

**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ**

**ΣΧΟΛΗ :ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ**

**ΤΜΗΜΑ:ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΠΩΣ ΕΠΗΡΕΑΖΕΙ  
ΤΟΥΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ**

**Σπουδάστρια: ΓΚΕΡΤΑ ΠΑΠΠΑ**

**Εποπτεύων καθηγητής: ΚΑΛΛΙΑΝΕΖΟΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ**

**ΠΑΤΡΑ 2015**

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Ένα πολύ μεγάλο ευχαριστώ στο Καθηγητή μου και επιβλέπων της συγκεκριμένης πτυχιακής εργασίας, Κο Παναγιώτη Καλλιανέζο για την πολύ μεγάλη βοήθεια του κατά την διάρκεια της έρευνας μου.

Θα ήθελα επίσης να ευχαριστήσω, όλους τους ειδικούς αλλά και τους εργαζόμενους, οι οποίοι με βοήθησαν, παρέχοντάς μου κάθε σχετική πληροφορία, για τις καθημερινές διεργασίες εντός των νοσοκομείων και πως επιδρά η οικονομική κρίση στους επαγγελματίες υγείας.

Επιπλέον θα ήθελα να δηλώσω ότι είμαι ευγνώμων στο προσωπικό των διαφόρων επιχειρήσεων που ασχολούνται με αυτού του είδους την θεματολογία και την λειτουργία των επαγγελματιών υγείας, για την απεριόριστη παροχή πληροφοριών σχετικά με τις συνθήκες που επικρατούν λόγω της οικονομικής κρίσης και αναφορικά με τις λειτουργίες των νοσοκομείων και πως επηρεάζονται από τις συνθήκες της οικονομικής κρίσης αλλά και τις περικοπές που έχουν επιβληθεί τα τελευταία χρόνια στα οικονομικά στοιχεία και πόρους του συστήματος υγείας.

Τέλος, θα επιθυμούσα ιδιαίτερα, να ευχαριστήσω τα μέλη της οικογενείας μου αλλά και τους φίλους μου, οι οποίοι όλο αυτόν τον καιρό της προετοιμασίας της συγκεκριμένης πτυχιακής εργασίας αλλά και έρευνας, με στήριξαν σε υπέρτατο βαθμό.

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Στόχος της παρούσας ερευνητικής μελέτης είναι η διερεύνηση των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης στους επαγγελματίες υγείας καθώς και των διαστάσεων του προβλήματος στη δημόσια υγεία. Πιο συγκεκριμένα ο σκοπός της παρούσας μελέτης είναι ο συσχετισμός ορισμένων παραμέτρων όπως το οικογενειακό εισόδημα, εργασιακή ανασφάλεια, επαγγελματική ικανοποίηση, αποτελεσματικότητα υπηρεσιών υγείας, ποιότητα και επάρκεια υλικού με την οικονομική κρίση.

Ως εκ τούτου, θα πρέπει να σημειωθεί πως το δείγμα της παρούσας μελέτης αποτέλεσαν επαγγελματίες υγείας από το γενικό νοσοκομείο νοσημάτων θώρακος "Η ΣΩΤΗΡΙΑ" και οι οποίοι αναφέρονται εκατό στον αριθμό της μελέτης. Τέλος, θα πρέπει να σημειωθεί πως η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια της πτυχιακής εργασίας του Τμήματος Νοσηλευτικής του Α.Τ.Ε.Ι. Δυτικής Ελλάδας από τον Μάιο του 2015 έως το τέλος Ιουλίου του 2015.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στην εργασία αυτή αναλύεται το φαινόμενο της οικονομικής κρίσης και οι επιπτώσεις στους επαγγελματίες υγείας. Η κατάσταση φτώχειας στις χώρες του Νότου όπως και στην Ελλάδα είναι γεγονός. Η οικονομική κρίση είναι μια χρονική περίοδος που επιφέρει μεγάλες διαταραχές στις χρηματοπιστωτικές αγορές, ένα φαινόμενο κατά το οποίο υπάρχει μια διαρκή και αισθητή μείωση της οικονομικής της δραστηριότητας. Τα πρώτα δείγματα εμφανίστηκαν τον Ιούλιο του 2007. Την κατάσταση ευνόμισαν αρνητικά οι ιδιαιτερότητες του κάθε κράτους με την χαμηλή ανταγωνιστικότητα, την μεγάλη διστακτικότητα για την ανάληψη επενδύσεων, την πολύ χαμηλή αποτελεσματικότητα του φοροεισπρακτικού μηχανισμού και την εξάρτηση του από εξωτερικό δανεισμό

Αποτελεί επίσης γεγονός πως η πρωτοβάθμια περίθαλψη στην χώρα μας αντιμετωπίζει προβλήματα συντονισμού και αυτό έχει ως αποτέλεσμα να μην εξασφαλίζεται η παροχή φροντίδας των ασθενών και να διογκώνεται η ήδη υπάρχουσα αναποτελεσματικότητα του συστήματος υγείας. Υπάρχει μεγάλη έλλειψη εργασιακών αναγκών στα νοσοκομεία όπως και στα κέντρα υγείας τα οποία εμφανίζουν σοβαρά προβλήματα στην λειτουργία τους. Το εργασιακό στρες είναι μεγάλο και δεν υπάρχει ευκαιρία για πρόοδο και υγεία στον χώρο της εργασίας.

Βάσει των ανωτέρω λοιπόν, θα λέγαμε πως στόχος της εργασίας λοιπόν είναι η διερεύνηση των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης στους επαγγελματίες υγείας και ο συσχετισμός ορισμένων παραμέτρων όπως το οικογενειακό εισόδημα, εργασιακή ανασφάλεια, επαγγελματική ικανοποίηση, αποτελεσματικότητα υπηρεσιών υγείας, με την οικονομική κρίση.

Για να πραγματοποιηθεί η συγκεκριμένη έρευνα, επιλέχθηκαν 100 επαγγελματίες υγείας, ανεξαρτήτως φύλλου και ηλικίας, από το δημόσιο νοσοκομείο όπου πραγματοποίησα την πρακτική μου άσκηση. Συμπληρώθηκαν τα ειδικά διαμορφωμένα ερωτηματολόγια στον χώρο εργασίας τους και τα βασικότερα ευρήματα της εν λόγω έρευνας, αναφέρουν τιμές που ήταν αναμενόμενο να εμφανιστούν μιας και η οικονομική κρίση έχει μεγάλη επίδραση. Σημειώθηκε λοιπόν πως η οικονομική κρίση προκάλεσε και συνεχίζει να προκαλεί μείωση στην ζήτηση σε παγκόσμια κλίμακα, μείωση στην παγκόσμια παραγωγή και αύξηση της ανεργίας.

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

i.	<b>ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ</b> .....	1
ii.	<b>ΠΡΟΛΟΓΟΣ</b> .....	2
iii.	<b>ΠΕΡΙΛΗΨΗ</b> .....	3
iv.	<b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ</b> .....	7
v.	<b>ΚΥΡΙΩΣ ΚΕΙΜΕΝΟ</b>	
<b>1.ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ: Η ΕΝΝΟΙΑ ΚΑΙ ΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΑΠΟ ΤΟ 2008 ΚΑΙ ΕΠΕΙΤΑ</b>		
1.1	Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΑΠΟ ΤΟ 2008 ΚΑΙ ΕΠΕΙΤΑ ΣΕ ΔΙΕΘΝΗΣ ΒΑΣΗ.....	8
1.2	ΑΙΤΙΕΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΥΝΤΕΛΟΥΝ ΣΤΗΝ ΕΞΑΠΛΩΣΗ ΤΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	9
1.3	ΤΟ ΠΡΩΤΥΤΕΡΟ ΒΙΟΤΙΚΟ ΚΑΙ ΤΑΥΤΟΧΡΟΝΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΚΟ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΠΟΥ ΣΥΝΤΕΛΕΙ ΣΤΗΝ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΦΤΩΧΕΙΑΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ.....	12
1.3.1	Η ΑΝΕΡΓΙΑ ΚΑΙ Η ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΑΝΕΡΓΙΑ.....	12
1.3.2	ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΝΙΣΧΥΟΥΝ ΤΙΣ ΑΝΙΣΟΤΗΤΕΣ ΚΑΙ ΤΟ ΚΙΝΔΥΝΟ ΦΤΩΧΕΙΑΣ.....	14
1.4	ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΣΧΕΤΙΚΩΝ ΜΝΗΜΟΝΙΩΝ.....	15
1.4.1	ΝΕΕΣ ΕΡΓΑΣΙΑΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΜΝΗΜΟΝΙΟΥ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΙΣΟΔΟ ΣΤΟ ΔΝΤ.....	15
<b>2. ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ : Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΟΥΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ</b>		
2.1	ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΚΑΙ ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΙΣ ΜΕΡΕΣ ΜΑΣ.....	19
2.2	ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΝΤΕΙΝΟΥΝ ΤΗΝ ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΟΥΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	21

2.2.1	ΈΛΛΕΙΨΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΚΩΝ ΑΝΑΓΚΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ.....	20
2.2.2	ΈΛΛΕΙΨΗ ΕΠΙΤΕΥΞΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΥ ΗΘΙΚΟΥ – ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ– ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗΣ ΝΟΗΜΟΣΥΝΗΣ.....	21
2.2.3	Η ΈΛΛΕΙΨΗ ΤΗΣ ΣΠΟΥΔΑΙΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ ΤΗΣ ΠΑΡΑΚΙΝΗΣΗΣ ΕΝΤΟΣ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ.....	23
2.2.4	ΈΛΛΕΙΨΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ.....	23
2.3	ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΟΥΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	24
2.3.1	ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ – ΜΗ ΥΛΙΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ.....	24
2.3.2	ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΑΝΑΣΦΑΛΕΙΑ – ΈΝΤΟΝΗ ΑΠΟΣΤΡΟΦΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	25
2.4	ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΠΟΥ ΠΡΟΚΑΛΟΥΝΤΑΙ ΣΤΟΥΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΛΟΓΩ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ.....	25
2.4.1	Η ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΕΚΔΗΛΩΣΕΩΝ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΥ ΣΤΡΕΣ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ.....	25
2.4.2	ΥΓΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΚΑΙ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΣΤΡΕΣ.....	28
2.4.3	ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΣΤΗΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗ ΥΓΕΙΑ ΑΠΟ ΤΟ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΣΤΡΕΣ ΛΟΓΩ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ.....	29
2.4.4	ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΣΤΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΚΑΙ ΨΥΧΟΤΡΟΠΕΣ ΟΥΣΙΕΣ.....	31
2.4.5	ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΥΣ ΣΤΡΕΣ ΚΑΙ ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΣΤΟΥΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΛΟΓΩ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ.....	32
2.5	ΠΟΣΟΣΤΑ ΑΝΕΡΓΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΑΠΟ ΤΟ 2008 ΚΑΙ ΈΠΕΙΤΑ ΣΤΟΥΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΕΞΑΙΤΙΑΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ.....	33

### **3. ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ : ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΈΡΕΥΝΑΣ**

3.1	Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΈΡΕΥΝΑΣ.....	37
3.2	ΠΡΩΤΟΓΕΝΗ ΚΑΙ ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΈΡΕΥΝΑΣ.....	37
3.3	ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΣ.....	38
3.4	ΔΕΙΓΜΑ ΈΡΕΥΝΑΣ.....	38
3.5	ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΥΛΙΚΟ – ΕΡΓΑΛΕΙΑ.....	38
3.6	ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑΣ (ΜΕΘΟΔΟΣ ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑΣ).....	39
3.7	ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΈΡΕΥΝΑΣ.....	39

<b>4.</b>	<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ: ΔΙΕΞΑΓΩΓΗ ΈΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ</b>	
4.1	ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΈΡΕΥΝΑΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΟΥΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	40
<b>5.</b>	<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ : ΕΠΙΛΟΓΟΣ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....</b>	<b>66</b>
vi.	<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....</b>	<b>68</b>
vii.	<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....</b>	<b>72</b>

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Αποτελεί γεγονός πως είναι ιδιαίτερα εμφανής η κατάσταση φτώχειας από την οποία είναι δύσκολο να ξεφύγουν άτομα στην Ευρώπη αλλά ιδιαίτερα στις χώρες του Νότου όπως η Ελλάδα, ειδικά σε ότι σχετίζεται με τα συστήματα υγείας, κοινωνικής παροχής και ασφάλισης για την περίοδο 2008-2014.+6

Η οικονομική κατάσταση των πολιτών της χώρας, επηρεάζεται άμεσα απ' αυτούς τους παράγοντες και μ' αυτό τον τρόπο οι ανισότητες αυξάνονται σχετικά με τις ανισότητες στη κατανομή του εισοδήματος και την αύξηση του κινδύνου φτώχειας. Τα άτομα που ήδη βρίσκονται κάτω από τα όρια της φτώχειας, βρίσκονται σε πολύ χειρότερη θέση.

Αποτελεί επίσης γεγονός πως η πρωτοβάθμια περίθαλψη στην Ελλάδα αντιμετωπίζει προβλήματα συντονισμού. Από τη μια, δεν υπάρχει συντονισμός μεταξύ των προμηθευτών εξωνοσοκομειακής φροντίδας και των νοσοκομειακών ιατρών, επειδή δεν υπάρχει σύστημα παραπομπής και αυτό έχει ως αποτέλεσμα, να μην εξασφαλίζεται η συνέχεια στην παροχή φροντίδας των ασθενών και να διογκώνεται η ήδη υπάρχουσα αναποτελεσματικότητα του συστήματος υγείας. Από την άλλη, δεν υπάρχει ομοιογένεια στις οργανωτικές και διοικητικές δομές με ανεπαρκή στελέχωση και εξοπλισμό.



# 1. ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ : Η ΈΝΝΟΙΑ ΚΑΙ ΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΑΠΟ ΤΟ 2008 ΚΑΙ ΈΠΕΙΤΑ

## 1.1 Η ΈΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΑΠΟ ΤΟ 2008 ΚΑΙ ΈΠΕΙΤΑ ΣΕ ΔΙΕΘΝΗΣ ΒΑΣΗ

Αναφερόμενοι στην έννοια της οικονομικής κρίσης στην Ευρώπη από το 2008 και έπειτα, θα λέγαμε πρώτιστα πως επιχειρώντας ν' αποδώσουμε σχετικά τον όρο της *Οικονομικής Κρίσης*, ουσιαστικά πρόκειται για μια περίοδο η οποία χαρακτηρίζεται από αισθητή και διαρκή μείωση της οικονομικής δραστηριότητας και πιο συγκεκριμένα των μεγεθών μακροοικονομίας όπως της διαμόρφωσης του ΑΕΠ, των πτώσεων των τιμών προϊόντων και υπηρεσιών, των επενδύσεων αλλά και της απασχόλησης (Correa, Iooty, 2010).

Ένας διαφορετικός ορισμός της *Οικονομικής Κρίσης*, αναφέρει πως η χρονική εκείνη περίοδος η οποία επιφέρει μεγάλες διαταραχές στις χρηματοπιστωτικές αγορές και στις οποίες τα όποια προβλήματα οικονομικού κινδύνου και λανθασμένων επιλογών, αυξάνονται με αναμενόμενα αποτελέσματα την αδυναμία διοχέτευσης κεφαλαίων σε αποδοτικούς τομείς και παραγωγικές επενδύσεις (Erol et al, 2011).

Αντίστοιχα, σύμφωνα με τον Κουφάρη (2010), *Οικονομική Κρίση* λαμβάνεται το φαινόμενο κατά το οποίο μια οικονομία χαρακτηρίζεται από μια διαρκή και αισθητή μείωση της οικονομικής της δραστηριότητας. Όταν λέμε οικονομική δραστηριότητα αναφερόμαστε σε όλα τα μακροοικονομικά μεγέθη της οικονομίας, όπως η απασχόληση, το εθνικό προϊόν, οι τιμές, οι επενδύσεις κ.λπ. Ο βασικότερος δείκτης οικονομικής δραστηριότητας είναι οι επενδύσεις, οι οποίες, όταν αυξομειώνονται, συμπαρασύρουν μαζί τους και όλα τα υπόλοιπα οικονομικά μεγέθη (Κουφάρης, 2010).

Βάσει των ανωτέρω λοιπόν, θα λέγαμε πως τα πρώτα δείγματα της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης, άρχισαν να εμφανίζονται διεθνώς, τον Ιούλιο του 2007. Ωστόσο, τα τραπεζικά ιδρύματα και αγνοώντας την πλασματική ανοδική πορεία στην αγορά, προέβλεπαν ότι θα έχουν μεγάλα κέρδη από τα δάνεια που θα μπορούσαν να χορηγήσουν στον κτηματομεσιτικό τομέα και ιδιαίτερα σε άτομα με αρκετά χαμηλό εισόδημα. Οι αξίες όμως των ακινήτων αυξήθηκαν, και αυτοί που είχαν πάρει στεγαστικό δάνειο, πήραν επιπλέον δάνεια και έβαλαν σαν υποθήκη την επιπρόσθετη αξία (Calomiris, 2011).

Μετά από κάποιο χρονικό διάστημα, στις ΗΠΑ, άρχισε ουσιαστικά η κατακόρυφη πτώση των τιμών των κατοικιών η οποία επεκτάθηκε σε διεθνή βάση τα επόμενα χρόνια. Οι δανειολήπτες, που οι απολαβές τους ήταν χαμηλές, δεν μπορούσαν να αποπληρώσουν τις δόσεις των δανείων τους και έτσι οι τράπεζες οδηγούνταν στο σημείο να κατάσχουν τις κατοικίες αυτές.

Όταν όμως χρειάστηκε να πουλήσουν τα ακίνητα για να τους αποφέρει πολυπόθητο ρευστό, η προσφορά στην πώληση ακινήτων αυξήθηκε σημαντικά με αποτέλεσμα οι τιμές των ακινήτων να σημειώσουν ακόμα μεγαλύτερη πτώση. Έτσι, τα ομόλογα που βασίζονταν στα ενυπόθηκα δάνεια σημείωσαν μεγάλη πτώση (Raghavan, 2009).

Ως εκ τούτου, οι τράπεζες είχαν έρθει σε εξαιρετικά δυσχερή θέση και η λύση για να λυθεί το πρόβλημα έλλειψης ρευστού, μπορούσε να δοθεί με δανειοδότηση από άλλα χρηματοπιστωτικά ιδρύματα, λύση που ήταν δύσκολη να πραγματοποιηθεί καθώς το ρίσκο δανεισμού ήταν μεγάλο και δεν ήθελαν πολλοί να το αναλάβουν. Ως συνέπεια της έλλειψης ρευστότητας, η αγορά άρχισε να ασφυκτεί και οι προβληματικές τράπεζες άρχισαν να καταρρέουν και από αυτό το σημείο και έπειτα ξεκίνησε να επηρεάζεται σημαντικά ο παραγωγικός τομέας.

Η οικονομική κρίση προκάλεσε και συνεχίζει να προκαλεί μείωση στην ζήτηση σε παγκόσμια κλίμακα, μείωση στην παγκόσμια παραγωγή και αύξηση της ανεργίας. Το σημαντικότερο όμως είναι ότι δημιουργήθηκε ένα κλίμα πανικού επεκτάθηκε στους πολίτες των κρατών. Πολλές κυβερνήσεις κρατών έσπευσαν να ενισχύσουν οικονομικά τις τράπεζες για να περιορίσουν την ασφυξία των αγορών (Καραμούζης, Χαρδούβελης, 2011).

Παρ' όλη την κρατική οικονομική ενίσχυση στις διεθνείς τράπεζες με την παροχή αρκετών δισεκατομμυρίων ευρώ, οι τράπεζες παρουσιάστηκαν ιδιαίτερα διστακτικές και δεν διοχέτευσαν αυτά τα χρήματα στην αγορά. Τα κριτήρια χορήγησης δανείων, ιδιαίτερα στεγαστικών, είναι πολύ πιο αυστηρά και έχουν οδηγήσει σε μεγάλη πτώση τον οικοδομικό κλάδο. Μαζί με την αλματώδη αύξηση της ανεργίας η αγορά είναι σε μία κατάσταση αβεβαιότητας και εξαιρετικά αρνητικής ψυχολογίας (Ματσαγγάνας, 2011).

