

Οικονομική κρίση και ψυχική υγεία. Τι γνωρίζουμε για την σημερινή κατάσταση στην Ελλάδα;

ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΕΥΘΥΜΙΟΥ*, ΑΡΓΑΛΙΑ ΕΥΤΥΧΙΑ**, ΚΑΣΚΑΜΠΙΑ ΕΥΓΕΝΙΑ**, ΜΑΚΡΗ ΑΘΑΝΑΣΙΑ**

Περίληψη

Στόχος της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση των επιδράσεων της οικονομικής ύφεσης στην ψυχική υγεία. Για τον σκοπό αυτό, πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση σε σχέση με το φαινόμενο και τις επιπτώσεις του στην υγεία, τη θνησιμότητα και ειδικότερα την ψυχική υγεία.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα ερευνών σε παγκόσμιο επίπεδο, εντοπίζεται συσχέτιση των υπό μελέτη μεταβλητών. Συγκεκριμένα, οι δύο παράγοντες της οικονομικής κρίσης που φαίνεται να σχετίζονται περισσότερο με την ψυχική υγεία είναι η ανεργία και το μέσο εισόδημα. Ωστόσο, η έννοια της κοινωνικής νόρμας φάνηκε να σχετίζεται με τους παραπάνω παράγοντες ασκώντας επίδραση στην ευεξία και ψυχική υγεία του πληθυσμού. Όσον αφορά στις ελληνικές έρευνες, βρέθηκε σημαντική συσχέτιση μεταξύ των οικονομικών δεικτών και των δεικτών ψυχικής υγείας. Ωστόσο, ενώ οι περισσότερες έρευνες βρίσκουν αρνητική συσχέτιση, ένας αριθμός σημαντικών παραγόντων φαίνεται ότι μπορεί να επηρεάσει τη σχέση αυτή. Τέλος, προκύπτει η ανάγκη για περαιτέρω διαχρονικές έρευνες που θα διαφωτίσουν τις βραχυπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες επιπτώσεις της οικονομικής ύφεσης στην ψυχική υγεία.

Λέξεις κλειδιά: οικονομική κρίση, ψυχική υγεία, Ελλάδα, ανεργία, αυτοκτονία

Εισαγωγή

Η οικονομική ύφεση αποτελεί πλέον παγκόσμιο πρόβλημα και η διερεύνηση των πιθανών επιπτώσεών της στον τομέα της υγείας κρίνεται αναγκαία.

Σε χώρες με χαμηλό εισόδημα, οι επιπτώσεις της κρίσης είναι αισθητές μέσω της μειωμένης καταναλωτικής ζήτησης, της αυστηρότερης πρόσβασης σε κεφάλαια, των λιγότερων άμεσων ξένων επενδύσεων και του μικρού προγράμματος δημοσίων επενδύσεων. Ως επακόλουθο αυξάνεται η ανεργία και μειώνονται τα εισοδήματα. Οι υπηρεσίες του δημόσιου τομέα γίνονται η μοναδική πηγή υγειονομικής περίθαλψης καθότι μειώνεται η ζήτηση για ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας, την ίδια στιγμή που τα έσοδα των κυβερνήσεων για τη χρηματοδότησή τους είναι μειωμένα. Όταν τα τοπικά νομίσματα υποτιμούνται, το κόστος των εισαγωγών αυξάνεται. Οι τιμές των φαρμάκων αυξάνονται με αποτέλεσμα βασικά φάρμακα να μη διατίθενται πλέον ή η

απόκτησή τους να γίνεται απαγορευτική λόγω υψηλού κόστους.¹

Ο αντίκτυπος εκτείνεται πέρα από το άτομο, την οικογένεια και τις κοινωνίες στο σύνολό τους. Κάτω από τις συνθήκες αυτές, λοιμώδεις ασθένειες, όπως το HIV και η πολυανθεκτική φυματίωση θα μπορούσαν να αποτελέσουν απειλή για τη δημόσια υγεία με συνέπειες και πέραν των εθνικών συνόρων. Οι πολιτικοί ηγέτες ανά τον κόσμο καλούνται να πάρουν ριζικές αποφάσεις για μεταρρυθμίσεις που θα αφορούν στην πρόληψη των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης.

Κοινωνικοοικονομικοί Παράγοντες και Ψυχική Υγεία

Οι Gilman et al.² διαπίστωσαν ότι τα άτομα με χαμηλότερο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο κατά την παιδική ηλικία έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης μείζονος κατάθλιψης (1,69 με 2,07 φορές) από ότι εκείνους με υψηλότερο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο ανεξάρτητα από την πορεία ζωής τους ακόμη και μετά την ενηλικίωσή τους. Έρευνα του Hudson³ καταδεικνύει μια ισχυρή αρνητική συσχέτιση μεταξύ των κοινωνικοοικονομικών συνθηκών και της ψυχικής υγείας. Η σχέση αυτή τονίζει το ρόλο των κοινωνικών παραγόντων .

Η οικονομική κρίση στην Ελλάδα

Η οικονομική κρίση στην Ελλάδα έχει προκαλέσει ανησυχία στην ευρωζώνη και την παγκόσμια οικονομική κοινότητα.⁴ Οι αναλύσεις δείχνουν ότι οι κύριες πηγές της ανεπάρκειας είναι οι σοβαρές διαρθρωτικές αδυναμίες στη δημόσια διοίκηση, την οικονομία και την κοινωνία που οδηγούν σε γραφειοκρατία, διαφθορά, χαμηλή ποιότητα παρεχόμενων υπηρεσιών και υψηλό κόστος.⁵ Παρόλο που οι συνολικές δαπάνες για την υγεία αυξήθηκαν από το 5,3% του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος το 1991 στο 9,7% το 2008, ένα ποσοστιαίο σημείο υψηλότερο από το μέσο όρο του 8,9% των Χωρών του ΟΟΣΑ,⁶ η αποτελεσματικότητα του ελληνικού συστήματος υγείας μειώθηκε.^{5,7}

Όπως αναφέρεται συχνά, η Ελλάδα αντιμετωπίζει τη μεγαλύτερη οικονομική κρίση της σύγχρονης ιστορίας.⁶ Σύμφωνα με πολλούς πολιτικούς, δημοσιογράφους, πολιτικούς και οικονομικούς αναλυτές μία από τις βασικές αιτίες του υπέρογκου δημόσιου χρέους της χώρας και των ελλειμμάτων είναι η αναποτελεσματική και αντιπαραγωγική δημόσια διοίκηση. Η δομή και η οργάνωση των περισσότερων ελληνικών δημόσιων ιδρυμάτων θεωρείται γραφειοκρατική και χαρακτηρίζεται από την έλλειψη κατάλληλων συστημάτων τεκμηρίωσης, αξιολόγησης, ελέγχου και κανονισμού. Οι

* Δρ Κλινικής Ψυχολογίας

** Ψυχολόγος, Μεταπτυχιακή φοιτήτρια ΜΠΣ "Κλινική Ψυχολογία", ΕΚΠΑ

πολιτικές διαμορφώνονται περισσότερο από τις αντιλήψεις των ηγετών, την πίεση της κοινής γνώμης, τα επαγγελματικά και οικονομικά συμφέροντα και λιγότερο από ένα ορθολογικό σύστημα με καθορισμένες προτεραιότητες και στρατηγικές λήψεων απόφασης. Η ελληνική πρωτοβάθμια φροντίδα είναι υψηλά κατακερματισμένη καθώς εμπλέκονται αρκετοί διαφορετικοί δημόσιοι και ιδιωτικοί επαγγελματίες υγείας δίχως συντονισμό και έλεγχο του συστήματος. Περαιτέρω επιδείνωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας αναμένεται με τη δημοσιονομική κρίση. Η διατήρηση στην Ελλάδα των ικανοποιητικών δεικτών υγείας, ως επί το πλείστον, οφείλεται στο καλό κλίμα, τη σχετικά υψηλή ποιότητα ζωής και τη μάλλον υγιεινή διατροφή.^{6,8}

Μέθοδος

Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της βιβλιογραφίας το χρονικό διάστημα Νοέμβριος 2011-Ιούλιος 2012 αναφορικά με τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία και την ψυχική υγεία. Η ανασκόπηση έγινε ηλεκτρονικά στις βάσεις δεδομένων: Science Direct, PsycARTICLES, MEDLINE και στον παγκόσμιο ιστό αναζητώντας τις λέξεις κλειδιά: econo-mic crises, Greece, mental health.

Συνολικά οι έρευνες που βρέθηκαν αφορούσαν μετα-αναλύσεις, έρευνες σε χώρες που βίωσαν περιόδους οικονομικής ύφεσης καθώς και έρευνες που πραγματοποιήθηκαν στον ελλαδικό χώρο.

