

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΑΝΘΡΩΠΙΣΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΕΙΔΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
« ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ & ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ
ΣΤΗΝ ΕΙΔΙΚΗ ΑΓΩΓΗ, ΤΗΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ »

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΑΓΧΟΥΣ
ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΩΝ ΣΥΜΤΩΜΑΤΩΝ ΣΤΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΚΙΝΗΤΙΚΗ
ΑΝΑΠΗΡΙΑ

Επιμέλεια εργασίας: Αγγελούκου Ελένη

Μέλη τριμελούς επιτροπής:

Βαβουγιός Διονύσιος: Καθηγητής Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

Βλάχου Αναστασία: Καθηγήτρια Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

Κλεφτάρας Γεώργιος: Καθηγητής Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

Δρ Πλατρίτης Κυριάκος: Επόπτης

Βόλος, Φεβρουάριος 2021

Υπεύθυνη δήλωση περί μη λογοκλοπής

Η Αγγελούκου Ελένη, γνωρίζοντας τις συνέπειες της λογοκλοπής, δηλώνω υπεύθυνα ότι η παρούσα εργασία με τίτλο «**Ο ρόλος της Οικονομικής Κρίσης στην εκδήλωση Άγχους και Καταθλιπτικών Συμπτωμάτων στα Άτομα με Κινητική Αναπηρία**» αποτελεί προϊόν αυστηρά προσωπικής εργασίας και όλες οι πηγές που έχω χρησιμοποιήσει έχουν δηλωθεί κατάλληλα στις βιβλιογραφικές παραπομπές και αναφορές. Τα σημεία, όπου έχω χρησιμοποιήσει ιδέες, κείμενο ή και πηγές άλλων συγγραφέων, αναφέρονται ευδιάκριτα στο κείμενο με την κατάλληλη παραπομπή και η σχετική αναφορά περιλαμβάνεται στο τμήμα των βιβλιογραφικών αναφορών με πλήρη περιγραφή.

Η ΔΗΛΟΥΣΑ

ΑΓΓΕΛΟΥΚΟΥ ΕΛΕΝΗ

Περίληψη

Η ευάλωτη ομάδα των κινητικά ανάπηρων και όχι μόνο, βρίσκεται σε μια διαρκή δοκιμασία, από την εκκίνηση της οικονομικής κρίσης και τη μείωση των κοινωνικών παροχών. Η δυσφορία που προκαλείται λόγω οικονομικής πίεσης, αποτελεί σημαντικό παράγοντα στην ψυχολογία ενός ατόμου και συνδέεται με την εκδήλωση άγχους, στρες και κατάθλιψης. Η χώρα μας στερείται οποιασδήποτε πολιτικής και κοινωνικής προσέγγισης, λόγω οικονομικής κρίσης, όσον αφορά τα δικαιώματα των ανθρώπων με αναπηρία. Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η μελέτη του ρόλου της οικονομικής κρίσης στην εκδήλωση άγχους και στην εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων στα άτομα με κινητική αναπηρία στην Ελλάδα. Οι ερευνητικές υποθέσεις που τέθηκαν αφορούν την παρατήρηση της συσχέτισης ανάμεσα στην αύξηση του άγχους και τη μείωση των παροχών που απολαμβάνουν τα άτομα με κινητική αναπηρία, την υπόθεση του ότι αναμένεται τα άτομα με κινητική αναπηρία να συσχετίσουν σε μεγάλο βαθμό το επίπεδο του άγχους τους με τη μείωση των παροχών τους και ότι στα άτομα με κινητική αναπηρία θα παρατηρηθούν υψηλές τιμές καταθλιπτικών συμπτωμάτων, σχετιζόμενες με τη μείωση των παροχών τους. Τα ευρήματα της έρευνας δείχνουν ότι τους ερωτηθέντες τους διακατέχει ήπιο επίπεδο άγχους, ήπια συμπτώματα κατάθλιψης, ενώ το στρες βρίσκεται σε φυσιολογικά επίπεδα. Χαρακτηριστικό είναι ότι το στρες και η κατάθλιψη συσχετίζονται με τη μείωση των κοινωνικών παροχών, ενώ η εμφάνιση του άγχους συσχετίζεται με το μη επαρκές εισόδημα για κάλυψη ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης και άλλων βασικών αναγκών.

Λέξεις-Κλειδιά: οικονομική κρίση, κινητική αναπηρία, κατάθλιψη, άγχος, στρες

Abstract

The vulnerable group of the physically disabled and not only, since the onset of the financial crisis, which has led to a reduction in social benefits is at a constant ordeal. Any discomfort caused by financial stress is an important factor for a person's psychology, which can lead to anxiety, stress and depression. Our country lacks any political and social approach due to the economic crisis concerning the rights of people with disabilities. The purpose of the current research is to study the role of the financial crisis in stress and the occurrence of depressive symptoms in people with mobility disabilities in Greece. The research hypotheses were that there would be a correlation between the increase in stress and the decrease in benefits enjoyed by people with mobility disabilities, that people with mobility disabilities are expected to largely link their level of stress to the reduction of their benefits and that people with mobility disabilities will have high rates of depressive symptoms according to reduced benefits. The research findings show that the respondents have a mild level of anxiety, mild symptoms of depression, while stress is at normal levels. It is characteristic that stress and depression are directly correlated to the reduction of social benefits, while the occurrence of stress is correlated to the insufficient income to cover medical care and other basic needs.

Key-Words: economic crisis, mobility disabilities, depression, anxiety, stress

Εκτενής Περίληψη

Θεωρητικό πλαίσιο: Η σημαντικότητα της παρούσας έρευνας έγκειται αρχικά στο γεγονός ότι, στην περίπτωση της Ελλάδος, οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης με βάση τον παράγοντα άγχος, στρες και κατάθλιψη, ως προς την ευπαθή ομάδα των κινητικά ανάπηρων, δεν έχει μελετηθεί. Επιπλέον, η παρούσα έρευνα μπορεί να συντελέσει στην αύξηση της κοινωνικής και κρατικής ευαισθητοποίησης ως προς την ομάδα των ατόμων με κινητική αναπηρία. Επίσης, μπορεί να ενισχύσει μια ομαδική παρέμβαση, τονίζοντας την κοινωνική στήριξη που πρέπει να δοθεί. Η κοινωνική στήριξη από τη συμμετοχή σε ψυχολογικές παρεμβάσεις έχει αποδειχθεί ωφέλιμη στα άτομα με αναπηρίες.

Εστίαση της έρευνας- Σκοπός/ερευνητικά ερωτήματα: Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η μελέτη του ρόλου της οικονομικής κρίσης στην εκδήλωση άγχους και στην εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων στα άτομα με κινητική αναπηρία στην Ελλάδα. Οι ερευνητικές υποθέσεις που καλείται να απαντήσει η παρούσα έρευνα και αποτελούν θέμα ενδιαφέροντος είναι οι ακόλουθες: **Υπόθεση 1:** Αναμένεται ότι θα παρατηρηθεί συσχέτιση ανάμεσα στην αύξηση του άγχους και στη μείωση των παροχών που απολαμβάνουν τα άτομα με κινητική αναπηρία. **Υπόθεση 2:** Αναμένεται τα άτομα με κινητική αναπηρία να αποδώσουν σε μεγάλο βαθμό το επίπεδο του άγχους τους στη μείωση των παροχών τους. **Υπόθεση 3:** Αναμένεται ότι στα άτομα με κινητική αναπηρία θα παρατηρηθούν υψηλές τιμές καταθλιπτικών συμπτωμάτων, λόγω μείωσης των παροχών τους.

Μέθοδοι: Η έρευνα βασίζεται στην περιγραφική στατιστική. Το κύριο ερευνητικό εργαλείο της παρούσας έρευνας ήταν ένα πακέτο ερωτηματολογίων το οποίο αποτελούνταν από τέσσερα διακριτά μέρη. Το πρώτο μέρος αφορούσε κύρια δημογραφικά στοιχεία και κάποιες πληροφορίες σχετικά με την οικονομική κατάσταση των ερωτηθέντων. Το δεύτερο μέρος αφορούσε τις κοινωνικές παροχές και τη διακύμανση αυτών από το έτος 2008 μέχρι σήμερα. Το τρίτο μέρος περιείχε ερωτήσεις σχετικά με την οικονομική κατάσταση των ερωτηθέντων από το 2008. Ενώ το τέταρτο μέρος αποτελούνταν από το ερωτηματολόγιο Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21). Το δείγμα αποτελούνταν από 117 άτομα, με κινητική αναπηρία, εκ γενετής ή επίκτητη, εργαζόμενους και μη, άνω των 18 ετών. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν μέσω δειγματοληψίας ευκολίας και οι συμμετέχοντες

προέρχονταν κυρίως από το πλησιέστερο επαγγελματικό περιβάλλον της ερευνήτριας. Η έρευνα διεξήχθη το χρονικό διάστημα Αυγούστου-Νοεμβρίου 2020, μέσω ερωτηματολογίου, με ερωτήσεις κλειστού τύπου. Το ερωτηματολόγιο συντάχθηκε στην ειδική πλατφόρμα της Google form, εξασφαλίζοντας κατά αυτόν τον τρόπο και την ανωνυμία των συμμετεχόντων στην έρευνα.

Ευρήματα: Τα ευρήματα της έρευνας δείχνουν ότι οι συμμετέχοντες διακατέχονται από ήπια επίπεδα άγχους, ήπια συμπτώματα κατάθλιψης, ενώ το στρες βρίσκεται σε φυσιολογικά επίπεδα. Αναλυτικότερα, επιβεβαιώνονται η δεύτερη και η τρίτη ερευνητική υπόθεση, καθώς η μείωση των κοινωνικών παροχών και κατά συνέπεια του μηνιαίου εισοδήματος, συσχετίζονται με την εμφάνιση στρες και κατάθλιψης. Επίσης, τόσο το στρες, το άγχος όσο και η κατάθλιψη φαίνεται να συσχετίζονται με την ικανότητα οικονομικής κάλυψης φαρμακευτικής ή ιατρικής περίθαλψης. Η αύξηση φόρων και η επίδραση στην ποιότητα ζωής των ανθρώπων με αναπηρία φαίνεται ότι αποτελεί παράγοντα συσχέτισης με την εμφάνιση στρες, άγχους και κατάθλιψης, κάτι που συμβαίνει και με την περίπτωση δανεισμού από οικείο πρόσωπο τους. Χαρακτηριστικό είναι ότι στο γυναικείο φύλο παρουσιάζεται συσχέτιση με καταστάσεις άγχους, στρες και κατάθλιψης.

Συμπεράσματα: Από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση κατέστη προφανές ότι υπάρχει ανάγκη διερεύνησης του ρόλου της οικονομικής κρίσης στην εμφάνιση άγχους, στρες και καταθλιπτικών συμπτωμάτων στα άτομα με κινητική αναπηρία στην περίπτωση της Ελλάδας. Οι πολιτικές μείωσης των κοινωνικών παροχών λόγω οικονομικής κρίσης σχετίζονται με την ποιότητα ζωής των ανθρώπων με κινητικά προβλήματα και την εμφάνιση κυρίως καταθλιπτικών συμπτωμάτων και άγχους. Τα αποτελέσματα λοιπόν της παρούσας έρευνας υπογραμμίζουν την ανάγκη οι κυβερνητικοί υπεύθυνοι λήψης αποφάσεων να είναι πλήρως υπόλογοι σε ανθρώπους με σωματικές αναπηρίες και να εκτελούν τα καθήκοντά τους με τρόπο που να τους ενδυναμώνει και να διασφαλίζει την ορθή εξέλιξη της ψυχοσύνθεσής τους και όχι την υποβάθμισή τους.

Ευχαριστίες

Με την ολοκλήρωση της μεταπτυχιακής μου διπλωματικής αυτής εργασίας, θα ήθελα να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες σε όσους συνέβαλλαν στην πραγματοποίηση αυτής της έρευνας.

Ευχαριστώ ιδιαίτερος τον επιβλέποντα καθηγητή μου, κύριο Πλατρίτη Κυριάκο, για τη στήριξή του, από την αρχή έως το τέλος της έρευνάς μου, καθώς και το Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα « Συμβουλευτικής Ψυχολογίας και Συμβουλευτικής στην Ειδική Αγωγή, Εκπαίδευση και Υγεία», του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, για τα πολύτιμα εφόδια που μου πρόσφερε.

Ιδιαίτερος, θα ήθελα να ευχαριστήσω το Σωματείο Κινητικά Αναπήρων «ΙΠΠΟΚΑΜΠΟΣ», όπως επίσης και τους συναδέλφους μου από το χώρο της Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης, για τη στήριξη και προώθηση του ερωτηματολογίου μου σε όλους τους Νομούς της Ελλάδος.

Τέλος, θα ήθελα να εκφράσω την ευγνωμοσύνη μου στα μέλη της οικογένειάς μου για τη στήριξη και συμπαράστασή τους σε όλη τη διάρκεια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη.....	ii
Abstract	iii
Εκτενής Περίληψη.....	iv
Ευχαριστίες	vi
Κατάλογος Εικόνων.....	ix
Κατάλογος Γραφημάτων.....	ix
Κατάλογος Πινάκων	xii
1 Εισαγωγή	1
2 Οικονομική κρίση και προκλήσεις για τα άτομα με αναπηρία	4
2.1 Οικονομική κρίση και επιπτώσεις.....	4
2.2 Οικονομικές συνθήκες διαβίωσης των αναπήρων κατά την οικονομική κρίση της Ελλάδος.....	9
2.3 Η ψυχολογία ενός αναπήρου κατά την οικονομική κρίση	16
3 Στρες, άγχος και κατάθλιψη	23
3.1 Ορισμός και θεωρία.....	23
3.2 Συσχέτιση οικονομικής κρίσης με το στρες, το άγχος και την κατάθλιψη..	26
3.3 Μέτρηση του στρες, άγχους και της κατάθλιψης με το ψυχομετρικό εργαλείο dass-21	29
3.4 Αντιμετώπιση των ψυχικών επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης σε άτομα με αναπηρία.....	30
3.4.1 Πολιτικές.....	30
3.4.2 Ψυχοθεραπεία.....	35
4 Μεθοδολογία έρευνας.....	46
4.1 Σκοπός και ερευνητικές υποθέσεις.....	46
4.2 Δείγμα έρευνας και διαδικασία δειγματοληψίας.....	47
4.3 Ερευνητικά εργαλεία και αξιοπιστία	47
4.4 Ζητήματα ηθικής και δεοντολογίας.....	48

4.5	Μεθοδολογία ανάλυσης δεδομένων	49
4.6	Έλεγχος αξιοπιστίας	49
5	Αποτελέσματα έρευνας	50
5.1	Δημογραφικά στοιχεία και πληροφορίες οικονομικής κατάστασης	50
5.2	Κοινωνικές παροχές.....	56
5.3	Οικονομική κατάσταση.....	59
5.4	Ανάλυση DASS-21: στρες, άγχος, κατάθλιψη.....	62
5.4.1	Στρες	63
5.4.2	Άγχος	68
5.4.3	Κατάθλιψη	73
5.5	Συσχέτιση ψυχικής υγείας με δημογραφικά στοιχεία και οικονομική κατάσταση	78
5.6	Ψυχική υγεία και κοινωνικές παροχές.....	81
5.7	Ψυχική υγεία και οικονομική κατάσταση.....	83
6	Συζήτηση αποτελεσμάτων.....	86
7	Συμπεράσματα & Μελλοντικές προτάσεις.....	91
	Βιβλιογραφία.....	93
	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α΄	104
	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β΄	106

Κατάλογος Εικόνων

Εικόνα 2.1. Στοιχεία απασχολούμενων ΑΜΕΑ σε χώρες της Ευρώπης (Eurostat, 2014).	10
Εικόνα 2.2. Τα επίπεδα ικανοποιητικής ζωής σε χώρες της Ευρώπης (Christodoulou et al., 2013).	11
Εικόνα 2.3. Δείκτης ανισότητας της Ελλάδας σε Σύσχετιση με τις χώρες OECD (OECD, 2019).	13
Εικόνα 2.4. Γενική παρουσίαση της ανεργίας στην Ευρώπη (Eurostat, 2019). ...13	
Εικόνα 2.5. Στατιστικά δεδομένα για την ανεργία στην Ελλάδα και σε διάφορες χώρες της Ευρώπης (Eurostat, 2019).	15
Εικόνα 3.1. Κοινωνικές δαπάνες στην Ελλάδα (OECD, 2018).	33

Κατάλογος Γραφημάτων

Διάγραμμα 5.1. Ποσοστά φύλου των συμμετεχόντων.	50
Διάγραμμα 5.2. Ηλικίες συμμετεχόντων σε ποσοστό.	51
Διάγραμμα 5.3. Οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων.	51
Διάγραμμα 5.4. Αριθμός τέκνων των συμμετεχόντων.	52
Διάγραμμα 5.5. Κατηγορίες και ποσοστά ανώτατης βασικής εκπαίδευσης των συμμετεχόντων.	52
Διάγραμμα 5.6. Μηνιαίο εισόδημα συμμετεχόντων.	53
Διάγραμμα 5.7. Ποσοστό απαντήσεων στην ερώτηση πόσο μέρος του προσωπικού εισοδήματος προέρχεται από κρατικές παροχές.	54
Διάγραμμα 5.8. Ποσοστό απαντήσεων στην ερώτηση αν εργάζεστε.	55
Διάγραμμα 5.9. Ποσοστό απαντήσεων στην ερώτηση σε τί ποσό ανέρχονται τα μηνιαία έξοδα.	55
Διάγραμμα 5.10. Ποσοστό απαντήσεων στην ερώτηση τι ποσό απαιτείται μηνιαίως για φαρμακευτική αγωγή ή/και ιατρική περίθαλψη.	56

Διάγραμμα 5.11. Ποσοστό απαντήσεων στην ερώτηση αν έχουν δεχθεί μείωση των κοινωνικών παροχών από το έτος 2008.....	57
Διάγραμμα 5.12. Ποσοστό απαντήσεων στην ερώτηση αν οι συμμετέχοντες έχουν δεχθεί αύξηση φόρων από το 2008.....	57
Διάγραμμα 5.13. Ποσοστό απαντήσεων στην ερώτηση εάν η μείωση παροχών και η αύξηση φόρων επηρέασε την ποιότητα ζωής των συμμετεχόντων.....	58
Διάγραμμα 5.14. Ποσοστό απαντήσεων στην ερώτηση αν θεωρούν ότι η αύξηση των κοινωνικών παροχών θα βελτίωνε την ποιότητα ζωής.....	59
Διάγραμμα 5.15. Ποσοστό απαντήσεων των συμμετεχόντων στην ερώτηση αν αφήνουν απλήρωτους λογαριασμούς.....	60
Διάγραμμα 5.16. Ποσοστό απαντήσεων στην ερώτηση αν έχουν λάβει μετά το 2008 κάποιο δάνειο ή κάρτα για την κάλυψη βασικών αναγκών.....	61
Διάγραμμα 5.17. Ποσοστό απαντήσεων στην ερώτηση αν έχουν βρεθεί σε θέση μη ικανότητας οικονομικής κάλυψης ιατροφαρμακευτική περίθαλψης.....	61
Διάγραμμα 5.18. Ποσοστό απαντήσεων στην ερώτηση αν έχουν βρεθεί ποτέ σε θέση μη ικανότητας οικονομικής κάλυψης άλλων βασικών αναγκών.	62
Διάγραμμα 5.19. Ποσοστά απάντησης για την περίπτωση της υποκλίμακας στρες κατά την οποία ο ερωτηθέντας δεν μπορεί να ηρεμήσει	63
Διάγραμμα 5.20. Ποσοστά απαντήσεων για την περίπτωση της υποκλίμακας στρες κατά την οποία ο ερωτηθέντας είχε την τάση να αντιδράει υπερβολικά στις καταστάσεις που αντιμετώπιζε (εύθικτος).	64
Διάγραμμα 5.21. Ποσοστά απαντήσεων για την περίπτωση της υποκλίμακας στρες κατά την οποία ο ερωτηθέντας ένιωθε νευρικότητα	65
Διάγραμμα 5.22. Ποσοστά απαντήσεων για την περίπτωση της υποκλίμακας στρες κατά την οποία ο ερωτηθέντας ένιωθε ενοχλημένος/η ή δυσαρεστημένος/η	66
Διάγραμμα 5.23. Ποσοστά απαντήσεων για την περίπτωση της υποκλίμακας στρες κατά την οποία ο ερωτηθέντας ήταν δύσκολο να χαλαρώσει	66
Διάγραμμα 5.24. Ποσοστά απαντήσεων για την περίπτωση της υποκλίμακας στρες κατά την οποία ο ερωτηθέντας δεν μπορούσε να ανεχτεί να τον/την διακόπτουν από αυτό που έκανε	67

Διάγραμμα 5.25. Ποσοστά απαντήσεων για την περίπτωση της υποκλίμακας στρες κατά την οποία ο ερωτηθέντας ένιωθε ότι ήταν αρκετά ευερέθιστος/η, οξύθυμος/η.	68
Διάγραμμα 5.26. Ποσοστά απαντήσεων για την περίπτωση της υποκλίμακας άγχους κατά την οποία ο ερωτηθέντας ρωτήθηκε αν ένιωθε το στόμα του στεγνό	69
Διάγραμμα 5.27. Ποσοστά απαντήσεων για την περίπτωση της υποκλίμακας άγχους κατά την οποία ο ερωτηθέντας ρωτήθηκε σε τι βαθμό δυσκολευόταν να αναπνεύσει χωρίς σωματική άσκηση	70
Διάγραμμα 5.28. Ποσοστά απαντήσεων για την περίπτωση της υποκλίμακας άγχους κατά την οποία ο ερωτηθέντας ρωτήθηκε σε τι βαθμό είχε τρέμουλο στα χέρια	70
Διάγραμμα 5.29. Ποσοστά απαντήσεων για την περίπτωση της υποκλίμακας άγχους κατά την οποία ο ερωτηθέντας ρωτήθηκε σε τι βαθμό ανησυχούσε ότι σε κάποιες καταστάσεις θα πανικοβάλλονταν με αποτέλεσμα να ρεζιλευτεί	71
Διάγραμμα 5.30. Ποσοστά απαντήσεων για την περίπτωση της υποκλίμακας άγχους κατά την οποία ο ερωτηθέντας ρωτήθηκε σε τι βαθμό ένιωθε ότι ήταν πολύ κοντά να πάθει πανικό	72
Διάγραμμα 5.31. Ποσοστά απαντήσεων για την περίπτωση της υποκλίμακας άγχους κατά την οποία ο ερωτηθέντας ρωτήθηκε σε τι βαθμό ένιωθε φοβισμένος/η χωρίς να υπάρχει λόγος	73
Διάγραμμα 5.32. Ποσοστά απαντήσεων για την περίπτωση της υποκλίμακας κατάθλιψης κατά την οποία ο ερωτηθέντας ρωτήθηκε σε τι βαθμό δεν μπορούσε να βιώσει κανένα θετικό συναίσθημα.	74
Διάγραμμα 5.33. Ποσοστά απαντήσεων για την περίπτωση της υποκλίμακας κατάθλιψης κατά την οποία ο ερωτηθέντας ρωτήθηκε σε τι βαθμό δυσκολευόταν να πάρει πρωτοβουλία για κάποια πράγματα	74
Διάγραμμα 5.34. Ποσοστά απαντήσεων για την περίπτωση της υποκλίμακας κατάθλιψης κατά την οποία ο ερωτηθέντας ρωτήθηκε σε τι βαθμό ένιωθε ότι δεν είχε τίποτα να περιμένει με ενδιαφέρον	75
Διάγραμμα 5.35. Ποσοστά απαντήσεων για την περίπτωση της υποκλίμακας κατάθλιψης κατά την οποία ο ερωτηθέντας ρωτήθηκε σε τι βαθμό ένιωθε μελαγχολικός/ή και απογοητευμένος/η	76

Διάγραμμα 5.36. Ποσοστά απαντήσεων για την περίπτωση της υποκλίμακας κατάθλιξης κατά την οποία ο ερωτηθέντας ρωτήθηκε σε τι βαθμό δεν μπορούσε να νιώσει ενθουσιασμό με τίποτα	77
Διάγραμμα 5.37. Ποσοστά απαντήσεων για την περίπτωση της υποκλίμακας κατάθλιξης κατά την οποία ο ερωτηθέντας ρωτήθηκε σε τι βαθμό ένιωθε ότι δεν άξιζε πολύ ως άτομο	77
Διάγραμμα 5.38. Ποσοστά απαντήσεων για την περίπτωση της υποκλίμακας κατάθλιξης κατά την οποία ο ερωτηθέντας ρωτήθηκε σε τι βαθμό ένιωθε πως η ζωή δεν είχε νόημα	78

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 4.1. Βαθμολογία αξιολόγησης του DASS-21.....	48
Πίνακας 5.1. Μέσος όρος και τυπική απόκλιση των υποκλιμάκων.....	62
Πίνακας 5.2. Σύγκριση της ψυχικής υγείας των δυο φύλων.....	79
Πίνακας 5.3. Συσχέτιση υποκλιμάκων με ηλικία, αριθμό τέκνων, μηνιαίο εισόδημα, επάρκεια μισθού και μηνιαία έξοδα (r-spearman).....	80
Πίνακας 5.4. Σύγκριση ανεξάρτητων μεταβλητών μέρους Β με την ψυχική υγεία (Mann-Whitney U).	81
Πίνακας 5.5. Σύγκριση ανεξάρτητων μεταβλητών μέρους Γ με την ψυχική υγεία (Mann-Whitney U).	83

1 Εισαγωγή

Από την αρχή της οικονομικής κρίσης, η στήριξη του εισοδήματος των ευάλωτων ομάδων και οι κοινωνικές παροχές μειώθηκαν σε όλες τις Χώρες. Η μείωση του εισοδήματος είχε δυσάρεστες επιπτώσεις στα άτομα με αναπηρία, με αυξανόμενα επίπεδα ανισότητας και φτώχειας (Holland, 2012). Η χρηματοδότηση και η υποστήριξη που επιτρέπει στα άτομα με αναπηρία να ζουν ανεξάρτητα και να ανακτήσουν τον σεβασμό και την αξιοπρέπεια έχει μειωθεί (Harpur et al., 2020).

Το 2005 στην Ιρλανδία η αναπηρία ερμηνεύεται ως ένα σημαντικό εμπόδιο του ατόμου στη δυνατότητα συμμετοχής του στην εργασία, στην επιχειρηματικότητα, στην κοινωνική και πολιτιστική ζωή, σε μία κοινότητα, λόγω συνεχούς φυσικής, ψυχικής και πνευματικής αδυναμίας (Flynn, 2017).

Η ανθρώπινη φύση ενός ατόμου δεν παύει να επιδρά καταλυτικά στην ψυχολογία του, και μετά την εμφάνιση της αναπηρίας. Ο άνθρωπος ως κοινωνικό ον, εκ των πραγμάτων, μεταβάλλει το ψυχολογικό του γίνεσθαι, καθώς οι αλλαγές στη ζωή του είναι ραγδαίες. Συνεπώς, ένα άτομο με αναπηρία αναπτύσσει έντονα συναισθήματα, σκέψεις και συμπεριφορές τόσο σε προσωπικό όσο και σε διαπροσωπικό επίπεδο. Για πολλούς κοινωνιολόγους και σκεπτικιστές η αναπηρία αποτελεί περισσότερο κοινωνικό φαινόμενο, στίγμα και δημιουργείται από το ίδιο το κοινωνικό σύνολο (Meyerson, 1955).

Η ψυχροσύνθεση των ατόμων με αναπηρία αποτελεί ένα μεγάλο κεφάλαιο στην επιστήμη της ψυχολογίας, μέσα από το οποίο διερευνώνται οι παράγοντες που την επηρεάζουν, καθώς και οι ρόλοι που καλείται ένα άτομο με αναπηρία να αναλάβει στο κοινωνικό σύνολο στο οποίο διαβιώνει. Η συμπεριφορά ενός ατόμου με αναπηρία καθορίζεται από τις διαπροσωπικές του σχέσεις, τις εντυπώσεις που του δημιουργούνται για τα ποικίλα θέματα που τον αφορούν, τα πρόσωπα που έρχεται σε επαφή, τις προτιμήσεις του, και προκύπτει ως αποτέλεσμα των συναισθημάτων που αναπτύσσονται (Thomas, 2015).

Πολλές έρευνες, οι οποίες προσπαθούν να εξάγουν συμπεράσματα σχετικά με τις επιπτώσεις των οικονομικών κρίσεων στους πολίτες ενός κοινωνικού συνόλου παρουσιάζουν σημαντικές ελλείψεις όσον αφορά τις ευάλωτες κοινωνικές ομάδες ή

ομάδες που καταγράφονται για τον καταμερισμό του ΑΕΠ. Οι οικονομικοί δείκτες που χρησιμοποιούνται αναφέρονται ως επί το πλείστον στους απασχολούμενους, μελετώντας τις επιδράσεις της οικονομικής κρίσης, και στους άνεργους με εμβάθυνση στις ευκαιρίες απασχόλησης, αποκλείοντας κατά αυτόν τον τρόπο τα μέλη ενός κοινωνικού συνόλου, ΑΜΕΑ, τα οποία δεν έχουν την ευχέρεια ή δυνατότητα να εργαστούν. λόγω της αναπηρίας τους (Stuckler et al., 2009).

Το 2011 το European Disability Forum (EDF) δημιούργησε ένα διαδικτυακό μέσο παρατήρησης, με στόχο τη συνεχή παρακολούθηση των επιπτώσεων της πρόσφατης οικονομικής κρίσης στα άτομα με αναπηρία. Τα δεδομένα συλλέχτηκαν μέσα από ένα ερωτηματολόγιο, το οποίο επικεντρωνόταν στα μέτρα που εφαρμόστηκαν για τους αναπήρους στην κρίση, τη φύση των μέτρων αυτών, τα μειονεκτήματά τους και την κοινωνική τους αντίληψη (Sainsbury et al., 2017).

Τα αποτελέσματα έδειξαν, πως τα μέτρα λιτότητας επηρέαζαν τα δικαιώματα των ατόμων με αναπηρία, μέσα από τις περικοπές στα επιδόματα αναπηρίας, τις επαναλαμβανόμενες διαδικασίες επανεξέτασης του βαθμού αναπηρίας, την αύξηση των τιμών των καταναλωτικών αγαθών, την άρση κονδυλίων για τη στήριξη των απασχολούμενων (παράδειγμα Ισπανίας) και τις περικοπές στις δομές υγείας (παράδειγμα Ελλάδας) (Hauben *et al.*, 2012). Οι παγκόσμιοι οργανισμοί όπως ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO), ο Παγκόσμιος Οργανισμός Εργασίας (ILO), η Ευρωπαϊκή Επιτροπή για τα θεμελιώδη δικαιώματα (European Agency for Fundamental Rights) και η Ευρωπαϊκή Βουλή δήλωσαν και παραδέχτηκαν ότι τα μέτρα λιτότητας σε μία οικονομική κρίση πλήττουν σε μεγάλο βαθμό την κοινότητα των αναπήρων (Skalecka, 2014).

Σύμφωνα με την πιο πρόσφατη μελέτη που διεξήχθη στην Ελλάδα, η χώρα μας στερείται οποιασδήποτε προσέγγισης λόγω οικονομικής κρίσης που αφορούν τα δικαιώματα για ανθρώπους με αναπηρία. Αυτό σημαίνει ότι η ευάλωτη αυτή ομάδα βρίσκεται σε μια διαρκή δοκιμασία για την πρόσβαση σε υπηρεσίες, η οποία από τότε που έχουν ληφθεί μέτρα λιτότητας έχει γίνει οδυνηρή και πολύ ζοφερή (Marinakou, 2012). Παρά την αυξανόμενη ζήτηση για κοινωνική προστασία, οι μειώσεις των συντάξεων και των παροχών υπήρξαν προοδευτικές και τα ευάλωτα άτομα που έχουν ήδη ζήσει στη γραμμή της φτώχειας πλήττονται περισσότερο. Εκτός αυτού, τα άτομα με αναπηρία έχουν αναμονή για ραντεβού γιατρού και νοσοκομείου μεγαλύτερη από τρεις μήνες.

Όπως ανέδειξε η Marinakou (2012), το 2012 πάνω από 60.000 άτομα περίμεναν την αξιολόγηση της αναπηρίας, καθώς χωρίς το πιστοποιητικό αναπηρίας δεν μπορούσαν να λάβουν τις κοινωνικές παροχές. Αυτός ο χρόνος αναμονής, από την αρχή της ύφεσης, έχει επεκταθεί από 2 σε 8 μήνες, ο οποίος είναι επιζήμιος για πολλά άτομα με ειδικές ανάγκες, σύμφωνα την έρευνα.

Το στρες, το άγχος και η κατάθλιψη είναι τα βασικά συμπτώματα τα οποία έχουν καταγραφεί σε άτομα τα οποία έχουν υποστεί μία οικονομική κρίση, με ιδιαίτερη έμφαση στις ευπαθείς ομάδες, όπως τους αναπήρους. Τα δύο αυτά συναισθήματα μετρούνται σύμφωνα με τα αρνητικά τους αποτελέσματα, τα οποία, όταν παρουσιάζονται σε μεγάλο βαθμό, τα άτομα που τα βιώνουν παρουσιάζουν υψηλό βαθμό θλίψης και δυσαρέσκειας. Στην επιστημονική βιβλιογραφία οι έρευνες όσον αφορά την ψυχολογία των πολιτών σε μία οικονομική κρίση επικεντρώνονται γενικά σε κοινωνικά ευάλωτες ομάδες, και άλλες στους αναπήρους (Stuckler et al., 2009).

Στην περίπτωση της Ελλάδας δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία και έρευνες, ώστε να αναδείξουν το πρόβλημα και να ευαισθητοποιήσουν τον πολιτικό κόσμο. Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η μελέτη του ρόλου της οικονομικής κρίσης στο άγχος και στην εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων στα άτομα με κινητική αναπηρία στην Ελλάδα. Η σημαντικότητα της παρούσας έρευνας έγκειται αρχικά στο γεγονός ότι στην περίπτωση της Ελλάδος οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης με βάση τον παράγοντα άγχος, στρες και κατάθλιψη, ως προς τη συγκεκριμένη ευπαθή ομάδα, δεν έχουν μελετηθεί.

2 Οικονομική κρίση και προκλήσεις για τα άτομα με αναπηρία

Η πιο πρόσφατη οικονομική κρίση μετά το κραχ του 1929 είναι αυτή του 2007, με επιπτώσεις δραματικές σε παγκόσμια κλίμακα, αποτελώντας βασικό παράγοντα ανάπτυξης νοητικών επιπτώσεων (Ruggeri et al., 2017). Κατά την κρίση του 2007 παρατηρήθηκε μία γενικότερη κρίση σε παγκόσμια κλίμακα, η οποία έπληξε την Ιρλανδία, την Ισλανδία, και τη Νότια Ευρώπη, ενώ ταυτόχρονα επηρέασε τις χώρες της Κίνας, οι οποίες έχουν έντονες εξαγωγικές επιχειρηματικές δραστηριότητες, επιδρώντας καταλυτικά στην παγκόσμια οικονομία (Ruggeri et al., 2017).

Στην Παγκόσμια Κοινότητα έχει καταγραφεί μία γενικότερη ανησυχία σχετικά με τις επιπτώσεις των ποικίλων οικονομικών κρίσεων που μπορεί να βιώνουν οι πολίτες μιας χώρας. Ποικίλες έρευνες σε παγκόσμια κλίμακα προσπάθησαν να ποσοτικοποιήσουν και να συσχετίσουν τις επιπτώσεις διάφορων οικονομικών κρίσεων. Το επιστημονικό εγχείρημα αποδείχτηκε δύσκολο, καθώς οποιοδήποτε αποτέλεσμα απαιτεί την μακροχρόνια έρευνα άνω της δεκαετίας για αξιόπιστα αποτελέσματα. Το γεγονός αυτό παραπέμπει όλη την επιστημονική βιβλιογραφία να αναπτυχθεί μετά την κρίση του 2007, δηλαδή στο 2013-19.

2.1 Οικονομική κρίση και επιπτώσεις

Μία οικονομική κρίση διακρίνεται από τις έντονες επιδράσεις της σε κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο. Οι επιπτώσεις της είναι άμεσες και έμμεσες. Στις άμεσες, εντάσσονται τα υψηλά ποσοστά ανεργίας, οι κοινωνικές συγκρούσεις, μείωση της παραγωγικότητας μιας χώρας και των μεθόδων αξιοποίησης των πόρων της, οι δυνατότητες στο πεδίο διακυβέρνησης και ελέγχου και η οικονομική ανέχεια (Thern et al., 2017).

Οι έμμεσες αναφέρονται στις κοινωνικές ανισότητες, στα υψηλά επίπεδα ψυχικών νοσημάτων (Christodoulou et al., 2013), στα επίπεδα θνησιμότητας και αυτοκτονιών (Rivera et al., 2017), στην ψυχική υγεία των πολιτών, και στις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις (Mucci et al., 2016).

Η ψυχική υγεία των πολιτών είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με κοινωνικοοικονομικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες (οικονομική ευμάρεια, υποδομές, υποστήριξη και άλλα) (World Health Organization, 2004), (World Health Organization, 2015).

Η μείωση των επαγγελματικών ευκαιριών και η έλλειψη επιχειρηματικής δραστηριότητας, επέδρασαν και επιδρούν καταλυτικά στην πνευματική υγεία των πολιτών, οδηγούν σε φαινόμενα βίας, σε εθιστικές συμπεριφορές και ουσίες, ανατρέπουν τον τρόπο ζωής τους και τη διαχείριση της υγείας τους, λόγω αυξημένου κόστους ζωής (Urbanos-Garrido et al., 2015). Τα φαινόμενα είναι διακριτά σε χώρες που δέχτηκαν μεγάλο οικονομικό πλήγμα και στις κοινωνικά ευπαθείς ομάδες (Buffel, Van de Velde, et al., 2015). Εξαιρούνται αναπτυσσόμενες χώρες, όπως η Σουηδία και η Φινλανδία, στις οποίες η οικονομική κατάσταση μιας ευάλωτης ομάδας δε διαφέρει σημαντικά από την οικονομική κατάσταση των υπόλοιπων κατοίκων, γι' αυτό και δεν αποτελεί σημαντικό στοιχείο ανάπτυξης αρνητικών συναισθημάτων και κριτήριο αξιολόγησης της ποιότητας ζωής τους (Van Campen et al., 2013).

Οι σχετικές αλληλοσυνδέσεις μεταξύ κοινωνίας, ψυχολογίας και οικονομίας, σε μία οικονομική κρίση επηρεάζονται σαφέστατα από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά μιας κοινότητας (κοινωνικές ομάδες μεταναστών, εθνικές μειονότητες, μεσήλικες, ανάπηροι, παιδιά και άλλα) και των κοινωνικών πολιτικών της, όπως μειώσεις συντάξεων, υψηλό κόστος ζωής και άλλα (Dore et al., 2009). Για παράδειγμα τα ποσοστά ανεργίας κατά την τελευταία οικονομική κρίση, στην Ολλανδία και στην Αυστρία ανέρχονταν στο 5-8% ενώ στην Ελλάδα 30-35% ενώ το 2012 είχε αυξηθεί στο 55%. Στην Κύπρο το 51% του δείγματος στη σχετική έρευνα ανέδειξε συμπτώματα διαταραχής μετατραυματικού στρες λόγω της οικονομικής κρίσης (Platrites, 2016).

Στις χώρες της Ασίας μελετήθηκαν οι τάσεις σχετικά με τα διαζύγια και τους γάμους, τις αυτοκτονίες, τη χρήση αλκοόλ και ουσιών, το Εθνικό Ακαθάριστο Προϊόν και άλλα. Στην Ιαπωνία, το Χόνγκ Κόνγκ και την Κορέα τα ποσοστά της θνησιμότητας λόγω αυτοκτονιών αυξήθηκαν (39%, 44% και 45% αντίστοιχα). Κάποια δεδομένα παρουσίασαν μία σύνδεση ανάμεσα στην ανεργία του ανδρικού φύλου σε συσχέτιση με το γυναικείο, το οποίο παρέμεινε ανέπαφο στην οικονομική κρίση της Κίνας το '97. Το βασικό συμπέρασμα μέσα από τις έρευνες ήταν ότι οι χώρες της Ασίας, που παρουσίαζαν ελάχιστη ανάπτυξη, είχαν άνισα καταμερισμένο

το εισόδημα και δεν είχαν συστήματα ισχυρά προστασίας των εργαζομένων, με αποτέλεσμα να πλήττονται οι κάτοικοί τους, παρουσιάζοντας υψηλά ποσοστά εμφάνισης ασθενειών ψυχικής υγείας (Butterworth et al., 2009).

Στην Ινδονησία η οικονομική κρίση του 1997 κατέγραψε κοινωνικές κρίσεις σε όλες τις ηλικίες, με ιδιαίτερες επιπτώσεις στις ευάλωτες κοινωνικές ομάδες. Σημαντικό στοιχείο, το οποίο συνδέθηκε με τις αναπτυσσόμενες χώρες, είναι το μορφωτικό επίπεδο των πολιτών, η γεωμορφολογία της περιοχής και η κατοικία, η οποία καθόριζε την πρόσβαση σε εργασία και οικονομικούς πόρους. Οι αντίξοες συνθήκες διαβίωσης στο νησί, οι οποίες επηρεάζονταν από τους προαναφερόμενους παράγοντες, είχαν ως αποτέλεσμα την ψυχολογική μετάπτωση των πολιτών (Suryahadi et al., 2010).

Συναισθήματα ανασφάλειας, άγχους, φόβου, απόγνωσης τα οποία είναι άμεσα συνδεδεμένα με παραβατικές συμπεριφορές, βίαιες ενέργειες, εθισμός σε ουσίες και αλκοόλ, αυτοκτονίες, αλλά και με κοινωνικά φαινόμενα, όπως ανισότητα, αύξηση των διαζυγίων, υποβάθμιση κοινωνικών δομών, αύξηση των ορφανών παιδιών και υιοθέτηση μη υγιεινού τρόπου ζωής έχουν καταγραφεί σε περιόδους οικονομικών κρίσεων, που έχουν συμβεί σε παγκόσμια κλίμακα (Arechavala et al., 2015).

Σύμφωνα με έρευνες που πραγματοποιήθηκαν σε εικοσιέξι χώρες της Ευρώπης από το 1970 μέχρι το 2007 καταγράφηκε η συσχέτιση μεταξύ ανεργίας και αυτοκτονιών, όπου 1% αύξηση της ανεργίας, το 0.79% αντιστοιχεί στην αύξηση των αυτοκτονιών σε άτομα κάτω των 65 ετών (Moix et al., 2011). Η αύξηση των αυτοκτονιών στα αναπτυγμένα κράτη της Ευρώπης, κατά τη διάρκεια μίας οικονομικής κρίσης, έχει συνδεθεί με την ανάπτυξη άγχους και της ψυχολογικής καταπίεσης (Uutela, 2010).

Όταν μία χώρα αποτελείται από πληθυσμούς που το μεγαλύτερο ποσοστό μαστίζεται από έλλειψη εκπαίδευσης και φέρει μικρές προοπτικές εξέλιξης στον εργασιακό τομέα, είναι πολύ πιθανό ότι το πλήγμα σε μία οικονομική κρίση να είναι μεγάλο, καθώς τα αποτελέσματα είναι εντονότερα στις κατώτερες κοινωνικές και οικονομικές πληθυσμιακές τάξεις.

Οι Sargent-Cox et al. (2011) υποστήριξαν ότι διαφορετικά βιώνεται μία οικονομική κρίση σε εθνικό επίπεδο και διαφορετικά σε προσωπικό επίπεδο, προβάλλοντας τις σχετικές αντιθέσεις σε φυσικό και ψυχολογικό επίπεδο. Οι έρευνες στις Ευρωπαϊκές κυρίως χώρες που επλήγησαν, έδειξαν ότι τα αποτελέσματα μιας οικονομικής κρίσης

είναι εντονότερα σε κοινωνικά ευάλωτες ομάδες, ενώ ταυτόχρονα παρατηρήθηκε ότι διαδραματίζουν ρόλο και άλλα χαρακτηριστικά ενός ατόμου τα οποία μπορεί να ενισχύουν ή να αποδυναμώνουν τις επιπτώσεις της, όπως η ηλικία, το φύλο, η απασχόληση και άλλα. Στην Ευρώπη πιο συγκεκριμένα, όσον αφορά την οικονομική κρίση του 2007, η ίδια επηρέασε νέους εργαζόμενους και ανέργους, κυρίως άντρες, από τριανταπέντε ετών μέχρι σαρανταενέα ετών (Buffel, Van de Straat, et al., 2015).

