

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ  
ΓΕΝΙΚΟ ΤΜΗΜΑ  
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
ΣΤΗΝ «ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ»**



**ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

---

**Η Ψυχική Ανθεκτικότητα των ανθρώπων  
με χαμηλό οικονομικό status**

**ΜΠΑΚΑΛΗ ΜΑΡΙΑ**  
Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια  
Α.Μ.: 7017029

**ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ**

Δρ. Ευαγγελία Κοτρώτσιου, Καθηγήτρια Γενικού Τμήματος Πανεπιστημίου Θεσσαλίας,  
Διευθύντρια Μεταπτυχιακού Προγράμματος "Ψυχική Υγεία", Διευθύντρια Ερευνητικού  
Εργαστηρίου "Φροντίδας" - Επιβλέπουσα Καθηγήτρια.

Γκούβα Μαίρη, Επαγγελματικός τίτλος, Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

Λαχανά Ελένη, Επαγγελματικός τίτλος, Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

**Λάρισα, 2020**

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ  
ΓΕΝΙΚΟ ΤΜΗΜΑ  
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
ΣΤΗΝ «ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ»**



## **The Mental Persistence of People with Low Economic Status**

© ΤΕΙ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ, Έτος 2020

Η παρούσα Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία (Μ.Δ.Ε.), η οποία εκπονήθηκε στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών στην «Ψυχική Υγεία», της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας – Πρόνοιας, του τμήματος Νοσηλευτικής, και τα λοιπά αποτελέσματα αυτής αποτελούν συνιδιοκτησία του ΤΕΙ και της φοιτήτριας, ο καθένας από τους οποίους έχει το δικαίωμα ανεξάρτητης χρήσης και αναπαραγωγής τους (στο σύνολο ή τμηματικά) για διδακτικούς και ερευνητικούς σκοπούς, σε κάθε περίπτωση αναφέροντας τον τίτλο και τον συγγραφέα και το ΤΕΙ, όπου εκπονήθηκε η Μ.Δ.Ε. καθώς και την Επιβλέπουσα Καθηγήτρια και την Επιτροπή Αξιολόγησης.

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η παρούσα Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία (ΜΔΕ) συντάσσεται στο πλαίσιο των σπουδών μου στο Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών της Σχολής Επιστημών Υγείας & Πρόνοιας του Τμήματος Νοσηλευτικής (Λάρισα) με κατεύθυνση την «Ψυχική Υγεία» του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας. Το θέμα της εργασίας μου είναι η ψυχική ανθεκτικότητα τω ανθρώπων με χαμηλό οικονομικό status.

Η Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία *απαρτίζεται* από το θεωρητικό και το ερευνητικό μέρος. Το πρώτο μέρος αναφέρεται στους ορισμούς της ψυχικής υγείας και ψυχικής ανθεκτικότητας, στους προσδιοριστικούς παράγοντες της ψυχικής υγείας, στους τρόπους μέτρησης επιπέδου της ψυχικής υγείας. Επίσης, γίνεται αναφορά σε σχετικές μελέτες που έχουν γίνει για την ψυχική ανθεκτικότητα, καθώς αναφέρονται οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία των ανθρώπων. Στο δεύτερο μέρος περιγράφεται η μεθοδολογία, η ερευνητική διαδικασία και η ανάλυση δεδομένων που προέκυψαν σχετικά με την μελέτη επίδρασης της οικονομικής κρίσης στην ψυχική ανθεκτικότητα των ανθρώπων με χαμηλό οικονομικό επίπεδο διαβίωσης. Το τρίτο μέρος της εργασίας περιέχει τα συμπεράσματα και τις προτάσεις που προκύπτουν για μελλοντική σχετική έρευνα.

Στο σημείο αυτό θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου σε όλους όσους με οποιονδήποτε τρόπο με βοήθησαν και με στήριξαν σε αυτή τη διπλωματική μου εργασία. Ιδιαίτερα θα ήθελα να ευχαριστήσω την επιβλέπουσα Καθηγήτριά μου κ. Κοτρώτσιου Ευαγγελία για την πολύτιμη καθοδήγηση και ενθάρρυνσή της, καθώς και την οικογένειά μου για την πολύτιμη συμπαράσταση και στήριξή τους καθ' όλη την διάρκεια εκπόνησης της Διπλωματικής μου Εργασίας.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της εργασίας μου είναι η μελέτη επίδρασης της οικονομικής κρίσης στην ψυχική ανθεκτικότητα των ανθρώπων με χαμηλό οικονομικό επίπεδο διαβίωσης. Επίσης, εξέτασε, στο πλαίσιο της τρέχουσας οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα, τη σχέση της οικονομικής πίεσης (προσωπική αντίληψη για την απώλεια και απειλή απώλειας υλικών πόρων) με την ψυχική δυσφορία του ατόμου, λαμβάνοντας υπόψη ατομικές πηγές ανθεκτικότητας, συγκεκριμένα την προσωπική και από κοινού κυριαρχία, την κοινωνική υποστήριξη και θετικά καθημερινά βιώματα.

Η οικονομική κρίση συνοδεύεται από φαινόμενα όπως η ανεργία, η οικονομική εξαθλίωση του πληθυσμού, η αποδυνάμωση του συστήματος υγείας, η αύξηση του επιπολασμού συγκεκριμένων ασθενειών και η γενικότερη κατάπτωση του οικοδομήματος της υγείας σε μια κοινωνία. Η ανεργία, το χαμηλό εισόδημα και η ανέχεια έχουν ως αποτέλεσμα τον περιορισμό των δαπανών για την υγεία, την καθυστέρηση της θεραπείας και συχνά την μη προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας. Επιπρόσθετα, η οικονομική ύφεση και τα συνοδά φαινόμενα αυτής συνεπάγονται σοβαρές επιπτώσεις τόσο στην ψυχική όσο και στην σωματική υγεία των πολιτών. Προβλήματα εθισμού, εξαρτήσεις, υιοθέτηση μη υγιεινού τρόπου ζωής με αυξανόμενη κατανάλωση τροφίμων χαμηλής διατροφικής αξίας, καπνού και οινοπνεύματος, καθώς επίσης και η πλημμυρής διαχείριση των νοσημάτων από τις επιβαρυνμένες υπηρεσίες υγείας είναι κάποιες από τις αρνητικές συνέπειες της οικονομικής κρίσης στην υγεία.

Το δείγμα αποτελούνταν από 103 ενήλικες (80 γυναίκες και 23 άνδρες) χαμηλού οικονομικού επιπέδου διαβίωσης του Δήμου Ρήγα Φεραίου Θεσσαλονίκης, οι οποίοι συμπλήρωσαν ένα ερωτηματολόγιο. Βασικό περιορισμό της έρευνας αποτελεί η υποαντιπροσώπευση ατόμων χαμηλού εισοδήματος και ανέργων. Βρέθηκε ότι μεγαλύτερη οικονομική πίεση σχετιζόταν με υψηλότερα επίπεδα ψυχικής δυσφορίας, επιβεβαιώνοντας υπάρχοντα ευρήματα που συνδέουν την οικονομική πίεση και περιόδους οικονομικής κρίσης με αρνητικούς ψυχολογικούς δείκτες. Επιπρόσθετα, τα ευρήματα της έρευνας υπογραμμίζουν τη σημασία των ατομικών παραγόντων ανθεκτικότητας που εξετάστηκαν στην αποδυνάμωση της σχέσης της οικονομικής πίεσης με την ψυχική δυσφορία. Αναδεικνύεται, ωστόσο, και συζητείται η ανάγκη προσδιορισμού στόχων που αφορούν στην ατομική και κοινωνική ευημερία.

Στην Ελλάδα ως αποτέλεσμα της οικονομικής κρίσης, αναμένεται να αυξηθεί τόσο ο αριθμός όσων προσφεύγουν σε κοινωνικές υπηρεσίες όσο και το ποσοστό των ανθρώπων μεταξύ αυτών που θα αντιμετωπίζουν ψυχικά προβλήματα και διαταραχές. Προβλέπεται να ξεκινήσει έτσι ένας φαύλος κύκλος, διότι η εμπειρία των ψυχικών διαταραχών θα επηρεάσει και θα περιπλέξει με μεγαλύτερη ένταση τα προβλήματα της φτώχειας, της στέγασης, της σωματικής υγείας και τα προβλήματα στην οικογένεια και στις σχέσεις.

Οι ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης θέτουν νέα δεδομένα για την κοινωνική εργασία και νέες απαιτήσεις στο έργο των κοινωνικών υπηρεσιών. Οι κοινωνικοί λειτουργοί σε όλα τα πλαίσια χρειάζεται να είναι σε θέση να εντοπίζουν και να αντιμετωπίζουν τα προβλήματα ψυχικής υγείας και τις συνέπειές τους, όχι μόνο με κατάλληλες κλινικές και κοινοτικές παρεμβάσεις αλλά και με αποτελεσματικές ριζοσπαστικές μεθόδους.

**Λέξεις-Κλειδιά:** Ψυχική υγεία, οικονομική κρίση, ψυχική ανθεκτικότητα, ανεργία, ασθένεια, υγεία

## ABSTRACT

The purpose of my work is to study the impact of the financial crisis on the mental resilience of people with low economic standards of living. It also examined, in the context of the current economic crisis in Greece, the relationship of financial stress (personal perception of loss and threat of loss of material resources) with one's mental distress, taking into account individual sources of resilience, in particular personal and shared dominance, social support and positive daily experiences.

The economic crisis is accompanied by phenomena such as unemployment, the economic depletion of the population, the weakening of the health system, the increase in the prevalence of specific diseases and the general decline of the health building in a society. Unemployment, low income and poverty lead to lower health costs, delayed treatment and often inaccessibility of health services. In addition, the economic downturn and its associated phenomena have serious implications for both the mental and physical health of citizens. Addiction problems, addictions, the adoption of unhealthy lifestyles with increasing consumption of low nutritional value foods, tobacco and alcohol, as well as the inadequate management of diseases by burdened health services are some of the negative consequences of the financial crisis on health.

The sample consisted of 103 adults (80 females and 23 males) of low economic standard of living in the municipality of Riga Feraios of Thessaloniki, who completed a questionnaire. The main limitation of the survey is the under-representation of low-income and unemployed people. Higher financial stress was found to be associated with higher levels of mental distress, confirming existing findings linking financial stress and times of economic crisis with negative psychological indicators. In addition, the research findings emphasize the importance of individual resilience factors that were examined to weaken the relationship of financial stress with mental distress. However, the need to identify goals for individual and social well-being is emerging and discussed.

In Greece, as a result of the economic crisis, both the number of people seeking social services and the proportion of people with mental health problems and disorders are expected to increase. It is foreseen that a vicious cycle will begin, as the experience of mental disorders will affect more intensely and complicate the problems of poverty, housing, physical health and problems in family and relationships.

The psychosocial effects of the financial crisis bring new data on social work and new demands on the work of social services. Social workers in all contexts need to be able to identify and address mental health problems and their consequences, not only with appropriate clinical and community interventions but also with effective radical methods.

**Keywords:** Mental Health, Financial Crisis, Mental Retardation, Unemployment, Illness, Health

## ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	4
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	5
ABSTRACT.....	7
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΙΚΟΝΩΝ .....	10
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ .....	11
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ .....	12
ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....	14

### ΠΡΩΤΟ ΜΕΡΟΣ: Θεωρητικό Πλαίσιο

<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ &amp; ΨΥΧΙΚΗ ΑΝΘΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑ .....</b>	<b>17</b>
1.1 Ορισμός υγείας – ψυχικής υγείας.....	17
1.2 Προσδιοριστικοί παράγοντες ψυχικής υγείας.....	20
1.3 Τρόποι Μέτρησης Επιπέδου Ψυχικής Υγείας.....	24
1.4 Η Έννοια της ψυχικής ανθεκτικότητας .....	27
1.5 Σχετικές Μελέτες για την Ψυχική Ανθεκτικότητα.....	31

<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ.....</b>	<b>34</b>
2.1 Εισαγωγή .....	34
2.1.1 Ορισμός.....	34
2.1.2 Η σχέση της οικονομικής κρίσης με την ψυχική υγεία.....	35
2.2 Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στα άτομα .....	37
2.2.1 Ανεργία .....	40
2.2.2 Σωματική και ψυχική υγεία.....	40
2.2.3 Φτώχεια – Κοινωνική ανισότητα – Κοινωνικός αποκλεισμός .....	41
2.2.4 Υπερχρεωμένα νοικοκυριά .....	41
2.2.5 Κάπνισμα .....	41
2.2.6 Κατανάλωση αλκοόλ .....	42
2.2.7 Ψυχικές διαταραχές – κατάθλιψη - χρόνια νοσήματα .....	43
2.2.7.1 Αποτελέσματα ερευνών για την κατάθλιψη .....	48
2.2.8 Αυτοκτονίες – Θνησιμότητα .....	53
2.2.9 Βρεφική θνησιμότητα .....	56
2.3 Οικονομική κρίση: Η ανεξάρτητη μεταβλητή (X) .....	57
2.4 Ψυχική υγεία: Η εξαρτημένη μεταβλητή (Y).....	57



## **ΔΕΥΤΕΡΟ ΜΕΡΟΣ: Ερευνητικό Πλαίσιο**

<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ .....</b>	<b>60</b>
3.1 Σκοπός της Έρευνας .....	60
3.2 Μεθοδολογία .....	60
3.2.1 Ερευνητικός Σχεδιασμός .....	60
3.2.2 Μελετώμενος Πληθυσμός – Το Δείγμα της Έρευνας .....	60
3.2.3 Εργαλείο συλλογής δεδομένων .....	60
3.2.4 Περιορισμοί της Έρευνας .....	62
3.2.5 Τρόπος επεξεργασίας των δεδομένων .....	62
3.3 Στατιστική Ανάλυση .....	62
3.4 Δειγματοληπτική Μεθοδολογία .....	63

<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ .....</b>	<b>64</b>
4.1 Παρουσίαση των Αποτελεσμάτων .....	64
4.1.1 Περιγραφική Ανάλυση .....	64
4.1.2 Ανάλυση αξιοπιστίας υποκλιμάκων .....	67
4.1.3 Διερεύνηση σχέσης του ερωτηματολογίου και των υποκλιμάκων του με ανεξάρτητες μεταβλητές .....	67
4.2 Συμπεράσματα Έρευνας .....	82

## **ΤΡΙΤΟ ΜΕΡΟΣ: Συμπερασματικές Παρατηρήσεις και Προτάσεις**

<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ .....</b>	<b>85</b>
5.1 Συμπεράσματα .....	85
5.2 Προτάσεις – τρόποι αντιμετώπισης και πρόληψης .....	86
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....</b>	<b>88</b>
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ .....</b>	<b>91</b>

## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΙΚΟΝΩΝ

<b>Εικόνα 2.1</b> Παγκόσμια τάση αύξησης του ποσοστού ανεργίας .....	35
<b>Εικόνα 2.2</b> Προτυποποιημένο ποσοστό θανάτων (ανά 100.000 πληθυσμού) λόγω ψυχικών και συμπεριφορικών διαταραχών (2011).....	48

## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

<b>Πίνακας 2.1</b> Επιπολασμός κατάθλιψης ποσοστιαία κατανομή πληθυσμού που πάσχει κάθε ομάδα.....	46
<b>Πίνακας 2.2</b> Αριθμός εξελθόντων ασθενών με ψυχικές διαταραχές κατά τα έτη 2000 & 2010 ....	48
<b>Πίνακας 2.3</b> Θάνατοι από αυτοκτονίες για τα έτη 2000 και 2008-2013 .....	55
<b>Πίνακας 2.4</b> Αριθμός αυτοκτονιών ανά ηλικία και ανά φύλο, 2013 .....	55
<b>Πίνακας 2.5</b> Οικονομική κρίση: Η ανεξάρτητη μεταβλητή (X) .....	57
<b>Πίνακας 2.6</b> Ψυχική υγεία: Η εξαρτημένη μεταβλητή (Ψ).....	58
<b>Πίνακας 3.1</b> Οι υποκλίμακες και ο τρόπος υπολογισμού τους .....	62
<b>Πίνακας 4.1</b> Το φύλο των ερωτηθέντων.....	64
<b>Πίνακας 4.2</b> Τα περιγραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος.....	65
<b>Πίνακας 4.3</b> Απαντήσεις των ερωτηθέντων στο γενικό μέρος του Ερωτηματολογίου .....	66
<b>Πίνακας 4.4</b> Τα βασικά στατιστικά στοιχεία των βαθμολογιών όλων των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου CD-RISK και του συνόλου των ερωτήσεων .....	66
<b>Πίνακας 4.5</b> Ανάλυση εσωτερικής συνέπειας (internal consistency) της εννοιολογικής κατασκευής των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου CD-RISK και του συγκεντρωτικού ερωτηματολογίου ..	67

## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

<b>Διάγραμμα 2.1</b> Προφίλ ατόμων που παρουσιάζουν βαριά κατάθλιψη, 2013 .....	45
<b>Διάγραμμα 2.2</b> Τα κλινικά συμπτώματα των καλούντων στην τηλεφωνική γραμμή .....	50
<b>Διάγραμμα 2.3</b> Τηλεφωνικές αναφορές για την κατάθλιψη σε σχέση με την οικονομική κρίση.....	50
<b>Διάγραμμα 2.4</b> Κατάθλιψη ανά φύλο και ηλικία .....	52
<b>Διάγραμμα 2.5</b> Δείκτες υγείας αντιπροσωπευτικού δείγματος του πληθυσμού στην Ελλάδα .....	52
<b>Διάγραμμα 2.6</b> Αυτοκτονίες εν μέσω οικονομικής κρίσης.....	56
<b>Διάγραμμα 2.7</b> Οι ηλικίες των αυτόχειρων (Ανδρες – Γυναίκες).....	56
<b>Διάγραμμα 4.1</b> Τα βασικά στατιστικά στοιχεία των βαθμολογιών όλων των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου CD-RISK.....	67
<b>Διάγραμμα 4.2</b> Σχέση υποκλίμακας «Προσωπική ικανότητα» και μορφωτικού επιπέδου .....	68
<b>Διάγραμμα 4.3</b> Σχέση «προσωπικής ικανότητας» και δυνατότητας επιτυχίας μελλοντικών στόχων .....	68
<b>Διάγραμμα 4.4</b> Σχέση «προσωπικής ικανότητας» και επηρεασμού της διάθεσης λόγω οικονομικών θεμάτων .....	69
<b>Διάγραμμα 4.5</b> Σχέση «προσωπικής ικανότητας» και δυνατότητας δημιουργίας οικογένειας κάτω από αυτές τις συνθήκες.....	69
<b>Διάγραμμα 4.6</b> Σχέση «προσωπικής ικανότητας» και συναναστροφής με άτομα ίδιων ανησυχιών .....	70
<b>Διάγραμμα 4.7</b> Σχέση υποκλίμακας «Εμπιστοσύνη» και μορφωτικού επιπέδου.....	70
<b>Διάγραμμα 4.8</b> Σχέση «Εμπιστοσύνης» και δυνατότητας επιτυχίας μελλοντικών στόχων .....	71
<b>Διάγραμμα 4.9</b> Σχέση «Εμπιστοσύνης» και επηρεασμού της διάθεσης, λόγω οικονομικών θεμάτων .....	71
<b>Διάγραμμα 4.10</b> Σχέση υποκλίμακας «θετική αποδοχή» και μορφωτικού επιπέδου .....	72
<b>Διάγραμμα 4.11</b> Σχέση «θετικής αποδοχής» και δυνατότητας επιτυχίας μελλοντικών στόχων ....	72
<b>Διάγραμμα 4.12</b> Σχέση «θετικής αποδοχής» και επηρεασμού της διάθεσης, λόγω οικονομικών θεμάτων.....	73
<b>Διάγραμμα 4.13</b> Σχέση «θετικής αποδοχής» και επηρεασμού της κοινωνικής ζωής σε σχέση με το παρελθόν.....	73
<b>Διάγραμμα 4.14</b> Σχέση «θετικής αποδοχής» και δυνατότητας δημιουργίας οικογένειας κάτω από αυτές τις συνθήκες.....	74
<b>Διάγραμμα 4.15</b> Σχέση «θετικής αποδοχής» και συναναστροφής με άτομα ίδιων ανησυχιών ....	75
<b>Διάγραμμα 4.16</b> Σχέση υποκλίμακας «Ελέγχου» και μορφωτικού επιπέδου .....	75
<b>Διάγραμμα 4.17</b> Σχέση «Ελέγχου» και δυνατότητας επιτυχίας μελλοντικών στόχων .....	76
<b>Διάγραμμα 4.18</b> Σχέση «Ελέγχου» και επηρεασμού της διάθεσης, λόγω οικονομικών θεμάτων .	76
<b>Διάγραμμα 4.19</b> Σχέση υποκλίμακας «Πνευματικές επιδράσεις» και Ηλικίας.....	77

<b>Διάγραμμα 4.20</b> Σχέση υποκλίμακας «Πνευματικές επιδράσεις» και Εργασιακής κατάστασης...	77
<b>Διάγραμμα 4.21</b> Σχέση «Πνευματικές επιδράσεις» και συναναστροφής με άτομα των ίδιων ανησυχιών.....	78
<b>Διάγραμμα 4.22</b> Σχέση «Πνευματικές επιδράσεις» και αισιοδοξίας για το μέλλον της χώρας .....	78
<b>Διάγραμμα 4.23</b> Συνολική βαθμολογία για το μορφωτικό επίπεδο .....	79
<b>Διάγραμμα 4.24</b> Συνολική βαθμολογία για την δυνατότητα επιτυχίας μελλοντικών στόχων .....	79
<b>Διάγραμμα 4.25</b> Συνολική βαθμολογία για τον επηρεασμό της διάθεσης, λόγω οικονομικών θεμάτων.....	80
<b>Διάγραμμα 4.26</b> Συνολική βαθμολογία για τον επηρεασμό της κοινωνικής ζωής σε σχέση με το παρελθόν.....	80
<b>Διάγραμμα 4.27</b> Συνολική βαθμολογία για την δυνατότητα δημιουργίας οικογένειας κάτω από αυτές τις συνθήκες.....	81
<b>Διάγραμμα 4.28</b> Συνολική βαθμολογία για την συναναστροφή με άτομα ίδιων ανησυχιών.....	81

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σκοπός της εργασίας είναι η μελέτη επίδρασης της οικονομικής κρίσης στην ψυχική ανθεκτικότητα των ανθρώπων με χαμηλό οικονομικό επίπεδο διαβίωσης. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στους προσδιοριστικούς παράγοντες της ψυχικής υγείας, καθώς και στους τρόπους μέτρησης επιπέδου ψυχικής υγείας. Επίσης, έμφαση δίνεται κυρίως στις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία των ανθρώπων, επικεντρώνοντας το ερευνητικό ενδιαφέρον μας στις οικονομικά ευάλωτες ομάδες ατόμων του Δήμου Ρήγα Φεραίου Θεσσαλονίκης.

Μέσα από τη βιβλιογραφική επισκόπηση διαπιστώνεται ότι η ψυχική ανθεκτικότητα αποτελεί μία προσέγγιση του τρόπου με τον οποίο οι άνθρωποι επανέρχονται έπειτα από τη βίωση αρνητικών, δύσκολων και αντίξοων εμπειριών και της διαδικασίας μέσα από την οποία γίνονται δυνατότεροι ξεπερνώντας αυτές τις καταστάσεις. Η μελέτη της μέχρι σήμερα, έχει εστιάσει σε άτομα με χαμηλό οικονομικό επίπεδο διαβίωσης, τους προστατευτικούς παράγοντες και τους παράγοντες επικινδυνότητας που την επηρεάζουν και τα οφέλη που αποκομίζουν χάρη στις ανθεκτικές συμπεριφορές που αναπτύσσουν.

Από την άλλη πλευρά, τα περιβάλλοντα που ευνοούν την ανάπτυξη της ψυχικής ανθεκτικότητας χαρακτηρίζονται από φτώχεια, υποβάθμιση και αγχογόνες καταστάσεις. Υπό αυτή την έννοια, η οικονομική κρίση που μαστίζει τα τελευταία χρόνια την Ελλάδα είναι ένας παράγοντας επικινδυνότητας για την ψυχική ανθεκτικότητα οποιουδήποτε ατόμου διότι αποτελεί μια κατάσταση, η οποία προκαλεί έντονο άγχος, αποδιοργάνωση και αδυναμία ελέγχου του συγκεκριμένου γεγονότος. Η βιβλιογραφία για την οικονομική κρίση είναι πλούσια σε οικονομικό, πολιτικό και κοινωνικό επίπεδο για την εύρεση των αιτιών και την απόδοση των ευθυνών, για την οικονομική δυσπραγία και τη στέρηση που έχει προκαλέσει σε όλα τα φάσματα της κοινωνικής ζωής.

Τα αποτελέσματα της βιβλιογραφικής επισκόπησης υποδεικνύουν ότι υπάρχει ένα εκτεταμένο επιστημονικό ενδιαφέρον γύρω από τη μελέτη των παραγόντων που επηρεάζουν αρνητικά ή θετικά την ψυχική ανθεκτικότητα των ανθρώπων. Επίσης, αρκετές έρευνες ασχολούνται με τη μελέτη συγκεκριμένων καταστάσεων κρίσεων, που προκαλούνται είτε από φυσικές καταστροφές είτε από συνθήκες ανέχειας και φτώχειας. Με την παρούσα έρευνα επιδιώκουμε όχι απλώς να περιγράψουμε τους ψυχικά ανθεκτικούς ανθρώπους και να εξετάσουμε τους παράγοντες εκείνους που είναι σημαντικοί και μπορούν να επηρεάσουν την ανθεκτικότητά τους. Η σημασία της έρευνας έγκειται στο γεγονός ότι εξετάζουμε τους οργανωσιακούς παράγοντες εκείνους που δύνανται να διευκολύνουν ή/και να εμποδίσουν την εκδήλωσή της, δίνοντας ταυτόχρονα έμφαση σε εξωτερικούς παράγοντες και συγκεκριμένα στην κοινωνικό-οικονομική ύφεση που έχει εκδηλωθεί τα τελευταία χρόνια στη χώρα μας.

Η Διπλωματική Εργασία αναπτύσσεται σε τρία μέρη (θεωρητικό πλαίσιο, ερευνητικό πλαίσιο και ερμηνεία/συζήτηση των πορισμάτων – συμπερασματικές παρατηρήσεις και προτάσεις). Πιο αναλυτικά, περιλαμβάνει τα ακόλουθα Κεφάλαια:

Το **Πρώτο** Κεφάλαιο, περιλαμβάνει τους ορισμούς της ψυχικής υγείας και ψυχικής ανθεκτικότητας, τους προσδιοριστικούς παράγοντες της ψυχικής υγείας, τους τρόπους μέτρησης επιπέδου ψυχικής υγείας. Επιπλέον, γίνεται αναφορά σε σχετικές μελέτες για την ψυχική ανθεκτικότητα.

Στο **Δεύτερο** Κεφάλαιο, γίνεται μία σύντομη περιγραφή του φαινομένου της κοινωνικό-οικονομικής κρίσης και των αρνητικών συνεπειών της σε κάθε πτυχή της κοινωνικής ζωής στην Ελλάδα, παρουσιάζονται η έννοια οικονομικής κρίσης, η σχέση της οικονομικής κρίσης με την ψυχική υγεία, καθώς και οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στα άτομα.

Στο **Τρίτο** Κεφάλαιο παρουσιάζεται το μεθοδολογικό πλαίσιο (σκοπός της έρευνας, εργαλείο συλλογής δεδομένων, περιορισμοί της έρευνας, τρόπος επεξεργασίας των δεδομένων και το δείγμα της έρευνας). Επίσης, παρουσιάζεται η περιγραφική στατιστική ανάλυση που πραγματοποιήθηκε και η δειγματοληπτική Μεθοδολογία. Συνοπτικά, αναφέρεται ότι η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε ένα δείγμα 103 ατόμων με χαμηλό οικονομικό επίπεδο διαβίωσης του Δήμου Ρήγα Φεραίου Θεσσαλονίκης, οι οποίοι κλήθηκαν να συμπληρώσουν ένα ερωτηματολόγιο που περιείχε ερωτήσεις σχετικά με τα δημογραφικά τους στοιχεία, καθώς και τα εργαλεία για τη μέτρηση των αντίστοιχων μεταβλητών.

Το **Τέταρτο** Κεφάλαιο αφορά στα αποτελέσματα της έρευνας και περιλαμβάνει την αναλυτική παρουσίαση των στατιστικών ευρημάτων με την παράθεση των σχετικών πινάκων και διαγραμμάτων. Επίσης, αναφέρονται η ανάλυση αξιοπιστίας υποκλιμάκων, καθώς και η διερεύνηση σχέσης του ερωτηματολογίου και των υποκλιμάκων του με ανεξάρτητες μεταβλητές. Οι στατιστικές αναλύσεις πραγματοποιήθηκαν με την έκδοση 25 του προγράμματος SPSS. Στο τέλος του Κεφαλαίου αυτού παρατίθενται τα συμπεράσματα της ερευνητικής προσπάθειας.

Στο **Πέμπτο** Κεφάλαιο, αναφέρονται τα συμπεράσματα και οι προτάσεις που προκύπτουν από την Διπλωματική Εργασία.

Τέλος, παρατίθεται η βιβλιογραφία πάνω στην οποία βασίστηκε η παρούσα ερευνητική εργασία. Στο Παράρτημα παρατίθεται το ερωτηματολόγιο που δόθηκε στους συμμετέχοντες της ερευνητικής διαδικασίας.

## **Α΄ ΜΕΡΟΣ: ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ**



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>

### ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ & ΨΥΧΙΚΗ ΑΝΘΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑ

---

#### 1.1 Ορισμός υγείας – ψυχικής υγείας

Η υγεία αποτελεί το πιο σημαντικό αγαθό για τον άνθρωπο. Πολλές φορές η έννοια της υγείας παρουσιάζεται ως ένα είδος αρμονίας τόσο μέσα στο άτομο, όσο και ανάμεσα στο άτομο και το περιβάλλον του. Κάνοντας μία σύντομη ιστορική αναδρομή, βλέπουμε ότι η έννοια της υγείας και της ασθένειας διαφέρει ανάλογα με τη χρονική περίοδο και το κοινωνικό και πολιτισμικό περιβάλλον. Για παράδειγμα, κατά την προϊστορική περίοδο, παρατηρούμε ότι οι άνθρωποι της απέδιδαν περισσότερο ένα μυθολογικό υπόβαθρο, ενώ αργότερα η Ιπποκράτεια ιατρική, την μελέτησε υπό το πρίσμα της φυσικής ερμηνείας των φαινομένων.

Ερχόμενοι στην σύγχρονη εποχή, ο όρος «υγεία» διατυπώνεται στη βιβλιογραφία με πολλούς διαφορετικούς τρόπους, ενώ δεν υπάρχει κάποιος κοινά αποδεκτός ορισμός. Σύμφωνα με τον ορισμό που διατυπώθηκε στο καταστατικό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας [1946] η υγεία είναι η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας. Παράγοντες γενετικοί, περιβαλλοντικοί, ο τρόπος ζωής, καθώς επίσης και οι κοινωνικοί προσδιοριστές όπως η εκπαίδευση, η ανεργία και το οικονομικό επίπεδο επηρεάζουν την υγεία των ατόμων, αλλά και την κοινωνική αναπαράσταση του διπόλου υγείας – ασθένειας.

Η **ψυχική υγεία** είναι μια έννοια που εμφανίζεται, ουσιαστικά, μετά τον Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο, αρχικά ταυτόσημη της ψυχικής υγιεινής και αργότερα ως δηλωτική μιας κατάστασης, μιας διάστασης της υγείας, αλλά και ως κοινωνικό κίνημα για τη διαφορετική αντιμετώπιση της ψυχικής ασθένειας και των ψυχικά ασθενών. Η ψυχική υγεία προσεγγίζεται ως πολυπαραγοντικό φαινόμενο σε αντίθεση με το βιοϊατρικό πρότυπο. Σύμφωνα με το ολιστικό πρότυπο, η (ψυχική) υγεία επηρεάζεται από βιολογικούς παράγοντες, από ατομικές συμπεριφορές που σχετίζονται με την υγεία, αλλά και από δομικούς κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες. Οι κοινωνικοί προσδιοριστές της υγείας θεωρούνται ότι έχουν κυρίαρχο ρόλο, με χαρακτηριστικούς τέτοιους δείκτες το εισόδημα, το επίπεδο εκπαίδευσης, την απασχόληση, την κοινωνική τάξη, το φύλο και την εθνικότητα. (Παπαϊωάννου & Μπεργιαννάκη, 2016)

Παρόλα αυτά, ο παραπάνω ορισμός περιγράφει περισσότερο μία ιδανική κατάσταση και όχι την έννοια της υγείας ευρύτερα. Ένας πιο πλήρης ορισμός έχει διατυπωθεί από τον Σαρρή (2001), ο οποίος αναφέρει ότι «η υγεία είναι μία κατάσταση στην οποία το άτομο έχει τη δυνατότητα να υπερβεί τις διάφορες κρίσεις και διαταραχές της ισορροπίας του, ενώ παράλληλα διαμορφώνει νέους κανόνες συμπεριφοράς και νέες αξίες».

Η υγεία δεν είναι το αντίθετο της ασθένειας, διότι περιέχει τους όρους ευεξία και ποιότητα ζωής. Έτσι, για την πλήρη κατανόηση της έννοιας της υγείας απαιτείται πλήρης κατανόηση της αλληλεπίδρασης ανάμεσα σε βιολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες. Η υγεία δεν επηρεάζει μόνο τη βιολογική ισορροπία του ατόμου αλλά και την κοινωνική του υπόσταση και λειτουργία. Επομένως, η υγεία και η ασθένεια μπορούν να καθορίσουν τις σχέσεις του ατόμου μέσα στην κοινωνία. Έτσι, η επίδραση της κοινωνίας στην έννοια της υγείας έγκειται στον προσδιορισμό της φυσιολογικής και της παθολογικής κατάστασης. Οι δύο αυτές έννοιες επηρεάζονται από τα εκάστοτε κοινωνικά και ιδεολογικά δεδομένα.

Σημαντικός είναι και ο αριθμός των μελετών, οι οποίες έχουν επιχειρήσει να συνδέσουν την υγεία με την οικονομία μιας χώρας. Η υγεία με την οικονομία συνδέονται με αρκετά ισχυρούς δεσμούς. Δεν είναι εξάλλου τυχαίο ότι σε φτωχές χώρες οι ασθένειες βρίσκονται σε έξαρση, ενώ σε πλούσιες χώρες γίνονται σημαντικές έρευνες για την αντιμετώπιση διάφορων ασθενειών και κατ'επέκταση για τη διασφάλιση της υγείας του πληθυσμού. Η στενή αυτή σχέση οικονομίας και υγείας φαίνεται και από το γεγονός ότι το 66% των διαφορών που παρατηρούνται στους δείκτες υγείας από χώρα σε χώρα, οφείλονται σε οικονομικούς λόγους.

Πιο συγκεκριμένα, η αύξηση του εισοδήματος οδηγεί σε βελτίωση της υγείας, αφού το άτομο μπορεί να εξασφαλίσει ένα καλύτερο βιοτικό επίπεδο, όπως ένα καλύτερο σπίτι και επαρκή και πιο υγιεινή διατροφή. Επιπρόσθετα, το υψηλότερο εισόδημα δίνει την δυνατότητα στο άτομο να έχει ευκολότερη πρόσβαση στην περίθαλψη. Τέλος, η υγεία του πληθυσμού τον κάνει πιο παραγωγικό και επομένως, βοηθά στην οικονομική ανάπτυξη της χώρας.

Πολλοί είναι και οι συγγραφείς οι οποίοι έχουν προσεγγίσει την υγεία μέσα από την επιστήμη της βιολογίας. Ένας από αυτούς ο Boorse, προσπάθησε να προσεγγίσει την υγεία χρησιμοποιώντας βιολογικούς όρους. Έτσι, ορίζει την ασθένεια ως την ανικανότητα του ατόμου να εκτελέσει φυσιολογικές λειτουργίες με κάποια σχετική αποδοτικότητα. Οι Hamonet και Megalhaes (2001) ερεύνησαν τους λόγους για τους οποίους οι άνθρωποι προσέρχονται στα κέντρα υγειονομικής περίθαλψης και κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η υγεία είναι η ικανότητα του ατόμου να ανταπεξέλθει στις ανάγκες του κάνοντας χρήση των διαθέσιμων πόρων υγειονομικής περίθαλψης.

Μια σημαντική συνιστώσα της υγείας είναι η ψυχική υγεία, την οποία θα αναλύσουμε στην συνέχεια. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας η ψυχική υγεία ορίζεται ως μια κατάσταση ευημερίας στην οποία το άτομο είναι σε θέση να συνειδητοποιήσει τις ικανότητές του, να αντιμετωπίσει την καθημερινότητα και τα προβλήματά της, να εργαστεί παραγωγικά και γόνιμα, και να είναι σε θέση να συμβάλει στην κοινότητα μέσα στην οποία ζει. Κοινά προβλήματα όπως το στρες, η ανησυχία, η νευρικότητα, η ένταση, η κατάθλιψη, η εξουθένωση κάνουν όλο και συχνότερα την εμφάνισή τους στους ανθρώπους του 21<sup>ου</sup> αιώνα. Επιπλέον, ο οργανισμός αναφέρει πως η περαιτέρω ευημερία ενός ατόμου περιλαμβάνει την υλοποίηση των

δυνατοτήτων του, την αντιμετώπιση των θεμάτων που προκαλούν άγχος στην καθημερινή ζωή, την παραγωγική εργασία και την συμβολή στην κοινότητά του.

Ιστορικά, στα μέσα του 19<sup>ου</sup> αιώνα, ο William Sweetzer ήταν ο πρώτος ο οποίος όρισε με σαφήνεια τον όρο «ψυχική υγεία», ο οποίος μπορεί να θεωρηθεί ως πρόδρομος των σύγχρονων προσεγγίσεων για την προώθηση της θετικής ψυχικής υγείας. Επιπλέον, ο Ισαάκ Ray, ένας από τους δεκατρείς ιδρυτές της American Psychiatric Association, όρισε περαιτέρω την ψυχική υγεία ως ένα μέσο για την διατήρηση της μνήμης κατά περιστατικών και επιρροών οι οποίες μπορούν να αναστείλουν ή να καταστρέψουν την ενέργειά της, την ποιότητα ή την ανάπτυξή της.

Παρά το ότι, αρκετοί συγγραφείς και διεθνείς οργανισμοί για την υγεία έχουν επιχειρήσει να αποδώσουν έναν επαρκή ορισμό για την ψυχική υγεία, μπορούμε να πούμε πως η έννοια αυτή δεν είναι εύκολο να αποδοθεί με σαφήνεια, από την στιγμή που δεν υφίστανται σαφή διαχωριστικά και διαγνωστικά κριτήρια ανάμεσα στην ψυχική υγεία και την ασθένεια. Αντιμετωπίζεται δηλαδή, και εδώ το ζήτημα του διαχωρισμού μεταξύ της υγείας και της ασθένειας. Ανάμεσα στις δύο αυτές έννοιες υπάρχει ένας μεγάλος χώρος στον οποίο οι δύο αυτές καταστάσεις αλληλοεπικαλύπτονται. Έτσι, αποδεχόμαστε πως για να χαρακτηριστεί ένα άτομο ψυχικά υγιές, θα πρέπει να πληρεί κάποια συγκεκριμένα κριτήρια τα οποία είναι τα εξής:

- Το κριτήριο της μέσης συμπεριφοράς, με βάση το οποίο θεωρείται ομαλή η συμπεριφορά του μέσου ατόμου.
- Το κλινικό κριτήριο, με βάση στο οποίο ελέγχεται η ύπαρξη ή απουσία μιας ψυχικής νόσου, μέσα από την συμπεριφορά του ατόμου.
- Το κριτήριο της υποκειμενικής δυσφορίας, που εξετάζει το κατά πόσο το ίδιο το άτομο αισθάνεται παθολογικά δυσφορία.
- Το κριτήριο της κοινωνικής συμπεριφοράς, με βάση το οποίο η συμπεριφορά του ατόμου εμπίπτει στα λογικά πλαίσια των κανόνων που υπάρχουν και τηρούνται και από τα υπόλοιπα άτομα σε μια κοινωνία. Από την στιγμή που αυτή η συμπεριφορά είναι κοινωνικά αποδεκτή από τα υπόλοιπα άτομα της κοινωνίας, το άτομο μπορεί να θεωρηθεί ψυχικά υγιές.
- Το κριτήριο της ανάπτυξης με βάση το οποίο το άτομο περνάει ομαλά στα διάφορα στάδια ανάπτυξής του, δηλαδή για παράδειγμα περνάει ομαλά από το στάδιο της βρεφικής στην νηπιακή ανάπτυξη ή από το στάδιο της σχολικής στην ενήλικη ζωή.