Την κατάσταση στη περίπτωση αυτή, ευνοούν αρνητικά και οι ιδιαιτερότητες του κάθε κράτους με την χαμηλή ανταγωνιστικότητα, την μεγάλη διστακτικότητα για την ανάληψη επενδύσεων, την πολύ χαμηλή αποτελεσματικότητα του φοροεισπρακτικού μηχανισμού και την εξάρτηση του από εξωτερικό δανεισμό. Σημαντικό ρόλο «έπαιξαν» και η συνεχής επιβράδυνση του ρυθμού ανάπτυξης της χώρας αλλά και τα συνεχώς αυξανόμενα ελλείμματα του δημόσιου τομέα και το δημόσιο χρέος.

Ως παράδειγμα, αναφέρεται η οικονομία της Ελλάδας η οποία είναι βασισμένη, σε μεγάλο βαθμό, στον τουρισμό, την ναυτιλία και την οικοδομή. Οι κλάδοι αυτοί ήταν οι πρώτοι που αντιμετώπισαν προβλήματα, και σε μεγάλο βαθμό, από την οικονομική κρίση (Καραμούζης, Χαρδούβελης, 2011).

## 1.2 ΑΙΤΙΕΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΥΝΤΕΛΟΥΝ ΣΤΗΝ ΕΞΑΠΛΩΣΗ ΤΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Η οικονομική κατάσταση των πολιτών της χώρας, επηρεάζεται άμεσα απ' αυτούς τους παράγοντες και μ' αυτό τον τρόπο οι ανισότητες αυξάνονται σχετικά με τις ανισότητες στη κατανομή του εισοδήματος και την αύξηση του κινδύνου φτώχειας. Τα άτομα που ήδη βρίσκονται κάτω από τα όρια της φτώχειας, βρίσκονται σε πολύ χειρότερη θέση. Οι παράγοντες εκείνοι που συμβάλουν καταλυτικά στην δυσμενή αυτή κατάσταση, αναφέρονται ως εξής (Ματσαγγάνας, 2011):

- Ø Πληθωρισμός και αύξηση των τιμών. Ο υψηλός πληθωρισμός δεν έχει αρνητική επίπτωση στη αγοραστική δύναμη αλλά αυξάνει τις οικονομικές ανισότητες. Από τη στιγμή που οι τιμές για αγαθά πρώτης ανάγκης αυξάνονται και μειώνεται η αξία του εισοδήματος δημιουργείται σοβαρό πρόβλημα. Ο πληθωρισμός όμως δε «χτυπά» ομοιόμορφα τον Ελληνικό πληθυσμό. Κυρίως τα χαμηλά οικονομικά στρώματα

πλήττονται από το μέσο πληθωρισμό εξαιτίας της διαφορετικής διάρθρωσης της καταναλωτικής δαπάνης. Η ανοδική πορεία των τιμών ου είναι διαρκής δημιουργεί ανισοκατανομή εισοδήματος.

- Ø Το φορολογικό σύστημα, το οποίο δεν έχει παρά ένα χαμηλό επίπεδο φορολογικής επιβάρυνσης και ένα επίπεδο υψηλής φορολογίας. Έχει άμεση σχέση με την άνιση κατανομή εισοδήματος.
- Ø Η φοροδιαφυγή – φοροαποφυγή – εισφοροδιαφυγή. Σύμφωνα με σχετικές οικονομικές πηγές, η φοροαποφυγή πολλές φορές έχει χαρακτηριστεί πέρα από τις αυτονόητες δημοσιονομικές της συνέπειες, ότι αποτελεί μια διαδικασία η οποία συντελεί στις ανισοκατανομές του εισοδήματος και συγκεκριμένα εις βάρος των μισθωτών και των όσων διαφεύγουν. Οι συνέπειές της περιορίζουν τα περιθώρια για άσκηση μιας πραγματικής κοινωνικής κατανομής. Το κλίμα της φοροδιαφυγής δεν επιτρέπει τη δημιουργία συνθηκών υγιούς ανταγωνισμού για την οικονομία. Κανείς πλέον δε φορολογείται σύμφωνα με την φορολογική του ικανότητα.

Ωστόσο αναφέρονται και κοινωνικοί παράγοντες που ενισχύουν το κίνδυνο φτώχειας τη συγκεκριμένη περίοδο και λόγω της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα, ως εξής (Καραμούζης, Χαρδούβελης, 2011)

- Ø Το μέγεθος του νοικοκυριού. Τα ακραία μεγέθη των νοικοκυριών κινδυνεύουν περισσότερο από τη φτώχεια. Οι οικογένειες δηλαδή με πέντε μέλη ή/και όσα διαθέτουν ένα μόνο άτομο. Στα νοικοκυριά με πέντε άτομα, ο κίνδυνος είναι μεγαλύτερος αφού και τα εξαρτώμενα μέλη είναι περισσότερα σε σχέση με εισόδημα της οικογένειας. Η δεύτερη μορφή έχει να κάνει μόνο με το χαμηλό εισόδημα.
- Ø Η δομή της οικογένειας. Τα υψηλότερα επίπεδα φτώχειας παρουσιάζονται σε μονογονεϊκές οικογένειες. Στην Ελλάδα για την περίοδο 2008-2014, αυτές οι μορφές οικογένειας αγγίζουν το 28,8% και τα ποσοστά φτώχειας που παρατηρούνται είναι μεγαλύτερα από τα νοικοκυριά εκείνα που αποτελούνται από δυο ενήλικους και μάλιστα και με παιδιά. Το ίδιο ισχύει και σε οικογένειες όπου ο πατέρας εργάζεται και μάλιστα 1 στις 3 οικογένειες αυτού του τύπου είναι φτωχές.
- Ø Το φύλο. Το ποσοστό της φτώχειας τη περίοδο 2008-2013 σύμφωνα με στοιχεία από τη Κοινωνική Προστασία και τη Κοινωνική Ένταξη, ήταν μεγαλύτερο για το γυναίκες και λιγότερο στους άνδρες. Το φαινόμενο αυτό όμως δημιουργεί και σκέψεις. Το 2012, οι στατιστικές αρχές της Ελλάδος, ανέφεραν ότι το χάσμα σε ότι αφορά τους μισθούς ανδρών και γυναικών υπήρχε και κλιμακώνεται σε μεγαλύτερες ηλικίες και μάλιστα σε άτομα με υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης.
- Ø Η ηλικία. Ο μεγαλύτερος κίνδυνος φτώχειας παρατηρείται σε ηλικιωμένους και παιδιά. Οι κοινωνικές και οι οικονομικές ανισότητες κληροδοτούνται στα παιδιά από τους γονείς τους.
- Ø Το εκπαιδευτικό επίπεδο. Η ανισοκατανομή του εισοδήματος έχει απόλυτη σχέση με το επίπεδο εκπαίδευσης. Το επίπεδο αυτό έχει την ικανότητα να επηρεάζει τη παραγωγική δυνατότητα των ανθρώπων, τις αμοιβές τους που μπορεί να κερδίσουν καθώς και το επίπεδο ευημερίας τους. Υπάρχει σοβαρό πρόβλημα στο θέμα των ανισοτήτων στο τομέα της εκπαίδευσης. Το πρόβλημα όμως γίνεται πολύ πιο σοβαρό από τη στιγμή που οι εκπαιδευτικές ανισότητες στην Ελλάδα είναι διευρυμένες τόσο στις ομάδες πληθυσμού όσο και σε επίπεδο περιφερειακό. Το θέμα είναι πολύ πιο σοβαρό στη Τριτοβάθμια εκπαίδευση.
- Ø Οι κοινωνικές προκαταλήψεις – ξενοφοβία – ρατσισμός. Είναι απαραίτητη, η καταπολέμηση της αδήλωτης απασχόλησης των μεταναστών αλλά ταυτόχρονα έχει μεγάλη σημασία και η ένταξή τους. Ειδικότερα από τη στιγμή που τα άτομα αυτά

αντιμετωπίζουν σοβαρό πρόβλημα επιβίωσης αλλά και αντιμετωπίζονται σαν ένα εργατικό δυναμικό πολύ φθινό και οι ίδιοι πλήττονται από το κοινωνικό αποκλεισμό.

Βάσει των ανωτέρω, θα λέγαμε λοιπόν πως αποτελεί γεγονός πως το “ντόμινο” των εξελίξεων στην παγκόσμια αγορά το 2008 δεν ήταν δυνατόν να μην επηρεάσει και την οικονομία της Ελλάδος. Η διαμορφωθείσα άσχημη οικονομική κατάσταση το 2012 καθώς και η αβεβαιότητα για το μέλλον της Ευρωζώνης, είχαν αρχίσει ν’ αυξάνουν δραματικά τους κινδύνους για την Ελληνική οικονομία. Η κρίση χρέους που επηρέασε δραματικά την Ελλάδα, κατά κύριο λόγο μέσω της αύξησης του κόστους δανεισμού (εσωτερικού και εξωτερικού), επέφερα σημαντική πίεση στις δημοσιονομικές αρχές, αφού η Ελληνική Δημοκρατία αδυνατούσε να δανειστεί σε ευνοϊκούς όρους (Ματσαγγάνας, 2011).

Η αδυναμία των τραπεζών να πετύχουν αύξηση της κεφαλαιακής τους επάρκειας στο 9% λόγω των υποχρεώσεων που επέβαλλε η Ευρωπαϊκή Αρχή Τραπεζών σε συνδυασμό με το κούρεμα των ελληνικών ομολόγων και τις απώλειες που σήμαινε αυτό για τις τράπεζες δημιούργησε ένα έλλειμμα περίπου 5 δισ. ευρώ, για Εθνική και Πειραιώς και σε συνδιασμό με τα δημοσιονομικά ελλείματα του κράτους οδήγησαν την οικονομία στον μηχανισμό στήριξης με όλα τα καταστροφικά αποτελέσματα (Καραμούζης, Χαρδούβελης, 2011).

Έτσι λοιπόν, οι διεθνείς οικονομικές αναταραχές αρχικά, επηρέασαν ήπια το χρηματοπιστωτικό κλάδο της Ελλάδος, διότι το σύστημα λειτουργούσε με εσωστρέφεια κάτι που σημαίνει ότι οι Κυπριακές τράπεζες δεν ήταν αρκετά εκτεθειμένες σε τοξικά προϊόντα και εξωτερικό δανεισμό. Συνέπεια των διεθνών εξελίξεων ήταν να αυξηθεί το κόστος δανεισμού του χρήματος στην Ευρώπη αλλά και στην παγκόσμια αγορά, γεγονός το οποίο δεν μπορούσε να μην επηρεάσει την Ελλάδα.

Αντίστοιχα λοιπόν, οι Ελληνικές τράπεζες ήρθαν αντιμέτωπες με την αναδιάρθρωση του ελληνικού χρέους και την απομείωση των ελληνικών ομολόγων, με τη σημαντική αύξηση των μη εξυπηρετούμενων δανείων και των προβλέψεων, λόγω της επιδεινούμενης οικονομικής κατάστασης στην Ελλάδα, αλλά και τις δύσκολες οικονομικές συνθήκες της κυπριακής αγοράς. Τα δημόσια οικονομικά βρίσκονταν σε αδιέξοδο, και οι συνεχείς υποβαθμίσεις της Κυπριακής Οικονομίας από τους οίκους αξιολόγησης έχουν επηρεάσει την Κυπριακή οικονομία.

Η ανεργία λοιπόν στην Ελλάδα είχε διπλασιαστεί μέσα σε τρία χρόνια – από το 2008 έως το 2012, από 3.4% το 2008, σε 7.2% το 2011, με πολύ μεγαλύτερα ποσοστά στην ανεργία των νέων. Ο αριθμός των ανέργων ήταν 14.3 χιλιάδες άτομα το 2008 και το 2011 κυμαίνεται γύρω στις 30,000 και το 2012 γύρω στις 53.000, σε ποσοστό 12,1% του εργατικού δυναμικού. Οι προβλέψεις δείχνουν ότι ο αριθμός των ανέργων αναμένεται να αυξηθεί τα επόμενα χρόνια φθάνοντας μέχρι και 40% σχεδόν ο ένας στους δύο δεν θα δουλεύει (Υπουργείο Οικονομικών, Στοιχεία 2013).

Επίσης, το δημοσιονομικό έλλειμμα αυξήθηκε σημαντικά τα τελευταία τρία χρόνια, όπως θα ήταν αναμενόμενο λόγω των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης, από πλεόνασμα 0.9% το 2008, σε έλλειμμα -6.0% το 2009, και -5.2% το 2010. Θα πρέπει να σημειωθεί, όμως, ότι παρά την αύξηση που είχε το δημοσιονομικό έλλειμμα, παραμένει πιο χαμηλό από το μέσο όρο της ευρωζώνης, 6.0% το 2010 και το ίδιο ισχύει και για το δημόσιο χρέος το οποίο ήταν 60.8% του ΑΕΠ το 2010, ενώ ο μέσος όρος του δημόσιου χρέους στην ευρωζώνη ήταν 85.5% (Υπουργείο Οικονομικών, Στοιχεία 2013).

Σύμφωνα με τα στοιχεία του υπουργείου Οικονομικών, το έλλειμμα για την περίοδο

Ιανουαρίου-Δεκεμβρίου 2012 μειώθηκε κατά 212,6 εκατομμύρια ευρώ, σε σχέση με το 2011, πέφτοντας στο 4,9% του ΑΕΠ έναντι 6,1% το 2011. Πρόκειται για το χαμηλότερο επίπεδο από τα πλεονάσματα του 2008 και σαφώς χαμηλότερο από τον αναθεωρημένο στόχο του υπουργείου για έλλειμμα 5,8% το 2012. Τέλος, η μείωση του ελλείμματος αποδίδεται κυρίως στις περικοπές δαπανών, λόγω της εφαρμογής των μνημονιακών μέτρων από το Δεκέμβριο του 2012 (Υπουργείο Οικονομικών, Στοιχεία 2013).

Ως εκ τούτου, οι προαναφερθέντες παράγοντες οδήγησαν στις εξής σοβαρές, για τον τόπο και κυρίως τους ανθρώπους, συνέπειες:

- Ø Ύφεση στην ανάπτυξη με αρνητικά πρόσημα ως προς τη διεύρυνση του εθνικού μας πλούτου
- Ø Κάθετη μείωση των επενδύσεων
- Ø Καλπάζουσα ανεργία, ιδιαίτερα ανάμεσα στους νέους
- Ø Συνεχής μείωση της ανταγωνιστικότητας της οικονομίας
- Ø Ψηλό δημοσιονομικό έλλειμμα και κατακόρυφη αύξηση του δημόσιου χρέους
- Ø Κλονισμός της εμπιστοσύνης στο τραπεζικό σύστημα και επιδείνωση της θέσης και της εικόνας της Κύπρου σε διεθνές επίπεδο
- Ø Έλλειψη ρευστότητας στην κυπριακή αγορά και υψηλό κόστος χρήματος.

### 1.3 ΤΟ ΠΡΩΤΥΤΕΡΟ ΒΙΟΤΙΚΟ ΚΑΙ ΤΑΥΤΟΧΡΟΝΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΚΟ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΠΟΥ ΣΥΝΤΕΛΕΙ ΣΤΗΝ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΦΤΩΧΕΙΑΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ

#### 1.3.1 Η ΑΝΕΡΓΙΑ ΚΑΙ Η ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΑΝΕΡΓΙΑ

Σύμφωνα με τη Γνώμη της ΟΚΕ –Οικονομικής και Κοινωνικής Επιτροπής Ελλάδος, οι βασικοί λόγοι οι οποίοι οδηγούν σε φτώχεια και κάνουν τα άτομα να μην είναι σε θέση να αντιμετωπίσουν την εξασφάλιση οικονομικών πόρων επιβίωσης, είναι ουσιαστικά η ανεργία και ειδικότερα η μακροχρόνια ανεργία (ΟΚΕ, 2013).

Εδικά στην Ελλάδα, το φαινόμενο αυτό της ανεργίας έχει λάβει μεγάλες διαστάσεις σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες της Ευρώπης. Ο ΟΟΣΑ αντίστοιχα προσέφερε στοιχεία τα οποία αναφέρονται στη περίοδο 2000-2007, όπου το ποσοστό ανεργίας στη χώρας μας αναφέρεται σε ποσοστό 8,3% κατά Μ.Ο. Η Eurostat επίσης επιβεβαίωσε πως τη περίοδο 2004-2006, η ανεργία είχε μειωθεί ο δείκτης ανεργίας στην Ελλάδα το 2006, ήταν 8,9% και το 2005 ήταν 9,8%.

Ωστόσο σημειώνεται πως μια ακόμα σημαντική αιτία της φτώχειας στην Ελλάδα για την περίοδο 2008-2014, είναι και το χαμηλό εισόδημα το οποίο δε προσφέρει τη δυνατότητα

για επαρκής διαβίωση. Η φτώχεια στην εργασία η οποία οφείλεται σε χαμηλούς μισθούς, χαμηλά κέρδη, μη σταθερή απασχόληση ή/και χαμηλή εξειδίκευση, αποτελεί απόρροια της μη σωστής οργάνωσης της αγοράς εργασίας. Το πρόβλημα αυτό όμως ενέχει απόλυτη σχέση και με το φορολογικό σύστημα και την απουσία μιας σωστής κοινωνικής πολιτικής.

Επισημαίνεται βέβαια και η μεγάλη ανισοκατανομή εισοδήματος η οποία δείχνει και την απουσία ή την αναποτελεσματικότητα της κοινωνικής πολιτικής. Επίσης για ακόμα μια φορά επιβεβαιώνει το γεγονός ότι η εισοδος της Ελλάδας στη διεθνή οικονομία, αποδείχθηκε ανεπαρκής. Η Ελλάδα φαίνεται να καλύπτει το χάσμα των πρώτων ετών αλλά παρόλα αυτά συνεχίζει να υστερεί με αυτό το μέσο όρο της Ε.Ε., σύμφωνα με την έννοια των κοινωνικών δαπανών ως συνολικό ποσοστό επί του ΑΕΠ για την περίοδο 2008 -2014 (ΕΛ.ΣΤΑΤ. – Δείκτες Φτώχειας και Οικονομικής Κατάστασης στην Ελλάδα, Συγκεντρωτικά Στοιχεία 2008 – 2014).

Για παράδειγμα, οι κοινωνικές δαπάνες για για την περίοδο 2008 -2008, αναφέρονται σε 24,2% του ΑΕΠ έναντι του μέσου όρου που ήταν 27,8% στην ΕΕ. Το ποσοστό φτώχειας δεν αλλάζει αν και το συνολικό ποσοστό κοινωνικής δαπάνης αυξάνει σταδιακά σε ένα πλαίσιο σύγκλισης με το μέσο όρο της ΕΕ. Έτσι παρατηρείται μια μικρή εμβέλεια κοινωνικών μεταβιβάσεων η οποία οφείλεται σε :

- ❌ Χαμηλές παροχές κάποιων πεδίων. Η Ελλάδα ανήκει στις τελευταίες θέσεις της Ε.Ε.-15 σε ότι έχει να κάνει με τις δημόσιες δαπάνες για την ενίσχυση της απασχόλησης. Παρόλα αυτά αν και βρίσκεται στην 24η θέση δαπανά χρήματα για προγράμματα καταπολέμησης ανεργίας καταναλώνοντας το 0,512% του ΑΕΠ.
- ❌ Στο είδος των κοινωνικών δαπανών. Στην Ελλάδα οι κοινωνικές παροχές είναι ανταποδοτικές και μη αποτελεσματικές σχετικά με τη καταπολέμηση της φτώχειας. Η ενίσχυση των εισοδημάτων και η πολιτική αυτή έχει να κάνει με κάποιες κατηγορίες ανέργων όπως:
  - ✓ Μακροχρόνια άνεργους
  - ✓ Χαμηλοσυνταξιούχους
  - ✓ Αναπήρους
  - ✓ Ανασφάλιστους
  - ✓ Πολύτεκνους
  - ✓ Επιδόματα στέγασης

Τα επιδόματα αυτά, δεν είναι σε θέση να «απελευθερώσουν» τους δικαιούχους τους από τη φτώχεια ακόμα και προσωρινά για την περίοδο 2008-2014. Σε σχέση με την ενιαία πολιτική καταπολέμησης της φτώχειας λειτουργούν αποσπασματικά με τέτοιο τρόπο ώστε η συνεισφορά τους δεν έχει μεγάλη σημασία. Είναι επίσης φανερό ότι δε μπορεί να στηρίξει κάποια κατηγορία ατόμων όπως τους μακροχρόνια ανέργους οι οποίοι δε δικαιούνται επιδόματα και κάποιες οικογένειες μονογονεϊκές η και εργαζομένους χωρίς ασφαλιστικά δικαιώματα.

