος προδιαθέτει ότι ίσως η συχνή του εμφάνιση εμποδίζει την επαγγελματική αρτιότητα των οδηγών ταξί.

Το βαθμό δυσκολίας στην εργασία εξετάζει η επόμενη ερώτηση. Οι διαθέσιμες απαντήσεις για το βαθμό που δυσκολεύονται να ανταπεξέλθουν στις απαιτήσεις της εργασίας τους, παρουσία ενός επαγγελματικού νοσήματος είναι σε πολύ μικρό βαθμό, σε μικρό βαθμό, σε μέτριο και σε σοβαρό βαθμό, δημιουργώντας μία διαβαθμισμένη κλίμακα δυσκολίας.



Γράφημα 9. Ο βαθμός δυσκολίας που αντιμετωπίζουν οδηγοί με επαγγελματικά νοσήματα στην εργασία τους

10 από του οδηγούς δήλωσαν ότι το νόσημά τους δεν τους παρεμποδίζει σχεδόν καθόλου στην εργασία τους (10 %) και άλλοι 19 δήλωσαν ότι τους παρεμποδίζει σε μικρό βαθμό (19%). Οι περισσότερες απαντήσεις συγκεντρώθηκαν από τους οδηγούς που αντιμετωπίζουν κάποιο πρόβλημα στην εργασία τους εξαιτίας του νοσήματος που δήλωσαν. Αυτοί οι οδηγοί που δήλωσαν ότι παρεμποδίζονται σε μέτριο βαθμό

είναι 57 (57 %) και συνοδεύονται από 14 συμμετέχοντες (14 %) οι οποίοι παρεμποδίζονται σε σοβαρό βαθμό. Παρατηρώντας τις απαντήσεις της προηγούμενης ερώτησης, διαπιστώνουμε ότι οι οδηγοί που δήλωσαν συχνότερη εμφάνιση του νοσήματός τους μέσα στο χρόνο είναι και αυτοί που παρεμποδίζονται σε μεγαλύτερο βαθμό να ανταπεξέλθουν στην εργασία τους, σε σχέση με τους υπόλοιπους συμμετέχοντες. Η παρατήρηση αυτή είναι πιθανό να αναδείξει μία σημαντική συσχέτιση μεταξύ αυτών των δύο παραμέτρων, όπως θα αναφερθεί και στην ενότητα της ανάλυσης συσχετίσεων.

Ανάλογα, όταν οι συμμετέχοντες ερωτήθηκαν πόσα έτη μετά την έναρξη του επαγγέλματός τους εμφάνισαν το νόσημα που δήλωσαν, 5 απάντησαν ότι το νόσημα εμφανίστηκε 1-5 έτη μετά την έναρξη του επαγγέλματός του ως οδηγός ταξί (5%), 57 άτομα απάντησαν ότι το νόσημα εμφανίστηκε μεταξύ 6 και 10 ετών από την έναρξη του επαγγέλματος (57%) και 38 άτομα απάντησαν ότι το νόσημα εμφανίστηκε περισσότερο από 10 έτη από την έναρξη του επαγγέλματός τους (38%).

Το εύρημα αυτό υποδηλώνει ότι για την εμφάνιση του δηλωμένου νοσήματος, είτε είναι καρδιαγγειακής φύσης είτε μυοσκελετικό, απαιτείται μεγάλος βαθμός εργασιακής καταπόνησης από την πλευρά των οδηγών. Αυτό το γεγονός οδηγεί στην υπόθεση ότι ίσως να μη γνώριζαν τους κινδύνους εμφάνισης κάποιου νοσήματος ή της αμέλειας της υγείας τους, η οποία συσσωρευτικά οδήγησε στην εμφάνιση του νοσήματος που δήλωσαν.



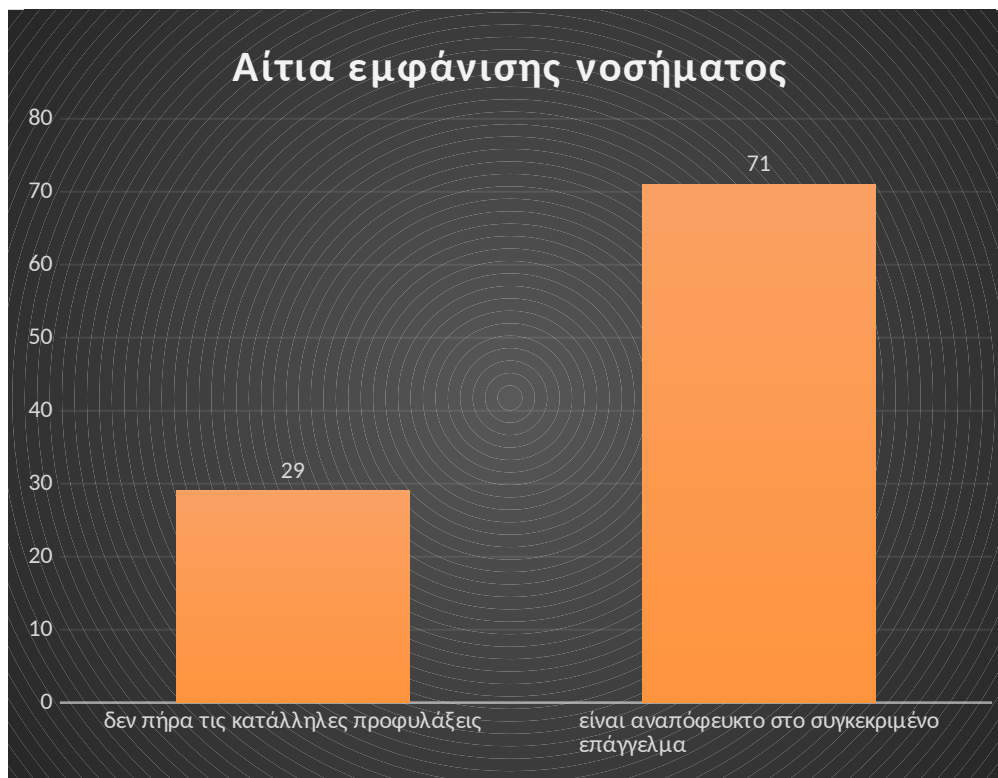
Γράφημα 10. Η χρονική διάρκεια μέχρι την εμφάνιση ενός επαγγελματικού νοσήματος από την έναρξη του επαγγέλματος

Αυτήν την υπόθεση εξετάζει και το επόμενο ερώτημα, στο οποίο, οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να δηλώσουν τα αίτια της εμφάνισης του νοσήματος που δήλωσαν. Οι διαθέσιμες απαντήσεις- δηλώσεις ήταν τρεις:

- Δεν έλαβα τις κατάλληλες προφυλάξεις
- Δεν ενημερώθηκα σχετικά με τον κίνδυνο ανάπτυξης του νοσήματος
- Είναι αναπόφευκτη η ανάπτυξη του νοσήματος στο συγκεκριμένο επάγγελμα