Ευρήματα

A. Η παγκόσμια οικονομική κρίση

1. Οικονομική κρίση και υγεία των παιδιών

Η υπάρχουσα βιβλιογραφία δείχνει ότι η σχέση μεταξύ της παιδικής θνησιμότητας και της κατάστασης της εθνικής οικονομίας ποικίλλει σημαντικά από χώρα σε χώρα. Πρόσφατα στοιχεία από τις ΗΠΑ δείχνουν ότι η βρεφική θνησιμότητα μειώνεται κατά τη διάρκεια της ύφεσης λόγω αλλαγών στη συμπεριφορά της μητέρας. Αντιθέτως, η κατάρρευση της οικονομίας σε πολλές χώρες της πρώην Σοβιετικής Ένωσης τη δεκαετία του 1990 δεν προκάλεσε σαφείς αλλαγές στην υγεία των παιδιών.⁹

Στην Ταϊλάνδη,¹⁰ κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης παρατηρήθηκε το φαινόμενο της εγκατάλειψης ανηλίκων. Το 1998, στην Ινδονησία,⁹ η οικονομική κρίση φαίνεται να οδήγησε σε αύξηση της παιδικής θνησιμότητας, κάτι που όμως δεν παρατηρήθηκε στην Αργεντινή, όταν η χώρα στα τέλη της δεκαετίας του 1990 έζησε μια μεγάλη κρίση.⁹

Η περίπτωση του Περού είναι αξιοσημείωτη διότι η κρίση ήταν ασυνήθιστα απότομη, το κατά κεφαλήν Α.Ε.Π. μειώθηκε κατά 30% ενώ οι μισθοί στην πρωτεύουσα μειώθηκαν περισσότερο από 80%. Είναι αποδεδειγμένο ότι υπήρξε αύξηση του ποσοστού της παιδικής θνησιμότητας της τάξης των 2,5 εκατοστιαίων μονάδων για τα παιδιά που γεννήθηκαν κατά τη διάρκεια της κρίσης, πράγμα που σημαίνει ότι περίπου 17.000 περισσότερα παιδιά έχασαν τη ζωή τους. Φαίνεται ότι η κατάρρευση των δημόσιων και ιδιωτικών δαπανών για την

υγεία έπαιξε σημαντικό ρόλο.⁹

Υπάρχουν αρκετές πιθανές εξηγήσεις για τις παρατηρούμενες διαφορές μεταξύ των χωρών αναφορικά με τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην παιδική θνησιμότητα. Πρώτον, τα στοιχεία των στατιστικών των κυβερνήσεων για τις γεννήσεις και τους θανάτους διαφέρουν σε αξιοπιστία και ακρίβεια, με τις φτωχότερες χώρες να εμφανίζουν σημαντικά προβλήματα. Δεύτερον, σημαντικό ρόλο παίζει το βάθος της κρίσης και ο βαθμός στον οποίο οι δαπάνες για την υγειονομική περίθαλψη παρέμειναν σταθερές ή όχι.⁹

2. Σχέση της ανεργίας με την υγεία

Ο αντίκτυπος της ανεργίας στην υγεία έχει αποτελέσει αντικείμενο πολλών επιδημιολογικών μελετών. Συγκεκριμένα, βρετανικές μελέτες¹¹ κατά τις δεκαετίες του '70 και '80, έδειξαν ότι το ποσοστό θνησιμότητας των ανέργων ήταν 25% υψηλότερο από εκείνο των εργαζομένων ισοδύναμου κοινωνικοοικονομικού επιπέδου. Επιπλέον, αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα φάνηκε να προκύπτει μετά από μακρόχρονη ανεργία όταν ληφθούν υπόψη και άλλοι παράγοντες όπως ηλικία, φυλή, γάμος, εισόδημα, επάγγελμα και περιορισμένη πρόσβαση στην ιατρική φροντίδα. Η ανεργία, επίσης, πιθανά σχετίζεται με την υιοθέτηση ανθυγιεινών συνθηκών, όπως το κάπνισμα, καθώς και με ψυχικές διαταραχές, ψυχοσωματικές διαταραχές και αυτοκτονίες.¹¹

Σε μελέτη του Πανεπιστημίου του Ελσίνκι, στη Φινλανδία¹², η θνησιμότητα για τους άνεργους, που υπήρξαν στο παρελθόν ξανά άνεργοι, ήταν 2.5 φορές υψηλότερη από ό,τι σε αυτούς που δεν ήταν ξανά άνεργοι. Σε διαχρονική έρευνα των Voss et al.¹² σε 20.632 διδύμους βρέθηκε ότι η ανεργία οδήγησε σε σημαντικές αυξήσεις στην αυτοκτονία, τους τραυματισμούς και τα ατυχήματα με τα υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας να είναι μεταξύ των ατόμων με χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο.

Παράγοντες όπως το φύλο, το επαγγελματικό status, η χώρα διαμονής και η διάρκεια της ανεργίας φαίνεται να επηρεάζουν τη σχέση μεταξύ ανεργίας και ψυχικής υγείας. Στις χώρες που χαρακτηρίζονται από άνιση κατανομή του εισοδήματος ή σε χώρες με αδύναμο σύστημα προστασίας των πολιτών, η ανεργία έχει σημαντικότερες αρνητικές επιπτώσεις στην ψυχική υγεία. Η μετα-ανάλυση των Paul & Moser¹³ καταδεικνύει ότι η αρνητική επίπτωση της ανεργίας στην ψυχική υγεία έχει μέγεθος $d = 0.51$, που σημαίνει ότι το επίπεδο της υγείας των ανέργων είναι μισή τυπική απόκλιση κάτω από εκείνο των εργαζομένων. Η εύρεση εργασίας μετά από μία μακρά περίοδο ανεργίας σχετίζεται με βελτίωση της ψυχικής υγείας. Τα ευρήματα αυτά υποστηρίζουν την υπόθεση ότι η ανεργία δεν συσχετίζεται απλά με την ψυχική δυσφορία αλλά ουσιαστικά την προκαλεί.¹³

3. Σχέση της οικονομικής κρίσης με την υγεία

Η επίδραση της οικονομικής κρίσης στη γενική υγεία δεν είναι ξεκάθαρη και φαίνεται να ποικίλλει, καθώς αποτελεί

πολυπαραγοντικό φαινόμενο και για το λόγο αυτό η ερμηνεία των αποτελεσμάτων των σχετικών ερευνών θα πρέπει να γίνεται με ιδιαίτερη προσοχή.¹¹

Ορισμένοι ερευνητές κάνουν λόγο για θετικές επιδράσεις τονίζοντας τη μείωση της υπερκατανάλωσης. Σύμφωνα με έρευνες¹² σε ΗΠΑ και Ευρώπη, σε περιόδους οικονομικής ανάπτυξης παρατηρήθηκε αύξηση της θνησιμότητας και μείωσή της σε περιόδους ύφεσης. Η ύφεση, μάλιστα, φαίνεται να σχετίζεται με μείωση της χρήσης αλκοόλ, των εισαγωγών στα νοσοκομεία και των θανάτων από τροχαία ατυχήματα.

Από την άλλη, έρευνες στην Ευρώπη υποστήριξαν τη θετική σχέση μεταξύ της οικονομικής κρίσης και του προσδόκιμου ζωής των ανδρών. Το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, το χαμηλό εισόδημα, η εργασία μειωμένης εξειδίκευσης και ο κοινωνικός αποκλεισμός έδειξαν να συνδέονται με αρνητικές επιπτώσεις στη σωματική, ψυχολογική και συναισθηματική υγεία καθώς και με τον αυξημένο κίνδυνο θνησιμότητας.¹¹

Σε έρευνα στη Νότια Κορέα, βρέθηκε ότι οι βραχυπρόθεσμες επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στη θνησιμότητα ήταν σχετικά μικρές. Φαίνεται ότι οποιαδήποτε βραχυπρόθεσμα αποτελέσματα της οικονομικής ύφεσης επικαλύφθηκαν από τη δυναμική της μείωσης των θανάτων από εγκεφαλικά επεισόδια, καρκίνο του στομάχου και ηπατική νόσο.¹⁴

