



**ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ**

**ΣΧΟΛΗ
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ
ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία
του γενικού πληθυσμού της χώρας

ΚΑΡΤΑΚΗ ΕΛΕΝΗ

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια

ΦΑΜΕΛΗ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ

Ιούνιος, 2015

Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου
Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης

**Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία
του γενικού πληθυσμού της χώρας**

ΚΑΡΤΑΚΗ ΕΛΕΝΗ

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια
ΦΑΜΕΛΗ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ

Ιούνιος, 2015

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Περίληψη	i
Summary	iii
Ευχαριστίες	v
Πίνακες - Γραφήματα	vi
Κεφάλαιο Πρώτο	7
Εισαγωγή.....	7
1.1 Ορισμός της οικονομικής κρίσης	9
1.2 Η ιστορία των οικονομικών κρίσεων.....	11
1.3 Τι διαφοροποιεί τη σημερινή κρίση.....	12
1.4 Συνοπτική ανάλυση της οικονομικής κρίσης	13
Κεφάλαιο Δεύτερο.....	15
Συνέπειες της οικονομικής κρίσης	15
2.1 Οικονομικές συνέπειες της κρίσης	15
2.2 Ανεργία.....	17
2.3 Μείωση εισοδήματος – Φτώχεια	18
Κεφάλαιο Τρίτο.....	21
Οικονομική κρίση και Δημόσια Υγεία	21
3.1 Επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στο Σύστημα Υγειονομικής Περίθαλψης....	21
3.2 Το Επίπεδο Υγείας υπό το βάρος της οικονομικής κρίσης.....	23
Κεφάλαιο Τέταρτο	27
Οικονομική κρίση και Ψυχική Υγεία	27
4.1 Ορισμός της ψυχικής υγείας.....	27
4.2 Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία.....	29
4.3 Εργασία και ψυχική υγεία	31

4.4 Κατάθλιψη.....	31
4.5 Αυτοκτονία.....	35
4.6 Αγχώδεις διαταραχές	37
4.7 Εξαρτησιογόνες ουσίες.....	40
4.8 Ποιότητα ζωής.....	41
4.9 Παιδιά και νέοι	43
Κεφάλαιο Πέμπτο	46
Σύστημα Κοινωνικής Προστασίας - Προτάσεις για την ανασύστασή του.....	46
5.1 Οικονομική κρίση και Σύστημα Κοινωνικής Προστασίας.....	46
5.2 Προτάσεις για την ανασύσταση του συστήματος κοινωνικής προστασίας	50
Κεφάλαιο Έκτο.....	54
Πολιτική Υγείας	54
6.1 Πολιτική Υγείας στην Ελλάδα	54
6.2 Οι διαρθρωτικές αλλαγές στην Υγεία - Ευκαιρία για την Οικονομία.....	55
6.3 Η Πολιτική Υγείας και Ψυχική Υγεία	58
Κεφάλαιο Έβδομο.....	67
Συζήτηση – Συμπεράσματα	67
7.1 Περιορισμοί έρευνας – Εφαρμογές ευρημάτων	72
7.2 Συμπεράσματα.....	73
Βιβλιογραφία.....	81

Περίληψη

Η κατανόηση των επιπτώσεων της Ελληνικής κρίσης στην ψυχική υγεία και στην κοινωνική συνοχή τα τελευταία χρόνια, επιβάλλει την γνώση των παραγόντων που συντέλεσαν στο τρόπο εξέλιξης της οικονομικής κρίσης και των συνθηκών που επικρατούν στην ζωή, στην υγεία του γενικού πληθυσμού της χώρας.

Σκοπός της παρούσης εργασίας είναι να διερευνηθούν οι οικονομικές συνέπειες στα πρωτογενή αποτελέσματα της κρίσης στο επίπεδο του εισοδήματος, της αγοραστικής δύναμης, της εργασιακής κατάστασης των ατόμων. Οι συνέπειες αυτές αναφέρονται στην ανεργία, την επιδείνωση των όρων εργασίας, την μείωση του εισοδήματος και μια σειρά από αποτελέσματα που μπορούν να αποτιμηθούν σε χρηματικό κόστος. Δευτερογενώς η πιθανή συσχέτιση των ισχυρών οικονομικών δεικτών, ανεργία, μεταβολή του μέσου εισοδήματος με το επίπεδο νοσηρότητας, θνησιμότητας, της κατάθλιψης και της αυτοκτονίας στο γενικό πληθυσμό.

Η μεταπτυχιακή εργασία θα ακολουθήσει την μέθοδο της βιβλιογραφικής ανασκόπησης, το υλικό της παρούσης εργασίας αποτέλεσαν επιστημονικά άρθρα και άλλο υλικό, ύστερα από αναζήτηση στην Διεθνή και Ελληνική βιβλιογραφία και σε διεθνείς βάσεις δεδομένων Pub Med, Med line, Psycarticles με λέξεις κλειδιά, economic crisis, mental health, Greece

Η επιστημονική έρευνα έχει καταδείξει ότι η οικονομική κρίση προκαλεί πλήγματα στην υγεία του πληθυσμού ανισομερώς κατανεμημένα στην κοινωνική κλιμάκωση. Σε παγκόσμιο επίπεδο έχει οδηγήσει σε αύξηση της ανεργίας, της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού με αποτέλεσμα την αύξηση του κινδύνου για πρόωρη θνησιμότητα και υψηλή νοσηρότητα. Η ανεργία, το χαμηλό εισόδημα και η ανέχεια, έχουν ως αποτέλεσμα τον περιορισμό των δαπανών για την υγεία, την αναβολή ή την καθυστέρηση της θεραπείας και την μη προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας, εγείροντας ηθικό και κοινωνικό ζήτημα. Η οικονομική κρίση τροφοδοτεί μια αλληλουχία γεγονότων που προκαλούν αλλαγές στις κοινωνικές ισορροπίες, ωθώντας πλατιές μάζες πολιτών στις άκρες του κοινωνικού πλαισίου, κυρίως από την απώλεια εργασίας. Η υψηλή αύξηση της ανεργίας και της φτώχειας λαμβάνουν τα χαρακτηριστικά ανθρωπιστικής κρίσης με κοινωνικές επιπτώσεις, μέρος των οποίων εντοπίζεται στην ψυχική υγεία του γενικού πληθυσμού.

Η βιωσιμότητα του Συστήματος Υγείας, οι προσβάσιμες, αποτελεσματικές και αποδοτικές υπηρεσίες υγείας, αλλά και η αναγκαία, σταδιακή και μεθοδική μετάβαση των δομών και των υπηρεσιών της ψυχικής υγείας από την ιδρυματική περίθαλψη στην κοινότητα θα διευκολύνει τη ψυχιατρική μεταρρύθμιση και θα αντιμετωπίσει τα προβλήματα υγείας που αφορούν τους πολίτες που δοκιμάζονται από την οικονομική κρίση

Λέξεις – Κλειδιά: Οικονομική κρίση, ανεργία, ψυχική υγεία, Ελλάδα, Πολιτική υγείας

Summary

An understanding of the impact of the Greek crisis on mental health and social cohesion in the recent years, requires knowledge of the factors that contributed to the pattern of the economic crisis development and the conditions that prevail in the country's general population life and health.

The purpose of the present study is to investigate the financial consequences of the primary results of the crisis on the level of income, purchasing power and employment state of the individuals. These consequences refer to unemployment, deterioration of work conditions, reduction of income as well as a line of effects that can be estimated in financial cost. Secondly, the probable correlation of major economic indicators, unemployment, mean income drop, with the level of morbidity, mortality, of depression and suicide in the general population.

The dissertation will use the method of literature review. The material of the present study comes from scientific articles and other resources, following research in international and Greek bibliography as well as international databases Pub Med, MEDLINE, Psycho-articles using economic crisis, mental health, Greece as keywords.

Scientific research has demonstrated that the economic crisis causes injuries to the population's health unevenly distributed within the social stratification. On a global level it has led to a rise in unemployment, poverty and social exclusion, resulting in an increased liability to early mortality and high morbidity. Unemployment, low income and indigence result in limitations on budget for health, postponement or delay of treatment as well as inaccessibility to health services, an ethical and social issue being raised. The economic crisis feeds a series of events that cause changes in social balance, urging wide masses of citizens to the margins of the social milieu, mainly through loss of employment. The large growth of unemployment and poverty acquire the qualities of a humanitarian crisis with social repercussions, a number of which are apparent in the general population's mental health.

Sustainability of the Health System, accessible, effective and productive health services, as well as an essential, gradual and methodic transition of mental health services and venues from institutionalized to community care will facilitate psychiatric reform and address the health issues of citizens that are afflicted by economic crisis.

Keywords: economic crisis, mental health, Greece, health policy

Ευχαριστίες

Ευχαριστώ θερμά για την βοήθεια και την συμπαράσταση στην αποπεράτωση της πτυχιακής εργασίας την επιβλέπουσα καθηγήτρια κα Φαμέλη Αικατερίνη.

Ευχαριστώ ολόψυχα την κα Μάτσα Αικατερίνη για την φροντίδα, την σκέψη της, το όραμα, την μαχητικότητα και την εμπιστοσύνης της, στα χρόνια της συνεργασίας μας, και στο σήμερα.

Ευχαριστώ για την στήριξη που μου πρόσφεραν οι συνάδελφοι της Μονάδας Απεξάρτησης και ιδιαίτερα οι συνεργάτες του Τμήματος Εμφύχωσης 18 Άνω.

Ευχαριστώ από καρδιάς όλους τους φίλους μου και ιδιαίτερα την Κρίστη Πούλη, Ελεάνα Βραχάλη, Εύη Βενιζέλου, Tracy Forester, Δημήτρη Αλεξανδράτο, την Νάντια που με υποστήριξαν με την αγάπη και την υπομονή τους.

Ευχαριστώ την οικογένεια μου και αφιερώνω τη πτυχιακή εργασία μου στον Γιώργο που στηρίζει τις επιλογές μου, υποστηρίζει τις προσπάθειες μου και με αγαπάει., στην Βασιλική και στον Αναστάση, τα παιδιά μου για την ύπαρξη τους και την απέραντη υπομονή τους.

Πίνακες - Γραφήματα

Πίνακας 1 Σημαντικοί Οικονομικοί Δείκτες.....σελ.15
Πίνακας 2 Επικράτηση ενός μηνός μείζονος κατάθλιψης (%) σε πανελλήνια δείγματα γενικού πληθυσμού στην Ελλάδα (2008, 2009, 2011 και 2013)σελ.33
Πίνακας 3 Επικράτηση των ψυχικών διαταραχών σε εργαζομένους κατά τη διάρκεια της κρίσης: Μελέτη στον Καναδά.....σελ.37
Πίνακας 4 Επικράτηση Διαταραχής Γενικευμένου Άγχους το 2009 και 2011.....σελ.38
Πίνακας 5 Πρόγραμμα ανάπτυξης δομών και υποδομών στον τομέα της ψυχικής υγείας Γ'ΠΕ.Σ.Υ.Π./"ΨΥΧΑΡΓΩΣ"2001-2010.....σελ.59
Γράφημα 1 Γραφική αναπαράσταση των φάσεων των διακυμάνσεων της οικονομίαςσελ.10
Γράφημα 2 Το Ελληνικό χρέος σε σύγκριση με το μέσο χρέος της Ευρωζώνηςσελ.12
Γράφημα 3 Δηλωθέν Ποσοστό Μείωσης Εισοδήματοςσελ.18
Γράφημα 4 Ψυχικά νοσήματα στην Ευρώπησελ.27
Γράφημα 5 Αριθμός ασθενών στην Ευρώπησελ.27
Γράφημα 6 Επικράτηση ενός έτους του ΜΚΕ στο Hong-Kongσελ.32

Κεφάλαιο Πρώτο

Εισαγωγή

Τα τελευταία χρόνια, η χώρα μας είναι αντιμέτωπη με την μεγαλύτερη οικονομική κρίση της ιστορίας της, μετά τον πόλεμο. Οι κοινωνικές ισορροπίες διαταράσσονται και οι πιο αδύναμοι άνθρωποι κρίκοι, ωθούνται στις άκρες του κοινωνικού ιστού. Η αλματώδης αύξηση της ανεργίας και της φτώχειας συνθέτουν το φόντο μιας ανθρωπιστικής κρίσης και μεγεθύνουν τον κίνδυνο των σωματικών συμπτωμάτων και των ψυχικών διαταραχών.

Σε μια εποχή που το οικονομικό, το πολιτικό και κοινωνικό σύστημα βρίσκεται αντιμέτωπο με μια κρίση υψηλής έντασης, η μελέτη των επιπτώσεων στην ψυχική υγεία του γενικού πληθυσμού της χώρας, αποτελεί χρήσιμο αντικείμενο για τον σχεδιασμό, την οργάνωση και την χάραξη Κοινωνικής Πολιτικής και Πολιτική Υγείας. Οι ερευνητικές υποθέσεις που προκύπτουν θα προστατέψουν και θα υποστηρίξουν την ανασκόπηση, ως προς το αντικείμενο της εργασίας είναι οι παρακάτω:

- α) Υπάρχει συσχέτιση των ισχυρών οικονομικών δεικτών ανεργίας, μεταβολή του εισοδήματος με το επίπεδο νοσηρότητας, θνησιμότητας, της κατάθλιψης και της αυτοκτονικότητας στον γενικό πληθυσμό;
- β) Η απώλεια εργασίας και η μείωση του εισοδήματος αποτελεί παράγοντα και αυξάνει τον κίνδυνο για την εμφάνιση των ψυχικών διαταραχών και σωματικών επιπτώσεων στους πολίτες;
- γ) Αποτελεί η εργασία παράγοντα, που συντελεί στον προσδιορισμό τόσο της εικόνας όσο και της ταυτότητας του εαυτού;
- δ) Τα άτομα με υψηλό κοινωνικό κεφάλαιο είναι λιγότερο εκτεθειμένα στις οικονομικές και ψυχολογικές επιπτώσεις της κρίσης;

ε) Υπάρχει τρόπος αντιμετώπισης των ψυχολογικών συνεπειών και προστασίας των πολιτών από την οργανωμένη κοινωνία και τα κοινωνικά δίκτυα;

Η εργασία αυτή θα καταδείξει την παρουσία της αιτιώδους σχέσης, η οποία υπάρχει ανάμεσα στην ανεργία, την μεταβολή του εισοδήματος και της φτώχειας με την αυξανόμενη καταθλιπτική συμπτωματολογία και άλλες ψυχικές διαταραχές. Ακόμη θα διερευνήσει και θα καταθέσει αποτελέσματα ερευνών από την Διεθνή και Ελληνική βιβλιογραφία, από τις οποίες προκύπτει, ότι η επίδραση της οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία του πληθυσμού είναι αξιοσημείωτη, υπογραμμίζοντας έτσι την ανάγκη διατήρησης, υποστήριξης και επέκτασης δομών και υπηρεσιών υγείας σε καιρό κρίσης, οι οποίες θα μπορούν αποτελεσματικά να προάγουν και να συνεισφέρουν στην προστασία της ψυχικής υγείας του γενικού πληθυσμού.

Στο πρώτο κεφάλαιο, ορίζεται η οικονομική κρίση και η οικονομική δραστηριότητα. Ακολουθεί ιστορική αναδρομή, στην ιστορία των οικονομικών κρίσεων με πρώτη αναφορά στην μεγάλη κρίση που πέρασε η Αμερική το 1929, στην πετρελαϊκή κρίση του 1970 και των επιπτώσεων της στις Αραβικές χώρες. Γίνεται αναφορά στην Ασιατική κρίση στη δεκαετία του 1990 και στην τελευταία μεγάλη οικονομική κρίση που ξεκίνησε από τις ΗΠΑ και επεκτάθηκε κυρίως στην Νότια Ευρώπη και στην χώρα μας.

Περιγράφονται οι βασικές διαφορές της οικονομικής κρίσης του κραχ στην Αμερική και της οικονομικής κρίσης που διέπει την Ελλάδα. Πραγματοποιείται συνοπτική ανάλυση της οικονομικής κρίσης και η επίδραση της στους μακροοικονομικούς δείκτες, όπως το εισόδημα, η ανεργία καθώς και οι επιπτώσεις τους σε κοινωνικό επίπεδο και στην βιωσιμότητα του Συστήματος Υγείας.

Το δεύτερο κεφάλαιο αναφέρεται στις συνέπειες της οικονομικής κρίσης και οι μεταβολές σε οικονομικούς δείκτες όπως στο ποσοστό της ανεργίας, σύμφωνα με τα στοιχεία της Ελληνικής Στατιστικής Εταιρείας, αναλύεται η έννοια της φτώχειας, η μείωση του εισοδήματος στα άτομα, στην οικογένεια, σε κοινωνικές ομάδες.

Το τρίτο κεφάλαιο αναλύει την οικονομική κρίση και την Δημόσια Υγεία, παρουσιάζεται ο αντίκτυπος της ύφεσης στο Σύστημα Υγειονομικής Περίθαλψης σε σχέση με την προσβασιμότητα, την αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα του στο επίπεδο της γενικής υγείας του πληθυσμού.

Στο τέταρτο κεφάλαιο γίνεται εμπειριστατωμένη ανάλυση για τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία, παρατίθεται ο ορισμός της ψυχικής υγείας και αναλύεται η σχέση ανάμεσα στην εργασία και την ψυχική υγεία. Ορίζεται η κατάθλιψη και η σχέση της με την διατάραξη των οικονομικών δεικτών, παρουσιάζοντας αντίστοιχες μελέτες και έρευνες από τα Διεθνή και Ελληνικά δεδομένα. Γίνεται παρουσίαση με βιβλιογραφικές αναφορές της αύξησης της αυτοκτονικότητας και στοιχειοθετείται η συσχέτιση της με την ανεργία και την φτώχεια. Ακόμη περιγράφονται οι αγχώδεις διαταραχές και οι επιβαρυντικοί παράγοντες που συσχετίζονται με την αύξηση τους και επιβεβαιώνονται από στατιστικά στοιχεία και μελέτες. Αναλύονται οι επιπτώσεις της οικονομικής ύφεσης στην αύξηση της χρήσης ψυχοτρόπων ουσιών και κάθε είδους εξαρτήσεων, όπως επίσης και στον δείκτη ποιότητας ζωής του γενικού πληθυσμού της χώρας. Στο ίδιο κεφάλαιο αναφέρεται η επιρροή της κρίσης στο οικογενειακό σύστημα και τις άμεσες επιπτώσεις στα παιδιά και τους έφηβους, με αντίκτυπο στην σχολική και κοινωνική τους ζωή.

Το πέμπτο κεφάλαιο αφορά το Σύστημα Κοινωνικής Προστασίας, αναφέρονται περιπτώσεις χωρών που σε συνθήκες οικονομικής ύφεσης κατάφεραν να διαφυλάξουν το κοινωνικό τους σύστημα και έτσι να περιορίσουν τα προβλήματα στην γενική και ψυχική υγεία των πολιτών τους. Συνεχίζεται με τις προτάσεις για την βελτίωση και την ανταπόκριση των κοινωνικών υπηρεσιών απέναντι στις νέες συνθήκες με στόχο την έγκαιρη παρέμβαση με εστιασμένες δράσεις, που θα συνεισφέρουν στον περιορισμό των κοινωνικών επιπτώσεων.

Στο έκτο κεφάλαιο ορίζεται η Πολιτική Υγείας και οι προϋποθέσεις για την οργάνωση στρατηγικού σχεδίου, παρατίθενται διαρθρωτικές αλλαγές στο Υγειονομικό Σύστημα, με στόχο την προστασία της υγείας των πολιτών, της δημόσιας υγείας και της βιωσιμότητας του Συστήματος Υγείας. Ακολουθούν καινοτόμες παρεμβάσεις διαρθρωτικού τύπου, με στόχο την ψυχιατρική μεταρρύθμιση, την θεραπεία, την ολιστική προσέγγιση και την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των χρηστών.

1.1 Ορισμός της οικονομικής κρίσης

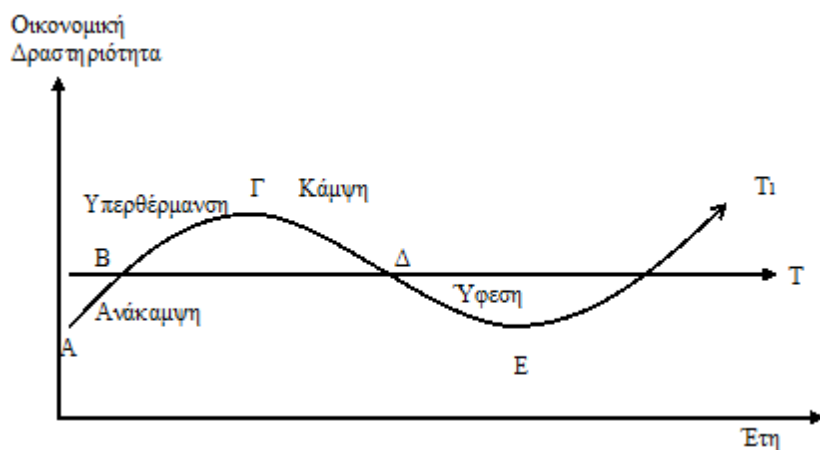
Οικονομική κρίση είναι το φαινόμενο, σύμφωνα με το οποίο μια οικονομία εμφανίζει αισθητή και διαρκή μείωση της οικονομικής δραστηριότητας. Με τον όρο οικονομική δραστηριότητα γίνεται αναφορά στα μακροοικονομικά μεγέθη της οικονομίας, τα οποία αφορούν το εθνικό προϊόν, τις επενδύσεις, τις τιμές, την

απασχόληση και άλλους δείκτες, από τους οποίους σημαντικότερος δείκτης είναι οι επενδύσεις, οι οποίες όταν εμφανίζονται αυξομειούμενες συμπαρασύρουν και τα υπόλοιπα οικονομικά μεγέθη (Κουφάρης, 2010).

Οι παράμετροι που επηρεάζουν τα αποτελέσματα μιας οικονομικής κρίσης είναι:

- i. Η διάρκεια της κρίσης
- ii. Το βάθος της κρίσης
- iii. Η δυνατότητα της πολιτείας να παρέμβει με στρατηγικές για την αντιμετώπιση των προβλημάτων και την προστασία των ευάλωτων κοινωνικά ομάδων

Η οικονομική κρίση αποτελεί τη μία από τις δυο φάσεις των οικονομικών διακυμάνσεων και αφορά την φάση της καθόδου, σύμφωνα με αυτήν η οικονομική δραστηριότητα συρρικνώνεται (European, Commission 2009)



Γράφημα 1. Γραφική αναπαράσταση των φάσεων των διακυμάνσεων της οικονομίας

Πηγή: Κουφάρης, 2010

1.2 Η ιστορία των οικονομικών κρίσεων

Η οικονομική κρίση δεν είναι άγνωστη έννοια σε παγκόσμιο επίπεδο. Από τις σημαντικότερες οικονομικές κρίσεις που έχει βιώσει η παγκόσμια κοινότητα στην διάρκεια του 20ου αιώνα είναι το 1929 στις ΗΠΑ, η οποία παρουσιάστηκε σαν κρίση υπερπαραγωγής. Οι συνέπειες τότε ήταν η πτώση κατά 40% της βιομηχανικής παραγωγής, τριάντα εκατομμύρια άνεργοι και η χρεοκοπία 865.000 μικρομεσαίων επιχειρήσεων (Παπασωτηρίου, 2010)

Η πετρελαϊκή κρίση το 1970 παρουσιάστηκε την περίοδο του Αραβο-Ισραηλινού πολέμου του Yom Kippur (1973-1974), όπου σημειώθηκε μεγάλη αύξηση στις τιμές του πετρελαίου, εξαιτίας του πετρελαϊκού εμπόργκο των Αραβικών χωρών απέναντι στις ΗΠΑ και την Ολλανδία. Ταυτόχρονα, μειώθηκε η άντληση και η προσφορά πετρελαίου στο πλαίσιο της συμφωνίας του OPEC. Αν και η περίοδος του πετρελαϊκού εμπόργκο υπήρξε σχετικά σύντομη (19/10/1973 έως 17/3/1974) καταγράφηκε κατακόρυφη πτώση στα χρηματιστήρια των αναπτυγμένων χωρών, αυξήθηκε η ανεργία και οι τιμές του πετρελαίου, ακόμη και μετά το πέρας του εμπόργκο, παρέμειναν υψηλές (.Hammes et al.,2006).

Η Ασιατική κρίση στην διάρκεια της δεκαετίας του 1990 ξεκίνησε από τις χώρες της Ανατολικής Ασίας και στην συνέχεια επεκτάθηκε σε ολόκληρο τον πλανήτη, ανέδειξε τα προβλήματα του Διεθνούς Χρηματοοικονομικού Συστήματος φέρνοντας για άλλη μια φορά προβλήματα και δυστυχία σε αρκετούς ανθρώπους. Τα χρηματοοικονομικά προβλήματα αυτής της κρίσης, κερδοσκοπικές επενδύσεις, γρήγορος πλουτισμός παρουσίαζαν αρκετές ομοιότητες με την “μανία της τουλίπας” στην Ολλανδία και με την «Φούσκα της εταιρείας της νότιας θάλασσας» (1720) στην Αγγλία (Κότιος., 2011).

Στην αρχή του 20ου αιώνα η οικονομική κρίση συνάντησε το τραπεζικό σύστημα των ΗΠΑ και επεκτάθηκε με την μορφή της οικονομικής ύφεσης σε αρκετές Ευρωπαϊκές χώρες, πλήττοντας κυρίως το νότιο άξονα της δημιουργώντας προβλήματα στις οικονομίες των χωρών σε παγκόσμιο επίπεδο (Spence AM.,2009). Το Ακαθάριστο Εθνικό Προϊόν (ΑΕΠ), έχει υποστεί σημαντικές μειώσεις, στις αναπτυσσόμενες χώρες, όπως και το διεθνές εμπόριο, με αποτέλεσμα την μείωση των χρηματοδοτήσεων στις αναπτυσσόμενες οικονομίες (Uutela , 2010). Η κρίση μεταφέρεται με σφοδρότητα στην πραγματική οικονομία, με αποτέλεσμα την πτώση της απασχόλησης, σύμφωνα με αναφορές από το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο (Birdsall, 2009).

Η Ελληνική κρίση χρέους είναι μέρος της κρίσης της Ευρωζώνης. Η οικονομική κρίση στην χώρα μας αναφέρεται με την αύξηση της ανεργίας, την μείωση των πραγματικών εισοδημάτων, την γενική πτώση της ζήτησης, το υψηλό δημόσιο χρέος, το τεράστιο δημοσιονομικό έλλειμμα ισοζυγίου τρεχουσών συναλλαγών. Τα αίτια της κρίσης αφορούν τα χρόνια διαρθρωτικά προβλήματα, τις πολιτικές που εφαρμόστηκαν προς την κατεύθυνση των αυτορυθμιζόμενων αγορών καθώς και την διεθνή συγκυρία της οικονομικής κρίσης (Λύκουρας και Μπούρας, 2011).

Οι διαδοχικές κυβερνήσεις από το 1974 εφάρμοσαν πολιτικές, που αύξησαν τα προβλήματα και τις παθογένειες της οικονομίας, στην πάταξη της διαφθοράς, της φοροδιαφυγής, της διαπλοκής και οδήγησαν στην αποδυνάμωση της παραγωγής (Βαρουφάκη, 2012).



Γράφημα 2. Το Ελληνικό χρέος σε σύγκριση με το μέσο χρέος της Ευρωζώνης

Πηγή: Eurostat, 2011

1.3 Τι διαφοροποιεί τη σημερινή κρίση

Η σημερινή κρίση από την κρίση του 1929 διαφοροποιείται αρχικά από την οικονομική πολιτική διαχείριση που πραγματοποιήθηκε, η οποία ήταν η παγκόσμια συντονισμένη αντίδραση των οικονομικών πολιτικών.

Το επόμενο στοιχείο που καταδεικνύει τη μεγάλη διαφορά ανάμεσα στις δυο κρίσεις είναι η διείσδυση της δυνατότητας των καθημερινών ανθρώπων για χρηματοπιστωτική δραστηριότητα σε ποσοστό εξαιρετικά μεγαλύτερο από αυτό του 1929.

Το τελευταίο στοιχείο που διαφοροποιεί την κρίση του 1929 από τη σημερινή κρίση είναι το μέγεθος των κρατών σε δημόσιες δαπάνες και φόρους, όπως το μέγεθος του Αμερικανικού κράτους ήταν 10% και σήμερα υπερβαίνει το 30% (Βασιλειάδη, 2004).

1.4 Συνοπτική ανάλυση της οικονομικής κρίσης

Η οικονομική κρίση χαρακτηρίστηκε ως χρόνια, περιοδική ή κατάσταση έκτακτης ανάγκης, σίγουρα όμως είναι μια παγκόσμια δομική κρίση, η οποία είχε προβλεφθεί από το 1972, σε επιστημονικές αναλύσεις, οι οποίες είχαν δημοσιοποιηθεί, όπως βέβαια είχαν γίνει γνωστές και οι αντιδράσεις καθώς και η πρόληψη μιας γενικευμένης οικονομικής κρίσης. Η διεθνής χρηματοοικονομική κρίση, που ξεκίνησε με γοργούς ρυθμούς το 2007 επέδρασε δραστικά στους μακροοικονομικούς δείκτες, όπως το ΑΕΠ, το εισόδημα, την ανεργία με αποτέλεσμα να επιφέρουν σημαντικές κοινωνικές και πολιτικές συνέπειες σε κάποια κράτη –μέλη της Ευρωζώνης, κυρίως στο νότιο τμήμα της (Κουφάρης, 2010).

Η Ελλάδα βρέθηκε στη δίνη μιας βαθιάς οικονομικής κρίσης, με μεγάλα ελλείμματα, δημοσιονομικά και τρεχουσών συναλλαγών και με ένα τεράστιο δημόσιο χρέος με αποτέλεσμα, η χώρα να προσφύγει στον μηχανισμό στήριξης της Ευρωπαϊκής Τράπεζας και του Διεθνούς Νομισματικού Ταμείου. Οι βραχυπρόθεσμες επιπτώσεις των μνημονίων είναι μεγάλες, το μέγεθος της ανεργίας προκαλεί αγωνία και μεγάλη ανησυχία με τα ποιοτικά χαρακτηριστικά της καθώς η μείωση εισοδήματος και ο κίνδυνος της φτώχειας απειλεί την οικογένεια, τους χαμηλόμισθους εργαζόμενους και τις παραγωγικές ηλικίες (Καμινιώτη 2012). Η δημοσιονομική πολιτική, η πιστωτική στενότητα, η συνεχιζόμενη κρίση χρέους και το κλίμα αβεβαιότητας στην Ευρωζώνη, μειώνουν περαιτέρω την οικονομική δραστηριότητα της χώρας (INE/ΓΣΕΕ-ΑΔΕΔΥ, 2012)

Οι δημοσιονομικοί περιορισμοί εξαιτίας της οικονομικής κρίσης είχαν άμεσο αντίκτυπο στην βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας (Eurofound, 2013). Ένα μεγάλο ποσοστό από τις δημόσιες δαπάνες,

αντιπροσωπεύουν δαπάνες υγείας, οι οποίες υπό το βάρος της οικονομικής ύφεσης δέχονται τεράστια πίεση για περιορισμό του κόστους, την αύξηση της αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας του συστήματος υγείας (Λύκουρας, και Μπούρας, 2011).

Κεφάλαιο Δεύτερο

Συνέπειες της οικονομικής κρίσης

Η οικονομική κρίση προκαλεί άμεσες συνέπειες και ριζικές μεταβολές στην οικονομική και κοινωνική ζωή.

2.1 Οικονομικές συνέπειες της κρίσης

Στην Ελλάδα οι τομείς που επηρεάστηκαν περισσότερο από την κρίση αφορούν την εκμετάλλευση ακινήτων, τις τράπεζες, τις ασφαλιστικές υπηρεσίες. Στην Ελληνική οικονομία τα πραγματικά προβλήματα διαφάνηκαν περισσότερο με το συντηρητισμό του χρηματοπιστωτικού συστήματος να πλήττει μικρομεσαίες επιχειρήσεις, δανειολήπτες και την αγοραστική συμπεριφορά των καταναλωτών. Τα αποτελέσματα της οικονομικής κρίσης λαμβάνουν άλλες διαστάσεις όχι μόνο μεταξύ των χωρών, όπου τα κράτη που εμφανίζουν χαμηλή ή μέση ανάπτυξη, να πλήττονται σε μεγάλο βαθμό, αλλά επηρεάζει και στην εσωτερική διαστρωμάτωση των χωρών, έτσι ώστε εργάτες και άτομα με χαμηλή εκπαίδευση να υφίστανται περισσότερο τις δυσμενείς επιπτώσεις της κρίσης σε συνάρτηση με τα άτομα υψηλής εκπαίδευσης, που αποτελούν την μεσαία και ανώτερη τάξη (Calomiris & Charles, 2011).

