



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ &
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ**

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

**Ανεργία και υγεία σε περίοδο οικονομικής
κρίσης στην Ελλάδα - Διερεύνηση σχέσεων και
καταγραφή των επιπτώσεων**

ΔΗΜΗΤΡΑ ΛΑΤΣΟΥ

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ

ΜΑΙΡΗ ΚΟΝΤΟΥΛΗ - ΓΕΙΤΟΝΑ

Ιούνιος 2019

Copyright © Δήμητρα Λατσού, 2019.

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All right reserved.

Απαγορεύεται η αντιγραφή, αποθήκευση και διανομή της παρούσας διατριβής εξ ολοκλήρου ή τμήματος αυτής, για εμπορικό σκοπό. Επιτρέπεται η ανατύπωση, αποθήκευση και διανομή για σκοπό μη κερδοσκοπικό, εκπαιδευτικής ή ερευνητικής φύσης, υπό την προϋπόθεση να αναφέρεται η πηγή προέλευσης και να διατηρείται το παρόν μήνυμα. Ερωτήματα που αφορούν τη χρήση της εργασίας για κερδοσκοπικό σκοπό πρέπει να απευθύνονται προς τον συγγραφέα.

Η έγκριση της διδακτορικής διατριβής από το τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής της Σχολής Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου δεν υποδηλώνει αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα.

ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

1. Γείτονα – Κοντούλη Μαρία, Καθηγήτρια, Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου (επιβλέπουσα)
2. Σπυριδάκης Εμμανουήλ, Αναπληρωτής Καθηγητής, Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου (μέλος τριμελούς επιτροπής)
3. Φερόνας Ανδρέας, Επίκουρος Καθηγητής, Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής, Πανεπιστημίου Πελοποννήσου (μέλος τριμελούς επιτροπής)
4. Οικονόμου Χαράλαμπος, Καθηγητής, Τμήμα Κοινωνιολογίας, Πάντειο Πανεπιστήμιο
5. Πιερράκος Γεώργιος, Καθηγητής, Τμήμα Διοίκησης Επιχειρήσεων, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής
6. Καϊτελίδου Δάφνη Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών
7. Σουλιώτης Κυριάκος, Αναπληρωτής Καθηγητής, Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου

Στη νέα ζωή που θα έρθει...

“Σε αντίθεση με άλλες ασθένειες, η ασθένεια της ανεργίας βρίσκεται στα χέρια της ανθρωπότητας”

(Janlert, 1997)

Ευχαριστίες

Με την ολοκλήρωση της διδακτορικής μου διατριβής κλείνει ένα σημαντικό κεφάλαιο της ζωής μου ως φοιτήτρια, ελπίζοντας να ανοίξουν νέοι δρόμοι στην επιστήμη και στην έρευνα.

Πρωτίστως, θα ήθελα να ευχαριστήσω την καθηγήτρια μου, φίλη και μέντορά μου, Μαίρη Γείτονα που ήταν πάντα εκεί για εμένα. Η υποστήριξη της κατά τα τελευταία πέντε χρόνια, η ενθάρρυνση, η ανατροφοδότηση, οι πολύτιμες συμβουλές και η κυρίως υπομονή της με βοήθησαν στην εξειδίκευση μου στο γνωστικό αντικείμενο της οικονομικής ανάλυσης των κοινωνικών πολιτικών. Επίσης, η επιμονή της, οι επιστημονικές της γνώσεις, η αγάπη και ο ενθουσιασμός της για διδασκαλία, διεύρυναν τους ορίζοντες μου αποτελώντας βασικό αρωγό στην ολοκλήρωση αυτής της διδακτορικής διατριβής. Λένε ότι το διδακτορικό είναι ένας «γάμος» με τον επιβλέποντα καθηγητή σου. Είμαι ιδιαίτερα ευγνώμων γι' αυτή την «εις γάμο κοινωνία».

Θα ήθελα να εκφράσω την ειλικρινή μου εκτίμηση στον καθηγητή κ. Μάνο Σπυριδάκη για τις επιστημονικές του συμβουλές και γνώσεις, καθώς και για τις διορατικές συζητήσεις και προτάσεις καθ' όλη τη διάρκεια της διδακτορικής μου πορείας. Θερμές ευχαριστίες ανήκουν στον καθηγητή κ. Ανδρέα Φερόνα για την καθοδήγησή του, την πολύτιμη βοήθεια και την έντονη δραστηριότητά του όλα αυτά τα χρόνια. Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω τους καθηγητές –μέλη της Εξειαστικής Επιτροπής που συνέβαλαν στην υλοποίηση της παρούσας διατριβής.

Ιδιαίτερες όμως ευχαριστίες οφείλω στην πρόεδρο του ΟΑΕΔ, καθηγήτρια κ. Μαρία Καραμεσίνη, χωρίς την υποστήριξη της οποίας δεν θα μπορούσε να υλοποιηθεί η παρούσα διδακτορική διατριβή.

Ένα μεγάλο ευχαριστώ ανήκει στους ανέργους που παρά τις δύσκολες στιγμές που βιώνουν, αφιέρωσαν χρόνο για να συμμετέχουν στην έρευνά μου μοιράζοντας μαζί μου τις σκέψεις και ανησυχίες τους, δίνοντάς μου πολύτιμες γνώσεις και εμπειρίες.

Ακόμη, θα ήθελα να ευχαριστήσω τους πολυαγαπημένους μου γονείς, Γεώργιο και Παναγιώτα, που όλα αυτά τα χρόνια της εκπαιδευτικής μου σταδιοδρομίας με υποστήριζαν αγόγγυστα ηθικά και οικονομικά, ενθαρρύνοντας και προτρέποντάς με να γίνω καλύτερος άνθρωπος και επιστήμονας. Τέλος, ευχαριστώ θερμά τον σύζυγο μου, Θάνο, για την αμέριστη επιστημονική και ιδιαίτερα ψυχολογική στήριξή του σε κρίσιμες στιγμές, σε όλο το χρονικό διάστημα που απαιτήθηκε προκειμένου να ολοκληρώσω την παρούσα διδακτορική διατριβή.

Αθήνα,
Ιούνιος 2019

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	17
ABSTRACT	21
Εισαγωγή.....	25
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΑΝΕΡΓΙΑ: ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ	31
1.1. Χαρακτηριστικά της ανεργίας.....	31
1.2. Θεωρίες Ανεργίας.....	39
1.2.1. Η ανεργία στην κλασσική οικονομική θεωρία	39
1.2.2. Η ανεργία στη θεωρία των καινοτομιών.....	42
1.2.3. Η ανεργία στη θεωρία της αποτελεσματικής ζήτησης.....	45
1.2.4. Η ανεργία στη θεωρία του πραγματικού επιχειρηματικού κύκλου.....	46
1.3. Πολιτικές αντιμετώπισης της ανεργίας.....	47
1.3.1. Η διεθνής εμπειρία	47
1.3.2. Πολιτικές αντιμετώπισης στην Ελλάδα.....	49
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ	53
2.1. Επίπεδο υγείας.....	53
2.2. Καταναλωτικό πρότυπο	56
2.3. Χρήση υπηρεσιών υγείας	58
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. Ο ΑΝΤΙΚΤΥΠΟΣ ΤΗΣ ΑΝΕΡΓΙΑΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ	65
3.1. Επιδημιολογικοί δείκτες	65
3.2. Συμπεριφορές υγείας – παράγοντες κινδύνου	74
3.3. Πρόσβαση και κάλυψη αναγκών υγείας	78
3.4. Επιπτώσεις των κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών	81
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	84
4.1. Μακροοικονομική ανάλυση και επιπτώσεις.....	84
4.2. Ανάλυση κοινωνικών δεικτών.....	98
4.3. Επιδημιολογικές επιπτώσεις.....	103
4.3. Επιπτώσεις στη χρήση υπηρεσιών υγείας	111
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΕΠΙΠΕΔΟ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΑΝΕΡΓΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	117
5.1. Αποτελέσματα Ανασκόπησης	131
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	134
6.1. Σκοπός Έρευνας.....	134
6.2. Μεθοδολογία Έρευνας	134
6.3. Περιορισμοί της Μελέτης	153
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	155
7.1. Τελικό Δείγμα Έρευνας	155
7.2. Αξιοπιστία Ερωτηματολογίων	156
7.3. Κοινωνικοδημογραφικά Χαρακτηριστικά.....	156
7.4. Οικονομική Κατάσταση.....	161
7.5. Ψυχική Υγεία	163
7.6. Σωματική Υγεία	171
7.7. Συμπεριφορές υγείας – Παράγοντες κινδύνου.....	172
7.8. Χρήση Υπηρεσιών Υγείας	173
7.9. Ποιοτική Ανάλυση	178
7.10. Επαγωγική Ανάλυση	183
7.10.1. Συγκρίσεις Ερωτηματολογίων με κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά.....	183
7.10.2. Συγκρίσεις Ερωτηματολογίων Έρευνας.....	233
7.11. Αποτελέσματα Οικονομικής Ανάλυσης	254
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8. ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	270
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	278
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	284
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α'	333
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β'	334
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ'	335
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Δ'	341
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ε'	342
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Στ'	343

Περιεχόμενα Πινάκων

Πίνακας 1: Στρατηγική Βιβλιογραφικής Ανασκόπησης.....	118
Πίνακας 2: Βιβλιογραφική Ανασκόπηση Πρωτογενών Ελληνικών Μελετών.....	119
Πίνακας 3: Βιβλιογραφική Ανασκόπηση Δευτερογενών Ελληνικών Μελετών.....	125
Πίνακας 4: Μέσο δηλωθέν οικογενειακό εισόδημα ανά περιοχή εξυπηρέτησης των επιλεγμένων ΚΠΑ2.....	146
Πίνακας 5: Εισοδηματικά όρια στρώματος και διαστρωμάτωση.....	147
Πίνακας 6: Μέσος σταθμικός αριθμός ανέργων των επιλεγμένων για δειγματοληπτική έρευνα ΚΠΑ2.....	147
Πίνακας 7: Αρχικό δείγμα έρευνας.....	148
Πίνακας 8: Ανάλυση δείγματος έρευνας.....	155
Πίνακας 9: Κοινωνικοδημογραφικά Χαρακτηριστικά.....	156
Πίνακας 10: Ύπαρξη άλλου εισοδήματος.....	158
Πίνακας 11: Ανεργία σε μήνες.....	160
Πίνακας 12: Υπάρχουν άλλα μέλη του νοικοκυριού σας άνεργα.....	160
Πίνακας 13: Οικονομική Κατάσταση.....	162
Πίνακας 14: Σας ενοχλούν πράγματα που συνήθως δεν σας ενοχλούσαν.....	164
Πίνακας 15: Η όρεξη σας είναι κακή ώστε να μη θέλετε να τρώτε.....	164
Πίνακας 16: Νιώθετε ότι είστε κακόκεφος, ακόμα κι αν οι φίλοι ή η οικογένεια σας, σας βοηθούσαν.....	165
Πίνακας 17: Νιώθετε ότι είσατε εξίσου ικανός με τους άλλους.....	165
Πίνακας 18: Έχετε δυσκολία να συγκεντρωθείτε σε αυτό που κάνετε.....	166
Πίνακας 19: Νιώθετε μελαγχολικά.....	166
Πίνακας 20: Νιώθετε πως ότι κάνετε, το κάνετε με μεγάλη προσπάθεια/πίεση.....	166
Πίνακας 21: Νιώθετε ελπίδα για το μέλλον.....	167
Πίνακας 22: Σκεφτόσαστε ότι η μέχρι τώρα ζωή σας ήταν μια αποτυχία.....	167
Πίνακας 23: Νιώθετε φοβισμένος/η.....	167
Πίνακας 24: Έχετε ανήσυχο ύπνο.....	168
Πίνακας 25: Είστε ευτυχισμένος/η.....	168
Πίνακας 26: Μιλάτε λιγότερο από το συνηθισμένο.....	168
Πίνακας 27: Νιώθετε μοναξιά.....	169
Πίνακας 28: Πιστεύετε ότι οι άνθρωποι δεν είναι φιλικοί μαζί σας.....	169
Πίνακας 29: Απολαμβάνετε /χαιρόσαστε τη ζωή.....	169
Πίνακας 30: Κλαίτε έντονα.....	170
Πίνακας 31: Νιώθετε λυπημένος/η.....	170
Πίνακας 32: Νιώθετε ότι οι άνθρωποι δεν σας συμπαθούν.....	170
Πίνακας 33: Δεν μπορείτε να κάνετε τις δουλειές σας.....	171
Πίνακας 34: Συμπεριφορές υγείας – Παράγοντες κινδύνου.....	172
Πίνακας 35: Έχετε κάποια χρόνια ασθένεια.....	173
Πίνακας 36: Σωματικές και ψυχικές ασθένειες.....	174
Πίνακας 37: Χρειάζεται να λαμβάνετε συστηματικά φαρμακευτική αγωγή για την αντιμετώπιση της;.....	174
Πίνακας 38: Άξονες ποιοτικής ανάλυσης.....	178
Πίνακας 39: Σύγκριση κλίμακας IPED και στρώματος.....	183
Πίνακας 40: Σύγκριση κλίμακας IPED και φύλου.....	183
Πίνακας 41: Σύγκριση κλίμακας IPED και ηλικίας.....	184
Πίνακας 42: Σύγκριση κλίμακας IPED και υπηκοότητας.....	184
Πίνακας 43: Σύγκριση κλίμακας IPED και κατάσταση διαμονής.....	184
Πίνακας 44: Σύγκριση κλίμακας IPED και αριθμός παιδιών.....	185
Πίνακας 45: Σύγκριση κλίμακας IPED και επιπέδου εκπαίδευσης.....	186
Πίνακας 46: Σύγκριση κλίμακας IPED και ιδιοκτησιακό καθεστώς στέγασης.....	186
Πίνακας 47: Σύγκριση κλίμακας IPED και διάρκεια ανεργίας.....	186
Πίνακας 48: Σύγκριση κλίμακας IPED και ύπαρξη ανεργίας σε άλλα μέλη του νοικοκυριού.....	187
Πίνακας 49: Σύγκριση κλίμακας IPED και ύπαρξη άλλου εισοδήματος.....	187
Πίνακας 50: Σύγκριση κλίμακας IPED και εισόδημα κατά τη διάρκεια της ανεργίας.....	187
Πίνακας 51: Σύγκριση κλίμακας CES-D και φύλου.....	188
Πίνακας 52: Σύγκριση κλίμακας CES-D και ηλικίας.....	189
Πίνακας 53: Σύγκριση κλίμακας CES-D και κατάσταση διαμονής.....	190
Πίνακας 54: Σύγκριση κλίμακας CES-D και επιπέδου εκπαίδευσης.....	191
Πίνακας 55: Σύγκριση κλίμακας CES-D και ιδιοκτησιακό καθεστώς στέγασης.....	191
Πίνακας 56: Σύγκριση κλίμακας CES-D και διάρκεια ανεργίας.....	192
Πίνακας 57: Σύγκριση κλίμακας CES-D και εισόδημα κατά τη διάρκεια της ανεργίας.....	193
Πίνακας 58: Σύγκριση σωματικής υγείας και φύλου.....	194
Πίνακας 59: Σύγκριση σωματικής υγείας και ηλικίας.....	194
Πίνακας 60: Σύγκριση σωματικής υγείας και υπηκοότητας.....	195
Πίνακας 61: Σύγκριση σωματικής υγείας και κατάσταση διαμονής.....	195
Πίνακας 62: Σύγκριση σωματικής υγείας και ύπαρξης παιδιών.....	195
Πίνακας 63: Σύγκριση σωματικής υγείας και επιπέδου εκπαίδευσης.....	196
Πίνακας 64: Σύγκριση σωματικής υγείας και διάρκεια ανεργίας.....	196
Πίνακας 65: Σύγκριση σωματικής υγείας και εισοδήματος.....	197
Πίνακας 66: Σύγκριση χρήσης αλκοόλ και στρώματος.....	197
Πίνακας 67: Σύγκριση χρήσης καπνού και στρώματος.....	198
Πίνακας 68: Σύγκριση διατροφής και στρώματος.....	198
Πίνακας 69: Σύγκριση χρήσης αλκοόλ και φύλου.....	199
Πίνακας 70: Σύγκριση σωματικής δραστηριότητας και ηλικιακής ομάδας.....	199
Πίνακας 71: Σύγκριση αγοράς έτοιμου φαγητού και ηλικιακής ομάδας.....	200

Πίνακας 72: Σύγκριση αγοράς μη επώνυμων τροφίμων και ηλικιακής ομάδας.....	200
Πίνακας 73: Σύγκριση χρήσης αλκοόλ και υπηκοότητας	201
Πίνακας 74: Σύγκριση χρήσης καπνού και υπηκοότητας.....	201
Πίνακας 75: Σύγκριση χρήσης αλκοόλ και κατάστασης διαμονής.....	202
Πίνακας 76: Σύγκριση χρήσης καπνού και κατάστασης διαμονής	202
Πίνακας 77: Σύγκριση αγοράς έτοιμου φαγητού και κατάστασης διαμονής.....	203
Πίνακας 78: Σύγκριση διατροφής και κατάστασης διαμονής	203
Πίνακας 79: Σύγκριση σωματικής δραστηριότητας και ύπαρξης παιδιών	203
Πίνακας 80: Σύγκριση αγοράς έτοιμου φαγητού και ύπαρξης παιδιών.....	204
Πίνακας 81: Σύγκριση αγοράς μη επώνυμων τροφίμων και ύπαρξης παιδιών	204
Πίνακας 82: Σύγκριση σωματικής δραστηριότητας και επιπέδου εκπαίδευσης.....	205
Πίνακας 83: Σύγκριση αγοράς έτοιμο φαγητού και επιπέδου εκπαίδευσης	205
Πίνακας 84: Σύγκριση αγοράς μη επώνυμων τροφίμων και επιπέδου εκπαίδευσης	206
Πίνακας 85: Σύγκριση σωματικής δραστηριότητας και διάρκειας ανεργίας	206
Πίνακας 86: Σύγκριση χρήσης αλκοόλ και διάρκειας ανεργίας	207
Πίνακας 87: Σύγκριση χρήσης καπνού και διάρκειας ανεργίας.....	207
Πίνακας 88: Σύγκριση αγοράς έτοιμου φαγητού και διάρκειας ανεργίας.....	208
Πίνακας 89: Σύγκριση αγοράς μη επώνυμων τροφίμων και διάρκειας ανεργίας	208
Πίνακας 90: Σύγκριση σωματικής δραστηριότητας και εισοδήματος	209
Πίνακας 91: Σύγκριση χρήσης αλκοόλ και εισοδήματος	209
Πίνακας 92: Σύγκριση αγοράς μη επώνυμων τροφίμων και εισοδήματος	210
Πίνακας 93: Σύγκριση διατροφής και εισοδήματος	210
Πίνακας 94: Σύγκριση χρήσης πρόληψης δημοσίων και συμβεβλημένων υπηρεσιών υγείας και στρώματος	211
Πίνακας 95: Σύγκριση χρήσης πρόληψης δημοσίων και συμβεβλημένων υπηρεσιών υγείας και ύπαρξης παιδιών	212
Πίνακας 96: Σύγκριση χρήσης πρόληψης δημοσίων και συμβεβλημένων υπηρεσιών υγείας και εισοδήματος	212
Πίνακας 97: Σύγκριση αγοράς συνταγογραφούμενων φαρμάκων και ύπαρξης παιδιών.....	212
Πίνακας 98: Σύγκριση χρήσης δημοσίων και συμβεβλημένων υπηρεσιών υγείας και στρώματος	213
Πίνακας 99: Σύγκριση χρήσης δημοσίων και συμβεβλημένων υπηρεσιών υγείας και ύπαρξης παιδιών.....	213
Πίνακας 100: Σύγκριση χρήσης δημοσίων και συμβεβλημένων υπηρεσιών υγείας και εισοδήματος.....	214
Πίνακας 101: Σύγκριση χρήσης ιατρικής φροντίδας ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας και στρώματος	214
Πίνακας 102: Σύγκριση χρήσης ιατρικής φροντίδας ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας και ύπαρξης παιδιών	215
Πίνακας 103: Σύγκριση χρήσης ιατρικής φροντίδας ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας και εισοδήματος	215
Πίνακας 104: Σύγκριση χρήσης προληπτικών ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας και στρώματος.....	216
Πίνακας 105: Σύγκριση χρήσης προληπτικών ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας και ηλικιακής ομάδας	216
Πίνακας 106: Σύγκριση χρήσης προληπτικών ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας και ύπαρξης παιδιών	217
Πίνακας 107: Σύγκριση χρήσης προληπτικών ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας και εισοδήματος	217
Πίνακας 108: Σύγκριση χρήσης οδοντιατρικών ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας και στρώματος.....	217
Πίνακας 109: Σύγκριση χρήσης οδοντιατρικών ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας και εισοδήματος.....	218
Πίνακας 110: Σύγκριση χρήσης ψυχικών ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας και εισοδήματος.....	218
Πίνακας 111: Σύγκριση χρήσης ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας και στρώματος.....	218
Πίνακας 112: Σύγκριση χρήσης ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας και ύπαρξης παιδιών	219
Πίνακας 113: Σύγκριση χρήσης ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας και εισοδήματος.....	219
Πίνακας 114: Σύγκριση δαπανών συνασφάλισης και ύπαρξης παιδιών	220
Πίνακας 115: Σύγκριση δαπανών συνασφάλισης και διάρκειας ανεργίας	221
Πίνακας 116: Σύγκριση δαπανών συνασφάλισης και εισοδήματος	221
Πίνακας 117: Σύγκριση άμεσων πληρωμών και ηλικίας	222
Πίνακας 118: Σύγκριση άμεσων πληρωμών και ύπαρξης παιδιών	222
Πίνακας 119: Σύγκριση άμεσων πληρωμών και διάρκεια ανεργίας	223
Πίνακας 120: Σύγκριση άμεσων πληρωμών και εισοδήματος κατά την περίοδο της ανεργίας.....	224
Πίνακας 121: Σύγκριση άμεσων πληρωμών και ύπαρξη ιδιωτικής ασφάλισης	224
Πίνακας 122: Σύγκριση ανεκπλήρωτων αναγκών και στρώματος.....	228
Πίνακας 123: Σύγκριση ανεκπλήρωτων αναγκών και ηλικιακής ομάδας.....	228
Πίνακας 124: Σύγκριση ανεκπλήρωτων αναγκών και επιπέδου εκπαίδευσης	229
Πίνακας 125: Σύγκριση ανεκπλήρωτων αναγκών και διάρκειας ανεργίας.....	229
Πίνακας 126: Σύγκριση ανεκπλήρωτων αναγκών και εισοδήματος.....	230
Πίνακας 127: Σύγκριση χρήσης κοινωνικού -δημοτικού ιατρείου/φαρμακείου, ΜΚΟ και στρώματος	231
Πίνακας 128: Σύγκριση χρήσης κοινωνικού -δημοτικού ιατρείου/φαρμακείου, ΜΚΟ και εισοδήματος	232
Πίνακας 129: Σύγκριση κλίμακων IPED και CES-D	233
Πίνακας 130: Σύγκριση IPED και σωματική κατάσταση υγείας	234
Πίνακας 131: Σύγκριση κλίμακων IPED και σωματικής δραστηριότητας	235
Πίνακας 132: Σύγκριση κλίμακων IPED και χρήσης καπνού	236
Πίνακας 133: Σύγκριση κλίμακων IPED και αγοράς μη επώνυμων τροφίμων.....	237
Πίνακας 134: Σύγκριση κλίμακων IPED και διατροφής	237
Πίνακας 135: Σύγκριση κλίμακων IPED και άμεσων δαπανών	238
Πίνακας 136: Σύγκριση IPED και ανεκπλήρωτων αναγκών υγείας.....	239
Πίνακας 137: Σύγκριση κλίμακας CES-D και σωματικής κατάστασης υγείας	240
Πίνακας 138: Σύγκριση CESD και Σωματικής δραστηριότητας	241
Πίνακας 139: Σύγκριση CESD και χρήσης καπνού	242
Πίνακας 140: Σύγκριση CESD και διατροφή.....	242
Πίνακας 141: Σύγκριση χρήσης ιατρική φροντίδας σε δημόσιες και συμβεβλημένες υπηρεσίες υγείας και κλίμακας CES-D	243

Πίνακας 142: Σύγκριση αγοράς συνταγογραφούμενων φαρμάκων και κλίμακας CES-D	244
Πίνακας 143: Σύγκριση χρήσης δημόσιων συμβεβλημένων υπηρεσιών υγείας και κλίμακας CES-D	244
Πίνακας 144: Σύγκριση κλίμακας CES-D και άμεσων πληρωμών	245
Πίνακας 145: Σύγκριση κλίμακας CES-D και ανεκπλήρωτων αναγκών υγείας	246
Πίνακας 146: Σύγκριση κλίμακας CES-D και χρήσης κοινωνικού –δημοτικού ιατρείου/φαρμακείου, ΜΚΟ	247
Πίνακας 147: Σύγκριση σωματικής κατάστασης υγείας και σωματικής δραστηριότητας	248
Πίνακας 148: Σύγκριση σωματικής κατάστασης υγείας και χρήση αλκοόλ.....	249
Πίνακας 149: Σύγκριση σωματικής κατάστασης υγείας και χρήση καπνού	249
Πίνακας 150: Σύγκριση σωματικής κατάστασης υγείας και διατροφή	250
Πίνακας 151 Σύγκριση σωματικής κατάστασης υγείας και χρήσης ιδιωτικής οδοντιατρικής φροντίδας σε ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας.....	251
Πίνακας 152: Σύγκριση σωματικής κατάσταση υγείας και χρήσης ψυχικής υγείας σε ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας φροντίδας	251
Πίνακας 153: Σύγκριση σωματικής κατάστασης υγείας και χρήση ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας	252
Πίνακας 154: Σύγκριση άμεσων πληρωμών και σωματικής κατάστασης υγείας	252
Πίνακας 155: Σύγκριση σωματικής κατάστασης υγείας και ανεκπλήρωτων αναγκών	253
Πίνακας 156: Σύγκριση σωματικής κατάστασης υγείας και χρήσης κοινωνικού –δημοτικού ιατρείου/φαρμακείου, ΜΚΟ.	253
Πίνακας 157: Μοντέλο κλίμακας IPED.....	254
Πίνακας 158: Μοντέλο κλίμακας CES-D	256
Πίνακας 159: Μοντέλο σωματικής κατάστασης υγείας.....	258
Πίνακας 160: Μοντέλο υγιεινής διατροφής	260
Πίνακας 161: Μοντέλο χρήσης δημοσίων και συμβεβλημένων υπηρεσιών υγείας.....	262
Πίνακας 162: Μοντέλο χρήσης ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας	264
Πίνακας 163: Μοντέλο δαπανών συνασφάλισης	266
Πίνακας 164: Μοντέλο δαπανών άμεσων πληρωμών.....	267
Πίνακας 165: Μοντέλο συνολικών δαπανών υγείας	268

Περιεχόμενα Διαγραμμάτων

Διάγραμμα 1: Ομάδες της Αγοράς Εργασίας	33
Διάγραμμα 2: Επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας	59
Διάγραμμα 3: Ποσοστό αύξησης των ανεκπλήρωτων αναγκών για ιατρική εξέταση ή θεραπεία, ανά εισοδηματικό τεταρτημόριο	61
Διάγραμμα 4: Ανεργία και υγεία, μηχανισμοί και μεσολαβητικοί παράγοντες	66
Διάγραμμα 5: Οικονομική κρίση και κατάσταση υγείας	70
Διάγραμμα 6: Παράγοντες που οδηγούν σε ψυχολογικές διαταραχές	73
Διάγραμμα 7: Επίδραση της ανεργίας στην κατάσταση υγείας: ο ρόλος των συμπεριφορών υγείας – κινδύνου.	74
Διάγραμμα 8: Σύνδεση ανεργίας με ασφάλιση και κατάσταση υγείας	79
Διάγραμμα 9: Κατά κεφαλήν ακαθάριστο εγχώριο προϊόν σε ευρώ	87
Διάγραμμα 10: Ρυθμός αύξησης του πραγματικού ΑΕΠ	88
Διάγραμμα 11: Ακαθάριστες επενδύσεις παγίου κεφαλαίου ως % του ΑΕΠ	89
Διάγραμμα 12: Δαπάνες Υγείας ως % του ΑΕΠ	90
Διάγραμμα 13: Συνολική φαρμακευτική δαπάνη και άλλα υγειονομικά αναλώσιμα (δισεκ. Ευρώ)	91
Διάγραμμα 14: Δαπάνες για την κοινωνική προστασία ως % του ΑΕΠ	91
Διάγραμμα 15: Παροχές κοινωνικής προστασίας ανά τομέα ως % των συνολικών παροχών	92
Διάγραμμα 16: Εργαζόμενοι ως % του πληθυσμού ανά φύλο	93
Διάγραμμα 17: Ποσοστό ανεργίας ως % του ενεργού πληθυσμού	94
Διάγραμμα 18: Ποσοστό ανεργίας ανά περιφέρεια ως % του ενεργού πληθυσμού	95
Διάγραμμα 19: Ποσοστό ανεργίας ανά επίπεδο εκπαίδευσης	95
Διάγραμμα 20: Ποσοστό νέων ανέργων ως % του ενεργού πληθυσμού ανά φύλο	96
Διάγραμμα 21: Ποσοστό μακροχρόνιας ανεργίας ως % του ενεργού πληθυσμού	97
Διάγραμμα 22: Ποσοστό μακροχρόνιας ανεργίας ανά περιφέρεια ως % του ενεργού πληθυσμού	97
Διάγραμμα 23: Κατώφλι κινδύνου φτώχειας (σε ευρώ)	98
Διάγραμμα 24: Ποσοστό κινδύνου φτώχειας μετά τις κοινωνικές μεταβιβάσεις	99
Διάγραμμα 25: Κίνδυνος φτώχειας μετά τις κοινωνικές μεταβιβάσεις, κατά κατάσταση απασχόλησης	100
Διάγραμμα 26: Πληθυσμός σε κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικό αποκλεισμό (σε χιλιάδες)	101
Διάγραμμα 27: Ποσοστό ατόμων με υλικές στερήσεις	102
Διάγραμμα 28: Αντισοκατανομή εισοδήματος - Συντελεστής Gini (%)	102
Διάγραμμα 29: Αυτοεκτίμηση του επιπέδου υγείας (καλή/πολύ καλή) ως % του πληθυσμού	104
Διάγραμμα 30: Έτη υγιούς ζωής και Προσδόκιμο Ζωής	104
Διάγραμμα 31: Αυτοαναφορά μακροχρόνιας ασθένειας και μακροχρόνιος περιορισμός στις συνήθεις δραστηριότητες	105
Διάγραμμα 32: Αριθμός θανάτων ανά 1.000 άτομα	107
Διάγραμμα 33: Παχυσαρκία ως % του πληθυσμού	107
Διάγραμμα 34: Κατά κεφαλήν κατανάλωση αλκοόλ (σε λίτρα)	108
Διάγραμμα 35: Κατά κεφαλήν κατανάλωση καπνού (σε γραμμάρια)	108
Διάγραμμα 36: Αριθμός αυτοκτονιών	111
Διάγραμμα 37: Ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας ως % του πληθυσμού	113
Διάγραμμα 38: Στάδια μεθοδολογίας της έρευνας	135
Διάγραμμα 39: Επισκόπηση της διαδικασίας της ποιοτικής ανάλυσης περιεχομένου	153
Διάγραμμα 40: Μηνιαίο καθαρό εισόδημα ΠΙΠΝ και ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ της ανεργίας	158
Διάγραμμα 41: Ιδιωτική ασφάλιση	159
Διάγραμμα 42: Ποσοστά βραχυχρόνιας και μακροχρόνιας ανεργίας	159
Διάγραμμα 43: Διαστάσεις Κλίμακας IPED	161
Διάγραμμα 44: Διαστάσεις Σταθμισμένης Κλίμακας IPED	163
Διάγραμμα 45: Επίπεδο Σωματικής Υγείας	171
Διάγραμμα 46: Θεωρείτε ότι η διατροφή σας ΤΩΡΑ είναι	173
Διάγραμμα 47: Χρήση υπηρεσιών υγείας (%)	175
Διάγραμμα 48: Κατανομή συνασφάλισης και άμεσων πληρωμών	176
Διάγραμμα 49: Ποσοστά καταστροφικών δαπανών υγείας	177
Διάγραμμα 50: Ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας και Χρήση κοινωνικών υπηρεσιών υγείας	177
Διάγραμμα 51: Σύγκριση κλίμακας IPED και ύπαρξης παιδιών	185
Διάγραμμα 52: Σύγκριση κλίμακας CES-D και φύλου	189
Διάγραμμα 53: Σύγκριση κλίμακας CES-D και διάρκεια ανεργίας	192
Διάγραμμα 54: Σύγκριση σωματικής υγείας και διάρκειας ανεργίας	196
Διάγραμμα 55: Συνολικές δαπάνες υγείας σε σύγκριση με ύπαρξη παιδιών (σε €)	225
Διάγραμμα 56: Συνολικές δαπάνες υγείας σε σύγκριση με διάρκεια ανεργίας (σε €)	226
Διάγραμμα 57: Συνολικές δαπάνες υγείας σε σύγκριση με εισόδημα (σε €)	227
Διάγραμμα 58: Ποσοστό δαπανών υγείας που καλύπτεται από το εισόδημα	227
Διάγραμμα 59: Σύγκριση ανεκπλήρωτων αναγκών και διάρκειας ανεργίας	230
Διάγραμμα 60: Σύγκριση ανεκπλήρωτων αναγκών και εισοδήματος	231
Διάγραμμα 61: Σύγκριση χρήσης κοινωνικού -δημοτικού ιατρείου/φαρμακείου, ΜΚΟ και εισοδήματος	232
Διάγραμμα 62: Σύγκριση κλίμακων IPED και CES-D	234
Διάγραμμα 63: Σύγκριση IPED και σωματικής κατάστασης υγείας	235
Διάγραμμα 64: Σύγκριση κλίμακων IPED και διατροφής	238
Διάγραμμα 65: Σύγκριση IPED και ανεκπλήρωτων αναγκών υγείας	239
Διάγραμμα 66: Σύγκριση κλίμακας CES-D και σωματικής κατάστασης υγείας	241
Διάγραμμα 67: Σύγκριση CESD και διατροφή	243
Διάγραμμα 68: Σύγκριση κλίμακας CES-D και συνολικών δαπανών υγείας	245

Διάγραμμα 69: Σύγκριση κλίμακας CES-D και ανεκπλήρωτων αναγκών υγείας.....	247
Διάγραμμα 70: Σύγκριση σωματικής κατάστασης υγείας και διατροφής.....	250
Διάγραμμα 71: Σύγκριση σωματικής κατάστασης υγείας και ανεκπλήρωτων αναγκών	253
Διάγραμμα 72: Μοντέλο κλίμακας IPED	255
Διάγραμμα 73: Μοντέλο κλίμακας CES-D.....	257
Διάγραμμα 74: Μοντέλο σωματικής κατάστασης υγείας.....	259
Διάγραμμα 75: Μοντέλο υγιεινής διατροφής	261
Διάγραμμα 76: Μοντέλο χρήσης δημοσίων και συμβεβλημένων υπηρεσιών υγείας.....	263
Διάγραμμα 77: Μοντέλο χρήσης ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας	265
Διάγραμμα 78: Μοντέλο συνολικών δαπανών υγείας	268

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η παγκόσμια οικονομική κρίση επηρέασε την Ελλάδα περισσότερο από οποιαδήποτε άλλη χώρα της Ευρωζώνης. Μια αλληλουχία μέτρων λιτότητας και πολιτικών δημοσιονομικής πειθαρχίας επιβλήθηκαν στον ελληνικό πληθυσμό, επιφέροντας σημαντικές οικονομικές και κοινωνικές επιπτώσεις. Στην Ελλάδα, η οικονομική ύφεση οδήγησε στην ταχύτερη αύξηση της ανεργίας, όπου το 2007 ήταν 8,4%, το 2013 27,5% και παρέμεινε σε υψηλά επίπεδα το 2017 (21,5%).

Σκοπός: Η διερεύνηση των σχέσεων και καταγραφή των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα στο επίπεδο υγείας του άνεργου πληθυσμού. Ειδικότερα, το ερευνητικό ενδιαφέρον εστιάζεται στις επιπτώσεις της ανεργίας στη σωματική και ψυχική υγεία, την οικονομική δυσχέρεια, τις συμπεριφορές υγείας και τη χρήση υπηρεσιών υγείας.

Μεθοδολογία: Συγχρονική μελέτη παρατήρησης διεξήχθη στον άνεργο πληθυσμό που επισκέφθηκε τα Κέντρα Προώθησης της Απασχόλησης (ΚΠΑ2) του Οργανισμού Απασχόλησης Εργατικού Δυναμικού (ΟΑΕΔ) στην Αττική κατά την περίοδο Ιούνιο 2016 έως και Σεπτέμβριο 2017. Η έρευνα έλαβε άδεια από τη Διοίκηση του ΟΑΕΔ και την Επιτροπή Ερευνητικής Δεοντολογίας του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου. Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με ένα σύνθετο, αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο που περιλάμβανε: α) δημογραφικά και κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά, β) σωματική και ψυχική υγεία, γ) καταναλωτική συμπεριφορά και δ) χρήση υπηρεσιών υγείας του άνεργου πληθυσμού. Η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε ήταν η στρωματοποιημένη δειγματοληψία. Τα στρώματα επιλέχθηκαν με βάση το μέσο δηλωθέν οικογενειακό εισόδημα ανά ταχυδρομικό κώδικα στην περιοχή της Αθήνας και του Πειραιά. Τα δεδομένα αντλήθηκαν από την Γενική Γραμματεία Πληροφοριακών Συστημάτων (ΓΓΠΣ) για το οικονομικό έτος 2011. Ο αντιπροσωπευτικός πληθυσμός της έρευνας τέθηκε σε 1.128 άνεργα άτομα με βάση τα στοιχεία των εγγεγραμμένων ανέργων στα επιλεγμένα ΚΠΑ2 (Κέντρα Προώθησης της Απασχόλησης) και τη χρήση του λογισμικού Raosoft®. Η εσωτερική αξιοπιστία ελέγχθηκε με τον δείκτη αCronbach. Η περιγραφική στατιστική βασίστηκε σε ποσοστιαίες κατανομές, μέσες τιμές και τυπικές αποκλίσεις. Η επαγωγική στατιστική πραγματοποιήθηκε εφαρμόζοντας τους ακόλουθους στατιστικούς ελέγχους: Pearson's chi-squared test, Student's t-

test, Analysis of variances, Pearson correlation, multiple linear regression και logistic regression. Τα επίπεδα σημαντικότητας ήταν αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο επίπεδο 0,05.

Αποτελέσματα: Το τελικό δείγμα της παρούσας διδακτορικής ήταν 830 άνεργα άτομα με ποσοστό ανταπόκρισης 73,5%. Η πλειοψηφία των ανέργων ήταν γυναίκες (66,1%), ανήκε στην ηλικιακή ομάδα 20-30 ετών (36,1%) και είχε ολοκληρώσει τριτοβάθμια εκπαίδευση (54,4%). Πολύ χαμηλό ποσοστό των ανέργων (16,4%) έπασχε από κάποια μακροχρόνια ασθένεια. Σχεδόν 3 στους 10 ήταν μακροχρόνια άνεργοι με μέση διάρκεια 4 έτη. Το 54,2% δήλωσε μηνιαίο καθαρό εισόδημα νοικοκυριού έως €1.500 πριν από την ανεργία, ποσοστό που αυξήθηκε σε 90,2% κατά την περίοδο της ανεργίας ($p \leq 0.001$). Η μείωση του εισοδήματος ήταν €685 (± 242) το μήνα ανά νοικοκυριό, δηλαδή περίπου ένας βασικός μισθός. Περίπου 1 στους 3 άνεργους δήλωσε ότι απασχολείται σε περιστασιακές εργασίες ή βασίζεται στην οικονομική στήριξη από το οικογενειακό περιβάλλον. Το 23,1% αντιμετώπιζε υψηλή οικονομική δυσχέρεια με περισσότερους από τους μισούς να δυσκολεύονται να ανταπεξέλθουν στους τρέχοντες λογαριασμούς (67%), στα έξοδα διατροφής (57,5%), ένδυσης και υπόδησης (56,7%) καθώς και στα έξοδα υπηρεσιών υγείας (51,6%). Σχετικά με τη ψυχική υγεία, το 55,2% παρουσίαζε καταθλιπτικά συμπτώματα και η σωματική κατάσταση υγείας μειώθηκε σημαντικά συγκρινόμενη με πριν την ανεργία κατά 16,7 μονάδες ($p \leq 0.001$). Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι οι άνεργοι δεν άλλαξαν τις διατροφικές τους συμπεριφορές, ωστόσο μείωσαν τη σωματική άσκηση. Θετικό ήταν το εύρημα ότι η χρήση αλκοόλ και καπνού δεν αυξήθηκε. Η πλειοψηφία του δείγματος επιλέγει κυρίως το δημόσιο σύστημα υγείας ή τις συμβεβλημένες υπηρεσίες υγείας, με εξαίρεση την οδοντιατρική φροντίδα και τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, όπου επιλέγονται ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας. Υψηλά ήταν τα ποσοστά των ανέργων που αγοράζουν συνταγογραφούμενα (51,6%) και μη συνταγογραφούμενα φάρμακα (23%). Το 42,4% δήλωσε ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας λόγω οικονομικής αδυναμίας στη συνασφάλιση, όμως μόνο το 15,1% επισκέφθηκε κοινωνικές δομές για την κάλυψη των αναγκών του. Ως προς τις δαπάνες για υπηρεσίες υγείας, η έρευνα απέδειξε ότι δαπανώνται €1.520 ετησίως ανά νοικοκυριό και ειδικότερα €323 με τη μορφή συνασφάλισης και €1.197 για άμεσες πληρωμές, οι οποίες συνάγονται υψηλό ποσοστό καταστροφικών δαπανών (19%). Διαφοροποιήσεις παρατηρήθηκαν όταν τα αποτελέσματα σταθμίστηκαν με βάση τα δημογραφικά και κοινωνικοοικονομικά

χαρακτηριστικά του δείγματος. Συγκεκριμένα, το φύλο, η ύπαρξη παιδιών, το επίπεδο εκπαίδευσης, το οικογενειακό εισόδημα και η μακροχρόνια ανεργία αποτελούν στατιστικά σημαντικούς προγνωστικούς παράγοντες της οικονομικής δυσχέρειας, σωματικής και ψυχικής υγείας, συμπεριφορών υγείας / παραγόντων κινδύνου και της χρήσης των υπηρεσιών υγείας. Επιπροσθέτως, η αύξηση της οικονομικής δυσχέρειας του άνεργου πληθυσμού συσχετίζεται με την κακή σωματική και ψυχική υγεία, την υιοθέτηση ανθυγιεινών συμπεριφορών και την αύξηση των ανεκπλήρωτων αναγκών υγείας. Αντίστοιχα, η ψυχική και σωματική υγεία αλληλοσυσχετίζονται, επιδρώντας στον τρόπο ζωής και στη χρήση των υπηρεσιών υγείας του άνεργου πληθυσμού.

Συμπεράσματα: Η αύξηση της ανεργίας και οι προαναφερόμενοι παράγοντες που συνδέονται με την υγεία τεκμηριώθηκε ότι συμβαδίζουν σε μια αμφίδρομη και ανατροφοδοτούμενη σχέση. Τα ευρήματα πρέπει να ληφθούν υπόψη από τους σχεδιαστές κοινωνικής πολιτικής και πολιτικής υγείας, προκειμένου να αναπτυχθούν στρατηγικές αντιμετώπισης της ανεργίας, πολιτικές υποστήριξης και πλαίσια δράσεων για τη βελτίωση της υγείας του άνεργου πληθυσμού.

Λέξεις κλειδιά: *ανεργία, οικονομική δυσχέρεια, επίπεδο υγείας, ψυχική υγεία, συμπεριφορές κινδύνου/υγείας, πρόσβαση και δαπάνη υπηρεσιών υγείας, Ελλάδα.*

ABSTRACT

Unemployment and Health in Times of Economic Crisis in Greece - Investigating and Recording Relations and Implications

Introduction: The global economic crisis has affected Greece more than any other Eurozone country. A sequence of austerity measures and fiscal discipline policies has been imposed on the Greek population, resulting in significant economic and social effects. In Greece, the economic crisis has led to a rapid increase in unemployment, which was 8.4% in 2007, 27.5% in 2013 and remained at high rate in 2017 (21.5%).

Aim: Investigating relations and recording the impact of unemployment on the health status during the economic crisis in Greece. Specifically, the research interest focuses on the effects of unemployment on physical and mental health, economic hardship, health behaviors and the utilization of health services.

Methodology: A cross-sectional and observation study was conducted in the unemployed population who visited the Employment Promotion Centers (KPA2) of the Manpower Employment Organization (OAED) in Attica from June 2016 to September 2017. The survey was approved by the Management of OAED and the Research Ethics Committee of the University of Peloponnese. The data collection was carried out with a composite, self-completed questionnaire which included questions related to: a) demographic and socio-economic characteristics of unemployed population; b) physical and mental health; c) health behavior; and d) utilization of health services. The methodology was stratified sampling. The selected strata were based on the average family income per postal code in the Athens and Piraeus regions. The data were collected by the General Secretariat for Information Systems (GSIS) for the financial year 2011. The representative population of research was set at 1,128 unemployed people, based on registered unemployed in the selected KPA2 and the use of Raosoft® software. The results were evaluated by descriptive and inferential statistics.

More specific, for the internal reliability of the questionnaires, the Cronbach's alpha was applied. Descriptive statistics were based on percentages, mean values and standard deviations. Inferential statistics were performed by applying the following statistical tests: Pearson's chi-squared test, Student's t-test, Analysis of variances, Pearson correlation, multiple linear regression and binary logistic regression. The significance levels were two-tailed and the statistical significance set at 0.05 level.

Results: The final sample of the study was 830 unemployed people with a response rate 73.5%. The majority of unemployed were women (66.1%), belonged to the age group of 20-30 years (36.1%) and has completed higher education (54.4%). A very low percentage of the participants (16.4%) suffered from long-term disease. Approximately 3 out of 10 were long-term unemployed with a mean duration of 4 years. 54.2% declared monthly net household income up to € 1.500 before unemployment and reached 90.2% after unemployment ($p \leq 0.001$). The shrink income was €685 (± 242) per month/household, or almost a basic salary. About 1 in 3 unemployed people reported that they were employed in occasional work or depending on financial support from the family environment. 23.1% faced in high economic distress, with more than half were unable to pay the public utility/bills (67%), expenses for diet (57.5%), for clothing and footwear (56.7% and health care spending (51.6%). Regarding mental health, 55.2% presented depressive symptoms. A reduction in physical health status by 16.7 points before and during unemployment was found ($p \leq 0.001$). It is noteworthy that unemployed did not change their eating habits, but they reduced physical activity. The use of alcohol and tobacco was not affected by unemployment. The majority of sample choose mainly the public health system or the contracted health services, with the exception of dental care and mental health services, where private health services are chosen. High were the rates of the unemployed who bought prescription (51.6%) and over-the-counter drugs (23%). 42.4% declared unmet health needs due to unaffordable co-insurance payments, however only 15.1% addressed in social settings to meet their needs. Concerning health care expenditures, our research has shown that unemployed spend €1,520 per household and in particular €323 in the form of co-insurance and €1,197 for direct payments, which result in a high rate of catastrophic spending (19%). Differences were observed when the results are weighted on the basis of demographic and

socio-economic characteristics of the sample. Specifically, gender, existence of children, education level, household income and long-term unemployment are statistically significant prognostic factors of economic distress, physical and mental health, health behaviors and use of health services. In addition, the increase in the economic distress of the unemployed population is significantly associated with poor physical and mental health, risk behaviors and unmet health needs. Similarly, physical and mental health correlated with unhealthy behaviors as well as with the use of health services.

Conclusions: The increase in unemployment and the above-mentioned health-related factors have been documented to reinforce each other in a bidirectional and feedback relationship. The findings should be taken into account by social and health policy designers, in order to develop strategies tackling unemployment, support policies and action frameworks improving unemployed' health.

Key words: *unemployment, economic distress, health status, mental health, risk / health behaviors, access to and expenditures on health services, Greece*

Εισαγωγή

Η έννοια της ύφεσης, στην οικονομική θεωρία, προσδιορίζεται ως μια διαδικασία, η οποία εντάσσεται εννοιολογικά σε μία από τις τέσσερις φάσεις του οικονομικού κύκλου. Ο 20ος και 21ος αιώνας χαρακτηρίστηκαν από μια σειρά οικονομικών κρίσεων, επηρεάζοντας το παγκόσμιο σύστημα εξαιτίας της ολοένα αυξανόμενης διασύνδεσης των οικονομιών διαμέσου του εμπορίου και των χρηματοοικονομικών ροών (Sharpe 1963, Mishkin 1992).

Η πρώτη παγκόσμια οικονομική κρίση της σύγχρονης ιστορίας είχε την απαρχή της στις Ηνωμένες Πολιτείες το 1929, με το χρηματιστηριακό κραχ στη Wall Street, όπου ρευστοποιήθηκαν μαζικά μετοχές με αποτέλεσμα οι τιμές τους να καταρρεύσουν (Χολέβας 1995, International Monetary Fund 2011). Τη δεκαετία του 1970 εκδηλώνονται δύο πειρελαϊκές κρίσεις (1973 και 1979), με αποτέλεσμα να εμφανίζεται για πρώτη φορά το φαινόμενο του στασιμοπληθωρισμού, συνύπαρξη υψηλών ποσοστών ανεργίας και υψηλού πληθωρισμού, ανατρέποντας την κεϋνσιανή θεωρία (Παπανικολάου 1999, International Monetary Fund 2011). Η οικονομική κρίση του 1987 προήλθε έπειτα από τη μεγαλύτερη ημερήσια πτώση του δείκτη Dow Jones (22%) στο αμερικανικό χρηματιστήριο και τα αυτοματοποιημένα προγράμματα των ηλεκτρονικών υπολογιστών. Κοινό γνώρισμα των παραπάνω κρίσεων ήταν ότι ξεκίνησαν από τις Ηνωμένες Πολιτείες, αλλά έπληξαν σταδιακά την παγκόσμια οικονομία (Boyer 2013).

Σημείο αναφοράς της πρόσφατης οικονομικής κρίσης αποτελεί το καλοκαίρι του 2007, όπου η κατάρρευση της αγοράς των στεγαστικών δάνειων χαμηλής εξασφάλισης (sub-prime loans) στις ΗΠΑ, είχε συνέπεια την υπονόμευση μεγάλων χρηματοπιστωτικών ιδρυμάτων που επηρέασαν το παγκόσμιο χρηματοπιστωτικό σύστημα, οδηγώντας την παγκόσμια αγορά σε κατάρρευση των αξιών (International Monetary Fund 2013).

Από τη διεθνή κοινότητα και την Ευρωζώνη, η Ελλάδα ήταν από τις χώρες που επηρεάστηκε περισσότερο (World Health Organization 2013). Το δημοσιονομικό έλλειμμα της Ελλάδας το 2009 ήταν ιδιαίτερα υψηλό και το δημόσιο χρέος είχε καταστεί μη βιώσιμο. Επιπρόσθετα, εκτός των δημοσιονομικών προβλημάτων διαπιστώθηκαν σοβαρές διαρθρωτικές αδυναμίες της δημόσιας διοίκησης, γραφειοκρατία με άμεση συνέπεια τη

μειωμένη οικονομική δραστηριότητα και φαινόμενα διαφθοράς (Efthimiou και συν. 2013).

Τον Απρίλιο του 2010, η Ελλάδα ζήτησε βοήθεια από το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο, υπό τον όρο ότι θα λάβει μέτρα δημοσιονομικής προσαρμογής και εξυγίανσης. Συνέπειες των προγραμμάτων διάσωσης αποτέλεσαν οι μειώσεις των δημοσίων δαπανών, οι μειώσεις των μισθών και του αριθμού των δημοσίων υπαλλήλων, η αύξηση του ΦΠΑ, και άλλα πολλά δυσβάσταχτα οικονομικά μέτρα για τους Έλληνες πολίτες. Αυτή η πολιτική δημοσιονομικής πειθαρχίας επέφερε σημαντικές οικονομικές και κοινωνικές επιπτώσεις.

Η απασχόληση αποτελεί τον κύριο τομέα που επηρεάζεται σε περιόδους οικονομικής κρίσης, με άμεση συνέπεια πληθώρα εργαζόμενων να βρίσκονται σε κατάσταση εργασιακής ανασφάλειας και πολλοί εξ' αυτών να οδηγούνται σε ανεργία (Ferrie και συν. 2002). Η οικονομική ύφεση επηρεάζει την οικονομία μιας χώρας και οδηγεί σε ταχύτερη αύξηση της ανεργίας, μειώνοντας τον εθνικό πλούτο.

Στην Ελλάδα, τα μέτρα δημοσιονομικής λιτότητας είχαν ως συνέπειες τη μείωση του εισοδήματος των νοικοκυριών, την αύξηση της ανεργίας και κατ' επέκταση της φτώχειας. Συγκεκριμένα, σύμφωνα με την Eurostat (2017), το κατά κεφαλήν ακαθάριστο εγχώριο προϊόν (ΑΕγχΠ) προσέγγιζε τα 21.800 ευρώ το 2008 και έφθασε 17.400 ευρώ το 2017 στην Ελλάδα. Η οικονομική κρίση είχε έντονο αντίκτυπο στην αγορά εργασίας της χώρας, δεδομένου ότι η ανεργία ήταν 7,8% του ενεργού πληθυσμού το 2008 και έφτασε στο 21,5% το 2017 (Eurostat 2017).

Η οικονομική κρίση και κατ' επέκταση η αύξηση της ανεργίας φαλκιδεύουν τον κοινωνικό ιστό και τη δημόσια υγεία, αποτελώντας σημαντικό ερευνητικό πεδίο. Ειδικότερα, η δημόσια υγεία επηρεάζεται αρνητικά από την απώλεια εργασίας του πληθυσμού (Moller 2012), επιφέροντας συνέπειες στη σωματική και ψυχική κατάσταση υγείας (Batic-Mujanovic και συν. 2017, Thern και συν. 2017, Brydsten και συν. 2017, Huegaerts και συν. 2018), στην αλλαγή του καταναλωτικού προτύπου (Degni και συν. 2017, Cylus 2017), στη μειωμένη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και μη έγκαιρη διαχείριση των ασθενειών, εξαιτίας της αδυναμίας της συμμετοχής των χρηστών στο κόστος των υπηρεσιών υγείας (Pharr 2012, Rodrigues 2013, Reeves 2015, Madureira-Lima 2017).

Άμεση επίπτωση των παραπάνω είναι η αύξηση των κοινωνικών ανισοτήτων και ανισοτήτων υγείας αυτής της ευάλωτης ομάδας του πληθυσμού.

Σκοπός της διδακτορικής διατριβής είναι η διερεύνηση των σχέσεων και καταγραφή των επιπτώσεων της ανεργίας στο επίπεδο υγείας και σε σχετιζόμενους παράγοντες με αυτή, την περίοδο της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα. Ειδικότερα, το ερευνητικό ενδιαφέρον εστιάζεται στις επιπτώσεις της ανεργίας στη σωματική και ψυχική υγεία, την οικονομική δυσχέρεια, τις συμπεριφορές υγείας και τη χρήση υπηρεσιών υγείας.

Η διδακτορική διατριβή αποτελείται από το γενικό και ερευνητικό μέρος. Πιο συγκεκριμένα, το **γενικό μέρος** περιλαμβάνει 4 κεφάλαια. Στο κεφάλαιο 1 αναλύεται ο ορισμός της ανεργίας, η μέτρηση, τα είδη και οι τέσσερις βασικές θεωρίες αυτής και παρατίθενται οι πολιτικές αντιμετώπισης της ανεργίας σε διεθνές και ελληνικό επίπεδο. Στο κεφάλαιο 2 παρουσιάζονται οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στο επίπεδο υγείας και συγκεκριμένα στη σωματική και ψυχική υγεία, το καταναλωτικό πρότυπο και τη χρήση υπηρεσιών υγείας. Στο κεφάλαιο 3 γίνεται αναφορά στον αντίκτυπο της ανεργίας στην υγεία, όπου παρουσιάζονται επιδημιολογικοί δείκτες, οι συμπεριφορές υγείας και οι παράγοντες κίνδυνου, η πρόσβαση και κάλυψη των αναγκών υγείας. Στο κεφάλαιο 4 περιγράφονται οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα. Ειδικότερα, παρουσιάζεται η μακροοικονομική ανάλυση και ανάλυση των κοινωνικών δεικτών, οι επιδημιολογικές επιπτώσεις στον ελληνικό πληθυσμό, καθώς και η χρήση υπηρεσιών υγείας. Στο κεφάλαιο 5 πραγματοποιείται βιβλιογραφική ανασκόπηση των ελληνικών ερευνών σχετικά με την ανεργία και τις επιπτώσεις αυτής στην υγεία.

Το **ερευνητικό μέρος** αποτελείται από 2 κεφάλαια. Στο κεφάλαιο 6 παρουσιάζεται ο σκοπός της έρευνας καθώς και το μεθοδολογικό πλαίσιο αυτής και στο κεφάλαιο 7 αναλύονται τα αποτελέσματα. Το κεφάλαιο 8 εμπεριέχει συζήτηση, σχολιασμό και συγκρίσεις των αποτελεσμάτων με άλλα σχετικά εθνικά και διεθνή δεδομένα. Τέλος, στο κεφάλαιο 9 παρατίθενται προτάσεις βασισόμενες όχι μόνο στα αποτελέσματα της έρευνας και στα προβλήματα που διατυπώθηκαν, αλλά κυρίως σχετιζόμενες με τα βιώματα, τις ανησυχίες και τις σχέσεις ζωής του άνεργου πληθυσμού που συμμετείχε στην έρευνα. Σε αυτό το σημείο έγκειται η πρωτοτυπία και προστιθέμενη αξία της διδακτορικής διατριβής, καθόσον επικεντρώνεται μόνο στον άνεργο πληθυσμό με τη χρήση στοχευμένων εργαλείων.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΑΝΕΡΓΙΑ: ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

1.1. Χαρακτηριστικά της ανεργίας

Ορισμός

Ο ορισμός της ανεργίας σύμφωνα με το Διεθνές Γραφείο Εργασίας (International Labour Organization, ILO) (www.ilo.org) περιλαμβάνει τα άτομα από μια συγκεκριμένη ηλικία και άνω όπου κατά τη διάρκεια της περιόδου αναφοράς είναι:

1. «*χωρίς εργασία*», δηλαδή δεν έχουν σχέση εργασίας επί πληρωμή ή δεν είναι αυτοαπασχολούμενοι,
2. «*προσωρινά διαθέσιμοι για εργασία*», δηλαδή έχουν τη δυνατότητα να εργαστούν επί πληρωμή ή να είναι αυτοαπασχολούμενοι,
3. «*σε αναζήτηση εργασίας*» δηλαδή πραγματοποιούν τις απαραίτητες ενέργειες τη συγκεκριμένη περίοδο αναφοράς για αναζήτηση εργασίας επί πληρωμή ή ως αυτοαπασχολούμενοι.

Οι απαραίτητες ενέργειες για να θεωρηθεί κάποιος ότι αναζητά εργασία μπορεί να περιλαμβάνουν: α) εγγραφή σε δημόσιους ή ιδιωτικούς οργανισμούς εύρεσης εργασίας, β) αιτήσεις εργασίας σε εργοδότες, γ) αναζήτηση εύρεσης εργασίας μέσω ηλεκτρονικών ιστοσελίδων, δ) αναζήτηση εργασίας σε εφημερίδες ή αγγελίες, ε) αναζήτηση βοήθειας για εύρεση εργασίας από φίλους ή άλλους συγγενείς, στ) αναζήτηση γης, κτιρίων, μηχανήματων, εξοπλισμών και αιτήσεις αδειας (όπου απαιτείται) προκειμένου να δημιουργήσουν τη δική τους επιχείρηση.

Οι αναζητούντες μελλοντικά εργασία, δηλαδή τα άτομα που δεν αναζητούν εργασία επί του παρόντος, αλλά έχουν σκοπό να αναζητήσουν εργασία θεωρούνται άνεργοι. Επίσης, οι συμμετέχοντες σε προγράμματα κατάρτισης ή επανεκπαίδευσης δεξιοτήτων και σε προγράμματα προώθησης της απασχόλησης, συμπεριλαμβάνονται στον άνεργο πληθυσμό καθώς είναι "μη εργαζόμενοι" και "επί του παρόντος μη διαθέσιμοι". Ακόμη, τα άτομα που δεν εργάζονται στοχεύοντας να μεταναστεύσουν στο εξωτερικό προκειμένου να εργαστούν, θεωρούνται άνεργα.

Σε πολλές χώρες ενδέχεται να υπάρχουν άτομα που δεν εργάζονται, παρότι έχουν την επιθυμία να εργαστούν, και δεν αναζητούν ενεργά εργασία. Κύριοι λόγοι πιθανόν να είναι η απογοήτευση λόγω περιορισμένων ευκαιριών απασχόλησης, περιορισμένης κινητικότητας στην εργασία, διακρίσεων και κοινωνικών ή πολιτιστικών εμποδίων. Ο αποκλεισμός αυτών των ατόμων που θέλουν να εργαστούν, αλλά δεν αναζητούν εργασία (στο παρελθόν συχνά αποκαλούνταν «κρυφοί άνεργοι» - hidden unemployed ή «αποθαρρημένοι εργαζόμενοι» - discouraged workers) αποτελεί κριτήριο που θα επηρεάσει την καταμέτρηση τόσο των γυναικών όσο και των ανδρών. Οι γυναίκες ενδέχεται να έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να αποκλειστούν από την καταμέτρηση των ανέργων, επειδή υποφέρουν περισσότερο από τους κοινωνικούς φραγμούς που τις εμποδίζουν να εκπληρώσουν αυτό το κριτήριο. Ένας άλλος παράγοντας που οδηγεί στον αποκλεισμό ατόμων από την καταμέτρηση τους ως ανέργων, είναι η διευθέτηση προσωπικών υποθέσεων πριν ξεκινήσουν την εύρεση εργασίας, όπως η φροντίδα των παιδιών ή ηλικιωμένων ή άλλες οικιακές υποθέσεις.

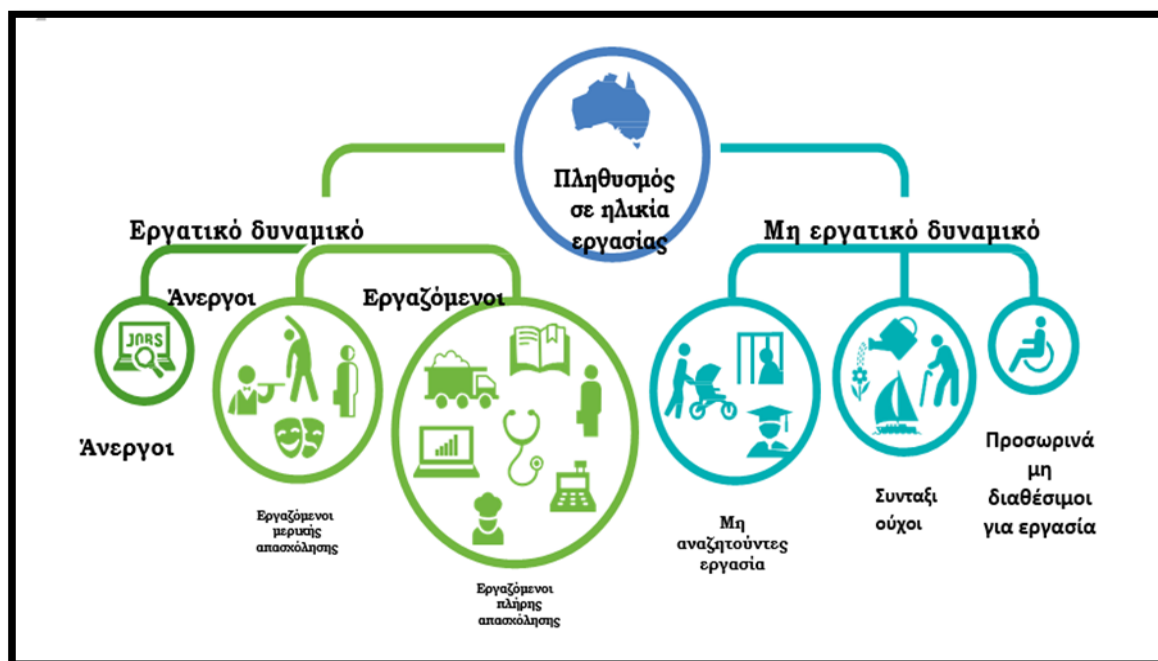
Με στόχο την υπέρβαση αυτών των περιορισμών, το 19ο ICLS (International Conference of Labour Statisticians- ILO) ψήφισμα εισήγαγε την έννοια του "δυνητικού εργατικού δυναμικού". Αυτό το δυνητικό εργατικό δυναμικό περιλαμβάνει: α) "μη διαθέσιμα άτομα που αναζητούν εργασία", τα οποία ορίζονται ως άτομα που αναζητούν εργασία, ακόμη και αν δεν είναι διαθέσιμα άμεσα, αλλά στο εγγύς μέλλον, και β) "διαθέσιμοι δυνητικά αναζητούντες εργασία", που ορίζονται ως τα άτομα που δεν αναζητούν εργασία αλλά το επιθυμούν και είναι διαθέσιμοι. Επίσης, το ίδιο ψήφισμα προσδιορίζει μια επιπλέον ομάδα στο πλαίσιο των διαθέσιμων δυνητικά αναζητούντων εργασία, που είναι οι "αποθαρρημένοι εργαζόμενοι", αποτελούμενη από εκείνα τα άτομα που είναι διαθέσιμα για εργασία αλλά δεν αναζητούν εργασία για λόγους που σχετίζονται με την αγορά εργασίας (όπως η παρελθούσα αδυναμία εύρεσης κατάλληλης εργασίας ή η έλλειψη εμπειρίας- δεξιοτήτων) (ILO 2013). Στο εργατικό δυναμικό περιλαμβάνονται τα άτομα σε ηλικία εργασίας, είτε σε μισθωτή απασχόληση (πλήρης και μερική), είτε σε αυτοαπασχόληση.

Ο πληθυσμός σε ηλικία εργασίας είναι ο πληθυσμός άνω της νόμιμης ηλικίας εργασίας, αλλά για λόγους στατιστικής ανάλυσης, περιλαμβάνει όλα τα άτομα που υπερβαίνουν ένα καθορισμένο ελάχιστο όριο ηλικίας για το οποίο έχει πραγματοποιηθεί έρευνα σχετικά με την οικονομική δραστηριότητα. Για να ευνοηθεί η διεθνής συγκρισιμότητα, ο πληθυσμός σε ηλικία εργασίας συχνά

ορίζεται σε όλα τα άτομα ηλικίας 15 ετών και άνω. Όμως αυτό μπορεί να διαφέρει από χώρα σε χώρα με βάση τους εθνικούς νόμους και πρακτικές.

Στο διάγραμμα 1 παρουσιάζεται η κατανομή του πληθυσμού σε ηλικία εργασίας, όπου αποσαφηνίζεται η διάκριση μεταξύ εργατικού με το μη εργατικού δυναμικού.

Διάγραμμα 1: Ομάδες της Αγοράς Εργασίας



Σύμφωνα με τον Οργανισμό Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (2019), η ανεργία ορίζεται ως εξής:

- βραχυχρόνια άνεργος ορίζεται το άτομο που παραμένει άνεργο για διάστημα μέχρι και πέντε μήνες.
- μακροχρόνια άνεργος ορίζεται το άτομο που παραμένει άνεργο για περισσότερο από ένα έτος.

Η καταγραφή των ανέργων πραγματοποιείται με ηλικία έναρξης τα 15 έτη ή 16 έτη (Ισπανία, Ηνωμένο Βασίλειο, Ισλανδία και Νορβηγία) έως τα 74 έτη (OECD, 2019).

Μέτρηση ανεργίας

Το ποσοστό ανεργίας είναι ο πιο συχνά χρησιμοποιούμενος δείκτης για την κατανόηση των συνθηκών στην αγορά εργασίας. Η αγορά εργασίας είναι ο όρος που χρησιμοποιούν οι οικονομολόγοι όταν αναφέρονται στην προσφορά εργασίας (από τα νοικοκυριά) και στη ζήτηση εργασίας (από τις επιχειρήσεις και άλλους οργανισμούς). Το ποσοστό ανεργίας μπορεί επίσης να παρέχει πληροφορίες σχετικά με τον τρόπο με τον οποίο η οικονομία λειτουργεί, καθιστώντας το σημαντικό παράγοντα στη νομισματική πολιτική (www.ilo.org).

Το ποσοστό ανεργίας υπολογίζεται ως εξής:

$$\text{Ποσοστό ανεργίας (\%)} = \frac{\text{Αριθμός ανέργων ατόμων}}{\text{Εργατικό δυναμικό}} \times 100$$

Το ποσοστό ανεργίας επηρεάζεται από τις μεταβολές του αριθμού των ανέργων (αριθμητής), οι οποίες μπορεί να οφείλονται σε κυκλικούς παράγοντες, όπως η οικονομική ύφεση ή άλλους διαρθρωτικούς παράγοντες της οικονομίας. Το ποσοστό ανεργίας επηρεάζεται επίσης από τις μεταβολές του μεγέθους του εργατικού δυναμικού (παρονομαστής) (Jones και Riddell 1999, Δεδουσόπουλος 2000, Kingdon και Knight 2006, ILO 2013).

Το εργατικό δυναμικό συνήθως κινείται παράλληλα με τον επιχειρηματικό κύκλο. Όταν οι επιχειρήσεις προσλαμβάνουν περισσότερους εργαζόμενους και προσφέρουν υψηλότερους μισθούς, τα κίνητρα είναι μεγαλύτερα για τα άτομα να αναζητήσουν εργασία. Αντίθετα, όταν οι επιχειρήσεις δεν προσλαμβάνουν και προσφέρουν μικρότερους μισθούς, υπάρχει λιγότερο κίνητρο για τους ανθρώπους να αναζητήσουν εργασία. Υπάρχουν επίσης διαρθρωτικές επιδράσεις που επηρεάζουν τη συμμετοχή του εργατικού δυναμικού που είναι ανεξάρτητες από τον επιχειρηματικό κύκλο. Ορισμένα παραδείγματα τάσεων που επηρεάζουν το ποσοστό συμμετοχής περιλαμβάνουν: τις ευκαιρίες για εργασία με μερική απασχόληση, την αύξηση του αριθμού των γυναικών που αναζητούν εργασία και την ηθελημένη καθυστέρηση της συνταξιοδότησης (Δεδουσόπουλος 2000, ILO 2013).

Είδη ανεργίας

Η ανεργία χωρίζεται σε 6 κύριες κατηγορίες ανάλογα με τα αίτια και τον χρονικό ορίζοντα της εκδήλωσης της:

- 1) κυκλική ανεργία
- 2) διαρθρωτική ανεργία
- 3) ανεργία τριβής
- 4) εποχιακή ανεργία
- 5) τεχνολογική ανεργία
- 6) καλυμμένη - κρυφή ανεργία

Επιπλέον, η ανεργία ταξινομείται ανάλογα με: 1) τα αίτια που την προκαλούν, 2) τις πολιτικές που πραγματοποιούνται για την αντιμετώπιση της, 3) τη χρονική διάρκειά της και 4) τη διάρθρωσή της.

Κυκλική ανεργία



Η κυκλική ανεργία προκαλείται από τις μεταβολές της οικονομικής δραστηριότητας κατά τη διάρκεια του οικονομικού κύκλου.

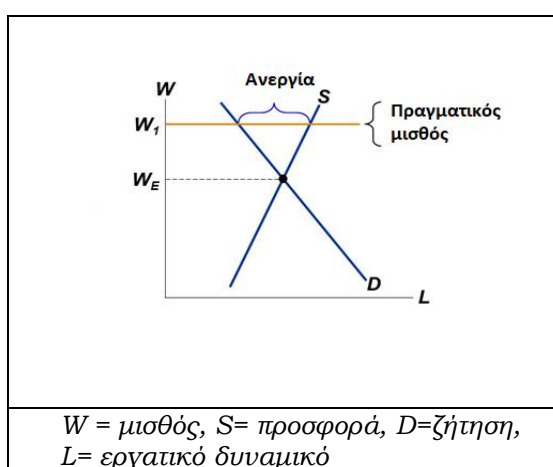
Κατά τη διάρκεια μιας οικονομικής ύφεσης, η έλλειψη ζήτησης για αγαθά και υπηρεσίες έχει ως συνέπεια την έλλειψη θέσεων εργασίας για όσους επιθυμούν να εργαστούν. Οι επιχειρήσεις που αντιμετωπίζουν χαμηλή ζήτηση των προϊόντων/ υπηρεσιών τους ενδέχεται να μειώσουν τον αριθμό των ατόμων που απασχολούν με την απόλυση εργαζομένων ή την πρόσληψη λιγότερων νέων εργαζομένων. Ως αποτέλεσμα, οι άνθρωποι που αναζητούν εργασία δυσκολεύονται. Η αντίθετη κατάσταση συμβαίνει όταν η ζήτηση είναι υψηλή (Σκουτέλης, 1996, Κώττη και Κώττη-Πετράκη, 2000).

Η κυκλική ανεργία περιγράφεται συχνά ως επαναλαμβανόμενη ανεργία (ένας έως δώδεκα μήνες). Η αύξηση της κυκλικής ανεργίας μπορεί να υποδηλώνει ότι η οικονομία δεν λειτουργεί με το σύνολο του εργατικού δυναμικού της. Όσο περισσότεροι άνθρωποι ανταγωνίζονται για θέσεις εργασίας,

οι επιχειρήσεις ενδέχεται να προσφέρουν χαμηλότερες μισθολογικές αυξήσεις, πράγμα που συμβάλλει στη μείωση του πληθωρισμού.

Οι πολιτικές που τονώνουν τη συνολική ζήτηση, όπως η επεκτατική δημοσιονομική και οικονομική πολιτική γενικότερα, μπορούν να συμβάλουν στη μείωση αυτού του τύπου ανεργίας, επειδή οι επιχειρήσεις που αντιμετωπίζουν ισχυρότερη ζήτηση είναι πιθανό να απασχολούν περισσότερους ανθρώπους.

Διαρθρωτική ανεργία



Η διαρθρωτική ανεργία επέρχεται όταν υπάρχει αναντιστοιχία μεταξύ των διαθέσιμων θέσεων εργασίας και των ατόμων που αναζητούν εργασία. Αυτή η αναντιστοιχία μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι οι αιτούντες εργασία δεν διαθέτουν τις απαιτούμενες δεξιότητες για να καλύψουν τις διαθέσιμες θέσεις εργασίας ή επειδή οι διαθέσιμες θέσεις εργασίας απέχουν πολύ από τις δεξιότητες και τις γνώσεις των αναζητούντων εργασία (Kaufman και Hotchkiss 2000, Mafiri 2002).

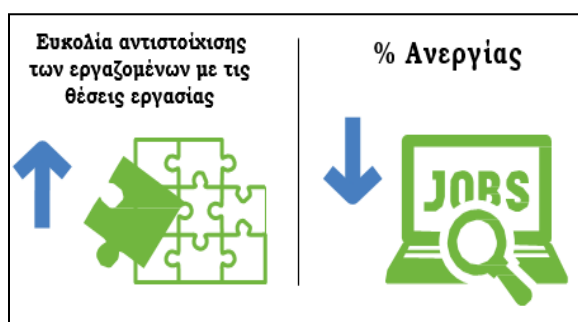
Οι εργαζόμενοι ενδέχεται να καταστούν άνεργοι, εάν εργάζονται σε επιχειρήσεις που μειώνονται σε μέγεθος ή διαθέτουν δεξιότητες που θα μπορούσαν να αυτοματοποιηθούν ως αποτέλεσμα των τεχνολογικών εξελίξεων. Μπορεί να είναι δύσκολο για αυτούς να αναζητήσουν εργασία σε μια άλλη επιχείρηση και μπορεί να χρειαστεί να αναπτύξουν νέες δεξιότητες ή να μετακινηθούν σε μια άλλη περιοχή με περισσότερες ευκαιρίες. Για παράδειγμα, παρατηρήθηκε αισθητή μείωση του ποσοστού των ατόμων που απασχολούνται σε χειρωνακτικές εργασίες κατά τις τελευταίες δεκαετίες, με ορισμένες από αυτές τις θέσεις εργασίας να είναι πλέον αυτοματοποιημένες λόγω των τεχνολογικών εξελίξεων. Η μεταποιητική βιομηχανία αποτελεί ένα αντιπροσωπευτικό παράδειγμα (Frederick και Fourie 1997).

Η διαρθρωτική ανεργία τείνει να διαρκεί περισσότερο από άλλα είδη ανεργίας. Αυτό συμβαίνει επειδή μπορεί να χρειαστούν αρκετά χρόνια για τους εργαζόμενους να αναπτύξουν νέες δεξιότητες ή να μετακινηθούν σε μια

διαφορετική περιοχή για να αναζητήσουν εργασία που να ταιριάζει με τις δεξιότητές τους. Ως αποτέλεσμα, οι άνεργοι λόγω διαρθρωτικών παραγόντων είναι πιο πιθανό να αντιμετωπίσουν μακροχρόνια ανεργία (περισσότερους από 12 μήνες).

Σε αντίθεση με την κυκλική ανεργία, η διαρθρωτική υφίσταται ακόμη και όταν οι οικονομικές συνθήκες είναι καλές. Θεωρητικά, αυτός ο τύπος ανεργίας δεν πρέπει να επηρεάζει άμεσα τους μισθούς ή τον πληθωρισμό και αντιμετωπίζεται καλύτερα μέσω πολιτικών που επικεντρώνονται στην ενίσχυση των δεξιοτήτων των εργαζομένων και την προσφορά της εργασίας (Δεδουσόπουλος 2000).

Ανεργία τριβής



Η ανεργία τριβής εμφανίζεται όταν οι άνθρωποι μετακινούνται μεταξύ θέσεων στην αγορά εργασίας και παραμένουν προσωρινά άνεργοι (McConnell και συν. 1999, Πετρινώτη 1989).

Η μετακίνηση των εργαζομένων είναι απαραίτητη για μια ευέλικτη αγορά εργασίας και συμβάλλει στην αποτελεσματική κατανομή της εργασίας σε ολόκληρη την οικονομία. Ωστόσο, οι άνθρωποι μπορεί να μην προσληφθούν αμέσως και πρέπει να επενδύσουν χρόνο και προσπάθεια στην αναζήτηση της κατάλληλης εργασίας. Οι επιχειρήσεις δαπανούν επίσης χρόνο αναζητώντας τους κατάλληλους υποψηφίους για να καλύψουν τις κενές θέσεις εργασίας τους. Ως αποτέλεσμα, οι άνθρωποι που αναζητούν εργασία ενδέχεται να αντιμετωπίσουν μια περίοδο προσωρινής ανεργίας (Κώττη και Κώττη-Πετράκη, 2000).

Αυτός ο τύπος ανεργίας είναι γενικά βραχύτερος (λιγότερος από ένα μήνα). Η ανεργία τριβής είναι πιθανόν να εμφανιστεί σε όλα τα σημεία του επιχειρηματικού κύκλου και, όπως η διαρθρωτική ανεργία, μπορεί να μην επηρεάσει τους μισθούς ή τον πληθωρισμό (Dornbusch και συν. 2008).

Εποχική ανεργία

Η εποχική ανεργία παρουσιάζεται σε διαφορετικά σημεία κατά τη διάρκεια του έτους λόγω των εποχιακών δραστηριοτήτων που επηρεάζουν τις θέσεις εργασίας. Χαρακτηριστικό της εποχιακής ανεργίας είναι ότι επαναλαμβάνεται κάθε χρόνο, είναι προσωρινή και έχει μικρή σχετικά διάρκεια. Η εν λόγω ανεργία είναι αρκετά προβλέψιμη, καθώς είναι γνωστό το χρονικό διάστημα κατά το οποίο η ζήτηση για προϊόντα ή υπηρεσίες αλλάζει (Πετρινώτη 1989, Ehrenberg και Smith 1991, Κώττη και Κώττη-Πειράκη 2000). Πρόκειται για μια μορφή διαρθρωτικής ανεργίας στην οποία η δομή της οικονομίας αλλάζει ανάλογα με την αλλαγή της εποχής και, ως εκ τούτου, η ζήτηση για εργατικό δυναμικό ποικίλλει αναλόγως. Μερικά παραδείγματα περιλαμβάνουν απασχολούμενους σε τουριστικές επιχειρήσεις, στη γεωργία, στις κατασκευές κ.α.

Τεχνολογική ανεργία

Η τεχνολογική ανεργία προκαλείται όταν τα άτομα απολυθούν από την εργασία τους λόγω της τεχνολογικής προόδου. Η υποκατάσταση του ανθρώπινου δυναμικού από την τεχνολογία έχει ως αποτέλεσμα την τεχνολογική ανεργία. Η τεχνολογική ανεργία συμβαίνει με την εισαγωγή νέων μηχανημάτων και τη χρήση βελτιωμένης τεχνολογίας, οπότε και απαιτούνται λιγότεροι εργαζόμενοι για την παραγωγή μιας μονάδας ενός προϊόντος ή υπηρεσίας. Ωστόσο, με τη βελτίωση της παραγωγής μειώνεται η τιμή του προϊόντος και αυξάνεται η ζήτηση και κατά συνέπεια αυξάνεται η ανάγκη των επιχειρήσεων για νέο εργατικό δυναμικό. Οπότε η τεχνολογική ανεργία είναι ένα προσωρινό φαινόμενο που οδηγεί σε αύξηση της ζήτησης του ανθρώπινου δυναμικού μακροπρόθεσμα (Δεδουσόπουλος 2000).

Κρυφή ανεργία

Η κρυφή ανεργία εμφανίζεται όταν οι άνθρωποι δεν καταγράφονται ως άνεργοι στις επίσημες στατιστικές καταγραφές της αγοράς εργασίας λόγω μη εκδήλωσης σχετικού ενδιαφέροντος, αλλά να εργάζονταν εάν είχαν την ευκαιρία. Για παράδειγμα, κάποιος μπορεί να αναζητεί εργασία για μεγάλο χρονικό διάστημα, έχασε την ελπίδα, και σταμάτησε να αναζητάει, ωστόσο εξακολουθεί να επιθυμεί να εργαστεί (Σκουτέλης 1996, Κώττη και Κώττη-Πειράκη 2000).

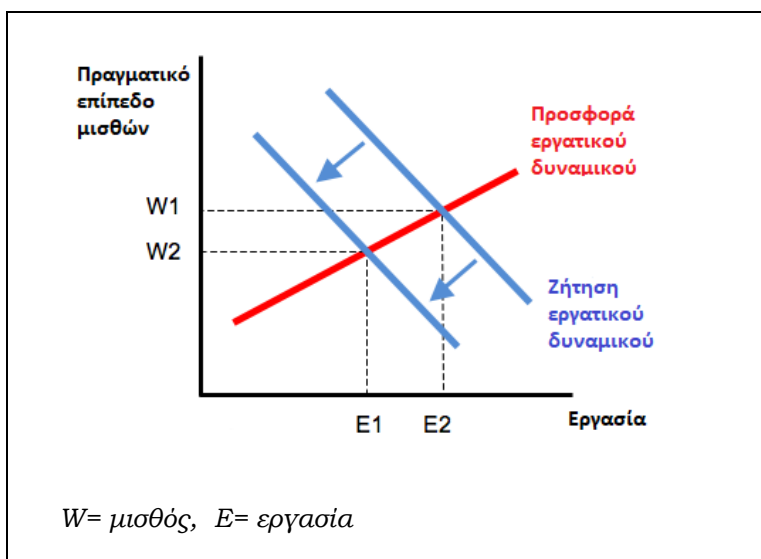
Φυσικό Ποσοστό ανεργίας

Ένας όρος που εισήγαγε ο Milton Friedman στο έργο του *The Role of Monetary Policy* (1968) ήταν το φυσικό ποσοστό ανεργίας και ορίζεται ως το ποσοστό ανεργίας που είναι συμβατό με ένα σταθερό ποσοστό πληθωρισμού. Ως εκ τούτου, το φυσικό ποσοστό μπορεί να θεωρηθεί ως το ποσοστό ανεργίας που θα συνέβαινε όταν δεν υπήρχαν κυκλικές διακυμάνσεις και είναι ουσιαστικά το άθροισμα της διαρθρωτικής και της ανεργίας τριβής. Το ποσοστό αυτό έχει οριστεί σε μεταξύ 3% και 4%. Επειδή οι διαρθρωτικοί και θεσμικοί παράγοντες αλλάζουν με την πάροδο του χρόνου το φυσικό ποσοστό ανεργίας ποικίλει επίσης (Dobrescu και συν. 2011).

1.2. Θεωρίες Ανεργίας

1.2.1. Η ανεργία στην κλασική οικονομική θεωρία

Η κλασική θεωρία, όπως αναλύεται από τους Pigou (1933), McDonald και Solow, (1981), υποστηρίζει ότι η αγορά εργασίας αποτελείται από τη ζήτηση και την προσφορά. Η καμπύλη της ζήτησης είναι μια αρνητική συνάρτηση του πραγματικού μισθού. Η προσφορά εργατικού δυναμικού προέρχεται από την επιλογή του ατόμου να εργάζεται ή όχι. Η παροχή των ωρών εργασίας είναι θετική συνάρτηση του πραγματικού μισθού, διότι όταν οι εργαζόμενοι παρέχουν περισσότερες ώρες εργασίας ο πραγματικός μισθός αυξάνεται.



Στην ισορροπία της αγοράς εργασίας, η ζήτηση και η προσφορά εργασίας διασταυρώνονται σε ένα σημείο ισορροπίας που καθορίζει το πραγματικό επίπεδο μισθού και την πλήρη απασχόληση. Σύμφωνα με τον Pigou (1933) η

ανεργία «εκτός από τα εμπόδια τριβής ... θα ήταν ανύπαρκτη αν οι μισθωτοί δεν

συνήθιζαν να προσβλέπουν σε ένα ποσοστό μισθών υψηλότερο από το επίπεδο ισορροπίας».

Η πλήρης απασχόληση δεν σημαίνει ότι δεν υπάρχει ανεργία. Εξακολουθεί να υφίσταται ανεργία λόγω τριβής. Για παράδειγμα, εάν ένας εργαζόμενος θεωρεί ότι η εργασία που προσφέρει είναι μεγαλύτερη από το όφελος που λαμβάνει από αυτή ή από τη χρησιμότητα του πραγματικού μισθού, τότε ο εργαζόμενος θα σταματήσει να εργάζεται, αναζητώντας άλλη εργασία. Η ανεργία τριβής οφείλεται στη δυναμική φύση των αγορών εργασίας, στη διαθεσιμότητα πληροφοριών, στην αναζήτηση καλύτερων θέσεων εργασίας και στις τυχαίες διακυμάνσεις της ζήτησης εργασίας, όπως το κλείσιμο ενός εργοστασίου και το άνοιγμα μιας νέας μονάδας. Η διάρκεια της ανεργίας τριβής καθορίζεται από τις παροχές ασφάλισης ανεργίας και την ταχύτητα των πληροφοριών (Mouhammed 2011).

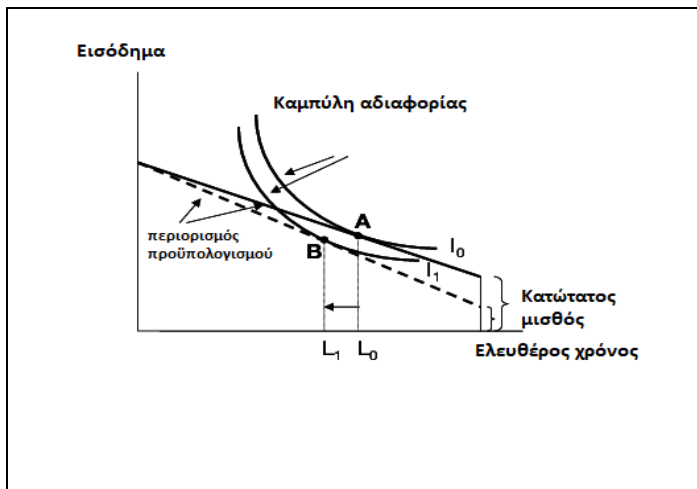
Ο Wicksell πιστεύει ότι εάν οι μισθοί είναι επαρκώς ευέλικτοι προς τα κάτω, τότε αυτή η πτώση μπορεί να διατηρήσει την πλήρη απασχόληση (Jonung 1989). Οι χαμηλότεροι μισθοί είναι το πιο αποτελεσματικό μέτρο για την καταπολέμηση της ανεργίας. Επίσης, θεωρεί ότι η πολιτεία πρέπει να υποστηρίξει τις ιδιωτικές επενδύσεις σε στέγαση και την εισαγωγή διαφόρων εφευρέσεων και καινοτομιών. Η κρατική στήριξη θα πρέπει να χρηματοδοτείται από τη φορολογία. Ο Wicksell αναλύει την ανεργία λόγω τεχνολογικών αλλαγών και αναφέρει ότι η εισαγωγή μηχανημάτων θα προκαλέσει ανεργία, αλλά οι άνεργοι θα αναζητήσουν νέες θέσεις εργασίας, μια αναζήτηση που θα ωθήσει τους μισθούς προς τα κάτω. Ως εκ τούτου, η πλήρης απασχόληση αποκαθίσταται πάλι. Για την ανεργία λόγω τριβής, ο Wicksell πιστεύει ότι οι υπηρεσίες απασχόλησης μπορούν να μειώσουν το ποσοστό ανεργίας. Η κυκλική ανεργία, ως άλλος τύπος ανεργίας, οφείλεται στην έλλειψη αποτελεσματικής ζήτησης. Ουσιαστικά, για τον Wicksell η κυκλική ανεργία οφείλεται σε λάθος επένδυση κεφαλαίου. Το κεφάλαιο επενδύθηκε σε περιοχές όπου τα ποσοστά απόδοσης ήταν χαμηλά και έτσι κατέληξε στο συμπέρασμα ότι τα δημόσια έργα είναι το καλύτερο μέτρο για την καταπολέμηση της κυκλικής ανεργίας. Θεωρούσε επίσης ότι η πολιτεία πρέπει να παρέχει οικονομική στήριξη στους ανέργους που δεν μπορούν να βρουν εργασία. Μετά το 1921, ο Wicksell θεωρούσε ότι τα αίτια της ανεργίας είναι ο υπερπληθυσμός, η έλλειψη κεφαλαίων που προκάλεσε ο πόλεμος και η αποδιοργανωμένη κατάσταση του νομισματικού συστήματος. Επίσης, επισήμανε ότι μετά από τον

πόλεμο οι τιμές των προϊόντων μειώνονταν και οι επιχειρήσεις αποφάσισαν να μειώσουν την παραγωγή τους, γνωρίζοντας ότι θα είχαν χαμηλότερες τιμές για τα προϊόντα τους, έτσι, μειώθηκε η ζήτηση της εργασίας και αυξήθηκε η ανεργία. Αυτές οι αιτίες ανέδειξαν τη μετανάστευση ως μια από τις σημαντικές πολιτικές για την επίλυση του προβλήματος της ανεργίας (Mouhammed 2011).

Η μείωση των μισθών δεν αποτελεί μια κατάλληλη πολιτική για την αύξηση της απασχόλησης. Η αύξηση των μισθών οφείλεται στην αύξηση της παραγωγικότητας της εργασίας και η μείωση των μισθών θα μειώσει την ένταση εργασίας και την παραγωγικότητα αντίστοιχα.

Ο Hayek υποστηρίζει ότι η ανεργία οφείλεται στη «διαφορά μεταξύ της κατανομής της εργασίας ... μεταξύ των επιχειρήσεων ... και της κατανομής της ζήτησης μεταξύ των εργαζομένων (Nishiyama και Leube 1984). Αυτή η διαφορά προκαλείται από τη στρέβλωση του συστήματος των σχετικών τιμών και μισθών». Ειδικότερα, η ανεργία προκαλείται από μια απόκλιση των τιμών ισορροπίας και μισθών στην ελεύθερη αγορά εργασίας. Στην πραγματικότητα επέρχεται μια αναντιστοιχία μεταξύ της ζήτησης και της προσφοράς εργασίας, η οποία συνήθως προκαλείται από τις επεκτατικές νομισματικές και δημοσιονομικές πολιτικές και τις ισχυρές συνδικαλιστικές οργανώσεις. Αυτές οι πολιτικές δημιουργούν οικονομική αναστάτωση και διαρθρωτικές αλλαγές. Τα συνδικάτα είναι επίσης σε θέση να καθορίσουν υψηλότερους μισθούς σε σύγκριση με τους μισθούς της αγοράς, οι οποίοι δημιουργούν ανεργία, ιδιαίτερα σε βιομηχανίες που γίνονται λιγότερο κερδοφόρες. Εν συντομία, για τον Hayek, το πρόβλημα της ανεργίας προκαλείται από την διάθεση πόρων σε λάθος προτεραιότητες και σε λάθος χρόνο που μπορεί να διορθωθεί αν οι μισθοί και οι τιμές καθορίζονται από την ισορροπία της προσφοράς και της ζήτησης.

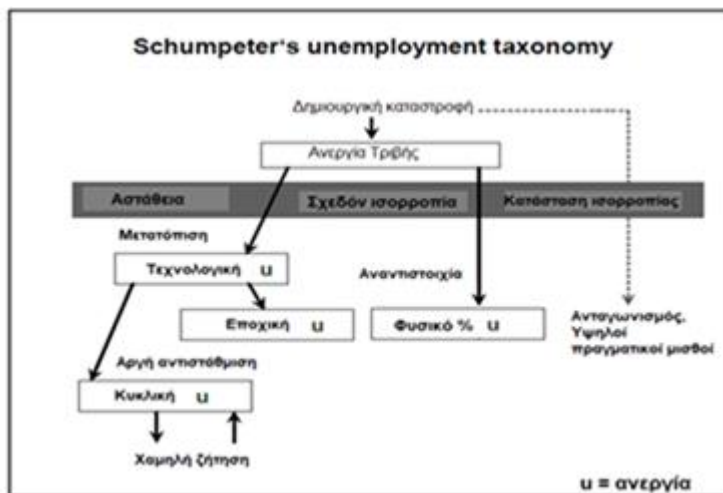
Με βάση τη θεωρία του Hayek για την ανεργία, ο Trehan (2001) αναφέρει ότι οι επιχειρήσεις αναζητούν τους παραγωγικούς εργαζόμενους και οι εργαζόμενοι αναζητούν θέσεις εργασίας με υψηλές αμοιβές. Έτσι, και τα δύο μέρη συνεχίζουν την αναζήτηση μέχρι να ικανοποιήσουν τις ανάγκες τους. Σε αυτό το σημείο ένας εργαζόμενος θα αποχωρήσει από την ομάδα των ανέργων.



Ωστόσο, εάν ένας εργαζόμενος συνειδητοποιήσει αργότερα ότι η παραγωγικότητά του αξίζει υψηλότερο μισθό και οι επιχειρήσεις δεν έχουν την δυνατότητα για πληρωμή του, τότε ο εργαζόμενος είτε αποδέχεται τον προσφερόμενο μισθό

(reservation wage), είτε παραιτείται. Ως εκ τούτου, το ποσοστό ανεργίας θα αρχίσει να αυξάνεται σταδιακά, υποδεικνύοντας ότι δεν καλύφθηκαν επαρκώς οι ανάγκες και των δυο μερών.

1.2.2. Η ανεργία στη θεωρία των καινοτομιών



Αρχικά, αυτή η θεωρία αναπτύχθηκε από τον Γερμανό οικονομολόγο Von Mangoldt (Ekelund και Hebert 2007) στο βιβλίο του σχετικά με τα επιχειρηματικά και τα συναφή κέρδη σε κίνδυνο το 1855. Ανέφερε διάφορους

τρόπους με τους οποίους οι επιχειρήσεις μπορούν να αποκομίσουν επιχειρηματικά κέρδη, τα οποία θα αυξήσουν την απασχόληση (Mouhammed 2010). Οι τρόποι αυτοί είναι:

1. η εξεύρεση συγκεκριμένων αγορών,
2. η απόκτηση παραγωγικών συντελεστών,
3. ο κατάλληλος συνδυασμός συντελεστών παραγωγής,
4. η επιτυχής πολιτική πωλήσεων και
5. οι καινοτομίες

Αντίθετα, ο Schumpeter (1934) στο έργο του *Theory of Economic Development* δεν αναφέρει ρητά μια θεωρία για την ανεργία, αλλά η θεωρία του για τον επιχειρηματικό κύκλο δείχνει σαφώς πώς μπορεί να μειωθεί η ανεργία. Η καινοτομία, η οποία δημιουργεί περισσότερες θέσεις εργασίας είναι η βασική δύναμη για την αύξηση της απασχόλησης και τη μείωση της ανεργίας. Όταν οι επιχειρήσεις καινοτομούν, όπως είναι η παραγωγή ενός νέου προϊόντος, η εύρεση μιας νέας αγοράς ή μιας νέας μεθόδου παραγωγής και η εισαγωγή νέων τεχνολογιών, αυξάνουν τις επενδύσεις για την υλοποίηση αυτών των καινοτομιών. Οι εγχώριες επενδυτικές δαπάνες θα αυξήσουν τη ζήτηση για οικονομικούς πόρους και θα αυξήσουν τις τιμές τους. Άλλες επιχειρήσεις θα τις μιμηθούν υιοθετώντας τις νέες καινοτομίες. Το εργατικό δυναμικό και τα υλικά θα χρησιμοποιηθούν για την παραγωγή των νέων προϊόντων – υπηρεσιών. Συνεπώς, οι μισθοί θα αυξηθούν και η ανεργία θα μειωθεί λόγω των νέων καινοτομιών (Mortensen και Pissarides 1998, Manuelli 2000).

Ο Schumpeter (1934) ξεκίνησε την ανάλυσή του εξηγώντας την οικονομική ανάπτυξη, ως το ουσιαστικό μέρος της ενδογενούς δυναμικής οικονομίας που σημαίνει *«τις αλλαγές στην οικονομική ζωή που δεν εξαναγκάζονται από εξωτερικούς παράγοντες, αλλά προκύπτουν με την πρωτοβουλία από μέσα. Αν αποδειχθεί ότι δεν υπάρχουν τέτοιες αλλαγές στην ίδια την οικονομική σφαίρα και ότι το φαινόμενο που ονομάζουμε οικονομική ανάπτυξη στην πράξη βασίζεται απλώς στο γεγονός της αλλαγής των δεδομένων και ότι η οικονομία συνεχώς προσαρμόζεται σε αυτές, τότε θα πρέπει να πούμε ότι δεν υπάρχει οικονομική ανάπτυξη.»* Η οικονομική ανάπτυξη που αντικατοπτρίζει τις νέες αλλαγές δεν είναι ένα φαινόμενο που μπορεί να εξηγηθεί μόνο από τις οικονομικές δυνάμεις, αλλά πρέπει να εξηγηθεί από εξωτερικές δυνάμεις όπως εκείνες που αναλύονται από την οικονομική θεωρία.

Για τον Schumpeter, η οικονομική ανάπτυξη δημιουργεί αλλαγές στο κοινωνικοοικονομικό περιβάλλον, συμπεριλαμβανομένης της υπάρχουσας ισορροπίας. Όπως ο ίδιος (1934) αναφέρει: *«η ανάπτυξη ... είναι αυθόρμητη και διακεκομμένη αλλαγή της ροής, διαταράσσοντας την ισορροπία που υπήρχε προηγουμένως».* Η βασική κινητήρια δύναμη για τη δημιουργία ανάπτυξης είναι οι καινοτομίες που εισάγονται από τις επιχειρήσεις βασιζόμενες σε διακεκομμένες δυναμικές αλλαγές. Οι καινοτομίες ξεκινούν από τον "παραγωγό" (και όχι τον καταναλωτή) ο οποίος κατά κανόνα προκαλεί οικονομική αλλαγή (Schumpeter 1934). Επομένως, η οικονομική ανάπτυξη

ορίζεται "με τη διεξαγωγή καινοτομιών" που ξεκινούν από τις επιχειρήσεις (Schumpeter 1934).

Η έννοια της καινοτομίας που δημιουργεί αλλαγές σύμφωνα με τον Schumpeter (1934) καλύπτει τους ακόλουθους πέντε τομείς ανάπτυξης:

- την εισαγωγή ενός νέου αγαθού ή μιας νέας υπηρεσίας
- την εισαγωγή μιας νέας μεθόδου παραγωγής
- το άνοιγμα μιας νέας αγοράς
- την κατάκτηση μιας νέας πηγής προμήθειας πρώτων υλών ή μεταποιημένων προϊόντων.

Οι καινοτομίες συνήθως ενσωματώνονται σε νέες παραγωγικές επιχειρήσεις, οι οποίες χρησιμοποιούν διαθέσιμες πρώτες ύλες, νέες τεχνολογίες και προσλαμβάνουν άνεργο πληθυσμό, αξιοποιώντας την ακρησιμοποιητη παραγωγική ικανότητα. Όπως επισημαίνει ο Schumpeter (1934): «η ανάπτυξη συνίσταται πρωτίστως στη χρησιμοποίηση των υφιστάμενων πόρων με διαφορετικό τρόπο». Για τη συνέχιση της διαδικασίας της οικονομικής ανάπτυξης και των καινοτομιών, η πίστωση και η χρηματοδότηση είναι σημαντικές απαιτήσεις (Schumpeter 1934). Η πίστωση είναι μια πολύ σημαντική λειτουργία στην οικονομική ανάπτυξη, επειδή παρέχει κεφάλαια στους επιχειρηματίες για να υλοποιήσουν τις καινοτομίες τους.

Η οικονομική ανάπτυξη δημιουργεί απασχόληση, εισόδημα και κέρδη, περαιτέρω δε επιφέρει αύξηση στην αξία της γης (ενοίκιο). Καθώς συνεχίζεται η διαδικασία της ανάπτυξης, η αξία της γης θα αυξηθεί λόγω της επέκτασης της πόλης και της υπαίθρου. Επιπλέον, η ανάπτυξη δημιουργεί ζήτηση για ορισμένα αγαθά. Αυτό ονομάζεται αντίκτυπος της ανάπτυξης, που δημιουργεί πλεονάσματα (Schumpeter 1934). Συνοπτικά, οι υψηλότεροι μισθοί και η απασχόληση, το οικονομικό κέρδος, τα συμφέροντα και τα ενοίκια παράγονται από καινοτομίες.

Κατά τη διάρκεια της οικονομικής ανάπτυξης, η οικονομία ακολουθεί περιόδους ευημερίας και ύφεσης. Ο Schumpeter στο έργο του *The instability of capitalism* (1928) υποστηρίζει ότι κατά την πρώιμη φάση (φάση ευημερίας του επιχειρηματικού κύκλου), οι καινοτόμες επιχειρήσεις δημιουργούν μεγαλύτερη ζήτηση για οικονομικούς πόρους που προέρχονται από άλλες βιομηχανίες. Ωστόσο, μια καινοτόμος επιχείρηση σημαίνει ότι είναι σε θέση να παράγει ανά μονάδα προϊόντος με μικρότερο κόστος. Ταυτόχρονα, οι

καινοτόμες επιχειρήσεις ξεκινούν την πώληση των νέων προϊόντων σε χαμηλές τιμές. Λόγω του χαμηλού κόστους παραγωγής, οι τιμές θα δημιουργήσουν υψηλότερα έσοδα και πλεονάσματα που περιλαμβάνουν κέρδη.

Ουσιαστικά, οι θεωρίες της οικονομικής ανάπτυξης του Schumpeter και του επιχειρηματικού κύκλου βασίζονται στον επιχειρηματία και στη δημιουργική ηγεσία. Ως εκ τούτου, η επιχειρηματικότητα σύμφωνα με το έργο *The Creative Response In Economic History* του Schumpeter (1947) είναι ο μηχανισμός της οικονομικής αλλαγής. Στην πραγματικότητα, οι επιχειρήσεις είναι η δύναμη πίσω από τις οικονομικές και θεσμικές αλλαγές στις τεχνολογίες, προϊόντα, ιδιοκτησίες, εργασιακές σχέσεις, ασφάλεια και ελευθερία.

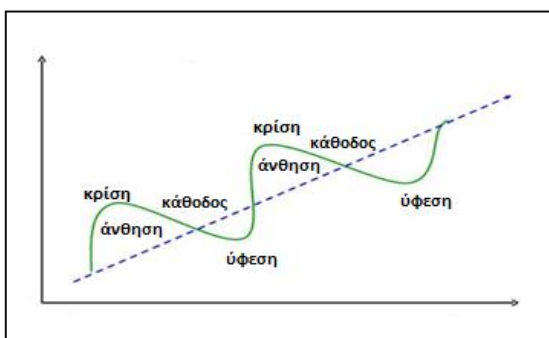
1.2.3. Η ανεργία στη θεωρία της αποτελεσματικής ζήτησης

Ο Keynes (1936) στο έργο του *The General Theory of Employment, Interest and Money* θεωρεί την ανεργία ως ακούσιο φαινόμενο. Θεωρεί ότι η απασχόληση είναι κυκλική, που δημιουργείται από την ανεπάρκεια της συνολικής ζήτησης (Mouhammed 2010). Οι επιχειρήσεις προσλαμβάνουν εργαζόμενους και επενδύουν, όταν οι προσδοκίες για την οικονομία και τα κέρδη είναι ευνοϊκές. Εάν οι προσδοκίες για το μέλλον υποστηρίζονται από υπαρκτά δεδομένα, οι επενδύσεις και η απασχόληση συνεχίζουν να αυξάνονται έως ότου επιτευχθεί ισορροπία. Αυτή η ισορροπία επιτυγχάνεται με τη διασταύρωση της συνολικής ζήτησης και προσφοράς - το σημείο της πραγματικής ζήτησης - που μπορεί να είναι μικρότερο από την πλήρη ισορροπία της απασχόλησης. Εάν οι προσδοκίες για το μέλλον της οικονομίας δεν είναι ευνοϊκές, οι επιχειρήσεις επενδύουν λιγότερο και απασχολούν λιγότερους εργαζόμενους. Ως εκ τούτου, η ισορροπία επιτυγχάνεται όταν υπάρχει κυκλική ανεργία. Αυτή η ανεργία οφείλεται στην ανεπάρκεια της συνολικής ζήτησης, ιδιαίτερα στις επενδυτικές δαπάνες.

Σύμφωνα τον Keynes, η ακούσια ανεργία εξηγείται από την ανεπάρκεια της αποτελεσματικής ζήτησης, την αστάθεια των συναλλαγματικών ισοτιμιών και τη διεθνή κινητικότητα των οικονομιών, που δημιουργούν αβεβαιότητα αποδυναμώνοντας την επιχειρηματική εμπιστοσύνη για επενδύσεις. Άλλοι οπαδοί του Keynes υποστηρίζουν ότι η απροσδόκητη αύξηση του επιπέδου τιμών ή ο υψηλότερος ρυθμός πληθωρισμού θα μειώσει τον πραγματικό μισθό και θα αυξήσει τη ζήτηση εργασίας, δηλαδή, το ποσοστό ανεργίας θα μειωθεί. Η ιδέα αυτή θυμίζει την καμπύλη Phillips, που υποδηλώνει ότι υπάρχει

αντίστροφη σχέση (trade-off) μεταξύ του ποσοστού ανεργίας και του ρυθμού πληθωρισμού.

1.2.4. Η ανεργία στη θεωρία του πραγματικού επιχειρηματικού κύκλου



Στη θεωρία αυτή υποστηρίζεται ότι η αύξηση της παραγωγικότητας των εισροών, με τη χρήση νέων τεχνολογιών, είναι η κύρια πηγή απασχόλησης και ανεργίας. Εάν η αύξηση της παραγωγής αυξάνεται περισσότερο από την αύξηση των

εισροών, τότε η συνολική παραγωγικότητα των συντελεστών, θα αυξηθεί. Εάν η συνολική παραγωγικότητα των συντελεστών δεν αυξάνεται, τότε οι επιχειρήσεις και η οικονομία καθίστανται αναποτελεσματικές. Συνεπώς, η ανακατανομή της εργασίας και του κεφαλαίου δεν μπορεί να επιτευχθεί και η εργασία και το κεφάλαιο θα χρησιμοποιηθούν σε λιγότερο κερδοφόρες ευκαιρίες (Chatterjee 1995 και 1999).

Υπάρχουν διάφορες αιτίες για την επιβράδυνση της συνολικής παραγωγικότητας των συντελεστών, όπως όταν δεν εισάγονται νέες τεχνολογίες για τη βελτίωση της παραγωγής αγαθών και υπηρεσιών και όταν οι δεξιότητες των εργαζομένων δεν βελτιώνονται. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τη μη παραγωγή νέων προϊόντων και άρα την αύξηση των τιμών των εισαγόμενων. Μόλις η συνολική παραγωγικότητα παραμείνει στάσιμη, επιβραδύνονται και οι άλλοι συντελεστές. Για παράδειγμα, οι καταναλωτικές δαπάνες δεν θα αυξηθούν σημαντικά, αλλά ούτε και οι επενδυτικές. Το ακαθάριστο εγχώριο προϊόν (ΑΕΠ) και οι συνολικές ώρες εργασίας επίσης δεν θα αυξηθούν. Δηλαδή, δεν υπάρχει βελτίωση της τεχνολογίας και της παραγωγικότητας, ως εκ τούτου, η ανεργία θα αυξηθεί.

Οι τεχνολογικές αλλαγές οφείλονται στην ανάπτυξη της επιστήμης και της έρευνας, στις τεχνικές διαχείρισης και στις βιομηχανικές μονάδες κάνοντας τις εισροές πιο παραγωγικές. Οι Galí και Rabanal (2004) υποστηρίζουν ότι η ζήτηση και οι οικονομικές κρίσεις επηρεάζουν τις μεταβλητές του

επιχειρηματικού κύκλου, συμπεριλαμβανομένης της απασχόλησης, κατά περίπου 75%, και οι τεχνολογικές αλλαγές επηρεάζουν κατά περίπου 25%. Ο Galí (1999) διαπιστώνει ότι οι θετικές αλλαγές στην τεχνολογία προκαλούν μείωση των ωρών εργασίας και αρνητική μετατόπιση μεταξύ των τεχνολογικών αλλαγών και της παραγωγικότητας.

1.3. Πολιτικές αντιμετώπισης της ανεργίας

1.3.1. Η διεθνής εμπειρία

Οι πολιτικές απασχόλησης και οι σχετικές παρεμβάσεις αποτελούν βασικό μέσο για τη μείωση της ανεργίας. Η εφαρμογή των πολιτικών αυτών αντιμετωπίζει πολλές δυσκολίες δεδομένου ότι απευθύνονται σε άκρως ετερογενείς ομάδες-στόχους, συμπεριλαμβανομένων ατόμων με διαφορετικά εκπαιδευτικά επίπεδα, τεχνικές δεξιότητες και ικανότητες αλλά και επαγγελματικές εμπειρίες.

Οι ενεργητικές πολιτικές αποσκοπούν στην εξάλειψη των αιτιών της ανεργίας και περιλαμβάνουν προγράμματα κατάρτισης, δημιουργίας νέων θέσεων εργασίας, συμβουλευτικής, ενίσχυσης επιχειρήσεων κ.ά. Οι παθητικές πολιτικές καταπολέμησης της ανεργίας αφορούν κρατικές παρεμβάσεις που πραγματοποιούνται αφού έχει ήδη επέλθει ο κίνδυνος της ανεργίας και αποσκοπούν στην άμβλυνση των αρνητικών συνεπειών από την επέλευση αυτού του κινδύνου μέσω της εισοδηματικής ενίσχυσης των ανέργων με την καταβολή επιδόματος (Παπαδόγαμβρος, 2008, Φερόνας 2013).

Οι κύριες **ενεργητικές πολιτικές** που ακολουθούν οι δυτικές οικονομίες είναι (Dean και συν. 2013, Esser και συν. 2013, Berlingieri και συν. 2014, Maselli και συν. 2015, Duell και συν. 2016, Lenaerts και συν. 2017, Beblavý και Lenaerts 2017):

- η ενθάρρυνση των εγχώριων επενδύσεων και η προσέλκυση ξένων, δημιουργώντας νέες θέσεις εργασίας για τον άνεργο πληθυσμό, λαμβάνοντας μέτρα όπως η ελάφρυνση της φορολογίας των επενδύσεων.
- η παροχή οικονομικών κινήτρων σε προγράμματα που στηρίζουν την ένταξη στην αγορά εργασίας, όπως επιδοτήσεις προσλήψεων και μείωση των εισφορών κοινωνικής ασφάλισης, ούτως ώστε να αυξηθούν οι ευκαιρίες απασχόλησης των ανέργων. Αυτές οι ενέργειες συμβάλλουν στη μείωση του κόστους πρόσληψης νέων εργαζομένων, ενώ παρέχουν

επιπλέον διαθέσιμο εισόδημα στους εργαζόμενους, αυξάνοντας την αγοραστική τους δύναμη.

- η ενεργή συμμετοχή των εργοδοτών στην ένταξη των ανέργων, μέσω συνεργασίας με κοινωνικές εταιρείες, υπηρεσίες απασχόλησης, δημόσιες αρχές, κοινωνικές υπηρεσίες και παρόχους υπηρεσιών εκπαίδευσης και κατάρτισης με στόχο να αντιμετωπιστούν πιο αποτελεσματικά οι ανάγκες των επιχειρήσεων και των ανέργων.
- η εφαρμογή επενδύσεων στο ανθρώπινο κεφάλαιο μέσω αποτελεσματικών και αποδοτικών συστημάτων εκπαίδευσης και κατάρτισης προάγοντας την απασχολησιμότητα. Με αυτό τον τρόπο ο άνεργος πληθυσμός αναπτύσσει ή ενισχύει τις δεξιότητες και ικανότητές του, και εξελίσσεται σε παραγωγικό εργαζόμενο ή και καινοτόμο επιχειρηματία.
- η ενθάρρυνση της εγγραφής των αιτούντων εργασία στις υπηρεσίες απασχόλησης, ιδίως μέσω της βελτίωσης παροχής πληροφοριών σχετικά με τη διαθέσιμη στήριξη.
- η ενημέρωση των ανέργων σχετικά με τις προσφορές εργασίας σε διάφορους τομείς της οικονομίας και σε διαφορετικές περιφέρειες ακόμη και άλλα κράτη, ιδίως μέσω των ευρωπαϊκών υπηρεσιών απασχόλησης (EUropean Employment Services EURES).
- η εφαρμογή της στρατηγικής, γνωστή ως «θέσπιση εγγυήσεων για τη νεολαία», η οποία εξασφαλίζει ότι οι νέοι ηλικίας κάτω των 25 ετών μέσα σε τέσσερις μήνες από τη στιγμή που ολοκληρώνουν τη φοίτησή τους ή χάνουν τη θέση εργασίας τους, έχουν τη δυνατότητα είτε να προσληφθούν σε νέα εργασία που να ανταποκρίνεται στην εκπαίδευσή τους, τις δεξιότητες και την εμπειρία τους, είτε να αποκτήσουν εκπαίδευση, δεξιότητες και εμπειρία που απαιτείται για την αναζήτηση εργασίας στο μέλλον, μέσω μαθητείας, πρακτικής άσκησης ή συνεχούς επιμόρφωσης.

Επιπροσθέτως, οι **παθητικές πολιτικές** που εφαρμόζονται σε ευρωπαϊκό και διεθνές επίπεδο συνίσταται σε:

- επιδόματα ανεργίας που προορίζονται για την παροχή εισοδηματικής στήριξης σε άνεργους. Το πιο συνηθισμένο επίδομα ανεργίας είναι η ασφάλιση ανεργίας, η οποία καταβάλλεται στους άνεργους με βάση το εργασιακό τους ιστορικό. Ένα δεύτερο είδος επιδόματος ανεργίας είναι

το βοήθημα ανεργίας (π.χ. ελάχιστο εγγυημένο εισόδημα) το οποίο εξαρτάται από το εισόδημα και τίθεται στη διάθεση ανέργων που δεν είναι επιλέξιμοι ή δεν δικαιούνται πλέον ασφάλιση ανεργίας.

- παροχές ανεργίας μπορούν επίσης να λάβουν τη μορφή επιδομάτων μερικής απασχόλησης, οι οποίες ισχύουν για τους εργαζομένους που έχουν μειώσει τις ώρες εργασίας τους.
- προγράμματα πρόωρης συνταξιοδότησης τα οποία βοηθούν τους άνεργους κοντά στην ηλικία συνταξιοδότησης που είναι απίθανο να βρουν νέα δουλειά (σύνταξη ανεργίας). Τα προγράμματα αυτά παρέχονται μέχρις ότου οι εργαζόμενοι φθάσουν στην επιτρεπόμενη ηλικία συνταξιοδότησης.

1.3.2. Πολιτικές αντιμετώπισης στην Ελλάδα

Κυρίαρχο ρόλο στην αντιμετώπιση της ανεργίας μέσω εφαρμογής ενεργητικών και παθητικών πολιτικών, κατέχει το Υπουργείο Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Κοινωνικής Αλληλεγγύης με την υποστήριξη 3 οργανισμών όπως: α) Οργανισμός Απασχόλησης Εργατικού Δυναμικού - Ο.Α.Ε.Δ., β) Εθνικό Ινστιτούτο Εργασίας & Ανθρώπινου Δυναμικού - Ε.Ι.Ε.Α.Δ. και γ) Εθνικός Οργανισμός Πιστοποίησης Προσόντων & Επαγγελματικού Προσανατολισμού - Ε.Ο.Π.Π.Ε.Π. οι οποίοι συμμετέχουν στην εφαρμογή του εθνικού προγράμματος μεταρρυθμίσεων, υλοποιώντας δράσεις και πολιτικές καταπολέμησης της ανεργίας σύμφωνα με τις κατευθύνσεις του Υπουργείου.

Ειδικότερα, ο Οργανισμός Απασχόλησης Εργατικού Δυναμικού (ΟΑΕΔ) είναι υπεύθυνος φορέας για την ανάσχεση της ανεργίας, την προώθηση της απασχόλησης και την επαγγελματική κατάρτιση (<http://www.oaed.gr/>).

Σκοπός του ΟΑΕΔ είναι η εφαρμογή της κυβερνητικής πολιτικής για την απασχόληση και την καταπολέμηση της ανεργίας, την ενίσχυση και διευκόλυνση της ένταξης του ανθρώπινου δυναμικού της χώρας στην αγορά εργασίας, την ασφάλιση κατά της ανεργίας, την προώθηση της επαγγελματικής εκπαίδευσης και κατάρτισης και τη σύνδεσή της με την απασχόληση, την πνευματική και κοινωνική ανάπτυξη του εργατικού δυναμικού και των οικογενειών αυτού, τη χορήγηση παροχών για στεγαστική προστασία αυτού και τη συνδρομή στη συλλογική οργάνωση και δράση του, εν όψει της βελτίωσης του βιοτικού του επιπέδου.

Αποτελεί τη δημόσια αρχή και κεντρική δομή διαχείρισης των ενεργητικών πολιτικών αγοράς εργασίας για την ανάσχεση της ανεργίας, για την προώθηση της απασχόλησης και την επαγγελματική κατάρτιση ανέργων και εργαζομένων καθώς και για την αρχική επαγγελματική εκπαίδευση σε συνδυασμό με την πρακτική άσκηση (σύστημα Μαθητείας) και των παθητικών πολιτικών που αφορούν σε μέτρα ασφάλισης της ανεργίας (βασικό επίδομα ανεργίας) και άλλων επιδομάτων και παροχών κοινωνικής προστασίας (μητρότητα, λειτουργία Βρεφονηπιακών Σταθμών ΟΑΕΔ).

Οι άξονες της πολιτικής του ΟΑΕΔ συνοψίζονται στους εξής:

- Προώθηση της Απασχόλησης, με προγράμματα μείωσης: α) του μισθολογικού κόστους εργασίας, β) του μη μισθολογικού κόστους εργασίας μέσω της επιχορήγησης των ασφαλιστικών εισφορών, διευκολύνοντας τη μετάβαση στην εργασία, με έμφαση στις ομάδες που πλήττονται περισσότερο από την ανεργία, καθώς και σε ευάλωτες πληθυσμιακές ομάδες
- Συνεργασία με κοινωνικούς και τοπικούς φορείς σε τοπικά προγράμματα απασχόλησης με κεντρικό ρόλο των ΚΠΑ2¹ (Κέντρα Προώθησης Απασχόλησης) του ΟΑΕΔ.
- Υπηρεσίες Συμβουλευτικής
- Προώθηση της προσαρμοστικότητας εργαζομένων και επιχειρήσεων με παράλληλο στόχο τη διατήρηση της απασχόλησης
- Θεσμός Μαθητείας των Επαγγελματικών Σχολών (ΕΠΑΣ) στο σύνολο του εκπαιδευτικού έργου του ΟΑΕΔ.
- Λειτουργία Βρεφονηπιακών Σταθμών

¹ Τα Κ.Π.Α.2 αποτελούν μια οργανωτική καινοτομία, με την οποία αναβαθμίζεται η εξυπηρέτηση του ανέργου και της επιχείρησης, με την προσφορά υπηρεσιών για την προώθηση στην απασχόληση και για την ασφάλιση, σε ενιαία σημεία εξυπηρέτησης μιας στάσης. Με τις νέες ενιαίες υπηρεσίες, ο ΟΑΕΔ εξυπηρετεί αποτελεσματικότερα και ταχύτερα τον πολίτη, καθώς παρέχει στον ίδιο χώρο τις βασικές υπηρεσίες του όπως:

- Εξατομικευμένη προσέγγιση, συμβουλευτική και τοποθέτηση σε θέση απασχόλησης
- Παροχή επιδομάτων και άλλων παροχών κοινωνικής προστασίας (παθητικές πολιτικές)
- Εφαρμογή και διαχείριση προγραμμάτων και ενεργητικών πολιτικών απασχόλησης.

Η λειτουργία των ΚΠΑ2 εποπτεύεται και συντονίζεται από τη Διεύθυνση Συντονισμού του Δικτύου των ΚΠΑ.

- Σύζευξη Προσφοράς και Ζήτησης Εργασίας με την υποστήριξη εργασιακών συμβούλων αλλά και ηλεκτρονικά, μέσω της νέας διαδικτυακής πύλης (portal) του Οργανισμού
- Δίκτυο EURES για τη σύζευξη προσφοράς και ζήτησης εργασίας σε Ευρωπαϊκό επίπεδο.

Επίσης, το Εθνικό Ινστιτούτο Εργασίας & Ανθρώπινου Δυναμικού έχει ως αποστολή την υποστήριξη δράσεων και πολιτικών του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης και έχει οριστεί Ενδιάμεσος Φορέας Διαχείρισης του Επιχειρησιακού Προγράμματος «Ανάπτυξη Ανθρώπινου Δυναμικού» για δράσεις κατάρτισης και συμβουλευτικής σε μικρές και πολύ μικρές επιχειρήσεις.