Έρευνες έδειξαν ότι το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο (ΔΝΤ) αναγκάζει τις κυβερνήσεις των χωρών, που δέχονται τη βοήθειά του, σε περικοπή των δημοσίων κοινωνικών δαπανών και σε χρέωση των ασθενών της υγειονομικής τους περιθαλψής.^{11,15} Πρόσφατο άρθρο παρατηρεί ότι υπάρχει ένα χάσμα μεταξύ της θεωρητικής και της πραγματικής πολιτικής που εφαρμόζει το ΔΝΤ σε σχέση με τα παρεπόμενα που αυτό επιφέρει στην δημόσια υγεία. Ακρογωνιαίος λίθος για την υγεία σε παγκόσμιο επίπεδο κρίνονται οι μακρο-οικονομικές πολιτικές και αποτελούν ισχυρό παράγοντα που υπερβαίνει τα εθνικά σύνορα και τον εθνικό έλεγχο. Ένα βασικό ερώτημα, εν προκειμένω, είναι το πώς το ΔΝΤ μπορεί να ενσωματώσει καλύτερα την υγειονομική πρόνοια σε ένα μακρο-οικονομικό πλαίσιο, αποφεύγοντας με αυτόν τον τρόπο τις δυσμενείς επιπτώσεις στη δημόσια υγεία, που είναι το αποτέλεσμα των μακροοικονομικών πολιτικών που επικεντρώνονται μόνο στην οικονομική σταθερότητα.¹⁶ Αναφορικά, με τα αποτελέσματα του δανεισμού από το ΔΝΤ στην υγεία, ορισμένες έρευνες δείχνουν ουδέτερα αποτελέσματα, κάποιες αρνητικά αλλά πάντως καμία θετικά.¹¹

Στην οικονομική κρίση του 1995-96 στο Μεξικό, το ποσοστό θνησιμότητας βρέθηκε κατά 5-7% υψηλότερο σε σύγκριση με προηγούμενα έτη. Αυτό μεταφράζεται σε 0,4% αύξηση της θνησιμότητας στους ηλικιωμένους και 0,06% στα βρέφη.¹⁷ Αύξηση νοσηρότητας παρατηρήθηκε επίσης την περίοδο (1997-1998) της οικονομικής ύφεσης στην Ινδονησία, τόσο στις αγροτικές όσο και στις αστικές περιοχές, σε ποσοστό 14,4% και 21,4% αντίστοιχα.¹⁸

4. Σχέση της οικονομικής κρίσης με την ψυχική υγεία

Οι ψυχικές διαταραχές και ιδιαίτερα οι συναισθηματικές, κρίνονται πρωταρχικής σημασίας για την δημόσια υγεία καθώς

κατατάσσονται στις πρώτες αιτίες που προκαλούν σημαντική έκπτωση της λειτουργικότητας και μάλιστα σύμφωνα με τον ΠΟΥ αναμένονται μέχρι το 2020 να καταστούν δεύτερες σε συχνότητα εμφάνισης, μετά την ισχαιμική καρδιοπάθεια.¹¹

Το ζήτημα των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία απασχολεί ιδιαίτερα την επιστημονική κοινότητα και τονίζουν την ανάγκη παροχής της κατάλληλης παρέμβασης από τα συστήματα υγείας. Στο περιοδικό Lancet αναφέρεται ότι οι καταθλιπτικές διαταραχές και ο αριθμός των αυτοκτονιών θα αυξηθούν σημαντικά.¹⁹ Μάλιστα, σύμφωνα με άρθρο του Γιώτακου,¹¹ στο Ηνωμένο Βασίλειο αναμένεται τριπλασιασμός των ψυχικών επεισοδίων, διπλασιασμός της κατάχρησης αλκοόλ και δι- ή τριπλασιασμός των καταθλιπτικών επεισοδίων ενώ πρόσφατες αναφορές δείχνουν ήδη αύξηση των αυτοκτονιών στην Ιαπωνία. Στη Χιλή βρέθηκε ισχυρή σχέση μεταξύ απότομης περικοπής του εισοδήματος και εμφάνισης ψυχιατρικών διαταραχών, με τη μείωση του εισοδήματος να πραγματοποιείται 6 μήνες πριν από την έναρξη της συμπτωματολογίας.¹¹

Η έρευνα των Selenko & Batinic,²⁰ που διενεργήθηκε το 2009 στην Αυστρία σε δείγμα 106 ατόμων που βρισκόταν στα πρόθυρα της χρεοκοπίας, εξετάζει τη σχέση μεταξύ αντιληπτής οικονομικής δυσχέρειας και ψυχικής υγείας καθώς και τις ατομικές μεταβλητές που επηρεάζουν τη σχέση αυτή. Όσον αφορά τους ατομικούς παράγοντες γίνεται ένας διαχωρισμός μεταξύ αντικειμενικών και υποκειμενικών διαστάσεων των στρεσογόνων οικονομικών παραγόντων. Ενώ ο όρος αντικειμενική διάσταση αφορά στην αντικειμενική ανικανότητα κάλυψης των τρεχουσών οικονομικών αναγκών, η υποκειμενική διάσταση αφορά στην αντιληπτή ανεπάρκεια σχετικά με την οικονομική δυνατότητα. Επιπλέον, η σχέση μεταξύ αντικειμενικού και υποκειμενικού οικονομικού στρες καθώς και η σχέση μεταξύ υποκειμενικού οικονομικού στρες και ατομικής ευεξίας θεωρείται ότι επηρεάζεται από ένα πλήθος ατομικών παραγόντων. Τέτοιοι παράγοντες είναι το εργασιακό status των ατόμων, τα λανθάνοντα οφέλη στα οποία έχουν πρόσβαση τα άτομα και οι πεποιθήσεις τους σχετικά με την αυτοαποτελεσματικότητα.

Ο όρος λανθάνοντα οφέλη γίνεται περισσότερο κατανοητός μέσα από την θεωρία της λανθάνουσας αποστέρησης της Jahoda (1982).²⁰ Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο, η εργασία παρέχει πρόσβαση σε ορισμένα οφέλη, πέρα από το όφελος της αύξησης του εισοδήματος, τα οποία είναι εξαιρετικά σημαντικά για την ευεξία του ατόμου. Τα οφέλη αυτά αφορούν στη διεύρυνση των κοινωνικών σχέσεων και δικτύωσης του ατόμου, στην πρόσβαση σε συλλογικά επιτεύγματα, στην απόδοση κοινωνικού status καθώς και στη δυνατότητα δραστηριοποίησης του ατόμου και οργάνωσης του χρόνου του.

Από τα αποτελέσματα της έρευνας²⁰ φάνηκε ότι υπάρχει μια σημαντική αρνητική επίδραση της αντιληπτής οικονομικής δυσχέρειας στην ψυχική υγεία ενώ δεν εντοπίστηκε συσχέτιση μεταξύ πραγματικού ύψους του χρέους με την ψυχική υγεία ή με την αντιληπτή οικονομική δυσχέρεια. Και οι τρεις μεταβλητές εργασία, πρόσβαση στα λανθάνοντα οφέλη και αυτοαποτελεσματικότητα παρουσίασαν συσχέτιση με την ψυχική υγεία. Η οικονομική δυσφορία είχε μικρότερη επίδραση στην ψυχική υγεία εάν ένα άτομο είχε ισχυρές πεποιθήσεις

αυτοαποτελεσματικότητα. Οι αυξημένες κοινωνικές επαφές σχετιζόνταν με καλύτερη ψυχική υγεία μόνο εάν η αντιληπτή οικονομική δυσχέρεια ήταν χαμηλή ενώ το εργασιακό status είχε ελάχιστη επίδραση στη σχέση μεταξύ αντιληπτής οικονομικής δυσχέρειας και ψυχικής υγείας. Επομένως, σύμφωνα με τα ευρήματα, φαίνεται ότι ακόμη και κάτω από έντονο αντικειμενικό οικονομικό στρες (π.χ. χρεοκοπία), το υποκειμενικό οικονομικό στρες μπορεί να ποικίλει και ως αποτέλεσμα να ποικίλει και η ψυχική υγεία του ατόμου.

Οι οικονομικές αλλαγές και η αγροτική κρίση του 1980 στην Αμερική φαίνεται να σχετίζονται με την έντονη εμφάνιση ψυχολογικών συμπτωμάτων στον επαρχιακό πληθυσμό. Ως σημαντικοί παράγοντες βρέθηκαν η προσωπική αντίληψη για τις ατομικές οικονομικές προοπτικές, η κοινωνική δομή και το οικονομικό και πολιτισμικό πλαίσιο της κοινότητας.²¹