Ο πληθωρισμός είναι ένα φαινόμενο που διαταράσσει την λειτουργία του οικονομικού συστήματος και ασκεί σημαντικές πιέσεις σε όλους τους τομείς της οικονομίας, οι καταναλωτές υποφέρουν από τον πληθωρισμό, οι παραγωγοί δεν προγραμματίζουν τις επενδύσεις τους, οι αποταμιεύσεις μειώνουν την αξία τους και βέβαια την αξία του χρήματος (Arevaio et al, 2010). Η παρούσα κρίση κινεί σε αρνητικό και σε μηδενικό ρυθμό την ανάπτυξη και η παγκόσμια οικονομία αναμένεται να συρρικνωθεί περισσότερο, σύμφωνα με την Παγκόσμια Τράπεζα, το ΑΕΠ, προβλέπεται να μειωθεί στις χώρες του ΟΟΣΑ (ΟΟΣΑ, 2010).

Η οικονομική κρίση απειλεί την εργασία σε παγκόσμια κλίμακα, περίπου το ήμισυ των εργατών απειλείται από τον κίνδυνο απώλειας της εργασίας τους και συνεπώς οι άνθρωποι αυτοί τίθενται σε καθεστώς εργασιακής ανασφάλειας. Ο αριθμός των φτωχών εργαζόμενων αναμένεται να αυξηθεί κατά 200 εκατομμύρια και προβλέπεται ότι θα αγγίξει το νούμερο των 700-800 εκατομμυρίων (Κουφάρης, 2010).

Η κατάσταση αυτή θα αναδείξει τρία βασικά αλληλοσυνδεόμενα προβλήματα

- i. Την αυξανόμενη τάση των ανισοτήτων των χωρών,
- ii. Την ανισοτιμία στις συνθήκες κοινωνικής προστασίας και της υγείας καθώς και
- iii. Την καθυστέρηση για τα επείγοντα ζητήματα της κλιματικής αλλαγής και της υποβάθμισης της (Busch.,1986).

Πίνακας 1.
Σημαντικοί Οικονομικοί Δείκτες

	2009	2010	2011	2012	2013
Εξέλιξη ΑΕΠ (σταθερές τιμές 2005)	-3,1%	-4,9%	-7,1%	-7,0%	-3,9%
Πληθωρισμός: Μέσος Ετήσιος	1,2%	4,7%	3,3%	1,5%	-0,9%
Πληθωρισμός: Μεταβολή: Δεκέμβριος - Δεκέμβριος	2,6%	5,2%	2,4%	0,8%	-1,7%
Παραγωγικότητα εργασίας (EU-27=100)	98,1	92,8	89,7	91,6	n.a.
Ποσοστό ανεργίας	9,5%	12,5%	17,7%	24,2%	27,3%
Δημόσιες επενδύσεις (% ΑΕΠ)	3,1%	2,3%	1,7%	1,8%	n.a.
Εξαγωγές (αγαθά- τρέχουσες τιμές)	17,6	21,1	24,3	27,6	27,5
Εισαγωγές (αγαθά- τρέχουσες τιμές)	51,9	50,5	48,4	49,3	46,9

Πηγή: Eurostat

Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2014

2.2 Ανεργία

Από τις σημαντικότερες συνέπειες της κρίσης είναι η ανεργία και η αύξηση της. Η Ελλάδα παρουσιάζει διψήφιο αριθμό ανεργίας και εμφανίζεται να ξεπερνά το 25%, και να φτάνει τον Μάιο του 2014 στο 27,3%, σύμφωνα με στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ, κρατώντας την υψηλότερη θέση ανάμεσα στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Eurostat, 2014).

Η ανεργία στην Ελλάδα εξακολουθεί να παρουσιάζει ανοδική πορεία, ξεπερνώντας το επίπεδο ανεργίας, που καταγράφηκε στις ΗΠΑ στην κορύφωση της Μεγάλης Ύφεσης και η ανοδική τάση δεν εμφανίζει σημάδια αναστροφής (ΕΛΣΤΑΤ,2014). Η ανεργία στην χώρα εμφανίζεται το 2008 στο 7,7%, το 2009 εμφανίζει ποσοστό 9,5%, το 2010 στο 12,6% το 2011 παρουσιάζει ποσοστό 17,7%, το 2012 στο 24,3% και το 2013 στο 27,3% που εμφανίζεται μέχρι και τον Απρίλιο του 2014 (Eurostat, 2014).

Η ιστορική εμπειρία έχει δείξει, ότι αυτοί που πλήττονται πρώτα από την ανεργία είναι κατά κύριο λόγο οι νέοι. Η Ελλάδα κατέχει την δυστυχή αυτή πρωτιά εμφανίζοντας το ποσοστό ανεργίας στο 56,7% στις ηλικίες από 15-24 ετών, οι εργαζόμενοι που βρίσκονται λίγα χρόνια πριν από την σύνταξη, από 56-64 έχει αύξηση στο ποσοστό ανεργίας κατά 62,7% και στις ηλικίες από 65-74, που εμφάνιζαν παραδοσιακά χαμηλό ποσοστό στην Ελληνική αγορά εργασίας έφτασε στο 6,9% καταγράφοντας ετήσια αύξηση 13%, επίσης οι γυναίκες παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά ανεργίας 31,1%, σε σχέση με τους άνδρες 24,2%. (Eurostat, 2014).

Τον Μάιο του 2014 οι εγγεγραμμένοι άνεργοι στον ΟΑΕΔ, με στόχο την αναζήτηση εργασίας, ήταν 814.693 άτομα, από τους οποίους 446.680 και ποσοστό 54,83%, ήταν εγγεγραμμένοι για πάνω από 12 μήνες στα μητρώα του Οργανισμού με αποτέλεσμα να θεωρούνται μακροχρόνια άνεργοι, τα αντίστοιχα στοιχεία για το 2013 ήταν 49% και 36% για το 2010 (ΟΑΕΔ,2014).

Σήμερα στην Ελλάδα ένας από τους πέντε κατοίκους της χώρας είναι μέλος οικογένειας, στην οποία δεν εργάζεται κανείς, έτσι η ανεργία συνδέεται με τον διπλασιασμό της μετανάστευσης των νέων για αναζητήσουν εργασία στην Ευρώπη και αλλού στον κόσμο. Η προοπτική μιας χαμένης γενιάς εγείρει ανησυχητικά ερωτήματα, για το επιστημονικό και γενικά το ανθρώπινο δυναμικό της Ελλάδας, ακόμη και μπροστά στο ενδεχόμενο μιας μελλοντικής ανάπτυξης (Πουλόπουλος, 2015).

2.3 Μείωση εισοδήματος – Φτώχεια

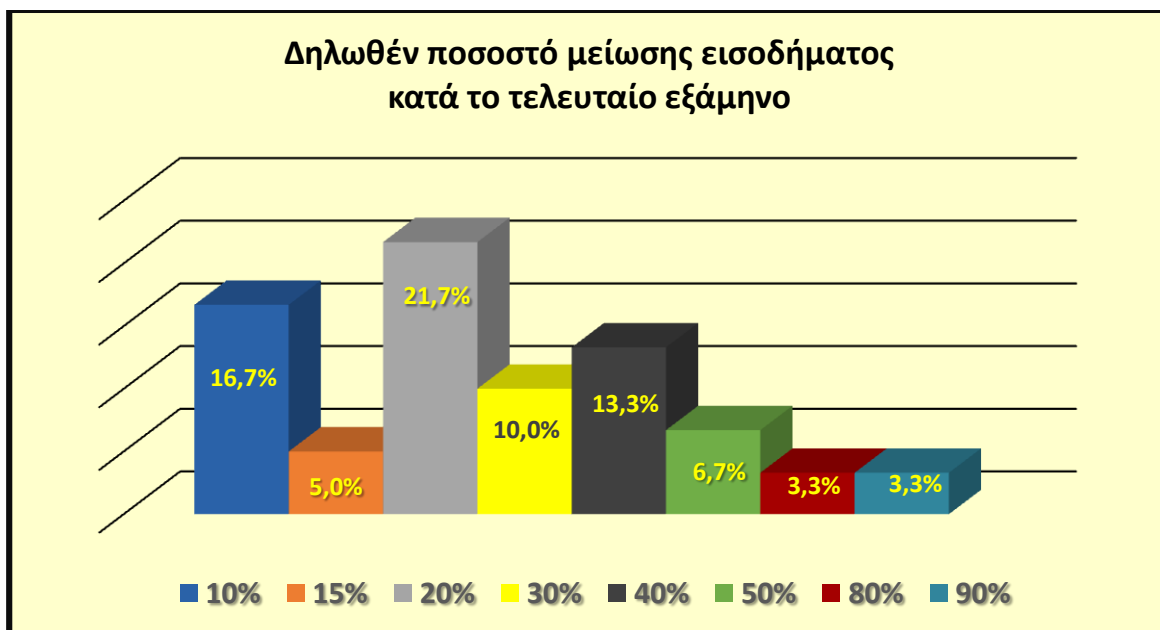
Φτώχεια είναι η στέρηση, που οφείλεται στην έλλειψη πόρων, που αφορά κυρίως το εισόδημα και προϋποθέτει τον καθορισμό ενός κατώτατου ορίου για να μπορεί να αξιολογηθεί και να μετρηθεί (Eurostat,2000).Ο οικονομικός αποκλεισμός είναι η έλλειψη δυνατοτήτων συμμετοχής και πρόσβασης στις δυο βασικότερες συνιστώσες της οικονομικής δραστηριότητας που είναι η κατανάλωση και η παραγωγή (Dertwinkel,2008).

Η οικονομική κρίση στην Ελλάδα, έχει καταφέρει συνέπειες που αντανακλούν τις εύθραυστες όψεις του οικονομικού συστήματος, η φτώχεια και ο κοινωνικός αποκλεισμός ενδέχεται να είναι μακράς διάρκειας Η φτώχεια είναι άμεσα συνδεδεμένη με τις χαμηλές αμοιβές, την υποαπασχόληση με έλλειψη εργασίας των ενηλίκων της οικογένειας, για την εξασφάλιση εισοδήματος. Εξαιτίας της οικονομικής ύφεσης οι κοινωνικές ανισότητες εντείνονται και σχετίζονται με την φτώχεια των εργαζομένων και των χαμηλόμισθων και με υψηλές πιθανότητες ένταξης τους σε ευέλικτα καθεστάτα εργασίας (Μπαλούρδος,2011).

Ο αριθμός των Ελλήνων που διατρέχουν κίνδυνο φτώχειας έχει υπερδιπλασιαστεί, το ποσοστό αυτό ξεπερνούσε το 44% σε σχέση με το 2008, που το ποσοστό έφτανε περίπου στο 20%. Ακόμη με τον ρυθμό ανάπτυξης της απασχόλησης 1,3%, η αγορά εργασίας θα μπορέσει να επανέλθει στα ποσοστά εργασίας του 2008, το 2034 (Διεθνής Οργάνωση Εργασίας,2014).

Οικονομικές δυσκολίες αντιμετωπίζει το 11% του πληθυσμού, το 18,5%του πληθυσμού δηλώνει αδυναμία να αποπληρώσει δάνεια, κάρτες, δόσεις για αγορά αγαθών ή υπηρεσιών, ενώ το 35,8% των φτωχών νοικοκυριών δεν καταφέρνει να καλύψει την πληρωμή λογαριασμών, ηλεκτρικού ρεύματος, νερού, φυσικού αερίου (ΕΛΣΤΑΤ,2011). Διαβάζοντας τους αριθμούς για την Ελληνική οικονομία οι απελπιστικές σκέψεις είναι αναπόφευκτες (Marmot & Bell, 2009).

Ο Υφαντής (2011), μελετώντας το βάρος των Ψυχικών Παθήσεων για τα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών των Γενικών Νοσοκομείων, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι στο 78,3% των ασθενών που επισκέφτηκαν εκτάκτως τα ΤΕΠ μειώθηκε το εισόδημά τους >20% το τελευταίο εξάμηνο πριν την έρευνα, όπως φαίνεται από το ακόλουθο γράφημα.



Γράφημα 3. Δηλωθέν Ποσοστό Μείωσης Εισοδήματος

Πηγή: Υφαντής, 2011

Τα παραπάνω συμπεράσματα παρουσιάστηκαν στο Mental Health Conference, το Μάιο του 2015.

Παιδιά, ηλικιωμένοι, μονογονεϊκές οικογένειες, άνεργοι, μετανάστες βρίσκονται αντιμέτωποι με τον κίνδυνο της φτώχειας ή του κοινωνικού αποκλεισμού (Council of the European Union, 2011). Η μείωση των μισθών, των συντάξεων, η εργασιακή εφεδρεία, επηρεάζουν την λεγόμενη μεσαία τάξη, η οποία θα αναγκαστεί να ρυθμίσει δάνεια ή να υποβάλλει αίτηση πτώχευσης στις τράπεζες για ,κάρτα ή στεγαστικό, διότι αδυνατεί να εκπληρώσει το χρέος της (Πουλόπουλος Χ., 2014). Ο χρηματοπιστωτικός αποκλεισμός, συνδέεται με τα υπερχρεωμένα νοικοκυριά, τα οποία στερούνται της δυνατότητας να πληρώσουν τα δάνεια τους λογαριασμούς και γενικά τις υποχρεώσεις τους (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2008).

Στην Γαλλία, στην Ιρλανδία η υπερχρέωση δημιουργεί προβλήματα στην διατήρηση της εργασίας ή στην πρόσβαση για εργασία, στην Γερμανία η ασυνεπής πιστωτική διεκπεραίωση χρησιμοποιείται από τις τράπεζες ως δείκτης υψηλού κινδύνου, αποκλείοντας τους ασυνεπείς από χρηματοοικονομικά προϊόντα ή υπηρεσίες (Cloukoviezoff, 2006).

Η έλλειψη πόρων, η εισοδηματική φτώχεια καταλήγει σε μια ανθρώπινη φτώχεια με την άρνηση των κοινών αξιών, ο φτωχός νιώθει δικαιολογημένος και νομιμοποιημένος στην οριστική απόρριψη των αξιών της κοινωνίας στην οποία ζει, καθώς και στην τελική αξία της ζωής. Στην παρούσα κρίση τα άτομα τα οποία ανήκουν στις ευάλωτες κοινωνικές ομάδες, αντιμετωπίζουν “την ελευθερία της μηδενικής επιλογής”, ζώντας με περιορισμένους ή μηδενικούς οικονομικούς πόρους, με χαμηλό αίσθημα αυτοεκτίμησης, με αβεβαιότητα, με την ντροπή και την ενοχή να κατασκευάζουν και συνθέτουν μια κουλτούρα, “την κουλτούρα της φτώχειας” (Πανούσης,2012).

Στην εποχή μας ανατρέφεται μια ολόκληρη γενιά, μια γενιά που δύσκολα θα καταφέρει να κοινωνικοποιηθεί, μια γενιά χωρίς μέλλον, χωρίς προοπτικές, χωρίς δυνατότητες ένταξης της στον κοινωνικό ιστό, χωρίς ελπίδα, όπου το αίσθημα δυσφορίας εντείνεται σε ένα κοινωνικό πλαίσιο που το χαρακτηρίζουν στοιχεία κρίσης και παρακμής (Μάτσα,2012).

Κεφάλαιο Τρίτο

Οικονομική κρίση και Δημόσια Υγεία

Άμεσος αντίκτυπος της οικονομικής κρίσης είναι η περιστολή του Συστήματος Υγειονομικής Περίθαλψης με αποτέλεσμα την κατάπτωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού.

3.1 Επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στο Σύστημα Υγειονομικής Περίθαλψης

Τα βιώσιμα συστήματα υγείας στηρίζονται στους αναλώσιμους πόρους και την αξιόπιστη πρόσβαση σε ανθρώπινο κεφάλαιο. Για να εξασφαλιστούν αυτές οι εισροές απαιτούνται οικονομικοί πόροι για να μπορέσουν να γίνουν επενδύσεις σε εξοπλισμό, σε φάρμακα, για πληρωμές μισθών των επαγγελματιών υγείας (Mossialos et al, 2002).

Τα συστήματα υγείας σε περιόδους οικονομικής κρίσης αντιμετωπίζουν πολύ σοβαρά προβλήματα για την χρηματοδότηση τους, εξαιτίας της μείωσης των δαπανών που αφορούν την υγεία (Appleby, 2008).

Η Ελλάδα αναγκάστηκε να τεθεί υπό επιτήρηση τον Μάιο του 2010, από την Ευρωπαϊκή Τράπεζα, την Ευρωπαϊκή Επιτροπή και το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο, λόγω του δημόσιου χρέους της. Στον τομέα της υγείας οι πολιτικές και διαρθρωτικές μεταβολές που ορίστηκαν, ήταν η εποπτεία στο Υπουργείο Υγείας, η συνένωση των ασφαλιστικών ταμείων, η διάκριση του συνταξιοδοτικού και του υγειονομικού συστήματος, η αναδιάρθρωση της διοίκησης, η χρήση γενοσήμων φαρμάκων, η κατάρτιση και η δημοσίευση προϋπολογισμού και ισολογισμού, η βελτίωση της τιμολόγησης και κοστολόγησης. Τα παραπάνω μέτρα περιορίσαν την φαρμακευτική δαπάνη κατά 1,2 δις ευρώ, μείωσαν κατά 800 εκατομμύρια ευρώ την δαπάνη για την αγορά τεχνολογίας και εξοπλισμού, περιορίσαν την ασφαλιστική δαπάνη κατά 1 δις ευρώ και μειώθηκε συνολικά η δαπάνη κατά 3,4 δις ευρώ (Κυριόπουλος, 2011)

Σήμερα λειτουργούν 83 από 137 δημόσια νοσοκομεία, τα οποία υπήρχαν πριν από την κρίση, ενώ οι κλίνες από 1.950 συγχωνεύτηκαν σε 330, το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό έχει υποστεί σημαντική μείωση, σύμφωνα με τον Ιατρικό Σύλλογο, ενώ στην Ελλάδα εμφανιζόταν αυξημένο, κυρίως το ιατρικό προσωπικό μειώθηκε, λόγω της ανεργίας και της μετανάστευσης. Σε ψυχιατρικό νοσοκομείο της Ελβετίας από τους 43 ψυχιάτρους, οι 17 είναι Έλληνες, που μετανάστευσαν στην χώρα το τελευταίο διάστημα (Στυλιανίδης, 2015) Το νοσηλευτικό προσωπικό, το οποίο ήταν πάντα μειωμένο κατά αναλογία με το γενικό πληθυσμό, σε σχέση με την Ευρώπη, 3,3/1.000 κατοίκους στην Ελλάδα, στην Δανία 14,8/1.000 κατοίκους και στην Γερμανία 11/1.000 κατοίκους, λόγω των αποχωρήσεων ή της συνταξιοδότησης είναι σχεδόν αδύνατον να ανταποκριθεί στις αυξημένες ανάγκες που έχουν δημιουργηθεί (Petmetzidou et al., 2014).

Έρευνες που αφορούν την χρήση των υπηρεσιών υγείας δείχνουν ότι ένας στους τρεις Έλληνες έχει περιορίσει την θεραπεία του, το 60% των χρόνιων ασθενών θα τεθεί σε λίστα αναμονής ή δεν θα έχει καν πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας. Οι χρόνιοι ασθενείς έχουν μειώσει τις δαπάνες τους για πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας κατά 50% και κατά 30% τις επισκέψεις τους σε αυτές στην περίοδο 2011-2013. Το προσδόκιμο ζωής σε μια δεκαετία αναμένεται να μειωθεί κατά 3 έτη, λόγω της επιδείνωσης της ποιότητας ζωής, η βρεφική θνησιμότητα έχει αυξηθεί στο 4,01% το 2011, από το 3,31% που ήταν στο ξεκίνημα της χρήσης το 2008, και οι τέσσερις από τους δέκα Έλληνες περιορίζουν την ποσότητα τροφής και την κάλυψη αναγκαίων αγαθών για να καταφέρουν να καλύψουν την φαρμακευτική τους δαπάνη (Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, 2013).

Η ανεπαρκής οικονομική υποστήριξη της δημόσιας υγείας απειλεί την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας (WHO,2009). Ο δημόσιος τομέας υγείας υπολειτουργεί και αποδυναμώνεται και πολλές φορές αδυνατεί να ανταποκριθεί στις ανάγκες του πληθυσμού της χώρας, αποτέλεσμα αυτής της ανεπάρκειας είναι η αύξηση του επιπολασμού συγκεκριμένων ασθενειών και γενικότερα κατάπτωση του οικοδομήματος της υγείας (Πατελάρου et al, 2011).

Η προσβασιμότητα σε υπηρεσίες υγείας και υγειονομική περίθαλψη αναδύεται ως ζήτημα μείζονος σημασίας καθώς ο συνδυασμός της κατάστασης της χώρας που διανύει περίοδο οικονομικής κρίσης θέτει περιορισμούς στην χρηματοδότηση των υγειονομικών υπηρεσιών και η μείωση των εισοδημάτων των πολιτών οδηγούν σε αυξανόμενη ζήτηση υγειονομικών υπηρεσιών στο δημόσιο τομέα. Ακόμη παρατηρείται μείωση από 18% έως 25% στην ζήτηση και χρήση ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας, κυρίως, μαιευτήρια, χειρουργικές επεμβάσεις, οδοντιατρική περίθαλψη (Κυριόπουλος, 2010). Στην χώρα μας η χρήση των υπηρεσιών υγείας στρέφεται

κυρίως προς το δημόσιο τομέα και παρουσιάζει αύξηση των εισαγωγών κατά 24% στα δημόσια νοσοκομεία ταυτόχρονα, παρουσιάζεται μείωση της ζήτησης στα εξωτερικά ιατρεία κατά 9% και τα εργαστήρια κατά 11% (ΥΥΚΑ, 2011).

Η Επιτροπή Υγείας του ΟΟΣΑ, το 2009 συζητώντας για την οικονομική κρίση και της επιπτώσεις της στα Συστήματα Υγείας, σε ένα από τα συμπεράσματα που κατέληξαν ήταν ότι “η συνέχιση της χρηματοδότησης μπορεί να συμβάλλει στην αντιμετώπιση μέρους των αρνητικών επιπτώσεων της κρίσης”. Είναι φανερό ότι η πρόταση είναι να μην περιοριστούν οι δημόσιοι πόροι, που αφορούν την χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας (Λιαρόπουλος, 2010).

Η ύπαρξη και η διατήρηση των Εθνικών Συστημάτων Υγείας καθώς και η ασφάλιση υγείας θα μπορούσαν να αποτελέσουν την απάντηση για τις επιπτώσεις των οικονομικών κρίσεων στην υγεία (WHO, 2009).

3.2 Το Επίπεδο Υγείας υπό το βάρος της οικονομικής κρίσης

Η οικονομική κρίση και η ύφεση επιφέρουν άμεσες συνέπειες σε καταστάσεις που αφορούν το επίπεδο υγείας στους δείκτες αυτοεκτίμησης της κατάστασης υγείας, την ψυχική υγεία, την ποιότητα ζωής την συμπεριφορά καθώς και τους δείκτες νοσηρότητας και θνησιμότητας. Ακόμη οι επιπτώσεις της ύφεσης συνδέονται με την αύξηση των αυτοκτονιών, του εθισμού, την χρήση ουσιών, ψυχικών διαταραχών και γενικότερα με την επιλογή και υιοθέτηση τρόπων ζωής και συμπεριφοράς, που δεν προάγουν το επίπεδο υγείας (Eurofound, 2013).

Κατά την διάρκεια της οικονομικής κρίσης και των μακροπρόθεσμων προβλημάτων που δημιουργεί, όπως καταστάσεις άγχους, πανικού υπάρχει μεγαλύτερη χρήση υπηρεσιών υγείας, με περιορισμένη διαχείριση των νόσων και των ασθενών (WHO, 2009). Η έλλειψη πόρων περιορίζει τα κράτη της Ευρωζώνης τα οποία μαστίζονται από την οικονομική κρίση να λαμβάνουν μέτρα για την πρόληψη και την αντιμετώπιση μολυσματικών νόσων, οι οποίες σύμφωνα με βιβλιογραφικές αναφορές εξαπλώνονται ταχύτερα σε περιόδους οικονομικής κρίσης (ECDC, 2013).

Η οικονομική κρίση και η συνεχιζόμενη ανεργία οδηγούν μεγάλη μερίδα του πληθυσμού, στην φτώχεια και τον κοινωνικό αποκλεισμό, με αποτέλεσμα ο κίνδυνος για υψηλή νοσηρότητα και για πρόωρη θνησιμότητα να εμφανίζεται αυξημένος (Power 1994, Wilkinson 1996, van Doorslaer 1997). Οι ανισότητες διευρύνονται καθώς οι συνέπειες της κρίσης δεν αφορούν το ίδιο όλες τις πληθυσμιακές ομάδες, οι ευάλωτες ομάδες συμπεριλαμβανομένων των ηλικιωμένων, των χρόνιων πασχόντων, των μεταναστών, των ανέργων αντιμετωπίζουν μεγαλύτερο κίνδυνο να επηρεαστούν (Kondo et al, 2008).

Διεθνώς η επιστημονική έρευνα έχει καταδείξει, ότι η οικονομική κρίση προκαλεί σοβαρά ζητήματα στην γενική υγεία του πληθυσμού και φαίνεται να επηρεάζει του δείκτες νοσηρότητας και θνησιμότητας των κατοίκων της χώρας που πλήττεται (Κουκουμτζής, 2012).

Στο Μεξικό στην οικονομική κρίση του 1995-1996, το ποσοστό θνησιμότητας βρέθηκε υψηλότερο κατά 5-7% συγκρινόμενο με τα προηγούμενα χρόνια, αυτό αναλύεται σε 0,4% σε αύξηση της θνησιμότητας μεταξύ των ηλικιωμένων και 0,06% στα βρέφη. Επίσης παρατηρήθηκε αύξηση της νοσηρότητας στην Ινδονησία στην περίοδο της οικονομικής κρίσης τα έτη 1997-1998, κυρίως στις αγροτικές περιοχές, αλλά και στις αστικές σε ποσοστό 14,4% και 21,4% (Waters., 1998).

Πρόσφατα στοιχεία από τις ΗΠΑ ,που εξετάζουν τις επιπτώσεις της παγκόσμιας οικονομικής ύφεσης, συνδέουν την αύξηση των σωματικών συμπτωμάτων για τους άνδρες και την κατανάλωση αλκοόλ με τις οικονομικές πιέσεις που υφίστανται (Vijayasiri et al, 2021). Ειδικότερα ως προς την κατανάλωση αλκοόλ, την οδήγηση υπό την επήρεια του αλκοόλ, πρόσφατη βιβλιογραφία, τεκμηριώνει τον καθοριστικό αρνητικό ρόλο της ανεργίας (Popovici et al, 2013).

Ερευνητικά ευρήματα συνδέουν τη σωματική υγεία με το ψυχικό βίωμα της ανεργίας που διαμεσολαβεί και καταγράφουν αυξημένη θνησιμότητα μεταξύ των ανέργων, η οποία αποδίδεται εκτός από την αύξηση της αυτοκτονικότητας, στην αύξηση των ατυχημάτων συχνά συνδεδεμένων με την κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων αλκοόλ, την κατάχρηση ουσιών, και σε αύξηση των θανάτων από τον καρκίνο (Zagozdzon et al, 2008). Η ανεργία, η μείωση του εισοδήματος, η απελπισία, ο φόβος, το αβέβαιο και ακαθόριστο μέλλον προκαλούν την υιοθέτηση βλαβερών για την υγεία συμπεριφορών, με αποτέλεσμα να παρατηρείται αύξηση στα καρδιολογικά προβλήματα-πρώτη αιτία θανάτου-, στον σακχαρώδη διαβήτη, στην υπέρταση, νόσοι που

συνδέονται με την αύξηση των ορμονών, σύμφωνα με τα στοιχεία που παρουσιάζει σε έκθεση του ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Wilkinson & Marmot, 2003)

Η κατάσταση της υγείας στις ευάλωτες ομάδες έχει χειροτερέψει (Kentikelenis et al, 2011). Η Ελληνική ομάδα των γιατρών του κόσμου αναφέρουν ότι η αναζήτηση παροχής προσφοράς υπηρεσιών υγείας στις κλινικές του δρόμου έχει παρουσιάσει αύξηση κατά 30% σε σχέση με την εποχή πριν την οικονομική κρίση που εμφανιζόταν σε ποσοστό 3-4% (Economou & Madianos et al, 2011). Σε έρευνα το 2009-2010, για άστεγους, από δέκα σημεία της Αθήνας, από το σύνολο 59 αστέγων, οι 55 διαγνώστηκαν με ύπαρξη κάποιας ψυχοπαθολογίας, από αυτούς μόνο το 20% αναζήτησε βοήθεια (Μαδιανός, 2015).

Η μείωση του κρατικού προϋπολογισμού για την δαπάνη υγείας απειλεί βασικές παροχές, όπως οι εμβολιασμοί, που είναι άμεσα συνδεδεμένοι με την αύξηση της παιδικής θνησιμότητας (WHO, 2009). Σύμφωνα με εκτίμηση της Παγκόσμιας Τράπεζας, λόγω της έλλειψης εμβολιαστικής κάλυψης μπορεί να παρατηρηθούν 400.000 χιλιάδες θάνατοι ανά έτος (Buvinik, 2009).

Παρατηρείται αύξηση της εγκληματικότητας, με τα ποσοστά των κλοπών και των ανθρωποκτονιών να έχουν σχεδόν διπλασιαστεί κατά τα έτη 2007-2009, ακόμη παρατηρείται σημαντική αύξηση του ιού HIV, κατά τα έτη 2010-2011, μεταξύ των χρηστών ουσιών και στο γενικό πληθυσμό. Η χρήση ηρωίνης αυξήθηκε κατά 20%, σύμφωνα με το Εθνικό Κέντρο Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά, ενώ οι περικοπές των δαπανών περιόρισαν τα προγράμματα street-work κατά το 1/3 (Μάτσα, 2012).

Οι οικονομικοί δείκτες της ανεργίας, της μείωσης του εισοδήματος, της ευέλικτης εργασίας, επηρεάζουν και προκαλούν επιπτώσεις στην γενική υγεία μέρους του πληθυσμού παίρνοντας την μορφή της ισχαιμικής καρδιοπάθειας, του καρκίνου του πνεύμονα και των βρόγχων (Κυριόπουλος, Τσιάντου, 2010). Μελέτες κατέδειξαν την σχέση της αύξησης της ανεργίας, με την αύξηση της θνησιμότητας, όταν η ανεργία αυξάνεται κατά 1% ο δείκτης θνησιμότητας αυξάνεται 2,18/100.000, επίσης κατέδειξαν την συσχέτιση της ανεργίας με την θνησιμότητα από ισχαιμική καρδιοπάθεια. Τα άτομα που ανήκουν σε μειονότητες, είναι μετανάστες, χρόνια πάσχοντες και υποφέρουν από σωματικά ή ψυχικά νοσήματα, η μακροχρόνια ανεργία τους οδηγεί σε οικονομικό μαρασμό με αποτέλεσμα να εμφανίζεται αυξημένος ο κίνδυνος για πρόωρη θνησιμότητα (Κυριόπουλος και Τσιάντου, 2010).

Μελέτη των Black et al (1980) συμπέρανε ότι ο κίνδυνος θανάτου των φτωχότερων κοινωνικο-οικονομικών τάξεων είναι 2,5 φορές μεγαλύτερος από τον κίνδυνο θανάτου υψηλότερης κοινωνικής και οικονομικής τάξης (Black et al, 1980).

Μοιάζει η οικονομική κρίση που πλήττει την Ελλάδα και ιδιαίτερα τον πιο αδύναμο κρίκο της να μεταλλάσσεται και να μετατρέπεται σε κρίση υγείας των πολιτών και να συντελείται η παραχάραξη της υγειονομικής ταυτότητας της χώρας.

Κεφάλαιο Τέταρτο

Οικονομική κρίση και Ψυχική Υγεία

Στην κατάπτωση του επιπέδου υγείας του γενικού πληθυσμού της χώρας, ως συνέπεια της οικονομικής κρίσης, περιλαμβάνεται η - όχι εκτενώς αποτυπωμένη και μελετημένη - κατάπτωση της ψυχικής υγείας του πληθυσμού, με την εμφάνιση και επιδείνωση ψυχικών ασθενειών, την αδυναμία υποστήριξης της λειτουργίας των δομών ψυχικής υγείας, την αδυναμία περίθαλψης και πρόληψης αλλά και την αύξηση της χρήσης των εξαρτησιογόνων ουσιών, ιδιαίτερα στις νεαρές ηλικίες.