Επίσης και άτομα τα οποία αν και δεν είναι ΑΜΕΑ δε μπορούν να εργασθούν. Αλλά και στο πεδίο της δημόσιας εκπαίδευσης, υπάρχουν ανεπάρκειες στη κοινωνική πολιτική. Αν και η εκπαίδευση και το εκπαιδευτικό σύστημα είναι από τους βασικούς μηχανισμούς αναδιανομής πόρων του κράτους, το πρόβλημα της ανισοκατανομής υπάρχει και συντηρείται για την περίοδο 2008-2014.

Η ανισότητα του εκπαιδευτικού συστήματος υπάρχει όχι μόνο σε ομάδες πληθυσμού αλλά και σε περιφερειακό επίπεδο. Παρατηρούνται νομοί και περιφέρειες με τρομακτικές ανισότητες. Παρ' ότι ο εκπαιδευτικός δημόσιος χαρακτήρας στην Ελλάδα δίνει ίσες ευκαιρίες πρόσβασης στην ουσία οι ανισότητες είναι πολλές σε όλες τις εκπαιδευτικές βαθμίδες ειδικά στη τριτοβάθμια εκπαίδευση.

Οι στερήσεις αντίστοιχα και στη παροχή υγείας αποτελεί επίσης σημαντικό θέμα. Αν και η εξασφάλιση της παροχής αγαθών υγείας ως δημόσιο αγαθό έχει μεγάλη σημασία από τη στιγμή που ένας μεγάλος αριθμός πολιτών την έχουν ανάγκη στην Ελλάδα υπάρχουν ακόμα κοινωνικές ανισότητες με αποτέλεσμα να εντείνουν τις εισοδηματικές ανισότητες όπως (Μελάς, 2009):

- Ø Προβλήματα φυσικής και οικονομικής πρόσβασης
- Ø Στέρηση στο πεδίο ποιότητας και ασφάλισης υπηρεσιών υγείας
- Ø Μη εφαρμογή στην ανάληψη μέτρων προκειμένου να αντιμετωπισθεί η έλλειψη σε υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας

### 1.3.2 ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΝΙΣΧΥΟΥΝ ΤΙΣ ΑΝΙΣΟΤΗΤΕΣ ΚΑΙ ΤΟ ΚΙΝΔΥΝΟ ΦΤΩΧΕΙΑΣ

Είναι ιδιαίτερα εμφανής η κατάσταση φτώχειας από την οποία είναι δύσκολο να ξεφύγουν άτομα στην Ελλάδα ειδικά σε ότι σχετίζεται με τα συστήματα υγείας, κοινωνικής παροχής και ασφάλισης για την περίοδο 2008 -2014. Η οικονομική κατάσταση των πολιτών της χώρας, επηρεάζεται άμεσα απ' αυτούς τους παράγοντες και μ' αυτό τον τρόπο οι ανισότητες αυξάνονται σχετικά με τις ανισότητες στη κατανομή του εισοδήματος και την αύξηση του κινδύνου φτώχειας. Τα άτομα που ήδη βρίσκονται κάτω από τα όρια της φτώχειας, βρίσκονται σε πολύ χειρότερη θέση. Οι παράγοντες εκείνοι που συμβάλουν καταλλυτικά στην δυσμενή αυτή κατάσταση, αναφέρονται ως εξής:

- Ø Πληθωρισμός και αύξηση των τιμών. Ο υψηλός πληθωρισμός δεν έχει αρνητική επίπτωση στη αγοραστική δύναμη αλλά αυξάνει τις οικονομικές ανισότητες. Από τη στιγμή που οι τιμές για αγαθά πρώτης ανάγκης αυξάνονται και μειώνεται η αξία του εισοδήματος δημιουργείται σοβαρό πρόβλημα. Ο πληθωρισμός όμως δε «χτυπά» ομοιόμορφα τον ελληνικό πληθυσμό. Κυρίως τα χαμηλά οικονομικά στρώματα πλήττονται από το μέσο πληθωρισμό εξαιτίας της διαφορετικής διάρθρωσης της καταναλωτικής δαπάνης. Η ανοδική πορεία των τιμών ου είναι διαρκής δημιουργεί ανισοκατανομή εισοδήματος.
- Ø Το φορολογικό σύστημα, το οποίο δεν έχει παρά ένα χαμηλό επίπεδο φορολογικής επιβάρυνσης και ένα επίπεδο υψηλής φορολογίας. Έχει άμεση σχέση με την άνιση κατανομή εισοδήματος. Τη περίοδο 2000-2004 στην Ελλάδα, όλη η φορολογική επιβάρυνση ως ποσοστό ΑΕΠ ήταν στο 35,7% και ο μέσος όρος στην Ε.Ε. ήταν 40,2%. (Eurostat, Δείκτες Ανισότητας και Φτώχειας στην Ε.Ε. και στην Ελλάδα,

2000-2010). Το 2006, η Ελλάδα είχε ποσοστό 33,5% μαζί με τις κοινωνικές εισφορές και ο μέσος όρος στη Ε.Ε. ήταν 41,8%. Στο θέμα της άμεσης φορολογίας η Ελλάδα υπερτερεί αφού τη περίοδο 2000-2004, η έμμεση φορολογία ήταν το 41,9% ολόκληρης της φορολογικής επιβάρυνσης. Επίσης αυτή τη περίοδο μειώθηκε η συμβολή των φορολογικών εσόδων και αυξήθηκε η επιβολή έμμεσων φόρων.

- Ø *Η φοροδιαφυγή – φοροαποφυγή – εισφοροδιαφυγή.* Σύμφωνα με τη ΟΚΕ, η φοροαποφυγή πολλές φορές έχει χαρακτηριστεί πέρα από τις αυτονόητες δημοσιονομικές της συνέπειες, ότι αποτελεί μια διαδικασία η οποία συντελεί στις ανισοκατανομές του εισοδήματος και συγκεκριμένα εις βάρος των μισθωτών και των όσων διαφεύγουν. Οι συνέπειές της περιορίζουν τα περιθώρια για άσκηση μιας πραγματικής κοινωνικής κατανομής. Το κλίμα της φοροδιαφυγής δεν επιτρέπει τη δημιουργία συνθηκών υγιούς ανταγωνισμού για την οικονομία. Κανείς πλέον δε φορολογείται σύμφωνα με την φορολογική του ικανότητα.

#### 1.4 ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΣΧΕΤΙΚΩΝ ΜΝΗΜΟΝΙΩΝ

##### 1.4.1 ΝΕΕΣ ΕΡΓΑΣΙΑΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΜΝΗΜΟΝΙΟΥ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΙΣΟΔΟ ΣΤΟ ΔΝΤ

Με την εφαρμογή του Μνημονίου και έπειτα από απόφαση του υπουργείου Εργασίας, η κατάσταση στην Ελλάδα και ειδικότερα στον εργασιακό τομέα, λαμβάνει έναν διαφορετικό χαρακτήρα (Υπουργείο Οικονομικών, Στοιχεία 2013). Τα βασικότερα χαρακτηριστικά των τότε νέων εργασιακών σχέσεων, είναι ο αυξημένος αριθμός απολύσεων, η μείωση κατά 50% της αποζημίωσης αλλά και η μείωση κατά 60% των μισθών για όσους εργάζονται για πρώτη φορά. Και ενώ το διάταγμα παραδόθηκε στους κοινωνικούς εταίρους για διαπραγμάτευση, η ΓΣΕΕ το επέστρεψε ως μη διαπραγματεύσιμο. Πιο συγκεκριμένα, στον τομέα των απολύσεων αναφέρονται τα εξής παρακάτω (Υπουργείο Οικονομικών, Στοιχεία 2013):

- Ø Μόνο μέχρι έξι εργαζόμενοι μπορούν να απολυθούν σε επιχειρήσεις που απασχολούν μέχρι και 150 εργαζομένους ανά μήνα.
- Ø Σε επιχειρήσεις που απασχολούν πάνω από 150 εργαζομένους το ποσοστό απολύσεων των εργαζομένων φτάνει μέχρι και 5% ή και 30 άτομα ανά μήνα.

Για τις αποζημιώσεις προβλέπονταν τα παρακάτω:

- Ø Μειώνονται στο μισό. Το υπουργείο Εργασίας προέβλεπε μείωση από έναν μήνα μέχρι και τέσσερις από τη στιγμή που θα το πληροφορηθεί ο υπάλληλος. Το ποσό όμως της αποζημίωσης μειώνεται στο μισό αν ο εργοδότης ανακοινώσει την απόλυση στον εργαζόμενο σε αντιστοιχία χρόνου και μισθών. Δηλαδή η αποζημίωση μειώνεται στο 50% ανάλογα με τον χρόνο ανακοίνωσης. Και αυτό γιατί ο εργοδότης θα έχει το δικαίωμα να χρησιμοποιήσει τον χρόνο προειδοποίησης.



Πιο συγκεκριμένα :

- Ø Οι υπάλληλοι που έχουν εργασθεί από 2-10 χρόνια πρέπει να τους ανακοινώνεται η απόλυσή τους μέχρι ένα μήνα.
- Ø Για τους υπαλλήλους οι οποίοι έχουν εργασθεί μέχρι και 15 χρόνια ο χρόνος ανακοίνωσής τους πρέπει να είναι τουλάχιστον δυο μήνες πριν.
- Ø Τρεις μήνες απαιτούνται για όσους υπαλλήλους έχουν εργασθεί μέχρι και είκοσι χρόνια.
- Ø Αντίστοιχα για όσους έχουν εργασθεί 20 χρόνια και πάνω απαιτούνται 4 μήνες.
- Ø Τα άτομα που προσλαμβάνονται για πρώτη φορά δικαιούνται το 80% του κατώτατου μισθού. Για τα άτομα αυτά προβλέπονται ειδικές συμβάσεις σύμφωνα με το Προεδρικό Διάταγμα, και ειδικότερα για όσους είναι κάτω των 25 ετών. Παράλληλα όμως δίνεται και η δυνατότητα εργασίας και σε άτομα πάνω των 25 ετών. Ειδικότερα για όσους είναι στην ηλικία των 57 χρόνων μέχρι και 60 τους δίνεται το δικαίωμα της αυτασφάλισης και ο εργοδότης τους θα καλύπτει το κόστος αυτής και συγκεκριμένα το 50%. Από τα 60 χρόνια μέχρι και τα 64, θα καλύπτεται το 80% (Υπουργείο Οικονομικών, Στοιχεία 2013).

Και ενώ για τα άτομα των 21 χρόνων ισχύει το 80% του κατώτατου μισθού, για εκείνα που είναι από 21 και πάνω το ποσό ορίζεται μέχρι και 85%. Το ποσό αυτό ορίζεται από την Εθνική Γενική Συλλογική Σύμβαση Εργασίας. Σύμφωνα με απόφαση του υπουργού δεν είναι απαραίτητο να ψηφισθούν από την Βουλή αφού στην ουσία εκτελούνται αποφάσεις του Μνημονίου. Αλλαγές όμως σημειώθηκαν και σε μισθούς, φόρους, κοινωνικές παροχές και συντάξεις (Υπουργείο Οικονομικών, Στοιχεία 2013).

Ανατροπές στο ασφαλιστικό και εργασιακό καθεστώς και όλα αυτά μέσα από το τρίτο Μνημόνιο που φέρνει ένα πακέτο 25 δις. ευρώ και αφορά την περίοδο 2011-2015. Οι τροποποιήσεις αυτές αφορούσαν μια καλύτερη κοινωνική και πολιτική εξέλιξη. Μέχρι το 2013 ο στόχος για τα έσοδα αφορούν το ποσό των 15 δις. ευρώ. Ποσό το οποίο αναμενόταν να συγκεντρωθεί μέσα από αποκρατικοποιήσεις δημοσίων επιχειρήσεων και φυσικά από εκμετάλλευση δημόσιας περιουσίας. Πολλοί οργανισμοί όπως αναμενόταν, κατέληξαν στην λειτουργία τους αλλά και πολλές μειώσεις πραγματοποιήθηκαν σε προσλήψεις στο Δημόσιο. Αυξήσεις παράλληλα σε τιμολόγια των ΔΕΚΟ, επιβλήθηκαν σχετικά.

Φυσικά γίνεται και αναφορά σε εξοικονόμηση νέων πόρων από την κυβέρνηση αν και το Μνημόνιο δεν αναφέρει κάτι τέτοιο. Η εξοικονόμηση πραγματοποιήθηκε από περίπου 2/3 σε περικοπές δαπανών και σχεδόν από 1/3 αύξηση σε φορολογικά. Το Μνημόνιο επίσης προέβλεπε και την επανεξέταση από το μηδέν της φορολογικής βάσης που αφορούσε το σύστημα απαλλαγής από φόρους η και εκπτώσεις σε εισοδήματα φυσικών προσώπων και επιχειρήσεις.

Προβλέπονταν επίσης σχέδιο από την κυβέρνηση το οποίο έκανε αναφορά για περικοπές σε αφορολόγητες δαπάνες και εκπτώσεις οι οποίες αφορούσαν το ύψους του εισοδήματος μέχρι αυτήν την στιγμή. Ενδεικτικά όσες εκπτώσεις αφορούσαν τόκους στεγαστικών δανείων, ιατρικά θέματα, νοσοκομεία ή οποιεσδήποτε άλλες απαλλαγές μειώνονται ή και καταργούνται. Βαρύ χτύπημα δέχθηκε και η φορολογία ακινήτων η οποία αντιμετώπισε την εξομοίωση των αντικειμενική αξιών αλλά και την επανεξέταση της φορολογική βάσης με την ένταξη του Φόρου Ακίνητης Περιουσίας σε όλα τα ακίνητα καθώς και αγροτεμάχια.

Όσον αφορά τους έμμεσους φόρους, υπήρξαν αυξήσεις του ΦΠΑ σε αγαθά και υπηρεσίες που πριν δεν υπήρχε. Οι συντελεστές μειώθηκαν και επιβλήθηκε φόρος ακόμα και σε μη αλκοολούχα ποτά και συγκεκριμένα φόρος κατανάλωσης. Για τις δαπάνες αλλά και τις μειώσεις προβλέπονται :

- Ø Μισθολογικό. Αλλαγές και περικοπές σε σχέση με τα επιδόματα που θα καταργηθούν. Η κατάργηση αυτή θα επιφέρει μέχρι και 30% χάσιμο χρημάτων σε δημόσιους κυρίως υπαλλήλους. Οι συμβάσεις δεν θα ανανεώνονται, πολλοί δημόσιοι φορείς θα κλείσουν ή/και θα συγχωνευθούν. Η αναλογία προσλήψεων και αποχωρήσεων θα υποχωρήσει σε αναλογία 5 προς 1.
- Ø ΔΕΚΟ. Και σ' αυτόν τον τομέα προβλέπονταν μειώσεις μισθών και κατάργηση την ήδη συμβάσεων.
- Ø Το μισθολογικό και εργασιακό καθεστώς αλλάζει, θα σημειωθεί αύξηση τιμολογίων και μείωση κρατικής επιδότησης.
- Ø Κοινωνικά κονδύλια. Επανεξατάστηκαν όλα τα επιδόματα, βοηθήματα καθώς και η χορήγηση αυτών σύμφωνα με κάποια περιουσιακά και εισοδηματικά κριτήρια.
- Ø Το Μνημόνιο απέβλεπε σε περίπου 500 ευρώ κέρδος μέσα από επίδομα ανεργίας και την περικοπή του. Πολλοί λίγοι άτομα το δικαιούνται πλέον σήμερα.
- Ø Δημόσιες δαπάνες και αμυντικές δαπάνες όπου προβλέπονταν συρρίκνωση.
- Ø Ασφαλιστικό. Προβλέπονταν μειώσεις συντάξεων, περικοπές επικουρικών και εφάπαξ, καθώς βαρέα και ανθυγιεινά συρρικνώθηκαν.
- Ø Πάντως σκοπός του Μνημονίου ήταν να δημιουργήσει σοβαρές νομοθετικές αλλαγές καλύτερες εργασιακές σχέσεις και περιβάλλον καθώς και νέες μορφές εργασίας όπως της εκ περιτροπής, διαθεσιμότητας αλλά και αυτή της μείωσης υπερωριών και μισθών και αλλαγής συμβάσεων. Αλλαγές όμως σημειώθηκαν και μάλιστα δραματικές στο εργατικό περιβάλλον και ειδικότερα στα εργατικά δικαιώματα. Σύμφωνα με τα Μνημόνια, τα επιχειρηματικά δικαιώματα υπερισχύουν. Η δραματική αλλαγή φαίνεται στην εμφάνιση της Ειδικής Επιχειρησιακής Συλλογικής Σύμβασης Εργασίας.

Με την εμφάνιση αυτής, η Κλαδική χάνεται και φυσικά αρχίζουν απολύσεις χωρίς αποζημιώσεις γι' άτομα που δεν έχουν συμπληρώσει ένα χρόνο στην εργασία τους. Ότι χειρότερο και ανατρεπτικό έχει συμβεί ανάμεσα σε εργαζόμενους και εργοδότες αποτελούν οι Ειδικές Επιχειρησιακές Συμβάσεις. Η ζωή εκατομμυρίων Ελλήνων θα αλλάξει δραματικά. Ο νόμος 3899/2010 αναφέρεται πριν τον νόμο 3899/2019 για τις εργασιακές σχέσεις που δημιουργήθηκαν. Κάποια τεχνοκρατικά στοιχεία που αφορούν και επεξηγούν τον νόμο αλλά και δίνουν κάποια στοιχεία της επιχειρησιακής σύμβασης είναι τα παρακάτω (Υπουργείο Οικονομικών, Στοιχεία 2013):

- Ø Η νέα μορφή εργασιακής σχέσης δημιουργήθηκε με τον νόμο 3899/2010.
- Ø Θα πρέπει να υπάρχει απόλυτη συμφωνία ανάμεσα σε εργαζόμενους και εργοδότη. Η συμφωνία αφορά το εργατικό σωματείο ή τον οποιοδήποτε κλάδο.
- Ø Για να κατατεθεί και να συνταχθεί ειδική ΕΣΣΕ θα πρέπει πρώτα να γίνει μια αιτιολογική έκθεση και από τους εργαζομένους αλλά και από τον εργοδότη η οποία θα αναφέρεται και θα αιτιολογεί γιατί η επιχειρησιακή σύμβαση είναι αναγκαία στο Συμβούλιο Κοινωνικού Ελέγχου Επιθεώρησης Εργασίας. Μέσα σε 20 μέρες το Συμβούλιο θα γνωμοδοτήσει. Το τοπικό τμήμα Κοινωνικής Επιθεώρησης παραλαμβάνει την έκθεση. Η έντυπη μορφή της έκθεσης παραμένει σε Αρχείο ενώ η ηλεκτρονική στέλνεται σε Γραμματεία του ΣΚΕΕ.

- Ø Δεν προβλέπεται μείωση μισθών κάτω από τις προβλέψεις της Εθνικής Συλλογικής Σύμβασης και αφορά τις κατώτατες αποδοχές αλλά και τις θεσμικές ρυθμίσεις κατώτατων ορίων εργασίας. Σε ισχύ φυσικά θα διατηρηθούν και όλα τα είδη του ΣΣΕ του νόμου 1876/1990.
- Ø Το δικαίωμα της μονομερούς προσφυγής σε διαιτησία δίνεται στον εργοδότη.
- Ø Από την προσφυγή αυτή ο διαιτητής θα εξετάσει το βασικό μισθό ή ημερομίσθιο αφού πρώτα ερευνήσει και αξιολογήσει την οικονομική κατάσταση της ανταγωνιστικότητας, την παραγωγική διαδικασία και δραστηριότητα.
- Ø Ελαστικές μορφές απασχόλησης δεν προβλέπονται αλλά ούτε αι ειδική ΕΣΣΕ. Απλά με μια κάποια ειδική ΕΣΣΕ θα εξετάζονται θέματα ειδικής απασχόλησης, διαθεσιμότητας και εργασίας εκ περιτροπής. Τα όποια άλλα δικαιώματα ανάγονται στον εργοδότη. Φυσικά υπάρχει το ερώτημα για το αν ο νόμος θα μπορούσε να τροποποιηθεί ακόμα χειρότερα.
- Ø Οι οποιεσδήποτε δεσμεύσεις από τις ΓΣΕ είναι ίδιες κάτι που συνεπάγεται ότι οι όροι εργασίας ορίζονται από αυτές για όλους τους Έλληνες.
- Ø Οι ΓΣΕ δεσμεύουν όλους τους εργαζομένους των επιχειρήσεων.
- Ø Οι εργαζόμενοι επίσης δεσμεύονται και από τις κλαδικές ή ομοιοεπαγγελματικές ΓΣΕ.

