



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

**Παγκοσμιοποίηση, Οικονομική Κρίση και
Κοινωνικο-Οικονομικές Επιπτώσεις**

ΚΑΝΕΛΑ Γ. ΚΑΡΑΜΠΕΛΑ
ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ
«ΟΡΓΑΝΩΣΗ & ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ,
ΟΡΓΑΝΙΣΜΩΝ ΚΑΙ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ»

Θεσμικός Επιβλέπων
Θωμάκος Δημήτριος

ΤΡΙΠΟΛΗ 2013

1. ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

1. Περιεχόμενα	II σελ.
Περίληψη στα Ελληνικά	IV σελ.
Περίληψη στα Αγγλικά - Abstract	V σελ.
2. Πρόλογος	4 σελ.
3. Εισαγωγή	5 σελ.
4. Επιπτώσεις της παγκοσμιοποίησης	7 σελ.
4.1. <i>Κοινωνικοοικονομικές επιπτώσεις στην υγεία</i>	7 σελ.
4.1.1. <i>Ανεργία και υγεία</i>	7 σελ.
4.1.2. <i>Φτώχεια, κοινωνική ανισότητα και υγεία</i>	9 σελ.
4.1.3. <i>Υπεραπασχόληση και υγεία</i>	9 σελ.
4.1.4. <i>Κοινωνικός αποκλεισμός και υγεία</i>	10 σελ.
4.2. <i>Παγκοσμιοποίηση και ψυχική υγεία</i>	10 σελ.
5. Οικονομική κρίση	12 σελ.
5.1. <i>Επιπτώσεις στην κοινωνική και οικονομική ζωή</i>	14 σελ.
5.2. <i>Επιπτώσεις στο επίπεδο υγείας</i>	16 σελ.
5.3. <i>Επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στα συστήματα υγείας</i>	17 σελ.
5.4. <i>Επιπτώσεις της οικονομική κρίσης στην ψυχική υγεία</i>	19 σελ.
5.5. <i>Οικονομική κρίση, αυτοκτονία και ποσοστά θνησιμότητας στο γενικό πληθυσμό.</i>	21 σελ.
5.6. <i>Προβλήματα στην ιατρική περίθαλψη</i>	22 σελ.
6. Ελλάδα και Οικονομική κρίση	24 σελ.
7. Μεθοδολογικά ζητήματα	26 σελ.

7.1. Σκοπός	26 σελ.
7.2. Υλικό	26 σελ.
7.3. Μέθοδος	26 σελ.
7.4. Αποτελέσματα – Ανάλυση	27 σελ.
7.5. Περιγραφικοί στατιστικοί δείκτες μονομεταβλητών	28 σελ.
7.5.1. Συχνότητες (<i>Frequencies</i>)	28 σελ.
7.6. Σύγκριση ποσοστιαίων αναλογιών κατηγορικής διμεταβλητής	33 σελ.
7.6.1. Υπολογισμός στατιστικού κριτηρίου χ^2	33 σελ.
7.7. Στατιστική Πρόβλεψη	61 σελ.
7.7.1. Παλινδρόμηση	61 σελ.
8. Συζήτηση	76 σελ.
9. Επίλογος	84 σελ.
10. Βιβλιογραφία	85 σελ.
11. Παράρτημα I – Ερωτηματολόγιο Έρευνας	92 σελ.
12. Παράρτημα II – Πίνακας κριτηρίου χ^2	97 σελ.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΣΤΑ ΕΛΛΗΝΙΚΑ

Η παγκοσμιοποίηση αποτελεί ένα πολυσύνθετο φαινόμενο, το οποίο επεκτείνεται σε όλα τα επίπεδα της ανθρώπινης ζωής, δημιουργώντας στην ανθρωπότητα δυνατότητες και απροσδόκητες προοπτικές, ενώ, ταυτόχρονα, συνεπάγεται αλυσιδωτές αναταραχές και ανακατατάξεις με θετικές αλλά και με αρνητικές επιπτώσεις. Εντούτοις, από την πλευρά της δημόσιας υγείας υποστηρίζεται ότι η παγκοσμιοποίηση έθεσε σε κίνδυνο την υγεία των πληθυσμών εξαιτίας της επιδείνωσης των κοινωνικοοικονομικών συνθηκών διαβίωσης και εργασίας, της ανάδυσης κινδύνων για το φυσικό περιβάλλον και της υπερεκμετάλλευσης των πόρων.

Είναι πασιφανές, όμως, ότι τα τελευταία χρόνια, η παγκόσμια κοινότητα αντιμετωπίζει μια μεγάλης έντασης οικονομική κρίση, η οποία έλαβε διαστάσεις επιδημίας και έχει σημαντικές αλλά όχι εντελώς διευκρινισμένες επιπτώσεις στην υγεία. Παρόλα αυτά, η οικονομική ύφεση δεν πρέπει να αντιμετωπίζεται μόνον ως απειλή αλλά και ως μια ευκαιρία αναδιάρθρωσης και εξέλιξης των οικονομικών, των κοινωνικών και των υγειονομικών συστημάτων.

Λέξεις κλειδιά: Παγκοσμιοποίηση, Οικονομική κρίση, Υγεία, Κοινωνικό-Οικονομικές Επιπτώσεις

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΣΤΑ ΑΓΓΛΙΚΑ - ABSTRACT

Globalisation is a complex phenomenon that extends to all levels of human life, creating for humanity potentials and unexpected perspectives, while at the same time leading to multiple chain reactions and upheavals of both positive and negative effects. However, from the perspective of public health it is suggested that globalization has endangered the health of populations due to the deteriorating socio-economic conditions of living and working, the emergence of risks against the natural environment and overexploitation of resources.

It is more than obvious, however, that in recent years, the global community faces an intensive economic crisis, which has reached epidemic proportions and has significant but not completely specified effects on public health. Even so, the economic downturn should not be seen only as a threat but as an opportunity for restructuring and development of economic, social and health systems.

Keywords: Globalization, Economic Crisis, Health, Socio-Economic Impacts

2. ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η παγκοσμιοποίηση αποτελεί ένα πολυσύνθετο φαινόμενο, το οποίο επεκτείνεται σε όλα τα επίπεδα της ανθρώπινης ζωής, δημιουργώντας στην ανθρωπότητα δυνατότητες και απροσδόκητες προοπτικές, ενώ, ταυτόχρονα, συνεπάγεται αλυσιδωτές αναταραχές και ανακατατάξεις με θετικές αλλά και με αρνητικές επιπτώσεις. Οι επιπτώσεις της παγκοσμιοποίησης στον τομέα της υγείας λαμβάνουν μια διπλή διάσταση, επηρεάζοντας ταυτόχρονα τόσο την υγεία του πληθυσμού, όσο και την οργάνωση και τη λειτουργία των συστημάτων υγείας (Οικονόμου, 2004·Τούντας, 2000·Huyen, 2005).

Ως αποτέλεσμα της παγκοσμιοποίησης, επιτεύχθηκε μια αδιαμφισβήτητη οικονομική ανάπτυξη και τεχνολογική πρόοδος στον τομέα της υγείας, βελτίωση του επιπέδου υγείας ορισμένων πληθυσμών και ταυτόχρονη αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσής τους. Εντούτοις, από την πλευρά της δημόσιας υγείας υποστηρίζεται ότι η παγκοσμιοποίηση έθεσε σε κίνδυνο την υγεία των πληθυσμών εξαιτίας της επιδείνωσης των κοινωνικοοικονομικών συνθηκών διαβίωσης και εργασίας, της ανάδυσης κινδύνων για το φυσικό περιβάλλον και της υπερεκμετάλλευσης των πόρων (Χαραλάμπους κ.α., 2011).

Όσον αφορά στα συστήματα υγείας, η παγκοσμιοποίηση επιδρά στον τρόπο χρηματοδότησης και παροχής των υπηρεσιών υγείας, επηρεάζοντας παραμέτρους, όπως είναι η προσφορά και η ζήτηση υγειονομικών υπηρεσιών, καθώς και η ποιότητα, η διαθεσιμότητα και η προσβασιμότητα σε αυτές. Επιπρόσθετα, καθίσταται αναγκαίος ο επαναπροσδιορισμός του ρόλου του κράτους στη διαμόρφωση και την άσκηση πολιτικής υγείας ενώ επιβάλλεται η ενεργητικότερη συμμετοχή διεθνών οργανώσεων για την αντιμετώπιση προβλημάτων που υπερβαίνουν τις δυνατότητες των εθνικών συστημάτων υγείας.

3. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Είναι πασιφανές ότι τα τελευταία χρόνια, η παγκόσμια κοινότητα αντιμετωπίζει μια μεγάλης έντασης οικονομική κρίση, η οποία, αν και εκδηλώθηκε αρχικά στις Ηνωμένες Πολιτείες με επίκεντρο την αδυναμία εξυπηρέτησης των στεγαστικών δανείων, σύντομα έλαβε διαστάσεις επιδημίας. Η χρηματοπιστωτική κρίση επεκτάθηκε ταχύτατα στις αναπτυγμένες χώρες και στη συνέχεια σε ολόκληρο τον κόσμο, με δραματικές επιπτώσεις στο τραπεζικό σύστημα και τις επιχειρήσεις. (Stuckler et al, 2011).

Σύμφωνα με το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο, η κρίση μεταφέρεται με σφοδρότητα στην πραγματική οικονομία, με αποτέλεσμα την ύφεση και την πτώση της απασχόλησης. Η αντίδραση των χωρών ήταν άμεση όσον αφορά στη λήψη μέτρων για την αντιμετώπιση της κρίσης και τα μέτρα αυτά, αν και διέφεραν από χώρα σε χώρα, είχαν έναν κοινό στόχο, τη βελτίωση της ρευστότητας και την κινητοποίηση των επενδύσεων με σκοπό την αναθέρμανση της οικονομίας και τη συγκράτηση της απασχόλησης (IMF, 2009).

Οι Ηνωμένες Πολιτείες, αλλά και σε κάποιο βαθμό και το Ηνωμένο Βασίλειο, ακολουθούν την θεωρία του John Maynard Keynes (2001 [1936]). Ο Keynes πρότεινε την άνοδο των δημοσίων δαπανών σε περιόδους κρίσεων για να καλύψουν μέρος του ελλείμματος ζήτησης, που υπό προϋποθέσεις μπορεί να οδηγήσει την οικονομία μακριά από μια θέση ισορροπίας πλήρους απασχόλησης. Οι δημόσιες δαπάνες μπορεί να ξοδεύονται ως επιδόματα ανεργίας κ.τ.λ., αλλά ο κύριος στόχος δεν είναι η αναδιανομή, μα η επανόρθωση της ισορροπίας. Μάλιστα η αύξηση της φορολογίας σε περιόδους κρίσης είναι πλήρως αντίθετη στη νοοτροπία του Keynes, ο οποίος ζητά αύξηση των ελλειμμάτων στις κρίσεις, τα οποία χρηματοδοτούνται από πλεονάσματα στις καλύτερες εποχές. Η προσέγγιση αυτή, με άλλα λόγια, επιχειρεί την αναθέρμανση της οικονομίας με αύξηση των δημοσίων δαπανών, προκειμένου να αντισταθμιστεί τμήμα του ελλείμματος της ζήτησης. Παράλληλα, όμως, η πολιτική αυτή οδηγεί σε αύξηση των ελλειμμάτων και του δημόσιου χρέους, με αποτελέσματα τα οποία δεν μπορούν να κριθούν επί του παρόντος.

Στην Ευρωπαϊκή Ένωση, το σχέδιο για την αντιμετώπιση της κρίσης, τη στήριξη και την ανάκαμψη της οικονομίας κατατέθηκε το Δεκέμβριο του 2008. Η ανάπτυξη κοινών στρατηγικών σε συνδυασμό με την προώθηση των μακροπρόθεσμων στόχων της Ευρωπαϊκής Ένωσης ήταν το βασικό χαρακτηριστικό αυτού του σχεδίου, του οποίου η λογική είναι η τόνωση της αγοράς και η λήψη μέτρων για τη στήριξη των επιχειρήσεων και της απασχόλησης. Οι βασικοί άξονες για την αντιμετώπιση της κρίσης είναι η εισαγωγή ρευστότητας στην οικονομία ώστε να τονωθεί η ζήτηση και η προώθηση των επενδύσεων με μακροπρόθεσμο στόχο την ενίσχυση της ανταγωνιστικότητας της Ευρώπης, πάντα όμως λαμβάνοντας υπόψη τους περιορισμούς του Συμφώνου Σταθερότητας, το οποίο δίνει έμφαση στη δημοσιονομική πειθαρχία και τη νομισματική σταθερότητα (EC, 2009).

Από την άλλη πλευρά, οι χαμηλής και μέσης ανάπτυξης χώρες και ιδιαίτερα όσες δεν έχουν αναπτυγμένα συστήματα κοινωνικής προστασίας, αντιμετωπίζουν αυξημένο κίνδυνο εξαιτίας της οικονομικής κρίσης. Υπολογίζεται ότι στα αμέσως επόμενα χρόνια οι χώρες αυτές θα χρειαστούν ένα τρισεκατομμύριο δολάρια για πληρωμές τραπεζικών χρεών και για τη διατήρηση ενός ελάχιστου ασφαλούς επιπέδου κοινωνικής προστασίας (Birdsall, 2009).

Στην παρούσα μελέτη, επιχειρείται μια περιγραφική ανάλυση των κοινωνικο – οικονομικών επιπτώσεων της παγκοσμιοποίησης και κυρίως των συνεπειών της στον τομέα της υγείας. Επιπλέον, επισημαίνεται η σημαντικότητα και η αναγκαιότητα της συμβολής των διεθνών οργανισμών, σε ρόλο πρωταγωνιστικό, για τη διαμόρφωση μιας ενιαίας παγκόσμιας πολιτικής.

4. ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΠΑΓΚΟΣΜΙΟΠΟΙΗΣΗΣ

Στο παρελθόν, η παγκοσμιοποίηση είχε συχνά θεωρηθεί ως μια λιγότερο ή περισσότερο οικονομική διαδικασία. Σήμερα, θεωρείται ως ένα πιο ολοκληρωμένο φαινόμενο, το οποίο διαμορφώνεται από μια πληθώρα παραγόντων και γεγονότων που αναδιαμορφώνουν την κοινωνία μας. Κατ' αυτόν τον τρόπο, η σύγχρονη παγκοσμιοποίηση ορίζεται ως η εντατικοποίηση της διασυνοριακής συνεργασίας των εθνικών πολιτιστικών, οικονομικών, πολιτικών, κοινωνικών και τεχνολογικών αλληλεπιδράσεων που δύναται να οδηγήσει στη δημιουργία διακρατικών δομών και παγκόσμια ολοκληρωμένων πολιτιστικών, οικονομικών, περιβαλλοντικών, πολιτικών και κοινωνικών διαδικασιών σε παγκόσμιο, υπερεθνικό, εθνικό, περιφερειακό και τοπικό επίπεδο.

Καθώς ο κόσμος γύρω μας μεταμορφώνεται σταδιακά σε ένα διασυνδεδεμένο συγκρότημα, η υγεία του ανθρώπου θεωρείται όλο και περισσότερο ως το ολοκληρωμένο αποτέλεσμα των παραγόντων που την καθορίζουν. Ως εκ τούτου, μπορεί να θεωρηθεί ως ένας σημαντικός υψηλού επιπέδου ολοκλήρωσης δείκτης που αποτυπώνει την κατάσταση και, σε μακροπρόθεσμη βάση, τη βιωσιμότητα του φυσικού και κοινωνικο-οικονομικού περιβάλλοντός μας.

Η παγκοσμιοποίηση οδηγεί σε βαθιές και σύνθετες αλλαγές στην ίδια τη φύση της κοινωνίας μας, φέρνοντας νέες ευκαιρίες, όμως και κινδύνους. Επιπλέον, οι επιπτώσεις της παγκοσμιοποίησης προκαλούν μια αυξανόμενη ανησυχία σχετικά με την υγεία, όπως και τα διαγενεακά δικαιώματα που συνεπάγεται η «βιώσιμη ανάπτυξη», αναγκάζοντάς μας να σκεφτούμε για το δικαίωμα των μελλοντικών γενεών να ζήσουν σε ένα υγιές περιβάλλον και να έχουν μια υγιεινή και ισορροπημένη ζωή (Huynen M., 2005).

4.1. Κοινωνικοοικονομικές επιπτώσεις στην υγεία

4.1.1. Ανεργία και υγεία

Η διεθνοποίηση της οικονομίας και του χρηματιστικού κεφαλαίου μέσω πολυεθνικών κερδοσκοπικών οργανισμών και ιδιωτικοποιήσεων, με τους μηχανισμούς και τις διαδικασίες της δημιουργεί χώρους, όπου κυριαρχεί το προσωρινό και το επισφαλές της εργασίας, της κατοικίας, των ατομικών δικαιωμάτων και της υγείας. Με βάση τα στοιχεία της Eurostat το 2007, η Ελλάδα κατέχει την πρώτη θέση της Ευρωπαϊκής Ένωσης σε ποσοστά ανεργίας των νέων (άνδρες, ηλικίας 15–24 ετών) σε ποσοστό 24,6%, με δεύτερη την Πολωνία στο 22,1%, τρίτη τη Ρουμανία και τη Γαλλία με ποσοστό 21,9%, όπου, στις νέες γυναίκες τα ποσοστά της ανεργίας είναι ακόμη πιο υψηλά (35,7%). Στην Κύπρο, το ποσοστό ανεργίας ανέρχεται στο 10,6% και αφορά τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες, ηλικίας 25–55 ετών, ενώ ανάλογη είναι η κατάσταση που επικρατεί

σήμερα και στις χώρες της Ευρώπης όπου, για παράδειγμα στη Γερμανία, οι άνεργοι αγγίζουν τα 4.000.000.

Η ανεργία, η μερική απασχόληση, η φτώχεια, η έλλειψη στέγης, η μετανάστευση, οι κοινωνικές ανισότητες είναι έννοιες, άρρηκτα συνδεδεμένες με δυσμενείς επιπτώσεις στην υγεία, που σήμερα, μέσα σε όρους χαλάρωσης του κράτους πρόνοιας και κατ' επέκταση των παραδοσιακών δεσμών της οικογένειας, δημιουργούν διαδικασίες κοινωνικού αποκλεισμού για διαρκώς ευρύτερες κοινωνικές ομάδες. Σε αυτές τις ομάδες, εκτός από τους φτωχούς και τους άστεγους, ανήκουν και οι μετανάστες, οι πολιτικοί και οι οικονομικοί πρόσφυγες, από τον τρίτο κόσμο, τις Βαλκανικές και τις πρώην Σοβιετικές δημοκρατίες, που συρρέουν κατά κύματα στις Ευρωπαϊκές χώρες και στην Κύπρο, προσπαθώντας να εξασφαλίσουν μέσα από την υπερεργασία τους, τα στοιχειώδη για την επιβίωσή τους. Παρά το γεγονός, ότι, στην ουσία, γίνονται αντικείμενα εκμετάλλευσης, αποτελούν θύματα του ρατσιστικού στερεότυπου ότι «αυτοί ευθύνονται για την ανεργία, αφού παίρνουν τις δουλειές των γηγενών», που έχουν ήδη μπροστά τους απειλητικό το φάσμα της ανεργίας.

Οι σπουδαιότεροι παράγοντες που προκαλούν την ανεργία είναι η ραγδαία ανάπτυξη της τεχνολογίας – ειδικότερα της Πληροφορικής – την οποία προτιμούν οι επιχειρηματίες σε σχέση με το εργατικό δυναμικό, καθώς και το χρηματιστικό κεφάλαιο, το οποίο βρίσκει πιο εύπορο έδαφος για κερδοσκοπία, σε χώρες με χαμηλούς ρυθμούς ανάπτυξης. Η εκβιομηχανοποίηση των «αναπτυγμένων χωρών» έρχεται σε αντιπαράθεση με χώρες, στις οποίες η οικονομία στηρίζεται αποκλειστικά στη γεωργία ή στη βιοτεχνία που αναπόφευκτα οδηγούνται στη χρεοκοπία.

Η ανεργία σχετίζεται επίσης με ψυχικές διαταραχές, όπως κατάθλιψη, άγχος, χαμηλό βαθμό αυτοεκτίμησης και τάσεις αυτοκτονίας. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία (Catalano, 2009), η συχνότητα εμφάνισης κατάθλιψης, εθισμού σε ουσίες και αλκοολισμού αυξάνεται ολοένα και περισσότερο στην ευαίσθητη πληθυσμιακή ομάδα των ανέργων. Οι άνθρωποι που έχουν χάσει τη δουλειά τους ή έχουν υποστεί σημαντικές μειώσεις στο εισόδημά τους για λόγους άσχετους με την απόδοσή τους αισθάνονται βαθύτατη απογοήτευση. Αυτήν την ματαίωσή τους προσπαθούν να την καλύψουν με αλκοόλ και άλλες ουσίες, με αποτέλεσμα να γίνονται επιθετικοί και να βιώνουν έντονο άγχος.

Μια μελέτη, έδειξε ότι η ανεργία αυτή καθαυτή δεν έχει τόσο μεγάλη σημασία, όταν τα άτομα που αυτό-αξιολογούνται έχουν θετική σκέψη, δεδομένου ότι η κατάσταση της υγείας και η «ψυχολογία» των ατόμων που καταλήγουν να είναι άνεργοι είναι ούτως ή άλλως χαμηλότερη από ότι εκείνων που απασχολούνταν πλήρως πριν την ανεργία. Κατά συνέπεια, η ανεργία μπορεί να είναι απλώς ένα πέπλο που κρύβει τα βαθύτερα αίτια μιας αρνητικής προδιάθεσης και

επιπρόσθετα, είναι πιο πιθανό να προκύψουν ακόμη περισσότερες αρνητικές συνέπειες στην υγεία τους, εξαιτίας της μακροχρόνιας ανεργίας (Böckerman P., & Ilmakunnas P., 2009).

4.1.2. Φτώχεια, κοινωνική ανισότητα και υγεία

Η φτώχεια, σύμφωνα με μια μελέτη (Paugam, 2005), διακρίνεται σε δύο είδη: Την ενσωματωμένη στην κοινωνία φτώχεια, που αναπτύσσεται διαχρονικά σε όλες τις κοινωνίες και την περιθωριακή φτώχεια των προηγμένων βιομηχανικών κοινωνιών, όπου περιλαμβάνονται όλο και μεγαλύτεροι αριθμοί εργατών που ωθούνται στο περιθώριο λόγω της βιομηχανικής και της τεχνολογικής ανάπτυξης και της παγκοσμιοποίησης.

Η αύξηση των ανισοτήτων ανάμεσα σε πλούσιους και φτωχούς στον τομέα της φροντίδας υγείας αποτελεί μία από τις πλέον δραματικές συνέπειες της παγκοσμιοποίησης. Η μείωση του κράτους πρόνοιας και η λειτουργία των συστημάτων υγείας με αυστηρά ιδιωτικοοικονομικά κριτήρια, έχει ως αποτέλεσμα τη δημιουργία ανισοτήτων στην υγεία. Τα άτομα χαμηλού οικονομικού επιπέδου λαμβάνουν χαμηλής ποιότητας φροντίδα καθότι, είτε λόγω έλλειψης ασφαλιστικής κάλυψης και συνεπώς δυσκολίας στην προσβασιμότητα σε υπηρεσίες υγείας είτε λόγω προκαταλήψεων των ίδιων των επαγγελματιών υγείας, συχνά δείχνουν απροθυμία για αναζήτηση βοήθειας και τακτικής παρακολούθησης (Μάντης, 1990).

4.1.3. Υπεραπασχόληση και υγεία

Σημαντικό ποσοστό εργαζομένων θέτει σε κίνδυνο την υγεία του, εξαιτίας της υπεραπασχόλησης και του άγχους, αφού τα άτομα αυτά εργάζονται τόσες πολλές ώρες, ώστε εύκολα θα μπορούσε να αναφέρει κάποιος γι' αυτούς ότι «ζουν για να δουλεύουν και όχι ότι δουλεύουν για να ζουν», εκθέτοντας τον οργανισμό τους σε συνεχές και μόνιμο stress, οδηγώντας τους στο να υιοθετούν νέους τρόπους ζωής. Οι επιπτώσεις του άγχους και της υιοθέτησης αυτού του νέου τρόπου ζωής οδηγούν στις σύγχρονες ασθένειες – καρδιαγγειακά, νεοπλασίες – που αποτελούν τις πρώτες αιτίες θανάτου στις αναπτυσσόμενες και αναπτυσσόμενες χώρες (Τούντας κ.α., 2000· WHO, 2002). Οι εν λόγω πολιτισμικές ασθένειες που δυστυχώς αποτελούν και προνόμιο των κατώτερων κοινωνικοοικονομικών τάξεων, συνδέονται με συγκεκριμένους παράγοντες κινδύνου όπως το κάπνισμα, η παχυσαρκία, η διατροφή, το οινόπνευμα, η έλλειψη σωματικής άσκησης και το άγχος (Τούντας 2004· WHO, 2004).

Οι δημόσιοι λειτουργοί της υγείας έχουν εκφράσει τις ανησυχίες τους ότι μια ύφεση αυτής της κλίμακας και με αυτές τις οικονομικές συνέπειες - ανεργία, χρέος, σημαντικές απώλειες εισοδήματος - έχουν πιθανά σοβαρές επιπτώσεις και στην υγεία (WHO, 2009). Ο φόβος και η ανασφάλεια που δημιουργείται από την προοπτική της ανεργίας συνδέεται επίσης με την κακή

ψυχική υγεία, σε ορισμένες περιπτώσεις ακόμη περισσότερο από ό,τι με την πραγματική απώλεια των θέσεων εργασίας, αφού τα άτομα προσπαθούν να έχουν μέγιστη απόδοση και κουράζονται υπερβολικά καθημερινά από το φόβο απώλειας της εργασίας τους, ζώντας μόνιμα σε μια γκρίζα ζώνη (Benach et al, 2007· Burgard et al, 2009· Perlaman et al, 2009).

Μελέτες, που αφορούν στα ποσοστά θνησιμότητας στην Ισπανία, βρήκαν ότι ενώ οι αυτοκτονίες έτειναν να αυξάνονται κατά τη διάρκεια της οικονομικής ύφεσης, τα συνολικά ποσοστά θνησιμότητας έτειναν να αυξάνονται κατά τη διάρκεια της ανάκαμψης και να μειώνονται κατά τη διάρκεια της ύφεσης (Gili et al, 2012· Ruhm, 2006, 2003, 2000· Tapia – Granados, 2005). Συνολικά, οι επιπτώσεις στην υγεία εξαιτίας της ανεργίας (ή και της υπεραπασχόλησης) διαφέρουν σημαντικά, με τις χειρότερες επιπτώσεις να έχουν παρατηρηθεί μεταξύ των άγαμων, εκείνων που στερούνται κοινωνικής στήριξης, καθώς και σε χώρες με αδύναμη αγορά εργασίας και με ελάχιστα προγράμματα υποστήριξης της οικογένειας (Stuckler et al, 2009).

4.1.4. Κοινωνικός αποκλεισμός και υγεία

Η ανεργία και η φτώχεια αποτελούν αρνητικές επιπτώσεις της παγκοσμιοποίησης που ενδεχομένως να οδηγήσουν τα άτομα σε κοινωνικό αποκλεισμό, καθώς και σε ακραίες συμπεριφορές με άμεσες και έμμεσες επιπτώσεις στην υγεία. Ο συνδυασμός όμως της ανεργίας, της φτώχειας αλλά και του κοινωνικού αποκλεισμού αποτελούν έναν εκρηκτικό συνδυασμό συνθηκών, οι οποίες μπορεί να οδηγήσουν το άτομο σε επικίνδυνες ενέργειες και συμπεριφορές όπως η χρήση ψυχοδραστικών ουσιών. Η περιθωριοποίηση των συγκεκριμένων ατόμων τους οδηγεί σε σύγκρουση με την κοινωνία και τις κυρίαρχες αξίες που τη διέπουν, καθώς η εξάρτηση ως τρόπος ζωής, δημιουργεί προϋπόθεση κοινωνικής απομόνωσης και βίαιης συμπεριφοράς.

4.2. Παγκοσμιοποίηση και ψυχική υγεία

Παρά τις αποδείξεις ότι όλες οι ψυχικές διαταραχές έχουν βιοψυχοκοινωνική προέλευση και ότι η ποιότητα του κοινωνικού περιβάλλοντος σχετίζεται με τον κίνδυνο εμφάνισης μιας ψυχικής ασθένειας, είναι δύσκολο να προβλεφθούν οι επιπτώσεις της παγκοσμιοποίησης στην πορεία των ψυχιατρικών διαταραχών. Εκείνο που είναι βέβαιο, ωστόσο, είναι ότι ψυχικές διαταραχές δεν μπορούν πλέον να διαχωριστούν από τον παγκόσμιο ιστό που πλαισιώνει τη ζωή μας. Σύμφωνα με τους Kirmayer & Minas (2000), η παγκοσμιοποίηση επηρεάζει την ψυχολογία με τρεις βασικούς τρόπους: μέσω της επίδρασής της στην ατομική και συλλογική ταυτότητα του ατόμου, μέσω των επιπτώσεων των οικονομικών ανισοτήτων στην ψυχική υγεία, καθώς και μέσω της διαμόρφωσης και της διάδοσης της ίδιας της γνώσης γύρω από ψυχιατρικά ζητήματα. Αναγνωρίζουν και οι δύο την τάση των κοινοτήτων να επαναβεβαιώσουν την εθνική τους

ταυτότητα, καθώς και τη διατήρηση των πολιτισμικών ιδιωμάτων, μέσω των οποίων κοινοποιείται η συναισθηματική αγωνία. Οι οικονομικές πιέσεις, όμως, του καπιταλισμού είναι πιθανό να οδηγήσουν σε αύξηση της αστικοποίησης και των συνεπειών που σχετίζονται με πιθανή μετανάστευση του ατόμου (Bhugra et al, 2004).

Στην εποχή μας, η συχνότητα των ψυχιατρικών και των παθολογικών διαταραχών αυξάνεται διαρκώς, καθώς το 11,5% της παγκόσμιας επιβάρυνσης των νοσημάτων προέρχεται από νευρολογικές παθήσεις και παθήσεις της ψυχικής υγείας. Η κατάθλιψη ευθύνεται για το 4,2% της παγκόσμιας επιβάρυνσης των ασθενειών, ποσοστό που ανέρχεται στο 5,8% αν συνυπολογιστεί και η αυτοκτονία και σε παγκόσμια κλίμακα, σημειώνονται περίπου 1 εκατομμύριο αυτοκτονίες ετησίως. Με βάση την έκθεση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO, 1995), ο επιπολασμός των ασθενειών είναι διπλάσιος στις πλούσιες χώρες απ' ό,τι στις πτωχές, αφού φυσικά, η φτώχεια αποτελεί έναν πολυσύνθετο παράγοντα με πολλές προεκτάσεις, καθώς λιγότερα χρήματα σημαίνουν λιγότερους πόρους για να αντιμετωπίσει ένα άτομο κάποια προβλήματα που πιθανόν να προκύψουν.

Επιπλέον, η φτώχεια ενισχύει την ψυχολογική επιβάρυνση που βιώνουν τα άτομα αυξάνοντας τον κίνδυνο εμφάνισης κάποιας ψυχικής πάθησης. Με βάση την κρατική έκθεση για την υγεία στις ΗΠΑ, ένας στους πέντε Αμερικανούς το χρόνο υποφέρει από μια διαγνωσμένη ψυχική διαταραχή, ενώ το 50% του αμερικανικού πληθυσμού θα παρουσιάσει μια τέτοια διαταραχή κατά τη διάρκεια της ζωής του. Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, το 20% του πληθυσμού της γης που συντηρείται με εισόδημα λιγότερο από ένα (1) \$ την ημέρα, παρουσιάζει τα υψηλότερα ποσοστά νοσηρότητας και θνησιμότητας. Αυτή η ζοφερή εικόνα συνέβαλε, ώστε οι ειδικοί επιστήμονες να δηλώνουν επίσημα ότι «η παγκοσμιοποίηση» έχει δυσμενείς επιπτώσεις στην ψυχική υγεία» (Kleinman, 2001).

5. ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ

Η Χρηματοπιστωτική Κρίση του 2007 έρχεται 78 χρόνια μετά την τελευταία μεγάλη κρίση του 1929. Οι Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής ήταν η γενεσιουργός χώρα όπου ανέκυψαν μια σειρά προβλημάτων στην αγορά στεγαστικών δανείων χαμηλής εξασφάλισης και την αλόγιστη χρήση δομημένων επενδυτικών προϊόντων που εξαρτιόνταν άμεσα από τη δυνατότητα αποπληρωμής των δανείων από τα οποία παράγονταν. Η προσπάθεια απομάκρυνσης του πιστωτικού κινδύνου από τις τράπεζες, η μετατροπή στάσιμων κεφαλαίων σε εμπορεύσιμους τίτλους και η μετακίνηση των σύνθετων επενδυτικών τίτλων στις καταστάσεις ειδικών οντοτήτων, προκάλεσαν ένα "ντόμινο" αλυσιδωτών αντιδράσεων στον αμερικανικό και ευρωπαϊκό τραπεζικό και κτηματομεσιτικό τομέα. Σύμφωνα με το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο (IMF, 2009), η κρίση μεταφέρεται με σφοδρότητα στην πραγματική οικονομία, με αποτέλεσμα την ύφεση και την πτώση της απασχόλησης. Όλες οι χώρες επιδόθηκαν σε έναν αγώνα δρόμου για τη λήψη μέτρων που αν και διέφεραν μεταξύ τους, ωστόσο είχαν κοινό στόχο τη βελτίωση της ρευστότητας ώστε να τονωθεί η ζήτηση, να ενισχυθεί η ανταγωνιστικότητα και να κινητοποιηθούν οι επενδύσεις με σκοπό την αναθέρμανση της οικονομίας και τη συγκράτηση της απασχόλησης. (European Commission, 2009).

Οι Ευρωπαϊκές χώρες, δεν έμειναν ανεπηρέαστες από την οικονομική κρίση που ξεκίνησε το 2007 με τις συνέπειες να είναι ακόμη χειρότερες για την Ελλάδα. Η παγκόσμια οικονομική κρίση που πλήττει στις μέρες μας και την Ελληνική κοινωνία αποτελεί έναν παράγοντα πολλαπλών ανατροπών με σημαντικές επιπτώσεις τόσο στο επίπεδο της συλλογικής όσο και της ατομικής λειτουργίας. Η προβληματική δομή και λειτουργία του Ελληνικού κράτους εντείνει μάλιστα τις επιπτώσεις της κρίσης, φέρνοντας στην επιφάνεια τα συσσωρευμένα άλυτα ζητήματα στα οποία η Ελληνική κοινωνία αδυνατούσε εδώ και πάρα πολύ καιρό, να αναλάβει το κόστος των προτεινόμενων λύσεων.