Ο Εθνικός Οργανισμός Πιστοποίησης Προσόντων και Επαγγελματικού Προσανατολισμού επιδιώκει την στενότερη σύνδεση της εκπαίδευσης και κατάρτισης με τις ανάγκες της αγοράς εργασίας, η αναβάθμιση των επαγγελματικών προσόντων του εργατικού δυναμικού, η ενδυνάμωση των προοπτικών απασχόλησής του και η ενίσχυση της κοινωνικής συνοχής, με στόχο τη δημιουργία μιας οικονομίας περισσότερο ανταγωνιστικής και μιας κοινωνίας περισσότερο συνεκτικής, με κοινό προσανατολισμό την επένδυση στον ενεργό πολίτη στο πλαίσιο της σύγχρονης κοινωνίας και της οικονομίας της γνώσης.

Όσον αφορά την πρόσβαση του άνεργου πληθυσμού στις υπηρεσίες υγείας, η αύξηση της ανεργίας από το 2009 (έναρξη οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα) έως και σήμερα είχε ως επακόλουθό πληθώρα ατόμων να είναι ανασφάλιστοι και με μειωμένη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας.

Σύμφωνα με τον ΟΑΕΔ, ο βραχυχρόνια άνεργος πληθυσμός στην Ελλάδα (λιγότερο από 12 μήνες), εξακολουθεί να έχει πρόσβαση σε παροχές ασθένειας σε είδος για 1 έτος μετά την έναρξη της ανεργίας. Ο ΟΑΕΔ προβλέπει κάλυψη υγείας μετά τη λήξη του 1 έτους, στις τρεις παρακάτω περιπτώσεις (Ν.2434.1996, Ν.2768.1999, Ν.2639.1998, Ν.3144.2003 (παρ. 5 άρθρου 18):

- 1.** Άνεργοι νέοι ηλικίας μέχρι 29 ετών υπάγονται στην ασφάλιση του ΙΚΑ για παροχές ασθένειας σε είδος.
- 2.** Άνεργοι ηλικίας άνω των 29 έως 55 ετών καλύπτονται για παροχές ασθένειας σε είδος για διάστημα μέχρι 2 χρόνια.
- 3.** Μακροχρόνια άνεργοι ηλικίας άνω των 55 ετών καλύπτονται για τον κλάδο των παροχών ασθένειας σε είδος.

Ωστόσο, λόγω της αυξημένης ανεργίας κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα, το Υπουργείο Υγείας με τον Νόμο 4368/2016 και την ΚΥΑ Α3(γ)/ΓΠ/οικ.25132/4-4-2016 θέσπισε το δικαίωμα ελεύθερης πρόσβασης σε όλες τις δημόσιες δομές υγείας για την παροχή νοσηλευτικής και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης σε ανασφάλιστους και σε ευάλωτες κοινωνικές ομάδες (συμπεριλαμβανομένου και του ανέργου πληθυσμού). Η αλλαγή που εισάγει το ανωτέρω θεσμικό πλαίσιο είναι η εξίσωση του δικαιώματος των ασφαλισμένων, ανασφάλιστων και πρώην κατόχων ατομικού βιβλιαρίου οικονομικά αδυνάμου ή ανασφάλιστου (βιβλιάριο προνοίας) ως προς την πρόσβαση στο δημόσιο σύστημα υγείας. Η υγειονομική κάλυψη που εγγυάται το νέο πλαίσιο είναι πλήρης και περιλαμβάνει τη νοσηλευτική, διαγνωστική και φαρμακευτική κάλυψή του ευάλωτου πληθυσμού (Υπουργείο Υγείας, 2018).

Οι άνεργοι και γενικά οι ευάλωτες ομάδες δικαιούνται ότι ακριβώς και οι ασφαλισμένοι από τις δημόσιες δομές παροχής υγείας. Συγκεκριμένα:

- Ελεύθερη και δωρεάν πρόσβαση σε πρωτοβάθμιες και δευτεροβάθμιες δημόσιες δομές υγείας, μονάδες ψυχικής υγείας, δομές απεξάρτησης και πανεπιστημιακά νοσοκομεία
- Το σύνολο των νοσηλευτικών και διαγνωστικών πράξεων χωρίς καμία χρέωση
- Προγραμματισμένα χειρουργεία χωρίς καμία χρέωση
- Πρόληψη και προαγωγή υγείας (π.χ. εμβολιασμοί) χωρίς καμία χρέωση
- Δωρεάν οδοντιατρική περίθαλψη
- Δωρεάν παροχές μαιευτικής περίθαλψης και προγραμματισμού τοκετών στα δημόσια νοσοκομεία
- Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής από τα ιδιωτικά και τα δημόσια φαρμακεία
- Χορήγηση ιατρικών βοηθημάτων και αναλωσίμων υλικών.

Επίσης, με τον Ν.4472/2017 (άρθρο 9) μειώνεται η συμμετοχή στη φαρμακευτική δαπάνη με βάση το εισόδημα. Συγκεκριμένα, τα άτομα με φορολογητέο εισόδημα έως και €1.200 που δικαιούνται αποζημίωση της φαρμακευτικής τους δαπάνης από τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και τους Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης και στα οποία δεν εφαρμόζονται άλλες διατάξεις περί μηδενικής συμμετοχής στη φαρμακευτική δαπάνη, συμπεριλαμβανομένου του 31ου άρθρου του Ν.4411/2016 (Α'142), του 38ου άρθρου του Ν.4025/2011 (Α' 228) και του 33ου άρθρου του Ν.4368/2016 (Α' 21), δικαιούται πλήρη απαλλαγή ή έκπτωση στο ποσοστό συμμετοχής τους στις δαπάνες φαρμακευτικής περίθαλψης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Τα τελευταία 100 χρόνια η Ευρώπη και οι ΗΠΑ υπέστησαν αρκετές οικονομικές υφέσεις, όπου ώθησαν το ενδιαφέρον των επιστημόνων και των πολιτικών να διερευνήσουν και κατανοήσουν τις επιπτώσεις στην υγεία του πληθυσμού. Πιο συγκεκριμένα, στο παρόν κεφάλαιο καταγράφονται οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στο επίπεδο υγείας, στις αλλαγές του καταναλωτικού προτύπου, στη χρήση υπηρεσιών υγείας και την κατανομή των πόρων υγείας, με κριτήρια την πρόσβαση και τις ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας.

2.1. Επίπεδο υγείας

Σωματική Υγεία

Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στο επίπεδο υγείας δεν είναι σαφείς και φαίνεται να ποικίλλουν, καθώς αποτελεί ένα πολυπαραγοντικό φαινόμενο.

Μια ευρωπαϊκή έρευνα υποστηρίζει τη θετική σχέση μεταξύ της οικονομικής κρίσης και του προσδόκιμου ζωής. Το προσδόκιμο ζωής βελτιώθηκε κατά τη διάρκεια σημαντικών οικονομικών κρίσεων, όπως η μεγάλη ύφεση στις ΗΠΑ από το 1929 έως το 1932 και η κρίση στην Ευρώπη κατά την περίοδο 2007-2009 (Kristjufhan και Taidre 2012). Επίσης στη μελέτη επισημαίνεται ότι το 2009 το προσδόκιμο ζωής αυξήθηκε ταχύτερα στις ευρωπαϊκές χώρες, όπου η μείωση του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος ήταν μεγαλύτερη όπως στην Εσθονία, τη Λετονία και τη Λιθουανία.

Επιπλέον, ορισμένοι ερευνητές αναφέρουν θετικά αποτελέσματα από την οικονομική κρίση δίνοντας έμφαση στη μείωση της υπερκατανάλωσης. Σύμφωνα με έρευνα στις ΗΠΑ και την Ευρώπη, παρατηρήθηκε ότι σε περιόδους οικονομικής ανάπτυξης σημειώθηκε αύξηση της θνησιμότητας, ενώ αντίθετα σε περιόδους ύφεσης παρατηρήθηκε μείωση (Leahy 2011). Ακόμη, η ύφεση φαίνεται να συνδέεται με τη μείωση της κατανάλωσης αλκοόλ και τα θανατηφόρα τροχαία ατυχήματα.

Από την άλλη πλευρά, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, τα χαμηλά εισοδήματα, η ανειδίκευτη εργασία και ο κοινωνικός αποκλεισμός φαίνεται ότι συνδέονται με αρνητικές συνέπειες για τη σωματική, ψυχολογική και συναισθηματική υγεία όπως επίσης και με αυξημένο κίνδυνο θνησιμότητας

(Giotakos 2010, Spyridakis και Feronas 2014, Οικονόμου 2014, Κυριόπουλος και συν. 2012). Σε μια έρευνα στη Νότια Κορέα, διαπιστώθηκε ότι οι βραχυπρόθεσμες επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στη θνησιμότητα ήταν σχετικά χαμηλές. Φαίνεται ότι τα βραχυπρόθεσμα αποτελέσματα της οικονομικής ύφεσης επικαλύφθηκαν από τη μείωση των θανάτων λόγω εγκεφαλικού επεισοδίου, καρκίνου του στομάχου και ηπατικής νόσου (Khang και συν. 2005). Κατά την οικονομική κρίση του 1995-1996 στο Μεξικό, το ποσοστό θνησιμότητας διαπιστώθηκε ότι ήταν υψηλότερο κατά 5-7% σε σχέση με τα προηγούμενα έτη. Αυτό μεταφράζεται σε 0,4% αύξηση της θνησιμότητας στον ηλικιωμένο πληθυσμό και 0,06% στα βρέφη (Cutler και συν. 2002). Στην Ινδονησία παρατηρήθηκε αύξηση της νοσηρότητας κατά την οικονομική κρίση (1997-1998) τόσο στις γεωργικές όσο και στις αστικές περιοχές, με ποσοστό 14,4% και 21,4% αντίστοιχα (Waters και συν. 2003).

Επίσης, η βιβλιογραφία δείχνει ότι η σχέση μεταξύ παιδικής θνησιμότητας και εθνικών οικονομικών συνθηκών ποικίλλει σημαντικά από χώρα σε χώρα. Στοιχεία από τις ΗΠΑ αναφέρουν ότι η βρεφική θνησιμότητα μειώθηκε κατά τη διάρκεια της ύφεσης λόγω αλλαγών στα πρότυπα μητρικής συμπεριφοράς. Σε αντίθεση με αυτό, η οικονομική κατάρρευση σε πολλές χώρες της πρώην ΕΣΣΔ κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του '90 δεν προκάλεσε σαφείς αλλαγές στην υγεία των παιδιών (Paxson, 2005). Η κρίση στην Ινδονησία το 1998 οδήγησε σε αύξηση της παιδικής θνησιμότητας, κάτι που δεν αναφέρθηκε στην Αργεντινή, όταν στα τέλη της δεκαετίας του 90 η χώρα γνώρισε μεγάλη οικονομική κρίση (Paxson, 2005).

Επιπλέον, τα διεθνή στοιχεία αποδεικνύουν ότι οι αυτοκτονίες αυξάνονται πολύ γρήγορα κατά τη διάρκεια μιας οικονομικής ύφεσης (Barr και συν. 2012). Μια έρευνα των Chang και συν. (2009) μελέτησε τις συνέπειες της οικονομικής κρίσης (1997-1998) στις ασιατικές χώρες, όπως η Ιαπωνία, το Χονγκ Κονγκ, η Νότια Κορέα, η Ταϊβάν, η Σιγκαπούρη και η Ταϊλάνδη. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι αυτοκτονίες μειώθηκαν μέχρι τα τέλη της δεκαετίας του 80 και στις αρχές του 90, αλλά αργότερα κατά την οικονομική κρίση αυξήθηκαν σημαντικά σε όλες τις προαναφερθείσες χώρες. Μια άλλη έρευνα από τους Taylora και συν. (2005) εξετάζει τις σχέσεις μεταξύ των επιπέδων αυτοκτονίας και των ψυχικών διαταραχών στην Αυστραλία. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, ο κίνδυνος αυτοκτονίας συνδέεται με άτομα χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου.

Ψυχική Υγεία

Τα προβλήματα της ψυχικής υγείας και ιδιαίτερα οι συναισθηματικές διαταραχές, θεωρούνται μεγάλης σημασίας για τη δημόσια υγεία καθώς αποτελούν τις κυριότερες αιτίες που οδηγούν σε σημαντικά μειωμένη λειτουργικότητα και σύμφωνα με τον ΠΟΥ αναμένεται να είναι η 2^η συχνότερη νόσος μετά από την ισχαιμική καρδιοπάθεια το 2020 (Giotakos 2010, WHO 2012).

Η έρευνα του Selenko και Batinic (2011), που διεξήχθη το 2009 στην Αυστρία σε δείγμα 106 ατόμων που βρίσκονταν στα πρόθυρα της πτώχευσης εξέτασε τη σχέση ανάμεσα στην οικονομική δυσχέρεια και την ψυχολογική υγεία. Όσον αφορά στην οικονομική δυσχέρεια υπάρχει μια διχοτόμηση μεταξύ αντικειμενικών και υποκειμενικών δυσχερειών. Ο όρος αντικειμενική οικονομική δυσχέρεια αφορά την αντικειμενική αδυναμία κάλυψης των τρεχουσών οικονομικών αναγκών, ενώ η υποκειμενική αφορά την αυτοαναφερόμενη αδυναμία όσον αφορά την οικονομική δυνατότητα.

Το ζήτημα των συνεπειών της οικονομικής κρίσης στη ψυχική υγεία προκαλεί ανησυχίες στην επιστημονική κοινότητα, η οποία τονίζει την ανάγκη κατάλληλων παρεμβάσεων στα συστήματα υγείας. Οι καταθλιπτικές διαταραχές και ο αριθμός των αυτοκτονιών αυξάνονται σημαντικά (Kentikelenis 2011 Santana και συν. 2015, Haw και συν. 2015, Branäs και συν. 2015) σε περιόδους οικονομικής κρίσης. Στο Ηνωμένο Βασίλειο διαπιστώθηκε τριπλάσια αύξηση των καταθλιπτικών περιπτώσεων, διπλασιασμός στην κατανάλωση αλκοόλ, ενώ πρόσφατες αναφορές έχουν δείξει αύξηση των αυτοκτονιών στην Ιαπωνία σε περιόδους ύφεσης (Oyesanya και συν. 2015, Tanji και συν. 2015, Aroga και συν. 2016). Στη Χιλή, διαπιστώθηκε ισχυρή σχέση μεταξύ της ξαφνικής περικοπής του εισοδήματος και της εμφάνισης ψυχολογικών προβλημάτων, με τη μείωση του εισοδήματος να έχει πραγματοποιηθεί 6 μήνες πριν από την έναρξη της συμπτωματολογίας των ψυχολογικών προβλημάτων (Quijada και συν. 2018).

Οι οικονομικές αλλαγές και η οικονομική κρίση το 1980 στις ΗΠΑ φαίνεται να σχετίζονται με την οξεία εμφάνιση ψυχολογικών συμπτωμάτων στον πληθυσμό. Οι κύριοι παράγοντες που βρέθηκαν να επηρεάζουν αυτό το αποτέλεσμα ήταν η αντίληψη του ατόμου για την προσωπική οικονομική κατάσταση του, την κοινωνική δομή και το οικονομικό - πολιτιστικό πλαίσιο της κοινότητας.

Μια εξαιρετικά ενδιαφέρουσα έρευνα από την Αυστραλία συνέκρινε την σωματική υγεία με τη ψυχολογική κατάσταση των ενηλίκων με μέση ηλικία 67 ετών, πριν και κατά τη διάρκεια της διεθνούς οικονομικής κρίσης (Sargent-Cox και συν. 2011). Σημαντική διαφορά προέκυψε στην κατάθλιψη και στα συμπτώματα άγχους εξαιτίας της οικονομικής δυσχέρειας. Επίσης, οι συμμετέχοντες που ερωτήθηκαν πριν την οικονομική κρίση ήταν λιγότερο πιθανό να αναφέρουν ψυχολογικά συμπτώματα, σε σύγκριση με εκείνους που ερωτήθηκαν κατά τη διάρκεια αυτής. Οι διαφορές στα συμπτώματα κατάθλιψης για στις δύο ομάδες φαίνεται να εξηγούνται εν μέρει από την έννοια του οικονομικού - κοινωνικού κανόνα, μια έννοια που επηρεάζει γενικά την ευημερία και την ψυχική υγεία του πληθυσμού. Ως κοινωνικός κανόνας θεωρείται το πλαίσιο των κανόνων και αξιών που διέπουν το κοινωνικό και πολιτιστικό περιβάλλον. Η σύγκριση της προσωπικής κατάστασης του ατόμου με τον πληθυσμό φαίνεται να είναι ένας αποτελεσματικός τρόπος αντιμετώπισης του άγχους. Οι κοινωνικές συγκρίσεις είναι ένας σημαντικός μηχανισμός για την κατανόηση του τρόπου με τον οποίο οι άνθρωποι ερμηνεύουν τις συνθήκες ζωής τους και την κοινωνική πραγματικότητα, αλλά και για την προσαρμογή στις αλλαγές (Efthimiou 2013).

2.2. Καταναλωτικό πρότυπο

Με την εμφάνιση της πρόσφατης οικονομικής κρίσης, προέκυψαν πολλές ανησυχίες σχετικά με τον πιθανό αντίκτυπο της ύφεσης στην υγεία των πληθυσμών (WHO, 2009). Η διεθνής βιβλιογραφία κατά τα τελευταία χρόνια υποδεικνύει μια αρνητική επίδραση της οικονομικής κρίσης στην υγεία όταν εφαρμόζονται μέτρα λιτότητας, δηλαδή όταν μειώνεται ο προϋπολογισμός που προορίζεται για την καλή διαβίωση και την κοινωνική προστασία (Stuckler και Basu 2013, Frasnquillo και συν. 2016, Margerison-Zilko και συν. 2016, Martin-Carrasco και συν. 2016, Stuckler και συν. 2009). Ωστόσο, μόνο μερικές μελέτες έχουν διερευνήσει τον αντίκτυπο της κρίσης στις συμπεριφορές που σχετίζονται με την υγεία, αν και αυτό το θέμα είναι ιδιαίτερα σημαντικό, λαμβάνοντας υπόψη την αλλαγή που σημειώθηκε τα τελευταία 20 χρόνια στην κατάταξη των κυριότερων παραγόντων κινδύνου της παγκόσμιας επιβάρυνσης των ασθενειών (Lim και συν. 2013). Ειδικότερα, μελέτες στις ΗΠΑ (An και συν. 2012, Charles και συν. 2008, Dave και Kelly 2012) και στην Ευρώπη (Asgeirsdottir και συν. 2014, Ritter και συν. 2011) έχουν επικεντρωθεί κυρίως

στη συσχέτιση των οικονομικών συνθηκών με τις συμπεριφορές υγείας. Αυτές οι μελέτες δείχνουν ότι όταν υπάρχει ύφεση στην οικονομία, επηρεάζονται οι συμπεριφορές υγείας του πληθυσμού.

Οι συμπεριφορές σχετιζόμενες με την υγεία αντιπροσωπεύουν περίπου το 1/3 της νοσηρότητας και θνησιμότητας στις χώρες υψηλού εισοδήματος, αποτελώντας ένα σημαντικό καθοριστικό παράγοντα πρόωρου θανάτου και οδηγώντας σε μακροχρόνιες ασθένειες όπως ο διαβήτης, οι καρδιαγγειακές παθήσεις και η υπέρταση (Ezzati και συν. 2006). Αυτές οι συμπεριφορές έχουν επιπτώσεις στην υγεία των ατόμων, και παρόλο που είναι ατομικές επιλογές, επηρεάζουν την δημόσια υγεία.

Το κάπνισμα και το παθητικό κάπνισμα προκαλεί περίπου 6,3 εκατομμύρια θανάτους παγκοσμίως, κυρίως στις αναπτυσσόμενες χώρες (Ezzatti και Riboli, 2013, Lim και συν. 2013). Στη Δυτική Ευρώπη και τη Βόρεια Αμερική, το κάπνισμα και το παθητικό κάπνισμα αποτελούν τους κυριότερους παράγοντες κινδύνου, ενώ στην Ανατολική Ευρώπη, τη Λατινική Αμερική και την Αφρική διαπιστώθηκε η κατανάλωση αλκοόλ ως κυριότερος παράγοντας. Η οικονομική ύφεση συνδέεται με αύξηση της κατανάλωσης αλκοόλ και καπνού ως συμπεριφορές υγείας (Hammarström και Janlert 2003). Έχει αναγνωριστεί ευρέως η υιοθέτηση συμπεριφορών κινδύνου όπως το αλκοόλ και το κάπνισμα σε ομάδες ατόμων που βιώνουν αγχωτικές καταστάσεις λόγω οικονομικής δυσχέρειας ή ανεργίας, ή σε ομάδες ατόμων που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές (Cooper και συν. 1995, Kessler και συν. 2004, De Vogli και Santinello 2005, Graham και συν. 2007, Sinha και συν. 2013). Επίσης, η σχέση μεταξύ της οικονομικής κρίσης και της χρήσης επιβλαβών ουσιών αναφέρθηκε από τον de Goeij και συν. (2015), ο οποίος πρότεινε δύο συμπεριφορικούς μηχανισμούς που σχετίζονται με τη χρήση αλκοόλ και καπνού σε περιόδους οικονομικών δυσχερειών. Ο πρώτος θεωρεί ότι κατά την οικονομική κρίση η κατανάλωση αλκοόλ μειώνεται, καθώς λιγότερα χρήματα δαπανώνται για τα αλκοολούχα ποτά λόγω των περιορισμένων οικονομικών δυνατοτήτων. Ο δεύτερος μηχανισμός συμπεριφοράς βασίζεται στην ψυχολογική δυσχέρεια και οδηγεί σε αυξημένη κατανάλωση αλκοόλ.

Όσον αφορά τη διατροφή και τη φυσική δραστηριότητα, αυτές αντιπροσωπεύουν το 10% των προσαρμοσμένων σε ανικανότητα ή αναπηρία ετών ζωής (Disability-Adjusted Life Years -DALY) (Lim και συν. 2013, Mattei και συν. 2017). Η κατανάλωση φρούτων και λαχανικών μπορεί να βοηθήσει

στην πρόληψη σοβαρών ασθενειών όπως οι καρδιαγγειακές παθήσεις και κάποιες μορφές καρκίνου, αλλά και την ψυχική υγεία (World Health Organization 2004, Blanchflower και συν. 2013).

Η οικονομική ύφεση είχε συνδεθεί με την αύξηση της φυσικής δραστηριότητας (Utela 2010), ωστόσο το υπερβολικό βάρος και η παχυσαρκία δεν έχει ξεκάθαρη ακόμη σχέση με την οικονομική κρίση, καθώς το αυξημένο βάρος μπορεί να οφείλεται σε φθηνή κατανάλωση τροφής και το μειωμένο βάρος στην αυξημένη φυσική δραστηριότητα. Ακόμη, οι αλλαγές στη διατροφή των ατόμων μπορεί να οφείλονται στη μειωμένη διαθεσιμότητα χρημάτων, με επακόλουθο την πρόσβαση σε τρόφιμα χαμηλής ποιότητας. Το άγχος αποτελεί έναν κοινό παράγοντα κινδύνου τόσο για την παχυσαρκία, όσο και για τον εθισμό (Sinha και Jastreboff 2013). Ο Ruhm (2005) διαπιστώνει ότι η παχυσαρκία μειώνεται κατά τη διάρκεια της ύφεσης, ενώ άλλες μελέτες βρίσκουν το αντίστροφο (Böckerman και συν. 2007, Charles και DeCicca 2008, Latif 2014).

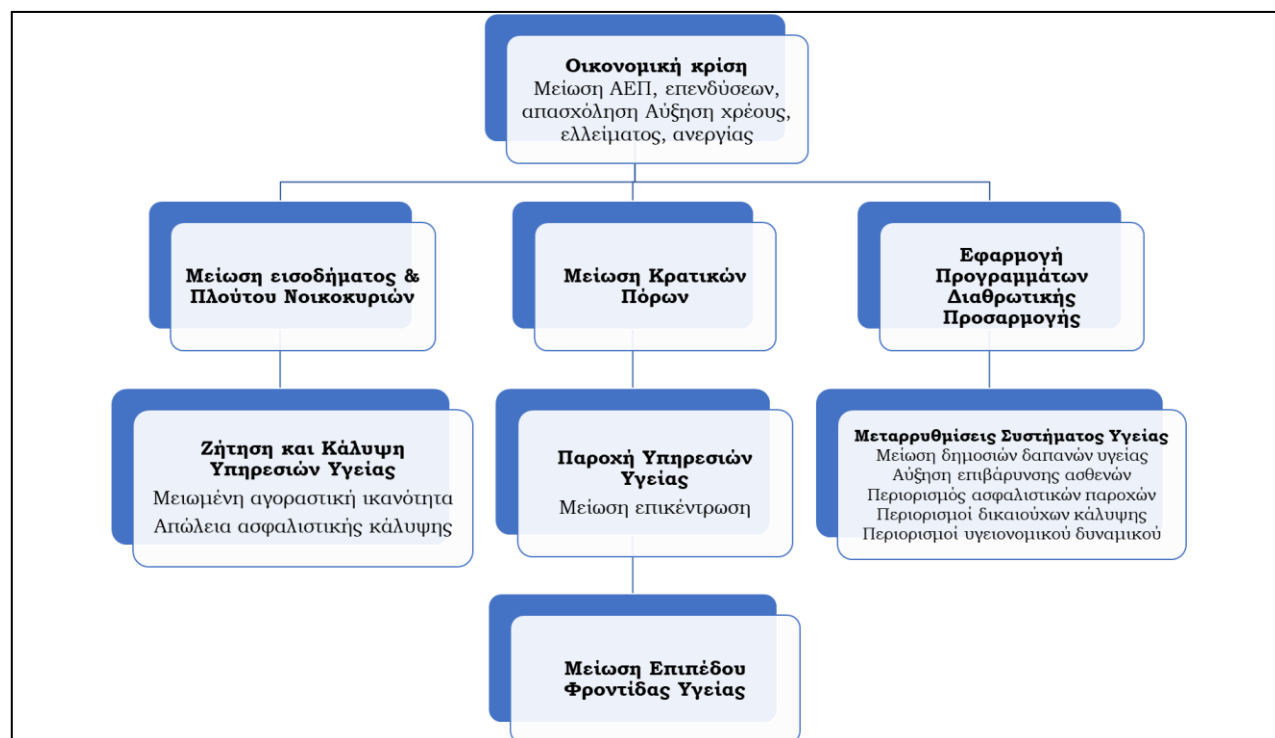
2.3. Χρήση υπηρεσιών υγείας

Οι εθνικές κυβερνήσεις των ευρωπαϊκών χωρών στην προσπάθειά τους να ανταπεξέλθουν στην οικονομική κρίση, επέλεξαν να θεσπίσουν πολιτικές περικοπής δαπανών που οδήγησαν σε περιορισμό του κοινωνικού κράτους. Αυτό έγινε εμφανές από τους περιορισμούς που επιβλήθηκαν στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης, οι οποίοι τις περισσότερες φορές οδήγησαν σε περιοριζόμενη πρόσβαση στις υπηρεσίες φροντίδας (Reeves και συν. 2015) και την κοινωνική προστασία (Ferrarini και συν. 2014).

Η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας αποτελεί βασικό καθοριστικό παράγοντα για την υγεία και τη δίκαιη κατανομή της στον πληθυσμό. Ο κύριος στόχος των συστημάτων υγείας είναι να διασφαλιστεί η ισότητα στην πρόσβαση και στην απαραίτητη υγειονομική περίθαλψη ανεξάρτητα από την κοινωνικοοικονομική κατάσταση (Γείτονα και Κυριόπουλος 2000, Υφαντόπουλος 2005, Πιερράκος 2008, Pappa και συν. 2013). Όπως επισημαίνει ο Andersen (1978), "η ισότητα στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας εξετάζεται καλύτερα στο πλαίσιο του κατά πόσον τα άτομα που έχουν ανάγκη από ιατρική περίθαλψη την λαμβάνουν ή όχι". Για παράδειγμα, έχει συσχετιστεί με την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού, ενώ η μειωμένη πρόσβαση έχει συνδεθεί με υψηλότερα ποσοστά νοσηλείας και αυξημένα ποσοστά θνησιμότητας (Ayanian και συν. 1993,

Franks και συν. 2003, Trivedi και συν. 2010). Το διάγραμμα 2 παρουσιάζει τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας.

Διάγραμμα 2: Επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας



Πηγή: Οικονόμου 2018

Η μελέτη της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας κατά την τρέχουσα οικονομική κρίση αξίζει ιδιαίτερης προσοχής, λόγω των περιορισμών των δαπανών υγείας. Τα άτομα και τα νοικοκυριά μειώνουν τη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας, παρά την αυξημένη ανάγκη λόγω των μη επαρκών οικονομικών τους πόρων και του υψηλού κόστους ζωής. Για παράδειγμα, η πληρωμή λογαριασμών αποτελεί προτεραιότητα, αναβάλλοντας την ζήτηση της φροντίδας υγείας. Ακόμη και στα συστήματα παροχής δωρεάν και καθολικής φροντίδας υγείας, τα άτομα μειώνουν τη ζήτηση εξαιτίας της απαιτούμενης συμμετοχής τους στα συνταγογραφούμενα φάρμακα, στις διαγνωστικές και απεικονιστικές εξετάσεις. Από την πλευρά της προσφοράς, οι κυβερνήσεις στοχεύοντας στην εξυπηρέτηση του χρέους τους, μειώνουν τους προϋπολογισμούς για την υγεία (Economou 2012, Οικονόμου 2018) (διάγραμμα 2).

Όσον αφορά τις ανεκπλήρωτες ανάγκες, οι οποίες ορίζονται ως «η διαφορά μεταξύ των υπηρεσιών που κρίνονται απαραίτητες για την κατάλληλη

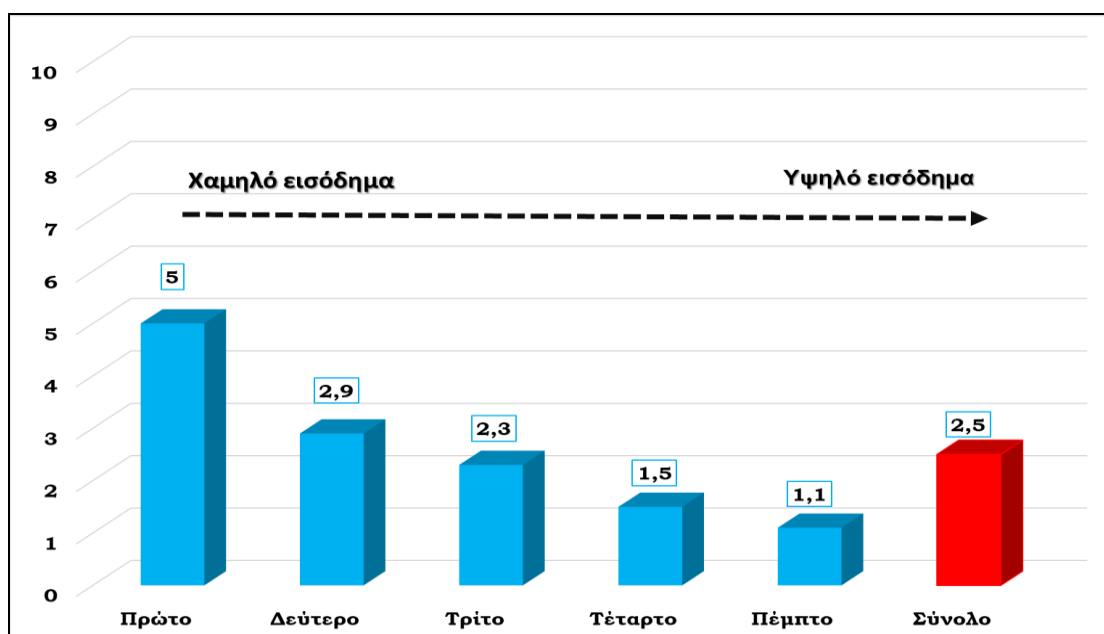
αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας και των υπηρεσιών που πραγματικά ελήφθησαν από τον ασθενή» (Carr και Wolfe 1976), θεωρούνται κριτήρια για την παρακολούθηση της προσβασιμότητας και της έκτασης της ανισότητας στην πρόσβαση και τη χρήση των υπηρεσιών υγείας (Γείτονα και Κυριόπουλος 2000, Υφαντόπουλος 2005, Allin και Masseria 2009, Allin και συν. 2010). Παλαιότερες έρευνες έχουν δείξει ότι οι ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας προκύπτουν από τα εμπόδια που σχετίζονται με το σύστημα υγείας και με τα χαρακτηριστικά ή τις προσωπικές συμπεριφορές των ατόμων (Sanmartin και συν. 2002, Nelson και συν. 2006). Σύμφωνα με αυτές τις μελέτες, τα εμπόδια συγκεντρώθηκαν σε τρεις κατηγορίες, όπως 1) η προσβασιμότητα - accessibility (που σχετίζεται με το κόστος και την εγγύτητα), 2) η διαθεσιμότητα - availability (που σχετίζεται με την έγκαιρη παροχή υπηρεσιών υγείας) και 3) η αποδεκτικότητα - acceptability (που σχετίζεται με τις προσωπικές συμπεριφορές και περιστάσεις).

Η διαφορά μεταξύ των υπηρεσιών που κρίνονται απαραίτητες και των υπηρεσιών που πραγματικά λαμβάνονται συνεπάγεται την αποτυχία των ατόμων να βελτιώσουν την κατάσταση της υγείας τους. Στην ευρωπαϊκή βιβλιογραφία, μελέτες έχουν δείξει ότι οι ανεκπλήρωτες ανάγκες ενδέχεται να επιδεινώσουν την κατάσταση της σωματικής και ψυχικής υγείας και την ποιότητα ζωής (Westin και συν. 2004, McCarberg και συν. 2008) καθώς και να αυξήσουν τον κίνδυνο θνησιμότητας (Alonso και συν. 1997). Επιπλέον, έχει διαπιστωθεί ότι οι κοινωνικοδημογραφικοί παράγοντες που επηρεάζουν τις ανεκπλήρωτες ανάγκες είναι άτομα νεαρής ηλικίας, οι γυναίκες, η έλλειψη ασφαλιστικής κάλυψης, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο αλλά και το χαμηλό εισόδημα ή η ανεργία και η κακή κατάσταση υγείας (Geitona και συν. 2007, Wiltshire και συν. 2009, Ash και συν. 2012, Pappa και συν. 2013).

Σύμφωνα με τα στοιχεία της Eurostat (2018), οι ανεκπλήρωτες ανάγκες στις ευρωπαϊκές χώρες την τελευταία δεκαετία παρουσιάζουν μια αύξηση. Ωστόσο στα στοιχεία αυτά δεν λαμβάνεται υπόψη ότι οι αντιλήψεις σχετικά με τις ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας μπορεί να έχουν αλλάξει, καθώς οι προσδοκίες των πολιτών πριν και μετά την οικονομική κρίση διαφέρουν. Η αυξητική τάση των ανεκπλήρωτων αναγκών υγείας εγείρει τα ερωτήματα εάν είναι άμεσο αποτέλεσμα των περιορισμένων προϋπολογισμών για την υγεία και την κοινωνική προστασία και ποιες τελικά ομάδες πληθυσμού επηρεάστηκαν περισσότερο από τους περιορισμούς πρόσβασης.

Η ανάλυση των ανεκπλήρωτων αναγκών με βάση το εισόδημα των πολιτών αποκαλύπτει ότι σε όλες τις ομάδες πληθυσμού σημειώθηκε άνοδος, με εξαίρεση το 5^ο εισοδηματικό τεταρτημόριο (διάγραμμα 3). Αυτό σημαίνει ότι όχι μόνο τα χαμηλά εισοδηματικά τεταρτημόρια επηρεάστηκαν από τις συνέπειες της κρίσης, αλλά σε όλα τα στρώματα της κοινωνίας μειώθηκε η πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη, αν και σε διαφορετικό βαθμό. Ωστόσο, με μια πιο προσεκτική προσέγγιση φαίνεται ότι το ποσοστό των ανεκπλήρωτων αναγκών υγείας είναι υψηλότερο μεταξύ των χαμηλότερων εισοδηματικών τεταρτημώριων, ενώ η αύξηση μεταξύ των υψηλότερων εισοδηματικών, δηλ. εκείνων στο 5ο εισοδηματικό τεταρτημόριο είναι σχεδόν ανεπαίσθητη.

Διάγραμμα 3: Ποσοστό αύξησης των ανεκπλήρωτων αναγκών για ιατρική εξέταση ή θεραπεία, ανά εισοδηματικό τεταρτημόριο



**λόγω κόστους, λίστας αναμονής και απόστασης*

Πηγή: Eurostat Database 2018

Ακόμη και σε χώρες όπου η υγειονομική περίθαλψη είναι δωρεάν, η οικονομική κρίση αποτελεί μια πρόκληση κόστους ως προς τους παρόχους υπηρεσιών υγείας και τη συνέχεια της φροντίδας. Ειδικότερα, λόγω του περιορισμού του εισοδήματος των νοικοκυριών, οι χρήστες υπηρεσιών υγείας επισκέπτονται συχνότερα δημόσιες δομές, με άμεσο αποτέλεσμα: α) την αυξημένη ζήτηση των δημόσιων υπηρεσιών υγείας, β) την αύξηση του κόστους των δημόσιων δαπανών υγείας και γ) τις καθυστερήσεις στη φροντίδα που οφείλονται σε μεγαλύτερους χρόνους αναμονής. Αυτό παρατηρήθηκε στις

περισσότερες χώρες όπως Πορτογαλία, Ισπανία, Ελλάδα και Κύπρο (OECD 2014).

Οι κυβερνήσεις σε όλη την ΕΕ όχι μόνο έχουν μειώσει τις συνολικές δαπάνες για την υγεία, αλλά έχουν θεσπίσει ταυτόχρονα πολιτικές για τον περιορισμό της κατανάλωσης υπηρεσιών υγείας. Είναι δύσκολο όμως να εξακριβωθεί εάν οι πολιτικές αυτές μειώνουν τόσο την αναγκαία όσο και την περιττή κατανάλωση υγείας. Τα μέσα πολιτικής που χρησιμοποιούνται για την εφαρμογή μεταρρυθμίσεων στις υπηρεσίες υγείας από τις ευρωπαϊκές κυβερνήσεις μπορούν να ομαδοποιηθούν στα ακόλουθα (Mladovsky και συν. 2012):

❖ Μείωση δημοσίων δαπανών υγείας

Οι μειώσεις των δημόσιων δαπανών υγείας επιτεύχθηκαν με διαφορετικά μέτρα σε ολόκληρη την Ευρωπαϊκή Ένωση. Πολλές χώρες, όπως η Ιρλανδία, η Ρουμανία, η Σλοβενία και το Ηνωμένο Βασίλειο, έχουν παγώσει ή μειώσει τους μισθούς ή / και δεν αντικαταστήσει θέσεις έπειτα από συνταξιοδότηση των επαγγελματιών υγείας (Quaglio και συν. 2013, Eur-Lex 2012). Επίσης, η οικονομική ύφεση λειτούργησε ως καταλύτης για διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις, όπως το κλείσιμο ή τη συγκώνευση των νοσοκομείων και την εστίαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα. Στην Ιταλία ο αριθμός των νοσοκομειακών κλινών μειώθηκε σε 4,1 ανά 1000 το 2010, κάτω από τον ευρωπαϊκό μέσο όρο 5,5 ανά 1000 κατοίκους (Italian Ministry of Health 2010). Επιπλέον, η αύξηση του ΦΠΑ στα φάρμακα από 5% σε 9% το 2006 στην Εσθονία, κατά 1% στην Τσεχία, τη Φινλανδία, την Πορτογαλία και την Πολωνία και 20% χωρίς συνταγή στο Ην. Βασίλειο αποτέλεσε ένα ακόμη μέτρο λιτότητας των δημοσίων δαπανών υγείας (Vogler και συν. 2011, World Health Organisation 2012).

❖ Αύξηση συνασφαλίσεων

Οι συνασφαλίσεις αποτέλεσαν το πιο αμφιλεγόμενο μέτρο που ενδέχεται να έχει άμεση επίπτωση στην πρόσβαση. Σε ορισμένες χώρες της ΕΕ έχουν θεσπιστεί ή αυξηθεί οι συνασφαλίσεις για τα φαρμακευτικά προϊόντα και τις ιατρικές επισκέψεις. Για τα φαρμακευτικά προϊόντα, η Αυστρία και το Βέλγιο εισήγαγαν ετήσιες αυξήσεις των συνασφαλίσεων, η Γαλλία μείωσε το επίπεδο επιστροφής από 35% σε 30% το 2012 και η Ισλανδία αύξησε τις συνασφαλίσεις για συνταγογραφούμενα φάρμακα το 2010 και το 2011 (Vogler και συν. 2011). Η Εσθονία εισήγαγε μια συνασφάλιση 15% για τη νοσηλευτική περίθαλψη στα νοσοκομεία (Eurofound 2014) και η Ισπανία εισήγαγε συνασφαλίσεις στα

φάρμακα με βάση το εισόδημα (Gallo και Gené-Badia 2013). Στην Πορτογαλία, αυξήθηκαν οι συνασφαλίσεις (συμφωνία Μνημονίου) και οι νέες τιμές είχαν ρητό στόχο να αποτρέψουν την «κατάχρηση» της επείγουσας περίθαλψης και να ωθήσουν τους ασθενείς προς τη χρήση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Ωστόσο, το μέγεθος της αύξησης των συνασφαλίσεων έχει καταστήσει την επείγουσα περίθαλψη απαγορευτική (OECD 2011, Barros και συν. 2012, Karanikolos και συν. 2013).

❖ Μείωση πρόσβασης

Οι μεταρρυθμίσεις στην πρόσβαση υπηρεσιών υγείας αξίζουν ιδιαίτερη προσοχή, για παράδειγμα, η Τσεχία και η Ισπανία μείωσαν το δικαίωμα πρόσβασης των μεταναστών χωρίς άδεια παραμονής. Στην Ισπανία, αυτή η απόφαση ήταν στην ευχέρεια των αυτόνομων περιφερειακών κυβερνήσεων (Médecins du Monde 2012). Επίσης η ίδια χώρα μείωσε την πρόσβαση για τους νέους κάτω των 26 ετών που δεν είχαν ποτέ εργασθεί (Boletín Oficial del Estado 2012). Ομοίως, η οικονομική κρίση στην Ελλάδα είχε ως αποτέλεσμα την μείωση της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας για τα άτομα που ήταν άνεργα περισσότερο από 12 μήνες και μάλιστα οδήγησε περίπου 100.000 άτομα χωρίς κάλυψη το 2013 (Gool Van και Pearson 2014). Επίσης, αυξήθηκε η ζήτηση της φροντίδας υγείας σε δωρεάν κλινικές που λειτουργούν από ανθρωπιστικές οργανώσεις και μη κυβερνητικές οργανώσεις (Andrew και Hope 2012). Στη Ρουμανία, όπου η ασφαλιστική κάλυψη συναρτάται με τη διατήρηση των θέσεων εργασίας, η απώλεια τους είχε ως αποτέλεσμα πληθώρα ανασφάλιστων ατόμων. Στη Σλοβενία, άτομα με χρέη σε ασφαλιστικά ταμεία δεν έχουν ασφαλιστική κάλυψη. Στη Βουλγαρία, ο αριθμός των ανασφάλιστων αυξήθηκε κατά τη διάρκεια της κρίσης λόγω αύξησης της ανεργίας και του μειωμένου διαθέσιμου εισοδήματος για την πληρωμή των ασφαλιστικών εισφορών (Marschang και συν. 2015).

Τα παραπάνω μέτρα πολιτικής που υιοθετήθηκαν για τη μείωση του κόστους των υπηρεσιών υγείας και των φαρμακευτικών προϊόντων κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης θέτουν σε κίνδυνο τον στόχο των συστημάτων υγείας, που είναι η βελτίωση της υγείας του πληθυσμού. Ενώ οι συνολικές δαπάνες δημόσιας υγείας μειώθηκαν σταθερά από την έναρξη της κρίσης, αντίθετα οι ιδιωτικές δαπάνες έχουν αυξηθεί εξίσου σταθερά. Οι ανησυχίες για την μείωση της πρόσβασης στην υγεία και τη δημιουργία νέων ευάλωτων ομάδων δεν είναι άστοχες.

Συνοπτικά, σε περιόδους οικονομικής ύφεσης παρατηρείται μείωση της καλής και της πολύ καλής κατάστασης υγείας, επιδείνωση της ψυχικής υγείας, αύξηση των ανεκπλήρωτων ιατρικών και οδοντιατρικών αναγκών και αύξηση της νοσηρότητας και της θνησιμότητας του πληθυσμού. Επίσης, η μείωση των δημοσίων δαπανών υγείας έχει αρνητικό αντίκτυπο στην χρήση των υπηρεσιών υγείας, κυρίως μέσω της αύξησης της ζήτησης, των λιστών αναμονής, των συνανασφαλίσεων, αλλά και λόγω της μειωμένης ικανότητας των πολιτών για άτυπες πληρωμές.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. Ο ΑΝΤΙΚΤΥΠΟΣ ΤΗΣ ΑΝΕΡΓΙΑΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Σε περιόδους οικονομικής κρίσης, ο τομέας που επηρεάζεται σημαντικά είναι η απασχόληση. Η διεθνής βιβλιογραφία παρουσιάζει αρνητικές σχέσεις μεταξύ ανεργίας και υγείας. Τα υψηλά ποσοστά ανεργίας όχι μόνο απειλούν την κοινωνική και οικονομική συνοχή, μέσω των αρνητικών οικονομικών τους συνεπειών για τα άτομα, αλλά αποτελούν και παράγοντα κινδύνου για την υγεία του πληθυσμού. Στο παρόν κεφάλαιο παρουσιάζονται οι επιδημιολογικές επιπτώσεις στη νοσηρότητα, θνησιμότητα, ψυχική υγεία, οι συμπεριφορές υγείας – παράγοντες κινδύνου και η πρόσβαση και κάλυψη των αναγκών υγείας κατά την περίοδο της ανεργίας.

3.1. Επιδημιολογικοί δείκτες

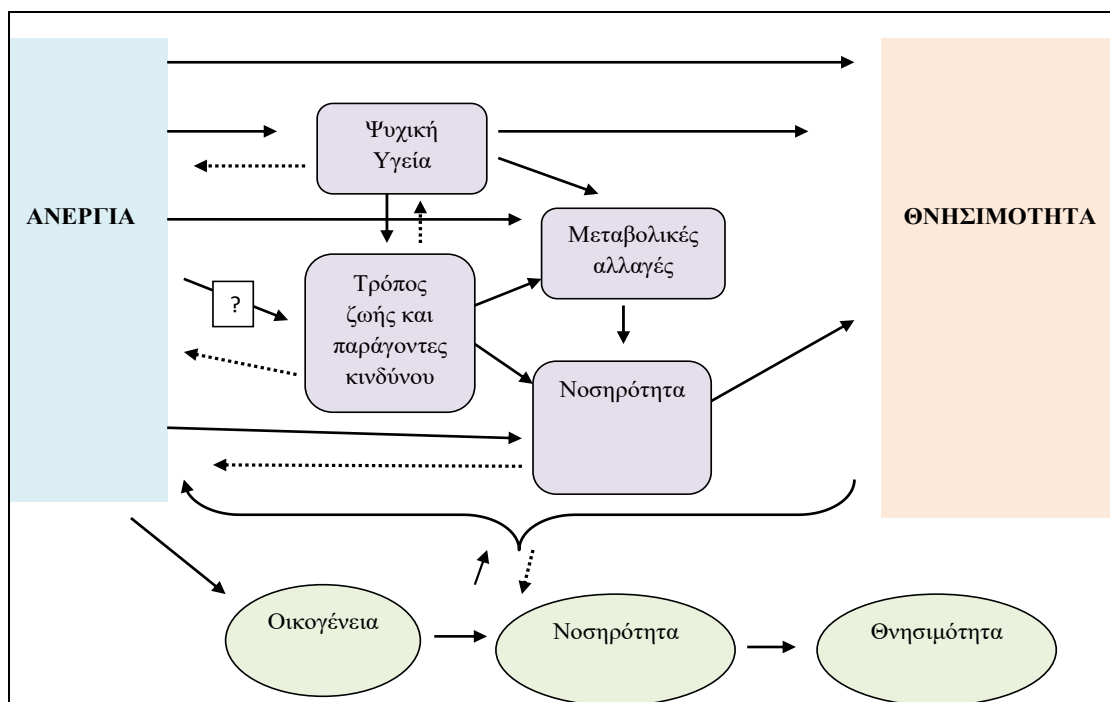
Κατάσταση Υγείας

Η σχέση μεταξύ της ανεργίας και των αρνητικών επιπτώσεων για την υγεία είναι σύνθετη, καθώς κάθε άτομο θα αντιμετωπίσει διαφορετικά την ανεργία με βάση διάφορους παράγοντες όπως η εκπαίδευση, η κοινωνικοοικονομική κατάσταση, το φύλο, η ηλικία, η κοινωνική και οικογενειακή υποστήριξη, το σύστημα υγείας και η κρατική στήριξη. Έχει υπάρξει κάποια συζήτηση σχετικά με το αν η ανεργία προκαλείται από την κακή υγεία ή εάν η ανεργία προκαλεί την κακή υγεία. Μελέτες έχουν επισημάνει ότι η σχέση αυτή είναι αμφίδρομη (Bartley 1996, Burgard και συν. 2012, Minton και συν. 2012, van Rijn και συν. 2013, Huijts και συν. 2015, Schuring και συν. 2015).

Δεν αποτελεί έκπληξη το γεγονός ότι παρατηρείται μεγαλύτερη συχνότητα της κακής σωματικής υγείας στους ανέργους σε σύγκριση με τους απασχολούμενους. Αυτό πρέπει να εξεταστεί από την άποψη της αιτιώδους συνάφειας, δηλαδή τα άτομα με κακή σωματική υγεία μπορεί να είναι πιο πιθανό να αντιμετωπίσουν την ανεργία ή να βρουν περιορισμούς στην εύρεση εργασίας (Friedland και Price 2003, McKee-Ryan και συν. 2005, Burgard και Lin 2013).

Η αλληλεπίδραση των διαφόρων παραγόντων της ανεργίας σε σχέση με την υγεία απεικονίζεται στο διάγραμμα 4. Η ανεργία συνδέεται με κακή ψυχική υγεία, αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα. Η σχέση μεταξύ ανεργίας και παραγόντων κινδύνου είναι ακόμη ασαφής. Οι διάφοροι παράγοντες είναι αλληλένδετοι και μπορούν επίσης με τη σειρά τους να επηρεάσουν την ανεργία. Το ενδεχόμενο ανεργίας μπορεί να επηρεαστεί από μια σειρά επιμέρους δημογραφικών και κοινωνικών παραγόντων όπως η ηλικία, το φύλο, η κοινωνικοοικονομική κατάσταση, η εθνικότητα, η κοινωνική συνοχή, τα συστήματα κοινωνικής πρόνοιας και οι ευκαιρίες στην αγορά εργασίας. Η ανεργία έχει επίσης βρεθεί ότι επηρεάζει αρνητικά την υγεία των άλλων μελών της οικογένειας και ότι η οικογενειακή υποστήριξη επηρεάζει τις αρνητικές επιπτώσεις που προκαλούνται από την ανεργία (Paul και Moser 2009).

Διάγραμμα 4: Ανεργία και υγεία, μηχανισμοί και μεσολαβητικοί παράγοντες.



Πηγή: Paul και Moser 2009

Νοσηρότητα

Η ανεργία συνδέεται με την εμφάνιση μακροχρόνιων ασθενειών (Bartley και Plewis 2001) και προβλημάτων ψυχικής υγείας (Paul και Moser 2009, McKee-Ryan και συν. 2005, Comino και συν. 2003). Ειδικότερα, η πλειοψηφία των

ατόμων με χρόνιες παθήσεις και άτομα με ειδικές ανάγκες αναφέρουν συχνότερα ότι χάνουν τη δουλειά τους και αντιμετωπίζουν μακροχρόνια ανεργία. Αυτή η πραγματικότητα συνέβαλε σημαντικά στην αύξηση της νοσηρότητας των ανέργων. Επιπλέον, οι άνεργοι που αναφέρουν περισσότερες σωματικές ασθένειες είναι πιο πιθανό να υιοθετούν συμπεριφορές υγείας υψηλού κινδύνου, όπως κατάχρηση αλκοόλ ή ουσιών (Claussen 1999).

Καρδιαγγειακά νοσήματα

Μελέτες υποδεικνύουν μια θετική συσχέτιση μεταξύ της ανεργίας και της καρδιακής νόσου. Παλαιότερες μελέτες ανέφεραν στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα για τα καρδιαγγειακά νοσήματα, με τη θνησιμότητα να είναι 35% έως 80% υψηλότερη στους ανέργους (Iversen και συν. 1987, Martikainen 1990, Morris και συν. 1994, Zagozdzon 2008). Πιο πρόσφατη έρευνα των Lundin και συν. (2010) βρήκε θετικές αλλά στατιστικά μη σημαντικές σχέσεις που κυμαίνονταν από 7 έως 30%. Επίσης, οι εισαγωγές στο νοσοκομείο λόγω εμφράγματος σε ανέργους άνδρες αυξήθηκαν κατά τη διάρκεια της ανεργίας, έχοντας σχετικό κίνδυνο (relative risk) 1,49 τους πρώτους 8 μήνες, 1,82 από 8 έως 16 μήνες και 3,08 πάνω από 16 μήνες. Αντίστοιχα, μελέτη στις ΗΠΑ έδειξε ότι ο κίνδυνος εμφράγματος και εγκεφαλικού επεισοδίου διπλασιάστηκε έπειτα από απόλυση, σε σύγκριση με τους εργαζόμενους (Gallo και συν. 2006). Αντίθετα, μια μελέτη στη Σουηδία που διερεύνησε τον αντίκτυπο της απώλειας εργασίας ως αποτέλεσμα του κλεισίματος των επιχειρήσεων δεν βρήκε αύξηση στα εμφράγματα ή στα εγκεφαλικά επεισόδια (Eliason και συν. 2009).

Καρκίνος

Μια παγκόσμια μετα-ανάλυση που περιλαμβάνει δεδομένα για τον καρκίνο και την ανεργία έδειξε αυξημένο κίνδυνο ανεργίας σε επιζώντες καρκινοπαθείς. Οι γυναίκες με κακοήθεις όγκους του μαστού ή αναπαραγωγικών οργάνων, και άτομα με γαστρεντερικούς όγκους, αυξάνουν τον κίνδυνο επερχόμενης ανεργίας (de Boer AGEM 2009). Πρέπει να σημειωθεί ότι οι ασθένειες με μεγάλο χρονικό διάστημα εμφάνισης όπως οι καρκίνοι συνδέονται κυρίως με τη βραχυχρόνια ανεργία.

Διάφορες ασθένειες

Άλλες ασθένειες που συνδέονται με την ανεργία είναι ασθένειες του ήπατος, ασθένειες του πεπτικού συστήματος, βρογχικό άσθμα, διαβήτης, αρτηριακή υπέρταση, ατυχήματα που σχετίζονται με το αλκοόλ και λοιμώξεις.

Ειδικότερα, έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τον Rabin (2009) εξέτασε την σχέση ανεργίας και υγείας και διαπίστωσε ότι στα άτομα που έχασαν την εργασία τους απρόσμενα αυξήθηκε η αρτηριακή πίεση, ο διαβήτης και οι καρδιακές παθήσεις, σε σύγκριση με τους εργαζόμενους.

Επίσης, όταν οι άνθρωποι χάνουν τη δουλειά τους, αισθάνονται άγχος το οποίο συνήθως επιφέρει κεφαλαλγία, πόνο των μυών, πόνο στο στήθος, κόπωση, μείωση σεξουαλικής επιθυμίας, προβλήματα στο στομάχι ή προβλήματα στον ύπνου. Οι Dooley και συν. (1996) επισημαίνουν ότι η κακή σωματική υγεία που συνοδεύεται με την απώλεια εργασίας έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση κορτιζόλης, προλακτίνης, σωματοτροπίνης, χοληστερόλης και μειωμένες ανοσολογικές αντιδράσεις. Αυτές οι ανθρωπομετρήσεις αποτελούν συμπτώματα ασθενειών, οι οποίες με τη σειρά τους δημιουργούν μεγαλύτερη ανάγκη για υγειονομική περίθαλψη.

Θνησιμότητα

Μερικές διαχρονικές μελέτες από τη δεκαετία του 1980 και του 1990 έδωσαν ισχυρή ένδειξη για μια αιτιώδη συνάφεια μεταξύ της ανεργίας και της αυξημένης θνησιμότητας, συνδέοντας την ανεργία με διάφορες ασθένειες (Moser και συν. 1984, Iversen και συν. 1987, Iversen 1989, Martikainen 1990, Stefanson 1991, Morris και συν. 1994).

Η ανεργία μπορεί να αποβεί επιζήμια για το βιοτικό επίπεδο και τους οικονομικούς πόρους του ατόμου. Οι περιορισμένοι οικονομικοί πόροι μπορούν να οδηγήσουν σε κακή διατροφή και πιθανό περιορισμό στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας όταν χρειαστεί, το οποίο μπορεί να προκαλέσει αυξημένη σωματική νοσηρότητα και ακόμη και θάνατο.

Πράγματι, ο Junankar (1991) διαπίστωσε μια θετική σχέση μεταξύ ανεργίας και θνησιμότητας και οι Gerdtham και Johannesson (2003) έδειξαν ότι η ανεργία αποτελεί κίνδυνο για την υγεία, καθώς αυξάνει τον κίνδυνο θανάτου κατά περίπου 50%. Οι Martikainen και Valkonen (1996) υποστήριξαν ότι τα

άνεργα άτομα παρουσίαζαν μεγαλύτερα ποσοστά θνησιμότητας, σε σύγκριση με τους εργαζόμενους, αφού στάθμισαν τα δημογραφικά και κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά. Οι Morris και συν. (1994) έδειξαν ότι όχι μόνο η εμπειρία της ανεργίας αλλά και η διάρκεια αυτής αυξάνουν τον κίνδυνο θανάτου έπειτα από στάθμιση των δημογραφικών και κοινωνικοοικονομικών χαρακτηριστικών όπως ηλικία, φυλή, οικογενειακή κατάσταση, εισόδημα και επαγγελματική τάξη και ότι οι σύζυγοι των ανέργων ανδρών έχουν αυξημένο κίνδυνο θνησιμότητας. Ωστόσο, η ανεργία ασκεί ισχυρότερη επίδραση στη θνησιμότητα των ανδρών παρά στις γυναίκες (Theodossiou 1998). Μελέτες κατά τη δεκαετία του '70 και τη δεκαετία του '80 έδειξαν ότι το ποσοστό θνησιμότητας για τους ανέργους ήταν 25% υψηλότερο από εκείνο των εργαζομένων (Giotakos 2010). Επιπρόσθετα, τα ποσοστά θνησιμότητας ήταν 2,5 φορές υψηλότερα για τους ανέργους που είχαν απολυθεί στο παρελθόν από ό,τι για όσους απολύθηκαν πρόσφατα (Leahy 2011). Σύμφωνα με μια μακροχρόνια έρευνα των Voss και συν. (2004) διαπιστώθηκε ότι η ανεργία οδήγησε σε σημαντική αύξηση των αυτοκτονιών, των τραυματισμών και των ατυχημάτων, με τα υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας να είναι μεταξύ ατόμων χαμηλότερου κοινωνικοοικονομικού επιπέδου.

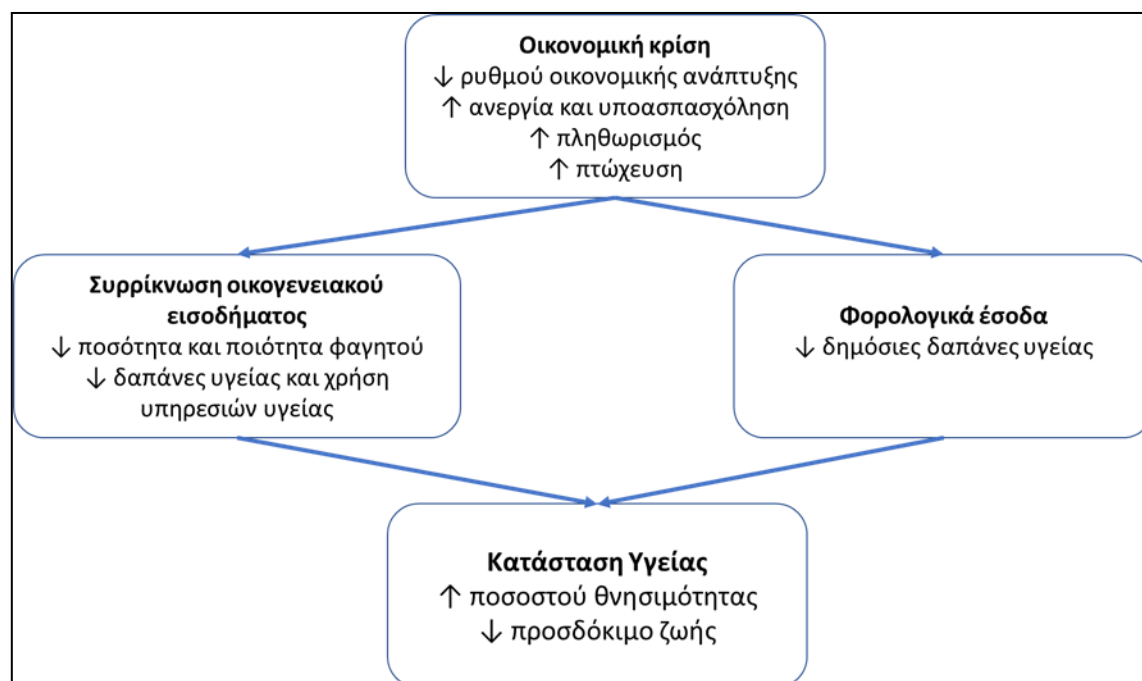
Αντίθετα, η έρευνα του Ruhm (2000) επανεξετάζοντας το ζήτημα της σχέσης ανεργίας-θνησιμότητας εφαρμόζοντας ένα μοντέλο σταθερών επιπτώσεων στις ΗΠΑ, έδειξε ότι η οικονομική ανάκαμψη με τη μείωση του ποσοστού ανεργίας έχει αρνητική επίδραση στη σωματική υγεία. Ο Ruhm ισχυρίζεται ότι υπάρχουν τουλάχιστον τρεις λόγοι για τους οποίους τα αυξανόμενα ποσοστά απασχόλησης επηρεάζουν αρνητικά την ατομική υγεία: α) μειώνεται ο ελεύθερος χρόνος, μειώνοντας έτσι την πιθανότητα δραστηριοτήτων βελτίωσης της υγείας όπως είναι η άσκηση, β) η υγεία θα μπορούσε να θεωρηθεί ως "εισοδή" στην παραγωγή υπηρεσιών και προϊόντων και γ) η διαθεσιμότητα υψηλότερου εισοδήματος αυξάνει την τάση των ατόμων να υιοθετούν συμπεριφορές κινδύνων και να επιδίδονται σε δραστηριότητες όπως η κατανάλωση καπνού και η υπερβολική κατανάλωση διατροφής με υψηλή περιεκτικότητα σε λιπαρά. Το κύριο συμπέρασμα ήταν ότι κατά τη διάρκεια της οικονομικής ύφεσης όπου αυξάνονται τα ποσοστά ανεργίας, μειώνονται τα ποσοστά θνησιμότητας. Τα ποσοστά θνησιμότητας που χρησιμοποιήθηκαν στη μελέτη προέρχονταν από καρδιαγγειακές παθήσεις, γρίπη / πνευμονία, θανάτους από μηχανοκίνητα οχήματα και άλλα ατυχήματα. Οι μεταγενέστερες

μελέτες των Gerdtham και Ruhm (2003) και Neumayer (2004) επιβεβαίωσαν τα ευρήματα του Ruhm (2000).

Επίσης μια πρόσφατη μελέτη, η οποία έλεγξε 12 συγκυτικούς παράγοντες, διαπίστωσε μόνο αδύναμες σχέσεις μεταξύ ανεργίας και αυξημένης θνησιμότητας (Lundin και συν. 2010). Παρά τις αβεβαιότητες όμως η μελέτη έδειξε μια θετική σχέση μεταξύ ανεργίας και όλων των αιτιών θανάτων (+57% στους ανέργους), βίαιων θανάτων (+116%), αυτοκτονιών (+76% αύξηση). Έτσι λοιπόν, παρατηρείται έλλειψη συνέπειας όσον αφορά τόσο την ένδειξη της σχέσης ανεργίας-θνησιμότητας όσο και τους παράγοντες που συνδέουν αυτά τα δύο φαινόμενα.

Στο διάγραμμα 5 παρουσιάζονται οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης και συγκεκριμένα της μείωσης του ρυθμού οικονομικής ανάπτυξης, της αύξησης της ανεργίας και της υποαπασχόλησης, του πληθωρισμού και της πτώχευσης στη συρρίκνωση του οικογενειακού εισοδήματος και στα φορολογικά έσοδα οδηγώντας τελικά σε αύξηση του ποσοστού θνησιμότητας και μείωση του προσδόκιμου ζωής.

Διάγραμμα 5: Οικονομική κρίση και κατάσταση υγείας



Πηγή: Hopkins και συν. 2006.

Ψυχική υγεία

Η ψυχική υγεία και η ευημερία μπορούν να θεωρηθούν ως ο βαθμός στον οποίο τα συναισθήματα, οι σκέψεις και οι συμπεριφορές των ανθρώπων, τους επιτρέπουν να λειτουργούν αποτελεσματικά μέσα στην κοινότητα ή να προσαρμόζονται για να αντιμετωπίσουν τις αντιξοότητες και την αλλαγή. Από την άλλη πλευρά, η κακή ψυχική υγεία αναφέρεται σε ένα φάσμα προβλημάτων που παρεμποδίζουν σημαντικά τη γνωστική, κοινωνική και συναισθηματική λειτουργία ενός ατόμου (WHO, 2008). Οι επιζήμιες συνέπειες της ανεργίας είναι καλά τεκμηριωμένες, με άφθονα στοιχεία που δείχνουν ότι η ανεργία συνδέεται με ψυχικές ασθένειες και υψηλότερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης (Feather 1997, Stankunas και συν. 2006). Παραδείγματος χάριν, σε σύγκριση με τους απασχολούμενους, οι άνεργοι δείχνουν χαμηλότερα επίπεδα αυτοπεποίθησης και εμπιστοσύνης (Winefield και συν. 1992), χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης από τη ζωή (Kassenboehmer και Haisken-DeNew 2009, McKee-Ryan και συν. 2005), χαμηλότερα επίπεδα προσωπικού ελέγχου (Price και συν. 2002) και υψηλά επίπεδα απελπισίας (Winefield και συν. 1992).

Η ανεργία μπορεί επίσης να οδηγήσει σε έλλειψη αυτοεκτίμησης. Ο Rosenberg (1965) χαρακτήρισε την αυτοεκτίμηση ως την αξιολόγηση που το άτομο έχει για τον εαυτό του, δηλαδή είναι η έκφραση μιας στάσης αποδοχής ή απόρριψης προς τον εαυτό του. Σε μια μελέτη που πραγματοποιήθηκε από τους Waters και Moore (2002) διαπιστώθηκε ότι οι οικονομικές δυσκολίες ήταν σημαντικός παράγοντας στην αρνητική αυτοεκτίμηση. Επίσης, αναφέρθηκε ότι το εισόδημα αποτελεί πηγή ελέγχου στη ζωή του ατόμου παρέχοντας παράλληλα εμπειρίες, ρόλους και κοινωνική αλληλεπίδραση (Fryer 2010). Η ανεργία μπορεί όχι μόνο να επηρεάσει την αυτοεκτίμηση του ατόμου, αλλά να οδηγήσει σε φόβο για αποτυχία (Elliot και Thrash 2002, Leon και Matthews 2010, Σπυριδάκης 2013).

Οι τρεις πιο αξιοσημείωτες μετα-αναλύσεις που εξετάζουν τις επιπτώσεις της κατάστασης της απασχόλησης στην ψυχική υγεία είναι των Murphy και Athanasou (1999), McKee-Ryan και συν. (2005) και Paul και Moser (2009). Αυτές οι αναλύσεις συμφώνησαν στα ακόλουθα ευρήματα: α) υπήρχαν υψηλότερα ποσοστά επιπολασμού της κακής ψυχικής υγείας και ευημερίας μεταξύ των ανέργων σε σύγκριση με τους απασχολούμενους, β) τα άτομα αντιμετωπίζουν κακή ψυχική υγεία μετά από απώλεια θέσεων εργασίας και γ)

τα άτομα παρουσιάζουν βελτιώσεις στη ψυχική υγεία και ευημερία μετά την εύρεση εργασίας.

Στο πλαίσιο άσκησης κοινωνικής πολιτικής και αντιμετώπισης της ανεργίας οι περισσότερες χώρες παρέχουν επιδόματα ως στήριξη στους ανέργους. Η βιβλιογραφία έχει επεκταθεί και στην εξέταση της επίδρασης της «στήριξης του εισοδήματος» στην ψυχική υγεία. Τα επιδόματα ανεργίας παρέχουν ένα χρηματοοικονομικό δίκτυ ασφαλείας για όσους έχασαν την εργασία τους. Η έρευνα έχει δείξει ότι μεταξύ του 35% και 60% των δικαιούχων κοινωνικών επιδομάτων διαπιστώθηκε μια κλινική διάγνωση ψυχικής νόσου ή σημαντικά συμπτώματα κακής ψυχικής υγείας (Butterworth 2003, Butterworth και συν. 2004, Kiely και Butterworth 2014).

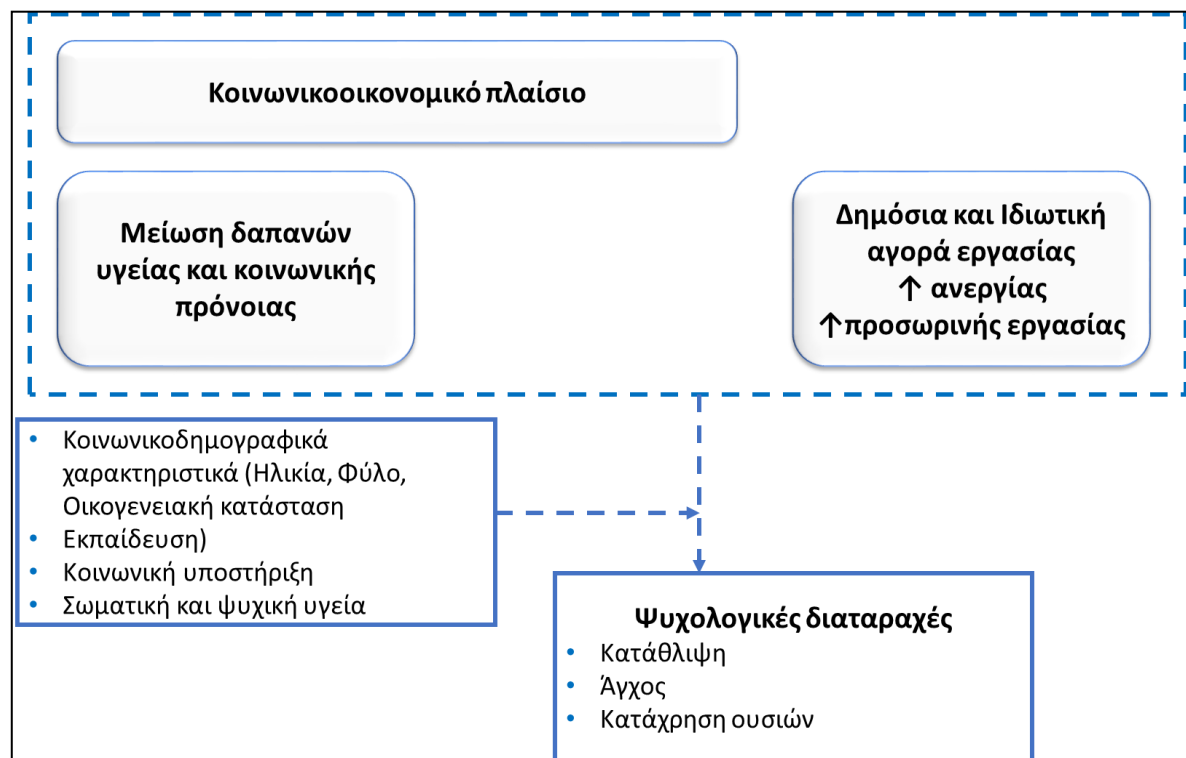
Όσον αφορά τις αυτοκτονίες, τα υψηλά ποσοστά ανεργίας φαίνεται να συνοδεύονται από υψηλότερη συχνότητα ψυχολογικών και συμπεριφοριστικών διαταραχών (Morrell και συν. 1994, Theodossiou 1998), ψυχοσωματικών ασθενειών και αυτοκτονιών ή αποπειρών αυτοκτονιών (Ungváry και συν. 1999). Οι αντιδράσεις των ατόμων στην ανεργία εξετάστηκαν σε αρκετές μελέτες (Morrell και συν. 1993, Yang και Lester 1995, Gerdtham και Johannesson 2003), οι οποίες επισημαίνουν ότι η οικονομική ύφεση φαίνεται να προκαλεί πράξεις βίας, αυτοκτονίας και ανθρωποκτονίας, μέσω της κακής ψυχολογικής κατάστασης. Οι Fergusson και συν. (2001) διαπίστωσαν ότι η ανεργία συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονικών σκέψεων, εγκληματικότητας και κατάχρησης ουσιών και οι Chang και συν. 2009 απέδειξαν ότι η ανεργία συνδέεται με σχεδόν τετραπλάσια αύξηση των αυτοκτονιών.

Οι Stuckler και συν. (2009) μελέτησαν 26 ευρωπαϊκές χώρες την περίοδο 1970-2006 και διαπίστωσαν ότι οι οικονομικές αλλαγές έχουν επηρεάσει τα ποσοστά θνησιμότητας στην Ευρώπη τις τελευταίες τρεις δεκαετίες, καθώς και τον τρόπο με τον οποίο οι κυβερνήσεις θα μπορούσαν να μειώσουν τις αρνητικές συνέπειές τους. Μια αύξηση της ανεργίας 1% αντιστοιχεί σε αύξηση 0,8% των αυτοκτονιών σε ηλικίες κάτω των 65 ετών και 0,8% αύξηση στις ανθρωποκτονίες. Η ανεργία άνω του 3% αντίστοιχα είχε ακόμη μεγαλύτερη επίδραση στις αυτοκτονίες (αύξηση >4%), σε άτομα ηλικίας κάτω των 65 ετών και σε θανάτους από κατανάλωση αλκοόλ. Επίσης, διαπίστωσαν ότι η αύξηση των ποσοστών ανεργίας δεν είχε καμία επίδραση στο ποσοστό αυτοκτονίας, όταν οι δαπάνες για ενεργά προγράμματα υποστήριξης της αγοράς εργασίας με στόχο τη διατήρηση των θέσεων εργασίας και την επανένταξη των ανέργων ήταν

πάνω από 190 δολάρια ανά άτομο ετησίως. Σε αυτό συνάδει και αντίστοιχη έρευνα των οι Laapani και συν. (2015) που επισημαίνει ότι ο αντίκτυπος της ανεργίας στα ποσοστά αυτοκτονίας φαίνεται να αντισταθμίζεται από την παρουσία κρατικών κοινωνικών προγραμμάτων και επιδομάτων ανεργίας.

Όσον αφορά τις ψυχολογικές επιπτώσεις της μακροχρόνιας ανεργίας, οι McKee-Ryan και συν. (2005) διαπίστωσαν ότι εκείνοι που ήταν άνεργοι για περισσότερους από 6 μήνες παρουσίασαν χειρότερη ψυχική υγεία, σε σύγκριση με εκείνους που ήταν λιγότερο από 6 μήνες. Αυτό εξηγείται και από τους Paul και Moser (2009), οι οποίοι δήλωσαν ότι «αναμένεται επιδείνωση της ψυχικής υγείας με την αύξηση της διάρκειας της ανεργίας, λόγω του ότι οι παράγοντες άγχους συσσωρεύονται με την μακροχρόνια ανεργία. Οι μακροχρόνια άνεργοι βιώνουν όλο και περισσότερες αποτυχίες κατά την αναζήτηση εργασίας, οι οικονομικές πιέσεις καθίστανται δυσκολότερες με την πάροδο του χρόνου, οι αποταμιεύσεις εξαντλούνται και οι καθημερινές υποχρεώσεις πρέπει να καλυφθούν». Το διάγραμμα 6 απεικονίζει τους παράγοντες που οδηγούν σε ψυχολογικές διαταραχές.

Διάγραμμα 6: Παράγοντες που οδηγούν σε ψυχολογικές διαταραχές



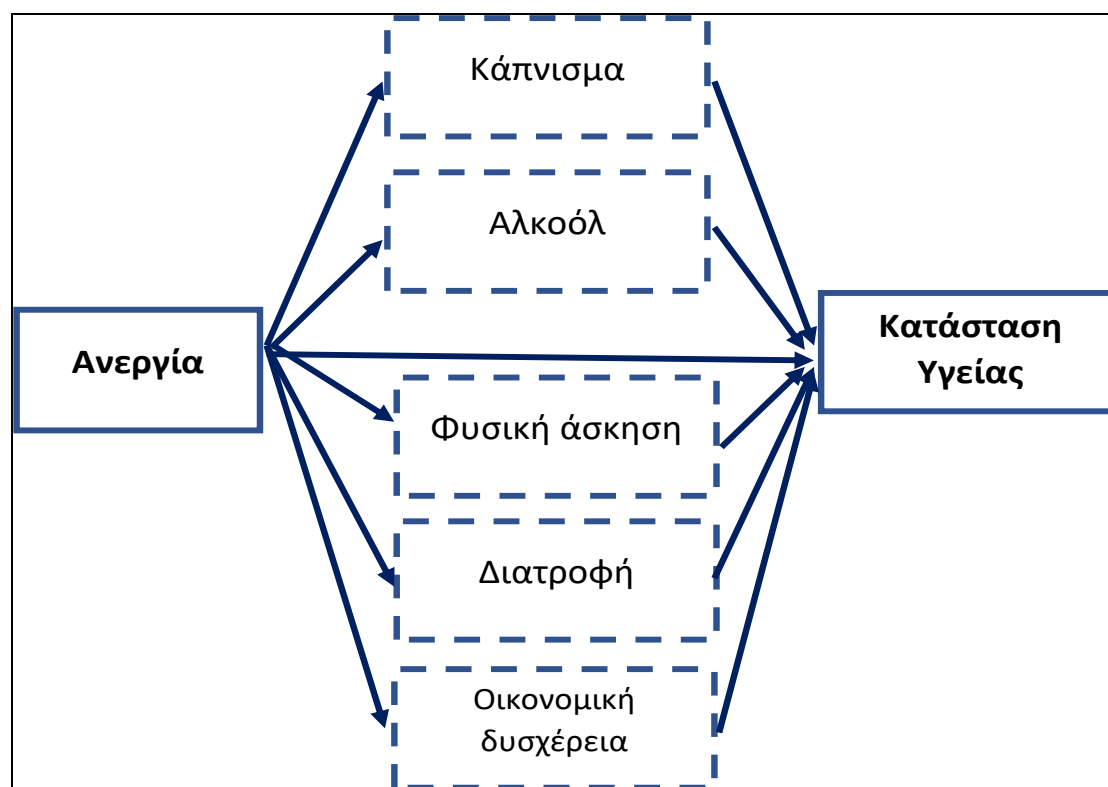
Πηγή: Virgolino και συν. 2017

3.2. Συμπεριφορές υγείας – παράγοντες κινδύνου

Πληθώρα ερευνών είναι πλέον διαθέσιμες σχετικά με τις επιπτώσεις της ανεργίας στη σωματική και τη ψυχική υγεία (Virtanen και συν. 2005, van Lenthe και συν. 2005, Beland και συν. 2002). Ωστόσο, οι έρευνες για τις βραχυπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες επιπτώσεις της ανεργίας στις συμπεριφορές υγείας, όπως το κάπνισμα, το αλκοόλ και το σωματικό βάρος, έχουν δείξει μικτά αποτελέσματα.

Έρευνες δείχνουν ότι η ανεργία έχει ως αποτέλεσμα την πιο υγιεινή συμπεριφορά των ανθρώπων, καθώς καπνίζουν και πίνουν λιγότερο, αθλούνται και κοιμούνται περισσότερο, αλλαγές που εάν διατηρηθούν θα βελτιώσουν την υγεία των ατόμων (Ruhm 2003, 2005) (διάγραμμα 7). Ωστόσο, άλλες έχουν διαπιστώσει ότι η ανεργία δεν βελτιώνει τις συμπεριφορές υγείας ή ακόμη και τις χειροτερεύει (Böckerman και συν. 2007, Charles και DeCicca 2008, Colman και Dave 2013, Dave και Kelly, 2012).

Διάγραμμα 7: Επίδραση της ανεργίας στην κατάσταση υγείας: ο ρόλος των συμπεριφορών υγείας – κινδύνου.



Πηγή: Ruhm 2003 (ιδία διαμόρφωση)

Χρήση καπνού

Η χρήση καπνού έχει βρεθεί ότι σχετίζεται με αγχωτικές κοινωνικοοικονομικές συνθήκες όπως η ανεργία (Breslau και συν. 2004). Οι μελέτες δείχνουν ότι οι άνεργοι είναι πιο πιθανό να καπνίζουν σε σχέση με τους εργαζόμενους (Bartley 1998, Falba και συν. 2005, Öhlander και συν. 2006, Weden και συν. 2006, Tekin και συν. 2013, Arcaya και συν. 2014). Σημαντικό όμως είναι το γεγονός ότι άνεργοι καπνιστές καπνίζουν λιγότερα τσιγάρα ημερησίως (Lee και συν. 1991, Colman και Dave (2014). Υπάρχουν ορισμένες ενδείξεις ότι η απώλεια θέσεων εργασίας αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την αύξηση του καπνίσματος και ότι αυτά τα αποτελέσματα μπορεί να είναι μακροχρόνια (Hammarstrom και Janlert 2003). Ο Xu (2013) υποστηρίζει ότι οποιαδήποτε αύξηση της χρήσης τσιγάρων κατά τη διάρκεια μιας οικονομικής ανάκαμψης εξηγείται κυρίως από το εισόδημα. Τα αποτελέσματα του δείχνουν ότι με την αύξηση των μισθών κατά 1\$, θα αυξηθεί ο επιπολασμός του καπνίσματος κατά 1,2% και η ποσότητα κατά 10 περισσότερα τσιγάρα.

Από την άλλη πλευρά, διαχρονικές μελέτες αναφέρουν ότι κατά την περίοδο της ανεργίας, μειώνεται το κάπνισμα (Ásgeirsdóttir και συν. 2014, Morris και συν. 1994, Rodríguez και συν. 1994). Σύμφωνα με τον Ruhm (2003, 2005) η σχέση μεταξύ των οικονομικών διακυμάνσεων και της συμπεριφοράς των καπνιζόντων δείχνει ότι τα άτομα καπνίζουν λιγότερο κατά τη διάρκεια μιας οικονομικής ύφεσης και εκτιμάται ότι η μείωση του ποσοστού των εργαζομένων κατά 1% επιφέρει μείωση κατά 0,6% του επιπολασμού του καπνίσματος. Τα αποτελέσματα αυτά υποδηλώνουν ότι η μείωση του καπνίσματος οφείλεται κυρίως στο μειωμένο κόστος ευκαιρίας των χρονοβόρων επενδύσεων στην ατομική υγεία. Δηλαδή, τα άτομα θα αφιερώσουν περισσότερο χρόνο για υγιείς δραστηριότητες, οι οποίες με τη σειρά τους θα οδηγήσουν σε μείωση της κατανάλωσης νικοτίνης.

Κατανάλωση αλκοόλ

Η κατάχρηση αλκοόλ και ο εθισμός αναπτύσσονται ως αντιδράσεις για την αντιμετώπιση των αγχωτικών καταστάσεων όπως η ανεργία, σύμφωνα με τις θεωρίες του αλκοολισμού (Forcier 1988). Πρώτον, από ψυχολογική άποψη, οι οικονομικές προκλήσεις που σχετίζονται με την ανεργία θα μπορούσαν να αυξήσουν την ένταση, το άγχος και την οικογενειακή διαφωνία, οδηγώντας έτσι

σε αυξημένη χρήση αλκοόλ (Catalano και συν. 2011). Δεύτερον, σύμφωνα με τη «θεωρία απογοήτευσης- επιθετικότητας» (frustration aggression theory), ορισμένα άτομα πίνουν για να αντιμετωπίσουν την απροσδόκητη απώλεια θέσεων εργασίας και εισοδήματος (Catalano και συν. 1999, Catalano και συν. 2011). Τρίτον, η πραγματική ή ο φόβος για ανεργία κατά τη διάρκεια μιας φθίνουσας οικονομίας αναγκάζει τα άτομα να αναπροσανατολίσουν το εισόδημα τους σε συμπεριφορές που ενισχύουν την υγεία όπως άσκηση, καλή διατροφή και προληπτική φροντίδα (Bruckner 2008, Catalano και συν. 2011).

Η διεθνής βιβλιογραφία ανέφερε ότι η χρήση αλκοόλ μειώνεται όταν το ποσοστό ανεργίας αυξάνεται, λόγω κυρίως της μείωσης του εισοδήματος (Brenner 1979, Ruhm 1995, Ettner 1997). Στη μελέτη των Dee και συν. (2001) αναφέρεται ότι όταν τα ποσοστά ανεργίας αυξάνονται η συνολική κατανάλωση αλκοόλ μειώνεται μόνο στα άτομα που έπιναν ήδη πολύ, ενώ στα άτομα που έπιναν λίγο αυξάνεται.

Από την άλλη πλευρά, πληθώρα μελετών διαπιστώνουν ότι υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ ανεργίας και κατανάλωσης αλκοόλ (Janlert και Hammarström 1992, Catalano και συν. 1993, Dooley και Prause 1998, Gallo και συν. 2001, Dávalos και French 2011). Η ανεργία έχει ως αποτέλεσμα περισσότερο ελεύθερο χρόνο, που μπορεί να ενθαρρύνει την κοινωνική κατανάλωση αλκοόλ (Arkes 2007, Dee 2001).

Σημαντικός είναι ο διαχωρισμός της κατανάλωσης αλκοόλ και της διάρκειας της ανεργίας. Οι Khan και συν. (2002) και Brenner (2016) διαπιστώνουν ότι η βραχυπρόθεσμη ανεργία σχετίζεται με τη μείωση της κατανάλωσης αλκοόλ, ενώ η μακροχρόνια ανεργία αυξάνει τη χρήση αλκοόλ. Ο Mossakowski (2008) διαπιστώνει ότι οι μεγαλύτερες περιόδους ανεργίας αποτελούν παράγοντα κινδύνου για την έντονη κατανάλωση αλκοόλ.

Είναι σημαντική επίσης η επισήμανση, ότι οι επικίνδυνες συμπεριφορές, όπως η κατανάλωση αλκοόλ, έχουν ως αποτέλεσμα την αύξηση της ανεργίας, γεγονός που τεκμηριώνει την πιθανή αιτιώδη σχέση μεταξύ της κατανάλωσης αλκοόλ και της ανεργίας (Morris και συν. 1992, Mullahy και Sindelar 1996, Terza 2002, MacDonald and Shields 2004, Johansson και συν. 2007).

Φυσική άσκηση

Υπάρχουν διάφοροι λόγοι για τους οποίους πιστεύεται ότι τα άτομα που αντιμετωπίζουν ανεργία δεν μπορούν να συμμετάσχουν σε συμπεριφορές που προάγουν την υγεία τους σε σύγκριση με τους εργαζόμενους (π.χ. λόγω άγχους ή κατάθλιψης). Ωστόσο υπάρχουν επίσης λόγοι που πιστεύεται ότι τα άτομα ενδέχεται να κάνουν πιο υγιεινές επιλογές κατά τη διάρκεια της ανεργίας τους (Colman και Dave 2014, Dave και Kelly 2012).

Οι οικονομικές δυσκολίες που συνοδεύουν την απώλεια θέσεων εργασίας οδηγούν τα άτομα στο να αναζητήσουν τρόπους διατήρησης της υγείας τους μέσω της φυσικής άσκησης ή της διατροφής. Επιπλέον, στο μοντέλο του Grossman σχετικά με την επένδυση της υγείας στο ανθρώπινο κεφάλαιο, τα άτομα επενδύουν στην υγεία, αλλά ο χρόνος επένδυσης περιορίζεται λόγω της εργασίας τους (Avendano και Berkman 2014). Στην περίπτωση της ανεργίας, η προσφορά εργασίας εξαλείφεται και ο χρόνος αυτός μπορεί να αυξήσει τις επενδύσεις για υγεία, ακόμη και αν μειωθεί το εισόδημα. Ο Ruhm (2005) αναφέρει αύξηση στη σωματική δραστηριότητα όταν οι συνθήκες στην αγορά εργασίας επιδεινωθούν. Τα άνεργα άτομα επιλέγουν να επενδύσουν μερικό από τον ελεύθερο χρόνο τους στη σωματική άσκηση και έτσι ο ελεύθερος χρόνος εργασίας θα μπορούσε τελικά να βελτιώσει την υγεία τους.

Διατροφή

Υπάρχει μια καθιερωμένη σχέση της ανεργίας και του αυξημένου κινδύνου τόσο της κακής υγείας όσο και της θνησιμότητας (Roelfs και συν. 2011). Οι σχέσεις αυτές διαπιστώνονται μέσω των συμπεριφορών κινδύνου που σχετίζονται με την υγεία -κυρίως του καπνίσματος, της διατροφής, της άσκησης και της κατανάλωσης αλκοόλ - που προκαλείται από το περιορισμένο εισόδημα, τη μεταβαλλόμενη καθημερινή ρουτίνα και το ψυχοκοινωνικό άγχος. Παρόλο που υπάρχουν ενδείξεις αύξησης του καπνίσματος κατά τη διάρκεια της ανεργίας (Arcaya και συν. 2014, Falba και συν. 2005, Hammarstrom και Janlert 1994), η σχέση ανεργίας με άλλες συμπεριφορές υγείας όπως η διατροφή και ο δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ), είναι ελάχιστα κατανοητές.

Πρόσφατα οι Dave και Kelly (2012) παρατήρησαν ότι κατά τη διάρκεια της ανεργίας, η κατανάλωση φρέσκων προϊόντων μειώθηκε, ενώ η κατανάλωση ανθυγιεινών τροφίμων, όπως σνακ και γρήγορα τρόφιμα αυξήθηκε. Η διατροφή

μπορεί να επηρεαστεί μέσω τουλάχιστον δύο συνιστωσών κατά τη διάρκεια της ανεργίας : α) του αυξημένου ελεύθερου χρόνου και β) μειωμένου εισοδήματος (πραγματικό και αναμενόμενο). Τα άνεργα άτομα έχουν περισσότερο χρόνο να αφιερώσουν στην προετοιμασία θρεπτικών γευμάτων στο σπίτι, έτσι η κατανάλωση φρούτων και λαχανικών μπορεί να αυξηθεί (Monsivais και συν. 2014). Από την άλλη πλευρά, οι αλλαγές στο εισόδημα είτε πραγματικές είτε αναμενόμενες επηρεάζουν τις συμπεριφορές υγείας. Ο περιορισμός του διαθέσιμου εισοδήματος οδηγεί στην αναγκαστική πρόσληψη φθηνότερων τροφίμων με ανεπαρκή διατροφική αξία (Οικονόμου και συν. 2014), που σημαίνει ότι τα άτομα έχουν λιγότερα χρήματα να διαθέσουν για την πρόσληψη φρούτων και λαχανικών και οδηγούνται σε υποκατάστατες φθηνότερες πηγές τροφίμων όπως τα άμυλα.

Ως προς τον ΔΜΣ, υπάρχουν αναφορές για αύξηση του βάρους που σχετίζεται με την ανεργία (Leino-Arjas και συν. 1999, Virtanen και συν. 2008, Deb και συν. 2011, Marcus, 2014, Monsivais και συν. 2015). Αντίθετα, άλλες μελέτες έχουν δείξει μείωση του ΔΜΣ κατά τη διάρκεια της ανεργίας, αλλά οι συσχετισμοί εξαρτώνται και από το φύλο (Montgomery και συν. 1998, Jonsdottir και Asgeirsdottir 2014). Τόσο το χαμηλό βάρος όσο και η παχυσαρκία συνδέονται με το ψυχοκοινωνικό άγχος με κύρια πηγή την ανεργία (Jahoda 1981, Warr 1987, White 1991, Nordenmark και Strandh 1999) και με αυξημένο κίνδυνο θνησιμότητας (Aune και συν. 2016), που παρατηρείται επανειλημμένα στους αναζητούντες εργασία (Kivimaki και συν. 2006).

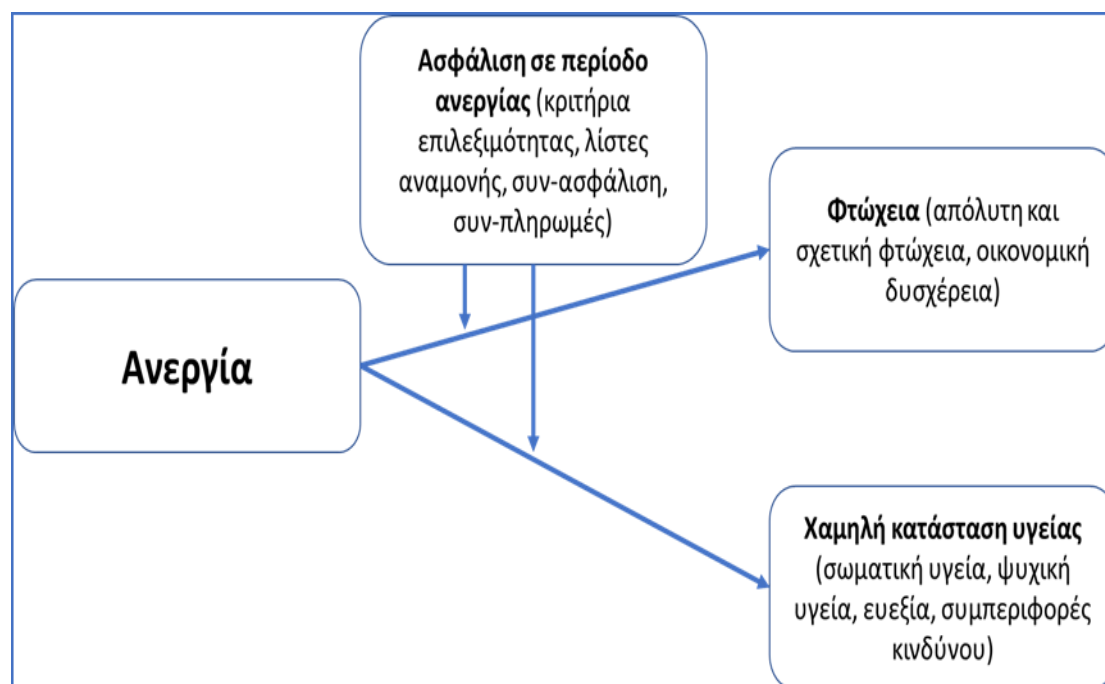
Επίσης, η έρευνα των Morris και συν. (1992) διαπίστωσε ότι η ανεργία μπορεί να επηρεάσει το σωματικό βάρος, δείχνοντας ότι οι άνεργοι άνδρες έχουν περισσότερες πιθανότητες να χάσουν ή να κερδίσουν >10% του σωματικού βάρους τους σε σύγκριση με τους εργαζόμενους άνδρες. Μια μελέτη στη Φιλανδία αναφέρει ότι το υπερβολικό βάρος στις γυναίκες συνδέεται με τη μακροχρόνια ανεργία (Sarlio-Lahteenkorva και Lahelma 1999).

3.3. Πρόσβαση και κάλυψη αναγκών υγείας

Η διεθνής βιβλιογραφία αναφέρει τη σχέση μεταξύ ανεργίας και χαμηλής πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη (Driscoll και Bernstein 2012, Maruthappu και συν. 2016). Στις ΗΠΑ, οι άνεργοι είναι συχνά ανασφάλιστοι

και ως εκ τούτου έχουν δύσκολη πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη (Driscoll και Bernstein 2012). Στην Ευρώπη, παρά το γεγονός ότι αρκετές χώρες παρέχουν δωρεάν και καθολική υγεία, η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας συνδέεται με την ασφαλιστική κάλυψη (διάγραμμα 8). Η αύξηση της ανεργίας και η εξάντληση του δικαιώματος κοινωνικής ασφαλιστικής κάλυψης του πληθυσμού κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης συνδέεται με χαμηλή πρόσβαση (Maguthappu και συν. 2016, Οικονόμου 2018). Σε ομάδες του πληθυσμού όπως οι άνεργοι τέθηκαν εμπόδια στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας λόγω της αδυναμίας πληρωμής του κόστους στις υπηρεσίες υγείας, της αύξησης της συμμετοχής στο κόστος χρήσης των υπηρεσιών και γραφειοκρατικών και στιγματιστικών διοικητικών φραγμών (Οικονόμου 2018).

Διάγραμμα 8: Σύνδεση ανεργίας με ασφάλιση και κατάσταση υγείας



Πηγή: Renahy και συν. 2018

Η οικονομική επιβάρυνση της χρήσης των υπηρεσιών υγείας μπορεί να επηρεάσει τη σχέση μεταξύ ανεργίας και αδυναμίας πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη (Bloemen και Stancanelli 2005). Ειδικότερα, η απώλεια εισοδήματος λόγω ανεργίας θα μειώσει τον οικογενειακό προϋπολογισμό, επηρεάζοντας τη χρήση υγειονομικής περίθαλψης. Οι εθνικές πολιτικές για την υγεία και την κοινωνική προστασία μπορούν να μειώσουν

αυτή τη σύνδεση μειώνοντας ή αφαιρώντας τα οικονομικά εμπόδια στην πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη. Πολλές χώρες, ωστόσο, απαιτούν συμπληρωματικές παροχές και υψηλές συννασφαλίσεις κατά την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη, οι οποίες έχει αποδειχθεί ότι μειώνουν τη ζήτηση για φροντίδα υγείας, επιδεινώνοντας το επίπεδο υγείας του πληθυσμού (Gemmill και συν. 2008, Trivedi και συν. 2010). Σε αυτό το πλαίσιο, τα άτομα συχνά πληρώνουν από την τσέπη τους αρκετά χρήματα. Έτσι, η καθυστέρηση στη ζήτηση και χρήση υπηρεσιών υγείας έχει αποδειχθεί ότι καθυστερεί τη διάγνωση και θεραπεία που μπορεί να οδηγήσει σε χειρότερα αποτελέσματα υγείας (Ayanian και συν. 1993), και σε αποφυγή της απαραίτητης νοσηλείας αυξάνοντας το τελικό κόστος των υπηρεσιών υγείας (Reeves και συν. 2017).

Επίσης, οι διεθνείς μελέτες δείχνουν ότι υφίσταται μεγαλύτερη χρήση της φροντίδας υγείας μεταξύ των ανέργων ασθενών σε σχέση με τους απασχολούμενους (Kraut και συν. 2000, Field και συν. 2001). Η μείωση των πόρων των νοικοκυριών έχει ως αποτέλεσμα τον περιορισμό της αγοραστικής δυνατότητας για χρησιμοποίηση ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας (Οικονόμου 2018). Ωστόσο, οι άνεργοι επισκέπτονται γενικό και ειδικό ιατρό σπάνια για προληπτικούς ελέγχους (Rasky και συν. 1996).

Από την άποψη της χρήσης της ψυχικής φροντίδας υπάρχουν διαφορετικά αποτελέσματα. Οι Alonso και συν. (2007) και οι Gouwy και συν. (2008) έχουν δείξει ότι σε περίπτωση προβλημάτων ψυχικής υγείας, οι άνεργοι αναζητούν λιγότερο συχνά ιατρική φροντίδα από ότι οι εργαζόμενοι. Ωστόσο, οι Buffel και συν. (2015) διαπιστώσαν ότι οι άνεργοι χρησιμοποιούν την ιατρική περίθαλψη περισσότερο από ότι οι εργαζόμενοι, ανεξάρτητα από την ψυχική τους κατάσταση.

3.4. Επιπτώσεις των κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών

Ηλικία

Η διεθνή βιβλιογραφία αναφέρει ότι τα νεαρά σε ηλικία άτομα ήταν λιγότερο πιθανό να επηρεαστούν από την ανεργία σε σχέση με τα μεγαλύτερα άτομα (Winefield και συν. 1993). Η εξήγηση σε αυτό είναι ότι όσοι ήταν νεότεροι δεν επιβαρύνονται από οικογενειακές ευθύνες ή κοινωνικό στιγματισμό που συνδέεται με την ανεργία, όπως συμβαίνει με τους μεγαλύτερους. Η μελέτη των Breslin και Mustard (2003), απέδειξε συσχέτιση μεταξύ ανεργίας και ψυχικής υγείας για άτομα ηλικίας 31+ ετών. Αντίθετα, πρόσφατες μελέτες διαπιστώνουν ότι επηρεάζεται αρνητικά η ψυχική υγεία τόσο των νεότερων, όσο και των μεγαλύτερων σε ηλικία, όταν αντιμετωπίζουν ανεργία (Brand και συν. 2008, Paul και Moser 2009, Norström και συν. 2014).

Φύλο

Παλαιότερη έρευνα του Kaufman (1982) έδειξε ότι η επίδραση της ανεργίας δεν είναι τόσο σοβαρή για τις γυναίκες, καθώς η οικονομική επιβάρυνση θα αντισταθμιστεί από τα εισοδήματα των συζύγων τους και οι οικογενειακές ευθύνες των άνεργων γυναικών θα αποτελέσουν προστατευτικό παράγοντα της κακής ψυχικής υγείας. Ωστόσο, με τη μαζικότερη συμμετοχή των γυναικών στην αγορά εργασίας σε σχέση με το παρελθόν και το γεγονός ότι οι άνδρες μοιράζονται περισσότερα οικιακά καθήκοντα, τα δεδομένα έχουν αλλάξει. Οι Mckee-Ryan και συν. (2005) διαπίστωσαν ότι οι άνεργες γυναίκες υπέφεραν από χειρότερη ψυχική υγεία και ανέφεραν χαμηλότερη ικανοποίηση από τη ζωή σε σχέση με τους άνδρες. Οι Leach και συν. 2008 διαπίστωσαν ότι οι γυναίκες έχουν δύο φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να εμφανίσουν κατάθλιψη σε σύγκριση με τους άνδρες, κερδίζουν λιγότερα χρήματα, έχουν λιγότερη σταθερή πηγή εισοδήματος από τους άνδρες, γεγονός που δείχνει ότι η «άνιση κατανομή των κοινωνικοοικονομικών πόρων συνδέεται στενά με τις διαφορές των φύλων στην κατάθλιψη» (Leach και συν. 2008). Αντίθετα, οι Artazcoz (2004) ανέλυσαν τις διαφορές των φύλων στην ανεργία και την ψυχική υγεία και απέδειξαν ότι η ανεργία είχε μεγαλύτερο αντίκτυπο στην ψυχική υγεία των ανδρών σε σύγκριση με τις γυναίκες και ότι η διαφορά αυτή συνδέεται με τις οικογενειακές ευθύνες

και την κοινωνική κατάσταση. Κατά συνέπεια έχει διαπιστωθεί ότι υπάρχουν μόνο μικρές διαφορές μεταξύ των γυναικών και των ανδρών σήμερα όσον αφορά την επίδραση της ανεργίας στην ψυχική τους υγεία.

Οικογενειακή κατάσταση

Η οικογενειακή κατάσταση συνδέεται με την καταθλιπτική συμπτωματολογία, καθώς τα άγαμα άτομα αναφέρουν υψηλότερα επίπεδα καταθλιπτικής συμπτωματολογίας από τα έγγαμα άτομα και οι διαζευγμένοι ή χήροι ανέφεραν υψηλότερα καταθλιπτικά συμπτώματα από τους έγγαμους (Guarnaccia και Worobey 1991). Δεδομένου ότι η κοινωνική υποστήριξη έχει αποδειχθεί ότι προστατεύει τους ανθρώπους από προβλήματα ψυχικής υγείας, η αντίληψη του συντρόφου ως πηγή υποστήριξης μπορεί να αποτρέψει την επίδραση της ανεργίας στην ψυχική υγεία. Η ύπαρξη μιας σχέσης μπορεί να βελτιώσει τις πιθανότητες ενός άνεργου ατόμου να διατηρήσει την αυτοεκτίμησή του.

Πολλές έρευνες έχουν εξετάσει την επίδραση της ανεργίας των γονέων στην ψυχική υγεία και την ευημερία του παιδιού τους, αποδεικνύοντας αποτελέσματα όπως υψηλά επίπεδα προβλημάτων συμπεριφοράς, απόπειρες αυτοκτονίας και χαμηλά επίπεδα κυριαρχίας. Ωστόσο, λίγες μελέτες έχουν πραγματοποιηθεί σχετικά με το εάν η ύπαρξη παιδιών επηρεάζει την ψυχική υγεία των ανέργων γονέων (Voydanoff 2007). Αναμένεται ότι η ύπαρξη παιδιών αυξάνει την ανησυχία για ανεργία, λόγω των πρόσθετων οικογενειακών ευθυνών και των μεγαλύτερων συνεπειών της απώλειας εισοδήματος κυρίως για τους άνδρες και τις άγαμες μητέρες (Leana και Feldman 1995). Επίσης, στη μελέτη του Reynolds (2010) διαπιστώθηκε ότι για κάθε αύξηση του ποσοστού ανεργίας κατά 1% έχει επιβεβαιωθεί αύξηση κατά 0,50 ανά 1000 εκθέσεις παιδικής κακοποίησης.

Κοινωνικοοικονομική κατάσταση

Η κοινωνικοοικονομική κατάσταση συνάγεται από έναν συνδυασμό εκπαίδευσης, εισοδήματος και απασχόλησης. Η βιβλιογραφία αποκαλύπτει ισχυρούς δεσμούς μεταξύ χαμηλής κοινωνικοοικονομικής κατάστασης, χειρότερων ψυχικών και σωματικών επιπτώσεων στην υγεία και ανισοτήτων στην πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας. Τα άτομα με χαμηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο

είναι πιο πιθανό να εργάζονται με μερική απασχόληση και έτσι πιο πιθανό να βιώσουν οικονομικές δυσκολίες (Ross και Wu 1996). Έχει υποστηριχθεί ότι τα άτομα με υψηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο έχουν λιγότερες πιθανότητες να αντιμετωπίσουν την ανεργία, ωστόσο όταν αυτό συμβεί προκαλεί μεγαλύτερο στιγματισμό (McFadyen 1995). Έτσι, ενώ τα άτομα με χαμηλότερη κοινωνικοοικονομική κατάσταση είναι πιο πιθανό να αντιμετωπίσουν ανεργία, η κακή ψυχική υγεία είναι μεγαλύτερη σε όσους προέρχονται από μια υψηλότερη κοινωνικοοικονομική ομάδα.

Συνοπτικά, Μολονότι η κατανόηση του ρόλου της ανεργίας ως παράγοντα κινδύνου στο επίπεδο της σωματικής και ψυχικής υγείας δεν είναι πάντοτε εύκολο να επιτευχθεί, η διεθνής εμπειρία αποδεικνύει επιδείνωση του επιδημιολογικού προφίλ, αύξηση της κατάθλιψης, του άγχους, αλλά και των αυτοκτονιών ή της πρόθεσης για αυτοκτονία στους ανέργους. Η χρήση καπνού και η κατανάλωση αλκοόλ μπορεί να αποτελούν «μηχανισμούς αντιμετώπισης» σε περιόδους υψηλού άγχους, όπως η περίοδος της ανεργίας. Ομοίως, η κατανάλωση φαγητού ανεπαρκής διατροφικής αξίας μπορεί να αποτελεί ένα εύκολο και "αγχολυτικό" μέσο, λαμβάνοντας υπόψη τη γνωστή σχέση μεταξύ άγχους και διατροφής. Τέλος, η μείωση του οικογενειακού εισοδήματος και της αγοραστικής δύναμης, λόγω της ανεργίας, μπορούν να οδηγήσουν στη μείωση των δαπανών για υπηρεσίες υγείας από τα νοικοκυριά.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

4.1. Μακροοικονομική ανάλυση και επιπτώσεις

Μολονότι, η Ελλάδα είχε αντιμετωπίσει σοβαρά διαρθρωτικά προβλήματα, όπως τα πολύ υψηλά δημόσια ελλείμματα, μέχρι τα μέσα της δεκαετίας του '90 κατάφερε να γίνει μέλος της Ευρωζώνης (ΕΖ) το 2001. Οι επενδυτές είχαν την πεποίθηση ότι η ΕΖ, έχοντας μια κοινή νομισματική πολιτική που θα διαχειρίζεται συντηρητικά η Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα (ΕΚΤ) και τους κανόνες που περιορίζουν τα ελλείμματα και το χρέος, θα ενισχύσουν τις παραδοσιακά ασθενέστερες οικονομίες, όπως η Ελλάδα (Baldwin και Giavazzi 2015, Mavridis 2018).

Η ελληνική κυβέρνηση εκμεταλλεύτηκε το χαμηλότερο κόστος δανεισμού και το δημόσιο χρέος αυξήθηκε από 68% του ΑΕΠ το 1990 σε πάνω από 100% του ΑΕΠ το 2006 (Nelson και συν. 2015). Ωστόσο, η εισροή κεφαλαίων στην Ελλάδα και η χαλαρή επιβολή κανόνων σχετικά με τα δημόσια οικονομικά δεν οδήγησαν σε θεμελιώδη αλλαγή στον τρόπο διαχείρισης της ελληνικής οικονομίας. Αντ' αυτού, οι ελληνικές κυβερνήσεις χρησιμοποίησαν δανειακούς πόρους από ιδιώτες επενδυτές για να πληρώσουν τις δημόσιες δαπάνες και να αντισταθμίσουν τα χαμηλά φορολογικά έσοδα, συνεχίζοντας να δημιουργούν δημοσιονομικά ελλείμματα κατά τη δεκαετία του 1990 και του 2000 (Nelson και συν. 2015).

Δυστυχώς, η είσοδος της Ελλάδας στην Ευρωζώνη δεν πληρούσε τα τυπικά οικονομικά κριτήρια, αν και αυτό δεν ήταν προφανές από την αρχή. Τα χαμηλά επιτόκια οδήγησαν σε ανάπτυξη της οικονομίας που είχε ως αποτέλεσμα την άνοδο των μισθών και των εισοδημάτων στην Ελλάδα, πλην όμως δεν είχε θεμελιωθεί σε στέρεες βάσεις. Στην πραγματικότητα, τα κύρια κράτη της Ευρωζώνης, όπως η Γερμανία και η Γαλλία, επωφελήθηκαν από τις μεγάλες ροές κεφαλαίων προς τις περιφέρειες της ΕΖ όπως η Πορτογαλία, η Ιρλανδία, η Ελλάδα και η Ισπανία, τα λεγόμενα PIGS -Portugal, Ireland, Greece, Spain (ή PIIGS με την προσθήκη της Ιταλίας) (Baldwin και Giavazzi 2015, Mavridis 2018).

Το δημόσιο χρέος σε σχέση με το Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν έφτασε το 109,4% το 2008 ενώ το μέσο δημοσιονομικό έλλειμμα έφθασε το 5% από το 2001 έως το 2008 (Hyrrpolite, 2016). Η ελληνική οικονομία παρουσίασε τα πρώτα σημάδια επιδείνωσης μετά τους Ολυμπιακούς Αγώνες το 2004. Τον Σεπτέμβριο του 2004, η Ελλάδα σημείωσε δημόσιο έλλειμμα πάνω από 3% του ΑΕΠ (όριο της Ευρωζώνης) λόγω του κόστους φιλοξενίας των Θερινών Ολυμπιακών Αγώνων (Carassava 2004, European Commission 2010, Rankin 2015). Η οικονομία δεν είχε τις αιτούμενες επιδόσεις λόγω των χαμηλών εξαγωγών και της απώλειας κρατικών εσόδων εξαιτίας της παραοικονομίας και της διαφθοράς. Οι παραπάνω λόγοι επηρέασαν σε μεγάλο βαθμό το δημόσιο έλλειμμα που δυστυχώς, χωρίς δανεισμό, δεν μπορούσε να καλυφθεί. Το δημόσιο έλλειμμα έφτασε το 7% του ΑΕΠ το 2007, το 10% το 2008 και το 16% το 2009 (Thomadakis 2015). Η παγκόσμια οικονομική κρίση του 2007-2008 έστρεψε την προσοχή των αγορών σε ευάλωτες οικονομίες όπως η περίπτωση της Ελλάδας. Το υψηλό δημόσιο χρέος σε σχέση με το ΑΕΠ ανάγκασε τις αγορές να δανείσουν στην ελληνική κυβέρνηση με υψηλότερα επιτόκια, τα οποία δεν ήταν προσιτά. Παράλληλα, στα τέλη του 2009, οι σημαντικότεροι οργανισμοί αξιολόγησης (Fitch, Standard and Poor's, Moody's) άρχισαν να υποβαθμίζουν γρήγορα τη χώρα και οι ιδιωτικές ξένες επενδύσεις μειώθηκαν σημαντικά (Hyrrpolite 2016).

Από το 2009, η Ελλάδα είχε να αντιμετωπίσει μια σοβαρή κρίση χρέους. Οι περισσότεροι οικονομολόγοι πίστευαν ότι το δημόσιο χρέος της Ελλάδας, 180% του ελληνικού ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος (ΑΕΠ), είναι μη βιώσιμο (International Monetary Fund 2017). Οι συνέπειες του χρέους ήταν αισθητές σε όλη την ελληνική οικονομία, η οποία υποχώρησε κατά 25% από το επίπεδο πριν από την κρίση που οδήγησε το ελληνικό τραπεζικό σύστημα σε αστάθεια. Τον Οκτώβριο του 2009, η κυβέρνηση αποκάλυψε το πραγματικό μέγεθος του ελλείμματος του προϋπολογισμού, το οποίο ήταν 15,2% του ΑΕΠ (Baldwin και Giavazzi 2015, Hardouvelis και Gkionis 2016, Nelson και συν. 2017). Ως αποτέλεσμα, οι αγορές έχασαν την εμπιστοσύνη τους στην Ελλάδα και τον Απρίλιο του 2010, η ελληνική / γερμανική δεκαετής διαφορά απόδοσης χρέους ξεπέρασε τις 1000 μονάδες.

Αντιμετωπίζοντας τον κίνδυνο πτώχευσης, τον Μάιο του 2010 η Ελλάδα ζήτησε επισήμως οικονομική βοήθεια από την «Τρόικα», η οποία απαρτίζεται από την Ευρωπαϊκή Ένωση, την Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα και το Διεθνές

Νομισματικό Ταμείο. Η χώρα υπέγραψε τρία Μνημόνια ή Οικονομικά Προγράμματα Προσαρμογής (2010, 2012, 2015), τα οποία στην πραγματικότητα ήταν συμφωνίες δανείων διάσωσης, προκειμένου να σταθεροποιηθεί η οικονομία. Σύμφωνα με αυτά τα μνημόνια, η δημοσιονομική κρίση έπρεπε να αντιμετωπιστεί με μια σκληρή διαδικασία εξυγίανσης, ενώ τα πιο σημαντικά μέσα για την αντιμετώπιση της κρίσης ήταν οι δραστικές περικοπές μισθών και δημοσίων δαπανών, η απελευθέρωση της αγοράς εργασίας και της αγοράς υπηρεσιών (Giannitsis και Zografakis 2015). Δυστυχώς, παρά την αναδιάρθρωση του δημόσιου χρέους και τη μαζική θέσπιση διαρθρωτικών μεταρρυθμίσεων, τα προγράμματα διάσωσης (συνολικού ύψους 239 δισ. ευρώ) δεν κατάφεραν να ανακάμψουν την ελληνική οικονομία (Nelson και συν. 2017, Zettelmeyer και συν. 2017).

Επτά κυβερνήσεις (συμπεριλαμβανομένων τριών υπηρεσιακών κυβερνήσεων) προσπάθησαν να δώσουν λύση από το 2009 αλλά τελικά απέτυχαν (Berend 2017). Η Ελλάδα αντιμετώπισε τον κίνδυνο του Grexit, που σημαίνει έξοδο από την Ευρωζώνη, ειδικά μετά την εισαγωγή του ελέγχου των τραπεζικών κεφαλαίων (capital controls) τον Ιούνιο του 2015 (Darwish 2015). Επίσης, μια πιθανή αστάθεια στην ελληνική οικονομία μπορεί να προκαλέσει μια αρνητική αλυσιδωτή αντίδραση στο Διεθνές Τραπεζικό Σύστημα, όπως ένα φαινόμενο *ντόμινο* (Darwish 2015). Η χώρα εξακολουθεί να βρίσκεται σε μια πολύ ευάλωτη και αβέβαιη κατάσταση. Η δημοσιονομική προσαρμογή δεν έχει ακόμη καταφέρει να οδηγήσει την οικονομία σε σταθερή τροχιά ανάπτυξης, ενώ ο αντίκτυπος της κρίσης έχει εξαπλωθεί από την οικονομία και σε άλλα επίπεδα όπως το κοινωνικό και το πολιτικό (Giannitsis και Zografakis 2015).

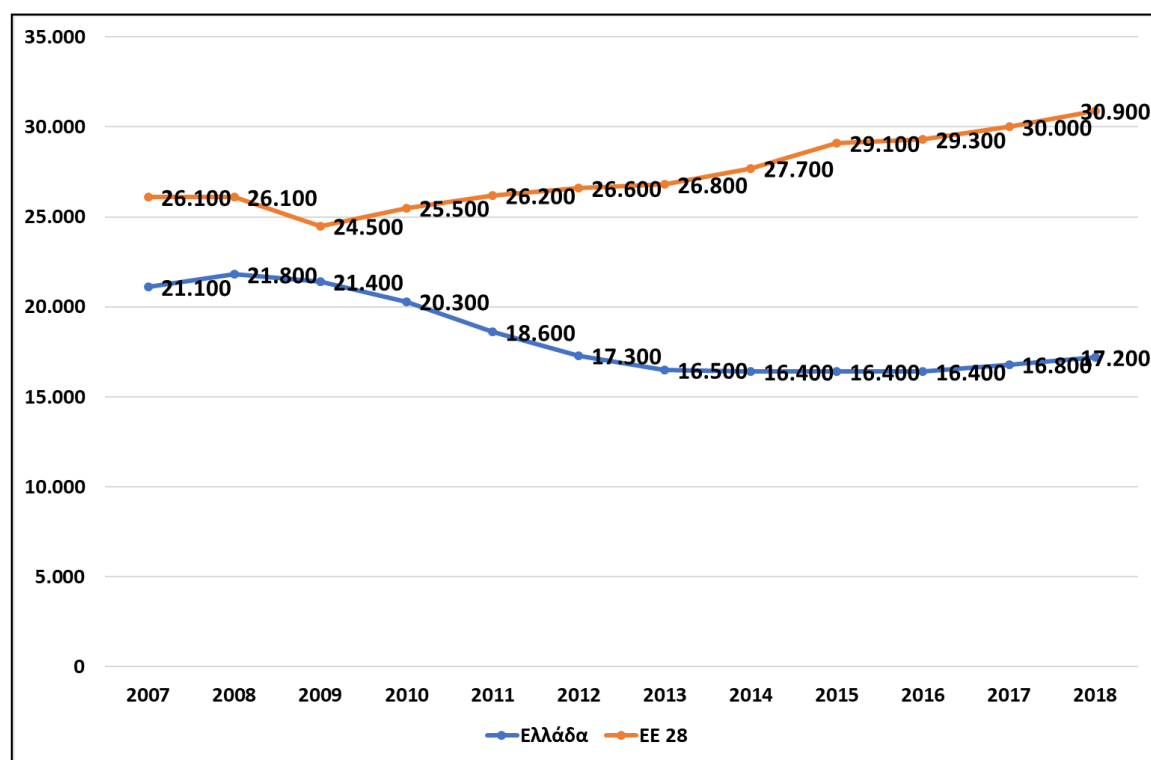
Το 2015 η Ελλάδα είχε το υψηλότερο κυκλικά προσαρμοσμένο πρωτογενές πλεόνασμα στη ζώνη του ευρώ (Weisbrot και συν. 2015) και το 2016 μετά από οκτώ χρόνια ύφεσης, η Ελλάδα έφθασε τελικά σε ένα μικρό πρωτογενές πλεόνασμα (0,7%). Αυτό που ξεκίνησε και συνεχίζεται ως μια οικονομική κρίση στην Ελλάδα έχει γίνει μια από τις ευρύτερες προκλήσεις που αντιμετωπίζει η Ευρωπαϊκή Ένωση (ΕΕ), όπου πολλοί αναλυτές πιστεύουν ότι αντιπροσωπεύει την πιο σημαντική αποδιοργάνωση των 60 χρόνων πορείας της ευρωπαϊκής ολοκλήρωσης (Archick 2016).

Όταν η διεθνής χρηματοπιστωτική κρίση έπληξε την Ελλάδα, η χώρα άρχισε να αντιμετωπίζει κοινωνικοοικονομική αναταραχή (European Central Bank 2011, International Monetary Fund 2013). Η οικονομική κρίση στη χώρα είχε

ως συνέπειες μειωμένη ζήτηση εργασίας, αύξηση ανεργίας και κυρίως της μακροχρόνιας, μειωμένο οικογενειακό εισόδημα, υψηλότερο χρέος, σημαντικές περικοπές στη χρηματοδότηση των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης, αύξηση του κινδύνου φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού (International Monetary Fund 2013, Kentikelenis και συν. 2014, Φερόνας και Οικονόμου 2010).

Στο διάγραμμα 9 παρουσιάζεται το κατά κεφαλήν ακαθάριστο εγχώριο προϊόν (ΑΕΠ) σε ευρώ, στην Ελλάδα και την Ευρωπαϊκή Ένωση 28 (ΕΕ-28). Το 2007 το κατά κεφαλήν ΑΕΠ της Ελλάδας ήταν 21.100€ και της ΕΕ-28 26.100€ με διαφορά 5.000€, ενώ το 2018 η διαφορά αυτή αυξήθηκε σε 13.700€. Το κατά κεφαλήν ΑΕΠ της χώρας πριν (2007) και κατά τη διάρκεια της κρίσης (2017) μειώθηκε κατά 20,4%.