Άλλες μελέτες επικεντρώθηκαν στη διεξαγωγή ερευνών σχετικά με τα είδη νοητικών παθήσεων, τα οποία μπορεί να συσχετίζονται με την οικονομική κρίση, και παθήσεις όπως κρίσεις πανικού, μείζονα κατάθλιψη, τα οποία συσχετίστηκαν με προσωπικές καταστάσεις των ατόμων του δείγματος, όπως αν είναι έγγαμοι ή άγαμοι, με τέκνα ή όχι είτε απασχολούμενοι ή αυτοαπασχολούμενοι, ευάλωτες κοινωνικά ομάδες και άλλα (Economou et al., 2013). Τα ποσοστά των ανθρώπων, που εμφάνισαν ψυχολογικά προβλήματα κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης, ανέρχονται στο 34% στους άνεργους πολίτες έναντι του 16% στους εργαζόμενους πολίτες. Η διάρκεια της ανεργίας επηρέαζε σημαντικά την ψυχολογία του δείγματος (Uutela, 2010).

Σε 237 έρευνες σύμφωνα με την αναφορά του επιστημονικού άρθρου «Economic crisis and mental health», βασικές διαφοροποιήσεις καταγράφηκαν για ποικίλους δείκτες ψυχικής υγείας σε συμπτώματα όπως θλίψη, κατάθλιψη, άγχος και ψυχοσωματικές διαταραχές, ανάλογα με το υποκείμενο, την αυτοπεποίθησή του και τις βιοτικές του συνθήκες (Uutela, 2010).

Στην περίπτωση της Ελλάδος οι στατιστικές έρευνες κατέγραψαν ραγδαία αύξηση από το 2008 μέχρι το 2011 στις περιπτώσεις κατάθλιψης, από 3,3% σε 8,20%. Οι αυτοκτονίες παρουσίασαν αύξηση της τάξεως του 40% στο πρώτο εξάμηνο του 2011, παρόλο που η κρίση ξεκίνησε το 2007 (Drydakis, 2015).

Η έρευνα του University Mental Health Research Institute (UMHRI) επιβεβαίωσε τις ψυχικές επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα μέσα από ένα δείγμα 2256 ατόμων από το 2009 μέχρι το 2011. Μέσα από το δείκτη μέτρησης του άγχους, λόγω της προσωπικής οικονομικής δυσχέρειας (Index of Personal Economic Distress – IPED) αναγνωρίστηκε μία σημαντική αύξηση των αυτοκτονιών κατά 36% πριν το

2009 (ο δείκτης από 24 έγινε 34). Ο δείκτης το 2011 έδειξε ότι αυξήθηκε στο 15 με ανοδική τάση (Triantafyllou et al., 2011).

Οι εργασιακές σχέσεις, οι συνθήκες του επαγγελματικού τομέα, και η ψυχολογία του εργαζομένου τέθηκαν σε δεύτερη μοίρα λόγω των συνεχών περικοπών. Η κρίση στον Ελλαδικό χώρο δεν καταγράφεται δηλαδή μόνο στον οικονομικό τομέα αλλά και στον κοινωνικό, δημιουργώντας ρήξεις στις ανθρώπινες σχέσεις. Η ψυχολογία του εργαζομένου διαφοροποιήθηκε, καθώς όροι όπως εργασιακή ικανοποίηση, αποτελεσματική εργασιακή δέσμευση και άλλοι, μειώνονται σε ποσοστά για όλες τις ηλικιακές ομάδες και τις κοινωνικές ομάδες (Markovits et al., 2014).

Τα στοιχεία αυτά συνδέθηκαν στην ελληνική κοινωνία με τα υψηλά επίπεδα ανεργίας, κυρίως στις νεαρές ηλικίες σε συνδυασμό με το χαμηλό εισόδημα και την ανικανότητα συνεπώς μεγάλου ποσοστού του πληθυσμού να ξεπληρώσει τα χρέη του λόγω των πολλών δανείων. Οι συνθήκες αυτές οδήγησαν σε πολιτικές του κράτους, οι οποίες όριζαν υψηλές περικοπές σε επιδόματα, κοινωνικά μερίσματα, τα οποία έπληξαν σημαντικά την ευάλωτη ομάδα των ΑΜΕΑ. Ως συνέπεια, ήταν η αναζήτηση ιδιωτικής ασφάλειας του 30% του ελληνικού πληθυσμού (Drydakis, 2015, Economou et al., 2008, Economou et al., 2013).

Επίσης, θέτονται στο μικροσκόπιο επιπλέον παράγοντες οι οποίοι δύνανται να επηρεάζουν τα ποσοστά των αποτελεσμάτων μιας οικονομικής κρίσης, όπως είναι οι πολιτικές κοινωνικής προστασίας που εφαρμόζονται. Κάποιες μελέτες υποστηρίζουν ότι τα ευρήματά τους αφορούν συγκεκριμένα συμβάντα σε συγκεκριμένες χώρες στις οποίες εφαρμόζεται κοινωνική πολιτική, η οποία επηρεάζει τα στατιστικά δεδομένα σημαντικά. Για παράδειγμα, στην έρευνα του Sargent-Cox το δείγμα που επιλέχτηκε ήταν από την Αυστραλία στην πόλη της Κανμπέρα, και τα αποτελέσματά του δε θεωρείται ότι αποτελούν επιστημονικές γενικεύσεις, καθώς η ειδοποιός διαφορά είναι ότι σύμφωνα με την ασφαλιστική και οικονομική πολιτική, διασφαλίζεται πάντα η κάλυψη των βασικών αναγκών, οπότε μία οικονομική κρίση έχει μικρότερη επίδραση και διαφέρει από μία χώρα στην Ευρώπη. Παρ' όλα αυτά, η κατάθλιψη, το άγχος, ο φόβος και η ανησυχία αποτελούν σημαντικά ευρήματα στην έρευνά του, επιβεβαιώνοντας τα συναισθήματα που βιώνουν οι ευάλωτες ομάδες σε μία οικονομική κρίση (Sargent-Cox et al., 2011).

Στην Ελλάδα οι πολιτικές λιτότητας οδήγησαν τη μεταφορά των κονδυλίων από τον υγειονομικό τομέα και τον τομέα πρόνοιας, καταγράφοντας το 2015 2,122δισ. Οι εκτιμήσεις ανέδειξαν ένα μεγάλο πρόβλημα στην αύξηση της ανεργίας, καθώς χάθηκαν θέσεις εργασίας στον τομέα της υγείας (26000 εργαζόμενοι στη δημόσια υγεία) και τη δημόσια υγεία να αποτελεί προνόμιο των λίγων μέσα από δραματικές ανισότητες (Triantafyllou et al., 2011).

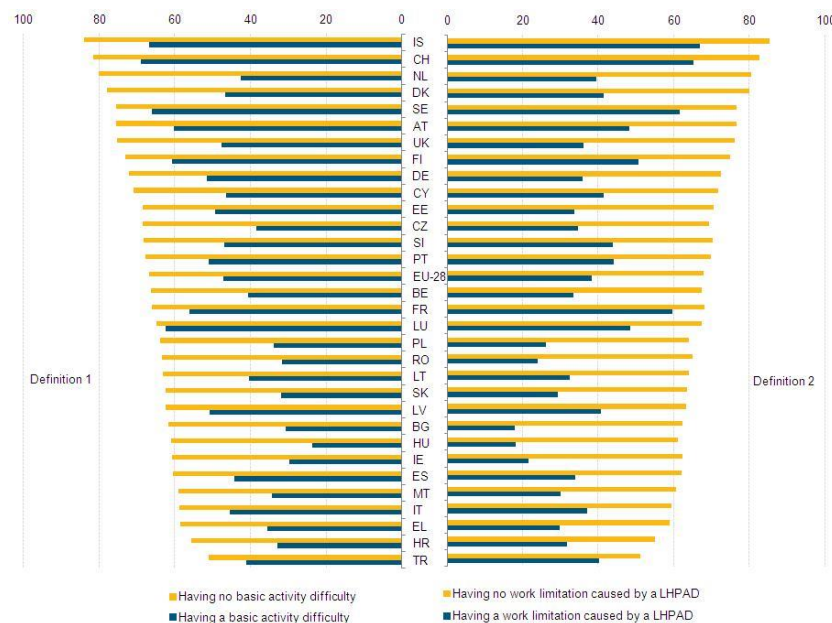
Η συγκεκριμένη συσχέτιση κοινωνικής πολιτικής και επιπτώσεων οικονομικής κρίσης αποτέλεσε το έναυσμα για επιπλέον έρευνες σχετικά με την ανθεκτικότητα ορισμένων χωρών στις κρίσεις, στον τομέα της υγείας και της κοινωνίας, μειώνοντας αισθητά τις επιπτώσεις των μεταβολών, ιδιαίτερα αυτών της οικονομίας, μέσω προγραμμάτων κοινωνικής ενίσχυσης και πρόνοιας (Watkins et al., 2017). Γενικότερα έρευνα στο επιστημονικό πεδίο σχετικά με τη μείωση των επιπτώσεων μιας οικονομικής κρίσης σε μία χώρα, μέσα από πολιτικές κοινωνικής προστασίας και πρόνοιας είναι ανεπαρκής και δημιουργεί ένα μεγάλο κενό (Ahn et al., 2020).

2.2 Οικονομικές συνθήκες διαβίωσης των αναπήρων κατά την οικονομική κρίση της Ελλάδος

Οι πολιτικές και οι κοινωνικές αποφάσεις μιας χώρας κατά την περίοδο οικονομικής κρίσης έχει αποδειχτεί ότι επιφέρουν σημαντικές επιπτώσεις στις ζωές των ενηλίκων με σωματικές αναπηρίες. Συνεπώς, η οικονομική κρίση έχει οδηγήσει σε μεταβολές, οι οποίες αύξησαν σημαντικά την οικονομική ανασφάλεια, δημιουργώντας μία τάση για διαρκή αγώνα επιβίωσης (Skalecka, 2014).

Τα αποτελέσματα των τάσεων αυτών εντοπίζονται στην ανεργία των αναπήρων, στην μη ανταπόκρισή τους στο υψηλό κόστος διαβίωσης, υποβιβάζοντάς τους ως ανθρώπινη ύπαρξη, και υποθάλλοντας το κοινωνικό μοντέλο αναπηρίας, το οποίο βασίζεται στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια (Garland-Thomson, 2014). Λόγω των αυξημένων ποσοστών ανεργίας, θεωρείται δεδομένο ότι το ποσοστό εργαζομένων από ευάλωτες ομάδες, όπως των αναπήρων, μειώθηκε (12,7% από 15,5% σύμφωνα με δεδομένα του 2011) (Eurostat, 2014).

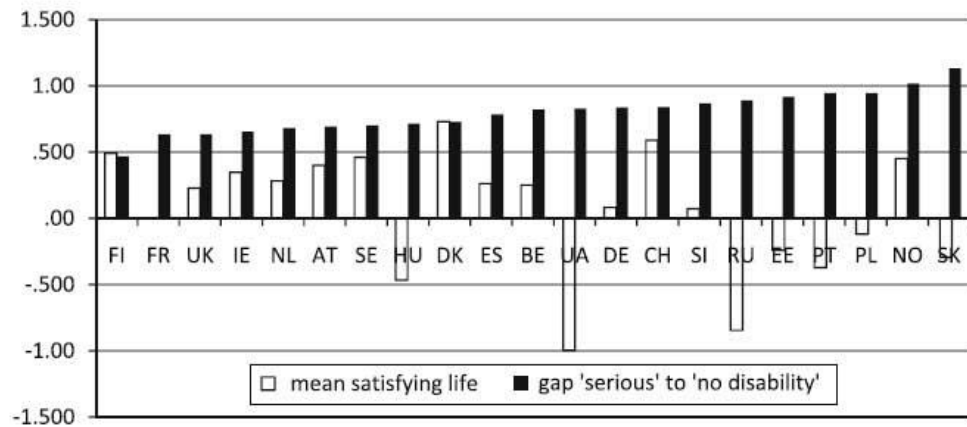
Στην Εικ.2.1 παρουσιάζονται τα ποσοστά εργαζομένων με αναπηρία, η οποία τους επιτρέπει να εργάζονται χωρίς μεγάλες δυσκολίες. Στη δεξιά στήλη έχουν καταγραφεί οι εργαζόμενοι με χρόνιες αναπηρίες που έχουν μεγάλες δυσκολίες στην εργασία τους. Η καταγραφή αυτή έχει γίνει ώστε να υπάρχει ένα δεδομένο σύγκρισης, όσον αφορά τις επιπτώσεις, με την πάροδο των ετών, σε αναπήρους, κατά την περίοδο κρίσης, οι οποίοι έχασαν την εργασία τους ή υπέστησαν σημαντικό οικονομικό πλήγμα μέσα από τις περικοπές στην υγειονομική περίθαλψη. Τα ποσοστά αυτά προβάλλουν μία γενική εικόνα σχετικά με την ψυχολογία ενός σημαντικά μεγάλου μέρους τους πληθυσμού.



Εικόνα 2.1. Στοιχεία απασχολούμενων ΑΜΕΑ σε χώρες της Ευρώπης (Eurostat, 2014).

Οι έντονες διαφοροποιήσεις που παρουσιάζονται στις χώρες, κατά τις έρευνες, είναι αποτέλεσμα των πολιτισμικών διαφορών και των ρυθμών ανάπτυξης (Sargent-Cox et al., 2011). Το γεγονός αυτό διαπιστώνεται σε έρευνες σχετικά με την ψυχική ευεξία και την ικανοποίηση της ποιότητας ζωής των αναπήρων σε επιλεγμένες χώρες της Ευρώπης. Κατά αυτό τον τρόπο, εκτιμάται η γενικότερη επίπτωση μιας οικονομικής κρίσης σε εθνικό και προσωπικό επίπεδο. Πιο συγκεκριμένα, μετρήθηκαν τα ποσοστά ικανοποίησης των ανθρώπων με αναπηρία σε χώρες της βόρειας Ευρώπης και σε χώρες της Ανατολικής Ευρώπης, διαπιστώνοντας σημαντικές διαφορές στις Ανατολικές χώρες, ανάμεσα στα άτομα με αναπηρία και σε αυτά χωρίς αναπηρία (Εικ.2.2). Οι διαφορές αυτές και οι κοινωνικές ανισότητες

προκύπτουν λόγω της παροχής προσωπικών πόρων, κοινωνικοοικονομικού επιπέδου και τις ευκαιρίες συμμετοχής σε κάποιου είδους εργασία. Τα στοιχεία αυτά επηρεάζουν βαθύτατα την αντίληψη ενός αναπήρου όσον αφορά το βιοτικό του επίπεδο και εξαρτώνται από τις πολιτικές μιας χώρας (Van Campen et al., 2013).



National means and gaps in 'satisfying life' between serious disability and no disability. Total group: mean = 0, SD = 1. AT Austria, BE Belgium, CH Switzerland, DE Germany, DK Denmark, EE Estonia, ES Spain, FI Finland, FR France, UK United Kingdom, HU Hungary, IE Ireland, NL Netherlands, NO Norway, PL Poland, PT Portugal, RU Russian Fed., SE Sweden, SI Slovenia, SK Slovakia, UA Ukraine

Εικόνα 2.2. Τα επίπεδα ικανοποιητικής ζωής σε χώρες της Ευρώπης (Christodoulou et al., 2013).

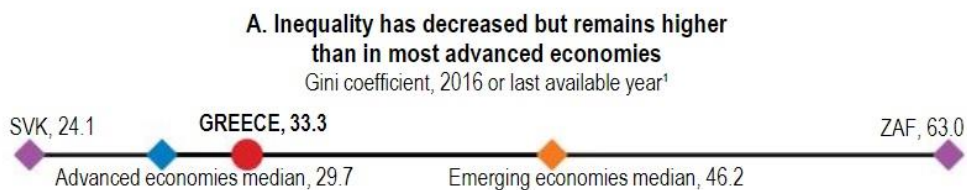
Στην Ελλάδα η κατάσταση, πριν την κρίση, σκιαγραφείται από μία παντελή έλλειψη υποδομών στις ελληνικές πόλεις, χωρίς προσβασιμότητα, σε βασικές δομές για τους ΑΜΕΑ γενικότερα. Η απασχόληση των ατόμων με κινητική αναπηρία σε δημόσιες υπηρεσίες δεν ήταν εφικτή, έστω και αν υπήρχαν οι καλές προθέσεις ή και αν εφαρμόζονταν σχετικά προγράμματα απασχόλησης. Συνεπώς τα ποσοστά των εργαζομένων των ΑΜΕΑ κατά την οικονομική κρίση του 2008 ήταν ήδη μικρά περίπου 15%, τα οποία όμως επλήγησαν σημαντικά (Eurostat, 2014).

Κατά την οικονομική κρίση στην Ελλάδα, οι ελεύθεροι επαγγελματίες και οι καταναλωτές είδαν σημαντικές αυξήσεις στην προστιθέμενη αξία των καταναλωτικών προϊόντων και στην παροχή υπηρεσιών, αυξάνοντας ταυτόχρονα το κόστος ζωής, ιδιαίτερα στα αστικά κέντρα. Οι εργαζόμενοι ανάπηροι, των οποίων η θέση εξαρτιόταν από τις δημόσιες συμβάσεις, καθαιρέθηκαν από τα καθήκοντά τους με τη λήξη των συμβάσεων, ενώ είναι σαφές ότι οι προκηρύξεις θέσεων και οι συμβάσεις μειώθηκαν δραστικά, ενώ οι υφιστάμενες θέσεις για αναπήρους προσέφεραν εξαρχής χαμηλούς μισθούς σε σύγκριση με τους υπολοίπους

εργαζομένους (Hauben et al., 2012). Συνεπώς, ένα σημαντικό ποσοστό τέθηκε από την ανεξαρτησία στην οικονομική και φυσική εξάρτηση και στα όρια της φτώχειας. Το γεγονός αυτό υποστηρίζεται από την έρευνα που διεξήχθη από το European Foundation Centre στις χώρες της Ευρώπης, όπου ένας στους πέντε αναπήρους (21,1% σύμφωνα με δεδομένα του 2012) είναι στα όρια της φτώχειας και στην Ελλάδα οι πιθανότητες για έναν ανάπηρο να μην έχει τη δυνατότητα επιβίωσης είναι άνω του 25% (Hauben et al., 2012).

Άλλωστε δεν είναι τυχαίο ότι η Ελλάδα κρίθηκε μία από τις χώρες της Ευρώπης με δραστική μεταβολή του ποιοτικού τρόπου διαβίωσης σύμφωνα με το μετρούμενο δείκτη QoL, quality of life, μαζί με την Λετονία, την Ουγγαρία και τη Λιθουανία. Ο Δείκτης Ποιότητας Ζωής είναι μία έννοια η οποία έχει ως στόχο να εκφράσει αντικειμενικά και υποκειμενικά το «ευ ζην» μιας ομάδας πληθυσμού και ορίζεται ως «το αποτέλεσμα πολύπλοκων αλληλεπιδράσεων ενός συνόλου αντικειμενικών και υποκειμενικών παραγόντων: οι πρώτοι αναφέρονται σε εξωτερικές οικονομικές, κοινωνικές, πολιτικές, περιβαλλοντικές και πολιτισμικές συνθήκες και οι δεύτεροι αναφέρονται στην αντίληψη των υποκειμένων όσον αφορά τη ζωής τους και το επίπεδο ικανοποίησής τους» (Arechavala et al., 2015).

Οι εξωτερικές συνθήκες που επηρέασαν την ποιότητα ζωής στην Ελλάδα από το 2008 και μετά ήταν σαφέστατα οι έντονες οικονομικές διακυμάνσεις, επηρεάζοντας το εισόδημα. Επιπρόσθετα, οι πολιτικές αποφάσεις, επηρέασαν τις προσωπικές αποφάσεις των πολιτών σχετικά με τις συνθήκες επιβίωσής τους, όπως η νεότερη γενιά λόγω υψηλού κόστους ζωής, έπρεπε να συγκατοικήσει με τους γονείς, ή πολλά ζευγάρια να συγκατοικήσουν ώστε να επιβιώσουν οικονομικά. Τα στοιχεία αυτά είχαν ως αποτέλεσμα τη σοβαρή επιδείνωση του Δείκτη Ποιότητας Ζωής 4,8/10 (με μέσο όρο 6,6) (OECD, 2019) δραματοποιώντας την κατάσταση για τους ανέργους και τις ευάλωτες ομάδες και επιφέροντας μεγάλες ανισότητες οικονομικές και κοινωνικές (Mechili et al., 2015). Στην Εικ.2.3 η Ελλάδα παρουσιάζει μεγαλύτερη οικονομική ανισότητα από τις αναπτυγμένες χώρες, σύμφωνα με στοιχεία του 2016, με το δείκτη να ανέρχεται στο 33,3 ενώ στις αναπτυγμένες στο 29,7 (OECD, 2019)

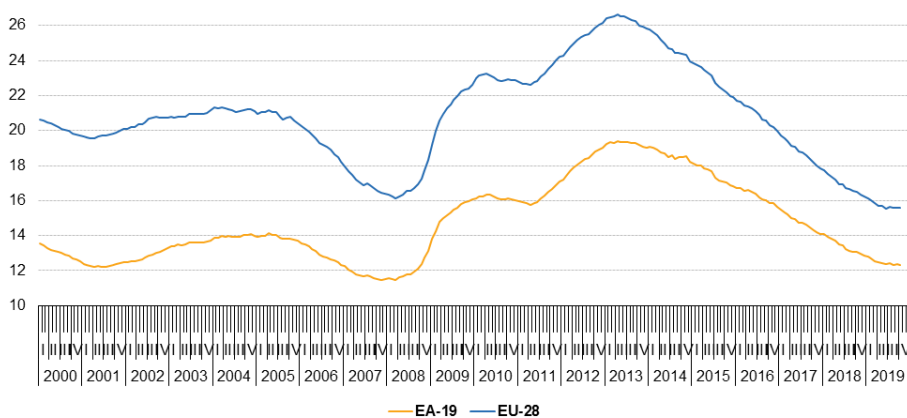


Εικόνα 2.3. Δείκτης ανισότητας της Ελλάδας σε Σύγκριση με τις χώρες OECD (OECD, 2019).

Το 2011, τρία έτη μετά την έναρξη της κρίσης στην Ελλάδα, όλα τα προαναφερόμενα δεδομένα συντέλεσαν στην υψηλή ζήτηση των ευάλωτων πολιτών για ψυχική στήριξη και παρέμβαση. Όμως τα ισχυρά μέτρα λιτότητας οδήγησαν στην περικοπή των κοινωνικών προγραμμάτων και επέφεραν αύξηση του προϋπολογισμού των νοσοκομειακών δομών για την αντιμετώπιση των ψυχικών νοσημάτων (Kokaliari, 2018).

Πιο συγκεκριμένα, κατά την περίοδο των μέτρων λιτότητας καταγράφηκε μία δραστική αλλαγή στα ποσοστά ανεργίας από το 2008 με 7.2% στο 24.9% το 2015. Πιο αναλυτικά, παρουσιάζονται από το 2008 μέχρι το 2018 τα ποσοστά ανεργίας στην Ελλάδα, σύμφωνα με τα στατιστικά δεδομένα της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Επιπλέον το 2013 παρουσιάζεται 27.5% ποσοστό ανεργίας και καταγράφονται τα υψηλότερα ποσοστά όπως και στην περίπτωση της Ισπανίας (Εικ.2.4) (Eurostat, 2019).

Unemployed persons, in millions, seasonally adjusted, EU-28 and EA-19, January 2000 - October 2019



Source: Eurostat (online data code: une_rt_m)

eurostat

Εικόνα 2.4. Γενική παρουσίαση της ανεργίας στην Ευρώπη (Eurostat, 2019).

Η Ελλάδα, κατά την οικονομική κρίση, δεν εφάρμοσε κοινωνικές πολιτικές βασισμένες στα ανθρώπινα δικαιώματα των αναπήρων. Αντιθέτως, εφαρμόστηκαν μέτρα λιτότητας πλήττοντάς τους ως ένα μεγάλο βαθμό, καθώς μειώθηκαν δραστικά οι συντάξεις, τα επιδόματα, και οι μισθοί για το μικρό ποσοστό που εργαζόταν. Τα ποσοστά ανεργίας έπληξαν τις ευάλωτες ομάδες, και τους λοιπούς πολίτες τα οποία, σε συνδυασμό με τις υψηλές φορολογικές επιβαρύνσεις, επέφεραν σημαντική κρίση στις ανθρώπινες σχέσεις (Rachiotis et al., 2014).

Για την ευάλωτη ομάδα των αναπήρων ήταν σημαντική η αποτελεσματικότητα του συστήματος υγείας, η οποία όμως μειώθηκε αισθητά εξαιτίας των αδυναμιών της κεντρικής διακυβέρνησης, της μη επαρκούς αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας των ρυθμιστικών συστημάτων, των οικονομικών δραστηριοτήτων που απαιτούσαν γραφειοκρατία, τη διαφθορά και την μειωμένη συσχέτιση αποτελεσματικότητας και κόστους των προγραμμάτων (Efthimiou et al., 2013). Σημαντικές μειώσεις καταγράφηκαν στις παροχές, της τάξεως του 26% με 40%, γεγονός το οποίο οδήγησε σε σύγχυση τους αναπήρους, καθώς δεν τους παρέχονταν οι βασικές υπηρεσίες περίθαλψης και υποστήριξης για την επιβίωσή τους (Kentikelenis et al., 2014).

Οι περικοπές των κονδυλίων, όσον αφορά τη διασφάλιση της άμεσης υγειονομικής περίθαλψης, τις συντάξεις, τα επιδόματα και της πρόσβασης στην υγεία, οδήγησαν τους αναπήρους σε οικονομικό αδιέξοδο, χωρίς να καλύπτονται οι βασικές ανάγκες. Συμπληρωματικά, τα κριτήρια για την ένταξή τους σε επιδόματα, τα οποία αποτελούσαν μοναδικά εισοδήματα (τα οποία δε φορολογούνταν ως εισοδήματα) έγιναν αυστηρότερα, μειώνοντας αισθητά τη βοήθεια που παρέχονταν σε άτομα με σωματική και πνευματική αναπηρία (Ioakimidis et al., 2013).

Unemployment rate 2008-2018 (%)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
EU-28	7.0	9.0	9.6	9.7	10.5	10.9	10.2	9.4	8.6	7.6	6.8
Euro area	7.6	9.6	10.2	10.2	11.4	12.0	11.6	10.9	10.0	9.1	8.2
Belgium	7.0	7.9	8.3	7.2	7.6	8.4	8.5	8.5	7.8	7.1	6.0
Bulgaria	5.6	6.8	10.3	11.3	12.3	13.0	11.4	9.2	7.6	6.2	5.2
Czechia	4.4	6.7	7.3	6.7	7.0	7.0	6.1	5.1	4.0	2.9	2.2
Denmark	3.4	6.0	7.5	7.6	7.5	7.0	6.6	6.2	6.2	5.7	5.0
Germany	7.4	7.6	7.0	5.8	5.4	5.2	5.0	4.6	4.1	3.8	3.4
Estonia	5.5	13.5	16.7	12.3	10.0	8.6	7.4	6.2	6.8	5.8	5.4
Ireland	6.8	12.6	14.6	15.4	15.5	13.8	11.9	10.0	8.4	6.7	5.8
Greece	7.8	9.6	12.7	17.9	24.5	27.5	26.5	24.9	23.6	21.5	19.3
Spain	11.3	17.9	19.9	21.4	24.8	26.1	24.5	22.1	19.6	17.2	15.3
France	7.4	9.1	9.3	9.2	9.8	10.3	10.3	10.4	10.1	9.4	9.1
Croatia	8.6	9.3	11.8	13.7	15.8	17.4	17.2	16.1	13.4	11.0	8.5
Italy	6.7	7.7	8.4	8.4	10.7	12.1	12.7	11.9	11.7	11.2	10.6
Cyprus	3.7	5.4	6.3	7.9	11.9	15.9	16.1	15.0	13.0	11.1	8.4
Latvia	7.7	17.5	19.5	16.2	15.0	11.9	10.8	9.9	9.6	8.7	7.4
Lithuania	5.8	13.8	17.8	15.4	13.4	11.8	10.7	9.1	7.9	7.1	6.2
Luxembourg	4.9	5.1	4.6	4.8	5.1	5.9	6.0	6.5	6.3	5.6	5.4
Hungary	7.8	10.0	11.2	11.0	11.0	10.2	7.7	6.8	5.1	4.2	3.7
Malta	6.0	6.9	6.8	6.4	6.2	6.1	5.7	5.4	4.7	4.0	3.7
Netherlands	3.7	4.4	5.0	5.0	5.8	7.3	7.4	6.9	6.0	4.9	3.8
Austria	4.1	5.3	4.8	4.6	4.9	5.4	5.6	5.7	6.0	5.5	4.9
Poland	7.1	8.1	9.7	9.7	10.1	10.3	9.0	7.5	6.2	4.9	3.9
Portugal	8.8	10.7	12.0	12.9	15.8	16.4	14.1	12.6	11.2	9.0	7.0
Romania	5.6	6.5	7.0	7.2	6.8	7.1	6.8	6.8	5.9	4.9	4.2
Slovenia	4.4	5.9	7.3	8.2	8.9	10.1	9.7	9.0	8.0	6.6	5.1
Slovakia	9.6	12.1	14.5	13.7	14.0	14.2	13.2	11.5	9.7	8.1	6.5
Finland	6.4	8.2	8.4	7.8	7.7	8.2	8.7	9.4	8.8	8.6	7.4
Sweden	6.2	8.3	8.6	7.8	8.0	8.0	7.9	7.4	6.9	6.7	6.3
United Kingdom	5.6	7.6	7.8	8.1	7.9	7.5	6.1	5.3	4.8	4.4	4.0
Iceland	3.0	7.2	7.6	7.1	6.0	5.4	5.0	4.0	3.0	2.8	2.7
Norway	2.7	3.3	3.7	3.4	3.3	3.8	3.6	4.5	4.8	4.2	3.9
Turkey	10.0	13.0	11.1	9.1	8.4	9.0	9.9	10.3	10.9	10.9	11.0
United States	5.8	9.3	9.6	8.9	8.1	7.4	6.2	5.3	4.9	4.4	3.9
Japan	4.0	5.1	5.0	4.6	4.3	4.0	3.6	3.4	3.1	2.8	2.4

: Data not available

Source: Eurostat (online data code: une_rt_a)

eurostat 

Εικόνα 2.5. Στατιστικά δεδομένα για την ανεργία στην Ελλάδα και σε διάφορες χώρες της Ευρώπης (Eurostat, 2019).

Σύμφωνα με έρευνες, πάνω από 60000 άτομα το 2011-2012 ήταν σε αναμονή από τρεις έως οχτώ μήνες, για να λάβουν την αξιολόγηση της αναπηρίας, γεγονός το οποίο ενίσχυσε την ευαλωτότητα της συγκεκριμένης κοινωνικής ομάδας (Pentaraki, 2015). Οι δαπάνες για την ψυχική υγεία μειώθηκαν κατά το 2010 με 2011 σε ποσοστό 20% ενώ το 2012 πραγματοποιήθηκε προσθετική μείωση της τάξεως του 55%, επιδεινώνοντας την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και δομών. Η κατάρρευση των υποστηρικτικών δομών και των μη κερδοσκοπικών εταιριών που τελούσαν το έργο του κράτους, έθεσαν ένα νέο «βάρος» στην ψυχολογία των αναπήρων σχετικά με το μέλλον τους και τις νέες συνθήκες επιβίωσης.

Συνδυαστικά, όλες οι προαναφερόμενες συνθήκες επιδείνωσαν το ψυχολογικό άγχος τους, καθώς στράφηκαν στο άμεσο οικογενειακό περιβάλλον για βοήθεια, αφαιρώντας την ανεξαρτησία τους. Το οικονομικό κόστος και το ψυχολογικό κόστος, δεν αποτελεί γεγονός μόνο για τους ίδιους τους αναπήρους και τις οικογένειές τους αλλά αποτέλεσε σημαντικό πλήγμα για μία ολόκληρη οικονομία στηριζόμενη στις ευάλωτες ομάδες, όπως είναι οι φροντιστές, οι εκπαιδευτικοί

ειδικής αγωγής, ψυχοθεραπευτές και άλλες ειδικότητες των παραϊατρικών επαγγελμάτων (Pentaraki, 2015).

2.3 Η ψυχολογία ενός αναπήρου κατά την οικονομική κρίση

Η οικονομική κρίση επιφέρει σημαντικές επιπτώσεις στην ψυχική υγεία ενός ανθρώπου, λόγω μείωσης των οικονομικών απολαβών, ανισοτήτων, αύξηση της ανεργίας και επιδείνωση των συνθηκών διαβίωσης όπως αποδείχθηκε από έρευνες σε παγκόσμια κλίμακα (Silva et al., 2020).

Η φύση της Συσχέτισης αυτής δεν είναι εύκολο να καθοριστεί, καθώς υφίστανται διάφοροι παράγοντες, οι οποίοι μπορεί να αποδώσουν διαφορετική εικόνα. Οι παράγοντες αυτοί είναι για παράδειγμα το προσωπικό άγχος, που μπορεί να βιώνει ένα άτομο το οποίο να επηρεάζει την ευεξία του, οι εργασιακές απολαβές και η αυτάρκεια. Η ψυχολογική ευεξία μιας ευάλωτης ομάδας αποδεικνύει το ποσοστό των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης και επέρχεται με την ψυχική ισορροπία. Η τελευταία μπορεί να επιτευχθεί μέσα από την αντιστάθμιση των αρνητικών και θετικών συναισθημάτων που αναπτύσσονται σε ένα άτομο λόγω των συνθηκών που διαβιώνει.

Συμπληρωματικά, σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν οι κοινωνικοί παράγοντες, όπως ο στιγματισμός, ο κοινωνικός αποκλεισμός, η αποδόμηση των διαπροσωπικών σχέσεων, οι κοινωνικές νόρμες που αναπτύσσονται σε μία κοινότητα και η υποστήριξη κοινωνικού δικτύου, παρέχοντας ασφάλεια (Efthimiou et al., 2013). Ο τελευταίος παράγοντας επηρεάζεται και διαμορφώνεται από την επίδραση των μέσων μαζικής ενημέρωσης και κοινωνικής δικτύωσης, τα οποία μπορεί να προβάλουν μία διαστρεβλωμένη αλήθεια, επιδεινώνοντας την ψυχολογία των ατόμων (Meindl et al., 2018).

Τα βασικά συναισθήματα τα οποία έχουν καταγραφεί στα άτομα με αναπηρία και αποδίδονται στην οικονομική κρίση, ή σε ραγδαίες μεταβολές στην καθημερινότητά τους λόγω των περιβαλλοντικών συνθηκών, είναι αποδεδειγμένα το προσωπικό άγχος, η θλίψη, ο φόβος, η ανασφάλεια, ο θυμός, η οργή και άλλα. Τα συναισθήματα αυτά δημιουργούν αρνητικές συνέπειες στην γενικότερη ψυχολογία του, επηρεάζοντας τη συμπεριφορά του και οδηγώντας τον σε συγκεκριμένα μοτίβα σκέψης, σε άρνηση, σε κατάθλιψη και άλλα συμπτώματα. Στο πλαίσιο της

ψυχολογίας ως επιστήμης, έχουν διαπιστωθεί ως κλινικές περιπτώσεις το ψυχολογικό άγχος, η κατάθλιψη και πιο σπάνια η περίπτωση της διαταραχής προσαρμογής με καταθλιπτική διάθεση (Ben-Itzhak et al., 2012). Τα άτομα τα οποία βρίσκονται σε μεγάλο άγχος αναπτύσσουν συμπεριφορές, οι οποίες διακατέχονται από υπερδιέγερση, διαφοροποιώντας τα από τα άτομα με κατάθλιψη, τα οποία παρουσιάζουν χαμηλή θετική απόκριση (Lonibond et al., 1995).

Οι ψυχολογικές αυτές μεταπτώσεις, όπως διαπιστώθηκε από έρευνες, επηρεάζουν βαθύτατα όχι μόνο το άτομο με αναπηρία, αλλά και τα άτομα που βρίσκονται στον οικογενειακό του κύκλο, βιώνοντας παρόμοια συναισθήματα απογοήτευσης, και άγχους σχετικά με το μέλλον της οικογένειάς τους, μετουσιώνοντάς τα σε θυμό και απελπισία.

Τα συναισθήματα αυτά συνεπώς, τα οποία αναπτύσσονται σε ένα άτομο με σωματική αναπηρία, δεν αφορούν μόνο τα προσωπικά προβλήματα της καθημερινότητας του, αλλά και την επιβίωση όλης της οικογένειάς του, όταν τα μέρη της εξαρτώνται από τον ίδιο. Το οικονομικό άγχος κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης μεγιστοποιείται, καθώς δοκιμάζονται οι σχέσεις μέσα στο γάμο και οι διαπροσωπικές σχέσεις με τα παιδιά. Όταν δεν ικανοποιούνται οι ανάγκες της οικογένειας, η ψυχολογία επηρεάζεται σημαντικά, καθώς επέρχονται σημαντικές μεταβολές στη ζωή των μελών, ιδιαίτερα των παιδιών με έμφαση στους εφήβους, επηρεάζοντας την ποιότητα ζωής τους (Frasquilho et al., 2016).

Η σπουδαιότητα της ψυχολογίας του παιδιού μέσα στην οικογένεια, που έχει άτομο με αναπηρία, και βρίσκεται σε δυσμενή οικονομική κατάσταση, επιβεβαιώνεται από τον Gilman (2002) και την ομάδα του Hyakutake (2016), οι οποίοι υποστηρίζουν ότι οι άνθρωποι με χαμηλό κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο, κατά τη διάρκεια της παιδικής τους ηλικίας, είναι πιο επιρρεπείς στο να εμφανίσουν συμπτώματα κατάθλιψης.

Κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα καταγράφηκε αύξηση του άγχους, καθώς οι άνθρωποι δε μπορούσαν να ανταπεξέλθουν στις οικονομικές απαιτήσεις της καθημερινότητας (73%) και ένα μικρότερο ποσοστό παρουσίασε συμπτώματα έντονου στρες (9.4%). Τα ποσοστά αυτά διαφέρουν, όταν λαμβάνονται υπόψη τα προσωπικά χαρακτηριστικά του ατόμου, αν φέρει κάποια μορφή

αναπηρίας, αν ανήκει σε μειονότητες, το φύλο, την ηλικία και άλλα (Panayiotou et al., 2013).

Έρευνα σχετική με την οικονομική κρίση στην Ελλάδα και τις επιπτώσεις στην ψυχική υγεία ανάμεσα σε πέντε χιλιάδες ενήλικες (2009-2010), έδειξε ότι υπήρχαν σημαντικά ποσοστά συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης, τα οποία αυξάνονταν σημαντικά σε άτομα με χαμηλά εισοδήματα. Οι πιθανότητες εμφάνισης ψυχοπαθολογικών αιτιών ήταν τριπλάσιες σε σύγκριση με τα άτομα τα οποία δεν αντιμετώπιζαν οικονομικές δυσκολίες. Πιο συγκεκριμένα, τα άτομα χωρίς οικονομικά προβλήματα εμφάνισαν ψυχιατρική συμπτωματολογία 3% και κατάθλιψη το 1% σε σύγκριση με άτομα που βίωναν οικονομική δυσχέρεια, τα οποία σημείωσαν 22% και 12% αντίστοιχα. Άλλες επιπτώσεις που διερευνήθηκαν ήταν η πρόθεση για αυτοκτονία, παρουσιάζοντας 2.5 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα σε άτομα χωρίς εισόδημα, τα οποία διακατέχονταν από αισθήματα αναξιοσύνης (Skarlinakis et al., 2013).

Τα στοιχεία αυτά αποδεικνύουν ότι για τις ευάλωτες ομάδες, όπως αυτή των αναπήρων, οι ψυχολογικές επιπτώσεις ήταν ακόμα πιο ισχυρές. Η ψυχολογία ενός ατόμου με αναπηρία εξαρτάται από την υποκειμενική ευημερία και το επίπεδό της σε σύγκριση με το υπόλοιπο κοινωνικό σύνολο. Οι μεταβλητές οι οποίες διερευνώνται σε μια κοινότητα, όσον αφορά τους αναπήρους, είναι τα δημογραφικά χαρακτηριστικά (ηλικία, φύλο, οικογενειακό περιβάλλον), το κοινωνικοοικονομικό στάτους (εκπαιδευτικό επίπεδο, οικογενειακό εισόδημα), η συμμετοχή (απασχόληση επαγγελματική, εθελοντική εργασία, κοινωνικές επαφές) και οι προσωπικοί πόροι (υποστηρικτικές κοινωνικές σχέσεις, κοινωνική συνοχή, ζωντάνια και άλλα) (Van Campen et al., 2013).

Σύμφωνα με τον Fraser, οι παράγοντες που επιτρέπουν την ανάπτυξη ακραίων συναισθημάτων, κατά τη διάρκεια οικονομικής κρίσης, είναι η κοινωνική και πολιτισμική αδικία, η οποία βιώνεται στο μέγιστο βαθμό από τους αναπήρους. Οι δύο μορφές αδικίες αναλύονται στο έργο του Fraser, ο οποίος αναφέρει ότι η πολιτισμική αδικία είναι αντιληπτή ως φαινόμενο μη αναγνωρισιμότητας, και η οικονομική αδικία ως μη ομαλή ισοκατανομή (Mladenov, 2016).

Στις δύο αυτές μορφές αδικίας ο βαθμός έντασης των συναισθημάτων ενός ατόμου με αναπηρία και η συμπεριφορά του διαφέρει σημαντικά ανάλογα με το είδος της

αναπηρίας και την έκτασή της. Η κοινωνική ψυχολογία υποστηρίζει ότι τα άτομα διακρίνονται σε πέντε ψυχοκοινωνικές κατηγορίες, οι οποίες καθορίζουν την ψυχολογία των αναπήρων και των συνανθρώπων τους, αναπτύσσοντας συγκεκριμένες συμπεριφορές, οι οποίες οδηγούν στα προαναφερόμενα συναισθήματα αδικίας του Fraser. Η πρώτη αναφέρεται στα άτομα στα οποία η αναπηρία είναι διακριτή, όπως για παράδειγμα το αναπηρικό αμαξίδιο, γεγονός το οποίο προκατάβληει ανάλογα το συνάνθρωπό του και την κοινωνική συμπεριφορά των ατόμων. Η δεύτερη κατηγορία αναφέρεται σε άτομα τα οποία δυσκολεύονται να εμπλακούν σε ένα κοινωνικό γεγονός, λόγω της αναπηρίας τους, όπως είναι οι κωφάλαλοι.

Στην τρίτη κατηγορία η αναπηρία δεν είναι διακριτή ή συμβαίνει τυχαία, όπως για παράδειγμα η επιληψία, επιτρέποντας την ανάπτυξη κοινωνικών συναναστροφών μέσα σε συγκεκριμένα πλαίσια. Σε ειδικές περιπτώσεις, το κοινωνικό σύνολο είναι προκατειλημμένο έναντι στο άτομο με αναπηρία, καθώς η πάθηση είναι διακριτή, δεν επιτρέπει την ανάπτυξη κοινωνικών συναναστροφών και διαλόγου και εμφανίζεται σε μεγάλο βαθμό, δημιουργώντας το κοινωνικό στίγμα, όπως για παράδειγμα στην περίπτωση της νοητικής αναπηρίας.

Στην πέμπτη κοινωνική κατηγορία ανήκουν τα άτομα με αναπηρία, τα οποία βιώνουν το κοινωνικό στίγμα και την αναπηρία σε μεγάλο βαθμό, όπως για παράδειγμα συμβαίνει στα άτομα με σύνδρομο Down. Οι προαναφερόμενες ομάδες διαμορφώνονται σύμφωνα με την κοινωνική αποδοχή και την εικόνα των αναπήρων σε ένα κοινωνικό σύνολο, η οποία αντικατοπτρίζεται στη γενικότερη συμπεριφορά. Η συμπεριφορά επιδεινώνεται στη διάρκεια μιας οικονομικής κρίσης και αυτό συντελεί στην αποσάθρωση των κοινωνικών σχέσεων (Thomas, 2015).

Οι ανάπηροι φέρουν το κοινωνικό στίγμα των απροσάρμοστων ανθρώπων, σύμφωνα με τις κοινωνικές θεωρίες αλληλεπίδρασης, επιτρέποντας τη διαμόρφωση τριών συγκεκριμένων εικόνων του ανθρώπου σύμφωνα με τις κοινωνικές συμπεριφορές του. Ο κοινωνικός στιγματισμός, σύμφωνα με τον Goffman (1968), αποτελεί μία τάση, η οποία εξαπλώνεται από τον στιγματισμένο, μέσα από τις σχέσεις που έχει αναπτύξει, δημιουργώντας κατ' επέκταση τις «ταμπέλες» στις ομάδες αναπήρων, οι οποίες και συνυπάρχουν με άλλα κοινωνικά φαινόμενα, όπως αυτό του ρατσισμού, πριν και μετά της οικονομικής κρίσης (Goffman, 2014).

Έχει διαπιστωθεί ότι σε περιόδους κρίσεων οι ανάπηροι στιγματίζονται πιο εύκολα από τους συνανθρώπους τους. Μέσα από τον κοινωνικό στιγματισμό αναπτύσσονται φαινόμενα κοινωνικού αποκλεισμού, τα οποία οδηγούν στον εγκλεισμό του αναπήρου στον εαυτό του και την κοινωνική απομόνωση (Geidl et al., 2014).