Μετά από πολλά συνεχόμενα χρόνια ανάπτυξης, η ελληνική οικονομία έχει πάει προς τα πίσω. Παρά το γεγονός ότι το 2008 η ελληνική οικονομία θεωρήθηκε ως την 27η μεγαλύτερη οικονομία του κόσμου, το 2009 η οικονομική κρίση επηρέασε ένα μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού, ενώ το 2010 ένα Μνημόνιο Οικονομικής και Χρηματοπιστωτικής Πολιτικής υπεγράφη προκειμένου να αποτραπεί μια έξοδος της Ελλάδας από τη ζώνη του ευρώ. Την ίδια χρονιά, οι εθνικές εκτιμήσεις έδειξαν ότι το ΑΕΠ μειώθηκε σε 3,5%, ενώ τα ποσοστά ανεργίας έφτασε το 14,2%, με 180, 000 ανθρώπους να χάνουν τις δουλειές τους (Bank of Greece, 2010).

Αναλογιζόμενοι τις μεγαλύτερες οικονομικές κρίσεις που έχει γνωρίσει η υφήλιος τα τελευταία 100 χρόνια (κραχ του 1929, Ασιατική οικονομική κρίση του 1990), αλλά και τις εγχώριες περιόδους οικονομικής δυσκολίας και ανέχειας - διότι η Ελλάδα ανήκει σε εκείνη την

ομάδα των χωρών, όπου στη ιστορία τους, μπορεί κανείς να συναντήσει πληθώρα γεγονότων οικονομικών κρίσεων, καταστροφών και πολέμων - είναι σίγουρο ότι τόσο η ανεργία, όσο και η ανασφάλεια και ο κοινωνικός αποκλεισμός θα αυξηθούν και θα πάρουν δραματικές διαστάσεις. Ήδη καταγράφεται επισήμως αύξηση των δεικτών ανεργίας στην Ελλάδα, 24,5%, όπως αναφέρει η Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία (2012), 6,8 εκατοστιαίες μονάδες υψηλότερα από το 2011 (17,7%).

Τα επιμέρους χαρακτηριστικά των δεικτών της ανεργίας συνοψίζονται στα εξής: το ποσοστό ανεργίας των γυναικών (16,1%) είναι σημαντικά υψηλότερο από αυτό των ανδρών (9,7%). Από την κατά ομάδες ηλικιών διάρθρωση της ανεργίας προκύπτει ότι το υψηλότερο ποσοστό παρατηρείται στους νέους ηλικίας 15-29 ετών, ήτοι 24,2%, όταν για τις νέες γυναίκες το αντίστοιχο ποσοστό φθάνει στο 30,6%. Ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης, το υψηλότερο ποσοστό ανεργίας παρατηρείται σε όσους δεν έχουν πάει καθόλου σχολείο (19,3%), στους απόφοιτους ανώτερης τεχνολογικής επαγγελματικής εκπαίδευσης (15,1%) και σε όσους έχουν ολοκληρώσει μερικές τάξεις δημοτικού (12,4%), με το χαμηλότερο ποσοστό παρατηρείται σε όσους έχουν διδακτορικό ή μεταπτυχιακό (7,5%) και στους πτυχιούχους της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (9,4%). Το ποσοστό των «νέων ανέργων», δηλαδή όσων εισέρχονται για πρώτη φορά στην αγορά εργασίας αναζητώντας απασχόληση, ανέρχεται στο 23,7% του συνόλου των ανέργων ενώ οι μακροχρόνια άνεργοι (αυτοί που αναζητούν από 12 μήνες και άνω εργασία, ανεξάρτητα αν είναι «νέου» ή «παλαιού» άνεργοι), αποτελούν αντίστοιχα το 48,4%. Το ποσοστό ανεργίας των ατόμων με ξένη υπηκοότητα, είναι μεγαλύτερο από το αντίστοιχο των Ελλήνων υπηκόων (14,0% έναντι 12,2%), όταν το 74,5% των ξένων υπηκόων είναι οικονομικά ενεργό, ποσοστό σημαντικά υψηλότερο από το αντίστοιχο των Ελλήνων το οποίο είναι 54,0%. Η άνοδος της ανεργίας σκιαγραφεί ήδη μία κατάσταση εξαιρετικά δύσκολη, ενώ την ίδια στιγμή η εταιρεία οικονομικών ελεγκτών Ernst & Young εκτιμά ότι η ανεργία στο τέλος του 2013 θα φθάσει το 28%.

Ταυτόχρονα δε και τα κοινωνικά δίκτυα φροντίδας αναφέρουν αύξηση του αριθμού των ανθρώπων που προσφεύγουν σε αυτά ζητώντας στήριξη και κάλυψη των βασικών τους αναγκών (συσσίτια, στέγαση, δωρεάν ιατρική και φαρμακευτική περίθαλψη). Από τα τέλη Σεπτεμβρίου έχουν πολλαπλασιαστεί όσοι ζητούν φαγητό από τα συσσίτια της Εκκλησίας, κυρίως από την αύξηση των Ελλήνων που καταφεύγουν σε αυτήν τη λύση. Τα συσσίτια διπλασιάστηκαν από 5000 σε 10000 την ημέρα μόνο στην Αθήνα, καθώς σήμερα οι Έλληνες αποτελούν περίπου το 35-40% όσων μετέχουν στα συσσίτια. Αποκαλυπτική του προβλήματος είναι και η ηλικιακή σύνθεση αυτών των ανθρώπων. Οι περισσότεροι από όσους κατέφυγαν στα συσσίτια το τελευταίο χρονικό διάστημα είναι πάνω από 50 ετών και κάτω από 70, βρίσκονται δηλαδή κοντά στην ηλικία της συνταξιοδότησης οδηγώντας στο συμπέρασμα ότι το φαινόμενο αυτό εκτιμάται ότι συνδέεται με

την αύξηση της ανεργίας σε αυτές τις “μη παραγωγικές” ηλικίες που έχασαν την δουλειά τους λίγο πριν τη σύνταξη.

Χαρακτηριστικό της κατάστασης είναι ότι, και οι τηλεφωνικές γραμμές ψυχολογικής στήριξης καταγράφουν αυξημένο αριθμό κλήσεων για ψυχολογικά προβλήματα σχετιζόμενα με την οικονομική κρίση. Η Γραμμή Βοήθειας για την Κατάθλιψη του Προγράμματος «Αντιστίγμα» του Ερευνητικού Πανεπιστημιακού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΨΥ), τους τελευταίους μήνες έχει καταγράψει αυξημένο αριθμό κλήσεων με θεματολογία σχετική με οικονομικά προβλήματα και δυσκολίες στον τομέα της εργασίας. Στο 27% των κλήσεων τα αιτήματα για παροχή ψυχολογικής βοήθειας συνδέονται με την οικονομική κρίση και τη δυσχερή κατάσταση που επικρατεί στον εργασιακό τομέα, καθώς η ανεργία και η οικονομική επισφάλεια αποτελούν από τους παράγοντες που αναφέρονται με μεγάλη συχνότητα από τους καλούντες ως επιβαρυντικοί για την ψυχολογική τους κατάσταση.

Τα στοιχεία της Γραμμής Βοήθειας εμφανίζουν τις ψυχολογικές επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης να πλήττουν περισσότερο τους άνδρες (65%) και την κατ’ εξοχήν παραγωγική ηλικιακή ομάδα (30-45 ετών), άτομα δηλαδή που κατά κανόνα έχουν να αντιμετωπίσουν πολλαπλές υποχρεώσεις (οικογενειακές και άλλες). Αλλά και τα άτομα νεότερης ηλικίας (18-30 ετών) βλέπουν με έντονο άγχος την έλλειψη επαγγελματικών προοπτικών και τους όρους που προδιαγράφουν το εργασιακό μέλλον τους, ενώ πολλοί από τους καλούντες δηλώνουν ανήμποροι να αντιμετωπίσουν τη δυσχερή και αδιέξοδη, πολλές φορές, κατάσταση στην οποία βρέθηκαν, φθάνοντας σε σημείο να σκέφτονται ακόμη και την αυτοκτονία ως ύστατη λύση.

5.1. Επιπτώσεις στην κοινωνική και οικονομική ζωή

Η οικονομική κρίση προκαλεί δραματικές επιπτώσεις στην κοινωνική ζωή, δεδομένου ότι η μείωση ή και η απουσία εισοδήματος προκαλεί απώλειες στην ευημερία και ωθεί μεγάλα τμήματα του πληθυσμού στη φτώχεια. Το διεθνές εμπόριο, ο ρυθμός της οικονομικής ανάπτυξης και η απασχόληση αντανακλούν σε μεγάλο βαθμό την κατάσταση στην οποία βρίσκεται η διεθνής οικονομία. Η θετική συσχέτιση ανάμεσα στην κοινωνικοοικονομική κατάσταση και την υγεία είναι καλά τεκμηριωμένη για τις βιομηχανικές χώρες, ωστόσο, μόνο ένας μικρός αριθμός από μελέτες έχουν εξετάσει τη σχέση αυτή στις αναπτυσσόμενες χώρες (Epstein et al., 2009· Kiivila and Mieszkowski, 2007). Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης, όμως, διαφοροποιούνται όχι μόνο μεταξύ των χωρών, όπου – όπως αναμένεται – οι χώρες χαμηλής και μέσης ανάπτυξης πλήττονται σε μεγαλύτερο βαθμό από τις αναπτυγμένες χώρες, αλλά και στο εσωτερικό των χωρών, έτσι ώστε οι χειρόνακτες εργάτες και τα άτομα με χαμηλή εκπαίδευση να υφίστανται τις πλέον δυσμενείς

επιπτώσεις σε σχέση με τα άτομα υψηλής εκπαίδευσης της μεσαίας και ανώτερης τάξης (Lordan et al, 2012).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Εμπορίου (World Trade Organization, WTO), μείωση της ζήτησης εισαγωγών είχε ήδη παρατηρηθεί από το 2007 και αναμένονταν να πλήξει περισσότερο τις αναπτυγμένες από τις αναπτυσσόμενες χώρες. Στις ανεπτυγμένες χώρες, ιδίως στην Ευρώπη, η απασχόληση δεν αναμένεται να επιστρέψει στα επίπεδα που ήταν πριν από την κρίση του 2008 μέχρι τα τέλη του 2016, δύο χρόνια αργότερα απ' όσο προβλεπόταν μέχρι τώρα, ακολουθώντας και την επιβράδυνση του ρυθμού παραγωγής. Στα τέλη του 2011 υπολογίζεται ότι 196 εκατομμύρια άνθρωποι ήταν άνεργοι παγκοσμίως και ο αριθμός αυτός εκτιμάται ότι αυξήθηκε στα 202 εκατομμύρια το 2012, σύμφωνα με την ετήσια «Έκθεση του Κόσμου της Εργασίας 2012» (Lamy, 2009).

Αν και η παγκοσμιοποίηση επέδρασε θετικά σε ορισμένες χώρες, όπως η Κίνα και η Ινδία, με τη μείωση της φτώχειας, η πτώση του διεθνούς εμπορίου έχει ανακόψει αυτή τη βελτίωση και έχει θέσει σε κριτική επανεξέταση το υπόδειγμα της παγκοσμιοποίησης, ενώ αναδεικνύει την ανάγκη για ρύθμιση των αγορών και κρατική παρέμβαση στους κανόνες επιχειρηματικής δραστηριότητας και διανομής των δημοσίων αγαθών. Παρά το γεγονός ότι η παρούσα κρίση κινεί σε μηδενικό ή και αρνητικό ρυθμό την ανάπτυξη στην παγκόσμια οικονομία, εξαίρεση αποτελούν η Κίνα, η Ινδία και μερικές άλλες νέο-αναπτυσσόμενες βιομηχανικές χώρες (Stiglitz, 2002, 2006).

Η παγκόσμια οικονομία έχει συρρικνωθεί σύμφωνα με την Παγκόσμια Τράπεζα (World Bank). Το ακαθάριστο εγχώριο προϊόν (ΑΕΠ) έχει μειωθεί κατά τόσο στις χώρες του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (OECD, 2009) όσο και στις υπόλοιπες αναπτυγμένες οικονομίες. Οι όποιες προβλέψεις είναι αρκετά εύθραυστες και ως εκ τούτου δεν μπορεί να υπολογιστεί με ακρίβεια ο χρόνος και ο ρυθμός της οικονομικής ανάπτυξης.

Η οικονομική κρίση, σε παγκόσμια κλίμακα, θέτει σε καθεστώς ευπρόσβλητης εργασίας το ήμισυ σχεδόν των εργατών, οι οποίοι βρίσκονται σε κίνδυνο απώλειας της εργασίας και συνεπώς σε κατάσταση εργασιακής ανασφάλειας. Σύμφωνα με το Διεθνές Γραφείο Εργασίας (International Labour Organization, ILO, 2009), από τα τέλη του 2008 η ανεργία άρχισε να αυξάνεται σε παγκόσμια κλίμακα και από 5,7% που ήταν το 2007, προβλέπεται να κυμανθεί σε σαφώς υψηλότερα επίπεδα, ενώ ο αριθμός των φτωχών εργαζομένων έχει αυξηθεί παγκόσμια κατά 200 εκατομμύρια και έχει ανέλθει στο επίπεδο των 700–800 εκατομμυρίων. Σύμφωνα με στοιχεία του ΟΟΣΑ (OECD, 2009), τον Αύγουστο του 2009 η ανεργία στις χώρες του ΟΟΣΑ έφθασε στο 8,6%, δηλαδή ήταν κατά 2,3% υψηλότερη έναντι του Αυγούστου του 2008, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στην Ευρώπη, τον Αύγουστο του 2009, ήταν 9,6%, δηλαδή κατά 2% υψηλότερο απ' ό,τι τον Αύγουστο του 2008.

Η κατάσταση αυτή, όπως περιγράφηκε παραπάνω, απειλεί κυρίως τις χώρες χαμηλής και μέσης ανάπτυξης, και κυρίως τα χαμηλά κοινωνικά στρώματα, ενώ αποδεικνύει τρία βασικά αλληλένδετα προβλήματα: Την αυξανόμενη τάση των ανισοτήτων στο εσωτερικό των χωρών. Την ανισοτιμία στις συνθήκες κοινωνικής προστασίας και υγείας. Τα επείγοντα ζητήματα της κλιματικής αλλαγής και της οικολογικής υποβάθμισης (Βισβίτζη, 2012).

5.2. Επιπτώσεις στο επίπεδο υγείας

Η απασχόληση είναι ένας από τους βασικότερους τομείς, οι οποίοι πλήττονται κατά τη διάρκεια μιας οικονομικής κρίσης με αποτέλεσμα στην παρούσα κρίση το ήμισυ σχεδόν των εργατών να βρίσκεται σε κατάσταση εργασιακής ανασφάλειας και φυσικά όσο συνεχίζεται η κρίση αυξάνει και το ποσοστό αυτών που τελικά οδηγούνται σε απώλεια της εργασίας τους. Τα τελευταία 20 χρόνια σε όλες τις σχετικές μελέτες φαίνεται ότι η ανεργία, η ανασφάλεια στην εργασία και η απώλεια εισοδήματος για διαβίωση έχουν σημαντική επίδραση στην υγεία. Αιτιολογικές ερμηνείες αυτού του φαινομένου αποτελούν η φτώχεια, το στρες, οι επιβλαβείς για την υγεία συμπεριφορές όπως η κατάχρηση αλκοόλ, καπνίσματος και ναρκωτικών αλλά και οι ειδικές συνθήκες εργασίας (μη ικανοποιητική εργασία, υποβαθμισμένη θέση) (Τούντας, 2004).

Η απώλεια εργασίας καταλαμβάνει την 8^η θέση μεταξύ των 42 πιο στρεσογόνων γεγονότων και ως εκ τούτου, διαπιστώθηκαν σε όλες τις μελέτες που συνέκριναν ανέργους με εργαζομένους όλων των ηλικιών και των δύο φύλων σε ότι αφορά στη ψυχική υγεία, μειωμένα επίπεδα ευεξίας, μεγαλύτερη συχνότητα ψυχικών διαταραχών, κατάθλιψη και συνεπακόλουθων βίαιων συμπεριφορών (Τούντας, 2004). Τα πορίσματα αυτά δικαιολογούνται ακόμη περισσότερο εφόσον η απώλεια εργασίας συνεπάγεται εκτός της οικονομικής ανέχειας και άλλες «λανθάνουσες συνέπειες» όπως η απώλεια χρονικής οργάνωσης της ημέρας, ανταλλαγής εμπειριών και επαφής, στόχων και επιδιώξεων, ορισμού στοιχείων για την ατομική ταυτότητα, αυτοεκτίμησης και σεβασμού των άλλων (Jahonda, 1982) . Σε παλαιότερες μελέτες που πραγματοποιήθηκαν σε Αγγλία και Ουαλία καταγράφηκε επίσης αύξηση της θνησιμότητας και της νοσηρότητας κατά 20%, σχετιζόμενης κατά κύριο λόγο με καρδιαγγειακά αίτια και αυτοκτονίες, ενώ παρόμοια συμπεράσματα προέκυψαν και από μελέτες σε Ιταλία, Δανία και Σουηδία (Τούντας, 2004).

Στα πορίσματα μιας πρόσφατης έρευνας των Stuckler et al.(2009), σε 26 χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ) από το 1970-2007 κατεγράφησαν οι συσχετίσεις των όποιων αλλαγών στην απασχόληση με τη θνησιμότητα και πως αυτές τροποποιήθηκαν ανάλογα με τους διαφορετικούς τύπους των δαπανών των εκάστοτε κυβερνήσεων. Πιο συγκεκριμένα αύξηση της ανεργίας κατά 1% σχετίστηκε με 0,79% αύξηση των αυτοκτονιών σε όλες τις ηλικίες μικρότερες

των 65 ετών και με ίδιο ποσοστό αύξηση των ανθρωποκτονιών, ενώ αύξηση της ανεργίας κατά 3% σχετίστηκε με αύξηση 4,45% των αυτοκτονιών και 28% αύξηση των θανάτων από κατάχρηση του αλκοόλ. Αντίθετα, στην ίδια έρευνα παρατηρήθηκε μείωση της θνησιμότητας από τροχαία ατυχήματα κατά 1,39% ενώ δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική σχέση με τη θνησιμότητα από όλες τις αιτίες μολονότι οι πληθυσμοί διέφεραν σημαντικά στην ευαισθησία της θνησιμότητάς τους στις οικονομικές κρίσεις ανάλογα με τις εν μέρει διαφορές στη κοινωνική προστασία του κάθε πληθυσμού. Στα συμπεράσματα της ίδιας μελέτης αναφέρεται ότι τα ενεργά προγράμματα στην αγορά εργασίας που κρατούν ή επανεπενδύουν τους εργαζόμενους στην εργασία αμβλύνουν τις δυσμενείς επιπτώσεις των οικονομικών κρίσεων στην υγεία των πληθυσμών αυτών. Επιπλέον στα σύγχρονα κράτη πρόνοιας, με τα ταμεία ανεργίας και την πολύπλευρη κοινωνική στήριξη, η ανεργία μπορεί να συνεπάγεται σοβαρά οικονομικά προβλήματα αλλά δεν οδηγεί σε πείνα ή εξαθλίωση (Τούντας, 2004).

Τα ευρήματα αυτά επιβεβαιώνει και η μελέτη των Economou et al σε 13 ευρωπαϊκές χώρες, η οποία έδειξε στατιστικά σημαντική σχέση της ανεργίας και της θνησιμότητας (ανά 100.000 κατοίκους). Ειδικότερα, η αύξηση της ανεργίας κατά 1% συνεπάγεται αύξηση στο δείκτη θνησιμότητας κατά 2,18 (δηλαδή 2,18 θανάτους/100.000). Επίσης, η ίδια μελέτη κατέδειξε τη θετική συσχέτιση της ανεργίας με τη θνησιμότητα από ισχαιμική καρδιοπάθεια. Η οικονομική κρίση και η μακρόχρονη ανεργία οδηγεί πολλά άτομα στον κοινωνικό αποκλεισμό και στη φτώχεια, με αποτέλεσμα αυξημένο κίνδυνο για πρόωγη θνησιμότητα και υψηλή νοσηρότητα κυρίως σε άτομα τα οποία ανήκουν σε μειονότητες, στους μετανάστες και τους χρονίως πάσχοντες από ψυχικά ή σωματικά νοσήματα (Κυριόπουλος, 2009).

Παρόλα αυτά, αν και είναι γενικά αποδεκτό ότι αυτό που έχει ισχυρή επίδραση στην έκβαση της υγείας στις αναπτυγμένες χώρες, είναι περισσότερο η κατανομή του εισοδήματος παρά το καθαρό εισόδημα αυτό καθαυτό, η εισοδηματική ανισότητα ως παράγοντας επίδρασης στην υγεία δεν κατόρθωσε να κερδίσει ισχυρή υποστήριξη, με μερικές μελέτες να συμφωνούν με αυτή τη θέση (Subramanyam et al, 2009· Wilkinson και Pickett, 2009) και άλλες να βρίσκουν ελάχιστη ή καμία επίδραση (Jones και Wildman, 2008· Lorgelly και Lindley, 2008). Αυτό που είναι σίγουρο είναι ότι μεγάλο ρόλο παίζει το κοινωνικό πλαίσιο και οι πολιτιστικές επιρροές σε κάθε χώρα, προκειμένου να διεξαχθούν αξιόπιστα συμπεράσματα (Bechtel et al, 2012).

5.3. Επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στα συστήματα υγείας

Οι ασφυκτικές πιέσεις της οικονομικής κρίσης στις κυβερνήσεις, τους καταναλωτές απειλεί την ομαλή και αποδοτική λειτουργία του υγειονομικού τομέα, που εξαρτάται άμεσα από τα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης και κοινωνικής προστασίας. Δεδομένου ότι οι κυβερνήσεις

δεσμεύουν εκατοντάδες δισεκατομμυρίων για να υποστηρίξουν τα τραπεζικά συστήματα, να προσφέρουν εγγύηση στους καταθέτες τα επόμενα χρόνια και δανείζονται τεράστια ποσά αυξάνοντας τα δημόσια ελλείμματα, είναι εξαιρετικά δύσκολο να μην ασκηθούν ασφυκτικές πιέσεις στους προϋπολογισμούς της ασφάλισης και να μην προκύψει έστω και ένας μικρός περιορισμός των δαπανών για τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας ακόμη και των ανεπτυγμένων κρατών. Αυτό επιβεβαιώνει και το θέμα “Health System Priorities when Money is Tight”, που τέθηκε στη συνάντηση των Υπουργών Υγείας των χωρών του ΟΟΣΑ (OECD, 2010).

Η αύξηση των αρνητικών επιπτώσεων στην υγεία σε συνδυασμό με τη μερική ή και ολική απώλεια του εισοδήματος στρέφει τους καταναλωτές – ασθενείς σε δημόσιες μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, με αποτέλεσμα την αύξηση των δαπανών στο τομέα αυτό και την ανάγκη αύξησης της χρηματοδότησης από τους ήδη στραγγαλισμένους κρατικούς προϋπολογισμούς. Οι υπηρεσίες υγείας θα κληθούν λοιπόν να λειτουργήσουν εξίσου αποτελεσματικά παρά τις περικοπές των δαπανών, γεγονός που δεν είναι φαίνεται να είναι εφικτό και ως εκ τούτου να περιοριστεί η ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών και η ικανοποίηση των προσδοκιών των χρηστών (Erman, 2009).

Η στροφή στις δημόσιες υπηρεσίες οδηγεί στη μείωση της ζήτησης στον ιδιωτικό τομέα και αυτή συνεπάγεται τη μείωση της αποδοτικότητας και της ρευστότητάς του, απαιτεί τον περιορισμό διοικητικών δαπανών, την επανεξέταση ή την αναβολή των επενδύσεων, τη μείωση του προσωπικού, τη μείωση των υπηρεσιών, την εκποίηση περιουσιακών στοιχείων, τη πιθανή συγχώνευση και τέλος τη συρρίκνωσή του (American Hospital Association, 2008).

Σύμφωνα με την αμερικανική ένωση νοσηλευτικών ιδρυμάτων, πολλά νοσοκομεία βλέπουν τις επιπτώσεις της οικονομικής ύφεσης στον αριθμό και το μίγμα των ασθενών που αναζητούν φροντίδα. Λόγω της μη ασφάλισης τα άτομα βάζουν σε αναμονή τα προβλήματα υγείας ή αναβάλλουν τις προγραμματισμένες διαδικασίες με αποτέλεσμα να υπάρχουν λιγότερες τακτικές εισαγωγές και διαδικασίες σε αντίθεση με τις επείγουσες επισκέψεις. Έτσι η πλειοψηφία των νοσοκομείων βλέπει αύξηση του ποσοστού των ασθενών που αδυνατεί να πληρώσει και την ανάγκη για επιδοτούμενη φροντίδα να αυξάνεται αντιστρόφως ανάλογα.

Σε δυσκολότερη θέση βρίσκονται τα συστήματα υγείας των αναπτυσσόμενων χωρών που θα αντιμετωπίσουν προβλήματα χρηματοδότησης αφενός λόγω της μείωσης των δαπανών συνεπεία της οικονομικής στενότητας, αφετέρου λόγω τη διακοπής της εξωτερικής οικονομικής βοήθειας από τις πλουσιότερες χώρες, οι οποίες καλύπτουν ένα μεγάλο τμήμα της χρηματοδότησης για την υγεία, και οι οποίες θα επιχειρήσουν να περικόψουν τις δαπάνες τους.

5.4. Επιπτώσεις της οικονομική κρίσης στην ψυχική υγεία

Η ζωή και η προσωπικότητα του σύγχρονου ανθρώπου είναι δομημένες πάνω στην εργασία και την οικονομική του επιφάνεια. Η εργασία σε σημαντικό βαθμό συντελεί στο προσδιορισμό τόσο της ταυτότητας όσο και της εικόνας εαυτού του σύγχρονου ανθρώπου. Έτσι, πέρα από τα πρακτικά προβλήματα που αντιμετωπίζει όποιος βλέπει το εισόδημά του να περικόπτεται ή να εξανεμίζεται, εξίσου σημαντική είναι και η «συμβολική» του κατάρρευση που αντιμετωπίζει. Η εργασία και η κοινωνική αυτοπεποίθηση που συνδέεται με αυτήν, επηρεάζει τον τρόπο αλληλεπίδρασης με τους άλλους, ακόμα και αν είναι οι φίλοι, οι συγγενείς, ο σύντροφός, το παιδί.

Οι περισσότεροι ερευνητές συμφωνούν ότι η απώλεια της εργασίας αυξάνει τον κίνδυνο ψυχιατρικών διαταραχών και των σωματικών επιπτώσεών τους (Murphy et al, 1999). Πολλές μελέτες συγκλίνουν στη παραδοχή μίας ισχυρής συνάφειας ανάμεσα στην ανεργία και στην αύξηση της κατάθλιψης, του άγχους, της χρήσης ουσιών και της αντικοινωνικής συμπεριφοράς. Μία ενδελεχής μελέτη της βιβλιογραφίας, σχετικά με τις επιδράσεις της ανεργίας στη ψυχική υγεία, έδειξε πως ο μέσος όρος των ατόμων που είχαν ψυχολογικά προβλήματα ήταν υπερδιπλάσιος για τους άνεργους (34%), συγκρινόμενος με τα άτομα που εργάζονταν (16%) (Paul & Moser, 2009). Επιπλέον, διαπιστώθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των ανέργων και των ατόμων που εργάζονταν σε βασικές παραμέτρους ενδεικτικές της ποιότητας της ψυχικής υγείας του ατόμου, όπως π.χ. το άγχος, η κατάθλιψη, τα ψυχοσωματικά συμπτώματα, την αίσθηση ικανοποίησης από τη ζωή, το αίσθημα αυτοεκτίμησης, κ.λπ.

Ο στιγματισμός και η ψυχολογική πίεση μοιάζει να είναι μεγαλύτερη για τους άνδρες από ότι για τις γυναίκες, ίσως και λόγω των ποικίλων κοινωνικών ρόλων που οι γυναίκες επιτελούν. Παράγοντες όπως οι κοινωνικές διακρίσεις, ο κοινωνικός αποκλεισμός, η ανασφάλεια, η ελλιπής εκπαίδευση, η φτώχεια, φαίνεται να συντελούν ενεργά στη μεγιστοποίηση των επιπτώσεων της κρίσης στα κατώτερα κοινωνικο-οικονομικά στρώματα. Η ψυχική υγεία των ατόμων με χαμηλόμισθη εργασία επιδεινώθηκε σημαντικά κατά τη διάρκεια της κρίσης στην αγορά εργασίας (Kerwin et al, 2008).

Η οικογενειακή κατάσταση είναι ένας καθοριστικός παράγοντας για τη στήριξη της ψυχικής υγείας του ατόμου σε καταστάσεις οικονομικής κρίσης. Από μελέτες προκύπτει ότι η ύπαρξη συζύγου ή σταθερού συντρόφου μπορεί να αποτελέσει όχι μόνο συναισθηματικό στήριγμα, αλλά και χειροπιαστή βοήθεια για την αντιμετώπιση των οικονομικών αναγκών μέσω της οικονομικής συμβολής του. Επίσης μελέτες δείχνουν ότι και η ηλικία διαδραματίζει σημαντικό ρόλο, με τα άτομα μέσης ηλικίας να υποφέρουν περισσότερο από την ανεργία, χωρίς ωστόσο να λείπουν και τα ερευνητικά δεδομένα όπου το γεγονός της ανεργίας μετά τις σπουδές οδηγεί σε σημαντική επιδείνωση της ψυχικής υγείας. Οι «ευαίσθητοι» εργαζόμενοι ή τα άτομα που νοσούν

ήδη από κάποιο ψυχικό νόσημα ανήκουν και αυτοί στις ομάδες του πληθυσμού που πλήττονται σαφώς περισσότερο από την οικονομική κρίση. Η εργασιακή ανασφάλεια, στην περίπτωση τους, καθώς και το στρες που αυτή επιφέρει, λειτουργούν ιδιαίτερος ψυχοπιεστικά, εντείνοντας τις ήδη υπάρχουσες δυσκολίες του ατόμου (Μπούρας κ.α., 2004).

Σημαντικές είναι και οι επιπτώσεις των οικονομικών κρίσεων στα παιδιά. Πρώιμες αντίξοες εμπειρίες μπορεί να τροποποιήσουν τη δομική και λειτουργική ανάπτυξη του εγκεφάλου του παιδιού, συμβάλλοντας στην αρνητική έκβαση της ψυχικής υγείας στο μέλλον. Η κακή κοινωνικοοικονομική κατάσταση των γονέων σχετίζεται επίσης με χαμηλή ικανότητα εστίασης της προσοχής των παιδιών. Η πρώιμη έκθεση της μητέρας σε στρες λόγω κατάθλιψης, άγχους ή υποσιτισμού κατά την εγκυμοσύνη, αυξάνει τη δραστηριότητα του άξονα υποθάλαμος – υπόφυση - επινεφρίδια στο βρέφος, με αποτέλεσμα την τροποποιημένη απάντηση στα στρεσογόνα ερεθίσματα. Ο υποσιτισμός του ίδιου του βρέφους μπορεί επίσης να παίζει σημαντικό ρόλο. Για παράδειγμα, η έλλειψη των ω-3 λιπαρών οξέων σχετίζεται με μεγαλύτερη επίπτωση κατάθλιψης και Διαταραχή Ελαττωματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ) (Γιωτάκος, 2010).

Όσο βαθαίνει η οικονομική κρίση, οι προβλέψεις για την επιδείνωση των δεικτών ψυχικής υγείας εντείνονται. Στο Ηνωμένο Βασίλειο αναμένεται τριπλασιασμός των ψυχωτικών επεισοδίων, διπλασιασμός της κατάχρησης αλκοόλ, δι ή τριπλασιασμός των καταθλιπτικών επεισοδίων. Επίσης και στην Ινδία αναφέρεται αύξηση των περιστατικών που αιτούνται ψυχολογικής βοήθειας εξαιτίας των δυσκολιών που αντιμετωπίζουν με την οικονομική κρίση (Patralekha, 2009). Πρόσφατες αναφορές δείχνουν επίσης ήδη να πραγματοποιείται αύξηση του αριθμού των αυτοκτονιών στην Ιαπωνία στην παρούσα κρίση και μια μελέτη από τη Χιλή βρήκε ισχυρή σχέση μεταξύ απότομης μείωσης του εισοδήματος και εμφάνισης ψυχιατρικών διαταραχών, με τη μείωση του εισοδήματος να λαμβάνει χώρα σε διάστημα μηνών πριν από την εκδήλωση συμπτωμάτων (Ryall, 2009· Araya et al, 2003).

Το οικονομικό χρέος είναι ιδιαίτερα σημαντικός παράγοντας που προδιαθέτει σε κατάθλιψη. Μια μελέτη σε Αγγλία, Σκωτία και Ουαλία έδειξε σαφή σχέση χρέους και κακής ψυχικής υγείας (Jenkins, 2008). Επιπλέον, οι πρώτες μελέτες ή ανασκοπήσεις σε γενικά και ψυχιατρικά περιοδικά αναφορικά με τις συνέπειες της οικονομικής κρίσης θέτουν πληθώρα προβληματισμών και για τις δυνατότητες ανταπόκρισης των συστημάτων υγείας στα αιτήματα των πολιτών. Από τα πρώτα, το New England Journal of Medicine θα επισημάνει σε άρθρο του την πίεση που δέχονται τα συστήματα ψυχιατρικής φροντίδας: μειώνονται μεν τα αιτήματα για παρατεταμένη ψυχιατρική νοσηλεία, αυξάνουν όμως για τα οξέα επεισόδια, όπως αυξάνουν και οι «αναγκαστικές νοσηλείες» καθώς η κοινωνική ανεκτικότητα έναντι προβλημάτων συμπεριφοράς σε περιόδους οικονομικής κρίσης μειώνεται.