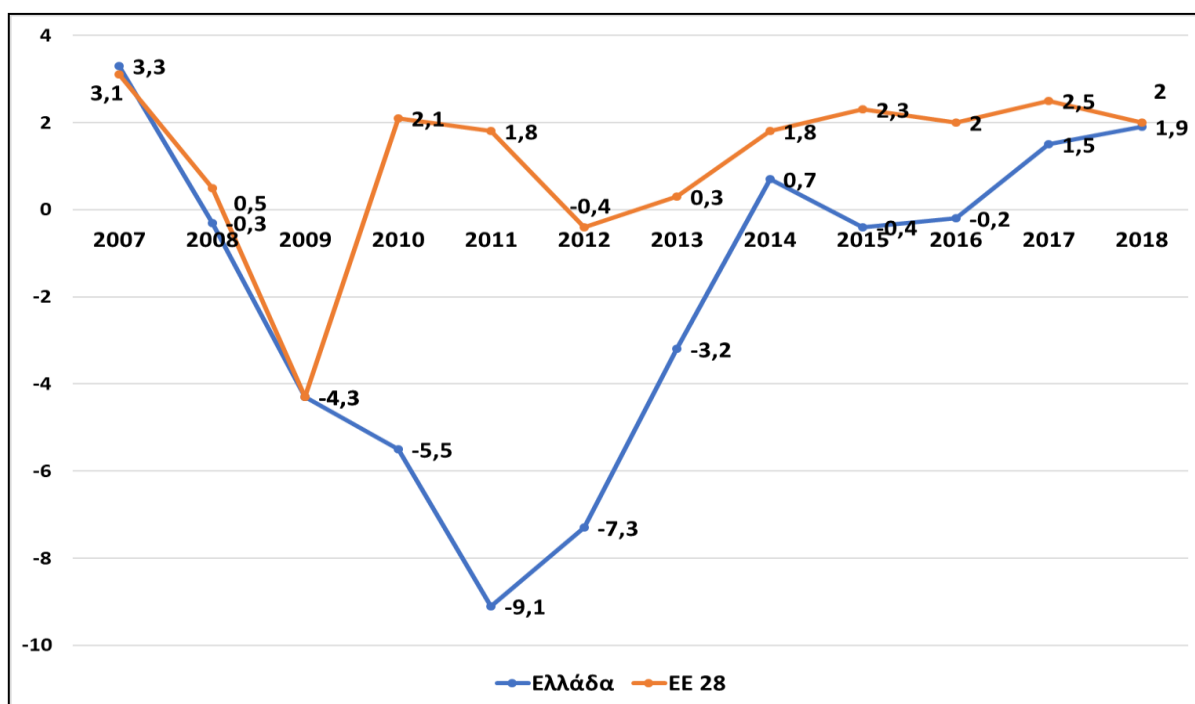
Διάγραμμα 9: Κατά κεφαλήν ακαθάριστο εγχώριο προϊόν σε ευρώ



Πηγή: Eurostat Database, 2019

Αντίστοιχα, ο ρυθμός αύξησης του πραγματικού ΑΕΠ στην Ελλάδα ήταν 3,3 το 2007 και μειώθηκε σε 1,9 το 2018. Ωστόσο, από το 2008 (αρχή της οικονομικής κρίσης) έως και το 2016 ο ρυθμός ανάπτυξης του ΑΕΠ παρουσίασε σημαντικές αρνητικές τιμές. Σχετικά με τον ρυθμό ανάπτυξης του πραγματικού ΑΕΠ στην ΕΕ-28 παρατηρείται μείωση το 2009 (-4,3), ενώ από το 2013 (0,3) αυξάνεται σταδιακά (διάγραμμα 10).

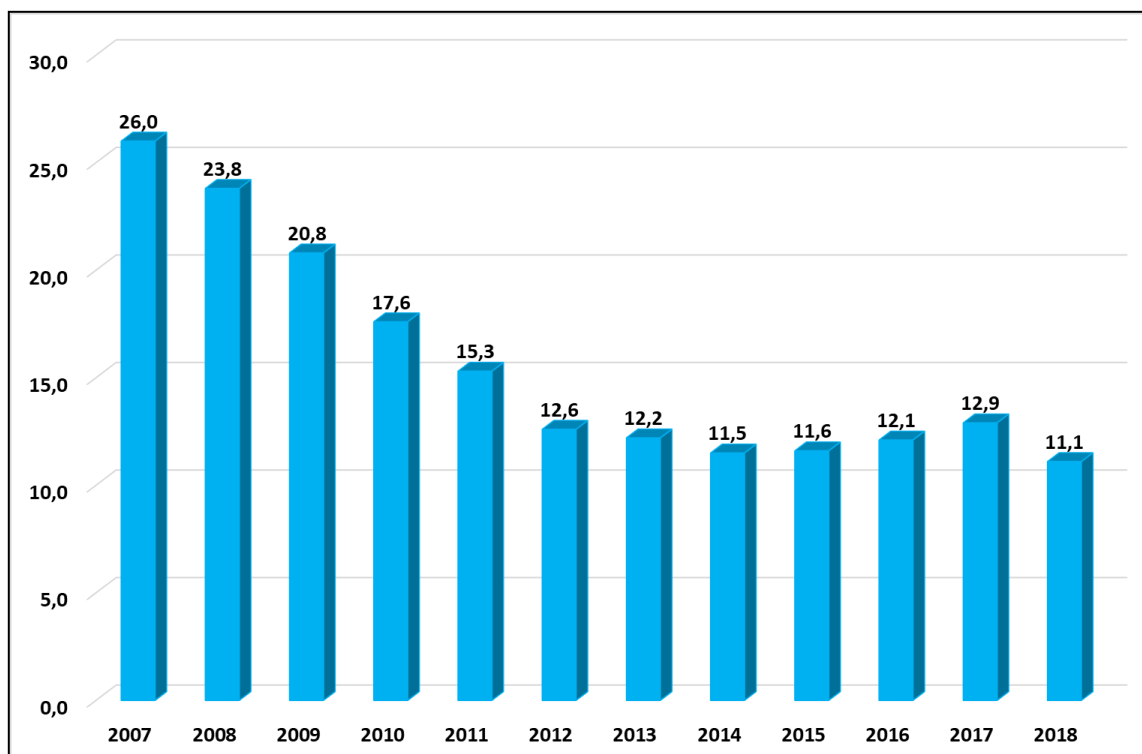
Διάγραμμα 10: Ρυθμός αύξησης του πραγματικού ΑΕΠ



Πηγή: Eurostat Database, 2019

Τα ανωτέρω δικαιολογούνται και από τις μειώσεις που παρατηρήθηκαν στις ακαθάριστες επενδύσεις παγίου κεφαλαίου στην Ελλάδα (διάγραμμα 11) κατά τα έτη 2007 -2018, με μείωση κατά 14,9%.

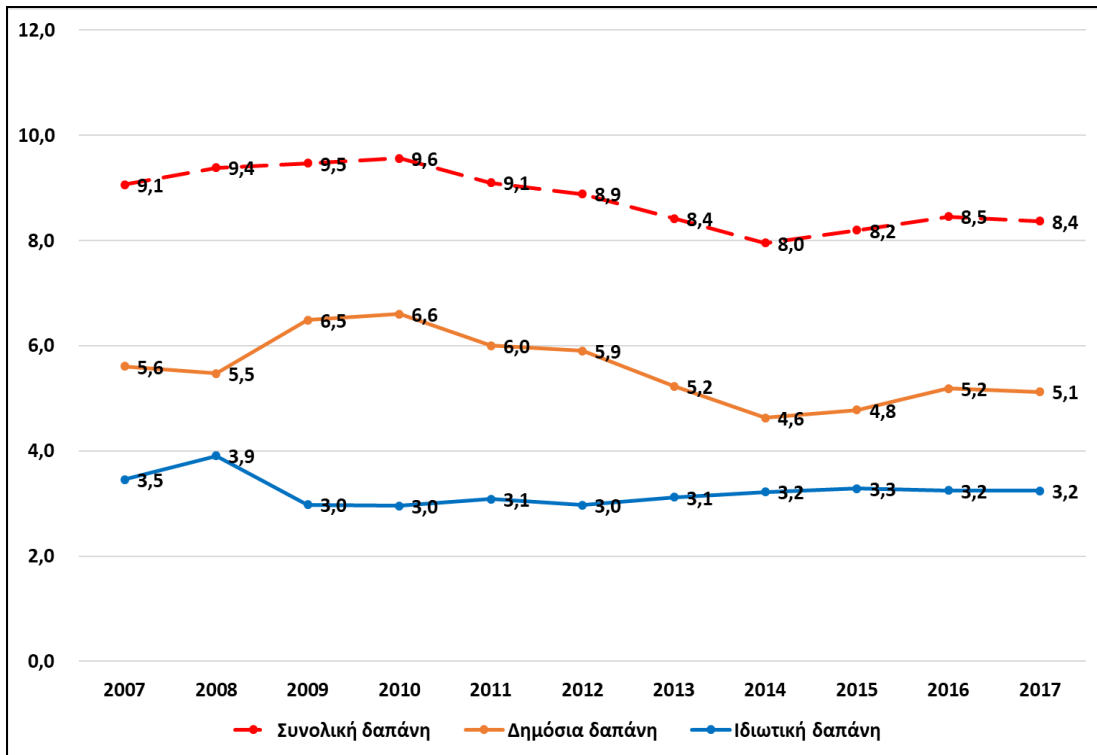
Διάγραμμα 11: Ακαθάριστες επενδύσεις παγίου κεφαλαίου ως % του ΑΕΠ



Πηγή: Eurostat Database, 2019

Όσον αφορά τις δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ της Ελλάδας που παρουσιάζεται στο διάγραμμα 12, παρατηρείται μια συνεχόμενη μείωση (-0,5%) των δημοσίων δαπανών, αλλά και των ιδιωτικών δαπανών (-0,3%) κατά τα έτη 2007-2017, με τη συνολική δαπάνη υγείας να μειώνεται κατά 0,7%. Σημαντικό είναι ότι το 2007, το 38,4% της συνολικής δαπάνης προερχόταν από ιδιωτικές δαπάνες, ποσοστό που αυξήθηκε σε 40% το 2017 υπερδιπλάσιο του μέσου όρου της ΕΕ, παρά τη μείωση των εισοδημάτων του ελληνικού πληθυσμού. Αυτό μπορεί να εξηγηθεί από το γεγονός ότι τα δημόσια νοσοκομεία δεν είχαν τη δυνατότητα να καλύψουν τις ανάγκες των πολιτών (η πλειοψηφία των οποίων στράφηκε στη δημόσια υγεία) λόγω των λιστών αναμονής και των μειώσεων σε προσωπικό και ιατροφαρμακευτικά υλικά. Ως εκ τούτου, επιλέχθηκαν οι ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας και κατ' επέκταση αυξήθηκαν οι σχετικές δαπάνες. Η συνολική κατά κεφαλήν δαπάνη υγείας στην Ελλάδα διαμορφώθηκε σε €1.357 (789€ δημόσια δαπάνη και 564€ ιδιωτική δαπάνη) το 2016, έναντι €2.027 το 2009, ποσό που υπολείπεται κατά 1/3 του μέσου όρου στην ΕΕ.

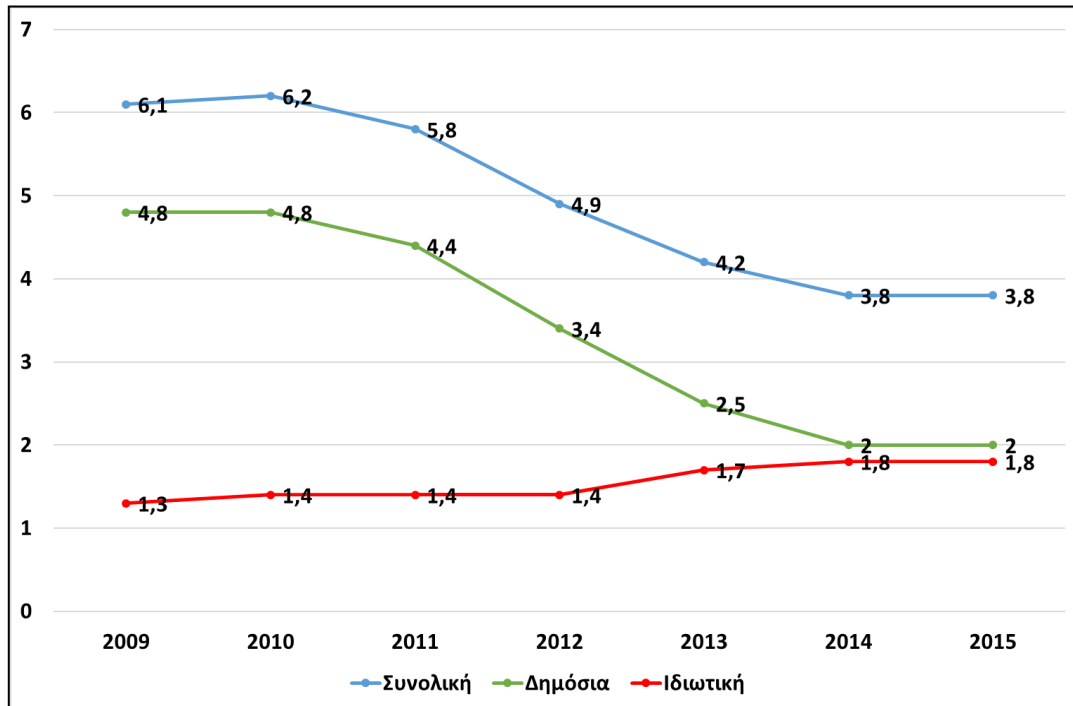
Διάγραμμα 12: Δαπάνες Υγείας ως % του ΑΕΠ



Πηγή: OECD Health Statistics, 2018

Παρόμοια είναι τα αποτελέσματα και για τη συνολική φαρμακευτική δαπάνη, η οποία μειώθηκε κατά 2,3 δις ευρώ από το 2009 έως το 2015. Ειδικότερα, η δημόσια δαπάνη μειώθηκε κατά 2,8 δις ευρώ, ενώ αντίθετα η ιδιωτική δαπάνη αυξήθηκε κατά 0,5 δις ευρώ. Σημαντικό είναι το γεγονός ότι το 2007 το 21,3% της συνολικής φαρμακευτικής δαπάνης προερχόταν από ιδιωτική δαπάνη και το 2017 αυξήθηκε σε 47,3% (διάγραμμα 13). Επίσης, η κατά κεφαλήν δημόσια φαρμακευτική δαπάνη στην Ελλάδα ακολουθεί πτωτική πορεία, από €460 ανά κάτοικο το 2009, στα €184 το 2015 και στα €180 το 2016.

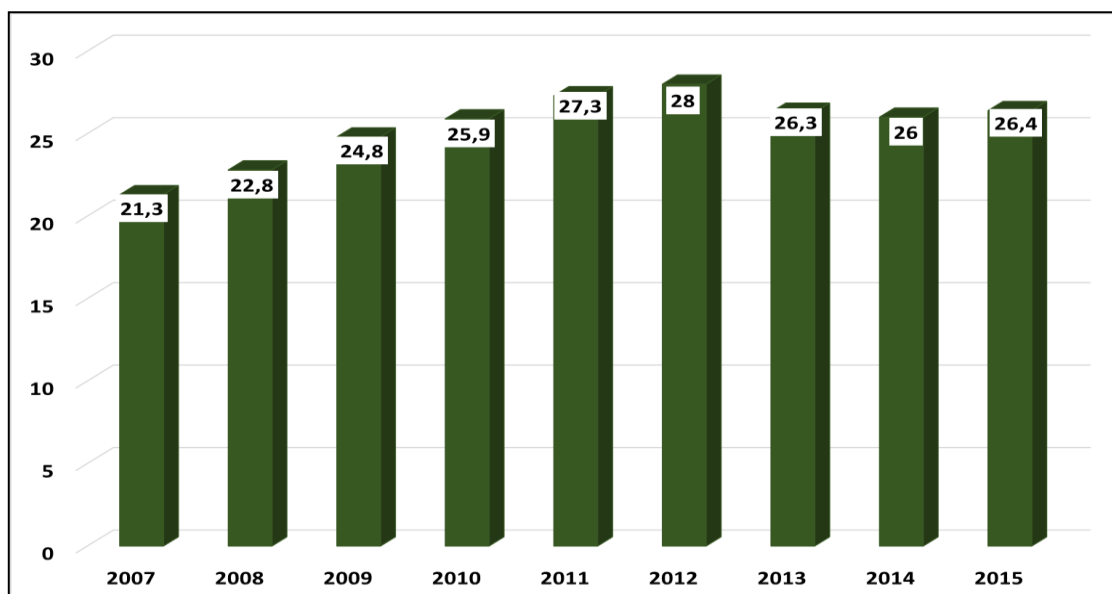
Διάγραμμα 13: Συνολική φαρμακευτική δαπάνη και άλλα υγειονομικά αναλώσιμα (δισεκ. Ευρώ)



Πηγή: OECD Health Statistics, 2018

Το διάγραμμα 14 παρουσιάζει τις δαπάνες για την κοινωνική προστασία ως ποσοστό του ΑΕΠ της Ελλάδας. Παρατηρήθηκε αύξηση στις δαπάνες κοινωνικής προστασίας από το 2007 έως το 2015 κατά 5,1%.

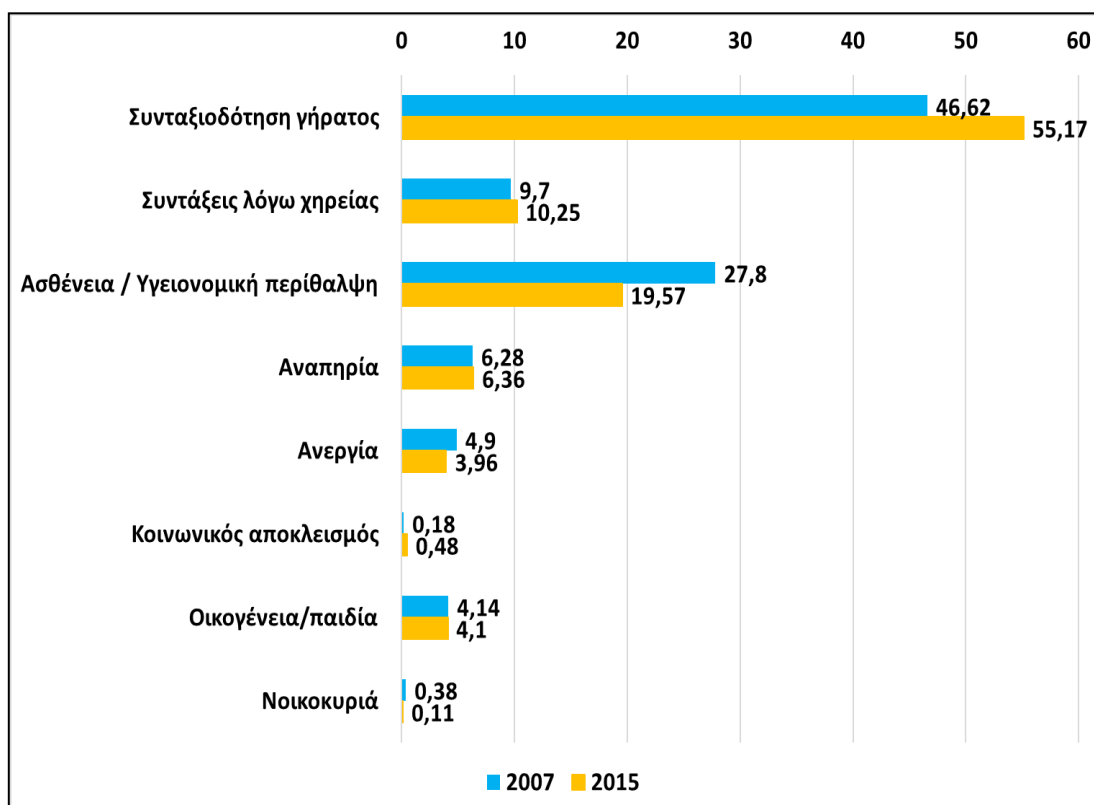
Διάγραμμα 14: Δαπάνες για την κοινωνική προστασία ως % του ΑΕΠ



Πηγή: Eurostat Database, 2018

Αναλύοντας με λεπτομέρεια τα ανωτέρω δεδομένα, παρατηρείται ότι η μεγαλύτερη αύξηση στις παροχές κοινωνικής προστασίας που δόθηκε κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης ήταν στη συνταξιοδότηση (+8,55) και στις συντάξεις λόγω χηρείας (+0,55) (διάγραμμα 15). Αντίθετα, παρουσιάζονται μειωμένες ή με χαμηλή αύξηση οι παροχές κοινωνικής προστασίας για την ασθένεια/υγειονομική περίθαλψη (-8,23), την αναπηρία (+0,08), την ανεργία (-0,94), τον κοινωνικό αποκλεισμό (+0,3), την οικογένεια (-0,05) και τα νοικοκυριά (-0,27). Το υψηλό ποσοστό που καταλαμβάνει η συνταξιοδότηση το 2015 σε σύγκριση με το 2007 εξηγείται πρώτον, από το γεγονός ότι το 2007 οι νέοι συνταξιούχοι στην Ελλάδα ήταν 71.621, με μέσο μηνιαίο ποσό σύνταξης €504, ενώ το 2015 αυξήθηκαν σε 97.134 με μέσο μηνιαίο ποσό σύνταξης €715 (Υπηρεσία Κοινωνικών Ασφαλίσεων, 2017). Δεύτερον εξηγείται από το γεγονός ότι μειώθηκαν αισθητά άλλες κοινωνικές παροχές όπως ασθένεια/υγειονομική περίθαλψη, ανεργία και νοικοκυριά, με αποτελέσματα η συνταξιοδότηση να καταλάβει το υψηλότερο μερίδιο στις κοινωνικές παροχές.

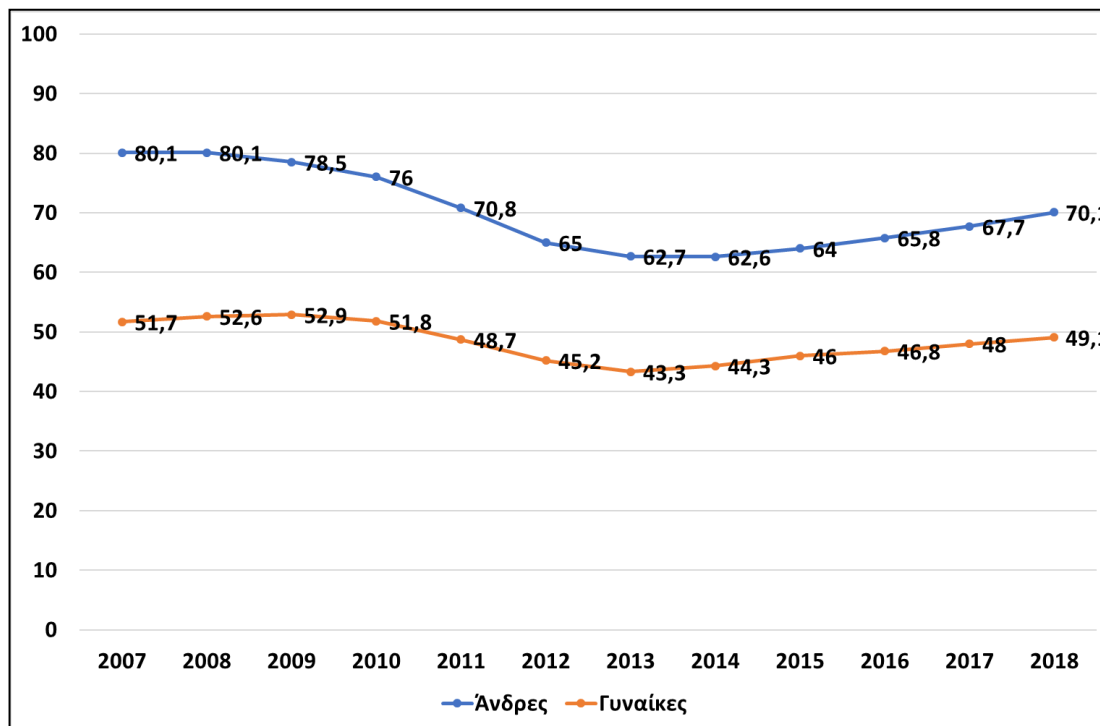
Διάγραμμα 15: Παροχές κοινωνικής προστασίας ανά τομέα ως % των συνολικών παροχών



Πηγή: Eurostat Database, 2018

Στο διάγραμμα 16 παρουσιάζονται οι εργαζόμενοι (20-64 ετών) ως ποσοστό του πληθυσμού ανά φύλο. Από το 2007 έως και το 2017 παρατηρείται μείωση των εργαζομένων κατά 12,4% στους άνδρες και 3,7% στις γυναίκες.

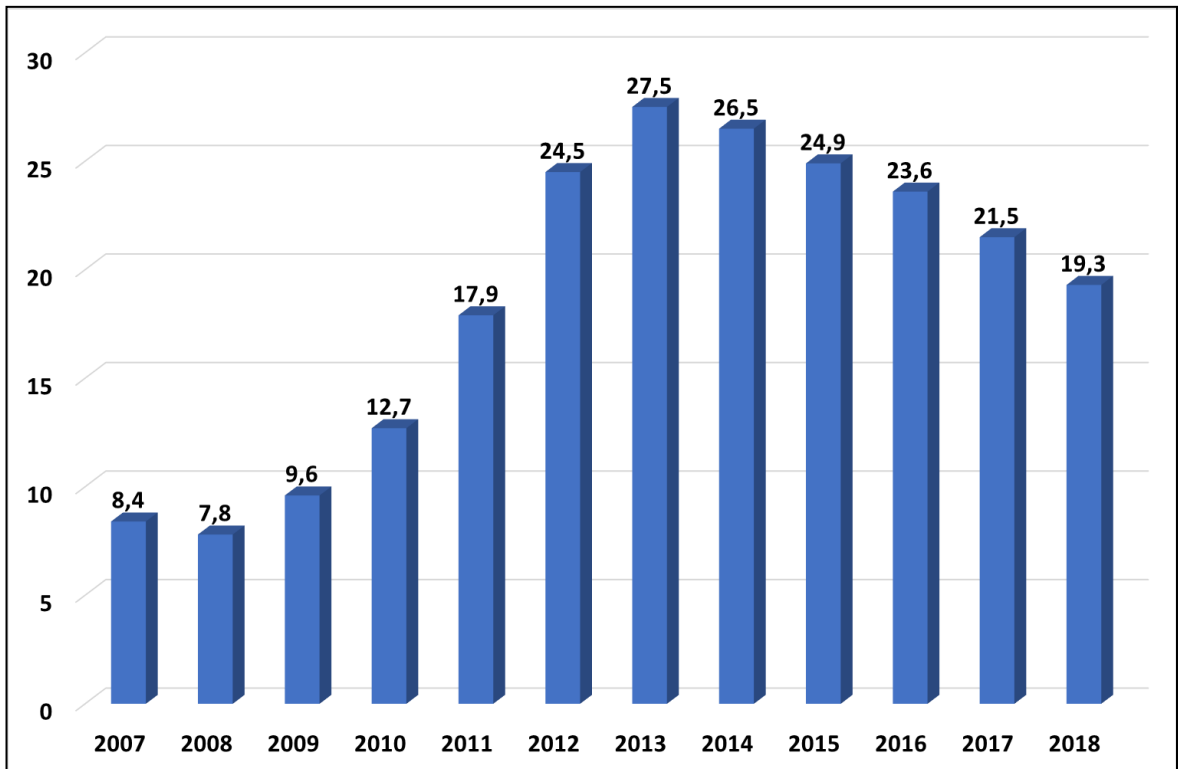
Διάγραμμα 16: Εργαζόμενοι ως % του πληθυσμού ανά φύλο



Πηγή: Eurostat Database, 2019

Το ποσοστό ανεργίας στην Ελλάδα το 2007 ήταν 8,4% του ενεργού πληθυσμού, το οποίο αυξήθηκε ραγδαία σε 24,5% το 2012, 27,5% το 2013 και διαμορφώθηκε σε 19,3% το 2018 (διάγραμμα 17). Τα αντίστοιχα ποσοστά για την ΕΕ-28 δεν ξεπέρασαν το 10% με μόνη εξαίρεση το έτη 2012 (10,5%), 2013 (10,9%), 2014 (10,2%), ποσοστά επηρεαζόμενα από την οικονομική κρίση και άλλων χωρών π.χ. Ισπανία, Πορτογαλία, Ιρλανδία. Έπειτα από σχεδόν 10 έτη διάρκειας της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα, η απασχόληση εξακολουθεί να αποτελεί ένα τομέα που έχει πληγεί σημαντικά παρουσιάζοντας αύξηση των ανέργων κατά 639.100 άτομα.

Διάγραμμα 17: Ποσοστό ανεργίας ως % του ενεργού πληθυσμού

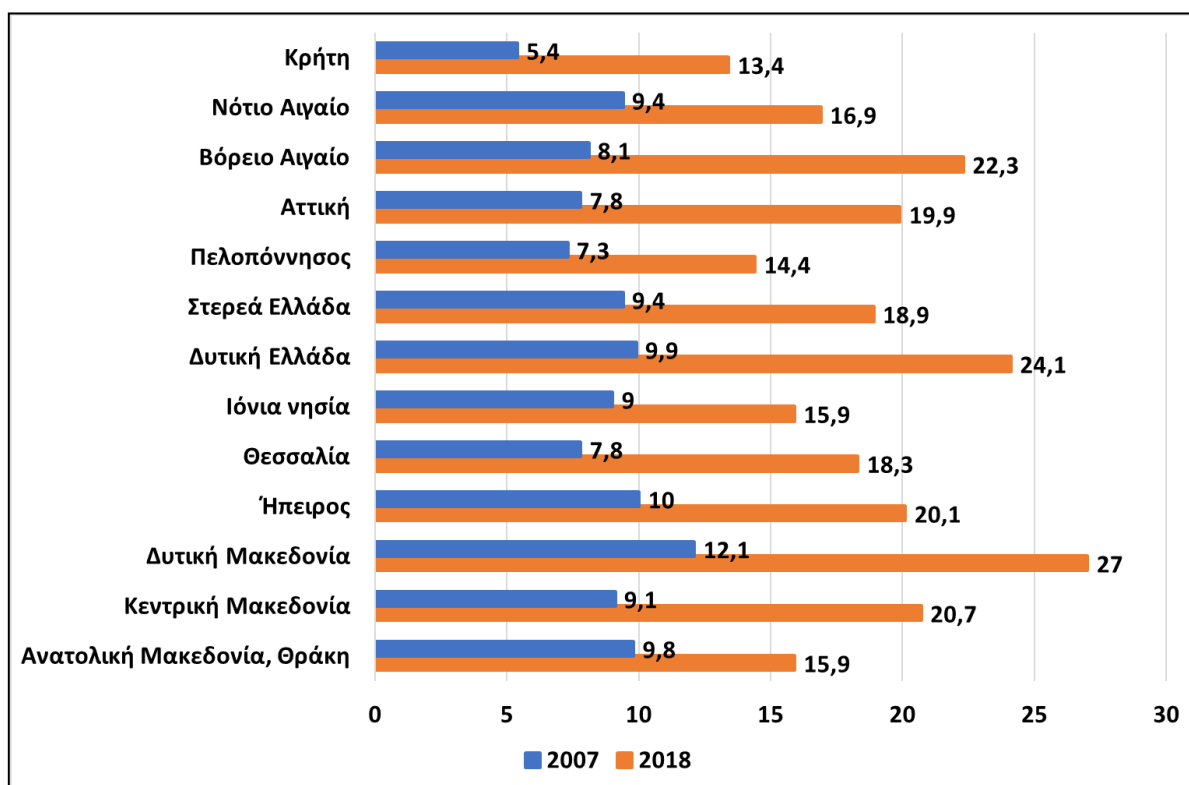


Πηγή: Eurostat Database, 2019

Επίσης, τα ποσοστά ανεργίας το 2007 σε όλες τις περιφέρειες της Ελλάδας δεν ξεπερνούσαν το 10%, με εξαίρεση τη Δυτική Μακεδονία. Ωστόσο παρά την προσπάθεια στήριξης της απασχόλησης μέσω ευρωπαϊκών προγραμμάτων χρηματοδότησης, η ανεργία το 2018 είχε υπερβεί το 15% σε όλες τις περιφέρειες, με υψηλότερα της Δυτικής Μακεδονίας (27%) και της Δυτικής Ελλάδας (24,1%) και χαμηλότερα της Κρήτης (13,9) και Πελοποννήσου (14,4%) (διάγραμμα 18).

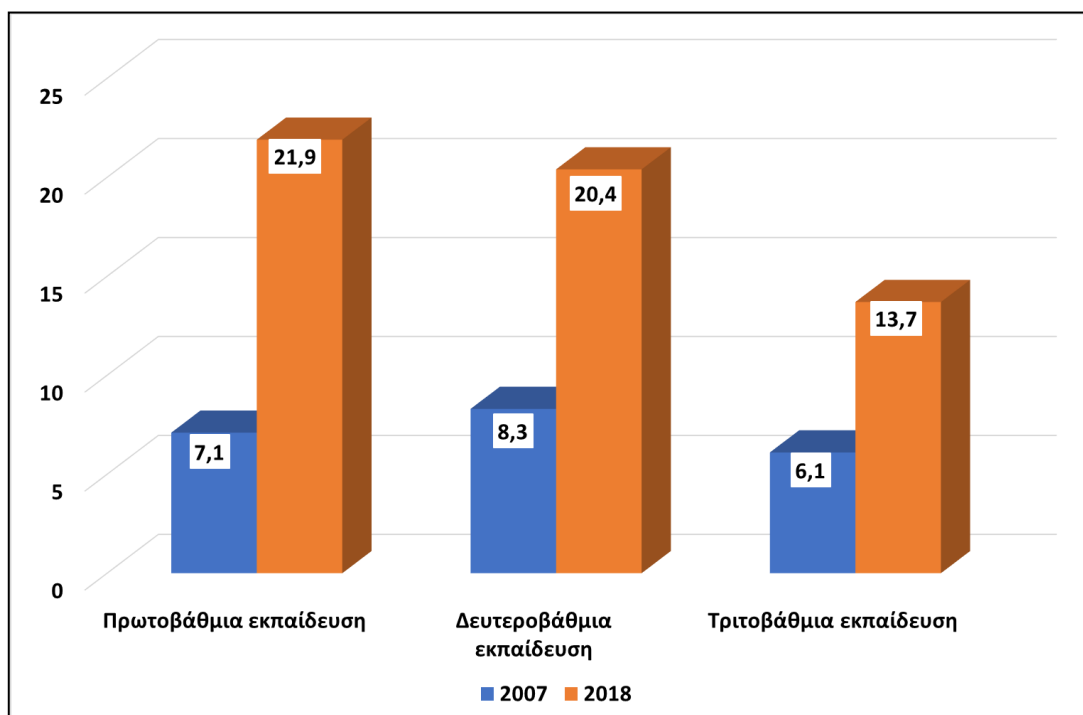
Ως προς το ποσοστό της ανεργίας σε συνάρτηση με την εκπαίδευση, τα στοιχεία δείχνουν ότι το 2007 υψηλότερο ποσοστό ανεργίας είχαν οι απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, ενώ το 2018 οι απόφοιτοι πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης (διάγραμμα 19).

Διάγραμμα 18: Ποσοστό ανεργίας ανά περιφέρεια ως % του ενεργού πληθυσμού



Πηγή: Eurostat Database, 2019

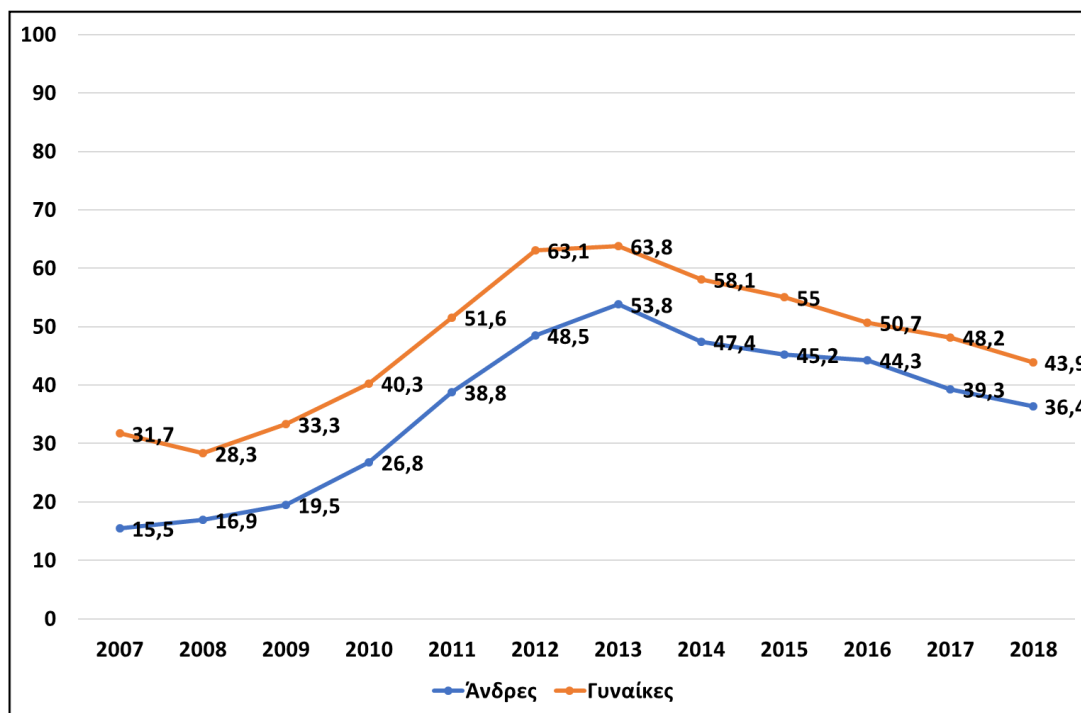
Διάγραμμα 19: Ποσοστό ανεργίας ανά επίπεδο εκπαίδευσης



Πηγή: Eurostat Database, 2019

Στο διάγραμμα 20 παρουσιάζεται το ποσοστό των νέων ανέργων (15-24 ετών) ως % του ενεργού πληθυσμού ανά φύλο. Ειδικότερα, αύξηση παρατηρείται μεταξύ των ετών 2007-2018 τόσο στους άνδρες (12,2%) όσο και στις γυναίκες (20,9%).

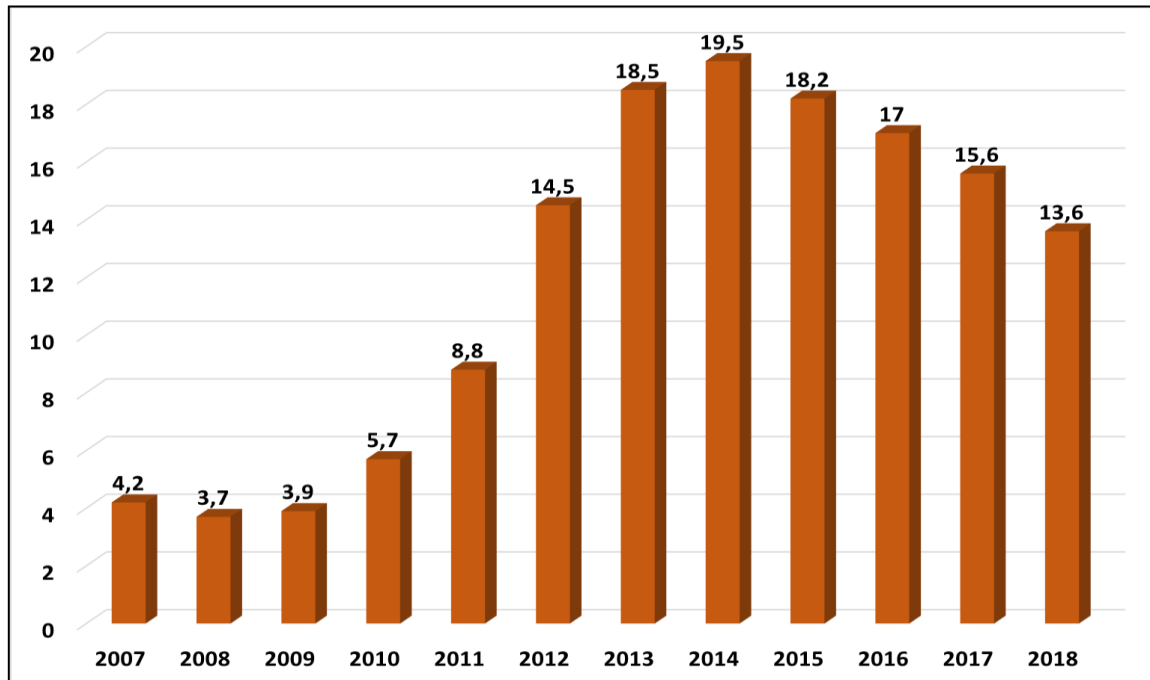
Διάγραμμα 20: Ποσοστό νέων ανέργων ως % του ενεργού πληθυσμού ανά φύλο.



Πηγή: Eurostat Database, 2019

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον έχει η αύξηση του ποσοστού της μακροχρόνιας ανεργίας κατά την περίοδο 2007 -2018. Ειδικότερα, το 2007 η μακροχρόνια ανεργία εκτιμήθηκε σε 4,2% του ενεργού πληθυσμού, ποσοστό το οποίο αυξήθηκε σε 18,5% το 2013 και 9,4% το 2018 (διάγραμμα 21). Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι το 2013, παρατηρήθηκε το υψηλότερο ποσοστό ανεργίας (27,5%) στην Ελλάδα (όπως παρουσιάστηκε παραπάνω), ενώ 1 έτος αργότερα παρουσιάστηκε το υψηλότερο ποσοστό της μακροχρόνιας ανεργίας.

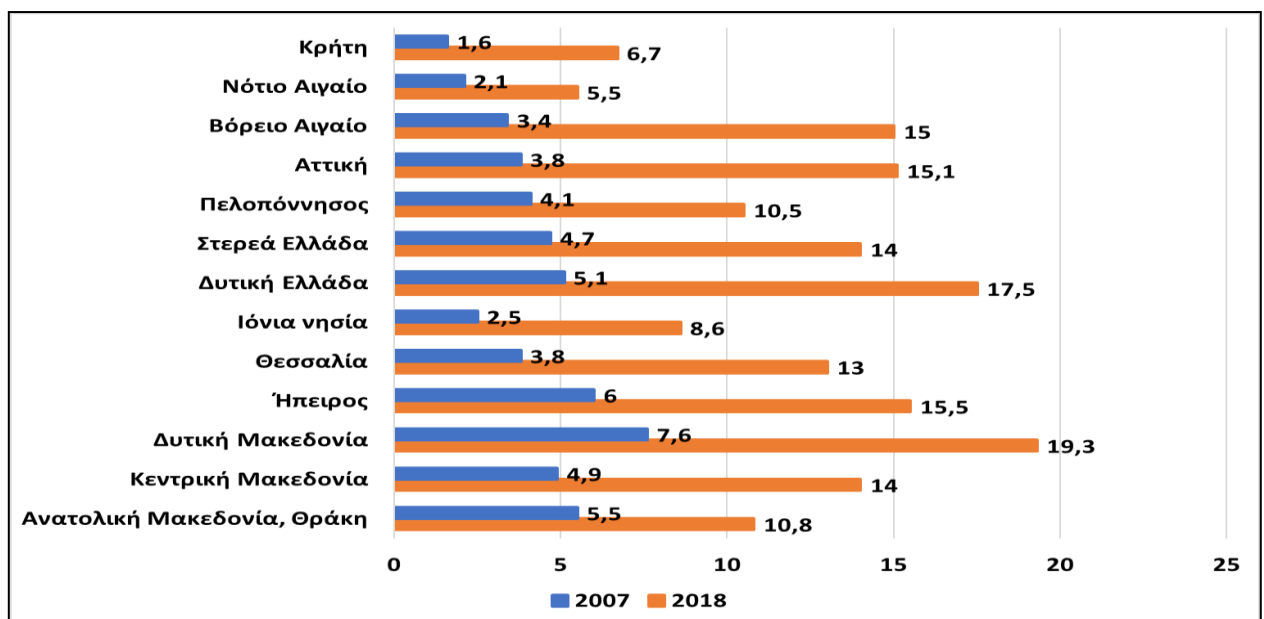
Διάγραμμα 21: Ποσοστό μακροχρόνιας ανεργίας ως % του ενεργού πληθυσμού



Πηγή: Eurostat Database, 2019

Όσον αφορά την μακροχρόνια ανεργία στις περιφέρειες η υψηλότερη αύξηση κατά την περίοδο 2007 - 2018 παρατηρείται στη Δυτική Μακεδονία (19,3%) και στη Δυτική Ελλάδα (17,5%) (διάγραμμα 22).

Διάγραμμα 22: Ποσοστό μακροχρόνιας ανεργίας ανά περιφέρεια ως % του ενεργού πληθυσμού



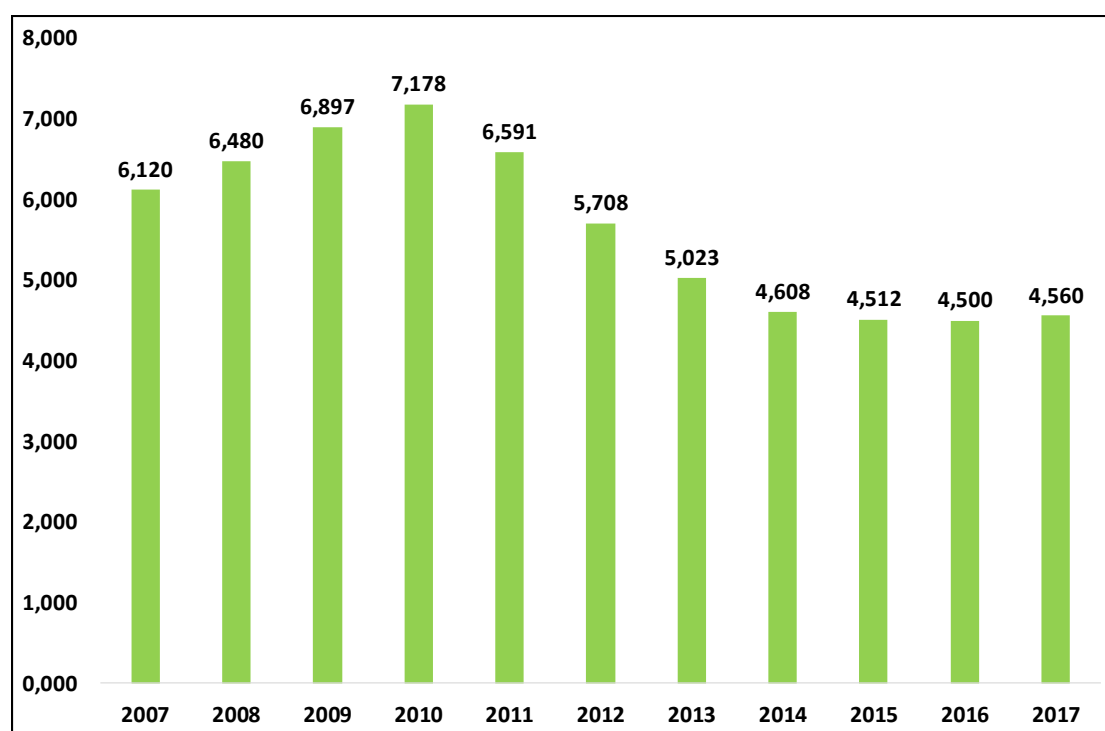
Πηγή: Eurostat Database, 2019

4.2. Ανάλυση κοινωνικών δεικτών

Η περίοδος της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα δεν επηρέασε μόνο τους μακροοικονομικούς δείκτες, αλλά και τους κοινωνικούς. Κατά τα έτη της κρίσης διαπιστώθηκε αποδιάρθρωση του κοινωνικού ιστού και της διεύρυνσης των κοινωνικών ανισοτήτων και της φτώχειας.

Το διάγραμμα 23 παρουσιάζει το κατώφλι κινδύνου φτώχειας από το 2007 έως το 2017. Παρατηρείται ότι από το 2007 έως το 2010 υπήρξε αύξηση €1.058. Ωστόσο, από την επόμενη χρονιά επήλθε μια συνεχόμενη μείωση σχεδόν €500 το έτος, φτάνοντας το 2017 σε €4.560, μειωμένο κατά €1.560 σε σύγκριση με 10 έτη πριν.

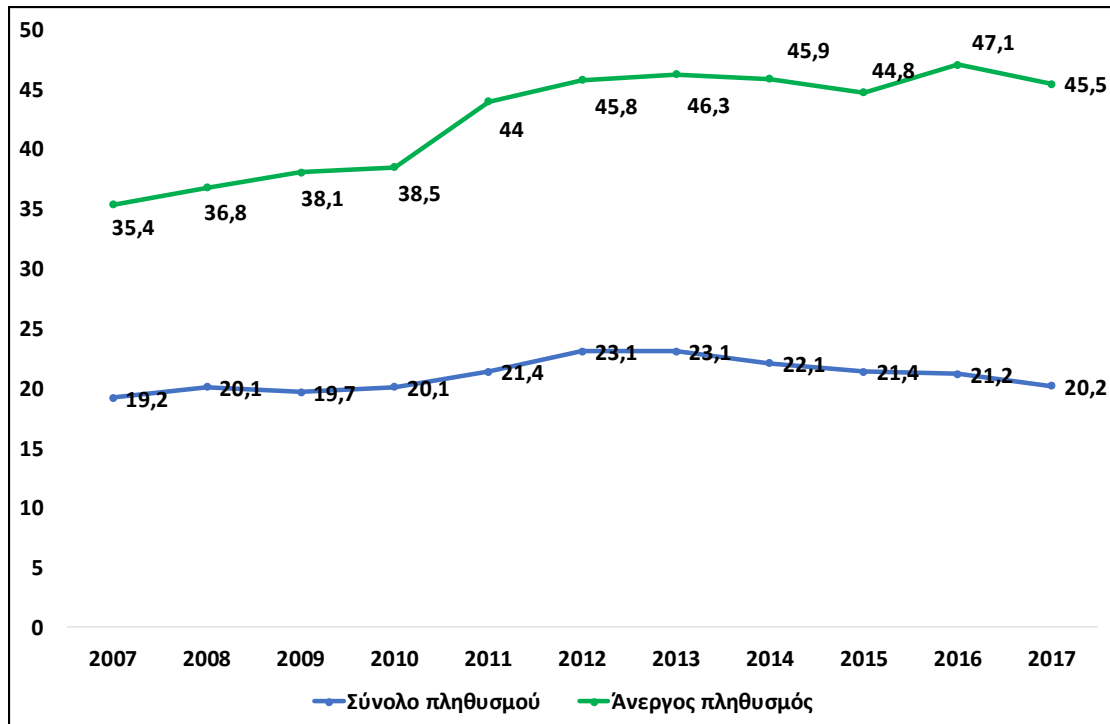
Διάγραμμα 23: Κατώφλι κινδύνου φτώχειας (σε ευρώ)



Πηγή: Συνθήκες Διαβίωσης στην Ελλάδα, ΕΛΣΤΑΤ 2019

Από το διάγραμμα 24 παρατηρείται ότι ο άνεργος πληθυσμός έχει υψηλότερα ποσοστά κινδύνου φτώχειας σε σύγκριση με το σύνολο του ελληνικού πληθυσμού. Τα ποσοστά κινδύνου φτώχειας παρουσιάζουν αυξητική τάση την περίοδο 2007 – 2017 με σχεδόν το 22% του ελληνικού πληθυσμού και το 45% του άνεργου πληθυσμού να ζει κάτω από το όριο της φτώχειας.

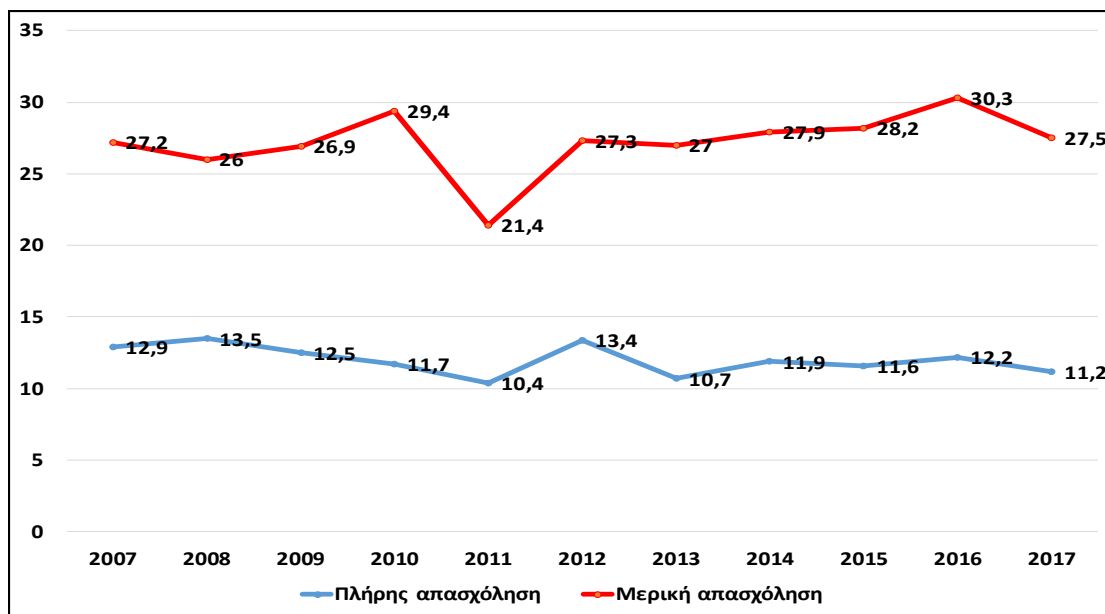
Διάγραμμα 24: Ποσοστό κινδύνου φτώχειας μετά τις κοινωνικές μεταβιβάσεις



Πηγή: Συνθήκες Διαβίωσης στην Ελλάδα, ΕΛΣΤΑΤ 2019

Η σύγκριση μεταξύ της κατάστασης απασχόλησης επιβεβαιώνει την εργασιακή ανασφάλεια που δημιούργησε η οικονομική κρίση. Το 10% περίπου των ατόμων που εργάζονται με πλήρη απασχόληση βρίσκονται σε κίνδυνο φτώχειας, σε αντίθεση με το διπλάσιο ποσοστό των ατόμων με μερική απασχόληση (διάγραμμα 25).

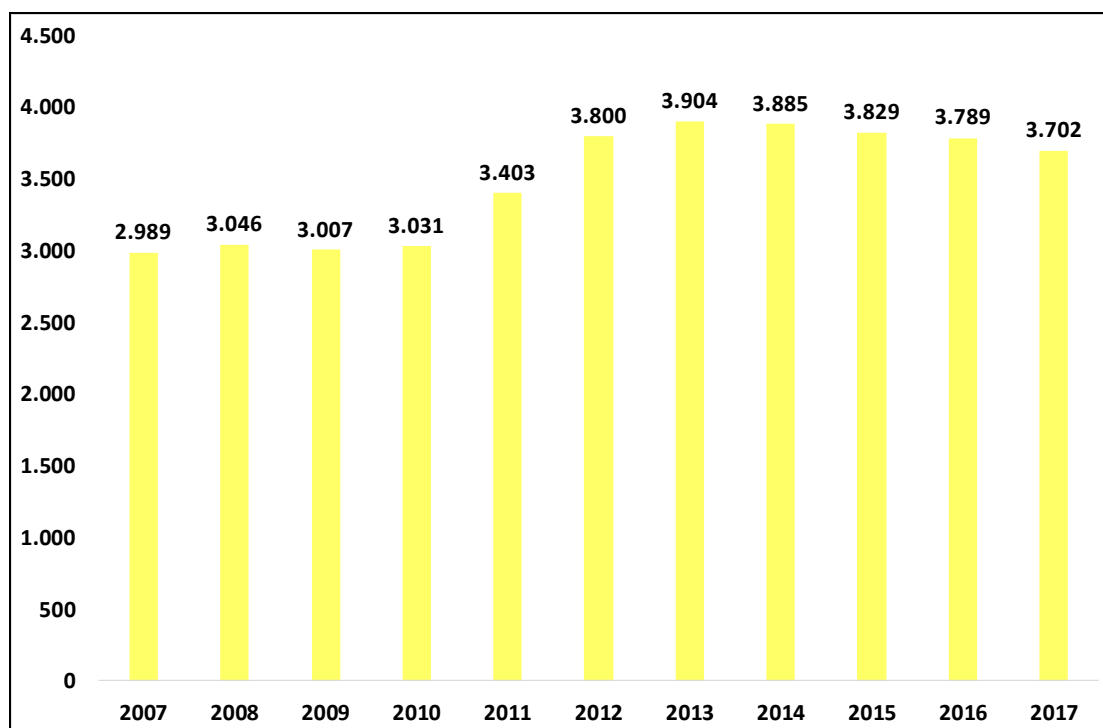
Διάγραμμα 25: Κίνδυνος φτώχειας μετά τις κοινωνικές μεταβιβάσεις, κατά κατάσταση απασχόλησης



Πηγή: Συνθήκες Διαβίωσης στην Ελλάδα, ΕΛΣΤΑΤ 2019

Αξιοσημείωτα είναι τα αποτελέσματα σχετικά με τον πληθυσμό σε κίνδυνο φτώχειας ή σε κοινωνικό αποκλεισμό από το 2007 έως το 2017 (διάγραμμα 26). Ειδικότερα, μεταξύ του 2007 και 2011 παρατηρήθηκε αύξηση στα άτομα που βιώνουν κοινωνικό αποκλεισμό ή κίνδυνο φτώχειας κατά 414.000. Τα επόμενα έτη (2012 έως και 2015) η αύξηση των εν λόγω ατόμων συνεχίζεται σταθερά και το 2016 παρατηρείται μια μικρή μείωση.

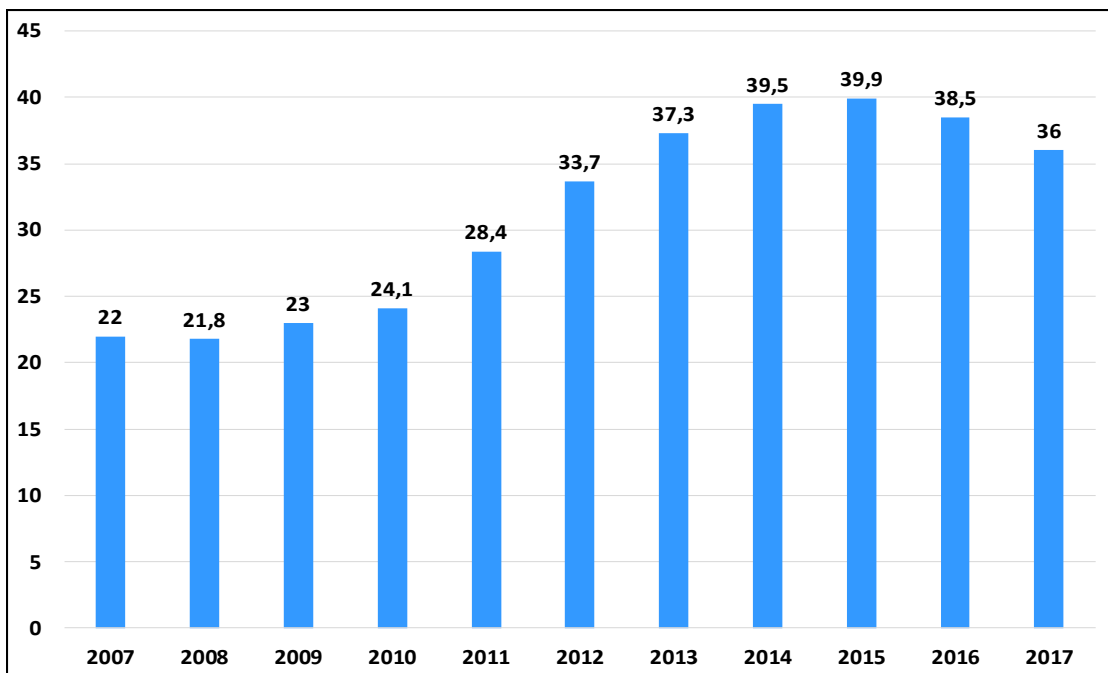
Διάγραμμα 26: Πληθυσμός σε κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικό αποκλεισμό (σε χιλιάδες)



Πηγή: Συνθήκες Διαβίωσης στην Ελλάδα, ΕΛΣΤΑΤ 2019

Σχετικά με τις υλικές στερήσεις (διάγραμμα 27), 22% των Ελλήνων δήλωσαν στερήσεις το 2007 ενώ το ποσοστό αυτό αυξήθηκε σε 36% το 2017. Κατά έτη 2014 και 2015 (αποκορύφωμα οικονομικής κρίσης) είναι σημαντικό ότι σχεδόν το 40% του πληθυσμού βιώνει υλικές στερήσεις.

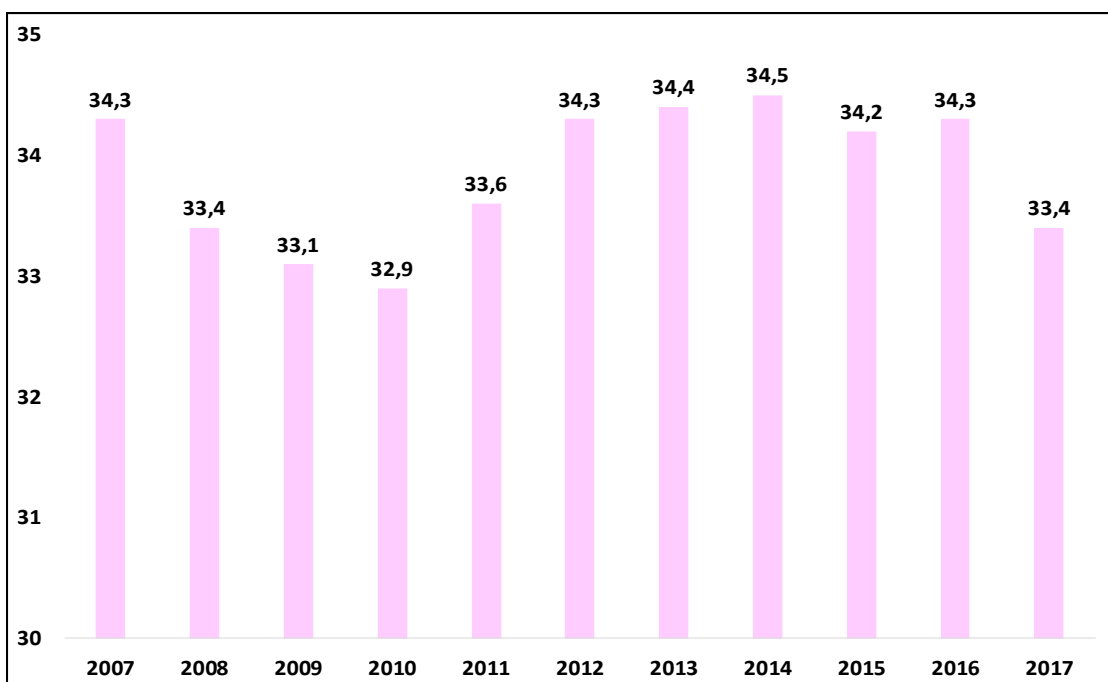
Διάγραμμα 27: Ποσοστό ατόμων με υλικές στερήσεις



Πηγή: Συνθήκες Διαβίωσης στην Ελλάδα, ΕΛΣΤΑΤ 2019

Η ανισοκατανομή του εισοδήματος με βάση τον συντελεστή Gini δεν παρουσίασε σημαντικές διαφοροποιήσεις από το 2007 έως το 2017 (34,3% και 33,4% αντίστοιχα). Ωστόσο κατά τα έτη 2008 έως 2011 παρατηρείται μια μικρή μείωση στην ανισοκατανομή του εισοδήματος.

Διάγραμμα 28: Ανισοκατανομή εισοδήματος - Συντελεστής Gini (%)



Πηγή: Συνθήκες Διαβίωσης στην Ελλάδα, ΕΛΣΤΑΤ 2019

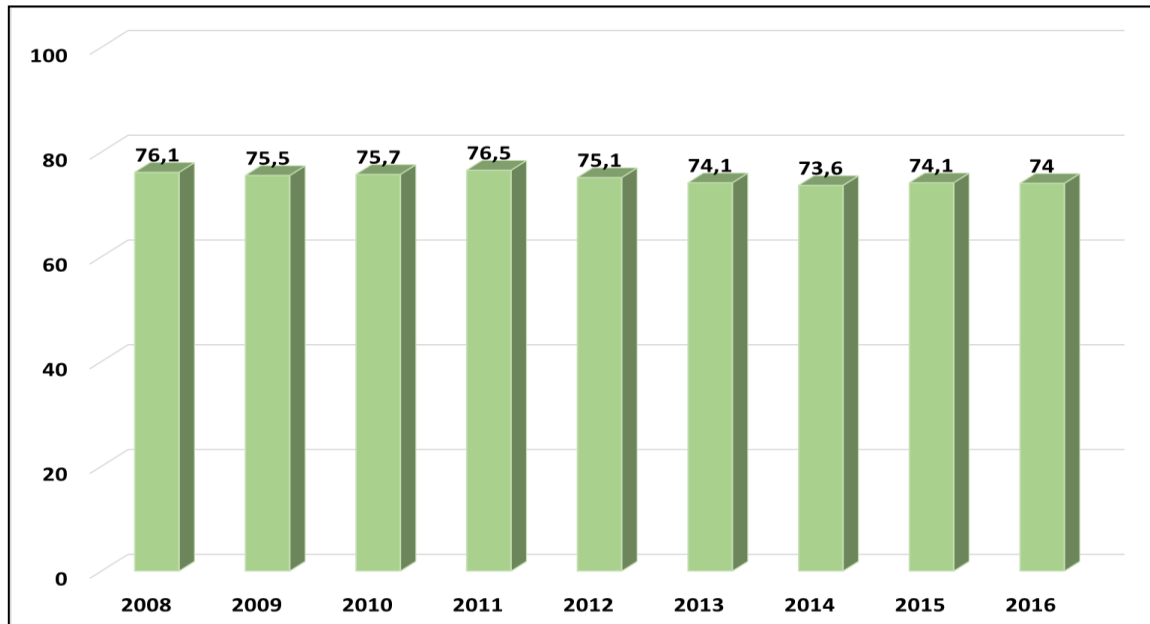
4.3. Επιδημιολογικές επιπτώσεις

Η οικονομική κρίση μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την κατάσταση της υγείας του πληθυσμού, κυρίως μέσω της μείωσης των δημόσιων δαπανών και του εισοδήματος των νοικοκυριών (Musgrove 1987, Stuckler και συν. 2009, Κυριόπουλος και Τσιάντου 2010). Οι παραπάνω μειώσεις είναι αρκετά αισθητές στην Ελλάδα, καθώς και οι επιπτώσεις της κρίσης και της λιτότητας στην υγεία έχουν ήδη επισημανθεί, ιδιαίτερα για τις ευάλωτες ομάδες. Από την έναρξη της οικονομικής κρίσης, αρκετές μελέτες έχουν δημοσιευθεί σχετικά με τις επιπτώσεις που έχει αυτή στη δημόσια υγεία. Αν και θα χρειαστούν αρκετά χρόνια για την πλήρη καταγραφή και έρευνα των επιπτώσεων της κρίσης στην υγεία του πληθυσμού, ωστόσο πρέπει να αξιολογηθούν πλήρως οι βασικοί δείκτες που έχουν ήδη σημαντικά επιδεινωθεί. Σε σχέση με την υγεία του πληθυσμού, οι πρώτες επιπτώσεις της κρίσης έχουν σημειωθεί στην αυτοεκτίμηση της υγείας, στην ψυχική υγεία και στις λοιμώδεις ασθένειες.

Οι μελέτες αυτοεκτίμησης της υγείας έχουν αποδείξει ότι υπάρχει μια αύξηση στα άτομα που αναφέρουν την υγεία τους ως κακή, η οποία συνδέεται με την οικονομική κρίση (Kaitelidou και συν. 2011, Zavras και συν. 2012, Vandonos και συν. 2013, Σουλιώτης και συν. 2018). Ειδικότερα, σύμφωνα με τα στοιχεία από την Έρευνα της Ευρωπαϊκής Ένωσης για το εισόδημα και τις συνθήκες διαβίωσης, τα άτομα που αναφέρουν ότι η υγεία τους ήταν κακή ή πολύ κακή αυξήθηκαν κατά 14% μεταξύ του 2007 και 2009 (Kentikelenis και συν. 2011). Οι αναλύσεις έχουν δείξει ότι υπάρχει μια στατιστικά σημαντική αρνητική επίδραση της οικονομικής κρίσης στην αυτοεκτίμηση της υγείας στην Ελλάδα, αντανακλώντας πιθανώς το γεγονός ότι η επιδείνωση αυτής μπορεί να προκύπτει από τη μειωμένη πρόσβαση στη φροντίδα υγείας και έτσι να επιδεινώνεται και η σωματική και η ψυχική υγεία (Geitona και συν. 2008, Zavras και συν. 2013).

Σχετικά με την αυτοεκτίμηση του επιπέδου υγείας, παρατηρείται μια αμυδρή μείωση μεταξύ των ετών 2008 -2016 (τελευταία διαθέσιμα στοιχεία) κατά 2,1 μονάδες (διάγραμμα 29). Σχεδόν τα 3/4 του πληθυσμού της Ελλάδας (74%) δηλώνουν καλή υγεία, ποσοστό υψηλότερο από τις περισσότερες χώρες της ΕΕ αλλά ελαφρώς χαμηλότερο σε σχέση με πριν από 10 έτη (76% το 2007).

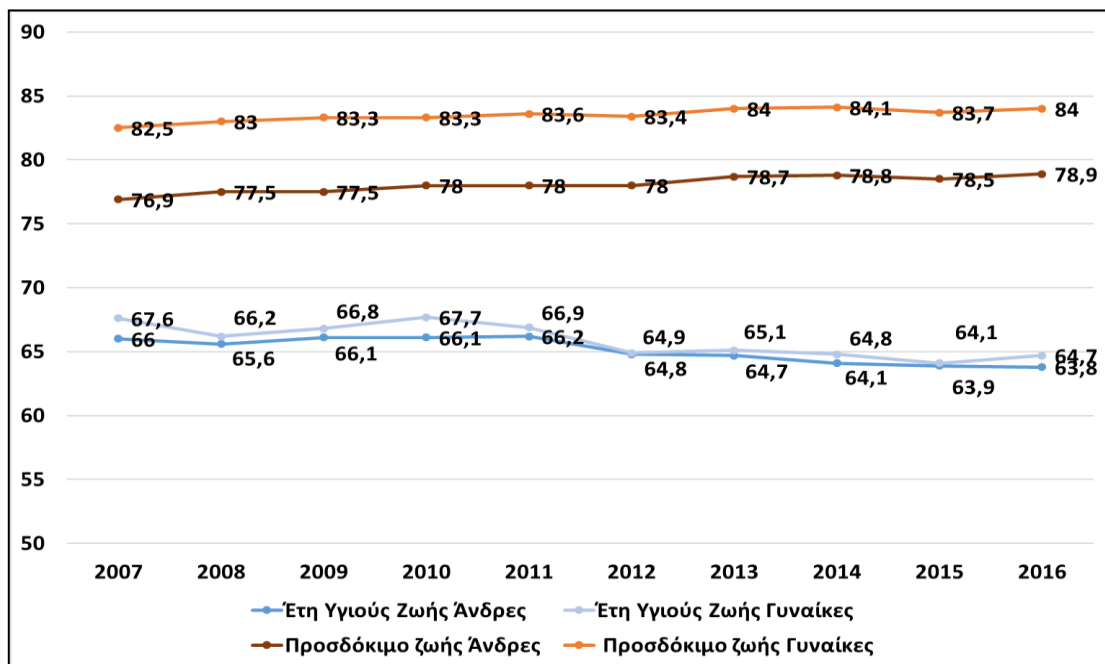
Διάγραμμα 29: Αυτοεκτίμηση του επιπέδου υγείας (καλή/πολύ καλή) ως % του πληθυσμού



Πηγή: Eurostat Database, 2018

Το προσδόκιμο ζωής των Ελλήνων τόσο των ανδρών, όσο και των γυναικών αυξάνεται με την πάροδο των ετών (2007-2016). Ωστόσο, τα έτη υγιούς ζωής παρουσιάζουν μια πτωτική τάση κατά την υπό εξέταση περίοδο και στα δυο φύλα (διάγραμμα 30).

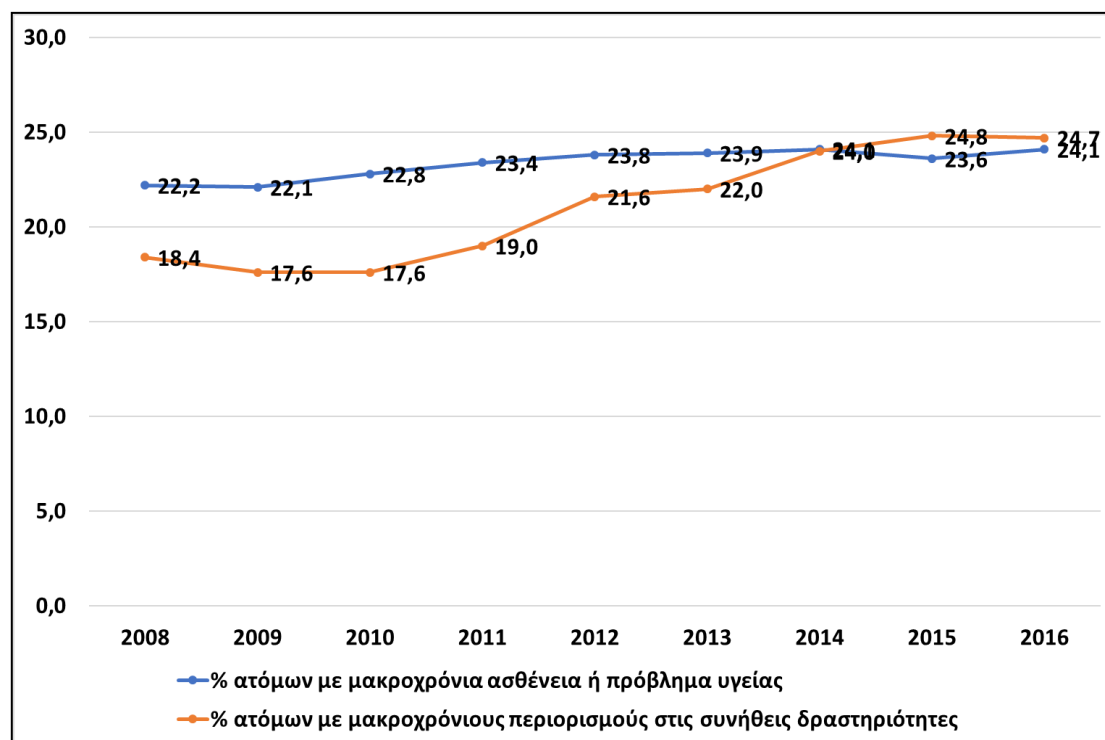
Διάγραμμα 30: Έτη υγιούς ζωής και Προσδόκιμο Ζωής



Πηγή: Eurostat Database, 2018

Το ποσοστό των ατόμων που αναφέρει μακροχρόνια ασθένεια αυξήθηκε κατά 2,5% κατά την περίοδο 2008-2016 (τελευταία διαθέσιμα στοιχεία), ενώ το ποσοστό των ατόμων που αναφέρει μακροχρόνιους περιορισμούς στις συνήθεις δραστηριότητες λόγω προβλήματος υγείας αυξήθηκε κατά 5,7% αντίστοιχα (διάγραμμα 31).

Διάγραμμα 31: Αυτοαναφορά μακροχρόνιας ασθένειας και μακροχρόνιος περιορισμός στις συνήθεις δραστηριότητες



Πηγή: Eurostat Database, 2018

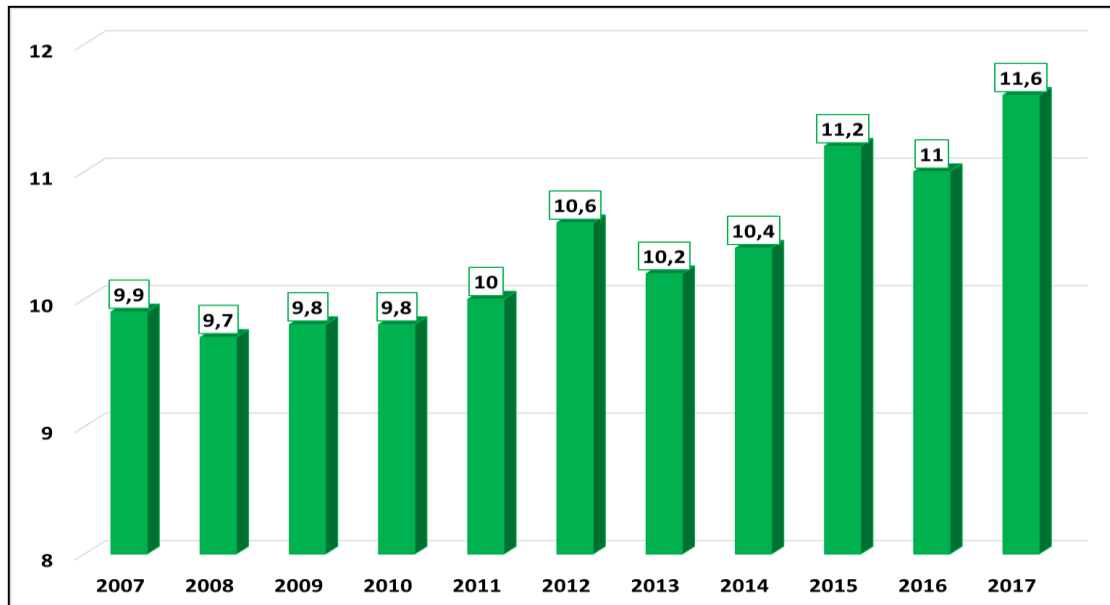
Η υγεία του παιδιού έχει επίσης επηρεαστεί. Σύμφωνα με τα στοιχεία του ΟΟΣΑ (2013) υπάρχει μια αύξηση των βρεφών που γεννήθηκαν με χαμηλό βάρος κατά 19% μεταξύ του 2008 και του 2010, που μπορεί να έχει μακροπρόθεσμες συνέπειες για την υγεία και την ανάπτυξη του παιδιού (UNICEF, 2013). Η μακροπρόθεσμη μείωση της παιδικής θνησιμότητας έχει αναστραφεί τα τελευταία χρόνια σημειώνοντας αύξηση 43% κατά την προαναφερόμενη περίοδο (Eurostat Database, 2013). Επιπλέον, οι μαιευτήρες έχουν αναφέρει μια αύξηση 32% σε θνησιγένεια κατά την ίδια περίοδο, ενώ λιγότερες έγκυες γυναίκες έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες προγεννητικής φροντίδας (Vlachadis και Kornarou, 2013). Παρόλο που αυτοί οι δείκτες δεν μπορούν να αποδοθούν άμεσα στις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης, η επιδείνωση σε σχέση με το παρελθόν είναι ανησυχητική.

Ακόμη, οι λοιμώδεις ασθένειες έχουν αποδειχθεί ότι εξαπλώνονται σε περιόδους οικονομικής κρίσης (Stuckler και συν. 2008) και σύμφωνα με το Κέντρο Ελέγχου & Πρόληψης Νοσημάτων «υπάρχει μια δυσανάλογα υψηλή νοσηρότητα και θνησιμότητα σε διάφορες επιδημίες από την αρχή της οικονομικής κρίσης» (Bonovas και Νικολοπουλος 2012). Ο αριθμός των ατόμων με τον ιό HIV αυξάνεται συνεχώς, κυρίως λόγω της αύξησης του αριθμού των χρηστών ενέσιμων ναρκωτικών. Η αύξηση ήταν 12,3 φορές για τα έτη 2010-2011 και 1,6 φορές για τα έτη 2011-2012. Η αύξηση αυτή συνδέεται άμεσα με την κρίση και την ελλειπή χρηματοδότηση για την πρόληψη του ιού HIV, αλλά και των θεραπευτικών υπηρεσιών. Τα τελευταία τέσσερα έτη όμως παρατηρείται μείωση των νέων περαστικών (ΚΕΕΛΠΝΟ, 2017).

Κατά τη διάρκεια του 2009-2011 η Ελλάδα σημείωσε υψηλή νοσηρότητα και θνησιμότητα σε διάφορες επιδημίες μεγάλης κλίμακας: υψηλή θνησιμότητα στην πανδημία της γρίπης H1N1 το 2009, του ιού του Δυτικού Νείλου το 2010 – 2011, του *Plasmodium vivax malaria* τα έτη 2009-2011 (Bonovas και Νικολοπουλος 2012). Για παράδειγμα, η Ελλάδα κατατάσσεται στη 4η θέση από 30 χώρες σε θανάτους από τον ιό H1N1. Ο αντίκτυπος για τις μολυσματικές ασθένειες στην τρέχουσα ελληνική οικονομική κρίση, δεν είναι ακόμη σαφής. Ωστόσο, αναμένεται ότι οι υφιστάμενες κοινωνικο-οικονομικές και περιβαλλοντικές συνθήκες, οδηγούν στην επιδείνωση της δημόσιας υγείας και κατ' επέκταση στην αύξηση των επιδημιών (Bonovas και Νικολοπουλος 2012).

Το διάγραμμα 32 παρουσιάζει τους θανάτους ανά 1000 άτομα (περιλαμβάνοντας όλες τις αιτίες θανάτου). Παρατηρείται αύξηση των θανάτων κατά 1,7 την περίοδο 2007-2017.

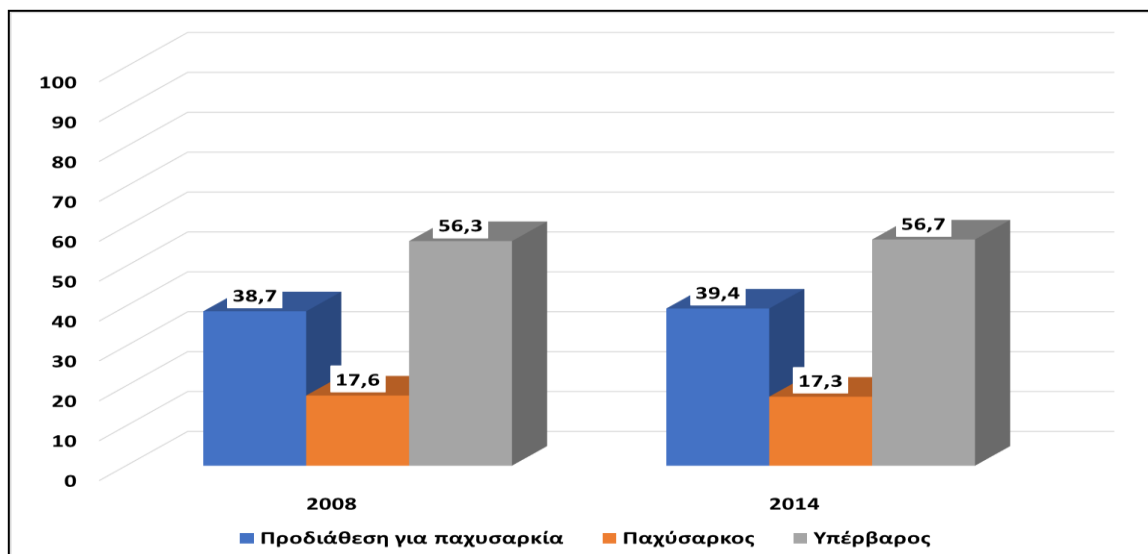
Διάγραμμα 32: Αριθμός θανάτων ανά 1.000 άτομα



Πηγή: Eurostat Database, 2018

Τα ποσοστά παχυσαρκίας δεν έδειξαν κάποια σημαντική μεταβολή κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα. Ωστόσο δεν υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία για την περίοδο πριν το 2008 προκειμένου να διεξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα για την επιρροή της οικονομικής κρίσης στις διατροφικές συνήθειες του ελληνικού πληθυσμού. Σε σχέση με την ΕΕ-28 (35,7% προδιάθεση για παχυσαρκία, 15,9% παχύσαρκος, 51,6% υπέρβαροι) η Ελλάδα παρουσιάζει αυξημένα ποσοστά (διάγραμμα 33).

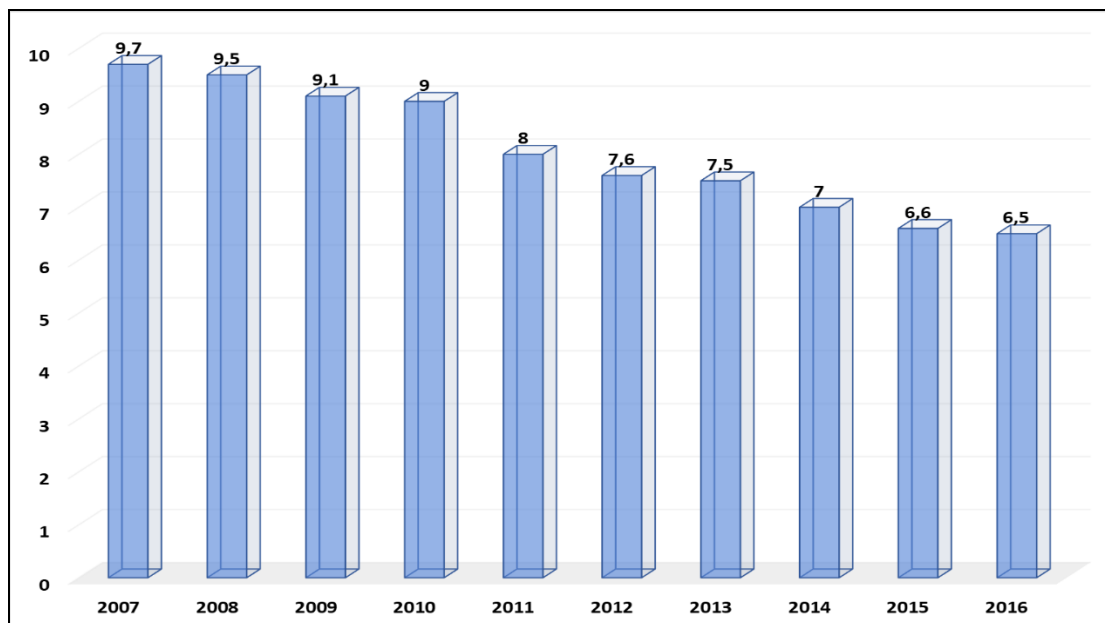
Διάγραμμα 33: Παχυσαρκία ως % του πληθυσμού



Πηγή: Eurostat Database, 2018

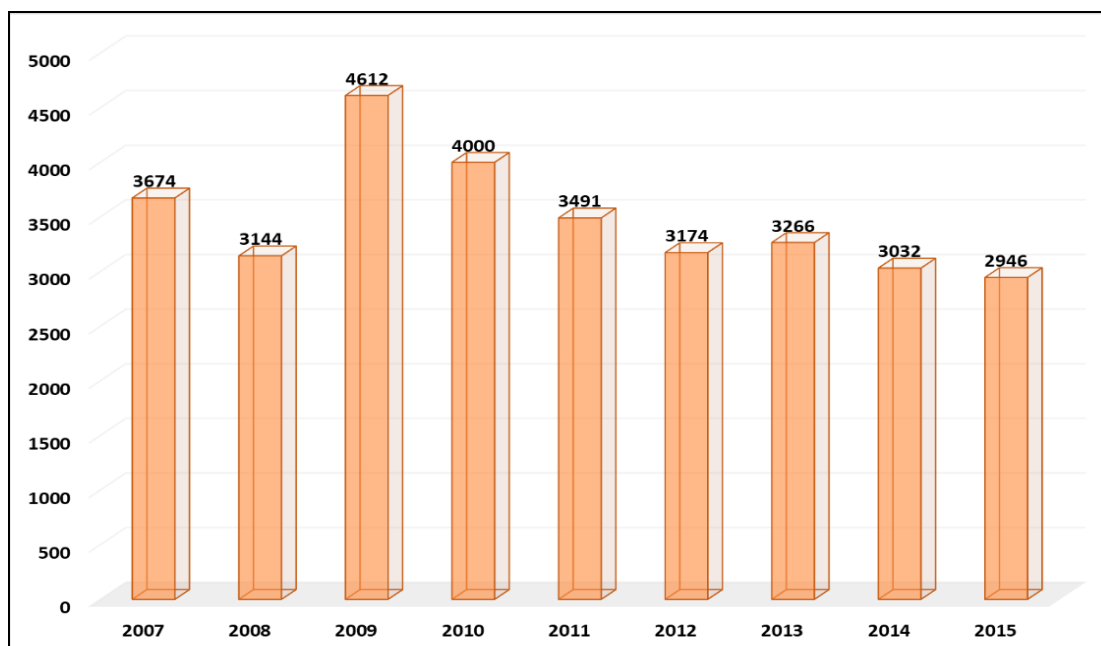
Αξιοσημείωτα είναι τα στοιχεία σχετικά με την κατά κεφαλήν κατανάλωση αλκοόλ την υπό εξέταση περίοδο όπου παρατηρείται μείωση κατά 3,2 λίτρα (Διάγραμμα 34). Επίσης, η κατά κεφαλήν κατανάλωση καπνού παρουσιάζεται μειωμένη κατά 728 γραμμάρια (διάγραμμα 35).

Διάγραμμα 34: Κατά κεφαλήν κατανάλωση αλκοόλ (σε λίτρα)



Πηγή: OECD Health Statistics, 2018

Διάγραμμα 35: Κατά κεφαλήν κατανάλωση καπνού (σε γραμμάρια)



Πηγή: OECD Health Statistics, 2018

Η οικονομική κρίση έχει διάφορες συνέπειες στην καθημερινή ζωή των Ελλήνων, καθώς και στην ψυχική τους υγεία, η οποία έχει επιδεινωθεί κυρίως λόγω της μείωσης των εισοδημάτων και της αυξημένης ανεργίας (Karaniolos και συν. 2013, Economidou και συν. 2011, 2013, Vandoros και συν. 2013, Stuckler και McKee 2012).

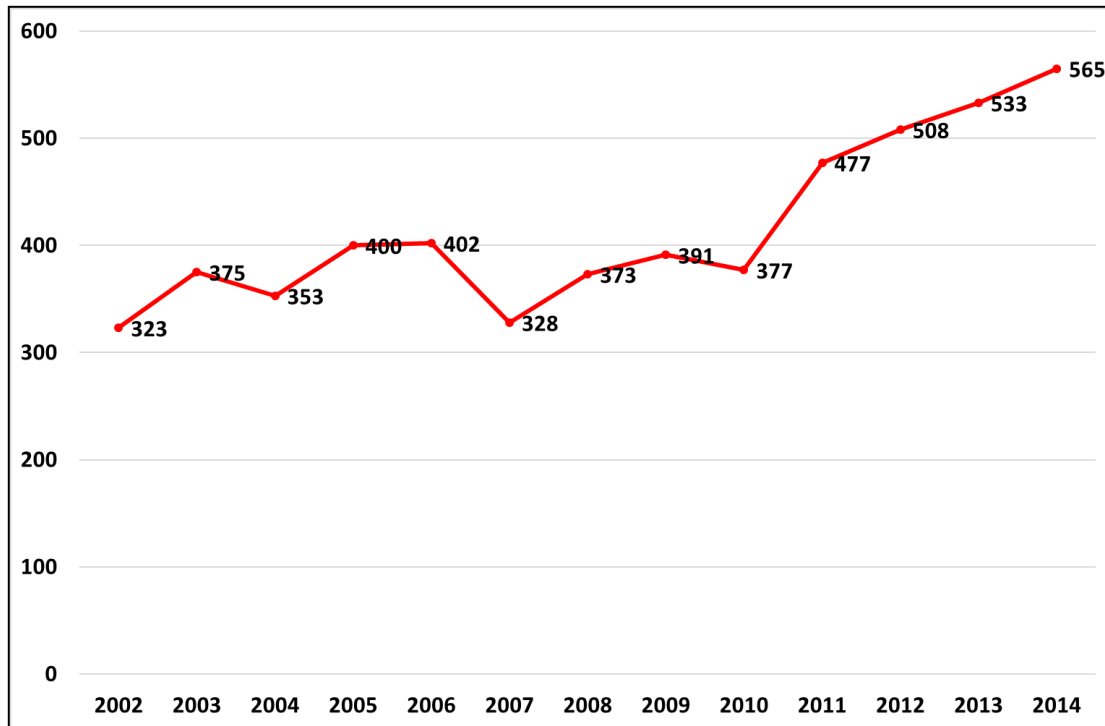
Οι ψυχιατρικές έρευνες αποκαλύπτουν μια επιδείνωση της κατάστασης της ψυχικής υγείας. Ο ένας μήνας επιπολασμού της μείζονος κατάθλιψης αυξήθηκε 5% μεταξύ 2008 και 2011. Αυτή η αύξηση συσχετίστηκε σημαντικά με την οικονομική κρίση (Economidou και συν. 2012). Επιπλέον, μια συσχέτιση μεταξύ της κατάθλιψης και της οικονομικής κρίσης αναφέρεται από τον Economidou και συν. (2013) όπου η μείζονα κατάθλιψη στον ελληνικό πληθυσμό αυξήθηκε κατά 2,6 φορές από το 2008 έως το 2011 (Economidou και συν. 2013). Όσον αφορά τη συσχέτιση μεταξύ της μείζονος κατάθλιψης και της οικονομικής κρίσης, έχει δειχθεί ότι η φτώχεια επηρεάζει την κατάσταση της ψυχικής υγείας (Fountoulakis και συν. 2012, Vandoros και συν. 2013, Κονταξάκης και συν. 2013). Επίσης, μια έρευνα του Ερευνητικού Πανεπιστημιακού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγιεινής (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ.) επεξεργάστηκε και ανέλυσε το περιεχόμενο κλήσεων στην τηλεφωνική γραμμή βοήθειας για την κατάθλιψη από τον Μάιο του 2008 έως τον Ιούνιο του 2011, με σκοπό την εξέταση της πιθανής συσχέτισης της οικονομικής κρίσης και των αιτημάτων τηλεφωνικής ψυχολογικής υποστήριξης. Όπως έδειξαν τα αποτελέσματα, στο πρώτο εξάμηνο του 2010 σημειώθηκε αύξηση του αριθμού των κλήσεων από άτομα που ανέφεραν άμεσα ή έμμεσα ότι επλήγησαν από την οικονομική κρίση. Αξίζει να σημειωθεί ότι τα άτομα αυτά είχαν περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν κατάθλιψη από εκείνα που δεν ανέφεραν την κρίση. Ένα υψηλό ποσοστό αυτών βρέθηκε να παρουσιάζει δυσφορία και κατάχρηση οινόπνευματος ή ναρκωτικών. Δεν αναφέρθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές όσον αφορά την κατάχρηση ουσιών, αλκοόλ ή την αυτοκτονία. Τέλος, διαπιστώθηκε ότι το άγχος επιβαρύνει κυρίως τον απασχολούμενο πληθυσμό, πιθανώς λόγω της αβεβαιότητας που βιώνει καθημερινά (Economidou και συν. 2012).

Όσον αφορά τις αυτοκτονίες αυξήθηκαν κατά 16,2%, μεταξύ του 2007 και 2009 (World Health Organization, 2012). Τα ποσοστά θνησιμότητας λόγω αυτοκτονιών ήταν υψηλότερα (22,7%) για τους ανέργους άνδρες κάτω των 65 ετών μεταξύ της προαναφερθείσας περιόδου. Σύμφωνα με δεδομένα της

ΕΛ.ΣΤΑΤ σημειώθηκε 45% αύξηση μεταξύ των ετών 2007 και 2011 (ΕΛ.ΣΤΑΤ, 2013), και αυτή η αύξηση ήταν ιδιαίτερα έντονη για τους άνδρες σε ηλικία εργασίας (Kondilis και συν. 2013). Αρκετές έρευνες στην χώρα δείχνουν ότι το 2011 παρατηρήθηκε αύξηση αυτοκτονιών κατά 40% (Kentikelenis και συν. 2011, Liaropoulos 2012, Fountoulakis και συν. 2012, Economidou και συν. 2012, Stuckler και McKee 2012, Kentikelenis και συν. 2012) και αύξηση κατά 36% μεταξύ του 2009 και του 2011 των ατόμων που είχαν πρόθεση να αυτοκτονήσουν (Economidou και συν. 2011, 2013). Νεότερη έρευνα των Rachiotis και συν. 2015 αναφέρει αύξηση κατά 35% μεταξύ του 2010 (3,37 / 100.000) και του 2012 (4,56 / 100.000). Το αποτέλεσμα ήταν ιδιαίτερα αξιοσημείωτο στους άνδρες της εργασιμής ηλικίας, στους οποίους διαπιστώθηκε αύξηση 0,19/100.000. Ο Branias και συν. (2015) βρήκε ότι τα μέτρα λιτότητας που θεσπίστηκαν, σχετίστηκαν με αύξηση στις αυτοκτονίες κατά 35,7% τον Ιούνιο του 2011. Η ίδια παρατήρηση επιβεβαιώθηκε από τις έρευνες των Kontaxakis και συν. (2013) και Papaslanis και συν. (2016) όπου εντόπισαν αύξηση της αυτοκτονίας ιδιαίτερα μεταξύ των ανδρών ηλικίας 30-54 ετών, ενώ δεν υπήρξε σημαντική αλλαγή για τις γυναίκες, και για τους άνδρες ηλικίας 60-64 ετών.

Αντίστοιχα, στο διάγραμμα 36 παρουσιάζονται οι αυτοκτονίες σύμφωνα με την ελληνική αστυνομία (2002 -2014). Η παλαιότητα των στοιχείων οφείλεται στο γεγονός ότι αναμένονται τα στατιστικά για τα αίτια των θανάτων. Σύμφωνα με τα στοιχεία, παρατηρείται ραγδαία αύξηση στις αυτοκτονίες στην Ελλάδα με ποσοστό 74,9% από το 2002 έως το 2014.

Διάγραμμα 36: Αριθμός αυτοκτονιών



Πηγή: Στατιστική Επετηρίδα της Ελληνικής Αστυνομίας, 2017

Με βάση τα ανωτέρω φαίνεται ότι η ψυχική υγεία έχει επιδεινωθεί κατά τη διάρκεια της κρίσης στην Ελλάδα, και συνεχίζει να επιδεινώνεται. Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία ένας σημαντικός παράγοντας είναι η μείωση των εισοδημάτων και η ανεργία.

4.3. Επιπτώσεις στη χρήση υπηρεσιών υγείας

Στην αρχή της παγκόσμιας χρηματοπιστωτικής και οικονομικής κρίσης το ελληνικό σύστημα υγείας χαρακτηρίστηκε ως ξεπερασμένη οργανωτική δομή που κυριαρχείται από την κλινική ιατρική και τις νοσοκομειακές υπηρεσίες. Ο προγραμματισμός ήταν ανεπαρκής, όπως επίσης και οι διαθέσιμες πληροφορίες σχετικά με την κατάσταση της υγείας του πληθυσμού, τη χρήση των υπηρεσιών υγείας και τις δαπάνες υγείας. Το σύστημα δεν ήταν ούτε προοδευτικό, ούτε ενεργό για την αντιμετώπιση των αναγκών υγείας του πληθυσμού. Το παλαιό σύστημα κοινωνικής ασφάλισης ήταν κατακερματισμένο, αποτελούμενο από πολλά ταμεία και πάροχους με διάφορες οργανωτικές και διοικητικές δομές που πρόσφεραν υπηρεσίες που δεν ήταν συντονισμένες. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα διαφορές στην κάλυψη του

πληθυσμού και των ποσοστών συμμετοχής, οδηγώντας σε ανισότητες υγείας (Economou και Panteli 2019).

Η οικονομική ύφεση της Ελλάδας έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση των δημοσίων δαπανών υγείας, τον περιορισμό των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας και κατ' επέκταση την επιδείνωση της κατάστασης υγείας του πληθυσμού (Κυριόπουλος και Τσιάντου 2010, Fountoulakis και συν. 2012, Zavras και συν. 2013, Vandoros και συν. 2013, Economou και συν. 2014, Pierrakos και συν. 2014, Drydakakis και συν. 2015, Economou 2015, Σουλιώτης και συν. 2018).

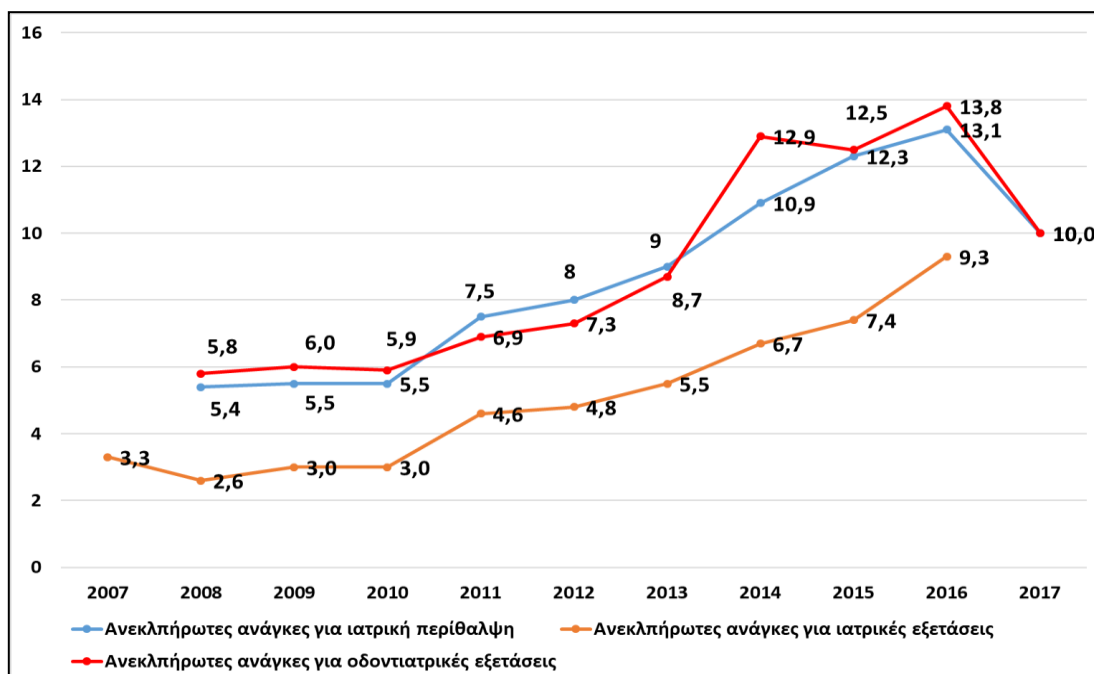
Ειδικότερα, το 2010 η ελληνική κυβέρνηση εφάρμοσε προγράμματα μεταρρυθμίσεων με στόχο τη διατήρηση των δαπανών για τη δημόσια υγεία στο 6% (ή και μικρότερο) του ΑΕΠ έως το 2012, αλλά και περικοπές στην κοινωνική ασφάλιση. Οι μειώσεις του προϋπολογισμού δεν αντικατόπτριζαν την αποδοτικότητα, αλλά μάλλον την ανάγκη για γρήγορη αλλαγή με σκοπό την επίτευξη των δημοσιονομικών στόχων. Στην πράξη, αυτή η πολιτική οδήγησε σε βαθύτερη ύφεση τα οικονομικά της υγείας. Το 2011, οι συν-πληρωμές στα εξωτερικά ιατρεία των δημόσιων νοσοκομείων αυξήθηκαν από €3 σε €5, το 2014 τέθηκε συν-πληρωμή €25 για νοσηλεία σε δημόσιο νοσοκομείο και €1 για κάθε συνταγογράφηση στο Εθνικό Σύστημα Υγείας. Ωστόσο, όλα τα παραπάνω σύντομα ανακλήθηκε λόγω ισχυρών αντιδράσεων από τους επαγγελματίες υγείας (Economou και Panteli 2019).

Δυστυχώς, με τη μείωση των δημοσίων δαπανών υγείας επήλθε η αύξηση των ιδιωτικών ως ποσοστό των συνολικών δαπανών για την υγεία κατά τη διάρκεια της κρίσης. Επίσης, οι άτυπες πληρωμές, αντιπροσωπεύουν ένα σημαντικό μέρος των πληρωμών (περίπου 30%) προκαλώντας εμπόδια στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας (OECD 2017). Τα κύρια στοιχεία που συμβάλλουν στις συνολικές άτυπες πληρωμές (πάνω από το 90%) είναι η φαρμακευτική συνασφάλιση και οι άμεσες πληρωμές για υπηρεσίες (Economou και Panteli 2019). Μολονότι, οι συν-πληρωμές είναι πολύ συχνές για την υποστήριξη των ανεπαρκών προϋπολογισμών υγείας, αποτελούν μια κακή επιλογή για τη χρηματοδότηση του τομέα της υγείας, προκαλώντας έντονες κοινωνικοοικονομικές ανισότητες στην υγεία (Καϊτελίδου και συν. 2013). Είναι πολύ πιθανό οι μειώσεις των μισθών του προσωπικού του τομέα υγείας που εφαρμόστηκαν μετά το 2010 στην Ελλάδα και η σχετιζόμενη αύξηση του

χρόνου αναμονής (λόγω αυξημένης ζήτησης των δημοσίων υπηρεσιών υγείας) να έχουν ως αποτέλεσμα τις αυξημένες άτυπες πληρωμές.

Στα έτη της κρίσης έχει καταγραφεί μια σημαντική αύξηση των ατόμων που αναφέρουν ανεκπλήρωτες ιατρικές και οδοντιατρικές ανάγκες (Kaitelidou και συν. 2011), ωστόσο, οι εκτιμήσεις αυτές δεν μπορούν ακόμη να συσχετισθούν απόλυτα με την παρούσα οικονομική ύφεση (Vandoros και συν. 2013). Το διάγραμμα 37 παρουσιάζει τις ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας του ελληνικού πληθυσμού κατά την περίοδο 2007-2017. Οι ανεκπλήρωτες ανάγκες τριπλασιάστηκαν μεταξύ των προαναφερόμενων ετών και συγκεκριμένα παρατηρείται σταδιακή αύξηση στην ιατρική περίθαλψη (4,6 μονάδες), στις ιατρικές (6 μονάδες) και οδοντιατρικές εξετάσεις (4,2 μονάδες). Η Ελλάδα είναι η 2η χώρα με τις υψηλότερες ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας στην ΕΕ (12,3% έναντι 3,3% του μέσου όρου της ΕΕ). Το κόστος αναφέρεται ως η συχνότερη αιτία ανεκπλήρωτων αναγκών και αφορά τις οικονομικές δυσκολίες στην προσιτότητα των υπηρεσιών εξαιτίας της δυσμενούς μεταβολής στο εισόδημα των νοικοκυριών. Οι άμεσες δαπάνες των ασθενών μπορούν να απειλήσουν την οικονομική προσιτότητα της περίθαλψης.

Διάγραμμα 37: Ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας ως % του πληθυσμού



Πηγή: Eurostat Database, 2018

Τα δεδομένα του Υπουργείου Υγείας σχετικά με τη ζήτηση των υπηρεσιών υγείας στο δημόσιο τομέα αναφέρουν αύξηση 24% στις εισαγωγές ασθενών σε

δημόσια νοσοκομεία το 2010 σε σύγκριση με το 2009, και 6% το 2011 σε σύγκριση με το 2010. Επιπλέον, η πληρότητα κλινών στα δημόσια νοσοκομεία αυξήθηκε από 64% το 2009 σε 69% το 2010 και σε 73% το 2011 (Υπουργείο Υγείας 2012, Εconoμου 2014). Παρατηρήθηκε επίσης αύξηση ζήτησης σε ποσοστό 6% και 18% στις χειρουργικές επεμβάσεις και εργαστηριακές εξετάσεις, αντίστοιχα, κατά τα έτη 2010-2011 (Υπουργείο Υγείας 2012, Εconoμου 2014). Επιπλέον, οι επισκέψεις σε δημόσια νοσοκομεία και ειδικότερα σε οδοντιατρικές και γυναικολογικές υπηρεσίες ήταν αυξημένες (αυτοί είναι οι δύο τομείς που ιστορικά προτιμούνταν ιδιώτες ιατροί).

Επιπλέον, οι επισκέψεις σε εξωτερικά ιατρεία των δημόσιων νοσοκομείων κατά τη διάρκεια του 2011 αυξήθηκαν 21,9% σε σύγκριση με το 2010 (Υπουργείο Υγείας 2012, Εconoμου 2014). Σχετικά με την χρήση απογευματινών ιατρείων στα δημόσια νοσοκομεία, ο Νόμος 3868/2010 εισήγαγε την υποχρεωτική ολοήμερη λειτουργία όλων των δημόσιων νοσοκομείων, προκειμένου να αυξηθεί η πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας και να αντιμετωπιστεί η επιπλέον ζήτηση, αλλά και με σκοπό την αύξηση των εσόδων των νοσοκομείων. Οι επισκέψεις στα απογευματινά ιατρεία των δημόσιων νοσοκομείων μειώθηκαν κατά 6% το 2010 σε σύγκριση με το 2009 και κατά 19% το 2011 σε σύγκριση με το 2010 (Εconoμου 2014). Επισημαίνεται ότι στα απογευματινά ιατρεία των δημόσιων νοσοκομείων οι ασθενείς είναι υποχρεωμένοι να πληρώσουν από €24 έως €72 ανάλογα τον βαθμό του ιατρού (πόσο που δεν καλύπτεται από τον ασφαλιστικό φορέα) και αυτό ίσως εξηγεί τη μείωση των απογευματινών ιατρικών επισκέψεων κατά τη διάρκεια της κρίσης (ΦΕΚ 1851 / Β' / 25-11-2010).

Κατά την οικονομική κρίση, ο αριθμός των ασθενών που επισκέπτονται το τμήμα επειγόντων περιστατικών αυξήθηκε σημαντικά. Στην πραγματικότητα, στο 95% των νοσοκομείων, έχει παρατηρηθεί αύξηση του αριθμού των ασθενών που κυμαίνεται από 10 έως 35%. Ένας από τους λόγους αυτής της κατάστασης μπορεί να είναι η επιδείνωση της οικονομικής δυνατότητας των ασθενών να χρησιμοποιούν ιδιωτικές υπηρεσίες. Η χρήση των επειγόντων περιστατικών έχει αυξηθεί κυρίως κατά τις απογευματινές και βραδινές βάρδιες. Αυτό μπορεί εν μέρει να εξηγηθεί από την απουσία οποιασδήποτε συν-πληρωμής κατά τη χρήση αυτών των υπηρεσιών. Μπορεί επίσης να συνδεθεί με τα εμπόδια πρόσβασης στα νοσοκομεία, λόγω μεγάλων λιστών αναμονής (Kotsiou και συν. 2018). Η αύξηση στη χρήση επειγόντων περιστατικών παρατηρήθηκε κυρίως

σε: α) άτομα με προβλήματα άγχους (κατάθλιψη και ψυχολογική διαταραχή), β) νέους ανασφάλιστους και γ) συνταξιούχους με χαμηλές συντάξεις (Manolitzas και Stylianou 2018).

Μια ακόμη συνέπεια της μείωσης των δαπανών υγείας και των μέτρων λιτότητας είναι η αύξηση του χρόνου αναμονής για τη λήψη υπηρεσιών υγείας. Για παράδειγμα, σύμφωνα με τα διαθέσιμα στοιχεία του Ελληνικού Χάρτη Υγείας, οι χρόνοι αναμονής για τη χρήση των τακτικών εξωτερικών ιατρείων αυξήθηκαν κατά 200% (Kaitelidou και συν. 2013). Σε έρευνες σχετικά με τους χρόνιους ασθενείς, διαπιστώθηκαν προβλήματα πρόσβασης σε ιατρό ή σε μονάδες πρωτοβάθμιας περίθαλψης λόγω οικονομικής αδυναμίας και λόγω μεγάλων λιστών αναμονής (Kentikelenis 2014, Kyriopoulos και συν. 2014).

Επιπροσθέτως, η οικονομική κρίση αύξησε την ανεργία στην Ελλάδα και σύμφωνα με το Εθνικό Μητρώο Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ATLAS), περίπου 2,5 εκατομμύρια άτομα έχασαν την ασφαλιστική τους κάλυψη για υγειονομική περίθαλψη (Economidou και Panteli 2019). Η πρώτη προσπάθεια για την κάλυψη της ευάλωτης αυτής ομάδας ήταν το δελτίο υγείας που ξεκίνησε τον Σεπτέμβριο του 2013 και χρηματοδοτήθηκε κυρίως από το Εθνικό Στρατηγικό Πλαίσιο Αναφοράς (ΕΣΠΑ), στοχεύοντας στην ασφαλιστική κάλυψη των μακροχρόνια ανέργων μέσω παροχής κουπονιών, για ελεύθερη πρόσβαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα, για περιορισμένο αριθμό επισκέψεων σε συμβεβλημένους γιατρούς και στο ΕΣΥ. Ωστόσο, τα έξοδα νοσοκομειακής περίθαλψης δεν καλύπτονταν. Τα εισοδηματικά και ασφαλιστικά κριτήρια επιλεξιμότητας ήταν αρκετά αυστηρά και το δελτίο ίσχυε μόνο για τέσσερις μήνες, χωρίς δυνατότητα ανανέωσης. Το μέτρο αυτό κρίθηκε αναποτελεσματικό και καταργήθηκε (Economidou και συν. 2014, Economidou, 2015, Economidou και συν. 2017). Μια δεύτερη προσπάθεια έγινε τον Ιούνιο του 2014 με την έκδοση δύο κοινών υπουργικών αποφάσεων, σύμφωνα με τις οποίες καλύφθηκαν όλοι οι ανασφάλιστοι Έλληνες πολίτες για δωρεάν νοσηλεία και παροχή φαρμακευτικών προϊόντων. Ωστόσο, οι δικαιούχοι υποχρεώθηκαν να καταβάλουν τις ίδιες αποζημιώσεις με εκείνες που καταβάλλουν οι ασφαλισμένοι. Ως τρίτη προσπάθεια εισήχθη ένα νέο νομοθετικό πλαίσιο με τον Ν.4368/2016, παρέχοντας ελεύθερη πρόσβαση για φροντίδα υγείας στους ανασφάλιστους Έλληνες, με την ίδια όμως κάλυψη με τον ασφαλισμένο πληθυσμό. Η νομοθεσία αυτή είχε καίρια σημασία για τη βελτίωση της ισότητας

και της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, αλλά δεν έχει εξαλείψει ορισμένα εμπόδια (Economou et al., 2017).

Η αυξημένη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας από τον ελληνικό πληθυσμού οδήγησε μερικές Μη Κερδοσκοπικές Οργανώσεις να αναπτύξουν μια σειρά από δράσεις και προγράμματα, που αποσκοπούν στην παροχή όχι μόνο υπηρεσιών υγείας, αλλά και ενός ευρύ φάσματος υπηρεσιών κοινωνικής μέριμνας (κοιτώνες για τους άστεγους, διανομή τροφίμων, πρόγραμμα φροντίδας ηλικιωμένων κλπ.) που μέχρι πρόσφατα δεν ήταν μέρος των δραστηριοτήτων τους. Από την έναρξη της κρίσης, οι ΜΚΟ εξυπηρετούν κυρίως ευπαθείς ομάδες όπως μετανάστες, άτομα με χαμηλά εισοδήματα, ανέργους κλπ. Σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποίησε η ΜΚΟ «Γιατροί του Κόσμου» αναφέρθηκε ότι περίπου το ήμισυ (49,3%) των ασθενών που έλαβαν υπηρεσίες υγείας το 2012 ήταν Έλληνες, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό πριν από την οικονομική κρίση (δεδομένα του 2007) δεν ξεπερνούσε το 3-4%. Σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες, το ποσοστό αυτό ήταν μικρότερο από 5% (εκτός από το Μόναχο, με 12% των ασθενών), ενώ στο Άμστερνταμ, την Αμβέρσα, τις Βρυξέλλες και το Λονδίνο το ποσοστό ήταν σχεδόν μηδενικό (Chauvin και Simonnot 2013). Ακόμη, μια σειρά από «κοινωνικά ιατρεία» συνήθως των Δήμων και της Εκκλησίας της Ελλάδας στελεχώνονται από εθελοντές ιατρούς που παρέχουν υπηρεσίες υγείας και φάρμακα, προκειμένου να ανταποκριθούν σε αυτή την αυξημένη ζήτηση υπηρεσιών.

Συμπερασματικά, δεδομένου ότι το ελληνικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης χαρακτηριζόταν από περιορισμένη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας από τους πολίτες ακόμη και πριν την έναρξη της οικονομικής κρίσης (Liaropoulos και συν. 2008, Siskou και συν. 2008, Economou και Giorno 2009, Economou 2010, Σουλιώτης 2018), φαίνεται ότι η κρίση επιδείνωσε τα υφιστάμενα προβλήματα και πολλά από τα μέτρα πολιτικής που εισήχθησαν υπό την πίεση των συνθηκών διάσωσης, κατέστησαν τη χρηματοδότηση του τομέα της υγείας ακόμη πιο περιορισμένη. Η επιβολή μείωσης των δημοσίων δαπανών υγείας και ταυτόχρονα η δραστική μείωση του ΑΕΠ συνεπάγεται ότι η δημόσια υγεία καλείται να αντιμετωπίσει τις αυξανόμενες ανάγκες του πληθυσμού με μειωμένους πόρους (οικονομικούς, ανθρώπινους και υλικούς). Αυτό έχει αρνητικές επιπτώσεις, ειδικά για τα μεσαία και τα χαμηλά εισοδήματα των νοικοκυριών που δεν διαθέτουν το εισόδημα για την αγορά ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας (Economou και συν. 2014).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΕΠΙΠΕΔΟ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΑΝΕΡΓΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Δεδομένης της σημασίας της σχέσης μεταξύ ανεργίας και υγείας, πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση μελετών που στόχευαν στη διερεύνηση της επίδρασης της ανεργίας στο επίπεδο υγείας του άνεργου πληθυσμού κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα. Συγκεκριμένα, αναζητήθηκαν πρωτογενείς και δευτερογενείς δημοσιευμένες έρευνες από το 2009 έως το 2018, στην ελληνική ή αγγλική γλώσσα με τις παρακάτω λέξεις κλειδιά: *οικονομική κρίση, ανεργία, υγεία, Ελλάδα - economic crisis, unemployment, health, Greece*. Οι ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων που χρησιμοποιήθηκαν στην ανασκόπηση ήταν οι ακόλουθες: MEDLINE®/PubMed®, Scopus®, Google scholar. Τα κριτήρια εισόδου στην βιβλιογραφική ανασκόπηση ήταν:

- άρθρα που αξιολογούσαν το επίπεδο υγείας του άνεργου πληθυσμού στην Ελλάδα,
- άρθρα βασισμένα σε πρωτογενή στοιχεία όπως αποτελέσματα εμπειρικών παρατηρήσεων και μελετών,
- άρθρα βασισμένα σε δευτερογενή στοιχεία που έχουν ήδη συλλεχθεί στα πλαίσια προηγούμενης πρωτογενούς έρευνας ή από στοιχεία που συγκεντρώνονται από αρμόδιες κρατικές υπηρεσίες,
- άρθρα δημοσιευμένα σε επιστημονικά περιοδικά που ακολουθούν διεθνής κανόνες αξιολόγησης.

Επιπλέον, κριτήρια αποκλεισμού για την ανασκόπηση αποτέλεσαν:

- άρθρα σε γκρι βιβλιογραφία όπως μεταπτυχιακές και διδακτορικές διατριβές,
- ανακοινώσεις σε συνέδρια,
- άρθρα στοχευόμενα σε άλλη χώρα πέραν της Ελλάδας
- άρθρα που δεν μελετούσαν την περίοδο της οικονομικής κρίσης,
- άρθρα στα οποία δεν παρουσιάζονταν δεδομένα για τον άνεργο πληθυσμό

Ο πίνακας 1 παρουσιάζει αναλυτικά την στρατηγική που ακολουθήθηκε για την βιβλιογραφική ανασκόπηση της επίδρασης της ανεργίας στο επίπεδο υγείας

του άνεργου πληθυσμού κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα.

Πίνακας 1: Στρατηγική Βιβλιογραφικής Ανασκόπησης

Στάδια της Έρευνας		Σημαντικότερες Ομαδοποιήσεις
1.	- Medline - PubMed - Scopus - Google scholar	Βιβλιογραφικές Βάσεις Δεδομένων
2.	ανεργία, άνεργος πληθυσμός unemployment, unemployed	Στοχευόμενη εστίαση θέματος
3.	υγεία health	Στοχευόμενες λέξεις-κλειδιά
4.	οικονομική κρίση economic crisis	
5.	Ελλάδα Greece	

Συνολικά, βρέθηκαν και μελετήθηκαν 19 πρωτογενείς έρευνες που πραγματοποιήθηκαν στην Ελλάδα και συμπεριελάμβαναν τον άνεργο πληθυσμό (πίνακας 2) και 17 δευτερογενείς έρευνες που χρησιμοποίησαν δεδομένα από εθνικές, ευρωπαϊκές ή διεθνείς πηγές για να διερευνήσουν τη σχέση της ανεργίας με την υγεία και τις αυτοκτονίες στην Ελλάδα κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης (πίνακας 3).