Φυσικά, η έκταση του στιγματισμού και η διατήρηση μιας κοινωνικής «ταμπέλας» είναι άρρηκτα συνδεδεμένα με την αντίδραση των ατόμων και τις «ποιινές» που μπορεί έμμεσα να επιβάλλουν στο άτομο με αναπηρία, μέσα από την «ταμπελοποίηση». Η αγωνία για επιβίωση, κατά τη διάρκεια μιας οικονομικής κρίσης, οξύνει την «ταμπελοποίηση» και την ανισότητα, προάγοντας έντονα συναισθήματα απογοήτευσης, φόβου και αγωνίας για το αύριο και θλίψης.

Τα αρνητικά συναισθήματα, καθώς και τα συναισθήματα οργής ενός κοινωνικού συνόλου, εστιάζονται στους κοινωνικά αδύναμους, τους αναπήρους, καθιστώντας τους «βάρους» οικονομικό σε μία κοινότητα που υποφέρει από μία οικονομική κρίση (Hauben et al., 2012). Η αντίδραση του ατόμου με αναπηρία είναι ο εγκλεισμός του στον εαυτό του, η αποδιοργάνωση της καθημερινότητάς του, η κοινωνική αποξένωση και η αποστροφή των κοντινών του ανθρώπων. Σε συνθήκες κοινωνικοποίησης και συμμετοχής στα κοινά, επέρχεται αισθητή μείωσή τους, από την πλευρά των αναπήρων, σε περίοδο οικονομικής κρίσης.

Συνεπώς, οι συμπεριφορικές νόρμες διακρίνονται σε τρεις κατηγορίες, εκ των οποίων, οι δύο πρώτες λαμβάνονται από τους αναπήρους, ενώ η τρίτη είναι η επιθυμητή αλληλεπίδραση αναπήρου και κοινωνίας. Η πρώτη αποτελεί αντίδραση στην συμπεριφορά των υπολοίπων, επηρεάζοντας αμοιβαία τους ανθρώπους και τις κοινωνικές δυνάμεις που αναπτύσσονται. Η δεύτερη έγκειται στην ίδια την γλώσσα που χρησιμοποιείται με τη χρήση συμβόλων, τα οποία αποτελούν διαμεσολαβητές ανάμεσα στα κοινωνικά μέρη, με αποτέλεσμα οι δεχόμενες επιδράσεις να είναι έμμεσες.

Η τρίτη αναφέρεται ως μέρος ενός δικτύου αλληλεπιδράσεων, το οποίο επηρεάζεται από τις δραστηριότητες και τα αποτελέσματα των διαδικασιών κοινωνικοποίησης. Οι διαδικασίες αυτές αποτελούν επεισόδια ανταλλαγής ψυχολογικών αγαθών, κατά τα οποία δημιουργούνται συμπεριφορικές νόρμες μέσα από την αμοιβαία υποχρέωση και ως αποτέλεσμα δράσεων κοινωνικής ενίσχυσης και συνοχής. Τα εργαλεία και οι μηχανισμοί για την επίτευξη μια τέτοιας κοινωνικής συμπεριφοράς επιτρέπουν τη

δημιουργία νέων κοινωνικών ταυτοτήτων, όσον αφορά την αναπηρία (Thomas, 2015).

Η ανάπτυξη κοινωνικής συμπεριφοράς ξεκινάει από την παιδική ηλικία, σύμφωνα με τον Richardson το 1968, κατά την οποία το ανάπηρο παιδί εθελοντικά αναπτύσσει κοινωνικούς δεσμούς έξω από τον οικογενειακό κύκλο. Η συνέχιση των κοινωνικών αλληλεπιδράσεων, καθώς μεγαλώνει, εξαρτάται από την προσφορά των ψυχολογικών αγαθών και από τα δύο μέρη, τόσο του κοινωνικού συνόλου των αναπήρων, όσο και από τους λοιπούς συνανθρώπους τους.

Θα πρέπει να γίνει σαφές ότι βασικός παράγοντας στην ανάπτυξη της κοινωνικότητας ενός ατόμου με αναπηρία είναι η ίδια η φύση της αναπηρίας, η οποία μπορεί με την πάροδο των ετών να μην επιτρέπει την εξέλιξή της. Εκ των πραγμάτων δηλαδή, δημιουργούνται εκείνες οι συνθήκες, οι οποίες επιφέρουν τη κοινωνική αμέλεια προς τους αναπήρους μέσα από την εξάλειψη της πιθανότητας για αλληλεπίδραση.

Συνδυαστικά τα μέτρα λιτότητας τα οποία εφαρμόζονται σε περιόδους οικονομικής κρίσης, όπως στην Ελλάδα, επιδεινώνουν οικονομικά και κοινωνικά τη θέση των αναπήρων, και επιφέρουν μη σταθερότητα στο περιβάλλον ενός ατόμου ΑΜΕΑ. Η φτώχεια, οι ανισότητες, οι φυλετικές διακρίσεις και η ενδοοικογενειακή βία αποτελούν φαινόμενα τα οποία καταγράφονται σε έντονο βαθμό κατά τη διάρκεια μιας οικονομικής κρίσης, και επιδρούν καταλυτικά στην ψυχική ευεξία των αναπήρων (World Health Organization, 2004).

Η δυσκολία ενός κινητικά αναπήρου να ανταπεξέλθει στις προκλήσεις που του δημιουργούνται από το άμεσο περιβάλλον του, είτε αυτό είναι κοινωνικό, είτε σωματικό, είτε οικονομικό, επηρεάζει καταλυτικά την ψυχοσύνθεσή του σε σύγκριση με το άτομο χωρίς αναπηρία, το οποίο θεωρεί κάποια ζητήματα δεδομένα και λυμένα.

Μία πρόκληση, όπως η διέλευση μιας διαδρομής μέσα στην πόλη, αποτελεί έναν μικρό άθλο για ένα άτομο σε αναπηρικό αμαξίδιο, λόγω των εμποδίων που έχει να ξεπεράσει, σε αντίθεση με τους λοιπούς συνανθρώπους του. Το γεγονός αυτό από μόνο του δημιουργεί δυσανάλογες ευκαιρίες, κοινωνικές αντιπαραθέσεις και διακρίσεις, μη επιτρέποντας την προσωπική ανέλιξη του ατόμου με αναπηρία, καθώς

του υπενθυμίζεται με κάθε τρόπο ότι τα όριά του είναι περιορισμένα λόγω της αναπηρίας του (Arechavala et al., 2015).

Συνεπώς, τα περιβαλλοντικά και τα κοινωνικά χαρακτηριστικά επιδρούν καταλυτικά στην ανάπτυξη αρνητικών συναισθημάτων, χαμηλής αυτοεκτίμησης και θυμού. Οι άνθρωποι με κινητική αναπηρία μπορούν να δραστηριοποιηθούν μόνο σε προσβάσιμες περιοχές, και μπορούν να συνδράμουν στην εργασιακή αγορά, μόνο αν υφίστανται προσβάσιμοι χώροι εργασίας. Τα εμπόδια δεν είναι μόνο οικονομικά, κατά την περίοδο ύφεσης σε μία οικονομική κρίση, αλλά οι περιβαλλοντικές συνθήκες δεν προάγουν την ανεξαρτησία του ατόμου με κινητική αναπηρία, καθώς δεν υφίστανται κονδύλια για ανάπτυξη υποδομών, που να ενισχύσουν την πρόσβασή τους, οδηγώντας στην ανεξαρτητοποίησή τους (Houtenville et al., 2012).

3 Στρες, άγχος και κατάθλιψη

3.1 Ορισμός και θεωρία

Το στρες ορίζεται ως ένας φυσικός, διανοητικός ή συναισθηματικός παράγοντας που προκαλεί σωματική ή διανοητική ένταση. Αυτό μπορεί να προέρχεται από μια εξωτερική πηγή (από το περιβάλλον, ψυχολογικές ή κοινωνικές καταστάσεις) ή να είναι εσωτερικό (ασθένεια ή από ιατρική διαδικασία). Ο οργανισμός ενός ατόμου που βιώνει έντονες καταστάσεις στρες μπορεί να ξεκινήσει μια αντίδραση «μάχης ή πτήσης» μια πολύπλοκη αντίδραση νευρολογικών και ενδοκρινολογικών συμπτωμάτων (Cohen et al., 2007).

Το άγχος είναι μια φυσιολογική αντίδραση στο στρες και μπορεί να είναι ευεργετικό σε ορισμένες περιπτώσεις καθώς μπορεί να μας προειδοποιήσει για κινδύνους και να μας βοηθήσει να προετοιμαστούμε και να δώσουμε προσοχή. Ωστόσο, σύμφωνα με τη Αμερικανική ψυχολογική ένωση οι διαταραχές άγχους διαφέρουν από τα φυσιολογικά συναισθήματα νευρικότητας ή άγχους και περιλαμβάνουν υπερβολικό φόβο ή άγχος, αποτελώντας τις πιο συχνά εμφανιζόμενες ψυχικές διαταραχές.

Επίσης σύμφωνα με την Αμερικανική ψυχολογική ένωση, η κατάθλιψη ορίζεται ως συναίσθημα θλίψης και/ή απώλεια ενδιαφέροντος για δραστηριότητες που κάποτε απολάμβανε ένα άτομο. Η μείωση ενδιαφέροντος μπορεί να οδηγήσει σε μια ποικιλία συναισθηματικών και σωματικών προβλημάτων και μπορεί με τη σειρά τους να μειώσουν την ικανότητα ενός ατόμου να λειτουργεί στην εργασία ή στο σπίτι, με συμπτώματα που διαρκούν τουλάχιστον δύο εβδομάδες από τη διάγνωση (American Psychiatric Association, 2017).

Σήμερα ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (World Health Organization, 2013) χαρακτηρίζει την ψυχική υγεία ως θεμελιώδη για την ανθρώπινη υγεία, καθώς η έλλειψη αυτής θεωρείται η πρώτη αιτία δημιουργίας κάποιας ανικανότητας, αποτελώντας μείζον ζήτημα δημόσιας υγείας παγκοσμίως, το οποίο διογκώνεται. Ειδικά, το στρες, το άγχος και η κατάθλιψη θεωρούνται σημαντικοί δείκτες για την ψυχική υγεία, οι οποίοι, εάν δεν αντιμετωπιστούν, μπορεί να έχουν αρνητική επίδραση στα άτομα.

Όπως ορίζεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (World Health Organization, 2013): «Η υγεία είναι μια κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής

ευημερίας και όχι απλώς η απουσία ασθένειας ή αναπηρία". Η ψυχική υγεία, όπως και άλλες πτυχές της υγείας, μπορεί να επηρεαστεί από μια σειρά κοινωνικοοικονομικών παραγόντων που πρέπει να αντιμετωπιστούν μέσω ολοκληρωμένων στρατηγικών για την προώθηση, την πρόληψη, τη θεραπεία και την ανάκαμψη ενός ατόμου. Επομένως, η ψυχική υγεία αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της υγείας και της ευεξίας.

Οι καθοριστικοί παράγοντες της ψυχικής υγείας και των ψυχικών διαταραχών περιλαμβάνουν όχι μόνο ατομικά χαρακτηριστικά, όπως την ικανότητα να διαχειρίζεται ένα άτομο τις σκέψεις, τα συναισθήματα, τις συμπεριφορές και τις αλληλεπιδράσεις με άλλους, αλλά και κοινωνικούς, πολιτιστικούς, οικονομικούς, πολιτικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες όπως οι εθνικές πολιτικές, η κοινωνική προστασία, οι συνθήκες εργασίας και η κοινωνική ενίσχυση (World Health Organization, 2013).

Σύμφωνα με την Αμερικανική Ψυχολογική Ένωση (American Psychological Association), το άγχος και η κατάθλιψη είναι δύο συναισθηματικές αντιδράσεις που οδηγούν σε ένα πολύ παρόμοιο σύνολο συμπτωμάτων, όπως για παράδειγμα της δυσκολίας στον ύπνο, της κόπωσης, της έντασης των μυών και της ευερεθιστότητας.

Όπως υποστηρίζεται (Zhang et al., 2020) οι πηγές τόσο των διαταραχών της διάθεσης όσο και της εμφάνισης κατάθλιψης, άγχους και στρες (ψυχοπαθολογικές καταστάσεις) παραμένει μέχρι σήμερα ανεπαρκής. Ορισμένες ερευνητικές ομάδες (Consortium, 2013, Kendler et al., 1999) απέδωσαν την εμφάνιση ψυχοπαθολογικών καταστάσεων στη βιολογία, στη γενετική και στην κληρονομικότητα, ενώ άλλες τις εξήγησαν ως αποτέλεσμα κοινωνικών παραγόντων, όπως γεγονότα που οδηγούν ένα άτομο σε οριακές καταστάσεις (Dalgard et al., 2018).

Ωστόσο, μέχρι σήμερα λίγες μελέτες έχουν διερευνήσει τους μηχανισμούς μέσω των οποίων η κοινωνική δομή και το περιβάλλον συμβάλλουν στην κατάθλιψη, στο άγχος και στο στρες των ατόμων. Για παράδειγμα, πρόσφατα οι Zhang et al. (2020) μελέτησαν τον τρόπο με τον οποίο η ψυχολογική πίεση που ασκούν αρνητικά γεγονότα ή κοινωνικές δομές, σχετίζονται με διαταραχές της διάθεσης και της ψυχοπαθολογίας. Αυτοί παρατήρησαν ότι ενώ ένα μεμονωμένο γεγονός μπορεί να προκαλέσει στρες, ωστόσο δύο ή περισσότερα αρνητικά γεγονότα μπορεί να δημιουργήσουν σημαντική ψυχολογική πίεση.

Οι Zhang et al. (2011) περιέγραψαν την ψυχολογική απογοήτευση ως παρόμοια κατάσταση με τη γνωσιακή ασυμφωνία, η οποία ωθεί ένα άτομο σε διαφορετικές κατευθύνσεις, με αποτέλεσμα τον πόνο, το θυμό και την απογοήτευση. Η σοβαρότητα της ψυχολογικής πίεσης επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο μπορεί να οδηγήσει στη μείωση ή στην αφαίρεσή του. Επομένως, η υψηλή ψυχολογική πίεση μπορεί να γίνει ψυχική διαταραχή και σε ορισμένες περιπτώσεις να οδηγήσει και στην αυτοκτονία.

Επιπλέον, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (World Health Organization, 2013) ανάλογα με το τοπικό πλαίσιο, ορισμένα άτομα και ομάδες στην κοινωνία ενδέχεται να διατρέχουν σημαντικά υψηλότερο κίνδυνο διαταραχής της ψυχικής τους υγείας. Αυτές είναι ευάλωτες ομάδες οι οποίες μπορεί να περιλαμβάνουν μέλη νοικοκυριών που ζουν σε συνθήκες φτώχειας, άτομα με χρόνιες παθήσεις υγείας, βρέφη και παιδιά που εκτίθενται σε κακομεταχείριση και παραμέληση, έφηβοι που εκτίθενται αρχικά σε χρήση ουσιών, ομάδες μειονοτήτων, αυτόχθονες πληθυσμοί, ηλικιωμένα άτομα, και άλλες πολλές.

Η παγκόσμια χρηματοπιστωτική κρίση του έτους 2008, παρέχει ένα ισχυρό παράδειγμα μακροοικονομικού παράγοντα που οδήγησε σε περικοπές χρηματοδότησης, παρά την ταυτόχρονη ανάγκη για περισσότερη ενίσχυση των κοινωνικών υπηρεσιών λόγω των υψηλότερων ποσοστών ψυχικών διαταραχών και αυτοκτονιών, καθώς και την εμφάνιση νέων ευάλωτων ομάδων, όπως οι νέοι άνεργοι.

Υπάρχει λοιπόν επιτακτική ανάγκη να διεξαχθούν μελέτες για να κατανοήσουμε την πλήρη έκταση της ψυχικής διαταραχής, λόγω οικονομικής κρίσης, στα άτομα με κινητική αναπηρία στην περίπτωση της Ελλάδος, καθώς αποτελούν μια σημαντική ευάλωτη ομάδα.

3.2 Συσχέτιση οικονομικής κρίσης με το στρες, το άγχος και την κατάθλιψη

Υπάρχει μια γενική συμφωνία ότι η έλλειψη οικονομικών πόρων σχετίζεται με αυξημένα προβλήματα ψυχικής υγείας, κυρίως κατάθλιψης, ενώ παράλληλα προωθεί μια διάχυτη αίσθηση ανασφάλειας, αδυναμίας και απελπισίας για το μέλλον (Janlert et al., 2009, Williams, 2021). Χαρακτηριστικό είναι ότι η μείωση του εισοδήματος σχετίζεται επίσης με σημαντική αύξηση αυτοκτονιών στην Ευρώπη (Cooper, 2011) και στις Ηνωμένες Πολιτείες (Chang et al., 2013).

Οι Wang et al. (2010) εκτίμησαν και συνέκριναν τον επιπολασμό των διαταραχών της διάθεσης και του άγχους μεταξύ των εργαζομένων της Αλμπέρτα (Καναδάς) κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης. Επιπλέον, αυτοί επιδίωξαν να εξετάσουν τους δημογραφικούς και κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες που σχετίζονταν με τις ψυχικές διαταραχές. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι το ποσοστό επιπολασμού της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής αυξήθηκε σημαντικά κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης (από 5,1% το 2008 σε 7,6% το 2009). Μια αύξηση εντοπίστηκε επίσης στο ποσοστό επιπολασμού της δυσθυμίας (από 0,4% σε 1,5%). Οι συγγραφείς πρότειναν ότι οι δύο διαταραχές μπορεί να σχετίζονται ισχυριζόμενοι ότι ένα αυξημένο ποσοστό καταθλιπτικών επεισοδίων μπορεί να συμβάλει στην ανάπτυξη δυσθυμίας. Οι συγγραφείς υποστήριξαν ότι αυτή η κατάσταση θα μπορούσε να οδηγήσει τους εργαζόμενους να αισθάνονται λιγότερο ασφαλείς για τη δουλειά τους και να βιώσουν μεγαλύτερο φόβο μείωσης μισθών. Στη μελέτη του Tennant (Tennant, 2001) το εργασιακό άγχος και η εργασιακή ανασφάλεια έχουν πράγματι συσχετιστεί με τον κίνδυνο μείζονος κατάθλιψης.

Οι Lee et al. (2010) μελέτησαν τον αντίκτυπο της οικονομικής κρίσης στις ψυχικές διαταραχές στο γενικό πληθυσμό. Παρατηρήθηκε λοιπόν, από το 2007 έως το 2009, λόγω της οικονομικής κρίσης αυξημένος επιπολασμός των ψυχικών διαταραχών σε άτομα ηλικίας 25–35 ετών (από 9,9% έως 14,3%), 35-45 χρόνια (από 7,4% έως 12,3%), και ιδίως μεταξύ 55 και 65 ετών (από 4,3% έως 11,6%). Όσον αφορά στην περίπτωση της οικογενειακής κατάστασης, ο επιπολασμός των ψυχικών διαταραχών αυξήθηκε περισσότερο μεταξύ διαζευγμένων/χήρων (από 14,2% σε 36%). και

μεταξύ εκείνων που παρέμειναν απασχολούμενοι (από 7,4% σε 11%). Οι συγγραφείς το εξήγησαν με την υπόθεση ότι αυτό θα μπορούσε να οφείλεται στον φόβο της απώλειας θέσεων εργασίας, της μείωσης των μισθών ή/και ενός αύξηση των αλλαγών στην εργασία.

Οι Sargent-Cox et al. (2011) διερεύνησαν τη σχέση μεταξύ της οικονομικής κρίσης, της αυτοαναφερόμενης υγείας και της ψυχολογικής λειτουργίας σε έναν πληθυσμό ηλικιωμένων Αυστραλών ενηλίκων. Αν και, η Αυστραλία θεωρείται μία από τις χώρες που επηρεάστηκε λιγότερο από την ύφεση, οι ερευνητές εντόπισαν αύξηση του επιπολασμού της κατάθλιψης και του άγχους. Η αύξηση του επιπολασμού των προβλημάτων ψυχικής υγείας ήταν χαμηλότερη κατά την περίοδο της μέγιστης κρίσης (Απρίλιος-Σεπτέμβριος 2009) σε σύγκριση με την περίοδο που ακολούθησε αμέσως μετά (με τη μικρή ανάκαμψη στην οικονομία). Οι συγγραφείς εξήγησαν αυτό το ενδιαφέρον εύρημα, χρησιμοποιώντας μια θεωρία του «κοινωνικού κανόνα» σύμφωνα με την οποία είναι ευκολότερο να δεχτεί κανείς ότι είναι άνεργος ή να έχει οικονομικά προβλήματα σε μια εποχή που πολλοί άνθρωποι στην κοινωνία αντιμετωπίζουν τις ίδιες προκλήσεις.

Ο Dridakis (2015) διερεύνησε τις αρνητικές επιπτώσεις της ανεργίας στην αυτοαναφερόμενη (ψυχική) υγεία του εργαζόμενου πληθυσμού στην Ελλάδα. Ο συγγραφέας διαπίστωσε ότι η ανεργία είχε ως αποτέλεσμα την επιδείνωση τόσο της σωματικής όσο και της ψυχικής υγείας κατά την περίοδο 2008–2009 σε σύγκριση με την περίοδο 2010–2013. Επίσης με βάση τα αποτελέσματα του ερευνητή οι γυναίκες σε σύγκριση με τους άνδρες επηρεάστηκαν περισσότερο αρνητικά από την ανεργία, όσον αφορά στη σωματική και ψυχική τους υγεία.

Το 2011 στην Ελλάδα, σημειώθηκε μείωση κατά 40% των προϋπολογισμών νοσοκομείων που οδήγησαν σε έλλειψη ιατρικού εφοδιασμού. Ως εκ τούτου, οι Ραχιώτης κ.ά. διερεύνησαν τη σχέση μεταξύ ελλείψεων ιατρικού εφοδιασμού και εξάντλησης σε πληθυσμό 303 εργαζομένων στον τομέα της υγείας. Ογδόντα οκτώ τοις εκατό των ερωτηθέντων ανέφεραν ότι αντιμετωπίζουν σημαντικές ελλείψεις στον ιατρικό εξοπλισμό. Επιπλέον, το 84% των συμμετεχόντων που παρουσίασαν έλλειψη ιατρικού εφοδιασμού ανέφεραν ότι αυτές οι ελλείψεις είχαν αρνητικό αντίκτυπο στην ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης που παρέχεται στους ασθενείς.

Όπως αναφέρεται και από το ίδρυμα ψυχικής υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου (Elliott, 2016) ο αρχικός αντίκτυπος της οικονομικής κρίσης ήταν τα υψηλά ποσοστά απολύσεων των ανδρών και υψηλότερες μειώσεις μισθών των γυναικών. Άτομα με αναπηρίες (συμπεριλαμβανομένων ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας), γυναίκες και εθνοτικές μειονότητες έχουν βιώσει δυσανάλογα αρνητικές επιπτώσεις (Friedli, 2013).

Οι πρωταρχικές επιπτώσεις της οικονομικής ύφεσης στην υγεία είναι στην ψυχική υγεία (συμπεριλαμβανομένου του κινδύνου αυτοκτονίας), λόγω απολύσεων και μείωση πόρων (οικονομικών, κοινωνικών και ψυχολογικών) (Elliott et al., 2010). Η επιτροπή μεταρρυθμίσεων πρόνοιας του κοινοβουλίου της Σκωτίας δημοσίευσε μια σειρά εκθέσεων σχετικά με τον αντίκτυπο της οικονομικής ύφεσης στη Σκωτία, επισημαίνοντας τις δυσανάλογες και σωρευτικές επιπτώσεις αυτής στους ενάγοντες με αναπηρία, τις γυναίκες και άλλες ευάλωτες ομάδες, οι οποίες επηρεάζονται από διαφορετικά στοιχεία όπως αυτά των μεταρρυθμίσεων και των διαθέσιμων πόρων (Gibb et al., 2015).

Οι Marazziti et al. (2020) διαπίστωσαν ότι οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας παγκοσμίως κατέληξαν ανεπαρκείς και κάπως ανίκανες να κατανοήσουν και να διαχειριστούν τα διάχυτα προβλήματα που σχετίζονται με την οικονομική κρίση. Αυτή η κατάσταση ενισχύθηκε επίσης από τους μειωμένους πόρους και τη δυσκολία αναζήτησης εξειδικευμένης θεραπείας, καθώς και από τις μειωμένες δημόσιες επενδύσεις σε αυτές τις χώρες με πολιτικές κοινωνικής υγείας. Ιδιαίτερα οι περικοπές χρηματοδότησης σε κοινωνικά ευάλωτες ομάδες μπορεί να είναι επιζήμιες για την ψυχική υγεία και μπορεί να οδηγήσουν σε αύξηση των θανάτων. Στο Ευρωπαϊκό σύμφωνο για την ψυχική υγεία και την ευημερία, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή χαρακτήρισε την «κατάθλιψη και πρόληψη αυτοκτονίας» ως ένα σημαντικό παράγοντα που πρέπει να ρυθμιστεί.

Με βάση το άρθρο του William-Findlay (Williams-Findlay, 2011) στη Βρετανία τα άτομα με αναπηρία είχαν ήδη γίνει στόχος της κυβέρνησης στο πλαίσιο του προγράμματος μεταρρύθμισης της κοινωνικής πρόνοιας της εργασίας από την αρχή της οικονομικής ύφεσης. Αναμφισβήτητα, η επιδείνωση της οικονομικής ύφεσης επιτάχυνε τις περικοπές του κράτους πρόνοιας με τεράστιες αλλαγές στην Εθνική

Υπηρεσία Υγείας και περικοπές συνολικού ύψους 9,2 δισεκατομμυρίων λιρών στην πρόνοια αναπηρίας για συνεχόμενα πέντε χρόνια.

3.3 Μέτρηση του στρες, άγχους και της κατάθλιψης με το ψυχομετρικό εργαλείο DASS-21

Με βάση τη βιβλιογραφία έχουν αναπτυχθεί αρκετές κλίμακες με σκοπό τη μέτρηση της κατάθλιψης και του άγχους, όπως το (BDI) [21], το ερωτηματολόγιο του Beck (Beck et al., 1969), η κλίμακα άγχους και κατάθλιψης στο γενικό νοσοκομείο (Zigmond et al., 1983), το κέντρο επιδημιολογικών μελετών κατάθλιψης (Radloff, 1977) και οι κλίμακες άγχους κατάθλιψης (DASS) (Lovibond et al., 1996).

Το πιο πρόσφατο από αυτά, το DASS, αρχικά αναπτύχθηκε με σκοπό τη μέτρηση των διακριτών πτυχών της κατάθλιψης και του άγχους, χωρίς καμία υποκατηγορία να επηρεάζεται από την άλλη. Κατά τη φάση της ανάπτυξης του προέκυψε μια τρίτη υποκατηγορία που φάνηκε να μετρά το φυσιολογικό στρες. Το αποτέλεσμα ήταν μια κλίμακα 42 ερωτήσεων που περιείχε τρεις υποκατηγορίες 14 αντικειμένων που μετρούν την κατάθλιψη, το στρες και το άγχος. Η προτεινόμενη δομή ήταν συνεπής με το τριμερές μοντέλο άγχους και κατάθλιψης που προτάθηκε αρχικά από τον Watson και τους συναδέλφους του (Clark et al., 1991, Watson et al., 1995). Ως μια σύντομη μορφή του DASS-42 αναπτύχθηκε το DASS-21 και έχει αναφερθεί ότι έχει ελαφρώς βελτιωμένες ψυχομετρικές ιδιότητες, σε σύγκριση με το πλήρες DASS (Antony et al., 1998).

Μεταγενέστερες μελέτες έχουν χρησιμοποιήσει τεχνικές ανάλυσης παραγόντων για τη διερεύνηση της υποκείμενης δομής του DASS. Τα αποτελέσματα από αναλυτικές μελέτες επιβεβαιωτικού παράγοντα δείχνουν ότι η αρχική δομή των τριών παραγόντων σπάνια πληρούν τα τρέχοντα πρότυπα σχετικά με την καλή εφαρμογή. Οι στατιστικές προσαρμογής που αναφέρθηκαν από τον Lovibond και τους συναδέλφους (Lovibond et al., 1996) πέφτουν κάτω από τα ελάχιστα αποδεκτά επίπεδα, ενώ άλλες μελέτες, όπως αυτές των Henry και Crawford (Crawford et al., 2003, Henry et al., 2005) πέτυχαν ελάχιστα αποδεκτό μοντέλο προσαρμογής μόνο επιτρέποντας διασταυρούμενες φορτώσεις μεταξύ παραγόντων ή συσχετισμένων σφαλμάτων. Οι Duffy et al. (2005) κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι το DASS μπορεί να αντιπροσωπεύεται καλύτερα από μια δομή δύο παραγόντων την οποία ονόμασαν

γενική αρνητικότητα και φυσιολογική διέγερση. Εναλλακτικά, οι Henry και Crawford (2005) προτείνουν ότι το DASS-21 μπορεί να αντιπροσωπεύεται καλύτερα από έναν κοινό υποκείμενο παράγοντα, τον οποίο περιέγραψαν ως «γενική ψυχολογική δυσφορία».

Οι P. and S. Lovibond (1995), συγγραφείς του DASS-21, είχαν σκοπό να αναπτύξουν ένα όργανο ικανό για τη μέτρηση συμπτωματολογίας που σχετίζεται με την κατάθλιψη και το άγχος, και αυτό θα μπορούσε ταυτόχρονα να κάνει τη διάκριση μεταξύ αυτών. Για την ανάπτυξη του οργάνου, οι συγγραφείς συμπεριέλαβαν κλινικά και διαγνωστικά συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους, εξαιρώντας συμπτώματα που μπορεί να είναι παρόντα και στις δύο διαταραχές, όπως οι αλλαγές στην όρεξη. Ωστόσο, όπως προαναφέρθηκε οι παραγοντικές αναλύσεις τους απέδωσαν έναν τρίτο παράγοντα (στρες) που, σύμφωνα με τους συγγραφείς, συγκεντρώνει συμπτώματα που σχετίζονται με δυσκολία χαλάρωσης, νευρική ένταση, ευερεθιστότητα και διέγερση. Επομένως, το εργαλείο περιλαμβάνει τρεις κλίμακες: (1) την κλίμακα κατάθλιψης, η οποία μετράει την απελπισία, τη χαμηλή αυτοεκτίμηση και την απάθεια, (2) την κλίμακα άγχους, η οποία αξιολογεί την αυτόνομη διέγερση, μυοσκελετικά συμπτώματα, άγχος κατάστασης και υποκειμενική εμπειρία άγχους διέγερσης και (3) την κλίμακα στρες, η οποία μετράει την ένταση, την αναταραχή και την υπερ-αντιδραστικότητα. Κάθε στοιχείο ταξινομείται σε τέσσερις απαντήσεις κλίμακας Likert, από το 0, που σημαίνει «τίποτα» έως 3, που σημαίνει «τις περισσότερες φορές».

Για την περίπτωση της Ελλάδος οι Lyrakos et al. (2011) πραγματοποίησαν την Ελληνική στάθμιση του Dass. Η αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής για το σύνολο των προτάσεων της κλίμακας στην Ελληνική έκδοση είναι: $\alpha=0,965$.

3.4 Αντιμετώπιση των ψυχικών επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης σε άτομα με αναπηρία

3.4.1 Πολιτικές

Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία κρούουν τον κώδωνα του κινδύνου στην επιστημονική κοινότητα και δίνουν έμφαση στο γεγονός ότι οφείλουν τα συστήματα υγείας να εφαρμοστούν παρεμβατικά. Η ενίσχυση της κοινωνικής πρόνοιας, συντελεί στη μείωση των ψυχολογικών επιπτώσεων της οικονομικής

κρίσης. Πιο συγκεκριμένα, η Σουηδία και η Φινλανδία που είχαν καλές κοινωνικές πολιτικές, παρουσίασαν μειώσεις στα ποσοστά αυτοκτονιών (Ostamo et al., 2001), ενώ σε χώρες όπως οι Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, οι περικοπές στο σύστημα υγείας και πρόνοιας, επέφεραν αύξηση των κρουσμάτων.

Οι πολιτικές που εφαρμόστηκαν στις Ευρωπαϊκές χώρες για την καταπολέμηση των οικονομικών επιπτώσεων στην υγεία τις τελευταίες δεκαετίες εντοπίζονται σε πολυπαραγοντικές μεθόδους παλινδρόμησης, με στόχο τη «διόρθωση» της ηλικιακής διακύμανσης, τα ποσοστά θνησιμότητας, τις τάσεις της αγοράς και της απασχόλησης, και τις υποδομές υγείας, οι οποίες διαφέρουν σημαντικά σε κάθε πολιτισμικό περιβάλλον. Η προστασία του κοινωνικού πλούτου και η δημιουργία συνθηκών ανθεκτικότητας, μέσω της αποτροπής φαινομένων, όπως οι αυτοκτονίες, θέτονται ως στρατηγική κατεύθυνση των πολιτικών των χωρών από τον Οργανισμό για Οικονομική Συνεργασία και Ανάπτυξη (OECD).

Η ομάδα του Stuckler (2009) με το άρθρο «*The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis*» ανατρέπει τις γενικεύσεις των συμπερασμάτων προηγούμενων ερευνών στην Ευρώπη. Σχετικά με τη σύνδεση της οικονομικής κρίσης και τα ποσοστά θνησιμότητας που εμφανίζονται, διαπιστώνεται μια ασυνέχεια στα αποτελέσματα και αναδεικνύεται μια γενική ευαισθησία απέναντι στη θνησιμότητα σε περιόδους κρίσεων, η οποία διαφοροποιείται και εξαρτάται από τις ισχύουσες κοινωνικές πολιτικές προστασίας των πολιτών. Η αύξηση των αυτοκτονιών και των δολοφονιών αποτελούν βραχύχρονες σποραδικές αντιδράσεις σε μακροχρόνιες οικονομικές μεταβολές. Οι επιδράσεις των οικονομικών κρίσεων μπορούν να μειωθούν με επενδύσεις στην αγορά εργασίας μέσω προγραμμάτων, τα οποία ορίζουν άνω των 190 ευρώ ανά άτομο. Έχει διαπιστωθεί ότι μία οικονομική κρίση κατά τα πρώτα τρία έτη δημιουργεί αρνητικά συναισθήματα στους πολίτες, τα οποία μπορεί να συνεχίσουν να εντοπίζονται και μετά την ύφεση και την εφαρμογή κοινωνικής πολιτικής και προστασίας (Stuckler et al., 2009).

Η πιο αποτελεσματική προσέγγιση μιας οικονομικής κρίσης είναι η αντιστάθμισή τους με κοινωνικές πολιτικές. Οι πολιτικές διακρίνονται στις «μαλακές πολιτικές», οι οποίες εστιάζουν στα κοινωνιολογικά δεδομένα με επεμβατικά προγράμματα, και τις «σκληρές πολιτικές», οι οποίες εστιάζουν σε γενικότερα χρηματοδοτικά προγράμματα, δημιουργία υποδομών και άλλα (World Health Organization, 2004).

Τέτοιες πολιτικές μπορεί να είναι η προσφορά επιδομάτων σε ανέργους, η ενίσχυση του συστήματος υγείας, η εφαρμογή προγραμμάτων ανάπτυξης δεξιοτήτων και άλλα. Οι πολιτικές κοινωνικής ενίσχυσης όμως δεν εφαρμόζονται πάντα ισάξια στις ευάλωτες ομάδες, με αποτέλεσμα η ψυχική υγεία κάποιων να βελτιώνεται και κάποιων να χειροτερεύει, επιτρέποντας την ανάπτυξη ανισοτήτων. Τέτοια φαινόμενα καταγράφηκαν στις πρώην κομμουνιστικές χώρες της Κεντρικής Ευρώπης τη δεκαετία του ογδόντα (Hajdu et al., 1995).

Στην πρόσφατη κρίση πολλές χώρες προσπάθησαν να εφαρμόσουν πολιτικές μείωσης των επιπτώσεων στην αγορά εργασίας και στο κατά κεφαλήν εισόδημα, αλλά επίσης πρόσφεραν τέτοια κοινωνική πολιτική μέσα από προγράμματα (κοινωνικής αλληλεγγύης και προαγωγής υγιέστερου τρόπου ζωής) για την καλύτερη απόδοση των πολιτών έναντι στα αρνητικά συναισθήματα που αναπτύσσονται κατά την περίοδο μιας κρίσης (παράδειγμα Μεγάλης Βρετανίας) (Stuckler et al., 2009).

Στην Ελλάδα οι πολιτικές που εφαρμόστηκαν δεν αποτέλεσαν αντισταθμιστικούς παράγοντες στις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία των πολιτών, αντιθέτως επέφεραν επιδείνωση σε όλες τις κοινωνικές ομάδες εμβαθύνοντας το κενό των ανισοτήτων (Zavras et al., 2016). Το μεγαλύτερο ποσοστό του πληθυσμού οδηγήθηκε στη χρήση της δημόσιας ασφάλειας, επειδή δεν υπήρχε η δυνατότητα ιδιωτικής, λόγω σημαντικών μειώσεων σε επιδόματα και μισθούς. Ταυτόχρονα, αντί να ενισχυθεί το σύστημα υγείας, πραγματοποιήθηκαν σημαντικές περικοπές σε κέντρα ψυχικής υγείας, σε νοσοκομεία και άλλες δομές πρόνοιας και υγείας. Οι δαπάνες στο ελληνικό κράτος για την εφαρμογή κοινωνικών προγραμμάτων και άλλων υποστηρικτικών ενεργειών (επιδόματα, κοινωνικές αποδοχές και άλλα) από το 2008 μέχρι σήμερα αποδεικνύουν τη βαρύτητα που έχουν προσδώσει οι Ελληνικές πολιτικές στην κοινωνική στήριξη των ευάλωτων ομάδων) (Εικ.3.1) (OECD, 2018).



Εικόνα 3.1. Κοινωνικές δαπάνες στην Ελλάδα (OECD, 2018).

Οι γενικότερες πιέσεις που δέχτηκαν οδήγησαν στην αναζήτηση υπηρεσιών ψυχολογικής υποστήριξης, νέων διεξόδων στον τομέα της υγείας, ασκώντας ταυτόχρονα έντονες πιέσεις προς την εκάστοτε Κυβέρνηση. Η ευπαθή ομάδα των ΑΜΕΑ έλαβε στην περίπτωση της Ελλάδας τη χαμηλότερη δυνατόν στήριξη κατά την οικονομική κρίση, ενισχύοντας τα στοιχεία ευαλωτότητάς τους (Iezzoni, 2011).

Οι κρατικές πολιτικές που εφαρμόζονται αφορούν μία ευρύτερη κλίμακα κοινωνικών παροχών, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι υπάρχει ισότητα στην κατανομή τους. Συνεπώς, η παροχή βοήθειας θα πρέπει να εστιαστεί και σε προσωπικό επίπεδο, στο πλαίσιο αντιμετώπισης της αρνητικής συμπεριφοράς. Για την επίτευξη της προσωπικής ανάκαμψης ενός ατόμου με κινητική αναπηρία και τις διαδικασίες ένταξής του μέσα στο κοινωνικό σύνολο, πολύτιμη είναι η συμβολή της ψυχοθεραπείας. Και αυτό θα επιτευχθεί με το να προσφερθούν δυνατότητες προσωπικής παρακολούθησής τους από ειδικούς, σε δομές στις οποίες ο κινητικά ανάπηρος έχει άμεση πρόσβαση (Iezzoni, 2011).

Συνοψίζοντας, οι παρεμβάσεις για την πρόληψη και αντιμετώπιση των ψυχολογικών επιπτώσεων μιας οικονομικής κρίσης, διαχωρίζονται σε εθνικό και προσωπικό επίπεδο. Αφορούν τις πολιτικές οι οποίες μπορούν να εφαρμοστούν στο πλαίσιο στήριξης και ενίσχυσης των ευάλωτων ομάδων, μέσα από την παροχή επιδομάτων, προγραμμάτων, οικονομικών ενισχύσεων γενικότερα. Συμπληρωματικά, προτείνεται η αύξηση των ευκαιριών για επαγγελματική ενεργοποίηση μέσω ευρέων

οικονομικών πολιτικών, οι οποίες επικεντρώνονται στην εφαρμογή ενεργητικών προγραμμάτων για την αγορά εργασίας.

Λόγω ισχυρών μεταναστευτικών ρευμάτων στην Ευρώπη και λαμβάνοντας υπόψη τη διαφορετική κουλτούρα σε κάθε κοινωνικό σύνολο, προτείνονται επί μέρους πολιτικές όπως έλεγχος των τιμών αλκοόλ, οι τρόποι παροχής του, η εφαρμογή προγραμμάτων ανακούφισης των πολιτών από τα χρέη (περίπτωση Ελλάδας), προγράμματα ενίσχυσης της οικογένειας και ενδυνάμωση του υγειονομικού συστήματος για την στήριξη των ατόμων με ψυχικές παθήσεις (Christodoulou et al., 2013).

Συνεπώς μία ολοκληρωμένη αντιμετώπιση των ψυχικών επιπτώσεων μιας οικονομικής κρίσης, απαιτεί πολιτικές, οι οποίες να έχουν ως στόχο την ανασύσταση των δομών και του υφιστάμενου συστήματος, σύμφωνα με τα νέα δημογραφικά χαρακτηριστικά μιας κοινότητας, τις υφιστάμενες οικονομικές συνθήκες και τις ανάγκες τους. Είναι θεμιτή η δημιουργία μιας καλά οργανωμένης και ολοκληρωμένης υποδομής, η οποία να ανταποκρίνεται στις ψυχικές και ψυχολογικές ανάγκες μιας κοινωνίας (Christodoulou et al., 2013).

Οι παρεμβάσεις σε προσωπικό επίπεδο αφορούν ενέργειες, οι οποίες εφαρμόζονται από μία ομάδα ειδικών, όπως είναι οι ψυχοθεραπευτές, οι ψυχολόγοι και οι ψυχίατροι. Πιο συγκεκριμένα, σκόπιμο κρίνεται να δημιουργηθεί μια συντονισμένη προσπάθεια προώθησης της σπουδαιότητας να έχει ένα πολίτης την ψυχική του ευεξία, αποτελώντας και τη βασική αρχή στη διαχείριση της ψυχικής υγείας. Οι ψυχοθεραπευτές οφείλουν να έχουν την κατάλληλη εκπαίδευση και να είναι ικανοί να διακρίνουν την παθολογική κατάθλιψη που μπορεί να βιώνει ένα άτομο με αναπηρία, καθώς και τους παράγοντες που την προκαλούν. Η στήριξη που προσφέρεται δε θα πρέπει να αφορά μόνο τον ίδιο, αλλά και τα άτομα που τον περιβάλλουν (άμεσο οικογενειακό κύκλο, εργασιακό περιβάλλον, ομάδες δραστηριοτήτων και άλλα), (Christodoulou et al., 2013).

Στο πλαίσιο διασφάλισης της ποιότητάς της, και προσαρμογής στα νέα οικονομικά δεδομένα, θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη οι νέες ευκαιρίες που δημιουργούνται στις μεθόδους ψυχοθεραπείας και στην αξιοποίηση των μέσων που δίνονται στους σχετικούς επαγγελματίες. Στην Ελλάδα εν κρίση, καταγράφηκε μία τάση μεταβολής του τρόπου εφαρμογής των ψυχοθεραπευτικών διαδικασιών, και αρκετοί

επαγγελματίες στο συγκεκριμένο κλάδο προσπάθησαν να αναμορφώσουν το σύστημα υγείας. Αυτό σημαίνει ότι θα πρέπει να προωθηθούν επενδύσεις με έμφαση στον τομέα της ψυχικής υγείας και να δοθεί προτεραιότητα στο άτομο με αναπηρία, μέσα από μία ολιστική προσέγγιση για την αντιμετώπιση των νέων προκλήσεων (Liagorou, 2012).

Στόχος όλων των προαναφερόμενων παρεμβάσεων κρίνεται η δημιουργία μιας ανθεκτικής κοινότητας, η οποία να έχει τη δυνατότητα να προσαρμόζεται άμεσα και αποτελεσματικά σε περιπτώσεις κρίσεων. Αυτό για να επιτευχθεί θα πρέπει να πραγματοποιηθεί ενίσχυση του κοινωνικού κεφαλαίου της (σε τοπικό, περιφερειακό, ή εθνικό επίπεδο) με βασικό πυλώνα τη διασφάλιση της ψυχικής υγείας των πολιτών και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους.

3.4.2 Ψυχοθεραπεία

Η ποιότητα της ζωής των ατόμων γενικά με σωματικές αναπηρίες έχει βελτιωθεί σημαντικά τις τελευταίες δύο δεκαετίες, και αυτό γιατί έχουν μελετηθεί προσεκτικά και εφαρμοστεί αποτελεσματικά προγράμματα παρέμβασης, αναφερόμενοι πάντα σε αναπτυγμένες χώρες και σε επιλεγμένες περιπτώσεις. Παρ' όλα αυτά, σημαντικό ποσοστό σε παγκόσμια κλίμακα έχει να αντιμετωπίσει σοβαρά προβλήματα στην καθημερινότητά του, λόγω της οικονομικής δυσχέρειας που βιώνει και των προσωπικών συναισθημάτων που αναπτύσσονται ως αποτέλεσμα των συνθηκών στις οποίες διαβιώνει.