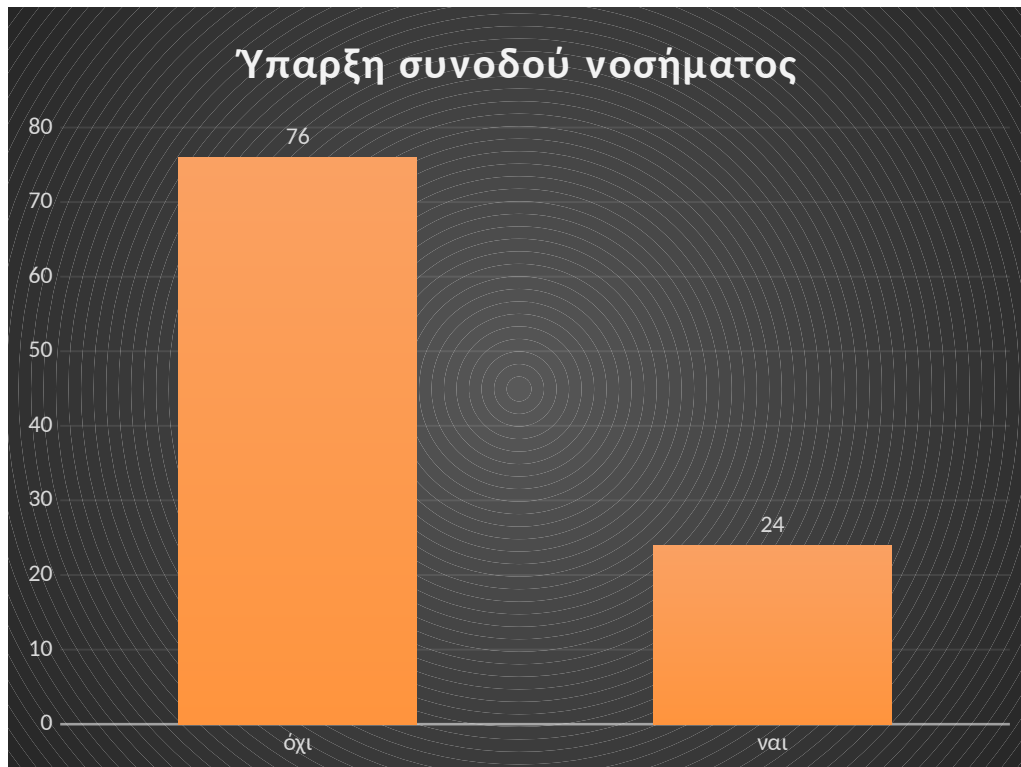
Σε σχέση με τις επιλογές των απαντήσεων, μόνο οι δύο απαντήσεις εμφανίστηκαν από τους πάσχοντες επαγγελματίες οδηγούς, δηλώνοντας ότι είτε δεν έχουν λάβει τις κατάλληλες προφυλάξεις, είτε ότι η εμφάνιση του νοσήματος είναι αναπόφευκτη, λόγω της φύσης του επαγγέλματος.

Συγκεκριμένα, 29 συμμετέχοντες δήλωσαν ότι δεν έλαβαν τις κατάλληλες προφυλάξεις για την υγεία τους (29%), ενώ οι υπόλοιποι 71 χαρακτήρισαν την εμφάνιση ενός επαγγελματικού νοσήματος ως αναπόφευκτη στο συγκεκριμένο επάγγελμα (71%).



Γράφημα 11. Αίτια εμφάνισης επαγγελματικών νοσημάτων σε οδηγούς ταξί

Τέλος, οι πάσχοντες οδηγοί ερωτήθηκαν για την ύπαρξη κάποιου συνοδού νοσήματος. Εκτός από 24 οδηγούς (24%), η συντριπτική πλειοψηφία απάντησε αρνητικά σε αυτό το ερώτημα.



Γράφημα 12. Ανάπτυξη συνοδού επαγγελματικού νοσήματος για τους οδηγούς ταξί.

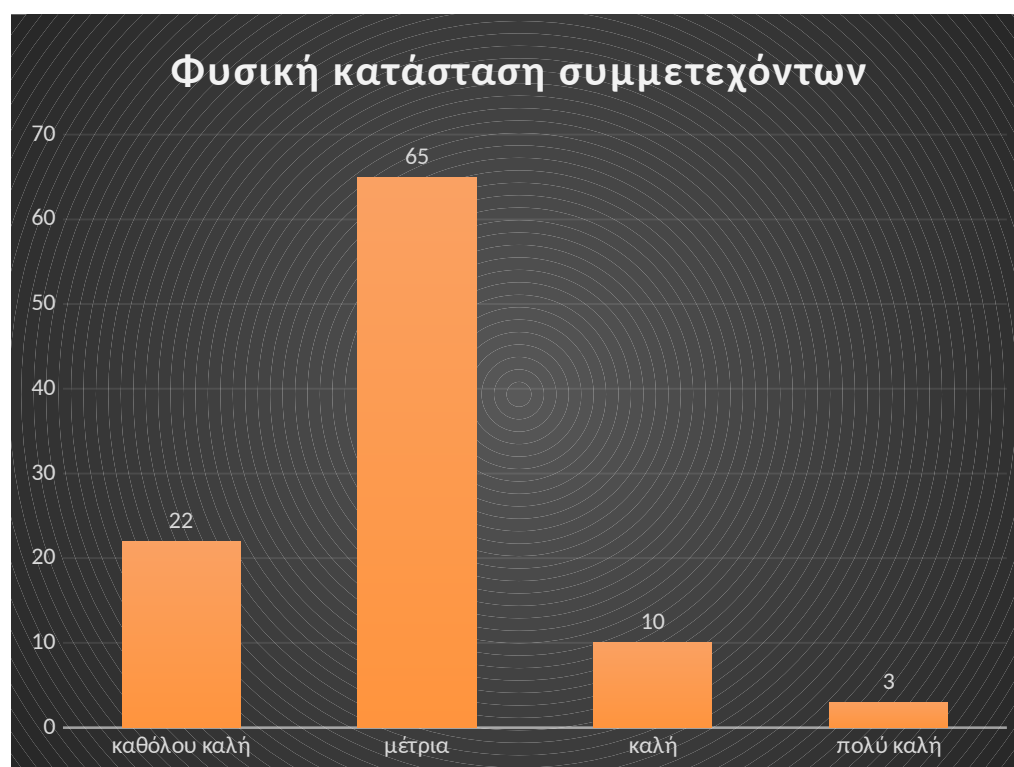
Οι πέντε οδηγοί που απάντησαν θετικά χρειάστηκε να δηλώσουν το νόσημα από το οποίο πάσχουν, όπου σε όλες τις περιπτώσεις ήταν πρόβλημα με τον προστάτη. Οι οδηγοί δε δήλωσαν εάν το πρόβλημα είναι καρκίνος του προστάτη ή υπερπλασία του προστάτη. Πρέπει να σημειωθεί ότι προβλήματα στη λειτουργία του προστάτη παρατηρούνται σε οδηγούς ταξί, αν και σπανιότερα από τα μυοσκελετικά και καρδιαγγειακά νοσήματα, όπως αναφέρθηκε στο σύνδρομο του οδηγού ταξί, οπότε δεν είναι παράξενο η αιτία της εμφάνισης ενός τέτοιου προβλήματος να είναι καθαρά επαγγελματικής φύσης.

Μία προσεκτικότερη ματιά στα δεδομένα αποκαλύπτει ότι εκτός από έναν οδηγό, ο οποίος ανήκει στην ηλικιακή ομάδα των 26-35 ετών, οι υπόλοιποι τέσσερις οδηγοί με πρόβλημα στον προστάτη είναι μεγαλύτεροι από 56 ετών. Η μεγάλη ηλικία στους άνδρες συνδέεται με εμφάνιση προβλημάτων της λειτουργίας του προστάτη. Συνεπώς, το εύρημα μπορεί να εξηγηθεί με αυτόν τον τρόπο, αλλά ίσως να αποτελεί

και ένδειξη ότι το επάγγελμα του οδηγού ταξί να συμβάλει στην προτιμότερη εμφάνιση δυσλειτουργιών του προστάτη σε άνδρες άνω των 55 ετών.

Τέλος, θελήσαμε να εξετάσουμε τον τρόπο ζωής των επαγγελματιών οδηγών ταξί. η πρώτη ερώτηση της υποενότητας του τρόπου ζωής του ερωτηματολογίου αφορά τη φυσική κατάσταση των συμμετεχόντων, ανεξάρτητα αν πάσχουν από κάποιο νόσημα ή όχι.

22 συμμετέχοντες απάντησαν ότι η φυσική τους κατάσταση δεν είναι καθόλου καλή (22%), 65 οδηγοί απάντησαν ότι η φυσικής τους κατάσταση είναι μέτρια (65%) και μόνο 13 συμμετέχοντες απάντησαν ότι έχουν καλή (10%) ή πολύ καλή (1 άτομο) φυσική κατάσταση (3%).