Πίνακας 2: Βιβλιογραφική Ανασκόπηση Πρωτογενών Ελληνικών Μελετών

Πεδίο έρευνας	Βιβλιογραφική Αναφορά	Σκοπός & Μεθοδολογία έρευνας	Αποτελέσματα έρευνας
Σωματική & Ψυχική Υγεία	Μεχίλι και συν. (2017) <i>Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής</i> , 34(1):65-74	<ul style="list-style-type: none"> ○ Η έρευνα είχε ως στόχο την εκτίμηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής των ανέργων στην Ελλάδα την περίοδο της οικονομικής κρίσης. ○ Το δείγμα της έρευνας ήταν δείγμα ευκολίας (396 άνεργα άτομα) και για την μέτρηση της ποιότητας ζωής χρησιμοποιήθηκε το γενικό ερωτηματολόγιο Short Form-36. 	<ul style="list-style-type: none"> • Η ανεργία έχει πολλές αρνητικές συνέπειες για την υγεία, οδηγώντας στη μείωση της ποιότητας ζωής, καθώς και στην επιδείνωση τόσο της σωματικής όσο και της ψυχικής κατάστασης.
Ψυχική Υγεία	Zissi, & Stalidis (2017) <i>International Journal of Social Psychiatry</i> , 63(5), 459-467	<ul style="list-style-type: none"> ○ Η μελέτη διερευνά τη σχέση της κοινωνικής τάξης με τη ψυχική δυσφορία κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης. ○ Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε 300 κατοίκους στη Θεσσαλονίκη. 	<ul style="list-style-type: none"> • Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η ψυχική δυσφορία ήταν σημαντικά διαφοροποιημένη σε όλες τις κοινωνικές τάξεις. Οι άνεργοι και οι ανειδίκευτοι εργαζόμενοι ήταν οι πιο ευάλωτες ομάδες όσον αφορά την ψυχολογική υγεία. Το χρόνιο άγχος προέκυψε σε αυτή τη μελέτη ως παράγοντας κινδύνου για κακή ψυχική υγεία και συνδέθηκε με χαμηλή οικογενειακή ποιότητα, έντονη οικονομική επιβάρυνση και φτωχές συνθήκες στέγασης.
Ψυχική Υγεία	Christodoulou και συν. (2017). <i>Psychology, health & medicine</i> , 22(7), 772-777.	<ul style="list-style-type: none"> ○ Η μελέτη αποσκοπούσε στην εξέταση των ψυχομετρικών ιδιοτήτων της κλίμακας Beck Hopelessness Scale (BHS) σε Έλληνες με μια πρόσφατη απόπειρα αυτοκτονίας. ○ Η μελέτη περιελάμβανε συνολικά 510 	<ul style="list-style-type: none"> • Οι γυναίκες, τα νεότερα άτομα και αυτοί με χαμηλό επίπεδο, οι άνεργοι και οι συμμετέχοντες που δήλωσαν χαμηλή ή μέτρια αυτοαναφερόμενη οικονομική κατάσταση

		άτομα, πολίτες της Αθήνας.	παρουσίασαν αυξημένη απελπισία
Ψυχική Υγεία	Economou και συν. (2016) <i>Psychiatry research</i> , 242, 260-261.	<ul style="list-style-type: none"> ο Η έρευνα μελέτησε τον επιπολασμό της ψυχικής διαταραχής σε συνάρτηση με το φύλο και την ηλικία σε τέσσερις εθνικές έρευνες στην Ελλάδα το 2008, το 2009, το 2011 και το 2013. 	<ul style="list-style-type: none"> • Οι άνδρες παραγωγικής ηλικίας είχαν υψηλότερο επιπολασμό της μείζονος κατάθλιψης, σε σχέση με τις γυναίκες, οι οποίες εμφάνιζαν σε μεγαλύτερο ποσοστό ψυχική διαταραχή.
Ψυχική Υγεία	Economou και συν. (2016). <i>Social psychiatry and psychiatric epidemiology</i> , 51(7), 1015-1024.	<ul style="list-style-type: none"> ο Επαναλαμβανόμενες συγχρονικές έρευνες διενεργήθηκαν το 2008, το 2009, το 2011 και το 2013 με σκοπό την εκτίμηση της επικράτησης της μείζονος κατάθλιψης και της αυτοκτονίας, καθώς και της διερεύνησης των παραγόντων κινδύνου. ο Σε ένα τυχαίο και αντιπροσωπευτικό δείγμα 2.208 ατόμων πραγματοποιήθηκαν τηλεφωνικές συνεντεύξεις σχετικά με διάφορους κοινωνικοοικονομικούς δείκτες και την παρουσία μείζονος κατάθλιψης και αυτοκτονίας. 	<ul style="list-style-type: none"> • Τα ευρήματα δείχνουν αύξηση του επιπολασμού της μείζονος κατάθλιψης κατά ένα μήνα (12,3%) και μείωση του επιπολασμού της αυτοκτονίας (2,8%). Το γυναικείο φύλο, η κατοικία στην ύπαιθρο, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, η ανεργία και οι οικονομικές δυσκολίες διαπιστώθηκαν ότι αυξάνουν τις πιθανότητες να υποφέρουν τα άτομα από κατάθλιψη. Η επιρροή της οικονομικής δυσχέρειας και της ανεργίας στην αυτοκτονία ήταν επίσης σημαντική.
Ψυχική Υγεία	Economou και συν. (2016). <i>International Journal of Social Psychiatry</i> , 62(3), 243-251.	<ul style="list-style-type: none"> ο Διερεύνηση των στάσεων απέναντι στην κατάθλιψη και τη ψυχιατρική φαρμακευτική αγωγή την περίοδο της οικονομικής κρίσης και τον προσδιορισμό των συσχετίσεων. ο Ένα τυχαίο και αντιπροσωπευτικό δείγμα 621 ερωτηθέντων από την περιοχή της Αθήνας συμμετείχε στη μελέτη. 	<ul style="list-style-type: none"> • Η στιγματισμένη πεποίθηση για την κατάθλιψη αφορά την αντίληψη της διαταραχής ως σημάδι προσωπικής αδυναμίας. Παρόλα αυτά, οι στιγματισμένες πεποιθήσεις είναι πολύ ισχυρότερες σε σχέση με την ψυχιατρική φαρμακευτική αγωγή. Οι προθέσεις αναζήτησης βοήθειας ήταν κυρίως από άτομα με χαμηλή

			εκπαίδευση, άνεργα.
Σωματική & Ψυχική Υγεία	Κυριόπουλος και συν. (2016). Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας	<ul style="list-style-type: none"> ο Διερεύνηση της διαχρονικής ανάλυσης της αυτοαναφερόμενης κατάστασης υγείας στην Ελλάδα και των επιπτώσεων των πολιτικών λιτότητας και της περιοριστικής πολιτικής στις συμπεριφορές υγείας. 	<ul style="list-style-type: none"> • 68,2% των Ελλήνων χαρακτηρίζει καλή έως πολύ καλή την υγεία του. Οι μισοί από τους άνεργους καθώς και άτομα με μηνιαίο εισόδημα 500 ευρώ δήλωσαν ότι η υγεία τους είναι από κακή έως πολύ κακή. Αντιθέτως όσοι λαμβάνουν από 1.000 ευρώ τον μήνα δηλώνουν ότι η υγεία τους είναι σε καλή κατάσταση.
Σωματική & Ψυχική Υγεία	Drykakis (2015) <i>Social Science & Medicine</i> , 128, 43-51.	<ul style="list-style-type: none"> ο Η έρευνα χρησιμοποίησε έξι ετήσια κύματα της Μελέτης Διαμήκους Εργασιακής Αγοράς (Longitudinal Labor Market Study) που κάλυπταν την περίοδο 2008-2013. 	<ul style="list-style-type: none"> • Η ανεργία έχει ως αποτέλεσμα την επιδείνωση της σωματικής και ψυχικής υγείας κατά την περίοδο 2008-2009 σε σύγκριση με την περίοδο 2010-2013. Επιπλέον, η κατάσταση υγείας των γυναικών επηρεάζεται περισσότερο από την ανεργία σε σχέση με την αντίστοιχη των ανδρών.
Σωματική & Ψυχική Υγεία	Mechili και συν. (2015) <i>ICIMTH</i> , pp. 207-209.	<ul style="list-style-type: none"> ο Διερεύνηση της ποιότητας ζωής του γενικού πληθυσμού στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης. 	<ul style="list-style-type: none"> • Το εισόδημα, το επίπεδο εκπαίδευσης, η συμβίωση και η γονική μέριμνα είχαν σημαντικό αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής. Ο άνεργος πληθυσμός βαθμολόγησε χαμηλότερα την ποιότητα ζωής σε σχέση με το γενικό πληθυσμό.
Ψυχική Υγεία	Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ (2015) Αποτελέσματα της	<ul style="list-style-type: none"> ο Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε αντιπροσωπευτικό δείγμα 5.000 ενηλίκων 	<ul style="list-style-type: none"> • Συσχέτιση του άγχους και της κατάθλιψης με

	μελέτης EMENO. Αθήνα.	ατόμων.	την ανεργία.
Ψυχική Υγεία	Μαζέτας και συν. (2015) <i>Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας</i> , 7 (3), 128-137.	<ul style="list-style-type: none"> ○ Η έρευνα είχε ως στόχο την ανίχνευση της αλληλεπίδρασης των οικονομικών και κοινωνικών επιπτώσεων της ανεργίας στην βιο-ψυχο-κοινωνικο-πνευματική υγεία της οικογένειας. Το δείγμα της μελέτης ήταν 447 άτομα. 	<ul style="list-style-type: none"> • Οι άνεργοι εμφανίζουν τα υψηλότερα επίπεδα αισθημάτων κατωτερότητας, ντροπής, ιδεοψυχαναγκασμού, διαπροσωπικής ευαισθησίας, κατάθλιψης και φοβικού άγχους.
Ψυχική Υγεία	Μυλιονα και συν. (2014). <i>Public health</i> , 128(8), 752-754.	<ul style="list-style-type: none"> ○ Διερεύνηση των καθοριστικών παραγόντων της αυτοαναφερόμενης συχνότητας καταθλιπτικών συμπτωμάτων στην Ελλάδα κατά την οικονομική κρίση. ○ Δεδομένα δύο συγχρονικών ερευνών που έγιναν στην Ελλάδα το 2006 και το 2011, και αξιολόγησαν την ύπαρξη καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. 	<ul style="list-style-type: none"> • Οι άνεργοι σύγκριση με τους εργαζόμενους παρουσίασαν αυξημένη πιθανότητα να είναι λυπημένοι ή μελαγχολικοί πιο συχνά.
Ψυχική Υγεία	Εconomou και συν. (2013). <i>World Psychiatry</i> , 12(1), 53-59.	<ul style="list-style-type: none"> ○ Διερεύνηση αλλαγών στον αυτοκτονικό ιδεασμό και στις απόπειρες αυτοκτονίας μεταξύ 2009 και 2011 σε αντιπροσωπευτικό δείγμα του πληθυσμού και σε διάφορες υποομάδες πληθυσμού. Έναν τυχαίο και αντιπροσωπευτικό δείγμα 2192 και 2256 ατόμων, αντίστοιχα, συμμετείχε στις έρευνες. 	<ul style="list-style-type: none"> • Μεταξύ του 2009 και του 2011, σημειώθηκε σημαντική αύξηση στον επιπολασμό αυτοκτονικού ιδεασμού και αναφέρθηκαν απόπειρες αυτοκτονίας. Οι άνθρωποι που πάσχουν από κατάθλιψη, άνδρες, άνεργοι, έγγαμοι, άτομα που αντιμετωπίζουν οικονομική πίεση, άτομα με χαμηλή διαπροσωπική εμπιστοσύνη και άτομα με ιστορικό προσπαθειών αυτοκτονίας ήταν ιδιαίτερα ευάλωτα.

Ψυχική Υγεία	Ευθυμίου και συν. (2013), <i>Εγκέφαλος</i> , 50: 22-30.	<ul style="list-style-type: none"> ○ Έρευνα που πραγματοποιήθηκε από το Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων σε 5.000 άτομα μέσω συνεντεύξεων. 	<ul style="list-style-type: none"> • Τα άτομα που αντιμετώπιζαν αυξημένες οικονομικές δυσκολίες διέτρεχαν 3 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να παρουσιάσουν σοβαρή ψυχοπαθολογία. Οι εργαζόμενοι εμφάνιζαν τη χαμηλότερη συχνότητα σοβαρής ψυχοπαθολογίας, ενώ οι άνεργοι διέτρεχαν διπλάσιο κίνδυνο να την εμφανίσουν και ήταν 2,5 φορές πιο πιθανό να έχουν ιδέες αναξιοτήτας για τη ζωή.
Ψυχική Υγεία	Οικονόμου και συν. (2013), <i>Ψυχιατρική</i> , 2013;24(4):247-261.	<ul style="list-style-type: none"> ○ Η παρούσα ερευνητική μελέτη αποσκοπεί στο να αποτυπωθούν τυχόν μεταβολές στην επικράτηση της Διαταραχής Γενικευμένου Άγχους και Μείζονος Κατάθλιψης μεταξύ των ετών 2009 και 2011. 	<ul style="list-style-type: none"> • Η έρευνα έδειξε ότι τα άτομα άνω των 45 ετών, τα άτομα χαμηλού μορφωτικού επιπέδου και οι άνεργοι εμφανίζουν μεγαλύτερη πιθανότητα να νοσήσουν από μείζονα κατάθλιψη.
Σωματική Υγεία	Zavras και συν. (2013). <i>European Journal of Public Health</i> , 23:206–10.	<ul style="list-style-type: none"> ○ Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση των καθοριστικών παραγόντων της υγείας στην Ελλάδα. ○ Δύο εθνικές συγχρονικές έρευνες που διενεργήθηκαν το 2006 και το 2011 συνδυάστηκαν και τα δεδομένα συγκεντρώθηκαν παρέχοντας πληροφορίες για 10.572 άτομα. 	<ul style="list-style-type: none"> • Η κακή υγεία ήταν συχνότερη στους ηλικιωμένους, άνεργους, συνταξιούχους, νοικοκυρές και σε εκείνους που πάσχουν από χρόνια ασθένεια. Οι άνδρες, τα άτομα με ανώτερη εκπαίδευση και όσοι έχουν υψηλότερο εισόδημα έχουν υψηλότερη πιθανότητα να αναφέρουν καλύτερη υγεία. Επιπλέον, η πιθανότητα αναφοράς κακής υγείας είναι υψηλότερη σε περιόδους οικονομικής κρίσης.
Ψυχική Υγεία	Οικονόμου και συν. (2012) <i>Ψυχιατρική</i> , 23:17–28.	<ul style="list-style-type: none"> ○ Η μελέτη αποσκοπεί στη στοιχειοθέτηση της επίδρασης της οικονομικής κρίσης στη ψυχική υγεία στην Ελλάδα. Τα στοιχεία που 	<ul style="list-style-type: none"> • Η κατάρρευση που αντιμετωπίζουν οι άνθρωποι σε συνθήκες ανεργίας/απότομης μείωσης του

		<p>αναλύθηκαν προέρχονται από την καταγραφή του περιεχόμενου των κλήσεων της Τηλεφωνικής Γραμμής Βοήθειας για την Κατάθλιψη του Ερευνητικού Πανεπιστημιακού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγιεινής.</p>	<p>εισοδήματός τους και η συμβολή της εν λόγω κατάρρευσης στην αύξηση του κινδύνου εμφάνισης ψυχικών διαταραχών.</p>
Ψυχική Υγεία	<p>Madianos και συν. (2011). <i>Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology</i>, 46(10), 943-952.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ο Σκοπός αυτής της μελέτης ήταν να διερευνήσει τις συνέπειες της ανεργίας και του κοινωνικού αποκλεισμού στην κατάθλιψη και την οικονομική δυσχέρεια. ο Πραγματοποιήθηκαν δύο έρευνες σε εθνικό επίπεδο το 2008 και το 2009 με αντιπροσωπευτικά δείγματα 2.197 και 2.192 ερωτηθέντων αντίστοιχα. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ο επιπολασμός του Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου κατά τον τελευταίο μήνα, το 2008, ήταν 3,3%, ενώ το 2009 6,8%, που σημαίνει πως αυξήθηκε κατά 2,1 φορές. Οι γυναίκες, τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, οι χήροι/-ες και οι διαζευγμένοι, τα άτομα με χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο, αυτοί που ζουν στην ευρύτερη περιοχή της Αθήνας, τα άτομα χαμηλού κοινωνικού-οικονομικού επιπέδου, καθώς και οι άνεργοι εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου.
Ψυχική Υγεία	<p>Στυλιανίδης και συν. (2010) <i>Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής</i>, 27 (4), 675-683.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ο Η έρευνα στόχευε στη διερεύνηση του επιπολασμού των κοινών ψυχικών διαταραχών στο γενικό πληθυσμό της Πάρου-Αντιπάρου. ο Το δείγμα της έρευνας ήταν 506 άτομα από το γενικό πληθυσμό. 	<ul style="list-style-type: none"> • Οι άνεργοι είχαν διπλάσια σχεδόν πιθανότητα να εμφανίζουν σοβαρή ψυχοπαθολογία. Επιπλέον, ήταν δυόμισι φορές πιο πιθανό να παρουσιάζουν «ευχές θανάτου» και ιδέες απαξίας για την ζωή ακόμη και όταν έλαβαν υπόψη στην ανάλυση το εισόδημα και τις οικονομικές δυσκολίες.

Πίνακας 3: Βιβλιογραφική Ανασκόπηση Δευτερογενών Ελληνικών Μελετών

Πεδίο έρευνας	Βιβλιογραφική Αναφορά	Σκοπός & Μεθοδολογία έρευνας	Αποτελέσματα έρευνας
Αυτοκτονίες	Fountoulakis (2018). <i>Journal of affective disorders</i> .	<ul style="list-style-type: none"> ο Στόχος της έρευνας ήταν οι αιτίες της αύξησης των ποσοστών αυτοκτονίας που παρατηρούνται από το 2011 στην Ελλάδα. ο Τα στοιχεία ανακτήθηκαν από την Ελληνική Στατιστική Αρχή σχετικά με τις αιτίες θανάτου για το έτος 2015 στην Ελλάδα. 	<ul style="list-style-type: none"> • Τα αποτελέσματα δείχνουν συνολική αύξηση 51,7% στους άντρες και 76,2% στις γυναίκες, έχοντας διαφορά μεταξύ των ηλικιακών ομάδων.
Αυτοκτονίες	Basta και συν. (2018). <i>BMC psychiatry</i> , 18(1), 356.	<ul style="list-style-type: none"> ο Να διερευνήσει τα ποσοστά θνησιμότητας λόγω αυτοκτονιών στην Κρήτη μεταξύ 1999 και 2013 και τη σύνδεσή αυτών με την οικονομική κρίση. ο Τα στοιχεία για τις αυτοκτονίες ανακτήθηκαν από τα αρχεία του Τμήματος Ιατροδικαστικής και Τοξικολογίας του Πανεπιστημίου Κρήτης. 	<ul style="list-style-type: none"> • Η ανάλυσή μας έδειξε ότι η Κρήτη έχει το υψηλότερο ποσοστό θνησιμότητας λόγω αυτοκτονιών στην Ελλάδα, ωστόσο δεν παρατηρήθηκε σημαντική αύξηση μεταξύ 1999 και 2013, υπήρξαν αντίθετες τάσεις μεταξύ ανδρών και γυναικών, και στις γυναίκες παρατηρήθηκε μείωση. Επίσης, σημειώθηκε σημαντική αύξηση των αυτοκτονιών σε άντρες μέσης ηλικίας (40-64 ετών) και ηλικιωμένους παρόλο που τα υψηλότερα ποσοστά ανεργίας παρατηρήθηκαν σε νέους άνδρες και γυναίκες.
Θνησιμότητα	Laliotis και Stavropoulou (2018). <i>Social Science &</i>	<ul style="list-style-type: none"> ο Διερεύνηση της θνησιμότητας σε σχέση με την ανεργία. ο Τριμηνιαία στοιχεία της ανεργίας και της θνησιμότητας από το 1999 έως το 2013. 	<ul style="list-style-type: none"> • Η επίδραση στα ποσοστά θνησιμότητας μεταβάλλεται λόγω πολύ υψηλών τιμών ανεργίας.

	<i>Medicine</i> , 214, 99-109.		
Απόπειρες αυτοκτονιών	Benioudakis (2017). <i>Primary care companion CNS disorders</i> , 19(1).	<ul style="list-style-type: none"> ○ Ο κύριος σκοπός αυτής της μελέτης ήταν να εξετάσει την οικονομική κρίση σε σχέση με τις καταγεγραμμένες απόπειρες αυτοκτονίας στα Χανιά από το 2008 έως το 2015, λαμβάνοντας επίσης υπόψη τα ποσοστά ανεργίας. ○ Τα στοιχεία συλλέχθηκαν, αναλύθηκαν και χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα μελέτη ήταν από τα αρχεία των επειγόντων περιστατικών του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Κρήτης και τα στοιχεία για την ανεργία προέρχονται από την Ελληνική Στατιστική Αρχή. 	<ul style="list-style-type: none"> • Το ποσοστό των αποπειρών αυτοκτονιών έφτασε στο μέγιστο το 2012 και παρέμεινε σχετικά υψηλό έως το 2015. Υπήρξε μια στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των προσπαθειών αυτοκτονίας και των ποσοστών ανεργίας.
Ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας	Zavras και συν. (2016). <i>BMC health services research</i> , 16(1), 309.	<ul style="list-style-type: none"> ○ Η παρούσα μελέτη στοχεύει στην αξιολόγηση του τρόπου με τον οποίο η οικονομική κρίση επηρέασε τις ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας στην Ελλάδα. ○ Η ανάλυση πραγματοποιήθηκε για τα έτη 2004 έως 2011 χρησιμοποιώντας τη βάση δεδομένων EU-SILC. 	<ul style="list-style-type: none"> • Οι ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας αυξήθηκαν μετά τη θέσπιση μέτρων λιτότητας. Το εισόδημα, το μορφωτικό επίπεδο, το καθεστώς απασχόλησης και η ασφάλιση ήταν επίσης σημαντικοί καθοριστικοί παράγοντες για τις ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας.
Αυτοκτονίες	Fountoulakis και συν. (2016). <i>Annals of general psychiatry</i> , 15(1), 19.	<ul style="list-style-type: none"> ○ Δεδομένα από 29 ευρωπαϊκές χώρες που καλύπτουν τα έτη 2000 έως 2012. Τα δεδομένα που συλλέχθηκαν ήταν τα ποσοστά αυτοκτονίας των ανδρών και των γυναικών (σύμφωνα με τον ΠΟΥ), οι οικονομικές μεταβλητές (σύμφωνα με την Παγκόσμια 	<ul style="list-style-type: none"> • Οι αυτοκτονίες των ανδρών συσχετίζονται με υψηλό ποσοστό ανεργίας στο πλαίσιο του υψηλού ρυθμού ανάπτυξης και του υψηλού πληθωρισμού και του χαμηλού κατά κεφαλήν ΑΕΠ, ενώ οι αυτοκτονίες

		Τράπεζα) και οι κλιματικές μεταβολές.	των γυναικών συσχετίζονται αρνητικά με τον πληθωρισμό.
Σωματική Υγεία	Fanourgiakis, J. (2016). <i>Journal of public health policy</i> , 37(1), 118-120.	<ul style="list-style-type: none"> ο Η αξιολόγηση του κατά πόσο τα μέτρα λιτότητας της Ελλάδας επιδείνωσαν την κατάσταση υγείας των εργαζομένων και ανέργων. Τα δεδομένα αντλήθηκαν από τη βάση EU SILC της Ευρωπαϊκής Ένωσης. 	<ul style="list-style-type: none"> • Κατά την αρχική ύφεση (2008-2009) διαπιστώθηκε ότι η αυτοαναφερόμενη υγεία επιδεινώθηκε τόσο για όσους παραμένουν στην απασχόληση όσο και για όσους έχασαν δουλειά τους. Παρομοίως, κατά τη διάρκεια του προγράμματος λιτότητας (2010-2011), οι άνθρωποι που έχασαν τη δουλειά είχαν σημαντική μείωση στην υγεία τους.
Αυτοκτονίες	Rachiotis και συν. (2015) <i>BMJ</i> ; 5(3).	<ul style="list-style-type: none"> ο Διερεύνηση του αντίκτυπου της οικονομικής κρίσης στα ποσοστά αυτοκτονιών στην Ελλάδα. ο Τα δεδομένα ανακτήθηκαν από την Ελληνική Στατιστική Αρχή για την περίοδο 2003-2012. 	<ul style="list-style-type: none"> • Κάθε μια ποσοστιαία μονάδα αύξησης της ανεργίας συμπίπτει με αύξηση του δείκτη των αυτοκτονιών ανά 100.000 κατοίκους κατά 0,19.
Αυτοκτονίες	Fountoulakis και συν. (2015) <i>Journal of affective disorders</i> , 174, 131-136.	<ul style="list-style-type: none"> ο Μελέτη παρακολούθησης της συχνότητας αποπειρών αυτοκτονίας και της σχέσης τους με την ανεργία. ο Τα στοιχεία ανακτήθηκαν από Ελληνική Στατιστική Αρχή και από το αρχείο των Τμημάτων Επειγόντων Περιστατικών τριών νοσοκομείων της Ελλάδας. 	<ul style="list-style-type: none"> • Το ποσοστό στις γυναίκες ήταν τουλάχιστον δύο φορές μεγαλύτερο σε σχέση με τους άντρες, ενώ το 15,34% επανέλαβε την απόπειρα μέσα στον ίδιο χρόνο και το 75% μέσα σε 2 χρόνια.
Ψυχική Υγεία	Madianos (2014). <i>The European</i>	<ul style="list-style-type: none"> ο Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνηθούν οι αλλαγές στις αυτοκτονίες και 	<ul style="list-style-type: none"> • Οι αυτοκτονίες έχουν διαπιστωθεί ότι

	<i>Journal of Psychiatry</i> , 28(1), 39-49.	η πιθανή συσχέτισή τους με μακροοικονομικούς και συμπεριφορικούς παράγοντες. Τα στοιχεία για την περίοδο 1990-2011 αντλήθηκαν κυρίως από την Ελληνική Στατιστική Αρχή και τη Eurostat.	έχουν ισχυρή συσχέτιση με την ανεργία.
Αυτοκτονίες	Fountoulakis και συν. (2014). <i>The British journal of psychiatry</i> , 205(6), 486-496.	<ul style="list-style-type: none"> ο Μελέτη του πιθανού αντίκτυπου της οικονομικής κρίσης στα ευρωπαϊκά ποσοστά αυτοκτονίας. ο Τα δεδομένα συγκεντρώθηκαν και αναλύθηκαν από 29 ευρωπαϊκές χώρες και συμπεριέλαβαν τον αριθμό των θανάτων από αυτοκτονία σε άνδρες και γυναίκες, το ποσοστό ανεργίας, το κατά κεφαλήν ακαθάριστο εγχώριο προϊόν (ΑΕΠ), τον ετήσιο ρυθμό οικονομικής ανάπτυξης και τον πληθωρισμό. 	<ul style="list-style-type: none"> • Υπήρξε έντονη συσχέτιση μεταξύ των ποσοστών αυτοκτονίας και όλων των οικονομικών δεικτών εκτός από το κατά κεφαλήν ΑΕΠ στους άνδρες. Συσχέτιση βρέθηκε μόνο μεταξύ της ανεργίας των γυναικών και των ποσοστών αυτοκτονίας.
Αυτοκτονίες	Antonakakis και συν. (2014) <i>Social Science & Medicine</i> , 112:39-50.	<ul style="list-style-type: none"> ο Η παρούσα μελέτη αποσκοπεί στην εξήγηση της επίδρασης της εφαρμογής των δημοσιονομικών μέτρων λιτότητας και των διακυμάνσεων των μακροοικονομικών επιδόσεων κατά την περίοδο 1968-2011 στην αυτοκτονικότητα. 	<ul style="list-style-type: none"> • Η δημοσιονομική λιτότητα, τα υψηλότερα ποσοστά ανεργίας και η αρνητική οικονομική ανάπτυξη οδηγούν σε σημαντική αύξηση των συνολικών ποσοστών αυτοκτονιών στην Ελλάδα.
Απόπειρες αυτοκτονίας	Σταυριανάκος και συν. (2014) <i>Ψυχιατρική</i> 25(2):104-110.	<ul style="list-style-type: none"> ο Διερεύνηση της ύπαρξης αύξησης των αποπειρών αυτοκτονίας και την διαφοροποίηση των κοινωνικο-δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών των αποπειραθέντων σε περίοδο οικονομικής 	<ul style="list-style-type: none"> • Παρατηρήθηκε αύξηση των αποπειρών αυτοκτονίας της τάξεως του 35,71%. Σχετικά με την επαγγελματική και οικογενειακή κατάσταση αναδείχθηκε στατιστικά σημαντική αύξηση των

		<p>κρίσης.</p> <ul style="list-style-type: none"> ο Μελετήθηκαν οι τυποποιημένοι-ημιδομημένοι φάκελοι 165 ασθενών που νοσηλεύτηκαν στις Παθολογικές Κλινικές του Γενικού Νοσοκομείου «Η Σωτηρία» στην Αθήνα μετά από απόπειρα αυτοκτονίας το 2007 (προ της οικονομικής κρίσης) και το 2011 (κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης). 	<p>ανέργων και των έγγαμων/χήρων/διαζευγμένων αποπειραθέντων.</p>
Αυτοκτονίες	<p>Madianos και συν. (2014) <i>The European Journal of Psychiatry</i>, 28(1), 39-49.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ο Η έρευνα στόχευε στη διερεύνηση της μεταβολής του αριθμού των αυτοκτονιών και τον πιθανό συσχετισμό με μακροοικονομικούς και συμπεριφορικούς παράγοντες. ο Τα στοιχεία ανακτήθηκαν από την Ελληνική Στατιστική Αρχή και την Eurostat για την περίοδο 1990-2011. 	<ul style="list-style-type: none"> • Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι οι αυτοκτονίες έχουν ισχυρή συσχέτιση με την ανεργία.
Αυτοκτονίες	<p>Kondilis και συν. (2013) <i>J Epidemiol Community Health</i>, 67(6):e1.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ο Διερεύνηση της θνησιμότητας λόγω αυτοκτονιών κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα. ο Τα στοιχεία ανακτήθηκαν από την Ελληνική Στατιστική Αρχή και την Eurostat για την περίοδο 2000-2010. 	<ul style="list-style-type: none"> • Η έρευνα αναφέρει αύξηση 20% μεταξύ 2007 και 2010 του ποσοστού θνησιμότητας από αυτοκτονία στους άνδρες κάτω των 65 ετών ακολουθώντας τη σημαντική αύξηση της ανεργίας στη συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα.
Αυτοκτονίες	<p>Fountoulakis και συν. (2013), <i>European archives of psychiatry and clinical neuroscience</i>,</p>	<ul style="list-style-type: none"> ο Η έρευνα στοχεύει στην εξήγηση των τάσεων της αυτοκτονίας εν μέσω της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα. 	<ul style="list-style-type: none"> • Τα αποτελέσματα της έρευνας καταλήγουν ότι δεν υπάρχει κάποια συσχέτιση μεταξύ του ποσοστού αυτοκτονιών και της ανεργίας ή του ρυθμού ανάπτυξης.

	263(5), 441-444.		
Αυτοκτονίες	Γιωτάκος και συν, (2011) Ψυχιατρική 22 (2).	<ul style="list-style-type: none"> ○ Η έρευνα στόχευε στην διερεύνηση της ενδεχόμενης επίπτωσης της τρέχουσας οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία στην Ελλάδα. ○ Τα δεδομένα συγκεντρώθηκαν από την Ελληνική Στατιστική Αρχή, από 2 γενικά και 2 ψυχιατρικά νοσοκομεία της Αττικής. 	<ul style="list-style-type: none"> • Σημαντική συσχέτιση μεταξύ του ποσοστού ανεργίας και των επισκέψεων τόσο στα εξωτερικά ιατρεία όσο και στο τμήμα επειγόντων. Το ποσοστό ανεργίας βρέθηκε να σχετίζεται θετικά με τον αριθμό των ανθρωποκτονιών, αλλά όχι με τις νοσηλείες σε ψυχιατρική κλινική.

5.1. Αποτελέσματα Ανασκόπησης

Οι πρωτογενείς έρευνες κατέδειξαν ότι τα εργαλεία για την ανίχνευση της σωματικής αλλά και ψυχικής υγείας που χρησιμοποιήθηκαν, ήταν στην πλειοψηφία τους γενικά εργαλεία μέτρησης του επιπέδου υγείας. Ο πληθυσμός αναφοράς των ερευνών είχε συλλεχθεί κυρίως με τη μέθοδο της απλής τυχαίας δειγματοληψίας σε αντιπροσωπευτικό δείγμα του ελληνικού πληθυσμού. Όλες οι έρευνες ήταν συγχρονικές και μερικές από αυτές πραγματοποιήθηκαν σε εθνικό επίπεδο. Από τα αποτελέσματα των πρωτογενών ερευνών διαπιστώθηκε ότι η ανεργία επηρεάζει αρνητικά το επίπεδο υγείας των ατόμων. Ειδικότερα, κατά την περίοδο της ανεργίας επιδεινώνεται η σωματική υγεία και η ποιότητα ζωής του άνεργου πληθυσμού και αυξάνεται η ψυχική δυσφορία, οι ψυχικές διαταραχές, το άγχος, το αίσθημα απελπισίας, η μελαγχολία και η κατάθλιψη.

Όσον αφορά τις δευτερογενείς μελέτες, η πλειοψηφία των στοιχείων είχαν ανακτηθεί από την Ελληνική Στατιστική Αρχή, ευρωπαϊκές βάσεις δεδομένων όπως Eurostat, Παγκόσμια Τράπεζα, αρχεία νοσοκομείων κα. Ο κύριος στόχος των ανωτέρω μελετών ήταν η πιθανή συσχέτιση των αυτοκτονιών ή απόπειρών αυτοκτονιών με την οικονομική κρίση και η σύνδεση τους με την ανεργία. Επίσης, άλλες μελέτες διερευνούσαν τη θνησιμότητα, το επίπεδο υγείας και τις ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα αυτών, η ανεργία βρέθηκε να συσχετίζεται ισχυρά με τις αυτοκτονίες στην Ελλάδα, κυρίως σε άνδρες άνεργους και άτομα μέσης ηλικίας (40-64 ετών), ενώ η ο αυτοκτονικός ιδεασμός και η αυτοκτονική πρόθεση παρατηρήθηκε κυρίως στις γυναίκες.

Αξίζει να σημειωθεί ότι όλες οι παραπάνω μελέτες περιλάμβαναν ως δείγμα της έρευνας τον γενικό πληθυσμό από τον οποίον αντλούσαν δεδομένα του άνεργου πληθυσμού. Επιπροσθέτως, από την ανασκόπηση διαπιστώθηκε ότι καμία από τις παραπάνω μελέτες δεν εστίασε στη διερεύνηση της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας και των συμπεριφορών υγείας των ανέργων και δεν εμβαθύνει στους κοινωνικο-δημογραφικούς και οικονομικούς παράγοντες που πιθανόν να επηρεάζουν το επίπεδο υγείας του άνεργου πληθυσμού.

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

6.1. Σκοπός Έρευνας

Σκοπός της διδακτορικής διατριβής είναι η διερεύνηση των σχέσεων και καταγραφή των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα στο επίπεδο υγείας του άνεργου πληθυσμού. Ειδικότερα, το ερευνητικό ενδιαφέρον εστιάζεται στις επιπτώσεις της ανεργίας στη σωματική και ψυχική υγεία, την οικονομική δυσχέρεια, τις συμπεριφορές υγείας και τη χρήση υπηρεσιών υγείας.

Ερευνητικά Ερωτήματα

- I.** Σε ποιο βαθμό ο άνεργος πληθυσμός αντιμετωπίζει υψηλή οικονομική δυσχέρεια, καταθλιπτικά συμπτώματα και χειρότερη κατάσταση υγείας;
- II.** Το καταναλωτικό πρότυπο του άνεργου πληθυσμού έχει υποστεί μεταβολές, οι οποίες επηρεάζουν το επίπεδο υγείας του;
- III.** Ο άνεργος πληθυσμός επιβαρύνεται οικονομικά για τη χρήση υπηρεσιών υγείας και εμφανίζει ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας;
- IV.** Κατά πόσο επηρεάζουν τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά και η διάρκεια της ανεργίας την οικονομική δυσχέρεια, τη σωματική και ψυχική κατάσταση υγείας, τις συμπεριφορές υγείας/παράγοντες κινδύνου, την πρόσβαση και χρήση των υπηρεσιών υγείας και τις δαπάνες υγείας;
- V.** Υπάρχει αλληλεξάρτηση μεταξύ των παραγόντων: οικονομική δυσχέρεια, επίπεδο υγείας, καταναλωτικό πρότυπο και χρήση των υπηρεσιών υγείας;

6.2. Μεθοδολογία Έρευνας

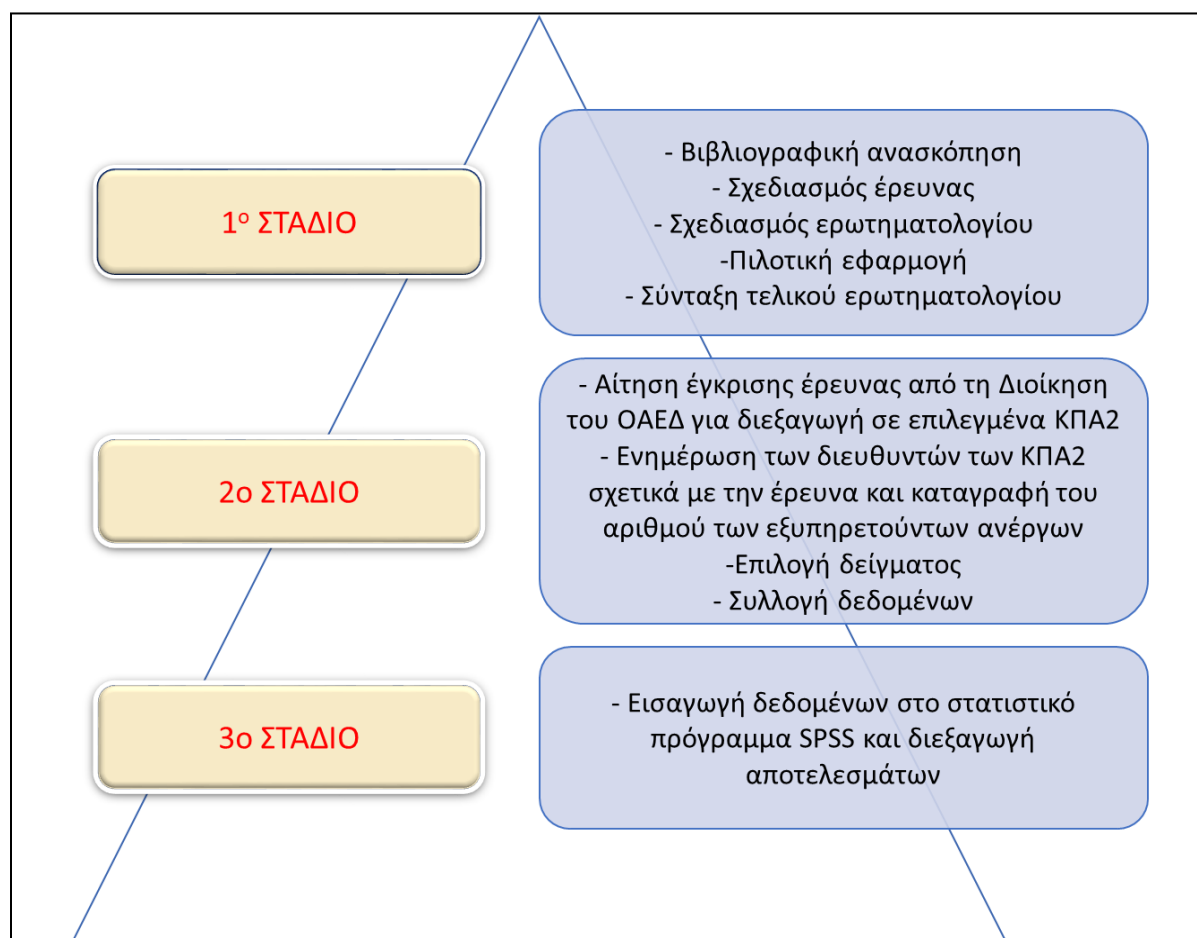
Η διδακτορική διατριβή βασίστηκε στη μελέτη παρατήρησης. Οι μελέτες παρατήρησης εμπίπτουν στην κατηγορία των αναλυτικών μελετών και χωρίζονται σε μελέτες παρατήρησης και πειραματικές μελέτες. Ο στόχος των αναλυτικών μελετών είναι να εντοπιστούν και να αξιολογηθούν οι αιτίες και οι παράγοντες κινδύνου για ένα γεγονός ή μια ασθένεια που σχετίζεται με την

υγεία. Στη μελέτη παρατήρησης, ο ερευνητής δεν παρεμβαίνει και απλά «παρατηρεί» και αξιολογεί τη δύναμη της σχέσης μεταξύ των μεταβλητών (Merril και Timmreck 2006). Οι τύποι των μελετών παρατήρησης είναι: μελέτες κούρτης (cohort studies), μελέτες ασθενών – μαρτύρων (case-control studies) και συγχρονικές μελέτες (cross-sectional studies). Στην παρούσα διδακτορική διατριβή επιλέχθηκε η συγχρονική μελέτη (cross sectional study).

Αναλυτικότερα, η συγχρονική μελέτη εξετάζει τη σχέση μεταξύ ασθένειας ή άλλης κατάστασης που σχετίζεται με την υγεία και των μεταβλητών ενδιαφέροντος, όπως αυτές υπάρχουν σε έναν καθορισμένο πληθυσμό σε ένα μόνο χρονικό σημείο ή σε σύντομο χρονικό διάστημα (π.χ. ένα ημερολογιακό έτος). Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω ο ερευνητής δεν μεταβάλλει την κατάσταση έκθεσης, μετρά το αποτέλεσμα και την έκθεση στον πληθυσμό και μπορεί να μελετήσει τη σχέση τους (Setia 2016).

Η μέθοδος έρευνας εμπεριέχει τρία στάδια όπως παρουσιάζονται στο (διάγραμμα 38).

Διάγραμμα 38: Στάδια μεθοδολογίας της έρευνας



ΠΡΩΤΟ ΣΤΑΔΙΟ

A) Βιβλιογραφική Ανασκόπηση –Σχεδιασμός της Έρευνας

Σκοπός αυτού του σταδίου ήταν η αποτύπωση των στόχων της μελέτης βάσει των οποίων πραγματοποιήθηκε ο σχεδιασμός της. Αρχικά, μελετήθηκε διεξοδικά η απαιτούμενη ελληνική και διεθνής βιβλιογραφία σχετικά με τη διερεύνηση των σχέσεων και την καταγραφή των επιπτώσεων της ανεργίας στην α) οικονομική κατάσταση, β) σωματική και ψυχική υγεία, γ) φροντίδα υγείας και δ) στις συμπεριφορές υγείας την περίοδο της οικονομικής κρίσης.

B) Σχεδιασμός Ερωτηματολογίου

Η βιβλιογραφική ανασκόπηση απέδωσε πληθώρα ερωτηματολογίων σχετικά με τη μέτρηση της οικονομικής δυσχέρειας και της σωματικής και ψυχικής υγείας και επιλέχθηκαν σταθμισμένα σχετικά ερωτηματολόγια. Ωστόσο, τα ερωτηματολόγια που βρέθηκαν σχετικά με τις συμπεριφορές υγείας/παράγοντες κινδύνου και τη χρήση στις υπηρεσίες υγείας δεν κάλυπταν τους στόχους της παρούσας μελέτης, λόγω του ιδιαίτερου πληθυσμού αναφοράς (άνεργοι) και της δομής του συστήματος υγείας της χώρας και σχεδιάστηκαν σχετικές ερωτήσεις.

Πιλοτική Εφαρμογή Ερωτηματολογίου

Το σύνθετο ερωτηματολόγιο εφαρμόστηκε σε ένα μικρό δείγμα με σκοπό να διερευνηθεί και να συζητηθεί η δυνατότητα κατανόησης των ερωτήσεων, η λειτουργικότητα αυτών, καθώς και διάφορα άλλα δεοντολογικά θέματα που ενδεχομένως να προέκυπταν κατά τη διάρκεια των συζητήσεων με τους άνεργους. Συγκεκριμένα, το ερωτηματολόγιο δόθηκε σε 20 άνεργους όπου και τους ζητήθηκε να σχολιάσουν τις ερωτήσεις που δεν ήταν κατανοητές ή δεν ανταποκρίνονταν στις ανάγκες τους και να σημειώσαν τις παρατηρήσεις τους και τις προτεινόμενες αλλαγές.

Στα πιλοτικά ερωτηματολόγια πραγματοποιήθηκε περιγραφική στατιστική ανάλυση με σκοπό τον ποιοτικό έλεγχο αυτών. Επίσης, τα σχόλια των ανέργων ελήφθησαν υπόψη από την ερευνήτρια και εφαρμόστηκαν οι κατάλληλες αλλαγές στα ερωτηματολόγια. Το τελικό ερωτηματολόγιο δόθηκε ξανά σε 5 άνεργα άτομα, αποκλειστικά και μόνο για τον έλεγχο της κατανόησης των ερωτήσεων. Στην εν λόγω τελική φάση δεν παρατηρήθηκαν δυσκολίες στην κατανόηση των ερωτήσεων, στη συμπλήρωση και στον απαιτούμενο χρόνο. Τα

ερωτηματολόγια της πιλοτικής εφαρμογής δεν συμπεριλήφθηκαν στην τελική έρευνα.

Γ) Δομή ερωτηματολογίου έρευνας

Το ερωτηματολόγιο της έρευνας σχεδιάστηκε σύμφωνα με τους επιμέρους στόχους αυτής και αποτελείται από 6 ενότητες όπως παρουσιάζονται ακολούθως:

- *Κοινωνικο-δημογραφικά Χαρακτηριστικά*

Στη 1^η ενότητα περιλαμβάνονται τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά του άνεργου πληθυσμού και συγκεκριμένα:

<ul style="list-style-type: none">➤ φύλο➤ ηλικία➤ υπηκοότητα➤ κατάσταση διαμονής (μόνος, με σύζυγο, με γονείς)➤ αριθμός παιδιών➤ επίπεδο εκπαίδευσης➤ ιδιοκτησιακό καθεστώς στέγασης➤ διάρκεια ανεργίας (σε έτη ή μήνες)➤ επάγγελμα πριν την ανεργία➤ άλλα μέλη του νοικοκυριού άνεργα➤ μηνιαίο (καθαρό) εισόδημα του νοικοκυριού πριν την ανεργία	<ul style="list-style-type: none">➤ άλλο εισόδημα (περιστασιακές εργασίες, ακίνητη περιουσία, άλλα επιδόματα, οικονομική στήριξη από το οικογενειακό περιβάλλον)➤ μηνιαίο (καθαρό) εισόδημα του νοικοκυριού κατά τη διάρκεια της ανεργίας➤ ιδιωτική ασφάλιση (πριν και κατά τη διάρκεια της ανεργίας)
--	---

- *Οικονομική Κατάσταση*

Στοχεύοντας στην καταγραφή της οικονομικής κατάστασης του άνεργου πληθυσμού χρησιμοποιήθηκε το σταθμισμένο στον ελληνικό πληθυσμό ερωτηματολόγιο με τίτλο: Δείκτης Προσωπικής Οικονομικής Δυσχέρειας (Index of Personal Economic Distress - IPED). Το ερωτηματολόγιο έχει σταθμιστεί από τους Madianos και συν. (2011), πάρθηκε άδεια για τη χρήση του (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α') και περιλαμβάνει εννέα ερωτήσεις που περιγράφουν τη δυσκολία των συμμετεχόντων στην κάλυψη ημερήσιων οικονομικών απαιτήσεων ενός νοικοκυριού κατά τους τελευταίους έξι μήνες. Οι απαντήσεις βασίζονται σε

μια κλίμακα 4 βαθμίδων, η οποία αντανακλά τη συχνότητα και συγκεκριμένα: δεν έχω αυτό το έξοδο (0), πολύ σπάνια – σχεδόν ποτέ (1), κάποιες φορές (2) και συχνά (3), ενώ το σύνθετο αποτέλεσμα της κλίμακας κυμαίνεται από 0 (δεν υπάρχει οικονομικό πρόβλημα) έως 27 (σοβαρό οικονομικό πρόβλημα). Όσο αυξάνει η κλίμακα του ερωτηματολογίου αυξάνει και η οικονομική δυσχέρεια του άνεργου πληθυσμού. Πρέπει να επισημανθεί ότι για λόγους κάλυψης των στόχων της παρούσας έρευνας τροποποιήθηκε η ερώτηση του πρότυπου ερωτηματολογίου σχετικά με τις ασφαλιστικές υποχρεώσεις, καθώς δεν αφορούσε το δείγμα της έρευνας και προστέθηκε αντ' αυτής η ερώτηση έξοδα υπηρεσιών υγείας.

- *Ψυχική Υγεία*

Η κλίμακα CES-D (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale) δημιουργήθηκε το 1977 από τον Laurie Radloff (1977), και αναθεωρήθηκε το 2004 από τον William Eaton και συν. (2004). Η κλίμακα CES-D είναι μια πολύ γνωστή και ευρέως διαδεδομένη αυτοαξιολογούμενη κλίμακα για τη μέτρηση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων την τελευταία εβδομάδα. Χρησιμοποιείται ως εργαλείο ανίχνευσης (screening tool) των ασθενών με κατάθλιψη και όχι ως υποκατάστατο μιας σε βάθος συνέντευξης. Ειδικότερα, αποτελεί ένα καλό εργαλείο μέτρησης του επιπέδου των καταθλιπτικών συμπτωμάτων, και όχι εργαλείο για τον έλεγχο της κλινικής ή της μείζονος κατάθλιψης (Radloff 1977, Roberts και συν. 1989). Ως εργαλείο αυτοαξιολόγησης παρέχει την δυνατότητα για εκτίμηση των συμπτωμάτων της κατάθλιψης χωρίς την προκατάληψη - παρέμβαση του θεραπευτή που μπορεί να επηρεάσει τα αποτελέσματα. Επίσης, έχει χρησιμοποιηθεί με επιτυχία επί σειρά ετών στην πρωτοβάθμια περίθαλψη (Marder 1995).

Η CES-D αποτελείται από 20 ερωτήσεις που καλύπτουν συναισθηματικά, ψυχολογικά και σωματικά συμπτώματα της κατάθλιψης. Ο ασθενής αξιολογεί τη συχνότητα εμφάνισης των συμπτωμάτων σε μια 4βαθμή κλίμακα από «καθόλου – σπάνια» έως «τον περισσότερο καιρό» (Carroll και συν. 1973). Οι υψηλότερες βαθμολογίες είναι ενδεικτικές της πιο σοβαρής κατάθλιψης (Marder 1995). Σύμφωνα με τον κατασκευαστή της CES-D (Radloff, 1977) ένα άθροισμα από 16 και άνω είναι ενδεικτικό προδιάθεσης για κατάθλιψη.

Η πρώτη ελληνική προσαρμογή του ερωτηματολογίου πραγματοποιήθηκε από τους Madianos και Stefanis (1992), στη συνέχεια ο Fountoulakis και συν. (2001) απέδειξε την εγκυρότητα και αξιοπιστία του ερωτηματολογίου, από το

οποίο προέκυψαν 3 παράγοντες: α) θετική επίδραση, β) ευερεθιστότητα και προβλήματα στις διαπροσωπικές σχέσεις και γ) κατάθλιψη και σωματικές ενοχλήσεις. Πιο πρόσφατη έρευνα των Moore και συν. (2016) έλεγξε τις ψυχομετρικές ιδιότητες της CES-D στον ελληνικό πληθυσμό και αναφέρε ότι προέκυψαν 4 παράγοντες: α) καταθλιπτική επίδραση, β) θετική επίδραση, γ) σωματική δραστηριότητα και δ) διαπροσωπικές σχέσεις, οι οποίοι συμφωνούν σε αριθμό και εννοιολογικό περιεχόμενο με τους παράγοντες του κατασκευαστή Radloff (1977). Για την χρήση της πιο πρόσφατης στάθμισης του ερωτηματολογίου πάρθηκε άδεια από τους συγγραφείς Moore και συν. (2016) (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β').

- *Συμπεριφορές Υγείας/ Παράγοντες κινδύνου*

Στη 4^η ενότητα ζητείται από τον συμμετέχοντα να συμπληρώσει κατά πόσο η ανεργία διαφοροποίησε τις συμπεριφορές υγείας/ παράγοντες κινδύνου σχετικά με:

<ul style="list-style-type: none"> ➤ Σωματική δραστηριότητα (π.χ. γυμναστήριο, κολυμβητήριο) ➤ Αλκοόλ ➤ Κάπνισμα ➤ Πρόσληψη φρούτων και λαχανικών, οσπρίων ➤ Πρόσληψη κρέατος 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Πρόσληψη ψαριών ➤ Αγορά έτοιμου φαγητού (fast food) αντί του σπιτικού φαγητού ➤ Αγορά μη επώνυμων τροφίμων (non brands) ➤ Θεωρείτε ότι η διατροφή σας ΤΩΡΑ είναι (υγιεινή, ανθυγιεινή)
--	---

Οι απαντήσεις βασίστηκαν σε μια 3βαθμη κλίμακα: αυξήθηκε, παρέμεινε σταθερή, μειώθηκε.

- *Χρήση και Δαπάνες Υπηρεσιών Υγείας*

Στη 5^η ενότητα καταγράφεται η χρήση, οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας και η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας από τον άνεργο πληθυσμό κατά τους τελευταίους 12 μήνες. Αναλυτικότερα:

Χρήση-Πρόσβαση στις Υπηρεσίες Υγείας	Ιδιωτικές Δαπάνες υγείας
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ύπαρξη χρόνιας πάθησης ➤ Λήψη συστηματικής φαρμακευτικής αγωγής ➤ Χρήση υπηρεσιών υγείας όπως: ιατρική/οδοντιατρική φροντίδα, υπηρεσίες ψυχικής υγείας, νοσηλεία, προληπτικό έλεγχο ➤ Κατανάλωση φαρμάκων ➤ Ανεκπλήρωτη ανάγκη για φάρμακα ή υπηρεσίες υγείας ➤ Χρήση κοινωνικού –δημοτικού ιατρείου/φαρμακείου, ΜΚΟ για κάλυψη αναγκών 	<p>Συνασφάλιση²: ποσοστό συμμετοχής στις δημόσιες & συμβεβλημένες υπηρεσίες υγείας για:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Ιατρική φροντίδα ➤ Νοσηλεία ➤ Προληπτικό έλεγχο ➤ Οδοντιατρική φροντίδα ➤ Αγορά συνταγογραφούμενων φαρμάκων και υγειονομικό υλικό ➤ Υπηρεσίες ψυχικής υγείας <p>Άμεσες πληρωμές³: δαπάνες στις ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας για:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Ιατρική φροντίδα ➤ Νοσηλεία ➤ Προληπτικό έλεγχο ➤ Οδοντιατρική φροντίδα ➤ Αγορά ΜΗΣΥΦΑ ➤ Υπηρεσίες ψυχικής υγείας

- *Σωματική κατάσταση υγείας*

Για τη μέτρηση της σωματικής κατάστασης υγείας των ανέργων χρησιμοποιήθηκε η οπτική αναλογική κλίμακα (Visual Analogue Scale) που αποτελεί ένα γενικό όργανο μέτρησης της αυτοαναφερόμενης κατάστασης υγείας και βασίζεται στις υποκειμενικές εκτιμήσεις του ατόμου (Gould και συν. 2001). Έχει τη μορφή ενός «θερμομέτρου υγείας» (υγειονόμετρο) και λαμβάνει

² προκαθορισμένο ποσοστό συμμετοχής επί του συνολικού κόστους και το υπόλοιπο καλύπτεται από τον ασφαλιστικό φορέα (co-insurance). Σημειώνεται ότι σύμφωνα με τον Εθνικό Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ, 2018) η συμμετοχή στην αγορά φαρμάκων ή αναλωσίμου υγειονομικού υλικού ανέρχεται σε ποσοστό 25% επί της διατιμημένης αξίας του φαρμάκου. Εξαιρούνται κατηγορίες χρόνιων παθήσεων που τα φάρμακα τους χορηγούνται με συμμετοχή 10% ή με μηδενική συμμετοχή όπως αναφέρονται στους καταλόγους του ΕΟΦ. Σχετικά με την επίσκεψη σε ιδιώτη ιατρό συμβεβλημένο με τον ΕΟΠΥΥ, σε περίπτωση ιατρικής πράξης προβλέπεται συμμετοχή του ασθενούς 15% επί του πραγματικού κόστους της πράξης.

³ αγαθά ή υπηρεσίες που δεν καλύπτονται από καμία μορφή προπληρωμής ή ασφάλισης (direct payment). Είναι σημαντικό να διευκρινιστεί ότι στις άμεσες πληρωμές δεν συμπεριλήφθηκαν οι άτυπες – ανεπίσημες πληρωμές (informal payments) για υπηρεσίες υγείας.

τιμές από 0 που αντιπροσωπεύει τη χειρότερη υποκειμενική υγεία μέχρι 100 που αντιπροσωπεύει την άριστη υποκειμενική υγεία. Ενδιάμεσες τιμές της οπτικής αναλογικής κλίμακας, π.χ. VAS = 50, δηλώνουν ενδιάμεσες καταστάσεις υγείας (Υφαντόπουλος 2007).

Το ερωτηματολόγιο ολοκληρώνεται με μια ανοιχτή ερώτηση όπου ζητείται από τον άνεργο πληθυσμό να καταγράψει τις ανησυχίες και τα βιώματα του (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ').

ΔΕΥΤΕΡΟ ΣΤΑΔΙΟ

Έπειτα από την πιλοτική εφαρμογή των ερωτηματολογίων διεξήχθη η πρωτογενής έρευνα. Ειδικότερα, το Μάρτιο του 2016 ζητήθηκε έγκριση από την Διοίκηση του ΟΑΕΔ για τη διεξαγωγή της μελέτης σε επιλεγμένα ΚΠΑ2 στην περιοχή της Αττικής. Τον Ιούνιο 2016 δόθηκε άδεια από τη Διοίκηση του ΟΑΕΔ (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Δ') και στη συνέχεια η ερευνήτρια επισκεπτόταν τις Διευθύνσεις των επιλεγμένων ΚΠΑ2 προκειμένου να ενημερώσει τους Διευθυντές σχετικά με τη διεξαγωγή της έρευνας και να ενημερωθεί για τον αριθμό των ανέργων που είναι εγγεγραμμένοι στα μητρώα του εκάστοτε ΚΠΑ2. Έπειτα, η ερευνήτρια ξεκίνησε την συλλογή των ερωτηματολογίων.

Δειγματοληψία Έρευνας

Η μεθοδολογία που επιλέχθηκε ήταν η στρωματοποιημένη δειγματοληψία, που αποτελεί μια από τις πιο διαδεδομένες μεθόδους δειγματοληψίας. Η χαρακτηριστική ιδιότητα και ταυτόχρονα το κυριότερο πλεονέκτημα της στρωματοποιημένης δειγματοληψίας είναι τα μειωμένα, σε σχέση με άλλες μεθόδους δειγματοληψίας, τυπικά σφάλματα των εκτιμητών. Στο στάδιο του σχεδιασμού της έρευνας ο πληθυσμός χωρίζεται σε στρώματα. Τα στρώματα αποτελούν υποσύνολα του πληθυσμού τα οποία πληρούν συγκεκριμένες ιδιότητες. Στη συνέχεια, συλλέγονται τα δεδομένα από κάθε στρώμα και το τελικό δείγμα της έρευνας αποτελείται από όλα τα επιμέρους δείγματα ανά στρώμα. Με αυτό τον τρόπο, το συνολικό δείγμα που επιλέγεται από τον πληθυσμό περιέχει εκπροσώπους από κάθε διαφορετικό στρώμα του πληθυσμού. Εάν τα στρώματα έχουν ορισθεί έτσι ώστε να αντιστοιχούν σε διακριτές ομάδες του πληθυσμού, το δείγμα που επιλέγεται με τη βοήθεια της στρωματοποιημένης δειγματοληψίας είναι αντιπροσωπευτικό (Παπαγεωργίου, 2015, Thompson 2012).

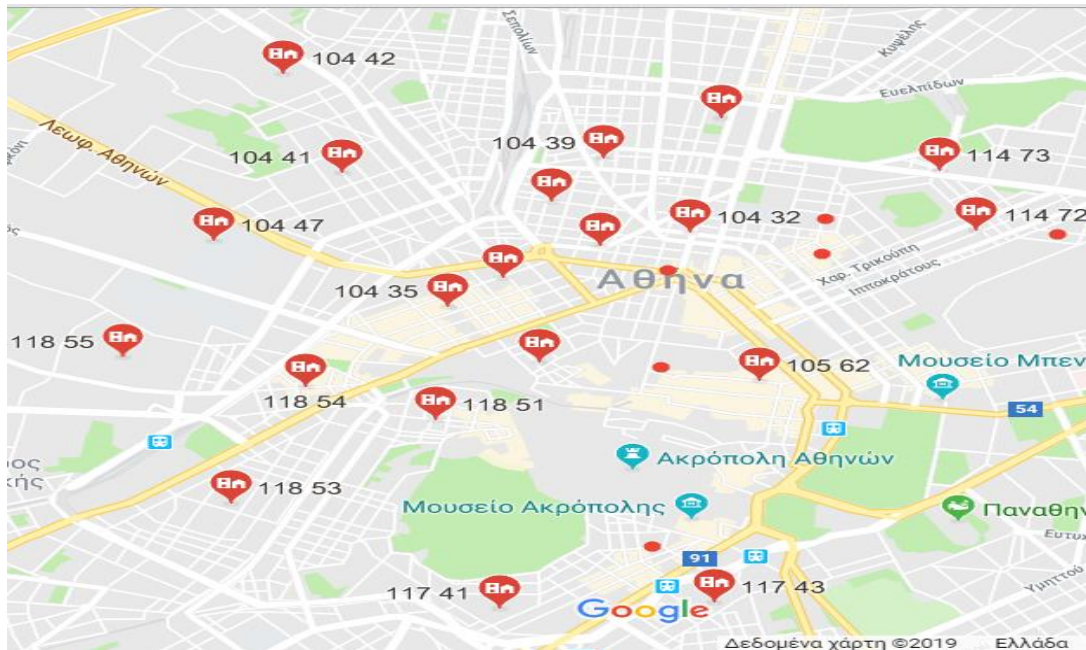
Σύμφωνα με την EU SILC (European Union Statistics on Income and Living Conditions), η κοινωνική διαστρωμάτωση καθορίζεται από διάφορους παράγοντες όπως: α) εισόδημα, β) φτώχεια - κοινωνικό αποκλεισμό, γ) στέγαση, δ) εργασία, ε) εκπαίδευση, στ) παράγοντες υγείας.

Τα στρώματα επιλέχθηκαν στην παρούσα έρευνα με βάση το εισόδημα και συγκεκριμένα το μέσο δηλωθέν οικογενειακό εισόδημα ανά Ταχυδρομικό Κώδικα (TK) στην περιοχή της Αθήνας και του Πειραιά. Τα δεδομένα που χρησιμοποιήθηκαν για τη διαστρωμάτωση ήταν δευτερογενή δεδομένα τα οποία εντάσσονται στην κατηγορία των Δημόσιων Ανοιχτών Δεδομένων και αντλήθηκαν από την Γενική Γραμματεία Πληροφοριακών Συστημάτων (ΓΓΠΣ) του Υπουργείου Οικονομικών για το οικονομικό έτος 2011 (ΓΓΠΣ, 2015). Πιο συγκεκριμένα τα δεδομένα που αντλήθηκαν αφορούσαν το πλήθος των δηλώσεων της φορολογίας εισοδήματος των φυσικών προσώπων καθώς και το μέσο όρο του οικογενειακού εισοδήματος (http://www.gsis.gr/gsis/info/gsis_site/PublicIssue/).

Τα Κέντρα Προώθησης της Απασχόλησης του ΟΑΕΔ στην Αθήνα και τον Πειραιά χωρίζονται σε 5 τομείς με βάση την χωροταξική κατανομή των περιοχών που εξυπηρετούν. Για τη δειγματοληπτική έρευνα επιλέχθηκε τουλάχιστον μια περιοχή από κάθε τομέα της Αθήνας και του Πειραιά. Τα ΚΠΑ2 που επιλέχθηκαν παρουσιάζονται παρακάτω:

1. ΚΠΑ2 Αθηνών Α'- Κεντρικός Τομέας που εξυπηρετεί τις παρακάτω περιοχές ανά ΤΚ (εικόνα 1).

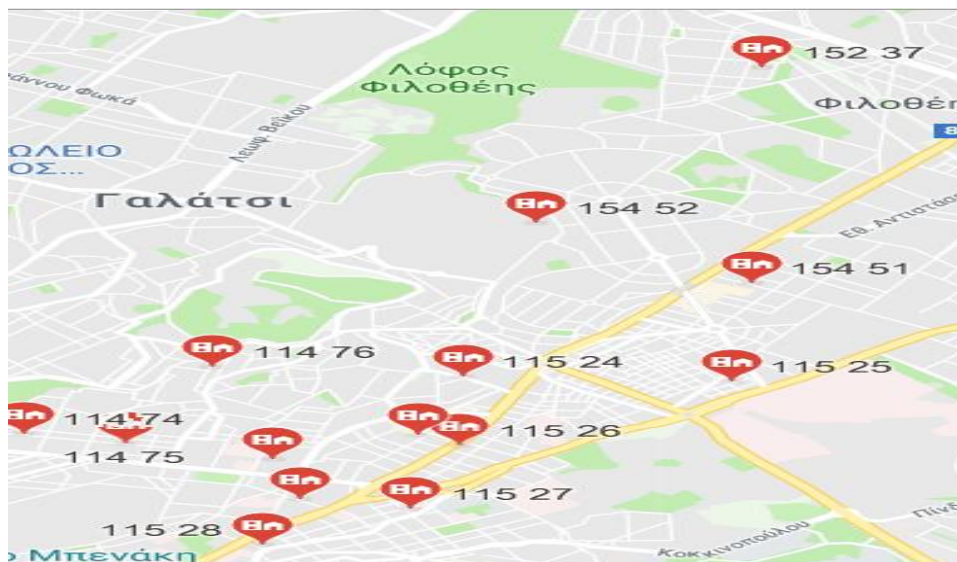
Εικόνα 1: Κάλυψη ΚΠΑ2 Αθηνών Α' ανά ΤΚ



Πηγή: Google maps, 2019

2. ΚΠΑ2 Αμπελοκήπων - Κεντρικός Τομέας που καλύπτει τις παρακάτω περιοχές ανά ΤΚ (εικόνα 2)

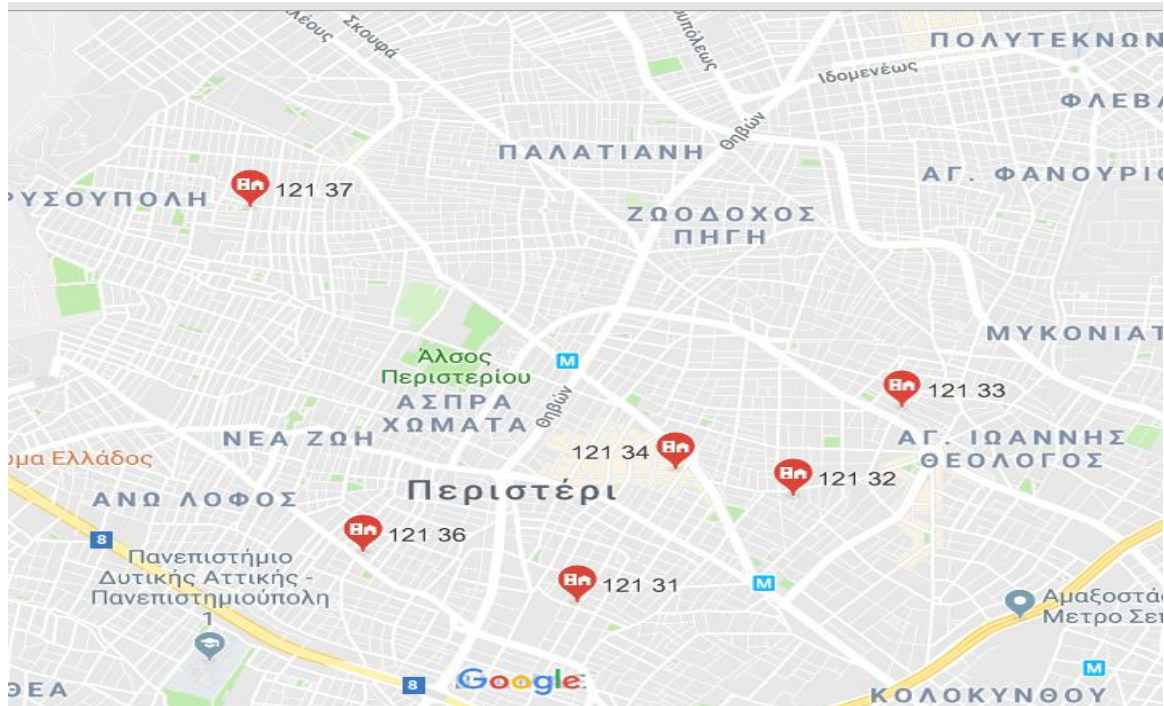
Εικόνα 2: Κάλυψη ΚΠΑ2 Αμπελοκήπων ανά ΤΚ



Πηγή: Google maps, 2019

3. ΚΠΑ2 Περιστερίου - Δυτικός Τομέας που καλύπτει τις παρακάτω περιοχές ανά ΤΚ (εικόνα 3)

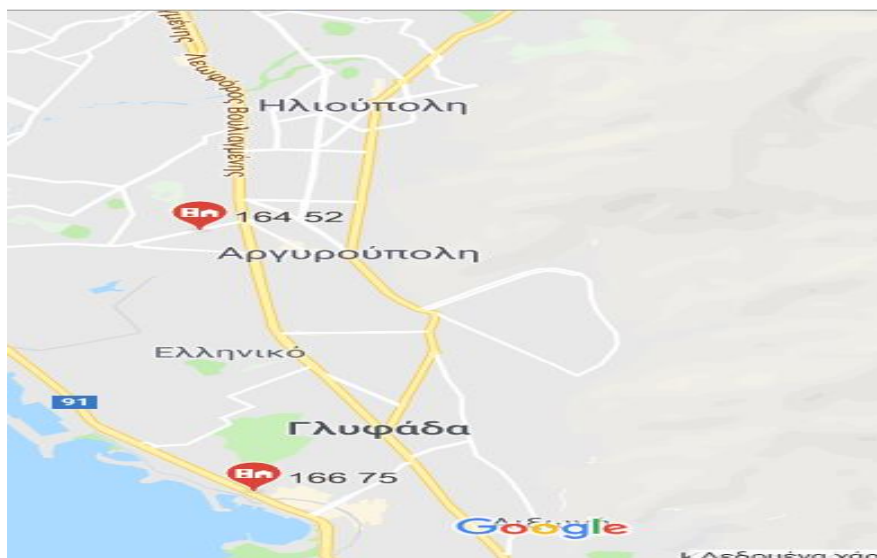
Εικόνα 3: Κάλυψη ΚΠΑ2 Περιστερίου ανά ΤΚ



Πηγή: Google maps, 2019

4. ΚΠΑ2 Γλυφάδας - Νότιος Τομέας που καλύπτει τις παρακάτω περιοχές ανά ΤΚ (εικόνα 4)

Εικόνα 4: Κάλυψη ΚΠΑ2 Γλυφάδας ανά ΤΚ



Πηγή: Google maps, 2019

5. ΚΠΑ2 Κηφισιάς - Βόρειος Τομέας που καλύπτει τις παρακάτω περιοχές ανά ΤΚ (εικόνα 5)

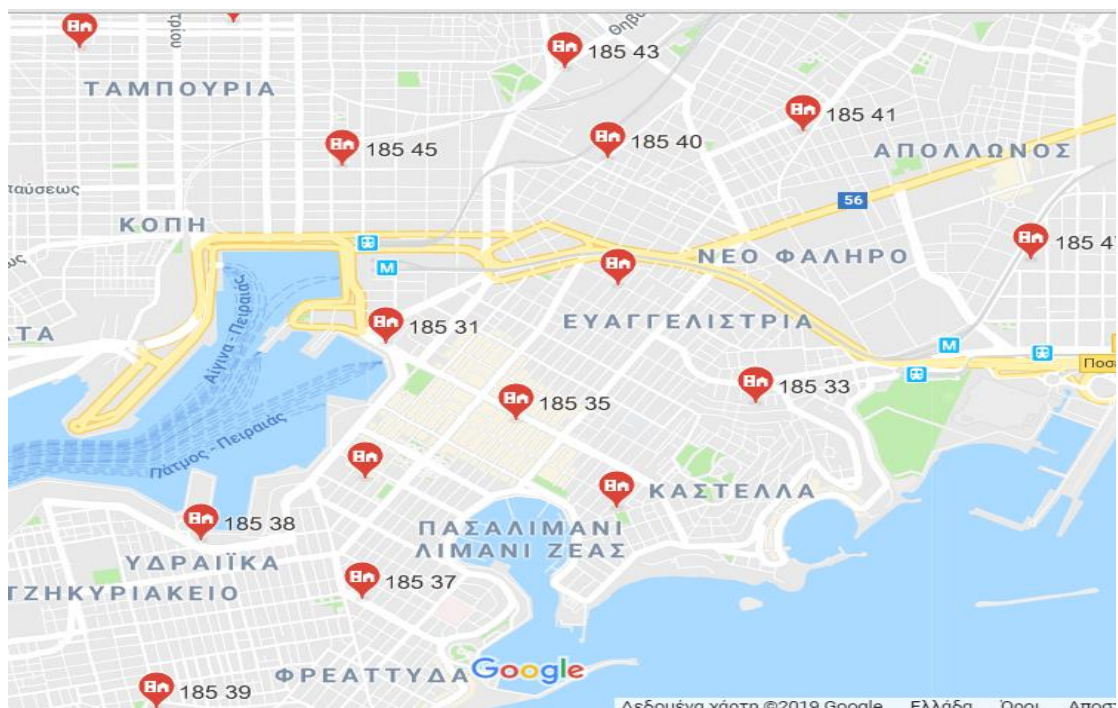
Εικόνα 5: Κάλυψη ΚΠΑ2 Κηφισιάς ανά ΤΚ



Πηγή: Google maps, 2019

6. ΚΠΑ2 Πειραιά- Τομέας Πειραιώς που καλύπτει τις παρακάτω περιοχές ανά ΤΚ (εικόνα 6)

Εικόνα 6: Κάλυψη ΚΠΑ2 Πειραιά ανά ΤΚ



Πηγή: Google maps, 2019

Αρχικά, από τη βάση του ΟΑΕΔ (www.oaed.gr/rou-aneke) αναζητήθηκαν τα όρια αρμοδιότητας των επιλεγμένων ΚΠΑ2 βάσει του ταχυδρομικού κώδικα. Στην συνέχεια, οι εξεταζόμενοι ΤΚ συσχετίστηκαν στη βάση της ΓΓΠΣ με το πλήθος των δηλώσεων της φορολογίας εισοδήματος των φυσικών προσώπων καθώς και το μέσο όρο του οικογενειακού εισοδήματος, προκειμένου να βρεθούν τα εισοδηματικά όρια για την επιλογή της στρωματοποίησης του δείγματος. Ο πίνακας 4 παρουσιάζει το μέσο δηλωθέν οικογενειακό εισόδημα ανά περιοχή εξυπηρέτησης των επιλεγμένων ΚΠΑ2.

Πίνακας 4: Μέσο δηλωθέν οικογενειακό εισόδημα ανά περιοχή εξυπηρέτησης των επιλεγμένων ΚΠΑ2

Περιοχές που εξυπηρετούνται από:	Μέσο δηλωθέν οικογενειακό εισόδημα
ΚΠΑ2 Κηφισιάς	€ 42.537
ΚΠΑ2 Αμπελοκήπων	€ 30.822
ΚΠΑ2 Γλυφάδας	€ 30.363
ΚΠΑ2 Αθηνών Α'	€ 23.085
ΚΠΑ2 Πειραιά	€ 21.486
ΚΠΑ2 Περιστεριού	€ 19.707

Πηγή: ΓΓΠΣ, 2015 – οικονομικό έτος 2011.

Η επιλογή του στρώματος της έρευνας στηρίχθηκε στην εγγύτητα του μέσου δηλωθέντος οικογενειακού εισοδήματος των περιοχών (πίνακας 5). Οι περιοχές που εξυπηρετούνται από το ΚΠΑ2 Κηφισιάς χαρακτηρίστηκαν ως «υψηλό στρώμα», οι περιοχές που εξυπηρετούνται από τα ΚΠΑ2 Αμπελοκήπων και Γλυφάδας χαρακτηρίστηκαν ως «μεσαίο στρώμα» και οι περιοχές που εξυπηρετούνται από τα ΚΠΑ2 Αθηνών Α', Πειραιά και Περιστεριού χαρακτηρίστηκαν ως «χαμηλό στρώμα». Η ad hoc διαστρωμάτωση αποτελεί υπόθεση εργασίας και εξυπηρετεί την ανάδειξη της σχέσης ανώτερου-κατώτερου της παρούσας έρευνας.

Πίνακας 5: Εισοδηματικά όρια στρώματος και διαστρωμάτωση

Περιοχές που εξυπηρετούνται από:	Εισοδηματικά όρια στρώματος	Στρώμα
ΚΠΑ2 Κηφισιάς	≤ €35.000	Υψηλό
ΚΠΑ2 Αμπελοκήπων	<€35.000 – €25.000>	Μεσαίο
ΚΠΑ2 Γλυφάδας		
ΚΠΑ2 Αθηνών Α'	≥ € 25.000	Χαμηλό
ΚΠΑ2 Πειραιά		
ΚΠΑ2 Περιστεριού		

Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι σύμφωνα με τα στατιστικά στοιχεία του ΟΑΕΔ τον Ιούνιο του 2016 (έναρξη συλλογής δεδομένων της έρευνας) στην Αττική καταγράφηκαν 299.614 άνεργοι δηλαδή το 36,2% του συνόλου της χώρας (827.133 άνεργοι σε όλη την Ελλάδα).

Πληθυσμός και Δείγμα έρευνας

Ως πληθυσμός της μελέτης ορίστηκαν οι άνεργοι που είναι εγγεγραμμένοι στα μητρώα του ΟΑΕΔ και επισκέπτονται τα Κέντρα Προώθησης Απασχόλησης (ΚΠΑ2) στην περιοχή της Αττικής.

Προκειμένου να διεξαχθεί το δείγμα της έρευνας ζητήθηκε από τα επιλεγμένα για δειγματοληπτική έρευνα ΚΠΑ2 ο μέσος αριθμός των ανέργων που είναι εγγεγραμμένοι στα μητρώα τους. Ο πίνακας 6 παρουσιάζει τον μέσο σταθμικό αριθμό ανέργων των επιλεγμένων για δειγματοληπτική έρευνα ΚΠΑ2.

Πίνακας 6: Μέσος σταθμικός αριθμός ανέργων των επιλεγμένων για δειγματοληπτική έρευνα ΚΠΑ2

	Μέσος αριθμός ανέργων	Άθροισμα ανέργων με βάση την διαστρωμάτωση
ΚΠΑ2 Κηφισιάς	7.579	7.579
ΚΠΑ2 Γλυφάδας	13.866	30.691
ΚΠΑ2 Αμπελοκήπων	16.825	
ΚΠΑ2 Πειραιά	21.600	57.608
ΚΠΑ2 Περιστεριού	17.786	
ΚΠΑ2 Αθηνών Α'	18.222	

Με βάση τον ανωτέρω πίνακα διαμορφώθηκε το αντιπροσωπευτικό δείγμα της έρευνας. Ειδικότερα, με τη χρήση του λογισμικού Raosoft® Sample Size Calculator και με στόχο την επίτευξη 95% επιπέδου εμπιστοσύνης (confidence level), 50% κατανομή απόκρισης (response distribution) και 5% περιθώριο σφάλματος (margin of error) το αρχικό δείγμα της έρευνας παρουσιάζεται στον πίνακα 7.

Πίνακας 7: Αρχικό δείγμα έρευνας

	Αρχικό δείγμα
Υψηλό	366
Μεσαίο	380
Χαμηλό	382
Σύνολο	1.128

Συλλογή Δεδομένων

Έπειτα από την ενημέρωση των Διευθυντών των επιλεγμένων ΚΠΑ2 του ΟΑΕΔ, ξεκίνησε η συλλογή των δεδομένων από τον Ιούνιο του 2016 έως και τον Σεπτέμβριο του 2017. Αρχικά η ερευνήτρια προσέγγιζε τα άτομα που ανέμεναν στο τμήμα εξυπηρέτησης των ΚΠΑ2 και τους ρωτούσε εάν είναι άνεργα και εάν επιθυμούσαν να συμμετέχουν στην έρευνα. Στη συνέχεια, δινόταν στα άνεργα άτομα το ερωτηματολόγιο αυτοσυμπλήρωσης και η ερευνήτρια απομακρυνόταν από τα άτομα προκειμένου να απαντήσουν με ειλικρινά. Η μόνη παρέμβαση ήταν στην περίπτωση που το άνεργο άτομο ζητούσε κάποια επεξήγηση. Το ερωτηματολόγιο επιστρεφόταν στην ερευνήτρια την ίδια μέρα.

Ηθική και Δεοντολογία

Η όλη διεξαγωγή της έρευνας διασφαλίστηκε ακολουθώντας την πιστή τήρηση των διεθνών κατευθυντηρίων γραμμών και δεοντολογίας, όπως περιγράφονται στο: A guide to research ethics (2003). Επίσης, ζητήθηκε έγκριση από την Επιτροπή Ερευνητικής Δεοντολογίας του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ε').

Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων ήταν προαιρετική και ανώνυμη και δεν ήταν δυνατόν να αναγνωρισθεί η ταυτότητα των συμμετεχόντων. Τα ερωτηματολόγια χρησιμοποιήθηκαν μόνο για τις ανάγκες αυτής της έρευνας. Οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν για τους σκοπούς της έρευνας, πριν λάβει χώρα η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου και εφόσον το επιθυμούσαν (προφορική συναίνεση) συμμετείχαν σε αυτήν. Οι συμμετέχοντες διατηρούσαν το δικαίωμα

αποχώρησης από την έρευνα σε οποιαδήποτε στιγμή, χωρίς να είναι υποχρεωμένοι να δώσουν οποιεσδήποτε εξηγήσεις στην ερευνήτρια.

ΤΡΙΤΟ ΣΤΑΔΙΟ

Σε αυτό το στάδιο πραγματοποιήθηκε η εισαγωγή των δεδομένων σε H/Y και ο ποιοτικός τους έλεγχος, προκειμένου εν συνεχεία να διεξαχθεί η στατιστική τους επεξεργασία, με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος S.P.S.S. 25 (Statistical Package for Social Sciences). Επιπλέον, αξιολογήθηκαν τα αποτελέσματα και διεξάχθηκαν τελικά συμπεράσματα.

Κατά τη διάρκεια της εισαγωγής των στοιχείων πραγματοποιήθηκε ταυτόχρονα ποιοτικός έλεγχος. Τα βήματα που ακολουθήθηκαν για την αξιολόγηση των εισερχομένων στοιχείων στην ενιαία βάση δεδομένων ήταν τα εξής:

- Ανάγνωση όλων των στοιχείων της βάσης δεδομένων και άμεση διόρθωση όπου κρίνεται αναγκαίο.
- Στατιστική επεξεργασία των στοιχείων και έλεγχος των σημείων όπου εμφανίζονται πιθανές ανωμαλίες.
- Τυχαία δειγματοληψία ερωτηματολογίων (5%) και έλεγχός τους.

1. Στατιστική Ανάλυση

Έπειτα από τον ποιοτικό έλεγχο των ερωτηματολογίων ξεκίνησε η στατιστική επεξεργασία με σκοπό την διεξαγωγή αποτελεσμάτων. Τα βήματα που ακολουθήθηκαν στην ενέργεια αυτή ήταν τα εξής:

A) Ανάλυση Αξιοπιστίας

Προκειμένου να εξεταστεί η εσωτερική αξιοπιστία των ερωτηματολογίων της έρευνας χρησιμοποιήθηκε ο δείκτης Cronbach α . Ο Cronbach α (ή συντελεστής άλφα του Cronbach), αναπτύχθηκε από τον Lee Cronbach το 1951 και μετρά την αξιοπιστία και την εσωτερική συνοχή. Η «αξιοπιστία» σημαίνει πόσο καλά μια δοκιμή μετράει αυτό για το οποίο έχει σχεδιαστεί να μετρήσει, δηλαδή κατά πόσο υπάρχει συνέπεια στη μέτρηση. Όταν η τιμή του συντελεστή είναι >0.7 τότε θεωρείται αποδεκτός, όταν είναι 0.8 το εργαλείο διαθέτει καλή αξιοπιστία και όταν είναι 0.9 η αξιοπιστία είναι πολύ καλή (Fayers και συν. 2000).

B) Περιγραφική στατιστική

Παρουσίαση περιγραφικών αποτελεσμάτων με ποσοστιαίες κατανομές, μέσες τιμές και τυπικές αποκλίσεις που αφορούσαν τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά των ανέργων και τις απαντήσεις αυτών σχετικά την οικονομική δυσχέρεια, την σωματική και ψυχική υγεία, τις συμπεριφορές υγείας/ παράγοντες κινδύνου και τη χρήση των υπηρεσιών υγείας κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης.

Γ) Έλεγχος κανονικής κατανομής

Στη στατιστική ανάλυση, η δοκιμή της κανονικής κατανομής είναι απαραίτητη προκειμένου να προσδιοριστεί εάν ένα σύνολο δεδομένων είναι καλά διαμορφωμένο με βάση την κανονική κατανομή, για να υπολογιστεί πόσο πιθανό είναι μια τυχαία μεταβλητή να κατανέμεται κανονικά στο σύνολο δεδομένων. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία για μεγάλα μεγέθη δείγματος (> 30 ή 40), η παραβίαση της υπόθεσης της κανονικότητας δεν αποτελεί πρόβλημα (Altman και Bland 1993, Pallant 2007). Ωστόσο, στην παρούσα ανάλυση παρά το γεγονός ότι το δείγμα αυτής είναι αρκετά μεγάλο, προκειμένου να υπάρξει εγκυρότητα και αξιοπιστία στη διεξαγωγή των αποτελεσμάτων, πραγματοποιήθηκε έλεγχος κανονικής κατανομής των δεδομένων με βάση τον δείκτη Kolmogorov-Smirnov (Test of Normality). Ο δείκτης απέδειξε ότι όλα τα δεδομένα ακολουθούν την κανονική κατανομή και έτσι επιλέχθηκαν παραμετρικά τεστ (parametric tests) στη στατιστική ανάλυση.

Τα επίπεδα σημαντικότητας είναι αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05.

Δ) Επαγωγική Στατιστική

Δ1) Έλεγχοι Υποθέσεων

Στοχεύοντας στις διαφορές μεταξύ της οικονομικής δυσχέρειας, της σωματικής και ψυχικής υγείας, των συμπεριφορών υγείας/ παραγόντων κινδύνου, της χρήσης στις υπηρεσιών υγείας (εξαρτημένες μεταβλητές) σε σύγκριση με τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά των ανέργων (ανεξάρτητες μεταβλητές), πραγματοποιήθηκαν έλεγχοι ανεξαρτησίας των μεταβλητών.

Όταν τα αποτελέσματα παρουσιάζονται με τη μορφή ποσοστιαίων κατανομών χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος Pearson's chi-squared test (χ^2 test) ή Fisher's exact test (όπου ήταν απαραίτητο). Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών

μεταξύ δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε το Student's t-test, ενώ για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ περισσότερων από δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε ο παραμετρικός έλεγχος ανάλυσης διακύμανσης (ANOVA) και η προσαρμογή κατά Bonferroni.

Δ2) Ανάλυση Συσχέτισης

Για την αξιολόγηση της ύπαρξης συσχέτισης μεταξύ των κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών των ανέργων και των προαναφερόμενων εξαρτημένων μεταβλητών πραγματοποιήθηκε ανάλυση συσχέτισης με τη χρήση του συντελεστή *Pearson*. Για την ερμηνεία του συντελεστή χρησιμοποιήθηκαν οι οδηγίες του Cohen (Cohen 1998), οι οποίες επισημαίνουν πως η συσχέτιση 0,10 είναι μικρή, 0,30 είναι μέτρια και 0,50 μεγάλη.

Δ3) Ανάλυση Παλινδρόμησης

Με σκοπό τη διερεύνηση της επίδρασης των κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών των ανέργων (ανεξάρτητες μεταβλητές): α) στην οικονομική κατάσταση, β) στη σωματική και ψυχική υγεία και γ) στις δαπάνες υπηρεσιών υγείας (ποσοτικές εξαρτημένες μεταβλητές) πραγματοποιήθηκαν μοντέλα πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης (multiple linear regression analysis). Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε για τη διεξαγωγή των αποτελεσμάτων ήταν η Backward method. Η τιμή R^2 υποδεικνύει το βαθμό που η συνολική μεταβολή της εξαρτημένης μεταβλητής μπορεί να εξηγηθεί από τις ανεξάρτητες μεταβλητές. Η ανάλυση διακύμανσης (ANOVA) αναφέρει πόσο καλά η εξίσωση της παλινδρόμησης ταιριάζει με τα δεδομένα.

Επιπλέον, στοχεύοντας στη διερεύνηση της επίδρασης των κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών των ανέργων (ανεξάρτητες μεταβλητές) στην υγιεινή διατροφή και τη χρήση δημοσίων – ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας (ποιοτικές δίτιμες εξαρτημένες μεταβλητές) πραγματοποιήθηκαν μοντέλα λογιστικής παλινδρόμησης (logistic regression analysis). Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε για τη διεξαγωγή των αποτελεσμάτων ήταν η Backward LR method. Η τιμή Nagelkerke (R^2) υποδεικνύει πόσο από τη συνολική μεταβολή της εξαρτημένης μεταβλητής μπορεί να εξηγηθεί από τις ανεξάρτητες μεταβλητές. Η ανάλυση διακύμανσης (ANOVA) αναφέρει πόσο καλά η εξίσωση της παλινδρόμησης ταιριάζει με τα δεδομένα. Η καλή προσαρμογή του μοντέλου ελέγχθηκε με τον Hosmer Lemeshow goodness of fit.

2. Ποιοτική Ανάλυση

A) Μεθοδολογία

Για την ανάλυση της ανοικτής ερώτησης σχετικά με τις ανησυχίες του άνεργου πληθυσμού, χρησιμοποιήθηκε η ποιοτική μέθοδος ανάλυσης περιεχομένου (content analysis) με ολιστική προσέγγιση (βιο-ψυχο-κοινωνική και πνευματική). Η ανάλυση περιεχομένου είναι μία ερευνητική μέθοδος, η οποία με συστηματικό και αντικειμενικό τρόπο περιγράφει και ποσοτικοποιεί φαινόμενα (Downe-Wamboldt 1992, Sandelowski 1995). Με τη μέθοδο αυτή είναι δυνατόν να κατηγοριοποιηθούν λέξεις και εκφράσεις από ένα γραπτό κείμενο σε λιγότερες, αλλά σχετιζόμενες σε περιεχόμενο κατηγορίες με την ίδια νοηματοδότηση (Cavanagh 1997).

Στην ανάλυση περιεχομένου, ο ερευνητής μπορεί να χρησιμοποιήσει τις ίδιες έννοιες όπως και στις ποσοτικές μελέτες, μια επιλογή που δεν γίνεται αποδεκτή στις άλλες ποιοτικές μεθόδους (Long και Johnson 2000). Οι ποιοτικές μέθοδοι δίνουν την ευκαιρία στον ερευνητή να στοχεύσει στο τι σημαίνει για τα υποκείμενα η εμπειρία για την οποία μιλούν, εμβαθύνοντας σε αυτή (Bengtsson 2016). Πέρα, όμως, από τη λεπτομερή ανάλυση, οι ποιοτικές μέθοδοι καταγράφουν τη «φωνή» του υποκειμένου και τις εκφράσεις του (Eisner 1991, Παρασκευοπούλου-Κόλλια, 2010). Η ανοικτή ερώτηση επιτρέπει περισσότερη ανωνυμία και ιδιωτικότητα και μειώνει την κοινωνική πίεση του συμμετέχοντα (McCoyd και Kerson 2006).

B) Ανάλυση περιεχομένου

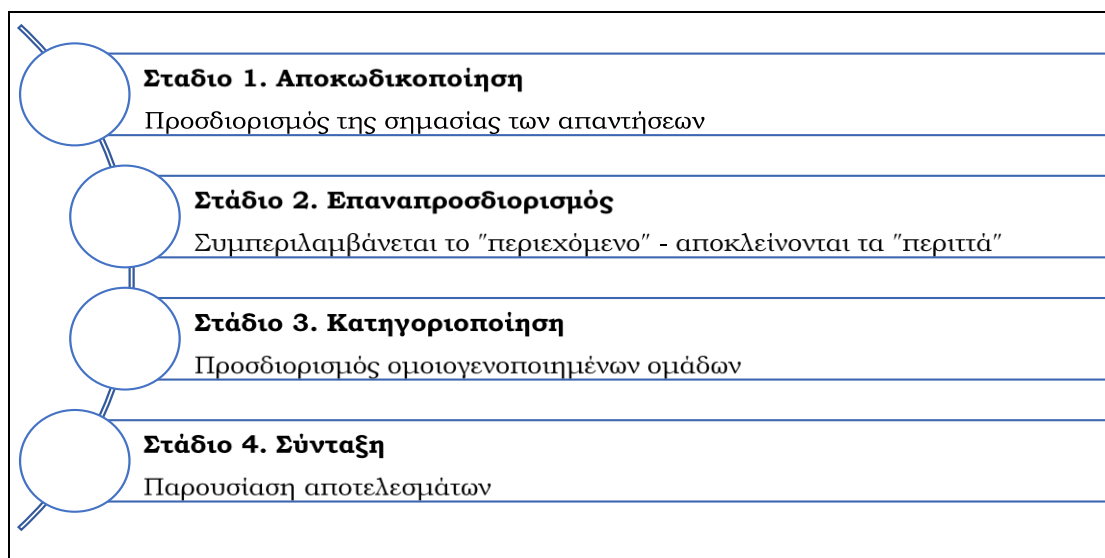
Για την ανάλυση των αποτελεσμάτων της ποιοτικής έρευνας χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της συνεχούς σύγκρισης των ποιοτικών δεδομένων η οποία αφορούσε: α) στη συνεχή σύγκριση ιδεών, διαδικασιών, γεγονότων μεταξύ τους με σκοπό τη σταδιακή τους ένταξη σε ξεχωριστές κατηγορίες, και β) στη σύγκριση των ιδεών αυτών, των διαδικασιών και γεγονότων με διαφορετικές διαστάσεις των κατηγοριών, αποσκοπώντας στην ένταξή τους σε κατηγορία.

Οι απαντήσεις του άνεργου πληθυσμού καταγράφηκαν σε επεξεργαστή “word”. Η ερευνήτρια έπειτα από την ανάγνωση των απαντήσεων, προκειμένου να αποκτήσει μια εικόνα στο σύνολο της και να εμβαθύνει στο θέμα, παρατήρησε εννοιολογικές ομοιότητες, ομαδοποίησε τις κατηγορίες και τα

θέματα από κάθε ομάδα και έτσι έγιναν ορατές οι κοινές θεματικές ενότητες (Stemler, 2001).

Το Διάγραμμα 39 παρουσιάζει τα στάδια που ακολουθήθηκαν στην ποιοτική ανάλυση.

Διάγραμμα 39: Επισκόπηση της διαδικασίας της ποιοτικής ανάλυσης περιεχομένου



6.3. Περιορισμοί της Μελέτης

Ως κύριος περιορισμός της παρούσας διδακτορικής διατριβής θα μπορούσε να θεωρηθεί το γεγονός ότι η έρευνα διεξήχθη στην Αττική και όχι σε εθνικό επίπεδο. Ωστόσο, τα αποτελέσματα μας δεν είναι υποεκτιμημένα καθώς στην Αττική διαμένει το 35% του πληθυσμού και η σύνθεσή αυτού είναι αντιπροσωπευτική της χώρας (ΕΛΣΤΑΤ, 2011). Το υψηλό επίπεδο ανταπόκρισης του δείγματος αποδυναμώνει σαφώς αυτόν τον περιορισμό.

Ένας δεύτερος περιορισμός είναι η χαμηλή συμμετοχή στην έρευνα νέων ανέργων ηλικίας 15-24 ετών, παρά το γεγονός ότι η ΕΛΣΤΑΤ (2017) παρουσιάζει υψηλά ποσοστά ανεργίας σε αυτή την ηλικιακή ομάδα. Η μη υψηλή ανταπόκριση μπορεί να δικαιολογηθεί από το γεγονός ότι οι νέοι άνεργοι που εγγράφονται στον ΟΑΕΔ για αναζήτηση εργασίας αποτελούν μόνο το 7 - 8% του συνολικού άνεργου πληθυσμού της Ελλάδας (Στατιστικά Στοιχεία ΟΑΕΔ, 2018).

Επίσης, η πλειοψηφία του δείγματος της έρευνας ήταν βραχυχρόνια άνεργοι, αποτέλεσμα που δεν συμφωνεί με τα στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ (2017), όπου

περίπου το 70% των ανέργων είναι μακροχρόνια άνεργοι. Η διαφορά αυτή ίσως έγκειται στο γεγονός ότι οι μακροχρόνια άνεργοι λόγω της μη εύρεσης εργασίας «παραιτούνται και απογοητεύονται» από την αναζήτηση με αποτέλεσμα να επισκέπτονται πιο σπάνια τον ΟΑΕΔ. Σε αυτό συνηγορούν και οι έρευνες των Basbug και Sharone (2017), Malik (2014) και Sharone (2013) που επισημαίνουν ότι η μακροχρόνια ανεργία συνδέεται με μειωμένα κίνητρα και αποθάρρυνση από την αναζήτηση εργασίας, οδηγώντας τους άνεργους στην εγκατάλειψη του εργατικού δυναμικού.

Επίσης, η παρούσα συγχρονική έρευνα δεν μπορεί να αποδείξει την αιτιώδη συνάφεια μεταξύ της ανεργίας και των εξεταζόμενων παραγόντων υγείας που επηρεάζονται από αυτή, παρά μόνο να χαρτογραφήσει μια σχέση. Ωστόσο, λόγω της έλλειψης προοπτικών μελετών στην Ελλάδα, η έρευνα μας καλύπτει ένα σημαντικό κενό παρέχοντας μια σαφή εικόνα αυτής της σχέσης.

Τέλος, παρά το γεγονός ότι το ερωτηματολόγιο ήταν ανώνυμο και αυτοσυμπληρούμενο, πρέπει να επισημανθεί η πιθανή υποκειμενικότητα και μεροληπτικότητα των απαντήσεων του δείγματος. Ακόμη, τα στοιχεία για τη ψυχική και σωματική υγεία που αναφέρθηκαν από τους άνεργους μπορούν να οδηγήσουν σε υπό ή υπερεκτίμηση της πραγματικής κατάστασης της υγείας τους λόγω του κινδύνου σιγματοποίησης αυτών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

7.1. Τελικό Δείγμα Έρευνας

Συνολικά διανεμήθηκαν και συλλέχθηκαν 1.128 ερωτηματολόγια από όλα τα στρώματα της έρευνας, ως αντιπροσωπευτικό δείγμα με βάση το λογισμικό Raosoft®. Ωστόσο, τα 298 δεν συμπεριλήφθηκαν στην έρευνα, καθώς παρατηρήθηκαν στον ποιοτικό έλεγχο τα εξής προβλήματα: σε 112 ερωτηματολόγια είχε συμπληρωθεί λιγότερο από το 50% του ερωτηματολογίου, σε 110 ερωτηματολόγια υπήρχε ασυμφωνία και μη συνάφεια στις απαντήσεις (π.χ. διπλές απαντήσεις σε μια ερώτηση) και σε 76 περιπτώσεις οι άνεργοι δεν επιθυμούσαν να συμμετέχουν στην έρευνα και παρέδωσαν το ερωτηματολόγιο κενό. Το τελικό δείγμα ήταν 830 άνεργα άτομα. Ο πίνακας 8 παρουσιάζει αναλυτικά τον αριθμό των συλλεχθέντων ερωτηματολογίων ανά στρώμα και το ποσοστό ανταπόκρισης.

Πίνακας 8: Ανάλυση δείγματος έρευνας

Στρώμα	Αρχικό δείγμα	Τελικό δείγμα	Ποσοστό ανταπόκρισης
Υψηλό	366	309	84,4%
Μεσαίο	380	264	69,4%
Χαμηλό	382	257	67,2%
Σύνολο	1.128	830	73,5%

Οι Polit και Hungler (1991), αναφέρουν ότι ένα ποσοστό ανταπόκρισης μεγαλύτερο του 60% είναι πιθανόν να επαρκεί για τους περισσότερους σκοπούς μιας μελέτης και ότι αν το ποσοστό ανταπόκρισης είναι υψηλό, ο κίνδυνος σοβαρής μεροληψίας ανταπόκρισης μπορεί να είναι ασήμαντος. Με βάση αυτή την αναφορά, τα ποσοστά ανταπόκρισης στην παρούσα μελέτη θεωρούνται ικανοποιητικά.

7.2. Αξιοπιστία Ερωτηματολογίων

Στην παρούσα ενότητα παρουσιάζεται η αξιοπιστία των σταθμισμένων ερωτηματολογίων της έρευνας.

- ➔ Το ερωτηματολόγιο της οικονομικής δυσχέρειας (IPED) απέδειξε καλή αξιοπιστία α Cronbach = 0.741.
- ➔ Η κλίμακα CES-D απέδειξε υψηλή αξιοπιστία α Cronbach = 0.888, καθώς επίσης και οι 4 διαστάσεις αυτής: α) καταθλιπτική επίδραση α Cronbach = 0.836, β) θετική επίδραση α Cronbach = 0.780 γ) σωματική δραστηριότητα α Cronbach = 0.762 και δ) διαπροσωπικές σχέσεις α Cronbach = 0.732.

7.3. Κοινωνικοδημογραφικά Χαρακτηριστικά

Το δείγμα των ανέργων αποτελείται από 66,1% γυναίκες. Η μέση τιμή ηλικίας ήταν $35,8 \pm 10,3$ ετών. Το 82,5% ήταν ελληνικής υπηκοότητας και 35,4% ζει με σύζυγο/ σύντροφο και το 73,1% δεν έχει παιδιά. Ως προς την εκπαίδευση του άνεργου πληθυσμού, το 41,3% έχει ολοκληρώσει τριτοβάθμια εκπαίδευση και το 35,3% δευτεροβάθμια εκπαίδευση. Η πλειοψηφία του δείγματος (76%) εργάζονταν ως υπάλληλοι πριν την ανεργία. Τέλος, το 63% μένει σε ιδιόκτητο σπίτι (πίνακας 9).

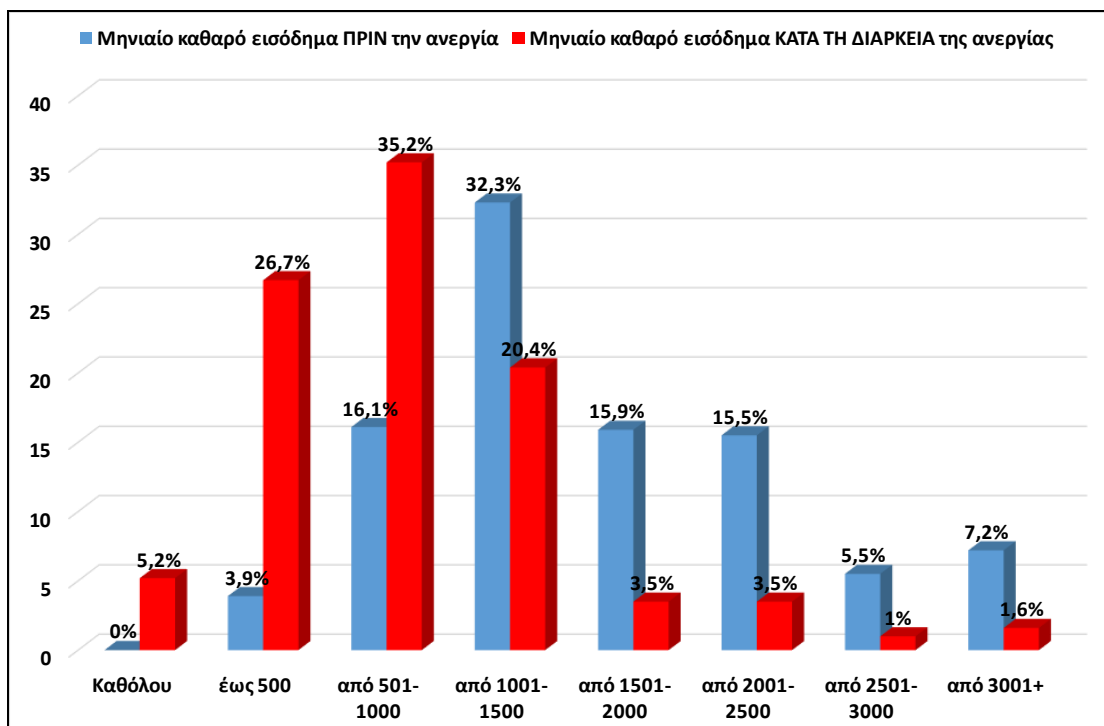
Πίνακας 9: Κοινωνικοδημογραφικά Χαρακτηριστικά

		Αριθμός	Ποσοστό
Φύλο	Άνδρας	281	33,9
	Γυναίκα	549	66,1
Ηλικία	20 -30	300	36,1
	31-40	212	25,5
	41-50	154	18,6
	51+	86	10,4
	Καμία απάντηση	78	9,4
	Υπηκοότητα	Ελληνική	685
Άλλη		75	9,0
Καμία απάντηση		70	8,4

Τη στιγμή αυτή ζείτε	Μόνος	252	30,4
	Με σύζυγο/σύντροφο	294	35,4
	Με γονείς	256	30,8
Ύπαρξη παιδιών	Κανένα	607	73,1
	1 έως 2	199	24,0
	3 και άνω	24	2,9
Εκπαίδευση	Υποχρεωτική	52	6,3
	Λύκειο	293	35,3
	ΙΕΚ	19	2,3
	ΤΕΙ, Πανεπιστήμιο	343	41,3
	Μεταπτυχιακό δίπλωμα	109	13,1
	Καμία απάντηση	14	1,7
Επάγγελμα πριν την ανεργία	Εργάτης	84	10,1
	Υπάλληλος	631	76,0
	Αγρότης	4	0,5
	Αυτοαπασχολούμενος	84	10,1
	Άλλο (π.χ. καθηγητής, δάσκαλος)	27	3,2
Η κατοικία που μένετε είναι	Ιδιόκτητη	523	63,0
	Ενοικιαζόμενη	307	37,0

Η πλειοψηφία του δείγματος (32,3%) είχε μηναίο καθαρό εισόδημα πριν την ανεργία από €1001 έως €1500, 15,9% από €1501 έως €2000 και 15,5% €2001 έως €2500. Ωστόσο, τα ποσοστά αυτά μειώθηκαν σημαντικά κατά τη διάρκεια της ανεργίας και συγκεκριμένα, το 35,2% είχε εισόδημα από €501 έως €1000, το 26,7% έως €500 και το 20,4% από €1001 έως €1500. Η μέση μείωση του εισοδήματος το μήνα ανά νοικοκυριό ήταν €685 (±242) (διάγραμμα 40).

Διάγραμμα 40: Μηνιαίο καθαρό εισόδημα ΠΡΙΝ και ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ της ανεργίας



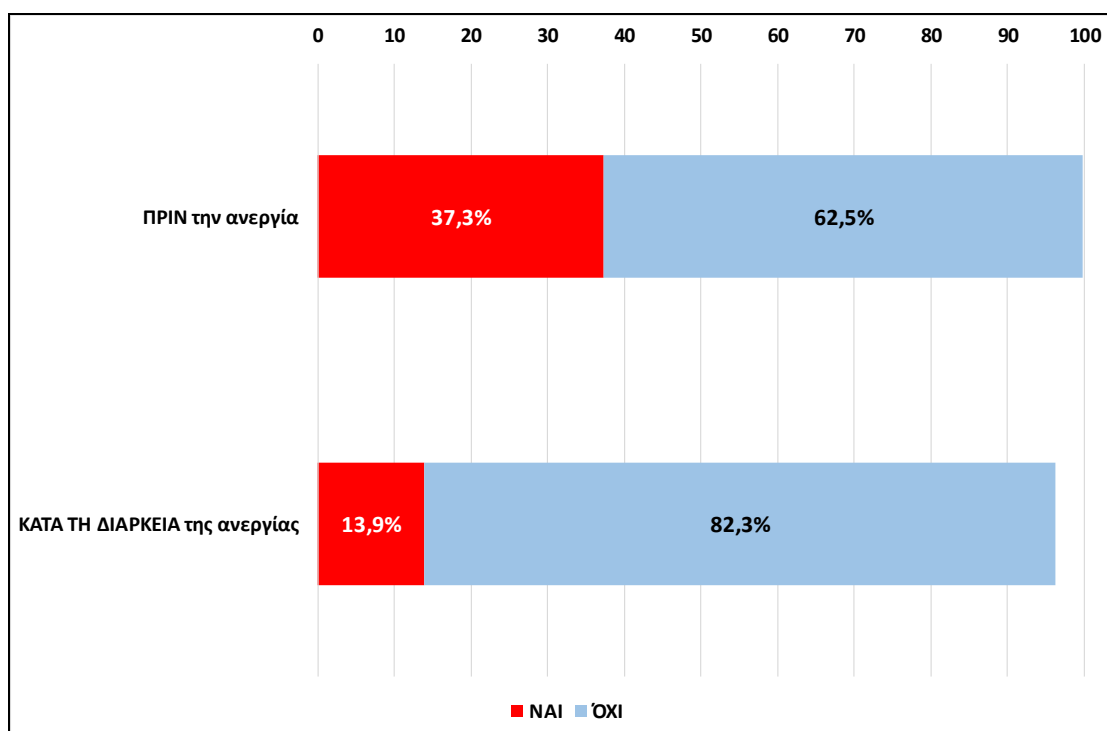
Σχετικά με την ύπαρξη άλλου εισοδήματος (πέραν του επιδόματος ανεργίας) το 35,5% των συμμετεχόντων απάντησε ότι διαθέτει και άλλο εισόδημα. Συγκεκριμένα, το 16,4% δήλωσε οικονομική στήριξη από το οικογενειακό περιβάλλον και το 14,9% από περιστασιακές εργασίες (πίνακας 10).

Πίνακας 10: Ύπαρξη άλλου εισοδήματος

	Αριθμός	Ποσοστό
Περιστασιακές εργασίες	124	14,9
Ακίνητη περιουσία	45	5,4
Άλλα επιδόματα	19	2,3
Οικονομική στήριξη από το οικογενειακό περιβάλλον	136	16,4
Κανένα άλλο εισόδημα	506	61

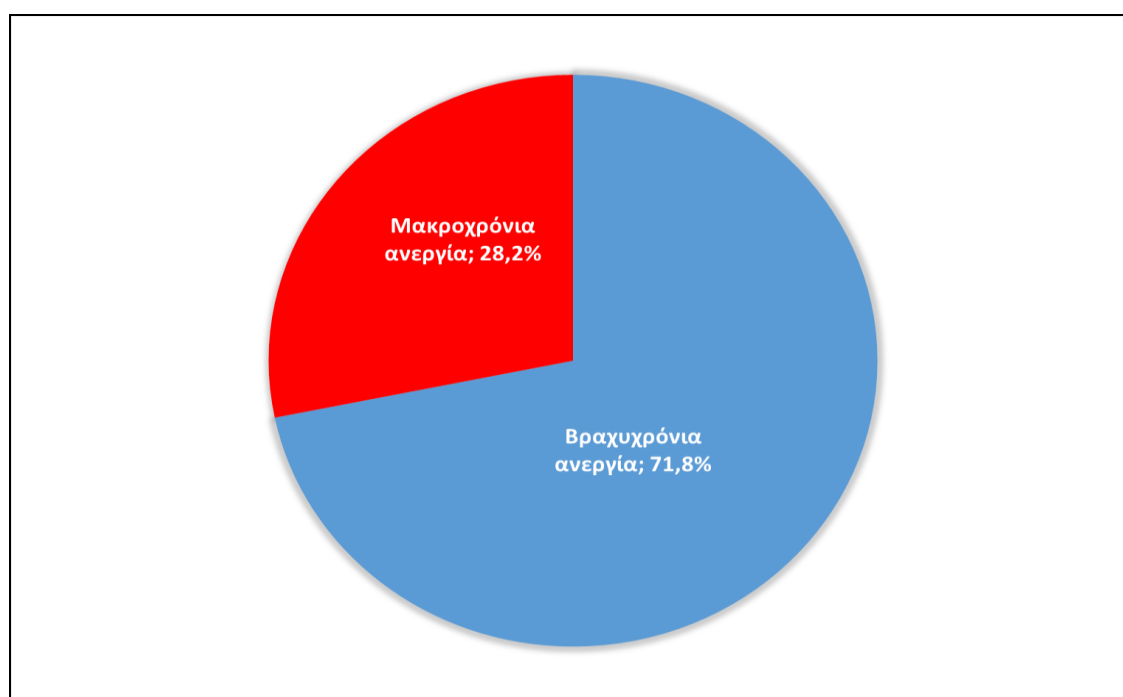
Σχεδόν 4 στους 10 από αυτούς είχαν ιδιωτική ασφάλιση πριν την ανεργία τους, ενώ μόνο το 14% συνεχίζει την ιδιωτική του ασφάλιση κατά το χρονικό διάστημα που είναι άνεργο (διάγραμμα 41).

Διάγραμμα 41: Ιδιωτική ασφάλιση



Η πλειοψηφία των ανέργων (71,8%) ήταν βραχυχρόνια άνεργοι (διάγραμμα 42). Η μέση διάρκεια της βραχυχρόνιας ανεργίας ήταν σχεδόν 5 μήνες ($\pm 8,7$), ενώ η μακροχρόνια ανεργία ήταν 4,1 έτη.

Διάγραμμα 42: Ποσοστά βραχυχρόνιας και μακροχρόνιας ανεργίας



Ο πίνακας 11 παρουσιάζει αναλυτικά σε ποσοστά τους μήνες της ανεργίας. Το 52% ήταν άνεργοι από 1 έως 6 μήνες. Επίσης, το 32,8% των συμμετεχόντων δήλωσε ότι και άλλο άτομο του νοικοκυριού είναι άνεργο (πίνακας 12) και συνήθως αναφερόταν ο σύζυγος, αδερφός/η, η μητέρα, ή το παιδί.

Πίνακας 11: Ανεργία σε μήνες

	Αριθμός	Ποσοστό
1 έως 6 μήνες	432	52,0
7 έως 12 μήνες	163	19,6
13 έως 24 μήνες	92	11,1
24+ μήνες	143	17,2

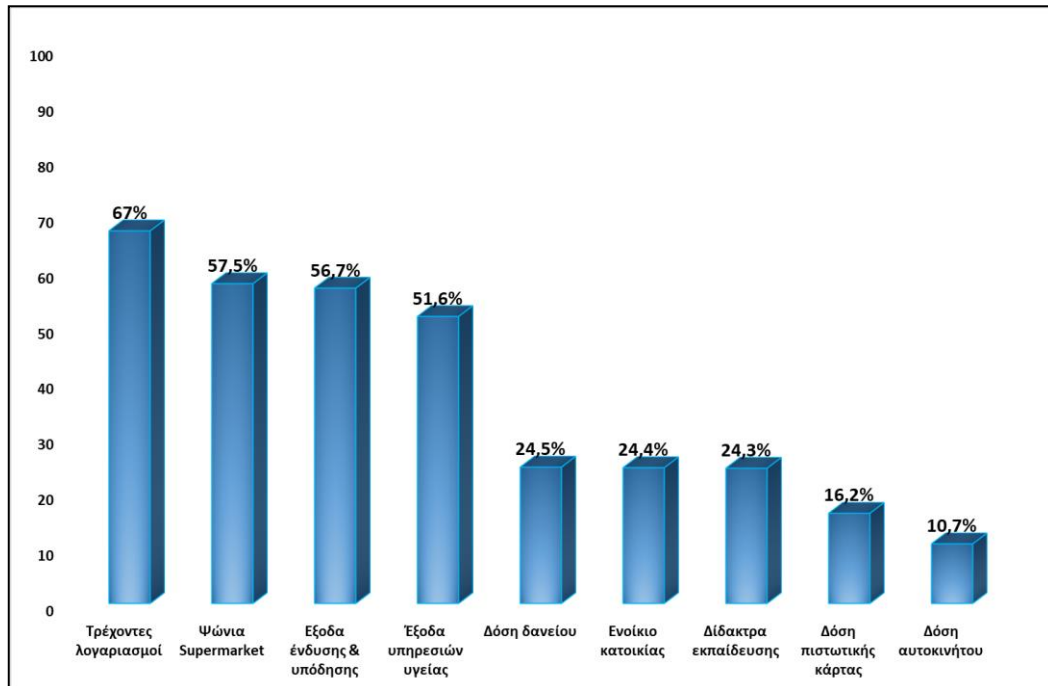
Πίνακας 12: Υπάρχουν άλλα μέλη του νοικοκυριού σας άνεργα

	Αριθμός	Ποσοστό
Όχι	432	63,0
Ναι	163	32,8
Καμία απάντηση	35	4,2

7.4. Οικονομική Κατάσταση

Η μέση τιμή της κλίμακας IPED ήταν 11,1 (\pm 5,8) με χαμηλότερη τιμή το 1 και υψηλότερη τιμή το 27. Το 23,1% των ανέργων βρίσκεται σε υψηλή οικονομική δυσχέρεια (διάγραμμα 43).

Διάγραμμα 43: Διαστάσεις Κλίμακας IPED



* Απάντηση κάποιες φορές & συχνά

Συγκεκριμένα, η πλειοψηφία του δείγματος (37,1%) δήλωσε ότι συχνά δυσκολεύεται να ανταπεξέλθει οικονομικά στους τρέχοντες λογαριασμούς και το 29,9% απάντησε κάποιες φορές. Το 24,5% των ανέργων απάντησε ότι κάποιες φορές / συχνά δυσκολεύεται στην αποπληρωμή κάποιου δανείου και το 33% δήλωσε ότι ποτέ/ πολύ σπάνια δυσκολεύεται. Αντίστοιχα ήταν και τα αποτελέσματα για τη δόση κάποιας πιστωτικής κάρτας. Ειδικότερα, το 16,2% απάντησε ότι κάποιες φορές / συχνά δυσκολεύεται να καλύψει τη δόση πιστωτική κάρτας και το 34,7% απάντησε ποτέ/πολύ σπάνια. Σχετικά με την δόση του αυτοκινήτου, το 10,7% απάντησε ότι κάποιες φορές / συχνά δυσκολεύεται να αποπληρώσει τη δόση και το 33,9% απάντησε ποτέ/πολύ σπάνια.

Επίσης, το 24,4% των ανέργων δυσκολεύεται να ανταπεξέλθει στην πληρωμή του ενοικίου της κατοικίας και το 12,7% ποτέ/πολύ σπάνια. Το 24,3% των

ανέργων δήλωσε ότι συχνά ή κάποιες φορές δυσκολεύεται να πληρώσει τα διδάκτρα εκπαίδευσης και το 31% απάντησε ποτέ/πολύ σπάνια. Υψηλό ποσοστό των συμμετεχόντων (56,7%) απάντησε ότι συχνά ή κάποιες φορές αντιμετωπίζει δυσκολία να καλύψει τα έξοδα ένδυσης και υπόδησης. Εξίσου υψηλά ήταν και τα ποσοστά σχετικά με την κάλυψη εξόδων για τα ψώνια στο supermarket. Αναλυτικά, το 57,5% δήλωσε ότι συχνά/κάποιες φορές δυσκολεύεται να πληρώσει τα ψώνια, ενώ το 32% ποτέ /σπάνια. Τέλος, οι μισοί από τους ανέργους (51,6%) απάντησαν ότι αντιμετωπίζουν δυσκολία να καλύψουν τα έξοδα για υπηρεσίες υγείας, ενώ το 36,1% δήλωσε ποτέ/ πολύ σπάνια (πίνακας 13).

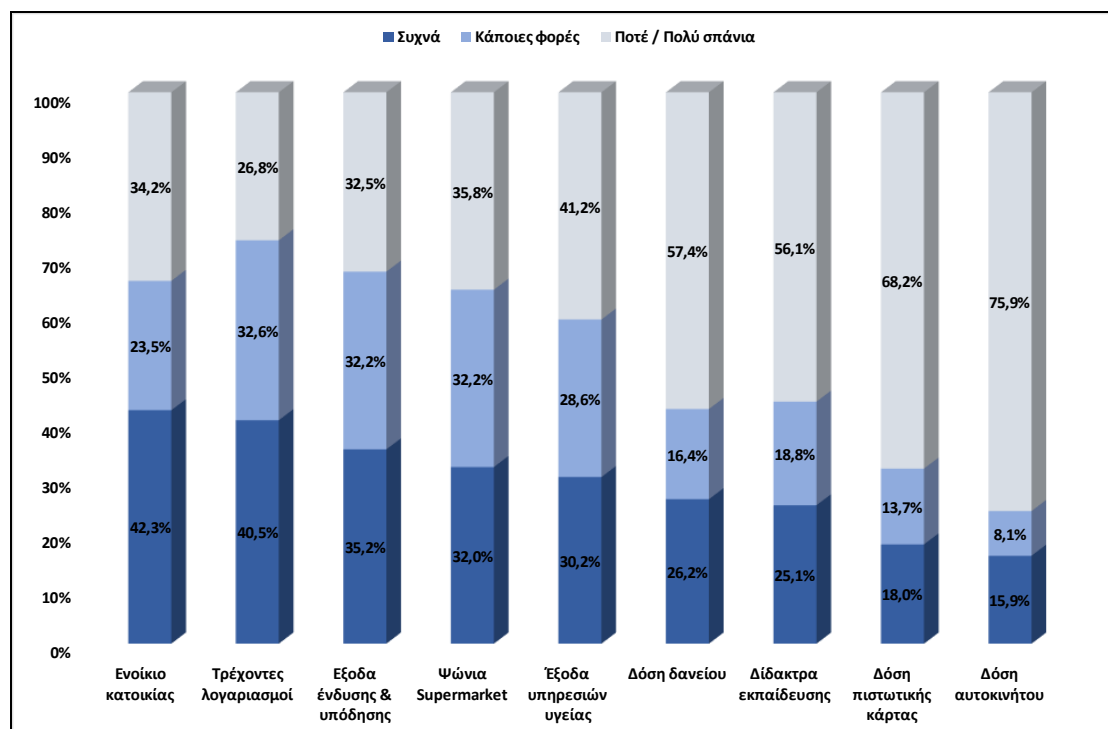
Πίνακας 13: Οικονομική Κατάσταση

	Συχνά		Κάποιες φορές		Σχεδόν ποτέ / Πολύ σπάνια		Δεν έχω αυτό το έξοδο	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Τους τρέχοντες λογαριασμούς	308	37,1	248	29,9	204	24,6	70	8,4
Τη δόση κάποιου δανείου	125	15,1	78	9,4	274	33,0	353	42,5
Την ελάχιστη δόση κάποιας πιστωτικής κάρτας	76	9,2	58	7,0	288	34,7	408	49,2
Τη δόση του αυτοκινήτου	59	7,1	30	3,6	281	33,9	460	55,4
Το ενοίκιο της κατοικίας σας	130	15,7	72	8,7	105	12,7	523	63,0
Τα διδάκτρα εκπαίδευσης	115	13,9	86	10,4	257	31,0	372	44,8
Τα έξοδα ένδυσης και υπόδησης	246	29,6	225	27,1	227	27,3	132	15,9
Τα ψώνια στο Supermarket	238	28,7	239	28,8	266	32,0	87	10,5
Τα έξοδα υπηρεσιών υγείας	220	26,5	208	25,1	300	36,1	102	12,3

N= αριθμός

Το διάγραμμα 44 παρουσιάζει τα ποσοστά των ανέγων που αντιμετωπίζουν οικονομικές δυσκολίες με βάση τις διαστάσεις της κλίμακας IPED, εφόσον αφαιρέθηκε η απάντηση του δείγματος «δεν έχω αυτό το έξοδο», προκειμένου να συμπληρωθούν στην ανάλυση μόνο τα άτομα που έχουν το έξοδο. Περισσότεροι από τους μισούς ανέργους δυσκολεύονται συχνά ή κάποιες φορές να ανταπεξέλθουν οικονομικά στο ενόικιο της κατοικίας τους, στους τρέχοντες λογαριασμούς, στα έξοδα ένδυσης, υπόδησης και υπηρεσιών υγείας.

Διάγραμμα 44: Διαστάσεις Σταθμισμένης Κλίμακας IPED



7.5. Ψυχική Υγεία

Η μέση τιμή της κλίμακας CES-D ήταν 18,4 (\pm 11,3), της διάστασης καταθλιπτικής επίδρασης 5,7 (\pm 4,7), της διάστασης θετικής επίδρασης 5,4 (\pm 3,1), της διάστασης σωματικών δραστηριοτήτων 6,3 (\pm 4,4) και της διάστασης διαπροσωπικών σχέσεων 0,8 (\pm 1,3). Επίσης, το 55,2% του άνεργου πληθυσμού παρουσιάζει καταθλιπτικά συμπτώματα.

Η πλειοψηφία του δείγματος (65,9%) δήλωσε ότι μερικές / αρκετές φορές ή τον περισσότερο καιρό την ενοχλούν πράγματα που συνήθως δεν την ενοχλούσαν. Το 33% απάντησε ότι σπάνια ή καθόλου τον ενοχλούν πράγματα (Πίνακας 14).