Η οικονομική κρίση επιφέρει χρόνιες καταστάσεις ψυχολογικού άγχους και καταπίεσης, που είναι πολύ πιθανό να δημιουργήσουν ψυχολογικές και ψυχοπαθολογικές καταπτώσεις. Οι άνθρωποι αποδεδειγμένα, παράγουν συγκεκριμένες προσαρμοστικές αποκρίσεις, όπως φυσιολογική θλίψη, αλλά και δυσλειτουργικές αποκρίσεις, όπως κατάθλιψη και αυτοκτονικές τάσεις. Στην Ελλάδα, λόγω οικονομικής κρίσης τα άτομα με σωματικές αναπηρίες βρίσκονται σε μεγάλο ρίσκο στο να εμφανίσουν συμπτώματα κατάθλιψης. Έχει αποδειχτεί ότι, λόγω της αναπηρίας, τα άτομα βιώνουν έντονα συναισθήματα πεσιμισμού στην ψυχοσύνθεσή τους, προβάλλουν μία επιθετικότητα και εχθρικότητα, η οποία επιδεινώνεται λόγω των κοινωνικών συνθηκών από το 2008 και έπειτα, και σε αρκετές περιπτώσεις παρουσιάζεται στη συμπεριφορά τους σχετική ανωριμότητα σε σύγκριση με τους λοιπούς συνανθρώπους τους (Viemerö et al., 1998).

Οι επικρατούσες συνθήκες επηρεάζουν την προσωπική ζωή ατόμου με αναπηρία, καθώς ο βαθμός ικανοποίησής του εξαρτάται από την ύπαρξη νοήματος στη ζωή, τις ευκαιρίες οικονομικής και κοινωνικής ένταξης και εργασιακής απασχόλησης, το βαθμό ανάγκης για εξωτερική βοήθεια, και τις παροχές για την υγειονομική περίθαλψη, καθώς και την ψυχική του υγεία. Σύμφωνα με έρευνες που διεξήχθησαν σχετικά με τους παράγοντες που επιτελούν στην θετική ανάκαμψη της ψυχολογίας τους και τους ικανοποιούν διακρίνονται τρεις κατηγορίες, η πρώτη αφορά την επαγγελματική απασχόληση ή την απασχόλησή τους σε σημαντικές δραστηριότητες, η δεύτερη αναφέρεται στην κοινωνική αναγνώριση και η τρίτη στην ύπαρξη υποστήριξης σε ψυχολογικό επίπεδο (Viemerö et al., 1998).

Οι Wahlbeck και McDaid (2012) θεωρούν ότι η αποτελεσματικότερη προσέγγιση αντιμετώπισης των ψυχολογικών επιπτώσεων μιας οικονομικής κρίσης είναι μία ολιστική παρέμβαση, η οποία θα στοχεύει στη διεύρυνση του δικτύου υποστήριξης ενός αναπήρου. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας από το 1986 έχει θέσει την θετική αντιμετώπιση των ψυχικών νοσημάτων, και την προώθηση της ψυχικής υγείας, ως βασική παράμετρο για το βιοτικό επίπεδο όλων των ανθρώπων (World Health Organization, 2004).

Η διαχείριση των ψυχολογικών επιπτώσεων από μία οικονομική κρίση, αποτελεί ένα πολύπλοκο πεδίο, το οποίο μπορεί να απαιτεί, εκτός από πολιτικές παρεμβάσεις, όπως αναλύθηκε στο υποκεφάλαιο 3.1, και παρεμβάσεις σε μικρότερη κλίμακα, που να αφορούν την ανθρώπινη μονάδα. Η ψυχοθεραπεία είναι η επιστήμη, η οποία μπορεί να συνεισφέρει αποτελεσματικά στην αντιμετώπιση του άγχους και της κατάθλιψης, ενισχύοντας την ψυχοσύνθεση του ατόμου σε περιόδους οικονομικής κρίσης. Η διάγνωση της κατάθλιψης και των αυτοκτονικών τάσεων δίνει το έναυσμα για την έναρξη των ψυχοθεραπευτικών διαδικασιών (Christodoulou et al., 2013). Άλλωστε είναι αποδεδειγμένο ότι η οικονομική δυσφορία έχει τη μικρότερη επίδραση στην ψυχολογία ενός ατόμου, όταν το άτομο αυτό παρουσιάζει αυτάρκεια, αυτοπεποίθηση και δυναμική, πάνω στα οποία δουλεύει η ψυχοθεραπεία (Efthimiou et al., 2013).

Η οικονομική κρίση για την επιστήμη της ψυχοθεραπείας και τους ψυχοθεραπευτές έχει δημιουργήσει σημαντικές προκλήσεις. Οι προκλήσεις εντοπίζονται σε επίπεδο πολιτικών αποφάσεων, επηρεάζοντας τα μέσα παροχής της ψυχοθεραπείας, και σε επίπεδο προσωπικό, όσον αφορά τη Συσχέτιση θεραπευτή και θεραπευομένου. Αυτά

τα φαινόμενα ήταν και είναι ορατά, μέσα από τη μορφή «κοινωνικού δράματος» στην Ελλάδα της κρίσης, τα οποία κλήθηκαν οι επαγγελματίες ψυχοθεραπευτές να αντιμετωπίσουν. Ως εκ τούτου, η αναζήτηση της ψυχολογικής υποστήριξης είναι όλο και πιο αναγκαία σε προσωπικό επίπεδο και παρέχεται μέσα από την αλληλεπίδρασή του ατόμου με τον θεραπευτή (Triliva et al., 2014).

Το πρόβλημα κατά την περίοδο των μέτρων λιτότητας μιας οικονομικής κρίσης εντοπίζεται στους τρόπους και τα μέσα παροχών της, επηρεάζοντας την αποτελεσματικότητά της. Η αναγκαιότητα στη διασφάλιση της ψυχικής υγείας είναι αδιαμφισβήτητη, όμως δεν παρέχεται ούτε στις δημόσιες δομές αλλά και ούτε σε ιδιώτες, όταν δεν υπάρχουν οι επαρκείς οικονομικές απολαβές. Ενώ, όταν παρέχεται χωρίς να υφίσταται σαφές νομοθετικό και θεσμικό πλαίσιο, δεν φέρει τα ποιοτικά εκείνα χαρακτηριστικά, τα οποία θα επιτελέσουν τη διαφορά στον θεραπευόμενο (Triliva et al., 2014).

Στην Ελλάδα οι επαγγελματίες σύμβουλοι και ψυχοθεραπευτές εντάσσονται σε διάφορες δομές και προέρχονται από διαφορετικά υπόβαθρα. Το ελληνικό κράτος νομικά για την άσκηση της ψυχοθεραπείας αναγνωρίζει επαγγελματίες που προέρχονται από πανεπιστημιακή εκπαίδευση ψυχολόγου ή ψυχιάτρου. Παρ' όλα αυτά, υφίσταται ενεργό σώμα ψυχοθεραπευτών εκτός πανεπιστημιακής εκπαίδευσης το οποίο δεν έχει κάποιους κανονισμούς ή νομοθεσίες για να ελέγχεται (Apostolopoulou, 2013).

Το γεγονός αυτό δημιουργεί δύο διακριτές συνθήκες για την προσβασιμότητα στις υπηρεσίες της ψυχοθεραπείας από ευάλωτες ομάδες με χαμηλό εισόδημα. Η πρώτη συνθήκη αυτόματα αποτρέπει την προσφορά της ψυχοθεραπείας στους ανθρώπους που έχουν χαμηλό εισόδημα, ανάγοντας την ψυχοθεραπεία «προσβάσιμη» μόνο σε άτομα που έχουν την οικονομική δυνατότητα. Η δεύτερη συνθήκη επιτρέπει την πρόσβαση στην ψυχοθεραπεία εκτός δημόσιων ή κρατικά χορηγούμενων επισκέψεων ψυχοθεραπείας, αλλά αποτελεί καθαρά πρόθεση του ψυχοθεραπευτή να παρέχει τις υπηρεσίες του σε ευάλωτες ομάδες με χαμηλές ή και καθόλου απολαβές (Apostolopoulou, 2013).

Πολλοί ψυχοθεραπευτές, προκειμένου να επιβιώσουν μέσα στην κρίση, καθώς το πελατολόγιό τους συρρικνώθηκε σημαντικά, προχώρησαν σε μεταβολές στις

διαδικασίες παροχής της ψυχοθεραπείας, μειώνοντας τη διάρκεια της συνεδρίας, διατηρώντας, ωστόσο, τις ίδιες μεθόδους (Triliva et al., 2014).

Οι προσωπικές προκλήσεις που δημιούργησε η οικονομική κρίση σε επίπεδο ψυχοθεραπείας, θέτουν σε επικινδυνότητα τη θεραπευτική σχέση με τον πελάτη. Η καταγραφή των περιπτώσεων που αντιμετώπισαν οι ψυχοθεραπευτές από την αρχή της οικονομικής κρίσης, ανέδειξε τρεις βασικές κατηγορίες συναισθηματικών παραγόντων, την οικονομική δυσχέρεια, τραγικές καταστάσεις και ανεπάρκεια, την εμπάθεια για τους συνανθρώπους τους βιώνοντας παρόμοια συναισθήματα και την ίδια την ψυχοθεραπεία ως ταμπού. Η γενικότερη άποψη εστιάζει στο γεγονός ότι η κρίση έχει δημιουργήσει μεγάλη δυναμική στις επιρροές της, καθώς περιλαμβάνει αλληλοσυνδεδεμένα στοιχεία κοινωνικής, πολιτικής, πολιτιστικής και οικονομικής ζωής. Συνεπώς, διεγείρει φόβο και ανισότητες στις σχέσεις ισχύος, οι οποίες τείνουν να κάνουν την εμφάνισή τους σε νοικοκυριά, γειτονιές, επαγγελματικούς χώρους και κοινότητες.

Οι δέκα στους δεκατέσσερις ψυχοθεραπευτές έχουν αντιμετωπίσει περιπτώσεις, ιδιαίτερα ευάλωτων ομάδων, στην πορεία της καριέρας τους, που διαβιώνουν σε συνθήκες πρωτόγνωρες, λόγω της οικονομικής κρίσης. Το δυσκολότερο πελατολόγιο αφορά τις νεαρές ηλικίες, που απαιτούν συνεχείς και πολλαπλές συνεδρίες, καθώς παρουσίασαν έντονα συναισθήματα απογοήτευσης και απόγνωσης, που τους οδήγησαν σε παραίτηση από τη ζωή. Ιδιαίτερα για τους εφήβους, η αδυναμία των γονέων να ανταποκριθούν στις οικονομικές υποχρεώσεις τους, όσον αφορά τις σπουδές των παιδιών τους ή την προσφορά φαγητού μέσα στην οικογένεια, δημιουργεί συναισθήματα αγανάκτησης (Triliva et al., 2014).

Ως εκ τούτου, μέσα από μία ευρύτερη θεματολογία περιπτώσεων, αν ένας ψυχοθεραπευτής προσπαθήσει να συνδέσει το ψυχολογικό άγχος και την κατάθλιψη των θεραπευομένων με αυτό της κοινωνίας, θα συνειδητοποιήσει ότι υφίστανται σημαντικά κοινωνικά διαρθρωτικά προβλήματα. Συνεπώς, ξεκινούν μέσα από τέτοιες αλληλοσυνδέσεις και αλληλοεξαρτήσεις, κοινωνικού κεφαλαίου, οικονομικού κεφαλαίου και πολιτισμικού κεφαλαίου, να δημιουργούνται ζητήματα ηθικής και να αναπτύσσονται διαδικασίες ενδοψυχικές και διυποκειμενικές, οι οποίες καθορίζουν το αποτέλεσμα της ψυχοθεραπείας (Platrites, 2016).

Οι δύο αυτές διαδικασίες ως εξειδικευμένοι όροι εστιάζουν στον τρόπο διερεύνησης και αποδοχής μιας πραγματικότητας. Οι διυποκειμενικές διαδικασίες αναφέρονται σε δύο επίπεδα εμπειρίας. Στην περίπτωση μιας οικονομικής κρίσης, το πρώτο επίπεδο αναφέρεται στο πως αλληλεπιδρούν τα προσωπικά βιώματα της πραγματικότητας των «άλλων» με τα προσωπικά βιώματα του ατόμου, και το δεύτερο επίπεδο αφορά στην κοινή δημιουργία της θεραπευτικής πραγματικότητας από τον θεραπευτή και τον θεραπευόμενο. Οι ενδοψυχικές διαδικασίες είναι σε μία συνεχής αλληλεπίδραση με τις διυποκειμενικές διαδικασίες και δεν αφορούν αποκλειστικά μόνο το άτομο, αλλά θέτουν ένα ευρύτερο κοινωνικό πλαίσιο επιρροής (Dafermos, 2013).

Πιο συγκεκριμένα, όταν εμφανίζονται έντονες κοινωνικές αλληλεπιδράσεις το άτομο εμφανίζει δραματικές ενδοψυχικές μεταβολές, οι οποίες έχουν τη μορφή εντάσεων και προσωπικών συγκρούσεων. Συνεπώς, τα άτομα με αναπηρία, υπό τη φόρτιση μιας οικονομικής κρίσης, βιώνουν έντονα συναισθήματα πρώτον λόγω της θέσης τους (ως ανάπηροι), και δεύτερον ως ευάλωτη κοινωνική ομάδα, λόγω των μέτρων λιτότητας. Τα συμπτώματα του άγχους εμβαθύνουν, της κατάθλιψης χειροτερεύουν, ενώ σε ιδιαίτερες περιπτώσεις, ως αποτέλεσμα των αλληλεπιδράσεων με το άμεσο κοινωνικό περιβάλλον, είναι βίαιες (περιστατικά ενδοοικογενειακής βίας) (Triliva et al., 2014).

Οι συμπεριφορές αυτές έχουν άμεσο αντίκτυπο στις κοινωνικές σχέσεις, δημιουργώντας δυσμενείς συνθήκες επικοινωνίας και δικτύωσης με τους συνανθρώπους τους, μεταδίδοντας συμπεριφορικές νόρμες και αρνητικά συναισθήματα. Σύμφωνα με την επιστημονική κοινότητα, η ψυχοθεραπεία δεν μπορεί να επιφέρει κοινωνικές αλλαγές, και να μεταβάλλει τις αντίξοες κοινωνικές συνθήκες, αλλά μπορεί να μεταβάλλει τη συμπεριφορά του ατόμου έναντι σε αυτές, όταν αυτές αποτελούν στοιχείο της καθημερινότητάς του. Αυτό επιτυγχάνεται μέσα από την αξιοποίηση προσωπικών δυνατοτήτων και την εύρεση του νοήματος της ζωής. Από την ψυχοθεραπευτική πλευρά, ένα άτομο που βρίσκεται σε κατάσταση ανάγκης, θα πρέπει να εκπαιδεύεται, ώστε να διατηρεί μία θετική στάση σε περιπτώσεις κοινωνικών καταστροφών και κρίσεων (Mentinis, 2013).

Για κάποιους ψυχοθεραπευτές η συγκυρία της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα αποτέλεσε μία σπουδαία ευκαιρία για αυτοβελτίωση, για την ενίσχυση της προσωπικής άμυνας του καθενός, και την ανάδειξη της προσωπικής

δημιουργικότητας. Αυτός ο τρόπος προσέγγισης έχει ξεκινήσει να γίνεται ιδιαίτερα δημοφιλής, στοχεύοντας σε μία θετική απόκριση στην κρίση ως μία ευκαιρία για προσωπική αλλαγή (Dafermos, 2013).

Συνεπώς, τα στοιχεία μιας οικονομικής κρίσης επιφέρουν δραματικές μεταβολές στην πραγματικότητα των ανθρώπων, οι οποίες και μεταφέρονται στο χρόνο και χώρο της ψυχοθεραπείας, μέσα από ποικίλες προσεγγίσεις ανάλογα με τον τελικό στόχο της καθεμιάς (Triliva et al., 2014). Οποιαδήποτε παρέμβαση θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη την ψυχολογία του ατόμου, λόγω της αναπηρίας του, αλλά ταυτόχρονα θα πρέπει να διερευνώνται επιπλέον αίτια, πέρα από τα προφανή, τα οποία επιφέρουν τις ψυχολογικές μεταπτώσεις, με απώτερο στόχο να μειώνονται και να αντιμετωπίζονται, βελτιώνοντας τις συνθήκες διαβίωσής του.

Πολλά άτομα με αναπηρία βιώνουν έντονα συναισθήματα άγχους, τόσο λόγω της αναπηρίας τους, αλλά και λόγω της αβεβαιότητας για το μέλλον τους, καθώς μία οικονομική κρίση επιφέρει αστάθεια στον εργασιακό ή τον οικογενειακό τομέα. Συνεπώς, θα πρέπει να εφαρμόζονται σχετικές συνεδρίες διαχείρισης άγχους, οι οποίες να αφορούν την αντιμετώπιση των στρεσογόνων καταστάσεων. Οι συνεδρίες αυτές θα πρέπει να διαφοροποιούνται ανάλογα με το είδος της αναπηρίας. Συνήθως, αφορούν άτομα με μυοσκελετικές παθήσεις, νευρομυϊκές παθήσεις, χρόνιες παθήσεις ανοσοποιητικού συστήματος, σκλήρυνση πλάκας και άλλα (Lai et al., 2017).

Η ψυχολογική υποστήριξη έχει ως στόχο να διδάξει το κάθε άτομο πώς να αναπτύσσει τεχνικές, ώστε να ανταπεξέρχεται στις διάφορες προκλήσεις, όπως να αντικαθιστά αρνητικές σκέψεις με θετικές, να εφαρμόζει τεχνικές χαλάρωσης, αυτεπίγνωσης και άλλα. Στόχος είναι η αυτοβελτίωση του ατόμου με αναπηρία, η ανάπτυξη ικανοτήτων και η μείωση της ψυχολογικής ευαλωτότητας του σε μία ομάδα.

Για την αντιμετώπιση του άγχους ή της κατάθλιψης η συνήθης εφαρμογή είναι η παραδοσιακή μέθοδος της συμπεριφοριστικής θεραπείας (behavioural activation - BA) και η πιο σύγχρονη μέθοδος η γνωσιακή- συμπεριφοριστική θεραπεία (cognitive behavioural therapy -CBT). Όπως, όμως προαναφέρθηκε, βασικό μέλημα απέναντι στις ευάλωτες ομάδες, κατά τη διάρκεια μιας οικονομικής κρίσης, είναι η παροχή της, καθώς αποτελεί δαπανηρή υπηρεσία.

Η γνωσιακή συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία (Cognitive Behavioral Stress Management-CBSM) έχει αφομοιώσει τις συμπεριφοριστικές παραδοσιακές τεχνικές, και περιλαμβάνει τεχνικές διαχείρισης άγχους και γνωσιακές στρατηγικές. Αυτό τελείται μέσα από τη συνεργατικότητα μεταξύ θεραπευόμενου και θεραπευτή, ως προς την αντιμετώπιση των θεμάτων που επηρεάζουν στο παρόν με στόχο το μέλλον. Αποτελεί μία σταθερά δομημένη θεραπευτική προσέγγιση, όσον αφορά το άγχος, την κατάθλιψη, θέματα διεκδικητικότητας και αυτοπεποίθησης, ιδεοψυχαναγκαστικές διαταραχές, ειδικές φοβίες και άλλα (Gaab et al., 2006).

Εφαρμόζεται σε όλες τις ηλικίες για ποικίλες αναπηρίες είτε πνευματικές είτε σωματικές. Μέσα από την γνωσιακή - συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία αναγνωρίζονται οι οποιεσδήποτε δυσλειτουργίες παρουσιάζει το άτομο με αναπηρία, στη συμπεριφορά και στον τρόπο σκέψης. Οι βασικές αρχές της θεραπείας εστιάζονται στο ότι η συμπεριφορά επηρεάζεται από τη γνωστική λειτουργία, η οποία γνωστική λειτουργία μεταβάλλεται και ελέγχεται, και οποιεσδήποτε μεταβολές σημειώνονται στο γνωστικό επίπεδο επηρεάζουν και καθορίζουν με τη σειρά τους τις γνωστικές αλλαγές (Hollingshead et al., 2018).

Οι στόχοι της είναι να μάθει το άτομο που βρίσκεται σε ανάγκη, να αφομοιώνει τις στρεσογόνες εμπειρίες που του παρουσιάζονται, και να μάθει να επιλύει σημαντικά προβλήματα τα οποία του δυσκολεύουν την επιβίωση στην καθημερινότητά του. Η χρήση των γνωσιακών τεχνικών, που εφαρμόζονται από τον θεραπευτή, ενσωματώνονται στη γενική συμπεριφορά του θεραπευόμενου, βοηθώντας τον στη σταδιακή ανεξαρτητοποίησή του και προετοιμάζοντάς τον για κάθε μελλοντικό ενδεχόμενο (Richards et al., 2016).

Οι βασικές τεχνικές κατηγοριοποιούνται σε ενεργές συμπεριφοριστικές στρατηγικές, οι οποίες περιλαμβάνουν σχεδιασμό και εύρεση κοινωνικής στήριξης. Στόχος είναι η εξοικείωση του αναπήρου με τις καταστάσεις που του προκαλούν άγχος, χρησιμοποιώντας κλασσικές συμπεριφοριστικές τεχνικές, αλλά με διαφορετική προσέγγιση.

Η δεύτερη κατηγορία είναι οι ενεργές γνωσιακές τεχνικές, οι οποίες σχετίζονται με πιο θετικά αποτελέσματα και υψηλό επίπεδο αυτοπεποίθησης. Βασική κατεύθυνση είναι η δημιουργία νέων πεποιθήσεων, όσον αφορά τις καταστάσεις που του προκαλούν τα αρνητικά συναισθήματα και η αμφισβήτηση, μέσω της προσωπικής

του ανάπτυξης, των υφιστάμενων καταστάσεων που τον επηρεάζουν (Tuncay et al., 2015).

Σε κλινικές περιπτώσεις άγχους και κατάθλιψης οι τεχνικές εστιάζουν στην αντιμετώπιση της άρνησης και της αποφυγής, συμπεριφορές που αφορούν κυρίως την ίδια την αναπηρία και δευτερευόντως τις οικονομικές και κοινωνικές προκλήσεις (Lai et al., 2017). Το άτομο μέσα από συγκεκριμένες συμπεριφοριστικές ασκήσεις, ανακαλύπτει μία νέα πραγματικότητα, αμφισβητεί την υπάρχουσα και δημιουργεί νέες σχέσεις με τους ανθρώπους και το περιβάλλον του. Η διαδικασία αυτή γίνεται με τη συστηματική απευαισθητοποίηση, κατά την οποία το άτομο αντιλαμβάνεται μέσα από μία αντικειμενική σκοπιά την οποιαδήποτε «φοβογόνα» κατάσταση (Newman et al., 2015).

Προς την αποτελεσματικότερη θεραπεία, προτείνεται η χρήση της τεχνολογίας, ιδιαίτερα σε τεχνικές που αφορούν τις συμπεριφοριστικές στρατηγικές, στοχεύοντας στην ενεργοποίηση των εμπλεκόμενων και τη σύσφιξη των μεταξύ τους σχέσεων (Lai et al., 2017).

Η επιτυχία της ψυχοθεραπείας έγκειται στη συνεχή συμμετοχή του θεραπευόμενου στις διαδικασίες, τη δημιουργία Συσχέτισης θεραπευτή και θεραπευόμενου, στο περιβάλλον, στο οποίο τελείται η ψυχοθεραπεία, και την προσωπική συμπεριφορά τους. Ο ίδιος ο θεραπευτής θα πρέπει να είναι απαλλαγμένος από οποιαδήποτε προκατάληψη έναντι στον θεραπευόμενο, η προσωπική του ενέργεια θα πρέπει να έχει θετική χροιά, να έχει ο ίδιος αυτογνωσία και να ελέγχει τον τρόπο σκέψης του, να διαχειρίζεται αρνητικές καταστάσεις, και να είναι έτοιμος προς επίλυση ζητημάτων (Thompson, 2018a, 2018b).

Στο πλαίσιο αναζήτησης της βέλτιστης μεθόδου αντιμετώπισης των συμπτωμάτων του άγχους και των ψυχοσωματικών εκδηλώσεών του με γνώμονα τον ίδιο τον άνθρωπο και τις προσωποποιημένες ανάγκες του αναπτύχθηκαν μέθοδοι συνδυασμού των προαναφερόμενων ειδών ψυχοθεραπείας εφαρμόζοντας τα βέλτιστα στοιχεία τους. Οι μέθοδοι συνδυασμού τους οδήγησαν στη διάκριση του όρου της ψυχοθεραπείας στις εξής κατηγορίες α) την εκλεκτική μέθοδο ψυχοθεραπείας, β) τη συνθετική και την ψυχοθεραπεία της ενσωμάτωσης (Erskine et al., 1996).

Η συνθετική ψυχοθεραπεία συνδυάζει διαφορετικές προσεγγίσεις σε τεχνικό και θεωρητικό επίπεδο. Ο συνδυασμός των διάφορων τεχνικών στον τομέα της ψυχοθεραπείας αποτελεί σημαντική εξέλιξη στην ελληνική επικράτεια οδηγώντας στην εισαγωγή της συνθετικής ψυχοθεραπείας στην Ελλάδα το 1990 στο Α' Πανελλήνιο Συνέδριο Τεχνικών και Μεθόδων Ψυχοθεραπείας, η οποία αποτελεί συνέχεια της εκλεκτικής θεραπείας. Η συγκεκριμένη μέθοδος προτείνεται μέχρι σήμερα, καθώς επιτρέπει την ενσωμάτωση προσεγγίσεων όπως ψυχοδυναμικών, συμπεριφοριστικών, βιολογικών και άλλων. Το μοντέλο που έχει αναπτυχθεί έχει ως στόχο την κατανόηση της ανθρώπινης φύσης η οποία βρίσκεται σε διαρκή αλληλεπίδραση με την προσωπικότητα του ατόμου. Ουσιαστικά αξιοποιείται η ελληνική φιλοσοφία από αρχαιοτάτων χρόνων μέχρι σήμερα, γεγονός που αντικατοπτρίζεται στην προσέγγιση σύνθεσης νου και σώματος λαμβάνοντας υπόψη τις κλιματολογικές συνθήκες που μπορεί να επιδρούν και τις διατροφικές συνήθειες. Ταυτόχρονα αποδέχεται την υποστηρικτική ψυχοθεραπεία (ατομική, οικογενειακή κ.ά.) και οποιεσδήποτε βελτιώσεις ή εξελίξεις επιφέρει η επιστημονική πρόοδος (Robertson, 2019).

Η συνθετική ψυχοθεραπεία έγκειται στη συνεχή διαπροσωπική επαφή (Erskine et al., 1996) και αναγνωρίζει τέσσερις κατευθύνσεις ανάπτυξής της, α) η μέθοδος των κοινών παραγόντων κατά την οποία ο ψυχοθεραπευτής διερευνά τους κοινούς παράγοντες των διαφορετικών προσεγγίσεων και επιλέγει ποιες θα συνδυάσει (Wampold et al., 2015), β) ο τεχνικός εκλεκτικισμός, κατά τον οποίο ο ψυχοθεραπευτής επιλέγει τη βέλτιστη αγωγή σύμφωνα με το πρόβλημα και το πρόσωπο προς ψυχοθεραπεία λαμβάνοντας υπόψη ιστορικά επιστημονικά δεδομένα τα οποία διασφαλίζουν την επιτυχία (Norcross, 2005), γ) η θεωρητική ενσωμάτωση, κατά την οποία δύο ή περισσότερες θεραπείες ενσωματώνονται σε μία με στόχο τη βέλτιστη θεραπεία (πχ. ψυχοδυναμικά, συμπεριφορικά και οικογενειακά συστήματα) (Norcross, 2005) και τέλος δ) η ενσωμάτωση και αφομοίωση (Assimilative integration) δηλαδή ο ψυχοθεραπευτής επιλέγει μία μορφή ψυχοθεραπείας ως βάση και ενσωματώνει διάφορες προσεγγίσεις αφομοιώνοντας τα επιπλέον στοιχεία τους βάση της εμπειρίας του σε συγκεκριμένα θέματα (Strieker, 1996).

Το βασικό δόγμα της συνθετικής ψυχοθεραπείας είναι ότι καμία προσέγγιση δεν είναι πανάκεια για όλες τις περιπτώσεις, αλλά, αντιθέτως, απαιτείται συνεχή αναθεώρηση των παραγόντων και των πρακτικών που επιδρούν στην ψυχολογία του

ατόμου. Συνεπώς η θεραπευτική Συσχέτιση βρίσκεται σε ρυθμό συνεχούς εξέλιξης, υπό τις αρχές του σεβασμού, της ισότητας με σκοπό τη δημιουργία ενός ασφαλούς περιβάλλοντος. Σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Εταιρία για τη Συνθετική Ψυχοθεραπεία (EAIP) ορίζει «Συνθετική» *«οποιαδήποτε μεθοδολογία και προσέγγιση στην ψυχοθεραπεία, που αποτελεί χαρακτηριστικό παράδειγμα ή αναπτύσσεται προς έναν εννοιολογικά συνεκτικό, ηθικό, θεωρητικό συνδυασμό δύο ή περισσότερων συγκεκριμένων προσεγγίσεων ή/και αντιπροσωπεύει το ίδιο το πρότυπο σύνθεσης»* (European association of integrative psychotherapy, 2020).

Μία οικονομική κρίση έχει διαπιστωθεί ότι επιφέρει δριμείς επιπτώσεις στα άτομα με αναπηρία. Οι επιπτώσεις αυτές άμεσες ή έμμεσες, επιδρούν καταλυτικά στα ποιοτικά χαρακτηριστικά της καθημερινότητά τους. Η ποιότητα ζωής σε μία οικονομική κρίση, εξαρτάται από δύο σημαντικούς παράγοντες, ο πρώτος αφορά τις κρατικές πολιτικές και ο δεύτερος αφορά τον ίδιο τον άνθρωπο, και πιο συγκεκριμένα, τη νοοτροπία του, την κουλτούρα του και κυρίως την ψυχοσύνθεσή του.

Οι παράγοντες αυτοί είναι αλληλοεξαρτώμενοι, επηρεάζονται, επηρεάζουν και αλληλεπιδρούν σε διάφορα επίπεδα στην ζωή ενός πολίτη, και ιδιαίτερα σε ένα άτομο με αναπηρία. Η διαχείρισή τους θα πρέπει να τελείται από τη μονάδα προς το σύνολο, ανεξαρτήτως χαρακτηριστικών και κουλτούρας. Πιο συγκεκριμένα, θα πρέπει το ίδιο το άτομο να δουλέψει με τον εαυτό του, να διαμορφώσει τη συμπεριφορά του προς τον εαυτό του και τους συνανθρώπους του, καλλιεργώντας την ενσυναίσθηση και δουλεύοντας τον ενδοψυχισμό του.

Η ίδια η ψυχική ανθεκτικότητα του ατόμου, είτε είναι ανάπηρο είτε όχι, σε διάφορες κρίσεις στη ζωή του, διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση μιας κοινωνίας, η οποία οφείλει να έχει καλλιεργημένη κουλτούρα, να στηρίζει, να βοηθάει και να ενισχύει τα μέλη της, που παρουσιάζουν το μεγαλύτερο βαθμό ευαλωτότητας (Wahlbeck et al., 2012).

Συμπερασματικά, η ψυχολογική υποστήριξη θα πρέπει να παρέχεται σε όλες τις ηλικίες, η εφαρμογή προγραμμάτων στήριξης θα πρέπει να αφορά όλη την οικογένεια, με την ενίσχυση των γονέων ως παιδαγωγούς, και την ενθάρρυνση του ατόμου να συμμετέχει σε κοινωνικές δράσεις και να αναπτύσσει επικοινωνία με τους συνανθρώπους του (Wahlbeck et al., 2012). Για το λόγο αυτό προτείνεται εκτός

από την ατομική ψυχοθεραπεία και η ομαδική ψυχοθεραπεία, ενισχύοντας τις κοινωνικές ικανότητες του αναπήρου, επιτυγχάνοντας την επιθυμητή αυτοβελτίωσή του. Άλλωστε, όπως δήλωσε και ο Fraser, η βασική αρχή καταπολέμησης των αδικιών (κοινωνική αδικία που βιώνουν οι ανάπηροι στα μέτρα λιτότητας) είναι η συμμετοχή σε κοινωνικά δρώμενα, τα οποία επιτρέπουν τα ενήλικα μέλη μιας κοινότητας να επικοινωνήσουν με τους συναθρώπους τους και η προσωπική θέληση για κοινωνικοποίηση (Fraser, 2010)

4 Μεθοδολογία έρευνας

Στο παρόν Κεφάλαιο αναπτύσσεται η μεθοδολογία της παρούσας έρευνας. Αρχικά αναφέρονται ο σκοπός και τα ερευνητικά ερωτήματα και στις επόμενες υποενότητες περιγράφεται η διαδικασία της δειγματοληψίας, το δείγμα της και τα ερευνητικά εργαλεία και εκτιμάται η αξιοπιστία τους. Έπειτα αναφέρεται η μεθοδολογία ανάλυση των δεδομένων καθώς και τα ζητήματα ηθικής και δεοντολογίας.

4.1 Σκοπός και ερευνητικές υποθέσεις

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η μελέτη του ρόλου της οικονομικής κρίσης στο άγχος και στην εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων στα άτομα με κινητική αναπηρία στην Ελλάδα. Η σημαντικότητα της παρούσας έρευνας έγκειται αρχικά στο γεγονός ότι στην περίπτωση της Ελλάδος οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης με βάση τον παράγοντα άγχος, στρες και κατάθλιψη ως προς τη συγκεκριμένη ευπαθή ομάδα δεν έχουν μελετηθεί. Επιπλέον, η παρούσα έρευνα μπορεί να συντελέσει στην αύξηση της κοινωνικής και κρατικής ευαισθητοποίησης ως προς την ομάδα των ατόμων με κινητική αναπηρία. Επίσης, μπορεί να ενισχύσει μια ομαδική παρέμβαση, τονίζοντας την κοινωνική στήριξη που πρέπει να δοθεί. Η κοινωνική στήριξη από τη συμμετοχή σε ψυχολογικές παρεμβάσεις έχει αποδειχθεί βελτιωμένη σε άτομα με ειδικές ανάγκες.

Οι ερευνητικές υποθέσεις που καλείται να απαντήσει η παρούσα έρευνα είναι οι ακόλουθες:

Υπόθεση 1: Αναμένεται ότι θα παρατηρηθεί συσχέτιση ανάμεσα στην αύξηση του άγχους και στη μείωση των παροχών που απολαμβάνουν τα άτομα με κινητική αναπηρία.

Υπόθεση 2: Αναμένεται τα άτομα με κινητική αναπηρία να αποδώσουν σε μεγάλο βαθμό το επίπεδο του άγχους τους στη μείωση των παροχών τους.

Υπόθεση 3: Αναμένεται ότι στα άτομα με κινητική αναπηρία θα παρατηρηθούν υψηλές τιμές καταθλιπτικών συμπτωμάτων λόγω μείωσης των παροχών τους.

4.2 Δείγμα έρευνας και διαδικασία δειγματοληψίας

Στην παρούσα έρευνα συμμετείχαν 117 άτομα, τα οποία παρουσιάζουν κινητική αναπηρία. Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε, υιοθετώντας τη δειγματοληψία ευκολίας (Παπαγεωργίου, 2015) και οι συμμετέχοντες προέρχονταν κυρίως από το πλησιέστερο επαγγελματικό περιβάλλον της ερευνήτριας. Η έρευνα αφορούσε άτομα με κινητική αναπηρία εκ γεννητής και μη, για μέγιστη συλλογή δεδομένων, άνω των 18 ετών, εργαζόμενα και μη, και διεξήχθη το χρονικό διάστημα Αυγούστου-Νοεμβρίου 2020, μέσω ερωτηματολογίου, με ερωτήσεις κλειστού τύπου. Το ερωτηματολόγιο συντάχθηκε στην ειδική πλατφόρμα της Google form, εξασφαλίζοντας κατά αυτόν τον τρόπο και την ανωνυμία των συμμετεχόντων στην έρευνα. Η προώθηση του ερωτηματολογίου πραγματοποιήθηκε απευθείας από την πλατφόρμα της Google στις διευθύνσεις ηλεκτρονικού ταχυδρομείου. Ο συνολικός χρόνος συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου ήταν περίπου 6 λεπτά, ενώ αρχικά παρέχονταν πληροφορίες σχετικά με το σκοπό της έρευνας.

4.3 Ερευνητικά εργαλεία και αξιοπιστία

Το κύριο ερευνητικό εργαλείο της παρούσας έρευνας ήταν ένα πακέτο ερωτηματολογίων, το οποίο αποτελούνταν από τέσσερα διακριτά μέρη. Το πρώτο μέρος αφορούσε κύρια δημογραφικά στοιχεία και κάποιες πληροφορίες σχετικά με την οικονομική κατάσταση των ερωτηθέντων. Το δεύτερο μέρος αφορούσε τις κοινωνικές παροχές (οικονομικές και ιατροφαρμακευτικές) που τους παρέχονται και τη διακύμανση αυτών από το έτος 2008 μέχρι σήμερα. Το τρίτο μέρος περιείχε ερωτήσεις σχετικά με την οικονομική κατάσταση των ερωτηθέντων από το 2008 (Παράρτημα Β'). Ενώ το τέταρτο μέρος αποτελούνταν από το ερωτηματολόγιο Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21) Κυπριακή προσαρμογή (Πλατρίτης, 2017) (Παράρτημα Α'), το οποίο εμπεριέχει 3 υποκλίμακες: i) άγχος (ερωτήσεις 1, 6, 8, 11, 12, 14, 18), ii) κατάθλιψη (2, 4, 7, 9, 15, 19, 20), iii) στρες (3, 5, 10, 13, 16, 17, 21).

Στην καθεμία υποκλίμακα αντιστοιχούν 7 ερωτήσεις στις οποίες ο/η ερωτώμενος/η καλείται να απαντήσει μέσω μιας τετραβάθμιας κλίμακας Likert (0=δεν ίσχυσε καθόλου για μένα, έως 3=ίσχυε σε πολύ μεγάλο βαθμό ή τις περισσότερες φορές). Οι ερωτήσεις αναφέρονται στην διάρκεια των προηγούμενων επτά ημερών. Οι

βαθμολογίες για κατάθλιψη, άγχος και στρες υπολογίζονται, αθροίζοντας τις βαθμολογίες της κάθε υποκλίμακας.

Το DASS-21 βασίζεται σε μια διαστατική παρά μια κατηγορηματική αντίληψη της ψυχολογικής διαταραχής. Η υπόθεση στην οποία βασίστηκε η ανάπτυξη του DASS-21 (και η οποία επιβεβαιώθηκε από τα ερευνητικά δεδομένα) είναι ότι οι διαφορές μεταξύ της κατάθλιψης, του άγχους και του στρες που αντιμετωπίζουν τα άτομα τυπικής ανάπτυξης και οι κλινικοί πληθυσμοί έχουν ουσιαστικά διαφορές στη βαθμολογία (Lonibond et al., 1995). Οι συνιστώμενες τιμές είναι οι εξής (Πλατρίτης, 2017):

Πίνακας 4.1. Βαθμολογία αξιολόγησης του DASS-21.

	Φυσιολογική	Ήπια	Μέτρια	Σημαντική	Πολύ Σημαντική
Κατάθλιψη	0-4	5-6	7-10	11-14	14+
Άγχος	0-3	4-5	6-7	8-9	10+
Στρες	0-7	8-9	10-12	13-16	17+

4.4 Ζητήματα ηθικής και δεοντολογίας

Οι συμμετέχοντες έλαβαν μέρος εθελοντικά στην έρευνα και ανώνυμα εξασφαλίζοντας την ασφάλεια των προσωπικών τους δεδομένων μέσω της ειδικής πλατφόρμας Google Form. Καθόλη τη διάρκεια της έρευνας ο/η κάθε ερωτώμενος/η μπορούσε να αποχωρήσει οποιαδήποτε στιγμή. Επίσης, στην αρχή του ερωτηματολογίου η ερευνήτρια επιβεβαίωνε τους συμμετέχοντες για τη διασφάλιση των στοιχείων τους: *«Όλες οι απαντήσεις, οι πληροφορίες και τα δημογραφικά στοιχεία που απαιτούνται αποσκοπούν μόνο στη συλλογή στατιστικών στοιχείων και καλύπτονται από πλήρη εχεμύθεια και προστασία προσωπικών δεδομένων. Τα στοιχεία θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για τους σκοπούς της συγκεκριμένης έρευνας και είναι απόλυτα εμπιστευτικά. Από την πολύτιμη συμβολή σας στην έρευνα αυτή, δίνεται την ευκαιρία σε μία πιθανή εξέλιξη της ποιότητας ζωής σας»*.

4.5 Μεθοδολογία ανάλυσης δεδομένων

Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με την περιγραφική στατιστική με τη βοήθεια του στατιστικού προγράμματος IBM SPSS-Statistics 23. Αρχικά ελέγχτηκε η αξιοπιστία του ερωτηματολογίου. Στη συνέχεια με βάση την περιγραφική στατιστική εξήχθησαν τα ποσοστά των απαντήσεων, ο μέσος όρος και η τυπική απόκλιση. Επίσης, για τη διερεύνηση των υποθέσεων της έρευνας έγιναν συσχετίσεις μεταξύ των ανεξάρτητων και εξαρτημένων μεταβλητών. Πριν από τις συσχετίσεις ελέγχθηκε το κριτήριο κανονικότητας (Skewness και Kolmogorov-Smirnov) και αναλόγως επιλέχθηκε ο παραμετρικός (t-test ή p-square) ή ο μη παραμετρικός έλεγχος (Mann-Whitney U ή Kruskal-Wallis). Αναφέρεται ότι τα δημογραφικά στοιχεία (Μέρος Α' ερωτηματολογίου), οι κοινωνικές παροχές (Μέρος Β' ερωτηματολογίου) και η οικονομική κατάσταση (Μέρος Γ' ερωτηματολογίου) αποτέλεσαν τις ανεξάρτητες μεταβλητές, ενώ η ψυχική υγεία (στρες, άγχος και κατάθλιψη Μέρος Δ' ερωτηματολογίου) αποτέλεσε την εξαρτημένη μεταβλητή στην ανάλυση της παρούσας έρευνας.

4.6 Έλεγχος αξιοπιστίας

Η αξιοπιστία του DASS-21 εξετάστηκε συνολικά, αλλά και για την κάθε υποκλίμακα ξεχωριστά, με το συντελεστή άλφα του Κρόνμπαχ (Cronbach's alpha). Ο Cronbach's alpha πρέπει να υπολογιστεί μεγαλύτερος της τιμής 0,7 για να είναι αποδεκτή η αξιοπιστία της εκάστοτε εξεταζόμενης κλίμακας του δείγματος. Ο συντελεστής για το DASS-21 συνολικά υπολογίστηκε 0,959, ενώ για την κάθε υποκλίμακα ο συντελεστής υπολογίστηκε 0,897, 0,891 και 0,911, για την υποκλίμακα του στρες, του άγχους και της κατάθλιψης, αντίστοιχα.

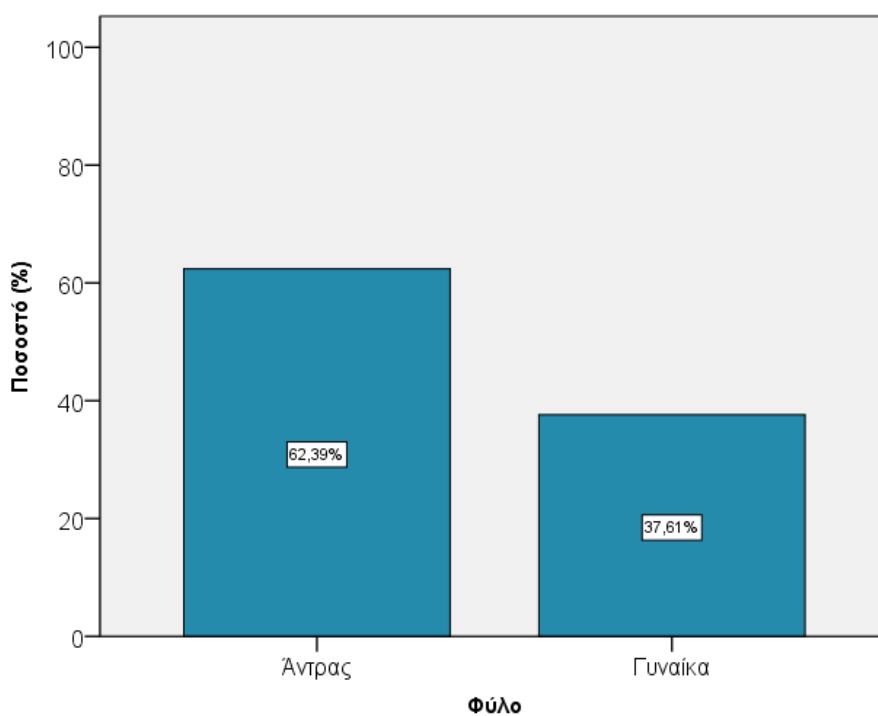
Δεδομένου ότι οι απαντήσεις του μέρους Β' και Γ' του ερωτηματολογίου δεν είναι κλίμακας ο Cronbach's alpha χρησιμοποιήθηκε ως οδηγός με επιφύλαξη. Ο Cronbach's alpha για το Μέρος Β' υπολογίστηκε 0,689 (με 4 ερωτήσεις) η οποία είναι μια αποδεκτή τιμή, ενώ για το Μέρος Γ' 0,730 (με 5 ερωτήσεις) η οποία είναι μια ικανοποιητική τιμή.