Μία εξόχως ενδιαφέρουσα έρευνα στην Αυστραλία συνέκρινε αυτό-αναφορές σχετικά με την κατάσταση υγείας και την ψυχολογική λειτουργία ενηλίκων μέσης ηλικίας 67ετών πριν και κατά τη διάρκεια της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης.²² Σημαντική διαφορά στην κατάθλιψη και τα συμπτώματα άγχους φάνηκε στις δύο μετρήσεις στα άτομα που ανέφεραν σημαντικότερη έκπτωση της ψυχολογικής τους λειτουργίας ως αποτέλεσμα της οικονομικής ύφεσης. Επίσης, οι συμμετέχοντες που ερωτήθηκαν κατά τη διάρκεια της οξείας περιόδου της οικονομικής κρίσης ήταν λιγότερο πιθανό να αναφέρουν ψυχολογικά συμπτώματα σε σύγκριση με εκείνους που ερωτήθηκαν αργότερα. Οι διαφορές στα συμπτώματα της κατάθλιψης στις δύο ομάδες φαίνεται να εξηγείται εν μέρει από την έννοια της οικονομικής κοινωνικής νόρμας, έννοια που φαίνεται να επιδρά γενικά στην ευεξία και ψυχική υγεία του πληθυσμού. Κοινωνική νόρμα θεωρείται το σύνολο κανόνων και αξιών που πλαισιώνουν το κοινωνικό και πολιτισμικό πλαίσιο. Η σύγκριση της προσωπικής κατάστασης με την ισχύουσα νόρμα φαίνεται ότι αποτελεί αποτελεσματικό τρόπο αντιμετώπισης του στρες και των απειλητικών πληροφοριών. Οι κοινωνικές συγκρίσεις αποτελούν σημαντικό μηχανισμό για την κατανόηση του πώς τα άτομα ερμηνεύουν τις συνθήκες της ζωής τους και την κοινωνική πραγματικότητα, καθώς και του πώς προσαρμόζονται στις αλλαγές. Μία θετική σύγκριση επιδρά ενισχυτικά στην αυτοεκτίμηση, πράγμα ιδιαίτερα σημαντικό σε καταστάσεις αβέβαιες και διφορούμενες. Έτσι, το να είσαι άνεργος έχει λιγότερες αρνητικές επιπτώσεις όταν το ποσοστό ανεργίας είναι τόσο υψηλό ώστε να θεωρείται κοινωνική νόρμα. Για τον πληθυσμό της Αυστραλίας μια ενδιαφέρουσα υπόθεση είναι ότι τα πιο ήπια αναφερόμενα συμπτώματα κατάθλιψης κατά την οξεία φάση της οικονομικής κρίσης σε σύγκριση με τα πιο βαριά συμπτώματα της μεταγενέστερης οικονομικής ανάκαμψης ήταν αποτέλεσμα της υποκειμενικής αντίληψης ότι το άτομο απεικονίζει την τρέχουσα κοινωνική νόρμα.²²

5. Σχέση της οικονομικής κρίσης με την αυτοκτονία

Μία εκτενής έρευνα των Chang et al.²³ μελέτησε τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης (1997-1998) σε ασιατικές χώρες, όπως η Ιαπωνία, το Χονγκ Κονγκ, η Νότια Κορέα, η Ταϊβάν, η Σιγκαπούρη και η Ταϊλάνδη. Τα δεδομένα για τις αυτοκτονίες και τον πληθυσμό για την περίοδο 1985-2006 εξήχθησαν από την βάση δεδομένων θνησιμότητας

του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και από τα στατιστικά θνησιμότητας της Ταϊβάν. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι αυτοκτονίες ελαττώθηκαν στα τέλη της δεκαετίας του '80 και τις αρχές του '90 αλλά ότι αργότερα κατά την οικονομική κρίση αυξήθηκαν σημαντικά σε όλες τις χώρες. Αξίζει να σημειωθεί ότι δεν υπήρξε αισθητή αύξηση των αυτοκτονιών σε Ταϊβάν και Σιγκαπούρη, όπου η οικονομική κρίση επηρέασε λιγότερο το κατά κεφαλήν ακαθόριστο εγχώριο προϊόν και τα ποσοστά της ανεργίας. Επομένως, υποδεικνύεται ότι η ασιατική οικονομική κρίση, κυρίως μέσα από την αύξηση της ανεργίας, προκάλεσε άνοδο των αυτοκτονιών στις περισσότερες χώρες της Ν.Α. Ασίας. Το στρες το οποίο προκαλείται από την ανεργία και τα οικονομικά προβλήματα μπορεί να οδηγήσει σε κατάθλιψη, η οποία αυξάνει τον κίνδυνο αυτοκτονίας. Εντούτοις, η ανεργία μπορεί να συμβάλλει στην αυτοκτονικότητα ανεξάρτητα από την ύπαρξη ψυχιατρικής ασθένειας. Πράγματι, μια πρόσφατη έρευνα που εξέταζε παράγοντες που σχετίζονταν με τις αυτοκτονικές σκέψεις βρήκε ότι η τρέχουσα ανεργία συνδέεται με μια σχεδόν τετραπλάσια αύξησή τους.²³

Στην Ταϊλάνδη, διενεργήθηκε έρευνα¹⁰ που εξετάζει και αναλύει τις βραχυπρόθεσμες επιπτώσεις της κρίσης στην υγεία χρησιμοποιώντας υπάρχοντα δεδομένα και κάποιες ειδικές έρευνες και συνεντεύξεις κατά την διάρκεια 1998-1999. Βρέθηκε ότι η ανεργία και η οικονομική δυσχέρεια έχουν σε σημαντικό βαθμό δυσμενείς επιπτώσεις στην ψυχική υγεία, τα επίπεδα του στρες και τον αυτοκτονικό ιδεασμό. Συγκεκριμένα, κατά την διάρκεια της κρίσης, η Υπηρεσία Ψυχικής Υγείας διενέργησε τριμηνιαίες τηλεφωνικές έρευνες σε όλη τη χώρα για να εκτιμήσει το ψυχικό στρες, τον αυτοκτονικό ιδεασμό και τις μεθόδους αντιμετώπισης χρησιμοποιώντας σταθμισμένα ερωτηματολόγια. Αυτό που παρατηρήθηκε ήταν υψηλότερο ποσοστό κλινικού στρες, αυτοκτονικού ιδεασμού και αισθημάτων απελπισίας για το μέλλον στους ανέργους σε σύγκριση με τους εργαζόμενους.

Μία άλλη έρευνα των Taylora et al.²⁴ εξετάζει τη σχέση μεταξύ ποσοστών αυτοκτονίας και επιπολασμού των ψυχικών διαταραχών και αποπειρών αυτοκτονίας σε ομάδες διαφορετικού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου Αυστραλών κατοίκων. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, για τους Αυστραλούς άνδρες το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο σχετίζεται πιο στενά με την αυτοκτονία απ' ό,τι οι ψυχικές παθήσεις και μάλιστα ο κίνδυνος αυτοκτονίας ατόμων χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου παρέμεινε σημαντικά υψηλός σε όλες τις ηλικίες. Αυτό δείχνει ότι το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο σχετίζεται με τον κίνδυνο αυτοκτονίας πέρα και πάνω από την ύπαρξη ψυχικών διαταραχών, ένα εύρημα περισσότερο σύμφωνο με την ύπαρξη αιτιώδους συνάφειας. Οι ψυχικές παθήσεις και η προηγούμενη αυτοκτονική συμπεριφορά πιθανώς να παίζουν ένα διαμεσολαβητικό ρόλο για το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, όμως η παρούσα έρευνα υποστηρίζει την ύπαρξη και μίας ανεξάρτητης σχέσης.

Οι Stuckler et al.²⁵ μελέτησαν σε 26 χώρες της Ευρώπης για το διάστημα 1970-2006, τον τρόπο που οι οικονομικές μεταβολές επηρέασαν τα ποσοστά θνησιμότητας στην Ευρώπη κατά τις τελευταίες τρεις δεκαετίες καθώς επίσης και τον τρόπο που οι κυβερνήσεις θα μπορούσαν να περιστέλλουν τις δυσμενείς επιπτώσεις αυτών. Βρήκαν ότι για κάθε αύξηση 1% στην ανεργία υπήρχε αύξηση 0,8% στις

αυτοκτονίες, στις ηλικίες κάτω των 65 ετών, καθώς και αύξηση 0,8% στις ανθρωποκτονίες. Επίσης, αύξηση πάνω από 3% στην ανεργία είχε αντίστοιχα ακόμη μεγαλύτερη επίδραση στις αυτοκτονίες (αύξηση >4%), στις ηλικίες κάτω των 65 ετών καθώς και στους θανάτους από χρήση αλκοόλ. Τέλος, βρήκαν ότι τα αυξανόμενα ποσοστά ανεργίας δεν είχαν καμία επίπτωση στο ποσοστό των αυτοκτονιών όταν οι δαπάνες σε ενεργά προγράμματα στήριξης της αγοράς εργασίας, τα οποία αποσκοπούν στη διατήρηση θέσεων εργασίας και την επανένταξη των απολυόμενων, ήταν πάνω από 190\$ ανά άτομο ανά έτος.

