

**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ
ΙΔΡΥΜΑ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ**

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ – ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΣΤΗΝ «ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ»

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΝΕΡΓΙΑ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ :

ΑΓΧΩΔΗ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΑ ΣΥΝΔΡΟΜΑ

ΡΟΒΟΛΟΠΟΥΛΟΥ ΑΡΕΤΗ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ

**ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ : ΜΠΑΚΟΥΡΑΣ ΣΙΔΕΡΗΣ : ΝΕΥΡΟΛΟΓΟΣ-
ΨΥΧΙΑΤΡΟΣ**

ΜΠΙΟΝΟΤΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ : ΨΥΧΙΑΤΡΟΣ
ΚΑΡΑΟΥΛΑΝΗΣ ΣΩΚΡΑΤΗΣ : ΨΥΧΙΑΤΡΟΣ

ΛΑΡΙΣΑ 2015



**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ
ΙΔΡΥΜΑ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ**

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ – ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΣΤΗΝ «ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ»

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

UNEMPLOYMENT AND MENTAL DISORDERS :

anxious and depressive syndromes

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σε περιόδους οικονομικής κρίσης η ανεργία επηρεάζει την ψυχική υγεία των ανθρώπων που την υφίστανται. Μελέτες έδειξαν ότι ο μέσος αριθμός των ατόμων με ψυχολογικά προβλήματα μεταξύ των ανέργων είναι 34% έναντι 16% μεταξύ των ατόμων που απασχολούνται. Οι συχνότερες ψυχικές διαταραχές είναι το άγχος, η κατάθλιψη, η χρήση αλκοόλ και η αντικοινωνική συμπεριφορά.

Οι επιπτώσεις της ανεργίας στην ψυχική υγεία είναι ισχυρότερες σε χώρες με χαμηλό επίπεδο οικονομικής ανάπτυξης, άνιση κατανομή του εισοδήματος ή αδύναμα συστήματα προστασίας των ανέργων σε σύγκριση με άλλες χώρες.

Αναφορικά με το φύλο οι έγγαμοι άνδρες και γυναίκες επηρεάζονται περισσότερο λόγω αυξημένων οικογενειακών ευθυνών. Ίσως οι γυναίκες να επηρεάζονται λιγότερο από τους άνδρες λόγω των εναλλακτικών μορφών εργασίας (ανατροφή παιδιών, νοικοκυριό).

Σε σχέση με το επίπεδο εκπαίδευσης επηρεάζονται περισσότερο τα άτομα που έχουν χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης, καθώς και αυτοί που βρίσκονται σε παρατεταμένη ανεργία.

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να προσδιοριστεί ο αριθμός των ανέργων με άγχος, με μειωμένο επίπεδο λειτουργικότητας, κατάθλιψη και σωματικά συμπτώματα.

Στο σύνολο του δείγματος 65 άτομα, το 43% (28 άτομα) έπασχαν από άγχος, το 13,8% (9 άτομα) είχαν μειωμένη λειτουργικότητα, 7,6% (5 άτομα) έπασχαν από κατάθλιψη και το 9,2% (9 άτομα) εμφάνισαν σωματικά συμπτώματα.

Σύμφωνα με τα ευρήματα της μελέτης επιβάλλεται να γίνουν παρεμβάσεις για να αποφευχθούν οι συνέπειες της ανεργίας στην ψυχική υγεία των ανθρώπων.

ΛΕΞΕΙΣ-ΚΛΕΙΔΙΑ: Ψυχική υγεία, παράγοντες κινδύνου, ανεργία, άγχος, κατάθλιψη, αντιμετώπιση.

ABSTRACT

During periods of economic recession unemployment affects the mental health of unemployed people. Studies have shown that the average percentage among people with psychological problems is 34% of working people versus 16% of unemployed people. The most common psychological disorders are anxiety, depression, alcohol use and antisocial behavior.

The effects of unemployment to mental health in comparison with other countries are more powerful in countries with a low level of economic growth, uneven distribution of income or weak protection systems for unemployed people.

Relatively to sex, married men and women are more affected due to increased family responsibilities. Perhaps women are less affected than men due to the alternative forms of employment (raising children, household).

Relatively to the level of education people with a low level of education are more affected, as well as these who are unemployed for a long period of time.

The objective of this study is to define the number of unemployed people with anxiety, with decreased level of functionality, depression and physical symptoms.

Totally, 65 people, 43% (28 people) suffered from anxiety, 13,8% (9 people) had decreased functionality, 7,6% (5 people) suffered from depression, and 9,2% (6 people) visible physical symptoms.

According to the findings of this study interventions are mandatory to happen in order to avoid the consequences of unemployment to the good mental health of unemployed people.

Key-words: Mental health, risk factors, unemployment, anxiety, depression, management.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη	σελ. 1
Abstract	σελ. 2
Περιεχόμενα	σελ. 3
Κατάλογος Πινάκων	σελ. 5
Κατάλογος Γραφημάτων	σελ. 5
Συντομογραφίες	σελ. 6
Εισαγωγή	σελ. 7

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1. Ορισμός της ψυχικής υγείας	σελ. 9
1.2. Παράγοντες που επηρεάζουν την ψυχική υγεία	σελ. 9
1.3. Παράγοντες που σχετίζονται με το κάπνισμα	σελ. 10
1.4. Παράγοντες που σχετίζονται με την εμπειρία πολέμου	σελ. 10
1.5. Παράγοντες που σχετίζονται με τη στέγαση	σελ. 11
1.6. Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες	σελ. 12
1.7. Παράγοντες που σχετίζονται με την ανεργία	σελ. 16

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1. Η κοινωνική πλευρά της ανεργίας	σελ. 20
2.2. Η ψυχοκοινωνική προσέγγιση της ανεργίας	σελ. 23

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.1. Η επικράτηση των ψυχικών διαταραχών	σελ. 27
--	---------

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4.1. Οι συνέπειες της ανεργίας στην ψυχική υγεία των Ελλήνων	σελ. 30
4.2. Οι συνέπειες της ανεργίας στην ψυχική υγεία των Ευρωπαίων και Ασιατών	σελ. 34
4.3. Οι συνέπειες της ανεργίας στην ψυχική υγεία των Αυστραλών	σελ. 40
4.4. Οι συνέπειες της ανεργίας στην ψυχική υγεία των Αμερικανών	σελ. 42

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

5.1. Παρεμβάσεις της πολιτείας για την αντιμετώπιση του προβλήματος	σελ. 45
5.2. Προγράμματα προαγωγής υγείας σε ανέργους	σελ. 48
5.3. Πρόληψη και αντιμετώπιση των επιπτώσεων της	

οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία	σελ. 49
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6	
6.1. Σκοπός και στόχοι της εργασίας	σελ. 51
6.2. Πληθυσμός μελέτης και μέθοδος	σελ. 51
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 : ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	
7.1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά	σελ. 53
7.2. Ηλικία, έτη εργασίας και διάρκεια ανεργίας	σελ. 54
7.3. Διαμονή – συγκατοίκηση	σελ. 54
7.4. Εκπαιδευτικό επίπεδο και επαγγελματική ιδιότητα	σελ. 55
7.5. Εργασιακό ιστορικό	σελ. 56
7.6. Ποσοστά επιβάρυνσης της γενικής υγείας	σελ. 57
7.7. Κατανομή της βαθμολογίας GHQ	σελ. 58
7.8. Ύπαρξη παιδιών και κατάσταση υγείας	σελ. 58
7.9. Διαμονή και κατάσταση υγείας	σελ. 60
7.10. Ηλικιακή ομάδα και κατάσταση υγείας	σελ. 60
7.11. Οικογενειακή κατάσταση και κατάσταση υγείας	σελ. 61
7.12. Ιδιοκατοίκηση και κατάσταση υγείας	σελ. 61
7.13. Τομέας εργασίας (ιδιωτικός/δημόσιος) και κατάσταση υγείας	σελ. 62
7.14. Έτη εργασίας και κατάσταση υγείας	σελ. 62
7.15. Διάρκεια ανεργίας και κατάσταση υγείας	σελ. 63
7.16. Τίτλος σπουδών και κατάσταση υγείας	σελ. 63
7.17. Επαγγελματική ιδιότητα και κατάσταση υγείας	σελ. 72
7.18. Φύλο και αγχώδεις διαταραχές	σελ. 74
ΣΥΖΗΤΗΣΗ	σελ. 76
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ	σελ. 81
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	σελ. 82
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1 : Υπόδειγμα Ερωτηματολογίου	σελ. 93

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 7.1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά	σελ. 53
Πίνακας 7.2. Ηλικία, έτη εργασίας και διάρκεια ανεργίας	σελ. 54
Πίνακας 7.3. Διαμονή – συγκατοίκηση	σελ. 54
Πίνακας 7.4. Εκπαιδευτικό επίπεδο και επαγγελματική ιδιότητα	σελ. 55
Πίνακας 7.5. Εργασιακό ιστορικό	σελ. 56
Πίνακας 7.6. Ύπαρξη παιδιών και κατάσταση υγείας	σελ. 59
Πίνακας 7.7. Διαμονή και κατάσταση υγείας	σελ. 60
Πίνακας 7.8. Ηλικιακή ομάδα και κατάσταση υγείας	σελ. 60
Πίνακας 7.9. Οικογενειακή κατάσταση και κατάσταση υγείας	σελ. 61
Πίνακας 7.10. Ιδιοκατοίκηση και κατάσταση υγείας	σελ. 61
Πίνακας 7.11. Τομέας εργασίας (ιδιωτικός/δημόσιος) και κατάσταση υγείας	σελ. 62
Πίνακας 7.12. Έτη εργασίας και κατάσταση υγείας	σελ. 62
Πίνακας 7.13. Διάρκεια ανεργίας και κατάσταση υγείας	σελ. 63
Πίνακας 7.14. Τίτλος σπουδών και κατάσταση υγείας	σελ. 63
Πίνακας 7.15. Επαγγελματική ιδιότητα και κατάσταση υγείας	σελ. 72
Πίνακας 7.16. Ιστορικό απόλυσης και κατάσταση υγείας	σελ. 72
Πίνακας 7.17. Τόπος κατοικίας και κατάσταση υγείας	σελ. 73
Πίνακας 7.18. Ευθύνη οικονομικών οικογένειας και κατάσταση υγείας	σελ. 73
Πίνακας 7.19. Ασφάλιση και κατάσταση υγείας	σελ. 74

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ

Γράφημα 7.1. Ποσοστά επιβάρυνσης της γενικής υγείας	σελ. 57
Γράφημα 7.2. Κατανομή της Βαθμολογίας GHQ	σελ. 58
Γράφημα 7.3. Οικογενειακή κατάσταση και γενική υγεία	σελ. 64
Γράφημα 7.4. Επίπεδο σπουδών και σωματικά συμπτώματα	σελ. 65
Γράφημα 7.5. Ηλικιακή ομάδα και γενική υγεία	σελ. 66
Γράφημα 7.6. Επίπεδο σπουδών και γενική υγεία	σελ. 67
Γράφημα 7.7. Διάρκεια ανεργίας και γενική υγεία	σελ. 68
Γράφημα 7.8. Διαμονή και γενική υγεία	σελ. 69
Γράφημα 7.9. Ύπαρξη παιδιών και γενική υγεία	σελ. 70
Γράφημα 7.10. Τομέας εργασίας και γενική υγεία	σελ. 71
Γράφημα 7.11. Φύλο και αγχώδεις διαταραχές	σελ. 74
Γράφημα 7.12. Φύλο και γενική υγεία	σελ. 75

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

ΠΟΥ : Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

ΟΟΣΑ : Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης

ΚΕΘΕΑ : Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων

ΟΑΕΔ : Οργανισμός Απασχολήσεων Εργατικού Δυναμικού

ΣΕΠΕ : Σώμα Επιθεωρητών Εργασίας

Δ.Γ.Ε. : Διεθνές Γραφείο Εργασίας

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η απασχόληση και η εργασία μπορεί να έχει μια θετική επίδραση στην ψυχική υγεία με την παροχή ευκαιριών για την ανάπτυξη δεξιοτήτων, την κοινωνική επαφή, την αυτοεκτίμηση και το εισόδημα. Αντίθετα η ανεργία είναι μια πηγή άγχους, στρες και κατάθλιψης (int j Health serv 1993). Υπάρχουν ενδείξεις ότι η ανεργία ενισχύει όχι μόνο τις υπάρχουσες σωματικές ασθένειες αλλά επίσης δρα και ως παράγοντας κινδύνου για νέες. Αυτό φαίνεται να ισχύει ιδιαίτερα για τις προβληματικές ομάδες, όπως οι άνεργοι ηλικιωμένοι. Οι σχέση ανάμεσα στην ανεργία και ψυχική υγεία είναι ισχυρή, κυρίως όσον αφορά την κατάθλιψη το στρες και τον αλκοολισμό (Sci 1986).

Σύμφωνα με την ψυχολογία η απάντηση σε στρεσογόνα γεγονότα όπως η ανεργία λαμβάνει τη μορφή μιας εξέλιξης μέσω σταδίων. Το ΣΟΚ χαρακτηρίζει την αρχική φάση κατά την οποία το άτομο εξακολουθεί να είναι αισιόδοξο και αδιάσπαστο. Με την εξέλιξη της ανεργίας το άτομο γίνεται απαισιόδοξο και υποφέρει από άγχος και δυστυχία και τελικά γίνεται μοιρολατρικό και προσαρμόζεται χωρίς ενθουσιασμό στην νέα του κατάσταση. Έτσι οι άνεργοι αναμένεται να εμφανίσουν φτωχότερη ψυχική υγεία που οφείλεται σε αυξημένα επίπεδα άγχους, ματαίωσης, απογοήτευσης, αποξένωσης και κατάθλιψης. Αυτά τα συναισθήματα είναι πιθανόν να είναι πιο έντονα μεταξύ εκείνων που επωμίζονται μεγαλύτερες οικονομικές ευθύνες και στα άτομα με μεγαλύτερη αίσθηση του εαυτού, αποτελεσματικότητα που ενισχύεται από την προηγούμενη επιτυχία σε μια σειρά τομείς, συμπεριλαμβανομένου του σχολείου και της εργασίας. Έτσι το υψηλό μορφωτικό επίπεδο και οι γονείς είναι ιδιαίτερα ευάλωτοι στις συναισθηματικές εξουθενωτικές συνέπειες της ανεργίας (American Psychological Association 2012). Μια σειρά από παράγοντες που μπορούν να αμβλύνουν τις αρνητικές συνέπειες της ανεργίας είναι η κατανόηση του συζύγου και η στήριξη από τους γονείς, τα αδέρφια, τα ενήλικα παιδιά και τους φίλους (American Psychological Association 2012). Επιπλέον τα προγράμματα με εργασίες μικρής διάρκειας και μικρότερη διάρκεια της ανεργίας, μπορούν να βελτιώσουν την υγεία μειώνοντας το στρες που προκαλείται από την ανεργία ή την υπερφόρτωση των κοινωνικών ρόλων (Sci 1986).

Αποτελεσματικά θεωρούνται και τα προγράμματα προαγωγής υγείας τα οποία παρέχουν συμβουλές και συστάσεις για έναν πιο υγιεινό τρόπο ζωής συμπεριλαμβανομένης της διατροφής της σωματικής άσκησης, της αποφυγής καπνίσματος και αλκοόλ, καθώς και ενίσχυση της αυτοπεποίθησης και της ικανότητας αντιμετώπισης προβλημάτων.

Στόχος των προγραμμάτων είναι η απόκτηση γνώσεων και η υιοθέτηση υγιών συμπεριφορών πάνω σε θέματα διατροφής και λειτουργικότητας του σώματος ώστε να βελτιωθεί η ποιότητα

της καθημερινής τους ζωής και να μπορέσουν να επανενταχθούν στην αγορά εργασίας (Horns et al 2012).

Όμως η δημιουργία ενός ενιαίου δικτύου κοινοτικών υπηρεσιών που προωθεί αυτά τα προγράμματα σχετίζεται με τις δυσκολίες στην εξεύρεση πόρων και τις ασαφείς πολιτικές για την αντιμετώπιση της ανεργίας. Ακόμα και στην περίπτωση της μακροχρόνιας ανεργίας μπορούν να υπάρξουν θετικές επιδράσεις στην υγεία με μια ελάχιστη κοινωνική ασφάλιση, με εναλλακτικούς κοινωνικούς ρόλους και χρήσιμες δραστηριότητες, όπως γεωργικές δουλειές ή παράνομη εργασία (Sci 1986).

Στόχος της παρούσας εργασίας είναι να εκτιμηθεί το ποσοστό των άνεργων ατόμων που πάσχουν από άγχος, κατάθλιψη και εμφανίζουν μειωμένο επίπεδο λειτουργικότητας.

Η παρούσα εργασία διαρθρώνεται σε 7 κεφάλαια. Το πρώτο κεφάλαιο αναφέρεται στην ψυχική υγεία και στους παράγοντες που την επηρεάζουν. Το δεύτερο κεφάλαιο αναφέρεται στην κοινωνική και ψυχοκοινωνική πλευρά της ανεργίας. Το τρίτο κεφάλαιο αναφέρεται στην επικράτηση των ψυχικών διαταραχών. Το τέταρτο κεφάλαιο αναφέρεται στις συνέπειες της ανεργίας στην ψυχική υγεία των Ελλήνων και διεθνώς όπου αναπτύσσονται όλες οι επικίνδυνες διαστάσεις για την υγεία των ανέργων. Το πέμπτο κεφάλαιο αναφέρεται στις παρεμβάσεις της πολιτείας για την αντιμετώπιση του προβλήματος. Το έκτο και το έβδομο κεφάλαιο αποτελεί το ερευνητικό μέρος αυτής της εργασίας και αναφέρεται στη συλλογή, συγκέντρωση και επεξεργασία στοιχείων περιγραφικής επιδημιολογικής έρευνας. Παρουσιάζονται τα αποτελέσματα με μορφή πινάκων και γραφημάτων και τέλος ολοκληρώνεται η εργασία με συμπεράσματα και προτάσεις για τυχόν παρεμβάσεις.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1. Ορισμός της ψυχικής υγείας

Ψυχική υγεία είναι μέρος της συνολικής υγείας και αποτέλεσμα ισορροπίας μεταξύ επτά παραγόντων.

- Ικανότητα για αγάπη
- Επίγνωση της ταυτότητας
- Αυτοδυναμία
- Αντίσταση στην ψυχοκαταπόνηση
- Ενεργητικότητα
- Ανεξαρτησία από κοινωνικές επιρροές
- Έλεγχος δυνατότητας επίλυσης προσωπικών προβλημάτων (Αγγελόπουλος 2014)

Ο παγκόσμιος οργανισμός υγείας (ΠΟΥ) το 1948 προσδιόρισε την ψυχική υγεία ως μια κατάσταση συναισθηματικής ευεξίας στην οποία το άτομο συνειδητοποιεί τις δικές του ικανότητες, μπορεί να αντιμετωπίζει τα καθημερινά άγχη της ζωής, να ζει και να εργάζεται παραγωγικά και με άνεση και να είναι σε θέση να συνεισφέρει στην κοινότητά του (www. Psychology.now.gr 2014).

1.2. Παράγοντες που επηρεάζουν την ψυχική υγεία

Υπάρχουν πολλές θεωρίες σχετικά με τα αίτια διαταραχών της ψυχικής υγείας. Επιστημονικές μελέτες υποστηρίζουν ότι πολλές από τις σοβαρές μορφές διαταραχών της ψυχικής υγείας οφείλονται σε βιοχημικές διαταραχές του εγκεφάλου. Οι ειδικοί όμως υποστηρίζουν πως διάφοροι ψυχολογικοί, κοινωνικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες μπορεί να επηρεάσουν την ψυχική υγεία, όπως:

- Ένα διαζύγιο
- Η απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου
- Η εμπειρία ενός αυτοκινητιστικού δυστυχήματος
- Προβλήματα σωματικής υγείας
- Η εμπειρία πολέμου και μετανάστευσης
- Ο ρατσισμός εξαιτίας του θρησκευματος, της πολιτιστικής καταγωγής και κοινωνικής τάξης
- Το χαμηλό εισόδημα, η ανεργία και η έλλειψη μόνιμης στέγης
- Η απουσία ίσων ευκαιριών πρόσβασης στην εκπαίδευση, την εργασία και την περίθαλψη
- Η ύπαρξη οικογενειακού ιστορικού διαταραχών ψυχικής υγείας
- Τραυματικές εμπειρίες όπως βία και κακοποίηση

- Αρνητικές εμπειρίες στο σπίτι ή το σχολείο
- Η χρήση ουσιών κάπνισμα, αλκοόλ, ναρκωτικά) (Centre for Addiction and Mental Health 2003)

Θα μπορούσαμε να προσθέσουμε και τη μεγαλύτερη ηλικία ως σημαντικό προγνωστικό παράγοντα για ψυχικές διαταραχές επειδή τα άτομα είναι εκτεθειμένα στον κίνδυνο της κοινωνικής απομόνωσης καθώς αποσύρονται από την αγορά εργασίας (World Health Organization 2012).

1.3. Παράγοντες που σχετίζονται με το κάπνισμα

Οι Jorm et al 1999, σε μελέτη τους στην Καμπέρα της Αυστραλίας το 1997 διερεύνησαν τη σχέση του καπνίσματος με το άγχος και την κατάθλιψη. Στην μελέτη συμμετείχαν 2.725 άτομα ηλικίας 18-79 ετών. Το κάπνισμα ερευνήθηκε σε σχέση με ψυχιατρικά συμπτώματα (άγχος, κατάθλιψη, κατάχρηση αλκοόλ), τα κοινωνικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά (ηλικία, φύλο, εκπαίδευση, επαγγελματική κατάσταση), πιεστικές καταστάσεις (διαζύγιο, ανεργία, οικονομικές δυσκολίες, αρνητικά γεγονότα της ζωής, αντιξοότητες της παιδικής ηλικίας), προσωπικότητα (εξωστρέφεια, νεύρωση, ψυχωτισμός) καθώς και με την κοινωνική υποστήριξη (οικογένεια, φίλοι). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι καπνιστές είχαν περισσότερη κατάθλιψη, πιο στρεσογόνους παράγοντες και χαμηλότερη κοινωνικοοικονομική κατάσταση σε σύγκριση με τους μη καπνιστές. Η συσχέτιση μεταξύ καπνίσματος και ψυχιατρικών συμπτωμάτων συνεχίστηκε ακόμα και όταν οι στρεσογόνοι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες ήταν στατιστικά ελεγχόμενοι.

1.4. Παράγοντες που σχετίζονται με την εμπειρία πολέμου

Οι Lien et al 2006, σε μελέτη τους στο Όσλο της Νορβηγίας εκτίμησαν την εμπειρία του πολέμου ως παράγοντα κινδύνου για προβλήματα ψυχικής υγείας μεταξύ των εφήβων μεταναστών και των γονέων τους. Στη μελέτη συμμετείχαν όλοι οι μαθητές εκ των οποίων οι 1.758 και οι γονείς τους είχαν γεννηθεί εκτός Νορβηγίας. Το ποσοστό των εφήβων με εμπειρία πολέμου ήταν 14% με υψηλότερη επικράτηση σε μετανάστες από την ανατολική Ευρώπη και υποσαχάρια Αφρική. Το ποσοστό της γονεϊκής εμπειρίας πολέμου ήταν 33% με την υψηλότερη επικράτηση σε μετανάστες της υποσαχάριας Αφρικής. Οι έφηβοι ανέφεραν ότι η εμπειρία πολέμου ήταν ο μεγαλύτερος παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση προβλημάτων ψυχικής υγείας σε σύγκριση με τους μετανάστες χωρίς εμπειρία πολέμου. Η συσχέτιση παρέμεινε σταθερή ακόμα και μετά την προσαρμογή για το μορφωτικό επίπεδο του γονέα.

Οι Parageorgiou et al 2000, στη μελέτη τους διερεύνησαν τη συσχέτιση μεταξύ τραυματικών εμπειριών πολέμου και ψυχοπαθολογίας σε ένα δείγμα από 95 παιδιά ηλικίας 8-13 ετών τα οποία είχαν βιώσει την εμπειρία του πολέμου στην Βοσνία. Τα παιδιά αξιολογήθηκαν κατά τη διάρκεια ενός προγράμματος ψυχοκοινωνικής στήριξης επειδή προέρχονταν από οικογένειες προσφύγων στο 45% των περιπτώσεων ή είχαν υποστεί σημαντικές απώλειες της οικογένειας (ένας γονιός είχε σκοτωθεί στο 28% των περιπτώσεων και ο πατέρας είχε τραυματισθεί ή απουσίαζε στο 27% των περιπτώσεων). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα το 47% των παιδιών έπασχαν από κατάθλιψη, στο 23% διαπιστώθηκε άγχος και στο 28% αντιδράσεις μετατραυματικού στρες.

1.5. Παράγοντες που σχετίζονται με τη στέγαση

Η κατοικία λειτουργεί ως προστατευτικό κέλυφος για την εξασφάλιση της ιδιωτικής ζωής της οικογένειας αλλά και των ευρύτερων διαπροσωπικών και κοινωνικών σχέσεων.

Στις μέρες μας όμως το κλασικό σπίτι έδωσε τη θέση του στο διαμέρισμα της πολυκατοικίας το οποίο δεν μπορεί να στεγάσει πάνω από τέσσερα άτομα.

Μελέτες που συνέκριναν παντρεμένες γυναίκες που ζούσαν σε μονοκατοικίες με αυτές που ζούσαν σε διαμερίσματα έδειξαν ότι οι δεύτερες είχαν φτωχότερη κοινωνική ζωή γεγονός που προκαλεί επιδείνωση των ψυχιατρικών συμπτωμάτων σε όσες πάσχουν (Αγγελόπουλος 2014) .

Οι κακές συνθήκες στέγασης και η οικιστική αστάθεια έχουν συσχετιστεί με την αγωνία των γυναικών. Ωστόσο η σύνδεση αυτή θα μπορούσε να είναι αποτέλεσμα και άλλων κοινωνικών παραγόντων που σχετίζονται με τη στέγαση όπως η συντροφική βία και η οικονομική δυσπραγία.

Οι Suglia et al 2011, σε μελέτη τους στις ΗΠΑ εξέτασαν τη σχέση των συνθηκών στέγασης και αστάθειας με την κατάθλιψη και το γενικευμένο άγχος των γυναικών. Στη μελέτη συμμετείχαν 2.104 γυναίκες οι οποίες παρακολούθηθηκαν για 36 μήνες. Το 15% των γυναικών ανέφερε ότι ζούσαν σε υποβαθμισμένες κατοικίες, το 28% ότι ζούσε σε στέγη με φασαρία και το 16% ότι είχαν βιώσει στεγαστική αστάθεια κατά τα δύο τελευταία χρόνια. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το 16% των γυναικών είχαν ταξινομηθεί για πιθανή κατάθλιψη και το 5% για διαταραχή γενικευμένου άγχους. Περαιτέρω αναλύσεις έδειξαν ότι στις γυναίκες που αντιμετώπιζαν φασαρία και αστάθεια στέγης η πιθανότητα για κατάθλιψη ήταν 1,3 και 1,4 αντίστοιχα ενώ οι πιθανότητες για διαταραχές γενικευμένου άγχους ήταν 1,9 σε αυτές που αντιμετώπιζαν αστάθεια στέγης. Ακόμα και μετά την προσαρμογή για άλλους

κοινωνικούς παράγοντες καμία σχέση δεν σημειώθηκε εκτός της επιδείνωσης των συνθηκών στέγασης και ψυχικής υγείας.

Οι Collins et al 2013, στη μελέτη τους το 2005-2008 στο Σιάτλ της Ουάσιγκτον διερεύνησαν τη σχέση του προβλήματος της στέγασης με την ψυχική υγεία. Στη μελέτη συμμετείχαν 111 άτομα χρόνια άστεγοι με σοβαρά προβλήματα αλκοολισμού οι οποίοι κατά την έναρξη της μελέτης έζησαν σε έναν ενιαίο χώρο στέγασης. Η κατάσταση στέγασης καταγράφηκε πάνω από δύο χρόνια. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι συμμετέχοντες έδειξαν ενδιαφέρον για την απόκτηση στέγης. Ωστόσο μια μικρή μειοψηφία δεν πίστευε ότι είναι σε θέση να διατηρήσει τη στέγαση και μόνο το 23% των συμμετεχόντων επέστρεψε στο προηγούμενο καθεστώς στέγασης.

1.6. Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες

Η κοινωνικο-οικονομική κατάσταση επίσης παίζει σημαντικό ρόλο, με τα άτομα χαμηλότερου οικονομικού status να εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά ανεργίας και μεγαλύτερη δυσκολία διαχείρισής της, κάτι που επηρεάζει και τη ψυχική διάθεση των ατόμων αυτών. Επιπλέον, και οι οικονομικοί μετανάστες πλήττονται σε μεγαλύτερο βαθμό από την οικονομική κρίση με κίνδυνο να εμφανίσουν προβλήματα σχετικά με την υγεία τους. Πρόσφατες μελέτες τεκμηριώνουν τη συσχέτιση μεταξύ φτώχειας και ψυχικών διαταραχών. Παράγοντες όπως οι κοινωνικές διακρίσεις, ο κοινωνικός αποκλεισμός, η ανασφάλεια, η ελλιπής εκπαίδευση, η φτώχεια, φαίνεται να συντελούν ενεργά στη μεγιστοποίηση των επιπτώσεων της κρίσης στα κατώτερα κοινωνικο-οικονομικά στρώματα (Μπούρας και συν 2011).

Οι Davis et al 2010, σε μελέτη τους στην Μελβούρνη της Αυστραλίας διερεύνησαν τους κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες που σχετίζονται με την ψυχική υγεία. Στη μελέτη μέσω ερωτηματολογίου συμμετείχαν παιδιά, γονείς και καθηγητές. Οι γονείς ανέφεραν ότι οι κοινωνικοοικονομικοί δείκτες του εισοδήματος, της εκπαίδευσης, της απασχόλησης και της σύνθεσης της οικογένειας σχετίζονται με την ψυχική υγεία. Για τους καθηγητές οι συσχετίσεις ήταν ίδιες με μικρές αποκλίσεις. Όλοι οι δείκτες έδειξαν ανεξάρτητα από τις αναφορές για την ψυχική υγεία παιδιού και γονέα ότι το χαμηλό εισόδημα και η εκπαίδευση του γονέα ήταν οι μεγαλύτερες συσχετίσεις από την αποκλειστική πατρότητα ή την ανεργία.

Σε δύο μεγάλες κυβερνητικές μελέτες των ψυχικών διαταραχών στο Ηνωμένο Βασίλειο στην μια βρέθηκε ότι η επαγγελματική τάξη είναι ο μεγαλύτερος δείκτης κινδύνου ενώ η άλλη δεν έδειξε σαφή σχέση (Fryers et al 2003).

Οι Fryers et al 2003, στη μελέτη τους στο Ηνωμένο Βασίλειο διερεύνησαν τους παράγοντες που επηρεάζουν την ψυχική υγεία. Η μελέτη βασίστηκε σε δημοσιευμένα στοιχεία προηγούμενων μελετών σχετικά με την σύνδεση της κοινωνικής θέσης και των ψυχικών διαταραχών στις ανεπτυγμένες χώρες. Το δείγμα που μελετήθηκε ήταν 3000 ενήλικες από το 1980. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι από τις εννέα μελέτες οι οκτώ παρέχουν αποδείξεις ότι υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα σε έναν ή περισσότερους δείκτες των λιγότερων προνομιούχων κοινωνικών θέσεων με τον επιπολασμό των ψυχικών διαταραχών. Σε ορισμένες μελέτες δεν παρατηρήθηκε σαφής σχέση αλλά καμία δεν έδειξε αρνητική σχέση. Οι περισσότερες συσχετίσεις ήταν με την ανεργία, την λιγότερη εκπαίδευση και το χαμηλό εισόδημα ή το βιοτικό επίπεδο. Η επαγγελματική τάξη ήταν ο λιγότερο σχετικός δείκτης.

Στις αναπτυσσόμενες χώρες υπάρχει ισχυρή συσχέτιση μεταξύ φτώχειας, ανεργίας και κακής εκπαίδευσης με την ψυχική υγεία. Δεδομένα από έρευνες στην Βοσνία, Ερζεγοβίνη, Ινδονησία και Μεξικό σε συνδυασμό με έρευνες από την Ινδία και την Τόνγκα δείχνουν ότι τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, οι γυναίκες, οι χήρες και άτομα με κακή υγεία είναι πιθανόν να αναφέρουν χειρότερη έκβαση της ψυχικής τους υγείας. Σε αντίθεση με προηγούμενες μελέτες η σχέση μεταξύ τριτοβάθμιας εκπαίδευσης και καλύτερης ψυχικής υγείας είναι αδύνατη ή ανύπαρκτη. Επιπλέον δεν υπάρχει ισχυρή συσχέτιση μεταξύ φτώχειας και ψυχικής υγείας και σε δύο χώρες το μέτρο της ψυχικής υγείας είναι οριακά χειρότερο για τους φτωχούς. Σε δύο χώρες δεν υπάρχει σύνδεση και σε μία χώρα το μέτρο της ψυχικής υγείας είναι καλύτερο για τους φτωχούς σε σύγκριση με τους μη φτωχούς (Das et al 2007).

Άλλες μελέτες έχουν δείξει ότι η άνιση κατανομή του εισοδήματος και οι κοινωνικές ανισότητες σχετίζονται με το άγχος και την κατάθλιψη των γυναικών.

Οι Patela et al 1999, στη μελέτη τους διερεύνησαν κατά πόσο η φτώχεια στις αναπτυσσόμενες χώρες σχετίζεται με το άγχος και την κατάθλιψη στο γυναικείο φύλο. Για τον λόγο αυτό συγκεντρώθηκαν επιδημιολογικά δεδομένα από τέσσερις χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος για να εξεταστεί κατά πόσο το εισόδημα, η κακή εκπαίδευση και το γυναικείο φύλο συνδέονται με ψυχικές διαταραχές. Τρία δεδομένα συλλέχτηκαν από την πρωτοβάθμια φροντίδα στην Γκόα της Ινδίας, τη Χαράρε της Ζιμπάμπουε και το Σαντιάγκο της Χιλής και δύο από την κοινότητα Πελότας και Ολίντα της Βραζιλίας. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το γυναικείο φύλο, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο και η φτώχεια συνδέονται στενά με ψυχικές διαταραχές.