5 Αποτελέσματα έρευνας

Στο παρόν Κεφάλαιο παρουσιάζονται τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την ανάλυση των δεδομένων, με τη σειρά τα οποία παρουσιάζονται στο ερωτηματολόγιο.

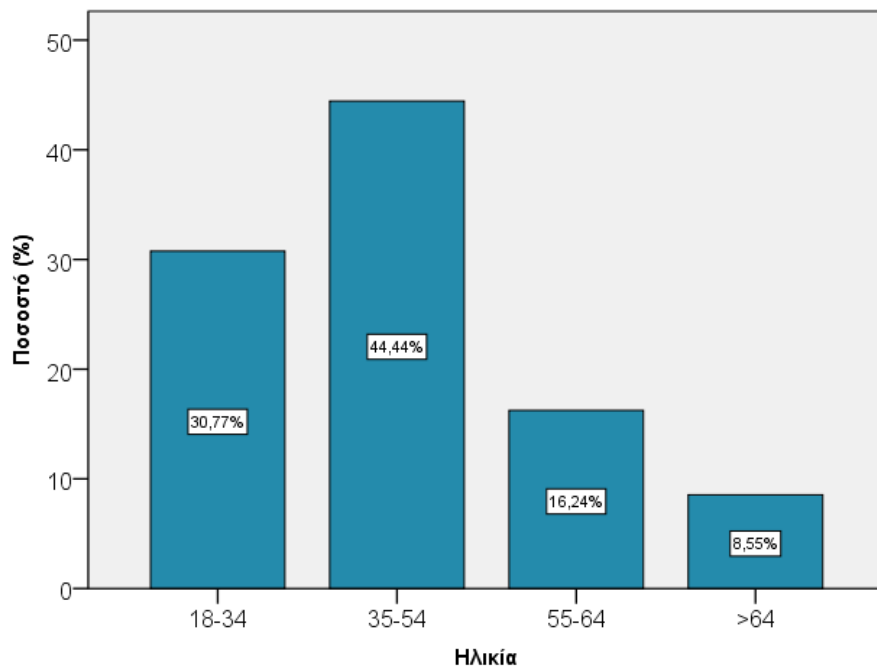
5.1 Δημογραφικά στοιχεία και πληροφορίες οικονομικής κατάστασης

Με βάση τα αποτελέσματα που αντικατοπτρίζονται στο Διάγραμμα 5.1 το ποσοστό των αντρών του συνολικού δείγματος που συμμετείχαν στην έρευνα ήταν σχεδόν 62%, ενώ το ποσοστό των γυναικών ανήλθε στο 38%.

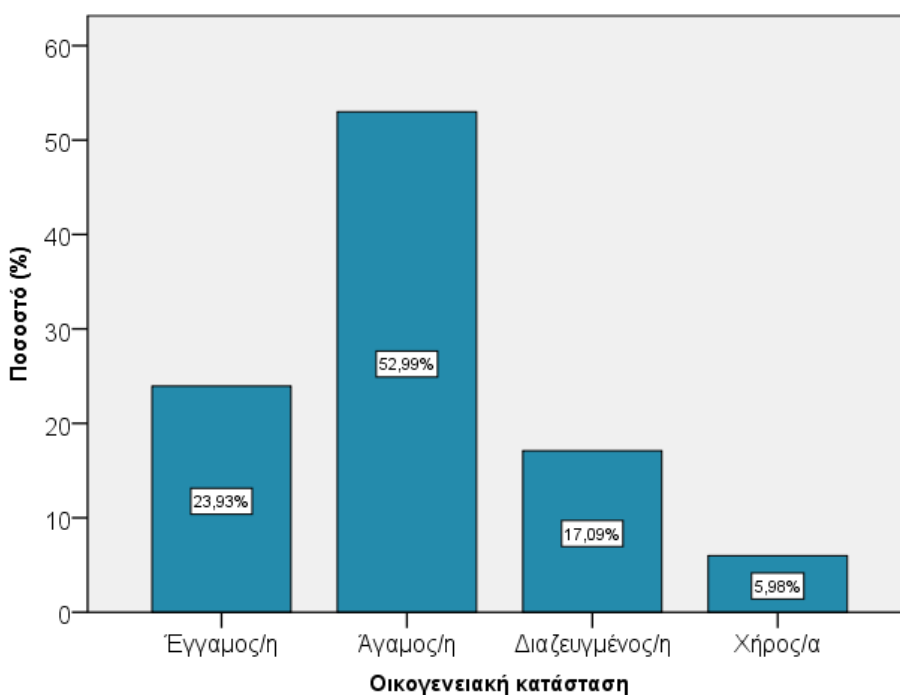


Διάγραμμα 5.1. Ποσοστά φύλου των συμμετεχόντων.

Από τους συμμετέχοντες το 31% ανήκει στο εύρος της ηλικιακής ομάδας 18-34, το μεγαλύτερο ποσοστό, σχεδόν 44,5% έχει ηλικία μεταξύ 35-53, ενώ στο ηλικιακό εύρος 55-64 ανήκει 16% των ερωτηθέντων, ενώ το 8,5% έχει ηλικία μεγαλύτερη από αυτή των 64 χρόνων.

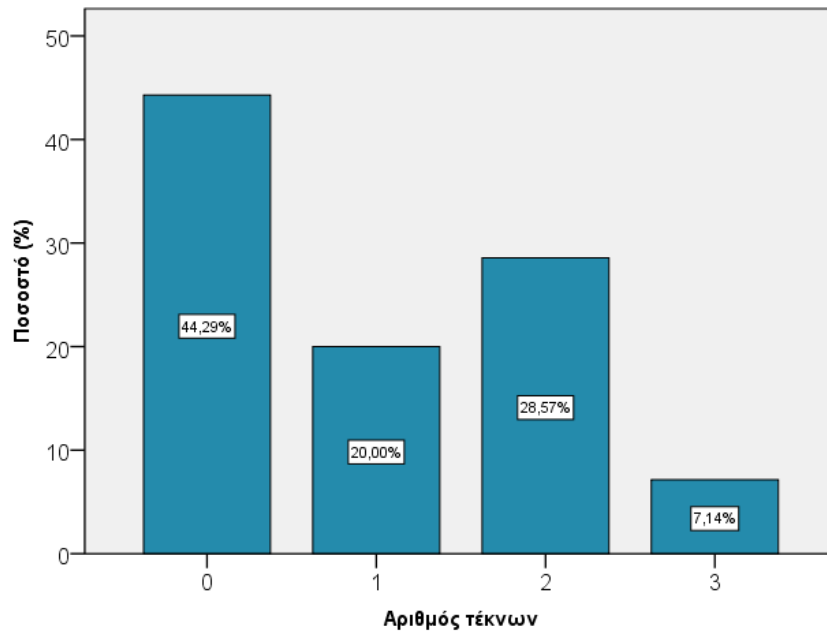


Διάγραμμα 5.2. Ηλικίες συμμετεχόντων σε ποσοστό.



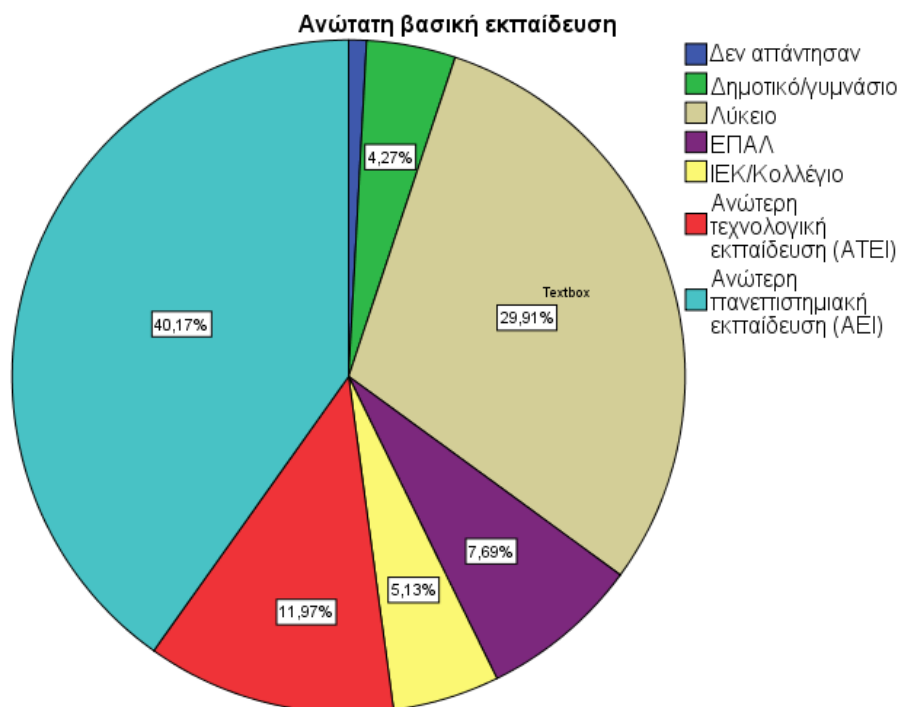
Διάγραμμα 5.3. Οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων.

Όπως απεικονίζεται στο Διάγραμμα 5.3 το 53% αυτών (το μεγαλύτερο ποσοστό) είναι άγαμοι, το 24% έγγαμοι, το 17% διαζευγμένοι, ενώ το 6% διατελούν εν χηρεία.



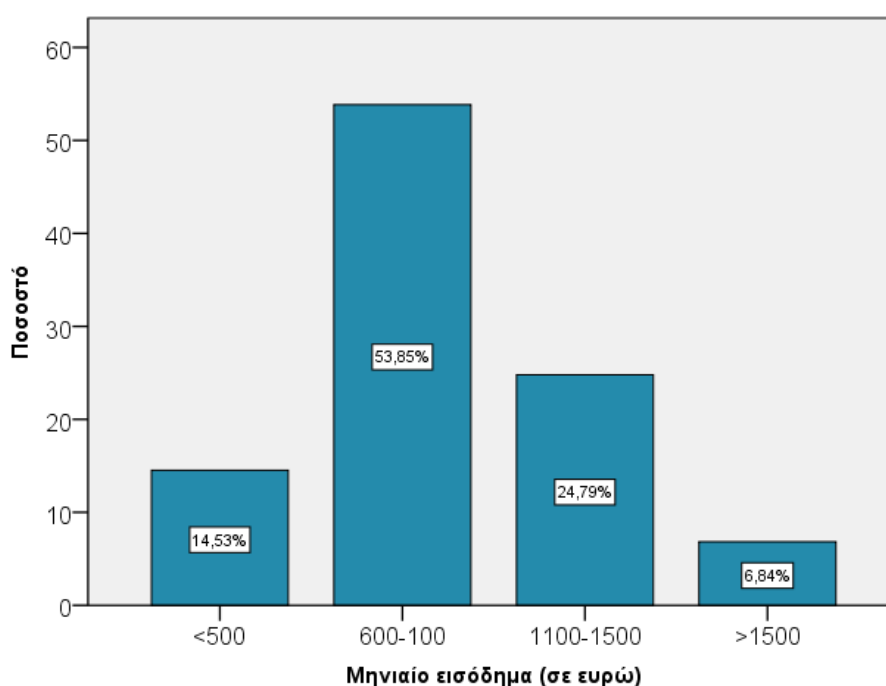
Διάγραμμα 5.4. Αριθμός τέκνων των συμμετεχόντων.

Επιπλέον όπως αναφέρεται στο Διάγραμμα 5.4, το 44% των συμμετεχόντων δεν έχει παιδιά, το 29% έχει 2 παιδιά, το 20% έχει 1 παιδί ενώ ποσοστό 7% έχει 3 παιδιά.



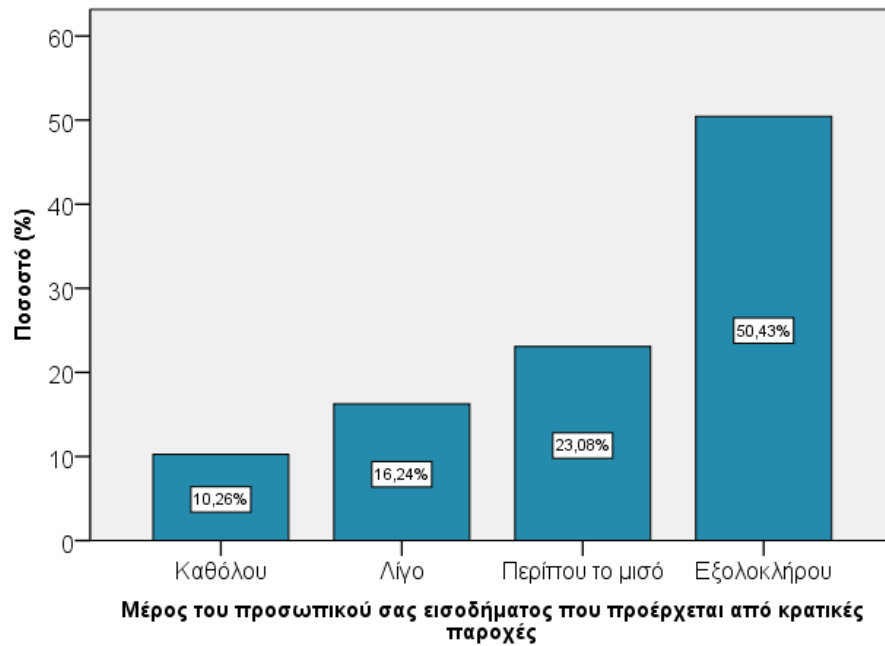
Διάγραμμα 5.5. Κατηγορίες και ποσοστά ανώτατης βασικής εκπαίδευσης των συμμετεχόντων.

Όσον αφορά στην ανώτατη βασική εκπαίδευση, όπως απεικονίζεται στο Διάγραμμα 5.5, το 40% των ερωτηθέντων κατέχει ανώτατη πανεπιστημιακή εκπαίδευση, ενώ μόλις 12% κατέχει ανώτερη τεχνολογική εκπαίδευση. Επιπλέον το δεύτερο μεγαλύτερο ποσοστό, σχεδόν 30% κατέχει το Λύκειο ως ανώτατη βασική εκπαίδευση. Επίσης σχεδόν 8% του δείγματος έχει παρακολουθήσει πρόγραμμα κατάρτισης σε ΕΠΑΛ, 5% του δείγματος έχει ολοκληρώσει σπουδές σε κάποιο κολλέγιο ή ΙΕΚ. Τέλος, 4% έχει ως ανώτατη βασική εκπαίδευση το Δημοτικό/γυμνάσιο, ενώ το υπόλοιπο ποσοστό (1%) δεν απάντησε στην ερώτηση που αφορούσε στην ανώτατη βασική εκπαίδευση.



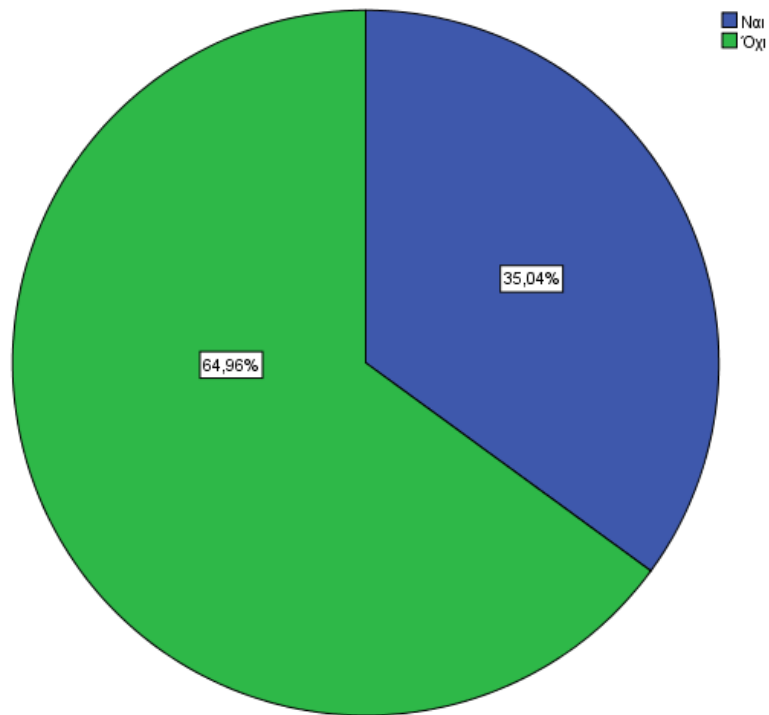
Διάγραμμα 5.6. Μηνιαίο εισόδημα συμμετεχόντων.

Στις ερωτήσεις σχετικά με τις μηνιαίες απολαβές, το 54% των συμμετεχόντων απάντησε ότι το μηνιαίο εισόδημά του κυμαίνεται από 600-1000 ευρώ, το 24,8% από 1100 έως 1500, το 14,5% ότι έχει μηνιαίο εισόδημα μικρότερο των 500 ευρώ, ενώ ένα ποσοστό 6,8% λαμβάνει εισόδημα μεγαλύτερο των 1500 ευρώ.

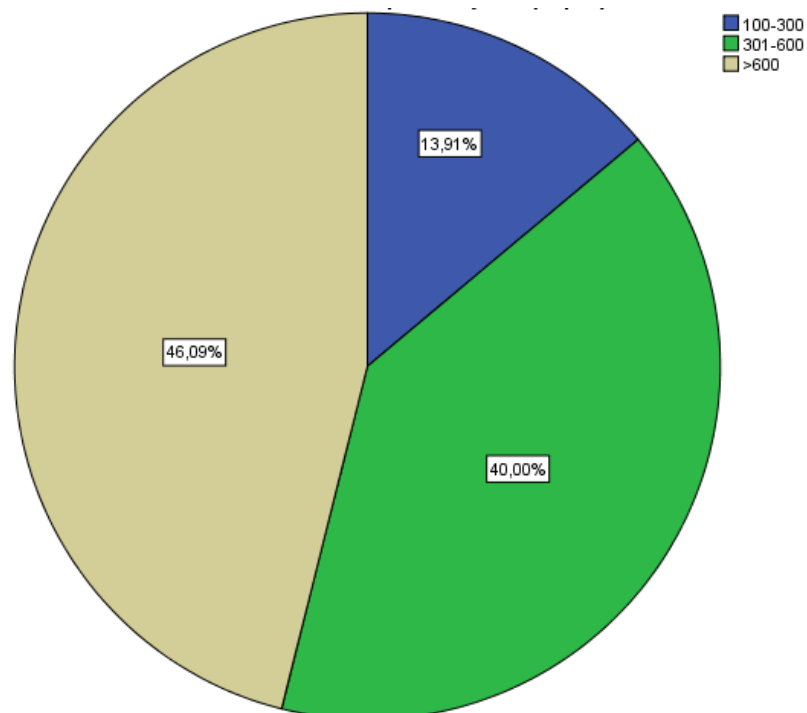


Διάγραμμα 5.7. Ποσοστό απαντήσεων στην ερώτηση πόσο μέρος του προσωπικού εισοδήματος προέρχεται από κρατικές παροχές.

Χαρακτηριστικό είναι ότι το 51% περίπου των ερωτηθέντων λαμβάνει εξολοκλήρου το μηνιαίο εισόδημα από κρατικές παροχές, το 23% λαμβάνει περίπου το μισό μηνιαίο εισόδημα από κρατικές παροχές, ενώ 16% των ερωτηθέντων δήλωσε ότι λίγο από το εισόδημά του προέρχεται από κρατικές παροχές, ενώ 10% δε λαμβάνει καθόλου κρατικές παροχές.



Διάγραμμα 5.8. Ποσοστό απαντήσεων στην ερώτηση αν εργάζεστε.

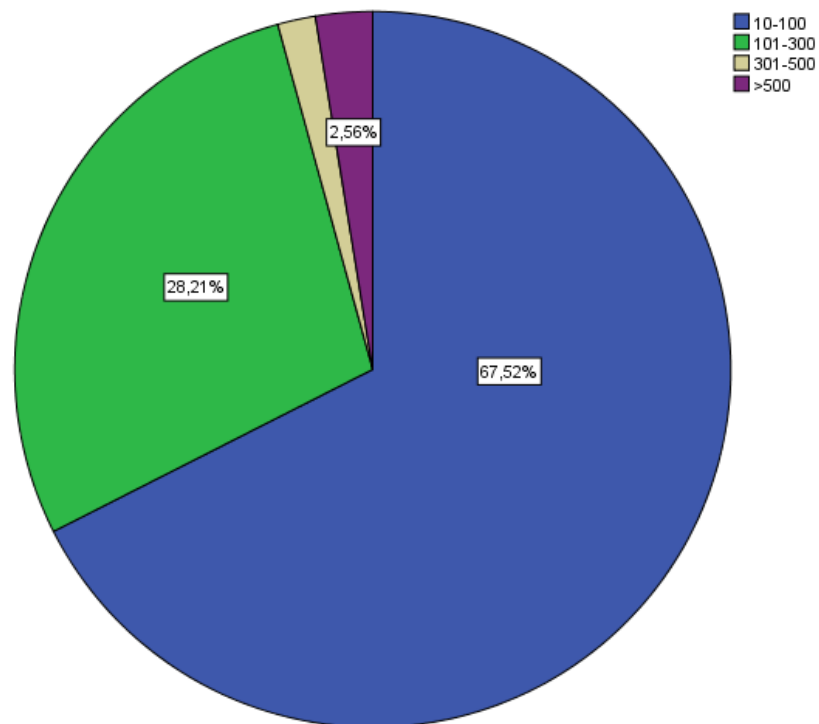


Διάγραμμα 5.9. Ποσοστό απαντήσεων στην ερώτηση σε τί ποσό ανέρχονται τα μηνιαία έξοδα.

Επίσης, όπως αναγράφεται στο Διάγραμμα 5.8 μόλις το 65% των ερωτηθέντων εργάζεται, ενώ το υπόλοιπο 35%, δεν εργάζεται. Στο Διάγραμμα 5.9 δίνεται το

ποσοστό των απαντήσεων στην ερώτηση σε τι ποσό ανέρχονται τα μηνιαία έξοδα. Χαρακτηριστικό είναι ότι 46% των συμμετεχόντων έχει μηνιαία έξοδα τα οποία είναι μεγαλύτερα του ποσού των 600 ευρώ, 40% του δείγματος δήλωσε από 301 μέχρι 600 ευρώ έξοδα και 14% δήλωσε 100 με 300 ευρώ έξοδα.

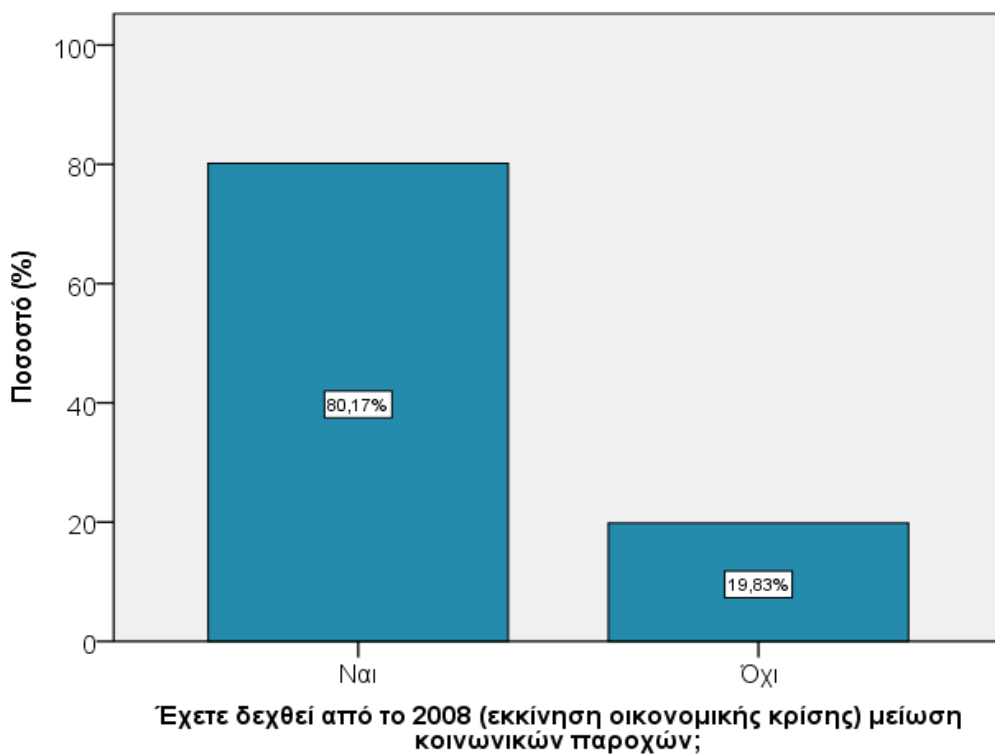
Χαρακτηριστικό είναι ότι το 67,5% του δείγματος πληρώνει 10 με 100 ευρώ μηνιαίως σε φαρμακευτική αγωγή ή ιατρική περίθαλψη, ενώ περίπου 28% ξοδεύει από 101 μέχρι 300 ευρώ. Επίσης ένα πολύ μικρό ποσοστό των 2,5% έχει έξοδα για ιατροφαρμακευτική περίθαλψη που απαιτούν ποσό μεγαλύτερο των 500 ευρώ και ποσοστό 2% έχει έξοδα τα οποία ανέρχονται από 301 έως 500 ευρώ.



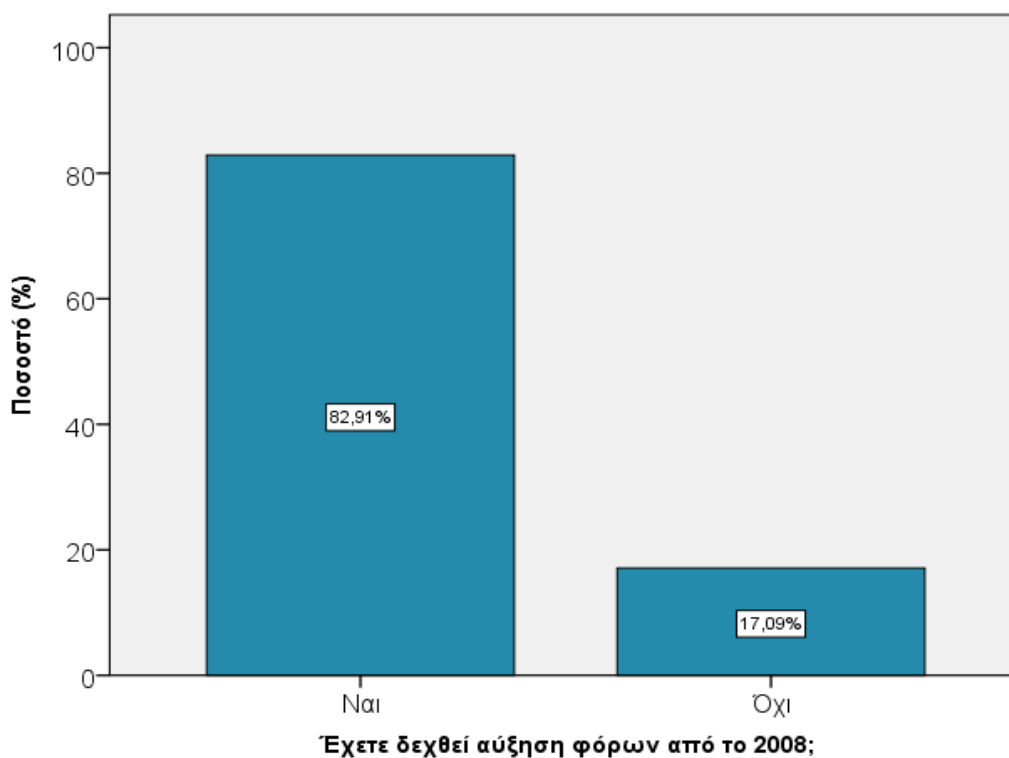
Διάγραμμα 5.10. Ποσοστό απαντήσεων στην ερώτηση τι ποσό απαιτείται μηνιαίως για φαρμακευτική αγωγή ή/και ιατρική περίθαλψη.

5.2 Κοινωνικές παροχές

Το δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου αφορούσε στις κοινωνικές παροχές και τη διακύμανσή τους από το 2008. Όπως απεικονίζεται στο Διάγραμμα 5.11, το 80% των ερωτηθέντων δέχθηκε μείωση των κοινωνικών παροχών από το έτος 2008, ενώ το 20% όχι.

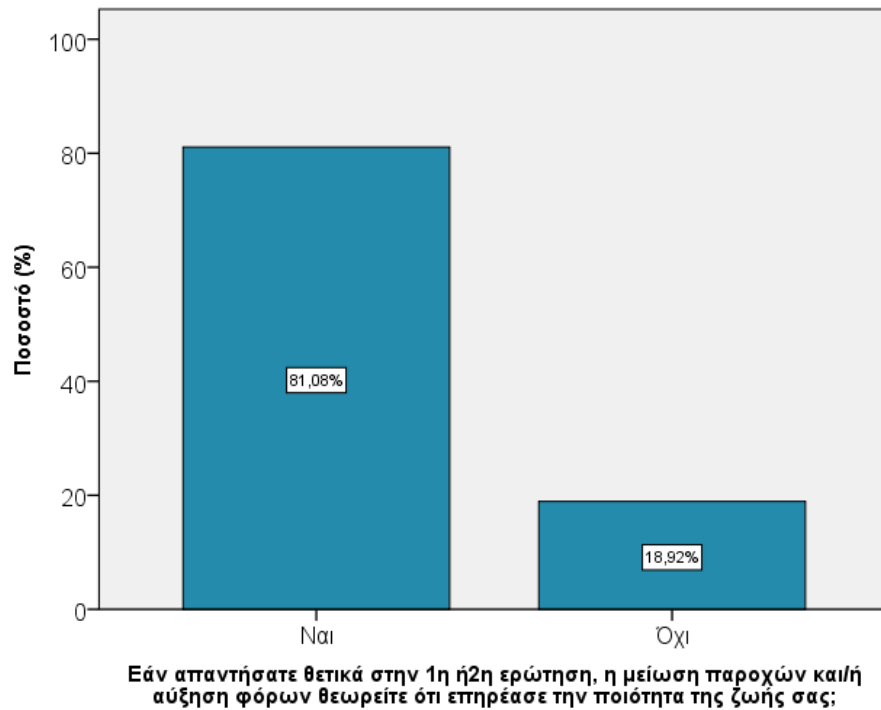


Διάγραμμα 5.11. Ποσοστό απαντήσεων στην ερώτηση αν έχουν δεχθεί μείωση των κοινωνικών παροχών από το έτος 2008.

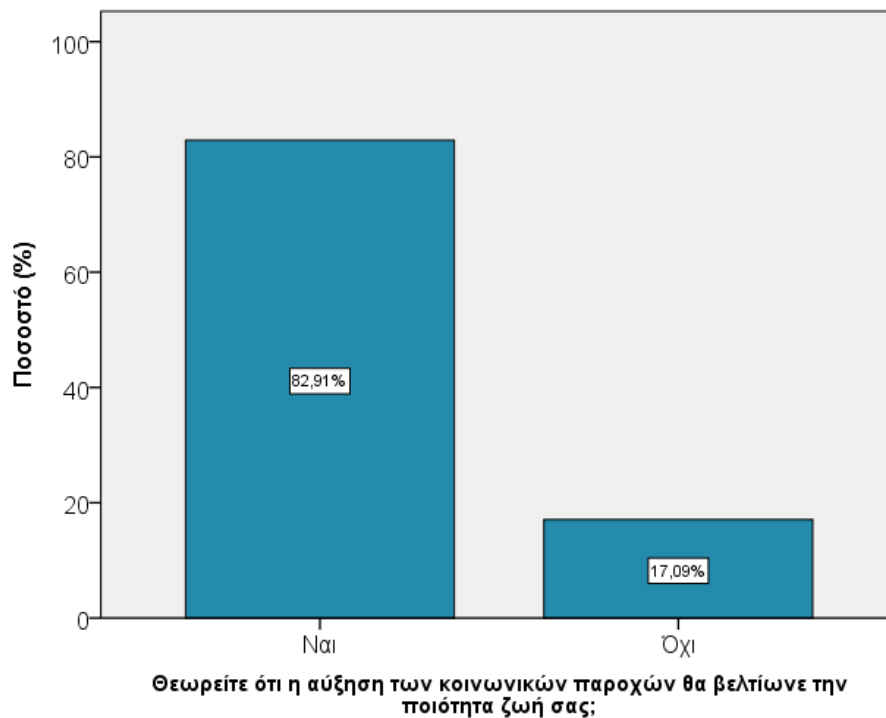


Διάγραμμα 5.12. Ποσοστό απαντήσεων στην ερώτηση αν οι συμμετέχοντες έχουν δεχθεί αύξηση φόρων από το 2008.

Επιπλέον, περίπου το ίδιο ποσοστό των ερωτηθέντων (σχεδόν 83%) που δέχθηκε μείωση κοινωνικών παροχών, δέχθηκε και αύξηση φόρων (Διάγραμμα 5.12), ενώ το 17% δεν είχε κάποια αύξηση στη φορολογία.



Διάγραμμα 5.13. Ποσοστό απαντήσεων στην ερώτηση εάν η μείωση παροχών και η αύξηση φόρων επηρέασε την ποιότητα ζωής των συμμετεχόντων.

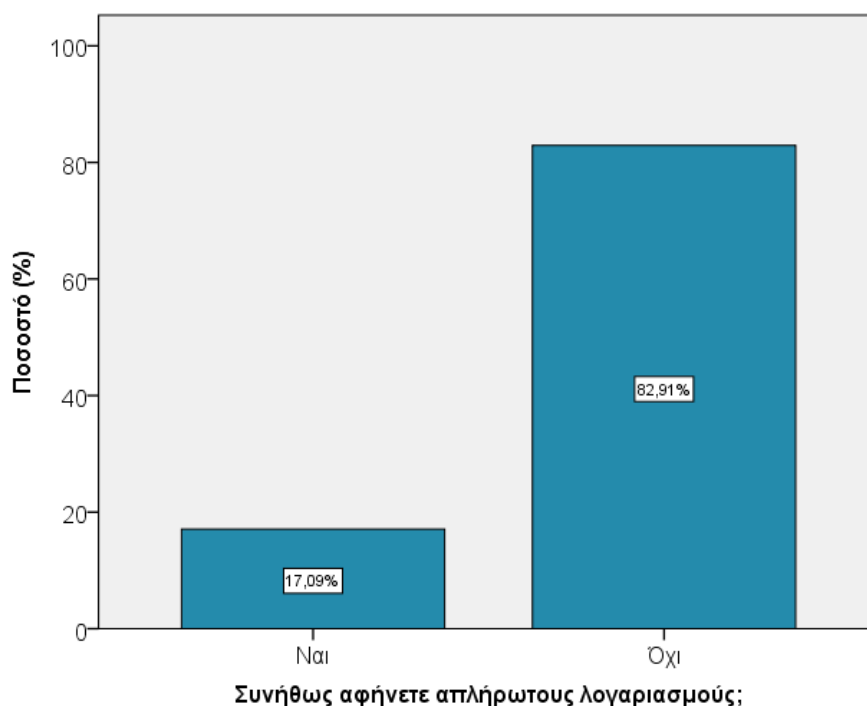


Διάγραμμα 5.14. Ποσοστό απαντήσεων στην ερώτηση αν θεωρούν ότι η αύξηση των κοινωνικών παροχών θα βελτιώνει την ποιότητα ζωής.

. Όπως φαίνεται από την ανάλυση των δεδομένων που παρουσιάζονται στο Διάγραμμα 5.13, το 81% αυτών που δέχθηκαν αύξηση φόρων ή μείωση κοινωνικών παροχών δήλωσαν ότι επηρεάστηκε η ποιότητα ζωής τους. Στη συνέχεια, οι ερωτηθέντες στην ερώτηση αν θεωρού ότι η αύξηση των κοινωνικών παροχών θεωρούν ότι θα βελτιώνει την ποιότητα ζωής τους, το 83% απάντησε θετικά, ενώ το 17% έδωσε αρνητική απάντηση.

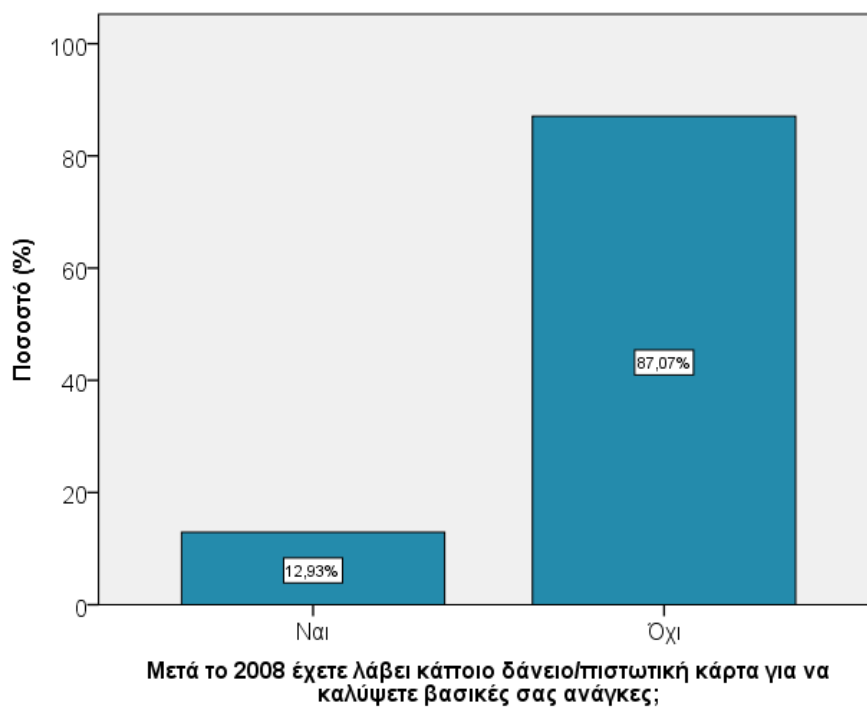
5.3 Οικονομική κατάσταση

Το τρίτο μέρος του ερωτηματολογίου εμπεριέχει ερωτήσεις σχετικά με την οικονομική κατάσταση των συμμετεχόντων. Στην ερώτηση αν αφήνουν απλήρωτους λογαριασμούς το 83% απάντησε αρνητικά, ενώ το 17% έδωσε θετική απάντηση.

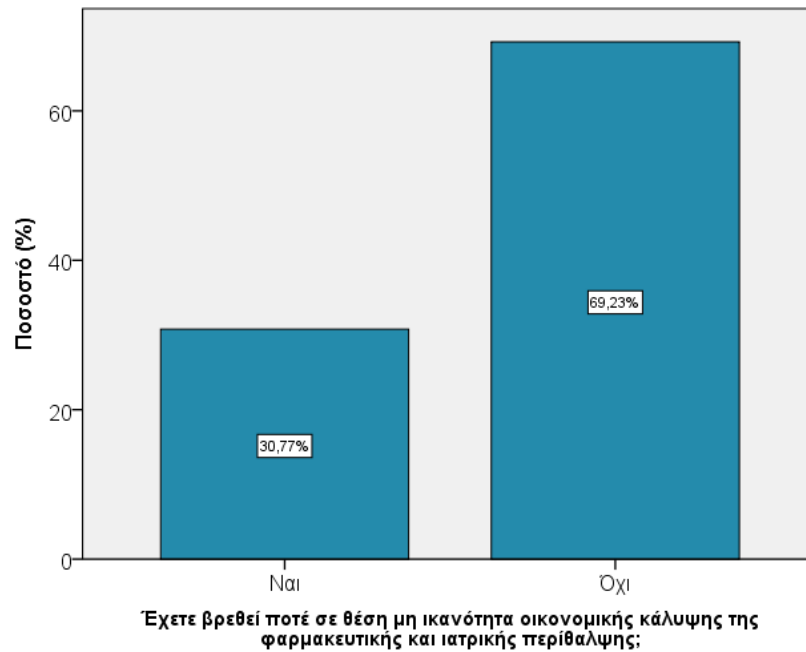


Διάγραμμα 5.15. Ποσοστό απαντήσεων των συμμετεχόντων στην ερώτηση αν αφήνουν απλήρωτους λογαριασμούς.

Στο Διάγραμμα 5.16 αναφέρεται το ποσοστό των απαντήσεων στην ερώτηση αν έχουν λάβει κάποιο δάνειο ή κάρτα μετά το 2008 για την κάλυψη βασικών αναγκών. Παρατηρείται ότι το ποσοστό των αρνητικών απαντήσεων είναι 87% ,ενώ των θετικών 13%.

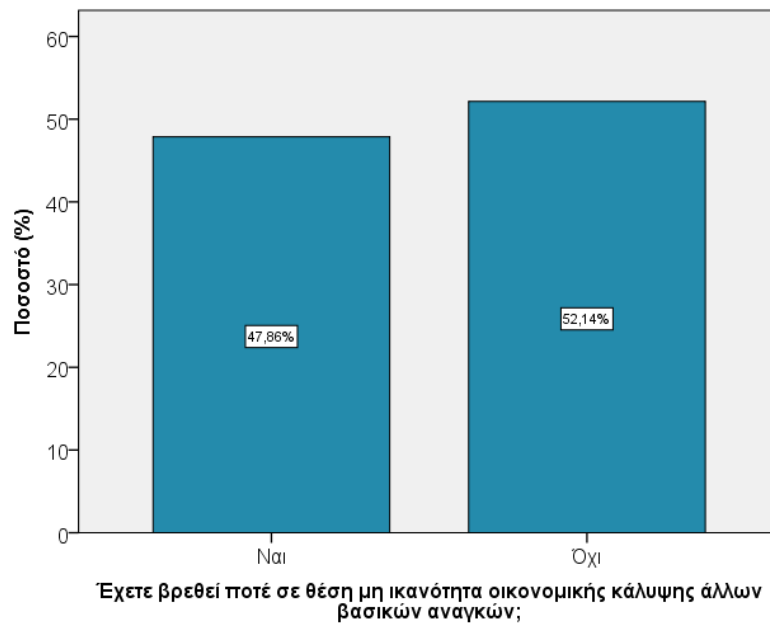


Διάγραμμα 5.16. Ποσοστό απαντήσεων στην ερώτηση αν έχουν λάβει μετά το 2008 κάποιο δάνειο ή κάρτα για την κάλυψη βασικών αναγκών.



Διάγραμμα 5.17. Ποσοστό απαντήσεων στην ερώτηση αν έχουν βρεθεί σε θέση μη ικανότητας οικονομικής κάλυψης ιατροφαρμακευτική περίθαλψης.

Ωστόσο όπως αναγράφεται στο Διάγραμμα 5.17, το 31% σχεδόν των ερωτηθέντων έχει βρεθεί σε θέση που δεν μπορούσε να καλύψει τα έξοδα ιατρικής ή/και φαρμακευτικής περίθαλψης. Ενώ σύμφωνα με τα αποτελέσματα της ανάλυσης των δεδομένων μεγαλύτερο ποσοστό σχεδόν 48% από τους ερωτηθέντες απάντησε ότι έχει βρεθεί σε θέση που δεν είχε την ικανότητα οικονομικής κάλυψης άλλων βασικών αναγκών.



Διάγραμμα 5.18. Ποσοστό απαντήσεων στην ερώτηση αν έχουν βρεθεί ποτέ σε θέση μη ικανότητας οικονομικής κάλυψης άλλων βασικών αναγκών.

5.4 Ανάλυση DASS-21: στρες, άγχος, κατάθλιψη

Η κύρια αξία του DASS σε ένα κλινικό περιβάλλον είναι να διευκρινιστεί ο τύπος της συναισθηματικής διαταραχής, ως μέρος του ευρύτερου έργου της κλινικής αξιολόγησης. Η βασική λειτουργία του DASS είναι να εκτιμήσει τη σοβαρότητα των βασικών συμπτωμάτων της κατάθλιψης, του άγχους και του στρες. Πρέπει να αναγνωριστεί ότι τα κλινικά καταθλιπτικά, ανήσυχα ή αγχωμένα άτομα μπορεί κάλλιστα να εκδηλώσουν πρόσθετα συμπτώματα που τείνουν να είναι κοινά σε δύο ή και τις τρεις καταστάσεις, όπως ύπνος, όρεξη και σεξουαλικές διαταραχές.