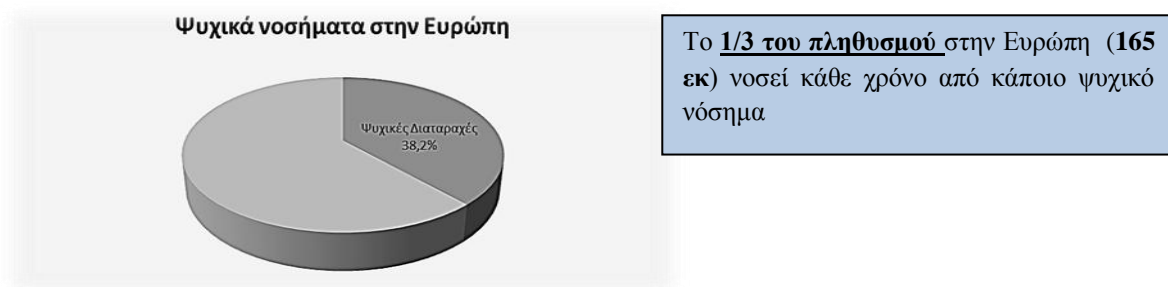
4.1 Ορισμός της ψυχικής υγείας

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ψυχική υγεία ορίζεται ως “κατάσταση συναισθηματικής ευεξίας, στην οποία το άτομο συνειδητοποιεί τις δικές του ικανότητες μπορεί να αντιμετωπίσει τα καθημερινά άγχη της ζωής, να ζει, να εργάζεται παραγωγικά και με άνεση και να είναι σε θέση να συνεισφέρει στην κοινότητα του” (WHO,1948).

Η έννοια της ψυχικής υγείας είναι αφαιρετική, ευρεία και πολυδιάστατη και δύσκολα προσδιορίζεται εννοιολογικά. Η ψυχική υγεία δεν αναφέρεται μόνο στην απουσία ψυχικών διαταραχών, αλλά βασικά συστατικά της αφορούν στη θετική αυτό-εικόνα, στην ικανότητα, στον αυτό-προσδιορισμό, στο αίσθημα αυτό-αποτελεσματικότητας, στον αυτό-έλεγχο, στην ικανότητα θετικής ανταπόκρισης σε προκλήσεις της ζωής, στην ικανότητα να ζητάει κανείς βοήθεια ή υποστήριξη, αλλά και να προσφέρει (Ζήση και Στυλιανίδης, 2004).

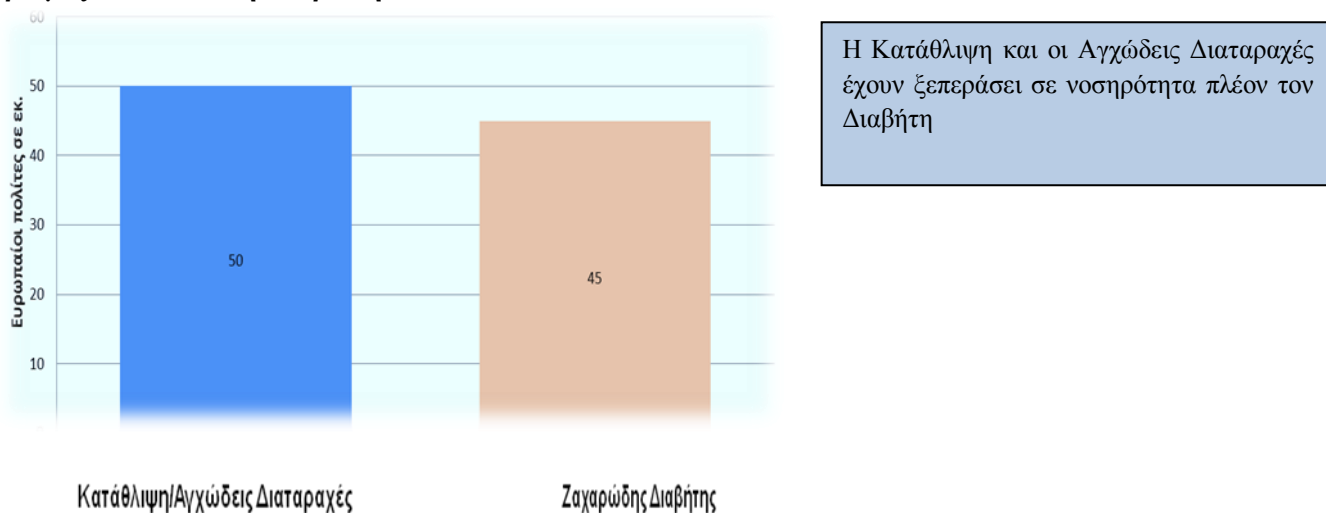
Τα ψυχικά νοσήματα παρουσιάζονται με υψηλή συχνότητα στο γενικό πληθυσμό, εμφανίζονται νωρίς, χαρακτηρίζονται από χρονιότητα και προκαλούν σημαντική ανικανότητα,. Ως αποτέλεσμα προκαλούν μεγάλο οικονομικό και κοινωνικό φορτίο για τα Συστήματα Υγείας και την κοινωνία. Από τα στοιχεία προκύπτει, όμως, ότι δεν αντιμετωπίζονται ισότιμα και αποτελεσματικά από τα Συστήματα Υγείας. Τα Ψυχικά

Νοσήματα στην Ευρώπη αποτελούν την 3η κατηγορία νοσημάτων από πλευράς φορτίου (DALYs) ωστόσο το 2011 μόνο το 5% (κατά μέσο όρο) των προϋπολογισμών υγείας στην Ευρώπη αφορούσε τα Ψυχιατρικά νοσήματα (Μανιαδάκης, 2015).



Γράφημα 4. Ψυχικά νοσήματα στην Ευρώπη.
(European Neuropsychopharmacology, 2011)

Αριθμός ασθενών στην Ευρώπη



Γράφημα 5. Αριθμός ασθενών στην Ευρώπη (σε εκατομμύρια)
(European Neuropsychopharmacology, 2011)

Τα παραπάνω στοιχεία παρουσιάστηκαν στο Mental Health Conference, το Μάιο του 2015.

Η ψυχική υγεία, είτε ως κατάσταση υγείας του ατόμου, είτε ως σύστημα υπηρεσιών που ανταποκρίνονται σε αντίστοιχες ανάγκες, βρίσκεται σε μια διαμορφωμένη σχέση ιστορικά, με την εκάστοτε κοινωνική οργάνωση, μέσα στην οποία λαμβάνει υπόσταση, δομείται και λειτουργεί (Μεγαλοοικονόμου, 2013). Οποιοσδήποτε παράγοντας επηρεάζει την ψυχική υγεία αντιπροσωπεύει μια σοβαρή απειλή τόσο για την οικονομική όσο και για την κοινωνική ζωή στην κοινωνία. Η ψυχική υγεία αποτελεί αναπόσπαστο στοιχείο της γενικής υγείας και της ευημερίας του ατόμου και του συνόλου και χρειάζεται να αντιμετωπίζεται με το ίδιο επείγοντα χαρακτήρα όπως και η σωματική υγεία (WHO, 1948).

4.2 Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία

Η οικονομική ύφεση αποτελεί παγκόσμιο πρόβλημα και εκτείνεται σε όλες τις λειτουργίες της κοινωνίας είναι κρίση της οικονομίας, της ιδεολογίας, της πολιτικής, του κοινωνικού συμβολαίου. Η ψυχική υγεία επηρεάζεται από την οικονομική κρίση με δυο αλληλοτροφοδοτούμενους τρόπους, εξασθενώντας τους προστατευτικούς παράγοντες, οι οποίοι συμβάλλουν στην διατήρηση και την ανάπτυξη της και ενισχύοντας και αυξάνοντας τους παράγοντες κινδύνου, που υποστηρίζουν την εμφάνιση των ψυχικών διαταραχών (Αναγνωστόπουλος, 2012).

Η σημαντική μείωση του εισοδήματος, η κατάσχεση περιουσιακών στοιχείων, η ανεργία, η αβεβαιότητα, ο φόβος, η απελπισία, η έλλειψη ελπίδας, προοπτικής και η οικονομική δυσχέρεια συμβάλλουν στην αποδιοργάνωση του ατόμου, της οικογένειας και των ρόλων με αποτέλεσμα να απειλείται και να επιδεινώνεται η ποιότητα ζωής σε προσωπικό και οικογενειακό επίπεδο και παράλληλα να δημιουργείται κλίμα κοινωνικής αναταραχής (European Commission, 2009).

Οι ειδικοί εκφράζουν την ανησυχία τους για τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης, περιμένοντας και αναμένοντας αύξηση των καταθλιπτικών διαταραχών και των αυτοκτονιών (Stuckler, 2008). Τα ψυχωτικά και καταθλιπτικά επεισόδια αναμένεται να τριπλασιαστούν στην Αγγλία (Samaritans, 2009), ενώ για την κρίση που διανύουμε πρόσφατες αναφορές κάνουν λόγο για αύξηση των αυτοκτονιών στην Ιαπωνία (Ryall, 2009). Στην Χιλή η απότομη μείωση του εισοδήματος, συνδέθηκε, σύμφωνα με μελέτη με την εμφάνιση ψυχικών διαταραχών με το εισόδημα να μειώνεται 6 μήνες πριν την εκδήλωση των συμπτωμάτων (Araya, 2003).

Μελέτη στην Ισπανία που πραγματοποιήθηκε σε τυχαίο δείγμα σε άτομα που επισκέπτονταν Κέντρα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, από όλη την χώρα και διαγνώστηκαν με ψυχοπαθολογικά προβλήματα κατά τα έτη 2006 και 2010, έδειξε αύξηση της ψυχιατρικής νοσηρότητας και κυρίως διαταραχών της διάθεσης, του άγχους, των σωματόμορφων διαταραχών και της κατάχρησης αλκοόλ. Σημαντικές συσχετίσεις εμφανίζονται ανάμεσα στις περισσότερες από τις διαταραχές με την ανεργία στον ίδιο τον λήπτη των υπηρεσιών υγείας, ή σε κάποιο μέλος της οικογένειας του. Η αύξηση στα ποσοστά κατάθλιψης στο εν λόγω κλινικό πληθυσμό φαίνεται να εξηγείται από τη ανεργία και στις δυσκολίες αποπληρωμής στεγαστικών δανείων (Gil et al., 2012).

Η ψυχολογική αντανάκλαση της δύσκολης οικονομικής πραγματικότητας, που αντιμετωπίζουν τα άτομα, έχει αναλυθεί εκτενώς και σε επιστημονικό επίπεδο με αρκετές έρευνες να εστιάζουν στην σύνδεση της οικονομικής κρίσης και της αύξησης της συμπτωματολογίας των ψυχικών διαταραχών (Uutela, 2010). Σε συνθήκες οικονομικής κρίσης οι φτωχοί αποτελούν ομάδα υψηλού κινδύνου, διότι είναι οι πρώτοι που δέχονται τις επιπτώσεις της, επίσης τα άτομα που πάσχουν ήδη από ψυχικά νοσήματα, λόγω της έκπτωσης της λειτουργικότητας τους, αποτελούν και βρίσκονται στην ομάδα υψηλού κινδύνου (Aro et al, 1995).

Η οικονομική κρίση που τα τελευταία χρόνια πλήττει τη χώρα μας έχει προκαλέσει έντονο επιστημονικό ενδιαφέρον με μελέτες και άρθρα να επικεντρώνεται στις αρνητικές επιπτώσεις της ύφεσης στην ψυχική υγεία του πληθυσμού, συμπεριλαμβανομένων και των εφήβων (Giotakos, 2010). Αυξημένο αριθμό κλήσεων καταγράφουν οι τηλεφωνικές γραμμές ψυχολογικής υποστήριξης για ψυχολογικά προβλήματα, τα οποία σχετίζονται με την ύφεση (Μπούρας και Λύκουρας, 2011). Στο 27% των τηλεφωνικών κλήσεων στο ΕΠΠΨΥ, αφορούν αιτήματα για παροχή ψυχολογικής βοήθειας για προβλήματα που συνδέονται με ζητήματα εργασίας, ανεργίας, μείωση εισοδήματος και καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Επιδημιολογικά στοιχεία της γραμμής βοήθειας εμφανίζουν άνδρες, ηλικίας από 30-45 σε ποσοστό περίπου 65%, να πλήττονται από τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης και να εμφανίζουν ψυχολογικά προβλήματα (Μπούρας και Λύκουρας, 2011). Μεγάλο ποσοστό εμφανίζουν τα νεαρά άτομα ηλικίας 18-30 ετών, τα οποία αδυνατούν να οραματιστούν επαγγελματική προοπτική, λόγω των αρνητικών οικονομικών μεγεθών, με αποτέλεσμα να καταλαμβάνονται από έντονο άγχος σχετικά με τους όρους που προδιαγράφουν το εργασιακό τους μέλλον. Αρκετοί από τους καλούντες μαρτυρούν, ότι είναι ανήμποροι να αντιμετωπίσουν τη δυσχερή κατάσταση στην οποία βρίσκονται, δηλώνουν αδιέξοδο και σκέφτονται την αυτοκτονία, ως λύση (Στυλιανίδης, 2008).

Πέρα λοιπόν από τα σοβαρά πρακτικά προβλήματα που αντιμετωπίζει κάποιος που το εισόδημα του να μειώνεται ή να εξανεμίζεται, εξίσου σημαντική είναι και η συμβολική κατάρρευση που αντιμετωπίζει (Μάτσα, 2012).

4.3 Εργασία και ψυχική υγεία

Η εργασία αποτελεί, αφενός τον σημαντικότερο τρόπο απόκτησης οικονομικών πόρων και αφετέρου καλύπτει σημαντικές ψυχοκοινωνικές ανάγκες του ανθρώπου, για την πληρέστερη συμμετοχή του στην κοινωνία και την υλική ευημερία είναι απαραίτητο το εισόδημα, το οποίο προέρχεται για μεγάλο μέρος του πληθυσμού από την εργασία (Καμινιώτη, 2012)

Από τα βασικότερα στοιχεία για την διαμόρφωση της ταυτότητας του τόμου, του κοινωνικού ρόλου και της κοινωνικής θέσης είναι η εργασία. Ερευνητικά ευρήματα υπερασπίζονται την θετική επίδραση της εργασίας στην σωματική και ψυχική υγεία, βλαπτική επίδραση της εργασίας στην υγεία προκαλούν η ανασφαλής απασχόληση, κυρίως σε ευάλωτες ψυχικά ομάδες ατόμων που πάσχουν από αγχωτικές διαταραχές, οι υπερβολικές ώρες εργασίας, οι οποίες ίσως υποκρύπτουν άλλες παραμέτρους, το κυκλικό ωράριο που επιδρά αρνητικά στην υγεία καθώς και η μερική απασχόληση. Πάντως υπάρχει σύγκλιση ότι οι θετικές συνέπειες της εργασίας υπερεκαλύπτουν τις αρνητικές (Καμινιώτη, 2012).

4.4 Κατάθλιψη

Η κατάθλιψη είναι μια σοβαρή συναισθηματική διαταραχή, η οποία απαιτεί άμεση φαρμακευτική αγωγή και ψυχοθεραπευτική παρέμβαση (DSM IV, 2008).

Η απώλεια εργασίας περιλαμβάνεται ανάμεσα στα σοβαρά ψυχοπαιστικά γεγονότα της ζωής σε όλες τις σχετικές κλίμακες (Μαδιανός, 2006).

Η ψυχική διαταραχή, που εμφανίζεται από τον μηχανισμό πρόκλησης, εν προκειμένω της απώλειας εργασίας, ακολουθεί τρία στάδια:

- i. Πρώτο στάδιο, η αντίληψη του σοκ
- ii. Δεύτερο στάδιο, άρνηση του γεγονότος και αισιοδοξία ότι θα βρεθεί κάποια εργασία
- iii. Τρίτο στάδιο, όταν έχει παρέλθει κάποιος ικανός χρόνος για την αναζήτηση και εύρεση εργασίας, προκαλείται κατάρρευση, την οποία συνοδεύουν αισθήματα ενοχής, επιθετικότητας, απελπισίας, θλίψης, αγωνίας, άγχους, προβλήματα κατάχρησης αλκοόλ ή ουσιών, απώλεια στέγης, προβλήματα σίτισης (Tefferis et al,2011, Rosenthal et al.,2012).

Η κατάθλιψη συνδέεται με τη χαμηλή οικονομική και κοινωνική θέση, με εμπειρίες βίας και αποδυνάμωσης, αλλά και το στίγμα που χαρακτηρίζει όλο και περισσότερα άτομα που βρίσκονται σε αυτή την θέση (Στυλιανίδης, 2014). Είναι η συχνότερη ψυχική διαταραχή, που παρουσιάζεται σε περιόδους έντονης οικονομικής κρίσης, στην διάρκεια των οποίων αυξάνονται ραγδαία τα ποσοστά ανεργίας σε όλες σχεδόν τις χώρες του κόσμου διαχρονικά. Η αύξηση της ανεργίας κατά 1% σχετίζεται με την αύξηση κατά 67% του ποσοστού της κατάθλιψης στα επόμενα 5 χρόνια, αντίστοιχα αυξάνεται, η αυτοκτονία κατά 41% και ο αλκοολισμός κατά 47%, τα ποσοστά αυτά προκύπτουν από έρευνα που διενέργησε ο Αμερικανός στατιστικολόγος Brenner, (1977) (Τσουνής, 2013).

Η ανεργία και η φτώχεια είναι υψηλοί παράγοντες κινδύνου και ευνοούν την εμφάνιση ψυχικών διαταραχών και το αντίστροφο, δημιουργώντας ένα φαύλο κύκλο (Aro et al.,1995). Μπορούμε λοιπόν να καταλάβουμε την σύνδεση της κατάθλιψης όχι ως μια διαδικασία απώλειας και επακόλουθο πένθος, αλλά σαν μια διαδικασία που περιλαμβάνει την ενοχοποίηση και την ντροπή, παράγοντες που αυξάνουν σημαντικά τις πιθανότητες η απώλεια να συνδεθεί με την εμφάνιση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας (Kendler & Myers & Zisook, 2008). Η κατάθλιψη παρουσιάζει υψηλή συσχέτιση με την ύπαρξη χρέους, το οποίο συσχετίζεται με την ανεργία, οι άνθρωποι που φέρουν χρέος κινδυνεύουν ή υποφέρουν από κατάθλιψη κατά 2-3 φορές περισσότερο από τον υπόλοιπο πληθυσμό (Tenkins et al, 2008).

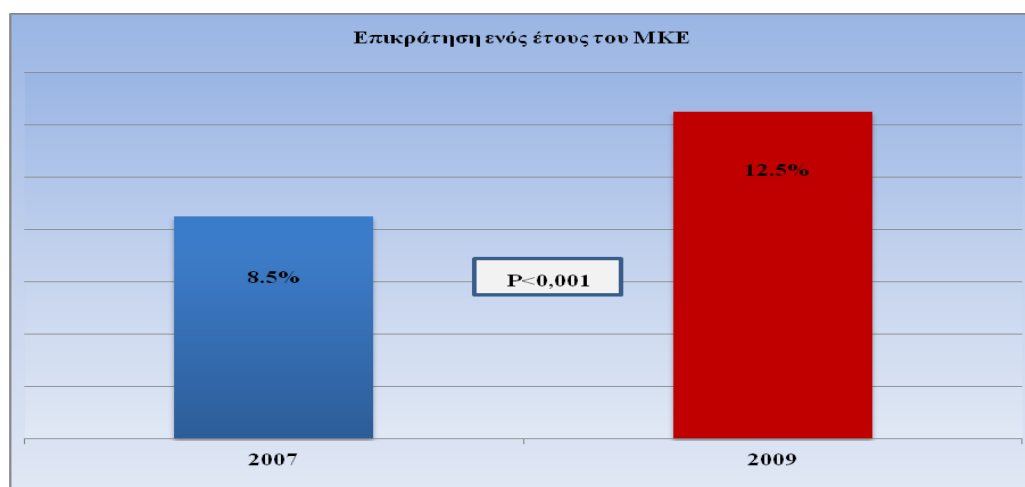
Στις ομάδες υψηλού κινδύνου ανήκουν τα άτομα που ήδη έχουν θέση στα φτωχότερα οικονομικά στρώματα, μελέτη των Patel & Kleinmann (2003), παρουσίασε υψηλά ποσοστά συσχέτισης μεταξύ φτώχειας και ψυχικών διαταραχών, καθώς φαινόμενα όπως ο αποκλεισμός, η ανασφάλεια και οι κοινωνικές διακρίσεις μεγιστοποιούνται σε περιόδους οικονομικής ύφεσης, επίσης η ύπαρξη και άλλων αντικειμενικών παραγόντων

όπως η χαμηλή εκπαίδευση καταστούν υψηλότερη την ευαλωτότητα και την δυσκολία στην διαχείριση καταστάσεων που αφορούν την έλλειψη εισοδήματος (Γσούνης,2013). Σε σχέση με το μορφωτικό επίπεδο, τα ποσοστά κατάθλιψης εμφανίζονται σε υψηλά ποσοστά 20,9% στα άτομα με χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο, ενώ στα άτομα με υψηλό εκπαιδευτικό επίπεδο η κατάθλιψη κάνει την εμφάνιση της σε ποσοστό 7,2%. Οι γυναίκες πλήττονται από καταθλιπτική συνδρομή κατά 15% σε σχέση με τους άνδρες που παρουσιάζουν ποσοστό 9%, τα ποσοστά αυτά εξηγούνται με βάση βιολογικούς παράγοντες, αλλά και με τους πολλαπλούς και απαιτητικούς κοινωνικούς ρόλους που έχει αναλάβει η σύγχρονη γυναίκα (Μαδιανός,2014).

Σε Διεθνές επίπεδο, υπάρχουν μελέτες που καταδεικνύουν την σχέση μεταξύ της ανεργίας, της απώλειας του εισοδήματος και της κατάθλιψης.

Συγχρονική μελέτη του 2007 σε τυχαίο και αντιπροσωπευτικό δείγμα 3.581 ατόμων στην Μεγάλη Βρετανία, κατέδειξε πως η εργασιακή ανασφάλεια και η παρουσία χρέους αποτελούν τους μοναδικούς παράγοντες που διατηρούν ανεξάρτητη και στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την παρουσία κατάθλιψης, όταν η επίδραση άλλων κοινωνικο-δημογραφικών παραγόντων έχει ελεγχθεί (Meltzer et al,2010).

Σε άλλη μελέτη σχετικά με την οικονομική κρίση στο Hong-Kong και την επικράτηση της κατάθλιψης, που πραγματοποιήθηκε το 2007 σε δείγμα 3.016 και 2009 σε δείγμα 2.011, μέσω των τηλεφωνικών συνεντεύξεων, παρουσιάζεται αύξηση στα Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια (ΜΚΕ).



Γράφημα 6. Επικράτηση ενός έτους του ΜΚΕ στο Hong-Kong, (Lee et al., 2010 J Affect Disord)

Τα παραπάνω στοιχεία παρουσιάστηκαν στο Mental Health Conference, το Μάιο του 2015.

Η συσχέτιση της μακροχρόνιας ανεργίας με την εμφάνιση μείζονος κατάθλιψης διαπιστώθηκε σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε και στην Φινλανδία, ακόμη η έρευνα κατέδειξε πως η συχνή χρήση αλκοόλ μεγεθύνει την παρουσία κατάθλιψης (Hamalainen et al.,2005). Υψηλή θετική σχέση μεταξύ της κατάθλιψης και της ανεργίας, εμφανίζεται σε έρευνα που έγινε στην Λιθουανία, βάσει της Κλίμακας Κατάθλιψης του Beck (Beck et al.,1961), η οποία εμφανίζει διαχρονικά υψηλό δείκτη ανεργίας, τα αποτελέσματα της οποίας κατέδειξαν, ότι τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας που μαστιζονται από την ανεργία οδηγούνται σε καταθλιπτικό επεισόδιο, ενώ το επίπεδο μόρφωσης λειτουργεί ως προστατευτικός παράγοντας (Stankunas et al.,2006).

Σύμφωνα με στοιχεία που προέρχονται από το Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΨΥ), σε πρόγραμμα που διενήργησε σε Πανελλαδικό επίπεδο στον γενικό πληθυσμό της χώρας, από το 2008 έως το 2013, σε τυχαίο αντιπροσωπευτικό δείγμα και σε άτομα ηλικίας από 18 – 65 ετών, έχοντας ως ερευνητικό στόχο την σχέση μεταξύ της οικονομικής δυσπραγίας και της μείζονος κατάθλιψης, το σημαντικότερο εύρημα του προγράμματος είναι ότι στις χρονιές που μελετήθηκαν παρατηρήθηκε συνολικά αύξηση της μείζονος κατάθλιψης 300%, στους άνδρες 275% και στις γυναίκες 310,5% (Μαδιανός, Οικονόμου 2014).

Πίνακας 2.

Επικράτηση ενός μηνός μείζονος κατάθλιψης (%) σε πανελλήνια δείγματα γενικού πληθυσμού στην Ελλάδα (2008, 2009, 2011 και 2013)

	2008	2009	2011	2013	Μεταβολή
	N=2197	N=2192	N=2256	N=2188	%
Άνδρες	2,4	4,6	6,7	9,0	+275,0
Γυναίκες	3,8	8,8	9,9	15,6	+310,5
Σύνολο	3,3	6,8	8,2	13,2	+300,0
Πηγές: Madianos, M., Economou, M., et al (2011) - Economou, M., Madianos, M., et al (2012)					

Στο πρόγραμμα του ΕΠΨΥ ακόμη αναφέρεται, ότι το 50% των Ελλήνων εμφανίζουν μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα μικρότερο των 400 ευρώ, αυτό το ποσοστό των κατοίκων της χώρας διαθέτει τα κριτήρια για τη κατάθλιψη, γεγονός που πιστοποιεί ότι, η κατάθλιψη συνδέεται με την συρρίκνωση και το χαμηλό εισόδημα. Ακόμη στο πρόγραμμα συνδέεται η εργασιακή κατάσταση των Ελλήνων με την κατάθλιψη, όταν το 19,8% των ανέργων πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια της καταθλιπτικής διαταραχής, ποσοστό υπερδιπλάσιο από το αντίστοιχο των εργαζομένων 9,8%. Άλλο ένα στοιχείο που παρουσιάζει το πρόγραμμα του ΕΠΨΥ, είναι η σχέση εργασίας και ο χρόνος εργασίας, το 16,9% που υποαπασχολούνται, παρουσιάζουν κατάθλιψη, ποσοστό μεγαλύτερο από αυτούς των εργαζομένων με κανονικό ωράριο με ποσοστό 7,2% και εργαζόμενων με χρόνο εργασίας 40 ώρες την εβδομάδα με ποσοστό 8,1%, πιθανότητα η σύνδεση αφορά το χαμηλό εισόδημα και την αγωνία για την εύρεση επιπρόσθετης εργασίας (Μαδιανός, 2014).

Ακόμη στην χώρα σε σχετική έρευνα για την σύνδεση των οικονομικών όρων της κρίσης και της μείζονος κατάθλιψης γίνεται αναφορά στη σύνδεση της αύξησης της ανεργίας με την αύξηση της επισκεψιμότητας στα εξωτερικά ιατρεία, καθώς και στα επείγοντα του Αιγινήτειου Νοσοκομείου από άτομα που παρουσιάζουν καταθλιπτική συμπτωματολογία (Γιωτάκος και συν, 2011). Οι παραπάνω έρευνες καταδεικνύουν πως οι ποσοτικές μεταβολές στα οικονομικά μεγέθη μετατρέπονται ταχύτερα σε μια νέα πραγματικότητα με οδυνηρά ποιοτικά χαρακτηριστικά. Η οικονομική κρίση και τα φαινόμενα που την συνοδεύουν με κορωνίδα την ανεργία, οδηγεί τους λαούς των χωρών που λειτουργούν σε συνθήκες δημοσιονομικής προσαρμογής σε αύξηση των ψυχιατρικών περιστατικών και σε αύξηση της κατάθλιψης (Uutela, 2010).

Σε περιόδους οικονομικής ύφεσης έχει βρεθεί ότι η οικονομική δυσπραγία αυξάνει τα αιτήματα για την αντιμετώπιση των προβλημάτων ψυχικής υγείας και ο αριθμός των ανθρώπων που απευθύνονται σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας αυξάνει σε μια κοινωνία, όταν η οικονομία της φθίνει (Catalano, 1991).

4.5 Αυτοκτονία

Στην Ελλάδα η πολυεπίπεδη κρίση και η παρατεταμένη ύφεση έχει καθοριστικές συνέπειες, στην αύξηση και στην επικράτηση των ψυχικών διαταραχών στον γενικό πληθυσμό και ιδιαίτερα στην αύξηση των καταθλίψεων και της αυτοκτονικότητας (Στυλιανίδης, 2012).

Σημαντικός αριθμός μελετών καταγράφει την υψηλή συσχέτιση μεταξύ της αύξησης της ανεργίας και της αυτοκτονίας, οι άνεργοι είναι αυτοί που διατρέχουν 2-3 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο από το σύνολο του πληθυσμού/ (Platt & Hawton,2000). Την σπουδαιότητα της σχέσης αυτής πιστοποιούν στοιχεία, κατά τα οποία κάθε 1% αύξηση της ανεργίας, αναλογεί σε αύξηση των αυτοκτονιών κατά 0,79% στην περιοχή της Ευρώπης και 0,99% στις ΗΠΑ (Reeves et al.,2012). Επισημαίνεται ακόμη από σχετικές μελέτες, ότι η σχετιζόμενη με την ανεργία αυτοκτονίες έχουν πολλαπλασιαστεί, λόγω της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης (Stuckler et al.,2012). Ακόμη έχει αυξηθεί στο 22,7% το 2011 σε σχέση με 4,5% του 2009, ο αυτοκτονικός ιδεασμός στα άτομα που ήδη λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή (Economidou,2013)

Στην συνάρτηση της αυτοκτονικότητας με την ανεργία, παρεμβάλλονται μια σειρά από σημαντικοί και αλληλένδετοι παράγοντες, όπως κοινωνικοί και οικογενειακοί ρόλοι, το φύλο, το εκπαιδευτικό επίπεδο, η κατάσταση της σωματικής υγείας αλλά και της ψυχικής υγείας, οι οποίοι καθορίζουν την υποκειμενική αντίληψη του γεγονότος της ανεργίας (Οικονόμου και συν.,2014). Η ανεργία συνδέεται με 70% αύξηση του κινδύνου αυτοκτονικότητας, ακόμη και μεταξύ των ατόμων που δεν εμφανίζουν κατά το παρελθόν ιστορικό ψυχικού νοσήματος, το οποίο αποτελεί επιβαρυντικό παράγοντα (Agerbo,2005). Οι άγαμοι άνδρες, οι άνδρες, οι μεσήλικες, αλλά και οι νέοι που εμφανίζουν μεγάλα ποσοστά στην απώλεια εργασίας, είναι ιδιαίτερα ευάλωτες ομάδες (Stuckler et al.,2009).

Σημαντικός παράγοντας ανάμεσα στην αυτοκτονικότητα και την ανεργία είναι η διάρκεια της ανεργίας, κυρίως στους νέους, όπου μελέτες κατέδειξαν την συσχέτιση του αυτοκτονικού ιδεασμού και της μακρόχρονης ανεργίας (Ferguson et al.,2001). Απαντάται κυρίως στους άνδρες, ηλικίας 25-34 ετών και 55-64 ετών (Milner et al.,2013). Στην αλληλεπίδραση μεταξύ της αυτοκτονικότητας και της ανεργίας συμμετέχουν και άλλοι κοινωνικοί και οικονομικοί παράγοντες, όπως ο πληθωρισμός ο οποίος περιορίζει την αγοραστική δύναμη του καταναλωτή και την δυνατότητα του σε αγορά και κατανάλωση αγαθών και υπηρεσιών, η αύξηση του πληθωρισμού είναι συνδεδεμένη με τις απόπειρες αυτοκτονίας στους άνεργους (Solano et al.,2012).

Στην Ρωσία και στις χώρες της Βαλτικής κατά τα έτη 1991- 1994,που εφαρμόστηκε το γνωστό ως “θεραπεία σοκ”, οικονομικό πρόγραμμα, κατά το οποίο υπήρξε κατάργηση ελέγχου στις τιμές των προϊόντων οδήγησε στην φτωχοποίηση και την αύξηση της ανεργίας., Σε αυτά τα 3 χρόνια λειτουργίας του προγράμματος το προσδόκιμο ζωής έπεσε κατά 6 έτη στους άνδρες και κατά 3 έτη στις γυναίκες, οι αυτοκτονίες αυξήθηκαν

δραματικά και υπήρξε η κυριότερη αιτία βίαιου θανάτου του ανδρικού πληθυσμού (Stuckler et al.,2009). Στην Ιαπωνία, μετά το 2008, σημειώθηκε σημαντική αύξηση του ποσοστού των αυτοκτονιών, λόγω των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης που μάστιζε την χώρα (Stuckler et al.,2009). Στην Ινδία καταγράφηκαν μαζικές αυτοκτονίες αγροτών, ύστερα από σημαντικές αλλαγές που συντελέστηκαν στην οικονομική και κοινωνική διάρθρωση της χώρας κατά την δεκαετία του 1990 (Sundar,1999).