Οι Lunda et al 2010, στη μελέτη τους διερεύνησαν αν τα επίπεδα της φτώχειας σε χώρες με χαμηλό και μεσαίο εισόδημα σχετίζονται με ψυχικές διαταραχές. Για το σκοπό αυτό

πραγματοποιήθηκε μια συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας με στόχο την εξέταση της σχέσης αυτής. Από 115 μελέτες που επανεξετάστηκαν οι περισσότερες ανέφεραν θετικές συσχετίσεις. Μελέτες που ήταν βασισμένες στην κοινότητα το 73% - 79% των μελετών ανέφεραν θετικές συσχετίσεις μεταξύ φτώχειας και ψυχικής υγείας, το 15% - 19% ανέφεραν μηδενική συσχέτιση και το 6% - 8% ανέφεραν αρνητική συσχέτιση. Ενώ η εκπαίδευση, η ανασφάλεια τροφής, η στέγαση, η κοινωνική τάξη, η κοινωνικοοικονομική κατάσταση και η οικονομική πίεση δείχνουν μια σταθερή και ισχυρή σχέση με τις ψυχικές διαταραχές. Άλλες όπως το εισόδημα και η εργασία είναι διαφορούμενες.

Οι Vascoceles Rocha et al 2010, στη μελέτη τους στη Feira de Santana της Βραζιλίας διερεύνησαν τη σχέση των ψυχικών διαταραχών με τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά (φύλο, μορφωτικό επίπεδο, εισόδημα), τον τρόπο ζωής και τις ιατρικές συνθήκες. Στη μελέτη πήραν μέρος 3597 άτομα ηλικίας 15 ετών και άνω εκ των οποίων το 71,4% ήταν γυναίκες. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η επικράτηση των ψυχικών διαταραχών ήταν 29,9%, με τη μεγαλύτερη επικράτηση στις γυναίκες σε ποσοστό 35,3%. Μεγαλύτερη επικράτηση παρουσίασαν τα άτομα με εισόδημα μικρότερο από ένα ελάχιστο μισθό σε ποσοστό 32,5% σε σύγκριση με εκείνους που το εισόδημά τους ήταν μεγαλύτερο από ένα ελάχιστο μισθό ποσοστό 16,7%, τα άτομα με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο (αναλφάβητοι ή μπορούσαν μόνο να διαβάζουν και να γράφουν) σε ποσοστό 38% και αυτοί που ζούσαν χωρίς σύντροφο σε ποσοστό 32%.

Οι Goncalves et al 2013, στη μελέτη τους διερεύνησαν τη σχέση των ψυχικών διαταραχών και της κατάχρησης του αλκοόλ με τις κοινωνικο-δημογραφικές μεταβλητές του πληθυσμού που υποστηριζόταν από το οικογενειακό πρόγραμμα υγείας στη Santa Cruz στη νότια Βραζιλία. Στη μελέτη συμμετείχαν 2.921 άτομα ηλικίας 14 ετών και άνω από τις 10 Φεβρουαρίου του 2006 έως τις 10 Φεβρουαρίου του 2007. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η επικράτηση των ψυχικών διαταραχών και του αλκοολισμού ήταν 29,93% και 12,07% αντίστοιχα. Οι γυναίκες με δυσμενείς καταστάσεις απασχόλησης, χαμηλή εκπαίδευση και χαμηλό εισόδημα έδειξαν μία θετική συσχέτιση με τις ψυχικές διαταραχές. Οι άνδρες με δυσμενείς καταστάσεις απασχόλησης και ψυχικές διαταραχές έδειξαν συσχέτιση με τον αλκοολισμό.

Οι Raback et al 2011, σε μελέτη τους στην Φιλανδία το 2001-2002 διερεύνησαν τη σχέση των ψυχικών διαταραχών σε σχέση με το επάγγελμα, το εισόδημα και την εκπαίδευση σε ένα δείγμα 4.561 ανδρών και γυναικών. Οι συμμετέχοντες είχαν ταξινομηθεί ότι είχαν χαμηλή κοινωνικοοικονομική θέση, έλλειψη δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης ή είχαν εισόδημα κάτω από αυτό που ορίζει ο Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ). Τα

αποτελέσματα έδειξαν ότι και οι τρεις κοινωνικοοικονομικοί δείκτες συνδέθηκαν με ψυχικές διαταραχές. Το χαμηλό εισόδημα και η εκπαίδευση σχετίστηκε με αυξημένο κίνδυνο για κατάθλιψη κατά 1,73 και διαταραχή άγχους κατά 1,56 ιδιαίτερα στους άνεργους. Το επάγγελμα σχετίστηκε με αυξημένο κίνδυνο για διαταραχή από τη χρήση αλκοόλ κατά 1,44.

Οι Qin et al 2003, σε μελέτη τους στη Δανία την περίοδο 1981-1987 εξέτασαν τον κίνδυνο αυτοκτονίας σε σχέση με την ψυχική ασθένεια, την ανεργία, το χαμηλό εισόδημα, την οικογενειακή κατάσταση και το οικογενειακό ιστορικό αυτοκτονίας, από στοιχεία που αντλήθηκαν από τα μητρώα της Δανίας. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το ιστορικό νοσηλείας για ψυχική διαταραχή σχετίστηκε με υψηλότερο κίνδυνο για αυτοκτονία. Αλλά και σε αυτούς που συζούσαν ή ήταν παντρεμένοι, η ανεργία, το χαμηλό εισόδημα, το οικογενειακό ιστορικό αυτοκτονίας ή η ύπαρξη ψυχικών διαταραχών ήταν σημαντικοί παράγοντες αυτοκτονίας. Οι παράγοντες αυτοί είχαν διαφορετικά αποτελέσματα ανάμεσα στα δύο φύλα. Η ύπαρξη ψυχικής διαταραχής ήταν περισσότερο πιθανόν να αυξήσει τον κίνδυνο αυτοκτονίας στις γυναίκες από ότι στους άνδρες. Οι ελεύθεροι άνδρες σχετίστηκαν με υψηλότερο κίνδυνο για αυτοκτονία. Η ύπαρξη παιδιού σχετίστηκε με χαμηλότερο κίνδυνο αυτοκτονίας στις γυναίκες. Η ανεργία και το χαμηλό εισόδημα είχαν ισχυρότερες επιπτώσεις αυτοκτονίας στους άνδρες, ενώ η διαβίωση σε αστική περιοχή καθώς και το οικογενειακό ιστορικό αυτοκτονίας σχετίστηκε με αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας στις γυναίκες.

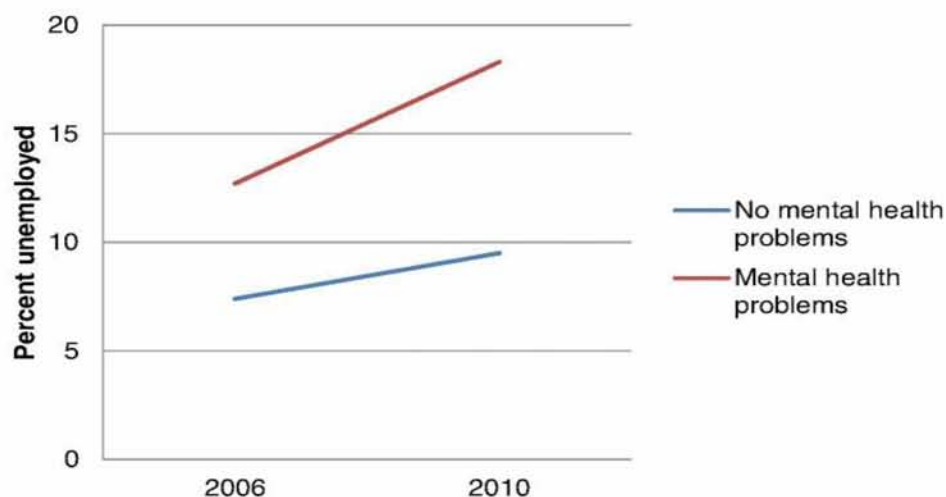
Οι Silva et al 2014, σε μελέτη τους στο Σαο Πάολο της Βραζιλίας εξέτασαν σε ένα δείγμα 385 εργαζομένων τους παράγοντες που σχετίζονται με την μακροχρόνια απουσία λόγω ασθένειας που οφείλεται σε ψυχικές διαταραχές. Μετά από αξιολόγηση των κοινωνικο-δημογραφικών δεδομένων (υγιεινές συνήθειες, τρόπος ζωής, συνθήκες υγείας) και τα επαγγελματικά χαρακτηριστικά, η έρευνα κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι ψυχικές διαταραχές συνδέονται με το γυναικείο, τη λευκή φυλή, το υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης, την υψηλή κατανάλωση καπνίσματος και αλκοόλ, την βία στην εργασία, τις ανώτερες επαγγελματικές θέσεις και την χαμηλή κοινωνική στήριξη στην εργασία.

Οι Parslow et al 2000, σε μελέτη τους στην Αυστραλία το 1997 προσπάθησαν να εντοπίσουν τους κοινωνικο-δημογραφικούς παράγοντες που σχετίζονται με τη χρήση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Από τους 21 προδιαθεσικούς παράγοντες που επιλέχθηκαν από την Εθνική έρευνα η ηλικία, το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση, η κατάσταση του εργατικού δυναμικού, η γεωγραφική θέση και το επίπεδο εκπαίδευσης επιλέχθηκαν ως προδιαθεσικοί παράγοντες για κατάθλιψη, άγχος και κατάχρηση ουσιών. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το 76% των ασθενών έλαβαν κάποια φροντίδα ψυχικής υγείας από γενικό ιατρό. Οι μεταβλητές που σχετίστηκαν με τη χρήση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας ήταν το άγχος

και η κατάθλιψη. Όσον αφορά τις κοινωνικο-δημογραφικές μεταβλητές που σχετίστηκαν με τη χρήση αυτών των υπηρεσιών ήταν το γυναικείο φύλο, το επίπεδο εκπαίδευσης και το να βρίσκεται κάποιος σε διάσταση. Το να ζει κανείς σε απομακρυσμένη περιοχή και η μεγαλύτερη ηλικία σχετίστηκε με μικρότερη χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες που επηρεάζει την ψυχική υγεία των ανθρώπων είναι η ανεργία στην οποία θα επικεντρωθούμε διότι είναι το αντικείμενο της διπλωματικής μου εργασίας.

1.7 Παράγοντες που σχετίζονται με την ανεργία



Σχήμα 1. Ποσοστά ανεργίας στην Ευρωζώνη το 2006 και 2010 σχετιζόμενα με την παρουσία προβλημάτων ψυχικής υγείας σε ηλικίες 18-65

(Ανατύπωση από: PLOS ONE 2013;8(7):e 69792 μελέτη των Lacko et al 2013 σε 27 Ευρωπαϊκές χώρες).

Καθοριστικός παράγοντας για την ψυχική υγεία των ενηλίκων είναι η ισορροπία μεταξύ εργασίας και ζωής και η κατανομή του χρόνου μεταξύ παραγωγής και κατανάλωσης (συμπεριλαμβανομένου του ελεύθερου χρόνου με την οικογένεια και τους φίλους).

Το στρες και το άγχος είναι συχνό για τα άτομα που ξοδεύουν πάρα πολύ χρόνο για εργασία, φροντίδα για άλλους ή λειτουργούν σε ένα δύσκολο ή ανασφαλές περιβάλλον εργασίας, όπως και για εκείνους που είναι ικανοί και πρόθυμοι να εργαστούν, αλλά ανίκανοι να το πράξουν λόγω δυσμενών κοινωνικοοικονομικών περιστάσεων. Η ανεργία είναι συγκεκριμένα ένας τεκμηριωμένος παράγοντας κινδύνου για την κακή ψυχική υγεία, ενώ η επιστροφή στην

εργασία είναι αναγνωρισμένος προστατευτικός παράγοντας (World Health Organization 2012). Μελέτες έδειξαν ότι ο μέσος αριθμός των ατόμων με ψυχολογικά προβλήματα μεταξύ των ανéργων είναι 34% έναντι 16% μεταξύ των ατόμων που απασχολούνται (Karsten 2009). Αυτό έχει ως αποτέλεσμα η ανεργία να συνδέεται με μεγαλύτερη χρήση της υγειονομικής περίθαλψης και υψηλότερα ποσοστά θανάτου (World Health Organization 2012).

Η ανεργία θέτει σε κίνδυνο την υγεία και ο κίνδυνος είναι μεγαλύτερος σε περιοχές όπου η ανεργία είναι εκτεταμένη. Στοιχεία από έναν αριθμό χωρών δείχνουν ότι ακόμα και αν ληφθούν υπόψη άλλοι παράγοντες οι άνεργοι και οι οικογένειές τους υποφέρουν από αυξημένο κίνδυνο πρόωρου θανάτου. Οι επιπτώσεις της ανεργίας συνδέονται τόσο με ψυχολογικές συνέπειες όσο και με οικονομικά προβλήματα που φέρνει το χρέος. Οι συνέπειες στην υγεία ξεκινούν όταν οι άνθρωποι αισθανθούν ότι οι θέσεις εργασίας τους απειλούνται πριν ακόμα γίνουν άνεργοι. Αυτό δείχνει ότι το άγχος σχετικά με την ανασφάλεια είναι επιζήμιο για την υγεία. Η εργασιακή ανασφάλεια έχει αποδειχθεί ότι αυξάνει τις επιπτώσεις στην ψυχική υγεία ιδιαίτερα το άγχος και την κατάθλιψη αλλά και τη σωματική υγεία. Επειδή η πολύ ικανοποιητική ή επισφαλής θέσεις εργασίας μπορεί να είναι τόσο επιβλαβείς όσο και η ανεργία, έχοντας απλώς μια δουλειά δεν προστατεύει πάντα την σωματική και ψυχική σου υγεία (Wilkinson et al 2003).

Η ανεργία έχει συνδεθεί με υψηλότερα ποσοστά κακής υγείας, μακροχρόνιων ασθενειών, εμφάνιση επικίνδυνων συμπεριφορών (κάπνισμα, αλκοολισμός) και αυξημένη θνησιμότητα. Τα αρνητικά αυτά συμπτώματα για την υγεία επηρεάζουν όχι μόνο τους άνεργους αλλά και τις οικογένειές τους. Αυτή η σχέση ανάμεσα στην κακή υγεία και την ανεργία οφείλεται στην οικονομική στέρηση που προκαλεί η ανεργία η οποία οδηγεί σε μειωμένη πρόσβαση σε βασικά αγαθά και υπηρεσίες, αλλά και στην απώλεια της κοινωνικής επαφής, της κοινωνικής κατάστασης, της δομής του χρόνου και της προσωπικής ταυτότητας η οποία μπορεί να οδηγήσει σε στιγματισμό, απομόνωση και απώλεια αυτοεκτίμησης (Janlert et al 2014).

Η ανεργία πλήττει περισσότερο τις γυναίκες, τη νεολαία (16-24) ετών, τους λιγότερο μορφωμένους και αυτούς που ανήκουν σε εθνικές μειονότητες. Ενώ η μεγαλύτερη ανεργία έχει συνδεθεί με υψηλότερες αποδόσεις των αρνητικών επιπτώσεων στην υγεία. Μελέτες πολλών χωρών βρήκαν θετική συσχέτιση μεταξύ της υψηλότερης ανεργίας και του θανάτου από καρδιαγγειακή νόσο και αυτοκτονία, αλλά αρνητική συσχέτιση με τα τροχαία ατυχήματα. Άλλες μελέτες έδειξαν ότι οι άνεργοι είχαν υψηλότερα ποσοστά κακής ψυχικής υγείας (άγχος, κατάθλιψη), περισσότερες αυτοκτονίες και μεγαλύτερη χρήση της υγειονομικής περίθαλψης (Janlert et al 2014).

Μελέτες στην Γερμανία έχουν δείξει ότι οι άνεργοι δεν είναι τόσο υγιείς όσο οι απασχολούμενοι, επειδή η ανεργία επιφέρει σοβαρές αλλαγές στον τρόπο ζωής των ανθρώπων που πλήττονται περισσότερο γιατί χάνουν ένα σημαντικό μέρος των εισοδημάτων τους και είναι υποχρεωμένοι να εξαρτώνται από τους άλλους για την επιβίωσή τους και την εκπλήρωση των υποχρεώσεών τους. Ακόμα και οι μη υλικές ζημιές μπορεί να έχουν σοβαρές συνέπειες όπως η απώλεια σταθερής καθημερινής ρουτίνας και η απώλεια επαφής με τους συναδέλφους στο χώρο εργασίας.

Επιπλέον η παρατεταμένη διάρκεια της ανεργίας μειώνει τις προσδοκίες για κοινωνική καταξίωση και παράγει πιέσεις που ευνοούν το ψυχοκοινωνικό στρες και ενθαρρύνουν απειλητικές συμπεριφορές (INSTITUT ROBERT KOCH 2012).

Οι Kroll et al 2011, σε μελέτη τους στην Γερμανία την περίοδο 2008-2009 αξιολόγησαν τη δημόσια υγεία και την κοινωνική στήριξη σε ένα δείγμα 12.022 ατόμων ηλικίας 30-59 ετών. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι άνεργοι ηλικίας 30-59 ετών υποφέρουν από σωματική, συναισθηματική και λειτουργική ανεπάρκεια πιο συχνά από ότι οι εργαζόμενοι και ότι οι άνδρες και οι γυναίκες με μικρή κοινωνική στήριξη είναι περισσότερο πιθανόν να θιγούν σε αυτούς τους τρεις τομείς είτε απασχολούνται είτε όχι. Περαιτέρω ανάλυση έδειξε η ανεργία και η κοινωνική υποστήριξη επιδρούν στις βλάβες αυτές ανάλογα με τη διάρκεια της ανεργίας και τη διαθεσιμότητα της κοινωνικής στήριξης. Από το σύνολο των ανέργων το 17% απάντησε ότι η υγεία τους είχε επιδεινωθεί εξαιτίας της ανεργίας ενώ το 18% ανέφερε προβλήματα υγείας εξαιτίας του ότι έχασαν τη δουλειά τους.

Οι Marin-Leon et al 2007, σε μελέτη τους στην Ολίντα της Βραζιλίας διερεύνησαν τη σχέση μεταξύ κοινωνικοοικονομικών χαρακτηριστικών (εκπαίδευση και απασχόληση) και ψυχικών διαταραχών σε 515 άτομα ηλικίας 14 ετών και άνω. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ο συνολικός επιπολασμός των ψυχικών διαταραχών ήταν 17%, 8,9% στους άνδρες και 24,4% στις γυναίκες. Η υψηλότερη επικράτηση των ψυχικών διαταραχών παρατηρήθηκε σε εκείνους με λιγότερο από 5 έτη εκπαίδευσης σε ποσοστό 5,5% και στους άνεργους ή υποαπασχολούμενους σε ποσοστό 2,0%.

Οι Martucci et al 1999, στη μελέτη τους αξιολόγησαν τις ψυχικές διαταραχές σε σχέση με την αναπηρία, τα γεγονότα ζωής και την στήριξη της οικογένειας σε ένα δείγμα 1039 ασθενών που εισήχθησαν στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο της Βερόνα. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η επικράτηση των ψυχικών διαταραχών ήταν 26,1%. Οι πιο κοινές ψυχιατρικές διαγνώσεις ήταν η κατάθλιψη σε ποσοστό 12,8% και το γενικευμένο άγχος σε ποσοστό 10,8%. Η υψηλότερη επικράτηση βρέθηκε στις γυναίκες ηλικίας 24 ετών και άνω, στους άνεργους και

χωρισμένους ή διαζευγμένους. Τα γεγονότα ζωής και η αναπηρία σχετίστηκαν με ψυχοπαθολογία.

Οι Sibra et al 2010, σε μελέτη τους που δημοσιεύθηκε στην εφημερίδα ψυχικής υγείας της Καλιφόρνιας σε μία βιβλιογραφική ανασκόπηση των ετών από το 1990-2009 αξιολόγησαν τη σχέση της οικονομικής συρρίκνωσης με την ψυχική υγεία (κατάθλιψη, αυτοκτονία, χρήση ουσιών και αντικοινωνική συμπεριφορά), στηριζόμενοι σε προηγούμενες μελέτες σχετικά με την απώλεια θέσεων εργασίας και την ανεπαρκή απασχόληση. Τα αποτελέσματα έδειξαν μία μέτρια αλλά σημαντική επίπτωση της απώλειας θέσεων εργασίας με μεμονωμένα συμπτώματα κατάθλιψης. Για την αυτοκτονία και την αντικοινωνική συμπεριφορά οι μελέτες δείχνουν μία μέτρια θετική συσχέτιση με την οικονομική συρρίκνωση. Ωστόσο κάποιες έρευνες σχετικά με την κατάχρηση ουσιών δείχνουν ότι η απώλεια θέσεων εργασίας αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο της βαριάς κατανάλωσης αλκοόλ.

Οι Graaf et al 2002, σε μελέτη τους στην Ολλανδία εξέτασαν τους παράγοντες κινδύνου για την 12μηνη επικράτηση των διαταραχών διάθεσης, άγχους και διαταραχών από χρήση ουσιών σε ένα δείγμα 7.076 ατόμων ηλικίας 18-64 ετών. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το 39,5% των συμμετεχόντων εμφάνισε διαταραχή διάθεσης, το 59,3% διαταραχή άγχους και το 75,4% διαταραχή από χρήση ουσιών. Η διαταραχή διάθεσης και άγχους σχετίστηκε με το γυναικείο φύλο, τη νεότερη ηλικία, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο και την ανεργία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1 Η κοινωνική πλευρά της ανεργίας

Σύμφωνα με μετρήσεις του Διεθνούς Γραφείου Εργασίας (Δ.Γ.Ε.) το 2009 ο αριθμός των ανέργων έφτασε τα 212 εκατομμύρια καταγράφοντας αύξηση 34 εκατομμύρια σε σχέση με το 2007. Κατά το 2010 υπολογίζεται σε παγκόσμιο επίπεδο ότι ο αριθμός των ανέργων από τα επίπεδα του 6,6% του 2009 θα φθάσει στα επίπεδα του 8,9%, γεγονός το οποίο υποδηλώνει ότι το πρόβλημα βρίσκεται σε πλήρη ανάπτυξη.

Επίσης, από έρευνες και συνεχείς ειδήσεις των αμερικάνικων εφημερίδων διαπιστώνεται συσχέτιση της αύξησης των δολοφονιών και της οικονομίας. Βέβαια, αν και δεν συνδέονται όλοι οι φόννοι με τα οικονομικά προβλήματα, εν τούτοις, έστω και εν μέρει, πολλοί φόννοι οφείλονται στην οργή που προκαλεί η ύφεση. Εκατομμύρια άνθρωποι χάνουν τις δουλειές τους, τις προοπτικές τους, τα σπίτια τους, ακόμη και τους γάμους τους. Ο συνδυασμός της απόγνωσης και της απελπισίας συμβάλλει στην αύξηση των φόννων και γενικά της εγκληματικότητας.

Στην Ιρλανδία τυπώθηκαν πάνω από 100.000 ενημερωτικά φυλλάδια για την ψυχική υγεία σε μια προσπάθεια να αποτραπούν οι αυτοκτονίες ανθρώπων που έμειναν άνεργοι ή αντιμετωπίζουν σοβαρά οικονομικά προβλήματα εξαιτίας της οικονομικής κρίσης. Η Εθνική Υπηρεσία για την Πρόληψη των Αυτοκτονιών ανακοίνωσε ότι η ανεργία αύξησε κατά 70% τον κίνδυνο αυτοκτονιών ακόμη και σε ανθρώπους που δεν έχουν ιστορικό ψυχικής νόσου. Το 2008, 9.218 άνθρωποι μεταφέρθηκαν στα νοσοκομεία επειδή επιχείρησαν να κάνουν κακό στον εαυτό τους. Μάλιστα, ο αριθμός των ανθρώπων που έβλαψαν τον εαυτό τους αυξήθηκε το 2008 συγκριτικά με το 2007. Για τους νεαρούς Ιρλανδούς, η αυτοκτονία είναι η βασική αιτία θανάτου. Επίσης, παρατηρήθηκε αύξηση στη ζήτηση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων.

Στη Γαλλία καταγράφηκαν ακραίες εργατικές συμπεριφορές στους εργασιακούς χώρους εξαιτίας της δεινής θέσης στην οποία έχουν περιέλθει οι εργάτες αρκετών επιχειρήσεων από κατάληψη των εγκαταστάσεων τους μέχρι την κράτηση υπό μορφή ομηρείας των διευθυντικών στελεχών ή και την απειλή της ανατίναξης των επιχειρήσεων. Αίσθηση προκαλεί το γεγονός ότι αυτή η μορφή αντίδρασης αποδοκιμάστηκε μόνο από το 34% της κοινής γνώμης, ενώ το 50% δικαιολόγησε το εγχείρημα αρνούμενο να το καταδικάσει.

Η μελέτη του Yale, το 2006 κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η απόλυση διπλασιάζει τον κίνδυνο καρδιακών και εγκεφαλικών επεισοδίων στους γηραιότερους εργαζόμενους. Άλλη μελέτη του 2009 του Πανεπιστημίου της Νέας Υόρκης διαπίστωσε ότι ένα άτομο που χάνει τη δουλειά του έχει 83% περισσότερες πιθανότητες να αποκτήσει πρόβλημα υγείας που

σχετίζεται με άγχος, διαβήτη, αρθρίτιδα, ψυχιατρικά προβλήματα. Αλλά η πιο σκοτεινή πλευρά των απολύσεων είναι το ότι επηρεάζει το προσδόκιμο όριο ζωής. Επιστήμονες που μελέτησαν αρχεία θανάτων των εργαζομένων στην Πενσιλβάνια, κατά την ύφεση της δεκαετίας του 1980, είδαν ότι ο αριθμός θανάτων των ανδρών μεγαλύτερης ηλικίας εκτοξεύτηκε κατά 50% έως και 100% τον πρώτο χρόνο μετά την απώλεια της θέσης τους, ανάλογα με την ηλικία του εργαζόμενου. Είκοσι χρόνια αργότερα, οι θάνατοι ήταν 10 με 15% υψηλότεροι. Αυτό σημαίνει ότι ένας εργάτης που χάνει τη δουλειά του στα 40 του χρόνια μειώνει το προσδόκιμο ζωής του κατά ένα με ενάμιση χρόνο.

Σύμφωνα με έκθεση του ΟΟΣΑ το 2009 καταγράφηκε έξαρση του φαινομένου του αλκοολισμού, του άγχους και της ανασφάλειας σε όλη την Ευρώπη εξαιτίας της οικονομικής κρίσης.

Μελέτη του βρετανικού Κέντρου Ερευνών για το Λιανεμπόριο σχετικά με τις κλοπές στα καταστήματα λιανικής πώλησης έδειξε αύξηση 5,9% το 2009 των απωλειών που καταγράφησαν από κλοπές παγκοσμίως εξαιτίας της ύφεσης. Τα μεγαλύτερα ποσοστά κλοπών εμφανίζονται στη Βόρειο Αμερική (8,1%), στη Μέση Ανατολή και στην Αφρική (7,5%), ενώ στην Ευρώπη η αύξηση των κλοπών ήταν μικρότερη (4,7%).

Όσον αφορά την Ελλάδα, σε έρευνα του Οικονομικού Πανεπιστημίου Αθήνας το άγχος που προκαλεί η αβεβαιότητα της οικονομικής κατάστασης έχει σοβαρές επιδράσεις στην υγεία και στις διαπροσωπικές σχέσεις. Συγκεκριμένα, το 29,8% των Ελλήνων απάντησε ότι το απασχολεί πολύ η κρίση, το 37,2% αρκετά και το 17,4% μέτρια. Περισσότερο φαίνεται να ανησυχούν οι απόφοιτοι δημοτικού (70,2%) που έχουν πιο επισφαλείς θέσεις εργασίας, αλλά και οι απόφοιτοι ανώτατης εκπαίδευσης (70,7%), καθώς και το 71% εκείνων που βιώνουν μια δύσκολη οικονομική κατάσταση. Σχεδόν ένας στους δύο ερωτηθέντες (49,4%) θεωρεί ότι η εργασία, η ανασφάλεια και ο φόβος αποτελούν παράγοντα άγχους. Η άσχημη οικονομική κατάσταση και η υποχώρηση του βιοτικού επιπέδου αποτελεί σημαντική αιτία πρόκλησης άγχους, αφού το 56,7% απαντά θετικά. Επιπροσθέτως, το 65,4% των ανέργων θεωρεί την άσχημη οικονομική κατάσταση ως σημαντικό παράγοντα άγχους, άποψη με την οποία συμφωνεί το 63,7% των εργαζομένων. Όσον αφορά τις συνέπειες του άγχους, το 38% των ερωτηθέντων απαντά ότι επηρεάζει αρνητικά την υγεία, το 28% τη συναισθηματική κατάσταση, το 14,3% την εργασιακή απόδοση και το 11,8% εκτιμά ότι πλήττει τις φιλικές και επαγγελματικές σχέσεις. Την ίδια στιγμή, το άγχος, σπρώχνει τους Έλληνες προς την κατανάλωση τσιγάρου και αλκοόλ. Κατά τη διάρκεια μιας ιδιαίτερα αγχωτικής ημέρας το 22,3% καπνίζει πολύ περισσότερο από το κανονικό, ενώ το 32% κάπως περισσότερο. Η κατανάλωση τσιγάρων είναι αυξημένη στις ηλικίες κάτω των 30 ετών (58% καπνίζουν πολύ

ή κάπως περισσότερο), σε όσους έχουν χαμηλά εισοδήματα, ενώ μεταξύ των ανέργων αυξάνεται στο 75%. Σε ότι αφορά την κατανάλωση αλκοόλ, φαίνεται ότι έχει μεγαλύτερη επιρροή στους νέους μέχρι 29 ετών (20%), σε όσους έχουν ανώτερη μόρφωση (23%) και στους επιχειρηματίες (26%). Αυτές οι κατηγορίες έχουν συνδέσει την αντιμετώπιση του άγχους με περισσότερη κατανάλωση αλκοόλ.

Όμως, σε μείζον κοινωνικό φαινόμενο αναδεικνύεται η τάση για αυτοκτονία που παρουσιάζουν οι άνεργοι. Σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποίησε η Εταιρεία Περιφερειακής Ανάπτυξης και Ψυχικής Υγείας σε δείγμα 900 ατόμων άνω των 18 ετών στη Χαλκίδα, στην Ερέτρια, την Αμάυνθο, τη Λάμψακο, την Αρτάκη και τα Ψαχνά, περιοχές οι οποίες έχουν πληγεί από την αποβιομηχάνιση, παρατηρήθηκε κλονισμός στην ψυχική υγεία και είναι έντονη ανάγκη για ψυχιατρική υποστήριξη του πληθυσμού. Από την έρευνα βρέθηκε ότι το 1/3 των ανέργων πάσχει από κατάθλιψη και ένας στους πέντε εκδηλώνει αυτοκτονικό ρίσκο. Υψηλά ποσοστά κατάθλιψης βρέθηκαν σε γυναίκες, ηλικιωμένους (άνω των 75 ετών), άνεργους (26%), καθώς επίσης σε εργάτες διαζευγμένους και χήρους. Το αυτοκτονικό ρίσκο βρέθηκε σε ποσοστό 7%, ενώ στους άνεργους το ποσοστό αυτό άγγιξε το 20%. Το ποσοστό των αγχωδών διαταραχών είναι μεγαλύτερο σε νέους 18-39 ετών, υπαλλήλους, άνεργους, φοιτητές και νοικοκυρές. Επίσης, αύξηση έως και 20% των αυτοκτονιών, λόγω των συνεπειών της οικονομικής κρίσης (χρέη και ανεργία) καταγράφεται πλέον και στη χώρα μας. Μάλιστα, έχουμε περισσότερες από τρεις αυτοκτονίες την εβδομάδα που οφείλονται σε οικονομικούς λόγους, εκ των οποίων, πάρα πολλές από αυτές είναι στη Βόρειο Ελλάδα, στην Πελοπόννησο και στην Κρήτη.

Από τα προαναφερθέντα μπορούμε να διαπιστώσουμε ότι οι συμπεριφορές των ανέργων και οι αντιδράσεις τους είναι πολυποικίλες και γι' αυτό μπορεί να μας φαίνονται ακατανόητες.

Οι άνεργοι έχουν συγκεκριμένα συναισθήματα. Συνήθως διακατέχονται από το αίσθημα της ανασφάλειας, εφόσον διατηρούνται σε μια κατάσταση «μη συνεχούς εργασίας». Μόνο που αυτό το ασυνεχές στην εργασία, αλλά συνεχές στην ανεργία βιώνεται ως δυσβάστακτο κενό. Ταυτόχρονα, μπαίνει μπροστά μια διαδικασία ενοχοποίησης των ανέργων, με αποτέλεσμα ο άνεργος να θεωρεί ότι «για την ανεργία του ευθύνεται ο ίδιος». Αυτή η ενοχική διαδικασία λειτουργεί υπονομευτικά για τη διεκδίκηση των βασικών εργατικών τους δικαιωμάτων, στερώντας τους τις βασικές προϋποθέσεις συλλογικής οργάνωσης. Έτσι, μετά από ένα μεγάλο διάστημα ανεργίας, οι αντιδράσεις των ανέργων είναι η απογοήτευση, το αίσθημα ήττας και η αποστράτευση από συλλογικές προσπάθειες. Όμως, αυτήν την ήττα ο άνεργος τη βιώνει ως προσωπική αποτυχία με συνέπειες την εξατομίκευση, την απαξίωση και την αίσθηση μοναξιάς.

Κατά συνέπεια αν κάποιος μένει άνεργος για μεγάλο χρονικό διάστημα χάνει την αίσθηση ότι ανήκει σε μια κοινωνική ομάδα (π.χ. εργατική τάξη), καθώς επίσης και τη συνείδηση της αλληλεγγύης και αναζητά πιο εύκολα τις ατομικές λύσεις (π.χ. κάποιο «μέσον» για να βρει εργασία). Ταυτόχρονα, επειδή το κράτος απομακρύνεται από την πρακτική της κοινωνικής αλληλεγγύης και προστασίας, εναποθέτει τη διαχείριση της επιβίωσης σε άλλα Δίκτυα όπως της οικογενειακής βοήθειας, της βοήθειας μεταξύ συγγενών, φίλων και γειτόνων, της συγκατοίκησης, της αυτοκαταναλωτικής λειτουργίας (π.χ. η καλλιέργεια του κήπου) ή της αυστηρά προγραμματισμένης κατανάλωσης του ρεύματος, της αγοράς φθηνών προϊόντων, καθώς επίσης τον περιορισμό της χρήσης του αυτοκινήτου, του τηλεφώνου και της εξόδου για ψυχαγωγικές δραστηριότητες (Κατσορίδας και συν 2002).