Στην επιδημιολογία των ψυχικών ασθενειών, και ιδιαίτερα των συναισθηματικών διαταραχών, ένα μεγάλο μέρος των ερευνητών έχει επικεντρωθεί στους κοινωνικούς καθοριστικούς παράγοντες της κατάθλιψης (Craig, 2010). Συγκεκριμένα, διάφορες μελέτες έχουν καταδείξει μια σχέση μεταξύ των ποσοστών επιπολασμού της κατάθλιψης και των κοινωνικο-δημογραφικών παραγόντων, όπως το φύλο, την οικογενειακή κατάσταση και την κοινωνική υποστήριξη (Marcus et al, 2005). Επιπλέον, οικονομικές μεταβλητές, όπως η κοινωνική τάξη το εισόδημα, η απασχόληση συνδέονται με την κατάθλιψη (Andersen et al, 2009· Lamberg et al, 2010· Zimmerman & Katon, 2005). Τα στοιχεία αυτά αποκτούν ακόμη μεγαλύτερη σημασία υπό το φως της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης (Goldman-Mellor et al, 2010· Uutela, 2010· World Health Organization, 2011). Αυτά τα φαινόμενα έχουν σχέση με την υγεία (Catalano et al, 2011· Economou & Nikolaou, 2008· Marmot, 2009) αλλά και τα προβλήματα ψυχικής υγείας, και ειδικά με την κατάθλιψη (Hong et al, 2011· Madianos et al, 2011· Sareen et al, 2011· Cifuentes et al, 2008).

5.5. Οικονομική κρίση, αυτοκτονία και ποσοστά θνησιμότητας στο γενικό πληθυσμό.

Οι χώρες που αντιμετωπίζουν τα πιο σοβαρά οικονομικά προβλήματα, όπως η Ελλάδα και η Ιρλανδία, είχαν μεγαλύτερη αύξηση στις αυτοκτονίες (17% και 13%, αντίστοιχα) συγκριτικά με τις υπόλοιπες χώρες (Stuckler, 2010). Η τυπική και άτυπη κοινωνική προστασία, με την εφαρμογή ενεργητικών πολιτικών στην αγορά και την ισχυρή υποστήριξη των κοινωνικών δικτύων θα μπορούσε να μετριάσει την προβλεπόμενη αύξηση των αυτοκτονιών (Stuckler, 2009, 2009). Σε αυτό το πλαίσιο, σημειώνεται ότι η Αυστρία, με ένα τόσο ισχυρό κοινωνικό δίκτυο ασφαλείας, είχε μια μικρή πτώση σε αυτοκτονίες παρά την αύξηση της ανεργίας κατά 0,6 ποσοστιαίες μονάδες μεταξύ 2007 και 2009. Ωστόσο, η Φινλανδία, επίσης με ισχυρά συστήματα κοινωνικής μέριμνας, είχε μια αύξηση σε αυτοκτονίες πάνω από 5% κατά την ίδια περίοδο, σε αντίθεση με προηγούμενες υφέσεις.

Τα ευρήματα αυτά αποκαλύπτουν επίσης, την ταχύτητα με την οποία διαδίδονται οι συνέπειες στην υγεία λόγω των χρηματοπιστωτικών κρίσεων. Ωστόσο, αναφέρεται ότι, στην προ-2004 ΕΕ, οι αυτοκτονίες αυξήθηκαν τόσο πριν όσο και κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης, όταν η ανεργία αυξήθηκε, σε μια περίοδο σημαντικής οικονομικής ανασφάλειας σε όλη την Ευρώπη. Αυτό είναι επίσης συνεπές με ιστορικές μελέτες που δείχνουν άμεσες αυξήσεις στις αυτοκτονίες των συναφών με την κρίση «πρώιμους δείκτες», όπως η αναταραχή στον τραπεζικό τομέα, ο οποίος έφερε συνεκδοχικά και αύξηση της ανεργίας (Stuckler, 2011).

Επιπροσθέτως, η μελέτη και των επιπτώσεων της Ασιατικής οικονομικής κρίσης του 1997-1998 εμφανίζει ιδιαίτερη αύξηση των ποσοστών των αυτοκτονιών στις χώρες της νοτιοανατολικής

Ασίας: στην Ιαπωνία αύξηση κατά 39%, στο Χονγκ Κονγκ αύξηση κατά 44%, στην Κορέα αύξηση κατά 45%, ενώ παρατηρήθηκε αύξηση στην Ταϊβάν και στη Σιγκαπούρη, όταν όμως αυτές οι δύο χώρες είχαν τις μικρότερες επιπτώσεις σχετικά με τους δείκτες της ανεργίας και το Α.Ε.Π. (Chang et al, 2009). Σε αντίστοιχη έρευνα στην Κίνα, βρέθηκε ότι οι κοινωνικές αλλαγές, περιλαμβανομένων των μεγάλων οικονομικών απωλειών σε ατομικό επίπεδο, του αυξημένου κόστους υγειονομικής περίθαλψης, της εξασθένησης των οικογενειακών δεσμών, της μετανάστευσης σε αστικές περιοχές προς αναζήτηση εργασίας και των ανισοκατανομών του εισοδήματος, συνεισφέρουν στην αύξηση των ποσοστών αυτοκτονιών κυρίως μέσω της αύξησης των καταθλιπτικών διαταραχών, οι περισσότερες από τις οποίες διατρέχουν χωρίς θεραπεία (Philips et al, 1999). Παρόμοια, οι μαζικές αυτοκτονίες αγροτών στην Ινδία μετά από την αλλαγή της αγρονομικής πολιτικής και την οξεία μείωση του εισοδήματος περί τα μέσα της δεκαετίας του '90, παρέχει μια ακόμη καλή αποτύπωση του αντίκτυπου της οικονομικής ανασφάλειας στην ψυχική υγεία (Sundar, 1999).

Η οικονομική κρίση οδηγεί λοιπόν σε μία σημαντική αύξηση του ποσοστού των αυτοκτονιών, σχετιζόμενο πάντα με τους δείκτες αύξησης της ανεργίας. Όμως και τα γενικότερα ποσοστά θνησιμότητας του πληθυσμού φαίνεται να επηρεάζονται από τις οξύτερες οικονομικές δυσκολίες. Μία μελέτη της βιβλιογραφίας σχετικά με τα ποσοστά θνησιμότητας κατά τις περιόδους οικονομικής κρίσης εμφάνισε την άμεση σχέση των οικονομικών κρίσεων με την αύξηση των γενικών δεικτών θνησιμότητας. Παρατηρήθηκε αύξηση της θνησιμότητας από καρδιαγγειακά νοσήματα, αύξηση της θνησιμότητας λόγω αναπνευστικών λοιμώξεων, χρόνιας ηπατικής νόσου, αυτοκτονιών και ανθρωποκτονιών. Επίσης, αύξηση της θνησιμότητας των βρεφών παρατηρήθηκε κατά τη διάρκεια των οικονομικών κρίσεων σε όλες τις μελέτες (Falagas et al 2009). Μοναδική μείωση της θνησιμότητας παρατηρήθηκε στους θανάτους από τροχαία ατυχήματα, προφανώς λόγω του περιορισμού των μετακινήσεων.

5.6. Προβλήματα στην ιατρική περίθαλψη

Με την παγκόσμια οικονομία σε κρίση, παρατηρείται μια συνολική αρνητική επίπτωση στην υγεία και απαιτείται η δέσμευση τουλάχιστον 1,1 τρις δολαρίων σε δανειοδοτήσεις για την εξυπηρέτηση τμήματος της κλινικής θεραπευτικής δραστηριότητας. Οι κυβερνήσεις, οι καταναλωτές και οι μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί υγείας βρίσκονται υπό πίεση, καθώς η ανεργία αυξάνεται, το άγχος των εργαζομένων εντείνεται και η απώλεια θέσεων εργασίας οδηγεί σε μείωση της ασφαλιστικής κάλυψης, με κορυφαίο παράδειγμα τις Ηνωμένες Πολιτείες, στις οποίες υπάρχουν 47 εκατομμύρια άνεργοι (Jack, 2009).

Η χρηματοδοτική πίεση στον υγειονομικό τομέα αναδεικνύει δύο σημαντικές συνιστώσες:

- Την εξαιρετική σημασία της βιωσιμότητας των συστημάτων ασφαλιστικής κάλυψης και κοινωνικής προστασίας
- Την ανάδειξη της θεμελιώδους σημασίας των κοινωνικών προσδιοριστών της υγείας.

Τα δημόσια ελλείμματα και η ανεργία ασκούν ασφυκτικές πιέσεις στους προϋπολογισμούς της ασφάλισης, αλλά και των ιδρυμάτων παροχής υγειονομικής φροντίδας, τα οποία ελέγχονται από την κεντρική διοίκηση, καθώς και στις επιχειρήσεις υγείας ιδιωτικού χαρακτήρα, που αντιμετωπίζουν προβλήματα ρευστότητας και εξυπηρέτησης των δανειακών αναγκών (Appleby, 2008). Οι αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία λόγω της οικονομικής κρίσης δημιουργούν, όπως είναι λογικό, μια επιπλέον ζήτηση στις υπηρεσίες υγείας. Η ζήτηση αυτή θα επιβαρύνει κυρίως τις δημόσιες μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, καθώς έχει δειχθεί ότι σε περιόδους μείωσης του εισοδήματος οι καταναλωτές - ασθενείς στρέφονται σε υπηρεσίες οι οποίες έχουν ασφαλιστική κάλυψη (WHO, 2009).

Τα συστήματα υγείας των αναπτυσσόμενων χωρών θα αντιμετωπίσουν προβλήματα χρηματοδότησης για δύο κυρίως λόγους. Ο πρώτος αφορά στη μείωση των κρατικών δαπανών για την υγεία λόγω της οικονομικής στενότητας. Ο δεύτερος σχετίζεται με τη διακοπή της εξωτερικής οικονομικής βοήθειας από τις πλουσιότερες χώρες, οι οποίες καλύπτουν ένα μεγάλο τμήμα της χρηματοδότησης για την υγεία, και οι οποίες θα επιχειρήσουν να περικόψουν τις δαπάνες τους. Είναι όμως πιθανό η συνέχιση της ροής οικονομικών πόρων προς τις οικονομικά ασθενέστερες χώρες να είναι, τελικά, προς το συμφέρον των πλουσιότερων χωρών, καθώς υγιής πληθυσμός σημαίνει ασφάλεια, πολιτική σταθερότητα και οικονομική ανάπτυξη (Rouleau et al, 2009). Επίσης, στις αναπτυσσόμενες χώρες η πρόληψη και η θεραπεία των λοιμωδών νοσημάτων (π.χ. AIDS, ελονοσία και φυματίωση) είναι μείζονος σημασίας και στηρίζεται σχεδόν εξ ολοκλήρου στην εξωτερική βοήθεια και τη συνεργασία (WHO, 2009).

Στις χαμηλής και μέσης ανάπτυξης χώρες, η πίεση στους προϋπολογισμούς υγείας απειλεί βασικές παροχές όπως είναι οι εμβολιασμοί, η μείωση των οποίων συνδέεται με αυξημένη βρεφική θνησιμότητα. Υπό το πρίσμα αυτό, είναι πιθανό διαρκούς της οικονομικής κρίσης να παρατηρηθούν 400.000 επιπλέον θάνατοι σε ετήσια βάση λόγω μείωσης της εμβολιαστικής κάλυψης, κατά την εκτίμηση της Παγκόσμιας Τράπεζας (Buvinić, 2009). Σε κάθε περίπτωση, οι περισσότερες χώρες στοχεύουν, πλέον, σε αναδιάρθρωση και ανασύνταξη των συστημάτων υγείας, προκειμένου να ανταπεξέλθουν στα υψηλά οικονομικά κόστη, που οι παροχές αυτών συνεπάγονται. Βασική προϋπόθεση, όμως, είναι αυτός ο σχεδιασμός να μην γίνει εις βάρος των ευπαθών κοινωνικών ομάδων και των παροχών δημόσιας υγείας (Maynard, 2005).

6. ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ

Η Ελλάδα πλήγηκε περισσότερο από οποιαδήποτε άλλη ευρωπαϊκή χώρα εξαιτίας της οικονομικής κρίσης που άρχισε το 2007. Δεκαπέντε χρόνια συνεχόμενης ανάπτυξης της ελληνικής οικονομίας χάθηκαν και το κλίμα αντιστράφηκε. Στους ενήλικες, η ανεργία αυξήθηκε από 6,6% το Μάιο του 2008, στο 16,6% το Μάιο του 2011 (η ανεργία των νέων αυξήθηκε από 18,6% σε 40,1%) (ΕΛ.ΣΤΑΤ.,2011). Το χρέος αυξήθηκε μεταξύ 2007 και 2010 από 105,4% στο 142,8% του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος (ΑΕΠ € 239,4 δισεκατομμύρια σε € 328,6 δισεκατομμύρια) σε σχέση με την μέση μεταβολή στην ΕΕ-15 (οι 15 χώρες που ήταν Μέλη της ΕΕ πριν από την 1 Μαΐου του 2004) από 66,2% σε 85,1% του ΑΕΠ, σε αυτό το ίδιο χρονικό διάστημα (€ 6,0 τρις σε € 7,8 τρισεκατομμυρίων) (Eurostat, 2011). Στην Ελλάδα οι επιλογές που εμφανίστηκαν ήταν περιορισμένες, δεδομένου ότι η Κυβέρνηση απέκλεισε το ενδεχόμενο να βγει από τη ζώνη του ευρώ, αποκλείοντας κατ' αυτόν τον τρόπο και μια από τις πιο κοινές λύσεις σε τέτοιες περιπτώσεις: την υποτίμηση. Για τη χρηματοδότηση των χρεών της, η Ελλάδα αναγκάστηκε να δανειστεί € 110 δισεκατομμύρια από το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο (ΔΝΤ) και τους εταίρους της Ευρωζώνης, υπό αυστηρές προϋποθέσεις που περιελάμβαναν δραστικό περιορισμό των κρατικών δαπανών, ενώ άλλες χώρες της Ευρώπης (π.χ. Γαλλία, Γερμανία) δείχνουν τώρα σημάδια οικονομικής ανάκαμψης, η κρίση συνέχισε να εξελίσσεται στην Ελλάδα, με την βιομηχανική παραγωγή να μειώνεται κατά 8% το 2010 (Kentigelenis A. et al, 2011).

Ο Horton (2011) αναρωτήθηκε αν κάποιος ασχολήθηκε με την επίδραση της οικονομικής κρίσης στην υγεία και την υγειονομική περίθαλψη στην Ελλάδα, με δεδομένο τις δυσμενείς επιπτώσεις που υπήρχαν στην υγεία σε προηγούμενες υφέσεις. Έτσι, παρά το γεγονός ότι οι άνθρωποι ήταν είχαν δυσκολία να επισκεφθούν ακόμη και γενικούς γιατρούς εξωτερικών ιατρείων δημόσιων νοσοκομείων, υπήρξε μια αύξηση των εισαγωγών στα δημόσια νοσοκομεία κατά 24% το 2010 σε σύγκριση με το 2009, και κατά 8% στο πρώτο εξάμηνο του 2011 σε σύγκριση με την ίδια περίοδο του 2010 (Kentikelenis A. et al, 2011). Οι ιδιώτες πάροχοι υπηρεσιών υγείας, παρόλο που αποτελούν ένα μικρό ποσοστό συγκριτικά με τους δημόσιους παρόχους, έχουν επίσης πληγεί από την ασφυκτική πίεση που ασκείται στους προσωπικούς προϋπολογισμούς και έχουν καταγράψει σημαντικές ζημίες από την έναρξη της κρίσης και εντεύθεν καθώς αναφέρθηκε μια πτώση 25-30% των εισαγωγών στα ιδιωτικά νοσοκομεία (ΕΛ.ΣΤΑΤ., 2010).

Υπάρχουν, λοιπόν, ενδείξεις ότι η κατάσταση στο χώρο της υγείας έχει επιδεινωθεί, ιδιαίτερα στις ευπαθείς ομάδες. Σημειώνεται μια σημαντική αύξηση του επιπολασμού των ατόμων που αναφέρουν ότι η υγεία τους ήταν «κακή» ή «πολύ κακή». Οι αυτοκτονίες αυξήθηκαν κατά 17% το 2009 σε σχέση με το 2007, ενώ ανεπίσημα στοιχεία που αναφέρθηκαν στο κοινοβούλιο

έκαναν λόγο για 25% αύξηση το 2010 σε σύγκριση με το 2009 (Avgenakis E., 2011). Η εθνική τηλεφωνική γραμμή βοήθειας για την αυτοκτονία ανέφερε ότι το 25% των καλούντων αντιμετωπίζουν οικονομικές δυσκολίες (Katsadoros D. et al., 2011), ενώ παράλληλα αναφορές στα μέσα μαζικής ενημέρωσης αναφέρουν ότι η αδυναμία κάποιου να εξοφλήσει τα χρέη του μπορεί να είναι ένας βασικός παράγοντας για την αύξηση των αυτοκτονιών. Η βία έχει επίσης αυξηθεί, και οι ανθρωποκτονίες όπως και οι κλοπές σχεδόν διπλασιάστηκαν μεταξύ 2007 και 2009 (Carassava A., 2011).

Ένας άλλος δείκτης των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης στις ευάλωτες κοινωνικές ομάδες είναι η αυξημένη χρήση των υπηρεσιών που παρέχουν οι Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις (ΜΚΟ). Μέχρι πρόσφατα, οι δομές αυτές μεριμνούσαν κυρίως για τους μετανάστες, αλλά το παράρτημα των Γιατρών του Κόσμου στην Ελλάδα εκτιμά ότι το ποσοστό των Ελλήνων που αναζητούν ιατρική βοήθεια τέτοιες δομές αυξήθηκε από 3-4% πριν από την κρίση σε περίπου 30%. Οι απλοί άνθρωποι πληρώνουν το μεγαλύτερο τίμημα: κινδυνεύουν να χάσουν την δυνατότητα πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας. Απαιτείται, επομένως, μεγαλύτερη ευαισθησία όσον αφορά στο χώρο της υγείας και της υγειονομικής περίθαλψης, δεδομένο απαραίτητο για να διασφαλιστεί ότι η ελληνική κρίση δεν θα υπονομεύσει την απόλυτη πηγή του πλούτου της χώρας, τους ανθρώπους της.

7. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ

7.1. Σκοπός

Στόχος της παρούσας μελέτης είναι να καταγράψει τόσο την πραγματικότητα που ισχύει όσο και αυτό που νομίζουμε ότι ισχύει, το πλασματικό. Με άλλα λόγια, βασικό σημείο της έρευνάς μας είναι να διευκρινίσει κατά πόσο η προϋπάρχουσα κατάσταση και τα πιστεύω του κάθε ερωτώμενου σχετίζονται με το πώς βλέπει την οικονομική κρίση, πως αυτή τον επηρεάζει, αν θεωρεί ότι έχει ευθύνη γι' αυτό που συμβαίνει καθώς και τις αλλαγές που πρέπει να γίνουν προκειμένου αυτή να υπερκεραστεί.

7.2. Υλικό

Επιδιώξαμε τη συνεργασία με ενήλικες κάθε ηλικίας. Κατ' αυτόν τον τρόπο ορισμένες αντιλήψεις και πρακτικές έχουν παγιωθεί και αντανakλούν συγκεκριμένες αναπαραστάσεις για τον πληθυσμό στον οποίο ανήκουν. Ο αριθμός των πενήντα επτά ατόμων κρίθηκε ικανοποιητικός για την συγκεκριμένη έρευνα. Φυσικά, οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν πλήρως για το αντικείμενο και τη μεθοδολογία της έρευνας. Υπήρξε δέσμευση τόσο από την πλευρά των ερευνητών (Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Τμήμα Οικονομικών Επιστημών) όσο και από την πλευρά των συμμετεχόντων για την τήρηση του απορρήτου. Το δείγμα εντοπίστηκε μέσα από το κοινωνικό και εργασιακό περιβάλλον της ερευνήτριας.

Οι συμμετέχοντες οι οποίοι συναίνεσαν για τη συμμετοχή τους στην έρευνα είχαν διαμορφώσει ήδη την αντίληψη ότι δεν θα προκληθεί ουδεμία αναστάτωση τόσο από την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου όσο και από την ανάλυση αυτού. Αυτό που παρατηρήθηκε ήταν η ανάγκη να εκφράσουν τις απόψεις τους σε κάποιον που είναι διαθέσιμος, ανοιχτός και ακούει. Άδραξαν, με άλλα λόγια, την ευκαιρία να απελευθερώσουν σκέψεις, συναισθήματα και φόβους που δεν είχαν τη δυνατότητα να εκφράσουν έως εκείνη τη στιγμή.

7.3. Μέθοδος

Η συλλογή των δεδομένων έγινε με τους ακόλουθους τρόπους:

- ✘ Σύντομη ημιδομημένη συνέντευξη με τους συμμετέχοντες, για την ενημέρωσή τους κυρίως γύρω από τους στόχους της έρευνας καθώς και για τον τρόπο συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου (Patton, 2002).
- ✘ Ερωτηματολόγιο (βλ. παράρτημα I)

- ✘ Ανάλυση του ερωτηματολογίου με τη βοήθεια του στατιστικού προγράμματος SPSS 20 (SPSS Inc, Chicago, Illinois, USA). Ο χρήστης μπορεί να εκτελέσει σχεδόν οποιαδήποτε στατιστική ανάλυση και επεξεργασία των δεδομένων του σε ένα χρηστικό παραθυρικό περιβάλλον (Downing et al, 2010· Ρούσσοι κ.α., 2008· Κατσίλλης, 2001· Κιόχος, 1998).
- ✘ Ανασκόπηση της υπάρχουσας βιβλιογραφίας (βιβλία, επιστημονικά άρθρα κ.λπ.)

7.4. Αποτελέσματα – Ανάλυση

Προκειμένου να προχωρήσουμε στην ανάλυσή μας χρησιμοποιήσαμε, όπως ήδη αναφέρθηκε, την 20^η έκδοση του στατιστικού προγράμματος επεξεργασίας δεδομένων SPSS (Statistical Package for Social Sciences). Η στατιστική ανάλυση με το SPSS ακολουθεί συνήθως την παρακάτω διαδικασία:

1. Καταχωρούμε τα στοιχεία στο παράθυρο επεξεργασίας δεδομένων (Data editor).
2. Ελέγχουμε την επάρκεια των δεδομένων για στατιστική ανάλυση και, ενδεχομένως, κάνουμε τις απαραίτητες διορθωτικές κινήσεις.
3. Επιλέγουμε τη στατιστική ανάλυση από το μενού της εντολής «Analyze».
4. Συμπληρώνουμε το πλαίσιο διαλόγου της στατιστικής ανάλυσης με τις απαιτούμενες πληροφορίες και εκτελούμε την εντολή.
5. Το αποτέλεσμα, σε μορφή πινάκων ή / και σχημάτων, εμφανίζεται στο παράθυρο προβολής αποτελεσμάτων (Viewer).

Αξίζει να σημειωθεί ότι σε όλα τα παραπάνω βήματα πρέπει να είναι γνωστό εκ των προτέρων ποιο ερευνητικό ερώτημα θα επιχειρηθεί να απαντηθεί και ποια ανάλυση ενδείκνυται για τη φύση των δεδομένων και τους σκοπούς της έρευνας.

Βασικός σκοπός της περιγραφικής στατιστικής που υιοθετήθηκε στη μελέτη μας, είναι η παρουσίαση των τιμών του δείγματος με τέτοιο τρόπο ώστε να μπορεί να γίνει μια πρώτη ερμηνεία των αποτελεσμάτων. Η περιγραφική στατιστική (descriptive statistics) περιλαμβάνει μεθόδους για την οργάνωση, απλοποίηση και συνοπτική παρουσίαση των δεδομένων.

7.5. Περιγραφικοί στατιστικοί δείκτες μονομεταβλητών

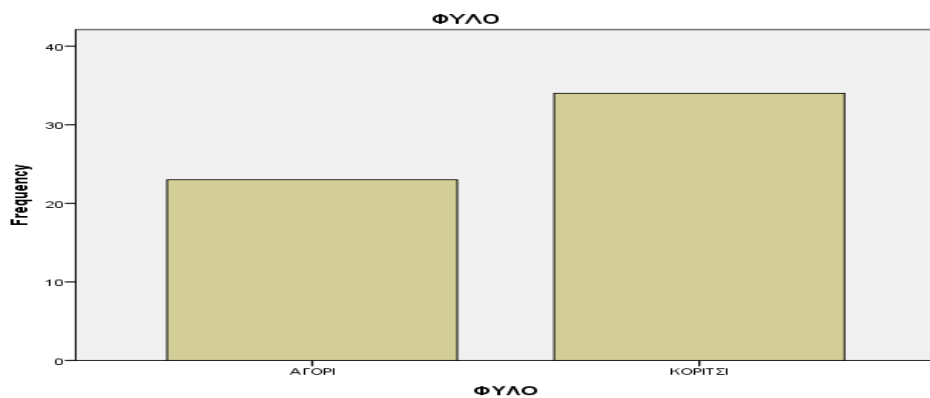
7.5.1. Συχνότητες (Frequencies)

Ένας απλός αλλά αποτελεσματικός τρόπος για να περιγράψουμε την κατανομή των κατηγοριών (ή τιμών) μιας μεταβλητής, είναι να παρουσιάσουμε πόσο συχνά (πόσες φορές) συναντιέται η κάθε κατηγορία (ή τιμή) στα δεδομένα. Οι κατανομές που παρουσιάζονται με αυτόν τον τρόπο είναι γνωστές ως κατανομές συχνοτήτων. Κατανομές συχνοτήτων μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την περιγραφή οποιασδήποτε μεταβλητής, μετρημένης με οποιαδήποτε κλίμακα μέτρησης. Μπορούν να παρουσιαστούν υπό μορφή πινάκων ή διαγραμμάτων.

Κατ' αυτόν τον τρόπο, συγκεκριμένα για την μελέτη μας, ενδεικτικά θα αναφερθούν κάποιες κατανομές συχνοτήτων. Όπως φαίνεται παρακάτω, ως προς το φύλο, το δείγμα αποτελείται από 23 (40,4%) αγόρια και 34 (59,6%) κορίτσια. Ως προς το εισόδημα, το υψηλότερο ποσοστό του δείγματός μας (29,8%), δηλαδή 17 υποκείμενα, έχουν μηνιαίο ατομικό εισόδημα 1000 – 1500 ευρώ. Αξίζει να σημειωθεί ότι 8 υποκείμενα (14%) έχουν εισόδημα πάνω από 3000 ευρώ, αντίστοιχο ποσοστό με εκείνων των υποκειμένων που έχουν εισόδημα 1500 – 2000 ευρώ. Ως προς την εκπαίδευση, 48 υποκείμενα (84,2%) έχουν πτυχίο Γ'βάθμιας εκπαίδευσης. Ως προς τη φοροδιαφυγή, το δείγμα αποτελείται από 47 άτομα (82,5%) που δεν έχουν φοροδιαφύγει κατά το παρελθόν. Επίσης, 33 υποκείμενα (57,9%) συμφωνούν με την ιδέα ότι τα δημόσια αγαθά πρέπει να είναι όλα δωρεάν. Ακόμη, 20 υποκείμενα του δείγματός μας (35,1%) δεν πιστεύουν ότι μπορεί κάποιος να βοηθήσει στο ξεπέρασμα της κρίσης, ενώ αμέσως μετά ένα ποσοστό 19,3% εναποθέτει τις ελπίδες του στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Τέλος, η ικανοποίηση που παίρνουν τα υποκείμενα από την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας δεν είναι ξεκάθαρη, αφού 16 άτομα του δείγματος (28,1%) δηλώνουν ικανοποίηση και ακριβώς ο ίδιος αριθμός ατόμων δεν είναι τόσο ικανοποιημένα.

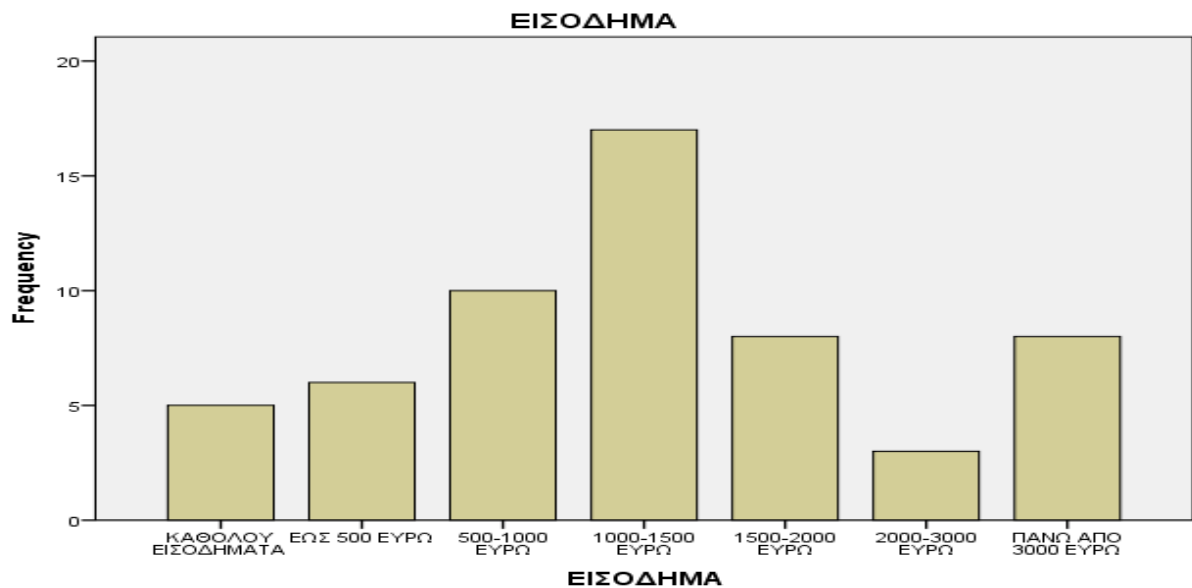
ΦΥΛΟ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ΑΓΟΡΙ	23	40,4	40,4	40,4
Valid ΚΟΡΙΤΣΙ	34	59,6	59,6	100,0
Total	57	100,0	100,0	



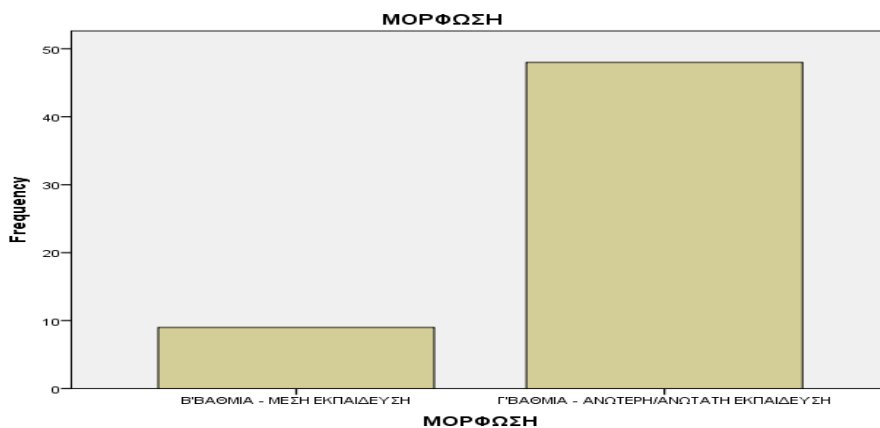
ΕΙΣΟΔΗΜΑ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ΚΑΘΟΛΟΥ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΑ	5	8,8	8,8	8,8
ΕΩΣ 500 ΕΥΡΩ	6	10,5	10,5	19,3
500-1000 ΕΥΡΩ	10	17,5	17,5	36,8
1000-1500 ΕΥΡΩ	17	29,8	29,8	66,7
1500-2000 ΕΥΡΩ	8	14,0	14,0	80,7
2000-3000 ΕΥΡΩ	3	5,3	5,3	86,0
ΠΑΝΩ ΑΠΟ 3000 ΕΥΡΩ	8	14,0	14,0	100,0
Total	57	100,0	100,0	



ΜΟΡΦΩΣΗ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Β'ΒΑΘΜΙΑ - ΜΕΣΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	9	15,8	15,8	15,8
Valid Γ'ΒΑΘΜΙΑ - ΑΝΩΤΕΡΗ/ΑΝΩΤΑΤΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	48	84,2	84,2	100,0
Total	57	100,0	100,0	



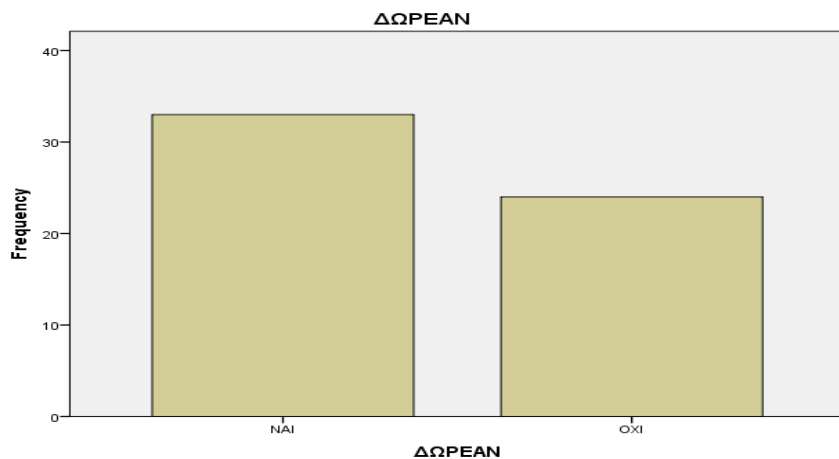
ΦΟΡΟΔΙΑΦΥΓΗ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid NAI	9	15,8	16,1	16,1
Valid OXI	47	82,5	83,9	100,0
Total	56	98,2	100,0	
Missing System	1	1,8		
Total	57	100,0		

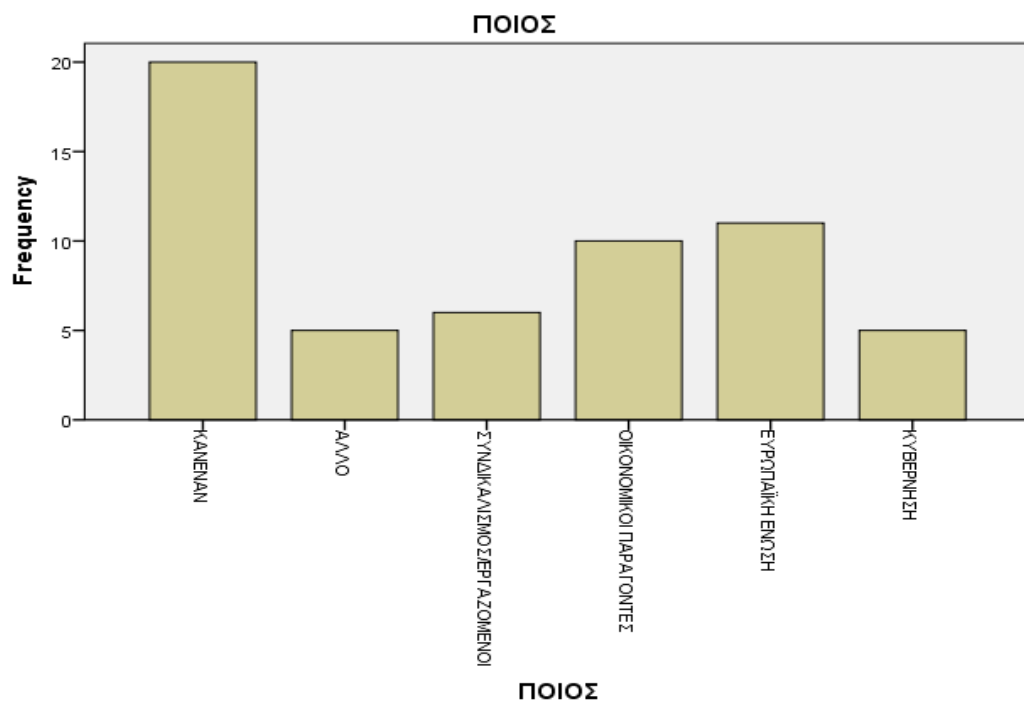


ΔΩΡΕΑΝ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid NAI	33	57,9	57,9	57,9
OXI	24	42,1	42,1	100,0
Total	57	100,0	100,0	

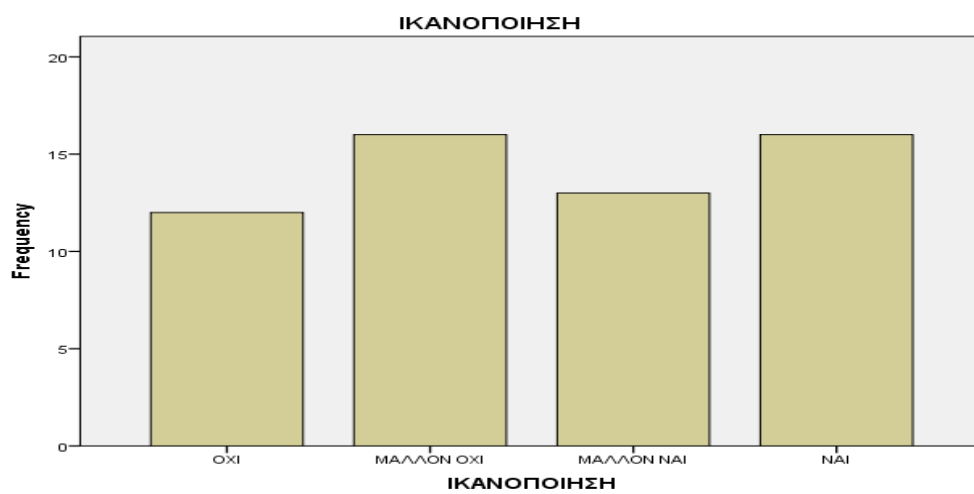
**ΠΟΙΟΣ**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ΚΑΝΕΝΑΝ	20	35,1	35,1	35,1
ΑΛΛΟ	5	8,8	8,8	43,9
ΣΥΝΔΙΚΑΛΙΣΜΟΣ /ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΙ	6	10,5	10,5	54,4
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	10	17,5	17,5	71,9
ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ	11	19,3	19,3	91,2
ΚΥΒΕΡΝΗΣΗ	5	8,8	8,8	100,0
Total	57	100,0	100,0	



ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
OXI	12	21,1	21,1	21,1
ΜΑΛΛΟΝ ΟΧΙ	16	28,1	28,1	49,1
Valid ΜΑΛΛΟΝ ΝΑΙ	13	22,8	22,8	71,9
ΝΑΙ	16	28,1	28,1	100,0
Total	57	100,0	100,0	



7.6. Σύγκριση ποσοστιαίων αναλογιών κατηγορικής διμεταβλητής

7.6.1. Υπολογισμός στατιστικού κριτηρίου χ^2

Υπολογίζει την κατανομή συχνότητας μιας διμεταβλητής. Χρησιμοποιείται με κατηγορικά ή ποιοτικά δεδομένα (κατηγορικές διμεταβλητές). Η εντολή στο SPSS είναι: «ANALYZE» → «DESCRIPTIVE STATISTICS» → «CROSSTABS...».