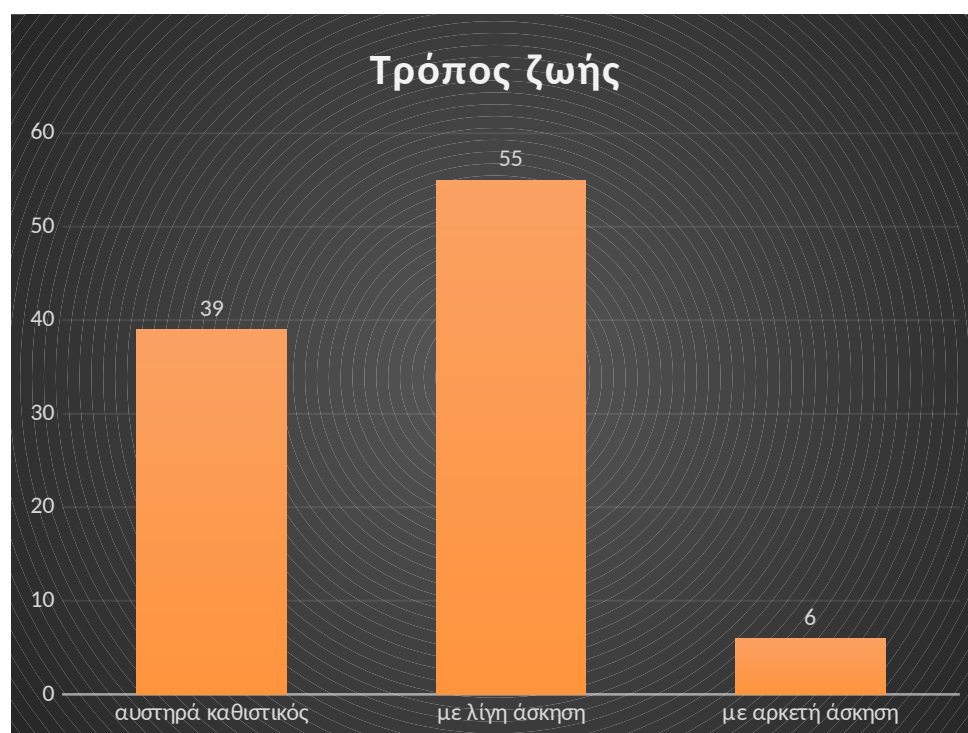
Γράφημα 13. Η φυσική κατάσταση των συμμετεχόντων

Όπως φαίνεται από το γράφημα 13, η γενική εικόνα της φυσικής κατάστασης των συμμετεχόντων είναι μέτρια και κακή. Βέβαια, αυτό το εύρημα είναι αναμενόμενο,



καθώς οι συμμετέχοντες δήλωσαν ότι εργάζονται για πάρα πολλές ώρες κάθε εβδομάδα, γεγονός που δεν τους επιτρέπει να προσέξουν τη φυσική τους κατάσταση. Επίσης, οι περισσότεροι οδηγοί που συμμετείχαν στην έρευνα είναι σε ηλικίες μεγαλύτερες των 35 ετών, δηλαδή είναι άνθρωποι που κατά πάσα πιθανότητα έχουν οικογένεια και παιδιά, για τις ανάγκες των οποίων πρέπει να αφιερώσουν αρκετό από το λιγοστό ελεύθερο χρόνο τους, χωρίς να μένει αρκετός χρόνος για να αφιερώσουν στον εαυτό τους.

Σε επόμενη ερώτηση, οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να απαντήσουν για τον τρόπο ζωής τους, όσον αφορά την άσκηση. 39 συμμετέχοντες δήλωσαν ότι κάνουν αυστηρά καθιστικό τρόπο ζωής (39%), 55 συμμετέχοντες δήλωσαν ότι συμπεριλαμβάνουν μικρές ποσότητες άσκησης στην καθημερινότητά τους (55%) και μόνο 6 οδηγοί φροντίζουν να ασκούνται τακτικά κατά τη διάρκεια της εβδομάδας (6%).

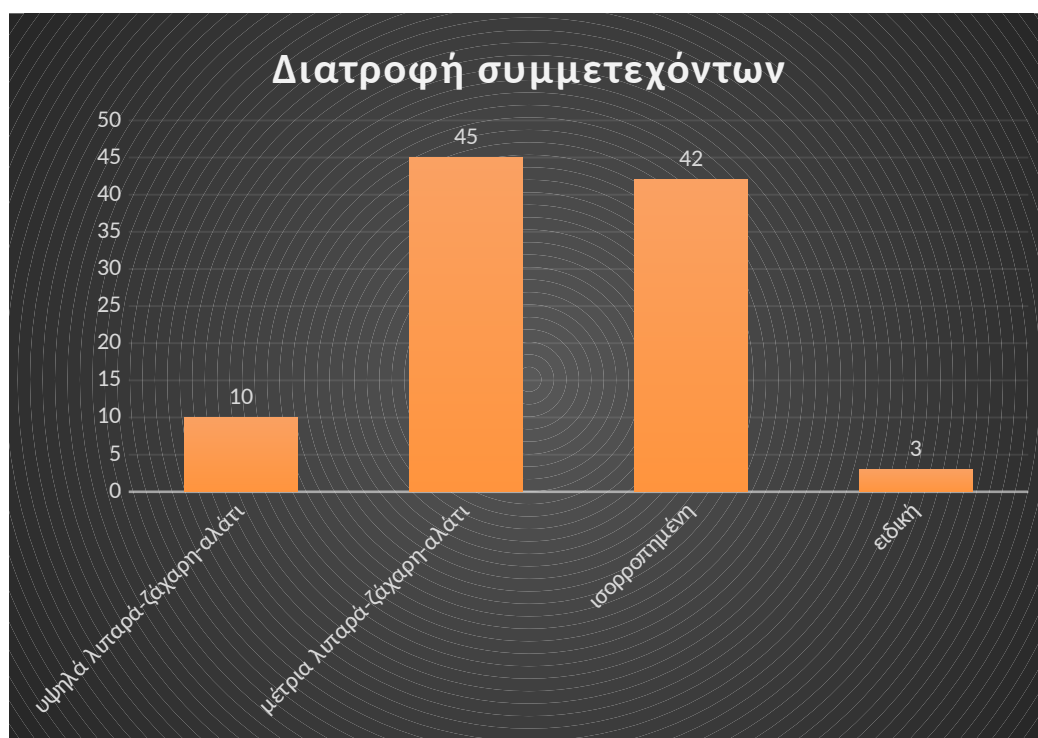


Γράφημα 15. Τρόπος ζωής οδηγών ταξί σε συνάρτηση με τα επίπεδα άσκησης.

Με την ίδια λογική, οι συμμετέχοντες ερωτήθηκαν για τις διατροφικές τους συνήθειες. Οι διαθέσιμες απαντήσεις είναι:

- Διατροφή με υψηλά λιπαρά- ζάχαρη-αλάτι
- Διατροφή με μέτρια περιεκτικότητα σε λιπαρά-ζάχαρη-αλάτι
- Ισορροπημένη διατροφή
- Ειδική διατροφή

Όπως φαίνεται στο γράφημα 16, 10 οδηγοί ακολουθούν διατροφή με υψηλά επίπεδα ζάχαρης-αλατιού-λιπαρών (10%), 45 οδηγοί ακολουθούν μία διατροφή με μετριότερες συγκεντρώσεις αυτών των τριών στοιχείων (45%), 42 άτομα ακολουθούν ισορροπημένη διατροφή (42%) και 3 ακολουθεί πρόγραμμα ειδικής διατροφής (3%).



Γράφημα 16. Οι διατροφικές συνήθειες του δείγματος

Η γενικότερη εικόνα της διατροφής των συμμετεχόντων κυμαίνεται μεταξύ της ισορροπημένης διατροφής και μίας διατροφής με μέτριες περιεκτικότητες σε λιπαρά-

ζάχαρη-αλάτι, η οποία ίσως και να μη βοηθά στη διατήρηση μίας καλής φυσικής κατάστασης και επιπέδων υγείας.