2.2. Η ψυχοκοινωνική προσέγγιση της ανεργίας

Οι πρώτες μελέτες για τις ψυχολογικές και κοινωνικές συνέπειες της ανεργίας πραγματοποιήθηκαν τη δεκαετία του 1930, την περίοδο της μεγάλης οικονομικής κρίσης του 1929. Η Jahoda M. το 1932 έγραψε μια μελέτη μαζί με τους Lazarsfeld un Zeisel, Marienthal με τίτλο: Η κοινωνιογραφία μιας άνεργης κοινότητας. Ήταν η πρώτη έρευνα πάνω στις ψυχολογικές συνέπειες της ανεργίας, οι οποίες είναι ψυχοφθόρες και καταστροφικές. Αναδείχθηκε τότε, για πρώτη φορά η συνέπεια της οικονομικής αποστέρησης πάνω στον ψυχισμό του ανθρώπου και η συγγραφέας συμπέρανε ότι στις σύγχρονες βιομηχανικές κοινωνίες η εργασία διασφαλίζει σημαντικά κοινωνικά οφέλη, συμπεριλαμβανομένων της προσωπικής αξίας (αυτοεκτίμηση), της σύνδεσης με ευρύτερους κοινωνικούς σκοπούς και στόχους, καθώς επίσης της δομής και οργάνωσης του χρόνου (ημέρες-εβδομάδες-μήνες-χρόνια).

Η έρευνα αυτή της Jahoda M. εστίασε την προσοχή της σε ένα εργοστάσιο της κοινότητας Marienthal στην Αυστρία, όπου όλοι οι εργαζόμενοι έμειναν άνεργοι όταν το εργοστάσιο έκλεισε. Οι ερευνητές ανακάλυψαν ότι το κλείσιμο του εργοστασίου αρχικά παρήγαγε συναισθήματα απόγνωσης και απελπισίας στους ανθρώπους και με την πάροδο του χρόνου οι περισσότεροι διαμόρφωσαν μια στάση παραίτησης (μοιρολατρία και ηττοπάθεια). Επιπλέον ανέφεραν ότι όσο χειροτερεύουν οι οικονομικές συνθήκες τόσο οδηγούν τους ανθρώπους σε κίνδυνο διολίσθησης, στην απόγνωση και στην κατάθλιψη. Επίσης, επεσήμαναν ότι τόσο ο χρόνος, κοινά μοιραζόμενος, όσο και οι επαφές μεταξύ των ανθρώπων σταδιακά μειώνονται κατά τη διάρκεια της ανεργίας.

Το 1938, μια έρευνα των Lazarsfeld και Eisenberg κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η ανεργία τείνει να κάνει τους ανθρώπους πιο ασταθείς συναισθηματικά και ότι εκείνοι που είναι

οικονομικά ανασφαλείς, εργαζόμενοι ή άνεργοι έχουν μειωμένο ηθικό, δηλαδή χαμηλή εκτίμηση της προσωπικής τους αξίας.

Το 1958, η Jahoda M. ανέπτυξε τη θεωρία της Ιδανικής Ψυχικής Υγείας, αναγνωρίζοντας πέντε βασικές κατηγορίες, οι οποίες, όπως η ίδια ανέφερε, είναι ζωτικές για το συναίσθημα της ευεξίας :

- Η Δομή και οργάνωση του χρόνου
- Η κοινωνική επαφή
- Ο σκοπός και η συλλογική προσπάθεια
- Η κοινωνική ταυτότητα (ή το κύρος)
- Η καθημερινή δραστηριότητα.

Η Jahoda ισχυριζόταν ότι ο άνεργος αποστερείται και των πέντε αυτών κατηγοριών και το γεγονός αυτό έχει ως συνέπεια τη χειροτέρευση της ψυχικής του υγείας και ευεξίας. Η ίδια συγγραφέας διαμόρφωσε έναν κατάλογο από χαρακτηριστικά που είναι παρόντα στην πλειονότητα των υγιών και φυσιολογικών ανθρώπων:

- Η αξιόπιστη και επαρκής αντίληψη (η οποία στον άνεργο είναι σε πτώση)
- Η ρεαλιστική αποδοχή και αυτοεκτίμηση (η οποία στον άνεργο διαστρεβλώνεται)
- Ο σκόπιμος έλεγχος της συμπεριφοράς (σε αντίθεση με την αύξηση παρορμητικότητας στον άνεργο)
- Η αληθινή αντίληψη του κόσμου (στρεβλή αντιληπτικότητα στον άνεργο)
- Η διατήρηση και η ανάπτυξη των σχέσεων και των συγκινήσεων (αντίθετα, διάλυση των σχέσεων και έλλειμμα συγκινήσεων και συναισθημάτων στον άνεργο)
- Ο αυτοκαθορισμός (δηλαδή, η αίσθηση προσωπικού προσανατολισμού) και η δημιουργικότητα (ανομοιογένεια και αλλοτρίωση στον άνεργο).

Η Καναδέζικη Ένωση Ψυχικής Υγείας αναφέρει σε άρθρο της για την αντιμετώπιση της ανεργίας τα εξής: «Όταν χάσεις την εργασία σου δεν χάνεις μόνο τη συχνή πηγή εσόδων σου, αλλά επίσης και τις προσωπικές σου επαφές και σχέσεις στην εργασία, τις καθημερινές σου δομές χρόνου και ρουτίνας, καθώς και μια σημαντική αίσθηση σκοπού-του-εαυτού. Συνεπώς η ανεργία αποτελεί ένα σοκ προς ολόκληρο το σύστημα-του-εαυτού σου [η ταυτότητά σου, το ποιος είσαι, που πάς και γιατί]. Μπορείς να βιώσεις κάποια από τα ίδια συναισθήματα, πόνος, οδύνες και άγχη που βιώνει κάποιος που έχει σοβαρά πληγωθεί ή κάποιος που έχει περάσει από ένα διαζύγιο ή περνά μια φάση μελαγχολίας και θλίψης για την απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου. Μπορείς να περάσεις από αυτά τα στάδια της θλίψης».

Κατά συνέπεια, η εμπειρία της ανεργίας αποτελεί μια οδυνηρή και ψυχοφθόρα διεργασία για τον άνεργο. Μάλιστα, το πιο σημαντικό απ' όλα είναι η υπονόμηση της ταυτότητας και της έννοιας της απώλειας του εαυτού, γεγονός που συνοδεύεται από μια αυξανόμενη στάση ψυχολογικής εξάρτησης από τους άλλους.

Μια από τις πιο συστηματικές προσπάθειες για να εξεταστούν τα αποτελέσματα και οι επιδράσεις της ανεργίας πάνω στην ψυχολογική ευεξία των εργαζομένων έγινε από τον Warr P. στη Μονάδα Κοινωνικής και Εφαρμοσμένης Ψυχολογίας στο Sheffield. Ο Warr υποστήριξε ότι ο άνεργος υποφέρει σε σύγκριση με τον εργαζόμενο σε ένα μεγάλο εύρος διαστάσεων:

- Λιγότερη δυνατότητα για έλεγχο των συνθηκών
- Λιγότερη δυνατότητα για χρήση και αξιοποίηση των δεξιοτήτων
- Λιγότερη δυνατότητα για προσανατολισμένη, σε σκοπό και στόχο, συμπεριφορά
- Λιγότερη ποικιλία στη ζωή
- Λιγότερη βεβαιότητα για το μέλλον
- Λιγότερο επαρκές και διαθέσιμο εισόδημα
- Λιγότερη φυσική ασφάλεια μέσω του χασίματος των ανέσεων και των υλικών αγαθών στο σπίτι
- Λιγότερη δυνατότητα για διαπροσωπική επαφή
- Λιγότερη κοινωνική εκτίμηση και χαμηλότερη κοινωνική ισχύ και κύρος (πτώση αυτοεκτίμησης).

Η έρευνα στο Sheffield υποστήριξε την άποψη ότι ο άνεργος πονά και υποφέρει από αποπροσανατολισμό στην ψυχολογική υγεία και ευεξία και ότι η εμπειρία αυτή υπονομεύει την αυτοεκτίμηση και την αυτοπεποίθηση των ανθρώπων, ενώ αυξάνει τη στεναχώρια, την αγωνία και την κατάθλιψη.

Η γνώση ότι μακρές περιόδους ανεργίας συνοδεύονται και από σημαντική μείωση των άμεσων εισοδημάτων με επίπτωση στον ίδιο τον άνεργο, μας οδηγεί στη σχέση της ανεργίας με την κοινωνική παθολογία.

Από τα προαναφερθέντα είναι φανερό ότι υπάρχει άμεση σύνδεση μεταξύ υγείας και ανεργίας.

Μια έρευνα του Αμερικανού στατιστολόγου Brenner H. σε θέματα υγείας υποστήριξε ότι υπάρχει άμεση συσχέτιση μεταξύ οικονομικής άνθησης ή οικονομικής κρίσης και στέρξης με μειώσεις ή αυξήσεις στο επίπεδο της γενικής θνησιμότητας του πληθυσμού σε περιπτώσεις καρδιακών παθήσεων, αλκοολισμού, ναρκωτικών, εγκλημάτων, αυτοκτονιών, καθώς και εισόδου σε ψυχιατρικά ιδρύματα. Η έρευνα του Brenner δείχνει τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης μέσω της ανεργίας στην ψυχική υγεία του ανθρώπου και της οικογένειάς του. Η ανεργία λοιπόν, σχετίζεται με την ψυχική και κοινωνική δυσλειτουργικότητα και είναι γνωστό ότι η αύξηση της ανεργίας κατά μία ποσοστιαία μονάδα δημιουργεί κατάσταση έντασης, επιθετικότητας ή ματαίωσης και ασθενειών που επηρεάζουν την κοινωνία για πολλά χρόνια. Έτσι, η αύξηση της ανεργίας σε μια δεδομένη περίοδο έχει πολλαπλασιαστική επίδραση, η οποία ξεπερνά κατά πολύ το αρχικό μέγεθος της αύξησής της. Ο Brenner είχε υπολογίσει ότι η αύξηση της ανεργίας κατά 1% θα έδινε τα επόμενα πέντε χρόνια τα εξής αποτελέσματα:

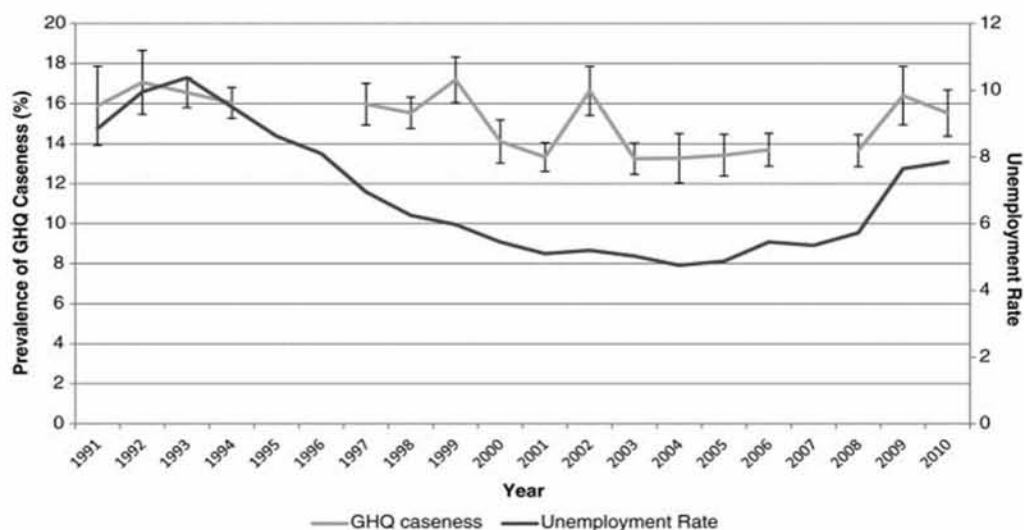
- Αυτοκτονίες: 4,1%
- Επισκέψεις σε ψυχιατρικές κλινικές: 3,3%
- Βίαιες ενέργειες: 4% (δολοφονίες, εγκλήματα)
- Θνητότητα από αλκοόλ: 1,9%
- Γενικός δείκτης θνητότητας: 1,9%
- Καταθλιπτικές καταστάσεις: 67%
- Αλκοολισμός: 47%

Στις ΗΠΑ έχει υπολογιστεί ότι η αύξηση κατά 1% της ανεργίας θα προκαλέσει σε διάστημα έξι ετών 37.000 περισσότερους θανάτους. Συγκεκριμένα, από καρδιαγγειακά νοσήματα θα πεθάνουν 22.000 άνεργοι, από αυτοκτονίες 900, από ανθρωποκτονίες 650, από κίρρωση του ήπατος 500, ενώ στο ίδιο διάστημα θα παρατηρηθούν 4.200 ψυχιατρικοί εγκλεισμοί και 3.300 επιπλέον φυλακίσεις.

Ας σημειωθεί, επίσης, ότι οι ταραχές του 1992 στο Λος Άντζελες των ΗΠΑ, στη διάρκεια των οποίων ξέσπασαν κοινωνικές μάχες μεταξύ φυλετικών ομάδων και λεηλατήθηκε το 96% των καταστημάτων στις συνοικίες που κατοικούσαν πολιτιστικές μειονότητες (Κορεάτες, Λατίνοι, Αφροαμερικανοί), έγιναν μετά δύο χρόνια οικονομικής ύφεσης και στασιμότητας και εφόσον η ανεργία είχε τριπλασιαστεί στις γειτονιές των μεταναστών, επειδή τα εργοστάσια, για λόγους οικονομικού κέρδους μεταφέρθηκαν στο Μεξικό. Το Λος Άντζελες έχασε 100.000 θέσεις εργασίας σε τρία χρόνια, οι άστεγοι πολλαπλασιάστηκαν και πάνω από τις μισές οικογένειες των Λατίνων ζούσαν κάτω από το μέσο όρο της φτώχειας (Κατσορίδας Δ. και συν 2002).

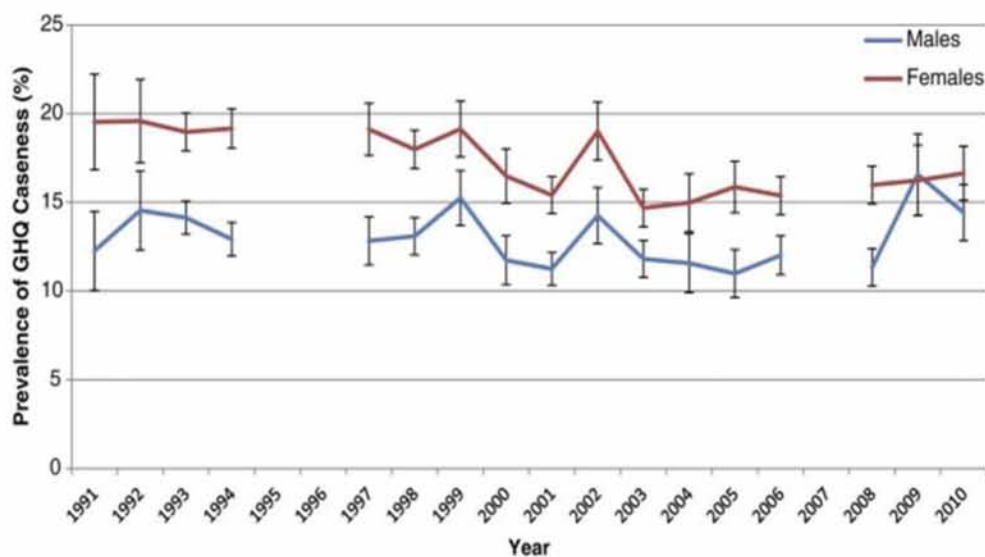
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.1. Η επικράτηση των ψυχικών διαταραχών



Σχήμα 2. Η επικράτηση της κακής ψυχικής υγείας σε σχέση με το ποσοστό της ανεργίας την περίοδο 1991-2010 στην Αγγλία.

(Ανατύπωση από: BMJ open 2012 :2(5):e 001790 έρευνα των Katikireddi et al 2012 στην Αγγλία)



Σχήμα 3. Η επικράτηση της κακής ψυχικής υγείας σε σχέση με το φύλο στην Αγγλία την περίοδο 1991-2010.

(Ανατύπωση από: BMJ open 2012 :2(5):e 001790 έρευνα των Katikireddi et al 2012 στην Αγγλία)

Οι Katikireddi et al 2012, σε μελέτη τους στην Αγγλία την περίοδο 1991-2010 αξιολόγησαν την ψυχική υγεία του πληθυσμού πριν και μετά την ύφεση του 2008 σε ένα δείγμα 106.985 ατόμων ηλικίας 25-64 ετών. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η επικράτηση της κακής ψυχικής υγείας αυξήθηκε από 13,7% το 2008 σε 16,4% το 2009 και στο 15,5% το 2010. Οι γυναίκες είχαν μεγαλύτερη επικράτηση από το 1991 μέχρι την παρούσα ύφεση. Ωστόσο οι άνδρες σε σύγκριση με το 2008 παρουσίασαν αύξηση της κακής ψυχικής τους υγείας κατά 5,1% το 2009 και 3% το 2010. Αύξηση από 11,3% το 2008 σε 16,8% το 2009 σε σύγκριση με τις γυναίκες που παρουσίασαν αύξηση από 16,0% σε 16,2% την ίδια περίοδο.

Οι Guilherme et al 2010, σε μελέτη του ΠΟΥ την περίοδο 2001-2007 αξιολόγησαν την αυτοκτονική συμπεριφορά σε σχέση με τους παράγοντες κινδύνου σε πολλούς τομείς όπως τα κοινωνικο-δημογραφικά στοιχεία, τη μητρική ψυχοπαθολογία και τις αντιξοότητες της παιδικής ηλικίας σε 108.705 ενήλικες από 21 χώρες. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η επικράτηση σε 12 μήνες του αυτοκτονικού ιδεασμού, τα σχέδια και οι προσπάθειες ήταν 2,0%, 0,6%, και 0,3% αντίστοιχα για τις ανεπτυγμένες χώρες και 2,1%, 0,7% και 0,4% για τις αναπτυσσόμενες χώρες. Οι παράγοντες κινδύνου για την αυτοκτονική συμπεριφορά τόσο στις αναπτυγμένες όσο και στις αναπτυσσόμενες χώρες ήταν το γυναικείο φύλο, η νεότερη ηλικία, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, η ανεργία, η άγαμη κατάσταση, η μητρική ψυχοπαθολογία και οι αντιξοότητες της παιδικής ηλικίας.

Οι Mathers et al 2000, σε μελέτη τους στην Αυστραλία προσδιόρισαν τις ασθένειες που επιβαρύνουν την υγεία του πληθυσμού. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η κατάθλιψη είναι η κορυφαία αιτία μη θανατηφόρου νόσου, προκαλώντας το 8% των συνολικών ετών που χάθηκαν λόγω ανικανότητας το 1996 και ήταν η τέταρτη κύρια αιτία επιβάρυνσης της νόσου που αντιστοιχεί στο 3,7% της συνολικής επιβάρυνσης. Οι ψυχικές διαταραχές ευθύνονταν συνολικά για το 30% των μη θανατηφόρων ασθενειών.

Οι Roberts et al 1998, στη μελέτη τους προσδιόρισαν τον επιπολασμό των ψυχικών διαταραχών επανεξετάζοντας 52 μελέτες των τελευταίων τεσσάρων δεκαετιών που είχαν πραγματοποιηθεί σε περισσότερες από 20 χώρες, οι πιο πολλές στο Ηνωμένο Βασίλειο και τις Ηνωμένες Πολιτείες. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η επικράτηση της ψυχοπαθολογίας κυμαινόταν από 1% έως 51%. Για τα παιδιά προσχολικής ηλικίας η επικράτηση ήταν 8% , για τα παιδιά προεφηβικής ηλικίας 12%, για τους εφήβους 15% και για τις ευρύτερες ηλικίες 18%.

Δεδομένα από το επίσημο μητρώο της Νορβηγίας το οποίο αξιολόγησε την αναπηρία σε 77.067 άτομα την περίοδο 2001-2003 έδειξαν ότι οι διαταραχές του μυοσκελετικού

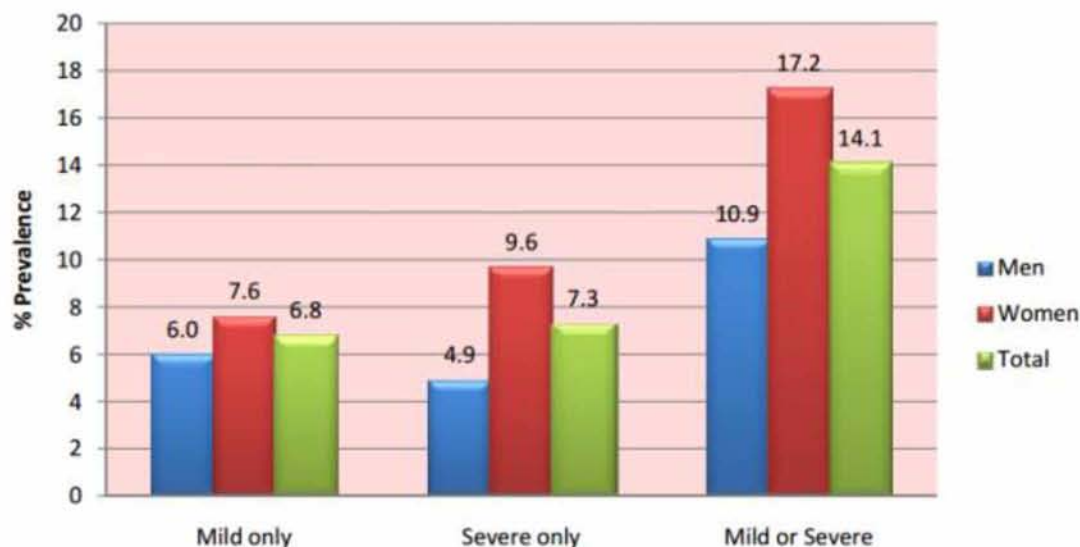
συστήματος ήταν η πιο συχνή αιτία επιδόματος αναπηρίας σε ποσοστό 36,3% και σε δεύτερη θέση οι ψυχικές διαταραχές με ποσοστό 24%. Ωστόσο οι ψυχικές διαταραχές ήταν υπεύθυνες για περισσότερα χαμένα εργάσιμα χρόνια σε ποσοστό 33,8% σε σύγκριση με τις μυοσκελετικές παθήσεις σε ποσοστό 29,4%. Τα άτομα στα οποία χορηγούνταν επίδομα αναπηρίας για ψυχική διαταραχή ήταν 8,9 χρόνια νεότεροι (46,1 χρόνων) από ότι τα άτομα στα οποία χορηγούνταν επίδομα για μυοσκελετικές διαταραχές (55 χρόνων) και 6,9 χρόνια νεότεροι από τα άτομα στα οποία χορηγούνταν επίδομα για οποιαδήποτε άλλη σωματική διαταραχή (53 χρόνων). Το άγχος και η κατάθλιψη ήταν η μεγαλύτερη συμβολή για τα χαμένα χρόνια εργασίας στο πλαίσιο των ψυχικών διαταραχών (Knudsen et al 2010).

Οι Andrade et al 2002, στη μελέτη τους στο Σάο Πάολο της Βραζιλίας αξιολόγησαν τον επιπολασμό των ψυχικών διαταραχών σε 12 μήνες και 1 μήνα σε σχέση με τα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά σε ένα δείγμα 1.464 ατόμων ηλικίας 18 ετών και άνω, σχετικά με τις διαταραχές διάθεσης, διαταραχές άγχους, μη συναισθηματική ψύχωση, διαταραχές από χρήση ουσιών, μη διασχιστικές και σωματόμορφες διαταραχές και νοητική εξασθένιση. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι 45,9% του δείγματος είχαν τουλάχιστον μία διάγνωση στη ζωή τους πριν τη συνέντευξη. Οι πιο διαδεδομένες ψυχικές διαταραχές κατά τη διάρκεια της ζωής τους, σε 12 μήνες και 1 μήνα αντίστοιχα ήταν η εξάρτηση από τη νικοτίνη σε ποσοστό (25%, 11,4%, 9,3%), διαταραχές διάθεσης (18,5%, 7,6%, 5%), διαταραχές διάθεσης με καταθλιπτικά επεισόδια (16,8%, 7,1%, 4,5%), διαταραχές άγχους (12,5%, 7,7%, 6%), σωματόμορφες διαταραχές (6%, 4,2%, 3,2%) και η εξάρτηση από το αλκοόλ (5,5%, 4,5%, 4%). Διαφορές μεταξύ των δύο φύλων βρέθηκαν στη συνολική νοσηρότητα, ενώ με εξαίρεση τις διαταραχές χρήσης ουσιών οι γυναίκες είχαν μεγαλύτερο κίνδυνο για ψυχωσικές διαταραχές.

Οι Skaripnakis et al 2013, σε μελέτη τους που διεξήχθη στην Ελλάδα την περίοδο 2009-2010 αξιολόγησαν την επικράτηση των ψυχικών διαταραχών σε ένα δείγμα 4.894 ατόμων. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το 14% του πληθυσμού (11% άνδρες και 17% γυναίκες) βρέθηκε να έχουν σημαντική ψυχική νοσηρότητα. Ο επιπολασμός των τελευταίων 7 ημερών ήταν η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή σε ποσοστό 4,1%, η κατάθλιψη 2,90%, η διαταραχή πανικού 1,88%, η ψυχαναγκαστική διαταραχή 1,69%, οι φοβίες 2,79%, και το άγχος σε συνδυασμό με κατάθλιψη 2,67%. Η χρήση αλκοόλ αναφέρθηκε από το 39,6% του πληθυσμού, το κάπνισμα από το 39,6% ενώ η χρήση κάνναβης από το 2,06%. Η ψυχιατρική νοσηρότητα σχετίστηκε θετικά με το γυναικείο φύλο, τους διαζευγμένους ή χήρους, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο και την ανεργία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4.1. Οι συνέπειες της ανεργίας στην ψυχική υγεία των Ελλήνων



**Σχήμα 4. Τα ποσοστά ψυχοπαθολογίας στην Ελλάδα το 2013
(Ανατύπωση από : psychologein.dagorastos.net 9 Ιουνίου 2013)**

Η Ελλάδα είναι η χώρα με:

- 600.000, αδήλωτους-ανασφάλιστους εργαζόμενους μισθωτούς.
- 300.000 ψευδο-αυτοαπασχολούμενους, οι οποίοι παρουσιάζονται ως «ελεύθεροι επαγγελματίες» ενώ παρέχουν εξαρτημένη εργασία.
- 200.000 εργαζόμενους με «μερική απασχόληση» ενώ παρέχουν εργασία πλήρους ωραρίου.
- 350.000 εργαζόμενους μόνιμα συμβασιούχους.

Σύμφωνα με στοιχεία του Σώματος Επιθεωρητών Εργασίας (ΣΕΠΕ), πάνω από ένας στους τέσσερις εργαζόμενους εργάζεται ανασφάλιστος στην Ελλάδα. Συγκεκριμένα, το ποσοστό του εργατικού δυναμικού που απασχολείται στην παραοικονομία είναι περίπου 26%, ενώ εκτιμάται ότι οι ανασφάλιστοι ανέρχονται στα 1.100.000 άτομα, με αποτέλεσμα η εισφοροδιαφυγή σε βάρος του ΙΚΑ να φτάνει τα 6 δισ. ευρώ ετησίως. Όσον αφορά τη «μαύρη εργασία», αυτή ανέρχεται στο 38% στον τομέα εστίασης, στο 50% στα καφέ-μπαρ, στο 50% στη νυχτερινή διασκέδαση, στο 30% στις ταχυμεταφορές, στο 60% στις διανομές κατ' οίκον, και στο 38% στις κατασκευές. Ενδιαφέρον, επίσης, παρουσιάζει το στοιχείο ότι η «μαύρη εργασία» στους Έλληνες μισθωτούς φθάνει, το 23% και στους μετανάστες, περίπου, στο 32%.

Όσον αφορά το ποσοστό της ανεργίας, σύμφωνα με την Έρευνα Εργατικού Δυναμικού, ανήλθε στο 12,1% το 2010 έναντι 9,1% το 2009. Το σύνολο των απασχολουμένων εκτιμάται σε 4.400.000 άτομα, ενώ οι άνεργοι ανέρχονται σε 605.200 άτομα. Αν λάβουμε υπόψη και τα στοιχεία του ΟΑΕΔ, στις καταστάσεις του οποίου είναι εγγεγραμμένοι περίπου 770.000 άνεργοι, διαπιστώνουμε ότι η ανεργία στην Ελλάδα τείνει να πάρει εκρηκτικές διαστάσεις (Κατσορίδας και συν 2002).

Η παγκόσμια οικονομική κρίση που πλήττει στις μέρες μας την Ελληνική κοινωνία αποτελεί παράγοντα πολλαπλών ανατροπών με συνέπειες τόσο σε επίπεδο συλλογικής λειτουργίας όσο και σε ατομικό επίπεδο. Οι περισσότερες έρευνες συμφωνούν ότι η απώλεια της εργασίας αυξάνει τον κίνδυνο ψυχικών διαταραχών και των σωματικών επιπτώσεων τους.

Τα στατιστικά στοιχεία δείχνουν ότι το 2011 το ποσοστό ανεργίας των γυναικών ήταν 16,1% ενώ των ανδρών 9,7%. Το υψηλότερο ποσοστό παρατηρείται στους νέους ηλικίας 15-29 ετών. Ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης το υψηλότερο ποσοστό ανεργίας παρατηρείται σε όσους δεν έχουν πάει καθόλου σχολείο ποσοστό 19,3%, στους ανώτερης τεχνολογικής εκπαίδευσης 15,1% και σε όσους έχουν ολοκληρώσει μερικές τάξεις του δημοτικού 12,4%. Το χαμηλότερο ποσοστό παρατηρείται σε όσους έχουν μεταπτυχιακό ή διδακτορικό 7,5% (Μπούρας και συν 2011).

Σύμφωνα με τη γραμμή βοήθειας οι ψυχολογικές επιπτώσεις της ανεργίας πλήττουν περισσότερο τους άνδρες παραγωγικής ηλικίας σε ποσοστό 65% οι οποίοι έχουν να αντιμετωπίσουν πολλαπλές υποχρεώσεις, αλλά και τα άτομα νεότερης ηλικίας (18-30 ετών) που βλέπουν με έντονο άγχος την έλλειψη επαγγελματικών προοπτικών και το εργασιακό μέλλον αβέβαιο.

Η μελέτη των Paul και Moser σχετικά με τις επιδράσεις της ανεργίας στην ψυχική υγεία έδειξε ότι ο μέσος όρος των ατόμων που είχαν ψυχολογικά προβλήματα ήταν υπερδιπλάσιος στους άνεργους 34% συγκριτικά με τα άτομα που εργάζονταν 16%. Στους άνδρες το άγχος, η κατάθλιψη, τα ψυχοσωματικά συμπτώματα, η αίσθηση ικανοποίησης από τη ζωή, το αίσθημα αυτοεκτίμησης, ο στιγματισμός και η ψυχολογική πίεση ήταν μεγαλύτερη από ότι στις γυναίκες ίσως λόγω των εναλλακτικών ρόλων που οι γυναίκες επιτελούν (ανατροφή παιδιών, νοικοκυριό) (Μπούρας και συν 2011).

Σε έρευνα που πραγματοποίησαν σε 26 χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης συμπεριλαμβανομένης και της Ελλάδας για το διάστημα 1970-2006 μελέτησαν τον τρόπο με τον οποίο οι οικονομικές μεταβολές μπορούν να επηρεάσουν τα ποσοστά της θνησιμότητας

τις τρεις τελευταίες δεκαετίες, καθώς και τον τρόπο που οι κυβερνήσεις θα μπορούσαν να περιορίσουν τις επιπτώσεις τους. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι για κάθε αύξηση της ανεργίας κατά 1% αντιστοιχεί αύξηση κατά 0,8% στις αυτοκτονίες και κατά 0,8% στις ανθρωποκτονίες στις ηλικίες κάτω των 65 ετών (Τοπικοποίηση 2012, ΟΕΒΕΝΗ 2014, Μπούρας και συν 2011). Όμως όταν ο δείκτης ανεργίας αυξάνεται πάνω από το 3% για μακρά περίοδο η επίπτωση της θνησιμότητας από αυτοκτονίες ανέρχεται στο 4% στις ίδιες ηλικίες (Κυριόπουλος 2012, Μπούρας και συν 2011).

Σύμφωνα με το ΚΕΘΕΑ στην Ελλάδα το 2008 είχαμε μία αυτοκτονία κάθε μέρα (κυρίως σε γυναίκες), ενώ το 2010 είχαμε δύο (κυρίως σε άνδρες), διπλασιασμός που οφείλεται στα αδιέξοδα που επιφέρει η οικονομική κρίση κυρίως σε άνδρες ηλικίας 35-50 ετών επιχειρηματίες ή μακροχρόνια άνεργους (ΕΛΕΥΘΕΡΟΤΥΠΙΑ 2011).

Η μακροχρόνια ανεργία μπορεί να διαβρώσει τις δεξιότητες του ατόμου. Αυτή η διάβρωση ή απαξίωση του ανθρώπινου δυναμικού αυξάνεται καθώς ο χρόνος περνά πράγμα που σημαίνει ότι οι δυνατότητες των μισθών τους μειώνονται. Όταν οι άνεργοι είναι έξω από την εργασία για μεγάλο χρονικό διάστημα οι πιθανότητες εύρεσης νέας εργασίας μειώνονται επειδή μειώνεται το κοινωνικό τους κεφάλαιο και το δίκτυο των επιχειρηματικών τους επαφών. Το κοινωνικό κεφάλαιο μπορεί να μειωθεί με μεγαλύτερης διάρκειας ανεργία επειδή ο κοινωνικός κύκλος ορίζεται σε επαφή με την εργασία και μπορεί να αλλοιωθεί επειδή παύει η επαφή με την εργασία είτε επειδή είναι εκτός εργασίας στιγματίζεται όλο και περισσότερο. Επιπλέον το άγχος του να είναι εκτός εργασίας μπορεί να επηρεάσει την σωματική και ψυχική του υγεία, την δυναμική της οικογένειας και την ευημερία των παιδιών του (Austin et al 2013).

Έρευνες των Αμερικανών ψυχολόγων δείχνουν υψηλή συσχέτιση μεταξύ ανεργίας και αυτοκτονίας. Οι άνδρες έχουν τριπλάσιες πιθανότητες να χρησιμοποιήσουν την αυτοκτονία ως μέσω διαφυγής από τα οικονομικά προβλήματα και την οικονομική απαξίωση. Αυτό έρχεται σε πλήρη συμφωνία με τα ευρήματα των Ελληνικών ερευνητικών μελετών, σύμφωνα με τα οποία ο άνδρας πλήττεται περισσότερο από την ανεργία εκδηλώνοντας περισσότερα ψυχολογικά προβλήματα ακριβώς επειδή η δομή της οικογένειας στην Ελλάδα εξακολουθεί να είναι πατριαρχική και ο άνδρας θεωρείται ακόμα και σήμερα «κουβαλητής» αυτός που ζει και συντηρεί την οικογένεια (Κουσιάδης 2008).