Στον Πίνακα 5.1 αναφέρονται ο μέσος όρος και η τυπική απόκλιση από τη βαθμολογία των τριών υποκλιμάκων του DASS-21. Τα αποτελέσματα συγκρίνονται με τη βαθμολογία του DASS-21 η οποία αναγράφεται στον Πίνακα 4.1. Στην περίπτωση του στρες η βαθμολογία η οποία υπολογίστηκε 6,9 περίπου, είναι οριακά σε φυσιολογικά επίπεδα καθώς ως μέγιστη τιμή του φυσιολογικού επιπέδου ορίζεται το 7.

Πίνακας 5.1. Μέσος όρος και τυπική απόκλιση των υποκλιμάκων.

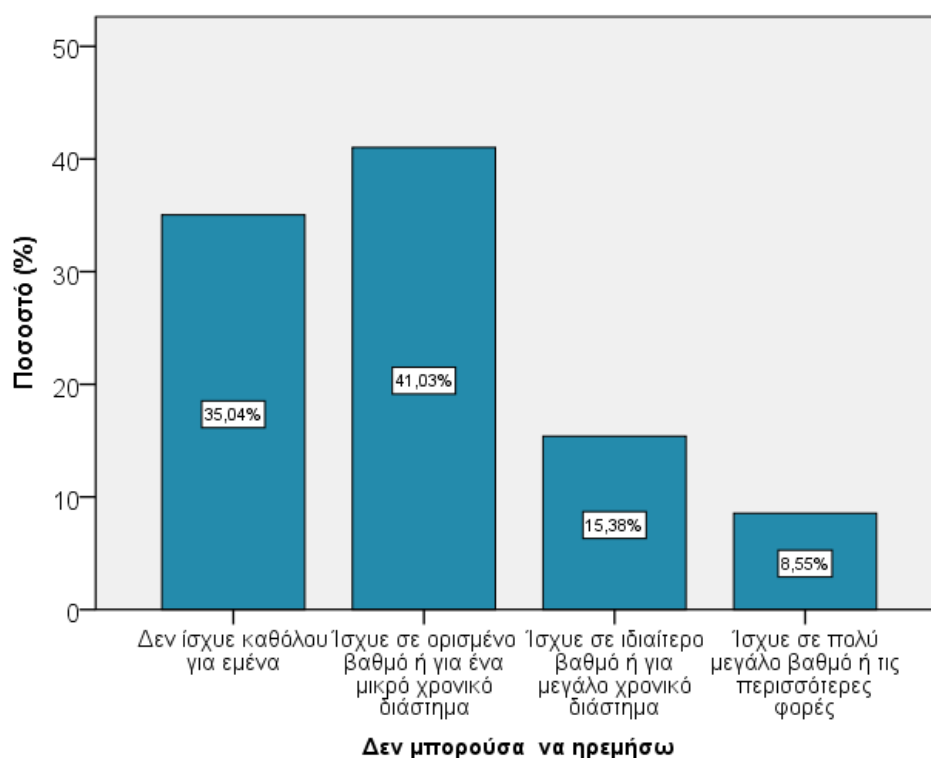
Υποκλίμακες	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση
Στρες	6,8974	4,69296

Άγχος	3,5641	4,25559
Κατάθλιψη	5,8376	4,78856

Η μέση βαθμολογία της υποκλίμακας του άγχους υπολογίστηκε 3,6 και επομένως με βάση τον Πίνακα 4.1 οι συμμετέχοντες κατατάσσονται σε ήπιο επίπεδο άγχους. Στην περίπτωση της υποκλίμακας της κατάθλιψης η μέση βαθμολογία υπολογίστηκε 5,8, η οποία τιμή υποδεικνύει ότι οι συμμετέχοντες πάσχουν από ήπια συμπτώματα κατάθλιψης. Αξίζει να σημειωθεί ότι η βαθμολογία της υποκλίμακας της κατάθλιψης είναι στο μέγιστο όριο του ήπιου επιπέδου το οποίο ορίζεται στην τιμή 6. Στις ακόλουθες υποενότητες αναλύονται οι απαντήσεις της κάθε υποκλίμακας.

5.4.1 Στρες

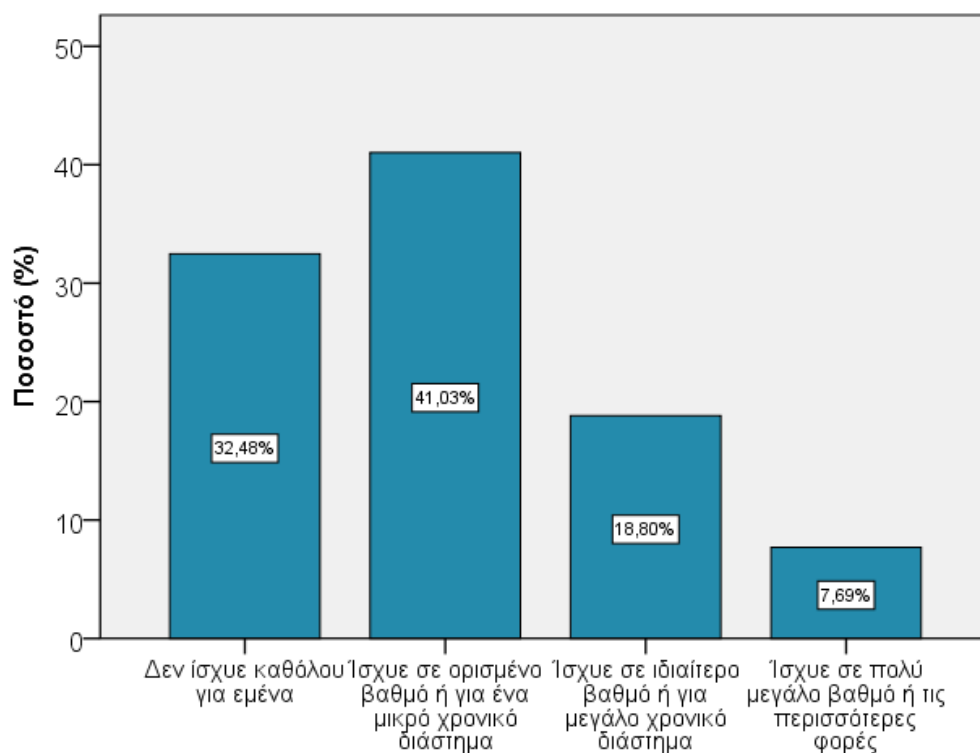
Η υποκλίμακα του στρες περιλαμβάνει ερωτήσεις σχετικά με την υπερβολική διέγερση, ένταση που δεν μπορεί να χαλαρώσει, εύθικτος, οξύθυμος, τρομάζει εύκολα, νευρικό, «δυσανεξία» στην καθυστέρηση ή διακοπή.



Διάγραμμα 5.19. Ποσοστά απάντησης για την περίπτωση της υποκλίμακας στρες κατά την οποία ο ερωτηθέντας δεν μπορεί να ηρεμήσει.

Με βάση το Διάγραμμα 5.19 το 41% των ερωτηθέντων ως ένα ορισμένο βαθμό και για μικρό χρονικό διάστημα δεν μπορούσε να ηρεμήσει, ενώ αντίθετα ένα επίσης μεγάλο ποσοστό 35% από τους ερωτηθέντες δήλωσε ότι δεν υπήρχε σχετικό πρόβλημα. Επίσης 15% των συμμετεχόντων δήλωσε ότι δεν μπορούσε να ηρεμήσει για μεγάλο χρονικό διάστημα και 9% ότι δεν μπορούσε να ηρεμήσει τις περισσότερες φορές.

Όπως φαίνεται από το Διάγραμμα 5.20 σημαντικό είναι επίσης και το ποσοστό των ανθρώπων (41%) που δήλωσαν ότι για ορισμένο βαθμό ή για μικρό χρονικό διάστημα αντιδρούσαν υπερβολικά σε ορισμένες καταστάσεις που αντιμετώπιζαν. Επιπλέον, σχεδόν 19% του πληθυσμού δήλωσε ότι ήταν εύθικτοι σε ιδιαίτερο βαθμό ή για μεγάλο χρονικό διάστημα, ενώ 8% περίπου θεώρησε ότι ήταν εύθικτοι σε πολύ μεγάλο βαθμό ή τις περισσότερες φορές. Ωστόσο, μεγάλο ποσοστό της τάξεως του 32% δήλωσε ότι δεν αντιδρούσε υπερβολικά.

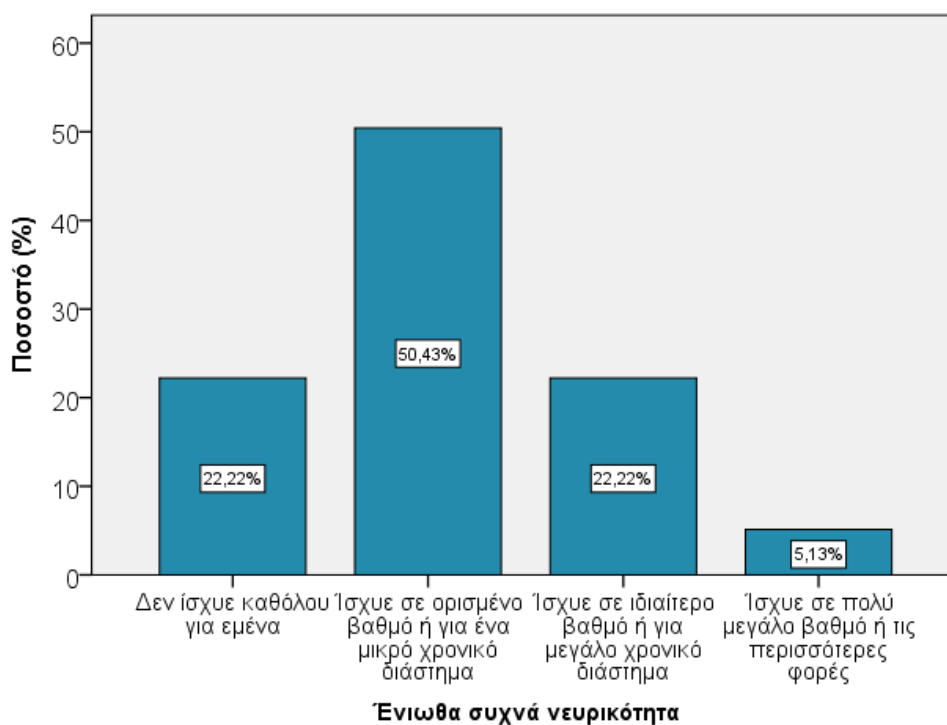


Είχα την τάση να αντιδρώ υπερβολικά στις καταστάσεις που αντιμετώπιζα

Διάγραμμα 5.20. Ποσοστά απαντήσεων για την περίπτωση της υποκλίμακας στρες κατά την οποία ο ερωτηθέντας είχε την τάση να αντιδράει υπερβολικά στις καταστάσεις που αντιμετώπιζε (εύθικτος).

Όπως αντικατοπτρίζεται στο Διάγραμμα 5.21 τις τελευταία επτά ημέρες το 51% περίπου των ερωτηθέντων βίωσε καταστάσεις νευρικότητας για μικρό χρονικό

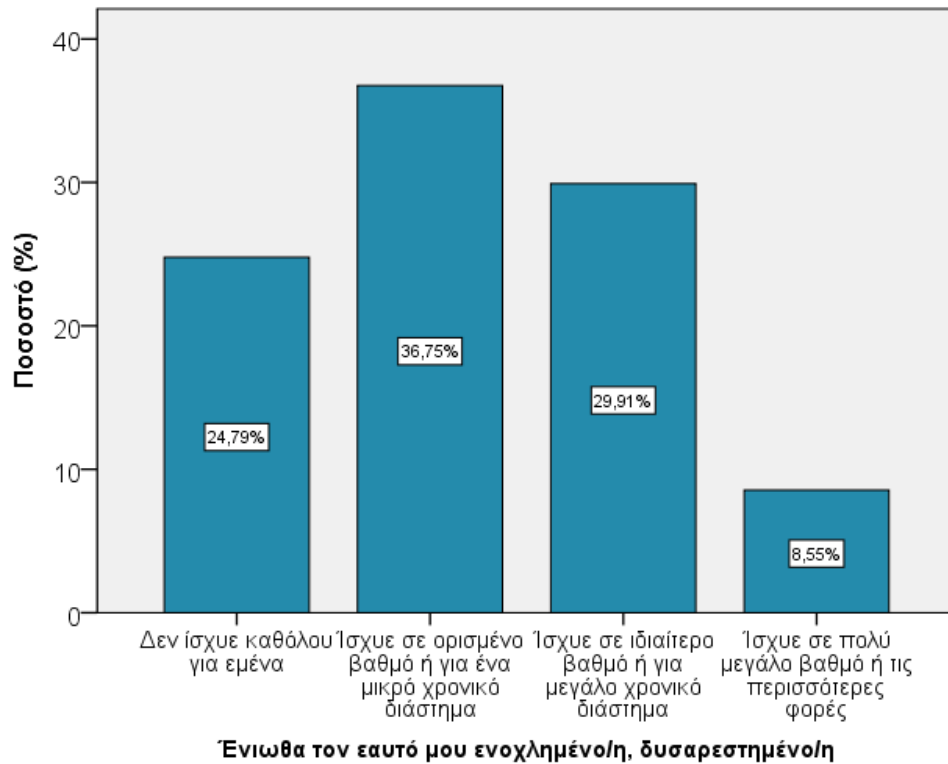
διάστημα ή σε ορισμένο βαθμό. Επιπρόσθετα ένα σημαντικό ποσοστό 22% ένιωθε νευρικό για αρκετό μεγάλο χρονικό διάστημα και ένα μικρό ποσοστό 5% θεώρησε ότι ένιωθε νευρικότητα τις περισσότερες φορές. Ωστόσο, το υπόλοιπο 22% θεώρησε ότι δεν ένιωθε καθόλου νευρικότητα.



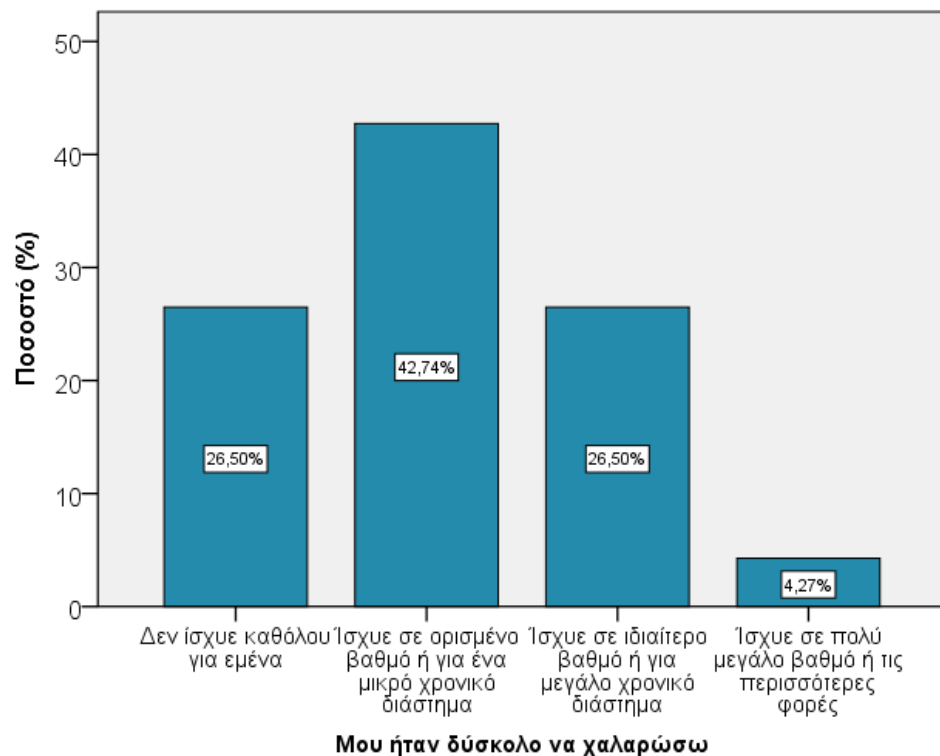
Διάγραμμα 5.21. Ποσοστά απαντήσεων για την περίπτωση της υποκλίμακας στρες κατά την οποία ο ερωτηθέντας ένιωθε νευρικότητα.

Στην περίπτωση της ερώτησης σχετικά με τη δυσαρέσκεια και την ενόχληση 37% των συμμετεχόντων απάντησαν ότι ίσχυε σε ορισμένο βαθμό για αυτούς ή για ένα μικρό χρονικό διάστημα (Διάγραμμα 5.22). Επίσης 30% απάντησε ότι ένιωθαν ενοχλημένοι ή δυσαρεστημένοι για μεγάλο χρονικό διάστημα ή σε ιδιαίτερο βαθμό και 9% ότι ένιωθαν ενοχλημένοι ή δυσαρεστημένοι τις περισσότερες φορές. Αντίθετα από τους συμμετέχοντες το 25% θεώρησε ότι δε βίωσε κάποια ενόχληση ή δυσαρέσκεια (Διάγραμμα 5.22).

Από το Διάγραμμα 5.23 παρατηρείται ότι 43% των ερωτηθέντων δεν μπορούσε να ηρεμήσει για ένα μικρό χρονικό διάστημα, 26,5% δεν μπορούσε να ηρεμήσει για μεγάλο χρονικό διάστημα, ενώ 4% δεν μπορούσε να ηρεμήσει τις περισσότερες φορές. Αντίθετα, 26,5% απάντησε ότι δε βίωσε κατάσταση κατά την οποία δεν μπορούσε να ηρεμήσει.



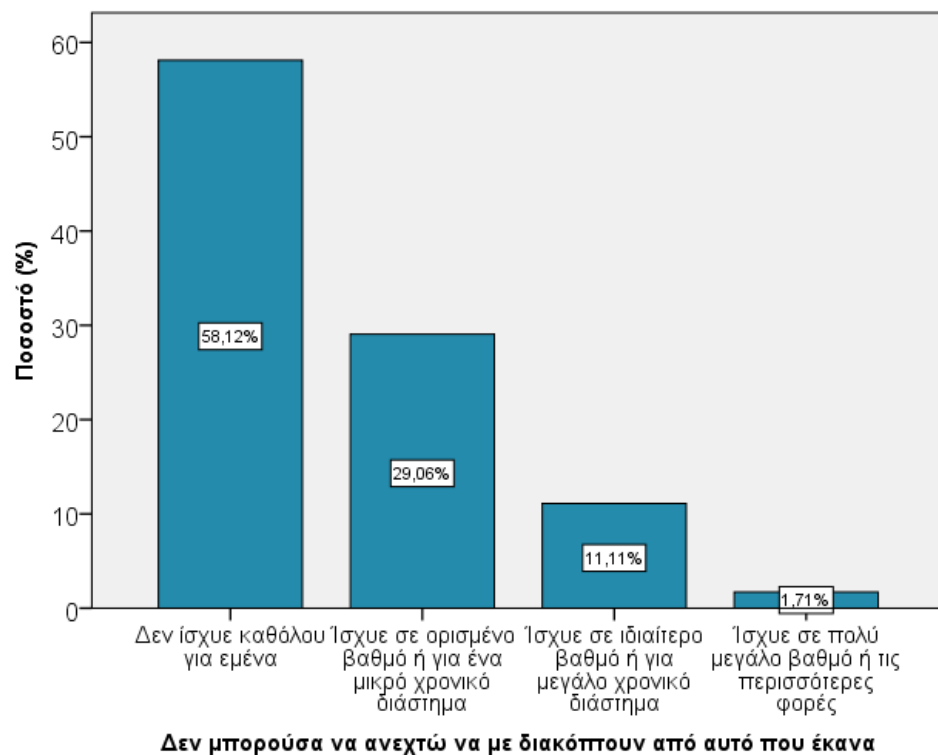
Διάγραμμα 5.22. Ποσοστά απαντήσεων για την περίπτωση της υποκλίμακας στρες κατά την οποία ο ερωτηθέντας ένιωθε ενοχλημένος/η ή δυσαρεστημένος/η.



Διάγραμμα 5.23. Ποσοστά απαντήσεων για την περίπτωση της υποκλίμακας στρες κατά την οποία ο ερωτηθέντας ήταν δύσκολο να χαλαρώσει.

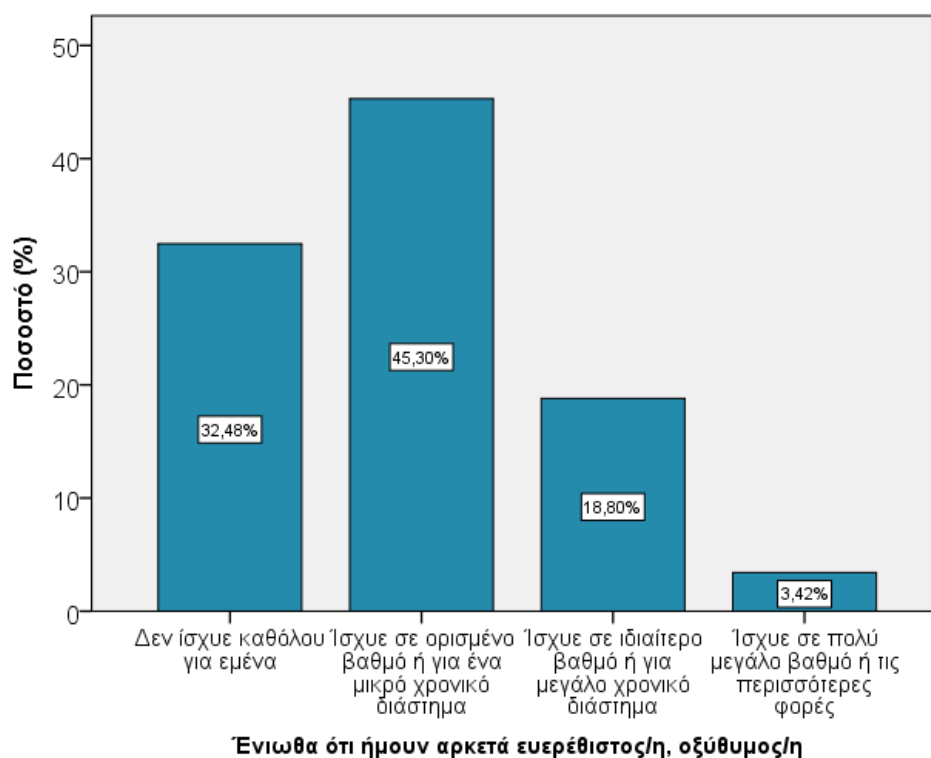
Στην περίπτωση της ερώτησης αν οι ερωτηθέντες δεν μπορούσαν να ανεχτούν να τους διακόπτουν, χαρακτηριστικό είναι ότι το 58% απάντησε ότι δεν ίσχυε καθόλου για αυτούς, ενώ 29% θεώρησε ότι ίσχυε για αυτούς σε ορισμένο βαθμό ή για μικρό χρονικό διάστημα.

Όπως φαίνεται από το Διάγραμμα 5.24 ένα μικρό ποσοστό, 11% θεώρησε ότι δεν μπορούσαν να ανεχτούν να τους διακόπτουν σε ιδιαίτερο βαθμό ή για μεγάλο χρονικό διάστημα, ενώ 2% δήλωσε ότι σε πολύ μεγάλο βαθμό ή τις περισσότερες φορές δεν μπορούσαν να ανεχτούν να τους διακόπτουν από την εργασία που έκαναν.



Διάγραμμα 5.24. Ποσοστά απαντήσεων για την περίπτωση της υποκλίμακας στρες κατά την οποία ο ερωτηθέντας δεν μπορούσε να ανεχτεί να τον/την διακόπτουν από αυτό που.

Τέλος, όπως διαφαίνεται από την ανάλυση των απαντήσεων στην ερώτηση σε τι βαθμό ένιωθαν οι συμμετέχοντες ότι ήταν ευερέθιστοι ή οξύθυμοι, το μεγαλύτερο ποσοστό 45% αισθάνονταν οξύθυμοι ή ευερέθιστοι ως ένα ορισμένο βαθμό και για περιορισμένο χρονικό διάστημα, (Διάγραμμα 5.25).



Διάγραμμα 5.25. Ποσοστά απαντήσεων για την περίπτωση της υποκλίμακας στρες κατά την οποία ο ερωτηθέντας ένιωθε ότι ήταν αρκετά ευερέθιστος/η, οξύθυμος/η.

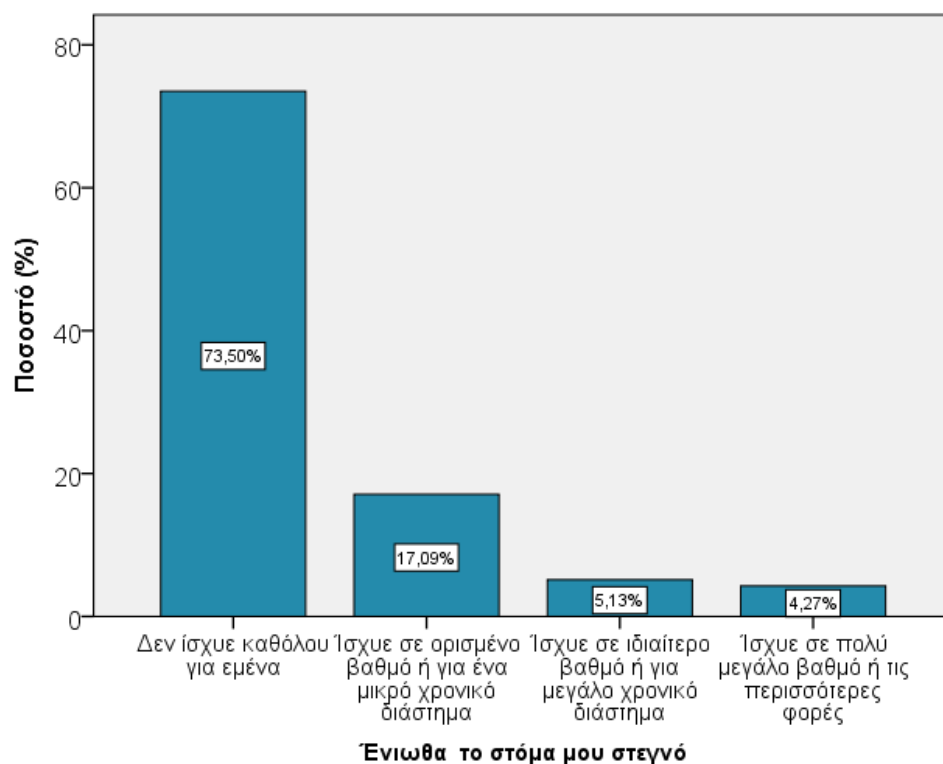
Το 19% περίπου των ερωτηθέντων αισθάνθηκαν οξύθυμοι ή ευερέθιστοι για μεγάλο χρονικό διάστημα και 3,5% σε πολύ μεγάλο βαθμό ή τις περισσότερες φορές. Τέλος, το 32,5% των ερωτηθέντων δεν ένιωσαν τον τελευταίο καιρό ευερέθιστοι ή οξύθυμοι. Στην επόμενη υποενοότητα αναλύεται η περίπτωση της υποκλίμακας του άγχους.

5.4.2 Άγχος

Η υποκλίμακα του άγχους εμπεριέχει τις ακόλουθες υποκατηγορίες i) ξηρασία στόματος και δυσκολία αναπνοής, ii) τάσεις για κρίση πανικού, iii) τρέμουλο στα χέρια και iv) απουσία ελέγχου κατάστασης, φοβισμένος/η.

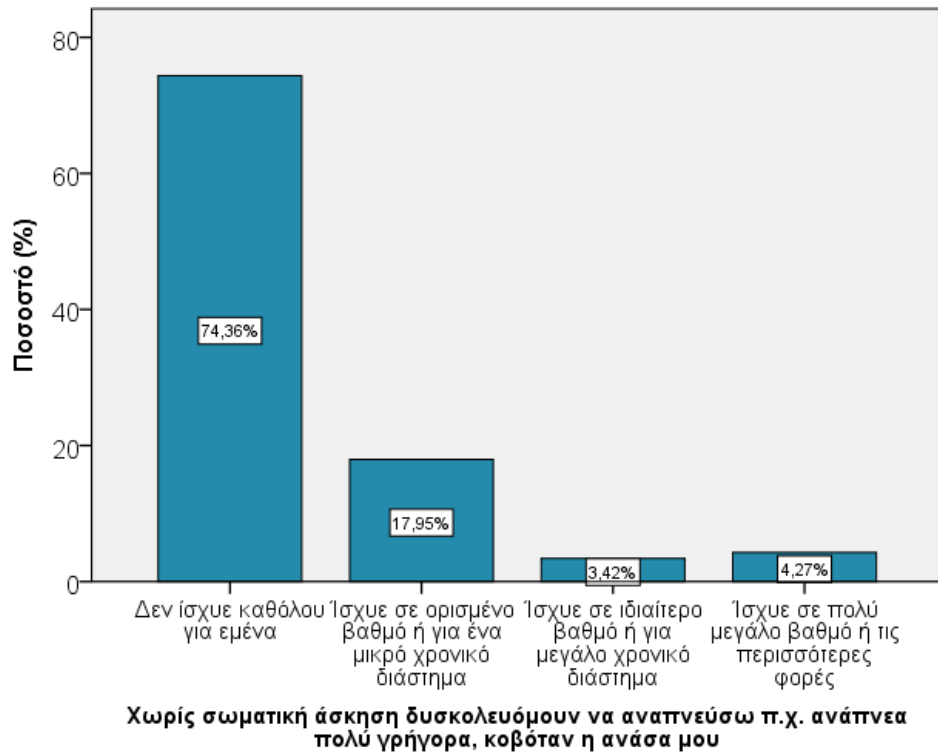
Όπως φαίνεται στα Γραφήματα 5.26 και 5.27, το 73% των συμμετεχόντων δεν αισθάνθηκε ξηρασία στόματος και ίδιο ποσοστό, 74,5% επίσης δεν αισθάνθηκε δυσχέρεια στην αναπνοή στην περίπτωση που δεν εκτελούσε κάποια σωματική άσκηση, αντίστοιχα.

Ωστόσο το 17% ένιωσε το στόμα του στεγνό για ένα ορισμένο χρονικό διάστημα, 5% ένιωσε το στόμα του στεγνό για μεγάλο χρονικό διάστημα, και 4% τις περισσότερες φορές ή σε μεγάλο βαθμό (Διάγραμμα 5.26).

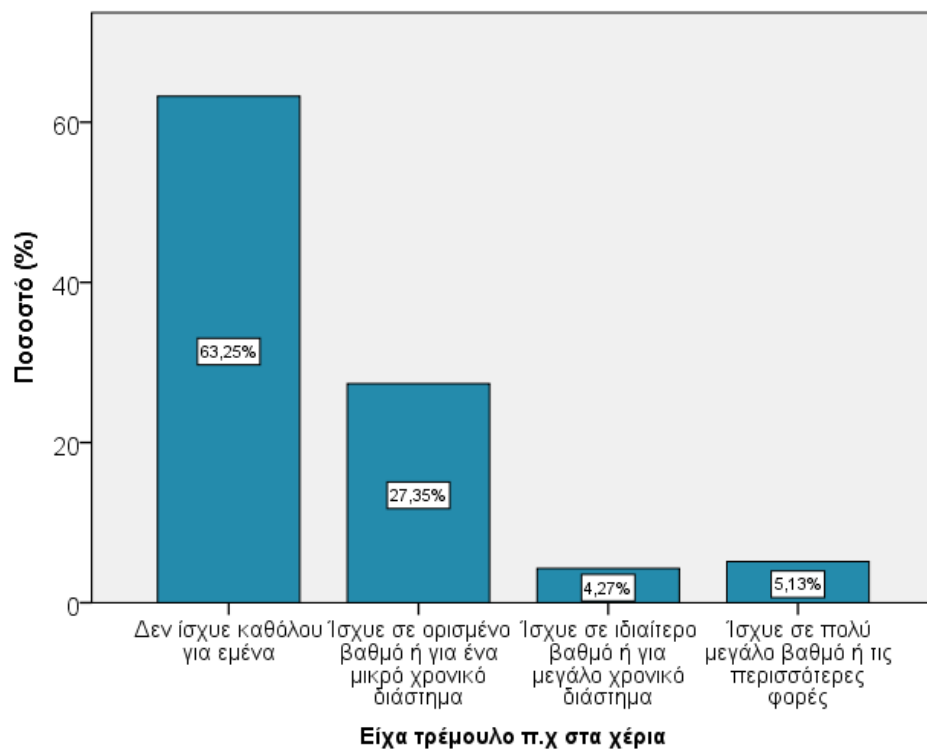


Διάγραμμα 5.26. Ποσοστά απαντήσεων για την περίπτωση της υποκλίμακας άγχους κατά την οποία ο ερωτηθέντας ρωτήθηκε αν ένιωθε το στόμα του στεγνό.

Επιπλέον από το Διάγραμμα 5.27 παρατηρείται ότι 18% των ερωτηθέντων, σε ορισμένο βαθμό και για μικρό χρονικό διάστημα αγχωνόταν να αναπνεύσει χωρίς να κάνει κάποια σωματική άσκηση, 3,5% αυτών δήλωσε ότι αυτό συνέβαινε για μεγάλο χρονικό διάστημα ή σε ιδιαίτερο βαθμό και 4% ένιωσε τις περισσότερες φορές δυσχέρεια στην αναπνοή.

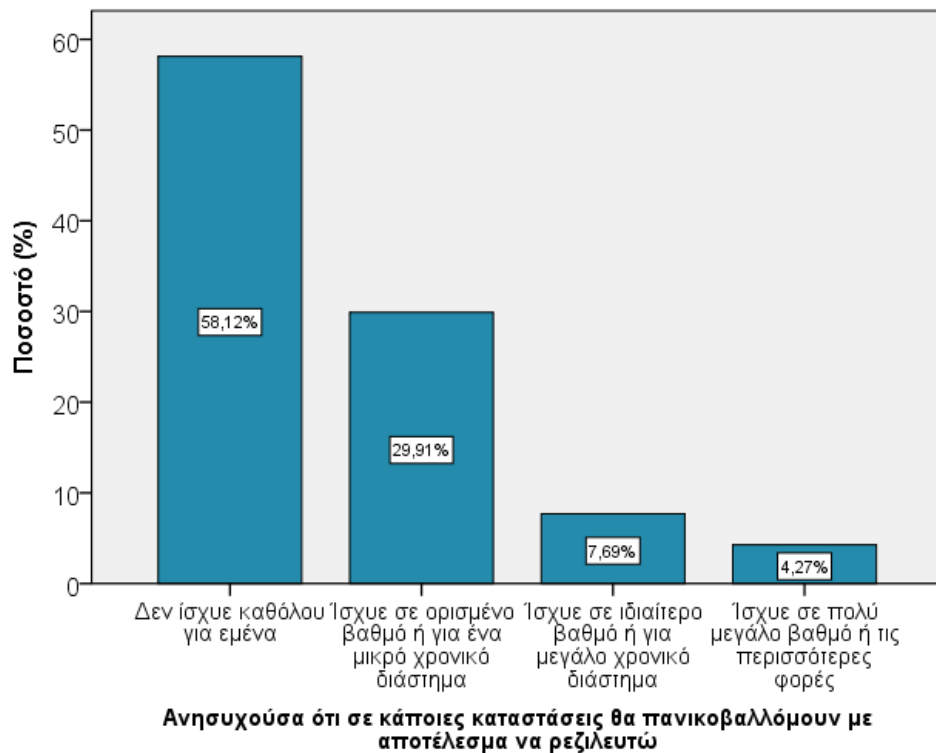


Διάγραμμα 5.27. Ποσοστά απαντήσεων για την περίπτωση της υποκλίμακας άγχους κατά την οποία ο ερωτηθέντας ρωτήθηκε σε τι βαθμό δυσκολευόταν να αναπνεύσει χωρίς σωματική άσκηση.



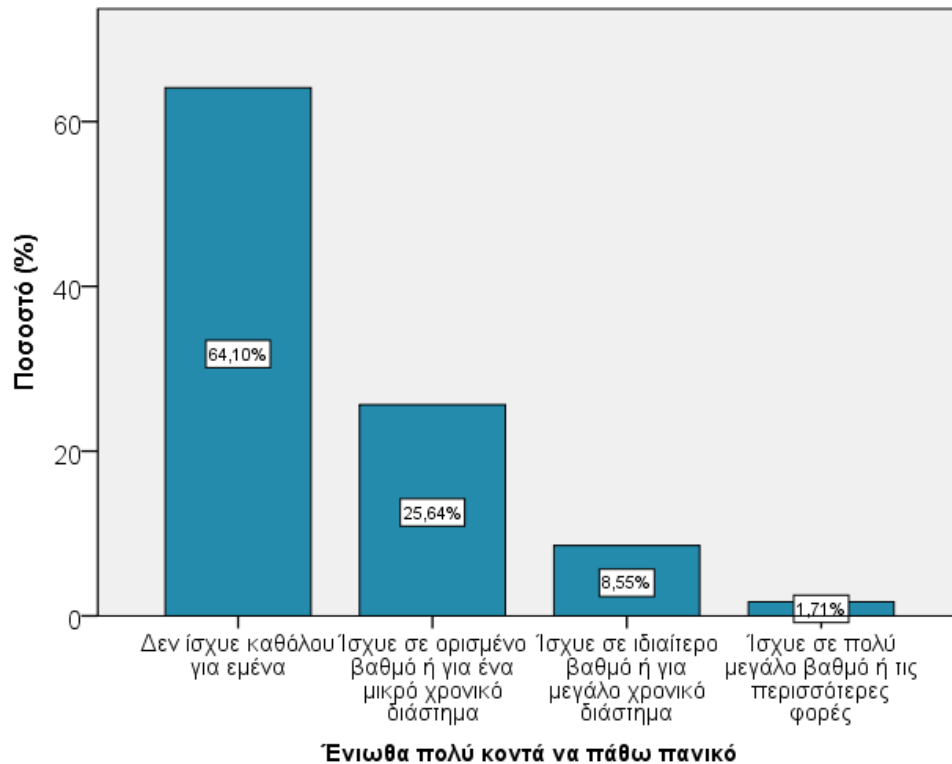
Διάγραμμα 5.28. Ποσοστά απαντήσεων για την περίπτωση της υποκλίμακας άγχους κατά την οποία ο ερωτηθέντας ρωτήθηκε σε τι βαθμό είχε τρέμουλο στα χέρια.

Από το Διάγραμμα 5.28 παρατηρείται ότι 63% δήλωσε ότι δεν είχε κάποιο τρέμουλο στα χέρια. Αντιθέτως, 27% των ερωτηθέντων για ένα μικρό χρονικό διάστημα είχε τρέμουλο στα χέρια, 4% για ένα μεγάλο χρονικό διάστημα απάντησε ότι είχε τρέμουλο και 5% δήλωσε ότι παρατήρησε τρέμουλο στα χέρια σε μεγάλο βαθμό ή τις περισσότερες φορές.



Διάγραμμα 5.29. Ποσοστά απαντήσεων για την περίπτωση της υποκλίμακας άγχους κατά την οποία ο ερωτηθέντας ρωτήθηκε σε τι βαθμό ανησυχούσε ότι σε κάποιες καταστάσεις θα πανικοβάλλονταν με αποτέλεσμα να ρεζιλευτεί.

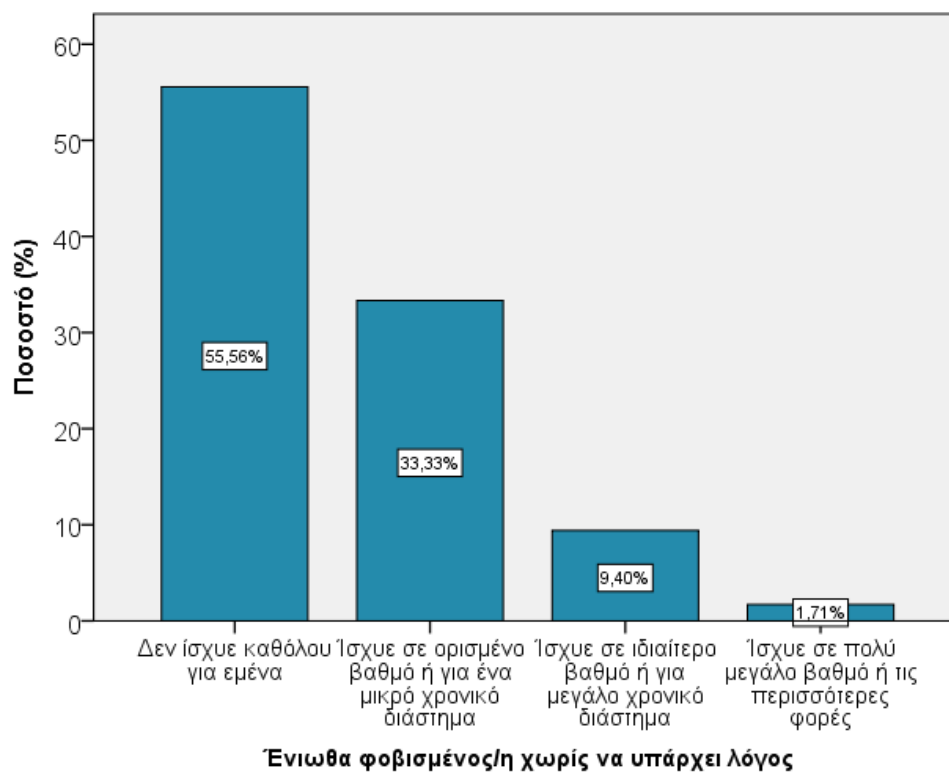
Στην περίπτωση που οι συμμετέχοντες ρωτήθηκαν σε τι βαθμό ανησυχούσαν ότι σε κάποιες καταστάσεις θα πανικοβάλλονταν με αποτέλεσμα να ρεζιλευτούν, 30% θεώρησε ότι αυτό ίσχυε σε ορισμένο βαθμό ή για ένα μικρό χρονικό διάστημα, 8% περίπου θεώρησε ότι αυτό ίσχυε σε ιδιαίτερο βαθμό ή για μεγάλο χρονικό διάστημα και 4% σε πολύ μεγάλο βαθμό ή τις περισσότερες φορές.



Διάγραμμα 5.30. Ποσοστά απαντήσεων για την περίπτωση της υποκλίμακας άγχους κατά την οποία ο ερωτηθέντας ρωτήθηκε σε τι βαθμό ένιωθε ότι ήταν πολύ κοντά να πάθει πανικό.

Επίσης 26% των συμμετεχόντων δήλωσε ότι για μικρό χρονικό διάστημα ένιωθε να παθαίνει πανικό. Ποσοστό της τάξεως του 9% θεώρησε ότι αισθάνθηκε να είναι οριακά να πάθει πανικό για μεγάλο χρονικό διάστημα ή σε ιδιαίτερο βαθμό, ενώ 2% περίπου του δείγματος αισθάνθηκε τις περισσότερες φορές ότι παθαίνει πανικό. Ενώ χαρακτηριστικό είναι ότι ένα μεγάλο μέρος των ερωτηθέντων, 64% ένιωθε ότι δεν είχε τάση προς πανικό (Διάγραμμα 5.30).

Τέλος, όπως απεικονίζεται στο Διάγραμμα 5.31 το 33% των συμμετεχόντων ένιωθαν φοβισμένοι χωρίς να υπάρχει λόγος για μικρό χρονικό διάστημα, ενώ το 9,5% για μεγάλο χρονικό διάστημα και το 2% τις περισσότερες φορές. Ωστόσο, 55,5% απάντησε ότι δε βίωσε αισθήματα φόβου χωρίς να υπάρχει κάποιος λόγος.

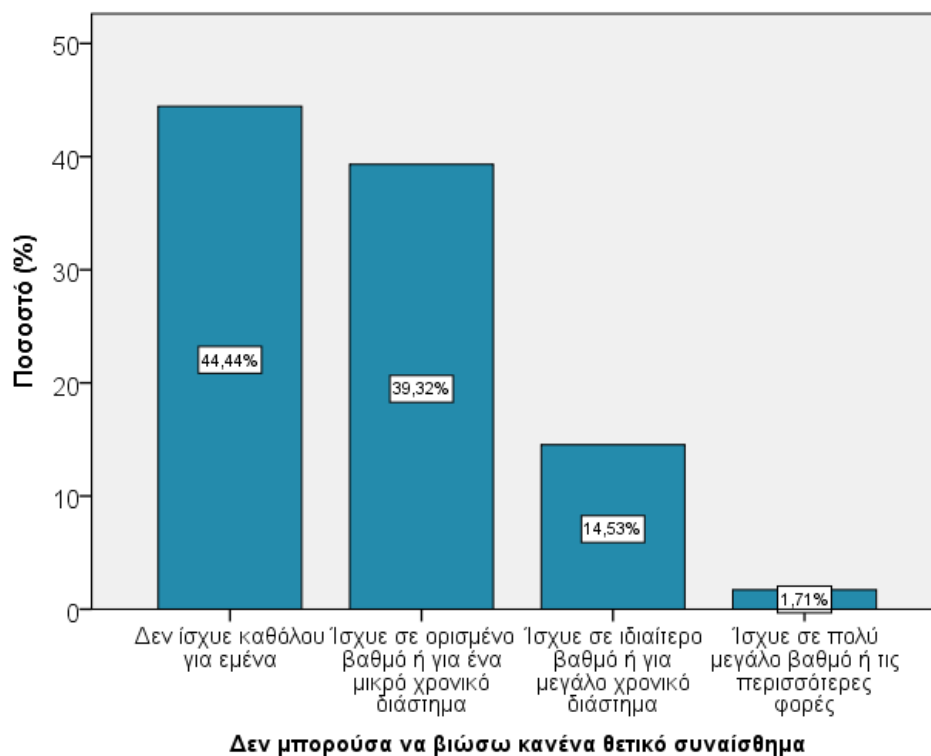


Διάγραμμα 5.31. Ποσοστά απαντήσεων για την περίπτωση της υποκλίμακας άγχους κατά την οποία ο ερωτηθέντας ρωτήθηκε σε τι βαθμό ένιωθε φοβισμένος/η χωρίς να υπάρχει λόγος.