Τέλος, οι συμμετέχοντες ερωτήθηκαν για την ύπαρξη οικογενειακού ιστορικού. 16 από τους συμμετέχοντες δήλωσαν ότι έχουν οικογενειακό ιστορικό, χωρίς να προσδιορίσουν την ασθένεια για την οποία το διαθέτουν. Παρόλα αυτά, από την παρατήρηση των δεδομένων, κάποιοι συμμετέχοντες είναι αυτοί που εμφάνισαν προβλήματα με τον προστάτη. Οι δυσλειτουργίες του προστάτη είναι ιδιαίτερα κληρονομικές και ειδικά στην περίπτωση του καρκίνου του προστάτη, η κληρονομικότητα ανέρχεται στο 50% για τους συγγενείς πρώτου βαθμού. Οι υπόλοιποι τρεις οδηγοί με οικογενειακό ιστορικό δήλωσαν ότι πάσχουν από καρδιαγγειακά προβλήματα, τα οποία είναι επίσης κληρονομικά στην περίπτωση των αρσενικών ατόμων μίας οικογένειας.

Παρόλα αυτά, ο μικρός αριθμός ατόμων με οικογενειακό ιστορικό δεν επιτρέπει την επιμέρους ανάλυση αυτής της παραμέτρου.

## Ανάλυση συσχετίσεων

Αρχικά θελήσαμε να εξετάσουμε τις πιθανές συσχετίσεις της αυξανόμενης ηλικίας και της ανάπτυξης κάποιου επαγγελματικού νοσήματος, της παρεμπόδισης εκτέλεσης της εργασίας και του τρόπου ζωής των συμμετεχόντων.

Η ηλικία των οδηγών δεν παρουσίασε κάποια συσχέτιση με την ανάπτυξη μυοσκελετικών νοσημάτων ή καρδιαγγειακών νοσημάτων. Παρόλα αυτά, η ηλικία των επαγγελματιών οδηγών ταξί συσχετίστηκε με τη χρονική διάρκεια στην οποία πάσχουν από επαγγελματικά νοσήματα οι ασθενείς.

Όπως φαίνεται στον παρακάτω πίνακα, οι ασθενείς μεγάλης ηλικίας εμφανίζουν ένα εύρος στα έτη που νοσούν από κάποιο επαγγελματικό νόσημα. Η συσχέτιση είναι στατιστικά σημαντική ( $p = 0.029$ ) και συνδέει τη μεγάλη ηλικία με μεγαλύτερο χρονικό διάστημα που μπορεί κάποιος επαγγελματίας να υποφέρει από ένα επαγγελματικό νόσημα.

	Value	df
Pearson Chi-Square	19,728 <sup>a</sup>	12
Likelihood Ratio	22,855	12
Linear-by-Linear Association	3,348	1
N of Valid Cases	31	

Στη συνέχεια εξετάστηκε η συσχέτιση της ηλικίας των ασθενών με παραμέτρους όπως η συχνότητα επανεμφάνισης του νοσήματος, ο βαθμός στον οποίο επηρεάζεται

η εκτέλεση εργασιών και το χρονικό διάστημα στο οποίο εμφανίστηκε το επαγγελματικό νόσημα από τη στιγμή που ξεκίνησαν να εργάζονται ως οδηγοί ταξί, χωρίς να παρατηρηθούν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ αυτών των παραμέτρων.

Αντίστοιχα δεν παρατηρείται και κάποια στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των αιτιών ανάπτυξης του δηλωθέντος επαγγελματικού νοσήματος και της ηλικίας των συμμετεχόντων.

Παρόλα αυτά, οι ερωτήσεις που αφορούν τον τρόπο ζωής των συμμετεχόντων δείχνουν να συσχετίζονται με την ηλικία των οδηγών ταξί. Αρχικά, στην ερώτηση σχετικά με τη φυσική κατάσταση των οδηγών, οι νεότεροι οδηγοί απάντησαν ότι βρίσκονται σε μέτρια έως πολύ καλή φυσική κατάσταση, ενώ οι οδηγοί μεγαλύτερης ηλικίας απάντησαν ότι βρίσκονται σε καθόλου καλή και μέτρια φυσική κατάσταση. Η συσχέτιση μεταξύ της αυξανόμενης ηλικίας και της χειροτέρευσης της φυσικής κατάστασης των οδηγών είναι στατιστικά σημαντική ( $p=0.052$ )

	Value	df
Pearson Chi-Square	18,760 <sup>a</sup>	9

Likelihood Ratio	16,782	9
Linear-by-Linear Association	3,944	1
N of Valid Cases	31	

Αντίστοιχη συσχέτιση παρουσιάζει και η ηλικία με τα επίπεδα άσκησης των οδηγών, όπου παρατηρείται ότι οι οδηγοί νεαρότερης ηλικίας εντάσσουν την άσκηση στη ζωή τους, ενώ οι οδηγοί μετά την ηλικία των 35 προτιμούν τον καθιστικό τρόπο ζωής (p= 0.05).

### Chi-Square Tests

	Value	df
Pearson Chi-Square	20,778 <sup>a</sup>	6
Likelihood Ratio	12,615	6
Linear-by-Linear Association	4,412	1
N of Valid Cases	31	

a. 10 cells (83,3%)

have expected count less than 5. The minimum expected count is ,19.

Δεν παρατηρήθηκε κάποια στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της διατροφής των οδηγών και των μελετώμενων ηλικιακών ομάδων.

Στη συνέχεια εξετάστηκαν οι πιθανές συσχετίσεις μεταξύ των ετών προϋπηρεσίας και των παραμέτρων του δείγματος. Αρχικά, δεν παρατηρήθηκε κάποια συσχέτιση μεταξύ των ετών προϋπηρεσίας των συμμετεχόντων και των δύο κατηγοριών επαγγελματικών νοσημάτων. Επιπλέον, δεν παρουσιάστηκε κάποια συσχέτιση μεταξύ των ετών προϋπηρεσίας και της επανεμφάνισης του νοσήματος ή της παρεμπόδισης εκτέλεσης της εργασίας των οδηγών. Δεν παρατηρήθηκαν άλλες συσχετίσεις μεταξύ των ετών προϋπηρεσίας και των λοιπών παραμέτρων, εκτός από αυτή του τρόπου ζωής σε σχέση με την άσκηση. Όπως φαίνεται και στον παρακάτω πίνακα, οδηγοί με περισσότερα έτη προϋπηρεσίας είναι και αυτοί που έχουν περισσότερο καθιστικό τρόπο ζωής. Αντίθετα, οι οδηγοί με λιγότερα έτη προϋπηρεσίας έχουν λιγότερο καθιστικό τρόπο ζωής ( $p= 0.036$ ).

	Value	df	Asymptotic Significance (2- sided)
Pearson Chi-Square	13,782 <sup>a</sup>	6	,032
Likelihood Ratio	13,489	6	,036
Linear-by-Linear Association	1,852	1	,174
N of Valid Cases	31		

Έπειτα μελετήσαμε τις πιθανές συσχετίσεις του φόρτου εργασίας και των παραμέτρων του ερωτηματολογίου. Οι δύο πρώτες συσχετίσεις προέρχονται από τις εβδομαδιαίες ώρες εργασίας και την πιθανότητα ανάπτυξης κάποιου επαγγελματικού νοσήματος, όπως και με τη φύση του αναπτυσσόμενου νοσήματος.