## 1.2 Προσδιοριστικοί παράγοντες ψυχικής υγείας

Οι παράγοντες που προσδιορίζουν την ψυχική υγεία είναι κυρίως βιολογικοί, κοινωνικοί και οικονομικοί. Η ψυχική υγεία των ατόμων μιας κοινωνίας, αποτελεί σημαντικό οικονομικό παράγοντα, αφού η διασφάλισή της συμβάλλει στη διατήρηση της παραγωγικότητας και της ευημερίας και κατά συνέπεια στην οικονομική ανάπτυξή της. Από τη διατήρηση ενός υψηλού επιπέδου ψυχικής υγείας, εξαρτάται η επιτυχής ανάκαμψη των οικονομιών. Η ηλικία, το φύλο, η σωματική υγεία, το κοινωνικό και οικονομικό περιβάλλον, συνδέονται με την εμφάνιση και πορεία ψυχικών νοσημάτων.

Οι μείζονες κοινωνικο-οικονομικοί προσδιοριστικοί παράγοντες της ψυχικής υγείας σχετίζονται με το επίπεδο εισοδήματος, εκπαίδευσης, την κοινωνική τάξη και την επαγγελματική απασχόληση. Για παράδειγμα, οι φτωχοί συχνά ζουν χωρίς τις βασικές ελευθερίες ασφάλειας, δράσης και επιλογής, που για άλλους θεωρούνται δεδομένες. Είναι πιθανό να τους λείπει η κατάλληλη διατροφή, στέγη, εκπαίδευση και υγεία, περιορισμοί που τους εμποδίζουν να ζήσουν όπως αξίζει στον καθένα. Πληθυσμοί που ζουν σε φτωχές κοινωνικο-οικονομικές συνθήκες βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο για κακή ψυχική υγεία, κατάθλιψη και φτώχη υποκειμενική ευεξία.

Η φτώχεια αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες που επηρεάζουν την ψυχική υγεία. Πρόκειται για ένα πολυδιάστατο κοινωνικό φαινόμενο, το οποίο χαρακτηρίζεται συνήθως από ανεργία, χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο των ατόμων και χαμηλή κοινωνικοοικονομική θέση. Η έρευνα δείχνει ότι τα άτομα που ζουν σε φτωχογειτονιές, σε ανθυγιεινές συνθήκες, με κακές διατροφικές συνήθειες, σε περιβάλλον με εντάσεις και καυγάδες, βιώνουν υψηλότερα επίπεδα στρεσογόνων παραγόντων και κοινωνικού αποκλεισμού, κινδυνεύουν από αυξημένη νοσηρότητα, θνησιμότητα και μεγαλύτερη ευπάθεια σε ψυχικές ασθένειες, όπως διαταραχές άγχους, καταθλιπτικά συμπτώματα, κατάθλιψη, κάπνισμα, αλκοολισμός, χρήση ουσιών και μεγαλύτερη εγκληματικότητα. Επίσης, τα άτομα αυτά αντιμετωπίζουν σημαντικά εμπόδια στην πρόσβαση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, λόγω της αδυναμίας πληρωμής, ή ανυπαρξίας κατάλληλων για τις ανάγκες τους, υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Η φτώχεια μπορεί να προκαλέσει ψυχικά προβλήματα υγείας, να είναι δηλαδή η αιτία τους, αλλά μπορεί να είναι και το αποτέλεσμα των ψυχικών διαταραχών. Τα άτομα με ψυχικές διαταραχές, κυρίως όσοι πάσχουν από χρόνια νοσήματα, κινδυνεύουν να μείνουν άνεργα, άστεγα και να αποκλειστούν κοινωνικά, καταστάσεις που οδηγούν στην ανέχεια και στη φτώχεια. Επίσης, αρκετές άλλες μελέτες επιβεβαιώνουν ότι παράγοντες όπως η φτώχεια, η οικονομική δυσχέρεια, εισοδηματική ανισότητα και η ανεργία, συνδέονται με ψυχικές διαταραχές, προβλήματα αλκοολισμού και αύξηση αυτοκτονιών. Αύξηση της ανεργίας κατά 1% συνεπάγεται αύξηση στο ποσοστό των αυτοκτονιών κατά 0,8% σε άτομα κάτω των 65 ετών. Η ανεργία σχετίζεται με τη συχνότητα, την επίπτωση και τη διατήρηση των κοινών ψυχικών διαταραχών. Η φτώχεια και η

ανεργία αυξάνουν τη συχνότητα των κοινών ψυχικών διαταραχών, ενισχύοντας τη διάρκεια και όχι την έναρξη των επεισοδίων. Οι οικονομικές δυσκολίες, τα χρέη και η αδυναμία πληρωμής τους συνδέονται με προβλήματα ψυχικής υγείας όπως είναι οι φοβίες, διαταραχές πανικού, ψυχαναγκαστικές διαταραχές, κατάθλιψη, διαταραχές άγχους, κ.ά.

Το μορφωτικό επίπεδο έχει συνδεθεί σε σημαντικό βαθμό με την σωματική και ψυχική υγεία των ατόμων. Ο αναλφαβητισμός και η χαμηλή εκπαίδευση αποτελούν βασικό παράγοντα κινδύνου για διάφορες σωματικές και ψυχικές διαταραχές λόγω των μειωμένων γνώσεων για την υγεία, την περίθαλψη και την πρόληψη και επειδή συνήθως το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο συνοδεύεται με καταστάσεις φτώχειας. Έρευνα στην Ολλανδία, επιβεβαιώνει ότι ο αναλφαβητισμός και η μόρφωση πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης των ατόμων, συνδέονται με αυξημένα ποσοστά ψυχικών διαταραχών. Ενώ τα άτομα με υψηλότερα επίπεδα μόρφωσης συνοδεύονται από περισσότερη ευημερία σε ατομικό και κοινωνικό επίπεδο και από καλύτερη ψυχική υγεία.

Άλλοι παράγοντες όπως η αστικοποίηση, ο πόλεμος και η μετακίνηση, ο ρατσισμός και η οικονομική αστάθεια έχουν συνδεθεί με αυξημένα επίπεδα ψυχιατρικής συμπτωματολογίας και νοσηρότητας. Έτσι, ο πόλεμος και τα ψυχικά τραύματα που προκαλούνται απ' αυτόν, οδηγούν σε διαταραχή μετά από οξύ μετατραυματικό στρες (PTSD), κατάθλιψη, άγχος και διαταραχές που σχετίζονται με τη χρήση αλκοόλ. Επιπρόσθετα, τέτοια τραύματα μπορεί να δημιουργήσουν ψυχιατρική ευπάθεια στους απογόνους ψυχικά τραυματισμένων και καταθλιπτικών ασθενών.

Συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης είναι συχνά, συνυπάρχουν και παρουσιάζουν ομοιογενή κατανομή στο γενικό πληθυσμό. Η εκτιμώμενη συχνότητά τους στην κοινότητα υπολογίζεται στο 15%. Αυτές οι κοινές ψυχικές διαταραχές ευθύνονται για το 1/3 των αναρρωτικών απουσιών από την εργασία και για το 1/5 των συμβουλευτικών πράξεων στην άσκηση της γενικής ιατρικής στο Ηνωμένο Βασίλειο. Τα προσβεβλημένα άτομα παρουσιάζουν υψηλά ποσοστά θνητότητας και κλινικά σημαντική έκπτωση στη σωματική και κοινωνική λειτουργικότητα. Οι κοινές ψυχικές διαταραχές είναι επικρατέστερες μεταξύ των ατόμων με χαμηλό επίπεδο διαβίωσης, ανεξάρτητα από την κοινωνική τάξη λόγω επαγγέλματος. Εντούτοις, τα ευρήματα από προοπτικές μελέτες υπήρξαν αντιφατικά. Αν και υπάρχουν αναφορές που συσχετίζουν το χαμηλό εισόδημα και τα περιορισμένα περιουσιακά στοιχεία με την έναρξη των κοινών ψυχικών διαταραχών, αυτοί οι παράγοντες κινδύνου έχουν πιο σταθερά συσχετισθεί με μεγαλύτερη διάρκεια επεισοδίων των διαταραχών.

Η ανεργία επίσης, σχετίζεται με τη συχνότητα, την επίπτωση και τη διατήρηση των κοινών ψυχικών διαταραχών. Πρόσφατες ενδείξεις υποστηρίζουν ότι τα αποτελέσματα της ανεργίας και της φτώχειας στη ψυχική υγεία μπορεί να διαμεσολαμβάνονται ή να καθορίζονται από το υποκειμενικό αίσθημα οικονομικής πίεσης. Σε μελέτη των Weich και Lewis διάρκειας 12 μηνών που διεξήχθη σε Αγγλία, Ουαλία και Σκωτία και στην οποία συμμετείχαν 7726 άτομα, ηλικίας από 16-75 ετών, τα οποία ζούσαν σε ιδιόκτητες κατοικίες, διερευνήθηκε κατά πόσο η φτώχεια και η ανεργία αυξάνουν την

πιθανότητα έναρξης ή καθυστερημένης ανάρρωσης από τα επεισόδια κοινών ψυχικών διαταραχών. Επίσης, ελέγχθηκε αν οι συγκεκριμένοι συσχετισμοί μπορούν να ερμηνευθούν με βάση το υποκειμενικό βίωμα οικονομικής ανέχειας, που υφίστανται άτομα φτωχά ή άνεργα. Η συγκεκριμένη μελέτη συμπεραίνει ότι η φτώχεια και η ανεργία αυξάνουν τη συχνότητα των κοινών ψυχικών διαταραχών ενισχύοντας τη διάρκεια και όχι την έναρξη των επεισοδίων (Λευθεριώτη, 2013:63).

Παράλληλα, η παρουσία έντονου υποκειμενικού βιώματος οικονομικής πίεσης, συσχετίζεται ισχυρά τόσο με την έναρξη όσο και τη διατήρηση των επεισοδίων, χωρίς να επηρεάζεται από άλλους αντικειμενικούς παράγοντες κινδύνου. Είναι πιθανό, ο βαθμός οικονομικής πίεσης να αντιπροσωπεύει, εκτός από ακριβή τρόπο μέτρησης του επιπέδου διαβίωσης, μια άποψη της προσωπικότητας όπως η προδιάθεση για απαισιοδοξία ή ανησυχία. Έτσι άτομα με υψηλότερα εισοδήματα που ζούσαν σε περιοχές της Βρετανίας με σχετική ανισοκατανομή του εισοδήματος, εμφάνιζαν μεγαλύτερη συχνότητα κοινών ψυχικών διαταραχών από εκείνα που ζούσαν σε περιοχές όπου το εισόδημα ήταν ομοιογενώς κατανομημένο.

Είναι πιθανό, ότι τα εύρωστα οικονομικά άτομα σε περιοχές με μεγάλη ανισοκατανομή εισοδήματος, βιώνουν μεγαλύτερο στρες από εύρωστα οικονομικά άτομα σε περιοχές με σχετική ομοιογένεια στην κατανομή του εισοδήματος. Καθώς, το υψηλότερο εισόδημα θεωρείται απαραίτητη προϋπόθεση για να παραμείνουν στην κορυφή των πρώτων περιοχών, τα άτομα θα πρέπει να εργαστούν σκληρότερα προκειμένου να διατηρήσουν την κοινωνική τους θέση, επιπλέον η σχετική διαφορά τους ως προς το εισόδημα των περιοίκων, τους ενοχοποιεί ή τους ανησυχεί. Από την ίδια μελέτη προκύπτει ότι η συσχέτιση μεταξύ ατομικού εισοδήματος και συχνότητας των ψυχικών διαταραχών δεν είναι γραμμική, αλλά εμφανίζει σχήμα ανεστραμμένου J. Επομένως, παρεμβάσεις για τον περιορισμό των επιπτώσεων της φτώχειας στη συχνότητα των ψυχικών διαταραχών θα είναι πιο αποδοτικές αν στοχεύουν στα χαμηλότερα εισοδήματα.

Το ενδιαφέρον για την κοινωνική επιδημιολογία έφερε στο προσκήνιο της πρακτικής της, διάφορα μοντέλα και δείκτες μέτρησης της κοινωνικο-οικονομικής θέσης. Αυτά περιλαμβάνουν τη θεωρητική και εμπειρική διάκριση της κοινωνικής τάξης, αντιληπτή ως κοινωνική σχέση συνδεδεμένη με την παραγωγή αγαθών και υπηρεσιών ή διαφορετικά, μορφή κοινωνικής στρωμάτωσης με βάση τη σχέση των ατόμων προς τα μέσα παραγωγής και τον έλεγχο της παραγωγικής διαδικασίας.(π.χ. ιδιοκτήτης, αυτοαπασχολούμενος, εργάτης, διευθυντικό στέλεχος, επιβλέπων, μη διευθυντικός υπάλληλος), από το κοινωνικο- οικονομικό status, αντιληπτό ως τοποθέτηση ατόμων σε ένα συνεχές οικονομικών, πολιτικών, ή πολιτισμικών συνιστωσών ή διαφορετικά μορφή κοινωνικής στρωμάτωσης με βάση το γόητρο και τη δυνατότητα προνομιακής κατανάλωσης αγαθών και υπηρεσιών (π.χ. εισόδημα, επίπεδο εκπαίδευσης, επαγγελματικό γόητρο).

Αρκετές μελέτες εξέτασαν τη δυναμική αυτών των παραμέτρων της κοινωνικής τάξης ως προς την πρόβλεψη της κατάστασης της ψυχικής υγείας. Δύο ευρήματα προέκυψαν απ' αυτή την έρευνα: 1)

τα μοντέλα της κοινωνικής τάξης και της κοινωνικο-οικονομικής κατάστασης οδηγούν σε διαφορετικά συμπεράσματα όσον αφορά τη σχέση ανάμεσα στην κοινωνικο-οικονομική θέση και τις ψυχικές διαταραχές, και 2) μετρήσεις της κοινωνικής τάξης και της κοινωνικο-οικονομικής κατάστασης δεν είναι εμπειρικά ισοδύναμες. Έτσι βρέθηκαν πρώιμες ενδείξεις μη γραμμικής συσχέτισης μεταξύ κοινωνικής τάξης και ψυχικής υγείας, σύμφωνα με τα μοντέλα αξιολόγησης της κοινωνικής τάξης, όχι όμως σύμφωνα με τα μοντέλα της κοινωνικο-οικονομικής κατάστασης.

Περαιτέρω στην βιβλιογραφία εξετάζονται οι προστατευτικοί παράγοντες και οι παράγοντες κινδύνου της ψυχικής υγείας. Η πρόληψη των ψυχικών διαταραχών στοχεύει στους παράγοντες εκείνους που έχουν μια αιτιώδη επίδραση και προδιαθέτουν το άτομο σε ψυχική δυσλειτουργία. Οι παράγοντες κινδύνου σχετίζονται με αυξημένη πιθανότητα έναρξης σοβαρών και μεγαλύτερης διάρκειας μείζονων προβλημάτων υγείας. Οι προστατευτικοί παράγοντες αναφέρονται σε καταστάσεις που βελτιώνουν την αντίσταση των ατόμων στους παράγοντες κινδύνου και στις διαταραχές. Έχουν οριστεί ως εκείνοι οι παράγοντες που μεταβάλλουν, βελτιώνουν ή τροποποιούν την απάντηση ενός ατόμου σε κάποιον περιβαλλοντικό κίνδυνο, ο οποίος προδιαθέτει σε δυσπροσαρμοστική έκβαση. Κυρίως, οι ατομικοί προστατευτικοί παράγοντες ταυτίζονται με χαρακτηριστικά θετικής ψυχικής υγείας, όπως η αυτοεκτίμηση, η συναισθηματική αντίσταση, η θετική σκέψη, η δυνατότητα επίλυσης προβλημάτων, οι κοινωνικές δεξιότητες, οι δεξιότητες αντιμετώπισης του στρες και το αίσθημα ελέγχου. Για το λόγο αυτό, προληπτικές παρεμβάσεις που στοχεύουν στην ενδυνάμωση των προστατευτικών παραγόντων εξυπηρετούν την προαγωγή της ψυχικής υγείας.

Υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις για τη συσχέτιση των προστατευτικών παραγόντων και των παραγόντων κινδύνου, με την ανάπτυξη των ψυχικών διαταραχών. Και τα δύο είδη παραγόντων μπορεί να είναι ατομικοί, οικογενειακοί, κοινωνικοί, οικονομικοί και περιβαλλοντικοί. Το αθροιστικό αποτέλεσμα της παρουσίας ποικίλων παραγόντων κινδύνου, η απουσία προστατευτικών παραγόντων και η αλληλεπίδραση επικίνδυνων και προστατευτικών καταστάσεων, προδιαθέτουν τα άτομα στη μετάβαση από μια κατάσταση καλής ψυχικής υγείας σε αυξημένη ευπάθεια, στη συνέχεια σε ένα ψυχικό πρόβλημα και τελικά στην πλήρη εκδήλωση της διαταραχής.

Τρέχουσες σχετικές μελέτες εστιάζονται κυρίως στις διαδικασίες που προωθούν την ευπάθεια απέναντι στο στρες. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αυτής της επικέντρωσης αφορά στην έρευνα για τη συσχέτιση μεταξύ κοινωνικής τάξης και ψυχικής ασθένειας. Έτσι, κοινωνικά μειονεκτούντα άτομα εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά ψυχιατρικών διαταραχών. Πρώιμες μελέτες για την κοινωνική τάξη και την ψυχοπαθολογία αναφέρουν ότι άτομα χαμηλών κοινωνικών τάξεων παρουσιάζουν σημαντικά αυξημένη πιθανότητα νοσηλείας και μάλιστα μεγαλύτερης διάρκειας απ' ότι άτομα μεσαίων κοινωνικών στρωμάτων.

Μέχρι τις αρχές του 1970, η κυρίαρχη αντίληψη στη βιβλιογραφία για την κοινωνική τάξη και την ψυχική ασθένεια ήταν ότι άτομα χαμηλών κοινωνικών τάξεων εκτίθενται σε περισσότερο στρεσογόνες εμπειρίες ζωής, συγκριτικά με άτομα ευνοϊκού κοινωνικού status. Αυτή ακριβώς η διαφορετική έκθεση ερμήνευε την αρνητική συσχέτιση μεταξύ κοινωνικής τάξης και ψυχικής ασθένειας. Την άποψη αυτή διαπραγματεύτηκε για πρώτη φορά η μελέτη του Midtown Manhattan στην οποία έγινε μια εμπειρική προσπάθεια να καταδειχθεί ότι η υπεροχή των ψυχιατρικών προβλημάτων στις κατώτερες κοινωνικές τάξεις ερμηνεύεται με την μεγαλύτερη έκθεση σε στρεσογόνες καταστάσεις. (Λευθεριώτη, 2013:49)

Αν και η συγκεκριμένη προσπάθεια ήταν ατυχής, ωστόσο καταγράφηκε μια πιο σύνθετη συσχέτιση: στρεσογόνες εμπειρίες ζωής έχουν μεγαλύτερη δυνατότητα να προκαλούν ψυχιατρικά προβλήματα στις κατώτερες απ' ό,τι στις μεσαίες τάξεις. Η παραδοχή αυτή ερμηνεύει τη σχέση ανάμεσα στην κοινωνική τάξη και την κατάθλιψη καθώς και μεταξύ κοινωνικής τάξης και μη ειδικής δυσφορίας. Η διαφορετική ευπάθεια μπορεί να προκύψει με αρκετούς τρόπους. Ένας από τους πιο αληθοφανείς είναι η υπόθεση της επιλογής ή μετακύλισης (selection or drift) ατόμων σε χαμηλότερη κοινωνική τάξη λόγω ανεπαρκούς ικανότητας να αντεπεξέρχονται σε στρεσογόνες καταστάσεις. (Λευθεριώτη, 2013:49)

Μια πιο παραδεκτή ερμηνεία για τη συσχέτιση κοινωνικής τάξης και ευπάθειας, είναι εκείνη που υποστηρίζει ότι η εμπειρία ενός ατόμου ως μέλους συγκεκριμένης κοινωνικής τάξης οδηγεί στην ανάπτυξη ατομικών χαρακτηριστικών ως προς την ικανότητα να αντεπεξέρχεται σε διάφορες καταστάσεις. Οι διαθέσιμες ενδείξεις υποστηρίζουν και τις δυο υποθέσεις. Οι περισσότερες ενδείξεις για την υπόθεση της επιλογής προκύπτουν από μελέτες μείζονων ψυχικών διαταραχών, κυρίως τη σχιζοφρένεια. Οι μελέτες αυτές αποδεικνύουν ότι η πρώιμη έναρξη μιας διαταραχής μπορεί να μειώσει τις πιθανότητες για κοινωνικοοικονομική εξέλιξη, γεγονός προφανές για τα άτομα με σχιζοφρένεια που νοσούν προτού να εδραιώσουν την επαγγελματική τους εξέλιξη.

### **1.3 Τρόποι Μέτρησης Επιπέδου Ψυχικής Υγείας**

Τις τελευταίες δεκαετίες, η αντιμετώπιση των ψυχικά πασχόντων έχει αλλάξει ριζικά με τις “επαναστατικές” αλλαγές του συστήματος παροχής φροντίδας υγείας στους χρόνιους ψυχικά ασθενείς, και το διαρκώς αυξανόμενο ενδιαφέρον για θέματα που αφορούν την ποιότητα ζωής και την σχέση τους με την τελική έκβαση της νόσου και εντέλει την επανένταξη των ασθενών. Μετά την ψυχιατρική μεταρρύθμιση, από το επίπεδο του εγκλεισμού και της στέρησης στοιχειωδών δικαιωμάτων των ασθενών, οι ψυχικά πάσχοντες έχουν τη δυνατότητα για μεγάλα χρονικά διαστήματα να ζουν στην κοινότητα.

Μετά την απορρύθμιση της προσωπικότητας του ασθενούς και τον κοινωνικό στιγματισμό που επιφέρει η ψυχική νόσος, τα νέα επιστημονικά και εμπειρικά δεδομένα οδηγούν σε μια συντονισμένη προσπάθεια ανάκτησης της ταυτότητας του ψυχικά πάσχοντος και του προσωπικού



του βιογραφικού, συγχρόνως με την ενίσχυση της λειτουργικότητας, η βελτίωση της οποίας αποτελεί και τον κυρίως στόχο των ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων για τη βελτίωση της ποιότητας της ζωής. Κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του '70 με την απαρχή της από-ασυλοποίησης τέθηκαν οι πρώτοι προβληματισμοί από τους κλινικούς οι οποίοι εργάζονταν στις κοινοτικές δομές, σε σχέση με την αξιολόγηση των παραδοσιακών δεικτών πορείας της νόσου.

Παρά τη σημαντική συμβολή των νεότερων και περισσότερο αποτελεσματικών ψυχοτρόπων φαρμάκων, η διαδικασία αποκατάστασης των ψυχικά ασθενών θεωρείται πλέον ότι είναι πολυδιάστατη και πολυπαραγοντική. Ο βαθμός των υποτροπών, η συχνότητα των εισαγωγών και ο χρόνος νοσηλείας στα ψυχιατρικά νοσοκομεία θεωρήθηκαν δείκτες απλοϊκοί και ανεπαρκείς, ενώ συγχρόνως συνδέθηκαν με το επίπεδο των προσφερόμενων υπηρεσιών ψυχικής υγείας ή και με την οικονομική κατάσταση του ασθενούς και λιγότερο με την κλινική του κατάσταση. Αποδείχθηκε δε, ότι οι ίδιοι ασθενείς είναι δυνατόν σε ένα σύστημα ψυχικής υγείας να αντιμετωπισθούν ως έγκλειστοι, ενώ σε ένα άλλο σύστημα υγείας το οποίο στηρίζεται σε κοινοτικές δομές όπου δίνεται ιδιαίτερη σημασία στην αναγνώριση των αναγκών των ασθενών, να αντιμετωπισθούν ως εξωτερικοί ασθενείς.

Μετά την έντονη αμφισβήτηση των παραδοσιακών δεικτών αξιολόγησης του θεραπευτικού αποτελέσματος, δίνεται ιδιαίτερη βαρύτητα στη σύγχρονη ανάπτυξη συμπληρωματικών δεικτών αξιολόγησης, οι οποίοι έχουν ως επίκεντρο τον ίδιο τον ασθενή. Παρατηρείται δηλαδή, μια περισσότερο ανθρωποκεντρική αξιολόγηση, όπου τους παραδοσιακούς θεραπευτικούς δείκτες, συμπληρώνουν και δείκτες με κοινωνικά χαρακτηριστικά αξιολόγησης, όπως π.χ. της ποιότητας ζωής, της ικανοποίησης, της κοινωνικής στήριξης αλλά και δείκτες αντικειμενικούς που αφορούν το επίπεδο εκπαίδευσης του ασθενούς, την οικονομική και επαγγελματική του κατάσταση ή τις συνθήκες στέγασης και οι οποίοι είναι στενά συνδεδεμένοι με την ψυχοπαθολογία.

Η ποιότητα ζωής, παρότι εννοιολογικά επιδέχεται ασάφειες και διάφορες ερμηνείες, εντούτοις χαρακτηρίζεται από βασικές διαστάσεις που καθορίζονται: α) από το βαθμό προσβασιμότητας του πάσχοντα σε πόρους-ευκαιρίες και το επίπεδο χρησιμοποίησής τους ούτως ώστε να επιτύχει την ικανοποίηση των ενδιαφερόντων του, β) από τις αντικειμενικές δυνατότητες του ατόμου και γ) από το αίσθημα ευφορίας που αναπτύσσεται στον πάσχοντα. Σε αυτήν την προσέγγιση της ποιότητας ζωής αντικειμενικοί και υποκειμενικοί παράγοντες, οι οποίοι αφορούν συγκεκριμένες παραμέτρους της καθημερινότητας, όπως η υγεία, οι οικογενειακές σχέσεις, το κοινωνικό-οικονομικό περιβάλλον, παρεμβαίνουν και καθορίζουν το αίσθημα ικανοποίησης και γενικής ευεξίας που βιώνει το άτομο. Κατά άλλους δε συγγραφείς, η ποιότητα ζωής μπορεί να οριστεί ως η ισορροπία η οποία μπορεί να αναπτυχθεί ανάμεσα σε ψυχοπιεστικά γεγονότα και κοινωνικο-οικονομικούς παράγοντες με την παρέμβαση των ψυχοκοινωνικών προγραμμάτων.

Παρά την έλλειψη ακρίβειας στον ορισμό της ποιότητας ζωής, εντούτοις πάντα εμπεριέχεται η ικανοποίηση του ασθενούς, ανάλογα με τις προσωπικές του εμπειρίες και το επίπεδο της γενικής του ευεξίας παράλληλα με την αξιολόγηση των συνθηκών διαβίωσης. Το ζητούμενο είναι ο βαθμός που εξωτερικοί παράγοντες επηρεάζουν τις υποκειμενικές απόψεις των ασθενών και ο βαθμός συσχέτισης των υποκειμενικών απόψεων με τις αντικειμενικές συνθήκες. Τα μοντέλα που έχουν προταθεί για την ανάλυση αυτών των ερωτημάτων είναι:

- ❖ Το μοντέλο της ικανοποίησης του ασθενούς που αναπτύχθηκε από τους Lehman et. al. (1983). Στο συγκεκριμένο μοντέλο υποστηρίζεται ότι ο βαθμός ικανοποίησης του ασθενούς σχετίζεται με το βαθμό εκπλήρωσης των αναγκών και επιθυμιών του, οι οποίες με τη σειρά τους εξαρτώνται από τις συνθήκες διαβίωσης.
- ❖ Το μοντέλο που συνδυάζει την ικανοποίηση, με την αξία που έχει για το άτομο μια συγκεκριμένη πλευρά της ζωής του.
- ❖ Το μοντέλο που εξετάζει τη δυνατότητα της λειτουργικότητας μέσα σε δεδομένους κοινωνικούς ρόλους. Βασίζεται στη θεωρία των αναγκών του Maslow, θεωρώντας ότι η κάλυψη βασικών αναγκών είναι προϋπόθεση για τη δημιουργία κοινωνικών συνθηκών, όπου το άτομο μπορεί να λειτουργήσει με ικανοποίηση. Το μοντέλο αυτό δημιούργησε προβληματισμούς οι οποίοι σχετίζονται με το ρόλο του ασθενούς ως μέλους της κοινωνίας, και την εξάρτηση του ψυχικά πάσχοντος, από τις ανάγκες που απορρέουν από την ίδια τη νόσο όπως π.χ. η εξάρτηση από τους ειδικούς.

Σύμφωνα με τους Angermeyer και Kilian (1997) η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής των ατόμων με χρόνιες ψυχικές διαταραχές πρέπει να είναι ένα δυναμικό μοντέλο στο οποίο η ικανοποίηση να αποτελεί το μοχλό της διαδικασίας, κατά την οποία θα αξιολογείται:

- ✓ Το επίπεδο των συνθηκών που βιώνει καθημερινά το άτομο, σε σχέση με την ικανοποίηση των βασικών συναισθηματικών, κοινωνικών ή φυσικών αναγκών.
- ✓ Το επίπεδο της υποκειμενικής αξιολόγησης σε ότι αφορά την ικανοποίηση, η οποία έχει διαμορφωθεί από τα ατομικά βιώματα και χαρακτηριστικά μέσα σε ένα περιβάλλον με δεδομένες αρχές και αξίες.

Ένα σοβαρό ερώτημα που συχνά τίθεται δεδομένων των συναισθηματικών και λειτουργικών δυσλειτουργιών είναι, η ικανότητα των ασθενών να εκτιμήσουν την ικανοποίηση από την ποιότητα της ζωής τους. Ο Lehman (1983), υποστηρίζει ότι η αξιολόγηση των απόψεων των ψυχικά ασθενών σχετικά με την ποιότητα της ζωής τους, δεν διαφέρουν σημαντικά από εκείνες του γενικού πληθυσμού παρά το γεγονός ότι οι εκτιμήσεις τους επηρεάζονται έντονα τόσο από το ψυχοπαθολογικό υπόστρωμα όσο και από τις επιμέρους προτεραιότητες και αξίες τους. Η εκτεταμένη χρήση της ποιότητας ζωής ως σημαντικού δείκτη αξιολόγησης των παρεμβάσεων

θεραπείας και ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, στοχεύει στην αναζήτηση στρατηγικών και μεθόδων που αφορούν την βελτίωση της υγείας των ψυχικά πασχόντων με την αναδόμηση του προσωπικού βιογραφικού, ούτως ώστε ο ασθενής να έχει την ικανότητα της κατά το δυνατόν διαχείρισης της ασθένειας.

Έτσι, η διαδικασία της αποασυλοποίησης και της μετάβασης σε κοινοτικές στεγαστικές δομές, όπως οι ξενώνες και τα προστατευόμενα διαμερίσματα, στοχεύει στη βελτίωση της ποιότητας ζωής μέσω της εξασφάλισης αξιοπρεπούς διαβίωσης και της ενίσχυσης των διαπροσωπικών σχέσεων σε ένα περιβάλλον όπου θα ενθαρρύνονται οι σχέσεις μεταξύ συγγενών, φίλων και ερωτικών συντρόφων. Το επίπεδο της ποιότητας ζωής αποτελεί αναγκαίο και καθοριστικό παράγοντα αξιολόγησης των υποστηρικτικών δικτύων για λόγους που σχετίζονται με:

- Τη σφαιρική αντιμετώπιση της υγείας
- Την πολυδιάστατη προσέγγιση της ποιότητας ζωής, η οποία επηρεάζει και τις παρεμβάσεις
- Τη βελτίωση της λειτουργικότητας του ασθενούς κατά τη μετάβαση από το άσυλο στις εναλλακτικές δομές και τη σχέση της με την ποιότητα ζωής.
- Την ιδιαίτερη έμφαση στο πεδίο της ικανοποίησης και τον καθοριστικό τρόπο διαμόρφωσης της ποιότητας ζωής.
- Την αξιολόγηση των πολιτικών που αφορούν την ψυχική υγεία

## 1.4 Η Έννοια της ψυχικής ανθεκτικότητας

Πολλοί αναρωτιούνται τι είναι η ψυχική ανθεκτικότητα ή αλλιώς ελαστικότητα, καθώς στις μέρες μας ακούγεται συχνά. Στην αγγλική γλώσσα ονομάζεται Resilience και προέρχεται από την λατινική λέξη **resiliō** (re + salire, απαρέμφοτο resilire) η οποία σημαίνει ‘να αναπηδήσει πίσω’, ‘να ανακρούσει’. (<https://4peoplematters.com/ti-einai-h-ψυχική-ανθεκτικότητα>)

**Ψυχική ανθεκτικότητα (Resilience)** σημαίνει να επανέλθει, να ανακάμψει κάποιος μετά από μια άσκηση πίεσης, μετά από τις αντιξοότητες, της ζωής. Στους τομείς της μηχανικής και της φυσικής, η λέξη resilience περιγράφεται ως η ικανότητα ενός υλικού να απορροφά την ενέργεια, να αντιστέκεται στη ζημιά και να ανακτά τη δύναμή του γρήγορα. Με τον όρο ψυχική ανθεκτικότητα ορίζουμε την ικανότητα του ατόμου να ξεπερνά τις αντιξοότητες, τις στρεσογόνες καταστάσεις, τις κρίσεις και να συνεχίζει με την εξέλιξή του. (<https://www.omorfizoi.gr/ti-einai-h-ψυχική-ανθεκτικότητα>)

Οι πιο ανθεκτικοί άνθρωποι μπορούν να αντέξουν και να προσαρμοστούν σε αντίξοες συνθήκες χωρίς μεγάλες δυσκολίες, ενώ οι λιγότερο ανθεκτικοί δυσκολεύονται περισσότερο να αντιμετωπίσουν το άγχος και τις αλλαγές στη ζωή. Τα τελευταία 40 και πλέον χρόνια, οι ερευνητές

ορίζουν την ψυχική ανθεκτικότητα μέσα από πολλές διαφορετικές οπτικές και απόψεις. Αν και ο όγκος της έρευνας για την ψυχική ανθεκτικότητα είναι τεράστιος δεν υπάρχει ένας κοινός ορισμός. (<http://greekpsychologypages.blogspot.com/2015/06/blog-post.html>)

Μερικοί ορισμοί της ψυχικής ανθεκτικότητας περιγράφονται ως εξής:

- “Η ψυχική ανθεκτικότητα είναι η διαδικασία χειρισμού αποδιοργανωτικών, στρεσογόνων ή προκλητικών γεγονότων στη ζωή με έναν τρόπο που να παρέχει στο άτομο πρόσθετες δεξιότητες προστασίας και διαχείρισης από ότι είχε πριν από αυτό το αποδιοργανωτικό γεγονός”. (Glenn E. Richardson et.al., 1990)
- “Η ψυχική ανθεκτικότητα είναι μια διαδικασία εξέλιξης και αυτο-διόρθωσης.” (Gina O’Connell Higgins, 1994)
- “Η ψυχική ανθεκτικότητα είναι η ικανότητα να ανακάμψεις, να αντέξεις τις δυσκολίες και να επιδιορθώσεις τον εαυτό σου”. (Steven J. Wolin & Sybil Wolin, 1993)
- “Η ψυχική ανθεκτικότητα αναφέρεται στη δυναμική διαδικασία της θετικής προσαρμογής, παρά την ύπαρξη δύσκολων και αντίξοων συνθηκών και παρά την έκθεση σε παράγοντες επικινδυνότητας” (Cicchetti et. al., 2000, Luthar, 2006, Masten, 2001, Rutter, 2006)
- “Με τον όρο ψυχική ανθεκτικότητα αναφερόμαστε στην ικανότητα του ατόμου για ‘καλή’ προσαρμογή σε προκλήσεις και την ταυτόχρονη δυνατότητα για επαναφορά στην προηγούμενη κατάσταση”. (Kate Cairns, 2011)
- “Η ψυχική ανθεκτικότητα είναι αυτή η απεριγράπτη ικανότητα που επιτρέπει σε μερικούς ανθρώπους όταν πέφτουν να ξανασηκώνονται πιο δυνατοί από πριν. Αντί να αφήνουν την αποτυχία να τους καταβάλει και να τους ρίξει, βρίσκουν ένα τρόπο να αναστηθούν από τις στάχτες τους. Κάποιοι από τους παράγοντες που έχουν βρει οι ψυχολόγοι ότι κάνουν ένα άνθρωπο ανθεκτικό είναι η θετική στάση, η αισιοδοξία, η ικανότητα να χειρίζεται συναισθήματα και η ικανότητα να βλέπει την αποτυχία σαν μια μορφή χρήσιμης ανατροφοδότησης. Ακόμα και μετά από μία κακοτυχία οι ανθεκτικοί άνθρωποι είναι ευλογημένοι με τέτοια νοοτροπία που τους επιτρέπει να αλλάξουν πορεία και να συνεχίσουν”. ([www.psychologytoday.com/basics/resilience](http://www.psychologytoday.com/basics/resilience))
- “Η ψυχική ανθεκτικότητα ορίζεται σαν την ικανότητα του ατόμου να προσαρμόζεται στο στρες και στις αντιξοότητες. Οι αντιξοότητες μπορεί να έχουν την μορφή των προβλημάτων στην οικογένεια και στις σχέσεις, προβλήματα υγείας, επαγγελματικά καθώς και οικονομικά προβλήματα”. (Wikipedia – Psychological Resilience)

Κατά κύριο λόγο στον δυτικό κόσμο οι ορισμοί που δίνονται για την ψυχική ανθεκτικότητα δίνουν μια ατομική έννοια για την κατανόηση του όρου. Ο Dr. Michael Ungar, Co-Director of the Resilience Research Center προτείνει έναν πιο οικολογικό και κοινωνικά ευαισθητοποιημένο ορισμό: (<https://www.omorfizoi.gr/ti-einai-h-psychiki-anthektikothta>)

“Στο πλαίσιο των μεγάλων δυσκολιών που είμαστε εκτεθειμένοι η ψυχική ανθεκτικότητα είναι όχι μόνο η ικανότητα των ατόμων να βρουν το δρόμο τους μέσα από τα ψυχολογικά, κοινωνικά, πολιτισμικά και σωματικά εργαλεία που βοηθάνε την ευημερία, αλλά και η ικανότητά τους ατομικά αλλά και συλλογικά να διαπραγματεύονται με τρόπο που να έχει νόημα στο περιβάλλον τους ώστε να αποκτήσουν αυτά τα εργαλεία”. (<https://www.omorfizoi.gr/ti-einai-h-psychiki-anthektikothta>)

Η ψυχική ανθεκτικότητα συχνά εξηγείται μέσα από δύο παραμέτρους:

- την έκθεση στις “δυσκολίες”
- και την προσαρμογή αυτών των “δυσκολιών” σε “θετικά αποτελέσματα” (Luthar & Cicchetti, 2000).

“Η ικανότητα κάποιου να προσαρμόζεται στις αντιξοότητες με θετικό τρόπο” (Tugade, Fredrickson, & Barrett, 2004).

Όπως δεν υπάρχει ομοφωνία για τον ορισμό περί της ανθεκτικότητας, έτσι δεν υπάρχει και ομοφωνία απόψεων για το πως ορίζουμε τις “δυσκολίες”, καθώς και τα “θετικά αποτελέσματα”.

“Η ψυχική ανθεκτικότητα ορίζεται σαν τη “θετική προσαρμογή”. Θεωρείται μία επίδειξη ορατής συμπεριφοράς ή κοινωνικής ικανότητας ή επιτυχημένης εκπλήρωσης κάποιας συγκεκριμένης αποστολής σε συγκεκριμένη φάση της ζωής”. (Luthar & Cicchetti, 2000)

“Η ψυχική ανθεκτικότητα αναφέρεται σε μια δυναμική διαδικασία η οποία ενέχει τη θετική προσαρμογή στο πλαίσιο σημαντικών αντιξοοτήτων”. (Luthar, S.; et al., 2000: 543)

Παρά τις διαφορές στον ορισμό της ψυχικής ανθεκτικότητας η Ann Masten (καθηγήτρια στο Πανεπιστήμιο της Μινεσότα που μελετά την ψυχική ανθεκτικότητα σε νεαρά άτομα που εκτίθενται στη φτώχεια, την έλλειψη στέγης, τη μετανάστευση, την καταστροφή, τον πόλεμο και άλλες αντιξοότητες) υποστήριξε το 1994 ότι πρέπει να προσεγγίσουμε τη ψυχική ανθεκτικότητα σαν μια διαδικασία.