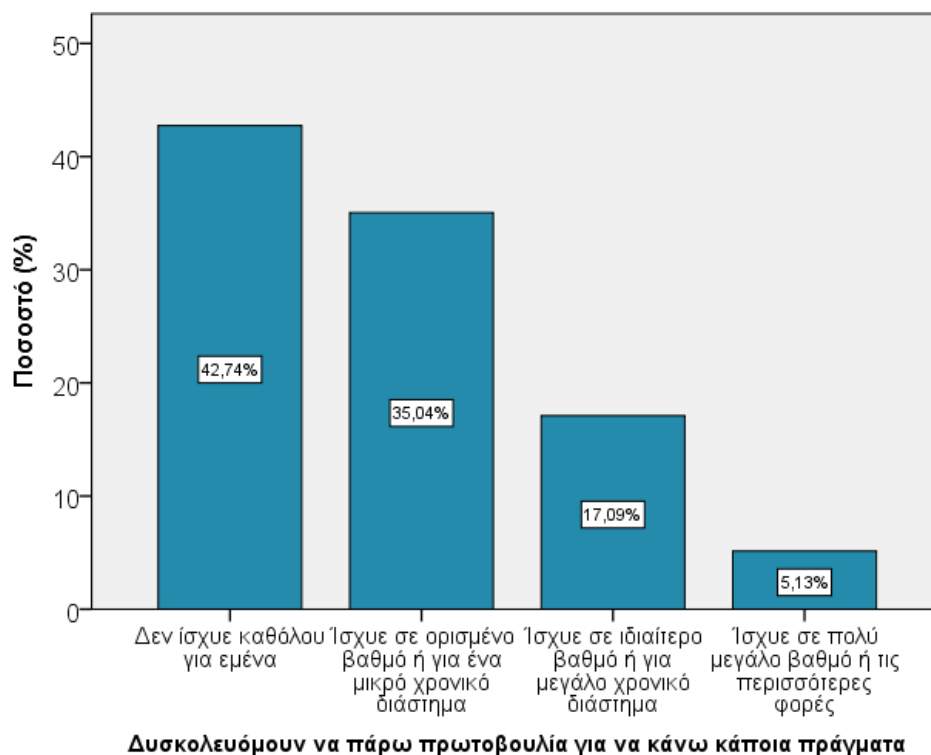
5.4.3 Κατάθλιψη

ΜΕ βάση το DASS-21 η υποκλίμακα της κατάθλιψης περιλαμβάνει επτά υποκατηγορίες: i) αδυναμία να βιώσει θετικό συναίσθημα, ii) δυσκολία στη λήψη πρωτοβουλίας, iii) απαισιοδοξία για το μέλλον, iv) μελαγχολικός/ή, v) αυτό-απαξίωση, vi) αδιαφορία συμμετοχής, αδιαφορία για τη ζωή.

Με βάση το Διάγραμμα 5.32, 39% των ερωτηθέντων δεν μπορούσε να βιώσει κανένα θετικό συναίσθημα για μικρό χρονικό διάστημα. Το ίδιο περίπου ποσοστό, 44,5%, ωστόσο δήλωσαν ότι δεν ίσχυε ότι δεν μπορούσαν να βιώσουν κανένα θετικό συναίσθημα. Το 14,5% και 2% των ερωτηθέντων επίσης σημείωσε ότι δεν μπορούσε να βιώσει κανένα θετικό συναίσθημα για μεγάλο χρονικό διάστημα και τις περισσότερες φορές, αντίστοιχα.

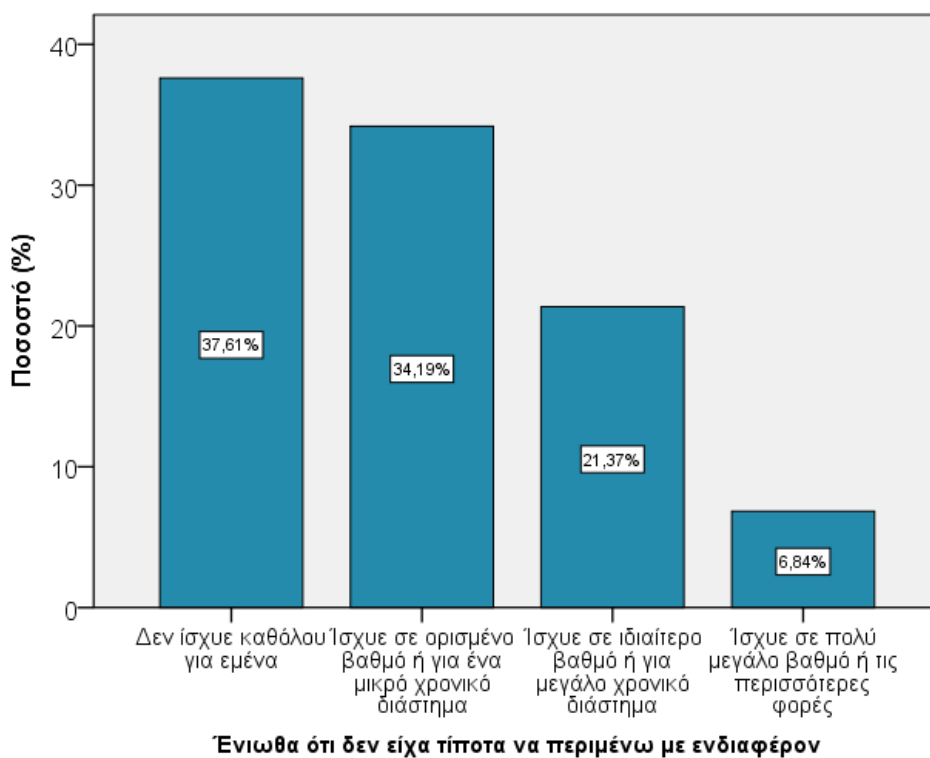


Διάγραμμα 5.32. Ποσοστά απαντήσεων για την περίπτωση της υποκλίμακας κατάθλιψης κατά την οποία ο ερωτηθέντας ρωτήθηκε σε τι βαθμό δεν μπορούσε να βιώσει κανένα θετικό συναίσθημα.



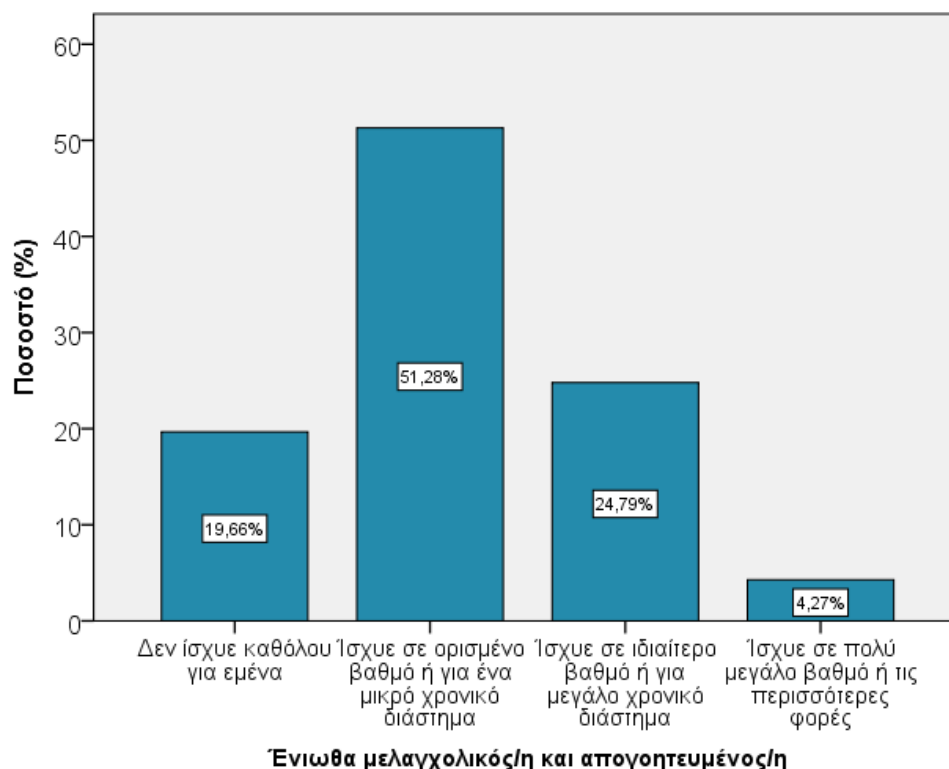
Διάγραμμα 5.33. Ποσοστά απαντήσεων για την περίπτωση της υποκλίμακας κατάθλιψης κατά την οποία ο ερωτηθέντας ρωτήθηκε σε τι βαθμό δυσκολευόταν να πάρει πρωτοβουλία για κάποια πράγματα.

Από τους ερωτηθέντες αξιολογήθηκε ότι 35% αυτών για μικρό χρονικό διάστημα δεν μπορούσε να πάρει πρωτοβουλία, 17% αυτών δεν μπορούσε να πάρει πρωτοβουλία σε μεγάλο βαθμό, ενώ 5% τις περισσότερες φορές. Επίσης 43% των συμμετεχόντων απάντησε ότι δεν αισθάνθηκε κάποια δυσκολία στην ανάπτυξη πρωτοβουλίας.



Διάγραμμα 5.34. Ποσοστά απαντήσεων για την περίπτωση της υποκλίμακας κατάθλιψης κατά την οποία ο ερωτηθέντας ρωτήθηκε σε τι βαθμό ένιωθε ότι δεν είχε τίποτα να περιμένει με ενδιαφέρον.

Στο Διάγραμμα 5.34 αξιολογήθηκε ότι 34% των ερωτηθέντων για ορισμένο χρονικό διάστημα ή σε ορισμένο βαθμό δεν ήταν αισιόδοξοι για το μέλλον, και 38% δήλωσαν ότι είχαν ενδιαφέρον για το μέλλον. Σημαντικό είναι επίσης και το ποσοστό των συμμετεχόντων, σχεδόν 21%, οι οποίοι θεωρούν ότι σε ιδιαίτερο βαθμό ή για μεγάλο χρονικό διάστημα δεν είχαν τίποτα να περιμένουν. Επίσης 7% δήλωσε ότι σε πολύ μεγάλο βαθμό ή τις περισσότερες φορές δεν είχαν τίποτα να περιμένουν, επισημαίνοντας τα αισθήματα απαισιοδοξίας που τους διακατέχουν.

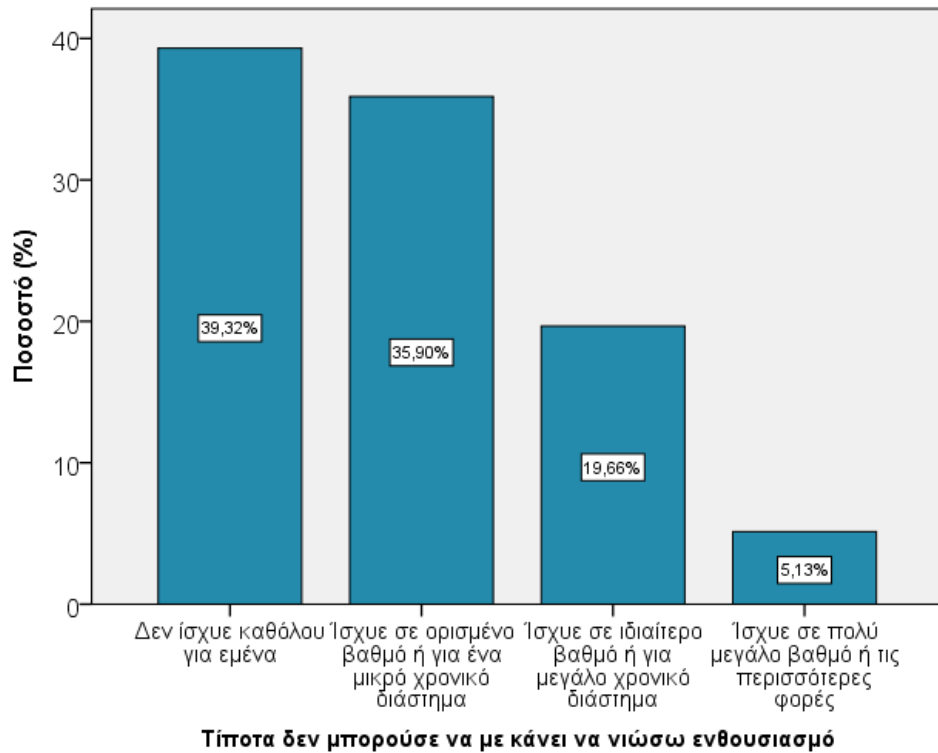


Διάγραμμα 5.35. Ποσοστά απαντήσεων για την περίπτωση της υποκλίμακας κατάθλιψης κατά την οποία ο ερωτηθέντας ρωτήθηκε σε τι βαθμό ένιωθε μελαγχολικός/η και απογοητευμένος/η.

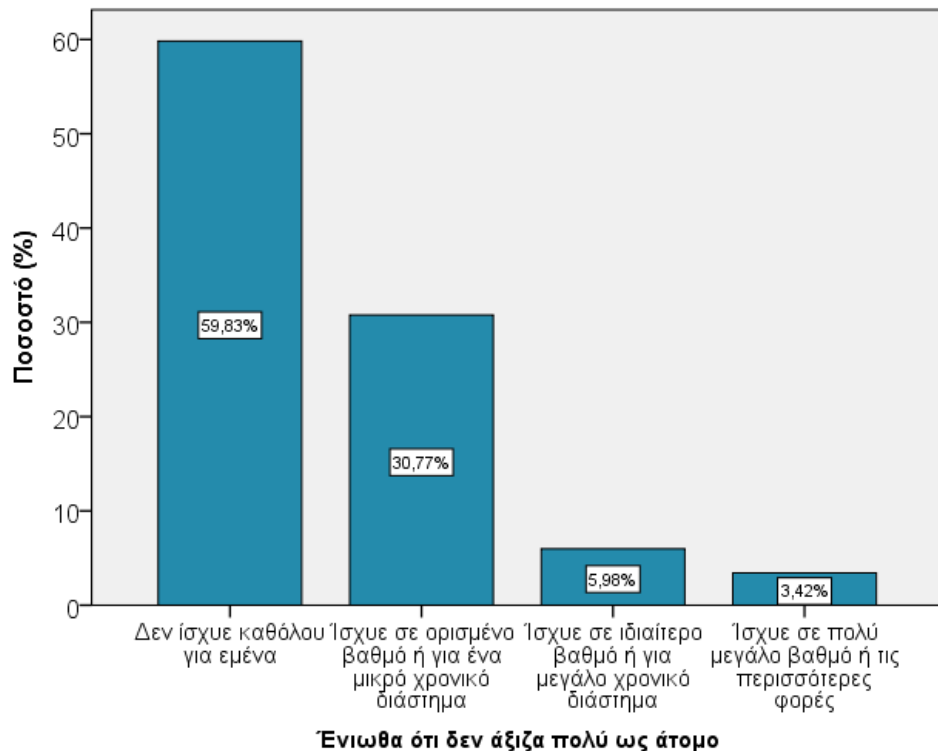
Όπως αναφέρεται στο Διάγραμμα 5.35, χαρακτηριστικό είναι ότι μεγάλο ποσοστό, 51%, σε ορισμένο βαθμό ή μικρό χρονικό διάστημα ένιωθε μελαγχολικός/η ή απογοητευμένος/η. Το ποσοστό των ερωτηθέντων που ένιωθε μελαγχολικό ή απογοητευμένο για μεγάλο χρονικό διάστημα υπολογίστηκε στο 25%, ενώ 4% για αυτούς που ένιωθαν μελαγχολικοί ή απογοητευμένοι σε πολύ μεγάλο βαθμό ή τις περισσότερες φορές.

Όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 5.36, 36% των ερωτηθέντων δεν μπορούσαν να νιώσουν ενθουσιασμό για ένα μικρό χρονικό διάστημα, 20% περίπου δεν μπορούσαν να νιώσουν ενθουσιασμό για μεγάλο χρονικό διάστημα και 5% τις περισσότερες φορές. Επιπλέον με βάση το Διάγραμμα 5.36, 39% απάντησε ότι δεν ίσχυε η πρόταση ότι δεν μπορούσαν να νιώσουν ενθουσιασμό με οτιδήποτε.

Στην περίπτωση της ερώτησης σε τι βαθμό ένιωθαν ότι δεν άξιζαν σαν άτομα οι ερωτηθέντες, 60% αυτών δήλωσαν ότι δεν ίσχυες για αυτούς. Αντίθετα, 31%, 6% και 3% των ερωτηθέντων θεώρησαν ότι δεν άξιζαν σαν άτομα για μικρό χρονικό διάστημα, για μεγάλο χρονικό διάστημα και τις περισσότερες φορές, αντίστοιχα.

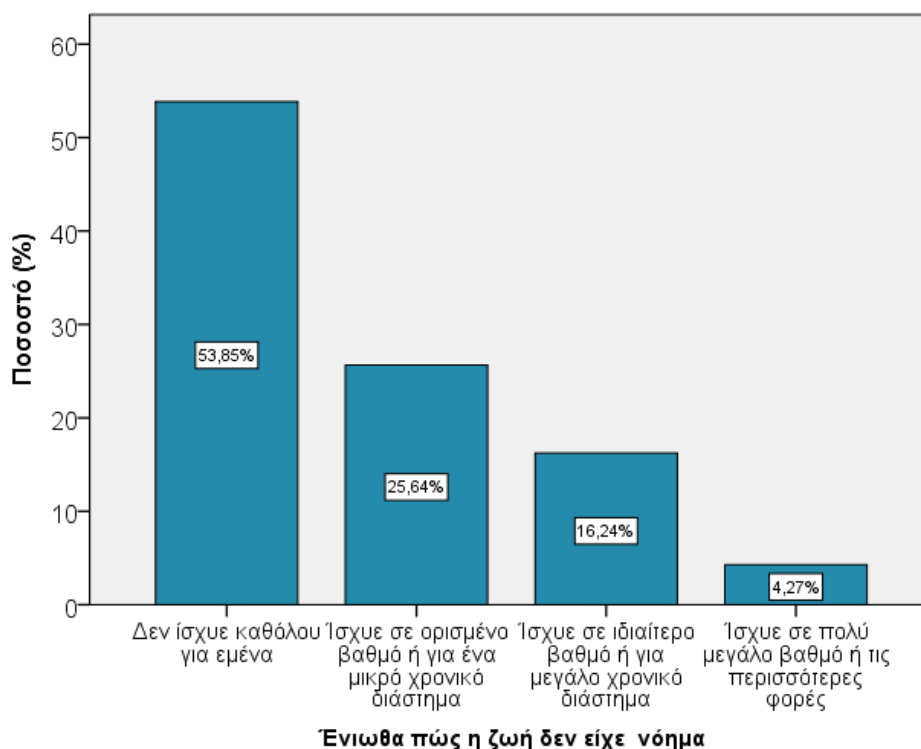


Διάγραμμα 5.36. Ποσοστά απαντήσεων για την περίπτωση της υποκλίμακας κατάθλιψης κατά την οποία ο ερωτηθέντας ρωτήθηκε σε τι βαθμό δεν μπορούσε να νιώσει ενθουσιασμό με τίποτα.



Διάγραμμα 5.37. Ποσοστά απαντήσεων για την περίπτωση της υποκλίμακας κατάθλιψης κατά την οποία ο ερωτηθέντας ρωτήθηκε σε τι βαθμό ένιωθε ότι δεν άξιζε πολύ ως άτομο.

Τέλος, με βάση τις απαντήσεις που απεικονίζονται στο Διάγραμμα 5.38 54% των συμμετεχόντων θεώρησε ότι δεν ένιωσε πώς η ζωή δεν είχε νόημα. Αντιθέτως, 26% δήλωσε ότι για μικρό χρονικό διάστημα θεώρησε ότι η ζωή δεν έχει νόημα, 16% για μεγάλο χρονικό διάστημα και 4% τις περισσότερες φορές θεώρησε ότι η ζωή δεν είχε νόημα.



Διάγραμμα 5.38. Ποσοστά απαντήσεων για την περίπτωση της υποκλίμακας κατάθλιψης κατά την οποία ο ερωτηθέντας ρωτήθηκε σε τι βαθμό ένιωθε πώς η ζωή δεν είχε νόημα.

5.5 Συσχέτιση ψυχικής υγείας με δημογραφικά στοιχεία και οικονομική κατάσταση

Αρχικά πραγματοποιείται ο έλεγχος της κανονικότητας των ανεξάρτητων μεταβλητών (ηλικία, φύλο, εκπαίδευση, κ.α.). Σε περίπτωση κανονικής κατανομής ακολουθείται παραμετρική ανάλυση, ενώ σε αντίθετη περίπτωση ακολουθείται μη παραμετρική ανάλυση.

Ο έλεγχος της κανονικότητας των ανεξάρτητων μεταβλητών έγινε χρησιμοποιώντας το κριτήριο Skewness, σύμφωνα με το οποίο για κανονική κατανομή η τιμή του πρέπει να κυμαίνεται στο εύρος -1 και 1.

Όπως καταγράφεται στον Πίνακα 5.2, στην περίπτωση των φύλων, υπολογίστηκε $p < 0.05$ και για τις τρεις παραμέτρους της ψυχικής υγείας, στρες, άγχους και κατάθλιψη, υποδεικνύοντας πως υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στα δυο φύλα, με τις τιμές να υπερτερούν ως προς το γυναικείο φύλο, σε σχέση με το στρες, άγχος και κατάθλιψη.

Πίνακας 5.2. Σύγκριση της ψυχικής υγείας των δυο φύλων.

	Φύλο	Διάμεσος	Mann-Whitney U	Sig.
Στρες	Άντρας	52.95	1164	0.013
	Γυναίκα	69.05		
Άγχος	Άντρας	50.79	1007	0.001
	Γυναίκα	72.61		
Κατάθλιψη	Άντρας	54.47	1257	0.062
	Γυναίκα	66.51		

Στη συνέχεια της ανάλυσης εκτιμήθηκε ότι δεν υπάρχει σημαντική στατιστική συσχέτιση της ηλικίας, του αριθμού των τέκνων, της ανώτατης βασικής εκπαίδευσης και βασικού εισοδήματος που παρέχεται από κρατικές παροχές, με το στρες, το άγχος και την κατάθλιψη, καθώς υπολογίστηκε $p > 0.05$.

Ωστόσο, χαρακτηριστικό είναι ότι η επάρκεια του μισθού για τα μηνιαία έξοδα συσχετίζεται με το στρες, άγχος και κατάθλιψη, καθώς $p < 0.05$ (Πίνακας 5.3). Στατιστική σημαντικότητα παρουσιάζει επίσης η συσχέτιση του μηνιαίου εισοδήματος με την υποκλίμακα του στρες και της κατάθλιψης, με $p < 0.05$, (Πίνακας 5.3). Στην περίπτωση του μηνιαίου εισοδήματος δεν υπολογίστηκε κάποια σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στην υποκλίμακα του άγχους, καθώς $p > 0.05$.

Πίνακας 5.3. Συσχέτιση υποκλιμάκων με ηλικία, αριθμό τέκνων, μηνιαίο εισόδημα, επάρκεια μισθού και μηνιαία έξοδα (r-spearman).

		Επάρκεια μισθού για μηνιαία έξοδα	Μηνιαίο εισόδημα	Μηνιαία έξοδα	Μηνιαία έξοδα για φαρμακευτική περίθαλψη
Στρες	r-spearman	-0.56	-0.25	-0.13	0.210
	Sig. (2-tailed)	0.00	0.008	0.17	0.023
	N	101	117	115	117
Άγχος	r-spearman	-0.37	-0.15	-0.12	0.300
	Sig. (2-tailed)	0.00	0.107	0.19	0.001
	N	101	117	115	117
Κατάθλιψη	r-spearman	-0.51	-0.257	-0.21	0.223
	Sig. (2-tailed)	0.00	0.005	0.028	0.016
	N	101	117	115	117

Επιπλέον στην περίπτωση συσχέτισης των μηνιαίων εξόδων με την κατάθλιψη ο συντελεστής σημαντικότητας υπολογίστηκε να είναι στατιστικά σημαντικός $p=0.028<0.05$. Ωστόσο στην περίπτωση του άγχους και του στρες $p>0.05$ και επομένως δεν υπάρχει κάποια στατιστικά σημαντική συσχέτιση.

Στην περίπτωση των μηνιαίων εξόδων για φαρμακευτική περίθαλψη, για τις τρεις υποκλίμακες, στρες, άγχους και κατάθλιψης υπολογίστηκε $p=0.023, 0.001$ και $0.016<0.05$, αντίστοιχα. Η μεγαλύτερη τιμή του συντελεστή σημαντικότητας στην περίπτωση του στρες, σε σύγκριση με το άγχος και την κατάθλιψη, δείχνει ότι συσχετίζεται λίγο περισσότερο με τα μηνιαία έξοδα φαρμακευτικής περίθαλψης.

5.6 Ψυχική υγεία και κοινωνικές παροχές

Στην παρούσα υποενοότητα συγκρίνεται η ψυχική υγεία, με τις τρεις υποκλίμακες στρες, άγχους και κατάθλιψης, μεταξύ των ομάδων που έχουν βιώσει μείωση κοινωνικών παροχών και αυτών που δεν έχουν. Με βάση τα αποτελέσματα που αναφέρονται στον Πίνακα 5.4 παρουσιάζεται συσχέτιση των ατόμων που έχουν υποστεί μείωση κοινωνικών παροχών, από το 2008, με την εμφάνιση στρες και κατάθλιψης ($p < 0.05$), με την κατάθλιψη να παρουσιάζει μεγαλύτερη στατιστική σημαντικότητα. Επίσης, συσχέτιση εμφανίζεται μεταξύ της μείωσης κοινωνικών παροχών και ποιότητας ζωής των ανθρώπων με την εμφάνιση στρες, άγχους και κατάθλιψης. Οι συντελεστές σημαντικότητας για την περίπτωση του στρες, άγχους και κατάθλιψης υπολογίστηκαν $p = 0.00$, 0.016 και $0.015 < 0.05$, αντίστοιχα.

Πίνακας 5.4. Σύγκριση ανεξάρτητων μεταβλητών μέρους Β με την ψυχική υγεία (Mann-Whitney U).

		Έχετε δεχθεί από το 2008 (εκκίνηση οικονομικής κρίσης) μείωση κοινωνικών παροχών;	
		Ναι	Όχι
Στρες	Διάμεσος	62.52	42.26
	Sig.	0.009	
	U (p)	696	
Άγχος	Διάμεσος	60.98.	48.46
	Sig.	0.10	
	U (p)	838.5	
Κατάθλιψη	Διάμεσος	61.90	44.74
	Sig.	0.028	
	U (p)		
		Έχετε δεχθεί αύξηση φόρων από το 2008;	
		Ναι	Όχι
Στρες	Διάμεσος	60.57	51.40
	Sig.	0.27	
	U (p)	818,0	
Άγχος	Διάμεσος	59.2	58.03

	Sig.	0.89	
	U (p)	950,5	
Κατάθλιψη	Διάμεσος	59.32	57.45
	Sig.	0.82	
	U (p)	939,0	
		Εάν απαντήσατε θετικά στην 1^η ή 2^η ερώτηση, η μείωση παροχών και/ή αύξηση φόρων θεωρείτε ότι επηρέασε την ποιότητα της ζωής σας;	
		Ναι	Όχι
Στρες	Διάμεσος	61.29	33.31
	Sig.	0.00	
	U (p)	468,0	
Άγχος	Διάμεσος	59.46	41.17
	Sig.	0.016	
	U (p)	633,5	
Κατάθλιψη	Διάμεσος	59.57	40.71
	Sig.	0.015	
	U (p)	624,0	
		Θεωρείτε ότι η αύξηση των κοινωνικών παροχών θα βελτίωνε την ποιότητα ζωή σας;	
		Ναι	Όχι
Στρες	Διάμεσος	62.62	41.45
	Sig.	0.011	
	U (p)	619,0	
Άγχος	Διάμεσος	60.23	53.03
	Sig.	0.378	
	U (p)	850,5	
Κατάθλιψη	Διάμεσος	60.63	51.08
	Sig.	0.249	
	U (p)	811,5	

Επιπρόσθετα, προκύπτει συσχέτιση της υποτιθέμενης αύξησης κοινωνικών παροχών, στην ομάδα που δέχθηκε μείωσή τους, με την εμφάνιση στρες (Πίνακας 5.4).

5.7 Ψυχική υγεία και οικονομική κατάσταση

Στην παρούσα υποενότητα συγκρίνεται η ψυχική υγεία των ερωτηθέντων με την οικονομική τους κατάσταση. Με βάση τα αποτελέσματα που καταγράφονται στον Πίνακα 5.5, συγκρίνοντας τους ερωτηθέντες που δεν είναι ικανοποιημένοι από την οικονομική τους κατάσταση με αυτούς που είναι, παρατηρείται ότι $p < 0.05$, και οι τιμές της διαμέσου να διαφέρουν σημαντικά μεταξύ τους. Παρουσιάζεται συσχέτιση ανάμεσα σε αυτούς που δεν είναι ικανοποιημένοι από την οικονομική τους κατάσταση και την εμφάνιση στρες, άγχους και κατάθλιψης.

Πίνακας 5.5. Σύγκριση ανεξάρτητων μεταβλητών μέρους Γ με την ψυχική υγεία (Mann-Whitney U).

		Είστε ικανοποιημένος με την οικονομική σας κατάσταση;	
		Ναι	Όχι
Στρες	Διάμεσος	32.32	72.34
	Sig.	0.00	
	U (p)	480,5	
Άγχος	Διάμεσος	38.81	69.10
	Sig.	0.00	
	U (p)	733,5	
Κατάθλιψη	Διάμεσος	34.05	71.47
	Sig.	0.00	
	U (p)	548,0	
		Συνήθως αφήνετε απλήρωτους λογαριασμούς;	
		Ναι	Όχι
Στρες	Διάμεσος	89.78	53.27
	Sig.	0.00	
	U (p)	414,5	
Άγχος	Διάμεσος	87.38	53.15
	Sig.	0.00	
	U (p)	402,5	
Κατάθλιψη	Διάμεσος	88.05	53.01
	Sig.	0.00	
	U (p)	389,00	
		Μετά το 2008 έχετε λάβει κάποιο δάνειο/πιστωτική κάρτα για να καλύψετε βασικής σας ανάγκης;	
		Ναι	Όχι
Στρες	Διάμεσος	75.23	56.01
	Sig.	0.038	
	U (p)	506,5	

Άγχος	Διάμεσος	69.33	56.89
	Sig.	0.17	
	U (p)	595,0	
Κατάθλιψη	Διάμεσος	71.1	56.63
	Sig.	0.118	
	U (p)	568,5	
		Μετά το 2008 έχετε δανειστεί από κάποιον γνωστό για να καλύψετε βασικές δικές σας ανάγκες;	
		Ναι	Όχι
Στρες	Διάμεσος	77.10	48.87
	Sig.	0.00	
	U (p)	815,0	
Άγχος	Διάμεσος	73.56	50.85
	Sig.	0.00	
	U (p)	963,5	
Κατάθλιψη	Διάμεσος	74.95	50.07
	Sig.	0.00	
	U (p)	905,0	
		Σας περισσεύει εισόδημα στο τέλος του μήνα;	
		Ναι	Όχι
Στρες	Διάμεσος	38.83	70.52
	Sig.	0.00	
	U (p)	718,5	
Άγχος	Διάμεσος	43.40	67.73
	Sig.	0.00	
	U (p)	919,5	
Κατάθλιψη	Διάμεσος	41.83	68.69
	Sig.	0.00	
	U (p)	850,5	
		Έχετε βρεθεί ποτέ σε θέση μη ικανότητα οικονομικής κάλυψης της φαρμακευτικής και ιατρικής περίθαλψης;	
		Ναι	Όχι
Στρες	Διάμεσος	86.03	46.99
	Sig.	0.00	
	U (p)	485,00	
Άγχος	Διάμεσος	86.56	46.75
	Sig.	0.00	
	U (p)	466,00	
Κατάθλιψη	Διάμεσος	84.25	47.78
	Sig.	0.00	
	U (p)	549,00	
		Έχετε βρεθεί ποτέ σε θέση μη ικανότητα οικονομικής κάλυψης άλλων βασικών	

		αναγκών;	
		Ναι	Όχι
Στρες	Διάμεσος	75.88	43.51
	Sig.	0.00	
	U (p)	763,0	
Άγχος	Διάμεσος	73.26	45.91
	Sig.	0.00	
	U (p)	909,5	
Κατάθλιψη	Διάμεσος	73.96	45.26
	Sig.	0.00	
	U (p)	870,0	

Επιπλέον, υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στα άτομα που αφήνουν απλήρωτους λογαριασμούς, ή βρέθηκαν σε ανάγκη για δανεισμό από κάποιον γνωστό μετά το 2008, με στόχο την κάλυψη των βασικών αναγκών, με την εμφάνιση στρες, άγχους και κατάθλιψης, καθώς και συσχέτιση της μη ικανότητας οικονομικής κάλυψης άλλων βασικών αναγκών και αναγκών ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, με τις τρεις υποκλίμακες στρες, άγχους και κατάθλιψης.

Τέλος, συσχέτιση παρουσιάζεται μεταξύ της λήψης δανείου ή κάρτας, μετά το 2008, για την κάλυψη βασικών αναγκών με την υποκλίμακα του στρες.

6 Συζήτηση αποτελεσμάτων

Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων διαπιστώνεται ότι η μη επάρκεια του μισθού, μετά το έτος 2008, για τα μηνιαία έξοδα συσχετίζεται με την εκδήλωση άγχους, κατάθλιψης και στρες. Επίσης συσχέτιση εμφανίζεται μεταξύ στρες, άγχους και κατάθλιψης, με το στρες να παρουσιάζεται σε μεγαλύτερο βαθμό και των μηνιαίων εξόδων για φαρμακευτική αγωγή ή ιατρική περίθαλψη.

Επιπλέον, η αύξηση φόρων και η επίδραση στην ποιότητα ζωής των ανθρώπων με κινητική αναπηρία συσχετίζεται με τη δημιουργία στρες, άγχους και κατάθλιψης. Επιπρόσθετα, με βάση τα αποτελέσματα η ανάγκη για δανεισμό από κάποιον γνωστό μετά το 2008, με στόχο την κάλυψη των βασικών αναγκών, καθώς και η μη ικανότητα οικονομικής κάλυψης άλλων βασικών αναγκών συνδέονται με την εκδήλωση στρες, άγχους και κατάθλιψης. Ακόμα, τόσο το στρες, το άγχος όσο και η κατάθλιψη φαίνεται να συνδέονται με την ικανότητα οικονομικής κάλυψης φαρμακευτικής ή ιατρικής περίθαλψης

Επίσης στη βιβλιογραφία είναι πλέον καλά τεκμηριωμένη η Συσχέτιση της οικονομικής ευημερίας με τα επίπεδα της ψυχολογικής δυσφορίας (Dohrenwend et al., 1969, Dooley et al., 1980). Μελέτες που αξιολογούν ρητά την οικονομική πίεση, έχουν αποδείξει ότι η δυσφορία που προκαλείται λόγω οικονομικής πίεσης αποτελεί σημαντικό παράγοντα της ψυχολογίας ενός ατόμου (Hong et al., 2016).

Η οικονομική πίεση επίσης δημιουργεί πίεση και αμφιβολίες σχετικά με την αίσθηση του εαυτού του καθενός, τη θέση του στον κόσμο καθώς και την αυτοεκτίμηση (Hong et al., 2016). Τα άτομα με σωματικές αναπηρίες, ως ομάδα, που βρίσκονται ήδη σε σχετικά μειονεκτική θέση, όσον αφορά στις ευκαιρίες που παρέχονται ως προς την εύρεση εργασίας, μπορεί να βρεθούν σε δυσχερέστερη θέση λόγω των οικονομικών επιπτώσεων της μείωσης των κοινωνικών παροχών. Οι Turner et al. (Turner et al., 2004) κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι ο συναισθηματικός αντίκτυπος της οικονομικής πίεσης φαίνεται να είναι μεγαλύτερος μεταξύ των ατόμων με αναπηρία.

Όπως αναφέρει και ο Khandaker (Khandaker, 2020) παραδοσιακά τα άτομα με ειδικές ανάγκες ήταν ο «εφεδρικός στρατός εργασίας», «ο τελευταίος που προσλήφθηκε, ο πρώτος που απολύθηκε», που θεωρείται ως αναλώσιμος σε

περιόδους οικονομικής κρίσης. Επιπλέον, σε περιόδους ύφεσης, τα άτομα με αναπηρία αντιμετωπίζουν ιδιαίτερες δυσκολίες που οφείλονται στην έλλειψη εργασίας και στην αυξημένη απομόνωση, στις διακρίσεις και στο αίσθημα ξеноφοβίας.

Επιπλέον στην περίοδο της οικονομικής κρίσης, όπως αναφέρει ο Khandaker (Khandaker, 2020) τα νέα έργα ανάπτυξης που στοχεύουν στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων με αναπηρία έχουν πλέον καθυστερήσει λόγω έλλειψης κεφαλαίων. Επιπλέον, οι προσφερόμενες θέσεις για άτομα με αναπηρία σε βιομηχανίες έχουν σταματήσει. Επίσης, άτομα με ειδικές ανάγκες έχουν χάσει τη δουλειά τους ακόμα και ως επίσημοι Καθηγητές. Η κατάσταση αυτή δημιουργεί την αβεβαιότητα και έχει ωθήσει τα άτομα με ειδικές ανάγκες στην κατάθλιψη (Khandaker, 2020).

Στην παρούσα έρευνα βρέθηκε ότι τα μηνιαία έξοδα σχετίζονται με την εμφάνιση κατάθλιψης σε ένα μικρό βαθμό. Ενώ η μείωση των κοινωνικών παροχών σχετίζεται με την εμφάνιση στρες και κατάθλιψης, με την κατάθλιψη να παρουσιάζει πιο σημαντική συσχέτιση, επιβεβαιώνοντας την τρίτη υπόθεση της παρούσας έρευνας: *«Αναμένεται ότι στα άτομα με κινητική αναπηρία θα παρατηρηθούν υψηλές τιμές καταθλιπτικών συμπτωμάτων λόγω μείωσης των παροχών τους».*

Επιπρόσθετα, η ανάγκη για δανεισμό από γνωστό με στόχο την κάλυψη βασικών αναγκών συσχετίζεται με την κατάθλιψη, όπως ανάλογα και με την ποιότητα ζωής.

Επιπλέον, βρέθηκε ότι μεταξύ των ατόμων με κινητική αναπηρία, το γυναικείο φύλο παρουσιάζει μεγαλύτερη συσχέτιση από το αντρικό με την εκδήλωση του στρες, του άγχους και της κατάθλιψης. Σε παρόμοια αποτελέσματα κατέληξαν και οι Noh et al. (2016) οι οποίοι βρήκαν ότι οι γυναίκες παρουσίασαν υψηλότερα επίπεδα βαθμολογίας όσον αφορά στην κατάθλιψη.

Γενικότερα, η κατάθλιψη σήμερα αποτελεί όλο και πιο διαδεδομένη ανησυχία για τη δημόσια υγεία, η οποία επηρεάζει περίπου 350 εκατομμύρια ανθρώπους παγκοσμίως (World Health Organization, 2015). Τα καταθλιπτικά συμπτώματα έχουν σημαντικό αντίκτυπο σε καρδιαγγειακές και άλλες ασθένειες, καθώς και στην εξασθενημένη γνωστική και κοινωνική λειτουργία ενός ατόμου (Lépine et al., 2011). Επιπλέον, το σχετικό οικονομικό κόστος που προκύπτει από την κατάθλιψη είναι μεγάλο (Lépine et al., 2011).

Όπως αναφέρεται και από τους Garrido-Cumbrera et al. (2018) η οικονομική κρίση του 2008 είχε μεγαλύτερη επίδραση στα άτομα με αναπηρία από ό, τι σε άτομα χωρίς αναπηρία και στην περίπτωση της Ισπανίας. Με βάση τα αποτελέσματα της έρευνάς τους τα τελευταία χρόνια, ο αριθμός των ατόμων με αναπηρίες εγγράφηκαν ως μέρος του εργατικού δυναμικού με ανώτερο επίπεδο εκπαίδευσης την τριτοβάθμια, έχει αυξηθεί. Ωστόσο, το ποσοστό ανεργίας μεταξύ ατόμων με αναπηρία έχει αυξηθεί με ταχύτερο ρυθμό, ειδικά για την περίπτωση των γυναικών και τους νέους (Garrido-Cumbrera et al., 2018).

Skalecka et al. (2014) διερεύνησαν τον αντίκτυπο της οικονομικής κρίσης και της μείωσης των κυβερνητικών δαπανών σε ενήλικες με σωματικές αναπηρίες στην Κομητεία Κέρι της Ιρλανδίας. Η εξέταση των κυβερνητικών δαπανών αφορούσε υπηρεσίες για ενήλικες με σωματικές αναπηρίες και περικοπές στην κατανομή παροχών, επιδομάτων και τις επιπτώσεις τους στις συνθήκες διαβίωσης.

Τα ευρήματα αυτής της μελέτης έδειξαν ότι η οικονομική κρίση και η μείωση των κυβερνητικών δαπανών είχε ως αποτέλεσμα τη μείωση του επιπέδου ζωής των νέων, της υγείας και της ευημερίας, καθώς και της πρόσβασης σε υπηρεσίες που αφορούσαν στην υγεία τους. Τα ευρήματα τους έδειξαν επίσης ότι η αυτονομία τους απειλείται λόγω της αυξανόμενης εξάρτησης και της αυξανόμενης μείωσης της επιλογής που μπορεί να έχουν στη ζωή τους (Skalecka, 2014).

Ο Lambert (2013) ισχυρίζεται ότι σε ολόκληρη την ΕΕ τα άτομα με αναπηρία δε συμμετέχουν ίσα με τις υπόλοιπες ομάδες στις δημόσιες δαπάνες και, κατά συνέπεια, στερούνται υπηρεσιών υποστήριξης που τους επιτρέπουν να είναι μέρος των κοινοτήτων τους και να ζουν ανεξάρτητες ζωές. Οι μισθολογικές περικοπές στις υπηρεσίες και στις παροχές υποστήριξης έχουν άμεσες επιπτώσεις στα άτομα με αναπηρία και έχουν αρνητικό αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής τους, καθώς την υποβαθμίζουν. Σε παρόμοια αποτελέσματα κατέληξε και η παρούσα έρευνα, καθώς βρέθηκε ότι η μείωση του εισοδήματος συσχετίζεται με την ποιότητα ζωής των ανθρώπων με κινητική αναπηρία και την εκδήλωση άγχους και κατάθλιψης.

Επιπλέον, ο Hanan (2012) υποστηρίζει ότι η οικονομική κρίση έχει πολλές κοινωνικές επιπτώσεις σε όλους τους πολίτες, ωστόσο τα μέτρα λιτότητας εντείνουν τη φτώχεια και την ανισότητα μεταξύ των ευάλωτων ομάδων που πλήττονται περισσότερο.

Οι επιπτώσεις των μέτρων λιτότητας σε ανθρώπους με αναπηρία γίνονται όλο και πιο έντονες, προκαλώντας σημαντικό άγχος στα άτομα με ειδικές ανάγκες και στις οικογένειές τους (Evans, 2011, Hanan, 2012). Επιπλέον τα μέτρα λιτότητας τα οποία συνέβαλαν στον επανασχεδιασμό των κριτηρίων επιλεξιμότητας και των διαδικασιών αξιολόγησης για να πληρούν τις προϋποθέσεις για επιδόματα αναπηρίας και επιδόματα οδηγούν τα άτομα με ειδικές ανάγκες στο χρέος και επιδεινώνουν τις συνθήκες διαβίωσής τους (Hauben et al., 2012).

Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας είναι παρόμοια και ταυτόχρονα επιβεβαιώνεται και η δεύτερη ερευνητική υπόθεση σύμφωνα με την οποία « *αναμένεται τα άτομα με κινητική αναπηρία να αποδώσουν σε μεγάλο βαθμό το επίπεδο του άγχους τους στη μείωση των παροχών τους*». Η μη επάρκεια του μηνιαίου εισοδήματος, για κάλυψη βασικών αναγκών και κάλυψης φαρμακευτικής και ιατρικής περίθαλψης, η αύξηση φόρων, η μείωση της ποιότητας ζωής και η ανάγκη για δανεισμό από κάποιον γνωστό, σύμφωνα με την παρούσα έρευνα, συσχετίζονται με την εκδήλωση άγχους στην ομάδα των κινητικά ανάπηρων.