Στην πρώτη περίπτωση οι αυξημένες ώρες εργασίας συσχετίζονται θετικά με την εμφάνιση επαγγελματικού νοσήματος ( $p=0.021$ )

### Chi-Square Tests

	Value	df
Pearson Chi-Square	6,212 <sup>a</sup>	2
Likelihood Ratio	7,753	2
Linear-by-Linear Association	,622	1
N of Valid Cases	31	

Στη συνέχεια, φαίνεται ότι οι οδηγοί που απάντησαν θετικά για την ύπαρξη μυοσκελετικού νοσήματος αυξάνονται, όσο αυξάνονται και οι εβδομαδιαίες ώρες εργασίας. Η συσχέτιση αυτή είναι στατιστικά σημαντική, συνδέοντας τον αυξημένο φόρτο εργασίας με την ανάπτυξη μυοσκελετικών νοσημάτων ( $p= 0.08$ )

	Value	df
Pearson Chi-Square	7,404 <sup>a</sup>	2
Likelihood Ratio	9,762	2
Linear-by-Linear Association	,148	1
N of Valid Cases	31	

Με την ίδια λογική προκύπτει και η επόμενη σημαντική συσχέτιση των εβδομαδιαίων ωρών εργασίας και των ετών που οι οδηγοί πάσχουν από επαγγελματικά νοσήματα. Όπως φαίνεται στον παρακάτω πίνακα, όσο περισσότερες εβδομαδιαίες ώρες



εργασίας απασχολούνται οι οδηγοί, τόσο περισσότερα είναι και τα έτη που υποφέρουν από κάποιο επαγγελματικό νόσημα ( $p=0.048$ )

	Value	df
Pearson Chi-Square	12,778 <sup>a</sup>	8
Likelihood Ratio	15,642	8
Linear-by-Linear Association	,139	1
N of Valid Cases	31	

Παρόλα αυτά, οι εβδομαδιαίες ώρες εργασίας δε συνδέονται με την επανεμφάνιση του νοσήματος ή την παρεμπόδιση επιτέλεσης της εργασίας των οδηγών. Επίσης, δεν υπάρχει κάποια σύνδεση μεταξύ των ωρών εργασίας και του τρόπου ζωής των οδηγών.

Η επόμενη σειρά συσχετίσεων που εξετάστηκε είναι αυτή των ερωτήσεων του τρόπου ζωής των επαγγελματιών οδηγών και των ερωτήσεων των ενοτήτων ανάπτυξης επαγγελματικών νοσημάτων, της επανεμφάνισης των νοσημάτων και της παρεμπόδισης της επιτέλεσης της εργασίας και των αιτιών εμφάνισης επαγγελματικών νοσημάτων.

Αρχικά εξετάστηκε η φυσική κατάσταση των οδηγών σε σύγκριση με τις παραπάνω παραμέτρους, αλλά δεν παρατηρήθηκε κάποια στατιστικά σημαντική συσχέτιση. Η ίδια εικόνα προέκυψε και από τις συσχετίσεις του τρόπου ζωής των οδηγών και των υπόλοιπων παραμέτρων, αλλά και από τη συσχέτιση της διατροφής των οδηγών και των παραμέτρων του ερωτηματολογίου. Η έλλειψη συσχετίσεων μεταξύ των ερωτήσεων του τρόπου ζωής και της εμφάνισης επαγγελματικών νοσημάτων

υποδηλώνει ότι στο παρόν δείγμα φαίνεται ότι ο τρόπος ζωής των οδηγών ταξί δεν επηρεάζει την παθογένειά τους.

## **Συμπεράσματα**

Η ταξιδιωτική βιομηχανία, συμπεριλαμβανόμενης της βιομηχανίας του τουρισμού και της μετακίνησης υπολογίζεται ότι παράγει κέρδη των 6 τρισεκατομμυρίων δολαρίων σε παγκόσμιο επίπεδο και ότι προσφέρει περίπου 120 εκατομμύρια θέσεις εργασίας σε όλη τη γη, στις οποίες συνυπολογίζονται και οι οδηγοί ταξί, αποτελώντας μεγάλο ποσοστό του συνόλου (Blanke and Chiesa, 2013).

Υπάρχουν πολλές μελέτες που τοποθετούν τους οδηγούς ταξί στις γενικότερες ομάδες υψηλού κινδύνου. Οι κίνδυνοι που αντιμετωπίζουν οι επαγγελματίες οδηγοί αφορούν ένα μεγάλο φάσμα παθολογικών καταστάσεων στον τομέα της υγείας, αλλά και σχετικά με συμπεριφορές ή τον τρόπο ζωής, σε συνάρτηση με αυτό που ορίζεται ως υγιεινός τρόπος ζωής.

Μία μελέτη με μεγάλο δείγμα οδηγών, συγκεκριμένα 751 οδηγούς ταξί στην περιοχή του Σικάγο, ταυτοποίησε πολλαπλούς παράγοντες κινδύνου για την υγεία των επαγγελματιών. Μεταξύ των παραγόντων αυτών συμπεριλαμβάνονταν και μεταβλητές όπως η μικρή κάλυψη ασφάλειας υγείας των οδηγών, η περιορισμένη φυσική δραστηριότητα και μικρά επίπεδα κατανάλωσης φρούτων και λαχανικών (Arantaku-Onayemi et al., 2012).

Εκτός από τα ευρήματα δειγμάτων μελέτης στην Αμερική, διεθνείς επιδημιολογικές μελέτες στην Ταϊβάν και την Ιαπωνία ανέφεραν αυξημένα επίπεδα πόνου στα γόνατα (Chen et al., 2004) και στο κάτω μέρος της πλάτης (Chen et al., 2005), αυξημένες περιπτώσεις υπέρτασης (Ueda et al., 1992), γαστρεντερικές δυσλειτουργίες και παθήσεις του μυοσκελετικού συστήματος (Ueda et al., 1989), μετά από σύγκριση με το γενικό πληθυσμό. Όλες οι έρευνες υπέθεσαν ότι οι πολλές ώρες εργασίας και ο

καθιστικός τρόπος ζωής των οδηγών αποτελούν παράγοντες που συμβάλουν στην εμφάνιση τέτοιων παθογενειών.

Είναι κοινώς αποδεκτό πλέον ότι ο καθιστικός τρόπος ζωής δεν αποφέρει κάποιο όφελος στην υγεία, ιδιαίτερα όταν συνοδεύεται από έλλειψη φυσικής δραστηριότητας, συνεπώς, οι επιπτώσεις ενός τέτοιου τρόπου ζωής καταγράφονται συνεχώς σε αντίστοιχες επιδημιολογικές μελέτες (Bauman et al., 2013). Η αλλαγή του καθιστικού τρόπου ζωής αποτελεί πλέον σημαντικό στόχο για όλες τις παρεμβάσεις υγείας σε επαγγελματίες οδηγούς και στο γενικότερο πληθυσμό (Chau et al, 2010).

Πολλές από τις παρεμβάσεις υγείας που έχουν προταθεί για διάφορα εργασιακά περιβάλλοντα επιβάλλουν τη μείωση του καθιστικού τρόπου ζωής εν ώρα εργασίας, ακόμη κι αν κάθεται ο εργαζόμενος. Συνεπώς, οι παρεμβάσεις αυτές συμπεριλαμβάνουν τη χρήση διαδρόμων περπατήματος στο χώρο του γραφείου, όπως και προσαρμοζόμενα γραφεία, για τη μείωση των καθιστικών ωρών (Neuhaus et al, 2014). Παρόλο που φαίνονται όλες οι παρεμβάσεις πολύ ενδιαφέροντες, καμία τους δε μπορεί να εφαρμοστεί στην περίπτωση των οδηγών ταξί, εξαιτίας της στάσης του σώματος και των ποδιών την ώρα που εργάζονται.

Ένας ακόμη παράγοντας κινδύνου για τους οδηγούς ταξί είναι και το εργασιακό άγχος, ιδιαίτερα όταν αυτό συνοδεύεται από μακρές ώρες εργασίας. Μία από τις έρευνες που διεξήχθη στις Η.Π.Α. έδειξε ότι για να ανταπεξέλθουν οικονομικά οι οδηγοί ταξί, χρειάζεται να εργάζονται για περισσότερες από 71 ώρες την εβδομάδα. Σε συνδυασμό με τις μακρές ώρες εργασίας, οι οικονομικές αποδοχές τους είναι ιδιαίτερα περιορισμένες. Μεγάλος αριθμός οδηγών ανέφερε ότι μετά από αφαίρεση

των φόρων, επιστρέφουν στο σπίτι με λιγότερα από 5 δολάρια την ώρα (Esbenshade et al, 2013).