“Η ψυχική ανθεκτικότητα είναι μία αλληλεπίδραση μεταξύ συγκεκριμένων χαρακτηριστικών του ατόμου και του ευρύτερου περιβάλλοντός του, μια ισορροπία μεταξύ του stress και της ικανότητας να το χειρίζεται και μία δυναμική και αναπτυξιακή διαδικασία που είναι σημαντική στις μεταβατικές φάσεις της ζωής”.

Το να είναι κανείς ανθεκτικός δε σημαίνει ότι το άτομο δεν αντιμετωπίζει δυσκολία ή κίνδυνο. Ο συναισθηματικός πόνος και η θλίψη είναι κοινά σε άτομα που έχουν υποστεί μεγάλες αντιξοότητες ή τραύμα στη ζωή τους. Στην πραγματικότητα, ο δρόμος προς την ανθεκτικότητα είναι πιθανό να

συνεπάγεται σημαντική συναισθηματική δυσφορία. (<https://4peoplesmatters.com/τι-είναι-η-ψυχική-ανθεκτικότητα/>)

Όπως παρατηρούμε στους διάφορους ορισμούς που υπάρχουν σχετικά με τη ψυχική ανθεκτικότητα, υπάρχουν τρία σημαντικά σημεία τα οποία μπορούν να προβληματίσουν:

**1.** Η ψυχική ανθεκτικότητα είναι διαδικασία ή ικανότητα: Αρχικά, είχε θεωρεί ότι είναι ένα γνώρισμα ή σύνολο μηχανισμών αντιμετώπισης, που υπάρχει εγγενώς στο άτομο, ή μια ικανότητα που του επιτρέπει να ανακάμψει ύστερα από αντίξοα γεγονότα. Στην πορεία θεωρήθηκε ως μια δυναμική διαδικασία.

**2.** Μήπως όπως μέσα από τη δυναμική διαδικασία γίνεται τελικά ικανότητα;

**3.** Επαναφέρει ή προσαρμόζει; Ποια είναι η διαφορά στη σημασία των δύο λέξεων ‘προσαρμογή’ και ‘επαναφορά’: Καθώς δεν μπορούμε να είμαστε απαθείς σε σημαντικά γεγονότα που συμβαίνουν στη ζωή μας, όπως για παράδειγμα μια απόλυση, ο θάνατος ενός αγαπημένου προσώπου, μια οικονομική καταστροφή, μήπως η λέξη ‘προσαρμογή’ είναι μια πιο κατάλληλη λέξη σε σχέση με τη λέξη ‘επαναφορά’;

Η λέξη ‘προσαρμογή’ εμπεριέχει το νόημα ότι κάποιος αναγνωρίζει τα συναισθήματα και τις ανάγκες του, αλλά ταυτόχρονα βάζει στόχο να υλοποιήσει τη βέλτιστη δυνατή κατάσταση για αυτόν, παρά τις αντιξοότητες. Η λέξη ‘επαναφορά’ εμπεριέχει το νόημα ότι αν και υπάρχουν αντιξοότητες, αυτός που αντιμετωπίζει την κατάσταση επιστρέφει πίσω στο αρχικό σημείο αλώβητος. Μπορεί όμως πραγματικά κάποιος μετά από μια δύσκολη κατάσταση να επιστρέφει στο αρχικό σημείο αλώβητος, χωρίς να έχει αλλάξει τίποτα;

Η ανθεκτικότητα δεν είναι ένα γνώρισμα που οι άνθρωποι είτε έχουν είτε δεν έχουν. Περιλαμβάνει τις συμπεριφορές, τις σκέψεις και τις ενέργειες που μπορεί κάποιος να μάθει και να αναπτύξει (<http://www.apa.org/helpcenter/road-resilience.aspx>). Παρόλο, που οι περισσότεροι ορισμοί για την ανθεκτικότητα – ελαστικότητα εστιάζουν στην ανθρώπινη εμπειρία, η ανθεκτικότητα αφορά κάθε σύστημα – ζωντανό ή μη – στο οποίο εμπλέκεται η διαδικασία της αλλαγής. Για παράδειγμα, πολύπλοκα οικολογικά συστήματα αναπτύσσουν ανθεκτικότητα για να αντιμετωπίσουν τις κλιματολογικές αλλαγές στη γη. Ένα άλλο παράδειγμα είναι το σώμα μας το οποίο για να μας διατηρήσει υγιείς, μέσα από τα πολύπλοκα και αλληλένδετα συστήματα που έχει αναπτύξει ανθεκτικότητα.

Η ψυχική ανθεκτικότητα βοηθά τους ανθρώπους να:

- Έχουν αυτοπεποίθηση
- Αντιμετωπίζουν το στρες και τις αντιξοότητες της ζωής

- Είναι λιγότερο επιρρεπείς σε στρες και κατάθλιψη
- Ανεβάζουν την ενέργειά τους
- Ξεπερνούν τυχόν μειονεκτήματα της παιδικής ηλικίας
- Δημιουργούν θετικές, εποικοδομητικές σχέσεις με άλλους ανθρώπους
- Ζουν νέες ευκαιρίες, να δοκιμάζουν νέες εμπειρίες

Τα αποτελέσματα των ερευνών δείχνουν ότι η εκπαίδευση μπορεί να βελτιώσει την ψυχική ανθεκτικότητα ή τουλάχιστον πτυχές της σε σημαντικό βαθμό. Η ψυχική ανθεκτικότητα είναι πολύ αποτελεσματική στη διαχείριση των καθημερινών προκλήσεων που αντιμετωπίζουμε, καθώς και στην υιοθέτηση μιας στρατηγικής προσέγγισης στη διοίκηση των επιχειρήσεων, βοηθώντας στον προσδιορισμό των ευκαιριών που κρύβονται πίσω από κάθε κρίση. Αν και σε διαφορετικές κουλτούρες και γλώσσες η έννοια της ανθεκτικότητας ποικίλλει, δύο στοιχεία μένουν κοινά. Η ανθεκτικότητα είναι ένας τρόπος σκέψης και ζωής που μας δίνει την ευελιξία να διαχειριζόμαστε την αλλαγή, τις αντιξοότητες, να αλλάζουμε, να προσαρμοζόμαστε. ([http://www.resilience-project.eu/fileadmin/documents/Guidelines\\_gr\\_2014.pdf](http://www.resilience-project.eu/fileadmin/documents/Guidelines_gr_2014.pdf))

Τέλος, η ψυχική ανθεκτικότητα (ΨΑ) χρησιμοποιείται συνήθως σε σχέση με τρεις τύπους φαινομένων:

- Τα θετικά αναπτυξιακά επιτεύγματα παιδιών που ζουν σε πλαίσια ‘υψηλού’ κινδύνου (π.χ. συνθήκες χρόνιας φτώχειας, κατάχρηση ουσιών από γονείς).
- Τη σταθερή και αυξανόμενη ικανότητα του ατόμου να ανταπεξέρχεται στις απαιτήσεις του περιβάλλοντος κάτω από συνθήκες παρατεταμένου άγχους (π.χ. δύσκολο διαζύγιο γονέων).
- Την αντιμετώπιση και ανάνηψη τραυματικών γεγονότων (π.χ. πόλεμος, φυσικές καταστροφές, απώλεια αγαπημένου προσώπου). (Γωνίδα, 2015)

## 1.5 Σχετικές Μελέτες για την Ψυχική Ανθεκτικότητα

Η έννοια της Ψυχικής Ανθεκτικότητας προέκυψε από έρευνες που έγιναν τη δεκαετία του '70 στον τομέα της ψυχοπαθολογίας, του τραυματικού στρες και της φτώχειας. Αναπτύχθηκε αρχικά για τα παιδιά και τους νέους και αργότερα επεκτάθηκε και στην ενήλικη ζωή. Οι ερευνητές μελετούσαν τις επιρροές των “παραγόντων κινδύνου” για την ανάπτυξη των παιδιών, των παραγόντων εκείνων που αυξάνουν την πιθανότητα για την αρνητική ή μη εξέλιξή τους. Με έκπληξη ανακάλυψαν ότι ένας αριθμός παιδιών, δεν παρουσίασαν αρνητικά αποτελέσματα στην εξέλιξή τους, αν και ήταν εκτεθειμένα σε σοβαρούς και χρόνιους στρεσογόνους παράγοντες.

(<https://www.linkedin.com/pulse/ψυχική-ανθεκτικότητα-και-τρεις-σημαντικές-μελέτες-koulouri>)

Τα αναπάντεχα αποτελέσματα έγιναν το θεμέλιο για δεκαετίες ερευνών που πραγματοποιήθηκαν σε διάφορους κλάδους (π.χ. ψυχολογία, εκπαίδευση, δημόσια υγεία) με σκοπό να εξετάσουν αυτούς τους παράγοντες και τις διαδικασίες που επιτρέπουν στα παιδιά και στους νέους, όχι απλά να

επιβιώσουν, αλλά και να ευημερούν παρά τους κινδύνους. Από αυτές τις τρεις έρευνες αναδύθηκαν σημαντικοί όροι που συνεχίζουν να πλαισιώνουν την πολύπλοκη και δυναμική έρευνα που γίνεται στον τομέα της Ανθεκτικότητας.

### ***1<sup>η</sup> Σημαντική Μελέτη για την Ψυχική Ανθεκτικότητα – Norman Garmezy, 1971***

Το 1971 μια πρωτοποριακή έρευνα για τη Ψυχική Ανθεκτικότητα, η οποία έγινε και η βάση για να ερευνηθεί εκτενέστερα ήταν η έρευνα του Norman Garmezy που έκανε σε παιδιά με σχιζοφρενής γονείς. Ο Garmezy διατύπωσε την ύπαρξη “προστατευτικών παραγόντων” που μπορούν να βοηθήσουν ένα παιδί να βελτιώσει την αρνητική επίδραση των στρεσογόνων παραγόντων και να υποστηρίξουν την θετική ανάπτυξή του. Ανακάλυψε παρά το γεγονός ότι ένας γονέας είχε σχιζοφρένεια και αυτό μεγάλωνε τον κίνδυνο να αναπτύξει και το παιδί, το 90% των παιδιών στην έρευνα δεν ανέπτυξαν αυτή την ασθένεια. Εξήγησε ότι αυτά τα παιδιά είχαν ορατά τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα της επάρκειας: Καλές σχέσεις με τους συνομήλικους, καλές επιδόσεις στο σχολείο, αφοσίωση στην εκπαίδευση, επικέντρωση στους στόχους ζωής.

Ο Garmezy εντυπωσιασμένος από τα δεδομένα της έρευνας, ενθάρρυνε τον κλάδο να εστιάζει στις “δυνάμεις που κινούν αυτά τα παιδιά προς την επιβίωση και την προσαρμογή και όχι στους παράγοντες κινδύνου” (Garmezy, 1971:114).

### ***2<sup>η</sup> Σημαντική Μελέτη για την Ψυχική Ανθεκτικότητα – Michael Rutter, 1979***

Η έρευνα του Michael Rutter το 1979 σε παιδιά με γονείς οι οποίοι είχαν ψυχολογικά προβλήματα στο Isle of Wight, επέδειξε ένα παρόμοιο φαινόμενο ανθεκτικότητας. Κατά τη διάρκεια των εκτεταμένων συνεντεύξεων με τα παιδιά ο Rutter ανακάλυψε ότι αν και μεγάλωναν κάτω από δύσκολες συνθήκες, περίπου τα μισά από αυτά τα παιδιά είχαν θετικά αναπτυξιακά αποτελέσματα και δεν απέκτησαν κάποια ψυχολογική ασθένεια ή κάποια ένδειξη απροσαρμοστικής συμπεριφοράς. (<https://4peoplematters.com/ψυχική-ανθεκτικότητα-και-τρεις-σημαν/>)

Ο Rutter τόνισε ότι το σχολικό περιβάλλον μπορεί να δρα σαν ένας “σημαντικός προστατευτικός παράγοντας” που μειώνει ή μετριάσει τις επιδράσεις του στρες στα παιδιά. Ο Rutter σημείωσε ότι το σχολείο συμβάλλει στην προσωπική και κοινωνική ανάπτυξη των παιδιών, καθώς ενθαρρύνει, προωθεί μια αίσθηση επιτεύγματος στα παιδιά. Σε μετέπειτα έρευνες (1984) προσδιόρισε ότι προστατευτικοί παράγοντες οι οποίοι συμβάλλουν στην Ψυχική Ανθεκτικότητα των μαθητών είναι:

- Οι γυμναστικές ή μουσικές επιδόσεις
- Το να κατέχουν μία θέση ευθύνης στο σχολείο
- Το να αναπτύσσουν μια καλή σχέση με ένα δάσκαλο



- Οι κοινωνικές επιτυχίες με τους συμμαθητές

### ***3<sup>η</sup> Σημαντική Μελέτη για την Ψυχική Ανθεκτικότητα – Emmy Werner & Ruth Smith, 1982***

Η τρίτη χαρακτηριστική έρευνα πάνω στην Ψυχική Ανθεκτικότητα ήταν από την Emmy Werner, μια αναπτυξιακό ψυχολόγο η οποία σε συνεργασία με την Ruth Smith μελέτησαν για 4 δεκαετίες παιδιά τα οποία γεννήθηκαν το 1955 στο Kauai, νησί της Χαβάης. Από τα 698 παιδιά που μελέτησε, το ένα τρίτο είχε 4 ή και περισσότερους παράγοντες επικινδυνότητας στη ζωή τους και χαρακτηρίστηκαν ως “υψηλού κινδύνου”. Είναι σημαντικό όμως, ότι το ένα τρίτο από αυτά τα παιδιά “υψηλού κινδύνου” (δηλ. 72 από τα 201) είχαν καλή εξέλιξη στην εφηβεία. (<https://4peoplematters.com/ψυχική-ανθεκτικότητα-και-τρεις-σημαν/>)

Μέχρι την στιγμή που οι συμμετέχοντες έφτασαν στην ηλικία των 30 χρόνων τα δύο τρίτα αυτών που είχαν παρουσιάσει προβλήματα κατά την εφηβεία ζούσαν τώρα επιτυχημένες ζωές ενηλίκων. Σε όλη τη διάρκεια των δεκαετιών η Emmy Werner και η Ruth Smith διερεύνησαν τους προστατευτικούς παράγοντες στις ζωές των ψυχικά ανθεκτικών ανθρώπων που οδηγούσαν σε μία καλή ανάπτυξη. Καθόρισαν ότι οι προστατευτικοί παράγοντες ήταν τόσο εσωτερικοί όσο και εξωτερικοί. Στη λίστα των παραγόντων συμπεριέλαβαν παράγοντες όπως: προδιάθεση, δεσμούς που επηρεάζουν μέσα στην οικογένεια και στηρίγματα που προέρχονται από το εξωτερικό περιβάλλον (το μέγεθος της οικογένειας, πρόσβαση στο σπίτι ανθρώπων που πρόσφεραν φροντίδα, η προσοχή στα παιδιά κατά την νηπιακή ηλικία, το να υπάρχουν συγκεκριμένες δομές και κανόνες κατά τη διάρκεια της εφηβείας του παιδιού, το να υπάρχει συνεκτικότητα στην οικογένεια, ένα ανεπίσημο δίκτυο από φίλους διαφόρων ηλικιών).

Όλα τα ανθεκτικά παιδιά “υψηλού κινδύνου” στην έρευνα στο Kauai μπορούσαν να ονοματίσουν τουλάχιστον ένα δάσκαλο που τους υποστήριξε. Αυτές οι πρωτότυπες έρευνες συνεχίζουν να υποστηρίζουν το επιχείρημα ότι πολλοί παράγοντες μπορούν να βοηθήσουν τους ανθρώπους να ευημερήσουν και να αντιμετωπίσουν τις δυσκολίες. Παρέχουν ελπίδα και απόδειξη ότι παρά τις τραυματικές εμπειρίες στη ζωή τους οι άνθρωποι μπορούν να γίνουν ανθεκτικοί.

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>

## ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ

---

### 2.1 Εισαγωγή

Η οικονομική κρίση είναι μία κατάσταση κατά την οποία η οικονομική δραστηριότητα μειώνεται συνεχώς. Επίσης, σε περιόδους οικονομικής κρίσης τα μακροοικονομικά μεγέθη όπως η απασχόληση, οι επενδύσεις και το εθνικό προϊόν παρουσιάζουν μία αισθητή μείωση. Γενικά, όλες οι κρίσεις έχουν κάποια κοινά χαρακτηριστικά γνωρίσματα, όπως η έντασή τους, η οποία κλιμακώνεται με την πάροδο του χρόνου, και το υψηλό αίσθημα ανασφάλειας και άγχους για τα άτομα που εμπλέκονται. Συνήθως, η συνεχώς αυξανόμενη ανησυχία των πολιτών οδηγεί τελικά σε διαταραχή της ροής των γεγονότων που συμβαίνουν σε μία χώρα, με αποτέλεσμα να επηρεάζεται η εικόνα της στην παγκόσμια κοινότητα. Εάν δε η δυσλειτουργία είναι μεγάλη, συνήθως παρεμβαίνουν διεθνείς φορείς με σκοπό την επαναφορά του συστήματος της χώρας στην ομαλή του λειτουργία. Τα μέσα μαζικής ενημέρωσης τείνουν να προβάλλουν συνεχώς φαινόμενα κρίσης και αυτό έχει ως αποτέλεσμα την επιπρόσθετη δυσχέρεια στις συναλλαγές της χώρας και στην πιθανή ανάκαμψή της.

Η οικονομική κρίση συνεπάγεται μείωση του εισοδήματος, αύξηση του ποσοστού ανεργίας, περικοπές μισθών, αύξηση των τιμών των φαρμάκων και των ιατρικών νοσηλίων, ενώ από την άλλη μεριά περιορίζονται σημαντικά οι κρατικές δαπάνες και τα κονδύλια για τη δημόσια υγεία. Αφενός λοιπόν, ο τομέας της δημόσιας υγείας αποδυναμώνεται και υπολειτουργεί, χωρίς πολλές φορές να μπορεί να ανταπεξέλθει στις ανάγκες του πληθυσμού, και αφετέρου περιορίζεται η πρόσβαση του πολίτη στις υπηρεσίες υγείας. Η ιδιωτική ασφάλιση είναι πλέον πολυτέλεια, δεδομένης της οικονομικής στενότητας, ενώ οι φορείς της δημόσιας υγείας είναι ανεπαρκείς. Αποτέλεσμα αυτής της ανεπάρκειας είναι η αύξηση του επιπολασμού συγκεκριμένων ασθενειών και η γενικότερη κατάπτωση του οικοδομήματος της υγείας σε μια κοινωνία.

([http://okeanis.lib.puas.gr/xmlui/bitstream/handle/123456789/2030/de\\_00166b.pdf?sequence=2&isAllowed=y](http://okeanis.lib.puas.gr/xmlui/bitstream/handle/123456789/2030/de_00166b.pdf?sequence=2&isAllowed=y))

#### 2.1.1 Ορισμός

Με τον όρο οικονομική ύφεση ή οικονομική κρίση, νοείται η κατάσταση της οικονομίας μιας χώρας η οποία εκδηλώνεται μέσα από μια συνεχή και έκδηλη πτώση της οικονομικής της δραστηριότητας. Φυσικά, ο ορισμός της «οικονομικής ύφεσης» έχει αποδοθεί με διάφορους τρόπους από αρκετούς συγγραφείς. Η οικονομική κρίση αποτελεί «μία σοβαρή απειλή κατά της υφιστάμενης δομής, των θεμελιωδών αρχών και κανόνων του κοινωνικού συστήματος, η οποία επιβάλλει τη λήψη κρίσιμων αποφάσεων εντός περιορισμένου χρόνου και υπό συνθήκες αβεβαιότητας».

Βάσει του ορισμού που έδωσε ο Sharpe (1963), η οικονομική κρίση αποδίδεται ως «η χρονική περίοδος κατά την οποία υπάρχει μεγάλη πτωτική κίνηση στην αγορά». Τέλος, βάσει των Erol et. al. (2011), «η οικονομική κρίση είναι επακόλουθο της διατάραξης της οικονομικής ισορροπίας και της συρρίκνωσης του συνόλου των οικονομικών παραγόντων, η οποία αποδίδεται σε ξαφνικά και αναπάντεχα γεγονότα τα οποία εμφανίζονται λόγω τοπικών ή παγκόσμιων αιτιών όπως τα οικονομικά και διοικητικά προβλήματα, η διαφθορά, η διατάραξη του φορολογικού συστήματος, τα προβλήματα πληρωμής του εξωτερικού χρέους, η αδυναμία εισαγωγής αρκετού εξωτερικού κεφαλαίου, προβλήματα ανεργίας ή ακόμα και φυσικές καταστροφές».

## 2.1.2 Η σχέση της οικονομικής κρίσης με την ψυχική υγεία

Σύγχρονα δεδομένα από καταγραφές δείχνουν τη σχέση του ΑΕΠ ενός κράτους με το προσδόκιμο επιβίωσης και τις δαπάνες για την υγεία. Πιο συγκεκριμένα, όσο αυξάνεται το ΑΕΠ μιας χώρας τόσο μεγαλώνει το προσδόκιμο επιβίωσης και όσο μεγαλώνουν τα έσοδα ενός κράτους αυξάνονται οι κατά κεφαλήν δαπάνες για την υγεία. Όσο περισσότερο επενδύει στον τομέα της υγείας ένα κράτος, τόσο μεγαλώνει το προσδόκιμο επιβίωσης των πολιτών του.



**Εικόνα 2.1:** Παγκόσμια τάση αύξησης του ποσοστού ανεργίας

(Πηγή: [http://journal-ene.gr/wp-content/uploads/2012/01/oi\\_epiptoseis\\_tis\\_oikonomikis\\_krisis\\_stin\\_igeia.pdf](http://journal-ene.gr/wp-content/uploads/2012/01/oi_epiptoseis_tis_oikonomikis_krisis_stin_igeia.pdf))

Σε περιόδους οικονομικής κρίσης περιορίζονται σημαντικά τα περιθώρια για επένδυση στον τομέα της υγείας, ενώ παράλληλα ανακύπτουν σημαντικά προβλήματα υγείας στον πληθυσμό ως αρνητικά αποτελέσματα της οικονομικής δυσχέρειας. Η σχέση της οικονομίας με την υγεία είναι πολλαπλά τεκμηριωμένη. Σε παγκόσμιο επίπεδο, υπάρχει σαφής αντιστοιχία ανάμεσα στην οικονομία κάθε χώρας και στην υγεία του πληθυσμού της, με την αύξηση του εισοδήματος να βελτιώνει την υγεία. Μέχρι και τα 2/3 των διαφορών που παρουσιάζουν οι δείκτες υγείας από πληθυσμό σε πληθυσμό οφείλονται σε οικονομικούς λόγους. Η επίδραση του εισοδήματος στην υγεία είναι πιο εμφανής στη βρεφική και στην παιδική θνησιμότητα και λιγότερο στο προσδόκιμο ζωής. ([http://journal-ene.gr/wp-content/uploads/2012/01/oi\\_epiptoseis\\_tis\\_oikonomikis\\_krisis\\_stin\\_igeia.pdf](http://journal-ene.gr/wp-content/uploads/2012/01/oi_epiptoseis_tis_oikonomikis_krisis_stin_igeia.pdf))

Η φτώχεια γεννά την αρρώστια, ενώ ο πλούτος προστατεύει και προάγει την υγεία. Η αύξηση του εισοδήματος οδηγεί σε βελτίωση της υγείας, εφόσον παρέχει τη δυνατότητα για καλύτερη κατοικία, για πιο ασφαλές και υγιεινό περιβάλλον, για επαρκή διατροφή, καθώς και για πολλούς άλλους κοινωνικούς και υλικούς παράγοντες που σχετίζονται με την υγεία. Υψηλότερο εισόδημα σημαίνει επίσης, περισσότερους πόρους για πρόληψη, περίθαλψη και άλλες κοινωνικές υπηρεσίες. (<http://users.sch.gr/sangelidis/site/index.php/poios-eimai/9-uncategorised/72-i-ftoxeia-genna-arrostia>)

Από την άλλη πλευρά, η υγεία επηρεάζει το εισόδημα. Η επένδυση στην υγεία αποτελεί μοχλό οικονομικής ανάπτυξης. Ένα έτος αύξησης του προσδόκιμου ζωής επιφέρει 4% αύξηση του ΑΕΠ. Ένας υγιής πληθυσμός είναι και πιο παραγωγικός. Στις ΗΠΑ υπολογίστηκε ότι το 8,3% του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος (ΑΕΠ) είναι πλούτος που παράγεται χάρη στη μείωση της θνησιμότητας από το 1940 και μετά. Είναι ενδεικτικό ότι στη Μ. Βρετανία το βασικό επιχείρημα για τη δημιουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας και την παροχή δωρεάν περίθαλψης, πριν από 60 περίπου χρόνια, ήταν ότι ένας πιο υγιής πληθυσμός θα είναι πιο παραγωγικός και θα συμβάλλει στην ανάπτυξη της οικονομίας.

([https://www.dianeosis.org/wp-content/uploads/2016/03/ygeia\\_singles\\_complete\\_ver02.pdf](https://www.dianeosis.org/wp-content/uploads/2016/03/ygeia_singles_complete_ver02.pdf))

Η σχέση όμως μεταξύ υγείας και οικονομίας δεν είναι μονοσήμαντη. Το κυρίαρχο οικονομικό επιχείρημα ότι μπορούμε να είμαστε υγιείς μόνο σε μια υγιή και πλούσια οικονομία, δεν αποδίδει πλήρως το πραγματικό περιεχόμενο της σχέσης. Ούτε η συνεχής οικονομική ανάπτυξη αποτελεί από μόνη της εγγύηση για τη βελτίωση του επιπέδου υγείας. Η υγεία συναρτάται άμεσα με τον πλούτο μιας χώρας όσο η χώρα αυτή δεν έχει υπερβεί ένα ορισμένο επίπεδο οικονομικής ανάπτυξης, που οι οικονομολόγοι της υγείας το υπολογίζουν γύρω στα 5.000 δολάρια κατά κεφαλήν ΑΕΠ. Το όριο των 5.000 δολάρια κατά κεφαλήν χαρακτηρίζεται συνήθως από την επιδημιολογική μετάβαση από τη νοσηρότητα των λοιμωδών νοσημάτων στη «νοσηρότητα της αφθονίας» (καρδιαγγειακά, κακοήθη νεοπλασμάτα, άλλα χρόνια εκφυλιστικά νοσήματα). (<https://www.iatronet.gr/ygeia/perivallon-ygeia/article/3981/pws-epireazei-i-oikonomia-tin-ygeia.html>)

Η πραγματική επίδραση της οικονομίας στη διαμόρφωση του επιπέδου υγείας ενός πληθυσμού μπορεί να εκτιμηθεί σωστά μόνο μέσα από το πρίσμα δύο καθοριστικών δομών κάθε κοινωνίας: του τρόπου οργάνωσης της οικονομίας και της μορφής κοινωνικής διαστρωμάτωσης σε σχέση με την παραγωγή. Για τις πιο πλούσιες χώρες, που έχουν εξασφαλίσει τους απαραίτητους υλικούς πόρους, η περαιτέρω βελτίωση της υγείας συναρτάται πρωτίστως με τη δίκαιη κατανομή του πλούτου και την ύπαρξη κοινωνικής συνοχής. Για όλους αυτούς τους λόγους, αυτό που προέχει σε ότι αφορά την προστασία και την προαγωγή της υγείας ενός πληθυσμού, είναι ο δίκαιος τρόπος κατανομής του πλούτου και η ύπαρξη κοινωνικών θεσμών και υπηρεσιών που να καταπολεμούν τις κοινωνικές ανισότητες και να προστατεύουν τα πιο φτωχά και ευάλωτα στρώματα.

([https://www.dianeosis.org/wp-content/uploads/2016/03/ygeia\\_singles\\_complete\\_ver02.pdf](https://www.dianeosis.org/wp-content/uploads/2016/03/ygeia_singles_complete_ver02.pdf))

Η οικονομική κρίση που ταλανίζει τη χώρα μας από το 2009 αναδεικνύει με τον πλέον εμφανικό και συνάμα τραγικό τρόπο την επίδραση των κοινωνικών παραγόντων στην ψυχική υγεία του πληθυσμού. Στην ελληνική περίπτωση προκύπτουν ενδείξεις αρνητικής επίδρασης της οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία τόσο του γενικού πληθυσμού, όσο και των ειδικών μονάδων, λαμβάνοντας υπ' όψη ότι βασικοί παράγοντες (π.χ. εισόδημα, απασχόληση) καταγράφουν υποβάθμιση σε ένα γενικότερο κοινωνικοοικονομικό περιβάλλον έντονων ανισοτήτων και έλλειψης ανάλυσης της επίπτωσης των μέτρων πολιτικής (π.χ. μακροοικονομική πολιτική, κοινωνική και προνοιακή πολιτική) στην ψυχική υγεία). (<https://www.mednet.gr/archives/2016-6/739per.html>)

Η οικονομική κρίση στην Ελλάδα και οι επιπτώσεις της στην ψυχική υγεία αποτελούν το τελευταίο διάστημα θέμα που συγκεντρώνει αρκετές δημοσιεύσεις τόσο στον κοινό τύπο όσο και στην επιστημονική βιβλιογραφία. Οι περισσότεροι αναλυτές εστιάζουν στα αποτελέσματα των σχετικών δημοσιεύσεων (ύπαρξη ή μη αιτιώδους σχέσης, διάκριση των πλέον ευάλωτων ομάδων, καταγραφή των επιπτώσεων: άγχος, κατάθλιψη, αυτοκτονία, εξουθένωση). Λαμβάνοντας υπόψη, την τρέχουσα παγκόσμια οικονομική κρίση, η οποία ξεκίνησε το 2007, είναι λογικό να συζητούνται τα πιθανά και αναμενόμενα αποτελέσματα αυτής της κρίσης στην ψυχική υγεία. (Ευθυμίου, Αργαλιά, Κασκαμπά & Μακρή, 2013)

Η οικονομική κρίση της δεκαετίας του 1970 επηρέασε σημαντικά την αγορά εργασίας στις περισσότερες χώρες του ΟΟΣΑ και της Ευρωπαϊκής Ένωσης και αύξησε τον αριθμό των ανέργων και τη μέση διάρκεια ανεργίας. Στην Ελλάδα, μέχρι τις αρχές της δεκαετίας του 1970, η προσφορά εργασίας μπόρεσε να καλύψει τις ανάγκες της οικονομικής αναπτύξεως, αλλά μετά το 1984 η απασχόληση κυμάνθηκε σε χαμηλότερα επίπεδα, λόγω της γενικότερης στασιμότητας της οικονομίας, η δε ανεργία έφθασε στα πιο υψηλά επίπεδα της μεταπολεμικής περιόδου. Το ποσοστό της τελευταίας, αν μάλιστα αφαιρεθεί ο αγροτικός τομέας, ήταν χαμηλότερο και από εκείνο που παρατηρήθηκε στο σύνολο των χωρών της ΕΟΚ.

Τα υψηλά επίπεδα ανεργίας της τελευταίας δεκαετίας έχουν γίνει ένα από τα πρωτεύοντα κοινωνικά, οικονομικά και πολιτικά ζητήματα στην Ευρώπη και σε ορισμένες άλλες χώρες του ΟΟΣΑ. Η ανεργία διαβρώνει το ανθρώπινο δυναμικό, αντιπροσωπεύει μια τεράστια ανάλωση ανθρωπίνων πόρων και προϊόντος, είναι υπεύθυνη για τη φτώχεια και την ανισότητα και δημιουργεί κοινωνικές και πολιτικές εντάσεις. (Μαζέτας, Γκούβα, Κοτρώτσιου & Χλέτσος, 2015:130)

## **2.2 Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στα άτομα**

Η ελληνική οικονομία υπέστη σοβαρά πλήγματα από την οικονομική κρίση, λόγω εσφαλμένων πολιτικών επιλογών, οι οποίες οδήγησαν σε μία σειρά γεγονότων που χαρακτηρίζονταν από αστάθεια και δημιούργησαν σοβαρά προβλήματα στην οικονομία της χώρας, πολύ πριν την έλευση της κρίσης. Τότε, η Ελλάδα εμφανιζόταν αξιόπιστη και ανταγωνιστική, με σημαντικούς ρυθμούς ανάπτυξης, αύξηση του ΑΕΠ κατά 61% το διάστημα 1996 – 2008, ένα διάστημα που και η Ισπανία

σημείωνε αύξηση του ΑΕΠ κατά 56% και η Ιρλανδία κατά 124,1%, ενώ οι πιο αναπτυγμένες ευρωπαϊκές χώρες, 19% η Γερμανία, 17,8% η Ιταλία και 30,8% η Γαλλία. Είναι επομένως, προφανές ότι στις χώρες που εμφάνιζαν υψηλότερους ρυθμούς ανάπτυξης, τα ελλείμματα στις τρέχουσες συναλλαγές ήταν ιδιαίτερα σημαντικά.

Η οικονομική κρίση προσεγγίζεται λειτουργικά μέσω των δεικτών της ανεργίας, της μεταβολής του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος (ΑΕΠ), της μεταβολής των διαθέσιμων οικογενειακών προϋπολογισμών, των υπερχρεώσεων των νοικοκυριών, της μείωσης των δημόσιων δαπανών για την κοινωνική προστασία κ.ά. Ο πιο συχνά χρησιμοποιημένος δείκτης στη βιβλιογραφία φαίνεται να είναι ο δείκτης της ανεργίας. Τον τελευταίο χρόνο, η παγκόσμια κοινότητα αντιμετωπίζει μια μεγάλης έντασης οικονομική κρίση, η οποία, αν και εκδηλώθηκε αρχικά στις Ηνωμένες Πολιτείες με επίκεντρο τις τραπεζικές επισφάλειες και ειδικότερα την αδυναμία εξυπηρέτησης των στεγαστικών δανείων, σύντομα έλαβε διαστάσεις επιδημίας. (Παπαϊωάννου & Μπεργιαννάκη, 2016: 741)

Πέραν από τις οικονομικές συνέπειες, έχει και κοινωνικο-υγειονομικές επιπτώσεις. Σαφέστερα, η απασχόληση είναι ένας από τους βασικότερους τομείς οι οποίοι πλήττονται κατά τη διάρκεια μιας οικονομικής κρίσης. Συνεπώς, το ποσοστό της ανεργίας αντανakλά σε μεγάλο βαθμό την πορεία της οικονομίας. Επιπρόσθετα, η ανεργία, η ανασφάλεια στην εργασία και η απώλεια εισοδήματος για διαβίωση έχουν σημαντική επίδραση στην υγεία.

([http://www.hellenicpolice.gr/images/stories/periodiko/276oikonomikh\\_krish.pdf](http://www.hellenicpolice.gr/images/stories/periodiko/276oikonomikh_krish.pdf))

Η απώλεια της εργασίας συνοδεύεται από ψυχικές διαταραχές (ανησυχία, άγχος, κατάθλιψη), προβλήματα εθισμού και εξάρτησης σε ουσίες και υιοθέτηση μη υγιεινού τρόπου ζωής με αυξανόμενη κατανάλωση τροφής χαμηλής διατροφικής αξίας, καπνού και οινόπνευματος και επιπλέον πλημμελούς διαχείρισης των νοσημάτων από τις επιβαρυνμένες υγειονομικές υπηρεσίες. Πρόσφατη έρευνα, σε 26 χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, έδειξε ότι η αύξηση της ανεργίας κατά 1% συνδέεται με παράλληλη αύξηση των αυτοκτονιών κατά 0,79%. Αντίθετα, η ίδια έρευνα ανέδειξε μείωση της θνησιμότητας από τροχαία ατυχήματα κατά 1,39% και μη στατιστικά σημαντική σχέση με τη θνησιμότητα από καρδιαγγειακά νοσήματα και τη θνησιμότητα από όλες τις αιτίες. Στην περίπτωση κατά την οποία ο δείκτης ανεργίας αυξάνεται >3% για μακρά περίοδο, η επίπτωση στη θνησιμότητα από αυτοκτονίες ανέρχεται σε 4–4,5%.

([https://www.healthloading.com/2016/08/24/anergia\\_epiptosis/](https://www.healthloading.com/2016/08/24/anergia_epiptosis/))

Επίσης, παρατηρείται υψηλή θνησιμότητα από κατάχρηση οινόπνευματος, διαπίστωση η οποία θεμελιώνει αρκούντως την υπόθεση ότι η ανεργία συνδέεται με ψυχολογικές διαταραχές. Η ανάλυση κατά φύλο και ηλικιακή ομάδα έδειξε ότι η αύξηση της ανεργίας προκαλεί αύξηση της θνησιμότητας από αυτοκτονίες και ισχαιμική καρδιοπάθεια στους άνδρες νέας ηλικίας, ενώ στην ηλικία >60 ετών δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική σχέση. Τα ευρήματα αυτά επιβεβαιώνει

και η μελέτη των Economidou et. al. σε 13 ευρωπαϊκές χώρες, η οποία έδειξε στατιστικά σημαντική σχέση της ανεργίας και της θνησιμότητας (ανά 100.000 κατοίκους). Ειδικότερα, η αύξηση της ανεργίας κατά 1% συνεπάγεται αύξηση στο δείκτη θνησιμότητας κατά 2,18 (δηλαδή 2,18 θανάτους/100.000). Επίσης, η ίδια μελέτη κατέδειξε τη θετική συσχέτιση της ανεργίας με τη θνησιμότητα από ισχαιμική καρδιοπάθεια.

(<https://www.protothema.gr/blogs/panagiotis-liargovas/article/850148/oikonomiki-krisi-kai-psuhiki-ugeia/>)

Η οικονομική κρίση και η μακρόχρονη ανεργία οδηγεί πολλά άτομα στον κοινωνικό αποκλεισμό και στη φτώχεια, με αποτέλεσμα αυξημένο κίνδυνο για πρόωρη θνησιμότητα και υψηλή νοσηρότητα κυρίως σε άτομα τα οποία ανήκουν σε μειονότητες, στους μετανάστες και τους χρονίως πάσχοντες από ψυχικά ή σωματικά νοσήματα. Από την άλλη πλευρά, υπάρχουν διάφορα ευρήματα τα οποία παρουσιάζουν την εικόνα ότι στις βιομηχανικές χώρες η οικονομική κρίση μικρής διάρκειας έχει ως αποτέλεσμα την αλλαγή των καταναλωτικών προτύπων προς την υιοθέτηση ενός περισσότερο υγιεινού τρόπου ζωής και κατά συνέπεια τη μείωση της θνησιμότητας. Ειδικότερα, φαίνεται ότι σε περιόδους οικονομικής ανάπτυξης αυξάνονται οι επιβλαβείς για την υγεία συνήθειες, όπως είναι το κάπνισμα και η κατανάλωση οινοπνεύματος, ενώ μειώνεται η φυσική άσκηση και η υγιεινή διατροφή, με αποτέλεσμα την αύξηση της παχυσαρκίας. (Κυριόπουλος & Τσιάντου, 2010:836)

Επιπρόσθετα, αποτελέσματα ερευνών δείχνουν ότι σε περιόδους οικονομικής κρίσης η θνησιμότητα μειώνεται, με εξαίρεση τις αυτοκτονίες, οι οποίες φαίνεται να αυξάνονται. Οι επιδράσεις αυτές διαφοροποιούνται κατά φύλο, ηλικία και αιτία και έχουν διαφορετική ευαισθησία ως προς τους χρησιμοποιούμενους δείκτες (ΑΕΠ, επίπεδο απασχόλησης). Οι δυσμενείς επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία κατανομούνται διαφορετικά στην κοινωνική κλιμάκωση, ενώ τα άτομα και οι οικογένειες που βρίσκονται σε χαμηλή θέση διατρέχουν δύο φορές περισσότερο τον κίνδυνο πρόωρου θανάτου και αυξημένης νοσηρότητας εξαιτίας των προβλημάτων στο εισόδημα, την εκπαίδευση, την ιατρική περίθαλψη, τη στέγαση και τη διατροφή, τα οποία δρουν αθροιστικά.

Η οικονομική ύφεση είναι ένας σημαντικός παράγοντας που εντείνει τα φαινόμενα της ανασφάλιστης εργασίας, την ανεργία, την πτώση σε χαμηλά επίπεδα του ατομικού εισοδήματος, την ανασφάλεια στον χώρο της εργασίας και εν τέλει αυξάνει τα επίπεδα φτώχειας. Επιπλέον, όπως είναι γνωστό, το επίπεδο υγείας είναι άμεσα συνυφασμένο με το εισόδημα, και κατ' ακολουθία η οικονομική ύφεση δεν θα μπορούσε να μην έχει επιπτώσεις στα συστήματα υγείας. Με δεδομένα τα οποία αντλήθηκαν από το Διεθνές Γραφείο Εργασίας (International Labour Organization, ILO), παρουσιάζεται πως τα επίπεδα των φτωχών εργαζομένων θα μεγεθυνθούν σε παγκόσμιο επίπεδο σε αριθμό που κατά προσέγγιση θα αγγίξει τα 200 εκ. φτάνοντας στα 700 εκ. άτομα. Είναι γεγονός δε, πως φαινόμενα όπως η ανεργία και η φτώχεια οδηγούν στην ένταση και στην δημιουργία ανισοτήτων.