Στην χώρα μας από το 2009 έως και το 2012 υπήρξε αύξηση των αυτοκτονιών κατά 37% και από το 1981 μέχρι το 2013 εμφανίζει αυξητική τάση και καταγράφει το ποσοστό 53% (Μαδιανός, 2015). Η ΕΛΣΤΑΤ καταγράφει στοιχεία για θανάτους που οι ιατροδικαστικές υπηρεσίες τους προσδιόρισαν ως αυτοκτονίες. Το 2010 καταγράφηκαν 377 θάνατοι από αυτοκτονίες, το 2011 καταγράφηκαν 477 θάνατοι από αυτοκτονίες και το 2012 καταγράφηκαν 508 θάνατοι από αυτοκτονίες (Πουλόπουλος, 2014). Μελέτη κατέγραψε ότι το διάστημα 2005-2010 συντελέστηκαν 551 θάνατοι ανδρών από αυτοκτονία εξαιτίας της οικονομικής κρίσης (Antonakakis, 2013).

Η αύξηση των αυτοκτονιών στην Ελλάδα καθρεπτίζει την αγωνία, την απελπισία, την αβεβαιότητα και το αδιέξοδο για το παρόν και το μέλλον. Ο φόβος της κατάρρευσης, της απόλυσης, η μακροχρόνια ανεργία, δημιουργούν εμπόδια στις κοινωνικές σχέσεις, υποσκάπτουν την αυτοεκτίμηση, συντελούν στην ψυχική και κοινωνική αποδιοργάνωση. Η οικονομική κρίση αγγίζει ευαίσθητες ανθρώπινες περιοχές και οδηγεί στην απώλεια της ταυτότητας του ατόμου και του νοήματος ζωής. Η αυτοκτονία για τις ευαίσθητες ομάδες και τα ευάλωτα άτομα ίσως να μοιάζει ως λύση στα πολύπλοκα ψυχολογικά και κοινωνικά αδιέξοδα που έχουν δημιουργηθεί. Συναισθήματα φόβου, πόνου, εγκατάλειψης πλημμυρίζουν τους ανθρώπους που βλέπουν την ζωή τους να γκρεμίζεται και οι ίδιοι δεν μπορούν να ζήσουν χωρίς αξιοπρέπεια (Πουλόπουλος,2014).

“Η ψυχική κατάρρευση είναι ένας φαινομενικός θάνατος που δεν έχει βιωθεί. Τον ψυχικό, κοινωνικό και συμβολικό θάνατο μπορεί σύντομα να ακολουθήσει και η πράξη της αυτοκτονίας” (Winnicott,1974).

4.6 Αγχώδεις διαταραχές

Η σημερινή οικονομική και κοινωνική συνθήκη καθώς και οι επιπτώσεις που προκαλεί στην ψυχική υγεία των ατόμων που την βιώνουν, μπορεί να προσδιοριστεί και να ερμηνευτεί με βάση το μοντέλο των Κοινωνικών

προσδιοριστικών παραγόντων (Social Determinants), συνεχώς νέες έρευνες και αναφορές τεκμηριώνουν την εμφάνιση ψυχικών διαταραχών με την συνύπαρξη ενός ή περισσότερων επιβαρυντικών παραγόντων (Στυλιανίδης,2014).

Κύριο χαρακτηριστικό σε όλες τις αγχώδεις διαταραχές είναι το έντονο και χρόνιο άγχος, το υπερβολικό άγχος και η έντονη ανησυχία, που εκφράζεται μέσα από ποικίλες φυσιολογικές αντιδράσεις, τρέμουλο, λαχάνιασμα, δύσπνοια και γνωστικές αντιδράσεις, καθώς και σκέψεις επικείμενης απειλής (DSM IV,1996). Το άγχος, η ανησυχία ή κάποια σωματικά συμπτώματα, προκαλούν δυσλειτουργία του άτομου που καταλαμβάνεται από τα συμπτώματα, στο επαγγελματικό τομέα ή σε άλλους σημαντικούς τομείς της λειτουργικότητας του, αλλάζει τις συνήθειες του, δεν μετακινείται με μέσα μαζικής μεταφοράς, χρειάζεται κάποιες φορές συνοδό, φοβάται μήπως χάσει τον έλεγχο, φοβάται ότι θα πεθάνει και σωματοποιεί τους φόβους του (Μαδιανός και Οικονόμου,2014).

Μελέτη στον Καναδά, με σκοπό να διευρυνθούν τυχόν διαφορές στην επικράτηση των διαταραχών της διάθεσης και του άγχους ανάμεσα σε δύο διαφορετικές χρονικές στιγμές πριν την Παγκόσμια οικονομική κρίση (Γενάρης-Αύγουστος2008) και στην διάρκεια της (Μάρτιος-Οκτώβριος 2009). Το δείγμα ήταν τυχαίο και αντιπροσωπευτικό και το αποτελούσαν 3.579 εργαζόμενοι στην Alberta του Καναδά, η συλλογή των δεδομένων έγινε μέσω τηλεφωνικών συνεντεύξεων προέκυψαν τα αποτελέσματα που παρουσιάζονται στον παρακάτω πίνακα (Wang et al,2010).

Πίνακας 3.

Επικράτηση των ψυχικών διαταραχών σε εργαζομένους κατά τη διάρκεια της κρίσης: Μελέτη στον Καναδά

Είδος Διαταραχής	Πριν	Μετά	p
Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο	5,1%	7,6%	<0,05
Διπολική Διαταραχή	1,0%	0,7%	>0,05
Δυσθυμική Διαταραχή	0,4%	1,5%	<0,001
Κοινωνική Φοβία	2,4%	2,3%	>0,05
Διαταραχή Πανικού	1,9%	2,3%	>0,05
Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή	2,5%	3,6%	>0,05

Οποιαδήποτε Διαταραχή	8,6%	13,3%	<0,001
-----------------------	------	-------	--------

Wang et al. 2010. *Can J Psychiatry*

Οι αγχώδεις διαταραχές κατέχουν σημαντική θέση μεταξύ των ανέργων, που εξετάστηκαν σε διάφορες έρευνες (Rodriquer et al.,2011). Από το ξεκίνημα της οικονομικής κρίσης οι τηλεφωνικές γραμμές καταγράφουν τον αριθμό των κλήσεων ο οποίος εμφανίζεται αυξημένος, για προβλήματα που αφορούν θέματα ψυχικής υγείας και παρουσιάζουν συμπτώματα έντονου άγχους και ανησυχίας τα οποία είναι συνδεδεμένα με την απώλεια της εργασίας και την οικονομική δυσπραγία. Αυξημένα εμφανίζονται τα ποσοστά στον ανδρικό πληθυσμό 65% καθώς και στους νέους ηλικίας 18-30, οι οποίοι λόγω έλλειψης επαγγελματικής προοπτικής περιγράφουν και εκδηλώνουν έντονο άγχος. Η αποτυχία, η απώλεια του ελέγχου, η ξαφνική αλλαγή του τρόπου ζωής, η απώλεια νοήματος, η απώλεια της αξιοπρέπειας αποτελούν σημαντικούς παράγοντες ψυχολογικής πίεσης (Πουλόπουλος,2014).

Η πιθανότητα εκδήλωσης κάποιας μορφής αγχώδους διαταραχής παρουσιάζεται με αυξητική τάση κατά 1,7% το 2011 σε σχέση με το 2009, στον έγγαμο πληθυσμό, ενώ σε σχέση με το εκπαιδευτικό επίπεδο, τα άτομα με πανεπιστημιακή μόρφωση εμφανίζουν τρεις φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να εκδηλώσουν αγχώδη διαταραχή αντίστοιχα ποσοστά εμφανίζουν οι κάτοικοι της Αθήνας. Το 2011 τα άτομα που εισοδηματικά βρίσκονταν σε χαμηλό επίπεδο εμφάνισαν το ποσοστό 1,8%, στην εκδήλωση αγχώδους διαταραχής, σε σχέση με τα άτομα που παρουσίαζαν υψηλά εισοδήματα και κατέγραψαν ποσοστό 4,1% στην παρουσία αγχώδους διαταραχής (Μαδιανός,2014). Η επικράτηση της διαταραχής γενικευμένου άγχους στις έρευνες του 2009 και 2011 ανά φύλο, αποτυπώνονται στον παρακάτω πίνακα.

Πίνακας 4.

Επικράτηση Διαταραχής Γενικευμένου Άγχους το 2009 και 2011.

	2009	2011
Ανδρες	1,9%	3,4%
Γυναίκες	5,6%	4,6%
Σύνολο	3,8%	4,0%

Πηγή: Μαδιανός, Οικονόμου (2014).

Η σχέση ανάμεσα στους κοινωνικούς και οικονομικούς παράγοντες, όπως είναι το επισφαλές εργασιακό περιβάλλον, η ανεργία, η μείωση του εισοδήματος, η κοινωνική πτώση, η σίτιση, η στέγαση, και οι δείκτες ψυχικής υγείας είναι αδιαμφισβήτητη και τεκμηριώνεται από ισχυρά ερευνητικά δεδομένα (WHO,2009).

4.7 Εξαρτησιογόνες ουσίες

Τα οικονομικά και κοινωνικά προβλήματα τα οποία βιώνουν οι Έλληνες πολίτες, λόγω των μέτρων λιτότητας που έχουν επιβληθεί στην χώρα έχουν οδηγήσει στο κοινωνικό και οικονομικό περιθώριο οικογένειες ,άτομα και κοινότητες με αποτέλεσμα αρκετοί ερευνητές να μιλούν για “έλληνική τραγωδία” (Stuckler & Basu,2013).

Η εξαιρετικά έντονη δυσφορία των κοινωνικά αποκλεισμένων απέναντι στην κοινωνία της κρίσης βρίσκει την έκφραση της στη χρήση νόμιμων και παράνομων ψυχοδραστικών ουσιών και στις εξαρτήσεις κάθε τύπου. Η στροφή των νέων από όλα τα κοινωνικά στρώματα και σε όλο και πιο μικρές ηλικίες στις ουσίες, κρύβει την αναζήτηση και την φυγή από την αφόρητη καθημερινότητα που τους συνθλίβει (Μάτσα,2013).

Το φαινόμενο της χρήσης ουσιών και του εθισμού, αποτελεί παράδειγμα για τον τρόπο με τον οποίο η κρίση μεγεθύνει τα προσωπικά, τα οικογενειακά και τα κοινωνικά αδιέξοδα και μπορεί να κλιμακώσει τον κοινωνικό αποκλεισμό (Πουλόπουλος,2014). Στους τοξικομανείς 8 στους 10 είναι άνεργοι, έχουν 20 φορές μεγαλύτερη αυτοκτονικότητα και 14 φορές μεγαλύτερη θνησιμότητα από τον υπόλοιπο πληθυσμό, είναι αντιμετώπι με σωρεία παθολογικών προβλημάτων και υπάρχει μεγάλη αύξηση του ποσοστού των οροθετικών τοξικομανών, το 2011 παρουσιάζεται να είναι οχτώ φορές περισσότεροι φορείς τους Aids σε σχέση με το 2010 (ΕΚΤΕΠΝ,2011). Ακόμη υπάρχει αύξηση των ποσοστών της ηπατίτιδα τύπου C και του ποσοστού των ατόμων με “διπλή διάγνωση” ,παράλληλη συνύπαρξη τοξικομανίας και κάποιας μορφής ψυχικής διαταραχής, σύμφωνα με στοιχεία του Τμήματος Γυναικών της Μονάδας Απεξάρτησης 18 Άνω, η συννοσηρότητα αγγίζει το 35-40% του πληθυσμού των τοξικομανών, με μεγαλύτερη επιβάρυνση στις εξαρτημένες γυναίκες (Μάτσα,2014).

Η ανεργία μπορεί να οδηγήσει στην χρήση ουσιών, η απώλεια της εργασίας και η αναποτελεσματική προσπάθεια για εύρεση εργασίας, τοποθετεί τα νεαρά κυρίως άτομα στο κοινωνικό περιθώριο .Οι ουσίες

μπορούν να λειτουργήσουν ως ένα είδος αυτοθεραπείας, για την καταστολή αρνητικών κυρίως συναισθημάτων, της απογοήτευσης και της ψυχικής και συναισθηματικής εξάντλησης, η χρήση ουσιαστικά ανταποκρίνεται σε κοινωνικές και ψυχολογικές ανάγκες που καλύπτει η ύπαρξη εργασίας (Πουλόπουλος, 2014). Οι νέοι ενσωματώνονται στην κοινωνία των ενηλίκων, με την είσοδο τους στην αγορά εργασίας, συμβάλλοντας στην ανάπτυξη της ευρύτερης κοινωνίας και θέτοντας προσωπικούς στόχους. Η στέρηση ή αδυναμία εύρεσης εργασίας, περιθωριοποιεί το άτομο (Πουλόπουλος, 2014). Η χρήση ουσιών σε αυτή την συγκυρία μπορεί να πάρει τον χαρακτήρα μιας παράδοξης στρατηγικής επιβίωσης, ή να λειτουργήσει ως μηχανισμός για την δημιουργία της ταυτότητας του ατόμου που θα συμβάλει στην ένταξη και στην σύνδεση του με μια ομάδα με κοινά χαρακτηριστικά και παρόμοια προβλήματα (Μάτσα, 2014).

Σύμφωνα με πανελλήνια έρευνα του ΕΠΠΨΥ, όσον αφορά τις συμπεριφορές που σχετίζονται με την υγεία των μαθητών – εφήβων, το ποσοστό των εφήβων που κάνει χρήση κάνναβης σε ηλικία 15 ετών αυξάνεται, το 9.6% των ερωτηθέντων έχουν κάνει χρήση κάνναβης τουλάχιστον μια φορά στην ζωή τους, υπερτερούν τα αγόρια, τα οποία αναφέρουν “πρόσφατη χρήση και επαναληπτική”. Υψηλότερα είναι τα ποσοστά στα δύο αστικά κέντρα Αθήνα και Θεσσαλονίκη. Η αυξητική τάση έχει διαφανεί από τα προηγούμενα χρόνια, το 2010, ήταν 7%, ενώ το 2006 ήταν 3,7%.

Στην εποχή της κρίσης παράγονται και διατίθενται σε μεγάλες ποσότητες και τα ναρκωτικά της κρίσης, φτηνές συνθετικές ουσίες που κυκλοφορούν και στο Διαδίκτυο. Στην Ευρώπη το 2012 κυκλοφόρησαν γύρω στα 150 τέτοια νέα σκευάσματα ουσιών και στην Ελλάδα είναι ευρέως γνωστή μια φτηνή και πολύ τοξική ουσία το *sissha*, μεθαμφεταμίνη με διάφορες τοξικές προσμίξεις, η οποία μεταξύ των άλλων προκαλεί παραισθήσεις και επιθετικότητα. Το *sissha* ίσως στην Ελλάδα της κρίσης να παίξει το ρόλο του *paco* στην Αργεντινή την εποχή του αργεντινάσο 2001-2002, όταν καταστράφηκε μια ολόκληρη γενιά παιδιών της Αργεντινής (Μάτσα, 2012).

4.8 Ποιότητα ζωής

Ο όρος Ποιότητα Ζωής αναφέρεται στην σωματική, ψυχική υγεία και την κοινωνικότητα, οι οποίες επηρεάζονται από τις πεποιθήσεις, τις εμπειρίες, τις προσδοκίες και τις στάσεις ζωής (Kolotkinzer et al., 2001).

Για το ΠΟΥ η έννοια της Ποιότητας Ζωής, ορίζεται με βάση την υποκειμενική αντίληψη του ατόμου για τη θέση του στη ζωή, μέσα στα πλαίσια των πολιτισμικών χαρακτηριστικών και του συστήματος αξιών της κοινωνίας στην οποία ζει και σε συνάρτηση με τους προσωπικούς στόχους, τις προσδοκίες και τις ανησυχίες του (WHO,1995) Η ποιότητα είναι συνδεδεμένη με την καθημερινότητα του ατόμου, η οποία οριοθετείται από το κοινωνικό πλαίσιο που ζει και κινείται το άτομο καθώς και από τις προσωπικές του επιλογές. Παλαιότερες έρευνες είχαν στόχο τη προώθηση και την προάσπιση της υγείας, εξετάζοντας τους δείκτες θνησιμότητας και νοσηρότητας Οι έρευνες αυτές στερούνταν το στοιχείο του ποιοτικού ελέγχου, σύμφωνα με το οποίο εξετάζονται λειτουργικά προβλήματα και η αδυναμία των ανθρώπων να λειτουργήσουν στην καθημερινότητα τους (Drewnow & Evans.,2001). Η Ποιότητα Ζωής εξαρτάται από την ύπαρξη και την δυνατότητα πρόσβασης σε συνθήκες που εξασφαλίζουν την ευτυχία σε μια κοινωνία (Mc Call,1975).

Παγκόσμια η Ποιότητα Ζωής έχει προστεθεί ως δείκτης από την Κοινωνική Υπηρεσία Προγραμματισμού και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ,1989) και τα στοιχεία που την προσδιορίζουν είναι η υγεία, η εργασία, η ποιότητα της εργασιακής ζωής, ο έλεγχος στην παροχή των αγαθών και των υπηρεσιών (Bowling,1997). Η Ευρωπαϊκή Ένωση, εισήγαγε την έννοια της Κοινωνικής Ποιότητας Ζωής, η οποία ορίζεται σε σχέση με την δυνατότητα που διατηρούν οι πολίτες να συμμετέχουν στην κοινωνική και οικονομική ζωή της κοινότητας σε συνθήκες που προωθείται η προσωπική ευεξία και ευημερία (Yfantopoulos,2001).

Οι σημαντικότεροι προσδιοριστές της Ποιότητας Ζωής αφορούν τις κοινωνικές και οικονομικές συνθήκες ανάπτυξης και ευημερίας, τη σωματική, ψυχική υγεία και ευεξία των ανθρώπων. Επίσης ως προσδιοριστικοί παράγοντες, ορίζονται το εισόδημα, ο τρόπος διανομής του, η διατροφή, το εκπαιδευτικό , μορφωτικό επίπεδο, ο τρόπος ζωής, το επίπεδο κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης, οι συνθήκες εργασίας, η ποιότητα υπηρεσιών υγείας επηρεάζουν την υγεία και την ποιότητα ζωής των ανθρώπων (Σαρρής και Σούλης,1997).

Καθοριστικό ρόλο για τη ποιότητα ζωής του ατόμου έχει η αλληλεξάρτηση παραγόντων της προσωπικής και κοινωνικής ζωής, η ηθική, η αυτοεκτίμηση, η συνολική ικανοποίηση από τη ζωή και η αυτοπραγμάτωση κάθε ανθρώπου, παράγοντες που είναι σημαντικοί και επηρεάζουν την ολοκλήρωση της προσωπικότητας του ατόμου (Campell et al.,1976). Η πολιτική λιτότητας που εφαρμόζεται τα τελευταία χρόνια στη χώρα αφήνει πίσω της θύματα, υποσιτισμό, πείνα, άστεγους, άνεργους, ανθρώπους που ζουν σε ακραία φτώχεια (Πουλόπουλος, 2014).

Το εισόδημα των Ελλήνων σύμφωνα με τον ΟΟΣΑ μειώθηκε κατά το 1/3 και το 17,9% δεν διαθέτει χρήματα ούτε για την αγορά τροφίμων (ΟΟΣΑ,2014). Έκθεση της Κομισιόν επισημαίνει, ότι στην Ελλάδα παρατηρείται ένας νέος τύπος αστέγων, οι οποίοι προέρχονται από τη μεσαία τάξη και υπολογίζονται περίπου στις 20.000 χιλιάδες που ζουν κυρίως στα αστικά κέντρα της Αθήνας και του Πειραιά. Για τα 28 κράτη – μέλη της Ε.Ε, ο μέσος όρος του δείκτη ποιότητα ζωής ήταν 7,1% , τον υψηλότερο δείκτη 8,4% εμφανίζει η Δανία και το χαμηλότερο η Βουλγαρία 5,5% και η Ελλάδα 6,2%. Τα ζοφερά αυτά στοιχεία επιβεβαιώνει η Πανευρωπαϊκή έρευνα του Ευρωβαρομέτρου για την ποιότητα ζωής η οποία κατατάσσει την Ελλάδα στην τρίτη από το τέλος χώρα της Ευρωπαϊκής Ένωσης σχετικά με τον δείκτη ποιότητα ζωής (Μαδιανός, 2014).

4.9 Παιδιά και νέοι

Το γενικευμένο αίσθημα ανασφάλειας και αβεβαιότητας είναι ένα από τα πιο βασικά παράγωγα της οικονομικής κρίσης. Το αίσθημα αυτό επηρεάζει τις κοινωνικές συμπεριφορές των ενηλίκων, οι οποίες διαμορφώνουν ένα δύσκολο και αρνητικό περιβάλλον για την ψυχοσυναισθηματική ανάπτυξη των παιδιών και των νέων (Euro child,2011).

Η οικογένεια είναι ένα σύστημα διαρκών αλληλεπιδράσεων, η οικονομική κρίση με την οποία η Ελληνική κοινωνία είναι αντιμέτωπη, επηρεάζει δομικά το σύνολο της οικογένειας. Η κοινωνία βρίσκεται σε κρίση και το οικογενειακό σύστημα, σημαντικό στοιχείο του κοινωνικού πλαισίου κατακλύζεται από συναισθήματα απόγνωσης, φόβου, και έλλειψη βοήθειας και υποστήριξης. Οι γονεϊκοί ρόλοι και οι σχέσεις γονιών και παιδιών αναδιαμορφώνονται (Αναγνωστόπουλος και Σουμάκη, 2012)

Ο καταθλιπτικός γονιός αδυνατεί να διαχειριστεί τις αγωνίες του και να παρέχει σταθερότητα και φροντίδα με αποτέλεσμα να δημιουργεί σύγχυση των ρόλων της οικογένειας. Ο ενοχικός γονιός θα μεταφέρει στο παιδί αντιφατικά και αντικρουόμενα μηνύματα και προβολές, από αδυναμία να επιλύσει τα δικά του άλυτα συγκρουσιακά θέματα. Ο γονιός με αγχώδη διαταραχή δεν θα μπορέσει να φιλτράρει και να απορροφήσει τα άγχη και τις αγωνίες του παιδιού (Αναγνωστόπουλος,2012).

Η οικονομική και κοινωνική κατάσταση δέχεται συνεχείς μεταβολές, η κατάργηση των θεσμών, οι πολιτισμικές ιδιαιτερότητες, η συνεχής διάψευση των προσδοκιών και των προσωπικών σχεδιασμών, η

έλλειψη ορίων και προστασίας, οι σοβαρές συγκρούσεις και η σύγχυση των ρόλων, οι γονεϊκές συγκρούσεις, είναι παράγοντες κινδύνου που προκαλούν στο παιδί, είτε τραυματικές εμπειρίες, λόγω των ερεθισμάτων που δέχεται, είτε την απώλεια του υποστηρικτικού ρόλου του οικογενειακού περιβάλλοντος (Αναγνωστόπουλος και Σουμάκη,2012). Μια σειρά από ταυτίσεις με την οικογένεια αρχικά και κατόπιν με άλλα σημαντικά πρόσωπα διαμορφώνουν την προσωπικότητα, οι υγιείς ταυτίσεις θα διαμορφώσουν υγιείς προσωπικότητες (Giotakos,2010).

Οι ανισότητες αυξάνουν τα προβλήματα ψυχικής υγείας. Οι περισσότερες μελέτες δείχνουν αυξημένα ποσοστά προβλημάτων ψυχικής υγείας σε παιδιά οικογενειών με χαμηλό εισόδημα, σε σύγκριση με παιδιά από πιο εύρωστες οικονομικά οικογένειες (1:6 vs 1:20). (Unhealthy lives,2008).

Μελέτη σε επτά Ευρωπαϊκές χώρες, κατέδειξε ότι το υψηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο των γονέων και το υψηλότερο κοινωνικό επίπεδο της οικογένειας σχετίζονται με πιο θετικές αντιλήψεις και συναισθήματα στα παιδιά και αποτελούν παράγοντα για καλύτερη ψυχική υγεία (WHO,2007).

Οι κοινωνικοί θεσμοί, όπως είναι το σχολείο, δέχονται επίθεση και απαξιώνονται, οικονομικά και κοινωνικά υποτιμημένοι οι δάσκαλοι και οι εκπαιδευτικοί λειτουργοί, ως πρότυπα εξιδανίκευσης, αυθεντίας και γονεϊκά υποκατάστατα καθίσταται φοβισμένοι, αδύναμοι, ανήμποροι να προβάλλουν αξίες και μοντέλα Στην περίοδο της οικονομικής κρίσης στην Ταϊλάνδη, αξιοσημείωτο υπήρξε το γεγονός της εγκατάλειψης των παιδιών, εξαιτίας της αδυναμίας της οικογένειας να τα ζήσει. Ιδιαίτερη αύξηση παρουσίασε η παιδική θνησιμότητα στο Περού, στο οποίο η οικονομική κρίση ξεκίνησε απότομα και περιορίσε το βασικό μισθό κατά 80% και το ΑΕΠ της χώρας κατά 30%. Η παιδική θνησιμότητα παρουσίασε αύξηση κατά 2,5 εκατοστιαίες μονάδες περίπου και έχασαν την ζωή τους 17000 παιδιά, γεγονός που συνδέεται με τον περιορισμό των δαπανών για την υγεία και του περιορισμού του εισοδήματος των οικογενειών (Paxson,2005).

Το συλλογικό τραύμα που βιώνει η Ελληνική κοινωνία, μοιάζει να είναι ιδιαίτερα βαθύ. Το 2013 465.000χιλιάδες παιδιά βρίσκονται κάτω από το όριο της φτώχειας και ζουν σε αντίξοες και επιβαρυντικές για την υγεία τους συνθήκες. Το 2011 το 44,3% των παιδιών δεν θρέφονται σωστά και επαρκώς, σε σύγκριση με το 2010 το ποσοστό ήταν 21,6% (UNICEF,2013). Το Ίδρυμα Σταύρος Νιάρχος σε μελέτη που πραγματοποίησε σε σχολεία της χώρας, το 29,32% των παιδιών δηλώνουν πείνα και αδυναμία της οικογένειας να ανταποκριθεί στην ανάγκη κάλυψης των διατροφικών τους αναγκών (ΣΚΛΕ,2014). Ενώ τα Παιδικά

Χωριά SOS, αναφέρουν αύξηση 120% για περιστατικά που χρειάζονται να καλύψουν τις ανάγκες σίτισης τους, (ΣΚΛΕ,2014).

Στα παιδιά και τους έφηβους τα περιστατικά ψυχικών και κοινωνικών προβλημάτων έχουν αυξηθεί κατά 40%.. Αναλυτικά τα περιστατικά απόπειρας αυτοκτονίας κατά 40%, οι διαταραχές συμπεριφοράς κατά 28% και η σχολική άρνηση κατά 25% (Στυλιανίδης,2014). Εξαιτίας της ανεργίας κάποιου από τα ενήλικα μέλη της οικογένειας, και λόγω χρεών η σοβαρών οικονομικών προβλημάτων, οι περιπτώσεις οικογενειακής έντασης και ενδοοικογενειακής βίας έχει αυξηθεί κατά 51% (Στυλιανίδης,2014).

Το 2012 η Γραμμή SOS Χαμόγελο του Παιδιού δέχθηκε 366 καταγγελίες σοβαρών περιστατικών κακοποίησης, που αφορούσαν συνολικά 691 παιδιά, ως προς τις μορφές κακοποίησης, 331 παιδιά ποσοστό 48% αφορούσε παραμέληση και εγκατάλειψη παιδιών, το 41% δηλαδή 283 παιδιά δήλωσαν κακοποίηση, το 4% εξώθηση σε επαιτεία το 3% ψυχολογική κακοποίηση και τέλος το 1% εξώθηση ανηλίκων σε πορνεία (Κλώντζα,2012).

Κεφάλαιο Πέμπτο

Σύστημα Κοινωνικής Προστασίας - Προτάσεις για την ανασύστασή του

Από την εξέταση ιστορικών στοιχείων που αφορούν κοινωνίες και κράτη υπό συνθήκες οικονομικής κρίσης, τα οποία, ωστόσο, διαφύλαξαν το σύστημα κοινωνικής προστασίας που είχαν, γίνεται φανερό ότι η ύπαρξη Συστήματος Κοινωνικής Προστασίας συμβάλλει καθοριστικά στη διαφύλαξη της ψυχικής υγείας των πληθυσμών και την αποτροπή των αυτοκτονιών.

Ακολουθούν προτάσεις για τη διαμόρφωση Συστήματος Κοινωνικής Προστασίας στην Ελλάδα της σημερινής οικονομικής κρίσης.

5.1 Οικονομική κρίση και Σύστημα Κοινωνικής Προστασίας

Η Ελληνική κρίση δεν είναι μοναδική, μελέτες έχουν δείξει, ότι οι χώρες που λαμβάνουν βοήθεια από το ΔΝΤ, εφαρμόζουν μέτρα, που αφορούν την περιστολή των κοινωνικών και δημόσιων δαπανών με παράλληλη όξυνση των υγειονομικών προβλημάτων (Μεγαλοοικονόμου,2013). Η οικονομική κρίση, η αύξηση της ανεργίας, το δημόσιο έλλειμμα, η γήρανση του πληθυσμού, το δημόσιο χρέος, η μείωση της απασχόλησης και η απομείωση των ομολόγων του Ελληνικού δημοσίου κατά 50% δημιουργούν σοβαρά προβλήματα στην οικονομική κατάσταση των συστημάτων Κοινωνικής Πολιτικής στην Ελλάδα και σε ολόκληρη την Ευρώπη (Κρητικός,2010).

Με την ψήφιση των νόμων Ν.3845/10, Ν.3865/10 από το Ελληνικό κοινοβούλιο, διαμορφώθηκε νέο κοινωνικό και ασφαλιστικό πλαίσιο, συρρίκνωσης και κατάργησης δικαιωμάτων, όπως μείωση συντάξεων, κατάργηση επιδομάτων, αύξηση ορίων ηλικίας, κατάργηση των βαρέων και ανθυγιεινών από διάφορες κατηγορίες εργαζομένων. Το κέντρο βάρους του κοινωνικού και ασφαλιστικού συστήματος μετατοπίζεται

από διανεμητικό – κοινωνική αλληλεγγύη σε κεφαλαιοποιητικό- εξατομικευμένο σύστημα κοινωνικής και ασφαλιστικής κάλυψης, καθιερώνοντας την βασική σύνταξη και ιδιωτικά συνταξιοδοτικά σχήματα (INE-ΓΣΕΕ-ΑΔΕΔΥ,2012). Παράλληλα αποδομούνται τα δίκτυα κοινωνικής προστασίας και το κόστος περίθαλψης να επιβαρύνει τους ασθενείς, οι οποίοι αδυνατούν να το καταβάλλουν (Stuckler et al.,2010)

Με αφετηρία αυτά τα δεδομένα και ιδιαίτερα στις σημερινές συνθήκες της οικονομικής ύφεσης στην Ευρώπη και στη χώρα μας, ο κεντρικός στόχος είναι η αντιμετώπιση των κοινωνικών κινδύνων, που εκφράζεται από τον όρο Κράτος- Πρόνοιας και υλοποιείται από το σύστημα Κοινωνικής Προστασίας. Το Σύστημα Προστασίας είναι ο συγκεκριμένος τρόπος με το οποίο ικανοποιούνται οι κοινωνικές ανάγκες (Χλέτσος,2012). Το κοινωνικό πρόσταγμα είναι η ανάγκη βελτίωσης της ανταπόκρισης των υπηρεσιών απέναντι στις νέες συνθήκες με στόχο την έγκαιρη παρέμβαση και την ανάγκη εστιασμένων δράσεων, που θα μειώσουν την κοινωνική επίπτωση. Υπάρχουν παραδείγματα χωρών που η οικονομική κρίση δεν δημιούργησε σοβαρά προβλήματα στην ψυχική υγεία των πολιτών, ούτε μέρος του πληθυσμού οδηγήθηκε στην αυτοκτονία και την θνησιμότητα (Τσουνής,2013).

Στη Φινλανδία και τη Ζηλανδία κατά τη δεκαετία του '80, ενώ υπήρχε αύξηση στους δείκτες της ανεργίας, η κατάθλιψη και οι αυτοκτονίες δεν ακολούθησαν ανάλογη πορεία, γεγονός που ερμηνεύεται και συνδέεται και στην περίπτωση της Ζηλανδίας, με τις κοινωνικές δαπάνες, οι οποίες ενισχύθηκαν, ενισχύοντας παράλληλα και το κοινωνικό δίκτυο προστασίας (Howden et al.,2005). Στην Σουηδία μεταξύ 1990-1992 η ανεργία αυξήθηκε από 2,1% σε 5,7% και στην περίπτωση της Σουηδίας δεν υπήρξε αύξηση των αυτοκτονιών. Το γεγονός ερμηνεύεται με την διατήρηση του υψηλού επιπέδου κοινωνικής προστασίας και στοχευμένων δράσεων πρόληψης (Vuori & Silvonon,2005). Η οικονομική κρίση που έπληξε την Ισλανδία, αποτελεί ένα ακόμη παράδειγμα, όπου οι οικονομικοί δείκτες δεν είχαν επιπτώσεις στην ψυχική υγεία των πολιτών και παράλληλα δεν αυξήθηκε το ποσοστό αυτοκτονιών και η κατάθλιψη. Η πολιτική ηγεσία της Ισλανδίας δεν δέχτηκε να ακολουθήσει τις προσαγωγές του ΔΝΤ για περικοπές στο Κράτος Πρόνοιας, γεγονός που επηρέασε καθοριστικά και αποτελεσματικά τους δείκτες υγείας των πολιτών και την πορεία της χώρας (Karaniolos et al.,2013). Η κρίση στην Κούβα είχε ελάχιστες επιπτώσεις, οι Κουβανικές αρχές κατάφεραν να διασφαλίσουν το Κράτος Πρόνοιας στο επίπεδο πριν προκύψει η οικονομική κρίση, εφαρμόζοντας προγράμματα πρόληψης και επαναπροσδιορισμού του πλεονάζοντος εργατικού δυναμικού της. Ως δίκτυο προστασίας λειτούργησαν, οι συλλογικές και διαπροσωπικές σχέσεις, η κοινωνική συνοχή και εμπιστοσύνη και το επίπεδο συσπείρωσης των πολιτών (Borowy,1990).