Τέλος, ένας ακόμη σημαντικός παράγοντας που σχετίζεται με την ψυχική υγεία είναι η χρήση ουσιών, όπου εντοπίζεται θετική συσχέτιση μεταξύ οικονομικής κρίσης και χρήσης ναρκωτικών ουσιών.²⁶

B. Οικονομική κρίση στην Ελλάδα

Η διερεύνηση των επιπτώσεων της τρέχουσας οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία στην Ελλάδα αποτέλεσε στόχο της έρευνας του Γιωτάκου και συνεργατών.²⁷ Συγκεκριμένα, μελετήθηκε η ύπαρξη πιθανής συνάφειας μεταξύ της ανεργίας και του μέσου εισοδήματος της τελευταίας εικοσαετίας με τους ακόλουθους δείκτες ψυχικής υγείας: εισαγωγές σε ψυχιατρική κλινική, επισκέψεις σε εξωτερικά ιατρεία και επείγοντα ψυχιατρικών κλινικών, αυτοκτονίες, ανθρωποκτονίες, θνησιμότητα και διαζύγια της τελευταίας δεκαετίας. Η συλλογή των στοιχείων πραγματοποιήθηκε στο διάστημα Σεπτέμβριος-Οκτώβριος 2010 από τη βάση δεδομένων της Ελληνικής Στατιστικής Υπηρεσίας και από τα Νοσοκομεία Αιγινήτειο, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής, Γενικό Κρατικό Αθηνών και Ευαγγελισμός.

Συγκεκριμένα, οι δείκτες ψυχικής υγείας που φάνηκε να έχουν σημαντική συσχέτιση με τους οικονομικούς δείκτες είναι οι επισκέψεις σε τακτικά εξωτερικά ιατρεία και τμήματα επείγοντων ψυχιατρικών κλινικών, οι αυτοκτονίες, οι ανθρωποκτονίες και ο αριθμός διαζυγίων. Ειδικότερα, βρέθηκε θετική συσχέτιση μεταξύ των επισκέψεων στα εξωτερικά ιατρεία και στα επείγοντα του Αιγινήτειου και της ανεργίας και του μέσου εισοδήματος. Δεδομένου ότι το μοντέλο πολλαπλής παλινδρόμησης έδειξε ότι και οι δύο οικονομικοί δείκτες σχετίζονται ανεξάρτητα ο ένας από τον άλλο με τις επισκέψεις στα ιατρεία του Αιγινήτειου Νοσοκομείου, μπορούμε να υποθέσουμε πως οι δύο αυτοί δείκτες επηρεάζουν διαφορετικά κομμάτια του πληθυσμού και πιθανότατα αντανακλούν την επίδραση διαφορετικών αιτιών που ωθούν τα άτομα στη χρήση των συγκεκριμένων υπηρεσιών.

Ωστόσο, χαμηλότερο μέσο εισόδημα συσχετίστηκε με υψηλότερο ποσοστό ατόμων που εξυπηρετήθηκαν στα επείγοντα και των τεσσάρων νοσοκομείων συνολικά. Το στοιχείο αυτό και η αντίθεσή του με τα ευρήματα μόνο στο Αιγινήτειο Νοσοκομείο μπορεί να οφείλονται στα διαφορετικής χρονικής διάρκειας δεδομένα των τεσσάρων νοσοκομείων, στη γεωγραφική τους θέση και στον εξειδικευμένο χαρακτήρα τους (π.χ. ψυχιατρικές κλινικές αντί ψυχιατρικών τμημάτων σε γενικά νοσοκομεία). Βρέθηκε επίσης ότι η αύξηση των αυτοκτονιών σχετίζεται με χαμηλότερο μέσο εισόδημα. Ακόμη, υψηλότερο μέσο εισόδημα σχετίζεται με λιγότερους θανάτους σε άτομα

ηλικίας 15–70 ετών.²⁷

Σημαντικό εύρημα της έρευνας είναι η ύπαρξη θετικής συσχέτισης της ανεργίας τον αριθμό ανθρωποκτονιών ενώ δεν βρέθηκε κάτι αντίστοιχο για τον αριθμό των αυτοκτονιών. Σύμφωνα με τους ερευνητές, η απουσία ευρήματος που να καταδεικνύει αύξηση των αυτοκτονιών με την αύξηση της ανεργίας πιθανά οφείλεται στις ακόμη βραχυπρόθεσμες επιπτώσεις της κρίσης αλλά και στην ύπαρξη παραδοσιακών δομών κοινωνικής μέριμνας.²⁷

Από το Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων²⁸ πραγματοποιήθηκε έρευνα πεδίου σε αντιπροσωπευτικό δείγμα 5000 περίπου ενηλίκων ηλικίας 18-74 ετών. Για το σκοπό της έρευνας πραγματοποιήθηκαν συνεντεύξεις στα σπίτια των συμμετεχόντων από τον Ιούλιο του 2009 έως και τον Ιανουάριο του 2010. Σύμφωνα με την έρευνα, φάνηκε δραματική αύξηση της συμπτωματολογίας σε άτομα με μικρότερο οικογενειακό εισόδημα ή σε άτομα που αντιμετωπίζουν σοβαρές οικονομικές δυσκολίες. Τα άτομα που αντιμετώπιζαν αρκετές έως πολλές οικονομικές δυσκολίες (ανεξάρτητα από το ύψος του εισοδήματός τους) ήταν σχεδόν 3 φορές πιο πιθανό να εμφανίσουν σοβαρή ψυχοπαθολογία σε σχέση με τα άτομα που δεν αντιμετώπιζαν οικονομικές δυσκολίες. Συγκεκριμένα, άτομα χωρίς οικονομικά προβλήματα εμφάνισαν συχνότητα σοβαρής ψυχιατρικής συμπτωματολογίας σε ποσοστό περίπου 3% και κατάθλιψη σε ποσοστό 1% ενώ τα ποσοστά στα άτομα με πολλές οικονομικές δυσκολίες ήταν 22% και 12% αντίστοιχα. Σχετικά με την απασχόληση, τη μικρότερη συχνότητα σοβαρής ψυχοπαθολογίας είχαν όσοι εργάζονται (είτε πλήρους, είτε μερικής απασχόλησης). Οι άνεργοι είχαν διπλάσια σχεδόν πιθανότητα να εμφανίζουν σοβαρή ψυχοπαθολογία ακόμη και όταν λαμβάνονται υπόψη και όλοι οι άλλοι παράγοντες που μπορεί να επηρεάζουν την συσχέτιση π.χ. εισόδημα. Επιπλέον, ήταν δύομισι φορές πιο πιθανό να παρουσιάζουν «ευχές θανάτου» και ιδέες αναξιοτήτας για την ζωή ακόμη και όταν έλαβαν υπόψη στην ανάλυση το εισόδημα και τις οικονομικές δυσκολίες.²⁸

Σύμφωνα με τους Bouras & Lykouras²⁹ έχει υπάρξει μια άνοδος στην ανεργία με το ποσοστό να φτάνει στο 12.4% τον Οκτώβριο του 2010. Επίσης, φαίνεται να υπάρχει αύξηση στον αριθμό των ανθρώπων που απευθύνονται στα Κέντρα Υποδοχής και Αλληλεγγύης (ΚΥΑΔΑ) προς ικανοποίηση των πρώτων αναγκών (σίτιση, στέγαση, φάρμακα και ιατρική περίθαλψη). Ο αριθμός εκείνων που απευθύνονται στα κέντρα σίτισης που παρέχονται από την εκκλησία έχει πολλαπλασιάσει κυρίως λόγω της αύξησης του αριθμού των Ελλήνων που προσφεύγουν σε αυτήν την λύση (35%-40% και ηλικίας 50 έως 70 ετών). Τα γεύματα που προσφέρονται καθημερινά έχουν διπλασιαστεί από 5.000 έως 10.000 και αυτό στην περιοχή της Αθήνας μόνο.