Η Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛΣΤΑΤ) επίσης, σε ετήσια βάση παρουσιάζει τα αποτελέσματα της δειγματοληπτικής Έρευνας Εισοδήματος και Συνθηκών Διαβίωσης των Νοικοκυριών, η οποία απαρτίζει τη πρωταρχική αφορμή αναφοράς των συγκριτικών στατιστικών για τον καταμερισμό του εισοδήματος και τον κοινωνικό αποκλεισμό. Στις παρακάτω ενότητες αναλύονται οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία των πολιτών.

### **2.2.1 Ανεργία**

Παράγοντες που επηρέασε η οικονομική κρίση όπως είναι η ανεργία, το χαμηλό εισόδημα και η ανέχεια φέρουν ως επακόλουθο τον μετριασμό των δαπανών για την υγεία, την επιβράδυνση της θεραπείας και τακτικά την δυσκολία πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας. Επιπλέον, η οικονομική κρίση και τα επακόλουθα αποτελέσματα αυτής επιφέρουν σοβαρές επιβαρύνσεις τόσο στην ψυχική όσο και στην σωματική υγεία των πολιτών. Μερικές από τις επιπτώσεις αυτές όπως θα αναλύσουμε στις επόμενες ενότητες εντοπίζονται στον εθισμό των ατόμων σε απαγορευμένες ουσίες, καπνό και αλκοόλ, στην αποδοχή μη υγιεινού τρόπου ζωής μέσω της κατανάλωσης τροφίμων με ελάχιστη διατροφική αξία, αλλά και στη μη επαρκή διαχείριση και ίαση των νοσημάτων από τις υπηρεσίες υγείας, λόγω των προβλημάτων που οι τελευταίες αντιμετώπιζαν εξαιτίας της οικονομικής κρίσης.

### **2.2.2 Σωματική και ψυχική υγεία**

Η ανεργία, το χαμηλό εισόδημα και η ανέχεια έχουν ως αποτέλεσμα τον περιορισμό των δαπανών για την υγεία, την καθυστέρηση της θεραπείας και συχνά τη μη προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας. Συν τοις άλλοις, η οικονομική ύφεση και τα συνοδά φαινόμενα αυτής συνεπάγονται σοβαρές επιπτώσεις, τόσο στην ψυχική όσο και στην σωματική υγεία των πολιτών. Τα προβλήματα εθισμού, οι εξαρτήσεις, η υιοθέτηση μη υγιεινού τρόπου ζωής με αυξανόμενη την κατανάλωση τροφών χαμηλής διατροφικής αξίας, καπνού και οινοπνεύματος, καθώς επίσης πλημμελής διαχείριση των νοσημάτων από τις επιβαρυνόμενες υπηρεσίες υγείας είναι κάποιες από τις αρνητικές συνέπειες στην υγεία. ([http://journal-ene.gr/wp-content/uploads/2012/01/oi\\_epiptoseis\\_tis\\_oikonomikis\\_krisis\\_stin\\_igeia.pdf](http://journal-ene.gr/wp-content/uploads/2012/01/oi_epiptoseis_tis_oikonomikis_krisis_stin_igeia.pdf))

Είναι γνωστό μέσα από την ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας πως οι αλλαγές στην διατροφική συνήθεια των ατόμων αποτελεί σημαντική επίπτωση της οικονομικής κρίσης στην υγεία. Αυτό συμβαίνει κατά κύριο λόγο δεδομένης της μείωσης των εσόδων των νοικοκυριών, με αποτέλεσμα να δαπανούν λιγότερα χρήματα στην διατροφή τους μέσω της αγοράς οικονομικών προϊόντων, τα οποία στις περισσότερες περιπτώσεις είναι χαμηλότερης ποιότητας, με αποτέλεσμα εν τέλει να επιβαρύνεται η υγεία των καταναλωτών.

Αρκετοί είναι και οι ερευνητές οι οποίοι υποστηρίζουν ότι οι καταναλωτές σε περιόδους οικονομικής κρίσης επιλέγουν να αγοράσουν φθηνότερα τρόφιμα, ενώ μερικοί από αυτούς αντίθετα έχουν παρουσιάσει μικρές πτώσεις στον επιπολασμό της παχυσαρκίας, δεδομένης της μικρότερης κατανάλωσης ποσότητας φαγητού εκτός σπιτιού. Επίσης, υποστηρίζεται πως αυτό συμβαίνει και



δεδομένου του απεριόριστου ελεύθερου χρόνου για φυσική δραστηριότητα εξαιτίας της ανεργίας. Όσον αφορά την παράμετρο αυτή τα ερευνητικά δεδομένα δεν είναι επαρκή ώστε να μας οδηγήσουν σε ασφαλή συμπεράσματα. Από την άλλη, βάσει ερευνών που έχουν γίνει στις ΗΠΑ παρατηρήθηκε πως σε περίοδο οικονομικής κρίσης είχαν αυξηθεί οι πωλήσεις σε αυγά, λαχανικά και γαλακτοκομικά προϊόντα, ενώ είχε υποχωρήσει η πώληση γλυκών, πουλερικών και κόκκινου κρέατος.

### **2.2.3 Φτώχεια – Κοινωνική ανισότητα – Κοινωνικός αποκλεισμός**

Η μέτρηση της φτώχειας βασίζεται στο επίπεδο των εισοδημάτων ή της κατανάλωσης. Οι άνθρωποι θεωρούνται φτωχοί αν η κατανάλωσή τους πέσει κάτω από τη «γραμμή φτώχειας», δηλαδή το ελάχιστο επίπεδο που είναι αναγκαίο για την κάλυψη των βασικών αναγκών. Είναι σημαντικό να γίνει διαχωρισμός ανάμεσα στους δύο ορισμούς της φτώχειας. Από τη μια πλευρά η απόλυτη φτώχεια, θα μπορούσε να θεωρηθεί ως σοβαρή στέρηση βασικών – ανθρώπινων αναγκών, όπως τρόφιμα, ασφαλές πόσιμο νερό και στέγη και μετρίεται σε σχέση με τη «γραμμή» φτώχειας ή το χαμηλότερο χρηματικό ποσό που απαιτείται για τη διατήρηση της ανθρώπινης ζωής. Από την άλλη πλευρά, η σχετική φτώχεια, θα μπορούσε να θεωρηθεί ως «η αδυναμία παροχής των αγαθών, των υπηρεσιών και των δραστηριοτήτων που απαιτούνται για τη συμμετοχή στα δεδομένα μιας κοινωνίας».

### **2.2.4 Υπερχρεωμένα νοικοκυριά**

Η οικονομική κρίση έχει οδηγήσει εκατομμύρια νοικοκυριά σε χρέη, τα οποία δεν είναι σε θέση να διαχειριστούν. Τα χρέη έχουν αρνητικές συνέπειες στην ευημερία των ατόμων, τα οποία επηρεάζουν όχι μόνο το παρόν, αλλά και μελλοντικά. Τα αποτελέσματα πολλών μελετών καταδεικνύουν σοβαρές επιπτώσεις του χρέους στην υγεία. Άτομα με μη πληρωμένα δάνεια έχουν αυτοκτονικό ιδεασμό και συναισθηματική δυσφορία σε σχέση με εκείνα που δεν αντιμετωπίζουν ανάλογα οικονομικά προβλήματα. Οι μη καταβληθείσες οικονομικές υποχρεώσεις συνδέονται επίσης με διαταραχές στη συμπεριφορά στον τομέα της υγείας. Η παροχή συμβουλών για το χρέος και άλλα προγράμματα για τη μείωση του άγχους που συνδέεται με το χρέος, είναι απαραίτητα για τη μείωση των αρνητικών επιπτώσεων του χρέους στην υγεία.

### **2.2.5 Κάπνισμα**

Αναφορικά με την σύνδεση του καπνίσματος με την οικονομική κρίση, σημαντικός αριθμός ερευνών έχει καταδείξει την σύνδεσή τους. Συγκεκριμένα, η ανεργία ως απόρροια της οικονομικής κρίσης στα ποσοστά απασχόλησης, οδηγεί τα άτομα στο ξεκίνημα ή στην ένταση του καπνίσματος. Οι Lee et. al. (1991) στην έρευνά τους πάνω στο θέμα αυτό έφθασαν στο συμπέρασμα πως τα άτομα που δεν εργάζονται λόγω της οικονομικής κρίσης, καπνίζουν σε μεγαλύτερο ποσοστό, σε αντίθεση με τα άτομα τα οποία εργάζονται. Το ίδιο υποστήριξαν και οι Hammarstrom et. al. (1995), όμως η έρευνα αυτή ήταν περισσότερο επικεντρωμένη στα νεαρά άτομα.

Πολλές μελέτες έχουν δείξει την ύπαρξη συσχέτισης ανάμεσα στον επιπολασμό καπνίσματος και των ποσοστών ανεργίας. Έχει φανεί μέσα από επιδημιολογικές μελέτες ότι οι άνεργοι είναι βαρύτεροι καπνιστές από τους μισθωτούς, ενώ οι καπνιστές έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να μείνουν άνεργοι. Αυτή η διαφορά μπορεί να εξηγηθεί εν μέρει από φαινόμενα, όπως η συσχέτιση μεταξύ καπνίσματος και χαμηλού επιπέδου εκπαίδευσης, καθώς επίσης μέσω της σχέσης καπνίσματος και χαμηλής κοινωνικοοικονομικής τάξης. Άλλες μελέτες υποστηρίζουν την υπόθεση ότι η ανεργία αυξάνει τον επιπολασμό του καπνίσματος μεταξύ νεότερων ηλικιακά τάξεων, ενώ τέλος, μελέτες στη Βρετανία, Νορβηγία και Σουηδία έχουν δείξει ότι υπάρχει σχέση μεταξύ ανεργίας και χρήσης ναρκωτικών ουσιών και κυρίως κάνναβης.

### 2.2.6 Κατανάλωση αλκοόλ

Αναφορικά με την ύπαρξη συσχέτισης της οικονομικής κρίσης με την κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών, τα ευρήματα παρουσιάζουν δύο διαφορετικές μεταξύ τους τάσεις, εκ των οποίων η πρώτη αναφέρει πως η ανεργία ως επακόλουθο της οικονομικής ύφεσης αυξάνει το άγχος στα άτομα με αποτέλεσμα να οδηγούνται, εκτός των άλλων, και σε αυξημένη κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών, κυρίως στα νεαρά άτομα. Η δεύτερη τάση η οποία παρουσιάζεται είναι πως η κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών μετριάζεται όταν τα άτομα είναι άνεργα λόγω της οικονομικής στενότητας.

Πάντως, η πλειοψηφία των ερευνών συγκεντρώνεται στην πρώτη τάση, ότι δηλαδή η απώλεια εργασίας οδηγεί στην αυξημένη κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών. Η αύξηση του ελεύθερου χρόνου λόγω της ανεργίας οδηγεί στην κατανάλωση αλκοόλ, ενώ ένα ακόμα μέρος ερευνών υποστηρίζει ότι η κατανάλωση αλκοόλ αυξάνεται, όχι όμως σε μεγάλο ποσοστό ακόμα και στα άτομα τα οποία εργάζονται σε περιόδους οικονομικής ύφεσης. Επιπλέον, αν η τρέχουσα οικονομική ύφεση οδηγεί σε αύξηση της κατανάλωσης αλκοόλ, τότε αυτό οδηγεί σε αύξηση του αριθμού των θανάτων από την αιτία αυτή, και η κατανάλωση αλκοόλ θα αποτελεί έναν σημαντικό παράγοντα θνησιμότητας στις χώρες της Ε.Ε. που πλήττονται από την οικονομική κρίση.

Στις Ευρωπαϊκές χώρες, η μαζική απώλεια θέσεων εργασίας, δηλαδή πάνω από 3% αύξηση του ποσοστού ανεργίας μέσα σε ένα χρόνο, σχετίζεται έντονα με την αύξηση της κατανάλωσης αλκοόλ. Η αύξηση της μέσης κατανάλωσης αλκοόλ έχει συσχετιστεί με την αύξηση της θνησιμότητας σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες (Δανία, Γαλλία, Ουγγαρία, Νορβηγία, Σουηδία), αλλά όχι σε χώρες της Νότιας Ευρώπης. Όσον αφορά τη σχέση αλκοόλ και οικονομικής κρίσης επικρατούν δύο απόψεις: Πρώτον, ότι η ανεργία ως φαινόμενο που βρίσκεται σε έξαρση σε περιόδους οικονομικής ύφεσης οδηγεί σε αυξανόμενο άγχος και κατ' επέκταση σε αύξηση της κατανάλωσης οινοπνεύματος ιδιαίτερα σε νεαρά άνεργα άτομα. Δεύτερον, σύμφωνα με μια άλλη άποψη, η κατανάλωση αλκοόλ περιορίζεται σε περιόδους ανεργίας λόγω έλλειψης χρημάτων.

Μια μακροχρόνια μελέτη, στην οποία νέα άτομα παρακολούθηθηκαν για 5 χρόνια μετά την ολοκλήρωση της υποχρεωτικής τους εκπαίδευσης, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι όσοι από αυτούς υπήρξαν άνεργοι για μεγάλο χρονικό διάστημα παρουσίαζαν σημαντικά μεγαλύτερη κατανάλωση αλκοόλ, σε σχέση με αυτούς που εργάζονταν ή ήταν άνεργοι για μικρή χρονική περίοδο. Αξίζει να σημειωθεί ότι, οι καταναλωτές αλκοόλ που εργάζονται καταφέρνουν να μην ξεπερνούν τα επιτρεπόμενα όρια κατανάλωσης, ενώ τα ίδια άτομα όταν μείνουν άνεργα συχνά γίνονται αλκοολικοί ξεπερνώντας τα επιτρεπτά όρια. Συνεπώς, η απασχόληση μπορεί να θεωρηθεί σημαντική μέθοδος βελτίωσης της ποιότητας της ζωής και της προαγωγής της υγείας ενός ατόμου. ([http://journal-ene.gr/wp-content/uploads/2012/01/oi\\_epiptoseis\\_tis\\_oikonomikis\\_krisis\\_stin\\_igeia.pdf](http://journal-ene.gr/wp-content/uploads/2012/01/oi_epiptoseis_tis_oikonomikis_krisis_stin_igeia.pdf))

### **2.2.7 Ψυχικές διαταραχές – κατάθλιψη - χρόνια νοσήματα**

Ψυχολογικές παράμετροι όπως το άγχος και η κατάθλιψη που αυξάνονται σε περιόδους οικονομικής κρίσης θεωρείται ότι αποτελούν παράγοντες για αύξηση της καρδιαγγειακής νοσηρότητας και θνησιμότητας. Η ανεργία που αυξάνεται σε περιόδους οικονομικής κρίσης συνδέεται, επίσης, με χαμηλή αυτοεκτίμηση του επιπέδου υγείας και παράγοντες κινδύνου για τα καρδιαγγειακά νοσήματα. Σύμφωνα με μελέτες, αύξηση έχει παρατηρηθεί στην καρδιαγγειακή θνησιμότητα σε χρονική συσχέτιση με την περίοδο οικονομικής κρίσης. Το εύρημα αυτό επιβεβαιώνει και η μελέτη των Economidou et. al., που πραγματοποιήθηκε σε 13 ευρωπαϊκές χώρες και κατέδειξε τη θετική συσχέτιση της ανεργίας με τη θνησιμότητα από ισχαιμική καρδιοπάθεια.

Τα αναπνευστικά προβλήματα σύμφωνα με ερευνητές αυξάνονται σε περιόδους οικονομικής κρίσης. Συγκεκριμένα, σε μελέτες αναφέρεται ότι αυξήθηκε η θνησιμότητα λόγω της πνευμονίας ή γρίπης σε περιόδους οικονομικής κρίσης. Επίσης, ασθένειες που σχετίζονται με το αλκοόλ, ηπατικά νοσήματα και κυρίως κίρρωση ήπατος έχουν συσχετιστεί με αυξημένα ποσοστά θνησιμότητας κατά τη διάρκεια οικονομικών κρίσεων σύμφωνα με μελέτες. Ένα άτομο το οποίο αγωνίζεται για την υγεία της συμπεριφοράς του, μπορεί να αντιμετωπίσει το άγχος, την κατάθλιψη, τα προβλήματα στις διαπροσωπικές του σχέσεις, την θλίψη, τον εθισμό, πιθανές μορφές αναπηρίας ή μαθησιακές δυσκολίες, διαταραχές της διάθεσης, ή άλλα ψυχολογικά προβλήματα. Σύμβουλοι, θεραπευτές, ψυχολόγοι, νοσοκόμες ή γιατροί μπορούν να βοηθήσουν στη διαχείριση της ανήσυχης συμπεριφοράς για την υγεία, με θεραπείες, όπως η συμβουλευτική, ή η φαρμακευτική αγωγή. ([http://journal-ene.gr/wp-content/uploads/2012/01/oi\\_epiptoseis\\_tis\\_oikonomikis\\_krisis\\_stin\\_igeia.pdf](http://journal-ene.gr/wp-content/uploads/2012/01/oi_epiptoseis_tis_oikonomikis_krisis_stin_igeia.pdf))

Το νέο πεδίο της παγκόσμιας ψυχικής υγείας είναι η περιοχή της μελέτης, έρευνας και πρακτικής που δίνει προτεραιότητα στη βελτίωση της ψυχικής υγείας και την επίτευξη των ιδίων σκοπών στον τομέα της ψυχικής υγείας για όλους τους ανθρώπους σε όλο τον κόσμο. Σύμφωνα με στοιχεία που έχει κοινοποιήσει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, σχεδόν το ήμισυ του παγκόσμιου πληθυσμού πάσχει από ψυχικές ασθένειες οι οποίες έχουν επιπτώσεις στην αυτοεκτίμηση, τις σχέσεις και την ικανότητα να λειτουργήσουν στην καθημερινή ζωή τους. Η συναισθηματική υγεία ενός ατόμου

μπορεί επίσης, να επηρεάσει τη σωματική υγεία και η κακή ψυχική υγεία μπορεί να οδηγήσει σε προβλήματα όπως η κατάχρηση ουσιών. Κατά την διάρκεια της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα, η οποία υφίσταται μέχρι και σήμερα, έχει παρατηρηθεί μια καθολική αρνητική επίπτωση στον τομέα της υγείας και απαιτείται η συγκράτηση τουλάχιστον 1,1 τρις δολαρίων σε χρηματοδοτήσεις μέσω δανείων για τη σωστή εξυπηρέτηση των τμημάτων των κλινικών θεραπευτικών δραστηριοτήτων.

Το Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων πραγματοποίησε έρευνα παρόμοιου πεδίου σε αντιπροσωπευτικό δείγμα σχεδόν σε 5.000 ενήλικες από 18-74 ετών. Για τους σκοπούς της έρευνας πραγματοποιήθηκαν συνεντεύξεις στα σπίτια των συμμετεχόντων από τον Ιούλιο 2009 - Ιανουάριο 2010. Σύμφωνα με την έρευνα, μια δραματική αύξηση της συμπτωματολογίας βρέθηκε σε άτομα με χαμηλότερο οικογενειακό εισόδημα ή σε άτομα που αντιμετωπίζουν σοβαρές οικονομικές δυσκολίες. Τα άτομα που αντιμετωπίζουν πολλές οικονομικές δυσκολίες (ανεξάρτητα από το επίπεδο του εισοδήματός τους) ήταν 3 φορές πιο πιθανό να αναπτύξουν σοβαρή ψυχοπαθολογία σε σύγκριση με άτομα που δεν αντιμετωπίζουν οικονομικές δυσκολίες.

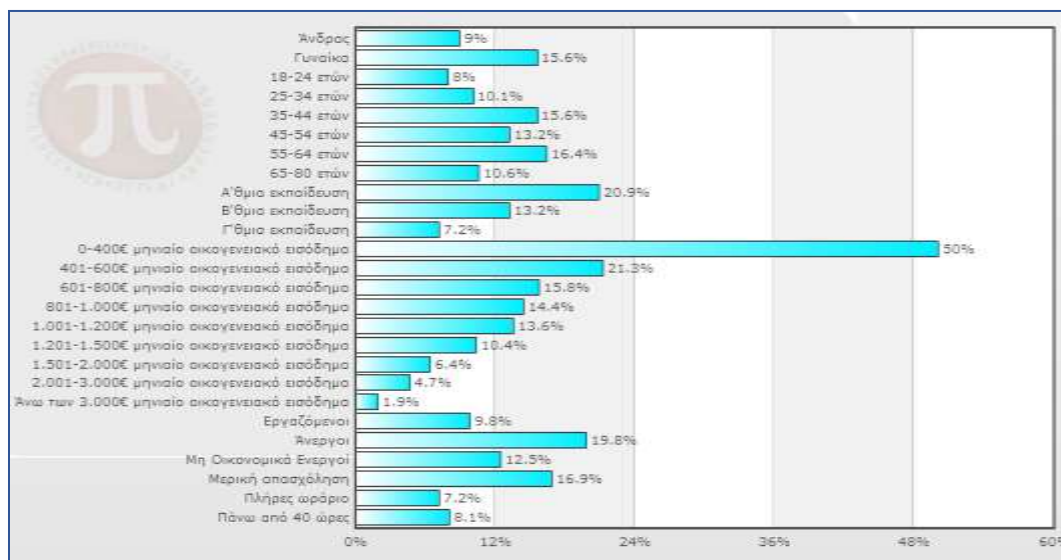
Συγκεκριμένα, τα άτομα χωρίς οικονομικά προβλήματα παρουσίασαν ποσοστό σοβαρών ψυχιατρικών συμπτωμάτων σε ποσοστό 3% και κατάθλιψη σε ποσοστό 1%, ενώ τα ποσοστά για τα άτομα με πολλά οικονομικά προβλήματα ήταν 22% και 12% αντίστοιχα. Η χαμηλότερη συχνότητα σοβαρής ψυχοπαθολογίας εμφανίστηκε για άτομα με επαγγελματική δραστηριότητα (είτε πλήρους είτε μερικής απασχόλησης). Άνεργα άτομα είχαν σχεδόν διπλάσια πιθανότητα να αναπτύξουν σοβαρή ψυχοπαθολογία, ακόμη και όταν λαμβάνονται όλοι οι άλλοι παράγοντες που επηρεάζουν τη συσχέτιση (π.χ. εισόδημα) υπό εξέταση. (Ευθυμίου κ.α., 2013:26)

Οι Madianos et. al. (2011), διεξήγαγαν μια τηλεφωνική έρευνα σε δύο φάσεις σε όλη την Ελλάδα, με δείγμα 2.197 το 2008 και με ένα δείγμα 2.192 το 2009, με σκοπό την εξέταση της πιθανής συσχέτισης μεταξύ της οικονομικής κρίσης και την επικράτηση του μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου. Κατά τη διάρκεια των τηλεφωνικών συνεντεύξεων χρησιμοποιήθηκε η μονάδα SCID του MDE και ο Δείκτης Προσωπικού Οικονομικού Κινδύνου (iPed). Τα αποτελέσματα επαλήθευσαν την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ των δύο μεταβλητών και, ειδικότερα, έδειξαν ότι τα άτομα που αντιμετωπίζουν σοβαρές οικονομικές αντιξοότητες είχαν μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξουν ένα μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο. Σε ότι αφορά, τη σύγκριση των στοιχείων μεταξύ των δύο φάσεων, αναφέρθηκε αύξηση του ποσοστού επιπολασμού των επεισοδίων της μείζονος κατάθλιψης με 2,1 κατά το έτος 2009 σε σύγκριση με το 2008.

Οι Economou et. al. (2013) μελέτησαν επιπλέον τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία του γενικού πληθυσμού στην Ελλάδα. Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης δείχνουν μια βαθιά και επιζήμια επίδραση της οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία του ελληνικού πληθυσμού, και ιδιαίτερα στον επιπολασμό της μείζονος κατάθλιψης. Αυτό με την σειρά του προκαλεί σημαντική οικονομική επιβάρυνση από την άποψη της φαρμακευτικής αγωγής, τις δαπάνες υγειονομικής

περίθαλψης και την απώλεια παραγωγικότητας στα άτομα. Ως εκ τούτου, οι κοινωνικές υπηρεσίες θα πρέπει να δώσουν ιδιαίτερη προσοχή στις επιπτώσεις της ψυχικής υγείας από την κρίση.

Το 2013, βάσει έρευνας που πραγματοποίησε η Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία, μπορούμε να δούμε στο παρακάτω διάγραμμα το προφίλ των ατόμων που παρουσιάζουν βαριά κατάθλιψη.



**Διάγραμμα 2.1:** Προφίλ ατόμων που παρουσιάζουν βαριά κατάθλιψη, 2013

Όπως παρατηρούμε και εδώ, όσο μικρότερο είναι το εισόδημα των ατόμων τόσο μεγαλύτερο είναι το ποσοστό κατάθλιψης. Η μελέτη των επιπτώσεων της τρέχουσας οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία στην Ελλάδα ήταν ο στόχος της μελέτης των Γιωτάκου κ.α. (2011). Συγκεκριμένα, μελέτησαν την ύπαρξη πιθανής σχέσης μεταξύ ανεργίας και των μέσων αποδοχών των τελευταίων 20 ετών, με τους ακόλουθους δείκτες της ψυχικής υγείας:

- Εισαγωγές σε ψυχιατρικές κλινικές
- Επισκέψεις σε εξωτερικά ιατρεία και επείγοντα ψυχιατρικών κλινικών
- Αυτοκτονίες
- Ανθρωποκτονίες
- Θνησιμότητα
- Διαζύγιο κατά τη διάρκεια της τελευταίας δεκαετίας

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε από τον Σεπτέμβριο έως τον Οκτώβριο του 2010 από τη βάση δεδομένων της Ελληνικής Στατιστικής Υπηρεσίας καθώς και των βάσεων δεδομένων από το Αιγινήτειο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο, το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής, το Γενικό Κρατικό Αθηνών και το Νοσοκομείο Ευαγγελισμός. Αναλυτικά, οι δείκτες ψυχικής υγείας οι οποίοι έδειξαν να έχουν σημαντική συσχέτιση με τους οικονομικούς δείκτες είναι οι επισκέψεις σε εξωτερικά ιατρεία και τμήματα επειγόντων περιστατικών των ψυχιατρικών κλινικών, οι αυτοκτονίες, οι ανθρωποκτονίες και ο αριθμός των διαζυγίων. Συγκεκριμένα, θετική συσχέτιση

βρέθηκε μεταξύ των επισκέψεων στα εξωτερικά ιατρεία και επείγοντα στο Αιγινήτειο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο, της ανεργίας και του μέσου εισοδήματος.

Το μοντέλο πολλαπλής παλινδρόμησης έδειξε ότι, από τους δύο οικονομικούς δείκτες που σχετίζονται ανεξάρτητα μεταξύ τους με επισκέψεις σε ιατρεία στο Αιγινήτειο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο, μπορούμε να υποθέσουμε ότι, αυτοί επηρεάζουν διάφορα τμήματα του πληθυσμού και πιθανόν να αντανakλούν την επιρροή σε διαφορετικές αιτίες που ωθούν τους ανθρώπους να χρησιμοποιούν αυτές τις υπηρεσίες. Ωστόσο, το χαμηλότερο μέσο εισόδημα συσχετίστηκε με υψηλότερο ποσοστό ατόμων που υποβλήθηκαν σε θεραπεία στο σχέδιο έκτακτης ανάγκης και των τεσσάρων νοσοκομείων στο σύνολο.

Το εύρημα αυτό και το γεγονός ότι είναι σε αντίθεση με τα ευρήματα από το νοσοκομείο Αιγινήτειο και μόνο, μπορεί να οφείλεται στη διαφορετική κατά τα δεδομένα χρονική διάρκεια συλλογής δεδομένων των τεσσάρων νοσοκομείων, στη γεωγραφική τους θέση και στον εξειδικευμένο χαρακτήρα τους (π.χ. ψυχιατρικές κλινικές, αντί των ψυχιατρικών τμημάτων στα γενικά νοσοκομεία). Διαπιστώθηκε επίσης, ότι η αύξηση των αυτοκτονιών συνδέεται με το χαμηλότερο μέσο εισόδημα. Επιπλέον, ένα υψηλότερο μέσο εισόδημα σχετίζεται με λιγότερους θανάτους σε άτομα 15-70 ετών.

Η αύξηση του επιπολασμού της κατάθλιψης με την αύξηση της ηλικίας, επιβεβαιώθηκε από τα ευρήματα της δειγματοληπτικής Έρευνας Υγείας του έτους 2014 (Πίνακας 2.1), που πραγματοποίησε η Ελληνική Στατιστική Αρχή με τη συμμετοχή ατόμων 15 ετών και άνω και στην οποία συμπεριελήφθησαν και ερωτήματα που αποσκοπούσαν στην καταγραφή του επιπολασμού και της σοβαρότητας των ψυχικών νόσων και κυρίως της κατάθλιψης.

ΗΛΙΚΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ							
Κατάθλιψη %	15- 24	25- 34	35- 44	45- 54	55- 64	65- 74	75+
	1.7	2.0	3.4	3.8	5.2	8.1	10.2

**Πίνακας 2.1:** Επιπολασμός κατάθλιψης: ποσοστιαία κατανομή πληθυσμού που πάσχει κάθε ομάδα ηλικιών, 2014

(Πηγή: [https://www.dianeosis.org/wp-content/uploads/2016/03/ygeia\\_singles\\_complete\\_ver02.pdf](https://www.dianeosis.org/wp-content/uploads/2016/03/ygeia_singles_complete_ver02.pdf))

Οι καταστάσεις που καταγράφηκαν στο πλαίσιο της έρευνας, παρέχουν στους ειδικούς, σαφή εικόνα της ψυχολογικής κατάστασης του πληθυσμού κατά τη διάρκεια των τελευταίων δύο εβδομάδων πριν την ημερομηνία διεξαγωγής της έρευνας. Κατάθλιψη δήλωσε το 4,7% του πληθυσμού, ποσοστό αυξημένο κατά 80,8% σε σχέση με το ποσοστό του 2009 (2,6%), εκ των οποίων οι 3 στους 10 ήταν άνδρες (32,8%) και οι 7 γυναίκες (67,2%). Από την έρευνα βρέθηκε, επίσης, πως το 7,6% του πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω, πάσχει από αγχώδεις διαταραχές και το 1,7% από άλλες ψυχικές διαταραχές. (<https://www.psychologynow.gr/nea-psyxologias/epikairota/2843-i-psyxiki-ygeia-ton-ellinon-sta-xronia-tis-krisis.html>)

Το 92,8% του συνολικού πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω απάντησε με σαφήνεια, χωρίς δηλαδή να δώσει απαντήσεις «δεν γνωρίζω»/ «δεν είμαι σίγουρος-η»/ «δεν απαντώ», σε όλα τα υποερωτήματα της ενότητας της ψυχικής υγείας. Από αυτούς το 62,2% απάντησε αρνητικά σε όλα τα υποερωτήματα της ενότητας, ενώ το 37,8% δήλωσε ότι βίωσε τουλάχιστον ένα από τα «αρνητικά» συναισθήματα/καταστάσεις σε συχνότητα: «αρκετές ημέρες», «περισσότερες από τις μισές ημέρες» ή «σχεδόν κάθε ημέρα», κατά τις δύο τελευταίες εβδομάδες πριν τη διενέργεια της έρευνας. ([https://www.dianeosis.org/2016/04/psychiki\\_ygeia\\_ellinwn/](https://www.dianeosis.org/2016/04/psychiki_ygeia_ellinwn/))

Το 4,7% του πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω, κατά τη διάρκεια του τελευταίου χρόνου προ της διενέργειας της έρευνας, επισκέφθηκε ψυχίατρο ή ψυχολόγο για πρόβλημα υγείας που αντιμετώπιζε, εκ των οποίων το 3,2% ήταν άνδρες και το 6% ήταν γυναίκες. Σχετικά με τον αυτοκτονικό ιδεασμό και τη συχνότητα εμφάνισής του, βρέθηκε πως το 3,4% του πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω, απάντησε με σαφήνεια στο υποερώτημα της ψυχικής υγείας για την ύπαρξη «σκέψεων ότι θα ήταν καλύτερα να μη ζει ή να βλάψει τον εαυτό του» κατά τις τελευταίες 2 εβδομάδες πριν τη διεξαγωγή της έρευνας.

(<https://www.psychologynow.gr/nea-psychologias/epikairoτητα/2843-i-psyhiki-ygeia-ton-ellinon-sta-xronia-tis-krisis.html>)

Σύμφωνα με τα στοιχεία της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής (2010), στον Πίνακα 2.2 εμφανίζεται ο αριθμός των εξελθόντων ασθενών με ψυχικές διαταραχές κατά τα έτη 2000 και 2010 στην Ελλάδα. Επισημαίνεται η αύξηση του ποσοστού γεροντικών και προγεροντικών οργανικών ψυχωτικών καταστάσεων κατά 77%, των συναισθηματικών ψυχώσεων κατά 34%, του συνδρόμου αλκοολικής εξάρτησης κατά 51% και της φαρμακευτικής εξάρτησης κατά 33%.

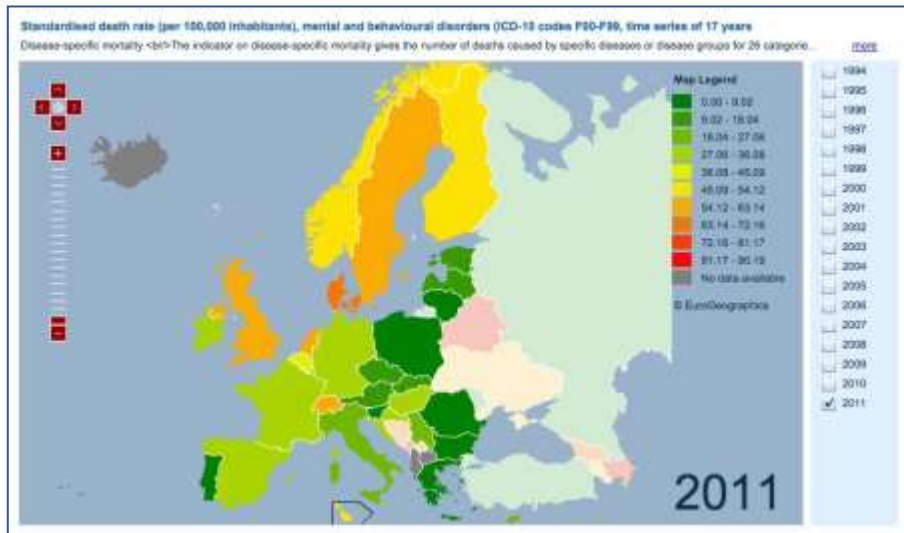
([https://www.dianeosis.org/2016/04/psychiki\\_ygeia\\_ellinwn/](https://www.dianeosis.org/2016/04/psychiki_ygeia_ellinwn/))

ΝΟΣΗΜΑ	ΕΤΟΣ	
	2000	2010
<b>Σύνολο</b>	<b>35.789</b>	<b>39.113</b>
Γεροντικές και προγεροντικές οργανικές ψυχωτικές καταστάσεις	1.778	3.140
Σχιζοφρενικές ψυχώσεις	1.796	1.729
Συναισθηματικές ψυχώσεις	6.338	8.455
Άλλες ψυχώσεις	14.143	14.101
Νευρώσεις και διαταραχές προσωπικότητας	2.680	2.445
Σύνδρομο αλκοολικής εξάρτησης	1.509	2.283
Φαρμακευτική εξάρτηση	1.716	2.293
Διαταραχές φυσιολογικών λειτουργιών που προκύπτουν από ψυχικούς παράγοντες	155	114
Πνευματική καθυστέρηση	645	419

Λοιπές ψυχικές διαταραχές	5.029	4.154
---------------------------	-------	-------

**Πίνακας 2.2:** Αριθμός εξελθόντων ασθενών με ψυχικές διαταραχές κατά τα έτη 2000 & 2010

Με βάση τα δεδομένα του European Core Health Indicators (ECHI) για το 2011 (Εικόνα 2.2), η Ελλάδα βρίσκεται μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών με το χαμηλότερο προτυποποιημένο ποσοστό θνησιμότητας (0-9.02/100.000 κατοίκους) εξαιτίας ψυχιατρικών και συμπεριφορικών διαταραχών.



**Εικόνα 2.2:** Προτυποποιημένο ποσοστό θανάτων (ανά 100.000 πληθυσμού) λόγω ψυχικών και συμπεριφορικών διαταραχών (2011)

(Πηγή: European Core Health Indicators (ECHI), 2011)

### 2.2.7.1 Αποτελέσματα ερευνών για την κατάθλιψη

Όσον αφορά στην επικράτηση της κατάθλιψης στην Ελλάδα, πραγματοποιήθηκε πανελλαδική τηλεφωνική έρευνα δύο φάσεων το 2008 και το 2009, έχοντας ως στόχο τη διερεύνηση της πιθανής συσχέτισης μεταξύ της οικονομικής κρίσης και του Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου (ΜΚΕ). Ο επιπολασμός του Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου κατά τον τελευταίο μήνα, το 2008, ήταν 3,3%, ενώ το 2009 ήταν 6,8%, που σημαίνει πως αυξήθηκε κατά 2,1 φορές ( $p < 0,0001$ ). Τα άτομα που είχαν υψηλό βαθμό οικονομικής δυσχέρειας διέτρεχαν μεγαλύτερο κίνδυνο να εμφανίσουν Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο. (<https://www.psychologynow.gr/nea-psyxologias/epikairoitita/2843-ipsyxiki-ygeia-ton-ellinon-sta-xronia-tis-krisis.html>)

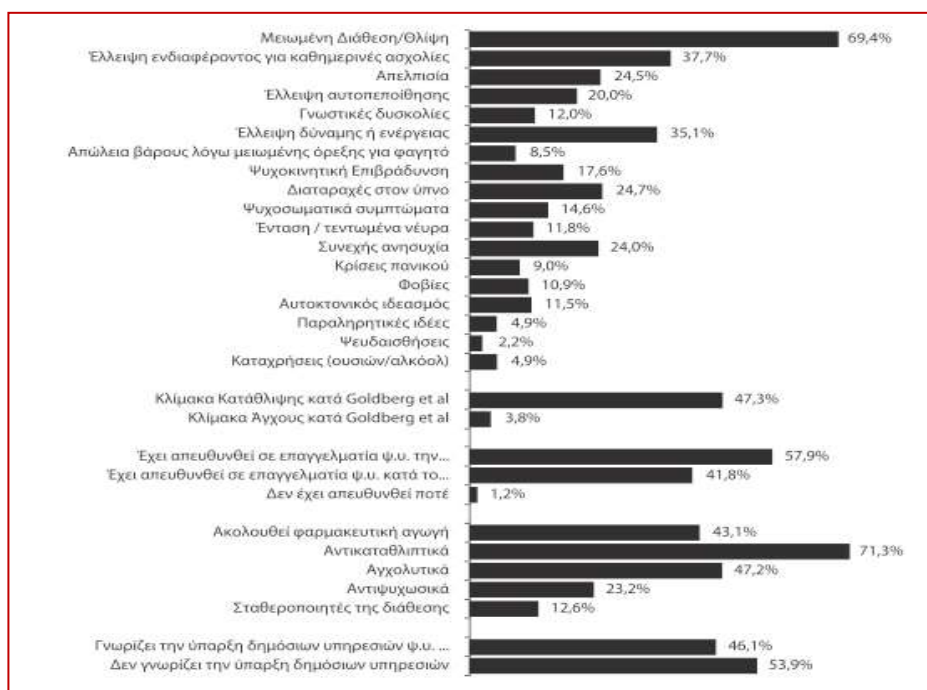
Και στις δύο φάσεις της έρευνας οι γυναίκες, τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, οι χήροι/-ες και οι διαζευγμένοι, τα άτομα με χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο, αυτοί που ζουν στην ευρύτερη περιοχή της Αθήνας, τα άτομα χαμηλού κοινωνικού-οικονομικού επιπέδου, καθώς και οι άνεργοι εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου κατά τον τελευταίο μήνα, σε σύγκριση με άλλες δημογραφικές ομάδες. Το 2008, το 2,4% των συμμετεχόντων με μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο, ανέφεραν αυτοκτονικό ιδεασμό, ενώ το 2009 το ποσοστό αυτό ανήλθε στο 5,2%. Το 2008, το 0,6% ανέφεραν ότι έκαναν πρόσφατα απόπειρα αυτοκτονίας σε σύγκριση με το 2009 όπου το ποσοστό αυτό ανήλθε στο 1,1%. ([https://www.dianeosis.org/2016/04/psyxiki\\_ygeia\\_ellinwn/](https://www.dianeosis.org/2016/04/psyxiki_ygeia_ellinwn/))



Σε αντίστοιχη έρευνα το 2011, που ακολουθήθηκε η ίδια μεθοδολογία με τις προηγούμενες, ο επιπολασμός του ΜΚΕ ανήλθε στο 8,2% και η πιθανότητα νόσησης ήταν 2,6 φορές υψηλότερη το 2011 σε σύγκριση με το 2008 (OR=2,6, 95%CI=1,97-3,43). Το 2011 το δείγμα εμφάνιζε, επίσης, υψηλότερο βαθμό οικονομικής δυσχέρειας σε σύγκριση με το 2008. Ως προς τα δημογραφικά χαρακτηριστικά που συσχετίζονται με την κατάθλιψη, στην παρούσα έρευνα βρέθηκε πως τα άτομα νεότερης ηλικίας φάνηκαν πιο επιρρεπή στην κατάθλιψη, πιθανόν λόγω των αυξημένων ποσοστών ανεργίας μεταξύ των νέων το 2011. Επίσης, το να είναι κάποιος έγγαμος βρέθηκε να είναι παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση μείζονος κατάθλιψης εν μέσω οικονομικής κρίσης, κάτι που δεν ίσχυε στις προηγούμενες έρευνες.