Σε περιπτώσεις ανέργων που χάνουν μία μακροχρόνια σταθερή εργασία το στρες που βιώνουν θεωρείται πως είναι μεγαλύτερο από το στρες που εκλύεται από το θάνατο ενός

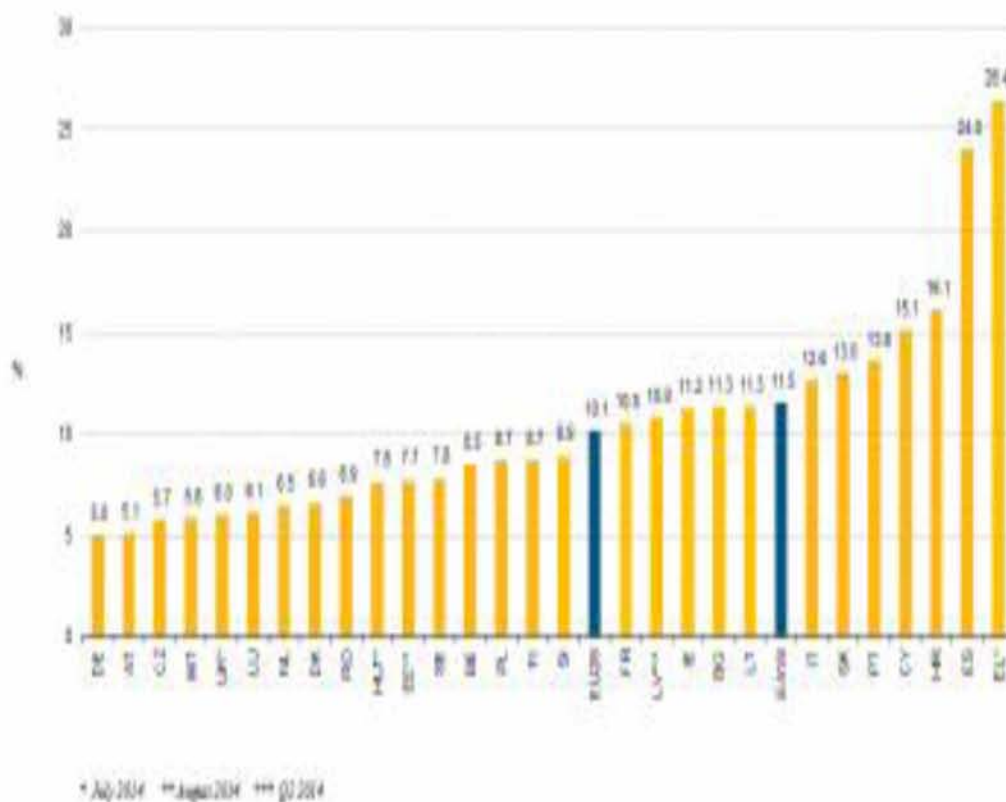
καλού φίλου ή από την ύπαρξη σοβαρής ασθένειας στην οικογένεια (ΕΛΕΥΘΕΡΟΤΥΠΙΑ 2011).

Τα ελληνικά δεδομένα δείχνουν ότι ένας στους δύο Έλληνες αισθάνεται μελαγχολικός ή πεσμένος σε καθημερινή βάση για δυο τουλάχιστον εβδομάδες, ενώ σκέψεις αυτοκτονίας περνούν από το μυαλό ενός στους πέντε από τους ανθρώπους που βρίσκονται σε υψηλή οικονομική δυσχέρεια. Πιο ανησυχητικά είναι τα αποτελέσματα σχετικά με τη διαταραχή του άγχους και της κατάθλιψης. Σύμφωνα με τη γραμμή βοήθειας για την αυτοκτονία το διάστημα από τον Ιανουάριο έως το Δεκέμβριο του 2010 το 40% ανέφερε ότι είχε στο παρελθόν παρακολουθηθεί από ειδικό ψυχικής υγείας και εμφάνιζε συγκεκριμένη διαταραχή. Από αυτούς το 67% έπασχε από συναισθηματική διαταραχή, συνήθως κατάθλιψη, το 22% από ψύχωση και το 6% από αγχώδη διαταραχή. Οι περισσότεροι καλούντες ήταν 40-49 ετών ποσοστό (26%) με δεύτερη σε συχνότητα κλήσεων την ηλικιακή ομάδα 30-39 ετών ποσοστό (19%). Όσον αφορά τις γεωγραφικές περιοχές από όπου πραγματοποιήθηκαν οι κλήσεις, η πλειοψηφία των κλήσεων προερχόταν από την Αττική (42%), δεύτερη σε συχνότητα κλήσεων ήταν η Κρήτη (17%) και Τρίτη η κεντρική Μακεδονία (8%) (Τοπικοποίηση 2012).

Έρευνα του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων που πραγματοποιήθηκε σε δείγμα 5000 ενήλικων ατόμων ηλικίας 18-70 μέσω συνέντευξης, εκ των οποίων το 60% ήταν εργαζόμενοι από τον Ιούλιο του 2009 έως τον Ιανουάριο του 2010 έδειξε δραματική αύξηση της συμπτωματολογίας σε άτομα με μικρότερο οικογενειακό εισόδημα ή σε άτομα που αντιμετώπιζαν σοβαρές οικονομικές δυσκολίες. Τα άτομα με σοβαρές οικονομικές δυσκολίες ήταν 3 φορές πιο πιθανόν να εμφανίσουν σοβαρή ψυχοπαθολογία σε σχέση με τα άτομα που δεν αντιμετώπιζαν οικονομικές δυσκολίες. Συγκεκριμένα τα άτομα χωρίς οικονομικά προβλήματα εμφάνισαν συχνότητα σοβαρής ψυχιατρικής συμπτωματολογίας σε ποσοστό 3% και κατάθλιψη σε ποσοστό 1%, ενώ τα ποσοστά στα άτομα με πολλές οικονομικές δυσκολίες ήταν 22% και 12% αντίστοιχα. Σχετικά με την απασχόληση οι άνεργοι είχαν διπλάσια πιθανότητα να εμφανίσουν ψυχοπαθολογία (Ευθυμίου και συν 2013). Σύμφωνα με την ίδια έρευνα η οποία επεκτάθηκε σε όλη την Ελλάδα εκτός της Κρήτης ένας στους έξι Έλληνες 18-70 ετών (1.200.000) άτομα παρουσιάζουν σημαντική ψυχοπαθολογία και ένας στους δώδεκα σοβαρή ψυχοπαθολογία (600.000) άτομα. Τα ψυχιατρικά συμπτώματα που παρουσιάζονται στο γενικό πληθυσμό είναι κόπωση 28,7% στις γυναίκες και 19,6% στους άνδρες και γενικευμένο άγχος 21,4% στις γυναίκες και 16% στους άνδρες. Η παρουσία κατάθλιψης στο δείγμα κυμάνθηκε στο 3% για όλους τους συμμετέχοντες (3,9% για τις γυναίκες και 2,2% για τους άνδρες), ενώ η διαταραχή γενικευμένου άγχους αφορούσε το 4,2% του δείγματος (6% για τις γυναίκες και 2,5% για τους άνδρες). Η ευερεθιστότητα ήταν 19,8% στις γυναίκες και 19,1% στους άνδρες (Θέματα Εκπαίδευσης και Ψυχολογίας 2011).

Οι Γιώτακος και συν 2011, στη μελέτη τους διερεύνησαν τη συσχέτιση δύο ισχυρών οικονομικών δεικτών, του ποσοστού της ανεργίας και της μεταβολής του μέσου εισοδήματος της τελευταίας εικοσαετίας σε σχέση με την ψυχική υγεία. Από τέσσερα νοσοκομεία Αιγινήτιο, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής, Ευαγγελισμός και Γενικό Κρατικό Αθηνών συγκεντρώθηκε δείγμα 120.201 από τα επείγοντα περιστατικά και 220.822 από επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία το διάστημα 2002-2009. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα δεν βρέθηκε σημαντική συσχέτιση μεταξύ του ποσοστού της ανεργίας και του μέσου εισοδήματος με την νοσηλεία σε ψυχιατρική κλινική. Βρέθηκε όμως σημαντική συσχέτιση μεταξύ του ποσοστού της ανεργίας και των επισκέψεων τόσο στα εξωτερικά ιατρεία 0,40, όσο και στο τμήμα επείγοντων 0,49 του Αιγινήτιου νοσοκομείου. Επίσης θετική συσχέτιση βρέθηκε μεταξύ του ποσοστού της ανεργίας και των θανάτων 0,49.

4.2. Οι συνέπειες της ανεργίας στην ψυχική υγεία Ευρωπαίων και Ασιατών



Σχήμα 5. Το ποσοστό ανεργίας στην Ε.Ε το Σεπτέμβριο του 2014
Ανατύπωση από Eurostat

Η παγκόσμια οικονομική κρίση του 2008 οδήγησε σε μαζική ανεργία όλο τον κόσμο. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα τον Ιούνιο του 2009, 45 εκατομμύρια άνθρωποι που ζουν στις χώρες

μέλη του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) να μείνουν άνεργοι, ενώ τα ποσοστά ανεργίας στις υποανάπτυκτες χώρες είναι ακόμη πιο υψηλά 80-90% (Chen et al 2012).

Στην Ευρωπαϊκή Ένωση σύμφωνα με στοιχεία της Eurostat 24.512 εκατομμύρια άνδρες και γυναίκες εκ των οποίων τα 18.347 εκατομμύρια στην Ευρωζώνη ήταν άνεργοι το Σεπτέμβριο του 2014. Μεταξύ των κρατών μελών τα χαμηλότερα ποσοστά ανεργίας καταγράφηκαν στην Γερμανία (5,0%) και στην Αυστρία (5,1%), ενώ τα υψηλότερα στην Ελλάδα (26,4% τον Ιούλιο του 2014) και την Ισπανία (24,0%) (Eurostat 2014).

Σε περιόδους οικονομικής κρίσης οι οικονομικές, επαγγελματικές και κοινωνικές αλλαγές επιδρούν αρνητικά στην ψυχική υγεία. Οι πιο συχνές επιπτώσεις μιας οικονομικής κρίσης είναι η ανεργία, οι περικοπές δαπανών, η γενική ανασφάλεια και η περικοπή δημοσίων δαπανών, συμπεριλαμβανομένων και των περικοπών που σχετίζονται με την υγεία. Κάτω από αυτές τις συνθήκες οι φτωχοί αποτελούν ομάδα υψηλού κινδύνου δεδομένου ότι είναι οι πρώτοι που θα τεθούν σε κίνδυνο (Γιωτάκος 2010).

Η ανεργία έχει δυσμενείς επιπτώσεις στην υγεία και οι επιπτώσεις είναι μεγαλύτερες όταν η φτώχεια, η κοινωνική τάξη και η προϋπάρχουσα νοσηρότητα δεν έχουν ρυθμιστεί. Οι άνεργοι άνδρες και οι οικογένειές τους έχουν αυξημένη εμπειρία θνησιμότητας, ιδιαίτερα από αυτοκτονίες και καρκίνο του πνεύμονα, ψυχικές διαταραχές με μεγαλύτερη συχνότητα την κατάθλιψη και το άγχος και χρησιμοποιούν περισσότερο τις υπηρεσίες υγείας.

Το κάπνισμα και το αλκοόλ αυξάνεται συχνά με την έναρξη της ανεργίας. Οι γυναίκες πλήττονται λιγότερο από τις επιπτώσεις της ανεργίας, αλλά οι οικογένειές τους έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για σωματικές ασθένειες, ψυχολογικό στρες και τη διάλυση της οικογένειας (Wilson et al 1993).

Οι περισσότερες μελέτες που διερευνούν τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην ποιότητα ζωής δείχνουν συσχέτιση ανάμεσα στην ανεργία ή άλλους οικονομικούς δείκτες με τους ρυθμούς θανάτου, κατάθλιψης και αυτοκτονικών τάσεων (Γιωτάκος 2010).

Οι Stuckler et al 2009, στη μελέτη τους διερεύνησαν πως οι οικονομικές αλλαγές έχουν επηρεάσει τα ποσοστά θνησιμότητας στην Ευρωπαϊκή Ένωση κατά την διάρκεια των τριών τελευταίων δεκαετιών 1970-2000 χρησιμοποιώντας στοιχεία για την θνησιμότητα και την απασχόληση από το παρελθόν. Επισήμαναν ότι κάθε αύξηση κατά 1% της ανεργίας σχετίζεται με την αύξηση του 0,79% στις αυτοκτονίες σε ηλικίες κάτω των 65 ετών. Το

μέγεθος της αύξησης κατά 0,49% για όλες τις ηλικίες δεν είναι σημαντικό, αλλά αν σκεφθεί κανείς πως τα τροχαία ατυχήματα μειώθηκαν κατά 1,39% ίσως θεωρηθεί σημαντικό. Μία αύξηση όμως της ανεργίας πάνω από το 3% έχει μεγαλύτερη επίδραση στις αυτοκτονίες σε ηλικίες κάτω των 65 ετών κατά 4,45% και στους θανάτους από τη χρήση του αλκοόλ κατά 28,0%. Επιπλέον επισήμαναν ότι δεν είναι συγκλίνουσες όλες οι ενδείξεις και ότι σε όλη την Ε.Ε. τα ποσοστά θνησιμότητας από όλα τα αίτια αυξάνονται όταν αυξάνεται η ανεργία, γιατί οι πληθυσμοί διαφέρουν σημαντικά στο πόσο ευαίσθητοι είναι στην θνησιμότητα σε περιόδους οικονομικής κρίσης και ανάλογα με την κοινωνική προστασία που τους παρέχεται.

Οι (Lacko et al 2013, Khan 2013) σε μελέτη τους σε 27 χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης αξιολόγησαν το ποσοστό της ανεργίας μεταξύ των ατόμων με και χωρίς προβλήματα ψυχικής υγείας το έτος 2006 και 2010, δηλαδή πριν και μετά την ύφεση. Στη μελέτη συμμετείχαν 20.000 άτομα. Το 2006 το ποσοστό της ανεργίας ανήλθε σε 7% για τους ανθρώπους χωρίς προβλήματα ψυχικής υγείας σε σύγκριση με 13% για τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας. Όταν οι ερευνητές εξέτασαν και πάλι τα δεδομένα το 2010 και τα δύο ποσοστά είχαν αυξηθεί. Για τους ψυχικά υγιείς το ποσοστό αυξήθηκε στο 10% ενώ για τους ψυχικά ασθενείς το ποσοστό έφθασε στο 18%. Αυτή η διαφορά ήταν ακόμη μεγαλύτερη για τους άνδρες και τα άτομα με χαμηλά επίπεδα εκπαίδευσης. Τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας που ζουν σε χώρες με υψηλότερα επίπεδα στιγματισμού της διάθεσης αναγνωρίζουν ανεξάρτητα από την επικινδυνότητα των ατόμων με ψυχική ασθένεια ότι ήταν πιο ευάλωτοι στη ανεργία το 2010 από το 2006.

Οι Riumallo-herl et al 2014, σε μελέτη τους σε 13 Ευρωπαϊκές χώρες και στις ΗΠΑ εξέτασαν αν η απώλεια θέσεων εργασίας αυξάνει την κατάθλιψη σε μεγαλύτερης ηλικίας άνδρες που πλησιάζουν στη συνταξιοδότηση. Για το λόγο αυτό εργαζόμενοι ηλικίας 50-64 ετών αξιολογήθηκαν ανά διετία από το 2006 έως το 2010. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η απώλεια της εργασίας σχετίστηκε με 4,78% αύξηση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων στις ΗΠΑ σε σύγκριση με 3,35% στην Ευρώπη. Η απώλεια θέσεων εργασίας που οφείλεται σε αναπάντεχο κλείσιμο εταιριών αύξησε την κατάθλιψη στις ΗΠΑ 28,2% και στην Ευρώπη 7,50%.

Οι Montgomery et al 1999, σε μελέτη τους στη Βρετανία διερεύνησαν τη σχέση της ανεργίας με την εμφάνιση κατάθλιψης και άγχους. Για το λόγο αυτό μελετήθηκαν 3241 άνεργοι άνδρες ηλικίας 24-33 ετών. Σε κάποιους η τάση για κατάθλιψη υπήρχε από την ηλικία των 23 ετών πριν την εμπειρία της ανεργίας. Αυτοί χωρίστηκαν σε κατηγορίες ανάλογα με τους μήνες ανεργίας 0, 1, 12, 13, 36, και 37 μήνες. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ο σχετικός κίνδυνος ήταν 2,10 για εκείνους που είχαν τάση για κατάθλιψη πριν την έναρξη

της ανεργίας σε σύγκριση με εκείνους που δεν είχαν. Ο σχετικός κίνδυνος για τους άνδρες με 37 μήνες ανεργίας σε σύγκριση με αυτούς που δεν είχαν κανένα μήνα ήταν 1,63. Όταν όμως αποκλείστηκε ο αριθμός των ανδρών με προϋπάρχουσα τάση για κατάθλιψη ο κίνδυνος αυξήθηκε στο 2,30 για τους πρόσφατα άνεργους και 2,04 για αυτούς με 37 μήνες ανεργίας σε σύγκριση με αυτούς που δεν είχαν κανένα.

Οι Li et al 2012, στη μελέτη τους στην ανατολική Κίνα εξέτασαν την ψυχική υγεία των ανέργων μεταναστών σε σχέση με τη διάρκεια της ανεργίας. Στη μελέτη συμμετείχαν 210 άνεργοι εργάτες από το 2008-2009. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η πλειοψηφία των ανέργων ήταν νέοι άνδρες με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο και σχεδόν το 50% ήταν ψυχικά ασθενείς με πιο συχνό αναφερόμενο σύμπτωμα την κατάθλιψη. Οι μακροχρόνιοι άνεργοι μετανάστες είχαν περισσότερα ψυχιατρικά συμπτώματα από ότι οι βραχυχρόνιοι άνεργοι.

Η μελέτη των επιπτώσεων της Ασιατικής οικονομικής κρίσης του 1997-1998 εμφανίζει αύξηση του ποσοστού των αυτοκτονιών στις χώρες της νοτιοανατολικής Ασίας. Στην Ιαπωνία αύξηση κατά 39%, στο Χονγκ Κονγκ αύξηση κατά 44%, και στην Κορέα αύξηση κατά 45%. Στην Ταϊβάν και στην Σιγκαπούρη δεν παρατηρήθηκε αύξηση διότι οι δύο αυτές χώρες είχαν τις μικρότερες επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης σχετικά με τους δείκτες της ανεργίας (Μπούρας και συν 2011).

Σε αντίστοιχη έρευνα στην Κίνα, βρέθηκε ότι οι κοινωνικές αλλαγές συμπεριλαμβανομένων των μεγάλων οικονομικών απωλειών σε ατομικό επίπεδο, το αυξανόμενο κόστος της υγειονομικής περίθαλψης, της εξασθένησης των οικογενειακών δεσμών, της μετανάστευσης σε αστικές περιοχές προς αναζήτηση εργασίας και της άνισης κατανομής του εισοδήματος συνέβαλαν στην αύξηση των καταθλιπτικών διαταραχών (Μπούρας και συν 2011).

Οι Alonso et al 2004, στη μελέτη τους σε 6 Ευρωπαϊκές χώρες Βέλγιο, Γαλλία, Γερμανία, Ιταλία, Ολλανδία και Ισπανία μελέτησαν τη συσχέτιση μεταξύ ανεργίας και ψυχικών διαταραχών. Στη μελέτη συμμετείχαν 21.425 ερωτηθέντες ηλικίας 18 και άνω την περίοδο μεταξύ Ιανουαρίου 2001 και Αυγούστου 2003. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι πάνω από το 6% ανέφερε κάποια αγχώδη διαταραχή, 4,2% κάποια διαταραχή διάθεσης και 1,0% κάποια διαταραχή από το αλκοόλ κατά το τελευταίο έτος. Η μείζων κατάθλιψη και οι ειδική φοβία ήταν οι πιο συχνές ψυχικές διαταραχές. Οι γυναίκες άνεργες είχαν διπλάσιες πιθανότητες να υποφέρουν το 12μηνο από διαταραχές διάθεσης και άγχους ενώ οι άνδρες είχαν περισσότερες πιθανότητες να υποφέρουν από διαταραχές κατάχρησης αλκοόλ.

Βρετανικές μελέτες της δεκαετίας του 70 και του 80 έδειξαν ότι το ποσοστό θνησιμότητας των ανέργων ήταν 25% μεγαλύτερο από εκείνο των εργαζομένων ισοδύναμου κοινωνικοοικονομικού επιπέδου. Επιπλέον αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα φάνηκε να προκύπτει μετά από μακρόχρονη ανεργία όταν ληφθούν υπόψη και άλλοι παράγοντες όπως ηλικία, φυλή, επάγγελμα, εισόδημα, γάμος, και περιορισμένη πρόσβαση στην ιατρική φροντίδα. Η ανεργία επίσης σχετίστηκε με την υιοθέτηση ανθυγιεινών συνηθειών, όπως το κάπνισμα, καθώς και με ψυχικές διαταραχές και αυτοκτονίες (Ευθυμίου και συν 2013).

Σε μελέτη του Πανεπιστημίου του Ελσίνκι στη Φιλανδία, η θνησιμότητα για τους ανέργους, που υπήρξαν στο παρελθόν ξανά άνεργοι, ήταν 2,5 φορές υψηλότερη από αυτούς που δεν ήταν ξανά άνεργοι. Παράγοντες όπως το φύλο, η επαγγελματική τάξη, η χώρα διαμονής και η διάρκεια της ανεργίας φαίνεται να επηρεάζουν τη σχέση μεταξύ ανεργίας και ψυχικής υγείας. Στις χώρες που χαρακτηρίζονται από άνιση κατανομή του εισοδήματος ή σε χώρες με αδύναμο σύστημα προστασίας των πολιτών, η ανεργία έχει σημαντικότερες αρνητικές επιπτώσεις στην ψυχική υγεία. Η μετανάλυση των Paul και Moser δείχνει ότι η αρνητική επίπτωση της ανεργίας στην ψυχική υγεία έχει μέγεθος 0,51, που σημαίνει ότι το επίπεδο υγείας των ανέργων είναι μισή τυπική απόκλιση κάτω από εκείνο των εργαζομένων. Η εύρεση εργασίας μετά από μια μακρά περίοδο ανεργίας σχετίζεται με βελτίωση της ψυχικής υγείας. Τα ευρήματα αυτά δείχνουν ότι η ανεργία δεν σχετίζεται απλά με ψυχική δυσφορία αλλά ουσιαστικά την προκαλεί (Ευθυμίου και συν 2013).

Οι Fryers et al 2005, σε έρευνα τους στην Αγγλία το 1993 διερεύνησαν τους παράγοντες που σχετίζονταν με τις ψυχικές διαταραχές. Για το λόγο αυτό επέλεξαν 12.000 ενήλικες ηλικίας 16-64 ετών και κατέγραψαν μέσω συνέντευξης την επαγγελματική κοινωνική τάξη, το εισόδημα, το βιοτικό επίπεδο, την κατάσταση στέγασης, την εκπαίδευση και την απασχόληση. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η ανεργία ήταν ο μεγαλύτερος παράγοντας που συνδέθηκε στενά με την επικράτηση ψυχικών διαταραχών σε άνδρες και γυναίκες. Ενώ το χαμηλό βιοτικό επίπεδο και η κακή εκπαίδευση συνδέθηκε με πιθανή νεύρωση.

Οι Fryers et al 2005, σε άλλη έρευνα στην Αγγλία την περίοδο 1991-1992 στην οποία συμμετείχαν 10.264 άτομα ηλικίας 16 ετών και άνω τα οποία παρακολούθηθηκαν για ένα χρόνο σχετικά με το βιοτικό επίπεδο, το εισόδημα και τη στέγαση. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το βιοτικό επίπεδο συνδέθηκε με τη διατήρηση και όχι με την εμφάνιση ψυχικών συμπτωμάτων. Η ανεργία επίσης σχετίστηκε με την διατήρηση και όχι με την εμφάνιση ψυχικών συμπτωμάτων τα οποία μειώθηκαν σε εκείνους που απέκτησαν απασχόληση μέσα στο έτος και αυξήθηκαν σε αυτούς που έχασαν την απασχόλησή τους μέσα στο έτος.

Ο Stefanson 1991, σε μελέτη του στη Σουηδία την περίοδο 1980-1986 εκτίμησε την θνησιμότητα σε ένα πληθυσμό από 28.846 άνεργους άνδρες και γυναίκες και τη συνέκρινε με τον πληθυσμό των μισθωτών. Το συνολικό ποσοστό θνησιμότητας ήταν 1,37. Για τους άνδρες ήταν 1,61 και για τις γυναίκες 1,14. Οι νέοι και οι μεσήλικες άνδρες είχαν περίπου τέσσερις φορές υψηλότερη σχέση με τη θνησιμότητα από όλους τους ανθρώπους. Οι αυτοκτονίες και οι θάνατοι που σχετίζονταν με το αλκοόλ δεν μπορούσαν να εξηγήσουν την αυξημένη θνησιμότητα μεταξύ αυτών των ανδρών και συζητείται αν ο υψηλός κίνδυνος για τους νέους και τους μεσήλικες θα μπορούσε να είναι αποτέλεσμα της ψυχικής διαταραχής που οφείλεται στην ανεργία, ακολουθούμενη από μεγάλο ψυχοκοινωνικό άγχος. Το αποτέλεσμα της κατάστασης της απασχόλησης στην ψυχολογική και κοινωνική ταυτότητα μπορεί να είναι μεγαλύτερο για τους άνδρες παρά για τις γυναίκες για τις οποίες μπορεί να υπάρχουν περισσότεροι αντισταθμιστικοί παράγοντες.

Οι Artazcoz et al 1994, σε μελέτη τους στην Καταλανία της Ισπανίας εξέτασαν τις επιπτώσεις της ανεργίας στην ψυχική υγεία ανάμεσα στα δύο φύλα, και αξιολόγησαν κατά πόσον οι επιπτώσεις αυτές σχετίζονται με τις αλληλεπιδράσεις μεταξύ των δύο φύλων, τους οικογενειακούς ρόλους και την κοινωνική τάξη. Στην έρευνα συμμετείχαν 3881 εργαζόμενοι και 638 άνεργοι ηλικίας 25-64 ετών μέσω συνέντευξης. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η ανεργία είχε μεγαλύτερη επίδραση στην ψυχική υγεία των ανδρών σε ποσοστό 2,98 από ότι στις γυναίκες σε ποσοστό 1,51 διαφορές που σχετίζονται με τον οικογενειακό ρόλο και την κοινωνική τάξη.

Οι Ericsson et al 2010, σε μελέτη τους στη Δανία διερεύνησαν τη σχέση ανεργίας και ψυχικής υγείας χρησιμοποιώντας ως μέτρο για την ψυχική ασθένεια τις πρώτες εισαγωγές σε ψυχιατρικό νοσοκομείο του πληθυσμού της Δανίας ηλικίας 15-64 ετών. Ελήφθησαν δεδομένα που περιέχουν ετήσιες πληροφορίες σχετικά με την αγορά εργασίας, το εισόδημα και την ψυχική τους υγεία κατά την διάρκεια 12 ετών. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η εμπειρία της μακροπρόθεσμης και μεσοπρόθεσμης ανεργίας έχει ως συνέπεια την αυξημένη πιθανότητα του ατόμου να εισαχθεί για πρώτη φορά σε ένα ψυχιατρικό νοσοκομείο. Ενώ η επίπτωση της προηγούμενης εμπειρίας της ανεργίας δεν διαφέρει σημαντικά μεταξύ των περιφερειών με υψηλή και χαμηλή ανεργία.

Οι Weish et al 1998, σε μελέτη τους που διεξήχθη το 1991-1992 στην Αγγλία, Σκωτία και Ουαλία διερεύνησαν αν η φτώχεια και η ανεργία αυξάνουν την πιθανότητα ή καθυστερούν την αποθεραπεία από τις ψυχικές ασθένειες. Στη μελέτη μέσω ερωτηματολογίου πήραν μέρος 7.726 ενήλικες ηλικίας 16-75 ετών. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η φτώχεια και η ανεργία σχετίστηκαν με τη διατήρηση και όχι με την εμφάνιση επεισοδίων ψυχικών διαταραχών σε

ποσοστό 1,86. Ενώ η οικονομική πίεση σχετίστηκε τόσο με την εμφάνιση όσο και με τη διατήρηση των ψυχικών διαταραχών σε ποσοστό 1,57 και 1,86 αντίστοιχα.

4.3. Οι συνέπειες της ανεργίας στην ψυχική υγεία των Αυστραλών

Όπως αναφέρει η Αυστραλιανή Στατιστική υπηρεσία η ανεργία στην Αυστραλία μειώθηκε στο 6,3% τον Φεβρουάριο του 2015 από 6,4% τον Ιανουάριο του 2015. Το ποσοστό της ανεργίας ήταν κατά μέσο όρο 6,9% από το 1978 μέχρι το 2015, φθάνοντας το 10,9% το Δεκέμβριο του 1992, ενώ το Φεβρουάριο του 2008 έφθασε στο 4% (www.tradigeconomics.com 2015).

Στην Αυστραλία εκτιμάται ότι η ψυχική ασθένεια επηρεάζει το 13% των παραγωγικών χρόνων της ζωής, όμως μόνο το 5% του ετήσιου προϋπολογισμού για την υγεία αφιερώνεται σε υπηρεσίες για τους ψυχικά ασθενείς. Υπάρχει αυξανόμενο ενδιαφέρον σχετικά με τα αποτελέσματα της απασχόλησης όσον αφορά το στρες, τη χαμηλή ποιότητα εργασίας και τις δυσκολίες να εξισορροπήσει κανείς την επαγγελματική και την οικογενειακή ζωή, αλλά και τα αποτελέσματα της ανεργίας στην ψυχική υγεία.

Εκτιμάται ότι η είσοδος ή η παραμονή στην ανεργία δεν έχει την επιβλαβή επιρροή που θα περίμενε κανείς πάνω στην ψυχική υγεία, ενώ τα αποτελέσματα της μετακίνησης από την ανεργία στην εργασία επηρεάζει οριακά. Οι μεγαλύτερες αλλαγές στην ψυχική υγεία σχετίζονται με μετακινήσεις του εργατικού δυναμικού εντός και εκτός εργασίας. Υπάρχουν αποδείξεις ότι η ανεργία συμβάλλει στην επιδείνωση της ψυχικής υγείας των ατόμων του εργατικού δυναμικού. Μεγαλύτερες όμως διαφορές στην ψυχική υγεία αναγνωρίζονται ανάμεσα στους εργαζόμενους σχετικά με τα χαρακτηριστικά της δουλειάς τους ή συμπεριφορές απέναντι στην δουλειά τους όπως εντοπίζονται εντός και εκτός εργασιακού χώρου (Dockery A 2005).

Οι Mathers και Schofield 1998, επανεξέτασαν πρόσφατες μελέτες συμπεριλαμβανομένης και της Αυστραλιανής έρευνας, σχετικά με τις επιπτώσεις της ανεργίας στην υγεία και των μηχανισμών με τους οποίους η ανεργία προκαλεί δυσμενή αποτελέσματα στην υγεία. Η έρευνα κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η σχέση αυτή είναι περίπλοκη γιατί και η κακή υγεία προκαλεί ανεργία και οι συγχυτικοί παράγοντες οι οποίοι περιλαμβάνουν την κοινωνικοοικονομική κατάσταση και τον τρόπο ζωής. Ωστόσο διαχρονικές μελέτες αποδεικνύουν ότι η ίδια η ανεργία είναι επιζήμια για την υγεία και έχει αντίκτυπο στην αύξηση των ποσοστών θνησιμότητας, προκαλώντας σωματικά και ψυχικά προβλήματα υγείας και μεγαλύτερη χρήση των υπηρεσιών υγείας.

Ο Br 1990, στη μελέτη του που πραγματοποιήθηκε στην Αδελαΐδα της Αυστραλίας συνέκρινε ένα δείγμα νέων άνεργων ανδρών ηλικίας 21,7 με ένα δείγμα μέσης ηλικίας 47,8 άνεργους άνδρες σε μια σειρά από ψυχολογικές και δημογραφικές μεταβλητές. Για τους νέους η ανεργία ήταν 20 μήνες και για τους μεσήλικες 17,9 μήνες. Τα αποτελέσματα έδειξαν φτωχότερη ψυχική υγεία, λιγότερη ικανοποίηση από τη ζωή και μεγαλύτερη εμπλοκή στην εργασία στους μεσήλικες από ότι στους νέους της ομάδας, αλλά οι ομάδες δεν διέφεραν σε αυτοεκτίμηση. Για τους νέους της ομάδας ο καλύτερος προγνωστικός παράγοντας ευημερίας ήταν η επάρκεια κοινωνικής υποστήριξης ενώ για τους μεσήλικες η συμμετοχή σε δραστηριότητες που αφορούν άλλους ανθρώπους.

Οι Olesen et al 2013, σε μελέτη τους στην Μελβούρνη της Αυστραλίας το 2001 εξέτασαν ταυτόχρονα και τις επιπτώσεις της ανεργίας στην ψυχική υγεία και τις επιπτώσεις της ψυχικής υγείας στην κατάσταση απασχόλησης σε ένα δείγμα 7.169 ατόμων ηλικίας 20-55 ετών. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η ψυχική υγεία είναι και συνέπεια της ανεργίας και παράγοντας κινδύνου για ανεργία. Η φτωχότερη ψυχική υγεία που παρατηρείται μεταξύ των ανθρώπων που δεν εργάζονται οφείλεται και στις επιπτώσεις της ανεργίας και στο υπάρχον προβλήματα ψυχικής υγείας. Η δύναμη των δύο αυτών αποτελεσμάτων ήταν παρόμοια για τις γυναίκες. Για τους άνδρες τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η επίδραση της ανεργίας στην μετέπειτα ψυχική υγεία είναι ασθενέστερη από την επίδραση της ψυχικής υγείας στον μετέπειτα κίνδυνο της ανεργίας.

Οι Teesson M et al 2000, σε μελέτη τους στην Αυστραλία στην οποία συμμετείχαν 10.641 ενήλικες οι οποίοι παρακολούθηθηκαν για 12 μήνες συσχέτισε τις διαταραχές κατάχρησης αλκοόλ και χρήσης ουσιών με την ψυχική υγεία. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το 6,5% των Αυστραλών είχε διαταραχή από την κατάχρηση αλκοόλ και το 2,2% είχε διαταραχή από χρήση ουσιών. Οι άνδρες είχαν μεγαλύτερη πιθανότητα να αναπτύξουν διαταραχές από αλκοόλ και τη χρήση ουσιών από ότι οι γυναίκες, ενώ οι διαταραχές κατάχρησης αλκοόλ ήταν μεγαλύτερο στους άνεργους από ότι στους εργαζόμενους.