Ο πρώτος πίνακας δείχνει την κατανομή συχνότητας της διμεταβλητής. Σε κάθε φαντίο του πίνακα αυτού, η πρώτη σειρά δηλώνει την απόλυτη συνδυαστική συχνότητα, η δεύτερη σειρά δηλώνει τη σχετική συνδυαστική συχνότητα (%) για τις σειρές και η τρίτη σειρά τη σχετική συνδυαστική συχνότητα (%) για τις στήλες. Σε ξεχωριστό πίνακα Chi-square test παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του στατιστικού ελέγχου με το κριτήριο χ^2 . Στον πίνακα αυτό, η τιμή χ^2 εμφανίζεται στη δεύτερη στήλη («Value») της πρώτης σειράς («Pearson chi-square»). Στην ίδια σειρά, σε διπλανές στήλες υπάρχουν οι βαθμοί ελευθερίας («d.f.») και το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας («Asymp. Sig. (2-sided)»). Υπενθυμίζεται ότι τιμές ίσες ή μικρότερες από ,05 θεωρούνται στατιστικώς σημαντικές ($p < 0,05$). Αυτό σημαίνει ότι οι διαφορές που παρατηρούνται στις συχνότητες των φαντίων του πίνακα είναι συστηματικές και δεν οφείλονται στη διακύμανση των τυχαίων δειγμάτων.

Για να είναι έγκυρος ο έλεγχος με το κριτήριο χ^2 , πρέπει τουλάχιστον το 75% των φαντίων του πίνακα να έχουν συνδυαστική συχνότητα μεγαλύτερη από 5. Αν δεν συμβαίνει αυτό, τότε το SPSS υπολογίζει μεν την τιμή χ^2 αλλά συγχρόνως προειδοποιεί για το ποσοστό των φαντίων με συνδυαστική συχνότητα < 5 . Στην περίπτωση αυτή, τα αποτελέσματα του ελέγχου χ^2 πρέπει να ερμηνευθούν με επιφύλαξη.

Τα αποτελέσματα του υπολογισμού του στατιστικού κριτηρίου χ^2 παρουσιάζονται για διάφορες μεταβλητές στους παρακάτω πίνακες και διαγράμματα.

Cell Counts and Residuals^{a,b}

ΦΥΛΟ	ΦΟΡΟΔΙΑΦΥΓΗ	Observed		Expected		Residual	Standardized Residual	Adjusted Residual	Deviance
		Count	%	Count	%				
ΑΓΟΡΙ	ΝΑΙ	5,500	25,0%	5,500	25,0%	,000	,000	,000	,000
	ΟΧΙ	16,500	75,0%	16,500	75,0%	,000	,000	.	,000
ΚΟΡΙΤΣΙ	ΝΑΙ	4,500	13,2%	4,500	13,2%	,000	,000	,000	-,002
	ΟΧΙ	29,500	86,8%	29,500	86,8%	,000	,000	.	,002

a. Model: Multinomial Logit

b. Design: Constant + ΦΟΡΟΔΙΑΦΥΓΗ_ΠΑΡΕΛΘΟΝ + ΦΟΡΟΔΙΑΦΥΓΗ_ΠΑΡΕΛΘΟΝ * ΦΥΛΟ

ΠΟΙΟΣ * ΦΥΛΟ Crosstabulation

			ΦΥΛΟ		Total
			ΑΓΟΡΙ	ΚΟΡΙΤΣΙ	
ΠΟΙΟΣ	ΚΑΝΕΝΑΝ	Count	9	11	20
		% within ΠΟΙΟΣ	45,0%	55,0%	100,0%
		% within ΦΥΛΟ	39,1%	32,4%	35,1%
	ΑΛΛΟ	Count	2	3	5
		% within ΠΟΙΟΣ	40,0%	60,0%	100,0%
		% within ΦΥΛΟ	8,7%	8,8%	8,8%
	ΣΥΝΔΙΚΑΛΙΣΜΟΣ/ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΙ	Count	2	4	6
		% within ΠΟΙΟΣ	33,3%	66,7%	100,0%
		% within ΦΥΛΟ	8,7%	11,8%	10,5%
	ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	Count	4	6	10
		% within ΠΟΙΟΣ	40,0%	60,0%	100,0%
		% within ΦΥΛΟ	17,4%	17,6%	17,5%
	ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ	Count	4	7	11
		% within ΠΟΙΟΣ	36,4%	63,6%	100,0%
		% within ΦΥΛΟ	17,4%	20,6%	19,3%
	ΚΥΒΕΡΝΗΣΗ	Count	2	3	5
		% within ΠΟΙΟΣ	40,0%	60,0%	100,0%
		% within ΦΥΛΟ	8,7%	8,8%	8,8%
Total	Count	23	34	57	
	% within ΠΟΙΟΣ	40,4%	59,6%	100,0%	
	% within ΦΥΛΟ	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

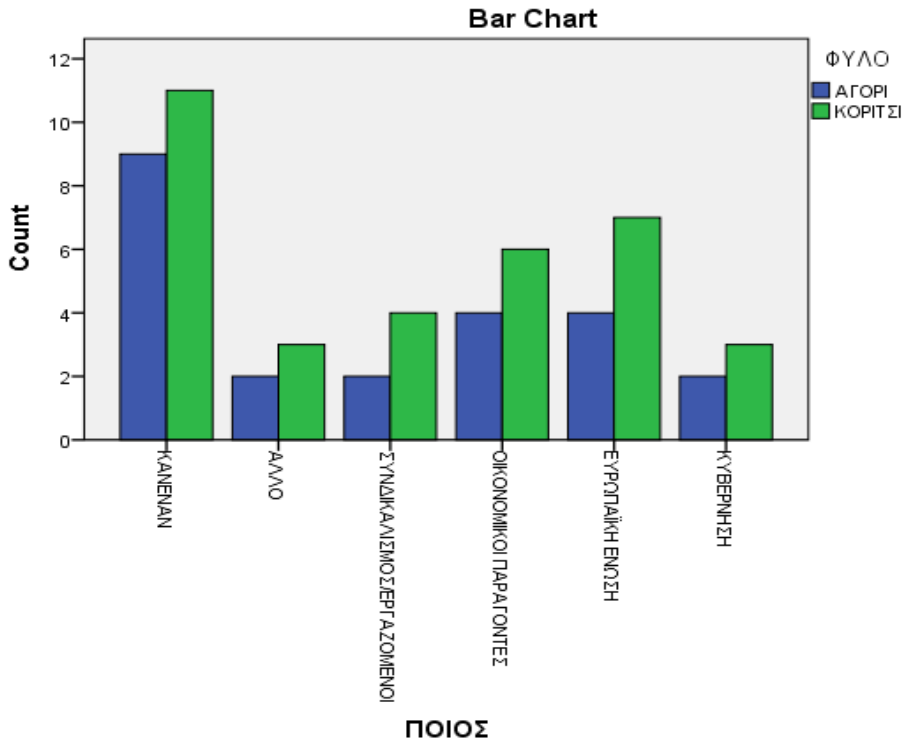
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	,376 ^a	5	,996
Likelihood Ratio	,378	5	,996
Linear-by-Linear Association	,175	1	,676
N of Valid Cases	57		

a. 8 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,02.

Η υπολογιζόμενη τιμή του στατιστικού ελέγχου είναι 0,376^a και οι βαθμοί ελευθερίας είναι $df = 5$. Από τον πίνακα για την κατανομή χ^2 βρίσκουμε ότι η κρίσιμη τιμή του 95% είναι 11,07 > 0,376^a, οπότε μπορούμε να αποδεχτούμε τη μηδενική υπόθεση (υπόθεση της

ανεξαρτησίας), δηλαδή ότι η ελπίδα για το ποιος θα βοηθήσει στο ξεπέρασμα της κρίσης είναι ανεξάρτητη από το φύλο. Προκύπτει, επομένως, ότι υπάρχει δεν σημαντική σχέση ανάμεσα στις μεταβλητές.

Το συμπέρασμα δεν είναι αξιόπιστο διότι 8 κελιά (66,7%) του πίνακα συνάφειας έχει αναμενόμενη συχνότητα κάτω του 5.



Crosstab

		ΦΥΛΟ		Total
		ΑΓΟΡΙ	ΚΟΡΙΤΣΙ	
	Count	1	4	5
ΚΑΘΟΛΟΥ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΑ	% within ΕΙΣΟΔΗΜΑ	20,0%	80,0%	100,0%
	% within ΦΥΛΟ	4,3%	11,8%	8,8%
	Count	0	6	6
ΕΩΣ 500 ΕΥΡΩ	% within ΕΙΣΟΔΗΜΑ	0,0%	100,0%	100,0%
	% within ΦΥΛΟ	0,0%	17,6%	10,5%
	Count	3	7	10
500-1000 ΕΥΡΩ	% within ΕΙΣΟΔΗΜΑ	30,0%	70,0%	100,0%
	% within ΦΥΛΟ	13,0%	20,6%	17,5%
	Count	4	13	17
ΕΙΣΟΔΗΜΑ 1000-1500 ΕΥΡΩ	% within ΕΙΣΟΔΗΜΑ	23,5%	76,5%	100,0%
	% within ΦΥΛΟ	17,4%	38,2%	29,8%
	Count	6	2	8
1500-2000 ΕΥΡΩ	% within ΕΙΣΟΔΗΜΑ	75,0%	25,0%	100,0%
	% within ΦΥΛΟ	26,1%	5,9%	14,0%
	Count	3	0	3
2000-3000 ΕΥΡΩ	% within ΕΙΣΟΔΗΜΑ	100,0%	0,0%	100,0%
	% within ΦΥΛΟ	13,0%	0,0%	5,3%
	Count	6	2	8
ΠΑΝΩ ΑΠΟ 3000 ΕΥΡΩ	% within ΕΙΣΟΔΗΜΑ	75,0%	25,0%	100,0%
	% within ΦΥΛΟ	26,1%	5,9%	14,0%
	Count	23	34	57
Total	% within ΕΙΣΟΔΗΜΑ	40,4%	59,6%	100,0%
	% within ΦΥΛΟ	100,0%	100,0%	100,0%

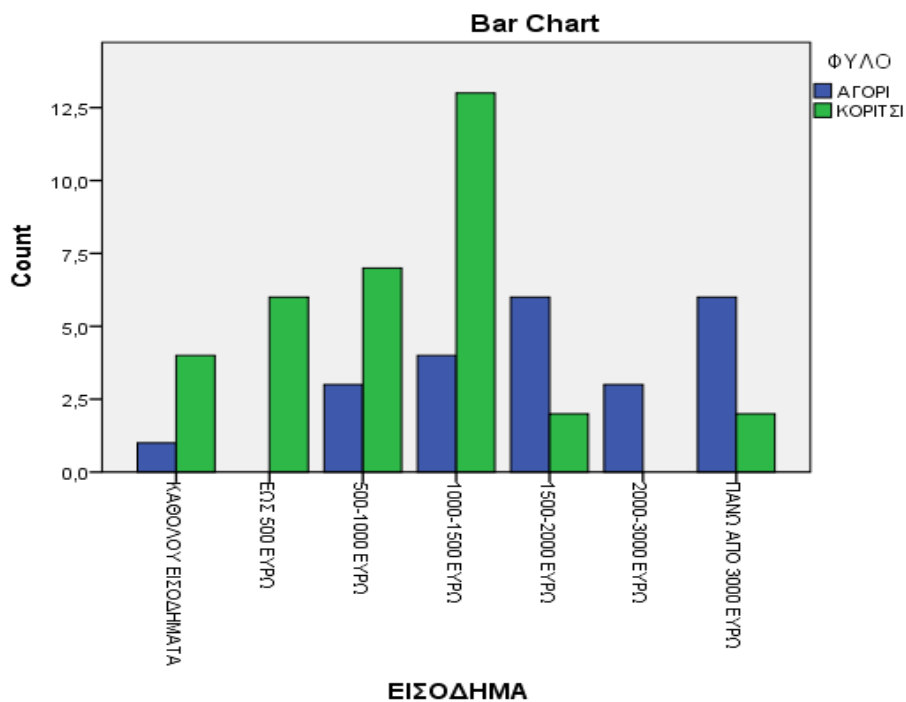
Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	19,778 ^a	6	,003
Likelihood Ratio	23,116	6	,001
Linear-by-Linear Association	13,292	1	,000
N of Valid Cases	57		

a. 11 cells (78,6%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,21.

Η υπολογιζόμενη τιμή του στατιστικού ελέγχου είναι 19,778^a και οι βαθμοί ελευθερίας είναι $df = 6$. Από τον πίνακα για την κατανομή χ^2 βρίσκουμε ότι η κρίσιμη τιμή του 95% είναι $12,59 < 19,778^a$, οπότε μπορούμε να απορρίψουμε τη μηδενική υπόθεση (υπόθεση της ανεξαρτησίας). Προκύπτει, επομένως, ότι υπάρχει σημαντική σχέση ανάμεσα στις μεταβλητές, δηλαδή πως το ατομικό μηνιαίο εισόδημα σχετίζεται με το φύλο του υποκειμένου.

Το συμπέρασμα είναι αξιόπιστο διότι 11 κελιά (78,6%) του πίνακα συνάφειας έχει αναμενόμενη συχνότητα κάτω του 5.



Crosstab

		ΠΡΟΤΙΜΗΣΗ		Total
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΚΑΘΟΛΟΥ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΑ	Count	3	1	4
	% within ΕΙΣΟΔΗΜΑ	75,0%	25,0%	100,0%
	% within ΠΡΟΤΙΜΗΣΗ	6,4%	20,0%	7,7%
ΕΩΣ 500 ΕΥΡΩ	Count	6	0	6
	% within ΕΙΣΟΔΗΜΑ	100,0%	0,0%	100,0%
	% within ΠΡΟΤΙΜΗΣΗ	12,8%	0,0%	11,5%
500-1000 ΕΥΡΩ	Count	7	1	8
	% within ΕΙΣΟΔΗΜΑ	87,5%	12,5%	100,0%
	% within ΠΡΟΤΙΜΗΣΗ	14,9%	20,0%	15,4%
ΕΙΣΟΔΗΜΑ 1000-1500 ΕΥΡΩ	Count	14	2	16
	% within ΕΙΣΟΔΗΜΑ	87,5%	12,5%	100,0%
	% within ΠΡΟΤΙΜΗΣΗ	29,8%	40,0%	30,8%
1500-2000 ΕΥΡΩ	Count	8	0	8
	% within ΕΙΣΟΔΗΜΑ	100,0%	0,0%	100,0%
	% within ΠΡΟΤΙΜΗΣΗ	17,0%	0,0%	15,4%
2000-3000 ΕΥΡΩ	Count	3	0	3
	% within ΕΙΣΟΔΗΜΑ	100,0%	0,0%	100,0%
	% within ΠΡΟΤΙΜΗΣΗ	6,4%	0,0%	5,8%
ΠΑΝΩ ΑΠΟ 3000 ΕΥΡΩ	Count	6	1	7
	% within ΕΙΣΟΔΗΜΑ	85,7%	14,3%	100,0%
	% within ΠΡΟΤΙΜΗΣΗ	12,8%	20,0%	13,5%
Total	Count	47	5	52
	% within ΕΙΣΟΔΗΜΑ	90,4%	9,6%	100,0%
	% within ΠΡΟΤΙΜΗΣΗ	100,0%	100,0%	100,0%

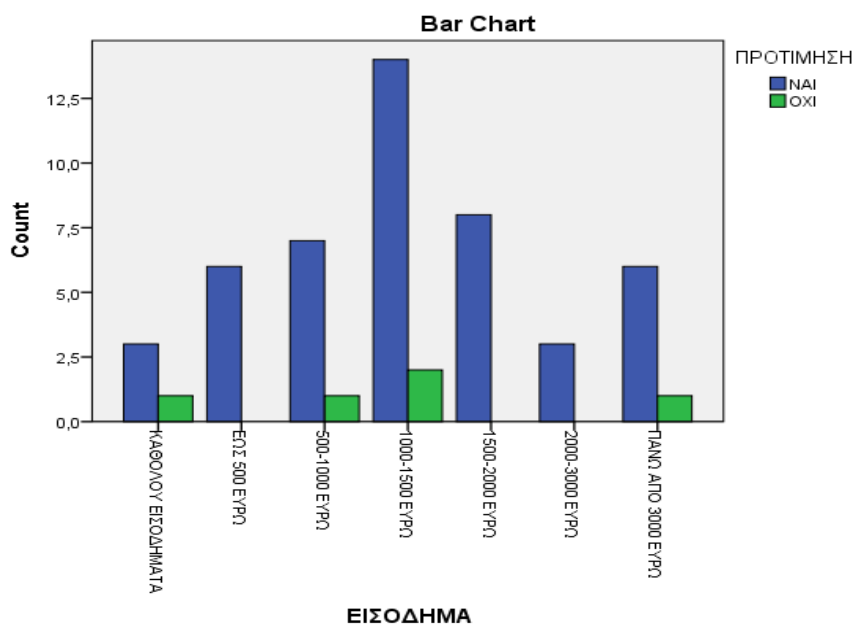
Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	3,303 ^a	6	,770
Likelihood Ratio	4,596	6	,597
Linear-by-Linear Association	,124	1	,725
N of Valid Cases	52		

a. 9 cells (64,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,29.

Η υπολογιζόμενη τιμή του στατιστικού ελέγχου είναι $3,303^a$ και οι βαθμοί ελευθερίας είναι $df = 6$. Από τον πίνακα για την κατανομή χ^2 βρίσκουμε ότι η κρίσιμη τιμή του 95% είναι $12,59 > 3,303^a$, οπότε μπορούμε να αποδεχτούμε τη μηδενική υπόθεση (υπόθεση της ανεξαρτησίας), δηλαδή η προτίμηση να συνεισφέρουν απευθείας σε ένα δημόσιο αγαθό παρά να πληρώνουν φόρους απευθείας στην κεντρική διοίκηση δεν εξαρτάται από το φύλο των υποκειμένων. Προκύπτει, επομένως, ότι υπάρχει δεν σημαντική σχέση ανάμεσα στις μεταβλητές.

Το συμπέρασμα δεν είναι αξιόπιστο διότι 9 κελιά (64,3%) του πίνακα συνάφειας έχει αναμενόμενη συχνότητα κάτω του 5.



Crosstab

		ΦΟΡΟΔΙΑΦΥΓΗ		Total
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
	Count	1	4	5
ΚΑΘΟΛΟΥ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΑ	% within ΕΙΣΟΔΗΜΑ	20,0%	80,0%	100,0%
	% within ΦΟΡΟΔΙΑΦΥΓΗ	11,1%	8,5%	8,9%
	Count	0	6	6
ΕΩΣ 500 ΕΥΡΩ	% within ΕΙΣΟΔΗΜΑ	0,0%	100,0%	100,0%
	% within ΦΟΡΟΔΙΑΦΥΓΗ	0,0%	12,8%	10,7%
	Count	0	9	9
500-1000 ΕΥΡΩ	% within ΕΙΣΟΔΗΜΑ	0,0%	100,0%	100,0%
	% within ΦΟΡΟΔΙΑΦΥΓΗ	0,0%	19,1%	16,1%
	Count	2	15	17
ΕΙΣΟΔΗΜΑ 1000-1500 ΕΥΡΩ	% within ΕΙΣΟΔΗΜΑ	11,8%	88,2%	100,0%
	% within ΦΟΡΟΔΙΑΦΥΓΗ	22,2%	31,9%	30,4%
	Count	3	5	8
1500-2000 ΕΥΡΩ	% within ΕΙΣΟΔΗΜΑ	37,5%	62,5%	100,0%
	% within ΦΟΡΟΔΙΑΦΥΓΗ	33,3%	10,6%	14,3%
	Count	0	3	3
2000-3000 ΕΥΡΩ	% within ΕΙΣΟΔΗΜΑ	0,0%	100,0%	100,0%
	% within ΦΟΡΟΔΙΑΦΥΓΗ	0,0%	6,4%	5,4%
	Count	3	5	8
ΠΑΝΩ ΑΠΟ 3000 ΕΥΡΩ	% within ΕΙΣΟΔΗΜΑ	37,5%	62,5%	100,0%
	% within ΦΟΡΟΔΙΑΦΥΓΗ	33,3%	10,6%	14,3%
	Count	9	47	56
Total	% within ΕΙΣΟΔΗΜΑ	16,1%	83,9%	100,0%
	% within ΦΟΡΟΔΙΑΦΥΓΗ	100,0%	100,0%	100,0%

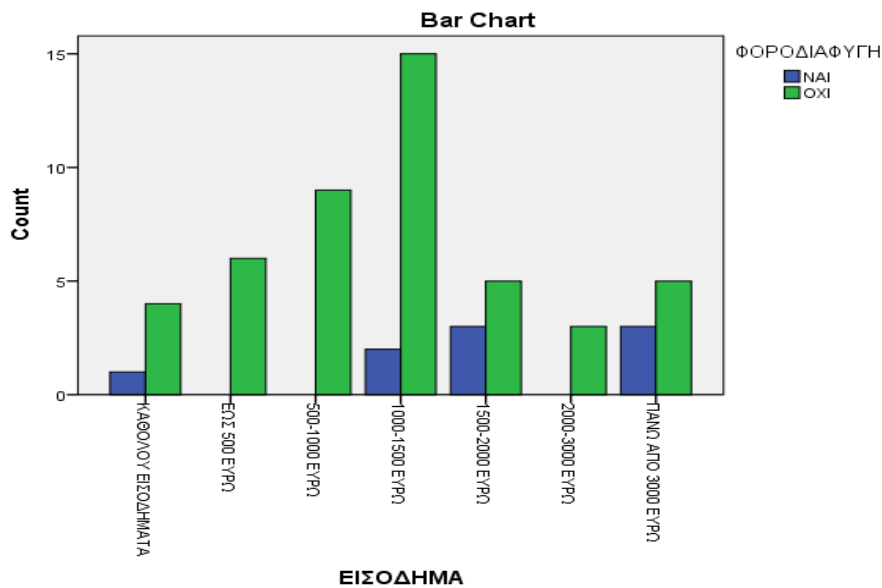
Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	9,185 ^a	6	,163
Likelihood Ratio	10,886	6	,092
Linear-by-Linear Association	3,227	1	,072
N of Valid Cases	56		

a. 9 cells (64,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,48.

Η υπολογιζόμενη τιμή του στατιστικού ελέγχου είναι $9,185^a$ και οι βαθμοί ελευθερίας είναι $df = 6$. Από τον πίνακα για την κατανομή χ^2 βρίσκουμε ότι η κρίσιμη τιμή του 95% είναι $12,59 > 9,185^a$, οπότε μπορούμε να αποδεχτούμε τη μηδενική υπόθεση (υπόθεση της ανεξαρτησίας), δηλαδή η φοροδιαφυγή στο παρελθόν δεν εξαρτιόνταν από το εισόδημα των υποκειμένων. Προκύπτει, επομένως, ότι υπάρχει δεν σημαντική σχέση ανάμεσα στις μεταβλητές.

Το συμπέρασμα δεν είναι αξιόπιστο διότι 9 κελιά (64,3%) του πίνακα συνάφειας έχει αναμενόμενη συχνότητα κάτω του 5.



Crosstab

		ZHMIOΓONA		Total
		NAI	OXI	
	Count	5	0	5
	% within ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΑ	100,0%	0,0%	100,0%
ΚΑΘΟΛΟΥ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΑ	% within ΖΗΜΙΟΓΟΝΑ	14,3%	0,0%	9,1%
	Count	4	2	6
ΕΩΣ 500 ΕΥΡΩ	% within ΕΙΣΟΔΗΜΑ	66,7%	33,3%	100,0%
	% within ΖΗΜΙΟΓΟΝΑ	11,4%	10,0%	10,9%
500-1000 ΕΥΡΩ	Count	9	0	9
	% within ΕΙΣΟΔΗΜΑ	100,0%	0,0%	100,0%
	% within ΖΗΜΙΟΓΟΝΑ	25,7%	0,0%	16,4%
	Count	7	9	16
ΕΙΣΟΔΗΜΑ 1000-1500 ΕΥΡΩ	% within ΕΙΣΟΔΗΜΑ	43,8%	56,2%	100,0%
	% within ΖΗΜΙΟΓΟΝΑ	20,0%	45,0%	29,1%
1500-2000 ΕΥΡΩ	Count	4	4	8
	% within ΕΙΣΟΔΗΜΑ	50,0%	50,0%	100,0%
	% within ΖΗΜΙΟΓΟΝΑ	11,4%	20,0%	14,5%
	Count	2	1	3
2000-3000 ΕΥΡΩ	% within ΕΙΣΟΔΗΜΑ	66,7%	33,3%	100,0%
	% within ΖΗΜΙΟΓΟΝΑ	5,7%	5,0%	5,5%
ΠΑΝΩ ΑΠΟ 3000 ΕΥΡΩ	Count	4	4	8
	% within ΕΙΣΟΔΗΜΑ	50,0%	50,0%	100,0%
	% within ΖΗΜΙΟΓΟΝΑ	11,4%	20,0%	14,5%
	Count	35	20	55
Total	% within ΕΙΣΟΔΗΜΑ	63,6%	36,4%	100,0%
	% within ΖΗΜΙΟΓΟΝΑ	100,0%	100,0%	100,0%

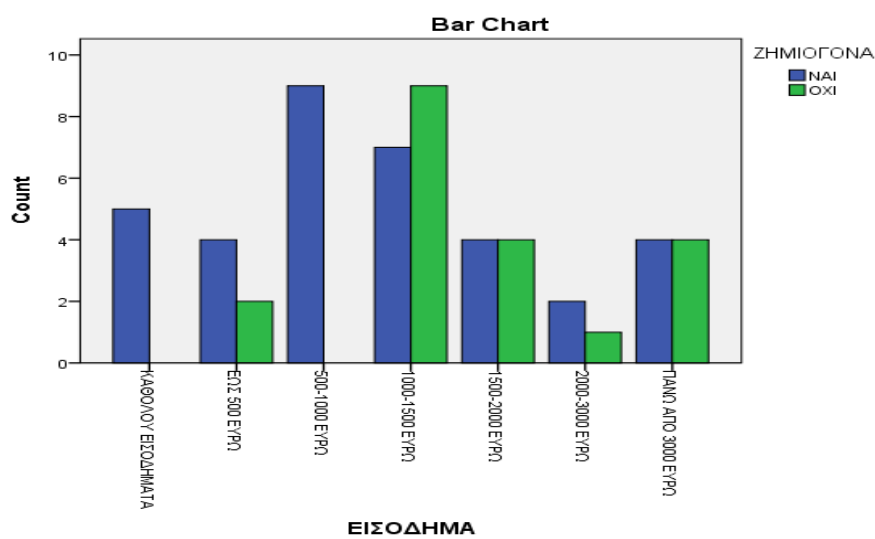
Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	12,056 ^a	6	,061
Likelihood Ratio	16,535	6	,011
Linear-by-Linear Association	4,399	1	,036
N of Valid Cases	55		

a. 9 cells (64,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,09.

Η υπολογιζόμενη τιμή του στατιστικού ελέγχου είναι $12,056^a$ και οι βαθμοί ελευθερίας είναι $df = 6$. Από τον πίνακα για την κατανομή χ^2 βρίσκουμε ότι η κρίσιμη τιμή του 95% είναι $12,59 > 12,056^a$, οπότε μπορούμε να αποδεχτούμε – έστω και οριακά – τη μηδενική υπόθεση (υπόθεση της ανεξαρτησίας), δηλαδή η άποψη πως η κρατική σπατάλη είναι πιο ζημιογόνα από την φοροδιαφυγή δεν εξαρτάται από το εισόδημα των υποκειμένων. Προκύπτει, επομένως, ότι υπάρχει δεν σημαντική σχέση ανάμεσα στις μεταβλητές.

Το συμπέρασμα δεν είναι αξιόπιστο διότι 9 κελιά (64,3%) του πίνακα συνάφειας έχει αναμενόμενη συχνότητα κάτω του 5.



ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ * ΚΑΛΥΨΗ ΑΠΟ ΦΟΡΟΔΙΑΦΥΓΗ Crosstabulation

			ΚΑΛΥΨΗ ΑΠΟ ΦΟΡΟΔΙΑΦΥΓΗ		Total
			ΝΑΙ	ΟΧΙ	
		Count	1	1	2
	Δ.Ξ./Δ.Α.	% within ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ	50,0%	50,0%	100,0%
		% within ΚΑΛΥΨΗ ΑΠΟ ΦΟΡΟΔΙΑΦΥΓΗ	2,9%	4,8%	3,6%
		Count	5	2	7
	ΚΑΘΟΛΟΥ	% within ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ	71,4%	28,6%	100,0%
		% within ΚΑΛΥΨΗ ΑΠΟ ΦΟΡΟΔΙΑΦΥΓΗ	14,3%	9,5%	12,5%
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ	ΛΙΓΟ	Count	13	4	17
		% within ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ	76,5%	23,5%	100,0%
		% within ΚΑΛΥΨΗ ΑΠΟ ΦΟΡΟΔΙΑΦΥΓΗ	37,1%	19,0%	30,4%
		Count	10	7	17
	ΑΡΚΕΤΑ	% within ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ	58,8%	41,2%	100,0%
		% within ΚΑΛΥΨΗ ΑΠΟ ΦΟΡΟΔΙΑΦΥΓΗ	28,6%	33,3%	30,4%
		Count	6	7	13
	ΠΟΛΥ	% within ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ	46,2%	53,8%	100,0%
		% within ΚΑΛΥΨΗ ΑΠΟ ΦΟΡΟΔΙΑΦΥΓΗ	17,1%	33,3%	23,2%
Total		Count	35	21	56
		% within ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ	62,5%	37,5%	100,0%
		% within ΚΑΛΥΨΗ ΑΠΟ ΦΟΡΟΔΙΑΦΥΓΗ	100,0%	100,0%	100,0%

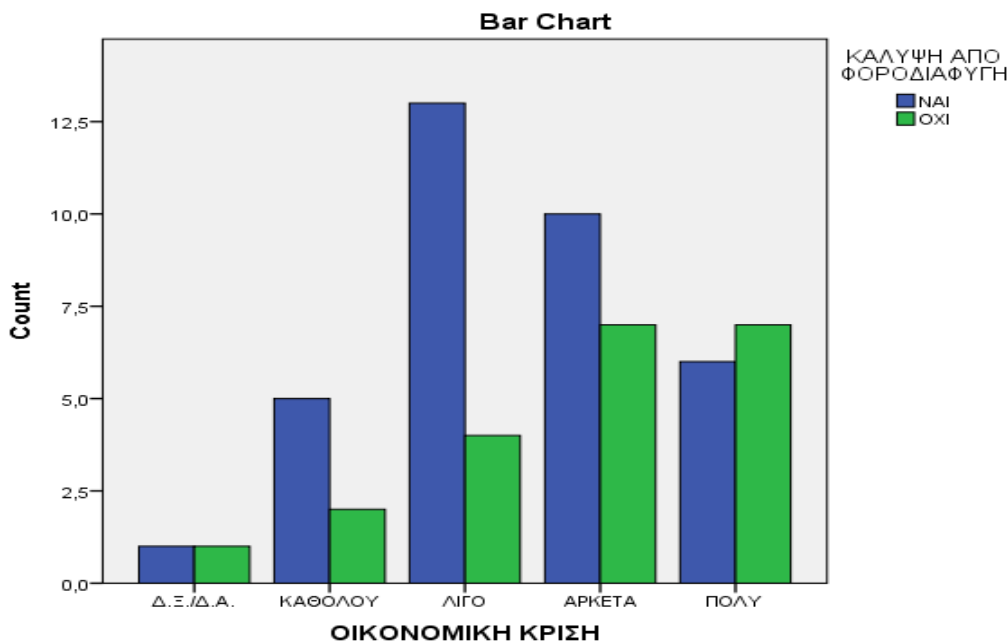
Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	3,367 ^a	4	,498
Likelihood Ratio	3,417	4	,491
Linear-by-Linear Association	1,594	1	,207
N of Valid Cases	56		

a. 5 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,75.

Η υπολογιζόμενη τιμή του στατιστικού ελέγχου είναι 3,367^a και οι βαθμοί ελευθερίας είναι $df = 4$. Από τον πίνακα για την κατανομή χ^2 βρίσκουμε ότι η κρίσιμη τιμή του 95% είναι $9,49 > 3,367^a$, οπότε μπορούμε να αποδεχτούμε τη μηδενική υπόθεση (υπόθεση της ανεξαρτησίας), ότι δηλαδή το αν γνώριζαν πως το μέγεθος της φοροδιαφυγής των προηγούμενων ετών υπερκάλυπτε τις σημερινές τρέχουσες ανάγκες επηρέαζε το φόβο των υποκειμένων σχετικά με την απώλεια της εργασίας τους εξαιτίας της οικονομικής κρίσης. Προκύπτει, επομένως, ότι δεν υπάρχει σημαντική σχέση ανάμεσα στις μεταβλητές.

Το συμπέρασμα δεν είναι αξιόπιστο διότι μόνον 5 κελιά (50%) του πίνακα συνάφειας έχει αναμενόμενη συχνότητα κάτω του 5.



ΕΙΣΟΔΗΜΑ * ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ Crosstabulation

			ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ					Total
			Δ.Ξ./Δ.	ΚΑΘΟΛ	ΛΙΓΟ	ΑΡΚΕΤ	ΠΟΛΥ	
			A.	ΟΥ		A		
ΕΙΣΟΔΗ ΜΑ	ΚΑΘΟΛΟΥ	Count	1	0	1	1	1	4
	ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΑ	% within ΕΙΣΟΔΗΜΑ	25,0%	0,0%	25,0%	25,0%	25,0%	100,0%
		% within						
		ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ	50,0%	0,0%	5,9%	5,9%	7,7%	7,1%
		Count	1	0	0	2	3	6
		% within ΕΙΣΟΔΗΜΑ	16,7%	0,0%	0,0%	33,3%	50,0%	100,0%
		% within						
		ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ	50,0%	0,0%	0,0%	11,8%	23,1%	10,7%
		Count	0	0	0	7	3	10
		% within ΕΙΣΟΔΗΜΑ	0,0%	0,0%	0,0%	70,0%	30,0%	100,0%
		% within						
		ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ	0,0%	0,0%	0,0%	41,2%	23,1%	17,9%
		Count	0	2	8	5	2	17
		% within ΕΙΣΟΔΗΜΑ	0,0%	11,8%	47,1%	29,4%	11,8%	100,0%
		% within						
		ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ	0,0%	28,6%	47,1%	29,4%	15,4%	30,4%
		Count	0	2	3	2	1	8
		% within ΕΙΣΟΔΗΜΑ	0,0%	25,0%	37,5%	25,0%	12,5%	100,0%
		% within						
		ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ	0,0%	28,6%	17,6%	11,8%	7,7%	14,3%
		Count	0	0	2	0	1	3
		% within ΕΙΣΟΔΗΜΑ	0,0%	0,0%	66,7%	0,0%	33,3%	100,0%
		% within						
		ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ	0,0%	0,0%	11,8%	0,0%	7,7%	5,4%
	Count	0	3	3	0	2	8	
	% within ΕΙΣΟΔΗΜΑ	0,0%	37,5%	37,5%	0,0%	25,0%	100,0%	
	% within							
	ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ	0,0%	42,9%	17,6%	0,0%	15,4%	14,3%	
	Count	2	7	17	17	13	56	
	% within ΕΙΣΟΔΗΜΑ	3,6%	12,5%	30,4%	30,4%	23,2%	100,0%	
	% within							
	ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
Total								

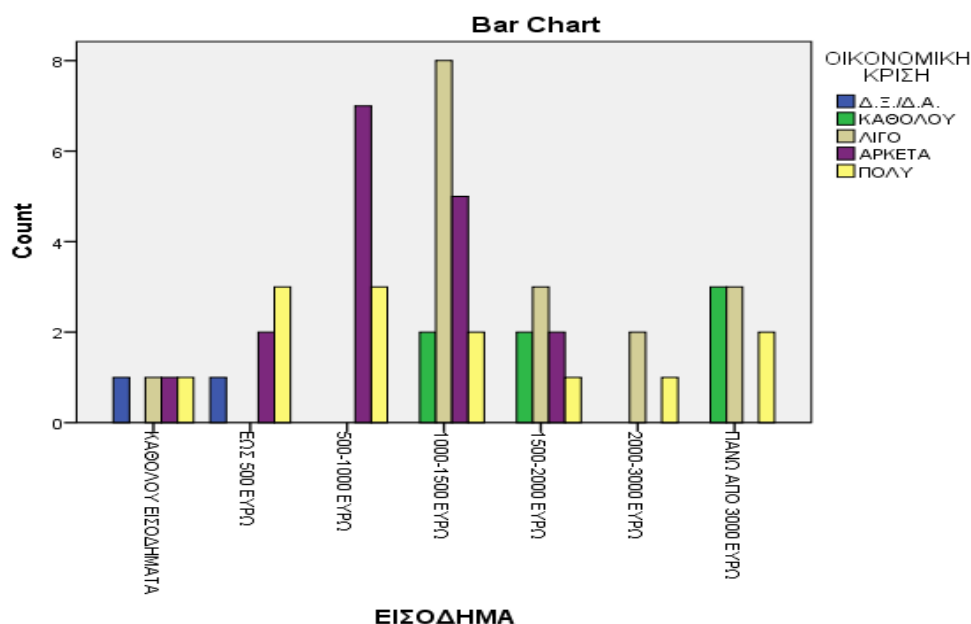
Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	37,787 ^a	24	,036
Likelihood Ratio	42,345	24	,012
Linear-by-Linear Association	2,345	1	,126
N of Valid Cases	56		

a. 33 cells (94,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,11.

Η υπολογιζόμενη τιμή του στατιστικού ελέγχου είναι 37,787^a και οι βαθμοί ελευθερίας είναι $df = 24$. Από τον πίνακα για την κατανομή χ^2 βρίσκουμε ότι η κρίσιμη τιμή του 95% είναι $36,41 < 37,787^a$, οπότε απορρίπτουμε τη μηδενική υπόθεση (υπόθεση της ανεξαρτησίας). Προκύπτει, επομένως, ότι υπάρχει σημαντική σχέση ανάμεσα στις μεταβλητές, με άλλα λόγια δηλαδή ο φόβος των υποκειμένων σχετικά με την απώλεια της εργασίας τους εξαιτίας της οικονομικής κρίσης εξαρτάται από το εισόδημα τους.

Το συμπέρασμα είναι αξιόπιστο διότι 33 κελιά (94,3%) του πίνακα συνάφειας έχει αναμενόμενη συχνότητα κάτω του 5.



ΙΔΙΟΤΗΤΑ * ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ Crosstabulation

		ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ			Total	
		ΛΙΓΟ	ΑΡΚΕΤΑ	ΠΟΛΥ		
ΙΔΙΟΤΗΤΑ	Count	0	3	4	7	
	ΕΡΓΟΔΟΤΗΣ, ΑΥΤΟΑΠΑΣΧ/ΜΕΝΟΣ	% within ΙΔΙΟΤΗΤΑ	0,0%	42,9%	57,1%	100,0%
		% within ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ	0,0%	12,5%	18,2%	14,3%
	Count	1	19	12	32	
	ΜΙΣΘΩΤΟΣ/ ΗΜΕΡΟΜΙΣΘΙΟΣ	% within ΙΔΙΟΤΗΤΑ	3,1%	59,4%	37,5%	100,0%
		% within ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ	33,3%	79,2%	54,5%	65,3%
	Count	1	0	0	1	
	ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΣ ΧΩΡΙΣ ΑΜΟΙΒΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ	% within ΙΔΙΟΤΗΤΑ	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		% within ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ	33,3%	0,0%	0,0%	2,0%
	Count	1	2	5	8	
	ΑΝΕΡΓΟΣ/ ΠΡΟΣΩΡΙΝΑ ΕΚΤΟΣ ΔΟΥΛΕΙΑΣ	% within ΙΔΙΟΤΗΤΑ	12,5%	25,0%	62,5%	100,0%
		% within ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ	33,3%	8,3%	22,7%	16,3%
	Count	0	0	1	1	
	ΑΛΛΟ	% within ΙΔΙΟΤΗΤΑ	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
		% within ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ	0,0%	0,0%	4,5%	2,0%
Count	3	24	22	49		
Total	% within ΙΔΙΟΤΗΤΑ	6,1%	49,0%	44,9%	100,0%	
	% within ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

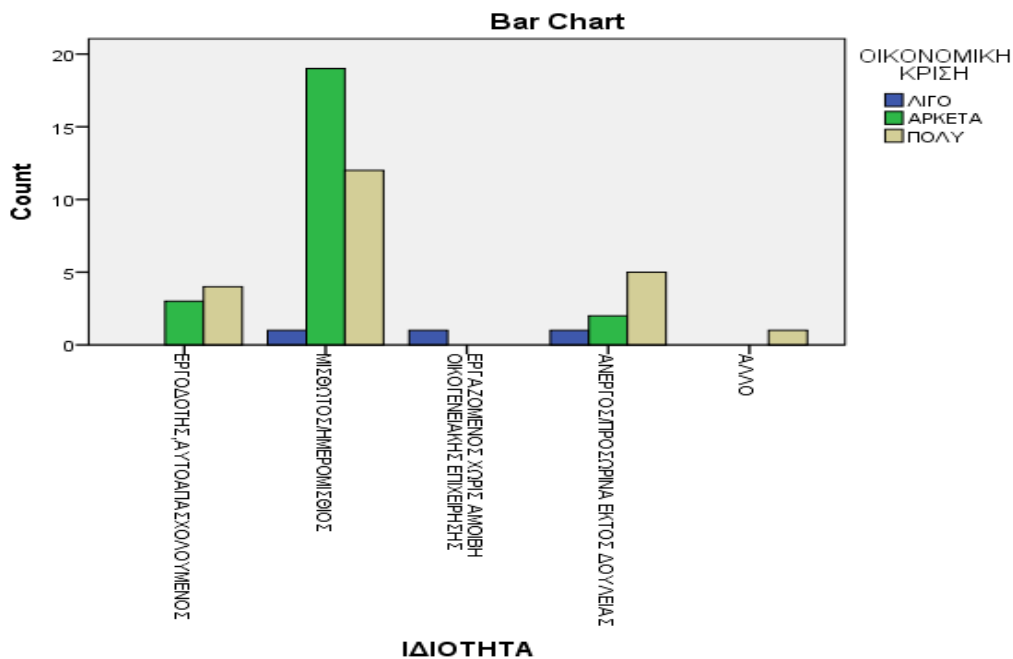
Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	20,865 ^a	8	,008
Likelihood Ratio	12,009	8	,151
Linear-by-Linear Association	,215	1	,643
N of Valid Cases	49		

a. 13 cells (86,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,06.

Η υπολογιζόμενη τιμή του στατιστικού ελέγχου είναι 20,865^a και οι βαθμοί ελευθερίας είναι $df = 8$. Από τον πίνακα για την κατανομή χ^2 βρίσκουμε ότι η κρίσιμη τιμή του 95% είναι $15,51 < 20,865^a$, οπότε απορρίπτουμε τη μηδενική υπόθεση (υπόθεση της ανεξαρτησίας). Προκύπτει, επομένως, ότι υπάρχει σημαντική σχέση ανάμεσα στις μεταβλητές, με άλλα λόγια δηλαδή οι περικοπές των εξόδων που έχουν κάνει εξαιτίας της κρίσης εξαρτάται από την ιδιότητά τους, την φύση της εργασίας τους.

Το συμπέρασμα είναι αξιόπιστο διότι 13 κελιά (86,7%) του πίνακα συνάφειας έχει αναμενόμενη συχνότητα κάτω του 5.



Crosstab

		ΦΟΡΟΔΙΑΦΥΓΗ		Total	
		ΝΑΙ	ΟΧΙ		
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ	ΛΙΓΟ	Count	0	1	1
		% within ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ	0,0%	100,0%	100,0%
		% within ΦΟΡΟΔΙΑΦΥΓΗ	0,0%	2,1%	1,8%
	ΑΡΚΕΤΑ	Count	5	22	27
		% within ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ	18,5%	81,5%	100,0%
		% within ΦΟΡΟΔΙΑΦΥΓΗ	55,6%	46,8%	48,2%
	ΠΟΛΥ	Count	4	24	28
		% within ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ	14,3%	85,7%	100,0%
		% within ΦΟΡΟΔΙΑΦΥΓΗ	44,4%	51,1%	50,0%
Total	Count	9	47	56	
	% within ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ	16,1%	83,9%	100,0%	
	% within ΦΟΡΟΔΙΑΦΥΓΗ	100,0%	100,0%	100,0%	

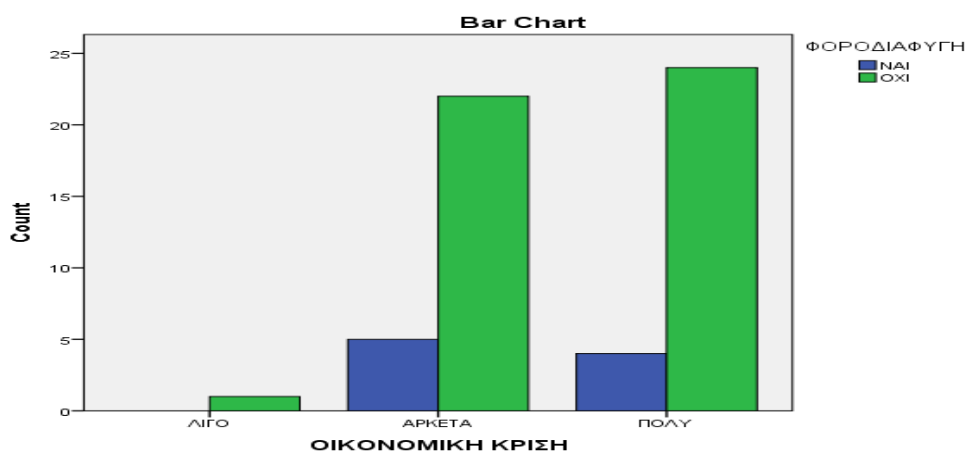
Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	,378 ^a	2	,828
Likelihood Ratio	,534	2	,766
Linear-by-Linear Association	,052	1	,819
N of Valid Cases	56		

a. 4 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,16.

Η υπολογιζόμενη τιμή του στατιστικού ελέγχου είναι 0,378^a και οι βαθμοί ελευθερίας είναι $df = 2$. Από τον πίνακα για την κατανομή χ^2 βρίσκουμε ότι η κρίσιμη τιμή του 95% είναι $5,99 > 0,378^a$, οπότε μπορούμε να κάνουμε αποδεκτή τη μηδενική υπόθεση (υπόθεση της ανεξαρτησίας), ότι δηλαδή το κατά πόσο επηρεάζονται προσωπικά από την κρίση δεν εξαρτάται από τη συμπεριφορά τους σε σχέση με τη φοροδιαφυγή κατά το παρελθόν. Προκύπτει, επομένως, ότι δεν υπάρχει σημαντική σχέση ανάμεσα στις μεταβλητές.

Το συμπέρασμα δεν είναι αξιόπιστο διότι 4 κελιά (66,7%) του πίνακα συνάφειας έχει αναμενόμενη συχνότητα κάτω του 5.



Crosstab

		ΑΠΕΥΘΕΙΑΣ		Total	
		ΝΑΙ	ΟΧΙ		
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ	Δ.Ξ./Δ.Α.	Count	2	0	2
		% within ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ	100,0%	0,0%	100,0%
		% within ΑΠΕΥΘΕΙΑΣ	4,7%	0,0%	3,6%
	ΚΑΘΟΛΟΥ	Count	2	5	7
		% within ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ	28,6%	71,4%	100,0%
		% within ΑΠΕΥΘΕΙΑΣ	4,7%	38,5%	12,5%
	ΛΙΓΟ	Count	11	6	17
		% within ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ	64,7%	35,3%	100,0%
		% within ΑΠΕΥΘΕΙΑΣ	25,6%	46,2%	30,4%
	ΑΡΚΕΤΑ	Count	15	2	17
		% within ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ	88,2%	11,8%	100,0%
		% within ΑΠΕΥΘΕΙΑΣ	34,9%	15,4%	30,4%
ΠΟΛΥ	Count	13	0	13	
	% within ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ	100,0%	0,0%	100,0%	
	% within ΑΠΕΥΘΕΙΑΣ	30,2%	0,0%	23,2%	
Total	Count	43	13	56	
	% within ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ	76,8%	23,2%	100,0%	
	% within ΑΠΕΥΘΕΙΑΣ	100,0%	100,0%	100,0%	

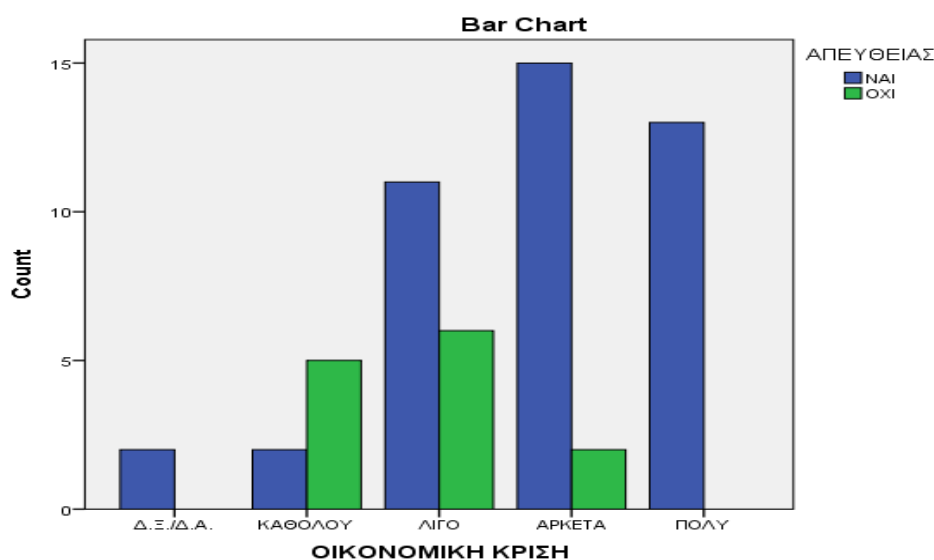
Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	16,306 ^a	4	,003
Likelihood Ratio	17,922	4	,001
Linear-by-Linear Association	9,119	1	,003
N of Valid Cases	56		

a. 6 cells (60,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,46.

Η υπολογιζόμενη τιμή του στατιστικού ελέγχου είναι 16,306^a και οι βαθμοί ελευθερίας είναι $df = 4$. Από τον πίνακα για την κατανομή χ^2 βρίσκουμε ότι η κρίσιμη τιμή του 95% είναι $9,49 < 16,306^a$, οπότε απορρίπτουμε τη μηδενική υπόθεση (υπόθεση της ανεξαρτησίας). Προκύπτει, επομένως, ότι υπάρχει σημαντική σχέση ανάμεσα στις μεταβλητές (φόβος απώλειας εργασίας – πληρωμή φόρων απευθείας σε δημόσια αγαθά παρά στην κεντρική διοίκηση). Τούτο σημαίνει ότι οι διαφορές που παρατηρούνται στις συχνότητες των φατνίων του πίνακα είναι συστηματικές και δεν οφείλονται στη διακύμανση των τυχαίων δειγμάτων. Επομένως, απορρίπτουμε την υπόθεση της ανεξαρτησίας.

Το συμπέρασμα δεν είναι αξιόπιστο διότι 6 κελιά (60%) του πίνακα συνάφειας έχει αναμενόμενη συχνότητα κάτω του 5.



ΕΥΘΥΝΗ * ΣΥΜΦΩΝΙΑ Crosstabulation

			ΣΥΜΦΩΝΙΑ		Total
			ΝΑΙ	ΟΧΙ	
	Count	0	1	1	
	ΜΑΛΛΟΝ ΔΙΑΦΩΝΩ	0,0%	100,0%	100,0%	
	% within ΣΥΜΦΩΝΙΑ	0,0%	2,2%	1,8%	
ΕΥΘΥΝΗ	Count	1	2	3	
	ΜΑΛΛΟΝ ΣΥΜΦΩΝΩ	33,3%	66,7%	100,0%	
	% within ΣΥΜΦΩΝΙΑ	10,0%	4,3%	5,4%	
	Count	9	43	52	
	ΣΥΜΦΩΝΩ	17,3%	82,7%	100,0%	
	% within ΣΥΜΦΩΝΙΑ	90,0%	93,5%	92,9%	
Total	Count	10	46	56	
	% within ΕΥΘΥΝΗ	17,9%	82,1%	100,0%	
	% within ΣΥΜΦΩΝΙΑ	100,0%	100,0%	100,0%	

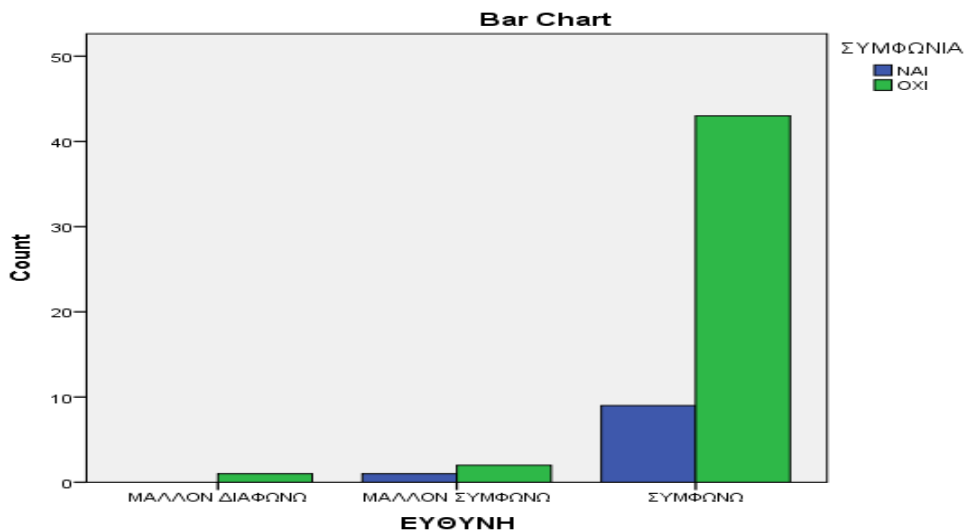
Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	,718 ^a	2	,698
Likelihood Ratio	,817	2	,664
Linear-by-Linear Association	,003	1	,956
N of Valid Cases	56		

a. 4 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,18.

Η υπολογιζόμενη τιμή του στατιστικού ελέγχου είναι 0,718^a και οι βαθμοί ελευθερίας είναι $df = 2$. Από τον πίνακα για την κατανομή χ^2 βρίσκουμε ότι η κρίσιμη τιμή του 95% είναι $5,99 > 0,718^a$, οπότε μπορούμε να κάνουμε αποδεκτή τη μηδενική υπόθεση (υπόθεση της ανεξαρτησίας), ότι δηλαδή το κατά πόσο πιστεύουν πως για την οικονομική κρίση ευθύνεται η διαφθορά των κυβερνήσεων δεν εξαρτάται από την υιοθέτηση της πρακτικής του «δεν πληρώνω». Προκύπτει, επομένως, ότι δεν υπάρχει σημαντική σχέση ανάμεσα στις μεταβλητές.

Το συμπέρασμα δεν είναι αξιόπιστο διότι 4 κελιά (66,7%) του πίνακα συνάφειας έχει αναμενόμενη συχνότητα κάτω του 5.



Crosstab

		ΚΑΛΥΨΗ ΑΠΟ ΦΟΡΟΔΙΑΦΥΓΗ		Total	
		ΝΑΙ	ΟΧΙ		
ΚΑΝΕΝΑΝ	Count	14	6	20	
	% within ΠΟΙΟΣ	70,0%	30,0%	100,0%	
ΑΛΛΟ	Count	3	2	5	
	% within ΠΟΙΟΣ	60,0%	40,0%	100,0%	
ΣΥΝΔΙΚΑΛΙΣΜΟΣ/ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΙ	Count	6	0	6	
	% within ΠΟΙΟΣ	100,0%	0,0%	100,0%	
ΠΟΙΟΣ	Count	7	3	10	
	% within ΠΟΙΟΣ	70,0%	30,0%	100,0%	
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	Count	3	2	5	
	% within ΠΟΙΟΣ	60,0%	40,0%	100,0%	
ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ	Count	6	0	6	
	% within ΠΟΙΟΣ	100,0%	0,0%	100,0%	
ΚΥΒΕΡΝΗΣΗ	Count	7	3	10	
	% within ΠΟΙΟΣ	70,0%	30,0%	100,0%	
Total	Count	36	21	57	
	% within ΚΑΛΥΨΗ ΑΠΟ ΦΟΡΟΔΙΑΦΥΓΗ	63,2%	36,8%	100,0%	
		Count	36	21	57
		% within ΚΑΛΥΨΗ ΑΠΟ ΦΟΡΟΔΙΑΦΥΓΗ	100,0%	100,0%	100,0%

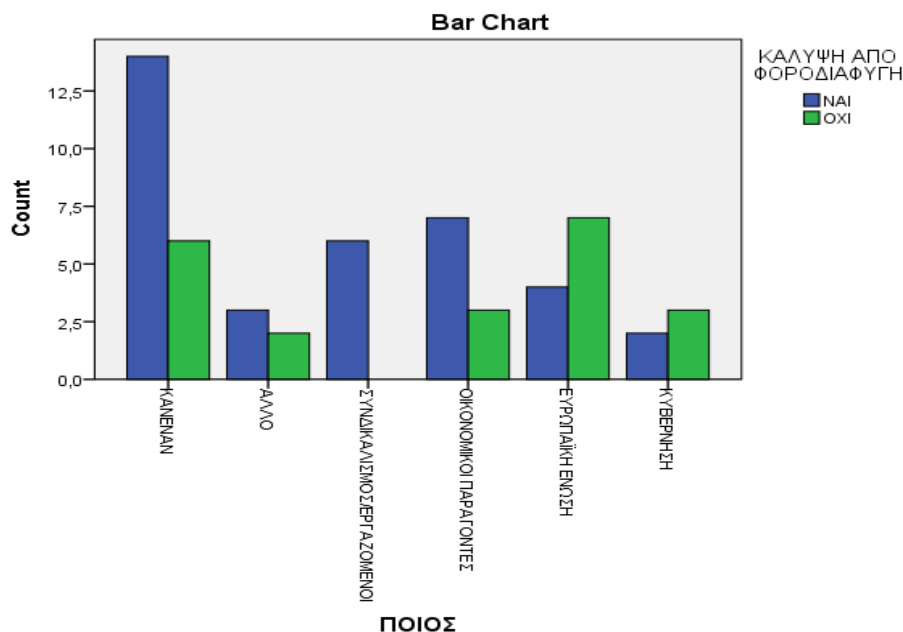
Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	8,671 ^a	5	,123
Likelihood Ratio	10,492	5	,062
Linear-by-Linear Association	2,912	1	,088
N of Valid Cases	57		

a. 8 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,84.

Η υπολογιζόμενη τιμή του στατιστικού ελέγχου είναι 8,671^a και οι βαθμοί ελευθερίας είναι $df = 5$. Από τον πίνακα για την κατανομή χ^2 βρίσκουμε ότι η κρίσιμη τιμή του 95% είναι $11,07 > 8,671^a$, οπότε μπορούμε να κάνουμε αποδεκτή τη μηδενική υπόθεση (υπόθεση της ανεξαρτησίας), ότι δηλαδή το κατά πόσο γνώριζαν ότι το μέγεθος της φοροδιαφυγής των προηγούμενων ετών υπερκαλύπτει τις τρέχουσες ανάγκες χρηματοδότησης της χώρας δεν εξαρτάται από αυτούς στους οποίους εναποθέτουν τις ελπίδες τους για το ξεπέρασμα της κρίσης. Προκύπτει, επομένως, ότι δεν υπάρχει σημαντική σχέση ανάμεσα στις μεταβλητές.

Το συμπέρασμα δεν είναι αξιόπιστο διότι 8 κελιά (66,7%) του πίνακα συνάφειας έχει αναμενόμενη συχνότητα κάτω του 5.



ΕΥΘΥΝΗ * ΑΝΑΛΟΓΗ ΜΕΙΩΣΗ ΜΙΣΘΩΝ Crosstabulation

		ΑΝΑΛΟΓΗ ΜΕΙΩΣΗ ΜΙΣΘΩΝ		Total	
		ΝΑΙ	ΟΧΙ		
ΕΥΘΥΝΗ	ΜΑΛΛΟΝ ΔΙΑΦΩΝΩ	Count	0	1	1
		% within ΕΥΘΥΝΗ	0,0%	100,0%	100,0%
		% within ΑΝΑΛΟΓΗ ΜΕΙΩΣΗ ΜΙΣΘΩΝ	0,0%	6,2%	1,8%
	ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	Count	1	0	1
		% within ΕΥΘΥΝΗ	100,0%	0,0%	100,0%
		% within ΑΝΑΛΟΓΗ ΜΕΙΩΣΗ ΜΙΣΘΩΝ	2,6%	0,0%	1,8%
	ΜΑΛΛΟΝ ΣΥΜΦΩΝΩ	Count	5	5	10
		% within ΕΥΘΥΝΗ	50,0%	50,0%	100,0%
		% within ΑΝΑΛΟΓΗ ΜΕΙΩΣΗ ΜΙΣΘΩΝ	12,8%	31,2%	18,2%
	ΣΥΜΦΩΝΩ	Count	33	10	43
		% within ΕΥΘΥΝΗ	76,7%	23,3%	100,0%
		% within ΑΝΑΛΟΓΗ ΜΕΙΩΣΗ ΜΙΣΘΩΝ	84,6%	62,5%	78,2%
Total		Count	39	16	55
		% within ΕΥΘΥΝΗ	70,9%	29,1%	100,0%
		% within ΑΝΑΛΟΓΗ ΜΕΙΩΣΗ ΜΙΣΘΩΝ	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

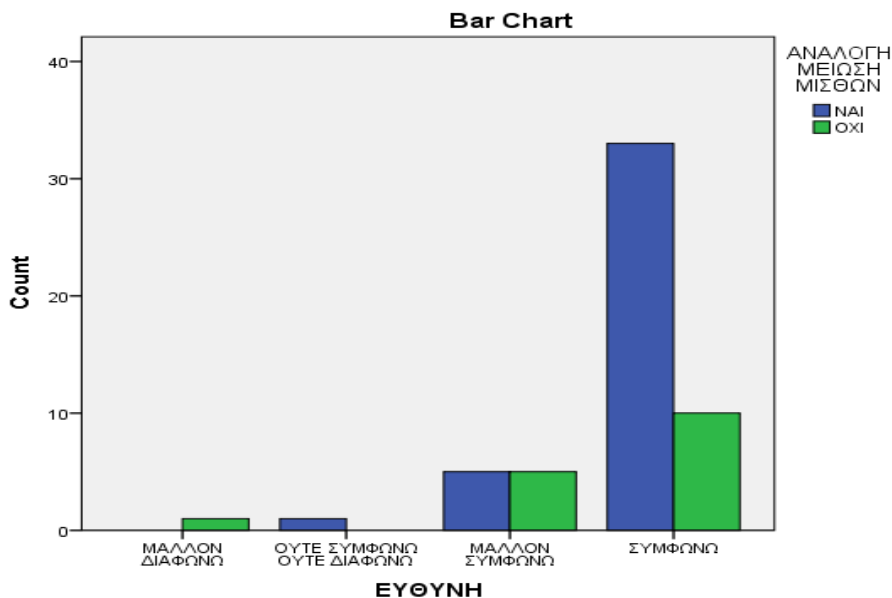
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	5,677 ^a	3	,128
Likelihood Ratio	5,821	3	,121
Linear-by-Linear Association	3,328	1	,068
N of Valid Cases	55		

a. 5 cells (62,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,29.

Η υπολογιζόμενη τιμή του στατιστικού ελέγχου είναι 5,677^a και οι βαθμοί ελευθερίας είναι $df = 3$. Από τον πίνακα για την κατανομή χ^2 βρίσκουμε ότι η κρίσιμη τιμή του 95% είναι $7,81 > 5,677^a$, οπότε μπορούμε να κάνουμε αποδεκτή τη μηδενική υπόθεση (υπόθεση της ανεξαρτησίας), ότι δηλαδή το κατά πόσο θεωρούν ότι για την κρίση ευθύνονται οι τράπεζες που

κερδοσκοπούν δεν εξαρτάται από το πόσο διατεθειμένοι είναι για μια περαιτέρω μείωση των μισθών τους, ώστε να βοηθήσουν στο ξεπέρασμα της κρίσης. Προκύπτει, επομένως, ότι δεν υπάρχει σημαντική σχέση ανάμεσα στις μεταβλητές.

Το συμπέρασμα δεν είναι αξιόπιστο διότι 5 κελιά (62,5%) του πίνακα συνάφειας έχει αναμενόμενη συχνότητα κάτω του 5.



ΚΥΡΙΑΡΧΟΣ * ΦΟΡΟΔΙΑΦΥΓΗ Crosstabulation

		ΦΟΡΟΔΙΑΦΥΓΗ		Total	
		ΝΑΙ	ΟΧΙ		
ΚΥΡΙΑΡΧΟΣ	ΟΧΙ	Count	2	17	19
		% within ΚΥΡΙΑΡΧΟΣ	10,5%	89,5%	100,0%
		% within ΦΟΡΟΔΙΑΦΥΓΗ	22,2%	37,0%	34,5%
	ΜΑΛΛΟΝ ΟΧΙ	Count	6	10	16
		% within ΚΥΡΙΑΡΧΟΣ	37,5%	62,5%	100,0%
		% within ΦΟΡΟΔΙΑΦΥΓΗ	66,7%	21,7%	29,1%
	ΜΑΛΛΟΝ ΝΑΙ	Count	0	15	15
		% within ΚΥΡΙΑΡΧΟΣ	0,0%	100,0%	100,0%
		% within ΦΟΡΟΔΙΑΦΥΓΗ	0,0%	32,6%	27,3%
	ΝΑΙ	Count	1	4	5
		% within ΚΥΡΙΑΡΧΟΣ	20,0%	80,0%	100,0%
		% within ΦΟΡΟΔΙΑΦΥΓΗ	11,1%	8,7%	9,1%
Total	Count	9	46	55	
	% within ΚΥΡΙΑΡΧΟΣ	16,4%	83,6%	100,0%	
	% within ΦΟΡΟΔΙΑΦΥΓΗ	100,0%	100,0%	100,0%	

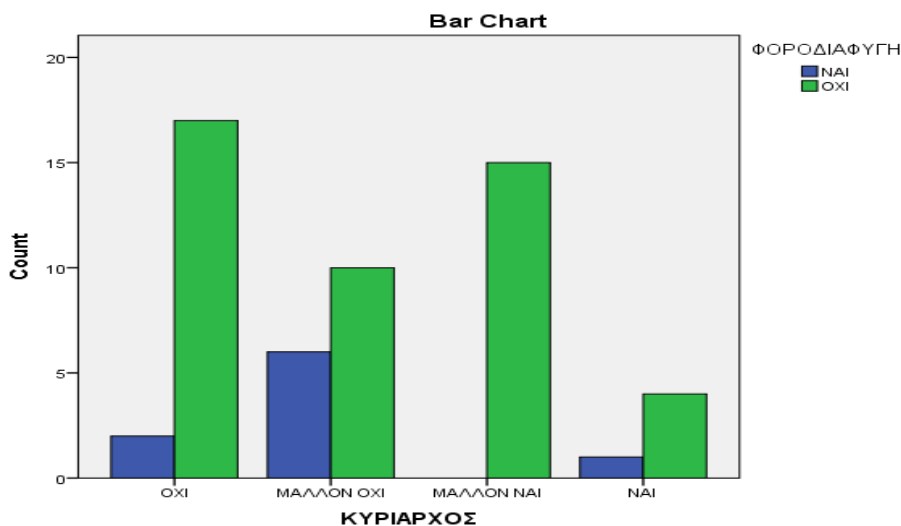
Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	8,679 ^a	3	,034
Likelihood Ratio	10,061	3	,018
Linear-by-Linear Association	,130	1	,719
N of Valid Cases	55		

a. 5 cells (62,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,82.

Η υπολογιζόμενη τιμή του στατιστικού ελέγχου είναι 8,679^a και οι βαθμοί ελευθερίας είναι $df = 3$. Από τον πίνακα για την κατανομή χ^2 βρίσκουμε ότι η κρίσιμη τιμή του 95% είναι $7,81 < 8,679^a$, οπότε απορρίπτουμε τη μηδενική υπόθεση (υπόθεση της ανεξαρτησίας). Προκύπτει, επομένως, ότι υπάρχει σημαντική σχέση ανάμεσα στις μεταβλητές, δηλαδή η φοροδιαφυγή εξαρτάται από τον ρόλο του καταναλωτισμού (ουσιαστικά κάποιος φοροδιαφεύγει και για να έχει περισσότερα χρήματα να καταναλώσει). Τούτο σημαίνει ότι οι διαφορές που παρατηρούνται στις συχνότητες των φατνίων του πίνακα είναι συστηματικές και δεν οφείλονται στη διακύμανση των τυχαίων δειγμάτων. Επομένως, απορρίπτουμε την υπόθεση της ανεξαρτησίας.

Το συμπέρασμα δεν είναι αξιόπιστο διότι 5 κελιά (62,5%) του πίνακα συνάφειας έχει αναμενόμενη συχνότητα κάτω του 5.



ΕΥΘΥΝΗ * ΙΔΙΑ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ Crosstabulation

			ΙΔΙΑ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ		Total
			ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΜΑΛΛΟΝ ΔΙΑΦΩΝΩ	Count		0	1	1
	% within ΕΥΘΥΝΗ		0,0%	100,0%	100,0%
	% within ΙΔΙΑ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ		0,0%	16,7%	1,9%
ΕΥΘΥΝΗ ΜΑΛΛΟΝ ΣΥΜΦΩΝΩ	Count		2	1	3
	% within ΕΥΘΥΝΗ		66,7%	33,3%	100,0%
	% within ΙΔΙΑ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ		4,3%	16,7%	5,7%
ΣΥΜΦΩΝΩ	Count		45	4	49
	% within ΕΥΘΥΝΗ		91,8%	8,2%	100,0%
	% within ΙΔΙΑ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ		95,7%	66,7%	92,5%
Total	Count		47	6	53
	% within ΕΥΘΥΝΗ		88,7%	11,3%	100,0%
	% within ΙΔΙΑ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ		100,0%	100,0%	100,0%

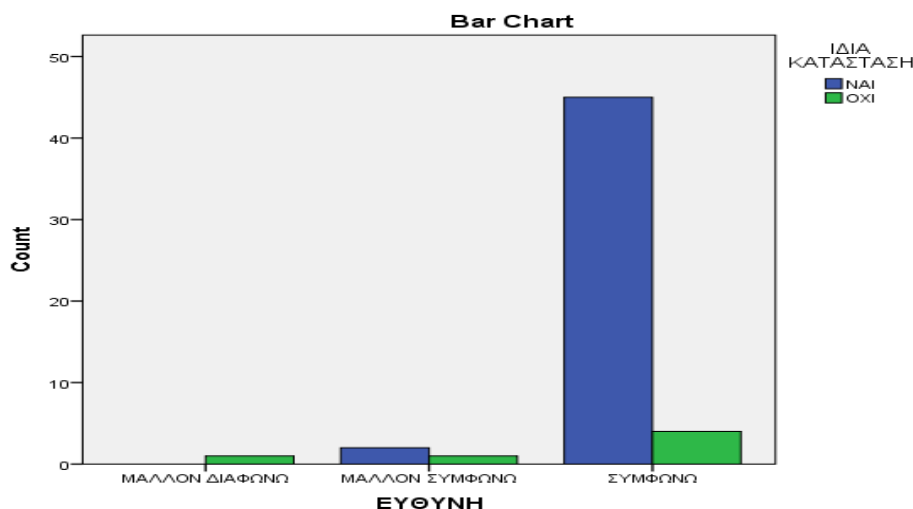
Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	9,768 ^a	2	,008
Likelihood Ratio	5,908	2	,052
Linear-by-Linear Association	9,520	1	,002
N of Valid Cases	53		

a. 4 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,11.

Η υπολογιζόμενη τιμή του στατιστικού ελέγχου είναι 9,768^a και οι βαθμοί ελευθερίας είναι $df = 2$. Από τον πίνακα για την κατανομή χ^2 βρίσκουμε ότι η κρίσιμη τιμή του 95% είναι $5,99 < 8,679^a$, οπότε απορρίπτουμε τη μηδενική υπόθεση (υπόθεση της ανεξαρτησίας). Προκύπτει, επομένως, ότι υπάρχει σημαντική σχέση ανάμεσα στις μεταβλητές, δηλαδή οι ελεύθερες αγορές με μειωμένες τιμές για τον καταναλωτή εξαρτώνται από τη διαφθορά των κυβερνήσεων. Επομένως, απορρίπτουμε την υπόθεση της ανεξαρτησίας.

Το συμπέρασμα δεν είναι αξιόπιστο διότι 4 κελιά (66,7%) του πίνακα συνάφειας έχει αναμενόμενη συχνότητα κάτω του 5.



7.7. Στατιστική πρόβλεψη

7.7.1. Παλινδρόμηση

Η ανάλυση απλής παλινδρόμησης εφαρμόζεται όταν υπάρχει μόνο μία ανεξάρτητη μεταβλητή που να επηρεάζει την τιμή της εξαρτημένης μεταβλητής. Αποτελεί προέκταση του απλού δείκτη συνάφειας διμεταβλητών, σε αντίθεση με τον υπολογισμό της συνάφειας όμως, η χρήση της ανάλυσης παλινδρόμησης υπονοεί την ύπαρξη αιτιώδους σχέσης ανάμεσα στην εξαρτημένη μεταβλητή και την ανεξάρτητη. Σκοπός της απλής ανάλυσης παλινδρόμησης είναι να προσεγγίσει με μια ευθεία ένα σύνολο από κουκίδες. Η ευθεία αυτή ονομάζεται γραμμή παλινδρόμησης. Δεν αρκεί να βρούμε την καλύτερη ευθεία. Πρέπει να βρούμε και έναν τρόπο για να αξιολογούμε πόσο καλά ταιριάζει η ευθεία αυτή στα σημεία.

Η ανάλυση παλινδρόμησης είναι περισσότερο πολύπλοκη τεχνική και γι' αυτό απαιτείται προσεκτικός έλεγχος των προϋποθέσεων για την εφαρμογή της. Υπενθυμίζεται ότι, αφού ουσιαστικά πρόκειται για προέκταση του δείκτη συνάφειας Pearson r , πρέπει τόσο η εξαρτημένη όσο και οι ανεξάρτητες μεταβλητές να είναι αριθμητικές, η συνάφεια να είναι ευθύγραμμη και η κλίμακα μέτρησης ίσων διαστημάτων.

Η εντολή στο SPSS είναι: «ANALYZE» → «REGRESSION» → «LINEAR...». Στο πλαίσιο διαλόγου, αφού συμπληρώσουμε την εξαρτημένη και τις ανεξάρτητες μεταβλητές, μπορούμε επίσης να επιλέξουμε τη μέθοδο.

Correlations

		ΚΑΛΥΨΗ ΑΠΟ ΦΟΡΟΔΙΑΦΥΓΗ	ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ (ΦΟΒΟΣ ΑΠΩΛΕΙΑΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ)
Pearson Correlation	ΚΑΛΥΨΗ ΑΠΟ ΦΟΡΟΔΙΑΦΥΓΗ	1,000	,170
	ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ	,170	1,000
Sig. (1-tailed)	ΚΑΛΥΨΗ ΑΠΟ ΦΟΡΟΔΙΑΦΥΓΗ	.	,105
	ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ	,105	.
N	ΚΑΛΥΨΗ ΑΠΟ ΦΟΡΟΔΙΑΦΥΓΗ	56	56
	ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ	56	56

Variables Entered/Removed^a

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ^b	.	Enter

a. Dependent Variable: ΚΑΛΥΨΗ ΑΠΟ ΦΟΡΟΔΙΑΦΥΓΗ

b. All requested variables entered.

Model Summary^b

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	,170 ^a	,029	,011	,486	,029	1,612	1	54	,210

a. Predictors: (Constant), ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ (ΦΟΒΟΣ ΑΠΩΛΕΙΑΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ)

b. Dependent Variable: ΚΑΛΥΨΗ ΑΠΟ ΦΟΡΟΔΙΑΦΥΓΗ

ANOVA^a

Model	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1 Regression	,380	1	,380	1,612	,210 ^b
1 Residual	12,745	54	,236		
Total	13,125	55			

a. Dependent Variable: ΚΑΛΥΨΗ ΑΠΟ ΦΟΡΟΔΙΑΦΥΓΗ

b. Predictors: (Constant), ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	,179	,167		1,073	,288
	ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ	,076	,060	,170	1,270	,210

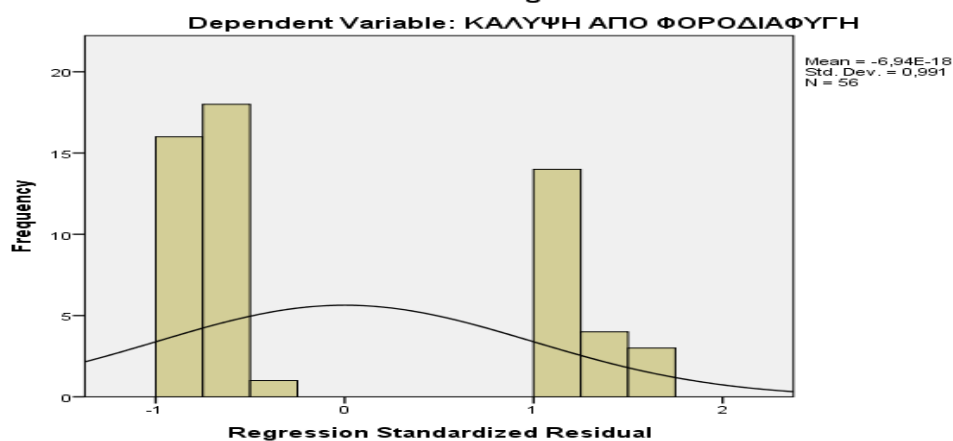
a. Dependent Variable: ΚΑΛΥΨΗ ΑΠΟ ΦΟΡΟΔΙΑΦΥΓΗ

Residuals Statistics^a

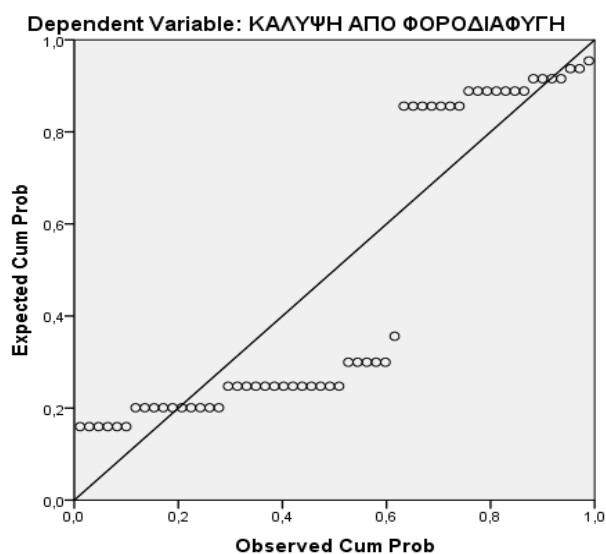
	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Predicted Value	,18	,48	,38	,083	56
Residual	-,484	,821	,000	,481	56
Std. Predicted Value	-2,352	1,307	,000	1,000	56
Std. Residual	-,996	1,689	,000	,991	56

a. Dependent Variable: ΚΑΛΥΨΗ ΑΠΟ ΦΟΡΟΔΙΑΦΥΓΗ

Histogram



Normal P-P Plot of Regression Standardized Residual



Ο πίνακας *Variables Entered / Removed* παρουσιάζει τις μεταβλητές της ανάλυσης, δηλαδή σε αυτήν την περίπτωση την ανεξάρτητη μεταβλητή του φόβου απώλειας της εργασίας ένεκα της οικονομικής κρίσης και την εξαρτημένη μεταβλητή της υπερκόλυψης των τρεχουσών αναγκών χρηματοδότησης της χώρας από τη φοροδιαφυγή των προηγούμενων ετών. Επίσης παρουσιάζει και τη μέθοδο με την οποία προστέθηκε η προβλεπτική (ανεξάρτητη) μεταβλητή στο μοντέλο (enter).

Ο πίνακας *Model Summary* παρουσιάζει το R (0,170), το οποίο είναι ο δείκτης συσχέτισης μεταξύ των δύο μεταβλητών, το συντελεστή προσδιορισμού R² (0,029) και το συντελεστή Adjusted R² (0,011), ο οποίος δηλώνει ότι η ανεξάρτητη μεταβλητή είναι υπεύθυνη για το 1% περίπου της μεταβολής των τιμών της εξαρτημένης μεταβλητής. Με ακόμη πιο απλά λόγια, αν τα άτομα φοβούνται την απώλεια της εργασίας τους, τότε μπορούμε να κατανοήσουμε κατά 1% περίπου την άποψη της υπερκόλυψης των τρεχουσών αναγκών χρηματοδότησης της χώρας από τη φοροδιαφυγή των προηγούμενων ετών.

Ο πίνακας *ANOVA*, η στατιστική σημαντικότητα του λόγου F (0,210) ($p < 0,001$). Αυτό το τεστ αξιολογεί την υπόθεση ότι η πρόβλεψη είναι σημαντική ή τυχαία. Στην περίπτωσή μας, $0,210 > 0,001$ και επομένως δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση / πρόβλεψη της εξαρτημένης από την ανεξάρτητη μεταβλητή.

Τέλος, στον πίνακα *Coefficients* παρουσιάζονται τα εξής: το σύμβολο B (0,76) είναι η κλίση. Η κλίση της γραμμής παλινδρόμησης ονομάζεται μη κανονικοποιημένος συντελεστής παλινδρόμησης. Στατιστικά σημαντική κλίση σημαίνει και σημαντική πρόβλεψη. Έτσι, $0,76 > 0,001$ και επομένως δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική κλίση πράγμα που σημαίνει ότι δεν υπάρχει και σημαντική πρόβλεψη.

Descriptive Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
ΦΟΡΟΔΙΑΦΥΓΗ	,84	,371	56
ΦΥΛΟ	,61	,493	56

Correlations

		ΦΟΡΟΔΙΑΦΥΓΗ	ΦΥΛΟ
Pearson Correlation	ΦΟΡΟΔΙΑΦΥΓΗ	1,000	,146
	ΦΥΛΟ	,146	1,000
Sig. (1-tailed)	ΦΟΡΟΔΙΑΦΥΓΗ	.	,142
	ΦΥΛΟ	,142	.
N	ΦΟΡΟΔΙΑΦΥΓΗ	56	56
	ΦΥΛΟ	56	56

Variables Entered / Removed^a

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	ΦΥΛΟ ^b	.	Enter

a. Dependent Variable: ΦΟΡΟΔΙΑΦΥΓΗ

b. All requested variables entered.

Model Summary^b

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	,146 ^a	,021	,003	,370	,021	1,172	1	54	,284

a. Predictors: (Constant), ΦΥΛΟ

b. Dependent Variable: ΦΟΡΟΔΙΑΦΥΓΗ

ANOVA^a

Model	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1 Regression	,161	1	,161	1,172	,284 ^b
1 Residual	7,393	54	,137		
Total	7,554	55			

a. Dependent Variable: ΦΟΡΟΔΙΑΦΥΓΗ

b. Predictors: (Constant), ΦΥΛΟ

Coefficients^a

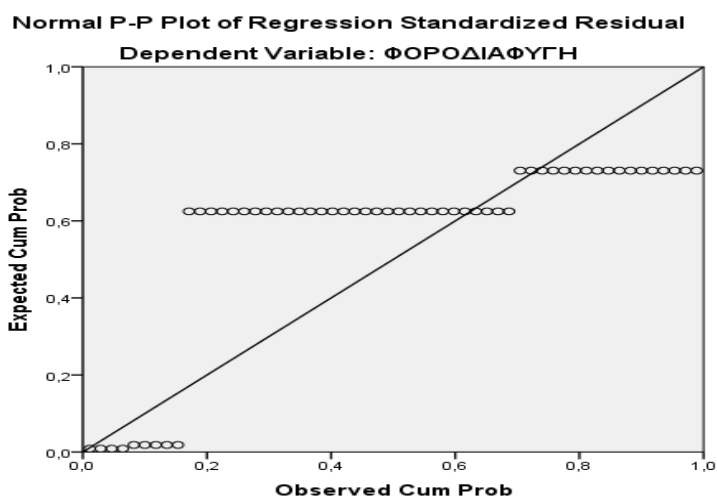
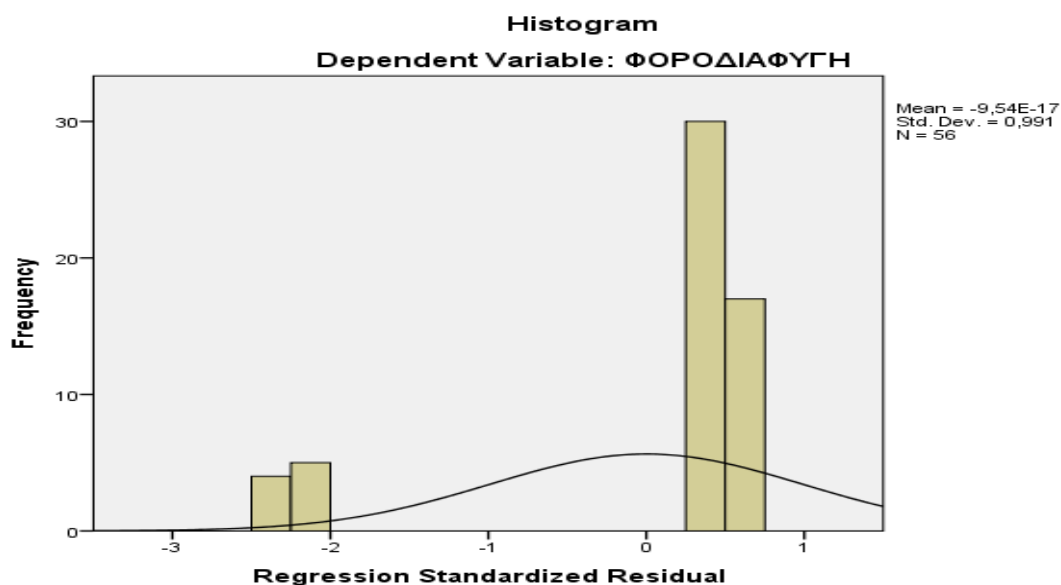
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	,773	,079		9,795	,000
	ΦΥΛΟ	,110	,101	,146	1,083	,284

a. Dependent Variable: ΦΟΡΟΔΙΑΦΥΓΗ

Residuals Statistics^a

	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Predicted Value	,77	,88	,84	,054	56
Residual	-,882	,227	,000	,367	56
Std. Predicted Value	-1,232	,797	,000	1,000	56
Std. Residual	-2,385	,614	,000	,991	56

a. Dependent Variable: ΦΟΡΟΔΙΑΦΥΓΗ



Ο πίνακας *Variables Entered / Removed* παρουσιάζει τις μεταβλητές της ανάλυσης, δηλαδή σε αυτήν την περίπτωση την ανεξάρτητη μεταβλητή του φύλου και την εξαρτημένη μεταβλητή της παρελθούσας φοροδιαφυγής. Επίσης παρουσιάζει και τη μέθοδο με την οποία προστέθηκε η προβλεπτική (ανεξάρτητη) μεταβλητή στο μοντέλο (enter).

Ο πίνακας *Model Summary* παρουσιάζει το R (0,146), το οποίο είναι ο δείκτης συσχέτισης μεταξύ των δύο μεταβλητών, το συντελεστή προσδιορισμού R^2 (0,021) και το συντελεστή Adjusted R^2 (0,003), ο οποίος δηλώνει ότι η ανεξάρτητη μεταβλητή είναι υπεύθυνη για το 3% περίπου της μεταβολής των τιμών της εξαρτημένης μεταβλητής. Με πιο απλά λόγια, το φύλο θα μπορούσε να σχετιστεί κατά 3% περίπου με την πρακτική της φοροδιαφυγής.

Ο πίνακας *ANOVA*, η στατιστική σημαντικότητα του λόγου F (0,284) ($p < 0,001$). Αυτό το τεστ αξιολογεί την υπόθεση ότι η πρόβλεψη είναι σημαντική ή τυχαία. Στην περίπτωσή μας, $0,284 > 0,001$ και επομένως δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση / πρόβλεψη της εξαρτημένης από την ανεξάρτητη μεταβλητή.

Τέλος, στον πίνακα *Coefficients* παρουσιάζονται τα εξής: το σύμβολο B (0,110) είναι η κλίση. Η κλίση της γραμμής παλινδρόμησης ονομάζεται μη κανονικοποιημένος συντελεστής παλινδρόμησης. Στατιστικά σημαντική κλίση σημαίνει και σημαντική πρόβλεψη. Έτσι, $0,110 > 0,001$ και επομένως δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική κλίση πράγμα που σημαίνει ότι δεν υπάρχει και σημαντική πρόβλεψη.

Variables Entered/Removed^a

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	ΚΥΡΙΑΡΧΟΣ ^b	.	Enter

a. Dependent Variable: ΦΟΡΟΔΙΑΦΥΓΗ

b. All requested variables entered.

Model Summary^b

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	,049 ^a	,002	-,016	,376	,002	,128	1	53	,722

a. Predictors: (Constant), ΚΥΡΙΑΡΧΟΣ (ΚΑΤΑΝΑΛΩΤΙΣΜΟΣ)

b. Dependent Variable: ΦΟΡΟΔΙΑΦΥΓΗ

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	,018	1	,018	,128	,722 ^b
	Residual	7,509	53	,142		
	Total	7,527	54			

a. Dependent Variable: ΦΟΡΟΔΙΑΦΥΓΗ

b. Predictors: (Constant), ΚΥΡΙΑΡΧΟΣ

Coefficients^a

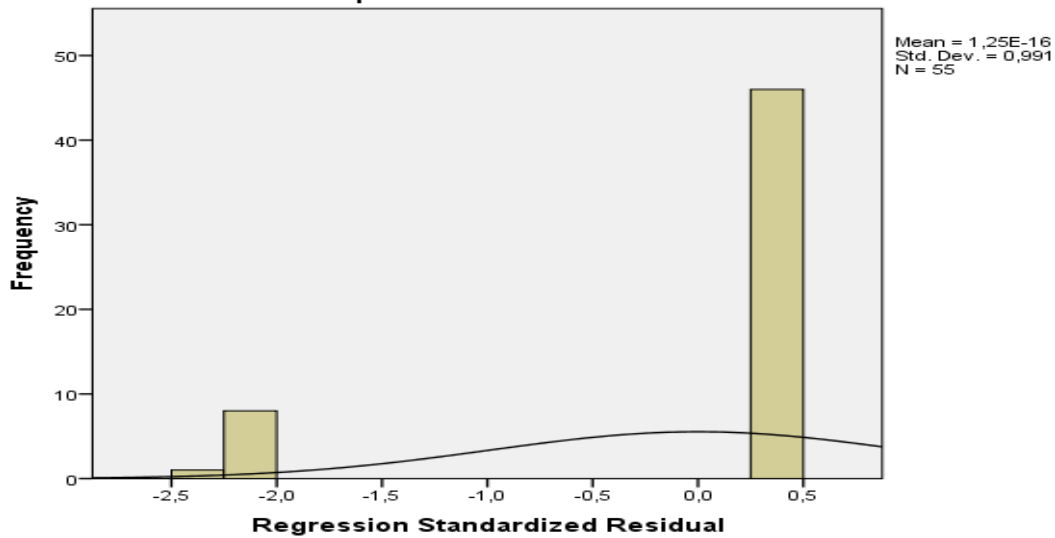
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	,816	,076		10,674	,000
	KYPIAPXOS	,018	,052	,049	,357	,722

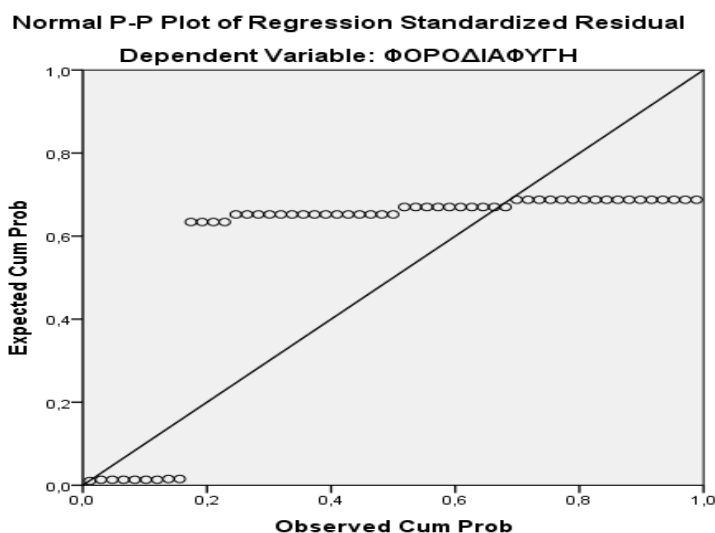
a. Dependent Variable: ΦΟΡΟΔΙΑΦΥΓΗ

Residuals Statistics^a

	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Predicted Value	,82	,87	,84	,018	55
Residual	-,871	,184	,000	,373	55
Std. Predicted Value	-1,116	1,902	,000	1,000	55
Std. Residual	-2,314	,489	,000	,991	55

a. Dependent Variable: ΦΟΡΟΔΙΑΦΥΓΗ

Histogram**Dependent Variable: ΦΟΡΟΔΙΑΦΥΓΗ**



Ο πίνακας *Variables Entered / Removed* παρουσιάζει τις μεταβλητές της ανάλυσης, δηλαδή σε αυτήν την περίπτωση την ανεξάρτητη μεταβλητή του κυρίαρχου ρόλου του καταναλωτισμού και την εξαρτημένη μεταβλητή της παρελθούσας φοροδιαφυγής. Επίσης παρουσιάζει και τη μέθοδο με την οποία προστέθηκε η προβλεπτική (ανεξάρτητη) μεταβλητή στο μοντέλο (enter).

Ο πίνακας *Model Summary* παρουσιάζει το R (0,049), το οποίο είναι ο δείκτης συσχέτισης μεταξύ των δύο μεταβλητών, το συντελεστή προσδιορισμού R^2 (0,002) και το συντελεστή Adjusted R^2 (-0,016), ο οποίος δηλώνει ότι η ανεξάρτητη μεταβλητή είναι υπεύθυνη για το 2% περίπου της μεταβολής των τιμών της εξαρτημένης μεταβλητής. Με πιο απλά λόγια, ο κυρίαρχος ρόλος του καταναλωτισμού στα πλαίσια ενός μοντέλου ανάπτυξης θα μπορούσε να σχετιστεί κατά 2% περίπου με την πρακτική της φοροδιαφυγής.

Ο πίνακας *ANOVA*, η στατιστική σημαντικότητα του λόγου F (0,128) ($p < 0,001$). Αυτό το τεστ αξιολογεί την υπόθεση ότι η πρόβλεψη είναι σημαντική ή τυχαία. Στην περίπτωσή μας, $0,128 > 0,001$ και επομένως δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση / πρόβλεψη της εξαρτημένης από την ανεξάρτητη μεταβλητή.

Τέλος, στον πίνακα *Coefficients* παρουσιάζονται τα εξής: το σύμβολο B (0,018) είναι η κλίση. Η κλίση της γραμμής παλινδρόμησης ονομάζεται μη κανονικοποιημένος συντελεστής παλινδρόμησης. Στατιστικά σημαντική κλίση σημαίνει και σημαντική πρόβλεψη. Έτσι, $0,018 > 0,001$ και επομένως δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική κλίση πράγμα που σημαίνει ότι δεν υπάρχει και σημαντική πρόβλεψη.

Variables Entered/Removed^a

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	EYΘYNH ^b	.	Enter

a. Dependent Variable: ΙΔΙΑ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

b. All requested variables entered.

Model Summary^b

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	,428 ^a	,183	,167	,292	,183	11,429	1	51	,001

a. Predictors: (Constant), EYΘYNH (ΔΙΑΦΘΟΡΑ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΝ)

b. Dependent Variable: ΙΔΙΑ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ (ΕΛΕΥΘΕΡΗ ΑΓΟΡΑ - ΜΕΙΩΜΕΝΕΣ ΤΙΜΕΣ)

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	,974	1	,974	11,429	,001 ^b
	Residual	4,347	51	,085		
	Total	5,321	52			

a. Dependent Variable: ΙΔΙΑ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

b. Predictors: (Constant), EYΘYNH (ΔΙΑΦΘΟΡΑ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΝ)

Coefficients^a

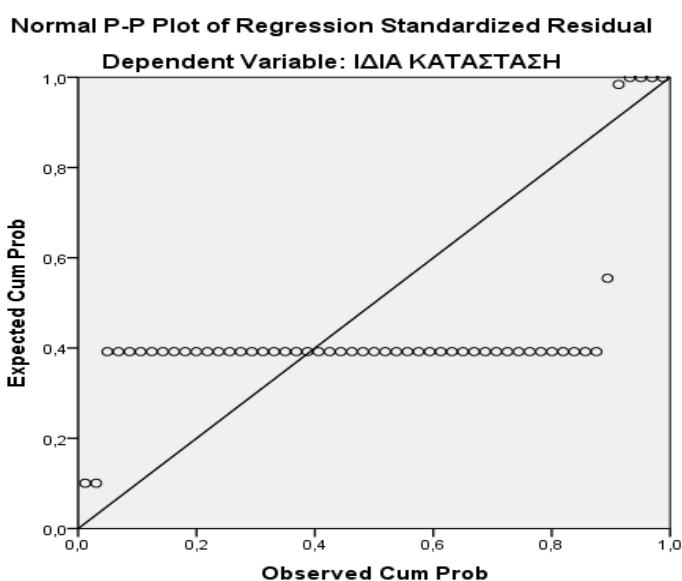
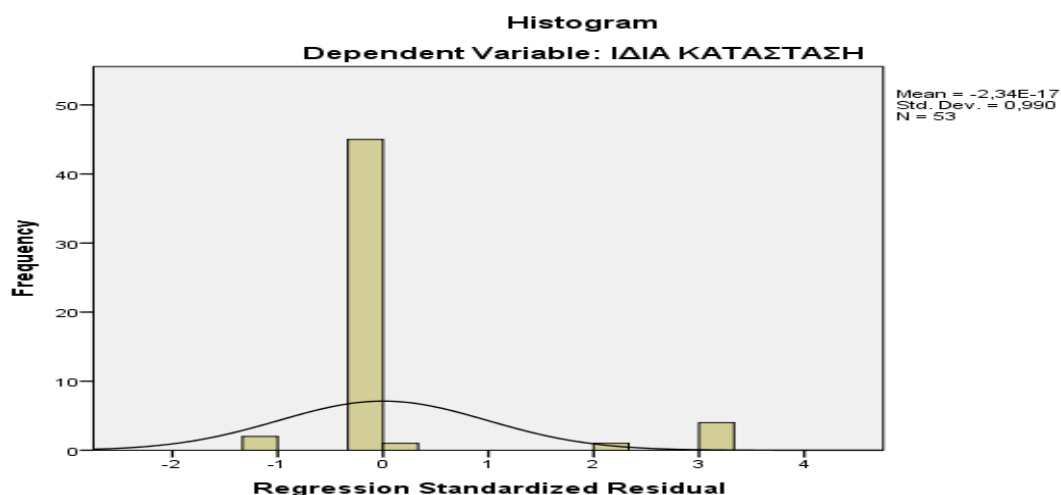
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	1,253	,340		3,690	,001
	EYΘYNH	-,293	,087	-,428	-3,381	,001

a. Dependent Variable: ΙΔΙΑ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Residuals Statistics^a

	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Predicted Value	,08	,96	,11	,137	53
Residual	-,373	,920	,000	,289	53
Std. Predicted Value	-,243	6,187	,000	1,000	53
Std. Residual	-1,279	3,151	,000	,990	53

a. Dependent Variable: ΙΔΙΑ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ



Ο πίνακας *Variables Entered / Removed* παρουσιάζει τις μεταβλητές της ανάλυσης, δηλαδή σε αυτήν την περίπτωση την ανεξάρτητη μεταβλητή της ευθύνης της διαφθοράς των κυβερνήσεων και την εξαρτημένη μεταβλητή των ελεύθερων αγορών με μειωμένες για τον καταναλωτή τιμές. Επίσης παρουσιάζει και τη μέθοδο με την οποία προστέθηκε η προβλεπτική (ανεξάρτητη) μεταβλητή στο μοντέλο (enter).

Ο πίνακας *Model Summary* παρουσιάζει το R (0,428), το οποίο είναι ο δείκτης συσχέτισης μεταξύ των δύο μεταβλητών, το συντελεστή προσδιορισμού R^2 (0,183) και το συντελεστή Adjusted R^2 (0,167), ο οποίος δηλώνει ότι η ανεξάρτητη μεταβλητή είναι υπεύθυνη για το 16,7% περίπου της μεταβολής των τιμών της εξαρτημένης μεταβλητής. Με πιο απλά λόγια, η διαφθορά των κυβερνήσεων θα μπορούσε να επηρεάσει κατά 16,7% περίπου τις ελεύθερες αγορές.

Ο πίνακας ANOVA, η στατιστική σημαντικότητα του λόγου F (0,001) ($p < 0,001$). Αυτό το τεστ αξιολογεί την υπόθεση ότι η πρόβλεψη είναι σημαντική ή τυχαία. Στην περίπτωσή μας, $0,001 = 0,001$ και επομένως υπάρχει οριακά στατιστικά σημαντική συσχέτιση / πρόβλεψη της εξαρτημένης από την ανεξάρτητη μεταβλητή.

Τέλος, στον πίνακα *Coefficients* παρουσιάζονται τα εξής: το σύμβολο B (-0,293) είναι η κλίση. Η κλίση της γραμμής παλινδρόμησης ονομάζεται μη κανονικοποιημένος συντελεστής παλινδρόμησης. Στατιστικά σημαντική κλίση σημαίνει και σημαντική πρόβλεψη. Έτσι, $| -0,293 | > 0,001$ και επομένως δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική κλίση πράγμα που σημαίνει ότι δεν υπάρχει και σημαντική πρόβλεψη.

Variables Entered/Removed^a

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ^b	.	Enter

a. Dependent Variable: ΑΠΕΥΘΕΙΑΣ

b. All requested variables entered.

Model Summary^b

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	,407 ^a	,166	,150	,393	,166	10,732	1	54	,002

a. Predictors: (Constant), ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ

b. Dependent Variable: ΑΠΕΥΘΕΙΑΣ

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	1,655	1	1,655	10,732	,002 ^b
	Residual	8,327	54	,154		
	Total	9,982	55			

a. Dependent Variable: ΑΠΕΥΘΕΙΑΣ

b. Predictors: (Constant), ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ (ΦΟΒΟΣ ΑΠΩΛΕΙΑΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ)

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	,640	,135		4,736	,000
	ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ	-,159	,048	-,407	-3,276	,002

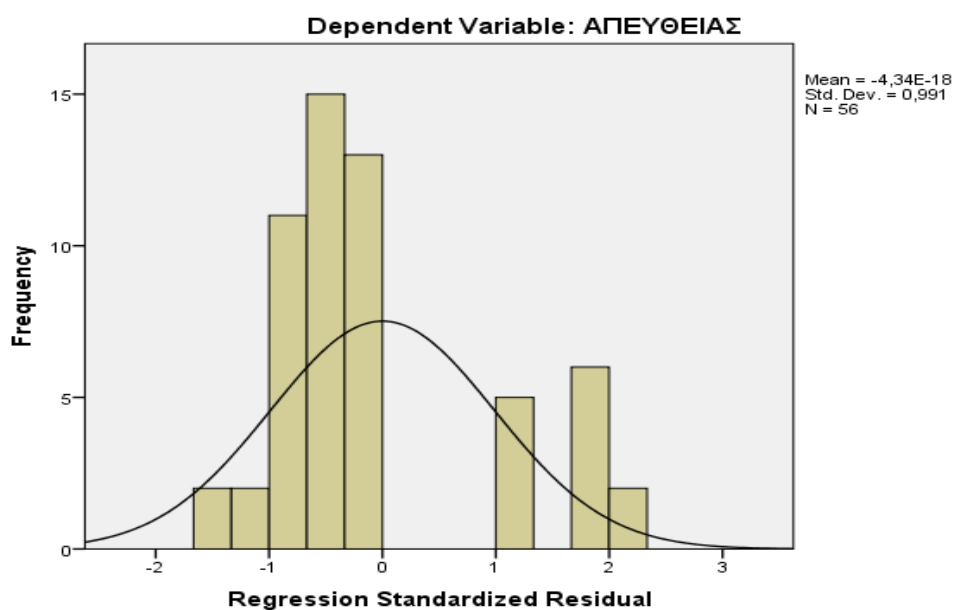
a. Dependent Variable: ΑΠΕΥΘΕΙΑΣ

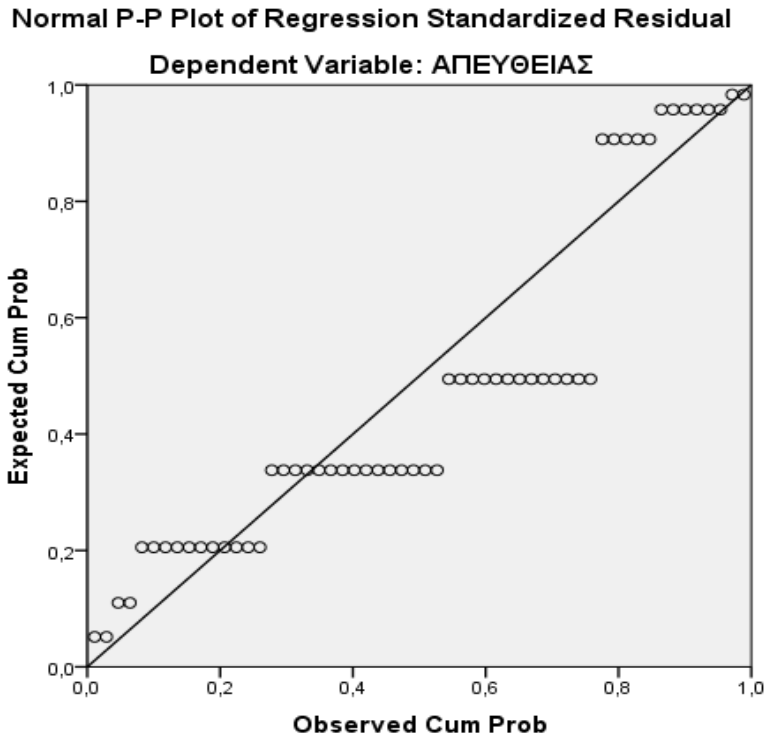
Residuals Statistics^a

	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Predicted Value	,01	,64	,23	,173	56
Residual	-,640	,836	,000	,389	56
Std. Predicted Value	-1,307	2,352	,000	1,000	56
Std. Residual	-1,630	2,129	,000	,991	56

a. Dependent Variable: ΑΠΕΥΘΕΙΑΣ

Histogram





Ο πίνακας *Variables Entered / Removed* παρουσιάζει τις μεταβλητές της ανάλυσης, δηλαδή σε αυτήν την περίπτωση την ανεξάρτητη μεταβλητή του φόβου απώλειας της εργασίας εξαιτίας της οικονομικής κρίσης και την εξαρτημένη μεταβλητή της άμεσης συνεισφοράς σε ένα δημόσιο αγαθό παρά να πληρώνουν φόρους στην κεντρική διοίκηση. Επίσης παρουσιάζει και τη μέθοδο με την οποία προστέθηκε η προβλεπτική (ανεξάρτητη) μεταβλητή στο μοντέλο (enter).

Ο πίνακας *Model Summary* παρουσιάζει το R (0,407), το οποίο είναι ο δείκτης συσχέτισης μεταξύ των δύο μεταβλητών, το συντελεστή προσδιορισμού R^2 (0,166) και το συντελεστή Adjusted R^2 (0,150), ο οποίος δηλώνει ότι η ανεξάρτητη μεταβλητή είναι υπεύθυνη για το 15% περίπου της μεταβολής των τιμών της εξαρτημένης μεταβλητής. Με πιο απλά λόγια, ο φόβος απώλειας της εργασίας θα μπορούσε να σχετιστεί κατά 15% περίπου με την άμεση συνεισφορά σε ένα δημόσιο αγαθό παρά να πληρώνουν φόρους στην κεντρική διοίκηση, έτσι ώστε τα υποκείμενα να γνωρίζουν που πηγαίνουν τα χρήματά τους.

Ο πίνακας *ANOVA*, η στατιστική σημαντικότητα του λόγου F (0,002) ($p < 0,001$). Αυτό το τεστ αξιολογεί την υπόθεση ότι η πρόβλεψη είναι σημαντική ή τυχαία. Στην περίπτωσή μας, $0,002 > 0,001$ και επομένως δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση / πρόβλεψη της εξαρτημένης από την ανεξάρτητη μεταβλητή.

Τέλος, στον πίνακα *Coefficients* παρουσιάζονται τα εξής: το σύμβολο B (-0,159) είναι η κλίση. Η κλίση της γραμμής παλινδρόμησης ονομάζεται μη κανονικοποιημένος συντελεστής παλινδρόμησης. Στατιστικά σημαντική κλίση σημαίνει και σημαντική πρόβλεψη. Έτσι, $| -0,159 | > 0,001$ και επομένως δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική κλίση πράγμα που σημαίνει ότι δεν υπάρχει και σημαντική πρόβλεψη.

8. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στη μελέτη μας συγκεκριμένα φάνηκε ότι ως προς το φύλο, το δείγμα 57 ατόμων αποτελείται από 23 (40,4%) άντρες και 34 (59,6%) γυναίκες, με το υψηλότερο ποσοστό του δείγματός μας (29,8%) να έχουν μηνιαίο ατομικό εισόδημα 1000 – 1500 ευρώ. Ως προς τη φοροδιαφυγή 47 άτομα (82,5%) δήλωσαν ότι δεν έχουν φοροδιαφύγει κατά το παρελθόν, ενώ 33 υποκείμενα (57,9%) συμφωνούν με την ιδέα ότι τα δημόσια αγαθά πρέπει να παρέχονται δωρεάν. Ακόμη, 20 άτομα (35,1%) δεν πιστεύουν ότι μπορεί κάποιος συγκεκριμένα να βοηθήσει στο ξεπέραςμα της κρίσης, ενώ τέλος, η ικανοποίηση που παίρνουν οι ερωτηθέντες από την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας δεν είναι ξεκάθαρη, αφού 16 άτομα του δείγματος (28,1%) δηλώνουν ικανοποίηση και ακριβώς ο ίδιος αριθμός ατόμων δεν είναι τόσο ικανοποιημένα.

Επιπρόσθετα, βρέθηκε πως η ελπίδα για το ποιος θα βοηθήσει στο ξεπέραςμα της κρίσης είναι ανεξάρτητη από το φύλο, ενώ φαίνεται να υπάρχει σημαντική σχέση ανάμεσα στο ατομικό μηνιαίο εισόδημα και το φύλο. Ακόμη, η προτίμηση να συνεισφέρουν απευθείας σε ένα δημόσιο αγαθό, παρά να πληρώνουν φόρους απευθείας στην κεντρική διοίκηση δεν επηρεάζεται από το φύλο τους. Από τις απαντήσεις που δόθηκαν προκύπτει ότι η φοροδιαφυγή στο παρελθόν δεν εξαρτιόνταν από το εισόδημα, αλλά και η άποψη πως η κρατική σπατάλη είναι πιο ζημιογόνα από την φοροδιαφυγή επίσης δεν εξαρτάται από το εισόδημα τους. Η γνώση των ερωτηθέντων γύρω από το γεγονός ότι το μέγεθος της φοροδιαφυγής των προηγούμενων ετών υπερκάλυπτε τις σημερινές τρέχουσες ανάγκες χρηματοδότησης της χώρας, συσχετιζόνταν με το φόβο τους σχετικά με την πιθανή απώλεια της εργασίας τους. Επίσης υπάρχει σημαντική σχέση ανάμεσα στο φόβο των συμμετεχόντων σχετικά με την απώλεια της εργασίας τους εξαιτίας της οικονομικής κρίσης και του μηνιαίου εισοδήματός τους.

Επιπλέον, οι περικοπές των εξόδων που έχουν κάνει εξαιτίας της κρίσης εξαρτάται από την ιδιότητά τους και την φύση της εργασίας τους. Υπάρχει σημαντική σχέση ανάμεσα στο φόβο απώλειας της εργασίας τους και την προτίμησή τους να πληρώνουν φόρους απευθείας σε δημόσια αγαθά παρά στην κεντρική διοίκηση, ίσως επειδή έτσι δημιουργείται μια αίσθηση ασφάλειας και σιγουριάς πως τα χρήματα θα πάνε εκεί που πρέπει. Η γνώση ότι το μέγεθος της φοροδιαφυγής των προηγούμενων ετών υπερκαλύπτει τις τρέχουσες ανάγκες χρηματοδότησης της χώρας δεν συσχετιζόνταν με αυτούς στους οποίους εναποθέτουν τις ελπίδες τους για το ξεπέραςμα της κρίσης. Υπάρχει σημαντική σχέση ανάμεσα στη φοροδιαφυγή και τον ρόλο του καταναλωτισμού, με την μορφή ότι κάποιος ουσιαστικά φοροδιαφεύγει για να έχει περισσότερα χρήματα να καταναλώσει. Τέλος, φαίνεται να υπάρχει σημαντική σχέση ανάμεσα στην πίστη τους ότι η διαφθορά των κυβερνήσεων και οι περιορισμοί που αυτή δημιουργεί στην διάρθρωση των αγορών, εμποδίζει την μεταβολή της κατάστασης σε ελεύθερες αγορές με μειωμένες τιμές για τον καταναλωτή.

Συγκεντρωτικά, από την ανάλυση των αποτελεσμάτων προκύπτει ότι έχουν μάλλον μειωμένη αξιοπιστία και αυτό μπορεί να αιτιολογηθεί εξαιτίας του μικρού μεγέθους του δείγματος, αλλά και του τρόπου επιλογής του.

Από την άλλη, πέρα από τα δεδομένα που προέκυψαν, είναι αναμφισβήτητο ότι η ανάγκη ορθής κατανομής των περιορισμένων οικονομικών πόρων γίνεται ακόμη πιο επιτακτική σε περιόδους οικονομικής ύφεσης. Η επένδυση στην υγεία έρχεται αντιμέτωπη με τομείς, όπως είναι η εκπαίδευση και η κλιματική αλλαγή. Ωστόσο, αυτό δεν σημαίνει ότι οι συγκεκριμένοι τομείς είναι ανταγωνιστικοί μεταξύ τους, αντίθετα, η παιδεία και το περιβάλλον είναι δύο σημαντικοί προσδιοριστές για την υγεία και η ενίσχυση και η στήριξή τους ωφελεί και τον τομέα της υγείας. Η επιβράδυνση του ρυθμού βελτίωσης των δεικτών υγείας του πληθυσμού δίνει για μία ακόμη φορά έμφαση στην ανάγκη ανάδειξης των κοινωνικών προσδιοριστών της υγείας (εισόδημα, εκπαίδευση, απασχόληση) ως σημαντικών συνιστωσών στη διαμόρφωση του επιπέδου υγείας, αναδεικνύοντας παράλληλα και το σημαντικό ρόλο της δημόσιας υγείας στην υγειονομική πολιτική. Το δίλημμα παγκοσμιοποίηση ή προστατευτισμός επανέρχεται, αλλά και η υπέρβασή του είναι κρίσιμη και επίκαιρη με την αναζήτηση ενός οδικού χάρτη για μια νέα παγκόσμια οικονομική τάξη, στον πυρήνα της οποίας ανευρίσκονται η κοινωνική δικαιοσύνη και η οικολογική ισορροπία.

Στην πραγματικότητα, μια σοβαρή οικονομική κρίση, όπως η παρούσα, έχει σημαντικές αλλά όχι εντελώς διευκρινισμένες επιπτώσεις στην υγεία, σε αντίθεση με τις κυκλικές οικονομικές κρίσεις στη διάρκεια του επιχειρηματικού κύκλου. Η οικονομική ύφεση δεν πρέπει να αντιμετωπίζεται μόνον ως απειλή αλλά και ως μια ευκαιρία αναδιάρθρωσης και εξέλιξης των οικονομικών, των κοινωνικών και των υγειονομικών συστημάτων. Η εξασφάλιση των πόρων για τη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας, η εύρεση εναλλακτικών πηγών χρηματοδότησης της υγείας ως αντίδοτο στα μειωμένα έσοδα από τη φορολογία, η βελτίωση της απόδοσης του συστήματος υγείας, καθώς και η στήριξη των δικτύων κοινωνικής προστασίας, θα πρέπει να περιληφθούν στην ατζέντα των κυβερνήσεων.

Η κρίση ξεκίνησε από τις οικονομικά αναπτυγμένες χώρες με υψηλά επίπεδα εισοδήματος, αλλά δεν περιορίστηκε σε αυτές. Η μοναδική επιλογή που φαίνεται να αφήνει δεν είναι άλλη παρά η περικοπή όλων των εξόδων και από αυτή τη λαίλαπα δεν φαίνεται να μπορεί να ξεφύγει και ο ευαίσθητος τομέας της υγείας. Η ανεργία, η εργασιακή ανασφάλεια και η τεράστια μείωση των μισθών έχουν σημαντικές επιπτώσεις στην υγεία (WHO, 2008). Στις πλούσιες χώρες οι άνεργοι προστατεύονται από τις δομές κοινωνικής μέριμνας, όχι όμως και στις αναπτυσσόμενες. Οι άνθρωποι αναζητούν οποιαδήποτε εργασία, ανεξαρτήτως των εργασιακών συνθηκών ή της αμοιβής. Και επίσης, δεν πρέπει να παραβλέπουμε και τους ανθρώπους που ενώ εργάζονται, δεν

πληρώνονται με αποτέλεσμα να υποφέρουν ψυχικά και σωματικά τόσο οι ίδιοι όσο και οι οικογένειές τους.

Η πολιτική υγείας στην Ευρώπη βρίσκεται σε ένα κρίσιμο σταυροδρόμι. Μακροχρόνια προβλήματα, όπως συνεχιζόμενες κοινωνικές ανισότητες, γεωγραφικές διαφορές, η γήρανση του πληθυσμού επιδεινώνονται από τις νέες, παγκόσμιες απειλές, όπως η πανδημία της γρίπης και η οικονομική κρίση στις αγορές του κόσμου. Βασικά εμπόδια για τη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού στην Ευρώπη, προέκυψαν από τις αποτυχίες να ξεπεράσει τα πολιτικά και οικονομικά ζητήματα, συμπεριλαμβανομένων εκείνων που διαμορφώνουν την υγειονομική περίθαλψη, όπως της χρηματοδότησης και των συστημάτων διανομής.

Πώς μπορεί, ωστόσο, ο χώρος της δημόσιας υγείας ανταποκριθεί σε αυτές τις προκλήσεις; Σημαντικό είναι να προσδιοριστούν επακριβώς τόσο οι πολιτικές και οι μηχανισμοί όσο και να μελετηθούν οι διαδικασίες εκείνες που καθορίζουν βασικές πολιτικές δημόσιας υγείας. Σκόπιμη θα ήταν μια αξιολόγηση σε κάθε βαθμίδα, η αξιολόγηση του τρόπου με τον οποίο ελήφθησαν οι αποφάσεις και με βάση ποιων στοιχείων (ή έλλειψη αυτών), καθώς και όσων συμμετείχαν στη διαδικασία λήψης αποφάσεων προκειμένου να εξυπηρετηθεί κατά τον καλύτερο δυνατό τρόπο η υγεία του πληθυσμού (Stuckler, 2011).

Οι αγορές, αν και δύσκολο, θα πρέπει να ρυθμιστούν, ώστε να παραδώσουν παγκοσμίως δημόσια αγαθά, ενώ η προστασία του περιβάλλοντος πρέπει να θεωρείται δεδομένη, καθώς είναι εμφανές ότι δεν υπάρχει η πολυτέλεια επιστροφής στην κατάσταση που ίσχυε πριν από την κρίση. Υπάρχουν τρία αλληλένδετα προβλήματα που χρειάζονται λύσεις: οι αυξανόμενες ανισότητες στο εσωτερικό πολλών χωρών, οι παγκόσμιες ανισότητες ως προς τις κοινωνικές συνθήκες και την υγεία, καθώς και το επείγον πρόβλημα της περιβαλλοντικής υποβάθμισης.

Η μεγάλη οικονομική κρίση αντιπροσωπεύει μια μεγάλη πρόκληση για την κοινωνία. Αποτελεί μια δοκιμασία για το πολιτικό και κοινωνικό σύστημα και απαιτεί από την κοινωνία να δείξει και να αναπτύξει την ικανότητά της για προσαρμογή και ανανέωση. Αποφεύγοντας τη ψυχιατροποίηση των κοινωνικών προβλημάτων, είναι σημαντικό να μη παραγνωρίζονται οι επιπτώσεις των κοινωνικών φαινομένων στη ψυχική υγεία του ατόμου. Ως εκ τούτου, κρίνεται σημαντικό να σχεδιαστούν εκείνες οι παρεμβάσεις που θα βοηθήσουν στην καλύτερη αντιμετώπιση της κρίσης σε ατομικό και συλλογικό επίπεδο. Η πρωτογενής παρέμβαση χρειάζεται να εμπεριέχει τη δημιουργία κρατικών επιδοτούμενων προγραμμάτων επαγγελματικής επανεκπαίδευσης με σκοπό την επανένταξη των ανέργων στην αγορά εργασίας, καθώς επίσης και προγράμματα ανάπτυξης δεξιοτήτων για μεγαλύτερη δυνατότητα επαγγελματικής ευελιξίας.

Επιπλέον, οι ήπιες πολιτικές για τη σταδιακή αλλαγή του πλαισίου της αγοράς εργασίας, όπως μετακινήσεις θέσεων, μείωση ωρών εργασίας, άδειες με μειωμένες αποδοχές, θα βοηθήσουν

δίνοντας τον απαιτούμενο χρόνο και τη στήριξη για τη δύσκολη προσαρμογή. Η δευτερογενής παρέμβαση χρειάζεται να αφορά την προαγωγή διαχείρισης του στρες και των ψυχοπαιστικών καταστάσεων που βιώνει το άτομο, μέσω συμβουλευτικών προγραμμάτων οικονομικής διαχείρισης, ψυχολογικής υποστήριξης και επαγγελματικού προσανατολισμού. Κλειδί στο επίπεδο της δευτερογενούς πρόληψης αποτελεί η ενίσχυση του συστήματος υγείας για την έγκαιρη αντιμετώπιση των ψυχιατρικών διαταραχών στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.

Η προστασία επίσης των ατόμων που βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο κρίνεται σκόπιμο να βρίσκεται στο κέντρο της κινητοποίησης, ενεργοποιώντας τη δράση όλων των κοινωνικών δικτύων ασφαλείας (αθλητικοί όμιλοι, εμπορικές ενώσεις, φιλανθρωπικές οργανώσεις, εκκλησία, οικογένεια, φίλοι) για την υποστήριξη των ατόμων αυτών. Ιδιαίτερως κρίσιμη κρίνεται και η διατήρηση της κοινωνικής συνοχής, μέσω και της κοινωνικής προστασίας των ευπαθών ομάδων.

Η τριτογενής παρέμβαση χρειάζεται να εστιαστεί στην αποκατάσταση της υγείας των πληγέντων, αλλά και στην οικονομική ενίσχυση αυτών, διασφαλίζοντας τις ελάχιστες ικανές συνθήκες διαβίωσης. Τα επιδόματα ανεργίας, αλλά και τα ενεργά προγράμματα στήριξης της αγοράς εργασίας μπορούν να αποδειχθούν ιδιαίτερα χρήσιμα εργαλεία για τη στήριξη και την επανένταξη των πληγέντων. Σε μελέτη της σχέσης μεταξύ των δημόσιων κοινωνικών δαπανών και των αυτοκτονιών στις 27 χώρες του Οργανισμού για την Οικονομική Συνεργασία και Ανάπτυξη (OECD) από το 1980 έως το 2003 βρέθηκε ότι κάθε αύξηση 10 δολαρίων ανά άτομο στις επενδύσεις για προγράμματα στήριξης της αγοράς εργασίας μειώνει την επίπτωση της ανεργίας στις αυτοκτονίες κατά 0,04%. Εμφανίζεται ότι τα προγράμματα κοινωνικής πρόνοιας μπορούν να αποτελέσουν ζωτικό παράγοντα για την πρόληψη των αυτοκτονιών και ειδικά σε χώρες που βιώνουν κοινωνικο-οικονομική κρίση (Park, 2009).

Ο τρόπος που οι παγκόσμιες εμπορικές συναλλαγές έχουν οργανωθεί έχει επηρεάσει αρνητικά τις φτωχές και ευάλωτες ομάδες πληθυσμού, αλλά η παγκόσμια ύφεση στο εμπόριο είχε καταστροφικές συνέπειες και για εκείνους που εξαρτώνται από το εμπόριο (ILO, 2009). Η λύση στα προβλήματα της αδικίας που προκαλούνται από τις εκάστοτε εμπορικές συμφωνίες δεν είναι ο προστατευτισμός, με την κάθε χώρα να ακολουθεί το δικό της δρόμο, αλλά μια σειρά από εμπορικές συμφωνίες, που λαμβάνουν υπόψη τα συμφέροντα όλων των χωρών. Ως σημείο εκκίνησης, οι G20 μοιάζει να είναι καλύτερη εκδοχή από τους G8 ως ένα παγκόσμιο φόρουμ, αν και αυτό εξακολουθεί να αφήνει εκτός περισσότερες από 170 χώρες που δεν εκπροσωπούνται. Η οικονομική κρίση μας δίνει την ευκαιρία να έρθει στο προσκήνιο η κοινωνική δικαιοσύνη και περιβαλλοντικές ανησυχίες, ώστε να τεθεί σε εφαρμογή μια νέα παγκόσμια οικονομική τάξη.

Σε ανακοινωθέν, που κυκλοφόρησε μετά τη συνάντηση στο Λονδίνο, οι G20, απεφάνθησαν ότι "μεγάλες αποτυχίες ως προς την εποπτεία του χρηματοπιστωτικού τομέα και των

χρηματοπιστωτικών ρυθμίσεων ήταν οι θεμελιώδεις αιτίες της κρίσης". Οι ηγέτες της G20 λένε ότι ξεκινούν από την πεποίθηση ότι το παγκόσμιο σχέδιο για την ανάκαμψη πρέπει να έχει στο επίκεντρό της, τις ανάγκες και τις θέσεις εργασίας των οικογενειών που εργάζονται σκληρά, στις αναπτυσσόμενες αγορές και τις φτωχότερες χώρες. Αν αυτό αληθεύει, αυτό είναι μια ριζική ρήξη με το παρελθόν, και θα αποτελέσει ένα βήμα προς τη νέα οικονομική τάξη, που είναι απαραίτητη για να επιτευχθεί η δίκαιη κατανομή της εξουσίας, χρήματος και πόρων (Marmot M., Bell R., 2009).

Τέλος, είναι σημαντικό οι στερήσεις να μην υποβάλλονται ανισομερώς στις διάφορες κοινωνικές τάξεις, αλλά αντιθέτως να αντιστοιχούν με τις οικονομικές δυνατότητες που κάθε τάξη διαθέτει. Όπου τούτο δεν είναι δυνατό, σημειώνει ο Φρόντ ήδη από τα 1930, θα κυριαρχήσει μέσα σε αυτόν τον πολιτισμό μία δυσaréσκεια, που μπορεί να οδηγήσει σε επικίνδυνες εξεγέρσεις. Αλλά, αν ένας πολιτισμός δεν έχει καταφέρει να μην αποτελεί η ικανοποίηση ενός μέρους των μελών του προϋπόθεση της καταπίεσης ενός άλλου, ίσως της πλειονότητας, και αυτό γίνεται σε όλους τους σημερινούς πολιτισμούς, τότε είναι ευνόητο ότι αυτοί οι καταπιεσμένοι θα αναπτύξουν έντονη εχθρότητα απέναντι στο πολιτισμό, τον οποίο στηρίζουν με την εργασία τους, αλλά έχουν ελάχιστο μερίδιο στην απόλαυση των αγαθών του.

Ειδικότερα, όσον αφορά στην Ελληνική πραγματικότητα γίνονται πια πασιφανή τα τεράστια και χρόνια προβλήματα που έχουν συσσωρευτεί και στον τομέα της υγείας, της ασφάλισης και της περίθαλψης των πολιτών της χώρας. Η υπεράσπιση της δημόσιας υγείας και η διεκδίκηση ενός ποιοτικού, καλά στελεχωμένου, δωρεάν και καθολικού συστήματος υγείας, προσβάσιμου σε γηγενείς και ιθαγενείς, ασφαλισμένους και ανασφάλιστους, ήταν εξ' ορισμού σε μια χώρα του Δυτικού Κόσμου – όπως είναι η Ελλάδα - αυτονόητη.

Σήμερα, όμως, περισσότερο από ποτέ – καθώς απέχουμε πολύ από τις παραπάνω παραδοχές- είναι αναγκαίο ένα ανθρώπινο, αποτελεσματικό και δίκαιο σύστημα υγείας. Για τον κάθε πολίτη καλείται να σταθεί ανάχωμα απέναντι στον κίνδυνο της αρρώστιας και την απειλή της προσωπικής ή οικογενειακής κατάρρευσης που μπορεί να προκληθεί από τη σοβαρή ασθένεια. Για την κοινωνία καλείται να αποτελέσει φραγμό στη διάλυση της κοινωνικής συνοχής που τροφοδοτείται από τις ανισότητες και το έλλειμμα αλληλεγγύης για τα μεγάλα συμβάντα της ζωής, όπως η αρρώστια και ο θάνατος.

Το ΕΣΥ διέρχεται σοβαρή κρίση – κρίση προσανατολισμού, κρίση αξιών, κρίση μοντέλου άσκησης της ιατρικής και παροχής της νοσηλευτικής φροντίδας, καθώς από την γέννησή του δεν ήταν ποτέ πλήρες, ποιοτικό και αποτελεσματικό. Παρά τα μεγάλα προβλήματα, το ΕΣΥ και το όλο πλέγμα των δημόσιων υπηρεσιών υγείας αποτελούν την μοναδική δομή αντίστοιχων υπηρεσιών, καθιστώντας στην παρούσα φάση την συζήτηση για σύσταση από του μηδενός οποιουδήποτε

άλλου μοντέλου, αν όχι αφελή και επικίνδυνη, τουλάχιστον ουτοπική. Η προάσπιση του απέναντι σε κάθε πολιτική υποβάθμισης ή συρρίκνωσης μπορεί όντως να γίνει όμως μόνο μέσα από βαθιές τομές και ριζική αναμόρφωση. Δυστυχώς, η έλλειψη επαρκούς σχεδιασμού, η τραγική υποχρηματοδότηση, η ασάφεια στον τρόπο ρύθμισης σημαντικών ζητημάτων και η ανυπαρξία προβλέψεων για την αλλαγή του μοντέλου άσκησης πρωτοβάθμιας ιατρικής υπονομεύουν αυτό το δυναμικά σημαντικό εγχείρημα.

Η πολιτική των κυβερνήσεων των τελευταίων ετών επικεντρώνεται μονοσήμαντα σε ασκήσεις «τυφλών» περικοπών, με οδηγό την πάταξη της σπατάλης που εκτροχίασε την λήψη αποφάσεων σε «τυφλές» και «οριζόντιες» περικοπές. Την ίδια ώρα που ζωτικές πλευρές του συστήματος υγείας χρειάζονται σημαντική ενίσχυση και γενναία χρηματοδότηση, η μείωση των δημόσιων δαπανών Υγείας πλησιάζει τα 5 δισ. ευρώ (2013 σε σχέση με 2009), με αποτέλεσμα να μην ξεπερνούν το 6% του ΑΕΠ, δηλαδή τα 13 δισ. ευρώ το 2010 ή τα 12 δισ. ευρώ το 2012 και κάτω από τα 11 δισ. ευρώ το 2013, όπως διαπιστώθηκε και κατά τις εργασίες του 8ου Πανελληνίου Συνεδρίου «Οικονομία και Υγεία σε κρίση: Αδιέξοδα και Υπερβάσεις», που έγινε στην Αθήνα (13 - 15 Δεκέμβρη 2012).

Το εγχείρημα ότι η περικοπή των δημοσίων δαπανών για την υγεία είναι μεταξύ των βασικών προϋποθέσεων προκειμένου να παραμείνει η χώρα στο Ευρώ είτε σε καθεστώς εσωτερικής υποτίμησης είτε σε καθεστώς ελεγχόμενης πτώχευσης και οποιαδήποτε παρέκκλιση από το πρόγραμμα δημοσιονομικής προσαρμογής εκλαμβάνεται σαν απειλή κατά της χώρας, πληρώνεται πια κυριολεκτικά με την υγεία και τη ζωή του πληθυσμού της.

Η πάταξη της σπατάλης στο σύστημα υγείας αποτελεί κομβικό ζήτημα, καθώς απαιτούνται τολμηρά βήματα για την εξυγίανση και τον εξορθολογισμό του. Απαιτείται ρήξη με κύκλους παράνομων συμφερόντων, με πρακτικές διαπλοκής εταιρειών – υπηρεσιών - γιατρών, με την κυριαρχία του πελατειακού κράτους, με οργανωτικούς ανορθολογισμούς και με εγκατεστημένες πρακτικές που έχουν εκτινάξει τις δαπάνες υγείας. Στόχος θα πρέπει να είναι η προάσπιση του δημόσιου συστήματος υγείας που θα συνεπικουρείται από τον ιδιωτικό τομέα με σαφείς κανόνες – διαχωρίζοντας σαφώς τους ρόλους τους- με στόχο την εξασφάλιση ίσων ευκαιριών πρόσβασης όλων των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας.

Η λύση που προκρίθηκε για την αντιμετώπιση του προβλήματος ήταν η υποχρηματοδότηση του δημόσιου τομέα υγείας και η ανάπτυξη ενός επιχειρηματικού τομέα που κάλυψε σε σημαντικό βαθμό την αυξανόμενη ζήτηση, με αποτέλεσμα την ταχύτερη αύξηση της κερδοφορίας των ιδιωτικών ομίλων παροχής υπηρεσιών υγείας και των ασφαλιστικών εταιρειών που είναι στενά συνδεδεμένες με το τραπεζιτικό και χρηματιστηριακό κεφάλαιο τη στιγμή που ελαττώθηκε κατά 15% η χρήση των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας και αυξήθηκε κατά 20% η χρήση

των υπηρεσιών των δημόσιων νοσοκομείων -τα ποσοστά αυτά είναι ο μέσος όρος σε εθνικό επίπεδο).

Προϋπόθεση για οποιαδήποτε αλλαγή στο χώρο της υγείας είναι αρχικά η καταγραφή των υγειονομικών αναγκών της χώρας για πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη, σύμφωνα με τα διεθνή πρότυπα αλλά λαμβάνοντας ταυτόχρονα υπόψη και τις γεωγραφικές ιδιαιτερότητες της χώρας. Για παράδειγμα είναι απίστευτη η χαοτική συνυπαρξία της ελλιπέστατης μηχανοργάνωσης και των υποτυπωδών στατιστικών δεδομένων, όπως επίσης είναι αδιανόητο κάθε 70 χιλιόμετρα στην Ελλάδα να υπάρχει Νοσοκομείο, και παρόλα αυτά να υφίσταται μόνο σαν κτιριακή εγκατάσταση...

Στη συνέχεια, η αλλαγή του βασικού προσανατολισμού των πολιτικών υγείας που ασκούνται στη χώρα μας πρέπει να γίνει σχεδόν αποκλειστικά προς την κατεύθυνση της πρόληψης και προαγωγής της υγείας, της ανάπτυξης πρωτοβάθμιας φροντίδας, της ενίσχυσης της ψυχικής υγείας, της αναβάθμισης της υποστηρικτικής και προνοιακής φροντίδας. Χωρίς αυτό να σημαίνει ότι η δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη πρέπει να εγκαταλειφθούν – αν δεν είναι ήδη στο έλεος του Θεού και τον πατριωτισμό των Ελλήνων - είναι εμφανές ότι για την επόμενη δεκαετία τουλάχιστον, η χώρα με βεβαιότητα δεν θα μπορεί να καλύψει επαρκώς τις βασικές αρχές διάγνωσης και θεραπείας του πληθυσμού της σε αυτά τα επίπεδα.

Το ζητούμενο δεν είναι μόνο η οργανωτική ενοποίηση, αλλά και η εφαρμογή της φιλοσοφίας της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας με εξασφάλιση από το δημόσιο σύστημα υγείας προς τους πολίτες του «γιατρού τους», στο πλαίσιο μιας ευρύτερης ομάδας υγείας – πολλαπλών ιατρικών ειδικοτήτων - που να στελεχώνεται επιπλέον από νοσηλευτές /τριες, φυσιοθεραπευτές /τριες, ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς και άλλες ειδικότητες. Η συνθετική αντιμετώπιση των ζητημάτων υγείας που πρέπει αρχικά να οριστεί από την υπέρβαση της ασυνέχειας στη φροντίδα και του κατακερματισμού ανάμεσα σε υπηρεσίες και ειδικότητες. Στη συνέχεια χρειάζεται περικοπή των εξόδων από ανατροπή του μοντέλου υπερβολικής κατανάλωσης ιατρικών υπηρεσιών, διαγνωστικών εξετάσεων και φαρμάκων και ανακατανομή των πόρων σε ένα ολοκληρωμένο πρόγραμμα πρόληψης, διάγνωσης, θεραπείας και αποκατάστασης, σε πρωτοβάθμιο κυρίως επίπεδο.

Με απλά λόγια, η παρατεινόμενη χρονική διάρκεια της κρίσης και η παρατεταμένη αδυναμία εύρεσης λύσης στα προβλήματα της δημόσιας υγείας, με την προσκόλληση στην αυταπάτη της ζήτησης συνολικής αύξησης των διατιθέμενων πόρων –από όποια κοινωνική ομάδα ή πολιτική παράταξη και αν προέρχεται - μπορεί απλά να οδηγήσει σε μη αναστρέψιμες καταστάσεις. Η επιστροφή της χρηματοδότησης σε «χαμηλότερα» - αν μπορεί να υποτιμηθεί η πρωτοβάθμια περίθαλψη ως τέτοια- στρώματα της πυραμίδας της ιατρικής φροντίδας, πέρα από

άμβλυνση - και όχι επικάλυψη της παθολογίας- θα προσφέρει και τον απαιτούμενο χρόνο μέχρι την οικονομική ανάκαμψη.

Συγκεκριμένα, κάποιες απλές προτάσεις προς αυτή την κατεύθυνση θα μπορούσαν να αποτελούν η καθιέρωση του θεσμού του οικογενειακού γιατρού και η αναβάθμιση και επέκταση της ειδικότητας του γενικού γιατρού, έτσι ώστε να αποκτά αποτελεσματική και όχι απαραίτητα υψηλή μόνο θεωρητικά και «αναίμακτη πρακτικά» εξειδίκευση σε όλο το εύρος της παθοφυσιολογίας και καλές γνώσεις ψυχολογίας, που είναι αναγκαίες για την εκπλήρωση του ρόλου τους.

Στη συνέχεια η δημιουργία του θεσμού της ομάδας υγείας, με πυρήνα τον οικογενειακό γιατρό και με συμμετοχή και άλλων επαγγελματιών υγείας ή ειδικών γιατρών (νοσηλευτών, επισκεπτών υγείας, κοινωνικών λειτουργών), και η ενίσχυση των υπάρχουσών μορφών φροντίδας ψυχικής υγείας μέσα από τη στενή συνεργασία των υπηρεσιών υγείας, ψυχικής υγείας και κοινωνικής φροντίδας με τις τοπικές κοινωνίες, σε επίπεδο νομού ή υγειονομικής περιφέρειας.

Επιπρόσθετα, επαρκής στελέχωση και πλήρης εξοπλισμός των Κέντρων Υγείας Αστικού Τύπου, με στόχο την πλήρη κάλυψη των αναγκών των του πληθυσμού της χώρας, που συγκεντρώνεται στα αστικά κέντρα και αναβάθμιση των υφιστάμενων Κέντρων Υγείας Αγροτικού Τύπου, με ιδιαίτερη έμφαση στη νησιωτική Ελλάδα και τις δυσπρόσιτες περιοχές, μέσα από την βελτίωση του συστήματος διακομιδών, ώστε να υπάρχει λειτουργική και άμεση διασύνδεση με τα δημόσια νοσοκομεία.

Η συζήτηση όσον αφορά στις προηγηθείσες και ανάλογες προτάσεις ενίσχυσης της πρωτοβάθμιας περίθαλψης είτε αυτόνομα είτε με περικοπές και ανακατανομή των πόρων από την δευτεροβάθμια και την τριτοβάθμια, όπως επίσης και οποιαδήποτε άλλη πρόταση με βασικό άξονα τη διασφάλιση του επιπέδου υγείας και περίθαλψης των πολιτών της χώρας δεν αποτελεί βασικό αντικείμενο ανάλυσης και συζήτησης της παρούσας εργασίας. Η αντιμετώπιση λοιπόν της τρέχουσας οικονομικής κρίσης είναι σημαντικό να επιτευχθεί μέσα από την επίτευξη ενός μίνιμουμ επιπέδου ζωής των πολιτών, αλλά και μέσω της οργάνωσης ενός ευρύτατου κοινωνικού δικτύου που θα στέκει δίπλα στο άτομο σε αυτές τις στιγμές της μεγάλης δυσφορίας, θυμίζοντάς του ότι κοινωνία σημαίνει πρωτίστως κοινωνική αλληλεγγύη και συλλογικές δράσεις και παρεμβάσεις.

9. ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Αν και το μεγαλύτερο κύμα της ύφεσης φαίνεται να έχει παρέλθει και τα πρώτα σημάδια ανάκαμψης αρχίζουν να διαφαίνονται στην παγκόσμια οικονομία, πολλά ζητήματα μένουν ακόμη προς διευθέτηση έτσι ώστε να επιστρέψει η αγορά στους κανονικούς της ρυθμούς, να αποκατασταθούν τα πλήγματα της οικονομικής κρίσης και να επανέλθει μια ισορροπία. Σε ό,τι αφορά στα συστήματα υγείας, ενδεχομένως η οικονομική κρίση να έχει, τελικά, θετικά αποτελέσματα, οδηγώντας σε δημιουργικές σκέψεις για διαρθρωτικές αλλαγές με έμφαση στη δημόσια υγεία, στην ανασυγκρότηση της ασφάλισης υγείας και στην εισαγωγή οιονεί αγορών στην παροχή υπηρεσιών υγείας.

10. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. American Hospital Association, Rapid Response Survey (2008). «The Economic Crisis: Impact on Hospitals». Trendwatch. <http://www.ihatoday.org/econcrisisreport.pdf> (5/1/11).
2. Andersen I, Thielen, K., Nygaard, E., Diderichsen, F. (2009). Social inequality in the prevalence of depressive disorders. *Journal of Epidemiology & Community Health* 63, 575–581.
3. Appleby J. (2008). The credit crisis and health care. *Br Med J*, 337:a2259.
4. Araya R., et al. (2003). Education and income: which is more important for mental health? *J Epidem Comm Health*, 57:501-505.
5. Avgenakis E. (2011). Question: dramatic increase in the number of suicides due to the economic crisis and rumors on the operation of networks of usurers and blackmailers. Reference number: 6171. Athens: Hellenic Parliament.
6. Bank of Greece. (2010). Annual Reports. B.G. Printing Office, Athens.
7. Benach J, Muntaner C. (2007). Precarious employment and health: developing a research agenda. *J Epidemiol Community Health*. 61:276–7.
8. Bechtel L. et al. (2012). Income inequality and mental health – Empirical evidence from Australia. *Health Economics* 21(Suppl. 1): 4–17.
9. Bhugra D. et al. (2004). Globalisation and mental disorders. *BJPsycho*. 184: 10 – 20.
10. Birdsall N. (2009). How to unlock the \$1 trillion that developing countries urgently need to cope with the crisis. Center for Global development. Available at: <http://www.cgdev.org/content/general/detail/1421143/> (retrieved 01.10.2009)
11. Böckerman P., & Ilmakunnas P. (2009). Unemployment and Self-Assessed Health: Evidence from panel data. *Health Econ.*; 18: 161–179.
12. Burgard S, Brand JE, House JS. (2009). Perceived job insecurity and worker health in the United States. *Soc Sci Med*. 69:777–85.
13. Βισβίτζη Άννα. (2012). «The crisis in Greece and the EU-IMF rescue package: Determinants and pitfalls», pp. 15-39.
14. BUVINIK M. (2009). The global financial crisis: Assessing vulnerability for women and children, identifying policy responses. World Bank. Available at: <http://www.worldbank.org/financialcrisis/pdf/Women-Children-Vulnerability-March09.pdf> (retrieved 01.10.2009).
15. Carassava A. (2011). Crime casts long shadow over Athens. *Los Angeles Times* May 31.

16. Catalano R., Goldman-Mellor, S., Saxton, K., Margerison-Zilko, C., Subbaraman, M., LeWinn, K., Anderson, E. (2011). The health effects of economic decline. *Annual Review of Public Health* 32, 431–450.
17. Catalano R. (2009). Health, Medical care and Economic Crisis. *The New England Journal of Medicine*. 360; 8: 749 – 751.
18. Chang S-S, Gunnell D, Sterne JAC, et al. (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. *Soc Sci Med*; 69:1322-1331.
19. Cifuentes M., Sembajwe, G., Wo, S. (2008). The association of major depressive episodes with income inequality and the human development index. *Social Science & Medicine* 67, 529–539.
20. Commission on Social Determinants of Health. (2008). Final report: closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Geneva: World Health Organization.
21. Craig, T. (2010). Depression. In: Morgan, C., Bhugra, D. (Eds.), *Principles of Social Psychiatry*. John Wiley & Sons, West Sussex, pp. 215–226,.
22. Γιωτάκος Ο. (2010). Οικονομική κρίση και ψυχική υγεία. *Ψυχιατρική*; 21:195-204.
23. Downing D & Clark J. (2010). Στατιστική των Επιχειρήσεων. Εκδόσεις Κλειδάριθμος. Αθήνα.
24. Economou A, Nikolaou A, Theodossiou, I. (2008). Are recessions harmful to health after all? Evidence from the European Union. *J Econ Stud*; 35: 368–84.
25. Economou M. et al. (2012). Major depression in the Era of economic crisis: A replication of a cross-sectional study across Greece. *Journal of Affective Disorders*.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2012.08.008>
26. Epstein D, Jimenez-Rubio D, Smith PC, Suhrcke M. (2009). Social determinants of health: an economic perspective. *Health Economics* 18: 495–502.
27. Erman J. (2009). «Economic Crisis: Impact to Hospitals». *All Nursing - Sense and More*.
<http://allnursingsense.blogspot.com/2009/12/economic-crisis-impact-to-hospitals.html>
28. Ernst & Young. (2013). Deutsche Welle.
29. European Commission. (2009). Economic and Financial Affairs: Economic crisis in Europe: causes, consequences and responses. *European Economy* 7. Available at:
http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/publication15887_en.pdf (retrieved 01.10.2009).

30. Eurostat. (2011). Euro area and EU27 government deficit at 6,0% and 6·4% of GDP respectively. Luxembourg: Eurostat.
31. Falagas ME, Vouloumanou EK, Mavros MN, Karageorgopoulos DE. Economic crises and mortality: a review of the literature.
32. Freud S. (1994). Ο πολιτισμός πηγή δυστυχίας. Αθήνα: Επίκουρος.
33. 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, 6–31.
34. Gili M. et al. (2012). The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary carecentres, 2006 and 2010. *The European Journal of Public Health*; 1-5.
35. G20. (2009). The Global Plan for Recovery and Reform. London.
www.g20.org/Documents/final-communicue.pdf. *Int J Clin Pract* 2009, 63:1128-1135.
36. Hellenic Statistical Authority. (2012). Unemployment rate at 24,5% in December 2012. Piraeus: Hellenic Statistical Authority.
37. Hellenic Statistical Authority. (2011). Unemployment rate at 17,7% in December 2011. Piraeus: Hellenic Statistical Authority.
38. Hellenic Statistical Authority. (2010). Sector study: health services. Athens: Hellastat.
39. Horton R. (2011). Offline: Looking forward to some surprises. *Lancet*. 377: 2164.
40. Hong J. et al. (2011). Income related inequalities in the prevalence of depression and suicidal behaviour: a 10-year trend following economic crisis. *World Psychiatry*, 10: 40-44.
41. Huynen M. et al. (2005). The health impacts of globalisation: a conceptual framework. *Globalization and Health*; 1 – 12.
42. Χαραλάμπους Α. κ.α. (2011). Παγκοσμιοποίηση, Υγεία και Πολιτική Υγείας. *Νοσηλευτική*, 50 (1): 23 -29.
43. International Labour Organization. (2009). Global employment trends 2009. Geneva: ILO.
44. International Monetary Fund. (2009). Global Economic Slump Challenges policies. Available at: <http://www.imf.org/external/pubs/ft/weo/2009/update/01/pdf/0109.pdf> (retrieved 01.10.2009)
45. Jack, A. (2009). Commentary: Look after the pennies. *Br Med J*, 338:b1380.
46. Jahonda, M. (1982). Employment and Unemployment: a social-psychological analysis. Cambridge University Press, 1st Ed., 88-96.
47. Jenkins R., et al. (2008). Debt, income and mental disorder in the general population. *Psycholog Med*, 38:1485-1493.

48. Jones AM, Wildman J. (2008). Health, income and relative deprivation: evidence from the BHPS. *Journal of Health Economics* 27: 308–324.
49. Katsadoros D, Bekiari E, Karydi K, et al. (2011). Suicide help line 1018: characteristics of callers for January-December 2010. 21st Panhellenic Conference of Psychiatry; Athens, Greece; May 5–7.
50. Kentikelenis A. et al. (2011). Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy. www.thelancet.com , 1 – 2.
51. Kerwin K, DeCicca P. (2008). Local labour market fluctuations and health: Is there a connection and for whom? *J Health Economics*; 27: 1532–50.
52. Keynes M.J. (2001 (1936)). Η Γενική Θεωρία της Απασχόλησης, του Τόκου και του Χρήματος, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.
53. Kirmayer L.& Minas I.H. (2000). The future of cultural psychiatry: an international perspective. *Canadian Journal of Psychiatry*. 45: 438-446.
54. Kiuila O, Mieszkowski P. (2007). The effects of income, education and age on health. *Health Economics* 16(8): 781–798.
55. Kleinman A. (2001). A psychiatric perspective for global changes. *Harvard Rev Psychiatry*, 9:74–77.
56. Κατσίλλης ΙΜ. (2001). Περιγραφική Στατιστική. Εκδόσεις Gutenberg. Αθήνα.
57. Κιόχος ΠΑ. (1998). Εισαγωγική Στατιστική. Εκδόσεις Interbooks. Αθήνα.
58. Κυριόπουλος, Ι. & Τσιάντου Β. (2009). Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 27 (5): 834-840.
59. Lamberg T., Virtanen, P., Vahtera, J., Luukkaala, T., Koskenvuo, M. (2010). Unemployment, depressiveness and disability retirement: a follow-up study of Finnish HeSSup Population sample. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 45, 259–264.
60. Lamy P. (2009). Global crisis requires global solutions. World Trade Organization. Available at: http://www.wto.org/english/news_e/news09_e/tpr_13jul09_e.htm (retrieved 01.10.2009)
61. Lordan G. et al. (2012). Socioeconomic Status and health outcomes in a developing country. *Health Econ*. 21: 178– 186.
62. Lorgelly PK, Lindley J. (2008). What is the relationship between income inequality and health? Evidence from the BHPS. *Health Economics* 17: 249–265.
63. Madianos M., Economou, M., Alexiou, T., Stefanis, C.N. (2011). Depression and economic hardship across Greece in 2008 and 2009: two cross-sectional surveys nationwide. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 46, 943–952.

64. Marcus S.M., Young, E.A., Kerber, K.B., Kornstein, S., Farabaugh, A.H., Mitchell, J., et al. (2005). Gender differences in depression: findings from the STARD study. *Journal of Affective Disorders* 87, 141–150.
65. Marmot M. & Bell R. (2009). How will the financial crisis affect health? *BMJ* 338: 858 – 860.
66. Maynard A. (2005). European health policy challenges. *Health Econ.* 14: S255–S263.
67. Mossialos E, Allin S, Davaki K. (2005). Analyzing the Greek health system: A tale of fragmentation and inertia. *Health Econ*, 14:S151–S168
68. Murphy GC, Athanasou JA. (1999). The effects of unemployment on mental health. *J Occup Organ Psychol*; 72:83- 99.
69. Μάντης Π. (1990). Κοινωνιολογική και ψυχολογική προσέγγιση των νοσοκομείων. ΕΑΠ, Πάτρα.
70. Μπούρας Γ. & Λύκουρας Λ. (2011). Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στη ψυχική υγεία. *Εγκέφαλος*, 48, 54-61.
71. OECD Health Ministerial Meeting. (2010). *Health System Priorities in the Aftermath of Crisis*. Paris.
72. OECD. (2009). *OECD economic outlook, Greece*. Available at: <http://www.oecd.org/dataoecd/6/18/20211579.pdf> (retrieved 04.10.2009)
73. Οικονόμου Χ. (2004). Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα και τις Ευρωπαϊκές κοινωνίες. Εκδόσεις Διόνικος, Αθήνα.
74. Park Y., et al. (2009). The Association between public social expenditure and suicides: evidence from OECD countries. *J Prev Med Pub Health*, 42:123-129.
75. Patralekha Chatterjee. (2009). Economic crisis highlights mental health issues in India. www.thelancet.com, Vol. 373 April 4.
76. Patton, MQ. (2002). *Qualitative Research & Evaluation Methods*. 3rd Edition; Sage Publications; London.
77. Paugam S. (2005). *Les formes élémentaires de la pauvreté*, Paris, Presses Universitaires de France, coll. « Le lien social », traduit en espagnol (Alianza Editorial, 2007), en allemand (Hamburger Édition, 2008).
78. Paul K., & Moser K. (2009). Unemployment impairs mental health: Meta-analyses. *J Vocational Behavior*; 74:264-282.
79. Perlaman F et al. (2009). Assessing the contribution of unstable employment to mortality in post transition Russia: prospective individual-level analyses from the Russian longitudinal monitoring survey. *American Journal of Public Health*. 99: 1818-25.

80. Philips et al. (1999). Suicide and social change in China Culture. *Med Psych*, 23:25-50.
81. 8ο Πανελλήνιο Συνεδρίο. (2012). «Οικονομία και Υγεία σε κρίση: Αδιέξοδα και Υπερβάσεις», Αθήνα, 13 - 15 Δεκέμβρη.
82. Ruhm C. (2006). Macroeconomic conditions, health and mortality. In: Jones A, editor. *Elgar Companion to Health Economics*. Cheltenham, UK: Edward Elgar Publishing, 5–16.
83. Ruhm C. (2003). Good times make you sick. *J Health Econ*. 22:637–58.
84. Ruhm C. (2000). Are recessions good for your health? *Q J Econ*. 115:617–50.
85. Rouleau K, Redwood-Campbell L. (2009). International development and humanitarian aid. In times of economic crisis, should Canada maintain its spending? *Can Fam Physician*, 55:575–577.
86. Ryall. (2009). Japanese suicides rise as world recession hits country's businessmen. *Telegraph (London)*.
87. Ρούσσος Π. & Ευσταθίου Γ. (2008). *Σύντομο εγχειρίδιο SPSS16.0. Πρόγραμμα Ψυχολογίας, Τμήμα ΦΠΨ, ΕΚΠΑ. Αθήνα.*
88. Sareen J., Afifi, T.O., McMillan, K.A., Asmundson, G. (2011). Relationship between household income and mental disorders: findings from a population-based longitudinal study. *Archives of General Psychiatry* 68, 419–427.
89. Souliotis K, Kyriopoulos J. (2005). The hidden economy and health expenditures in Greece: Measurement problems and policy issues. *Appl Health Econ Health Policy*, 2:129–133.
90. Stiglitz JE. (2002). *Globalization and its discontents*. Allen Lane, London.
91. Stiglitz JE. (2006). *Making globalization work*. Norton WW & Co, New York.
92. Stuckler D. et al. (2011). Public Health in Europe: Power, Politics, and Where Next? *Public Health Reviews*, Vol. 32, No 1, 213-242.
93. Stuckler D, et al. (2011). Banking crises and mortality during the Great Depression: evidence from US urban populations, 1927–1939. *J Epidemiol Community Health*; published online March 24. DOI:10.1136/jech.2010.121376.
94. Stuckler D. et al. (2009). The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *Lancet*. 374: 315–23.
95. Stuckler D, et al. (2009). The health implications of financial crisis: a review of the evidence. *Ulster Med J*. 78: 1–3.
96. Stuckler D. et al. (2011). Effects of the 2008 recession on health: a first look at European data. 124 -125.

97. Subramanyam M, Ichiro K, Berkman L, Subramanian SV. (2009). Relative deprivation in income and self-rated health in the United States. *Social Science & Medicine* 69: 327–334.
98. Sundar M. (1999). Suicide in farmers in India. *Brit J Psychiatry*, 175:585-586.
99. Tapia-Granados J. (2005). Recessions and mortality in Spain, 1980–1997. *Eur J Popul*; 21:393–422.
100. Τούντας Γ. (2004). Κοινωνία και Υγεία. Εκδόσεις Οδυσσέας / Νέα Υγεία, Αθήνα.
101. Τούντας Γ, Τριανταφύλλου Δ, Φρισήρας Σ. (2000). Δείκτες υγείας στην Ευρώπη. *Αρχ Ελλ Ιατρ*, 17:89–100
102. Uutela A. (2010). Economic crisis and mental health. *Current Opinion in Psychiatry* 23:127-130.
103. WHO-Europe. (2009). Health in Times of Global Economic Crisis: Implications for the WHO European Region. Copenhagen: World Health Organization.
104. WHO. (2009). Financial crisis and global health: report of a high level consultation. Geneva: World Health Organization,.
105. WHO. (2009). Health amid a financial crisis: a complex diagnosis. *Bull World Health Organ*; 87:1-80.
106. World Health Organization. (2004). Non-communicable diseases in the WHO European Region: The challenger. Fifty-fourth session of the WHO Regional Committee for Europe, Copenhagen.
107. World Health Organization. (2002). The European health report 2002. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen; WHO Regional Publications, European Series No 97, Denmark.
108. World Health Organization. The world health report 1999: Making a difference. Geneva, Switzerland, 1999.
109. Wilkinson R, Pickett KE. (2009). *The Spirit Level*. Allen Lane: London.
110. World Bank. (2009). Global turmoil having dramatic effects on capital flows to developing countries.
111. Zimmerman F., Katon, W. (2005). Socioeconomic status, depression disparities, and financial strain: what lies behind the income–depression relationship. *Health Economics* 14, 1197–1215.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ

ΤΑΥΤΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ (Δ Ε Ι Γ Μ Α Τ Ο Λ Η Ψ Ι Α)

ΦΥΛΟ

ΑΝΔΡΑΣ	
ΓΥΝΑΙΚΑ	

ΗΛΙΚΙΑ

18-29	
30-44	
45-59	
60 ΚΑΙ ΑΝΩ	

ΜΟΡΦΩΣΗ

Α' βάθμια - στοιχειώδης εκπαίδευση	
Β' βάθμια - μέση εκπαίδευση	
Γ' βάθμια-ανώτερη/ ανώτατη εκπαίδευση	
Δεν απαντώ	

ΑΤΟΜΙΚΟ ΜΗΝΙΑΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ

ΚΑΘΟΛΟΥ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΑ	
ΕΩΣ 500 €	
500 - 1000 €	
1000 - 1500 €	
1500 - 2000 €	
2000 - 3000 €	
ΠΙΑΝΩ ΑΠΟ 3000 €	
Δ.Ξ./Δ.Α.	

ΙΔΙΟΤΗΤΑ ΕΡΩΤΩΜΕΝΩΝ

Εργοδότης, Αυτοαπασχολούμενος, Εργαζόμενος για δικό του λογαριασμό	
Μισθωτός / Ημερομίσθιος	
Εργαζόμενος-η χωρίς αμοιβή οικογενειακής επιχείρησης, ή γεωργικής εκμετάλλευσης	
Άνεργος / προσωρινά εκτός δουλειάς	
Συνταξιούχος	
Νοικοκυρά	
Φοιτητής / Μαθητής / Σπουδαστής / Φαντάρος	
Άλλο (Π.χ. Εισοδηματίας)	
Δ.Ξ./Δ.Α.	

ΕΙΔΙΚΑ ΑΥΤΟΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΟΣ

Ελεύθερος επαγγελματίας - Επιστήμονας (Γιατρός, Δικηγόρος, Μηχανικός κ.λπ.)	
Ελεύθερος επαγγελματίας - όχι επιστήμονας (Μικρέμπορος / Βιοτέχνης / Τεχνίτης κ.λπ.)	
Ιδιοκτήτης επιχείρησης / Επιχειρηματίας	
Αγρότης / Κτηνοτρόφος /Ψαράς	

ΕΙΔΙΚΑ ΜΙΣΘΩΤΟΣ

Δημόσιος Υπάλληλος (Υπουργείο, ΟΤΑ)	
Ευρύτερος Δημόσιος τομέας (ΔΕΚΟ)	
Μισθωτός / Ημερομίσθιος στον Ιδιωτικό Τομέα	

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ & ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ

A.A.	Ερώτηση	Θετική απάντηση (ΝΑΙ)	Αρνητική απάντηση (ΟΧΙ)
1	Στο παρελθόν φοροδιαφεύγατε;		
2	Συμφωνείτε με την πρακτική του «δεν πληρώνω»;		
3	Έχετε πάρει ποτέ κρατική βοήθεια, επιδότηση ή άλλη παρόμοια μορφή ενίσχυσης;		
4	Θεωρείτε ότι τα περισσότερα προσόντα, όταν συνοδεύονται και από υψηλής ποιότητας εργασία, πρέπει να αμείβονται περισσότερο;		
5	Είστε σύμφωνοι με την ιδέα ότι τα δημόσια αγαθά πρέπει να είναι όλα δωρεάν;		
6	Θα προτιμούσατε να συνεισφέρετε απευθείας σε ένα δημόσιο αγαθό παρά να πληρώνετε φόρους στην κεντρική διοίκηση, έτσι ώστε να ξέρετε που πηγαίνουν τα χρήματά σας; Π.χ., θα προτιμούσατε να πηγαίνουν οι φόροι σας απευθείας για την χρηματοδότηση ενός σχολείου ή νοσοκομείου;		
7	Θα δεχόσασταν μεγαλύτερη μείωση στον μισθό σας αν γνωρίζατε ότι οι τιμές των προϊόντων θα μειωνόντουσαν ανάλογα;		
8	Προτιμάτε κλιμακωτή φορολογία ή έναν φορολογικό συντελεστή για όλα τα εισοδήματα;		
9	Θεωρείτε την κρατική σπατάλη πιο ζημιογόνα από την φοροδιαφυγή;		
10	Γνωρίζατε ότι το μέγεθος της φοροδιαφυγής των προηγούμενων ετών υπερκαλύπτει τις σημερινές τρέχουσες ανάγκες χρηματοδότησης της χώρας; (δόσεις που έχουμε να λαμβάνουμε ως εξωτερική βοήθεια)		
11	Αν το επάγγελμά σας είχε την υποχρέωση πληρωμής ΦΠΑ θα προτιμούσατε χαμηλότερο συντελεστή ή θα ήσασταν ικανοποιημένοι με τον σημερινό;		
12	Πιστεύετε ότι οι εγχώριες αγορές προϊόντων λειτουργούν με βάση τον ανταγωνισμό;		
13	Είναι σημαντικότερο να έχουμε ελεύθερες αγορές με μειωμένες τιμές για τον καταναλωτή ή να έχουμε περιορισμούς στην διάρθρωση των αγορών έτσι ώστε να παραμείνει η κατάσταση ως έχει;		
14	Έχετε πάρει ποτέ τραπεζικό δάνειο;		
15	Εάν απαντήσατε ναι στην προηγούμενη ερώτηση, το αποπληρώνετε τακτικά;		
16	Με την εισαγωγή του ευρώ κέρδισε ο καταναλωτής ή ο εισαγωγέας /έμπορος /παραγωγός στην χώρα;		
17	Θα ωφελήσει τον καταναλωτή μια έξοδος της χώρας από την ευρωζώνη;		
18	Θα ωφελήσει τον παραγωγό /εισαγωγέα /έμπορο μια έξοδος της χώρας από την ευρωζώνη;		

A.A.	Ερώτηση	Πολύ	Αρκετά	Λίγο	Καθόλου	Δεν ξέρω / Δεν απαντώ
19	Εσείς προσωπικά πόσο θεωρείτε ότι επηρεάζεστε από την οικονομική κρίση;					
20	Εσείς προσωπικά, πόσο φοβάστε μήπως χάσετε τη δουλειά σας εξαιτίας της κρίσης;					
21	Έχει χρειαστεί μέχρι στιγμής και λόγω της κρίσης να κάνετε περικοπές στα έξοδα σας;					

A.A.	Ερώτηση	1 χρόνο	2-3 χρόνια	Περισσότερα από 3 χρόνια	Δεν ξέρω / Δεν απαντώ
22	Πόσο πιστεύετε ότι θα διαρκέσει η κρίση;				

A.A.	Ερώτηση	Στις Κυβερνήσεις	Στην Ευρωπαϊκή Ένωση	Στους Οικονομικούς παράγοντες (Τράπεζες και Επιχειρήσεις)	Στις συνδικαλιστικές οργανώσεις και στους εργαζόμενους	Άλλο	Κανέναν
23	Σε ποιους ελπίζετε περισσότερο για το ξεπέρασμα της κρίσης;						

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΕΥΘΥΝΩΝ ΦΟΡΕΩΝ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ

A.A.	Ερώτηση	Συμφωνώ	Μάλλον Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ
24	Αξιολογήσετε το βαθμό ευθύνης στην οικονομική κρίση:					
	Η διαφθορά των κυβερνήσεων					
	Η κερδοσκοπία των τραπεζών					

ΑΠΟΨΕΙΣ ΤΩΝ ΕΡΩΤΩΜΕΝΩΝ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ

A.A.	Ερώτηση	Συμφωνώ	Μάλλον Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ
25	Θα ήθελα να μου πείτε πόσο συμφωνείτε ή διαφωνείτε με την παρακάτω πρόταση:					
	Οι μεγάλες τράπεζες θα πρέπει να περάσουν στον έλεγχο του κράτους					

ΑΠΟΨΕΙΣ ΓΙΑ ΔΙΑΦΟΡΑ ΜΟΝΤΕΛΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ

A.A.	Ερώτηση	Ναι	Μάλλον Ναι	Μάλλον Όχι	Όχι
26	Κατά τη γνώμη σας στα πλαίσια ενός νέου μοντέλου ανάπτυξης, ο καταναλωτισμός πρέπει να έχει κυρίαρχο ρόλο;				
27	Είστε διατεθειμένος να πληρώσετε περισσότερους φόρους με σκοπό την ενίσχυση της οικονομίας;				

A.A.	Ερώτηση	Περισσότερες κρατικοποιήσεις	Περισσότερες ιδιωτικοποιήσεις	Δεν ξέρω/ Δεν απαντώ
28	Ένα νέο μοντέλο οικονομικής ανάπτυξης θα πρέπει σε γενικές γραμμές να περιλαμβάνει περισσότερες κρατικοποιήσεις ή περισσότερες ιδιωτικοποιήσεις;			

ΥΓΕΙΑ

A.A.	Ερώτηση	Ναι	Μάλλον Ναι	Μάλλον Όχι	Όχι
29	Είστε ικανοποιημένοι από την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας;				
30	Έχετε εύκολη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας;				
31	Η οικονομική κρίση σας έχει επηρεάσει ψυχολογικά;				
32	Έχετε αυξήσει τις επισκέψεις σας σε υπηρεσίες υγείας;				

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ
ΠΙΝΑΚΑΣ ΚΡΙΤΗΡΙΟΥ χ^2