Συγκρίνοντας το 2009 με το 2011, παρατηρείται μία τάση αύξησης του επιπολασμού ενός μήνα της μείζονος κατάθλιψης 20,6% όχι όμως σε στατιστικά σημαντικό βαθμό. Αναφορικά με τις πληθυσμιακές ομάδες, παρατηρείται πως στα άτομα άνω των 45 ετών, τα άτομα χαμηλού μορφωτικού επιπέδου και οι άνεργοι εμφανίζουν μεγαλύτερη πιθανότητα νόσησης από μείζονα κατάθλιψη, ενώ στην ηλικιακή κατηγορία 25-44 ετών, τα άτομα υψηλού μορφωτικού επιπέδου και οι εργαζόμενοι, από διαταραχή γενικευμένου άγχους. Οι έγγαμοι εν μέσω της οικονομικής κρίσης, φαίνεται να εμφανίζουν υψηλές πιθανότητες νόσησης και από τις δύο διαταραχές. Βρέθηκε, επίσης, συσχετισμός της οικονομικής δυσχέρειας με την εμφάνιση της μείζονος κατάθλιψης, αλλά κάτι αντίστοιχο δεν βρέθηκε για τη διαταραχή γενικευμένου άγχους. Σε αντίστοιχη μελέτη, ο επιπολασμός της μείζονος κατάθλιψης για το 2013 είχε ανέλθει στο 12,3%.

Έρευνα του ΕΠΠΦΥ επεξεργάστηκε το περιεχόμενο των κλήσεων στην Τηλεφωνική Γραμμή Βοήθειας για την Κατάθλιψη από τον Μάιο 2008 έως και τον Ιούνιο 2011, ώστε να διερευνηθεί η παρουσία συσχέτισης της οικονομικής κρίσης και των αιτημάτων για την τηλεφωνική ψυχολογική υποστήριξη. Σε συνολικό δείγμα 7.526 ληφθέντων κλήσεων, το 84,7% των καλούντων ανέφεραν ένα τουλάχιστον ψυχοπαθολογικό σύμπτωμα. Ειδικότερα, όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 2.2, σχεδόν οι μισοί από τους καλούντες παρουσίαζαν καταθλιπτικού τύπου συναίσθημα που περιγράφεται ως έλλειψη διάθεσης, θλίψη και λύπη. Αναφέρεται ακόμα ότι, ποσοστό 98,8% των καλούντων που εμφάνιζε κάποιας μορφής ψυχοπαθολογία είχε ήδη απευθυνθεί σε επαγγελματία ψυχικής υγείας είτε τη δεδομένη στιγμή είτε κατά το παρελθόν. Επίσης, σύμφωνα με τα στοιχεία που συνελέγησαν, το 64,4% των ατόμων που κάλεσαν ήταν γυναίκες, το 37,3% ηλικίας 21-35 ετών, το 46,7% είναι απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, το 61,6% είναι κάτοικοι Αττικής και έγγαμοι 43,4%. ([http://karteria1.blogspot.com/2017/11/blog-post\\_48.html](http://karteria1.blogspot.com/2017/11/blog-post_48.html))



**Διάγραμμα 2.2:** Τα κλινικά συμπτώματα των καλούντων στην τηλεφωνική γραμμή  
(Πηγή: [https://www.dianeosis.org/2016/04/psyxiki\\_ygeia\\_ellinwn/](https://www.dianeosis.org/2016/04/psyxiki_ygeia_ellinwn/))

Η αναζήτηση της συσχέτισης της οικονομικής κρίσης με τα συμπτώματα των καλούντων κατέδειξε, όπως φαίνεται και στο Διάγραμμα 2.3, ότι η κρίση προοδευτικά απασχολούσε ολοένα και μεγαλύτερο ποσοστό του πληθυσμού. Ειδικότερα, καταγράφηκε μεγάλη και απότομη αύξηση στον αριθμό των τηλεφωνημάτων κατά το α' εξάμηνο του 2010 (από 14,5% σε 26,9%).



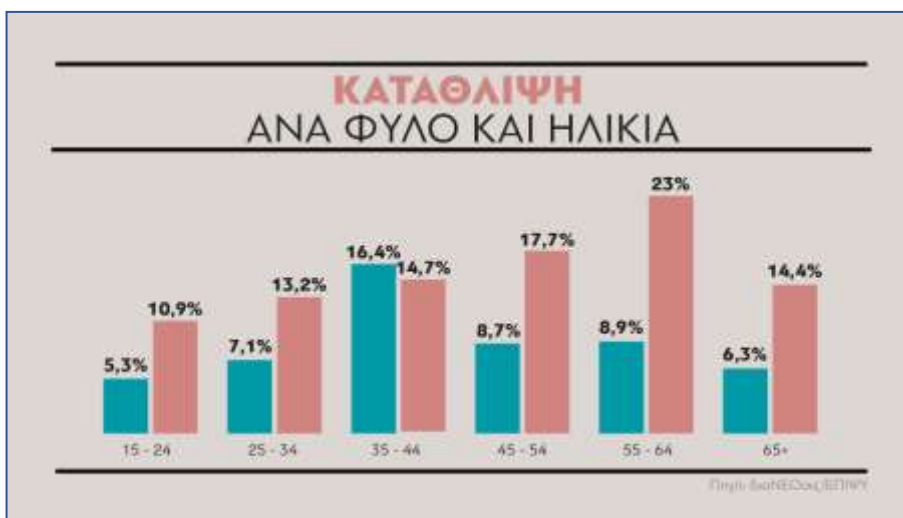
**Διάγραμμα 2.3:** Τηλεφωνικές αναφορές για την κατάθλιψη σε σχέση με την οικονομική κρίση  
(Πηγή: [https://www.dianeosis.org/2016/04/psyxiki\\_ygeia\\_ellinwn/](https://www.dianeosis.org/2016/04/psyxiki_ygeia_ellinwn/))

Από τα στοιχεία της ίδιας μελέτης, προκύπτει ότι οι περισσότεροι που τηλεφωνούν για βοήθεια εκφράζουν άγχος για το μέλλον, χαμηλό βιοτικό επίπεδο, έλλειψη επαγγελματικών προοπτικών, αδυναμία ανταπόκρισης σε οικονομικές υποχρεώσεις, εργασιακή αβεβαιότητα και ανασφάλεια,

αδυναμία εύρεσης εργασίας ή ανεργία. Μάλιστα, οι 6 στους 10 που απευθύνθηκαν για στήριξη στην τηλεφωνική γραμμή, δήλωσαν ότι δεν έχουν δουλειά, ενώ αιτία για το 17,7% αυτών που δεν μπορούν να βρουν, είναι η γενικότερη ανεργία που υπάρχει στη χώρα. Επίσης, σύμφωνα με τα στοιχεία, οι ψυχολογικές επιπτώσεις της κρίσης χτυπούν περισσότερο τις παραγωγικές ηλικίες (36-50 ετών), δηλαδή άτομα στα οποία στηρίζεται ο κοινωνικός ιστός της χώρας. Όμως και οι νεότεροι (21-35 ετών) δεν περνούν την κρίση αλώβητα, καθώς βλέπουν με έντονο άγχος και στρες την έλλειψη επαγγελματικών προοπτικών και το μέλλον στην Ελλάδα.

Τόσο η διαπροσωπική όσο και η θεσμική εμπιστοσύνη, που περιλαμβάνονται στην έννοια του κοινωνικού κεφαλαίου, βρέθηκαν να λειτουργούν προστατευτικά προς την παρουσία της μείζονος κατάθλιψης, αλλά όχι και της γενικευμένης αγχώδους διαταραχής για τους ανθρώπους με χαμηλό δείκτη οικονομικής δυσχέρειας. Για τους ανθρώπους, ωστόσο, που βιώνουν υψηλό δείκτη οικονομικής δυσχέρειας, η διαπροσωπική και η θεσμική εμπιστοσύνη δεν φάνηκε να συσχετίζεται με την παρουσία καμίας εκ των δύο διαταραχών. Τα άτομα που ανέφεραν αυτοκτονικό ιδεασμό το 2009, ήταν 5,2% και ανήλθαν στο 6,7% το 2011 ( $p=0,04$ ), με σημαντική αύξηση να παρατηρείται στους άνδρες με 4,4% και 7,1% για τα αντίστοιχα έτη ( $p=0,0011$ ) και στους συμμετέχοντες 55-64 ετών (1,9% και 7,2% αντίστοιχα,  $p=0,0011$ ). Βασικοί προβλεπτικοί παράγοντες αυτοκτονικού ιδεασμού, το 2011, ήταν η παρουσία μείζονος κατάθλιψης κατά τον προηγούμενο μήνα, η οικονομική δυσχέρεια, το ιστορικό προηγούμενων αποπειρών αυτοκτονίας, το φύλο (άνδρες) και η οικογενειακή κατάσταση (έγγαμοι). Σημειώθηκε, επίσης, αύξηση 36% των ατόμων που δήλωσαν ότι έκαναν απόπειρα αυτοκτονίας κατά το μήνα πριν την διεξαγωγή της έρευνας από 1,1% το 2009 σε 1,5% το 2011. (<https://www.psychologynow.gr/nea-psyxologias/epikairota/2843-i-psyxiki-ygeia-ton-ellinon-sta-xronia-tis-krisis.html>)

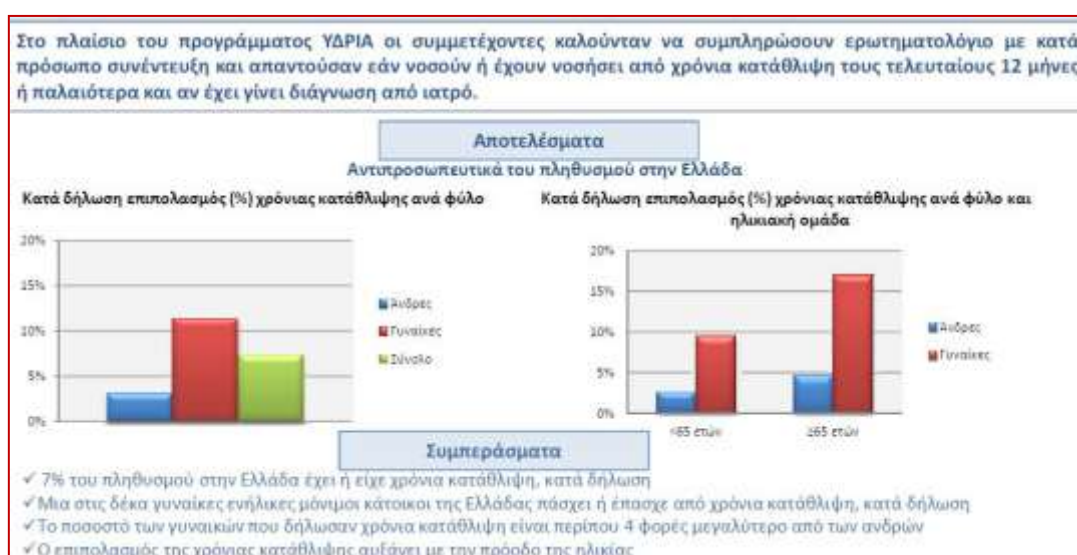
Επίσης, ένα σημαντικά υψηλότερο ποσοστό ατόμων με υψηλό δείκτη οικονομικής δυσχέρειας είχαν κάνει απόπειρα σε σύγκριση με αυτούς που είχαν χαμηλό δείκτη (10% και 0,6% αντίστοιχα,  $p<0,001$ ) και παρουσίαζαν σε μεγαλύτερο ποσοστό αυτοκτονικό ιδεασμό κατά τον μήνα πριν την έρευνα (21,2% και 7,4% αντίστοιχα,  $p<0,001$ ). Τα υψηλά ποσοστά κατάθλιψης στη χώρα μας φαίνεται να επιβεβαιώνονται και από πιο πρόσφατες μελέτες που διερεύνησαν το φαινόμενο. Σύμφωνα με την Εθνική Μελέτη Νοσηρότητας και Παραγόντων Κινδύνου (Ε.ΜΕ.ΝΟ), που πραγματοποίησε το 2014, η Ιατρική Σχολή σε συνεργασία με όλες τις Ιατρικές Σχολές των Ελληνικών Πανεπιστημίων και το Πάντειο Πανεπιστήμιο, και στην οποία συμμετείχε τυχαίο πανελλαδικό δείγμα 5.000 ατόμων, 18 ετών και άνω, βρέθηκε πως το ποσοστό των ατόμων με συμπτώματα άγχους ανήλθε στο 24% και κατάθλιψης στο 16%, τα οποία είναι ανησυχητικά υψηλά και, σύμφωνα με τους ερευνητές, ενδεικτικά μεγάλης και συνεχούς διαχρονικής αύξησης. Επίσης, στο πλαίσιο της μελέτης, επιβεβαιώθηκε η συσχέτιση του άγχους και της κατάθλιψης με την ανεργία.



**Διάγραμμα 2.4:** Κατάθλιψη ανά φύλο και ηλικία

(Πηγή: [https://www.dianeosis.org/2016/04/psyxiki\\_ygeia\\_ellinwn/](https://www.dianeosis.org/2016/04/psyxiki_ygeia_ellinwn/))

Το Ελληνικό Ίδρυμα Υγείας (Ε.Ι.Υ.) σε συνεργασία με το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων του Υπουργείου Υγείας (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ) διεξήγαγε κατά, την περίοδο 2013-2014, το πρόγραμμα με τίτλο: «ΥΔΡΙΑ: Πρόγραμμα και στοχευόμενη δράση για την υγεία και τη διατροφή του Ελληνικού πληθυσμού: ανάπτυξη και εφαρμογή μεθοδολογίας και Αποτύπωση». Πρόκειται για ένα πανελλαδικό πρόγραμμα, το οποίο εξέτασε με προτυποποιημένες διαδικασίες την υγεία και τη διατροφή του πληθυσμού στην Ελλάδα και στο οποίο συμμετείχε τυχαίο δείγμα 4.011 ατόμων 18 ετών και άνω από όλη την Ελλάδα. Σύμφωνα με τα ευρήματα της μελέτης, το 7% του πληθυσμού δήλωσε πως έχει ή είχε χρόνια κατάθλιψη, μία στις δέκα γυναίκες δήλωσε πως πάσχει ή έπασχε από χρόνια κατάθλιψη, ενώ το ποσοστό των γυναικών που δήλωσαν ότι πάσχουν από χρόνια κατάθλιψη είναι 4 φορές μεγαλύτερο από αυτό των ανδρών. Τέλος, βρέθηκε πως ο επιπολασμός της χρόνιας κατάθλιψης αυξάνει με την αύξηση της ηλικίας (Διάγραμμα 2.5).



**Διάγραμμα 2.5:** Δείκτες υγείας αντιπροσωπευτικού δείγματος του πληθυσμού στην Ελλάδα

(Πηγή: Πρόγραμμα ΥΔΡΙΑ - χρόνια κατάθλιψη, 2014)

## 2.2.8 Αυτοκτονίες - Θνησιμότητα

Τα δεδομένα σχετικά με τον αντίκτυπο της ανεργίας στα ποσοστά θνησιμότητας είναι αντικρουόμενα. Υπάρχουν στοιχεία από την Ε.Ε. που αναφέρουν την ύπαρξη σύνδεσης μεταξύ της ανεργίας και των ποσοστών θνησιμότητας, δηλαδή η αύξηση των επιπέδων ανεργίας οδηγεί σε αυξημένα ποσοστά θνησιμότητας. Συγκεκριμένα, αναφέρεται πως μια αύξηση του ποσοστού της ανεργίας κατά 1%, αυξάνει με την σειρά της το τυποποιημένο ποσοστό θνησιμότητας ουσιαστικά. Οι πληθυσμοί των χωρών της εκάστοτε Ευρωπαϊκής χώρας διαφέρουν σημαντικά στα ποσοστά θνησιμότητας λόγω της οικονομικής κρίσης.

Ο αυξημένος κίνδυνος θανάτου από αυτοκτονίες λόγω της ανεργίας και λόγω του γεγονότος ότι τα άτομα δεν έχουν ούτε τους απαραίτητους οικονομικούς πόρους να ζήσουν, είναι μεγαλύτερος στους άνδρες από ότι στις γυναίκες, ίσως επειδή οι άνδρες τείνουν να πιστεύουν πιο συχνά από ότι οι γυναίκες ότι δεν υπάρχει κατάλληλη πηγή στήριξης και βοήθειας για αυτούς όταν οι οικονομικές καταστάσεις επιδεινώνονται. Οι χρονικές περιόδους κατά τις οποίες επικρατεί οικονομική αστάθεια, προκαλούν ψυχολογικό στρες, που συνδέεται τόσο με την εμφάνιση όσο και με την εξέλιξη ψυχικών ασθενειών και με ανεπιθύμητες αλλαγές στις συνθήκες της ζωής. ([https://eody.gov.gr/wp-content/uploads/2018/12/apologismos\\_2013.pdf](https://eody.gov.gr/wp-content/uploads/2018/12/apologismos_2013.pdf))

Η ασιατική οικονομική κρίση στα τέλη της δεκαετίας του 1990 συνοδεύτηκε από μια αύξηση της θνησιμότητας λόγω των αυτοκτονιών σε διάφορες χώρες. Ωστόσο, συγκριτικές διεθνείς μελέτες δείχνουν ότι οι αρνητικές επιπτώσεις της οικονομικής ύφεσης μπορεί να τροποποιηθούν ή ακόμη και να εξαλειφθούν από τις δράσεις κοινωνικής προστασίας. Σύμφωνα με δεδομένα παρελθόντων ετών, δύο χώρες της Ε.Ε. είχαν αποσυνδέσει την οικονομική κρίση από την αύξηση των θανάτων αποδιδόμενες σε αυτοκτονία. Συγκεκριμένα, στην Σουηδία όταν η ανεργία αυξήθηκε από 2,1% σε 5,7% μεταξύ του 1991 και του 1992, τα ποσοστά αυτοκτονίας μειώθηκαν, ενώ στην Φινλανδία, όταν η ανεργία αυξήθηκε από 3,2% σε 16,6% μεταξύ του 1990 και του 1993, τα ποσοστά αυτοκτονίας μειώνονταν χρόνο με τον χρόνο. Πιθανές εξηγήσεις για τα φαινόμενα σε αυτές τις χώρες αποδίδονται στο Σκανδιναβικό μοντέλο κοινωνικής πρόνοιας το οποίο προσφέρει υψηλό επίπεδο κοινωνικής προστασίας και ενεργής αγοράς εργασίας με προγράμματα, καθώς και δραστηριότητες για την πρόληψη των εθνικών αυτοκτονιών.

Αποδεικτικά στοιχεία για τους προστατευτικούς παράγοντες υπέρ της αυτοκτονίας προέρχονται επίσης και από τις αντίστροφες τάσεις αυτοκτονίας για τους άνδρες στη Νέα Ζηλανδία και τη Φινλανδία κατά τη διάρκεια της ύφεσης της δεκαετίας του 1980 και του '90. Η ανεργία αυξήθηκε σε μεγαλύτερο βαθμό στη Νέα Ζηλανδία από ότι στη Φινλανδία, αλλά δεν σημειώθηκε καμία αύξηση στις αυτοκτονίες, ενώ παράλληλα οι κοινωνικές δαπάνες αυξήθηκαν. Η τρέχουσα βιβλιογραφία δείχνει ότι η σχέση μεταξύ της θνησιμότητας στην παιδική ηλικία και την οικονομική κατάσταση διαφέρει σημαντικά από χώρα σε χώρα. Πρόσφατα στοιχεία στις ΗΠΑ αναφέρουν ότι η

βρεφική θνησιμότητα μειώνεται κατά τη διάρκεια ύφεσης εξαιτίας αλλαγών στα πρότυπα συμπεριφοράς της μητέρας. Σε αντίθεση με αυτό, η οικονομική κατάρρευση σε πολλές χώρες της πρώην ΕΣΣΔ κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του '90 δεν προκαλεί σαφείς αλλαγές στην υγεία των παιδιών.

Αναφέρεται ότι η υγεία τίθεται σε κίνδυνο σε περιόδους ταχείας οικονομικής αλλαγής. Πάντως, ο αντίκτυπος για τη θνησιμότητα χειροτερεύει όπου οι άνθρωποι έχουν ευχερή προσέγγιση σε μέσα για να βλάψουν τον εαυτό τους και καλυτερεύει από την ύπαρξη ισχυρής κοινωνικής συνοχής και κοινωνικής προστασίας. Συνάγεται ότι το μέγεθος των συνεπειών της οικονομικής κρίσης στην υγεία συναρτάται από το βαθμό στον οποίο οι άνθρωποι προστατεύονται. Σε περιόδους οικονομικής κρίσης το αυξανόμενο στρες, η κατάθλιψη, οι αλλαγές στον τρόπο ζωής και στις συνήθειες μπορεί να οδηγήσουν σε αύξηση της θνησιμότητας από όλες τις αιτίες θανάτου. Σοβαρές οικονομικές υφέσεις έχει αποδειχθεί ότι αυξάνουν τους κινδύνους για την υγεία και ενδεχομένως τα ποσοστά θνησιμότητας. Σημαντικές αλλαγές στη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα σε περιόδους οικονομικής κρίσης έχουν αναφερθεί και στις Φιλιππίνες και στο Βιετνάμ.

Στην μελέτη των (Falagas et. al., 2009) πραγματοποιήθηκε μια ανασκόπηση των μελετών που είχαν διερευνήσει τη θνησιμότητα στο γενικό πληθυσμό διαφόρων χωρών σε περιόδους οικονομικής κρίσης, σε σύγκριση με περιόδους πριν ή μετά την κρίση. Οι περίοδοι των οικονομικών κρίσεων σχετίστηκαν με την αύξηση στην θνησιμότητα από όλες τις αιτίες, στις 7 από τις 8 μελέτες, και με αύξηση στη θνησιμότητα από καρδιαγγειακά νοσήματα, στις 6 από τις 7 μελέτες. Τα ευρήματα αυτά επιβεβαιώνει και η μελέτη των Economidou et. al. σε 13 ευρωπαϊκές χώρες, η οποία έδειξε στατιστικά σημαντική σχέση της ανεργίας και της θνησιμότητας (ανά 100.000 κατοίκους). Ειδικότερα, η αύξηση της ανεργίας κατά 1% συνεπάγεται αύξηση στο δείκτη θνησιμότητας κατά 2,18 (δηλαδή 2,18 θανάτους/100.000). Αύξηση του ποσοστού θνησιμότητας σε ανέργους σε σύγκριση με εργαζόμενους υποστηρίζουν και μελέτες από Φινλανδία, Ιταλία, Σουηδία, ΗΠΑ και Ηνωμένο Βασίλειο.

Η μειωμένη χρήση των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης είναι ένας παράγοντας που μπορεί να συμβάλλει στην αύξηση της θνησιμότητας σε περιόδους οικονομικής κρίσης, ιδίως αν αυτό συνδέεται με τις προσωπικές δαπάνες. Αυξημένο κίνδυνο για πρόωρη θνησιμότητα έχουν άτομα τα οποία ανήκουν σε μειονότητες, όπως οι μετανάστες και οι χρονίως πάσχοντες από ψυχικά ή σωματικά νοσήματα. Παρομοίως, τα άτομα και οι οικογένειες χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου διατρέχουν δυο φορές περισσότερο τον κίνδυνο πρόωρου θανάτου και αυξημένης νοσηρότητας εξαιτίας της αθροιστικής δράσης ενός αριθμού παραγόντων όπως το χαμηλό εισόδημα, το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης, την μειωμένη πρόσβαση στη ιατρική περίθαλψη και τις κακές συνθήκες διαβίωσης οι οποίες δρουν αθροιστικά. (Πατελάρου κ.α., 2012)

Από την άλλη πλευρά, υπάρχουν διάφορα ευρήματα τα οποία παρουσιάζουν την εικόνα ότι στις βιομηχανικές χώρες η οικονομική κρίση μικρής διάρκειας έχει ως αποτέλεσμα την αλλαγή των καταναλωτικών προτύπων προς την υιοθέτηση ενός περισσότερο υγιεινού τρόπου ζωής και κατά συνέπεια την μείωση της θνησιμότητας. Επιπρόσθετα, αποτελέσματα ερευνών δείχνουν ότι σε περιόδους οικονομικής κρίσης η θνησιμότητα μειώνεται, με εξαίρεση τις αυτοκτονίες, οι οποίες φαίνεται να αυξάνονται. (Κυριόπουλος & Τσιάντου, 2010:836)

Εκτός όλων των ερευνών που έχουν πραγματοποιηθεί σχετικά με τα ποσοστά αυτοκτονιών στην Ελλάδα, η Ελληνική Στατιστική Αρχή εξέδωσε πρόσφατα εκθέσεις για τα αίτια θανάτου για το 2012 και 2013, στις οποίες συμπεριλαμβάνονταν και οι αυτοκτονίες. Στον παρακάτω Πίνακα 2.3 με βάση των δεδομένων της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής προκύπτει αύξηση κατά 6,5% των αυτοκτονιών το 2012 σε σύγκριση με το 2011, ενώ το 2013 ο αριθμός των καταγεγραμμένων αυτοκτονιών έχει αυξηθεί κατά 4,9%. (<https://www.psychologynow.gr/nea-psyxologias/epikairoτητα/2843-i-psyxiki-ygeia-ton-ellinon-sta-xronia-tis-krisis.html>)

2000	2008	2009	2010	2011	2012	2013
382	373	391	377	477	508	533

**Πίνακας 2.3:** Θάνατοι από αυτοκτονίες για τα έτη 2000 και 2008-2013

Στον παρακάτω Πίνακα 2.4 παρουσιάζονται, βάσει των στοιχείων της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής, οι αυτοκτονίες για το έτος 2013, ανά ηλικιακή ομάδα και ανά φύλο.

Πίνακας – Αριθμός αυτοκτονιών ανά ηλικιακή ομάδα και ανά φύλο, 2013																	
ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΩΝ	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85+	
<b>Σύνολο</b>	533	1	7	22	34	40	36	43	61	49	63	48	34	30	29	19	17
<b>Άνδρες</b>	425	0	7	18	27	28	27	34	51	40	52	38	23	28	20	18	14
<b>Γυναίκες</b>	108	1	0	4	7	12	9	9	10	9	11	10	11	2	9	1	3

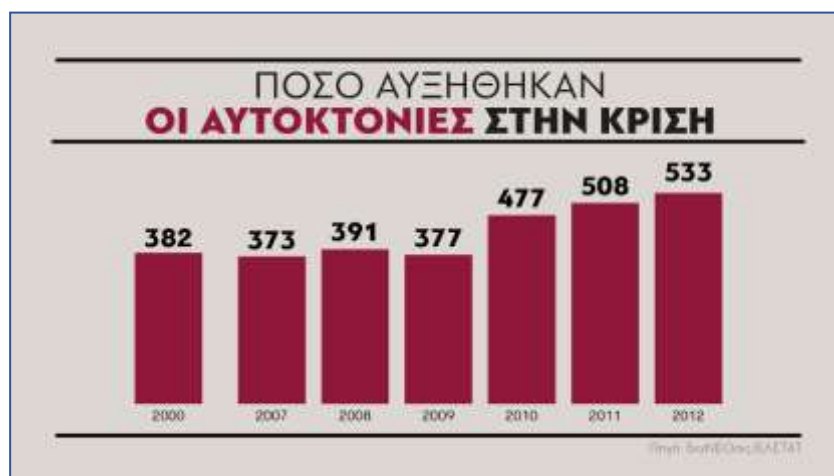
Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2015

**Πίνακας 2.4:** Αριθμός αυτοκτονιών ανά ηλικία και ανά φύλο, 2013

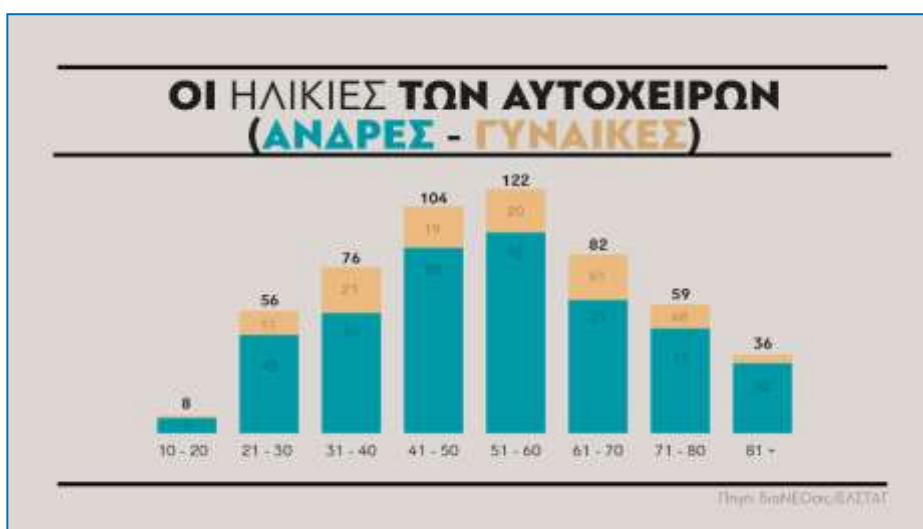
(Πηγή: <http://psychomed.gr/?cat=11&paged=2>)

Με βάση την Έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε 26 χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης έδειξε πως η αύξηση της ανεργίας κατά 1% συνδέεται με παράλληλη αύξηση των αυτοκτονιών κατά 0,79%. Σύμφωνα με την ίδια έρευνα σε περίπτωση κατά την οποία ο δείκτης ανεργίας αυξάνεται κατά >3% για μακρά περίοδο, η επίπτωση στη θνησιμότητα από αυτοκτονίες ανέρχεται σε 4-4,5%. Την αύξηση του ποσοστού αυτοκτονιών σε περιόδους οικονομικής κρίσης επιβεβαιώνουν και άλλες μελέτες. Στην Νότια Κορέα επίσης, μελέτες υποστηρίζουν την αύξηση του ποσοστού αυτοκτονιών λόγω οικονομικής κρίσης. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί το οικονομικό κραχ στις Η.Π.Α.

στις αρχές του 1930, που χαρακτηρίστηκε από μείωση της θνησιμότητας από όλες τις αιτίες κατά 10% και από αύξηση των αυτοκτονιών κατά 40%, όταν το εισόδημα μειώθηκε κατά 30%.



**Διάγραμμα 2.6:** Αυτοκτονίες εν μέσω οικονομικής κρίσης  
(Πηγή: διαΝΕΟσις/ΕΛΣΤΑΤ)



**Διάγραμμα 2.7:** Οι ηλικίες των αυτοχειρών (Άνδρες – Γυναίκες)  
(Πηγή: διαΝΕΟσις/ΕΛΣΤΑΤ)

### 2.2.9 Βρεφική θνησιμότητα

Η βρεφική θνησιμότητα έχει αποδειχθεί να αυξάνεται σε περιόδους οικονομικής κρίσης. Η μείωση των κρατικών χρηματοδοτικών πόρων είναι ένας παράγοντας που μπορεί να επηρεάσει τον βαθμό της κοινωνικής πρόνοιας, καθώς και τη λειτουργία του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, γεγονός που οδηγεί σε αύξηση της βρεφικής θνησιμότητας. Αυτό υποστηρίζει και η μελέτη των Falagas et. al. (2009), σύμφωνα με την οποία η δυσλειτουργία του υγειονομικού συστήματος εξαιτίας της μείωσης των δημόσιων δαπανών στον τομέα της υγείας οδηγεί στην αύξηση της βρεφικής θνησιμότητας. Ειδικότερα, στις χώρες με χαμηλή και μέση ανάπτυξη, ο περιορισμός στους υπολογισμούς υγείας απειλεί βασικές παροχές όπως είναι οι εμβολιασμοί, η μείωση των



οποίων συνδέεται με αυξημένη βρεφική θνησιμότητα. Σύμφωνα με εκτιμήσεις της Παγκόσμιας Τράπεζας κατά την διάρκεια ης οικονομικής κρίσης είναι πιθανό να παρατηρηθούν 400.000 επιπλέον θάνατοι σε ετήσια βάση λόγω της μείωσης της εμβολιαστικής κάλυψης.

### 2.3 Οικονομική κρίση: Η ανεξάρτητη μεταβλητή (X)

Σύμφωνα με την έρευνα των Παπαϊωάννου & Μπεργιαννάκη (2016), η οικονομική κρίση προσεγγίζεται με διαφορετικούς εννοιολογικούς και λειτουργικούς ορισμούς, αναμενόμενο στοιχείο λόγω των διαφορετικών ειδών μελετών αλλά και των διαφορετικών ερευνητικών στρατηγικών που υιοθετούνται (Πίνακας 2.5). Η πλειοψηφία των αναφορών στην έννοια της οικονομικής κρίσης παραπέμπει κυρίως στην ανεργία (31,7%), στην ύφεση (19,5%), στην περικοπή των δαπανών υγείας-πρόνοιας και γενικά των δημόσιων δαπανών (13,4%), καθώς και στην εισοδηματική αβεβαιότητα και εισοδηματική υποβάθμιση (12,2%).

Αριθμός αναφορών		
Εξειδίκευση έννοιας «οικονομική κρίση»	(n=82)	%
Ανεργία	26	31,7
Ύφεση	16	19,5
Περικοπή δαπανών για υγεία-πρόνοια/γενικά δημόσιων δαπανών (ΛΙΤΟΤΗΤΑ)	11	13,4
Εισοδηματική αβεβαιότητα/μείωση εισοδήματος	10	12,2
Αύξηση φτώχειας	4	4,9
Αύξηση κοινωνικού αποκλεισμού	4	4,9
Εργασιακή ανασφάλεια	3	3,7
Αύξηση κοινωνικών ανισοτήτων	3	3,7
Υπερχρέωση νοικοκυριών	2	2,4
Υποβάθμιση επιπέδου διαβίωσης	2	2,4
Ελαστικοποίηση σχέσεων εργασίας	1	1,2

Πίνακας 2.5: Οικονομική κρίση: Η ανεξάρτητη μεταβλητή (X)

### 2.4 Ψυχική υγεία: Η εξαρτημένη μεταβλητή (Y)

Και στην περίπτωση της ψυχικής υγείας, τόσο η εννοιολογική όσο και η λειτουργική προσέγγιση ποικίλλει μεταξύ των ερευνητών. Η εννοιολογική προσέγγιση συγκεντρώνεται κυρίως γύρω από τρεις επί μέρους διαστάσεις: την αυτοκτονία (30,3% των αναφορών), την κατάθλιψη (21,2%) και τις αγχώδεις διαταραχές (12,1%). Οι υπόλοιπες προσεγγίσεις αναφέρονται σε κατάχρηση ουσιών,

αίσθημα αβεβαιότητας / ανασφάλειας / απόγνωσης, επιθετικότητα / κακοποίηση, αίσθημα οδύνης / οργής, υποτροπές και εξουθένωση (Πίνακας 2.6).

Η λειτουργική προσέγγιση της ψυχικής υγείας ποικίλλει μεταξύ των ερευνητών αλλά με μικρότερη διασπορά σε σχέση με την εννοιολογική ποικιλία. Ο δείκτης αυτοκτονιών (αριθμός αυτοκτονιών ανά 100.000 κατοίκους) συγκεντρώνει το 43,5% των αναφορών και αποτελεί τον κυρίαρχο δείκτη στις έρευνες που χρησιμοποιούν μόνο δευτερογενή στοιχεία. Η κλινική διάγνωση DSM IV συγκεντρώνει το 26,1% των αναφορών και αποτελεί τον βασικό δείκτη στις πρωτογενείς έρευνες (μαζί με ερωτηματολόγια αυτο-αντίληψης της υγείας/εξουθένωσης). (Παπαϊωάννου & Μπεργιαννάκη, 2016: 745)

Αριθμός αναφορών		
Εξειδίκευση έννοιας «ψυχική υγεία»	(n=66)	%
Αυτοκτονία	20	30,3
Κατάθλιψη	14	21,2
Αγχώδης διαταραχή	8	12,1
Αυτοκτονικότητα (πρόθεση και απόπειρες)	5	7,6
Κατάχρηση ουσιών	5	7,6
Ανθρωποκτονία	4	6,1
Αίσθημα ανασφάλειας και αβεβαιότητας	3	4,5
Αίσθημα απόγνωσης και αβοήθητου	2	3,0
Επιθετικότητα/κακοποίηση	2	3,0
Αισθήματα οδύνης και οργής	1	1,5
Υποτροπές	1	1,5
Εξουθένωση (burnout)	1	1,5

**Πίνακας 2.6:** Ψυχική υγεία: Η εξαρτημένη μεταβλητή (Ψ)

## **Β΄ ΜΕΡΟΣ: ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ**

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>

### ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

---

#### 3.1 Σκοπός της Έρευνας

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η μελέτη της επίδρασης της οικονομικής κρίσης στην ψυχική ανθεκτικότητα των ανθρώπων με χαμηλό οικονομικό επίπεδο διαβίωσης.

#### 3.2 Μεθοδολογία

##### 3.2.1 Ερευνητικός Σχεδιασμός

Οι ασθενείς, που πληρούσαν τα κριτήρια, αφού ενημερώθηκαν για τη μελέτη και έδωσαν την έγγραφη συγκατάθεσή τους, εντάχθηκαν σε αυτή. Η συλλογή των δεδομένων της μελέτης πραγματοποιήθηκε με τη χρήση δομημένου αυτοσυμπληρούμενου ερωτηματολογίου. Η διάρκεια της μελέτης ήταν από το Δεκέμβριο του 2019 έως και τον Ιανουάριο του 2020. Συνολικά συλλέχθηκαν 103 ερωτηματολόγια.

##### 3.2.2 Μελετώμενος Πληθυσμός – Το Δείγμα της Έρευνας

Το δείγμα της έρευνας αφορούσε άτομα χαμηλού οικονομικού επιπέδου του Δήμου Ρήγα Φεραίου Θεσσαλονίκης. Τα παρακάτω κριτήρια ένταξης και κριτήρια αποκλεισμού ήταν απαραίτητα για την διεξαγωγή της έρευνας και την συλλογή του ερωτηματολογίου.

##### *Κριτήρια ένταξης:*

- Ηλικία 18 ετών και άνω
- Ικανότητα επικοινωνίας και γνώση της ελληνικής γλώσσας
- Άτομα που προσέρχονται στο Δήμο Ρήγα Φεραίου Θεσσαλονίκης, για επιδόματα όπως πρόνοιας, αλληλεγγύης κλπ.

##### *Κριτήρια αποκλεισμού:*

- Ηλικία μικρότερη των 18 ετών
- Ασθενείς οι οποίοι θα αρνηθούν να συμμετάσχουν στη μελέτη
- Ασθενείς με δυσκολία κατανόησης της ελληνικής γλώσσας

##### 3.2.3 Εργαλείο συλλογής δεδομένων

Για τη διενέργεια της έρευνας, ως τρόπος συλλογής δεδομένων επιλέχθηκε το ερωτηματολόγιο το οποίο αποτελεί εργαλείο ποσοτικής έρευνας και συμπληρώθηκε από άτομα χαμηλού οικονομικού επιπέδου διαβίωσης. Η σύνταξη του ερωτηματολογίου ήταν απλή ώστε να είναι κατανοητή σε όλα τα άτομα, ανεξαρτήτως επιπέδου εκπαίδευσης και ηλικίας. Το ερωτηματολόγιο μελετά την επίδραση της οικονομικής κρίσης στην ψυχική ανθεκτικότητα των ανθρώπων με χαμηλό

οικονομικό επίπεδο διαβίωσης και περιλαμβάνει δύο μέρη. Το πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου αφορά σε κοινωνικο-δημογραφικά στοιχεία και το δεύτερο μέρος αποτελείται από την Κλίμακα Ψυχικής Ανθεκτικότητας. Το ερωτηματολόγιο το οποίο συγκεντρώθηκε, αριθμήθηκε όπου στη συνέχεια τα δεδομένα περάστηκαν σε ηλεκτρονικό υπολογιστή και αναλύθηκαν με τη βοήθεια του προγράμματος IBM SPSS. Θα πρέπει να αναφερθεί ότι δεν υπήρξε ιδιαίτερη δυσκολία στη συλλογή του ερωτηματολογίου.