Στο άρθρο των Kentikelenis et al.¹⁹ συνοψίζονται στοιχεία και υποστηρίζεται ότι η κατάσταση της υγείας έχει χειροτερέψει ιδιαίτερα στις ευάλωτες ομάδες. Επίσης, εντοπίζεται αύξηση της εγκληματικότητας με τα ποσοστά των ανθρωποκτονιών και κλοπών να έχουν σχεδόν διπλασιαστεί στο διάστημα μεταξύ 2007 και 2009. Μία σημαντική αύξηση στις λοιμώξεις από τον ιό της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας (HIV) έλαβε χώρα στα τέλη του 2010. Ο επιπολασμός της χρήσης ηρωίνης φέρεται να αυξήθηκε κατά 20% το 2009

σύμφωνα με εκτιμήσεις από το Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά. Οι περικοπές του προϋπολογισμού το 2009 και το 2010 είχαν ως αποτέλεσμα την απώλεια του ενός τρίτου των street-work προγραμμάτων της χώρας.¹⁹ Ωστόσο, η ελληνική οργάνωση των Γιατρών του Κόσμου εκτιμά ότι το ποσοστό των Ελλήνων που αναζητά ιατρική περίθαλψη από τις κλινικές του δρόμου αυξήθηκε από 3-4% πριν την κρίση σε περίπου 30%.¹⁹

Ο Madianos et al.³⁰ πραγματοποίησαν πανελλαδική τηλεφωνική έρευνα δύο φάσεων, το 2008 με δείγμα 2,197 και το 2009 με δείγμα 2,192, με σκοπό τη διερεύνηση της πιθανής συσχέτισης της οικονομικής κρίσης και του επιπολασμού του Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου. Στις τηλεφωνικές συνεντεύξεις χρησιμοποιήθηκαν το SCID I module of MDE και το Index of Personal Economic Distress (IPED). Τα αποτελέσματα επιβεβαίωσαν την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ των δύο μεταβλητών και συγκεκριμένα έδειξε ότι τα άτομα που αντιμετώπιζαν σοβαρές οικονομικές δυσκολίες είχαν μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου. Όσον αφορά τη σύγκριση των δεδομένων των δύο φάσεων, παρατηρήθηκε αύξηση του ποσοστού επιπολασμού του Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου της τάξεως του 2,1 το έτος 2009 σε σχέση με το 2008.³⁰

Σε επόμενη έρευνα των Economidou et al.³¹ που ακολούθησε τις ίδιες μεθόδους, παρατηρήθηκε ότι το 2011 υπήρξε 36% αύξηση στις αναφορές (34) απόπειρας αυτοκτονίας τον τελευταίο μήνα πριν τη διεξαγωγή της έρευνας έναντι των αναφορών (24) το 2009. Τα ψυχομετρικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν ήταν το Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I) και το financial strain was measured by the Index of Personal Economic Distress (IPED).

Έρευνα του ΕΠΙΨΥ³² επεξεργάστηκε και ανέλυσε το περιεχόμενο των κλήσεων στην Τηλεφωνική Γραμμή Βοήθειας για την Κατάθλιψη από το Μάιο του 2008 έως τον Ιούνιο του 2011 με σκοπό την διερεύνηση της πιθανής συσχέτισης της οικονομικής κρίσης και των αιτημάτων για την τηλεφωνική ψυχολογική υποστήριξη. Όπως φάνηκε από τα αποτελέσματα, από το πρώτο εξάμηνο του 2010 υπήρξε αυξανόμενος αριθμός κλήσεων από άτομα που ανέφεραν άμεσα ή έμμεσα ότι επηρεάζονταν από την οικονομική κρίση. Αξιοσημείωτο είναι ότι τα άτομα αυτά ήταν περισσότερο πιθανό να εμφανίσουν κατάθλιψη από ό,τι εκείνα που δεν αναφέρθηκαν στην κρίση. Υψηλό ποσοστό των τελευταίων, μάλιστα, βρέθηκε να εμφανίζει υπερένταση/τεντωμένα νεύρα και καταχρήσεις αλκοόλ ή ουσιών. Δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς την κατάχρηση ουσιών ή την αυτοκτονικότητα. Τέλος, το άγχος φάνηκε να επιβαρύνει κατά κύριο λόγο τους εργαζομένους, πιθανώς λόγω της έλλειψης ασφάλειας και της αβεβαιότητας που βιώνουν καθημερινά.³²

Μελετώντας τα δεδομένα από τον Π.Ο.Υ. για τους δείκτες αυτοκτονίας στην Ελλάδα παρατήρησαν ότι το 2009, έτος έναρξης της βαθιάς οικονομικής ύφεσης, ο αριθμός των αυτοκτονιών ήταν ίδιος με εκείνον του 2000 και χαμηλότερος αυτών του 2005 και 2006.³³ Επίσης, ο Σκαπινάκης³⁴ προσθέτει στα παραπάνω ότι και σε προηγούμενα έτη, εν απουσία οικονομικής κρίσης, οι δείκτες αυτοκτονίας εμφάνισαν αυξομειώσεις της τάξεως του 20% εστιάζοντας όπως και οι Fountoulakis et al.³³ στο μεγάλο πρόβλημα της χαμηλής

ποιότητας των ελληνικών δεδομένων.

Επίσης, σημειώνεται η επίπτωση της οικονομικής ύφεσης στην ψυχική υγεία των επαγγελματιών υγείας. Οι μειώσεις των δαπανών σε μισθούς και λειτουργικά έξοδα των νοσοκομείων λόγω περικοπών του κράτους οδηγούν σε μια πτώση της ποιότητας των υποδομών και υπηρεσιών. Αυτό σε ένα περιβάλλον εντατικοποίησης των επαγγελματικών απαιτήσεων έχει προκαλέσει πτώση του ηθικού και επαγγελματική εξουθένωση του προσωπικού.^{35,7}

Δυνατότητες αντιμετώπισης και πρόληψης

Η μείωση του αποκλεισμού, τα καθολικά οφέλη και η προστασία των πολιτών από την εξαθλίωση αποτελούν κοινά στοιχεία των εθνικών πολιτικών για την υγεία.

Στοιχεία για τη σημαντικότητα της φύσης της πολιτικής στρατηγικής που θα ακολουθείται παρουσιάζονται παρακάτω μέσα από τρεις συγκρίσεις, εκείνη της Ρωσίας-Κούβας, των χωρών της Α. Ασίας και 27 ευρωπαϊκών χωρών.

Η κατάρρευση του σοβιετικού μπλοκ είχε καταστροφικές επιπτώσεις στην Κούβα και τη Ρωσική Ομοσπονδία αλλά πυροδότησε εξαιρετικά διαφορετικές απαντήσεις στη δημόσια υγεία της κάθε χώρας.³⁶ Ενώ τα ποσοστά θνησιμότητας στη Ρωσία αυξήθηκαν σημαντικά, στην Κούβα η κρίση είχε ελάχιστες επιπτώσεις. Οι θεμελιώδεις κοινωνικές, πολιτικές και πολιτισμικές διαφορές και οι αντίστοιχες ιδιαιτερότητες της κάθε οικονομικής κρίσης εκτιμώνται ως οι κύριες αιτίες για αυτή τη διακύμανση. Γενικότερα, τα δεδομένα αντικατοπτρίζουν διαφορετικές πολιτικές στρατηγικές. Οι κουβανικές αρχές προσπάθησαν να διασφαλίσουν το σύστημα στα προ κρίσης επίπεδα όσο το δυνατό περισσότερο, βρίσκοντας τρόπους πρόληψης ή επαναπροσδιορισμού του πλεονάζοντος εργατικού δυναμικού. Αντίθετα, η ρωσική κυβέρνηση έλαβε λιγότερα προφυλακτικά μέτρα. Ως προστατευτικός παράγοντας λειτούργησαν και οι συλλογικές διαπροσωπικές σχέσεις, το επίπεδο δηλαδή της κοινωνικής εμπιστοσύνης και συσπείρωσης των πολιτών.³⁶

Οι οικονομίες της Ινδονησίας, της Μαλαισίας και της Ταϊλάνδης υπέστησαν ύφεση το 1997.³⁷ Μελετήθηκε ο αντίκτυπος της οικονομικής αστάθειας στην κατάσταση υγείας των πολιτών μέσω της μείωσης στα έξοδα τροφίμων, της μείωσης των εξόδων για την υγεία και την εκπαίδευση από τις οικογένειες και τη μείωση των δημόσιων δαπανών από το κράτος. Αν και αύξηση των θανάτων, συμπεριλαμβανομένων και των αυτοκτονιών, και των ψυχικών διαταραχών παρατηρείται και στα τρία κράτη, το μέγεθος και η διάρκεια της κρίσης διαφέρει.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, υπήρξαν επιπτώσεις στην υγεία και κυρίως στη θνησιμότητα για τους πληθυσμούς της Ινδονησίας και της Ταϊλάνδης. Στη Μαλαισία η οικονομική κρίση φάνηκε να έχει ελάχιστη μόνο επίπτωση στον τομέα της υγείας. Σχετικά με τις πολιτικές που ακολουθήθηκαν, η Ταϊλάνδη και η Ινδονησία δέχθηκαν τη βοήθεια του ΔΝΤ. Κύρια γραμμή πολιτικής αποτέλεσε η μεταρρύθμιση της οικονομίας, με ιδιαίτερη έμφαση στη δημοσιονομική πειθαρχία και την αναδιάρθρωση του τραπεζικού τομέα, απαιτώντας τη διατήρηση υψηλών επιτοκίων για την αποφυγή εκροής κεφαλαίου. Επιπλέον, οι όροι που έθεσε το ΔΝΤ οδήγησαν σε

έκπτωση της κοινωνικής πρόνοιας, σε μια εποχή όπου η αύξηση της ανεργίας και της υποαπασχόλησης ήταν δραματική.