Οι Artazcoz et al 2004, σε μελέτη τους στην Αυστραλία το 1994 διερεύνησαν τα αποτελέσματα της ανεργίας στην ψυχική υγεία μεταξύ ατόμων διαφορετικού φύλου, διαφορετικής τάξης και οικογενειακών ευθυνών. Στη μελέτη συμμετείχαν 638 άνεργοι εργάτες και 3.881 εργαζόμενοι ηλικίας 25-64 ετών. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η ανεργία είχε μεγαλύτερη επίδραση στην ψυχική υγεία των ανδρών ποσοστό 2,98% παρά των γυναικών ποσοστό 1,5%. Οι διαφορές στα αποτελέσματα μεταξύ των δύο φύλων σχετίζονται με την κοινωνική τάξη και τις υπευθυνότητες στην οικογένεια.

4.4. Οι συνέπειες της ανεργίας στην ψυχική υγεία των Αμερικανών

Στην Αμερική από το 2007-2009 το ποσοστό της ανεργίας αυξήθηκε από το 5% στο 9% (Goldsmith et al 2012). Οι νέοι και αυτοί που ανήκουν στις εθνικές μειονότητες πλήττονται περισσότερο (Dooley 1996). Οι ψυχολόγοι (Eisenberg και Lazarsfeld 1938) και οι κοινωνιολόγοι (Jahoda et al 1933) έχουν υποστηρίξει ότι από τη μεγάλη ύφεση οι ζημιές της ανεργίας στην συναισθηματική υγεία υπονομεύουν τον κοινωνικό ιστό της κοινωνίας. Ο Ericson 1959, πιστεύει ότι η υγιής προσωπικότητα και συναισθηματική ανάπτυξη κατά τη διάρκεια της ενήλικης ζωής απαιτούν ότι ένα άτομο έχει κάνει αλματώδη πρόοδο σε συναισθηματικό εμπλουτισμό συμβάλλοντας στην οικογένεια και την κοινότητα, διαφορετικά η αυτοεκτίμησή του είναι σε κίνδυνο κατά τη διάρκεια της ανεργίας που οδηγεί σε άγχος και αυτοαμφιβολία. Ο Seligman 1975, ισχυρίζεται ότι τα συναισθήματα αδυναμίας προκύπτουν όταν ένα άτομο πιστεύει ότι έχει μικρή επιρροή σε σημαντικά γεγονότα της ζωής του όπως είναι η διασφάλιση ουσιαστικής εργασίας. Κατά την άποψή του η παρατεταμένη ανικανότητα μπορεί να οδηγήσει σε κατάθλιψη (Goldsmith et al 2012).

Οι Jahoda et al 1933, υποστηρίζουν ότι η ανεργία είναι ψυχολογικά καταστρεπτική διότι στερεί από το άτομο να δείξει την αξία του και να μοιραστεί τα υποπροϊόντα της απασχόλησης συμπεριλαμβανομένης μιας δομημένης ημέρας με εμπειρίες και καταστάσεις (Goldsmith et al 2012).

Οι (Kessler and Turner 1988) για να ελέγξουν αν η ανεργία προκαλεί κακή ψυχική υγεία ή η κακή ψυχική υγεία προκαλεί ανεργία μελέτησαν άτομα που δεν είχαν ποτέ περιόδους κακής ψυχικής υγείας τις τελευταίες 52 εβδομάδες. Χώρισαν το δείγμα σε 3 ομάδες με βάση το ιστορικό της απασχόλησής τους κατά τη διάρκεια των τελευταίων 52 εβδομάδων. Αυτοί που απασχολούνταν ολόκληρη την περίοδο, αυτοί που βίωναν λιγότερο από 26 εβδομάδες ανεργία ή βραχυχρόνιοι άνεργοι και αυτοί που βίωναν 26 ή περισσότερες εβδομάδες ανεργίας ή μακροχρόνιοι άνεργοι. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η μακροχρόνια ανεργία έχει μεγάλες αρνητικές συνέπειες στην ψυχική υγεία, οι αρνητικές επιπτώσεις είναι μεγαλύτερες για τους μαύρους και Λατίνους, η βραχυπρόθεσμη ανεργία δεν βλάπτει σημαντικά την ψυχική υγεία και ότι οι δυνατότητες διαλυμάτων δεν αλλάζουν τις πιθανότητες να υποφέρουν από κακή ψυχική υγεία με εξαίρεση αυτούς που ζουν από τον πατέρα τους. Τέλος τα άτομα με περισσότερη εκπαίδευση υποφέρουν από μεγαλύτερη συναισθηματική κύρωση όταν είναι μακροχρόνια άνεργοι (Goldsmith et al 2012).

Οι Linn et al 1985, σε μελέτη τους στις ΗΠΑ προκειμένου να μελετήσουν τις επιπτώσεις της ανεργίας στην ψυχική υγεία αξιολόγησαν 300 άνδρες κάθε έξι μήνες. Οι άνδρες που έμειναν

άνεργοι μετά την έναρξη της μελέτης συγκρίθηκαν με ίσο αριθμό της ίδιας ηλικίας και φυλής με άνδρες οι οποίοι συνέχισαν να εργάζονται. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι μετά την ανεργία τα συμπτώματα της σωματοποίησης, η κατάθλιψη και το άγχος ήταν σημαντικά μεγαλύτερα στους άνεργους από τους εργαζόμενους. Στην βαθμολογία αυτοεκτίμησης των άνεργων ορισμένοι άνδρες αντιμετώπιζαν καλύτερα από άλλους το στρες της απώλειας εργασίας. Περαιτέρω ανάλυση έδειξε ότι τα άτομα με την υψηλότερη αυτοεκτίμηση είχαν περισσότερη υποστήριξη από την οικογένεια και τους φίλους από ότι τα άτομα με χαμηλή αυτοεκτίμηση. Επιπλέον οι άνεργοι άνδρες έκαναν περισσότερες επισκέψεις στους γιατρούς, πήραν περισσότερα φάρμακα και πέρασαν περισσότερες ημέρες στο κρεβάτι άρρωστοι από ότι εκείνοι που εργάζονταν. (American Journal of Public Health 1985).

Οι Goldman-Mellor et al 2010, σε μελέτη τους στην Καλιφόρνια σε μία ανασκόπηση της βιβλιογραφίας από το 1990-2009 αξιολόγησαν τη σχέση της οικονομικής συρρίκνωσης με την ψυχική υγεία (κατάθλιψη, αυτοκτονία, κατάχρηση ουσιών και αντικοινωνική συμπεριφορά), στηριζόμενοι σε μελέτες σχετικά με την απώλεια θέσεων εργασίας και τη μετάβαση σε ανεπαρκή απασχόληση. Τα αποτελέσματα έδειξαν μια μέτρια αλλά σημαντική επίπτωση της απώλειας θέσεων εργασίας με μεμονωμένα συμπτώματα κατάθλιψης. Για την αυτοκτονία και την αντικοινωνική συμπεριφορά οι μελέτες δείχνουν μία μέτρια θετική συσχέτιση με την οικονομική συρρίκνωση. Ωστόσο κάποιες έρευνες σχετικά με την κατάχρηση ουσιών δείχνουν ότι η απώλεια θέσεων εργασίας αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο βαριάς κατανάλωσης αλκοόλ, και τα συμπτώματα της κατάχρησης αλκοόλ.

Οι Milner et al 2013, σε μελέτη τους στις ΗΠΑ διερεύνησαν τη σχέση μεταξύ ανεργίας και αυτοκτονίας μετά από ανασκόπηση 16 μελετών που δημοσιεύθηκαν την περίοδο 1980 και αργότερα. Παρόλο που οι 16 μελέτες μέτρησαν τη διάρκεια της ανεργίας με διαφορετικούς τρόπους, το κοινό εύρημα ήταν ότι η μεγαλύτερη διάρκεια της ανεργίας σχετίζεται με μεγαλύτερο κίνδυνο αυτοκτονίας και απόπειρα αυτοκτονίας. Η μετανάλυση σε 6 μελέτες έδειξε ότι ο σχετικός κίνδυνος αυτοκτονίας σε σχέση με το χρόνο παρακολούθησης μετά την ανεργία ήταν 1,70. Ωστόσο τα αποτελέσματα έδειξαν μια πιθανή εξάρτηση στην επίδραση της ανεργίας με την πάροδο του χρόνου, με το μεγαλύτερο κίνδυνο αυτοκτονίας να συμβαίνει μέσα σε 5 χρόνια από την έναρξη της ανεργίας.

Οι Roelfs et al 2011, σε μελέτη τους στις ΗΠΑ την περίοδο 2005-2009 αξιολόγησαν τη σχέση μεταξύ ανεργίας και θνησιμότητας από κάθε αίτιο μεταξύ των ατόμων που βρίσκονταν σε ηλικία εργασίας. Εξήγαγαν 235 εκτιμήσεις του κινδύνου θνησιμότητας μετά από μετανάλυση 42 μελετών που κάλυπταν 15 χώρες κυρίως της Ευρώπης και Βόρειας Αμερικής, παρέχοντας στοιχεία για περισσότερους από 20 εκατομμύρια ανθρώπους οι οποίοι

παρακολουθήθηκαν για 9.2 χρόνια. Η μέση αναλογία κινδύνου για θνησιμότητα ήταν 1,63 και ήταν μεγαλύτερη για τους άνδρες παρά για τις γυναίκες. Η ανεργία σχετίστηκε με αυξημένο κίνδυνο θνησιμότητας για αυτούς που βρίσκονταν στην αρχή και στο μέσο της καριέρας τους αλλά με μειωμένο κίνδυνο για εκείνους που βρίσκονταν στο τέλος της καριέρας τους. Ο κίνδυνος ήταν μεγαλύτερος τα πρώτα χρόνια παρακολούθησης αλλά μειώθηκε στη συνέχεια.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

5.1. Παρεμβάσεις της πολιτείας για την αντιμετώπιση του προβλήματος

Η ανεργία ή η απώλεια θέσεων εργασίας είναι ένα από τα πιο στρεσογόνα γεγονότα της ζωής γιατί μπορεί να οδηγήσει σε κατώτερη κοινωνική θέση, διαταραχές κοινωνικού ρόλου, οικονομικό χρέος, μειωμένη αυτοεκτίμηση και καταθλιπτικά συμπτώματα (Audhoe et al 2010).

Οι Audhoe et al 2010, στη μελέτη τους το 2006-2007 προσδιόρισαν τους προγνωστικούς παράγοντες για την επιστροφή στην εργασία των μακροπρόθεσμων ανέργων και προσωρινά απασχολούμενων που αντιμετώπιζαν ψυχολογικά προβλήματα. Στη μελέτη συμμετείχαν 932 άνεργοι και προσωρινά απασχολούμενοι ηλικίας 14-64 ετών με ψυχολογικά προβλήματα οι οποίοι παρακολούθηθηκαν για 10, 18 και 27 μήνες από την έναρξη της αρρώστιας τους. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι στους 18 μήνες η αντίληψη για την υγεία, οι προσδοκίες για πλήρη επάνοδο στην εργασία, η ηλικία και το προηγούμενο εργασιακό καθεστώς ήταν ισχυρός προγνωστικός παράγοντας για συμμετοχή σε εργασία σε μεταγενέστερα χρονικά πλαίσια. Ιδιαίτερα σε αυτούς που ήταν κάτω των 45 ετών το προηγούμενο θετικό εργασιακό καθεστώς ήταν ισχυρός προγνωστικός παράγοντας για συμμετοχή σε εργασία μακροπρόθεσμα. Από τους συμμετέχοντες το 93% ανέφερε κακή ή μέτρια ψυχική υγεία κατά την έναρξη της μελέτης, το 60% δεν ανέμενε πλήρη επάνοδο στην εργασία ενώ το 18% επέστρεψε με μερική ή πλήρη απασχόληση. Στο τέλος της παρακολούθησης το 21% επέστρεψαν να εργαστούν με μερική ή πλήρη απασχόληση.

Για την επίλυση του προβλήματος η πολιτική στο θέμα της ανεργίας θα πρέπει να έχει τρεις στόχους: Την πρόληψη της ανεργίας και της εργασιακής ανασφάλειας, την μείωση της ταλαιπωρίας των ανθρώπων που έχουν υποστεί από την ανεργία, την αποκατάσταση τους και τη διασφάλιση των θέσεων απασχόλησης. Πιο συγκεκριμένα:

- Η σταθερή οικονομική κυβερνητική πολιτική σε θέματα διοίκησης των επιχειρήσεων μπορεί να συμβάλει στην ασφάλεια της απασχόλησης και να μειώσει την ανεργία.
- Ο περιορισμός των ωρών εργασίας μπορεί να είναι ωφέλιμος όταν ακολουθείτε παράλληλα με την ασφαλή και ικανοποιητική εργασία.
- Ο εξοπλισμός των ανθρώπων για εύρεση εργασίας με προγράμματα διαρκούς εκπαίδευσης και μετεκπαίδευσης.
- Για τους άνεργους τα επιδόματα ανεργίας να καθορίζονται σε ένα υψηλό ποσοστό μισθών ώστε να έχουν προστατευτική επίδραση.
- Οι πιστωτικές ενώσεις μπορεί να είναι ευεργετικές με τη μείωση των χρεών και την αύξηση των κοινωνικών δικτύων. (Wilkinson et al 2003)

- Η απασχόληση με εργασίες μικρής διάρκειας οδηγούν σε μικρότερη διάρκεια της ανεργίας και αυτό μπορεί να βελτιώσει την υγεία τους μειώνοντας το άγχος που προκαλείται από την ανεργία ή την υπερφόρτωση κοινωνικών ρόλων. Ακόμα και στην περίπτωση της μακροχρόνιας ανεργίας υπάρχουν θετικές επιδράσεις στην υγεία με μία ελάχιστη κοινωνική ασφάλιση με εναλλακτικούς ρόλους (νοικοκυριό, ανατροφή παιδιών) και χρήσιμες δραστηριότητες όπως μικρές γεωργικές εργασίες. (SCI 1986)

Επιπλέον μια σειρά από παράγοντες μπορούν να αμβλύνουν τις αρνητικές επιπτώσεις της ανεργίας συμπεριλαμβανομένης της κατανόησης του συζύγου, της στήριξης από τους γονείς, τα αδέρφια, τα ενήλικα παιδιά και τους φίλους (American Psychological Association 2012).

Οι Stuckler et al 2009, Wilson et al 1993, στη μελέτη τους επισήμαναν ότι οι κυβερνήσεις θα μπορούσαν να μειώσουν τις δυσμενείς επιπτώσεις της ανεργίας στην ψυχική υγεία των ανθρώπων με ενεργά προγράμματα για την αγορά εργασίας ή προγράμματα επανακατάρτισης για την επανένταξή τους στην αγορά εργασίας τα οποία θα τους διατηρήσουν και θα τους επανεντάξουν στην απασχόληση. Έτσι θα μπορούσαν να μετριαστούν ορισμένες αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία σε περιόδους οικονομικής ύφεσης

Οι Vuori et al 2005, σε μελέτη τους στην Φιλανδία διερεύνησαν αν το πρόγραμμα για την εκ νέου αναζήτηση εργασίας στο οποίο συμμετείχαν 629 άνεργοι στην ομάδα παρέμβασης ηλικίας 18-61 ετών και 632 άτομα στην ομάδα ελέγχου είχε ευεργετικά αποτελέσματα για την ψυχική τους υγεία. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι με τη συμμετοχή τους στο πρόγραμμα μειώθηκαν τα συμπτώματα της κατάθλιψης και αυξήθηκε η αυτοεκτίμησή τους. Η βελτίωση της ψυχικής τους υγείας σχετίστηκε με την εμπλοκή τους στην αγορά εργασίας αφού κατά τη διάρκεια των δύο ετών παρακολούθησης το 70,4% των συμμετεχόντων της ομάδας παρέμβασης είτε επαναπροσλήφθηκε σε επιδοτούμενη θέση εργασίας, είτε σε προγράμματα επαγγελματικής κατάρτισης σε αντίθεση με το 64,1% της ομάδας ελέγχου.

Για την εφαρμογή και την επιτυχία αυτών των προγραμμάτων είναι απαραίτητη η εμπλοκή τριών φορέων. Των υπηρεσιών παροχής υπηρεσιών με προγράμματα κατάρτισης, των υπηρεσιών υποστήριξης της απασχόλησης και των υπηρεσιών ψυχικής υγείας (Rose et al 2004).

Οι Rose et al 2004, σε έρευνα στον οργανισμό παροχής υπηρεσιών στην Αυστραλία σχετικά με τη δυνατότητα συνεργασίας του με τους άλλους φορείς έδειξε ότι ο οργανισμός δεν είχε

την ικανότητα να αντιμετωπίσει τις ψυχολογικές επιπτώσεις της ανεργίας στην υγεία γιατί δεν είχε τις δομές ούτε τη χρηματοδότηση για να υποστηρίξει την αξιολόγηση των προγραμμάτων παρέμβασης.

Σε περιόδους οικονομικής κρίσης ένα κακό οικονομικό κλίμα με υψηλά ποσοστά ανεργίας είναι ιδιαίτερα απειλητικό για τους ανέργους επειδή προσφέρει μειωμένες ευκαιρίες για αναζήτηση εργασίας και μικρότερη επανένταξη στην απασχόληση με αποτέλεσμα την εμφάνιση καταθλιπτικής διάθεσης (Karsten 2009).

Για το λόγω αυτό τα μέτρα λιτότητας πρέπει να διασφαλίζουν ότι τα δίκτυα κοινωνικής ασφάλισης και στήριξης είναι σε θέση να αυξήσουν την ανθεκτικότητα των κοινοτήτων και να αμβλύνουν τις επιπτώσεις της ψυχικής υγείας από το φόβο της απώλειας των θέσεων εργασίας, της ανεργίας και της απώλειας της κοινωνικής θέσης. Τα μέτρα πρέπει να προσανατολίζονται προς την στήριξη της ψυχικής υγείας με την κοινωνική πρόνοια να υποστηρίζει ενεργά προγράμματα για την αγορά εργασίας με στόχο να βοηθήσει τους ανθρώπους να ενταχθούν στην απασχόληση και να διατηρήσουν τις θέσεις εργασίας τους. Η εκ νέου αύξηση της απασχόλησης και τα οικογενειακά προγράμματα στήριξης μπορεί να αντισταθμίσουν τις επιπτώσεις στην ψυχική υγεία από την οικονομική κρίση (Wahlbeck et al 2012).

Ένα άλλο μέτρο το οποίο μπορεί να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στη βελτίωση των επιπτώσεων της ανεργίας είναι η αύξηση του επιδόματος ανεργίας. Αντίθετα τα πλεονεκτήματα του οικογενειακού εισοδήματος μπορεί να μην είναι αρκετά να μειώσουν τον κίνδυνο για κατάθλιψη σε αυτούς που εργάζονται (Rodrique et al 1997).

Οι Rodrique et al 1997, στη μελέτη τους την περίοδο 1987-1988 εξέτασαν κατά πόσο τα υποστηρικτικά μέτρα κατά της ανεργίας (επιδόματα ανεργίας ή κοινωνικής πρόνοιας) επιδρούν αποτελεσματικά στην ψυχική υγεία κατά τη διάρκεια της ανεργίας. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι άνεργοι που λαμβάνουν επίδομα ανεργίας ή οφέλη από άλλα προγράμματα δεν ανέφεραν μεγαλύτερη κατάθλιψη από τους εργαζόμενους. Αντίθετα ο μεγαλύτερος δείκτης κατάθλιψης διαπιστώθηκε μεταξύ των ανέργων που λαμβάνουν τα επιδόματα ανεργίας ανεξάρτητα από το οικογενειακό τους εισόδημα.

Οι ψυχολογικοί κίνδυνοι που συνοδεύουν την ανεργία δεν εκδηλώνονται μόνο με άγχος αλλά και με αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας. Η συμβουλευτική προς τους ανέργους θα πρέπει να επικεντρωθεί στην αντιμετώπιση του αισθήματος της αποθάρρυνσης, της ανικανότητας, και της ντροπής που πολλοί άνεργοι βιώνουν (Leahy 2013).

5.2. Προγράμματα προαγωγής υγείας σε ανέργους

Για την ολιστική αντιμετώπιση του προβλήματος απαραίτητα είναι και τα προγράμματα προαγωγής υγείας σε ανέργους που στοχεύουν στην βελτίωση της υγείας τους. Μέσω αυτών των προγραμμάτων δίνονται συμβουλές στους ανέργους για ένα πιο υγιεινό τρόπο ζωής συμπεριλαμβανομένης της διατροφής, της άσκησης, της αποφυγής του καπνίσματος και του αλκοόλ.

Στόχος του προγράμματος είναι η απόκτηση γνώσεων και η υιοθέτηση υγιών συμπεριφορών πάνω σε θέματα διατροφής και λειτουργικότητας του σώματος, αλλά και η ενίσχυση της αυτοπεποίθησης, της αυτό-αποτελεσματικότητας και της απόκτησης δεξιοτήτων ώστε να βελτιωθεί η ποιότητα της καθημερινής τους ζωής και να μπορέσουν να επανενταχθούν στην αγορά εργασίας.

Μελέτες δείχνουν ότι η αύξηση του κινήτρου των ανέργων για να επιδιώξουν πιο υγιεινό τρόπο ζωής μπορεί να έχει θετική επίδραση.

Οι Horns et al 2012, σε μελέτη τους στην οποία συμμετείχαν 179 άνεργοι στην ομάδα παρέμβασης και 108 στην ομάδα ελέγχου εξέτασαν τις επιδράσεις του προγράμματος παρέμβασης προαγωγής υγείας για τη βελτίωση της σωματικής υγείας των μακροχρόνιων ανέργων. Το πρόγραμμα για την ομάδα παρέμβασης συνδύαζε ατομικές συνεδρίες σχετικά με τον υγιεινό τρόπο ζωής και ομαδικές συνεδρίες οι οποίες περιελάμβαναν σωματική άσκηση για ένα διάστημα τριών μηνών. Τα αποτελέσματα έδειξαν μεγαλύτερη βελτίωση της ομάδας παρέμβασης σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου ως προς τις αλλαγές στον τρόπο ζωής (περισσότερη σωματική άσκηση και υγιεινή διατροφή). Οι συμμετέχοντες που εξέφρασαν την επιθυμία να υιοθετήσουν έναν πιο υγιεινό τρόπο ζωής και πιο υγιεινή διατροφή είχαν πιθανότητα να το πράξουν 4,44 και 3,94 αντίστοιχα, ενώ για αυτούς που το είχαν πραγματικά αποφασίσει η πιθανότητα ήταν 2,77 και 4,34 αντίστοιχα.

Οι Brenninkmeijer et al 2011, σε μελέτη τους στην Ολλανδία αξιολόγησαν την αποτελεσματικότητα του προγράμματος παρέμβασης στην ομάδα απασχόλησης σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου και την παρέμβαση με κουπόνι. Στην μελέτη συμμετείχαν 118 άνεργοι οι οποίοι χωρίστηκαν σε τρεις ομάδες. Στην ομάδα απασχόλησης συμμετείχαν 47 άτομα, στην ομάδα παρέμβασης με κουπόνι 33 και στην ομάδα ελέγχου 38. Οι συμμετέχοντες της ομάδας απασχόλησης εκπαιδεύτηκαν στην μαθησιακή διδασκαλία η οποία περιελάμβανε ομαδικές συζητήσεις και συνεδρίες για την ενίσχυση της αυτοπεποίθησης, της αυτό-αποτελεσματικότητας και απόκτησης δεξιοτήτων για την επίλυση των προβλημάτων τους και

την αναζήτηση εργασίας. Οι συμμετέχοντες παρακολούθησαν 5 μαθήματα μισής ημέρας αλλά το πρόγραμμα επεκτάθηκε με συνεδρίες μία ή δύο φορές το μήνα για να ενισχύσει τις κεκτημένες δεξιότητες και γνώσεις που αποκτήθηκαν. Στην ομάδα παρέμβασης με κουπόνι δόθηκε στα άτομα ένα κουπόνι αξίας 700 ευρώ με την προϋπόθεση να τα διαθέσουν για την εκπαίδευση και τις υπηρεσίες που θα μπορούσαν να ενισχύσουν τις πιθανότητές τους στην αγορά εργασίας. Οι συμμετέχοντες στην ομάδα ελέγχου δεν έλαβαν καμία παρέμβαση.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι μετά από 6 μήνες το 26% της ομάδας απασχόλησης έναντι 9% της ομάδας παρέμβασης με κουπόνι και 11% της ομάδας ελέγχου είχαν βρει εργασία. Ενώ μετά από 12 μήνες το 28% της ομάδας απασχόλησης και της ομάδας παρέμβασης με κουπόνι είχε βρει εργασία σε σύγκριση με το 15% της ομάδας ελέγχου.

5.3. Πρόληψη και αντιμετώπιση των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία

Οι παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση της κρίσης είναι σημαντικό να σχεδιαστούν σε πρωτογενές, δευτερογενές και τριτογενές επίπεδο.

Η πρωτογενής παρέμβαση πρέπει να εμπεριέχει τη δημιουργία κρατικών επιδοτούμενων προγραμμάτων επαγγελματικής επανεκπαίδευσης με σκοπό την επανένταξη των ανέργων στην αγορά εργασίας, καθώς και προγράμματα ανάπτυξης δεξιοτήτων για την μεγαλύτερη δυνατότητα επαγγελματικής ευελιξίας. Επιπλέον οι πολιτικές για την αλλαγή του πλαισίου της αγοράς εργασίας, όπως μετακίνηση θέσεων, μείωση ωρών εργασίας, άδειες με μειωμένες αποδοχές θα βοηθήσουν δίνοντας τον απαιτούμενο χρόνο και τη στήριξη για τη δύσκολη προσαρμογή.

Η δευτερογενής παρέμβαση αφορά την προαγωγή διαχείρισης του στρες και των ψυχοπιεστικών καταστάσεων που βιώνει το άτομο μέσω συμβουλευτικών προγραμμάτων οικονομικής διαχείρισης, ψυχολογικής υποστήριξης και επαγγελματικού προσανατολισμού. Κλειδί στο επίπεδο της δευτερογενούς πρόληψης αποτελεί η ενίσχυση του συστήματος υγείας για την έγκαιρη αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.

Η προστασία των ατόμων που βρίσκονται σε κίνδυνο κρίνεται απαραίτητη μέσα από την κινητοποίηση όλων των κοινωνικών δικτύων ασφαλείας (αθλητικοί όμιλοι, εμπορικές ενώσεις, φιλανθρωπικές οργανώσεις, εκκλησία, οικογένεια, φίλοι) για την υποστήριξη αυτών των ατόμων.

Το παράδειγμα της Μαλαισίας στη διάρκεια της Ασιατικής κρίσης μας δείχνει πως η διατήρηση των δαπανών για την κοινωνική προστασία των ευπαθών ομάδων και των ανέργων μείωσε τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία.

Η τριτογενής πρόληψη εστιάζεται στην αποκατάσταση της υγείας των ανέργων αλλά και στην οικονομική τους ενίσχυση, διασφαλίζοντας τις ελάχιστες συνθήκες διαβίωσης. Τα επιδόματα ανεργίας και τα ενεργά προγράμματα στήριξης της αγοράς εργασίας μπορούν να αποδειχθούν ιδιαίτερα εργαλεία για την στήριξη και την επανένταξη των ανέργων.

Σε μελέτη που εξέτασε τη σχέση μεταξύ των δημόσιων κοινωνικών δαπανών και των αυτοκτονιών στις 27 χώρες του Οργανισμού για την Οικονομική Συνεργασία και Ανάπτυξη (ΟΟΣΑ) από το 1980-2003 βρήκε ότι κάθε αύξηση 10 δολαρίων ανά άτομο στις επενδύσεις για προγράμματα στήριξης της αγοράς εργασίας μειώνει την επίπτωση της ανεργίας στις αυτοκτονίες κατά 0,04% και δείχνει ότι τα προγράμματα κοινωνικής στήριξης είναι ζωτικής σημασίας για την πρόληψη των αυτοκτονιών σε χώρες που βιώνουν κοινωνικοοικονομική κρίση (Μπούρας και συν 2011).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

6.1. Σκοπός και στόχοι της εργασίας

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση του συνεχούς διογκούμενου προβλήματος της ανεργίας το οποίο έχει πάρει επικίνδυνες διαστάσεις καθώς επηρεάζει την σωματική και ψυχική υγεία των ανθρώπων που την υφίστανται.

Συγκεκριμένα η εργασία αφορά τη μελέτη ανέργων ηλικίας 20-45 ετών οι οποίοι αποτελούν μια πληθυσμιακή ομάδα που χρήζει παρέμβασης λόγω των ψυχικών προβλημάτων που τους προκαλεί η ανεργία.

Στόχος της παρούσας εργασίας είναι:

- 1) Η εκτίμηση του ποσοστού των ανέργων σε σχέση με το άγχος.
- 2) Η εκτίμηση του ποσοστού των ανέργων σε σχέση με το επίπεδο λειτουργικότητας.
- 3) Η εκτίμηση του ποσοστού των ανέργων σε σχέση με την κατάθλιψη.
- 4) Η εκτίμηση του ποσοστού των ανέργων με σωματικά συμπτώματα.
- 5) Η αξιοποίηση των αποτελεσμάτων της έρευνας μέσα από την αναγνώριση του προβλήματος, τη δημοσιοποίησή του και την προσπάθεια αντιμετώπισής του.

6.2. Πληθυσμός μελέτης και μέθοδος

Η μελέτη αυτή πραγματοποιήθηκε στην περιοχή της Λαμίας και συγκεκριμένα στον Οργανισμό Απασχολήσεως Εργατικού Δυναμικού (ΟΑΕΔ). Η συλλογή στοιχείων ολοκληρώθηκε σε διάστημα 2 μηνών (Οκτώβριο – Νοέμβριο του 2014). Το δείγμα αποτελούσαν 65 άτομα οι οποίοι ήταν άνεργοι και προσέρχονταν στον ΟΑΕΔ για να τους εκδοθεί κάρτα ανεργίας ή για να ανανεώσουν την ήδη υπάρχουσα.

Η διεξαγωγή της έρευνας έγινε με συμπλήρωση ερωτηματολογίου. Πρώτα οι άνεργοι ενημερώθηκαν για το σκοπό της έρευνας και τη διαδικασία και ύστερα από τη συγκατάθεσή τους συμπληρώθηκαν τα ερωτηματολόγια.

Κριτήριο για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου ήταν η ηλικία των ανέργων. Έπρεπε να έχουν συμπληρώσει το εικοστό έτος της ηλικίας τους και να μην υπερβαίνουν το τεσσαρακοστό πέμπτο.

Για τις ανάγκες της έρευνας χρησιμοποιήθηκε ένα ανώνυμο ερωτηματολόγιο δημογραφικών χαρακτηριστικών που αποτελείται από ερωτήσεις κλειστού τύπου για ατομικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά του ερωτώμενου όπως φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση,

μορφωτικό επίπεδο, αριθμός παιδιών, εισόδημα, διαμονή καθώς και το ερωτηματολόγιο γενικής υγείας General Health Questionnaire, όπου ο ερωτώμενος καλείται να απαντήσει σε είκοσι οχτώ ερωτήσεις γενικής υγείας.

Πρόκειται για σταθμισμένο ερωτηματολόγιο που δημιουργήθηκε από τον Goldberg το 1972 έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως στο γενικό πληθυσμό από ερευνητές σε διάφορα επιστημονικά πεδία όπως Ιατρική και Ψυχολογία. Αποτελεί ένα εργαλείο για καθορισμό μη ψυχιατρικών διαταραχών και εστιάζεται σε δυο κύρια σημεία, την ανικανότητα του ερωτώμενου να διεξάγει φυσιολογικές και συνηθισμένες λειτουργίες και την εμφάνιση καινούριων καταθλιπτικών ψυχολογικών φαινομένων. Σκοπός είναι να εκτιμηθεί η παρούσα κατάσταση του ερωτώμενου σε σχέση με τη γενική του κατάσταση. Το GHQ-28 αποτελείται από 28 ερωτήσεις και η βαθμολογία υπολογίζεται με διαβάθμιση τεσσάρων σημείων της κλίμακας Likert.

Περιλαμβάνει τέσσερις κατηγορίες που αφορούν α) την κατάθλιψη, β) το άγχος γ) την κοινωνική λειτουργικότητα δ) τα σωματικά συμπτώματα. Οι πρώτες δυο απαντητικές επιλογές σε κάθε ερώτηση βαθμολογούνται με 0 και οι άλλες δύο με 1 βαθμολογία άνω του 4 σε κάθε υποκλίμακα υποδηλώνει κλινική συμπτωματολογία. Βαθμολογία υψηλότερη του 4 (>4) είναι ενδεικτική σημαντικής επιβάρυνσης της υγείας, με πιθανές κλινικές εκδηλώσεις. Η μέση τιμή για το γενικό πληθυσμό είναι 6,28 μονάδες. Το ερωτηματολόγιο γενικής υγείας έχει χρησιμοποιηθεί τόσο σε αρρώστους όσο και σε υγιείς πληθυσμούς και έχει να επιδείξει καλή αξιοπιστία και εγκυρότητα.

Κριτήριο για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου ήταν η ηλικία των ανέργων. Έπρεπε να έχουν συμπληρώσει το εικοστό έτος της ηλικίας τους και να μην υπερβαίνουν το τεσσαρακοστό πέμπτο έτος.

Για τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS 22.0. Για την ανάλυση των ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος t-test (για δύο δείγματα) και η ανάλυση διακύμανσης με post hoc ανάλυση για περισσότερα δείγματα. Η ηλικία του δείγματος και η διάρκεια ανεργίας διχοτομήθηκαν στη διάμεσο τιμές τους (32 έτη και 7 έτη αντίστοιχα). Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε σε $p=0,05$.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

Αποτελέσματα

7.1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Η πλειονότητα του δείγματος ήταν Έλληνες (95,3%), χωρίς παιδιά (61,6%), από το κέντρο της Λαμίας (57%). Άντρες ήταν το 49,2% και ανύπαντροι το 50,8% του δείγματος.

Πίνακας 7. 1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά

	N	%
Φύλο		
Άντρας	32	49,2
Γυναίκα	33	50,8
Σύνολο	65	100,0
Οικογενειακή κατάσταση		
Ελεύθερος/η	33	50,8
Έγγαμος/η	29	44,6
Άλλο	3	4,6
Σύνολο	65	100,0
Έχετε παιδιά;		
Καθόλου	40	61,60
Ένα	15	23,1
Δύο	7	10,8
Τρία	2	3,1
Περισσότερα	1	1,5
Σύνολο	65	100,0
Από ποια χώρα κατάγεστε;		
Ελλάδα	62	95,3
Ρουμανία	1	1,5
Βουλγαρία	2	3,1
Σύνολο	65	100,0
Σε ποια περιοχή της Λαμίας κατοικείτε;		
Αστικό κέντρο και προάστια	37	56,9
Περιφέρεια	28	43,1
Σύνολο	65	100,0

7.2. Ηλικία, έτη εργασίας και διάρκεια ανεργίας

Η μέση ηλικία του δείγματος ήταν $32,89 \pm 6,77$ έτη, ενώ η μέση διάρκεια ανεργίας ήταν 8 έτη περίπου με μέση διάρκεια απώλειας εργασίας τα 2 έτη, ουσιαστικά επρόκειτο για μακροχρόνια άνεργους.