Σε έρευνα που πραγματοποίησε το Legatum Institute, εξετάζοντας τους παράγοντες οικονομικής ανάπτυξης σε σχέση με κοινωνικούς και πολιτικούς παράγοντες σε 142 κράτη, αναφέρει τον ρυθμιστικό ρόλο του κράτους, το οποίο αποδεικνύεται από τις οικονομικές πολιτικές των κρατών στην διάρκεια της κρίσης 2009-2012. Κράτη με παραδοσιακά υψηλό επίπεδο ποιότητας στην παροχή κοινωνικής πρόνοιας, όπως η Δανία, η Νορβηγία, η Αυστραλία, η Νέα Ζηλανδία, επιτυγχάνουν υψηλά επίπεδα κοινωνικής συνοχής με θετικές επιπτώσεις και για την οικονομία τους.

Οι χώρες αυτές που έχουν αναπτύξει συστήματα με καθολικές κοινωνικές παροχές και δεν λαμβάνουν υπόψη τους τον έλεγχο των πόρων των δικαιούχων, είναι περισσότερο αποτελεσματικές από τα φιλελεύθερα συστήματα κοινωνικής προστασίας, που βασίζονται σε στοχευμένες παροχές. Τα παραδείγματα των χωρών αυτών καταδεικνύουν, ότι η προστασία του Κράτους Πρόνοιας, αποτελεί προϋπόθεση για το περιορισμό των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης στην επιδείνωση της ψυχικής υγείας των πολιτών (Τσουνής,2013).

Η συγκρότηση του Κράτους Πρόνοιας στην χώρα μας παρουσιάζει διαφορετική ανάπτυξη σε σχέση με τις υπόλοιπες Ευρωπαϊκές χώρες. Σε αυτή την εξέλιξη συντέλεσαν παράγοντες, που σχετίζονται με δομικές ανεπάρκειες και διαχρονική παθογένεια (Τσουνής,2013). Μεταπολεμικά στην Ελλάδα η περιορισμένη ανάπτυξη της παραγωγικής διαδικασίας, η περιορισμένη ανάπτυξη, η συγκέντρωση κεφαλαίου, το χαμηλό ποσοστό, μισθωτής εργασίας, η ύπαρξη της ιδιαίτερης δομής της ελληνικής οικογένειας δυσκόλεψαν και δεν συνέδραμαν στην ανάπτυξη ενός τυπικού μοντέλου Κράτους Πρόνοιας. Την εποχή που στην χώρα μας το Κράτος Πρόνοιας αναπτυσσόταν, διεθνώς διερχόταν σε κρίση, στην ουσία ήταν η αρχή για την αμφισβήτηση και την αποδόμηση του, οδηγώντας το από την ανάπτυξη στην κρίση, επηρεάζοντας βέβαια και την ελληνική πραγματικότητα (Χλέτσος,1991).

Η οικονομική κρίση ανάκοψε απότομα και με βίαιο τρόπο την αναμόρφωση και την μετάβαση των Κοινωνικών Οργανισμών, η οποία θα προέκυπτε από την αξιοποίηση των Ευρωπαϊκών Προγραμμάτων, την ανάπτυξη και προώθηση της έρευνας, την εκπαίδευση του προσωπικού με την ανταλλαγή εμπειρίας και μάθησης με αντίστοιχους φορείς εκτός των συνόρων της χώρας (Τσιμπουκλή,2012).

Στην χώρα μας το Κράτος Πρόνοιας είναι σε κατάσταση πολιορκίας, οι χρόνιες αδυναμίες του μετατρέπονται σε αδιέξοδα με την υιοθέτηση πρόχειρων λύσεων, όπως για παράδειγμα την προώθηση φαρμακευτικών ή κατασταλτικών πολιτικών. Το Κοινωνικό Κράτος υποχωρεί δίνοντας την θέση του σε ένα κράτος εξουσίας,

που χαρακτηρίζεται από την επιβολή περιορισμών και περικοπών, από συγκεντρωτισμό, την γραφειοκρατία, τον αυταρχισμό, την υποβάθμιση των δικαιωμάτων και των ατομικών ελευθεριών (Πουλόπουλος,2014).

Η χώρα πιέζεται να πραγματοποιήσει το οικονομικό πρόγραμμα δημοσιονομικής προσαρμογής, που προτείνουν οι Ευρωπαϊκοί θεσμοί, το οποίο απειλεί και δεν επιτρέπει την ανάπτυξη Κοινωνικής Πολιτικής, η εφαρμογή του, ίσως να διασφαλίσει την επιβίωση της χώρας ,αλλά οι πολίτες της θα έχουν συνθλιβεί (Γσούνης,2014). Η χρηματοδότηση από το κράτος των κοινωνικών φορέων έχει υποστεί δραστική μείωση, φορείς έχουν συρρικνωθεί, εποπτευόμενοι φορείς έχουν καταργηθεί, οι εργαζόμενοι απειλούνται με απόλυση και περιορίζονται τα εργασιακά τους δικαιώματα, οδηγώντας στην διάλυση το Κράτος Πρόνοιας και στην επιδείνωση των παρεχόμενων υπηρεσιών. Η κατάσταση αυτή δεν πλήττει μόνο τους λειτουργούς των οργανισμών και των φορέων, αλλά κυρίως τις ευπαθείς ομάδες, οι οποίες έχουν πληγεί οικονομικά και κοινωνικά και ζουν κάτω από το όριο της φτώχειας (Ρομπόλης,2013).

Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή από την αρχή του 2000 με πρόσχημα την γήρανση του πληθυσμού στην Ευρώπη σαν το μεγάλο οικονομικό και δημογραφικό πρόβλημα, κατάφερε να νομιμοποιήσει πολιτικές που αφορούν στον ασφαλιστικό και κοινωνικό σχεδιασμό και είχαν κεντρικό στόχο την μείωση της κρατικής παρέμβασης (Commission European, 2010).

Οι νομοθετικές παρεμβάσεις στα κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης επεδίωξαν η χρηματοδότηση από τα προβλήματα που δημιουργεί το δημογραφικό έλλειμμα να καλυφθεί από την μείωση των παροχών, αντί να υιοθετηθεί μια δυναμική δημογραφικής πολιτικής, η οποία θα εξασφαλίζει τους πόρους από την ανάπτυξη της οικονομίας. Αυτές οι παρεμβάσεις που συντελέστηκαν τα τελευταία 20 χρόνια στα κράτη-μέλη, και παρά τον περιορισμό των συντάξεων 7%-20%, δεν κατάφεραν να προστατέψουν την οικονομική κατάσταση των κοινωνικών ασφαλιστικών συστημάτων μπροστά στα νέα δεδομένα και τις προκλήσεις της οικονομικής ύφεσης (Ρομπόλης,2013).

Το κράτος διεκδικεί από τους πολίτες, υποταγή στις αποφάσεις, οι οποίες απαιτούν τον αποκλεισμό πληθυσμιακών ομάδων και παράλληλα υποστηρίζει ενέργειες που παρασύρουν σε κοινωνικές διακρίσεις, απόρριψη και μηδενική ανοχή (Πουλόπουλος,2014).

5.2 Προτάσεις για την ανασύσταση του συστήματος κοινωνικής προστασίας

Η κρίση ορίζει με τρόπο επείγοντα και πολλές φορές εκβιαστικά την αλλαγή και την ταχύτητα όλων όσων έχουν καθυστερήσει ή αναβληθεί και βέβαια όλα να τεθούν σε λειτουργία με διαφορετικό τρόπο σε σχέση με το παρελθόν. Για να λειτουργήσει το σύστημα Κοινωνικής Προστασίας, χρειάζεται να σταματήσει η δημοσιονομική αιμορραγία του κράτους, να προληφθεί η εξάντληση της αλληλεγγύης του άτυπου κράτους και να αντιμετωπιστούν οι αδυναμίες της διοίκησης που απέτρεπαν την άσκηση Κοινωνικής Πολιτικής (Λυμπεράκη, 2012).

Η αντιμετώπιση της κρίσης, οφείλει να περιλαμβάνει το σύστημα Κοινωνικής Προστασίας, με όρους αναβάθμισης και νέου προσανατολισμού της Ευρωπαϊκής και της Ελληνικής οικονομίας. Όσο οι όροι λειτουργίας του θα αναπτύσσονται και θα υποτάσσονται με όρους συρρίκνωσης, οι στρατηγικές επιδιώξεις τους δεν θα επιτυγχάνονται και το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού, σύμφωνα με μελέτες τα 2/3 κυρίως νέοι, θα υφίστανται περιορισμένο επίπεδο παροχών στην κοινωνική ασφάλιση, την εκπαίδευση, τη περίθαλψη και την κοινωνική προστασία (Ρομπόλης, 2013).

Η θέσπιση του ελάχιστου εγγυημένου εισοδήματος είναι ένα από τα ζητήματα, που επανέρχονται κάθε τόσο στο σχολιασμό της Κοινωνικής Πολιτικής. Ενστάσεις και αντιδράσεις για την θεσμοθέτηση αυτού του μέτρου υπήρχαν από το Υπουργείο Εργασίας. Το ελάχιστο εγγυημένο εισόδημα είναι μια στοχευμένη βέβαια κοινωνική παροχή και εφαρμόζεται πιλοτικά σε δυο περιοχές της χώρας, εγείροντας υψηλές προσδοκίες για την κοινωνική προστασία (Ματσαγγάνης, 2004).

Στην Ελλάδα της κρίσης για να εξυπηρετηθούν οι επιτακτικές ανάγκες των ανθρώπων που επλήγησαν διαμορφώθηκε ένα παράλληλο σκιαώδες σύστημα κοινωνικής προστασίας, δηλαδή ένα άτυπο κοινωνικό κράτος (Λυμπεράκη, 2012). Η φτώχεια που συνεχώς αυξάνεται επανεκκίνησε την αλληλεγγύη προς τις ευπαθείς ομάδες, οι δράσεις οργανώνονται από οικογενειακά δίκτυα, ιδιώτες, φορείς και ενισχύοντας την μεταξύ τους αλληλεγγύη (Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, 2014).

Η κοινωνική αλληλεγγύη που αναπτύσσεται στην χώρα μας αλλά και σε άλλες Ευρωπαϊκές χώρες, είναι κινηματικού χαρακτήρα και αναπτύσσει προγράμματα και δράσεις, προσφέρει εθελοντική εργασία, οργανώνει παρεμβάσεις κοινωνικού, οικολογικού και πολιτιστικού περιεχομένου, λειτουργεί προγράμματα ανταλλαγής αγαθών και υπηρεσιών. Αν και αυτός ο τύπος παρέμβασης δεν είναι διαρθρωτική λύση χρειάζεται να διασφαλιστεί και να συνεχιστεί η δράση των αλληλέγγυων παρεμβάσεων, καθώς και η διαφάνεια των σκοπών, των στόχων και των ενεργειών τους (Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, 2014).

Η διαφορά της αλληλεγγύης από την φιλανθρωπία είναι η λειτουργία του αμοιβαίου σεβασμού με σκοπό την αντιμετώπιση των καθημερινών προβλημάτων των ευάλωτων ομάδων με στόχο την κοινή λήψη αποφάσεων και δράσεων (Πουλόπουλος Χ.,2014). Με βάση την ενίσχυση και την διασύνδεση γίνεται αμεσότερη και πληρέστερη η αντιμετώπιση των αναγκών των ατόμων που έχουν ανάγκη, μειώνεται το κόστος και περιορίζεται το φαινόμενο της “περιστρεφόμενης πόρτας”, δηλαδή η χρήση διαφορετικών υπηρεσιών λόγω των πολλαπλών αναγκών τους (Rosenfield & Tardien,2000).

Επιτακτική κρίνεται η ενίσχυση της κοινωνικής και εργασιακής ένταξης, καθώς και η αλλαγή πολιτικών, που οδηγούν μέρος του πληθυσμού στον κοινωνικό αποκλεισμό, ακόμη απαραίτητη και αναγκαία είναι η νομική υποστήριξη των ανθρώπων, που βρίσκονται σε κίνδυνο καθώς και η προάσπιση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων από κάθε Οργανισμό Κοινωνικής Φροντίδας, όταν ο πληθυσμός που εξυπηρετεί πλήττεται (Πουλόπουλος,2014).

Αξιοποίηση και αξιολόγηση του ανθρώπινου δυναμικού, των υποδομών, των παρεχόμενων υπηρεσιών, των πόρων και της αποτελεσματικότητας, βελτίωση της προσβασιμότητας, ώστε να παρέχεται άμεση και έγκαιρη αντιμετώπιση των οξυμένων προβλημάτων που έχουν προκύψει σε άτομα ή ομάδες από την οικονομική κρίση. Η αναδιοργάνωση είναι απαραίτητο να λάβει υπόψη της, τους ανθρώπους που εξυπηρετεί, το οικογενειακό τους πλαίσιο, τους εργαζόμενους της υπηρεσίας την κοινότητα και την ευρύτερη κοινωνία (Πουλόπουλος,2014).

Για την ένταξη των ευπαθών ομάδων και την οικοδόμηση σχέσης εμπιστοσύνης, απαιτείται από τους εργαζόμενους εκπαίδευση και συνεχής επιμόρφωση, εμπειρία, εποπτεία, δέσμευση, ευελιξία, δημιουργικότητα και σταθερό πλαίσιο δομών. Η στήριξη των εξυπηρετούμενων απαιτεί την ενδυνάμωση των εργαζόμενων των δομών, η οποία επιτυγχάνεται με την συμμετοχή τους στη λήψη των αποφάσεων, την

αλληλοβοήθεια και την συναδελφική αλληλεγγύη. Ακόμη η εκπαίδευση και η συνεχής κατάρτιση, εξασφαλίζει ποιοτικές παρεχόμενες υπηρεσίες και παράλληλα θωρακίζει το ανθρώπινο δυναμικό από την επαγγελματική εξουθένωση (Πουλόπουλος,2014).

Η κρίση του καπιταλιστικού προτύπου της άνισης ανάπτυξης οδηγεί την επιστημονική κοινότητα και την πολιτική στην αλλαγή του πολιτικού και οικονομικού συστήματος, από την οικονομία της αγοράς στην οικονομία της αλληλεγγύης, η οποία θα εγκαταστήσει θεσμούς κοινωνικής συνεργασίας και θα εφαρμόσει πολιτικές ανακατανομής του εισοδήματος, πολιτικές κοινωνικής αλληλεγγύης και πολιτικές δυναμικής ανάπτυξης και διασύνδεσης της οικονομικής, κοινωνικής και πολιτικής λειτουργίας (Concialdi,2005).

Για τις σημερινές συνθήκες της οικονομικής κρίσης και για την ενίσχυση του Κοινωνικού Κράτους απαιτείται η θεσμική προώθηση της απασχόλησης και ενίσχυσης του συστήματος Κοινωνικής Προστασίας με όρους σχεδιασμού, διαμόρφωσης και υλοποίησης Κοινωνικής Πολιτικής έναντι των όρων υλοποίησης προγραμμάτων που δεν έχουν θεσμική δέσμευση, χρηματοδοτική ενίσχυση με στόχο τον περιορισμό της ανεργίας, τον κοινωνικό αποκλεισμό. Ακόμη προώθηση πολιτικών επιλογών για την οργάνωση με όρους χρηματοδότησης, με στόχο την συγκρότηση του Ευρωπαϊκού Κράτους-Πρόνοιας (Ρομπόλης,2013).

Πολιτική κοινωνικής ασφάλισης με έλεγχο και επαναπροσδιορισμό του ύψους των ασφαλιστικών εισφορών, ώστε να μπορούν να ανταποκριθούν εργοδότες και εργαζόμενοι καταβάλλοντας το αντίτιμο, πάταξη της διαφθοράς πάταξη της εισφοροδιαφυγής και χορήγηση κινήτρων για τους οφειλέτες (Υπουργείο Υγείας,2013).

Καταπολέμηση του ρατσισμού, της ξενοφοβίας και προώθηση του σεβασμού στην διαφορετικότητα, με οργάνωση εκπαιδευτικών προγραμμάτων, σεμινάρια, και στοχευμένες δράσεις από οργανωμένες ομάδες

Το Ελληνικό σύστημα Κοινωνικής Προστασίας υποστηρίζεται από το νοτιοευρωπαϊκό μοντέλο, το οποίο είναι εντελώς ακατάλληλο για το χειρισμό επείγουσας ανάγκης (Ματσαγγάνης,2004).

Η επιμήκυνση του επιδόματος ανεργίας σε 24 μήνες και η χορήγηση επιδόματος στους μακροχρόνια άνεργους, ανεξάρτητα από την ηλικία, είναι ένα μέτρο το οποίο θα καταφέρει να συμπεριλάβει και τους νεοεισερχόμενους στην αγορά εργασίας (ΟΟΣΑ,2012).

Ενοποίηση και πύκνωση των κοινωνικών επιδομάτων με παράλληλη συνοδεία της διοικητικής αναδιοργάνωσης που θα διαθέτει τεχνογνωσία, θα εξασφαλίσει διαφάνεια και έλεγχο των επιδοτούμενων και εξοικονόμηση πόρων (Ματσαγγάνης,2004).

Σχεδιασμός της δημόσιας στήριξης, με κινητοποιητικό και συμπληρωματικό τρόπο, που δεν θα αντικαθιστά την ικανότητα των νοικοκυριών να ανταποκρίνονται στις αντιξοότητες, η πρόταση θα εξασφαλίσει την επιτυχία της αν παρθούν μέτρα ενάντια στην ανεργία (OECD,2014). Σε σχετική μελέτη από το 1998-2003, για την σχέση μεταξύ των δημόσιων και κοινωνικών δαπανών και των αυτοκτονιών βρέθηκε ότι κάθε αύξηση 10 δολαρίων ανά άτομο στις επενδύσεις για προγράμματα στήριξης στην αγορά εργασίας, περιορίζει τις επιπτώσεις της ανεργίας και των αυτοκτονιών κατά 0,04% (Park et al., 2009).

Η διατήρηση και η ανάπτυξη του Κράτους Πρόνοιας σε συνεργασία με την Πολιτική Υγείας θα διαμορφώσουν ένα ισχυρό δίκτυ ασφαλείας για τους πολίτες της χώρας, τόσο σε επίπεδο κοινωνικό και ανθρωπιστικό, όσο και σε επίπεδο Δημόσιας Υγείας.

Κεφάλαιο Έκτο

Πολιτική Υγείας

Η συζήτηση για τη χάραξη Πολιτικής Υγείας στην Ελλάδα, διαρκεί δεκαετίες. Έχει ενταθεί λόγω της οικονομικής κρίσης, παραμένοντας, πάντα, ένα ανοικτό πεδίο αντιτιθέμενων απόψεων. Αντιτιθέμενων όχι μόνο ως προς τη μεθοδολογία που προτείνεται να ακολουθηθεί και τα οικονομικά μοντέλα (διαχείριση δομών, συμμετοχή Δημόσιου και Ιδιωτικού τομέα, κλπ.), αλλά και ως προς το αρχικό σημείο εκκίνησης της συζήτησης: Υγεία για όλους ή για όσους μπορούν?

Η χάραξη και η ανάπτυξη ενός στρατηγικού σχεδίου Πολιτικής Υγείας, υπό το πρίσμα της οικονομικής κατάστασης της χώρας, μπορεί να αποδειχτεί η απάντηση και τρόπος αντιμετώπισης των προβλημάτων σε θέματα υγείας και ψυχικής υγείας, για όλους τους πολίτες και ταυτόχρονα θα στοχεύει στην βιωσιμότητα, την αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα του Συστήματος Υγείας.

6.1 Πολιτική Υγείας στην Ελλάδα

Η Πολιτική Υγείας ορίζεται ως το σύνολο των μέτρων και των αποφάσεων, που υιοθετεί η εκάστοτε κυβέρνηση για την ανάπτυξη του τομέα της υγείας της χώρας, εξετάζοντας τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού, τους διαθέσιμους πόρους, τους πολιτικούς περιορισμούς, και υποδεικνύοντας στρατηγικά σχέδια για την επίτευξη των στόχων (Κουρής και Σουλιώτης, 2007). Στόχος κάθε Πολιτική Υγείας είναι η βελτίωση της υγείας του πληθυσμού της χώρας, η κοινωνική ευημερία και η αποτελεσματική χρήση των πόρων (Υφαντόπουλος, 2006). Η ευρύτερη πολιτική συναίνεση και η πολιτική συνέχεια αποτελούν σημαντικούς παράγοντες για μεταρρυθμιστικές τομές στην υγεία με περιορισμένο κοινωνικό κόστος (Κουρής και Σουλιώτης, 2007).

Η οικονομική κρίση έχει καταφέρει σημαντικές επιπτώσεις τόσο στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού, όσο και στην χρηματοδότηση του συστήματος υγείας, με άμεσο κίνδυνο την υποβάθμιση των προσφερόμενων

υπηρεσιών στους πολίτες και παράλληλα αύξηση των κοινωνικών ανισοτήτων (Υπουργείο Υγείας,2012). Η επίδραση των κοινωνικών και οικονομικών παραγόντων στην κάλυψη των αναγκών των πολιτών από τις υπηρεσίες υγείας είναι φανερή. Όλες οι ανεπτυγμένες χώρες εξαντλούν το ενδιαφέρον τους στην επίτευξη της αποδοτικότητας και ποιότητας, με στόχο την αποτελεσματικότητα και την βελτίωση στην πρόσβαση για παροχή υπηρεσιών υγείας, μέσα σε ένα περιβάλλον αυξημένων αναγκών και δημοσιονομικών κατευθύνσεων (Υπουργείο Υγείας,2014).

Σε έγγραφο της η Ευρωπαϊκή Ένωση, αναγνωρίζει ότι η επένδυση στον τομέα της υγείας προωθεί μια έξυπνη, διατηρήσιμη και χωρίς αποκλεισμούς ανάπτυξη, οργανώνει και ετοιμάζει το έδαφος για πλούσια σε θέσεις εργασίας ανάκαμψη της οικονομίας και στηρίζει την κοινωνική ένταξη και την καταπολέμηση της φτώχειας.

6.2 Οι διαρθρωτικές αλλαγές στην Υγεία - Ευκαιρία για την

Οικονομία

Η δέσμη των διαρθρωτικών αλλαγών που επιχειρούνται στο Σύστημα Υγείας της Ελλάδας την περίοδο της οικονομικής κρίσης, οφείλουν να στοχεύουν στην θεμελίωση και την ανάπτυξη των δομών και των υπηρεσιών υγείας και να οδηγούν στην αποδοτικότητα, την αποτελεσματικότητα, την προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας, στην άρση των ανισοτήτων των πολιτών στο αγαθό υγεία, την ορθολογική διαχείριση των πόρων, τον αποδοτικό τρόπο χρηματοδότησης του συστήματος, την βιωσιμότητα του συστήματος (Σουλιώτης, 2014).

Η υγεία δεν είναι μόνο είδος προς κατανάλωση, το οποίο λειτουργεί προσθετικά στην ευημερία, αποτελεί ένα άριστο επενδυτικό κεφάλαιο, που αυξάνει την παραγωγική δύναμη των ατόμων και ωθεί μπροστά την οικονομία και την ανάπτυξη της χώρας (Bloom & Canning,2003). Η υγεία λειτουργεί θετικά και στατιστικά, ως παράγοντας επίδρασης στην οικονομική ανάπτυξη, σαν παράδειγμα αναφέρεται ότι, η αύξηση του προσδόκιμου ζωής κατά ένα έτος, έχει συμβολή στην αύξηση της παραγωγικής διαδικασίας κατά 4% (Bloom et al.,2004)

Η βιωσιμότητα του συστήματος υγείας, προϋποθέτει μεταρρυθμίσεις, οι οποίες θα αναδιατάξουν το μοντέλο των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, θα εξασφαλίσουν αναβαθμισμένες ποιοτικά υπηρεσίες υγείας, και

μέτρηση της αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας του Συστήματος Υγείας. Για την επίτευξη του στόχου απαιτούνται καινοτόμες και εξειδικευμένες επενδύσεις, άμεση λειτουργία του συστήματος για τα κλειστά ενοποιημένα νοσήλια, έλεγχο των προμηθευτών, εκσυγχρονισμό του οργανωτικού και λειτουργικού ελέγχου, ενίσχυση συστημάτων προγραμματισμού και κατάρτισης προϋπολογισμών και παρακολούθηση της εκτέλεσης τους. Η οικονομική βιωσιμότητα του Συστήματος υγείας απαιτεί νέες μεθόδους τιμολόγησης και αποζημίωσης των φαρμάκων, πλήρη εφαρμογή των Ευρωπαϊκών οδηγιών για το φάρμακο, ενίσχυση του ανταγωνισμού στην διαδικασία προμήθειας των φαρμάκων, επανέλεγχο για το περιθώριο κέρδους των εμπλεκόμενων στην διανομή τους και επανεξέταση της διαδικασίας συνεργασίας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και των βιομηχανιών του φάρμακου (Υπουργείο Υγείας, 2014).

Δυσμενείς υγειονομικές και οικονομικές επιπτώσεις έχει ο παραγκωνισμός της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, έναντι της νοσοκομειακής και βιοιατρικής τεχνολογίας, φαινόμενο που σχετίζεται με χρονοβόρες διαδικασίες και υψηλές ιδιωτικές πληρωμές, που είναι αναγκαίες για την πρόσβαση των πολιτών (Κυριόπουλος, 2014)

Για την βελτίωση της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας του Συστήματος Υγείας, η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας θα διαδραματίσει σημαντικό ρόλο, βελτιώνοντας τις παρεχόμενες υπηρεσίες της, αν τα γεωγραφικά σημεία ανάπτυξης της λαμβάνουν υπόψη τις ανάγκες της περιοχής και την ζήτηση των πολιτών, αν καθιερωθεί ο θεσμός του γενικού γιατρού, αν ενημερωθούν οι πολίτες για την ύπαρξη των δομών και του τύπου των υπηρεσιών που παρέχουν για την εξασφάλιση της ορθής πλοήγησης των ασθενών μέσα στο δαιδαλώδες Σύστημα Υγείας (Υπουργείο Υγείας, 2014).

Ο προσδιορισμός του ρόλου του ΠΕΔΥ πρώην ΕΟΠΠΥ στην ασφάλιση υγείας, των προσφορών του, ως προς το πεδίο πολιτών που εξυπηρετεί και του τρόπου κάλυψης του ανασφάλιστου πληθυσμού, θα συντελέσει στην βελτίωση της αποτελεσματικότητας. Επίσης ο σχεδιασμός και η εφαρμογή συστήματος μέτρησης και αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας τους συστήματος. Η ανάπτυξη συστημάτων λογοδοσίας, η εισαγωγή συστημάτων και διαδικασιών "Ηλεκτρονικής υγείας," που θα στηρίζει και τις τρεις φάσεις, πρόληψη, διάγνωση, θεραπεία. Ακόμη σπουδαίο ρόλο στην βελτίωση της αποδοτικότητας του Συστήματος Υγείας αποτελεί η ανακατανομή και η εκπαίδευση του προσωπικού, η θέσπιση κινήτρων κινητοποίησης του προσωπικού σε σχέση με τις συνθήκες εργασίας, της εκπαίδευση του και τον σχεδιασμό της καριέρας του (Υπουργείο Υγείας, 2014).

Οι ευάλωτες ομάδες, οριζόμενες ως πληθυσμιακές ομάδες με χαμηλό εισόδημα και εκπαιδευτικό επίπεδο, είναι αυτές που κυρίως πλήττονται από την οικονομική ύφεση. Οι ομάδες αυτές εμφανίζουν χαμηλό επίπεδο υγείας και προσδόκιμο ζωής, αποτέλεσμα κυρίως της αδυναμίας τους για πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας υπό ασφαλιστική κάλυψη και που ενδεχομένως ξεπερνούν το 25% (Κυριόπουλος,2014)

Η προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας θεωρείται Ευρωπαϊκό δεδομένο και η έλλειψή της συνιστά αρνητικό φαινόμενο το οποίο χρειάζεται άμεση αντιμετώπιση. Οι ανισότητες στην υγεία εγείρουν ηθικό, κοινωνικό θέμα και προκαλούν μείωση του οικονομικού δείκτη ΑΕΠ σε Ευρωπαϊκό επίπεδο.

Η πρόσβαση στις υπηρεσίες, όλων όσων έχουν ανάγκη, χωρίς τον κίνδυνο οικονομικής επιβάρυνσης, ορίζεται ως καθολική κάλυψη υγείας (UHC). Η τροποποίηση του συστήματος χρηματοδότησης του τομέα υγείας προκειμένου να καλύψει την προσβασιμότητα, απαιτεί την ύπαρξη δυο αλληλένδετων στόχων,

Την μείωση των οικονομικών εμποδίων, κυρίως για τους οικονομικά ανίσχυρους και τις ευπαθείς ομάδες

Την μείωση ποσοστού των ανθρώπων που βρίσκονται στα όρια της οικονομικής εξαθλίωσης (WHO,2010)

Η επίτευξη του στρατηγικού στόχου απαιτεί την ανάπτυξη εξειδικευμένων δομών, κέντρα αποκατάστασης, Μονάδες Ημερήσιας Νοσηλείας, Κέντρα Πόνου, ανάπτυξη και επέκταση μοντέλων παροχής υπηρεσιών Βοήθεια στο Σπίτι, προγράμματα υποστήριξης των μεταναστών για τον περιορισμό των πολιτισμικών και γλωσσικών ανισοτήτων, προγράμματα πρόληψης και αγωγής υγείας, προγεννητικού ελέγχου, εμβολιασμών, προγράμματα ευαισθητοποίησης των επαγγελματιών υγείας για τον περιορισμό και την εξάλειψη των διακρίσεων στην προσφορά των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. (Υπουργείο Υγείας,2014).

Οι στόχοι δύνανται να επιτευχθούν με την θέσπιση ελέγχου του τρόπου λειτουργίας του συστήματος αξιολόγησης, της ανάπτυξη ή της αναθεώρησης των πολιτικών χρηματοδότησης του συστήματος υγείας. Απαραίτητη είναι η εφαρμογή των σχεδίων και της στρατηγικής που χαράζει η Πολιτική Υγείας καθώς και ο έλεγχος και η αξιολόγηση της στρατηγικής και η αναθεώρηση της, εάν κριθεί απαραίτητο (Πετρούλια,2014).

Στην εποχή της οικονομικής ύφεσης, οι κοινωνικοί και οικονομικοί παράγοντες, η ανεργία, η μείωση του εισοδήματος και η φτώχεια επιδρούν στο επίπεδο της θνησιμότητας και νοσηρότητας της ψυχική υγεία των

πολιτών, απειλούν την δημόσια υγεία, και την παραπέρα συρρίκνωση και πίεση προς τα κάτω των δημόσιων και ιδιωτικών προϋπολογισμών για την υγεία (OECD,2012). Για την διαχείριση των αρνητικών επιπτώσεων σε σημαντικούς δείκτες υγείας, η Πολιτική Υγείας καλείται να σχεδιάσει στρατηγικό σχέδιο για τον έλεγχο, τον περιορισμό και την έγκαιρη αντιμετώπιση τους (Κυριόπουλος,2014).

Οι ασθένειες και οι θάνατοι που οφείλονται σε ανισότητες στον τομέα της υγείας, αποτελούν κατασπατάληση του ανθρώπινου κεφαλαίου, το οποίο είναι άμεσα συνδεδεμένο με βασικούς τομείς, που επηρεάζουν την κοινωνική ομαλότητα και την οικονομική μεγέθυνση (Πετράκης,2010).