Πίνακας 14: Σας ενοχλούν πράγματα που συνήθως δεν σας ενοχλούσαν

	Αριθμός	Ποσοστό
Σπάνια ή καθόλου	274	33,0
Μερικές φορές	240	28,9
Αρκετές Φορές	223	26,9
Τον περισσότερο καιρό	84	10,1
Καμία απάντηση	9	1,1

Στο 59,7% των ανέργων δεν έχουν επηρεαστεί οι διατροφικές συνήθειες τους, ενώ το 23,5% απάντησε ότι αρκετές φορές ή τον περισσότερο καιρό δεν έχει όρεξη (πίνακας 15).

Πίνακας 15: Η όρεξη σας είναι κακή ώστε να μη θέλετε να τρώτε

	Αριθμός	Ποσοστό
Σπάνια ή καθόλου	495	59,7
Μερικές φορές	128	15,4
Αρκετές Φορές	158	19,0
Τον περισσότερο καιρό	37	4,5
Καμία απάντηση	12	1,4

Υψηλό ποσοστό των συμμετεχόντων (62,8%) απάντησε ότι νιώθει κακόκεφος, ακόμα κι αν οι φίλοι ή η οικογένεια προσπαθούν να τον βοηθήσουν. Ωστόσο το 34,8% δήλωσε ότι σπάνια ή καθόλου συμβαίνει αυτό (πίνακας 16).

Πίνακας 16: Νιώθετε ότι είστε κακόκεφος, ακόμα κι αν οι φίλοι ή η οικογένεια σας, σας βοηθούσαν

	Αριθμός	Ποσοστό
Σπάνια ή καθόλου	288	34,8
Μερικές φορές	221	26,6
Αρκετές Φορές	211	25,4
Τον περισσότερο καιρό	90	10,8
Καμία απάντηση	20	2,4

Η απάντηση μερικές /αρκετές φορές ή τον περισσότερο καιρό δηλώθηκε από το υψηλό ποσοστό 59,8% των συμμετεχόντων, ενώ επίσης υψηλό ήταν και το ποσοστό 38% που απάντησε σπάνια ή καθόλου (πίνακας 17).

Πίνακας 17: Νιώθετε ότι είσαστε εξίσου ικανός με τους άλλους

	Αριθμός	Ποσοστό
Σπάνια ή καθόλου	315	38,0
Μερικές φορές	208	25,0
Αρκετές Φορές	199	24,0
Τον περισσότερο καιρό	89	10,7
Καμία απάντηση	19	2,3

Η πλειοψηφία του δείγματος (49,7%) δήλωσε ότι δεν έχει δυσκολία να συγκεντρωθεί σε αυτό που κάνει. Ωστόσο το 48,3% εξέφρασε δυσκολία αρκετές ή μερικές φορές και τον περισσότερο καιρό (πίνακας 18).

Πίνακας 18: Έχετε δυσκολία να συγκεντρωθείτε σε αυτό που κάνετε

	Αριθμός	Ποσοστό
Σπάνια ή καθόλου	412	49,7
Μερικές φορές	192	23,1
Αρκετές Φορές	164	19,8
Τον περισσότερο καιρό	45	5,4
Καμία απάντηση	17	2,0

Το 64,4% των ανέργων νιώθει μελαγχολία μερικές/ αρκετές φορές και τον περισσότερο καιρό, ενώ το 33,4% σπάνια/καθόλου (πίνακας 19).

Πίνακας 19: Νιώθετε μελαγχολικά

	Αριθμός	Ποσοστό
Σπάνια ή καθόλου	277	33,4
Μερικές φορές	236	28,4
Αρκετές Φορές	212	25,5
Τον περισσότερο καιρό	87	10,5
Καμία απάντηση	18	2,2

Υψηλό ποσοστό των συμμετεχόντων (62,8%) απάντησε ότι νιώθει πως ότι κάνει, το κάνει με μεγάλη προσπάθεια/πίεση. Επίσης σημαντικό ήταν και το ποσοστό (36%) που δήλωσε ότι σπάνια ή καθόλου συμβαίνει αυτό (πίνακας 20).

Πίνακας 20: Νιώθετε πως ότι κάνετε, το κάνετε με μεγάλη προσπάθεια/πίεση

	Αριθμός	Ποσοστό
Σπάνια ή καθόλου	299	36,0
Μερικές φορές	232	28,0
Αρκετές Φορές	211	25,4
Τον περισσότερο καιρό	78	9,4
Καμία απάντηση	10	1,2

Το 74,9% των συμμετεχόντων νιώθει ελπίδα για το μέλλον, ενώ μόνο το 22,9% απάντησε σπάνια ή καθόλου (πίνακας 21).

Πίνακας 21: Νιώθετε ελπίδα για το μέλλον

	Αριθμός	Ποσοστό
Σπάνια ή καθόλου	190	22,9
Μερικές φορές	211	25,4
Αρκετές Φορές	172	20,7
Τον περισσότερο καιρό	239	28,8
Καμία απάντηση	18	2,2

Η πλειοψηφία του δείγματος (68,2%) δήλωσε ότι δεν σκέφτεται ότι η μέχρι τώρα ζωή της ήταν μια αποτυχία, ενώ το υπόλοιπο 29,9% απάντησε ότι το νιώθει αρκετές / μερικές φορές ή τον περισσότερο καιρό (πίνακας 22).

Πίνακας 22: Σκεφτόσαστε ότι η μέχρι τώρα ζωή σας ήταν μια αποτυχία

	Αριθμός	Ποσοστό
Σπάνια ή καθόλου	566	68,2
Μερικές φορές	115	13,9
Αρκετές Φορές	102	12,3
Τον περισσότερο καιρό	31	3,7
Καμία απάντηση	16	1,9

Το 51,2% των ανέργων δεν νιώθει φοβισμένο, ενώ το υπόλοιπο ποσοστό (46,3%) νιώθει φόβο (πίνακας 23).

Πίνακας 23: Νιώθετε φοβισμένος/η

	Αριθμός	Ποσοστό
Σπάνια ή καθόλου	425	51,2
Μερικές φορές	178	21,4
Αρκετές Φορές	152	18,3
Τον περισσότερο καιρό	58	7,0
Καμία απάντηση	17	2,0

Υψηλό ποσοστό των συμμετεχόντων (57,2%) απάντησε ότι έχει προβλήματα στον ύπνο, ενώ εξίσου υψηλό ήταν και το ποσοστό 41,2% που απάντησε σπάνια/ καθόλου (πίνακας 24).

Πίνακας 24: Έχετε ανήσυχο ύπνο

	Αριθμός	Ποσοστό
Σπάνια ή καθόλου	342	41,2
Μερικές φορές	200	24,1
Αρκετές Φορές	180	21,7
Τον περισσότερο καιρό	95	11,4
Καμία απάντηση	13	1,6

Το 73,2% των συμμετεχόντων νιώθει ευτυχισμένο, ενώ σημαντικό ήταν και το ποσοστό 23,7% που απάντησε σπάνια ή καθόλου (πίνακας 25).

Πίνακας 25: Είστε ευτυχισμένος/η

	Αριθμός	Ποσοστό
Σπάνια ή καθόλου	197	23,7
Μερικές φορές	233	28,2
Αρκετές Φορές	202	24,3
Τον περισσότερο καιρό	172	20,7
Καμία απάντηση	26	3,1

Η πλειοψηφία του δείγματος (50,1%) δήλωσε ότι μιλάει λιγότερο από το συνηθισμένο. Αντίστοιχα το 47,9% απάντησε ότι σπάνια ή καθόλου μιλάει λιγότερο (πίνακας 26).

Πίνακας 26: Μιλάτε λιγότερο από το συνηθισμένο

	Αριθμός	Ποσοστό
Σπάνια ή καθόλου	397	47,9
Μερικές φορές	181	21,8
Αρκετές Φορές	160	19,3
Τον περισσότερο καιρό	75	9,0
Καμία απάντηση	17	2,0

Το 49,9% των ανέργων δεν νιώθει μοναξιά, αντίθετα το 47,8% την νιώθει μερικές / αρκετές φορές ή τον περισσότερο (πίνακας 27).

Πίνακας 27: Νιώθετε μοναξιά

	Αριθμός	Ποσοστό
Σπάνια ή καθόλου	414	49,9
Μερικές φορές	167	20,1
Αρκετές Φορές	145	17,5
Τον περισσότερο καιρό	85	10,2
Καμία απάντηση	19	2,3

Υψηλό ποσοστό των συμμετεχόντων (68,1%) απάντησε ότι σπάνια / καθόλου πιστεύει ότι οι άνθρωποι δεν είναι φιλικοί μαζί του, ενώ χαμηλότερα ήταν τα ποσοστά στις υπόλοιπες απαντήσεις (28,8%) (πίνακας 28).

Πίνακας 28: Πιστεύετε ότι οι άνθρωποι δεν είναι φιλικοί μαζί σας

	Αριθμός	Ποσοστό
Σπάνια ή καθόλου	565	68,1
Μερικές φορές	108	13,0
Αρκετές Φορές	96	11,6
Τον περισσότερο καιρό	35	4,2
Καμία απάντηση	26	3,1

Η απάντηση μερικές/αρκετές φορές δηλώθηκε από το υψηλότερο ποσοστό 52,1% των συμμετεχόντων, ενώ επίσης υψηλό ήταν και το ποσοστό 22,8% που απάντησε τον περισσότερο καιρό (πίνακας 29).

Πίνακας 29: Απολαμβάνετε /χαιρόσαστε τη ζωή

	Αριθμός	Ποσοστό
Σπάνια ή καθόλου	183	22,0
Μερικές φορές	227	27,3
Αρκετές Φορές	206	24,9
Τον περισσότερο καιρό	189	22,8
Καμία απάντηση	25	3,0

Η πλειοψηφία του δείγματος (65,5%) δήλωσε ότι σπάνια /καθόλου κλαίει έντονα, ενώ το υπόλοιπο ποσοστό (31,1%) απάντησε θετικά (πίνακας 30).

Πίνακας 30: Κλαίτε έντονα

	Αριθμός	Ποσοστό
Σπάνια ή καθόλου	544	65,5
Μερικές φορές	105	12,7
Αρκετές Φορές	118	14,2
Τον περισσότερο καιρό	35	4,2
Καμία απάντηση	28	3,4

Το 51,2% των ανέργων νιώθει λυπημένο μερικές / αρκετές φορές ή τον περισσότερο καιρό σε αντίθεση με το 47% που το νιώθει σπάνια /καθόλου (Πίνακας 31).

Πίνακας 31: Νιώθετε λυπημένος/η

	Αριθμός	Ποσοστό
Σπάνια ή καθόλου	390	47,0
Μερικές φορές	208	25,1
Αρκετές Φορές	166	20,0
Τον περισσότερο καιρό	51	6,1
Καμία απάντηση	15	1,8

Υψηλό ποσοστό των συμμετεχόντων (78%) απάντησε ότι δεν νιώθει ότι οι άνθρωποι δεν το συμπαθούν, ενώ μόνο το 20,1% νιώθει την αντιπάθεια από τους ανθρώπους (πίνακας 32).

Πίνακας 32: Νιώθετε ότι οι άνθρωποι δεν σας συμπαθούν

	Αριθμός	Ποσοστό
Σπάνια ή καθόλου	647	78,0
Μερικές φορές	90	10,8
Αρκετές Φορές	58	7,0
Τον περισσότερο καιρό	19	2,3
Καμία απάντηση	16	1,9

Η απάντηση σπάνια / καθόλου δηλώθηκε από το υψηλό ποσοστό 56,6% των συμμετεχόντων, ενώ επίσης υψηλό ήταν και το ποσοστό 41,6% που απάντησε μερικές/ αρκετές φορές ή/και τον περισσότερο καιρό (πίνακας 33).

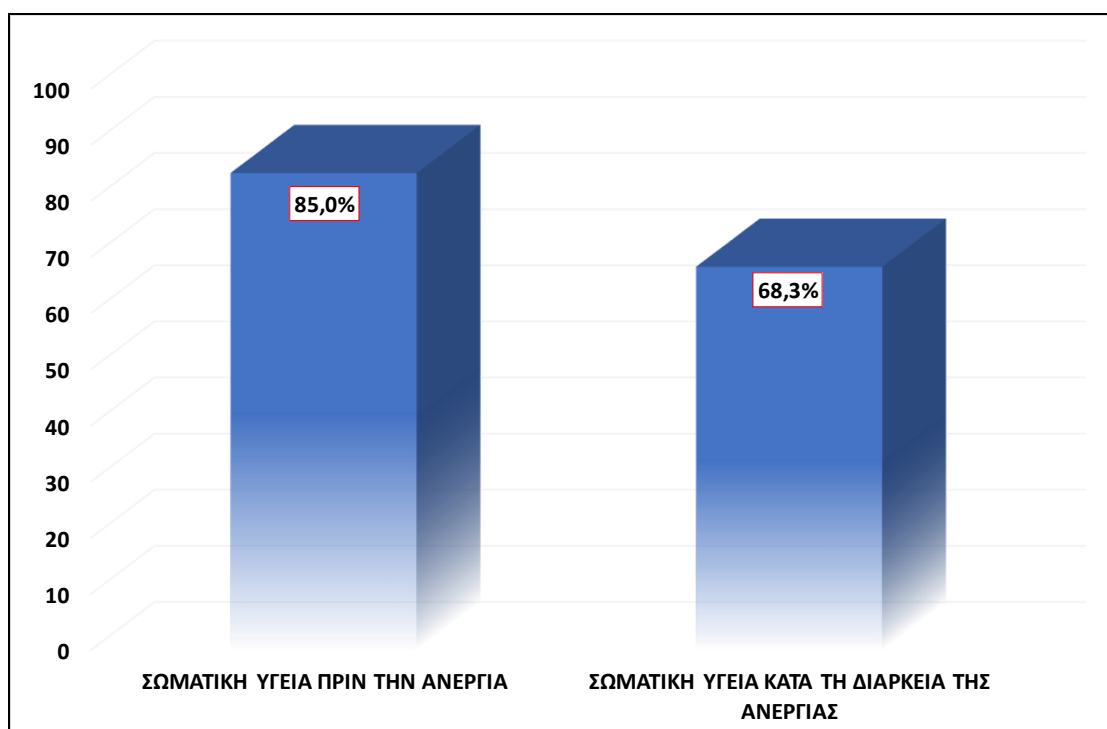
Πίνακας 33: Δεν μπορείτε να κάνετε τις δουλειές σας

	Αριθμός	Ποσοστό
Σπάνια ή καθόλου	470	56,6
Μερικές φορές	151	18,2
Αρκετές Φορές	145	17,5
Τον περισσότερο καιρό	49	5,9
Καμία απάντηση	15	1,8

7.6. Σωματική Υγεία

Η σωματική υγεία του άνεργου πληθυσμού φάνηκε να έχει διαφορά πριν την ανεργία και κατά τη διάρκεια αυτής κατά 16,7 μονάδες (διάγραμμα 45).

Διάγραμμα 45: Επίπεδο Σωματικής Υγείας



7.7. Συμπεριφορές υγείας – Παράγοντες κινδύνου

Η πλειοψηφία του δείγματος των συμμετεχόντων (37,2%) δήλωσε ότι η σωματική του δραστηριότητα όπως γυμναστήριο, κολυμβητήριο μειώθηκε κατά τη διάρκεια της ανεργίας.

Ως προς την χρήση αλκοόλ και καπνού, το 43,9% και το 35,5% των ανέργων δήλωσε ότι παρέμενε σταθερή η κατανάλωση αλκοόλ ή καπνού αντίστοιχα κατά τη διάρκεια της ανεργίας, σε σχέση με πριν από αυτή. Επίσης, αμετάβλητη ήταν και η πρόσληψη φρούτων, λαχανικών, οσπρίων, κρέατος και ψαριών για το μεγαλύτερο ποσοστό των ανέργων.

Η πλειοψηφία του δείγματος (53,3%) δήλωσε ότι έχει μειώσει την αγορά έτοιμου φαγητού αντί του σπιτικού, ενώ το 29,6% απάντησε ότι αγοράζει τις ίδιες ποσότητες κατά τη διάρκεια της ανεργίας σε σχέση με πριν από αυτή. Αντίθετα, το 34% των ανέργων απάντησε ότι αύξησε την αγορά μη επώνυμων τροφίμων.

Ο πίνακας 34 παρουσιάζει τις συμπεριφορές υγείας και τους παράγοντες κινδύνου του δείγματος.

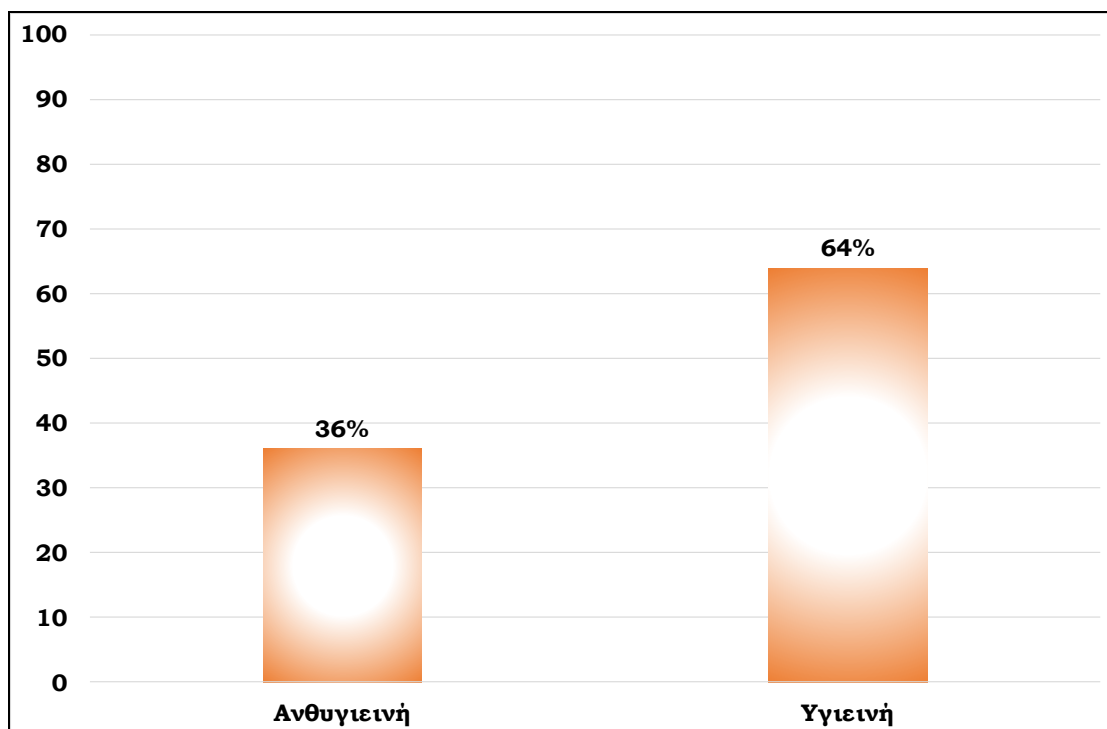
Πίνακας 34: Συμπεριφορές υγείας – Παράγοντες κινδύνου

	Παρέμεινε σταθερό		Μειώθηκε		Αυξήθηκε		Καμία απάντηση	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Σωματική δραστηριότητα	281	33,9	309	37,2	191	23,0	49	5,9
Αλκοόλ	364	43,9	213	25,7	110	13,3	143	17,2
Κάπνισμα	295	35,5	169	20,4	201	24,2	165	19,9
Πρόσληψη φρούτων και λαχανικών, οσπρίων	487	58,7	156	18,8	150	18,1	37	4,5
Πρόσληψη κρέατος	501	60,4	235	28,3	58	7,0	36	4,3
Πρόσληψη ψαριών	415	50,0	324	39,0	44	5,3	47	5,7
Αγορά έτοιμου φαγητού	246	29,6	442	53,3	80	9,6	62	7,5
Αγορά μη επώνυμων τροφίμων (non brands)	284	34,2	179	21,6	282	34,0	85	10,2

N= αριθμός

Ακόμη, η πλειοψηφία του δείγματος (64%) θεωρεί την διατροφή του υγιεινή, ενώ το 36% ανθυγιεινή (διάγραμμα 46).

Διάγραμμα 46: Θεωρείτε ότι η διατροφή σας ΤΩΡΑ είναι...



7.8. Χρήση Υπηρεσιών Υγείας

Χαμηλό ποσοστό των ανέργων πάσχει από μακροχρόνια ασθένεια (16,4%) (πίνακας 35).

Πίνακας 35: Έχετε κάποια χρόνια ασθένεια

	Αριθμός	Ποσοστό
Όχι	694	83,6
Ναι	136	16,4

Οι ασθένειες που αναφέρθηκαν από το δείγμα κατηγοριοποιήθηκαν σε σωματικές και ψυχικές ασθένειες και παρουσιάζονται στο πίνακα 36. Η πλειοψηφία του δείγματος έπασχε από σωματική ασθένεια (67%) και το υπόλοιπο ποσοστό από ψυχική (33%).

Πίνακας 36: Σωματικές και ψυχικές ασθένειες

Σωματικές ασθένειες		Ψυχικές ασθένειες
Αλλεργική ρινίτιδα	Μυελοπάθεια	Γενικευμένη νευρώδη
Αλλεργικό άσθμα	Μυοκαρδιοπάθεια	διαταραχή
Αναιμία	Ναρκοληψία με καταπληξία	Δερματική ευαισθησία λόγω
Αρτηριακή πίεση	Νεφρική ανεπάρκεια	άγχους
Θυροειδής	Οστεοαρθρίτιδα	Ιδεοψυχαναγκαστική ψύκωση
Ιγμορίτιδα	Οστεοπόρωση	Κατάθλιψη
Διαβήτης	Σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών	Νευρική ανορεξία
Εκφυλιστικής φύσεως	Συστηματικός ερυθματώδης	Νεύρωση στομάχου
αυχενικό	λύκος	Οριακή διαταραχή
Ελκώδη κολίτιδα	Ρευματοειδής αρθρίτιδα	προσωπικότητας
Έμφραγμα	Σκλήρυνση κατά πλάκας	
Καρκίνος μαστού	Στεφανιαία νόσος	
Κολπική μαρμαρυγή	Ταχυκαρδίες	
Καρδιακή ανεπάρκεια	Υπέρταση	
Λεμφαδενοπάθεια	Υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια	
	Υποθυρεοειδισμός	
	Χρόνια αποφρακτική	
	πνευμονοπάθεια	

Μόνο το 14,2% από το συνολικό δείγμα χρειάζεται να λαμβάνει συστηματικά φαρμακευτική αγωγή για την αντιμετώπιση της μακροχρόνιας ασθένειας του (πίνακας 37).

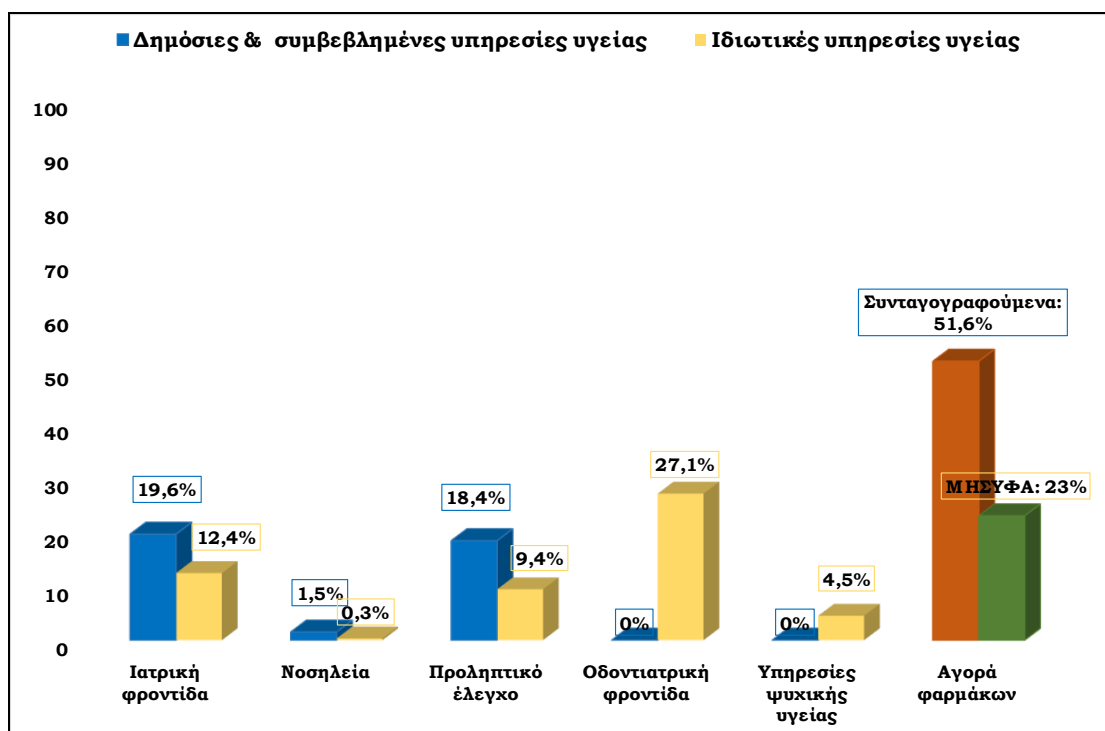
Πίνακας 37: Χρειάζεται να λαμβάνετε συστηματικά φαρμακευτική αγωγή για την αντιμετώπιση της;

	Αριθμός	Ποσοστό
Όχι	712	85,8
Ναι	118	14,2

Η χρήση των δημόσιων και ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας του άνεργου πληθυσμού της έρευνας κατά τους τελευταίους 12 μήνες παρουσιάζεται στο διάγραμμα 47. Ως προς την χρήση των δημόσιων και συμβεβλημένων υπηρεσιών υγείας, περίπου το 20% των ανέργων έχει επισκεφθεί ιατρό (γενικό ή ειδικό), 1,5% έχει νοσηλευτεί σε δημόσιο νοσοκομείο και 18,4% έχει

πραγματοποιήσει εξετάσεις για προληπτικό έλεγχο. Ωστόσο, κανένας από τους συμμετέχοντες δεν επισκέφθηκε οδοντίατρο των δημόσιων και συμβεβλημένων υπηρεσιών υγείας. Χαμηλότερα είναι τα ποσοστά της χρήσης σε ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας και συγκεκριμένα, το 12,4% των ανέργων έχει επισκεφθεί ιδιωτικά ιατρό και το 0,3% έχει νοσηλευτεί σε ιδιωτική κλινική. Εξαιρέση αποτελεί η χρήση των ιδιωτικών οδοντιατρικών υπηρεσιών και των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, όπου το 27,1% των ανέργων έχει επισκεφθεί ιδιώτη οδοντίατρο και το 4,5% έχει κάνει χρήση ιδιωτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Σχετικά με την κατανάλωση φαρμάκων το ήμισυ του δείγματος (51,6%) έχει αγοράσει συνταγογραφούμενα φάρμακα και το 23% έχει αγοράσει μη συνταγογραφούμενα φάρμακα.

Διάγραμμα 47: Χρήση υπηρεσιών υγείας (%)

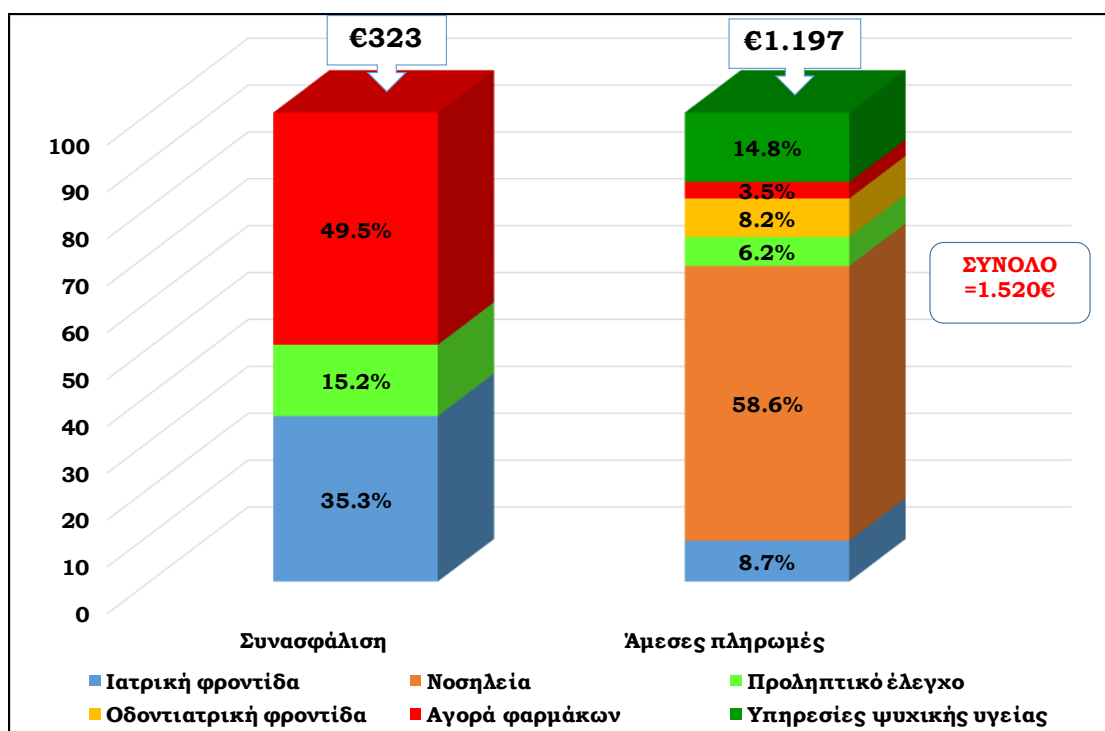


ΜΗΣΥΦΑ: Μη συνταγογραφούμενα φάρμακα

Όσον αφορά τις δαπάνες υπηρεσιών υγείας που καλούνται να πληρώσουν οι άνεργοι, αυτές χωρίστηκαν σε δαπάνες συνασφάλισης και σε άμεσες πληρωμές. Η μέση ετήσια δαπάνη της συνασφάλισης ανά νοικοκυριό για ιατρική φροντίδα εκτιμήθηκε σε €114, για προληπτικό έλεγχο σε €49 και για αγορά συνταγογραφούμενων φαρμάκων σε €160. Αντίστοιχα, οι μέσες ετήσιες δαπάνες των άμεσων πληρωμών ανά νοικοκυριό εκτιμήθηκαν σε €104 για ιατρική

φροντίδα, €701 για νοσηλεία, €74 για προληπτικό έλεγχο, €98 για οδοντιατρική φροντίδα, €42 για αγορά μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων και €177 για χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Το 49,5% των εξόδων της συνασφάλισης δαπανάται στην αγορά συνταγογραφούμενων φαρμάκων, ενώ χαμηλά ήταν τα ποσοστά για τις δαπάνες των ιατρικών υπηρεσιών (35,3%) και της πρόληψης (15,2%). Επίσης, παρατηρήθηκε ότι το 58,6% των άμεσων πληρωμών δαπανάται για νοσηλεία και το 14,8% για ιδιωτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας, ενώ χαμηλότερα ήταν τα ποσοστά για τις υπόλοιπες άμεσες δαπάνες (διάγραμμα 48). Η συνολική ετήσια ιδιωτική δαπάνη υγείας του άνεργου πληθυσμού εκτιμήθηκε σε 1.520€.

Διάγραμμα 48: Κατανομή συνασφάλισης και άμεσων πληρωμών.

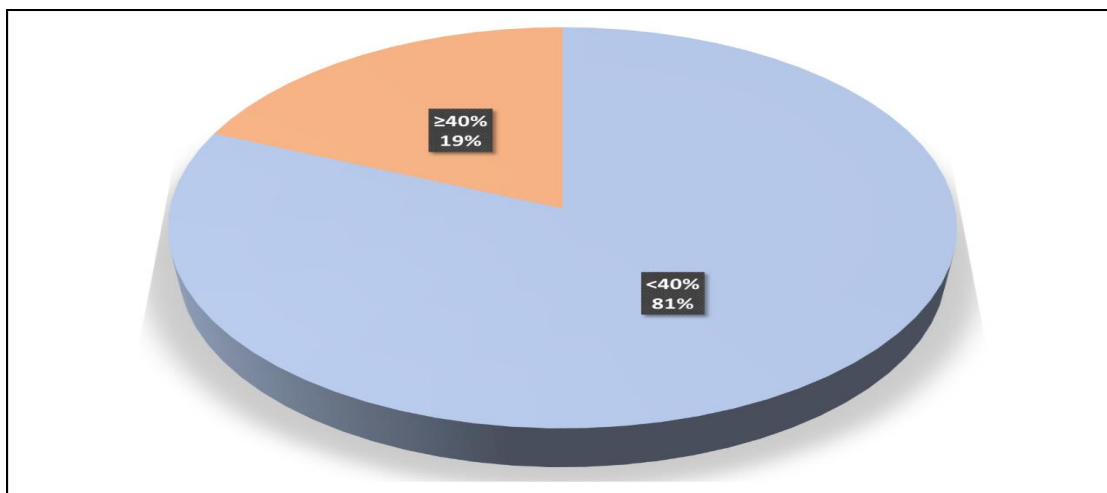


Πρέπει να επισημανθεί ότι το δείγμα των ανέργων δήλωσε ότι δεν εισήχθη για νοσηλεία σε συμβεβλημένη κλινική, αλλά μόνο σε δημόσιες υπηρεσίες υγείας, οπότε δεν προέκυψε δαπάνη.

Σημαντικό είναι το γεγονός ότι σχεδόν 2 στους 10 ανέργους (19%) υφίστανται καταστροφικές δαπάνες⁴ για την υγεία (διάγραμμα 49).

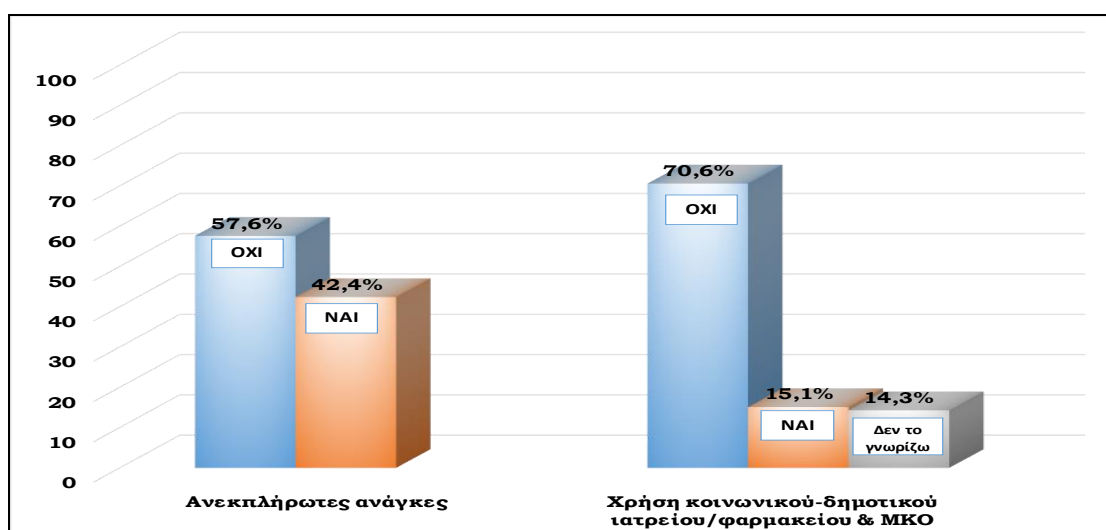
⁴ Ως καταστροφική δαπάνη ορίζεται η άμεση δαπάνη του νοικοκυριού για υγεία που υπερβαίνει το 40% των συνολικών του δαπανών, εξαιρουμένων των βασικών δαπανών διαβίωσης (δηλ. τροφή, στέγαση και υπηρεσίες κοινής ωφέλειας).

Διάγραμμα 49: Ποσοστά καταστροφικών δαπανών υγείας



Σχετικά με τις ανεκπλήρωτες ανάγκες του δείγματος, το 42,4% δήλωσε ότι υπήρξαν περιπτώσεις όπου χρειάστηκε φάρμακα ή υπηρεσίες υγείας, αλλά δεν είχε τη δυνατότητα να ανταποκριθεί οικονομικά (αντίτιμο εισιτηρίου και συμμετοχή σε φάρμακα). Ωστόσο, μόνο το 15,1% των ανέργων χρειάστηκε να απευθυνθεί σε κοινωνικό –δημοτικό ιατρείο/φαρμακείο, ή Μη Κερδοσκοπικό Οργανισμό για να καλύψει τις ανάγκες υγείας του, ενώ σημαντικό είναι και το 14,3% που απάντησε ότι δεν γνώριζε την ύπαρξη τέτοιων υπηρεσιών (διάγραμμα 50).

Διάγραμμα 50: Ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας και Χρήση κοινωνικών υπηρεσιών υγείας



7.9. Ποιοτική Ανάλυση

Η ποιοτική ανάλυση περιεχόμενου που πραγματοποιήθηκε με βάση την ανοικτή ερώτηση του ερωτηματολογίου σχετικά με τις ανησυχίες του άνεργου πληθυσμού κατέδειξε 4 κύριους άξονες (πίνακας 38):

Πίνακας 38: Άξονες ποιοτικής ανάλυσης

1) Οικονομικές ανησυχίες	4) Ανησυχίες σχετιζόμενες με την υγεία και τη χρήση υπηρεσιών υγείας
2) Εργασιακές – ασφαλιστικές ανησυχίες	5) Ανησυχίες για την κατάσταση της χώρας και το μέλλον
3) Οικογενειακές ανησυχίες	6) Προσωπικές ανησυχίες

→ Οικονομικές ανησυχίες

Οι άνεργοι ανέφεραν ότι ανησυχούν για το εάν θα μπορέσουν να ανταπεξέλθουν στις οικονομικές υποχρεώσεις είτε τακτικές όπως: έξοδα ενοικίου, διατροφής, θέρμανσης, δάνεια, φόροι και λογαριασμοί, είτε έκτακτες όπως επείγουσα ανάγκη για υπηρεσίες υγείας. Η αδυναμία ανταπόκρισης στις πάγιες υποχρεώσεις τους κατά την περίοδο της ανεργίας αναφέρθηκε από την πλειοψηφία των ανέργων.

Ενδεικτικά Σχόλια:

- *το ευδεχόμενο να προκύψουν έκτακτα έξοδα (Γυναίκα, 43 ετών)*
- *ανησυχία για πιθανή αδυναμία εκπλήρωσης οικονομικών υποχρεώσεων, διόγκωση χρεών, περικοπές σε βασικά είδη ή αδυναμία αντιμετώπισης εκτάκτου περιστατικού (Γυναίκα, 32 ετών)*
- *κάλυψη αναγκών ιατρικής περίθαλψης (Γυναίκα, 40 ετών)*
- *οικονομική ανασφάλεια (Ανδρας 42 ετών)*

→ Εργασιακές – ασφαλιστικές ανησυχίες

Η πλειοψηφία του δείγματος ανησυχεί ιδιαίτερα για την εύρεση εργασίας, την επαγγελματική αποκατάσταση ή την αναγκαστική μετανάστευση σε άλλη

χώρα. Επίσης αρκετοί άνεργοι ανησυχούν σχετικά με την εύρεση εργασίας στο αντικείμενο σπουδών τους, την επάρκεια του μισθού τους και την ασφάλισή τους (υγειονομική και συνταξιοδοτική).

Ενδεικτικά Σχόλια:

- *αν θα ξανά δουλέψω σύντομα γιατί κατά την περίοδο της ανεργίας χρησιμοποιώ χρήματα που έχω αποταμιεύσει για κάποια επείγουσα περίπτωση (Γυναίκα 30 ετών)*
- *θέλω να έχω εργασία σταθερή όχι μόνο για βιοποριστικούς λόγους (που είναι ο βασικότερος) αλλά και για λόγους δημιουργικότητας, ψυχολογίας, μάθησης και ολοκλήρωσης της προσωπικότητας (Γυναίκα 49 ετών)*
- *να βρω άμεσα εργασία πριν τελειώσει το επίδομα του ΟΑΕΔ (Γυναίκα 30 ετών)*
- *να καταφέρω να δουλέψω στο Βέλγιο και να ξεφύγω από την ελληνική παράνοια (Ανδρας 28 ετών)*
- *αν θα μπορέσω να ενταχθώ στην αγορά εργασίας δεδομένου ότι τις περισσότερες φορές ζητάνε προσωπικό ηλικίας 30-35 ετών (Γυναίκα 36 ετών)*
- *εάν θα ξαναβρώ εργασία γιατί μεγάλωσα και δεν με προσλαμβάνουν λόγω ηλικίας, όλες οι δουλειές είναι για άτομα 25 με 35 ετών (Ανδρας 50 ετών)*
- *δεν θα ξαναβρώ ποτέ πια δουλειά, μπήκα στο περιθώριο και είμαι τελειωμένος λόγω ηλικίας (Ανδρας 41 ετών)*
- *εάν θα καταφέρω να συμπληρώσω ένσημα για να πάρω σύνταξη (Ανδρας 56 ετών)*

→ Οικογενειακές ανησυχίες

Τα άνεργα άτομα ανέφεραν ότι ανησυχούν για την οικογένειά τους. Ωστόσο, η παρούσα ανάλυση χωρίστηκε σε 2 κατηγορίες με βάση τη διαβίωση των ανέργων: α) άνεργα άτομα που διαβιώνουν με τους γονείς και β) άνεργα άτομα που διαβιώνουν με ανήλικα παιδιά.

A) Άνεργα άτομα που διαβιώνουν με τους γονείς: η πλειοψηφία των ατόμων ανέφερε την επιθυμία ανεξαρτητοποίησης από τους γονείς. Επίσης αναφέρθηκε η ανησυχία λόγω της συνεχόμενης οικονομικής υποστήριξης από το οικογενειακό περιβάλλον, των οικογενειακών συγκρούσεων και της πίεσης λόγω μη εύρεσης εργασίας.

Ενδεικτικά Σχόλια:

- *στεναχώρια για την εξάρτηση από τους γονείς (Γυναίκα 30 ετών)*
- *ανεξαρτητοποίηση από γονείς (Γυναίκα 23 ετών)*
- *πως θα επιτευχθεί μια αξιοπρεπής ποιότητα διαβίωσης χωρίς υποστήριξη των γονέων μου (Ανδρας 34 ετών)*
- *να μείνω μόνη μου και να ανταπεξέλθω στις οικονομικές απαιτήσεις της ζωής (Γυναίκα 27 ετών)*
- *νιώθω ότι γίνομαι βάρος στους γονείς μου (Γυναίκα 21 ετών)*
- *χωρίς εργασία πρέπει να ζω με τους γονείς μου και δεν μπορώ να προχωρήσω τη ζωή μου (Γυναίκα 33 ετών)*
- *πιέζομαι από την οικογένεια μου να βρω δουλειά αλλά δεν μπορώ (Γυναίκα 29 ετών)*
- *δεν θέλω να απογοητεύσω τους γονείς μου (Γυναίκα 24 ετών)*

B) Άνεργα άτομα που διαβιώνουν με ανήλικα παιδιά: Η κύρια ανησυχία αυτών των ατόμων είναι η στέγαση και διατροφή των παιδιών τους αλλά και η εκπαίδευση αυτών. Επίσης η ισορροπία των οικογενειακών σχέσεων αναφέρθηκε ως σημαντική ανησυχία κατά την περίοδο της ανεργίας.

Ενδεικτικά Σχόλια:

- *εάν μπορώ να προσφέρω στο παιδί μου αυτά που χρειάζεται (Γυναίκα 37 ετών)*
- *δεν μπορώ να καλύψω τις ανάγκες κατοικίας των παιδιών μου (Ανδρας 43 ετών)*
- *εάν θα μπορούμε σαν οικογένεια να ανταποκριθούμε στις μελλοντικές και ολοένα αυξανόμενες ανάγκες των παιδιών μας (Γυναίκα 44 ετών)*
- *να έχουν τα παιδιά μου τουλάχιστον τα απαραίτητα όσον αφορά την διατροφή τους, την εκπαίδευση τους και να μπορώ να τους παρέχω βοήθεια σε θέματα υγείας αν χρειαστεί (Γυναίκα 41 ετών)*
- *να μπορώ να παρέχω στα παιδιά μου σωστή εκπαίδευση, τα εξωσχολικά τους έξοδα και τις δραστηριότητες τους (Γυναίκα 34 ετών)*
- *ανησυχώ για το αν θα καταφέρω να ανταπεξέλθω οικονομικά στις δαπάνες για τη μόρφωση των παιδιών μου (Γυναίκα 43 ετών)*
- *εάν θα βρω δουλειά γιατί θα μείνω στους δρόμους, δεν θα έχω να πληρώσω τους λογαριασμούς και δεν θα ενδιαφερθεί κανένας. Έχω δυο παιδιά που τα μεγαλώνω μόνη μου (Γυναίκα 44 ετών)*

- παροξύνσεις στις σχέσεις μέσα στο οικογενειακό περιβάλλον (Ανδρας 29 ετών)
- να παραμείνει η οικογένεια ενωμένη (Ανδρας 42 ετών).

→ **Ανησυχίες σχετιζόμενες με την υγεία και τη χρήση υπηρεσιών υγείας**

Οι άνεργοι δείχνουν να ανησυχούν σημαντικά για τα σωματικά και ψυχολογικά προβλήματα τους, λόγω της ανεργίας και κατ' επέκταση λόγω της οικονομικής αδυναμίας να ανταπεξέλθουν σε έκτακτες ανάγκες υγείας. Σημαντικές είναι οι αναφορές των ανέργων σχετικά με την κακή ψυχολογική κατάσταση της υγείας τους.

Ενδεικτικά Σχόλια:

- *αν συμβεί κάτι με την υγεία μου, δεν θα μπορέσω να ανταποκριθώ (Γυναίκα 55 ετών)*
- *ανησυχώ μη τυχόν γίνει οτιδήποτε με την υγεία της οικογένειάς μου και δεν μπορώ να ανταπεξέλθω (Γυναίκα 41 ετών)*
- *ανησυχώ για την υγεία μου πως θα επιβαρυνθεί και άλλο γιατί η ψυχολογία μου είναι άσχημη. Δεν έχεις αξιοπρέπεια και δεν μπορείς να επιβιώσεις (Γυναίκα 43 ετών)*
- *μη χρειαστώ οδοντίατρο και επίσης το ΙΚΑ δεν κάνει τον απαραίτητο γυναικολογικό έλεγχο (Γυναίκα 29 ετών)*
- *έχω στρες και κρίσεις πανικού λόγω ανασφάλειας (Γυναίκα 41 ετών)*
- *έχω χάσει την αξιοπρέπεια μου σαν άνθρωπος (Ανδρας 56 ετών)*
- *περισσότερο με ανησυχεί η ψυχική μου υγεία (Γυναίκα 38 ετών)*
- *έχω χάσει το κέφι μου και την χαρά μου, βαδίζω προς κατάθλιψη, όταν ξοδεύω λίγα χρήματα για διασκέδαση έχω τύψεις (Γυναίκα 53 ετών)*
- *κατάθλιψη, απαισιοδοξία, τάσεις αυτοκτονίας (Γυναίκα 22 ετών)*
- *θα θέσω τέρμα στη ζωή μου (Ανδρας 56 ετών)*
- *μια γενικότερη ματαιότητα και παραίτηση, η ελπίδα για έναν γρήγορο και ανώδυνο θάνατο για εμένα και τους αγαπημένους μου (Ανδρας 34 ετών).*

→ **Ανησυχίες για την κατάσταση της χώρας και το μέλλον**

Αρκετοί άνεργοι κατέγραψαν ότι ανησυχούν για την κατάσταση της χώρας και την ανάπτυξη αυτής, και κυρίως για το μέλλον των παιδιών τους και το δικό τους.

Ενδεικτικά Σχόλια:

- ανησυχία για την χώρα (Ανδρας 41 ετών)
- αν θα βελτιωθεί η κατάσταση της χώρας (Ανδρας 50 ετών)
- πως θα εξελιχθεί η οικονομία του κράτους (Γυναίκα 36 ετών)
- για το μέλλον της χώρας (Ανδρας 60 ετών)
- δεν υπάρχουν προοπτικές στην Ελλάδα για ένα καλύτερο μέλλον (Ανδρας 27 ετών)
- το κράτος δεν βοηθάει και θα πρέπει να φύγω από τη χώρα (Γυναίκα 35 ετών)
- στη χώρα οι καταστάσεις θα γίνουν χειρότερες και θα αναγκαστώ να φύγω στο εξωτερικό για να ζήσω αξιοπρεπώς (Γυναίκα 33 ετών)

→ Προσωπικές Ανησυχίες

Τέλος, τα άνεργα άτομα κατέγραψαν και κάποιες προσωπικές ανησυχίες σχετικά την μόρφωση τους, την οικογενειακή τους αποκατάσταση και την απόκτηση παιδιών, την πραγματοποίηση των ονείρων τους και την αξιοπρέπεια τους.

Ενδεικτικά Σχόλια:

- δεν θα καταφέρω να κάνω μεταπτυχιακό (Γυναίκα 35 ετών)
- λόγω της ανεργίας δε μπορώ να βρω σύντροφο (Ανδρας 34 ετών)
- δημιουργία οικογένειας (Γυναίκα 34 ετών)
- με στηρίζει οικονομικά η κοπέλα μου, ότι χειρότερο περνάω στη ζωή μου, θέλω να την στηρίξω εγώ οικονομικά ως άντρας (Ανδρας 29 ετών)
- να γινώ ανεξάρτητη (Γυναίκα 26 ετών)
- να δουλεύει η γυναίκα μου και εγώ όχι??? (Ανδρας 30 ετών)
- γονιμότητα (Γυναίκα 34 ετών)
- εάν θα μπορέσω να κάνω τα όνειρα μου πραγματικότητα, για να μπορέσω να βοηθήσω τη χώρα μου και να μην χρειαστεί να μεταναστεύσω σε κάποια άλλη χώρα η οποία θα μου δώσει αυτά που μου στερεί η πατρίδα μου (Γυναίκα 24 ετών)
- να μην μπω φυλακή (Ανδρας 27 ετών).

7.10. Επαγωγική Ανάλυση

7.10.1. Συγκρίσεις Ερωτηματολογίων με κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά

Στην παρούσα ενότητα παρουσιάζονται οι συγκρίσεις μεταξύ των κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών του άνεργου πληθυσμού και των ερωτηματολογίων της έρευνας. Οι συγκρίσεις που δεν αποδείχθηκαν στατιστικά σημαντικές παρατίθενται στο ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Στ'.

Συγκρίσεις Κλίμακας IPED και κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών

Το στρώμα της έρευνας βρέθηκε να έχει στατιστικά σημαντική διαφορά σε σχέση με την κλίμακα της οικονομικής δυσχέρειας IPED ($p \leq 0.05$). Ειδικότερα, το χαμηλό στρώμα φαίνεται να έχει την υψηλότερη οικονομική δυσχέρεια, ενώ αντίθετα το υψηλό στρώμα τη χαμηλότερη (πίνακας 39).

Πίνακας 39: Σύγκριση κλίμακας IPED και στρώματος

Στρώμα	N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	P value
Υψηλό	309	10,81	5,44	0,05
Μεσαίο	264	11,13	5,21	
Χαμηλό	257	11,47	4,87	

Anova, Post hoc: Bonferroni

Επίσης, το φύλο απέδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά σε σχέση με την κλίμακα της οικονομικής δυσχέρειας (πίνακας 40). Οι γυναίκες άνεργες παρουσιάζουν υψηλότερη οικονομική δυσχέρεια σε σύγκριση με τους άνδρες ($p = 0,049$).

Πίνακας 40: Σύγκριση κλίμακας IPED και φύλου

Φύλο	N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	P value
Άνδρας	281	10,65	4,88	0,049
Γυναίκα	549	11,38	5,32	

Student's t-test

Η ηλικία και η οικονομική δυσχέρεια φάνηκε να συσχετίζονται θετικά ($r = 0,168$). Όσο αυξάνει η ηλικία αυξάνει και η οικονομική δυσχέρεια του άνεργου πληθυσμού (πίνακας 41).

Πίνακας 41: Σύγκριση κλίμακας IPED και ηλικίας

		IPED
Ηλικία	Pearson Correlation	0,168**
	Sig. (2-tailed)	0,000
	N	752

***Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).*

Η υπηκοότητα και η κλίμακα οικονομικής δυσχέρειας βρέθηκε να έχουν στατιστικά σημαντική διαφορά (πίνακας 42). Οι άνεργοι που δήλωσαν άλλη υπηκοότητα και όχι ελληνική, έχουν υψηλότερη οικονομική δυσχέρεια σε σύγκριση με τους Έλληνες ($p=0,034$).

Πίνακας 42: Σύγκριση κλίμακας IPED και υπηκοότητας

Υπηκοότητα	Αριθμός	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	P value
Ελληνική	685	11,14	5,02	0,034
Άλλη	75	12,45	5,60	

Student's t-test

Όσον αφορά την κατάσταση διαμονής των ανέργων, στατιστικά σημαντική διαφορά εντοπίστηκε σε σχέση με την οικονομική δυσχέρεια (πίνακας 43). Τα άνεργα άτομα που ζουν μόνα τους έχουν την υψηλότερη οικονομική δυσχέρεια ($p=0,001$), ακολουθούμενα από τα άτομα που ζουν με σύζυγο/σύντροφο ($p=0,001$), σε σύγκριση με τα άτομα που ζουν με τους γονείς που έχουν την χαμηλότερη.

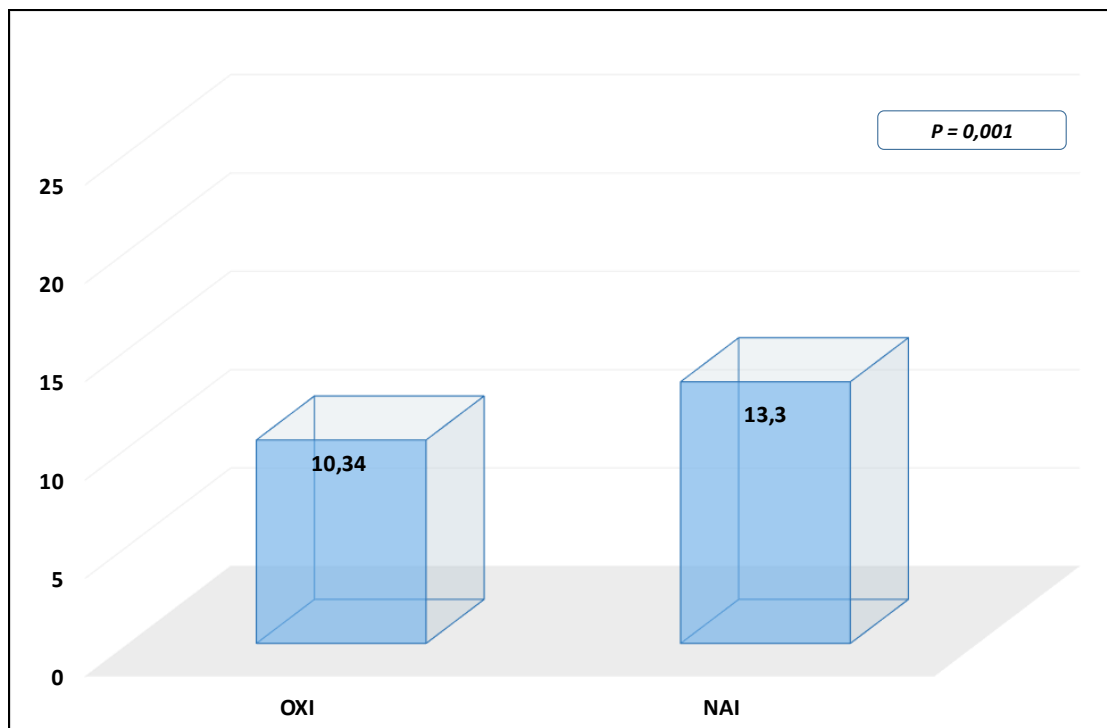
Πίνακας 43: Σύγκριση κλίμακας IPED και κατάσταση διαμονής

Τη στιγμή αυτή ζείτε	Αριθμός	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	P value
Μόνος	252	12,07	5,17	0,001
Με σύζυγο/σύντροφο	294	11,75	5,06	
Με γονείς	256	9,44	4,93	

Anova, Post hoc: Bonferroni

Τα άνεργα άτομα με παιδιά αποδείχθηκε ότι έχουν υψηλότερη οικονομική δυσχέρεια σε σύγκριση με τα άτομα χωρίς παιδιά ($p=0,001$) (διάγραμμα 51).

Διάγραμμα 51: Σύγκριση κλίμακας IPED και ύπαρξης παιδιών



Student's t-test

Επίσης, σημαντικό είναι το γεγονός ότι ο αριθμός των παιδιών επηρεάζει την οικονομική δυσχέρεια (πίνακας 44). Ειδικότερα, στα άτομα που έχουν 3 και άνω παιδιά παρατηρήθηκε υψηλότερη οικονομική δυσχέρεια ($p=0,001$), ακολουθούμενοι από τα άτομα με 1 έως 2 παιδιά ($p=0,001$), σε σύγκριση με τα άτομα χωρίς παιδιά.

Πίνακας 44: Σύγκριση κλίμακας IPED και αριθμός παιδιών

Αριθμός παιδιών	Αριθμός	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	<i>P value</i>
Κανένα	607	10,34	5,04	0,001
1 έως 2	199	13,14	4,97	
3+	24	14,67	4,59	

Anova, Post hoc: Bonferroni

Το επίπεδο εκπαίδευσης και η οικονομική δυσχέρεια φάνηκε να συσχετίζονται αρνητικά ($r = -0,079$). Όσο αυξάνει το επίπεδο εκπαίδευσης, μειώνεται η οικονομική δυσχέρεια του άνεργου πληθυσμού (πίνακας 45).

Πίνακας 45: Σύγκριση κλίμακας IPED και επιπέδου εκπαίδευσης

		IPED
Εκπαίδευση	Pearson Correlation	-0,079*
	Sig. (2-tailed)	0,023
	N	816

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Το ιδιοκτησιακό καθεστώς στέγασης βρέθηκε να έχει στατιστικά σημαντική διαφορά σε σύγκριση με την κλίμακα IPED (πίνακας 46). Άτομα με ενοικιαζόμενο σπίτι παρατηρήθηκε ότι έχουν υψηλότερη οικονομική δυσχέρεια σε σύγκριση με τα άτομα με ιδιόκτητο σπίτι ($p=0,001$).

Πίνακας 46: Σύγκριση κλίμακας IPED και ιδιοκτησιακό καθεστώς στέγασης

Το σπίτι που μένετε είναι	Αριθμός	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	<i>P value</i>
Ιδιόκτητο	523	10,31	4,93	0,001
Ενοικιαζόμενο	307	12,54	5,30	

Student's t-test

Η διάρκεια της ανεργίας αποδείχθηκε ότι συσχετίζεται θετικά με την οικονομική δυσχέρεια ($r = 0,083$). Όσο αυξάνει η διάρκεια της ανεργίας, αυξάνει και η οικονομική δυσχέρεια του άνεργου πληθυσμού (πίνακας 47).

Πίνακας 47: Σύγκριση κλίμακας IPED και διάρκεια ανεργίας

		IPED
Διάρκεια ανεργίας (σε μήνες)	Pearson Correlation	0,083*
	Sig. (2-tailed)	0,016
	N	830

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Επίσης, η ύπαρξη και άλλων άνεργων μελών στο νοικοκυριό επηρεάζει σημαντικά την οικονομική δυσχέρεια (πίνακας 48). Ειδικότερα, οι

συμμετέχοντες που έχουν και άλλα άνεργα άτομα στο νοικοκυριό τους έχουν υψηλότερη οικονομική δυσχέρεια ($p = 0,042$).

Πίνακας 48: Σύγκριση κλίμακας IPED και ύπαρξη ανεργίας σε άλλα μέλη του νοικοκυριού

Υπάρχουν άλλα μέλη του νοικοκυριού σας άνεργα	Αριθμός	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	<i>P value</i>
Όχι	523	10,78	4,87	0, 042
Ναι	272	11,56	5,57	

Student's t-test

Όσον αφορά τη σύγκριση μεταξύ της ύπαρξης άλλης πηγής εισοδήματος των ανέργων (εκτός του επιδόματος ανεργίας) όπως περιστασιακές εργασίες, ακίνητη περιουσία κ.α., με την οικονομική δυσχέρεια. Τα άτομα που απάντησαν θετικά έχουν χαμηλότερη οικονομική δυσχέρεια σε σύγκριση με τα άτομα που στηρίζονται οικονομικά μόνο στο επίδομα ανεργίας ($p=0,004$) (πίνακας 49).

Πίνακας 49: Σύγκριση κλίμακας IPED και ύπαρξη άλλου εισοδήματος

Έχετε άλλο εισόδημα;	Αριθμός	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	<i>P value</i>
Όχι	523	11,49	5,17	0,004
Ναι	295	10,42	4,99	

Student's t-test

Το εισόδημα κατά την περίοδο της ανεργίας αποδείχθηκε ότι συσχετίζεται αρνητικά με την οικονομική δυσχέρεια ($r = -0,097$). Όσο αυξάνει το εισόδημα κατά την περίοδο της ανεργίας, μειώνεται η οικονομική δυσχέρεια του άνεργου πληθυσμού (πίνακας 50).

Πίνακας 50: Σύγκριση κλίμακας IPED και εισόδημα κατά τη διάρκεια της ανεργίας

		IPED
Εισόδημα κατά τη διάρκεια της ανεργίας	Pearson Correlation	-0,097**
	Sig. (2-tailed)	0,006
	N	805

***. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).*

Συγκρίσεις Κλίμακας CES-D και κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών

Το κοινωνικό στρώμα της έρευνας, η υπηκοότητα, η ύπαρξη παιδιών, η ύπαρξη άλλων άνεργων μελών στο νοικοκυριό και η ύπαρξη άλλης πηγής εισοδήματος δεν αποδείχθηκαν ότι έχουν στατιστικά σημαντική διαφορά σε σύγκριση με την κλίμακα CES-D.

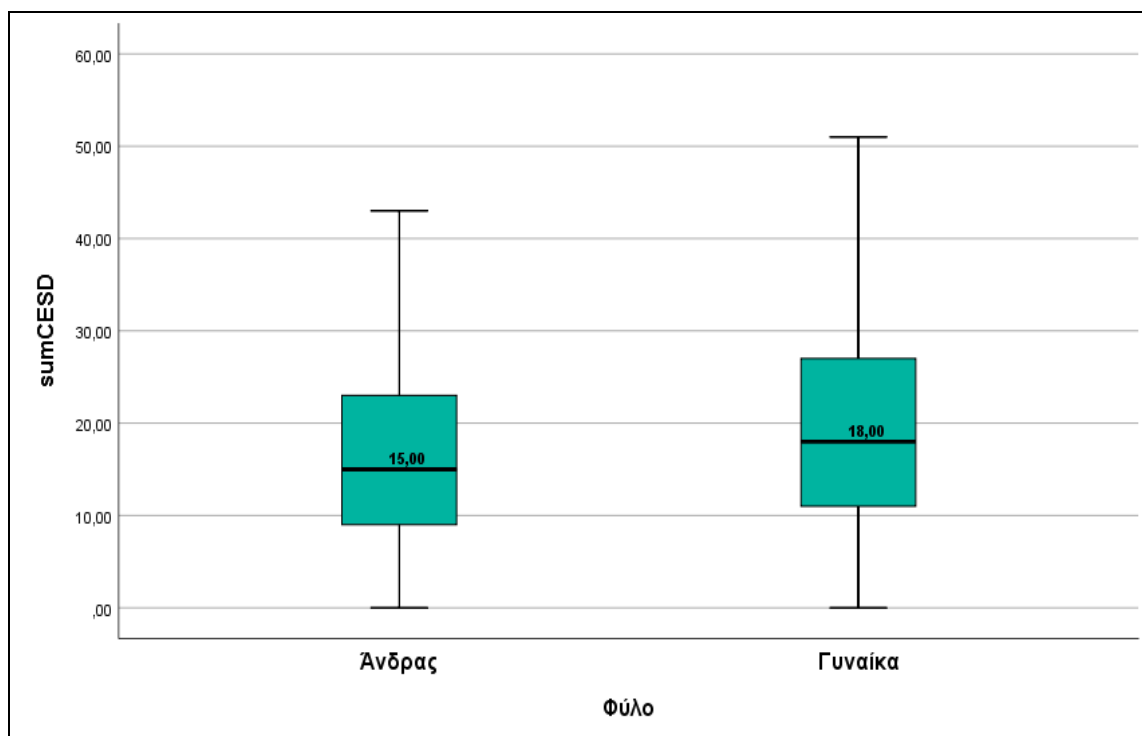
Το φύλο απέδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά σε σχέση με τη συνολική κλίμακα της ψυχικής υγείας, τη διάσταση καταθλιπτικής επίδρασης και τη διάσταση σωματικών δραστηριοτήτων (πίνακας 51, διάγραμμα 52). Οι γυναίκες άνεργες παρουσιάζουν υψηλότερες τιμές αποδεικνύοντας και υψηλότερη καταθλιπτική προδιάθεση σε σύγκριση με τους άνδρες ($p = 0,001$).

Πίνακας 51: Σύγκριση κλίμακας CES-D και φύλου

	Φύλο	Αριθμός	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	P value
Συνολική CESD	Άνδρας	281	16,38	10,41	0,001
	Γυναίκα	549	19,54	11,59	
Καταθλιπτική επίδραση	Άνδρας	281	4,36	4,16	0,001
	Γυναίκα	547	6,45	4,84	
Σωματικές δραστηριότητες	Άνδρας	281	5,46	4,12	0,001
	Γυναίκα	548	6,68	4,49	

Student's t-test

Διάγραμμα 52: Σύγκριση κλίμακας CES-D και φύλου



Η ηλικία και η κλίμακα της ψυχικής υγείας φάνηκε να συσχετίζονται θετικά ($r = 0.174$), όπως επίσης και οι 4 διαστάσεις αυτής. Όσο αυξάνει η ηλικία αυξάνει και η κακή ψυχική υγεία του άνεργου πληθυσμού (πίνακας 52).

Πίνακας 52: Σύγκριση κλίμακας CES-D και ηλικίας

	Ηλικία	
Συνολική CESD	Pearson Correlation	0,174**
	Sig. (2-tailed)	0,000
	N	752
Καταθλιπτική επίδραση	Pearson Correlation	0,163**
	Sig. (2-tailed)	0,000
	N	750
Θετική επίδραση	Pearson Correlation	0,159**
	Sig. (2-tailed)	0,000
	N	749
Σωματικές δραστηριότητες	Pearson Correlation	0,151**
	Sig. (2-tailed)	0,000
	N	751
Διαπροσωπικές σχέσεις	Pearson Correlation	0,093*
	Sig. (2-tailed)	0,011
	N	746

***Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).*

Όσον αφορά την κατάσταση διαμονής των ανέργων, στατιστικά σημαντική διαφορά εντοπίστηκε σε σχέση με την ψυχική υγεία (πίνακας 53). Τα άνεργα άτομα που ζουν μόνα τους έχουν υψηλότερες πιθανότητες εμφάνισης καταθλιπτικών συμπτωμάτων ($p=0,001$), ακολουθούμενα από τα άτομα που ζουν με γονείς ($p=0,001$), σε σύγκριση με τα άτομα που ζουν με σύζυγο/ σύντροφο και έχουν χαμηλότερες πιθανότητες. Παρόμοια είναι και τα αποτελέσματα για τις διαστάσεις της κλίμακας με εξαίρεση τη διάσταση διαπροσωπικών σχέσεων.

Πίνακας 53: Σύγκριση κλίμακας CES-D και κατάσταση διαμονής

Τη στιγμή αυτή ζείτε		Συνολική CESD	Καταθλιπτική επίδραση	Θετική επίδραση	Σωματικές δρα/τητες
Μόνος	Μέση τιμή	20,58	6,59	6,86	6,86
	Αριθμός	252,00	252,00	252,00	252,00
	Τυπική απόκλιση	12,34	5,16	4,83	4,83
Με σύζυγο/ σύντροφο	Μέση τιμή	16,91	5,11	6,06	6,06
	Αριθμός	294,00	292,00	293,00	293,00
	Τυπική απόκλιση	10,48	4,53	3,98	3,98
Με γονείς	Μέση τιμή	18,17	5,70	5,87	5,87
	Αριθμός	256,00	256,00	256,00	256,00
	Τυπική απόκλιση	11,05	4,45	4,38	4,38
P value		<i>0,001</i>	<i>0,001</i>	<i>0,001</i>	<i>0,026</i>

Anova, Post hoc: Bonferroni

Το επίπεδο εκπαίδευσης και η διάσταση της θετικής επίδρασης φάνηκε να συσχετίζονται αρνητικά ($r = -0,109$). Όσο αυξάνει το επίπεδο εκπαίδευσης, μειώνεται η κακή ψυχική υγεία του άνεργου πληθυσμού (πίνακας 54).

Πίνακας 54: Σύγκριση κλίμακας CES-D και επιπέδου εκπαίδευσης

		Επίπεδο εκπαίδευσης
Θετική επίδραση	Pearson Correlation	-0,109**
	Sig. (2-tailed)	0,002
	N	813

***. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).*

Άτομα που διαμένουν σε ενοικιαζόμενο σπίτι παρατηρήθηκε ότι έχουν υψηλότερες πιθανότητες εμφάνισης καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε σύγκριση με τα άτομα με ιδιόκτητο σπίτι ($p=0,001$) (πίνακας 55).

Πίνακας 55: Σύγκριση κλίμακας CES-D και ιδιοκτησιακό καθεστώς στέγασης

	Το σπίτι που μένετε είναι	Αριθμός	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	<i>P value</i>
Συνολική CESD	Ιδιόκτητο	523	17,16	11,37	0,010
	Ενοικιαζόμενο	307	19,24	11,20	
Καταθλιπτική επίδραση	Ιδιόκτητο	522	5,19	4,79	0,010
	Ενοικιαζόμενο	306	6,06	4,66	
Διαπροσωπικές σχέσεις	Ιδιόκτητο	519	0,60	1,16	0,001
	Ενοικιαζόμενο	304	0,94	1,42	

Student's t-test

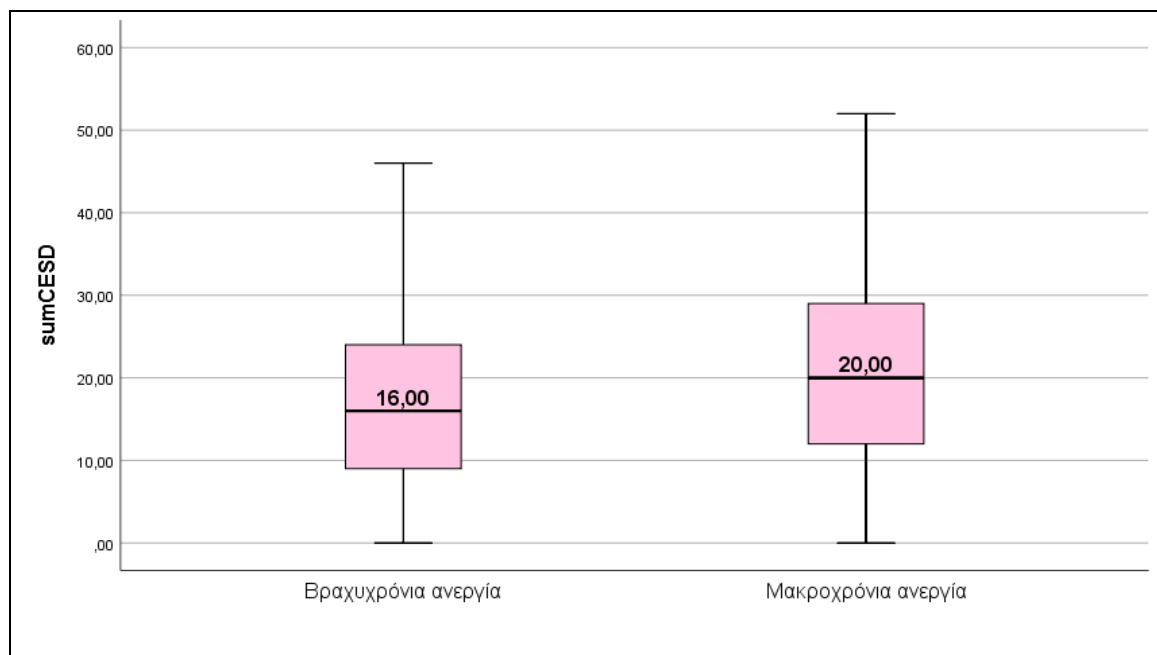
Η διάρκεια της ανεργίας αποδείχθηκε ότι συσχετίζεται θετικά με τη συνολική ψυχική υγεία και όλες τις διαστάσεις αυτής. Όσο αυξάνει η διάρκεια της ανεργίας, αυξάνει και η κακή ψυχική υγεία του άνεργου πληθυσμού (πίνακας 56, διάγραμμα 53).

Πίνακας 56: Σύγκριση κλίμακας CES-D και διάρκεια ανεργίας

		Διάρκεια ανεργίας
Συνολική CESD	Pearson Correlation	0,159**
	Sig. (2-tailed)	0,000
	N	830
Καταθλιπτική επίδραση	Pearson Correlation	0,160**
	Sig. (2-tailed)	0,000
	N	828
Θετική επίδραση	Pearson Correlation	0,111**
	Sig. (2-tailed)	0,001
	N	827
Σωματικές δραστηριότητες	Pearson Correlation	0,146**
	Sig. (2-tailed)	0,000
	N	829
Διαπροσωπικές σχέσεις	Pearson Correlation	0,101**
	Sig. (2-tailed)	0,004
	N	823

***. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).*

Διάγραμμα 53: Σύγκριση κλίμακας CES-D και διάρκεια ανεργίας



Το εισόδημα κατά την περίοδο της ανεργίας αποδείχθηκε ότι συσχετίζεται αρνητικά με την συνολική ψυχική υγεία και όλες τις διαστάσεις αυτής. Όσο αυξάνει το εισόδημα κατά την περίοδο της ανεργίας, μειώνεται η κακή ψυχική υγεία και η εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων του άνεργου πληθυσμού (πίνακας 57).

Πίνακας 57: Σύγκριση κλίμακας CES-D και εισόδημα κατά τη διάρκεια της ανεργίας

		Εισόδημα κατά τη διάρκεια της ανεργίας
Συνολική CESD	Pearson Correlation	-0,098**
	Sig. (2-tailed)	0,005
	N	805
Καταθλιπτική επίδραση	Pearson Correlation	-0,096**
	Sig. (2-tailed)	0,006
	N	803
Θετική επίδραση	Pearson Correlation	-0,112**
	Sig. (2-tailed)	0,001
	N	802
Σωματικές δραστηριότητες	Pearson Correlation	-0,092**
	Sig. (2-tailed)	0,009
	N	804
Διαπροσωπικές σχέσεις	Pearson Correlation	-0,082*
	Sig. (2-tailed)	0,020
	N	798

***. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).*

**. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).*

Συγκρίσεις Σωματικής Υγείας και κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών

Σχετικά με τη σωματική υγεία και τη σύγκριση αυτής με τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά, δεν αποδείχθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά με το κοινωνικό στρώμα, την ύπαρξη άλλων άνεργων μελών στο νοικοκυριό και την ύπαρξη άλλης πηγής εισοδήματος.

Το φύλο βρέθηκε να έχει στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς τη σωματική υγεία και ειδικότερα οι γυναίκες άνεργες δήλωσαν χειρότερη κατάσταση υγείας σε σύγκριση με τους άνδρες ανέργους ($p = 0,004$) (πίνακας 58).

Πίνακας 58: Σύγκριση σωματικής υγείας και φύλου

Φύλο	Αριθμός	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	<i>P value</i>
Άνδρας	248	71,74	22,02	0,004
Γυναίκα	477	66,50	23,49	

Student's t-test

Η ηλικία συσχετίσθηκε αρνητικά με τη σωματική υγεία, που σημαίνει ότι όσο αυξάνει η ηλικία των ανέργων μειώνεται η καλή κατάσταση της σωματικής υγείας (πίνακας 59).

Πίνακας 59: Σύγκριση σωματικής υγείας και ηλικίας

		Σωματική Υγεία
Ηλικία	Pearson Correlation	-0,216**
	Sig. (2-tailed)	0,000
	N	657

***. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).*

Οι Έλληνες άνεργοι δήλωσαν υψηλότερες τιμές στη σωματική υγεία σε σύγκριση με τα άτομα άλλης υπηκοότητας ($p = 0,007$) (πίνακας 60).

Πίνακας 60: Σύγκριση σωματικής υγείας και υπηκοότητας

Υπηκοότητα	Αριθμός	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	<i>P value</i>
Ελληνική	602	68,40	22,86	0,007
Άλλη	59	59,83	26,51	

Student's t-test

Όσον αφορά την κατάσταση διαμονής των ανέργων, στατιστικά σημαντική διαφορά εντοπίστηκε σε σχέση με τη σωματική υγεία (πίνακας 61). Τα άνεργα άτομα που ζουν μόνα τους δήλωσαν χειρότερη σωματική υγεία ($p=0,003$), ακολουθούμενα από τα άτομα που ζουν με σύζυγο/σύντροφο ($p=0,001$), σε σύγκριση με τα άτομα που ζουν με τους γονείς που ανέφεραν καλύτερη σωματική υγεία ($p = 0,001$).

Πίνακας 61: Σύγκριση σωματικής υγείας και κατάστασης διαμονής

Τη στιγμή αυτή ζείτε	Αριθμός	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	<i>P value</i>
Μόνος	225	62,41	24,01	0,001
Με σύζυγο/σύντροφο	247	69,27	23,20	
Με γονείς	231	73,16	20,71	

Anova, Post hoc: Bonferroni

Τα άνεργα άτομα με παιδιά αποδείχθηκε ότι έχουν χειρότερη σωματική υγεία σε σύγκριση με τα άτομα χωρίς παιδιά ($p=0,007$) (πίνακας 62).

Πίνακας 62: Σύγκριση σωματικής υγείας και ύπαρξης παιδιών

Ύπαρξη παιδιών	Αριθμός	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	<i>P value</i>
OXI	535	69,68	22,57	0,007
NAI	190	64,39	24,23	

Student's t-test

Το επίπεδο εκπαίδευσης και η σωματική υγεία φάνηκε να συσχετίζονται θετικά ($r = 0,200$). Όσο αυξάνει το επίπεδο εκπαίδευσης, αυξάνει και η καλή κατάσταση της σωματικής υγείας του άνεργου πληθυσμού (πίνακας 63).

Πίνακας 63: Σύγκριση σωματικής υγείας και επιπέδου εκπαίδευσης

		Σωματική Υγεία
Εκπαίδευση	Pearson Correlation	0,200**
	Sig. (2-tailed)	0,000
	N	714

***. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).*

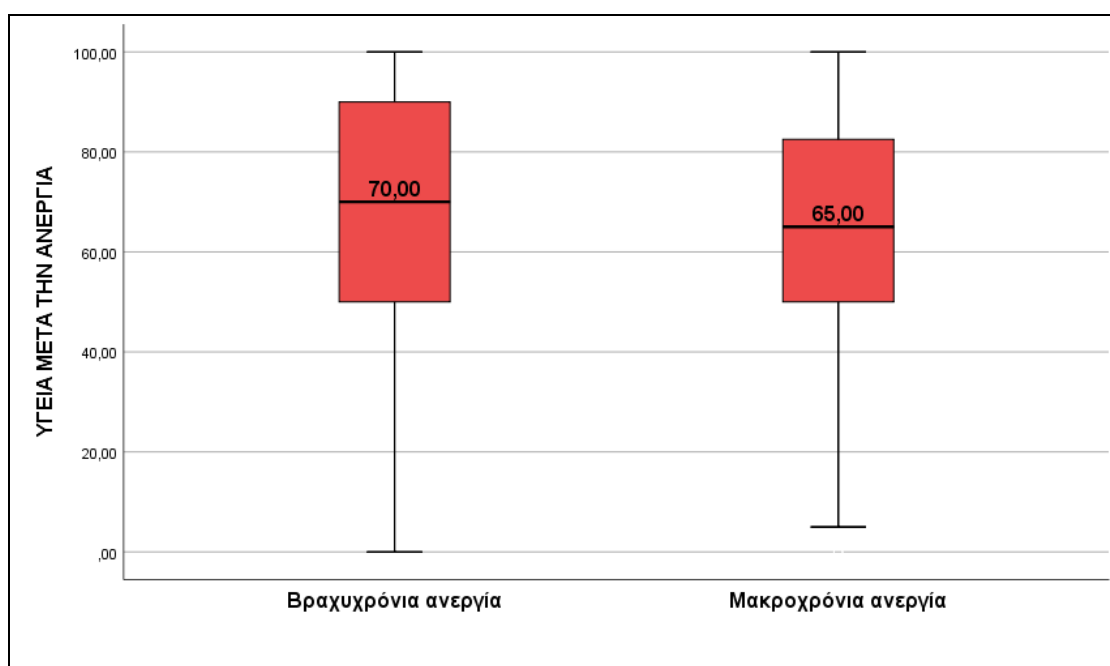
Η διάρκεια της ανεργίας αποδείχθηκε ότι συσχετίζεται αρνητικά με τη σωματική υγεία ($r = -0,168$). Όσο αυξάνει η διάρκεια της ανεργίας, μειώνεται και η καλή κατάσταση της σωματικής υγείας του άνεργου πληθυσμού (πίνακας 64, διάγραμμα 54).

Πίνακας 64: Σύγκριση σωματικής υγείας και διάρκειας ανεργίας

		Σωματική υγεία
Διάρκεια ανεργίας (σε μήνες)	Pearson Correlation	-0,168**
	Sig. (2-tailed)	0,000
	N	725

***. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).*

Διάγραμμα 54: Σύγκριση σωματικής υγείας και διάρκειας ανεργίας



Το εισόδημα κατά την περίοδο της ανεργίας αποδείχθηκε ότι συσχετίζεται θετικά με τη σωματική υγεία ($r = 0,163$). Όσο αυξάνει το εισόδημα κατά την περίοδο της ανεργίας, αυξάνεται και η καλή κατάσταση της σωματικής υγείας του άνεργου πληθυσμού (Πίνακας 65).

Πίνακας 65: Σύγκριση σωματικής υγείας και εισοδήματος

		Σωματική υγεία
Εισόδημα κατά τη διάρκεια της ανεργίας	Pearson Correlation	0,163**
	Sig. (2-tailed)	0,000
	N	708

***. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)*

Συγκρίσεις Συμπεριφορών Υγείας / Παράγοντες Κινδύνου και κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά

Δεν αποδείχθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά σε σύγκριση με τις ερωτήσεις συμπεριφορών υγείας – κινδύνου και του ιδιοκτησιακού καθεστώτος στέγασης του άνεργου πληθυσμού, της ύπαρξης άλλων άνεργων μελών στο νοικοκυριό και της ύπαρξης άλλης πηγής εισοδήματος.

Το 20,6% των άνεργων που ανήκουν στο χαμηλό στρώμα της έρευνας αύξησε τη χρήση αλκοόλ κατά τη διάρκεια της ανεργίας, σε σύγκριση με τα χαμηλότερα ποσοστά 15,4% και 12,1% του υψηλού και μεσαίου στρώματος ($p = 0,038$) (πίνακας 66).

Πίνακας 66: Σύγκριση χρήσης αλκοόλ και στρώματος

Αλκοόλ		Στρώμα			P value
		Υψηλό	Μεσαίο	Χαμηλό	
Παρέμεινε σταθερό	Αριθμός	146	118	100	0,038
	%	57,5%	54,9%	45,9%	
Μειώθηκε	Αριθμός	69	71	73	
	%	27,2%	33,0%	33,5%	
Αυξήθηκε	Αριθμός	39	26	45	
	%	15,4%	12,1%	20,6%	

Pearson's chi-squared test

Παρόμοια είναι και τα αποτελέσματα όσον αφορά τη χρήση καπνού, όπου το 38,6% των ατόμων από το χαμηλό στρώμα αύξησε το κάπνισμα κατά την περίοδο της ανεργίας, σε σύγκριση με τα χαμηλότερα ποσοστά του υψηλού (28,9%) και του μεσαίου στρώματος (23,6%) ($p = 0,004$) (πίνακας 67).

Πίνακας 67: Σύγκριση χρήσης καπνού και στρώματος

Κάπνισμα		Στρώμα			P value
		Υψηλό	Μεσαίο	Χαμηλό	
Παρέμεινε σταθερό	Αριθμός	113	94	88	0,004
	%	45,9%	44,3%	42,5%	
Μειώθηκε	Αριθμός	62	68	39	
	%	25,2%	32,1%	18,8%	
Αυξήθηκε	Αριθμός	71	50	80	
	%	28,9%	23,6%	38,6%	

Pearson's chi-squared test

Το 47% των άνεργων που ανήκουν στο χαμηλό στρώμα δήλωσαν ότι η διατροφή τους είναι ανθυγιεινή, σε σύγκριση με τα χαμηλότερα ποσοστά του υψηλού (32%) και του μεσαίου στρώματος (30,3%) που απάντησε το ίδιο ($p = 0,001$) (πίνακας 68).

Πίνακας 68: Σύγκριση διατροφής και στρώματος

Θεωρείτε ότι η διατροφή σας ΤΩΡΑ είναι		Στρώμα			P value
		Υψηλό	Μεσαίο	Χαμηλό	
Ανθυγιεινή	Αριθμός	95	79	116	0,001
	%	32,0%	30,3%	47,0%	
Υγιεινή	Αριθμός	202	182	131	
	%	68,0%	69,7%	53,0%	

Pearson's chi-squared test

Σχετικά με το φύλο, το 20,6% των ανδρών απάντησε ότι αύξησε τη χρήση αλκοόλ κατά την περίοδο της ανεργίας, σε σύγκριση με το χαμηλότερο 13,4% των γυναικών ($p = 0,007$) (πίνακας 69).

Πίνακας 69: Σύγκριση χρήσης αλκοόλ και φύλου

Αλκοόλ		Φύλο		P value
		Άνδρας	Γυναίκα	
Παρέμεινε σταθερό	Αριθμός	113	251	0,007
	%	45,7%	57,0%	
Μειώθηκε	Αριθμός	83	130	
	%	33,6%	29,5%	
Αυξήθηκε	Αριθμός	51	59	
	%	20,6%	13,4%	

Pearson's chi-squared test

Όσον αφορά την ηλικία, το 46,7% των ατόμων που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 41+ ετών μείωσαν τη σωματική δραστηριότητα κατά τη περίοδο της ανεργίας, σε σύγκριση με το αντίστοιχο χαμηλότερο ποσοστό (37,6%) των ατόμων που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα έως 40 ετών ($p = 0,014$) (πίνακας 70).

Πίνακας 70: Σύγκριση σωματικής δραστηριότητας και ηλικιακής ομάδας

Σωματική δραστηριότητα		Ηλικιακή ομάδα		P value
		έως 40 ετών	41+ ετών	
Παρέμεινε σταθερό	Αριθμός	173	74	0,014
	%	34,7%	35,2%	
Μειώθηκε	Αριθμός	187	98	
	%	37,6%	46,7%	
Αυξήθηκε	Αριθμός	138	38	
	%	27,7%	18,1%	

Pearson's chi-squared test

Επίσης, τα άτομα που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 41+ ετών μείωσαν την πρόσληψη φρούτων, λαχανικών και οσπρίων (25,9%), την πρόσληψη κρέατος (40,8%) και την πρόσληψη ψαριών (53,7%) κατά την περίοδο της ανεργίας, σε σύγκριση με το αντίστοιχα χαμηλότερα ποσοστά των ατόμων που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα έως 40 ετών (16,9%, 24,8%, 36,3%) ($p = 0,018$, $p = 0,001$, $p = 0,001$).

Το 69,1% των ατόμων που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 41+ ετών μείωσαν την αγορά έτοιμου φαγητού κατά την περίοδο της ανεργίας, σε σύγκριση με το αντίστοιχο χαμηλότερο ποσοστό (54,5%) των ατόμων που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα έως 40 ετών ($p = 0,001$) (πίνακας 71).

Πίνακας 71: Σύγκριση αγοράς έτοιμου φαγητού και ηλικιακής ομάδας

Αγορά έτοιμου φαγητού		Ηλικιακή ομάδα		P value
		έως 40 ετών	41+ ετών	
Παρέμεινε σταθερό	Αριθμός	164	53	0,001
	%	33,6%	25,6%	
Μειώθηκε	Αριθμός	266	143	
	%	54,5%	69,1%	
Αυξήθηκε	Αριθμός	58	11	
	%	11,9%	5,3%	

Pearson's chi-squared test

Αντίθετα, το 40,3% των ατόμων που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 41+ ετών αύξησαν την αγορά μη επώνυμων τροφίμων (non brands) κατά την περίοδο της ανεργίας, σε σύγκριση με το αντίστοιχο χαμηλότερο ποσοστό (36,2%) των ατόμων που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα έως 40 ετών ($p = 0,001$) (πίνακας 72).

Πίνακας 72: Σύγκριση αγοράς μη επώνυμων τροφίμων και ηλικιακής ομάδας

Αγορά μη επώνυμων τροφίμων (non brands)		Ηλικιακή ομάδα		P value
		έως 40 ετών	41+ ετών	
Παρέμεινε σταθερό	Αριθμός	201	62	0,001
	%	43,0%	29,4%	
Μειώθηκε	Αριθμός	97	64	
	%	20,8%	30,3%	
Αυξήθηκε	Αριθμός	169	85	
	%	36,2%	40,3%	

Pearson's chi-squared test

Ως προς την υπηκοότητα, το 49,1% των άνεργων ατόμων άλλης υπηκοότητας μείωσαν την χρήση αλκοόλ σε σύγκριση με το χαμηλότερο ποσοστό (29,1%) των Ελλήνων. Η πλειοψηφία των Ελλήνων (54,2%) απάντησε ότι παρέμεινε σταθερή η χρήση αλκοόλ ($p = 0,004$) (πίνακας 73).

Πίνακας 73: Σύγκριση χρήσης αλκοόλ και υπηκοότητας

Αλκοόλ		Υπηκοότητα		P value
		Ελληνική	Άλλη	
Παρέμεινε σταθερό	Αριθμός	311	17	0,004
	%	54,2%	32,1%	
Μειώθηκε	Αριθμός	167	26	
	%	29,1%	49,1%	
Αυξήθηκε	Αριθμός	96	10	
	%	16,7%	18,9%	

Pearson's chi-squared test

Επίσης, το 38,8% των άνεργων ατόμων άλλης υπηκοότητας μείωσαν την χρήση καπνού σε σύγκριση με το χαμηλότερο ποσοστό (23,1%) των Ελλήνων. Η πλειοψηφία των Ελλήνων (46,1%) απάντησε ότι παρέμεινε σταθερή η χρήση καπνού ($p = 0,031$) (πίνακας 74).

Πίνακας 74: Σύγκριση χρήσης καπνού και υπηκοότητας

Κάπνισμα		Υπηκοότητα		P value
		Ελληνική	Άλλη	
Παρέμεινε σταθερό	Αριθμός	259	15	0,031
	%	46,1%	30,6%	
Μειώθηκε	Αριθμός	130	19	
	%	23,1%	38,8%	
Αυξήθηκε	Αριθμός	173	15	
	%	30,8%	30,6%	

Pearson's chi-squared test

Το 56,3% των άνεργων ατόμων άλλης υπηκοότητας μείωσαν την πρόσληψη ψαριών σε σύγκριση με το χαμηλότερο ποσοστό (39,8%) των Ελλήνων ($p = 0,023$).

Η πλειοψηφία των ατόμων που μένει μόνη της (45,1%) και εκείνοι που μένουν με τους γονείς τους (37,2%) μείωσαν τη σωματική δραστηριότητα, σε σύγκριση την πλειοψηφία των ατόμων που μένει με σύζυγο/ σύντροφο και δήλωσε ότι παρέμεινε σταθερή ($p = 0,026$).

Τα άτομα που μένουν μόνα τους (25,6%) και εκείνοι που μένουν με τους γονείς (13,9%) αύξησαν τη χρήση αλκοόλ, σε σύγκριση με το χαμηλότερο ποσοστό των ατόμων που μένει με σύζυγο/ σύντροφο (8,5%) ($p = 0,001$) (πίνακας 75).

Πίνακας 75: Σύγκριση χρήσης αλκοόλ και κατάστασης διαμονής

Αλκοόλ		Τη στιγμή αυτή ζείτε			P value
		Μόνος	Με σύζυγο/ σύντροφο	Με γονείς	
Παρέμεινε σταθερό	Αριθμός	97	139	120	0,001
	%	44,3%	62,3%	53,8%	
Μειώθηκε	Αριθμός	66	65	72	
	%	30,1%	29,1%	32,3%	
Αυξήθηκε	Αριθμός	56	19	31	
	%	25,6%	8,5%	13,9%	

Pearson's chi-squared test

Τα άτομα που μένουν μόνα τους (40%) και εκείνοι που μένουν με τους γονείς (27,2%) αύξησαν τη χρήση καπνού, σε σύγκριση με το χαμηλότερο ποσοστό των ατόμων που μένει με σύζυγο/ σύντροφο (23,9%) ($p = 0,004$) (πίνακας 76).

Πίνακας 76: Σύγκριση χρήσης καπνού και κατάστασης διαμονής

Κάπνισμα		Τη στιγμή αυτή ζείτε			P value
		Μόνος	Με σύζυγο/ σύντροφο	Με γονείς	
Παρέμεινε σταθερό	Αριθμός	81	111	98	0,004
	%	39,5%	50,0%	45,2%	
Μειώθηκε	Αριθμός	42	58	60	
	%	20,5%	26,1%	27,6%	
Αυξήθηκε	Αριθμός	82	53	59	
	%	40,0%	23,9%	27,2%	

Pearson's chi-squared test

Τα άτομα που μένουν μόνα τους μείωσαν την πρόσληψη φρούτων, λαχανικών, οσπρίων (26,2%), την πρόσληψη κρέατος (38,3%) και την πρόσληψη ψαριών (54,9%), σε σύγκριση με τα αντίστοιχα χαμηλότερα ποσοστά των ατόμων που μένουν με τους γονείς (15,6%, 18,5%, 27,9% και εκείνων που μένουν με σύζυγο/ σύντροφο (18,1%, 30,5%, 40,4%) ($p = 0,034$, $p = 0,001$, $p = 0,001$).

Τα άτομα που μένουν με σύζυγο/ σύντροφο (61,4%) μείωσαν την αγορά έτοιμου φαγητού, σε σύγκριση με τα χαμηλότερα ποσοστά των ατόμων που μένουν μόνα τους (55,8%) και εκείνων που μένουν με τους γονείς (55,3%) ($p = 0,011$) (πίνακας 77).

Πίνακας 77: Σύγκριση αγοράς έτοιμου φαγητού και κατάστασης διαμονής

Αγορά έτοιμου φαγητού (fast food) αντί του σπιτικού φαγητού		Τη στιγμή αυτή ζείτε			P value
		Μόνος	Με σύζυγο/ σύντροφο	Με γονείς	
Παρέμεινε σταθερό	Αριθμός	67	88	83	0,011
	%	29,0%	33,0%	33,7%	
Μειώθηκε	Αριθμός	129	164	136	
	%	55,8%	61,4%	55,3%	
Αυξήθηκε	Αριθμός	35	15	27	
	%	15,2%	5,6%	11,0%	

Pearson's chi-squared test

Η πλειοψηφία των ατόμων που μένει με σύζυγο/ σύντροφο (72,4%) θεωρεί ότι η διατροφή της είναι υγιεινή, σε σύγκριση με τα χαμηλότερα ποσοστά των ατόμων που μένουν μόνα τους (50,6%) και εκείνων που μένουν με τους γονείς (69,4%) ($p = 0,001$) (πίνακας 78).

Πίνακας 78: Σύγκριση διατροφής και κατάστασης διαμονής

Θεωρείτε ότι η διατροφή σας ΤΩΡΑ είναι		Τη στιγμή αυτή ζείτε			P value
		Μόνος	Με σύζυγο/ σύντροφο	Με γονείς	
Ανθυγιεινή	Αριθμός	120	79	76	0,001
	%	49,4%	27,6%	30,6%	
Υγιεινή	Αριθμός	123	207	172	
	%	50,6%	72,4%	69,4%	

Pearson's chi-squared test

Σχετικά με την ύπαρξη παιδιών του άνεργου πληθυσμού και τη σωματική δραστηριότητα, παρατηρήθηκε ότι η πλειοψηφία των ατόμων χωρίς παιδιά (43,3%) μείωσε την σωματική δραστηριότητα σε σχέση με το χαμηλότερο ποσοστό των ατόμων με παιδιά (38,3%) ($p = 0,005$) (πίνακας 79).

Πίνακας 79: Σύγκριση σωματικής δραστηριότητας και ύπαρξης παιδιών

Σωματική δραστηριότητα		Ύπαρξη παιδιών		P value
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
Παρέμεινε σταθερό	Αριθμός	199	82	0,005
	%	34,3%	40,8%	
Μειώθηκε	Αριθμός	222	87	
	%	38,3%	43,3%	
Αυξήθηκε	Αριθμός	159	32	
	%	27,4%	15,9%	

Pearson's chi-squared test

Η πλειοψηφία των ατόμων χωρίς παιδιά (50,2%) μείωσε την πρόληψη ψαριών σε σχέση με το χαμηλότερο ποσοστό των ατόμων με παιδιά (38,2%) ($p = 0,008$). Ομοίως, η πλειοψηφία των ατόμων χωρίς παιδιά (66,3%) μείωσε την αγορά έτοιμου φαγητού σε σχέση με το χαμηλότερο ποσοστό των ατόμων με παιδιά (54,5%) ($p = 0,006$) (πίνακας 80).

Πίνακας 80: Σύγκριση αγοράς έτοιμου φαγητού και ύπαρξης παιδιών

Αγορά έτοιμου φαγητού		Ύπαρξη παιδιών		P value
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
Παρέμεινε σταθερό	Αριθμός	191	55	0,006
	%	33,6%	27,6%	
Μειώθηκε	Αριθμός	310	132	
	%	54,5%	66,3%	
Αυξήθηκε	Αριθμός	68	12	
	%	12,0%	6,0%	

Pearson's chi-squared test

Το 41% των ατόμων με παιδιά ανέφερε ότι παρέμεινε σταθερή η αγορά μη επώνυμων τροφίμων, σε σύγκριση με το 41,2% των ατόμων χωρίς παιδιά που ανέφερε ότι αύξησε την αγορά ($p = 0,018$) (πίνακας 81).

Πίνακας 81: Σύγκριση αγοράς μη επώνυμων τροφίμων και ύπαρξης παιδιών

Αγορά μη επώνυμων τροφίμων		Ύπαρξη παιδιών		P value
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
Παρέμεινε σταθερό	Αριθμός	226	58	0,018
	%	41,0%	29,9%	
Μειώθηκε	Αριθμός	123	56	
	%	22,3%	28,9%	
Αυξήθηκε	Αριθμός	202	80	
	%	36,7%	41,2%	

Pearson's chi-squared test

Σχετικά με την εκπαίδευση και τις συμπεριφορές υγείας – κινδύνου, η πλειοψηφία των ατόμων που έχει ολοκληρώσει την υποχρεωτική εκπαίδευση (54%) μείωσε την σωματική δραστηριότητα, ενώ η πλειοψηφία των ατόμων με δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια εκπαίδευση δήλωσε ότι παρέμεινε σταθερή ($p = 0,012$) (πίνακας 82).

Πίνακας 82: Σύγκριση σωματικής δραστηριότητας και επιπέδου εκπαίδευσης

Σωματική δραστηριότητα		Επίπεδο εκπαίδευσης			P value
		Υποχρεωτική	Δευτεροβάθμια και Μετά-δευτεροβάθμια	Τριτοβάθμια	
Παρέμεινε σταθερό	Αριθμός	21	178	294	0,012
	%	42,0%	60,8%	66,8%	
Μειώθηκε	Αριθμός	27	95	112	
	%	54,0%	32,4%	25,5%	
Αυξήθηκε	Αριθμός	2	20	34	
	%	4,0%	6,8%	7,7%	

Pearson's chi-squared test

Η πλειοψηφία των ατόμων που έχει ολοκληρώσει την υποχρεωτική εκπαίδευση μείωσε την πρόσληψη κρέατος (54%) και την πρόσληψη ψαριών (66,7%), ενώ η πλειοψηφία των ατόμων με δευτεροβάθμια (60,8%, 52,3%) και τριτοβάθμια εκπαίδευση (66,8%, 56,3%), δήλωσε ότι παρέμεινε σταθερή ($p = 0,001$, $p = 0,004$).

Επίσης, η πλειοψηφία των ατόμων που έχει ολοκληρώσει την υποχρεωτική εκπαίδευση μείωσε την αγορά έτοιμο φαγητού (83,3%), ενώ το ποσοστό ήταν χαμηλότερο στα άτομα με δευτεροβάθμια (61,3%) και τριτοβάθμια εκπαίδευση (52,5%) ($p = 0,001$) (πίνακας 83).

Πίνακας 83: Σύγκριση αγοράς έτοιμο φαγητού και επιπέδου εκπαίδευσης

Αγορά έτοιμου φαγητού (fast food) αντί του σπιτικού φαγητού		Επίπεδο εκπαίδευσης			P value
		Υποχρεωτική	Δευτεροβάθμια και Μετά-δευτεροβάθμια	Τριτοβάθμια	
Παρέμεινε σταθερό	Αριθμός	3	84	154	0,001
	%	6,3%	29,8%	36,1%	
Μειώθηκε	Αριθμός	40	173	224	
	%	83,3%	61,3%	52,5%	
Αυξήθηκε	Αριθμός	5	25	49	
	%	10,4%	8,9%	11,5%	

Pearson's chi-squared test

Η πλειοψηφία των ατόμων που έχει ολοκληρώσει την υποχρεωτική εκπαίδευση (53,3%) αύξησε την αγορά μη επώνυμων τροφίμων, σε σύγκριση με τα χαμηλότερα ποσοστά των ατόμων που έχουν ολοκληρώσει την δευτεροβάθμια (34,7%) και τριτοβάθμια εκπαίδευση (38,2%) και δήλωσαν ότι την έχουν αυξήσει ($p = 0,001$) (πίνακας 84).

Πίνακας 84: Σύγκριση αγοράς μη επώνυμων τροφίμων και επιπέδου εκπαίδευσης

Αγορά μη επώνυμων τροφίμων (non brands)		Επίπεδο εκπαίδευσης			P value
		Υποχρεωτική	Δευτεροβάθμια και Μετά-δευτεροβάθμια	Τριτοβάθμια	
Παρέμεινε σταθερό	Αριθμός	8	99	174	0,001
	%	17,8%	36,9%	41,3%	
Μειώθηκε	Αριθμός	13	76	86	
	%	28,9%	28,4%	20,4%	
Αυξήθηκε	Αριθμός	24	93	161	
	%	53,3%	34,7%	38,2%	

Pearson's chi-squared test

Όσον αφορά την διάρκεια της ανεργίας και τις συμπεριφορές υγείας – κινδύνου, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η πλειοψηφία των ατόμων που είναι άνεργα >12 μήνες (49,3%) μείωσε την σωματική δραστηριότητα, σε σύγκριση με το χαμηλότερο ποσοστό των ατόμων που είναι άνεργα ≤12 μήνες (36%) ($p = 0,003$) (πίνακας 85).

Πίνακας 85: Σύγκριση σωματικής δραστηριότητας και διάρκειας ανεργίας

Σωματική δραστηριότητα		Ανεργία		P value
		≤12 μήνες	>12 μήνες	
Παρέμεινε σταθερό	Αριθμός	215	66	0,003
	%	37,7%	31,3%	
Μειώθηκε	Αριθμός	205	104	
	%	36,0%	49,3%	
Αυξήθηκε	Αριθμός	150	41	
	%	26,3%	19,4%	

Pearson's chi-squared test

Αντίστοιχα, το 39% των ατόμων που είναι άνεργα >12 μήνες μείωσε την χρήση αλκοόλ, σε σύγκριση με το χαμηλότερο ποσοστό των ατόμων που είναι άνεργα ≤12 μήνες (28%) ($p = 0,002$) (πίνακας 86).

Πίνακας 86: Σύγκριση χρήσης αλκοόλ και διάρκειας ανεργίας

Αλκοόλ		Ανεργία		P value
		≤12 μήνες	>12 μήνες	
Παρέμεινε σταθερό	Αριθμός	285	79	0,002
	%	57,0%	42,2%	
Μειώθηκε	Αριθμός	140	73	
	%	28,0%	39,0%	
Αυξήθηκε	Αριθμός	75	35	
	%	15,0%	18,7%	

Pearson's chi-squared test

Ομοίως, το 32,3% των ατόμων που είναι άνεργα >12 μήνες μείωσε την χρήση καπνού, σε σύγκριση με το χαμηλότερο ποσοστό των ατόμων που είναι άνεργα ≤12 μήνες (22,6%) ($p = 0,012$) (πίνακας 87).

Πίνακας 87: Σύγκριση χρήσης καπνού και διάρκειας ανεργίας

Κάπνισμα		Ανεργία		P value
		≤12 μήνες	>12 μήνες	
Παρέμεινε σταθερό	Αριθμός	225	70	0,012
	%	47,6%	36,5%	
Μειώθηκε	Αριθμός	107	62	
	%	22,6%	32,3%	
Αυξήθηκε	Αριθμός	141	60	
	%	29,8%	31,3%	

Pearson's chi-squared test

Το 25,8%, 37,2% και 50,7% των ατόμων που είναι άνεργα >12 μήνες μείωσε την πρόληψη φρούτων, λαχανικών, οσπρίων, την πρόληψη κρέατος και την πρόληψη ψαριών, σε σύγκριση με τα αντίστοιχα χαμηλότερα ποσοστά των ατόμων που είναι άνεργα ≤12 μήνες (17,4%, 26,7%, 37,9%), ($p = 0,007$, $p = 0,013$, $p = 0,005$).

Επίσης, η πλειοψηφία των ατόμων (70,5%) που είναι άνεργα >12 μήνες μείωσε την αγορά έτοιμου φαγητού, σε σύγκριση με το χαμηλότερο ποσοστό των ατόμων που είναι άνεργα ≤12 μήνες (52,7%) ($p = 0,001$) (πίνακας 88).

Πίνακας 88: Σύγκριση αγοράς έτοιμου φαγητού και διάρκειας ανεργίας

Αγορά έτοιμου φαγητού (fast food) αντί του σπιτικού φαγητού		Ανεργία		P value
		≤12 μήνες	>12 μήνες	
Παρέμεινε σταθερό	Αριθμός	202	44	0,001
	%	36,2%	21,0%	
Μειώθηκε	Αριθμός	294	148	
	%	52,7%	70,5%	
Αυξήθηκε	Αριθμός	62	18	
	%	11,1%	8,6%	

Pearson's chi-squared test

Το 39,6% που είναι άνεργα >12 μήνες αύξησε την αγορά μη επώνυμων τροφίμων, σε σύγκριση με το χαμηλότερο ποσοστό των ατόμων που είναι άνεργα ≤12 μήνες (37,2%) ($p = 0,001$) (πίνακας 89).

Πίνακας 89: Σύγκριση αγοράς μη επώνυμων τροφίμων και διάρκειας ανεργίας

Αγορά μη επώνυμων τροφίμων		Ανεργία		P value
		≤12 μήνες	>12 μήνες	
Παρέμεινε σταθερό	Αριθμός	228	56	0,001
	%	42,4%	27,1%	
Μειώθηκε	Αριθμός	110	69	
	%	20,4%	33,3%	
Αυξήθηκε	Αριθμός	200	82	
	%	37,2%	39,6%	

Pearson's chi-squared test

Σχετικά με το εισόδημα κατά τη διάρκεια της ανεργίας, η πλειοψηφία των ατόμων με εισόδημα από €0 έως και €1000 δήλωσε ότι μείωσε την σωματική δραστηριότητα, ενώ χαμηλότερο ήταν το ποσοστό των ανέργων με εισόδημα από €1001 και άνω που την μείωσε ($p = 0,001$) (πίνακας 90).

Πίνακας 90: Σύγκριση σωματικής δραστηριότητας και εισοδήματος

Σωματική δραστηριότητα		Εισόδημα κατά τη διάρκεια της ανεργίας					P value
		καθόλου	έως 500	501-1000	1001-1500	1501+	
Παρέμεινε σταθερό	Αριθμός	13	62	100	65	31	0,001
	%	36,1%	29,4%	35,8%	39,9%	43,7%	
Μειώθηκε	Αριθμός	18	109	112	53	14	
	%	50,0%	51,7%	40,1%	32,5%	19,7%	
Αυξήθηκε	Αριθμός	5	40	67	45	26	
	%	13,9%	19,0%	24,0%	27,6%	36,6%	

Pearson's chi-squared test

Επίσης, η πλειοψηφία των ανέργων που δήλωσε μηδενικό εισόδημα μείωσε τη χρήση αλκοόλ, ενώ η πλειοψηφία των ανέργων με εισόδημα από €500 και άνω δήλωσε ότι παρέμεινε σταθερή ($p = 0,003$) (πίνακας 91).

Πίνακας 91: Σύγκριση χρήσης αλκοόλ και εισοδήματος

Αλκοόλ		Εισόδημα κατά τη διάρκεια της ανεργίας					P value
		καθόλου	έως 500	501-1000	1001-1500	1501+	
Παρέμεινε σταθερό	Αριθμός	7	78	124	90	46	0,003
	%	25,9%	41,9%	50,8%	62,5%	64,8%	
Μειώθηκε	Αριθμός	17	64	81	36	19	
	%	63,0%	34,4%	33,2%	25,0%	26,8%	
Αυξήθηκε	Αριθμός	3	44	39	18	6	
	%	11,1%	23,7%	16,0%	12,5%	8,5%	

Pearson's chi-squared test

Το 20%, 35% και 40% των ατόμων με εισόδημα έως €1000 μείωσε την πρόσληψη φρούτων, λαχανικών, οσπρίων, την πρόσληψη κρέατος και την πρόσληψη ψαριών, σε σύγκριση με τα αντίστοιχα χαμηλότερα ποσοστά εκείνων από €1001 και άνω που την μείωσαν ($p = 0,029$, $p = 0,006$, $p = 0,015$).

Η πλειοψηφία των ατόμων με εισόδημα έως 1000 αύξησε την αγορά μη επώνυμων τροφίμων, ενώ η πλειοψηφία των ατόμων με εισόδημα 1001 και άνω δήλωσε ότι παρέμεινε σταθερή η αγορά ($p = 0,001$) (πίνακας 92).

Πίνακας 92: Σύγκριση αγοράς μη επώνυμων τροφίμων και εισοδήματος

Αγορά μη επώνυμων τροφίμων (non brands)		Εισόδημα κατά τη διάρκεια της ανεργίας					P value
		καθόλου	έως 500	501-1000	1001-1500	1501+	
Παρέμεινε σταθερό	Αριθμός	12	62	88	71	44	0,001
	%	32,4%	32,0%	33,1%	45,2%	60,3%	
Μειώθηκε	Αριθμός	12	40	72	31	16	
	%	32,4%	20,6%	27,1%	19,7%	21,9%	
Αυξήθηκε	Αριθμός	13	92	106	55	13	
	%	35,1%	47,4%	39,8%	35,0%	17,8%	

Pearson's chi-squared test

Η πλειοψηφία των ατόμων με εισόδημα έως €500 θεωρεί τη διατροφή του ανθυγιεινή, ενώ υψηλότερο ήταν το ποσοστό των ατόμων με εισόδημα από €501 και άνω που την θεωρούν υγιεινή ($p = 0,001$) (πίνακας 93).

Πίνακας 93: Σύγκριση διατροφής και εισοδήματος

Θεωρείτε ότι η διατροφή σας ΤΩΡΑ είναι		Εισόδημα κατά τη διάρκεια της ανεργίας					P value
		καθόλου	έως 500	501-1000	1001-1500	1501+	
Ανθυγιεινή	Αριθμός	29	109	103	45	14	0,001
	%	72,5%	50,7%	36,3%	27,1%	17,7%	
Υγιεινή	Αριθμός	11	106	181	121	65	
	%	27,5%	49,3%	63,7%	72,9%	82,3%	

Pearson's chi-squared test

Συγκρίσεις Χρήσης Υπηρεσιών Υγείας και κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών

Χρήση Υπηρεσιών Υγείας

- Χρήση Δημοσίων & Συμβεβλημένων Υπηρεσιών Υγείας

Δεν αποδείχθηκε καμία στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της χρήσης ιατρικής φροντίδας, νοσηλείας και προληπτικού ελέγχου στις δημόσιες και συμβεβλημένες υπηρεσίες υγείας και των κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος.

Το 8,7% των ανέργων που προέρχεται από το υψηλό στρώμα έχει πραγματοποιήσει προληπτικό έλεγχο σε δημόσιες και συμβεβλημένες υπηρεσίες υγείας, σε σύγκριση με τα χαμηλότερα ποσοστά των ανέργων από το μεσαίο (3,4%) και χαμηλό στρώμα (0,8%) ($p = 0,001$) (πίνακας 94).

Πίνακας 94: Σύγκριση χρήσης πρόληψης δημοσίων και συμβεβλημένων υπηρεσιών υγείας και στρώματος

		Στρώμα			<i>P value</i>
		Υψηλό	Μεσαίο	Χαμηλό	
Όχι	Αριθμός	282	255	255	0,001
	%	91,3%	96,6%	99,2%	
Ναι	Αριθμός	27	9	2	
	%	8,7%	3,4%	0,8%	

Pearson's chi-squared test

Το 7,2% των ανέργων με παιδιά έχουν πραγματοποιήσει προληπτικό έλεγχο σε δημόσιες και συμβεβλημένες υπηρεσίες υγείας, σε σύγκριση με το χαμηλότερο ποσοστό των ανέργων που δεν έχουν παιδιά (3,6%) ($p = 0,030$) (πίνακας 95).

Πίνακας 95: Σύγκριση χρήσης πρόληψης δημοσιών και συμβεβλημένων υπηρεσιών υγείας και ύπαρξης παιδιών

		Υπαρξη παιδιών		P value
		OXI	NAI	
Όχι	Αριθμός	585	207	0,030
	%	96,4%	92,8%	
Ναι	Αριθμός	22	16	
	%	3,6%	7,2%	

Pearson's chi-squared test

Οι άνεργοι με εισόδημα από €501 και άνω έχουν πραγματοποιήσει προληπτικό έλεγχο σε δημόσιες και συμβεβλημένες υπηρεσίες υγείας, σε σύγκριση με τα χαμηλότερα ποσοστά των ανέργων με εισόδημα €0 ή €500 ($p = 0,003$) (πίνακας 96).

Πίνακας 96: Σύγκριση χρήσης πρόληψης δημοσιών και συμβεβλημένων υπηρεσιών υγείας και εισοδήματος

		Εισόδημα κατά τη διάρκεια της ανεργίας					P value
		καθόλου	έως 500	501-1000	1001-1500	1501+	
Όχι	Αριθμός	43	220	274	159	71	0,003
	%	100,0%	99,1%	93,8%	94,1%	89,9%	
Ναι	Αριθμός	0	2	18	10	8	
	%	0,0%	0,9%	6,2%	5,9%	10,1%	

Pearson's chi-squared test

Το 16,6% των ανέργων με παιδιά έχουν αγοράσει συνταγογραφούμενα φάρμακα, σε σύγκριση με το χαμηλότερο ποσοστό των ανέργων που δεν έχουν παιδιά (11,2%) ($p = 0,038$) (πίνακας 97).

Πίνακας 97: Σύγκριση αγοράς συνταγογραφούμενων φαρμάκων και ύπαρξης παιδιών

		Υπαρξη παιδιών		P value
		OXI	NAI	
Όχι	Αριθμός	539	186	0,038
	%	88,8%	83,4%	
Ναι	Αριθμός	68	37	
	%	11,2%	16,6%	

Pearson's chi-squared test

Το 25,9% των ανέργων που προέρχεται από το υψηλό στρώμα έχει χρησιμοποιήσει δημόσιες και συμβεβλημένες υπηρεσίες υγείας, σε σύγκριση με τα χαμηλότερα ποσοστά των ανέργων από το μεσαίο (17,4%) και χαμηλό στρώμα (12,8%) ($p = 0,001$) (πίνακας 98).

Πίνακας 98: Σύγκριση χρήσης δημοσίων και συμβεβλημένων υπηρεσιών υγείας και στρώματος

		Στρώμα			<i>P value</i>
		Υψηλό	Μεσαίο	Χαμηλό	
Όχι	Αριθμός	229	216	224	0,001
	%	74,1%	82,1%	87,2%	
Ναι	Αριθμός	80	47	33	
	%	25,9%	17,9%	12,8%	

Pearson's chi-squared test

Το 25,6% των ανέργων με παιδιά έχει χρησιμοποιήσει δημόσιες και συμβεβλημένες υπηρεσίες υγείας, σε σύγκριση με το χαμηλότερο ποσοστό των ανέργων που δεν έχουν παιδιά (17%) ($p = 0,006$) (πίνακας 99).

Πίνακας 99: Σύγκριση χρήσης δημοσίων και συμβεβλημένων υπηρεσιών υγείας και ύπαρξης παιδιών

		Ύπαρξη παιδιών		<i>P value</i>
		OXI	NAI	
Όχι	Αριθμός	503	166	0,006
	%	83,0%	74,4%	
Ναι	Αριθμός	103	57	
	%	17,0%	25,6%	

Pearson's chi-squared test

Το 14% των ανέργων με εισόδημα έως €500 έχει χρησιμοποιήσει δημόσιες και συμβεβλημένες υπηρεσίες υγείας, σε σύγκριση με τα υψηλότερα ποσοστά των ανέργων με εισόδημα από €501 και άνω ($p = 0,023$) (πίνακας 100).

Πίνακας 100: Σύγκριση χρήσης δημοσίων και συμβεβλημένων υπηρεσιών υγείας και εισοδήματος

		Εισόδημα κατά τη διάρκεια της ανεργίας					P value
		καθόλου	έως 500	501-1000	1001-1500	1501+	
Όχι	Αριθμός	37	190	227	138	56	0,023
	%	86,0%	86,0%	77,7%	81,7%	70,9%	
Ναι	Αριθμός	6	31	65	31	23	
	%	14,0%	14,0%	22,3%	18,3%	29,1%	

Pearson's chi-squared test

- Χρήση Ιδιωτικών Υπηρεσιών Υγείας

Δεν αποδείχθηκε καμία στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της χρήσης ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας ως προς την ιατρική φροντίδα, τη νοσηλεία σε ιδιωτική κλινική, τον προληπτικό έλεγχο, τις οδοντιατρικές και ψυχικές υπηρεσίες και των κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος.

Το 16,8% των ανέργων που προέρχεται από το υψηλό στρώμα έχει επισκεφθεί ιδιώτη ιατρό, σε σύγκριση με τα χαμηλότερα ποσοστά των ανέργων από το μεσαίο (9,5%) και χαμηλό στρώμα (10,1%) ($p = 0,012$) (πίνακας 101).

Πίνακας 101: Σύγκριση χρήσης ιατρικής φροντίδας ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας και στρώματος

		Στρώμα			P value
		Υψηλό	Μεσαίο	Χαμηλό	
Όχι	Αριθμός	257	239	231	0,012
	%	83,2%	90,5%	89,9%	
Ναι	Αριθμός	52	25	26	
	%	16,8%	9,5%	10,1%	

Pearson's chi-squared test

Το 28,3% των ανέργων με παιδιά έχει επισκεφθεί ιδιώτη ιατρό, σε σύγκριση με το χαμηλότερο ποσοστό των ανέργων που δεν έχουν παιδιά (6,6%) ($p = 0,001$) (πίνακας 102).

Πίνακας 102: Σύγκριση χρήσης ιατρικής φροντίδας ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας και ύπαρξης παιδιών

		Υπαρξη παιδιών		P value
		OXI	NAI	
Όχι	Αριθμός	567	160	0,001
	%	93,4%	71,7%	
Ναι	Αριθμός	40	63	
	%	6,6%	28,3%	

Pearson's chi-squared test

Το 20% των ανέργων με εισόδημα €1001 και άνω έχει επισκεφθεί ιδιώτη ιατρό, σε σύγκριση με το χαμηλότερο ποσοστό των ανέργων με εισόδημα €0 έως 1000 ($p = 0,001$) (πίνακας 103).

Πίνακας 103: Σύγκριση χρήσης ιατρικής φροντίδας ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας και εισοδήματος

		Εισόδημα κατά τη διάρκεια της ανεργίας					P value
		καθόλου	έως 500	501-1000	1001-1500	1501+	
Όχι	Αριθμός	43	207	254	135	63	0,001
	%	100,0%	93,2%	87,0%	79,9%	79,7%	
Ναι	Αριθμός	0	15	38	34	16	
	%	0,0%	6,8%	13,0%	20,1%	20,3%	

Pearson's chi-squared test

Το 13,6% των ανέργων που προέρχεται από το υψηλό στρώμα έχει πραγματοποιήσει προληπτικό έλεγχο σε ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας, σε σύγκριση με τα χαμηλότερα ποσοστά των ανέργων από το μεσαίο (7,6%) και χαμηλό στρώμα (6,2%) ($p = 0,005$) (πίνακας 104).

Πίνακας 104: Σύγκριση χρήσης προληπτικών ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας και στρώματος

		Στρώμα			<i>P value</i>
		Υψηλό	Μεσαίο	Χαμηλό	
Όχι	Αριθμός	267	244	241	0,005
	%	86,4%	92,4%	93,8%	
Ναι	Αριθμός	42	20	16	
	%	13,6%	7,6%	6,2%	

Pearson's chi-squared test

Το 15,4% των ανέργων ηλικίας 41 ετών και άνω έχει πραγματοποιήσει προληπτικό έλεγχο σε ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας, σε σύγκριση με το χαμηλότερο ποσοστό των ανέργων ηλικίας 40 ετών και κάτω (7%) ($p = 0,001$) (πίνακας 105).

Πίνακας 105: Σύγκριση χρήσης προληπτικών ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας και ηλικιακής ομάδας

		Ηλικιακές ομάδες		<i>P value</i>
		έως 40 ετών	41+ ετών	
Όχι	Αριθμός	476	203	0,001
	%	93,0%	84,6%	
Ναι	Αριθμός	36	37	
	%	7,0%	15,4%	

Pearson's chi-squared test

Το 28,7% των ανέργων με παιδιά έχει πραγματοποιήσει προληπτικό έλεγχο σε ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας, σε σύγκριση με το χαμηλότερο ποσοστό των ανέργων που δεν έχουν παιδιά (2,3%) ($p = 0,001$) (πίνακας 106).

Πίνακας 106: Σύγκριση χρήσης προληπτικών ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας και ύπαρξης παιδιών

		Υπαρξη παιδιών		P value
		ΟΧΙ	ΝΑΙ	
Όχι	Αριθμός	593	159	0,001
	%	97,7%	71,3%	
Ναι	Αριθμός	14	64	
	%	2,3%	28,7%	

Pearson's chi-squared test

Το 15% των ανέργων με εισόδημα €501 και άνω έχει πραγματοποιήσει προληπτικό έλεγχο σε ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας, σε σύγκριση με το μηδενικό ποσοστό των ανέργων με εισόδημα €0 ή €500 ($p = 0,001$) (πίνακας 107).