Πίνακας 7. 2. Ηλικία, έτη εργασίας και διάρκεια ανεργίας

	ΜΤ ± ΤΑ	Ελαχ.-Μεγ.
Ηλικία (έτη)	$32,89 \pm 6,77$	20-45
Χρόνια εργασίας	$8,06 \pm 6,23$	0,5-25
Διάρκεια ανεργίας (έτη)	$2,40 \pm 2,33$	0,8-10

ΜΤ: Μέση τιμή
ΤΑ: Τυπική απόκλιση

7.3. Διαμονή-συγκατοίκηση

Με τους γονείς του δήλωσε ότι έμενε το 43,1% και μόνο του το 12,3%. Με το σύντροφο ζούσε το 41,5%, ενώ ένα άτομο έμενε με φίλους και ένα άτομο με το σύντροφο και τους γονείς / πεθερικά. Ιδιοκατοίκηση ανέφερε το 73,8%.

Πίνακας 7. 3. Διαμονή-συγκατοίκηση

	N	%
Συγκατοίκηση		
Με τους γονείς μου	28	43,1
Με φίλους	1	1,5
Μόνος μου	8	12,3
Με τον σύντροφο/σύζυγό μου	27	41,5
Με τον σύντροφο/σύζυγό μου και γονείς /πεθερικά	1	1,5
Σύνολο	65	100,0
Το σπίτι που ζω είναι:		
Ιδιόκτητο	48	73,8
Με ενοίκιο	17	26,2
Σύνολο	65	100,0

7.4. Εκπαιδευτικό επίπεδο και επαγγελματική ιδιότητα

Το 18,4% ήταν απόφοιτοι βασικής εκπαίδευσης, ενώ απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ ήταν το 79%. Αναφορικά με τον κυρία εργασία τους, το 51% περίπου δήλωναν εργάτες και το 28% επιστήμονες.

Πίνακας 7. 4. Εκπαιδευτικό επίπεδο και επαγγελματική ιδιότητα

	N	%
Εκπαιδευτικό επίπεδο		
Δημοτικό	3	4,6
Γυμνάσιο	9	13,8
Λύκειο	18	27,7
Μεταλυκειακή εκπαίδευση (μη πανεπιστημιακή)	11	16,9
Ανώτατη εκπαίδευση	24	36,9
Σύνολο	65	100,0
Ποιος είναι ο τίτλος της κύριας εργασίας σας;		
Εργάτης	33	50,8
Ιδιωτικός και δημόσιος διοικητικός υπάλληλος	14	21,5
Επιστήμονας	18	27,7
Σύνολο	65	100,0
Ποιος είναι ο τίτλος των σπουδών σας;		
Μεταλυκειακή εκπαίδευση	14	21,5
ΤΕΙ	37	56,9
ΑΕΙ	14	21,5
Σύνολο	65	100,0

7.5. Εργασιακό ιστορικό

Στον ιδιωτικό τομέα εργαζόταν το 78,5% και το 50% περίπου έχει εργαστεί και χωρίς ασφάλιση, ενώ το 72,3% είχε απολυθεί και το υπόλοιπο ποσοστό αναφέρει οικειοθελή αποχώρηση.

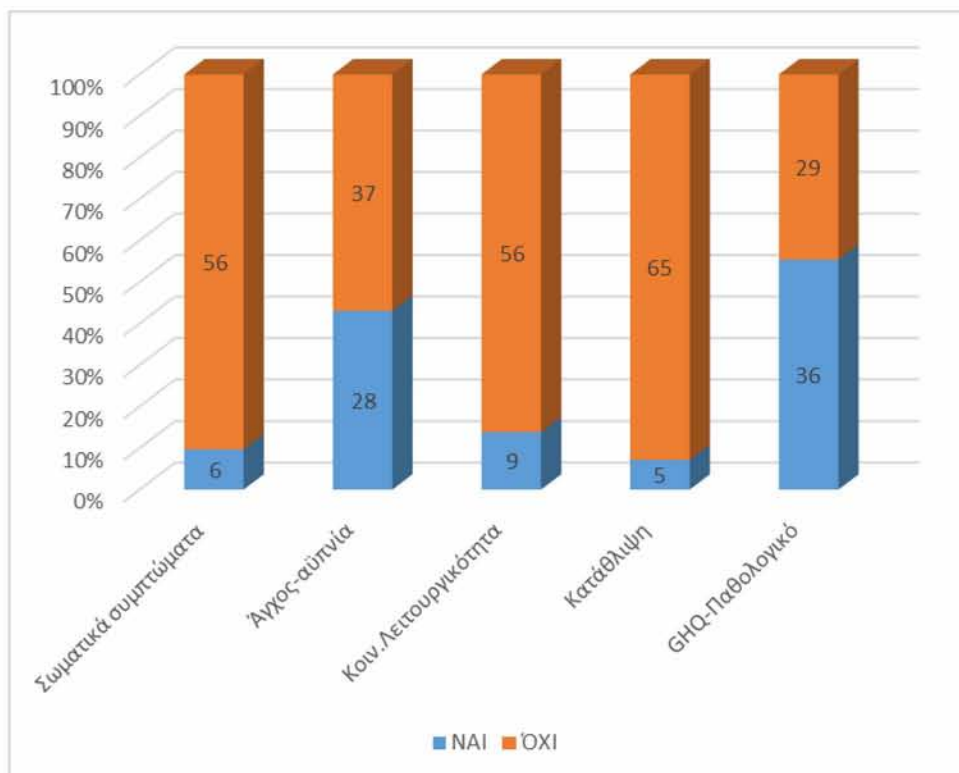
Πίνακας 7. 5. Εργασιακό ιστορικό

	N	%
Η προηγούμενη εργασία σας ήταν:		
Στον ιδιωτικό τομέα	51	78,5
Στο δημόσιο τομέα	5	7,7
Στον ιδιωτικό και δημόσιο τομέα	9	13,8
Σύνολο	65	100,0
Είστε ασφαλισμένος;		
Ναι	55	84,6
Όχι	10	15,4
Σύνολο	65	100,0
Έχετε εργαστεί ανασφάλιστος;		
Ναι	32	49,2
Όχι	33	50,8
Σύνολο	65	100,0
Απολυθήκατε;		
Όχι	18	27,7
Ναι	47	72,3
Σύνολο	65	100,0

7.6. Ποσοστά επιβάρυνσης της γενικής υγείας

Το 55,3% εμφανίζει σημαντική-εν δυνάμει παθολογική-επιβάρυνση της γενικής κατάστασης της υγείας του (36 άτομα από τα 65), με τη σημαντικότερη διαταραχή να αφορά το άγχος και την απνία (43%). Έπονται η κοινωνική λειτουργικότητα (13,8%), τα σωματικά συμπτώματα (9,2%) και η κατάθλιψη, που αφορά τους συμμετέχοντες σε ποσοστό 7,6%

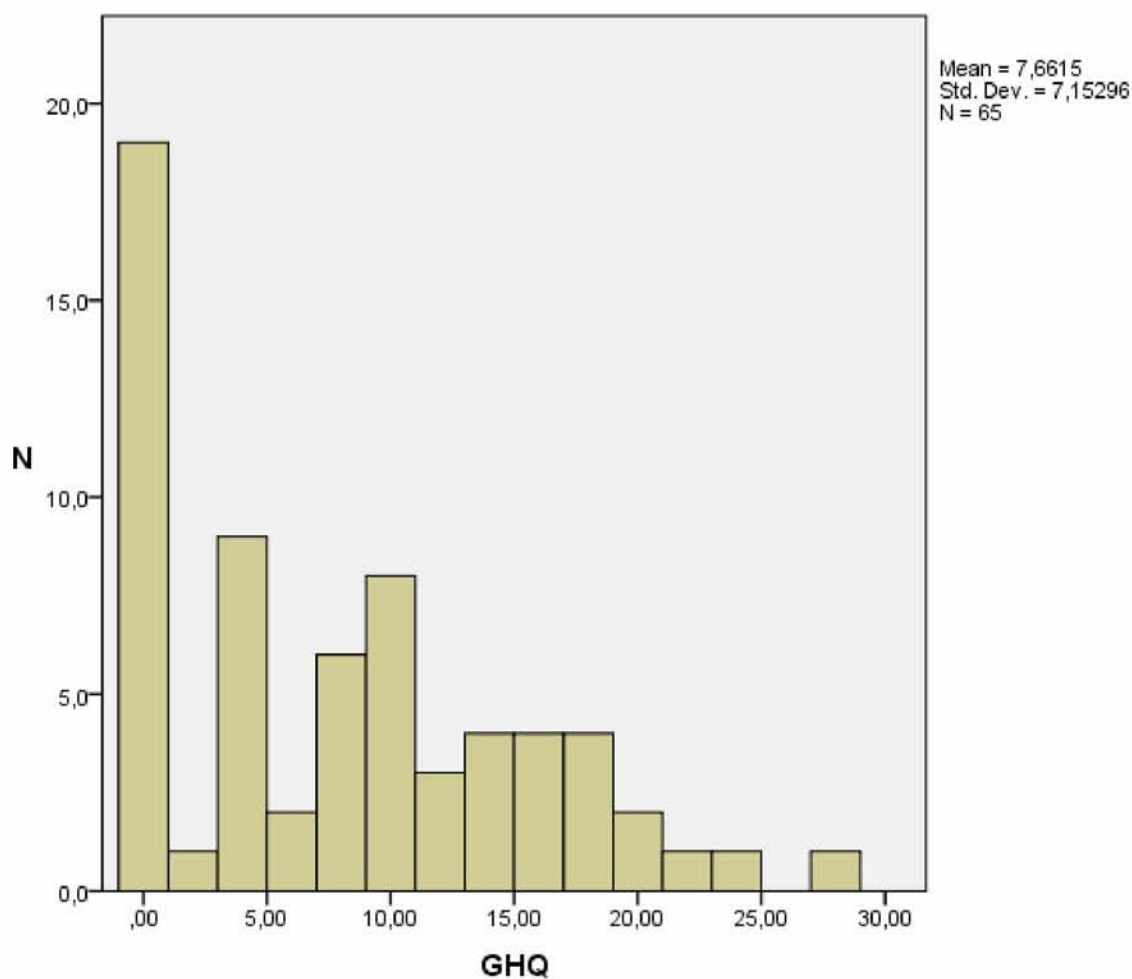
Γράφημα 7. 1. Ποσοστά επιβάρυνσης της γενικής υγείας



7.7. Κατανομή της βαθμολογίας GHQ

Η μέση τιμή της βαθμολογίας στο ερωτηματολόγιο GHQ-28 ήταν 7,66, υψηλότερη εκείνης του γενικού πληθυσμού (6,28).

Γράφημα 7. 2. Κατανομή της βαθμολογίας GHQ



7.8. Ύπαρξη παιδιών και κατάσταση υγείας

Στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα

Η ύπαρξη δύο και τριών ή περισσότερων παιδιών συσχετίστηκε με σημαντική επιβάρυνση της γενικής υγείας, η οποία αφορούσε την ομάδα με τρία ή περισσότερα παιδιά σε σχέση με εκείνη που δεν είχε καθόλου παιδιά: Εκείνοι που είχαν τρία ή περισσότερα παιδιά εμφάνιζαν υπερισπλάσια βαθμολογία, στις υποκλίμακες της κατάθλιψης ($p=0,009$), της κοινωνικής λειτουργικότητας ($p=0,043$) και στη συνολική βαθμολογία ($p=0,014$).

Πίνακας 7.6. Ύπαρξη παιδιών και κατάσταση υγείας

Ύπαρξη παιδιών		N	MT	TA
Καθόλου *	Σωματικά συμπτώματα	40	1,05	1,40
	Άγχος-Αϋπνία	40	2,85	2,41
	Κοιν.Λειτουργικότητα	40	1,15	1,70
	Καταθλιψη	40	0,68	1,19
	GHQ	40	5,73	6,00
Ένα	Σωματικά συμπτώματα	15	1,73	1,75
	Άγχος-Αϋπνία	15	3,67	2,85
	Κοιν.Λειτουργικότητα	15	2,47	2,26
	Καταθλιψη	15	1,67	2,29
	GHQ	15	9,53	8,20
Δύο	Σωματικά συμπτώματα	7	1,86	1,68
	Άγχος-Αϋπνία	7	4,29	2,14
	Κοιν.Λειτουργικότητα	7	2,57	1,81
	Καταθλιψη	7	1,43	2,07
	GHQ	7	10,14	5,70
Τρία ή περισσότερα*	Σωματικά συμπτώματα	3	3,33	2,31
	Άγχος-Αϋπνία	3	6,67	0,57
	Κοιν.Λειτουργικότητα	3	4,33	3,05
	Καταθλιψη	3	4,00	3,00
	GHQ	3	18,33	8,50
MT: Μέση τιμή TA: Τυπική απόκλιση t-test *p=0,014, post hoc ανάλυση, GHQ *p=0,043, post hoc ανάλυση, κοινωνική λειτουργικότητα *p=0,009, post hoc ανάλυση, κατάθλιψη				

7.9. Διαμονή και κατάσταση υγείας

Όσοι έμεναν μόνοι τους είχαν υπερδιπλάσια βαθμολογία στην κλίμακα «άγχος –αϋπνία» ($p=0,024$), στην κοινωνική λειτουργικότητα ($p=0,009$) και στη συνολική βαθμολογία ($p=0,028$), με την επισήμανση ότι στη συνολική βαθμολογία, η επίδοση βρισκόταν στις θεωρούμενες παθολογικές περιοχές (9,67), 50% υψηλότερη εκείνης του γενικού πληθυσμού.

Πίνακας 7.7. Διαμονή και κατάσταση υγείας

	Διαμονή	N	ΜΤ	ΤΑ	p
Σωματικά συμπτώματα	Γονείς	28	1,11	1,59	0,185
	Μόνος	27	1,67	1,49	
<i>Άγχος-Αϋπνία</i>	<i>Γονείς</i>	<i>28</i>	<i>2,68</i>	<i>2,36</i>	<i>0,024</i>
	<i>Μόνος</i>	<i>27</i>	<i>4,19</i>	<i>2,45</i>	
<i>Κοιν.Λειτουργικότητα</i>	<i>Γονείς</i>	<i>28</i>	<i>1,07</i>	<i>1,74</i>	<i>0,009</i>
	<i>Μόνος</i>	<i>27</i>	<i>2,44</i>	<i>1,99</i>	
Κατάθλιψη	Γονείς	28	0,82	1,44	0,241
	Μόνος	27	1,37	1,96	
<i>GHQ</i>	<i>Γονείς</i>	<i>28</i>	<i>5,68</i>	<i>6,52</i>	<i>0,028</i>
	<i>Μόνος</i>	<i>27</i>	<i>9,67</i>	<i>6,59</i>	
ΜΤ: Μέση τιμή ΤΑ: Τυπική απόκλιση t-test					

7.10 Ηλικιακή ομάδα και κατάσταση υγείας

Οι ηλικίας άνω των 32 ετών (με την επισήμανση ότι η μέγιστη ηλικία του δείγματος ήταν τα 45 έτη) εμφάνιζαν στατιστικά σημαντικά υψηλότερη επιβάρυνση σε όλες τις υποκλίμακες.

Πίνακας 7. 8. Ηλικιακή ομάδα και κατάσταση υγείας

	Ηλικιακή ομάδα	N	ΜΤ	ΤΑ	p
<i>Σωματικά συμπτώματα</i>	<i>≤32 έτη</i>	<i>34</i>	<i>0,94</i>	<i>1,67</i>	<i>0,015</i>
	<i>>32 έτη</i>	<i>31</i>	<i>1,90</i>	<i>1,40</i>	
<i>Άγχος-Αϋπνία</i>	<i>≤32 έτη</i>	<i>34</i>	<i>2,29</i>	<i>2,42</i>	<i><0,001</i>
	<i>>32 έτη</i>	<i>31</i>	<i>4,54</i>	<i>2,19</i>	
<i>Κοιν. Λειτουργικότητα</i>	<i>≤32 έτη</i>	<i>34</i>	<i>1,23</i>	<i>2,00</i>	<i>0,032</i>
	<i>>32 έτη</i>	<i>31</i>	<i>2,32</i>	<i>1,99</i>	
<i>Κατάθλιψη</i>	<i>≤32 έτη</i>	<i>34</i>	<i>0,61</i>	<i>1,46</i>	<i>0,014</i>
	<i>>32 έτη</i>	<i>31</i>	<i>1,70</i>	<i>2,00</i>	
<i>GHQ</i>	<i>≤32 έτη</i>	<i>34</i>	<i>5,08</i>	<i>6,74</i>	<i>0,002</i>
	<i>>32 έτη</i>	<i>31</i>	<i>10,48</i>	<i>6,59</i>	
ΜΤ: Μέση τιμή ΤΑ: Τυπική απόκλιση t-test					

7.11. Οικογενειακή κατάσταση και κατάσταση υγείας

Με εξαίρεση την κατάθλιψη, οι έγγαμοι εμφάνιζαν στατιστικά σημαντικά υψηλότερη επιβάρυνση σε όλες τις άλλες υποκλίμακες, και στη συνολική βαθμολογία, η οποία υπερέβαινε το γενικό μέσο όρο.

Πίνακας 7. 9. Οικογενειακή κατάσταση και κατάσταση υγείας

	Οικ.Κατάσταση	N	ΜΤ	ΤΑ	p
<i>Σωματικά συμπτώματα</i>	<i>Άγαμος</i>	36	1,08	1,59	0,077
	<i>Έγγαμος</i>	29	1,79	1,57	
<i>Άγχος-Αϋπνία</i>	<i>Άγαμος</i>	36	2,58	2,41	0,005
	<i>Έγγαμος</i>	29	4,34	2,44	
<i>Κοιν. Λειτουργικότητα</i>	<i>Άγαμος</i>	36	1,06	1,82	0,002
	<i>Έγγαμος</i>	29	2,62	2,03	
Κατάθλιψη	Άγαμος	36	0,83	1,63	0,131
	Έγγαμος	29	1,52	1,98	
GHQ	<i>Άγαμος</i>	36	5,56	6,85	0,007
	<i>Έγγαμος</i>	29	10,28	6,745	
ΜΤ: Μέση τιμή ΤΑ: Τυπική απόκλιση t-test					

7.12. Ιδιοκατοίκηση και κατάσταση υγείας

Όσοι δεν είχαν ιδιόκτητο σπίτι, είχαν υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα «άγχος-αυπνία».

Πίνακας 7. 10. Ιδιοκατοίκηση και κατάσταση υγείας

	Ιδιόκτητη οικία	N	ΜΤ	ΤΑ	p
<i>Σωματικά συμπτώματα</i>	<i>ΝΑΙ</i>	48	1,50	1,56	0,404
	<i>ΟΧΙ</i>	17	1,12	1,76	
<i>Άγχος-Αϋπνία</i>	<i>ΝΑΙ</i>	48	3,88	2,30	0,006
	<i>ΟΧΙ</i>	17	1,94	2,77	
<i>Κοιν. Λειτουργικότητα</i>	<i>ΝΑΙ</i>	48	1,81	1,97	0,702
	<i>ΟΧΙ</i>	17	1,59	2,32	
Κατάθλιψη	<i>ΝΑΙ</i>	48	1,13	1,66	0,921
	<i>ΟΧΙ</i>	17	1,18	2,24	
GHQ	<i>ΝΑΙ</i>	48	8,31	6,54	0,220
	<i>ΟΧΙ</i>	17	5,82	8,62	
ΜΤ: Μέση τιμή ΤΑ: Τυπική απόκλιση t-test					

7.13. Τομέας εργασίας (ιδιωτικός/ δημόσιος) και κατάσταση υγείας

Όσοι στο παρελθόν εργάζονταν στο δημόσιο τομέα εμφάνισαν υψηλότερη επιβάρυνση σε όλες τις υποκλίμακες, με τις σημαντικές διαφορές να εντοπίζονται στα σωματικά συμπτώματα, στην κοινωνική λειτουργικότητα και την κατάθλιψη.

Πίνακας 7. 11. Τομέας εργασίας (ιδιωτικός/ δημόσιος) και κατάσταση υγείας

	Τομέας	N	ΜΤ	ΤΑ	P
<i>Σωματικά συμπτώματα</i>	<i>Ιδιωτικός</i>	<i>51</i>	<i>1,29</i>	<i>1,53</i>	<i>0,094</i>
	<i>Δημόσιος</i>	<i>14</i>	<i>1,79</i>	<i>1,89</i>	
Άγχος-Αϋπνία	Ιδιωτικός	51	3,29	2,54	0,124
	Δημόσιος	14	3,64	2,71	
<i>Κοιν. Λειτουργικότητα</i>	<i>Ιδιωτικός</i>	<i>51</i>	<i>1,57</i>	<i>1,88</i>	<i>0,007</i>
	<i>Δημόσιος</i>	<i>14</i>	<i>2,43</i>	<i>2,56</i>	
<i>Κατάθλιψη</i>	<i>Ιδιωτικός</i>	<i>51</i>	<i>0,84</i>	<i>1,42</i>	<i>0,001</i>
	<i>Δημόσιος</i>	<i>14</i>	<i>2,21</i>	<i>2,61</i>	
<i>GHQ</i>	<i>Ιδιωτικός</i>	<i>51</i>	<i>7,00</i>	<i>6,45</i>	<i>0,011</i>
	<i>Δημόσιος</i>	<i>14</i>	<i>10,07</i>	<i>9,17</i>	
ΜΤ: Μέση τιμή ΤΑ: Τυπική απόκλιση t-test					

7.14. Έτη εργασίας και κατάσταση υγείας

Όσοι είχαν εργαστεί περισσότερο από 7 χρόνια, είχαν υψηλότερη επιβάρυνση στην υποκλίμακα « άγχος-αϋπνία».

Πίνακας 7. 12. Έτη εργασίας και κατάσταση υγείας

	Έτη εργασίας	N	Mean	Std. Deviation	p
<i>Σωματικά συμπτώματα</i>	<i>≤7</i>	<i>34</i>	<i>1,17</i>	<i>1,68</i>	<i>0,244</i>
	<i>>7</i>	<i>31</i>	<i>1,65</i>	<i>1,52</i>	
<i>Άγχος-Αϋπνία</i>	<i>≤7</i>	<i>34</i>	<i>2,71</i>	<i>2,44</i>	<i>0,027</i>
	<i>>7</i>	<i>31</i>	<i>4,09</i>	<i>2,52</i>	
Κοιν. Λειτουργικότητα	≤7	34	1,41	2,05	0,161
	>7	31	2,13	2,03	
Κατάθλιψη	≤7	34	0,97	1,78	0,438
	>7	31	1,32	1,85	
GHQ	≤7	34	6,26	7,25	0,100
	>7	31	9,19	6,84	
ΜΤ: Μέση τιμή ΤΑ: Τυπική απόκλιση t-test					

7.15. Διάρκεια ανεργίας και κατάσταση υγείας

Οι μακροχρόνια άνεργοι είχαν σημαντικά υψηλότερη επιβάρυνση σε όλες τις υποκλίμακες.

Πίνακας 7. 13. Διάρκεια ανεργίας και κατάσταση υγείας

	Διάρκεια ανεργίας	N	Mean	Std. Deviation	p
<i>Σωματικά συμπτώματα</i>	<i>≤ 2 έτη</i>	<i>40</i>	<i>1,03</i>	<i>1,702</i>	<i>0,016</i>
	<i>>2 έτη</i>	<i>25</i>	<i>2,00</i>	<i>1,26</i>	
<i>Άγχος-Αϋπνία</i>	<i>≤ 2 έτη</i>	<i>40</i>	<i>2,60</i>	<i>2,55</i>	<i>0,002</i>
	<i>>2 έτη</i>	<i>25</i>	<i>4,60</i>	<i>2,08</i>	
<i>Κοιν. Λειτουργικότητα</i>	<i>≤ 2 έτη</i>	<i>40</i>	<i>1,00</i>	<i>1,68</i>	<i><0,001</i>
	<i>>2 έτη</i>	<i>25</i>	<i>2,96</i>	<i>2,05</i>	
<i>Κατάθλιψη</i>	<i>≤ 2 έτη</i>	<i>40</i>	<i>0,58</i>	<i>1,259</i>	<i>0,001</i>
	<i>>2 έτη</i>	<i>25</i>	<i>2,04</i>	<i>2,19</i>	
<i>GHQ</i>	<i>≤ 2 έτη</i>	<i>40</i>	<i>5,20</i>	<i>6,46</i>	<i><0,001</i>
	<i>>2 έτη</i>	<i>25</i>	<i>11,60</i>	<i>6,51</i>	
ΜΤ: Μέση τιμή ΤΑ: Τυπική απόκλιση t-test					

7.16. Τίτλος σπουδών και κατάσταση υγείας

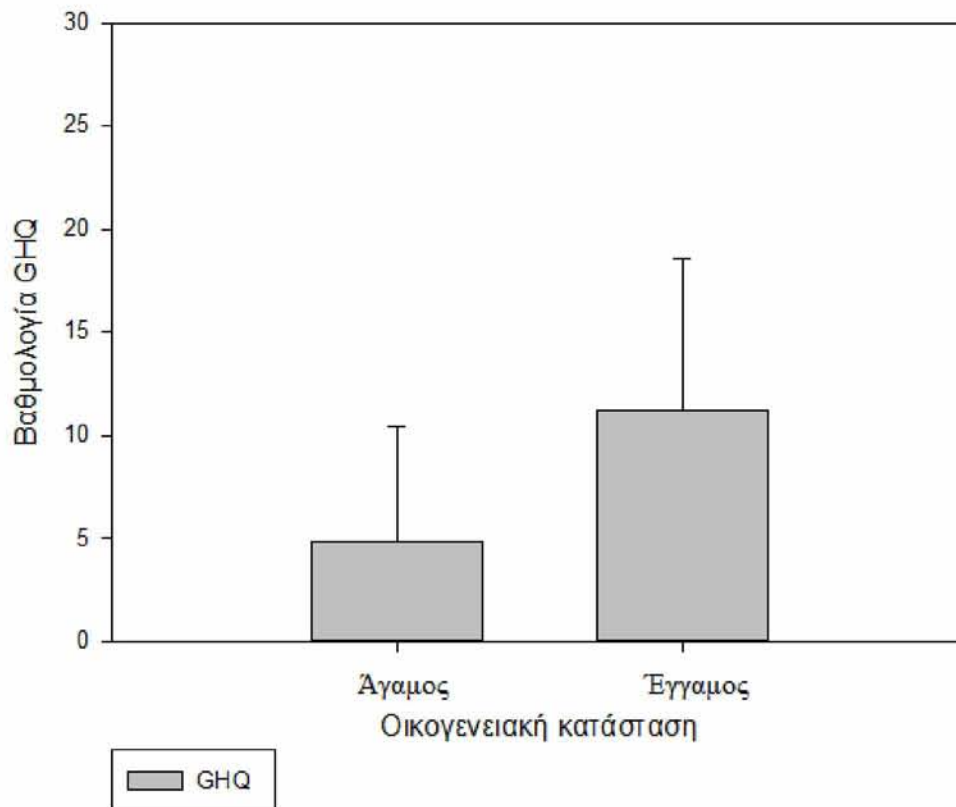
Στα σωματικά συμπτώματα και στη συνολική βαθμολογία εντοπίστηκαν σημαντικές διαφορές σε σχέση με τον κύριο τίτλο σπουδών: οι απόφοιτοι ΤΕΙ διέφεραν σημαντικά από τους αποφοίτους ΑΕΙ στα σωματικά συμπτώματα (0,42 έναντι 2,35, $p=0,004$) και στη συνολική βαθμολογία (3,92 έναντι 10,57, $p=0,040$), εμφανίζοντας υπερδιπλάσια βαθμολογία και στις δύο περιπτώσεις.

Πίνακας 7. 14. Τίτλος σπουδών και κατάσταση υγείας

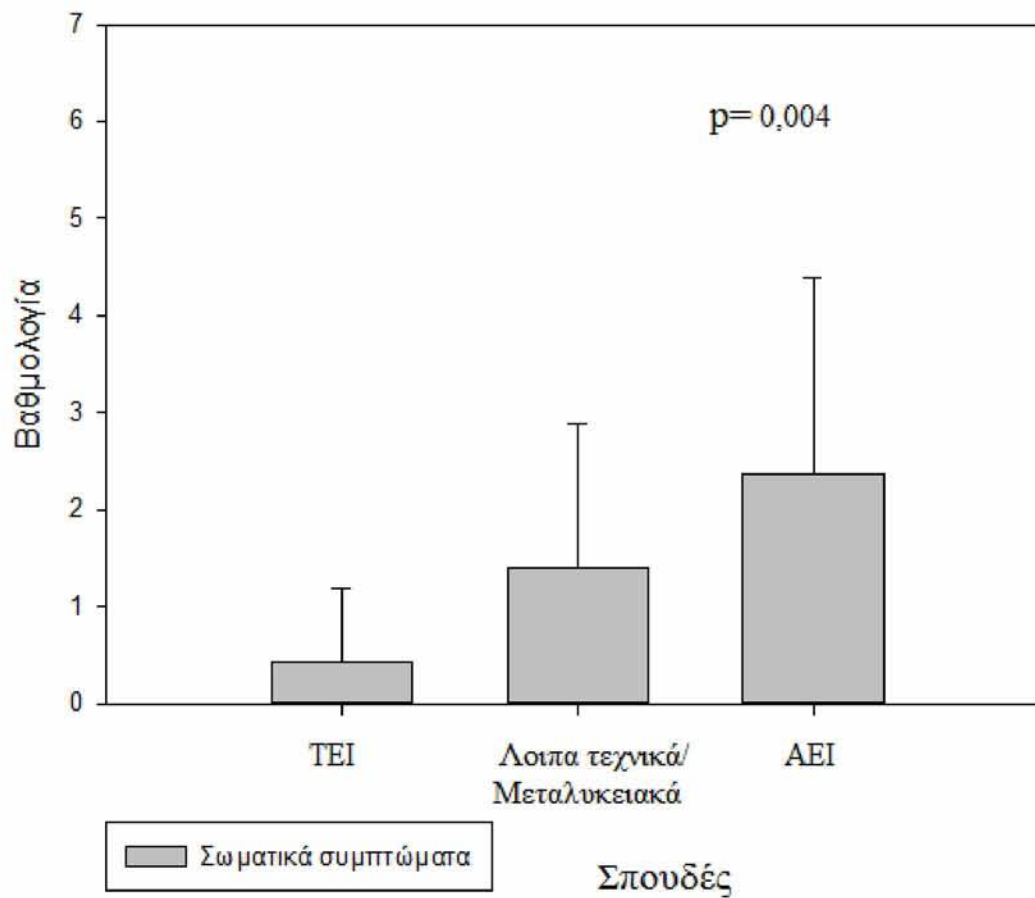
Τίτλος σπουδών	F*	p
Σωματικά συμπτώματα	5,784	0,005
Άγχος-Αϋπνία	2,395	0,100
Κοιν. Λειτουργικότητα	2,566	0,085
Κατάθλιψη	2,133	0,127
GHQ	3,325	0,042
*ANOVA		

Οι κυριότερες στατιστικά σημαντικές διαφορές απεικονίζονται στη συνέχεια με μορφή γραφημάτων

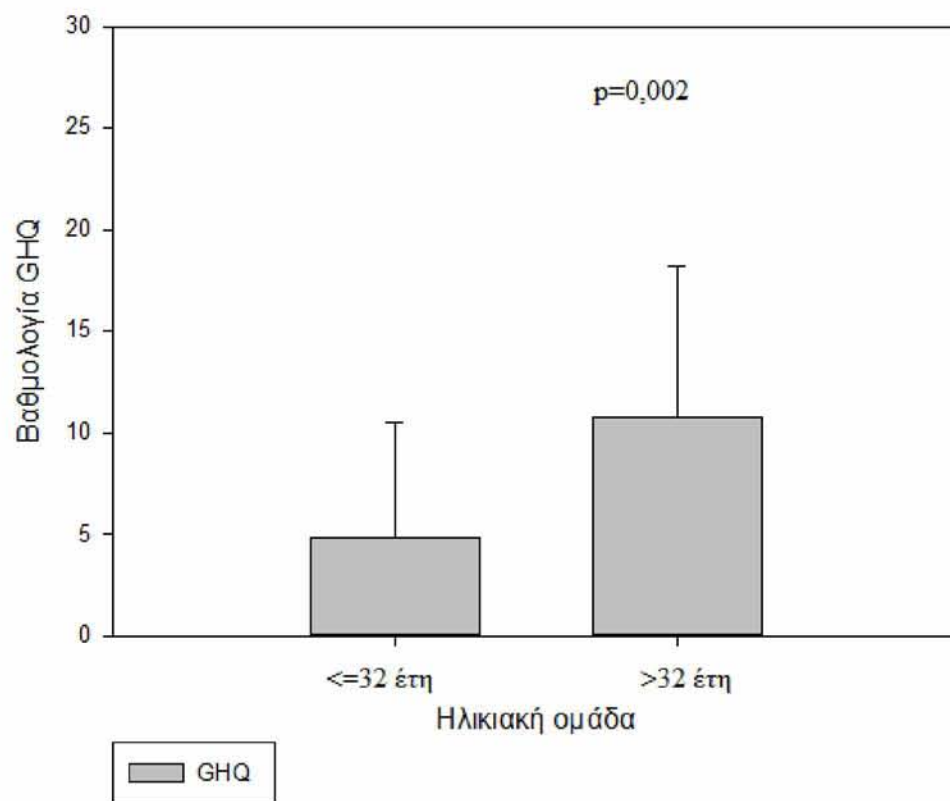
Γράφημα 7. 3. Οικογενειακή κατάσταση και γενική υγεία