Η Δημόσια Υγεία αποτελεί επένδυση για την προστασία, την διατήρηση και την βελτίωση του ανθρώπινου κεφαλαίου της χώρας (Ν.3370/2005). Η έννοια της Δημόσιας Υγείας περιλαμβάνει τον σχεδιασμό, και την αποτίμηση των υπηρεσιών υγείας, την κοινωνική και οικονομική αξιολόγηση των υγειονομικών προγραμμάτων και των παρεμβάσεων, καθώς η Δημόσια Υγεία αναφέρεται στην υγεία του πληθυσμού και η εφαρμογή της είναι θέμα πολιτικής βούλησης (Κρεμαστινού,2007)

Η πολιτική ηγεσία του Υπουργείου Υγείας επιβάλλεται να λάβει δράσεις για την προστασία της Δημόσιας Υγείας και του ανθρώπινου κεφαλαίου, οι οποίες θα στοχεύουν στην αντιμετώπιση των επιπτώσεων στην υγεία από το φυσικό περιβάλλον, που προκύπτουν από την κοινωνική και παραγωγική ζωή, καθώς και στοχευόμενα μέτρα για την βελτίωση του, Προγράμματα Πρόληψης για το κάπνισμα, την κατάχρηση ουσιών και αλκοόλ, προγράμματα για την διαχείριση των χρόνιων προβλημάτων υγείας και πολυνοσηρότητας ,την έγκαιρη πρόληψη κινδύνων, μέτρα βελτίωσης των πλαισίων εργασίας και περιορισμού των εργατικών ατυχημάτων προγράμματα εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας σε θέματα δημόσιας υγείας, υγιεινής και ασφάλειας σε εργασιακούς χώρους (Κρεμαστινού,2007).

6.3 Η Πολιτική Υγείας και Ψυχική Υγεία

Στην Ελλάδα η πολυεπίπεδη κρίση και η συνεχιζόμενη ύφεση έχει σημαντικές συνέπειες στην επικράτηση της αύξησης των ψυχικών διαταραχών, κατάθλιψη, αύξηση της αυτοκτονικότητας στο γενικό πληθυσμό της χώρας και αυξημένη ζήτηση της ψυχιατρικής και ψυχολογικής υποστήριξης. Παράλληλα η μείωση της χρηματοδότησης κατά 50%, των δομών και των υπηρεσιών της ψυχικής υγείας καθιστά επικίνδυνη την

κατάσταση στην ψυχική υγεία για τους ασθενείς και διχάζει τους επαγγελματίες υγείας για την εξέλιξη και την λειτουργία της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην χώρα (Στυλιανίδης,2014)

Ερωτήματα και αγωνία προκαλεί το περιστατικό που εξελίχθηκε στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής (ΨΝΑ) ,στις 17/5/2015, με την δολοφονία ασθενή από ασθενή, αναδεικνύοντας με τον πιο τραγικό τρόπο τις τεράστιες ελλείψεις σε προσωπικό, ελλείψεις που πληγώνουν όχι μόνο το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο, αλλά και την χώρα. Σε ανακοίνωση του το Υπουργείο Υγείας, ανέφερε την αντικειμενική δυσκολία αποτελεσματικού χειρισμού των ασθενών με επιθετική συμπεριφορά, που δεν ανταποκρίνονται στην φαρμακευτική αγωγή. Η πολιτική ηγεσία του Υπουργείου Υγείας, αναγνωρίζοντας την επείγουσα ανάγκη αντιμετώπισης ανάλογων προβλημάτων, δεσμεύτηκε να προωθήσει προσλήψεις προσωπικού με ειδική μέριμνα στην ενίσχυση των ψυχιατρικών κλινικών. Ο πρόεδρος της ΠΟΕΔΗΝ, ανακοίνωσε με αφορμή το περιστατικό, ότι τα τελευταία 8 χρόνια τα ψυχιατρικά νοσοκομεία λειτουργούν με μηδενικές προσλήψεις και συνεχείς συνταξιοδοτήσεις (Real,18/5/2015).

Στην δεκαετία του '90 στα πλαίσια του εκσυγχρονισμού, κυρίως όμως ενός δημοσιονομικού τρόπου προσέγγισης των ζητημάτων ψυχικής υγείας, εγκρίνονται και χρηματοδοτούνται τα προγράμματα με το όνομα "Ψυχαγωγός", τα προγράμματα αυτά εξελίσσονται μέχρι και σήμερα με διάφορες μορφές και φάσεις. Στόχος του προγράμματος ήταν να περάσει η ψυχική υγεία από την ιδρυματική λογική στην κοινότητα, με την μορφή ξενώνων και οικοτροφείων, τα προγράμματα χρηματοδοτούνται από τα ταμεία της Ευρωπαϊκής Ένωσης και φορείς υλοποίησης είναι κυρίως ιδιωτικές εταιρείες. Η δημόσια ιδρυματική περίθαλψη δεν καταβαρυνώνεται αλλά μεταλλάσσεται με τον μεγάλοςχημο τίτλο της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης. Ο ιδιωτικός τομέας σταδιακά αντικαθιστά τον δημόσιο τομέα μα κονδύλια του Ευρωπαϊκού Ταμείου ,αποκτώντας τον έλεγχο, διαμορφώνοντας εργασιακές συνθήκες αλλά και ποιότητα υπηρεσιών σύμφωνα με τα οικονομικά συμφέροντα και τις χρηματοδοτικές ροές (Μπαϊρακτάρης,2013).

Πίνακας 5 Πρόγραμμα ανάπτυξης δομών και υποδομών στον τομέα της ψυχικής υγείας

Γ'ΠΕ.Σ.Υ.Π./"ΨΥΧΑΡΓΩΣ" 2001-2010

Δομές Ψυχικής Υγείας στο Γ'Πε.Σ.Υ.Π.	2001 ΥΠΑΡΧΟΥΣΕΣ	2010 ΠΡΟΒΛΕΠΟΜΕΝΕΣ
Ψυχιατρικά Νοσοκομεία	2	2
Ολοκληρωμένα Ψυχιατρικά - Παιδοψυχιατρικά Τμήματα Γενικών Νοσοκομείων		7
Μονάδες Νοσηλείας Ενηλίκων	2	3
Μονάδες Βραχείας Νοσηλείας Ενηλίκων		4
Μονάδες Οξέων Περιστατικών Ενηλίκων		4
Κέντρα Παρέμβασης στην Κρίση Ενηλίκων		4
Δορυφορικοί Ξενώνες Ενηλίκων		4
Μονάδες Νοσηλείας Εφήβων		3
Μονάδες Βραχείας Νοσηλείας Εφήβων		6
Μονάδες Οξέων Περιστατικών Εφήβων		6
Κέντρα Παρέμβασης στην Κρίση Εφήβων		3
Δορυφορικοί Ξενώνες Εφήβων		3
Κέντρα Ψυχικής Υγείας	1	11
Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα	2	14
Κινητές Μονάδες		1
Κέντρα Ημέρας	2	5
Μονάδες και Προγράμματα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης	55	153
Ξενώνες	23	46
Οικοτροφεία	7	72
Προστατευμένα Διαμερίσματα	25	35
Κέντρα / Μονάδες Κοινωνικής Επαγγελματικής Επανάταξης	15	19
Ολοκληρωμένα Κέντρα για Άτομα με διαταραχές Αυτιστικού Τύπου		3

Κέντρα Ημέρας		3
Κέντρα Παρέμβασης στην Κρίση		3
Ξενώνες / Οικοτροφεία		6
Κέντρα Εκπαίδευσης και Έρευνας		3
Κέντρα για την αντιμετώπιση της κρίσης χρηστών εξαρτησιογόνων ουσιών		5
Κέντρα αντιμετώπισης της κρίσης αλκοολικών		5

Οι παραπάνω δομές λαμβάνουν χρηματοδότηση εκατομμυρίων ευρώ. Η ιδιαίτερη αυτή ιδιωτικοποίηση με την μορφή των μη – κερδοσκοπικών εταιρειών, είναι κρατικοδίαιτη, καταστρέφει ουσιαστικά το δημόσιο σύστημα και μεριμνεί για την επαναφορά του ασυλιακού εγκλεισμού (Κοκκινάκος,2013).

Στο χώρο της ψυχικής υγείας και της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης που αργεί, οι προκλήσεις του παρατίθενται έχουν χαρακτήρα πρόληψης και αφορούν κυρίως τον κατακερματισμό και την αποδυνάμωση των δομών και των δικτύων της ψυχικής υγείας, τον περιορισμό της επαγγελματικής εξουθένωσης των λειτουργών της και την θυσία της ψυχικής υγείας έναντι των προτεραιοτήτων της ευρύτερης πολιτικής υγείας (Στυλιανίδης,2014). Σε συνθήκες οικονομικής κρίσης η οργάνωση και η ανάπτυξη νέων κινήσεων με σαφή προσανατολισμό και αποτελεσματικότητα, η ανασύσταση των μεθόδων των θεραπευτικών ομάδων, θα κινητοποιήσουν δυνάμεις σε κοινωνικό και ατομικό επίπεδο, ικανές να δώσουν λύσεις στα προβλήματα κοινωνικού αποκλεισμού και ψυχοπαθολογίας υποστηρίζοντας την κοινωνική ένταξη των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας (Στυλιανίδης,2014).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας σημειώνει ότι η χαμηλή χρηματοδότηση της ψυχικής υγείας, συντελείται και από την έννοια του στιγματισμού της ψυχικής ασθένειας, και προτάσσει την κατάρτιση προγραμμάτων πρόληψης, τα οποία θα συνεισφέρουν εκτός των άλλων στον αποστιγματικό και την αποδοχή των ψυχικών διαταραχών (WHO,2007).

Η αντιμετώπιση των επιπτώσεων από την οικονομική κρίση που πλήττει τους πολίτες της χώρας μας, χρειάζονται καινοτόμες και δραστικές κινήσεις, οι οποίες θα ενισχύσουν την κοινωνική βιωσιμότητα.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας σε συνεργασία με την Ευρωπαϊκή Ένωση (2008-2011) κατάρτισαν πρόγραμμα, το οποίο έχει στόχο την υποστήριξη των κρατών – μελών και παράλληλα στοχεύει στην ενδυνάμωση των χρηστών και των επαγγελματιών της ψυχικής υγείας, για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης και της αυτοκτονικότητας που συνδέονται με τον κοινωνικό αποκλεισμό και τις επικρατούσες κοινωνικές συνθήκες. Ως βασικά χαρακτηριστικά ορίζουν την αυτοδυνάμωση, την αξιοπρέπεια, την δύναμη και την δυνατότητα λήψης αποφάσεων, την πρόσβαση σε πόρους και πληροφορίες και το αίσθημα της προσφοράς στην ευρύτερη κοινότητα. Ως προς το επίπεδο της κοινότητας αυτά λειτουργούν με την δημιουργία σε τοπικό επίπεδο συλλόγων για χρήστες και επαγγελματίες της ψυχικής υγείας, υπό κρατική χρηματοδότηση, αξιολόγηση και έλεγχο, λειτουργία ομάδων αυτοβοήθειας σε συνεργασία με την κοινότητα, τις δημοτικές υπηρεσίες και δικτύωση με άλλες συλλογικότητες και εκπαίδευση των κοινωνικών εταίρων για την καταπολέμηση του στίγματος (WHO, Regional Office for Europe, 2011).

Στην Ελλάδα οι Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας, λειτούργησαν το 1981 και εντάχθηκαν αργότερα στα πλαίσια της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, σε γεωγραφικά απομακρυσμένες περιοχές της χώρας, οι οποίες στερούνταν υπηρεσιών ψυχικής υγείας (Παντελίδου και Στυλιανίδης, 2010)

Λαμβάνοντας υπόψη τα προβλήματα που αφορούν την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, αλλά και την δυσκολία στην ανάπτυξη ενός μοντέλου συνεργασίας των Κινητών Μονάδων με την ΠΦΥ, ανέπτυξαν αρκετές δράσεις, δίνοντας έμφαση στην εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας της Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης, οργάνωσαν ημερίδες και δράσεις για την γνωριμία με την ψυχική υγεία σε θεωρητικό και βιωματικό επίπεδο, ανέπτυξαν τοπικά δίκτυα με την συμμετοχή υπηρεσιών υγείας, κοινωνικών υπηρεσιών, εκπαιδευτικών φορέων, την τοπική αυτοδιοίκηση και τις δημόσιες αρχές (Στυλιανίδης και Ζήση, 2005)

Η σημερινή κοινωνική και οικονομική συγκυρία επιβάλλει την ανασύσταση των Κινητών Μονάδων Ψυχικής Υγείας, λαμβάνοντας υπόψη της

α) τις ανάγκες για ψυχιατρική και ψυχολογική υποστήριξη των κατοίκων απομακρυσμένων περιοχών, που δεν έχουν την δυνατότητα πρόσβασης για να καλύψουν τις αυξημένες ανάγκες για στήριξη

β) την υποστήριξη της Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης, οι οποία υπό των το βάρος των οικονομικών περικοπών, του μειωμένου προσωπικού και των αυξημένων αναγκών αδυνατεί να ανταποκριθεί

γ) την συμβολή για την δικτύωση σε πανελλήνιο και ευρωπαϊκό επίπεδο μέσα από καινοτόμες δράσεις

δ) την συμβολή για την εδραίωση της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης σε δύσκολες κοινωνικοοικονομικές συνθήκες (Παντελίδου και Στυλιανίδης,2010).

Οι σημερινές κοινωνικές και οικονομικές συνθήκες δυσχεραίνουν ακόμη περισσότερο την εύρεση εργασίας των ατόμων με ψυχική διαταραχή. Τα ποσοστά ανεργίας πλήττουν περισσότερο τους ψυχικά πάσχοντες.

Ο Ν.2716/1999 με το άρθρο 12 αναφέρεται στην “Ανάπτυξη και τον εκσυγχρονισμό των υπηρεσιών ψυχικής υγείας”, και θεσπίζει τους Κοινωνικούς Συνεταιρισμούς Περιορισμένης Ευθύνης (ΚοιΣΠΕ). Σκοπό έχουν “την κοινωνική-οικονομική ενσωμάτωση και την επαγγελματική ένταξη των ατόμων με σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα που συμβάλλουν στην θεραπεία τους και στην κατά το δυνατόν οικονομική τους αυτάρκεια”. Ο ΚοιΣΠΕ ταυτόχρονα εξυπηρετεί μια κοινωνική επιχείρηση συνεταιριστικού τύπου και μια θεραπευτική ομάδα, η οποία είναι θεσμικά κατοχυρωμένη, και της δίνεται η δυνατότητα ευρείας ανάπτυξης να καταναλώνει ,να προμηθεύει και να παρέχει υπηρεσίες και αγαθά (Μητροσύλη,2013).

Η δημιουργία και λειτουργία ΚοιΣΠΕ, μέχρι και σήμερα δεν υπάρχει στην χώρα μας συνεταιρισμός με αυτή την μορφή, θα αποτελούσε καινοτόμα αναπτυξιακή δράση, θα δημιουργούσε θέσεις εργασίας και θα διέυρνε τις δυνατότητες κοινωνικής ένταξης.

Στον Ν.2716/1999, αναφέρεται επίσης, η δυνατότητα “ανάπτυξης οργανωμένων προγραμμάτων αναδόχων και φιλοξενουσών οικογενειών”. Η αναδοχή θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί ως μια μορφή ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, τα διαγνωστικά κριτήρια ως μέτρο αξιολόγησης είναι δευτερευούσης σημασίας σε σχέση με την πορεία του ασθενή και το σχέδιο για την προετοιμασία του για την αναδοχή του (Στυλιανίδης,2014).

Η επιλογή της οικογένειας-πλαίσιο, γίνεται με κριτήρια που αφορούν την ικανότητα στήριξης ,την ανθεκτικότητα σε ψυχοφθόρες καταστάσεις και την ύπαρξη-ή μη, ψυχοπαθολογίας της, από την διακλαδική ομάδα, η οποία μεταξύ των άλλων πραγματοποιεί και την τελική επιλογή των ασθενών Η ανάπτυξη της δράσης για την δημιουργία των ανάδοχων οικογενειών θα πρέπει να υποστηρίζει τους στόχους που αφορούν την πρόληψη των υποτροπών, την κοινωνική ενσωμάτωση με σκοπό την αυτόνομη διαβίωση, την βελτίωση της ποιότητας της ζωής τους, την δικτύωση των διαφόρων υπηρεσιών με τις ανάδοχες οικογένειες, την

εξοικονόμηση πόρων, την προετοιμασία και την ενδυνάμωση των ασθενών για την ενεργή συμμετοχή τους στην διαδικασία της κοινωνικής ένταξης και ενσωμάτωσης τους (Στυλιανίδης και Πέππου και Μέντης,2013).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έχει αναδείξει την ανάγκη της πλαισίωσης του σχολικού περιβάλλοντος από υπηρεσίες υγείας για την υποστήριξη του μαθητικού πληθυσμού η οποία κυρίως στηρίζεται στην εκπαίδευση των εκπαιδευτικών σε θέματα αγωγής υγείας (WHO,2010)

Η Διεθνής αλλά και η Ελληνική εμπειρία στοιχειοθετεί την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων προαγωγής της ψυχικής υγείας στην σχολική κοινότητα. Στο Ηνωμένο Βασίλειο η παρέμβαση ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης των εφήβων για το στίγμα της ψυχικής ασθένειας,, συντέλεσε στον περιορισμό αυτής της αντίληψης (Pinfold et al.,2003) .Πρόγραμμα παρέμβασης σε έφηβους για το άγχος και την συναισθηματική διέγερση, δεν συντέλεσε τόσο στο περιορισμό του άγχους, όσο στην εκπαίδευση και την απόκτηση δεξιοτήτων των εφήβων να αναζητούν την βοήθεια των ειδικών (Hains & Ellmann,1994)

Στην Ελλάδα το Ίδρυμα Σταύρος Νιάρχος χρηματοδότησε προγράμματα Κινητών Μονάδων για θέματα προαγωγής ψυχικής υγείας για παιδιά και για έφηβους σε επιλεγμένες νησιωτικές περιοχές, κατά την περίοδο2011-2013. Οι ομάδες στόχου ήταν τα παιδιά και οι έφηβοι, οι εκπαιδευτικοί και οι οικογένειες των παιδιών και των εφήβων. Τα αποτελέσματα της παρέμβασης κατέδειξαν πως η ομάδα στόχος παιδιά και έφηβοι έμαθαν να αναγνωρίζουν τα θέματα ψυχικής υγείας με μεγαλύτερη ευκολία, κατάφεραν να αποκτήσουν μεγαλύτερη επαγγελματική αυτοαποτελεσματικότητα, ουσιαστικότερη κοινωνική δικτύωση και εκπαιδεύτηκαν στην παραγωγική διαχείριση των δυσκολιών (Στυλιανίδης και Μπελέκου και συν.,2014).

Οι μέθοδοι ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, περιλαμβάνουν τρόπους οργάνωσης των υπηρεσιών, προκειμένου να αποφευχθεί η υποτροπή και επιτευχθεί η κοινωνική και οικονομική συμμετοχή των ψυχικά ασθενών, η επίτευξη του στόχου είναι αποτέλεσμα της κοινής προσπάθειας των επαγγελματιών υγείας και των χρηστών ψυχικής υγείας (WHO,1996).

Η ανάπτυξη προγραμμάτων ημερήσιας θεραπείας σε ένα Κέντρο Ημέρας, έχουν στόχο να διατηρήσουν και να μεγιστοποιήσουν το επίπεδο λειτουργικότητας, να ενισχύσουν την αυτόνομη διαβίωση, να μάθουν να εργάζονται στην κοινότητα με ελάχιστη εποπτεία από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Η ψυχοκοινωνική

αποκατάσταση δεν αρνείται την ύπαρξη της νόσου και των επιπτώσεων της, η καινοτομία είναι η προσέγγιση και ο τρόπος πρόληψης της νόσου (Handa et al.,2009, Rossler,2006).

Ο όρος ηλεκτρονική ψυχική υγεία (e-mental health), παρέχει πληροφόρηση, άμεση σχέση μεταξύ του επαγγελματία και του χρήστη της υπηρεσίας, υποστήριξη και διαχείριση κρίσης. Στόχοι αυτού του είδους παρέμβασης είναι ο περιορισμός των αναφερόμενων συμπτωμάτων, η αλλαγή της δυσλειτουργικής συμπεριφοράς και η πρόληψη των υποτροπών

Η προσφορά μιας τέτοιας παρέμβασης ωφελεί ως προς την προσβασιμότητα για άτομα που δεν θα είχαν διαφορετικά την δυνατότητα να τύχουν θεραπείας, προσφέρει ανωνυμία για άτομα που ζουν σε κλειστά κοινωνικά συστήματα και υπάρχει έντονη η δυνατότητα στιγματισμού τους, επίσης προσφέρει υπηρεσίες με χαμηλό κόστος. (Γιωτάκος,2008).

Ο νόμος για την ψυχική υγεία είναι απαραίτητο να διευρυνθεί και να επικαιροποιηθεί. Είναι απαραίτητο να κατοχυρωθούν και να διασφαλιστούν τα δικαιώματα των ψυχικά ασθενών και εξασφαλιστούν οι προϋποθέσεις επανένταξης τους., η ανάπτυξη της συνηγορίας θα συμβάλει σημαντικά προς αυτή την κατεύθυνση (Aranha et al.,2000)

Η έννοια της συνηγορίας προάγει τα ανθρώπινα δικαιώματα των ατόμων που πάσχουν από κάποια ψυχική διαταραχή και στοχεύει στο περιορισμό της αντίληψης για το στιγματισμό των ψυχικών νοσημάτων και των διακρίσεων. Τα στοιχεία που την συνθέτουν είναι η πληροφόρηση, η εκπαίδευση, αλληλοβοήθεια, οι συμβουλευτικές παρεμβάσεις, διαμεσολάβηση, η υπεράσπιση, καταγγελία, η αύξηση της συνειδητοποίησης (WHO,2007).

Η εμφάνιση του κινήματος της συνηγορίας σε αρκετές χώρες, έχει συνεισφέρει στην αλλαγή αντίληψης για θέματα ψυχικής υγείας, στην διατύπωση οράματος από τους χρήστες για την ανάπτυξη των υπηρεσιών και των δομών με βάση τις ανάγκες των χρηστών και συνέβαλε σημαντικά στην ανάληψη της ευθύνης της απόφασης των ψυχικά πασχόντων για τα ζητήματα της καθημερινότητας και την θεραπεία τους (WHO,2007).

Στην οργάνωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας απαραίτητη προϋπόθεση είναι το ενδιαφέρον των επαγγελματιών ψυχικής υγείας και η συνεργασία τους με τον ψυχικά πάσχοντα, με υλικές, θεσμικές και

οργανωτικές συνθήκες που παρουσιάζουν ιδιαίτερες δυσκολίες. Οι υπηρεσίες υγείας δεν μπορούν να βρουν το βηματισμό τους μόνο σε ποσοτικά και διαχειριστικά κριτήρια. Οι διακλαδικές ομάδες χρειάζεται να θέτουν συνεχώς ερωτήματα και να προσαρμόζονται μέσα από την θεραπευτική διαδικασία με στόχο την κάλυψη των αναγκών των χρηστών των υπηρεσιών των διαθέσιμων πόρων και των σύνθετων απαντήσεων (Rotelli, 1988).

Κατά τους Στυλιανίδη και Χονδρό (2010), οι κατευθυντήριοι άξονες για ποιοτική ψυχική υγεία ορίζονται για:

α) Την σταδιακή αλλαγή από την ιδρυματική περίθαλψη στην κοινότητα, η σημερινή συνύπαρξη τους απορροφά υψηλό ποσοστό από την χρηματοδότηση και δεν διευκολύνει την ψυχιατρική μεταρρύθμιση. Στην εποχή των περιορισμών των πόρων, είναι εφικτός ο σχεδιασμός υπηρεσιών ψυχικής υγείας, αν διέπεται από καινοτόμες πρακτικές (Mc Daid & Knapp, 2010).

β) Στοχευμένες δράσεις προαγωγής και αγωγής υγείας με καθορισμένο πλαίσιο και διάρκεια.

γ) Δικτύωση υπηρεσιών ψυχικής υγείας με την συμμετοχή της Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης και την συμμετοχή της στην τομεοποίηση

δ) Εκπαίδευση προσωπικού με την συμμετοχή της Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης, προσανατολισμένη στην κοινοτική ψυχική και δημόσια υγεία

ε) Επιδημιολογικές μελέτες στον γενικό πληθυσμό με στόχο την διερεύνηση των αναγκών, την λειτουργικότητα και την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών

ζ) Θεσμική συμμετοχή των οικογενειών, των συλλόγων και των χρηστών στον σχεδιασμό και την αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας

η) Επικαιροποιημένο εθνικό στρατηγικό σχέδιο στις σημερινές οικονομικές και κοινωνικές συνθήκες, με νέα οπτική για την δημόσια υγεία και το σύνολο του πληθυσμού της χώρας, συνδεδεμένη με την θεραπεία, την ολιστική προσέγγιση του ατόμου και την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των χρηστών ψυχικής υγείας.

Κεφάλαιο Έβδομο

Συζήτηση – Συμπεράσματα

Η παρούσα εργασία έχει στόχο να παραθέσει από βιβλιογραφικές αναφορές, μελέτες, άρθρα, τις συνέπειες της παρατεταμένης οικονομικής κρίσης και τις διαστάσεις που προσδίδει σε κοινωνικό, πολιτικό επίπεδο και στην ψυχική υγεία του γενικού πληθυσμού της Ελλάδας.

Εξετάστηκαν οι μακροοικονομικοί δείκτες που αφορούν το επίπεδο του εισοδήματος, της εργασιακής κατάστασης των πολιτών, το εργασιακό καθεστώς, τα δικαιώματα και ότι μπορεί να αποτιμηθεί σε χρηματικό κόστος. Τα οικονομικά μεγέθη αντανακλούν στην γενική και την ψυχική υγεία του γενικού πληθυσμού της χώρας και προκαλούν μεταβολές στους δείκτες νοσηρότητας, θνησιμότητας, της κατάθλιψης, της αυτοκτονικότητας, της αγχώδους διαταραχής, οι οποίες κατανέμονται ανισομερώς τον κοινωνικό πλαίσιο.

Η αισθητή και διαρκής μείωση της οικονομικής δραστηριότητας συμπαρασύρουν και άλλους οικονομικούς δείκτες, όπως το ΑΕΠ και τις τρέχουσες συναλλαγές. Η Ελλάδα βυθίστηκε σε μια βαθιά οικονομική ύφεση, υπό το βάρος ενός τεράστιου οικονομικού χρέους και η πολιτική ηγεσία της επέλεξε να προσφύγει στο Μηχανισμό Διάσωσης, υπογράφοντας και εφαρμόζοντας συμφωνίες-μνημόνια, που επιβάλλουν σκληρά δημοσιονομικά μέτρα (Παπακωνσταντίνου, 2009).

Από μελέτες του ΟΟΣΑ, η ανάπτυξη κινείται σε αρνητικό ή και μηδενικό ρυθμό, η εργασία απειλείται, ο αριθμός των φτωχών αυξάνεται και διαφαίνεται η τάση των ανισοτήτων των χωρών, της ανισοτιμίας της κοινωνικής προστασίας και της υγείας των πολιτών (OECD, 2014)

Από τις σημαντικότερες συνέπειες της κρίσης εμφανίζεται να είναι η ανεργία, η οποία αυξάνεται με ιλιγγιώδεις ρυθμούς. Στην Ελλάδα η ανεργία το 2008 έφτανε στο 7,7% και τον Μάιο του 2014 στο 27,2%, σύμφωνα με τα στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ. Την υψηλότερη θέση σε ποσοστά ανεργίας κατέχουν οι νέοι με ποσοστό 56,7% και οι γυναίκες με ποσοστό 31,1%. Στην χώρα σήμερα ένας στους πέντε κατοίκους της είναι μέλος οικογένειας που δεν υπάρχει εργαζόμενος (Eurostat, 2014).

Τα οικονομικά μεγέθη, εκφραζόμενα σε αριθμούς, δεν αμφισβητούνται και περιγράφουν έντονα, ότι η μείωση του εισοδήματος και η φτώχεια, αποκλείουν από την κατανάλωση και την παραγωγή μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού, όταν το ποσοστό των πολιτών που απειλούνται από την φτώχεια έχει διπλασιαστεί. Σε ποσοστό 44% σε σχέση με το 2008 που το ποσοστό ήταν 20% (ΔΟΕ,2014)

Από τα στοιχεία της Ευρωπαϊκής Ένωσης, οι ομάδες που πλήττονται από την φτώχεια είναι τα παιδιά, οι ηλικιωμένοι, οι άνεργοι, οι μετανάστες, οι οποίοι απειλούνται από τον κοινωνικό αποκλεισμό, προσδίδοντας στο κοινωνικό πλαίσιο χαρακτηριστικά κρίσης και παρακμής (Μάτσα,2012)

Τα Συστήματα Υγείας σε περιόδους οικονομικής κρίσης αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα χρηματοδότησης, αποτέλεσμα της μείωσης των δαπανών κατά 50%, που αφορούν την υγεία (Appleby,2008). Υγειονομικές υπηρεσίες συρρικνώθηκαν, δημόσια νοσοκομεία έκλεισαν, κλίνες καταργήθηκαν, μέρος του ανθρώπινου δυναμικού μετανάστευσε για καλύτερη τύχη στην Ευρώπη και αλλού στον κόσμο. Η προσβασιμότητα και η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, αναδεικνύονται σε μείζονα ζητήματα, μπροστά στον συνδυασμό της περιορισμένης χρηματοδότησης και της οικονομικής ανεπάρκειας των πολιτών, οι οποίοι αναζητούν λύσεις για τα προβλήματα υγείας τους στο συρρικνωμένο δημόσιο τομέα, ο οποίος παρουσιάζει αύξηση στις εισαγωγές στα δημόσια νοσοκομεία κατά 24% (Κυριόπουλος, 2010)

Αν και η πρόταση-προτροπή του ΟΟΣΑ ΤΟΥ 2009, επιμένει ότι η περιστολή της χρηματοδότησης για την υγεία δεν θα λειτουργήσει θετικά στην αντιμετώπιση των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης.

Αποκαλύπτεται από τις Διεθνείς και Ελληνικές επιστημονικές έρευνες, ότι η οικονομική ύφεση προκαλεί σοβαρά ζητήματα στην γενική και ψυχική υγεία των πολιτών και επηρεάζει τους δείκτες υγείας της νοσηρότητας και θνησιμότητας. Τα ευρήματα ερευνών αναδεικνύουν την σύνδεση της σωματικής υγείας με το ψυχικό βίωμα που προκαλεί η ανεργία, καταγράφοντας και αυξημένη θνησιμότητα μεταξύ των ανέργων (Κουκουμτζής,2012) Όταν η ανεργία αυξάνεται κατά 1%, ο δείκτης θνησιμότητας αυξάνεται κατά 2,18/100.000 (Κυριόπουλος και Τσιάντου,2010).

Οι ανισότητες διευρύνονται πλήττοντας τις πληθυσμιακές ομάδες, των ηλικιωμένων και των χρόνιων πασχόντων. Σύμφωνα με τους γιατρούς του κόσμου στην Ελλάδα η αναζήτηση βοήθειας για τα ζητήματα

υγείας στις Κλινικές του Κόσμου έχει εμφανίσει αύξηση 30% σε σχέση με την πριν την κρίση εποχή , το αντίστοιχο ποσοστό κυμαινόταν μεταξύ 3-4% (Economou & Madianos M.,et al.,2011)

Ακόμη παρατηρείται αύξηση της χρήσης ηρωίνης κατά 20%, αύξηση της εγκληματικότητας, του ιού HIV, αύξηση της εγκληματικότητας και των παραβατικών συμπεριφορών, μεταλλάσσοντας την οικονομική κρίση , σε ανθρωπιστική, σε κρίση υγείας των πολιτών και παραχάραξης της υγειονομικής ταυτότητας της χώρας

Η κατάπτωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού, ως συνέπεια της οικονομικής κρίσης, περιλαμβάνεται αν και όχι εκτενώς αποτυπωμένη και μελετημένη η κατάπτωση της ψυχικής υγείας του γενικού πληθυσμού.

Παρουσιάζεται αύξηση των ψυχικών διαταραχών, η οποία επιδεινώνεται από τον περιορισμό της χρηματοδότησης των δομών και των υπηρεσιών της ψυχικής υγείας, την αδυναμία πρόληψης και περίθαλψης και την παράλληλη και καταγεγραμμένη διεθνώς, αύξηση των εξαρτήσεων κάθε μορφής, χρήση ουσιών, internet, τζόγος, διατροφικές διαταραχές, σε χώρες που πλήττονται από οικονομική ύφεση. Από την βιβλιογραφία προκύπτει ότι η ψυχική υγεία, η αποδιοργάνωση του ατόμου, της οικογένειας και των κοινωνικών ρόλων επηρεάζεται και εξαρτάται άμεσα από την ανεργία, την φτώχεια, την αβεβαιότητα και την οικονομική δυσπραγία (European Commission,2009).

Επιδημιολογικά στοιχεία από το ΕΠΠΨΥ εμφανίζουν ότι οι άνδρες 30-45 και σε ποσοστό 65% να πλήττονται από τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης, εμφανίζοντας συμπτώματα και ψυχολογικά προβλήματα. Εμφανής σε όλες τις έρευνες είναι τα υψηλά ποσοστά στις νεαρές ηλικίες 18-30, να παρουσιάζουν έντονο άγχος, από την έλλειψη επαγγελματικής προοπτικής και απροσδιόριστου μέλλοντος, να εκφράζουν την επιθυμία της αυτοκτονίας, ως λύση, καταδεικνύει το βαθύ τραύμα που έχει προκαλέσει η οικονομική ύφεση στην χώρα (Μπούρας και Λύκουρας,2011) Ο Pattel & Kleinman (2003) σε μελέτη που πραγματοποίησαν, παρουσιάζουν τα υψηλά ποσοστά συσχέτισης μεταξύ της φτώχειας και της ψυχικής διαταραχής, καθώς ο αποκλεισμός, η ανασφάλεια και οι κοινωνικές διακρίσεις μεγιστοποιούνται σε περιόδους κρίσης.