Οι μακρές ώρες εργασίας έχουν ως αποτέλεσμα μειωμένες ευκαιρίες για σωματική άσκηση μέσα στην ημέρα. Προσθέτοντας σε αυτόν τον τρόπο ζωής, οι οδηγοί ταξί εργάζονται και σε πολλές βραδινές βάρδιες, οι οποίες δεν τους επιτρέπουν αρχικά την κατάλληλη ξεκούραση, αλλά και τακτικές ελεύθερες ώρες για σωματική άσκηση (Menendez et al, 2013).

Ο σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν να καταγράψει και να αναγνωρίσει τα επαγγελματικά νοσήματα από τα οποία πάσχουν οι οδηγοί ταξί στην Ελλάδα. Επιπλέον, η μελέτη είχε ως στόχο την αναγνώριση παραγόντων κινδύνου και άλλων παραγόντων του τρόπου ζωής των οδηγών ταξί, οι οποίοι συμβάλλουν στην εμφάνιση κάποιου επαγγελματικού νοσήματος, είτε στην επιδείνωσή του.

Το δείγμα της μελέτης αποτελούνταν από 100 άνδρες επαγγελματίες οδηγούς ταξί, ενώ καμία από τις γυναίκες οδηγούς δεν ήταν πρόθυμη να συμμετέχει στην έρευνα. Στους οδηγούς χορηγήθηκε ερωτηματολόγιο που κατασκευάστηκε από τον ερευνητή, για τη διερεύνηση των επιδημιολογικών χαρακτηριστικών και των επαγγελματικών νοσημάτων του δείγματος.

Αρχικά, παρατηρήθηκε ότι το δείγμα μας αποτελείται από οδηγούς που ανήκουν κυρίως στην ηλικιακή ομάδα των 46-55 και άνω των 55 ετών. Το δείγμα μας αποτελείται λοιπόν από οδηγούς με αρκετά χρόνια εργασίας στον τομέα, αλλά και από άτομα που πλησιάζουν προς την τρίτη ηλικία, που από μόνη της ενέχει την εμφάνιση κινδύνων για την υγεία. Η έλλειψη νέων οδηγών στο δείγμα μας σχετίζεται με τις προδιαγραφές για την αδειοδότηση επαγγελματιών οδηγών.

Σε συμφωνία με την παρατήρηση σχετικά με την ηλικιακή ομάδα των συμμετεχόντων, όντως παρατηρήθηκε ότι οι οδηγοί του δείγματος είχαν κατά κύριο λόγο, περισσότερα από 10 έτη προϋπηρεσίας και ακόμη περισσότερο, περισσότερα από 20 έτη προϋπηρεσίας, με τους νέους οδηγούς να αποτελούν ένα πολύ μικρό ποσοστό του δείγματος.

Το δεδομένο που έρχεται σε συμφωνία με μελέτες που έχουν γίνει σε άλλες χώρες είναι οι ώρες εργασίας των επαγγελματιών οδηγών ταξί. Στο δείγμα μας, το 67,7% των συμμετεχόντων δήλωσε ότι εργάζεται για περισσότερες από 50 ώρες την εβδομάδα. Η δήλωση αυτή συμπεριλαμβάνει τους οδηγούς του δείγματος στην ομάδα υψηλού κινδύνου για την εμφάνιση επαγγελματικών νοσημάτων, εξαιτίας της κακής στάσης του σώματος για πολλές και συνεχόμενες ώρες.

Τα 2/3 του δείγματος ανέφερε ότι πάσχει από κάποιο επαγγελματικό νόσημα. Το συχνότερο εκ των νοσημάτων που αναφέρθηκε είναι τα μυοσκελετικά νοσήματα, από τα οποία πάσχει το 56,1% των συμμετεχόντων, ενώ το 25,8% των οδηγών ανέφεραν ότι πάσχουν από κάποιο καρδιαγγειακό νόσημα. Οι δύο αυτές κατηγορίες επαγγελματικών νοσημάτων αποτελούν και τις συχνότερες απαντώμενες δυσλειτουργίες σε επαγγελματίες οδηγούς, συνεπώς και το δείγμα μας συμφωνεί με την παγκόσμια βιβλιογραφία.

Οι μισοί συμμετέχοντες δήλωσαν ότι πάσχουν από κάποιο επαγγελματικό νόσημα για περισσότερα από 5 χρόνια και άλλο ¼ του δείγματος πάσχει για περισσότερα από δέκα χρόνια, ως αποτέλεσμα της φύσης της εργασίας τους. Παρόλα αυτά, όταν ερωτήθηκαν για το βαθμό που τους επηρεάζει στην επιτέλεση των εργασιών τους, η γενική εικόνα του δείγματος δείχνει ότι υπάρχει μία μέτρια παρεμπόδιση, αλλά όχι αρκετή από το να τους προκαλεί σοβαρά προβλήματα.

Αντίστοιχα, η γενική εικόνα της φυσικής τους κατάστασης είναι μέτρια προς κακή και αυτό, διότι δήλωσαν ότι έχουν έναν αυστηρά καθιστικό τρόπο ζωής ή συμπεριλαμβάνοντας λίγη άσκηση στην καθημερινή τους ζωή. Βέβαια, ο τρόπος ζωής που ακολουθούν δικαιολογείται απόλυτα από τις μακρές ώρες εργασίας που έχουν επιλέξει, όμοια και με τους οδηγούς των μελετών που προαναφέρθηκαν. Συνεπώς, οι μακρές ώρες εργασίας και η έλλειψη άσκησης μπορεί να θεωρηθεί ως χαρακτηριστικό του επαγγέλματος. Επίσης, παρόλο που θα αναμένονταν να ακολουθούν διατροφή η οποία είναι πλούσια σε λιπαρά, ζάχαρη και αλάτι, η πλειοψηφία του δείγματος δήλωσε ότι ακολουθούν διατροφή με μέτριες ποσότητες των ουσιών αυτών ή ακολουθούν ισορροπημένη διατροφή. Έχοντας υπόψη ότι η Μεσογειακή διατροφή ήταν η κύρια τάση διατροφής για την Ελλάδα και ότι τα τελευταία χρόνια έχει αρχίσει να κερδίζει ακόμη περισσότερους οπαδούς ως ένας τρόπος ισορροπημένης διατροφής, δε θα πρέπει να φανεί παράξενο ότι οι Έλληνες οδηγοί ακολουθούν ισορροπημένη διατροφή, ιδιαίτερα όταν μία από τις μορφές της ήταν πάντα μέρος της Ελληνικής κουλτούρας.

Η έρευνα απέδωσε κάποιες συσχετίσεις μεταξύ των μελετώμενων παραμέτρων, παρέχοντας μία οπτική σχετικά με τους παράγοντες κινδύνου εμφάνισης επαγγελματικών νοσημάτων σε οδηγούς ταξί, καθώς και της φύσης των νοσημάτων αυτών.

Η πρώτη παράμετρος που έδωσε στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις είναι αυτή της ηλικίας. Συγκεκριμένα, η αυξανόμενη ηλικία συσχετίστηκε με περισσότερα έτη τα οποία πάσχει ένας επαγγελματίας οδηγός από κάποιο νόσημα ( $p= 0.029$ ), με χειρότερη φυσική κατάσταση ( $p= 0.052$ ) και με περισσότερες πιθανότητες να προτιμά τον καθιστικό τρόπο ζωής ( $p=0.05$ ). Στην ίδια κατηγορία συσχετίσεων μπορεί να

συμπεριληφθεί και αυτή των πολλών ετών προϋπηρεσίας και του καθιστικού τρόπου ζωής ( $p= 0.036$ ).