Πίνακας 107: Σύγκριση χρήσης προληπτικών ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας και εισοδήματος

		Εισόδημα κατά τη διάρκεια της ανεργίας					P value
		καθόλου	έως 500	501-1000	1001-1500	1501+	
Όχι	Αριθμός	43	222	248	143	71	0,001
	%	100,0%	100,0%	84,9%	84,6%	89,9%	
Ναι	Αριθμός	0	0	44	26	8	
	%	0,0%	0,0%	15,1%	15,4%	10,1%	

Pearson's chi-squared test

Το 33% των ανέργων που προέρχεται από το υψηλό στρώμα και το 20,1% από μεσαίο στρώμα έχει επισκεφθεί ιδιώτη οδοντίατρο, σε σύγκριση με το χαμηλότερο ποσοστό των ανέργων από το χαμηλό στρώμα (19,5%) ($p = 0,001$) (πίνακας 108).

Πίνακας 108: Σύγκριση χρήσης οδοντιατρικών ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας και στρώματος

		Στρώμα			P value
		Υψηλό	Μεσαίο	Χαμηλό	
Όχι	Αριθμός	207	211	207	0,001
	%	67,0%	79,9%	80,5%	
Ναι	Αριθμός	102	53	50	
	%	33,0%	20,1%	19,5%	

Pearson's chi-squared test

Όσο αυξάνει το εισόδημα, αυξάνει και η επίσκεψη σε ιδιώτη οδοντίατρο, κυρίως για τα εισοδήματα άνω των €1001 ($p = 0,001$) (πίνακας 109).

Πίνακας 109: Σύγκριση χρήσης οδοντιατρικών ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας και εισοδήματος

		Εισόδημα κατά τη διάρκεια της ανεργίας					P value
		καθόλου	έως 500	501-1000	1001-1500	1501+	
Όχι	Αριθμός	37	181	221	113	51	0,001
	%	86,0%	81,5%	75,7%	66,9%	64,6%	
Ναι	Αριθμός	6	41	71	56	28	
	%	14,0%	18,5%	24,3%	33,1%	35,4%	

Pearson's chi-squared test

Μόνο το 31,6% των ανέργων με εισόδημα €1501 και άνω έχει κάνει χρήση ιδιωτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας, σε σύγκριση με τα μηδενικά ποσοστά των ανέργων στα υπόλοιπα εισοδήματα ($p = 0,001$) (πίνακας 110).

Πίνακας 110: Σύγκριση χρήσης ψυχικών ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας και εισοδήματος

		Εισόδημα κατά τη διάρκεια της ανεργίας					P value
		καθόλου	έως 500	501-1000	1001-1500	1501+	
Όχι	Αριθμός	43	222	292	169	54	0,001
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	68,4%	
Ναι	Αριθμός	0	0	0	0	25	
	%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	31,6%	

Pearson's chi-squared test

Το 58,3% των ανέργων που προέρχεται από το υψηλό στρώμα έχει χρησιμοποιήσει ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας, σε σύγκριση με τα χαμηλότερα ποσοστά των ανέργων από το μεσαίο (37,6%) και χαμηλό στρώμα (37,7%) ($p = 0,001$) (πίνακας 111).

Πίνακας 111: Σύγκριση χρήσης ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας και στρώματος

		Κοινωνικό στρώμα			P value
		Υψηλό	Μεσαίο	Χαμηλό	
Όχι	Αριθμός	129	164	160	0,001
	%	41,7%	62,4%	62,3%	
Ναι	Αριθμός	180	99	97	
	%	58,3%	37,6%	37,7%	

Pearson's chi-squared test

Το 65,9% των ανέργων με παιδιά έχει χρησιμοποιήσει ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας, σε σύγκριση με το χαμηλότερο ποσοστό των ανέργων που δεν έχουν παιδιά (37,8%) ($p = 0,001$) (πίνακας 112).

Πίνακας 112: Σύγκριση χρήσης ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας και ύπαρξης παιδιών

		Ύπαρξη παιδιών		<i>P value</i>
		ΟΧΙ	ΝΑΙ	
Όχι	Αριθμός	377	76	0,001
	%	62,2%	34,1%	
Ναι	Αριθμός	229	147	
	%	37,8%	65,9%	

Pearson's chi-squared test

Όσο αυξάνει το εισόδημα, αυξάνει και η χρήση ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας, κυρίως για τα εισοδήματα άνω των €500 ($p = 0,001$) (πίνακας 113).

Πίνακας 113: Σύγκριση χρήσης ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας και εισοδήματος

		Εισόδημα κατά τη διάρκεια της ανεργίας					<i>P value</i>
		καθόλου	έως 500	501-1000	1001-1500	1501+	
Όχι	Αριθμός	36	151	152	75	18	0,001
	%	83,7%	68,3%	52,1%	44,4%	22,8%	
Ναι	Αριθμός	7	70	140	94	61	
	%	16,3%	31,7%	47,9%	55,6%	77,2%	

Pearson's chi-squared test

Δαπάνες Υπηρεσιών Υγείας

Ως προς τις δαπάνες υγείας, όπως αναφέρθηκε και στην περιγραφική στατιστική χωρίστηκαν σε συνασφάλιση (όταν η χρήση αφορούσε δημόσιες υπηρεσίες υγείας) και σε άμεσες πληρωμές (όταν η χρήση αφορούσε ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας).

Δεν αποδείχθηκε καμία στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δαπανών συνασφάλισης στις δημόσιες και συμβεβλημένες υπηρεσίες υγείας με τα ακόλουθα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά: κοινωνικό στρώμα, φύλο, ηλικία, κατάσταση διαμονής και επίπεδο εκπαίδευσης. Εξαιρέση αποτέλεσε η

ύπαρξη παιδιών, η διάρκεια της ανεργίας και το εισόδημα κατά τη διάρκεια της ανεργίας.

Επίσης, δεν αποδείχθηκε καμία στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των άμεσων πληρωμών στις ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας με τα ακόλουθα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά: κοινωνικό στρώμα, φύλο, κατάσταση διαμονής και επίπεδο εκπαίδευσης. Εξαιρέση αποτέλεσε η ηλικία, η ύπαρξη παιδιών, η διάρκεια της ανεργίας, το εισόδημα κατά τη διάρκεια της ανεργίας και η ιδιωτική ασφάλιση.

- Δαπάνες Συνασφάλισης

Η ύπαρξη παιδιών αποδείχθηκε στατιστικά σημαντική σε σχέση με τις δαπάνες συνασφάλισης για αγορά συνταγογραφούμενων φαρμάκων, αλλά και για τις συνολικές δαπάνες συνασφάλισης. Συγκεκριμένα, οι δαπάνες συνασφάλισης για αγορά συνταγογραφούμενων φαρμάκων ($p = 0,011$) αλλά και οι συνολικές δαπάνες συνασφάλισης ($p = 0,016$) είναι υψηλότερες για το δείγμα των ανέργων που έχει παιδιά, σε σύγκριση με τους ανέργους χωρίς παιδιά (πίνακας 114).

Πίνακας 114: Σύγκριση δαπανών συνασφάλισης και ύπαρξης παιδιών

	Ύπαρξη παιδιών	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	P value
Αγορά συνταγογραφούμενων φάρμακα	OXI	220	224	<i>0,011</i>
	NAI	586	1137	
Σύνολο συνασφάλισης	OXI	237	245	<i>0,016</i>
	NAI	480	955	

Student's t-test

Οι δαπάνες συνασφάλισης για αγορά συνταγογραφούμενων φαρμάκων, αλλά και οι συνολικές δαπάνες συνασφάλισης βρέθηκαν να έχουν στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς τη διάρκεια της ανεργίας (πίνακας 115). Ειδικότερα, οι μακροχρόνιοι άνεργοι (>12 μήνες) έχουν υψηλότερες δαπάνες συνασφάλισης ($p = 0,042$), σε σύγκριση με τα άτομα που είναι άνεργα ≤12 μήνες ($p = 0,010$).

Πίνακας 115: Σύγκριση δαπανών συνασφάλισης και διάρκειας ανεργίας

	Μήνες ανεργίας	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	P value
Αγορά ΜΗ συνταγογραφούμενων φαρμάκων	≤12 μήνες	248	220	0,042
	>12 μήνες	543	1168	
Σύνολο συνασφάλισης	≤12 μήνες	243	247	0,010
	>12 μήνες	512	1033	

Student's t-test

Οι δαπάνες συνασφάλισης για προληπτικό έλεγχο συσχετίστηκαν θετικά με το εισόδημα κατά τη διάρκεια της ανεργίας, που σημαίνει όσο αυξάνει το εισόδημα των ανέργων, αυξάνονται και οι δαπάνες για προληπτικό έλεγχο (πίνακας 116).

Πίνακας 116: Σύγκριση δαπανών συνασφάλισης και εισοδήματος

	Εισόδημα κατά τη διάρκεια της ανεργίας	
Προληπτικός έλεγχος υγείας	Pearson Correlation	0,935**
	Sig. (2-tailed)	0,000
	N	38

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

- Δαπάνες άμεσων πληρωμών

Η ηλικία συσχετίστηκε θετικά με τις δαπάνες άμεσων πληρωμών ως προς την οδοντιατρική φροντίδα και την αγορά μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων, που σημαίνει ότι όταν αυξάνει η ηλικία αυξάνουν και οι δαπάνες για οδοντιατρική φροντίδα και αγορά μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων (πίνακας 117).

Πίνακας 117: Σύγκριση άμεσων πληρωμών και ηλικίας

		Ηλικία
Οδοντιατρική φροντίδα	Pearson Correlation	0,204**
	Sig. (2-tailed)	0,005
	N	185
Αγορά ΜΗ συνταγογραφούμενων φαρμάκων	Pearson Correlation	0,194*
	Sig. (2-tailed)	0,030
	N	125

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Επίσης, η ύπαρξη παιδιών αποδείχθηκε στατιστικά σημαντική σε σχέση με τις δαπάνες άμεσων πληρωμών για οδοντιατρική φροντίδα, αγορά μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων, αλλά και τις συνολικές δαπάνες άμεσων πληρωμών (πίνακας 118). Συγκεκριμένα, οι δαπάνες είναι υψηλότερες για το δείγμα των ανέργων που έχει παιδιά, σε σύγκριση με τους ανέργους χωρίς παιδιά.

Πίνακας 118: Σύγκριση άμεσων πληρωμών και ύπαρξης παιδιών

	Ύπαρξη παιδιών	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	P value
Οδοντιατρική φροντίδα	OXI	578	787	0,001
	NAI	1.448	2251	
Αγορά ΜΗ συνταγογραφούμενων φαρμάκων	OXI	254	280	0,002
	NAI	601	971	
Συνολικές άμεσες πληρωμές	OXI	776	1198	0,001
	NAI	1.852	3696	

Student's t-test

Οι δαπάνες άμεσων πληρωμών βρέθηκαν να έχουν στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς τη διάρκεια της ανεργίας. Ειδικότερα, οι μακροχρόνιοι άνεργοι (>12 μήνες) έχουν χαμηλότερες δαπάνες άμεσων πληρωμών για ιατρική φροντίδα, προληπτικό έλεγχο, αγορά μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων, υπηρεσίες ψυχικής υγείας, αλλά και συνολικές άμεσες πληρωμές, σε σύγκριση

με τα άτομα που είναι άνεργα ≤ 12 μήνες. Εξαιρέση αποτέλεσαν οι δαπάνες για νοσηλεία (πίνακας 119).

Πίνακας 119: Σύγκριση άμεσων πληρωμών και διάρκεια ανεργίας

	Μήνες ανεργίας	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	P value
Ιατρική φροντίδα	≤ 12 μήνες	991	1485	0,028
	> 12 μήνες	541	557	
Προληπτικός έλεγχος	≤ 12 μήνες	718	1687	0,034
	> 12 μήνες	426	398	
Αγορά ΜΗ συνταγογραφούμενων φαρμάκων	≤ 12 μήνες	284	352	0,047
	> 12 μήνες	502	902	
Υπηρεσίες υγείας ψυχικής	≤ 12 μήνες	1.657	2893	0,001
	> 12 μήνες	704	173	
Συνολικές άμεσες πληρωμές	≤ 12 μήνες	1.221	2776	0,05
	> 12 μήνες	1.138	1851	

Student's t-test

Οι δαπάνες των άμεσων πληρωμών συσχετίστηκαν θετικά με το εισόδημα κατά τη διάρκεια της ανεργίας, που σημαίνει όσο αυξάνει το εισόδημα των ανέργων, αυξάνονται και οι δαπάνες για ιατρική φροντίδα, νοσηλεία, προληπτικό έλεγχο υγείας, υπηρεσίες ψυχικής υγείας και συνολικές άμεσες πληρωμές (πίνακας 120).

Πίνακας 120: Σύγκριση άμεσων πληρωμών και εισοδήματος κατά την περίοδο της ανεργίας

		Εισόδημα κατά την περίοδο της ανεργίας
Ιατρική φροντίδα	Pearson Correlation	0,794**
	Sig. (2-tailed)	0,000
	N	103
Νοσηλεία	Pearson Correlation	0,870**
	Sig. (2-tailed)	0,000
	N	11
Προληπτικός έλεγχος υγείας	Pearson Correlation	0,745**
	Sig. (2-tailed)	0,000
	N	78
Υπηρεσίες ψυχικής υγείας	Pearson Correlation	0,658**
	Sig. (2-tailed)	0,000
	N	25
Συνολικές άμεσες πληρωμές	Pearson Correlation	0,404**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	372

***.* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Επίσης, η ύπαρξη ιδιωτικής ασφάλισης των ανέργων αποδείχθηκε στατιστικά σημαντική σε σχέση με τις δαπάνες άμεσων πληρωμών για ιατρική φροντίδα, νοσηλεία, προληπτικό έλεγχο υγείας και τις συνολικές άμεσες πληρωμές (πίνακας 121). Ειδικότερα, οι δαπάνες είναι υψηλότερες για το δείγμα των ανέργων που διαθέτει ιδιωτική ασφάλιση υγείας, σε σύγκριση με τους ανέργους που είναι ασφαλισμένοι μόνο μέσω του ΟΑΕΔ.

Πίνακας 121: Σύγκριση άμεσων πληρωμών και ύπαρξη ιδιωτικής ασφάλισης

	Έχετε ιδιωτική ασφάλιση;	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	P value
Ιατρική φροντίδα	Όχι	752	960	0,028
	Ναι	1.552	2461	
Νοσηλεία	Όχι	4.160	2520	0,05
	Ναι	7.167	5923	

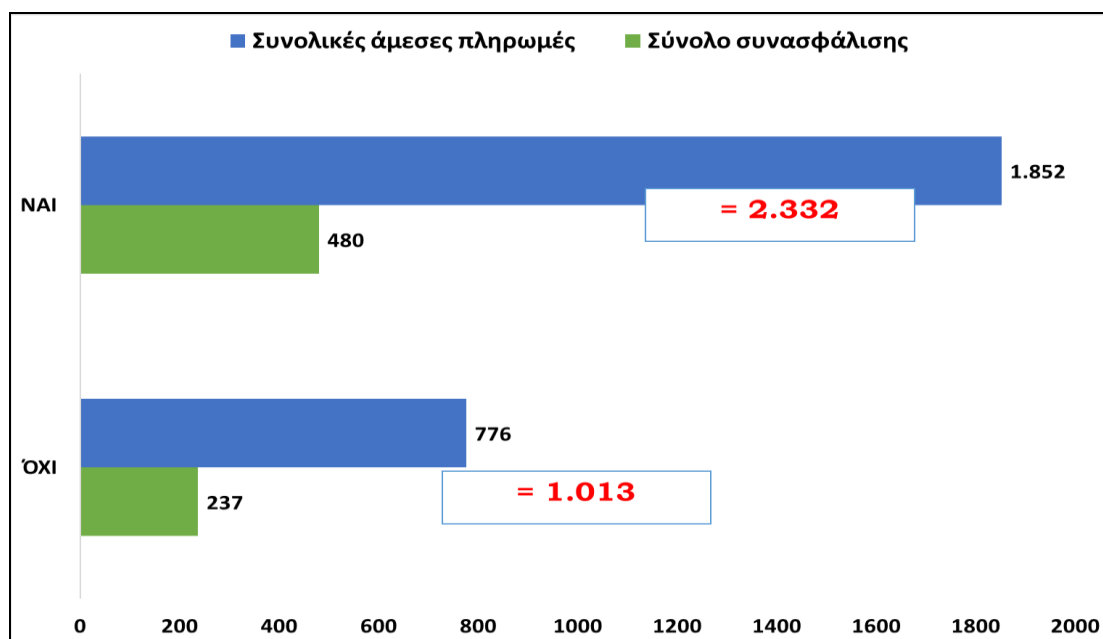
Προληπτικός έλεγχος υγείας	Όχι	403	327	0,007
	Ναι	1.423	2862	
Συνολικές άμεσες πληρωμές	Όχι	965	1733	0,001
	Ναι	2.401	4853	

Student's t-test

- Συνολικές Δαπάνες υγείας

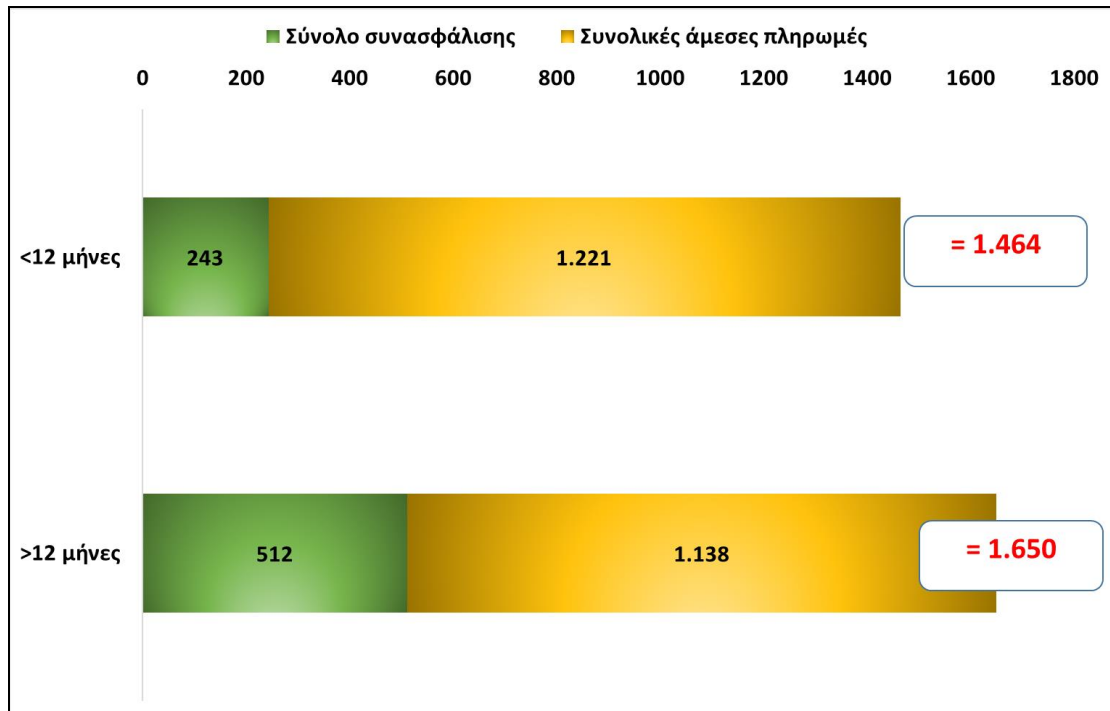
Διαφορά βρέθηκε μεταξύ των συνολικών δαπανών υγείας (δαπάνες συνασφάλισης και δαπάνες άμεσων πληρωμών) και της ύπαρξης παιδιών σε ένα νοικοκυριό. Ειδικότερα, οι άνεργοι με παιδιά ξοδεύουν ετησίως €2.332, διπλάσιο ποσό σε σύγκριση με τους άνεργους χωρίς παιδιά (διάγραμμα 55).

Διάγραμμα 55: Συνολικές δαπάνες υγείας σε σύγκριση με ύπαρξη παιδιών (σε €)



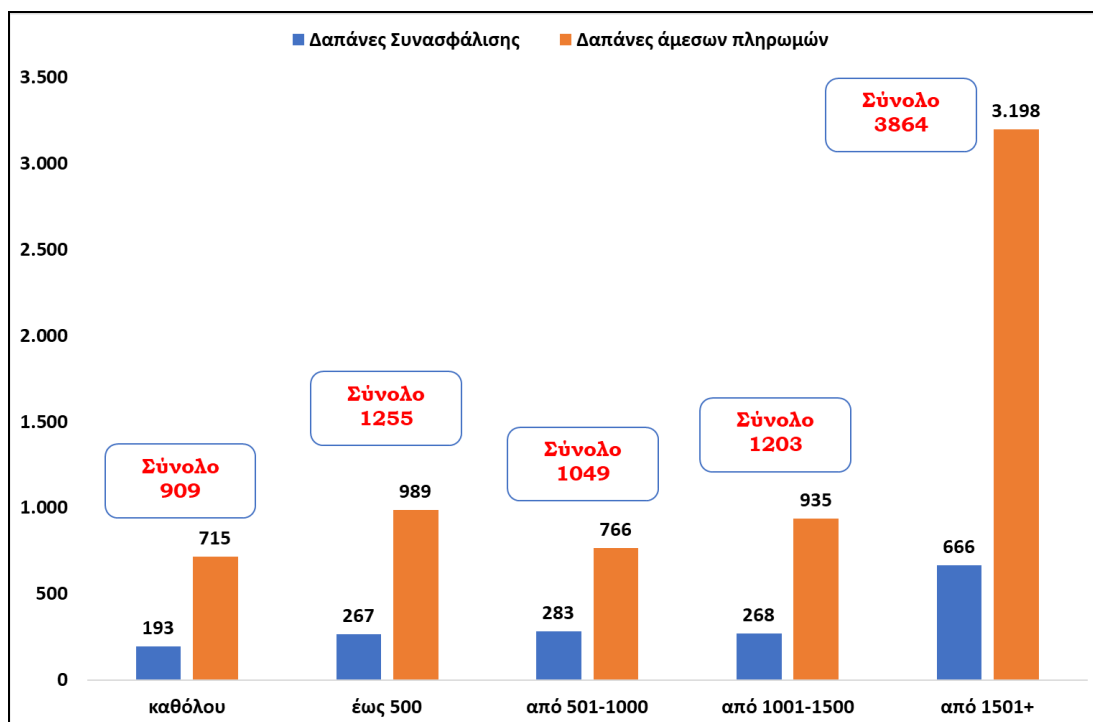
Οι μακροχρόνια άνεργοι ως προς τις συνολικές δαπάνες υγείας ξοδεύουν περίπου €200 περισσότερα ετησίως, σε σύγκριση με τους βραχυχρόνια άνεργους (διάγραμμα 56).

Διάγραμμα 56: Συνολικές δαπάνες υγείας σε σύγκριση με διάρκεια ανεργίας (σε €)

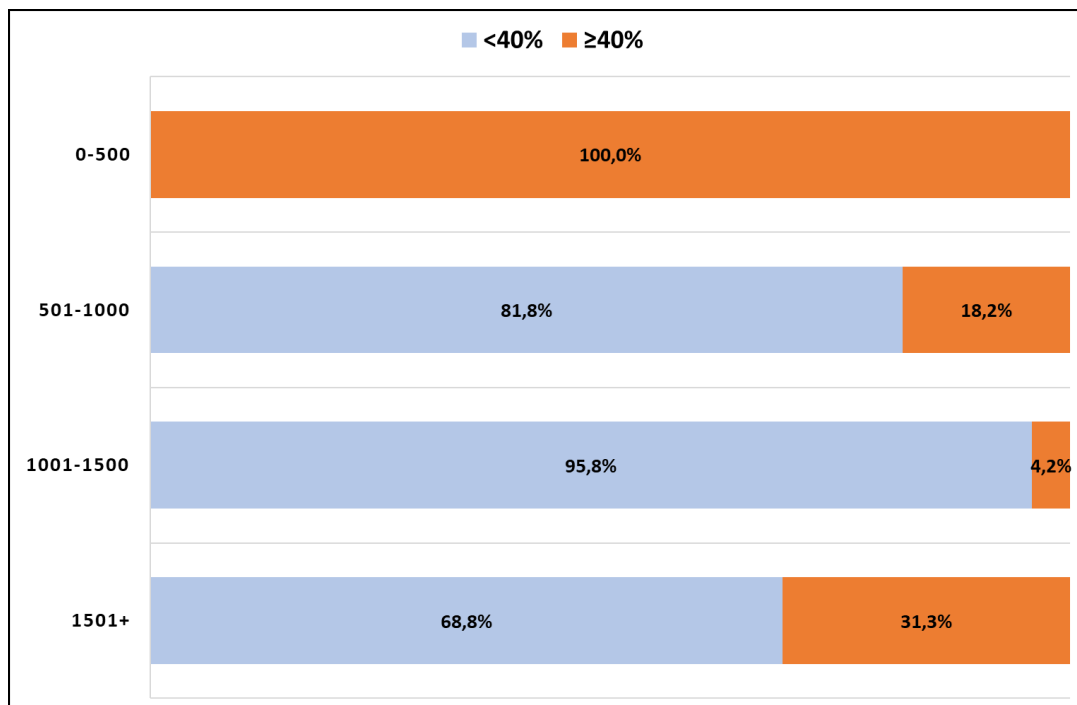


Ωστόσο σημαντική είναι η διαφορά μεταξύ των συνολικών δαπανών υγείας και του εισοδήματος των ανέργων (διάγραμμα 57). Οι άνεργοι με εισόδημα έως €1500 δεν έχουν σημαντική διαφορά στις δαπάνες υγείας. Η διαφορά έγκεινται στους ανέργους με εισόδημα €1501 και άνω όπου ξοδεύουν σχεδόν 3,5 φορές περισσότερα για υπηρεσίες υγείας. Επιπλέον, οι συνολικές δαπάνες υγείας καλύπτουν το 25% του ετήσιου εισοδήματος των ανέργων ανά νοικοκυριό (διάγραμμα 58). Σημαντικό είναι το γεγονός ότι οι καταστροφικές δαπάνες υγείας καλύπτουν υψηλά ποσοστά των εισοδημάτων των ανέργων.

Διάγραμμα 57: Συνολικές δαπάνες υγείας σε σύγκριση με εισόδημα (σε €)



Διάγραμμα 58: Ποσοστό δαπανών υγείας που καλύπτεται από το εισόδημα



- Πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας

Το 47% και το 44,4% των ανέργων από το μεσαίο και χαμηλό στρώμα δήλωσαν ότι υπήρξε περίπτωση που χρειαστήκαν φάρμακα ή υπηρεσίες υγείας, αλλά δεν είχαν τη δυνατότητα να ανταποκριθούν οικονομικά (πίνακας 122). Αντίθετα, χαμηλότερο ήταν το ποσοστό των ανέργων (36,9%) που ανήκουν στο υψηλό στρώμα ($p = 0,039$).

Πίνακας 122: Σύγκριση ανεκπλήρωτων αναγκών και στρώματος

		Στρώμα			<i>P value</i>
		Υψηλό	Μεσαίο	Χαμηλό	
Όχι	Αριθμός	195	140	143	0,039
	%	63,1%	53,0%	55,6%	
Ναι	Αριθμός	114	124	114	
	%	36,9%	47,0%	44,4%	

Pearson's chi-squared test

Επίσης, η πλειοψηφία των ανέργων (52,5%) που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 41 και άνω ετών δήλωσε ότι έχει ανεκπλήρωτες ανάγκες σε σύγκριση με το χαμηλότερο 37,1% των ανέργων έως 40 ετών ($p = 0,001$) (πίνακας 123).

Πίνακας 123: Σύγκριση ανεκπλήρωτων αναγκών και ηλικιακής ομάδας

		Ηλικιακή ομάδα		<i>P value</i>
		έως 40 ετών	41+ ετών	
Όχι	Αριθμός	322	114	0,001
	%	62,9%	47,5%	
Ναι	Αριθμός	190	126	
	%	37,1%	52,5%	

Pearson's chi-squared test

Το 55,8% των ανέργων που έχουν ολοκληρώσει υποχρεωτική εκπαίδευση και το 47,8% που έχουν ολοκληρώσει δευτεροβάθμια και μετά-δευτεροβάθμια δήλωσαν ότι έχουν ανεκπλήρωτες ανάγκες σε σύγκριση με το χαμηλότερο 36,3% των ανέργων που έχουν ολοκληρώσει τριτοβάθμια εκπαίδευση ($p = 0,001$) (πίνακας 124).

Πίνακας 124: Σύγκριση ανεκπλήρωτων αναγκών και επίπεδου εκπαίδευσης

		Εκπαίδευση			<i>P value</i>
		Υποχρεωτική	Δευτεροβάθμια και Μετά-δευτεροβάθμια	Τριτοβάθμια	
Όχι	Αριθμός	23	163	288	0,001
	%	44,2%	52,2%	63,7%	
Ναι	Αριθμός	29	149	164	
	%	55,8%	47,8%	36,3%	

Pearson's chi-squared test

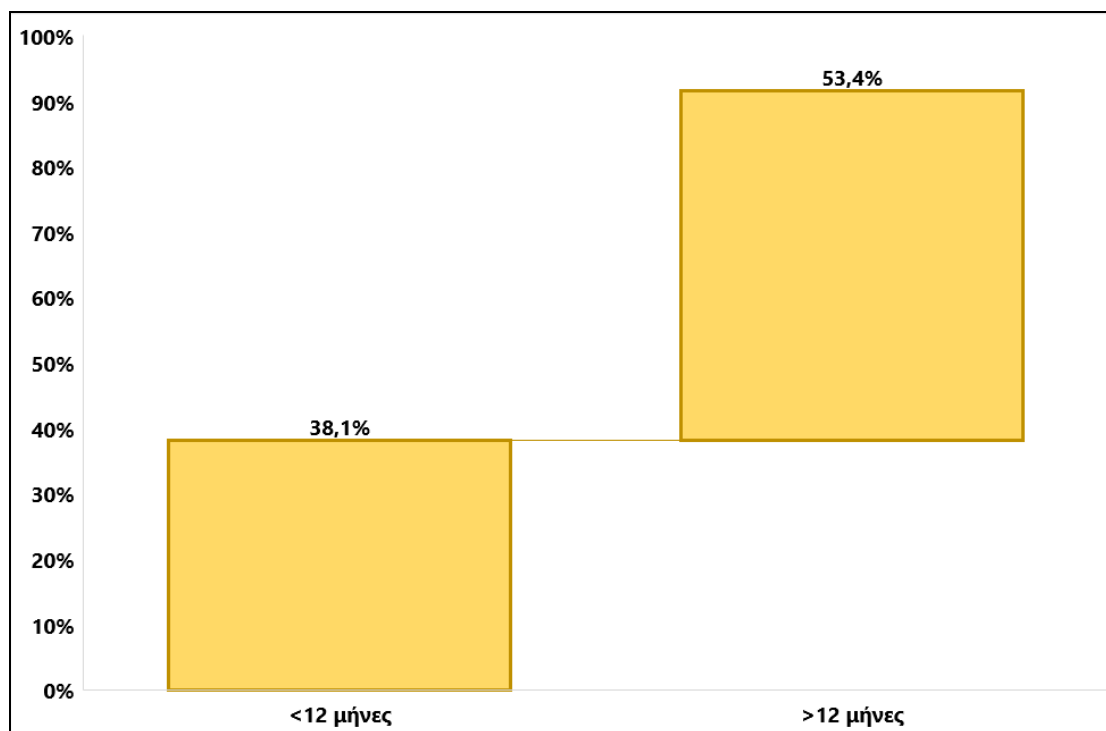
Η πλειοψηφία των μακροχρόνιων άνεργων (53,4%) δήλωσε ότι υπήρξε περίπτωση που χρειάστηκε φάρμακα ή υπηρεσίες υγείας, αλλά δεν είχε τη δυνατότητα να ανταποκριθεί οικονομικά, σε σύγκριση με το χαμηλότερο 38,1% των ατόμων που είναι άνεργα ≤ 12 μήνες ($p = 0,001$) (πίνακας 125, διάγραμμα 59).

Πίνακας 125: Σύγκριση ανεκπλήρωτων αναγκών και διάρκειας ανεργίας

		Διάρκεια ανεργίας		<i>P value</i>
		≤ 12 μήνες	>12 μήνες	
Όχι	Αριθμός	369	109	0,001
	%	61,9%	46,6%	
Ναι	Αριθμός	227	125	
	%	38,1%	53,4%	

Pearson's chi-squared test

Διάγραμμα 59: Σύγκριση ανεκπλήρωτων αναγκών και διάρκειας ανεργίας



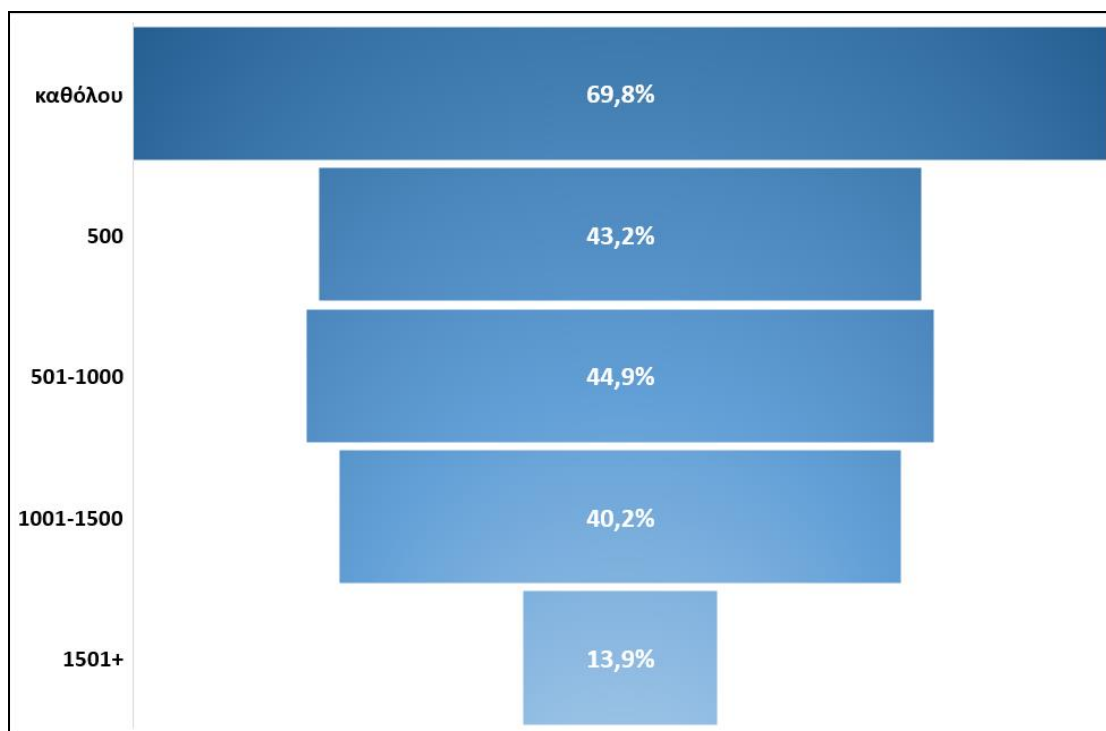
Όσο αυξάνει το εισόδημα των ανέργων, μειώνονται οι ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας και η διαφορά είναι αισθητή στους ανέργους με εισόδημα άνω των €1501 ($p = 0,001$) (πίνακας 126, διάγραμμα 60).

Πίνακας 126: Σύγκριση ανεκπλήρωτων αναγκών και εισοδήματος

		Εισόδημα κατά τη διάρκεια της ανεργίας					<i>P value</i>
		καθόλου	έως 500	501-1000	1001-1500	1501+	
Όχι	Αριθμός	13	126	161	101	68	0,001
	%	30,2%	56,8%	55,1%	59,8%	86,1%	
Ναι	Αριθμός	30	96	131	68	11	
	%	69,8%	43,2%	44,9%	40,2%	13,9%	

Pearson's chi-squared test

Διάγραμμα 60: Σύγκριση ανεκπλήρωτων αναγκών και εισοδήματος



Σχετικά με το εάν χρειάστηκαν οι άνεργοι να απευθυνθούν σε κοινωνικό – δημοτικό ιατρείο/φαρμακείο ή ΜΚΟ για να καλύψουν τις ανάγκες τους, το 17,9% και το 16,3% των ατόμων από το χαμηλό και το μεσαίο στρώμα αντίστοιχα απάντησαν θετικά. Σημαντικά είναι και τα ποσοστά των ατόμων που ανέφεραν ότι δεν γνωρίζουν το κοινωνικό-δημοτικό ιατρείο/φαρμακείο ($p = 0,001$) (πίνακας 127).

Πίνακας 127: Σύγκριση χρήσης κοινωνικού -δημοτικού ιατρείου/φαρμακείου, ΜΚΟ και στρώματος

		Στρώμα			<i>P value</i>
		Υψηλό	Μεσαίο	Χαμηλό	
Όχι	Αριθμός	245	191	150	0,001
	%	79,3%	72,3%	58,4%	
Ναι	Αριθμός	36	43	46	
	%	11,7%	16,3%	17,9%	
Δεν γνωρίζω το κοινωνικό-δημοτικό ιατρείο/φαρμακείο	Αριθμός	28	30	61	
	%	9,1%	11,4%	23,7%	

Pearson's chi-squared test

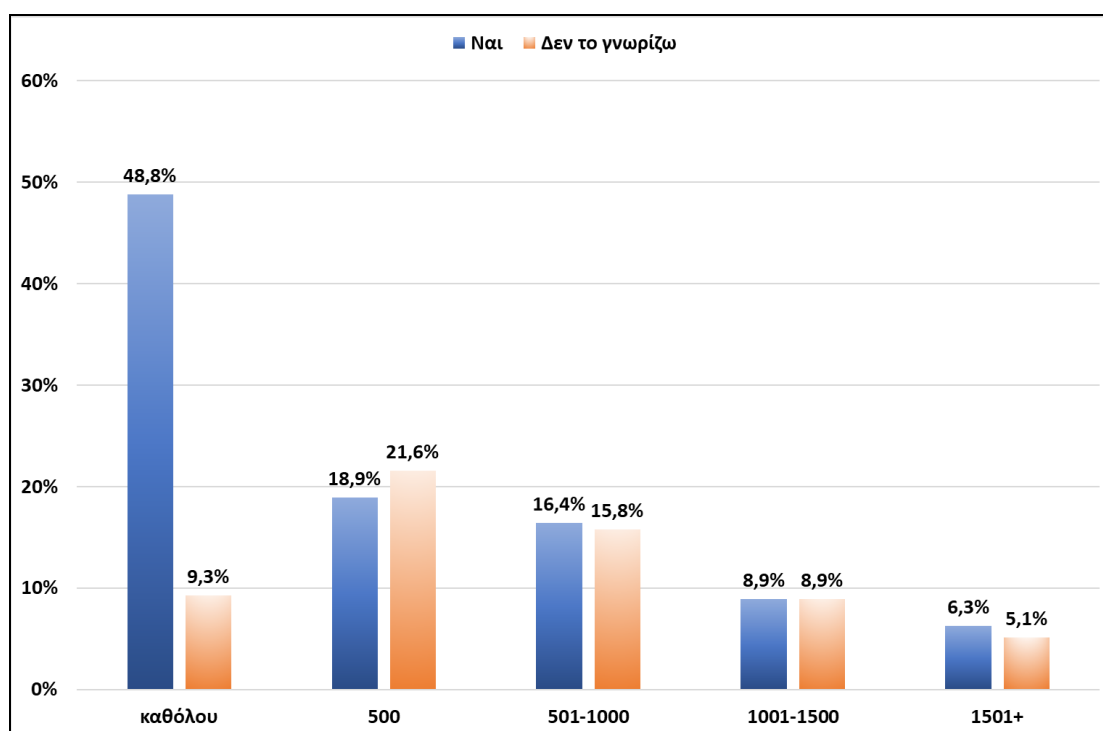
Όσο αυξάνει το εισόδημα, μειώνονται οι ανεκπλήρωτες ανάγκες του δείγματος των ανέργων ($p = 0,001$) (πίνακας 128, διάγραμμα 61).

Πίνακας 128: Σύγκριση χρήσης κοινωνικού -δημοτικού ιατρείου/φαρμακείου, ΜΚΟ και εισοδήματος

		Εισόδημα κατά τη διάρκεια της ανεργίας					P value
		καθόλου	έως 500	501-1000	1001-1500	1501+	
Όχι	Αριθμός	18	132	198	139	70	0,001
	%	41,9%	59,5%	67,8%	82,2%	88,6%	
Ναι	Αριθμός	21	42	48	15	5	
	%	48,8%	18,9%	16,4%	8,9%	6,3%	
Δεν το γνωρίζω	Αριθμός	4	48	46	15	4	
	%	9,3%	21,6%	15,8%	8,9%	5,1%	

Pearson's chi-squared test

Διάγραμμα 61: Σύγκριση χρήσης κοινωνικού -δημοτικού ιατρείου/φαρμακείου, ΜΚΟ και εισοδήματος



7.10.2. Συγκρίσεις Ερωτηματολογίων Έρευνας

Στην παρούσα ενότητα παρουσιάζονται οι συγκρίσεις μεταξύ των ερωτηματολογίων της έρευνας. Οι συγκρίσεις που δεν αποδείχθηκαν στατιστικά σημαντικές παρατίθενται στο ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Στ'.

Συγκρίσεις κλίμακας IPED

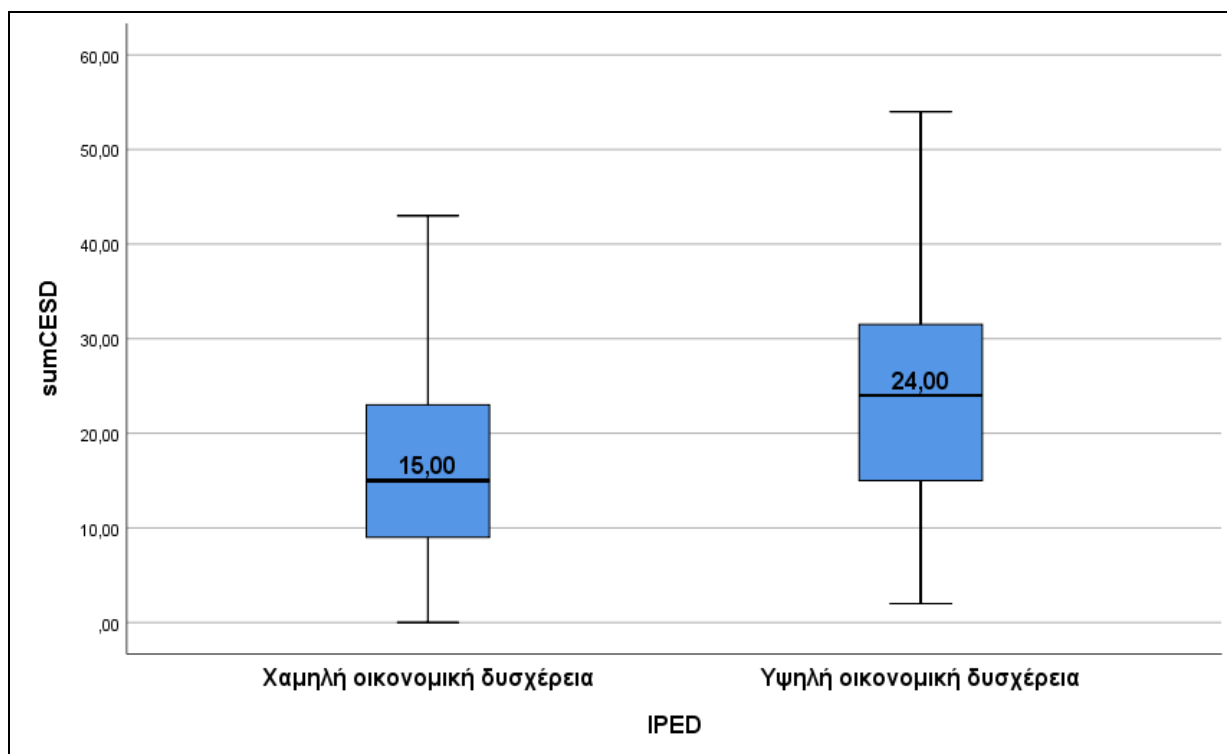
Η οικονομική δυσχέρεια συσχετίσθηκε θετικά με την κλίμακα της ψυχικής υγείας. Ειδικότερα, όσο αυξάνει η οικονομική δυσχέρεια του άνεργου πληθυσμού, αυξάνουν και τα καταθλιπτικά συμπτώματα (πίνακας 129, διάγραμμα 62).

Πίνακας 129: Σύγκριση κλίμακων IPED και CES-D

		IPED
Συνολικό CESD	Pearson Correlation	0,328**
	Sig. (2-tailed)	0,000
	N	830
Καταθλιπτική επίδραση	Pearson Correlation	0,275**
	Sig. (2-tailed)	0,000
	N	828
Θετική επίδραση	Pearson Correlation	0,175**
	Sig. (2-tailed)	0,000
	N	827
Σωματικές δραστηριότητες	Pearson Correlation	0,347**
	Sig. (2-tailed)	0,000
	N	829
Διαπροσωπικές σχέσεις	Pearson Correlation	0,181**
	Sig. (2-tailed)	0,000
	N	823

***. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)*

Διάγραμμα 62: Σύγκριση κλίμακων IPED και CES-D



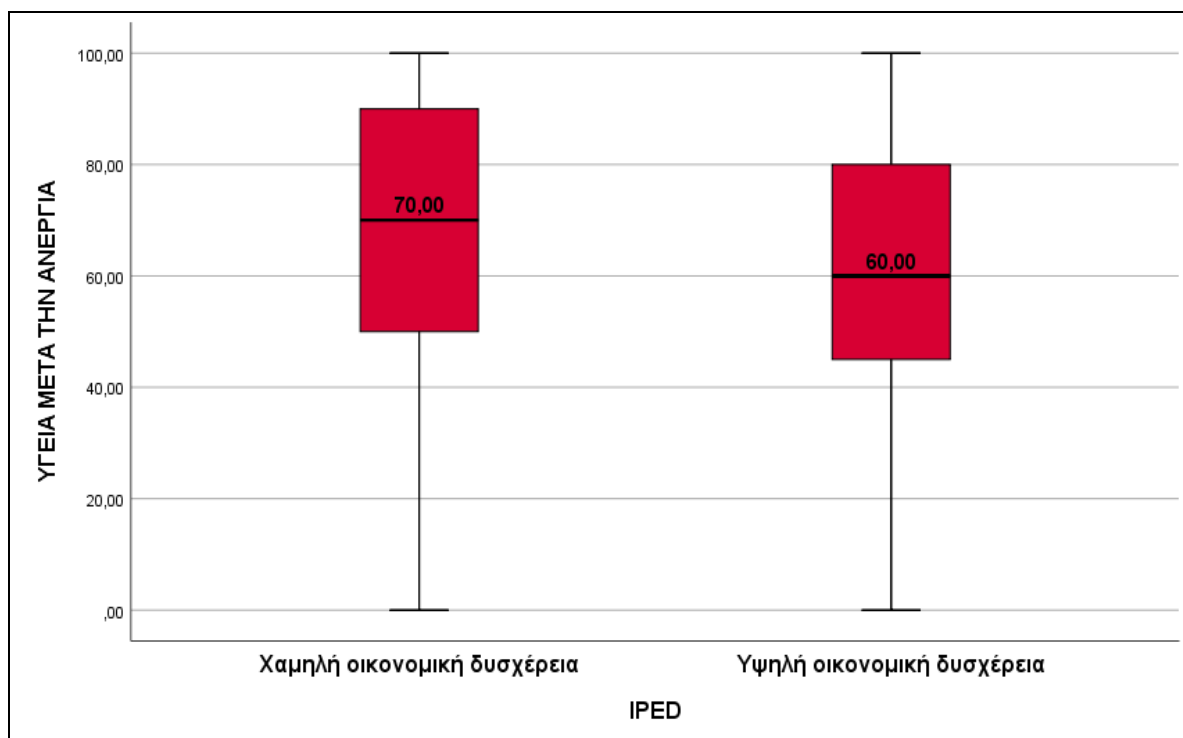
Η οικονομική δυσχέρεια συσχετίστηκε αρνητικά με τη σωματική κατάσταση υγείας και συγκεκριμένα όσο αυξάνει η οικονομική δυσχέρεια μειώνεται η καλή κατάσταση υγείας (πίνακας 130, διάγραμμα 63).

Πίνακας 130: Σύγκριση IPED και σωματική κατάσταση υγείας

		IPED
Σωματική κατάσταση υγείας	Correlation Coefficient	-0,266**
	Sig. (2-tailed)	0,000
	N	725

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Διάγραμμα 63: Σύγκριση IPED και σωματικής κατάστασης υγείας



Η πλειοψηφία του δείγματος των ανέργων με υψηλή οικονομική δυσχέρεια μείωσε τη σωματική δραστηριότητα (56,3%), ενώ το 39% των ανέργων με χαμηλή οικονομική δυσχέρεια δήλωσε ότι παρέμεινε σταθερή η σωματική δραστηριότητα ($p = 0,001$) (πίνακας 131).

Πίνακας 131: Σύγκριση κλίμακων IPED και σωματικής δραστηριότητας

IPED		Σωματική δραστηριότητα			P value
		Παρέμεινε σταθερό	Μειώθηκε	Αυξήθηκε	
Χαμηλή οικονομική δυσχέρεια	Αριθμός	236	210	159	0,001
	%	39,0%	34,7%	26,3%	
Υψηλή οικονομική δυσχέρεια	Αριθμός	45	99	32	
	%	25,6%	56,3%	18,2%	

Pearson's chi-squared test

Το 47,7% των ανέργων με χαμηλή οικονομική δυσχέρεια δήλωσε ότι παρέμεινε σταθερή η χρήση καπνού, σε σύγκριση με το 44,2% των ανέργων με υψηλή που δήλωσε ότι αύξησε την χρήση ($p = 0,001$) (πίνακας 132).

Πίνακας 132: Σύγκριση κλίμακων IPED και χρήσης καπνού

IPED		Κάπνισμα			P value
		Παρέμεινε σταθερό	Μειώθηκε	Αυξήθηκε	
Χαμηλή οικονομική δυσχέρεια	Αριθμός	243	134	132	0,001
	%	47,7%	26,3%	25,9%	
Υψηλή οικονομική δυσχέρεια	Αριθμός	52	35	69	
	%	33,3%	22,4%	44,2%	

Pearson's chi-squared test

Το 66,4% των ανέργων με χαμηλή οικονομική δυσχέρεια δήλωσε ότι παρέμεινε σταθερή η πρόσληψη φρούτων, λαχανικών και οσπρίων, σε σύγκριση με το χαμηλότερο 44,4% των ανέργων με υψηλή που δήλωσε το ίδιο. Επίσης σημαντικό είναι και το ποσοστό 36,7% των ανέργων με υψηλή οικονομική δυσχέρεια που μείωσαν την πρόσληψη φρούτων και λαχανικών, οσπρίων ($p = 0,001$). Η πλειοψηφία του δείγματος με χαμηλή οικονομική δυσχέρεια δήλωσε ότι παρέμεινε σταθερή η πρόσληψη κρέατος (68,2%), σε σύγκριση με τα άτομα με υψηλή οικονομική δυσχέρεια που δήλωσαν ότι μείωσαν την πρόσληψη κρέατος (48,1%) ($p = 0,001$). Αντίστοιχα είναι και τα αποτελέσματα για την οικονομική δυσχέρεια και την πρόσληψη ψαριών, όπου η πλειοψηφία του δείγματος με χαμηλή οικονομική δυσχέρεια δήλωσε ότι παρέμεινε σταθερή η πρόσληψη ψαριών (58,8%), σε σύγκριση με την πλειοψηφία του δείγματος των ανέργων με υψηλή οικονομική δυσχέρεια που δήλωσε ότι μείωσε την πρόσληψη κρέατος (58,4%) ($p = 0,001$).

Επίσης, το 42,7% των ανέργων με χαμηλή οικονομική δυσχέρεια δήλωσε ότι παρέμεινε σταθερή η αγορά μη επώνυμων τροφίμων (non brands), σε σύγκριση με το 45,6% των ανέργων με υψηλή που δήλωσε ότι αύξησε την αγορά ($p = 0,001$) (πίνακας 133).

Πίνακας 133: Σύγκριση κλίμακων IPED και αγοράς μη επώνυμων τροφίμων

IPED		Αγορά μη επώνυμων τροφίμων (non brands)			P value
		Παρέμεινε σταθερό	Μειώθηκε	Αυξήθηκε	
Χαμηλή οικονομική δυσχέρεια	Αριθμός	245	125	204	0,001
	%	42,7%	21,8%	35,5%	
Υψηλή οικονομική δυσχέρεια	Αριθμός	39	54	78	
	%	22,8%	31,6%	45,6%	

Pearson's chi-squared test

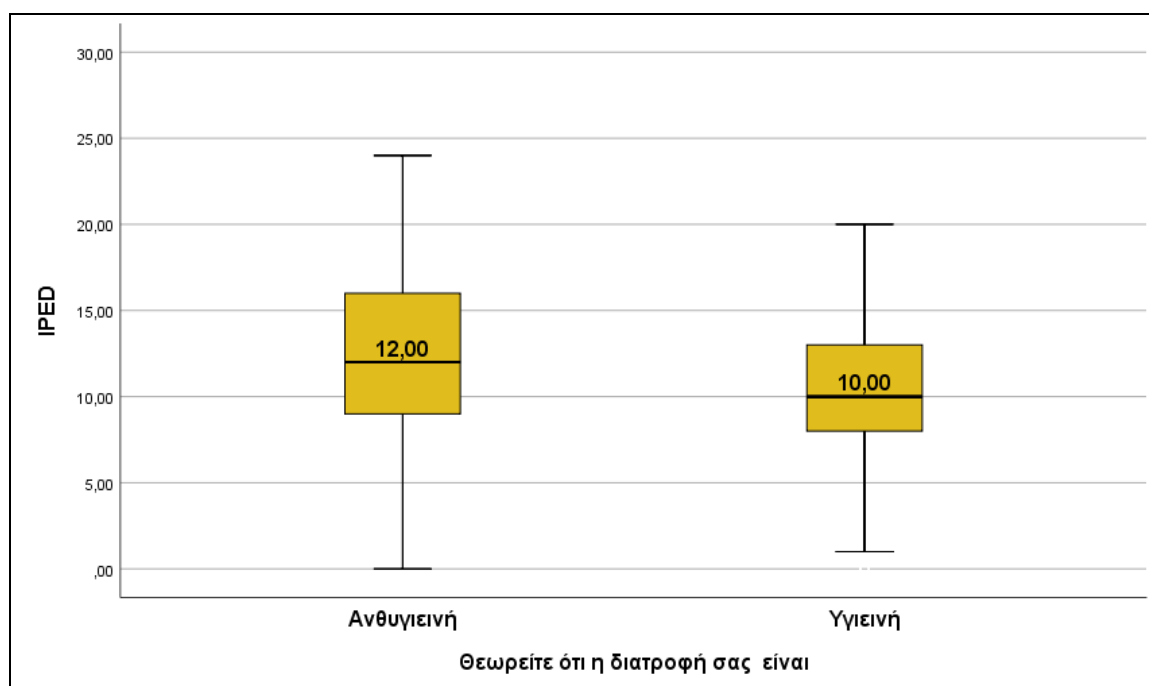
Η πλειοψηφία του δείγματος με χαμηλή οικονομική δυσχέρεια θεωρεί την διατροφή του υγιεινή (68,7%), σε σύγκριση με την πλειοψηφία του δείγματος των ανέργων με υψηλή οικονομική δυσχέρεια που την θεωρεί ανθυγιεινή (51,3%) ($p = 0,001$) (πίνακας 134, διάγραμμα 64).

Πίνακας 134: Σύγκριση κλίμακων IPED και διατροφής

IPED		Θεωρείτε ότι η διατροφή σας ΤΩΡΑ είναι		P value
		Ανθυγιεινή	Υγιεινή	
Χαμηλή οικονομική δυσχέρεια	Αριθμός	193	423	0,001
	%	31,3%	68,7%	
Υψηλή οικονομική δυσχέρεια	Αριθμός	97	92	
	%	51,3%	48,7%	

Pearson's chi-squared test

Διάγραμμα 64: Σύγκριση κλίμακων IPED και διατροφής



Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της χρήσης δημοσίων, συμβεβλημένων και ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας και της οικονομικής δυσχέρειας. Επίσης δεν βρέθηκε διαφορά μεταξύ των δαπανών συνασφάλισης και της οικονομικής δυσχέρειας.

Ωστόσο, διαφορά βρέθηκε μεταξύ των άμεσων δαπανών και της οικονομικής δυσχέρειας και συγκεκριμένα όσο αυξάνει η οικονομική δυσχέρεια μειώνονται οι άμεσες δαπάνες για ιατρική φροντίδα και η αγορά μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων (πίνακας 135).

Πίνακας 135: Σύγκριση κλίμακων IPED και άμεσων δαπανών

		IPED
Ιατρική φροντίδα	Correlation Coefficient	-0,258**
	Sig. (2-tailed)	0,008
	N	103
Αγορά ΜΗ συνταγογραφούμενων φαρμάκων	Correlation Coefficient	-0,185*
	Sig. (2-tailed)	0,033
	N	133

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

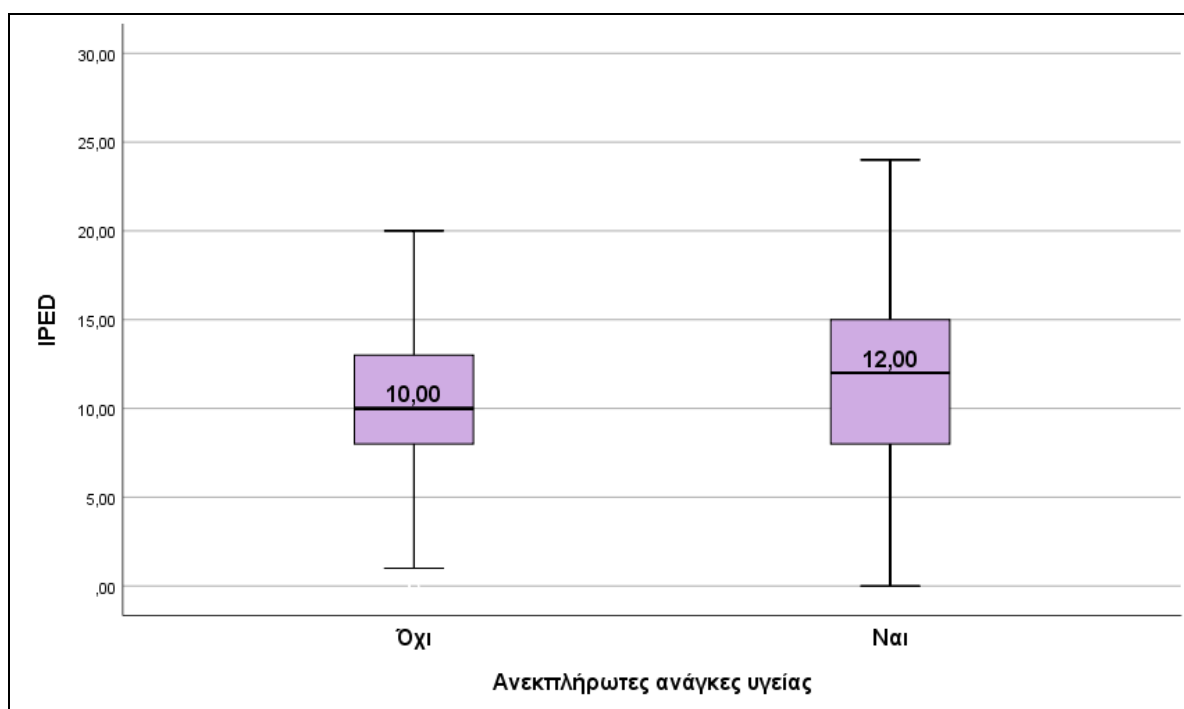
Το 54,2% των ανέργων με υψηλή οικονομική δυσχέρεια δήλωσε ότι υπήρξε περίπτωση που χρειάστηκε φάρμακα ή υπηρεσίες υγείας αλλά δεν είχε τη δυνατότητα να ανταποκριθεί οικονομικά (πίνακας 136, διάγραμμα 65). Αντίθετα, το 61,1% των ανέργων με χαμηλή οικονομική δυσχέρεια δήλωσε πως δεν είχε ανεκπλήρωτη ανάγκη υγείας ($p = 0,001$).

Πίνακας 136: Σύγκριση IPED και ανεκπλήρωτων αναγκών υγείας

IPED		Ανεκπλήρωτες ανάγκες		P value
		Όχι	Ναι	
Χαμηλή οικονομική δυσχέρεια	Αριθμός	390	248	0,001
	%	61,1%	38,9%	
Υψηλή οικονομική δυσχέρεια	Αριθμός	88	104	
	%	45,8%	54,2%	

Pearson's chi-squared test

Διάγραμμα 65: Σύγκριση IPED και ανεκπλήρωτων αναγκών υγείας



Συγκρίσεις κλίμακας CES-D

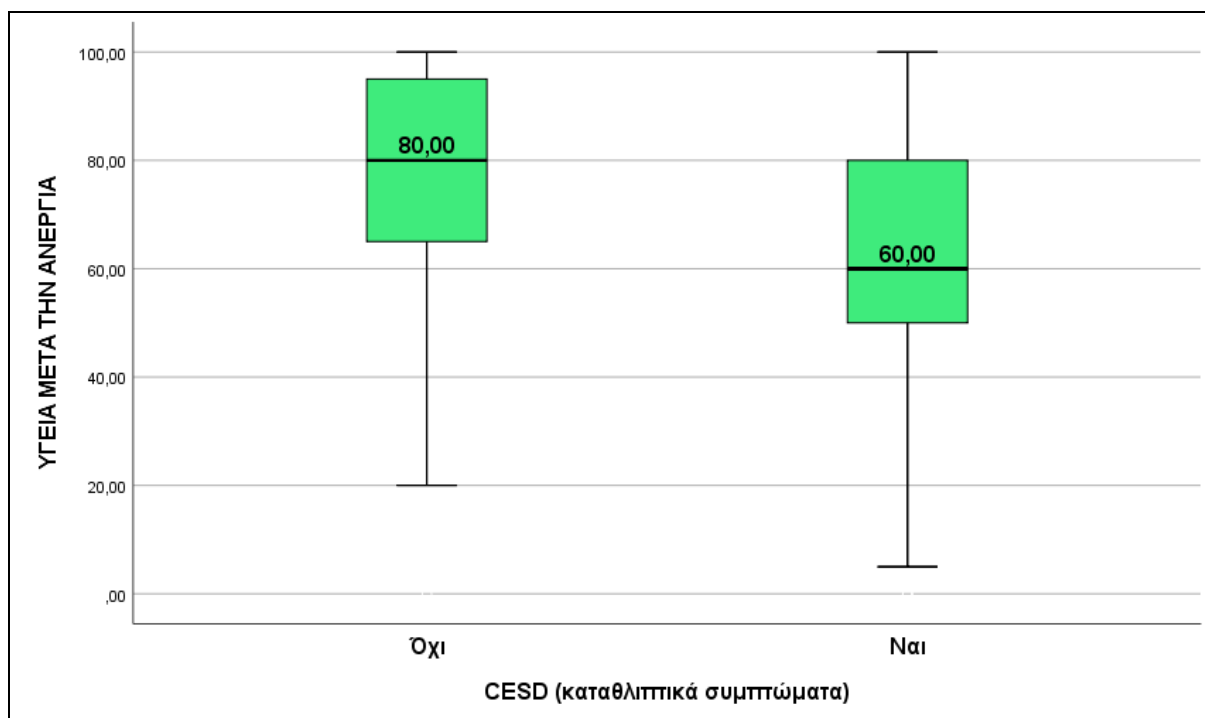
Η κλίμακα CES-D συσχετίσθηκε αρνητικά με τη σωματική κατάσταση υγείας. Όσο αυξάνει η κλίμακα CES-D μειώνεται η καλή κατάσταση υγείας (πίνακας 137, διάγραμμα 66).

Πίνακας 137: Σύγκριση κλίμακας CES-D και σωματικής κατάστασης υγείας

		Σωματικής Κατάσταση Υγείας
Συνολική CESD	Pearson Correlation	-0,441**
	Sig. (2-tailed)	0,000
	N	725
Καταθλιπτική επίδραση	Pearson Correlation	-0,393**
	Sig. (2-tailed)	0,000
	N	723
Θετική επίδραση	Pearson Correlation	-0,328**
	Sig. (2-tailed)	0,000
	N	723
Σωματικές δραστηριότητες	Pearson Correlation	-0,428**
	Sig. (2-tailed)	0,000
	N	724
Διαπροσωπικές σχέσεις	Pearson Correlation	-0,183**
	Sig. (2-tailed)	0,000
	N	720

***.* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Διάγραμμα 66: Σύγκριση κλίμακας CES-D και σωματικής κατάστασης υγείας



Το 50,3% των ανέργων με καταθλιπτικά συμπτώματα μείωσε τη σωματική δραστηριότητα, σε σύγκριση με το 44,5% των ανέργων χωρίς καταθλιπτικά συμπτώματα που δήλωσε ότι παρέμεινε σταθερή ($p = 0,001$) (πίνακας 138).

Πίνακας 138: Σύγκριση CESD και Σωματικής δραστηριότητας

CES-D		Σωματική δραστηριότητα			P value
		Παρέμεινε σταθερό	Μειώθηκε	Αυξήθηκε	
Όχι	Αριθμός	155	91	102	0,001
	%	44,5%	26,1%	29,3%	
Ναι	Αριθμός	126	218	89	
	%	29,1%	50,3%	20,6%	

Pearson's chi-squared test

Το 39,4% των ανέργων με καταθλιπτικά συμπτώματα αύξησε την χρήση καπνού, σε σύγκριση με το 53,4% των ανέργων χωρίς καταθλιπτικά συμπτώματα που δήλωσε ότι η χρήση παρέμεινε σταθερή ($p = 0,001$) (πίνακας 139).

Πίνακας 139: Σύγκριση CESD και χρήσης καπνού

CES-D		Κάπνισμα			P value
		Παρέμεινε σταθερό	Μειώθηκε	Αυξήθηκε	
Όχι	Αριθμός	156	82	54	0,001
	%	53,4%	28,1%	18,5%	
Ναι	Αριθμός	139	87	147	
	%	37,3%	23,3%	39,4%	

Pearson's chi-squared test

Το 69,1% των ανέργων χωρίς καταθλιπτικά συμπτώματα δήλωσε ότι η πρόσληψη φρούτων, λαχανικών και οσπρίων παρέμεινε σταθερή, σε σύγκριση με το χαμηλότερο 55,2% των ανέργων με καταθλιπτικά συμπτώματα που δήλωσε το ίδιο ($p = 0,001$). Αντίστοιχα ήταν και τα αποτελέσματα για την πρόσληψη κρέατος, όπου το 72,7% των ανέργων χωρίς καταθλιπτικά συμπτώματα δήλωσε ότι παρέμεινε σταθερή η πρόσληψη κρέατος, σε σύγκριση με το χαμηλότερο 55,4% των ανέργων με καταθλιπτικά συμπτώματα που δήλωσε το ίδιο ($p = 0,001$). Το 63,2% των ανέργων χωρίς καταθλιπτικά συμπτώματα δήλωσε ότι η πρόσληψη ψαριών παρέμεινε σταθερή, σε σύγκριση με το 51,1% των ανέργων με καταθλιπτικά συμπτώματα που δήλωσε ότι μειώθηκε ($p = 0,001$). Επίσης, το 53,4% των ανέργων χωρίς καταθλιπτικά συμπτώματα δήλωσε ότι η αγορά μη επώνυμων τροφίμων παρέμεινε σταθερή, σε σύγκριση με το 45,6% των ανέργων με καταθλιπτικά συμπτώματα που δήλωσε ότι την αύξησε ($p = 0,001$).

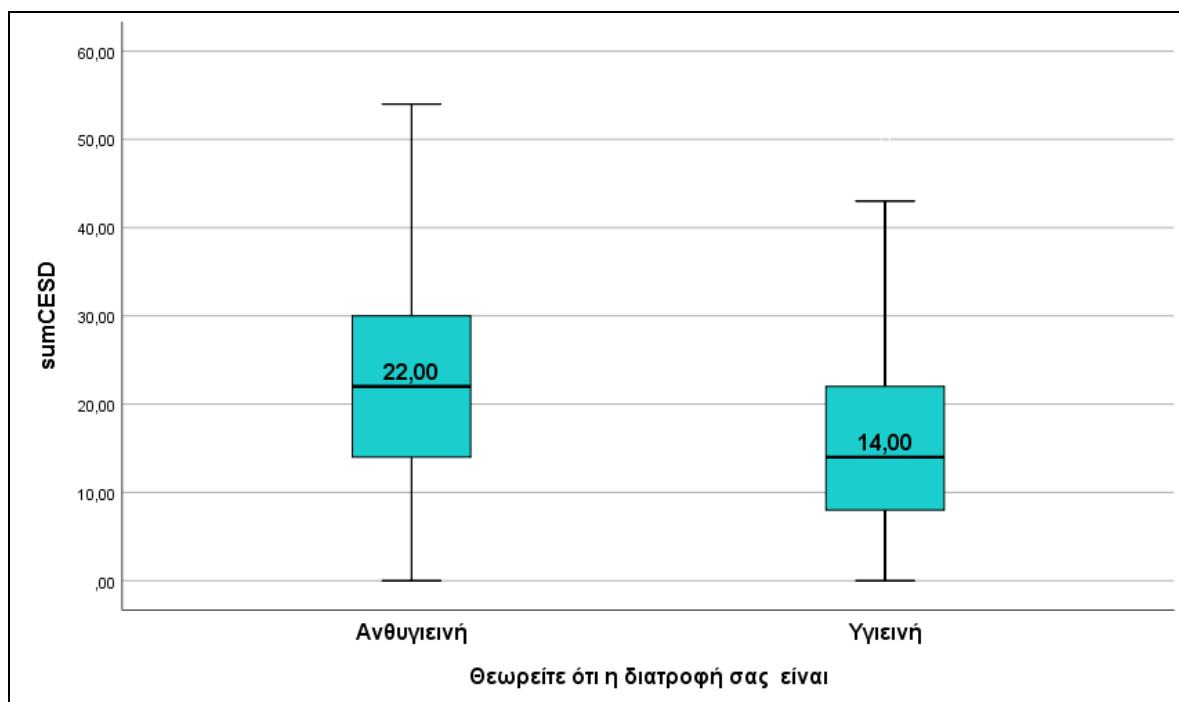
Η πλειοψηφία του δείγματος των ανέργων χωρίς καταθλιπτικά συμπτώματα (77,1%) θεωρεί τη διατροφή του υγιεινή, ενώ χαμηλότερο είναι το ποσοστό των ατόμων με καταθλιπτικά συμπτώματα (53,3%) που θεωρεί το ίδιο ($p = 0,001$) (πίνακας 140, διάγραμμα 67).

Πίνακας 140: Σύγκριση CESD και διατροφή

CES-D		Θεωρείτε ότι η διατροφή σας ΤΩΠΑ είναι		P value
		Ανθυγιεινή	Υγιεινή	
Όχι	Αριθμός	83	279	0,001
	%	22,9%	77,1%	
Ναι	Αριθμός	207	236	
	%	46,7%	53,3%	

Pearson's chi-squared test

Διάγραμμα 67: Σύγκριση CESD και διατροφή



Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της νοσηλείας και του προληπτικού ελέγχου σε δημόσιες και συμβεβλημένες υπηρεσίες υγείας ως προς την κλίμακα CES-D. Επίσης, δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της χρήσης ιατρικής φροντίδας, της νοσηλείας, του προληπτικού ελέγχου, της οδοντιατρικής φροντίδας σε ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας, της αγοράς μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων και της κλίμακας CES-D.

Το 70,7% των ανέργων με καταθλιπτικά συμπτώματα έχει κάνει χρήση ιατρικής φροντίδας σε δημόσιες υπηρεσίες υγείας, σε σύγκριση με το 45,6% χωρίς καταθλιπτικά συμπτώματα που δεν έχει κάνει ($p = 0,040$) (πίνακας 141).

Πίνακας 141: Σύγκριση χρήσης ιατρική φροντίδας σε δημόσιες και συμβεβλημένες υπηρεσίες υγείας και κλίμακας CES-D

CES-D		Χρήση ιατρικής φροντίδας σε δημόσιες και συμβεβλημένες υπηρεσίες υγείας		P value
		Όχι	Ναι	
Όχι	Αριθμός	360	12	0,040
	%	45,6%	29,3%	
Ναι	Αριθμός	429	29	
	%	54,4%	70,7%	

Pearson's chi-squared test

Το 65,7% των ανέργων με καταθλιπτικά συμπτώματα έχει αγοράσει συνταγογραφούμενα φάρμακα, σε σύγκριση με το 46,3% χωρίς καταθλιπτικά συμπτώματα που δεν έχει αγοράσει ($p = 0,020$) (πίνακας 142).

Πίνακας 142: Σύγκριση αγοράς συνταγογραφούμενων φαρμάκων και κλίμακας CES-D

CES-D		Αγορά συνταγογραφούμενων φαρμάκων		P value
		Όχι	Ναι	
Όχι	Αριθμός	336	36	0,020
	%	46,3%	34,3%	
Ναι	Αριθμός	389	69	
	%	53,7%	65,7%	

Pearson's chi-squared test

Το 63,7% των ανέργων με καταθλιπτικά συμπτώματα έχει κάνει χρήση των δημοσίων και συμβεβλημένων υπηρεσιών υγείας, σε σύγκριση με το 46,9% χωρίς καταθλιπτικά συμπτώματα που δεν έχει κάνει χρήση ($p = 0,015$) (πίνακας 143).

Πίνακας 143: Σύγκριση χρήσης δημοσίων συμβεβλημένων υπηρεσιών υγείας και κλίμακας CES-D

CES-D		Χρήση δημοσίων υπηρεσιών υγείας		P value
		Όχι	Ναι	
Όχι	Αριθμός	314	58	0,015
	%	46,9%	36,3%	
Ναι	Αριθμός	355	102	
	%	53,1%	63,7%	

Pearson's chi-squared test

Ως προς τις δαπάνες συνασφάλισης και την σύγκριση με την κλίμακα CES-D δεν βρέθηκε καμία στατιστικά σημαντική διαφορά. Αντίθετα, οι άμεσες πληρωμές για ιατρική φροντίδα αλλά και οι συνολικές άμεσες πληρωμές συσχετίστηκαν αρνητικά με την κλίμακα CES-D και τις διαστάσεις αυτής. Όσο αυξάνουν τα καταθλιπτικά συμπτώματα των ανέργων μειώνονται οι άμεσες πληρωμές για ιατρική φροντίδα και οι συνολικές άμεσες πληρωμές (πίνακας 144).

Πίνακας 144: Σύγκριση κλίμακας CES-D και άμεσων πληρωμών

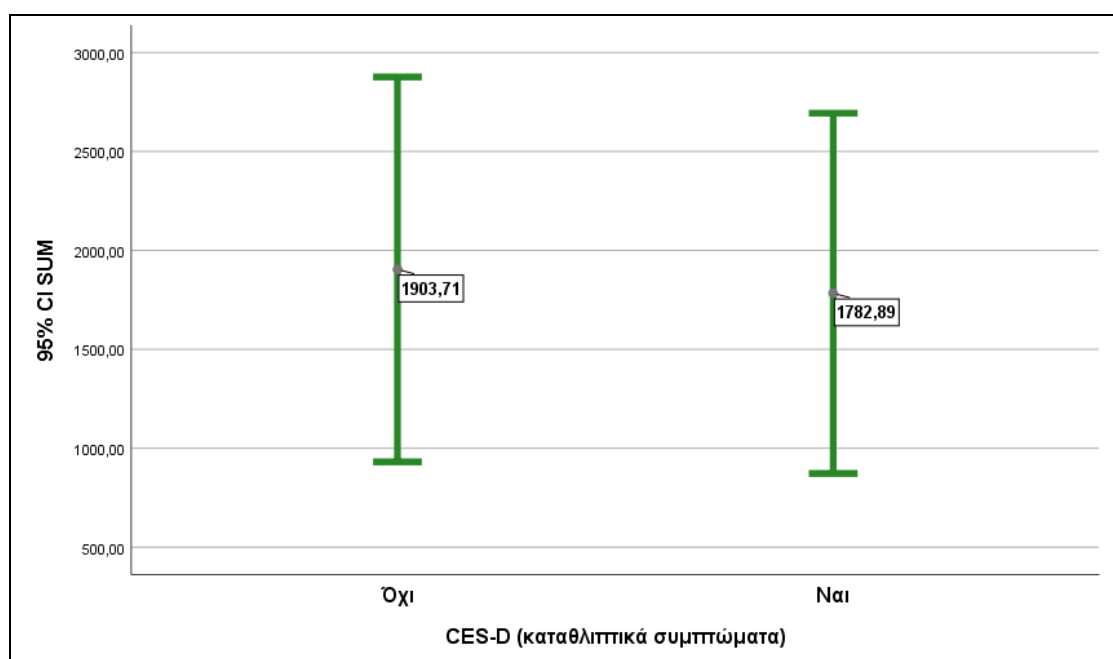
		Συνολική CES-D	Καταθλιπτική επίδραση	Θετική επίδραση
Ιατρική φροντίδα	Correlation Coefficient	-0,232*		-0,297**
	Sig. (2-tailed)	0,019		0,002
	N	103		103
Άμεσες πληρωμές	Correlation Coefficient	-0,105*	-0,144**	-0,107*
	Sig. (2-tailed)	0,042	0,005	0,039
	N	376	376	376

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Διαφορά βρέθηκε μεταξύ της καταθλιπτικότητας και των συνολικών δαπανών υγείας. Ειδικότερα, οι άνεργοι που εμφανίζουν καταθλιπτικά συμπτώματα δαπανούν λιγότερα σε σχέση με τα άτομα χωρίς καταθλιπτικά συμπτώματα (διάγραμμα 68).

Διάγραμμα 68: Σύγκριση κλίμακας CES-D και συνολικών δαπανών υγείας



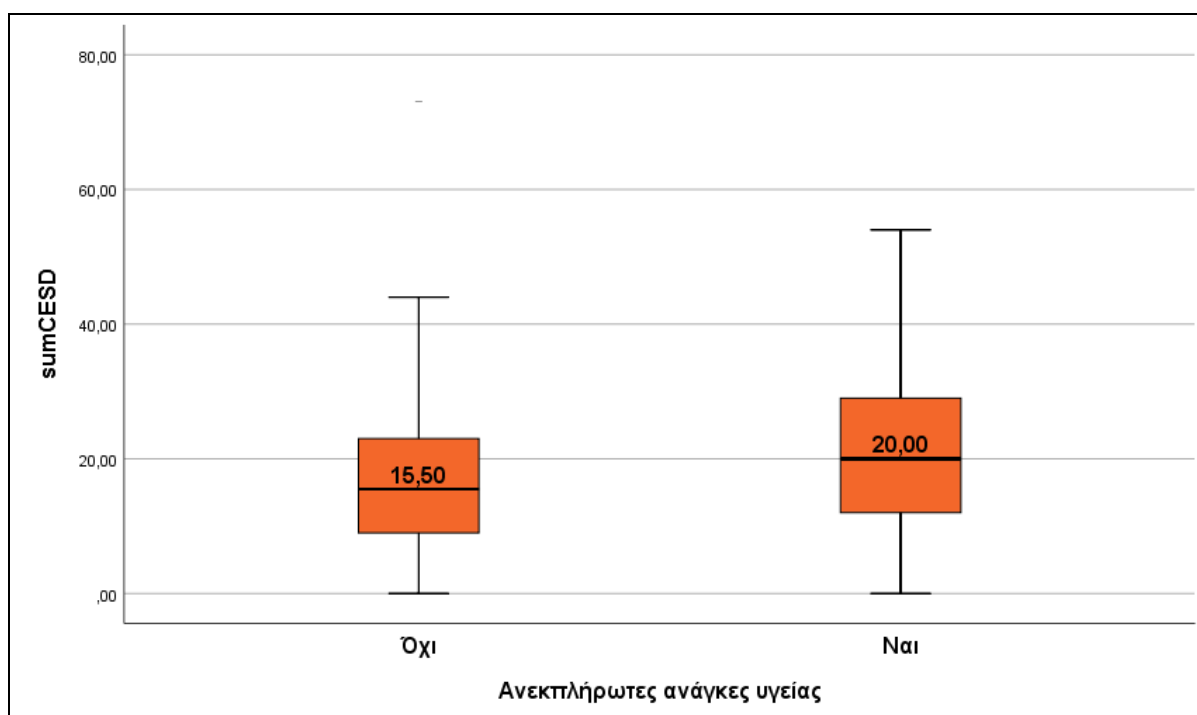
Στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε μεταξύ των ατόμων με καταθλιπτικά συμπτώματα και εκείνων χωρίς ως προς τις ανεκπλήρωτες ανάγκες. Τα άτομα με καταθλιπτικά συμπτώματα δήλωσαν ότι έχουν ανεκπλήρωτες ανάγκες, σε σύγκριση με τα άτομα χωρίς καταθλιπτικά συμπτώματα ($p = 0,001$) (πίνακας 145, διάγραμμα 69).

Πίνακας 145: Σύγκριση κλίμακας CES-D και ανεκπλήρωτων αναγκών υγείας

	Ανεκπλήρωτες ανάγκες	Αριθμός	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	P value
Συνολική CES-D	Όχι	478	16,52	10,56	0,001
	Ναι	352	21,13	11,74	
Καταθλιπτική επίδραση	Όχι	477	5,04	4,40	0,001
	Ναι	351	6,69	4,99	
Θετική επίδραση	Όχι	477	5,04	2,98	0,001
	Ναι	350	6,00	3,12	
Σωματικές δραστηριότητες	Όχι	477	5,50	3,94	0,001
	Ναι	352	7,31	4,77	
Διαπροσωπικές σχέσεις	Όχι	475	0,69	1,21	0,002
	Ναι	348	0,98	1,48	

Student's t-test

Διάγραμμα 69: Σύγκριση κλίμακας CES-D και ανεκπλήρωτων αναγκών υγείας



Επίσης, τα άτομα με καταθλιπτικά συμπτώματα δήλωσαν ότι έχει χρειασθεί να απευθυνθούν είτε σε κοινωνικό –δημοτικό ιατρείο/φαρμακείο, είτε σε ΜΚΟ για να καλύψουν τις ανάγκες τους, σε σύγκριση με τα άτομα χωρίς καταθλιπτικά συμπτώματα ($p = 0,001$) (πίνακας 146).

Πίνακας 146: Σύγκριση κλίμακας CES-D και χρήσης κοινωνικού –δημοτικού ιατρείου/φαρμακείου, ΜΚΟ

		Συνολική CES-D	Καταθλιπτική επίδραση	Θετική επίδραση	Σωματικές δρα/τητες	Διαπροσωπικές σχέσεις
Όχι	Μέση τιμή	17,33	5,37	5,18	5,82	0,73
	Αριθμός	586,00	584,00	584,00	585,00	580,00
	Τυπική απόκλιση	10,90	4,55	3,05	4,13	1,28
Ναι	Μέση τιμή	21,02	6,52	6,15	7,06	1,10
	Αριθμός	125,00	125,00	124,00	125,00	124,00
	Τυπική απόκλιση	12,48	5,29	3,33	4,88	1,51
Δεν γνωρίζω	Μέση τιμή	21,40	6,73	6,03	7,65	0,90

το κοινωνικό-δημοτικό ιατρείο/φαρμακείο	Αριθμός	119,00	119,00	119,00	119,00	119,00
	Τυπική απόκλιση	11,10	4,76	2,72	4,78	1,40
P value		<i>0,001</i>	<i>0,001</i>	<i>0,001</i>	<i>0,001</i>	<i>0,001</i>

Anova, Post hoc: Bonferroni

Συγκρίσεις Σωματικής Κατάστασης Υγείας

Η σωματική κατάσταση υγείας βρέθηκε να επηρεάζεται από τις συμπεριφορές κινδύνου – υγείας.

Τα άτομα που έχουν αυξήσει ή έχουν κρατήσει σταθερή τη σωματική τους δραστηριότητα εμφανίζουν υψηλότερη μέση τιμή στη σωματική κατάσταση υγείας, σε σύγκριση με τα άτομα που έχουν μειώσει τη σωματική δραστηριότητα ($p = 0,001$) (πίνακας 147).

Πίνακας 147: Σύγκριση σωματικής κατάστασης υγείας και σωματικής δραστηριότητας

	Μέση τιμή	Αριθμός	Τυπική απόκλιση	P value
Παρέμεινε σταθερό	75,69	245,00	19,52	<i>0,001</i>
Μειώθηκε	60,41	270,00	23,72	
Αυξήθηκε	73,26	172,00	19,26	

Anova, Post hoc: Bonferroni

Αντίθετα, τα άτομα που έχουν αυξήσει τη χρήση αλκοόλ εμφανίζουν χαμηλότερη μέση τιμή στη σωματική κατάσταση υγείας, σε σύγκριση με τα άτομα που την έχουν μειώσει ή έχουν κρατήσει σταθερή τη χρήση ($p = 0,001$) (πίνακας 148).

Πίνακας 148: Σύγκριση σωματικής κατάστασης υγείας και χρήση αλκοόλ

	Μέση τιμή	Αριθμός	Τυπική απόκλιση	P value
Παρέμεινε σταθερό	72,99	324,00	20,58	<i>0,001</i>
Μειώθηκε	67,39	183,00	23,96	
Αυξήθηκε	58,06	103,00	21,72	

Anova, Post hoc: Bonferroni

Επίσης, τα άτομα που έχουν αυξήσει τη χρήση καπνού εμφανίζουν χαμηλότερη μέση τιμή στη σωματική κατάσταση υγείας, σε σύγκριση με τα άτομα που την έχουν μειώσει ή έχουν κρατήσει σταθερή τη χρήση ($p = 0,001$) (πίνακας 149).

Πίνακας 149: Σύγκριση σωματικής κατάστασης υγείας και χρήση καπνού

	Μέση τιμή	Αριθμός	Τυπική απόκλιση	P value
Παρέμεινε σταθερό	75,08	259,00	19,64	<i>0,001</i>
Μειώθηκε	69,93	143,00	23,90	
Αυξήθηκε	58,01	188,00	22,39	

Anova, Post hoc: Bonferroni

Τα άτομα που έχουν αυξήσει ή έχουν κρατήσει σταθερή την πρόσληψη φρούτων και λαχανικών, οσπρίων εμφανίζουν υψηλότερη μέση τιμή στη σωματική κατάσταση υγείας, σε σύγκριση με τα άτομα που έχουν μειώσει την πρόσληψη ($p = 0,001$). Επίσης, τα άτομα που έχουν αυξήσει ή έχουν κρατήσει σταθερή την πρόσληψη κρέατος, εμφανίζουν υψηλότερη μέση τιμή στη σωματική κατάσταση υγείας, σε σύγκριση με τα άτομα που έχουν μειώσει την πρόσληψη ($p = 0,001$). Παρόμοια είναι και τα αποτελέσματα για την πρόσληψη ψαριών και την σωματική κατάσταση υγείας. Ειδικότερα, τα άτομα που έχουν αυξήσει ή έχουν κρατήσει σταθερή την πρόσληψη ψαριών, έχουν υψηλότερη μέση τιμή στη σωματική κατάσταση υγείας, σε σύγκριση με τα άτομα που

έχουν μειώσει την πρόσληψη ($p = 0,001$). Αντίθετα, τα άτομα που έχουν μειώσει την αγορά έτοιμου φαγητού ή την έχουν κρατήσει σταθερή, εμφανίζουν υψηλότερη μέση τιμή στη σωματική κατάσταση υγείας, σε σύγκριση με τα άτομα που την έχουν αυξήσει ($p = 0,001$). Τα άτομα που έχουν μειώσει ή έχουν κρατήσει σταθερή την αγορά μη επώνυμων τροφίμων, εμφανίζουν υψηλότερη μέση τιμή στη σωματική κατάσταση υγείας, σε σύγκριση με τα άτομα που την έχουν αυξήσει ($p = 0,001$).

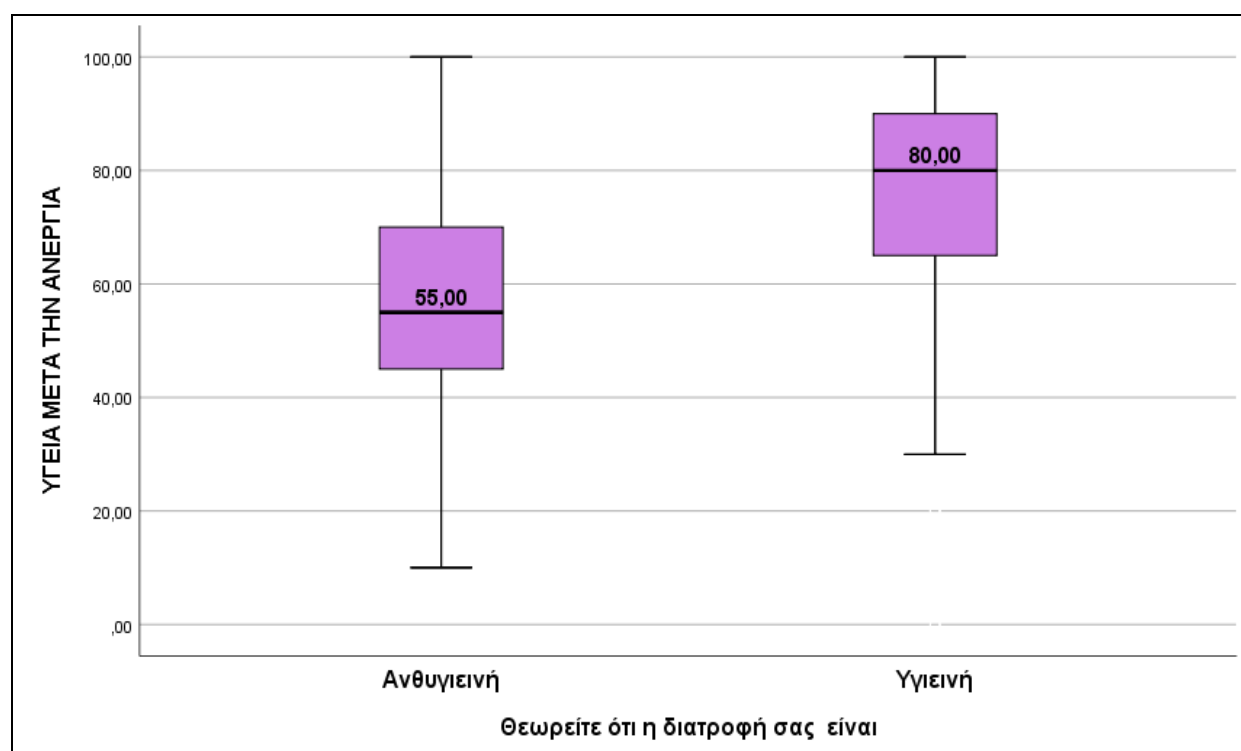
Τα άτομα που θεωρούν ότι η διατροφή τους είναι υγιεινή, εμφανίζουν υψηλότερη μέση τιμή στη σωματική κατάσταση υγείας, σε σύγκριση με τα άτομα που θεωρούν τη διατροφή τους ανθυγιεινή ($p = 0,001$) (πίνακας 150, διάγραμμα 70).

Πίνακας 150: Σύγκριση σωματικής κατάστασης υγείας και διατροφής

	Αριθμός	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	P value
Ανθυγιεινή	264	57,12	21,34	0,001
Υγιεινή	441	75,10	21,12	

Student's t-test

Διάγραμμα 70: Σύγκριση σωματικής κατάστασης υγείας και διατροφής



Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της χρήσης δημοσίων και συμβεβλημένων υπηρεσιών υγείας και της σωματικής κατάστασης υγείας. Αντίθετα, διαφορά βρέθηκε μεταξύ της χρήσης ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας, της οδοντιατρικής φροντίδας και των υπηρεσιών ψυχικής υγείας ως προς τη σωματική κατάσταση υγείας.

Τα άτομα που χρησιμοποιούν ιδιωτική οδοντιατρική φροντίδα έχουν υψηλότερη μέση τιμή στη σωματική κατάσταση υγείας ($p = 0,001$) (πίνακας 151).

Πίνακας 151 Σύγκριση σωματικής κατάστασης υγείας και χρήσης ιδιωτικής οδοντιατρικής φροντίδας σε ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας

	Αριθμός	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	<i>P value</i>
Όχι	536	66,53	23,71	<i>0,001</i>
Ναι	189	73,28	20,59	

Student's t-test

Τα άτομα που χρησιμοποιούν ιδιωτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας εμφανίζουν υψηλότερη μέση τιμή στη σωματική κατάσταση υγείας ($p = 0,001$) (πίνακας 152).

Πίνακας 152: Σύγκριση σωματικής κατάστασης υγείας και χρήσης ψυχικής υγείας σε ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας φροντίδας

	Αριθμός	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	<i>P value</i>
Όχι	701	67,88	23,26	<i>0,001</i>
Ναι	24	80,21	14,10	

Student's t-test

Τα άτομα που χρησιμοποιούν ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας έχουν υψηλότερη μέση τιμή στη σωματική κατάσταση υγείας ($p = 0,018$) (Πίνακας 153).

Πίνακας 153: Σύγκριση σωματικής κατάστασης υγείας και χρήσης ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας

	Αριθμός	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	P value
Όχι	377	66,37	24,59	0,018
Ναι	347	70,43	21,25	

Student's t-test

Ως προς τις δαπάνες υγείας, δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δαπανών για συνασφάλιση και της σωματικής κατάστασης υγείας. Αντίθετα, διαφορά βρέθηκε μεταξύ των άμεσων πληρωμών για ιατρική φροντίδα, της οδοντιατρικής φροντίδας και των άμεσων πληρωμών ως προς τη σωματική κατάσταση υγεία (πίνακας 154).

Πίνακας 154: Σύγκριση άμεσων πληρωμών και σωματικής κατάστασης υγείας

		Σωματική Κατάσταση Υγείας
Ιατρική φροντίδα	Correlation Coefficient	0,327**
	Sig. (2-tailed)	0,002
	N	91
Οδοντιατρική φροντίδα	Correlation Coefficient	-0,144*
	Sig. (2-tailed)	0,049
	N	189
Συνολικές άμεσες πληρωμές	Correlation Coefficient	0,117*
	Sig. (2-tailed)	0,029
	N	347

***. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).*

**. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).*

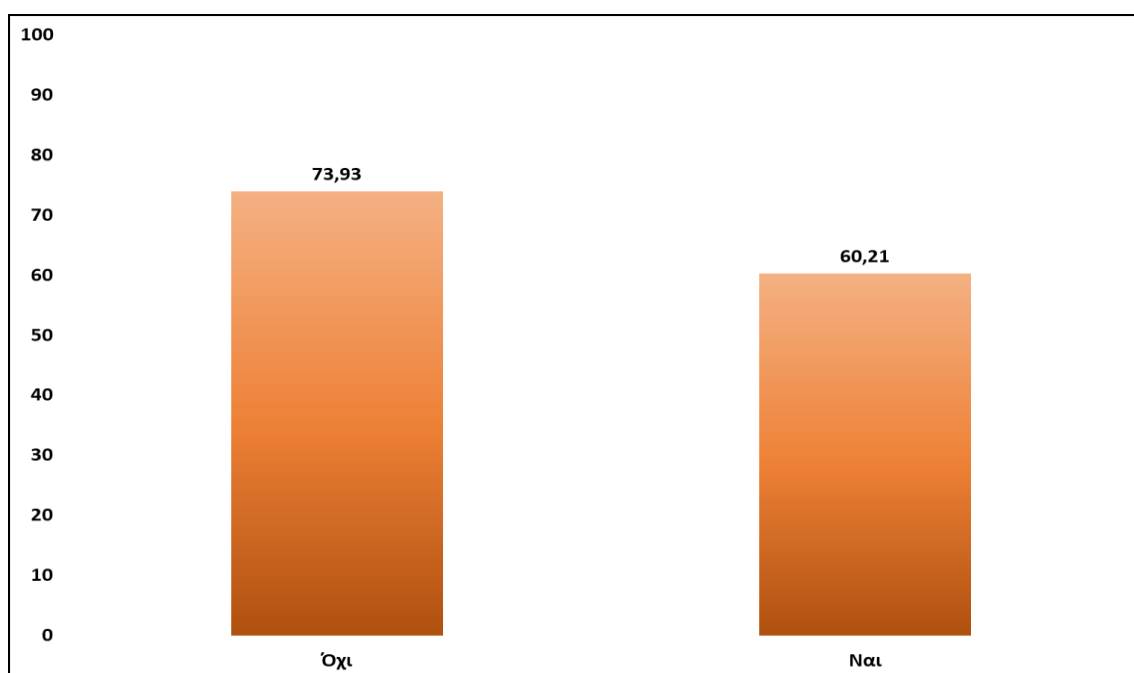
Τα άτομα με ανεκπλήρωτες ανάγκες αναφέρουν χειρότερη κατάσταση υγείας, σε σύγκριση με τα άτομα χωρίς ανεκπλήρωτες ανάγκες που αναφέρουν καλύτερη κατάσταση υγείας ($p = 0,001$) (πίνακας 155, διάγραμμα 71).

Πίνακας 155: Σύγκριση σωματικής κατάστασης υγείας και ανεκπλήρωτων αναγκών

	Αριθμός	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	P value
Όχι	427	73,93	20,95	0,001
Ναι	298	60,21	23,70	

Student's t-test

Διάγραμμα 71: Σύγκριση σωματικής κατάστασης υγείας και ανεκπλήρωτων αναγκών



Επίσης, τα άτομα που χρειάστηκε να απευθυνθούν σε κοινωνικό –δημοτικό ιατρείο/φαρμακείο, ΜΚΟ για να καλύψουν τις ανάγκες τους αναφέρουν χειρότερη σωματική κατάσταση υγείας ($p = 0,001$) (πίνακας 156).

Πίνακας 156: Σύγκριση σωματικής κατάστασης υγείας και χρήσης κοινωνικού –δημοτικού ιατρείου/φαρμακείου, ΜΚΟ.

	Αριθμός	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	P value
Όχι	517	72,63	21,48	0,001
Ναι	101	55,40	25,69	
Δεν γνωρίζω το κοινωνικό-δημοτικό ιατρείο/φαρμακείο	107	59,49	21,26	

Anova, Post hoc: Bonferroni

7.11. Αποτελέσματα Οικονομετρικής Ανάλυσης

Μοντέλο κλίμακας IPED

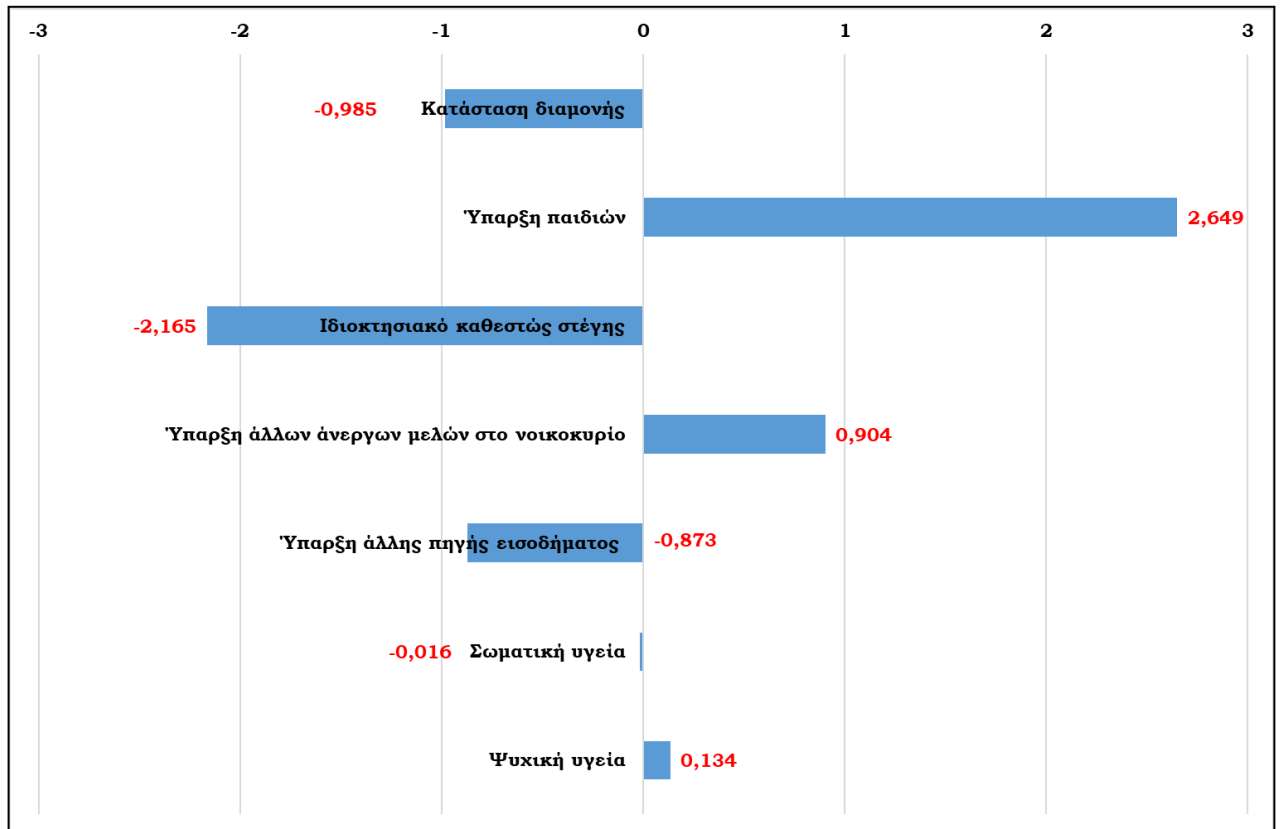
Στοχεύοντας στη διερεύνηση των προγνωστικών παραγόντων που επηρεάζουν την οικονομική δυσχέρεια των ανέργων, πραγματοποιήθηκε πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση (πίνακας 157, διάγραμμα 72). Ως εξαρτημένη μεταβλητή τέθηκε η κλίμακα IPED και ως ανεξάρτητες μεταβλητές τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος, η μακροχρόνια ή βραχυχρόνια ανεργία, η ψυχική και σωματική κατάσταση υγείας, η διατροφή και οι ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας του άνεργου πληθυσμού.

Πίνακας 157: Μοντέλο κλίμακας IPED

	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95,0% Confidence Interval for B	
	B	Std. Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound
(Constant)	11,947	1,104		10,823	0,000	9,779	14,115
Κατάσταση διαμονής	-0,985	0,419	-0,090	-2,351	0,019	-1,808	-0,162
Υπαρξη παιδιών	2,649	0,357	0,272	7,420	0,000	1,948	3,350
Ιδιοκτησιακό καθεστώς στέγασης	-2,165	0,386	-0,207	-5,613	0,000	-2,922	-1,407
Υπαρξη άλλων ανέργων μελών στο νοικοκυριό	0,904	0,389	0,085	2,323	0,021	0,140	1,668
Υπαρξη άλλης πηγής εισοδήματος	-0,873	0,377	-0,084	-2,315	0,021	-1,614	-0,132
Σωματική υγεία	-0,016	0,009	-0,072	-1,755	0,080	-0,034	0,002
Ψυχική υγεία	0,134	0,019	0,297	7,183	0,000	0,097	0,170

$$R^{2adj} = 0.241, F = 27,464, p = 0.001$$

Διάγραμμα 72: Μοντέλο κλίμακας IPED



Το μοντέλο κατέδειξε:

- Τα άτομα που διέμεναν με γονείς ή σύζυγο/σύντροφο είχαν μικρότερη βαθμολογία οικονομικής δυσχέρειας σε σχέση με τα άτομα που διέμεναν μόνοι/-ες ($b = -0,985$, $t = -2,351$, $p = 0,019$).
- Τα άτομα που είχαν παιδιά, είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία οικονομικής δυσχέρειας σε σχέση με τα άτομα χωρίς παιδιά ($b = 2,649$, $t = -7,420$, $p = 0,001$).
- Τα άτομα που διέμεναν σε ιδιόκτητο σπίτι, είχαν μικρότερη βαθμολογία οικονομικής δυσχέρειας σε σχέση με τα άτομα που διέμεναν σε ενοικιαζόμενο σπίτι ($b = -2,165$, $t = -5,613$, $p = 0,001$).
- Τα άτομα που στο νοικοκυριό τους είχαν και άλλα άνεργα μέλη, είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία οικονομικής δυσχέρειας σε σχέση με τα άτομα που είχαν άνεργα μέλη ($b = 0,904$, $t = 2,323$, $p = 0,021$).
- Τα άτομα που είχαν και άλλη πηγή εισοδήματος, είχαν μικρότερη βαθμολογία οικονομικής δυσχέρειας σε σχέση με τα άτομα που δεν είχαν άλλη πηγή ($b = -0,873$, $t = -2,315$, $p = 0,021$).

- ☛ Τα άτομα που δήλωσαν καλή σωματική κατάσταση υγείας αυξανόμενη κατά 1 μονάδα, είχαν μικρότερη βαθμολογία οικονομικής δυσχέρειας ($b = -0,016$, $t = -1,755$, $p = 0,080$).
- ☛ Τα άτομα που δήλωσαν κακή ψυχική κατάσταση υγείας, είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία οικονομικής δυσχέρειας ($b = 0,134$, $t = 7,183$, $p = 0,001$).

Μοντέλο κλίμακας CES-D

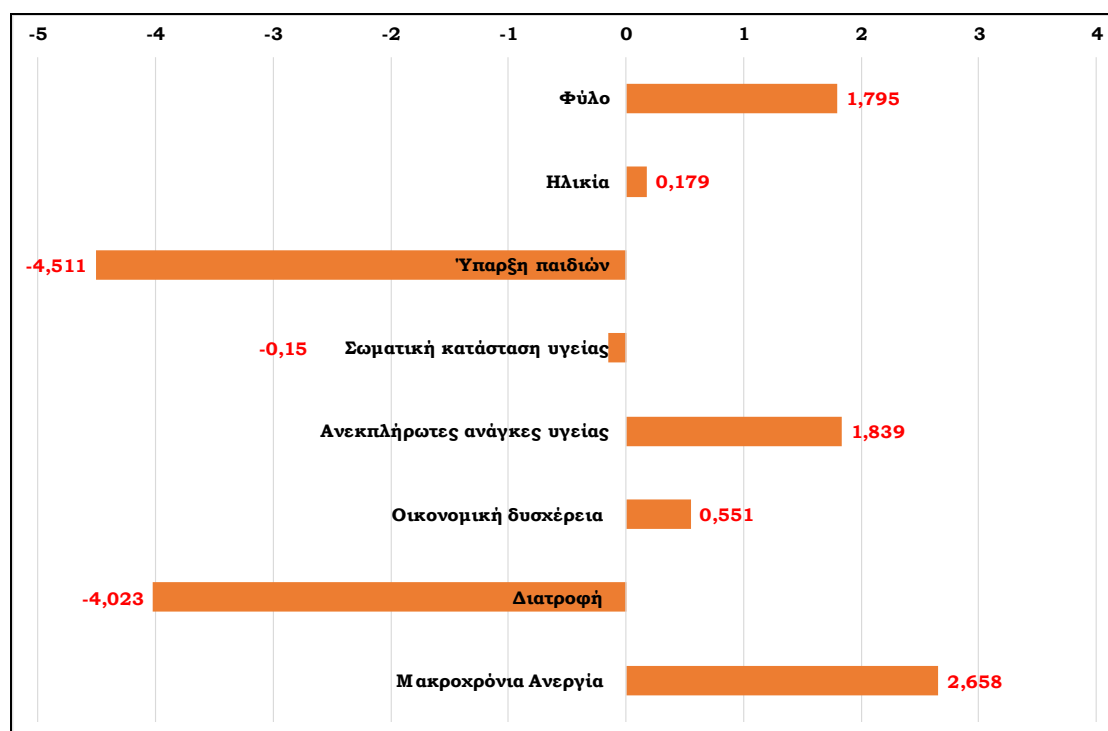
Στοχεύοντας στη διερεύνηση των προγνωστικών παραγόντων που επηρεάζουν την ύπαρξη καταθλιπτικών συμπτωμάτων (κλίμακα CES-D) των ανέργων, πραγματοποιήθηκε πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση (πίνακας 158, διάγραμμα 73). Ως εξαρτημένη μεταβλητή τέθηκε η κλίμακα CES-D και ως ανεξάρτητες μεταβλητές τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος, η μακροχρόνια ή βραχυχρόνια ανεργία, η σωματική κατάσταση υγείας, οι ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας, η οικονομική δυσχέρεια και η διατροφή του άνεργου πληθυσμού.

Πίνακας 158: Μοντέλο κλίμακας CES-D

	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95,0% Confidence Interval for B	
	B	Std. Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound
(Constant)	16,778	2,568		6,532	0,001	11,733	21,823
Φύλο	1,795	0,842	0,074	2,132	0,033	0,142	3,449
Ηλικία	0,179	0,045	0,163	4,001	0,001	0,091	0,267
Ύπαρξη παιδιών	-4,511	1,015	-0,178	-4,446	0,001	-6,504	-2,518
Σωματική κατάσταση υγείας	-0,150	0,020	-0,302	-7,700	0,001	-0,189	-0,112
Ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας	1,839	0,835	0,079	2,203	0,028	0,199	3,478
Οικονομική δυσχέρεια	0,551	0,084	0,244	6,567	0,001	0,386	0,716
Διατροφή	-4,023	0,891	-0,170	-4,513	0,001	-5,774	-2,272
Μακροχρόνια Ανεργία	2,658	0,825	0,114	3,221	0,001	1,037	4,279

$$R^{2adj} = 0.344, F = 38.030, p = 0.001$$

Διάγραμμα 73: Μοντέλο κλίμακας CES-D



Το μοντέλο κατέδειξε:

- Οι γυναίκες είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στην κλίμακα της ψυχικής υγείας ($b= 1,795$, $t= 2,132$, $p= 0,033$).
- Τα μεγαλύτερα σε ηλικία άτομα, είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στην κλίμακα της ψυχικής υγείας ($b= 0,179$, $t= 4,001$, $p= 0,001$).
- Τα άτομα που είχαν παιδιά, είχαν μικρότερη βαθμολογία στην κλίμακα της ψυχικής υγείας σε σχέση με τα άτομα χωρίς παιδιά ($b= -4,511$, $t= -4,446$, $p= 0,001$).
- Τα άτομα που δήλωσαν καλή σωματική κατάσταση υγείας αυξανόμενη κατά 1 μονάδα, είχαν μικρότερη βαθμολογία στην κλίμακα της ψυχικής υγείας ($b= -0,150$, $t= -7,700$, $p= 0,001$).
- Τα άτομα που είχαν ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας, είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στην κλίμακα της ψυχικής υγείας ($b= 1,839$, $t= 2,203$, $p= 0,028$).
- Τα άτομα που είχαν οικονομική δυσχέρεια αυξανόμενη κατά 1 μονάδα, είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στην κλίμακα της ψυχικής υγείας ($b= 0,551$, $t= 6,567$, $p= 0,001$).

- ☛ Τα άτομα που ακολουθούν υγιεινή διατροφή, είχαν μικρότερη βαθμολογία στην κλίμακα της ψυχικής υγείας ($b = -4,023$, $t = -4,513$, $p = 0,001$).
- ☛ Τα μακροχρόνια άνεργα άτομα, είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στην κλίμακα της ψυχικής υγείας ($b = 2,658$, $t = 3,221$, $p = 0,001$).

Μοντέλο Σωματικής Κατάστασης Υγείας

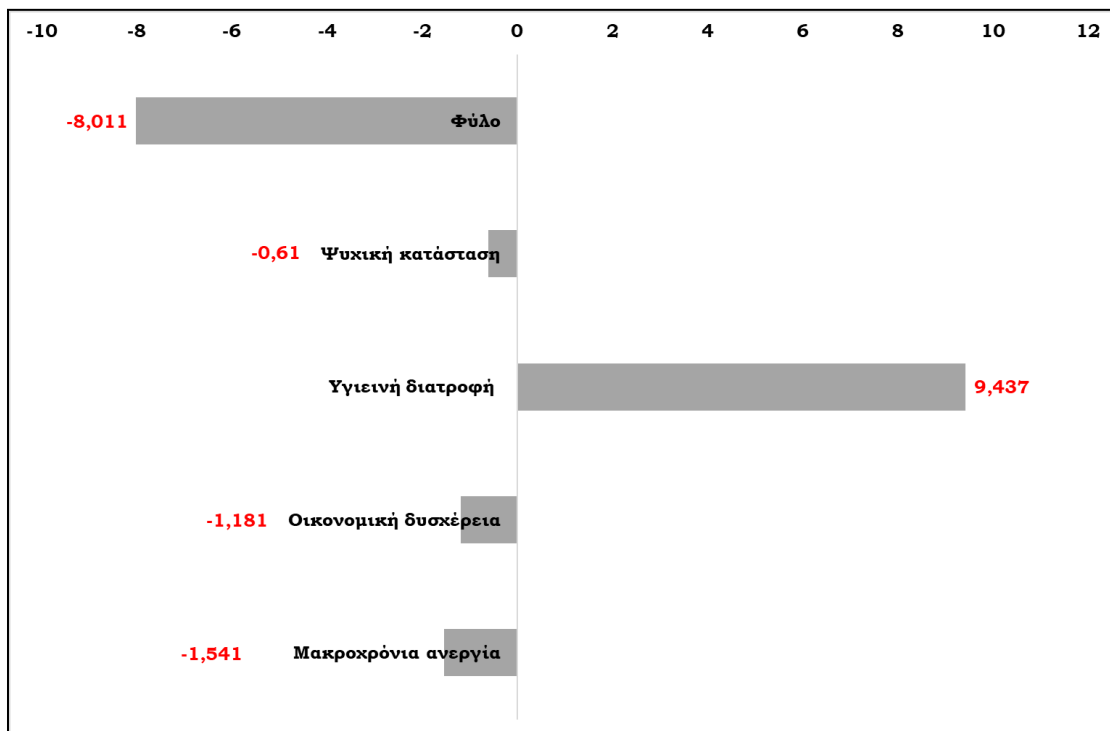
Στοχεύοντας στη διερεύνηση των προγνωστικών παραγόντων που επηρεάζουν τη σωματική κατάσταση υγείας, πραγματοποιήθηκε πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση (πίνακας 159, διάγραμμα 74). Ως εξαρτημένη μεταβλητή τέθηκε η σωματική κατάσταση υγείας και ως ανεξάρτητες μεταβλητές τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος, η μακροχρόνια ή βραχυχρόνια ανεργία, οι ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας, η οικονομική δυσχέρεια (κλίμακα IPED), η ψυχική υγεία (κλίμακα CES-D) και η διατροφή του άνεργου πληθυσμού.

Πίνακας 159: Μοντέλο σωματικής κατάστασης υγείας

	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95,0% Confidence Interval for B	
	B	Std. Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound
(Constant)	81,107	5,908		13,729	0,001	69,367	92,847
Φύλο	-8,011	4,567	-0,163	-1,754	0,083	-17,087	1,064
Συνολική CESD	-0,610	0,166	-0,356	-3,686	0,000	-,939	-,281
Υγιεινή διατροφή	9,437	4,169	0,215	2,263	0,026	1,151	17,722
Οικονομική δυσχέρεια	-1,181	0,162	-0,261	-7,284	0,001	-1,500	-0,863
Μακροχρόνια ανεργία	-1,541	0,319	-0,177	-4,836	0,001	-2,166	-0,915

$$R^{2adj} = 0.238, F = 10.478, p = 0.001$$

Διάγραμμα 74: Μοντέλο σωματικής κατάστασης υγείας



Το μοντέλο κατέδειξε:

- Οι γυναίκες είχαν μικρότερη βαθμολογία στην κλίμακα της σωματικής υγείας ($b = -8,011$, $t = -1,754$, $p = 0,083$).
- Τα άτομα με κακή ψυχική υγεία, είχαν μικρότερη βαθμολογία στην κλίμακα της σωματικής υγείας ($b = -0,610$, $t = -3,686$, $p = 0,001$).
- Τα άτομα που ακολουθούν υγιεινή διατροφή, είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στην κλίμακα της σωματικής υγείας ($b = 9,437$, $t = 2,263$, $p = 0,026$).
- Τα άτομα που είχαν οικονομική δυσχέρεια αυξανόμενη κατά 1 μονάδα, είχαν μικρότερη βαθμολογία στην κλίμακα της σωματικής υγείας ($b = -1,181$, $t = -7,284$, $p = 0,001$).
- Τα μακροχρόνια άνεργα άτομα, είχαν μικρότερη βαθμολογία στην κλίμακα της σωματικής υγείας ($b = -1,541$, $t = -4,836$, $p = 0,001$).

Μοντέλο Υγιεινής Διατροφής

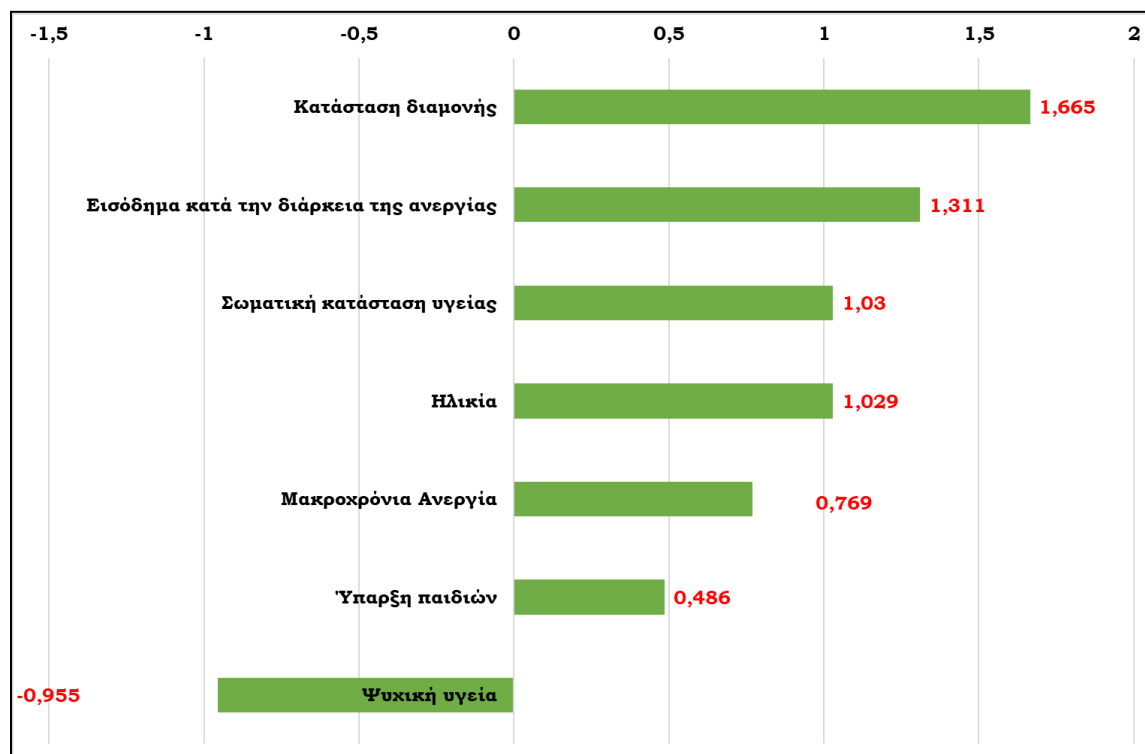
Στοχεύοντας στη διερεύνηση των προγνωστικών παραγόντων που επηρεάζουν την υγιεινή διατροφή των ανέργων, πραγματοποιήθηκε λογιστική παλινδρόμηση (πίνακας 160, διάγραμμα 75). Ως εξαρτημένη μεταβλητή τέθηκε η υγιεινή διατροφή και ως ανεξάρτητες μεταβλητές τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος, η μακροχρόνια ή βραχυχρόνια ανεργία, η σωματική κατάσταση υγείας, η οικονομική δυσχέρεια (κλίμακα IPED) και η ύπαρξη καταθλιπτικών συμπτωμάτων (κλίμακα CES-D) του άνεργου πληθυσμού.

Πίνακας 160: Μοντέλο υγιεινής διατροφής

	B	S.E.	Sig.	Exp (B)	95% C.I. for EXP(B)	
					Lower	Upper
Ηλικία	0,029	0,012	0,014	1,029	1,006	1,053
Κατάσταση διαμονής	0,510	0,230	0,027	1,665	1,060	2,615
Ύπαρξη παιδιών	-0,722	0,268	0,007	0,486	0,287	0,822
Εισόδημα κατά τη διάρκεια της ανεργίας	0,271	0,092	0,003	1,311	1,095	1,570
Σωματική κατάσταση υγείας	0,030	0,005	0,001	1,030	1,020	1,041
Ψυχική υγεία	-0,046	0,010	0,001	0,955	0,936	0,974
Μακροχρόνια Ανεργία	-0,263	0,542	0,001	0,769	0,266	2,223
Constant	-2,719	0,721	0,001	0,066		

Hosmer Lemeshow: $p = 0.222$, $\chi^2 = 140,556$ ($p \leq 0.05$), $2LL = 601,592$, R^2 (Nagelkerke) = 0,299

Διάγραμμα 75: Μοντέλο υγιεινής διατροφής



Το μοντέλο κατέδειξε:

- Όσο αυξάνει η ηλικία του ατόμου κατά 1 έτος, αυξάνει και η σχετική πιθανότητα να ακολουθούν συχνότερα υγιεινή διατροφή (OR=1,03, $p=0,014$).
- Τα άτομα που διέμεναν με γονείς ή σύζυγο/σύντροφο ακολουθούσαν συχνότερα υγιεινή διατροφή σε σχέση με τα άτομα που διέμεναν μόνοι/-ες. Πιο συγκεκριμένα, η σχετική πιθανότητα ήταν 1,67 φορές μεγαλύτερη στα άτομα που διέμεναν με γονείς ή σύζυγο/σύντροφο (OR=1,67, $p=0,027$).
- Τα άτομα που είχαν παιδιά δεν ακολουθούσαν συχνότερα υγιεινή διατροφή σε σχέση με τα άτομα που δεν είχαν. Πιο συγκεκριμένα, η σχετική πιθανότητα ήταν 0,48 φορές μικρότερη στα άτομα με παιδιά (OR=0,486, $p=0,007$).
- Όσο αυξάνει το εισόδημα των ατόμων κατά €1.000, αυξάνει και η σχετική πιθανότητα να ακολουθούν συχνότερα υγιεινή διατροφή (OR=1,311 $p=0,003$).
- Όσο αυξάνει η σωματική κατάσταση υγείας κατά 1 μονάδα των ατόμων, αυξάνει και η σχετική πιθανότητα να ακολουθούν συχνότερα υγιεινή διατροφή (OR=1,030, $p=0,001$).

- Όσο μειώνει η καλή ψυχική κατάσταση υγείας κατά 1 μονάδα των ατόμων, μειώνεται και η σχετική πιθανότητα να ακολουθούν συχνότερα υγιεινή διατροφή (OR=-0,955, p=0,001).
- Τα άτομο που ήταν μακροχρόνια άνεργα, δεν ακολουθούσαν συχνότερα υγιεινή διατροφή σε σχέση με τα άτομα που ήταν βραχυχρόνια. Πιο συγκεκριμένα, η σχετική πιθανότητα ήταν 0,769 φορές μικρότερη στους μακροχρόνια άνεργους (OR=0,769, p=0,001).