Η κατάθλιψη σε όλες τις έρευνες και τις μελέτες, εμφανίζεται αυξημένη και συνδεδεμένη με την χαμηλή οικονομική και κοινωνική θέση και με εμπειρίες βίας και αποδυνάμωσης. Ακόμη, φαίνεται διαχρονικά σε όλες σχεδόν τις χώρες του κόσμου είναι η συχνότερη ψυχική διαταραχή που παρουσιάζεται σε περιόδους οικονομικής κρίσης (Στυλιανίδης,2014). Έρευνες στην Ελλάδα συνδέουν την επισκευσιμότητα στα εξωτερικά

ιατρεία του Αιγινήτειου Νοσοκομείου με την καταθλιπτική συμπτωματολογία επιβαρύνοντας ακόμη περισσότερο το ήδη βεβαρημένο υγειονομικό σύστημα (Γιωτάκος και συν.,2011)

Έντονη εμφανίζεται αν και όχι επαρκώς καταγεγραμμένη λόγω θρησκευτικών αντιλήψεων και του φόβου του στιγματισμού, η αυτοκτονία, φανερά συνυφασμένη από μελέτες με την ανεργία και την διάρκεια της Ο Solano (2012) παρατήρησε ότι ανάμεσα στην ανεργία και την αυτοκτονικότητα παρεμβάλλονται και άλλοι οικονομικοί και κοινωνικοί παράγοντες, όπως ο πληθωρισμός και η έλλειψη νοήματος.

Σε χώρες όπως η Ιαπωνία, η Ρωσία, η Ινδία, η αύξηση της αυτοκτονικότητας ήταν αποτέλεσμα της οικονομικής κρίσης που μαστίζε τις χώρες και επέφερε κοινωνικές και οικονομικές αλλαγές

Στην χώρα μας σύμφωνα με τα στοιχεία που εμφάνισε η ΕΛΣΤΑΤ, η αυτοκτονικότητα παρουσίασε αύξηση κατά 37% από το 2009 έως το 2012, ενώ από έρευνα από το 1981 μέχρι το 2013 η αύξηση είναι 53% φαίνεται ότι η αυτοκτονία μοιάζει λύση, όταν πια στην ζωή έχει χαθεί κάθε έννοια αξιοπρέπειας, για τις ευαίσθητες κοινωνικές ομάδες και τα ευάλωτα άτομα (Μαδιανός και Οικονόμου,2014).

Έντονη εμφανίζεται και η αύξηση στις αγχώδεις διαταραχές με τα χαρακτηριστικά συμπτώματα, που περιορίζουν την λειτουργικότητα και την κοινωνικότητα του ατόμου. Αυξημένα εμφανίζονται στην χώρα μας τα ποσοστά στον ανδρικό πληθυσμό 65% καθώς και στους νέους ηλικίας 18-30, οι οποίοι λόγω έλλειψης επαγγελματικής προοπτικής περιγράφουν και εκδηλώνουν έντονο άγχος.

Αυξητική κατά 20% είναι η χρήση νόμιμων και παράνομων ψυχοδραστικών ουσιών καθώς η κρίση μεγεθύνει τα προσωπικά, τα οικογενειακά και τα κοινωνικά αδιέξοδα και εύκολα κλιμακώνει τον κοινωνικό αποκλεισμό (Πουλόπουλος, 2014). Την σκυτάλη στην χρήση των ουσιών και των εξαρτήσεων κρατούν οι νέοι, οι οποίοι δεν καταφέρνουν να ορίσουν προσωπικούς στόχους υπό το βάρος της ανεργίας, της στέρησης

Από την βιβλιογραφία κάνουν την εμφάνιση τους 150 νέες ουσίες, γνωστές ως τα ναρκωτικά της κρίσης με το sisha να είναι ευρέως διαδεδομένο στην Ελλάδα (Μάτσα,2014)

Η πολιτική λιτότητας που εφαρμόζεται τα τελευταία χρόνια, αφήνει πίσω της υποσιτισμό, πείνα, άστεγους, άνεργους. Το εισόδημα των πολιτών μειώθηκε κατά το 1/3, και το 17,9% δεν διαθέτει χρήματα για βασικά

αγαθά και σίτιση, σύμφωνα με στοιχεία του ΟΟΣΑ. Η Κομισιόν παρατηρεί την ύπαρξη ενός νέου τύπου αστεγών, που υπολογίζονται στις 20.000 και προέρχονται κατά κύριο λόγο από την μεσαία τάξη. Η Ελλάδα μαζί με την Βουλγαρία παρουσιάζει το χαμηλότερο δείκτη ποιότητας ζωής σε ποσοστό 6,2%

Μεγάλα θύματα της οικονομικής κρίσης έχουν σταθεί τα παιδιά και οι έφηβοι, το οικογενειακό σύστημα κλονίζεται από την κοινωνική κρίση και κατακλύζεται από συναισθήματα απόγνωσης, φόβου και θυμού καθώς στερείται βοήθειας και υποστήριξης (Σουμάκη,2012) Το 2013 κάτω από το όριο της φτώχειας βρίσκονταν 465.00 παιδιά, το 2011 το 44,3% υποσιτιζόνταν ποσοστό αυξημένο σε σχέση με το 2010 το οποίο ήταν 21,6% (UNICEF,2013) Ανησυχία, επίσης, προκαλεί το γεγονός της αύξησης των ψυχικών και κοινωνικών προβλημάτων στα παιδιά και τους έφηβους, οι απόπειρες αυτοκτονίες κατά 40%, οι διαταραχές συμπεριφοράς κατά 28% και η σχολική άρνηση κατά 25% , ενώ η ενδοοικογενειακή βία έχει αυξηθεί κατά 51% (Στυλιανίδης 2014).

Από την εξέταση ιστορικών στοιχείων που αφορούν κοινωνίες και κράτη υπό συνθήκες οικονομικής κρίσης, τα οποία ωστόσο διαφύλαξαν το Σύστημα Κοινωνικής Προστασίας, διαπιστώνεται ότι η ύπαρξη, η οργάνωση και η διατήρηση του Συστήματος Κοινωνικής Προστασίας, συμβάλλει σημαντικά στην διατήρηση της ψυχικής υγείας των λαών και στην αποτροπή των αυτοκτονιών.

Οι προτάσεις που παρατίθενται είναι διαρθρωτικού τύπου και έχουν στόχο την προστασία, την αποδοτικότερη και αποτελεσματικότερη οργάνωση του Συστήματος Κοινωνικής Προστασίας, για να καταφέρει να επιβιώσει σε αντίξοες οικονομικές συνθήκες και να υποστηρίξει τις ευάλωτες κοινωνικές ομάδες

Η συζήτηση για την χάραξη της Πολιτικής Υγείας έχει ενταθεί λόγω της οικονομικής κρίσης. Η Πολιτική Υγείας, απαιτείται να διαθέτει ευρεία πολιτική συναίνεση και πολιτική συνέχεια για να καταφέρει μεταρρυθμιστικές τομές στην υγεία με περιορισμένο κοινωνικό κόστος (Κουρής και Σουλιάτης,2007)

Η βιωσιμότητα, η αποτελεσματικότητα, και η αποδοτικότητα, η χρηματοδότηση και η σωστή διαχείριση των πόρων αποτελούν προϋποθέσεις για την Πολιτική Υγείας. Η πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας και η ανισότητα εγείρουν ηθικό , κοινωνικό αλλά και οικονομικό θέμα, επηρεάζοντας το δείκτη ΑΕΠ σε εθνικό και Ευρωπαϊκό επίπεδο

Η προάσπιση της Δημόσιας Υγείας αποτελεί επένδυση για την προστασία, την διατήρηση και την βελτίωση του ανθρώπινου κεφαλαίου της χώρας (Ν. 3370/2005)

Οι διαρθρωτικές αλλαγές στην ψυχική υγεία φέρουν το ένδυμα της πρόληψης των ψυχικών διαταραχών και την αντιμετώπιση του στίγματος και του αποκλεισμού των ψυχικά πασχόντων. Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση φαίνεται ότι αργεί, ή ότι κινείται αργά αλλά με καθόλου σταθερό βηματισμό μια και η οικονομική κρίση δεν κρίνεται σαν ευκαιρία για καινοτόμες αλλαγές στην πρόληψη στην θεραπεία και την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση (WHO,2007)

Προγράμματα που έχουν υλοποιηθεί με επιτυχία στο Διεθνή και τον Ελληνικό χώρο υποστηρίζουν καινοτόμες δράσεις, όπως οι Κινητές Μονάδες ψυχικής υγείας, η λειτουργία ΚοιΣΠΕ, προγράμματα στήριξης σχολικών μονάδων, αλλά και η συνηγορία, η οποία θα υπερασπίσει τα δικαιώματα των ψυχικά πασχόντων και θα περιορίσει το στιγματισμό. Η νέα οπτική για την δημόσια και ψυχική υγεία, σε συνάρτηση με την κατάστρωση και την εφαρμογή στρατηγικού σχεδίου δράσης, θα υποστηρίξουν την βιωσιμότητα, την αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα του Συστήματος Υγείας για την παροχή υπηρεσιών υγείας με ποιότητα και περιορισμένο κόστος

7.1 Περιορισμοί έρευνας – Εφαρμογές ευρημάτων

Οι αδυναμίες που προέκυψαν στην διάρκεια της έρευνας είναι η δυναμική εξέλιξη του φαινομένου, το οποίο δεν έχει ολοκληρωθεί και συνεχίζει να δίνει διαρκώς νέα στοιχεία, είναι ο περιορισμένος αριθμός μελετών και στατιστικών που αφορούν την οικονομική κρίση και την συσχέτιση της με τις επιπτώσεις που προκαλεί στην ψυχική υγεία σε σχέση με το εύρος και τον επιπολασμό των ψυχικών διαταραχών. Κυρίως ότι αφορά την αυτοκτονικότητα λόγω του στίγματος και των περιορισμένων στοιχείων για την διαμόρφωση έγκυρων αποτελεσμάτων των ερευνών. Εντοπίστηκε επίσης η ελλιπής καταμέτρηση των ψυχικά πασχόντων λόγω της έλλειψης μητρώων ασθενών, τα οποία θα υποστήριζαν την κατανόηση για το κόστος της ψυχική υγείας.

Η εφαρμογή των ευρημάτων θα συνέβαλε στην διαμόρφωση ενός ισχυρού πλέγματος κοινωνικής προστασίας για τις ευάλωτες κοινωνικές ομάδες, την δωρεάν πρόσβαση σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας, κοινωνικής πρόνοιας, εκπαίδευσης και στον περιορισμό των κοινωνικών ανισοτήτων και του κοινωνικού αποκλεισμού.

Ακόμη θα συνέδραμε στην διαμόρφωση ενός αδιαπραγμάτευτου αξιακού συστήματος, με συνταγματική προστασία, ως εγγυήτρια δύναμη των βασικών ελευθεριών, της ασφάλειας των ατόμων, των αγαθών και την προστασία τους από βασικούς κινδύνους, όπως η ασθένεια, τα ατυχήματα, επιδιώκοντας ένα ελάχιστο επίπεδο οικονομικής, κοινωνικής και πολιτισμικής συνοχής.

7.2 Συμπεράσματα

Η χώρα μας είναι αντιμέτωπη με την μεγαλύτερη οικονομική κρίση της μεταπολεμικής της ιστορίας. Τα μακροοικονομικά μεγέθη της οικονομίας που αφορούν το εθνικό προϊόν, την απασχόληση και την ανάπτυξη εμφανίζονται σε αρκετά χαμηλά επίπεδα. Η διάρκεια, το βάθος της κρίσης, αλλά και η δυνατότητα της πολιτείας να παρέμβει με στρατηγικό σχέδιο προκειμένου να προστατέψει τις ευάλωτες κοινωνικά ομάδες, είναι οι παράμετροι που επηρεάζουν τα αποτελέσματα της κρίσης σε οικονομικό, κοινωνικό και ανθρωπιστικό επίπεδο.

Σε παγκόσμιο επίπεδο η οικονομική κρίση είναι έννοια γνωστή, οι σημαντικότερες κρίσεις στην ιστορία του κόσμου από το 1929 μέχρι και σήμερα, παρουσιάζουν κοινά χαρακτηριστικά που αφορούν, την μείωση της παραγωγικής διαδικασίας, τον περιορισμό της απασχόλησης, τον αφανισμό των μικρομεσαίων επιχειρήσεων, τις στρατιές των ανέργων, τη μείωση του εισοδήματος των εργαζόμενων και των νοικοκυριών και την αύξηση της φτώχειας. Παράλληλα η Κοινωνική Πολιτική και η Πολιτική Υγείας δέχονται πιέσεις για τον περιορισμό και τον προσανατολισμό τους, τις οποίες ακολουθούν σημαντικές μειώσεις στην χρηματοδότηση.

Η Ελληνική κρίση χρέους αποτελεί μέρος της κρίσης που πλήττει την Ευρωζώνη, και είναι αντιμέτωπη με μεγάλη αύξηση της ανεργίας, μείωση των πραγματικών εισοδημάτων, υψηλό δημόσιο χρέος, περιορισμό της ζήτησης, έλλειμμα στο ισοζύγιο τρεχουσών συναλλαγών. Τα κύρια αίτια της κρίσης στη χώρα, είναι η εφαρμογή πολιτικών από το 1974 που αύξησαν τα προβλήματα και τις παθογένειες της οικονομίας, της συντήρησης της διαφθοράς, της φοροδιαφυγής, της διαπλοκής που οδήγησαν στην αποδυνάμωση και την συρρίκνωση της παραγωγής. Οι διαφορές της σημερινής κρίσης με την βαθιά οικονομική κρίση του 1929, εντοπίζονται κυρίως στην πολιτική και οικονομική διαχείριση της οικονομικής κρίσης, η οποία υπήρξε παγκόσμια και συντονισμένη, η διείδυση των απλών ανθρώπων σε χρηματοπιστωτικά προϊόντα σε σχέση με το 1929 και το τρίτο χαρακτηριστικό αφορά το μέγεθος των κρατών σε δημόσιες δαπάνες και φόρους.

Η χώρα αναγκάστηκε να προσφύγει στον μηχανισμό στήριξης, οι βραχυπρόθεσμες επιπτώσεις των μνημονίων είναι μεγάλες, το μέγεθος της ανεργίας προκαλεί αγωνία με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της, η μείωση του εισοδήματος και η φτώχεια απειλεί την οικογένεια, τους χαμηλόμισθους και τις παραγωγικές ηλικίες. Η πιστωτική στενότητα, η συνεχιζόμενη κρίση χρέους και το κλίμα αβεβαιότητας στην Ευρωζώνη, μειώνουν την οικονομική δραστηριότητα της χώρας. Η δημοσιονομικοί περιορισμοί είχαν άμεσο αντίκτυπο στην βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας, οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία δέχονται τεράστια πίεση με στόχο τον περιορισμό του κόστους, την αύξηση της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας του συστήματος υγείας.

Εκτός από την χαμηλή ή μέση ανάπτυξη που παρουσιάζουν τα κράτη μεσούσης της οικονομικής κρίσης, σε μεγάλο βαθμό επηρεάζεται και η εσωτερική διαστρωμάτωση των χωρών, έτσι ώστε εργάτες και άτομα με χαμηλή εκπαίδευση να υφίστανται περισσότερο τις δυσμενείς επιπτώσεις της κρίσης σε συνάρτηση με τα άτομα υψηλής εκπαίδευσης, που αποτελούν την μεσαία και ανώτερη τάξη. Η οικονομική κρίση απειλεί την εργασία σε παγκόσμια κλίμακα και ο αριθμός των φτωχών αναμένεται να αυξηθεί κατά 200 εκατομμύρια και να αγγίξει το νούμερο των 700-800 εκατομμυρίων. Σε αυτό το οικονομικό και κοινωνικό πλαίσιο αναδεικνύονται τρία αλληλοσυνδεδεμένα προβλήματα, η αύξηση των ανισοτήτων των χωρών, η ανισοτιμία στις συνθήκες κοινωνικής προστασίας και της υγείας και η καθυστέρηση για τα επείγοντα ζητήματα κλιματικής αλλαγής.

Η ανεργία αποτελεί από τις σημαντικότερες συνέπειες της κρίσης στην Ελλάδα ξεπερνά το 27,3 % το Μάιο του 2014, όταν στην έναρξη της οικονομικής κρίσης ήταν 7,7%, σύμφωνα με τα στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ, αυξανόμενη κλιμακωτά από την έναρξη της οικονομικής κρίσης μέχρι και σήμερα. Ιστορικά η εμπειρία έχει δείξει ότι τα θύματα της ανεργίας είναι κατά κύριο λόγο οι νέοι, ενώ από την ανεργία δοκιμάζονται και οι μεσαίες ηλικίες εμφανίζοντας αύξηση στο ποσοστό ανεργίας, επίσης οι γυναίκες καταγράφουν υψηλό ποσοστό ανεργίας. Η κατάσταση αυτή εγείρει ερωτήματα για το επιστημονικό και ανθρώπινο δυναμικό της χώρας, ακόμη και μπροστά στο ενδεχόμενο για μελλοντικής ανάπτυξης και δημιουργεί αίσθημα φόβου μπροστά στην προοπτική μιας χαμένης γενιάς.

Η οικονομική κρίση στην χώρα μας έχει προκαλέσει συνέπειες που αντανακλούν στις εύθραυστες όψεις του οικονομικού συστήματος, η φτώχεια και ο κοινωνικός αποκλεισμός ενδέχεται να είναι μακράς διάρκειας. Έχει υπερδιπλασιαστεί το ποσοστό των Ελλήνων που διατρέχουν κίνδυνο φτώχειας (ποσοστό 44%), σε σχέση με

το 2008 (ποσοστό 20%), οι δυσοίωνες προοπτικές αναφέρουν ότι τα ποσοστά εργασίας θα μπορέσουν να επανέλθουν στο επίπεδο των ποσοστών του 2008, το 2034. Αντιμέτωποι με τον κίνδυνο της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού είναι τα παιδιά, οι μετανάστες, οι άνεργοι, οι μονογονεϊκές οικογένειες, οι ηλικιωμένοι. Η μεσαία τάξη συρρικνώνεται και αναγκάζεται για διαπραγματευτεί και να ρυθμίσει δάνεια ή να υποβάλλει αίτηση πτώχευσης για τραπεζικά προϊόντα που αφορούν κάρτες, δάνεια, στεγαστικό. Το 11% του πληθυσμού της χώρας αντιμετωπίζει δυσκολίες να πληρώσει δόσεις για αγορά αγαθών ή υπηρεσιών. Η έλλειψη πόρων και η εισοδηματική φτώχεια καταλήγει σε ανθρώπινη φτώχεια, τα άτομα που ανήκουν στις ευάλωτες κοινωνικά ομάδες αντιμετωπίζουν την ελευθερία της μηδενικής επιλογής, ζώντας με περιορισμένους οικονομικούς πόρους, χαμηλό αίσθημα αυτοεκτίμησης, με φόβο, με αβεβαιότητα ντροπή και ενοχή κατασκευάζοντας και συνθέτοντας την κουλτούρα της φτώχειας.. Ως απόηχος της δυσφορίας και της έλλειψης προοπτικής είναι η δημιουργία ενός κοινωνικού πλαισίου που φέρει στοιχεία κρίσης και παρακμής.

Τα βιώσιμα συστήματα υγείας στηρίζονται στους αναλώσιμους πόρους και στην αξιόπιστη πρόσβαση στο ανθρώπινο κεφάλαιο, η εξασφάλιση των εισροών απαιτούν οικονομικούς πόρους, και αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα χρηματοδότησης σε περιόδους οικονομικής κρίσης. Τον Μάιο του 2010 και όταν η χώρα τέθηκε σε επιτήρηση από τους Ευρωπαϊκούς Θεσμούς, ο τομέας της υγείας βρέθηκε σε κατάσταση εποπτείας προωθώντας πολιτικές και διαρθρωτικές μεταβολές που αφορούν συνενώσεις ασφαλιστικών ταμείων, διάκριση ανάμεσα στο συνταξιοδοτικό και υγειονομικού σύστημα, αναδιάρθρωση της διοίκησης, χρήση γενοσήμων φαρμάκων και άλλα.

Δημόσια νοσοκομεία έκλεισαν ή Οργανισμοί κλίνες συγχωνεύτηκαν και η υγεία ασφυκτιά με την έλλειψη σε νοσηλευτικό προσωπικό και το ιατρικό προσωπικό να μεταναστεύει σε άλλες χώρες του κόσμου. Ασθένειες παραμελούνται ή εγκαταλείπονται υπό το βάρος της οικονομικής δυσπραγίας, χρόνιοι ασθενείς μειώνουν τις δαπάνες τους για πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Το προσδόκιμο ζωής αναμένεται να μειωθεί σε μια δεκαετία κατά τρία έτη, ενώ και η βρεφική θνησιμότητα παρουσιάζει αύξηση, εν σύγκριση με το 2008. Η προσβασιμότητα σε υπηρεσίες υγείας αναδύεται ως ζήτημα μείζονος σημασίας, ο συνδυασμός της οικονομικής κρίσης με την περιορισμένη χρηματοδότηση των υγειονομικών υπηρεσιών και η μείωση των εισοδημάτων των πολιτών, αυξάνουν την ζήτηση των υπηρεσιών υγείας στο δημόσιο τομέα. Η Επιτροπή Υγείας του ΟΟΣΑ, προτάσσει ως αντίβαρο στην συνεχιζόμενη οικονομική ύφεση την συνέχιση της χρηματοδότησης, καθώς η λειτουργία των Συστημάτων Υγείας είναι ικανή να συμβάλλει στην αντιμετώπιση των αρνητικών επιπτώσεων της κρίσης.

Διεθνώς η επιστημονική έρευνα έχει καταδείξει ότι η οικονομική κρίση προκαλεί σοβαρά ζητήματα στην γενική υγεία του πληθυσμού και επηρεάζει τους δείκτες νοσηρότητας και θνησιμότητας των πολιτών της χώρας που πλήττεται. Παραδείγματα από χώρες όπως το Μεξικό, την Ινδονησία, αναφέρουν αύξηση της θνησιμότητας μεταξύ των ηλικιωμένων και των βρεφών. Οι παράγοντες που συμβάλλουν στο αρνητικό διάγραμμα των υγειονομικών δεικτών, αλλά και στη υιοθέτηση βλαβερών για υγεία συμπεριφορών είναι η ανεργία, ο περιορισμός του εισοδήματος και η φτώχεια. Μελέτες επίσης συνδέουν την ανεργία με παθήσεις όπως η ισχαιμική καρδιοπάθεια, ο καρκίνος του πνεύμονα και των βρόγχων. Η ελλιπής χρηματοδότηση για προγράμματα πρόληψης, για εξάπλωση μολυσματικών νόσων και εμβολιασμών, σύμφωνα με τα στοιχεία της Παγκόσμιας Τράπεζας θα αυξήσουν την παιδική θνησιμότητα, η οποία υπολογίζεται στους 400.000 θανάτους Σε διπλάσια ανά έτος. ποσοστά εμφανίζεται η εγκληματικότητα, οι κλοπές και οι ανθρωποκτονίες κατά τα έτη 2007- 2009, καθώς και ο ιός HIV, ο οποίος παρουσιάζει υψηλή αύξηση κατά τα έτη 2010-2011.

Οι ανισότητες έχουν διευρυνθεί και οι συνέπειες της κρίσης δεν απειλούν το ίδιο όλες τις κοινωνικές ομάδες, οι πιο εκτεθειμένες στις επιπτώσεις είναι οι ευάλωτες ομάδες, μεταξύ αυτών είναι οι ηλικιωμένοι, οι χρόνια πάσχοντες, οι μετανάστες, οι άνεργοι, οι οποίες σύμφωνα με μελέτη των Black και συν (1980), διατρέχουν 2,5 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο θανάτου, από τα άτομα που ανήκουν σε υψηλότερη κοινωνική και οικονομική τάξη. Φαίνεται λοιπόν ότι η οικονομική κρίση μεταλλάσσεται σε κρίση υγείας των πολιτών και τα άτομα με υψηλό κοινωνικό κεφάλαιο είναι λιγότερο εκτεθειμένα στις οικονομικές και ψυχολογικές επιπτώσεις της κρίσης.

Η ψυχική υγεία είτε ως κατάσταση υγείας του ατόμου, είτε ως σύστημα υπηρεσιών που ανταποκρίνονται σε αντίστοιχες ανάγκες, βρίσκεται σε μια διαμορφωμένη σχέση ιστορικά με την εκάστοτε κοινωνική οργάνωση, οποιοσδήποτε παράγοντας επηρεάζει την ψυχική υγεία αποτελεί μια σοβαρή απειλή τόσο για την οικονομική όσο και για την κοινωνική ζωή. Η ψυχική υγεία δέχεται σημαντική επιρροή από την οικονομική κρίση, αφού εξασθενούν οι προστατευτικοί παράγοντες οι οποίοι συμβάλλουν στην διατήρηση της και αυξάνονται παράλληλα οι παράγοντες κινδύνου, που υποστηρίζουν την εμφάνιση των ψυχικών διαταραχών.

Οι ειδικοί εκφράζουν την ανησυχία τους περιμένοντας και αναμένοντας αύξηση των καταθλιπτικών διαταραχών και αυτοκτονιών, τα ψυχωτικά και καταθλιπτικά επεισόδια αναμένεται να τριπλασιαστούν στην Αγγλία, ενώ αναφορές κάνουν λόγο για αύξηση των αυτοκτονιών στην Ιαπωνία, ενώ στην Χιλή η εμφάνιση ψυχικών διαταραχών συνδέθηκε άμεσα με την μείωση του εισοδήματος.

Στην χώρα μας αύξηση παρουσιάζουν τα αιτήματα για ψυχολογική βοήθεια στις τηλεφωνικές γραμμές του ΕΠΠΨΥ ζητώντας βοήθεια για προβλήματα που αφορούν την ανεργία, την μείωση του εισοδήματος και την οικονομική δυσπραγία και καταθλιπτικά συμπτώματα. Κυρίως εκδηλώνουν ενδιαφέρον για βοήθεια νεαρά άτομα, τα οποία δεν καταφέρνουν να οραματιστούν την επαγγελματική προοπτική τους, καθώς η εργασία αποτελεί από τα βασικότερα στοιχεία για την διαμόρφωση της ταυτότητας του ατόμου για να την ανάληψη κοινωνικού ρόλου και κοινωνικής θέσης.

Η κατάθλιψη είναι η συχνότερη ψυχική διαταραχή που παρουσιάζεται σε περιόδους οικονομικής κρίσης, στην διάρκεια των οποίων αυξάνονται ραγδαία τα ποσοστά ανεργίας σε όλες σχεδόν τις χώρες του κόσμου διαχρονικά, και βιώνεται ως διαδικασία που περιλαμβάνει την ενοχοποίηση και την ντροπή κάτω από το βάρος της ύπαρξης χρέους και της έλλειψης εργασίας. Όλες σχεδόν οι μελέτες δείχνουν ότι στις ομάδες υψηλού κινδύνου ανήκουν τα άτομα που ήδη έχουν θέση στα φτωχότερα οικονομικά στρώματα, με υψηλά ποσοστά εμφάνισης σε άτομα με χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο και να αγγίζει σε υψηλότερα ποσοστά τις γυναίκες. Στην Ελλάδα σε πρόγραμμα που διενέργησε το ΕΠΠΨΥ σε Πανελλαδικό επίπεδο οι διαπιστώσεις ήταν ανησυχητικές καθώς η κατάθλιψη έχει αυξηθεί ραγδαία και συνδέεται με το οικογενειακό εισόδημα, την συρρίκνωση του μισθού, την ανεργία, την εργασιακή κατάσταση και την σχέση εργασίας.

Στην χώρα μας η πολυεπίπεδη κρίση και η μακροχρόνια ύφεση έχουν συμβάλλει στην αύξηση της αυτοκτονικότητας, με σημαντικό αριθμό μελετών να καταγράφουν την υψηλή σύνδεση της ανεργίας και της αυτοκτονίας και να παρεμβάλλονται επίσης και άλλοι σημαντικοί παράγοντες, όπως κοινωνικοί, οικογενειακοί ρόλοι, το φύλο, το εκπαιδευτικό επίπεδο, η κατάσταση της σωματικής υγείας αλλά και της ψυχικής υγείας. Η αύξηση των αυτοκτονιών καθρεπτίζει την αγωνία, την αβεβαιότητα και το αδιέξοδο για το παρόν και το μέλλον, ίσως να μοιάζει ως λύση στα πολύπλοκα ψυχολογικά και κοινωνικά προβλήματα που έχουν δημιουργηθεί κυρίως όταν βλέπουν την ζωή τους να γκρεμίζεται και να χάνεται κάθε είδους αξιοπρέπεια. Αυξητικές τάσεις παρουσιάζουν και οι αγχώδεις διαταραχές, σπουδαία παρατήρηση είναι ότι τα άτομα με υψηλή μόρφωση εμφανίζουν τρεις φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να εκδηλώσουν αγχώδη διαταραχή, η εμφάνιση της είναι έντονη στα μεγάλα αστικά κέντρα και η νόσος είναι συχνότερη σε άτομα με υψηλότερα εισοδηματικά κριτήρια.

Το φαινόμενο της χρήσης ουσιών και του εθισμού, αποτελεί παράδειγμα για τον τρόπο με τον οποίο η κρίση μεγεθύνει τα προσωπικά, τα οικογενειακά, τα κοινωνικά αδιέξοδα και οδηγεί στον κοινωνικό αποκλεισμό.

Κατά την διάρκεια της οικονομικής κρίσης αυξητική εμφανίζεται η χρήση ουσιών, επίσης έχει αυξηθεί το ποσοστό της ηπατίτιδας τύπου C, καθώς και το ποσοστό συννοσηρότητας, με μεγαλύτερη επιβάρυνση στις εξαρτημένες γυναίκες. Στην εποχή της κρίσης παράγονται και διατίθενται και τα ναρκωτικά της κρίσης, φτηνές συνθετικές ουσίες, με πιο διαδεδομένη Ελλάδα την τοξική ουσία sisha.

Η ποιότητα ζωής είναι συνδεδεμένη με την καθημερινότητα του ατόμου, που οριοθετείται από το κοινωνικό πλαίσιο που ζει και κινείται το άτομο καθώς και από τις προσωπικές του επιλογές. Σημαντικοί προσδιοριστές της είναι οι κοινωνικές και οικονομικές συνθήκες, η σωματική και ψυχική υγεία και η ευεξία των ανθρώπων. Στην Ελλάδα η οικονομική κρίση επηρεάζει την ποιότητα ζωής των πολιτών και την κατατάσσει στην τρίτη θέση από το τέλος χώρα, ως προς τον δείκτη ποιότητα ζωής. Το εισόδημα των πολιτών μειώθηκε σημαντικά και μεγάλο ποσοστό των πολιτών δεν έχουν την δυνατότητα να αγοράσουν ούτε τρόφιμα, άλλωστε γνώριμη είναι η εικόνα ανθρώπων να ψάχνουν τα σκουπίδια για τροφή. Η Κομισιόν σε έκθεση της αναφέρει για τον νέο τύπο αστέγων που παρατηρείται στην χώρα μας, οι οποίοι προέρχονται κυρίως από την μεσαία τάξη και ζουν στα αστικά κέντρα της Αθήνας και του Πειραιά, οι οποίοι σε υψηλό ποσοστό εμφανίζουν ψυχοπαθολογία και μόνο το 20% αναζητά βοήθεια.

Στην εποχή της οικονομικής κρίσης τα παιδιά έχουν υποστεί βαρύ πλήγμα, ο περιορισμός του εισοδήματος στην οικογένεια, η κατάργηση των θεσμών, οι πολιτισμικές ιδιαιτερότητες, η συνεχής διάμειψη των προσδοκιών και των προσωπικών σχεδιασμών, η έλλειψη ορίων και προστασίας, οι σοβαρές συγκρούσεις και η σύγχυση των ρόλων, οι γονεϊκές συγκρούσεις, αποτελούν παράγοντες κινδύνου που προκαλούν στο παιδί και τον έφηβο τραυματικές εμπειρίες. Η παιδική θνησιμότητα και η παιδική εγκατάλειψη σε χώρες όπως το Περού, η Ταϊλάνδη, ήταν αποτέλεσμα των οικονομικών κρίσεων που βίωσαν οι χώρες.

Στην χώρα μας χιλιάδες παιδιά ζουν κάτω από το όριο της φτώχειας, δεν θρέφονται σωστά και επαρκώς και μεγάλο ποσοστό παιδιών σύμφωνα με μελέτη που πραγματοποίησε το Ίδρυμα Σταύρος Νιάρχος δηλώνουν πείνα και αδυναμία της οικογένειας να ανταποκριθεί στην κάλυψη των διατροφικών τους αναγκών. Ακόμη στα παιδιά και στους έφηβους έχουν αυξηθεί τα περιστατικά ψυχικών προβλημάτων και παρουσιάζουν αντικοινωνική συμπεριφορά και απόπειρες αυτοκτονίας.