Στο δείγμα μας, οι νεότεροι οδηγοί δήλωσαν ότι συμπεριλαμβάνουν την άσκηση στην καθημερινότητά τους, όπως επίσης ότι προτιμούν έναν ενεργό τρόπο ζωής, με μία πιο ισορροπημένη διατροφή, ώστε να έχουν καλύτερη φυσική κατάσταση. Βέβαια, η πλειοψηφία του δείγματος, που αποτελείται από οδηγούς μεγαλύτερης ηλικίας, δίνει την εικόνα ότι οι επαγγελματίες οδηγοί της περασμένης γενιάς, δεν έχουν στη φιλοσοφία τους τη σημαντικότητα της άσκησης. Επιπλέον, πολλοί από τους οδηγούς του δείγματος βρίσκονται σε ηλικία που έχουν παιδιά ή γενικότερα, αυξημένες οικογενειακές υποχρεώσεις. Συνεπώς, ακόμη κι αν επιθυμούν να συμπεριλάβουν την άσκηση στην καθημερινότητά τους, κάτι τέτοιο είναι δύσκολο.

Η παράμετρος που πραγματικά μπορεί να θεωρηθεί ως παράγοντας κινδύνου για τους οδηγούς ταξί είναι οι αυξημένες ώρες εργασίας. Στο δείγμα μας, όπως και σε πολλά άλλα δείγματα, οι οδηγοί δήλωσαν ότι εργάζονται κατά κύριο λόγο για περισσότερες από πενήντα ώρες την εβδομάδα, ένα ωράριο που αν συνδυαστεί με βραδινές βάρδιες, τείνει να γίνει εξαντλητικό.

Οι αυξημένες ώρες εργασίας συσχετίστηκαν σημαντικά με την πιθανότητα ανάπτυξης κάποιου επαγγελματικού νοσήματος ( $p=0.021$ ), συνεπώς αποτελεί τον πρώτο παράγοντα κινδύνου που αναγνωρίζεται σε Ελληνικό πληθυσμό. Επιπλέον, οι αυξημένες ώρες εργασίας συσχετίστηκαν σημαντικά με την ανάπτυξη μυοσκελετικών νοσημάτων ( $p=0.08$ ). Το εύρημα αυτό προτείνει ότι οι αυξημένες ώρες εργασίας λειτουργούν ως παράγοντας κινδύνου για την ανάπτυξη μυοσκελετικών νοσημάτων, προσθέτοντας και αυτή τη συσχέτιση στη λίστα των παραγόντων κινδύνου. Το εύρημα βέβαια φαίνεται πως είναι λογικό, καθώς οι οδηγοί βρίσκονται στην ίδια



στάση για πολλές ώρες, ταλαιπωρώντας τα άκρα τους, αλλά και τη σπονδυλική τους στήλη. Όπως προαναφέρθηκε, σε πολλές περιπτώσεις οι οδηγοί ταξί έχουν αναφερθεί σε πόνους των αρθρώσεων και χαμηλά στην πλάτη. Παρόλο που δεν έγινε προσπάθεια να προσδιοριστεί η φύση των μυοσκελετικών νοσημάτων του δείγματος, αυτό παραμένει σε συμφωνία με την παγκόσμια βιβλιογραφία. Τέλος, η ίδια παράμετρος συσχετίστηκε σημαντικά και με τη χρονική διάρκεια που κάποιος οδηγός πάσχει από επαγγελματικά νοσήματα ( $p=0.048$ ). Το τελευταίο αυτό εύρημα μπορεί να συνδυαστεί με τη μεγάλη ηλικία του δείγματος και τα έτη προϋπηρεσίας που διαθέτουν οι οδηγοί που συμμετείχαν στην έρευνα. Οι οδηγοί δήλωσαν ότι υποφέρουν από επαγγελματικά νοσήματα για περισσότερα από 5 ή 10 έτη και ότι τα νοσήματα που ανέπτυξαν, εμφανίστηκαν μετά από αρκετά έτη εργασίας. Όλα τα παραπάνω μπορούν να λειτουργήσουν ως παράγοντες που συμβάλλουν στην ανάπτυξη επαγγελματικών νοσημάτων, παρόλο που δεν αποτελούν άμεσους παράγοντες κινδύνου.

Συνολικά, μπορεί να αναφερθεί ότι ο κλάδος κυριαρχείται από οδηγούς ηλικία μεγαλύτερης των 35 ετών. Έπειτα από την ηλικία των 40 και με τις μακρές ώρες εργασίας, όπως και το ελεύθερο ωράριο, οδηγούν αναπόφευκτα τον εργαζόμενο να αναπτύξει κάποιο επαγγελματικό νόσημα, όπως δηλώθηκε και από τους ίδιους τους οδηγούς.

Παρόλο που η άσκηση μπορεί να βοηθήσει στη βελτίωση της φυσικής κατάστασης των οδηγών, δεν προτιμάται από τους συμμετέχοντες. Οι επαγγελματίες οδηγοί βρίσκονται σε άμεση ανάγκη ενημέρωσης για τα οφέλη της άσκησης, ιδιαίτερα σε βάθος χρόνου. Επίσης, θα πρέπει να τους δοθούν κίνητρα υιοθέτησης ενός περισσότερου ενεργού τρόπου ζωής, έτσι ώστε ακόμη και στην περίπτωση ανάπτυξης κάποιου επαγγελματικού νοσήματος, να μπορούν να το αντιμετωπίσουν περισσότερο

αποτελεσματικά ή να μην υποφέρουν αρκετά από αυτό, ώστε να μη μπορούν να ανταπεξέλθουν στην εργασία τους.

## **Βιβλιογραφία**

Mendis S, Puska P, Norrving B. (eds) (2011) Global Atlas on Cardiovascular Disease Prevention and Control. World Health Organization Press. Geneva.

Townsend N., Nichols M., Scarborough P., Rayner M. (2015). Cardiovascular disease in Europe--epidemiological update 2015. *Eur Heart J*, 36(40): 2696-705. doi: 10.1093/eurheartj/ehv428

Panagiotakos, D.B. (2014) Cardiovascular Disease Risk Models. *Hellenic Journal of Atherosclerosis* 4(3):151–157.

Filippidis FT, Schoretsaniti S, Dimitrakaki C, Vardavas CI, Behrakis P, Connolly GN, Tountas Y. (2014) Trends in cardiovascular risk factors in Greece before and during the financial crisis: the impact of social disparities. *Eur J Public Health*; 24 (6): 974-9.

Κουρλαμπά Γ. (2005). *Επιδημιολογία των καρδιαγγειακών παθήσεων παγοσμίας. Καρδιαγγειακή Επιδημιολογία, Στατιστικά στοιχεία*

Bigert C, Gustavsson P, Hallqvist J, et al. (2003). Myocardial infarction among professional drivers. *Epidemiology*. 14(3): 333–339.

Apantaku-Onayemi F, Baldyga W, Amuwo S, et al. (2012). Driving to better health: cancer and cardiovascular risk assessment among taxi cab operators in Chicago. *J Health Care Poor Underserved*. 23(2):768–780.

Hannerz H, Tuchsén F. (2001). Hospital admissions among male drivers in Denmark. *Occup Environ Med*. 58(4): 253–260.

Tuchsén F, Hannerz H, Roepstorff C, (2006) Krause N. Stroke among male professional drivers in Denmark, 1994-2003. *Occup Environ Med*. 63(7): 456–460.

Park K, Hwang SY. (2015). 10-year risk for cardiovascular disease among male workers in small-sized industries. *J Cardiovasc Nurs*.30(3):267–273.

Chen JC, Chen YJ, Chang WP, Christiani DC. (2005). Long driving time is associated with haematological markers of increased cardiovascular risk in taxi drivers. *Occup Environ Med*. 62(12): 890–894.

Kurosaka K, Daida H, Muto T, Watanabe Y, Kawai S, Yamaguchi H. (2000) Characteristics of coronary heart disease in Japanese taxi drivers as determined by coronary angiographic analyses. *Ind Health*. 38(1): 15–23.

Bawa MS, Srivastav M.(2013). Study the epidemiological profile of taxi drivers in the background of occupational environment, stress and personality characteristics. *Indian J Occup Environ Med*. 17(3):108–113.

Wu S, Deng F, Niu J, Huang Q, Liu Y, Guo X. (2008). Association of heart rate variability in taxi drivers with marked changes in particulate air pollution in Beijing in 2009. *Environ Health Perspect*. 118(1):87–91.