Η επέκταση των παραπάνω διατηρείται σε ισχύ, αφού έχουν χαρακτήρα υποχρεωτικό για τους εργαζομένους του κλάδου και αφού οι επιχειρήσεις που δεσμεύουν απασχολούν τουλάχιστον το 51% των εργαζομένων του κλάδου. Στην περίπτωση όπου μια σχέση εργασίας ρυθμίζεται από παραπάνω από Συλλογικές Συμβάσεις Εργασίας (ΣΣΕ) τότε υπάρχει η πιο ευνοϊκή σχέση εργασίας για τον εργαζόμενο και φυσικά υπερισχύει η κλαδική ΣΣΕ σε περίπτωση συρροής με ομοιοεπαγγελματική ΣΣΕ.

Οι όροι από τις ΣΣΕ είναι αναγκαστικοί και ισχύουν υποχρεωτικά. Φυσικά μέσα από αυτό οι συμβάσεις οι ατομικές είναι πιο ευνοϊκές για τους εργαζόμενους πλην της ειδικής επιχειρησιακής. Ο χρόνος των ΣΣΕ είναι αόριστος. Αν προβλέπεται για πάνω από 1 χρόνο, τότε έχει αόριστη διάρκεια. Σε καμία περίπτωση δεν μπορεί να διαρκεί λιγότερο από ένα χρόνο. Οι όροι μιας ΣΕΕ ισχύουν ακόμα και μετά από ένα εξάμηνο από την καταγγελία της.

Αναφορικά με την προσφυγή και των εργαζομένων αλλά και του εργοδότη, θα πρέπει να σημειωθεί πως οι εργοδότες που απασχολούν πάνω από 50 εργαζόμενους έχουν την υποχρέωση να ενημερώνουν τους εκπροσώπους των εργαζομένων και να δίνουν απαντήσεις σε θέματα γύρω από την εξέλιξη των δραστηριοτήτων και της οικονομικής κατάστασης της επιχείρησης αλλά και για όποιες αποφάσεις παίρνουν για μεταβολές της εταιρείας.

Τέλος, επιβάλλονται ανάλογες κυρώσεις σε όσους εργοδότες δεν συμμορφώνονται με τα παραπάνω. Τίθεται σε ισχύ η ακυρότητα ειδικής ΕΣΣΕ, υπερημέρια εργοδότη καθώς και κυρώσεις αν υπάρχει αυτόφωρη διαδικασία για μείωση αποδοχών εργαζομένων. Τέλος, σύμφωνα με τις αποδοχές της ΣΣΕ, δίνονται οι αποζημιώσεις απόλυσης αν υπάρξει ακυρότητα.

## **2. ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ : Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΟΥΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ**

### 2.1 ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΚΑΙ ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΙΣ ΜΕΡΕΣ ΜΑΣ

Τα προβλήματα λοιπόν που αναφέρονται λόγω της οικονομικής κρίσης, αναφέρονται σχετικά σε στοιχεία όπως

- Ø Ανεπάρκειες στη λειτουργία της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, όπου ένα κατατεταγμένο συνονθύλευμα υπηρεσιών αδυνατούσε να καλύψει τις ανάγκες του πληθυσμού.
- Ø Σοβαρά προβλήματα στη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας, όπου και πάλι ήταν εμφανής η απουσία ενός φορέα συγκέντρωσης, και στη συνέχεια κατανομής των οικονομικών πόρων.
- Ø Απαρχαιωμένα συστήματα αποζημίωσης των προμηθευτών που στερούσαν κάθε κίνητρο αποδοτικότερης λειτουργίας.
- Ø Ξεπερασμένες τεχνικές διαχείρισης και διοίκησης των μονάδων υγείας που οδηγούσαν σε σπατάλη πόρων.
- Ø Απουσία μηχανισμών αξιολόγησης, παρακολούθησης και ελέγχου του κόστους και της αποδοτικότητας.
- Ø Ανυπαρξία μηχανισμού ορθολογικής κατανομής των υγειονομικών πόρων τόσο μεταξύ των υπηρεσιών όσο και μεταξύ των περιφερειών, με βάση τις πραγματικές ανάγκες του πληθυσμού.

Εκτός των ανωτέρω όμως, θα λέγαμε πως τα Κέντρα Υγείας εμφάνισαν σοβαρότατα προβλήματα στην λειτουργία τους λόγω της οικονομικής κρίσης των τελευταίων ετών. Η ανεπαρκής κάλυψη των προβλεπομένων θέσεων στελέχωσης, η έλλειψη χρηματοδότησης και η αποδιοργάνωση που συνεπάγεται απ' όλα τα παραπάνω, έφερε την μείωση της αποδοτικότητας και της λειτουργικής τους ικανότητας.

Γενικά, τα Κέντρα Υγείας δεν ανταπεξήλθαν στο ρόλο τους, δηλαδή σε αυτόν της προώθησης της δημόσιας υγείας καθώς δεν διενεργήθηκαν, στον επιθυμητό βαθμό, επιδημιολογικές μελέτες, υπήρξε ελάχιστη ανάπτυξη προγραμμάτων ελέγχου της υγείας του πληθυσμού και ανίχνευσης μειζόνων παραγόντων κινδύνου και επιπρόσθετα υπήρχε ανεπαρκής συμμετοχή σε προγράμματα αγωγής υγείας (Γκουλιαβούδη, 2006).

## 2.2 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΝΤΕΙΝΟΥΝ ΤΗΝ ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΟΥΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

### 2.2.1 ΈΛΛΕΙΨΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΚΩΝ ΑΝΑΓΚΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ

Σύμφωνα με τους ειδικούς, οι σημαντικότεροι παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των εργαζομένων και δη στη περιπτώσή μας των Επαγγελματιών Υγείας, αυτές είναι οι κάτωθι:

- Ø Η Ευκαιρία για πρόοδο που παρουσιάζεται στους εργαζομένους
- Ø Το Στρες εντός της εργασίας
- Ø Η Ηγεσία στο χώρο εργασίας
- Ø Τα Πρότυπα εργασίας
- Ø Οι Δίκαιες αμοιβές
- Ø Η Επαρκής εξουσία

Εντός των κέντρων υγείας και νοσοκομείων λοιπόν, οι παραπάνω παράγοντες, αναλύονται σχετικά ως εξής

- Ø Η Ευκαιρία για πρόοδο που παρουσιάζεται στους εργαζομένους : Οι Επαγγελματίες Υγείας αυξάνουν την ικανοποίησή τους όταν έχουν προκλητικές αρμοδιότητες στην εργασία δουλειά. Οι αρμοδιότητες σχετίζονται με την υπευθυνότητα και την ανάγκη ανάληψης ευθυνών και πρωτοβουλιών.
- Ø Το Στρες εντός της εργασίας : Όταν το αρνητικό στρες είναι διαρκώς υψηλό, η ικανοποίηση εργασίας είναι χαμηλή.
- Ø Η Ηγεσία στο χώρο εργασίας : Σημαντική σχέση ανάμεσα στην ηγεσία (προϊστάμενοι) και ικανοποίησης εργαζομένων. Ο ρόλος του ηγέτη αναγνωρίζεται και εκτιμάται από τομ εργαζόμενο, με αποτέλεσμα λιγότερες τριβές, θετική διάθεση και αυξημένη εμπιστοσύνη κ.λ.π.
- Ø Πρότυπα εργασίας : Οι Επαγγελματίες Υγείας είναι περισσότερο ικανοποιημένοι όταν ολόκληρη η ομάδα εργασίας τους διακρίνεται και ανταμείβεται για την ποιοτική προσφορά της.
- Ø Δίκαιες αμοιβές : Οι Επαγγελματίες Υγείας αισθάνονται περισσότερο ικανοποιημένοι όταν νιώθουν ότι ανταμείβονται δίκαια για τη δουλειά που κάνουν. Ο εγωισμός σε πολλές περιπτώσεις δεν επιτρέπει στον εργαζόμενο να αντιληφθεί τη δικαιοσύνη.
- Ø Η επαρκής εξουσία : Οι Επαγγελματίες Υγείας, είναι περισσότερο ικανοποιημένοι όταν έχουν επαρκή ελευθερία και εξουσία για να κάνουν τη δουλειά τους.

Επιχειρώντας ωστόσο μια περαιτέρω ανάλυση των παραπάνω, οι ειδικοί αναφέρουν πως οι ακόλουθες κατηγορίες κάλυψης των ανθρώπινων αναγκών μπορούν να επιδράσουν καταλυτικά στην ψυχολογία των Οι Επαγγελματιών Υγείας, ως εξής :

- Ø α. Ανάγκες επιβίωσης (Existence)
- Ø β. Ανάγκες ανθρώπινων σχέσεων (Relatedness)
- Ø γ. Ανάγκες εξέλιξης (Growth)

### Ανάγκες επιβίωσης (Existence) :

Στην κατηγορία αυτή περιλαμβάνονται όλες οι υλικές και φυσιολογικές επιθυμίες (π.χ., τρόφιμα, νερό, αέρας, ρούχα, ασφάλεια, σωματικές αγάπη). Οι ανάγκες αυτής της κατηγορίας καλύπτουν τα δύο πρώτα επίπεδα κατηγοριοποίησης του Maslow.

### Ανάγκες ανθρώπινων σχέσεων (Relatedness)

Η κατηγορία αυτή καλύπτει τις κοινωνικές ανάγκες π.χ. (κοινωνικότητα, ομαδικότητα, φιλία, κατανόηση κ.λ.π.). Οι ανάγκες ανθρώπινων σχέσεων του Aldefer αντιστοιχούν στο 3ο επίπεδο της πυραμίδας του Maslow.

### Ανάγκες εξέλιξης (Growth)

Πρόκειται για τις ανάγκες που βρίσκονται στις 2 υψηλότερες βαθμίδες της πυραμίδας του Maslow και περιλαμβάνει ανάγκες όπως εξασφάλιση ευκαιριών, επαγγελματική εξέλιξη, δημιουργικότητα κ.λ.π. Μια σημαντική διαφοροποίηση της θεωρίας του Aldefer (1969) σε σχέση με τη θεωρία του Maslow (1954) έγκειται στο γεγονός ότι δεν δίνει ιδιαίτερη έμφαση στην ιεράρχηση των αναγκών, υποστηρίζοντας πως ένα άτομο μπορεί να παρακινείται ταυτόχρονα από πολλές ανάγκες ή και από καμία.

Επίσης υποστηρίζεται ότι η απόλυτη ιεραρχία αναγκών που παρουσιάζεται στην πυραμίδα του Maslow δεν ισχύει με δεδομένο ότι η ιεράρχηση των αναγκών είναι υποκειμενική υπόθεση, διαφέρει από άνθρωπο σε άνθρωπο και επηρεάζεται από εξωγενείς περιβαλλοντικούς παράγοντες. Τέλος αναφέρεται ότι μπορεί να απογοητευτεί και να σταματήσει να επιδιώκει την εκπλήρωση μιας ανάγκης του, αν διαπιστώσει ότι οι προσπάθειες για την ικανοποίησή της δεν καρποφορούν (Κέφη, 2005).

Τέλος, ανάγκες που έχουν ήδη ικανοποιηθεί δεν χάνουν την παρακινητική τους ικανότητα. Ανάγκη χαμηλού επιπέδου που έχει ήδη ικανοποιηθεί, μπορεί εκ νέου να ενεργοποιηθεί και να επηρεάσει τη συμπεριφορά του ατόμου στην περίπτωση που η ανάγκη υψηλότερου επιπέδου δεν μπορεί να ικανοποιηθεί.

## 2.2.2 ΈΛΛΕΙΨΗ ΕΠΙΤΕΥΞΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΥ ΗΘΙΚΟΥ – ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ – ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗΣ ΝΟΗΜΟΣΥΝΗΣ

Ο όρος εργασιακό ηθικό θεωρείται ότι ανταποκρίνεται και επιδρά άμεσα στην αντιλαμβανόμενη ή μη ικανοποίηση από την εργασία. Ανάμεσα σε πληθώρα ορισμών που έχουν αποδοθεί για το εργασιακό ηθικό αξίζει να σταθούμε στους Likert & Willits (1940), σύμφωνα με τους οποίους εργασιακό ηθικό ενός ατόμου είναι η πνευματική στάση (θετική ή

αρνητική) αυτού του ατόμου απέναντι σε όλα τα στοιχεία της εργασίας του καθώς και στα άλλα άτομα με τα οποία εργάζεται.

Αναλύοντας περαιτέρω τον ορισμό, διαφαίνεται ότι το εργασιακό ηθικό εξαρτάται από τον βαθμό στον οποίο ικανοποιούνται οι ανάγκες του ατόμου καθώς και γενικότερα τον βαθμό ικανοποίησης του ίδιου του ατόμου από την εργασιακή του κατάσταση. Είναι ευθύνη και υποχρέωση ταυτόχρονα της επιχείρησης όσο και των στελεχών της στην προετοιμασία, την οργάνωση την συστηματική υποστήριξη και την ικανοποίηση των εργαζομένων για την καθοριστική υλοποίηση των στόχων.

Είναι γεγονός ότι η θετική παρακίνηση επιδρά αποτελεσματικότερα και αποδοτικότερα στην αξιοποίηση των Επαγγελματιών Υγείας, διότι η παρακίνηση συνδέεται με το αίτημα των εργαζομένων για αξιοκρατική μεταχείριση, δίκαιη και αντικειμενική αξιολόγηση της προσπάθειάς τους καθώς και της συμβολής τους στην παραγωγική διαδικασία.

Ο εργαζόμενος είναι η βάση για την επιτυχία της παρακίνησης γιατί εξαρτάται από το πόσο πιστεύει ο εργαζόμενος στη δυνατότητα επίτευξης των στόχων, πόσο έχει πεισθεί ο ίδιος για την ορθότητά τους και ταυτόχρονα να έχει συμβάλλει στον καθορισμό τους. Επίσης η δίκαιη ανταμοιβή και αναγνώρισή του όχι μόνο για το αποτέλεσμα αλλά και για την συνολική του προσφορά και προσπάθεια για την επίτευξη των στόχων συμβάλει στην αποτελεσματικότητα της θετικής παρακίνησης.

Αντίθετα, το χαμηλό ηθικό των Επαγγελματιών Υγείας, οδηγεί σε μικρότερη παραγωγικότητα και την απαισιοδοξία αυτών. Είναι σημαντικό για το κάθε νοσοκομείο ή κέντρο υγείας να κρατάει συνεχώς το ηθικό των υπαλλήλων της υψηλό και να μην αισθάνονται καταπονημένοι και φορτωμένοι από την εργασία τους. Το εργασιακό ηθικό των Επαγγελματιών Υγείας, είναι μέρος της φιλοσοφίας της επιχείρησης.

Όταν οι Επαγγελματίες Υγείας, είναι ευτυχείς, τείνουν να είναι αποδοτικότεροι επειδή απολαμβάνουν την εργασία τους. Η αρνητική συναισθηματικότητα είναι ένας όρος που χρησιμοποιείται για να περιγράψει μια διάσταση προδιάθεσης που αντανάκλα τις ατομικές διαφορές στην ικανοποίηση. Άτομα με υψηλά επίπεδα αρνητικής συναισθηματικότητας τείνουν να εστιάζονται ευρέως στις αρνητικές πλευρές του ζωής.

Η συναισθηματική νοημοσύνη των Επαγγελματιών Υγείας, έχει άμεση επίδραση στην αντιλαμβανόμενη έννοια της ικανοποίησης των εργαζομένων. Σύμφωνα με τον Goleman (1997), συναισθηματική νοημοσύνη ορίζεται ως η ικανότητα ενός ατόμου να αναγνωρίζει τα συναισθήματά του και τα συναισθήματα των άλλων, να τα χειρίζεται αποτελεσματικά και να δημιουργεί κίνητρα, ενώ ο Baron (1997) την ορίζει ως ένα σύνολο ενδοπροσωπικών και διαπροσωπικών ικανοτήτων και δεξιοτήτων που καθορίζουν την αποτελεσματικότητα της ανθρώπινης συμπεριφοράς.

Έτσι λοιπόν η διοίκηση ανθρώπινου δυναμικού των Επαγγελματιών Υγείας, επιχειρεί να θέσει βασικές αρχές διοίκησης στον οργανισμό έτσι ώστε να κάνει ορατά τα μη διαφανόμενα συναισθήματα, δηλαδή τα συναισθήματα που δεν εκφράζονται από τους εργαζομένους και συνήθως είναι αρνητικά. Συναισθήματα που έχουν αρνητική επίδραση στην εργασιακή ικανοποίηση είναι θυμός, φόβος, απογοήτευση, άγχος, ζήλια, ενώ αντίθετα θετική επίδραση έχουν η αφοσίωση, η περηφάνια, η εμπροσθοσύνη κ.λ.π. Εάν καταφέρει ο οργανισμός να αποκωδικοποιήσει τα συναισθήματα των Επαγγελματιών Υγείας, τότε με την

παροχή κατάλληλων κινήτρων για κάθε συναίσθημα, θα προσπαθήσει να μειώσει τη συχνότητα και την ένταση των αρνητικών συναισθημάτων και αντίστοιχα να αυξήσει τα θετικά συναισθήματα.

### 2.2.3 Η ΈΛΛΕΙΨΗ ΤΗΣ ΣΠΟΥΔΑΙΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ ΤΗΣ ΠΑΡΑΚΙΝΗΣΗΣ ΕΝΤΟΣ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Αναφερόμενοι σχετικά στην σπουδαιότητα του παράγοντα της παρακίνησης εντός της εργασίας, θα λέγαμε πως με στόχο να καθορισθούν οι ανάγκες των εργαζομένων από τους υπεύθυνους τη Διοίκησης Ανθρώπινων Πόρων στα νοσοκομεία και κέντρα υγείας, οι υπεύθυνοι επιχειρούν να υιοθετούν σχετικά το παράγοντα παρακίνησης.

Σύμφωνα με τον Luthans, η παρακίνηση είναι μια διαδικασία η οποία μπορεί και ενεργοποιεί μια συμπεριφορά ή ορισμένη κίνηση εργαζομένων προς ένα συγκεκριμένο στόχο (Κόγκας 2007). Σύμφωνα με τους Erven & Milligan (2000) αντίστοιχα, παρακίνηση είναι η δύναμη η οποία καθοδηγεί τη συμπεριφορά των εργαζόμενων. Τα διάφορα θεωρητικά υποδείγματα παρακίνησης και διαμόρφωσης αναγκών εκπαίδευσης, αναπτύχθηκαν σημαντικά τα τελευταία χρόνια στους Επαγγελματιές Υγείας και διακρίνονται συνήθως σε δύο κατηγορίες σύμφωνα με το περιεχόμενο τους.

Τα θεωρητικά υποδείγματα αναφέρονται στη πρώτη κατηγορία και έχουν ως στόχο να ορίσουν τη διαδικασία παρακίνησης στους Επαγγελματιές Υγείας. Οι μεταβλητές που παρεμβαίνουν σε αυτή τη διαδικασία και οι σχέσεις που αναπτύσσονται μεταξύ αυτών αποτελούν το βασικό περιεχόμενο αυτών των υποδειγμάτων. Η θεωρία της προσδοκίας του Vroom (1964), το υπόδειγμα των Porter και Lawler (1968) και η θεωρία της δικαιοσύνης (equity), αποτελούν ουσιαστικά τις πλέον σημαντικές της δεύτερης κατηγορίας.

Τέλος, θα πρέπει να σημειωθεί πως η ορθή διαχείριση των Οι Επαγγελματιών Υγείας, αναφέρεται στη δεύτερη κατηγορία σε ότι αφορά το ανθρώπινο δυναμικό. Απαραίτητα στοιχεία η γνώση και η εμπειρία που κάνουν τον εργαζόμενο πιο αποδοτικό και αποτελεσματικό. Έτσι οι στόχοι του Πυροσβεστικού Σώματος, είναι πιο εύκολο να επιτευχθούν.

Δεν είναι λίγοι βέβαια οι Επαγγελματιές Υγείας που θεωρούν ότι η εκπαίδευση και η ανάγκη για εκείνη, οδηγεί σε παρακίνηση των εργαζομένων όπου προσπαθούν να διερευνήσουν κατά πόσο μπορεί ο εργαζόμενος να είναι ικανοποιημένος και προσπαθεί να προσφέρει το μέγιστο των δυνατοτήτων του μέσα από κίνητρα που παρέχονται, ώστε να υπάρχει η καλύτερη παροχή υπηρεσιών, ειδικά σε έκτατες ανάγκες (Κόγκας 2007).

### 2.2.4 ΈΛΛΕΙΨΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Η εκπαίδευση των Επαγγελματιών Υγείας, είναι ουσιαστικά το επόμενο στάδιο από



εκείνο της πρόσληψης. Στο στάδιο αυτό, αναφέρεται και η κοινωνικοποίησή του εργαζομένου εντός του εργασιακού χώρου. Θα πρέπει όμως στη διαδικασία εκπαίδευσης των εργαζομένων, να γίνει σχετικός διαχωρισμός σε εκπαιδευτικά προγράμματα και προγράμματα ανάπτυξης προσωπικού. Σ' ότι αφορά βέβαια τα πρώτα, αυτά αναφέρονται κυρίως στην καλύτερη απόδοση των εργαζομένων και τα δεύτερα σε ανάπτυξη των δεξιοτήτων τους. Μέσα από την εκπαίδευση βέβαια, οι δεξιότητες των εργαζομένων μπορούν και βελτιώνονται, αποκτώντας κυρίως στοιχεία όπως:

- Ø Τεχνικές δεξιότητες-εκμάθηση χειρισμού κάποιου μηχανήματος
- Ø Δεξιότητες στις διαπροσωπικές σχέσεις
- Ø Δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων

Εν συνεχεία, τα βήματα των εκπαιδευτικών προγραμμάτων που απαρτίζουν την εκπαίδευση αυτών, είναι τα εξής (Χυτήρης, 2001):

- Ø Εκτίμηση των εκπαιδευτικών αναγκών του προσωπικού
- Ø Προσδιορισμό των εκπαιδευτικών στόχων
- Ø Επιλογή των μεθόδων εκπαίδευσης
- Ø Εφαρμογή του προγράμματος εκπαίδευσης
- Ø Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της εκπαίδευσης

Τέλος, αναφέρονται επίσης μέθοδοι εκπαίδευσης για προσαρμογή των εργαζομένων στην εργασία και εκτός εργασίας. Στη πρώτη περίπτωση αναφέρονται στοιχεία όπως

- Ø Η εξάσκηση στο αντικείμενο της εργασίας, υπό την επίβλεψη κάποιου έμπειρου
- Ø Η εναλλαγή θέσεων εργασίας
- Ø Η συμμετοχή του εργαζόμενου σε επιτροπές

## 2.3 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΟΥΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

### 2.3.1 ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ – ΜΗ ΥΛΙΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Ο ρόλος των χρήματων ως είδος κινήτρου και υποκίνησης στους επαγγελματίες υγείας, εμφανίζεται διαφορετικός στις διάφορες θεωρίες που υπάρχουν. Σε άλλες εμφανίζεται απλά σαν φυσιολογικός και αναμενόμενος παράγοντας της εργασίας και αλλού σαν υποκινητικός παράγοντας. Όμως, αν λάβουμε υπόψιν μας τη σπουδαιότητα των χρήματων, και όχι μόνο ως προς τη χρηματική τους αξία που "μετράει" για πολλούς ανθρώπους, αλλά και το γεγονός ότι τα χρήματα συμβολίζουν επιπρόσθετα το status, το κύρος του ανθρώπου ή ότι έχει δύναμη, τότε θα καταλάβουμε και την επιρροή του ως κίνητρο.

Συμπερασματικά, φαίνεται ότι το χρήμα υποκινεί πολλούς ανθρώπους κάτω από συγκεκριμένες συνθήκες, παίζοντας πάντα ρόλο, η μορφή που προσφέρονται (μισθός, ή αύξηση του μισθού, ή μπόνους κτλ) ωστόσο μπορεί να δημιουργήσει και περιπτώσεις εργασιακού στρες.

### 2.3.2 ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΑΝΑΣΦΑΛΕΙΑ – ΎΝΤΟΝΗ ΑΠΟΣΤΡΟΦΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Σταδιακά φτάνουμε στο επόμενο στάδιο που είναι η ίδια η αποστροφή της εργασίας και η οποία προκαλείται από την σχετική ανασφάλεια που νιώθουν οι εργαζόμενοι νοσηλευτές. Υπάρχουν πολλοί λόγοι για τους οποίους η εργασία μπορεί να είναι αφόρητη. Μπορεί κάποιος να αντιπαθεί τους προϊσταμένους του, ή να έχει κουραστεί από τον φόρτο εργασίας. Μπορεί ακόμη να μη γίνεται κατανοητή η προσφορά μας ή ακόμη και εκτιμητέα. Μπορεί όμως το ίδιο το άτομο να μην είναι σε θέση να βοηθήσει τους πελάτες ή τους ασθενείς του και αυτό αποτελεί ένα σημείο τριβής στον εργασιακό του χώρο. Το αίσθημα αυτό της αδιαφορίας ή της μη ικανοποίησης σχετίζεται επίσης με την επαγγελματική εξουθένωση.

### 2.4 ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΠΟΥ ΠΡΟΚΑΛΟΥΝΤΑΙ ΣΤΟΥΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΛΟΓΩ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ

#### 2.4.1 Η ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΕΚΔΗΛΩΣΕΩΝ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΥ ΣΤΡΕΣ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Αποτελεί γεγονός πως τις τελευταίες δεκαετίες το άγχος έχει εισέλθει σε σημαντικό βαθμό στην ζωή των ατόμων, περιγράφοντας την κούραση, την ταλαιπωρία, την πίεση που βιώνουν όλοι στην καθημερινή τους ζωή. Οι κάθε άλλο παρά ιδανικές συνθήκες εργασίας, οι οικονομικές δυσκολίες, τα προσωπικά μικρά ή μεγάλα προβλήματα του καθενός αποτελούν το προσωπικό τους φορτίο, που είναι αναγκασμένοι να κουβαλούν καθημερινά. Ειδικά στο χώρο της εργασίας φαίνεται πως το στρές εμφανίζεται σε σημαντικό βαθμό (Κάντας, 1998).

Αναφερόμενοι στον ορισμό του εργασιακού στρές, σημειώνεται πως είναι η αντίδραση που έχει ένα άτομο όταν δέχεται πιέσεις στο χώρο εργασίας του για μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο. Ο ορισμός εξαρτάται από την προσωπικότητα του ατόμου και ένα συνδυασμό βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραμέτρων.

Αναφέρεται επίσης πως δύο βασικές προσεγγίσεις στις συμπεριφορές υγείας, είναι η «Βιοϊατρική» και η «βιοψυχοκοινωνική». Η παραδοσιακή Ιατρική είναι αυτή που ακολουθεί το βιοϊατρικό μοντέλο (θεωρία Καρτέσιου) σύμφωνα με το οποίο ο άνθρωπος είναι ως «μηχανή» και όταν εκείνος νοσεί, ο ιατρός οφείλει να περιοριστεί στην «επιδιόρθωση» του τμήματος που δε λειτουργεί. Η Βιοϊατρική, ως αναγωγικός προσανατολισμός βασίζεται αποκλειστικά στα βιολογικά αίτια παραβλέποντας άλλες μεταβλητές (Κωσταρίδου – Ευκλείδη, 1998).

Ωστόσο, η αδυναμία του προαναφερθέντος μοντέλου να εξηγήσει είτε την ψυχοσωματική κατάσταση του stress είτε τις ατομικές διαφορές σε θεραπείες ασθενών προετοίμασε το έδαφος για το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο υγείας και ασθένειας του Engel, που αντιλαμβάνεται την υγεία και τη νόσο ως δύο αλληλοσυμπληρούμενες όψεις ενός συνεχούς ενιαίου συστήματος (Κάντας, 1998).

Η όποια ασθένεια γίνεται αντιληπτή ως «σήμα κινδύνου» που δηλώνει την ύπαρξη ανισορροπίας ή δυσαρμονίας στα διάφορα επίπεδα της βιοψυχοκοινωνικής υπόστασης του ατόμου. Αυτή η ανισορροπία οφείλεται σε ένα σύνολο βιολογικών και ψυχοκοινωνικών παραγόντων που αλληλεπιδρούν μεταξύ τους και επηρεάζουν το άτομο.

Σε συνάρτηση με τα παραπάνω, θα λέγαμε πως τα πιο χαρακτηριστικά συμπτώματα (προμηνύματα) τους εργασιακού άγχους, αναφέρονται στον έντονο εκνευρισμό, ανησυχία, ανασφάλεια, δυσκολίες στον ύπνο, διαταραχές μνήμης, τρέμουλο στα χέρια, πονοκέφαλοι, ασυνήθιστα σφιγμένοι μύες (ιδιαίτερα του λαιμού), ναυτία, ταχυκαρδία, έντονη εφίδρωση, ζαλάδα, τάσεις λιποθυμίας, κ.ά.

Οι λόγοι για τους οποίους εμφανίζονται υψηλά επίπεδα εργασιακού στρες ιδιαίτερα τις δυο τελευταίες δεκαετίες είναι αρκετοί. Ο εργασιακός χώρος πλέον απαιτεί υψηλή αποδοτικότητα και παραγωγικότητα. Ο εργαζόμενος δρα υπό συνθήκες οι οποίες είναι αρκετά πιεστικές. Επιπλέον, στη σύγχρονη πραγματικότητα η εργασία αποτελεί το μέσο για την αποδοχή και την αναγνώριση του ενήλικου ατόμου, γι' αυτό και παίζει σημαντικό ρόλο στη ζωή του.

Βάσει των ανωτέρω, θα λέγαμε πως οι διαταραχές, που σχετίζονται με το εργασιακό άγχος των επαγγελματιών υγείας, διακρίνονται στις ψυχοσωματικές και στις σωματοψυχικές. Οι πρώτες αναφέρονται σε σωματικά – οργανικά συμπτώματα που προκαλούνται από ψυχολογικούς παράγοντες, ενώ αντίθετα οι δεύτερες αναφέρονται σε ψυχολογικά συμπτώματα που προκαλούνται από σωματικούς παράγοντες. Τα δυο αυτά είδη βρίσκονται σε συνεχή αλληλεξάρτηση μέσω μιας κυκλικής διαδικασίας (Κωσταρίδου – Ευκλείδη, 1998).

### Σωματοψυχικές

Η διάγνωση της ασθένειας του εργασιακού άγχους των επαγγελματιών υγείας σε γενικές γραμμές δεν είναι δύσκολη υπόθεση, λόγω του ότι αποτελεί μια γενική και αόριστη ανησυχία, η οποία είναι βασικό στοιχείο των νευρώσεων. Η νεύρωση είναι μια ψυχική διαταραχή, που αφορά στην εξέλιξη του ατόμου, δίχως οργανικό υπόβαθρο, που ζημιώνει τη συμπεριφορά του αλλά δεν παραποιεί την προσωπικότητα. Καθοριστικοί παράγοντες για την εξέλιξη των νευρώσεων είναι η κληρονομικότητα, η προσωπικότητα, η διανοητικότητα, τα βιώματα, η δεκτικότητα και ο τρόπος αντίδρασης του ατόμου στις επιδράσεις του περιβάλλοντος. Οι παθογόνες επιδράσεις μπορούν, να οδηγήσουν το άτομο στην εκδήλωση αγχώδης νεύρωσης, πανικού, φοβικών νευρώσεων, διαταραχής μετατραυματικού στρες και κατάθλιψη (Κάντας, 1998).

### Αγχώδης νεύρωση

Το βασικό στοιχείο αυτής της νεύρωσης είναι το γενικευμένο και έντονο άγχος. Το αγχώδες συναίσθημα είναι επίμονο και κατακλύζει την προσωπικότητα μετατρέπόμενο σε μια σειρά συμπτωμάτων, τόσο ψυχικών όσο και σωματικών. Η αγχώδης κατάσταση είναι παροδική, η ένταση και η διάρκεια της είναι συνάρτηση του εσωτερικού ή εξωτερικού κινδύνου που την προκαλεί. Ο κίνδυνος αυτός μπορεί να έχει σχέση με το περιβάλλον, με ηθικές συγκρούσεις, με ασυνείδητες ψυχοσυγκρούσεις ή να συνδυάζεται με παθολογικές καταστάσεις.

### Διαταραχή Πανικού

Βασικό κλινικό στοιχείο της διαταραχής πανικού είναι οι επαναλαμβανόμενες

προσβολές έντονου άγχους, οι οποίες δεν περιορίζονται σε κάποια συγκεκριμένη συνθήκη και ως εκ τούτου είναι απρόβλεπτες. Υπάρχει σχεδόν πάντοτε δευτερογενής φόβος θανάτου, απώλειας ελέγχου ή τρέλας. Οι μεμονωμένες προσβολές, συνήθως διαρκούν μόνο για λίγα λεπτά, μολονότι μερικές φορές διαρκούν περισσότερο. Το άτομο σε κατάσταση πανικού συχνά βιώνει κλιμάκωση του φόβου και των αυτονομικών συμπτωμάτων, τα οποία οδηγούν σε εσπευσμένη έξοδο από το χώρο στον οποίο βρίσκεται. Ο φόβος αυτός είναι έντονος και συνοδεύεται από υπερβολική ένταση και αίσθηση επικείμενης καταστροφής. Επίσης, συχνές και απροσδόκητες προσβολές πανικού αποτρέπουν το άτομο να μείνει μόνο του ή να πηγαίνει σε δημόσιους χώρους. Ορισμένες φορές συνοδεύεται από διάφορα σωματικά συμπτώματα (Κάντας, 1998).

### Ιδεοψυχαναγκαστική νεύρωση

Η ιδεοψυχαναγκαστική νεύρωση αποτελεί το συνδυασμό διαταραχών ιδεοληψίας και ψυχαναγκασμού. Η ιδεοληψία είναι επίμονες και έμμονες σκέψεις, συναισθήματα ή εικόνες, που το άτομο δεν μπορεί, να αποφύγει. Ο ψυχαναγκασμός είναι επαναλαμβανόμενες, σκόπιμες φράσεις ή πράξεις, που μειώνουν το άγχος και το άτομο νιώθει, ότι δεν έχει κανέναν έλεγχο. Η ιδεοψυχαναγκαστική νεύρωση είναι αυτόκλητη κι επίμονη στη συνείδηση του ατόμου, το οποίο υποχρεώνεται να την επαναλάβει ορισμένες φορές. Η συνέπεια είναι να δημιουργείται άγχος. Το άτομο αντιλαμβάνεται ότι, τα φαινόμενα είναι παθολογικά, προσπαθεί να αντισταθεί και μη πετυχαίνοντας το, καταφεύγει στην επανάληψη της ιδέας ή της πράξης, ωστόσο ηρεμήσει (Κάντας, 1998).

### Φοβική νεύρωση

Η φοβική νεύρωση (φοβία) πηγάζει από τον επίμονο και ανεδαφικό φόβο μπροστά σε ορισμένες καταστάσεις ή αντικείμενα, που περιορίζουν σοβαρά τις δυνατότητες του ατόμου. Η φοβία συνοδεύεται κατά κανόνα από άγχος, το οποίο συχνά φτάνει μέχρι πανικό. Με τη φοβία το άτομο βελτιώνει την εσωτερική του αναστάτωση, μετατοπίζοντας το άγχος σε μια συγκεκριμένη κατάσταση, αντικείμενο ή ζώο, τα οποία στη συνέχεια μπορεί να αποφεύγει. Κατά αυτό τον τρόπο, οι φοβικοί αισθάνονται ασφαλείς, ελεύθεροι από το άγχος και απαλλάσσονται από την εσωτερική τυραννία.

Οι φοβίες διακρίνονται σε τρεις μεγάλες κατηγορίες: αγοραφοβία (φόβος να είναι κανείς σε μέρη ή καταστάσεις, από όπου η φυγή μπορεί να είναι δύσκολη ή να προκαλεί αμηχανία ή στις οποίες μπορεί να μην υπάρχει δυνατότητα βοήθειας σε περίπτωση ξαφνικής αδυναμίας), κοινωνική φοβία (φόβος ταπείνωσης ή αμηχανίας σε κοινωνικές καταστάσεις) και η απλή φοβία.

### Διαταραχή μετατραυματικού στρες

Η διαταραχή αυτή προκύπτει ως καθυστερημένη ή παρατεταμένη αντίδραση προς ψυχοπιεστικό γεγονός ή κατάσταση (μικρής ή μεγάλης διάρκειας) εξαιρετικά απειλητικής ή καταστροφικής φύσεως, που είναι πιθανόν, να προκαλέσει διάχυτη δυσφορία σχεδόν σε οποιονδήποτε (Τσαλίκoglου, 2008). Μπορεί, να παρουσιαστεί σε άτομα, που έχουν ζήσει κάποιο ή κάποια τραυματικά γεγονότα τα οποία είναι έξω από τις συνηθισμένες ανθρώπινες εμπειρίες.

Σε αυτές τις εμπειρίες, υπάρχει έντονη απειλή ή πραγματικός τραυματισμός της προσωπικής ακεραιότητας. Το άτομο επαναβιώνει το τραυματικό γεγονός μέσα από επανειλημμένες και αθέμιτες αναμνήσεις του συμβάντος ή μέσα από επαναλαμβανόμενα

όνειρα και εφιάλτες ή κυριολεκτικά ξαναζεί το συμβάν με παραισθήσεις, ψευδαισθήσεις και διασχιστικές καταστάσεις (flashback), επιδεικνύοντας συμπεριφορά παρόμοια με τότε. Επιπλέον, το άτομο μπορεί, να βιώσει έντονη δυσφορία σε ανάλογες συμβολικά παρόμοιες καταστάσεις, συμπεριλαμβανομένων των επετείων του συμβάντος (Κάντας, 1998).

### Καταθλιπτική νεύρωση

Η καταθλιπτική νεύρωση ή αλλιώς αντιδραστική κατάθλιψη αποτελεί αντίδραση του ατόμου σε πρόσφατη, συνήθως ψυχοτραυματική εμπειρία. Το άγχος σε αυτήν εκφράζεται με τη μορφή καταθλιπτικών συμπτωμάτων, που εκλύονται πάντα μετά από μια εξωτερική ψυχοτραυματική εμπειρία. Η διαταραχή αυτή αποτελεί έκφραση ανάγκης για βοήθεια. Το άτομο διαστρεβλώνει την πραγματικότητα και σε μια απώλεια ή απειλή αντιδρά με θλίψη μεγαλύτερη σε ένταση και διάρκεια από ό,τι τα περισσότερα άτομα (Κωσταρίδου – Ευκλείδη, 1998).

Στη συγκεκριμένη νεύρωση, το άγχος εκφράζεται σαν μια εσωτερική δυσφορία, φόβο, αίσθημα επικείμενου κινδύνου ή ακόμη και προσβολών πανικού με συνωδά σωματικά συμπτώματα. Η συνύπαρξη άγχους και κατάθλιψης μπορεί να κάνει δύσκολη τη διάκριση ποιο από τα δυο αποτελεί τη βασική διαταραχή.

### Ψυχοσωματικές

Οι ψυχοσωματικές διαταραχές ή αλλιώς σωματόμορφες συνιστούν την έκφραση του άγχους με σωματικά συμπτώματα. Οι ασθενείς αντιλαμβάνονται τα συμπτώματα ως πραγματικά. Οι σωματόμορφες διαταραχές, αν και αποτελούν αντικείμενα κλινικής μελέτης, παρέχουν πρωτογενή και δευτερογενή πλεονεκτήματα. Το πρωτογενές πλεονέκτημα, που λειτουργεί στο ασυνείδητο επίπεδο, είναι η μείωση του άγχους. Το δευτερογενές αφορά στην αποφυγή των καταστάσεων, που προκαλούν το άγχος μέσω της επίδειξης των σωματικών συμπτωμάτων (Κάντας, 1998).

### Διαταραχή της μετατροπής – υστερία

Στην υστερία, το άτομο υφίσταται αλλοίωση των σωματικών του λειτουργιών, ως αντίδρασή του στο άγχος. Η μετατροπή αυτή (σωματοποίηση) του άγχους αποτελεί το χαρακτηριστικό παθογεννητικό γνώρισμα της νόσου (Τσαλίκογλου, 2008). Οι ενδόμυχες ψυχοσυγκρούσεις αφορούν περισσότερο στις σεξουαλικές ενορμήσεις, οι οποίες απωθούνται ή καταπιέζονται υπερβολικά. Ο ασθενής μπορεί, να υποστεί τύφλωση, παροξυσμό ή ακόμα και παράλυση. Η μετατροπή σημειώνεται αμέσως μετά το στρες, ασυνείδητα. Το σωματικό σύμπτωμα φυσιολογικά σχετίζεται με τις ψυχολογικές συγκρούσεις ή ανάγκες και είναι αδύνατον να ερμηνευτεί από νευρολογική ή άλλη ειδικότητα. Επίσης, προξενεί αποδυνάμωση της κοινωνικής, της επαγγελματικής και των υπολοίπων πτυχών της ζωής του ανθρώπου (Κωσταρίδου – Ευκλείδη, 1998).