Η οικονομική κρίση και η αύξηση της ανεργίας δημιουργούν σοβαρά προβλήματα στην οικονομική κατάσταση των συστημάτων Κοινωνικής Πολιτικής. Στην Ελλάδα, γίνεται φανερό η μετατόπιση του κέντρου

βάρους του κοινωνικού και ασφαλιστικού συστήματος της χώρας από κοινωνικά αλληλέγγυο σε εξατομικευμένο σύστημα κοινωνικής και ασφαλιστικής κάλυψης. Η χώρα καλείται να διατηρήσει και να αναπτύξει στην παρούσα συγκυρία το Κράτος Πρόνοιας, αξιοποιώντας και την εμπειρία χωρών που σε παρόμοιες οικονομικές συνθήκες διατήρησαν το Σύστημα Κοινωνικής Προστασίας τους και δικαιώθηκαν από τα θετικά αποτελέσματα που παρουσίασαν στο επίπεδο της γενικής και ψυχικής υγείας των πολιτών τους.

Η συζήτηση για την χάραξη της Πολιτικής Υγείας έχει ενταθεί λόγω της οικονομικής κρίσης η ευρύτερη πολιτική συναίνεση και η πολιτική συνέχεια, αποτελούν σημαντικούς παράγοντες για τις μεταρρυθμιστικές τομές στην υγεία με περιορισμένο κοινωνικό κόστος. Οι διαρθρωτικές αλλαγές θα πρέπει να στοχεύουν στην βιωσιμότητα του Συστήματος Υγείας, στην αποδοτικότητα, την αποτελεσματικότητα, την προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας, στην άρση των ανισοτήτων των πολιτών, στην ορθολογική διαχείριση των πόρων, στον αποδοτικό τρόπο χρηματοδότησης του συστήματος.

Στο χώρο της ψυχικής υγείας και της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης που δεν έχει βρει ακόμη τον βηματισμό της, η ανάπτυξη καινοτόμων κινήσεων με σαφή προσανατολισμό και αποτελεσματικότητα, και η ενεργοποίηση των θεραπευτικών ομάδων είναι ικανές να δώσουν λύσεις στα προβλήματα κοινωνικού αποκλεισμού και ψυχοπαθολογίας, υποστηρίζοντας την ένταξη των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας.

Σε εποχές σαν και αυτές που ζούμε, όπου διεθνώς και στην Ελλάδα ο Καπιταλισμός διέρχεται την πιο βαθειά του κρίση, η οικονομία αναδύεται ως σύστημα κοινωνικών σχέσεων. Η προσφυγή της χώρας στον μηχανισμό διάσωσης, η εφαρμογή των μνημονίων και τα σκληρά δημοσιονομικά μέτρα, οδηγούν όλο και πιο πλατιά κοινωνικά στρώματα στην ανεργία, την εξαθλίωση, σε ένα μέλλον χωρίς προοπτική, όπου η κατάθλιψη και η αυτοκτονία, ως υπαρξιακή απόγνωση, φαντάζουν λύση για την φυγή από την πραγματικότητα που δεν αφήνει ίχνος προοπτικής. Η οικονομική κρίση λοιπόν δεν είναι εκλυτικός παράγοντας του ψυχικού πόνου, αλλά αιτία του. Η οικονομική κρίση αγγίζει παράλληλα με την δυνατότητα της επιβίωσης και την ίδια την έννοια του νοήματος ζωής, γίνεται κρίση προοπτικής, που στερούνται οι νέοι και οι ευπαθείς κοινωνικά ομάδες. Η καλλιέργεια του φόβου, η συλλογική ενοχή, εγκυμονούν τον κίνδυνο της κατάρρευσης και της διάρρηξης του κοινωνικού ιστού της χώρας και “της απώλειας του ανθρώπινου από τον άνθρωπο”

Το Κοινωνικό Κράτος οφείλει να διατηρηθεί και να αποτελέσει τον αντίλογο στην αντίληψη “δεν υπάρχει αύριο, δεν υπάρχει μέλλον”.

Η Πολιτική Υγείας καλείται να οργανώσει στρατηγικό σχέδιο με στόχο υγεία για όλους ,για την προστασία της δημόσιας υγείας, την ολιστική προσέγγιση του ατόμου και της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης των χρηστών ψυχικής υγείας.

Οι πολίτες της χώρας χρειάζεται να διαλύσουν τον φόβο, να αρνηθούν την ενοχή, να αναζητήσουν το νόημα και το αύριο στην ενεργητική συμμετοχή τους στις συλλογικότητες, σε κινηματικές πρωτοβουλίες, που μπορούν να προτείνουν και να λειτουργήσουν αλλαγές για ισότιμη κοινωνική και οικονομική οργάνωση.

Βιβλιογραφία

Ελληνική

Αναγνωστόπουλος, Δ., Σουμάκη, Ε., (2013). *Η κατάσταση Ψυχικής Υγείας των Παιδιών και Εφήβων στην Ελλάδα της Κρίσης*, εκδ. Σκάι, Αθήνα.

Αποστολόπουλος, Κ., Καραμέτου, Π., (2011). Το κοινωνικό κεφάλαιο ως σημαντικός παράγοντας αντιμετώπισης των επιδράσεων της οικονομικής κρίσης σε τοπικό και περιφερειακό επίπεδο. Συνέδριο ελληνικής εταιρίας περιφερειακής επιστήμης, Σεπτέμβριος 2011

Βασιλειάδης, Σ., (2004). *Αρχές Οικονομικής Επιστήμης*. University Studio Press

Βαρουφάκης, Γ., (2012). *Παγκόσμιος Μινώταυρος*, εκδ. Λιβάνη, Αθήνα

Γιωτάκος, Ο., Τσουβέλας, Γ., Κονταξάκης, Β., (2012). Αυτοκτονίες και υπηρεσίες παροχής ψυχικής υγείας στην Ελλάδα. *Ψυχιατρική* 23:29–38

ΓΣΕΕ, Ινστιτούτο Εργασίας: Άμεσης Δημιουργίας Θέσεων Εργασίας σε Συνθήκες Κρίσης στην Ελλάδα, Μελέτη 15, Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων

Δημολιάτης, Γ., Κυριόπουλος, Γ., Λάγγας, Δ., Φιλαλήθης, Τ., (2006). *Η δημόσια υγεία στην Ελλάδα*. Β εκδ. Εκδόσεις Θεμέλιο/κοινωνία και υγεία, Αθήνα.

Θεοδώρου, Μ., Σαρρής, Μ., Σούλης, Σ., (1997). *Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα*. Αθήνα: (έκδ. ιδίων συγγραφέων).

Θεοχαράκης, Ν., Τερκέζης, Λ., (2009). Σημειώσεις στη Θεωρία της Οικονομικής Μεγέθυνσης, Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών.

INE ΓΣΕΕ-ΑΔΕΔΥ (2012). *Η Ελληνική Οικονομία και η Απασχόληση, Ετήσια Έκθεση*, Αθήνα.

Κάβουρα, Μ., Κυριόπουλος, Γ., Γείτονα, Μ., Βανδώρου, Χρ., (2003). *Ποιότητα Ζωής*. Αθήνα: Εκδ. JANSSEN-CILAG.

Κότιος, Α., Παυλίδης, Γ., (2011). *Διεθνείς Οικονομικές Κρίσεις*, Αθήνα: Rosili, σ.48.

Κουρέα- Κρεμαστινού, Τ., (2007). *Δημόσια Υγεία, θεωρία, πράξη, πολιτικές*, εκδ. Τεχνόγραμμα, Αθήνα.

Κουφάρης, Γ., (2010). «Η παγκόσμια οικονομική κρίση και οι χρηματιστηριακές αγορές». *Περιοδικό Χρήμα*, Ιανουάριος-Φεβρουάριος.

Κρητικός, Α., (2010). *Παράγοντες αλλαγής των κοινωνικών κρατών την εποχή της παγκοσμιοποίησης: Συντάξεις και πολιτικές απασχόλησης*. Αθήνα: Νήσος.

Κυριόπουλος Γ., (2011). Η Υγεία στη Δίνη της Οικονομικής Κρίσης ,
Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας / Τομέας Οικονομικών της Υγείας

Κυριόπουλος, Γ., (2010). Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη. Πανελλήνιο Συνέδριο εσωτερικής Παθολογίας. Αθήνα.

Κυριόπουλος, Γ., Αθανασάκης, Κ., Πάβη, Ε., (2011). *Οικονομική Κρίση και Υγεία: Ένα δοκίμιο πολιτικής οικονομίας για την ανασυγκρότηση του υγειονομικού τομέα*, Καστανιώτης, Αθήνα.

Κυριόπουλος, Γ., Τσιάντου, Β., (2010). Οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 27 (5):834-840.

Λιαρόπουλος, Λ., (2010). *Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας. Διεθνή Συστήματα Υγείας. Β τόμος*. Εκδόσεις Βήτα medical arts, Αθήνα

Λιαρόπουλος, Λ., (2007). *Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας*, ΒΗΤΑ.

Λυμπεράκη, Α., (2012). Οικονομική κρίση και φτώχεια στην Ελλάδα και την Ευρωπαϊκή Ένωση. Οι επιδράσεις του μακροοικονομικού περιβάλλοντος και της κοινωνικής προστασίας, για την Τράπεζα της Ελλάδος.

Μαδιανός, Μ., Οικονόμου, Μ., (2014). *Ελληνική κρίση, "εθνική" κατάθλιψη και ασκήσεις επιβίωσης*, εκδ. Καστανιώτη, Αθήνα

Μάτσα, Κ., (2012). Εξάρτηση από ουσίες και πόνος *Τετράδια ψυχιατρικής*. Απρίλιος- Μάιος- Ιούνιος.

Μάτσα, Κ., (2010). Εισαγωγή. *Τετράδια ψυχιατρικής*. Απρίλιος- Μάιος- Ιούνιος.

Μάτσα, Κ., (2010). Διπλή διάγνωση ή συννοσηρότητα. Εξάρτηση από ουσίες με συνυπάρχουσα ψυχική διαταραχή. *Τετράδια ψυχιατρικής*, Μάιος- Ιούνιος

Ματσαγγάνης, Μ., (2013). Το κοινωνικό δίχτυ ασφαλείας αντιμέτωπο με τη φτώχεια στην Ελλάδα της κρίσης. Δημοσιεύτηκε στο περιοδικό «*Σύγχρονα Θέματα*» τεύχος 120, Ιανουάριος – Μάρτιος.

Ματσαγγάνης, Μ., (2011). Η κοινωνική πολιτική σε δύσκολους καιρούς: οικονομική κρίση, δημοσιονομική λιτότητα και κοινωνική προστασία. Αθήνα, εκδόσεις Κριτική.

Ματσαγγάνης, Μ., Λεβέντη, Χ., Καναβιτσά, Ε., (2012). Διαστάσεις της φτώχειας στην Ελλάδα της κρίσης. *Ενημερωτικό Δελτίο*. Ομάδα Ανάλυσης Δημόσιας Πολιτικής του Οικονομικού Πανεπιστημίου Αθηνών. Αθήνα, εκδόσεις Κριτική.

Μεγαλοοικονόμου, Θ., (2010). Η ψυχική υγεία στην εποχή του ΔΝΤ. Από το φόβο, το μούδιασμα και την παθητικότητα στην ενεργητική αντίσταση μέχρι το τέλος. *Τετράδια ψυχιατρικής*, Ιούλιος, Αύγουστος, Σεπτέμβριος, νο. 111

Μητροσύλη, Μ., (2013). Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί. *Εγχειρίδιο Εκπαιδευόμενου*,σελ.155-159,Αθήνα

Μπαλούρδος, Δ., (2011). *Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών*, 134-135, Α' - Β', 165-192.

Μπούρας, Γ., Λύκουρας, Λ., (2011). Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στη ψυχική υγεία, *Εγκέφαλος* 48, 54-61.

Οικονόμου, Μ., και συν (2013). *Ψυχιατρική* 24 (4).

Πανούσης, Γ., (2012). Η Οικονομική Κατάρρευση και Ψυχική Υγεία: Η Ευρωπαϊκή Πολιτική στο Επίκεντρο, ΕΠΑΨΥ, Αθήνα.

Παντελίδου, Σ., Στυλιανίδης, Σ., (2010). Καινοτόμες δράσεις, προκλήσεις και προοπτικές Κινητής Μονάδας Υγείας ΒΑ. Κυκλάδων ΕΠΑΨΥ: το παράδειγμα της Πάρου και Αντιπάρου. *Κλινική Ψυχολογία και Ψυχολογία της Υγείας* σελ.309-323 εκδ. Παπαζήση, Αθήνα.

Πατελάρου, Α., (2011). Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία- Προτάσεις για παρέμβαση, *Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης*, Τόμος 4, Τεύχος 3, σελ.53-61.

Πετράκης, Π.Ε., (2010). *Η Ελληνική Οικονομία: Προκλήσεις (μέχρι το 2010)*, Εκδόσεις Παπαζήσης.

Πόπωτας, Δ., Καλύβα, Α., (2010). Ένας Έλληνας αυτοκτονεί κάθε μέρα λόγω χρεών, εφ. Πρώτο Θέμα.

Πουλόπουλος, Χ., (2014). *Κρίση, Φόβος και Διάρρηξη της κοινωνικής συνοχής*, εκδ. Τόπος, Αθήνα.

Ρομπόλης, Σ. Γ., (2013). *Οικονομική κρίση και το κοινωνικό κράτος-Από το Κράτος Πρόνοιας- στο Κράτος φιλανθρωπίας*, εκδ. Επίκεντρο, Αθήνα.

Ρομπόλης, Σ. Γ., (2013). *Κοινωνική Πολιτική*/ τεύχος 1/ Απρίλιος.

Σύνδεσμος Κοινωνικών Λειτουργών Ελλάδας (2014).Ετήσια έκθεση για τις ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης και τις Κοινωνικές Υπηρεσίες στην Ελλάδα. ΣΚΛΕ

Σκλιάς, Π., Ρουκανάς, Σ., Μαρής, Γ., (2012). *Η Πολιτική των Διεθνών και Ευρωπαϊκών Οικονομικών Σχέσεων*, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα

Στυλιανίδης, Σ. και συνεργάτες (2014).*Σύγχρονα θέματα κοινωνικής και κοινοτικής ψυχιατρικής. Για μία κριτική ανθρωποκεντρική ψυχιατρική*, εκδ., Τόπος, Αθήνα.

Στυλιανίδης, Σ., (2008). Ένας στους 5 ανέργους με τάσεις αυτοκτονίας, εφ. Ελευθεροτυπία 19/7.

Στυλιανίδης, Σ., Χονδρός, Π., (2007).Σημεία αναφοράς για την λειτουργία τοπικών δικτύων ψυχικής υγείας, *Αρχαία Ελληνικής Ψυχιατρικής*, 24 (3):216-223.

Τράπεζα της Ελλάδας (2011): Έκθεση του Διοικητή έτους 2010, Αθήνα.

Τσιάντου, Β., Κυριόπουλος, Γ., (2010). Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην Υγεία και την ιατρική περίθαλψη. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 27:834-840.

Τσιμποκλή, Α., (2002). Η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας στην αντιμετώπιση της τοξικοεξάρτησης. *Νέα Υγεία*,38:10

Τσουκαλάς, Κ., (2012). *Ελλάδα της λήθης και της αλήθειας*, εκδ. Θεμέλιο, Αθήνα

Τσουνής, Α., (2012). “Η Όξυνση των Ψυχοκοινωνικών Προβλημάτων στην Ελλάδα στην Εποχή Αποδόμησης του Κοινωνικού Κράτους”, *Τετράδια Ψυχιατρικής*, τεύχος 119 : 4-10.

Τσουνής, Α., (2012). Η σχέση της ανεργίας με την κατάθλιψη και τις αυτοκτονίες: η “κλινική” αντανάκλαση της οικονομικής κρίσης *Τετράδια Ψυχιατρικής*, τεύχος 122 : 24-32

Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας (2001) *Ψυχαργός 2001-2010, Πρόγραμμα Ανάπτυξης Δομών και Υποδομών στον Τομέα της Ψυχικής Υγείας*, Αθήνα: ΥΥΚΑ

Υπουργείο Οικονομικών (2010) «Οικονομικές εξελίξεις του 2009 και προοπτικές για το 2010».

Υφαντόπουλος, Ι., (2003). Η Μέτρηση της Ποιότητας Ζωής στα Οικονομικά της Υγείας. *Νέα Υγεία*: 36: 4-7.

Χλέτσος, Μ., (2012). Κύκλος διαλέξεων: Οικονομία και Κοινωνία. Μετασχηματισμός ή μετεξέλιξη τους κράτους πρόνοιας, τμήμα Οικονομικό Πανεπιστήμιο, Ιωαννίνων.

Ξενόγλωσση

Anagnostopoulos, D., Soumaki, E., (2012). The impact of socio-economic crisis on mental health of children and adolescents. *Psychiatriki*, 12:13–1.

Appleby, J., (2008). The credit crisis and health care. *Br Med J*, 337:a2259.

Araya, R., Lewis, G., Rojas, G., et al (2003). Education and income: which is more important for mental health? *Journal of Epidemiology & Community Health*, 57:501–505.

Arevalo, J., Aravind D., (2010), «The impact of the crisis on corporate responsibility: the case of UN global compact participants in the USA», *Corporate Governance*, 10 (4), pp. 406-420.

Aro, S., Aro, H., Keskimäki, I., (1995). Socio-economic mobility among patients with schizophrenia or major affective disorder. A 17- year retrospective follow-up. *British Journal of Psychiatry*, 166:759–767.

Bartley, M., et al (1997). Health and the life course: why safety nets matter. *BMJ*;314:1194-1196.

Basaglia, F., (1982). Crimini di pace .*In Scritti ii 1968-980 (pp.237-338)* Torino Einaudi

Bauman, Z., (2005), *Σπαταλημένες ζωές: οι απόβλητοι της νεωτερικότητας*. Εκδόσεις Κατάρτι, Αθήνα.

Bauman, Z., (2004), *Η εργασία, ο καταναλωτισμός και οι νεόπτωχοι: αναμετρήσεις στον 21ο αιώνα*. Εκδόσεις Μεταίχμιο, Αθήνα.

Beck, A.T (1998).*Love Is Never Enough*. Harper &Row, New York

Birdsall, N., (2009), «How to unlock the \$1 trillion that developing countries urgently need to cope with the crisis». *Center for Global development*, σελ. 1-5.

Black, D., Morris, J., Snith, C., Townsend, P., (1980). *The Black Report. Department of Health and Social Security*. London, HMSO.

Blane, D., et al (1997). Disease etiology and materialistic explanations of socioeconomic mortality differentials. *European journal of public health*;7:385-391.

Borowy, I., (2011). Similar but different: Health and economic crisis in 1990s Cuba and Russia. *Social Science & Medicine* ; 72:1489e1498.

Bowling, A., (1997). Measuring health: a review of quality of life measurement scales. UK: Open University Press.

Brenner, M. H., (1977). “Personal Stability and Economic Security”, *Social Policy*, 8:2-5.

Busch, K., (1986) , «*Η κρίση των ευρωπαϊκών κοινοτήτων*», Αθήνα: Ερατώ.

Butterworth, P., Rodgers, B., Windsor, T., (2009). Financial hardship, socioeconomic position and depression: results from the PATH Through the Life survey. *Social Science & Medicine*, 69:229–237.

Calomiris, C. W., (2011), «*Αίτια της κρίσης στην αγορά ενυπόθηκων στεγαστικών δανείων υψηλού κινδύνου*», Άρθρο Α.1, Από τη διεθνή κρίση στην κρίση της Ευρωζώνης και της Ελλάδας: Τι μας επιφυλάσσει το μέλλον; Επιμέλεια Νικόλαος Β. Καραμούζης και Γκίκας Α. Χαρδούβελης, Εκδόσεις Λιβάνη, Αθήνα.

Campbell, A., Converse, P. E., Rodgers, W. L., (1976). *The Quality of American Life: Perceptions, Evaluations and Satisfactions*. New York: Russell Sage Foundation.

Catalano, R., Goldman-Mellor, S., Saxton, K., Margerison-Zilko, C., Subbaraman, M., LeWinn, K. et al (2011), The health effects of economic decline. *Public Health*, 32:431–450.

Commission Européenne (2010).: Livre vert Vers des systèmes de retraites adéquats, viables et surs en Europe, Bruxelles.

Concialdi, P., (2005). *Retraites: on vous ment!* Paris: En clair Mango.

Cutler, M., David, F., Knaul, R., Lozano, O., Mendez, Z., (2002). Financial crisis, health outcomes, and aging: Mexico in the 1980s and 1990s. *Journal of Public Economy*; 84 (2): 279-303.

Dertwinkel, T., (2008) , «*Economic exclusion of ethnic minorities: On the importance of concept specification*», *ECMI Issue Brief 19*.

Economou, M., Madianos, M., Theleritis, C., et al (2011), Increased suicidality amid economic crisis in Greece. *Lancet*; 378:1459.

Edwards, R., (2008). Who is hurt by procyclical mortality? *Social Science & Medicine*, 67 (12): 2051–8

Eurofound (2013). Impacts of the crisis on access to healthcare services in the EU, Dublin
European Centre for Disease Prevention and Control. Health inequalities, the financial crisis, and infectious disease in Europe. Stockholm: ECDC

European Commission, (2010), «Financial exclusion in the EU New evidence from the EU-SILC special module»,

European Commission, (2009). Economic crisis in Europe: causes, consequences and responses. European Communities, Luxemburg.

Eurostat, (2008). «Over-indebtedness of European households in 2008», *Statistics in Focus*, 61/2010.

Gilpin, R., (2010). *Η πρόκληση του παγκόσμιου καπιταλισμού*, Αθήνα: Ποιότητα, 9η έκδοση.

Giotakos, O., (2010). Financial crisis and mental health. *Psychiatriki*, 21:195–204.

Giotakos, O., Karabelas, D., Kafkas, A., (2011). Financial crisis and mental health in Greece. *Ψυχιατρική*, 22:109–119.

Hammarstrom, A., Janlert, U., (1995). Unemployment and change of tobacco habits: a study of young people from 16 to 21 years of age. *Addiction* 89:1691-6.

Handa, K., Grace, J., Trigobogg, E., Olympia, J.L., Annalett, D., Watson, T., Newcorner, D., (2009). Continuing day treatment programs promote recovery in schizophrenia a case-base study, *Psychiatry*, 6 (4):32.

Higginbottom, S. F., Barling, J., Kelloway, E. K., (1993). Linking retirement experiences and marital satisfaction: a meditational model. *Psychol Aging*, 8:508–516.

Hong, J., Knapp, M., McGuire, A., (2011). Income-related inequalities in the prevalence of depression and suicidal behaviour: a 10-year trend following economic crisis. *World Psychiatry*, 10:40–44.

Howden-Chapman, P., Hales, S., Chapman, R., et al (2005). The impact of economic recession on youth suicide: A comparison of New Zealand and Finland. Report 4: Social explanations for suicide in New Zealand. Wellington, New Zealand: Ministry of Health.

Iconomou, G., (2003). Assessing quality of life of cancer patients in the context of clinical trials. *Forum of Clinical Oncology*, 2 (3/4), 248-257.

International Monetary Fund (2009) World Economic Outlook: A Survey by the Staff of the International Monetary Economic downturns and population mental health 1347 Fund. International Monetary Fund, Washington, DC.

Jacobs, I. A., Podobny, M.T., Bilusich, D., (2007). One mechanism underlying contrasting health-economy findings. *Int. J Epidemiol*, 36:929–931.

Jenkins, R., Bhugra, D., Bebbington, P., et al (2007). Debt, income and mental disorder in the general population. *Psychological Medicine*, 38:1485–1493

Karamanoli, E., (2011). Debt crisis strains Greece's ailing health system. *Lancet*; 378:303-304

Kautsky, K., (1927). *Το κεφάλαιο*. Εκδόσεις Πάλλης και σια, Αθήνα.

Kentikelenis, A., Karanikolos, M., Papanicolas, I., Basu, S., McKee, M., Stuckler, D., (2012). Effects of Greek economy crisis on health are real. *BMJ*, 345:8602.

Kentikelenis, A., Papanicolas, I., (2012). Economic crisis, austerity and the Greek public health system. *Eur. J Public Health*; 22 (1):4–5.

Kentikelenis, A., Karanikolos, M., Papanicolas, I., Basu, S., McKee, M., Stuckler, D., (2011). Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy. *Lancet*, 378:1457–1458.

Kolotkin, L., Meter, K., Williams, R., (2001). Quality of life and obesity. The international association for the study of obesity. *Obesity Reviews*, 2, 219-229.

Kondo, N., et al (2008). Economic recession and health inequalities in Japan: analysis with a national sample, 1986–2001. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 62: 869–75 4.

Lee, S., Guo, W., Tsang, A., Mak, ADP., Wu, J., Ng, KL. et al (2010). Evidence for the 2008 economic crisis exacerbating depression in Hong Kong. *JAD*, 126:125–133.

Madianos, M., Economou, M., Alexiou, T., Stefanis, C. N., (2008). Depression and economic hardship across Greece in 2008 and 2009: two cross-sectional surveys nationwide. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 46:943–952.

Marmot, M., (2005) Fair Social determinants of Health .Inequalities. *The Lancet*, 365 (9464):1099-1104

Marmot, MG, Bell, R., (2009).” How will the financial crisis effect health”*British Medical Journal*,338:1314

Mc Aleese, D., (2005). *Οικονομική για Επιχειρησιακές Σπουδές*, Αθήνα: Τυπωθήτω.

Mc Call, W. V (1975). Quality of life. *Social Indicators Research*: 2: 229-248.

Mossialos, E., Dixon, A., Figueras, J., Kutzin, J., (2002). *Funding health care: options for Europe*. Open University Press, Philadelphia.

Norris, F., (2013). “Seen from Greece, Great Depression looks good”, *The New York Times*, March 16.

OECD (2012) *Review of Greek social programmes* (draft report). Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development.

Park, Y., et al (2009). The Association between public social expenditure and suicides: evidence from OECD countries. *JPMPH*, 42:123-129.

Patel, V., Kleinman, A., (2003). Poverty and common mental disorders in developing countries. *Bulletin of the WHO*.

Patel, V., Gwanzura, F., Simunyu, E., et al (1995). The explanatory models and phenomenology of common mental disorder in Harare, Zimbabwe. *Psychological Medicine*, 25:1191–1199.

Power, C., (1994). Health and social inequality in Europe. *BMJ*; 309:1153-1160.

Rosenthal, L., Carrol-Scott, A., Earnshaw, V.A., Santilli, A., (2012). <<The importance of full –time work for urban adults’ mental and physical health>> *Social Science & Medicine* 75:1692-1696.

Rosenfield, J. M., Tardieu, B (2000). *Artisans of democracy. How ordinary people, families in extreme poverty and social institutions become allies to overcome social exclusion*. Lanham, MD: University Press of America.

Ryall (2009). Japanese suicides rise as world recession hits country’s businessmen. *Telegraph* (London).

Saraceno, B., Barbui, C., (1997). Poverty and mental illness. *Canadian Journal of Psychiatry*, 42 (3):285-290

- Sareen, J., Afifi, T.O., McMillan, K.A., Asmundson, G., (2011). Relationship between household income and mental disorders: findings from a population-based longitudinal study. *Psychiatry*, 68:419–427.
- Schiels, M.A., Wheatley, J., Price, S., (2005). Exploring the economic and social determinants of psychological well-being and perceived social support in England. *JRSS*, 168:513–538.
- Scutella, R., Wooden, M., (2008). The effects of hardship and joblessness on mental health. *Social Science & Medicine*, 67:88-100.
- Scutella, R., Wooden, M., (2008). The effects of household joblessness on mental health. *Social Science & Medicine*, 67:88–100.
- Spence, A.M., (2009). The financial and economic crisis and the developing world. *Journal Policy Model*, 31:502–508.
- Stuckler, D., (2008). Protecting health during the economic crisis. *Lancet*, 372:1520 (Editorial)
- Stuckler, D., Basu, S., Suhrcke, M., McKee, M., (2009). The health implications of financial crisis: A review of the evidence. *Lancet* 78 (3): 142–145.
- Stuckler, D., King, L., McKee, M., (2009). “Mass privatization and the post- communist mortality crisis: a cross-national analysis”, *Lancet* 373 (9661:399-407).
- THE WHOQOL GROUP (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the Health Organization. *Social Science and Medicine*: 41: 1403-1409.
- Uutela, A., (2010). Economic crisis and mental health. *Psychiatry*, 23:127–130.
- Vuori, J., Silvonen, J., (2005). The benefits of a preventive job search program on re-employment and mental health at two years follow-up”, *Journal of Occupational and organizational Psychology*, 78:43-52.
- Warner, R., (2004). *Recovery from Schizophrenia Psychiatry and political Economy*. 3rd edition Brunner Routledge.
- Waters, H., Saadah, F., Pradhan, M., (2003). The impact of the 1997–98 East Asian economic crisis on health and health care in Indonesia. *Health Policy Plan*; 18 (2): 172–181.

Wilkinson, R.G., *Unhealthy societies: the affliction of inequality*. London Routledge 1996

Winnicott, D.W., (1974). Fear of Breakdown. *International Review of Psychoanalysis*, 1: 103-107.

World Health Organisation (1979). Hand book for reporting results of cancer treatment. Geneva: WHO.

Yfantopoulos, J., (2001b). Quality of Life and QALYs in the measurement of health. *Archives of Hellenic Medicine*: 18: 114-130.

Yfantopoulos, J., (2001c). Health-Related Quality of Life. *Archives of Hellenic Medicine*: 19: 131-146. 37.

Αναγνωστόπουλος, Δ., (2012). Κοινωνικοοικονομική κρίση και ψυχική υγεία. Πρόσβαση στις 27/04/12, www.AthensVoice.gr

Γιωτάκος, Ο., (2011). Οικονομική κρίση και ψυχική υγεία. Πρόσβαση στις 17/05/11, www.kosmosxorispolemous.gr

Ζήση, Α., Στυλιανίδης, Σ., (2004). Αγωγή και προαγωγή ψυχικής υγείας: Αποσαφηνίσεις και προοπτικές. *Εγκέφαλος* 41, 27-35. Διαθέσιμο στο <http://www.encephalos.gr/full/41-1-03g.htm>

Μεγαλοοικονόμου, Θ., (2006). Πολιτικές Ψυχικής Υγείας: Αποκλεισμός, νεοϊδρυματισμός και το αίτημα της χειραφέτησης. *ΚΟΙΝΩΝΙΑ & ψυχική ΥΓΕΙΑ*, Επιτροπή Ερευνών Α.Π.Θ, σελ. 57-68. Διαθέσιμο στο <http://www.socialexclusion.gr/UserFiles/File/2ndVolume>

Μπαλούρδος, Δ., (2013). Επιπτώσεις της κρίσης στη φτώχεια και στον οικονομικό αποκλεισμό: αρχικές μετρήσεις και προσαρμοστικές πολιτικές. Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών, www.grsr.gr

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (ΥΥΚΑ), (2010). Έκθεση αξιολόγησης των παρεμβάσεων εφαρμογής της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης για την περίοδο 2000-2009. <http://psychargos.gov.gr>

Eurostat, (2014). Unemployment statistics, [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Unemployment statistics](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Unemployment_statistics).

Eurostat (2012). *Report of the revision of the Greek Government deficit and debt figures*. <http://epp.eurostat.e.c.europa.eu/cache/>

Institute for Work and Health (2009), Unemployment and mental health. Research Excellence Advancing Employee Health, August 2009, Canada, www.iwh.on.ca

Karanikolos, M., Mladovsky, M., Cylus, J., Thomson, S., Baus, S., Stuckler, D., Mackenbach, J.P., McKee, M (2013). “financial crisis, austerity, and health in Europe”, *The Lancet*, In Press, Available online 27 March 2013. Available at: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(13\)60102-6/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)60102-6/fulltext)[Retrieved28/03/2013]

Real (2015). Ιατροδικαστική εξέταση για την δολοφονία στο Δαφνί (18/5/2015).Rear.gr

Samaritans. Samaritans report 25% increase in calls as financial crisis hits, UK. *Medical News Today* 2008. <http://www.medicalnewstoday.com/articles/123937.php> (accessed June 30, 2009)

The financial crisis and global health. Geneva: WHO; 2009. Πρόσβαση στις 29- 1- 2011:διαθέσιμο:http://www.who.int/mediacentre/events/meetings/2009_financial_crisis_report_en.pdf

UNICEF, (2014). Έκθεση :Η κατάσταση των παιδιών στην Ελλάδα 2014- Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στα παιδιά. Ελληνική Επιτροπή UNICEF, Αθήνα <http://www.unicef.gr>

WHO (2009) The financial crisis and global health. Geneva 2009. Διαθέσιμο στο http://www.who.int/mediacentre/events/meetings/2009_financial_crisis_report_en.pdf