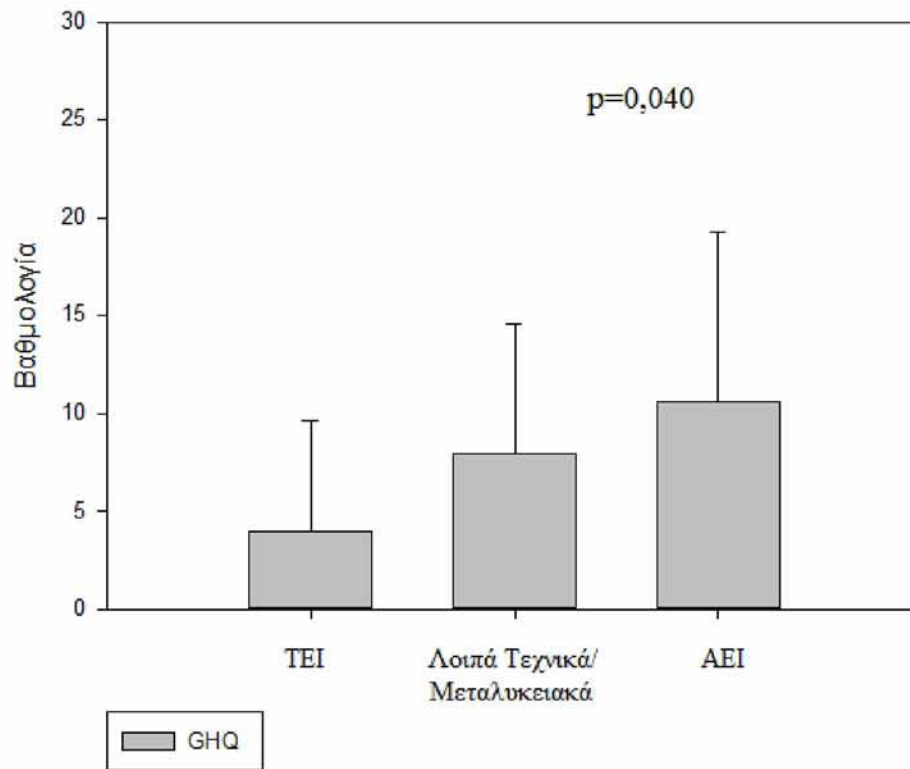
Γράφημα 7. 4. Επίπεδο σπουδών και σωματικά συμπτώματα



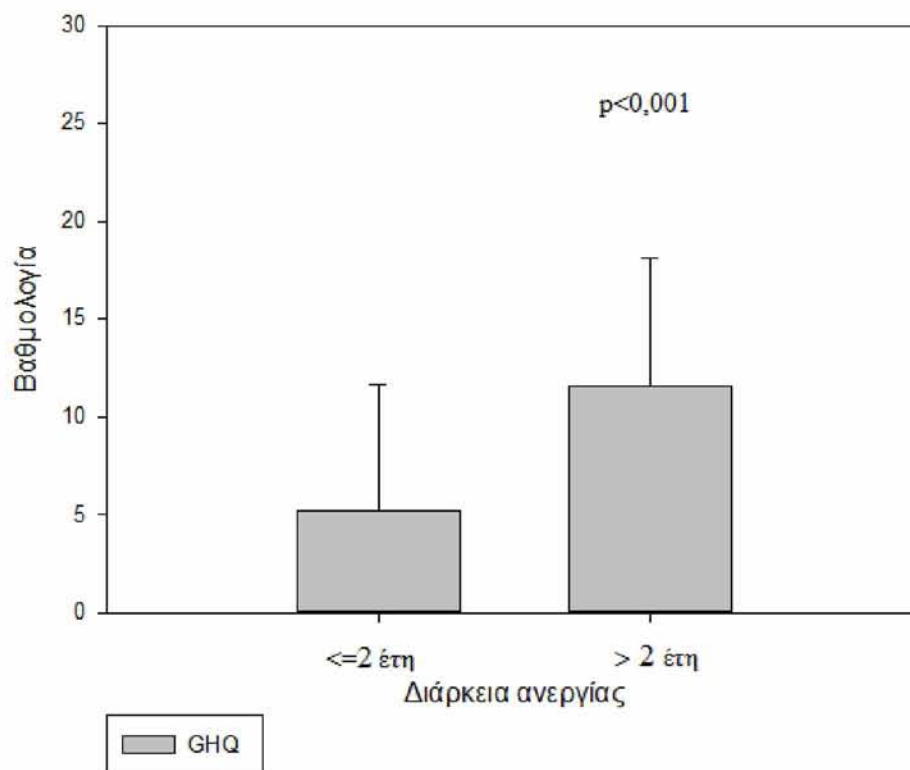
Γράφημα 7. 5. Ηλικιακή ομάδα και γενική υγεία



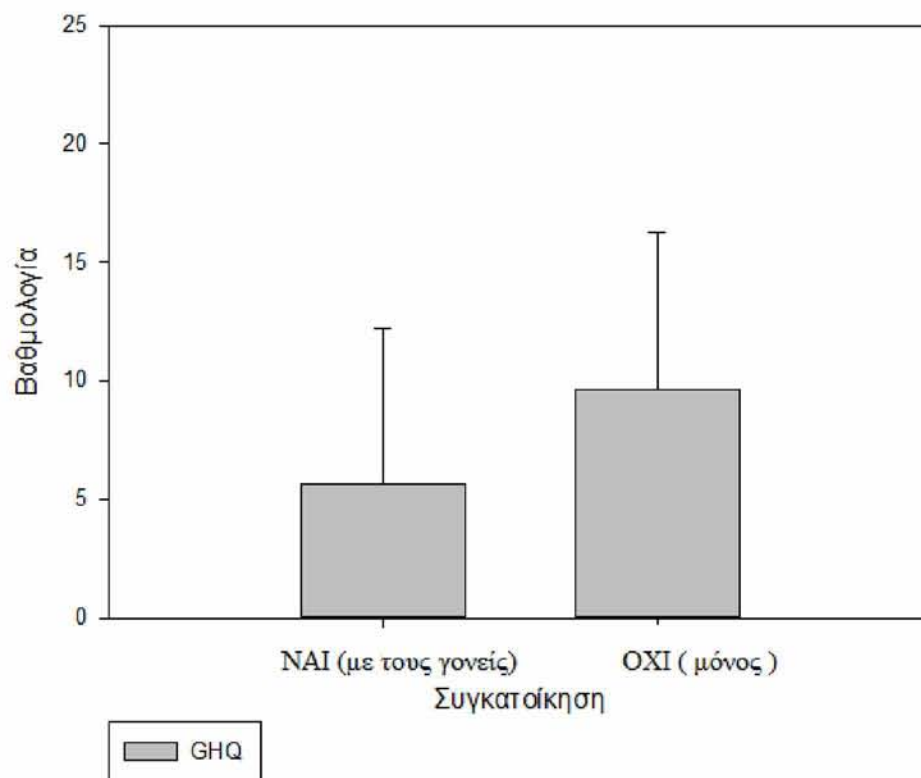
Γράφημα 7. 6. Επίπεδο σπουδών και γενική υγεία



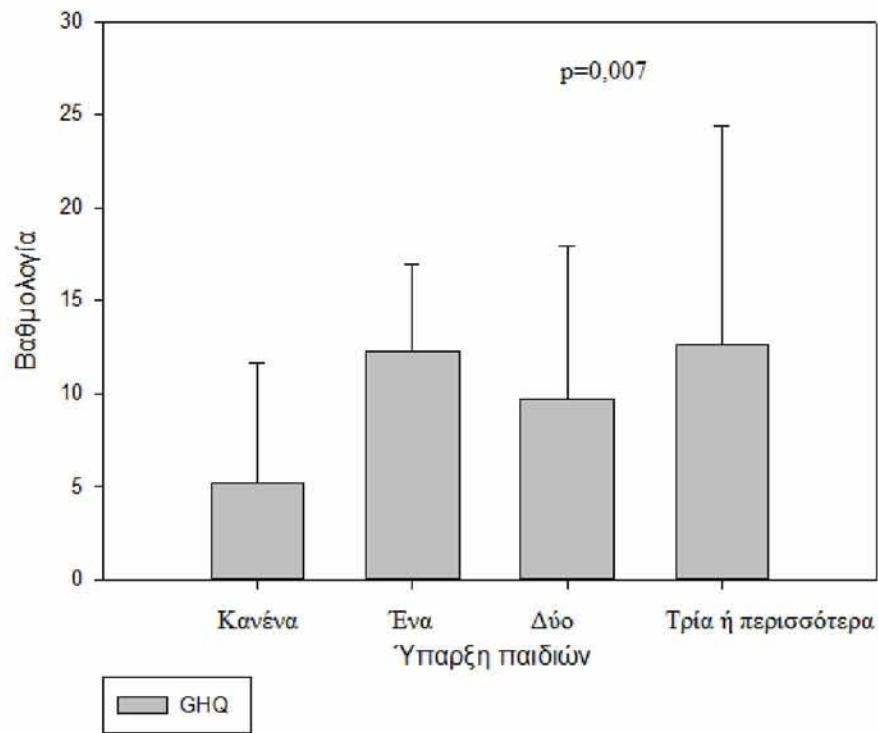
Γράφημα 7. 7. Διάρκεια ανεργίας και γενική υγεία



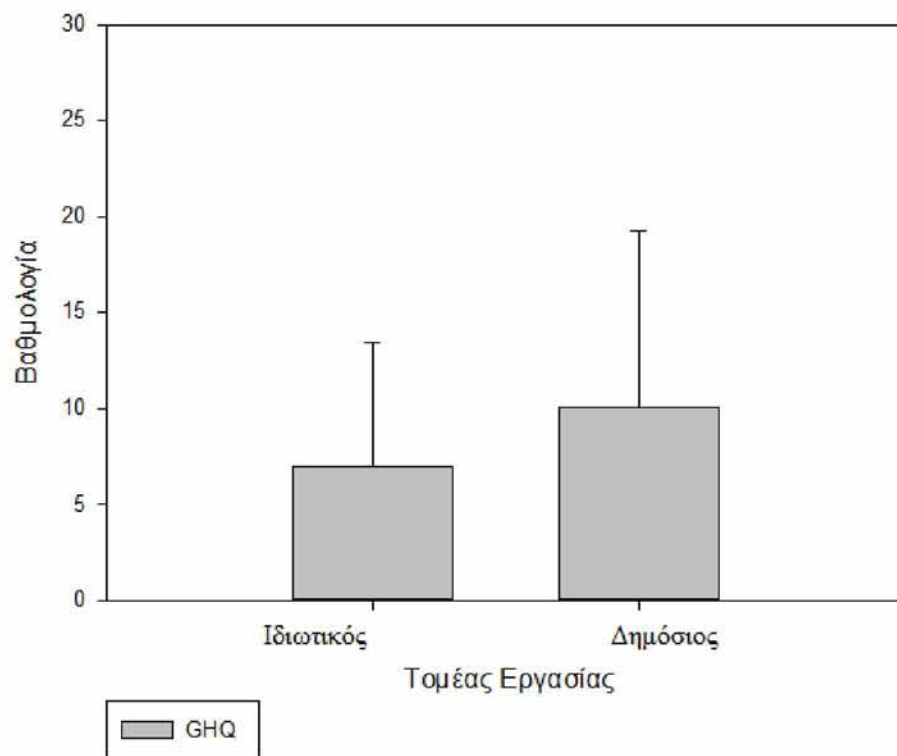
Γράφημα 7. 8. Διαμονή και γενική υγεία



Γράφημα 7.9. Ύπαρξη παιδιών και γενική υγεία



Γράφημα 7. 10. Τομέας εργασίας και γενική υγεία



7.17. Επαγγελματική ιδιότητα και κατάσταση υγείας

ΜΗ στατιστικά σημαντικές διαφορές

Δεν παρουσιάστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές σε σχέση με την επαγγελματική ιδιότητα, το ιστορικό απόλυσης ή οικειοθελούς αποχώρησης, το πρόσωπο διαχείρισης των οικονομικών, τον τόπο κατοικίας και την ασφάλιση.

Πίνακας 7.15. Επαγγελματική ιδιότητα και κατάσταση υγείας

Επαγγελματική ιδιότητα	F	p
Σωματικά συμπτώματα	0,408	0,667
Άγχος-Αϋπνία	0,338	0,714
Κοιν. Λειτουργικότητα	1,075	0,347
Κατάθλιψη	2,021	0,141
GHQ	0,791	0,458

Πίνακας 7. 16. Ιστορικό απόλυσης και κατάσταση υγείας

	Απόλυση	N	ΜΤ	ΤΑ	p
Σωματικά συμπτώματα	ΝΑΙ	18	1,38	1,68	0,973
	ΟΧΙ	47	1,40	1,59	
Άγχος-Αϋπνία	ΝΑΙ	18	3,38	2,91	0,970
	ΟΧΙ	47	3,36	2,44	
Κοιν. Λειτουργικότητα	ΝΑΙ	18	2,11	2,32	0,390
	ΟΧΙ	47	1,61	1,95	
Κατάθλιψη	ΝΑΙ	18	1,61	2,25	0,195
	ΟΧΙ	47	0,95	1,60	
GHQ	ΝΑΙ	18	8,50	8,36	0,563
	ΟΧΙ	47	7,34	6,70	

ΜΤ: Μέση τιμή
ΤΑ: Τυπική απόκλιση
t-test

Πίνακας 7. 17. Τόπος κατοικίας και κατάσταση υγείας

	Περιοχή κατοικίας	N	ΜΤ	ΤΑ	ρ
Σωματικά συμπτώματα	Κέντρο	37	1,24	1,50	0,371
	Περιφέρεια	28	1,61	1,75	
Άγχος-Αϋπνία	Κέντρο	37	3,35	2,69	0,949
	Περιφέρεια	28	3,39	2,42	
Κοιν. Λειτουργικότητα	Κέντρο	37	1,62	1,95	0,555
	Περιφέρεια	28	1,93	2,21	
Κατάθλιψη	Κέντρο	37	1,05	1,86	0,669
	Περιφέρεια	28	1,25	1,78	
GHQ	Κέντρο	37	7,27	7,00	0,616
	Περιφέρεια	28	8,18	7,44	
ΜΤ: Μέση τιμή ΤΑ: Τυπική απόκλιση t-test					

Πίνακας 7. 18. Ευθύνη οικονομικών οικογένειας και κατάσταση υγείας

	Διαχείριση	N	ΜΤ	ΤΑ	P
Σωματικά συμπτώματα	Προσωπική	37	1,43	1,63	0,909
	Με συμμετοχή συντρόφου	29	1,38	1,65	
Άγχος-Αϋπνία	Προσωπική	37	3,62	2,58	0,409
	Με συμμετοχή συντρόφου	29	3,08	2,54	
Κοιν. Λειτουργικότητα	Προσωπική	37	1,97	2,05	0,417
	Με συμμετοχή συντρόφου	29	1,54	2,12	
Κατάθλιψη	Προσωπική	37	1,16	1,66	0,986
	Με συμμετοχή συντρόφου	29	1,15	2,09	
GHQ	Προσωπική	37	8,19	7,06	0,578
	Με συμμετοχή συντρόφου	29	7,15	7,49	
ΜΤ: Μέση τιμή ΤΑ: Τυπική απόκλιση t-test					

Πίνακας 7. 19. Ασφάλιση και κατάσταση υγείας

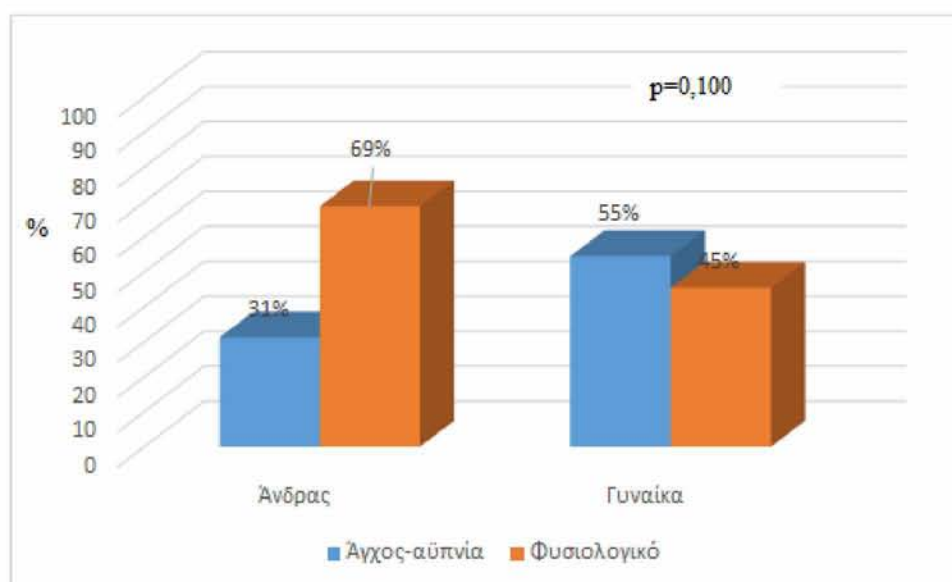
	Ασφάλιση	N	Mean	Std. Deviation	p
Σωματικά συμπτώματα	ΝΑΙ	55	1,34	1,62	0,526
	ΟΧΙ	10	1,70	1,57	
Άγχος-Αϋπνία	ΝΑΙ	55	3,29	2,59	0,567
	ΟΧΙ	10	3,80	2,44	
Κοιν. Λειτουργικότητα	ΝΑΙ	55	1,69	2,01	0,566
	ΟΧΙ	10	2,10	2,38	
Κατάθλιψη	ΝΑΙ	55	1,07	1,73	0,497
	ΟΧΙ	10	1,50	2,27	
GHQ	ΝΑΙ	55	7,40	7,10	0,494
	ΟΧΙ	10	9,10	7,65	

ΜΤ.: Μέση τιμή
 ΤΑ: Τυπική απόκλιση
 t-test

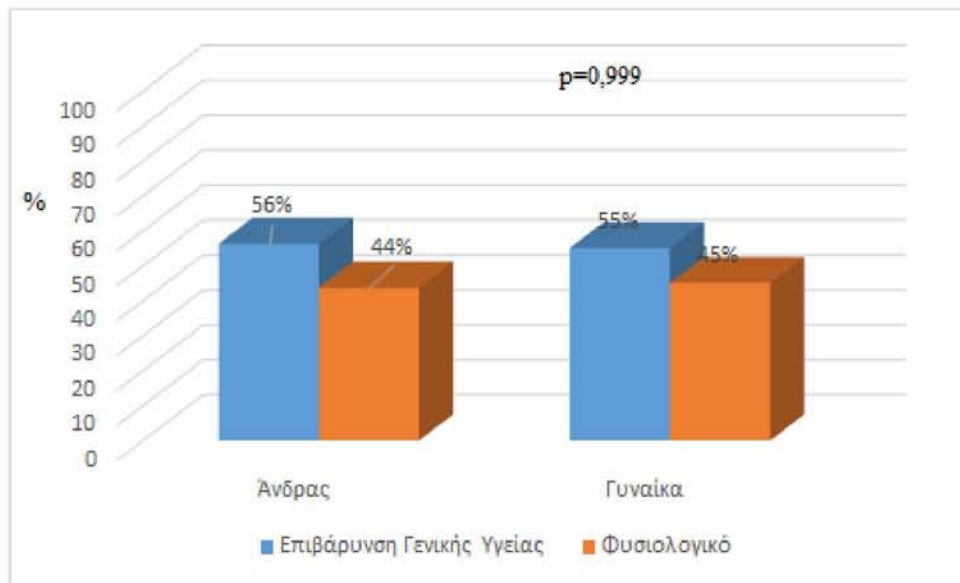
7.18. Φύλο και αγχώδεις διαταραχές

Υψηλότερο ποσοστό γυναικών σε σχέση με τους άνδρες εμφάνιζε αγχώδεις διαταραχές, αν και η διαφορά δεν έφθασε το επίπεδο της στατιστικής σημαντικότητας ($p=0,100$), ενώ δεν υπήρξε διαφορά μεταξύ των δύο φύλων, ως προς την επιβάρυνση της γενικής υγείας (συνολική (βαθμολογία GHQ- $p=0,999$)).

Γράφημα 7. 11. Φύλο και αγχώδεις διαταραχές



Γράφημα 7. 12. Φύλο και γενική υγεία



ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης δείχνουν ότι οι μακροχρόνια άνεργοι, όσοι μένουν μόνοι τους ή έχουν αυξημένες οικογενειακές υποχρεώσεις, καθώς και όσοι εργάζονταν στο δημόσιο και απολύθηκαν είναι εκείνοι που εμφανίζουν και τη μεγαλύτερη επιβάρυνση στην κατάσταση της υγείας τους. Σημειώνεται επίσης ότι σημαντικό ποσοστό απασχολούνται σε εργασίες για τις οποίες έχουν ενδεχομένως πλεόνασμα προσόντων (ετεροαπασχόληση), αφού σημαντικό ποσοστό αποφοίτων ΑΕΙ/ΤΕΙ δηλώνει «εργάτης» ως κύρια απασχόληση. Παράλληλα, αναδεικνύονται τα μεγάλα πλήγματα που έχει υποστεί ο ιδιωτικός τομέας και το μεγάλο ποσοστό ανασφάλιστης εργασίας. Αναφορικά με το ζήτημα της γενικής υγείας των ανέργων της μελέτης, το μεγαλύτερο πρόβλημα εντοπίζεται στη διάσταση «άγχος-αϋπνία», ενώ σε όλες τις διαστάσεις η κατάσταση εμφανίζεται σημαντικά επιβαρυνμένη σε σχέση με το γενικό πληθυσμό, τουλάχιστον σε σχέση με τις τιμές αναφοράς, μακράν των περιόδων οικονομικής ύφεσης. Η διάμεσος τιμή του συνόλου του δείγματος της μελέτης είναι υψηλότερη εκείνης που προβλέπεται για το γενικό πληθυσμό, με τη δυνητική ψυχοπαθολογία να υπερβαίνει κατά περίπτωση ακόμα και το 50%.

Η οικονομική κρίση έχει ποικίλες επιπτώσεις στην καθημερινή ζωή των Ελλήνων και ιδιαίτερα στην ψυχική τους υγεία, η οποία επιδεινώνεται περαιτέρω και λόγω της αυξανόμενης ανεργίας. Οι αυξανόμενες κοινωνικές ανισότητες, η αβεβαιότητα για το μέλλον και η επαγγελματική ανασφάλεια, είναι παράγοντες που δημιουργούν έντονη ψυχική δυσφορία, με τις μελέτες να δείχνουν αυξημένα επίπεδα κατάθλιψης, τάσεων αυτοκτονιών, βίας καθώς και αρνητικές επιπτώσεις για τη ψυχική υγεία των παιδιών και των εφήβων. Είναι χαρακτηριστικό ότι το 2011 ήταν 2,6 φορές πιο πιθανό για τους Έλληνες να πάσχουν από μείζονα κατάθλιψη σε σύγκριση με το 2008 (τα ακριβή ποσοστά πληθυσμού με μείζονα κατάθλιψη ήταν 3,3% για το 2008, και 8,2% για το 2011) (Rachiotis et al 2015, Economou et al 2013). Επιπλέον, υπάρχουν άκρως ανησυχητικά σημάδια ότι η οικονομική κρίση συνεχίζει να επιφέρει σοβαρές επιπτώσεις στο χώρο της υγείας, και της υγειονομικής περίθαλψης ειδικότερα.

Έχει διαπιστωθεί ότι η υιοθέτηση των νέων μέτρων λιτότητας τον Ιούνιο του 2011 σηματοδότησε μια απότομη αύξηση στις αυτοκτονίες, οι οποίες έφθασαν στο αποκορύφωμά τους μέσα στο 2012, αύξηση που άγγιξε το 36%. Ανάμεσα στα δύο φύλα, χειρότερη αποδείχτηκε η κρίση για τους άνδρες, στους οποίους ο δείκτης αυτοκτονιών από 5,75/100.000 έως το 2010 ανέβηκε στο 7,43/100.000 στη συνέχεια. Στις γυναίκες υπήρξε επίσης αύξηση αυτοκτονιών, αλλά μικρότερη αναλογικά, από 1,17 πριν την κρίση, σε 1,55 μετά. Οι θάνατοι από αυτοκτονίες αυξήθηκαν σε όλες ουσιαστικά τις ηλικιακές ομάδες (και

των δύο φύλων), ιδίως όμως στους άνδρες παραγωγικής ηλικίας 20 έως 59 ετών, όπου η αύξηση ήταν 34% (από 6,58 σε 8,81 ανά 100.000 άτομα. Μικρότερη, περίπου 20%, ήταν η αύξηση στους άνδρες άνω των 60 ετών (από 8,58 σε 10,3). Σύμφωνα με την μελέτη, κάθε πρόσθετη ποσοστιαία μονάδα αύξησης της ανεργίας στην Ελλάδα (η οποία σχεδόν διπλασιάστηκε μεταξύ 2010 - 2012) συσχετιζόταν κατά προσέγγιση με μια αύξηση του δείκτη αυτοκτονιών κατά 0,19 ανά 100.000 κατοίκους ή με 20 περισσότερους θανάτους από αυτοκτονία (Branas et al 2015, Rachiotis et al 2015).

Διεθνείς και ελληνικές μελέτες συνηγορούν υπέρ της καταστρεπτικής επίδρασης της οικονομικής ύφεσης στον ψυχισμό των πολιτών και δείχνουν ότι οι ομάδες των ανέργων που αναδείχθηκαν ως οι πιο ευάλωτες στην παρούσα μελέτη, είναι πράγματι και εκείνες που φέρουν και το μεγαλύτερο φορτίο της ψυχικής καταπόνησης σε περιόδους οικονομικών κρίσεων. Οι διάφορες σύγχρονες έρευνες μελέτησαν τις επιπτώσεις που είχαν στην ψυχική υγεία σημαντικές οικονομικές κρίσεις στα τέλη του αιώνα, μετά τη δεκαετία του 1970 (WFPHA 2014).

Αναφορικά με το φύλο, έχει βρεθεί ότι και τα δύο φύλα βιώνουν έντονα τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης, πιθανόν δε οι γυναίκες να υποφέρουν περισσότερο. Άλλωστε και στην παρούσα μελέτη, οι γυναίκες εμφάνισαν υψηλότερη επιβάρυνση, διαφορά που ωστόσο δεν αποδείχθηκε στατιστικά σημαντική. Οι Agudelo-Suarez et al (2013). επικεντρώθηκαν στην υποομάδα των μεταναστών εργαζομένων στην Ισπανία και στην ψυχική τους υγεία (αξιολογήθηκε από το GHQ-12) και σημείωσαν ότι και τα δύο φύλα βιώνουν μια αύξηση του επιπολασμού της κακής ψυχικής υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης το 2011 (σε σύγκριση με την περίοδο πριν από την κρίση 2008), αλλά αυτή ήταν σημαντική μόνο για τους άνδρες.

Παρόμοια ευρήματα αναφέρθηκαν στην Αγγλία, όπου οι Katikireddi et al (2012). εξέτασαν τις διαφορές στην ψυχική υγεία του πληθυσμού (με τη χρήση GHQ-12) κατά τη διάρκεια και μεταξύ των δύο οικονομικών κρίσεων (στις αρχές της δεκαετίας του 1990 και κατά την περίοδο 2009-2010). Η επικράτηση της κακής ψυχικής υγείας ήταν σταθερά υψηλότερη στις γυναίκες από τους άνδρες κατά το μεγαλύτερο μέρος της περιόδου της μελέτης, αλλά η αύξηση των αναφορών της κακής ψυχικής υγείας κατά τη διάρκεια των δύο υφέσεων σε σύγκριση με το έτος βάσης (2008) ήταν μεγαλύτερη στους άνδρες (Katikireddi et al 2012).

Σε σχέση με την ηλικιακή ομάδα, στην παρούσα μελέτη, οι άνεργοι άνω των 32 ετών, εμφάνισαν χειρότερη εικόνα. Ωστόσο, η μέγιστη ηλικία του δείγματος ήταν τα 45 έτη, επρόκειτο ουσιαστικά για νέους ενήλικες. Συνεπώς η αύξηση των υποχρεώσεων στην τέταρτη δεκαετία της ζωής, σε συνδυασμό με μειωμένες προσδοκίες καλύτερης

σταδιοδρομίας, θα μπορούσαν να ευθύνονται για το αποτέλεσμα αυτό. Συχνά πάντως οι επιπτώσεις διαχέονται σε ολόκληρο το ηλικιακό φάσμα. Η μελέτη των Katikireddi et al (2012). κατά τη διάρκεια των δύο οικονομικών ύφεσεων στην Αγγλία (αρχές του 1990 και κατά την περίοδο 2009-2010), κατέληξε στο ότι οι μεταβολές στην ψυχική υγεία κατά τη διάρκεια των περιόδων ύφεσης δεν περιορίζεται σε κάποια συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα (25-35, 35-44, 45-54, 55-64). Οι Viinamaki et al (2000). διαπίστωσαν ότι κατά τη διάρκεια της ύφεσης στη Φινλανδία (1993), η αύξηση της ηλικίας συσχετίστηκε με την καλύτερη ψυχική υγεία (μετρούμενη με το GHQ), αλλά μόνο σε άνδρες και μόνο κατά τη διάρκεια της ύφεσης. Η ηλικία δεν ήταν ένας ανεξάρτητος παράγοντας κινδύνου για μειωμένη ψυχική υγεία, είτε στους άνδρες είτε γυναίκες, στο τέλος της κρίσης ή κατά την περίοδο μετά την κρίση (1994-1995). Οι Economou et al (2013). διαπίστωσαν ότι σημαντικές αυξήσεις στον επιπολασμό της κατάθλιψης σε διάφορες ηλικιακές ομάδες (<34, 25-34, 45-54, 55-64) κατά τη διάρκεια της ελληνικής κρίσης (2011) σε σύγκριση με την προ της κρίσης περίοδο (2008), καθώς, επίσης, ότι κάθε αύξηση χρόνου σε ηλικία μείωνε τις πιθανότητες για εκδήλωση μείζονος κατάθλιψης.

Ο Gudmundsdottir (2013) παρατηρεί ότι τα άτομα ηλικίας 70-79 ανέφεραν υψηλότερα επίπεδα ευτυχίας (σε σύγκριση με τα άτομα ηλικίας 18-29 ετών) τόσο πριν (2007) και κατά τη διάρκεια (2009) της κρίσης της ισλανδικής οικονομίας κρίση.

Αναφορικά με το επίπεδο εκπαίδευσης, οι Lee et al (2009). διαπίστωσαν ότι η αύξηση των αυτοκτονιών εντοπίζονταν κυρίως μεταξύ εκείνων με χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης κατά τη διάρκεια και μετά την οικονομική κρίση του 1997 στη Νότια Κορέα, και στα δύο φύλα και σε όλες τις ηλικιακές ομάδες. Έχει βρεθεί ότι οι απόφοιτοι κολλεγίων και ανώτερων σχολών εμφάνισαν χαμηλότερο κίνδυνο για μείζονα καταθλιπτική διαταραχή ή δυσθυμία κατά τη διάρκεια της κρίσης στην Ισπανία το 2010 σε σχέση με αποφοίτους βασικής ή καμίας εκπαίδευσης) ενώ η συσχέτιση αυτή δεν ήταν σημαντική κατά τη διάρκεια της προ κρίσης (2006). Εκείνοι με πλήρη δευτεροβάθμια εκπαίδευση (σε σύγκριση με το δημοτικό σχολείο / καμία εκπαίδευση) είχαν επίσης λιγότερες πιθανότητες να εμφανίσουν δυσθυμία κατά τη διάρκεια της κρίσης, αλλά η συσχέτιση αυτή δεν ήταν σημαντική κατά την περίοδο πριν από την κρίση (Gili et al 2013). Οι Economou et al (2013). διαπίστωσαν σημαντική αύξηση στον επιπολασμό της μείζονος κατάθλιψης σε όλες τις ομάδες εκπαίδευσης (<11 χρόνων, 12 χρόνων,> 12 χρόνια) μετά την οικονομική κρίση στην Ελλάδα σε σύγκριση με την προ της κρίσης περίοδο (2008). Σημειώνεται ότι στην παρούσα μελέτη, οι απόφοιτοι υποχρεωτικής εκπαίδευσης, αλλά και πανεπιστημιακής βιώνουν ιδιαίτερα υψηλά επίπεδα ψυχικής δυσφορίας, γεγονός που ενδεχομένως αντανάκλα τις περιορισμένες ευκαιρίες απασχόλησης για τις δυο αυτές κατηγορίες εργαζομένων. Στη χώρα μας υπάρχει

πληθωρισμός επιστημονικού δυναμικού και έντονη μετανάστευση στο εξωτερικό, ενώ στην περίπτωση του ανειδίκευτου δυναμικού, οι ευκαιρίες απασχόλησης σε περιόδους οικονομικής κρίσης είναι πολύ περιορισμένες. Αντίθετα, οι εξειδικευμένοι τεχνολόγοι-απόφοιτοι των ΤΕΙ πιθανόν να μπορούν να ελπίζουν ότι θα συνεχίσουν να έχουν απασχόληση, είτε ότι σε μια μελλοντική ανάκαμψη θα βρεθούν σε πλεονεκτικότερη θέση.

Σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση, οι Hauksdottir et al (2013), βρήκαν ότι η πιθανότητα εμφάνισης υψηλών επιπέδων άγχους κατά τη διάρκεια της κρίσης στην Ισλανδία (2009 έναντι της περιόδου πριν από την κρίση το 2007) ήταν μεγαλύτερη μεταξύ των παντρεμένων. Αυτό ίσχυε και για τα δύο φύλα, ωστόσο, οι άγαμες / διαζευγμένες γυναίκες ήταν επίσης πιο πιθανό να εμφανίσουν υψηλά επίπεδα άγχους κατά τη διάρκεια της κρίσης (σε σύγκριση με την περίοδο πριν από την κρίση). Οι Economou et al.(2013), στη μελέτη τους για την ελληνική οικονομική κρίση το 2011, παρατήρησαν μια σημαντική αύξηση στον επιπολασμό της μείζονος κατάθλιψης μεταξύ ατόμων διαφορετικής οικογενειακής κατάστασης, όχι όμως και σε χήρες και διαζευγμένες. Κατά τη διάρκεια της κρίσης, οι παντρεμένοι είχαν μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν μείζονα κατάθλιψη.