Η Κλίμακα Ψυχικής Ανθεκτικότητας (Connor – Davidson Resilience Scales, CD-RISK) ποσοτικοποιεί την ψυχική ανθεκτικότητα μετρώντας πέντε παράγοντες, την προσωπική ικανότητα και επάρκεια, τον έλεγχο, την εμπιστοσύνη στο προσωπικό ένστικτο και την ανοχή αρνητικών γεγονότων, τη θετική στάση απέναντι στην αλλαγή και τις ασφαλείς σχέσεις και την πνευματική επιρροή. Περιλαμβάνει 25 δηλώσεις, τις οποίες βαθμολογούν οι ερωτώμενοι ανάλογα με το επίπεδο στο οποίο κάθε δήλωση εκφράζει τη συναισθηματική τους κατάσταση τον τελευταίο μήνα. Η βαθμολογία κυμαίνεται από 0 έως 100. Όσο υψηλότερη είναι η βαθμολογία, τόσο υψηλότερο είναι το επίπεδο ψυχικής ανθεκτικότητας.

Η κλίμακα αποτελείται από 25 δηλώσεις αυτοαναφοράς των πέντε διαβαθμίσεων στην κλίμακα τύπου Likert και βαθμολογείται από την τιμή 0 (=Καθόλου αληθές) μέχρι την τιμή 4 (=Σχεδόν πάντα αληθές). Η κλίμακα παρουσιάζει ικανοποιητική συγκλίνουσα και αποκλίνουσα εγκυρότητα και καλή εσωτερική συνέπεια (Cronbach  $\alpha$  = 0.89) και, επίσης, καλή αξιοπιστία ελέγχου-επανελέγχου (συντελεστής ενδοσυσχέτισης = 0.87). Εκτός της βασικής κλίμακας του ερωτηματολογίου υπολογίζονται και 5 υποκλίμακες οι οποίες είναι:

- ✓ Προσωπική ικανότητα
- ✓ Εμπιστοσύνη
- ✓ Θετική αποδοχή
- ✓ Έλεγχος
- ✓ Πνευματικές επιδράσεις

Οι υποκλίμακες αυτές και ο τρόπος υπολογισμού τους των κλιμάκων παρουσιάζεται στον Πίνακα που ακολουθεί.

<b>Κλίμακα Ανθεκτικότητας Connor-Davidson (CD-RISC)</b>	
<i>Συνολική βαθμολογία</i>	Από το άθροισμα των απαντήσεων στις 25 ερωτήσεις του
<i>Προσωπική ικανότητα</i>	Από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 10, 11, 12, 16, 17, 23, 24 και 25.
<i>Εμπιστοσύνη</i>	Από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 6, 7, 14, 15, 18, 19, και 20.
<i>Θετική αποδοχή</i>	Από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 1, 2, 4, 5

	και 8
<i>Έλεγχος</i>	Από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 13, 21 και 22
<i>Πνευματικές επιδράσεις</i>	Από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 3 και 9

**Πίνακας 3.1:** Οι υποκλίμακες και ο τρόπος υπολογισμού τους

### 3.2.4 Περιορισμοί της Έρευνας

Η έρευνα ήταν χρονικά και τοπικά περιορισμένη για την εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων και δίνεται έτσι η ευκαιρία στους αυριανούς μελετητές να συνδράμουν με τα ερευνητικά τους συμπεράσματα στην επιβεβαίωση ή απόρριψη των αναδειχθέντων ευρημάτων με τη χρήση ερευνητικών εργαλείων που θα διαθέτουν εγκυρότητα, αξιοπιστία και στάθμιση.

### 3.2.5 Τρόπος επεξεργασίας των δεδομένων

Ως μέθοδος ανάλυσης και παρουσίασης των δεδομένων επιλέχθηκε το πρόγραμμα SPSS λόγω της ευχρηστίας και της αξιοπιστίας που παρέχει στην εξαγωγή των αποτελεσμάτων. Ακολούθησε η γραφική τους απεικόνιση με τη μορφή διαγραμμάτων και η εξαγωγή συμπερασμάτων.

## 3.3 Στατιστική Ανάλυση

Για την περιγραφική στατιστική ανάλυση, οι συνεχείς μεταβλητές εκφράστηκαν στη μορφή «μέση τιμή» και «τυπική απόκλιση», ενώ οι διακριτές σε «συχνότητα» και «σχετική συχνότητα (%)». Για τη μέτρηση της αξιοπιστίας κλιμάκων μελετήθηκε ο συντελεστής εσωτερικής συνοχής. Πρόκειται για έναν συντελεστή που αξιολογεί το βαθμό στον οποίο οι ερωτήσεις που συγκροτούν μια κλίμακα μετρούν την ίδια έννοια. Υπολογίζεται μέσω του συντελεστή Cronbach's Alpha ( $\alpha$ ), ο οποίος εκτιμά το βαθμό συσχέτισης μεταξύ των ερωτήσεων του εργαλείου. Τιμές μεγαλύτερες ή πλησιέστερες στο 0.7 χαρακτηρίζονται ως αποδεκτές. Ένας συντελεστής εσωτερικής συνάφειας Cronbach's Alpha μεταξύ 0.5 και 0.6 θεωρείται αρκετός, στα αρχικά στάδια μιας μελέτης. Στην περίπτωση που η τιμή Alpha ξεπερνά το 80%, τότε θεωρείται μία ιδιαίτερα καλή ανάλυση αξιοπιστίας.

Για τον έλεγχο σχέσης ανάμεσα σε δύο κλίμακες λόγου, έγινε χρήση του δείκτη συσχέτισης Pearson ( $r$ ). Για τον έλεγχο σχέσης ανάμεσα σε μία κλίμακα λόγου και μία ονομαστική κλίμακα έγινε χρήση του δείκτη συσχέτισης Biserial ( $r_{pb}$ ). Για τον έλεγχο σχέσης ανάμεσα σε μία κλίμακα λόγου και μία κλίμακα διάταξης έγινε χρήση του δείκτη συσχέτισης Biserial ( $r_b$ ). Για την στατιστική ανάλυση των δεδομένων έγινε χρήση του στατιστικού λογισμικού «SPSS-25». Η ελάχιστη τιμή του επιπέδου στατιστικής σημαντικότητας,  $p$ -value, σε όλες τις στατιστικές δοκιμασίες ορίστηκε στο 5%. Ως υποδιαστολή χρησιμοποιήθηκε η τελεία.

### 3.4 Δειγματοληπτική Μεθοδολογία

Ως καταλληλότερη μέθοδος, για την συλλογή των δεδομένων της παρούσας μελέτης, κρίθηκε η δειγματοληψία «ευκολίας». Η ερευνητική χρησιμότητα και η αντιπροσωπευτικότητα ενός τέτοιου δείγματος είναι αμφισβητήσιμη και αφορά σε πιλοτικές έρευνες, καθώς δεν ενδείκνυται για εξαγωγή γενικευμένων συμπερασμάτων. Ωστόσο, αυτή η τεχνική δειγματοληψίας είναι ευρέως διαδεδομένη όταν δεν υπάρχει άμεση πρόσβαση σε ολόκληρο τον υπό μελέτη, πληθυσμό. Σε αυτή την περίπτωση, το επιχείρημα της αντιπροσωπευτικότητας του δείγματος και της γενικευσιμότητας των αποτελεσμάτων αντιστρέφεται. Συγκεκριμένα, θεωρείται ότι τα αποτελέσματα της έρευνας μπορούν να γενικευθούν σε πληθυσμούς που έχουν χαρακτηριστικά παρόμοια με αυτά του δείγματος.

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>

## ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

### 4.1 Παρουσίαση των Αποτελεσμάτων

#### 4.1.1 Περιγραφική Ανάλυση

Το δείγμα της μελέτης αποτελείται από 103 άτομα, 80 γυναίκες μέσης ηλικίας 41.4 και 23 άνδρες μέσης ηλικίας 42.7 όπως παρουσιάζεται στον παρακάτω Πίνακα.

	Φύλο					
	Γυναίκα			Ανδρας		
	N	Mean	Standard Deviation	N	Mean	Standard Deviation
Ηλικία	80	41.4	10.5	23	42.7	13.4

**Πίνακας 4.1:** Το φύλο των ερωτηθέντων

Στον Πίνακα που ακολουθεί καταγράφονται τα περιγραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος.

		Φύλο		
		Γυναίκα N %	Ανδρας N %	Total N %
Μορφωτικό επίπεδο	Δημοτικό - Γυμνάσιο	7.7%	4.3%	6.9%
	Λύκειο	37.2%	30.4%	35.6%
	Μεταλυκειακές σπουδές	17.9%	13.0%	16.8%
	Τριτοβάθμια εκπαίδευση	37.2%	52.2%	40.6%
Κάτοχος Μάστερ ή Διδακτορικού	Όχι	87.5%	82.6%	86.4%
	Κάτοχος Μάστερ	11.3%	17.4%	12.6%
	Κάτοχος Διδακτορικού	1.3%	0.0%	1.0%
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος/ η	33.8%	54.5%	38.2%
	Έγγαμος/ η	48.8%	40.9%	47.1%
	Χήρος/ α	13.8%	4.5%	11.8%
	Διαζευγμένος/ η	3.8%	0.0%	2.9%
Εργασιακή κατάσταση	Άνεργος/ η	38.0%	26.1%	35.3%
	Μερική απασχόληση	24.1%	13.0%	21.6%



Πλήρης απασχόληση	38.0%	60.9%	43.1 %
----------------------	-------	-------	-----------

**Πίνακας 4.2:** Τα περιγραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος

Στον επόμενο Πίνακα καταγράφονται οι κατανομές των απαντήσεων, που έδωσαν οι συμμετέχοντες/ ουσες, στο γενικό μέρος του ερωτηματολογίου.

		Φύλο		
		Γυναίκα	Άνδρας	Total
		N %	N %	N %
ΕΧΕΙ ΕΠΗΡΕΑΣΕΙ Η ΚΡΙΣΗ ΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΣΑΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑ ΣΥΝΕΠΕΙΑ ΕΣΑΣ;	Όχι	9.1%	4.3%	8.0%
	Ναι	90.9%	95.7%	92.0%
ΕΧΕΤΕ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΒΟΗΘΕΙΑ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΓΟΝΕΙΣ ΣΑΣ;	Όχι	48.8%	43.5%	47.6%
	Ναι	51.2%	56.5%	52.4%
ΣΥΓΚΑΤΟΙΚΕΙΤΕ ΜΕ ΤΟΥΣ ΓΟΝΕΙΣ ΣΑΣ;	Όχι	73.8%	65.2%	71.8%
	Ναι	26.3%	34.8%	28.2%
ΕΧΕΤΕ ΣΤΕΡΗΘΕΙ ΤΗΝ ΑΠΟΚΤΗΣΗ ΕΝΟΣ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟΥ ΔΙΠΛΩΜΑΤΟΣ Η ΟΤΙΔΗΠΟΤΕ ΑΦΟΡΑ ΤΗΝ ΚΑΡΙΕΡΑ ΣΑΣ ΛΟΓΩ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΑΔΥΝΑΜΙΑΣ;	Όχι	49.4%	50.0%	49.5%
	Ναι	50.6%	50.0%	50.5%
ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ ΥΠΑΡΧΕΙ ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΑ ΝΑ ΕΠΙΤΥΧΕΤΕ ΤΟΥΣ ΣΤΟΧΟΥΣ ΣΑΣ ΣΤΟ ΜΕΛΛΟΝ;	Όχι	32.9%	33.3%	33.0%
	Ναι	67.1%	66.7%	67.0%
ΕΧΕΙ ΕΠΗΡΕΑΣΤΕΙ Η ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΣΑΣ ΖΩΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΛΛΑΓΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΣΤΗ ΧΩΡΑ;	Όχι	10.1%	9.1%	9.9%
	Ναι	89.9%	90.9%	90.1%
ΕΠΗΡΕΑΖΕΤΑΙ Η ΔΙΑΘΕΣΗ ΣΑΣ ΑΠΟ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΥΣ ΛΟΓΟΥΣ;	Όχι	7.5%	4.5%	6.9%
	Ναι	92.5%	95.5%	93.1%
ΕΧΕΙ ΕΠΗΡΕΑΣΤΕΙ Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΣΑΣ ΖΩΗ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟ ΠΑΡΕΛΘΟΝ;	Όχι	15.0%	17.4%	15.5%
	Ναι	85.0%	82.6%	84.5%
ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΔΥΝΑΤΟ	Όχι	54.4%	56.5%	54.9%

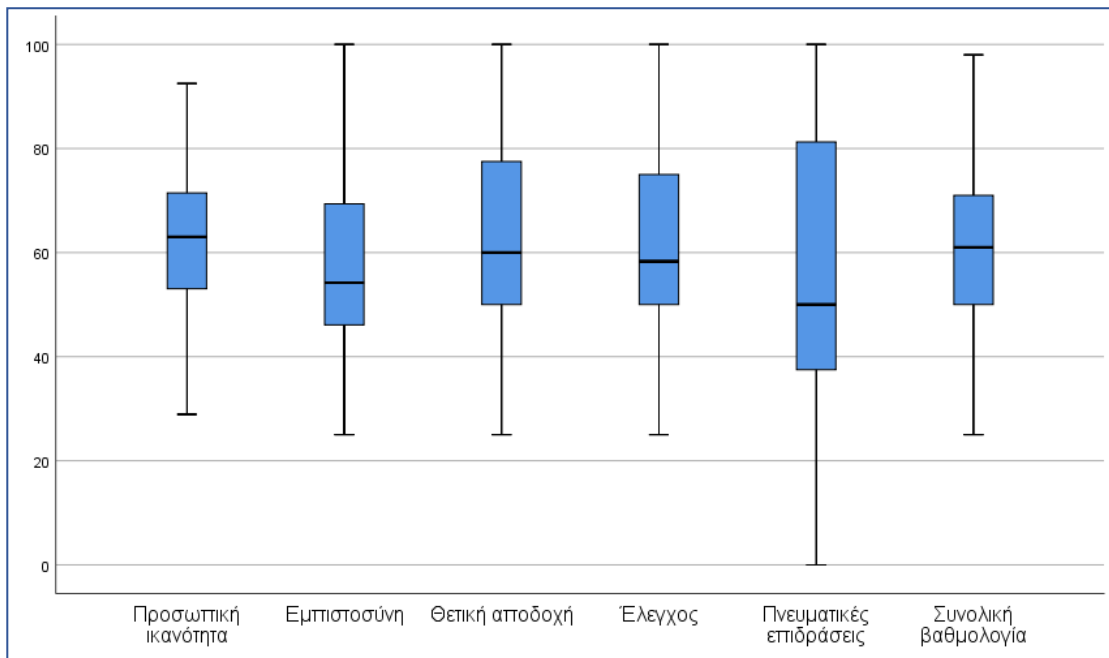
ΚΑΙ ΕΥΚΟΛΟ ΝΑ ΔΗΜΙΟΥΡΓΗΣΕΤΕ ΤΗ ΔΙΚΗ ΣΑΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΤΩ ΑΠΟ ΑΥΤΕΣ ΤΙΣ ΣΥΝΘΗΚΕΣ;	Ναι	45.6%	43.5%	45.1%
ΝΙΩΘΕΤΕ ΝΑ ΣΤΕΡΕΙΣΤΕ ΠΡΑΓΜΑΤΑ ΠΟΥ ΠΑΛΙΑ ΜΠΟΡΟΥΣΑΤΕ ΝΑ ΕΧΕΤΕ ΣΤΗΝ ΚΑΤΟΧΗ ΣΑΣ;	Όχι	16.7%	13.0%	15.8%
	Ναι	83.3%	87.0%	84.2%
Ο ΚΥΚΛΟΣ ΣΑΣ ΕΧΕΙ ΤΙΣ ΙΔΙΕΣ ΑΝΗΣΥΧΙΕΣ ΜΕ ΕΣΑΣ;	Όχι	6.5%	17.4%	9.0%
	Ναι	93.5%	82.6%	91.0%
ΑΙΣΘΑΝΕΣΤΕ ΑΙΣΙΟΔΟΞΟΙ ΓΙΑ ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ ΣΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ;	Όχι	30.0%	47.8%	34.0%
	Ναι	70.0%	52.2%	66.0%

**Πίνακας 4.3:** Απαντήσεις των ερωτηθέντων στο γενικό μέρος του Ερωτηματολογίου

Στον επόμενο Πίνακα παρουσιάζονται τα βασικά στατιστικά στοιχεία των βαθμολογιών όλων των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου CD-RISK, καθώς και του συνόλου των ερωτήσεων. Οι στατιστικοί δείκτες του δείγματος καταγράφουν ένα μέτριο προς υψηλό επίπεδο ψυχικής ανθεκτικότητας. Το χαμηλότερο επίπεδο υπολογίστηκε στην υποκλίμακα «Πνευματικές επιδράσεις» και το υψηλότερο στην υποκλίμακα «Έλεγχος». Η βαθμολογία στις «Πνευματικές επιδράσεις» εμφάνισε και το μεγαλύτερο ποσό διακύμανσης. Ακολουθεί και το αντίστοιχο Διάγραμμα.

	Mean	Standard Deviation
Προσωπική ικανότητα	63.4	13.7
Εμπιστοσύνη	58.4	17.2
Θετική αποδοχή	61.3	18.6
Έλεγχος	64.0	17.4
Πνευματικές επιδράσεις	55.3	30.7
<b>Συνολική βαθμολογία</b>	<b>61.6</b>	<b>16.0</b>

**Πίνακας 4.4:** Τα βασικά στατιστικά στοιχεία των βαθμολογιών όλων των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου CD-RISK και του συνόλου των ερωτήσεων



**Διάγραμμα 4.1:** Τα βασικά στατιστικά στοιχεία των βαθμολογιών όλων των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου CD-RISK

#### 4.1.2 Ανάλυση αξιοπιστίας υποκλιμάκων

Στον Πίνακα που ακολουθεί καταγράφεται η ανάλυση της εσωτερικής συνέπειας (internal consistency) της εννοιολογικής κατασκευής των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου CD-RISK, καθώς και του συγκεντρωτικού ερωτηματολογίου, ως τιμή του συντελεστή Alpha του Cronbach. Από τα αποτελέσματα φαίνεται ότι, συνολικά, το ερωτηματολόγιο κρίνεται, σε ό,τι αφορά την αξιοπιστία του, ως εξαιρετικά υψηλού επιπέδου.

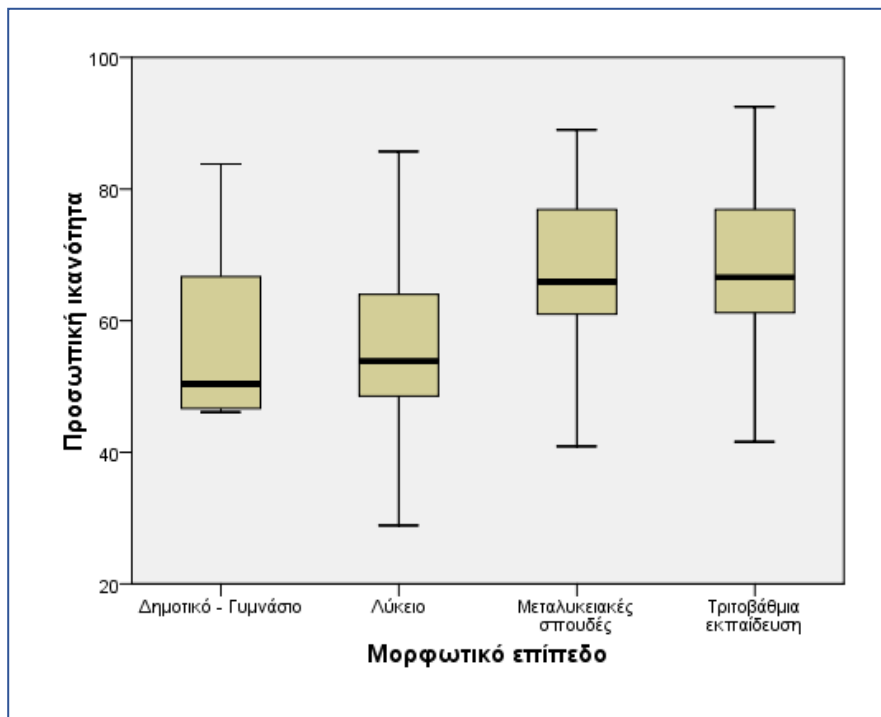
Υποκλίμακα	Cronbach's Alpha	Στοιχεία (items)	Επίπεδο αξιοπιστίας
Προσωπική ικανότητα	0.860	8	Καλό
Εμπιστοσύνη	0.865	7	Καλό
Θετική αποδοχή	0.840	5	Καλό
Έλεγχος	0.753	3	Αποδεκτό
Πνευματικές επιδράσεις	0.781	2	Αποδεκτό
<b>ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΤΙΚΗ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ</b>	<b>0.955</b>	<b>25</b>	<b>Έξοχο</b>

**Πίνακας 4.5:** Ανάλυση εσωτερικής συνέπειας (internal consistency) της εννοιολογικής κατασκευής των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου CD-RISK και του συγκεντρωτικού ερωτηματολογίου

#### 4.1.3 Διερεύνηση σχέσης του ερωτηματολογίου και των υποκλιμάκων του με ανεξάρτητες μεταβλητές

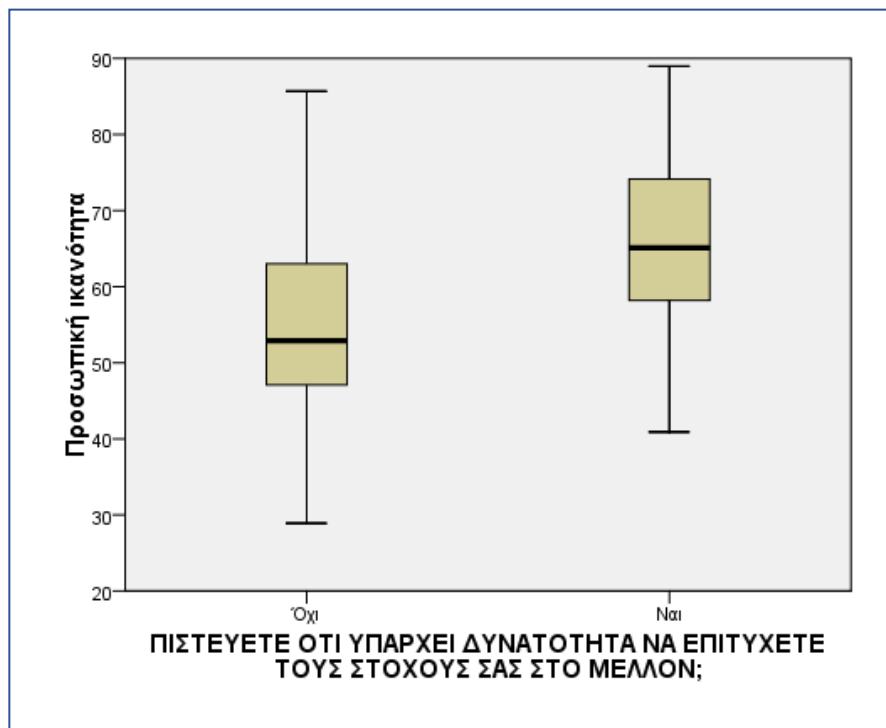
Η βαθμολογία της υποκλίμακας «Προσωπική ικανότητα» βρέθηκε να σχετίζεται με τα εξής ερωτήματα:

❖ «Μορφωτικό επίπεδο» ( $r_b = 0.387$ ,  $p < 0.001$ ). Όσο αυξάνει το μορφωτικό επίπεδο τόσο αυξάνει και το επίπεδο της προσωπικής ικανότητας. Αυτό φαίνεται στο Διάγραμμα που ακολουθεί.



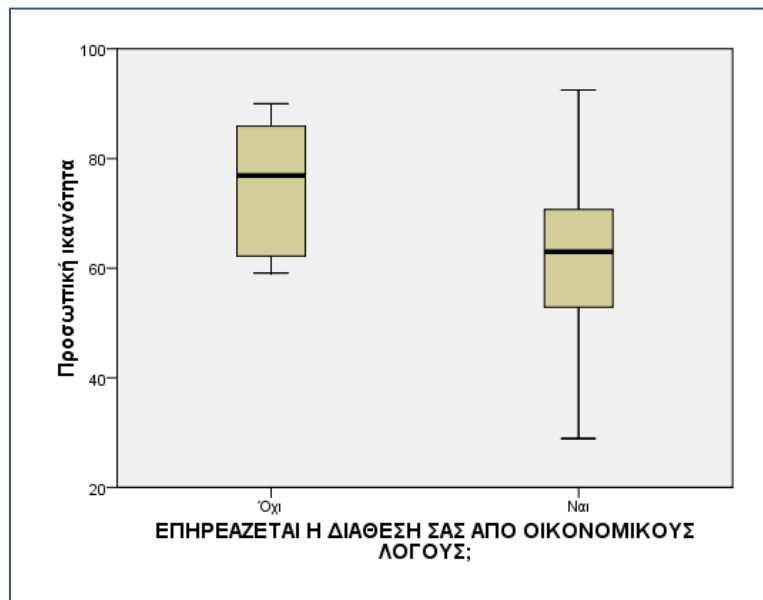
**Διάγραμμα 4.2:** Σχέση υποκλίμακας «Προσωπική ικανότητα» και μορφωτικού επιπέδου

Όσον αφορά την Ερώτηση του Ερωτηματολογίου «ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ ΥΠΑΡΧΕΙ ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΑ ΝΑ ΕΠΙΤΥΧΕΤΕ ΤΟΥΣ ΣΤΟΧΟΥΣ ΣΑΣ ΣΤΟ ΜΕΛΛΟΝ;» ( $r_{pb} = 0.400$ ,  $p < 0.001$ ). Η πεποίθηση ότι υπάρχει δυνατότητα επιτυχίας μελλοντικών στόχων συμβαδίζει με αυξημένο επίπεδο της προσωπικής ικανότητας. Παρουσιάζεται παρακάτω και το αντίστοιχο Διάγραμμα.



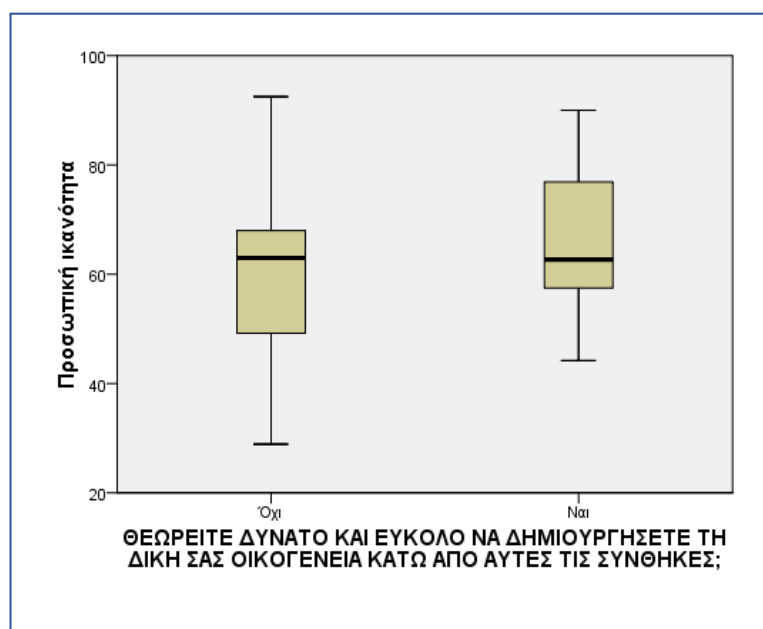
**Διάγραμμα 4.3:** Σχέση «προσωπικής ικανότητας» και δυνατότητας επιτυχίας μελλοντικών στόχων

Με βάση την Ερώτηση «ΕΠΗΡΕΑΖΕΤΑΙ Η ΔΙΑΘΕΣΗ ΣΑΣ ΑΠΟ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΥΣ ΛΟΓΟΥΣ;» ( $r_{pb} = -0.220$ ,  $p = 0.026$ ). Ο επηρεασμός της διάθεσης, λόγω οικονομικών θεμάτων, συμβαδίζει με μειωμένο επίπεδο της προσωπικής ικανότητας.



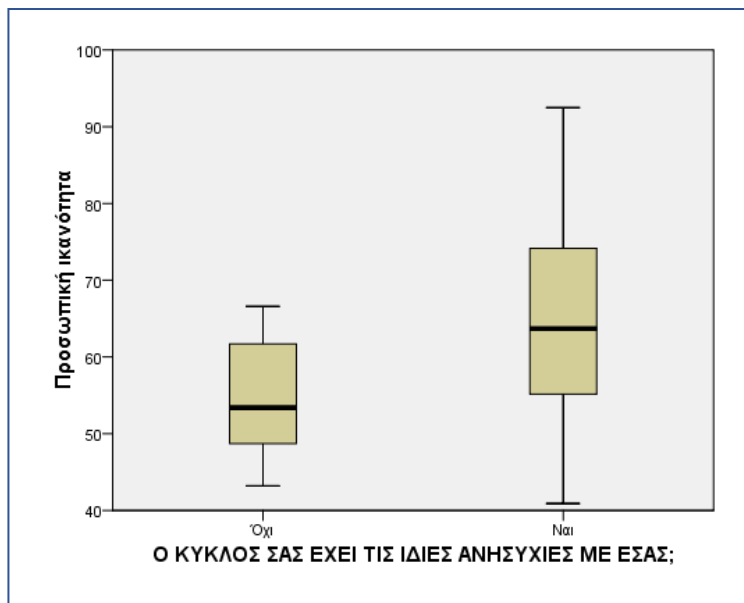
**Διάγραμμα 4.4:** Σχέση «προσωπικής ικανότητας» και επηρεασμού της διάθεσης, λόγω οικονομικών θεμάτων

Σύμφωνα με την Ερώτηση «ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΔΥΝΑΤΟ ΚΑΙ ΕΥΚΟΛΟ ΝΑ ΔΗΜΙΟΥΡΓΗΣΕΤΕ ΤΗ ΔΙΚΗ ΣΑΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΤΩ ΑΠΟ ΑΥΤΕΣ ΤΙΣ ΣΥΝΘΗΚΕΣ;» ( $r_{pb} = 0.196$ ,  $p = 0.048$ ). Η πεποίθηση ότι είναι δυνατή η δημιουργία οικογένειας κάτω από αυτές τις συνθήκες συμβαδίζει με αυξημένο επίπεδο της προσωπικής ικανότητας, φαίνεται και στο αντίστοιχο Διάγραμμα που ακολουθεί.



**Διάγραμμα 4.5:** Σχέση «προσωπικής ικανότητας» και δυνατότητα δημιουργίας οικογένειας κάτω από αυτές τις συνθήκες

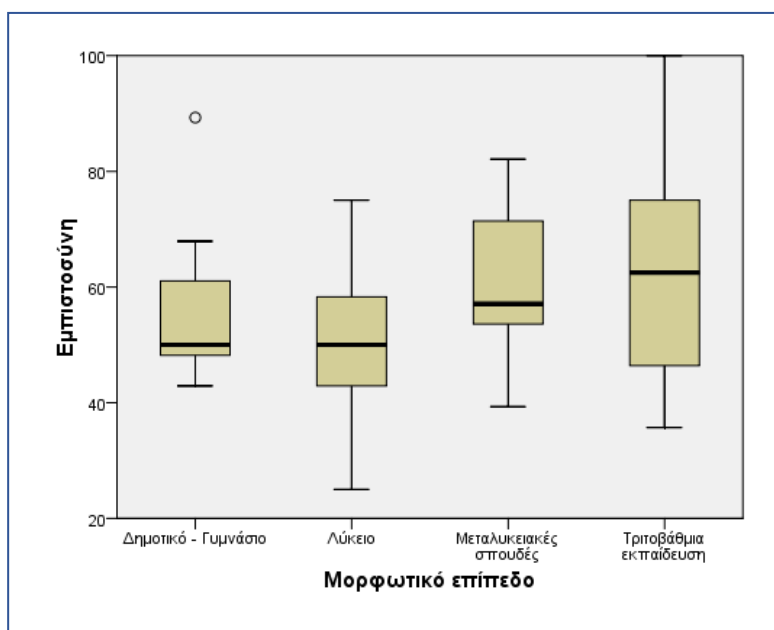
Σύμφωνα με την Ερώτηση «Ο ΚΥΚΛΟΣ ΣΑΣ ΕΧΕΙ ΤΙΣ ΙΔΙΕΣ ΑΝΗΣΥΧΙΕΣ ΜΕ ΕΣΑΣ;» ( $r_{pb} = 0.230$ ,  $p = 0.022$ ). Η συναναστροφή με άτομα ίδιων ανησυχιών συμβαδίζει με αυξημένο επίπεδο της προσωπικής ικανότητας.



**Διάγραμμα 4.6:** Σχέση «προσωπικής ικανότητας» και συναναστροφής με άτομα ίδιων ανησυχιών

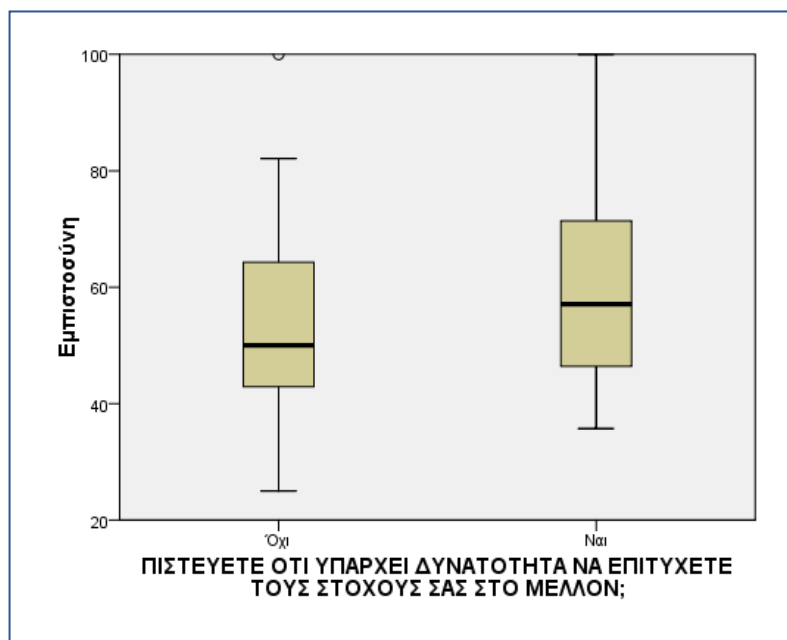
Η βαθμολογία της υποκλίμακας «Εμπιστοσύνη» βρέθηκε να σχετίζεται με τα εξής ερωτήματα:

❖ «Μορφωτικό επίπεδο» ( $r_b = 0.303$ ,  $p = 0.002$ ). Όσο αυξάνει το μορφωτικό επίπεδο τόσο αυξάνει και το επίπεδο της εμπιστοσύνης.



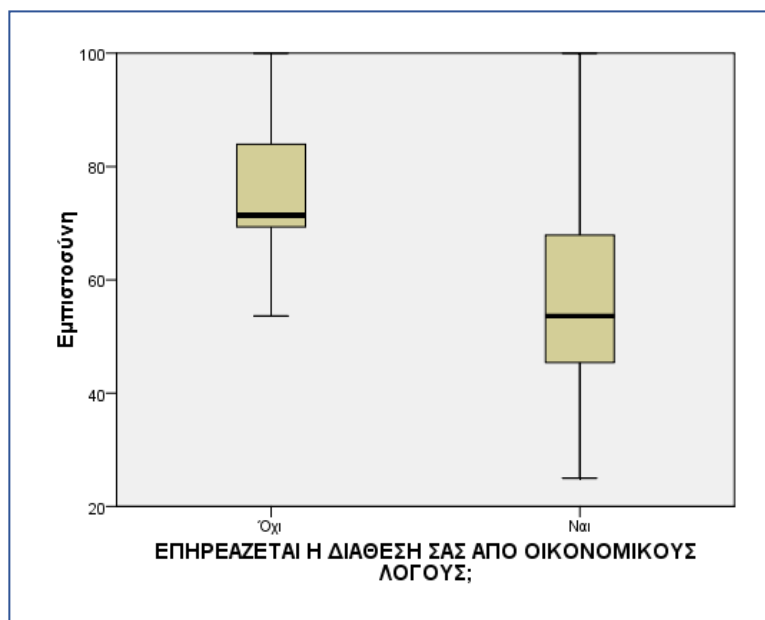
**Διάγραμμα 4.7:** Σχέση υποκλίμακας «Εμπιστοσύνη» και μορφωτικού επιπέδου

Σύμφωνα με την Ερώτηση «ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ ΥΠΑΡΧΕΙ ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΑ ΝΑ ΕΠΙΤΥΧΕΤΕ ΤΟΥΣ ΣΤΟΧΟΥΣ ΣΑΣ ΣΤΟ ΜΕΛΛΟΝ;» ( $r_{pb} = 0.198$ ,  $p = 0.049$ ). Η πεποίθηση ότι υπάρχει δυνατότητα επιτυχίας μελλοντικών στόχων συμβαδίζει με αυξημένο επίπεδο της εμπιστοσύνης, όπως παρουσιάζεται και στο ακόλουθο Διάγραμμα.



**Διάγραμμα 4.8:** Σχέση «Εμπιστοσύνης» και δυνατότητας επιτυχίας μελλοντικών στόχων

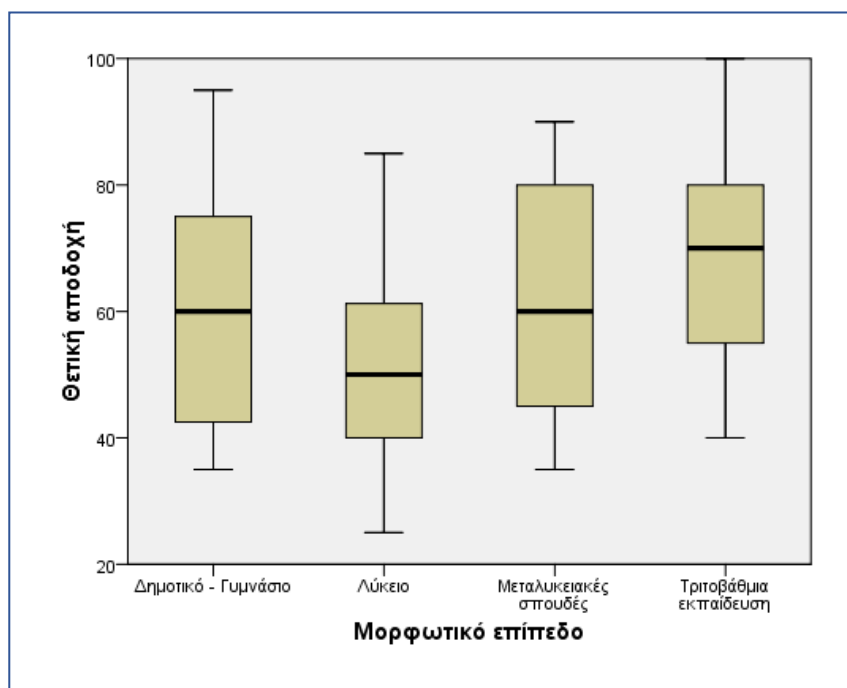
Με βάση την Ερώτηση «ΕΠΗΡΕΑΖΕΤΑΙ Η ΔΙΑΘΕΣΗ ΣΑΣ ΑΠΟ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΥΣ ΛΟΓΟΥΣ;» ( $r_{pb} = -0.275$ ,  $p = 0.005$ ). Ο επηρεασμός της διάθεσης, λόγω οικονομικών θεμάτων, συμβαδίζει με μειωμένο επίπεδο της εμπιστοσύνης, όπως φαίνεται στο παρακάτω Διάγραμμα.