## 2.4.2 ΥΓΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΚΑΙ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΣΤΡΕΣ

Αναφερόμενοι στις επιπλοκές της υγείας των νοσηλευτών από το εργασιακό στρες στα νοσοκομεία στις μέρες μας, θα λέγαμε σχετικά πως όπως έχει παρατηρηθεί, οι έντονες αλλαγές που παρατηρούνται τις τελευταίες δεκαετίες στο χώρο της εργασίας καθιστούν την άσκηση επαγγέλματος του νοσηλευτή δυνητική πηγή έντονου στρες (Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία, 2012).

Οι επιστήμονες αναφέρουν πως όταν το εργασιακό στρες καθίσταται χρόνιο τότε η εκδήλωση του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης (burn-out syndrome) είναι ιδιαίτερα πιθανή. Το εν λόγω σύνδρομο άρχισε να απασχολεί την επιστημονική κοινότητα στα μέσα της δεκαετίας του 1970. Σήμερα, ένας από τους γνωστότερους ορισμούς για την επαγγελματική εξουθένωση είναι αυτός της Maslach (1982) η οποία προσδιόρισε την επαγγελματική εξουθένωση ως σύνδρομο σωματικής, ψυχικής και πνευματικής κόπωσης το οποίο χαρακτηρίζεται από τρεις διαστάσεις: την εξάντληση, την αποπροσωποποίηση και το αίσθημα αναποτελεσματικότητας (Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία, 2012). Κατά συνέπεια εύκολα μπορεί να αντιληφθεί κανείς πόσο επιβαρυντικά μπορεί να επιδράσει η επαγγελματική εξουθένωση στην ποιότητα ζωής του ατόμου και στην εν γένει λειτουργικότητά του.

#### 2.4.3 ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΣΤΗΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗ ΥΓΕΙΑ ΑΠΟ ΤΟ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΣΤΡΕΣ ΛΟΓΩ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ

Αναφερόμενοι στις επιπλοκές της ανθρώπινης υγείας των επαγγελματιών υγείας από το εργασιακό στρες λόγω της οικονομικής κρίσης, θα λέγαμε σχετικά πως όπως έχει παρατηρηθεί, οι έντονες αλλαγές που παρατηρούνται τις τελευταίες δεκαετίες στο χώρο της εργασίας καθιστούν την άσκηση επαγγέλματος δυνητική πηγή έντονου στρες (Eldeman, Mandle, Lynn, 2009).

Οι επιστήμονες αναφέρουν πως όταν το εργασιακό στρες των επαγγελματιών υγείας από το εργασιακό στρες λόγω της οικονομικής κρίσης, καθίσταται χρόνιο τότε η εκδήλωση του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης (burn-out syndrome) είναι ιδιαίτερα πιθανή. Το εν λόγω σύνδρομο άρχισε να απασχολεί την επιστημονική κοινότητα στα μέσα της δεκαετίας του 1970. Σήμερα, ένας από τους γνωστότερους ορισμούς για την επαγγελματική εξουθένωση είναι αυτός της Christine Maslach (1982) η οποία προσδιόρισε την επαγγελματική εξουθένωση ως σύνδρομο σωματικής, ψυχικής και πνευματικής κόπωσης το οποίο χαρακτηρίζεται από τρεις διαστάσεις: την εξάντληση, την αποπροσωποποίηση και το αίσθημα αναποτελεσματικότητας (Eldeman, Mandle, Lynn, 2009).

Η επαγγελματική εξουθένωση των επαγγελματιών υγείας από το εργασιακό στρες λόγω της οικονομικής κρίσης, μπορεί να εμφανιστεί με μια ποικιλία συμπτωμάτων όπως πονοκέφαλοι, γαστρεντερικά ή μυοσκελετικά προβλήματα, υπερένταση, διαταραχές στον ύπνο και στη διατροφή, σεξουαλικές δυσλειτουργίες, ανία, έλλειψη ενδιαφέροντος, ευερεθιστικότητα, αδυναμία συγκέντρωσης, απόκτηση εθιστικών συνηθειών, συχνές απουσίες από την εργασία και ροπή σε ατυχήματα. Κατά συνέπεια εύκολα μπορεί να αντιληφθεί κανείς πόσο επιβαρυντικά μπορεί να επιδράσει η επαγγελματική εξουθένωση στην ποιότητα ζωής του ατόμου και στην εν γένει λειτουργικότητά του.

Μέχρι σήμερα έχουν πραγματοποιηθεί συστηματικές μελέτες για την εξουθένωση, τόσο σε επαγγελματίες υγείας (γιατροί, νοσηλευτές) όσο και σε άλλες κατηγορίες εργαζομένων όπως είναι οι εκπαιδευτικοί, οι αστυνομικοί και οι σωφρονιστικοί υπάλληλοι. Γενικότερα θα μπορούσαμε να πούμε ότι τα επαγγέλματα που απαιτούν μεγαλύτερη συναισθηματική προσφορά και επαφή, σχετίζονται με τον ανθρώπινο πόνο ή έχουν αυξημένο βαθμό επικινδυνότητας, παρουσιάζουν και τις περισσότερες πιθανότητες εκδήλωσης του εν λόγω συνδρόμου.

Οι ειδικοί καταλήγουν λοιπόν πως περίπου ένας στους έξι ανθρώπους στις έρευνες αρχικά ανέφερε ότι έπασχε από άγχος λόγω δουλειάς. Τα ποσοστά καρδιακών προβλημάτων μέσα σε μια δεκαετία ποίκιλλαν από 12 περιπτώσεις ανά 1.000 γενικά υγιή άτομα χωρίς εργασιακό άγχος ως και 31 περιπτώσεις ανά 1.000 άτομα με εργασιακό άγχος και πολλαπλούς κινδύνους με βάση τον τρόπο ζωής, όπως σπάνια φυσική άσκηση ή κατανάλωση παραπάνω από τριών ή τεσσάρων αλκοολούχων ποτών την ημέρα. Η ομάδα του Kivimaki υπολόγισε ότι κοντά στο 4% όλων των καρδιακών προσβολών και των θανάτων από καρδιακά νοσήματα θα μπορούσε να αποδοθεί στο εργασιακό άγχος και περίπου το 26% στο ποτό, το κάπνισμα, την παχυσαρκία και την έλλειψη φυσικής άσκησης (Eldeman, Mandle, Lynn, 2009).

Οι ερευνητές έγραψαν λοιπόν στο περιοδικό Canadian Medical Association ότι η λύση για τους ανθρώπους που έχουν δουλειές όπου κυριαρχεί το άγχος είναι να υιοθετήσουν έναν πιο υγιή τρόπο ζωής προκειμένου να μειώσουν τον κίνδυνο καρδιακού νοσήματος. Αντίστοιχα, ο Paul Landsbergis του κέντρου SUNY Downstate Medical Center στο Μπρούκλιν της Νέας Υόρκης ανέφερε ότι δεν λήφθηκαν υπόψη άλλες μορφές εργασιακής πίεσης που μπορεί να επηρεάσουν τον καρδιακό κίνδυνο, όπως να λαμβάνει ο εργαζόμενος λίγη στήριξη στη δουλειά του και να έχει ανασφάλεια.

Η νέα έρευνα δεν αποδεικνύει ότι η πίεση στη δουλειά προκαλεί τα καρδιακά προβλήματα. Ωστόσο, ο καρδιολόγος Vincent Figueredo από το Jefferson Medical College στη Φιλαδέλφεια ανέφερε ότι τα αποτελέσματα συνάδουν με παλιότερες έρευνες που υποδείκνυαν ότι το χρόνιο άγχος, συμπεριλαμβανομένου και του εργασιακού άγχους, μπορεί να έχει αρνητικές συνέπειες στην υγεία.

Με το χρόνιο στρες ενεργοποιούνται συστήματα του οργανισμού που μπορεί να επιφέρουν μακροχρόνιες συνέπειες σε δείκτες όπως η ινσουλίνη, η κοιλιακή παχυσαρκία και η υψηλή πίεση, λέει ο Figueredo, ο οποίος δεν συμμετείχε στην καινούργια μελέτη. Αυτό που προσθέτει αυτή η έρευνα, λέει εκείνος, είναι ότι οι εργαζόμενοι μπορούν να κάνουν κάτι για αυτούς τους επιπλέον κινδύνους. Προσφέρει όντως ελπίδα σε εκείνους τους ανθρώπους που έχουν εργασιακό άγχος, αλλά δεν μπορούν να το αποβάλλουν (Eldeman, Mandle, Lynn, 2009).

#### 2.4.4 ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΣΤΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΚΑΙ ΨΥΧΟΤΡΟΠΕΣ ΟΥΣΙΕΣ

Είναι σχεδόν βέβαιο ότι η σχέση μεταξύ της χρήσης ουσιών – ναρκωτικών και αγχώδους διαταραχής είναι αρκετά περίπλοκη και χαρακτηρίζεται συχνά από έναν εναλλασόμενο συνδυασμό πολλών παραγόντων. Έρευνες σε οικογένειες νοσηλευτών έχουν δείξει ότι το αλκοόλ χρησιμοποιείται συχνά σαν «αυτο-θεραπεία» για την αντιμετώπιση της αγοραφοβίας ή της κοινωνικής φοβίας. Αντίστοιχα, έχει βρεθεί ότι οι κρίσεις πανικού και η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή ακολουθούν το ίδιο μοτίβο κατανάλωσης αλκοόλ (Κάντας, 1998).

Από την άλλη, η αυξανόμενη ένταση των συμπτωμάτων του άγχους μπορεί να είναι αποτέλεσμα στερητικών συμπτωμάτων ειδικά από τη χρήση αλκοόλ, ηρεμιστικών χαπιών, οπιούχων και λοιπών ναρκωτικών. Επίσης, η μακρόχρονη χρήση κοκαΐνης προκαλεί συμπτώματα χρόνιου άγχους.

Πολλοί εργαζόμενοι στο τομέα των επαγγελματιών υγείας συχνά χρησιμοποιούν διάφορες ουσίες για να «θεραπεύσουν» την ανησυχία που βιώνουν, συμπεριλαμβανομένου του αλκοόλ, των βενζοδιαζεπινών και των ναρκωτικών. Αρχικά, κάποιοι ασθενείς μπορεί να αντιμετωπίζουν υψηλά επίπεδα άγχους και κρίσεις πανικού και κατά συνέπεια ξεκινούν την χρήση ουσιών για να αποφύγουν αυτά τα συμπτώματα. Με το πέρασμα του χρόνου, τα συμπτώματα του άγχους δεν εκλαμβάνονται ως άγχος αλλά ως ο παράγοντας που οδηγεί στην επιθυμία για χρήση, ο οποίος υποκινεί (και δικαιολογεί) τη συνεχόμενη χρήση της ναρκωτικής ουσίας από το άτομο (Κάντας, 1998).

Πρόσφατες έρευνες έχουν δείξει ότι μπορεί να υπάρξει μια μακρά περίοδος «στερητικών συμπτωμάτων» που σε πολλούς ασθενείς αστυνομικούς χαρακτηρίζεται από ψυχολογικά και σωματικά συμπτώματα. Είναι φανερό ότι πολλά άτομα που απέχουν από τη χρήση αλκοόλ και ναρκωτικών αναπτύσσουν έντονα συμπτώματα άγχους, τα οποία δεν είχαν εμφανιστεί ποτέ πριν από την περίοδο της χρήσης. Παρόλο που δεν έχει διευκρινιστεί ακόμα γιατί η ανάπτυξη των συμπτωμάτων αυτών διαφέρει τόσο από άτομο σε άτομο, μπορούμε να υποθέσουμε ότι καθορίζεται εν μέρει τόσο από την προϋπάρχουσα ψυχοπαθολογία, όσο και από την προσωπικότητα του ατόμου και την διάρκεια της χρήσης.

Φυσικά, τα άμεσα συμπτώματα στέρησης μπορεί να συμπεριλαμβάνουν το έντονο άγχος που μπορεί να επισπεύσει την εμφάνιση διαφόρων ψυχιατρικών συμπτωμάτων ιδιαίτερα σε επαγγελματίες υγείας που έχουν προδιάθεση να παρουσιάσουν ψυχιατρικές παθήσεις όπως η ψύχωση ή οι αγχώδεις διαταραχές. Καθώς τα συμπτώματα άγχους μπορεί να εξασθενήσουν, είναι απαραίτητο να εξετάσουμε προσεκτικά τις αιτίες, ώστε να καθοριστεί η θεραπεία.

Μετά την αποτοξίνωση, είναι απαραίτητη μια περίοδος παρατήρησης των συμπτωμάτων μέσα από ατομική και ομαδική ψυχοθεραπεία. Στους ασθενείς, οι οποίοι είναι εθισμένοι σε αλκοόλ και ναρκωτικές ουσίες, τα συμπτώματα έντονου άγχους (άσχετα με την αιτιολογία), συνδέονται συχνά με έντονη επιθυμία για χρήση.

Κατά την διάρκεια της αποχής από τη χρήση και της θεραπείας επομένως είναι σημαντικό να ενθαρρύνονται οι ασθενείς να αναγνωρίζουν αυτά τα συμπτώματα άγχους καθώς και να τα διαχωρίζουν από την έντονη επιθυμία για υποτροπή. Ωστόσο, αν το έντονο άγχος παραμένει, είναι πιθανό να απαιτείται μια συγκεκριμένη φαρμακευτική αγωγή, πάντα



μετά από διάγνωση ψυχιάτρου. Βέβαια, είναι σημαντικό να αποφεύγεται η χρήση βενζοδιαζεπινών γιατί ενισχύουν την διαδικασία της εξάρτησης.

#### 2.4.5 ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΥΣ ΣΤΡΕΣ ΚΑΙ ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΣΤΟΥΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΛΟΓΩ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ

Θα πρέπει να σημειωθεί πως όπως η κακοποίηση παιδιών, έτσι και η επίθεση κατά του/της συζύγου είναι επίσης πολύ συνηθισμένη από τους επαγγελματίες υγείας και λόγω της οικονομικής κρίσης των ημερών μας. Έχει εκτιμηθεί ότι περίπου στο 1/3 όλων των ζευγαριών διαπράττεται επίθεση του ενός συζύγου στον άλλο κάθε χρόνο και ότι τα 2/3 πράττουν κατ' αυτόν τον τρόπο τουλάχιστον μία φορά, κατά τη διάρκεια του γάμου τους (Eldeman, Mandle, Lynn, 2009).

Στην περίπτωση της άσκησης βίας από τους επαγγελματίες υγείας και λόγω της οικονομικής κρίσης των ημερών μας, η κακοποίηση συζύγου περιλαμβάνει θύματα και των δύο φύλων, που είναι νόμιμα παντρεμένοι. Επίσης, «εσωτερική διαταραχή», είναι ένας όρος που χρησιμοποιείται από την αστυνομία για να περιγράψει την κακοποίηση μεταξύ μελών της ίδιας οικογένειας. Ο όρος «κακοποίηση της συζύγου» αναφέρεται μόνο σε παντρεμένες γυναίκες, ενώ ο όρος «κακοποίηση γυναικών» αναφέρεται σε όλες τις γυναίκες. Επίσης, συμπεριλαμβάνουμε και αναγνωρίζουμε την κακοποίηση του άνδρα συζύγου καθώς και οι άνδρες γίνονται θύματα κακοποίησης των γυναικών.

Αν και δεν υπάρχει συγκεκριμένος ορισμός, πρέπει να αναλογιστούμε τη σοβαρότητα της επίθεσης, τις προθέσεις του επιτιθέμενου ατόμου, το μέγεθος του τραυματισμού που προκλήθηκε, το βάθος του ψυχολογικού τραύματος που δημιουργήθηκε καθώς και άλλες συγκεκριμένες πράξεις. Αυτές οι πράξεις μπορεί να είναι σπρώξιμο, τράβηγμα, σύρσιμο στο έδαφος, τράνταγμα, σκίσιμο ρούχων, ράπισμα, γροθιά, πνιγμός, δαρμός, λακτίσματα, πέταγμα στο έδαφος, εκσφενδόνιση αντικειμένων, απειλές ακόμα και χρήση όπλων.

Οι φυσικοί τραυματισμοί από την άσκηση βίας από τους επαγγελματίες υγείας και λόγω της οικονομικής κρίσης των ημερών μας, μπορεί να είναι από μωλωπισμοί, οιδήματα, εκδορές και καψίματα, ζαλάδα, διαστρέμματα, απώλεια όρασης, απώλεια ακοής, κατάγματα, διάσειση και άλλες πιο σοβαρές καταστάσεις, που απαιτούν μεταφορά του θύματος στο νοσοκομείο, εκ των οποίων πολλές περιπτώσεις οδηγούνται στο θάνατο. Δεν μπορούμε τόσο εύκολα να χαρακτηρίσουμε το συναισθηματικό πόνο και δεν μπορούμε να οραματιστούμε τις μακροπρόθεσμες συνέπειες του ψυχικού πόνου, που προκαλεί η κακοποίηση από ένα αγαπημένο πρόσωπο.

Βέβαια, το πόσο συχνά τα μέλη των ζευγαριών από την άσκηση βίας από τους επαγγελματίες υγείας και λόγω της οικονομικής κρίσης των ημερών μας, κακοποιούν ο ένας τον άλλο, είναι κάτι που δεν γνωρίζουμε. Τα στοιχεία που συλλέγονται από τα διάφορα νοσηλευτικά τμήματα είναι ανακριβή, γιατί οι γυναίκες δεν αναφέρουν κάθε περίπτωση κακοποίησης, ενώ οι άνδρες δεν τον αναφέρουν σχεδόν ποτέ.

Είναι φανερό ότι, εάν επικεντρωθούμε μόνο στις πραγματικά βίαιες πράξεις, στις πράξεις που ουσιαστικά είναι αρκετά σοβαρές, ώστε να προκαλέσουν τραυματισμό, θα διαπιστώσουμε ότι οι άντρες σύζυγοι είναι συντριπτικά πιο πιθανό να επιτεθούν στη σύζυγό τους, απ' ό,τι το αντίθετο. Όπως έχει διαπιστώσει ο Martin Schwartz, αναλύοντας αρκετές

εθνικές έρευνες για την εγκληματική κακοποίηση από την άσκηση βίας από τους Αστυνομικούς εξαιτίας του εργασιακού στρες, 1.641 γυναίκες είπαν ότι έχουν υποστεί επίθεση από το σύζυγό τους, ενώ μόνο 102 άντρες ισχυρίστηκαν ότι έχουν δεχτεί επίθεση από τη σύζυγό τους (Eldeman, Mandle, Lynn, 2009).

Γιατί ο ξυλοδαρμός συζύγου από την άσκηση βίας από τους εργαζόμενους εξαιτίας του εργασιακού στρες όμως είναι τόσο διαδεδομένος; Ποιοι άντρες είναι πιο πιθανό από τους άλλους να «χτυπήσουν» τη σύζυγό τους; Η κυριαρχία της κακοποίησης της συζύγου μπορεί να αποδοθεί στη σεξιστική, πατριαρχική κοινωνία, η οποία μεταχειρίζεται τις γυναίκες ως ιδιοκτησία των αντρών τους.

Αυτό εξηγεί το γεγονός ότι σε πολλές πολιτείες μια βίαη επίθεση σε έναν ξένο είναι κακούργημα, αλλά η επίθεση στη σύζυγο θεωρείται πλημμέλημα, για το οποίο ο σύζυγος σπάνια συλλαμβάνεται και ακόμα πιο σπάνια φυλακίζεται. Κάτι τέτοιο ενθαρρύνει αποτελεσματικά τους άντρες να αισθάνονται ότι μπορούν να συμπεριφερθούν όπως θέλουν στις συζύγους τους. Επομένως, δε μας εκπλήσσει το γεγονός ότι ο ξυλοδαρμός της συζύγου είναι πολύ συνηθισμένος.

Η ερώτηση όμως παραμένει: «Γιατί η γυναίκα παραμένει μαζί του;» Παραδοσιακά, υπάρχει το αίσθημα της αποτυχίας, ότι δηλαδή, απέτυχε στο μεγαλύτερο έργο της ζωής της, το γάμο της. Μπορεί να μένει, επειδή έχει γίνει θύμα επανειλημμένα και έχει πλέον την «ψυχολογία του θύματος». Μπορεί να φοβάται, να έχει απειληθεί και να φοβάται για τη ζωή της. Μπορεί να μη γνωρίζει πού να στραφεί για βοήθεια. Πολλές φορές η ίδια η μητέρα, η οποία γνωρίζει την κακοποίηση της κόρης της, την πιέζει να συνεχίσει να μένει με τον άντρα της.