Από την άλλη, η Μαλαισία αρνήθηκε την παρέμβαση του ΔΝΤ και περιορίζοντας τις κινήσεις κεφαλαίων, η νομισματική αρχή της ήταν ικανή να μειώσει τα επιτόκια, να εξασφαλίσει πρόσβαση στις επιχειρήσεις σε φθηνότερα δάνεια σε μια προσπάθεια να αποφευχθεί η πτώχευση και να ξεκινήσει μια επεκτατική δημοσιονομική πολιτική. Ο πολιτικός αυτός σχεδιασμός επέτρεψε στην οικονομία της να ανακάμψει από την ύφεση πολύ πιο γρήγορα. Αυτό με τη σειρά του είχε θετικές συνέπειες στους οικονομικούς και κοινωνικούς δείκτες καθώς και στην υγεία του πληθυσμού.³⁷

Η τελευταία έρευνα χρησιμοποίησε δεδομένα για σύγκριση από τους οργανισμούς WHO, ILO, World Bank και OECD Health Data για 26 χώρες της ευρωπαϊκής ένωσης.²⁵ Τα κρατικά έξοδα που μελετήθηκαν ήταν για την περίοδο 1970-2007. Παρατηρήθηκε ότι για κάθε 1% αύξηση στην ανεργία έχουμε 0,79% αύξηση του αριθμού των αυτοκτονιών για ηλικίες κάτω των 65 ετών και αύξηση 0,79% στις ανθρωποκτονίες. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί το Ηνωμένο Βασίλειο (1981) όπου η ανεργία αυξήθηκε κατά 3,6% και οι αυτοκτονίες κατά 2,7%. Αντίστοιχες δραματικές αυξήσεις στην ανεργία κατά την οικονομική ύφεση βίωσαν οι χώρες της Φινλανδίας (1990-93) με την ανεργία να αυξάνεται από 3,2% σε 16,6% και της Σουηδίας (1991-92) όπου η ανεργία από 2,1% αυξήθηκε στο 5,7%. Οι επιπτώσεις όμως ήταν διαφορετικές.

Και στις δύο χώρες οι αυτοκτονίες είχαν σταθερή μείωση. Επίσης, δεν υπήρξε καμία συσχέτιση μεταξύ οικονομικής ύφεσης και ανεργίας με την επιδείνωση της δημόσιας υγείας. Σύμφωνα με την έρευνα, βρέθηκε ότι όταν η κρατική επένδυση υπερέβαινε τα 190\$ ανά κεφαλή το έτος, η αύξηση της ανεργίας δεν είχε καμία επίπτωση στον αριθμό των αυτοκτονιών. Συγκεκριμένα, για κάθε 10\$ αύξηση των επενδύσεων σε κρατικά προγράμματα εργασίας έχουμε 0,038% μικρότερες συνέπειες στον δείκτη των αυτοκτονιών από αυτές που προκαλεί η αύξηση 1% του ποσοστού της ανεργίας. Επομένως, η διακύμανση αυτή οφείλεται στο ότι Φινλανδία και Σουηδία δεσμεύτηκαν στην κοινωνική πρόνοια κατά τη διάρκεια κρίσεων παρέχοντας προγράμματα επανατοποθέτησης/επανεκπαίδευσης ανέργων. Επομένως, η κρατική παρέμβαση διαδραματίζει πρωτεύοντα ρόλο και οι διαφορές ανά την Ευρώπη μπορούν ως ένα βαθμό να αποδοθούν εκεί.²⁵

Στην Ελλάδα, με τα ποσοστά ανεργίας να αυξάνονται κάθε μέρα, οι ερευνητές θεωρούν ότι θα πρέπει να γίνουν πιο ενεργητικές προσπάθειες για την ανίχνευση και αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών στις ομάδες υψηλού κινδύνου. Αυτό θα μπορούσε να γίνει με χαμηλό κόστος με την συνεργασία π.χ. του ΟΑΕΔ και εθελοντικών οργανώσεων σε όλη την Ελλάδα.

Επιπλέον, η συμμόρφωση με τις προτάσεις της Διακήρυξης (Declaration) της Alma-Ata όσον αφορά στην πρωτοβάθμια φροντίδα θα μπορούσε να αποφέρει καλύτερους δείκτες υγείας και χαμηλότερο κόστος για όλες τις ιατρικές υπηρεσίες, όπως φαίνεται σε άλλες χώρες. Έτσι, ένα αποτελεσματικό και αποδοτικό για την υγεία σύστημα, πιο κοντά στην ικανοποίηση των αναγκών και προσδοκιών των πολιτών, αφορά στον εντοπισμό των σημείων εγκατάστασης γενικών μονάδων πρωτοβάθμιας φροντίδας με τον προσωπικό γιατρό

να έχει κεντρικό ρόλο.⁶ Επίσης, σημαντική κρίνεται η εστίαση στον καλύτερο σχεδιασμό παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας καθώς σύμφωνα με πρόσφατη έρευνα του Γιωτάκου φαίνεται να υπάρχει αρνητική συσχέτιση μεταξύ της προσβασιμότητας, της εγγύτητας και του αριθμού των υπηρεσιών υγείας με τους δείκτες αυτοκτονίας.¹⁵

Η ανάπτυξη νέων πρακτικών διαχείρισης και η ταχεία τροποποίηση της οργάνωσης των πολιτικών διαδικασιών εργασίας και της ιεραρχικής δομής είναι επιτακτική ανάγκη.⁶

Συζήτηση

Σύμφωνα με τα παραπάνω, η οικονομική κρίση φαίνεται να επιφέρει επιπτώσεις στην υγεία και ιδιαίτερα στην ψυχική υγεία κυρίως μέσω της ανεργίας και της μείωσης του εισοδήματος. Ωστόσο, το είδος της σχέσης αυτής καθώς και η ερμηνεία της δεν αποτελεί πάντοτε ένα εύκολο εγχείρημα. Ενώ οι περισσότερες έρευνες βρίσκουν αρνητική συσχέτιση μεταξύ οικονομικής κρίσης και ψυχικής υγείας πρέπει να ληφθούν υπόψη σημαντικοί παράγοντες που παρεμβάλλονται σε αυτή τη σχέση. Ιδιαίτερα καθοριστικοί παράγοντες κρίνονται το υποκειμενικό οικονομικό στρες και η επίδραση του στην ευεξία, τα λανθάνοντα οφέλη της εργασίας καθώς και η αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας. Επιπλέον, κοινωνικοί παράγοντες όπως ο στιγματισμός, η περιθωριοποίηση, η διάβρωση των κοινωνικών σχέσεων, η τρέχουσα κοινωνική νόρμα και η ύπαρξη δικτύων κοινωνικής προστασίας φαίνεται να παίζουν σημαντικό ρόλο.

Λαμβάνοντας υπόψη τους περιορισμούς των ελληνικών ερευνών, όπως αυτοί αναφέρονται από τους ίδιους τους συγγραφείς, οποιαδήποτε καθολική αποδοχή των αποτελεσμάτων κρίνεται επισφαλής. Ωστόσο, οι έρευνες αυτές παρέχουν πολύτιμες πληροφορίες για ένα κοινωνικό φαινόμενο το οποίο απασχολεί σε μεγάλο βαθμό τη σύγχρονη ελληνική κοινωνία. Οι μελέτες αυτές έρχονται να καλύψουν την απουσία επαρκών δεδομένων πριν την οικονομική ύφεση και να αποτελέσουν τη βάση για περαιτέρω διαχρονικές έρευνες. Επιπλέον, τα δεδομένα που θα προκύψουν από έρευνες που θα διενεργηθούν μετά την οικονομική κρίση θα μπορέσουν να συγκριθούν με αυτά ερευνών που έλαβαν χώρα κατά την διάρκειά της, προσφέροντας μια πληρέστερη κατανόηση των επιπτώσεων και των προστατευτικών παραγόντων για την ψυχική υγεία.

Η ανάγκη των πολιτών για ενημέρωση από την επιστημονική κοινότητα αναφορικά με τις διαφαινόμενες αλλαγές στην ελληνική κοινωνία είναι κατανοητή, ωστόσο από τη σχετική ανασκόπηση στον έντυπο και ηλεκτρονικό τύπο προκύπτει ότι η διαχείριση του φαινομένου από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης είναι αποσπασματική και προβληματική. Αξίζει, λοιπόν, να αναρωτηθούμε για το ρόλο των ΜΜΕ ως επιπρόσθετο, διαμεσολαβητικό, αρνητικό παράγοντα στην ψυχική υγεία.²³ Η επιτυχημένη παρέμβαση της Αυστριακής Οργάνωσης για την Πρόληψη των Αυτοκτονιών (ÖVSKK), η οποία εφάρμοσε τις οδηγίες που εξέδωσε ο ΠΟΥ στις αρχές του 90ς, όσον αφορά τον τρόπο παρουσίασης των αυτοκτονιών από τα ΜΜΕ σε μια προσπάθεια να αντιμετωπιστεί το φαινόμενο του «Βέρθερου» (copycat effect), είναι ένα παράδειγμα που θα μπορούσε να υιοθετηθεί και στην Ελλάδα.³⁸

Τέλος, δεδομένου ότι η οικονομική κρίση και τα επακόλουθα αυτής, όπως η ανεργία, αποτελούν αναγνωρίσιμους στρεσογόνους παράγοντες θα μπορούσε να προταθεί μια εναλλακτική ερμηνεία των συμπτωμάτων σε διαγνωστικό επίπεδο. Συγκεκριμένα, η ανάπτυξη συγκινησιακών ή συμπεριφορικών συμπτωμάτων ως απάντηση των ατόμων στους παραπάνω παράγοντες θα μπορούσε να ενταχθεί στην διαγνωστική κατηγορία του DSM-IV-TR39 «Διαταραχές της Προσαρμογής».