Η χώρα μετράει ήδη 7 χρόνια ύφεσης και σχεδόν 5 χρόνια από την εισαγωγή αυστηρών μέτρων λιτότητας. Λόγω των περικοπών στις δημόσιες δαπάνες, ένα μέρος του κόστους της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης μετακυλιείται πλέον στους ασθενείς, με συνέπεια, σχεδόν οι μισοί Έλληνες (το 47%) να αισθάνονται πως δεν λαμβάνουν την αναγκαία περίθαλψη. Πράγματι, υπήρξαν μεγάλες περικοπές των δημοσίων δαπανών για την υγεία, στις οποίες περιλαμβάνονται μειώσεις στον αριθμό του υγειονομικού προσωπικού, στο μισθό των ιατρών και λοιπών επαγγελματιών υγείας, στις συντάξεις και στην αγορά προμηθειών ιατρικών προϊόντων. Επίσης οι μεταρρυθμίσεις στο χώρο της φαρμακευτικής αγοράς περιλάμβαναν μειώσεις στις φαρμακευτικές δαπάνες, προώθηση γενόσημων φαρμάκων, ελλείψεις στην προμήθεια φαρμάκων και άλλα. Επίσης, εξαιτίας της οικονομικής δυσχέρειας των πολιτών να χρηματοδοτήσουν οι ίδιοι την υγειονομική τους φροντίδα, ο αριθμός των εισαγωγών σε ιδιωτικές μονάδες υγειονομικής φροντίδας έχει μειωθεί σημαντικά, ενώ παράλληλα έχει αυξηθεί κατά πολύ ο αριθμός των εισαγωγών στα δημόσια νοσοκομεία (Ifanti et al 2013). Χρειάζεται να αναβαθμιστούν οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, και η δυνατότητα πρόσβασης σε υγειονομικές υπηρεσίες φροντίδας για όλους, κυρίως σε αυτή την κρίσιμη οικονομική περίοδο για όλη τη χώρα, που έχει πλήξει πρωτίστως τα νοικοκυριά με χαμηλά εισοδήματα. Η οικονομική κρίση θα μπορούσε να ιδωθεί και ως ευκαιρία για να εισαχθούν κοινωνικές και οικονομικές μεταρρυθμίσεις, οι οποίες μπορούν εν δυνάμει να οδηγήσουν σε καλύτερη πρόσβαση και ποιότητα υπηρεσιών υγείας και ως ο καταλύτης που θα πυροδοτήσει αλλαγές σχετικά με τη μεταρρύθμιση, βελτίωση, και επιβολή

κανονισμών στο σύστημα υγείας οι οποίες συνεχώς αναβάλλονταν για πολλά χρόνια πριν από την παρούσα κρίση. Υπάρχουν παραδείγματα χωρών (Φινλανδία και Σουηδία) όπου στις αρχές της δεκαετίας του '90 η λήψη των κατάλληλων μέτρων τόνωσης της απασχόλησης περιόρισε αποτελεσματικά τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης και έτσι απέτρεψε την αύξηση στις αυτοκτονίες(ΕC 2008).

Στους περιορισμούς της παρούσας μελέτης πρέπει να αναφερθεί ότι οι άνεργοι προέρχονταν από μια μόνο περιοχή της Στερεάς Ελλάδας. Σε περίπτωση που το δείγμα προέρχονταν από μεγάλο αστικό κέντρο ή αμιγώς αγροτική περιοχή, τα αποτελέσματα μπορεί να διαφοροποιούνταν. Δε ρωτήθηκε ακόμα αν το ιδιόκτητο σπίτι σήμαινε απόκτηση με δάνειο, οπότε θα υπήρχε πρόσθετος λόγος ανησυχίας για το δανειολήπτη. Επίσης, επρόκειτο για δείγμα ευκολίας, γεγονός που δεν επιτρέπει την ακριβή αποτύπωση των τάσεων στον πληθυσμό και τη γενίκευση των αποτελεσμάτων.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Η ζωή και η προσωπικότητα του ανθρώπου βασίζονται πάνω στην εργασία και στην οικονομική του κατάσταση. Όμως σε περιόδους οικονομικής ύφεσης αυτοί οι τομείς πλήττονται περισσότερο λόγω αυξημένης ανεργίας, με αρνητικές συνέπειες στην ψυχική υγεία των ανθρώπων όπως άγχος, ανασφάλεια, κατάχρηση αλκοόλ, κατάθλιψη. Οι οικονομικοί δείκτες είναι ανάλογοι με την κακή υγεία γι' αυτό και η φτώχεια θεωρείται διεθνώς η πρώτη αιτία θανάτου. Θύματα της οικονομικής κρίσης είναι οι νέοι μεταξύ 18-30 ετών οι οποίοι ζουν κοντά στο όριο της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού, οι ενήλικες 35-50 ετών και τα άτομα με χαμηλή εκπαίδευση. Ενώ μεγαλύτερη επιβάρυνση στην ψυχική τους υγεία εμφανίζουν οι έγγαμοι λόγω αυξημένων οικογενειακών υποχρεώσεων, οι απολυμένοι δημόσιοι υπάλληλοι και οι μακροχρόνια άνεργοι.

Η συνεργασία της πολιτείας και των αρμόδιων κοινωνικών υπηρεσιών και φορέων με προγράμματα που αφορούν σε θέματα επαγγελματικής απασχόλησης, αποκατάστασης και ψυχολογικής στήριξης θα μπορούσε να βοηθήσει στην πρόληψη μερικών επιβλαβών συνεπειών της ανεργίας για το άτομο και την οικογένειά του.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Γιωτάκος Ο., Καράμπελας Δ., Καυκάς Α. (2011) : Επίπτωση της οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία στην Ελλάδα. Διευθυντής Ψυχιατρικής Κλινικής, 414 Στρατιωτικό Νοσοκομείο, Αθήνα. 22: 109-119, www.psych.gr
2. Ευθυμίου Κ., Αργαλία Ε., Κασκάμπα Ε., Μακρή Α., (2013): Οικονομική κρίση και ψυχική υγεία. Τι γνωρίζουμε για τη σημερινή κατάσταση στην Ελλάδα. Εγκέφαλος 50, 22-30, www.encephalos.gr
3. Εφημερίδα ΕΛΕΥΘΕΡΟΤΥΠΙΑ (2011): Η ανεργία βλάπτει σοβαρά και την ψυχική υγεία, www.enet.gr
4. Κατσορίδας Δ., Λεχουρίτης Γ. (2002): Οι ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις της ανεργίας. Η φθοροποιός διαδικασία. Περιοδικό «Τετράδια του ΙΝΕ», τεύχος 22-23, σελ. 105-118, www.encephalos.gr
5. Κουσιάδης Ε. (2008) συντάκτης περιοδικού ΔΙΟΔΟΣ, τεύχος 40, Ανεργία : Μία Σύγχρονη Απειλή για την Ψυχική Υγεία, www.kousiadis.gr
6. Κυριόπουλος Γ. (2012): Τομέας Οικονομικών της Υγείας. Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας. Πολιτική και οικονομία της κρίσης και ψυχική υγεία, σελ. 8, www.nsph.gr
7. Μπούρας Γ., Λύκουρας Α. (2011): Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην ψυχική υγεία. Εγκέφαλος 48, 54-61, www.encephalos.gr
8. ΟΕΒΕΝΗ : Ομοσπονδία Επαγγελματιών Βιοτεχνών και Εμπόρων Νομού Ηρακλείου (2014) : Οικονομική κρίση και ψυχική υγεία 22-10-2014 7:25 μ.μ.
9. Περιοδικό : Θέματα εκπαίδευσης και ψυχολογίας : (2011) 9-11-2014 8:30 μ.μ., www.educpsychology.blogspot.gr
10. Τοπικοποίηση (2012): Οικονομική κρίση και ψυχικές διαταραχές 9-11-2014 9:40 μ.μ., www.topikopoiisi.com
11. Agudelo-Suarez AA, Ronda E, Vazquez-Navarrete ML, Garcia AM, Martinez JM, et al. (2013) Impact of economic crisis on mental health of migrant workers: what happened

with migrants who came to Spain to work? *Int J Public Health* 58: 627–631. doi: 10.1007/s00038-013-0475-0. pmid:23665911.

12. Alonso J., Angermeyer M., Bernert S., Bruffaerts R., Brugha T., Bryson H., Girolamo G., Graaf R., Demyttenaere K., Gasquet I., Haro J., Katz S., Kessler R., Kovess V., Lepine J., Ormel J., Polidori G., Russo L., Vilagut G., Almansa J., Arbabzadeh-Bouchez S., Autonell J., Bernal M., Buist-Bouwman M., Codony M., Domingo-Salvany A., Ferrer M., Joo S., Martinez-Alonso M., Matschinger H., Mazzi F., Morgan Z., Morosini P., Palacin C., Romera B., Taub N., Vollebergh W. (2004): Prevalence of mental disorders in Europe : results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMED) Project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. Suppl(420): 21-7, www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed
13. *American Journal of Public Health* (1985): Promoting Public Health Research, Policy, Practice and Education. Effects of unemployment on mental and physical health: 75(5): 502-506, www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed
14. Andrade L., Walters E., Gentil V., Laurenti R. (2002): Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of Sao Paulo, Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatry Epidemiol* 37: 316-325, www.link.springer.com
15. Artazcoz L., Benach J., Borrell C., Cortes I. (2004): Unemployment and Mental Health : Understanding the interactions among gender, family roles and social class. *American Journal of Public Health* : volume 94, No 1, pp 82-88, www.ajph.aphapublications.org
16. Artazcoz L., Benach J., Borrell C., Cortes I. (2004): Unemployment and Mental Health: Understanding the Interactions among gender, family, roles and social class. Vol.94, issue 1, pages 82-88, ajph.aphapublications.org / www.scholar.google.gr
17. Audhoe S., Hoving J., Nieuwenhuljzen K., Friperon R., de Jong Ph. Sluiter J., Frings-Dresen M., (2012): Prognostic Factors for the work participation of sick-listed unemployed and temporary agency workers with psychological problems. *J Occup Rehabil* 22(4): 437-446, www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed
18. Borges G., Nock M., Haro Abad J., Hwang I., Sampson N., Alonso J., Andrade L., Angermeyer M., Beautrais A., Bromet E., Bruffaerts R., Girolamo G., Florescu S., Gureje O., Hu C, Karam E., Masfety- Koves V., Lee S., Levinson D., Medina- Mora M., Ormel J., Pasada- Vila J., Sagar R., Tomov T., Uda H., Williams D., Kessler R. (2010):

Twelve month prevalence of and risk factors for suicide attempts in the WHO world mental health surveys. *J Clin Psychiatry* 71(12): 1617-1628, www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed

19. *Br J Med Psychol* (1990): A comparison of the affective well-being of young and middle-aged unemployed men matched for length of unemployment. 63 (Pt1): 43-52, www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed
20. Branas CC, Kastanaki AE, Michalodimitrakis M, Tzougas J, Kranioti EF, Theodorakis PN, Carr BG, Wiebe DJ. The impact of economic austerity and prosperity events on suicide in Greece: a 30-year interrupted time-series analysis. *BMJ Open*. 2015 Feb 2;5(1):e005619.
21. Brenninkmeijer V., Blonk R. (2011): The effectiveness of the jobs program among the long-term unemployed: a randomized experiment in the Netherlands. *Health promotion International*. Volume 27, Issue 2, pp 220-229, www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed
22. 30. Camh: Centre for Addiction and Mental Health (2003): centre d toxicomanie et de santé mentale, page 1-4, www.camh.ca
23. Collins S., Malone D., Clifasefi S. (2013): Housing Retention in single-site Housing first for chronically Homeless Individuals with severe Alcohol problems. *Am J Public Health*. 103(2): S 269-274, www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed
24. Das J., Toan-Quy Do, Friedman J., McKenzie D., Scott K. (2007): Mental health and Poverty in developing countries : Revisiting the relationship social science and medicine. Volume 65, issue 3, pages 467-480, www.sciencedirect.com
25. Davis E., Sawyer MG, Priest N., Wake M. (2010): Socioeconomic risk factors for mental health problems in 4-5 year old children: Australian Population Study. 10(1): 41-7, www.ncbl.nlm.nih.gov/pubmed
26. De Graaf R., Bijl RV, Smit F., Vollebergh WA, Spijker J. (2002): Risk factors for 12month comorbidity of mood anxiety and substance use disorders. Findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *Am J Psychiatry* 159(4): 620-9, www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed

27. Dockery A. (2005): Mental health and labor forces status in Australia, pages 1-24, www.melbourneinstitute.com
28. Dooley D., Fielding J., Levi L. (1996): Health and unemployment Annual Review of Public Health. Volume 71: 449-465, www.annualreviews.org
29. Economou M, Madianos M, Peppou LE, Patelakis A, Stefanis CN (2013) Major depression in the era of economic crisis: a replication of a cross-sectional study across Greece. *J Affect Disord* 145: 308–314. doi: 10.1016/j.jad.2012.08.008. pmid:22939388.
30. Eriksson T., Agerbo E. Mortensen Pr. Westergaard-Nielsen N., (2010): Evidence from Danish Panel Data. Unemployment and Mental Disorders, pages 56-73, www.mesharpe.metapress.com
31. Eurostat (2014): Unemployment statistics 12:33, www.eurostat.ec.europa.eu
32. Fryers T., Melzer D., Jenkins R. (2003): Social inequalities and common mental disorders. A systematic review of the evidence *soc psychiatry, Psychiatr Epidemiol* 38: 229-237, www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed
33. Fryers T., Melzer D., Jenkins R., Brugha T. (2005): The distribution of the common mental disorders : social inequalities in Europe. *Clinical practice and Epidemiology in Mental Health* 1:14, www.cpementalhealth.com
34. Gili M, Roca M, Basu S, McKee M, Stuckler D (2013) The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centres, 2006 and 2010. *Eur J Public Health* 23: 103–108. doi: 10.1093/eurpub/cks035. pmid:23132877.
35. Goldman-Mellor S., Saxton K., Catalano R. (2010): Economic contraction and mental health. Volume 39, No 2, pages 6-31, www.mesharpe.metapress.com
36. Goldsmith A., Diette T. Lee University (2012): Exploring the link between unemployment and mental health outcomes. American Psychological Association. The SES Indicator 2-4-2015 10:59 μμ., www.apa.org

37. Goncalves D., Camey S. (2013): Mental disorders and sociodemographic variables in population assisted by the family health program in Brazil. *Open Journal Psychiatry* 3, 32-40, www.scirp.org
38. Gudmundsdottir DG (2013) The impact of economic crisis on happiness. *Social Indicators Research* 110: 1083–1101. doi: 10.1007/s11205-011-9973-8.
39. Hauksdottir A, McClure C, Jonsson SH, Olafsson O, Valdimarsdottir UA (2013) Increased Stress Among Women Following an Economic Collapse—A Prospective Cohort Study. *Am J Epidemiol*. doi: 10.1093/aje/kws347.
40. Healthy- The Scottish Government (2013): definition mental health 3-11-2014 7:35μμ, www.gov.scot
41. Horns K., Seeger K., Heinmuller M., Limm H., Waldhaff P., Salman R., Gundel H., Angerer P. (2012): Health Promotion for long-term unemployed. Effects on motivation for a healthy lifestyle. *55(5): 728-38*, www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed
42. [Ifanti AA](#), [Argyriou AA](#), [Kalofonou FH](#), [Kalofonos HP](#). Financial crisis and austerity measures in Greece: their impact on health promotion policies and public health care. [Health Policy](#). 2013 ;113(1-2):8-12.
43. INSTITUT ROBERT KOCH (2012): Facts and Trends from Federal Health Reporting. Unemployment precarious work and health. GBE KOMPAKT. Volume 3, no.1, www.edoc.rki.de
44. *Int J Health Serv* (1993): An investigation of work and unemployment among psychiatric clients. *23 (4): 763-82*, www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed
45. Janlert U., Hammarstron A. (2014): Which theory is best? Explanatory models of the relationship between unemployment and health. *BMC Public Health* 9:235, www.cdph.ca.gov
46. Jorm AF, Rodgers B., Jacomb PA, Christensen H., Henderson S., Korten AE (1999): NHMRC Psychiatric Epidemiology Research Centre, Australian National University, Canberra ACT Smoking and mental health: results from a community survey. *The Medical Journal of Australia* 170(2): 74-77, www.europepmc.org

47. Karsten P., Moser K. (2009): Journal of vocational behavior: Unemployment impairs mental health: meta-analyses. Volume 74, Issue 3, Pages 264-282, www.sciencedirect.com
48. Katikireddi S., Niedzwiedz C., Popham F. (2012): Trends in population mental health before and after the 2008 recession: a repeat cross-sectional analysis of the 1991-2010 Health surveys of England. BMJ Open 2(5): e001790, www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed
49. Khan A. (2013): Everyday Health Staff Writer. Mentally ill most affected by recession, Study finds. 10-12-2014 10:33 μ.μ.
50. Knudsen A., Verland S., Hotopf M., Mykletun A. (2010): Lost working years due to mental disorders: An Analysis of the Norwegian Disability Pension Registry. Plos one 7(8): e42567, www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed
51. Kroll L., Lampert Th., Lampert K. (2011): Unemployment, social support and health problems. Results of the GEDA Study in Germany. Jan. 108(4): 47-52, www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed
52. Larco S., Knapp M., Crone P., Thornicroft Gr. Mojtabai R. (2013): The mental health consequences of the recession : Economic Hardship and Employment of people with mental health problems in 27 European Countries. 8(7): e69792, www.journals.plos.org
53. Leahy R. (2013): Unemployment is bad for your health 15-12-2015 9:45 μ.μ., www.huffingtonpost.com
54. Lee WY, Khang YH, Noh M, Ryu JI, Son M, et al. (2009) Trends in educational differentials in suicide mortality between 1993–2006 in Korea. Yonsei Med J 50: 482–492. doi: 10.3349/ymj.2009.50.4.482. pmid:19718395.
55. Li Chen, Wenhui Li, Jincui He, Lanhua Wu, Zheng Yan, Wenjie T. (2012): Mental health, duration of unemployment and coping strategy: a cross-sectional study of unemployed migrant workers in eastern china during the economic crisis, 12: 597, www.biomedcentral.com

56. Lien L., Oppedal B., Haavet OR., Hauff E., Thoresen M., Bjertness E. (2006): Own and Parental War Experience as a risk factor for mental health problems among adolescents with an immigrant background: results from a cross sectional study in Oslo, Norway. *Clin Pract Epidemiol ment Health* Nov. 3; 2:30.
57. Linn MW, Sandifer R., Stein S., (1985): Effects of unemployment on mental and physical health. *American Journal of Public Health*. Volume 75, No 5, pp 502-506, www.ajph.aphapublications.org
58. Lunda C., Breena A., Flishera A., Kakumab R., Corrigalla J., Joskaa J., Swartz L., Patel V. (2010): Poverty and Common mental disorders in low and middle income countries : a systematic review. *Social science and medicine*. Volume 71, issue 3, pages 517-528, www.sciencedirect.com
59. Martin-Leon L., Bosco H., Berti M., Dalga I.P., Botega N. (2007): Social inequality and common mental disorders. *Rev. Bras. Psiquiatr*. Volume 29, no 3, www.scielo.br
60. Martucci M., Balestrieri M., Bissofi G., Bonizzato P., Covre M., Cunico L., Francesco M., Marinoni M., Mosciaro C., Piccenelli M., Vaccari L., Tancella M. (1999): Evaluating Psychiatric morbidity in a general hospital: a two-phase epidemiological survey. *Psychological Medicine*. Volume 29, Issue 04, pp 823-831, www.journals.cambridge.org
61. Mathers CD, Schofield DJ (1998): The health consequences of unemployment: The evidence. *The Medical Journal of Australia* 168(4): 178-182, www.europepmc.org
62. Mathers CD, VOS ET, Stevenson CE, Begg SJ (2000): Australian Institute of Health and Welfare, Canberra, Act The Australian Burden of Disease Study: Measuring the loss of health from diseases injuries and risk factors. *The Medical Journal of Australia*. 17(12): 592-596, www.europepmc.org
63. Milner A., Page A., Lamontagne A. (2013): Long-term unemployment and suicide: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Plos one* V 8(1): e51333, www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed

64. Montgomery SM, Cook DG, Bartley MJ, Wadsworth ME (1999): Unemployment pre-dates symptoms of depression and anxiety resulting in medical consultation in young men. *Int. J. Epidemiol.* 28(1): 95-100, ije.oxfordjournals.org, www.scholar.gr

65. Nichols A., Mitchell J. Lindner St. (2013): Consequences of long-term unemployment. URBAN INSTITUTE. Page 2-3, www.urban.org

66. Olesen S., Butterworth P., Leach L., Kelaheer M., Pirkis J. (2013): Mental health affects future employment as job affects mental health: finding from a longitudinal population study. *BMC Psychiatry* 13: 144, www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed

67. Papageorgiou V., Frangou-Garunovic A., Iordanidou R., Yule W., Smith P., Vostanis P. (2000): War trauma and psychopathology in Bosnia refugee children. *European Child and Adolescent* 9: 84-90, www.link.springer.com

68. Parslow R., Jorm A. (2000): Who uses mental health services in Australia: An analysis of data from the National Survey of Mental Health and Wellbeing. Vol.34, issue 6, pages 997-1008, onlinelibrary.wiley.com/ www.scholar.google.gr

69. Patela V., Araya R., Limad M., Ludermir A., Todd Ch. (1999): Women, Poverty and Common mental disorders in four restructuring societies *social science and medicine*. Volume 49, issue 11, pages 1461-1471, www.sciencedirect.com

70. Pulkki-Raback L. Ahola K., Elovainio M., Kivimaki M., Hintsanen M., Issometsa E., Lonnqvist J., Virtanen M. (2012): Socio-economic position and mental disorders in a working-age Finnish population: The health 2000 study. *Eur J Public Health* 22(3): 327-332, www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed

71. Qin P., Agerbo E., Mortensen P. (2003): Suicide risk in relation to socioeconomic, demographic, psychiatric and familial factors: A National Register-Based study of all suicides in Denmark. Volume 160, issue 4, pp 765-772, www.ajp.psychiatryonline.org

72. Rachiotis G, [Stuckler D](#), [McKee M](#), [Hadjichristodoulou C](#). What has happened to suicides during the Greek economic crisis? Findings from an ecological study of suicides and their determinants (2003-2012). *BMJ Open*. 2015;5(3):e007295.

73. Riumallo-Heri C., Basu S., Stuckler D., Courtn E. Avendano M. (2014): Job loss, wealth and depression during the Great Recession in the USA and Europe. *Int J Epidemiol.* 43(5): 1508-1517, ije.oxfordjournals.org, www.scholar.gr
74. Roberts E., Attkisson C., Rosenblatt A. (1998): Prevalence of psychopathology among children and adolescents. *The American Journal of Psychiatry.* Volume 155, issue 6, page 715-725, www.ajp.psychiatryonline.org
75. Rodriquez E., Lasch K., Mead JP (1997): The potential role of unemployment benefits in shaping the mental health impact of unemployment. *Int J Health Serv* 27(4): 601-23, www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed
76. Roelfs D., Shor E., Davinson K., Schwartz J. (2011): Losing Life and Livelihood: A Systematic Review and Meta-Analysis of Unemployment and All-cause Mortality. *Soc Sci Med* 72(6): 840-854, www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed
77. Rose V., Harris E., (2004): From efficiency to effectiveness: Case studies in unemployment research. *J Public Health (OXF)* 26(3): 297-302, www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed
78. Silva-Junior JS, Fischer FM (2014): Long-term sickness absence due to mental disorders is associated with individual features and psychosocial work conditions. *PLOS one* 9(12): e115885, www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed
79. Skapinakis P., Bellos St., Koupidis S., Grammatikopoulos I., Theodorakis P., Mavreas V. (2013): Prevalence and sociodemographic associations of common mental disorders in a nationally representative sample of the general population of Greece. *BMC Psychiatry* 13: 163, www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed
80. *Soc Sci Med* (1986): Unemployment, health and health services in German-speaking countries. 22(4) : 409-30, www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed
81. Stefansson C. (1991): Social science and medicine. Long-term unemployment and mortality in Sweden, 1980-1986. Volume 32, issue 4, pages 419-423, www.sciencedirect.com

82. Stuckler D., Basu S., Stuhrcrke M., Coutts A., McKee M. (2009): The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *The Lancet*: volume 374, issue 9686, pages 315-323, www.sciencedirect.com
83. Suglia Sh. Duatre Cr., Sande M. (2011): Housing Quality, Housing Instability and Maternal mental health. *J Urban Health* 88(6): 1105-1116, www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed
84. Teesson M., Hall W., Lynskey M., Degenhardt L. (2000): Alcohol and drug-use disorders in Australia: Implication of the National Survey of Mental Health and Wellbeing. Vol.34, issue 2, pages 206-213, onlinelibrary.wiley.com / www.scholar.google.gr
85. Vasconcelos P.S., Guimareas M., de Araujo T., Virtuoso J. (2010): Prevalence of common mental disorders among the residents of urban areas in Feira de Santana, Bahia. *Epidemiol.* Volume 13, No 4. www.scielo.br
86. Viinamaki H, Hintikka J, Kontula O, Niskanen L, Koskela K (2000) Mental health at population level during an economic recession in Finland. *Nordic Journal of Psychiatry* 54: 177–182. doi: 10.1080/080394800750019079.
87. Vuori J., Silvonen J. (2005): Journal of occupational and organizational psychology: The benefits of a preventive job search program on re-employment and mental health at 2-year follow-up, volume 78, issue 1, pages 43-52, www.onlinelibrary.wiley.com
88. Vuori J., Silvonen J. (2005): The benefits of a preventive job search program on re-employment and mental health at 2-year follow-up. Volume 78, issue 1, pages 43-52, www.onlinelibrary.wiley.com
89. Wahlbeckand K., Mcdaid D., (2012): Actons to alleviate the mental health impact of the economic crisis. *World Psychiatry.* 11(3): 139-145, www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed
90. Weich S., Levis G. (1998): Poverty, unemployment and common mental disorders : Population based study 317, www.bmj.com
91. Wilkinson R., Marmot M. (2003): Social Determinants of Health. The Solid facts, Second Edition. Pages 1-30, www.google.gr

92. Wilson S., Walker GM (1993): Public Health. Unemployment and Health: a review, Volume 107, issue 3, pages 153-162, www.sciencedirect.com
93. World Federation of Public Health Associations. The Federation's Pages: Public health in times of austerity *Journal of Public Health Policy* (2014) 35, 249–257.
94. World Health Organization Risks to Mental Health (2012): An overview of vulnerabilities and risk factors. Background paper by WHO secretariat for the development of a comprehensive Mental Health Action Plan. Page 1-12, www.who.int
95. www.tradigeconomics.com (2015): Australia unemployment rate 15-4-2015 8:40 π.μ.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι
ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

Παρακαλώ συμπληρώστε τα ακόλουθα δημογραφικά στοιχεία

1. **Ηλικία:** ----- ετών
 2. **Οικογενειακή κατάσταση:** Ελεύθερη[] Ελεύθερος[] Έγγαμη[] Έγγαμος[] Συζώ[] Άλλο[]
 3. **Έχετε παιδιά:** Α) Καθόλου[] Β) Ένα[] Γ) Δύο[] Δ) Τρία[] Ε) Περισσότερα[]
 4. **Από ποια χώρα κατάγεστε:** -----
 5. **Σε ποια περιοχή της Λαμίας κατοικείτε;**
Α) Αστικό κέντρο και προάστια Λαμίας[] Β) Περιφέρεια[]
 6. **Είστε... :**
Α) Φοιτήτρια[] Φοιτητής[] Β) Εργαζόμενη[] Εργαζόμενος[] Γ) Φοιτήτρια και εργαζόμενη[]
Φοιτητής και εργαζόμενος[]
Δ) Άνεργη[] Άνεργος[] Ε) Οικοκυρά[] Στ) Αυτοεργοδοτούμενη[] Αυτοεργοδοτούμενος[]
 7. **Ζω ... :**
Α) Με τους γονείς μου[] Β) Με φίλους[] Γ) Μόνος μου[] Μόνη μου[]
Δ) Με τον σύντροφο/σύζυγο μου[] Με την σύντροφο/σύζυγο μου[] Ε) Με τον σύντροφο/σύζυγο μου και γονείς/πεθερικά μου[] Με την σύντροφο/σύζυγο μου και γονείς/πεθερικά μου[]
 8. **Το σπίτι που ζω είναι:**
Α) Ιδιόκτητο[] Β) Με ενοίκιο[] Γ) Άλλο – διευκρινίστε -----
 9. **Ποιο είναι το μορφωτικό σας επίπεδο;**
Μέχρι και Δημοτικό[]
Μέχρι και Γυμνάσιο[]
Μέχρι και Λύκειο[]
Μεταλυκειακή Εκπαίδευση (μη πανεπιστημιακή)[]
Ανώτατη Εκπαίδευση[]
 10. **Ποιος είναι ο τίτλος της κύριας εργασίας σας;** -----
 11. **Ποιος είναι ο τίτλος των σπουδών σας;** -----
 12. **Ποιος χειρίζεται τα οικονομικά της οικογένειάς σας;**
Α) Εγώ προσωπικά[] Β) Ο σύντροφος/ σύζυγος μου[] Η σύντροφος/σύζυγος μου[]
Γ) Εγώ και ο σύζυγος μου[] Εγώ και η σύζυγος μου[] Δ) Κάποιος άλλος[]
- Η προηγούμενη εργασία σας ήταν:** στον ιδιωτικό τομέα[] στο δημόσιο τομέα[]
- Πόσα χρόνια εργαζόσασταν;**-----
- Πόσα χρόνια είστε άνεργος;**-----
- Είσατε ασφαλισμένος;**-----
- Έχετε εργαστεί ανασφάλιστος;**-----
- Απολυθήκατε ;**-----
- Διακόψατε από μόνος σας την εργασία σας;**-----

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΕΝΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Τον τελευταίο καιρό

A1. Αισθανόσαστε

εντελώς καλά και
απόλυτα υγιής;

Καλύτερα απ' ότι
συνήθως

Το ίδιο όπως
συνήθως

Χειρότερα απ' ότι
συνήθως

Πολύ χειρότερα
απ' ότι συνήθως

A2. Νιώθατε την
ανάγκη για κάποιο
δυναμωτικό;

Καθόλου

Όχι περισσότερο απ'
ότι συνήθως

Μάλλον
περισσότερο απ'
ότι συνήθως

Πολύ περισσότερο
απ' ότι συνήθως

A3. Νιώθατε
εξαντλημένος και
κακοδιάθετος;

Καθόλου

Όχι περισσότερο απ'
ότι συνήθως

Μάλλον
περισσότερο απ'
ότι συνήθως

Πολύ περισσότερο
απ' ότι συνήθως

A4. Είχατε αισθανθεί
πως είσαστε άρρωστος;

Καθόλου

Όχι περισσότερο απ'
ότι συνήθως

Μάλλον
περισσότερο απ'
ότι συνήθως

Πολύ περισσότερο
απ' ότι συνήθως

A5. Είχατε καθόλου
πόνους στο κεφάλι;

Καθόλου

Όχι περισσότερο απ'
ότι συνήθως

Μάλλον
περισσότερο απ'
ότι συνήθως

Πολύ περισσότερο
απ' ότι συνήθως

A6. Νιώθατε σφίξιμο ή
βάρος στο κεφάλι;

Καθόλου

Όχι περισσότερο απ'
ότι συνήθως

Μάλλον
περισσότερο απ'
ότι συνήθως

Πολύ περισσότερο
απ' ότι συνήθως

A7. Είχατε περιόδους
που αισθανόσαστε
κρυάδες ή εξάψεις;

Καθόλου

Όχι περισσότερο απ'
ότι συνήθως

Μάλλον
περισσότερο απ'
ότι συνήθως

Πολύ περισσότερο
απ' ότι συνήθως

B1. Έχετε συχνά χάσει
τον ύπνο σας επειδή
ήσασταν ανήσυχος;

Καθόλου

Όχι περισσότερο απ'
ότι συνήθως

Μάλλον
περισσότερο απ'
ότι συνήθως

Πολύ περισσότερο
απ' ότι συνήθως

B2. Έχετε δυσκολία να συνεχίσετε τον ύπνο σας χωρίς διακοπές από την στιγμή που θα αποκοιμηθείτε;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
B3. Έχετε αισθανθεί ότι βρισκόσαστε σε υπερένταση;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
B4. Είσαστε οξύθυμος και αρπαζόσαστε εύκολα;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
B5. Νιώθετε φόβο ή πανικό χωρίς σοβαρό λόγο;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
B6. Αισθανόσαστε πως σας έχουν καταπλακώσει οι καθημερινές ασχολίες;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
B7. Αισθανόσαστε συνεχώς νευρικός και σε υπερδιέγερση;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
Γ1. Έχετε καταφέρει να είσατε δραστήριος και πάντα απασχολημένος;	Περισσότερο απ' ότι συνήθως	Το ίδιο απ' ότι συνήθως	Μάλλον λιγότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ λιγότερο απ' ότι συνήθως
Γ2. Σας παίρνει περισσότερο χρόνο να κάνετε τις δουλειές σας;	Γρηγορότερα απ' ότι συνήθως	Το ίδιο απ' ότι συνήθως	Περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως

Γ3. Αισθανόσαστε πως σε γενικές γραμμές τα καταφέρνετε καλά;	Καλύτερα απ' ότι συνήθως	Περίπου το ίδιο	Χειρότερα απ' ότι συνήθως	Πολύ χειρότερα
Γ4. Είσαστε ικανοποιημένος με τον τρόπο που κάνατε τις δουλειές σας;	Περισσότερο ικανοποιημένος	Περίπου το ίδιο όπως συνήθως	Λιγότερο ικανοποιημένος απ' ότι συνήθως	Πολύ λιγότερο ικανοποιημένος
Γ5. Έχετε αισθανθεί ότι παίζεται χρήσιμο ρόλο σ' ότι συμβαίνει γύρω σας;	Περισσότερο απ' ότι συνήθως	Το ίδιο απ' ότι συνήθως	Λιγότερο χρήσιμο απ' ότι συνήθως	Πολύ λιγότερο χρήσιμο απ' ότι συνήθως
Γ6. Αισθανόσαστε ικανός να παίρνετε αποφάσεις για διάφορα θέματα;	Περισσότερο απ' ότι συνήθως	Το ίδιο απ' ότι συνήθως	Λιγότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ λιγότερο απ' ότι συνήθως
Γ7. Μπορείτε να χαρείτε τις συνηθισμένες καθημερινές δραστηριότητες;	Περισσότερο απ' ότι συνήθως	Το ίδιο απ' ότι συνήθως	Λιγότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ λιγότερο απ' ότι συνήθως
Δ1. Σκεφτόσαστε πως δεν αξίζετε τίποτε;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον λιγότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
Δ2. Αισθανόσαστε πως η ζωή είναι χωρίς καμία ελπίδα;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον λιγότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
Δ3. Αισθανόσαστε πως δεν αξίζει κανείς να ζει;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον λιγότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως

συνήθως

Δ4. Σας πέρασε από το μυαλό η πιθανότητα να δώσετε τέλος στη ζωή σας;

Σίγουρα όχι

Δεν νομίζω

Πέρασε από το μυαλό μου

Σίγουρα το σκέφτηκα

Δ5. Βρίσκατε μερικές φορές ότι δεν μπορούσατε να κάνετε τίποτα γιατί τα νεύρα σας ήταν σε άσχημη κατάσταση;

Καθόλου

Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως

Μάλλον λιγότερο απ' ότι συνήθως

Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως

Δ6. Πιάνετε τον εαυτό σας να εύχεται να είσαστε πεθαμένος και να είχατε ξεμπερδέψει απ' όλα;

Καθόλου

Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως

Μάλλον λιγότερο απ' ότι συνήθως

Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως

Δ7. Βρίσκετε πως η ιδέα να δώσετε τέλος στη ζωή σας, σας ερχόταν συνεχώς στο μυαλό σας;

Καθόλου

Δεν νομίζω

Πέρασε από το μυαλό μου

Σίγουρα ναι