Οι Gore et al. (2009) ανέδειξαν τις επιβλαβείς συνέπειες από την οικονομική κρίση και τις περικοπές στις δημόσιες δαπάνες, στη σωματική, οικονομική και συναισθηματική ασφάλεια των ατόμων με ειδικές ανάγκες στο Ηνωμένο Βασίλειο, που έχουν παρατηρηθεί από το 2009, που αναγνωρίστηκε η οικονομική ύφεση επίσημα. Η μελέτη στο Ηνωμένο Βασίλειο δείχνει ότι τα μέτρα λιτότητας καθιστούν πιο δύσκολο για τα άτομα με αναπηρία να ανταποκριθούν στις ανάγκες τους, να αποκτήσουν πρόσβαση σε υπηρεσίες υποστήριξης και υγειονομικής περίθαλψης. Ως αποτέλεσμα συναισθηματικά δεν μπορούν να ανταποκριθούν στην οικονομική πίεση και να λάβουν δύσκολες αποφάσεις δίνοντας προτεραιότητα στις ανάγκες τους.

Οι συγγραφείς της μελέτης (Gore et al., 2009) επίσης υπογραμμίζουν ότι πολλά άτομα με αναπηρία έπρεπε να απευθυνθούν στην οικογένεια και στους φίλους τους για οικονομική βοήθεια ώστε να καλύψουν τις ανάγκες υγειονομικής και ιατρικής περίθαλψης. Όπως υποστήριξε και ο Philipson (2012) ο κοινωνικός αποκλεισμός αποτελεί ένα μεγάλο πρόβλημα όταν ορισμένα συστήματα καταρρέουν λόγω της οικονομικής κρίσης. Η οικονομική κρίση δημιουργεί προκλήσεις όσον αφορά στο βιοτικό επίπεδο των ευάλωτων ατόμων.

Με βάση την έρευνα της Marinakou (2012) η κατάρρευση των κοινωνικών υπηρεσιών και το κλείσιμο ορισμένων ΜΚΟ που θα παρείχαν την πλειονότητα των υπηρεσιών σε άτομα με ειδικές ανάγκες στην Ελλάδα, άσκησαν επιπλέον συναισθηματική και οικονομική πίεση στις οικογένειες που έπρεπε να αναλάβουν ακόμη μεγαλύτερη ευθύνη για τα μέλη της οικογένειας τους με ειδικές ανάγκες. Ομοίως, η μείωση των ωρών εργασίας και των ημερών, οι μειώσεις του προσωπικού και οι περικοπές των μισθών συρρίκνωσαν τις υπηρεσίες που ήταν διαθέσιμες για άτομα με ειδικές ανάγκες.

Η έρευνα για την περίπτωση της Ελλάδας (Marinakou, 2012) έδειξε ότι η φτώχια πρόσβαση σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, οι περικοπές στην πρόσβαση σε υπηρεσίες αποκατάστασης, οι αυξημένες χρεώσεις για βοηθητικό εξοπλισμό, οι περικοπές και επανεξέταση παροχών αναπηρίας και τυχόν πρόσθετες χρεώσεις όπως αύξηση φόρων, είχαν επιζήμιες επιπτώσεις στην κατάσταση διαβίωσης, στη σωματική και ψυχική υγεία, των ατόμων με κινητική αναπηρία.

7 Συμπεράσματα & Μελλοντικές προτάσεις

Από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση κατέστη προφανές ότι υπάρχει ανάγκη διερεύνησης του ρόλου της οικονομικής κρίσης στην εμφάνιση άγχους, στρες και καταθλιπτικών συμπτωμάτων στα άτομα με κινητική αναπηρία στην περίπτωση της Ελλάδας. Οι πολιτικές μείωσης των κοινωνικών παροχών λόγω οικονομικής κρίσης επηρέασαν την ποιότητα ζωής των ανθρώπων με κινητικά προβλήματα, με αποτέλεσμα να συμβάλουν στην εμφάνιση κυρίως καταθλιπτικών συμπτωμάτων και άγχους. Τα αποτελέσματα λοιπόν της παρούσας έρευνας υπογραμμίζουν την ανάγκη οι κυβερνητικοί υπεύθυνοι λήψης αποφάσεων να είναι πλήρως υπόλογοι σε ανθρώπους με σωματικές αναπηρίες και να εκτελούν τα καθήκοντά τους με τρόπο που τους ενδυναμώνει και διασφαλίζει την ένταξη και τη συμμετοχή στην κοινωνία και όχι την υποβάθμιση της ζωής τους.

Περαιτέρω μελλοντική έρευνα θα μπορούσε να εξετάσει τον αντίκτυπο της κρίσης από την οπτική γωνία των ατόμων με κινητική αναπηρία, στοχεύοντας σε ορισμένες ηλικιακές ομάδες, καθώς τα παιδιά, οι νέοι, οι ενήλικες και οι ηλικιωμένοι έχουν διαφορετικές ανάγκες και απαιτήσεις σε ορισμένα στάδια της ζωής τους, όπως επίσης και στις ξεχωριστές περιπτώσεις των ατόμων που οδηγούνται σε κινητική αναπηρία, καθώς η παρούσα έρευνα συμπεριλάμβανε όλες τις κατηγορίες, ως προς την ευκολία του δείγματος.

Η ψυχοσύνθεση των ατόμων με σωματικές αναπηρίες θα συνεχίζει να επηρεάζεται για πολλά ακόμη χρόνια από τις δημοσιονομικές πολιτικές σε περίπτωση που δε διερευνηθεί και δεν επισημανθεί ο βαθμός στον οποίο επηρεάζεται. Η μείωση των κοινωνικών παροχών θα συνεχιστεί και πρόκειται να έχει αρνητικό αντίκτυπο όχι μόνο σε άτομα με σωματικές αναπηρίες, αλλά και στις υπόλοιπες ευάλωτες ομάδες. Επομένως, η δημοσιονομική κατανομή που υποτίθεται ότι έχει ως αποτέλεσμα τη δημιουργία περισσότερων εσόδων για το κράτος θα μπορούσε να έχει αναδρομικά αποτελέσματα και να οδηγήσει σε ακόμη μεγαλύτερη εξάρτηση των ατόμων με σωματικές αναπηρίες από κοινωνικές παροχές. Η αλλαγή όμως πολιτικής με στόχο την ένταξη των ατόμων με κινητική αναπηρία στο εργατικό δυναμικό του κράτους θα μπορούσε να ενισχύσει περισσότερο την υπόστασή τους.

Συνοψίζοντας τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας:

- Στο γυναικείο φύλο παρουσιάζεται μεγαλύτερη συσχέτιση με το στρες, άγχος και κατάθλιψη σε σύγκριση με τους αντρικό.
- Το μηνιαίο εισόδημα αποτελεί έναν παράγοντα που συσχετίζεται με την εμφάνιση στρες και κατάθλιψης. Τη μεγαλύτερη συσχέτιση φαίνεται να την έχει με το στρες.
- Πιο αναλυτικά, η επάρκεια του μισθού για τα μηνιαία έξοδα συσχετίζεται έντονα με το στρες, άγχος και την κατάθλιψη.
- Τα μηνιαία έξοδα για φαρμακευτική αγωγή ή ιατρική περίθαλψη επίσης δείχνουν να σχετίζονται με το στρες, άγχος και την κατάθλιψη στους ανθρώπους με αναπηρία, με το στρες να είναι λίγο πιο έντονο.
- Επίσης τα μηνιαία έξοδα συσχετίζονται με την κατάθλιψη σε ένα μικρό βαθμό, ενώ παρατηρήθηκε ότι δεν υπάρχει συσχέτιση με το άγχος και το στρες.
- Η μείωση των κοινωνικών παροχών επίσης συσχετίζεται με το στρες και την κατάθλιψη, με την κατάθλιψη να παρουσιάζει πιο σημαντική συσχέτιση.
- Επίσης η αύξηση φόρων και η επίδραση στην ποιότητα ζωής των ανθρώπων με αναπηρία αποτελεί παράγοντα σχέσης με το στρες, άγχος και την κατάθλιψη.
- Το άγχος και η κατάθλιψη συσχετίζονται με την ποιότητα ζωής.
- Η ανάγκη για δανεισμό από κάποιον γνωστό μετά το 2008, με στόχο την κάλυψη των βασικών αναγκών, καθώς και η μη ικανότητα οικονομικής κάλυψης άλλων βασικών αναγκών συσχετίζονται με καταστάσεις στρες, άγχους και κατάθλιψης.
- Η συσχέτιση ωστόσο της ανάγκης για δανεισμό από γνωστό με στόχο την κάλυψη βασικών αναγκών είναι πιο δυνατή στην περίπτωση της κατάθλιψης
- Οι ανεξόφλητοι λογαριασμοί συσχετίζονται με το στρες.
- Τόσο το στρες, το άγχος όσο και η κατάθλιψη φαίνεται να έχουν σημαντική σχέση με την ικανότητα οικονομικής κάλυψης φαρμακευτικής ή ιατρικής περίθαλψης.

Βιβλιογραφία

- Ahn, J., Kim, N.-S., Lee, B.-K., Park, J., & Kim, Y. (2020). Comparison of the physical and mental health problems of unemployed with employees in South Korea. *Archives of Environmental & Occupational Health*, 1-10.
- American Psychiatric Association. (2017). What are Anxiety Disorders? . Retrieved from <https://www.psychiatry.org/patients-families/anxiety-disorders/what-are-anxiety-disorders>
- American Psychological Association. What's the Difference Between Stress and Anxiety? . Retrieved from <https://www.apa.org/topics/stress-anxiety-difference>
- Antony, M. M., Bieling, P. J., Cox, B. J., Enns, M. W., & Swinson, R. P. (1998). Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the Depression Anxiety Stress Scales in clinical groups and a community sample. *Psychological assessment*, 10(2), 176.
- Apostolopoulou, A. (2013). The impact of the economic crisis on the private practice of counselling and psychotherapy: How much are clients and therapists 'worth'? *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 15(4), 311-329.
- Arechavala, N. S., Espina, P. Z., & Trapero, B. P. (2015). The economic crisis and its effects on the quality of life in the European Union. *Social Indicators Research*, 120(2), 323-343.
- Beck, A., & Epstein, N. (1969). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 893-897.
- Ben-Itzhak, S., Bluvstein, I., Schreiber, S., Aharonov-Zaig, I., Maor, M., Lipnik, R., & Bloch, M. (2012). The effectiveness of brief versus intermediate duration psychodynamic psychotherapy in the treatment of adjustment disorder. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 42(4), 249-256.
- Buffel, V., Van de Straat, V., & Bracke, P. (2015). Employment status and mental health care use in times of economic contraction: a repeated cross-sectional study in Europe, using a three-level model. *International journal for equity in health*, 14(1), 29.
- Buffel, V., Van de Velde, S., & Bracke, P. (2015). The mental health consequences of the economic crisis in Europe among the employed, the unemployed, and the non-employed. *Social science research*, 54, 263-288.
- Butterworth, P., Rodgers, B., & Windsor, T. D. (2009). Financial hardship, socio-economic position and depression: results from the PATH Through Life Survey. *Social science & medicine*, 69(2), 229-237.

- Chang, S.-S., Stuckler, D., Yip, P., & Gunnell, D. (2013). Impact of 2008 global economic crisis on suicide: time trend study in 54 countries. *BMJ*, 347.
- Christodoulou, N. G., & Christodoulou, G. N. (2013). Management of the psychosocial effects of economic crises. *World Psychiatry*, 12(2), 178.
- Clark, L. A., & Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of abnormal psychology*, 100(3), 316.
- Cohen, S., Janicki-Deverts, D., & Miller, G. E. (2007). Psychological stress and disease. *Jama*, 298(14), 1685-1687.
- Consortium, C.-D. G. o. t. P. G. (2013). Identification of risk loci with shared effects on five major psychiatric disorders: a genome-wide analysis. *The Lancet*, 381(9875), 1371-1379.
- Cooper, M. (2011). Complexity theory after the financial crisis: The death of neoliberalism or the triumph of Hayek? *Journal of Cultural Economy*, 4(4), 371-385.
- Crawford, J. R., & Henry, J. D. (2003). The Depression Anxiety Stress Scales (DASS): Normative data and latent structure in a large non-clinical sample. *British journal of clinical psychology*, 42(2), 111-131.
- Dafermos, M. (2013). The social drama of Greece in times of economic crisis: The role of psychological therapies. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 15(4), 401-411.
- Dalgard, O. S., Bj, S., & Tambs, K. (2018). Social support, negative life events and mental health. *The British Journal of Psychiatry*, 166(1), 29-34.
- Dohrenwend, B. P., & Dohrenwend, B. S. (1969). *Social status and psychological disorder: A causal inquiry* (Vol. 84): John Wiley & Sons.
- Dooley, D., & Catalano, R. (1980). Economic change as a cause of behavioral disorder. *Psychological Bulletin*, 87(3), 450.
- Dore, M. H., & Singh, R. G. (2009). Turning points in nonlinear business cycle theories, financial crisis and the global 2007–2008 downturn. *Nonlinear dynamics, psychology, and life sciences*, 13(4), 423-444.
- Drydakis, N. (2015). The effect of unemployment on self-reported health and mental health in Greece from 2008 to 2013: a longitudinal study before and during the financial crisis. *Social science & medicine*, 128, 43-51.
- Duffy, C. J., Cunningham, E. G., & Moore, S. M. (2005). Brief report: the factor structure of mood states in an early adolescent sample. *Journal of Adolescence*, 28(5), 677-680.
- Economou, A., Nikolaou, A., & Theodossiou, I. (2008). Socioeconomic status and health-care utilization: a study of the effects of low income, unemployment and hours of work on the demand for health care in the European Union. *Health Services Management Research*, 21(1), 40-59.

- Economou, M., Madianos, M., Peppou, L. E., Patelakis, A., & Stefanis, C. N. (2013). Major depression in the era of economic crisis: a replication of a cross-sectional study across Greece. *Journal of affective disorders*, 145(3), 308-314.
- Efthimiou, K., Argalia, E., Kaskaba, E., & Makri, A. (2013). Economic crisis & mental health. What do we know about the current situation in Greece. *Encephalos*, 50, 22-30.
- Elliott, E., Harrop, E., Rothwell, H., Shepherd, M., & Williams, G. (2010). Working Paper 134: The Impact of the Economic Downturn on Health in Wales: A Review and Case Study. Cardiff: Cardiff School of Social Sciences, Cardiff University. In.
- Elliott, I. (2016). Poverty and mental health: a review to inform the Joseph Rowntree Foundation's Anti-Poverty Strategy. *London: Mental Health Foundation*, 1-110.
- Erskine, R. G., & Trautmann, R. L. (1996). Methods of an integrative psychotherapy. *Transactional Analysis Journal*, 26(4), 316-328.
- European association of integrative psychotherapy. (2020). Integrative psychotherapy. Retrieved from <http://www.euroaip.eu/#page-content>
- Eurostat. (2014). Employment of disable people. Retrieved from <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/3888793/6802087/KS-TC-14-007-EN-N.pdf/5c364add-6670-4ac9-87c7-9b8838473a7b>
- Eurostat. (2019). *Unemployment rate 2008-2018*. Retrieved from <https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?>
- Evans, J. (2011). *Rights and Responsibilities or Cuts and Social Exclusion*. Paper presented at the Proceedings of the European Day Conference for People with Disabilities, Europe's Way out of the Crisis: the Disability Rights Perspective, Brussels.
- Flynn, S. (2017). Perspectives on austerity: the impact of the economic recession on intellectually disabled children. *Disability & Society*, 32(5), 678-700.
- Fraser, N. (2010). Injustice at intersecting scales: On 'social exclusion' and the 'global poor'. *European journal of social theory*, 13(3), 363-371.
- Frasquilho, D., de Matos, M. G., Marques, A., Neville, F. G., Gaspar, T., & Caldas-de-Almeida, J. M. (2016). Unemployment, parental distress and youth emotional well-being: The moderation roles of parent–youth relationship and financial deprivation. *Child Psychiatry & Human Development*, 47(5), 751-758.
- Friedli, L. (2013). 'What we've tried, hasn't worked': the politics of assets based public health. *Critical Public Health*, 23(2), 131-145.
- Gaab, J., Sonderegger, L., Scherrer, S., & Ehler, U. (2006). Psychoneuroendocrine effects of cognitive-behavioral stress management in a naturalistic setting—a randomized controlled trial. *Psychoneuroendocrinology*, 31(4), 428-438.

- Garland-Thomson, R. (2014). Disability and social theory: new developments and directions. In: Taylor & Francis.
- Garrido-Cumbrera, M., & Chacón-García, J. (2018). Assessing the Impact of the 2008 Financial Crisis on the Labor Force, Employment, and Wages of Persons with Disabilities in Spain. *Journal of Disability Policy Studies*, 29(3), 178-188. doi:10.1177/1044207318776437
- Geidl, W., Semrau, J., & Pfeifer, K. (2014). Health behaviour change theories: contributions to an ICF-based behavioural exercise therapy for individuals with chronic diseases. *Disability and Rehabilitation*, 36(24), 2091-2100.
- Gibb, K., McNulty, D., & McLaughlin, T. (2015). Reform, risk and resilience: Social housing in Scotland. *Glasgow: Policy Scotland/Wheatley Group*.
- Gilman, S. E., Kawachi, I., Fitzmaurice, G. M., & Buka, S. L. (2002). Socioeconomic status in childhood and the lifetime risk of major depression. *International journal of epidemiology*, 31(2), 359-367.
- Gofman, A. (2014). Durkheim's theory of social solidarity and social rules. In *The Palgrave Handbook of Altruism, Morality, and Social Solidarity* (pp. 45-69): Springer.
- Gore, E., & Parckar, G. (2009). Disability and the Downturn. *London: Leonard Cheshire Disability*.
- Hajdu, P., McKee, M., & Bojan, F. (1995). Changes in premature mortality differentials by marital status in Hungary and in England and Wales. *The European Journal of Public Health*, 5(4), 259-264.
- Hanan, R. (2012). *The Social Impact of the Economic Crisis in Europe*. Retrieved from <http://www.workingnotes.ie/index.php/item/the-social-impact-of-the-economic-crisis-ineurope>
- Harpur, P., & Blanck, P. (2020). Gig workers with disabilities: opportunities, challenges, and regulatory response. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 30(4), 511-520.
- Hauben, H., Coucheir, M., Spooren, J., McAnaney, D., & Delfosse, C. (2012). Assessing the impact of European governments' austerity plans on the rights of people with disabilities. *European Foundation Centre and Bernard Brunhes International/BPI Group*. Retrieved June, 28, 2017.
- Henry, J. D., & Crawford, J. R. (2005). The short-form version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21): Construct validity and normative data in a large non-clinical sample. *British journal of clinical psychology*, 44(2), 227-239.
- Holland, L. (2012). Mauled by the Celtic Tiger: Human rights in Ireland's economic meltdown. *Madrid: Centre for Economic and Social Rights*.
- Hollingshead, A., Williamson, P., & Carnahan, C. (2018). Cognitive and emotional engagement for students with severe intellectual disability defined by the scholars

- with expertise in the field. *Research and Practice for Persons with Severe Disabilities*, 43(4), 269-284.
- Hong, P. Y. P., Stokar, H., & Choi, S. (2016). Psychological and economic self-sufficiency among low-income jobseekers with physical disability barriers. *Environment and Social Psychology*, 1(1), 63-73.
- Houtenville, A., & Kalargyrou, V. (2012). People with disabilities: Employers' perspectives on recruitment practices, strategies, and challenges in leisure and hospitality. *Cornell Hospitality Quarterly*, 53(1), 40-52.
- Hyakutake, A., Kamijo, T., Misawa, Y., Washizuka, S., Inaba, Y., Tsukahara, T., & Nomiya, T. (2016). Cross-sectional observation of the relationship of depressive symptoms with lifestyles and parents' status among Japanese junior high school students. *Environmental health and preventive medicine*, 21(4), 265-273.
- Iezzoni, L. I. (2011). Eliminating health and health care disparities among the growing population of people with disabilities. *Health affairs*, 30(10), 1947-1954.
- Ioakimidis, V., & Teloni, D.-D. (2013). Greek social work and the never-ending crisis of the welfare state. *Critical and Radical Social Work*, 1(1), 31-49.
- Janlert, U., & Hammarström, A. (2009). Which theory is best? Explanatory models of the relationship between unemployment and health. *BMC public health*, 9(1), 1-9.
- Kendler, K. S., Karkowski, L. M., & Prescott, C. A. (1999). Causal relationship between stressful life events and the onset of major depression. *American Journal of Psychiatry*, 156(6), 837-841.
- Kentikelenis, A., Karanikolos, M., Reeves, A., McKee, M., & Stuckler, D. (2014). Greece's health crisis: from austerity to denialism. *The Lancet*, 383(9918), 748-753.
- Khandaker, J. A. (2020). United Nations: Impact of the global economic crisis and disability & poverty in developing countries. Retrieved from <http://www.un.org/disabilities/documents/COP/alam.doc>
- Kokaliari, E. (2018). Quality of life, anxiety, depression, and stress among adults in Greece following the global financial crisis. *International social work*, 61(3), 410-424.
- Lai, B., Young, H.-J., Bickel, C. S., Motl, R. W., & Rimmer, J. H. (2017). Current trends in exercise intervention research, technology, and behavioral change strategies for people with disabilities: a scoping review. *American journal of physical medicine & rehabilitation*, 96(10), 748-761.
- Lambert, J. (2013). *Impact of the Crisis on Access to Care for Vulnerable Groups*. Retrieved from European Parliament, Strasbourg: Committee on Employment and Social Affairs:
<https://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?type=REPORT&reference=A7-2013-0221&language=EN>

- Lee, S., Guo, W.-j., Tsang, A., Mak, A. D., Wu, J., Ng, K. L., & Kwok, K. (2010). Evidence for the 2008 economic crisis exacerbating depression in Hong Kong. *Journal of affective disorders*, *126*(1-2), 125-133.
- Lépine, J.-P., & Briley, M. (2011). The increasing burden of depression. *Neuropsychiatric disease and treatment*, *7*(Suppl 1), 3.
- Liaropoulos, L. (2012). Economic crisis and health in Greece, 2009–2012. *BMJ*, *345*, e7988.
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour research and therapy*, *33*(3), 335-343.
- Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (1996). *Manual for the depression anxiety stress scales*: Psychology Foundation of Australia.
- Lyrakos, G., Arvaniti, C., Smyrnioti, M., & Kostopanagiotou, G. (2011). Translation and validation study of the depression anxiety stress scale in the greek general population and in a psychiatric patient's sample. *European Psychiatry*, *26*(S2), 1731-1731.
- Marazziti, D., Avella, M. T., Mucci, N., Della Vecchia, A., Ivaldi, T., Palermo, S., & Mucci, F. (2020). Impact of economic crisis on mental health: a 10-year challenge. *CNS spectrums*, 1-7.
- Marinakou, M. (2012). *Assessing the Impact of European Governments' Austerity Plans on the Rights of People with Disabilities. Country report: Greece*. Retrieved from Brussels: European Foundation Centre:
- Markovits, Y., Boer, D., & van Dick, R. (2014). Economic crisis and the employee: The effects of economic crisis on employee job satisfaction, commitment, and self-regulation. *European Management Journal*, *32*(3), 413-422.
- Mechili, A., Kalokairinou, A., Kaitelidou, D., & Diomidous, M. (2015). *Greece Financial Crisis and Quality of Life*. Paper presented at the ICIMTH.
- Meindl, J. N., & Ivy, J. W. (2018). Reducing media-induced mass killings: Lessons from suicide prevention. *American behavioral scientist*, *62*(2), 242-259.
- Mentinis, M. (2013). The entrepreneurial ethic and the spirit of psychotherapy: Depoliticisation, atomisation and social selection in the therapeutic culture of the 'crisis'. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, *15*(4), 361-374.
- Mladenov, T. (2016). Disability and social justice. *Disability & Society*, *31*(9), 1226-1241.
- Moix, J., Kovacs, F. M., Martín, A., Plana, M. N., & Royuela, A. (2011). Catastrophizing, state anxiety, anger, and depressive symptoms do not correlate with disability when variations of trait anxiety are taken into account. a study of chronic low back pain

- patients treated in Spanish pain units [NCT00360802]. *Pain Medicine*, 12(7), 1008-1017.
- Mucci, N., Giorgi, G., Roncaioli, M., Perez, J. F., & Arcangeli, G. (2016). The correlation between stress and economic crisis: a systematic review. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 12, 983.
- Newman, M. G., Castonguay, L. G., Jacobson, N. C., & Moore, G. A. (2015). Adult attachment as a moderator of treatment outcome for generalized anxiety disorder: Comparison between cognitive-behavioral therapy (CBT) plus supportive listening and CBT plus interpersonal and emotional processing therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(5), 915.
- Noh, J.-W., Kwon, Y. D., Park, J., Oh, I.-H., & Kim, J. (2016). Relationship between Physical Disability and Depression by Gender: A Panel Regression Model. *PloS one*, 11(11), e0166238-e0166238. doi:10.1371/journal.pone.0166238
- Norcross, J. C. (2005). A primer on psychotherapy integration. *Handbook of psychotherapy integration*, 2, 3-23.
- OECD. (2018). *Social Expenditure: Aggregated data, OECD Social Expenditure Statistics*. Retrieved from <https://www.oecd.org/social/expenditure.htm>
- OECD. (2019). *Greece Economic Indicators*. Retrieved from <http://www.oecd.org/economy/greece-economic-snapshot/>
- Ostamo, A., & Lönnqvist, J. (2001). Attempted suicide rates and trends during a period of severe economic recession in Helsinki, 1989–1997. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36(7), 354-360.
- Panayiotou, G., & Karekla, M. (2013). Perceived social support helps, but does not buffer the negative impact of anxiety disorders on quality of life and perceived stress. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(2), 283-294.
- Pentaraki, M. (2015). The executive committee of the Greek professional association of social work in an age of austerity: Examining its response. *European Journal of Social Work*, 18(1), 140-155.
- Phillipson, C., Scharf, T., & Keating, N. (2012). Globalisation, economic recession and social exclusion: Policy challenges and responses. *From exclusion to inclusion in old age: A global challenge*, 17-32.
- Platrites, K. (2016). Is forced poverty a new form of massive abuse? The Cyprus experiment: IA093. *International Journal of Psychology*, 51.
- Rachiotis, G., Kourousis, C., Kamilaraki, M., Symvoulakis, E. K., Dounias, G., & Hadjichristodoulou, C. (2014). Medical supplies shortages and burnout among greek health care workers during economic crisis: a pilot study. *International journal of medical sciences*, 11(5), 442.

- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied psychological measurement*, 1(3), 385-401.
- Richards, D. A., Ekers, D., McMillan, D., Taylor, R. S., Byford, S., Warren, F. C., . . . Kuyken, W. (2016). Cost and Outcome of Behavioural Activation versus Cognitive Behavioural Therapy for Depression (COBRA): a randomised, controlled, non-inferiority trial. *The Lancet*, 388(10047), 871-880.
- Rivera, B., Casal, B., & Currais, L. (2017). Crisis, suicide and labour productivity losses in Spain. *The European Journal of Health Economics*, 18(1), 83-96.
- Robertson, D. (2019). *The philosophy of cognitive-behavioural therapy (CBT): Stoic philosophy as rational and cognitive psychotherapy*: Routledge.
- Ruggeri, M., & Tomassi, S. (2017). The impact of economic crisis on mental and physical health in Italy. *Die Psychiatrie*, 14(02), 103-110.
- Sainsbury, R., Coleman-Fountain, E., Trezzini, B., Halvorsen, R., & Bickenbach, J. (2017). How to enhance Active Citizenship for persons with disabilities in Europe through labour market participation. *The Changing Disability Policy System: Active Citizenship and Disability in Europe Volume 1*, 90.
- Sargent-Cox, K., Butterworth, P., & Anstey, K. J. (2011). The global financial crisis and psychological health in a sample of Australian older adults: a longitudinal study. *Social science & medicine*, 73(7), 1105-1112.
- Silva, M., Resurrección, D., Antunes, A., Frasilho, D., & Cardoso, G. (2020). Impact of economic crises on mental health care: a systematic review. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 29.
- Skalecka, M. (2014). From boom to bust: how the economic crisis renders disabled people to the bottom shelf A qualitative study of the views of adults with physical impairments on the economic crisis in Co. Kerry, Ireland.
- Skapinakis, P., Bellos, S., Koupidis, S., Grammatikopoulos, I., Theodorakis, P. N., & Mavreas, V. (2013). Prevalence and sociodemographic associations of common mental disorders in a nationally representative sample of the general population of Greece. *BMC psychiatry*, 13(1), 163.
- Strieker, G. (1996). Psychotherapy integration: An assimilative, psychodynamic approach. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 3(1), 47-58.
- Stuckler, D., Basu, S., Suhrcke, M., Coutts, A., & McKee, M. (2009). The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *The Lancet*, 374(9686), 315-323.
- Suryahadi, A., Yumna, A., Raya, U. R., & Marbun, D. (2010). *Review of Government's Poverty Reduction Strategies, Policies and Programs in Indonesia*: SMERU Research Institute Jakarta.

- Tennant, C. (2001). Work-related stress and depressive disorders. *Journal of psychosomatic research*, 51(5), 697-704.
- Thern, E., de Munter, J., Hemmingsson, T., & Rasmussen, F. (2017). Long-term effects of youth unemployment on mental health: does an economic crisis make a difference? *J Epidemiol Community Health*, 71(4), 344-349.
- Thomas, D. (2015). *The social psychology of childhood disability*: Psychology Press.
- Thompson, T. L. (2018a). Disability resources in higher education, part 2: Mission and role of disability resources and services. *Dean and Provost*, 19(7), 7-7.
- Thompson, T. L. (2018b). Disability resources in higher education, part 3: Disability and diversity. *Dean and Provost*, 19(8), 6-6.
- Triantafyllou, K., & Angeletopoulou, C. (2011). IMF and European co-workers attack public health in Greece. *The Lancet*, 378(9801), 1459-1460.
- Triliva, S., & Georga, A. (2014). Austerity and precarity: the social milieu creeps into the psychotherapeutic context. *Rivista di Psicologia Clinica*(1).
- Tuncay, T., & Musabak, I. (2015). Problem-focused coping strategies predict posttraumatic growth in veterans with lower-limb amputations. *Journal of Social Service Research*, 41(4), 466-483.
- Turner, J. B., & Turner, R. J. (2004). Physical Disability, Unemployment, and Mental Health. *Rehabilitation Psychology*, 49(3), 241.
- Urbanos-Garrido, R. M., & Lopez-Valcarcel, B. G. (2015). The influence of the economic crisis on the association between unemployment and health: an empirical analysis for Spain. *The European Journal of Health Economics*, 16(2), 175-184.
- Uutela, A. (2010). Economic crisis and mental health. *Current opinion in psychiatry*, 23(2), 127-130.
- Van Campen, C., & Van Santvoort, M. (2013). Explaining low subjective well-being of persons with disabilities in Europe: The impact of disability, personal resources, participation and socio-economic status. *Social Indicators Research*, 111(3), 839-854.
- Viemerö, V., & Krause, C. (1998). Quality of life in individuals with physical disabilities. *Psychotherapy and psychosomatics*, 67(6), 317-322.
- Wahlbeck, K., & McDaid, D. (2012). Actions to alleviate the mental health impact of the economic crisis. *World Psychiatry*, 11(3), 139.
- Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work*: Routledge.
- Wang, J., Smailes, E., Sareen, J., Fick, G. H., Schmitz, N., & Patten, S. B. (2010). The prevalence of mental disorders in the working population over the period of global economic crisis. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 55(9), 598-605.

- Watkins, J., Wulaningsih, W., Da Zhou, C., Marshall, D. C., Sylanteng, G. D., Rosa, P. G. D., . . . Maruthappu, M. (2017). Effects of health and social care spending constraints on mortality in England: a time trend analysis. *BMJ open*, 7(11).
- Watson, D., Clark, L. A., Weber, K., Assenheimer, J. S., Strauss, M. E., & McCormick, R. A. (1995). Testing a tripartite model: II. Exploring the symptom structure of anxiety and depression in student, adult, and patient samples. *Journal of abnormal psychology*, 104(1), 15.
- Williams-Findlay, R. (2011). Lifting the lid on Disabled People Against Cuts. *Disability & Society*, 26(6), 773-778. doi:10.1080/09687599.2011.602868
- Williams, E. (2021). Unemployment, sanctions and mental health: the relationship between benefit sanctions and antidepressant prescribing. *Journal of Social Policy*, 50(1), 1-20.
- World Health Organization. (2013). *Mental health action plan 2013-2020*. Retrieved from Geneva, Switzerland: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89966/9789241506021_eng.pdf;jsessionid=3C7CA0AF1F871585FF7EB0BCB0432D04?sequence=1
- World Health Organization. (2015). Depression fact sheet. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>
- World Health Organization. (2004). *Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence, Practice*. Retrieved from Geneva: [Http://Www.Who.Int/Mental_Health/Evidence/En/Promoting_Mhh.Pdf](http://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf)
- Zavras, D., Zavras, A. I., Kyriopoulos, I.-I., & Kyriopoulos, J. (2016). Economic crisis, austerity and unmet healthcare needs: the case of Greece. *BMC health services research*, 16(1), 309.
- Zhang, J., Huen, J. M. Y., Lew, B., Chistopolskaya, K., Talib, M. A., Siau, C. S., & Leung, A. N. M. (2020). Depression, Anxiety, and Stress as a Function of Psychological Strains: Towards an Etiological Theory of Mood Disorders and Psychopathologies. *Journal of affective disorders*, 271, 279-285. doi:https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.03.076
- Zhang, J., Wiczorek, W. F., Conwell, Y., & Tu, X. M. (2011). Psychological strains and youth suicide in rural China. *Social science & medicine*, 72(12), 2003-2010.
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatrica scandinavica*, 67(6), 361-370.
- Πλατρίτης, Κ. (2017). Dass-21, Κυπριακή προσαρμογή.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α΄

DASS 21 (Κυπριακή προσαρμογή: Πλατρίτης Κ., 2017)

Όνοματεπώνυμο/κωδικός:.....
.....

Άρρεν Θήλυ Ηλικία:..... Ημερομηνία:...../...../.....

A/A	ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	Κ	Α	Σ
1	Δεν μπορούσα να ηρεμήσω			
2	Ένιωθα το στόμα μου στεγνό			
3	Δεν μπορούσα να βιώσω κανένα θετικό συναίσθημα			
4	Χωρίς σωματική άσκηση δυσκολευόμουν να αναπνεύσω π.χ. ανάπνεα πολύ γρήγορα, κοβόταν η ανάσα μου			
5	Δυσκολευόμουν να πάρω πρωτοβουλία για να κάνω κάποια πράγματα			
6	Είχα την τάση να αντιδρώ υπερβολικά στις καταστάσεις που αντιμετώπιζα			
7	Είχα τρέμουλο πχ στα χέρια			
8	Ένιωθα συχνά νευρικότητα			
9	Ανησυχούσα ότι σε κάποιες καταστάσεις θα πανικοβαλλόμουν με αποτέλεσμα να ρεζιλευτώ.			
10	Ένιωθα ότι δεν είχα τίποτα να περιμένω με ενδιαφέρον			
11	Ένιωθα τον εαυτό μου ενοχλημένο, δυσαρεστημένο			
12	Μου ήταν δύσκολο να χαλαρώσω			
13	Ένιωθα μελαγχολικός και απογοητευμένος			
14	Δεν μπορούσα να ανεχτώ να με διακόπτουν από αυτό που έκανα			
15	Ένιωθα πολύ κοντά να πάθω πανικό			
16	Τίποτα δεν μπορούσε να με κάνει να νοιώσω ενθουσιασμό			
17	Ένιωθα ότι δεν άξιζα πολύ ως άτομο			
18	Ένιωθα ότι ήμουν αρκετά ευερέθιστος, οξύθυμος			
19	Αισθανόμουν την καρδιά μου να χτυπάει διαφορετικά από το συνηθισμένο			

	χωρίς να έχει προηγηθεί σωματική άσκηση (ταχυπαλμία, αρρυθμία)				
20	Ένιωθα φοβισμένος χωρίς να υπάρχει λόγος				
21	Ένιωθα πως η ζωή δεν είχε νόημα				
ΣΥΝΟΛΟ					
Κυκλώστε το εύρος των αριθμών που επιπίπτουν οι βαθμολογίες					
	Φ	Η	Μ	Σ	ΠΣ
Κ	0-4	5-6	7-10	11-14	14+
Α	0-3	4-5	6-7	8-9	10+
Σ	0-7	8-9	10-12	13-16	17+

Θα σας πωσ μερικές προτάσεις που θα ήθελα να μου πείτε κατά πόσο ίσχυαν για εσάς κατά τη διάρκεια **της προηγούμενης εβδομάδας**. Απαντήστε: εάν δεν ίσχυε καθόλου για εσάς (0), εάν ίσχυε λίγο (1), αρκετά (2), ή πάρα πολύ (3).

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β΄

Ερωτηματολόγιο

Ονομάζομαι Ελένη Αγγελούκου και πραγματοποιώ μια έρευνα στα πλαίσια του μεταπτυχιακού προγράμματος «Συμβουλευτικής Ψυχολογίας και Συμβουλευτικής στην Ειδική Αγωγή, την Εκπαίδευση και την Υγεία» του **Παιδαγωγικού Τμήματος Ειδικής Αγωγής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας**.

Θα επιθυμούσα **6 λεπτά** από το χρόνο σας για να συμβάλλετε στην εξέλιξη της έρευνάς μου, κυκλώνοντας αυτό που σας εκφράζει και αντιπροσωπεύει.

Όλες οι απαντήσεις, οι πληροφορίες και τα δημογραφικά στοιχεία που απαιτούνται αποσκοπούν μόνο στη συλλογή στατιστικών στοιχείων και καλύπτονται από πλήρη εχεμύθεια και προστασία προσωπικών δεδομένων. Τα στοιχεία θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για τους σκοπούς της συγκεκριμένης έρευνας και είναι απόλυτα εμπιστευτικά. Από την πολύτιμη συμβολή σας στην έρευνα αυτή, δίνεται την ευκαιρία σε μία πιθανή εξέλιξη της ποιότητας ζωής σας.

Σας ευχαριστώ για το χρόνο σας!

«Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΑΓΧΟΥΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΩΝ ΣΥΜΤΩΜΑΤΩΝ ΣΤΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΚΙΝΗΤΙΚΗ ΑΝΑΠΗΡΙΑ»

A. Δημογραφικά στοιχεία

1. Φύλο

Άντρας

Γυναίκα

2. Ηλικία

18-34

35-54

55-64

>64

3. Οικογενειακή κατάσταση

Έγγαμος/η

Άγαμος/η

Διαζευγμένος/η

Χήρος/α

4. Αριθμός τέκνων

.....

5. Ανώτατη βασική εκπαίδευση

Δημοτικό/γυμνάσιο

Λύκειο

ΕΠΑΛ

ΙΕΚ/Κολλέγιο

Ανώτερη τεχνολογική εκπαίδευση (ΑΤΕΙ)

Ανώτερη πανεπιστημιακή εκπαίδευση (ΑΕΙ)

6. Μηνιαίο εισόδημα (σε ευρώ)

<500

600-1000

1100-1500

>1500

7. Μέρος του προσωπικού σας εισοδήματος που προέρχεται από κρατικές παροχές

Καθόλου

Λίγο

Περίπου το μισό

Εξολοκλήρου

8. Εργάζεστε

Ναι

Όχι

9. Εάν ναι, επαρκεί ο μισθός σας για τα έξοδά σας;

Όχι

Μερικώς

Αρκετά

10. Μηνιαία έξοδα

100-300

301-600

>600

11. Μηνιαία έξοδα (ευρώ) για φαρμακευτική αγωγή/ιατρική επίσκεψη

10-100

101-300

301-500

>500

Β΄ ΜΕΡΟΣ

1. Έχετε δεχθεί από το 2008 (εκκίνηση οικονομικής κρίσης) μείωση κοινωνικών παροχών;

Ναι

Όχι

2. Έχετε δεχθεί αύξηση φόρων από το 2008;

Ναι

Όχι

3. Εάν απαντήσατε θετικά στην 1^η ή 2^η ερώτηση, η μείωση παροχών και/ή αύξηση φόρων θεωρείτε ότι επηρέασε την ποιότητα της ζωής σας;

Ναι

Όχι

4. Εάν ναι, σε τι βαθμό;

Λίγο

Μερικώς

Αρκετά

Πάρα πολύ

5. Θεωρείτε ότι η αύξηση των κοινωνικών παροχών θα βελτίωνε την ποιότητα ζωής σας;

Ναι

Όχι

6. Είστε ικανοποιημένος/η με την οικονομική σας κατάσταση;

Ναι

Όχι

Γ' ΜΕΡΟΣ

1. Συνήθως αφήνετε απλήρωτους λογαριασμούς;

Ναι

Όχι

2. Μετά το 2008 έχετε λάβει κάποιο δάνειο/πιστωτική κάρτα για να καλύψετε βασικές σας ανάγκες;

Ναι

Όχι

3. Μετά το 2008 έχετε δανειστεί από γνωστό για να καλύψετε βασικές σας ανάγκες;

Ναι

Όχι

4. Σας περισσεύει το εισόδημα (μισθός ή κοινωνική παροχή) στο τέλος του μήνα;

Ναι

Όχι

5. Έχετε βρεθεί ποτέ σε θέση μη ικανότητα οικονομικής κάλυψης της φαρμακευτικής και ιατρικής περίθαλψης;

Ναι

Όχι

6. Έχετε βρεθεί ποτέ σε θέση μη ικανότητα οικονομικής κάλυψης άλλων βασικών αναγκών;

Ναι

Όχι

7. Έχετε τη δυνατότητα να αποθηκεύσετε χρήματα για περίπτωση έκτακτης ιατρικής ανάγκης;

Ναι

Όχι

Δ΄ ΜΕΡΟΣ

Παρακαλώ διαβάστε κάθε δήλωση και κυκλώστε την απάντηση που ταιριάζει καλύτερα για εσάς κατά τη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας, Δεν υπάρχει σωστή ή λανθασμένη απάντηση.

- 0** Δεν ίσχυε καθόλου για εμένα
- 1** Ίσχυε σε ορισμένο βαθμό ή για ένα μικρό χρονικό διάστημα
- 2** Ίσχυε σε ιδιαίτερο βαθμό ή για μεγάλο χρονικό διάστημα
- 3** Ίσχυε σε πολύ μεγάλο βαθμό ή τις περισσότερες φορές

1. Δεν μπορούσα να ηρεμήσω
0 1 2 3
2. Ένιωθα το στόμα μου στεγνό
0 1 2 3
3. Δεν μπορούσα να βιώσω κανένα θετικό συναίσθημα
0 1 2 3
4. Χωρίς σωματική άσκηση δυσκολευόμουν να αναπνεύσω π.χ. ανάπνεα πολύ γρήγορα, κοβόταν η ανάσα μου
0 1 2 3
5. Δυσκολευόμουν να πάρω πρωτοβουλία για να κάνω κάποια πράγματα
0 1 2 3
6. Είχα την τάση να αντιδρώ υπερβολικά στις καταστάσεις που αντιμετώπιζα
0 1 2 3
7. Είχα τρέμουλο π.χ στα χέρια
0 1 2 3
8. Ένιωθα συχνά νευρικότητα
0 1 2 3
9. Ανησυχούσα ότι σε κάποιες καταστάσεις θα πανικοβαλλόμουν με αποτέλεσμα να ρεζιλευτώ
0 1 2 3
10. Ένιωθα ότι δεν είχα τίποτα να περιμένω με ενδιαφέρον
0 1 2 3
11. Ένιωθα τον εαυτό μου ενοχλημένο/η, δυσαρεστημένο/η
0 1 2 3
12. Μου ήταν δύσκολο να χαλαρώσω
0 1 2 3
13. Ένιωθα μελαγχολικός/η και απογοητευμένος/η
0 1 2 3

14. Δεν μπορούσα να ανεχτώ να με διακόπτουν από αυτό που έκανα
0 1 2 3
15. Ένιωθα πολύ κοντά να πάθω πανικό
0 1 2 3
16. Τίποτα δεν μπορούσε να με κάνει να νιώσω ενθουσιασμό
0 1 2 3
17. Ένιωθα ότι δεν άξιζα πολύ ως άτομο
0 1 2 3
18. Ένιωθα ότι ήμουν αρκετά ευερέθιστος/η, οξύθυμος/η
0 1 2 3
19. Αισθανόμουν την καρδιά μου να χτυπάει διαφορετικά από το συνηθισμένο, χωρίς να έχει προηγηθεί σωματική άσκηση (ταχυπαλμία, αρρυθμία)
0 1 2 3
20. Ένιωθα φοβισμένος/η χωρίς να υπάρχει λόγος
0 1 2 3
21. Ένιωθα πώς η ζωή δεν είχε νόημα
0 1 2 3