Μοντέλο Χρήσης Δημόσιων και Συμβεβλημένων Υπηρεσιών Υγείας

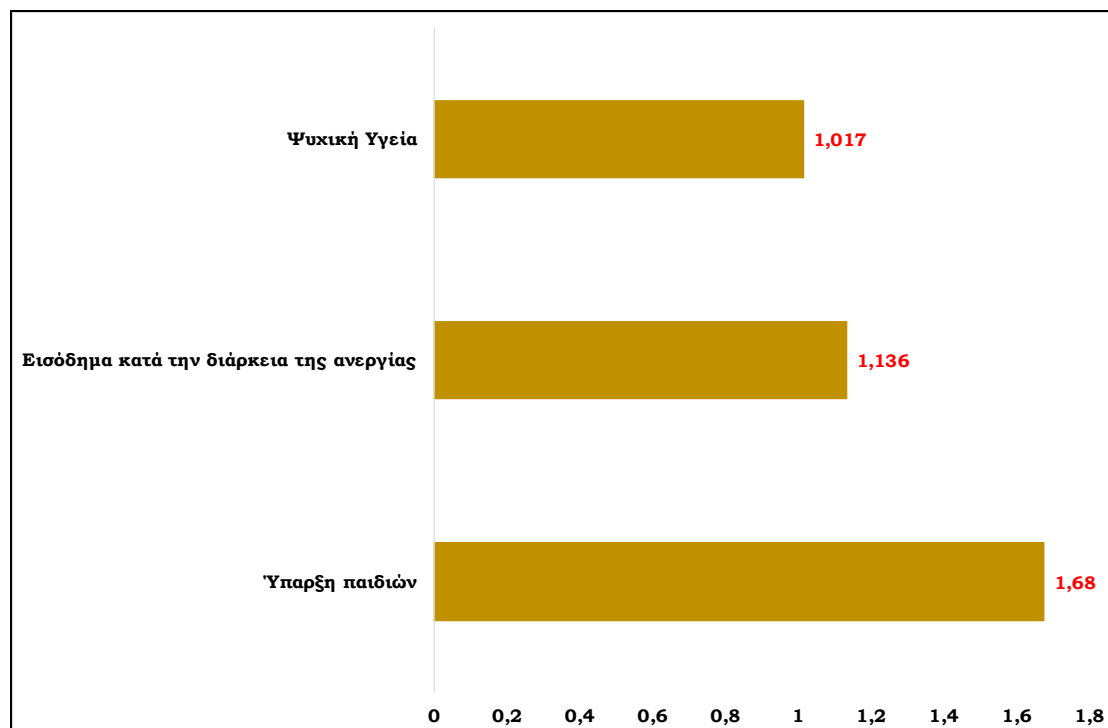
Στοχεύοντας στη διερεύνηση των προγνωστικών παραγόντων που επηρεάζουν την χρήση δημοσίων και συμβεβλημένων υπηρεσιών υγείας του άνεργου πληθυσμού, πραγματοποιήθηκε λογιστική παλινδρόμηση (πίνακας 161, διάγραμμα 76). Ως εξαρτημένη μεταβλητή τέθηκε η χρήση δημοσίων υπηρεσιών υγείας και ως ανεξάρτητες μεταβλητές τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος, η μακροχρόνια ή βραχυχρόνια ανεργία, η σωματική κατάσταση υγείας, η οικονομική δυσχέρεια (κλίμακα IPED), η ύπαρξη καταθλιπτικών συμπτωμάτων (κλίμακα CES-D) και οι ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας του άνεργου πληθυσμού.

Πίνακας 161: Μοντέλο χρήσης δημοσίων και συμβεβλημένων υπηρεσιών υγείας

	B	S.E.	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
					Lower	Upper
Ύπαρξη παιδιών	0,519	0,214	0,015	1,680	1,104	2,558
Εισόδημα κατά τη διάρκεια της ανεργίας	0,128	0,074	0,025	1,136	0,983	1,314
Ψυχική υγεία	0,017	0,009	0,056	1,017	1,000	1,034
Constant	-2,138	0,286	0,000	0,118		

Hosmer Lemeshow: $p = 0.257$, $\chi^2 = 11,927$ ($p \leq 0.05$), $2LL = 615,437$, R^2 (Nagelkerke) = 0,030

Διάγραμμα 76: Μοντέλο χρήσης δημόσιων και συμβεβλημένων υπηρεσιών υγείας



Το μοντέλο κατέδειξε:

- Τα άτομα που είχαν παιδιά χρησιμοποίησαν συχνότερα τις δημόσιες και συμβεβλημένες υπηρεσίες υγείας σε σχέση με τα άτομα που δεν είχαν. Πιο συγκεκριμένα, η σχετική πιθανότητα ήταν 1,680 φορές μεγαλύτερη στα άτομα με παιδιά (OR=1,680, p=0,015).
- Όσο αυξάνει το εισόδημα των ατόμων κατά €1.000, αυξάνει και η σχετική πιθανότητα να χρησιμοποιήσουν συχνότερα τις δημόσιες και συμβεβλημένες υπηρεσίες υγείας (OR=1,136 p=0,025).
- Όσο αυξάνει η ψυχική κατάσταση υγείας κατά 1 μονάδα των ατόμων, αυξάνει η σχετική πιθανότητα να χρησιμοποιήσουν συχνότερα τις δημόσιες και συμβεβλημένες υπηρεσίες υγείας (OR=1,017, p=0,056).

Μοντέλο Χρήσης Ιδιωτικών Υπηρεσιών Υγείας

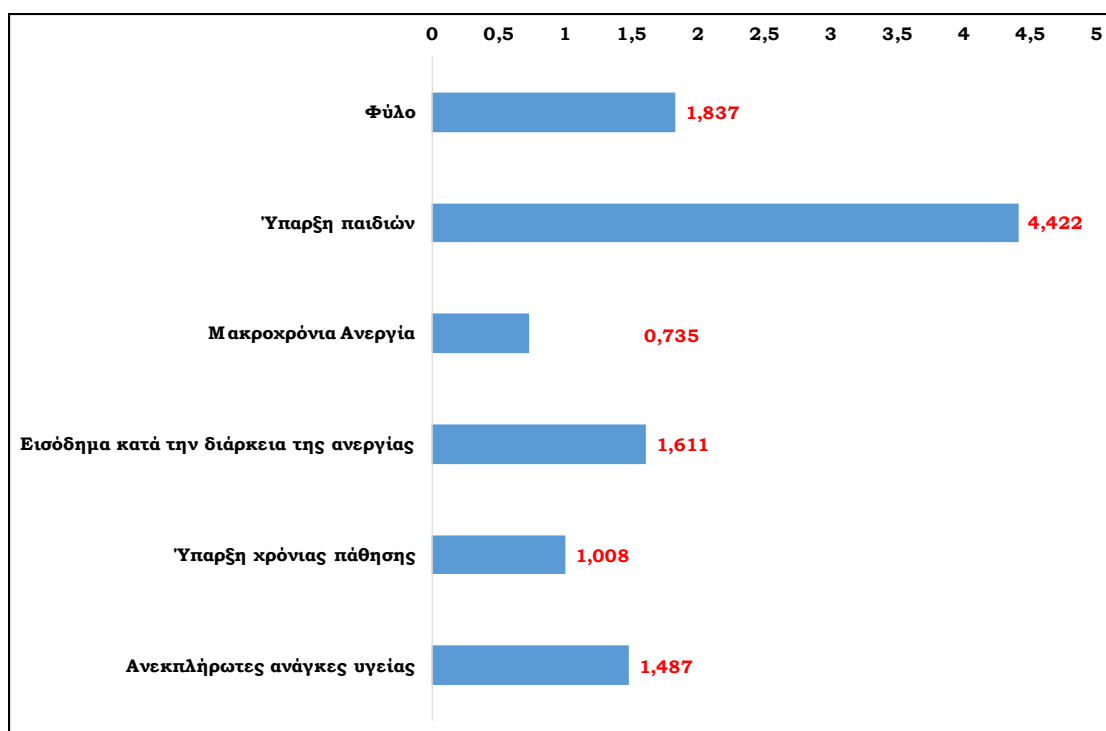
Στοχεύοντας στη διερεύνηση των προγνωστικών παραγόντων που επηρεάζουν την χρήση ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας του άνεργου πληθυσμού, πραγματοποιήθηκε λογιστική παλινδρόμηση (πίνακας 159, διάγραμμα 77). Ως εξαρτημένη μεταβλητή τέθηκε η χρήση ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας και ως ανεξάρτητες μεταβλητές τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος, η μακροχρόνια ή βραχυχρόνια ανεργία, η σωματική κατάσταση υγείας, η οικονομική δυσχέρεια (κλίμακα IPED), η ύπαρξη καταθλιπτικών συμπτωμάτων (κλίμακα CES-D) και οι ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας του άνεργου πληθυσμού.

Πίνακας 162: Μοντέλο χρήσης ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας

	B	S.E.	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
					Lower	Upper
Φύλο	0,608	0,199	0,002	1,837	1,243	2,714
Ύπαρξη παιδιών	1,487	0,225	0,001	4,422	2,845	6,872
Μακροχρόνια Ανεργία	-0,307	0,218	0,159	0,735	0,480	1,128
Εισόδημα κατά τη διάρκεια της ανεργίας	0,477	0,081	0,001	1,611	1,373	1,890
Ύπαρξη χρόνιας πάθησης	0,008	0,004	0,007	1,008	0,999	1,016
Ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας	0,719	0,197	0,001	1,487	1,331	1,718
Constant	-2,161	0,423	0,001	0,115		

Hosmer Lemeshow: $p = 0.129$, $\chi^2 = 145,656$ ($p \leq 0.05$), $2LL = 717,927$, R^2 (Nagelkerke) = 0,278

Διάγραμμα 77: Μοντέλο χρήσης ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας



Το μοντέλο κατέδειξε:

- Οι γυναίκες χρησιμοποίησαν συχνότερα τις ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας. Η σχετική πιθανότητα ήταν 1,837 φορές μεγαλύτερη στις γυναίκες σε σύγκριση με τους άνδρες (OR=1,837, p=0,002).
- Τα άτομα που είχαν παιδιά χρησιμοποίησαν συχνότερα τις ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας σε σχέση με τα άτομα που δεν είχαν. Πιο συγκεκριμένα, η σχετική πιθανότητα ήταν 4,422 φορές μεγαλύτερη στα άτομα με παιδιά (OR=4,422, p=0,001).
- Όσο αυξάνει το εισόδημα των ατόμων κατά €1.000, αυξάνει και η σχετική πιθανότητα να χρησιμοποιήσουν συχνότερα τις δημόσιες και συμβεβλημένες υπηρεσίες υγείας (OR=1,136 p=0,025).
- Τα άτομα που είχαν μακροχρόνια ασθένεια χρησιμοποίησαν συχνότερα τις ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας σε σχέση με τα άτομα που δεν είχαν. Η σχετική πιθανότητα ήταν 1,008 φορές μεγαλύτερη στα άτομα με ασθένεια (OR=1,008, p=0,007).
- Τα άτομα που δήλωσαν ανεκπλήρωτη ανάγκη χρησιμοποίησαν συχνότερα τις ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας. Η σχετική πιθανότητα ήταν 1,487 φορές μεγαλύτερη στα άτομα με ασθένεια (OR=1,487, p=0,001).

Μοντέλο Δαπανών Συνασφάλισης

Στοχεύοντας στη διερεύνηση των προγνωστικών παραγόντων που επηρεάζουν τις δαπάνες συνασφάλισης (σε δημόσιες και συμβεβλημένες υπηρεσίες υγείας) των ανέργων, πραγματοποιήθηκε πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση (πίνακας 160). Ως εξαρτημένη μεταβλητή τέθηκαν οι δαπάνες συνασφάλισης και ως ανεξάρτητες μεταβλητές τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος, η μακροχρόνια ή βραχυχρόνια ανεργία, η σωματική κατάσταση υγείας, οι ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας, η οικονομική δυσχέρεια (κλίμακα IPED), η ύπαρξη καταθλιπτικών συμπτωμάτων (κλίμακα CES-D) και η διατροφή του άνεργου πληθυσμού.

Πίνακας 163: Μοντέλο δαπανών συνασφάλισης

	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95,0% Confidence Interval for B	
	B	Std. Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound
(Constant)	150,649	78,012		1,931	0,056	-3,795	305,094
Ύπαρξη παιδιών	300,274	125,556	0,213	2,392	0,018	51,703	548,846
Μακροχρόνια Ανεργία	-249,650	132,348	0,168	-1,886	0,062	-12,367	511,668

$$R^{2adj} = 0.075, F = 6.003, p = 0.003$$

Το μοντέλο κατέδειξε:

- Τα άτομα που είχαν παιδιά, είχαν αυξημένες ετήσιες δαπάνες συνασφάλισης, σε σύγκριση με τα άτομα που δεν είχαν παιδιά ($b=300$, $t= 2,392$, $p= 0,018$).
- Τα μακροχρόνια άνεργα άτομα είχαν μειωμένες ετήσιες δαπάνες συνασφάλισης, σε σύγκριση με τα βραχυχρόνια άνεργα άτομα ($b=-249$, $t= -1,886$, $p= 0,062$).

Μοντέλο Δαπανών Άμεσων Πληρωμών

Στοχεύοντας στη διερεύνηση των προγνωστικών παραγόντων που επηρεάζουν τις δαπάνες για άμεσες πληρωμές (σε ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας) των ανέργων, πραγματοποιήθηκε πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση (πίνακας 164). Ως εξαρτημένη μεταβλητή τέθηκαν οι δαπάνες άμεσων πληρωμών και ως

ανεξάρτητες μεταβλητές τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος, η μακροχρόνια ή βραχυχρόνια ανεργία, η σωματική κατάσταση υγείας, οι ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας, η οικονομική δυσχέρεια (κλίμακα IPED), η ύπαρξη καταθλιπτικών συμπτωμάτων (κλίμακα CES-D) και η διατροφή του άνεργου πληθυσμού.

Πίνακας 164: Μοντέλο δαπανών άμεσων πληρωμών

	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95,0% Confidence Interval for B	
	B	Std. Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound
(Constant)	-1905,137	512,940		-3,714	0,001	-2914,434	-895,840
Ύπαρξη παιδιών	1356,959	281,171	0,252	4,826	0,001	803,707	1910,211
Εκπαίδευση	198,652	114,152	0,091	1,740	0,083	-25,962	423,266
Εισόδημα κατά τη διάρκεια της ανεργίας	741,436	93,729	0,398	7,910	0,001	557,007	925,865

$$R^{2adj} = 0.211, F = 28.868, p = 0.001$$

Το μοντέλο κατέδειξε:

- Τα άτομα που είχαν παιδιά, είχαν αυξημένες ετήσιες δαπάνες άμεσων πληρωμών, σε σύγκριση με τα άτομα που δεν είχαν παιδιά (b=1356, t= 4,826, p= 0,001).
- Όσο αυξάνει η εκπαίδευση των ατόμων κατά 1 επίπεδο, έχουν αυξημένες ετήσιες δαπάνες άμεσων πληρωμών (b=198, t= 1,740, p= 0,083).
- Όσο αυξάνει το εισόδημα του νοικοκυριού κατά €1000, τα άτομα έχουν αυξημένες ετήσιες δαπάνες άμεσων πληρωμών (b=741, t= 7,910, p=0,001).

Μοντέλο Συνολικών Δαπανών Υγείας

Στοχεύοντας στη διερεύνηση των προγνωστικών παραγόντων που επηρεάζουν τις συνολικές δαπάνες υγείας (συνασφάλιση και άμεσες πληρωμές) των ανέργων, πραγματοποιήθηκε πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση (πίνακας 165, διάγραμμα 78). Ως εξαρτημένη μεταβλητή τέθηκαν οι συνολικές δαπάνες υγείας και ως ανεξάρτητες μεταβλητές τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος, η μακροχρόνια ή βραχυχρόνια ανεργία, η

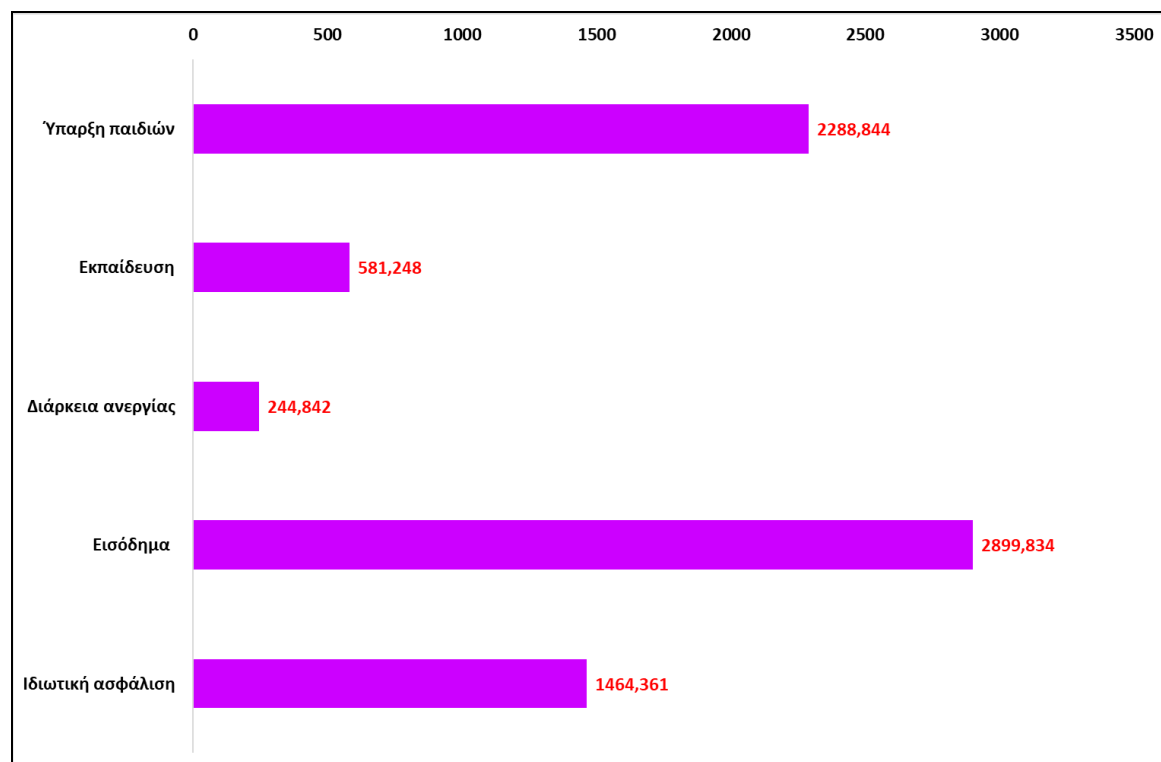
σωματική κατάσταση υγείας, οι ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας, η οικονομική δυσχέρεια (κλίμακα IPED), η ύπαρξη καταθλιπτικών συμπτωμάτων (κλίμακα CES-D) και η διατροφή του άνεργου πληθυσμού.

Πίνακας 165: Μοντέλο συνολικών δαπανών υγείας

	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95,0% Confidence Interval for B	
	B	Std. Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound
(Constant)	-3559,026	1692,992		-2,102	0,039	-6927,550	-190,502
Υπαρξη παιδιών	2288,844	533,755	0,346	4,288	0,000	1226,839	3350,849
Εκπαίδευση	581,248	268,545	0,170	2,164	0,033	46,929	1115,568
Μακροχρόνια Ανεργία	244,842	138,284	0,144	1,771	0,080	-30,299	519,984
Εισόδημα κατά τη διάρκεια της ανεργίας	2899,834	392,403	1,017	7,390	0,000	2119,076	3680,593
Ιδιωτική ασφάλιση	1464,361	733,358	0,153	1,997	0,049	5,209	2923,514

$$R^{2adj} = 0.518, F = 14.515, p = 0.001$$

Διάγραμμα 78: Μοντέλο συνολικών δαπανών υγείας



Το μοντέλο κατέδειξε:

- Τα άτομα που είχαν παιδιά, είχαν αυξημένες ετήσιες δαπάνες υγείας, σε σύγκριση με τα άτομα που δεν είχαν παιδιά ($b=2288$, $t= 4,288$, $p= 0,001$).
- Όσο αυξάνει η εκπαίδευση των ατόμων κατά 1 επίπεδο, έχουν αυξημένες ετήσιες δαπάνες υγείας ($b=581$, $t= 2,164$, $p= 0,033$).
- Τα μακροχρόνια άνεργα άτομα μειώνει είχαν αυξημένες ετήσιες δαπάνες υγείας, σε σύγκριση με τα βραχυχρόνια άνεργα άτομα ($b=244$, $t= 1,771$, $p= 0,080$).
- Όσο αυξάνει το εισόδημα του νοικοκυριού κατά €1000, τα άτομα έχουν αυξημένες ετήσιες δαπάνες υγείας ($b=2899$, $t= 7,390$, $p=0,001$).
- Τα άτομα με ιδιωτική ασφάλιση, είχαν αυξημένες ετήσιες δαπάνες υγείας, σε σύγκριση με τα άτομα χωρίς ιδιωτική ασφάλιση ($b=1464$, $t= 1,997$, $p= 0,049$).

Συμπερασματικά από τα παραπάνω μοντέλα αποδείχθηκε ότι η διάρκεια της ανεργίας, το επίπεδο σωματικής και ψυχικής υγείας, η οικονομική δυσχέρεια, ο τρόπος ζωής καθώς και η ζήτηση για υπηρεσίες υγείας αποτελούν σημαντικούς παράγοντες που αλληλοεπηρεάζονται και αναδεικνύουν αμφίδρομες σχέσεις μεταξύ τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Δεδομένου ότι η Ελλάδα έχει το υψηλότερο ποσοστό ανεργίας και απώλειας εισοδήματος μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών (Eurostat Database 2018) κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης, η παρούσα διατριβή στοχεύει στη διερεύνηση των σχέσεων και καταγραφή των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα στο επίπεδο υγείας του άνεργου πληθυσμού.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα αποδείχθηκε ότι οι άνεργοι έχουν περιέλθει σε υψηλή οικονομική δυσχέρεια, η σωματική και ψυχική τους υγεία έχει επιδεινωθεί και η χρήση των υπηρεσιών υγείας έχει περιοριστεί λόγω οικονομικής αδυναμίας στη συνασφάλιση. Θετικό είναι το εύρημα ότι οι άνεργοι διατήρησαν την υγιεινή τους διατροφή και δεν υιοθέτησαν συμπεριφορές κινδύνου. Η στάθμιση των δημογραφικών και κοινωνικοοικονομικών χαρακτηριστικών του δείγματος διαφοροποιεί σημαντικά τα αποτελέσματα.

Τα περισσότερα από τα παραπάνω ευρήματα ταυτίζονται με την ελληνική και διεθνή βιβλιογραφία. Αναφορικά με τη μείωση του εισοδήματος προσεγγίζει ένα βασικό μισθό, με συνέπεια οι περισσότεροι από τους μισούς να δυσκολεύονται να ανταπεξέλθουν στις καθημερινές υποχρεώσεις τους. Η συρρίκνωση του εισοδήματος των ανέργων έχει αναφερθεί και από τη διεθνή βιβλιογραφία, όπου σύμφωνα με τους Johnson και Feng (2013) το εισόδημα του νοικοκυριού των ανέργων μειώνεται κατά >40%, έχοντας περισσότερες πιθανότητες να είναι υπερχρεωμένοι σε σχέση με τον εργαζόμενο πληθυσμό (Du Caju και συν. 2016). Σχεδόν 2 στους 10 ανέργους δήλωσαν ότι απασχολούνται σε περιστασιακές εργασίες, καθόλου παράδοξο σε μια χώρα με υψηλά ποσοστά αδήλωτης εργασίας (Καψάλης 2015). Επίσης, η οικονομική στήριξη από το οικογενειακό περιβάλλον αποτελεί μια σημαντική πηγή εσόδων για τους ανέργους, καθώς ιστορικά η Ελλάδα διαθέτει ακόμη ισχυρούς οικογενειακούς δεσμούς, παρέχοντας ένα δίκτυο ασφάλειας.

Η μακροχρόνια ανεργία αποδείχθηκε ως σημαντικός παράγοντας αύξησης της οικονομικής δυσχέρειας. Πρέπει να επισημανθεί ότι το επίδομα ανεργίας για βραχυχρόνια ανέργους ανέρχεται σε €360 το μήνα προσαυξανόμενο για κάθε επιπλέον μέλος της οικογένειας, ενώ για μακροχρόνια σε 200€ το οποίο χορηγείται μόνο για 12 μήνες. Η μέση διάρκεια της μακροχρόνιας ανεργίας σύμφωνα με το δείγμα εκτιμήθηκε σε 4 έτη, δικαιολογώντας την υψηλή

οικονομική δυσχέρεια στην οποία επέρχεται ο άνεργος. Αντίστοιχη έρευνα του Nichols (2012) αναφέρει ότι οι μακροχρόνια άνεργοι έχουν σχεδόν 2 φορές περισσότερες πιθανότητες να είναι φτωχοί, σε σχέση με τους βραχυχρόνια άνεργους και 4 φορές σε σχέση με τους εργαζόμενους. Τα υψηλά ποσοστά ανεργίας των γυναικών, η αύξηση της ηλικίας των ατόμων και το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης που συνεπάγεται μειωμένες δεξιότητες, οδηγούν σε υψηλή οικονομική δυσχέρεια.

Όσον αφορά την κατάσταση υγείας διαπιστώθηκε ότι έχει επιδεινωθεί σε σύγκριση με το χρονικό διάστημα πριν την ανεργία. Τα οφέλη της εργασίας συμβάλλουν στην ατομική και κοινωνική ευημερία είτε μέσω της εξασφάλισης οικονομικής σταθερότητας είτε μέσω του αισθήματος ελέγχου της ζωής. Πληθώρα ξένων και ελληνικών μελετών συγκλίνουν στο ότι η ανεργία συνδέεται με επιζήμιες επιπτώσεις για την υγεία και ότι πρέπει να αποτελεί πρωταρχικό στόχο για τους φορείς χάραξης πολιτικής (Janlert και συν. 2014, Tøge και συν. 2015, Drykakis 2015, Vaalavuo και συν. 2016). Ενδιαφέρον έχει η ευρωπαϊκή μελέτη των Voßmer και συν. (2017) στην οποία αναφέρεται ότι τα υψηλότερα επιδόματα ανεργίας αντισταθμίζουν τις αρνητικές επιπτώσεις της ανεργίας στην ευημερία, αλλά όχι στην κατάσταση υγείας. Το φύλο, η εκπαίδευση, το εισόδημα και η διάρκεια της ανεργίας αποτελούν προγνωστικούς παράγοντες της σωματικής υγείας όπως έχει αναφερθεί και σε σχετικές μελέτες (Alexopoulos και Geitona 2009, Nishikitani και συν. 2012, Vives και συν. 2013, Dawson και συν. 2015, Drykakis 2015, Vågerö και συν. 2016, Bacci και συν. 2017).

Σχετικά με τη ψυχική υγεία, περισσότεροι από τους μισούς άνεργους παρουσίασαν καταθλιπτικά συμπτώματα. Η ανεργία συνδέεται με απουσία του ατόμου από τις κοινωνικές σχέσεις, την κοινωνική δικτύωση και πρόσβαση σε ομαδικά επιτεύγματα. Η σύνδεση της ανεργίας και της ψυχικής υγείας έχει μελετηθεί εκτενώς στη διεθνή (Farré και συν. 2018, Wege και συν. 2017, Rodrigues και συν. 2017, Cygan-Rehm και συν. 2017, Liu και συν. 2015, Olesen και συν. 2013) και ελληνική βιβλιογραφία (Efthimiou και συν. 2013, Madianos και συν. 2014, Drykakis 2015). Για παράδειγμα, στη μελέτη των Wege και συν. (2017) αποδείχθηκε ότι η ανεργία και η εργασιακή ανασφάλεια σχετίζονται με υψηλό κίνδυνο κατάθλιψης και κακής ψυχικής υγείας. Ο Olesen και συν. (2013) αναφέρουν ότι η ψυχική υγεία είναι ταυτόχρονα συνέπεια και παράγοντας κινδύνου της ανεργίας. Οι μελέτες για τον ελληνικό

άνεργο πληθυσμό αναφέρουν υψηλό κίνδυνο κατάθλιψης, ακόμη και τάσεις αυτοκτονίας (Madianos και συν. 2014). Αξίζει να σημειωθεί ότι η έρευνα των Thomaidis και συν. (2016) στα αστικά λύματα της Αθήνας απέδειξε σημαντική αύξηση από το 2010 έως το 2014 σε αντικαταθλιπτικά (11 φορές), αγχολυτικά (19 φορές) και αντιψυχωσικά (35 φορές) φάρμακα. Σύμφωνα με τους συγγραφείς, η αύξηση της χρήσης τέτοιων φαρμάκων έχει ακολουθήσει χρονικά την αύξηση της ανεργίας και την πτώση του ΑΕΠ.

Επιπλέον, οι κοινωνικοδημογραφικοί παράγοντες φάνηκαν να επηρεάζουν σημαντικά τη ψυχική υγεία του δείγματος των άνεργων. Οι άνεργες γυναίκες παρουσιάζουν υψηλότερη καταθλιπτική προδιάθεση, εύρημα που συμφωνεί με αρκετές μελέτες (Eliason και Storrie 2010, Buu 2011, Silva και συν. 2016). Στην αντίθετη άποψη καταλήγουν μελέτες των Strandh και συν. (2013) και Rodrigues και συν. (2017) όπου αναφέρουν ότι οι άνεργοι άνδρες έχουν περισσότερες πιθανότητες να παρουσιάσουν κακή ψυχική υγεία πιθανόν λόγω του αρχέτυπου ρόλου τους ως κυρίαρχο πρότυπο παραγωγής και του στίγματος της ανεργίας. Το γεγονός ότι οι μεγαλύτεροι σε ηλικία άνεργοι έχουν υψηλότερο κίνδυνο κακής ψυχικής υγείας, όπως και οι άνεργοι με χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης συμπίπτει και με τη διεθνή βιβλιογραφία (Mandal και συν. 2011, Barrachina και συν. 2011, Waithaka και συν. 2014, Córdoba-Doña και συν. 2016, Batic-Mujanovic και συν. 2017, Puig- Huegaerts και συν. 2018). Επίσης, η έρευνα απέδειξε ότι όσο αυξάνει η διάρκεια της ανεργίας επιδεινώνεται η κακή ψυχική υγεία, που συνάδει με αρκετές έρευνες της βιβλιογραφίας (Batic-Mujanovic 2017, Thern και συν. 2017, Milner και συν. 2013, Herbig και συν. 2013). Τα άνεργα άτομα υφίστανται μια σταδιακή απώλεια της συναισθηματικής ευημερίας. Οι πρώτοι μήνες ανεργίας χαρακτηρίζονται από συναισθηματικό αιφνιδιασμό, στη συνέχεια η παράταση της μη εύρεσης εργασίας συνδέεται με απαισιοδοξία και τελικά με μοιρολατρία.

Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι οι άνεργοι δεν άλλαξαν διατροφικές συνήθειες και συνέχισαν την υγιεινή διατροφή τους. Θετικό ήταν το εύρημα ότι η χρήση αλκοόλ και καπνού δεν αυξήθηκε. Η μη επιρροή της διατροφής και των ανθυγιεινών συμπεριφορών υγείας ίσως εξηγείται από το σύγχρονο καταναλωτικό πρότυπο και την προώθηση πολιτικών που προάγουν υγιεινές διατροφικές συνήθειες και καλύτερο τρόπο ζωής στον πληθυσμό. Εξάλλου, οι Έλληνες είναι γνωστό ότι ακολουθούν τη μεσογειακή διατροφή, η οποία αποτελεί και οικονομική επιλογή σε σχέση με τα συσκευασμένα

επεξεργασμένα και έτοιμα τρόφιμα με συνέπεια να μην επηρεάζονται από κοινωνικοοικονομικές αλλαγές. Οι διεθνείς μελέτες δίστανται ως προς τη σύνδεση της ανεργίας και των συμπεριφορών κινδύνου και υγείας. Ειδικότερα, οι Jofre-Bonet και συν. (2018), Kaiser και συν. (2017), Ganong και Noel (2015) επισημαίνουν ότι δεν υπάρχει σχέση αιτίας αιτιατού μεταξύ ανεργίας και συμπεριφορών υγείας / παραγόντων κινδύνου. Αντίθετα, μελέτες των Vancea και Utzet (2017), Gough (2017) αναφέρουν ότι η ανεργία αυξάνει το κάπνισμα, το αλκοόλ και την ανθυγιεινή διατροφή. Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, οι άνεργοι με χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο έχουν περισσότερες πιθανότητες να υιοθετήσουν συμπεριφορές κινδύνου, ενώ αντίθετα τα άνεργα άτομα με παιδιά και οι μακροχρόνια άνεργοι έχουν την τάση να ακολουθούν υγιεινές συμπεριφορές.

Η πλειοψηφία του δείγματος επιλέγει την παροχή υπηρεσιών υγείας κυρίως από το δημόσιο σύστημα υγείας ή τις συμβεβλημένες υπηρεσίες υγείας. Ωστόσο, χαμηλό ποσοστό ανέργων πραγματοποιεί προληπτικές εξετάσεις, επιλέγοντας μόνο τις αναγκαίες υπηρεσίες υγείας και όχι την πρόληψη και προαγωγή αυτής. Η χρήση ιατρικής φροντίδας και προληπτικού ελέγχου σε δημόσιες ή συμβεβλημένες υπηρεσίες υγείας του άνεργου πληθυσμού είναι περίπου 30% χαμηλότερη σε σχέση με τον γενικό ελληνικό πληθυσμό (ΕΛΣΤΑΤ, 2018). Το εύρημα αυτό αποδεικνύει ότι οι άνεργοι αναβάλλουν την φροντίδα για την υγεία τους, λόγω αδυναμίας συμμετοχής στο κόστος, και δίνουν προτεραιότητα στην κάλυψη άλλων αναγκαιών και καθημερινών υποχρεώσεων. Η πραγματικότητα αυτή οδηγεί σε επιδείνωση της υγείας τους με επακόλουθα την μελλοντική επαύξηση της χρήσης υπηρεσιών υγείας και κατανάλωση φαρμάκων καθώς επίσης και του κόστους υγείας.

Η χρήση των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας και συγκεκριμένα η οδοντιατρική φροντίδα και οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας αποδείχθηκε υψηλή. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι άνεργοι που χρειάστηκαν υπηρεσίες ψυχικής υγείας απευθύνθηκαν σε ιδιώτη ψυχολόγο ή ψυχοθεραπευτή, καθώς το ασφαλιστικό ταμείο ΕΟΠΥΥ, από το οποίο καλύπτονται οι άνεργοι, δεν διαθέτει συμβάσεις με τέτοιες ειδικότητες ενώ στο Εθνικό Σύστημα Υγείας παρέχονται υπηρεσίες μόνο από ψυχίατρο - νευρολόγο. Ωστόσο, κανένας άνεργος δεν επισκέφθηκε ψυχίατρο - νευρολόγο του ΕΣΥ, πιθανόν λόγω του φόβου του σιγματισμού από τον κοινωνικό περίγυρο. Όσον αφορά την οδοντιατρική φροντίδα, είναι γνωστή η έλλειψη οδοντιάτρων στο δημόσιο σύστημα υγείας, αλλά και η απουσία

συμβεβλημένων με τον ΕΟΠΥΥ, οδηγώντας αναγκαστικά σε χρήση ιδιωτών οδοντιάτρων.

Ενδιαφέροντα είναι τα ευρήματα σχετικά με την οικονομική επιβάρυνση των ανέργων για τις υπηρεσίες υγείας, όπου ανήλθαν σε €1.520 ετησίως ανά νοικοκυριό. Το υψηλότερο μερίδιο των δαπανών υγείας συνιστούν οι άμεσες πληρωμές των ανέργων (80%) και όχι η συμμετοχή στο κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών. Τα αποτελέσματα αυτά συνάδουν με αντίστοιχες έρευνες για τον ελληνικό πληθυσμό που αναφέρουν ότι οι υψηλές ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία, κυρίως με τη μορφή άμεσων πληρωμών, ήταν ανέκαθεν σημαντικό χαρακτηριστικό του ελληνικού συστήματος υγείας και εξακολουθούν να αυξάνονται (Geitona και συν. 2007, Τούντας 2016, IOBE 2017, ΟΟΣΑ 2017, Economidou και συν. 2017, Σουλιώτης 2018).

Πρέπει να επισημανθεί ότι ο Νόμος 4368/2016 έδωσε τη δυνατότητα σε όλους τους ανέργους να λαμβάνουν δωρεάν δημόσιες υπηρεσίες υγείας όπως οι ασφαλισμένοι, με την ίδια ωστόσο συμμετοχή στο κόστος των φαρμάκων και στην ιατρική φροντίδα σε περίπτωση επίσκεψης συμβεβλημένων ιατρών. Το παράδοξο είναι ότι οι ασφαλισμένοι διαθέτουν τουλάχιστον ένα βασικό εισόδημα, σε σύγκριση με τους ανέργους όπου κάποιοι δεν διαθέτουν καθόλου και στηρίζονται μόνο στη βοήθεια της οικογένειας ή σε περιστασιακές εργασίες.

Περίπου 40% των ανέργων δήλωσαν ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας λόγω οικονομικής αδυναμίας στη συνασφάλιση. Αντίστοιχες ευρωπαϊκές μελέτες συμφωνούν με τα αποτελέσματα αυτά και επισημαίνουν ότι οι ευάλωτες ομάδες, όπως οι άνεργοι, κινδυνεύουν περισσότερο από τη μειωμένη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, με αποτέλεσμα την αύξηση των ανεκπλήρωτων αναγκών και των ανισοτήτων στην υγεία (Kentikelenis και συν. 2011, Maruthappu και συν. 2016, Ohlsson και συν. 2016, Lima και συν. 2015). Είναι γεγονός ότι οι ανισότητες στην υγεία συσχετίζονται με αυξημένη εισοδηματική ανισότητα, η οποία αποτελεί συνέπεια μιας πολιτικής-οικονομικής διαδικασίας, όπως η ανεργία. Κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης, οι ανισότητες στην υγεία διευρύνθηκαν επιφέροντας πολλαπλασιαστικές αρνητικές συνέπειες στον άνεργο πληθυσμό.

Εντύπωση προκαλεί το γεγονός ότι παρά τις υψηλές ανεκπλήρωτες ανάγκες, χαμηλό ποσοστό των ανέργων έχει απευθυνθεί σε κοινωνικό –δημοτικό ιατρείο/φαρμακείο, ή Μη Κερδοσκοπικό Οργανισμό για να τις καλύψει, ενώ 1 στους 5 δεν γνωρίζουν αυτές τις δομές. Οι εν λόγω εθελοντικές δομές έχουν

εδραιώσει ένα παράλληλο υποσύστημα προσφοράς και παροχής υπηρεσιών υγείας και θα μπορούσαν να χαρακτηριστούν ως «τρίτος τομέας» ανάπτυξης του υγειονομικού συστήματος στην Ελλάδα. Πιθανοί λόγοι μη χρήσης από τους ανέργους αυτών των δομών είναι η μη πληροφόρηση, το αίσθημα ντροπής και η παραδοχή της δύσκολης οικονομικής κατάστασης στην οποία έχουν περιέλθει. Είναι αξιοσημείωτο να επισημανθεί ότι οι Δήμοι στους οποίους πραγματοποιήθηκε η έρευνα διαθέτουν σημαντικές δράσεις σε τέτοιου είδους κοινωνικές δομές, με ιδιαίτερη προβολή στα μέσα μαζικής ενημέρωσης και κοινωνικής δικτύωσης, που όπως αποδεικνύεται δεν διαχέονται σε όλες τις κοινωνικές ομάδες.

Η χρήση, η πρόσβαση και οι δαπάνες για υπηρεσίες υγείας φάνηκε να επηρεάζονται από το εισόδημα, την ύπαρξη παιδιών και τη διάρκεια της ανεργίας. Ειδικότερα, όσο αυξάνει το εισόδημα των ανέργων, αυξάνει η χρήση προληπτικού ελέγχου σε δημόσιες ή συμβεβλημένες υπηρεσίες, αλλά και σε ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας, επομένως και οι δαπάνες συνασφάλισης και οι άμεσες πληρωμές αντίστοιχα. Από την άλλη πλευρά, η αύξηση του εισοδήματος οδηγεί σε μείωση των ανεκπλήρωτων αναγκών υγείας. Παρόμοια είναι και τα αποτελέσματα για τα άνεργα άτομα με παιδιά. Επίσης, οι μακρόχρονοι άνεργοι δαπανούν περισσότερο στη συνασφάλιση και λιγότερα σε άμεσες πληρωμές, εύλογο εύρημα καθόσον η πρόσβαση στον ιδιωτικό τομέα είναι γι' αυτούς πολύ δύσκολη. Η διεθνής βιβλιογραφία συμφωνεί με τα προαναφερόμενα αποτελέσματα και επισημαίνει ότι οι άνεργοι εξαιτίας της απώλειας εισοδήματος μειώνουν τη χρήση υπηρεσιών υγείας, διακινδυνεύοντας να οδηγηθούν σε αυξημένες δαπάνες υγείας, γεγονός που προσθέτει επιπλέον οικονομικές πιέσεις στις οικογένειές τους (Driscoll και συν. 2012, Huang και συν. 2014, Madureira-Lima και συν. 2017). Τα αποτελέσματα μας επιβεβαιώνονται και από μελέτες στον ελληνικό πληθυσμό, όπου το εισόδημα και η οικογενειακή κατάσταση αποτελούν σημαντικούς δείκτες της χρήσης υπηρεσιών υγείας και των αντίστοιχων δαπανών (Geitona και συν. 2007, Geitona και συν. 2013, Kondilis και συν. 2013, Τούντας 2016, Zavras και συν. 2016).

Επιπροσθέτως, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας η οικονομική δυσχέρεια του άνεργου πληθυσμού συσχετίζεται σημαντικά με το επίπεδο υγείας και τον υγιεινό τρόπο ζωής του. Άμεση συνέπεια της ανεργίας είναι η φτώχεια και η οικονομική στέρηση του ατόμου περιορίζοντας τις επιλογές ζωής, και την ικανότητα του να είναι ανεξάρτητο. Τα οικογενειακά προβλήματα που

δημιουργούνται από την ανεργία εξαιτίας της απώλειας εισοδήματος μπορεί να οδηγήσουν σε αυξημένο άγχος, οικογενειακές συγκρούσεις και τελικά υιοθέτηση ανθυγιεινών συμπεριφορών. Επίσης, το χαμηλό εισόδημα επηρεάζει την ικανότητα των ατόμων να ανταποκριθούν στις βασικές διατροφικές τους ανάγκες και μειώνει την πρόσληψη διατροφής πλούσια σε θρεπτικά συστατικά. Η διεθνής βιβλιογραφία επίσης αναφέρει ότι η απώλεια θέσεων εργασίας, τα χρέη και οι οικονομικές δυσκολίες έχουν σαφή σχέση με τα προβλήματα υγείας τόσο με τις ψυχικές ασθένειες όπως το άγχος και η κατάθλιψη, όσο και με την κακή σωματική υγεία (Chang και συν. 2013, van der Noordt και συν. 2014, Corcoran και συν. 2015, Haw και συν. 2015, Brydsten και συν. 2018). Ακόμη, οι άνεργοι με οικονομικά προβλήματα έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να οδηγήσουν τις οικογένειές τους σε επισιτιστική ανασφάλεια (Loopstra και συν. 2016, Annink και συν. 2016, Guillaumier και συν. 2017).

Η ψυχική και σωματική υγεία του άνεργου πληθυσμού αλληλοεπηρεάζονται, καθώς όσο αυξάνουν τα καταθλιπτικά συμπτώματα αυξάνει και η κακή σωματική υγεία και αντιστρόφως. Οι άνεργοι που έχουν αναπτύξει ψυχικά ή σωματικά προβλήματα ενδέχεται να αντιμετωπίσουν δυσκολίες στην επιστροφή στην αγορά εργασίας. Το χαμηλό επίπεδο υγείας έχει ως αποτελέσματα την παράταση του χρόνου της ανεργίας ή την αποδοχή μιας ευκαιριακής εργασίας, ανεξάρτητα από την ποιότητα και το αντικείμενο αυτής, που αναπόφευκτα οδηγεί σε κακή ψυχική και σωματική υγεία εξαιτίας της μη ικανοποίησης από αυτή. Η σύνδεση αυτή έχει τεκμηριωθεί και από τη διεθνή βιβλιογραφία δείχνοντας ότι οι άνεργοι έχουν χειρότερη υγεία από τους εργαζόμενους και υπάρχει αμφίδρομη και αιτιώδη σχέση μεταξύ της σωματικής και ψυχικής υγείας των ανέργων (Herbig και συν. 2013, Huegaerts και συν. 2018, Parmar και συν. 2016). Σημαντικό είναι το εύρημα των μελετών των Giuntoli και συν. (2015) και Καρακιουλάφη και Σπυριδάκης (2017), οι οποίοι αναφέρουν ότι οι συνέπειες της ανεργίας δεν έχουν μόνο επιπτώσεις στην υποκειμενική ευημερία και στα προβλήματα της ψυχικής υγείας, αλλά επηρεάζουν και την κοινωνική ευημερία των ανέργων. Παρόμοια είναι και τα αποτελέσματα της έρευνας των Kamerāde και Bennett (2015) που δείχνει ότι η ανεργία επηρεάζει αρνητικά τη ψυχική και σωματική υγεία κυρίως όμως μέσω της κοινωνικής αιτιώδους συνάφειας. Αυτό σημαίνει ότι η υγεία των ανέργων βελτιώνεται σημαντικά στην περίπτωση εύρεσης εργασίας.

Η σχέση μεταξύ υιοθέτησης συμπεριφορών κινδύνου - υγείας και του επιπέδου υγείας του άνεργου πληθυσμού αποδείχθηκε από τα αποτελέσματα μας, τα οποία συμφωνούν και με έρευνες στον γενικό πληθυσμό. Τα άτομα με πολλαπλούς παράγοντες κινδύνου όπως κάπνισμα, αλκοόλ, παχυσαρκία τείνουν να έχουν σημαντικά χειρότερη υγεία (Behrens και συν. 2013, Ford και συν. 2012, Hart και συν. 2010, Noble και συν. 2015, Meader και συν. 2016). Ακόμη, ο επιπολασμός του καπνίσματος είναι υψηλότερος μεταξύ των ατόμων με ψυχικές διαταραχές από τον γενικό πληθυσμό (Royal College of Physicians και Royal College of Psychiatrists 2013). Ωστόσο, οι άνεργοι επενδύοντας στο «κεφάλαιο υγείας» μέσω του υγιεινού τρόπου ζωής έχουν υψηλότερες πιθανότητες να ενταχθούν στο εργατικό δυναμικό.

Η χρήση υπηρεσιών υγείας από τους άνεργους αποδείχθηκε ότι σχετίζεται με την καλύτερη σωματική και ψυχική υγεία, εύρημα που συνάδει με πρόσφατες μελέτες σε ανεπτυγμένες και αναπτυσσόμενες χώρες (Marengoni και συν. 2011, Lehnert και συν. 2011, Glynn και συν. 2011, Van Oostrom και συν. 2014, Wang και συν. 2014, Pati και συν. 2014, Lee και συν. 2015, Palladino και συν. 2016).

Τα αποτελέσματα της ποιοτικής ανάλυσης εστίασαν στην περιγραφή και κατανόηση της μοναδικότητας της εμπειρίας του άνεργου πληθυσμού καθώς και στη βιωματική πραγματικότητα και ιδιαιτερότητα της συνείδησης του, επαληθεύοντας και ενισχύοντας την ποσοτική. Η πλειοψηφία των ανέργων ανέφερε ως πιο σημαντική ανησυχία την αδυναμία ανταπόκρισης στις πάγιες υποχρεώσεις της και το αίσθημα της οικονομικής ανασφάλειας επηρεάζοντας την προσωπική, οικογενειακή και κοινωνική του ζωή. Οι σκέψεις του εν λόγω πληθυσμού για μετανάστευση στο εξωτερικό αποδεικνύουν την αποθάρρυνση και δυσπιστία τόσο από τις παρεχόμενες υπηρεσίες του ΟΑΕΔ, όσο και από την οικονομική κατάσταση στην οποία έχει περιέλθει η χώρα. Οι οικογενειακές ανησυχίες των νέων ανέργων παρουσίασαν ιδιαίτερο ενδιαφέρον, καθώς επισημάνθηκε η ανεκπλήρωτη ανάγκη ανεξαρτητοποίησης τους από τους γονείς και η οικογενειακή αποκατάσταση. Επίσης, οι άνεργοι με ανήλικα παιδιά ανησυχούν για την ανατροφή, την ψυχοκοινωνική ανάπτυξη και το μέλλον αυτών, όπως επίσης και για τη λειτουργικότητα της ίδια της οικογένειας ως ένα από τα σημαντικότερα «κύτταρα» του κοινωνικού ιστού. Όσον αφορά τις ανησυχίες του άνεργου πληθυσμού για τη σωματική και ψυχική του υγεία, η ποιοτική ανάλυση επιβεβαίωσε τα ευρήματα της ποσοτικής.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Σε πολλές χώρες της ευρωζώνης η οικονομική ύφεση και οι πολιτικές δημοσιονομικής πειθαρχίας επέφεραν σημαντικές οικονομικές και κοινωνικές επιπτώσεις. Σε αντίθεση με άλλες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ), στην Ελλάδα η οικονομική κρίση είναι εντονότερη και εκτενέστερη, καθώς η δόμηση της οικονομίας της και τα διαρθρωτικά της προβλήματα παρουσιάζουν αρκετές διαφορές σε σχέση με τις οικονομίες των υπόλοιπων ευρωπαϊκών χωρών. Έτσι οι μακροοικονομικές ανισορροπίες της ελληνικής οικονομίας την καθιστούν ακόμη πιο ευάλωτη και επιρρεπή στους εξωτερικούς παράγοντες της διεθνούς οικονομικής ύφεσης, λειτουργώντας αποσταθεροποιητικά και περιορίζοντας τα αποθέματα ανάπτυξης της χώρας. Τα μέτρα λιτότητας που επιβλήθηκαν κατά τη διάρκεια των 3 προγραμμάτων διάσωσης αυτής είχαν ως αποτέλεσμα να διπλασιαστεί η ανεργία. Οι μακροοικονομικές και μικροοικονομικές μεταβολές στην οικονομία επέφεραν σημαντική επιδείνωση στη δημόσια υγεία του πληθυσμού της χώρας.

Τα αποτελέσματα της διατριβής έδειξαν ότι η ανεργία στην Ελλάδα αποτελεί κίνδυνο κυρίως για τις γυναίκες, τα νεότερα άτομα ηλικίας 20 έως 30 ετών και αυτούς που έχουν ολοκληρώσει τριτοβάθμια εκπαίδευση. Η πλειοψηφία των ανέργων της έρευνας ήταν βραχυχρόνια άνεργοι. Πολύ χαμηλό ποσοστό έπασχε από κάποια μακροχρόνια ασθένεια. Η μείωση του εισοδήματος των νοικοκυριών εκτιμήθηκε περίπου στο ύψος ενός βασικού μισθού, επιφέροντας υψηλή οικονομική δυσχέρεια στις καθημερινές ανάγκες, οι οποίες συνήθως καλύπτονται είτε από περιστασιακές εργασίες, είτε από το οικογενειακό περιβάλλον. Αξίζει να σημειωθεί ότι τα εισοδήματα που επιβαρύνθηκαν σημαντικά ήταν μεταξύ 1001€ έως 2500€.

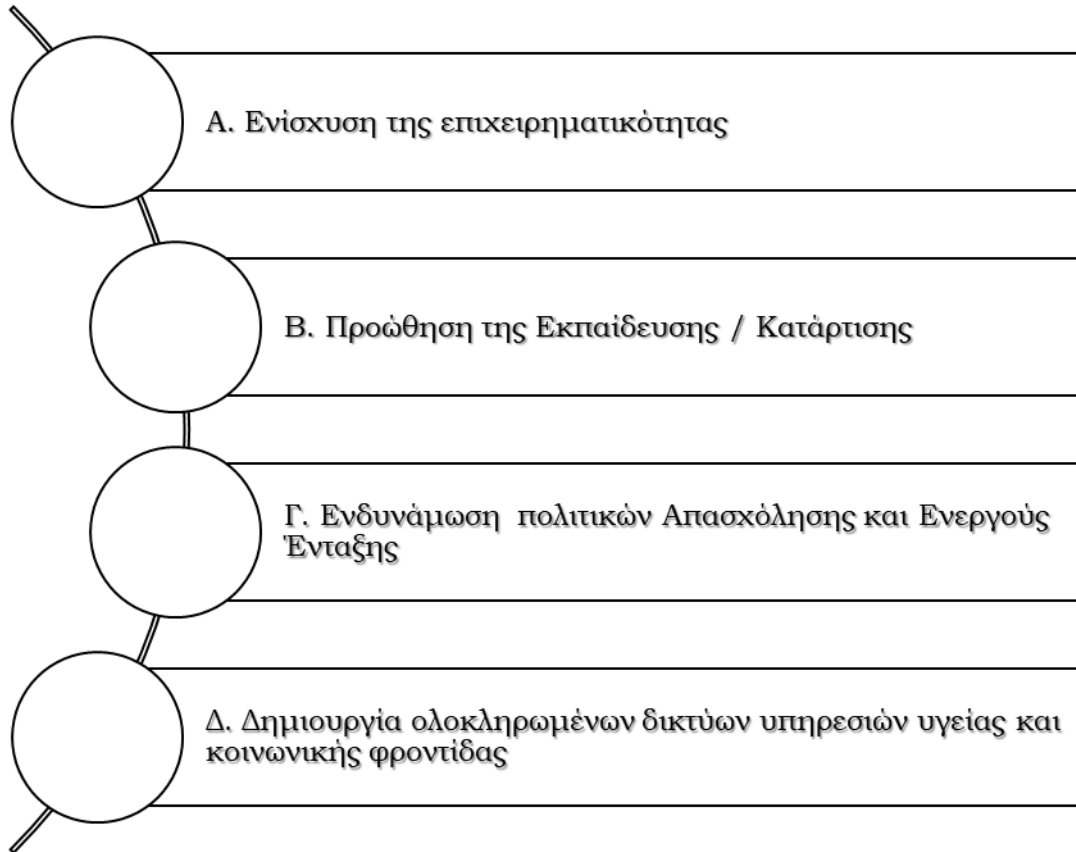
Όσον αφορά το επίπεδο υγείας, αποδείχθηκε επιδείνωση τόσο στη σωματική όσο και στη ψυχική υγεία. Συγκεκριμένα, σχεδόν το 40% των ανέργων δήλωσαν μέτριο ή χαμηλό επίπεδο υγείας συγκρινόμενο με το χρονικό διάστημα πριν την ανεργία, ενώ >50% παρουσίασαν καταθλιπτικά συμπτώματα. Σημαντικό είναι το εύρημα ότι η ανεργία δεν επηρέασε τη διατροφή και δεν οδήγησε σε ανθυγιεινές συμπεριφορές, όπως κάπνισμα και αλκοόλ, με εξαίρεση τη σωματική άσκηση η οποία μειώθηκε.

Σχετικά με τη χρήση των υπηρεσιών υγείας, διαπιστώθηκε ότι οι άνεργοι επισκέπτονται τις υπηρεσίες υγείας πιο σπάνια, σε σύγκριση με τον γενικό

πληθυσμό. Επίσης, η πλειοψηφία του δείγματος επιλέγει ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας για την κάλυψη της οδοντιατρικής φροντίδας και των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, ενώ οι προληπτικές εξετάσεις δεν αποτελούν προτεραιότητα. Ως προς τις δαπάνες για υπηρεσίες υγείας, εκτιμήθηκε ότι δαπανώνται €323 με τη μορφή της συμμετοχής στο κόστος και €1.197 για άμεσες πληρωμές ανά νοικοκυριό ετησίως. Κρίνεται σκόπιμο να επισημανθεί ότι το 80% της συνολικής ιδιωτικής επιβάρυνσης των ανέργων για την υγεία προέρχεται από άμεσες πληρωμές και ότι από αυτούς το 19% υφίστανται καταστροφικές δαπάνες. Τα παραπάνω επιβεβαιώνουν τα υψηλά ποσοστά ανεκπλήρωτων αναγκών υγείας που δήλωσαν οι άνεργοι, όχι όμως και το χαμηλό ποσοστό αυτών που έχει απευθυνθεί σε κοινωνικές δομές για να καλύψει τις ανάγκες του.

Επιπλέον, συγκρίνοντας τους προαναφερόμενους παράγοντες υγείας με τα κοινωνικοδημογραφικά και οικονομικά χαρακτηριστικά των ανέργων, παρατηρήθηκαν αρκετές διαφοροποιήσεις κυρίως όσο αναφορά το φύλο, την ηλικία, την ύπαρξη παιδιών, τη διάρκεια της ανεργίας και το εισόδημα. Οι μακροχρόνια άνεργοι και τα άτομα με χαμηλό κοινωνικοοικονομικό προφίλ αποδείχθηκε ότι έχουν υψηλότερο κίνδυνο να βρίσκονται σε οικονομική δυσχέρεια, να παρουσιάσουν καταθλιπτικά συμπτώματα και κακή κατάσταση υγείας, να υιοθετήσουν ανθυγιεινές συμπεριφορές και να αναφέρουν ανεκπλήρωτες ανάγκες. Ακόμη, τεκμηριώθηκε ότι η οικονομική δυσχέρεια, το επίπεδο υγείας, ο τρόπος ζωής και η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας του ανέργου πληθυσμού αλληλοσυσχετίζονται και συμβαδίζουν σε μια αμφίδρομη και ανατροφοδοτούμενη σχέση.

Τα ανωτέρω συμπεράσματα αποτελούν πηγή προβληματισμού για τη χάραξη ενεργητικών πολιτικών αντιμετώπισης της ανεργίας και την επιλογή παρεμβάσεων πολιτικών υγείας σε εθνικό όσο και σε ατομικό επίπεδο. Για το λόγο αυτό κρίνονται σκόπιμες οι ακόλουθοι στρατηγικοί άξονες:



A. Ενίσχυση της επιχειρηματικότητας:

- ✓ Προώθηση της εξωστρέφειας της ελληνικής οικονομίας, μέσω προβολής των ελληνικών προϊόντων και υπηρεσιών στις διεθνείς αγορές και εντοπισμό νέων εταίρων ώστε να αυξηθεί η ανταγωνιστικότητά της χώρας.
- ✓ Ανάπτυξη δράσεων διακρατικότητας για την καλύτερη αξιοποίηση της εμπειρίας άλλων κρατών μελών της ΕΕ και υποστήριξη εθνικών και διεθνών μεγάλων επενδύσεων.
- ✓ Επαύξηση των δαπανών για την έρευνα και ανάπτυξη, καθώς και για επένδυση στην καινοτομία νέων προϊόντων και τεχνολογίας στοχεύοντας στη δημιουργία νέων θέσεων εργασίας. Οι δαπάνες αυτές αποτελούν σημαντικά εργαλεία για την αύξηση της απασχόλησης και την ανάπτυξη της οικονομίας της χώρας.
- ✓ Διαμόρφωση ενός πλαισίου υποστήριξης και ανάπτυξης της επιχειρηματικότητας με την παροχή των απαραίτητων κεφαλαίων εκκίνησης για την στήριξη νεανικής και κοινωνικής επιχειρηματικότητας και την εξασφάλιση των υπηρεσιών χρηματοδοτικής υποστήριξης σε

βραχυπρόθεσμο και μακροπρόθεσμο ορίζοντα. Σχετικές δράσεις σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες συνδράμουν καθοριστικά στη μείωση της ανεργίας και στην ενίσχυση της επιχειρηματικότητας με την παροχή δανείων με χαμηλότερα επιτόκια σε ομάδες ανέργων.

B. Προώθηση της Εκπαίδευσης / Κατάρτισης:

- ✓ Ο εκσυγχρονισμός των συστημάτων εκπαίδευσης και κατάρτισης θα πρέπει να αποτελέσει τον ακρογωνιαίο λίθο για τη μείωση της ανεργίας. Οι επενδύσεις σε ανθρώπινο κεφάλαιο είναι επιτακτική ανάγκη να βελτιωθούν και να καταστούν πιο αποτελεσματικές, ώστε περισσότερα άτομα να εξοπλιστούν με σχετικές δεξιότητες και ικανότητες, προκειμένου να τεθούν τα θεμέλια για μια ομαλή μετάβαση από τη μάθηση στην εργασία και στη διαρκή απασχολησιμότητα. Η βελτίωση των επιδόσεων και της συνάφειας των συστημάτων εκπαίδευσης και κατάρτισης θα βοηθήσει στη μείωση του αριθμού των ανέργων. Μολονότι η συνεχής εκπαίδευση και η κατάρτιση μπορεί να είναι δαπανηρές, μακροπρόθεσμα θα εξισορροπήσουν το κοινωνικό κόστος της ανεργίας.
- ✓ Ο επαγγελματικός προσανατολισμός, η καθοδήγηση για την επαγγελματική (επαν)ένταξη στην αγορά εργασίας και η παρακολούθηση της εξέλιξης του ανέργου πρέπει να αποτελέσει κύρια δράση. Τα στοιχεία από άλλες χώρες δείχνουν ότι η συνεχής και επαγγελματική συμβουλευτική και η φυσική παρακολούθηση (πρόσωπο με πρόσωπο) είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικές για αυτές τις ομάδες.
- ✓ Ανάπτυξη προγραμμάτων συμβουλευτικής και καθοδήγησης ανέργων και ειδικότερα μακροχρόνια ανέργων. Η επαγγελματική συμβουλευτική συνδεδεμένη με την εκπαίδευση και τις δεξιότητες των ανέργων και η εξατομικευμένη προσέγγιση αποτελεί απαραίτητη διαδικασία για τη σύζευξη προσφοράς - ζήτησης εργασίας και προϋπόθεση για τη σύνδεση των ανέργων με τις ενεργητικές μορφές απασχόλησης. Το μέτρο αυτό θα επιφέρει υπηρεσίες στήριξης κατάλληλα προσαρμοσμένες στις ατομικές ανάγκες του ανέργου, ενισχύοντας τους ώστε να επιτύχουν σαφείς στόχους που θα τους οδηγούν στην εύρεση της απασχόλησης.
- ✓ Η λειτουργία ενός αξιόπιστου μόνιμου συστήματος διάγνωσης των αναγκών εργασίας για στοχευμένο σχεδιασμό των δράσεων

απασχόλησης, που θα αποτυπώνει τις πραγματικές ανάγκες των επιχειρήσεων σε ειδικότητες και δεξιότητες.

Γ. Ενδυνάμωση Πολιτικών Απασχόλησης και Ενεργούς Ένταξης:

- ✓ Ενεργή συμμετοχή των εργοδοτών στην ένταξη των ανέργων, μέσω παροχής στοχευμένων οικονομικών κινήτρων. Η ισχυρότερη δέσμευση των εργοδοτών, η οποία θα συμπληρώνεται από μέτρα για την ενίσχυση της δημιουργίας θέσεων εργασίας στην οικονομία, θα αυξήσει περαιτέρω την αποτελεσματικότητα των μέτρων ένταξης.
- ✓ Έντατικότερες προσπάθειες για την ένταξη στην αγορά εργασίας εκείνων που πλήττονται περισσότερο, όπως οι μακροχρόνια άνεργοι και τα άτομα ηλικίας 45 ετών και άνω. Το μέτρο αυτό ως εντασσόμενο στις παθητικές πολιτικές αντιμετώπισης της ανεργίας πρέπει να συμβαδίζει με τη βελτίωση της εγγραφής στις υπηρεσίες απασχόλησης και σε άλλους αρμόδιους οργανισμούς προκειμένου να αντιμετωπιστεί η ελλιπής κάλυψη των μέτρων στήριξης.
- ✓ Αναδιαμόρφωση των κανόνων επιλεξιμότητας και προϋποθέσεων για παροχές επιδομάτων ανεργίας, ως βασικό μέτρο των παθητικών πολιτικών αντιμετώπισης της ανεργίας, με σκοπό τη βελτίωση της πρόσβασης στα οφέλη σε ανέργους που έχουν πραγματική ανάγκη.
- ✓ Συντονισμένη προσφορά υπηρεσιών, συμπεριλαμβανομένων των διαθέσιμων υπηρεσιών απασχόλησης και κοινωνικής στήριξης, εξαιτίας του γεγονότος ότι οι αρμοδιότητες για τη στήριξη των ανέργων κατανέμονται μεταξύ του ΟΑΕΔ, των υπηρεσιών κοινωνικής πρόνοιας και της τοπικής αυτοδιοίκησης.

Δ. Δημιουργία ολοκληρωμένων δικτύων υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας:

- ✓ Ενίσχυση και αξιοποίηση των υφιστάμενων δομών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (ΠΦΥ) για την υποστήριξη των ανέργων και των οικογενειών τους ως προς την πρόσβαση σε προληπτικές, ιατρικές και οδοντιατρικές υπηρεσίες υγείας συνδυάζοντας ενεργητικές και παθητικές πολιτικές. Πιο συγκεκριμένα, κρίνεται σκόπιμη η διασύνδεση των φορέων απασχόλησης και καταπολέμησης της ανεργίας με την ΠΦΥ, στοχεύοντας στη βελτίωση του επιπέδου υγείας του άνεργου πληθυσμού,

γεγονός που θα συνδράμει καθοριστικά σε περισσότερες επιλογές εύρεσης εργασίας. Επίσης η διοργάνωση προγραμμάτων συμβουλευτικής και αγωγής της υγείας, με σκοπό την υιοθέτηση υγιεινού τρόπου ζωής, στάσεων και συμπεριφορών υγείας κρίνονται απαραίτητα.

- ✓ Συνέργεια και δικτύωση των φορέων με επαγγελματίες υγείας της ΠΦΥ και ειδικότερα ψυχολόγους και κοινωνικούς λειτουργούς για την υποστήριξη του άνεργου πληθυσμού. Κρίνεται απαραίτητος ο σχεδιασμός κατάλληλων προγραμμάτων ενίσχυσης της ψυχικής ανθεκτικότητας των ανέργων μέσω ατομικής ή ομαδικής ψυχολογικής υποστήριξης/συμβουλευτικής. Ως κύριες δράσεις των προγραμμάτων μπορούν να είναι η συναισθηματική ενδυνάμωση των ανέργων, η βελτίωση των διαπροσωπικών σχέσεων και η ενίσχυση της αυτοπεποίθησης και αυτοεκτίμησής τους με στόχο την ομαλή ένταξη στην αγορά εργασίας.
- ✓ Ενημέρωση και ευαισθητοποίηση των ανέργων σχετικά με τη λειτουργία κοινωνικών ιατρείων και φαρμακείων από τους Δήμους και λοιπούς φορείς της τοπικής αυτοδιοίκησης. Επίσης είναι σκόπιμη η πληροφόρησή τους σχετικά με την προσφορά υπηρεσιών υγείας από τις ΜΚΟ και άλλες άτυπες κοινωνικές δομές.
- ✓ Ελαχιστοποίηση της συμμετοχής των ανέργων στο κόστος όλων των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας όπως στη φαρμακευτική αγωγή, προληπτική ιατρική – διαγνωστικές εξετάσεις, χρήση θεραπευτικών συσκευών και λοιπών ιατρικών προϊόντων.

Η πρωτοτυπία και προστιθέμενη αξία της διδακτορικής διατριβής έγκειται στο γεγονός ότι δεν επικεντρώνεται μόνο στη διερεύνηση της υγείας των ανέργων με τη χρήση στοχευμένων εργαλείων, αλλά επεκτείνεται σε βιώματα, συναισθήματα, ανησυχίες, σχέσεις και στάσεις ζωής τους. Τα ευρήματα αντίστοιχων ερευνών είναι ζωτικής σημασίας καθόσον συμβάλλουν στη συγκριτική ανάλυση, το στρατηγικό σχεδιασμό και τη χάραξη πολιτικών στήριξης των ανέργων και συνεισφέρουν ανεπιφύλακτα στην τεκμηριωμένη και εφαρμοσμένη επιστημονική γνώση στο πεδίο της κοινωνικής πολιτικής.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ξένη Βιβλιογραφία

- Adler N. E., & Newman K. (2002). Socioeconomic disparities in health: pathways and policies. *Health affairs*, 21, 60-76.
- Alexopoulos E. C., & Geitona M. (2009). Self-rated health: inequalities and potential determinants. *International journal of environmental research and public health*, 6(9), 2456-2469.
- Allin S., Grignon M., Le Grand J. (2010) Subjective unmet needs and utilization of health care services in Canada: What are the equity implications? *Soc. Sci. Med.* 70:465–472.
- Allin S., Masseria C. (2009) Unmet needs as an indicator of health care access. *Eurohealth*, 5:7–14.
- Allin S., Grignon M., & Le Grand J. (2010). Subjective unmet need and utilization of health care services in Canada: what are the equity implications?. *Social science & medicine*, 70(3), 465-472.
- Alonso J., Orfila F., Ruigomez A., Ferrer M., Anto J.M. (1997) Unmet health care needs and mortality among Spanish elderly. *Am. J. Public Health*.87:365–370.
- Alonso J., Codony,M., Kovess V., Angermeyer M. C., Katz S. J., Haro J. M., ... & Almansa J. (2007). Population level of unmet need for mental healthcare in Europe. *The British journal of psychiatry*, 190(4), 299-306.
- Altman DG, Bland JM. (1995) Statistics notes: the normal distribution. *Bmj*. 310(6975):298
- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (1994) 4th Edition, DSM-IV *American Psychiatric Press, Washington DC*,
- An R., & Liu, J. (2012). Local labor market fluctuations and physical activity among adults in the United States, 1990–2009. *ISRN Public Health*, 2012.
- Andersen R. (1978) Health status indices and access to medical care. *Am. J. Public Health*. 66:458–463.

- Andrew J. & Hope K. (2012). Greek crisis gets under skin of vulnerable. *The Financial Times*.
- Aneshensel C. S. (1992). Social Stress: Theory and Research. *Annual Review of Sociology*, 18(1), 15-38.
- Annink A., Gorgievski, M., & Den Dulk, L. (2016). Financial hardship and well-being: a cross-national comparison among the European self-employed. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 25(5), 645-657.
- Arcaya M., Glymour M. M., Christakis N. A., Kawachi I., & Subramanian S. V. (2014). Individual and spousal unemployment as predictors of smoking and drinking behavior. *Social Science & Medicine*, 110, 89-95.
- Archick K. (2016). The European Union: current challenges and future prospects. *Congressional Research Service*, 21.
- Arkes J. (2007). Does the economy affect teenage substance use?. *Health economics*, 16(1), 19-36.
- Arora V. S., Stuckler D., & Mckee M. (2016). Tracking search engine queries for suicide in the United Kingdom, 2004–2013. *Public health*, 137, 147-153.
- Artazcoz L., Benach J., Borrell C., & Cortès I. (2004). Unemployment and Mental Health: Understanding the Interactions Among Gender, Family Roles, and Social Class. *American Journal of Public Health*, 94, 82-88.
- Ásgeirsdóttir T. L., Corman H., Noonan K., Ólafsdóttir Þ., & Reichman N. E. (2014). Was the economic crisis of 2008 good for Icelanders? Impact on health behaviors. *Economics & Human Biology*, 13, 1-19.
- Ash A., Burell G., Westerling R. (2012) Care or not care—That is the question: Predictors of healthcare utilization in relation to employment status. *Int. J. Behav. Med.* 19:29–38.
- Aune D., Sen A., Prasad M., Norat T., Janszky I., Tonstad S., et al., (2016). BMI and all cause mortality: systematic review and non-linear dose-response meta-analysis of 230 cohort studies with 3.74 million deaths among 30.3 million participants. *BMJ-British Medical Journal* 353.

- Avendano M., & Berkman L. F. (2014). Labor markets, employment policies, and health. In: Berkman, L. F., Kawachi, I., & Glymour, M. M. (Eds.). (2014). *Social Epidemiology*. New York: Oxford University Press.
- Ayanian J. Z., Kohler B. A., Abe T., & Epstein A. M. (1993). The relation between health insurance coverage and clinical outcomes among women with breast cancer. *New England Journal of Medicine*, 329(5), 326-331.
- Bacci S., Pignini C., Seracini M., & Minelli L. (2017). Employment condition, economic deprivation and self-evaluated health in Europe: Evidence from EU-SILC 2009–2012. *International journal of environmental research and public health*, 14(2), 143.
- Baldwin R. E., & Giavazzi F. (Eds.). (2015). *The Eurozone crisis: A consensus view of the causes and a few possible remedies*. London: CEPR Press.
- Baldwin R., & Giavazzi F. (2015). *The Eurozone Crisis: A Consensus View of the Causes and a Few Possible Solutions*. London: CEPR Press. ISBN 978-1-907142-88-8.
- Barr B., Taylor-Robinson D., Scott-Samuel A., McKee M., & Stuckler D. (2012). Suicides associated with the 2008-10 economic recession in England: time trend analysis. *Bmj*, 345, e5142.
- Barros PP. (2012) Health policy reform in tough times: the case of Portugal. *Health Policy* 106:17–22.
- Bartley M & Owen C (1996). Relation between socioeconomic status, employment and health during economic change, 1973-93. *British Medical Journal*; 313: 445-449.
- Bartley M & Plewis I. (2002). Accumulated labour market disadvantage and limiting long-term illness: data from the 1971e1991 ONS longitudinal study. *International Journal of Epidemiology*; 31: 336-41.
- Bartley M. (1994). Unemployment and ill health: understanding the relationship. *J Epidemiol Community Health*, 48:333-337.
- Basbug G., & Sharone O. (2017). The Emotional Toll of Long-Term Unemployment: Examining the Interaction Effects of Gender and Marital Status. *RSF*.

- Batic-Mujanovic O., Poric S., Pranjic N., Ramic E., Alibasic E., & Karic E. (2017). Influence of Unemployment on Mental Health of the Working Age Population. *Materia socio-medica*, 29(2), 92.
- Beblavý M., & Lenaerts K. (2017). Feasibility and added value of a European Unemployment benefits scheme. Centre for European Policy Studies, Brussels.
- Beblavý M., Lenaerts K., & Maselli I. (2017). Design of a European unemployment benefit scheme. CEPS Research Report No 2017/04, February 2017
- Behrens G., Fischer B., Kohler S., Park Y., Hollenbeck A. R., & Leitzmann M. F. (2013). Healthy lifestyle behaviors and decreased risk of mortality in a large prospective study of US women and men. *European journal of epidemiology*, 28(5), 361-372.
- Beland F., Birch S., & Stoddart G. (2002). Unemployment and health: contextual-level influences on the production of health in populations. *Social science & medicine*, 55(11), 2033-2052.
- Bengtsson M. (2016). How to plan and perform a qualitative study using content analysis. *NursingPlus Open*, 2, 8-14.
- Berelson B. L. (1952). Content analysis in communications research. New York: Free press.
- Berend I. (2017). The Contemporary Crisis of the European Union, Prospects for the Future. New York: Routledge. ISBN 978-1-138-24419-1.
- Berlingieri F., Bonin H., & Sprietsma M. (2014). *Youth unemployment in Europe: Appraisal and policy options*. ZEW Gutachten/Forschungsberichte.
- Berniell M. I. (2012). The Effects of Working Hours on Health Status and Health Behaviors: CEMFI Mimeo.
- Blanchflower D. G., Oswald A. J., & Stewart-Brown S. (2013). Is psychological well-being linked to the consumption of fruit and vegetables?. *Social Indicators Research*, 114(3), 785-801.
- Bloemen H. G., & Stancanelli E. G. (2005). Financial wealth, consumption smoothing and income shocks arising from job loss. *Economica*, 72(287), 431-452.

- Böckerman P., Johansson E., Helakorpi S., Prättälä R., Vartiainen E., & Uutela A. (2007). Does a slump really make you thinner? Finnish micro-level evidence 1978–2002. *Health Economics*, 16(1), 103-107.
- Boletín Oficial del Estado (2012). *Real Decreto-ley 16/2012*, Madrid: JEFATURA DEL ESTADO.
- Bonovas S. & Nikolopoulos G. (2012). High-burden epidemics in Greece in the era of economic crisis. Early signs of a public health tragedy. *J Prev Med Hyg*, 53, 169–71.
- Borjas G.J. (2010). *Labour Economics*. 5th ed. NY. McGraw-Hill.
- Boyer R. (2013). The global financial crisis in historical perspective: An economic analysis combining Minsky, Hayek, Fisher, Keynes and the regulation approach. *Accounting, Economics and Law*, 3(3), 93-139.
- Branas C. C., Kastanaki A. E., Michalodimitrakis M., Tzougas J., Kranioti E. F., Theodorakis P. N., ... & Wiebe D. J. (2015). The impact of economic austerity and prosperity events on suicide in Greece: a 30-year interrupted time-series analysis. *BMJ open*, 5(1), e005619.
- Brand J. E., Levy B. R., & Gallo W. T. (2008). Effects of layoffs and plant closings on depression among older workers. *Research of Aging*, 30, 701-721.
- Brenner M. H. Mortality and the national economy. *Lancet*. (1979); Vol. 314(No. 8142):568–573.
- Brenner M. H. (2016). Duration of unemployment and self-perceived health in Europe.
- Breslau N., Novak S. P., & Kessler R. C. (2004). Psychiatric disorders and stages of smoking. *Biological psychiatry*, 55(1), 69-76.
- Breslin F.C., & Mustard C. (2003). Factors influencing the impact of unemployment on mental health among young and older adults in a longitudinal, population-based survey. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 29, 5 – 14
- Bruckner T. A. (2008). Economic antecedents of prone infant sleep placement among black mothers. *Annals of epidemiology*, 18(9), 678-681.

- Brydsten A., Hammarström A., & San Sebastian M. (2018). Health inequalities between employed and unemployed in northern Sweden: a decomposition analysis of social determinants for mental health. *International journal for equity in health*, 17(1), 59.
- Buffel V., Van de Straat V. & Bracke P. (2015). Employment Status and Mental Health Care Use in Times of Economic Contraction: A Repeated Cross-Sectional Study in Europe, Using a Three-Level Model. *Int J Equity Health* 14(1):29.
- Burgard S. A., & Lin K. Y. (2013). Bad Jobs, Bad Health? How Work and Working Conditions Contribute to Health Disparities. *The American Behavioral Scientist*, 57.
- Burgard S. A., Kalousova L. & Seefeldt K. S. (2012). Perceived job insecurity and health: the Michigan Recession and Recovery Study. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 54(9), 1101-1106.
- Butterworth P. (2003). The prevalence of mental disorders among income support recipients: an important issue for welfare reform. *Aust N Z J Public Health*, 27(4), 441-448.
- Butterworth P., Crosier T., & Rodgers B. (2004). Mental Health Problems, Disability and Income Support Receipt: A Replication and Extension Using the HILDA Survey. [Journal ER]. *Australian Journal of Labour Economics*, 7(2), 151-174.
- Buu A., Wang W., Wang J., Puttler LI., Fitzgerald HE., Zucker RA. (2011). Changes in women's alcoholic, antisocial, and depressive symptomatology over 12 years: a multilevel network of individual, familial, and neighborhood influences. *Dev Psychopathol.* 23(1): 325-37.
- Carassava A. (2004). Greece Admits Faking Data to Join Europe. *The New York Times*, September 23.
- Carr W., Wolfe S. (1976) Unmet needs as sociomedical indicator. *Int. J. Health Serv.* 6:417-430.
- Carroll BJ., Fielding JM., Blashki TG. (1973). Depression rating scales: a critical review *Arch Gen Psychiatry.*, 28:361-366

- Catalano R., Dooley D., Wilson G., Hough R. (1993). Job loss and alcohol abuse: a test using data from the Epidemiologic Catchment Area project. *J Health Soc Behav*, 34:215-225.
- Catalano R., Goldman-Mellor S., Saxton K., Margerison-Zilko C., Subbarama, M., LeWinn K., & Anderson E. (2011). The health effects of economic decline. *Annual review of public health*, 32, 431-450.
- Catalano R. A., Lind S. L., Rosenblatt A. B., & Attkisson C. C. (1999). Unemployment and foster home placements: estimating the net effect of provocation and inhibition. *American Journal of Public Health*, 89(6), 851-855.
- Cavanagh S. (1997). Content analysis: concepts, methods and applications. *NurseResearcher*, 4, 5-16
- Cawley J., Ruhm C. (2012). The economics of risky health behaviors. In: Pauly MV, Mcquire TG, Barros P, eds. *Handbook of Health Economics*, Volume 2. Waltham, MA: North Holland. 95-199.
- Chang S. S., Gunnell D., Sterne J. A., Lu T. H., & Cheng A. T. (2009). Was the economic crisis 1997–1998 responsible for rising suicide rates in East/Southeast Asia? A time–trend analysis for Japan, Hong Kong, South Korea, Taiwan, Singapore and Thailand. *Social science & medicine*, 68(7), 1322-1331.
- Chang S. S., Stuckler D., Yip P., & Gunnell D. (2013). Impact of 2008 global economic crisis on suicide: time trend study in 54 countries. *Bmj*, 347, f5239.
- Charles K. K., & DeCicca P. (2008). Local Labor Market Fluctuations and Health: Is There a Connection and For Whom? *Journal of Health Economics*, 27(6), 1532-1550.
- Chatterjee S. (1995). Productivity Growth and the American Business Cycle. *Business Review*, Federal Reserve Bank of Philadelphia, (September/October), 13-23.
- Chatterjee S. (1999). Real Business Cycles: A Legacy of Countercyclical Policies?. *Business Review*, Federal Reserve Bank of Philadelphia, (January/February), 17-27.

- Chauvin P., Simonnot N., (2013), Access to healthcare of excluded people in 14 cities of 7 European countries. *Final report* on social and medical data collected in 2012, Médecins du Monde/Doctors of the World International Network. Paris.
- Claussen B. (1999). Alcohol disorders and re-employment in a 5-year follow-up of long-term unemployed. *Addiction*, 94(1), 133-138.
- Cohen J. (1988) *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*, 2nd ed. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Coiro M. J. (2001). Depressive symptoms among women receiving welfare. *Women & Health*, 32, 1-23.
- Colman G. & Dave, D. (2014). Unemployment and health behaviors over the business cycle: a longitudinal view. Technical report, National Bureau of Economic Research.
- Colman G., & Dave, D. (2013). Exercise, Physical Activity, and Exertion Over the Business Cycle. *Social Science & Medicine*, 93, 11-20.
- Comino JE., Harris E., Chey T., Manicavasgar V., Wall JP., Powell Davies G. & Harris MF (2003). Relationship between mental health disorders and unemployment status in Australian adults. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*; 37: 230-235.
- Conger R.D., Belsky J., Capaldi D.M. (2009). The intergenerational transmission of parenting: Closing comments for the special section. *Developmental Psychology*, 45, 1276–1283.
- Cooper M. L., Frone M. R., Russell M., & Mudar P. (1995). Drinking to regulate positive and negative emotions: A motivational model of alcohol use. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 990–1005.
- Corcoran P., Griffin E., Arensman E., Fitzgerald A. P., & Perry I. J. (2015). Impact of the economic recession and subsequent austerity on suicide and self-harm in Ireland: An interrupted time series analysis. *International journal of epidemiology*, 44(3), 969-977.
- Córdoba-Doña J. A., Escolar-Pujolar A., San Sebastián M., & Gustafsson P. E. (2016). How are the employed and unemployed affected by the economic crisis in Spain? Educational inequalities, life conditions and

- mental health in a context of high unemployment. *BMC public health*, 16(1), 267.
- Courtemanche C. (2009). Longer Hours and Larger Waistlines? The Relationship Between Work Hours and Obesity. *Forum for Health Economics and Policy*, 12(2), Article 2.
- Creed P., & Watson T. (2003). Age, gender, psychological wellbeing and the impact of losing the latent and manifest benefits of employment in unemployed people. *Australian Journal of Psychology*, 55, 95-103.
- Creed P., Machin M., & Hicks R. (1999). Improving mental health status and coping abilities for long-term unemployed youth using cognitive-behavioural therapy based training interventions. *Journal of Organisational Behaviour*, 20, 963-978.
- Creed P., Muller J., & Patton W. (2003). Leaving high school: the influence and consequences for psychological well-being and career-related confidence. *Journal of Adolescence*, 26, 295-311.
- Cutler M., David F., Knaul R., Lozano O., Mendez Z. (2002). Financial crisis, health outcomes, and aging: Mexico in the 1980s and 1990s. *J Public Econ*. 84(2): 279-303
- Cygan-Rehm K., Kuehnle D., & Oberfichtner M. (2017). Bounding the causal effect of unemployment on mental health: Nonparametric evidence from four countries. *Health economics*, 26(12), 1844-1861.
- Cylus J. (2017). Unemployment insurance and physical activity. In *Human Capital and Health Behavior* (pp. 245-277). Emerald Publishing Limited.
- Darwish A. (2015). Greece and its Financial Crisis. Al Jazeera Centre for Studies.
- Davalos M., & French M. (2011). This Recession is Wearing Me Out! Health-Related Quality of Life and Economic Downturns. *Journal of Mental Health Policy and Economics*, 14:61-72.
- Dave D., & Kelly I. R. (2012). How does the business cycle affect eating habits? *Social Science & Medicine*, 74(2), 254-262.

- Dawson C., Veliziotis M., Pacheco G., & Webber D. J. (2015). Is temporary employment a cause or consequence of poor mental health? A panel data analysis. *Social Science & Medicine*, 134, 50-58.
- de Boer A., Taskila T., Ojajärvi A., van Dijk F., Verbeek J. (2009). Cancer Survivors and Unemployment. A Meta-analysis and Metaregression *AMA*; 301: 753–62.
- de Goeij M.C., Suhrcke M., Toffolutti V., van de Mheen D., Schoenmakers T. M., & Kunst A. E. (2015). How economic crises affect alcohol consumption and alcoholrelated health problems: A realist systematic review. *Social Science & Medicine*, 131, 131–146.
- De Vogli R., & Santinello M. (2005). Unemployment and smoking: Does psychosocial stress matter? *Tobacco Control*, 14, 389–395.
- Dean A. (2013). Tackling long-term unemployment amongst vulnerable groups. OECD, Publishing, Paris.
- Deb P., Gallo W.T., Ayyagari P., Fletcher J.M., Sindelar J.L., (2011). The effect of job loss on overweight and drinking. *J. Health Econ.* 30 (2):317–327.
- Dee T. S. (2001). Alcohol abuse and economic conditions: Evidence from repeated cross-sections of individual level data. *Health Economics.*; Vol. 10:257–270.
- Degni F., Vaherkylä M., & Hurme S. (2017). Health Behavior and Self-Assessed Health Among Some Long-Term Unemployed Living in Turku, Finland. *The Open Public Health Journal*, 10(1).
- Dobrescu M., Paicu C., & Iacob S. (2011). The Natural Rate of Unemployment and its Implications for Economic Policy. *Theoretical & Applied Economics*, 18(2).
- Dockery A.M. (2006). Mental health and labour force status: Panel estimates with four waves of HILDA discussion paper series 06/1: Curtin University of Technology, Curtin University of Technology.
- Dooley D., & Prause, J. (1998). Underemployment and alcohol misuse in the National Longitudinal Survey of Youth. *Journal of Studies on Alcohol*, 59(6), 669-680.

- Dooley D., Fielding J., & Levi L., (1996). Health and Unemployment. *Annual Review of Public Health*, 17, 449-465.
- Dornbusch R., Fischer S. & Startz R. (2008). *Macroeconomics*. 10th ed. NY. McGraw-Hill.
- Downe-Wamboldt B. (1992). Content analysis: method, applications and issues. *Health care for Women International*, 13, 313-321.
- Driscoll AK., Bernstein AB. (2012). *Health and Access to Care among Employed and Unemployed Adults: United States, 2009-2010*. US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics.
- Drydakis N. (2015). The effect of unemployment on self-reported health and mental health in Greece from 2008 to 2013: a longitudinal study before and during the financial crisis. *Social Science & Medicine*, 128, 43-51.
- Du Caju P., Rycx F., & Tojerow I. (2016). Unemployment risk and over-indebtedness.
- Duell N., Thurau L., & Vetter T. (2016). Long-term unemployment in the EU: Trends and policies. *Gutersloh, Germany*.
- Eaton WW., Muntaner C., Smith C., Tien A., Ybarra M. (2004). Center for Epidemiologic Studies Depression Scale: Review and revision (CESD and CESD-R). In: Maruish ME, ed. *The Use of Psychological Testing for Treatment Planning and Outcomes Assessment*. 3rd ed. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum:363-377.
- Economou C., (2012). The performance of the Greek healthcare system and the economic adjustment programme: “economic crisis” versus “system-specific deficits” driven reform. *Int J Soc Political Theory*, 2, 33-68.
- Economou C., (2015). Barriers and facilitating factors in access to health services in Greece. *Copenhagen: WHO Regional Office for Europe*.
- Economou C., Kaitelidou D., Karanikolos M., Maresso A. (2017). Greece: Health system review. *Health Syst Transit*. 19(5):1-166.
- Economou C., Kaitelidou D., Katsikas D., Siskou O., Zafiropoulou M. (2014). Impacts of the economic crisis on access to healthcare services in Greece with a focus on the vulnerable groups of the population. *Social Cohesion and Development*. 9(2):99-115.

- Economou C., & Panteli D. (2019). Monitoring and documenting the systemic and health effects of health reforms in Greece. *Copenhagen: WHO Regional Office for Europe*.
- Economou C., Kaitelidou D., Karanikolos M., & Maresso A. (2017). Greece: Health System Review. *Health systems in transition, 19*(5), 1-166.
- Economou C., Kaitelidou D., Kentikelenis A., Maresso A., & Sissouras A. (2014). The impact of the crisis on the health system and health in Greece. In *Economic crisis, health systems and health in Europe: Country experience [Internet]*. European Observatory on Health Systems and Policies.
- Economou M., Madianos M., Peppou LE., Patelakis A., Stefanis CN. (2013). Major depression in the era of economic crisis: a replication of across-sectional study across Greece. *Journal of Affective Disorders 145*:308–14.
- Economou M., Madianos M., Theleritis C., Peppou LE., Stefanis CN. (2011). Increased suicidality amid economic crisis in Greece. *Lancet; 378*: 1459.
- Economou M., Peppou LE., Louki E., Komporozos A., Mellou A., Stefanis C. (2012). Depression telephone helpline: Help seeking during the financial crisis. *Psychiatriki; 23*:17–28
- Economou M., Angelopoulos E., Peppou L.E., Souliotis K., & Stefanis C. (2016). Major depression amid financial crisis in Greece: Will unemployment narrow existing gender differences in the prevalence of the disorder in Greece?. *Psychiatry research, 242*, 260-261.
- Efthimiou K., Argalia E., Kaskaba E., Makri A. (2013). Economic crisis & mental health. What do we know about the current situation in Greece?. *Encephalos, 50*: 22-30.
- Ehrenberg R.G. & Smith R.S. (1991). *Modern Labour Economics: Theory and Public Policy*. 4th ed. NY. HarperCollins Publishers Inc.
- Eisenberg P., & Lazarsfeld P.F. (1938). The psychological effects of unemployment. *Psychological Bulletin, 35*, 358-390.
- Eisner W. E. (1991). *The enlightened eye, qualitative inquiry and the enhancement of educational practice*. New York: Macmillan.

- Ekelund Jr., Hebert R.F. (2007). *A History of Economic Theory and Method*. Fifth edition, Long Grove, Illinois: The Waveland Press.
- Eliason M. & Storrie D. (2010). Inpatient psychiatric hospitalization following involuntary job loss. *International Journal of Mental Health* 39(2), 32–55.
- Eliason M. & Storrie D. (2009). Job loss is bad for your health – Swedish evidence on cause-specific hospitalization following involuntary job loss. *Soc Sci Med*; 68: 1396–1406.
- Elliot A.J., & Thrash T. M., (2002). Approach - avoidance motivation in personality: Approach and avoidance temperament & goals. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 804-818.
- Esser I., Ferrarini T., Nelson K., Palme J., & Sjöberg O. (2013). Unemployment benefits in EU member states. Employment, Social Affairs & Inclusion, European Commission
- Ettner S. (1997). Measuring the human cost of a weak economy: Does unemployment lead to alcohol abuse? *Social Science and Medicine*.; Vol. 44(No. 2):251–260.
- Eur-Lex. Official Journal of the European Union (2012). Commission Decision of 5 July 2012 on setting up a multisectoral and independent expert panel to provide advice on effective ways of investing in health (2012/C 198/06). <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2012:198:0007:0011:EN:PDF>
- Eurofound (2014). *Access to healthcare in times of crisis*, Dublin
- European Central Bank (2011). Central Bank Statistics: What Did the Financial crisis change? Germany.
- European Commission (2010). Eurostat Report on Greek Government Deficit and Debt Statistics (January). European Commission, COM, Brussels.
- Ezzati M., van der Hoorn S., Lopez A., et al. (2006). Comparative quantification of mortality and burden of disease attributable to selected risk factors. In: Murray C, ed. *Global Burden of Disease and Risk Factors*. Washington, DC: The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank:241-268.

- Ezzatti M., & Riboli E. (2013). Behavioral and dietary risk factors for noncommunicable diseases. *The New England Journal of Medicine*, 369, 954–964.
- Falba T., Teng H.M., Sindelar J.L., Gallo W.T., (2005). The effect of involuntary job loss on smoking intensity and relapse. *Addiction* 100 (9):1330–1339.
- Farré L., Fasani F., & Mueller H. (2018). Feeling useless: the effect of unemployment on mental health in the Great Recession. *IZA Journal of Labor Economics*, 7(1), 8.
- Fayers P.M. & Machin D., (2000). Quality of life: assessment, analysis and interpretation. *Chichester*, Wiley
- Feather N. T. (1997). Economic deprivation and the psychological impact of unemployment. *Australian Psychologist*, 32, 37-45.
- Fergusson D.M., Horwood L.J., & Woodward L.J. (2001). Unemployment and psychosocial adjustment in young adults: Causation or selection? *Social Science and Medicine*, 53, 305-320.
- Ferrarini T., Nelson K., & Sjöberg O. (2014). Unemployment insurance and deteriorating self-rated health in 23 European countries. *J Epidemiol Community Health*, jech-2013.
- Ferrie J.E., Shopley MJ, Stansfeld SA, Marmot MG. (2002). Effects of chronic job insecurity and change in job security on self reported health, minor psychiatric morbidity, physiological measures, and health related behaviours in British civil servants: the Whitehall II study. *J Epidemiol &Community Health*, 56:450–454,.
- Field KS., & Briggs DJ. (2001). Socio-economic and locational determinants of accessibility and utilization of primary health-care. *Health Soc Care Community*; 9(5): 294-308.
- Flatau P., Galea J., & Petridis R. (2000). Mental health and wellbeing and unemployment. *Australian Economic Review*, 33, 161-181.
- Forcier MW. (1988). Unemployment and alcohol abuse: a review. *J Occup Med*, 30:246-251.

- Ford E. S., Bergmann M. M., Boeing H., Li, C., & Capewell S. (2012). Healthy lifestyle behaviors and all-cause mortality among adults in the United States. *Preventive medicine*, 55(1), 23-27.
- Fountoulakis KN, Grammatikopoulos IA, Koupidis SA, Siamouli M, Theodorakis PN. (2012). Health and the financial crisis in Greece. *Lancet*, 379:1001–2.
- Fountoulakis K. N., Savopoulos C., Apostolopoulou M., Dampali R., Zaggelidou E., Karlafti, E., et al. (2015). Rate of suicide and suicide attempts and their relationship to unemployment in Thessaloniki Greece (2000–2012). *Journal of affective disorders*, 174, 131-136.
- Fountoulakis K., Iacovides A., Kleanthous S., Samolis S., Kaprinis S. G., Sitzoglou K., et al., (2001). Reliability, validity and psychometric properties of the Greek translation of the Center for Epidemiological Studies-Depression (CES-D) Scale. *BMC psychiatry*, 1(1), 3.
- Franks P., Clancy C. & Gold M. (2003). Health Insurance and Mortality. *Journal of the American Medical Association*, 270, pp.737–741
- Frasquilho D., Gaspar Matos M., Salonna F., Guerreiro D., Storti C. C., Gaspar, T., & Caldas-de-Almeida, J. M. (2016). Mental health outcomes in times of economic recession: A systematic literature review. *BMC Public Health*, 16, 115. doi:10.1186/s12889-016-2720-y
- Frederic C. & Fourie N. (1997). *How to Think and Reason in Macroeconomics*. 1st ed. Cape Town. Juta & Co.
- Friedland DS., Price RH. (2003). Underemployment: consequences for the health and well-being of workers. *Am. J. Community Psychol.*;32(1-2):33-45
- Friedman M. (1968) "The Role of Monetary Policy", *American Economic Review*, 58, pp. 307-308.
- Fryer D. (1986). Employment deprivation and personal agency during unemployment: A critical discussion of Jahoda's explanation of the psychological effects of unemployment. *Social Behaviour*, 1, 3-23.
- Gali J. & Rabanal P. (2004). "Technology Shocks and Aggregate Fluctuations: How Well Does the Real Business Cycle Model Fit Postwar U.S. Data?," *NBER Macroeconomics Annual*, 19, 225-288.

- Gali J. (1999). "Technology, Employment, and the Business Cycle: Do Technology Explain Aggregate Fluctuations," *The American Economic Review*, 1, 249-271.
- Gallo WT., Teng HM., Falba TA., Kasl SV., Krumholz HM., Bradley EH. (2006). The impact of late career job loss on myocardial infarction and stroke: a 10 year follow up using the health and retirement survey. *Occup Environ Med*; 63: 683-7.
- Gallo P. & Gené-Badia J. (2013). Cuts drive health system reforms in Spain. *Health Policy*, 113(1-2), pp.1-7.
- Gallo W. T., Bradley E.H., Siegel M., Kasl S.V. (2001). The Impact of Involuntary Job Loss on Subsequent Alcohol Consumption by Older Workers: Findings from the Health and Retirement Survey. *J. Gerontol.* 56:S3-S9.
- Ganong P., & Noel P. (2015). How Does Unemployment Affect Consumer Spending?. *Unpublished manuscript, Harvard Univ., Cambridge, MA.*
- Geitona M., Zavras D., Kyriopoulos J. (2007). Determinants of healthcare utilization in Greece: implications for decision-making. *Eur J Gen Pract.*;13:144-50.
- Geitona M., Androutsou L., & Yfantopoulos J. (2013). Efficiency assessment across homogeneous specialty clinics in the region of thessaly, Greece. *The Open Public Health Journal*, 6(1).
- Geitona M., Kyriopoulos J., Zavras D., Theodoratou T., & Alexopoulos E. C. (2008). Medication use and patient satisfaction: a population-based survey. *Family practice*, 25(5), 362-369.
- Gemmill MC., Thomson S., Mossialos E. (2008). What impact do prescription drug charges have on efficiency and equity? Evidence from high-income countries. *Int J Equity Health*; 7:12.
- Gerdtham U.G. & Johannesson M., (2003). A note on the effect of unemployment on mortality. *Journal of Health Economics*, 22: 505-518.
- Gerdtham UG., & Ruhm C. J., (2003). Deaths rise in good economic times: evidence from the OECD. Institute for the Study of Labor (IZA), Discussion Paper No. 654.

- Geyer S., Peter R., (2003). Hospital admissions after transition into unemployment. *Soz Praventivmed*; 48: 105–14.
- Giannitsis T., & Zografakis S. (2015). *Greece: Solidarity and adjustment in times of crisis* (No. 38). IMK Study.
- Giotakos O. (2010). Financial crisis and mental health. *Psychiatriki*; 21 (3): 195-204
- Giuntoli G., Hughes S., Karban K., & South J. (2015). Towards a middle-range theory of mental health and well-being effects of employment transitions: Findings from a qualitative study on unemployment during the 2009–2010 economic recession. *Health*; 19(4), 389-412.
- Glynn L. G., Valderas J. M., Healy P., Burke E., Newell J., Gillespie P., & Murphy A. W. (2011). The prevalence of multimorbidity in primary care and its effect on health care utilization and cost. *Family practice*, 28(5), 516-523.
- Goldman-Mellor S.J., Saxton K.B., & Catalano R.C. (2010). Economic contraction and mental health: A review of the evidence, 1990-2009. *International Journal of Mental Health*, 39(2), 6-31.
- Gool K.V. & Pearson M. (2014). *Health, Austerity and Economic Crisis: Assessing the Short Term Impact in OECD Countries*, Paris
- Gough M. (2017). A couple-level analysis of participation in physical activity during unemployment. *SSM-population health*, 3, 294-304.
- Gould D., Kelly D., Goldstone L., & Gammon J. (2001). Examining the validity of pressure ulcer risk assessment scales: developing and using illustrated patient simulations to collect the data INFORMATION POINT: Visual Analogue Scale. *Journal of clinical nursing*, 10(5), 697-706.
- Gouwy A., Christiaens W., & Bracke P. (2008). Mental health services use in the general Belgian population: estimating the impact of mental health and social determinants. *Arch Public Health*, 66(2), 50-68.
- Graetz B. (1993). Health consequences of employment and unemployment: longitudinal evidence for young men and women. *Social Science and Medicine*, 36, 715-724.

- Graham N. A., Frost-Pineda K., & Gold M. S. (2007). Tobacco and psychiatric dual disorders. *Journal of Addictive Diseases*, 26(Suppl. 1), 5–12.
- Gruber J. (1997). The consumption smoothing benefits of unemployment insurance. *American Economic Review*, 87(1), 192_205.
- Guarnaccia P. J., & Worobey J. L. (1991). The impact of marital status and employment status on depressive affect for hispanic Americans. *Journal of Community Psychology*, 19, 136-149.
- Guillaumier A., Twyman L., Paul C., Siahpush M., Palazzi K., & Bonevski B. (2017). Financial stress and smoking within a large sample of socially disadvantaged Australians. *International journal of environmental research and public health*, 14(3), 231.
- Hammarstrom A., & Janlert U. (2003). Unemployment: An important predictor for future smoking: A 14-year follow up study of school leavers. *Scandinavian Journal of Public Health*, 31, 229–232.
- Hammarstrom A., & Janlert, U., (1994). Unemployment and change of tobacco habits – a study of young-people from 16 to 21 years of age. *Addiction* 89 (12):1691–1696.
- Hammer T. (1992). Unemployment and use of drug and alcohol among young people: a longitudinal study in the general population. *Addiction*, 87:1571-1581.
- Hanisch K. A. (1999). Job loss and unemployment research from 1994 to 1998: A review and recommendations for research and intervention. *Journal of Vocational Behavior*, 55, 188-220.
- Hardouvelis G., & Gkionis, I. (2016). A Decade Long Economic Crisis: Cyprus versus Greece. *Cyprus Economic Policy Review*, 10(2), 3-40.
- Harrison R. (1976). The demoralising experience of prolonged unemployment, *D E Gazette*, 339- 348.
- Hart C. L., Smith G. D., Gruer L., & Watt G. C. (2010). The combined effect of smoking tobacco and drinking alcohol on cause-specific mortality: a 30 year cohort study. *BMC Public Health*, 10(1), 789.

- Haw C., Hawton K., Gunnell D., & Platt S. (2015). Economic recession and suicidal behaviour: possible mechanisms and ameliorating factors. *International Journal of Social Psychiatry*, 61(1), 73-81.
- Haworth J. T. (2011). Life, work, leisure, and enjoyment: the role of social institutions. *Leisure Studies Association Newsletter*, 72-80.
- Hedge J. W., & Borman, W. C. (2012). *The Oxford Handbook of Work and Aging*: OUP USA.
- Henkel D., Unemployment and substance use: a review of the Literature 1990–2010 (2011). *Current Drug Abuse Reviews*, vol. 4, no. 1, pp. 4–27.
- Hepworth S.J. (1980). Moderating factors of the psychological impact of unemployment. *Journal of Occupational Psychology*, 53, 139-145.
- Herbig B., Dragano N., Angerer P. (2013). Health in the long-term unemployed. *Dtsch. Arztebl. Int.* 110, 413–419.
- Herzfeld T., Huffman S., & Rizov M. (2014). The dynamics of food, alcohol and cigarette consumption in Russia during transition. *Economics & Human Biology*, 13:128–143.
- Hill J. (1977). *The social and psychological impact of unemployment: a pilot study*. Tavistock Institute of Human Relations, London.
- Hopkins S. (2006). Economic stability and health status: Evidence from East Asia before and after the 1990s economic crisis. *Health Policy*; 75:347–357
- Huang J., Birkenmaier, J., & Kim Y. (2014). Job loss and unmet health care needs in the economic recession: different associations by family income. *American journal of public health*, 104(11), e178-e183.
- Huegaerts K., Spruyt B., & Vanroelen C. (2018). Youth Unemployment and Mental Health: The Mediating Role of Embodiment. *Societies*, 8(2), 43.
- Huijts T., Reeves A., McKee M., & Stuckler D. (2015). The impacts of job loss and job recovery on self-rated health: testing the mediating role of financial strain and income. *The European Journal of Public Health*, 25(5), 801-806.
- Hyppolite P. A. (2016). Towards a Theory on the Causes of the Greek Depression: An Investigation of National Balance Sheet Data (1997–

- 2014), ELIAMEP (Hellenic Foundation for European and Foreign Policy), Crisis Observatory 22.
- International Monetary Fund (2013). Greece: Ex Post Evaluation of Exceptional Access Under the 2010 Stand By Arrangement.; No. 13/156. Washington, D.C.
- International Monetary Fund (2017). Greece 2016. Washington: International Monetary Fund, IMF Country Report No. 17/40, February 2016.
- Italian Ministry of Health (2013). Statistics yearbook 2010; 2013 http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1933_allegato.pdf
- Iversen L., Andersen O., Andersen PK., Christoffersen K. & Keiding N. (1987): Unemployment and mortality in Denmark, 1970-80. *British Medical Journal*; 295: 879-884.
- Iversen L., Sabroe S. & Damsgard MT. (1989). Hospital admissions before and after shipyard closure. *British Medical Journal*; 299: 1073-1076.
- Jackson T. (1999). Differences in psychosocial experiences of employed, unemployed, and student samples of young adults. *Journal of Psychology*, 133, 49-60.
- Jahoda M. (1982). *Employment and unemployment: A social-psychological analysis*. London.
- Jahoda M., (1981). Work, employment, and unemployment - values, theories, and approaches in social-research. *Am. Psychol.* 36 (2):184-191.
- Janlert U. & Hammarstrom A. (1992). Alcohol consumption among unemployed youths: results from a prospective study. *Br J Addict*, 87:703-714.
- Janlert U. & Hammarström A. (1992). Alcohol consumption among unemployed youths: results from a prospective study. *British journal of addiction*, 87(5), 703-714.
- Janlert U. Winefield A. H. & Hammarström A. (2014). Length of unemployment and health-related outcomes: a life-course analysis. *The European Journal of Public Health*, 25(4), 662-667.

- Jofre-Bonet M., Serra-Sastre V., & Vitoricos S. (2018). The impact of the Great Recession on health-related risk factors, behaviour and outcomes in England. *Social Science & Medicine*, 197, 213-225.
- Johansson E., Alho H., Kiiskinen U., & Poikolainen K. (2007). The association of alcohol dependency with employment probability: evidence from the population survey 'Health 2000 in Finland'. *Health Economics*, 16(7), 739-754.
- Johnson Richard W., & Alice Feng. (2013). "Financial Consequences of Long-Term Unemployment during the Great Recession and Recovery." Washington, DC: The Urban Institute.
- Jones S. R., & Riddell W. C. (1999). The measurement of unemployment: An empirical approach. *Econometrica*, 67(1), 147-162.
- Jonung L. (1989). Knut Wicksell on unemployment, *History of Political Economy*, 21, 1, 27-42.
- Junankar P. N. (1991). Unemployment and mortality in England and Wales: A preliminary analysis. *Oxford Economic Papers*, 43(2): 305-320.
- Kaiser M., Bauer J. M., & Sousa-Poza A. (2017). Does unemployment lead to a less healthy lifestyle?. *Applied economics letters*, 24(12), 815-819.
- Kaitelidou D., Kouli E. (2012). Greece: the health system in a time of crisis. *Eurohealth incorporating. Euro Observer*;18(1).
- Kamerāde D., & Bennett M. (2015). Unemployment, volunteering, subjective well-being and mental health, TSI Working Paper Series No. 8. Seventh Framework Programme (grant agreement 613034), European Union. Brussels: Third Sector Impact.
- Karanikolos M., Mladovsky P., Cylus J., Thomson S., Basu S., Stuckler D. et al. (2013). Financial crisis, austerity, and health in Europe. *Lancet Lond Engl*; 381(9874): 1323–1331.
- Kasl S.A., & Cobb, S. (1966). Health behavior, illness behavior, and sick role behavior: Health and illness behavior. *Archives of Environmental Health*, 12, 246-266

- Kassenboehmer S.C., & Haisken-DeNew J. P. (2009). You're fired! The causal negative effect of entry unemployment on life satisfaction*. *The Economic Journal*, 119, 448-462.
- Kaufman B.E. & Hotchkiss J.L. (2000). *The Economics of Labour Markets*. 5th ed. Orlando. The Dryden Press
- Kaufman H. G. (1982). *Professionals in search of work: coping with the stress of job loss and underemployment*: Wiley.
- Kentikelenis A., Karanikolo M., Reeves A., McKee M., Stuckler D. (2014). Greece's health crisis: from austerity to denialism. *The Lancet*; 383(9918):748-753.
- Kentikelenis A., Karanikolos M., Papanicolas I., Basu S., McKee M., Stuckler D. (2011). Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy. *Lancet*.;378:1457-8.
- Kessler R.C. (2004). The epidemiology of dual diagnosis. *Biological Psychiatry*, 56, 730-737.
- Kessler R. C., Turner, J. B., & House, J. S. (1987). Intervening processes in the relationship between unemployment and health. *Psychological Medicine*, 17, 949-961.
- Keynes J. (1936). *The General Theory of Employment, Interest and Money*. London: Harcourt.
- Keynes J. (1936). *The General Theory of Employment, Interest and Money*. London: Harcourt.
- Khalt M., Sermet C., Le Pape A. (2004). Increased prevalence of depression, smoking, heavy drinking and use of psycho-active drugs among unemployed men in France. *Eur J Epidemiol*, 19:445-451.
- Khan S., Murray RP., Barnes GE. (2002). A structural equation model of the effect of poverty and unemployment on alcohol abuse. *Addict Behav*, 27:405-423.
- Khang Y. H., Lynch J. W., & Kaplan G. A. (2005). Impact of economic crisis on cause-specific mortality in South Korea. *International journal of epidemiology*, 34(6), 1291-1301.

- Kiely K. M., & Butterworth P. (2015). Validation of four measures of mental health against depression and generalized anxiety in a community based sample. *Psychiatry Res*, 225(3), 291-298.
- Kingdon G., & Knight J. (2006). The measurement of unemployment when unemployment is high. *Labour Economics*, 13(3), 291-315.
- Kivimaki M., Head J., Ferrie J.E., Shipley M.J., Brunner E., Vahtera J., et al. (2006). Work stress, weight gain and weight loss: evidence for bidirectional effects of job strain on body mass index in the Whitehall II study. *Int. J. Obes.* 30 (6):982–987.
- Kondilis E., Giannakopoulos S., Gavana M., Ierodiakonou I., Waitzkin H., & Benos A. (2013). Economic crisis, restrictive policies, and the population's health and health care: the Greek case. *American journal of public health*, 103(6), 973-979.
- Kontaxakis V., Papaslanis T., Havaki-Kontaxaki B., Tsouvelas G., Giotakos O., Papadimitriou G. (2013). Suicide in Greece: 2001–2011. *Psychiatr Psychiatr*; 24(3): 170–174.
- Kotsiou O., Srivastava D., Kotsios P., Exadaktylos A., & Gourgoulisanis K. (2018). The emergency medical system in Greece: Opening Aeolus' bag of winds. *International journal of environmental research and public health*, 15(4), 745.
- Kraut A., Mustard C., Walld R., Tate R. (2000). Unemployment and health care utilization. *Scand J Work Environ Health*; 26(2): 169-77.
- Kristjuhan U., & Taidre E. (2012). The last recession was good for life expectancy. *Rejuvenation Res* 15: 134-135.
- Laanani M., Ghosn W., Jougl, E., & Rey, G. (2015). Impact of unemployment variations on suicide mortality in Western European countries (2000–2010). *J Epidemiol Community Health*, 69(2), 103-109.
- Latif E. (2014). The Impact of Macroeconomic Conditions on Obesity in Canada. *Health Economics*, 23(6), 751-759.
- Leach L. S., Christensen H., & Mackinnon A. J. (2008). Gender differences in the endorsement of symptoms for depression and anxiety: are gender-biased items responsible? *Journal of Nervous and Mental Disease*, 196, 128-135.

- Leahy R. Unemployment's Human Costs (Cited 8 January 2011). Available at internet <http://www.huffingtonpost.com/robert-leahy-phd/>
- Leana C. R., & Feldman D. C. (1995). Finding new jobs after a plant closing: Antecedents and outcomes of the occurrence and quality of reemployment. *Human Relations*, 48, 1381-1401.
- Lee AJ., Crombie IK., Smith WC., Tunstall-Pedoe H. (1990). Alcohol consumption and unemployment among men: the Scottish Heart Health Study. *Br J Addict*, 85:1165-1170.
- Lee AJ., Crombie IK., Smith WC., Tunstall-Pedoe HD. (1991). Cigarette smoking and employment status. *Soc Sci Med*, 33:1309-1312.
- Lee J. T., Hamid F., Pati S., Atun R., & Millett C. (2015). Impact of noncommunicable disease multimorbidity on healthcare utilisation and out-of-pocket expenditures in middle-income countries: cross sectional analysis. *PLoS One*, 10(7), e0127199.
- Lehnert T., Heider D., Leicht H., Heinrich S., Corrieri S., Lupp M., et al., (2011). Health care utilization and costs of elderly persons with multiple chronic conditions. *Medical Care Research and Review*, 68(4), 387-420.
- Leino-Arjas P., Liira J., Mutanen P., Malmivaara A., & Matikainen E. (1999). Predictors and Consequences of Unemployment Among Construction Workers: Prospective Cohort Study. *British Medical Journal*, 319(7210), 600-605.
- Lenaerts K., Paquier F., & Simonetta S. (2017). *Unemployment Insurance in America: A model for Europe?*. CEPS.
- Lennon M. C., & Limonic L. (1999). Work and unemployment as stressors. In A. Horwitz & T. Scheid (Eds.), *A Handbook for the Study of Mental Health: Social Contexts, Theories, and Systems*. Cambridge: UK: Cambridge University Press.
- Leon L. & Matthews L. (2010). Self Esteem Theories: Possible explanations for poor interviewing skills for those experiencing unemployment. *Journal of Rehabilitation*, 76, 441-50.
- Liaropoulos L. (2012). Greek economic crisis: not a tragedy for health. *British Medical Journal*, 345:e7988.

- Lim S. S., Vos T., Flaxman A. D., Danaei G., Shibuya K., Adair-Rohani H., et al., (2013). A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 380, 2224–2260.
- Lima J., Reeves A., & Stuckler D. (2015). Unmet health need and unemployment during recession in Europe. *The European Journal of Public Health*, 25(suppl_3), ckv174-043.
- Liu Y., Rehkopf D., Zhong J., & Rodriguez E. (2015). Job Loss, Unemployment Benefits, and Mental Health of Middle-Aged US Women. In *Enabling Gender Equality: Future Generations of the Global World* (pp. 81-91). Emerald Group Publishing Limited.
- Liwowsky I., Dietmar K., Mergl R., Bramesfeld A., Allgair A., Poppel E., & Hegerl U., (2009). Screening for depression the older long-term unemployed. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44, 622-627
- Long T., & Johnson M. (2000). Rigour, reliability and validity in qualitative research. *Clinical effectiveness in nursing*, 4(1), 30-37.
- Loopstra R., Reeves A., McKee M., & Stuckler D. (2016). Food insecurity and social protection in Europe: quasi-natural experiment of Europe's great recessions 2004–2012. *Preventive medicine*, 89, 44-50.
- Lundin A., Lundberg I., Hallsten L., Ottosson J., & Hemmingsson T. (2010). Unemployment and mortality—a longitudinal prospective study on selection and causation in 49321 Swedish middle-aged men. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 64(01), 22-28.
- Lynch J. W., Smith G. D., Kaplan G. A., & House J. S. (2000). Income inequality and mortality: importance to health of individual income, psychosocial environment, or material conditions. *British Medical Journal*, 320, 1200-1204.
- MacDonald Z., Shields M. (2004) Does problem drinking affect employment? Evidence from England. *Health Economics*. Vol. 13:139–155.

- Madianos M. G. & Stefanis C. N. (1992). Changes in the prevalence of symptoms of depression and depression across Greece. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 27(5), 211-219.
- Madianos M. G., Alexiou T., Patelakis A., & Economou M. (2014). Suicide, unemployment and other socioeconomic factors: evidence from the economic crisis in Greece. *The European Journal of Psychiatry*, 28(1), 39-49.
- Madianos M., Economou M., Alexiou T., & Stefanis C. (2011). Depression and economic hardship across Greece in 2008 and 2009: two cross-sectional surveys nationwide. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46(10), 943-952.
- Madureira-Lima J., Reeves A., Clair A., & Stuckler D. (2017). The Great Recession and inequalities in access to health care: a study of unemployment and unmet medical need in Europe in the economic crisis. *International journal of epidemiology*, 47(1), 58-68.
- Mafiri M.I. (2002). Socio-economic Impact of Unemployment. Pretoria: University of Pretoria. (Dissertation - MCOM)
- Malik M. A. (2014). An Overview of Alienation among Unemployed Adults: A Literature Survey. *Journal of Psychology & Psychotherapy*, 4(5), 1.
- Mandal B., Ayyagari P., & Gallo W. T. (2011). Job loss and depression: The role of subjective expectations. *Social Science & Medicine*, 72(4), 576-583.
- Manolitzas P., & Stylianou N. (2018). Modelling Waiting Times in an Emergency Department in Greece During the Economic Crisis. *Journal of Health Management*, 20(4), 475-485.
- Manuelli R. (2000). "Technological Change, the Labor Market, and the Stock Market," NBER Working Paper 8022 (November).
- Marcus J., (2014). Does job loss make you smoke and gain weight? *Economica* 81 (324): 626-648.
- Marder SR. (1995). Psychiatric rating scales *In Kaplan HI, Sadock BJ, eds. Comprehensive Textbook of Psychiatry/VI 6th ed. Baltimore, Md: Williams & Wilkins;* 1:619-635

- Marengoni A., Angleman S., Melis R., Mangialasche F., Karp A., Garmen A., et al., (2011). Aging with multimorbidity: a systematic review of the literature. *Ageing research reviews*, 10(4), 430-439.
- Margerison-Zilko C., Goldman-Mellor S., Falconi A., & Downing J. (2016). Health impacts of the great recession: A critical review. *Current Epidemiology Reports*, 3, 81-91.
- Marschang S. (2015). Access to Healthcare and the Economic Crisis in Europe, Health in Economic Policies and the Case for Universalism, EPHA, 1-23
- Martikainen P. T. (1990). Unemployment and mortality among Finnish men, 1981-5. *Bmj*, 301(6749), 407-411.
- Martikainen P. T., & Valkonen, T., (1996). Excess mortality of unemployed men and women during a period of rapidly increasing unemployment. *Lancet*, 348:909-912.
- Martin-Carrasco M., Evans-Lacko S., Dom G., Christodoulou N. G., Samochowiec J., Gonzalez-Fraile, E., et al., (2016). EPA guidance on mental health and economic crises in Europe. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 266, 89-124.
- Maruthappu M., Watson R. A., Watkins J., Williams C., Zeltner T., Faiz O., et al., (2016). Unemployment, public-sector healthcare expenditure and colorectal cancer mortality in the European Union: 1990-2009. *International journal of public health*, 61(1), 119-130.
- Maselli I., & Beblavý M. (2015). *The case for a European unemployment benefit scheme*. Centre for European Policy Studies.
- Mattei G., De Vogli R., Ferrari S., Pingani L., Rigatelli M., & Galeazzi G. M. (2017). Impact of the economic crisis on health-related behaviors in Italy. *International Journal of Social Psychiatry*, 63(7), 649-656.
- Mavridis S. (2018). Greece's Economic and Social Transformation 2008-2017. *Social Sciences*, 7(1), 9.
- McCarberg B.H., Nicholson B.D., Todd K.H., Palmer T., Penles L. (2008) The impact of pain on quality of life and the unmet needs of pain management: Results from pain sufferers and physicians participating in an Internet survey. *Am. J. Ther.* 15:312-320.

- McConnell C.R., Brue S.L. & Macpherson D.A. (1999). *Contemporary Labour Economics*. 5th ed. Singapore. McGraw-Hill
- McCoyd J.L., & Kerson T.S. (2006). Conducting intensive interview using email: A serendipitous comparative opportunity. *Qualitative Social Work*, 6, 389-406
- McDonald Ian M., & Robert M. Solow (1981), "Wage Bargaining and Employment", *American Economic Review*, Vol. 71, No. 5, pp.896–908.
- McFadyen R. (1995). Coping with threatened identities: Unemployed people's self-categorizations. *Current Psychology*, 14, 233-256.
- McKee-Ryan F., Song Z., Wanberg C. R., & Kinicki A. J. (2005). Psychological and physical well-being during unemployment: a meta-analytic study. *J Appl Psychol*, 90(1), 53-76.
- Meader N., King K., Moe-Byrne T., Wright K., Graham H., Petticrew M. et al., (2016). A systematic review on the clustering and co-occurrence of multiple risk behaviours. *BMC public health*, 16(1), 657.
- Médecins du Monde (2012). *Access to Health Care for Vulnerable Groups in the European Union in 2012: An overview of the condition of persons excluded*, Brussels
- Merril RM., & Timmreck TC. (2006). *Introduction to Epidemiology*. 4th Ed Jones and Bartlett Publishers; Mississauga, Ontario. pp. 1–342.
- Milner A., Page A., & LaMontagne A. D. (2013). Long-term unemployment and suicide: a systematic review and meta-analysis. *PloS one*, 8(1), e51333.
- Minton J. W., Pickett K. E. & Dorling, D. (2012). Health, employment, and economic change, 1973-2009: repeated cross sectional study. *BMJ*, 344, e2316.
- Mishkin FS. (1992) *The Economics of Money, Banking, and Financial Markets*. Third Edition. Harper Collins, New York.
- Mladovsky P. et al. (2012), *Health policy responses to the financial crisis in Europe*, Copenhagen: WHO/European Observatory on Health Systems and Policies.