**Διάγραμμα 4.9:** Σχέση «Εμπιστοσύνης» και επηρεασμού της διάθεσης, λόγω οικονομικών θεμάτων

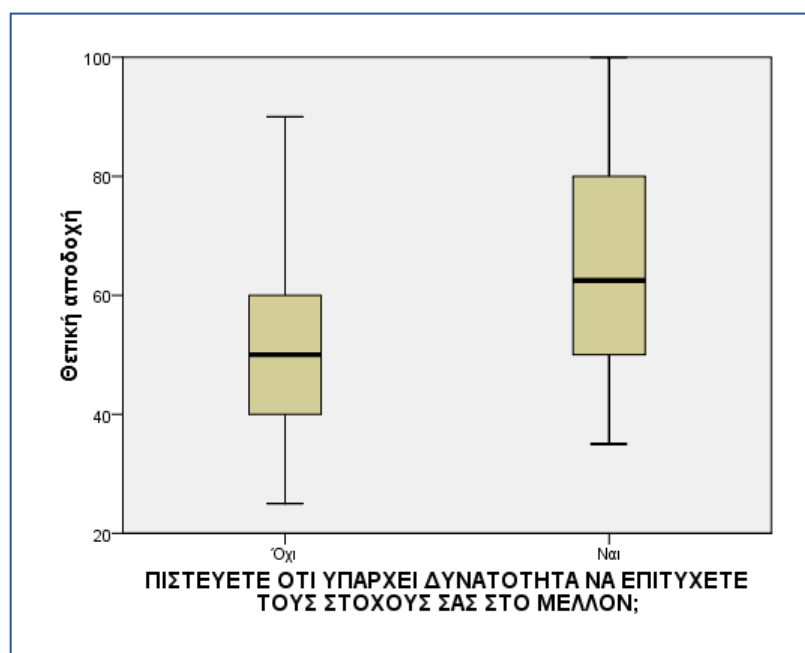
Η βαθμολογία της υποκλίμακας «Θετική αποδοχή» βρέθηκε να σχετίζεται με τα εξής ερωτήματα:

❖ «Μορφωτικό επίπεδο» ( $r_b = 0.358$ ,  $p < 0.001$ ). Όσο αυξάνει το μορφωτικό επίπεδο τόσο αυξάνει και το επίπεδο της θετικής αποδοχής.



**Διάγραμμα 4.10:** Σχέση υποκλίμακας «θετική αποδοχή» και μορφωτικού επιπέδου

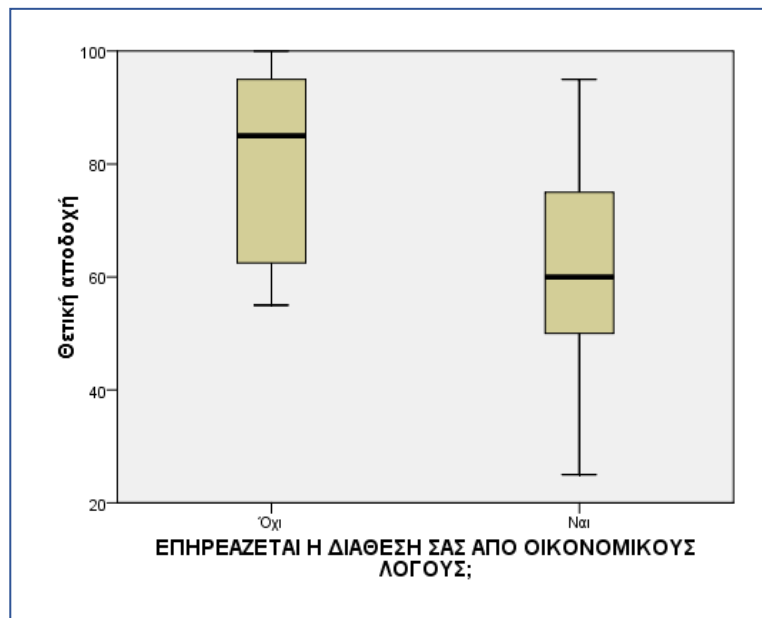
Με βάση την Ερώτηση «ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ ΥΠΑΡΧΕΙ ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΑ ΝΑ ΕΠΙΤΥΧΕΤΕ ΤΟΥΣ ΣΤΟΧΟΥΣ ΣΑΣ ΣΤΟ ΜΕΛΛΟΝ;» ( $r_{pb} = 0.300$ ,  $p = 0.002$ ). Η πεποίθηση ότι υπάρχει δυνατότητα επιτυχίας μελλοντικών στόχων συμβαδίζει με αυξημένο επίπεδο της θετικής αποδοχής.



**Διάγραμμα 4.11:** Σχέση «θετικής αποδοχής» και δυνατότητας επιτυχίας μελλοντικών στόχων

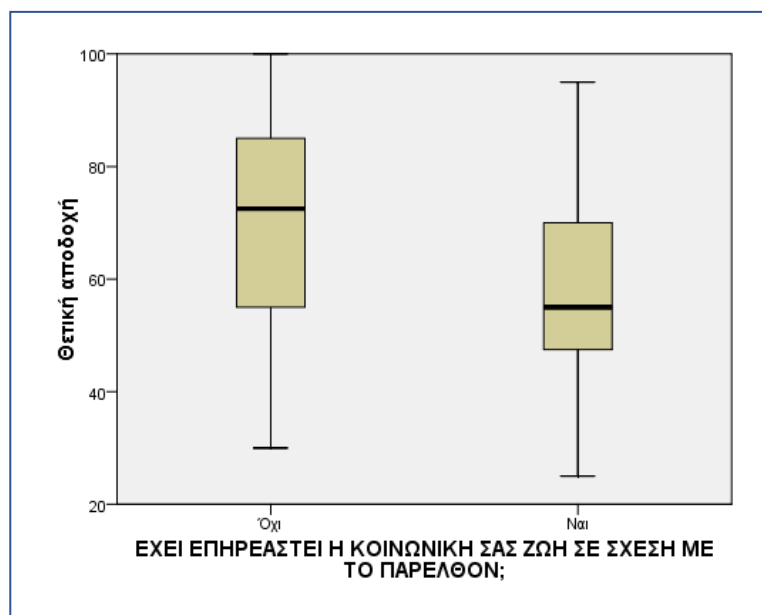


Σύμφωνα με την Ερώτηση «ΕΠΗΡΕΑΖΕΤΑΙ Η ΔΙΑΘΕΣΗ ΣΑΣ ΑΠΟ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΥΣ ΛΟΓΟΥΣ;» ( $r_{pb} = -0.262$ ,  $p = 0.008$ ). Ο επηρεασμός της διάθεσης, λόγω οικονομικών θεμάτων, συμβαδίζει με μειωμένο επίπεδο της θετικής αποδοχής, όπως παρουσιάζεται στο ακόλουθο Διάγραμμα.



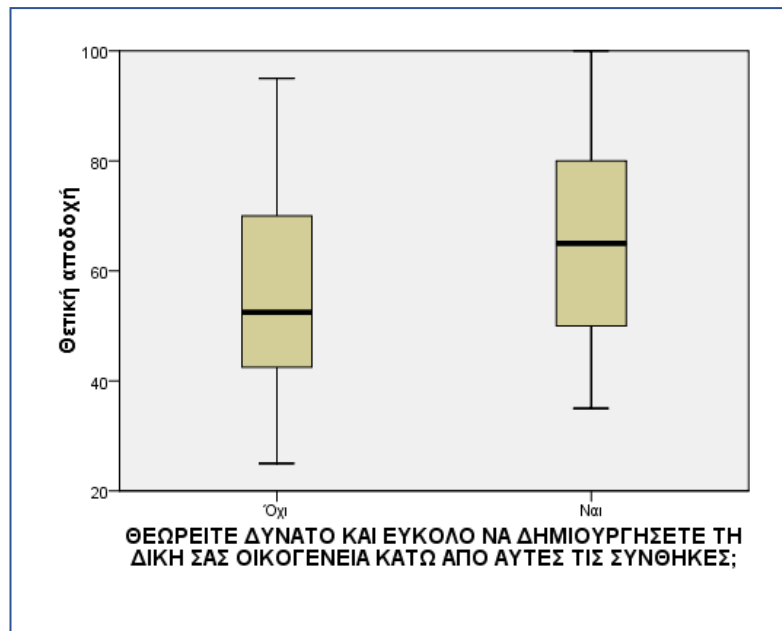
**Διάγραμμα 4.12:** Σχέση «θετικής αποδοχής» και επηρεασμού της διάθεσης, λόγω οικονομικών θεμάτων

Σύμφωνα με την Ερώτηση «ΕΧΕΙ ΕΠΗΡΕΑΣΤΕΙ Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΣΑΣ ΖΩΗ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟ ΠΑΡΕΛΘΟΝ;» ( $r_{pb} = -0.246$ ,  $p = 0.012$ ). Ο επηρεασμός της κοινωνικής ζωής συμβαδίζει με μειωμένο επίπεδο της θετικής αποδοχής, όπως παρουσιάζεται στο παρακάτω Διάγραμμα.



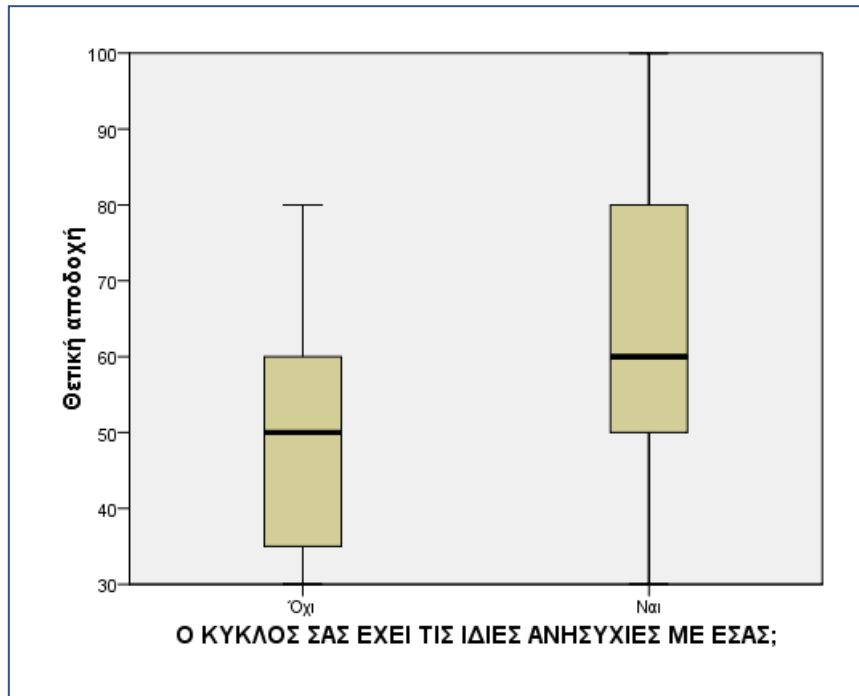
**Διάγραμμα 4.13:** Σχέση «θετικής αποδοχής» και επηρεασμού της κοινωνικής ζωής σε σχέση με το παρελθόν

Σύμφωνα με την Ερώτηση «ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΔΥΝΑΤΟ ΚΑΙ ΕΥΚΟΛΟ ΝΑ ΔΗΜΙΟΥΡΓΗΣΕΤΕ ΤΗ ΔΙΚΗ ΣΑΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΤΩ ΑΠΟ ΑΥΤΕΣ ΤΙΣ ΣΥΝΘΗΚΕΣ;» ( $r_{pb} = 0.280$ ,  $p = 0.004$ ). Η πεποίθηση ότι είναι δυνατή η δημιουργία οικογένειας κάτω από αυτές τις συνθήκες συμβαδίζει με αυξημένο επίπεδο της θετικής αποδοχής, όπως φαίνεται στο παρακάτω Διάγραμμα.



**Διάγραμμα 4.14:** Σχέση «θετικής αποδοχής» και δυνατότητας δημιουργίας οικογένειας κάτω από αυτές τις συνθήκες

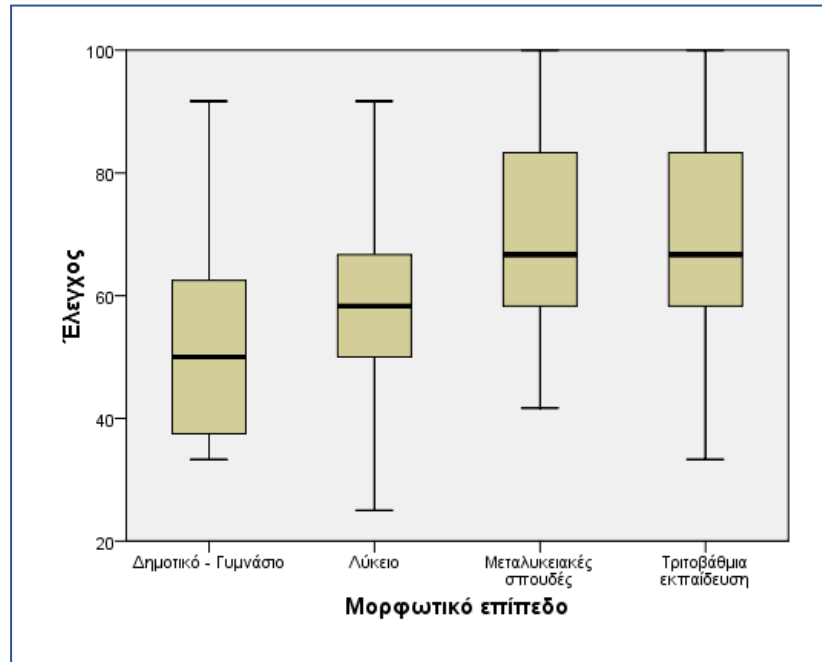
Με βάση την Ερώτηση «Ο ΚΥΚΛΟΣ ΣΑΣ ΕΧΕΙ ΤΙΣ ΙΔΙΕΣ ΑΝΗΣΥΧΙΕΣ ΜΕ ΕΣΑΣ;» ( $r_{pb} = 0.210$ ,  $p = 0.036$ ). Η συναναστροφή με άτομα ίδιων ανησυχιών συμβαδίζει με αυξημένο επίπεδο της θετικής αποδοχής, όπως παρουσιάζεται και στο ακόλουθο Διάγραμμα.



**Διάγραμμα 4.15:** Σχέση «θετικής αποδοχής» και συναναστροφής με άτομα ίδιων ανησυχιών

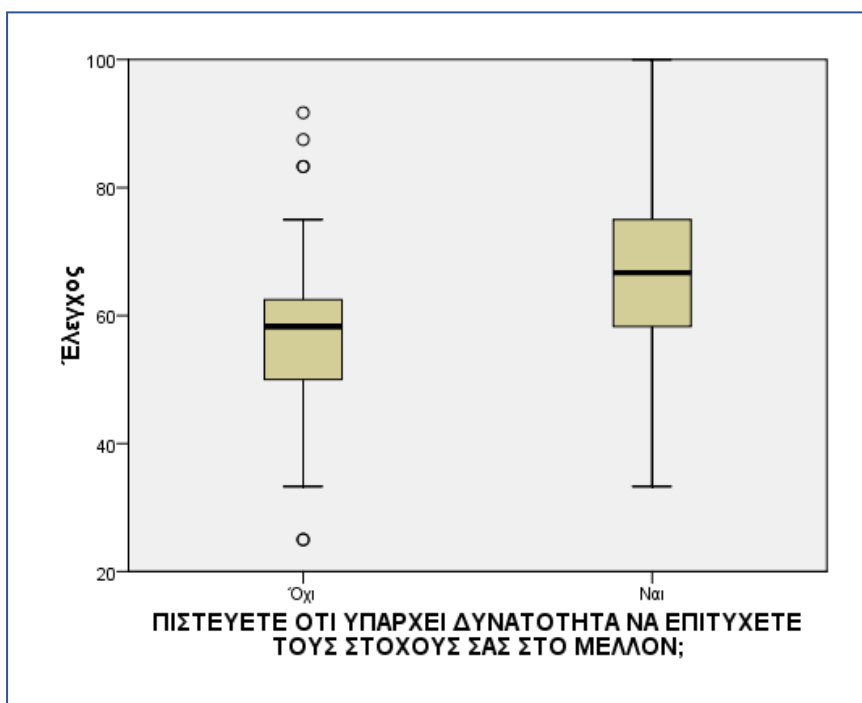
Η βαθμολογία της υποκλίμακας «Έλεγχος» βρέθηκε να σχετίζεται με τα εξής ερωτήματα:

❖ «Μορφωτικό επίπεδο» ( $r_b = 0.325$ ,  $p = 0.001$ ). Όσο αυξάνει το μορφωτικό επίπεδο τόσο αυξάνει και το επίπεδο του ελέγχου.



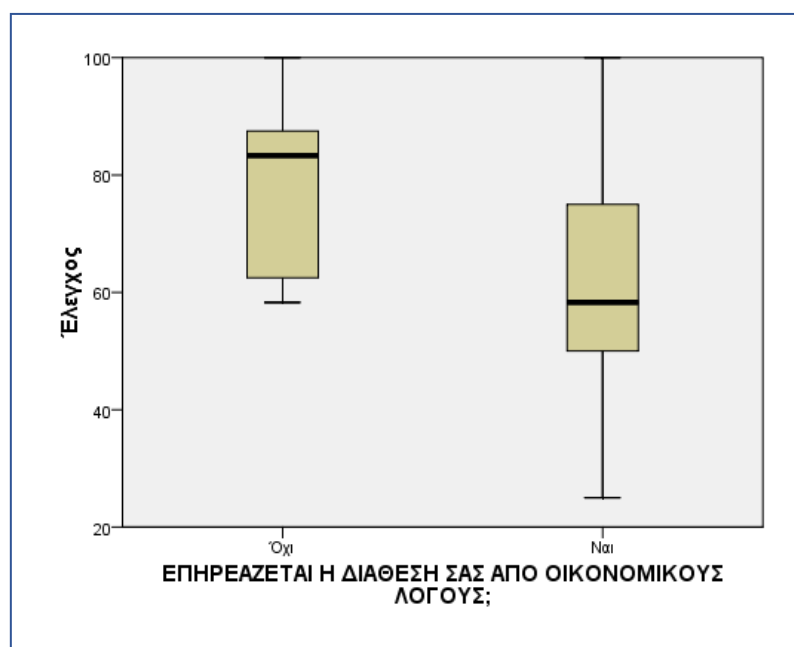
**Διάγραμμα 4.16:** Σχέση υποκλίμακας «Ελέγχου» και μορφωτικού επιπέδου

Σύμφωνα με την Ερώτηση «ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ ΥΠΑΡΧΕΙ ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΑ ΝΑ ΕΠΙΤΥΧΕΤΕ ΤΟΥΣ ΣΤΟΧΟΥΣ ΣΑΣ ΣΤΟ ΜΕΛΛΟΝ;» ( $r_{pb} = 0.258$ ,  $p = 0.009$ ). Η πεποίθηση ότι υπάρχει δυνατότητα επιτυχίας μελλοντικών στόχων συμβαδίζει με αυξημένο επίπεδο του ελέγχου.



**Διάγραμμα 4.17:** Σχέση «Ελέγχου» και δυνατότητας επιτυχίας μελλοντικών στόχων

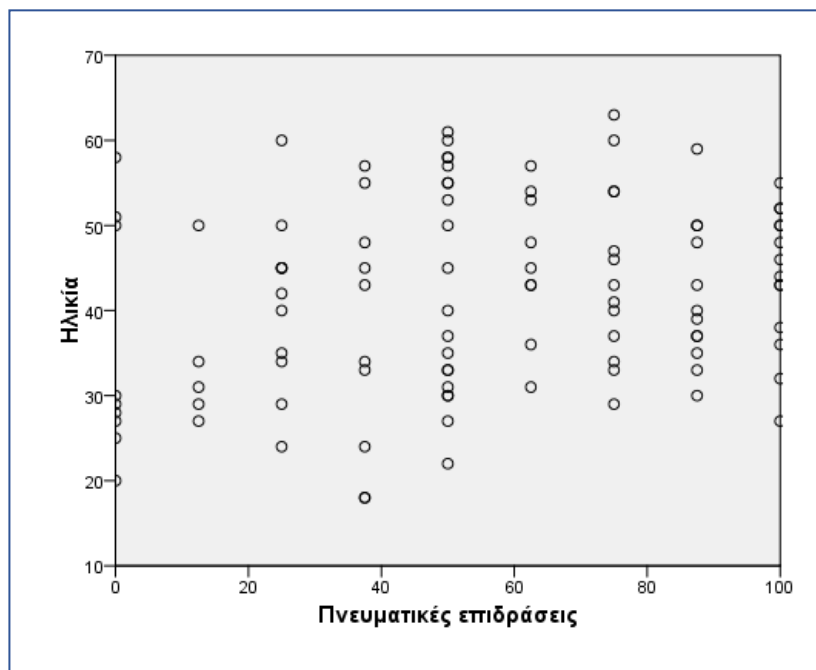
Σύμφωνα με την Ερώτηση «ΕΠΗΡΕΑΖΕΤΑΙ Η ΔΙΑΘΕΣΗ ΣΑΣ ΑΠΟ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΥΣ ΛΟΓΟΥΣ;» ( $r_{pb} = -0.207$ ,  $p = 0.037$ ). Ο επηρεασμός της διάθεσης, λόγω οικονομικών θεμάτων, συμβαδίζει με μειωμένο επίπεδο του ελέγχου, όπως παρουσιάζεται στο παρακάτω Διάγραμμα.



**Διάγραμμα 4.18:** Σχέση «Ελέγχου» και επηρεασμού της διάθεσης, λόγω οικονομικών θεμάτων

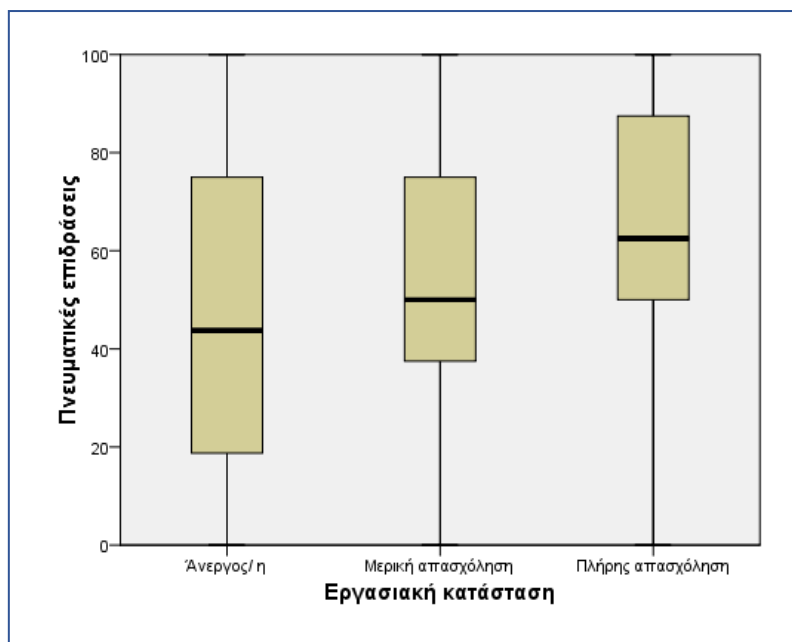
Η βαθμολογία της υποκλίμακας «Πνευματικές επιδράσεις» βρέθηκε να σχετίζεται με τα εξής ερωτήματα:

❖ «Ηλικία» ( $r = 0.231$ ,  $p = 0.019$ ). Όσο αυξάνει η ηλικία τόσο αυξάνει και το επίπεδο των πνευματικών επιδράσεων. Ακολουθεί και το αντίστοιχο Διάγραμμα.



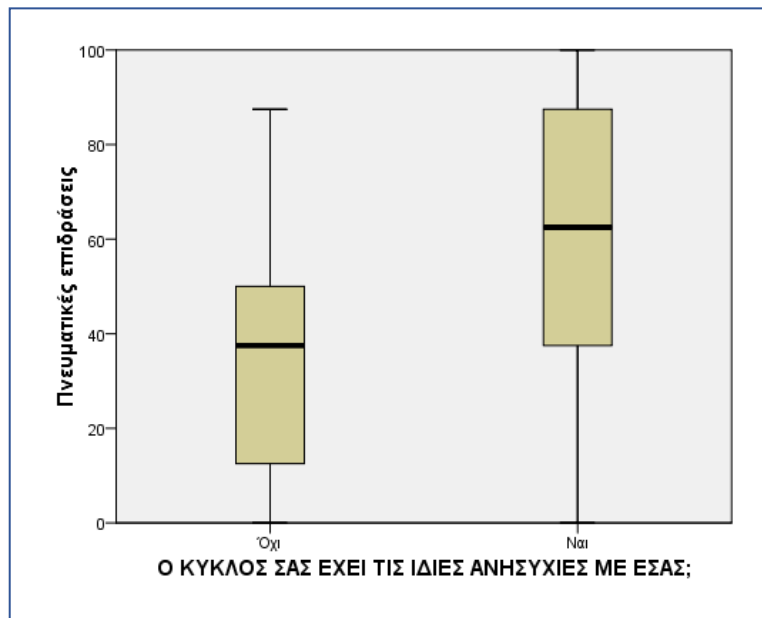
**Διάγραμμα 4.19:** Σχέση υποκλίμακας «Πνευματικές επιδράσεις» και Ηλικίας

❖ «Εργασιακή κατάσταση» ( $r_b = 0.224$ ,  $p = 0.024$ ). Όσο καλύτερη είναι η εργασιακή κατάσταση τόσο αυξάνει και το επίπεδο των πνευματικών επιδράσεων, όπως απεικονίζεται στο παρακάτω Διάγραμμα.



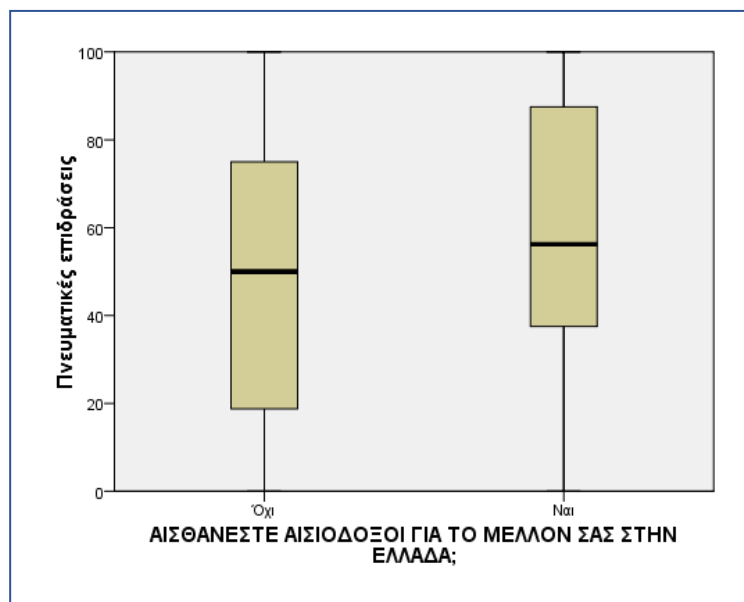
**Διάγραμμα 4.20:** Σχέση υποκλίμακας «Πνευματικές επιδράσεις» και Εργασιακής κατάστασης

Με βάση την Ερώτηση «Ο ΚΥΚΛΟΣ ΣΑΣ ΕΧΕΙ ΤΙΣ ΙΔΙΕΣ ΑΝΗΣΥΧΙΕΣ ΜΕ ΕΣΑΣ;» ( $r_{pb} = 0.205$ ,  $p = 0.041$ ). Η συναναστροφή με άτομα ίδιων ανησυχιών συμβαδίζει με αυξημένο επίπεδο των πνευματικών επιδράσεων και φαίνεται στο ακόλουθο Διάγραμμα.



**Διάγραμμα 4.21:** Σχέση «Πνευματικές επιδράσεις» και συναναστροφής με άτομα ίδιων ανησυχιών

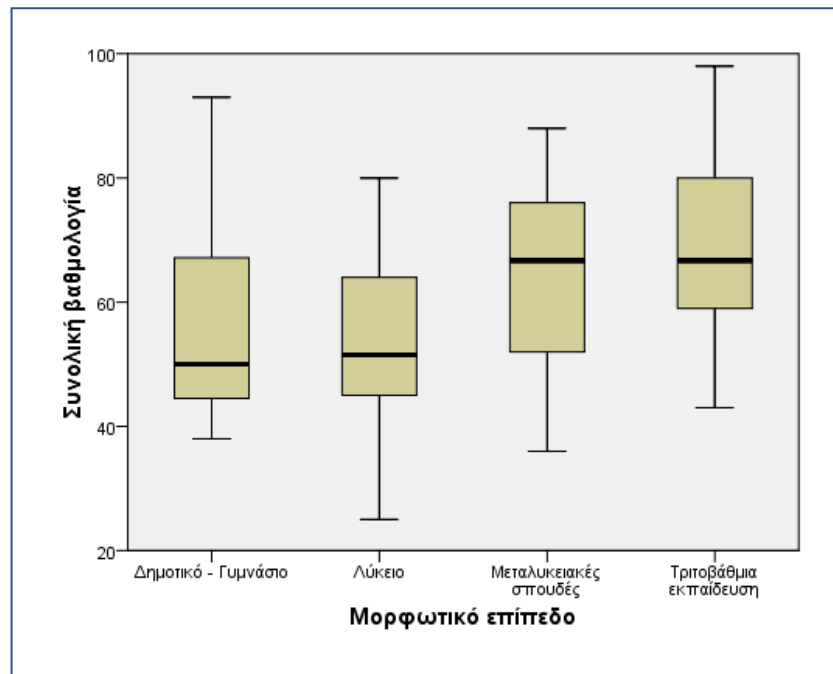
Με βάση την Ερώτηση «ΑΙΣΘΑΝΕΣΤΕ ΑΙΣΙΟΔΟΞΟΙ ΓΙΑ ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ ΣΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ;» ( $r_{pb} = 0.201$ ,  $p = 0.042$ ). Η αισιοδοξία για το μέλλον της χώρας συμβαδίζει με αυξημένο επίπεδο των πνευματικών επιδράσεων και απεικονίζεται στο ακόλουθο Διάγραμμα.



**Διάγραμμα 4.22:** Σχέση «Πνευματικές επιδράσεις» και αισιοδοξίας για το μέλλον της χώρας

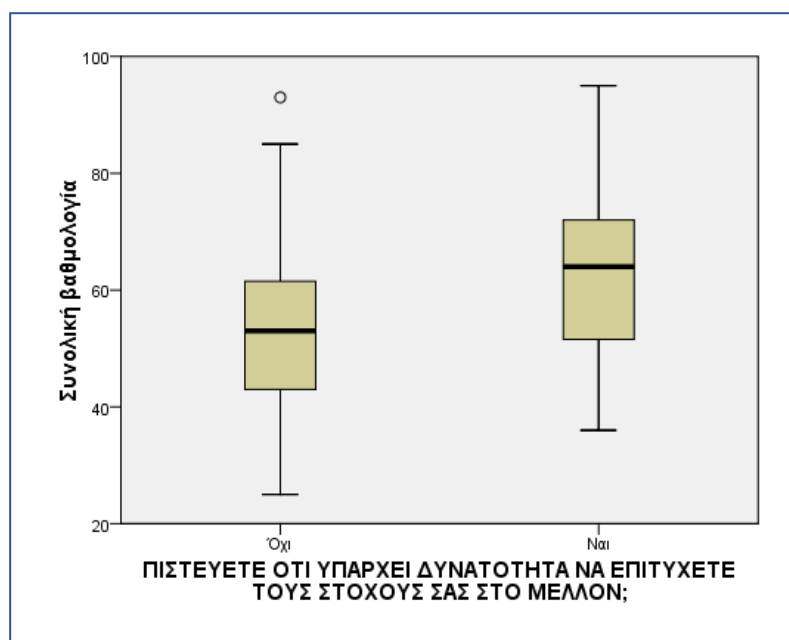
Η βαθμολογία της συγκεντρωτικής κλίμακας CD-RISK βρέθηκε να σχετίζεται με τα εξής ερωτήματα:

❖ «Μορφωτικό επίπεδο» ( $r_b = 0.364$ ,  $p < 0.001$ ). Όσο αυξάνει το μορφωτικό επίπεδο τόσο αυξάνει και το επίπεδο της ψυχικής ανθεκτικότητας και παρουσιάζεται στο ακόλουθο Διάγραμμα.



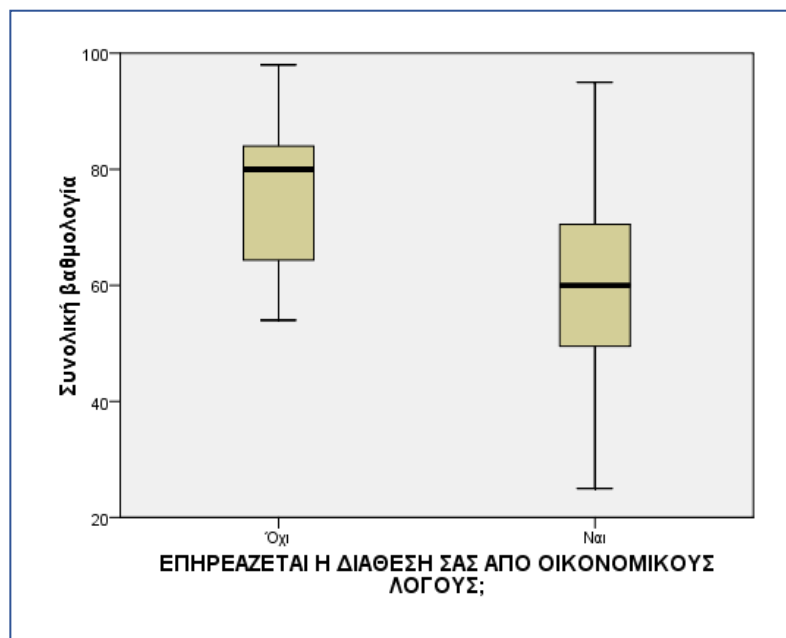
**Διάγραμμα 4.23:** Συνολική βαθμολογία για το μορφωτικό επίπεδο

Σύμφωνα με την Ερώτηση «ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ ΥΠΑΡΧΕΙ ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΑ ΝΑ ΕΠΙΤΥΧΕΤΕ ΤΟΥΣ ΣΤΟΧΟΥΣ ΣΑΣ ΣΤΟ ΜΕΛΛΟΝ;» ( $r_{pb} = 0.333$ ,  $p = 0.001$ ). Η πεποίθηση ότι υπάρχει δυνατότητα επιτυχίας μελλοντικών στόχων συμβαδίζει με αυξημένο επίπεδο της ψυχικής ανθεκτικότητας.



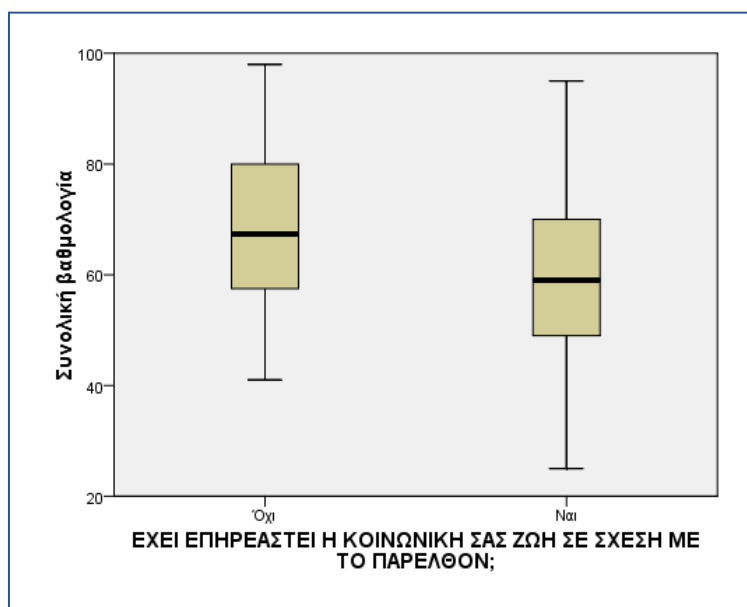
**Διάγραμμα 4.24:** Συνολική βαθμολογία για την δυνατότητα επιτυχίας μελλοντικών στόχων

Με βάση την Ερώτηση «ΕΠΗΡΕΑΖΕΤΑΙ Η ΔΙΑΘΕΣΗ ΣΑΣ ΑΠΟ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΥΣ ΛΟΓΟΥΣ;» ( $r_{pb} = -0.236$ ,  $p = 0.017$ ). Ο επηρεασμός της διάθεσης, λόγω οικονομικών θεμάτων, συμβαδίζει με μειωμένο επίπεδο της ψυχικής ανθεκτικότητας, όπως απεικονίζεται στο ακόλουθο Διάγραμμα.



**Διάγραμμα 4.25:** Συνολική βαθμολογία για τον επηρεασμό της διάθεσης, λόγω οικονομικών θεμάτων

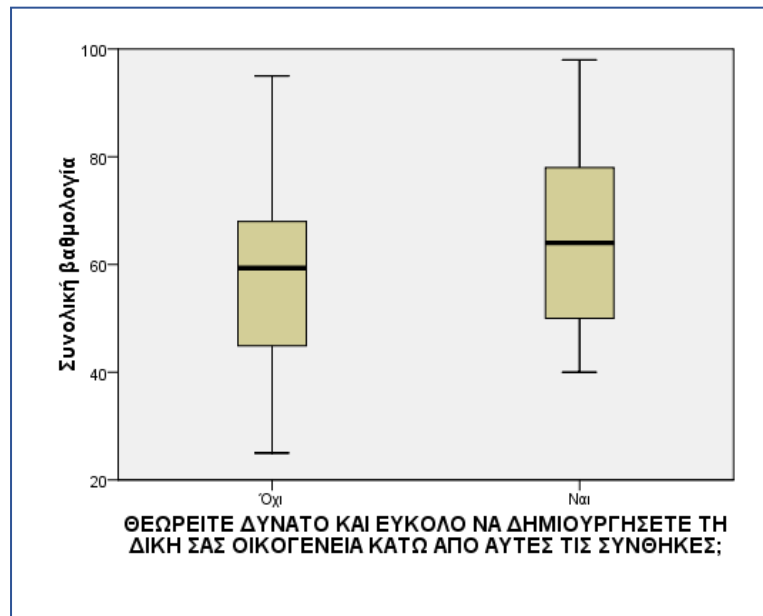
Σύμφωνα με την Ερώτηση «ΕΧΕΙ ΕΠΗΡΕΑΣΤΕΙ Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΣΑΣ ΖΩΗ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟ ΠΑΡΕΛΘΟΝ;» ( $r_{pb} = -0.204$ ,  $p = 0.039$ ). Ο επηρεασμός της κοινωνικής ζωής συμβαδίζει με μειωμένο επίπεδο της ψυχικής ανθεκτικότητας.



**Διάγραμμα 4.26:** Συνολική βαθμολογία για τον επηρεασμό της κοινωνικής ζωής σε σχέση με το παρελθόν

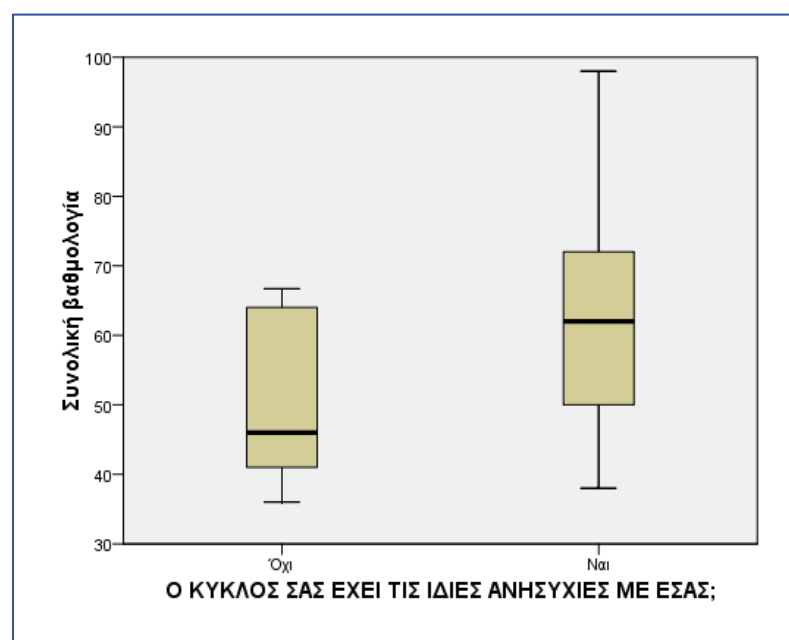


Για την Ερώτηση «ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΔΥΝΑΤΟ ΚΑΙ ΕΥΚΟΛΟ ΝΑ ΔΗΜΙΟΥΡΓΗΣΕΤΕ ΤΗ ΔΙΚΗ ΣΑΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΤΩ ΑΠΟ ΑΥΤΕΣ ΤΙΣ ΣΥΝΘΗΚΕΣ;» ( $r_{pb} = 0.230$ ,  $p = 0.020$ ). Η πεποίθηση ότι είναι δυνατή η δημιουργία οικογένειας κάτω από αυτές τις συνθήκες συμβαδίζει με αυξημένο επίπεδο της ψυχικής ανθεκτικότητας.