Εν κατακλείδι, η εμπειρική ψυχιατρική έρευνα αυτή τη

στιγμή δεν είναι σε θέση να προσφέρει απάντηση στα ερωτήματα που θέτει η κοινή γνώμη και πρέπει να περιμένουμε ίσως 1-2 χρόνια μέχρι να δημοσιευτούν τα επόμενα επιδημιολογικά δεδομένα βασισμένα σε σωστή δειγματοληψία όπως π.χ. τα στοιχεία της έρευνας SHARE (The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe). Στο εντωμεταξύ η ελληνική Ψυχιατρική και Ψυχολογία οφείλει να διευκρινίσει ότι δεν είναι δυνατόν να κατανοηθούν θέματα δημόσιας υγείας με τη μελέτη προσωπικών ιστοριών ή στοιχείων, όπως αυτά έρχονται στην επικαιρότητα από τη μη επιστημονική κοινότητα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Chan M. Impact of financial crisis on health: a truly global solution is needed (Cited 1 April 2009). Διαθέσιμο στο internet <http://www.who.int/mediacentre/news>
- Gilman S, Kawachi I, Fitzmaurice MG, Buka LS. Socioeconomic status in childhood and the lifetime risk of major depression. *Int J Epidemiol* 2002; 31:359-367
- Hudson C. Socioeconomic Status and Mental Illness: Tests of the Social Causation and Selection Hypotheses. *Am J Orthopsych* 2005; 75 (1):3-18
- Oikonomou N, Tountas Y. The Greek economic crisis: a primary health-care perspective. *Lancet* 2011; 377: 28-29
- Grammatikopoulos I, Koupidis S, Petelos E, Theodorakis P. Mental health policy in Greece: implications into practice in the era of economic crisis. *Eur Psych* 2011; 26:01-535
- Oikonomou N, Mariolis A. How is Greece conforming to Alma Ata's principles in the middle of its biggest financial crisis? *Brit J Gen Pract* 2010; 456-457
- Luna P. Is the economic crisis affecting the quality of neurological services? *Lancet* 2011; 10: 602-603
- Kentikelenis A, Papanicolas I. Economic crisis, austerity and the Greek public health system. *Eur J Pub Health* 2012; 22(1):4-5
- Paxson C. Child Health and Economic Crisis in Peru. *World Bank Econ Rev* 2005; 19 (2): 203-223
- Tangcharoensathien V, Harnvoravongchai P, Pitayarangsarit S, Kasemsup V. Health impacts of rapid economic changes in Thailand. *Soc Sci Med* 2000; 51:789±807
- Γιωτάκος Ο. Οικονομική κρίση και ψυχική Υγεία. *Ψυχιατρική* 2010; 21 (3): 195-204
- Leahy R. Unemployment's Human Costs (Cited 8 January 2011). Διαθέσιμο στο internet <http://www.huffingtonpost.com/robert-leahy-phd/>
- Paul K, Moser K. Unemployment impairs mental health: meta-analyses. *J Vocat Behav* 2009; 74:264-282
- Khang YH, Lynch J, Kaplan G. Impact of economic crisis on cause-specific mortality in South Korea. *Int J Epidemiol* 2005; 34:1291-1301
- Γιωτάκος Ο, Τσουβέλας Γ, Κονταξάκης Β. Αυτοκτονίες και υπηρεσίες παροχής ψυχικής υγείας στην Ελλάδα. *Ψυχιατρική* 2012; 23:29-38
- Ruckert A. & Labonte R. The financial crisis and global health: the International Monetary Fund's (IMF) policy response. *Health Promotion Int*, doi: 10.1093/heapro/das016, 2012
- Cutler M, David F, Knaul R, Lozano O, Mendez Z. Financial crisis, health outcomes, and aging: Mexico in the 1980s and 1990s. *J Public Econ* 2002; 84(2): 279-303
- Waters H, Saadah F, Pradhan M. The impact of the 1997-98 East Asian economic crisis on health and health care in Indonesia. *Health Policy Plan* 2003; 18(2): 172-181
- Kentikelenis A, Karanikolos M, Papanicolas I, Basu S, McKee M, Stuckler D. Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy. *Lancet* 2011; 378: 1457-1458
- Selenko E, Batinic B. Beyond debt. A moderator analysis of the relationship between perceived financial strain and mental health. *Soc Sci Med* 2011; 73(12): 1725-1732
- Ortega T, Johnson R, Beeson G, Craft J. The Farm Crisis and Mental Health: A Longitudinal Study of the 1980s. *Rural Sociology* 1994; 59(4):598-619
- Sargent-Cox K, Butterworth P, Anstey K. The global financial crisis and psychological health in a sample of Australian older adults: A longitudinal study. *Soc Sci Med* 2011; 73(7) :1105-1112
- Chang S, Gunnell D, Sterne J, Lu T-H, Cheng A. Was the economic crisis 1997-1998 responsible for rising suicide rates in East/South-east Asia? A time-trend analysis for Japan, Hong Kong, South Korea, Taiwan, Singapore and Thailand. *Soc Sci Med* 2009; 68(7):1322-133
- Taylor R, Pagea A, Morrella S, Harrisonb J, Carterc G. Mental health and socio-economic variations in Australian suicide. *Soc Sci Med* 2005; 61:1551-1559
- Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A, McKee M. The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *Lancet* 2009; 374: 315-23
- Ng K, Agius M, Zaman R. The Effects of the Economic Crisis On Mental Health. *Eur Psych* 2011; 26:663
- Γιωτάκος Ο, Καράμπελας Δ, Καυκάς Α. Επίπτωση της οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία στην Ελλάδα. *Ψυχιατρική* 2011; 22:109-119
- Σκαπινάκης Π. Επιδημιολογία Ψυχικών διαταραχών στην Ελλάδα. 1η Πανελλήνια Έρευνα Ψυχικής Υγείας. Paper presented at 21ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατρικής, 5-8 Μαΐου 2011, Αθήνα. Διαθέσιμο στο internet <http://pskapinakis.posterous.com/panel-linia-epidimiologiki-erevna>
- Bouras G, Lykouras L. The economic crisis and its impact on mental health. *Encephalos* 2011; 48(2):54-61
- Madianos M, Economou M, Alexiou T, Stefanis C. Depression and economic hardship across Greece in 2008 and 2009: two cross-sectional surveys nationwide. *Soc Psychiatr Psychiatr Epidemiol* 2011; 46: 943-52
- Economou M, Madianos M, Thelertis C, et al. Increased suicidality amid economic crisis in Greece. *Lancet* 2011; 378:1459
- Οικονόμου Μ, Πέππου Λ.Ε, Λουκή Ε, Κομπορόζος Α, Μέλλου Α, Στεφανής Κ. Γραμμή βοήθειας για την κατάθλιψη: Αναζήτηση βοήθειας σε περίοδο οικονομικής κρίσης. *Ψυχιατρική* 2012; 23:17-28
- Fountoulakis K, Grammatikopoulos I, Koupidis S, Siamouli M, Theodorakis P. Health and the financial crises in Greece. *Lancet* 2012; 379:1001
- Σκαπινάκης Π. Επιδημία αυτοκτονικών στην Ελλάδα; Ας το ξανασκεφτούμε. (Cite 12 January 2012). Διαθέσιμο στο internet <http://pskapinakis.blogspot.gr/2012/01/blog-post.html>
- Karamanolis E. Dept crisis strains Greece's ailing health system. *Lancet* 2011; 378:303-304
- Borowy I. Similar but different: Health and economic crisis in 1990s Cuba and Russia. *Soc Sci Med* 2011; 72:1489e1498
- Hopkins S. Economic stability and health status: Evidence from East Asia before and after the 1990s economic crisis. *Health Policy* 2006; 75:347-357

38. Etzersdorfer E. & Sonneck G. Preventing suicide by influencing mass-media reporting. The viennese experience 1980–1996. Arch Suicide Res 1998; 4:67-74
39. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders 1994, (4th edn). Washington, DC:Author