Kaushal K. (2014). Understanding epidemiological correlates: a comment on study the epidemiological profile of taxi drivers in the background of occupational environment, stress, and personality characteristics. *Indian J Occup Environ Med*. 18(1):36.

Brucker N, Charao MF, Moro AM, et al. (2014). Atherosclerotic process in taxi drivers occupationally exposed to air pollution and co-morbidities. *Environ Res*. 131:31–38.

Gany FM, Gill PP, Ahmed A, Acharya S, Leng J. (2012). “Every disease...man can get can start in this cab”: focus groups to identify south Asian taxi drivers’

knowledge, attitudes and beliefs about cardiovascular disease and its risks. *J Immigr Minor Health*. 15(5): 986–992.

Burgel BJ, Gillen M, White MC.(2012). Health and safety strategies of urban taxi drivers. *J Urban Health*. 89(4):717–722.

Hattori M, Azami Y. (2001) Searching for preventive measures of cardiovascular events in aged Japanese taxi drivers-the daily rhythm of cardiovascular risk factors during a night duty day. *J Hum Ergol (Tokyo)*.30(1-2): 321–326.

Gany F, Bari S, Gill P, et al. (2015). Step on It! Workplace cardiovascular risk assessment of New York city yellow taxi drivers. *J Immigr Minor Health*.18(1): 118–134.

Elshatarat R.A. and Burgel B. (2016). Cardiovascular Risk Factors of Taxi Drivers. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 93(3), doi:10.1007/s11524-016-0045-x

Aminian O., Jamshidi Z., Seifmanesh S., Mehrdad M., et al (2016). Musculoskeletal disorders among Truck and taxi drivers: A retrospective study, *International Journal of Medical Research & Health Sciences*, 5, 9S:309-315

Samuel O.A., Babajide L.E. (2012). The prevalence of work-related musculoskeletal disorders among occupational taxicabs drivers in Nigeria. *IJRRAS* 11

Abledu J.K., Offei E.B., Abledu G.K. (2014). Occupational and Personal Determinants of Musculoskeletal Disorders among Urban Taxi Drivers in Ghana, *International Scholarly Research Notices*, <http://dx.doi.org/10.1155/2014/517259>

Lalli AF, Lapidus J. (1969). The infrequent voider. *Radiology*.92:1177-1183.

Kinn AC. (1985). The lazy bladder—appraisal of surgical reduction. *Scand J Urol Nephrol*.19:93-99.

Kim YS, Choi YD, Kang KH, et al. (1998). Study of prostatic disease and symptom between special occupation groups (Taxi Driver, Barber). *Korean J Urol*.39:1093-1097.

Mass A.Y., Goldfarb D.S., Shah O. (2014). Taxi Cab Syndrome: A Review of the Extensive Genitourinary Pathology Experienced by Taxi Cab Drivers and What We Can Do to Help, *Rev Urol*.16(3):99-104 doi: 10.3909/riu0627

Blanke, J. and Chiesa, T. (2013) The Travel and Tourism Competitiveness Report 2013: Reducing Barriers to Economic Growth and Job Creation. World Economic Forum, Geneva.

Chen, J. C., Chang, W. R., Chang, W. and Christiani, D. (2005) Occupational factors associated with low back pain in urban taxi drivers. *Occupational Medicine*, 55, 535–540.

Chen, J. C., Dennerlein, J. T., Shih, T. S., Chen, C. J., Cheng, Y., Chang, W. P. et al. (2004) Knee pain and driving duration: a secondary analysis of the Taxi Drivers' Health Study. *American Journal of Public Health*, 94, 575–581.

Ueda, T., Hashimoto, M., Yasui, I., Sunaga, M., Higashida, T. and Hara, I. (1989) A questionnaire study on health of taxi drivers—relations to work conditions and daily life. *Sangyo Igaku*, 31, 162–175.

Bauman, A. E., Chau, J. Y., Ding, D. and Bennie, J. (2013) Too much sitting and cardio-metabolic risk: an update of epidemiological evidence. *Current Cardiovascular Risk Reports*, 7, 293–298.

Chau, J. Y., der Ploeg, H. P., van Uffelen, J. G., Wong, J., Riphagen, I., Healy, G. N. et al. (2010) Are workplace interventions to reduce sitting effective? A systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 51, 352–356.

Neuhaus, M., Eakin, E. G., Straker, L., Owen, N., Dunstan, D. W., Reid, N. et al. (2014) Reducing occupational sedentary time: a systematic review and meta-analysis of evidence on activity-permissive workstations. *Obesity Reviews*, 15, 822–838.

Esbenshade, J., Aden, M., Anderson, A., Ash, A., Berkowitz, L. et al. (2013). *Driven to Despair: A Survey of San Diego Taxi Drivers*. San Diego State University and the Center on Policy Initiatives, San Diego.

Mene'ndez, C. K., Amandus, H. E., Damadi, P., Wu, N., Konda, S. and Hendricks, S. A. (2013) Effectiveness of taxicab security equipment in reducing driver homicide rates. *American Journal of Preventive Medicine*, 45, 1–8.

## Ερωτηματολόγιο

### Δημογραφικά στοιχεία

**Φύλο:** Άνδρας

Γυναίκα

**Ηλικιακή Ομάδα:** 18- 25

26- 35

36- 45

46- 55

> 56

**Έτη προϋπηρεσίας:** <5

6-10

11-20

>20

**Μέσος όρος ωρών εργασίας ανά εβδομάδα:**

<30

30-40

41-50

>50



## Επαγγελματικά νοσήματα

1. Πάσχετε από κάποιο νόσημα;

Ναι Όχι

2. Είναι το νόσημά σας μυοσκελετικό;

Ναι Όχι

3. Είναι το νόσημά σας καρδιαγγειακό;

Ναι Όχι

4. Πόσα χρόνια υποφέρετε από το συγκεκριμένο νόσημα;

<2 3-5 5-10 >10

5. Πόσο συχνή είναι η επανεμφάνιση του νοσήματος από το οποίο πάσχετε;

Καθόλου συχνή 1 φορά το χρόνο

Αρκετές φορές μέσα στο χρόνο Συνεχόμενα

6. Σε τι βαθμό σας δυσκολεύει να αντιπεξέλθετε στις επαγγελματικές υποχρεώσεις σας;

Σε πολύ μικρό βαθμό Σε μικρό βαθμό Μέτρια Σοβαρά

7. Σε ποιο χρονικό διάστημα από τότε που αρχίσατε να ενασχολείστε με το επάγγελμά σας αναπτύξατε το νόσημά σας;

1-5 χρόνια 6-10 χρόνια >10 χρόνια

8. Σε ποιες αιτίες οφείλεται η ανάπτυξη του επαγγελματικού σας νοσήματος;

Δεν έλαβα τις κατάλληλες προφυλάξεις

Δεν ενημερώθηκα σχετικά με τον κίνδυνο ανάπτυξης του νοσήματος

Είναι αναπόφευκτη η ανάπτυξη του νοσήματος στο συγκεκριμένο επάγγελμα

9. Μαζί με το επαγγελματικό νόσημα που αναπτύξατε, εμφανίστηκε και κάποιο συνοδό νόσημα;

Ναι Όχι

10. Εάν ναι, ποιο; .....

11. Πόσο καλή είναι η φυσική σας κατάσταση;

Καθόλου καλή Μέτρια Καλή Πολύ καλή

12. Ποιος είναι ο τρόπος ζωής που ακολουθείτε;

Αυστηρά καθιστικός

Με λίγη άσκηση

Με αρκετή άσκηση

13. Ποιο είναι το είδος της διατροφής που ακολουθείτε;

Διατροφή με υψηλά λιπαρά- ζάχαρη-αλάτι

Διατροφή με μέτρια περιεκτικότητα σε λιπαρά-ζάχαρη-αλάτι

Ισορροπημένη διατροφή

Ειδική διατροφή

Άλλο (προσδιορίστε):

14. Υπάρχει οικογενειακό ιστορικό για το νόσημα που αναπτύξατε;

Ναι Όχι