- Moller H. (2012). Health effects of unemployment, *Wirral Performance and Public Health*, Intelligence Team,.
- Monsivais P., Aggarwal A., Drewnowski A. (2014). Time spend on home food preparation and indicators of healthy eating. *Am J Prev Med.*; 47:796-802.
- Monsivais P., Martin A., Suhrcke, M., Forouhi N.G., Wareham N.J., (2015). Job-loss and weight gain in British adults: evidence from two longitudinal studies. *Soc. Sci. Med.* 143:223–231.
- Montgomery S., Cook D., Bartley M., Wadsworth M., (1998). Unemployment, cigarette smoking, alcohol consumption and body weight in young British men. *Eur. J. Pub. Health* 8 (1):21–27.
- Moore K. A., Alexi N., & Argyrides M. (2016). Psychometric properties of the center for epidemiological studies-depression scale (CES-D)-Greek version. *Hellenic Journal of Psychology*, 13, 74-87.
- Morrell S., Taylor R., Quine S., & Kerr C., (1993). Suicide and unemployment in Australia 1907-1990. *Social Science & Medicine*, 36(6): 749-756.
- Morrell S., Taylor R., Quine S., Kerr C., & Western J. (1994). A cohort study of unemployment as a cause of psychological disturbance in Australian youth. *Social Science and Medicine*, 38, 1553-1564.
- Morris JK., Cook DG. & Shaper GA. (1994). Loss of employment and mortality. *British Medical Journal*; 308: 1135-1139.
- Morris J.K., Cook D. G., & Shaper A. G., (1992). Non-employment and changes in smoking, drinking, and body weight. *British Medical Journal*, 304(6826): 536-541.
- Morris L. J., Prior S. L., Anstey K. J., Butterworth P., Tait R. J., Jacomb P., & Directorate A. G. H. (2011). Mental Health and Wellbeing in the ACT. In H. Series (Ed.). Canberra: ACT Government Health Directorate.
- Mortensen D. & Pissarides C. (1994). “Job Creation and Job Destruction in the Theory of Unemployment,” *The Review of Economic Studies*, 61, 3, 397-415.
- Moser KA., Fox AJ., Jones DR. (1984): Unemployment and mortality in the OPCS longitudinal study. *The Lancet*: 1324-1328.

- Mossakowski, K. (2008). Is the duration of poverty and unemployment a risk factor for heavy drinking? *Social Science & Medicine*; 67(6):947–955.
- Mouhammed A. (2010). Unemployment and the Entrepreneur, *International Journal of Economics and Research*, 1, 1, 1-14.
- Mouhammed A. H. (2011). Important theories of unemployment and public policies. *Journal of Applied Business and Economics*, 12(5), 100-110.
- Mullahy J, & Sindelar J. (1996). Employment, unemployment, and problem drinking. *J Health Econ*, 15:409-434.
- Muller L L. (1995). Women in unemployment research: Findings and future issues. In R. Hicks, P. Creed, W. Patton, & J. Tomlinson (Eds.), *Unemployment Developments and Transitions* (pp. 104-114). Brisbane: Australian Academic Press
- Murphy G.C., & Athanasou J.A. (1999). The effect of unemployment on mental health. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 72, 83-99.
- Musgrove P. (1987). The economic crisis and its impact on health and health care in Latin America and the Caribbean. *Int J Health Serv*.17: 411–41.
- Nelson C., Park J. (2006) The nature and correlates of unmet health care needs in Ontario, Canada. *Soc. Sci. Med.* 62:2291–2300.
- Nelson R. M., Belkin P., & Jackson J. K. (2015). *The Greek debt crisis: Overview and implications for the United States*. Congressional Research Service.
- Nelson R. M., Belkin P., & Jackson J. K. (2015). *The Greek debt crisis: Overview and implications for the United States*. Congressional Research Service.
- Neumayer E. (2004). Recessions lower (some) mortality rates:: evidence from Germany. *Social science & medicine*, 58(6), 1037-1047.
- Nichols Austin. 2012. "Poverty and Unemployment." Washington, DC: The Urban Institute. <http://www.urban.org/publications/412652.html>.
- Nishhiyama and Leube (1984). Does unemployment compensation affect unemployment duration? *Economic Journal*, 113(484), 190-206.

- Nishikitani M., Tsurugano S., Inoue M., & Yano E. (2012). Effect of unequal employment status on workers' health: results from a Japanese national survey. *Social science & medicine*, 75(3), 439-451.
- Noble N., Paul C., Turon H., & Oldmeadow C. (2015). Which modifiable health risk behaviours are related? A systematic review of the clustering of Smoking, Nutrition, Alcohol and Physical activity ('SNAP') health risk factors. *Preventive medicine*, 81, 16-41.
- Nomaguchi K. M., & Bianchi S. M. (2004). Exercise time: Gender differences in the effects of marriage, parenthood, and employment. *Journal of Marriage and Family*, 66, 413-430.
- Nordenmark M., Strandh M., (1999). Towards a sociological understanding of mental wellbeing among the unemployed: the role of economic and psychosocial factors. *Sociol. J. Brit. Sociol. Assoc.* 33 (3):577-597
- Norström F., Virtanen P., Hammarström A., Gustafsson P., & Janlert U. (2014). How does unemployment affect self-assessed health? A systematic review focusing on subgroup effects. *BMC Public Health*, 14, 1-13.
- OECD (2011). *Health at a Glance: Europe 2011*, Paris: OECD Publishing.
- OECD (2014). *Health at a Glance: Europe 2014*, Paris: OECD Publishing.
- OECD (2019). *OECD Employment Outlook 2019: The Future of Work*, OECD Publishing, Paris. <https://doi.org/10.1787/9ee00155-en>
- Öhlander E., Vikström M., Lindström M., & Sundquist K. (2006). Neighbourhood Non-Employment and Daily Smoking: A Population-Based Study of Women and Men in Sweden. *The European Journal of Public Health*, 16(1), 78-84.
- Ohlsson A., Lindahl B., Hanning M., & Westerling R. (2016). Inequity of access to ACE inhibitors in Swedish heart failure patients: a register-based study. *J Epidemiol Community Health*, 70(1), 97-103..
- Olesen S. C., Butterworth P., Leach L. S., Kelaher M., & Pirkis J. (2013). Mental health affects future employment as job loss affects mental health: findings from a longitudinal population study. *BMC psychiatry*, 13(1), 144.

- Ortega T., Johnson R., Beeson G., Craft J. (1994). The Farm Crisis and Mental Health: A Longitudinal Study of the 1980s. *Rural Sociology*, 59(4):598-619
- Oyesanya M., Lopez-Morinigo J., & Dutta R. (2015). Systematic review of suicide in economic recession. *World journal of psychiatry*, 5(2), 243.
- Palladino R., Tayu Lee J., Ashworth M., Triassi M., & Millett C. (2016). Associations between multimorbidity, healthcare utilisation and health status: evidence from 16 European countries. *Age and ageing*, 45(3), 431-435.
- Pallant J. (2007). SPSS survival manual, a step by step guide to data analysis using SPSS for windows. 3 ed. Sydney: McGraw Hill. p. 179-200.
- Papaslanis T., Kontaxakis V., Christodoulou C., Konstantakopoulos G., Kontaxaki M-I, Papadimitriou GN. (2016). Suicide in Greece 1992–2012: A time-series analysis. *Int J Soc Psychiatry*; 62(5): 471–476.
- Pappa E., Kontodimopoulos N., Papadopoulos A., Tountas Y., & Niakas D. (2013). Investigating unmet health needs in primary health care services in a representative sample of the Greek population. *International journal of environmental research and public health*, 10(5), 2017-2027.
- Parmar D., Stavropoulou C., & Ioannidis J. P. (2016). Health outcomes during the 2008 financial crisis in Europe: systematic literature review. *Bmj*, 354, i4588.
- Pati S., Agrawal S., Swain S., Lee J. T., Vellakkal S., Hussain M. A., & Millett C. (2014). Non communicable disease multimorbidity and associated health care utilization and expenditures in India: cross-sectional study. *BMC health services research*, 14(1), 451.
- Patton W., & Donohue R. (1998). Coping with long-term unemployment. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 8(5), 331-343.
- Paul K. I., & Moser, K. (2009). Unemployment impairs mental health: Meta-analyses. *Journal of Vocational Behavior*, 74, 264-282.

- Paxson C. (2005). Child Health and Economic Crisis in Peru. *World Bank Econ Rev*; 19 (2): 203-223
- Pearlin L. I. (1999). The stress process revisited: Reflections on concepts and their interrelationships. In C. S. P. Aneshensel, J.C. (Ed.), *Handbook of the sociology of mental health* (pp. 395 - 416). New York: Kluwer Academic/Plenum.
- Pharr J. R., Moonie S., & Bungum T. J. (2012). The impact of unemployment on mental and physical health, access to health care and health risk behaviors. *ISRN Public Health*, 2012.
- Pierrakos G., Balourdos D., Soulis S., Sarris M., Pateras J., Skolarikos P., & Farfaras A. (2014). Comparative analysis and evaluation of the effectiveness of demographic policies in EU countries (2009-2010). *World health & population*, 15(1), 31-43.
- Pigou A. C., (1933), *The Theory of Unemployment*, London: Macmillan.
- Polit DF., Hungler BP. (1991). *Nursing Research-Principles and Methods*. 4th Edition. JB Lippincott Company, Philadelphia.
- Price R. H., Choi J. N., & Vinokur A. D. (2002). Links in the chain of adversity following job loss: how financial strain and loss of personal control lead to depression, impaired functioning, and poor health. *Journal of Occupational Health Psychology*, 7, 302-312.
- Pudrovska T., Schieman S., Pearlin L. I., & Nguyen K. (2005). The Sense of Mastery as a Mediator and Moderator in the Association Between Economic Hardship and Health in Late Life. *Journal of Aging and Health*, 17(5), 634-660.
- Puig-Barrachina V., Malmusi,D., Martínez J.M., Benach J. (2011). Monitoring social determinants of health inequalities: The impact of unemployment among vulnerable groups. *Int. J. Health Serv.*, 41, 459-482.
- Quaglio G., Karapiperis T., Van Woensel L., Arnold E., & McDaid D. (2013). Austerity and health in Europe. *Health policy*, 113(1-2), 13-19.
- Quijada Y., Villagrán L., Vaccari Jiménez P., Reyes C., & Gallardo L. D. (2018). Social Inequality and Mental Health in Chile, Ecuador, and Colombia. *Latin American Perspectives*, 0094582X18803682.

- Rabin R. (2009) Unemployment may be hazardous to your health. Retrieved from <http://www.nytimes.com>
- Rachiotis G., Stuckler D., McKee M., Hadjichristodoulou C. (2015). What has happened to suicides during the Greek economic crisis? Findings from an ecological study of suicides and their determinants (2003–2012). *BMJ Open* Mar 1; 5(3): e007295.
- Radloff LS. (1977). The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*.1:385-401.
- Rankin J. (2015). Greece in Europe: A short history. *The Guardian*.
- Rasky E., Stronegger WJ., Freidl W. (1996). Employment status and its health-related effects in rural Styria, Austria. *Prev Med*; 25(6): 757-63.
- Reeves A., McKee M., Mackenbach J., Whitehead M., Stuckler D. (2017). Public pensions and unmet medical need among older people: cross-national analysis of 16 European countries, 2004–2010. *J Epidemiol Community Health*; 71:174–80.
- Reeves A., McKee M., Stuckler D. (2015). The attack on Universal Health Coverage in Europe: unmet needs, recession, and austerity. *Eur J Public Health*; 25:364–65.
- Reeves A., Gourtsoyannis Y., Basu S., McCoy D., McKee M., & Stuckler D. (2015). Financing universal health coverage—effects of alternative tax structures on public health systems: cross-national modelling in 89 low-income and middle-income countries. *The Lancet*, 386(9990), 274–280.
- Renahy E., Mitchell C., Molnar A., Muntaner C., Ng E., Ali F., & O'Campo P. (2018). Connections between unemployment insurance, poverty and health: a systematic review. *The European Journal of Public Health*, 28(2), 269-275.
- Reynolds A. (2010). The 'stimulus' actually raised unemployment. Retrieved from <http://www.cato.org/publications/commentary/stimulus-actually-raisedunemployment>
- Ritter A., Chalmers J. (2011). The relationship between economic conditions and substance use and harm. *Drug Alcohol Rev.* 30:1-3.

- Roberts R. E., Vernon S. W., & Rhoades H. M. (1989). Effects of language and ethnic status on reliability and validity of the Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale with psychiatric patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*.
- Rodin J. (1986). Aging and Health: Effects of the Sense of Control. *Science*, 233, 1271-1276.
- Rodrigues R., Zo'lyomi E., Kalavrezou N., Matsaganis M. (2013). The Impact of the Financial Crisis on Unmet Needs for Health care. Brussels: European Centre for Social Welfare Policy and Research.
- Rodrigues A. P., Sousa-Uva M., Fonseca R., Marques S., Pina N., & Matias-Dias C. (2017). Depression and unemployment incidence rate evolution in Portugal, 1995–2013: General Practitioner Sentinel Network data. *Revista de saude publica*, 51, 98.
- Rodriguez E. (1994). Health consequences of unemployment in Barcelona. *Eur J Public Health*, 4:245-251.
- Roelfs D.J., Shor, E., Davidson, K.W., Schwartz, J.E., (2011). Losing life and livelihood: a systematic review and meta-analysis of unemployment and all-cause mortality. *Soc. Sci. Med.* 72 (6):840–854.
- Rosenburg M. (1965). *Society and the adolescent self- image*. Princeton NJ: Princeton University Press.
- Ross C. E., & Wu C. L. (1996). Education, age, and the cumulative advantage in health. *Journal of Health and Social Behaviour*, 37, 104-120.
- Rotarou E. S., & Sakellariou D. (2019). Access to health care in an age of austerity: disabled people's unmet needs in Greece. *Critical Public Health*, 29(1), 48-60.
- Royal College of Physicians, Royal College of Psychiatrists. Smoking and mental health. London: RCP, (2013). Royal College of Psychiatrists Council Report CR178.
- Ruhm CJ. (1995) Economic conditions and alcohol problems. *Journal of Health Economics*. Vol. 14(No. 5):583–603.

- Ruhm CJ. (2000). Are recessions good for your health? *Quarterly Journal of Economics* 115(2): 617–650.
- Ruhm CJ. (2003). Good times make you sick. *Journal of Health Economics* 22(4): 637–658.
- Ruhm CJ. (2003). Healthy living in hard times. National Bureau of Economic Research, Working Paper No. 9468.
- Ruhm CJ. (2005). Healthy living in hard times. *Journal of Health Economics* 24(2): 341–63.
- Sandelowski M. (1995). Sample size in qualitative research. *Research in Nursing and Health*, 18, 179-183.
- Sanmartin C., Houle C., Tremblay S., Berthelot J.M. (2002) Changes in unmet health care needs. *Health Rep.* 13:15–21.
- Santana P., Costa C., Cardoso G., Loureiro A., & Ferrão J. (2015). Suicide in Portugal: Spatial determinants in a context of economic crisis. *Health & place*, 35, 85-94.
- Sargent-Cox K., Butterworth P., Anstey K. (2011). The global financial crisis and psychological health in a sample of Australian older adults: A longitudinal study. *Soc Sci Med*; 73(7) :1105-1112
- Sarlio-Lahteenkorva S., Lahelma E. (1999). The association of body mass index with social and economic disadvantage in women and men. *Int J Epidemiol*, 28:445-449.
- Schumpeter J. (1934). *Theory of Economic Development*. Cambridge, MA.: Harvard University Press.
- Schumpeter J. (1947). “The Creative Response In Economic History,” *Journal of Economic History*, 7, 2, (November), pp.149-159.
- Schumpeter J. A. (1928). The instability of capitalism. In M. Boianovsky (ed). *Business Cycle Theory - Selected Texts 1860-1939*, vol. V. London: Pickering & Chatto.
- Schumpeter J. A. (1934). Depressions - Can we learn from past experience? In R. Clemence (ed). *Essays of J.A. Schumpeter*. Cambridge (Mass): Addison-Wesley.

- Schuring, M., Robroek, S. J., Lingsma, H. F., & Burdorf, A. (2015). Educational differences in trajectories of self-rated health before, during, and after entering or leaving paid employment in the European workforce. *Scand J Work Environ Health*, 41(5), 441-450.
- Selenko E, Batinic B. (2011). Beyond debt. A moderator analysis of the relationship between perceived financial strain and mental health. *Soc Sci Med*; 73(12): 1725-1732
- Setia, M. S. (2016). Methodology series module 3: Cross-sectional studies. *Indian journal of dermatology*, 61(3), 261.
- Sharone, Ofer. (2013). *Flawed System/Flawed Self: Job Searching and Unemployment Experiences*. Chicago: University of Chicago Press.
- Sharpe, W. F. (1963). A simplified model for portfolio analysis. *Management science*, 9(2), 277-293.
- Sibley L., Glazier R. Reasons for self-reported unmet needs in Canada: A population-based provincial comparison. (2009) *Healthcare Policy*. 5:87–101.
- Silva, M., Loureiro, A., & Cardoso, G. (2016). Social determinants of mental health: a review of the evidence. *The European Journal of Psychiatry*, 30(4), 259-292.
- Sinha, R., & Jastreboff, A. M. (2013). Stress as a common risk factor for obesity and addiction. *Biological Psychiatry*, 73, 827–835.
- Siskou O., Kaitelidou D., Papakonstantinou V., et al., (2008), “Private health expenditure in the Greek health care system: Where truth ends and the myth begins”, *Health Policy*, 88: 282–93.
- Sousa C A, Clairouin M, Seixas G, Viveiros B, Novo M T, Silva A C, Escoval M T et al. (2012). Ongoing outbreak of dengue type 1 in the Autonomous Region of Madeira, Portugal: preliminary report. *Euro Surveill*, 17.
- Spyridakis, M., Feronas, A. (2014). «The impact of the economic crisis on the quality of life for residents of Attiki area. The experience from the City of Marousi». In *Social Cohesion and Development*, 2014(9) 1, pp. 5-28.

- Stankunas, M., Kalediene, R., Starkuviene, S., & Kapustinskiene, V. (2006). Duration of unemployment and depression: a cross-sectional survey in Lithuania. *BMC Public Health*, 6, 174.
- Stefanson CG (1991): Long term unemployment and mortality in Sweden, 1980-1986. *Social Science Medicine*; 32, 4: 419-423.
- Stemler S., (2001), *An Overview of Content Analysis, Practical Assessment, Research & Evaluation*, Yale University, U.S.A.
- Stevens, AH, DL Miller, Marianne P and M Filipiski (2011). The best of times, the worst of times: understanding procyclical mortality. NBER Working Paper No. 17657.
- Strandh, M., Hammarström, A., Nilsson, K., Nordenmark, M., & Russel, H. (2013). Unemployment, gender and mental health: the role of the gender regime. *Sociology of Health & Illness*, 35(5), 649-665.
- Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A, McKee M. (2009). The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *Lancet*; 374: 315–23
- Stuckler D, McKee M. (2012). There is an alternative: public health professionals must not remain silent at a time of financial crisis. *European Journal of Public Health*, 22:2–3.
- Stuckler D, Meissner C, King L. (2008). Can a bank crisis break your heart? *Global Health*; 4: 1–12.
- Stuckler, D., & Basu, S. (2013). *The body economic*. London, England: Allen Lane.
- Stuckler, D., Basu, S., Suhrcke, M., Coutts, A., & McKee, M. (2009). The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: An empirical analysis. *The Lancet*, 374, 315–323.
- Stuckler, D., Basu, S., Suhrcke, M., McKee, M (2009). The health implications of financial crisis: A review of the evidence. *Ulster Med J*. 78(3): 142–145
- Surjadi, F. F., Lorenz, F. O., Wickrama, K. A. S., & Conger, R. D. (2011). Parental support, partner support, and the trajectories of mastery from adolescence to early adulthood. *Journal of Adolescence*, 34, 619–628

- Tanji, F., Kakizaki, M., Sugawara, Y., Watanabe, I., Nakaya, N., Minami, Y., ... & Tsuji, I. (2015). Personality and suicide risk: the impact of economic crisis in Japan. *Psychological medicine*, 45(3), 559-573.
- Taris, T.W. (2002). Unemployment and mental health: A longitudinal perspective. *International Journal of Stress Management*, 9, 43-57
- Taylor R, Pagea A, Morrella S, Harrisonb J, Carterc G. (2005). Mental health and socio-economic variations in Australian suicide. *Soc Sci Med*; 61:1551–1559
- Tekin, E., McClellan, C., and Minyard, K. J. (2013). Health and health behaviors during the worst of times: evidence from the great recession. Technical report, National Bureau of Economic Research.
- Terza, Joseph V. (2002). Alcohol abuse and employment: A second look. *Journal of Applied Econometrics*.; Vol. 17:393–404.
- Theodossiou, I., (1998). The effects of low-pay and unemployment on psychological well-being: A logistic regression approach. *Journal of Health Economics*, 17(1): 85-104.
- Thern, E., de Munter, J., Hemmingsson, T., & Rasmussen, F. (2017). Long-term effects of youth unemployment on mental health: does an economic crisis make a difference?. *J Epidemiol Community Health*, jech-2016.
- Thoits, P. (1995). Stress, Coping, and Social Support Processes: Where Are We? What Next? *Journal of Health and Social Behavior*, 35, 53 - 79.
- Thomadakis, S. (2015). Growth, Debt and Sovereignty Prolegomena to the Greek Crisis, Hellenic Observatory Papers on Greece and Southeast Europe. GreeSe Paper No. 91.
- Thomaidis, N. S., Gago-Ferrero, P., Ort, C., Maragou, N. C., Alygizakis, N. A., Borova, V. L., & Dasenaki, M. E. (2016). Reflection of socioeconomic changes in wastewater: licit and illicit drug use patterns. *Environmental science & technology*, 50(18), 10065-10072.
- Thompson S (2012). Stratified Sampling, Chapter 11, Wiley Series in Probability and Statistics.

- Tøge A.G., Blekesaune M. (2015). Unemployment transitions and self-rated health in Europe: A longitudinal analysis of EU-SILC from 2008 to 2011. *Soc. Sci. Med.*143:171–178.
- Tøge, A. G. (2016). Health effects of unemployment in Europe (2008–2011): a longitudinal analysis of income and financial strain as mediating factors. *International journal for equity in health*, 15(1), 75.
- Trehan, B. (2001). Unemployment and Productivity, *Economic Letter*, Federal Reserve Bank of San Francisco, Number 28, October 12, 1-3.
- Trivedi, A.N., Mooloo, H. & Mor, V. (2010). Increased ambulatory care copayments and hospitalizations among the elderly. *The New England journal of medicine*, 362(4), pp.320–8.
- Trost, S. G., Owen, N., Bauman, A. E., Sallis, J. F., & Brown, W. (2003). Correlates of adults' participation in physical activity: Review and update. *Medicine Science in Sports Exercise*, 1996–2001.
- Ungváry, G., Morvai, V., & Nagy, I., (1999). Health risk of unemployment. *Central European Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 5(2): 91-112.
- Urban J. (2009). Economic crisis, unemployment and public health. *Scandinavian Journal of Public Health*, 37:8,783-784.
- Uutela, A. (2010). Economic crises and mental health. *Current Opinion in Psychiatry*, 23, 127–130.
- Vaalavuo M. (2016). Deterioration in health: What is the role of unemployment and poverty? *Scand. J. Public Health*. 44:347–353.
- Vågerö, D., & Garcy, A. M. (2016). Does unemployment cause long-term mortality? Selection and causation after the 1992–96 deep Swedish recession. *The European Journal of Public Health*, 26(5), 778-783.
- van der Noordt, M., IJzelenberg, H., Droomers, M., & Proper, K. I. (2014). Health effects of employment: a systematic review of prospective studies. *Occup Environ Med*, 71(10), 730-736.
- van Lenthe FJ, Borrell LN, Costa G, ez Roux AV, Kauppinen TM, Marinacci C, Martikainen P, Regidor E, Stafford M, Valkonen T. (2005).

- Neighbourhood unemployment and all causes mortality: a comparison of six countries. *J Epidemiol Community Health*, 59:231-237.
- Van Oostrom, S. H., Picavet, H. S. J., De Bruin, S. R., Stirbu, I., Korevaar, J. C., Schellevis, F. G., & Baan, C. A. (2014). Multimorbidity of chronic diseases and health care utilization in general practice. *BMC family practice*, 15(1), 61.
- Van Rijn, R. M., Robroek, S. J., Brouwer, S., & Burdorf, A. (2014). Influence of poor health on exit from paid employment: a systematic review. *Occup Environ Med*, 71(4), 295-301.
- Vancea, M., & Utzet, M. (2017). How unemployment and precarious employment affect the health of young people: A scoping study on social determinants. *Scandinavian journal of public health*, 45(1), 73-84.
- Vandoros S, Hessel P, Leone T, Avendano M. (2013). Have health trends worsened in Greece as a result of the financial crisis? A quasi-experimental approach. *European Journal of Public Health*.
- Virgolino, A., Heitor, M. J., Carreiras, J., Lopes, E., Øverland, S., Torp, S., ... & Santos, O. (2017). Facing unemployment: study protocol for the implementation and evaluation of a community-based intervention for psychological well-being promotion. *BMC psychiatry*, 17(1), 261.
- Virtanen P, Vahtera J, Kivimäki M, Liukkonen V, Virtanen M, Ferrie J (2005). Labor Market Trajectories and Health: A Four-Year Follow up Study of Initially Fixed-Term Employees. *Am J Epidemiol*, 161:840-846.
- Virtanen, Pekka, Mika Kivimäki, Jussi Vahtera, and Markku Koskenvuo. (2006). 'Employment Status and Differences in the One-Year Coverage of Physician Visits: Different Needs or Unequal Access to Services?' *BMC Health Services Research* 6(1):1.
- Vives, A., Amable, M., Ferrer, M., Moncada, S., Llorens, C., Muntaner, C., ... & Benach, J. (2013). Employment precariousness and poor mental health: evidence from Spain on a new social determinant of health. *Journal of environmental and public health*, 2013.
- Vlachadis N & Kornarou E (2013). Increase in stillbirths in Greece is linked to the economic crisis. *BMJ*, 346, f1061.

- Vogler S, Zimmermann N, Leopold C, de Joncheere K. (2011) Pharmaceutical policies in European countries in response to the global financial crisis. *Southern Medical Review* 4:69–79.
- Voss M, Nylen L, Floderus B, Diderichsen F, Terry PD. (2004). Unemployment and early cause-specific mortality: a study based on the Swedish twin registry. *Am J Public Health*, 94(12):2155-61.
- Voßemer, J., Gebel, M., Täht, K., Unt, M., Högberg, B., & Strandh, M. (2017). The effects of unemployment and insecure jobs on well-being and health: the moderating role of labor market policies. *Social Indicators Research*, 1-29.
- Voydanoff, P. (2007). *Work, Family, and Community: Exploring Interconnections*: Lawrence Erlbaum Associates.
- Waithaka, E.N. (2014). Family capital: Conceptual model to unpack the intergenerational transfer of advantage in transitions to adulthood. *J. Res. Adolesc.* 24, 471–484.
- Wang, H. H., Wang, J. J., Wong, S. Y., Wong, M. C., Li, F. J., Wang, P. X., ... & Mercer, S. W. (2014). Epidemiology of multimorbidity in China and implications for the healthcare system: cross-sectional survey among 162,464 community household residents in southern China. *BMC medicine*, 12(1), 188.
- Warr, P. (1987). *Work, Unemployment, and Mental Health*. Oxford. Clarendon Press.
- Waters H, Saadah F, Pradhan M. (2003). The impact of the 1997–98 East Asian economic crisis on health and health care in Indonesia. *Health Policy Plan*; 18(2): 172–181
- Waters, L. E. and Moore, K. A. (2002). Reducing latent deprivation during unemployment: the role of meaningful leisure activity. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 75, 15-32.
- Weden, M. M., Astone, N. M., and Bishai, D. (2006). Racial, ethnic, and gender differences in smoking cessation associated with employment and joblessness through young adulthood in the US. 62:303–316.
- Wege, N., Angerer, P., & Li, J. (2017). Effects of lifetime unemployment experience and job insecurity on two-year risk of physician-diagnosed

- incident depression in the German working population. *International journal of environmental research and public health*, 14(8), 904.
- Weisbrot, Mark, Danid Rosnick, and Stephan Lefebvre. (2015). *The Greek Economy: Which Way Forward?* Center for Economic and Policy Research. January
- Westin M., Ahs A., Brand Persson K., Westerling R. (2004) A large proportion of Swedish citizens refrain from seeking medical care-lack of confidence in the medical services a plausible explanation? *Health Policy*. 68:333–344
- Whelan, C. T. (1992). The role of income, life-style deprivation and financial strain in mediating the impact of unemployment on psychological distress: Evidence from the Republic of Ireland. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 65, 331-344.
- White, M., (1991). *Against Unemployment*. Policy Studies Institute, London.
- Wiltshire J.C., Person S.D., Kiefe C.I., Allison J.J. (2009) Disentangling the influence of socio-economic status on differences between African American and white women in unmet medical needs. *Am. J. Public Health*.99:1659–1665.
- Winefield, A. H., Montgomery, B., Gault, U., Muller, J., O'Gorman, J., Reser, J., & Roland, D. (2000). The Psychology of Work and Unemployment in Australia Today. In T. A. P. Society (Ed.), *Position Paper*.
- Winefield, A. H., Tiggemann, M., & Winefield, H. R. (1992). Unemployment distress, reasons for job loss and causal attributions for unemployment in young people. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 65, 213-218.
- World Health Organization (1993). The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders *Diagnostic Criteria for Research*. Geneva, :81-87.
- World Health Organization (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*. Geneva: World Health Organization & WHO Commission on Social Determinants of Health.
- World Health Organization (2012) Regional Office for Europe. *European health for all database*.

- World Health Organization (2013) Health for all database 2012.
<http://data.euro.who.int/hfad/>
- World Health Organization (2013). Health, health systems and economic crisis in Europe. Impact and policy implications.
- World Health Organization, Depression (2012). A Global Crisis World Mental Health Day.
- World Health Organization. (2004). Fruit and Vegetables for Health. World Health Organization.
- World Health Organization. (2009). *The financial crisis and global health: Background paper for WHO high level consultation*. Information note/2009/1. Geneva, Switzerland.
- Yang, B., & Lester, D., (1995). Suicide, homicide and unemployment. *Applied Economic Letters*, 2: 278-279.
- Zagozdzon P, Zaborski L and Ejsmont J (2008). Survival and cause specific mortality among unemployed individuals in Poland during economic transition. *Journal of Public Health*; 31, 1: 138-146.
- Zavras D, Tsiantou V, Pavi E, Mylona K, Kyriopoulos J. (2013). Impact of economic crisis and other demographic and socio-economic factors on self-rated health in Greece. *European Journal of Public Health*, 23:206–10.
- Zavras, D., Zavras, A. I., Kyriopoulos, I. I., & Kyriopoulos, J. (2016). Economic crisis, austerity and unmet healthcare needs: the case of Greece. *BMC health services research*, 16(1), 309.
- Zettelmeyer, Jeromin, Eike Kreplin, and Ugo Panizza. (2017). Does Greece Need More Official Debt Relief? If So, How Much? PIE Peterson Institute for International Economics, April.

Ελληνική Βιβλιογραφία

- Γιωτάκος Ο., Καραμπέλας Δ., Καυκάς Α. (2011) Επίπτωση της οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία στην Ελλάδα ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ 22 (2).
- Δεδουσόπουλος, Α., (2000), “Θεωρίες της Ανεργίας”- Η Κρίση στην Αγορά Εργασίας: Ρύθμιση-Ευελιξίες-Απορρύθμιση , Τόμος Πρώτος, Αθήνα.
- Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ. Δελτίο Τύπου: Η Κατάσταση της Υγείας στην Ελλάδα του 2015: Χρόνια Νοσήματα - Πρόσβαση στο Σύστημα Υγείας - Πρόληψη. Αποτελέσματα της μελέτης ΕΜΕΝΟ. Αθήνα: Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή, 2015.
- ΙΟΒΕ, (2017). Παρατηρητήριο Οικονομικών Της Υγείας. Η Φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα ΓΕΓΟΝΟΤΑ & ΣΤΟΙΧΕΙΑ .
- Καλογήρου, Σ., Τραγάκη, Α., Τσίμπος, Κ. Μουστάκη, Ε., (2011). Τελική Έκθεση της Μελέτης: «Χωρικές Ανισότητες Εισοδήματος, Ανάπτυξης και Φτώχειας στην Ελλάδα», Πρόγραμμα Κοινωφελούς Ιδρύματος Ιωάννη Σ. Λάτση: Επιστημονικές Μελέτες 2011, URL: http://galaxy.hua.gr/~si/publications/FinalReport_GR_Skalogirotu_et_al.pdf
- Καρακιουλάφη Χ. & Σπυριδάκης Μ. (2017) Κοινωνία, Ανεργία και Κοινωνική Αναπαραγωγή, Τυπωθήτω-Gutenberg ISBN13 9789600118810
- Καψάλης Α (2015) Η αδήλωτη εργασία στην Ελλάδα. Αξιολόγηση των σύγχρονων μέτρων καταπολέμησης του φαινομένου. Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ. ISBN: 978-960-9571-61-6.
- Κυριόπουλος Γ., Αθανασάκης Κ., Πάβη Ε., (2012), Οικονομική κρίση και υγεία. Ένα δοκίμιο πολιτικής οικονομίας για την ανασυγκρότηση του υγειονομικού τομέα, Εκδόσεις Καστανιώτης, Αθήνα.
- Κώπτης, Χ.Γ. και Κώπτη-Πετράκη. Α., (2000), Σύγχρονη Μακροοικονομική, Εκδόσεις Μπένου, Αθήνα.
- Μαζέτας, Δ. (2012). Η επίδραση της οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία και η διασύνδεσή της με την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας, Τόμος 7, Τεύχος 3, 128-137. ISSN 1791 – 9649.
- Μεχίλι Ε.Α., Καλοκαιρινού Α., Καϊτελίδου Δ., Γαλάνης Π., Διομήδους Μ. (2017) Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής των ανέργων σε περίοδο οικονομικής κρίσης. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 34(1):65-74.

- Ο.Ο.Σ.Α. *Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης* (2017). *State of Health in the EU, Ελλάδα Προφίλ Υγείας*.
- Οικονόμου Μ, Πέππου Λ, Λούκη Ε, Κομπορόζος Α, Μέλλου Α, Στεφανής Κ. Γραμμή βοήθειας για την κατάθλιψη: Αναζήτηση βοήθειας σε περίοδο οικονομικής κρίσης. *Ψυχιατρική* 2012, 23:17–28.
- Οικονόμου Χ. (2014). Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία και το σύστημα υγείας. *Νοσηλεία και Έρευνα*, 1(8): 38, ISSN 22413960. Διαθέσιμο σε: <https://journal.nursingstudies.gr/index.php/ncar-el/article/view/14>.
- Οικονόμου Χ. (2018). Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης και των μνημονίων στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας. Στο: *Κρίση και Κοινωνική Πολιτική, Αδιέξοδα και Λύσεις*, Δημουλάς Κ. και Κουζής Γ. Εκδόσεις Τόπος, Σειρά: Επιστημονικές Εκδόσεις, ISBN: 978-960-499-277-5.
- Παπαγεωργίου Ι. (2015) *Θεωρίες δειγματοληψίας. Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών, Εθνικό Μετσόβιο Πολυτεχνείο*. ISBN: 978-960-603-275-2.
- Παπαδόγαμβρος, Β. (επιμ.) (2008). *Πολιτικές και προγράμματα απασχόλησης*. Αθήνα: ΙΝΕ ΓΣΕΕ-ΑΔΕΔΥ.
- Παπανικολάου Γ. , Κιόχος Π. *Χρήμα-Πίστη-Τράπεζες*, Εκδόσεις ελληνικά γράμματα, Β' έκδοση, Αθήνα, 1999.
- Παρασκευοπούλου-Κόλλια, Ε. Α. (2010). Μεθοδολογία ποιοτικής έρευνας στις κοινωνικές επιστήμες και συνεντεύξεις. *Ανοικτή Εκπαίδευση: το περιοδικό για την Ανοικτή και εξ Αποστάσεως Εκπαίδευση και την Εκπαιδευτική Τεχνολογία*, 4(1), 72-81.
- Πετρινώτη, Ε., (1989), *Αγορές Εργασίας-Οικονομικές Θεωρίες και Έρευνες*, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.
- Πιερράκος Γ. *Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας & Τοπική κοινωνία*, Σειρά, *Κοινωνικές Επιστήμες Και Υγεία*, Εκδόσεις: Παπαζήσης, 2008 ISBN: 978-960-02-2166-4.
- Σκουτέλης, Γ., (1996), *Ανεργία: Αιτία και Λύσεις*, Financial Forum, Αθήνα.
- Σουλιώτης, Κ., Παπαδονικολάκη, Τ., Παπαγεωργίου, Μ., & Οικονόμου, Μ. (2018). Οι επιπτώσεις της κρίσης στην υγεία και το σύστημα υγείας:

Σκέψεις και δεδομένα για την ελληνική περίπτωση. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 35.

Σπυριδάκης Μ. (2013), Ανεργία και εργασιακή ανασφάλεια. Όψεις ενός εμμένοντος κινδύνου, Αθήνα: Αλεξάνδρεια.

Στυλιανίδης Σ., Σκαπινάκης Π., Παντελίδου Σ., Χονδρός, Π., Αυγουστάκη, Α., & Ζιακούλης, Μ. (2010). Επιπολασμός κοινών ψυχιατρικών διαταραχών σε μια νησιωτική περιοχή Εκτίμηση αναγκών και σχεδιασμός δράσεων ψυχικής υγείας. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 27 (4), 675-683.

Τούντας και συν. (2016) Η Υγεία Των Ελλήνων Στην Κρίση Μια χαρτογράφηση της κατάστασης της υγείας των Ελλήνων και των δομών υγείας της χώρας Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής.

Υφαντόπουλος Γ. (2006). Τα οικονομικά της υγείας. Θεωρία και πολιτική, Εκδόσεις Τυπωθήτω, Αθήνα.

Υφαντόπουλος Γ. (2007). Μέτρηση της ποιότητας ζωής και το ευρωπαϊκό υγειονομικό μοντέλο. Αρχεία ελληνικής ιατρικής, 24, 6-18.

Φερώνας Α, Οικονόμου Χ. (2010). «Κοινωνικός Αποκλεισμός και Κοινωνική Ένταξη: Μια Κριτική Επισκόπηση της Έννοιας και της Ευρωπαϊκής Στρατηγικής με Ιδιαίτερη Αναφορά στον Τομέα της Υγείας», Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία, 6(3), Παπαζήση, Αθήνα, σελ. 45-72.

Φερώνας Α., Κουραχάνης, Ν. (2016). «Καθεστώτα Ευημερίας και Έλλειψη Στέγης: Τι είδους σχέση;» Κοινωνική Πολιτική, τχ. 6, σελ. 21-45.

Φερώνας Α., (2013). Η Κοινωνική Διάσταση της «Ευρώπης 2020»: Ρητορική και Πραγματικότητα. Κοινωνική Πολιτική, 1, 65-88.

Χολέβας Γ., Τραπεζικές εργασίες ,εκδόσεις interbooks, Αθήνα, 1995.

Νόμοι και Υπουργικές Αποφάσεις

N.2434.1996: Μέτρα πολιτικής για την απασχόληση και την επαγγελματική εκπαίδευση και κατάρτιση και άλλες διατάξεις

N.2639.1998 (Άρθρο 18): Παροχή Ιατροφαρμακευτικής Περίθαλψης σε Ανέργους Ηλικίας μέχρι 29 ετών

N.2768.1999 (Άρθρο 5, Παράγραφος 4): Παροχές ασθένειας σε είδος στους ανέργους ηλικίας άνω των 29 έως 55 ετών.

N.3144.2003 (Άρθρο 15, Παράγραφος 5): Κοινωνικός διάλογος για την προώθηση της απασχόλησης και την κοινωνική προστασία και άλλες διατάξεις

Υ.Π. 139491/2006: Καθορισμός προϋποθέσεων, κριτηρίων και διαδικασιών πρόσβασης στο σύστημα νοσηλευτικής και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης ανασφάλιστων και οικονομικά αδυνάτων πολιτών.

N.4025/2011 (Άρθρο 18): Ανασυγκρότηση φορέων κοινωνικής αλληλεγγύης, κέντρα αποκατάστασης, αναδιάρθρωση Ε.Σ.Υ. και άλλες διατάξεις.

N. 4368/2016 (Άρθρο 33): Υγειονομική κάλυψη ανασφάλιστων και ευάλωτων κοινωνικών ομάδων

ΚΥΑ Α3(γ)/ΓΠ/οικ.25132/4-4-2016: Ρυθμίσεις για τη διασφάλιση της πρόσβασης των ανασφάλιστων στο Δημόσιο Σύστημα Υγείας

N.4472/2017 (Άρθρο 9): Συνταξιοδοτικές διατάξεις Δημοσίου και τροποποίηση διατάξεων του ν. 4387/2016, μέτρα εφαρμογής των δημοσιονομικών στόχων και μεταρρυθμίσεων, μέτρα κοινωνικής στήριξης και εργασιακές ρυθμίσεις, Μεσοπρόθεσμο Πλαίσιο Δημοσιονομικής Στρατηγικής 2018-2021 και λοιπές διατάξεις.

Διαδικτυακοί Τόποι

European Union Statistics on Income and Living Conditions

ec.europa.eu/eurostat/web/microdata/european-union-statistics-on-income-and-living-conditions

EUROSTAT. Statistics database. European Commission. Available:

epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/search_database

ILO, International Labour Organization, www.ilo.org

OECD, Organisation for Economic Co-operation and Development, Health

Statistics <https://data.oecd.org/health.htm>

Raosoft sample size calculator. Raosoft,

Inc. www.raosoft.com/sample_size.html.

ΓΓΠΣ, Γενική Γραμματεία Πληροφοριακών Συστημάτων, www.gsis.gr

ΕΛΣΤΑΤ, Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία, www.statistics.gr/

ΚΕΕΛΠΙΝΟ, Κέντρο Ελέγχου & Πρόληψης Νοσημάτων, keelpno.gr/

ΟΑΕΔ, Οργανισμός Απασχόλησης Εργατικού Δυναμικού, www.oaed.gr/

ΟΑΕΔ, Στατιστικά Στοιχεία, www.oaed.gr/statistika

Στατιστική Επετηρίδα της Ελληνικής Αστυνομίας 2017. www.astynomia.gr

Υπουργείο Υγείας, Πρόσβαση των Ανασφάλιστων στο Δημόσιο Σύστημα Υγείας,

www.moh.gov.gr

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α΄

● RE: Άδεια χρήσης ερωτηματολογίου IPED

Yahoo/ Εισερχό... ★



● **Antistigma** <antistigma@epipsi.eu>

Προς: 'Demi Latsou'



19 Σεπ στις 2:26 μ.μ.



Αγαπητή Δήμητρα,

Σου στέλνω την κλίμακα. Ο προτεινόμενος τρόπος βαθμολόγησης είναι 0-1-2-3 δηλαδή
0= Δεν έχω αυτό το έξοδο 1= πολύ σπάνια κτλ.

Εύχομαι ο,τι καλύτερο και κάθε επιτυχία στην διδακτορική σου διατριβή.

Καλή συνέχεια

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β΄

Αγαπητή Δήμητρα,

Δες πιο κάτω το e-mail που μου έστειλε η άλλη συν-συγγραφέας Kate Moore από την Αυστραλία. Δεν ήμουν σίγουρος για τις γνώσεις σου στα αγγλικά αλλά ειπα να δοκιμάσω. Περιγράφει τη βαθμολόγηση. Μου λες αν έχεις απορίες.

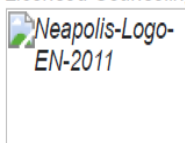
M

Marios Argyrides, PhD

Assistant Professor in Counseling Psychology, School of Health Sciences

Associate Editor, [European Journal of Counseling Psychology](#)

Licensed Counseling Psychologist



2 Danais Avenue, 8042 Pafos

Tel. +357 26843608 / Fax. +357 26931944 /

m.argyrides.1@nup.ac.cy / www.nup.ac.cy

Begin forwarded message:

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ΄



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ & ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗΣ
ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ

Δαμασκηνού και Κολοκοτρώνη, Κόρινθος, Τ.Κ. 20100

ΕΡΕΥΝΑ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ

ΑΝΕΡΓΙΑ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ **ΣΕ ΠΕΡΙΟΔΟ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ** **ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

Αξιότιμοι Κυρίες/οι,

Σας γνωρίζουμε ότι το Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου διεξάγει έρευνα με σκοπό τη διερεύνηση των σχέσεων και καταγραφή των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης στο επίπεδο υγείας του άνεργου πληθυσμού.

Στα πλαίσια της παρούσας έρευνας, σας παρακαλούμε να συμπληρώσετε το ερωτηματολόγιο και σας διαβεβαιώνουμε ότι τα δεδομένα θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για την επίτευξη των στόχων της έρευνας. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου είναι ανώνυμη, προαιρετική και εφόσον επιθυμείτε (προφορική συναίνεση) θα συμμετέχετε σε αυτήν.

Δεδομένου ότι η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου είναι καθοριστικής σημασίας, ευχαριστούμε εκ των προτέρων για τη συνεργασία σας.

Με εκτίμηση,

Οι ερευνητές:

Μαίρη Γείτονα

Αναπληρώτρια Καθηγήτρια,
Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου
Τηλ. Επικοινωνίας: 2741074991



Δήμητρα Λατσού

Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου
Τηλ. Επικοινωνίας: 6948578574
dlatsou@uop.gr



Α. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Φύλο: Άνδρας <input type="checkbox"/> Γυναίκα <input type="checkbox"/>	Ηλικία _____	Υπηκοότητα: Ελληνική <input type="checkbox"/> Άλλη <input type="checkbox"/>
Τη στιγμή αυτή ζείτε: Μόνος <input type="checkbox"/> Με σύζυγο/σύντροφο <input type="checkbox"/> Με γονείς <input type="checkbox"/>		
Αριθμός παιδιών: _____		
Εκπαίδευση: Υποχρεωτική <input type="checkbox"/> Λύκειο <input type="checkbox"/> ΤΕΙ, Πανεπιστήμιο <input type="checkbox"/> Μεταπτυχιακό δίπλωμα <input type="checkbox"/>		
Το σπίτι που μένετε είναι: Ιδιόκτητο <input type="checkbox"/> Ενοικιαζόμενο <input type="checkbox"/>		
Πόσο καιρό είστε άνεργος: _____ (έτη) ή _____ (μήνες)		
Ποιο ήταν το επάγγελμα σας ΠΡΙΝ την ανεργία: Εργάτης <input type="checkbox"/> Υπάλληλος <input type="checkbox"/> Αγρότης <input type="checkbox"/> Αυτοαπασχολούμενος <input type="checkbox"/> Άλλο, προσδιορίστε _____		
Υπάρχουν άλλα μέλη του νοικοκυριού σας άνεργα; Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Πόσα _____ Εάν Ναι ποιο; _____ (π.χ. σύζυγος, μητέρα, πατέρας)		
Μηνιαίο (καθαρό) εισόδημα του νοικοκυριού σας ΠΡΙΝ την ανεργία: 0 € <input type="checkbox"/> έως 500€ <input type="checkbox"/> 501 -1000€ <input type="checkbox"/> 1001-1500€ <input type="checkbox"/> 1501-2000€ <input type="checkbox"/> 2001-2500€ <input type="checkbox"/> 2501-3000€ <input type="checkbox"/> +3001€ <input type="checkbox"/>		
Έχετε άλλο εισόδημα; Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Εάν ΝΑΙ από: Περιστασιακές εργασίες <input type="checkbox"/> Ακίνητη περιουσία <input type="checkbox"/> Άλλα επιδόματα <input type="checkbox"/> Οικονομική στήριξη από το οικογενειακό περιβάλλον <input type="checkbox"/>		
Μηνιαίο (καθαρό) εισόδημα του νοικοκυριού σας ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΔΙΑΡΚΕΙΑ της ανεργίας: 0 € <input type="checkbox"/> έως 500€ <input type="checkbox"/> 501 -1000€ <input type="checkbox"/> 1001-1500€ <input type="checkbox"/> 1501-2000€ <input type="checkbox"/> 2001-2500€ <input type="checkbox"/> 2501-3000€ <input type="checkbox"/> +3001€ <input type="checkbox"/>		
Έχετε ιδιωτική ασφάλιση; Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Είκατε στο παρελθόν ιδιωτική ασφάλιση; Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>		

Β. ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΔΥΣΧΕΡΕΙΑ

Τους τελευταίους 6 μήνες, πόσο συχνά θα λέγατε ότι αντιμετωπίζετε δυσκολία να καλύψετε κάποιες από τις παρακάτω ανάγκες του νοικοκυριού σας για:	Συχνά	Κάποιες φορές	Πολύ σπάνια-Σχεδόν ποτέ	Δεν έχω αυτό το έξοδο
Τους τρέχοντες λογαριασμούς (ΔΕΗ, ΟΤΕ, κοινόχρηστα κ.ά.)				
Τη δόση κάποιου δανείου				
Την ελάχιστη δόση κάποιας πιστωτικής κάρτας				
Τη δόση του αυτοκινήτου				
Το ενοίκιο της κατοικίας σας				
Τα διδάκτρα εκπαίδευσης				
Τα έξοδα ένδυσης και υπόδησης				
Τα ψώνια στο Supermarket				
Τα έξοδα υπηρεσιών υγείας (ιατροί, φάρμακα κλπ)				

Γ. ΕΠΙΠΕΔΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

<u>Την τελευταία εβδομάδα</u>	Σπάνια ή καθόλου	Πολλές φορές	Αρκετές Φορές	Τον περισσότερο καιρό
Σας ενοχλούν πράγματα που συνήθως δεν σας ενοχλούσαν				
Η όρεξη σας είναι κακή ώστε να μη θέλετε να τρώτε				
Νιώθετε ότι είστε κακόκεφος, ακόμα κι όταν οι φίλοι ή η οικογένεια σας, σας βοηθάει				
Νιώθετε ότι είσαστε εξίσου καλά με τους άλλους				
Έχετε δυσκολία να συγκεντρωθείτε σ' αυτό που κάνετε				
Νιώθετε μελαγχολικός				
Νιώθετε πως ότι κάνετε, το κάνετε με μεγάλη προσπάθεια/πίεση				
Νιώθετε ελπίδα για το μέλλον				
Πιστεύετε ότι η μέχρι τώρα ζωή σας ήταν μια αποτυχία				
Νιώθετε φοβισμένος				
Έχετε ανήσυχο ύπνο				
Είστε ευτυχισμένος				
Μιλάτε λιγότερο από το συνηθισμένο				
Νιώθετε μοναξιά				
Πιστεύετε ότι οι άνθρωποι δεν είναι φιλικοί μαζί σας				
Απολαμβάνετε τη ζωή				
Κλαίτε έντονα				
Νιώθετε λυπημένος/η				
Νιώθετε ότι οι άνθρωποι σας αντιπαθούν				
Δεν μπορείτε να ξεκινήσετε να κάνετε τις δουλειές σας (π.χ. σπίτι)				

Δ. ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ - ΥΓΕΙΑΣ

Η ανεργία έχει διαφοροποιήσει τις συμπεριφορές σας σχετικά με:			
	Αυξήθηκε	Παρέμεινε Σταθερή	Μειώθηκε
Σωματική δραστηριότητα (π.χ. γυμναστήριο, κολυμβητήριο)			
Αλκοόλ			
Κάπνισμα			
Πρόσληψη φρούτων και λαχανικών, οσπρίων			
Πρόσληψη κρέατος			
Πρόσληψη ψαριών			
Αγορά έτοιμου φαγητού (fast food) αντί του σπιτικού φαγητού			
Αγορά μη επώνυμων τροφίμων (non brands)			
Θεωρείτε ότι η διατροφή σας ΤΩΡΑ είναι	Υγιεινή <input type="checkbox"/>	Ανθυγιεινή <input type="checkbox"/>	

Ε. ΧΡΗΣΗ – ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Έχετε κάποια χρόνια πάθηση;	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
Εάν Ναι αναφέρετε την πάθηση:	
Χρειάζεται να λαμβάνετε συστηματικά φαρμακευτική αγωγή για την αντιμετώπιση της;	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>

Τους τελευταίους 12 μήνες					
Παρακαλώ σημειώστε τις υπηρεσίες υγείας που επισκεφθήκατε και πόσο επιβαρυνθήκατε οικονομικά ...					
ΔΗΜΟΣΙΕΣ & ΣΥΜΒΕΒΑΗΜΕΝΕΣ* ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ			ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ		
Ιατρική φροντίδα	<input type="checkbox"/>	_____€	Ιατρική φροντίδα	<input type="checkbox"/>	_____€
Νοσηλεία	<input type="checkbox"/>	_____€	Νοσηλεία	<input type="checkbox"/>	_____€
Προληπτικό έλεγχο υγείας	<input type="checkbox"/>	_____€	Προληπτικό έλεγχο υγείας	<input type="checkbox"/>	_____€
Οδοντιατρική φροντίδα	<input type="checkbox"/>	_____€	Οδοντιατρική φροντίδα	<input type="checkbox"/>	_____€
Αγορά συνταγογραφούμενων φαρμάκων	<input type="checkbox"/>	_____€	Αγορά ΜΗ συνταγογραφούμενων φαρμάκων	<input type="checkbox"/>	_____€
Υπηρεσίες ψυχικής υγείας	<input type="checkbox"/>	_____€	Υπηρεσίες ψυχικής υγείας	<input type="checkbox"/>	_____€
Άλλο (αναφέρατε).....	<input type="checkbox"/>	_____€	Άλλο (αναφέρατε).....	<input type="checkbox"/>	_____€

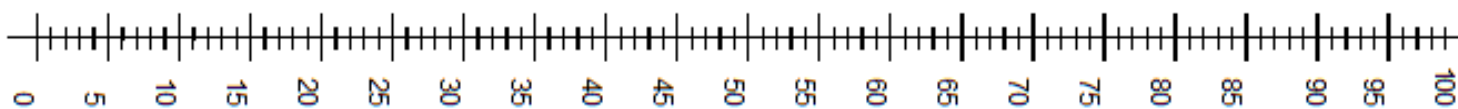
*Συμβεβλημένοι Ιατροί, Εργαστήρια - Διαγνωστικά Κέντρα

Υπήρξε περίπτωση που χρειαστήκατε φάρμακα ή υπηρεσίες υγείας, αλλά δεν είχατε τη δυνατότητα να ανταποκριθείτε οικονομικά (αντίτιμο εισιτηρίου και συμμετοχή σε φάρμακα);	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>
Χρειάστηκε να απευθυνθείτε σε κοινωνικό - δημοτικό ιατρείο/φαρμακείο, ΜΚΟ για να καλύψετε τις ανάγκες σας;	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>
	Δεν γνωρίζω το κοινωνικό -δημοτικό ιατρείο/φαρμακείο <input type="checkbox"/>	

ΣΤ. ΑΥΤΟΑΝΑΦΕΡΟΜΕΝΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ

Πόσο καλή ή κακή είναι η κατάσταση υγείας σας;

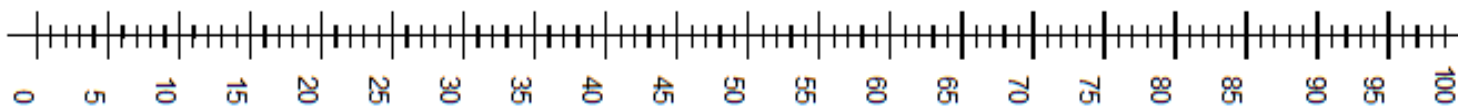
ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΑΝΕΡΓΙΑ



Χειρότερη
η Υγεία

ΤΩΡΑ

Αριστη
Υγεία



Ποιες είναι οι ανησυχίες σας γενικά αυτή την περίοδο που είστε άνεργος;

Παρακαλώ συμπληρώστε τα στοιχεία σας εάν το επιθυμείτε για μια περαιτέρω συνέντευξη (Τα στοιχεία σας θα παραμείνουν εμπιστευτικά από τον ερευνητή)

Όνοματεπώνυμο: _____

Τηλέφωνο επικοινωνίας: _____

ΣΑΣ ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΠΟΛΥ !!!!!

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Δ΄



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ
& ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ
ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ



ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ
ΕΡΓΑΤΙΚΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ

Δ/ΝΣΗ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑΣ ΔΙΟΙΚΗΤΗ

Ταχ.Δ/ση: Εθν. Αντιστάσεως 8 -

Τ.Κ.: 174 56 ΑΛΙΜΟΣ

Πληροφ.: Α. Πεγλιβανίδης

Τηλ: 210-9989292-4-5

FAX: 210-9989299

e-mail: gramat@oaed.gr

ΧΡΟΝΟΣ ΔΙΑΤ.:
ΒΑΘΜΟΣ ΑΣΦ.

ΒΑΘΜΟΣ ΠΡΟΤΕΡ:

Αθήνα
Αριθ.Πρωτ.:

29/6/2017
597

Προς: κα Δήμητρα Λατούδ

ΘΕΜΑ: Χορήγηση βεβαίωσης που αφορά τη διεξαγωγή έρευνας στα πλαίσια διδακτορικής διατριβής σε ΚΠΑ2 του ΟΑΕΔ

Σας ενημερώνουμε ότι ύστερα από αίτημά σας στην υπηρεσία μας στις 21/3/2016, σας έχει χορηγηθεί η σχετική άδεια εισόδου σε διάφορα ΚΠΑ2 του ΟΑΕΔ κατόπιν δική σας επιλογής, με σκοπό τη διανομή ερωτηματολογίων που απεσθίνονται σε ανέργους και τα οποία αποτελούν εργαλείο της διδακτορικής σας διατριβής.

Ο Αναπληρωτής Προϊστάμενος
της Δ/νσης Γραμματείας Διοικητή
Α. Πεγλιβανίδης

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ε΄

Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Σχολή Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών
Επιτροπή Ερευνητικής Δεοντολογίας



Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Σχολή Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών
Επιτροπή Ερευνητικής Δεοντολογίας

University of the Peloponnese, School of Social and Political Sciences
Research Ethics Committee

7/10/2016

Τίτλος Ερευνητικής Μελέτης:	ΑΝΕΡΓΙΑ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ ΣΕ ΠΕΡΙΟΔΟ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ Διερεύνηση Σχέσεων και Καταγραφή των Επιπτώσεων
Διακτορική Ερευνητρια:	κ. Λατσού Δημήτρα
Επιβλέπουσα Καθηγήτρια	Καθηγήτρια Μαίρη Γεττονα

Αγαπητή κυρία Λατσού,

Επικοινωνούμε μαζί σας για να σας ενημερώσουμε σχετικά με το αποτέλεσμα της αίτησης που καταθέσατε στην Επιτροπή Ερευνητικής Δεοντολογίας στις 4/10/2016. Η επιτροπή απαρτίζεται από την Καθηγήτρια Άννα Τσατσάρη, τον Καθηγητή Αστέρι Χουλιάρα και τον Καθηγητή Αθανάσιο Κατσή, Κοσμήτορα της Σχολής.

Τα μέλη της επιτροπής ήταν σε θέση να προσφέρουν μια θετική δεοντολογική γνωμοδότηση της παραπάνω έρευνας με βάση όλα όσα αναφέρονται στην αίτηση και τα συμπληρωματικά δικαιολογητικά που υποβλήθηκαν. Συγκεκριμένα, η επιτροπή εξέτασε το σκεπτό, τη μεθοδολογία και τα υλικά της ερευνητικής μελέτης και τα βρήκε απολύτως σύμφωνα με τους ισχύοντες κανόνες ερευνητικής δεοντολογίας.

Συνεπώς, η επιτροπή θεωρεί, σε συμφωνία με την απόφαση της Γενικής Συνέλευσης του Τμήματος Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής, ότι η παρούσα μελέτη έχει, κατ' αρχήν, σχεδιαστεί σύμφωνα με τις αρχές Ερευνητικής Δεοντολογίας και ότι δεν εγείρονται ζητήματα δεοντολογίας.

Επιπλέον, η επιτροπή επιβεβαιώνει ότι η φύση της μελέτης δεν απαιτεί την εκ των προτέρων έγκριση της για θέματα ηθικής δεοντολογίας.

Εκ μέρους της επιτροπής,

Αθανάσιος Κατσής
Κοσμήτορας της Σχολής Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών
Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου

University of Peloponnese, School of Social and Political Sciences
Research Ethics Committee

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Στ'

ΜΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΗΜΑΝΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Κλίμακα CES-D και κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά

Κοινωνικό στρώμα		Συνολική CESD	Καταθλιπτική επίδραση	Θετική επίδραση	Σωματικές δραστηριότητες	Διαπροσωπικές σχέσεις
Υψηλή	Μέση τιμή	19,34	6,02	5,40	6,35	0,91
	Αριθμός	309,00	309,00	308,00	309,00	307,00
	Τυπική απόκλιση	12,35	4,79	3,11	4,51	1,50
Μεσαία	Μέση τιμή	17,86	5,66	5,50	5,97	0,78
	Αριθμός	264,00	263,00	264,00	263,00	262,00
	Τυπική απόκλιση	10,82	4,78	3,23	4,25	1,29
Χαμηλή	Μέση τιμή	18,06	5,48	5,45	6,47	0,73
	Αριθμός	257,00	256,00	255,00	257,00	254,00
	Τυπική απόκλιση	10,41	4,59	2,87	4,42	1,18
P value		0,230	0,387	0,927	0,385	0,252

	Φύλο	Αριθμός	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	P value
Θετική επίδραση	Άνδρας	280	5,59	3,10	0,351
	Γυναίκα	547	5,37	3,06	
Διαπροσωπικές σχέσεις	Άνδρας	279	0,78	1,25	0,603
	Γυναίκα	544	0,83	1,38	

	Υψηκοότετα	Αριθμός	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	P value
Συνολική CESD	Ελληνική	685	18,60	11,10	0,854
	Άλλη	75	18,35	11,98	
Καταθλιπτική επίδραση	Ελληνική	683	5,85	4,68	0,348
	Άλλη	75	5,31	5,20	
Θετική επίδραση	Ελληνική	682	5,45	3,08	0,462
	Άλλη	75	5,72	2,88	
Σωματικές δραστηριότητες	Ελληνική	684	6,30	4,36	0,598
	Άλλη	75	6,59	5,21	
Διαπροσωπικές σχέσεις	Ελληνική	679	0,82	1,34	0,610
	Άλλη	75	0,73	1,24	

Τη στιγμή αυτή ζείτε		Διαπροσωπικές σχέσεις
Μόνος	Μέση τιμή	0,93
	Αριθμός	250,00
	Τυπική απόκλιση	1,46
Με σύζυγο/ σύντροφο	Μέση τιμή	0,71
	Αριθμός	291,00
	Τυπική απόκλιση	1,27
Με γονείς	Μέση τιμή	0,78
	Αριθμός	254,00
	Τυπική απόκλιση	1,28
P value		0,157

	Παιδιά	Αριθμός	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	P value
Συνολική CESD	OXI	607	18,39	11,44	0,726
	NAI	223	18,70	10,95	
Καταθλιπτική επίδραση	OXI	606	5,68	4,68	0,554
	NAI	222	5,90	4,85	
Θετική επίδραση	OXI	604	5,47	3,12	0,770
	NAI	223	5,39	2,97	
Σωματικές δραστηριότητες	OXI	607	6,15	4,39	0,207
	NAI	222	6,59	4,44	
Διαπροσωπικές σχέσεις	OXI	602	0,80	1,32	0,786
	NAI	221	0,83	1,40	

		Εκπαίδευση
Συνολική CESD	Pearson Correlation	-0,057
	Sig. (2-tailed)	0,103
	N	816
Καταθλιπτική επίδραση	Pearson Correlation	-0,040
	Sig. (2-tailed)	0,260
	N	814
Σωματικές δραστηριότητες	Pearson Correlation	-0,054
	Sig. (2-tailed)	0,124
	N	815
Διαπροσωπικές σχέσεις	Pearson Correlation	-0,055
	Sig. (2-tailed)	0,117
	N	809

	Το σπίτι που μένετε είναι	Αριθμός	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	P value
Θετική επίδραση	Ιδιόκτητο	521	5,60	3,01	0,059
	Ενοικιαζόμενο	306	5,18	3,17	
Σωματικές δραστηριότητες	Ιδιόκτητο	523	6,44	4,42	0,139
	Ενοικιαζόμενο	306	5,97	4,37	

	Υπάρχουν άλλα μέλη του νοικοκυριού σας άνεργα	Αριθμός	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	P value
Συνολική CESD	OXI	523	17,93	11,33	0,334
	ΝΑΙ	272	18,73	10,81	
Καταθλιπτική επίδραση	OXI	522	5,58	4,67	0,614
	ΝΑΙ	271	5,75	4,64	
Θετική επίδραση	OXI	522	5,30	2,99	0,266
	ΝΑΙ	272	5,55	3,18	
Σωματικές δραστηριότητες	OXI	522	5,98	4,18	0,083
	ΝΑΙ	272	6,55	4,64	
Διαπροσωπικές σχέσεις	OXI	520	0,74	1,35	0,199
	ΝΑΙ	270	0,87	1,24	

	Έχετε άλλο εισόδημα;	Αριθμός	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	P value
Συνολική CESD	OXI	523	18,25	11,13	0,565
	NAI	295	18,73	11,65	
Καταθλιπτική επίδραση	OXI	522	5,61	4,63	0,499
	NAI	294	5,84	4,85	
Θετική επίδραση	OXI	521	5,34	3,15	0,103
	NAI	294	5,70	2,90	
Σωματικές δραστηριότητες	OXI	522	6,24	4,22	0,981
	NAI	295	6,23	4,68	
Διαπροσωπικές σχέσεις	OXI	518	0,80	1,34	0,642
	NAI	293	0,84	1,35	

Συμπεριφορές υγείας - κινδύνου και κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά

Σωματική δραστηριότητα (π.χ. γυμναστήριο, κολυμβητήριο)		Κοινωνικό στρώμα			P value
		Υψηλό	Μεσαίο	Χαμηλό	
Παρέμεινε σταθερό	Αριθμός	100	100	81	0.143
	%	34,6%	39,8%	33,6%	
Μειώθηκε	Αριθμός	106	97	106	
	%	36,7%	38,6%	44,0%	
Αυξήθηκε	Αριθμός	83	54	54	
	%	28,7%	21,5%	22,4%	

Πρόσληψη φρούτων και λαχανικών, οσπρίων		Κοινωνικό στρώμα			P value
		Υψηλό	Μεσαίο	Χαμηλό	
Παρέμεινε σταθερό	Αριθμός	182	167	138	0.239
	%	60,5%	66,5%	57,3%	
Μειώθηκε	Αριθμός	60	40	56	
	%	19,9%	15,9%	23,2%	
Αυξήθηκε	Αριθμός	59	44	47	
	%	19,6%	17,5%	19,5%	

Πρόσληψη κρέατος		Κοινωνικό στρώμα			P value
		Υψηλό	Μεσαίο	Χαμηλό	
Παρέμεινε σταθερό	Αριθμός	185	167	149	0.305
	%	61,7%	66,0%	61,8%	
Μειώθηκε	Αριθμός	87	69	79	
	%	29,0%	27,3%	32,8%	
Αυξήθηκε	Αριθμός	28	17	13	
	%	9,3%	6,7%	5,4%	

Πρόσληψη ψαριών		Κοινωνικό στρώμα			P value
		Υψηλό	Μεσαίο	Χαμηλό	
Παρέμεινε σταθερό	Αριθμός	155	136	124	0.798
	%	53,1%	54,4%	51,5%	
Μειώθηκε	Αριθμός	120	98	106	
	%	41,1%	39,2%	44,0%	
Αυξήθηκε	Αριθμός	17	16	11	
	%	5,8%	6,4%	4,6%	

Αγορά έτοιμου φαγητού (fast food) αντί του σπιτικού φαγητού		Κοινωνικό στρώμα			P value
		Υψηλό	Μεσαίο	Χαμηλό	
Παρέμεινε σταθερό	Αριθμός	102	65	79	0.059
	%	35,8%	26,3%	33,5%	
Μειώθηκε	Αριθμός	155	160	127	
	%	54,4%	64,8%	53,8%	
Αυξήθηκε	Αριθμός	28	22	30	
	%	9,8%	8,9%	12,7%	

Αγορά μη επώνυμων τροφίμων (non brands)		Κοινωνικό στρώμα			P value
		Υψηλό	Μεσαίο	Χαμηλό	
Παρέμεινε σταθερό	Αριθμός	114	83	87	0.165
	%	40,7%	33,9%	39,5%	
Μειώθηκε	Αριθμός	64	71	44	
	%	22,9%	29,0%	20,0%	
Αυξήθηκε	Αριθμός	102	91	89	
	%	36,4%	37,1%	40,5%	

Σωματική δραστηριότητα (π.χ. γυμναστήριο, κολυμβητήριο)		Φύλο		P value
		Άνδρας	Γυναίκα	
Παρέμεινε σταθερό	Αριθμός	102	179	0.449
	%	37,6%	35,1%	
Μειώθηκε	Αριθμός	99	210	
	%	36,5%	41,2%	
Αυξήθηκε	Αριθμός	70	121	
	%	25,8%	23,7%	

Κάπνισμα		Φύλο		P value
		Άνδρας	Γυναίκα	
Παρέμεινε σταθερό	Αριθμός	101	194	0.774
	%	43,0%	45,1%	
Μειώθηκε	Αριθμός	59	110	
	%	25,1%	25,6%	
Αυξήθηκε	Αριθμός	75	126	
	%	31,9%	29,3%	

Πρόσληψη φρούτων και λαχανικών, οσπρίων		Φύλο		P value
		Άνδρας	Γυναίκα	
Παρέμεινε σταθερό	Αριθμός	174	313	0.437
	%	64,4%	59,8%	
Μειώθηκε	Αριθμός	50	106	
	%	18,5%	20,3%	
Αυξήθηκε	Αριθμός	46	104	
	%	17,0%	19,9%	

Πρόσληψη κρέατος		Φύλο		P value
		Άνδρας	Γυναίκα	
Παρέμεινε σταθερό	Αριθμός	182	319	0.156
	%	66,2%	61,5%	
Μειώθηκε	Αριθμός	70	165	
	%	25,5%	31,8%	
Αυξήθηκε	Αριθμός	23	35	
	%	8,4%	6,7%	

Πρόσληψη κρέατος		Φύλο		P value
		Άνδρας	Γυναίκα	
Παρέμεινε σταθερό	Αριθμός	154	261	0.280
	%	56,8%	51,0%	
Μειώθηκε	Αριθμός	104	220	
	%	38,4%	43,0%	
Αυξήθηκε	Αριθμός	13	31	
	%	4,8%	6,1%	

Αγορά μη επώνυμων τροφίμων (non brands)		Φύλο		P value
		Άνδρας	Γυναίκα	
Παρέμεινε σταθερό	Αριθμός	115	169	0,254
	%	44,9%	34,6%	
Μειώθηκε	Αριθμός	44	135	
	%	17,2%	27,6%	
Αυξήθηκε	Αριθμός	97	185	
	%	37,9%	37,8%	

Αγορά έτοιμου φαγητού (fast food) αντί του σπιτικού φαγητού		Φύλο		P value
		Άνδρας	Γυναίκα	
Παρέμεινε σταθερό	Αριθμός	99	147	0,115
	%	36,7%	29,5%	
Μειώθηκε	Αριθμός	143	299	
	%	53,0%	60,0%	
Αυξήθηκε	Αριθμός	28	52	
	%	10,4%	10,4%	

Αγορά έτοιμου φαγητού (fast food) αντί του σπιτικού φαγητού		Φύλο		P value
		Άνδρας	Γυναίκα	
Ανθυγιεινή	Αριθμός	105	185	0,358
	%	38,2%	34,9%	
Υγιεινή	Αριθμός	170	345	
	%	61,8%	65,1%	

Κάπνισμα		Ηλικιακή ομάδα		P value
		έως 40 ετών	41+ ετών	
Παρέμεινε σταθερό	Αριθμός	203	68	0,129
	%	47,7%	38,6%	
Μειώθηκε	Αριθμός	100	49	
	%	23,5%	27,8%	
Αυξήθηκε	Αριθμός	123	59	
	%	28,9%	33,5%	

Σωματική δραστηριότητα (π.χ. κολυμβητήριο, γυμναστήριο)		Υψηκοότητα		P value
		Ελληνική	Άλλη	
Παρέμεινε σταθερό	Αριθμός	230	22	0,703
	%	35,6%	31,9%	
Μειώθηκε	Αριθμός	257	31	
	%	39,8%	44,9%	
Αυξήθηκε	Αριθμός	159	16	
	%	24,6%	23,2%	

Πρόσληψη φρούτων και λαχανικών, οσπρίων		Υψηκοότητα		P value
		Ελληνική	Άλλη	
Παρέμεινε σταθερό	Αριθμός	405	39	0,515
	%	61,6%	55,7%	
Μειώθηκε	Αριθμός	129	14	
	%	19,6%	20,0%	
Αυξήθηκε	Αριθμός	124	17	
	%	18,8%	24,3%	

Πρόσληψη κρέατος		Υψηκοότητα		P value
		Ελληνική	Άλλη	
Παρέμεινε σταθερό	Αριθμός	416	37	0,083
	%	63,6%	51,4%	
Μειώθηκε	Αριθμός	190	30	
	%	29,1%	41,7%	
Αυξήθηκε	Αριθμός	48	5	
	%	7,3%	6,9%	

Αγορά έτοιμου φαγητού (fast food) αντί του σπιτικού φαγητού		Υψηκοότητα		P value
		Ελληνική	Άλλη	
Παρέμεινε σταθερό	Αριθμός	203	18	0,214
	%	32,0%	26,9%	
Μειώθηκε	Αριθμός	361	45	
	%	56,9%	67,2%	
Αυξήθηκε	Αριθμός	70	4	
	%	11,0%	6,0%	

Αγορά μη επώνυμων τροφίμων (non brands)		Υψηκοότητα		P value
		Ελληνική	Άλλη	
Παρέμεινε σταθερό	Αριθμός	245	18	0,185
	%	39,6%	28,1%	
Μειώθηκε	Αριθμός	144	19	
	%	23,3%	29,7%	
Αυξήθηκε	Αριθμός	230	27	
	%	37,2%	42,2%	

Αγορά μη επώνυμων τροφίμων (non brands)		Υψηκοότητα		P value
		Ελληνική	Άλλη	
Ανθυγιεινή	Αριθμός	240	29	0,408
	%	35,9%	40,8%	
Υγιεινή	Αριθμός	429	42	
	%	64,1%	59,2%	

Αγορά μη επώνυμων τροφίμων (non brands)		Τη στιγμή αυτή ζείτε			P value
		Μόνος	Με σύζυγο/σύντροφο	Με γονείς	
Παρέμεινε σταθερό	Αριθμός	72	101	105	0.108
	%	32,6%	38,4%	44,1%	
Μειώθηκε	Αριθμός	52	65	53	
	%	23,5%	24,7%	22,3%	
Αυξήθηκε	Αριθμός	97	97	80	
	%	43,9%	36,9%	33,6%	

Αλκοόλ		Παιδιά		P value
		ΟΧΙ	ΝΑΙ	
Παρέμεινε σταθερό	Αριθμός	265	99	0,069
	%	51,4%	57,9%	
Μειώθηκε	Αριθμός	159	54	
	%	30,8%	31,6%	
Αυξήθηκε	Αριθμός	92	18	
	%	17,8%	10,5%	

Κάπνισμα		Παιδιά		P value
		OXI	NAI	
Παρέμεινε σταθερό	Αριθμός	221	74	0,418
	%	45,1%	42,3%	
Μειώθηκε	Αριθμός	118	51	
	%	24,1%	29,1%	
Αυξήθηκε	Αριθμός	151	50	
	%	30,8%	28,6%	

Πρόσληψη φρούτων και λαχανικών, οσπρίων		Παιδιά		P value
		OXI	NAI	
Παρέμεινε σταθερό	Αριθμός	356	131	0,334
	%	61,3%	61,8%	
Μειώθηκε	Αριθμός	109	47	
	%	18,8%	22,2%	
Αυξήθηκε	Αριθμός	116	34	
	%	20,0%	16,0%	

Πρόσληψη κρέατος		Παιδιά		P value
		OXI	NAI	
Παρέμεινε σταθερό	Αριθμός	372	129	0,075
	%	63,9%	60,8%	
Μειώθηκε	Αριθμός	162	73	
	%	27,8%	34,4%	
Αυξήθηκε	Αριθμός	48	10	
	%	8,2%	4,7%	

Θεωρείτε ότι η διατροφή σας ΤΩΡΑ είναι		Παιδιά		P value
		OXI	NAI	
Ανθυγιεινή	Αριθμός	208	82	0,451
	%	35,3%	38,1%	
Υγιεινή	Αριθμός	382	133	
	%	64,7%	61,9%	

Θεωρείτε ότι η διατροφή σας ΤΩΡΑ είναι		Ανεργία		P value
		<12 μήνες	>12 μήνες	
Ανθυγιεινή	Αριθμός	200	90	0,161
	%	34,5%	39,8%	
Υγιεινή	Αριθμός	379	136	
	%	65,5%	60,2%	

Αλκοόλ		Ηλικία		P value
		Έως 40 ετών	41+ ετών	
Παρέμεινε σταθερό	Αριθμός	237	95	0,465
	%	53,5%	53,1%	
Μειώθηκε	Αριθμός	129	59	
	%	29,1%	33,0%	
Αυξήθηκε	Αριθμός	77	25	
	%	17,4%	14,0%	

Θεωρείτε ότι η διατροφή σας ΤΩΡΑ είναι		Ηλικία		P value
		Έως 40 ετών	41+ ετών	
Ανθυγιεινή	Αριθμός	170	89	0,204
	%	33,9%	38,7%	
Υγιεινή	Αριθμός	332	141	
	%	66,1%	61,3%	

Αλκοόλ		Εκπαίδευση			P value
		Υποχρεωτική	Δευτεροβάθμια και Μετά-δευτεροβάθμια	Τριτοβάθμια	
Παρέμεινε σταθερό	Αριθμός	19	120	222	0.051
	%	47,5%	47,8%	57,5%	
Μειώθηκε	Αριθμός	13	93	101	
	%	32,5%	37,1%	26,2%	
Αυξήθηκε	Αριθμός	8	38	63	
	%	20,0%	15,1%	16,3%	

Κάπνισμα		Εκπαίδευση			P value
		Υποχρεωτική	Δευτεροβάθμια και Μετά-δευτεροβάθμια	Τριτοβάθμια	
Παρέμεινε σταθερό	Αριθμός	15	97	178	0.056
	%	32,6%	39,4%	49,0%	
Μειώθηκε	Αριθμός	12	65	87	
	%	26,1%	26,4%	24,0%	
Αυξήθηκε	Αριθμός	19	84	98	
	%	41,3%	34,1%	27,0%	

Πρόσληψη φρούτων και λαχανικών, οσπρίων		Εκπαίδευση			P value
		Υποχρεωτική	Δευτεροβάθμια και Μετά-δευτεροβάθμια	Τριτοβάθμια	
Παρέμεινε σταθερό	Αριθμός	26	174	279	0.222
	%	54,2%	60,0%	63,0%	
Μειώθηκε	Αριθμός	15	61	78	
	%	31,3%	21,0%	17,6%	
Αυξήθηκε	Αριθμός	7	55	86	
	%	14,6%	19,0%	19,4%	

Πρόσληψη φρούτων και λαχανικών, οσπρίων		Εκπαίδευση			P value
		Υποχρεωτική	Δευτεροβάθμια και Μετά-δευτεροβάθμια	Τριτοβάθμια	
Ανθυγιεινή	Αριθμός	22	119	142	0.070
	%	44,9%	39,0%	32,4%	
Υγιεινή	Αριθμός	27	186	296	
	%	55,1%	61,0%	67,6%	

Αγορά έτοιμου φαγητού (fast food) αντί του σπιτικού φαγητού		Εισόδημα			P value
		€0 - 500	€501 -1000	€1001+	
Παρέμεινε σταθερό	Αριθμός	72	85	83	0.578
	%	29,8%	31,1%	35,6%	
Μειώθηκε	Αριθμός	142	163	126	
	%	58,7%	59,7%	54,1%	
Αυξήθηκε	Αριθμός	28	25	24	
	%	11,6%	9,2%	10,3%	

Χρήση Υπηρεσιών υγείας και κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά

Χρήση Ιατρικής φροντίδας Δημόσιες υπηρεσίες υγείας		Κοινωνικό στρώμα			P value
		Υψηλό	Μεσαίο	Χαμηλό	
όχι	Αριθμός	289	253	247	0,289
	%	93,5%	95,8%	96,1%	
ναι	Αριθμός	20	11	10	
	%	6,5%	4,2%	3,9%	

Χρήση φροντίδας υπηρεσιών υγείας		Ιατρικής Δημόσιες		Φύλο		P value
				Άνδρας	Γυναίκα	
όχι	Αριθμός			272	517	0,099
	%			96,8%	94,2%	
ναι	Αριθμός			9	32	
	%			3,2%	5,8%	

Χρήση φροντίδας υπηρεσιών υγείας		Ιατρικής Δημόσιες		Ηλικία		P value
				έως 40 ετών	41+ ετών	
όχι	Αριθμός			490	225	0,248
	%			95,7%	93,8%	
ναι	Αριθμός			22	15	
	%			4,3%	6,3%	

Χρήση φροντίδας υπηρεσιών υγείας		Ιατρικής Δημόσιες		Υπηκοότητα		P value
				Ελληνική	Άλλη	
όχι	Αριθμός			651	72	0,713
	%			95,0%	96,0%	
ναι	Αριθμός			34	3	
	%			5,0%	4,0%	

Χρήση φροντίδας υπηρεσιών υγείας		Ιατρικής Δημόσιες		Τη στιγμή αυτή ζείτε			P value
				Μόνος	Με σύζυγο/σύντροφο	Με γονείς	
όχι	Αριθμός			242	276	243	0,522
	%			96,0%	93,9%	94,9%	
ναι	Αριθμός			10	18	13	
	%			4,0%	6,1%	5,1%	

Χρήση φροντίδας υπηρεσιών υγείας		Ιατρικής Δημόσιες		Παιδιά		P value
				Ναι	Όχι	
όχι	Αριθμός			581	208	0,150
	%			95,7%	93,3%	
ναι	Αριθμός			26	15	
	%			4,3%	6,7%	

Χρήση φροντίδας υπηρεσίες υγείας		Ιατρικής Δημόσιες Υποχρεωτική Εκπαίδευση			P value
		Υποχρεωτική	Δευτεροβάθμια και Μετά-δευτεροβάθμια	Τριτοβάθμια	
όχι	Αριθμός	48	297	430	0,660
	%	92,3%	95,2%	95,1%	
ναι	Αριθμός	4	15	22	
	%	7,7%	4,8%	4,9%	

Χρήση φροντίδας υπηρεσίες υγείας		Ιατρικής Δημόσιες Ανεργία		P value
		<12 μήνες	>12 μήνες	
όχι	Αριθμός	570	219	0,221
	%	95,6%	93,6%	
ναι	Αριθμός	26	15	
	%	4,4%	6,4%	

Χρήση φροντίδας υπηρεσίες υγείας		Ιατρικής Δημόσιες Εισόδημα			P value
		€0 - 500	€501 -1000	€1001+	
όχι	Αριθμός	255	275	236	0,531
	%	96,2%	94,2%	95,2%	
ναι	Αριθμός	10	17	12	
	%	3,8%	5,8%	4,8%	

Χρήση προληπτικού ελέγχου Δημόσιες υπηρεσίες υγείας		Ιατρικής Δημόσιες φροντίδας υπηρεσίες υγείας Φύλο		P value
		Άνδρας	Γυναίκα	
όχι	Αριθμός	268	524	0,962
	%	95,4%	95,4%	
ναι	Αριθμός	13	25	
	%	4,6%	4,6%	

Χρήση προληπτικού ελέγχου Δημόσιες υπηρεσίες υγείας		Ιατρικής Δημόσιες φροντίδας υπηρεσίες υγείας Ηλικία		P value
		έως 40 ετών	41+ ετών	
όχι	Αριθμός	491	225	0,198
	%	95,9%	93,8%	
ναι	Αριθμός	21	15	
	%	4,1%	6,3%	

Χρήση προληπτικού ελέγχου Δημόσιες υπηρεσίες υγείας		Υψηκοότητα		P value
		Ελληνική	Άλλη	
όχι	Αριθμός	652	73	0,399
	%	95,2%	97,3%	
ναι	Αριθμός	33	2	
	%	4,8%	2,7%	

Χρήση προληπτικού ελέγχου Δημόσιες υπηρεσίες υγείας		Εκπαίδευση			P value
		Υποχρεωτική	Δευτεροβάθμια και Μετά-δευτεροβάθμια	Τριτοβάθμια	
όχι	Αριθμός	47	300	431	0,188
	%	90,4%	96,2%	95,4%	
ναι	Αριθμός	5	12	21	
	%	9,6%	3,8%	4,6%	

Χρήση προληπτικού ελέγχου Δημόσιες υπηρεσίες υγείας		Ανεργία		P value
		<12 μήνες	>12 μήνες	
όχι	Αριθμός	567	225	0,527
	%	95,1%	96,2%	
ναι	Αριθμός	29	9	
	%	4,9%	3,8%	

Συνταγογραφούμενα φάρμακα		Κοινωνικό στρώμα			P value
		Υψηλό	Μεσαίο	Χαμηλό	
όχι	Αριθμός	266	228	231	0,337
	%	86,1%	86,4%	89,9%	
ναι	Αριθμός	43	36	26	
	%	13,9%	13,6%	10,1%	

Συνταγογραφούμενα φάρμακα		Φύλο		P value
		Άνδρας	Γυναίκα	
όχι	Αριθμός	255	470	0,135
	%	90,7%	85,6%	
ναι	Αριθμός	26	79	
	%	9,3%	14,4%	

Συνταγογραφούμενα φάρμακα		Ηλικία		P value
		έως 40 ετών	41+ ετών	
όχι	Αριθμός	453	201	0,073
	%	88,5%	83,8%	
ναι	Αριθμός	59	39	
	%	11,5%	16,3%	

Συνταγογραφούμενα φάρμακα		Υψηκότητα		P value
		Ελληνική	Άλλη	
όχι	Αριθμός	591	71	0,240
	%	86,3%	94,7%	
ναι	Αριθμός	94	4	
	%	13,7%	5,3%	

Συνταγογραφούμενα φάρμακα		Εκπαίδευση			P value
		Υποχρεωτική	Δευτεροβάθμια και Μετά-δευτεροβάθμια	Τριτοβάθμια	
όχι	Αριθμός	48	279	385	0,118
	%	92,3%	89,4%	85,2%	
ναι	Αριθμός	4	33	67	
	%	7,7%	10,6%	14,8%	

Συνταγογραφούμενα φάρμακα		Ανεργία		P value
		<12 μήνες	>12 μήνες	
όχι	Αριθμός	527	198	0,138
	%	88,4%	84,6%	
ναι	Αριθμός	69	36	
	%	11,6%	15,4%	

Συνταγογραφούμενα φάρμακα		Εισόδημα			P value
		€0 - 500	€501 - 1000	€1001+	
όχι	Αριθμός	235	252	217	0,699
	%	88,7%	86,3%	87,5%	
ναι	Αριθμός	30	40	31	
	%	11,3%	13,7%	12,5%	

Χρήση δημοσίων Υπηρεσιών υγείας		Φύλο		P value
		Άνδρας	Γυναίκα	
όχι	Αριθμός	238	431	0,137
	%	84,7%	78,6%	
ναι	Αριθμός	43	117	
	%	15,3%	21,4%	

Χρήση δημοσίων Υπηρεσιών υγείας		Ηλικία		P value
		έως 40 ετών	41+ ετών	
όχι	Αριθμός	419	183	0,066
	%	82,0%	76,3%	
ναι	Αριθμός	92	57	
	%	18,0%	23,8%	

Χρήση δημοσίων Υπηρεσιών υγείας		Υψηλότητα		P value
		Ελληνική	Άλλη	
όχι	Αριθμός	545	66	0,084
	%	79,7%	88,0%	
ναι	Αριθμός	139	9	
	%	20,3%	12,0%	

Χρήση δημοσίων Υπηρεσιών υγείας		Εκπαίδευση			P value
		Υποχρεωτική	Δευτεροβάθμια και Μετά-δευτεροβάθμια	Τριτοβάθμια	
όχι	Αριθμός	43	260	353	0,204
	%	82,7%	83,3%	78,3%	
ναι	Αριθμός	9	52	98	
	%	17,3%	16,7%	21,7%	

Χρήση δημοσίων Υπηρεσιών υγείας		Ανεργία		P value
		<12 μήνες	>12 μήνες	
όχι	Αριθμός	483	186	0,579
	%	81,2%	79,5%	
ναι	Αριθμός	112	48	
	%	18,8%	20,5%	

Χρήση ιδιωτικής ιατρικής φροντίδας		Φύλο		P value
		Άνδρας	Γυναίκα	
όχι	Αριθμός	253	474	0,126
	%	90,0%	86,3%	
ναι	Αριθμός	28	75	
	%	10,0%	13,7%	

Χρήση ιδιωτικής ιατρικής φροντίδας		Ηλικία		P value
		έως 40 ετών	41+ ετών	
όχι	Αριθμός	454	204	0,156
	%	88,7%	85,0%	
ναι	Αριθμός	58	36	
	%	11,3%	15,0%	

Χρήση ιδιωτικής ιατρικής φροντίδας		Υψηλότητα		P value
		Ελληνική	Άλλη	
όχι	Αριθμός	600	65	0,818
	%	87,6%	86,7%	
ναι	Αριθμός	85	10	
	%	12,4%	13,3%	

Χρήση ιδιωτικής ιατρικής φροντίδας		Εκπαίδευση			P value
		Υποχρεωτική	Δευτεροβάθμια και Μετά-δευτεροβάθμια	Τριτοβάθμια	
όχι	Αριθμός	44	268	401	0,424
	%	84,6%	85,9%	88,7%	
ναι	Αριθμός	8	44	51	
	%	15,4%	14,1%	11,3%	

Χρήση ιδιωτικής ιατρικής φροντίδας		Ανεργία		P value
		<12 μήνες	>12 μήνες	
όχι	Αριθμός	523	204	0,822
	%	87,8%	87,2%	
ναι	Αριθμός	73	30	
	%	12,2%	12,8%	

Χρήση νοσηλείας σε ιδιωτική κλινική		Κοινωνικό στρώμα			P value
		Υψηλό	Μεσαίο	Χαμηλό	
όχι	Αριθμός	302	262	255	0,189
	%	97,7%	99,2%	99,2%	
ναι	Αριθμός	7	2	2	
	%	2,3%	0,8%	0,8%	

Χρήση νοσηλείας σε ιδιωτική κλινική		Φύλο		P value
		Άνδρας	Γυναίκα	
όχι	Αριθμός	278	541	0,642
	%	98,9%	98,5%	
ναι	Αριθμός	3	8	
	%	1,1%	1,5%	

Χρήση νοσηλείας σε ιδιωτική κλινική		Ηλικία		P value
		έως 40 ετών	41+ ετών	
όχι	Αριθμός	507	234	0,105
	%	99,0%	97,5%	
ναι	Αριθμός	5	6	
	%	1,0%	2,5%	

Χρήση νοσηλείας σε ιδιωτική κλινική		Υψηλότητα		P value
		Ελληνική	Άλλη	
όχι	Αριθμός	675	74	0,931
	%	98,5%	98,7%	
ναι	Αριθμός	10	1	
	%	1,5%	1,3%	

Χρήση νοσηλείας σε ιδιωτική κλινική		Εκπαίδευση			P value
		Υποχρεωτική	Δευτεροβάθμια και Μετά-δευτεροβάθμια	Τριτοβάθμια	
όχι	Αριθμός	52	309	444	0,435
	%	100,0%	99,0%	98,2%	
ναι	Αριθμός	0	3	8	
	%	0,0%	1,0%	1,8%	

Χρήση νοσηλείας σε ιδιωτική κλινική		Ανεργία		P value
		<12 μήνες	>12 μήνες	
όχι	Αριθμός	588	231	0,946
	%	98,7%	98,7%	
ναι	Αριθμός	8	3	
	%	1,3%	1,3%	

Χρήση νοσηλείας σε ιδιωτική κλινική		Εισόδημα			P value
		€0 - 500	€501 -1000	€1001+	
όχι	Αριθμός	265	292	237	0,123
	%	100,0%	100,0%	95,6%	
ναι	Αριθμός	0	0	11	
	%	0,0%	0,0%	4,4%	

Χρήση προληπτικού ελέγχου σε ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας		Φύλο		P value
		Άνδρας	Γυναίκα	
όχι	Αριθμός	268	484	0,642
	%	95,4%	88,2%	
ναι	Αριθμός	13	65	
	%	4,6%	11,8%	

Χρήση προληπτικού ελέγχου σε ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας		Υψηκοότητα		P value
		Ελληνική	Άλλη	
όχι	Αριθμός	614	72	0,078
	%	89,6%	96,0%	
ναι	Αριθμός	71	3	
	%	10,4%	4,0%	

Χρήση προληπτικού ελέγχου σε ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας		Εκπαίδευση			P value
		Υποχρεωτική	Δευτεροβάθμια και Μετά-δευτεροβάθμια	Τριτοβάθμια	
όχι	Αριθμός	48	276	414	0,314
	%	92,3%	88,5%	91,6%	
ναι	Αριθμός	4	36	38	
	%	7,7%	11,5%	8,4%	

Χρήση προληπτικού ελέγχου σε ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας		Ανεργία		P value
		<12 μήνες	>12 μήνες	
όχι	Αριθμός	547	205	0,064
	%	91,8%	87,6%	
ναι	Αριθμός	49	29	
	%	8,2%	12,4%	

Χρήση οδοντιατρικής φροντίδας σε ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας		Φύλο		P value
		Άνδρας	Γυναίκα	
όχι	Αριθμός	225	400	0,123
	%	80,1%	72,9%	
ναι	Αριθμός	56	149	
	%	19,9%	27,1%	

Χρήση οδοντιατρικής φροντίδας σε ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας		Ηλικία		P value
		έως 40 ετών	41+ ετών	
όχι	Αριθμός	377	190	0,100
	%	73,6%	79,2%	
ναι	Αριθμός	135	50	
	%	26,4%	20,8%	

Χρήση οδοντιατρικής φροντίδας σε ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας		Υψηκότητα		P value
		Ελληνική	Άλλη	
όχι	Αριθμός	501	69	0,354
	%	73,1%	92,0%	
ναι	Αριθμός	184	6	
	%	26,9%	8,0%	

Χρήση οδοντιατρικής φροντίδας σε ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας		Εκπαίδευση			P value
		Υποχρεωτική	Δευτεροβάθμια και Μετά-δευτεροβάθμια	Τριτοβάθμια	
όχι	Αριθμός	49	254	308	0,314
	%	94,2%	81,4%	68,1%	
ναι	Αριθμός	3	58	144	
	%	5,8%	18,6%	31,9%	

Χρήση οδοντιατρικής φροντίδας σε ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας		Ανεργία		P value
		<12 μήνες	>12 μήνες	
όχι	Αριθμός	450	175	0,829
	%	75,5%	74,8%	
ναι	Αριθμός	146	59	
	%	24,5%	25,2%	

Αγορά ΜΗΣΦΑ		Κοινωνικό στρώμα			P value
		Υψηλό	Μεσαίο	Χαμηλό	
όχι	Αριθμός	259	223	216	0,977
	%	83,8%	84,5%	84,0%	
ναι	Αριθμός	50	41	41	
	%	16,2%	15,5%	16,0%	

Αγορά ΜΗΣΦΑ		Φύλο		P value
		Άνδρας	Γυναίκα	
όχι	Αριθμός	246	452	0,052
	%	87,5%	82,3%	
ναι	Αριθμός	35	97	
	%	12,5%	17,7%	

Αγορά ΜΗΣΦΑ		Ηλικία		P value
		έως 40 ετών	41+ ετών	
όχι	Αριθμός	424	203	0,543
	%	82,8%	84,6%	
ναι	Αριθμός	88	37	
	%	17,2%	15,4%	

Αγορά ΜΗΣΦΑ		Υψηκότητα		P value
		Ελληνική	Άλλη	
όχι	Αριθμός	564	69	0,333
	%	82,3%	92,0%	
ναι	Αριθμός	121	6	
	%	17,7%	8,0%	

Αγορά ΜΗΣΦΑ		Εκπαίδευση			P value
		Υποχρεωτική	Δευτεροβάθμια και Μετά-δευτεροβάθμια	Τριτοβάθμια	
όχι	Αριθμός	47	273	364	0,115
	%	90,4%	87,5%	80,5%	
ναι	Αριθμός	5	39	88	
	%	9,6%	12,5%	19,5%	

Αγορά ΜΗΣΦΑ		Ανεργία		P value
		<12 μήνες	>12 μήνες	
όχι	Αριθμός	502	196	0,868
	%	84,2%	83,8%	
ναι	Αριθμός	94	38	
	%	15,8%	16,2%	

Αγορά ΜΗΣΦΑ		Εισόδημα			P value
		€0 - 500	€501 -1000	€1001+	
όχι	Αριθμός	225	239	211	0,507
	%	84,9%	81,8%	85,1%	
ναι	Αριθμός	40	53	37	
	%	15,1%	18,2%	14,9%	

Χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε ιδιωτικές υπηρεσίες		Κοινωνικό στρώμα			P value
		Υψηλό	Μεσαίο	Χαμηλό	
όχι	Αριθμός	297	254	254	0,114
	%	96,1%	96,2%	98,8%	
ναι	Αριθμός	12	10	3	
	%	3,9%	3,8%	1,2%	

Χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε ιδιωτικές υπηρεσίες		Φύλο		P value
		Άνδρας	Γυναίκα	
όχι	Αριθμός	272	533	0,818
	%	96,8%	97,1%	
ναι	Αριθμός	9	16	
	%	3,2%	2,9%	

Χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε ιδιωτικές υπηρεσίες		Ηλικία		P value
		έως 40 ετών	41+ ετών	
όχι	Αριθμός	495	233	0,769
	%	96,7%	97,1%	
ναι	Αριθμός	17	7	
	%	3,3%	2,9%	

Χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε ιδιωτικές υπηρεσίες		Υπηκοότητα		P value
		Ελληνική	Άλλη	
όχι	Αριθμός	662	74	0,341
	%	96,6%	98,7%	
ναι	Αριθμός	23	1	
	%	3,4%	1,3%	

Χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε ιδιωτικές υπηρεσίες		Εκπαίδευση			P value
		Υποχρεωτική	Δευτεροβάθμια και Μετά-δευτεροβάθμια	Τριτοβάθμια	
όχι	Αριθμός	51	302	438	0,882
	%	98,1%	96,8%	96,9%	
ναι	Αριθμός	1	10	14	
	%	1,9%	3,2%	3,1%	

Χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε ιδιωτικές υπηρεσίες		Ανεργία		P value
		<12 μήνες	>12 μήνες	
όχι	Αριθμός	576	229	0,355
	%	96,6%	97,9%	
ναι	Αριθμός	20	5	
	%	3,4%	2,1%	

Χρήση Ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας		Φύλο		P value
		Άνδρας	Γυναίκα	
όχι	Αριθμός	175	278	0,222
	%	62,3%	50,7%	
ναι	Αριθμός	106	270	
	%	37,7%	49,3%	

Χρήση Ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας		Ηλικία		P value
		έως 40 ετών	41+ ετών	
όχι	Αριθμός	280	128	0,708
	%	54,8%	53,3%	
ναι	Αριθμός	231	112	
	%	45,2%	46,7%	

Χρήση Ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας		Υψηκοότητα		P value
		Ελληνική	Άλλη	
όχι	Αριθμός	354	55	0,352
	%	51,8%	73,3%	
ναι	Αριθμός	330	20	
	%	48,2%	26,7%	

Χρήση Ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας		Εκπαίδευση			P value
		Υποχρεωτική	Δευτεροβάθμια και Μετά-δευτεροβάθμια	Τριτοβάθμια	
όχι	Αριθμός	33	186	220	0,558
	%	63,5%	59,6%	48,8%	
ναι	Αριθμός	19	126	231	
	%	36,5%	40,4%	51,2%	

Χρήση Ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας		Ανεργία		P value
		<12 μήνες	>12 μήνες	
όχι	Αριθμός	327	126	0,772
	%	55,0%	53,8%	
ναι	Αριθμός	268	108	
	%	45,0%	46,2%	

Δαπάνες Υγείας και κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά

	Παιδιά	Αριθμό	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	P value
Ιατρική φροντίδα	OXI	26	252,62	267,37	0,912
	NAI	15	244,00	178,28	
Προληπτικός έλεγχος	OXI	22	120,55	63,12	0,104
	NAI	16	88,50	51,28	

		Διάρκεια ανεργίας
Ιατρική φροντίδα	Pearson Correlation	0,027
	Sig. (2-tailed)	0,869
	N	41
Προληπτικό έλεγχο υγείας	Pearson Correlation	0,021
	Sig. (2-tailed)	0,901
	N	38

		Εισοδήματος
Ιατρική φροντίδα	Pearson Correlation	,105
	Sig. (2-tailed)	,524
	N	39
Αγορά συνταγογραφούμενων φαρμάκων	Pearson Correlation	,133
	Sig. (2-tailed)	,181
	N	103
Συνολικές δαπάνες συνασφάλισης	Pearson Correlation	,110
	Sig. (2-tailed)	,172
	N	156

	Παιδιά	Αριθμό	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	P value
Ιατρική φροντίδα	OXI	40	904,00	681,65	0,785
	ΝΑΙ	63	831,75	1574,62	
Νοσηλεία	OXI	0 ^a	.	.	0,551
	ΝΑΙ	11	5800,00	4748,05	
Προληπτικό έλεγχο υγείας	OXI	14	411,43	286,06	0,970
	ΝΑΙ	64	652,88	1495,38	

Ανεκπλήρωτες ανάγκες		Φύλο		P value
		Άνδρας	Γυναίκα	
Όχι	Αριθμός	172	306	0,131
	%	61,2%	55,7%	
Ναι	Αριθμός	109	243	
	%	38,8%	44,3%	

Ανεκπλήρωτες ανάγκες		Υψηκότητα		P value
		Ελληνική	Άλλη	
Όχι	Αριθμός	397	40	0,442
	%	58,0%	53,3%	
Ναι	Αριθμός	288	35	
	%	42,0%	46,7%	

Ανεκπλήρωτες ανάγκες		Τη στιγμή αυτή ζείτε			P value
		Μόνος	Με σύζυγο/σύντροφο	Με γονείς	
Όχι	Αριθμός	143	176	145	0,681
	%	56,7%	59,9%	56,6%	
Ναι	Αριθμός	109	118	111	
	%	43,3%	40,1%	43,4%	

Ανεκπλήρωτες ανάγκες		Παιδιά		P value
		OXI	ΝΑΙ	
Όχι	Αριθμός	361	117	0,070
	%	59,5%	52,5%	
Ναι	Αριθμός	246	106	
	%	40,5%	47,5%	

Χρήση κοινωνικού-δημοτικού ιατρείου/φαρμακείου, ΜΚΟ για ανάγκες;		Φύλο		P value
		Άνδρας	Γυναίκα	
Όχι	Αριθμός	202	384	0,780
	%	71,9%	69,9%	
Ναι	Αριθμός	39	86	
	%	13,9%	15,7%	
Δεν γνωρίζω το κοινωνικό-δημοτικό ιατρείο/φαρμακείο	Αριθμός	40	79	
	%	14,2%	14,4%	

Χρήση κοινωνικού-δημοτικού ιατρείου/φαρμακείου, ΜΚΟ για ανάγκες;		Ηλικία		P value
		έως 40 ετών	41+ ετών	
Όχι	Αριθμός	369	164	0,163
	%	72,1%	68,3%	
Ναι	Αριθμός	67	44	
	%	13,1%	18,3%	
Δεν γνωρίζω το κοινωνικό-δημοτικό ιατρείο/φαρμακείο	Αριθμός	76	32	
	%	14,8%	13,3%	

Χρήση κοινωνικού-δημοτικού ιατρείου/φαρμακείου, ΜΚΟ για ανάγκες;		Υπηκοότητα		P value
		Ελληνική	Άλλη	
Όχι	Αριθμός	495	38	0,352
	%	72,3%	50,7%	
Ναι	Αριθμός	94	17	
	%	13,7%	22,7%	
Δεν γνωρίζω το κοινωνικό-δημοτικό ιατρείο/φαρμακείο	Αριθμός	96	20	
	%	14,0%	26,7%	

Χρήση κοινωνικού-δημοτικού ιατρείου/φαρμακείου, ΜΚΟ για ανάγκες;		Τη στιγμή αυτή ζείτε			P value
		Μόνος	Με σύζυγο/σύντροφο	Με γονείς	
Όχι	Αριθμός	162	218	183	0,141
	%	64,3%	74,1%	71,5%	
Ναι	Αριθμός	46	37	39	
	%	18,3%	12,6%	15,2%	
Δεν γνωρίζω το κοινωνικό-δημοτικό ιατρείο/φαρμακείο	Αριθμός	44	39	34	
	%	17,5%	13,3%	13,3%	

Χρήση κοινωνικού-δημοτικού ιατρείου/φαρμακείου, ΜΚΟ για ανάγκες;		Παιδιά		P value
		ΟΧΙ	ΝΑΙ	
Όχι	Αριθμός	427	159	0,627
	%	70,3%	71,3%	
Ναι	Αριθμός	89	36	
	%	14,7%	16,1%	
Δεν γνωρίζω το κοινωνικό-δημοτικό ιατρείο/φαρμακείο	Αριθμός	91	28	
	%	15,0%	12,6%	

Χρήση κοινωνικού-δημοτικού ιατρείου/φαρμακείου, ΜΚΟ για ανάγκες;		Τη στιγμή αυτή ζείτε			P value
		Υποχρεωτική	Δευτεροβ άθμια και Μετά- δευτεροβ άθμια	Τριτοβάθμια	
Όχι	Αριθμός	29	211	339	0,126
	%	55,8%	67,6%	75,0%	
Ναι	Αριθμός	13	55	51	
	%	25,0%	17,6%	11,3%	
Δεν γνωρίζω το κοινωνικό-δημοτικό ιατρείο/φαρμακείο	Αριθμός	10	46	62	
	%	19,2%	14,7%	13,7%	

Χρήση κοινωνικού-δημοτικού ιατρείου/φαρμακείου, ΜΚΟ για ανάγκες;		Ανεργία		P value
		<12 μήνες	>12 μήνες	
Όχι	Αριθμός	428	158	0,475
	%	71,8%	67,5%	
Ναι	Αριθμός	86	39	
	%	14,4%	16,7%	
Δεν γνωρίζω το κοινωνικό-δημοτικό ιατρείο/φαρμακείο	Αριθμός	82	37	
	%	13,8%	15,8%	

Σωματικής Κατάστασης Υγείας και κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά

Κοινωνικό στρώμα	Μέση τιμή	Αριθμός	Τυπική απόκλιση	P value
Υψηλή	70,75	275,00	22,44	0.075
Μεσαία	67,23	225,00	24,72	
Χαμηλή	66,36	225,00	22,08	

Κλίμακα IPED και Συμπεριφορές υγείας – κινδύνου

IPED		Αλκοόλ			P value
		Παρέμεινε σταθερό	Μειώθηκε	Αυξήθηκε	
Χαμηλή οικονομική δυσχέρεια	Αριθμός	286	168	71	0,266
	%	54,5%	32,0%	13,5%	
Υψηλή οικονομική δυσχέρεια	Αριθμός	78	45	39	
	%	48,1%	27,8%	24,1%	

IPED		Αγορά έτοιμου φαγητού (fast food) αντί του σπιτικού φαγητού			P value
		Παρέμεινε σταθερό	Μειώθηκε	Αυξήθηκε	
Χαμηλή οικονομική δυσχέρεια	Αριθμός	209	319	63	0,001
	%	35,4%	54,0%	10,7%	
Υψηλή οικονομική δυσχέρεια	Αριθμός	37	123	17	
	%	20,9%	69,5%	9,6%	

Κλίμακα IPED και Χρήση -Δαπάνες Υπηρεσιών Υγείας

Χρήση Ιατρικής φροντίδας σε δημόσιες υπηρεσίες υγείας		IPED		P value
		χαμηλή οικονομική δυσχέρεια	υψηλή οικονομική δυσχέρεια	
όχι	Αριθμός	608	181	0.565
	%	95,3%	94,3%	
ναι	Αριθμός	30	11	
	%	4,7%	5,7%	

Χρήση προληπτικού ελέγχου σε δημόσιες υπηρεσίες υγείας		IPED		P value
		καμηλή οικονομική δυσχέρεια	υψηλή οικονομική δυσχέρεια	
όχι	Αριθμός	608	184	0,756
	%	95,3%	95,8%	
ναι	Αριθμός	30	8	
	%	4,7%	4,2%	

Αγορά συνταγογραφούμενων φαρμάκων		IPED		P value
		καμηλή οικονομική δυσχέρεια	υψηλή οικονομική δυσχέρεια	
όχι	Αριθμός	556	169	0,750
	%	87,1%	88,0%	
ναι	Αριθμός	82	23	
	%	12,9%	12,0%	

Χρήση δημόσιων υπηρεσιών υγείας		IPED		P value
		καμηλή οικονομική δυσχέρεια	υψηλή οικονομική δυσχέρεια	
όχι	Αριθμός	514	155	0,991
	%	80,7%	80,7%	
ναι	Αριθμός	123	37	
	%	19,3%	19,3%	

Χρήση ιατρικής φροντίδας σε ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας		IPED		P value
		καμηλή οικονομική δυσχέρεια	υψηλή οικονομική δυσχέρεια	
όχι	Αριθμός	563	164	0,297
	%	88,2%	85,4%	
ναι	Αριθμός	75	28	
	%	11,8%	14,6%	

Νοσηλεία σε ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας		IPED		P value
		καμηλή οικονομική δυσχέρεια	υψηλή οικονομική δυσχέρεια	
όχι	Αριθμός	629	190	0,695
	%	98,6%	99,0%	
ναι	Αριθμός	9	2	
	%	1,4%	1,0%	

Χρήση προληπτικού ελέγχου σε ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας		IPED		P value
		καμηλή οικονομική δυσχέρεια	υψηλή οικονομική δυσχέρεια	
όχι	Αριθμός	573	179	0,155
	%	89,8%	93,2%	
ναι	Αριθμός	65	13	
	%	10,2%	6,8%	

Χρήση οδοντιατρικής φροντίδας ελέγχου σε ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας		IPED		P value
		καμηλή οικονομική δυσχέρεια	υψηλή οικονομική δυσχέρεια	
όχι	Αριθμός	472	153	0,108
	%	74,0%	79,7%	
ναι	Αριθμός	166	39	
	%	26,0%	20,3%	

Αγορά ΜΗΣΦΑ		IPED		P value
		καμηλή οικονομική δυσχέρεια	υψηλή οικονομική δυσχέρεια	
όχι	Αριθμός	530	168	0,141
	%	83,1%	87,5%	
ναι	Αριθμός	108	24	
	%	16,9%	12,5%	

Χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας		IPED		P value
		καμηλή οικονομική δυσχέρεια	υψηλή οικονομική δυσχέρεια	
όχι	Αριθμός	619	186	0,917
	%	97,0%	96,9%	
ναι	Αριθμός	19	6	
	%	3,0%	3,1%	

Χρήση ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας		IPED		P value
		καμηλή οικονομική δυσχέρεια	υψηλή οικονομική δυσχέρεια	
όχι	Αριθμός	338	115	0,095
	%	53,1%	59,9%	
ναι	Αριθμός	299	77	
	%	46,9%	40,1%	

IPED		Χρήση κοινωνικού -δημοτικού ιατρείου/φαρμακείου, ΜΚΟ			P value
		Όχι	Ναι	Δεν γνωρίζω το κοινωνικό- δημοτικό ιατρείο/φαρμακ είο	
Χαμηλή οικονομική δυσχέρεια	Αριθμός	463	83	92	0,110
	%	72,6%	13,0%	14,4%	
Υψηλή οικονομική δυσχέρεια	Αριθμός	123	42	27	
	%	64,1%	21,9%	14,1%	

Δαπάνες Συνασφάλισης		IPED
Ιατρική φροντίδα	Correlation Coefficient	-,136
	Sig. (2-tailed)	,398
	N	41
Προληπτικό έλεγχο υγείας	Correlation Coefficient	-,047
	Sig. (2-tailed)	,779
	N	38
Αγορά συνταγογραφούμενων φαρμάκων	Correlation Coefficient	,151
	Sig. (2-tailed)	,121
	N	107
Σύνολο δαπανών συνασφάλισης	Correlation Coefficient	-,010
	Sig. (2-tailed)	,900
	N	160
Άμεσες πληρωμές		IPED
Νοσηλεία	Correlation Coefficient	,084
	Sig. (2-tailed)	,805
	N	11
Προληπτικό έλεγχο υγείας	Correlation Coefficient	-,107
	Sig. (2-tailed)	,351
	N	78
Οδοντιατρική φροντίδα.	Correlation Coefficient	,097
	Sig. (2-tailed)	,165
	N	205
Υπηρεσίες ψυχικής υγείας	Correlation Coefficient	,082
	Sig. (2-tailed)	,696
	N	25
Σύνολο άμεσων πληρωμών	Correlation Coefficient	,003
	Sig. (2-tailed)	,961
	N	376

Κλίμακα CES-D και Συμπεριφορές Υγείας και Κινδύνου

CES-D		Αλκοόλ			P value
		Παρέμεινε σταθερό	Μειώθηκε	Αυξήθηκε	
Όχι	Αριθμός	179	101	21	0,305
	%	49,2%	47,4%	19,1%	
Ναι	Αριθμός	185	112	89	
	%	50,8%	52,6%	80,9%	

CES-D		Αγορά έτοιμου φαγητού (fast food) αντί του σπιτικού φαγητού			P value
		Παρέμεινε σταθερό	Μειώθηκε	Αυξήθηκε	
Όχι	Αριθμός	130	188	24	0,123
	%	38,0%	55,0%	7,0%	
Ναι	Αριθμός	116	254	56	
	%	27,2%	59,6%	13,1%	

Κλίμακα CES-D και Χρήση - Δαπάνες στις Υπηρεσίες Υγείας

CES-D		Χρήση προληπτικού ελέγχου σε δημόσιες υπηρεσίες υγείας		P value
		Όχι	Ναι	
Όχι	Αριθμός	357	15	0,498
	%	96,0%	4,0%	
Ναι	Αριθμός	435	23	
	%	95,0%	5,0%	

CESD		Χρήση ιατρικής φροντίδας σε ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας		P value
		όχι	ναι	
Όχι	Αριθμός	318	54	0,097
	%	43,7%	52,4%	
Ναι	Αριθμός	409	49	
	%	56,3%	47,6%	

CESD		Νοσηλεία σε ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας		P value
		όχι	ναι	
Όχι	Αριθμός	368	4	0,570
	%	44,9%	36,4%	
Ναι	Αριθμός	451	7	
	%	55,1%	63,6%	

CESD		Χρήση προληπτικού ελέγχου σε ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας		P value
		όχι	ναι	
Όχι	Αριθμός	337	35	0,992
	%	44,8%	44,9%	
Ναι	Αριθμός	415	43	
	%	55,2%	55,1%	

CESD		Χρήση οδοντιατρικής φροντίδας σε ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας		P value
		όχι	ναι	
Όχι	Αριθμός	282	90	0,761
	%	45,1%	43,9%	
Ναι	Αριθμός	343	115	
	%	54,9%	56,1%	

CESD		Αγορά ΜΗΣΦΑ		P value
		όχι	ναι	
Όχι	Αριθμός	318	54	0,325
	%	45,6%	40,9%	
Ναι	Αριθμός	380	78	
	%	54,4%	59,1%	

CESD		Χρήση ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας		P value
		όχι	ναι	
Όχι	Αριθμός	199	173	0,549
	%	43,9%	46,0%	
Ναι	Αριθμός	254	203	
	%	56,1%	54,0%	

CES-D		Χρήση ιδιωτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας		P value
		Όχι	Ναι	
Όχι	Αριθμός	356	16	0,150
	%	44,2%	64,0%	
Ναι	Αριθμός	449	9	
	%	55,8%	36,0%	

Δαπάνες συνασφάλισης		Συνολική CESD	Καταθλιπτική επίδραση	Θετική επίδραση	Σωματικές δραστηριότητες	Διαπροσωπικές σχέσεις
Ιατρική φροντίδα	Correlation Coefficient	,119	,218	,028	,063	,128
	Sig. (2-tailed)	,460	,172	,860	,695	,427
	N	41	41	41	41	41
Προληπτικό έλεγχο υγείας	Correlation Coefficient	,088	,099	-,094	-,054	,081
	Sig. (2-tailed)	,600	,554	,575	,748	,630
	N	38	38	38	38	38
Αγορά συνταγογραφούμενων φαρμάκων	Correlation Coefficient	-,120	-,059	-,151	-,139	-,041
	Sig. (2-tailed)	,219	,548	,119	,155	,677
	N	107	107	107	107	107
Σύνολο δαπανών συνασφάλισης	Correlation Coefficient	-,034	,050	-,150	-,059	,067
	Sig. (2-tailed)	,670	,533	,059	,455	,400
	N	160	160	160	160	160

Άμεσες πληρωμές		Συνολική CESD	Καταθλιπτική επίδραση	Θετική επίδραση	Σωματικές δραστηριότητες	Διαπροσωπικές σχέσεις
Ιατρική φροντίδα	Correlation Coefficient		-,159		-,163	-,144
	Sig. (2-tailed)		,108		,101	,147
	N		103		103	103
Νοσηλεία	Correlation Coefficient	,261	,393	,205	-,038	-,166
	Sig. (2-tailed)	,438	,232	,546	,911	,627
	N	11	11	11	11	11
Προληπτικό έλεγχο υγείας	Correlation Coefficient	,021	,029	-,090	,000	-,083
	Sig. (2-tailed)	,856	,804	,433	1,000	,469
	N	78	78	78	78	78
Οδοντιατρική	Correlation Coefficient	-,052	-,113	-,014	,020	,100

κή φροντίδα.	Coefficient					
	Sig. (2-tailed)	,457	,107	,837	,775	,153
	N	205	205	205	205	205
Αγορά ΜΗ συνταγογραφούμενων φαρμάκων	Correlation Coefficient	,041	,027	-,057	,061	,157
	Sig. (2-tailed)	,640	,757	,513	,482	,072
	N	133	133	133	133	133
Υπηρεσίες ψυχικής υγείας	Correlation Coefficient	,085	,032	-,124	,155	-,126
	Sig. (2-tailed)	,686	,881	,555	,460	,548
	N	25	25	25	25	25
Σύνολο άμεσων πληρωμών	Correlation Coefficient				-,023	,000
	Sig. (2-tailed)				,653	,993
	N				376	376

Σωματικής Κατάστασης Υγείας και Χρήσης – Δαπάνες Υπηρεσιών Υγείας

Χρήση ιατρικής φροντίδας σε δημόσιες υπηρεσίες υγείας	Αριθμός	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	P value
όχι	688	68,17	23,35	0,544
ναι	37	70,54	18,29	

Χρήση προληπτικού ελέγχου σε δημόσιες υπηρεσίες υγείας	Αριθμός	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	P value
όχι	690	68,44	23,05	0,431
ναι	35	65,29	24,52	

Αγορά συνταγογραφούμενων φαρμάκων	Αριθμός	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	P value
όχι	631	68,79	23,50	0,133
ναι	94	64,95	20,13	

Χρήση δημοσίων υπηρεσιών υγείας	Αριθμός	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	P value
όχι	581	68,88	23,53	0,184
ναι	143	66,01	21,29	

Χρήση ιατρικής φροντίδας σε ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας	Αριθμός	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	P value
όχι	634	67,78	23,24	0,115
ναι	91	71,87	22,01	

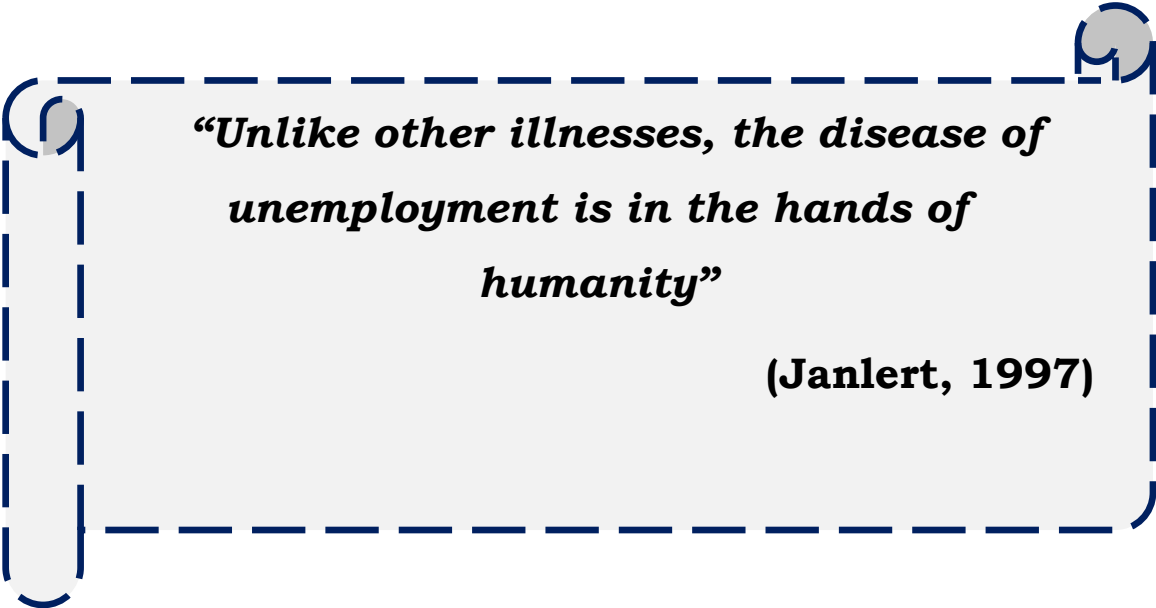
Νοσηλεία σε ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας	Αριθμός	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	P value
όχι	715	68,16	23,19	0,205
ναι	10	77,50	14,58	

Χρήση προληπτικού ελέγχου σε ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας	Αριθμός	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	P value
όχι	655	68,06	23,41	0,416
ναι	70	70,43	20,21	

Αγορά ΜΗΣΦΑ	Αριθμός	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	P value
όχι	604	68,99	23,16	0,071
ναι	121	64,83	22,65	

Δαπάνες Συνασφάλισης		Σωματική Κατάσταση Υγείας	
Ιατρική φροντίδα	Pearson Correlation		,252
	Sig. (2-tailed)		,133
	N		37
Προληπτικό έλεγχο υγείας	Pearson Correlation		-,068
	Sig. (2-tailed)		,697
	N		35
Αγορά συνταγογραφούμενων φαρμάκων	Pearson Correlation		-,128
	Sig. (2-tailed)		,216
	N		95
Σύνολο δαπανών συνασφάλισης	Pearson Correlation		-,073
	Sig. (2-tailed)		,385
	N		143

Άμεσες πληρωμές		Σωματική Κατάσταση Υγείας
Νοσηλεία	Correlation Coefficient	-,444
	Sig. (2-tailed)	,199
	N	10
Προληπτικό έλεγχο υγείας	Correlation Coefficient	,032
	Sig. (2-tailed)	,793
	N	70
Αγορά συνταγογραφούμενων φαρμάκων	MH Correlation Coefficient	-,113
	Sig. (2-tailed)	,215
	N	121
Υπηρεσίες ψυχικής υγείας	Correlation Coefficient	,214
	Sig. (2-tailed)	,316
	N	24



***“Unlike other illnesses, the disease of
unemployment is in the hands of
humanity”***

(Janlert, 1997)