**Διάγραμμα 4.27:** Συνολική βαθμολογία για την δυνατότητα δημιουργίας οικογένειας κάτω από αυτές τις συνθήκες

Στην Ερώτηση «Ο ΚΥΚΛΟΣ ΣΑΣ ΕΧΕΙ ΤΙΣ ΙΔΙΕΣ ΑΝΗΣΥΧΙΕΣ ΜΕ ΕΣΑΣ;» ( $r_{pb} = 0.219$ ,  $p = 0.029$ ). Η συναναστροφή με άτομα ίδιων ανησυχιών συμβαδίζει με αυξημένο επίπεδο της ψυχικής ανθεκτικότητας.



**Διάγραμμα 4.28:** Συνολική βαθμολογία για την συναναστροφή με άτομα ίδιων ανησυχιών

## 4.2 Συμπεράσματα Έρευνας

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας στην παραπάνω ενότητα μπορούμε να καταλήξουμε στα εξής συνοπτικά συμπεράσματα:

- Οι στατιστικοί δείκτες του δείγματος καταγράφουν ένα μέτριο προς υψηλό επίπεδο ψυχικής ανθεκτικότητας. Το χαμηλότερο επίπεδο υπολογίστηκε στην υποκλίμακα «Πνευματικές επιδράσεις» και το υψηλότερο στην υποκλίμακα «Έλεγχος». Η βαθμολογία στις «Πνευματικές επιδράσεις» εμφάνισε και το μεγαλύτερο ποσό διακύμανσης.
- Συνολικά, το ερωτηματολόγιο κρίνεται, σε ό,τι αφορά την αξιοπιστία του, ως εξαιρετικά υψηλού επιπέδου.
- Όσο αυξάνει το μορφωτικό επίπεδο τόσο αυξάνει και το επίπεδο της προσωπικής ικανότητας.
- Η πεποίθηση ότι υπάρχει δυνατότητα επιτυχίας μελλοντικών στόχων συμβαδίζει με αυξημένο επίπεδο της προσωπικής ικανότητας.
- Ο επηρεασμός της διάθεσης, λόγω οικονομικών θεμάτων, συμβαδίζει με μειωμένο επίπεδο της προσωπικής ικανότητας.
- Η πεποίθηση ότι είναι δυνατή η δημιουργία οικογένειας κάτω από αυτές τις συνθήκες συμβαδίζει με αυξημένο επίπεδο της προσωπικής ικανότητας.
- Η συναναστροφή με άτομα ίδιων ανησυχιών συμβαδίζει με αυξημένο επίπεδο της προσωπικής ικανότητας.
- Όσο αυξάνει το μορφωτικό επίπεδο τόσο αυξάνει και το επίπεδο της εμπιστοσύνης.
- Η πεποίθηση ότι υπάρχει δυνατότητα επιτυχίας μελλοντικών στόχων συμβαδίζει με αυξημένο επίπεδο της εμπιστοσύνης.
- Ο επηρεασμός της διάθεσης, λόγω οικονομικών θεμάτων, συμβαδίζει με μειωμένο επίπεδο της εμπιστοσύνης.
- Όσο αυξάνει το μορφωτικό επίπεδο τόσο αυξάνει και το επίπεδο της θετικής αποδοχής.
- Η πεποίθηση ότι υπάρχει δυνατότητα επιτυχίας μελλοντικών στόχων συμβαδίζει με αυξημένο επίπεδο της θετικής αποδοχής.
- Ο επηρεασμός της διάθεσης, λόγω οικονομικών θεμάτων, συμβαδίζει με μειωμένο επίπεδο της θετικής αποδοχής.
- Ο επηρεασμός της κοινωνικής ζωής συμβαδίζει με μειωμένο επίπεδο της θετικής αποδοχής.
- Η πεποίθηση ότι είναι δυνατή η δημιουργία οικογένειας κάτω από αυτές τις συνθήκες συμβαδίζει με αυξημένο επίπεδο της θετικής αποδοχής.
- Η συναναστροφή με άτομα ίδιων ανησυχιών συμβαδίζει με αυξημένο επίπεδο της θετικής αποδοχής.
- Όσο αυξάνει το μορφωτικό επίπεδο τόσο αυξάνει και το επίπεδο του ελέγχου.
- Η πεποίθηση ότι υπάρχει δυνατότητα επιτυχίας μελλοντικών στόχων συμβαδίζει με αυξημένο επίπεδο του ελέγχου.

- Ο επηρεασμός της διάθεσης, λόγω οικονομικών θεμάτων, συμβαδίζει με μειωμένο επίπεδο του ελέγχου.
- Όσο αυξάνει η ηλικία τόσο αυξάνει και το επίπεδο των πνευματικών επιδράσεων.
- Όσο καλύτερη είναι η εργασιακή κατάσταση τόσο αυξάνει και το επίπεδο των πνευματικών επιδράσεων.
- Η συναναστροφή με άτομα ίδιων ανησυχιών συμβαδίζει με αυξημένο επίπεδο των πνευματικών επιδράσεων.
- Η αισιοδοξία για το μέλλον της χώρας συμβαδίζει με αυξημένο επίπεδο των πνευματικών επιδράσεων.
- Όσο αυξάνει το μορφωτικό επίπεδο τόσο αυξάνει και το επίπεδο της ψυχικής ανθεκτικότητας.
- Η πεποίθηση ότι υπάρχει δυνατότητα επιτυχίας μελλοντικών στόχων συμβαδίζει με αυξημένο επίπεδο της ψυχικής ανθεκτικότητας.
- Ο επηρεασμός της διάθεσης, λόγω οικονομικών θεμάτων, συμβαδίζει με μειωμένο επίπεδο της ψυχικής ανθεκτικότητας.
- Ο επηρεασμός της κοινωνικής ζωής συμβαδίζει με μειωμένο επίπεδο της ψυχικής ανθεκτικότητας.
- Η πεποίθηση ότι είναι δυνατή η δημιουργία οικογένειας κάτω από αυτές τις συνθήκες συμβαδίζει με αυξημένο επίπεδο της ψυχικής ανθεκτικότητας.
- Η συναναστροφή με άτομα ίδιων ανησυχιών συμβαδίζει με αυξημένο επίπεδο της ψυχικής ανθεκτικότητας.

## **Γ΄ ΜΕΡΟΣ: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΙΚΕΣ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ**

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup>: ΣΥΖΗΤΗΣΗ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

---

### 5.1 Συμπεράσματα

Από τη βιβλιογραφική αναδίφηση αναδείχθηκε ότι η ψυχική ανθεκτικότητα αναφέρεται στην ικανότητα θετικής προσαρμογής του ατόμου σε δύσκολες συνθήκες και στη διαδικασία της αποτελεσματικής αντιμετώπισής τους. Επιπροσθέτως, αναδείχθηκε ότι είναι μια δυναμική διαδικασία όπου τα ατομικά χαρακτηριστικά και τα προσωπικά αποθέματα μπορούν να λειτουργούν προστατευτικά, να αλληλεπιδρούν με συγκεκριμένους εξωτερικούς θετικούς παράγοντες (π.χ. καλή γονεϊκή φροντίδα) και να συμβάλλουν στην ενδυνάμωση και στην προώθηση της ψυχικής ανθεκτικότητας του ατόμου. Αναφερόμαστε στην αποτελεσματική διαχείριση στο πλαίσιο της οικογένειας και των διαπροσωπικών και εργασιακών σχέσεων, όλων εκείνων των δυσχερειών, των εμποδίων, των ματαιώσεων και γενικά των αρνητικών συναισθημάτων που εντείνονται σε περιόδους κρίσης.

Συνεπώς, η ψυχική ανθεκτικότητα αναπτύσσεται με βάση τις ατομικές δυνάμεις και τις ικανότητες, καθώς και τους δεσμούς και τη στήριξη από την οικογένεια, τους φίλους και το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον. Εν κατακλείδι, στις δύσκολες ημέρες στις οποίες διάγουμε, η προώθηση της ψυχικής ανθεκτικότητας -κατά την άποψή μου- είναι επιτακτική και ζωτικής σημασίας. Σαφώς πρέπει να είμαστε προετοιμασμένοι για τις δυσκολίες, αλλά είναι διαφορετικό από το να περνάμε τον χρόνο μας ανησυχώντας μήπως προκύψουν. Είναι σημαντικό να διατηρούμε μια αισιόδοξη στάση απέναντι στη ζωή και να μην ανησυχούμε για αυτά που ενδεχομένως μας συμβούν, αλλά και να δρούμε, να προετοιμαζόμαστε και να προφυλασσόμαστε ψυχικά με τον κατάλληλο τρόπο.

Η οικονομική κρίση αποτελεί μια δύσκολη περίοδο για το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο μιας κοινωνίας και για τομείς μείζονος σημασίας, όπως είναι ο τομέας της υγείας. Ωστόσο, η αποτελεσματική και έγκαιρη λήψη μέτρων, οι στοχευμένες αναδιαρθρώσεις και η εύρεση εναλλακτικών πηγών χρηματοδότησης μπορούν να αποτρέψουν φαινόμενα, όπως η εξαθλίωση και η καταρράκωση του συστήματος υγείας, θωρακίζοντας έτσι την υγεία των πολιτών. Οι ιθύνοντες οφείλουν να προστατέψουν και να υπερασπιστούν το αγαθό της υγείας, θέτοντάς το σε βασική προτεραιότητα ανεξάρτητα από τις δύσκολες οικονομικές συνθήκες.

Γενικά, η έρευνα έχει εντοπίσει στα ψυχικώς ανθεκτικά άτομα έναν κοινό πυρήνα ατομικών χαρακτηριστικών αλλά και υποστηρικτικών δικτύων (από την οικογένεια μέχρι την ευρύτερη κοινότητα) ανεξαρτήτως κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου, εθνότητας ή πολιτισμικού πλαισίου (προστατευτικοί παράγοντες). Οι προστατευτικοί παράγοντες είναι είτε 'εγγενή' χαρακτηριστικά

της προσωπικότητας του ατόμου είτε του περιβάλλοντος στο οποίο ζει το άτομο, που μετριάζουν την αρνητική επίδραση των αγχογόνων γεγονότων και καταστάσεων.

Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία, και κυρίως στο ποσοστό των αυτοκτονιών, φαίνεται να επιφέρονται μέσω παραγόντων όπως η ανεργία, το μέσο εισόδημα, η οικονομική ανάπτυξη, η δημοσιονομική λιτότητα, τα γεγονότα που σχετίζονται με τη λιτότητα. Ωστόσο, η διατύπωση αιτιακών σχέσεων αποδεικνύεται περίπλοκη και συχνά είναι δύσκολο να περιγραφούν και να ερμηνευτούν οι σχετιζόμενοι μηχανισμοί.

## 5.2 Προτάσεις – τρόποι αντιμετώπισης και πρόληψης

Η προστασία της υγείας του ελληνικού πληθυσμού από τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης προϋποθέτει τη χάραξη πολιτικών υγείας και τη λήψη υγειονομικών μέτρων κατά προτεραιότητα στους τομείς που εμφανίζονται τα πιο σημαντικά προβλήματα. Τα πιο σημαντικά προβλήματα αφορούν τη μείωση του ελληνικού πληθυσμού μετά το 2010, λόγω μείωσης της γονιμότητας και αύξησης της μετανάστευσης, την αύξηση των αυτοκτονιών, την αύξηση της αυτοαναφερόμενης νοσηρότητας, ιδιαίτερα στον τομέα της ψυχικής υγείας, όπου εκτός από τις αυτοκτονίες σημαντική αύξηση παρουσιάζει και η κατάθλιψη. Αύξηση, επίσης, παρουσιάζουν και τα χρόνια νοσήματα, κυρίως η υπέρταση και η υπερχοληστεριναμία, που σχετίζονται έμμεσα με την οικονομική κρίση, λόγω άγχους, κακής διατροφής και έλλειψης σωματικής άσκησης.

Για να βελτιωθεί η ψυχική υγεία και το κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο των ανθρώπων θα πρέπει να γίνουν τα εξής:

- ✓ Η άμεση ανίχνευση των προβλημάτων ψυχικής υγείας θα συντελέσει στη μείωση των συνεπειών της κρίσης στο επίπεδο της ψυχικής υγείας.
- ✓ Η έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπισή τους είναι ήσσονος σημασίας. Ιδιαίτερως κρίσιμη κρίνεται η διατήρηση της κοινωνικής συνοχής, μέσω και της κοινωνικής προστασίας των ευπαθών ομάδων.
- ✓ Είναι σημαντικό να κατανοήσουμε τι είναι αυτό που δεν μπορούμε να αλλάξουμε, έτσι ώστε να αποδεχτούμε μέχρι που μπορούμε να ελέγξουμε τη ζωή μας.
- ✓ Να χρησιμοποιήσουμε το μυαλό μας για να καθορίσουμε το πρόβλημα στη σωστή του διάσταση, χωρίς να μας παρασύρουν τα αρνητικά συναισθήματα.
- ✓ Η επιβολή της λογικής σκέψης πάνω στην συναισθηματική λογική είναι μια βασική επανεξέταση που θα βοηθήσει στη λήψη αποφάσεων.
- ✓ Διαμόρφωση οικονομικών και κοινωνικών κινήτρων για την αντιμετώπιση της υπογονιμότητας και της μετανάστευσης ελλήνων πολιτών. Τα κίνητρα αυτά συνδέονται άμεσα με την οικονομική ανάπτυξη για την καταπολέμηση της ανεργίας και την ενίσχυση του οικογενειακού εισοδήματος, καθώς και με την παροχή προνοιακών υπηρεσιών κοινωνικής υποστήριξης των πολύτεκνων οικογενειών.

- ✓ Η εξωτερικήυση των συναισθημάτων μας αποτελεί μια αποτελεσματική στρατηγική στην αντιμετώπιση τέτοιων καταστάσεων.
- ✓ Αντιμετώπιση των λοιμωδών νοσημάτων, τα οποία παρουσιάζουν έξαρση σε περιόδους οικονομικής κρίσης, με τη λήψη μέτρων βελτίωσης των συνθηκών διαβίωσης και διατροφής των ευπαθών ομάδων του πληθυσμού και των μεταναστών – προσφύγων, που αποτελούν εστίες αναζωπύρωσης μεταδιδόμενων νοσημάτων, καθώς και με την οργάνωση επιπρόσθετων υπηρεσιών και προγραμμάτων ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης.
- ✓ Αντιμετώπιση της αυξημένης συχνότητας κατάθλιψης και αυτοκτονιών, με προγράμματα ελάφρυνσης χρεών σε πολυπροβληματικές οικογένειες και σε βεβαρυσμένα ψυχικά άτομα. Ενίσχυση προγραμμάτων κοινωνικής πολιτικής με έμφαση στις τηλεφωνικές γραμμές βοήθειας, τόσο για την κατάθλιψη όσο και για τις αυτοκτονικές τάσεις, με σύνοδες όμως υπηρεσίες υποστηρικτικού χαρακτήρα για άμεσες παρεμβάσεις σε 24ωρη βάση. Επίσης, ενίσχυση των κοινωνικών υπηρεσιών και του προσωπικού στα Κέντρα Ψυχικής Υγείας και στις αντίστοιχες υπηρεσίες της Τοπικής Αυτοδιοίκησης.
- ✓ Επαναφορά των προγραμμάτων για τους χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών, ενίσχυση των μονάδων απεξάρτησης και εφαρμογή ειδικών προγραμμάτων πρόληψης εξαρτησιογόνων ουσιών στο μαθητικό πληθυσμό, ενισχύοντας το θεσμό των υπεύθυνων Αγωγής Υγείας και σε κάθε εκπαιδευτική διεύθυνση. Για το σκοπό αυτό θα πρέπει να ενισχυθεί ο υπερβολικά μειωμένος προϋπολογισμός του ΚΕ.Ε.ΛΠΝΟ στο πλαίσιο της μείωσης των δημόσιων δαπανών.

## BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### Ελληνόγλωσηση:

- ✚ Σαρρής, Μ. (2001). *Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής*, Αθήνα
- ✚ Λευθεριώτη, Μ. (2013). *Οι συνέπειες της ανεργίας στην υγεία*. Πειραιάς
- ✚ Γωνίδα, Ε. (2015). *Σχολεία και Τάξεις που Προάγουν την Ψυχική Ανθεκτικότητα*, Θεσσαλονίκη
- ✚ Γιωτάκος, Ο., Καράμπελας, Δ., & Καυκάς, Α. (2011). *Επίπτωση της οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία στην Ελλάδα*. *Ψυχιατρική*. 22:109–119.

### Ξενόγλωσηση:

- ✚ Sharpe W.F. (1963). *A Simplified Model for Portfolio Analysis*, *Management Science*. Vol. 9, No. 2, pp. 277-293.
- ✚ Wolin S.J. & Wolin, S. (1993). *The Challenge Model: Working With Strengths in Children of Substance-Abusing Parents*. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. Volume 5. Issue 1. Pages 243-256.
- ✚ Tugade, M., Fredrickson, B. & Barrett, L. (2004). *Psychological Resilience and Positive Emotional Granularity: Examining the Benefits of Positive Emotions on Coping and Health*.
- ✚ Richardson, G., Neiger, B. Jensen, S. & Kumpfer, K. (1990). *The Resiliency Model*. pp. 33-39. <https://doi.org/10.1080/00970050.1990.10614589>
- ✚ O'Connell Higgins, G. (1994). *Resilient Adults: Overcoming a Cruel Past*. Publisher: Jossey-Bass (1873).
- ✚ Cairns, K. (2011). *Mapping futures, making selves: Subjectivity, schooling and rural youth*. Department of Sociology and Equity Studies in Education. University of Toronto.
- ✚ Luthar, S., Cicchetti, D. & Becker, B. (2000). *Research on Resilience: Response to Commentaries*. 71(3), 543. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00168>.
- ✚ Garmezy, N. (1971). *Vulnerability research and the issue of primary prevention*. *American Journal of Orthopsychiatry*. 41, pp. 101-116.
- ✚ Madianos, M., Economou, M., Alexiou, T., & Stefanis, C. (2011). *Depression and economic hardship across Greece in 2008 and 2009: two cross-sectional surveys nationwide*. *SocPsychiatrPsychiatrEpidemiol*. 46: 943–952.
- ✚ Economou, C., Kaitelidou, D., Katsikas, D., Siskou, O., & Zafiropoulou, M. (2014). *Impacts of the economic crisis on access to healthcare services in Greece with a focus on the vulnerable groups of the population*. *Social Cohesion and Development*. 9 (2), pp. 99-115.
- ✚ Angermeyer, MC. & Killian, R. (1997). *Theoretical models of quality of life for mental disorders*. In: *Katschnig H, Freeman H, Sartorius N (eds)*. *Quality of Life in Mental Disorders*. John Wiley & Sons Ltd. West Sussex England. pp. 20-29.
- ✚ Hammarstrom, A. & Janlert, U. (1995). *Unemployment and change of tobacco habits: a study of young people from 16 to 21 years of age*. *Addiction* 89:1691.



- # Lee, AJ. Crombie, IK. Smith, WC. & Tunstall, PHD. (1991). *Cigarette smoking and employment status*. SocSci Med 33: 1309-1312.
- # Erol, M., Apak, S., Atmaca, M. & Öztürk, S., (2011). *Management measures to be taken for the enterprises in difficulty during times of global crisis: An empirical study*. Published by Elsevier. Procedia Social and Behavioral Sciences. 24, pp. 16–32.
- # Lehman, AF. (1983). *Well-being of chronic mental patients: assessing their quality of life*. Arch Gen Psychiatry. 40, pp. 369-374.
- # Lehman, A., Ward, N., & Linn, L. (1983). *Chronic mental patients: the quality of life issue*. American Journal of Psychiatry. 139, pp. 1271-1276.
- # Hamonet, C. & Megalhaes, T. (2001). *Handicap assessment: setting the grounds for an effective intervention in the community*. Med Law. 20(1):153-166.
- # Falagas, M.E., Kasiakou, S.K. & Saravolatz, L.D. (2005). *Colistin: the revival of polymyxins for the management of multidrug-resistant Gram-negative bacterial infections*. Clinical Infectious Diseases. 40:1333–1341.
- # Luthar, S. & Cicchetti, D. (2000). *The Construct of Resilience: Implications for Interventions and Social Policies*. Development and Psychopathology. 12, pp. 857-885.
- # Rutter, M. (2006). *Implications of Resilience Concepts for Scientific Understanding Developmental Psychopathology*. SGDP Centre. Institute of Psychiatry. De Crespigny Park. Denmark Hill. London. United Kingdom.
- # Masten, A. S. (2001). *Ordinary magic: Resilience processes in development*. American Psychologist, 56(3), pp. 227–238. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.56.3.227>.
- # Luthar, S. (2006). *Resilience in Development: A Synthesis of Research across Five Decades*. In Press: D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.). Developmental Psychopathology: Risk, disorder and adaptation, Volume 3 (2nd Edition). New York: Wiley.
- # Luthar, S., Cicchetti, D. & Becker, B. (2000). *The Construct of Resilience: A Critical Evaluation and Guidelines for Future Work*. Child Development. Volume 71. Number 3. Pages 543–562.

# **Διαδικτυακές Πηγές:**

- # <https://4peplematters.com/τι-είναι-η-ψυχική-ανθεκτικότητα>
- # <https://4peplematters.com/ψυχική-ανθεκτικότητα-και-τρεις-σημαν/>
- # <http://greekpsychologypages.blogspot.com/2015/06/blog-post.html>
- # <https://www.omorfizoi.gr/ti-einai-h-psychiki-anthektikothta>
- # [www.psychologytoday.com/basics/resilience](http://www.psychologytoday.com/basics/resilience)
- # <http://www.apa.org/helpcenter/road-resilience.aspx>
- # [http://www.resilience-project.eu/fileadmin/documents/Guidelines\\_gr\\_2014.pdf](http://www.resilience-project.eu/fileadmin/documents/Guidelines_gr_2014.pdf)
- # <https://opencourses.auth.gr/modules/document/file.php/OCRS220/Παρουσιάσεις Μαθήματος/07. Σχολεία και Τάξεις που Προάγουν την Ψυχική Ανθεκτικότητα.pdf>

- ✚ <https://www.linkedin.com/pulse/ψυχική-ανθεκτικότητα-και-τρεις-σημαντικές-μελέτες-koulouri>
- ✚ [http://okeanis.lib.puas.gr/xmlui/bitstream/handle/123456789/2030/de\\_00166b.pdf?sequence=2&isAllowed=y](http://okeanis.lib.puas.gr/xmlui/bitstream/handle/123456789/2030/de_00166b.pdf?sequence=2&isAllowed=y)
- ✚ [https://www.dianeosis.org/wp-content/uploads/2016/03/ygeia\\_singles\\_complete\\_ver02.pdf](https://www.dianeosis.org/wp-content/uploads/2016/03/ygeia_singles_complete_ver02.pdf)
- ✚ [https://www.dianeosis.org/2016/04/psychiki\\_ygeia\\_ellinwn/](https://www.dianeosis.org/2016/04/psychiki_ygeia_ellinwn/)
- ✚ <http://users.sch.gr/sangelidis/site/index.php/poios-eimai/9-uncategorised/72-i-ftoxeia-genna-arrostia>
- ✚ [http://journal-ene.gr/wp-content/uploads/2012/01/oi\\_epiptoseis\\_tis\\_oikonomikis\\_krisis\\_stin\\_igeia.pdf](http://journal-ene.gr/wp-content/uploads/2012/01/oi_epiptoseis_tis_oikonomikis_krisis_stin_igeia.pdf)
- ✚ <https://www.iatronet.gr/ygeia/perivallon-ygeia/article/3981/pws-epireazei-i-oikonomia-tin-ygeia.html>
- ✚ <https://www.mednet.gr/archives/2016-6/739per.html>
- ✚ [http://www.hellenicpolice.gr/images/stories/periodiko/276oikonomikh\\_krish.pdf](http://www.hellenicpolice.gr/images/stories/periodiko/276oikonomikh_krish.pdf)
- ✚ [https://www.healthloading.com/2016/08/24/anergia\\_epiptosis/](https://www.healthloading.com/2016/08/24/anergia_epiptosis/)
- ✚ <https://www.protothema.gr/blogs/panagiotis-liargovas/article/850148/oikonomiki-krisi-kai-psuhiki-ugeia/>
- ✚ <https://www.psychologynow.gr/nea-psyxologias/epikairoτητα/2843-i-psyxiki-ygeia-ton-ellinon-sta-xronia-tis-krisis.html>
- ✚ [https://eody.gov.gr/wp-content/uploads/2018/12/apologismos\\_2013.pdf](https://eody.gov.gr/wp-content/uploads/2018/12/apologismos_2013.pdf)
- ✚ [http://karteria1.blogspot.com/2017/11/blog-post\\_48.html](http://karteria1.blogspot.com/2017/11/blog-post_48.html)

### **Άρθρα - Δημοσιεύσεις:**

- ✚ Παπαϊωάννου, Α. & Μπεργιαννάκη Ι.Δ. (2016). *Οικονομική κρίση και ψυχική υγεία στην Ελλάδα. Α΄ Ψυχιατρική Κλινική. «Αιγινήτειο» Νοσοκομείο. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών. The economic crisis and mental health in Greece. Αρχεία ελληνικής ιατρικής 2016. 33(6):739-750. ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2016. (Ανακτήθηκε από: <http://www.mednet.gr/archives/2016-6/pdf/739.pdf>)*
- ✚ Μαζέτας, Δ., Γκούβα, Μ., Κοτρώτσιου, Ε. & Χλέτσος, Μ. (2015). *Η Επίδραση της Ανεργίας στην Ψυχική Υγεία και η διασύνδεσή τους με την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας. Τόμος 7. Τεύχος 3. σελ. 128-137.*
- ✚ Ευθυμίου, Κ., Αργαλιά, Ε., Κασκαμπά, Ε. & Μακρή, Α. (2013). *Οικονομική κρίση και ψυχική υγεία. Τι γνωρίζουμε για την σημερινή κατάσταση στην Ελλάδα;. ΕΓΚΕΦΑΛΟΣ 50. σελ. 22-30.*
- ✚ Πατελάρου, Α., Μανιδάκη, Ά., Μπαλολάκης, Α., Ορφανού, Ε. & Πατελάρου, Ε. (2012). *Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία – Προτάσεις για παρέμβαση υγεία. Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης. Τόμος 4 - Τεύχος 3. σελ. 53.*
- ✚ Κυριόπουλος, Γ. & Τσιάντου, Β. (2010). *Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη. ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ HEALTH ECONOMICS. 27(5):834-840. ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE.*

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Η έρευνα αυτή πραγματοποιείται στα πλαίσια Διπλωματικής Εργασίας στο πλαίσιο των σπουδών μου στο Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας – Πρόνοιας, του τμήματος Νοσηλευτικής στη Λάρισα, με κατεύθυνση την Ψυχική Υγεία. Το θέμα της Διπλωματικής μου είναι “η ψυχική ανθεκτικότητα των ανθρώπων με χαμηλό οικονομικό status”. Η συμμετοχή σας είναι ιδιαίτερα σημαντική για την ολοκλήρωση της έρευνας και σας ευχαριστώ εκ των προτέρων για τη συνεργασία σας.

Σκοπός της έρευνάς μου, είναι να αποκτήσω μία όσο το δυνατόν πιο εμπειριστατωμένη εικόνα για την επίδραση της οικονομικής κρίσης στην ψυχική ανθεκτικότητα των ανθρώπων με χαμηλό οικονομικό επίπεδο διαβίωσης. Σας παρακαλώ θερμά να απαντήσετε στο ερωτηματολόγιο με σαφήνεια και ειλικρίνεια, σύμφωνα με αυτά που πιστεύετε, και όχι αυτά που τυχόν θα αποτελούσαν “ιδανικές απαντήσεις”. Στοχεύοντας σε αυτή την κατεύθυνση, θα ήθελα να τονίσω ότι όλες οι απαντήσεις που θα δώσετε θα θεωρηθούν εμπιστευτικές και δεν θα χρησιμοποιηθούν για κανέναν άλλο σκοπό εκτός από αυτόν της έρευνας. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου απαιτεί περίπου 7-10 λεπτά.

Σας ευχαριστώ εκ των προτέρων για τη βοήθειά σας,

Μπακάλη Μαρία



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ  
ΓΕΝΙΚΟ ΤΜΗΜΑ  
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ: ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

**Αγαπητοί συνάδελφοι,**

Η ανωτέρω μελέτη αφορά τη διερεύνηση του τρόπου με τον οποίο επιδρά το γεγονός της ανεργίας που βιώνετε στην ψυχική σας υγεία.

Η μελέτη διεξάγεται στο πλαίσιο του ΠΤΜΣ «Ψυχική Υγεία».

Η συμμετοχή και η υποστήριξή σας στην συγκεκριμένη μελέτη είναι εξαιρετικά σημαντική.

Τα στοιχεία και οι απαντήσεις των ερωτηματολογίων είναι αυστηρά ανώνυμα και εμπιστευτικά και τα αποτελέσματα που θα προκύψουν θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά και μόνο από την συγκεκριμένη ερευνητική ομάδα και για τους σκοπούς της συγκεκριμένης μελέτης.

**Σας ευχαριστώ για την βοήθεια και την συμμετοχή σας**

Μαρία Μπακάλη, Μεταπτυχιακή φοιτήτρια

Στις παρακάτω ερωτήσεις σημειώστε με x την απάντηση

**ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ**

**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:** ...../...../2019

**ΗΛΙΚΙΑ:** .....

**ΦΥΛΟ:**

ΑΝΔΡΑΣ

ΓΥΝΑΙΚΑ

**Τι έχετε σπουδάσει;.....**

**1. ΕΠΙΠΕΔΟ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ:**

ΜΑΣΤΕΡ

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟ

**2. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ:**

ΑΓΑΜΟΣ/Η

ΕΓΓΑΜΟΣ/Η

ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ/Η

ΧΗΡΟΣ/Α

**3. ΕΡΓΑΣΙΑ**

ΑΝΕΡΓΟΣ/Η

ΜΕΡΙΚΗ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ

ΠΛΗΡΗΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ

**4. ΕΧΕΙ ΕΠΗΡΕΑΣΕΙ Η ΚΡΙΣΗ ΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΣΑΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑ ΣΥΝΕΠΕΙΑ ΕΣΑΣ?**

ΝΑΙ

ΌΧΙ

**5. ΕΧΕΤΕ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΒΟΗΘΕΙΑ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΓΟΝΕΙΣ ΣΑΣ?**

ΝΑΙ

ΌΧΙ

**6. ΣΥΓΚΑΤΟΙΚΕΙΤΕ ΜΕ ΤΟΥΣ ΓΟΝΕΙΣ ΣΑΣ?**

ΝΑΙ

ΌΧΙ

**7. ΕΧΕΤΕ ΣΤΕΡΗΘΕΙ ΤΗΝ ΑΠΟΚΤΗΣΗ ΕΝΟΣ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟΥ ΔΙΠΛΩΜΑΤΟΣ Η ΟΤΙΔΗΠΟΤΕ ΑΦΟΡΑ ΤΗΝ ΚΑΡΙΕΡΑ ΣΑΣ ΛΟΓΩ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΑΔΥΝΑΜΙΑΣ?**

ΝΑΙ

ΌΧΙ

8. ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ ΥΠΑΡΧΕΙ ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΑ ΝΑ ΕΠΙΤΥΧΕΤΕ ΤΟΥΣ ΣΤΟΧΟΥΣ ΣΑΣ ΣΤΟ ΜΕΛΛΟΝ?

ΝΑΙ

ΌΧΙ

9. ΕΧΕΙ ΕΠΗΡΕΑΣΤΕΙ Η ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΣΑΣ ΖΩΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΛΛΑΓΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΣΤΗ ΧΩΡΑ?

ΝΑΙ

ΌΧΙ

10. ΕΠΗΡΕΑΖΕΤΑΙ Η ΔΙΑΘΕΣΗ ΣΑΣ ΑΠΟ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΥΣ ΛΟΓΟΥΣ?

ΝΑΙ

ΌΧΙ

11. ΕΧΕΙ ΕΠΗΡΕΑΣΤΕΙ Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΣΑΣ ΖΩΗ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟ ΠΑΡΕΛΘΟΝ?

ΝΑΙ

ΌΧΙ

12. ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΔΥΝΑΤΟ ΚΑΙ ΕΥΚΟΛΟ ΝΑ ΔΗΜΙΟΥΡΓΗΣΕΤΕ ΤΗ ΔΙΚΗ ΣΑΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΤΩ ΑΠΟ ΑΥΤΕΣ ΤΙΣ ΣΥΝΘΗΚΕΣ?

ΝΑΙ

ΌΧΙ

13. ΝΙΩΘΕΤΕ ΝΑ ΣΤΕΡΕΙΣΤΕ ΠΡΑΓΜΑΤΑ ΠΟΥ ΠΑΛΙΑ ΜΠΟΡΟΥΣΑΤΕ ΝΑ ΕΧΕΤΕ ΣΤΗΝ ΚΑΤΟΧΗ ΣΑΣ?

ΝΑΙ

ΌΧΙ

14. Ο ΚΥΚΛΟΣ ΣΑΣ ΕΧΕΙ ΤΙΣ ΙΔΙΕΣ ΑΝΗΣΥΧΙΕΣ ΜΕ ΕΣΑΣ?

ΝΑΙ

ΌΧΙ

15. ΑΙΣΘΑΝΕΣΤΕ ΑΙΣΙΟΔΟΞΟΙ ΓΙΑ ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ ΣΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ?

ΝΑΙ

ΌΧΙ

### **Εργαλείο Μέτρησης των Επιπέδων Αντιλαμβανόμενου Άγχους**

Διαβάστε προσεκτικά τις παρακάτω ερωτήσεις και τσεκάρετε πόσο συχνά αισθάνεστε ή βιώνετε καταστάσεις που περιγράφονται στις ερωτήσεις 1-30.

Για να είναι έγκυρες οι απαντήσεις σας συμπληρώστε το παρακάτω ερωτηματολόγιο **όχι σε στιγμές έντασης και θυμού.**

#### **ΑΝΤΙΛΑΜΒΑΝΟΜΕΝΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΑΓΧΟΥΣ**

	<b>Σχεδόν ποτέ</b>	<b>Μερικές φορές</b>	<b>Συχνά</b>	<b>Συνήθως</b>
<b>1.</b> Αισθάνεστε ξεκούραστοι (γενικά)				
<b>2.</b> Αισθάνεστε ότι απαιτούνται πολλά από εσάς				
<b>3.</b> Είστε ευερέθιστοι ή κακόκεφοι				
<b>4.</b> Έχετε να κάνετε πάρα πολλά πράγματα				
<b>5.</b> Αισθάνεστε μόνοι ή απομονωμένοι				
<b>6.</b> Βρίσκεστε σε καταστάσεις σύγκρουσης				
<b>7.</b> Αισθάνεστε ότι κάνετε πράγματα που πραγματικά σας Αρέσουν.				
<b>8.</b> Αισθάνεστε κουρασμένοι				

9.	Αισθάνεστε ήρεμοι				
10.	Έχετε να πάρετε πολλές αποφάσεις				
11.	Είστε συγχυσμένοι (αναστατωμένοι)				
12.	Είστε γεμάτοι ενέργεια				
13.	Αισθάνεστε ένταση				
14.	Τα προβλήματα σας μοιάζουν να συσσωρεύονται				
15.	Αισθάνεστε να βιάζεστε				
16.	Αισθάνεστε ασφαλείς και προστατευμένοι				
17.	Έχετε πολλές ανησυχίες				
18.	Οι άλλοι σας πιέζουν				
19.	Αισθάνεστε αποθαρρημένοι				
20.	Διασκεδάζετε				
21.	Φοβάστε για το μέλλον				
22.	Αισθάνεστε ότι κάνετε πράγματα επειδή πρέπει και όχι επειδή το θέλετε.				
23.	Αισθάνεστε ότι σας κριτικάρουν ή ότι σας κρίνουν				
24.	Είστε ξέγνοιαστοι				
25.	Αισθάνεστε πνευματικά εξουθενωμένοι				
26.	Σας είναι δύσκολο να χαλαρώσετε				
27.	Αισθάνεστε ότι σας βαραίνουν οι ευθύνες				
28.	Έχετε αρκετό χρόνο για τον εαυτό σας				
29.	Αισθάνεστε ότι σας πιέζουν οι προθεσμίες				



## The Connor-Davidson Resilience Scale

### ΟΔΗΓΙΕΣ

Παρακαλούμε επιλέξτε τη δήλωση που περιγράφει καλύτερα τη δική σας πραγματικότητα κατά τη διάρκεια των τελευταίων 30 ημερών. Είναι σημαντικό να απαντήσετε με τη μεγαλύτερη δυνατή ειλικρίνεια και να θυμάστε ότι δεν υπάρχουν "σωστές" ή "λάθος" απαντήσεις.

	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΣΠΑΝΙΑ ΑΛΗΘΕΣ	ΚΑΠΟΙΕΣ ΦΟΡΕΣ ΑΛΗΘΕΣ	ΣΥΧΝΑ ΑΛΗΘΕΣ	ΣΧΕΔΟΝ ΠΑΝΤΑ ΑΛΗΘΕΣ
1. Μπορώ να προσαρμόζομαι στην αλλαγή.	0	1	2	3	4
2. Έχω στενές και ασφαλείς σχέσεις	0	1	2	3	4
3. Μερικές φορές η μοίρα και ο Θεός μπορούν να βοηθήσουν.	0	1	2	3	4
4. Μπορώ να τα βγάλω πέρα με ό,τι μου προκύπτει.	0	1	2	3	4
5. Προηγούμενες επιτυχίες μου δίνουν αυτοπεποίθηση για καινούριες προκλήσεις.	0	1	2	3	4
6. Βλέπω την εύθυμη πλευρά των πραγμάτων.	0	1	2	3	4
7. Το να αντεπεξέρχομαι στο στρες μου δίνει δύναμη.	0	1	2	3	4
8. Έχω την τάση να ανακάμτω μετά από κάποια δοκιμασία ή ασθένεια.	0	1	2	3	4
9. Τα πράγματα συμβαίνουν για κάποιο λόγο.	0	1	2	3	4
10. Κάνω την καλύτερη δυνατή προσπάθεια, ό,τι και να γίνει.	0	1	2	3	4
11. Μπορώ να επιτυγχάνω τους στόχους μου.	0	1	2	3	4
12. Όταν τα πράγματα φαίνονται χωρίς ελπίδα, εγώ δεν παραιτούμαι.	0	1	2	3	4
13. Ξέρω που να στραφώ για βοήθεια	0	1	2	3	4
14. Όταν βρίσκομαι κάτω από πίεση, συγκεντρώνομαι και σκέφτομαι καθαρά.	0	1	2	3	4
15. Προτιμώ να παίρνω το προβάδισμα στην επίλυση προβλημάτων.	0	1	2	3	4

<b>16.</b> Δεν αποθαρρύνομαι εύκολα από την αποτυχία.	0	1	2	3	4
<b>17.</b> Με θεωρώ δυνατό άτομο	0	1	2	3	4
<b>18.</b> Μπορώ να παίρνω μη δημοφιλείς ή δύσκολες αποφάσεις.	0	1	2	3	4
<b>19.</b> Μπορώ να χειρίζομαι δυσάρεστα συναισθήματα.	0	1	2	3	4
<b>20.</b> Έχω ανάγκη να ακολουθώ τη διαίσθησή μου.	0	1	2	3	4
<b>21.</b> Έχω ισχυρή αίσθηση σκοπού	0	1	2	3	4
<b>22.</b> Νιώθω ότι έχω τον έλεγχο της ζωής μου.	0	1	2	3	4
<b>23.</b> Μου αρέσουν οι προκλήσεις	0	1	2	3	4
<b>24.</b> Εργάζομαι για να επιτυγχάνω τους στόχους μου.	0	1	2	3	4
<b>25.</b> Καμαρώνω για τις επιτεύξεις μου	0	1	2	3	4

**ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΑΣ ΣΤΗ ΜΕΛΕΤΗ ΜΑΣ  
ΒΕΒΑΙΩΘΕΙΤΕ ΟΤΙ ΑΠΑΝΤΗΣΑΤΕ ΣΕ ΟΛΕΣ ΤΙΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ**