

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

**ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ, ΜΕΙΖΩΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ
ΓΕΝΙΚΕΥΜΕΝΟΥ ΑΓΧΟΥΣ ΣΕ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΥΣ**

ΑΛΕΞΙΟΥ ΤΑΤΙΑΝΑ

ΚΟΙΝΩΝΙΟΛΟΓΟΣ

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

ΑΘΗΝΑ 2019

**ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ, ΜΕΙΖΩΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ
ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΓΕΝΙΚΕΥΜΕΝΟΥ ΑΓΧΟΥΣ ΣΕ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΥΣ**

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

**ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ, ΜΕΙΖΩΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ
ΓΕΝΙΚΕΥΜΕΝΟΥ ΑΓΧΟΥΣ ΣΕ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΥΣ**

ΑΛΕΞΙΟΥ ΤΑΤΙΑΝΑ

ΚΟΙΝΩΝΙΟΛΟΓΟΣ

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

ΑΘΗΝΑ 2019

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ:

ΑΝΑΠΛ. ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ, ΚΟΥΚΙΑ ΕΥΜΟΡΦΙΑ (ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ)

ΟΜΟΤΙΜΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ, ΜΑΔΙΑΝΟΣ ΜΙΧΑΛΗΣ

ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ, ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ ΜΑΡΙΝΑ

ΕΠΤΑΜΕΛΗΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ:

ΑΝΑΠΛ. ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ, ΚΟΥΚΙΑ ΕΥΜΟΡΦΙΑ (ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ)

ΟΜΟΤΙΜΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ, ΜΑΔΙΑΝΟΣ ΜΙΧΑΛΗΣ

ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ, ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ ΜΑΡΙΝΑ

ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ, ΣΟΥΡΤΖΗ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ

ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ, ΚΑΛΟΚΑΙΡΙΝΟΥ ΑΘΗΝΑ

ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ, ΖΕΡΒΑΣ ΙΩΑΝΝΗΣ

ΕΠΙΚ. ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ, ΦΩΤΟΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ

«Η έγκριση Διδακτορικής Διατριβής από το Τμήμα Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Αθηνών δεν σημαίνει και αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα»

(Σχετικές διατάξεις του άρθρου 50 του Νόμου 1268/82, σε συνδυασμό με τις διατάξεις του Πανεπιστημίου Αθηνών, Άρθρο 202 παρ 2 του Νόμου 5343/32).

Αφιερωμένο στην οικογένειά μου και στον υιό μου Άγγελο.

*Αφιερωμένο στον Ομότιμο Καθηγητή Ψυχιατρικής Μιχάλη Μαδιανό, δάσκαλο,
εμπνευστή και καθοδηγητή μου, που με την παρότρυνση, την ενθάρρυνση, την
αστείρευτη όρεξη για δουλειά και την επιμονή του επιτεύχθηκε ο στόχος αυτός.*

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	16
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	16
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο: ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ	18
1.1 Ιστορική εξέλιξη της Εργασίας	18
1.2 Οικονομική Κρίση στην Ελλάδα: Νεότερα δεδομένα στον Τομέα της Απασχόλησης.....	24
1.2.1 Εργαζόμενοι Φτωχοί.....	24
1.2.2 Απορρύθμιση των συλλογικών διαπραγματεύσεων και συμβάσεων. Ευέλικτη και Επισφαλής Εργασία.....	26
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο: ΑΝΕΡΓΙΑ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	30
2.1 Εισαγωγή.....	30
2.2 Ανεργία και Ψυχικές Διαταραχές.....	31
2.3 Ανεργία, Ψυχική Υγεία και Χρήση Ψυχιατρικών Υπηρεσιών.....	33
2.4 Ανεργία και Αυτοκτονικότητα.....	35
2.5 Κοινωνικοοικονομικοί Παράγοντες.....	40
2.5.1 Ανεργία και Οικονομικοί Παράγοντες.....	40
2.5.2 Ηλικία, Εκπαίδευση, Κοινωνικοοικονομικό Επίπεδο και Κοινωνικό Δίκτυο.....	42
2.5.3 Διάρκεια ανεργίας, επιδόματα ανεργίας και οικογενειακή κατάσταση.....	44
2.6 Επιδράσεις της ανεργίας στη σωματική υγεία.....	49
2.7 Συμπεράσματα.....	52

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο: ΕΡΓΑΣΙΑ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	60
3.1 Εισαγωγή.....	60
3.2 Εργασιακή πίεση (Job Strain).....	62
3.2.1 Μοντέλα απαιτήσεων-ελέγχου (demand-control) και προσπάθειας-ανταμοιβής (effort-reward).....	65
3.3 Εργασιακή Ικανοποίηση (Job Satisfaction) και ψυχική υγεία.....	74
3.4 Εργασία με Εναλλασσόμενο Ωράριο.....	76
3.5 Οικονομική κρίση, εργασιακή ανασφάλεια και ψυχική υγεία.....	78
3.6 Συμπεράσματα.....	82
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο: ΕΡΕΥΝΕΣ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΣΤΗ ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ ΚΑΙ ΑΝΕΡΓΩΝ	84
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο: ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ: ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ	88
B. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	92
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο: ΠΑΡΟΥΣΑ ΕΡΕΥΝΑ	92
6.1 Εισαγωγή.....	92
6.1.1 Περιγραφή του Προβλήματος.....	92
6.1.2 Ερευνητικές Υποθέσεις.....	93
6.1.3 Επιμέρους Στόχοι.....	93
6.1.4 Σημασία της μελέτης.....	94

6.1.5 Θεωρητικό πλαίσιο.....	94
6.2 Υλικό και Μέθοδος.....	96
6.2.1 Ερευνητικός Σχεδιασμός	96
6.2.2 Υλικό.....	96
α) Χώρος μελέτης.....	96
β) Δείγμα.....	96
γ) Κριτήρια αποκλεισμού.....	97
δ) Εργαλεία.....	98
6.2.3 Στάθμιση Κλίμακας Εργασιακής Ικανοποίησης (ΚΕΙ) και Κλίμακας Εργασιακής Ανασφάλειας (ΚΕΑ).....	101
6.2.4 Διαδικασία και Μέθοδος Συλλογής Δεδομένων.....	102
6.2.5 Διαχείριση Δεδομένων και Στατιστική Ανάλυση.....	103
6.2.6 Περιορισμοί και αδύνατα σημεία.....	105
6.2.7 Ηθικά Θέματα.....	105
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	108
7.1 Ποσοστιαία Απεικόνιση Δείγματος.....	108
7.2 Σημεία Διαχωρισμού.....	110
7.3 Περιγραφικά Στατιστικά στο σύνολο του δείγματος.....	112
7.3.1 Κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά εργαζομένων και ανέργων συμμετεχόντων.....	112
7.3.2 Κατανομή συχνοτήτων.....	114
7.4 Συσχετίσεις μεταβλητών στο σύνολο του δείγματος των εργαζομένων	116
7.4.1 Κλίμακα Εργασιακής Ανασφάλειας.....	116
7.4.2 Κλίμακα Εργασιακής Ικανοποίησης.....	116
7.4.3 Διαταραχή Γενικευμένου Άγχους (ΔΓΑ).....	117

7.4.4 Δείκτης Προσωπικής Οικονομικής Δυσχέρειας (IPED).....	117
7.4.5 Κλίμακα CES-D.....	117
7.4.6 Συσχετίσεις μεταξύ των εξαρτημένων μεταβλητών CES-D, Δείκτη IPED, Κλίμακας Εργασιακής Ανασφάλειας και Κλίμακας Εργασιακής Ικανοποίησης.....	118
7.5 Περιγραφικά Στατιστικά σε επιλεγμένο δείγμα βάσει δεδομένων ΕΛΣΤΑΤ.....	119
7.5.1 Κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά εργαζομένων και ανέργων συμμετεχόντων.....	120
7.5.2 Κατανομή συχνοτήτων στο επιλεγμένο δείγμα ως προς τις ανεξάρτητες και τις εξαρτημένες μεταβλητές	121
7.6 Πίνακες διπλής εισόδου (cross-tabulation tables) και στατιστικοί έλεγχοι X^2	131
7.6.1 Πίνακες διπλής εισόδου ανεξάρτητων με εξαρτημένες μεταβλητές και στατιστικοί έλεγχοι X^2 στο δείγμα των εργαζομένων.....	131
7.6.2 Πίνακες διπλής εισόδου των εξαρτημένων μεταβλητών μεταξύ τους και στατιστικοί έλεγχοι X^2 στο δείγμα των εργαζομένων.....	143
7.6.3 Πίνακες διπλής εισόδου ανεξάρτητων με εξαρτημένες μεταβλητές και στατιστικοί έλεγχοι X^2 στο δείγμα των ανέργων.....	151
7.6.4 Πίνακες διπλής εισόδου των εξαρτημένων μεταβλητών μεταξύ τους και στατιστικοί έλεγχοι X^2 στο δείγμα των ανέργων.....	162
7.7 Έλεγχοι μέσω του παραμετρικού ελέγχου Μονόδρομης Ανάλυσης Μεταβλητότητας (One-Way ANOVA) και των μη παραμετρικών ελέγχων Kruskal-Wallis και Mann-Whitney U.....	168
7.7.1 Δείγμα Εργαζομένων.....	168
7.7.1.1 Σχέση μεταξύ της εξαρτημένης μεταβλητής Εργασιακή Ανασφάλεια και της ανεξάρτητης Θέση στο Επάγγελμα.....	168
7.7.1.2 Σχέση μεταξύ της εξαρτημένης μεταβλητής Εργασιακή Ανασφάλεια και της ανεξάρτητης Είδος Σύμβασης.....	171

7.7.1.3 Σχέση μεταξύ της εξαρτημένης μεταβλητής Εργασιακή Ικανοποίηση και της ανεξάρτητης Θέση στο Επάγγελμα.....	172
7.7.1.4 Σχέση μεταξύ της εξαρτημένης μεταβλητής Εργασιακή Ικανοποίηση και της ανεξάρτητης Είδος Σύμβασης.....	174
7.7.1.5 Σχέση μεταξύ της εξαρτημένης μεταβλητής Δείκτης Προσωπικής Οικονομικής Δυσχέρειας (IPED) και της ανεξάρτητης μεταβλητής Θέση στο Επάγγελμα.....	175
7.7.1.6 Σχέση μεταξύ της εξαρτημένης μεταβλητής IPED και της ανεξάρτητης μεταβλητής Είδος Σύμβασης.....	176
7.7.1.7 Σχέση μεταξύ της εξαρτημένης μεταβλητής Κλίμακα CES-D και της ανεξάρτητης μεταβλητής Θέση στο Επάγγελμα.....	176
7.7.1.8 Σχέση μεταξύ της εξαρτημένης μεταβλητής Κλίμακα CES-D και της ανεξάρτητης μεταβλητής Είδος Σύμβασης.....	177
7.7.1.9 Σχέση μεταξύ των μεταβλητών ΔΓΑ και CES-D.....	178
7.7.1.10 Σχέση μεταξύ των μεταβλητών ΔΓΑ και Δείκτη Οικονομικής Δυσχέρειας (IPED).....	178
7.7.1.11 Σχέση μεταξύ των μεταβλητών ΔΓΑ και Εργασιακής Ικανοποίησης.....	179
7.7.1.12 Σχέση μεταξύ των μεταβλητών ΔΓΑ και Εργασιακής Ανασφάλειας.....	180
7.7.2 Δείγμα Ανέργων.....	181
7.7.2.1 Σχέση μεταξύ της εξαρτημένης μεταβλητής Κλίμακα CES-D και της ανεξάρτητης μεταβλητής Διάρκεια Ανεργίας.....	181
7.7.2.2 Σχέση μεταξύ της εξαρτημένης μεταβλητής Δείκτης IPED και της ανεξάρτητης μεταβλητής Διάρκεια Ανεργίας.....	182
7.8 Συσχετίσεις Pearson (Pearson Correlation Coefficient).....	183
7.8.1 Συσχετίσεις Pearson μεταξύ των εξαρτημένων μεταβλητών CES-D, Δείκτης IPED, Κλίμακας Εργασιακής Ανασφάλειας και Κλίμακας Εργασιακής Ικανοποίησης στο δείγμα των εργαζομένων.....	183
7.8.2 Συσχετίσεις Pearson μεταξύ των εξαρτημένων μεταβλητών CES-D,	

ΜΚ και Δείκτης IPED στο δείγμα των ανέργων.....	185
7.9 Ανάλυση των εξαρτημένων μεταβλητών με το Μοντέλο Πολλαπλής Γραμμικής Παλινδρόμησης (Multiple Linear Regression Model).....	186
7.10 Σύγκριση ψυχικής υγείας ανέργων και εργαζομένων με υψηλή προσωπική οικονομική δυσχέρεια.....	195
7.11 Σύγκριση ψυχικής υγείας ανέργων και εργαζομένων με υψηλή εργασιακή ανασφάλεια και χαμηλή εργασιακή ικανοποίηση.....	198
ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	200
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	216
ABSTRACT.....	220
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	224
ΔΙΕΘΝΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	268
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	282

A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Από την αρχαιότητα μέχρι σήμερα, η μορφή και τα χαρακτηριστικά της εργασίας, έχουν μετασχηματιστεί πολλές φορές προκειμένου να συμμορφωθούν με τις εκάστοτε κοινωνικές, οικονομικές και πολιτικές συνθήκες. Στις σύγχρονες δυτικές κοινωνίες, με την επικράτηση του καπιταλιστικού τρόπου παραγωγής και την ταχύτητα μετεξέλιξης των κοινωνιών αλλά και των οικονομιών που επιβάλλει η διαδικασία της Παγκοσμιοποίησης, ομάδες αποκλείονται από το δικαίωμα της εργασίας και κατά συνέπεια από όλες τις οικονομικές, κοινωνικές και πολιτικές δραστηριότητες.

Ειδικότερα η διαδικασία της Παγκοσμιοποίησης, έχει επιφέρει αύξηση του αυτοματισμού, ραγδαία μετάδοση της πληροφοριακής τεχνολογίας και έχει δημιουργήσει την ανάγκη για περισσότερο ευέλικτους τρόπους παραγωγής. Οι εργαζόμενοι παγκοσμίως αντιμετωπίζουν, όπως ποτέ άλλοτε, μετασχηματισμούς στις εργασιακές οργανωτικές δομές, διαδικασίες και συνθήκες, οι οποίες επιδρούν αρνητικά στην ψυχική τους υγεία. Αυτές περιλαμβάνουν απολύσεις, εργασιακή ανασφάλεια, ανάγκη για διαρκή κατάρτιση και εξειδίκευση, ευέλικτα ωράρια εργασίας και αυξημένο φόρτο εργασίας.

Επιπλέον, η απουσία εργασίας (ανεργία) -φαινόμενο με ραγδαία αύξηση στις μέρες μας - μπορεί επίσης να οδηγήσει σε στρεσογόνες καταστάσεις, στη δημιουργία κατάθλιψης και αγχωδών διαταραχών, ή ακόμα μπορεί να αποτελέσει αφορμή για την εμφάνιση σοβαρότερων ψυχικών διαταραχών (Weich and Lewis, 1998, Whooley et al., 2002).

Η οικονομική κρίση που εκδηλώθηκε περίπου την τελευταία δεκαετία και διαρκεί ως σήμερα, όχι μόνο στις χώρες της Ευρωζώνης, αλλά και στις Η.Π.Α., επέτεινε τις αρνητικές επιπτώσεις στον τομέα της απασχόλησης και κατ' επέκταση στην ψυχική υγεία του εργατικού δυναμικού, στο σύνολο δηλαδή του πληθυσμού που είτε απασχολείται, είτε επιθυμεί και αναζητεί εργασία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

1.1 Ιστορική εξέλιξη της Εργασίας

Η μορφή και τα χαρακτηριστικά της εργασίας, έχουν μετασχηματιστεί ανά τους αιώνες και τις εποχές. Η κατάρρευση της μεσαιωνικής δομής σήμανε την έναρξη ενός νέου τρόπου παραγωγής, του καπιταλιστικού, ορόσημου στη μεταβολή του νοήματος και της λειτουργίας της εργασίας στη σύγχρονη εποχή.

Ο Μαρξ ανέλυσε τη διαδοχή των κοινωνικών μορφών, ή αλλιώς τις μορφές που προηγήθηκαν της καπιταλιστικής παραγωγής, βασιζόμενος «στα τέσσερα στάδια» (πρωτόγονος κομμουνισμός, δουλοκτητική κοινωνία, φεουδαρχία, καπιταλισμός), τα οποία αναφέρονται στα γραπτά του Ένγκελς και από τα οποία ολόκληρη η ανθρωπότητα θα έπρεπε αναγκαστικά να περάσει πριν να κυριαρχήσει ο σοσιαλισμός.

Σύμφωνα με την ανάλυση αυτή, στο στάδιο του πρωτόγονου κομμουνισμού δεν υπήρχε ακόμα η έννοια της ιδιοκτησίας, αλλά ούτε και συγκεκριμένο και οργανωμένο σύστημα παραγωγής. Στη δουλοκτητική κοινωνία, οι δούλοι εργάζονταν χωρίς ανταλλακτική αξία, δηλαδή μισθό, για να παράγουν υπεραξία. Στο φεουδαρχικό στάδιο, το κράτος ταυτίστηκε με τα άτομα που είχαν στην κατοχή τους γη, δηλαδή ιδιοκτησία και τα οποία έλεγχαν την οργανωμένη πλέον παραγωγική διαδικασία. Τέλος στον καπιταλισμό, ανήλθε μια νέα τάξη έπειτα από τη σύγκρουσή της με τους φεουδάρχες και την κυριαρχία της, η αστική. Η αστική τάξη (καπιταλιστές), έγινε πλέον κάτοχος των παραγωγικών δυνάμεων που εκμεταλλεύεται την εργατική τάξη με στόχο την οικειοποίηση της υπεραξίας (Μαρξ, 1983).

Σύμφωνα και πάλι με την προσέγγιση του Μαρξ για την εργασία, ο εργάτης δεν κατέχει τα μέσα παραγωγής, απλά αποτελεί και ο ίδιος μία από τις δυνάμεις παραγωγής, που μαζί με την τεχνολογία και τις πρώτες ύλες χρησιμοποιείται στην παραγωγή (Μαρξ, 1985). Ο ίδιος εργάζεται, παραχωρώντας την εργατική του δύναμη για να αναπαραχθεί, λαμβάνοντας ως αντάλλαγμα αυτής της παραχώρησης, το μισθό (Μαρξ, 1985). Η μη συμμετοχή του εργάτη στην κατοχή των παραγωγικών μέσων

και η έλλειψη ελέγχου πάνω στο παραγόμενο προϊόν, συνεπάγεται την έλλειψη ευχαρίστησης που θα απέρρευε στην αντίθετη περίπτωση από τη διαδικασία παραγωγής. Συνεπώς για τον εργάτη η εργασία του χαρακτηρίζεται από την ανυπαρξία δημιουργικότητας και ευχαρίστησης και ερμηνεύεται ως αλλοτριωμένη (Μαρξ, 1975).

Σύμφωνα με τον Max Weber, στις προτεσταντικές κυρίως χώρες η θρησκεία έπαιξε κυρίαρχο ρόλο στον τρόπο με τον οποίο σηματοδοτήθηκε η εργασία, μετατρέπόμενη στο μέσο επιτυχίας ή αποτυχίας, σωτηρίας ή μη της ψυχής. Βάσει της προσέγγισης αυτής, ο προτεσταντισμός έθεσε τις βάσεις του καπιταλισμού προτάσσοντας ότι μόνο μέσω της εργασίας, το άτομο βρίσκεται όλο και πιο κοντά στη μετά θάνατο σωτηρία της ψυχής του (Βέμπερ, 1984).

Σχετικά με τη θρησκεία του προτεσταντισμού, ο Έριχ Φρομ ανέφερε πως η αντίληψη που αντιπροσώπευε τη μεσαία τάξη τον 18^ο και 19^ο αιώνα, ήταν ότι όσο περισσότερο ήταν δυνατόν να αποκτήσει κάποιος πλούτη μέσω της εργασίας, τόσο περισσότερο η εργασία, η επεκτεινόμενη παραγωγή και η κατασκευή μεγαλύτερων και περισσότερων αντικειμένων, γινόταν αυτοσκοπός. Έτσι μέσω αυτών των διαδικασιών: “Η εργασία αντί να είναι μια δραστηριότητα που ικανοποιεί και ευχαριστεί έγινε υποχρέωση και κατάθλιψη” (Φρομ, 1973, σελ 225).

Τη δεκαετία του 1920-1930 εισήχθη το φορντικό μοντέλο παραγωγής, το οποίο κυριάρχησε κυρίως μεταπολεμικά. Ο φορντισμός, ο οποίος πήρε το όνομα του από τον πρώτο που τον εφάρμοσε, τον Φορντ, υποδήλωνε την έγερση ενός νέου συστήματος μαζικής παραγωγής, που στόχευε στη μαζική κατανάλωση. Πήρε την αρχική του μορφή, ως ένα καθεστώς συσσώρευσης, το οποίο λειτούργησε μέσα σε ένα συγκεκριμένο οικονομικό, τεχνικό και βιομηχανικό μοντέλο.

Οι ρίζες αυτής της νέας ρύθμισης παραγωγής, βρίσκονται στα γραπτά του Adam Smith, και ειδικότερα στη θεωρία του για τον καταμερισμό της εργασίας. Επιπλέον όμως, ο φορντισμός βασίστηκε στον τεύλορισμό, ένα σύστημα οργάνωσης της εργασίας, το οποίο στηρίχτηκε στην ιεραρχική οργάνωση, στη διάκριση πνευματικής – χειρωνακτικής εργασίας και κατά συνέπεια στο διαχωρισμό της οργάνωσης της παραγωγής ανάμεσα στη σύλληψη και την εκτέλεση και τέλος στην κατάτμηση και μοριοποίηση των επιμέρους παραγωγικών τμημάτων.

Η παραγωγή έκτοτε ορθολογικοποιείται και η οργάνωση της από οριζόντια μετατρέπεται σε κάθετη. Κύριος στόχος αυτού του μοντέλου, είναι η αύξηση της αποδοτικότητας και η αποειδίκευση της εργασίας, που σύμφωνα με τις μαρξιστικές προσεγγίσεις οδηγεί στην αλλοτρίωση τόσο της εργασίας, όσο και του εργάτη.

Στο πλαίσιο της αναδιάρθρωσης της εργασίας, εισάγονται τεχνολογικές καινοτομίες και δημιουργείται η ημιαυτόματη σειρά συναρμολόγησης, όπου ένας μάντας μεταφέρει το υπό κατασκευή προϊόν, το οποίο μεταποιείται από εργαζόμενους που έχουν σταθερή θέση στην παραγωγική διαδικασία. Οι εργαζόμενοι επιτελούν συγκεκριμένες, τυποποιημένες και επαναλαμβανόμενες εργασίες, σε συγκεκριμένο χρόνο, ο οποίος ορίζεται από τις μηχανές και από τον μάντα παραγωγής. Οι έννοιες δημιουργικότητα στην εργασία και αυτονομία δράσης αίρονται. Ο χρόνος που απαιτείται για τη μεταφορά του προϊόντος από τα διάφορα τμήματα παραγωγής, εκμηδενίζεται και η μαζική παραγωγή κερδίζει έδαφος, μειώνοντας παράλληλα το κόστος εργασίας.

Οι αλλαγές στην παραγωγή επεκτείνονται όμως και στο κομμάτι της διοίκησης, η οποία ιεραρχείται και εξειδικεύεται. Στην κορυφή της ιεραρχίας, βρίσκονται τα διευθυντικά στελέχη, τα οποία είναι υπεύθυνα για τη λήψη των αποφάσεων, στη μέση της ιεραρχίας τα διοικητικά στελέχη, τα οποία οργανώνουν και ελέγχουν τους εργάτες και τέλος στη βάση της ιεραρχίας βρίσκεται μια μεγάλη μάζα ανειδίκευτων εργατών.

Η διαδικασία της παραγωγής, οργανωμένη και καθορισμένη επακριβώς, χάνει κάθε είδος ευελιξίας. Ακόμα και οι μισθοί δεν αποδίδονται με βάση τα ατομικά εργασιακά επιτεύγματα, αλλά προσδιορίζονται με βάση τη θέση στην ιεραρχία της παραγωγής.

Η ακαμψία του φορντικού μοντέλου, συνοδευόμενη από τη συνεχή επένδυση οικονομικών αποθεμάτων για την εξέλιξη της τεχνολογίας και το διεθνή ανταγωνισμό που άρχισε να εμφανίζεται κυρίως από χώρες της ανατολής, όπου τα ημερομίσθια ήταν αρκετά χαμηλά, οδήγησε στην κρίση του φορντικού μοντέλου.

Για την αντιμετώπιση της κρίσης και τη διατήρηση του φορντικού μοντέλου, ο φορντισμός επεκτάθηκε σε χώρες της περιφέρειας, με απώτερο σκοπό την επέκταση της κλίμακας παραγωγής και της μαζικής αγοράς. Έτσι η κρίση που είχε επέλθει στο κέντρο αποφορτίστηκε, ενώ νέες ευκαιρίες επένδυσης κεφαλαίου έγιναν ορατές στις

νέες χώρες, των οποίων η βιομηχανική ανάπτυξη ήταν σε ανύπαρκτο ή πολύ πρώιμο στάδιο και συνεπώς η προσφορά εργασίας βρισκόταν σε έξαρση, ενώ το εργατικό δυναμικό είχε μικρότερο κόστος. Οι τοπικές αγορές άνοιξαν τα σύνορα τους και μία νέα έννοια με οικονομικές, κοινωνικές και πολιτιστικές διαστάσεις, η παγκοσμιοποίηση, εμφανίστηκε στο προσκήνιο.

“Η παγκοσμιοποίηση αναφέρεται στην πολλαπλότητα των δεσμών και των σχέσεων που υπερβαίνουν τα όρια των εθνικών κρατών (κατά συνέπεια και των κοινωνιών) που αποτελούν το σύγχρονο παγκόσμιο σύστημα. Προσδιορίζει μια διαδικασία μέσω της οποίας γεγονότα, αποφάσεις και ενέργειες σ’ ένα μέρος του κόσμου μπορεί να έχουν σημαντικές συνέπειες για άτομα και κοινότητες σε πολύ μακρινά μέρη του πλανήτη. Σήμερα τα αγαθά, το κεφάλαιο, οι άνθρωποι, η γνώση, οι εικόνες, οι επικοινωνίες, το έγκλημα, ο πολιτισμός, η ρύπανση, τα ναρκωτικά, η μόδα, και οι πεποιθήσεις κυκλοφορούν πολύ εύκολα”. (Hall et al., 2003, σελ 104-105).

Η παγκοσμιοποίηση, είναι ένα φαινόμενο καθολικό, υπερτοπικό και υπερεθνικό, που έχει προκαλέσει πλήθος συζητήσεων και τοποθετήσεων σχετικά με την έλευσή του, καθώς επίσης και με τις αλλαγές, οι οποίες προκλήθηκαν τόσο σε οικονομικό, όσο και σε πολιτικό και κοινωνικό επίπεδο. Τα τελευταία χρόνια η κοινωνία κλήθηκε να αντιμετωπίσει ραγδαίους μετασχηματισμούς και σημαντικές αλλαγές στα χαρακτηριστικά της οργάνωσης των οικονομιών στο εσωτερικό τους, αλλά και μεταξύ τους στο πεδίο της διεθνούς οικονομίας, με κυριότερες αυτές στην αγορά εργασίας και στη συσσώρευση κεφαλαίου.

Είναι σαφές, πως το ρεύμα της παγκοσμιότητας των αγαθών και υπηρεσιών, επέφερε ένα πλήθος αλλαγών πρώτα και κύρια στο οικονομικό προσκήνιο. Το άνοιγμα των συνόρων, η εύκολη κυκλοφορία του χρήματος και των εμπορευμάτων, που είχε προετοιμαστεί από την εποχή της βιομηχανικής επανάστασης, έχει συντελεστεί και πραγματοποιείται στις μέρες μας.

Η παγκοσμιοποίηση οδήγησε τις κυβερνήσεις σε ανάπτυξη κοινών πολιτικών δράσεων με στόχο τη διατήρηση του συστήματος και την προαγωγή του. Οι αναπτυγμένες χώρες (κέντρα) μέσω της παγκοσμιοποίησης εδραίωσαν την κυριαρχία τους σε βάρος των αναπτυσσόμενων χωρών (περιφέρειες). Μια σειρά από κρατικές

λειτουργίες, είτε μεταφέρθηκαν σε όργανα υπερεθνικά, είτε συρρικνώθηκαν, χωρίς όμως τη δημιουργία επαρκών διεθνών ρυθμιστικών μηχανισμών (Wallerstein, 1999).

Οι νεότερες εξελίξεις στο οικονομικό και κατά επέκταση στο εργασιακό πεδίο άρχισαν να γίνονται ορατές κυρίως από τη δεκαετία του '80. Οι ρυθμίσεις της εργασίας δε γίνονταν πλέον σε τοπικό ή εθνικό επίπεδο, αλλά σε διεθνές. Η μαζική παραγωγή εγκαταλείφθηκε και στη θέση της εγέρθηκε η διαφοροποίηση και η ποικιλία των παραγόμενων προϊόντων, τα οποία πλέον απευθύνονταν σε διεθνές κοινό με εύρος ιδιαιτεροτήτων και προτιμήσεων (ευέλικτη εξειδίκευση). “...τουλάχιστον από τη δεκαετία του 1970-1980, έχουμε την αίσθηση αυτού του οικονομικού μετασχηματισμού (...) Σύμφωνα με ορισμένους αφήνουμε πίσω μας τον κόσμο της βιομηχανίας και το καθιερωμένο φαντασιακό του πλαίσιο - τα σύγχρονα εργοστάσια στο περιβάλλον της πόλης, τον βαρύ μηχανικό εξοπλισμό και τον πανταχού παρόντα θόρυβο, μαζί με τους πολυπληθείς άνδρες ντυμένους σε φόρμες εργασίας” (Hall et al., 2003, σελ. 249-250).

Στο πλαίσιο της ευελιξίας εντάσσεται και αυτή της εργασίας, μέσω της οποίας δημιουργήθηκαν νέα συστήματα και μορφές απασχόλησης (ενδεικτικά αναφέρονται: η οριοθέτηση του χρόνου εργασίας από τον εργοδότη, η μερική και η ωρομίσθια απασχόληση, η πολλές φορές απλήρωτη υπερωριακή εργασία). Τα προσόντα και οι δεξιότητες των εργαζομένων, καθώς επίσης η δυνατότητα και η διάθεση τους για επιμόρφωση και κατάρτιση, μετατράπηκαν στο κύριο όπλο τους για τη διατήρηση της εργασιακής τους θέσης στις συνθήκες υψηλού ανταγωνισμού, τόσο σε επίπεδο επιχειρήσεων, όσο και σε επίπεδο εργαζομένων.

Οι εργοδότες-επιχειρηματίες, απέχτησαν την ικανότητα να έχουν μεγαλύτερη ποικιλία στην επιλογή του εργατικού τους δυναμικού, ενώ οι εργαζόμενοι διαπίστωσαν ότι για να διατηρήσουν την εργασία τους, που θεωρείται βασικός μοχλός ένταξης του ατόμου στο κοινωνικό σύνολο, έπρεπε να συμμορφωθούν με τις νέες επιταγές του συστήματος. Ο φόβος της ανεργίας συνεπώς, είναι αυτός που έπαιξε καθοριστικό ρόλο, για την προσαρμογή των εργαζομένων, στους όρους των επιχειρηματιών. Μέσα από αυτό το πρίσμα των εξελίξεων επαναπροσδιορίστηκαν οι σχέσεις εργοδοτών-εργαζομένων προς όφελος των πρώτων.

Παράλληλα με αυτές τις διαδικασίες, στον 20^ο αιώνα, αναδείχτηκε η σημασία της ατομικότητας του ανθρώπου. Ο σύγχρονος άνθρωπος, αναπτύσσει πλέγματα

σχέσεων στην καθημερινή του ζωή, ερμηνεύοντας πλήθος ρόλων ανάλογα με τη δραστηριότητα (επαγγελματική, οικογενειακή, κλπ) στην οποία καλείται να ανταπεξέλθει. Κάθε άνθρωπος απέκτησε τη δική του πολυδιάστατη ταυτότητα, η οποία προσδιορίζεται από τις επιλογές του, τους στόχους του, τα θέλω του.

Αδιαμφισβήτητο είναι το γεγονός ότι η εργασία καλύπτει σημαντικό μέρος του χρόνου στη διάρκεια της ζωής ενός ατόμου, ενώ ο μισθός που λαμβάνει αποτελεί τις περισσότερες φορές τη βασική πηγή κάλυψης των αναγκών του για την επιβίωσή του. Επιπλέον, η θέση του ατόμου στην επαγγελματική ζωή εμφανίζεται στις σύγχρονες κοινωνίες ως στοιχείο προσδιορισμού του ατόμου και της ταυτότητάς του, χώρος έκφρασης της δημιουργικότητας, της επικοινωνίας και της συνεργασίας και σημείο αναφοράς της εκτίμησης της ποιότητας ζωής του, των επιτευγμάτων του ή/και των αποτυχιών του.

Συνεπώς, η συνεισφορά του ατόμου στην οικονομική ζωή της οικογένειας, καθώς επίσης και η προσωπική επαγγελματική του πορεία, αποτελεί τις περισσότερες φορές κριτήριο για την αξιολόγηση ολόκληρης της ζωής του.

1.2 Οικονομική Κρίση στην Ελλάδα: Νεότερα δεδομένα στον Τομέα της Απασχόλησης

1.2.1 Εργαζόμενοι Φτωχοί

Ο στόχος της καταπολέμησης του κοινωνικού αποκλεισμού και της φτώχειας ήταν ένα σημαντικό χαρακτηριστικό της στρατηγικής της Λισαβόνας το 2000. Ο στόχος αυτός επαναβεβαιώθηκε στη στρατηγική της Ευρώπης 2020 και η απασχόληση εξακολούθησε να θεωρείται ως η καλύτερη προστασία ενάντια στη φτώχεια. Ωστόσο, μελέτη του Eurofound που δημοσιεύθηκε το 2010 (Hanzl-Weiß et al., 2010), δείχνει ότι, σύμφωνα με τα διαθέσιμα δεδομένα σε επίπεδο ΕΕ, το 6% των υπαλλήλων και το 18% των αυτοαπασχολούμενων χαρακτηρίζονται ως φτωχοί. Συνολικά, το 8% του απασχολούμενου πληθυσμού στην Ευρώπη μπορεί να χαρακτηριστεί ότι διατρέχει τον κίνδυνο της φτώχειας εντός της εργασίας ή αλλιώς ως "εργαζόμενος φτωχός".

Δεδομένης της οικονομικής κρίσης και της επακόλουθης μείωσης των μισθών, το πρόβλημα της εντός εργασίας φτώχειας έχει αυξηθεί. Οι «εργαζόμενοι φτωχοί» είναι ένα τμήμα του πληθυσμού που απασχολείται και του οποίου το διαθέσιμο εισόδημα ή το εισόδημα όλων των μελών του νοικοκυριού του, θέτει αυτό ή την οικογένειά του σε κίνδυνο φτώχειας.

Σύμφωνα με τα στοιχεία EU-SILC 2007, ο κίνδυνος του να είναι κάποιος εργαζόμενος φτωχός βρέθηκε να είναι υψηλότερος στις νότιες χώρες της ΕΕ - Ελλάδα, Ιταλία, Πορτογαλία και Ισπανία - καθώς και σε ορισμένα νέα κράτη μέλη, συμπεριλαμβανομένης της Πολωνίας και των χωρών της Βαλτικής. Αυξημένος κίνδυνος βρέθηκε επίσης στο Λουξεμβούργο και το Ηνωμένο Βασίλειο. Οι γυναίκες, αν και πλήττονται λιγότερο από τους άνδρες όταν εργάζονται, τα άτομα νεαρής ηλικίας (κυρίως στη Βόρεια Ευρώπη), και οι ηλικιακά μεγαλύτεροι εργαζόμενοι στα κράτη που εντάχθηκαν στην ΕΕ από το 2004, αντιμετωπίζουν μεγαλύτερο κίνδυνο φτώχειας.

Παράγοντες όπως το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, η μερική απασχόληση, η πρόσφατη απόκτηση εργασίας και η προσωρινή σύμβαση εργασίας αυξάνουν τον

κίνδυνο φτώχειας. Επίσης, τα χαρακτηριστικά του νοικοκυριού π.χ. τα μονογονεϊκά νοικοκυριά, αλλά και κάποιες ιδιαίτερες ομάδες όπως οι αυτοαπασχολούμενοι, τα συμβοηθούμενα μέλη (εργαζόμενοι στα πλαίσια της οικογένειας) και οι μετανάστες διατρέχουν υψηλό κίνδυνο φτώχειας.

Η αύξηση της ανεργίας που έχει πλήξει κυρίως τους χαμηλά ειδικευόμενους, οι περικοπές των μισθών και των επιδομάτων και η μείωση των ωρών εργασίας αυξάνουν την πιθανότητα στο άτομο, αν και εργαζόμενο να αντιμετωπίσει αυτό ή/και η οικογένειά του υψηλό κίνδυνο φτώχειας (Aumayr-Pintar et al., 2013).

Η οικονομική κρίση, που ξεκίνησε το 2008, και έχει χαρακτηριστεί από πολλούς ως «Μεγάλη Ύφεση» (Great Recession ή Great Depression) είχε και έχει σοβαρές επιδράσεις στην οικονομία της Ελλάδας, αλλά και όλης της Ευρώπης, με κυριότερες τα μειωμένα επίπεδα του ΑΕΠ, την απορρύθμιση των εργασιακών σχέσεων σε συνδυασμό με τον περιορισμό των εργασιακών δικαιωμάτων, την απότομη πτώση των μισθών, την αυξανόμενη ανεργία και κατά συνέπεια επιδράσεις στα δομικά στοιχεία του συστήματός της, στους θεσμούς της, αλλά και στις αγορές της (Broughton and Welz, 2013).

Στην Ελλάδα η οικονομική κρίση οδήγησε στη χορήγηση πακέτου διάσωσης από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή (ΕΕ), το ΔΝΤ και την ΕΚΤ, στην εφαρμογή μέτρων λιτότητας και στην υπογραφή τριών μνημονίων, όπως προβλεπόταν από την Τρόικα. Αυτό με τη σειρά του, οδήγησε σε πλήρη αναμόρφωση της αγοράς εργασίας στην Ελλάδα και μεταρρύθμιση των συλλογικών διαπραγματεύσεων, τόσο στον ιδιωτικό όσο και στο δημόσιο τομέα, ως αντάλλαγμα της οικονομικής βοήθειας που έλαβε από την ΕΕ (Stamati, 2013).

Σε κοινωνικό επίπεδο, η κρίση και τα επακόλουθα μέτρα λιτότητας, επέφεραν αναμφισβήτητα καταστροφικές συνέπειες στις αγορές εργασίας και στην παροχή κοινωνικής πρόνοιας τόσο στην Ελλάδα, όσο και σε ορισμένα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Τα μέτρα κυμαίνονται από τη μείωση της απασχόλησης στο δημόσιο τομέα έως και την εισαγωγή μεγαλύτερης ευελιξίας στη ρύθμιση της αγοράς εργασίας, αλλαγές στην ιεραρχία των συλλογικών συμβάσεων, αλλαγές στο ασφαλιστικό και συνταξιοδοτικό σύστημα, περικοπές και πάγωμα μισθών (Broughton and Welz, 2013).

1.2.2 Απορρύθμιση των συλλογικών διαπραγματεύσεων και συμβάσεων.

Ευέλικτη και Επισφαλής Εργασία

Η απορρύθμιση της απασχόλησης στο δημόσιο τομέα δημιούργησε το κατάλληλο υπόβαθρο για την εκτεταμένη απορρύθμιση της απασχόλησης στον ιδιωτικό τομέα, προωθώντας την ευέλικτη και επισφαλή απασχόληση, όπως η μερική και η προσωρινή απασχόληση, διευκολύνοντας τις απολύσεις και **διαλύοντας το σύστημα συλλογικής διαπραγμάτευσης** (Stamati, 2013).

Η διευκόλυνση των απολύσεων επιχειρήθηκε σε μια περίοδο οξείας ανεργίας και ενέτεινε το αίσθημα της **ανασφάλειας στην απασχόληση**. Η χαλάρωση της προστασίας των εργαζομένων τόσο σε ατομικό όσο και σε συλλογικό επίπεδο αποτέλεσε ένα ακόμη πλήγμα σε ένα βασικό πυλώνα του εργατικού δικαίου. Επίσης, η αποσύνθεση του συστήματος των **συλλογικών διαπραγματεύσεων** και του συστήματος **συλλογικών εργασιακών συμβάσεων**, αποτέλεσε ενδιάμεσο στάδιο που οδήγησε προς την εξατομίκευση των εργασιακών σχέσεων και του τρόπου με τον οποίο διαμορφώθηκαν οι μισθοί (Stamati, 2013).

Η εφαρμογή του πρώτου πακέτου μέτρων λιτότητας τον Φεβρουάριο του 2010, έπληξε κυρίως το δημόσιο τομέα και αφορούσε στο πάγωμα των μισθών, στις περικοπές των επιδομάτων κατά 10%, των υπερωριών και των οδοιπορικών. Το δεύτερο πακέτο μέτρων λιτότητας εφαρμόστηκε πολύ γρήγορα μετά το πρώτο και αφορούσε σε μείωση 30% στα δώρα Χριστουγέννων, Πάσχα, αδείας, σε μείωση 12% σε όλα τα επιδόματα του Δημοσίου, σε μείωση 7% στις αποδοχές υπαλλήλων ΔΕΚΟ, ΟΤΑ, ΝΠΙΔ, αλλά και σε αλλαγές στη φορολόγηση, όπως αύξηση του ΦΠΑ, αύξηση στο φόρο βενζίνης και στους φόρους εισαγωγής αυτοκινήτων και στην εφαρμογή τεκμηρίων σε όλα τα αυτοκίνητα και τα ακίνητα (Βικιπαίδεια).

Με την υπογραφή του πρώτου μνημονίου, τα κυριότερα μέτρα που λήφθηκαν και αφορούσαν στην απασχόληση ήταν η κατάργηση της 13ης και 14ης σύνταξης, η κατάργηση του 13ου και 14ου μισθού για τους δημόσιους υπαλλήλους, και η επιπλέον περικοπή κατά 8% και 3% των επιδομάτων των δημοσίων υπαλλήλων και των υπαλλήλων ΔΕΚΟ αντίστοιχα. Επίσης, το νομοσχέδιο προέβλεπε μείωση του κατώτατου μισθού, αύξηση του ορίου απολύσεων και αύξηση στα όρια ηλικίας

συνταξιοδότησης των γυναικών στον δημόσιο τομέα στα 65 χρόνια έως το τέλος του 2013 με έναρξη το 2011 (Βικιπαίδεια).

Επίσης, με το πρώτο μνημόνιο περιορίστηκε η μέγιστη περίοδος προειδοποίησης για καταγγελία των επαγγελματικών συμφωνιών από 24 σε 6 μήνες, και μειώθηκε το κόστος απόλυσης έως και 18 μισθούς για τους εργαζόμενους με μεγάλη προϋπηρεσία. Παράλληλα, οι εργοδότες διευκολύνθηκαν στην καταβολή της αποζημίωσης με περισσότερες και μικρότερες δόσεις σε σύγκριση με το παρελθόν, ενώ επίσης περιορίστηκε το όριο για την καταβολή της αποζημίωσης από το ισοδύναμο των μισθών έξι μηνών σε μισθούς δύο μηνών (Stamati, 2013).

Επιπλέον, η ελάχιστη περίοδος απασχόλησης που απαιτούνταν για την καταβολή της αποζημίωσης απόλυσης από τον εργοδότη επεκτάθηκε από 2 σε 12 μήνες μετά τον τερματισμό της αορίστου χρόνου σύμβασης εργασίας. Τέλος, σε σχέση με τις ομαδικές απολύσεις, το όριο αυξήθηκε από 4 σε 6 εργαζόμενους για τις εταιρείες που έχουν 20-150 εργαζόμενους και για τις επιχειρήσεις με περισσότερους εργαζόμενους το όριο τέθηκε σε 5% των εργαζομένων σε σύγκριση με το προηγούμενο επίπεδο του 2% (Stamati, 2013).

Η ενίσχυση της **ευέλικτης και επισφαλούς απασχόλησης** επιτεύχθηκε με μια ποικιλία μέτρων στο πλαίσιο του **πρώτου μνημονίου**. Αυτά περιλαμβάνουν την παράταση της μέγιστης περιόδου προσωρινής απασχόλησης από 18 σε 36 μήνες, παράταση της μέγιστης περιόδου ανανέωσης της προσωρινής απασχόλησης από 2 σε 3 χρόνια, την επέκταση της εκ περιτροπής απασχόλησης (4-ήμερα, 3-ήμερα) για χρονικό διάστημα 6 με 9 μήνες ανά ημερολογιακό έτος, την κατάργηση των επιβαρύνσεων για τις υπερωρίες στη μερική απασχόληση και για την απασχόληση κάτω των 20 ωρών την εβδομάδα (Stamati, 2013).

Μεταξύ του πρώτου και του δεύτερου μνημονίου νέα μέτρα εφαρμόστηκαν με στόχο τη μείωση των δαπανών και την αύξηση των εσόδων στο πλαίσιο του μεσοπρόθεσμου προγράμματος. Οι κατηγορίες που επηρεάστηκαν περισσότερο από τα μέτρα αυτά ήταν κυρίως οι αυτοαπασχολούμενοι με την επιβολή του ετήσιου τέλους επιτηδεύματος και οι συνταξιούχοι με την ειδική εισφορά συνταξιούχων επικουρικής ασφάλισης και με την αύξηση του ποσοστού ΛΑΦΚΑ (Βικιπαίδεια).

Επιπλέον, διευρύνθηκε η εργασιακή εφεδρεία, πραγματοποιήθηκαν περικοπές στους μισθούς των δημοσίων υπαλλήλων, στις συντάξεις και στα εφάπαξ,

εφαρμόστηκε το ενιαίο μισθολόγιο για τους δημόσιους υπαλλήλους και “άνοιξαν” όλα τα κλειστά επαγγέλματα (Βικιπαίδεια).

Με το **δεύτερο μνημόνιο**, το ποσοστό των κατώτατων μισθών μειώθηκε κατά 22% (και κατά 32% για τα άτομα κάτω των 25 ετών), με νομοθετική παρέμβαση, η οποία ακύρωσε το ρόλο της εθνικής συλλογικής σύμβασης. Ταυτόχρονα, αναστάλθηκαν οι αυξήσεις στο βασικό μισθό, πάγωσαν οι βαθμολογικές ωριμάνσεις και τα υπηρεσιακά επιδόματα (επιδόματα αδειάς, εορτών Χριστουγέννων, κλπ) των δημοσίων υπαλλήλων, μέχρις ότου το ποσοστό ανεργίας μειωθεί στο 10% (Stamati, 2013).

Από το 2009 έως το 2015, οι μέσες ετήσιες αποδοχές των υπαλλήλων του δημόσιου τομέα μειώθηκαν κατά 25% έως και 38%. Επιπλέον, ο αριθμός των εργαζομένων που απασχολούνταν στο δημόσιο τομέα μειώθηκε περισσότερο από 350.000. Αυτό οδήγησε σε μια συνολική μείωση πάνω από 8 δις € των συνολικών αποδοχών που καταβάλλονταν στο δημόσιο τομέα (Georgiadi, 2015).

Με το πακέτο μέτρων λιτότητας που λήφθηκαν στο Μεσοπρόθεσμο Πλαίσιο Δημοσιονομικής Στρατηγικής 2013-2016, αυξήθηκαν τα ηλικιακά όρια συνταξιοδότησης κατά 2 έτη, μειώθηκαν οι συντάξεις άνω των 1.000,00 € από 5% έως και 15%, μειώθηκαν τα εφάπαξ κατά 83%, καταργήθηκαν τα Δώρα Χριστουγέννων και Πάσχα και τα επιδόματα αδειάς για όλους τους δημόσιους υπαλλήλους και για τους συνταξιούχους και εντάχθηκαν στο ενιαίο μισθολόγιο εργαζομένων οι υπάλληλοι στις ΔΕΚΟ. Επιπλέον, τέθηκε σε εφαρμογή η διαθεσιμότητα των μονίμων δημοσίων υπαλλήλων με μειωμένο μισθό, των οποίων οι θέσεις καταργούνταν και μειώθηκε ο χρόνος προειδοποίησης για απολύσεις από 6 σε 4 μήνες (Βικιπαίδεια).

Με την υπογραφή του Τρίτου Μνημονίου, προωθήθηκε η συρρίκνωση του προσωπικού που απασχολείται στο δημόσιο τομέα μέσω των μετατάξεων προσωπικού, της διαθεσιμότητας για ένα έτος, θέση σε αργία στο πλαίσιο της πειθαρχικής και ποινικής διαδικασίας, της κατάργησης των θέσεων ιδιωτικού δικαίου αορίστου χρόνου (ΙΔΑΧ) και του περιορισμού των προσλήψεων. Επιπλέον, άλλαξε ο τρόπος υπολογισμού των συντάξεων των δημοσίων υπαλλήλων και των υπαλλήλων ΔΕΚΟ, λαμβάνοντας υπόψη για τον υπολογισμό της σύνταξης το μέσο όρο των αποδοχών της τελευταίας πενταετίας (Μητρόπουλος, 2017).

Με τη θέσπιση και εφαρμογή όλων των μέτρων που λήφθηκαν στην περίοδο της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα, οι αλλαγές στις εργασιακές συνθήκες και σχέσεις επέδρασαν καθοριστικά στη διαμόρφωση του εργασιακού βίου των πολιτών, εντείνοντας το γενικότερο πλαίσιο ανασφάλειας και επηρεάζοντας όλους τους τομείς της ζωής, αλλά και της υγείας του οικονομικά ενεργού και μη πληθυσμού.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΑΝΕΡΓΙΑ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

2.1 Εισαγωγή

Οι έννοιες απασχόληση και ανεργία, αποτελούν δύο έννοιες αντικρουόμενες, αλλά και αλληλοεξαρτώμενες, με την έννοια ότι τα ποσοστά ανεργίας είναι αυτά που προσδιορίζουν τους όρους και τις συνθήκες της απασχόλησης.

Η εργασία αποτελεί το απαραίτητο μέσο για την αναπαραγωγή της ζωής, για την παροχή καλύτερης ποιότητας ζωής (εκπαίδευση, περίθαλψη, κλπ) στο άτομο και στην οικογένειά του, αποτελώντας το διαβατήριο για την ένταξη του ατόμου στις οικονομικές, πολιτικές και κοινωνικές δραστηριότητες. Αντιστρέφοντας τους όρους προκύπτει το συμπέρασμα πως η ανυπαρξία εργασίας, δηλαδή η ανεργία, ισούται με τον αποκλεισμό του ατόμου από το κοινωνικό σύνολο.

Ανεργία είναι η έλλειψη ευκαιριών απασχόλησης για τα άτομα που είναι ικανά και επιθυμούν να εργαστούν. Η ανεργία δημιουργεί οικονομικές και κοινωνικές επιπτώσεις, τόσο σε ατομικό, όσο και σε κοινωνικό επίπεδο. Οι οικονομικές επιπτώσεις αναφέρονται στη μείωση των παραγωγικών δυνάμεων, στη μη αύξηση του εθνικού εισοδήματος και επιπλέον στην οικονομική έκπτωση των άνεργων οικογενειών. Οι κοινωνικές επιπτώσεις αναφέρονται στη διάσπαση της κοινωνικής συνοχής, στην εμφάνιση παραβατικών φαινομένων, καθώς επίσης στη μείωση της δραστηριότητας του ατόμου, στην αίσθηση ανασφάλειας και απομόνωσής του και στην έγερση ζητημάτων επιβίωσης και υπαρξιακών ερωτημάτων (Μποζώνας, 2006).

2.2 Ανεργία και Ψυχικές Διαταραχές

Στις σύγχρονες κοινωνίες, η εργασία κατέχει χωρίς αμφιβολία σημαντική θέση στη ζωή του ατόμου. Μέσα από αυτήν το άτομο εκτός από το γεγονός ότι εξασφαλίζει τους απαραίτητους πόρους για την επιβίωσή του, αναπτύσσει αίσθημα σημαντικότητας για τον ίδιο του τον εαυτό. Η περίοδος που διανύει η χώρα μας τα τελευταία χρόνια χαρακτηρίζεται από πλήρη οικονομική ύφεση, από τη διαρκή και αισθητή μείωση της οικονομικής δραστηριότητας (απασχόληση, επενδύσεις) και από την ανυπαρξία κάθε αναπτυξιακής πολιτικής.

Οι πιο οδυνηρές επιπτώσεις της τρέχουσας ύφεσης επιβαρύνουν κυρίως τα **άνεργα άτομα** και τις οικογένειές τους. Οι επιπτώσεις αυτές συμβάλλουν στην αύξηση της οικονομικής πίεσης, στην απώλεια της ταυτότητας και των υπάρχόντων κοινωνικών σχέσεων και στη μείωση της αίσθησης του σκοπού και της δραστηριότητας. Η ανεργία ορίζεται ως η κατάσταση που βιώνει το άτομο όταν βρίσκεται εκτός έμμισθης εργασίας, ψάχνει για δουλειά, που είναι σε θέση να δεχθεί εάν του προσφερθεί, και διακρίνεται από τη μη απασχόληση. Από αποτελέσματα ερευνών προκύπτει, ότι η απώλεια της εργασίας μπορεί να οδηγήσει το άτομο σε ψυχοσυναισθηματικές αντιδράσεις, οι οποίες σχετίζονται με το κατά πόσο το άτομο είναι εξοικειωμένο με αυτή την απώλεια, με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του ίδιου του ατόμου, καθώς και με το πλέγμα των οικογενειακών και κοινωνικών του σχέσεων και υποχρεώσεων.

Πιο συγκεκριμένα, η απώλεια εργασίας (όχι μόνο η ανικανότητα για εύρεση εργασίας για πρώτη φορά, αλλά και επιστροφής στην αγορά εργασίας), αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου για εμφάνιση συμπτωμάτων ψυχολογικής διαταραχής στο άτομο. Έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί τα τελευταία χρόνια και επικεντρώνονται στην ανεργία (Catalano et al., 2000; Mandal and Roe, 2008; Paul and Moser, 2009), επιβεβαιώνουν τη σχέση της με την **ανάπτυξη και επικράτηση των κοινών ψυχικών διαταραχών (common mental disorders)** και επισημαίνουν τη σημαντικά αρνητική επίδραση αυτής στην ψυχική υγεία των ατόμων (Wang et al., 2018).

Αποτελέσματα ερευνών που μελέτησαν τη σχέση των ποσοστών ανεργίας σε μια κοινωνία με την κατάθλιψη, έδειξαν ότι η αύξηση της ανεργίας σχετίζεται θετικά με

την κατάθλιψη. Μια πρόσφατη προσπάθεια μελέτης των δεικτών του άγχους και της κατάθλιψης στους **ανέργους**, των ρυθμιστικών κοινωνικοδημογραφικών μεταβλητών και των σχετικών στρατηγικών αντιμετώπισης στα υψηλότερα και στα χαμηλότερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης, αποτελεί η έρευνα των Navarro-Abal et al. (2018). Τα αποτελέσματα της έρευνας στην οποία συμμετείχαν 244 άνεργα άτομα, χρήστες του Κέντρου «Career Service Centre» - της δημόσιας υπηρεσίας Απασχόλησης της Ανδαλουσίας της πόλης Huelva, έδειξαν ότι μόνο το 5,7% των συμμετεχόντων δεν είχε καταθλιπτικά συμπτώματα, ενώ όσον αφορά τα επίπεδα άγχους το 41,7% των συμμετεχόντων δεν είχε άγχος. Τα άνεργα άτομα με υψηλές βαθμολογίες άγχους και κατάθλιψης, είχαν αναπτύξει δυσλειτουργικές στρατηγικές αντιμετώπισης όπως χρήση ουσιών, ενοχές ή άρνηση.

Η ανάλυση των αποτελεσμάτων έρευνας των Crowe and Butterworth (2016) εντόπισε όχι μόνο την **ανεργία αλλά και την υποαπασχόληση** ως σημαντικούς παράγοντες πρόβλεψης της κατάθλιψης, ενώ η κοινωνική στήριξη, οι οικονομικές δυσκολίες και η αίσθηση του προσωπικού ελέγχου, εμφανίστηκαν ως σημαντικοί διαμεσολαβητές μεταξύ ανεργίας και κατάθλιψης.

Οι πιθανές επιδράσεις των ποσοστών ανεργίας στον πληθυσμό δεν είναι απαραίτητα οι ίδιες με τις επιδράσεις στα άτομα. Υψηλά ποσοστά ανεργίας μπορεί να οδηγήσουν τα άτομα να δεχτούν εργασίες που δεν τους ικανοποιούν, ενώ η ατομική εμπειρία της ανεργίας μπορεί να έχει καλύτερη αντιμετώπιση σε περιοχές όπου ιστορικά έχουν καταγραφεί μεγάλα ποσοστά ανεργίας, δηλαδή να μην γίνει αντιληπτή ως προσωπική αποτυχία, ή να αντιμετωπιστεί με χειρότερο τρόπο σε περιοχές όπου η ανεργία είναι η εξαίρεση (Morrell et al., 1998).

2.3 Ανεργία, Ψυχική Υγεία και Χρήση Ψυχιατρικών Υπηρεσιών

Διάφορες μελέτες που επικεντρώθηκαν στο συνδυασμό των περιβαλλοντικών παραγόντων με την ψυχική νοσηρότητα έχουν λάβει χώρα κατά διαστήματα. Σύμφωνα με τον Μαδιανό (1996), οι έρευνες αυτές εστιάζουν στη σχέση της κοινωνικοοικονομικής και εργασιακής κατάστασης των ατόμων με την εμφάνιση ψυχικών διαταραχών και χωρίζονται σε δύο κατηγορίες. Στην πρώτη κατηγορία ανήκουν οι έρευνες που εστιάζουν στα ποσοστά χρήσης και παροχής ψυχιατρικών υπηρεσιών από το σύστημα υγείας, σε συνδυασμό με την κοινωνική και οικονομική θέση των ατόμων, ενώ στη δεύτερη κατηγορία ανήκουν οι έρευνες που μελέτησαν το οικονομικό επίπεδο μιας περιοχής σε συνδυασμό με την ψυχιατρική νοσηλευτική νοσηρότητα.

Μία από τις πιο παλιές μελέτες, είναι αυτή του Brenner (1973), ο οποίος εντόπισε μια αρνητική σχέση μεταξύ νοσηρότητας και **οικονομικής κατάστασης σε μια πολιτεία** της Ν. Υόρκης. Όσο πιο υψηλό ήταν το οικονομικό επίπεδο της περιοχής, τόσο πιο μικρό ήταν το ποσοστό εμφάνισης ψυχικών διαταραχών σε αυτή (αναφέρεται στο Μαδιανός 1996). Αντίστοιχα σε άλλες έρευνες (Catalano, 1991; Paul and Moser, 2009), έχει διαπιστωθεί, ότι περιοχές με χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο και δυσχερή χαρακτηριστικά ή ανομικές καταστάσεις, παρουσιάζουν αυξημένα ποσοστά ψυχιατρικής νοσηρότητας.

Σε περιόδους οικονομικής κρίσης που η οικονομία της κοινότητας φθίνει, η οικονομική ανασφάλεια βρέθηκε να αυξάνει την περίπτωση αναζήτησης βοήθειας για την αντιμετώπιση ψυχικών διαταραχών, δηλαδή ο αριθμός των ατόμων σε μια κοινωνία που αναζήτησε υπηρεσίες ψυχικής υγείας, αυξήθηκε όταν η οικονομία της κοινότητας έφθινε (Catalano, 1991).

Έρευνα των Gili et al. (2012) το 2010 στην Ισπανία, κατέδειξε σημαντική αύξηση του ποσοστού των ασθενών που επισκέπτονταν δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας, με διαταραχές της διάθεσης, αγχώδεις διαταραχές, σωματόμορφες διαταραχές και διαταραχές σχετιζόμενες με τη χρήση αλκοόλ, σε σύγκριση με την περίοδο προ κρίσης (2006).

Στη μελέτη της συσχέτισης της ανεργίας με τις ψυχικές διαταραχές υπάρχουν οι έρευνες που χρησιμοποιούν σαν δείκτες ψυχικών διαταραχών τα ποσοστά των εισαγωγών σε ψυχιατρεία και τις επιτόπιες έρευνες σε άνεργα άτομα. Αρκετές έρευνες που πραγματοποιήθηκαν κατά την περίοδο του κραχ στις Η.Π.Α., διαπίστωσαν πως οι **εισαγωγές στα ψυχιατρεία** είχαν αυξηθεί κατά την περίοδο αυτή. Σημαντικές έρευνες ήταν αυτές των Pollock (1935), Komora (1935), Clark (1935), Mower (1939) και Malzberg (1940). Στη διάρκεια της δεκαετίας του '70 δύο έρευνες, του Bagadia (1976) στην Ινδία και του Brodsky (1977) στην Καλιφόρνια, διαπίστωσαν ότι η απώλεια της εργασίας λειτούργησε ως κίνητρο για την εμφάνιση ψυχικών διαταραχών (Μαδιανός, 1996). Σε έρευνες που διεξήχθησαν στις Η.Π.Α., το ποσοστό ανεργίας των Αφροαμερικανών (που αντιμετωπίζουν υψηλότερη ανεργία) βρέθηκε να είναι δύομισι φορές πιο υψηλό από αυτό των λευκών, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό των ατόμων που εισήχθησαν σε ψυχιατρικές μονάδες ήταν τριπλάσιο του ποσοστού των λευκών (Μαδιανός, 1996).

Σε πιο πρόσφατη μελέτη των Paul and Moser (2009), η αρνητική επίδραση της ανεργίας στην ψυχική υγεία βρέθηκε να είναι ισχυρότερη στις χώρες με χαμηλότερο επίπεδο οικονομικής ανάπτυξης, άνισο καταμερισμό εισοδήματος ή ασθενές σύστημα προστασίας από την ανεργία σε σύγκριση με άλλες χώρες.

Ωστόσο, στους περιορισμούς αυτών των ερευνών, θα πρέπει να ληφθεί υπόψη η ύπαρξη ή μη ψυχιατρικών υπηρεσιών στην περιοχή που πραγματοποιείται η έρευνα, γεγονός που μπορεί να επηρεάζει τα ποσοστά σε παραπλήσιες ψυχιατρικές μονάδες, αλλά και η οικονομική κατάσταση της οικογένειας και του τόπου διαμονής αυτής, η οποία ενδέχεται να καθορίζει την παροχή ιδιωτικής και οικιακής περίθαλψης ή όχι του ασθενή (Μαδιανός, 1996).

Επιπλέον, η **έλλειψη οικονομικής ανεξαρτησίας** ως αποτέλεσμα της ανεργίας έχει βρεθεί ότι μειώνει την πιθανότητα χρήσης των κοινωνικών και υγειονομικών υπηρεσιών, με αποτέλεσμα την έλλειψη θεραπείας σε πρώιμο στάδιο και την επιδείνωση του επιπέδου ψυχικής υγείας (Preti, 2003).

2.4 Ανεργία και Αυτοκτονικότητα

Μία από τις σημαντικότερες επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης, αν όχι η σημαντικότερη, είναι η **αύξηση των περιστατικών αυτοκτονίας**. Ενδιαφέρουσα είναι η μελέτη του Durkheim (1951) για τις αυτοκτονίες, στην οποία αυτές βρέθηκαν να σχετίζονται θετικά με τα ποσοστά ανεργίας. Αρκετές έρευνες μεταγενέστερα, επιβεβαίωσαν τη θετική συσχέτιση της οικονομικής ανασφάλειας και της ανεργίας με τα περιστατικά αυτοκτονιών (Catalano, 1991; Morrell et al., 1998; Preti & Miotto, 1999; Preti, 2003). Το **χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο** των ατόμων έχει συνδεθεί επίσης με υψηλότερο κίνδυνο για αυτοκτονία (Blakely, 2003).

Με την έλευση της οικονομικής κρίσης το 2008, τα ποσοστά αυτοκτονιών αυξήθηκαν στις **χώρες της Ευρώπης και της Αμερικής** (Stuckler et al., 2011), κυρίως στους άνδρες και στις χώρες με το μεγαλύτερο αριθμό χαμένων θέσεων εργασίας (Chang et al., 2013). Οι δαπάνες για την **υγειονομική περίθαλψη** συνδέονται άμεσα με τα ποσοστά των αυτοκτονιών, αφού έχει βρεθεί ότι οι αυτοκτονίες αυξάνονται στα κράτη τα οποία μείωσαν τις συγκεκριμένες δαπάνες, ενώ αντίθετα μειώνονται στα κράτη που τις αύξησαν (Zimmerman, 2002).

Σε μια προσπάθεια μελέτης της επίδρασης της παγκόσμιας οικονομική κρίσης στις διεθνείς τάσεις των αυτοκτονιών, τα αποτελέσματα έρευνας των Chang et al., έδειξαν ότι η αύξηση των αυτοκτονιών σημειώθηκε κυρίως στους άνδρες και ιδιαίτερα στις ηλικίες των 15-24 για τις Ευρωπαϊκές και 45-64 για τις Αμερικανικές χώρες. Στις Ευρωπαϊκές χώρες δεν υπήρξε αύξηση του ποσοστού των αυτοκτονιών στις γυναίκες, ενώ στις Αμερικανικές χώρες η αύξηση ήταν μικρότερη από αυτή των ανδρών. Στην ίδια έρευνα, αύξηση στα εθνικά ποσοστά αυτοκτονίας στους άνδρες φάνηκε να συνδέεται με το μέγεθος της αύξησης της ανεργίας, ιδίως στις χώρες με χαμηλά επίπεδα ανεργίας πριν από την κρίση (Chang et al., 2013).

Τα αποτελέσματα έρευνας των Barr et al. (2012) στην **Αγγλία**, η οποία πραγματοποιήθηκε με σκοπό να προσδιορίσει αν οι αγγλικές περιοχές που επηρεάστηκαν περισσότερο από την οικονομική ύφεση στο Ηνωμένο Βασίλειο κατά την περίοδο 2008-2010 είχαν τη μεγαλύτερη αύξηση στις αυτοκτονίες, συνέδεσαν την πρόσφατη αύξηση των αυτοκτονιών στην Αγγλία με την οικονομική κρίση που

ξεκίνησε το 2008, καταδεικνύοντας ότι οι περιφέρειες με τις μεγαλύτερες αυξήσεις στην ανεργία είχαν τις μεγαλύτερες αυξήσεις στις αυτοκτονίες, ιδιαίτερα στους άνδρες (Barr et al. 2012).

Ωστόσο, σε έρευνα του Crombie (1989) που διεξήχθη στη Σκωτία, το ποσοστό αυτοκτονιών σε τοπικό επίπεδο δε βρέθηκε να συσχετίζεται με τις αντίστοιχες τάσεις στα επίπεδα ανεργίας, ενώ η ανεργία των νέων στη Σουηδία συνδέθηκε με προβλήματα ψυχικής υγείας, ανεξάρτητα από το συνολικό εθνικό ποσοστό της ανεργίας (Thern et al., 2017).

Από τα αποτελέσματα έρευνας που έγινε στην Ελλάδα και που μελέτησε τους δείκτες αυτοκτονιών (Ζαχαράκης κ.α., 2003), προέκυψε ότι παρά τη σταδιακή μεταμόρφωση της ελληνικής οικογένειας σε πυρηνικό τύπο οικογένειας, οι δεσμοί μεταξύ των μελών της παραμένουν ισχυροί, εξασφαλίζοντας ψυχολογική υποστήριξη σε ψυχοπιεστικές περιόδους, αλλά και στην περίπτωση ψυχικών νοσημάτων. Η κοινωνική απομόνωση που έχει συσχετιστεί θετικά με την αυτοκτονία, βρέθηκε να έχει μικρές διαστάσεις στην Ελλάδα. Στην ίδια έρευνα, διαπιστώθηκε ότι η αύξηση των Δεικτών Αυτοκτονίας με την πάροδο της ηλικίας ήταν πιο έντονη στους άνδρες και ιδιαίτερα μετά την ηλικία των 65, ηλικία συνταξιοδότησης. Το εύρημα αυτό σχετίστηκε με τη μεγαλύτερη δυσκολία των ανδρών να αντιμετωπίσουν τις συνέπειες του γήρατος, δηλαδή τα προβλήματα σωματικής υγείας, την απώλεια προσφιλών προσώπων, επαγγέλματος και κοινωνικών επαφών και την επακόλουθη μείωση της αυτοεκτίμησης, της ανεξαρτησίας και της αξιοπρέπειας.

Σε έρευνα που μελέτησε τους αυτοτραυματισμούς και τις αυτοδηλητηριάσεις στους νέους στην Οξφόρδη, η ανεργία βρέθηκε να αποτελεί σημαντικό παράγοντα στους άνδρες, μαζί με το αλκοόλ και την κατάχρηση ουσιών (Hawton & Fagg, αναφέρεται στο Morrell et al., 1998).

Στο Ηνωμένο Βασίλειο, εξειδικευμένες μελέτες για τη θνησιμότητα των ανέργων ανδρών, αμέσως μετά τις απογραφές του 1971 και του 1981, βρήκαν ότι οι αυτοκτονίες, τα ατυχήματα και οι θάνατοι από καρκίνο των πνευμόνων ήταν αρκετά αυξημένα στην κατηγορία αυτή (Moser et al., 1987). Σε συμφωνία με τα ευρήματα αυτά, μελέτη follow up στη Γαλλία που πραγματοποιήθηκε βασισμένη σε δείγμα της εθνικής απογραφής, διαπίστωσε ότι κατά τη διάρκεια της πενταετίας που ακολούθησε την αρχική έρευνα, η **θνησιμότητα** των ανδρών που είχαν δηλώσει άνεργοι κατά το

αρχικό στάδιο της έρευνας ήταν τρεις φορές υψηλότερη από αυτή των ατόμων που είχαν δηλώσει εργαζόμενοι (Mesrine et al., αναφέρεται στο Khlat et al., 2004). **Συνεπώς, η ανεργία σχετίστηκε άμεσα και έμμεσα τόσο με τη σωματική όσο και με την ψυχική υγεία (αυτοκτονίες).**

Έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο Εδιμβούργο από το 1968 μέχρι και το 1982 από τους Platt and Kreitman (1984) και μελέτησε τις απόπειρες αυτοκτονίας των **εργαζομένων και των ανέργων ανδρών**, κατέδειξε ότι κατά τη διάρκεια της περιόδου μελέτης η συχνότητα απόπειρας αυτοκτονίας ήταν σχεδόν πάντα δέκα φορές μεγαλύτερη στους άνεργους από ότι στους εργαζόμενους. Στην ίδια έρευνα βρέθηκε επίσης ισχυρή γραμμική σχέση μεταξύ **διάρκειας της ανεργίας και υψηλού κινδύνου απόπειρας αυτοκτονιών**. Πιο συγκεκριμένα άνδρες άνεργοι για περισσότερο από ένα χρόνο είχαν υψηλότερο κίνδυνο από εκείνους που παρέμεναν άνεργοι για μικρότερο χρονικό διάστημα.

Η **διάρκεια της ανεργίας** μεταξύ των νέων ενηλίκων βρέθηκε να είναι θετικά σχετισμένη με τον αυτοκτονικό ιδεασμό σε διαχρονική έρευνα των Blakely et al. (2003). Σε Αυστραλούς νεαρούς ενήλικες, ο κίνδυνος της ψυχικής διαταραχής, βρέθηκε με βάση το Γενικό Ερωτηματολόγιο Υγείας (GHQ), να είναι 1,5 φορά μεγαλύτερος στους άνεργους, σε σχέση με τους εργαζόμενους, ενώ ειδικά για την ηλικιακή κατηγορία 25-44, ο κίνδυνος αυτοκτονίας βρέθηκε να είναι δύο έως και τρεις φορές μεγαλύτερος μεταξύ των ανέργων ατόμων συγκρινόμενα με τους εργαζόμενους. Αυξημένος κίνδυνος αυτοκτονίας παρατηρήθηκε στα άτομα με χαμηλότερα εκπαιδευτικά προσόντα μεταξύ των ανδρών ηλικίας 25-44 ετών, αλλά όχι στους άνδρες μεγαλύτερης ηλικίας. Στους άνδρες ηλικίας 18-24 ετών, ο αυξημένος κίνδυνος για αυτοκτονία, συνδέθηκε με χαμηλότερα εκπαιδευτικά προσόντα, μικρότερο οικογενειακό εισόδημα και ανεργία. Λίγα περιστατικά αυτοκτονιών βρέθηκαν σε γυναίκες ηλικίας 18-24, τα οποία δε συσχετίστηκαν με τη θέση στην αγορά εργασίας ή τους κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες (Blakely et al., 2003).

Ισχυρή σχέση μεταξύ **αυτοκτονιών και ανεργίας** σε Αυστραλούς άνδρες, ηλικίας 20 – 24, φάνηκε ότι υφίσταται από το 1966, εποχή που άρχισαν να καταγράφονται τα στοιχεία της ανεργίας σε σχέση με την **ηλικία**. Το ποσοστό αυτοκτονιών στους άνδρες ηλικίας 20 – 24 σε σχέση με το συνολικό ποσοστό αυτοκτονιών των ανδρών, βρέθηκε να είναι υψηλά συσχετισμένο με την αναλογία

του ποσοστού της ανεργίας για τους άνδρες αυτής της ηλικιακής ομάδας, σε σχέση με το αντίστοιχο συνολικό ποσοστό ανεργίας. Η σχέση αυτή δεν βρέθηκε να ισχύει για τις γυναίκες (Morrell et al., 1993, αναφέρεται στο Morrell et al., 1998).

Τα αποτελέσματα άλλης έρευνας που πραγματοποιήθηκε στην Ιταλία από το 1982 έως και το 1994 (Preti & Miotto, 1999), έδειξαν ότι για την περίοδο αυτή είχαν καταγραφεί 20.457 θάνατοι από αυτοκτονίες μεταξύ των οικονομικά ενεργών ατόμων στην Ιταλία. Από τα άτομα αυτά 13.276 ήταν εργαζόμενοι άνδρες, 3.401 άνεργοι άνδρες, 1.282 άνδρες σε αναζήτηση της πρώτης τους εργασίας, 1.863 εργαζόμενες γυναίκες, 483 άνεργες γυναίκες, 242 γυναίκες σε αναζήτηση της πρώτης τους εργασίας. Το ποσοστό αυτοκτονιών μεταξύ των ανέργων ήταν κατά πολύ υψηλότερο από αυτό των εργαζομένων, τρεις φορές μεγαλύτερο για τους άντρες και δύο για τις γυναίκες, ενώ τα ποσοστά αυτοκτονιών των γυναικών ήταν χαμηλότερα από τα αντίστοιχα των αντρών.

Κατά τη διάρκεια της μελέτης, τα ποσοστά των αυτοκτονιών αυξήθηκαν, τόσο για τους άνδρες, όσο και για τις γυναίκες. **Η αύξηση των ποσοστών αυτοκτονίας βρέθηκε να είναι υψηλότερη για τα άνεργα άτομα, κυρίως για τους άνδρες.** Όσον αφορά την ηλικία των ατόμων, η αύξηση των ποσοστών αυτοκτονίας επηρέασε όλες τις ηλικιακές κατηγορίες, ενώ σημαντική αύξηση παρατηρήθηκε μεταξύ των ατόμων που βρίσκονταν σε αναζήτηση πρώτης εργασίας, με μεγαλύτερη αύξηση τα πιο πρόσφατα χρόνια, κατά τα οποία η ανεργία είχε επίσης αυξηθεί.

Συνεπώς, η αύξηση των αυτοκτονιών σχετίστηκε με αντίστοιχη αύξηση των ποσοστών της ανεργίας. Ειδικότερα, κατά τη διάρκεια της έρευνας το ποσοστό ανεργίας των ανδρών αυξήθηκε από 4,7% το 1982, σε 8,7% το 1994, ενώ των γυναικών από 9,9% το 1982 σε 15,6% το 1994. Η σχέση μεταξύ ποσοστού ανεργίας και αυτοκτονιών, ήταν μεγαλύτερη μεταξύ των ανέργων αντρών, ενώ μεταξύ των γυναικών η σχέση αυτή ήταν λιγότερο σημαντική (Preti & Miotto, 1999).

Τα αποτελέσματα διαχρονικής μελέτης που έλαβε δεδομένα από την απογραφή του 1971 στην Αγγλία, έδειξαν ότι οι κατά τη διάρκεια της απογραφής άνεργοι άνδρες, είχαν υψηλότερες πιθανότητες για αυτοκτονία και ειδικότερα αυτοί **ηλικίας 36-44** (Moser et al., αναφέρεται στο Bartley 1994). Η **αυτοκτονικότητα των ανέργων ανδρών** συνέχισε να αυξάνεται ωστόσο, παρόλο που η ανεργία μειώθηκε στα τέλη της δεκαετίας του '80 (Charlton et al., 1993). Το εύρημα αυτό μπορεί να

οφείλεται στο γεγονός ότι η ανεργία αυξάνει την πιθανότητα για “αντιστροφικά” γεγονότα ζωής (χάσιμο κατοικίας ή διαζύγιο) και μειώνει τους ψυχολογικούς και κοινωνικούς πόρους που απαιτούνται για να ανταπεξέλθει το άτομο σε αυτά (Kessler et al., 1988), με αποτέλεσμα οι συνέπειες της ανεργίας να συνεχίζουν να υφίστανται ακόμη και όταν το άτομο επανενταχτεί στην αγορά εργασίας.

2.5 Κοινωνικοοικονομικοί Παράγοντες

2.5.1 Ανεργία και Οικονομικοί Παράγοντες

Οι πιο πρόσφατες έρευνες για τη σχέση μεταξύ ανεργίας και υγείας, υποστηρίζουν ότι ο **όρος φτώχεια** έχει επανέλθει στο προσκήνιο, ενώ από τα αποτελέσματα αρκετών ερευνών προκύπτει ότι οι συνέπειες της ανεργίας συνδέονται απευθείας με τα οικονομικά προβλήματα. Σύμφωνα με τους White et al. (1991), τα **μακροχρόνια άνεργα άτομα που χρειάστηκε να δανειστούν χρήματα** τον προηγούμενο χρόνο, είχαν αυξημένο κίνδυνο για κατάθλιψη (ποσοστό πάνω από το διπλάσιο), σε σχέση με τα άτομα που δεν είχε χρειαστεί να δανειστούν χρήματα. Σημαντικά αυξημένος κίνδυνος μείζονος κατάθλιψης συνδέθηκε επίσης με τις **δυσκολίες αποπληρωμής των στεγαστικών δανείων και τις εξώσεις** (Gili et al., 2012).

Σε συμφωνία με τα παραπάνω ευρήματα και άλλες έρευνες υποστήριξαν επίσης ότι οι **οικονομικοί περιορισμοί της ανεργίας** είναι αυτοί που επιδρούν αρνητικά στην ψυχική υγεία των ατόμων (Preti & Miotto, 1999; Preti, 2003; Artazcoz et al., 2004), και απέδωσαν την εκκίνηση των ψυχικών διαταραχών όχι στην ανεργία αυτή κάθε αυτή, αλλά στον **οικονομικό περιορισμό** που υφίστανται τα άνεργα άτομα. Τα αποτελέσματα μίας επιπλέον έρευνας οδήγησαν στη διαπίστωση ότι η **οικονομική κατάσταση της οικογένειας** στο σύνολό της αποτελούσε πολύ σημαντικότερο παράγοντα από ότι η ίδια η ανεργία, στην εκδήλωση καταθλιπτικών συμπτωμάτων στα άτομα που βρίσκονταν σε αναζήτηση εργασίας (Stankunas et al., 2006).

Προοπτική μελέτη των Weich & Lewis (1998), διάρκειας 12 μηνών, που διεξήχθη στη Μεγάλη Βρετανία μεταξύ 7.726 ατόμων ηλικίας 16-75 ετών, και διερεύνησε κατά πόσο η φτώχεια και η ανεργία εμποδίζουν την ανάρρωση από επεισόδια ψυχικών διαταραχών, ή επιταχύνουν την εκδήλωσή τους, διαπίστωσε ότι η **επικράτηση και διατήρηση των κοινών ψυχικών διαταραχών**, κυρίως του τύπου της κατάθλιψης και του άγχους, έχει σταθερή σχέση με την ανεργία και τα **επίπεδα φτώχειας**, ανεξάρτητα από την εργασιακή ή την κοινωνική τάξη των ατόμων.

Ειδικότερα, σημαντικές στατιστικές σχέσεις βρέθηκαν μεταξύ εμφάνισης και διατήρησης των κοινών ψυχικών διαταραχών και οικονομικής πίεσης και μεταξύ φτώχειας και διατήρησης των ψυχικών διαταραχών, αλλά όχι εμφάνισής τους.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα μελέτης των Kessler et al. (1988), ο **οικονομικός περιορισμός**, βρέθηκε να είναι ο σημαντικότερος διαμεσολαβητικός παράγοντας μεταξύ ανεργίας και αναφερόμενης ασθένειας στην Αμερικάνικη κοινωνία, περισσότερο από ότι η μειωμένη κοινωνική ένταξη ή τα στρεσογόνα γεγονότα, που έχουν συμβεί κατά τη διάρκεια της ζωής.

Ωστόσο, η επιβάρυνση στην ψυχική υγεία των άνεργων ατόμων μπορεί να οφείλεται και σε **μη οικονομικούς παράγοντες**, όπως η επίδραση της ανεργίας στο κοινωνικό status, στην αυτοεκτίμηση, στη σωματική και ψυχική δραστηριότητα και στη χρήση των ατομικών δεξιοτήτων, που συνεπάγεται η κατάσταση της ανεργίας (Bartley, 1994). Επίσης, το μειωμένο επίπεδο δραστηριοτήτων, το μικρότερο περιθώριο αποφάσεων, η έλλειψη πιθανοτήτων και μέσων στην απόκτηση δεξιοτήτων, αυξάνουν περισσότερο τον κίνδυνο έκθεσης σε απειλητικές ψυχολογικές καταστάσεις (Grossi, 1999). Τα αποτελέσματα έρευνας των Feather & O' Brien (1986), που διεξήχθη στην Αυστραλία τις δεκαετίες του 1980 και του 1990, έδειξαν ότι η ανεργία οδήγησε σε χειρότερες αντιλήψεις σχετικά με την ικανότητα, τη δραστηριότητα και την ικανοποίηση από τη ζωή και σε **αύξηση των καταθλιπτικών επιδράσεων**.

Το γεγονός ότι η εργασία παρέχει οικονομικά και μη οφέλη στην ψυχολογική υγεία, προκύπτει από τα αποτελέσματα ερευνών. Ιταλοί εργάτες βίωσαν σε μεγαλύτερο βαθμό ψυχικές ή σωματικές ασθένειες, έπειτα από παραίτηση από την εργασία τους, παρά το γεγονός ότι συνέχισαν να λαμβάνουν ολόκληρο τον κανονικό τους μισθό (Rudas et al., αναφέρεται στο Bartley 1994), ενώ άνεργοι εργάτες στη Φιλανδία που επανήλθαν στην εργασία, βελτίωσαν την ψυχολογική τους υγεία, ανεξάρτητα από τις οικονομικές συνθήκες πριν ή μετά την εύρεση εργασίας (Lahelma, 1992).

Τα αποτελέσματα έρευνας των Mandal and Roe (2008) που μελέτησε τις συνέπειες της ακούσιας απώλειας θέσης εργασίας και της συνταξιοδότησης στην ψυχική υγεία των ηλικιωμένων Αμερικανών, έδειξαν ότι η ακούσια απώλεια θέσης εργασίας είχε αρνητική επίδραση στην ψυχική υγεία των ατόμων, ενώ η επανένταξη

στην αγορά εργασίας, βελτίωσε την ψυχική υγεία τόσο των ατόμων που είχαν απολυθεί, όσο και αυτών που είχαν συνταξιοδοτηθεί, εκτιμώντας ότι οι αρνητικές επιδράσεις στην ψυχική υγεία των ατόμων αυτών μπορούν να είναι πλήρως αναστρέψιμες με την επανένταξη τους στην αγορά εργασίας.

Οι οικονομικές και οι μη οικονομικές επιδράσεις της ανεργίας μπορεί να μη συνδέονται απευθείας με την ψυχική υγεία, αλλά ενδέχεται να διαμεσολαβούνται από το κοινωνικό πλαίσιο του ατόμου, το οποίο σε μεγάλη έκταση προσδιορίζεται από τους οικογενειακούς ρόλους και την κοινωνική τάξη (Artazcoz et al., 2004), ή από παράγοντες όπως η ηλικία, το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση, η διάρκεια της ανεργίας που προσδιορίζουν την υποκειμενική πρόσληψη και αξιολόγηση της κατάστασης της ανεργίας από το εκάστοτε υποκείμενο (Bartley, 1994).

Συνεπώς, η ανεργία αποτελεί πηγή τόσο οικονομικών δυσκολιών, όσο και ψυχικής δυσφορίας και αλλαγών στις οικογενειακές σχέσεις (Frasquilho et al., 2016).

Τα αποτελέσματα έρευνας που πραγματοποιήθηκε στην Ισπανία και μελέτησε την επίδραση της ύφεσης στην επικράτηση των προβλημάτων ψυχικής υγείας, έδειξαν ότι ο κίνδυνος για κακή ψυχική υγεία αυξήθηκε κατά τη διάρκεια της ύφεσης για τους άνδρες, αλλά μειώθηκε για τις γυναίκες. Στα περιστατικά στα οποία βρέθηκε αυξημένος κίνδυνος για κακή ψυχική υγεία, σημειώθηκε στατιστικά σημαντική σχέση με το **χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης, με το να είναι κάποιος διαζευγμένος/σε διάσταση, τη χαμηλή κοινωνική υποστήριξη, την ανεργία, το χαμηλό οικογενειακό εισόδημα, την ύπαρξη σωματικής ασθένειας καθώς και με τους περιορισμούς που προκύπτουν από αυτή**, τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες (Moncho et al., 2018).

2.5.2 Ηλικία, Εκπαίδευση, Κοινωνικοοικονομικό Επίπεδο και Κοινωνικό Δίκτυο

Η απώλεια εργασίας συνεπάγεται μια σειρά από στρεσογόνα γεγονότα, όπως η αντιμετώπιση της εργασιακής απώλειας, η αναζήτηση εργασίας και η κατάρτιση για επιστροφή στην εργασία, αποτελώντας ταυτόχρονα σημαντική πηγή **κοινωνικού στρες**, το οποίο επιτείνει την **οικογενειακή ένταση, την απομόνωση** από τους

άλλους και την απώλεια της αυτοεκτίμησης και της εμπιστοσύνης. Ο αποκλεισμός από τα κανονικά πρότυπα ζωής, τις συνήθειες και τις δραστηριότητες αυξάνει με τη σειρά του το στρες της απώλειας της εργασίας, τον κίνδυνο κατάθλιψης και κατ' επέκταση τον κίνδυνο αυτοκτονίας (Preti, 2003), ενώ το “σπάσιμο” των **κοινωνικών δεσμών, τόσο σε ατομικό, όσο και σε κοινωνικό επίπεδο**, ως συνέπεια της ανεργίας, έχει βρεθεί ότι ενισχύει τον κίνδυνο θανάτου από αυτοκτονίες και ασθένειες που σχετίζονται με το αλκοόλ (Whitley et al., 1999).

Έρευνα που διεξήχθη στη Νότια Αυστραλία στα τέλη της δεκαετίας του 1980, κατέδειξε ότι η κατάσταση της ψυχολογικής υγείας χειροτέρευσε σημαντικά στα **νεαρά** άνεργα άτομα μετά από εννιά μήνες ανεργίας (Winefield & Tiggemann, αναφέρεται στο Morrell et al., 1998).

Μία ακόμα έρευνα στην Αυστραλία, η οποία σύγκρινε δείγμα άνεργων ανδρών νεαρής ηλικίας με δείγμα άνεργων ανδρών μέσης ηλικίας σε μια σειρά από ψυχολογικούς και δημογραφικούς παράγοντες, επισήμανε ότι τα άνεργα **άτομα μέσης ηλικίας** είχαν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα ψυχολογικών διαταραχών, χαμηλότερο επίπεδο ικανοποίησης από τη ζωή και μεγαλύτερη εργασιακή εμπλοκή από τους νέους άνεργους. Και στις δύο ομάδες ο καλύτερος προγνωστικός παράγοντας για συναισθηματική ευημερία ήταν η **κοινωνική υποστήριξη**. Ωστόσο, τα επίπεδα κοινωνικής υποστήριξης ήταν χαμηλότερα για τα νεότερα άτομα (Broomhall & Winefield, 1990).

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στη Νορβηγία (Claussen et al., 1993) βρέθηκε ότι τα άνεργα άτομα είχαν λιγότερα εφόδια, όπως **οικογενειακό εισόδημα, κοινωνικοοικονομικό επίπεδο και εκπαίδευση**, σε σχέση με τους εργαζομένους στην ίδια περιοχή. Το **κοινωνικό δίκτυο** ήταν επίσης πιο φτωχό για τα άνεργα άτομα, η κοινωνική υποστήριξη περίπου η ίδια με αυτή των εργαζομένων, ενώ η επικράτηση ψυχιατρικών διαταραχών για την ομάδα των ανέργων ήταν τέσσερις με δέκα φορές υψηλότερη και για τα δύο φύλα. Άνεργα άτομα με υψηλότερη **εκπαίδευση, κοινωνικοοικονομικό επίπεδο και κοινωνικό δίκτυο**, ήταν περισσότερο πιθανό να επιστρέψουν πιο σύντομα στην αγορά εργασίας, ενώ τα υγιή άνεργα άτομα, είχαν 24-47% περισσότερες πιθανότητες για εύρεση εργασίας, από ότι τα άτομα που ήταν άρρωστα.

Με την εύρεση εργασίας, η επικράτηση των ψυχικών διαταραχών μειώθηκε. Ψυχικές διαταραχές συναντήθηκαν πιο συχνά στους μακροχρόνια άνεργους, παρά στον εργαζόμενο πληθυσμό. Πάντως, άτομα που εισήχθησαν ξανά στην αγορά εργασίας, συνέχισαν να αισθάνονται μικρή ασφάλεια, γεγονός που αποδεικνύει το χαμηλό βαθμό ανάρρωσης (Claussen et al., 1993).

2.5.3 Διάρκεια ανεργίας, επιδόματα ανεργίας και οικογενειακή κατάσταση

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα Γερμανικής τηλεφωνικής έρευνας που διεξήχθη το 2003 και διερεύνησε την υγεία των ανέργων γυναικών και ανδρών (Lange & Lambert, 2005), **οι μακροχρόνια άνεργοι άνδρες** βρέθηκε να έχουν περισσότερα προβλήματα υγείας, ενώ οι γυναίκες υπέφεραν το ίδιο ή και περισσότερο από τις σοβαρές επιδράσεις της ανεργίας, έστω και βραχυχρόνιας, στην υγεία τους. **Οι βραχυχρόνια άνεργοι άνδρες** βρέθηκε να είναι σημαντικά νεότεροι, ενώ οι μακροχρόνια άνεργοι άνδρες να είναι σημαντικά μεγαλύτερης ηλικίας σε σχέση με τον ανδρικό εργαζόμενο πληθυσμό. Το ποσοστό των μακροχρόνια ανέργων που δεν είχαν ολοκληρώσει την υποχρεωτική εκπαίδευση, ήταν 44%, το ποσοστό που δεν είχε κανένος είδους εκπαίδευση ήταν 11,1%, ενώ το ποσοστό με ακαδημαϊκή μόρφωση ήταν επίσης 11,1%. Όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων το 58,4% των εργαζομένων, το 43,7% των βραχυχρόνια ανέργων και το 42,2% των μακροχρόνια ανέργων ανδρών ήταν παντρεμένοι και ζούσαν με την οικογένειά τους, ενώ τα ποσοστά αυτά για τις γυναίκες ήταν 59,3%, 47,1% και 52,9% αντίστοιχα.

Το 20% των μακροχρόνια ανέργων ανδρών και γυναικών, στην ερώτηση εάν η υγεία τους κατά τη διάρκεια της ανεργίας καλυτέρευσε, άλλαξε ή χειροτέρευσε, απάντησε ότι χειροτέρευσε, ενώ μόλις το 10% ότι καλυτέρευσε. Το ποσοστό των γυναικών και των ανδρών, οι οποίοι αντιλαμβάνονταν την υγεία τους ως καλή ή πολύ καλή σχετιζόταν σημαντικά με τη διάρκεια της ανεργίας. Βραχυχρόνια άνεργα άτομα θεωρούσαν ότι η κατάσταση της υγείας τους ήταν καλή ή πολύ καλή, ενώ οι μακροχρόνια άνεργοι θεωρούσαν το ίδιο σε πολύ μικρότερο ποσοστό. Επίσης βρέθηκε ότι οι βραχυχρόνια, όπως και οι μακροχρόνια άνεργοι άνδρες, ήταν 2,6

φορές περισσότερο επιρρεπείς στο στρες σε σχέση με τους εργαζόμενους, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τις βραχυχρόνια άνεργες γυναίκες ήταν 1,7. Τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής επισήμαναν την αλληλοδιαπλεκόμενη σχέση μεταξύ ανεργίας και ασθένειας, υποστηρίζοντας ότι η ανεργία έχει μεν αρνητικές επιδράσεις στην υγεία, αλλά και η επιδεινωμένη υγεία με τη σειρά της αυξάνει τον κίνδυνο ανεργίας.

Σε συμφωνία με τα ευρήματα αυτά, οι Schuring et al. (2009) επισήμαναν ότι η μελέτη της σχέσης της ανεργίας με την ψυχική υγεία, είναι διπλής κατεύθυνσης. Η ανεργία μπορεί να προκαλεί αρνητικά αποτελέσματα στην ψυχική υγεία, και εν συνεχεία η μειωμένη ψυχική υγεία, μπορεί να αυξήσει την πιθανότητα της ανεργίας.

Μία προσπάθεια μελέτης της σχέσης **κατάθλιψης (εξαρτημένη μεταβλητή) και διάρκειας ανεργίας (ανεξάρτητη μεταβλητή)**, έγινε στη Λιθουανία το 2006 (Stankunas et al., 2006), σε δείγμα 429 ανέργων. Επιδημιολογικές μελέτες στη Λιθουανία, έχουν δείξει ότι ένας στους επτά χρειάζεται ψυχολογική, ψυχοθεραπευτική ή ψυχιατρική βοήθεια, ενώ για μεγάλη χρονική περίοδο το ποσοστό αυτοκτονιών στη χώρα αυτή, ήταν από τα μεγαλύτερα στον κόσμο. Παρόλα αυτά, κατά τη διάρκεια της μεγαλύτερης αύξησης της ανεργίας στην Λιθουανία, το ποσοστό των αυτοκτονιών μειώθηκε.

Από την ανάλυση των στοιχείων βρέθηκε, ότι οι βραχυχρόνια άνεργοι ήταν μικρότερης ηλικίας, με καλύτερη εκπαίδευση και έμεναν σε αστικά κέντρα, σε σχέση με τους μακροχρόνια άνεργους. **Τα άτομα που τη στιγμή της έρευνας βίωναν μακροχρόνια ανεργία είχαν περισσότερα επεισόδια καταθλιπτικής διάθεσης τους τελευταίους δώδεκα μήνες, σε σχέση με τους βραχυχρόνια άνεργους.**

Οι περισσότεροι από τους μισούς μακροχρόνια άνεργους, ανέφεραν αύξηση της συχνότητας των καταθλιπτικών συμπτωμάτων την περίοδο της ανεργίας σε σχέση με την περίοδο πριν από αυτή. Τα συμπτώματα αυτά αυξάνονταν σημαντικά για τις γυναίκες και για τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας. Στα βραχυχρόνια άνεργα άτομα, ο κίνδυνος της κατάθλιψης, αυξανόταν σημαντικά για τις γυναίκες, για τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας και για αυτά που είχαν περιέλθει σε κατάσταση ανεργίας και στο παρελθόν. Η υψηλότερη εκπαίδευση και το μεγαλύτερο εισόδημα αποτελούσαν παράγοντες που μείωναν σημαντικά τον κίνδυνο αυτό και για τις δύο ομάδες (Stankunas et al., 2006).

Αντίθετα από άλλες έρευνες, σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε ανέργους στη Σουηδία (Grossi, 1999), **η διάρκεια της ανεργίας** βρέθηκε να είναι αρνητικά συνδεδεμένη με τη συναισθηματική διαταραχή, ενώ τα άτομα που ήταν άνεργα πάνω από τρία χρόνια εμφάνιζαν μειωμένο στρες.

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Ισπανία (Artacoz et al., 2004), βρέθηκαν μειωμένα επίπεδα ψυχικής υγείας, μεταξύ των άνεργων αντρών, παρά των εργαζομένων, ενώ μόνο μικρές διαφορές παρατηρήθηκαν μεταξύ άνεργων και εργαζομένων γυναικών. Οι άνδρες που ανήκαν στην ομάδα **των εργατών**, βρίσκονταν σε μεγαλύτερο κίνδυνο κακής ψυχικής υγείας από τους άνδρες που δεν ανήκαν σε αυτή την κατηγορία. Επιπλέον, το ποσοστό των γυναικών με κακή ψυχική υγεία βρέθηκε να είναι υψηλότερο για τις γυναίκες χωρίς παιδιά, παρά για τις γυναίκες με παιδιά. Σε αντίθεση με τα ευρήματα των Stankunas et al., από τη μελέτη των χαρακτηριστικών της ανεργίας δεν παρατηρήθηκε κάποια σχέση μεταξύ **διάρκειας της ανεργίας** και ψυχικής υγείας.

Όσον αφορά την **οικογενειακή κατάσταση** των συμμετεχόντων, στους παντρεμένους, η σχέση της ανεργίας με το επίπεδο ψυχικής υγείας διέφερε ανάλογα με το **φύλο και την κοινωνική τάξη**. Ο γάμος βρέθηκε να έχει προστατευτική επίδραση στις γυναίκες. Ωστόσο, η ανεργία σχετίστηκε με κακή ψυχική υγεία των παντρεμένων γυναικών στην περίπτωση της ομάδας των μη χειρώνακτων εργαζομένων που **δε λάμβαναν επίδομα**. Στους παντρεμένους άνδρες που ανήκαν στην κατηγορία των εργατών, η ανεργία συνδέθηκε με κακή ψυχική υγεία στην περίπτωση των ανέργων που λάμβαναν επίδομα, αλλά ακόμη περισσότερο στην περίπτωση των ανέργων που δε λάμβαναν επίδομα. Καμία σχέση δεν βρέθηκε ανάμεσα στους ανέργους ανύπαντρους που λάμβαναν επίδομα και την κακή ψυχική υγεία.

Μη αναμενόμενο για τους ερευνητές, ήταν το γεγονός, ότι όσον αφορά στην κατηγορία των μη χειρώνακτων παντρεμένων ανδρών, καμία διαφορά δεν παρατηρήθηκε στην κατάσταση ψυχικής υγείας μεταξύ των εργαζομένων και των ανέργων που δεν λάμβαναν επίδομα, ενώ η ομάδα των μη χειρώνακτων που ήταν άνεργοι και λάμβαναν επίδομα ήταν θετικά συσχετισμένη με κακή ψυχική υγεία. Ενδεχομένως, αυτό να συμβαίνει γιατί η λήψη επιδόματος ανεργίας, δηλαδή βοήθηματος, από την κατηγορία αυτή (παντρεμένοι άνδρες που δεν ανήκουν στην

κατηγορία των μη χειρώνακτων), μπορεί να είναι πιο στιγματιστική σαν διαδικασία από τη μη λήψη του.

Η πιο εμφανής επίδραση της ανεργίας στην ψυχική υγεία των ανδρών σχετίστηκε με τις οικογενειακές υποχρεώσεις. Ο γάμος φάνηκε να αυξάνει τον κίνδυνο για φτωχή ψυχική υγεία μεταξύ των ανδρών, ενώ μεταξύ των γυναικών, το να είναι παντρεμένες και να ζουν με τα παιδιά τους λειτουργούσε ως ανασταλτικός παράγοντας.

Παρόλο που, οι περισσότερες ανύπαντρες γυναίκες του δείγματος που δεν λάμβαναν επιδόματα, ζούσαν στο σπίτι των γονέων τους καλύπτοντας έτσι τις δικές τους βασικές οικονομικές και συναισθηματικές ανάγκες, ο **γάμος**, και σε μεγαλύτερο βαθμό η **μητρότητα**, βρέθηκαν να παρέχουν επιπλέον πλεονέκτημα στην ψυχική υγεία τους.

Τις μεγαλύτερες επιπτώσεις στην ψυχική τους υγεία είχαν οι άνεργοι που δεν λάμβαναν επίδομα ανεργίας, ενώ καμία διαφορά στα επίπεδα ψυχικής υγείας δε βρέθηκε μεταξύ εργαζομένων γυναικών και ανέργων που έλαβαν αποζημίωση. Το εύρημα αυτό οδηγεί στο συμπέρασμα ότι τα **επίδομα ανεργίας**, είχαν προστατευτική ισχύ, τόσο στους άνδρες, όσο και στις γυναίκες (Artazcoz et al., 2004).

Αντίθετα, τα αποτελέσματα έρευνας που πραγματοποιήθηκε στη Γερμανία σε δείγμα 4.842 ατόμων ηλικίας 18-65, και μελέτησε τη σχέση της ανεργίας με την κατάθλιψη, έδειξαν στατιστικά σημαντικά αυξημένα επίπεδα κατάθλιψης μόνο στα **άνεργα άτομα που λάμβαναν επιδόματα** (Zuelke, 2018). Ενδεχομένως οι διαφορές στην ψυχική υγεία των ατόμων που λαμβάνουν επίδομα ανεργίας, να προσδιορίζονται από το κοινωνικό περιβάλλον των ατόμων και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του (π.χ. νοοτροπίες, ήθη, έθιμα, κλπ.)

Σε έρευνα που έγινε σε άνεργους στη Σουηδία (Grossi, 1999), η **οικογενειακή κατάσταση των ανέργων ατόμων**, βρέθηκε να συνδέεται με την κατάσταση της ψυχικής τους υγεία. Πιο συγκεκριμένα, το **διαζύγιο** βρέθηκε να είναι θετικά συσχετισμένο με τη συναισθηματική διαταραχή, ενώ τα χωρισμένα άτομα βίωναν υψηλότερο στρες. Σημαντική θετική σχέση βρέθηκε μεταξύ συναισθηματικής διαταραχής και της αλληλεπίδρασης της οικονομικής πίεσης και του διαζυγίου, δείχνοντας ότι η οικονομική πίεση ήταν επίσης θετικά συσχετισμένη με την ψυχική

διαταραχή. Τα διαζευγμένα άτομα ανέφεραν περισσότερες συναισθηματικές διαταραχές από τα παντρεμένα ή τα ελεύθερα, κυρίως όταν το διαζύγιο συνοδεύταν με υψηλή οικονομική πίεση.

Από τα αποτελέσματα της έρευνας προέκυψε επιπλέον, ότι όχι μόνο η οικονομική πίεση, αλλά και η έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης ή/ και οι συγκρούσεις με τους πρώην συζύγους αποτελούσαν επιβαρυντικούς παράγοντες για την ύπαρξη συναισθηματικής διαταραχής στους διαζευγμένους. Ωστόσο, διαφορές στην ψυχική υγεία των άνεργων ατόμων ανάλογα με το φύλο δε βρέθηκαν, γεγονός που μπορεί να εξηγείται από τον παρόμοιο τρόπο που αντιδρούν στην ανεργία τα φύλα στη Σουηδία (Grossi, 1999).

Ένας από τους διαμεσολαβητικούς παράγοντες στη σχέση της ανεργίας με την ψυχική υγεία, αποτελεί και η **κοινωνική τάξη** του ατόμου που αντιμετωπίζει την ανεργία. Μετα-ανάλυση των Paul and Moser (2009), κατέδειξε ότι οι άνδρες που εργάζονταν σε **χειρωνακτικές θέσεις εργασίας** επηρεάζονταν περισσότερο από την ανεργία, σε σχέση με τις γυναίκες ή τα άτομα που εργάζονταν σε θέσεις γραφείου.

Έρευνα των Wadsworth et al. (1999) που διεξήχθη στην Αγγλία, επισήμανε τη σχέση χαμηλής **κοινωνικοοικονομικής κατάστασης** στην ηλικία των 33 και προηγούμενης ανεργίας. Πιο συγκεκριμένα, το 9% των ανδρών που είχαν βιώσει ανεργία για μακρά περίοδο (πάνω από 13 μήνες), είχαν τη μεγαλύτερη πιθανότητα να βρίσκονται σε χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο στην ηλικία των 33.

Στην ίδια έρευνα, η ανεργία των ατόμων σχετίστηκε με προ-εργασιακούς παράγοντες, όπως η χαμηλή εκπαίδευση και η **κοινωνική τάξη στην οποία ανήκε ο πατέρας**. Στους άνδρες, το χαμηλό επίπεδο υγείας στην ηλικία των 33 ήταν επίσης σημαντικά συνδεδεμένο με μακροχρόνιες περιόδους ανεργίας. Η επίδραση της ανεργίας βρέθηκε να είναι μεγαλύτερη στους άνδρες που κατάγονταν από εργατικές οικογένειες, συγκρινόμενοι με τους υπόλοιπους.

2.6 Επιδράσεις της ανεργίας στη σωματική υγεία

Εκτός από την επίδραση στις κοινωνικές και διαπροσωπικές σχέσεις των ατόμων και στην ψυχική τους υγεία, οι συνέπειες της ανεργίας γίνονται ορατές και στη σωματική υγεία των ατόμων. Έρευνα των Cobb & Kasl (αναφέρεται στο Bartley 1994), επισήμανε ότι η υγεία των ατόμων αρχίζει να πλήττεται τη στιγμή που αυτά απειλούνται από την ανεργία, αν και ακόμα βρίσκονται σε εργασία, ενώ το στρες της ανεργίας επιδρά στη σωματική υγεία με την αύξηση των χρόνιων επιπέδων του άγχους (Kaplan, αναφέρεται στο Bartley 1994), των καταθλιπτικών διαταραχών, της κατανάλωσης αλκοόλ και τσιγάρου και με την αύξηση στα επίπεδα κορτιζόλης.

Από τα αποτελέσματα έρευνας που διεξήχθη στη Γαλλία (Khlaf et al., 2004), και μελέτησε τις σωματικές και τις ψυχικές διαταραχές στους ανέργους, δεν προέκυψε κάποια διαφορά μεταξύ ανέργων και εργαζομένων όσον αφορά τις κυριότερες σωματικές διαταραχές ή την παχυσαρκία, αλλά βρέθηκε υψηλότερη επικράτηση καταθλιπτικών ασθενειών σε συνάρτηση με μεγαλύτερη κατανάλωση ψυχοτρόπων φαρμάκων στους ανέργους. Όσον αφορά στη χρήση αλκοόλ, το ποσοστό των ατόμων που έκαναν συστηματική κατανάλωση, ήταν ουσιαστικά μεγαλύτερο μεταξύ των ανέργων συγκρινόμενο με τους εργαζομένους. Επίσης, οι άνεργοι άνδρες βρέθηκε να καπνίζουν περισσότερο απ' ότι οι εργαζόμενοι.

Στην ίδια έρευνα μελετήθηκαν μακροχρόνιοι και βραχυχρόνιοι παράγοντες που προέβλεπαν τη θνησιμότητα στους ανέργους. Σχετικά με τους βραχυχρόνιους, τα ευρήματα έδειξαν μεγαλύτερη έκθεση στους παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με την αυτοκτονία (αναφερόμενες καταθλιπτικές διαταραχές και υπερβολική χρήση αλκοόλ) και με τον κίνδυνο ατυχήματος (υπερβολική χρήση αλκοόλ και ψυχοτρόπων φαρμάκων). Ωστόσο, η επικράτηση των καταθλιπτικών ασθενειών στους ανέργους βρέθηκε να είναι σχετικά χαμηλή (5% μεταξύ των ανέργων σε σχέση με 2% μεταξύ των εργαζομένων), ενώ η αλληλεπίδραση διαφόρων παραγόντων (ψυχοδραστικές ουσίες και οινόπνευμα, κατάθλιψη και αλκοόλ) βρέθηκε ότι μπορούσαν να συμβάλουν στην αύξηση του κινδύνου θανάτου των ανέργων.

Σχετικά με τους μακροχρόνιους παράγοντες, παρόλο που η συμβολή της κατανάλωσης αλκοόλ και τσιγάρου στην ύπαρξη σοβαρής σωματικής ασθένειας είναι γνωστή, καμία σημαντική διαφορά δεν παρατηρήθηκε μεταξύ εργαζομένων και

ανέργων όσον αφορά τις σοβαρές σωματικές ασθένειες ή την παχυσαρκία, εύρημα αρκετά απροσδόκητο δεδομένου της μεγαλύτερης θνησιμότητας των ανέργων.

Σε Φιλανδική έρευνα (Leino et al., 1999), τα άτομα ηλικίας 50-54 χρόνων βρέθηκε να έχουν τα μεγαλύτερα ποσοστά ανεργίας. Η συνεχιζόμενη ανεργία σχετίστηκε με προηγούμενη ανεργία, με τη διάρκεια της προηγούμενης απασχόλησης, με την οικογενειακή κατάσταση (άγαμος), με την υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ και τσιγάρου και όχι με τους σωματικούς ή ψυχοκοινωνικούς περιορισμούς στην εργασία, την εργασιακή ικανότητα ή την αποτίμηση των δραστηριοτήτων.

Παραδόξως, οι μακροχρόνια άνεργοι συμμετέχοντες σε αυτή την έρευνα, ανέφεραν αυξημένη συχνότητα άσκησης (η οποία μπορεί να οφείλεται είτε σε καμπάνιες για την υγεία, είτε στη συνήθεια των εργατών να βρίσκονται σε υψηλή σωματική δραστηριότητα εξαιτίας της φύσης της εργασίας τους), μειωμένη κατανάλωση αλκοόλ και αυξημένη σωματική μάζα, συγκρινόμενοι με τους υπόλοιπους συμμετέχοντες. Ωστόσο, ανέφεραν αυξημένο στρες, αλλά λιγότερα περιστατικά ασθενειών, συγκρινόμενοι με το υπόλοιπο δείγμα. Καμία σχέση μεταξύ ιδιαίτερων ασθενειών και διάρκειας της ανεργίας δεν παρατηρήθηκε. Επίσης, η σχέση μεταξύ διάρκειας της ανεργίας και αυξημένου στρες δε βρέθηκε να είναι σημαντική.

Μεταξύ των εργατών κατασκευών ηλικίας 45-55 χρόνων, η μακροχρόνια ανεργία προβλεπόταν από το ασταθές επαγγελματικό ιστορικό, προβλήματα υγείας, κάπνισμα, υψηλή κατανάλωση αλκοόλ, χαμηλό δείκτη μάζας σώματος και του ότι ήταν ανύπαντροι.

Μη αναμενόμενο ήταν το εύρημα, ότι η ανεργία δε βρέθηκε να σχετίζεται με το επίπεδο εκπαίδευσης, τους περιορισμούς και την ένταση της εργασίας, σωματική και ψυχολογική, και με την εργασιακή ικανότητα. Το στρες προμήνυε μακροχρόνια ανεργία, η οποία με τη σειρά της αύξανε το επίπεδο του στρες (Leino et al. 1999).

Αντίθετα από τα ευρήματα των Leino et al. (1999), αλλά σε συμφωνία με των Khlal et al. (2004), έρευνες που μελέτησαν τη σχέση του καπνίσματος και της κατανάλωσης αλκοόλ με την ανεργία, επισήμαναν ότι τα άνεργα άτομα, φαίνεται να είναι πιο εντατικοί καπνιστές (Cook et al., αναφέρεται στο Bartley 1994) και πότες (Wilson, αναφέρεται στο Bartley 1994). Παρόλο που το εύρημα αυτό δεν προκύπτει από τα αποτελέσματα όλων των σχετικών ερευνών, φαίνεται ότι κάποιος

δυσκολότερα σταματάει το κάπνισμα εάν είναι άνεργος, παρά το γεγονός ότι άνεργοι άνδρες έχουν βρεθεί να είναι το ίδιο ενημερωμένοι με τους εργαζόμενους για τον κίνδυνο του καπνίσματος (Lee et al., 1991).

Σε έρευνα των Power & Esthaugh (1990), η συστηματική πόση, βρέθηκε να είναι πιο διαδεδομένη σε νέους άνδρες, που ήταν άνεργοι πάνω από 6 μήνες, το 1958, ενώ σε έρευνα των Morris et al. (1992) επισημάνθηκε ότι οι άντρες μέσης ηλικίας, οι οποίοι έχασαν την εργασία τους, είχαν περισσότερες πιθανότητες να είναι συστηματικοί πότες. Αντίθετα άνδρες άνεργοι λόγω ασθένειας, ήταν πιο πιθανό να μειώσουν την ποσότητα που καταλάωναν κατά την περίοδο που δεν εργαζόνταν, από αυτούς που παρέμειναν συνεχώς απασχολούμενοι.

Αντίθετα, Σε διαχρονική μελέτη που διεξήχθη από τον Hammer (1992) σε αντιπροσωπευτικό δείγμα 2.000 ατόμων, ηλικίας 17-20 ετών στη Νορβηγία και μελέτησε τη σχέση της ανεργίας με τη χρήση ναρκωτικών και αλκοόλ, η ανεργία δεν φάνηκε να σχετίζεται θετικά με την κατανάλωση αλκοόλ. Στην ομάδα με υψηλή κατανάλωση, η ανεργία βρέθηκε να οδηγεί σε μείωση της κατανάλωσης αλκοόλ, παρόλο που υπήρχε η σαφής τάση για αύξηση της χρήσης κάνναβης.

Από τη μελέτη της σχέσης μεταξύ ανεργίας και χρήσης παράνομων ουσιών και αλκοόλ, φάνηκε ότι η χρήση ναρκωτικών ουσιών, δεν γινόταν από τα άτομα για να απαλύνουν ή να μειώσουν το άγχος που δημιουργούταν από την κατάσταση της ανεργίας, αλλά υιοθετείτο περισσότερο ως μια εναλλακτική πολιτιστική ταυτότητα (Hammer, 1992).

Αυστριακή έρευνα (Maier et al., 2006) μελέτησε τις συνέπειες της μακροχρόνιας και βραχυχρόνιας ανεργίας στην ικανότητα εργασίας και στα επίπεδα κορτιζόλης και έδειξε ότι στην έναρξη της ανεργίας οι γυναίκες είχαν ελαφρώς υψηλότερα επίπεδα κορτιζόλης από τους άνδρες, αλλά έπειτα από μια αύξηση κατά τους πρώτους έξι μήνες, τα επίπεδα κορτιζόλης έτειναν να μειωθούν. Αντίθετα στους άνδρες, τα επίπεδα κορτιζόλης συνέχιζαν να αυξάνονται, με αποτέλεσμα να βρεθούν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα κορτιζόλης στους μακροχρόνια σε σχέση με τους βραχυχρόνια άνεργους άνδρες. Επίσης βρέθηκαν ενδείξεις εξασθένησης της ποιότητας της ζωής κατά τη διάρκεια της ανεργίας, σχετιζόμενες με την υγεία, επισημαίνοντας ότι όσο πιο μεγάλη ήταν η περίοδος της ανεργίας, τόσο πιο πολλά παράπονα για ψυχοσωματικά συμπτώματα αναφέρονταν.

2.7 Συμπεράσματα

Η απώλεια εργασίας συνεπάγεται μια σειρά από στρεσογόνα γεγονότα, όπως η αντιμετώπιση της εργασιακής απώλειας, η αναζήτηση εργασίας και η κατάρτιση για επιστροφή στην εργασία, αποτελώντας ταυτόχρονα σημαντική πηγή **κοινωνικού στρες**, το οποίο επιτείνει την **οικογενειακή ένταση, την απομόνωση** από τους άλλους και την απώλεια της αυτοεκτίμησης και της εμπιστοσύνης.

Ο αποκλεισμός από τα κανονικά πρότυπα ζωής, τις συνήθειες και τις δραστηριότητες αυξάνει με τη σειρά του το στρες της απώλειας της εργασίας, τον κίνδυνο κατάθλιψης και κατ' επέκταση τον κίνδυνο αυτοκτονίας, ενώ το “σπάσιμο” **των κοινωνικών δεσμών, τόσο σε ατομικό, όσο και σε κοινωνικό επίπεδο**, ως συνέπεια της ανεργίας, μπορεί να προβλέψει τον κίνδυνο θανάτου από αυτοκτονίες και ασθένειες που σχετίζονται με το αλκοόλ.

Όταν η κοινωνική δραστηριότητα και συμμετοχή των άνεργων ατόμων, καθώς και η κοινωνική υποστήριξη μειώνονται δραματικά, αυτόματα αυξάνονται οι πιθανότητες για το άτομο να συνεχίσει να είναι άνεργο. Έτσι, η μελέτη της σχέσης της ανεργίας με την ψυχική υγεία, είναι διπλής κατεύθυνσης. Η ανεργία μπορεί να προκαλεί αρνητικά αποτελέσματα στην ψυχική υγεία, και εν συνεχεία η μειωμένη ψυχική υγεία, μπορεί να αυξήσει την πιθανότητα της ανεργίας.

Μία από τις σημαντικότερες επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης, αν όχι η σημαντικότερη, είναι η **αύξηση των περιστατικών αυτοκτονίας**. Αρκετές έρευνες έχουν επιβεβαιώσει τη θετική συσχέτιση της οικονομικής ανασφάλειας και της ανεργίας με τα περιστατικά αυτοκτονιών. Το **χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο** των ατόμων έχει επίσης συνδεθεί με υψηλότερο κίνδυνο για αυτοκτονία.

Με την έλευση της οικονομικής κρίσης το 2008, τα ποσοστά αυτοκτονιών βρέθηκε να έχουν αυξηθεί στις **χώρες της Ευρώπης και της Αμερικής**, κυρίως στους άνδρες και στις χώρες με το μεγαλύτερο αριθμό χαμένων θέσεων εργασίας. Αύξηση της ανεργίας σε εθνικό ή τοπικό επίπεδο, βρέθηκε να συνδέεται με αντίστοιχη αύξηση των εθνικών ή τοπικών ποσοστών αυτοκτονίας κυρίως στους άνδρες, ιδίως στις χώρες με χαμηλά επίπεδα ανεργίας πριν από την κρίση. Παρόλα

αυτά, η σύνδεση αυτή δεν εντοπίστηκε σε έρευνα που διεξήχθη στη Σκωτία όπου το ποσοστό αυτοκτονιών σε τοπικό επίπεδο δε βρέθηκε να συσχετίζεται με τις αντίστοιχες τάσεις στα επίπεδα ανεργίας, ή σε έρευνα που διεξήχθη στη Σουηδία όπου η ανεργία των νέων συνδέθηκε με προβλήματα ψυχικής υγείας, ανεξάρτητα από το συνολικό εθνικό ποσοστό της ανεργίας.

Η ανεργία έχει βρεθεί να σχετίζεται άμεσα και έμμεσα τόσο με τη σωματική όσο και με την ψυχική υγεία. Η θνησιμότητα των άνεργων ανδρών έχει βρεθεί να είναι έως και τρεις φορές υψηλότερη από αυτή των εργαζόμενων ατόμων, ενώ σε μελέτη των αυτοτραυματισμών και των αυτοδηλητηριάσεων σε νέους στην Οξφόρδη η ανεργία μαζί με το αλκοόλ και την κατάχρηση ουσιών βρέθηκε να αποτελούν σημαντικούς παράγοντες στους άνδρες.

Η αύξηση των ποσοστών αυτοκτονίας βρέθηκε να είναι υψηλότερη για τα άνεργα άτομα και κυρίως για τους άνεργους άνδρες ηλικίας 36-44 ετών, παρά για τα εργαζόμενα άτομα. Επίσης, οι απόπειρες αυτοκτονίας των άνεργων ανδρών, έχουν βρεθεί να είναι έως και δέκα φορές περισσότερες από ότι στους εργαζόμενους. Θετικά σχετισμένη με τον αυτοκτονικό ιδεασμό έχει βρεθεί να είναι και η διάρκεια της ανεργίας μεταξύ των νέων ενηλίκων, επισημαίνοντας την τάση να αυξάνονται οι απόπειρες αυτοκτονίες στα άτομα που παραμένουν άνεργα για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα.

Έρευνες που έχουν εστιάσει τη μελέτη τους στην καταγραφή των κρατικών δαπανών για υγειονομική περίθαλψη, επισημαίνουν ότι αυτές συνδέονται άμεσα με τα ποσοστά των αυτοκτονιών, αφού έχει βρεθεί ότι οι αυτοκτονίες αυξάνονται στα κράτη τα οποία μείωσαν τις συγκεκριμένες δαπάνες, ενώ αντίθετα μειώνονται στα κράτη που τις αύξησαν.

Από τα αποτελέσματα αρκετών ερευνών προκύπτει ότι η ανεργία σχετίζεται με τον επιπολασμό, την επίπτωση και την πρόγνωση των κοινών ψυχιατρικών διαταραχών και αποτελεί πηγή τόσο οικονομικών δυσκολιών, όσο και ψυχικής δυσφορίας και αλλαγών στις οικογενειακές σχέσεις.

Πλήθος ερευνών υποστηρίζουν ότι οι **οικονομικοί περιορισμοί της ανεργίας** είναι αυτοί που επιδρούν αρνητικά στην ψυχική υγεία των ατόμων. Σε έρευνα που μελέτησε τους παράγοντες που διαμεσολαβούν τη σχέση της ανεργίας με την ψυχική

υγεία, βρέθηκε ότι τα **μακροχρόνια άνεργα άτομα που χρειάστηκε να δανειστούν χρήματα** τον προηγούμενο χρόνο, είχαν αυξημένο κίνδυνο για κατάθλιψη (ποσοστό πάνω από το διπλάσιο), σε σχέση με τα άτομα που δεν είχε χρειαστεί να δανειστούν χρήματα. Σε άλλη έρευνα ο σημαντικά αυξημένος κίνδυνος μείζονος κατάθλιψης συνδέθηκε επίσης με τις **δυσκολίες αποπληρωμής των στεγαστικών δανείων και τις εξώσεις.**

Η **επικράτηση και διατήρηση των κοινών ψυχικών διαταραχών**, κυρίως του τύπου της κατάθλιψης και του άγχους, έχει βρεθεί σε κάποιες μελέτες να έχει σταθερή σχέση με την ανεργία και τα **επίπεδα φτώχειας**, ανεξάρτητα από την εργασιακή ή την κοινωνική τάξη των ατόμων.

Παρόλα αυτά, η επιβάρυνση στην ψυχική υγεία των άνεργων ατόμων μπορεί να οφείλεται και σε **μη οικονομικούς παράγοντες**, όπως η επίδραση της ανεργίας στο κοινωνικό status, στην αυτοεκτίμηση, στη σωματική και ψυχική δραστηριότητα και στη χρήση των ατομικών δεξιοτήτων.

Άλλες έρευνες, έχουν υποστηρίξει ότι η απώλεια εργασίας, είναι τόσο στρεσογόνα, σε σημείο που να παραλληλίζεται με την **απώλεια θανάτου**. Στα σύγχρονα κράτη ευημερίας, παρά την ύπαρξη περιστατικών φτώχειας, η απειλή για πείνα και για σωματική στέρηση, δε συνοδεύουν απαραίτητα την απώλεια της πληρωτέας εργασίας. Πολλοί ερευνητές υποστηρίζουν, ότι ο λόγος που η ανεργία θεωρείται ακόμα απειλητική εμπειρία, είναι ακριβώς το γεγονός ότι η εργασία έχει ένα πλήθος μη οικονομικών οφελών για τα άτομα, όπως: δομημένο ημερήσιο πρόγραμμα, αντανάκλαση του σεβασμού των άλλων, σωματική και ψυχική δραστηριότητα, διαπροσωπικές σχέσεις, κοινωνικό στάτους.

Τα αποτελέσματα έρευνας που διεξήχθη στην Αυστραλία τις δεκαετίες του 1980 και του 1990, έδειξαν ότι η ανεργία οδήγησε σε χειρότερες αντιλήψεις σχετικά με την ικανότητα, τη δραστηριότητα και την ικανοποίηση από τη ζωή και σε **αύξηση των καταθλιπτικών επιδράσεων.**

Το γεγονός ότι η εργασία παρέχει μη οικονομικά οφέλη στην ψυχολογική υγεία, επιβεβαιώνεται από τα αποτελέσματα ερευνών. Ιταλοί εργάτες βίωσαν σε μεγαλύτερο βαθμό ψυχικές ή σωματικές ασθένειες, έπειτα από παραίτηση από την εργασία τους, παρά το γεγονός ότι συνέχισαν να λαμβάνουν πλήρη τον κανονικό τους μισθό, ενώ άνεργοι εργάτες στη Φιλανδία που επανήλθαν στην εργασία, βελτίωσαν

την ψυχολογική τους υγεία, ανεξάρτητα από τις οικονομικές συνθήκες πριν ή μετά την εύρεση εργασίας.

Συνεπώς, η ακούσια απώλεια θέσης εργασίας φαίνεται πως έχει αρνητική επίδραση στην ψυχική υγεία των ατόμων, ενώ η επανένταξη στην αγορά εργασίας έχει βρεθεί ότι βελτιώνει την ψυχική υγεία των ατόμων που είχαν απολυθεί, εκτιμώντας ότι οι αρνητικές επιδράσεις στην ψυχική υγεία των ατόμων αυτών μπορούν να είναι πλήρως αναστρέψιμες με την επανένταξη τους στην αγορά εργασίας. Ωστόσο, παρά τη διαπίστωση ότι με την εύρεση εργασίας η επικράτηση των ψυχικών διαταραχών τείνει να μειώνεται, σε κάποιες περιπτώσεις τα άτομα που εισήχθησαν ξανά στην αγορά εργασίας συνέχισαν να αισθάνονται μικρή ασφάλεια, γεγονός που αποδεικνύει το χαμηλό βαθμό ανάρρωσης στις συγκεκριμένες περιπτώσεις.

Οι οικονομικές και οι μη οικονομικές επιδράσεις της ανεργίας μπορεί να μη συνδέονται απευθείας με την ψυχική υγεία, αλλά ενδέχεται να διαμεσολαβούνται από το κοινωνικό πλαίσιο του ατόμου, το οποίο σε μεγάλη έκταση προσδιορίζεται από τους οικογενειακούς ρόλους και την κοινωνική τάξη ή από παράγοντες όπως η ηλικία, το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση και η διάρκεια της ανεργίας που προσδιορίζουν την υποκειμενική πρόσληψη και αξιολόγηση της κατάστασης της ανεργίας από το εκάστοτε υποκείμενο.

Τα αποτελέσματα έρευνας που πραγματοποιήθηκε στην Ισπανία και μελέτησε την επίδραση της ύφεσης στην επικράτηση των προβλημάτων ψυχικής υγείας, έδειξαν ότι ο κίνδυνος για κακή ψυχική υγεία αυξήθηκε κατά τη διάρκεια της ύφεσης για τους άνδρες, αλλά μειώθηκε για τις γυναίκες. Στα περιστατικά στα οποία βρέθηκε αυξημένος κίνδυνος για κακή ψυχική υγεία, σημειώθηκε στατιστικά σημαντική σχέση με το **χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης, με το να είναι κάποιος διαζευγμένος/σε διάσταση, τη χαμηλή κοινωνική υποστήριξη, την ανεργία, το χαμηλό οικογενειακό εισόδημα, την ύπαρξη σωματικής ασθένειας και τους περιορισμούς που προκύπτουν από αυτή**, τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες.

Έρευνα που διεξήχθη στη Νότια Αυστραλία στα τέλη της δεκαετίας του 1980, κατέδειξε ότι η κατάσταση της ψυχολογικής υγείας χειροτέρευσε σημαντικά στα **νεαρά** άνεργα άτομα μετά από εννιά μήνες ανεργίας, ενώ επίσης έρευνα στην Αυστραλία, επισήμανε ότι τα άνεργα **άτομα μέσης ηλικίας** είχαν σημαντικά

υψηλότερα επίπεδα ψυχολογικών διαταραχών και χαμηλότερο επίπεδο ικανοποίησης από τη ζωή.

Τα άνεργα άτομα έχει βρεθεί ότι έχουν λιγότερα εφόδια, όπως μικρότερο **οικογενειακό εισόδημα, χαμηλότερο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο και εκπαίδευση**, σε σχέση με τους εργαζομένους και πιο φτωχό **κοινωνικό δίκτυο**. Άνεργα άτομα με υψηλότερη **εκπαίδευση, κοινωνικοοικονομικό επίπεδο και κοινωνικό δίκτυο**, είναι περισσότερο πιθανό να επιστρέψουν πιο σύντομα στην αγορά εργασίας.

Μελετώντας τη σχέση της διάρκειας της ανεργίας με τις ψυχικές διαταραχές, οι τελευταίες ήταν πιο πιθανόν να συναντηθούν στους μακροχρόνια ανέργους, παρά στον εργαζόμενο πληθυσμό. **Οι μακροχρόνια άνεργοι άνδρες** βρέθηκε να έχουν περισσότερα προβλήματα υγείας και να είναι σημαντικά μεγαλύτερης ηλικίας από τους βραχυχρόνια ανέργους άνδρες, ενώ οι γυναίκες υπέφεραν το ίδιο ή και περισσότερο από τις σοβαρές επιδράσεις της ανεργίας, έστω και βραχυχρόνιας, στην υγεία τους. Επιπλέον, **τα μακροχρόνια άνεργα άτομα βρέθηκε να έχουν περισσότερα επεισόδια καταθλιπτικής διάθεσης τους τελευταίους δώδεκα μήνες** και ανέφεραν αύξηση της συχνότητας των καταθλιπτικών συμπτωμάτων την περίοδο της ανεργίας σε σχέση με την περίοδο πριν από αυτή, **σε σχέση με τους βραχυχρόνια ανέργους**.

Η υψηλότερη εκπαίδευση και το μεγαλύτερο εισόδημα αποτελούσαν παράγοντες που μείωναν σημαντικά τον κίνδυνο αυτό και για τις δύο ομάδες. Επίσης, η μικρότερη ηλικία και το μεγαλύτερο εκπαιδευτικό επίπεδο βρέθηκε να σχετίζονται αρνητικά με τη διάρκεια της ανεργίας των ατόμων. Ωστόσο, αντίθετα από άλλες μελέτες, έρευνα που πραγματοποιήθηκε στη Σουηδία, επισήμανε την αρνητική συσχέτιση της **διάρκειας της ανεργίας** με τη συναισθηματική διαταραχή και το στρες.

Ένας από τους παράγοντες που διαμεσολαβεί στη σχέση της ανεργίας με την ψυχική υγεία, αποτελεί και η **κοινωνική τάξη** του ατόμου που αντιμετωπίζει την ανεργία. Μετα-ανάλυση κατέδειξε ότι οι άνδρες που εργάζονταν σε **χειρωνακτικές θέσεις εργασίας** επηρεάζονταν περισσότερο από την ανεργία, σε σχέση με τις γυναίκες ή τα άτομα που εργάζονταν σε θέσεις γραφείου. Επίσης, από τα αποτελέσματα άλλης έρευνας προέκυψε ότι οι άνεργοι άνδρες που ανήκαν στην

ομάδα **των εργατών**, βρίσκονταν σε μεγαλύτερο κίνδυνο κακής ψυχικής υγείας συγκρινόμενοι με τους άνδρες που δεν ανήκαν σε αυτή την κατηγορία. Σε άλλη έρευνα, η ανεργία των ατόμων σχετίστηκε με προ-εργασιακούς παράγοντες, όπως η χαμηλή εκπαίδευση και η **κοινωνική τάξη στην οποία ανήκε ο πατέρας** και βρέθηκε ότι η επίδραση της ανεργίας ήταν μεγαλύτερη στους άνδρες που κατάγονταν από εργατικές οικογένειες, συγκρινόμενοι με τους υπόλοιπους.

Η **οικογενειακή κατάσταση των άνεργων ατόμων**, βρέθηκε να συνδέεται επίσης με την κατάσταση της ψυχικής τους υγείας. Η πιο εμφανής επίδραση της ανεργίας στην ψυχική υγεία των ανδρών σχετίστηκε με τις οικογενειακές υποχρεώσεις. Ο γάμος φάνηκε να αυξάνει τον κίνδυνο για φτωχή ψυχική υγεία μεταξύ των ανδρών, ενώ μεταξύ των γυναικών, το να είναι παντρεμένες και να ζουν με τα παιδιά τους λειτουργούσε ως ανασταλτικός παράγοντας.

Αντίθετα, **το διαζύγιο** βρέθηκε να είναι θετικά συσχετισμένο με τη συναισθηματική διαταραχή και το στρες. Τα διαζευγμένα άτομα ανέφεραν περισσότερες συναισθηματικές διαταραχές από τα παντρεμένα ή τα ελεύθερα, κυρίως όταν το διαζύγιο συνοδευόταν με υψηλή οικονομική πίεση. Ωστόσο, όχι μόνο η οικονομική πίεση, αλλά και η έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης και οι συγκρούσεις με τους πρώην συζύγους αποτελούσαν επιβαρυντικούς παράγοντες για την ύπαρξη συναισθηματικής διαταραχής στους διαζευγμένους.

Όσον αφορά τη συσχέτιση της ψυχικής υγείας των άνεργων ατόμων με τη λήψη επιδόματος, σε έρευνα που διεξήχθη στην Ισπανία οι άνεργοι που δεν λάμβαναν επίδομα ανεργίας βρέθηκαν να έχουν τις μεγαλύτερες επιπτώσεις. Αντίθετα, έρευνα που πραγματοποιήθηκε στη Γερμανία κατέδειξε στατιστικά σημαντικά αυξημένα επίπεδα κατάθλιψης μόνο στα **άνεργα άτομα που λάμβαναν επιδόματα**. Ενδεχομένως οι διαφορές που παρατηρούνται στην ψυχική υγεία των ατόμων που λαμβάνουν επίδομα ανεργίας, να προσδιορίζονται από το κοινωνικό περιβάλλον των ατόμων και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του (π.χ. νοοτροπίες, ήθη, έθιμα, κλπ.)

Κάποιες έρευνες που μελετούν την ανεργία έχουν επικεντρωθεί στις επιδράσεις αυτής στη **σωματική υγεία** των ατόμων. Έρευνα που διεξήχθη στη Γαλλία, επισήμανε την υψηλότερη επικράτηση καταθλιπτικών ασθενειών σε συνάρτηση με μεγαλύτερη κατανάλωση ψυχοτρόπων φαρμάκων μεταξύ των ανέργων. Όσον αφορά στη χρήση αλκοόλ, το ποσοστό των ατόμων που έκαναν

συστηματική χρήση, ήταν ουσιαστικά μεγαλύτερο μεταξύ των ανέργων συγκρινόμενο με τους εργαζομένους. Επίσης, οι άνεργοι άνδρες βρέθηκε να καπνίζουν περισσότερο απ' ό,τι οι εργαζόμενοι.

Σε συμφωνία με τα ευρήματα αυτά, έρευνες που μελέτησαν τη σχέση του καπνίσματος και της κατανάλωσης αλκοόλ με την ανεργία, βρήκαν ότι τα άνεργα άτομα εμφανίζονταν να είναι πιο εντατικοί καπνιστές και πότες. Άντρες μέσης ηλικίας, οι οποίοι έχασαν την εργασία τους, ήταν πιο πιθανό να γίνουν συστηματικοί πότες. Παρόλο που τα ευρήματα δεν προκύπτουν σε όλες τις σχετικές έρευνες, φαίνεται ότι κάποιος δυσκολότερα σταματάει το κάπνισμα εάν είναι άνεργος, παρά το γεγονός ότι άνεργοι άνδρες έχουν βρεθεί να είναι το ίδιο ενημερωμένοι για τον κίνδυνο του καπνίσματος με τους εργαζόμενους.

Σε έρευνα που μελέτησε τα επίπεδα κορτιζόλης κατά την περίοδο ανεργίας, βρέθηκε ότι οι άνεργες γυναίκες είχαν λίγο υψηλότερα επίπεδα κορτιζόλης από τους άνδρες. Έπειτα από μια αύξηση κατά τους πρώτους έξι μήνες, τα επίπεδα κορτιζόλης έτειναν να μειωθούν. Αντίθετα στους άνδρες, τα επίπεδα κορτιζόλης συνέχιζαν να αυξάνονται, με αποτέλεσμα μακροχρόνια άνεργοι άνδρες, να έχουν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα κορτιζόλης σε σχέση με τους βραχυχρόνια ανέργους. Επίσης βρέθηκαν κάποιες ενδείξεις εξασθένησης της ποιότητας της ζωής κατά τη διάρκεια της ανεργίας, σχετιζόμενες με την υγεία. Όσο πιο μεγάλη ήταν η περίοδος της ανεργίας, τόσο πιο πολλά παράπονα για ψυχοσωματικά συμπτώματα αναφέρθηκαν.

Στο πλαίσιο της ανεργίας, οι στρατηγικές αντιμετώπισης των προβλημάτων σε ατομικό επίπεδο, στοχεύουν εκτός από την εύρεση εργασίας, στην επανάκτηση δεξιοτήτων μέσω της κατάρτισης και στην επανατοποθέτηση των στόχων και επιπλέον εστιάζουν στην άσκηση, στη χαλάρωση και στην οικονομική και κοινωνική υποστήριξη.

Σε κοινωνικό επίπεδο, για την αντιμετώπιση του φαινομένου της ανεργίας, του κοινωνικού αποκλεισμού και της κοινωνικής ανισότητας και για την πρόληψη των επακόλουθων ψυχικών διαταραχών, απαραίτητη είναι η δημιουργία νέων ευέλικτων λύσεων που θα στηρίζονται περισσότερο στην κοινωνική συνέργεια των δημόσιων και ιδιωτικών θεσμών, καθώς επίσης και στην ακρόαση των εμπειριών των πολιτών με τελικό στόχο την παραγωγή διαφόρων λύσεων. Για την εξάλειψη του

στρες που προέρχεται από την κατάσταση της ανεργίας και με απώτερο στόχο την πρόληψη αλλά και την αποκατάσταση και θεραπεία των ψυχικών διαταραχών, οι λύσεις θα πρέπει να αναζητηθούν σε επίπεδο κρατικών ρυθμίσεων και κοινωνικής πολιτικής.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΕΡΓΑΣΙΑ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

3.1 Εισαγωγή

Τα χαρακτηριστικά της απασχόλησης και οι εργασιακοί όροι και κανόνες που διέπουν τις εργασιακές σχέσεις μεταβάλλονται διαρκώς και αναδιοργανώνονται με βίαιες και αιφνίδιες διαδικασίες σημειώνοντας ραγδαίες εξελίξεις στον τομέα της απασχόλησης.

Η παγκοσμιοποιημένη οικονομία και η τρέχουσα οικονομική κρίση κρύβουν τον κίνδυνο μείωσης του επιπέδου της υγείας και της ευημερίας μεγάλου μέρους του εργαζόμενου πληθυσμού, αποδυναμώνοντας τους προστατευτικούς παράγοντες για την ψυχική υγεία και ενισχύοντας τους παράγοντες κινδύνου. Η ύφεση επηρέασε πλήθος κοινωνικών και οικονομικών ομάδων με πολλούς και διαφορετικούς τρόπους.

Η απασχόληση σημαδεύτηκε από απώλεια ωρών εργασίας, ενώ παράλληλα επιδεινώθηκε η ποιότητά της τόσο στις αναπτυγμένες όσο και στις υπό ανάπτυξη χώρες. Ιδιωτικές εταιρείες και δημόσιοι οργανισμοί μείωσαν εκατομμύρια θέσεις εργασίας και πάγωσαν νέες προσλήψεις στο πλαίσιο της μείωσης του κόστους εργασίας, ενώ αρκετοί εργαζόμενοι, που δεν έχασαν τις θέσεις τους, εξαναγκάστηκαν να δεχτούν μειωμένες ώρες εργασίας, καθώς επίσης και μειωμένους μισθούς και επιδόματα. Οι διαδικασίες αυτές και η διαπλοκή τους με άλλα χαρακτηριστικά, όπως η εντατικοποίηση της εργασίας, οι συγχωνεύσεις εταιρειών και μεταφορά αυτών σε χώρες του Τρίτου Κόσμου, αυξάνουν την εργασιακή αστάθεια και ανασφάλεια.

Μελέτες έχουν καταδείξει την αρνητική επίδραση της οικονομικής ύφεσης στα άνεργα άτομα (Catalano et al., 2000; Paul and Moser, 2009; Preti, 2003; Madianos et al., 2011; Zenger et al., 2013; Madianos et al., 2014), η οποία μπορεί να εξηγηθεί από την απώλεια εισοδήματος, την “απώλεια” της ταυτότητας του ατόμου, το κλίμα δυσφορίας που δημιουργείται σε ατομικό και οικογενειακό επίπεδο, καθώς και από τις ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις που συνεπάγονται όλα τα παραπάνω. Ωστόσο, σημαντικά μικρότερος αριθμός ερευνών έχει επικεντρωθεί στην επίδραση

της οικονομικής κρίσης στις **εργασιακές συνθήκες** και κατ'επέκταση στην ψυχική υγεία του εργαζόμενου πληθυσμού (Meltzer et al., 2010; Wang et al., 2010; Virtanen et al., 2011; Nella et al. 2015; Grigoriadou et al., 2017).

Με τον όρο εργασιακές συνθήκες εννοούνται εκείνα τα πρωτογενή χαρακτηριστικά της εργασίας που την προσδιορίζουν, όπως ο μισθός, ο τύπος εργασίας, η ασφάλιση, το ωράριο κλπ, καθώς επίσης και όλα τα δευτερογενή, αλλά εξίσου σημαντικά χαρακτηριστικά, που την καθορίζουν και την αξιολογούν όπως οι εργασιακές απαιτήσεις, η δυνατότητα του εργαζομένου να ασκεί έλεγχο στον προγραμματισμό της εργασίας του, η ισορροπία μεταξύ της προσπάθειας που καταβάλλεται από τον εργαζόμενο και της ανταμοιβής που λαμβάνει, ο βαθμός εργασιακής ικανοποίησης και εργασιακής ανασφάλειας.

Με τις εργασιακές συνθήκες έχουν πολλές φορές συνδεθεί συμπτώματα όπως η αϋπνία, οι εφιάλτες, η νευρικότητα, οι αγχώδεις διαταραχές, η κατάθλιψη, η επαγγελματική εξουθένωση (burnout), η μειωμένη αυτοπεποίθηση και αυτοεκτίμηση. Συνεπώς, μπορούμε να πούμε πως υπάρχουν πειστικές μαρτυρίες για τα αρνητικά αποτελέσματα των χαρακτηριστικών της εργασίας και της απασχόλησης στην ψυχική υγεία των εργαζομένων (Melchior et al., 2007; Faragher et al., 2005; Avćin et al., 2011). Οι περισσότερες μαρτυρίες προκύπτουν από αποτελέσματα ερευνών που έγιναν στις αναπτυγμένες δυτικές κοινωνίες, κυρίως στην Ευρώπη, στην Αυστραλία, στις Ηνωμένες Πολιτείες και στον Καναδά (Gabriel and Liimatainen, 2000; Catalano et al., 2000; La Montagne et al., 2008; Dragano et al., 2008; La Montagne et al., 2010; Wang et al., 2010; Niedhammer et al., 2015; Rajani et al., 2016). Παρόλα αυτά, στη χώρα μας δεν υπάρχουν επαρκείς έρευνες εστιασμένες στις συνέπειες της οικονομικής ύφεσης στην απασχόληση, την ευημερία και την ψυχική υγεία των εργαζομένων και συνεπώς η σύγκριση των δεδομένων είναι δύσκολη.

3.2 Εργασιακή πίεση (Job Strain)

Η ευελιξία, η φτωχή ποιότητα της εργασίας, οι μισθολογικές ανισότητες, οι ώρες εργασίας, το κυλιόμενο ή νυχτερινό ωράριο (shift-work, night work), καθώς και η έλλειψη εργασιακής ικανοποίησης (job satisfaction) και εργασιακής ασφάλειας (job security), η υπερβολική δέσμευση (overcommitment), οι απαιτήσεις της εργασίας σε σχέση με τον έλεγχο του εργαζομένου πάνω σε αυτή (job demand-control), η προσπάθεια που καταβάλει ο εργαζόμενος στην εργασία σε σχέση με την ανταμοιβή που λαμβάνει (effort-reward) και τέλος η **εργασιακή πίεση** (job strain) στην ανταγωνιστική αγορά εργασίας είναι ανάμεσα στους κυριότερους παράγοντες του εργασιακού στρες (Virtanen et al., 2011; Dragano et al., 2005; La Montagne et al., 2008; Rusli et al., 2008; Dragano et al., 2008; Siegrist et al., 2009; De Jonge et al., 2010).

Κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του '90, σημαντικές οικονομικές και κοινωνικές αλλαγές επήλθαν στην αγορά εργασίας και στην κοινωνία, με αρνητικές συνέπειες στην κατάσταση της υγείας των εργαζομένων. Το **εργασιακό στρες** αποτελεί ένα από τα πιο κοινά προβλήματα υγείας που σχετίζεται με την εργασία. Τις περισσότερες φορές το εργασιακό στρες βιώνεται από τα άτομα ως αποτέλεσμα του απαιτητικού περιβάλλοντος, το οποίο δυσκολεύονται να διαχειριστούν, με συνέπεια να δημιουργείται ο φόβος της αποτυχίας σε συνδυασμό με τα αρνητικά συναισθήματα. Στις Η.Π.Α., το 40 % των εργαζομένων ανέφεραν ότι η εργασία τους είναι πολύ ή υπερβολικά στρεσογόνα. Οι γερμανικές αναφορές, δίνουν έμφαση στον υπερβολικό φόρτο εργασίας, στις απρόβλεπτες εργασιακές απαιτήσεις και στην αγνόηση της ασφάλειας και της προστασίας της υγείας στην εργασία (Gabriel and Liimatainen, 2000).

Κάποιες έρευνες, που πραγματοποιήθηκαν και μελέτησαν την εργασιακή πίεση (job strain), εστίασαν στους θανάτους που συνδέονται με επεισόδια κατάθλιψης. Πιο συγκεκριμένα, σε μία από αυτές που πραγματοποιήθηκε στην Αυστραλία (La Montagne et al., 2008), βρέθηκε ότι το 14,6% και το 9,8% των θανάτων που συνδέονταν με καταθλιπτικά επεισόδια στους άνδρες και στις γυναίκες αντίστοιχα, αποδόθηκαν στην **εργασιακή πίεση**. Τα αποτελέσματα της ίδιας έρευνας, έδειξαν ότι τόσο η εργασιακή πίεση όσο και τα επίπεδα κατάθλιψης ήταν σημαντικά υψηλότερα

ανάμεσα στις γυναίκες εργαζόμενες, παρά στους άνδρες, ενώ ο κίνδυνος κατάθλιψης στα άτομα που αντιμετώπιζαν εργασιακή πίεση βρέθηκε σε ποσοστό 13,2% στους άνδρες και 17,2% στις γυναίκες. Επιπλέον, όσο μειωνόταν το επίπεδο επαγγελματικών δεξιοτήτων, τόσο αυξανόταν η επικράτηση της εργασιακής πίεσης και για τα δύο φύλα.

Σε επόμενη έρευνα των La Montagne et al. (2010), στην οποία μελετήθηκε το κοινωνικό κόστος που απέρρευε από την ύπαρξη κατάθλιψης στο εργατικό δυναμικό της Αυστραλίας, βρέθηκε ότι σε ένα χρόνο 730 εκατομμύρια δολάρια (5,8%) του κοινωνικού κόστους που αφορούσε την κατάθλιψη στο εργατικό δυναμικό της Αυστραλίας, αποδόθηκε στην **εργασιακή πίεση**, ενώ κατά τη διάρκεια της ζωής 11,8 δισεκατομμύρια δολάρια αποδόθηκαν στην εργασιακή πίεση, 5,5% του συνόλου. Στην ομάδα των ατόμων με κατάθλιψη, που εργαζόταν κατά τη διεξαγωγή της έρευνας, η συντριπτική πλειοψηφία του κόστους αυτού σχετιζόταν με την απασχόληση, συμπεριλαμβανομένων της απώλειας παραγωγικού χρόνου και του κόστους μετακίνησης ενός υπαλλήλου σε άλλη θέση εργασίας, παρά με τις δαπάνες για την υγεία, όπως η χρήση υπηρεσιών υγείας και η φαρμακευτική αγωγή.

Το θέμα του ψυχοκοινωνικού εργασιακού περιβάλλοντος, όπως επίσης και τα κίνητρα και οι επιδόσεις των εργαζομένων, έχουν από καιρό κεντρικό ενδιαφέρον στην έρευνα σχετικά με την υγεία και την ασφάλειά τους. Ένα μοντέλο που χρησιμοποιείται τις περισσότερες φορές από τις έρευνες είναι αυτό των απαιτήσεων της εργασίας από τον εργαζόμενο σε συνδυασμό με το περιθώριο ελέγχου (δηλαδή το εύρος των αποφάσεων) που έχει αυτός πάνω στην εργασία του, και/ή του περιορισμού στην αυτονομία του (demand-control). Το μοντέλο αυτό αναπτύχθηκε από τον Karasek (1979) και αργότερα προστέθηκε σε αυτό και η έννοια της κοινωνικής υποστήριξης. Εργασιακές απαιτήσεις που υπερβαίνουν τις ατομικές ικανότητες, είναι πιθανό να γίνονται αντιληπτές σαν στρεσογόνες και μπορούν να αυξήσουν τον κίνδυνο ψυχιατρικών διαταραχών, μέσω βιολογικών, ψυχολογικών, ψυχοσωματικών και συμπεριφορικών μηχανισμών.

Ένα άλλο μοντέλο που έχει επίσης προσελκύσει την προσοχή των ερευνητών είναι αυτό της προσπάθειας που καταβάλλεται από τον εργαζόμενο και της αντίστοιχης ανταμοιβής του (effort-reward), στο οποίο ιδιαίτερη σημασία αποχτά τόσο το περιεχόμενο της εργασίας, όσο και ο εργασιακός ρόλος σε μια ευρύτερη κοινωνική προοπτική (Siegrist, 1996).

Στην περίπτωση του μοντέλου αυτού (effort-reward), η αναγνώριση γίνεται αντιληπτή από την κοινωνικο-συναισθηματική διάσταση, η οποία μετριέται από το σεβασμό και την εκτίμηση που λαμβάνεται από την εργασία, τον έλεγχο πάνω στην επαγγελματική κατάσταση, η οποία με τη σειρά της μετριέται από τις επαγγελματικές προοπτικές, την επαγγελματική σταθερότητα και ασφάλεια, και τέλος από την οικονομική διάσταση, η οποία έχει να κάνει με τις οικονομικές απολαβές. Η ισορροπία μεταξύ προσπάθειας και ανταμοιβής έγκειται στη δυνατότητα εξασφάλισης προνομίων τα οποία προσδοκούνται, δεδομένης της προσπάθειας που καταβάλλεται στην εργασία. Ωστόσο, υψηλή προσπάθεια και χαμηλή αναγνώριση/ανταμοιβή, οδηγεί στην ανισόρροπη σχέση αυτού του μοντέλου, η οποία συνεπάγεται ψυχολογικές, συναισθηματικές και παθολογικές αντιδράσεις (Siegrist, 2012).

Η έκθεση σε κακές εργασιακές συνθήκες, όπως ο χαμηλός έλεγχος στην εργασία, οι υψηλές απαιτήσεις και η ανισορροπία προσπάθειας-ανταμοιβής, έχουν συνδεθεί με κακή ψυχική υγεία σε διάφορες μελέτες (Gabriel and Liimatainen, 2000; Dragano et al., 2005; Melchior et al., 2007; Dragano et al., 2008; De Jonge et al., 2010; Siegrist, 2012) και σχετίζονται με την εμφάνιση κατάθλιψης και αγχωδών διαταραχών στα εργαζόμενα άτομα, ενώ η βελτίωση των ψυχοκοινωνικών συνθηκών έχει βρεθεί να σχετίζεται με καλύτερη ψυχική υγεία (Rusli et al., 2008).

Η υπερβολική δέσμευση του απασχολούμενου με την εργασία του (overcommitment), αποτελεί επίσης χαρακτηριστικό της εργασίας, που έχει μελετηθεί από αρκετές έρευνες, καθώς εμπεριέχει και τη συναισθηματική εμπλοκή του εργαζόμενου με την εργασία του.

Υψηλότερης βαθμίδας εργασιακή θέση συνεπαγόταν υψηλότερη δέσμευση με την εργασία (Siegrist et al., 2009). Σε έρευνα των Conway et al. (2008) η υπερβολική δέσμευση βρέθηκε να είναι σημαντικά συνδεδεμένη με υψηλότερο κίνδυνο αναφερόμενου ελλιπή ύπνου, αρνητικών συνεπειών στην υγεία, καρδιαγγειακών και μυοσκελετικών ασθενειών και φτωχής απόδοσης.

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Ιαπωνία, σε δείγμα 1081 εργατών, εκ των οποίων το 95% άντρες και μελέτησε τη σχέση μεταξύ των εργασιακών χαρακτηριστικών και της αϋπνίας, οι παράγοντες εργασιακού στρες που αξιολογήθηκαν με το μοντέλο απαιτήσεις-έλεγχος-υποστήριξη (demand-control-

support), όπως επίσης και η υψηλή εργασιακή πίεση, βρέθηκαν να σχετίζονται επίσης με την αϋπνία.

Σημαντικές αλληλεπιδράσεις, μεταξύ υψηλής εργασιακής πίεσης και ανισοροπίας προσπάθειας –ανταμοιβής ή υπερβολικής δέσμευσης με την εργασία δεν βρέθηκαν, ενώ ο συνδυασμός ανισοροπίας προσπάθειας –ανταμοιβής και υπερβολικής δέσμευσης με την εργασία, ήταν σημαντικά συνδεδεμένος με την αϋπνία. Επιπλέον, ψυχολογικός φόρτος εργασίας χωρίς επαρκείς οικονομικές απολαβές θεωρήθηκε ως παράγοντας κινδύνου που οδηγεί στην αϋπνία, παρά το ότι η αφοσίωση στην εργασία, υποστηρίζεται ότι είναι ιδανική συμπεριφορά στην Ιαπωνική “συνεργατική” κοινωνία. Η ψυχολογική εργασιακή πίεση βρέθηκε να αποτελεί επίσης παράγοντα κινδύνου, που συνδέεται με την αϋπνία, ανεξάρτητα από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και την επαγγελματική θέση των ατόμων. Συγκεντρωτικά, ο συνδυασμός των δύο μοντέλων απαιτήσεων-ελέγχου και ανισοροπίας προσπάθειας–ανταμοιβής, ήταν συμπληρωματικός, συνεισφέροντας έτσι από κοινού στην ανάπτυξη των πολυδιάστατων χαρακτηριστικών των επαγγελματικών στρεσογόνων παραγόντων, περισσότερο από ότι συνεισφέρει η κάθε μία μεταβλητή χωριστά (Ota et al., 2005).

3.2.1 Μοντέλα απαιτήσεων-ελέγχου (demand-control) και προσπάθειας-ανταμοιβής (effort-reward)

Τα αποτελέσματα γερμανικής έρευνας (Dragano et al., 2008), έδειξαν ότι η **εργασιακή πίεση** (job strain), η οποία χαρακτηρίζεται από **χαμηλό έλεγχο** των εργαζομένων όσον αφορά τον προγραμματισμό και τις αποφάσεις στην εργασία τους και **υψηλές απαιτήσεις** από την πλευρά της επιχείρησης, σχετίζεται σημαντικά με συμπτώματα κατάθλιψης, όπου η πιθανότητα εκδήλωσης καταθλιπτικών συμπτωμάτων, αυξάνει με τη μείωση του βαθμού του ελέγχου και με την αύξηση του βαθμού των απαιτήσεων. Τα αποτελέσματα αυτά προέκυψαν από την εφαρμογή ανάλυσης παλινδρόμησης για κάθε μία ανεξάρτητη μεταβλητή ξεχωριστά. Στην ίδια έρευνα βρέθηκε επίσης, ότι οι εργαζόμενοι που εκτίθενται σε χαμηλό έλεγχο και ταυτόχρονα σε **ανισοροπία προσπάθειας-ανταμοιβής**, είχαν υψηλότερες

πιθανότητες εκδήλωσης καταθλιπτικών συμπτωμάτων, συγκρινόμενοι με τους υπόλοιπους εργαζόμενους.

Ωστόσο, όταν οι μεταβλητές εισήχθησαν ταυτοχρόνως σε μοντέλο παλινδρόμησης, ο χαμηλός έλεγχος, η ανισορροπία προσπάθειας –ανταμοιβής και η υπερβολική δέσμευση με την εργασία, αλλά όχι η **εργασιακή πίεση και οι εργασιακές απαιτήσεις** παρέμειναν σημαντικά σχετιζόμενα με τα συμπτώματα κατάθλιψης, δείχνοντας ότι έχουν ανεξάρτητες σχέσεις με τα αποτελέσματα των μετρήσεων.

Σε έρευνα που διεξήχθη στη Νέα Ζηλανδία (Melchior et al., 2007) στην οποία μελετήθηκαν οι **εργασιακές απαιτήσεις**, το **εύρος εργασιακών αποφάσεων**, το **εργασιακό κοινωνικό δίκτυο**, και οι σωματικές απαιτήσεις της εργασίας, βρέθηκε πως από τα τέσσερα αυτά χαρακτηριστικά, μόνο οι εργασιακές απαιτήσεις σχετιζόνταν σταθερά με μείζονα κατάθλιψη ή διαταραχή γενικευμένου άγχους ή και με τα δύο, τόσο στους άνδρες, όσο και στις γυναίκες. Τα άτομα που ανέφεραν έκθεση σε υψηλές εργασιακές απαιτήσεις είχαν δύο φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να πληρούν τα κριτήρια για κάποια από τις δύο προαναφερθείσες διαταραχές ή και για τις δύο, σε σύγκριση με αυτούς που δεν ανέφεραν έκθεση στο συγκεκριμένο χαρακτηριστικό, ενώ οι γυναίκες που ανέφεραν υψηλό επίπεδο εργασιακών απαιτήσεων, ήταν 75% πιο πιθανό να υποφέρουν από κατάθλιψη ή αγχώδη διαταραχή, σε σχέση με αυτές που ανέφεραν χαμηλότερο επίπεδο εργασιακών απαιτήσεων.

Επιπλέον, οι άντρες που ανέφεραν **χαμηλή εργασιακή κοινωνική στήριξη**, είχαν επίσης υψηλό κίνδυνο για κατάθλιψη ή αγχώδη διαταραχή, συγκρινόμενοι με αυτούς που είχαν υψηλή εργασιακή κοινωνική στήριξη.

Η στατιστική ανάλυση στην ανωτέρω έρευνα απέκλεισε την πιθανότητα η σχέση μεταξύ εργασιακού στρες και διαταραχών να οφείλεται στην κοινωνικοοικονομική θέση των συμμετεχόντων ή σε προϋπάρχον ιστορικό ψυχιατρικής διαταραχής, ενώ έδειξε ότι οι υψηλές εργασιακές απαιτήσεις σχετιζόνταν με την έναρξη νέας καταθλιπτικής ή αγχώδους διαταραχής σε άτομα χωρίς προγενέστερο ιστορικό διάγνωσης ή θεραπείας για αυτές τις δύο διαταραχές.

Τα ευρήματα των Melchior et al. (2007), επιβεβαιώνουν αυτά προγενέστερης έρευνας των Cheng et al. (2000), από τα οποία προέκυψε ότι οι γυναίκες εργαζόμενες που ήταν εκτεθειμένες σε **υψηλές εργασιακές απαιτήσεις** και χαμηλό εργασιακό έλεγχο (εργασίες υψηλής έντασης), είχαν το χειρότερο επίπεδο υγείας, ενώ εκείνες σε

εργασίες με υψηλό εργασιακό έλεγχο και χαμηλή εργασιακή απαίτηση (χαμηλή εργασιακή πίεση), είχαν το καλύτερο επίπεδο υγείας.

Σε διεξαχθείσα έρευνα στη Σουηδία (Reine et al., 2008) βρέθηκαν σημαντικές διαφορές στα ψυχολογικά συμπτώματα στην ηλικία των 30, μεταξύ των γυναικών, αλλά όχι και των αντρών, ανάμεσα σε εκείνες χωρίς μόνιμη εργασία, συγκρινόμενες με αυτές που είχαν αποκτήσει μόνιμη εργασία ή μόνιμη απασχόληση. Μεταξύ αυτών που είχαν μόνιμη απασχόληση, οι γυναίκες είχαν πιο συχνά παιδιά και οικονομικά προβλήματα, όπως επίσης φτωχή ψυχολογική υγεία, συγκρινόμενες με τους άντρες. Η πιθανότητα ψυχολογικών συμπτωμάτων ήταν σημαντικά χαμηλότερη για τις ομάδες που απέχτησαν ή είχαν μόνιμη απασχόληση, σε σχέση με την ομάδα των μη εχόντων μόνιμη απασχόληση. Σημαντική σχέση παρατηρήθηκε επίσης μεταξύ ψυχολογικών συμπτωμάτων και **υψηλών απαιτήσεων**, λειτουργώντας σαν επιπρόσθετος παράγοντας πίεσης σε μια νεοαποκτηθείσα εργασία, που λειτουργούσε προσθετικά στην πίεση που ασκήθηκε στο άτομο κατά τη διάρκεια της ανεργίας του.

Αντίστοιχα, μελέτη των Rusli et al. (2008) που πραγματοποιήθηκε στην Μαλαισία, επισήμανε ότι οι συνθήκες **χαμηλών εργασιακών απαιτήσεων, υψηλού εργασιακού ελέγχου και υψηλής κοινωνικής υποστήριξης**, προμήνυαν καλύτερες αντιλήψεις για τις συνθήκες του **επιπέδου ποιότητας ζωής**. Η έρευνα μελέτησε τη σχέση μεταξύ των εργασιακών συνθηκών (εργασιακές απαιτήσεις, εργασιακός έλεγχος και κοινωνική υποστήριξη), στρες, άγχους και κατάθλιψης και της αντιλαμβανόμενης **ποιότητας ζωής** (σωματική υγεία, ψυχολογική ευεξία, κοινωνικές σχέσεις και περιβαλλοντικές συνθήκες).

Από τα αποτελέσματα της έρευνας προέκυψε ότι οι **εργασιακές απαιτήσεις** συνδέονταν άμεσα με το στρες, το άγχος και την κατάθλιψη και έμμεσα με την κοινωνική υποστήριξη, με τη σωματική υγεία και τις περιβαλλοντικές συνθήκες. Ο **εργασιακός έλεγχος**, συνδέθηκε άμεσα με την κοινωνική υποστήριξη, τη σωματική υγεία, την ψυχολογική κατάσταση, τις περιβαλλοντικές συνθήκες και τις κοινωνικές σχέσεις. Η **κοινωνική υποστήριξη** συνδέθηκε άμεσα με τη σωματική υγεία, την ψυχολογική κατάσταση, τις περιβαλλοντικές συνθήκες και τις κοινωνικές σχέσεις, και έμμεσα με το στρες, το άγχος και την κατάθλιψη. Το στρες, το άγχος και η κατάθλιψη επισημάνθηκαν ως σημαντικοί “μεσολαβητές” μεταξύ των εργασιακών συνθηκών και του επιπέδου ποιότητας ζωής, ενώ το μειωμένο στρες και η χαμηλότερη αυτοαντιλαμβανόμενη κατάθλιψη συνδέονταν με καλύτερες αντιλήψεις

για το επίπεδο ποιότητας ζωής, σε σχέση με τη σωματική υγεία και την ψυχολογική κατάσταση αντίστοιχα.

Ειδικότερα, η κοινωνική υποστήριξη βρέθηκε να είναι ο πιο άμεσα σχετιζόμενος εργασιακός παράγοντας με όλους τους τομείς του επιπέδου ποιότητας ζωής. Επίσης, η κοινωνική υποστήριξη σχετιζόταν έμμεσα με το αυτοαντιλαμβανόμενο στρες και την κατάθλιψη, ενώ υψηλή κοινωνική υποστήριξη βρέθηκε να μειώνει το αυτοαντιλαμβανόμενο στρες και την κατάθλιψη, προμηνύοντας καλύτερες αντιλήψεις για την **ποιότητα ζωής**.

Πραγματοποιηθείσα έρευνα στην Αγγλία, έδειξε ότι τα άτομα με χαμηλά αμειβόμενες εργασίες, ή αυτά που βρίσκονται εκτός αγοράς εργασίας, δε βρέθηκε να έχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ τους, στην πιθανότητα αναφοράς χαμηλότερων **επιπέδων γενικής ευτυχίας**, συγκρινόμενοι με τα άτομα με υψηλότερες αμοιβές. Ωστόσο, οι αρνητικές ψυχολογικές συνέπειες βρέθηκαν να είναι γενικά σημαντικά υψηλότερες για τα άνεργα άτομα, ακόμα και όταν αυτά συγκρίνονταν με άτομα με χαμηλές αμοιβές (Theodossiou, 1998).

Αντίθετα, σε έρευνα των Salonen et al. (2007), καμία σχέση μεταξύ συμπτωμάτων στρες, **εργασιακής πίεσης και απαιτήσεων** δε βρέθηκε. Τα υψηλότερα ποσοστά συμπτωμάτων παρατεταμένου στρες, βρέθηκαν να σχετίζονται μακροχρόνια με θνησιμότητα, μυοσκελετικές διαταραχές, ασθένειες του νευρικού, οπτικού και ακουστικού συστήματος, ενδοκρινολογικές, μεταβολικές και ψυχικές διαταραχές. Από τους εργασιακούς παράγοντες που δημιουργούν άγχος, μόνο η **έλλειψη εργασιακής ικανοποίησης**, είχε μακροχρόνια σημαντική σχέση με ενδοκρινολογικές και μεταβολικές διαταραχές. Καμία άλλη στατιστικά σημαντική σχέση δε βρέθηκε μεταξύ εργασιακών στρεσογόνων παραγόντων και χρόνιων ασθενειών, όπως επίσης και μεταξύ εργασιακής πίεσης και απαιτήσεων με το παρατεταμένο στρες, δείχνοντας έτσι ότι τα συμπτώματα παρατεταμένου στρες δεν μπορούν να εξηγηθούν από τις δύο αυτές μεταβλητές. Συνεπώς, περισσότερο το παρατεταμένο από ότι το εργασιακό στρες, βρέθηκε να έχει μακροχρόνια σχέση με χρόνιες ασθένειες.

Σε πιο πρόσφατη έρευνα που μελετήθηκε το μοντέλο απαιτήσεις-έλεγχος στην εργασία, η σχέση μεταξύ **εργασιακών απαιτήσεων και εργασιακής ικανοποίησης** βρέθηκε να είναι θετική στην περίπτωση του υψηλού εργασιακού ελέγχου και αρνητική στην περίπτωση του χαμηλού εργασιακού ελέγχου. Επιπλέον, η σχέση μεταξύ εργασιακών απαιτήσεων και ψυχοσωματικών συμπτωμάτων, που

συνοδεύονταν από απουσία από την εργασία, ήταν αρνητική στην περίπτωση του υψηλού εργασιακού ελέγχου και θετική στην περίπτωση του χαμηλού εργασιακού ελέγχου (De Jonge et al., 2010).

Κάποιοι ερευνητές εισήγαγαν στην έρευνα τους, τη μεταβλητή “έλεγχος επιτέλεσης της εργασίας” στο εργασιακό περιβάλλον, η οποία αναφέρεται κυρίως στον τομέα των υπηρεσιών, όπου ο εργαζόμενος προσανατολίζεται και στις απαιτήσεις της πελατείας. Υψηλό επίπεδο ελέγχου επιτέλεσης της εργασίας, συνδέθηκε με υψηλή εργασιακή ικανότητα. Ωστόσο, υψηλό επίπεδο ενασχόλησης των εργαζομένων με την εξυπηρέτηση πελατών συνδέθηκε με μεγαλύτερη άδεια ασθενείας. Τέλος, η έλλειψη εργασιακών αποθεμάτων, συνδέθηκε με χαμηλή εργασιακή ικανότητα (Marklund et al., 2008).

Σε έρευνα των Wieclaw et al. (2008), οι γυναίκες που εργάζονταν στον τομέα εξυπηρέτησης πελατών, χαρακτηρίζονταν από υψηλές συναισθηματικές απαιτήσεις στο χώρο της εργασίας και ειδικότερα αυτές που αφιέρωναν πάνω από το 63,5% του εργασιακού τους χρόνου στην εξυπηρέτηση πελατών, βρέθηκαν να έχουν σημαντικά αυξημένο κίνδυνο για εμφάνιση καταθλιπτικών διαταραχών, αλλά όχι τόσο για εμφάνιση διαταραχών άγχους. Αντίθετα οι άνδρες με μεσαία/υψηλή έκθεση, είχαν μειωμένο κίνδυνο τόσο για την εμφάνιση αγχώδων, όσο και καταθλιπτικών διαταραχών

Ενδιαφέρον στοιχείο αποτελεί η διαπίστωση έρευνας που πραγματοποιήθηκε στη Φινλανδία, βάσει της οποίας οι εργασιακές απαιτήσεις στους άνδρες βρέθηκαν να είναι ίδιες για όλες τις κοινωνικοοικονομικές κατηγορίες, ενώ στις γυναίκες να είναι υψηλότερες για αυτές που διέθεταν υψηλό εισόδημα (Virtanen et al., 2008).

Η έρευνα εστίασε στη μελέτη της επίδρασης εργασιακών και μη παραγόντων στη σχέση μεταξύ εισοδήματος και κατάθλιψης και αγχώδους διαταραχής και επισήμανε ότι η **έλλειψη οικογενειακής και κοινωνικής υποστήριξης** εκτός εργασίας, το κάπνισμα, ο αριθμός των σωματικών συμπτωμάτων, η έλλειψη εργασιακού ελέγχου και η έλλειψη εργασιακών εκπαιδευτικών προοπτικών, ήταν πιο συχνά φαινόμενα μεταξύ των αντρών με χαμηλό εισόδημα, παρά μεταξύ εκείνων με υψηλό εισόδημα. Για τις γυναίκες βρέθηκε σημαντική σχέση μεταξύ εισοδηματικού επιπέδου και παραγόντων κινδύνου για όλα τα παραπάνω φαινόμενα εκτός του

καπνίσματος και της έλλειψης σωματικής υγείας και κοινωνικού υποστηρικτικού δικτύου.

6% των αντρών και 12% των γυναικών βρέθηκαν να έχουν καταθλιπτική ή αγχώδη διαταραχή. Για τους άνδρες, όλοι οι εργασιακοί και οι μη εργασιακοί παράγοντες κινδύνου, εκτός από την έλλειψη σωματικής υγείας και την έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης, σχετίστηκαν με αυτές τις ψυχικές διαταραχές. Μεταξύ των γυναικών όλοι οι εργασιακοί και οι μη εργασιακοί παράγοντες, εκτός του καπνίσματος, συνδέθηκαν με αυτές τις ψυχικές διαταραχές. Επίσης έπειτα από έλεγχο της μεταβλητής “ηλικία”, το χαμηλό εισόδημα ως παράγοντας κινδύνου συνδέθηκε με αγχώδεις και καταθλιπτικές διαταραχές τρεις φορές περισσότερο στους άντρες και δύο στις γυναίκες. Φαίνεται ότι το χαμηλό εισόδημα, ως μέσο κοινωνικής και υλικής ανισότητας, αποτελεί ένα από τα πιο ενδεικτικά μέτρα προσδιορισμού και καθορισμού του κοινωνικού επιπέδου και αφορμή για την εμφάνιση των πιο συχνών προβλημάτων ψυχικής υγείας. Μεταξύ των αντρών την ισχυρότερη επίδραση στη σχέση εισοδηματικού επιπέδου και ψυχικών διαταραχών την είχε η έλλειψη εκπαιδευτικών προοπτικών στην εργασία. Όλοι οι εργασιακοί παράγοντες μαζί εξηγούσαν το 31% αυτής της σχέσης στους άνδρες. Στις γυναίκες όλοι οι εργασιακοί παράγοντες μαζί είχαν μια μικρή επίδραση, εξηγώντας περίπου το 20%, ενώ οι μη εργασιακοί παράγοντες το 65% της σχέσης εισοδηματικού επιπέδου και ψυχικών διαταραχών. Συνεπώς από την έρευνα αυτή προκύπτει ότι οι μη εργασιακοί παράγοντες (οικογένεια, παιδιά, κοινωνικό δίκτυο), είναι οι πλέον κατάλληλοι για την ερμηνεία της σχέσης εισοδηματικού επιπέδου και ψυχικής υγείας στις γυναίκες (Virtanen et al., 2008).

Έρευνα που πραγματοποιήθηκε στη Γαλλία, έδειξε ότι η **έλλειψη οικογενειακής υποστήριξης** εμφανίστηκε να είναι υψηλός παράγοντας κινδύνου για αϋπνία, εφιάλτες, νευρικότητα και συχνή χρήση φαρμάκων για αυτά τα συμπτώματα, τόσο στους άνδρες, όσο και στις γυναίκες (Peretti-Watel et al., 2009).

Έρευνα των Plaisier et al. (2008) εστίασε στη σημασία που έχει η εργασία στην **ποιότητα ζωής** σε σχέση με το γονεϊκό ρόλο, λαμβάνοντας στοιχεία από Ολλανδική έρευνα για την ψυχική υγεία. Το 92,9% του δείγματος αποτελούνταν από εργαζόμενους άντρες, εκ των οποίων το 85,8% εργαζόταν με πλήρες ωράριο. Το αντίστοιχο ποσοστό για τις εργαζόμενες γυναίκες ήταν 22,1%.

Από την ανάλυση των στοιχείων προέκυψε, ότι ούτε οι ώρες εργασίας, ούτε ο εργασιακός ρόλος των ατόμων, αλλά και των συντρόφων τους σχετιζόταν με την ψυχική υγεία ή με την ανάπτυξη καταθλιπτικών ή αγχωδών διαταραχών.

Η ποιότητα του “εργασιακού ρόλου”, είχε σημαντική επίδραση στην ψυχική υγεία. Συγκρινόμενα με τα άτομα που δεν εργάζονταν ή με τα άτομα με μέτρια ποιότητα “εργασιακού ρόλου”, τα άτομα με χαμηλή ποιότητα “εργασιακού ρόλου”, είχαν μειωμένη ψυχική υγεία σε διάρκεια τριών χρόνων, η οποία συνδέθηκε με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καταθλιπτικών και αγχωδών διαταραχών. Σε αντίθεση, άτομα με υψηλή ποιότητα “εργασιακού ρόλου”, βρέθηκαν να έχουν καλύτερη ψυχική υγεία και κατά συνέπεια μειωμένο κίνδυνο εμφάνισης κατάθλιψης ή άγχους, συγκρινόμενα με τα άτομα που δεν εργάζονταν ή με αυτά με μέτρια ποιότητα “εργασιακού ρόλου”. Τα άτομα με μέτρια ποιότητα “εργασιακού ρόλου”, δε βρέθηκε να έχουν διαφορές στην ψυχική υγεία, συγκρινόμενοι με τα άτομα που δεν εργάζονταν.

Επιπλέον, αλληλεπίδραση βρέθηκε μεταξύ της ποιότητας του “εργασιακού ρόλου” του συντρόφου σε σχέση με την αποφυγή καταθλιπτικών ή αγχωδών διαταραχών. Η υψηλή ποιότητα “εργασιακού ρόλου” του συντρόφου, φάνηκε ότι αποτελεί προστασία για αυτές τις διαταραχές, για τα άτομα που είχαν χαμηλή ποιότητα “εργασιακού ρόλου”, ενώ αυτή η μεταβλητή δεν ήταν σημαντική για άτομα με υψηλή ποιότητα “εργασιακού ρόλου”.

Συμπερασματικά, όσον αφορά την αλληλεπίδραση των μεταβλητών “εργασιακός ρόλος” και “γονεϊκός ρόλος”, δε βρέθηκε καμία σχέση με την ψυχική υγεία, αλλά η ποιότητα αυτών των δύο ρόλων σχετίστηκε με το γενικό δείκτη ψυχικής υγείας. Ο εργασιακός ρόλος του ατόμου, καθώς και αυτός του συντρόφου, όπως η κοινωνική υποστήριξη, το καλό εισόδημα και το αίσθημα του ανήκειν μπορούν να αποτελέσουν σημαντική πηγή για καλή ψυχική υγεία. Έτσι η αλληλεπίδραση μεταξύ ποιότητας του εργασιακού ρόλου του ατόμου και ποιότητας του εργασιακού ρόλου του συντρόφου μπορεί να λειτουργήσει υποστηρικτικά, ώστε η έλλειψη ποιότητας στον ένα ρόλο, να καλύπτεται από τον άλλο (Plaisier et al., 2008).

Τα αποτελέσματα έρευνας που έγινε στο γερμανικό εργατικό δυναμικό και μελέτησε τις επιδράσεις των απολύσεων και του εργασιακού στρες στην υγεία, έδειξαν ότι η ανισορροπία προσπάθειας-ανταμοιβής (effort-reward imbalance) σχετιζόταν πιο πολύ με φορτίο συμπτωμάτων, από ότι η μείωση προσωπικού, παρόλο

που και αυτή παρήγαγε σημαντικά υψηλό κίνδυνο για επιβαρυντικά συμπτώματα (Dragano et al., 2005).

Έρευνα των Bethge et al. (2012), που πραγματοποιήθηκε επίσης στη Γερμανία σε δείγμα 1.501 εργαζομένων πλήρους απασχόλησης, μελέτησε το μοντέλο ανισορροπίας προσπάθειας-ανταμοιβής (effort reward imbalance-ERI) σε σχέση με την εργασιακή ικανότητα. Από τα αποτελέσματα της έρευνας προέκυψε ότι τα άτομα με ERI είχαν 2,1 φορές περισσότερες πιθανότητες για χαμηλή ή μέτρια εργασιακή ικανότητα έπειτα από ένα χρόνο έκθεσης σε ERI.

Στην Ιαπωνία έρευνα που μελέτησε το ίδιο μοντέλο σε μόνιμους και ορισμένου χρόνου απασχολούμενους, ανέφερε ότι η αναλογία του μοντέλου ERI ήταν υψηλότερη στους μόνιμα απ' ό τι στους προσωρινά απασχολούμενους. Περισσότεροι μόνιμοι εργαζόμενοι παρουσίασαν πάνω από δύο συμπτώματα κατάθλιψης, ενώ οι βαθμολογίες στο μοντέλο ERI έδειξαν ότι η εργασιακή πίεση ή η άνευ ανταμοιβής προσπάθεια σχετιζόταν με δυσφορία στους μόνιμα απασχολούμενους, ενώ στην περίπτωση των προσωρινά απασχολούμενων η δυσφορία σχετιζόταν με την έλλειψη προαγωγής και την εργασιακή ανασφάλεια (Inoue et al., 2011).

Έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε εργαζομένους στην Ιταλία, κατέδειξε ότι η **ανισορροπία προσπάθειας-ανταμοιβής (effort-reward imbalance)** ήταν συνδεδεμένη ισχυρά με υψηλό κίνδυνο χαμηλής ικανοποίησης από την εργασία, μειωμένη απόδοση, εμφάνιση ψυχικής διαταραχής, ελλιπή ύπνο, χρόνια αϋπνία και συχνές άδειες ασθενείας. Για τους εργαζόμενους στον χώρο της υγείας, όταν το μοντέλο αυτό (effort-reward imbalance) συνυπήρχε με εργασία σε μορφή βάρδιας, αναφέρθηκε υψηλός κίνδυνος για φτωχό ύπνο, μεγαλύτερος από αυτόν που απέρρεε από την ύπαρξη κάθε μίας μεταβλητής ξεχωριστά. Μη αναμενόμενο ήταν το γεγονός, ότι τα άτομα που εκτίθεντο ταυτόχρονα σε υψηλή ανισορροπία προσπάθειας-ανταμοιβής και σε υπερβολική δέσμευση με την εργασία τους (overcommitment), ανέφεραν κίνδυνο για χαμηλή απόδοση και ελλιπή ύπνο, κίνδυνος σημαντικά χαμηλότερος από αυτόν των επιμέρους χαρακτηριστικών, δείχνοντας έτσι τον ανταγωνισμό αυτών των παραγόντων (Conway et al., 2008).

Η αλληλεπίδραση που παρατηρήθηκε μεταξύ **ανισορροπίας προσπάθειας – ανταμοιβής και υπερβολικής δέσμευσης** με την εργασία (overcommitment), ήταν ανταγωνιστικής φύσης, συνεπώς δεν υποστηρίχθηκε η θεωρητική υπόθεση, ότι η επίδραση της ανισορροπίας σχέσης προσπάθειας -ανταμοιβής στην υγεία, είναι

υψηλότερη στα άτομα που χαρακτηρίζονται από υπερβολική δέσμευση με την εργασία. Μια πιθανή ψυχολογική εξήγηση μπορεί να απορρέει από το γεγονός, ότι παρόλο που η υπερβολική δέσμευση με την εργασία συνδέεται με χαμηλή εργασιακή ικανότητα, τα άτομα που διακατέχονται από αυτή, τείνουν να υπερεκτιμάνε την εργασιακή τους ικανότητα, με την έννοια ότι αντιλαμβάνονται τους εαυτούς τους, ως πάροχους καλύτερων εργασιακών επιτελέσεων, σε μια προσπάθεια να μειώσουν το κενό μεταξύ υψηλών προσπαθειών και χαμηλών αμοιβών (Conway et al., 2008).

Σημαντική διαφορά βρέθηκε στα επίπεδα κατάθλιψης και άγχους μεταξύ των επαγγελματικά εξουθενωμένων εργαζομένων (burnout), σε σχέση με την ομάδα των μη επαγγελματικά εξουθενωμένων. Περιστατικά κατάθλιψης, βρέθηκαν να είναι δύο φορές πιο συχνά στην ομάδα των επαγγελματικά εξουθενωμένων, ενώ περιστατικά άγχους, ήταν ακόμα πιο συχνά. Το burnout, είναι συνδεδεμένο με αυτοαναφερόμενη χειρότερη υγεία, περισσότερες διαταραχές ύπνου και ελλιπή μνήμη, ενώ αυτά τα συμπτώματα, συνδέονταν ισχυρά με το στοιχείο της εξόντωσης του συνδρόμου burnout (Peterson et al., 2008).

3.3 Εργασιακή Ικανοποίηση (Job Satisfaction) και ψυχική υγεία

Μερικοί θεωρητικοί βλέπουν την εργασιακή ικανοποίηση σαν μια θετική συναισθηματική αντίδραση του ατόμου απέναντι στην εργασία του. Άλλοι την έχουν αντιμετωπίσει ως δισδιάστατη κατασκευή που αποτελείται από την εξωτερική και εσωτερική διάσταση ικανοποίησης. Πιο πρόσφατα οι απόψεις δίστανται για το εάν η εργασιακή ικανοποίηση είναι παγκόσμια έννοια, ή για το εάν αποτελείται από ποικίλους τομείς ικανοποίησης του ατόμου από την εργασία του.

Σύμφωνα με τους Faragher et al. (2005), οι πιο σημαντικοί προσδιοριστικοί παράγοντες της εργασιακής ικανοποίησης παρατηρούνται όταν ο εργαζόμενος βρίσκει την εργασία του ενδιαφέρουσα, έχει καλές σχέσεις με τους προϊσταμένους και τους συναδέλφους του, έχει υψηλό εισόδημα, του επιτρέπεται η εργασιακή ανεξαρτησία του και έχει σαφείς ευκαιρίες επαγγελματικής εξέλιξης. Οι ώρες εργασίας, η εργασιακή ασφάλεια, η υποστήριξη από τους επιβλέποντες και οι αλλαγές στα επίπεδα εργασιακού ελέγχου συσχετίστηκαν επίσης με το επίπεδο ατομικής εργασιακής ικανοποίησης. Ωστόσο, ένα άτομο μπορεί να έχει υψηλή ικανοποίηση από πολλές πλευρές της εργασίας του, αλλά γενικά να αισθάνεται εργασιακά ανικανοποίητο. Και σε αυτή την περίπτωση τα άτομα βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο να βιώσουν αρνητικές επιδράσεις στην ψυχική τους υγεία.

Στην ανωτέρω μετα-ανάλυση των Faragher et al. (2005), η οποία μελέτησε τη σύνδεση της εργασιακής ικανοποίησης με την υγεία των εργαζομένων, βρέθηκε σημαντική σχέση μεταξύ των δύο αυτών μεταβλητών. Η έλλειψη εργασιακής ικανοποίησης βρέθηκε να σχετίζεται ισχυρότερα με τα ψυχικά προβλήματα, παρά με τα σωματικά. Μεγαλύτερη σχέση παρατηρήθηκε μεταξύ της εργασιακής ικανοποίησης με την επαγγελματική εξουθένωση (burnout), ενώ σε μικρότερο βαθμό με την κατάθλιψη, την αγχώδη διαταραχή, τη μειωμένη αυτοεκτίμηση και γενικά την κακή ψυχική υγεία.

Έρευνα σε δείγμα 3.172 δημοσίων υπαλλήλων στην Ιαπωνία, στην οποία μελετήθηκε η σχέση μεταξύ εργασιακής ικανοποίησης, ψυχοκοινωνικών παραγόντων κινδύνου στην εργασία και ψυχικής υγείας, έδειξε ότι οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες κινδύνου, όπως επίσης και η εργασιακή ικανοποίηση συνδέονταν με προβλήματα ψυχικής υγείας, όπως η κούραση και οι διαταραχές ύπνου (Tatsuse and Sekine, 2013). Στην ίδια έρευνα, βρέθηκε επίσης ότι όλες οι μεταβλητές που αφορούσαν την

εργασιακή πίεση σχετίζονταν σημαντικά με την εργασιακή δυσαρέσκεια (job dissatisfaction) τόσο στους άνδρες, όσο και στις γυναίκες, ενώ μεγαλύτερος έλεγχος και υποστήριξη στην εργασία, ήταν πιθανόν να μειώνουν τον αριθμό των ατόμων που ανέφεραν δυσαρέσκεια από την εργασία τους. Αντίστοιχα, το 1/3 των ατόμων που είχαν μέτριο έλεγχο και υποστήριξη στην εργασία τους βρέθηκε να είναι δυσαρεστημένο από αυτή, ενώ η δυσαρέσκεια βρέθηκε να είναι λίγο μεγαλύτερη μεταξύ αυτών που είχαν χαμηλό έλεγχο και υποστήριξη.

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Τουρκία σε οδηγούς λεωφορείων, οι εργαζόμενοι βρέθηκαν να έχουν υψηλότερα επίπεδα σωματοποιημένων συμπτωμάτων (43%), ιδεοψυχαναγκαστικών τάσεων (41%), διαπροσωπικής ευαισθησίας (27%), κατάθλιψης (22%), άγχους (21%), θυμού (31%), φοβικών αγχωδών διαταραχών (10%), παρανοϊκών ιδεασμών (38%) και ψύχωσης (14%), σε σχέση με το γενικό πληθυσμό των εργαζομένων (Issever et al., 2002).

Επίσης, τα επίπεδα άγχους βρέθηκαν να είναι υψηλότερα στα άτομα που εργάζονταν στο συγκεκριμένο αντικείμενο πάνω από δέκα χρόνια, παρά σε αυτά που εργάζονταν λιγότερα χρόνια. Άτομα με **ελλιπή ικανοποίηση** από την εργασία τους, είχαν μεγαλύτερη σωματοποίηση συμπτωμάτων, ιδεοψυχαναγκαστικές τάσεις, διαπροσωπική ευαισθησία, κατάθλιψη, άγχος, θυμό και παρανοϊκές ιδέες (Issever et al., 2002).

3.4 Εργασία με Εναλλασσόμενο Ωράριο

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Ιταλία η εργασία με βάρδιες και νυχτερινά ωράρια βρέθηκε να είναι σημαντικά συνδεδεμένη με μεγαλύτερο κίνδυνο ελλιπή ύπνου, συγκρινόμενη με την εργασία πρωϊνών βαρδιών. Ωστόσο, οι νυχτερινές βάρδιες ήταν συνδεδεμένες με χαμηλότερο κίνδυνο για εμφάνιση γαστρεντερικών διαταραχών, μειωμένης απόδοσης και έλλειψης ικανοποίησης από την εργασία (Conway et al., 2008).

Οι εργαζόμενοι που εργάζονταν πρωϊνές ώρες (Takahashi et al., 2006), χαρακτηρίζονταν από υψηλότερη εκπαίδευση, μικρότερη κατανάλωση αλκοόλ, αραιότερα συμπτώματα αϋπνίας και μικρότερη σωματική μάζα, απ' ότι οι εργαζόμενοι σε βάρδιες. Λαμβάνοντας υπόψη τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά της εργασίας, καμία σημαντική διαφορά δεν παρατηρήθηκε μεταξύ των εργαζομένων στα πρωϊνά ωράρια, εκτός από τον σημαντικά υψηλότερο εργασιακό έλεγχο και τα χαμηλότερα καταθλιπτικά συμπτώματα. Στους εργαζομένους σε βάρδιες, βασική επίδραση βρέθηκε να ασκείται στην **εργασιακή ικανοποίηση** και στα καταθλιπτικά συμπτώματα. Μεγαλύτερος φόρτος εργασίας συνδέθηκε με αύξηση της υπνηλίας στη διάρκεια της μέρας για τους εργαζομένους κατά τις πρωϊνές ώρες, ενώ **μειωμένη εργασιακή ικανοποίηση** και περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης συνδέθηκαν με αυξανόμενη υπνηλία κατά τη διάρκεια της ημέρας για τους εργαζομένους που απασχολούνταν περισσότερο από δύο χρόνια με βάρδιες. Τα αποτελέσματα αυτά έρχονται σε συμφωνία με τα αποτελέσματα της έρευνας του Conway et al. (2008).

Σε άλλη έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην ίδια χώρα, βρέθηκαν τρεις σημαντικές τάσεις σε σχέση με τους υψηλότερους αριθμούς των πρωϊνών εργασιακών ωρών: χρόνια κόπωση στους άνδρες και τις γυναίκες, άγχος στους άνδρες και καταθλιπτικά συναισθήματα στις γυναίκες. Άλλοι παράγοντες που σχετίζονται θετικά με συμπτώματα όπως η μειωμένη ενέργεια, η γενική αϋπνία, οι σωματικές διαταραχές, η μειωμένη θέληση για εργασία, το άγχος, τα καταθλιπτικά συμπτώματα και η χρόνια κόπωση, ήταν **οι εργασιακές απαιτήσεις** (γενική αϋπνία, άγχος και χρόνια κόπωση), **ο εργασιακός έλεγχος** (σωματικές διαταραχές, μειωμένη θέληση για εργασία και χρόνια κόπωση), οι διαπροσωπικές σχέσεις (όλα τα παραπάνω συμπτώματα) και η καταλληλότητα εργασίας (όλα τα συμπτώματα) στους άνδρες. Στις γυναίκες υπήρχε μια σημαντικά θετική σχέση μεταξύ πρωϊνών ωρών

εργασίας και χρόνιας κόπωσης, εργασιακού ελέγχου και χρόνιας κόπωσης, διαπροσωπικών σχέσεων και μειωμένης θέλησης για εργασία και άγχους, καταλληλότητας εργασίας και χρόνιας κόπωσης. Επιπρόσθετα, το εργασιακό στρες βρέθηκε να σχετίζεται με συμπτώματα αϋπνίας τόσο στους άνδρες, όσο και στις γυναίκες. Αντίθετα οι εργασιακές απαιτήσεις δεν είχαν σημαντική επίδραση στην αϋπνία. Επιπλέον, φάνηκε ότι η διατήρηση καλών διαπροσωπικών σχέσεων, μπορεί να επιδράσει θετικά στα συμπτώματα αϋπνίας, καθώς επίσης και η μείωση της υπερωριακής εργασίας (Suwazono et al., 2008).

3.5 Οικονομική κρίση, εργασιακή ανασφάλεια και ψυχική υγεία

Έρευνες που μελετούν τα αρνητικά αποτελέσματα των χαρακτηριστικών της εργασίας και της απασχόλησης στην ψυχική υγεία των εργαζομένων (Faragher et al., 2005; Melchior et al., 2007; Avcin et al., 2011; European Social Survey, 2013; Arampatzi et al., 2014; Namkee and Sanchez-Sanchez, 2014), επικεντρώνονται κυρίως στις πιο **συχνές ψυχικές διαταραχές όπως η κατάθλιψη και οι αγχώδεις διαταραχές**, αλλά και στις διαταραχές ύπνου και στην επαγγελματική εξουθένωση.

Σημαντική διαχρονική έρευνα των Wang et al. (2010) σε 3.579 εργαζομένους στην Αλμπέρτα του Καναδά το 2008-2009, στην οποία μελετήθηκε η 12μηνη επικράτηση καταθλιπτικών και αγχωδών διαταραχών, όσο και αυτή σε όλη τη διάρκεια της ζωής, επισήμανε ότι η συνεχιζόμενη παγκόσμια οικονομική κρίση έχει συμβάλει στην αύξηση της επικράτησης της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής.

Τα ευρήματα αυτά, επιβεβαιώνονται και από άλλες έρευνες. Σε έρευνα των Avcin et al. (2011), που πραγματοποιήθηκε στη Σλοβενία και μελέτησε τις επιδράσεις της οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία των εργαζομένων, οι εργαζόμενοι που ήταν πιο επιβαρυνμένοι από την οικονομική κρίση βρέθηκαν να έχουν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στην κατάθλιψη και το άγχος (Avcin et al., 2011).

Η κακή ψυχική υγεία βρέθηκε να είναι άνισα καταμερισμένη κυρίως στα άτομα χαμηλότερου επαγγελματικού στάτους, επίπεδου εκπαίδευσης και εισοδήματος (La Montagne et al., 2008). Έρευνα των Siegrist et al. (2009), κατέδειξε ότι οι εργαζόμενοι με **χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο** και χωρίς εναλλακτική επιλογή στην αγορά εργασίας, λάμβαναν **χαμηλούς μισθούς** και είχαν χαμηλής ποιότητας εργασία, ενώ σε έρευνα των Jenkins et al. (2008), η πιθανότητα παρουσίας ψυχικών διαταραχών βρέθηκε να αυξάνει, εξαιτίας της γενικότερης οικονομικής ανησυχίας που είχαν οι εργαζόμενοι λόγω των χαμηλών εισοδημάτων και των χρεών.

Η αυξημένη εργασιακή ανασφάλεια ως συνέπεια της γενικότερης οικονομικής κρίσης επέδρασε με τη σειρά της αρνητικά όχι μόνο στα άτομα, αλλά και στις οικογένειες, τα νοικοκυριά και την κοινότητα. Οι κοινότητες επηρεάστηκαν όταν οι θέσεις εργασίας σε βιοτεχνίες εξαφανίστηκαν με το κλείσιμο των μονάδων και την απόλυση του προσωπικού, ή όταν νεαρά άτομα μετακινήθηκαν σε άλλες πόλεις ή περιοχές για να αναζητήσουν καλύτερες εργασιακές ευκαιρίες.

Έρευνες εστιασμένες στην εργασιακή ανασφάλεια έχουν καταδείξει ότι αυτή οδηγεί σε δυσμενείς επιδράσεις στην υγεία των ατόμων (Zenger et al., 2013). Η αρνητική επίδραση της εργασιακής ανασφάλειας και των οικονομικών δυσκολιών στην ψυχική υγεία των εργαζομένων επιβεβαιώνεται και από τα αποτελέσματα έρευνας των Rajani et al. (2016), που πραγματοποιήθηκε με δείγμα εργαζομένων ατόμων από 27 Ευρωπαϊκές Χώρες.

Σε έρευνα των Meltzer et al. (2010) το 1/5 όλων των εργαζόμενων ανδρών και γυναικών ηλικίας 16-64 ετών αισθανόταν ότι η εργασιακή τους ασφάλεια ήταν χαμηλή, ενώ η πιθανότητα κατάθλιψης αύξανε για τα άτομα που έβρισκαν την εργασιακή τους ασφάλεια μικρή.

Σε πρόσφατη έρευνα των Grigoriadou et al. (2017) στην οποία μελετήθηκε η καταθλιπτική συμπτωματολογία σε δείγμα 207 εργαζομένων σε Δήμους ή Δημόσιες Υπηρεσίες στην Ελλάδα, αναφέρεται ότι το 38,20 % του δείγματος εμφάνισε μέτρια ή σοβαρή καταθλιπτική συμπτωματολογία, επιβεβαιώνοντας την υπόθεση ότι η καταθλιπτική συμπτωματολογία, η εργασιακή ανασφάλεια και οι διαστάσεις της εργασιακής εξουθένωσης συσχετίζονται σημαντικά.

Επιπλέον σε έρευνα των Nella et al. (2015) που διεξήχθη στην Ελλάδα και μελετήθηκαν οι βραχυπρόθεσμες συνέπειες της εργασιακής ανασφάλειας που απορρέουν από το νεοεισαγόμενο πλαίσιο κινητικότητας στην Ελλάδα στους δημοσίους υπαλλήλους, διαπιστώθηκε ότι οι εργαζόμενοι που βρίσκονταν σε φάση αναμονής εργασιακής διαθεσιμότητας ανέφεραν υψηλότερα επίπεδα στρες, άγχους, κατάθλιψης και αρνητικών συναισθημάτων, χαμηλότερα επίπεδα θετικών συναισθημάτων και κοινωνικής στήριξης, διαφωνίες με τον/ την σύντροφο, καθώς και μεγαλύτερη συχνότητα σωματικών συμπτωμάτων και μυοσκελετικών πόνων, σε σχέση με τους εργαζομένους που δεν βρίσκονταν σε κίνδυνο διαθεσιμότητας.

Η θετική σχέση μεταξύ απόκτησης μόνιμης εργασίας, έπειτα από μια ασταθή θέση στην αγορά εργασίας, και χαμηλής πιθανότητας ύπαρξης ψυχολογικών συμπτωμάτων αναδείχθηκε από τα αποτελέσματα διεξαχθείσας έρευνας στη Σουηδία (Reine et al., 2008).

Εντούτοις, τα αποτελέσματα μελέτης των Rocha et al. (2006) που πραγματοποιήθηκε σε εργαζόμενους προκειμένου να αξιολογήσει τις επιδράσεις της χρόνιας εργασιακής ανασφάλειας στην ψυχολογική δυσφορία σε διάρκεια τρισήμισι

χρόνων, έδειξαν ότι παρόλο που οι εργαζόμενοι ανέφεραν αυξημένα αισθήματα ασφάλειας, με την πάροδο του χρόνου, υπήρχαν μακροπρόθεσμα αρνητικές επιδράσεις στα επίπεδα κατάθλιψης των εργαζομένων, ενώ οι συνέπειες της εργασιακής ανασφάλειας δεν ήταν πλήρως αναστρέψιμες έπειτα από την εξάλειψη της “απειλής”. Αυτοί που ήταν εκτεθειμένοι σε χρόνια εργασιακή ανασφάλεια είχαν την υψηλότερη αυτοαναφερόμενη νοσηρότητα (Ferrie et al., 2002).

Επίσης, σε έρευνα των Inoue et al. (2018) στην Ιαπωνία, φάνηκε ότι η σχέση μεταξύ εργασιακής ανασφάλειας και ψυχικής δυσφορίας ήταν μεγαλύτερη για τους απασχολούμενους άνδρες σε μόνιμες θέσεις εργασίας, με τα υψηλότερα επίπεδα ασάφειας στον εργασιακό τους ρόλο.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα έρευνας στη Σουηδία σε δείγμα 4.145 διδύμων, η εργασιακή ανασφάλεια συσχετιζόταν σημαντικά τόσο με τα συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης, όσο και με αυτά της κατάθλιψης, και η μεταβλητή “αυτοπεποίθηση βασισμένη στην εργασιακή απόδοση” (PBSE) έπαιζε το ρόλο του διαμεσολαβητή, έτσι ώστε οι συσχετισμοί να είναι ισχυρότεροι για τα άτομα με υψηλό PBSE από ότι για τα άτομα με χαμηλό PBSE (Blom et al., 2018). Η εργασιακή επίδοση ενδεχομένως να αποτελεί έναν τρόπο για τα άτομα με υψηλό PBSE να αποδείξουν την αξία τους, το οποίο υπονοεί ότι η απειλή της απώλειας εργασίας μπορεί να έχει ιδιαίτερα επιβλαβείς συνέπειες για τα άτομα αυτά.

Σε συμφωνία με τα ευρήματα των ανωτέρω μελετών, σε έρευνα των Niedhammer et al. (2015), που πραγματοποιήθηκε σε δείγμα 4.717 εργαζομένων στη Γαλλία, βρέθηκε ότι η χαμηλή ανταμοιβή και η εργασιακή ανασφάλεια προέβλεπαν Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή (ΜΚΔ). Επιπλέον, οι ψυχολογικές και συναισθηματικές απαιτήσεις, η χαμηλή ανταμοιβή και η εργασιακή ανασφάλεια προέβλεπαν Διαταραχή Γενικευμένου Άγχους (ΔΓΑ). Όσο πιο συχνή ήταν η έκθεση στην εργασιακή ανασφάλεια, τόσο πιο υψηλός ήταν ο κίνδυνος για ΜΚΔ και ΔΓΑ, ενώ όσο πιο συχνή ήταν η έκθεση στις ψυχολογικές απαιτήσεις και στη χαμηλή ανταμοιβή, τόσο πιο υψηλός ήταν ο κίνδυνος για ΔΓΑ.

Τέλος, σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Αυστραλία η κατάθλιψη και το άγχος εξηγούσαν το 61% της συσχέτισης μεταξύ υψηλών εργασιακών απαιτήσεων και μακροχρόνιας απουσίας λόγω ασθένειας και το 30% της συσχέτισης μεταξύ

εργασιακής ανασφάλειας και μακροχρόνιας απουσίας λόγω ασθένειας (D'Souza et al., 2006).

3.6 Συμπεράσματα

Όπως αναφέρθηκε, κατά τη διάρκεια μιας περιόδου οικονομικής ύφεσης που συνοδεύεται από υψηλά ποσοστά ανεργίας και γενικότερη ανασφάλεια, το επίπεδο ψυχικής υγείας τόσο των ανέργων, όσο και των εργαζομένων ενδέχεται να χειροτερεύει, εξαιτίας της μείωσης των μισθών, των χαμηλότερων δυνατοτήτων για ανεύρεση εργασίας ή για προαγωγή και των αυξημένων πιθανοτήτων για απόλυση.

Συνοψίζοντας τα βασικά σημεία των ευρημάτων των ανωτέρω μελετών:

- 1) Τα άτομα που αντιμετωπίζουν ανισορροπία μεταξύ προσπάθειας-ανταμοιβής (effort-reward imbalance) έχουν περισσότερες πιθανότητες η εργασιακή τους ικανότητα να είναι χαμηλή.
- 2) Η εργασιακή ένταση σχετίζεται σημαντικά με συμπτώματα κατάθλιψης ή αγχώδους διαταραχής, ειδικά στην περίπτωση που μειώνεται ο έλεγχος προγραμματισμού της εργασίας και αυξάνονται οι εργασιακές απαιτήσεις.
- 3) Αντίθετα, συνθήκες χαμηλών εργασιακών απαιτήσεων, υψηλού εργασιακού ελέγχου και υψηλής κοινωνικής στήριξης προμηνύουν καλύτερο επίπεδο ποιότητας ζωής.
- 4) Οι εργαζόμενοι σε επισφαλείς συνθήκες είναι πιο πιθανό να έχουν υψηλότερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης και γενικότερα χειρότερη ποιότητα ζωής. Η εργασιακή ανασφάλεια αυξάνει την πιθανότητα κατάθλιψης στα εργαζόμενα άτομα και έχει μακροπρόθεσμα αρνητικές επιδράσεις στην ψυχική υγεία τους, ενώ οι συνέπειές της δεν είναι πλήρως αναστρέψιμες.

Οι αρνητικές επιδράσεις στην υγεία των εργαζομένων πέρα από τη βλάβη σε ατομικό επίπεδο, λαμβάνουν κοινωνικές διαστάσεις, καθώς μειώνεται η παραγωγική διαδικασία (άδειες ασθενειών) και αυξάνεται το κρατικό κόστος (έξοδα ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, κλπ) (Gabriel and Liimatainen, 2000).

Η διαπίστωση αυτή έχει οδηγήσει στην προσπάθεια εύρεσης antidotων στις αυξανόμενες εργασιακές απαιτήσεις, με στόχο την πρόληψη των προβλημάτων υγείας και τη μείωση των αδειών ασθενείας. Στο πλαίσιο αυτό, μεγάλος αριθμός επαγγελματικών οδηγιών προς τους εργοδότες και τους προϊστάμενους, που

προτείνουν μέτρα πρόληψης στον εργασιακό χώρο, έχουν δημιουργηθεί εκ μέρους της Ευρωπαϊκής Ένωσης και του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ).

Παρόλα αυτά οι μέχρι τώρα παρεμβάσεις στον εργασιακό χώρο έχουν πρωταρχικά εστιάσει περισσότερο στα άτομα παρά στον επαγγελματικό οργανισμό, με τη δημιουργία προγραμμάτων διαχείρισης άγχους, παρά με τη μείωση των περιορισμών στο εργασιακό περιβάλλον. Υποστηρίζεται, ωστόσο, ότι η προσέγγιση του οργανισμού για τη διαχείριση και εξάλειψη των υφιστάμενων προβλημάτων μπορεί να είναι πιο αποτελεσματική, ενώ από τα αποτελέσματα μελετών αποδεικνύεται ότι η βελτίωση των ψυχολογικών περιορισμών και εντάσεων στον εργασιακό χώρο οδηγεί σε μείωση των συμπτωμάτων που σχετίζονται με την ψυχική υγεία και σε παράλληλη μείωση των αδειών ασθένειας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΕΡΕΥΝΕΣ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΣΤΗ ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ ΚΑΙ ΑΝΕΡΓΩΝ

Οι επιδράσεις της ανεργίας μπορούν να έχουν γενικευμένη επιρροή στην ψυχολογική υγεία του πληθυσμού. Τα ποσοστά ανεργίας, όχι απαραίτητα η ατομική εμπειρία της ανεργίας, μπορούν να είναι εμμέσως υπεύθυνα για κακή ατομική ψυχολογική υγεία. Για παράδειγμα υψηλά ποσοστά ανεργίας μπορούν να οδηγήσουν περισσότερους ανθρώπους να αποδεχθούν ανεπιθύμητες εργασίες ή εργασιακές συνθήκες, που σε άλλη περίπτωση δε θα τις επέλεγαν. Αρκετές έρευνες εστίασαν στη συγκριτική μελέτη της ψυχικής υγείας των άνεργων και των εργαζόμενων ατόμων.

Τα αποτελέσματα μελέτης του Graetz (1993) στην Αυστραλία, έδειξαν ότι **τα εργαζόμενα άτομα** ανέφεραν υψηλότερα επίπεδα ψυχολογικών ενοχλήσεων από ότι οι φοιτητές και τα άνεργα άτομα και ειδικότερα τα εργαζόμενα άτομα που ήταν δυσαρεστημένα με την εργασία τους (Graetz, 1993).

Επίσης παρόμοιο εύρημα προέκυψε από δεκαετή μελέτη κοόρτης στην Αυστραλία. **Κάθε χρόνο νέοι άνθρωποι που ήταν ανικανοποίητοι από τις εργασίες τους ήταν τόσο ψυχικά διαταραγμένοι, όσο και οι άνεργοι** (Winefield & Tiggemann, αναφέρεται στο Morrell et al., 1998).

Σε έρευνα των Zenger et al. (2013), υψηλότερα **επίπεδα άγχους, κατάθλιψης, παραπόνων** για θέματα υγείας και μειωμένη διάρκεια ζωής, βρέθηκαν στα άνεργα άτομα. Ιδιαίτερα τα άτομα με μεγαλύτερη διάρκεια ή συχνές εμπειρίες ανεργίας διέτρεχαν υψηλότερο κίνδυνο επιβάρυνσης, ενώ μια μοναδική ή βραχείας διάρκειας ανεργία μπορούσε να αντισταθμιστεί πιο εύκολα. Ωστόσο, οι **έντονες ανησυχίες** των εργαζόμενων ατόμων για τη δουλειά τους, βρέθηκε να έχουν παρόμοιο αντίκτυπο με την εμπειρία της ανεργίας.

Τα αποτελέσματα μελέτης των Wege et al. (2017) στον εργατικό πληθυσμό στη Γερμανία, που αξιολόγησε τις επιδράσεις της εμπειρίας της ανεργίας κατά τη διάρκεια της ζωής σε συνδυασμό με **την εργασιακή ανασφάλεια**, στη συχνότητα

εμφάνισης κατάθλιψης, έδειξαν ότι ο συνδυασμός αυτός συσχετίστηκε σημαντικά με υψηλότερο κίνδυνο κατάθλιψης. Ο μεγαλύτερος κίνδυνος παρατηρήθηκε στους συμμετέχοντες με **ανασφαλείς θέσεις εργασίας και με προηγούμενη μακροχρόνια ανεργία**, καταδεικνύοντας ότι ακόμα και κατά τη διάρκεια της απασχόλησης, η εμπειρία της ανεργίας κατά τη διάρκεια της ζωής σχετίζεται σημαντικά με υψηλότερο κίνδυνο κατάθλιψης.

Οι Cordoba-Dona et al. (2016) μελέτησαν τους τρόπους με τους οποίους η ψυχική υγεία τόσο των εργαζομένων όσο και των ανέργων επηρεάζεται από την **οικονομική ύφεση** βάσει του **εκπαιδευτικού επιπέδου** και εξέτασαν πότε η οικονομική επιβάρυνση και η κοινωνική υποστήριξη μπορούσαν να εξηγήσουν τις επιπτώσεις της κρίσης. Η μελέτη επέλεξε δείγμα από δύο Έρευνες Υγείας στην Ανδαλουσία, 3.210 άτομα από την έρευνα του 2007 (πριν την κρίση) και 3.633 άτομα από την έρευνα του 2011-2012 (κατά τη διάρκεια της κρίσης), ηλικίας 19-64 ετών. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι στα εργαζόμενα άτομα, που είχαν τελειώσει τη δευτεροβάθμια και την πρωτοβάθμια εκπαίδευση, η επικράτηση της κακής ψυχικής υγείας αυξήθηκε κατά τη διάρκεια της κρίσης σε σύγκριση με την προ κρίσης περίοδο, ενώ μειώθηκε σημαντικά για την ομάδα μελέτης που είχε ολοκληρώσει την πανεπιστημιακή εκπαίδευση. Για τα άνεργα άτομα οι πιθανότητες επικράτησης της κακής ψυχικής υγείας, αυξήθηκαν σημαντικά μόνο για την ομάδα αυτών που είχαν ολοκληρώσει τη δευτεροβάθμια εκπαίδευση. Η οικονομική πίεση και η κοινωνική στήριξη βρέθηκε να διατηρούν σταθερές σχέσεις με την ψυχική υγεία σε όλες τις υποομάδες της μελέτης. Παρόλα αυτά, μόνο η οικονομική πίεση μπορούσε να εξηγήσει εν μέρει την επίδραση της κρίσης στην ψυχική υγεία των ανέργων.

Τα αποτελέσματα έρευνας των Mihai et al. (2014), που μελέτησε τις διαφορές στα ποσοστά κατάθλιψης **μεταξύ των εργαζόμενων και των ανέργων ατόμων επίσης κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης 2009-2010** στη Ρουμανία, δεν έδειξαν κάποια στατιστική διαφορά στα ποσοστά της κατάθλιψης μεταξύ των δύο ομάδων. Τα ποσοστά κατάθλιψης και στις δύο ομάδες, βρέθηκαν να είναι μεγαλύτερα στις γυναίκες, στα άτομα ηλικίας 51-55 ετών, στους διαζευγμένους, καθώς και στα άτομα που ζούσαν σε αγροτική περιοχή, με χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης και φτώχεια. Ο αυτοκτονικός ιδεασμός βρέθηκε να είναι πιο συχνός στους άνδρες, στα

εργαζόμενα άτομα με **χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο** και στους άνεργους (για περισσότερο από 8 μήνες) άνδρες με μεσαίο εκπαιδευτικό επίπεδο από αγροτικές περιοχές. Ωστόσο, η έκθεση σε ανεργία μικρής διάρκειας δεν βρέθηκε να συνδέεται με αλλαγές στα ποσοστά της κατάθλιψης, ενώ γενικά το καθεστώς ανεργίας βρέθηκε να αυξάνει το ποσοστό κατάθλιψης κυρίως στις ευάλωτες ομάδες, όπως οι μονογονεϊκές οικογένειες ή οι διαζευγμένες γυναίκες.

Χαμηλότερη **αυτοεκτίμηση**, βρέθηκε στα άνεργα και υποαπασχολούμενα **νεαρά άτομα**, σε σχέση με τα άτομα πλήρους απασχόλησης και ειδικότερα μεταξύ των ατόμων που είχαν εγκαταλείψει το σχολείο (Prause & Dooley, αναφέρεται στο Morrell et al., 1998).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ: ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Είναι γνωστό ότι η Ελλάδα είναι από τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωση που έχουν επηρεαστεί περισσότερο από την επέλαση της οικονομικής κρίσης. Το κοινωνικό αλλά κυρίως το οικονομικό επίπεδο της χώρας άρχισε να επιδεινώνεται στις αρχές του 2009. Από τα τέλη του 2009 και στις αρχές του 2010, η ελληνική οικονομία αντιμετωπίζει σοβαρά προβλήματα, καθώς βρέθηκε να έχει το δεύτερο μεγαλύτερο ετήσιο έλλειμμα κρατικού προϋπολογισμού και το δεύτερο μεγαλύτερο δημόσιο χρέος στην Ευρωπαϊκή Ένωση (Eurostat).

Οι ραγδαίες αυτές αλλαγές στην οικονομία έλαβαν χώρα σε μακρο- και μικρο-επίπεδο. Τα ποσοστά ανεργίας αυξήθηκαν δραματικά, περικοπές στον προϋπολογισμό και στους μισθούς ανακοινώθηκαν στο δημόσιο τομέα, ενώ μεγαλύτερος αριθμός ατόμων ανέφερε ότι ήταν ανίκανος να καλύψει τις οικονομικές του ανάγκες. Οι δυσμενείς κοινωνικοοικονομικές συνθήκες της χώρας επέδρασαν στην ατομική ευημερία, επιφέροντας αρνητικές συνέπειες στην οικονομική κατάσταση, στις οικογενειακές σχέσεις και στην υγεία των ατόμων. Οι ευάλωτες οικονομικά και κοινωνικά ομάδες είναι αυτές που πλήττονται περισσότερο.

Έρευνα των Kentikelenis et al. (2011) που μελέτησε τις επιδράσεις της οικονομικής κρίσης, ανέφερε αύξηση της βίας, του ποσοστού των ανθρωποκτονιών και διπλασιασμό των περιστατικών κλοπών μεταξύ του 2007 και του 2009. Σημαντική αύξηση καταγράφηκε στα περιστατικά μόλυνσης από HIV στα τέλη του 2010, εκ των οποίων τα μισά αποδόθηκαν σε λοιμώξεις μεταξύ των χρηστών ενδοφλέβιων ναρκωτικών, και στην επικράτηση της χρήσης ηρωίνης, αύξηση κατά 20% το 2009, σύμφωνα με τις εκτιμήσεις του Ελληνικού Κέντρου Τεκμηρίωσης και Παρακολούθησης των Ναρκωτικών στην Ελλάδα.

Άλλη έρευνα των Madianos et al. (2011) που πραγματοποίησε δύο εθνικές συγχρονικές τηλεφωνικές μελέτες, διεξήχθη το 2008 και το 2009 με αντιπροσωπευτικό δείγμα 2.197 και 2.192 ερωτηθέντων αντίστοιχα. Η διερεύνηση της κατάθλιψης έγινε μέσω του αντίστοιχου τμήματος της Δομημένης Κλινικής

Συνέντευξης SCID-I, ενώ για τη διερεύνηση ύπαρξης οικονομικής δυσχέρειας χρησιμοποιήθηκε ο Δείκτης Προσωπικής Οικονομικής Δυσχέρειας (IPED). Τα αποτελέσματα και των δύο μελετών υπογράμμισαν την αύξηση του κινδύνου ανάπτυξης Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου (ΜΚΕ) στα άτομα που είχαν εκτεθεί σε ακραίες και αγχωτικές οικονομικές καταστάσεις. Η μηνιαία επικράτηση του ΜΚΕ το 2009 βρέθηκε να είναι 6,8%, σε σύγκριση με 3,3% το 2008, ενώ κυρίως οι συμμετέχοντες με σοβαρές οικονομικές δυσκολίες (υψηλότερες βαθμολογίες στον IPED) αντιμετώπιζαν κίνδυνο για ανάπτυξη ΜΚΕ (Madianos et al., 2011).

Η έρευνα επαναλήφθηκε το 2011 με την ίδια μεθοδολογία, τη χρήση των ίδιων με τις προηγούμενες έρευνες εργαλείων και με αντιπροσωπευτικό δείγμα 2.256 ατόμων και εστίασε στη συγκριτική ανάλυση των δεδομένων που συλλέχθηκαν το 2011 με αυτά του 2008. Βάσει αυτής, το μηνιαίο ποσοστό επικράτησης Μείζονος Κατάθλιψης (ΜΚ) βρέθηκε να είναι 8,2% συγκρινόμενο με το αντίστοιχο ποσοστό του 2008, το οποίο ήταν 3,3%. Επίσης, σημαντική σχέση βρέθηκε μεταξύ Μείζονος Κατάθλιψης και οικονομικής δυσχέρειας. Οι νέοι, οι έγγαμοι, τα άτομα με οικονομική δυσπραγία και οι άνθρωποι που χρησιμοποιούσαν φάρμακα εμφάνισαν αυξημένες πιθανότητες να πάσχουν από ΜΚ το 2011 (Economou et al., 2013a).

Ένα από τα σημαντικότερα ευρήματα της έρευνας αυτής αφορά στις απόπειρες αυτοκτονίας. Αύξηση 36% βρέθηκε στον αριθμό των ατόμων που ανέφεραν ότι είχαν κάνει απόπειρα αυτοκτονίας τον προηγούμενο από την έρευνα μήνα. Σημαντικά υψηλότερο ποσοστό των συμμετεχόντων με οικονομική δυσχέρεια, (όπως προέκυψε από τη μέτρηση του με τον Δείκτη IPED), είχε διαπράξει απόπειρα αυτοκτονίας ή εμφάνισε αυτοκτονικό ιδεασμό, από το αντίστοιχο ποσοστό των συμμετεχόντων χωρίς αναφερόμενη οικονομική δυσχέρεια (Economou et al., 2011).

Οι Γιωτάκος και συν. (2011) που διερεύνησαν τη συσχέτιση των οικονομικών δεικτών ανεργία και μέσο εισόδημα την τελευταία 20ετία με τις εισαγωγές σε ψυχιατρική κλινική, τις επισκέψεις σε εξωτερικά ιατρεία και στα επείγοντα ψυχιατρικών κλινικών επιβεβαίωσαν τη σημαντικά αρνητική συσχέτιση μεταξύ του μέσου εισοδήματος και του ποσοστού των αυτοκτονιών. Τα ευρήματα αυτά έρχονται σε συμφωνία με αυτά των Stuckler et al. (2011), οι οποίοι επισημαίνουν ότι οι χώρες που αντιμετώπιζαν τις πιο σοβαρές συνέπειες της οικονομικής κρίσης, όπως η Ελλάδα, είχαν μεγαλύτερη αύξηση στις αυτοκτονίες. Για την Ελλάδα η αύξηση αυτή άγγιζε το 17%.

Από στοιχεία της Γραμμής Παρέμβασης για την Αυτοκτονία (1018) της ΜΚΟ «Κλίμακα», που αναφέρονται στο Μαδιανός και Οικονόμου (2014), προκύπτει ότι το 31,2% των ατόμων που κάλεσαν στη Γραμμή ανέφερε προηγούμενες απόπειρες αυτοκαταστροφής, το 57,4% ανέφερε αυτοκτονικό ιδεασμό και το 16,4% ανέφερε ως αιτία τα σοβαρά οικονομικά προβλήματα που αντιμετώπιζε.

Οι ηλικιακές κατηγορίες που παρουσιάζουν τη μεγαλύτερη αύξηση στην αυτοκτονικότητα είναι εκείνες που αντιμετώπιζαν τις μεγαλύτερες αλλαγές στα ποσοστά ανεργίας τα πρόσφατα χρόνια. Σημαντική αύξηση της επικράτησης του αυτοκτονικού ιδεασμού βρέθηκε στους άνδρες, στα άτομα ηλικίας 55-64, στους έγγαμους, στους χρήστες ψυχοτρόπων ουσιών και στα άτομα που είχαν αναζητήσει βοήθεια από επαγγελματία ψυχικής υγείας (Economou et al., 2013b).

Πρόσφατη επιδημιολογική έρευνα των Madianos et al. (2014) επικεντρώθηκε στη μελέτη των αλλαγών στις αυτοκτονίες και στις πιθανές συσχετίσεις τους με μακροοικονομικούς και συμπεριφορικούς παράγοντες, αντλώντας στοιχεία για την περίοδο 1990-2011 κυρίως από την Ελληνική Στατιστική Αρχή και την Eurostat. Από την έρευνα προέκυψε ότι τα άτομα που υποφέρουν από απώλειες στο εισόδημα και στην εργασία, ζώντας σε ένα κοινωνικό περιβάλλον που προσδιορίζεται από αυστηρά μέτρα λιτότητας και περιοριστικές πολιτικές για την υγεία, εκτίθενται σε κινδύνους για την ανάπτυξη κατάθλιψης ή αυτοκτονίας.

Πιο συγκεκριμένα τα ποσοστά θνησιμότητας από αυτοκτονίες αυξήθηκαν κατά 55,8% από το 2007 στο 2011, ενώ η συνολική θνησιμότητα αυξήθηκε μόνο κατά 1,1%. Σημαντικές αυξανόμενες τάσεις του δημόσιου χρέους, των ποσοστών ανεργίας, της κατανάλωσης των ημερήσιων μονάδων των αντικαταθλιπτικών καθώς και των διαζυγίων, των ανθρωποκτονιών και των ατόμων που νοσούν από HIV παρατηρήθηκαν. Οι αυτοκτονίες, βρέθηκε να σχετίζονται σημαντικά με την ανεργία, ενώ σημαντικές συσχετίσεις βρέθηκαν επίσης μεταξύ της θνησιμότητας από αυτοκτονίες και του δημόσιου χρέους ως ποσοστό του ΑΕΠ, των λοιμώξεων από HIV και των ανθρωποκτονιών (Madianos et al., 2014).

Άλλη μία πρόσφατη μελέτη των Branas et al. (2015) που διερεύνησε την επίδραση της οικονομικής λιτότητας στις αυτοκτονίες στην Ελλάδα, έδειξε μια σημαντική άνοδο των αυτοκτονιών έπειτα από γεγονότα που συνδέονται με τη λιτότητα. Ειδικότερα, τα γεγονότα που σχετίζονται με τη λιτότητα στην Ελλάδα

βρέθηκε να αντιστοιχούν σε στατιστικά σημαντικές αυξήσεις των αυτοκτονιών συνολικά (αύξηση 35,7% από τον Ιούνιο του 2011), τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες.

B. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

ΠΑΡΟΥΣΑ ΕΡΕΥΝΑ

6.1 Εισαγωγή

Η παρούσα έρευνα είναι συγχρονική έρευνα που σκοπό έχει τη διερεύνηση των εργασιακών παραγόντων σε περίοδο οικονομικής κρίσης και τη συσχέτισή τους με την ψυχική υγεία των εργαζομένων. Συγκεκριμένα, αναζητείται η συσχέτιση των επιμέρους εργασιακών χαρακτηριστικών, αλλά ειδικότερα της εργασιακής ανασφάλειας και εργασιακής ικανοποίησης με την κατάθλιψη, τη μείζονα κατάθλιψη και την αγχώδη διαταραχή στον εργαζόμενο πληθυσμό.

6.1.1 Περιγραφή του προβλήματος

Στις παγκοσμιοποιημένες κοινωνίες και ειδικότερα σε περιόδους οικονομικής κρίσης που η ανεργία φτάνει στα υψηλότερα επίπεδά της, τα επιμέρους χαρακτηριστικά και οι συνθήκες εργασίας (μισθός, είδος σύμβασης, ωράριο, οργάνωση του χρόνου κλπ), τείνουν να μεταβάλλονται και να παγιώνονται εις βάρος των εργαζόμενων ατόμων, υποχρεώνοντάς τα να συναινέσουν σε εργασία με δυσχερέστερους από πριν όρους.

Δεδομένου ότι η εργασία κατέχει σημαντική θέση στη ζωή του ατόμου και συνδέεται με πλήθος παραγόντων που καθορίζουν την ατομική ευημερία, η απώλεια εργασίας, η επιδείνωση των συνθηκών εργασίας, το χαμηλό εισόδημα και η οικονομική ανασφάλεια έχουν βρεθεί να σχετίζονται με φτωχότερη υγεία, ψυχολογική δυσχέρεια και οικογενειακή διάλυση (Weich and Lewis, 1998; Faragher et al., 2005; Jenkins et al., 2008; Stuckler et al., 2009).

6.1.2 Ερευνητικές υποθέσεις

Οι κύριες ερευνητικές υποθέσεις που διατυπώνονται στην παρούσα έρευνα λαμβάνοντας υπόψη τα βιβλιογραφικά δεδομένα, είναι οι εξής:

- 1) Όσο αυξάνεται ο βαθμός της εργασιακής ικανοποίησης του εργαζόμενου ατόμου, τόσο μειώνονται οι πιθανότητες εκδήλωσης καταθλιπτικών συμπτωμάτων, μείζονος κατάθλιψης ή ΔΓΑ. (Αρνητική συσχέτιση)
- 2) Όσο αυξάνεται ο βαθμός της εργασιακής ανασφάλειας του εργαζόμενου ατόμου, τόσο αυξάνονται οι πιθανότητες εκδήλωσης καταθλιπτικών συμπτωμάτων, μείζονος κατάθλιψης ή ΔΓΑ. (Θετική συσχέτιση)
- 3) Όσο πιο επιβαρυσμένος ψυχοκοινωνικά είναι ο εργαζόμενος σε διάφορους τομείς της ζωής του (χαμηλή εργασιακή ικανοποίηση, υψηλή εργασιακή ανασφάλεια, υψηλή οικονομική δυσχέρεια), τόσο αυξάνονται οι πιθανότητες εκδήλωσης καταθλιπτικών συμπτωμάτων, μείζονος κατάθλιψης ή ΔΓΑ.
- 4) Όσο πιο υψηλό το επίπεδο εργασιακής ανασφάλειας, τόσο πιο πιθανό η ψυχική υγεία των εργαζομένων να προσομοιάζει με εκείνη των ανέργων.

6.1.3 Επιμέρους στόχοι

Πέρα από τις κύριες ερευνητικές υποθέσεις, οι επιμέρους στόχοι της μελέτης περιλαμβάνουν την αναζήτηση της κατηγορίας των εργαζομένων που πλήττεται περισσότερο κατά τη διάρκεια της οικονομικής ύφεσης, βάσει των κοινωνικών χαρακτηριστικών της (φύλο, ηλικία, εκπαιδευτικό επίπεδο, οικογενειακή κατάσταση) και των χαρακτηριστικών της εργασίας (τομείς απασχόλησης, τύπος σύμβασης, επάγγελμα, ώρες εργασίας). Ειδικότερα αναζητήθηκαν:

- Το φύλο, η ηλικία, το εκπαιδευτικό επίπεδο, η οικογενειακή κατάσταση και τα χαρακτηριστικά της εργασίας των εργαζομένων με τη χειρότερη ψυχική υγεία
- Τα επιμέρους χαρακτηριστικά της εργασίας των απασχολουμένων που συμβάλλουν στη μείωση της εργασιακής ικανοποίησης
- Τα επιμέρους χαρακτηριστικά της εργασίας των απασχολουμένων που συμβάλλουν στην αύξηση της εργασιακής ανασφάλειας

Η συγκριτική ανάλυση της κατάστασης της ψυχικής υγείας των εργαζόμενων με αυτή των άνεργων ατόμων σε περίοδο οικονομικής κρίσης, αποτέλεσε έναν επιπλέον στόχο της παρούσας μελέτης.

6.1.4 Σημασία της μελέτης

Η απουσία εργασίας, μπορεί να οδηγήσει στην εμφάνιση και διατήρηση ψυχικών διαταραχών ή να ωθήσει προς αυτή την κατεύθυνση. Ωστόσο, και η απασχόληση ενδέχεται να έχει τα ίδια αποτελέσματα, όταν σε αυτήν υφίστανται ψυχοπιεστικά γεγονότα και καταστάσεις, που πέρα από τη βλάβη σε ατομικό επίπεδο, αποκτούν κοινωνικές διαστάσεις, καθώς μειώνεται η παραγωγική διαδικασία (άδειες ασθενειών) και αυξάνεται το κρατικό κόστος (έξοδα ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, κλπ).

Περίπου από τα μέσα της δεκαετίας του '50 έως και σήμερα, πλήθος ερευνών έχει μελετήσει τις αρνητικές συνέπειες της ανεργίας στην ψυχική υγεία των άνεργων ατόμων σε περίοδο οικονομικής κρίσης. Εντούτοις, σημαντικά μικρότερος αριθμός ερευνών έχει εστιάσει στη διερεύνηση της ψυχικής υγείας των εργαζόμενων ατόμων σε περίοδο οικονομικής ύφεσης. Τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής θα παρέχουν χρήσιμα δεδομένα προσφέροντας γνώση σε μελλοντικές ερευνητικές εργασίες και στο σχεδιασμό παρεμβάσεων που θα απευθύνονται τόσο στους εργοδότες, όσο και στις κατηγορίες των εργαζομένων που πλήττονται περισσότερο από τις επιδράσεις της οικονομικής κρίσης, ως προς τη σταθερότητα διατήρησης μιας εργασίας και την παροχή ικανοποιήσεων από αυτήν προς τον εργαζόμενο.

6.1.5 Θεωρητικό πλαίσιο

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ η ψυχική υγεία ορίζεται ως μια κατάσταση ευημερίας στην οποία κάθε άτομο συνειδητοποιεί τις ικανότητές του, μπορεί να αντιμετωπίσει τα καθημερινά άγχη της ζωής, μπορεί να εργαστεί παραγωγικά και γόνιμα, και είναι σε θέση να συμβάλει στην κοινότητά του.

Από τον παραπάνω ορισμό γίνεται αντιληπτό ότι όσο πιο ικανοποιημένο είναι το άτομο σε διάφορους τομείς της ζωής του, τόσο καλύτερο επίπεδο ψυχικής υγείας αναμένεται ότι θα έχει, ενώ όσο πιο ανασφαλές και ανεπαρκές αισθάνεται τόσο

χειρότερη θα είναι η ψυχική του υγεία. Λαμβάνοντας υπόψη ότι κατά γενική ομολογία η εργασία και η οικονομική κατάσταση αποτελούν δύο από τους σημαντικότερους τομείς της ζωής, αναμένεται αντίστοιχα ότι η κατάσταση της ψυχικής υγείας των εργαζομένων θα συνδέεται θετικά με την εργασιακή ικανοποίηση και αρνητικά με την εργασιακή ανασφάλεια και την οικονομική δυσχέρεια.

6.2 Υλικό και Μέθοδος

6.2.1 Ερευνητικός Σχεδιασμός

Η εν λόγω έρευνα πραγματοποιήθηκε στο πλαίσιο εκπόνησης Διδακτορικής Διατριβής και είναι ποσοτικού τύπου, περιγραφική, ενώ η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε είναι αυτή της συγχρονικής μελέτης.

6.2.2 Υλικό

α) Χώρος Μελέτης

Ως χώρος διεξαγωγής της μελέτης ορίστηκε η Περιφέρεια Αττικής, ενώ το δείγμα αποτέλεσαν μόνιμοι κάτοικοι, εργαζόμενοι και άνεργοι. Στην περίπτωση των εργαζομένων, η δειγματοληψία πραγματοποιήθηκε σε επιλεγμένους δημόσιους και ιδιωτικούς οργανισμούς, φορείς και επιχειρήσεις που εδρεύουν στην Περιφέρεια Αττικής για τους οποίους είχε ληφθεί η απαραίτητη έγκριση από τους αρμόδιους. Για την εύρεση του δείγματος των ανέργων πραγματοποιήθηκαν επισκέψεις έξω από τα κατά τόπους Γραφεία του ΟΑΕΔ.

β) Δείγμα

Ο συνολικός αριθμός των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα ανήλθε σε 412 άτομα, εκ των οποίων 326 εργαζόμενοι και 86 άνεργοι, άνω των 18 ετών, μόνιμοι κάτοικοι της Περιφέρειας Αττικής. Η δειγματοληψία έγινε κατά στρώματα ως προς το φύλο και την ηλικία σύμφωνα με στοιχεία της απογραφής του οικονομικά ενεργού πληθυσμού της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής (ΕΛΣΤΑΤ) και του Ινστιτούτου Εργασίας της ΓΣΕΕ.

Ωστόσο, προκειμένου το δείγμα να είναι αντιπροσωπευτικό ως προς τη θέση στο επάγγελμα, επιλέχθηκε σε δεύτερη φάση αντιπροσωπευτικό δείγμα (sampling with quotas) βάσει των στοιχείων της απογραφής του οικονομικά ενεργού πληθυσμού της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής (ΕΛΣΤΑΤ) για το έτος 2017. Η επιλογή του

δείγματος πραγματοποιήθηκε με βήμα βάσει των αντίστοιχων ποσοστών της ΕΛΣΤΑΤ ως προς το φύλο, την ηλικία και τη θέση στο επάγγελμα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: Τελικό δείγμα βάσει των δεδομένων της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής (ΕΛΣΤΑΤ, 2017) για τη Θέση στο Επάγγελμα στην Περιφέρεια Αττικής

	ΔΗΜΟΣΙΟΙ ΥΠΑΛΛΗΛΟΙ/ ΥΠΑΛΛΗΛΟΙ ΔΕΚΟ	ΙΔΙΩΤΙΚΟΙ ΥΠΑΛΛΗΛΟΙ	ΕΛΕΥΘΕΡΟΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ/ ΙΔΙΟΚΤΗΤΕΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ	ΣΥΝΟΛΟ
ΑΡΧΙΚΟ ΔΕΙΓΜΑ (n)	134	150	42	326
ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΙ ΣΕ ΑΡΙΘΜΟ (ΕΛΣΤΑΤ)	306.050	794.648	265.292	1.365.990
ΠΟΣΟΣΤΟ %	22%	58%	20%	100%
ΤΕΛΙΚΟ/ ΕΠΙΛΕΓΜΕΝΟ ΔΕΙΓΜΑ (n)	46	122	42	210

Έτσι το τελικό δείγμα ανήλθε σε 296 άτομα εκ των οποίων 210 εργαζόμενοι και πιο συγκεκριμένα 46 δημόσιοι υπάλληλοι/ υπάλληλοι ΔΕΚΟ, 122 ιδιωτικοί υπάλληλοι και 42 ελεύθεροι επαγγελματίες/ ιδιοκτήτες επιχείρησης/ υπάλληλοι με σύμβαση έργου και 86 άνεργοι εγγεγραμμένοι ή μη στα μητρώα του ΟΑΕΔ.

γ) Κριτήρια αποκλεισμού

Από τη μελέτη αποκλείστηκαν όλα τα άτομα ηλικίας κάτω των 18 ετών και όσα άτομα κατατάσσονται στον οικονομικά μη ενεργό πληθυσμό σύμφωνα με τον

ορισμό του ILO και του OECD, δηλαδή τα άτομα που δεν εργάζονταν (συνταξιούχοι, ανήλικοι, ασθενείς) και που δεν αναζητούσαν εργασία κατά την περίοδο διεξαγωγής της έρευνας.

δ) Εργαλεία

Για την πραγματοποίηση της παρούσας έρευνας διεξήχθη ποσοτική έρευνα με τη δημιουργία και τη χορήγηση ερωτηματολογίου. Για τις ανάγκες της μελέτης δημιουργήθηκε ειδικό ερωτηματολόγιο που ανταποκρινόταν στις ερευνητικές υποθέσεις, ενώ ενσωματώθηκαν σε αυτό εργαλεία που έχουν ήδη σταθμιστεί.

Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει έξι θεματικούς άξονες, εκ των οποίων ο δεύτερος αναλύεται σε τρεις υποκατηγορίες. Ειδικότερα, οι θεματικοί άξονες εστιάζουν στη διερεύνηση των παρακάτω παραγόντων:

- 1) *Δημογραφικά στοιχεία* (φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, επίπεδο εκπαίδευσης, κλπ.),
- 2) *Είδος και χαρακτηριστικά της εργασίας* (καταγραφή του είδους σύμβασης, του ωραρίου, των εβδομαδιαίων ωρών εργασίας, των υπερωριών, κλπ.),
 - 2.1) *Έλεγχος στην εργασία* (επίπεδο οργάνωσης, ελέγχου και αυτονομίας που διαθέτει ο συμμετέχων στο αντικείμενο της εργασίας του),
 - 2.2) *Εργασιακή ικανοποίηση* (διερεύνηση της εργασιακής ικανοποίησης των εργαζομένων βάσει των επιπέδων επικοινωνίας, συνεργασίας και υποστήριξης που διατηρούν στην εργασία τους, των προοπτικών εξέλιξης και των αποδοχών που λαμβάνουν),
 - 2.3) *Εργασιακή ανασφάλεια* (διερεύνηση της εργασιακής ανασφάλειας των εργαζομένων),
- 3) *Οικονομική κατάσταση* (ύπαρξη οικονομικής δυσχέρειας, παρούσα και προσδοκώμενη οικονομική κατάσταση του νοικοκυριού),
- 4) *Σωματική υγεία και ποιότητα ζωής* (προβλήματα υγείας, λήψη φαρμακευτικής αγωγής, αυτό-αντιλαμβανόμενη ποιότητα ζωής),
- 5) *Υπαρξη Κατάθλιψης ή Μείζονος Κατάθλιψης και*

6) *Υπαρξη Διαταραχής Γενικευμένου Άγχους.*

Για την ανίχνευση του βαθμού Οικονομικής Δυσχέρειας έγινε ενσωμάτωση του εργαλείου Index of Personal Economic Distress (IPED) (Madianos et al., 2011), ενώ για την ανίχνευση Κατάθλιψης, Μείζονος Κατάθλιψης και Διαταραχής Γενικευμένου Άγχους (ΔΓΑ) ενσωμάτωση της Κλίμακας CES-D (Μαδιανός και συν., 1983) και της Δομημένης Κλινικής Συνέντευξης (SCID-I) (Μαδιανός και συν., 1997; Μαδιανός, 2005) αντίστοιχα. Για τη διερεύνηση της εργασιακής ικανοποίησης και της εργασιακής ανασφάλειας, δημιουργήθηκαν αντίστοιχα οι Κλίμακες Εργασιακής Ικανοποίησης και Εργασιακής Ανασφάλειας.

Δείκτης IPED

Ο **Δείκτης IPED** περιλαμβάνει οκτώ ερωτήσεις που αποτυπώνουν τη δυσκολία των συμμετεχόντων να εκπληρώσουν τις ημερήσιες οικονομικές απαιτήσεις του νοικοκυριού τους (από την αποπληρωμή ενός δανείου έως την κάλυψη των εξόδων του S.M.) κατά τη διάρκεια των τελευταίων έξι μηνών. Η βαθμολόγηση των οχτώ σημείων του IPED γίνεται σε μια κλίμακα τριών σημείων που αντανακλούν τη συχνότητα και κυμαίνονται από το 1-3, (1) ποτέ, (2) μερικές φορές, και (3) συχνά. Η συνολική βαθμολογία κυμαίνεται από το 8 “χωρίς οικονομικά προβλήματα” σε 24 “σοβαρά οικονομικά προβλήματα”. Όλα τα στοιχεία καλύπτουν την περίοδο των τελευταίων 6 μηνών. Η διερεύνηση των ψυχομετρικών ιδιοτήτων της κλίμακας εντοπίζει την τιμή "15" ως το διαχωριστικό σημείο με τα καλύτερα αποτελέσματα όσον αφορά στην ευαισθησία και στην ειδικότητα. Σύμφωνα με αυτό, οι συμμετέχοντες που βρίσκονται κάτω από το σημείο αυτό θεωρείται ότι είναι σε χαμηλή οικονομική δυσχέρεια, ενώ οι συμμετέχοντες που η βαθμολόγησή τους είναι πάνω από την τιμή "15" θεωρείται ότι βρίσκονται σε υψηλή οικονομική δυσχέρεια. Η κλίμακα εμφανίζει καλή εσωτερική συνοχή.

Κλίμακα CES-D

Η **Κλίμακα CES-D** μεταφράστηκε και προσαρμόστηκε στα ελληνικά από τους Μαδιανό και συν. (1983). Περιλαμβάνει 20 ερωτήσεις που αφορούν σε καταθλιπτικά συμπτώματα και ο τύπος των απαντήσεων κυμαίνεται από 0-3, (0) σπάνια ή καθόλου, (1) μερικές φορές, (2) αρκετές φορές και (3) τον περισσότερο καιρό. Η συνολική βαθμολογία κυμαίνεται από το 0 (απουσία θετικών συμπτωμάτων) μέχρι το 60. Διαχωριστικό σημείο της φυσιολογικής κατάστασης από την ψυχοπαθολογική κατάσταση καταθλιπτικότητας είναι το 16.

Για τις ανάγκες της παρούσας μελέτης και για τη διάγνωση Μείζονος Κατάθλιψης (ΜΚ) 8 ερωτήσεις προσαρμόστηκαν σε αυτές της Δομημένης Κλινικής Συνέντευξης SCID-I, ενώ έγινε η προσθήκη μίας επιπλέον ερώτησης. Η διάγνωση προκύπτει βάσει των διαγνωστικών κριτηρίων του DSM-IV και πιο συγκεκριμένα όταν σε τουλάχιστον 5 από τις 9 ερωτήσεις που αφορούν στην ΜΚ δίνεται η απάντηση (3) τον περισσότερο καιρό. Η συνολική βαθμολογία που αφορά στη διάγνωση της Μείζονος Κατάθλιψης κυμαίνεται από 15 έως 27 (Madianos and Stefanis, 1992).

Δομημένη Κλινική Συνέντευξη SCID-I

Η **Δομημένη Κλινική Συνέντευξη SCID-I** μεταφράστηκε και προσαρμόστηκε στα ελληνικά από τους Μαδιανό και συν. (1997), έχει σταθμιστεί σε δείγμα ελληνικού πληθυσμού και έχει χρησιμοποιηθεί εκτενώς σε πολλές κλινικές και επιδημιολογικές μελέτες. Η διάγνωση προκύπτει βάσει των διαγνωστικών κριτηρίων του DSM-IV.

Κλίμακα Εργασιακής Ικανοποίησης (KEI)

Για τη διερεύνηση της εργασιακής ικανοποίησης δημιουργήθηκε **Κλίμακα Εργασιακής Ικανοποίησης (KEI)**, η οποία αποτελείται από 22 ερωτήσεις. Ο τύπος των απαντήσεων κυμαίνεται από 0-3, όπου (0) Δεν απαντώ/ δεν αφορά, (1) Καθόλου,

(2) Σχετικά και (3) Αρκετά. Η συνολική βαθμολογία κυμαίνεται από το 22 (απουσία εργασιακής ικανοποίησης) έως και το 66 (υψηλή εργασιακή ικανοποίηση).

Κλίμακα Εργασιακής Ανασφάλειας (ΚΕΑ)

Για τη διερεύνηση της εργασιακής ανασφάλειας δημιουργήθηκε **Κλίμακα Εργασιακής Ανασφάλειας (ΚΕΑ)**, η οποία αποτελείται από 15 ερωτήσεις. Οι ερωτήσεις περιλαμβάνουν επιμέρους δείκτες οικονομικής ανασφάλειας και ο τύπος των απαντήσεων κυμαίνεται από 0-3, όπου (0) Δεν γνωρίζω/ δεν αφορά (1) Καθόλου, (2) Σχετικά και (3) Αρκετά. Η συνολική βαθμολογία κυμαίνεται από το 15 (απουσία εργασιακής ανασφάλειας) έως και το 45 (υψηλή εργασιακή ανασφάλεια).

Για τη συγκριτική ανάλυση των δεδομένων που αφορούν στην ύπαρξη ή μη οικονομικής δυσχέρειας και στην κατάσταση της ψυχικής υγείας (ύπαρξη κατάθλιψης, μείζονος κατάθλιψης ή αγχώδους διαταραχής) των εργαζομένων και των ανέργων σε περίοδο οικονομικής κρίσης, δημιουργήθηκε δεύτερο ερωτηματολόγιο που απευθύνθηκε σε ανέργους. Στο ερωτηματολόγιο αυτό εντάχθηκαν ερωτήσεις σχετικά με τα δημογραφικά στοιχεία των ατόμων, τη διάρκεια ανεργίας, τη λήψη ή μη επιδόματος ανεργίας, την οικονομική κατάσταση, τη σωματική υγεία και την ποιότητα ζωής και ενσωματώθηκαν οι Κλίμακες IPED, CES-D, καθώς και τα αντίστοιχα τμήματα της Δομημένης Κλινικής Συνέντευξης (SCID-I) που χρησιμοποιούνται για τη διάγνωση της Διαταραχής Γενικευμένου Άγχους (ΔΓΑ).

6.2.3 Στάθμιση Κλίμακας Εργασιακής Ικανοποίησης (ΚΕΙ) και Κλίμακας Εργασιακής Ανασφάλειας (ΚΕΑ)

Η στάθμιση των Κλιμάκων Εργασιακής Ικανοποίησης (ΚΕΙ) και Εργασιακής Ανασφάλειας (ΚΕΑ) πραγματοποιήθηκε με την εφαρμογή της μεθόδου εσωτερικής συνοχής (internal consistency) και την παραγωγή των συντελεστών Cronbach's α και παρουσίασαν καλή εσωτερική συνοχή με Cronbach's α 0,837 και 0,833 αντίστοιχα. Η εγκυρότητά τους δοκιμάστηκε με τη μέθοδο της εγκυρότητας εννοιολογικής κατασκευής (construct validity).

ΠΙΝΑΚΑΣ 2: Στάθμιση Κλιμάκων Εργασιακής Ικανοποίησης και Εργασιακής Ανασφάλειας

<i>Κλίμακα Εργασιακής Ικανοποίησης</i>		<i>Κλίμακα Εργασιακής Ανασφάλειας</i>	
<i>Ανάλυση αξιοπιστίας</i>		<i>Ανάλυση αξιοπιστίας</i>	
Cronbach's Alpha	N of Items	Cronbach's Alpha	N of Items
,837	22	,833	15

6.2.4 Διαδικασία και Μέθοδος Συλλογής Δεδομένων

Για τη διεξαγωγή της έρευνας, πραγματοποιήθηκαν επισκέψεις σε συγκεκριμένους δημόσιους και ιδιωτικούς οργανισμούς, φορείς, και επιχειρήσεις που εδρεύουν στην Περιφέρεια Αττικής, έπειτα από επικοινωνία με τους αρμόδιους και τη λήψη της απαραίτητης έγκρισης.

Η εύρεση του δείγματος των εργαζομένων στον ιδιωτικό τομέα και των αυτοαπασχολούμενων βασίστηκε σε στοιχεία της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής (ELSTAT). Από ένα σύνολο 47.543 επιχειρήσεων, επιλέχθηκαν με τυχαίους αριθμούς 92 εργασιακοί χώροι που έδρευαν στην Περιφερειακή Μονάδα του Νοτίου Τομέα Αθηνών (Δήμοι: Αγίου Δημητρίου, Αλίμου, Γλυφάδας, Ελληνικού-Αργυρούπολης, Καλλιθέας, Μοσχάτου-Ταύρου, Νέας Σμύρνης, Παλαιού Φαλήρου). Έπειτα από διαδικασίες τήρησης απορρήτου προσεγγίστηκαν με προσωπική επαφή 234 εργαζόμενοι. Από αυτούς 42 άτομα αρνήθηκαν να συμμετάσχουν στην έρευνα (18%). Οι γυναίκες εργαζόμενες που συμμετείχαν στην έρευνα βρέθηκαν στο 37,1 % του δείγματος, ποσοστό πολύ όμοιο με τα δεδομένα των εργαζομένων στον ιδιωτικό τομέα και των ελεύθερων επαγγελματιών που διαθέτει η ΕΛΣΤΑΤ.

Όσον αφορά το δείγμα των δημοσίων υπαλλήλων, αυτό προήλθε από ένα σύνολο 600 δημόσιων, δημοτικών οργανισμών και ΔΕΚΟ και των υποτομέων τους στην Περιφερειακή Μονάδα του Νοτίου Τομέα Αθηνών. Με τυχαίους αριθμούς επελέγησαν 60 φορείς με σκοπό να επιλεγούν δύο ή τρεις δημόσιοι/ δημοτικοί λειτουργοί από τον κάθε φορέα. Σε 8 φορείς, κανένας εργαζόμενος δεν ανταποκρίθηκε θετικά ως προς τη συμμετοχή του στην έρευνα, με αποτέλεσμα ο φορέας αυτός να μην συμπεριληφθεί στην παρούσα έρευνα. Το συνολικό ποσοστό ανταπόκρισης ήταν 83,75%.

Για την εύρεση του δείγματος των ανέργων πραγματοποιήθηκαν επισκέψεις έξω από τα κατά τόπους Γραφεία του ΟΑΕΔ.

Οι συμμετέχοντες ενημερώνονταν για το αντικείμενο, το πλαίσιο και τον σκοπό της έρευνας, τη διασφάλιση της ανωνυμίας και του απόρρητου των απαντήσεών τους και για τον απαιτούμενο χρόνο συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου (35' - 45'). Στην περίπτωση συμφωνίας συμμετοχής στην έρευνα έδιναν τη γραπτή συγκατάθεσή τους και οριζόταν συνάντηση. Σε κάθε φάση της έρευνας οι συμμετέχοντες διατηρούσαν το δικαίωμα της αποχώρησης. Τα ερωτηματολόγια που δεν ολοκληρώθηκαν, δεν συμπεριλήφθηκαν στο τελικό δείγμα.

Η επιλεγόμενη μέθοδος συλλογής δείγματος ήταν αυτή της επιτόπιας έρευνας με τη **χορήγηση δομημένου ερωτηματολογίου**. Η **δειγματοληψία έγινε κατά στρώματα** ως προς το φύλο και την ηλικία σύμφωνα με στοιχεία της απογραφής του οικονομικά ενεργού πληθυσμού της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής (ΕΛΣΤΑΤ) και του Ινστιτούτου Εργασίας της ΓΣΕΕ.

Η διερεύνηση πιθανών προβλημάτων στην υλοποίηση της κύριας έρευνας (προβλήματα διαδικασιών, κ.α.) πραγματοποιήθηκε με τη διεξαγωγή **πilotικής μελέτης**.

6.2.5 Διαχείριση Δεδομένων και Στατιστική Ανάλυση

Ως **ανεξάρτητες μεταβλητές** ορίστηκαν όλα τα δημογραφικά στοιχεία (φύλο, ηλικία, εκπαιδευτικό επίπεδο, οικογενειακή κατάσταση, αριθμός μελών νοικοκυριού, θέση στο επάγγελμα, είδος σύμβασης), ενώ ως **εξαρτημένες** η προσωπική οικονομική δυσχέρεια, η αυτό-αντιλαμβανόμενη ποιότητα ζωής, η εργασιακή ικανοποίηση και ανασφάλεια, η ύπαρξη καταθλιπτικών συμπτωμάτων, Μείζονος Κατάθλιψης και Διαταραχής Γενικευμένου Άγχους.

Στο ερωτηματολόγιο περιλαμβάνονται τόσο ποιοτικές (φύλο, επάγγελμα, οικογενειακή κατάσταση, θέση στο επάγγελμα, είδος σύμβασης που έχει υπογραφεί, ωράριο), όσο και ποσοτικές μεταβλητές (ηλικία, εισόδημα, αριθμός μελών νοικοκυριού, αριθμός ωρών εργασίας, διάρκεια χρόνου ανεργίας, κ.α.). Ο αριθμός ωρών εργασίας, ο χρόνος εργασίας σε ένα φορέα, η διάρκεια ανεργίας, αλλά και η

βαθμολόγηση των ψυχομετρικών και άλλων κλιμάκων και το ετήσιο εισόδημα αποτελούν συνεχείς μεταβλητές, ενώ η ηλικία, ο αριθμός μελών νοικοκυριού, τα έτη εκπαίδευσης διακρίτες. Διατάξιμες είναι οι μεταβλητές που αφορούν στα έτη εκπαίδευσης, στο βαθμό ικανοποίησης από τη ζωή, στο βαθμό εργασιακής ικανοποίησης και ανασφάλειας και στα εργαλεία Δείκτης IPED, Κλίμακα CES-D και Δομημένη Κλινική Συνέντευξη SCID-I.

Για την ανάλυση των δεδομένων ακολουθήθηκε η ποσοτική προσέγγιση. Για όλες τις μεταβλητές πραγματοποιήθηκε η εύρεση της απόλυτης (n) και της σχετικής (%) συχνότητας. Για τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ δύο κατηγορικών μεταβλητών πραγματοποιήθηκε η διασταύρωσή τους (crosstabs), από όπου και προέκυψαν οι πίνακες συνάφειας, ενώ η ύπαρξη στατιστικής σχέσης ανιχνεύθηκε με τον έλεγχο χ^2 (Chi-Square test).

Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας ποσοτικής μεταβλητής και μιας διχοτόμου μεταβλητής χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος t (student's t-test), ενώ για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας ποσοτικής και μιας κατηγορικής μεταβλητής με >2 κατηγορίες χρησιμοποιήθηκε η Μονόδρομη Ανάλυση Μεταβλητότητας (One Way ANOVA). Επιπλέον, για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ δύο ποσοτικών μεταβλητών που ακολουθούσαν κανονική κατανομή χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson (Pearson's correlation coefficient).

Στην περίπτωση που η εξαρτημένη μεταβλητή ήταν ποσοτική και οι ανεξάρτητες μεταβλητές άνω των δύο, εφαρμόστηκε επιπλέον και η μέθοδος της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης (multiple linear regression), στην οποία παρουσιάζονται ο συντελεστής B, τα τυπικά σφάλματα, οι τιμές p και ο συντελεστής προσδιορισμού R^2 .

Επίσης, πραγματοποιήθηκε έλεγχος πολλαπλής παραγοντικής ανάλυσης για την ανεύρεση των τυχόν επιδράσεων όλων των ανεξάρτητων μεταβλητών συμπεριλαμβανομένων των βαθμολογιών στα κλινικά ψυχομετρικά εργαλεία, στη βαθμολόγηση των Κλιμάκων Εργασιακής Ανασφάλειας, Εργασιακής Ικανοποίησης και του Δείκτη IPED.

Αντίστοιχα, ελέγχθηκε ο βαθμός επίδρασης όλων των ανεξάρτητων μεταβλητών συμπεριλαμβανομένων αυτών της εργασιακής ικανοποίησης, της

εργασιακής ανασφάλειας και της οικονομικής δυσχέρειας, στη διαμόρφωση της καταθλιπτικότητας και των διαγνώσεων της Μείζονος Κατάθλιψης και της Διαταραχής Γενικευμένου Άγχους. Η παραγοντική ανάλυση έγινε ανάλογα με τον τύπο των μεταβλητών.

Το αμφίπλευρο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε ίσο με 0,05. Η ανάλυση των δεδομένων που προέκυψαν από την παρούσα μελέτη πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του στατιστικού πακέτου SPSS 21.0 (Statistical Package for the Social Sciences).

6.2.6 Περιορισμοί και αδύνατα σημεία μελέτης

Στη διεθνή βιβλιογραφία, η μελέτη των εργασιακών παραγόντων έχει εστιάσει σε πλήθος χαρακτηριστικών όπως το μοντέλο προσπάθειας-ανταμοιβής (effort-reward), το μοντέλο εργασιακών απαιτήσεων και ελέγχου της εργασίας (demand-control), η υπερβολική δέσμευση με την εργασία (overcommitment), η επαγγελματική εξουθένωση (burnout) κ.α.. Ωστόσο, στην παρούσα μελέτη δεν κατέστη εφικτή η σε βάθος διερεύνηση όλων των ανωτέρω χαρακτηριστικών με την ένταξη των αντίστοιχων μεταβλητών στη δημιουργία του ερωτηματολογίου, γιατί ενώ κάτι τέτοιο θα επέτρεπε την πληρέστερη διερεύνηση του αντικειμένου, ταυτόχρονα θα επέβαλλε την αύξηση της έκτασης του ερωτηματολογίου, με τους όποιους κινδύνους συνεπάγεται αυτό.

Το δείγμα που προέκυψε βάσει των περιορισμένων δυνατοτήτων συλλογής του, είναι μόνο αναλογικό και όχι πιθανοτήτων, δεδομένων των στόχων της έρευνας, αφού αυτή απευθύνθηκε σε συγκεκριμένους πληθυσμούς και όχι στον γενικό πληθυσμό.

6.2.7 Ηθικά Θέματα

Η εκ των προτέρων ενημέρωση των συμμετεχόντων για το σκοπό, το πλαίσιο υλοποίησης της έρευνας (διεξαγωγή Διδακτορικής Διατριβής) και το αντικείμενο της μελέτης, όπως επίσης και η λήψη γραπτής συγκατάθεσης για τη συμμετοχή τους στην

έρευνα αποτέλεσε πρωταρχικό στόχο. Σε κάθε φάση της έρευνας οι συμμετέχοντες διατηρούσαν το δικαίωμα της αποχώρησης.

Για την προστασία των συμμετεχόντων ακολουθήθηκαν όλες οι αρχές που διέπουν τη διασφάλιση της ανωνυμίας και του απόρρητου των απαντήσεων βάσει του Ν. 2472/1997 για την επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και της Διακήρυξης του Ελσίνκι όπως αυτή τροποποιήθηκε στο Τόκυο το 2004. Επιπλέον, το ερευνητικό πρωτόκολλο έλαβε έγκριση από την Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας του ΕΚΠΑ.

Η πρόσβαση των συμμετεχόντων στα αποτελέσματα της έρευνας κατέστη εφικτή, έπειτα από την ολοκλήρωση της στατιστικής ανάλυσης και της επεξεργασίας των δεδομένων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

7.1 Ποσοστιαία Απεικόνιση Δείγματος

Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε σε δύο επίπεδα. Στο πρώτο επίπεδο έγινε η επεξεργασία των δεδομένων που αφορούσαν στο σύνολο του δείγματος που συλλέχθηκε. Ωστόσο, προκειμένου το δείγμα να είναι αντιπροσωπευτικό, πραγματοποιήθηκε επιλογή του δείγματος ως προς το φύλο, την ηλικία και τη θέση στο επάγγελμα βάσει των δεδομένων για τους απασχολούμενους στην περιφέρεια Αττικής, της Ελληνικής Στατικής Αρχής (ΕΛΣΤΑΤ, 2017). Συνεπώς σε δεύτερο επίπεδο πραγματοποιήθηκε η στατιστική ανάλυση των δεδομένων που προέκυψαν από το επιλεγμένο δείγμα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3: Συνολικό δείγμα εργαζομένων κατά θέση στο επάγγελμα και φύλο

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	(n) ΑΤΟΜΩΝ	(%)	(n) ΑΝΔΡΩΝ	(%)	(n) ΓΥΝΑΙΚΩΝ	(%)
ΔΗΜΟΣΙΟΙ ΥΠΑΛΛΗΛΟΙ	134	41,1%	71	53%	63	47%
ΙΔΙΩΤΙΚΟΙ ΥΠΑΛΛΗΛΟΙ	150	46,0%	80	53,3%	70	46,7%
ΕΛΕΥΘΕΡΟΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ / ΙΔΙΟΚΤΗΤΕΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ	42	12,9%	32	76,2%	10	23,8%
ΣΥΝΟΛΟ	326	100%	183	56,1%	143	43,9%

ΠΙΝΑΚΑΣ 4: Επιλεγμένο τελικό δείγμα εργαζομένων κατά θέση στο επάγγελμα και φύλο βάσει δεδομένων ΕΛΣΤΑΤ

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	(n) ΑΤΟΜΩΝ	(%)	(n) ΑΝΔΡΩΝ	(%)	(n) ΓΥΝΑΙΚΩΝ	(%)
ΔΗΜΟΣΙΟΙ ΥΠΑΛΛΗΛΟΙ	46	22,0%	22	47,8%	24	52,2%
ΙΔΙΩΤΙΚΟΙ ΥΠΑΛΛΗΛΟΙ	122	58,0%	60	49,2%	62	50,8%
ΕΛΕΥΘΕΡΟΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕ Σ / ΙΔΙΟΚΤΗΤΕΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ	42	20,0%	29	69%	13	31%
ΣΥΝΟΛΟ	210	100%	111	52,9%	99	47,1%

ΠΙΝΑΚΑΣ 5: Συνολικό δείγμα ανέργων κατά φύλο

	(n) ΑΤΟΜΩΝ	(%)	(n) ΑΝΔΡΩΝ	(%)	(n) ΓΥΝΑΙΚΩΝ	(%)
ΑΝΕΡΓΟΙ	86	100%	36	41,9%	50	58,1%

7.2 Σημεία Διαχωρισμού

ΠΙΝΑΚΑΣ 6: Τρόποι βαθμολόγησης Κλιμάκων/ Εργαλείων που εμπεριέχονται στα ερωτηματολόγια

	Σημεία Διαχωρισμού	Ταξινόμηση
Κλίμακα CES-D	16<	ΥΠΑΡΞΗ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ
	<15	ΜΗ ΥΠΑΡΞΗ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ
Δείκτης Οικονομικής Δυσχέρειας IPED	15<	ΥΨΗΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΔΥΣΧΕΡΕΙΑ
	<14	ΧΑΜΗΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΔΥΣΧΕΡΕΙΑ
Κλίμακα Εργασιακής Ανασφάλειας	0-11	ΑΝΥΠΑΡΞΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑΚΗΣ ΑΝΑΣΦΑΛΕΙΑΣ
	12-23	ΧΑΜΗΛΗ ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΑΝΑΣΦΑΛΕΙΑ
	24-34	ΜΕΤΡΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΑΝΑΣΦΑΛΕΙΑ
	35-45	ΥΨΗΛΗ ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΑΝΑΣΦΑΛΕΙΑ
Κλίμακα Εργασιακής Ικανοποίησης	0-16	ΑΝΥΠΑΡΞΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑΚΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ

	17-33	ΧΑΜΗΛΗ ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ
	34-49	ΜΕΤΡΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ
	50-66	ΥΨΗΛΗ ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ

Στον παραπάνω Πίνακα παρουσιάζονται τα σημεία Διαχωρισμού των τεσσάρων Κλιμάκων που εντάχθηκαν στο ερωτηματολόγιο που κατασκευάστηκε για την παρούσα έρευνα. Σχετικά με την Κλίμακα CES-D το σημείο διαχωρισμού της φυσιολογικής κατάστασης από την ψυχοπαθολογική έχει θεωρηθεί ότι είναι το 16 (Marskush & Favero, 1973; Μαδιανός και συν., 1983), ενώ όσον αφορά στον Δείκτη Προσωπικής Οικονομικής Δυσχέρειας (Δείκτης IPED) το σημείο διαχωρισμού της υψηλής από τη χαμηλή προσωπική οικονομική δυσχέρεια το οποίο αναφέρεται στη σχετική δημοσίευση (Madianos et al., 2011) είναι το 15.

Σχετικά με τις Κλίμακες Εργασιακής Ανασφάλειας (ΚΕΑ) και Εργασιακής Ικανοποίησης (ΚΕΙ) ακολουθήθηκε η διαδικασία κατηγοριοποίησης σε ποσοστημόρια και πιο συγκεκριμένα σε τεταρτημόρια (quartiles), δηλαδή ο διαχωρισμός του συνόλου των τιμών σε τέσσερις ισοπληθείς ομάδες.

Η διάγνωση της Διαταραχής Γενικευμένου Άγχους, πραγματοποιήθηκε με τη χρήση της Κλινικής Δομημένης Συνέντευξης SCID-I. Οι απαντήσεις σε αυτή αξιολογήθηκαν από ειδικά εκπαιδευμένους επαγγελματίες υγείας, ενώ η κλινική εκπαίδευση της ερευνήτριας για τη χρήση και εφαρμογή του, πραγματοποιήθηκε από τον Ομότιμο Καθηγητή Ψυχιατρικής του Πανεπιστημίου Αθηνών Μιχάλη Μαδιανό.

Τέλος, για τη διάγνωση της Μείζονος Κατάθλιψης (ΜΚ) 8 ερωτήσεις της κλίμακας CES-D, προσαρμόστηκαν σε αυτές της Δομημένης Κλινικής Συνέντευξης SCID-I, ενώ έγινε η προσθήκη μίας επιπλέον ερώτησης. Η διάγνωση προκύπτει βάσει των διαγνωστικών κριτηρίων του DSM-IV και πιο συγκεκριμένα όταν σε τουλάχιστον 5 από τις 9 ερωτήσεις που αφορούν στην ΜΚ δίνεται η απάντηση (3) τον περισσότερο καιρό. Η συνολική βαθμολογία που αφορά στη διάγνωση της Μείζονος Κατάθλιψης κυμαίνεται από 15 έως 27 (Madianos and Stefanis, 1992).

7.3. Περιγραφικά Στατιστικά στο σύνολο του δείγματος

7.3.1 Κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά εργαζομένων και ανέργων συμμετεχόντων (n = 412)

Ως προς το φύλο και την ηλικία των συμμετεχόντων, το 53,15 % ήταν άνδρες και το 46,85% γυναίκες, ενώ το δείγμα αποτελούνταν από άτομα ηλικίας 18-66 ετών. Το 43,7% ήταν άγαμοι, το 39,1% έγγαμοι, το 10,4% σε συμβίωση, το 6,3% διαζευγμένοι και το 0,5% χήροι. Ως προς τη σύνθεση του νοικοκυριού, το 34,8% αποτελούνταν από δύο ενήλικες με παιδιά, το 26% από δύο ενήλικες χωρίς παιδιά, το 23,3% από έναν ενήλικα χωρίς παιδιά, το 10,8% από περισσότερους ενήλικες χωρίς παιδιά, το 3,7% από έναν ενήλικα με παιδιά και το υπόλοιπο 1,5% από περισσότερους ενήλικες με παιδιά. Το 26,3% των συμμετεχόντων είχε ένα ανήλικο τέκνο στο νοικοκυριό του, επίσης το 26,3% 2 ανήλικα τέκνα, το 1,8% 3 και το 1,3% 4, ενώ η πλειοψηφία των συμμετεχόντων (44,3%) δεν είχε ανήλικο τέκνο στο νοικοκυριό του.

Όσον αφορά το εκπαιδευτικό επίπεδο των συμμετεχόντων, το 27,6% ήταν κάτοχοι μεταπτυχιακού, το 25,4% απόφοιτοι ΑΕΙ, το 14,5% απόφοιτοι λυκείου, το 9,7% απόφοιτοι ΤΕΙ, το 9% απόφοιτοι ΙΕΚ κλπ, το 7,3% φοιτητές, το 3,1% κάτοχοι διδακτορικού, το 1,9% είχαν ολοκληρώσει 7-9 χρόνια εκπαίδευσης και το 1,5% έως 6 χρόνια εκπαίδευσης.

ΠΙΝΑΚΑΣ 7: Κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά στο σύνολο του δείγματος

		n	%
ΦΥΛΟ	ΑΝΔΡΑΣ	219	53,15
	ΓΥΝΑΙΚΑ	193	46,85
	Σύνολο	412	100

ΗΛΙΚΙΑ	18-24	33	8,1
	25-34	112	27,6
	35-44	137	33,7
	45-54	95	23,4
	55-66	29	7,1
	Σύνολο	406	100
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΕΓΓΑΜΟΣ/Η	161	39,1
	ΑΓΑΜΟΣ/Η	180	43,7
	ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ/Η	26	6,3
	ΣΕ ΣΥΜΒΙΩΣΗ	43	10,4
	ΧΗΡΟΣ/Α	2	0,5
	Σύνολο	412	100
ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΕΛΩΝ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ	1 ΕΝΗΛΙΚΑΣ ΧΩΡΙΣ ΠΑΙΔΙΑ	95	23,3
	2 ΕΝΗΛΙΚΕΣ ΧΩΡΙΣ ΠΑΙΔΙΑ	106	26
	ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟΙ ΕΝΗΛΙΚΕΣ ΧΩΡΙΣ ΠΑΙΔΙΑ	44	10,8
	1 ΕΝΗΛΙΚΑΣ ΜΕ ΠΑΙΔΙΑ	15	3,7
	2 ΕΝΗΛΙΚΕΣ ΜΕ ΠΑΙΔΙΑ	142	34,8
	ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟΙ ΕΝΗΛΙΚΕΣ ΜΕ ΠΑΙΔΙΑ	6	1,5
	Σύνολο	408	100
ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΝΗΛΙΚΩΝ ΤΕΚΝΩΝ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ	0	101	44,3
	1	60	26,3
	2	60	26,3
	3	4	1,8

	4	3	1,3
	Σύνολο	228	100
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	ΕΩΣ 6 ΧΡΟΝΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ	6	1,5
	7-9 ΧΡΟΝΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ	8	1,9
	ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΛΥΚΕΙΟΥ ΚΛΠ	60	14,5
	ΙΕΚ_ΑΝΩΤΕΡΕΣ ΣΧΟΛΕΣ	37	9
	ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΤΕΙ	40	9,7
	ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΑΕΙ	105	25,4
	ΦΟΙΤΗΤΗΣ/ΤΡΙΑ	30	7,3
	ΚΑΤΟΧΟΣ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟΥ	114	27,6
	ΚΑΤΟΧΟΣ ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟΥ	13	3,1
	Σύνολο	413	100

7.3.2 Κατανομή συχνοτήτων στο συνολικό δείγμα

Όσον αφορά την εργασιακή κατάσταση των συμμετεχόντων, το 79,2% ήταν εργαζόμενοι. Από αυτούς, το 46% ήταν ιδιωτικοί υπάλληλοι, το 41,1% δημόσιοι υπάλληλοι, το 10,7% ελεύθεροι επαγγελματίες και το 2,1% ιδιοκτήτες επιχείρησης. Το 59,5 % των εργαζομένων είχε υπογράψει σύμβαση εργασίας αορίστου χρόνου, το 8,6% σύμβαση εργασίας ορισμένου χρόνου πλήρους απασχόλησης, το 4,7% σύμβαση εργασίας ορισμένου χρόνου μερικής απασχόλησης, το 4,3% σύμβαση ωρομίσθιας εργασίας και το 3,2% σύμβαση έργου. Ωστόσο, το 19,7% δεν είχε υπογράψει κανένα είδος σύμβασης.

Όσον αφορά τις συχνότητες των Κλιμάκων που συμπεριλήφθηκαν στο ερωτηματολόγιο, η συντριπτική πλειοψηφία των εργαζομένων παρουσιάζει υψηλή (55,5%) και μέτρια εργασιακή ικανοποίηση (38,8%), ενώ αναφορικά με την

εργασιακή ανασφάλεια, τα επίπεδα στους εργαζομένους είναι κυρίως χαμηλά (54,5%) και μέτρια (33,2%), ενώ ένα μικρό ποσοστό (1,8%) παρουσιάζει υψηλά επίπεδα εργασιακής ανασφάλειας.

Σχετικά με τον Δείκτη Οικονομικής Δυσχέρειας (IPED) αποτελέσματα μπορούν να εξαχθούν τόσο για την ομάδα των εργαζομένων, όσο και για την ομάδα των ανέργων. Όσον αφορά τους εργαζομένους, ποσοστό 20,3% παρουσιάζει υψηλή οικονομική δυσχέρεια, ενώ παραδόξως για τους ανέργους το αντίστοιχο ποσοστό βρέθηκε να είναι μικρότερο (14,5%). Επιπλέον, το 37,2% των εργαζομένων εμφανίζει ικανά συμπτώματα που υποδηλώνουν κατάθλιψη, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τους ανέργους είναι 70,7%.

Τέλος, όσον αφορά τη Δομημένη Κλινική Συνέντευξη SCID-I, το 87,7% των εργαζομένων και το 89,5% των ανέργων του δείγματος δεν παρουσίασε ικανά συμπτώματα για τη διάγνωση της Διαταραχής Γενικευμένου Άγχους (ΔΓΑ). Αντίστοιχα, η διάγνωση της ΔΓΑ τέθηκε στο 12,3% των εργαζομένων και σε μικρότερο ποσοστό στους ανέργους (10,5%).

7.4 Συσχετίσεις μεταβλητών στο σύνολο του δείγματος των εργαζομένων (n=326)

Συνοπτικά παρουσιάζονται τα κύρια αποτελέσματα που προέκυψαν από τις συσχετίσεις των εξαρτημένων μεταβλητών με τις ανεξάρτητες «θέση στο επάγγελμα» και «είδος σύμβασης», αλλά και μεταξύ των εξαρτημένων μεταβλητών στο σύνολο του δείγματος των εργαζομένων (n=326)

7.4.1 Κλίμακα Εργασιακής Ανασφάλειας

Από την ανάλυση των δεδομένων στο συνολικό δείγμα των εργαζομένων (n = 326), δεν προέκυψαν στατιστικά σημαντικές διαφορές (p-value > 0,05) ανάμεσα στις μέσες τιμές των σκορ της Κλίμακας Εργασιακής Ανασφάλειας ως προς τη θέση στο επάγγελμα, αλλά ούτε και ως προς το είδος της σύμβασης. Συνεπώς, γίνεται αποδοχή της μηδενικής υπόθεσης η οποία δηλώνει ότι η εξαρτημένη μεταβλητή εργασιακή ανασφάλεια δεν επηρεάζεται από αυτές τις δύο ανεξάρτητες μεταβλητές.

7.4.2 Κλίμακα Εργασιακής Ικανοποίησης

Από την ανάλυση των δεδομένων στο συνολικό δείγμα των εργαζομένων (n = 326), προέκυψε ότι ο δείκτης Εργασιακής Ικανοποίησης διέφερε στατιστικά σημαντικά τόσο ως προς τη θέση στο επάγγελμα (p-value = 0,000), όσο και ως προς το είδος σύμβασης (p-value = 0,004). Συνεπώς, δεν έγινε αποδοχή της μηδενικής υπόθεσης η οποία δήλωνε ότι η εξαρτημένη μεταβλητή εργασιακή ικανοποίηση δεν επηρεάζεται από αυτές τις δύο ανεξάρτητες μεταβλητές.

7.4.3 Διαταραχή Γενικευμένου Άγχους (ΔΓΑ)

Από την ανάλυση των δεδομένων στο συνολικό δείγμα των εργαζομένων ($n = 326$), δεν προέκυψαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ($p\text{-value} > 0,05$) ανάμεσα στις μέσες τιμές των σκορ της Δομημένης Κλινικής Συνέντευξης SCID-I ως προς τη θέση στο επάγγελμα, αλλά ούτε και ως προς το είδος της σύμβασης. Συνεπώς, γίνεται αποδοχή της μηδενικής υπόθεσης η οποία δηλώνει ότι η εξαρτημένη μεταβλητή Διαταραχή Γενικευμένου Άγχους δεν επηρεάζεται από αυτές τις δύο ανεξάρτητες μεταβλητές.

7.4.4 Δείκτης Προσωπικής Οικονομικής Δυσχέρειας (IPED)

Από την ανάλυση των δεδομένων στο συνολικό δείγμα των εργαζομένων ($n = 326$), δεν προέκυψαν στατιστικά σημαντικές διαφορές από τη συσχέτιση του Δείκτη Οικονομικής Δυσχέρειας (IPED) με τη θέση στο επάγγελμα ($p\text{-value} = 0,456$) και με το είδος της σύμβασης ($p\text{-value} = 0,741$). Συνεπώς, γίνεται αποδοχή της μηδενικής υπόθεσης η οποία δηλώνει ότι η εξαρτημένη μεταβλητή Δείκτης IPED δεν επηρεάζεται από αυτές τις δύο ανεξάρτητες μεταβλητές.

7.4.5 Κλίμακα CES-D

Από τον έλεγχο που πραγματοποιήθηκε στο συνολικό δείγμα των εργαζομένων ($n = 326$), για τη συσχέτιση του Δείκτη CES-D με την ανεξάρτητη μεταβλητή θέση στο επάγγελμα, προέκυψε **$p\text{-value} = 0,000$** , γεγονός που υποδεικνύει ότι η Κλίμακα CES-D επηρεάζεται από την ανεξάρτητη μεταβλητή θέση στο επάγγελμα. Αντίστοιχα, από τη συσχέτιση του Δείκτη CES-D με την ανεξάρτητη μεταβλητή είδος σύμβασης προέκυψε ότι το CES-D οριακά δεν επηρεάζεται από τη μεταβλητή αυτή (**$p\text{-value} = 0,052 > 0,05$**).

7.4.6 Συσχετίσεις μεταξύ των εξαρτημένων μεταβλητών CES-D, Δείκτη IPED, Κλίμακας Εργασιακής Ανασφάλειας και Κλίμακας Εργασιακής Ικανοποίησης

Στον παρακάτω πίνακα που ακολουθεί, αποτυπώνονται οι συσχετίσεις όλων των εξαρτημένων ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ τους, έχοντας επισημανθεί οι σχέσεις στις οποίες παρατηρείται στατιστική σημαντικότητα (p -value < 0,05).

ΠΙΝΑΚΑΣ 8: Συσχετίσεις (Pearson Correlation Matrix) μεταξύ των εξαρτημένων μεταβλητών στο σύνολο του δείγματος (n=412)

		CES-D	IPED	ΕΡΓΑΣ. ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ	ΕΡΓΑΣ. ΑΝΑΣΦΑΛΕΙΑ
CES-D	Pearson Corr.	1	,177**	-,137*	,142*
	Σημαντικότητα (2-tailed)		,000	,016	,012
	N	400	400	308	314
IPED	Pearson Corr.	,177**	1	-,205**	,144**
	Σημαντικότητα (2-tailed)	,000		,000	,010
	N	400	413	317	324
ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ	Pearson Corr.	-,137*	-,205**	1	-,089
	Σημαντικότητα (2-tailed)	,016	,000		,116
	N	308	317	317	316

ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΑΝΑΣΦΑΛΕΙΑ	Pearson Corr.	,142*	,144**	-,089	1
	Σημαντικ ότητα (2- tailed)	,012	,010	,116	
	N	314	324	316	324

**** p<,01**

*** p<,05**

7.5 Περιγραφικά Στατιστικά σε επιλεγμένο δείγμα βάσει δεδομένων ΕΛΣΤΑΤ

7.5.1 Κοινωνικοδημογραφικά Χαρακτηριστικά εργαζομένων και ανέργων συμμετεχόντων

Ως προς το φύλο και την ηλικία των εργαζόμενων συμμετεχόντων, το 52,9% ήταν άνδρες και το 47,1% γυναίκες, ενώ το δείγμα αποτελούνταν από άτομα ηλικίας 18-66 ετών. Το 41,6% ήταν άγαμοι, το 38,3% έγγαμοι, το 12,9% σε συμβίωση και το 7,2% διαζευγμένοι. Ως προς τη σύνθεση του νοικοκυριού, το 32,4% αποτελούνταν από δύο ενήλικες με παιδιά, το 30% από δύο ενήλικες χωρίς παιδιά, το 20,8% από έναν ενήλικα χωρίς παιδιά, το 11,1% από περισσότερους ενήλικες χωρίς παιδιά, το 4,8% από έναν ενήλικα με παιδιά και το υπόλοιπο 1% από περισσότερους ενήλικες με παιδιά. Το 23,1% των συμμετεχόντων είχε ένα ανήλικο τέκνο στο νοικοκυριό του, επίσης το 33,3% 2 ανήλικα τέκνα και το 1,7% 4 ανήλικα τέκνα, ενώ η πλειοψηφία των συμμετεχόντων (41,9%) δεν είχε ανήλικο τέκνο στο νοικοκυριό του.

Όσον αφορά το εκπαιδευτικό επίπεδο των συμμετεχόντων, το 26,7% ήταν κάτοχοι μεταπτυχιακού, επίσης 26,7% απόφοιτοι ΑΕΙ, το 16,2% απόφοιτοι λυκείου, το 9,5% απόφοιτοι ΤΕΙ, το 9,5% απόφοιτοι ΙΕΚ κλπ, το 3,8% φοιτητές, το 3,8% κάτοχοι διδακτορικού, το 2,9% είχε ολοκληρώσει 7-9 χρόνια εκπαίδευσης και το 1% έως 6 χρόνια εκπαίδευσης.

Αντίστοιχα, το 41,9% των ανέργων ήταν άνδρες και το 58,1% γυναίκες, ενώ ως προς την οικογενειακή κατάσταση το 72,1% ήταν άγαμοι, το 14% έγγαμοι, το 7% σε συμβίωση και το 5,8% διαζευγμένοι.

Το εκπαιδευτικό επίπεδο των ανέργων του δείγματος βρέθηκε να είναι χαμηλότερο συγκριτικά με το αντίστοιχο εκπαιδευτικό επίπεδο των εργαζομένων του δείγματος. Το 24,4% ήταν φοιτητές/τριες, το 17,4% απόφοιτοι λυκείου, το 16,3% κάτοχοι μεταπτυχιακού, το 14% απόφοιτοι ΙΕΚ, επίσης 14% απόφοιτοι ΑΕΙ, το 8,1% απόφοιτοι ΤΕΙ, το 3,5% είχε ολοκληρώσει έως 6 χρόνια εκπαίδευσης, ενώ τέλος το 2,3% 7-9 χρόνια εκπαίδευσης.

ΠΙΝΑΚΑΣ 9: Κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά εργαζομένων σε επιλεγμένο δείγμα βάσει δεδομένων ΕΛΣΤΑΤ και ανέργων

		ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΙ		ΑΝΕΡΓΟΙ	
		n	%	n	%
ΦΥΛΟ	ΑΝΔΡΑΣ	111	52,9	36	41,9
	ΓΥΝΑΙΚΑ	99	47,1	50	58,1
	Σύνολο	210	100	86	100
ΗΛΙΚΙΑ	18-24	10	4,9	22	25,6
	25-34	49	23,9	26	30,2
	35-44	70	34,1	25	29,1
	45-54	53	25,9	8	9,3
	55-66	23	11,2	5	5,8
	Σύνολο	205	100	86	100
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΕΓΓΑΜΟΣ/Η	80	38,3	12	14,0
	ΑΓΑΜΟΣ/Η	87	41,6	62	72,1
	ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ/Η	15	7,2	5	5,8
	ΣΕ ΣΥΜΒΙΩΣΗ	27	12,9	6	7
	ΧΗΡΟΣ/Α	0	0	1	1,2
	Σύνολο	209	100	86	100
ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΕΛΩΝ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ	1 ΕΝΗΛΙΚΑΣ ΧΩΡΙΣ ΠΑΙΔΙΑ	43	20,8	26	31
	2 ΕΝΗΛΙΚΕΣ ΧΩΡΙΣ ΠΑΙΔΙΑ	62	30	20	23,8
	ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟΙ ΕΝΗΛΙΚΕΣ ΧΩΡΙΣ ΠΑΙΔΙΑ	23	11,1	10	11,9
	1 ΕΝΗΛΙΚΑΣ ΜΕ ΠΑΙΔΙΑ	10	4,8	4	4,8

	2 ΕΝΗΛΙΚΕΣ ΜΕ ΠΑΙΔΙΑ	67	32,4	22	26,2
	ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟΙ ΕΝΗΛΙΚΕΣ ΜΕ ΠΑΙΔΙΑ	2	1	2	2,4
	Σύνολο	207	100	84	100
ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΝΗΛΙΚΩΝ ΤΕΚΝΩΝ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ	0	49	41,9	27	65,9
	1	27	23,1	11	26,8
	2	39	33,3	3	7,3
	3	0	0	0	0
	4	2	1,7	0	0
	Σύνολο	117	100	41	100
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	ΕΩΣ 6 ΧΡΟΝΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ	2	1	3	3,5
	7-9 ΧΡΟΝΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ	6	2,9	2	2,3
	ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΛΥΚΕΙΟΥ ΚΛΠ	34	16,2	15	17,4
	ΙΕΚ_ΑΝΩΤΕΡΕΣ ΣΧΟΛΕΣ	20	9,5	12	14,0
	ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΤΕΙ	20	9,5	7	8,1
	ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΔΕΙ	56	26,7	12	14,0
	ΦΟΙΤΗΤΗΣ/ΤΡΙΑ	8	3,8	21	24,4
	ΚΑΤΟΧΟΣ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟΥ	56	26,7	14	16,3
	ΚΑΤΟΧΟΣ ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟΥ	8	3,8	0	0
	Σύνολο	210	100	86	100

7.5.2 Κατανομή συχνοτήτων στο επιλεγμένο δείγμα ως προς τις ανεξάρτητες και τις εξαρτημένες μεταβλητές

Όσον αφορά την εργασιακή κατάσταση των συμμετεχόντων, το 70,9% ήταν εργαζόμενοι και το 29,1% άνεργοι. Από τους εργαζόμενους, το 58,1% ήταν ιδιωτικοί υπάλληλοι, το 21,9% δημόσιοι υπάλληλοι, το 16,7% ελεύθεροι επαγγελματίες και το 3,3% ιδιοκτήτες επιχείρησης. Το 61,9 % των εργαζομένων είχε υπογράψει σύμβαση εργασίας αορίστου χρόνου, το 7,7% σύμβαση εργασίας ορισμένου χρόνου πλήρους απασχόλησης, το 6,1% σύμβαση εργασίας ορισμένου χρόνου μερικής απασχόλησης, το 5% σύμβαση ωρομίσθιας εργασίας και το 4,4% σύμβαση έργου. Ωστόσο, το 14,9% δεν είχε υπογράψει κανένα είδος σύμβασης.

ΠΙΝΑΚΑΣ 10: Εργασιακή κατάσταση του δείγματος

	Συχνότητα	%
ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΣ	210	70,9
ΑΝΕΡΓΟΣ	86	29,1
Σύνολο	296	100,0

ΠΙΝΑΚΑΣ 11: Εργαζόμενοι κατά θέση στο επάγγελμα

	Συχνότητα	%
ΘΕΣΗ ΣΤΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	ΔΗΜΟΣΙΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ/ ΔΕΚΟ	46 21,9
	ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	122 58,1
	ΕΛΕΥΘ. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ	35 16,7
	ΙΔΙΟΚ. ΕΠΙΧ/ΣΗΣ	7 3,3
	Σύνολο	210 100,0

ΠΙΝΑΚΑΣ 12: Εργαζόμενοι κατά είδος σύμβασης

		Συχνότητα	%
ΕΙΔΟΣ ΣΥΜΒΑΣΗΣ	ΑΝΕΥ ΣΥΜΒΑΣΗΣ	27	14,9
	ΣΥΜΒ. ΕΡΓ. ΑΟΡΙΣΤΟΥ ΧΡΟΝΟΥ	112	61,9
	ΣΥΜΒ. ΕΡΓΑΣ. ΟΡΙΣΜΕΝΟΥ ΧΡΟΝΟΥ ΠΛΗΡΟΥΣ ΑΠΑΣΧ.	14	7,7
	ΣΥΜΒ. ΕΡΓΑΣ. ΟΡΙΣΜΕΝΟΥ ΧΡΟΝΟΥ ΜΕΡΙΚΗΣ ΑΠΑΣΧ.	11	6,1
	ΣΥΜΒΑΣΗ ΕΡΓΟΥ	8	4,4
	ΣΥΜΒΑΣΗ ΩΡΟΜΙΣΘΙΑΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	9	5,0
	Σύνολο	181	100,0

Από το σύνολο των ανέργων, το 54,1% ήταν εγγεγραμμένοι στον ΟΑΕΔ, το 34,1% μη εγγεγραμμένοι, το 9,4% λάμβαναν επίδομα ανεργίας και το 2,4% συμμετείχαν σε πρόγραμμα κατάρτισης του ΟΑΕΔ. Σχετικά με τη διάρκεια ανεργίας το μεγαλύτερο ποσοστό (58,8%) ήταν έως 12 μήνες άνεργοι, συνεπώς δεν εντασσόταν στην κατηγορία των μακροχρόνια ανέργων. Αναλυτικότερα, το 37,5% είχε 0-6 μήνες ανεργίας, το 21,3% 7-12, το 15% 13-24 και ένα ίδιο ποσοστό 25-48, ενώ το 11,3% είχε πάνω από 48 μήνες ανεργία. Το 54,8% επιθυμούσε να απασχοληθεί σε εργασία πλήρους απασχόλησης, το 15,5% σε εργασία μερικής απασχόλησης, ενώ το 29,8% δεν επιθυμούσε να απασχοληθεί τη στιγμή που συμμετείχε στην έρευνα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 13: Κατανομή συχνοτήτων του δείγματος των ανέργων βάσει της εγγραφής στον ΟΑΕΔ, της λήψης επιδόματος ή της συμμετοχής σε πρόγραμμα κατάρτισης του ΟΑΕΔ

		Συχνότητα	%
ΑΝΕΡΓΟΙ	ΕΓΓΕΓΡΑΜΜΕΝΟΣ/Η ΣΤΟΝ ΟΑΕΔ	46	54,1
	ΛΗΨΗ ΕΠΙΔΟΜΑΤΟΣ ΑΝΕΡΓΙΑΣ	8	9,4
	ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΕ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗΣ ΤΟΥ ΟΑΕΔ	2	2,4
	ΧΩΡΙΣ ΕΓΓΡΑΦΗ ΣΤΟΝ ΟΑΕΔ	29	34,1
	Σύνολο	85	100,0

ΠΙΝΑΚΑΣ 14: Κατανομή συχνοτήτων του δείγματος των ανέργων βάσει της διάρκειας ανεργίας (σε μήνες)

		Συχνότητα	%
ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΑΝΕΡΓΙΑΣ	0-6	30	37,5
	7-12	17	21,3
	13-24	12	15,0
	25-48	12	15,0
	49 <	9	11,3
	Σύνολο	80	100,0

Στους παρακάτω Πίνακες παρουσιάζονται οι συχνότητες των Κλιμάκων που συμπεριλήφθηκαν στο ερωτηματολόγιο και ειδικότερα της Κλίμακας Εργασιακής Ικανοποίησης, της Κλίμακας Εργασιακής Ανασφάλειας, του Δείκτη Οικονομικής Δυσχέρειας (IPED), της Κλίμακας CES-D και της Δομημένης Κλινικής Συνέντευξης SCID-I για τη διάγνωση της Διαταραχής Γενικευμένου Άγχους (ΔΓΑ).

Αρχικά, όσον αφορά την εργασιακή ικανοποίηση, η συντριπτική πλειοψηφία των εργαζομένων παρουσιάζει υψηλή (55,5%) και μέτρια εργασιακή ικανοποίηση (39,5%). Σχετικά με την εργασιακή ανασφάλεια, τα επίπεδα στους εργαζομένους είναι κυρίως χαμηλά (57,9%) και μέτρια (30,1%), ενώ ένα μικρό ποσοστό (1,9%) παρουσιάζει υψηλά επίπεδα εργασιακής ανασφάλειας.

ΠΙΝΑΚΑΣ 15: Κλίμακα Εργασιακής Ικανοποίησης

		Συχνότητα	%
ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΙ	ΧΑΜΗΛΗ ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ	11	5,5
	ΜΕΤΡΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ	79	39,5
	ΥΨΗΛΗ ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ	110	55,0
	Σύνολο	200	100,0

ΠΙΝΑΚΑΣ 16: Κλίμακα Εργασιακής Ανασφάλειας

		Συχνότητα	%
ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΙ	ΑΝΥΠΑΡΞΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑΚΗΣ ΑΝΑΣΦΑΛΕΙΑΣ	21	10,0
	ΧΑΜΗΛΗ ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΑΝΑΣΦΑΛΕΙΑ	121	57,9
	ΜΕΤΡΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΑΝΑΣΦΑΛΕΙΑ	63	30,1
	ΥΨΗΛΗ ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΑΝΑΣΦΑΛΕΙΑ	4	1,9
	Σύνολο	209	100,0

Σχετικά με τον Δείκτη Οικονομικής Δυσχέρειας (IPED) αποτελέσματα μπορούν να εξαχθούν τόσο για την ομάδα των εργαζομένων, όσο και για την ομάδα των ανέργων. Όσον αφορά τους εργαζομένους, ποσοστό 27,8% παρουσιάζει υψηλή οικονομική δυσχέρεια, ενώ παραδόξως για τους ανέργους το αντίστοιχο ποσοστό είναι μικρότερο (22,1%).

ΠΙΝΑΚΑΣ 17: Δείκτης Προσωπικής Οικονομικής Δυσχέρειας (IPED) (βαθμολόγηση) μεταξύ εργαζομένων και ανέργων

		Συχνότητα	%
ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΙ	ΧΑΜΗΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΔΥΣΧΕΡΕΙΑ	151	72,2
	ΥΨΗΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΔΥΣΧΕΡΕΙΑ	58	27,8
	Σύνολο	209	100,0
ΑΝΕΡΓΟΙ	ΧΑΜΗΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΔΥΣΧΕΡΕΙΑ	67	77,9
	ΥΨΗΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΔΥΣΧΕΡΕΙΑ	19	22,1
	Σύνολο	86	100,0

Ακολουθώς, όσον αφορά την Κλίμακα CES-D το 41,6% των εργαζομένων εμφανίζει ικανά συμπτώματα που υποδηλώνουν κατάθλιψη, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τους ανέργους είναι 81,9%.

ΠΙΝΑΚΑΣ 18: Κλίμακα CES-D (βαθμολόγηση) μεταξύ εργαζομένων και ανέργων

		Συχνότητα	%
ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΙ	ΜΗ ΥΠΑΡΞΗ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΟΤΗΤΑΣ	118	58,4
	ΥΠΑΡΞΗ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΟΤΗΤΑΣ	84	41,6
	Σύνολο	202	100,0

ΑΝΕΡΓΟΙ	ΜΗ ΥΠΑΡΞΗ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΟΤΗΤΑΣ	15	18,1
	ΥΠΑΡΞΗ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΟΤΗΤΑΣ	68	81,9
	Σύνολο	83	100,0

Όσον αφορά τη Δομημένη Κλινική Συνέντευξη SCID-I, το 88,1% των εργαζομένων και το 89,5% των ανέργων του δείγματος δεν παρουσίασε ικανά συμπτώματα για τη διάγνωση της Διαταραχής Γενικευμένου Άγχους (ΔΓΑ). Αντίστοιχα, η διάγνωση της ΔΓΑ ανιχνεύτηκε στο 11,9% των εργαζομένων και σε μικρότερο ποσοστό στους ανέργους (10,5%). Τέλος, το 4,3% των εργαζομένων και το 9,3% των ανέργων παρουσιάζει Μείζονα Κατάθλιψη.

ΠΙΝΑΚΑΣ 19: Διαταραχή Γενικευμένου Άγχους (ΔΓΑ) μεταξύ εργαζομένων και ανέργων

		Συχνότητα	%
ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΙ	ΜΗ ΥΠΑΡΞΗ ΔΓΑ	185	88,1
	ΥΠΑΡΞΗ ΔΓΑ	25	11,9
	Σύνολο	210	100,0
ΑΝΕΡΓΟΙ	ΜΗ ΥΠΑΡΞΗ ΔΓΑ	77	89,5
	ΥΠΑΡΞΗ ΔΓΑ	9	10,5
	Σύνολο	86	100,0

ΠΙΝΑΚΑΣ 20: Μείζων Κατάθλιψη (ΜΚ) μεταξύ εργαζομένων και ανέργων

		Συχνότητα	%
ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΙ	ΜΗ ΥΠΑΡΞΗ ΜΚ	201	95,7
	ΥΠΑΡΞΗ ΜΚ	9	4,3
	Σύνολο	210	100,0
ΑΝΕΡΓΟΙ	ΜΗ ΥΠΑΡΞΗ ΜΚ	78	90,7
	ΥΠΑΡΞΗ ΜΚ	8	9,3
	Σύνολο	86	100,0

7.6 Πίνακες διπλής εισόδου (cross-tabulation tables) και στατιστικοί έλεγχοι χ^2

7.6.1 Πίνακες διπλής εισόδου ανεξάρτητων με εξαρτημένες μεταβλητές και στατιστικοί έλεγχοι χ^2 στο δείγμα των εργαζομένων

Για τη συγκεντρωτική παρουσίαση των δεδομένων που αφορούν στο δείγμα των εργαζομένων, δημιουργήθηκαν πίνακες διπλής εισόδου (cross-tabulation tables) στους οποίους παρουσιάζονται τα ποσοστά που προέκυψαν έπειτα από τη διασταύρωση των ανεξάρτητων με τις εξαρτημένες μεταβλητές.

ΠΙΝΑΚΑΣ 21: Διασταύρωση ανεξάρτητων μεταβλητών με την εξαρτημένη Κλίμακα CES-D στο δείγμα των εργαζομένων (n=210)

ΚΛΙΜΑΚΑ CES-D						
ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ		ΥΠΑΡΞΗ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ	ΜΗ ΥΠΑΡΞΗ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ	χ^2	B.E.	Σημ.
ΦΥΛΟ	ΑΝΔΡΑΣ	34,2	65,8	2,534	1	0,111
	ΓΥΝΑΙΚΑ	45,7	54,3			
ΗΛΙΚΙΑ	18-24	55,6	44,4	4,32	4	0,364
	25-34	43,3	56,7			
	35-44	35,2	64,8			
	45-54	41,5	58,5			
	55-66	66,7	33,3			
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΕΓΓΑΜΟΣ/Η	44,7	55,3	4,098	3	0,251
	ΑΓΑΜΟΣ/Η	39,8	60,2			
	ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ/Η	60	40			

	ΣΕ ΣΥΜΒΙΩΣΗ	29,6	70,4			
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ	ΕΩΣ 6 ΧΡΟΝΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ	100	0	8,912	8	0,375
	7-9 ΧΡΟΝΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ	50	50			
	ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΛΥΚΕΙΟΥ ΚΛΠ	32,3	67,7			
	ΙΕΚ_ΑΝΩΤΕΡΕΣ ΣΧΟΛΕΣ	52,6	47,4			
	ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΤΕΙ	55	45			
	ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΑΕΙ	45,3	54,7			
	ΦΟΙΤΗΤΗΣ/ΤΡΙΑ	37,5	62,5			
	ΚΑΤΟΧΟΣ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟΥ	34,5	65,5			
	ΚΑΤΟΧΟΣ ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟΥ	25	75			
ΕΙΣΟΔΗΜΑ	0-3.600 €	100	0	16,090	10	0,097
	3.601-7.560 €	26,3	73,7			
	7.561-9.600 €	26,3	73,7			
	9.601-12.000 €	40,9	59,1			
	12.001-14.640 €	58,3	41,7			
	14.641-18.000€	33,3	66,7			
	18.001-21.600 €	52,9	47,1			
	21.601-27.600 €	48,5	51,5			
	27.601-44.400 €	38,9	61,1			
	44.401<	0	100			

ΘΕΣΗ ΣΤΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	ΔΗΜΟΣΙΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	39,1	60,9	2,367	3	0,500
	ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	45,6	54,4			
	ΕΛΕΥΘΕΡΟΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ	31,4	68,6			
	ΙΔΙΟΚΤΗΤΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ	42,9	57,1			
ΕΙΔΟΣ ΣΥΜΒΑΣΗΣ	ΑΝΕΥ ΣΥΜΒΑΣΗΣ	38,5	61,5	4,603	5	0,484
	Σ.Ε. ΑΟΡΙΣΤΟΥ ΧΡΟΝΟΥ	42,1	57,9			
	Σ.Ε. ΟΡΙΣΜΕΝΟΥ ΧΡΟΝΟΥ ΠΛΗΡΟΥΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ	58,3	41,7			
	Σ.Ε. ΟΡΙΣΜΕΝΟΥ ΧΡΟΝΟΥ ΜΕΡΙΚΗΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ	45,5	54,5			
	ΣΥΜΒΑΣΗ ΕΡΓΟΥ	12,5	87,5			
	ΣΥΜΒΑΣΗ ΩΡΟΜΙΣΘΙΑΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	33,3	66,7			

Από τη διασταύρωση των ανωτέρω μεταβλητών προέκυψε ότι οι γυναίκες (45,7%), τα άτομα ηλικίας 55-66 (66,7%), οι διαζευγμένοι (60%), τα άτομα που είχαν ολοκληρώσει έως 6 χρόνια εκπαίδευσης (100%), τα άτομα με ετήσιο οικογενειακό εισόδημα έως 3.600 € (100%), οι ιδιωτικοί υπάλληλοι (45,6%) και τα άτομα με σύμβαση εργασίας ορισμένου χρόνου πλήρους απασχόλησης (58,3%), αποτελούν τις κατηγορίες που εμφανίζουν καταθλιπτική συμπτωματολογία σε μεγαλύτερο ποσοστό.

ΠΙΝΑΚΑΣ 22: Διασταύρωση ανεξάρτητων μεταβλητών με την εξαρτημένη Μείζων Κατάθλιψη (ΜΚ) στο δείγμα των εργαζομένων (n=210)

ΜΕΙΖΩΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ						
ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ		ΥΠΑΡΞΗ ΜΚ	ΜΗ ΥΠΑΡΞΗ ΜΚ	χ²	B.E.	Σημ.
ΦΥΛΟ	ΑΝΔΡΑΣ	2,6	97,4	0,794	1	0,373
	ΓΥΝΑΙΚΑ	5,2	94,8			
ΗΛΙΚΙΑ	18-24	0	100	22,669	4	0,002
	25-34	4,4	95,6			
	35-44	0	100			
	45-54	7,1	92,9			
	55-66	33,3	66,7			
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΕΓΓΑΜΟΣ/Η	5	95	11,125	3	0,038
	ΑΓΑΜΟΣ/Η	2,3	97,7			
	ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ/Η	20	80			
	ΣΕ ΣΥΜΒΙΩΣΗ	0	100			
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ	ΕΩΣ 6 ΧΡΟΝΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ	50	50	15,667	8	0,092
	7-9 ΧΡΟΝΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ	0	100			
	ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΛΥΚΕΙΟΥ ΚΛΠ	5,9	94,1			

	ΙΕΚ_ΑΝΩΤΕΡΕΣ ΣΧΟΛΕΣ	5	95			
	ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΤΕΙ	10	90			
	ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΑΕΙ	1,8	98,2			
	ΦΟΙΤΗΤΗΣ/ΤΡΙΑ	0	100			
	ΚΑΤΟΧΟΣ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟΥ	1,8	98,2			
	ΚΑΤΟΧΟΣ ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟΥ	12,5	87,5			
ΕΙΣΟΔΗΜΑ	0-3.600 €	0	100	9,256	10	0,600
	3.601-7.560 €	5,3	94,7			
	7.561-9.600 €	0	100			
	9.601-12.000 €	0	100			
	12.001-14.640 €	7,1	92,9			
	14.641-18.000€	3,8	96,2			
	18.001-21.600 €	0	100			
	21.601-27.600 €	12,1	87,9			
	27.601-44.400 €	5,6	94,4			
	44.401<	0	100			
ΘΕΣΗ ΣΤΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	ΔΗΜΟΣΙΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	6,5	93,5	2,560	3	0,558
	ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	4,9	95,1			

	ΕΛΕΥΘΕΡΟΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ	0	100			
	ΙΔΙΟΚΤΗΤΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ	0	100			
ΕΙΔΟΣ ΣΥΜΒΑΣΗΣ	ΑΝΕΥ ΣΥΜΒΑΣΗΣ	0	100	4,021	5	0,442
	Σ.Ε. ΑΟΡΙΣΤΟΥ ΧΡΟΝΟΥ	5,4	94,6			
	Σ.Ε. ΟΡΙΣΜΕΝΟΥ ΧΡΟΝΟΥ ΠΛΗΡΟΥΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ	0	100			
	Σ.Ε. ΟΡΙΣΜΕΝΟΥ ΧΡΟΝΟΥ ΜΕΡΙΚΗΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ	9,1	90,9			
	ΣΥΜΒΑΣΗ ΕΡΓΟΥ	0	100			
	ΣΥΜΒΑΣΗ ΩΡΟΜΙΣΘΙΑΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	11,1	88,9			

Από τη διασταύρωση των ανωτέρω μεταβλητών προέκυψε ότι οι γυναίκες (5,2%), τα άτομα ηλικίας 55-66 (33,3%), οι διαζευγμένοι (20%), τα άτομα που είχαν ολοκληρώσει έως 6 χρόνια εκπαίδευσης (50%), οι δημόσιοι υπάλληλοι (6,5%) και τα άτομα με σύμβαση ωρομίσθιας εργασίας (11,1%), αποτελούν τις κατηγορίες που εμφανίζουν Μείζονα Κατάθλιψη σε μεγαλύτερο ποσοστό.

ΠΙΝΑΚΑΣ 23: Διασταύρωση ανεξάρτητων μεταβλητών με την εξαρτημένη Διαταραχή Γενικευμένου Άγχους στο δείγμα των εργαζομένων (n=210)

ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΓΕΝΙΚΕΥΜΕΝΟΥ ΑΓΧΟΥΣ						
ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ		ΥΠΑΡΞΗ ΙΚΑΝΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΠΟΥΣΙΑ ΙΚΑΝΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	χ²	B.E.	Σημ.
ΦΥΛΟ	ΑΝΔΡΑΣ	10,5	89,5	0,216	1	0,642
	ΓΥΝΑΙΚΑ	12,7	87,3			
ΗΛΙΚΙΑ	18-24	30	70	12,792	4	0,011
	25-34	8,8	91,2			
	35-44	5,3	94,7			
	45-54	23,8	76,2			
	55-66	11,1	88,9			
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΕΓΓΑΜΟΣ/Η	11,2	88,8	0,995	3	0,802
	ΑΓΑΜΟΣ/Η	11,5	88,5			
	ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ/Η	20	80			
	ΣΕ ΣΥΜΒΙΩΣΗ	11,1	88,9			
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ	ΕΩΣ 6 ΧΡΟΝΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ	50	50	9,687	8	0,222
	7-9 ΧΡΟΝΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ	16,7	83,3			
	ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΛΥΚΕΙΟΥ ΚΑΠ	8,8	91,2			
	ΙΕΚ_ΑΝΩΤΕΡΕΣ	10	90			

	ΣΧΟΛΕΣ					
	ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΤΕΙ	15	85			
	ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΔΕΙ	12,5	87,5			
	ΦΟΙΤΗΤΗΣ/ΤΡΙΑ	37,5	62,5			
	ΚΑΤΟΧΟΣ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟΥ	7,1	92,9			
	ΚΑΤΟΧΟΣ ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟΥ	12,5	87,5			
ΕΙΣΟΔΗΜΑ	0-3.600 €	0	100	9,280	10	0,444
	3.601-7.560 €	15,8	84,2			
	7.561-9.600 €	10,5	89,5			
	9.601-12.000 €	0	100			
	12.001-14.640 €	21,4	78,6			
	14.641-18.000€	15,4	84,6			
	18.001-21.600 €	11,8	88,2			
	21.601-27.600 €	6,1	93,9			
	27.601-44.400 €	11,1	88,9			
	44.401<	0	100			
ΘΕΣΗ ΣΤΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	ΔΗΜΟΣΙΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	17,4	82,6	4,108	3	0,250
	ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	12,3	87,7			
	ΕΛΕΥΘΕΡΟΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ	2,9	97,1			
	ΙΔΙΟΚΤΗΤΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ	14,3	85,7			

ΕΙΔΟΣ ΣΥΜΒΑΣΗΣ	ΑΝΕΥ ΣΥΜΒΑΣΗΣ	14,8	85,2	13,619	5	0,047
	Σ.Ε. ΑΟΡΙΣΤΟΥ ΧΡΟΝΟΥ	9,8	90,2			
	Σ.Ε. ΟΡΙΣΜΕΝΟΥ ΧΡΟΝΟΥ ΠΛΗΡΟΥΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ	7,1	92,9			
	Σ.Ε. ΟΡΙΣΜΕΝΟΥ ΧΡΟΝΟΥ ΜΕΡΙΚΗΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ	45,5	54,5			
	ΣΥΜΒΑΣΗ ΕΡΓΟΥ	0	100			
	ΣΥΜΒΑΣΗ ΩΡΟΜΙΣΘΙΑΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	11,1	88,9			

Από τη διασταύρωση των ανωτέρω μεταβλητών προέκυψε ότι οι γυναίκες (12,7%), τα άτομα ηλικίας 18-24 (30%), οι διαζευγμένοι (20%), τα άτομα που είχαν ολοκληρώσει έως 6 χρόνια εκπαίδευσης (50%), τα άτομα με ετήσιο οικογενειακό εισόδημα 12.001-14.640 € (21,4%), οι δημόσιοι υπάλληλοι (17,4%) και τα άτομα με σύμβαση εργασίας ορισμένου χρόνου μερικής απασχόλησης (45,5%), αποτελούν τις κατηγορίες με τα μεγαλύτερα ποσοστά επικράτησης Διαταραχής Γενικευμένου Άγχους.

Όσον αφορά τη σχέση της ΔΓΑ με την ανεξάρτητη μεταβλητή είδος σύμβασης, από τη δοκιμασία χ^2 (Chi-Square Tests) προέκυψε, ότι το p-value είναι μικρότερο από το ε.σ = 5% ($p=0,018$). Συνεπώς, υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις μέσες τιμές των σκορ της Δομημένης Κλινικής Συνέντευξης SCID-I για τη ΔΓΑ, οι οποίες επηρεάζονται από τη μεταβλητή Είδος Σύμβασης.

ΠΙΝΑΚΑΣ 24: Διασταύρωση ανεξάρτητων μεταβλητών με την εξαρτημένη Δείκτης Οικονομικής Δυσχέρειας (IPED) στο δείγμα των εργαζομένων (n=210)

ΔΕΙΚΤΗΣ IPED						
ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ		ΥΠΑΡΞΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΔΥΣΧΕΡΕΙΑΣ	ΜΗ ΥΠΑΡΞΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΔΥΣΧΕΡΕΙΑΣ	χ²	B.E.	Σημ.
ΦΥΛΟ	ΑΝΔΡΑΣ	25	75	0,451	1	0,502
	ΓΥΝΑΙΚΑ	29,3	70,7			
ΗΛΙΚΙΑ	18-24	20	80	2,353	4	0,671
	25-34	23,9	76,1			
	35-44	26,3	73,7			
	45-54	35,7	64,3			
	55-66	33,3	66,7			
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΕΓΓΑΜΟΣ/Η	23,8	76,2	6,925	3	0,074
	ΑΓΑΜΟΣ/Η	30,2	69,8			
	ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ/Η	53,3	46,7			
	ΣΕ ΣΥΜΒΙΩΣΗ	18,5	81,5			
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ	ΕΩΣ 6 ΧΡΟΝΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ	0	100	12,550	8	0,128
	7-9 ΧΡΟΝΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ	66,7	33,3			
	ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΛΥΚΕΙΟΥ ΚΛΠ	33,3	66,7			

	ΙΕΚ_ΑΝΩΤΕΡΕΣ ΣΧΟΛΕΣ	45	55			
	ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΤΕΙ	20	80			
	ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΑΕΙ	26,8	73,2			
	ΦΟΙΤΗΤΗΣ/ΤΡΙΑ	37,5	62,5			
	ΚΑΤΟΧΟΣ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟΥ	17,9	82,1			
	ΚΑΤΟΧΟΣ ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟΥ	25	75			
ΕΙΣΟΔΗΜΑ	0-3.600 €	25	75	12,591	10	0,250
	3.601-7.560 €	10,5	89,5			
	7.561-9.600 €	15,8	84,2			
	9.601-12.000 €	31,8	68,2			
	12.001-14.640 €	35,7	64,3			
	14.641-18.000€	38,5	61,5			
	18.001-21.600 €	29,4	70,6			
	21.601-27.600 €	21,2	78,8			
	27.601-44.400 €	16,7	83,3			
	44.401<	0	100			
ΘΕΣΗ ΣΤΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	ΔΗΜΟΣΙΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	26,1	73,9	3,307	3	0,347
	ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	30,6	69,4			

	ΕΛΕΥΘΕΡΟΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ	17,1	82,9			
	ΙΔΙΟΚΤΗΤΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ	42,9	57,1			
ΕΙΔΟΣ ΣΥΜΒΑΣΗΣ	ΑΝΕΥ ΣΥΜΒΑΣΗΣ	22,2	77,8	3,675	5	0,638
	Σ.Ε. ΑΟΡΙΣΤΟΥ ΧΡΟΝΟΥ	29,7	70,3			
	Σ.Ε. ΟΡΙΣΜΕΝΟΥ ΧΡΟΝΟΥ ΠΛΗΡΟΥΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ	35,7	64,3			
	Σ.Ε. ΟΡΙΣΜΕΝΟΥ ΧΡΟΝΟΥ ΜΕΡΙΚΗΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ	18,2	81,8			
	ΣΥΜΒΑΣΗ ΕΡΓΟΥ	12,5	87,5			
	ΣΥΜΒΑΣΗ ΩΡΟΜΙΣΘΙΑΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	44,4	55,6			

Από τη διασταύρωση των ανωτέρω μεταβλητών προέκυψε ότι οι γυναίκες (29,3%), τα άτομα ηλικίας 45-54 (35,7%), οι διαζευγμένοι (53,3%), τα άτομα που είχαν ολοκληρώσει 7-9 χρόνια εκπαίδευσης (66,7%), τα άτομα με ετήσιο οικογενειακό εισόδημα 14.641-18.000€ (38,5%), οι ιδιοκτήτες επιχείρησης (42,9%) και τα άτομα με σύμβαση ωρομίσθιας εργασίας (44,4%), αποτελούν τις κατηγορίες που αντιμετωπίζουν προσωπική οικονομική δυσχέρεια σε μεγαλύτερο ποσοστό.

Η διασταύρωση των εξαρτημένων μεταβλητών εργασιακή ανασφάλεια και εργασιακή ικανοποίηση με τις ανεξάρτητες μεταβλητές, έδειξε ότι οι γυναίκες (2,2%), τα άτομα ηλικίας 45-54 (4,8%), οι έγγαμοι (3,8%), οι απόφοιτοι λυκείου (5,9%), τα άτομα με

ετήσιο οικογενειακό εισόδημα 18.001-21.600 € (5,9%), οι ελεύθεροι επαγγελματίες (5,9%) και τα άτομα που εργάζονται χωρίς να έχουν υπογράψει κάποιου είδους σύμβασης (3,7%), αποτελούν τις κατηγορίες που αντιμετωπίζουν υψηλή εργασιακή ανασφάλεια σε μεγαλύτερο ποσοστό. Αντίστοιχα, οι γυναίκες (7%), τα άτομα ηλικίας 25-34 (12,3%), τα άτομα που βρίσκονται σε συμβίωση (15,4%), οι φοιτητές/φοιτήτριες (25%), τα άτομα με ετήσιο οικογενειακό εισόδημα 3.601-7.560 € (16,7%), οι ιδιωτικοί υπάλληλοι (8,5%) και τα άτομα που εργάζονται με σύμβαση ωρομίσθιας εργασίας (25%), βρέθηκαν να αποτελούν τις κατηγορίες που εμφανίζουν χαμηλή εργασιακή ικανοποίηση σε μεγαλύτερο ποσοστό.

7.6.2 Πίνακες διπλής εισόδου των εξαρτημένων μεταβλητών Κλίμακα CES-D, Διαταραχή Γενικευμένου Άγχους, Μείζων Κατάθλιψη, Δείκτης προσωπικής οικονομικής δυσχέρειας (IPED), εργασιακή ανασφάλεια και εργασιακή ικανοποίηση και στατιστικοί έλεγχοι χ^2 στο δείγμα των εργαζομένων

ΠΙΝΑΚΑΣ 25: Διασταύρωση εξαρτημένων μεταβλητών με την Κλίμακα CES-D στο δείγμα των εργαζομένων (n=210)

CES-D						
ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ		ΥΠΑΡΞΗ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ	ΜΗ ΥΠΑΡΞΗ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ	χ^2	B.E.	Σημ.
IPED	ΥΠΑΡΞΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΔΥΣΧΕΡΕΙΑΣ	58	42	7,188	1	0,012¹
	ΜΗ ΥΠΑΡΞΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΔΥΣΧΕΡΕΙΑΣ	36,4	63,6			

ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΑΝΑΣΦΑΛΕΙΑ	ΑΝΥΠΑΡΞΙΑ Ε.Α.	42,1	57,9	2,944	3	0,400
	ΧΑΜΗΛΗ Ε.Α.	37	63			
	ΜΕΤΡΙΑ Ε.Α.	48,3	51,7			
	ΥΨΗΛΗ Ε.Α.	66,7	33,3			
ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ	ΧΑΜΗΛΗ Ε.Ι.	36,4	63,6	4,703	2	0,095
	ΜΕΤΡΙΑ Ε.Ι.	49,3	50,7			
	ΥΨΗΛΗ Ε.Ι.	33,3	66,7			
ΔΓΑ	ΥΠΑΡΞΗ ΙΚΑΝΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΔΓΑ	62,5	37,5	4,905	1	0,046¹
	ΑΠΟΥΣΙΑ ΙΚΑΝΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΔΓΑ	38,8	61,2			

¹ Δοκιμασία χ^2 με Yates Correction

Από τη διασταύρωση των ανωτέρω μεταβλητών προέκυψε ότι τα άτομα με υψηλή προσωπική οικονομική δυσχέρεια εμφανίζουν καταθλιπτική συμπτωματολογία σε ποσοστό 58%, τα άτομα με υψηλή εργασιακή ανασφάλεια σε ποσοστό 66,7% και αυτά με τη διάγνωση της Διαταραχής Γενικευμένου Άγχους σε ποσοστό 62,5%.

ΠΙΝΑΚΑΣ 26: Διασταύρωση εξαρτημένων μεταβλητών με τη μεταβλητή Μείζων Κατάθλιψη (ΜΚ) στο δείγμα των εργαζομένων (n=210)

ΜΕΙΖΩΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ						
ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ		ΥΠΑΡΕΗ ΜΚ	ΜΗ ΥΠΑΡΕΗ ΜΚ	χ²	Β.Ε.	Σημ.
ΙΡΕΔ	ΥΠΑΡΕΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΔΥΣΧΕΡΕΙΑΣ	6,9	93,1	1,307	1	0,446 ¹
	ΜΗ ΥΠΑΡΕΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΔΥΣΧΕΡΕΙΑΣ	3,3	96,7			
ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΑΝΑΣΦΑΛΕΙΑ	ΑΝΥΠΑΡΕΙΑ Ε.Α.	4,8	95,2	,231	3	0,972
	ΧΑΜΗΛΗ Ε.Α.	4,1	95,9			
	ΜΕΤΡΙΑ Ε.Α.	4,8	95,2			
	ΥΨΗΛΗ Ε.Α.	0	100			
ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ	ΧΑΜΗΛΗ Ε.Ι.	9,1	90,9	4,141	2	0,085
	ΜΕΤΡΙΑ Ε.Ι.	7,6	92,4			
	ΥΨΗΛΗ Ε.Ι.	1,8	98,2			
ΔΓΑ	ΥΠΑΡΕΗ ΙΚΑΝΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΔΓΑ	12	88	4,117	1	0,133 ¹
	ΑΠΟΥΣΙΑ ΙΚΑΝΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΔΓΑ	3,2	96,8			

¹ Δοκιμασία χ² με Yates Correction

Από τη διασταύρωση των ανωτέρω μεταβλητών προέκυψε ότι τα άτομα με υψηλή προσωπική οικονομική δυσχέρεια εμφανίζουν Μείζονα Κατάθλιψη σε ποσοστό 6,9%, τα άτομα με χαμηλή εργασιακή ικανοποίηση σε ποσοστό 9,1%, ενώ τα άτομα με τη διάγνωση της Διαταραχής Γενικευμένου Άγχους σε ποσοστό 12%.

ΠΙΝΑΚΑΣ 27: Διασταύρωση εξαρτημένων μεταβλητών με τη μεταβλητή Διαταραχή Γενικευμένου Άγχους (ΔΓΑ) στο δείγμα των εργαζομένων (n=210)

ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΓΕΝΙΚΕΥΜΕΝΟΥ ΑΓΧΟΥΣ						
ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ		ΥΠΑΡΞΗ ΙΚΑΝΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑ ΤΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΠΟΥΣΙΑ ΙΚΑΝΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑ ΤΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	χ²	B.E.	Σημ.
IPED	ΥΠΑΡΞΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΔΥΣΧΕΡΕΙΑΣ	12,1	87,9	0,001	1	1,000 ¹
	ΜΗ ΥΠΑΡΞΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΔΥΣΧΕΡΕΙΑΣ	11,9	88,1			
ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΑΝΑΣΦΑΛΕΙΑ	ΑΝΥΠΑΡΞΙΑ Ε.Α.	4,8	95,2	16,331	3	0,014
	ΧΑΜΗΛΗ Ε.Α.	10,7	89,3			
	ΜΕΤΡΙΑ Ε.Α.	12,7	87,3			
	ΥΨΗΛΗ Ε.Α.	75	25			
ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ	ΧΑΜΗΛΗ Ε.Ι.	9,1	90,9	8,493	2	0,014
	ΜΕΤΡΙΑ Ε.Ι.	20,3	79,7			
	ΥΨΗΛΗ Ε.Ι.	6,4	93,6			
CES-D	ΥΠΑΡΞΗ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ	17,9	82,1	4,905	1	0,046¹

	ΜΗ ΥΠΑΡΞΗ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ	7,6	92,4			
--	--	-----	------	--	--	--

¹ Δοκιμασία χ^2 με Yates Correction

Από τη διασταύρωση των ανωτέρω μεταβλητών προέκυψε ότι η διάγνωση της Διαταραχής Γενικευμένου Άγχους (ΔΓΑ) στα άτομα με υψηλή προσωπική οικονομική δυσχέρεια τέθηκε σε ποσοστό 12,1%, στα άτομα με υψηλή εργασιακή ανασφάλεια σε ποσοστό 75% και στα άτομα με καταθλιπτική συμπτωματολογία σε ποσοστό 17,9%.

ΠΙΝΑΚΑΣ 28: Διασταύρωση εξαρτημένων μεταβλητών με τη μεταβλητή Δείκτης Οικονομικής Δυσχέρειας (IPED) στο δείγμα των εργαζομένων (n=210)

ΔΕΙΚΤΗΣ IPED						
ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ		ΥΠΑΡΞΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΔΥΣΧΕΡΕΙΑΣ	ΜΗ ΥΠΑΡΞΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΔΥΣΧΕΡΕΙΑΣ	χ^2	B.E.	Σημ.
ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΑΝΑΣΦΑΛΕΙΑ	ΑΝΥΠΑΡΞΙΑ Ε.Α.	19	81	14,890	3	0,002
	ΧΑΜΗΛΗ Ε.Α.	19,8	80,2			
	ΜΕΤΡΙΑ Ε.Α.	45,2	54,8			
	ΥΨΗΛΗ Ε.Α.	50	50			
ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ	ΧΑΜΗΛΗ Ε.Ι.	36,4	63,6	13,378	2	0,001
	ΜΕΤΡΙΑ Ε.Ι.	38,5	61,5			
	ΥΨΗΛΗ Ε.Ι.	15,5	84,5			

CES-D	ΥΠΑΡΞΗ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ	34,5	65,5	7,188	1	0,012¹
	ΜΗ ΥΠΑΡΞΗ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ	17,9	82,1			
ΔΓΑ	ΥΠΑΡΞΗ ΙΚΑΝΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	28	72	0,001	1	1,000¹
	ΑΠΟΥΣΙΑ ΙΚΑΝΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	27,7	72,3			

¹ Δοκιμασία χ^2 με Yates Correction

Από τη διασταύρωση των ανωτέρω μεταβλητών προέκυψε ότι τα άτομα με υψηλή εργασιακή ανασφάλεια αντιμετωπίζουν προσωπική οικονομική δυσχέρεια σε ποσοστό 50%, ενώ τα άτομα με καταθλιπτική συμπτωματολογία και με τη διάγνωση της Διαταραχής Γενικευμένου Άγχους σε ποσοστό 34,5% και 28% αντίστοιχα.

Η ύπαρξη σχέσης μεταξύ των ανεξάρτητων μεταβλητών (φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, εκπαιδευτικό επίπεδο, εισόδημα, θέση στο επάγγελμα και είδος σύμβασης) με τις εξαρτημένες μεταβλητές (Κλίμακα Εργασιακής Ικανοποίησης (ΚΕΙ), Κλίμακα Εργασιακής Ανασφάλειας (ΚΕΑ), Δείκτης IPED, Κλίμακα CES-D, Μείζων Κατάθλιψη και Διαταραχή Γενικευμένου Άγχους), καθώς και των

εξαρτημένων μεταβλητών μεταξύ τους στο δείγμα των εργαζομένων, διερευνήθηκε με τον έλεγχο χ^2 (chi-square test). Ειδικότερα, στην περίπτωση της συσχέτισης των εξαρτημένων μεταβλητών περιλάμβαναν έως δύο κατηγορίες, χρησιμοποιήθηκε η διόρθωση Yates (Yate's Correction), η οποία αναφέρεται στην παρένθεση. Τα αποτελέσματα που προέκυψαν παρουσιάζονται συγκεντρωτικά στον παρακάτω πίνακα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 29: Συγκεντρωτικός πίνακας συσχετίσεων μεταβλητών με τη δοκιμασία χ^2

	Εργασιακή Ικανοποίηση (ΚΕΙ)	Εργασιακή Ανασφάλεια (ΚΕΑ)	IPED	CES-D	ΜΚ	ΔΓΑ
Φύλο	0,19	0,568	0,502	0,111	0,373	0,642
Ηλικία	0,043*	0,192	0,671	0,364	0,002*	0,011*
Οικογενειακή Κατάσταση	0,341	0,571	0,074	0,251	0,038*	0,802
Εκπαιδευτικό Επίπεδο	0,252	0,751	0,128	0,375	0,092	0,222
Εισόδημα	0,623	0,522	0,25	0,097	0,6	0,444
Θέση στο επάγγελμα	0,004	0,212	0,347	0,5	0,558	0,25
Είδος σύμβασης	0,001	0,178	0,638	0,484	0,442	0,047*
Εργασιακή Ικανοποίηση		0,131	0,001*	0,095	0,085	0,014*
Εργασιακή Ανασφάλεια	0,131		0,002*	0,4	0,972	0,014*
IPED	0,001*	0,002*		0,007 (0,012)	0,253 (0,446)	0,976 (1,000)
CES-D	0,095	0,4	0,007 (0,012)			0,027 (0,046)
ΜΚ	0,085	0,972	0,253 (0,446)			0,042 (0,133)
ΔΓΑ	0,014*	0,014*	0,976 (1,000)	0,027 (0,046)	0,042 (0,133)	

* p-value < 0,05

Στατιστικά σημαντική συσχέτιση ($p\text{-value} < 0,05$) βρέθηκε μεταξύ εργασιακής ικανοποίησης και της ανεξάρτητης μεταβλητής ηλικία, μεταξύ Μείζονος Κατάθλιψης και των ανεξάρτητων μεταβλητών ηλικία και οικογενειακή κατάσταση και μεταξύ Διαταραχής Γενικευμένου Άγχους και των ανεξάρτητων μεταβλητών ηλικία και είδος σύμβασης.

Επιπλέον, στατιστικά σημαντική συσχέτιση βρέθηκε μεταξύ των εξαρτημένων μεταβλητών εργασιακή ικανοποίηση και εργασιακή ανασφάλεια με τις εξαρτημένες μεταβλητές Δείκτης IPED και Διαταραχή Γενικευμένου Άγχους.

7.6.3 Πίνακες διπλής εισόδου ανεξάρτητων με εξαρτημένες μεταβλητές και στατιστικοί έλεγχοι χ^2 στο δείγμα των ανέργων

Για τη συγκεντρωτική παρουσίαση των δεδομένων που αφορούν στο δείγμα των ανέργων, δημιουργήθηκαν πίνακες διπλής εισόδου (cross-tabulation tables), στους οποίους παρουσιάζονται τα ποσοστά που προέκυψαν έπειτα από τη διασταύρωση των ανεξάρτητων με τις εξαρτημένες μεταβλητές.

ΠΙΝΑΚΑΣ 30: Διασταύρωση ανεξάρτητων μεταβλητών με την εξαρτημένη Κλίμακα CES-D στο δείγμα των ανέργων ($n=86$)

ΚΛΙΜΑΚΑ CES-D						
ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ		ΥΠΑΡΞΗ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚ ΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤ ΩΝ	ΜΗ ΥΠΑΡΞΗ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚ ΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤ ΩΝ	χ^2	B.E.	Σημ.
ΦΥΛΟ	ΑΝΔΡΑΣ	82,4	17,6	0,007	1	0,933
	ΓΥΝΑΙΚΑ	81,6	18,4			

ΗΛΙΚΙΑ	18-24	77,3	22,7	3,414	4	0,628
	25-34	84	16			
	35-44	76	24			
	45-54	100	0			
	55-66	100	0			
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΕΓΓΑΜΟΣ/Η	100	0	4,393	4	0,369
	ΑΓΑΜΟΣ/Η	77,4	22,6			
	ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ/Η	100	0			
	ΣΕ ΣΥΜΒΙΩΣΗ	80	20			
	ΧΗΡΟΣ/Α	100	0			
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ	ΕΩΣ 6 ΧΡΟΝΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ	100	0	4,811	7	0,810
	7-9 ΧΡΟΝΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ	100	0			
	ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΛΥΚΕΙΟΥ ΚΛΠ	85,7	14,3			
	ΙΕΚ_ΑΝΩΤΕΡΕΣ ΣΧΟΛΕΣ	81,8	18,2			
	ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΤΕΙ	85,7	14,3			
	ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΑΕΙ	91,7	8,3			
	ΦΟΙΤΗΤΗΣ/ΤΡΙΑ	81	19			
	ΚΑΤΟΧΟΣ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟΥ	64,3	35,7			
ΕΙΣΟΔΗΜΑ	0-3.600 €	88,9	11,1	13,705	10	0,206
	3.601-7.560 €	73,7	26,3			
	7.561-9.600 €	100	0			
	9.601-12.000 €	93,3	6,7			

	12.001-14.640 €	100	0			
	14.641-18.000€	75	25			
	18.001-21.600 €	75	25			
	21.601-27.600 €	80	20			
	27.601-44.400 €	100	0			
	44.401<	100	0			
ΧΡΟΝΟΣ ΑΝΕΡΓΙΑΣ	0-6	80	20	3,691	4	0,513
	7-12	82,4	17,6			
	13-24	91,7	8,3			
	25-48	70	30			
	49 <	100	0			

Από τη δημιουργία πίνακα διπλής εισόδου στον οποίο εισήχθησαν οι ανωτέρω μεταβλητές προέκυψε ότι οι άνδρες (82,4%), τα άτομα ηλικίας 45-54 και 55-66 (100%), οι έγγαμοι και οι διαζευγμένοι (100%) και τα άτομα με 49 μήνες ανεργίας και πάνω, αποτελούν τις κατηγορίες που εμφανίζουν καταθλιπτική συμπτωματολογία σε μεγαλύτερο ποσοστό.

ΠΙΝΑΚΑΣ 31: Διασταύρωση ανεξάρτητων μεταβλητών με την εξαρτημένη Μείζων Κατάθλιψη (ΜΚ) στο δείγμα των ανέργων (n=86)

ΜΕΙΖΩΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ						
ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ		ΥΠΑΡΕΗ ΜΚ	ΜΗ ΥΠΑΡΕΗ ΜΚ	χ²	Β.Ε.	Σημ.
ΦΥΛΟ	ΑΝΔΡΑΣ	8,3	91,7	0,069	1	0,793
	ΓΥΝΑΙΚΑ	10	90			
ΗΛΙΚΙΑ	18-24	4,5	95,5	7,200	4	0,227
	25-34	11,5	88,5			
	35-44	8	92			
	45-54	0	100			
	55-66	40	60			
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΕΓΓΑΜΟΣ/Η	33,3	66,7	10,042	4	0,077
	ΑΓΑΜΟΣ/Η	6,5	93,5			
	ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ/Η	0	100			
	ΣΕ ΣΥΜΒΙΩΣΗ	0	100			
	ΧΗΡΟΣ/Α	0	100			
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ	ΕΩΣ 6 ΧΡΟΝΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ	66,7	33,3	14,602	7	0,115
	7-9 ΧΡΟΝΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ	0	100			
	ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΛΥΚΕΙΟΥ ΚΛΠ	0	100			
	ΙΕΚ_ΑΝΩΤΕΡΕΣ ΣΧΟΛΕΣ	8,3	91,7			

	ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΤΕΙ	0	100			
	ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΑΕΙ	8,3	91,7			
	ΦΟΙΤΗΤΗΣ/ΤΡΙΑ	9,5	90,5			
	ΚΑΤΟΧΟΣ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟΥ	14,3	85,7			
ΕΙΣΟΔΗΜΑ	0-3.600 €	10	90	4,258	10	0,994
	3.601-7.560 €	15,8	84,2			
	7.561-9.600 €	14,3	85,7			
	9.601-12.000 €	13,3	86,7			
	12.001-14.640 €	0	100			
	14.641-18.000€	0	100			
	18.001-21.600 €	0	100			
	21.601-27.600 €	20	80			
	27.601-44.400 €	0	100			
	44.401<	0	100			
ΧΡΟΝΟΣ ΑΝΕΡΓΙΑΣ	0-6	6,7	93,3	0,425	4	0,947
	7-12	11,8	88,2			
	13-24	8,3	91,7			
	25-48	8,3	91,7			
	49 <	11,1	88,9			

Από τη διασταύρωση των ανωτέρω μεταβλητών προέκυψε ότι οι γυναίκες (10%), τα άτομα ηλικίας 25-34 (11,5%), οι έγγαμοι (33,3%), τα άτομα που είχαν ολοκληρώσει έως 6 χρόνια εκπαίδευσης (66,7%), τα άτομα με εισόδημα 21.601 €-27.600 € (20%) και τα άτομα με 7-12 μήνες ανεργίας (11,8%), αποτελούν τις κατηγορίες που εμφανίζουν Μείζονα Κατάθλιψη σε μεγαλύτερο ποσοστό.

ΠΙΝΑΚΑΣ 32: Διασταύρωση ανεξάρτητων μεταβλητών με την εξαρτημένη Διαταραχή Γενικευμένου Άγχους (ΔΓΑ) στο δείγμα των ανέργων (n=86)

ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΓΕΝΙΚΕΥΜΕΝΟΥ ΑΓΧΟΥΣ						
ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ		ΥΠΑΡΞΗ ΙΚΑΝΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΠΟΥΣΙΑ ΙΚΑΝΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	χ²	B.E.	Σημ.
ΦΥΛΟ	ΑΝΔΡΑΣ	13,9	86,1	0,775	1	0,379
	ΓΥΝΑΙΚΑ	8	92			
ΗΛΙΚΙΑ	18-24	9,1	90,9	7,667	4	0,139
	25-34	3,8	96,2			
	35-44	16	84			
	45-54	0	100			
	55-66	40	60			
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΕΓΓΑΜΟΣ/Η	33,3	66,7	8,711	4	0,068
	ΑΓΑΜΟΣ/Η	6,5	93,5			
	ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ/Η	0	100			
	ΣΕ ΣΥΜΒΙΩΣΗ	16,7	83,3			
	ΧΗΡΟΣ/Α	0	100			
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ	ΕΩΣ 6 ΧΡΟΝΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ	33,3	66,7	21,508	7	0,023
	7-9 ΧΡΟΝΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ	100	0			
	ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΛΥΚΕΙΟΥ ΚΛΠ	13,3	86,7			

	ΙΕΚ_ΑΝΩΤΕΡΕΣ ΣΧΟΛΕΣ	8,3	91,7			
	ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΤΕΙ	0	100			
	ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΑΕΙ	8,3	91,7			
	ΦΟΙΤΗΤΗΣ/ΤΡΙΑ	9,5	90,5			
	ΚΑΤΟΧΟΣ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟΥ	0	100			
ΕΙΣΟΔΗΜΑ	0-3.600 €	10	90	20,099	10	0,103
	3.601-7.560 €	5,3	94,7			
	7.561-9.600 €	0	100			
	9.601-12.000 €	33,3	66,7			
	12.001-14.640 €	0	100			
	14.641-18.000€	0	100			
	18.001-21.600 €	0	100			
	21.601-27.600 €	20	80			
	27.601-44.400 €	0	100			
	44.401<	100	0			
ΧΡΟΝΟΣ ΑΝΕΡΓΙΑΣ	0-6	6,7	93,3	1,888	4	0,674
	7-12	5,9	94,1			
	13-24	16,7	83,3			
	25-48	16,7	83,3			
	49 <	11,1	88,9			

Από τη διασταύρωση των ανωτέρω μεταβλητών προέκυψε ότι οι άνδρες (13,9%), τα άτομα ηλικίας 55-66 (40%), οι έγγαμοι (33,3%), τα άτομα που είχαν ολοκληρώσει 7-9 χρόνια εκπαίδευσης (100%) και τα άτομα με 13-24 και 25-48 μήνες ανεργίας, αποτελούν τις κατηγορίες με τα μεγαλύτερα ποσοστά που διαγνώστηκαν με Διαταραχή Γενικευμένου Άγχους.

ΠΙΝΑΚΑΣ 33: Διασταύρωση ανεξάρτητων μεταβλητών με την εξαρτημένη Δείκτης Οικονομικής Δυσχέρειας (IPED) στο δείγμα των ανέργων (n=86)

ΔΕΙΚΤΗΣ IPED						
ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ		ΥΠΑΡΞΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΔΥΣΧΕΡΕΙΑΣ	ΜΗ ΥΠΑΡΞΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΔΥΣΧΕΡΕΙΑΣ	χ²	B.E.	Σημ.
ΦΥΛΟ	ΑΝΔΡΑΣ	19,4	80,6	0,252	1	0,615
	ΓΥΝΑΙΚΑ	24	76			
ΗΛΙΚΙΑ	18-24	13,6	86,4	2,098	4	0,705
	25-34	23,1	76,9			
	35-44	24	76			
	45-54	37,5	62,5			
	55-66	20	80			
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΕΓΓΑΜΟΣ/Η	25	75	1,422	4	0,813
	ΑΓΑΜΟΣ/Η	21	79			
	ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ/Η	40	60			
	ΣΕ ΣΥΜΒΙΩΣΗ	16,7	83,3			
	ΧΗΡΟΣ/Α	0	100			
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ	ΕΩΣ 6 ΧΡΟΝΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ	66,7	33,3	14,787	7	0,053
	7-9 ΧΡΟΝΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ	100	0			
	ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΛΥΚΕΙΟΥ ΚΛΠ	13,3	86,7			
	ΙΕΚ_ΑΝΩΤΕΡΕΣ ΣΧΟΛΕΣ	33,3	66,7			

	ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΤΕΙ	14,3	85,7			
	ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΑΕΙ	16,7	83,3			
	ΦΟΙΤΗΤΗΣ/ΤΡΙΑ	9,5	90,5			
	ΚΑΤΟΧΟΣ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟΥ	28,6	71,4			
ΕΙΣΟΔΗΜΑ	0-3.600 €	30	70	13,626	10	0,173
	3.601-7.560 €	5,3	94,7			
	7.561-9.600 €	14,3	85,7			
	9.601-12.000 €	40	60			
	12.001-14.640 €	25	75			
	14.641-18.000€	0	100			
	18.001-21.600 €	50	50			
	21.601-27.600 €	0	100			
	27.601-44.400 €	0	100			
	44.401<	0	100			
ΧΡΟΝΟΣ ΑΝΕΡΓΙΑΣ	0-6	10	90	5,875	4	0,166
	7-12	23,5	76,5			
	13-24	41,7	58,3			
	25-48	25	75			
	49 <	33,3	66,7			

Από τη διασταύρωση των ανωτέρω μεταβλητών προέκυψε ότι οι γυναίκες (24%), τα άτομα ηλικίας 45-54 (37,5%), οι διαζευγμένοι (40,0%), τα άτομα που είχαν ολοκληρώσει 7-9 χρόνια εκπαίδευσης (100%), τα άτομα με ετήσιο οικογενειακό εισόδημα 18.001-21.600 € (50%) και τα άτομα με 13-24 μήνες ανεργίας (41,7%),

αποτελούν τις κατηγορίες που αντιμετωπίζουν υψηλή Προσωπική Οικονομική Δυσχέρεια σε μεγαλύτερο ποσοστό.

7.6.4 Πίνακες διπλής εισόδου των εξαρτημένων μεταβλητών Κλίμακα CES-D, Διαταραχή Γενικευμένου Άγχους, Μείζων Κατάθλιψη και Δείκτης προσωπικής οικονομικής δυσχέρειας (IPED) και στατιστικοί έλεγχοι χ^2 στο δείγμα των ανέργων

ΠΙΝΑΚΑΣ 34: Διασταύρωση εξαρτημένων μεταβλητών με την Κλίμακα CES-D στο δείγμα των ανέργων (n=86)

ΚΛΙΜΑΚΑ CES-D						
ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ		ΥΠΑΡΞΗ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ	ΜΗ ΥΠΑΡΞΗ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ	χ^2	B.E.	Σημ.
IPED	ΥΠΑΡΞΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΔΥΣΧΕΡΕΙΑΣ	82,4	17,6	0,003	1	1,000 ¹
	ΜΗ ΥΠΑΡΞΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΔΥΣΧΕΡΕΙΑΣ	81,8	18,2			
ΔΓΑ	ΥΠΑΡΞΗ ΙΚΑΝΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΔΓΑ	100	0	2,227	1	0,301 ¹
	ΑΠΟΥΣΙΑ ΙΚΑΝΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΔΓΑ	79,7	20,3			

¹ Δοκιμασία χ^2 με Yates Correction

Από τη διασταύρωση των ανωτέρω μεταβλητών προέκυψε ότι τα άτομα με υψηλή προσωπική οικονομική δυσχέρεια και με τη διάγνωση της Διαταραχής Γενικευμένου Άγχους (100%), εμφανίζουν καταθλιπτική συμπτωματολογία σε ποσοστό 82,4% και 100% αντίστοιχα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 35: Διασταύρωση εξαρτημένων μεταβλητών με τη μεταβλητή Μείζων Κατάθλιψη (ΜΚ) στο δείγμα των ανέργων (n=86)

ΜΕΙΖΩΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ						
ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ		ΥΠΑΡΕΗ ΜΚ	ΜΗ ΥΠΑΡΕΗ ΜΚ	χ^2	Β.Ε.	Σημ.
ΙΡΕΔ	ΥΠΑΡΕΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΔΥΣΧΕΡΕΙΑΣ	15,8	84,2	1,216	1	0,512 ¹
	ΜΗ ΥΠΑΡΕΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΔΥΣΧΕΡΕΙΑΣ	7,5	92,5			
ΔΓΑ	ΥΠΑΡΕΗ ΙΚΑΝΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΔΓΑ	11,1	88,9	,039	1	1,000 ¹
	ΑΠΟΥΣΙΑ ΙΚΑΝΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΔΓΑ	9,1	90,9			

¹ Δοκιμασία χ^2 με Yates Correction

Από τη διασταύρωση των ανωτέρω μεταβλητών προέκυψε ότι τα άτομα με υψηλή προσωπική οικονομική δυσχέρεια εμφανίζουν Μείζονα Κατάθλιψη σε ποσοστό 15,8%, ενώ τα άτομα με τη διάγνωση της Διαταραχής Γενικευμένου Άγχους σε ποσοστό 11,1%.

ΠΙΝΑΚΑΣ 36: Διασταύρωση εξαρτημένων μεταβλητών με τη μεταβλητή Διαταραχή Γενικευμένου Άγχους (ΔΓΑ) στο δείγμα των ανέργων (n=86)

ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΓΕΝΙΚΕΥΜΕΝΟΥ ΑΓΧΟΥΣ						
ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ		ΥΠΑΡΞΗ ΙΚΑΝΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑ ΤΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΠΟΥΣΙΑ ΙΚΑΝΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑ ΤΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	χ²	B.E.	Σημ.
IPED	ΥΠΑΡΞΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΔΥΣΧΕΡΕΙΑΣ	10,5	89,5	0,000	1	1,000 ¹
	ΜΗ ΥΠΑΡΞΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΔΥΣΧΕΡΕΙΑΣ	10,4	89,6			
CES-D	ΥΠΑΡΞΗ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ	13,2	86,8	2,227	1	0,301 ¹
	ΜΗ ΥΠΑΡΞΗ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ	0	100			

¹ Δοκιμασία χ^2 με Yates Correction

Από τον παραπάνω πίνακα διπλής εισόδου προέκυψε ότι η διάγνωση της Διαταραχής Γενικευμένου Άγχους (ΔΓΑ) τέθηκε στα άτομα με υψηλή προσωπική οικονομική δυσχέρεια και με καταθλιπτική συμπτωματολογία, σε ποσοστό 10,5% και 13,2% αντίστοιχα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 37: Διασταύρωση εξαρτημένων μεταβλητών με τη μεταβλητή Δείκτης Προσωπικής Οικονομικής Δυσχέρειας (IPED) στο δείγμα των ανέργων (n=86)

ΔΕΙΚΤΗΣ IPED						
ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ		ΥΠΑΡΞΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΔΥΣΧΕΡΕΙΑΣ	ΜΗ ΥΠΑΡΞΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΔΥΣΧΕΡΕΙΑΣ	χ²	B.E.	Σημ.
CES-D	ΥΠΑΡΞΗ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ	20,6	79,4	0,003	1	1,000 ¹
	ΜΗ ΥΠΑΡΞΗ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ	20	80			
ΔΓΑ	ΥΠΑΡΞΗ ΙΚΑΝΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	22,2	77,8	0,000	1	1,000 ¹
	ΑΠΟΥΣΙΑ ΙΚΑΝΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	22,1	77,9			

¹ Δοκιμασία χ² με Yates Correction

Από τη διασταύρωση των ανωτέρω μεταβλητών προέκυψε ότι τα άτομα με καταθλιπτική συμπτωματολογία και με τη διάγνωση της Διαταραχής Γενικευμένου Άγχους, αντιμετωπίζουν οικονομική δυσχέρεια σε ποσοστό 20,6% και 22,2% αντίστοιχα.

Η ύπαρξη σχέσης μεταξύ των ανεξάρτητων μεταβλητών (φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, εκπαιδευτικό επίπεδο, εισόδημα και χρόνος ανεργίας) με τις εξαρτημένες μεταβλητές (Δείκτης IPED, Κλίμακα CES-D, Μείζων Κατάθλιψη και Διαταραχή Γενικευμένου Άγχους), καθώς και των εξαρτημένων μεταβλητών μεταξύ τους στο δείγμα των ανέργων, διερευνήθηκε με τον έλεγχο χ^2 (chi-square test). Ειδικότερα, στην περίπτωση της συσχέτισης των εξαρτημένων μεταβλητών που περιλάμβαναν έως δύο κατηγορίες, χρησιμοποιήθηκε η διόρθωση Yates (Yate's Correction), η οποία αναφέρεται στην παρένθεση. Τα αποτελέσματα που προέκυψαν παρουσιάζονται συγκεντρωτικά στον παρακάτω πίνακα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 38: Συγκεντρωτικός πίνακας συσχέτισης μεταβλητών με τη δοκιμασία χ^2

	IPED	CES-D	ΜΚ	ΔΓΑ
Φύλο	0,615	0,933	0,793	0,379
Ηλικία	0,705	0,628	0,227	0,139
Οικογενειακή Κατάσταση	0,813	0,369	0,077	0,068
Εκπαιδευτικό Επίπεδο	0,053	0,81	0,115	0,023*
Εισόδημα	0,173	0,206	0,994	0,103
Χρόνος ανεργίας	0,166	0,513	0,947	0,674
IPED		0,959 (1,000)	0,270 (0,512)	0,992 (1,000)
CES-D	0,959 (1,000)			0,136 (0,301)
ΜΚ	0,270 (0,512)			0,843 (1,000)
ΔΓΑ	0,992 (1,000)	0,136 (0,301)	0,843 (1,000)	

* p-value < 0,05

Σημαντική στατιστική συσχέτιση (p-value < 0,05) βρέθηκε μόνο μεταξύ της εξαρτημένης μεταβλητής Διαταραχή Γενικευμένου Άγχους και της ανεξάρτητης εκπαιδευτικό επίπεδο.

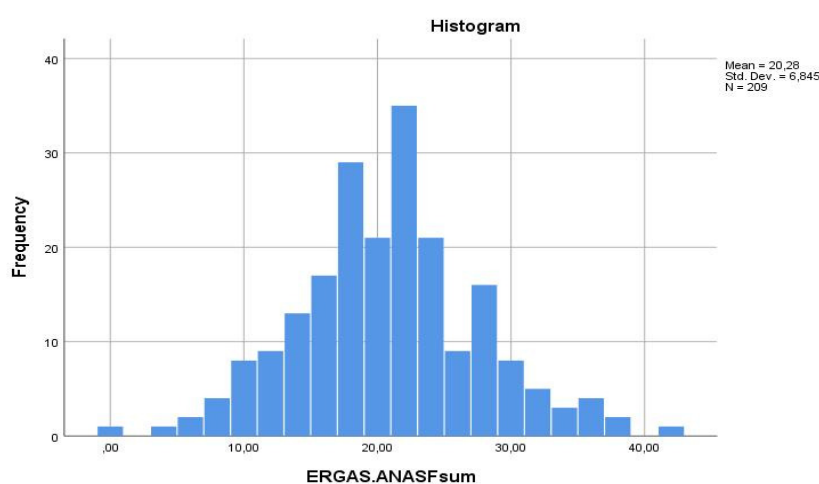
7.7 Έλεγχοι μέσω του παραμετρικού ελέγχου Μονόδρομης Ανάλυσης Μεταβλητότητας (One-Way ANOVA) και των μη παραμετρικών ελέγχων Kruskal-Wallis και Mann-Whitney U

7.7.1 Δείγμα Εργαζομένων

7.7.1.1 Σχέση μεταξύ της εξαρτημένης μεταβλητής Εργασιακή Ανασφάλεια και της ανεξάρτητης Θέση στο Επάγγελμα

Αρχικά ελέγχθηκε αν η ποσοτική μεταβλητή Εργασιακή Ανασφάλεια προέρχεται από κανονική κατανομή. Από το τεστ Shapiro-Wilks προέκυψε ότι **το p-value είναι >ε.σ=5%**, συνεπώς τα δεδομένα προέρχονται από κανονική κατανομή.

ΣΧΗΜΑ 1



ΠΙΝΑΚΑΣ 39: Έλεγχος Κανονικής Κατανομής (μεταβλητής Εργασιακής Ανασφάλειας): Έλεγχος Κανονικότητας

	Shapiro-Wilk		
Εργασιακή	Ελεγχ/ση T3	B.E.	Σημ.
Ανασφάλεια	,992	209	,317

Στη συνέχεια ελέγχθηκε με παραμετρικό τεστ (One-Way Ανοva) κατά πόσο η μεταβλητή Εργασιακή Ανασφάλεια σχετίζεται με τη μεταβλητή Θέση στο Επάγγελμα

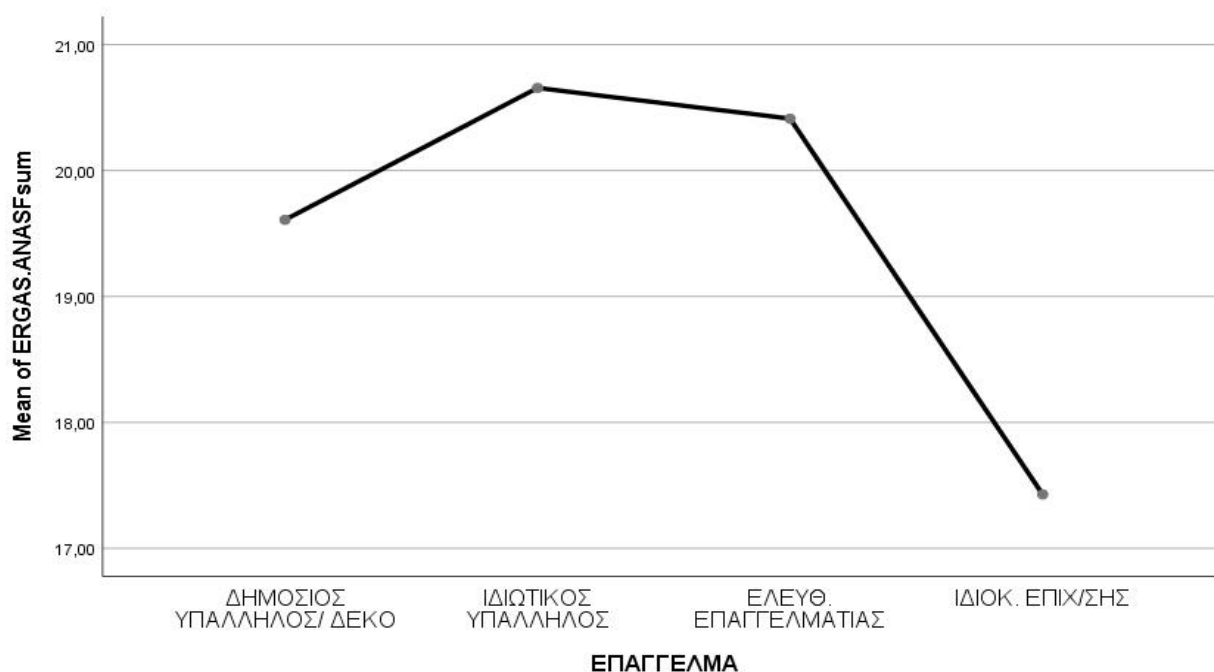
ΠΙΝΑΚΑΣ 40: Έλεγχος μέσω Μονόδρομης Ανάλυσης Μεταβλητότητας (One-Way Ανοva) Εργασιακής Ανασφάλειας και θέσης στο επάγγελμα

	N	Μ.Ο.	ΤΥΠΙΚ. ΑΠΟΚΛ ΙΣΗ	ΤΥΠΙΚΟ ΛΑΘΟΣ	95% CI Μ.Ο.			
					ΚΑΤΩΤ ΕΡΟ ΟΡΙΟ	ΑΝΩΤΕΡΟ ΟΡΙΟ	ΜΙΚΡΟ ΤΕΡΟ	ΜΕΓΑΛΥ ΤΕΡΟ
ΔΗΜΟΣΙΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ/ ΔΕΚΟ	46	19,6087	7,82156	1,15323	17,2860	21,9314	6,00	36,00
ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	122	20,6557	6,18686	,56013	19,5468	21,7647	4,00	37,00
ΕΛΕΥΘ. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙ ΑΣ	34	20,4118	7,32003	1,25538	17,8577	22,9658	5,00	41,00
ΙΔΙΟΚ. ΕΠΙΧ/ΣΗΣ	7	17,4286	9,10782	3,44243	9,0052	25,8519	,00	27,00
ΣΥΝΟΛΟ	209	20,2775	6,84509	,47349	19,3441	21,2110	,00	41,00

ΠΙΝΑΚΑΣ 40 (συνέχεια): Ανάλυση Μεταβλητότητας (ANOVA)

	Άθροισμα τετραγώνων	B.E.	Τετραγωνικός Μ.Ο.	F	Σημ.
Μεταξύ Ομάδων	95,457	3	31,819	,676	,568
Εντός Ομάδων	9650,447	205	47,075		
Σύνολο	9745,904	208			

ΣΧΗΜΑ 2: Μέσες Τιμές Κλίμακας Εργασιακής Ανασφάλειας μεταξύ των επαγγελμάτων



Παρατηρείται ότι στο γράφημα ότι δεν υπάρχουν μεγάλες διαφορές ανάμεσα στα επιμέρους σκορ της Κλίμακας Εργασιακής Ανασφάλειας και της Θέσης στο Επάγγελμα. Οι ιδιοκτήτες επιχείρησης έχουν σχετικά μικρό σκορ αλλά αυτό δεν είναι αρκετό για να αποδεχτούμε ότι ο δείκτης Εργασιακής Ανασφάλειας επηρεάζεται από

το Επάγγελμα (δηλαδή υπάρχει διαφοροποίηση βάσει της θέσης στο επάγγελμα). Αυτό επιβεβαιώνεται και από τον δεύτερο πίνακα, όπου το p-value είναι αρκετά μεγαλύτερο από το $\epsilon.σ = 5\%$. Συνεπώς, γίνεται αποδοχή της μηδενικής υπόθεσης η οποία δηλώνει ότι δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις μέσες τιμές των σκορ της Κλίμακας Εργασιακής Ανασφάλειας για τις επιμέρους κατηγορίες.

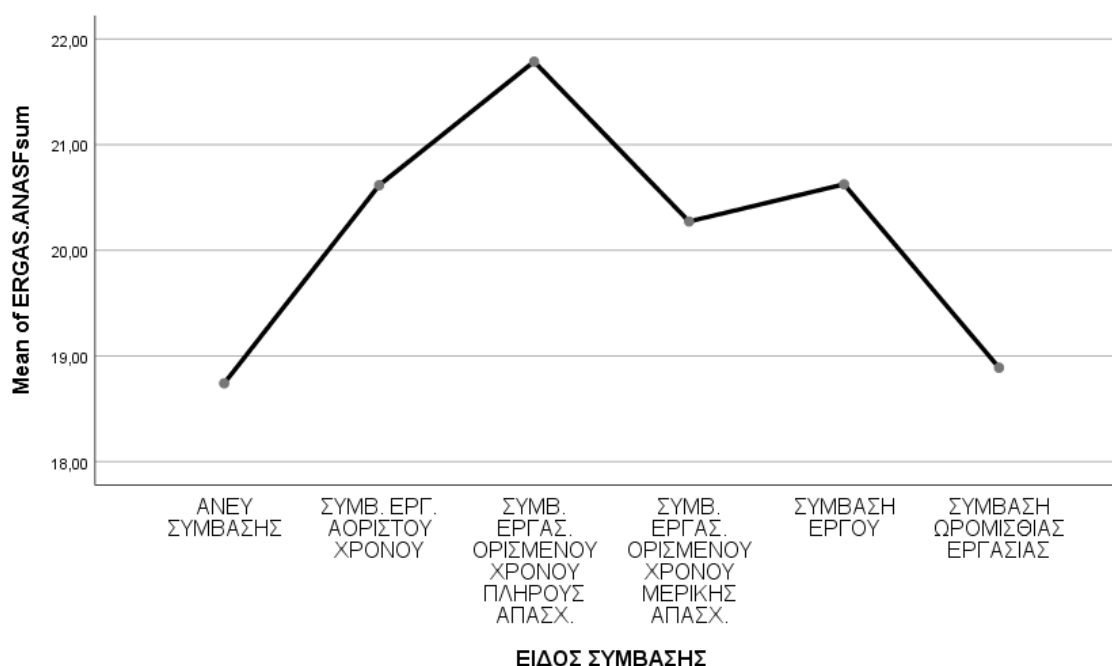
7.7.1.2 Σχέση μεταξύ της εξαρτημένης μεταβλητής Εργασιακή Ανασφάλεια και της ανεξάρτητης Είδος Σύμβασης

Η σχέση της μεταβλητής Εργασιακή Ανασφάλεια με τη μεταβλητή Είδος Σύμβασης ελέγχθηκε επίσης με παραμετρικό τεστ (One-Way Anova).

ΠΙΝΑΚΑΣ 41: Έλεγχος μέσω Μονόδρομης Ανάλυσης Μεταβλητότητας (One-Way ANOVA) Εργασιακής Ανασφάλειας και είδους εργασιακής σύμβασης

	Άθροισμα τετραγώνων	B.E.	Τετραγωνικός Μ.Ο.	F	Σημ.
Μεταξύ Ομάδων	126,435	5	25,287	,594	,704
Εντός Ομάδων	7446,979	175	42,554		
Σύνολο	7573,414	180			

ΣΧΗΜΑ 3

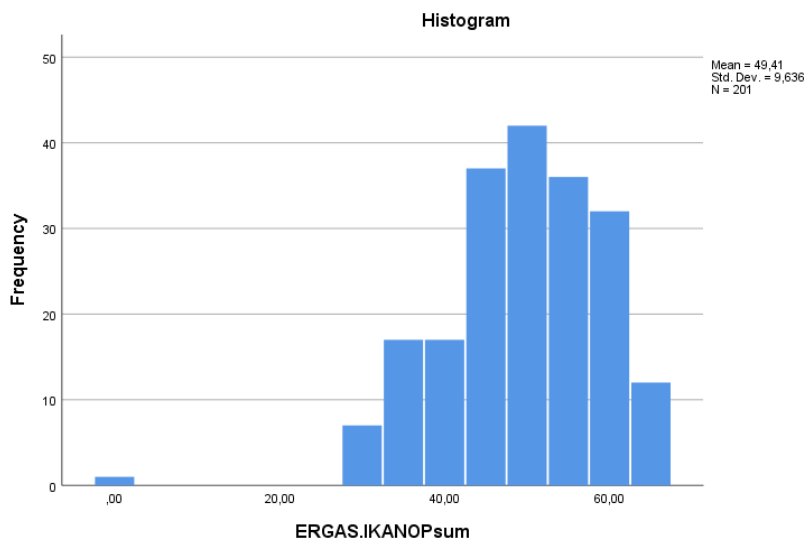


Από την ανάλυση, το p-value βρέθηκε να είναι μεγαλύτερο από το $\epsilon.σ=5\%$. Συνεπώς, γίνεται αποδοχή της μηδενικής υπόθεσης η οποία δηλώνει ότι δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις μέσες τιμές των σκορ της Κλίμακας Εργασιακής Ανασφάλειας για τις επιμέρους κατηγορίες.

7.7.1.3 Σχέση μεταξύ της εξαρτημένης μεταβλητής Εργασιακή Ικανοποίηση και της ανεξάρτητης Θέση στο Επάγγελμα

Αρχικά ελέγχθηκε αν η ποσοτική μεταβλητή Εργασιακή Ικανοποίηση προέρχεται από κανονική κατανομή. Από το τεστ Shapiro-Wilks προέκυψε ότι το p-value είναι $<\epsilon.σ=5\%$, συνεπώς τα δεδομένα δεν προέρχονται από κανονική κατανομή.

ΣΧΗΜΑ 4



ΠΙΝΑΚΑΣ 42: Έλεγχος Κανονικής Κατανομής (μεταβλητής Εργασιακής Ικανοποίησης): Έλεγχος Κανονικότητας

Έλεγχος Κανονικότητας

	Shapiro-Wilk		
	Ελεγχ/ση T3	B.E.	Σημ.
Εργασιακή Ικανοποίηση	,943	201	,000

Στη συνέχεια ελέγχθηκε με μη παραμετρικό τεστ Kruskal-Wallis κατά πόσο η μεταβλητή Εργασιακή Ικανοποίηση έχει σχέση με τη μεταβλητή Θέση στο Επάγγελμα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 43: Σχέση μεταξύ της εξαρτημένης μεταβλητής Εργασιακή Ικανοποίηση και της ανεξάρτητης (Θέση στο Επάγγελμα): Έλεγχος μέσω Kruskal-Wallis test

	Εργασιακή Ικανοποίηση
Kruskal-Wallis	15,145
B.E.	3
p-value	,002

Από τον παραπάνω έλεγχο, το p-value βρέθηκε να είναι $< \epsilon. \sigma = 5\%$ και κατά συνέπεια η μεταβλητή **Θέση στο Επάγγελμα** διαφέρει στατιστικά σημαντικά ως προς την **Εργασιακή Ικανοποίηση**. Δηλαδή, η μεταβλητή θέση στο Επάγγελμα επηρεάζει σημαντικά τη βαθμολόγηση στην Κλίμακα Εργασιακής Ικανοποίησης. Όπως απεικονίζεται και στο παρακάτω γράφημα, οι ιδιοκτήτες επιχείρησης και οι ελεύθεροι επαγγελματίες εμφανίζουν τις μεγαλύτερες βαθμολογίες στην Κλίμακα Εργασιακής Ικανοποίησης, ενώ ακολουθούν οι δημόσιοι υπάλληλοι/ υπάλληλοι ΔΕΚΟ και τελευταίοι οι ιδιωτικοί υπάλληλοι.

7.7.1.4 Σχέση μεταξύ της εξαρτημένης μεταβλητής Εργασιακή Ικανοποίηση και της ανεξάρτητης Είδος Σύμβασης

ΠΙΝΑΚΑΣ 44: Σχέση μεταξύ της εξαρτημένης μεταβλητής Εργασιακή Ικανοποίηση και της ανεξάρτητης (Είδος Σύμβασης): Έλεγχος μέσω Kruskal-Wallis test

	Εργασιακή Ανασφάλεια
Kruskal-Wallis	3,286
B.E.	5
p-value	,656

Με το μη παραμετρικό τεστ Kruskal-Wallis ελέγχθηκε κατά πόσο η μεταβλητή Εργασιακή Ικανοποίηση έχει σχέση με τη μεταβλητή Είδος Σύμβασης και προέκυψε ότι το p-value είναι $> \alpha = 5\%$. Συνεπώς η μεταβλητή είδος σύμβασης δεν επηρεάζει τη βαθμολόγηση στην Κλίμακα Εργασιακής Ικανοποίησης.

7.7.1.5 Σχέση μεταξύ της εξαρτημένης μεταβλητής Δείκτης Προσωπικής Οικονομικής Δυσχέρειας (IPED) και της ανεξάρτητης μεταβλητής Θέση στο Επάγγελμα

Αρχικά ελέγχθηκε αν η ποσοτική μεταβλητή Δείκτης IPED προέρχεται από κανονική κατανομή. Από τον στατιστικό έλεγχο Shapiro-Wilk προέκυψε ότι το **p-value είναι μικρότερο του $\alpha = 5\%$** , συνεπώς τα δεδομένα δεν προέρχονται από κανονική κατανομή.

Από τον έλεγχο που πραγματοποιήθηκε από το μη παραμετρικό τεστ Kruskal-Wallis, το p-value βρέθηκε να είναι μεγαλύτερο του $\alpha = 5\%$. Συνεπώς **επιβεβαιώνεται η μηδενική υπόθεση ότι ο Δείκτης IPED δεν επηρεάζεται από τη Θέση στο Επάγγελμα.**

ΠΙΝΑΚΑΣ 45: Σχέση μεταξύ της εξαρτημένης μεταβλητής Δείκτης Προσωπικής Οικονομικής Δυσχέρειας (IPED) και της ανεξάρτητης μεταβλητής (Θέση στο Επάγγελμα): Έλεγχος μέσω Kruskal-Wallis test

	IPED
Kruskal-Wallis	1,650
B.E.	3
p-value	,648

7.7.1.6 Σχέση μεταξύ της εξαρτημένης μεταβλητής IPED και της ανεξάρτητης μεταβλητής Είδος Σύμβασης

Από τον έλεγχο που πραγματοποιήθηκε από το μη παραμετρικό τεστ Kruskal-Wallis, το p-value βρέθηκε να είναι μεγαλύτερο του $\epsilon.σ=5\%$. Συνεπώς **επιβεβαιώνεται η μηδενική υπόθεση ότι ο Δείκτης IPED δεν επηρεάζεται από το Είδος Σύμβασης.**

ΠΙΝΑΚΑΣ 46: Σχέση μεταξύ της εξαρτημένης μεταβλητής IPED και της ανεξάρτητης μεταβλητής (Είδος Σύμβασης): Έλεγχος μέσω Kruskal-Wallis test

	IPED
Kruskal-Wallis	6,277
B.E.	5
p-value	,280

7.7.1.7 Σχέση μεταξύ της εξαρτημένης μεταβλητής Κλίμακα CES-D και της ανεξάρτητης μεταβλητής Θέση στο Επάγγελμα

Αρχικά ελέγχθηκε αν η ποσοτική μεταβλητή CES-D προέρχεται από κανονική κατανομή. Από τον στατιστικό έλεγχο Shapiro-Wilk προέκυψε ότι **το p-value είναι μικρότερο του $\epsilon.σ=5\%$** , συνεπώς τα δεδομένα δεν προέρχονται από κανονική κατανομή.

Από τον έλεγχο που πραγματοποιήθηκε με το μη παραμετρικό τεστ Kruskal-Wallis, προέκυψε $p\text{-value}<0,05$ ($p=0,027$), γεγονός που υποδεικνύει ότι **η βαθμολόγηση της Κλίμακας CES-D επηρεάζεται από τη Θέση στο Επάγγελμα.**

ΠΙΝΑΚΑΣ 47: Σχέση μεταξύ της εξαρτημένης μεταβλητής Κλίμακα CES-D και της ανεξάρτητης μεταβλητής (Θέση στο Επάγγελμα): Έλεγχος μέσω Kruskal-Wallis test

	CES-D
Kruskal-Wallis	9,213
B.E.	3
p-value	,027

7.7.1.8 Σχέση μεταξύ της εξαρτημένης μεταβλητής Κλίμακα CES-D και της ανεξάρτητης μεταβλητής Είδος Σύμβασης

Από τον έλεγχο που πραγματοποιήθηκε με τον μη παραμετρικό έλεγχο Mann Whitney προέκυψε ότι η βαθμολόγηση της Κλίμακας CES-D δεν επηρεάζεται από το Είδος Σύμβασης ($p\text{-value} > 0,05$).

ΠΙΝΑΚΑΣ 48: Σχέση μεταξύ της εξαρτημένης μεταβλητής Κλίμακα CES-D και της ανεξάρτητης μεταβλητής (Είδος Σύμβασης): Έλεγχος μέσω Mann Whitney U test

	CES-D
Mann-Whitney U	80,500
p-value	,171

7.7.1.9 Σχέση μεταξύ των μεταβλητών ΔΓΑ και CES-D

Ο δείκτης CES-D δεν ακολουθεί κανονική κατανομή και για το λόγο αυτό εφαρμόστηκε τον μη παραμετρικό έλεγχο Mann Whitney. Από την ανάλυση προέκυψε ότι ο δείκτης CES-D επηρεάζεται από τη ΔΓΑ ($p=0,007$), δηλαδή οι μέσες μετρήσεις CES-D διαφέρουν για τις δύο κατηγορίες της ποιοτικής μεταβλητής ΔΓΑ (1 & 0).

ΠΙΝΑΚΑΣ 49: Σχέση μεταξύ των μεταβλητών ΔΓΑ και CES-D: Έλεγχος μέσω Mann Whitney U test

	CES-D
Mann-Whitney U	1356,000
p-value	,007

Η σχέση αυτών των δύο μεταβλητών απεικονίζεται και στο παρακάτω γράφημα. Τα άτομα με αγχώδη διαταραχή παρουσιάζουν μεγαλύτερες τιμές στη βαθμολόγηση της Κλίμακας CES-D.

7.7.1.10 Σχέση μεταξύ των μεταβλητών ΔΓΑ και Δείκτη Οικονομικής Δυσχέρειας (IPED)

Ο δείκτης IPED δεν ακολουθεί κανονική κατανομή και για το λόγο αυτό εφαρμόστηκε μη παραμετρικό τεστ (Mann Whitney). Από την ανάλυση προέκυψε ότι δεν διαφέρουν οι μέσες τιμές του δείκτη IPED για τις δύο κατηγορίες του δείκτη ΔΓΑ ($p\text{-value} > 0,05$) και συνεπώς δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών αυτών.

ΠΙΝΑΚΑΣ 50: Σχέση μεταξύ των μεταβλητών ΔΓΑ και Δείκτη Οικονομικής Δυσχέρειας (IPED): Έλεγχος μέσω Mann Whitney U test

	IPED
Mann-Whitney U	2104,5000
p-value	,468

7.7.1.11 Σχέση μεταξύ των μεταβλητών ΔΓΑ και Εργασιακής Ικανοποίησης

Από την ανάλυση προέκυψε ότι δεν διαφέρουν οι μέσες τιμές της Κλίμακας Εργασιακής Ικανοποίησης για τις δύο κατηγορίες του δείκτη ΔΓΑ ($p\text{-value} > 0,05$) και συνεπώς δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών αυτών.

ΠΙΝΑΚΑΣ 51: Σχέση μεταξύ των μεταβλητών ΔΓΑ και Εργασιακής Ικανοποίησης: Έλεγχος μέσω Mann Whitney U test

	ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ
Mann-Whitney U	1604,500
p-value	,052

7.7.1.12 Σχέση μεταξύ των μεταβλητών ΔΓΑ και Εργασιακής Ανασφάλειας

Από την ανάλυση προέκυψε ότι δεν διαφέρουν οι μέσες τιμές της Κλίμακας Εργασιακής Ανασφάλειας για τις δύο κατηγορίες του δείκτη ΔΓΑ ($p\text{-value} > 0,05$) και συνεπώς δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών αυτών.

ΠΙΝΑΚΑΣ 52: Σχέση μεταξύ των μεταβλητών ΔΓΑ και Εργασιακής Ανασφάλειας:
Έλεγχος μέσω Mann Whitney U test

	ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΑΝΑΣΦΑΛΕΙΑ
Mann-Whitney U	1880,000
p-value	,139

7.7.2 Δείγμα ανέργων

7.7.2.1 Σχέση μεταξύ της εξαρτημένης μεταβλητής Κλίμακα CES-D και της ανεξάρτητης μεταβλητής διάρκεια ανεργίας

Αρχικά ελέγχθηκε αν η ποσοτική μεταβλητή CES-D προέρχεται από κανονική κατανομή. Από τον στατιστικό έλεγχο Shapiro-Wilk προέκυψε ότι **το p-value είναι μικρότερο του ε.σ=5%**, συνεπώς τα δεδομένα δεν προέρχονται από κανονική κατανομή και οι επιμέρους σχέσεις αυτού ελέγχθηκαν με το μη-παραμετρικό τεστ Kruskal Wallis.

ΠΙΝΑΚΑΣ 53: Σχέση μεταξύ της εξαρτημένης μεταβλητής Κλίμακα CES-D και της ανεξάρτητης μεταβλητής διάρκεια ανεργίας: Έλεγχος Kruskal Wallis test

	CES-D
Kruskal-Wallis	7,044
B.E.	4
p-value	,134

Από τον έλεγχο που πραγματοποιήθηκε με το μη παραμετρικό τεστ Kruskal-Wallis, προέκυψε $p\text{-value} > 0,05$. Συνεπώς, **δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της διάρκειας ανεργίας και της Κλίμακας CES-D**, γεγονός που υποδεικνύει ότι η βαθμολόγηση της Κλίμακας CES-D **δεν επηρεάζεται από τη διάρκεια της ανεργίας.**

7.7.2.2 Σχέση μεταξύ της εξαρτημένης μεταβλητής Δείκτης IPED και της ανεξάρτητης μεταβλητής διάρκεια ανεργίας

Αρχικά ελέγχθηκε αν η ποσοτική μεταβλητή Δείκτης IPED προέρχεται από κανονική κατανομή. Από τον στατιστικό έλεγχο Shapiro-Wilk προέκυψε ότι **το p-value είναι μικρότερο του ε.σ=5%**, συνεπώς τα δεδομένα δεν προέρχονται από κανονική κατανομή και οι επιμέρους σχέσεις αυτού ελέγχθηκαν με το μη-παραμετρικό τεστ Kruskal Wallis.

ΠΙΝΑΚΑΣ 54: Σχέση μεταξύ της εξαρτημένης μεταβλητής Δείκτης IPED και της ανεξάρτητης μεταβλητής διάρκεια ανεργίας: Έλεγχος Kruskal Wallis test

	IPED
Kruskal-Wallis	10,498
B.E.	4
p-value	,033

Από τον έλεγχο που πραγματοποιήθηκε, το p-value βρέθηκε να είναι $< \varepsilon.σ=5\%$ ($p=0,033$). Συνεπώς τα διαστήματα ανεργίας διαφέρουν στατιστικά σημαντικά ως προς το δείκτη IPED, **σημειώνοντας μεγαλύτερα σκορ στον Δείκτη IPED όσο αυξάνεται το διάστημα ανεργίας.**

7.8 Συσχετίσεις Pearson (Pearson Correlation Coefficient)

7.8.1 Συσχετίσεις Pearson μεταξύ των εξαρτημένων μεταβλητών CES-D, Δείκτης IPED, Κλίμακα Εργασιακής Ανεσφάλειας και Κλίμακα Εργασιακής Ικανοποίησης στο δείγμα των εργαζομένων

ΠΙΝΑΚΑΣ 55: Συσχετίσεις (Pearson Correlation) μεταξύ των εξαρτημένων μεταβλητών στο επιλεγμένο δείγμα των εργαζομένων (n=210)

		IPED	CES-D	ΕΡΓΑΣ. ΑΝΑΣΦΑΛΕΙΑ	ΕΡΓΑΣ. ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ	ΜΚ
IPED	Pearson Corr.	1	,205**	,189**	-,203**	,104
	Σημαντικ ότητα (2- tailed)		,003	,006	,004	,132
	N	210	203	209	201	210
CES-D	Pearson Corr.	,205**	1	,113	-,145*	,712**
	Σημαντικ ότητα (2- tailed)	,003		,109	,044	,000
	N	203	203	202	194	203
ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΑΝΑΣΦΑΛΕΙΑ	Pearson Corr.	,189**	,113	1	-,101	,155*
	Σημαντικ ότητα (2- tailed)	,006	,109		,154	,025
	N	209	202	209	201	209

ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ	Pearson Corr.	-,203**	-,145*	-,101	1	-,141*
	Σημαντικ ότητα (2- tailed)	,004	,044	,154		,046
	N	201	194	201	201	201
ΜΚ	Pearson Corr.	,104	,712**	,155*	-,141*	1
	Σημαντικ ότητα (2- tailed)	,132	,000	,025	,046	
	N	210	203	209	201	210

** p< 0.01

* p< 0.05

Η σχέση των ποσοτικών εξαρτημένων μεταβλητών CES-D, Μείζων Κατάθλιψη, Δείκτης IPED, Εργασιακή Ανασφάλεια και Εργασιακή Ικανοποίηση, διερευνήθηκε με τη συσχέτιση του Pearson. Στατιστικά σημαντική σχέση βρέθηκε μεταξύ προσωπικής οικονομικής δυσχέρειας και καταθλιπτικών συμπτωμάτων ($p<0.01$), και εργασιακής ανασφάλειας ($p<0.01$), ενώ στατιστικά σημαντική αρνητική σχέση βρέθηκε μεταξύ ύπαρξης καταθλιπτικών συμπτωμάτων και εργασιακής ικανοποίησης ($p<0.05$) και μεταξύ προσωπικής οικονομικής δυσχέρειας και εργασιακής ικανοποίησης ($p<0.01$). Τέλος, όσον αφορά τη μεταβλητή Μείζων Κατάθλιψη, στατιστικά σημαντικές σχέσεις παρατηρήθηκαν με τις μεταβλητές εργασιακή ανασφάλεια και εργασιακή ικανοποίηση (στατιστικά σημαντική αρνητική σχέση).

7.8.2 Συσχετίσεις Pearson μεταξύ των εξαρτημένων μεταβλητών CES-D, MK και Δείκτη IPED στο δείγμα των ανέργων

ΠΙΝΑΚΑΣ 56: Συσχετίσεις (Pearson Correlation) μεταξύ των εξαρτημένων μεταβλητών στο δείγμα των ανέργων (n=86)

		CES-D	IPED	MK
CES-D	Pearson Corr.	1	,170	,641**
	Σημαντικότητα (2-tailed)		,125	,000
	N	83	83	83
IPED	Pearson Corr.	,170	1	,228*
	Σημαντικότητα (2-tailed)	,125		0,035
	N	83	86	86
MK	Pearson Corr.	,641**	,228*	1
	Σημαντικότητα (2-tailed)	,000	0,035	
	N	83	86	86

* p-value < 0,05

** p-value < 0,01

Όσον αφορά τη συσχέτιση των μεταβλητών CES-D και Δείκτη Οικονομικής Δυσχέρειας (IPED) για την ομάδα των ανέργων, παρατηρείται ότι ο επιμέρους συντελεστής συσχέτισης των παραπάνω ποσοτικών δεικτών είναι αρκετά μεγάλος ($p > 0,05$) κάτι το οποίο σημαίνει ότι η κάθε μία μεταβλητή δεν επηρεάζεται από την άλλη. Ωστόσο, στατιστικά σημαντική συσχέτιση ($p=0,035$) παρατηρείται μεταξύ των μεταβλητών Δείκτη IPED και Μείζονος Κατάθλιξης.

7.9 Ανάλυση των εξαρτημένων μεταβλητών με το Μοντέλο Πολλαπλής Γραμμικής Παλινδρόμησης (Multiple Linear Regression Model)

Οι εξαρτημένες μεταβλητές CES-D, Μείζων Κατάθλιψη (MK), Δείκτης IPED, Εργασιακή Ανασφάλεια και Εργασιακή Ικανοποίηση αναλύθηκαν και με το μοντέλο της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης. Ως προγνωστική ανάλυση, η πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση χρησιμοποιείται για να εξηγήσει τη σχέση μεταξύ μίας συνεχούς εξαρτώμενης μεταβλητής και δύο ή περισσότερων ανεξάρτητων μεταβλητών, εφαρμόζοντας μια γραμμική εξίσωση στα παρατηρούμενα δεδομένα. Οι ανεξάρτητες μεταβλητές μπορούν να είναι συνεχείς ή κατηγορικές.

Η τιμή R (συντελεστής πολλαπλής συσχέτισης) μας δείχνει κατά πόσο μπορεί να προβλεφθεί η εξαρτημένη μεταβλητή από τις ανεξάρτητες (the quality of prediction of the dependent variable).

Ο συντελεστής προσδιορισμού R^2 είναι ένα στατιστικό μέτρο που αντιπροσωπεύει το ποσοστό της διακύμανσης μιας εξαρτώμενης μεταβλητής που εξηγείται από μια ανεξάρτητη μεταβλητή ή μεταβλητές σε ένα μοντέλο παλινδρόμησης. Ειδικότερα, δείχνει το ποσοστό της μεταβλητότητας της εξαρτημένης μεταβλητής που μπορεί να εξηγηθεί από τις ανεξάρτητες.

Ο μερικός συντελεστής B εκφράζει το μέγεθος μεταβολής της εξαρτημένης μεταβλητής, όταν μεταβάλλεται η εκάστοτε ανεξάρτητη μεταβλητή κατά μία μονάδα, ενώ παράλληλα οι υπόλοιπες ανεξάρτητες μεταβλητές διατηρούνται σταθερές στην τιμή του μέσου όρου τους.

ΠΙΝΑΚΑΣ 57: Ανάλυση της Κλίμακας CES-D (καταθλιπτικά συμπτώματα), με το μοντέλο πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης (Multiple Linear Regression), n=210

Ανεξάρτητες Μεταβλητές	B¹	SE	Beta²	t	Σημ.
Φύλο	2,197	1,604	,100	1,370	,172
Ηλικία	,290	,846	,026	,343	,732
Οικογενειακή Κατάσταση	-1,204	,787	-,114	-1,529	,128
Εκπαιδευτικό Επίπεδο	-,291	,389	-,055	-,748	,456
ΔΓΑ	5,566	2,379	,169	2,340	,020
IPED	2,639	1,951	,105	1,352	,178
Εργασιακή Ικανοποίηση	-2,287	1,314	-,133	-1,741	,083
Εργασιακή Ανασφάλεια	,903	1,240	,055	,728	,467
Σταθερός όρος	17,318	7,191		2,408	,017
R	,327				
R ²	,107				

¹ Συντελεστής πολλαπλής εξαρτήσεως (μη τυποποιημένος)

² Συντελεστής πολλαπλής εξαρτήσεως (τυποποιημένος)

Ο συντελεστής προσδιορισμού $R^2=,107$, δείχνει ότι η μεταβλητότητα της εξαρτημένης μεταβλητής CES-D, μπορεί να εξηγηθεί κατά 10% από τις ανεξάρτητες μεταβλητές που έχουν εισαχθεί στον μοντέλο πρόβλεψης. Ο μερικός συντελεστής B των παραπάνω μεταβλητών δείχνει ότι κάθε μονάδα αύξησης στη βαθμολόγηση της Δομημένης Κλινικής Συνέντευξης (SCID-I) για τη διάγνωση Διαταραχής Γενικευμένου Άγχους και του Δείκτη IPED, συνοδεύονται από αύξηση στη βαθμολόγηση της Κλίμακας CES-D. Αντίθετα, κάθε μονάδα αύξησης στη

βαθμολόγηση της Κλίμακας Εργασιακής Ικανοποίησης, συνοδεύεται από μείωση στη βαθμολόγηση της Κλίμακας CES-D. Ωστόσο, μόνο οι αλλαγές στη μεταβλητή ΔΓΑ, συνδέονται στατιστικώς σημαντικά ($p\text{-value}=0,020$) με αλλαγές στην εξαρτημένη μεταβλητή CES-D.

ΠΙΝΑΚΑΣ 58: Ανάλυση της μεταβλητής Μείζων Κατάθλιψη, με το μοντέλο πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης (Multiple Linear Regression), n=210

Ανεξάρτητες Μεταβλητές	B ¹	SE	Beta ²	t	Σημ.
Φύλο	,208	,303	,049	,687	,493
Ηλικία	,416	,159	,193	2,608	,010
Οικογενειακή Κατάσταση	-,120	,149	-,058	-,804	,422
Εκπαιδευτικό Επίπεδο	-,096	,074	-,093	-1,311	,192
ΔΓΑ	,561	,449	,088	1,249	,213
IPED	,118	,353	,025	,336	,737
Εργασιακή Ικανοποίηση	-,587	,250	-,175	-2,344	,020
Εργασιακή Ανασφάλεια	,385	,227	,125	1,698	,091
Σταθερός όρος	1,371	1,372		,999	,319
R	,350				
R ²	,123				

¹ Συντελεστής πολλαπλής εξαρτήσεως (μη τυποποιημένος)

² Συντελεστής πολλαπλής εξαρτήσεως (τυποποιημένος)

Ο συντελεστής προσδιορισμού $R^2=,123$, δείχνει ότι η μεταβλητότητα της εξαρτημένης μεταβλητής Μείζων Κατάθλιψη, μπορεί να εξηγηθεί κατά 12% από τις ανεξάρτητες μεταβλητές που έχουν εισαχθεί στον μοντέλο πρόβλεψης. Ο μερικός συντελεστής B των παραπάνω μεταβλητών δείχνει ότι κάθε μονάδα αύξησης στη βαθμολόγηση της Δομημένης Κλινικής Συνέντευξης (SCID-I) για τη διάγνωση της Διαταραχής Γενικευμένου Άγχους, του Δείκτη IPED, της Κλίμακας Εργασιακής Ανασφάλειας, καθώς και η αύξηση της ηλικίας κατά ένα έτος, συνοδεύονται από αύξηση στη βαθμολόγηση της Κλίμακας Μείζονος Κατάθλιψης. Αντίθετα, κάθε

μονάδα αύξησης στη βαθμολόγηση της Κλίμακας Εργασιακής Ικανοποίησης, συνοδεύεται από μείωση στη βαθμολόγηση της Κλίμακας Μείζονος Κατάθλιψης. Ωστόσο, μόνο οι αλλαγές στις ανεξάρτητες μεταβλητές ηλικία και εργασιακή ικανοποίηση συνδέονται στατιστικώς σημαντικά (p-value 0,010 και 0,020 αντίστοιχα) με αλλαγές στην εξαρτημένη μεταβλητή.

ΠΙΝΑΚΑΣ 59: Ανάλυση του Δείκτη προσωπικής οικονομικής δυσχέρειας (IPED), με το μοντέλο πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης (Multiple Linear Regression), n=210

Ανεξάρτητες Μεταβλητές	B¹	SE	Beta²	t	Σημ.
Φύλο	-,230	1,000	-,016	-,230	,818
Ηλικία	1,493	,524	,206	2,848	,005
Οικογενειακή Κατάσταση	,369	,488	,054	,756	,451
Εκπαιδευτικό Επίπεδο	-,305	,241	-,088	-1,267	,207
ΜΚ	2,057	2,235	,067	,921	,359
CES-D	2,089	1,008	,148	2,072	,040
ΔΓΑ	-1,635	1,477	-,076	-1,107	,270
Εργασιακή Ικανοποίηση	-2,603	,805	-,232	-3,234	,001
Εργασιακή Ανασφάλεια	2,487	,732	,232	3,395	,001
Constant	8,350	4,477		1,865	,064
R	,456				
R ²	,208				

¹ Συντελεστής πολλαπλής εξαρτήσεως (μη τυποποιημένος)

² Συντελεστής πολλαπλής εξαρτήσεως (τυποποιημένος)

Ο συντελεστής προσδιορισμού $R^2=,208$, δείχνει ότι η μεταβλητότητα της εξαρτημένης μεταβλητής Δείκτης IPED, μπορεί να εξηγηθεί κατά 20% από τις ανεξάρτητες μεταβλητές που έχουν εισαχθεί στον μοντέλο πρόβλεψης. Ο μερικός συντελεστής Β των παραπάνω μεταβλητών δείχνει ότι κάθε μονάδα αύξησης στη βαθμολόγηση των Κλιμάκων CES-D και Εργασιακής Ανασφάλειας, καθώς και η αύξηση της ηλικίας κατά ένα έτος συνοδεύονται από αύξηση στη βαθμολόγηση του Δείκτη IPED. Αντίθετα, κάθε μονάδα αύξησης στη βαθμολόγηση της Κλίμακας Εργασιακής Ικανοποίησης συνοδεύεται από μείωση στη βαθμολόγηση του Δείκτη IPED. Οι σχέσεις αυτές είναι στατιστικά σημαντικές.

ΠΙΝΑΚΑΣ 60: Ανάλυση της Κλίμακας Εργασιακής Ανασφάλειας (ΚΕΑ), με το μοντέλο πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης (Multiple Linear Regression), n=210

Ανεξάρτητες Μεταβλητές	B¹	SE	Beta²	t	Σημ.
Φύλο	-1,691	1,007	-,125	-1,679	,095
Ηλικία	,103	,536	,015	,193	,847
Οικογενειακή Κατάσταση	-,439	,486	-,068	-,903	,368
Εκπαιδευτικό Επίπεδο	,114	,245	,035	,466	,642
ΜΚ	-2,655	2,339	-,088	-1,135	,258
IPED	3,826	1,181	,245	3,239	,001
CES-D	1,187	1,012	,090	1,173	,243
ΔΓΑ	2,437	1,469	,121	1,658	,099
Εργασιακή Ικανοποίηση	-,370	,831	-,035	-,446	,656
Σταθερός όρος	17,881	4,379		4,083	,000
R	,330				
R ²	,109				

¹ Συντελεστής πολλαπλής εξαρτήσεως (μη τυποποιημένος)

² Συντελεστής πολλαπλής εξαρτήσεως (τυποποιημένος)

Ο συντελεστής προσδιορισμού $R^2=,109$, δείχνει ότι η μεταβλητότητα της εξαρτημένης μεταβλητής ΚΕΑ, μπορεί να εξηγηθεί κατά 10% από τις ανεξάρτητες μεταβλητές που έχουν εισαχθεί στον μοντέλο πρόβλεψης. Ο μερικός συντελεστής B των παραπάνω μεταβλητών δείχνει ότι κάθε μονάδα αύξησης στη βαθμολόγηση του Δείκτη IPED, της Δομημένης Κλινικής Συνέντευξης (SCID-I) για τη διάγνωση της Διαταραχής Γενικευμένου Άγχους και της Κλίμακας CES-D, συνοδεύονται από

αύξηση στη βαθμολόγηση της ΚΕΑ. Ωστόσο, μόνο οι αλλαγές στην ανεξάρτητη μεταβλητή Δείκτης IPED συνδέονται στατιστικώς σημαντικά ($p\text{-value}=0,001$) με αλλαγές στην εξαρτημένη μεταβλητή ΚΕΑ.

ΠΙΝΑΚΑΣ 61: Ανάλυση της Κλίμακας Εργασιακής Ικανοποίησης (ΚΕΙ), με το μοντέλο πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης (Multiple Linear Regression), $n=210$

Ανεξάρτητες Μεταβλητές	B ¹	SE	Beta ²	t	Σημ.
Φύλο	-,847	1,369	-,045	-,619	,537
Ηλικία	2,347	,714	,248	3,287	,001
Οικογενειακή Κατάσταση	,229	,663	,025	,345	,730
Εκπαιδευτικό Επίπεδο	,493	,329	,107	1,495	,137
ΜΚ	-4,678	3,166	-,111	-1,478	,141
IPED	-4,413	1,628	-,202	-2,710	,007
CES-D	-1,120	1,378	-,061	-,813	,417
ΔΓΑ	-2,514	2,006	-,090	-1,253	,212
Εργασιακή Ανασφάλεια	-,865	1,056	-,061	-,819	,414
Σταθερός όρος	50,666	4,822		10,507	0,000
R	,393				
R ²	,154				

¹ Συντελεστής πολλαπλής εξαρτήσεως (μη τυποποιημένος)

² Συντελεστής πολλαπλής εξαρτήσεως (τυποποιημένος)

Ο συντελεστής προσδιορισμού $R^2=,154$, δείχνει ότι η μεταβλητότητα της εξαρτημένης μεταβλητής ΚΕΙ, μπορεί να εξηγηθεί κατά 15% από τις ανεξάρτητες μεταβλητές που έχουν εισαχθεί στον μοντέλο πρόβλεψης. Ο μερικός συντελεστής Β των παραπάνω μεταβλητών δείχνει ότι κάθε μονάδα αύξησης στη βαθμολόγηση των Κλιμάκων της Μείζονος Κατάθλιψης, του Δείκτη IPED, της Δομημένης Κλινικής Συνέντευξης (SCID-I) για τη διάγνωση της Διαταραχής Γενικευμένου Άγχους και της Κλίμακας CES-D, συνοδεύεται από μείωση στη βαθμολόγηση της ΚΕΙ. Ωστόσο, από αυτές τις ανεξάρτητες μεταβλητές, μόνο οι αλλαγές στον Δείκτη IPED συνδέονται στατιστικώς σημαντικά ($p\text{-value}=0,007$) με αλλαγές στην εξαρτημένη μεταβλητή ΚΕΙ.

7.10 Σύγκριση ψυχικής υγείας ανέργων και εργαζομένων με υψηλή προσωπική οικονομική δυσχέρεια

ΠΙΝΑΚΑΣ 62: Επικράτηση Μείζονος Κατάθλιψης (ΜΚ) στους εργαζομένους και στους ανέργους με υψηλή οικονομική δυσχέρεια

		ΧΑΜΗΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΔΥΣΧΕΡΕΙΑ		ΥΨΗΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΔΥΣΧΕΡΕΙΑ		Χ ²	B.E.	Σημ.*
		N	Ποσοστό επί τοις %	N	Ποσοστό επί τοις %			
ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΙ	ΥΠΑΡΞΗ ΜΚ	5	3,3	4	6,9	1,307	1	0,446
	ΜΗ ΥΠΑΡΞΗ ΜΚ	146	96,7	54	93,1			
ΑΝΕΡΓΟΙ	ΥΠΑΡΞΗ ΜΚ	5	7,5	3	15,8	1,216	1	0,512
	ΜΗ ΥΠΑΡΞΗ ΜΚ	62	92,5	16	84,2			

*Δοκιμασία Χ² με Yates correction

ΠΙΝΑΚΑΣ 63: Επικράτηση Διαταραχής Γενικευμένου Άγχους (ΔΓΑ) στους εργαζομένους και στους ανέργους με υψηλή οικονομική δυσχέρεια

		ΧΑΜΗΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΔΥΣΧΕΡΕΙΑ		ΥΨΗΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΔΥΣΧΕΡΕΙΑ		Χ ²	B.E.	Σημ.*
		N	Ποσοστό επί τοις %	N	Ποσοστό επί τοις %			
ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΙ	ΥΠΑΡΞΗ ΔΓΑ	18	11,9	7	12,1	0,001	1	1,000
	ΜΗ ΥΠΑΡΞΗ ΔΓΑ	133	88,1	51	87,9			
ΑΝΕΡΓΟΙ	ΥΠΑΡΞΗ ΔΓΑ	7	10,4	2	10,5	0,000	1	1,000
	ΜΗ ΥΠΑΡΞΗ ΔΓΑ	60	89,6	17	89,5			

*Δοκιμασία Χ² με Yates correction

Στους παραπάνω πίνακες παρουσιάζονται τα ποσοστά Μείζονος Κατάθλιψης και Διαταραχής Γενικευμένου Άγχους στο δείγμα των εργαζομένων και των ανέργων. Οι εργαζόμενοι που αντιμετωπίζουν υψηλή οικονομική δυσχέρεια βρέθηκε να εμφανίζουν μεγαλύτερα ποσοστά ΜΚ συγκρινόμενοι με του εργαζόμενους με χαμηλή οικονομική δυσχέρεια (6,9% έναντι 3,3%). Επιπλέον, στην ομάδα των ανέργων με υψηλή οικονομική δυσχέρεια, η διάγνωση της ΜΚ τέθηκε σε ποσοστό 15,8%, ποσοστό σχεδόν διπλάσιο από αυτό που βρέθηκε στην ομάδα των ανέργων με χαμηλή οικονομική δυσχέρεια (7,5%).

Αντίθετα, το ποσοστό στο οποίο τέθηκε η διάγνωση της Διαταραχής Γενικευμένου Άγχους βρέθηκε να είναι το ίδιο και στις δύο κατηγορίες ανέργων (με

χαμηλή ή υψηλή οικονομική δυσχέρεια) (10,5%). Παρόλα αυτά, τα ποσοστά επικράτησης της Διαταραχής Γενικευμένου Άγχους βρέθηκαν να είναι μεγαλύτερα τόσο στην ομάδα των εργαζομένων με υψηλή οικονομική δυσχέρεια (12,1%), όσο και στην ομάδα των εργαζομένων με χαμηλή οικονομική δυσχέρεια (11,9%), σε σχέση με αυτά της ομάδας των ανέργων με υψηλή οικονομική δυσχέρεια.

Από τα ευρήματα αυτά προκύπτει ότι η μεταβλητή προσωπική οικονομική δυσχέρεια (Δείκτης IPED), επηρεάζει την ψυχική υγεία των εργαζομένων και των ανέργων, κυρίως όσον αφορά την επικράτηση Μείζονος Κατάθλιψης, παρά τη διάγνωση της Διαταραχής Γενικευμένου Άγχους.

7.11 Σύγκριση ψυχικής υγείας ανέργων και εργαζομένων με υψηλή εργασιακή ανασφάλεια και χαμηλή εργασιακή ικανοποίηση

Προκειμένου να απαντηθεί η τέταρτη ερευνητική υπόθεση της παρούσας έρευνας, πραγματοποιήθηκε η σύγκριση της ψυχικής υγείας (καταθλιπτική συμπτωματολογία, Μείζων Κατάθλιψη και Διαταραχή Γενικευμένου Άγχους) των ανέργων, με αυτή των εργαζομένων που παρουσίαζαν εργασιακή ανασφάλεια (μέτρια και υψηλή) και χαμηλή εργασιακή ικανοποίηση.

ΠΙΝΑΚΑΣ 64: Επικράτηση καταθλιπτικών συμπτωμάτων, Μείζονος Κατάθλιψης (ΜΚ) και Διαταραχής Γενικευμένου Άγχους (ΔΓΑ) στους εργαζομένους με υψηλή εργασιακή ανασφάλεια και χαμηλή εργασιακή ικανοποίηση και στους ανέργους

			ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ ΕΡΓΑΣΙΑΚΑ ΑΝΑΣΦΑΛΕΙΣ	ΛΙΓΟΤΕΡΟ ΕΡΓΑΣΙΑΚΑ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕ ΝΟΙ	ΣΥΝΟΛΟ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝ ΩΝ	ΑΝΕΡΓΟΙ
ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟ ΓΙΑ	n	31	4	84	68
		Ποσοστό επί τοις %	49,2%	36,4%	41,6%	81,9%
	ΜΕΙΖΩΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	n	3	1	9	8
		Ποσοστό επί τοις %	4,5%	9,1%	4,3%	9,3%
	ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΓΕΝΙΚΕΥΜΕΝΟΥ ΑΓΧΟΥΣ	n	11	1	25	9
		Ποσοστό επί τοις %	16,4%	9,1%	11,9%	10,5%

Από τον παραπάνω πίνακα προκύπτουν τα εξής συμπεράσματα:

- 1) Οι άνεργοι εμφανίζουν σταθερά μεγαλύτερα ποσοστά καταθλιπτικών συμπτωμάτων και Μείζονος Κατάθλιψης σε σχέση με τους εργαζομένους, αλλά όχι Διαταραχής Γενικευμένου Άγχους.
- 2) Οι εργαζόμενοι με μέτρια και υψηλή εργασιακή ανασφάλεια εμφανίζουν αυξημένα ποσοστά καταθλιπτικών συμπτωμάτων (49,2%), έναντι του συνόλου των εργαζομένων (41,6%).
- 3) Ο αριθμός των ατόμων με χαμηλή εργασιακή ικανοποίηση που παρουσιάζουν καταθλιπτικά συμπτώματα, Μείζονα Κατάθλιψη και Διαταραχή Γενικευμένου Άγχους βρέθηκε να είναι αρκετά μικρός στην παρούσα έρευνα. Αυτό, ενδεχομένως οδηγεί στο συμπέρασμα ότι τα επίπεδα εργασιακής ικανοποίησης δεν αποτελούν ισχυρό παράγοντα επίδρασης στην ψυχική υγεία των εργαζομένων. Ωστόσο, οι εργαζόμενοι με χαμηλή εργασιακή ικανοποίηση, εμφανίζουν αυξημένα ποσοστά Μείζονος Κατάθλιψης (9,1% έναντι 4,3% στο σύνολο των εργαζομένων), τα οποία προσεγγίζουν σε πολύ μεγάλο βαθμό τα αντίστοιχα ποσοστά για την ομάδα των ανέργων. **Φαίνεται συνεπώς, ότι τα άτομα που βρίσκουν την ικανοποίηση από την εργασία τους χαμηλή, έχουν τις ίδιες πιθανότητες με την ομάδα των ανέργων να εμφανίσουν ΜΚ.**
- 4) Τέλος, οι εργαζόμενοι με μέτρια και υψηλή εργασιακή ανασφάλεια εμφανίζουν αυξημένα ποσοστά Διαταραχής Γενικευμένου Άγχους (16,4% έναντι του 11,9% στο σύνολο των εργαζομένων), πολύ μεγαλύτερα από τα αντίστοιχα ποσοστά της ομάδας των ανέργων (10,5%). **Συνεπώς, τα άτομα που βιώνουν υψηλή εργασιακή ανασφάλεια, διατρέχουν πολύ μεγαλύτερο κίνδυνο να εμφανίσουν ΔΓΑ, ακόμα και σε σχέση με τα άτομα που βρίσκονται σε κατάσταση ανεργίας.**

ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ανακεφαλαιώνοντας, τα γενικότερα συμπεράσματα που προκύπτουν από τα ευρήματα της έρευνας είναι τα εξής:

1. Το **δείγμα της έρευνας**, το οποίο αποτελείται από εργαζόμενους και ανέργους, μπορεί να θεωρηθεί ως αντιπροσωπευτικό του πληθυσμού, ως προς το φύλο, την ηλικία και τη θέση στο επάγγελμα, εφόσον η επιλογή του βασίστηκε στα στοιχεία που διαθέτει η Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛΣΤΑΤ, 2017). Η ανεύρεση του δείγματος των εργαζομένων πραγματοποιήθηκε σε τυχαία επιλεγμένους επαγγελματικούς χώρους, φορείς, επιχειρήσεις, που εδρεύουν στην Περιφέρεια Αττικής, ενώ όσον αφορά το δείγμα των ανέργων πραγματοποιήθηκαν επισκέψεις επίσης σε τυχαία επιλεγμένα Γραφεία του Οργανισμού Απασχόλησης Εργατικού Δυναμικού (Ο.Α.Ε.Δ.).

Όσον αφορά τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος των εργαζομένων, το 52,9% ήταν άνδρες και το 47,1% γυναίκες, ενώ το δείγμα αποτελούνταν από άτομα ηλικίας 18-66 ετών, κυρίως άγαμους (41,6%) και έγγαμους (38,3%). Ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο των εργαζομένων, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων είχε υψηλό εκπαιδευτικό επίπεδο, αφού το 36,2% ήταν απόφοιτοι ΑΕΙ-ΤΕΙ το 26,7% κάτοχοι μεταπτυχιακού, ενώ μόλις το 3,9% είχε ολοκληρώσει έως 6 ή 7-9 χρόνια εκπαίδευσης.

Αντίστοιχα, το 41,9% των ανέργων ήταν άνδρες και το 58,1% γυναίκες, ενώ ως προς την οικογενειακή κατάσταση το 72,1% ήταν άγαμοι και μόλις το 14% έγγαμοι. Το εκπαιδευτικό επίπεδο των ανέργων βρέθηκε να είναι χαμηλότερο συγκριτικά με το αντίστοιχο εκπαιδευτικό επίπεδο των εργαζομένων του δείγματος, ενώ τα ποσοστά των αποφοίτων ΑΕΙ-ΤΕΙ και κατόχων μεταπτυχιακών ήταν 22,1% και 16,3% αντίστοιχα.

Όσον αφορά την εργασιακή κατάσταση των συμμετεχόντων, το 70,9% ήταν εργαζόμενοι και το 29,1% άνεργοι. Το δείγμα επιλέχθηκε βάσει των αντίστοιχων ποσοστών της ΕΛΣΤΑΤ ως προς τη θέση στο επάγγελμα και διαμορφώθηκε ως εξής: 58,1% ιδιωτικοί υπάλληλοι, 21,9% δημόσιοι υπάλληλοι, 16,7% ελεύθεροι

επαγγελματίες και 3,3% ιδιοκτήτες επιχείρησης. Από τους εργαζομένους με σχέση εξαρτημένης εργασίας το 61,9 % των εργαζομένων είχε υπογράψει σύμβαση εργασίας αορίστου χρόνου, το 7,7% σύμβαση εργασίας ορισμένου χρόνου πλήρους απασχόλησης, το 6,1% σύμβαση εργασίας ορισμένου χρόνου μερικής απασχόλησης, το 5% σύμβαση ωρομίσθιας εργασίας και το 4,4% σύμβαση έργου. Ωστόσο, το 14,9% δεν είχε υπογράψει κανενός είδους σύμβαση.

Από το σύνολο των ανέργων (n=86), το 54,1% ήταν εγγεγραμμένοι στον ΟΑΕΔ, το 34,1% μη εγγεγραμμένοι, το 9,4% λάμβαναν επίδομα ανεργίας και το 2,4% συμμετείχαν σε πρόγραμμα κατάρτισης του ΟΑΕΔ. Σχετικά με τη διάρκεια ανεργίας το μεγαλύτερο ποσοστό (58,8%) ήταν άνεργοι έως 12 μήνες, συνεπώς δεν εντασσόταν στην κατηγορία των μακροχρόνια ανέργων. Το 54,8% επιθυμούσε να απασχοληθεί σε εργασία πλήρους απασχόλησης, το 15,5% σε εργασία μερικής απασχόλησης, ενώ το 29,8% δεν επιθυμούσε να απασχοληθεί τη στιγμή που συμμετείχε στην έρευνα.

2. Η παρουσίαση καταθλιπτικών συμπτωμάτων και Μείζονος Κατάθλιψης, μετρήθηκε με την **Κλίμακα CES-D**, η οποία περιλαμβάνει 20 ερωτήσεις που αφορούν σε καταθλιπτικά συμπτώματα. Η συνολική βαθμολογία κυμαίνεται από το 0 (απουσία θετικών συμπτωμάτων) μέχρι το 60. Διαχωριστικό σημείο της φυσιολογικής κατάστασης από την ψυχοπαθολογική κατάσταση καταθλιπτικότητας είναι το 16.

Για τις ανάγκες της παρούσας μελέτης και για τη διάγνωση Μείζονος Κατάθλιψης 8 ερωτήσεις προσαρμόστηκαν σε αυτές της Δομημένης Κλινικής Συνέντευξης SCID-I, ενώ έγινε η προσθήκη μίας επιπλέον ερώτησης. Η διάγνωση προκύπτει βάσει των διαγνωστικών κριτηρίων του DSM-IV, ενώ η συνολική βαθμολογία που αφορά στη διάγνωση της Μείζονος Κατάθλιψης κυμαίνεται από 15 έως 27.

Από την επεξεργασία των δεδομένων, προέκυψε ότι το 41,6% των εργαζομένων εμφάνιζε ικανά συμπτώματα που υποδηλώνουν κατάθλιψη, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τους άνεργους ήταν σχεδόν διπλάσιο, 81,9%. Το ποσοστό αυτό υποδηλώνει τη σημαντική επίδραση που έχει η μεταβλητή ανεργία στην εμφάνιση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Η σταθερή σχέση της ανεργίας με την επικράτηση των κοινών ψυχικών διαταραχών, έχει επιβεβαιωθεί και από έρευνα των Weich &

Lewis (1998). Επιπλέον, τα αποτελέσματα πρόσφατης μελέτης έδειξαν ότι μόνο το 5,7% των ανέργων δεν είχε καταθλιπτικά συμπτώματα (Navarro-Abal et al., 2018).

Για την παρουσίαση των δεδομένων που αφορούν τη σχέση των ανεξάρτητων μεταβλητών με την εξαρτημένη μεταβλητή CES-D δημιουργήθηκαν πίνακες διπλής εισόδου (cross-tabulation tables). Από τη διασταύρωση των ανωτέρω μεταβλητών προέκυψε ότι αναφορικά με το δείγμα των εργαζομένων, οι γυναίκες, τα άτομα ηλικίας 55-66, οι διαζευγμένοι, τα άτομα που είχαν ολοκληρώσει έως 6 χρόνια εκπαίδευσης, τα άτομα με ετήσιο οικογενειακό εισόδημα έως 3.600 €, οι ιδιωτικοί υπάλληλοι και τα άτομα με σύμβαση εργασίας ορισμένου χρόνου πλήρους απασχόλησης, αποτελούν τις κατηγορίες των εργαζομένων που εμφανίζουν καταθλιπτική συμπτωματολογία σε μεγαλύτερο ποσοστό.

Επιπλέον, η σχέση μεταξύ της εξαρτημένης μεταβλητής CES-D και των ανεξάρτητων **θέση στο επάγγελμα** (δημόσιοι υπάλληλοι, ιδιωτικοί υπάλληλοι, ελεύθεροι επαγγελματίες και ιδιοκτήτες επιχείρησης) και **είδος σύμβασης**, διερευνήθηκε με τη χρήση του μη παραμετρικού ελέγχου Kruskal-Wallis και βρέθηκε ότι η μεταβλητή θέση στο επάγγελμα, αλλά όχι η μεταβλητή είδος σύμβασης, επηρεάζει τη βαθμολόγηση της Κλίμακας CES-D. Το 45,6% των ιδιωτικών υπαλλήλων βρέθηκε να παρουσιάζει καταθλιπτικά συμπτώματα, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τους ελεύθερους επαγγελματίες ήταν 31,4%.

Όσον αφορά το δείγμα των ανέργων, οι άνδρες, τα άτομα ηλικίας 45-66, οι έγγαμοι και οι διαζευγμένοι και τα άτομα με 49 μήνες ανεργίας και πάνω, αποτελούν τις κατηγορίες που εμφανίζουν καταθλιπτική συμπτωματολογία σε μεγαλύτερο ποσοστό. Σε συμφωνία με τα ευρήματα της παρούσας έρευνας, από άλλες έρευνες έχει επίσης επιβεβαιωθεί η εμφάνιση σημαντικά υψηλότερων επιπέδων ψυχολογικών διαταραχών στα άνεργα άτομα μέσης ηλικίας (Broomhall & Winefield, 1990), καθώς και η αρνητική επίδραση του γάμου και των οικογενειακών υποχρεώσεων στην ψυχική υγεία των ανέργων (Artazcoz et al, 2004).

Η διερεύνηση της συσχέτισης της ανεξάρτητης μεταβλητής **διάρκεια ανεργίας** με την εξαρτημένη CES-D, πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του μη παραμετρικού ελέγχου Kruskal-Wallis. Ωστόσο, το p-value βρέθηκε να είναι μεγαλύτερο του 0,05 και συνεπώς δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της διάρκειας ανεργίας

και της παρουσίας καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Το εύρημα αυτό έρχεται σε συμφωνία με τα αποτελέσματα μελέτης των Artazcoz et al. (2004).

Επίσης, από την επεξεργασία των δεδομένων προέκυψε ότι το 4,3% των εργαζομένων και το 9,3% των ανέργων πληρούσε τα κριτήρια για τη διάγνωση Μείζονος Κατάθλιψης. Από τη δημιουργία πινάκων διπλής εισόδου, βρέθηκε ότι οι γυναίκες, τα άτομα ηλικίας 55-66, οι διαζευγμένοι και τα άτομα που είχαν ολοκληρώσει έως 6 χρόνια εκπαίδευσης, αποτελούν τις κατηγορίες που εμφανίζουν Μείζονα Κατάθλιψη σε μεγαλύτερο ποσοστό. Στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις βρέθηκαν μεταξύ της Μείζονος Κατάθλιψης (MK) και των ανεξάρτητων μεταβλητών **ηλικία και οικογενειακή κατάσταση**, στο δείγμα των εργαζομένων.

Η σχέση της εξαρτημένης ποιοτικής μεταβλητής MK, με τις ανεξάρτητες **θέση στο επάγγελμα και είδος σύμβασης**, διερευνήθηκε με τη δοκιμασία χ^2 (Chi-Square Tests) και βρέθηκε ότι το 6,5% των δημοσίων υπαλλήλων και το 11,1% των ατόμων που είχαν υπογράψει σύμβαση ωρομίσθιας εργασίας παρουσίαζαν ικανά συμπτώματα για τη διάγνωση της MK. Ωστόσο, δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των μεταβλητών αυτών.

Όσον αφορά το δείγμα των ανέργων, οι γυναίκες, τα άτομα ηλικίας 25-34, οι έγγαμοι, τα άτομα που είχαν ολοκληρώσει έως 6 χρόνια εκπαίδευσης, τα άτομα με εισόδημα 21.601 € - 27.600 € και τα άτομα με 7-12 μήνες ανεργίας, αποτελούν τις κατηγορίες που εμφανίζουν Μείζονα Κατάθλιψη σε μεγαλύτερο ποσοστό. Καμία στατιστικά σημαντική σχέση δεν παρατηρήθηκε μεταξύ της Μείζονος Κατάθλιψης (MK) και των ανεξάρτητων μεταβλητών.

Τα ευρήματα αυτά έρχονται σε συμφωνία με τα αποτελέσματα έρευνας των Mihai et al. (2004) που μελέτησε τις διαφορές στα ποσοστά κατάθλιψης μεταξύ των εργαζόμενων και των ανέργων ατόμων κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης 2009-2010 στη Ρουμανία και κατέδειξε ότι τα ποσοστά κατάθλιψης τόσο στην ομάδα των εργαζομένων, όσο και στην ομάδα των ανέργων, βρέθηκαν να είναι μεγαλύτερα στις γυναίκες, στους διαζευγμένους, στα άτομα με χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης και στα άτομα ηλικίας 51-55 ετών. Παρόλα αυτά, στην παρούσα έρευνα φαίνεται ότι η μεταβλητή ανεργία επηρεάζει σε μεγαλύτερο βαθμό τα άτομα ηλικίας 25-34 στην εκδήλωση Μείζονος Κατάθλιψης, εύρημα που μπορεί να αιτιολογηθεί από το γεγονός

ότι το συγκεκριμένο ηλικιακό εύρος έχει τα υψηλότερα καταγεγραμμένα ποσοστά ανεργίας στη χώρα.

Από τη διερεύνηση της συσχέτισης της ανεξάρτητης μεταβλητής **διάρκεια ανεργίας** με την εξαρτημένη ΜΚ, τα άτομα που κατά τη διάρκεια της έρευνας ήταν άνεργα από 7 έως 12 μήνες και από 49 μήνες και πάνω, εμφάνιζαν ΜΚ σε μεγαλύτερα ποσοστά, 11,8% και 11,1% αντίστοιχα. Η σχέση των μεταβλητών ΜΚ και διάρκειας ανεργίας όμως, δεν βρέθηκε να είναι στατιστικά σημαντική. Έρευνα των Mihai et al. (2004), ωστόσο, επισήμανε ότι η έκθεση σε ανεργία μικρής διάρκειας δεν βρέθηκε να συνδέεται με αλλαγές στα ποσοστά της κατάθλιψης, ενώ γενικά το καθεστώς ανεργίας βρέθηκε να αυξάνει το ποσοστό κατάθλιψης κυρίως στις εύάλωτες ομάδες, όπως οι μονογονεϊκές οικογένειες ή οι διαζευγμένες γυναίκες.

3. Η διάγνωση της Διαταραχής Γενικευμένου Άγχους (ΔΓΑ) πραγματοποιήθηκε με τη χρήση της **Δομημένης Κλινικής Συνέντευξης SCID-I** βάσει των διαγνωστικών κριτηρίων του DSM-IV. Οι απαντήσεις σε αυτήν αξιολογήθηκαν από ειδικά εκπαιδευμένους επαγγελματίες υγείας. Όσον αφορά τη Δομημένη Κλινική Συνέντευξη SCID-I, το 88,1% των εργαζομένων και το 89,5% των ανέργων του δείγματος δεν παρουσίασε ικανά συμπτώματα για τη διάγνωση της Διαταραχής Γενικευμένου Άγχους (ΔΓΑ). Αντίστοιχα, η διάγνωση της ΔΓΑ ανιχνεύθηκε στο 11,9% των εργαζομένων και σε μικρότερο ποσοστό στους ανέργους (10,5%).

Από τη δημιουργία πινάκων διπλής εισόδου για το δείγμα των εργαζομένων προέκυψε ότι οι γυναίκες, τα άτομα ηλικίας 18-24, οι διαζευγμένοι, τα άτομα που είχαν ολοκληρώσει έως 6 χρόνια εκπαίδευσης, τα άτομα με ετήσιο οικογενειακό εισόδημα 12.001-14.640 €, οι δημόσιοι υπάλληλοι και τα άτομα με σύμβαση εργασίας ορισμένου χρόνου μερικής απασχόλησης, αποτελούν κατηγορίες στις οποίες η διάγνωση της Διαταραχής Γενικευμένου Άγχους, ανιχνεύθηκε σε μεγαλύτερο ποσοστό.

Η σχέση της εξαρτημένης ποιοτικής μεταβλητής ΔΓΑ, με τις ανεξάρτητες **θέση στο επάγγελμα** και **είδος σύμβασης**, διερευνήθηκε με τη δοκιμασία X^2 (Chi-Square Tests). Ωστόσο, δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ ΔΓΑ και θέσης στο επάγγελμα ($p\text{-value}>0,05$), ενώ μεταξύ ΔΓΑ και είδους σύμβασης παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ($p\text{-value}=0,047$) ανάμεσα στις

μέσες τιμές της βαθμολόγησης της Δομημένης Κλινικής Συνέντευξης SCID-I. Το 45,5% των ατόμων που κατά τη διάρκεια της έρευνας είχαν συνάψει σύμβαση εργασίας ορισμένου χρόνου μερικής απασχόλησης βρέθηκε να πληροί τα κριτήρια για τη διάγνωση της ΔΓΑ, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τα άτομα που είχαν συνάψει σύμβαση έργου ήταν 0%.

Αντίστοιχα, όσον αφορά την κατηγορία των ανέργων, οι άνδρες, τα άτομα ηλικίας 55-66, οι έγγαμοι, τα άτομα που είχαν ολοκληρώσει 7-9 χρόνια εκπαίδευσης και τα άτομα με 13-48 μήνες ανεργίας, αποτελούν τις κατηγορίες στις οποίες η διάγνωση της Διαταραχής Γενικευμένου Άγχους, ανιχνεύθηκε σε μεγαλύτερο ποσοστό.

Από τη διερεύνηση της συσχέτισης της ανεξάρτητης μεταβλητής **διάρκεια ανεργίας** με την εξαρτημένη ΔΓΑ, το p-value βρέθηκε να είναι μεγαλύτερο της τιμής 0,05 και συνεπώς δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ αυτών των δύο μεταβλητών.

4. Η διερεύνηση της οικονομικής δυσχέρειας πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του **Δείκτη Προσωπικής Οικονομικής Δυσχέρειας (IPED)**, ο οποίος περιλαμβάνει οκτώ ερωτήσεις που αποτυπώνουν τη δυσκολία των συμμετεχόντων να εκπληρώσουν τις ημερήσιες οικονομικές απαιτήσεις του νοικοκυριού τους κατά τη διάρκεια των τελευταίων έξι μηνών. Η συνολική βαθμολογία κυμαίνεται από το 8 “χωρίς οικονομικά προβλήματα” μέχρι το 24 “σοβαρά οικονομικά προβλήματα”, ενώ η τιμή "15" θεωρήθηκε ως το διαχωριστικό σημείο το οποίο δηλώνει ότι οι συμμετέχοντες που η βαθμολόγησή τους είναι πάνω από την τιμή αυτή βρίσκονται σε υψηλή οικονομική δυσχέρεια. Η κλίμακα εμφανίζει καλή εσωτερική συνοχή (Cronbach's $\alpha=0.93$).

Υψηλή οικονομική δυσχέρεια βρέθηκε στο 27,8% των εργαζομένων, ενώ παραδόξως για τους ανέργους το αντίστοιχο ποσοστό ήταν 22,1%. Οι γυναίκες, τα άτομα ηλικίας 45-54, οι διαζευγμένοι, τα άτομα που είχαν ολοκληρώσει 7-9 χρόνια εκπαίδευσης, αυτά με ετήσιο οικογενειακό εισόδημα 14.641-18.000€, οι ιδιοκτήτες επιχείρησης και τα άτομα με σύμβαση ωρομίσθιας εργασίας, αποτελούν τις κατηγορίες των εργαζομένων που παρουσιάζουν υψηλή προσωπική οικονομική δυσχέρεια σε μεγαλύτερο ποσοστό.

Για τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της εξαρτημένης μεταβλητής προσωπική οικονομική δυσχέρεια και των ανεξάρτητων **θέση στο επάγγελμα** και **είδος σύμβασης**, πραγματοποιήθηκε στατιστική ανάλυση με τη χρήση του μη παραμετρικού ελέγχου Kruskal-Wallis και βρέθηκε ότι οι μεταβλητές αυτές δεν σχετίζονται και κατά συνέπεια δεν επηρεάζουν τον Δείκτη IPED.

Όσον αφορά τους άνεργους, οι γυναίκες, τα άτομα ηλικίας 45-54, οι διαζευγμένοι, τα άτομα που είχαν ολοκληρώσει 7-9 χρόνια εκπαίδευσης, τα άτομα με ετήσιο οικογενειακό εισόδημα 18.001-21.600 € και τα άτομα με 13-24 μήνες ανεργίας, αποτελούν τις κατηγορίες που αντιμετωπίζουν υψηλή προσωπική οικονομική δυσχέρεια. Η σχέση μεταξύ **διάρκειας ανεργίας** και προσωπικής οικονομικής δυσχέρειας διερευνήθηκε με τη χρήση του μη παραμετρικού ελέγχου Kruskal-Wallis και βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση ($p\text{-value}<0,05$). Συνεπώς, τα επιμέρους διαστήματα ανεργίας διαφέρουν στατιστικά σημαντικά ως προς το Δείκτη IPED, σημειώνοντας μεγαλύτερα σκορ όσο αυξάνεται το διάστημα ανεργίας.

5. Η εργασιακή ικανοποίηση μετρήθηκε με την αντίστοιχη **Κλίμακα Εργασιακής Ικανοποίησης (KEI)** η οποία αποτελείται από 22 ερωτήσεις και κατασκευάστηκε για τις ανάγκες της παρούσας έρευνας. Ο τύπος των απαντήσεων κυμαίνεται από 0-3, ενώ η συνολική βαθμολογία κυμαίνεται από το 22 (απουσία εργασιακής ικανοποίησης) έως και το 66 (υψηλή εργασιακή ικανοποίηση). Η στάθμισή της πραγματοποιήθηκε με την εφαρμογή της μεθόδου εσωτερικής συνοχής (internal consistency) και την παραγωγή των συντελεστών Cronbach's α και παρουσίασε καλή εσωτερική συνοχή (Cronbach's $\alpha=0,837$). Η συντριπτική πλειοψηφία των εργαζομένων παρουσίασε υψηλή (55,5%) και μέτρια εργασιακή ικανοποίηση (39,5%).

Από τους πίνακες διπλής εισόδου, προέκυψε ότι οι γυναίκες, τα άτομα ηλικίας 25-34, τα άτομα που βρίσκονται σε συμβίωση, οι φοιτητές/ φοιτήτριες, τα άτομα με ετήσιο οικογενειακό εισόδημα 3.601-7.560 €, οι ιδιωτικοί υπάλληλοι και τα άτομα που εργάζονται με σύμβαση ωρομίσθιας εργασίας, αποτελούν τις κατηγορίες που εμφανίζουν χαμηλή εργασιακή ικανοποίηση σε μεγαλύτερο ποσοστό.

Για τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της εξαρτημένης μεταβλητής **εργασιακή ικανοποίηση** και των ανεξάρτητων **θέση στο επάγγελμα** και **είδος σύμβασης**,

πραγματοποιήθηκε στατιστική ανάλυση με τη χρήση μη παραμετρικού ελέγχου Kruskal-Wallis και βρέθηκε ότι η μεταβλητή θέση στο επάγγελμα, αλλά όχι η μεταβλητή είδος σύμβασης, διαφέρει στατιστικά σημαντικά ($p\text{-value}<0,05$) ως προς την εργασιακή ικανοποίηση. Συνεπώς το επάγγελμα επηρεάζει σημαντικά τη βαθμολόγηση στην Κλίμακα Εργασιακής Ικανοποίησης. Περισσότερο εργασιακά ικανοποιημένοι εμφανίζονται οι ιδιοκτήτες επιχείρησης με ποσοστό 80%, ενώ χαμηλότερες βαθμολογήσεις στην Κλίμακα Εργασιακής Ικανοποίησης προκύπτουν από τους ιδιωτικούς υπάλληλους με ποσοστό 8,5%.

6. Η εργασιακή ανασφάλεια μετρήθηκε με την αντίστοιχη **Κλίμακα Εργασιακής Ανασφάλειας (ΚΕΑ)** η οποία αποτελείται από 15 ερωτήσεις και κατασκευάστηκε για τις ανάγκες της παρούσας έρευνας. Ο τύπος των απαντήσεων κυμαίνεται από 0-3, ενώ η συνολική βαθμολογία κυμαίνεται από το 15 (απουσία εργασιακής ανασφάλειας) έως και το 45 (υψηλή εργασιακή ανασφάλεια). Η στάθμισή της πραγματοποιήθηκε με την εφαρμογή της μεθόδου εσωτερικής συνοχής (internal consistency) και την παραγωγή των συντελεστών Cronbach's α και παρουσίασε καλή εσωτερική συνοχή (Cronbach's $\alpha=0,833$). Τα επίπεδα εργασιακής ανασφάλειας στους εργαζομένους βρέθηκαν να είναι χαμηλά (57,9%) και μέτρια (30,1%), ενώ ένα μικρό ποσοστό (1,9%) παρουσίασε υψηλά επίπεδα εργασιακής ανασφάλειας.

Από τη διασταύρωση της εξαρτημένης μεταβλητής εργασιακή ανασφάλεια με τις ανεξάρτητες φύλο, ηλικία, οικογενειακό και εκπαιδευτικό επίπεδο, εισόδημα, θέση στο επάγγελμα και είδος εργασιακής σύμβασης, προέκυψε ότι οι γυναίκες, τα άτομα ηλικίας 45-54, οι έγγαμοι, οι απόφοιτοι λυκείου, τα άτομα με ετήσιο οικογενειακό εισόδημα 18.001-21.600 €, οι ελεύθεροι επαγγελματίες και τα άτομα που εργάζονται χωρίς να έχουν υπογράψει κάποιου είδους σύμβασης, αποτελούν τις κατηγορίες που αντιμετωπίζουν υψηλή εργασιακή ανασφάλεια σε μεγαλύτερο ποσοστό.

Περαιτέρω ανάλυση πραγματοποιήθηκε για τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της εξαρτημένης μεταβλητής **εργασιακή ανασφάλεια** και των ανεξάρτητων **θέση στο επάγγελμα** και **είδος σύμβασης**. Από τον παραμετρικό έλεγχο της Μονόδρομης Ανάλυσης μεταβλητότητας (One-Way Anova) δεν προέκυψαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ($p\text{-value}>0,05$) ανάμεσα στις μέσες τιμές των σκορ της Κλίμακας Εργασιακής Ανασφάλειας βάσει της θέσης στο επάγγελμα, αλλά ούτε και βάσει της εργασιακής σύμβασης. Συνεπώς καμία από τις δύο προαναφερθείσες ανεξάρτητες

μεταβλητές δεν βρέθηκε να αποτελεί πηγή μεταβλητότητας της εξαρτημένης μεταβλητής εργασιακή ανασφάλεια.

7. Τα δεδομένα που προέκυψαν από τη βαθμολόγηση στις **εξαρτημένες μεταβλητές**, CES-D, Μείζων Κατάθλιψη, Διαταραχή Γενικευμένου Άγχους, Δείκτης IPED, Κλίμακα Εργασιακής Ανασφάλειας και Κλίμακα Εργασιακής Ικανοποίησης, εισήχθησαν σε πίνακες διπλής εισόδου και από τη διασταύρωση των ανωτέρω μεταβλητών προέκυψε ότι τα άτομα με υψηλή προσωπική οικονομική δυσχέρεια, με υψηλή εργασιακή ανασφάλεια και με τη διάγνωση της Διαταραχής Γενικευμένου Άγχους, εμφανίζουν καταθλιπτική συμπτωματολογία σε ποσοστό 58%, 66,7% και 62,5% αντίστοιχα.

Όσον αφορά τη διασταύρωση της μεταβλητής MK με τις υπόλοιπες εξαρτημένες μεταβλητές, τα άτομα με υψηλή οικονομική δυσχέρεια, με χαμηλή εργασιακή ικανοποίηση και με τη διάγνωση της Διαταραχής Γενικευμένου Άγχους εμφανίζουν ικανά συμπτώματα για τη διάγνωση Μείζονος Κατάθλιψης σε ποσοστό 6,9%, 9,1% και 12% αντίστοιχα.

Αντίστοιχα, η διάγνωση της Διαταραχής Γενικευμένου Άγχους (ΔΓΑ) στα άτομα με υψηλή εργασιακή ανασφάλεια, με υψηλή προσωπική οικονομική δυσχέρεια και με καταθλιπτική συμπτωματολογία τέθηκε σε ποσοστό 75%, 12,1% και 17,9% αντίστοιχα.

Ο μεγαλύτερος κίνδυνος εμφάνισης κατάθλιψης και άγχους στα άτομα με ανασφαλείς θέσεις εργασίας έχει επισημανθεί και από άλλες έρευνες (D'Souza et al., 2006; Meltzer et al., 2010; Nella et al., 2015; Niedhammer et al., 2015; Rajani et al., 2016; Wege et al., 2017; Grigoriadou et al., 2017; Blom et al., 2018; Inoue et al., 2018).

Επιπλέον, αποτελέσματα προγενέστερων ερευνών επιβεβαιώνουν τη σχέση οικονομικών δυσκολιών και ψυχικής υγείας, επισημαίνοντας ότι οι εργαζόμενοι που ήταν πιο επιβαρυνμένοι από την οικονομική κρίση εξαιτίας των χαμηλών εισοδημάτων και των χρεών, είχαν αυξημένες πιθανότητες παρουσίας ψυχικών διαταραχών και σημαντικά υψηλότερες βαθμολογίες σε Κλίμακες για την κατάθλιψη και το άγχος (Jenkins et al., 2008; Avcin et al., 2011; Rajani et al., 2016).

Επίσης, διερευνήθηκε η σχέση των ποσοτικών εξαρτημένων μεταβλητών CES-D, Μείζων Κατάθλιψη, Δείκτης IPED, Εργασιακή Ανασφάλεια και Εργασιακή Ικανοποίηση, με τη συσχέτιση του Pearson (Pearson Correlation). Στατιστικά σημαντικές σχέσεις βρέθηκαν μεταξύ προσωπικής οικονομικής δυσχέρειας και καταθλιπτικών συμπτωμάτων ($p < 0,01$) και προσωπικής οικονομικής δυσχέρειας και εργασιακής ανασφάλειας ($p < 0,01$), ενώ στατιστικά σημαντικές αρνητικές σχέσεις βρέθηκαν μεταξύ ύπαρξης καταθλιπτικών συμπτωμάτων και εργασιακής ικανοποίησης ($p < 0,05$) και μεταξύ προσωπικής οικονομικής δυσχέρειας και εργασιακής ικανοποίησης ($p < 0,01$). Τέλος, όσον αφορά τη μεταβλητή Μείζων Κατάθλιψη, στατιστικά σημαντικές σχέσεις παρατηρήθηκαν με τις μεταβλητές εργασιακή ανασφάλεια και εργασιακή ικανοποίηση (στατιστικά σημαντική αρνητική σχέση).

Σε έρευνα των Cordoba-Dona et al. (2016), έχει βρεθεί επίσης στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ οικονομικής πίεσης και ψυχικής υγείας των εργαζομένων, ενώ οι Faragher et al. (2005) επισήμαναν τη στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ εργασιακής ικανοποίησης και κατάθλιψης.

Οι σχέσεις μεταξύ των εξαρτημένων μεταβλητών ΔΓΑ και CES-D και ΔΓΑ και Δείκτη IPED διερευνήθηκαν με τον μη παραμετρικό έλεγχο MannWhitney. Από την ανάλυση προέκυψε ότι η μεταβλητή Κλίμακα CES-D επηρεάζεται από την ΔΓΑ ($p\text{-value} = 0,008$), δηλαδή οι μέσες μετρήσεις της CES-D διαφέρουν για τις δύο κατηγορίες της ποιοτικής μεταβλητής ΔΓΑ (1 & 0). Πιο συγκεκριμένα, τα άτομα με ΔΓΑ βρέθηκε ότι παρουσιάζουν μεγαλύτερες τιμές στη βαθμολόγηση της CES-D. Ωστόσο, όσον αφορά τη σχέση των μεταβλητών ΔΓΑ και IPED, δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση ($p\text{-value} > 0,05$) και συνεπώς η ΔΓΑ δεν επηρεάζεται από την ύπαρξη ή μη προσωπικής οικονομικής δυσχέρειας.

Τέλος, όσον αφορά τη συσχέτιση της μεταβλητής ΔΓΑ, με τις εξαρτημένες μεταβλητές εργασιακή ικανοποίηση και εργασιακή ανασφάλεια, η οποία διερευνήθηκε με τον μη παραμετρικό έλεγχο MannWhitney, καμία στατιστικά σημαντική σχέση δεν προέκυψε και συνεπώς η διάγνωση της ΔΓΑ δεν επηρεάζεται από τα επίπεδα εργασιακής ικανοποίησης και ανασφάλειας.

Σημαντικά είναι και τα ευρήματα για τους ανέργους που προέκυψαν από τη διασταύρωση των εξαρτημένων μεταβλητών CES-D, Διαταραχή Γενικευμένου Άγχους και Δείκτη IPED. Τα άτομα με υψηλή προσωπική οικονομική δυσχέρεια βρέθηκαν να έχουν καταθλιπτική συμπτωματολογία σε ποσοστό 82,4%, ικανά συμπτώματα για τη διάγνωση της MK σε ποσοστό 15,8%, ενώ η διάγνωση της Διαταραχής Γενικευμένου Άγχους ανιχνεύθηκε σε ποσοστό 10,5%. Σε μελέτη του Grossi (1999), βρέθηκε επίσης ότι η οικονομική πίεση ήταν θετικά συσχετισμένη με την ύπαρξη συναισθηματικών διαταραχών.

Η σχέση μεταξύ των ποσοτικών εξαρτημένων μεταβλητών διερευνήθηκε με τη συσχέτιση του Pearson (Pearson Correlation), αλλά στατιστικά σημαντική συσχέτιση ($p=0,035$) παρατηρήθηκε μόνο μεταξύ Δείκτη IPED και Μείζονος Κατάθλιψης.

Η σχέση της προσωπικής οικονομικής δυσχέρειας με την επικράτηση MK, έχει επιβεβαιωθεί και από άλλες έρευνες. Σε έρευνα των Madianos et al. (2011), η μηνιαία επικράτηση του Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου (MKE) το 2009 βρέθηκε να είναι 6,8%, σε σύγκριση με 3,3% το 2008, ενώ κυρίως οι συμμετέχοντες με σοβαρές οικονομικές δυσκολίες (υψηλότερες βαθμολογίες στον Δείκτη IPED) αντιμετώπιζαν κίνδυνο για ανάπτυξη MKE.

Σε επανάληψη της ανωτέρω έρευνας το 2011, το μηνιαίο ποσοστό επικράτησης Μείζονος Κατάθλιψης (MK) βρέθηκε να είναι 8,2% συγκρινόμενο με το αντίστοιχο ποσοστό του 2008, το οποίο ήταν 3,3%. Επίσης σημαντική σχέση βρέθηκε μεταξύ Μείζονος Κατάθλιψης και οικονομικής δυσχέρειας. Οι νέοι, οι έγγαμοι, τα άτομα με οικονομική δυσπραγία και τα άτομα που χρησιμοποιούσαν φάρμακα εμφάνισαν αυξημένες πιθανότητες να πάσχουν από MK το 2011 (Economou et al., 2013a).

8. Οι εξαρτημένες μεταβλητές CES-D, Μείζων Κατάθλιψη (MK), Δείκτης IPED, Εργασιακή Ανασφάλεια και Εργασιακή Ικανοποίηση αναλύθηκαν και με το **Μοντέλο της Πολλαπλής Γραμμικής Παλινδρόμησης** (Multiple Linear Regression Model). Ως προγνωστική ανάλυση, η πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση χρησιμοποιείται για να εξηγήσει τη σχέση μεταξύ μίας συνεχούς εξαρτώμενης μεταβλητής και δύο ή περισσότερων ανεξάρτητων μεταβλητών, εφαρμόζοντας μια γραμμική εξίσωση στα παρατηρούμενα δεδομένα. Οι ανεξάρτητες μεταβλητές μπορούν να είναι συνεχείς ή κατηγορικές.

Από την ανάλυση των Μοντέλων Πολλαπλής Γραμμικής Παλινδρόμησης που αναπτύχθηκαν, στατιστικά σημαντική εξάρτηση διαπιστώθηκε μεταξύ Διαταραχής Γενικευμένου Άγχους και της εξαρτημένης μεταβλητής CES-D (p -value=0,020), μεταξύ ηλικίας (p -value=0,010) και εργασιακής ικανοποίησης (p -value=0,020) και της εξαρτημένης μεταβλητής MK. Επιπλέον, διαπιστώθηκε σημαντική εξάρτηση των μεταβλητών ηλικία, CES-D, εργασιακή ικανοποίηση και εργασιακή ανασφάλεια με την εξαρτημένη μεταβλητή Δείκτης IPED και της ανεξάρτητης μεταβλητής Δείκτης IPED με τις εξαρτημένες εργασιακή ανασφάλεια (p -value=0,001) και εργασιακή ικανοποίηση (p -value=0,007).

9. **Συγκρίθηκε η ψυχική υγεία** (καταθλιπτική συμπτωματολογία, Μείζων Κατάθλιψη και Διαταραχή Γενικευμένου Άγχους) των ανέργων με αυτή των εργαζομένων που παρουσίαζαν υψηλή εργασιακή ανασφάλεια και χαμηλή εργασιακή ικανοποίηση.

Από τη σύγκριση αυτή προέκυψαν τα εξής συμπεράσματα:

- 1) Οι άνεργοι εμφανίζουν σταθερά μεγαλύτερα ποσοστά καταθλιπτικών συμπτωμάτων και Μείζονος Κατάθλιψης σε σχέση με τους εργαζομένους, αλλά όχι Διαταραχής Γενικευμένου Άγχους.
- 2) Οι εργαζόμενοι με μέτρια και υψηλή εργασιακή ανασφάλεια εμφανίζουν αυξημένα ποσοστά καταθλιπτικών συμπτωμάτων (49,2%), έναντι του συνόλου των εργαζομένων (41,6%).
- 3) Οι εργαζόμενοι με χαμηλή εργασιακή ικανοποίηση, εμφανίζουν αυξημένα ποσοστά Μείζονος Κατάθλιψης (9,1% έναντι του 4,3% στο σύνολο των εργαζομένων), τα οποία προσεγγίζουν σε πολύ μεγάλο βαθμό τα αντίστοιχα ποσοστά για την ομάδα των ανέργων. **Φαίνεται συνεπώς ότι τα άτομα που βρίσκουν την ικανοποίηση από την εργασία τους χαμηλή, έχουν τις ίδιες πιθανότητες με την ομάδα των ανέργων να εμφανίσουν MK.**
- 4) Τέλος, οι εργαζόμενοι με υψηλή εργασιακή ανασφάλεια εμφανίζουν αυξημένα ποσοστά Διαταραχής Γενικευμένου Άγχους (16,4% έναντι του

11,9% στο σύνολο των εργαζομένων), πολύ μεγαλύτερα από τα αντίστοιχα ποσοστά της ομάδας των ανέργων (10,5%). **Συνεπώς, τα άτομα που βιώνουν υψηλή εργασιακή ανασφάλεια, διατρέχουν πολύ μεγαλύτερο κίνδυνο να εμφανίσουν ΔΓΑ, ακόμα και σε σχέση με τα άτομα που βρίσκονται σε κατάσταση ανεργίας.**

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας έρχονται σε συμφωνία με τα συμπεράσματα άλλων μελετών. Μελέτη του Graetz (1993) στην Αυστραλία, κατέδειξε ότι τα εργαζόμενα άτομα ανέφεραν υψηλότερα επίπεδα ψυχολογικών ενοχλήσεων από ότι οι φοιτητές ή τα άνεργα άτομα και ειδικότερα τα εργαζόμενα άτομα που ήταν δυσαρεστημένα με την εργασία τους. Κάθε χρόνο νέοι άνθρωποι που ήταν ανικανοποίητοι από τις εργασίες τους ήταν τόσο ψυχικά διαταραγμένοι, όσο και οι άνεργοι (Winefield & Tiggemann, αναφέρεται στο Morrell et al., 1998).

Σε έρευνα των Zenger et al. (2013), υψηλότερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης, βρέθηκαν στα άνεργα άτομα. Ωστόσο, οι έντονες ανησυχίες των εργαζόμενων ατόμων για τη δουλειά τους, βρέθηκε να έχουν παρόμοιο αντίκτυπο με την εμπειρία της ανεργίας.

10. Συγκρίθηκε η ψυχική υγεία (Μείζων Κατάθλιψη και Διαταραχή Γενικευμένου Άγχους) των ανέργων και των εργαζομένων με υψηλή προσωπική οικονομική δυσχέρεια.

Οι εργαζόμενοι που αντιμετώπιζαν υψηλή οικονομική δυσχέρεια βρέθηκε να εμφανίζουν μεγαλύτερα ποσοστά MK συγκρινόμενοι με τους εργαζόμενους με χαμηλή οικονομική δυσχέρεια (6,9% έναντι 3,3%). Επιπλέον, στην ομάδα των ανέργων με υψηλή οικονομική δυσχέρεια, η διάγνωση της MK ανιχνεύθηκε σε ποσοστό 15,8%, σχεδόν διπλάσιο από αυτό που βρέθηκε στην ομάδα των ανέργων με χαμηλή οικονομική δυσχέρεια (7,5%).

Αντίθετα, το ποσοστό στο οποίο ανιχνεύθηκε η διάγνωση της Διαταραχής Γενικευμένου Άγχους βρέθηκε να είναι το ίδιο και στις δύο κατηγορίες ανέργων (με χαμηλή ή υψηλή οικονομική δυσχέρεια) (10,5%). Παρόλα αυτά, τα ποσοστά επικράτησης της Διαταραχής Γενικευμένου Άγχους βρέθηκαν να είναι μεγαλύτερα τόσο στην ομάδα των εργαζομένων με υψηλή οικονομική δυσχέρεια (12,1%), όσο και

στην ομάδα των εργαζομένων με χαμηλή οικονομική δυσχέρεια (11,9%), σε σχέση με αυτά της ομάδας των ανέργων με υψηλή οικονομική δυσχέρεια.

Από τα ευρήματα αυτά προκύπτει ότι η μεταβλητή προσωπική οικονομική δυσχέρεια (Δείκτης IPED), επηρεάζει την ψυχική υγεία των εργαζομένων και των ανέργων, κυρίως όσον αφορά την επικράτηση Μείζονος Κατάθλιψης, παρά τη διάγνωση της Διαταραχής Γενικευμένου Άγχους.

11. Οι κύριες **ερευνητικές υποθέσεις** που διατυπώθηκαν στην παρούσα έρευνα και η επαλήθευση ή μη από τα ευρήματα που προέκυψαν από τη στατιστική ανάλυση συνοψίζονται ως εξής:

- 1) Από τη συσχέτιση των μεταβλητών εργασιακή ικανοποίηση, CES-D, Μείζων Κατάθλιψη και Διαταραχή Γενικευμένου Άγχους, παρατηρήθηκε ότι αύξηση στις μέσες τιμές των σκορ της Κλίμακας Εργασιακής Ικανοποίησης, συνοδευόταν από μείωση των ποσοστών εμφάνισης καταθλιπτικών συμπτωμάτων, Μείζονος Κατάθλιψης και ΔΓΑ. Τα άτομα με υψηλή εργασιακή ικανοποίηση εμφάνιζαν καταθλιπτική συμπτωματολογία, Μείζονα Κατάθλιψη και Διαταραχή Γενικευμένου Άγχους σε ποσοστό 33,3%, 1,8% και 6,4% αντίστοιχα. Συνεπώς, η ερευνητική υπόθεση ότι όσο αυξάνεται ο βαθμός της εργασιακής ικανοποίησης του εργαζόμενου ατόμου, τόσο μειώνονται οι πιθανότητες εκδήλωσης καταθλιπτικών συμπτωμάτων, Μείζονος Κατάθλιψης ή ΔΓΑ, επαληθεύτηκε.
- 2) Από τη διασταύρωση των μεταβλητών εργασιακή ανασφάλεια, CES-D, Μείζων Κατάθλιψη και Διαταραχή Γενικευμένου Άγχους παρατηρήθηκε ότι αύξηση στις μέσες τιμές των σκορ της Κλίμακας Εργασιακής Ανασφάλειας, συνοδευόταν από αύξηση των ποσοστών εμφάνισης καταθλιπτικών συμπτωμάτων και ΔΓΑ. Τα άτομα με υψηλή εργασιακή ανασφάλεια πληρούσαν τα κριτήρια για τη διάγνωση της Διαταραχής Γενικευμένου Άγχους σε πολύ υψηλό ποσοστό (75%) και εμφάνιζαν καταθλιπτική συμπτωματολογία σε ποσοστό 66,7%. Συνεπώς, η ερευνητική υπόθεση ότι όσο αυξάνεται ο βαθμός της εργασιακής ανασφάλειας του εργαζόμενου

ατόμου, τόσο αυξάνονται οι πιθανότητες εκδήλωσης καταθλιπτικών συμπτωμάτων ή ΔΓΑ, επαληθεύτηκε.

- 3) Οι εργαζόμενοι με μέτρια και υψηλή εργασιακή ανασφάλεια βρέθηκε να έχουν αυξημένα ποσοστά εκδήλωσης καταθλιπτικών συμπτωμάτων (49,2%), έναντι του συνόλου των εργαζομένων (41,6%). Επιπλέον, οι εργαζόμενοι με χαμηλή εργασιακή ικανοποίηση, εμφάνισαν αυξημένα ποσοστά Μείζονος Κατάθλιψης (9,1% έναντι του 4,3% στο σύνολο των εργαζομένων), τα οποία προσέγγιζαν σε πολύ μεγάλο βαθμό τα αντίστοιχα ποσοστά για την ομάδα των ανέργων (9,3%).

Τέλος, οι εργαζόμενοι που αντιμετώπιζαν υψηλή οικονομική δυσχέρεια παρουσίασαν υψηλότερα ποσοστά εκδήλωσης καταθλιπτικών συμπτωμάτων από τα αντίστοιχα στο σύνολο των εργαζομένων (58% έναντι 41,6%) και Μείζονος Κατάθλιψης (6,9% έναντι 4,3% στο σύνολο των εργαζομένων).

Συνεπώς, η τρίτη ερευνητική υπόθεση ότι δηλαδή όσο πιο επιβαρυσμένος ψυχοκοινωνικά είναι ο εργαζόμενος σε διάφορους τομείς της ζωής του (χαμηλή εργασιακή ικανοποίηση, υψηλή εργασιακή ανασφάλεια, υψηλή οικονομική δυσχέρεια), τόσο αυξάνονται οι πιθανότητες εκδήλωσης καταθλιπτικών συμπτωμάτων, Μείζονος Κατάθλιψης ή ΔΓΑ, επαληθεύτηκε.

- 4) Οι εργαζόμενοι με μέτρια και υψηλή εργασιακή ανασφάλεια εμφανίζουν αυξημένα ποσοστά Διαταραχής Γενικευμένου Άγχους (16,4% έναντι του 11,9% στο σύνολο των εργαζομένων), πολύ μεγαλύτερα από τα αντίστοιχα ποσοστά της ομάδας των ανέργων (10,5%). Αυτό συνεπάγεται, ότι τα άτομα που βιώνουν υψηλή εργασιακή ανασφάλεια, διατρέχουν πολύ μεγαλύτερο κίνδυνο να εμφανίσουν ΔΓΑ, ακόμα και σε σχέση με τα άτομα που βρίσκονται σε κατάσταση ανεργίας. Ωστόσο, η ίδια τάση δεν παρατηρήθηκε όσον αφορά την εκδήλωση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και ΜΚ. Συνεπώς, η τέταρτη ερευνητική υπόθεση ότι όσο πιο υψηλό είναι το επίπεδο εργασιακής ανασφάλειας τόσο πιο πιθανό η ψυχική υγεία των εργαζομένων να προσομοιάζει με εκείνη των ανέργων, επαληθεύτηκε μόνο για την περίπτωση εκδήλωσης Διαταραχής Γενικευμένου Άγχους.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της έρευνας αυτής αποτέλεσε η διερεύνηση των εργασιακών παραγόντων σε περίοδο οικονομικής κρίσης, καθώς και του τρόπου και του βαθμού που αυτοί επηρεάζουν την ψυχική υγεία των εργαζομένων. Συγκεκριμένα, μελετήθηκε η συσχέτιση των επιμέρους εργασιακών χαρακτηριστικών με τα επίπεδα καταθλιπτικότητας, Μείζονος Κατάθλιψης (ΜΚ) και Διαταραχής Γενικευμένου Άγχους (ΔΓΑ) στον εργαζόμενο πληθυσμό. Η συγκριτική ανάλυση της κατάστασης της ψυχικής υγείας των εργαζόμενων με αυτή των άνεργων ατόμων σε περίοδο οικονομικής κρίσης, αποτέλεσε έναν επιπλέον στόχο της μελέτης αυτής.

Η έρευνα που διεξήχθη ήταν ποσοτικού τύπου, περιγραφική ενώ η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε ήταν αυτή της συγχρονικής μελέτης. Η συλλογή του δείγματος έγινε με τη διεξαγωγή επιτόπιας έρευνας με τη **χορήγηση δομημένου ερωτηματολογίου**.

Ως χώρος διεξαγωγής της μελέτης ορίστηκε η Περιφέρεια Αττικής, ενώ το δείγμα αποτέλεσαν μόνιμοι κάτοικοι, εργαζόμενοι και άνεργοι. Η δειγματοληψία πραγματοποιήθηκε σε επιλεγμένους δημόσιους και μη οργανισμούς, φορείς και επιχειρήσεις που εδρεύουν στην Περιφέρεια Αττικής, για τους οποίους ελήφθη η απαραίτητη έγκριση από τους αρμόδιους. Για την εύρεση του δείγματος των ανέργων πραγματοποιήθηκαν επισκέψεις έξω από τα κατά τόπους Γραφεία του ΟΑΕΔ.

Επιλέχθηκε αντιπροσωπευτικό δείγμα (sampling with quotas) 296 ατόμων (εκ των οποίων 210 εργαζόμενοι και 86 άνεργοι), άνω των 18 ετών. Η **δειγματοληψία έγινε κατά στρώματα** ως προς το φύλο και την ηλικία σύμφωνα με στοιχεία της απογραφής του οικονομικά ενεργού πληθυσμού της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής (ΕΛΣΤΑΤ).

Για τη διεξαγωγή της παρούσας έρευνας πραγματοποιήθηκε ποσοτική έρευνα με τη δημιουργία και τη χορήγηση ερωτηματολογίου. Για τη συγκριτική ανάλυση των δεδομένων που αφορούν στην ψυχική υγεία των εργαζόμενων και των ανέργων, δημιουργήθηκε δεύτερο ερωτηματολόγιο ειδικά για τους άνεργους.

Στα ερωτηματολόγια ενσωματώθηκαν τα παρακάτω σταθμισμένα εργαλεία:

α) Ο Δείκτης Προσωπικής Οικονομικής Δυσχέρειας (IPED Index) από τον οποίο προκύπτει η δυσκολία ανταπόκρισης στις καθημερινές οικονομικές απαιτήσεις.

β) Η Κλίμακα CES-D, η οποία ανιχνεύει τα καταθλιπτικά συμπτώματα.

γ) Η ενότητα της Δομημένης Κλινικής Συνέντευξης (SCID-I) που αναφέρεται στη διάγνωση Διαταραχής Γενικευμένου Άγχους.

Επιπλέον, για τη διερεύνηση της εργασιακής ικανοποίησης δημιουργήθηκε η **Κλίμακα Εργασιακής Ικανοποίησης** (KEI), η οποία αποτελείται από 22 λήμματα. Η εσωτερική συνοχή της Κλίμακας Εργασιακής Ικανοποίησης (KEI) ελέγχθηκε με τον στατιστικό δείκτη Cronbach's α .

Αντίστοιχα, για τη διερεύνηση της εργασιακής ανασφάλειας δημιουργήθηκε **Κλίμακα Εργασιακής Ανασφάλειας** (KEA), η οποία αποτελείται από 15 λήμματα. Η εσωτερική συνοχή της Κλίμακας Εργασιακής Ανασφάλειας (KEA) ελέγχθηκε με τον στατιστικό δείκτη Cronbach's α .

Από τη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων προέκυψε ότι:

1) Η θέση στο επάγγελμα αλλά όχι το είδος σύμβασης, επηρεάζει τη βαθμολόγηση της Κλίμακας CES-D. Το 45,6% των ιδιωτικών υπαλλήλων βρέθηκε να παρουσιάζει καταθλιπτικά συμπτώματα, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τους ελεύθερους επαγγελματίες ήταν 31,4%.

2) Στατιστικά σημαντική σχέση παρατηρήθηκε μεταξύ ΔΓΑ και είδους σύμβασης (p -value=0,018). Το 45,5% των ατόμων που κατά τη διάρκεια της έρευνας είχαν συνάψει σύμβαση εργασίας ορισμένου χρόνου μερικής απασχόλησης βρέθηκε να πληροί τα κριτήρια για τη διάγνωση της ΔΓΑ, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τα άτομα που είχαν συνάψει σύμβαση έργου ήταν 0%.

3) Στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις βρέθηκαν μεταξύ της Μείζονος Κατάθλιξης (MK) και των ανεξάρτητων μεταβλητών "ηλικία" και "οικογενειακή κατάσταση", στο δείγμα των εργαζομένων. Ειδικότερα, τα άτομα ηλικίας 55-66 και οι διαζευγμένοι αποτελούν τις κατηγορίες που εμφανίζουν Μείζονα Κατάθλιψη σε μεγαλύτερο ποσοστό.

4) Στατιστικά σημαντική σχέση (p -value<0,05) βρέθηκε μεταξύ διάρκειας ανεργίας και προσωπικής οικονομικής δυσχέρειας στο δείγμα των ανέργων. Οι

μακροχρόνια άνεργοι (13-24 μήνες) βιώνουν υψηλή προσωπική οικονομική δυσχέρεια σε μεγαλύτερο ποσοστό.

5) Οι γυναίκες, τα άτομα ηλικίας 25-34, τα άτομα που βρίσκονται σε συμβίωση, οι φοιτητές/ φοιτήτριες, τα άτομα με ετήσιο οικογενειακό εισόδημα 3.601-7.560 €, οι ιδιωτικοί υπάλληλοι και τα άτομα που εργάζονται με σύμβαση ωρομίσθιας εργασίας, βρέθηκαν να αποτελούν τις κατηγορίες που εμφανίζουν χαμηλότερα ποσοστά εργασιακής ικανοποίησης.

6) Στατιστικά σημαντική σχέση ($p\text{-value}<0,05$) βρέθηκε μεταξύ εργασιακής ικανοποίησης και θέσης στο επάγγελμα. Μεγαλύτερες βαθμολογίες στην Κλίμακα Εργασιακής Ικανοποίησης παρατηρήθηκαν στους ιδιοκτήτες επιχείρησης (περισσότερο εργασιακά ικανοποιημένοι), ενώ χαμηλότερες βαθμολογήσεις παρατηρήθηκαν στους ιδιωτικούς υπάλληλους.

7) Οι γυναίκες, τα άτομα ηλικίας 45-54, οι έγγαμοι, οι απόφοιτοι λυκείου, τα άτομα με ετήσιο οικογενειακό εισόδημα 18.001-21.600 €, οι ελεύθεροι επαγγελματίες και τα άτομα που εργάζονται χωρίς να έχουν υπογράψει κάποιου είδους σύμβασης, βρέθηκαν να αποτελούν τις κατηγορίες που αντιμετωπίζουν υψηλή εργασιακή ανασφάλεια σε μεγαλύτερο ποσοστό.

8) Τα εργαζόμενα άτομα με υψηλή προσωπική οικονομική δυσχέρεια, με υψηλή εργασιακή ανασφάλεια και με τη διάγνωση της Διαταραχής Γενικευμένου Άγχους, εμφανίζουν καταθλιπτική συμπτωματολογία σε ποσοστό 58%, 66,7% και 62,5% αντίστοιχα.

9) Τα εργαζόμενα άτομα με υψηλή προσωπική οικονομική δυσχέρεια, με χαμηλή εργασιακή ικανοποίηση και με τη διάγνωση της Διαταραχής Γενικευμένου Άγχους εμφανίζουν ικανά συμπτώματα για τη διάγνωση Μείζονος Κατάθλιψης σε ποσοστό 6,9%, 9,1% και 12% αντίστοιχα.

10) Τα εργαζόμενα άτομα με υψηλή εργασιακή ανασφάλεια, με υψηλή προσωπική οικονομική δυσχέρεια και με καταθλιπτική συμπτωματολογία παρουσίασαν Διαταραχή Γενικευμένου Άγχους (ΔΓΑ) σε ποσοστό 75%, 12,1% και 17,9% αντίστοιχα.

11) Τα άνεργα άτομα με υψηλή προσωπική οικονομική δυσχέρεια βρέθηκαν να έχουν καταθλιπτική συμπτωματολογία σε ποσοστό 82,4%, ικανά συμπτώματα για τη

διάγνωση της ΜΚ σε ποσοστό 15,8%, ενώ η διάγνωση της Διαταραχής Γενικευμένου Άγχους βρέθηκε σε ποσοστό 10,5%.

12) Οι εργαζόμενοι και οι άνεργοι που αντιμετώπιζαν υψηλή οικονομική δυσχέρεια εμφανίζουν μεγαλύτερα ποσοστά ΜΚ συγκρινόμενοι με τους εργαζόμενους και τους ανέργους με χαμηλή οικονομική δυσχέρεια.

13) Οι άνεργοι εμφανίζουν σταθερά μεγαλύτερα ποσοστά καταθλιπτικών συμπτωμάτων και Μείζονος Κατάθλιψης σε σχέση με τους εργαζομένους, αλλά όχι Διαταραχής Γενικευμένου Άγχους.

14) Οι εργαζόμενοι με μέτρια και υψηλή εργασιακή ανασφάλεια εμφανίζουν αυξημένα ποσοστά καταθλιπτικών συμπτωμάτων, έναντι του συνόλου των εργαζομένων.

15) Οι εργαζόμενοι με χαμηλή εργασιακή ικανοποίηση, εμφανίζουν αυξημένα ποσοστά Μείζονος Κατάθλιψης, τα οποία προσεγγίζουν σε πολύ μεγάλο βαθμό τα αντίστοιχα ποσοστά για την ομάδα των ανέργων. Τα άτομα που βρίσκουν την ικανοποίηση από την εργασία τους χαμηλή, έχουν τις ίδιες πιθανότητες με την ομάδα των ανέργων να εμφανίσουν ΜΚ.

16) Οι εργαζόμενοι με υψηλή εργασιακή ανασφάλεια εμφανίζουν αυξημένα ποσοστά Διαταραχής Γενικευμένου Άγχους, πολύ μεγαλύτερα από τα αντίστοιχα ποσοστά της ομάδας των ανέργων. Συνεπώς, τα άτομα που βιώνουν υψηλή εργασιακή ανασφάλεια, διατρέχουν πολύ μεγαλύτερο κίνδυνο να εμφανίσουν ΔΓΑ, ακόμα και σε σχέση με τα άτομα που βρίσκονται σε κατάσταση ανεργίας.

ABSTRACT

The purpose of this research was to investigate the working factors in a period of economic crisis, as well as the way and the extent to which they affect the mental health of the working people. In particular, we have studied the correlation of individual work characteristics with the levels of depressive symptoms, Major Depression (MD), and Generalized Anxiety Disorder (GAD) in the working population. Comparative analysis of the state of mental health of working people with that of unemployed persons in times of economic crisis was another objective of this study.

The research was quantitative, descriptive, while the methodology was that of the cross-sectional study. The collection of the sample was carried out by conducting an on-the-spot investigation with a structured questionnaire.

The Region of Attica was defined as the venue for the study, while the sample consists of permanent residents, working people and unemployed persons. The sampling was carried out in selected public and private organizations, institutions and companies based in the Attica Region, for which the necessary approval was obtained from the responsible authorities. In order to find the sample of unemployed persons, visits were made outside the local Manpower Employment Agency (OAED) Offices.

A sampling with quotas of 296 individuals (of which 210 working people and 86 unemployed persons), over 18 years old, was selected. The sampling was based on sex and age levels, according to data from the Hellenic Statistical Authority (ELSTAT).

In order to conduct the present study, quantitative research was carried out by creating and providing a questionnaire. For the comparative analysis of the data concerning the mental health of working people and unemployed persons, a second questionnaire was created specifically for the unemployed persons.

The following tools were integrated in the questionnaires:

- a) The Index of Personal Economic Hardship (IPED Index), which shows the difficulty of facing daily financial demands.
- b) The CES-D Scale, which detects depressive symptoms.

c) The Structured Clinical Interview (SCID-I) module on the diagnosis of Generalized Anxiety Disorder.

In addition, a Job Satisfaction Scale (JSS), which consists of 22 items, was created to investigate job satisfaction. The internal consistency of the Job Satisfaction Scale (JSS) was tested by the Cronbach's α .

Accordingly, for the purpose of investigating job insecurity, a Job Insecurity Scale (JIS) consisted of 15 items was created. The internal consistency of the Job Insecurity Scale (JIS) was tested by the Cronbach's α .

The statistical processing of the data revealed that:

- 1) The position in the profession but not the type of contract affects the rating of the CES-D scale. 45.6% of private employees were found to have depressive symptoms, while the corresponding rate for self-employed was 31.4%.
- 2) Statistically significant relationship was observed between GAD and contract type (p -value = 0.018). 45.5% of those who had a part-time employment contract during the survey were found to meet the criteria for diagnosing the GAD, while the corresponding percentage for those who had signed a project contract was 0%.
- 3) Statistically significant correlations were found between the Major Depression (MD) and the independent variables "age" and "marital status" in the sample of working people. In particular, people aged 55-66 and divorced are the categories with Major Depression at a higher rate.
- 4) A statistically significant relationship (p -value <0.05) was found between the duration of unemployment and personal economic hardship in the sample of the unemployed persons. The long-term unemployed (13-24 months) experience personal economic hardship in a higher percentage.
- 5) Women, people aged 25-34, cohabiting people, students, people with an annual family income of 3,601-7,560 €, private employees and people working on a part-time contract were found to be the categories with lower rates of job satisfaction.
- 6) Statistically significant relationship (p -value <0.05) was found between job satisfaction and occupation. Greater rankings in the Job Satisfaction Scale were observed among business owners (more satisfied), while lower grades were observed among private employees.

- 7) Women, people aged 45-54, married, high school graduates, people with an annual family income of 18.001-21.600 €, self-employed persons and those working without having signed any kind of contract, were found to be those who face high job insecurity at a higher rate.
- 8) Working people with high personal economic hardship, with high job insecurity and with the diagnosis of Generalized Anxiety Disorder, exhibit depressive symptoms at 58%, 66.7% and 62.5%, respectively.
- 9) Working people with high personal economic hardship, with low job satisfaction and with the diagnosis of Generalized Anxiety Disorder have significant symptoms for the diagnosis of Major Depression at 6.9%, 9.1% and 12%, respectively.
- 10) Working people with high job insecurity, with high personal economic hardship and depressive symptomatology, experienced Generalized Anxiety Disorder (GAD) at 75%, 12.1% and 17.9%, respectively.
- 11) Unemployed persons with high personal economic hardship were found to have depressive symptoms at 82.4%, symptoms capable of diagnosing MD at 15.8%, while the diagnosis of Generalized Anxiety Disorder was found at 10.5 %.
- 12) Working people and the unemployed persons with high personal economic hardship have been found to have higher rates of MD compared to working people and the unemployed persons with low economic hardship.
- 13) Unemployed persons have consistently higher rates of depressive symptoms and Major Depression than working people, but not Generalized Anxiety Disorder.
- 14) Working people with moderate and high job insecurity show increased rates of depressive symptoms, compared to the total number of employees.
- 15) Working people with low job satisfaction show increased rates of Major Depression, which are very close to the corresponding rates for the group of the unemployed persons. People who experience low job satisfaction have the same chances as the group of unemployed persons to show MD.
- 16) Working people with high job insecurity show increased rates of Generalized Anxiety Disorder, much higher than those of the group of the unemployed persons. Consequently, people experiencing high job insecurity are at a much greater risk of having GAD, even in relation to the group of unemployed persons.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

**ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΠΟΥ
ΧΟΡΗΓΗΘΗΚΕ ΣΕ
ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΥΣ**

**ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΣΕ ΠΕΡΙΟΔΟ
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ**

(Β' έκδοση-αναθεωρημένη 2016)

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

[Το παρόν ερωτηματολόγιο έχει σκοπό να διερευνήσει την ψυχική υγεία των εργαζομένων σε περίοδο οικονομικής κρίσης στο πλαίσιο εκπόνησης Διδακτορικής Διατριβής. Η συμμετοχή σας είναι ιδιαίτερα σημαντική για τη διεκπεραίωση της έρευνας. Θα θέλαμε να σας διαβεβαιώσουμε για το απόρρητο των απαντήσεών σας.]

Σας ευχαριστούμε για τη συνεργασία

ΜΕΡΟΣ Α

Σημειώστε με την απάντησή σας

1. Φύλο:

- Άνδρας [1] Γυναίκα [2]

2. Ηλικία:

Παρακαλώ γράψτε την ηλικία σας αριθμητικά

.....

3. Οικογενειακή κατάσταση:

- Έγγαμος/η [1]
 Άγαμος/η [2]
 Χωρισμένος/η / Σε διάσταση [3]
 Συμβίωση χωρίς γάμο [4]
 Χήρος/α [5]

4. Αριθμός μελών νοικοκυριού:

- 1 ενήλικας χωρίς παιδιά [1]
- 2 ενήλικες χωρίς παιδιά [2]
- Περισσότεροι ενήλικες χωρίς παιδιά [3]
- 1 ενήλικας με παιδιά [4]
- 2 ενήλικες με παιδιά [5]
- Περισσότεροι ενήλικες με παιδιά [6]

Παρακαλώ συμπληρώστε τον αριθμό των ανήλικων τέκνων που μένουν μαζί σας.....

5. Επίπεδο εκπαίδευσης:

Έως έξι έτη εκπαίδευσης	[1]
7-9 έτη εκπαίδευσης	[2]
Απόφοιτος/η Λυκείου, ΤΕΛ, ΤΕΣ, Πολυκλαδικού Λυκείου	[3]
Απόφοιτος/η ΙΕΚ ή Ανώτερων Σχολών	[4]
Απόφοιτος/η ΤΕΙ, ΚΑΤΕΕ	[5]
Απόφοιτος/η ΑΕΙ	[6]
Φοιτητής/Φοιτήτρια	[7]
Κάτοχος Μεταπτυχιακού	[8]
Κάτοχος Διδακτορικού	[9]

6. Επάγγελμα:

Δημόσιος/α υπάλληλος/ΔΕΚΟ	[1]
Ιδιωτικός/η υπάλληλος	[2]
Ελεύθερος/η Επαγγελματίας/	[3]
Ιδιοκτήτης Επιχείρησης	[4]

7. Παρακαλώ διευκρινίστε το επάγγελμά σας.....

ΜΕΡΟΣ Β

**ΑΠΑΝΤΗΣΤΕ ΤΗΝ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΕΡΩΤΗΣΗ ΜΟΝΟ ΕΑΝ ΕΙΣΤΕ ΜΕ
ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**8. Στην κύρια εργασία σας έχετε υπογράψει σύμβαση με τον εργοδότη σας και αν
ναι τι είδους σύμβαση;**

- Άνευ Σύμβασης [1]
- Σύμβαση εργασίας Αορίστου Χρόνου [2]
- Σύμβαση εργασίας Ορισμένου Χρόνου Πλήρους Απασχόλησης [3]
- Σύμβαση εργασίας Ορισμένου Χρόνου Μερικής Απασχόλησης [4]
- Σύμβαση Έργου [5]
- Σύμβαση Ωρομίσθιας Εργασίας [6]

9. Παρακαλώ επιλέξτε μία ή περισσότερες απαντήσεις που προσδιορίζουν τον τρόπο με τον οποίο εργάζεστε:

- Εργάζομαι συγκεκριμένες ώρες και μέρες την εβδομάδα [1]
- Εργάζομαι με κυλιόμενο ωράριο [2]
- Εργάζομαι με διακεκομμένο ωράριο [3]
- Εργάζομαι τις νυχτερινές ώρες [4]
- Εργάζομαι περιστασιακά [5]

10. Πόσες ώρες εργάζεστε εβδομαδιαία στην κύρια εργασία σας βάσει της σύμβασής σας;

- 0-10 [1]
- 11-20 [2]
- 21-30 [3]
- 31-40 [4]
- 41 και πάνω [5]

11. Εργάζεστε υπερωρίες και αν ναι πόσες ώρες κατά μέσο όρο την εβδομάδα;

- 0 [1]
- 1-5 [2]
- 6-10 [3]
- 11-15 [4]
- 16 και άνω [5]

12. Αμείβεστε για τις επιπλέον ώρες εργασίας πέρα του κανονικού σας ωραρίου;

- Ναι [1]
- Όχι [2]
- Για ένα μέρος αυτών [3]

13. Στην περίπτωση λήψης άδειας, π.χ. κανονική, αμείβεστε (από τον εργοδότη σας) ανάλογα με το ημερομίσθιό σας;

- Ναι [1]
- Όχι [2]

14. Πόσες μέρες αναρρωτικής άδειας παίρνετε κατά μέσο όρο κάθε χρόνο;

- 0 [1]
- 1-3 [2]
- 4-7 [3]
- 8-15 [4]
- 16 και άνω [5]

15. Πόσο καιρό εργάζεστε στον ίδιο εργοδότη ή έχετε την ιδιοκτησία της επιχείρησής σας;

- 0-6 μήνες [1]
- 7-12 μήνες [2]
- 13-24 μήνες [3]
- 25-48 μήνες [4]
- 49-60 μήνες [5]
- 61 μήνες και πάνω [6]

16. Πριν από την τωρινή σας απασχόληση υπήρξατε άνεργος;

- Ναι [1]
 Όχι [2]
 Δεν αναζητούσα εργασία/ Δεν αφορά [3]

Εάν ναι, παρακαλώ προσδιορίστε το χρονικό διάστημα αριθμητικά σε μήνες
.....

17. Συμπεριλαμβανομένου και του εαυτού σας, πόσα άτομα εργάζονται στον Οργανισμό/Φορέα/Επιχείρηση που εργάζεστε ή έχετε;

- 1 [1] 51-100 [6]
 2-5 [2] 101-200 [7]
 6-10 [3] 201-500 [8]
 11-20 [4] 501 και άνω [9]
 21-50 [5]

ΜΕΡΟΣ Β1

18. Στην τωρινή εργασία σας είχατε ή έχετε την εποπτεία της εργασίας άλλων εργαζομένων;

- Ναι [1]
 Όχι [2]

Αν ναι, πόσων ατόμων;.....

19. Με βάση τον παρακάτω πίνακα, παρακαλώ βαθμολογήστε από το 1 έως και το 7 (όπου 1=δεν έχω καμία επιρροή και 7=έχω τον απόλυτο έλεγχο) για κάθε μία από τις παρακάτω προτάσεις:

Σε ποιο βαθμό έχετε τη δυνατότητα...

	1 Δεν έχω καμία επιρροή	2	3	4	5	6	7 Έχω τον απόλυτο έλεγχο
...να αποφασίζετε πως θα οργανώσετε καθημερινά την εργασία σας;							
...να παίρνετε αποφάσεις για τις δραστηριότητες του οργανισμού/της επιχείρησης;							

ΜΕΡΟΣ Β2

20. Σε ποιο βαθμό...

Παρακαλώ επιλέξτε έναν αριθμό από το 0-3:

		Καθόλου	Σχετικά	Αρκετά	Δεν απαντώ / Δεν αφορά
1.	...βρίσκετε την εργασία σας ενδιαφέρουσα;	1	2	3	0
2.	...αισθάνεστε ικανοποιημένος/η με την εργασία ή την απασχόληση που έχετε; (δηλαδή	1	2	3	0

		Καθόλου	Σχετικά	Αρκετά	Δεν απαντώ / Δεν αφορά
	ανταποκρίνεται στις επιδιώξεις σας);				
3.	...πιστεύετε ότι η εργασία ή η απασχόληση που έχετε αντιστοιχεί στα προσόντα σας;	1	2	3	0
4.	...σας δίνονται ευκαιρίες για να αναπτύξετε τα ταλέντα και τις δεξιότητές σας;	1	2	3	0
5.	...σας δίνεται η ευκαιρία να μάθετε νέες δεξιότητες;	1	2	3	0
6.	...είστε ικανοποιημένος/η από τις αποδοχές που λαμβάνετε; (μισθός, έσοδα, επιδόματα, κλπ)	1	2	3	0
7.	...είστε ικανοποιημένος από τις μέρες αδειάς που λαμβάνετε ή από τις μέρες που έχετε τη δυνατότητα να διατηρείτε κλειστή την επιχείρησή σας (για καλοκαιρινές διακοπές, κλπ);	1	2	3	0
8.	...σας παρέχεται υγειονομική περίθαλψη ή/και ιδιωτική ασφάλεια ζωής;	1	2	3	0
9.	...υπάρχουν προοπτικές εξέλιξης στην τωρινή σας εργασία (π.χ. προαγωγή, αύξηση μισθού, αύξηση εσόδων, κλπ);	1	2	3	0
10.	...πιστεύετε ότι υπάρχει ικανοποιητικό επίπεδο επικοινωνίας, συνεργασίας και υποστήριξης με τους συναδέλφους, τους προϊστάμενους /ή τους υφιστάμενους σας στον χώρο εργασίας σας;	1	2	3	0
11.	...πιστεύετε ότι οι προσπάθειες που καταβάλλετε στην εργασία σας αντιστοιχούν με την αναγνώριση/ ανταμοιβή που λαμβάνετε από τον προϊστάμενο/υπεύθυνό σας ή τους πελάτες	1	2	3	0

		Καθόλου	Σχετικά	Αρκετά	Δεν απαντώ / Δεν αφορά
	σας;				
12.	...είναι ευέλικτη η εταιρεία/ επιχείρηση σχετικά με τις οικογενειακές ευθύνες σας (πχ ωράριο ή γονική άδεια);	1	2	3	0
13.	...πιστεύετε ότι οι εργασιακές σας απαιτήσεις προσδιορίζονται επαρκώς από τους υπευθύνους σας ή τους εξυπηρετούμενους / πελάτες σας;	1	2	3	0
14.	...είστε ικανοποιημένος/η με τις πληροφορίες που λαμβάνετε από τη διοίκηση της εταιρείας σχετικά με το τι συμβαίνει στην εταιρεία/επιχείρηση στην οποία εργάζεστε;	1	2	3	0
15.	...είστε ικανοποιημένος/η με την τυχόν συμμετοχή σας στις αποφάσεις που επηρεάζουν την εργασία σας;	1	2	3	0
16.	...είστε ικανοποιημένος από τον υλικοτεχνικό εξοπλισμό που διαθέτει η επιχείρηση που εργάζεστε (H/Y, μηχανήματα, εμπόρευμα, κ.α.);	1	2	3	0
17.	...είστε ικανοποιημένος από το εργασιακό σας περιβάλλον (φωτισμός, θερμοκρασία, εξαερισμός, άνεση χώρου);	1	2	3	0
18.	...υπάρχει υπερβολικός φόρτος εργασίας και εξουθενωτικός ρυθμός στη θέση που απασχολείστε;	3	2	1	0
19.	...αναγκάζεστε να εργάζεστε σε άβολες στάσεις του σώματος για μεγάλο χρονικό διάστημα ή να σηκώνετε βάρη;	3	2	1	0

		Καθόλου	Σχετικά	Αρκετά	Δεν απαντώ / Δεν αφορά
20.	...είστε ικανοποιημένος από την τοποθεσία που εδρεύει η επιχείρηση στην οποία εργάζεστε σε σχέση με την προσβασιμότητα, την απόσταση και τον χρόνο μετακίνησης ή την ύπαρξη θέσεων στάθμευσης;	1	2	3	0
21.	...θα προτείνατε σε κάποιον φίλο σας να κάνει αίτηση για μια θέση εργασίας στην εταιρεία/επιχείρηση που απασχολείτε ή να ανοίξει μία επιχείρηση ίδιου αντικείμενου με τη δική σας;	1	2	3	0
22.	...θα επιθυμούσατε να παραμείνετε στην επιχείρηση που εργάζεστε μέχρι τη συνταξιοδότησή σας;	1	2	3	0

ΜΕΡΟΣ Β3

21. Παρακαλώ επιλέξτε έναν αριθμό από το 0-3:

		Καθόλου	Σχετικά	Αρκετά	Δεν γνωρίζω/Δεν αφορά
1.	Η επιχείρηση που εργάζεστε ή είστε ιδιοκτήτης έχει κάνει μείωση στο προσωπικό της;	1	2	3	0
2.	Η επιχείρηση που εργάζεστε ή είστε ιδιοκτήτης αντιμετωπίζει σοβαρά ανυπέρβλητα οικονομικά προβλήματα (π.χ. χρέη σε τρίτους, σε τράπεζες, φόρου κλπ);	1	2	3	0

		Καθόλου	Σχετικά	Αρκετά	Δεν γνωρίζω/Δεν αφορά
3.	Η επιχείρηση που εργάζεστε ή είστε ιδιοκτήτης αντιμετωπίζει τέτοια προβλήματα ώστε να προβεί σε μη ανανέωση συμβάσεων και απολύσεις;	1	2	3	0
4.	Είναι σημαντική η πιθανότητα να απολυθεί προσωπικό στην επιχείρηση που εργάζεστε ή είστε ιδιοκτήτης;	1	2	3	0
5.	Είναι σημαντική η πιθανότητα να κινδυνέψει η θέση σας ή να κλείσει η επιχείρησή σας;	1	2	3	0
6.	Τους τελευταίους 6 μήνες υπήρξε ο κίνδυνος άμεσης χρεοκοπίας της επιχείρησης;	1	2	3	0
7.	Τους τελευταίους 6 μήνες υπήρξε αναδιοργάνωση της επιχείρησης και αλλαγών στον αριθμό θέσεων εργασίας (μείωση των θέσεων απασχόλησης);	1	2	3	0
8.	Οι αμοιβές σας γίνονται σε τακτικά χρονικά διαστήματα (σε περίπτωση εργαζομένων) ή η πώληση εμπορευμάτων/ παροχή υπηρεσιών από την επιχείρησή σας γίνεται με την άμεση καταβολή του αντιτίμου (π.χ. χωρίς πίστωση) (σε περίπτωση ελεύθερων επαγγελματιών);	3	2	1	0
9.	Έχουν μειωθεί σημαντικά οι αποδοχές σας (ως εργαζόμενου) ή τα έσοδά σας (ως εργοδότη) από την επιχείρησή σας, τους τελευταίους 6 μήνες;	1	2	3	0
10.	Έχει μειωθεί η φύση της εργασίας σας (π.χ. από δουλειά γραφείου σε χειρωνακτική εργασία) ή η ποιότητα παροχής έργου της επιχείρησής σας ως	1	2	3	0

		Καθόλου	Σχετικά	Αρκετά	Δεν γνωρίζω/Δεν αφορά
	εργοδότη το τελευταίο χρονικό διάστημα;				
11.	Έχει μειωθεί το ωράριο εργασίας σας λόγω της γενικότερης οικονομικής κατάστασης (κρίσης);	1	2	3	0
12.	Έχετε αντιληφθεί ότι επιχειρήσεις του κλάδου σας έχουν προβεί σε απόλυση προσωπικού ή κινδυνεύουν να πτωχεύσουν;	1	2	3	0
13.	Κινδυνεύει η επιχείρηση που εργάζεστε ή είστε ιδιοκτήτης να συγχωνευθεί με άλλη μεγαλύτερη, με οικονομικές ή άλλες δυσμενείς επιπτώσεις;	1	2	3	0
14.	Πιστεύετε ότι έχετε καλές προοπτικές απασχολησιμότητας (ικανότητα εύρεσης εργασίας με ανάλογη αμοιβή ή εισόδημα σε περίπτωση απόλυσης ή αποχώρησης από την τρέχουσα εργασία);	3	2	1	0
15.	Υπάρχουν κάποια αισιόδοξα δεδομένα που δίνουν ελπίδες ότι η επιχείρηση δεν θα κλείσει αλλά θα ανακάμψει;	3	2	1	0

22. Φοβάστε ότι μπορεί να χάσετε τη δουλειά σας;

- Ναι [1]
- Όχι [2]
- Δεν Γνωρίζω/ Δεν Απαντώ [3]

ΑΠΑΝΤΗΣΤΕ ΤΗΝ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΕΡΩΤΗΣΗ ΜΟΝΟ ΕΑΝ ΕΙΣΤΕ ΜΕ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

23. Πιστεύετε ότι έχουν παραβιαστεί όρος ή όροι της σύμβασης που έχετε υπογράψει;

- Ναι [1]
 Όχι [2]
 Δεν Γνωρίζω/ Δεν Απαντώ [3]

ΜΕΡΟΣ Γ

24. Υπάρχουν μέλη στην οικογένειά σας που συνέβαλλαν στο οικογενειακό εισόδημα του νοικοκυριού σας και έχουν απολυθεί και παραμένει άνεργα κατά τη διάρκεια των δύο τελευταίων ετών;

- Ναι [1]
 Όχι [2]

25. Πόσο συχνά θα λέγατε ότι αντιμετωπίζετε δυσκολία να καλύψετε κάθε μια από τις παρακάτω ανάγκες στο νοικοκυριό σας; (Παρακαλώ για κάθε πρόταση, επιλέξτε μία από τις τέσσερις απαντήσεις)

	Συχνά	Κάποιες φορές	Πολύ σπάνια – Σχεδόν ποτέ	Δεν έχω τέτοιο έξοδο/ Δεν με αφορά
Τους τρέχοντες λογαριασμούς (ΔΕΗ, ΟΤΕ, κοινόχρηστα, εφορία, ασφαλιστικά ταμεία,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

κλπ)				
Τη δόση κάποιου δανείου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Την ελάχιστη δόση κάποιας πιστωτικής κάρτας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Τη δόση του αυτοκινήτου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Το ενοίκιο της κατοικίας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Τα δίδακτρα φροντιστηρίων	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Τα έξοδα ένδυσης και υπόδησης	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Τα ψώνια στο Supermarket	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

26. Πως πιστεύετε ότι τα πηγαίνει το νοικοκυριό σας (η οικογένειά σας) στον οικονομικό τομέα; (Παρακαλώ επιλέξτε με την απάντησή σας)

Δεν αντιμετωπίζει καμία δυσκολία	<input type="checkbox"/>
Αντιμετωπίζει λίγες δυσκολίες	<input type="checkbox"/>
Αντιμετωπίζει αρκετές δυσκολίες	<input type="checkbox"/>
Αντιμετωπίζει πολλές δυσκολίες	<input type="checkbox"/>
ΔΓ/ΔΑ	<input type="checkbox"/>

27. Προσδοκώμενη οικονομική κατάσταση τους επόμενους 12 μήνες. Αναμένετε ότι η οικονομική σας κατάσταση (Επιλέξτε μία από τις παρακάτω απαντήσεις)

- Θα βελτιωθεί [1]
- Θα παραμείνει ίδια [2]
- Θα χειροτερέψει [3]
- Δεν γνωρίζω [4]

28. Έχετε σκεφτεί το ενδεχόμενο αναζήτησης εργασίας σε άλλη χώρα;

- Ναι [1]
- Όχι [2]

Αν θέλετε, διευκρινίστε τον λόγο

.....
.....

29. Το σπίτι στο οποίο μένετε είναι:

- Ιδιόκτητο [1]
- Ιδιόκτητο αλλά εκκρεμεί δάνειο [2]
- Μισθωμένο (Νοικιασμένο) [3]
- Υποθηκευμένο [4]
- Παραχώρηση από συγγενή/ οικογενειακό ή άλλο πρόσωπο χωρίς πληρωμή ενοικίου [5]
- Άλλο (Ποιο.....) [6]

30. Παρακαλώ αναφέρετε το ετήσιο καθαρό οικογενειακό εισόδημά σας

.....

31. Πόσο καλή είναι η υγεία σας;

- Πολύ κακή [1] Κακή [2] Ούτε κακή, ούτε καλή [3] Καλή [4] Πολύ καλή [5]

32. Αντιμετωπίζετε κάποιο πρόβλημα υγείας κατά το τελευταίο διάστημα;

- Ναι [1] Όχι [2]

Εάν ναι, σημειώστε ποιο από τα ακόλουθα προβλήματα υγείας αντιμετωπίζετε.

(Μπορείτε να σημειώσετε παραπάνω από ένα)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Καρδιολογικά προβλήματα [1] | <input type="checkbox"/> Υπέρταση [5] |
| <input type="checkbox"/> Αρθρίτιδα ή ρευματισμοί [2] | <input type="checkbox"/> Καρκίνος [6] |
| <input type="checkbox"/> Διαβήτης [3] | <input type="checkbox"/> Χρόνια ψυχικά προβλήματα [7] |
| <input type="checkbox"/> Εγκεφαλικό επεισόδιο [4] | |
| <input type="checkbox"/> Άλλο (Παρακαλούμε περιγράψτε) [8] | |
-

33. Λαμβάνετε κάποια φαρμακευτική αγωγή;

- Ναι [1]
 Όχι [2]

Ποια;.....

34. Καπνίζετε;

Ναι [1]

Όχι [2]

Εάν ναι, πόσα τσιγάρα ημερησίως;.....

35. Πόσο συχνά κάνετε χρήση αλκοόλ;

Καθόλου έως σπάνια [1]

Μόνο σε γεύμα με φίλους/ οικογένεια [2]

1-2 φορές την εβδομάδα από 1-4 ποτήρια κρασί/μπύρα ή 1 ποτήρι αλκοόλ [3]

3-5 φορές την εβδομάδα από 1-4 ποτήρια κρασί/μπύρα ή 1 ποτήρι αλκοόλ [4]

Κάθε μέρα από 1-4 ποτήρια κρασί/μπύρα ή 1 έως 2 ποτήρι αλκοόλ [5]

36. Πιστεύετε ότι η χρήση αλκοόλ έχει δημιουργήσει προβλήματα σε εσάς και την οικογένειά σας;

Ναι [1]

Όχι [2]

37. Παρακαλούμε αφού διαβάσετε τις τρεις ακόλουθες ερωτήσεις, να σκεφτείτε και να αξιολογήσετε το πώς νιώθετε γενικά για τις συνθήκες διαβίωσης, την υγεία και την ποιότητα της ζωής σας. Βάλτε σε κύκλο έναν αριθμό από το 1-5 που αντιστοιχεί στην απάντηση που σας αντιπροσωπεύει καλύτερα.

		Πολύ κακή	Κακή	Ούτε κακή ούτε καλή	Καλή	Πολύ καλή
1	Πώς θα βαθμολογούσατε την ποιότητα της ζωής	1	2	3	4	5

	σας γενικά;					
		Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Απόλυτα
2	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από την υγεία σας;	1	2	3	4	5
3	Πιστεύετε ότι οι συνθήκες διαβίωσής σας είναι ικανοποιητικές;	1	2	3	4	5

ΜΕΡΟΣ Ε

38. Πιο κάτω είναι μια σειρά από καταστάσεις που πιθανόν να περάσατε ή να αισθανθήκατε. Σας παρακαλώ, πείτε μου πόσο συχνά αισθανθήκατε έτσι τις τελευταίες τριάντα ημέρες;

(Βάλτε σε κύκλο γύρω από τον αριθμό π.χ. 1 στην κατάλληλη στήλη, σύμφωνα με τη συχνότητα που λέει)

- ❖ Λιγότερο από μία μέρα την εβδομάδα=«σπάνια-καθόλου»
- ❖ 1-2 μέρες την εβδομάδα =«μερικές φορές»
- ❖ 3-4 μέρες την εβδομάδα =«αρκετές φορές»
- ❖ 5-7 μέρες την εβδομάδα =«τον περισσότερο καιρό», «κάθε μέρα»

Τον περασμένο μήνα:

	Σπάνια ή καθόλου	Μερικές φορές	Αρκετές φορές	Τον περισσότερο καιρό/ Κάθε μέρα
	Λιγ. από 1 μέρα την εβδομάδα	1-2 μέρες την εβδομάδα	3-4 μέρες την εβδομάδα	5-7 μέρες την εβδομάδα
1. Με ενοχλούσαν πράγματα που συνήθως δεν με ενοχλούν	0	1	2	3
2. Δεν ήθελα να φάω και η όρεξή μου ήταν κακή	0	1	2	3
3. Ένιωθα ότι δεν μπορούσα να απαλλαγώ από την κακοκεφιά μου, ακόμη κι αν με βοηθούσαν οι φίλοι και η οικογένειά μου	0	1	2	3
4. Ένιωθα ότι ήμουν εξίσου ικανός/ή με τους άλλους	3	2	1	0
5. Είχα δυσκολία να συγκεντρωθώ σε αυτό που έκανα, να πάρω αποφάσεις για καθημερινά πράγματα	0	1	2	3
6. Ένιωθα μελαγχολικός/ή, πεσμένος/η	0	1	2	3
7. Ένιωθα πως ό,τι έκανα το έκανα με μεγάλη προσπάθεια, με πίεση, ήμουν μόνιμα κουρασμένος/η	0	1	2	3
8. Ένοιωθα ελπίδα για το μέλλον	3	2	1	0
9. Σκεφτόμουν ότι η μέχρι τώρα ζωή μου ήταν μια αποτυχία, ότι είμαι άχρηστος/η	0	1	2	3

10. Ένιωθα φοβισμένος/η και ανήσυχος/η	0	1	2	3
11. Είχα ανήσυχο ύπνο, δεν μπορούσε να με πάρει ο ύπνος	0	1	2	3
12. Ήμουν ευτυχισμένος/η	3	2	1	0
13. Μιλούσα λιγότερο από το συνηθισμένο	0	1	2	3
14. Ένιωθα μοναξιά	0	1	2	3
15. Οι άνθρωποι δεν ήταν φιλικοί μαζί μου	0	1	2	3
16. Ευχαριστιόμουν (χαιρόμουν τη ζωή)	3	2	1	0
17. Έκλαιγα με λυγμούς	0	1	2	3
18. Ένιωθα λυπημένος/η	0	1	2	3
19. Ένιωθα ότι οι άνθρωποι δεν με συμπαθούσαν	0	1	2	3
20. Δεν μπορούσα να κάνω τις δουλειές μου (εργασία, σπίτι, σχολείο)	0	1	2	3
21. Ήταν τα πράγματα τόσο άσχημα ώστε σκέφτηκα να κάνω κακό στον εαυτό μου κατά τον τελευταίο μήνα	0	1	2	3

A

39. Ανησυχείτε πολύ για κακά που μπορεί να σας συμβούν; Κατά τη διάρκεια των έξι τελευταίων μηνών θα λέγατε πως ανησυχούσατε τον περισσότερο καιρό; (Ανησυχούσατε τις περισσότερες μέρες;)

Αν ναι: Τι σας ανησυχεί; Πόσο πραγματικό είναι αυτό;

Καθόλου [1]

Μερικές φορές [2]

Ναι, είχα εξωπραγματική ή υπερβολική ανησυχία και άγχος για μια περίοδο έξι μηνών ή περισσότερο τις περισσότερες μέρες [3]

Εάν δεν υπήρχε καθόλου ανησυχία κατά τη διάρκεια των τελευταίων έξι μηνών, να μην απαντηθούν οι παρακάτω ερωτήσεις.

B

40. Η ανησυχία αυτή είναι άσχετη με πιθανή εμφάνιση πανικού, με αμηχανία μπροστά στο κοινό, με μόλυνση ή με αύξηση βάρους;

Όχι, δεν είναι άσχετη [2]

Ναι, είναι άσχετη [3]



41. Στους τελευταίους 6 μήνες που νιώθατε νευρικός:

		Ποτέ	Μερικές φορές	Συχνά
1.	Έτυχε να τρέμετε συχνά ή να έχετε συσπάσεις ή ρίγη;	1	2	3
2.	Έτυχε να νιώθετε του μυς σας συχνά τεντωμένους ή να πονούν;	1	2	3
3.	Έτυχε να νιώθετε συχνά κινητική ανησυχία, να μην μπορείτε να καθίσετε ήσυχος/η;	1	2	3
4.	Έτυχε συχνά να κουράζεστε εύκολα;	1	2	3
5.	Έτυχε να σας κόβεται συχνά η αναπνοή; (Έχετε δυσκολία να πάρετε ανάσα.)	1	2	3
6.	Έτυχε να χτυπά συχνά η καρδιά σας δυνατά ή πολύ γρήγορα;	1	2	3
7.	Έτυχε να ιδρώνετε συχνά πολύ; Να είναι τα χέρια σας συχνά κρύα ή υγρά;	1	2	3
8.	Έτυχε να νιώθετε συχνά το στόμα σας ξηρό;	1	2	3
9.	Έτυχε να νιώθετε συχνά ζάλη ή σκοτούρα;	1	2	3
10.	Έτυχε να είναι το στομάχι σας συχνά ανακατωμένο, να έχετε ναυτία ή διάρροια;	1	2	3
11.	Έτυχε να έχετε συχνά εξάψεις ή κρυάδες;	1	2	3
12.	Έτυχε να ουρείτε συχνότερα από το συνηθισμένο;	1	2	3
13.	Έτυχε να έχετε συχνά δυσκολία να	1	2	3

	καταπιείτε ή να νιώθετε έναν κόμπο στο λαιμό σας;			
14.	Έτυχε να νιώθετε συχνά σαν κουρδισμένος ή με τεντωμένα νεύρα;	1	2	3
15.	Έτυχε να σας κάνουν να αναπηδάτε ξαφνικοί θόρυβοι;	1	2	3
16.	Έτυχε να έχετε δυσκολία να συγκεντρωθείτε ή να σταματά το μυαλό σας;	1	2	3
17.	Έτυχε να έχετε συχνά δυσκολία να σας πάρει ο ύπνος ή να συνεχίσετε τον ύπνο σας;	1	2	3
18.	Έτυχε να είστε συχνά ευερέθιστος ή ιδιαίτερα ανυπόμονος;	1	2	3

Τέλος ερωτηματολογίου

Σας ευχαριστούμε για τη συνεργασία!

**ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΠΟΥ
ΧΟΡΗΓΗΘΗΚΕ ΣΕ
ΑΝΕΡΓΟΥΣ**

ΑΝΕΡΓΙΑ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΣΕ ΠΕΡΙΟΔΟ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ

(Β΄ έκδοση-αναθεωρημένη 2016)

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

[Το παρόν ερωτηματολόγιο έχει σκοπό να διερευνήσει την ψυχική υγεία των ανέργων σε περίοδο οικονομικής κρίσης στο πλαίσιο εκπόνησης Διδακτορικής Διατριβής. Η συμμετοχή σας είναι ιδιαίτερα σημαντική για τη διεκπεραίωση της έρευνας. Θα θέλαμε να σας διαβεβαιώσουμε για το απόρρητο των απαντήσεών σας.]

Σας ευχαριστούμε για τη συνεργασία

ΜΕΡΟΣ Α

Σημειώστε με την απάντησή σας

1. Φύλο:

- Άνδρας [1] Γυναίκα [2]

2. Ηλικία:

Παρακαλώ γράψτε την ηλικία σας αριθμητικά

.....

3. Οικογενειακή κατάσταση:

- Έγγαμος/η [1]
 Άγαμος/η [2]
 Χωρισμένος/η / Σε διάσταση [3]
 Συμβίωση χωρίς γάμο [4]
 Χήρος/α [5]

4. Αριθμός μελών νοικοκυριού:

- 1 ενήλικας χωρίς παιδιά [1]
- 2 ενήλικες χωρίς παιδιά [2]
- Περισσότεροι ενήλικες χωρίς παιδιά [3]
- 1 ενήλικας με παιδιά [4]
- 2 ενήλικες με παιδιά [5]
- Περισσότεροι ενήλικες με παιδιά [6]

Παρακαλώ συμπληρώστε τον αριθμό των ανήλικων τέκνων που μένουν μαζί σας.....

5. Επίπεδο εκπαίδευσης:

Έως έξι έτη εκπαίδευσης	[1]
7-9 έτη εκπαίδευσης	[2]
Απόφοιτος/η Λυκείου, ΤΕΛ, ΤΕΣ, Πολυκλαδικού Λυκείου	[3]
Απόφοιτος/η ΙΕΚ ή Ανώτερων Σχολών	[4]
Απόφοιτος/η ΤΕΙ, ΚΑΤΕΕ	[5]
Απόφοιτος/η ΑΕΙ	[6]
Φοιτητής/Φοιτήτρια	[7]
Κάτοχος Μεταπτυχιακού	[8]
Κάτοχος Διδακτορικού	[9]

ΜΕΡΟΣ Β

6. Παρακαλώ συμπληρώστε. Είστε άνεργος/η:

Εγγεγραμμένος/η στον ΟΑΕΔ	[1]
Εγγεγραμμένος/η στον ΟΑΕΔ και λήψη επιδόματος ανεργίας από τον ΟΑΕΔ	[2]
Συμμετέχετε σε Προγράμματα κατάρτισης του ΟΑΕΔ	[3]
Δεν είστε εγγεγραμμένος/η στον ΟΑΕΔ	[4]

7. Παρακαλώ αναφέρετε τον χρόνο ανεργίας σας:

- 0-6 μήνες [1]
- 7-12 μήνες [2]
- 13-24 μήνες [3]
- 25-48 μήνες [4]
- >49 μήνες [5]
-

8. Επιθυμείτε την εύρεση εργασίας τη συγκεκριμένη χρονική στιγμή, και αν ναι τι είδους;

- Όχι, λόγω της ύπαρξης άλλων προτεραιοτήτων τη συγκεκριμένη χρονική στιγμή [1]
- Ενδιαφέρομαι για την εύρεση πλήρους απασχόλησης [2]
- Ενδιαφέρομαι για την εύρεση μερικής απασχόλησης [3]

ΜΕΡΟΣ Γ

9. Υπάρχουν μέλη στην οικογένειά σας που συνέβαλλαν στο οικογενειακό εισόδημα του νοικοκυριού σας και έχουν απολυθεί και παραμένει άνεργα κατά τη διάρκεια των δύο τελευταίων ετών;

Ναι [1]

Όχι [2]

10. Πόσο συχνά θα λέγατε ότι αντιμετωπίζετε δυσκολία να καλύψετε κάθε μια από τις παρακάτω ανάγκες στο νοικοκυριό σας; (Παρακαλώ για κάθε πρόταση, επιλέξτε μία από τις τέσσερις απαντήσεις)

	Συχνά	Κάποιες φορές	Πολύ σπάνια – Σχεδόν ποτέ	Δεν έχω τέτοιο έξοδο/ Δεν με αφορά
Τους τρέχοντες λογαριασμούς (ΔΕΗ, ΟΤΕ, κοινόχρηστα, εφορία, ασφαλιστικά ταμεία, κλπ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Τη δόση κάποιου δανείου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Την ελάχιστη δόση κάποιας πιστωτικής κάρτας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Τη δόση του αυτοκινήτου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Το ενοίκιο της κατοικίας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Τα δίδακτρα φροντιστηρίων	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Τα έξοδα ένδυσης και υπόδησης	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Τα ψώνια στο Supermarket	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Πως πιστεύετε ότι τα πηγαίνει το νοικοκυριό σας (η οικογένειά σας) στον οικονομικό τομέα; (Παρακαλώ επιλέξτε με την απάντησή σας)

Δεν αντιμετωπίζει καμία δυσκολία	<input type="checkbox"/>
Αντιμετωπίζει λίγες δυσκολίες	<input type="checkbox"/>
Αντιμετωπίζει αρκετές δυσκολίες	<input type="checkbox"/>
Αντιμετωπίζει πολλές δυσκολίες	<input type="checkbox"/>
ΔΓ/ΔΑ	<input type="checkbox"/>

12. Προσδοκώμενη οικονομική κατάσταση τους επόμενους 12 μήνες. Αναμένετε ότι η οικονομική σας κατάσταση (Επιλέξτε μία από τις παρακάτω απαντήσεις)

- Θα βελτιωθεί [1]
- Θα παραμείνει ίδια [2]
- Θα χειροτερέψει [3]
- Δεν γνωρίζω [4]

13. Έχετε σκεφτεί το ενδεχόμενο αναζήτησης εργασίας σε άλλη χώρα;

Ναι [1]

Όχι [2]

Αν θέλετε, διευκρινίστε τον λόγο.....

14. Το σπίτι στο οποίο μένετε είναι:

Ιδιόκτητο [1]

Ιδιόκτητο αλλά εκκρεμεί δάνειο [2]

Μισθωμένο (Νοικιασμένο) [3]

Υποθηκευμένο [4]

Παραχώρηση από συγγενή/ οικογενειακό ή άλλο πρόσωπο χωρίς πληρωμή ενοικίου [5]

Άλλο (Ποιο.....) [6]

15. Παρακαλώ αναφέρετε το ετήσιο καθαρό οικογενειακό εισόδημά σας

.....

ΜΕΡΟΣ Δ

16. Πόσο καλή είναι η υγεία σας;

Πολύ κακή [1] Κακή [2] Ούτε κακή, ούτε καλή [3] Καλή [4]

Πολύ καλή [5]

17. Αντιμετωπίζετε κάποιο πρόβλημα υγείας κατά το τελευταίο διάστημα;

Ναι [1] Όχι [2]

Καρδιολογικά προβλήματα [1] Υπέρταση [5]

Αρθρίτιδα ή ρευματισμοί [2] Καρκίνος [6]

Διαβήτης [3] Χρόνια ψυχικά προβλήματα [7]

Εγκεφαλικό επεισόδιο [4]

Άλλο (Παρακαλούμε περιγράψτε) [8]

.....
Εάν ναι, σημειώστε ποιο από τα ακόλουθα προβλήματα υγείας αντιμετωπίζετε.

(Μπορείτε να σημειώσετε παραπάνω από ένα)

18. Λαμβάνετε κάποια φαρμακευτική αγωγή;

Ναι [1]

Όχι [2]

Ποια;.....

19. Καπνίζετε;

Ναι [1]

Όχι [2]

Εάν ναι, πόσα τσιγάρα ημερησίως;.....

20. Πόσο συχνά κάνετε χρήση αλκοόλ;

- Καθόλου έως σπάνια [1]
- Μόνο σε γεύμα με φίλους/ οικογένεια [2]
- 1-2 φορές την εβδομάδα από 1-4 ποτήρια κρασί/μπύρα ή 1 ποτήρι αλκοόλ [3]
- 3-5 φορές την εβδομάδα από 1-4 ποτήρια κρασί/μπύρα ή 1 ποτήρι αλκοόλ [4]
- Κάθε μέρα από 1-4 ποτήρια κρασί/μπύρα ή 1 έως 2 ποτήρια αλκοόλ [5]

21. Πιστεύετε ότι η χρήση αλκοόλ έχει δημιουργήσει προβλήματα σε εσάς και την οικογένειά σας;

- Ναι [1]
- Όχι [2]

22. Παρακαλούμε αφού διαβάσετε τις τρεις ακόλουθες ερωτήσεις, να σκεφτείτε και να αξιολογήσετε το πώς νιώθετε γενικά για τις συνθήκες διαβίωσης, την υγεία και την ποιότητα της ζωής σας. Βάλτε σε κύκλο έναν αριθμό από το 1-5 που αντιστοιχεί στην απάντηση που σας αντιπροσωπεύει καλύτερα.

		Πολύ κακή	Κακή	Ούτε κακή ούτε καλή	Καλή	Πολύ καλή
1	Πώς θα βαθμολογούσατε την ποιότητα της ζωής σας γενικά;	1	2	3	4	5
		Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Απόλυτα
2	Πόσο ικανοποιημένος/η	1	2	3	4	5

	είστε από την υγεία σας;					
3	Πιστεύετε ότι οι συνθήκες διαβίωσής σας είναι ικανοποιητικές;	1	2	3	4	5

ΜΕΡΟΣ Ε

23. Πιο κάτω είναι μια σειρά από καταστάσεις που πιθανόν να περάσατε ή να αισθανθήκατε. Σας παρακαλώ, πείτε μου πόσο συχνά αισθανθήκατε έτσι τις τελευταίες τριάντα ημέρες;

(Βάλτε σε κύκλο γύρω από τον αριθμό π.χ. 1 στην κατάλληλη στήλη, σύμφωνα με τη συχνότητα που λέει)

- ❖ Λιγότερο από μία μέρα την εβδομάδα=«σπάνια-καθόλου»
- ❖ 1-2 μέρες την εβδομάδα =«μερικές φορές»
- ❖ 3-4 μέρες την εβδομάδα =«αρκετές φορές»
- ❖ 5-7 μέρες την εβδομάδα =«τον περισσότερο καιρό», «κάθε μέρα»

Τον περασμένο μήνα:

	Σπάνια ή καθόλου	Μερικές φορές	Αρκετές φορές	Τον περισσότερο καιρό/ Κάθε μέρα
	Λιγ. από 1 μέρα την εβδομάδα	1-2 μέρες την εβδομάδα	3-4 μέρες την εβδομάδα	5-7 μέρες την εβδομάδα
1. Με ενοχλούσαν πράγματα που συνήθως δεν με ενοχλούν	0	1	2	3
2. Δεν ήθελα να φάω και η όρεξή μου ήταν κακή	0	1	2	3
3. Ένιωθα ότι δεν μπορούσα να απαλλαγώ από την κακοκεφιά μου, ακόμη κι αν με βοηθούσαν οι φίλοι και η οικογένειά μου	0	1	2	3
4. Ένιωθα ότι ήμουν εξίσου ικανός/ή με τους άλλους	3	2	1	0
5. Είχα δυσκολία να συγκεντρωθώ σε αυτό που έκανα, να πάρω αποφάσεις για καθημερινά πράγματα	0	1	2	3
6. Ένιωθα μελαγχολικός/ή, πεσμένος/η	0	1	2	3
7. Ένιωθα πως ό,τι έκανα το έκανα με μεγάλη προσπάθεια, με πίεση, ήμουν μόνιμα κουρασμένος/η	0	1	2	3
8. Ένοιωθα ελπίδα για το μέλλον	3	2	1	0
9. Σκεφτόμουν ότι η μέχρι τώρα ζωή μου ήταν μια αποτυχία, ότι είμαι άχρηστος/η	0	1	2	3
10. Ένιωθα φοβισμένος/η και ανήσυχος/η	0	1	2	3
11. Είχα ανήσυχο ύπνο, δεν μπορούσε να με	0	1	2	3

πάρει ο ύπνος				
12. Ήμουν ευτυχισμένος/η	3	2	1	0
13. Μιλούσα λιγότερο από το συνηθισμένο	0	1	2	3
14. Ένιωθα μοναξιά	0	1	2	3
15. Οι άνθρωποι δεν ήταν φιλικοί μαζί μου	0	1	2	3
16. Ευχαριστιόμουν (χαιρόμουν τη ζωή)	3	2	1	0
17. Έκλαιγα με λυγμούς	0	1	2	3
18. Ένιωθα λυπημένος/η	0	1	2	3
19. Ένιωθα ότι οι άνθρωποι δεν με συμπαθούσαν	0	1	2	3
20. Δεν μπορούσα να κάνω τις δουλειές μου (εργασία, σπίτι, σχολείο)	0	1	2	3
21. Ήταν τα πράγματα τόσο άσχημα ώστε σκέφτηκα να κάνω κακό στον εαυτό μου κατά τον τελευταίο μήνα	0	1	2	3

ΜΕΡΟΣ ΣΤ

A

24. Ανησυχείτε πολύ για κακά που μπορεί να σας συμβούν; Κατά τη διάρκεια των έξι τελευταίων μηνών θα λέγατε πως ανησυχούσατε τον περισσότερο καιρό; (Ανησυχούσατε τις περισσότερες μέρες;)

Αν ναι: Τι σας ανησυχεί; Πόσο πραγματικό είναι αυτό;

Καθόλου [1]

Μερικές φορές [2]

Ναι, είχα εξωπραγματική ή υπερβολική ανησυχία και άγχος για μια περίοδο έξι μηνών ή περισσότερο τις περισσότερες μέρες [3]

Εάν δεν υπήρχε καθόλου ανησυχία κατά τη διάρκεια των τελευταίων έξι μηνών, να μην απαντηθούν οι παρακάτω ερωτήσεις.

B

25. Η ανησυχία αυτή είναι άσχετη με πιθανή εμφάνιση πανικού, με αμηχανία μπροστά στο κοινό, με μόλυνση ή με αύξηση βάρους;

Όχι, δεν είναι άσχετη [2]

Ναι, είναι άσχετη [3]

Γ

26. Στους τελευταίους 6 μήνες που νιώθατε νευρικός:

		Ποτέ	Μερικές φορές	Συχνά
1.	Έτυχε να τρέμετε συχνά ή να έχετε συσπάσεις ή ρίγη;	1	2	3
2.	Έτυχε να νιώθετε του μυς σας συχνά τεντωμένους ή να πονούν;	1	2	3
3.	Έτυχε να νιώθετε συχνά κινητική ανησυχία, να μην μπορείτε να καθίσετε ήσυχος/η;	1	2	3
4.	Έτυχε συχνά να κουράζεστε εύκολα;	1	2	3
5.	Έτυχε να σας κόβεται συχνά η αναπνοή; (Έχετε δυσκολία να πάρετε ανάσα;)	1	2	3
6.	Έτυχε να χτυπά συχνά η καρδιά σας δυνατά ή πολύ γρήγορα;	1	2	3
7.	Έτυχε να ιδρώνετε συχνά πολύ; Να είναι τα χέρια σας συχνά κρύα ή υγρά;	1	2	3

8.	Έτυχε να νιώθετε συχνά το στόμα σας ξηρό;	1	2	3
9.	Έτυχε να νιώθετε συχνά ζάλη ή σκοτούρα;	1	2	3
10.	Έτυχε να είναι το στομάχι σας συχνά ανακατωμένο, να έχετε ναυτία ή διάρροια;	1	2	3
11.	Έτυχε να έχετε συχνά εξάψεις ή κρυάδες;	1	2	3
12.	Έτυχε να ουρείτε συχνότερα από το συνηθισμένο;	1	2	3
13.	Έτυχε να έχετε συχνά δυσκολία να καταπιείτε ή να νιώθετε έναν κόμπο στο λαιμό σας;	1	2	3
14.	Έτυχε να νιώθετε συχνά σαν κουρδισμένος ή με τεντωμένα νεύρα;	1	2	3
15.	Έτυχε να σας κάνουν να αναπηδάτε ξαφνικοί θόρυβοι;	1	2	3
16.	Έτυχε να έχετε δυσκολία να συγκεντρωθείτε ή να σταματά το μυαλό σας;	1	2	3
17.	Έτυχε να έχετε συχνά δυσκολία να σας πάρει ο ύπνος ή να συνεχίσετε τον ύπνο σας;	1	2	3
18.	Έτυχε να είστε συχνά ευερέθιστος ή ιδιαίτερα ανυπόμονος;	1	2	3

Τέλος ερωτηματολογίου

Σας ευχαριστούμε για τη συνεργασία!

Διεθνής Βιβλιογραφία

Arampatzi, E., Burger, M.J., Veenhoven, R. (2014). Financial distress and happiness of employees in times of economic crisis. *Applied Economics Letters*, 22(3), 173-179.

Artazcoz, L., Benach, J., Borrell, C., Cortès, I. (2004). Unemployment and mental health: Understanding the interactions among gender, family roles, and social class. *American Journal of Public Health*, 94(1), 82-88.

Aumayr-Pintar, C., Cabrita, J., Foden, D. (2013). *Wages: A working conditions and industrial relations perspective*. Dublin: Eurofound.

https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_publication/field_ef_document/ef1307en.pdf (Accessed 16/08/2018).

Avčič, B.A., Kučina, A.U., Sarotar, B.N., Radovanović, M., Plesničar, B.K. (2011). The present global financial and economic crisis poses an additional risk factor for mental health problems on the employees. *Psychiatria Danubina*, 23(Suppl 1), S142-148.

Barr, B., Taylor-Robinson, D., Scott-Samuel, A., McKee, M., Stuckler, D. (2012). Suicides associated with the 2008-10 economic recession in England: time trend analysis. *BMJ: British Medical Journal*, 345, e5142.

Bartley, M. (1994). Unemployment and ill health: understanding the Relationship. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 48(4), 333-337.

Bethge M., Radoschewski F.M., Gutenbrunner C. (2012). Effort-reward imbalance and work ability: cross-sectional and longitudinal findings from the Second German Sociomedical Panel of Employees. *BMC Public Health*, 12(1), 875.

Blakely, T.A., Collings, S.C.D., Atkinson, J. (2003). Unemployment and suicide: Evidence for a causal association? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57(8), 594-600.

Blom V., Richter A., Hallsten L., Svedberg P. (2018). The associations between job insecurity, depressive symptoms and burnout: The role of performance-based self-esteem. *Economic and Industrial Democracy*, 39(1), 48-63.

Branas, C.C., Kastanaki, A.E., Michalodimitrakis, M., Tzougas, J., Kranioti, E.F., Theodorakis, P.N., Carr, B.C., Wiebe, D.J. (2015). The impact of economic austerity and prosperity events on suicide in Greece: a 30-year interrupted time-series analysis. *BMJ Open*, 5(1), e005619.

Broomhall, H. S., & Winefield, A. H. (1990). A comparison of the affective well-being of young and middle-aged unemployed men matched for length of unemployment. *British Journal of Medical Psychology*, 63(1), 43-52.

Broughton A, Welz C. *Impact of the crisis on industrial relations*. Dublin: European Foundation.

<https://www.eurofound.europa.eu/publications/reports/2013/impact-of-the-crisis-on-industrial-relations> (Accessed 16/08/2018).

Catalano, R. (1991). The Health Effects of Economic Insecurity. *American Journal of Public Health*, 8, 1148-1152.

Catalano, R., Aldrete, E., Vega, W., Kolody, B., Ajuilar-Gaxiola, S. (2000). Job loss and major depression among Mexican Americans. *Social Science Quarterly*, 81, 477-487

Chang, S.S., Stuckler, D., Yip, P., Gunnell, D. (2013). Impact of 2008 global economic crisis on suicide: time trend study in 54 countries. *BMJ: British Medical Journal*, 347, f5239.

Charlton, J., Kelly, S., Dunnell, K., Evans, B., & Jenkins, R. (1993). Suicide deaths in England and Wales: trends in factors associated with suicide deaths. *Population Trends*, 71, 34-42.

Cheng, Y., Kawachi, I., Coakley, E. H., Schwartz, J., & Colditz, G. (2000). Association between psychosocial work characteristics and health functioning in American women: prospective study. *BMJ*, 320(7247), 1432-1436.

Claussen, B., Bjorndal, F., Hjort, P. (1993). Health and re-employment in a two year follow up of long term unemployed. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 47(1), 14-18.

Conway, M., Campanini, P., Sartori, S., Dotti, R., Costa, G. (2008). Main and interactive effects of shiftwork, age and work stress on health in an Italian sample of healthcare workers. *Applied Ergonomics*, 39(5), 630-639.

Córdoba-Doña, J. A., Escolar-Pujolar, A., San Sebastián, M., & Gustafsson, P. E. (2016). How are the employed and unemployed affected by the economic crisis in Spain? Educational inequalities, life conditions and mental health in a context of high unemployment. *BMC Public Health*, 16(1), 267.

Crombie, I. K. (1989). Trends in suicide and unemployment in Scotland, 1976-86. *BMJ*, 298(6676), 782-784.

Crowe, L., & Butterworth, P. (2016). The role of financial hardship, mastery and social support in the association between employment status and depression: results from an Australian longitudinal cohort study. *BMJ open*, 6(5), e009834.

De Jonge J., van Vegchel N., Shimazu A., Schaufeli W., Dormann C. (2010). A longitudinal test of the demand-control model using specific job demands and specific job control. *International Journal of Behavioral Medicine*, 17(2), 125-133.

Dragano N., Verde E., Siegrist J. (2005). Organisational downsizing and work stress: testing synergistic health effects in employed men and women. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59,694-699.

Dragano N., He Y., Moebus S., Jöckel K.H., Erbel R., Siegrist J. (2008). Two models of job stress and depressive symptoms. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(1), 72-78.

D'Souza R.M., Strazdins L., Broom D.H., Rodgers B., Berry H.L. (2006). Work demands, job insecurity and sickness absence from work. How productive is the new, flexible labour force? *Australian New Zealand Journal of Public Health* 30(3), 205-212.

Economou, M., Madianos, M., Theleritis, C., Peppou, L.E., Stefanis, C.N. (2011). Increased suicidality amid economic crisis in Greece. *The Lancet*, 378(9801), 1459.

Economou, M., Madianos, M., Peppou, L.E., Patelakis, A., Stefanis, C.N. (2013a). Major depression in the era of economic crisis: a replication of a cross-sectional study across Greece. *Journal of Affective Disorders*, 145(3), 308-314.

Economou, M., Madianos, M., Peppou, L.E., Theleritis, C., Patelakis, A., Stefanis, C. (2013b). Suicidal ideation and reported suicide attempts in Greece during the economic crisis. *World Psychiatry*, 12(1), 53-59.

Eurostat.

<http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&plugin=1&language=en&pcode=teina200> (Accessed 15/03/2018).

Eurostat.

<http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&pcode=teina225&plugin=1> (Accessed 15/03/2018).

Gallie, D., Dieckhoff, M., Russell, H., Inanc, H., McGinnity, F., Watson, D., Polavieja, J. (2013). Economic Crisis Quality of work and social integration: Topline Results from Rounds 2 and 5 of the European Social Survey, Issue 3. London: Centre for Comparative Social Surveys.

Hanzl-Weiß, D., Vidovic, H., & Sanoussi, F. (2010). *Working poor in Europe*. Dublin, European Foundation.

https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_publication/field_ef_document/ef1025en.pdf (Accessed 16/08/2018).

Faragher, B., Cass, M., Cooper, L. (2005). The relationship between job satisfaction and health: a meta-analysis. *Occupational and Environmental Medicine*, 62(2), 105-112.

Feather, N. T., & O'Brien, G. E. (1986). A longitudinal study of the effects of employment and unemployment on school-leavers. *Journal of Occupational Psychology*, 59(2), 121-144.

Ferrie J., Shipley M., Stansfeld S., Marmot M. (2002). Effects of chronic job insecurity and change in job security on self reported health, minor psychiatric morbidity, physiological measures, and health related behaviours in British civil servants: the Whitehall II study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56(6), 450-454.

Frasquilho, D., de Matos, M. G., Santos, T., Gaspar, T., & Caldas de Almeida, J. M. (2016). Unemployment as a source of mental distress to individuals and their family: Unemployed parents' perceptions during the economic recession. *International Journal of Social Psychiatry*, 62(5), 477-486.

Gabriel P., Liimatainen M.R. (2000). *Mental Health in the Workplace. Introduction, Executive Summaries*. Geneva: ILO.

Georgiadou, P. (2015). *Greece: Lower wages throughout labor market*. Dublin: European Foundation.

<https://www.eurofound.europa.eu/publications/article/2015/greece-lower-wages-throughout-labour-market> (Accessed 16/08/2018).

Gili, M., Roca, M., Basu, S., McKee, M., Stuckler, D. (2012). The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centres, 2006 and 2010. *The European Journal of Public Health*, 23(1), 103-108.

Graetz, B. (1993). Health consequences of employment and unemployment: longitudinal evidence for young men and women. *Social Science & Medicine*, 36(6), 715-724.

Grigoriadou M., Kleftras G. (2017). Depressive Symptomatology, Attachment Style, Job Insecurity and Burnout of Civil Servants in the Greek Economic Crisis. *The European Journal of Counselling Psychology*, 6(1), 96-112.

Grossi, G. (1999). Coping and emotional distress in a sample of Swedish Unemployed. *Scandinavian Journal of Psychology*, 40(3), 157-165.

Hammer, T. (1992). Unemployment and use of drug and alcohol among young people: a longitudinal study in the general population. *British Journal of Addiction*, 87(11), 1571-1581.

Inoue A., Kawakami N., Eguchi H., Tsutsumi A. (2018). Interaction effect of job insecurity and role ambiguity on psychological distress in Japanese employees: a cross-sectional study. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 91, 391-402.

Inoue M., Tsurugano S., Yano E. (2011). Job stress and mental health of permanent and fixed-term workers measured by effort-reward imbalance model, depressive complaints, and clinic utilization. *Journal of Occupational Health*, 53(2), 93-101.

Issever, H., Onen, L., Sabuncu, H., Altunkaynak, O. (2002). Personality characteristics, psychological symptoms and anxiety levels of drivers in charge of urban transportation in Istanbul. *Occupational Medicine*, 52(6), 297-303.

Jenkins, R., Bhugra, D., Bebbington, P., Brugha, T., Farrell, M., Coid, J., Fryers, S., Weich, N., Singleton, N., Meltzer, H. (2008). Debt, income and mental disorder in the general population. *Psychological Medicine*, 38(10), 1485-1493.

Karasek R.A. (1979). Job demands, job decision latitude and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24, 285-307.

Kentikelenis, A., Karanikolos, M., Papanicolas, I., Basu, S., McKee, M., Stuckler, D. (2011). Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy. *The Lancet*, 378(9801), 1457-1458.

Kessler, R. C., Turner, J. B., & House, J. S. (1988). Effects of unemployment on health in a community survey: Main, modifying, and mediating effects. *Journal of Social Issues*, 44(4), 69-85.

Khlat, M., Sermet, C., & Le Pape, A. (2004). Increased prevalence of depression, smoking, heavy drinking and use of psycho-active drugs among unemployed men in France. *European Journal of Epidemiology*, 19(5), 445-451.

La Montagne A., Sanderson K., Cocker F. (2010). *Estimating the economic benefits of eliminating job strain as a risk factor for depression*. Australia: VicHealth.

La Montagne A., Keegel T., Vallance D., Ostry A., Wolfe R. (2008). Job strain-Attributable depression in a sample of working Australians: Assessing the contribution to health inequalities. *BMC Public Health*, 8, 181.

Lahelma, E. (1992). Paid employment, unemployment and mental well-being. *Psychiatria Fennica*, 23, 131-144.

Lange, C., Lampert, T., Koch, R. (2005). Die Gesundheit arbeitsloser Frauen und Männer. Erste Auswertungen des telefonischen Gesundheitssurveys 2003. *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch –Gesundheitsschutz*, 48(11), 1256-1264.

Lee, A. J., Crombie, I. K., Smith, W. C., & Tunstall-Pedoe, H. D. (1991). Cigarette smoking and employment status. *Social Science & Medicine*, 33(11), 1309-1312.

Leino Arjas, P., Liira, J., Mutanen, P., Malmivaara, A., Matikainen, E. (1999). Predictors and consequences of unemployment among construction workers: prospective cohort study. *BMJ*, 319(7210), 600-605.

Madianos, M. G., & Stefanis, C. N. (1992) Changes in the prevalence of symptoms of depression and depression across Greece. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 27(5), 211-219.

Madianos, M., Economou, M., Alexiou, T., Stefanis, C. (2011). Depression and economic hardship across Greece in 2008 and 2009: two cross-sectional surveys nationwide. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46(10), 943-952.

Madianos, M.G., Alexiou, T., Patelakis, A., Economou, M. (2014). Suicide, unemployment and other socioeconomic factors: evidence from the economic crisis in Greece. *The European Journal of Psychiatry*, 28(1), 39-49.

Maier, R., Egger, A., Barth, A., Winker, R., Osterode, W., Kundi, M., ... & Ruediger, H. (2006). Effects of short-and long-term unemployment on physical work capacity and on serum cortisol. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 79(3), 193-198.

Mandal, B., & Roe, B. (2008). Job loss, retirement and the mental health of older Americans. *Journal of Mental Health Policy and Economics*, 11(4), 167-176.

Marklund, S., Bolin, M., von Essen, J. (2008). Can individual health differences be explained by workplace characteristics? A multilevel analysis. *Social Science and Medicine*, 66(3), 650-662.

Markush, R., & Favero, R. (1973) Epidemiologic assessment of stressful life events, depressed mood and psychophysiological symptoms In: Dohrenwend B, (Eds.) *Stressful Life Events: Their Nature and Effects*. New York: J. Wiley.

Melchior, M., Caspi, A., Milne, J., Danese, A., Poulton, R., Moffitt, E. (2007). Work stress precipitates depression and anxiety in young working women and men. *Psychological Medicine*, 37(8), 1119-1129.

Meltzer, H., Bebbington, P., Brugha, T., Jenkins, R., McManus, S., Stansfeld, S. (2010). Job insecurity, socio-economic circumstances and depression. *Psychological Medicine*, 40(8), 1401-1407.

Mihai, A., Ricean, A., & Voidazan, S. (2014). No significant difference in depression rate in employed and unemployed in a pair-matched study design. *Frontiers in Public Health*, 2, 93.

Moncho, J., Pereyra-Zamora, P., Tamayo-Fonseca, N., Giron, M., Gómez-Beneyto, M., & Nolasco, A. (2018). Is recession bad for your mental health? The answer could be complex: evidence from the 2008 crisis in Spain. *BMC Medical Research Methodology*, 18(1), 78.

Morrell, S.L., Taylor, R.J., Kerr, C.B. (1998). Jobless. Unemployment and young people's health. *The Medical Journal of Australia*, 168(5), 236-240.

Morris, J. K., Cook, D. G., & Shaper, A. G. (1992). Non-employment and changes in smoking, drinking, and body weight. *BMJ*, 304(6826), 536-541.

Moser, K. A., Goldblatt, P. O., Fox, A. J., & Jones, D. R. (1987). Unemployment and mortality: comparison of the 1971 and 1981 longitudinal study census samples. *British Medical Journal (Clin Res Ed)*, 294(6564), 86-90.

Namkee A, Sánchez-Sánchez N. *Economic Crisis and Workers' Job Satisfaction*. https://www.uam.es/otros/jaeet13/comunicaciones/20_Satisfaccion_laboral/Ahn_Sanchez-Sanchez.pdf (Accessed 17/12/2014).

Navarro-Abal, Y., Climent-Rodríguez, J., López-López, M., & Gómez-Salgado, J. (2018). Psychological Coping with Job Loss. Empirical Study to Contribute to the Development of Unemployed People. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(8), 1787.

Nella D., Panagopoulou E., Galanis N., Montgomery A., Benos A. (2015). Consequences of job insecurity on the psychological and physical health of Greek civil servants. *BioMed Research International*.

Newbury-Birch, D., Kamali, F. (2001). Psychological stress, anxiety, depression, job satisfaction, and personality characteristics in preregistration house officers. *Postgraduate Medical Journal*, 77(904), 109-111.

Niedhammer I., Malarid L., Chastang J.F. (2015). Occupational factors and subsequent major depressive and generalized anxiety disorders in the prospective French national SIP study. *BMC Public Health* 2015, 15(1), 200.

Ota, A., Masue, T., Yasuda, N., Tsutsumi, A., Mino, Y., Ohara, H. (2005). Association between psychosocial job characteristics and insomnia: an investigation using two relevant job stress models—the demand-control-support (DCS) model and the effort-reward imbalance (ERI) mode. *Sleep Medicine*, 6(4), 353-358.

Paul, K.I., & Moser, K. (2009). Unemployment impairs mental health: Meta-analyses. *Journal of Vocational Behavior*, 74(3), 264-282.

Peretti-Watel, P., Legleye, S., Baumann, M., Choquet, M., Falissard, B., Chau, N., & Lorhandicap Group. (2009). Fatigue, insomnia and nervousness: gender disparities and roles of individual characteristics and lifestyle factors among economically active people. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44(9), 703-709.

Peterson, U., Demerouti, E., Bergstrom, G., Samuelsson, M., Asberg, M., Nygren, A. (2008). Burnout and physical and mental health among Swedish healthcare workers. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 84-95.

Plaisier, I., Beekman, F., De Bruijn, M., De Graaf, R., Ten Have, M., Smit, H., Van Dyck, R., Penninx, H. (2008). The effect of social roles on mental health: A matter of quantity or quality? *Journal of Affective Disorders*, 111(2-3), 261-270.

Platt, S., & Kreitman, N. (1984). Trends in parasuicide and unemployment among men in Edinburgh, 1968-82. *British Medical Journal (Clin Res Ed)*, 289(6451), 1029-1032.

Power, C., & Estough, V. (1990). Employment and drinking in early adulthood: a longitudinal perspective. *British Journal of Addiction*, 85(4), 487-494.

Preti, A. (2003). Unemployment and suicide. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57(8), 557-558.

Preti, A., & Miotto, P. (1999). Suicide and unemployment in Italy, 1982-1994. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 53(11), 694-701.

Rajani N.B., Giannakopoulos G., Filippidis F.T. (2016). Job insecurity, financial difficulties and mental health in Europe. *Occupational Medicine*, 66(8), 681-683.

Reine L., Novo M., Hammarström A. (2008). Does transition from an unstable labour market position to permanent employment protect mental health? Results from a 14-year follow-up of school-leavers. *BMC Public Health*, 8(1), 159.

Rocha C., Hause Crowell J., McCarter A.K. (2006). The effects of prolonged job insecurity on the psychological well-being of workers. *Journal of Sociology and Social Welfare*, 33(3), 9-28.

Rusli N., Edimansyah A., Naing L. (2008). Working conditions, self-perceived stress, anxiety, depression and quality of life: A structural equation modelling approach. *BMC Public Health*, 8, 48.

Salonen, P. H., Arola, H., Nygård, C., Huhtala, H. (2007). Long-term associations of stress and chronic diseases in ageing and retired Employees. *Psychology Health and Medicine*, 13(1), 55-62.

- Schuring, M., Burdorf, A., Kunst, A., Voorham, T., & Mackenbach, J. (2009). Ethnic differences in unemployment and ill health. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 82(8), 1023-1030.
- Siegrist J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1(1), 27-41.
- Siegrist, J., Wege, N., Pühlhofer, F., Wahrendorf, M. (2009). A short generic measure of work stress in the era of globalization: effort–reward imbalance. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 82(8), 1005-1013.
- Siegrist J. (2012). *Effort-reward imbalance at work: Theory, measurement and evidence*. Düsseldorf: Department of Medical Sociology, University Düsseldorf.
- Stamati, A. (2013). *Greece: Impact of the crisis on industrial relations*. Dublin: European Foundation.
<https://www.eurofound.europa.eu/publications/report/2013/greece-impact-of-the-crisis-on-industrial-relations> (Accessed 16/08/2018).
- Stankunas, M., Kalediene, R., Starkuviene, S., Kapustinskiene, V. (2006). Duration of unemployment and depression: a cross-sectional survey in Lithuania. *BMC Public Health*, 6(1), 174.
- Stuckler, D., Basu, S., Suhrcke, M., Coutts, A., McKee, M. (2009). The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *The Lancet*, 374(9686), 315-323.
- Stuckler, D., Basu, S., Suhrcke, M., Coutts, A., McKee, M. (2011). Effects of the 2008 recession on health: a first look at European data. *The Lancet*, 378(9786), 124-125.
- Suwazono, Y., Dochi, M., Kobayashi, E., Oishi, M., Okubo, Y., Tanaka, K., Sakata, K. (2008). Benchmark Duration of Work Hours for Development of Fatigue Symptoms in Japanese Workers with Adjustment for Job-Related Stress. *Risk Analysis*, 28(6), 1689-1698.

- Takahashi, M., Nakata, A., Haratani, T., Otsuka, Y., Kaida, K., Fukasawa, K. (2006). Psychosocial Work Characteristics Predicting Daytime Sleepiness in Day and Shift Workers. *Chronobiology International*, 23(6), 1409-1422.
- Tatsuse T., Sekine M. (2013). Job dissatisfaction as a contributor to stress-related mental health problems among Japanese civil servants. *Industrial Health*, 51(3), 307-318.
- Theodossiou, I. (1998). The effects of low-pay and unemployment psychological well-being: a logistic regression approach. *Journal of Health Economics*, 17(1), 85-104.
- Thern, E., de Munter, J., Hemmingsson, T., & Rasmussen, F. (2017). Long-term effects of youth unemployment on mental health: does an economic crisis make a difference? *Journal of Epidemiology Community Health*, 71(4), 344-349.
- Virtanen, M., Koskinen, S., Kivimäki, M., Honkonen, T., Vahtera, J., Ahola, K., Lönnqvist, J. (2008). Contribution of non-work and work-related risk factors to the association between income and mental disorders in a working population: the Health 2000 Study. *Occupational Environmental Medicine*, 65(3), 171-178.
- Virtanen, P., Janlert, U., Hammarström, A. (2011). Exposure to temporary employment and job insecurity: a longitudinal study of the health effects. *Occupational and Environmental Medicine*, 68, 570-574.
- Wadsworth, J., Montgomery, M., Bartley, J. (1999). The persisting effect of unemployment on health and social well-being in men early in working life. *Social Science and Medicine*, 48(10), 1491-1499.
- Wang, H., Wang, C., & Halliday, T. J. (2018). Health and health inequality during the Great Recession: Evidence from the PSID. *Economics & Human Biology*, 29, 17-30.
- Wang, J., Smailes, E., Sareen, J., Fick, G.H., Schmitz, N., & Patten, S.B. (2010). The prevalence of mental disorders in the working population over the period of global economic crisis. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 55(9), 598-605.

- Wege, N., Angerer, P., & Li, J. (2017). Effects of lifetime unemployment experience and job insecurity on two-year risk of physician-diagnosed incident depression in the German working population. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(8), 904.
- Weich, S., & Lewis, G. (1998). Poverty, unemployment, and common mental disorders: population based cohort study. *BMJ*, 317(7151), 115-119.
- White, M. R. M. (1991). *Against unemployment* (No. 686). Policy Studies Institute.
- Whitley, E., Gunnell, D., Dorling, D., & Smith, G. D. (1999). Ecological study of social fragmentation, poverty, and suicide. *BMJ*, 319(7216), 1034-1037.
- Whooley, A., Kiefe, I., Chesney, A., Markovitz, H., Matthews, K., Hulley, B. (2002). Depressive Symptoms, Unemployment and Loss of Income. The CARDIA Study. *Archives of Internal Medicine*, 162(22), 2614-2620.
- Wieclaw, J., Agerbo, E., Bo Mortensen, P., Burr, H., Tuchsén, F., Bonde, P. (2008). Psychosocial working conditions and the risk of depression and anxiety disorders in the Danish workforce. *BMC Public Health*, 8(1), 280.
- World Health Organization. (2004). *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice (Summary Report)*. Geneva: World Health Organization.
- Zenger, M., Hinz, A., Petermann, F., Brähler, E., Stöbel-Richter, Y. (2013). Health and quality of life within the context of unemployment and job worries. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 63(3-4), 129-137.
- Zimmerman, S. L. (2002). States' spending for public welfare and their suicide rates 1960 to 1995: What is the problem?. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 190(6), 349-360.
- Zuelke, A. E., Luck, T., Schroeter, M. L., Witte, A. V., Hinz, A., Engel, C., .. & Villringer, A. (2018). The association between unemployment and depression—Results from the population-based LIFE-adult-study. *Journal of Affective Disorders*, 235, 399-406.

Ελληνική Βιβλιογραφία

Βέμπερ, Μ. (1984). *Η προτεσταντική ηθική και το πνεύμα του καπιταλισμού*. Αθήνα: Εκδόσεις Gutenberg.

Βικιπαίδεια, Η Ελεύθερη Εγκυκλοπαίδεια. *Ελληνική οικονομική κρίση 2009-σήμερα*. Ανακτήθηκε από το

[//el.wikipedia.org/w/index.php?title=%CE%95%CE%BB%CE%BB%CE%B7%CE%BD%CE%B9%CE%BA%CE%AE_%CE%BF%CE%B9%CE%BA%CE%BF%CE%BD%CE%BF%CE%BC%CE%B9%CE%BA%CE%AE_%CE%BA%CF%81%CE%AF%CF%83%CE%B7_2009-%CF%83%CE%AE%CE%BC%CE%B5%CF%81%CE%B1&oldid=7195828](http://el.wikipedia.org/w/index.php?title=%CE%95%CE%BB%CE%BB%CE%B7%CE%BD%CE%B9%CE%BA%CE%AE_%CE%BF%CE%B9%CE%BA%CE%BF%CE%BD%CE%BF%CE%BC%CE%B9%CE%BA%CE%AE_%CE%BA%CF%81%CE%AF%CF%83%CE%B7_2009-%CF%83%CE%AE%CE%BC%CE%B5%CF%81%CE%B1&oldid=7195828).

(τελευταία πρόσβαση 31/08/2018).

Γιωτάκος, Ο., Καράμπελας, Δ., Καυκάς, Α. (2011). Επίπτωση της οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία στην Ελλάδα. *Ψυχιατρική*, 22 (2), 109-119.

Ζαχαράκης, Κ., Μαδιανός, Μ., Παπαδημητρίου, Γ., Στεφανής, Κ. (2003). Επιδημιολογία της αυτοκτονίας στην Ελλάδα 1980-1997. Ερευνητική Εργασία. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 20, 191-199.

Hall, S., Held, D., McGrew, A. (2003). *Η νεωτερικότητα σήμερα*. Αθήνα: Εκδόσεις Σαββάλας.

Μαδιανός, Μ., Βαϊδάκης, Ν., Τομαράς, Β., Χορταρέα, Α. (1983). Η διερεύνηση της επικράτησης της κατάθλιψης στο γενικό πληθυσμό με την κλίμακα C.E.S.-D.: η εγκυρότητα και αξιοπιστία της. *Εγκέφαλος*, 20(1), 29-32.

Μαδιανός, Μ. (1996). *Κοινωνία και Ψυχική Υγεία*. Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη.

Μαδιανός, Μ., Παπαγγελής, Μ., Φιλιππάκης, Α., Χατζηανδρέου, Μ., Παπαγεωργίου, Α. (1997). Η αξιοπιστία του SCID-I στην Ελλάδα σε κλινικό και γενικό πληθυσμό. *Ψυχιατρική*, 8, 101-108.

Μαδιανός, Μ. (2004). *Κλινική Ψυχιατρική*. Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη.

Μαδιανός, Μ. (2005). *Εισαγωγή στην Κοινωνική Ψυχιατρική*. Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη.

Μαδιανός, Μ. Γ., Οικονόμου, Μ. (2014). *Ελληνική κρίση, «εθνική» κατάθλιψη και ασκήσεις επιβίωσης*. Αθήνα. Εκδόσεις Καστανιώτη.

Μαρξ, Κ. (1975). *Οικονομικά και Φιλοσοφικά χειρόγραφα*. Αθήνα: Εκδόσεις Γλάρος.

Μαρξ, Κ. (1983). *Βάσεις κριτικής της Πολιτικής Οικονομίας: εισαγωγή*. Αθήνα: Εκδόσεις Ασυνέχεια.

Μαρξ, Κ. (1985). *Το κεφάλαιο: Κριτική της Πολιτικής Οικονομίας*. Αθήνα: Εκδόσεις Σύγχρονη Εποχή.

Μητρόπουλος, Α. (2017). *Η κοινωνία στο απόσπασμα. Τρίτο Μνημόνιο: Η βίαιη εσωτερική υποτίμηση*. Αθήνα: Εκδόσεις Λιβάνη.

Μποζώνας, Α. (2006). “Η Δια Βίου Συμβουλευτική Σταδιοδρομίας στο Πλαίσιο της Εκπαίδευσης Ενηλίκων για την Πρόληψη και την Αντιμετώπιση της Μακροχρόνιας Ανεργίας”, *Εισήγηση στο Πανελλήνιο Επιστημονικό Συνέδριο Δια Βίου Μάθηση για την Ανάπτυξη, την Απασχόληση και την Κοινωνική Συνοχή*, Οργάνωση ΓΓΕΕ-ΙΔΕΚΕ, Βόλος: 31/3/06-2/4/06.

Φρομ, Ε. (1973). *Η Υγιής Κοινωνία*. Αθήνα: Εκδόσεις Μπουκουμάνη.

Wallerstein, I. (1999). *Η άνοδος και το μελλοντικό τέλος του Παγκόσμιου Καπιταλιστικού Συστήματος: έννοιες και συγκριτική ανάλυση*. Στο: Κύρτσης Α. (εισαγ.-επιμ.) *Κοινωνιολογική θεωρία της ανάπτυξης*. Αθήνα: Εκδόσεις Νήσος.