Έχει πληγωθεί ξανά και ξανά και γνωρίζει το ταμπεραμέντο του άντρα της, ο οποίος την έχει απειλήσει λέγοντας πως του ανήκει και πως αν δεν μπορεί να την έχει αυτός, τότε δε θα την έχει κανένας. Μπορεί εκείνη να μη διαθέτει προσόντα για να βρει εργασία και να είναι μπερδεμένη για το πώς να φύγει, να αρχίσει από την αρχή και να στηρίξει τα παιδιά της.

Νομικά θέματα, όπως το να ασκήσει δίωξη και να λάβει νομική προστασία από δικαστήριο, οι νομικές πτυχές ενός διαζυγίου, η κηδεμονία των παιδιών, η διατροφή, θέματα εκπαίδευσης, όπως η επιστροφή στο σχολείο, εκπαίδευση για κάποιου είδους εργασία, το ψάξιμο για εργασία, η κατάλληλη ένδυση για την αγορά εργασίας, το ψάξιμο στέγασης και προστασίας μετά την κακοποίηση, όλα αυτά φαίνονται τεράστια και απίστευτα δύσκολα.

## 2.5 ΠΟΣΟΣΤΑ ΑΝΕΡΓΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΑΠΟ ΤΟ 2008 ΚΑΙ ΎΠΕΙΤΑ ΣΤΟΥΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΕΞΑΙΤΙΑΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ

Αναφερόμενοι σχετικά στην επίδραση της οικονομικής κρίσης στους Επαγγελματίες Υγείας στην Ευρώπη αλλά και ειδικότερα στην Ελλάδα, θα λέγαμε πως ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα που δημιουργούνται εξαιτίας της κρίσης, αναφέρεται στην δημιουργία των μεγάλων ποσοστών ανεργίας στους νέους ανθρώπους.

Βάσει των ανωτέρω, σημειώνεται σχετικά πως αποτελεί γεγονός ότι ένα από τα ολοένα και αυξανόμενα προβλήματα με ουσιαστικές μακροπρόθεσμες συνέπειες για τους κατοίκους της Ευρώπης και ιδιαίτερα για τους νέους ανθρώπους, είναι αυτό της ανεργίας.

Δεν είναι τυχαίο το γεγονός, ότι τα τελευταία δέκα χρόνια δεν θεωρείται καθόλου εύκολη η μετάβαση των νέων από το σχολείο στην εργασία με σκοπό η μετάβαση αυτή, να έχει εξελιχθεί σε μια ταραχώδη και περίπλοκη διαδικασία (GHK, 2012).

Ως εκ τούτου, στοιχεία από τις διάφορες εθνικές έρευνες των χωρών για τα στοιχεία του Εργατικού Δυναμικού τους, έχουν αναφέρει ότι υπάρχει μια σημαντική αύξηση του φαινομένου της ανεργίας σε νέα άτομα Επαγγελματίες Υγείας άνω των 25 ετών στην Ε.Ε. των 27 και συγκεκριμένα από το 2008 με την απαρχή της οικονομικής κρίσης έως και το 2014.

Σημειώνεται λοιπόν πως οι συνέπειες που προκαλούνται από την ανεργία στους Επαγγελματίες Υγείας, θεωρούνται σοβαρές και σημαντικές στη ζωή τους, προσβάλλοντας ποικίλους τομείς της καθημερινής τους ζωής και καθιστώντας αυτούς παράλληλα υποψηφίους για

- ✓ Υπο-αξιοποίηση των γνώσεων και των δεξιοτήτων τους στον νοσηλευτικό και ιατρικό χώρο
- ✓ Αναφορά πιθανοτήτων για χαμηλότερες αποδοχές στον εργασιακό χώρο
- ✓ Μείωση του επιπέδου της υγείας του
- ✓ Απειλή για κοινωνικό αποκλεισμό στο χώρο που ζουν

Επιχειρώντας μια ποσοστική ανάλυση των στοιχείων που αναφέρονται στην ανεργία στους Επαγγελματίες Υγείας στην Ευρώπη των 27 λόγω της οικονομικής κρίσης, θα λέγαμε πως η πρόσφατη αύξηση της ανεργίας διαφαίνεται και μαρτυράται μέσα από τα δημοσιευμένα στοιχεία της Eurostat για νέα άτομα ηλικίας 25-34 ετών σε χώρες της Ε.Ε. Στην εν λόγω μελέτη, σημειώνεται πως ενώ λοιπόν στόχος των κρατών μελών της Ε.Ε. των 27 είναι η μείωση του ελλείμματος σε ανώτατο όριο 3% του ΑΕΠ μέχρι τη περίοδο 2014, η ανεργία στους νέους Επαγγελματίες Υγείας ανθρώπους σε συνδυασμό με τα διάφορα άλλα αρνητικά στοιχεία της οικονομικής κρίσης, δεν βοηθούν προς αυτή την κατεύθυνση.

Σημαντικό στοιχείο ωστόσο προς την μείωση των ποσοστών ανεργίας λόγω της οικονομικής κρίσης, αναφέρεται και η ανανέωση του Συμφώνου Σταθερότητας και Ανάπτυξης το έτος 2005 και το οποίο πρωτοεμφανίστηκε το 1997. Το Σύμφωνο αυτό αποτελεί ένα βασικό μέτρο κατά της ανεργίας και με σκοπό την επίτευξη μιας αποτελεσματικής αντιμετώπισης και διακυβέρνησης της Ε.Ε. Δυστυχώς όμως η ιστορία έως και σήμερα έδειξε πως υπάρχει μια μεγάλη μερίδα της νεολαίας η οποία δυσκολεύεται σε μεγάλο βαθμό να βρει μια ικανοποιητική εργασία ή/και καμία αμειβόμενη εργασία στο χώρο που ζει (Eurostat, 2013).

Για το σκοπό αυτό, οι Ευρωπαϊκές Αρχές θεωρούν πως η πολιτική της δια βίου Συμβουλευτικής και του Επαγγελματικού Προσανατολισμού, πρέπει να έχει μια ιδιαίτερη αντιμετώπιση για τους νέους απ' ότι η πολιτική που αναφέρεται σε διαμοίρασμα και πιθανή αλλαγή χρήσης των δημόσιων πόρων για τα επόμενα χρόνια.

Αναφερόμενοι λοιπόν στα ποσοστά ανεργίας στους Επαγγελματίες Υγείας των χωρών της Ευρώπης λόγω της οικονομικής κρίσης, σημειώνεται ότι το ποσοστό αυτό δύναται να υπερβαίνει το 20% στα δυο τρίτα των χωρών της Ε.Ε. των 27 και περίπου το 50% στη περιοχή της Μεσογείου και τις χώρες της περιοχής αυτής. Αναφέρεται ότι οι χώρες που έχουν επιδείξει χαμηλά ποσοστά ανεργίας είναι η Αυστρία, Γερμανία και οι Κάτω Χώρες των οποίων τα ποσοστά βρίσκονται μεταξύ 7 έως 9%. Το γεγονός ότι ακόμα και στην Γερμανία η

οποία διαθέτει την καλύτερη οικονομία απ' ότι οι υπόλοιπες χώρες της Ευρώπης των 27, δεν είναι τυχαίο ότι η κυβέρνηση σχεδιάζει να μειώσει το έλλειμμα του προϋπολογισμού (Eurostat, 2013).

Το σημαντικότερο επομένως συμπέρασμα που προέκυψε μέσα από τα διάφορα σενάρια της Ευρώπης που αναπτύχθηκαν με σκοπό την καταπολέμηση της ανεργίας στους Επαγγελματίες Υγείας, είναι ότι όλες οι πολιτικές τείνουν να αντιμετωπίσουν και να εφαρμόσουν μια νέα οικονομική διακυβέρνηση στην ΕΕ για να καταπολεμηθούν οι ατίες δημιουργίας ανεργίας στους νέους. Ωστόσο πολλοί είναι εκείνοι που πιστεύουν πως πολύτιμος χρόνος χάθηκε για την Ευρώπη και για μια καλύτερη διακυβέρνηση στην αντιμετώπιση ανεργίας των νέων και πλέον είναι δύσκολο η Κοινότητα ν' αντιδράσει στα νέα στοιχεία των στατιστικών αριθμών και ποσοστών με χαρακτηριστικό παράδειγμα τα τελευταία χρόνια την Ελλάδα όπου το ποσοστό ανεργίας των νέων έχει αγγίξει τον 60% από το 2011 έως το τέλος του 2013.

Έτσι λοιπόν θα λέγαμε πως τα υψηλότερα επίπεδα ανεργίας για τους Επαγγελματίες Υγείας στην Ε.Ε. 27 όμως λόγω της οικονομικής κρίσης, καταγράφονται στην Ελλάδα (59,1% τον Ιανουάριο του 2013), στην Ισπανία (55,9%), στην Ιταλία (38,4%) και στην Πορτογαλία (38,3%). Τα χαμηλότερα ποσοστά καταγράφονται στη Γερμανία και στην Αυστρία (7,6%) και στην Ολλανδία (10,5%) για το 2013. Τέλος, αξίζει να σημειωθεί ότι το γενικότερο ποσοστό ανεργίας στην Ελλάδα αυξήθηκε από 25,7% το Δεκέμβριο του 2012 σε 27,2% τον Ιανουάριο του 2013. Το ποσοστό ανεργίας στους άνδρες Επαγγελματίες Υγείας διαμορφώθηκε στο 23,9% και στις γυναίκες στο 31,4%, τον Ιανουάριο του 2012 (Eurostat, 2013).

Στοιχεία της Eurostat έδειξαν επίσης, ότι υπήρξε μια σημαντική αύξηση της ανεργίας στους Επαγγελματίες Υγείας το Μάρτιο του 2013 σε σχέση με το Φεβρουάριο του 2012. Συγκεκριμένα σημειώνονται ποσοστά της τάξης του 12% το Φεβρουαρίου του 2012 και 21,1% τον Φεβρουάριο του 2013. Για τον Μάρτιο του 2013, σημειώνεται πως η ανεργία αυξήθηκε κατά 69.000 άτομα στην Ε.Ε. των 27 και κατά 62.000 άτομα στην Ευρωζώνη (Eurostat, 2013). Συνολικά λοιπόν καταγράφεται ένα αριθμός 26,521 ανέργων κατά Μ.Ο. στην Ε.Ε. των 27 και 19,211 κατά Μ.Ο. στην Ευρωζώνη (Eurostat, 2013). Ως εκ τούτου, τα πλέον σημαντικά ποσοστά ανεργίας ατόμων που εντοπίζονται στην Ε.Ε. των 27 για το έτος 2012, έχουν ως εξής (Eurostat, 2013)

- Ø Ελλάδα - 27,2%
- Ø Ισπανία - 26,7%
- Ø Πορτογαλία - 17,5%

Τα χαμηλότερα ποσοστά ανεργίας για το έτος 2012, σημειώθηκαν στην

- Ø Αυστρία - 4,7%
- Ø Γερμανία - 5,4%
- Ø Λουξεμβούργο - 5,7%
- Ø Ολλανδία - 6,4%

Θα λέγαμε επίσης πως μετά την Ελλάδα, τα μεγαλύτερα ποσοστά ανεργίας στους Επαγγελματίες Υγείας για το 2012 -2013 λόγω της οικονομικής κρίσης, αναφέρονται στη Κύπρο, στην Ισπανία και την Πορτογαλία. Ωστόσο σημειώνεται πως στην Ε.Ε.27, ρεκόρ ανεργίας έχει σημειωθεί σε νέους Επαγγελματίες Υγείας ηλικίας άνω των 25 ετών. Τα

ποσοστά αυτά παραμένουν σταθερά σε ποσοστό 23,5% στην Ευρώπη για το 2012 -2013 και στο σύνολό τους αναφέρεται στην Ε.Ε. 27 κατά μέσο όρο να υπάρχουν 5.690 εκατομμύρια άνεργοι νέοι Επαγγελματίες Υγείας και σε αντιστοιχία στην Ευρωζώνη 3.599 εκατομμύρια νέοι Επαγγελματίες Υγείας για το 2012 (Eurostat, 2013).

Επιπλέον, το Ισπανικό Κέντρο Κοινωνιολογικών Ερευνών τον Φεβρουάριο του 2012, διαπίστωσε ότι σε ποσοστό 64% του δείγματος σε Επαγγελματίες Υγείας στην Ισπανία, θεωρούν τη ζωή στο εξωτερικό ως μια θετική εμπειρία, με ακόμη υψηλότερο ποσοστό των νέων ανθρώπων να βλέπουν τη μετανάστευση ευνοϊκά. Η οικονομική ύφεση ήταν ιδιαίτερα σοβαρή στην Ελλάδα, την Πορτογαλία, την Ιταλία, την Ισπανία και την Ιρλανδία.

Επίσης σημειώνεται πως το 2010-2013 η Ελλάδα λόγω της οικονομικής κρίσης, η Ισπανία και η Πορτογαλία έχουν επίσης καταγράψει καθαρές εκροές μετανάστευσης. Σε αντίθεση με τις χώρες που ανήκουν στις χώρες του Βορά οι οποίες παρουσίασαν υψηλότερα ποσοστά καθαρής μετανάστευσης προς αυτές μετά κρίσης παρά στα προ κρίσης χρόνια. Επίσης, η Γερμανία το 2012, κατέγραψε μια απότομη αύξηση της μετανάστευσης, περίπου τα τρία τέταρτα των καθαρών μεταναστών της προήλθαν από άλλες χώρες της ΕΕ. Πιο συγκεκριμένα το ένα τρίτο αυτής της αύξησης της μετανάστευσης αποτελείται από καθαρές εισροές από την Ελλάδα, την Ιταλία, την Ισπανία και την Πορτογαλία (Helastat, 2013).

Ωστόσο οι περισσότεροι οικονομολόγοι καταλήγουν πως οι συνέπειες της σημερινής πολιτικής που εφαρμόζεται στις χώρες της Ευρώπης με οικονομικά ελλείματα, είναι αρνητικές σ' ότι αφορά την απασχόληση (Keer, 2012). Η δημόσια και η ιδιωτική κατανάλωση έχει μειωθεί και οι επενδύσεις αντίστοιχα έχουν «παγώσει». Ο βαθμός χρήσης εργατικού δυναμικού σε Επαγγελματίες Υγείας λαμβάνεται από χαμηλός μέχρι ανεπαρκής. Πλέον αποτελεί δόγμα η πολιτική της λιτότητας, η οποία πιέζει αρνητικά τη δημόσια και ιδιωτική κατανάλωση. Η ανεργία επίσης στους νέους, ολοένα και αυξάνεται και από το γεγονός ότι η αναδιανομή του εισοδήματος είναι εφικτό σε βάρος της εργασίας. Πιο απλά, από τη στιγμή που κάποια νοικοκυριά έρχονται αντιμέτωπα με τη ολοένα μείωση των εισοδημάτων τους, η προσφορά εργασίας είναι μεγαλύτερη, προκειμένου να μπορέσουν να διατηρήσουν σταθερό το επίπεδο κατανάλωσής τους (Hoffman, 2005).

Αναφερόμενοι στους λόγους ύπαρξης μεγάλων ποσοστών ανεργίας στους νέους Επαγγελματίες Υγείας στην Ελλάδα, θα λέγαμε πως από το 1950 μέχρι το 1979, στην Ελλάδα υπήρχαν πάντα υψηλοί ρυθμοί ανάπτυξης λόγω των ξένων επενδύσεων (Eurostat, 2013). Ως αποτέλεσμα, το βιοτικό επίπεδο ήταν υψηλό. Παρόλα αυτά στα μέσα της δεκαετίας του 1970 σημειώθηκε πτώση σε στοιχεία όπως:

- Ø Ποσοστών του ΑΕΠ
- Ø Παραγωγικότητας
- Ø Δαπάνες Εργασίας
- Ø Σε τιμή πετρελαίου

Στοιχεία αντίστοιχα της Στατιστικής Υπηρεσίας το 2010, δείχνουν ότι ο αριθμός των νέων των Επαγγελματιών Υγείας ανέρχεται σε 877.000. Οι λόγοι στους οποίους οφείλεται η αύξηση της ανεργίας είναι ουσιαστικά η μείωση απασχόλησης κατά 8,7% την περίοδο 2008-2011, δηλαδή κατά 421.000 ανέργους (Hellastat, 2013). Σημειώνεται επίσης τη περίοδο 2009-2011, πως η ανεργία στους νέους Επαγγελματίες Υγείας δεν οφείλεται μόνο σε μείωση απασχόλησης αλλά και από την αύξηση περίπου 1% απασχολούμενων που κατά προσέγγιση είναι 50.000 άτομα για την ίδια περίοδο.

### **3. ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ : ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΈΡΕΥΝΑΣ**

#### **3.1 Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΈΡΕΥΝΑΣ**

Για την έρευνα έχουν κατά καιρούς δοθεί ποικίλοι ορισμοί. Συνοψίζοντας τα κοινά σημεία αυτών των ορισμών, θα ορίζαμε ως έρευνα τη σκόπιμη και συστηματική διαδικασία, η οποία ακολουθείται για τη διερεύνηση ενός θέματος με σκοπό τη συλλογή ελεγχόμενων δεδομένων, τα οποία μπορούν να αναλυθούν και να μελετηθούν συστηματικά, έτσι ώστε να επιτρέπουν την ανάπτυξη αρχών, θεωριών, προγραμμάτων και να προάγουν έτσι τη γνώση (Sokolowski, 2003). Οι σκοποί της έρευνας θα μπορούσαν να συνοψισθούν στους εξής:

- Ø Συνεχής και συστηματική διερεύνηση θεμάτων και προβλημάτων με σκοπό την ανακάλυψη νέων γνώσεων και θεωριών.
- Ø Διερεύνηση της ισχύος των υφιστάμενων γνώσεων και θεωριών.
- Ø Επισήμανση και καταγραφή προβλημάτων και αναζήτηση λύσεων για την καλύτερη αντιμετώπισή τους.

Σύμφωνα με τον Zikmund (2000), μερικά από τα βασικά γνωρίσματα μίας σωστής και ολοκληρωμένης έρευνας είναι τα ακόλουθα:

- Ø Η συστηματική διερεύνηση και μελέτη ενός θέματος, για το οποίο δεν υπάρχουν σαφείς και επαρκείς πληροφορίες. Ιδιαίτερα την ενδιαφέρει η διερεύνηση των σχέσεων αιτίου – αποτελέσματος, ανάμεσα στις μεταβλητές που μελετά.
- Ø Η στήριξη σε δεδομένα, τα οποία μπορούν να παρατηρηθούν και να επαληθευτούν. Η συστηματική αποφυγή του δογματισμού.
- Ø Η ακριβής παρατήρηση, καταγραφή, περιγραφή, παρουσίαση, ανάλυση και ερμηνεία των πληροφοριών που συλλέγει.
- Ø Η χρήση έγκυρων μέσων και διαδικασιών για τη συλλογή και επεξεργασία των δεδομένων.
- Ø Η συλλογή των δεδομένων από πρωτογενείς πηγές.
- Ø Οι προσεκτικά σχεδιασμένες δραστηριότητες.

#### **3.2 ΠΡΩΤΟΓΕΝΗ ΚΑΙ ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΈΡΕΥΝΑΣ**

Σε αυτή τη συγκεκριμένη ενότητα, παρουσιάζονται οι τρόποι με τους οποίους θα ολοκληρωθεί η συγκέντρωση των απαραίτητων στοιχείων για την συγγραφή της παρούσης πτυχιακής εργασίας. Η συλλογή των στοιχείων ολοκληρώνεται λοιπόν σχετικά μέσω βιβλιογραφικής έρευνας καθώς και συλλογής σχετικών πρωτογενών πληροφοριών με χρήση ειδικά διαμορφωμένου ερωτηματολογίου ερωτήσεων, αναφορικά με τη καταγραφή και εξέταση των απόψεων των επαγγελματιών υγείας, ιατρών και νοσηλευτών αναφορικά με την επίδραση της οικονομικής κρίσης στον εργασιακό τους χώρο και εντός των νοσοκομείων.

### 3.3 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΣ

Για να πραγματοποιηθεί η επιλογή της έρευνας, τα κριτήρια που χρησιμοποιούνται δεν είναι μόνο τεχνικά, αλλά λαμβάνεται υπόψη το είδος και η καταλληλότητα της έρευνας ώστε να απαντήσει στα ερευνητικά ερωτήματα της εργασίας. Μάλιστα, συνδυάζοντας τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα από κάθε μία έρευνα, μπορεί να γίνει συνθετική χρήση των ερευνών.

Πιο συγκεκριμένα, η ποσοτική έρευνα αποτελεί ουσιαστικά την βάση επεξήγησης, που στοχεύει κύρια στη συλλογή, ανάλυση και επεξήγηση των στοιχείων, προκειμένου να προσεγγιστεί παραγωγικά η σχέση ανάμεσα στη θεωρία και στην πράξη (Κυριαζόπουλος & Σαμαντά, 2011).

Η έρευνα για να είναι αποτελεσματική, συλλέγει ποσοτικά στοιχεία από μεγάλα δείγματα του πληθυσμού-στόχου, μέσω του δομημένου ερωτηματολογίου. Η ποσοτική έρευνα συχνά χρησιμοποιείται για να επαληθεύσει τα ευρήματα της ποιοτικής έρευνας. Οι πιο συχνά χρησιμοποιούμενες μέθοδοι της ποιοτικής έρευνας είναι οι προσωπικές συνεντεύξεις πρόσωπο με πρόσωπο με τους ερωτώμενους, οι προσωπικές συνεντεύξεις σε κεντρικά σημεία, στο δρόμο, στο χώρο εργασίας, αλλά και οι τηλεφωνικές, οι ταχυδρομικές έρευνες και συνεντεύξεις μέσω Internet.

Η ποσοτική έρευνα είναι η πλέον κατάλληλη, όταν οι παράγοντες που πρέπει να ελεγχθούν είναι λίγοι και συγκεκριμένοι, όπως είναι για παράδειγμα η εύρεση σχέσης μεταξύ δύο ή περισσότερων μεταβλητών (Κυριαζόπουλος & Σαμαντά, 2011). Η ποιοτική έρευνα είναι περισσότερο χρήσιμη όταν πρέπει να γίνει έρευνα για εμπειρίες, συναισθήματα, κίνητρα, ακόμη και αντιλήψεις ή στάσεις των ατόμων.

### 3.4 ΔΕΙΓΜΑ ΈΡΕΥΝΑΣ

Πληθυσμός είναι το γενικό σύνολο των στοιχείων που έχει επιλέξει η ερευνητική ομάδα για να μελετήσει ενώ δείγμα είναι το υποσύνολο των στοιχείων του πληθυσμού που θα μελετηθεί. (Κυριαζόπουλος & Σαμαντά, 2011). Ο καθορισμός του πληθυσμού εξαρτάται από το αντικείμενο της έρευνας, από τις υποθέσεις που έχουμε θέσει, από το δείγμα και από τα εμπόδια που προκύπτουν στην έρευνα (Javeau, 2000).

Ο πληθυσμός που επιλέχθηκε για να πραγματοποιηθεί η έρευνα, είναι από 100 άτομα επαγγελματίες υγείας, αναφορικά με την επίδραση της οικονομικής κρίσης στον εργασιακό τους χώρο και εντός των νοσοκομείων και Κέντρων Υγείας σχετικά. Το δείγμα επιλέχθηκε με βάση της μεθόδου της στρωματοποιημένης δειγματοληψίας αφού ο πληθυσμός διαιρέθηκε σε ομάδες με παρόμοια χαρακτηριστικά (Κυριαζόπουλος & Σαμαντά, 2011).

### 3.5 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΥΛΙΚΟ – ΕΡΓΑΛΕΙΑ

Η συλλογή των στοιχείων έγινε με τη μέθοδο του αυτοσυμπληρούμενου ερωτηματολογίου από τους 100 άτομα - επαγγελματίες υγείας, αναφορικά με την επίδραση της οικονομικής κρίσης στον εργασιακό τους χώρο και εντός των νοσοκομείων και Κέντρων

Υγείας σχετικά, άνδρες και γυναίκες στο φύλο και οι οποίοι συμμετείχαν στην συγκεκριμένη έρευνα.

Στόχος της διεξάγουσας την έρευνα, είναι το ερωτηματολόγιο να είναι σαφές και χωρίς αοριστίες. Η συγκεκριμένη, διασφαλίζει την ανωνυμία των ερωτώμενων για να εξασφαλίσει την ειλικρίνειά τους. Ακόμα στους ερωτώμενους επαγγελματίες υγείας δόθηκαν σαφείς οδηγίες συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου για διευκόλυνση στη συμπλήρωσή του. Τα ερωτηματολόγια που παραδόθηκαν στους 100 εργαζομένους, αποτελούνταν από κλειστού τύπου ερωτήσεις.

### 3.6 ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑΣ (ΜΕΘΟΔΟΣ ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑΣ)

Στη στατιστική καθώς και στη θεωρία των πιθανοτήτων, στηρίζεται η μαθηματική δειγματοληψία. Μέσα από τους δύο αυτούς κλάδους η έννοια του «τυχαίου» είναι πάρα πολύ σημαντική και οριστεί αυστηρά. Επειδή όμως όπως θα δείξουμε και στη συνέχεια, το αντιπροσωπευτικό υποσύνολο, το δείγμα, είναι παρά ένα «τυχαίο υποσύνολο» του πληθυσμού, θα πρέπει να επισημάνουμε ότι το «τυχαίο» δεν έχει καμία απολύτως σχέση, δεν συμπίπτει με αυτό που στην καθημερινότητα χαρακτηρίζεται ως «στην τύχη».

Μονάχα αν χρησιμοποιήσουμε ορθά τους πίνακες των τυχαίων αριθμών, θα εγγυηθούμε την «τυχειότητα» της επιλογής, γιατί είναι με τέτοιο τρόπο φτιαγμένοι, ώστε να μπορούν να ανταποκριθούν στον μαθηματικό ορισμό του τυχαίου. Αντίθετα με αυτό που θα περίμενε δηλαδή κανείς, η επίτευξη του τυχαίου χρειάζεται την πραγματοποίηση μιας συστηματικής διαδικασίας.

### 3.7 ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΈΡΕΥΝΑΣ

Οι γενικοί περιορισμοί αφορούν τον χρόνο που αφιέρωσαν και την επιμέλεια που έδειξαν στη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων οι ερωτηθέντες, όπως και σε πιθανή έλλειψη πλήρους κατανόησης των ερωτήσεων ελέω απουσίας του ατόμου που διεξάγει την έρευνα. Επιπρόσθετα τίθεται το ερώτημα του περιορισμού αριθμού απαντήσεων προς επιλογή και του επηρεασμού του συμπληρωτή από τυχόν συνεχείς ίδιες απαντήσεις που ίσως οδηγούν σε επιλογή άλλης, λιγότερο επιθυμητής και η οποία απάντηση μπορεί να αλλάξει τη σημασία των απαντήσεων σχετικά.



## 4. ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ: ΔΙΕΞΑΓΩΓΗ ΈΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

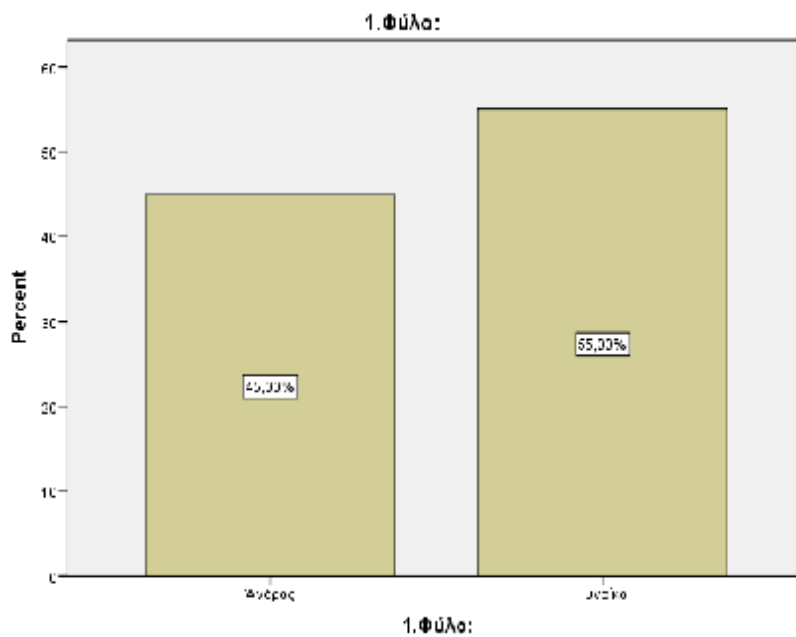
### 4.1 ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΈΡΕΥΝΑΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΟΥΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

#### 1.Φύλο:

Το 55% των ερωτηθέντων που συμμετείχαν στην έρευνα μας ήταν άνδρες και το υπόλοιπο 45% των ερωτηθέντων ήταν γυναίκες. Ακολουθεί ο πίνακας και το σχεδιάγραμμα.

1.Φύλο:

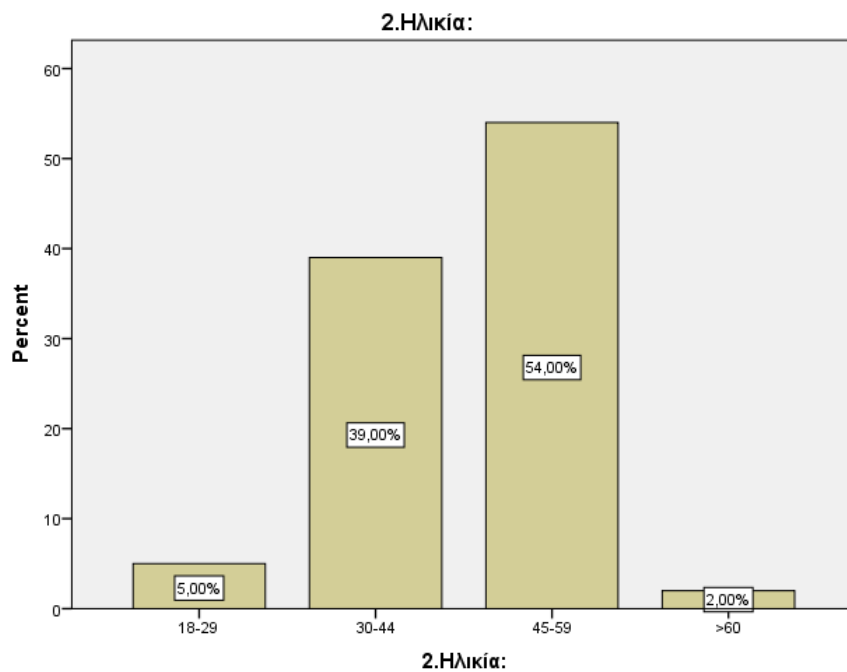
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Άνδρας	45	45,0	45,0	45,0
Γυναίκα	55	55,0	55,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	



## 2.Ηλικία:

Το 54% των ερωτηθέντων ανήκαν στην ηλικιακή ομάδα από 45-59 χρονών, το 39% στην ηλικιακή ομάδα από 30-44 χρονών, το 5% στην ηλικιακή ομάδα από 18-29 χρονών και το υπόλοιπο 2% ήταν πάνω από 60 χρονών. Ακολουθεί ο πίνακας και το σχεδιάγραμμα.

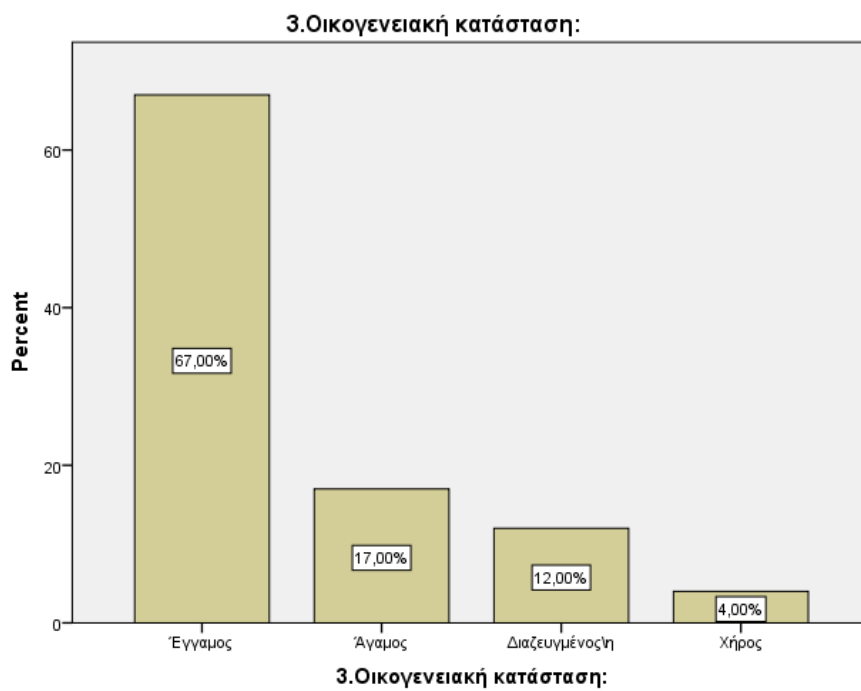
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 18-29	5	5,0	5,0	5,0
30-44	39	39,0	39,0	44,0
45-59	54	54,0	54,0	98,0
>60	2	2,0	2,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	



### 3.Οικογενειακή κατάσταση:

Το 67% των ερωτηθέντων ήταν έγγαμοι, το 17% ήταν άγαμοι, το 12% διαζευγμένοι και το υπόλοιπο 4% χήροι. Ακολουθεί ο πίνακας και το σχεδιάγραμμα.

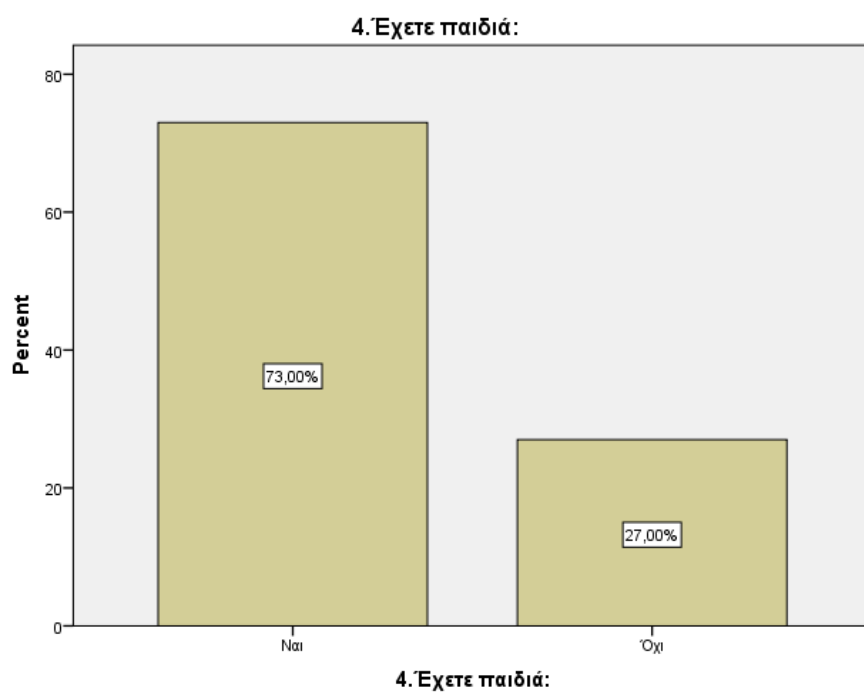
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Έγγαμος	67	67,0	67,0	67,0
Άγαμος	17	17,0	17,0	84,0
Διαζευγμένος/η	12	12,0	12,0	96,0
Χήρος	4	4,0	4,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	



#### 4.Έχετε παιδιά:

Το 73% των ερωτηθέντων είχαν παιδιά και το 27% δεν είχαν. Ακολουθεί ο πίνακας και το σχεδιάγραμμα.

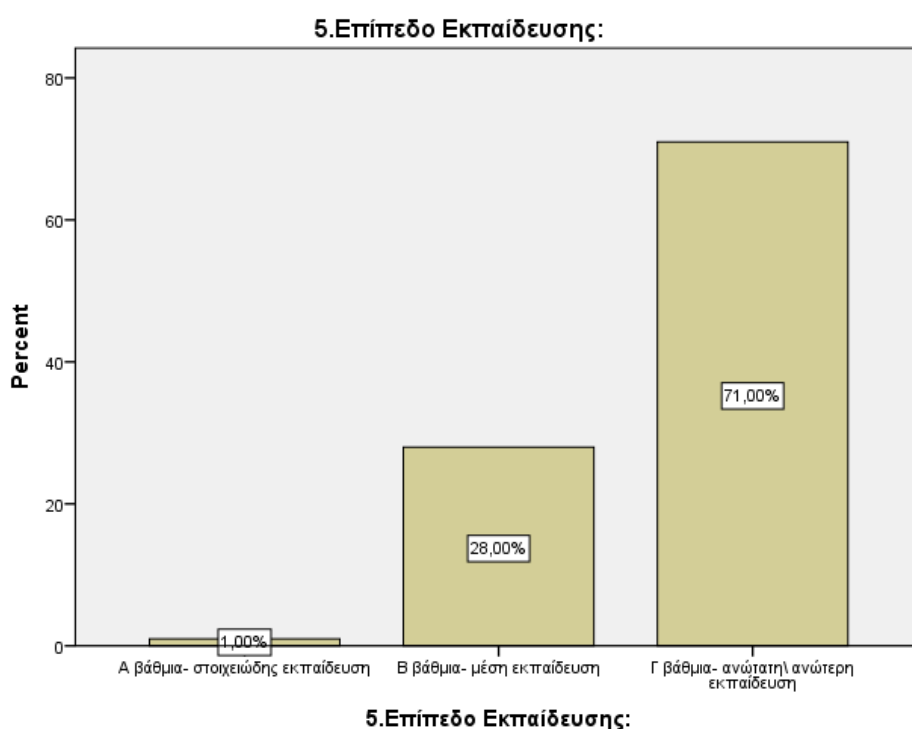
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ναι	73	73,0	73,0	73,0
Όχι	27	27,0	27,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	



### 5.Επίπεδο Εκπαίδευσης:

Το 71% των ερωτηθέντων ήταν απόφοιτοι Γ' βάθμιας εκπαίδευσης, το 28% Β' βάθμιας εκπαίδευσης και το 1% Α'βάθμιας εκπαίδευσης. Ακολουθεί ο πίνακας και το σχεδιάγραμμα.

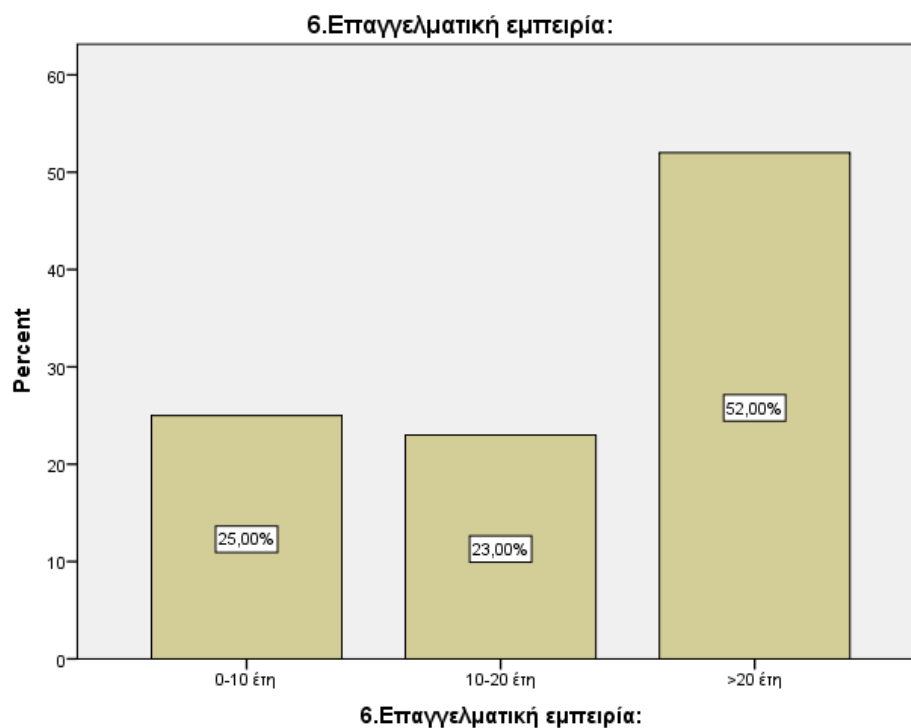
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid A βάρθμια- στοιχειώδης εκπαίδευση	1	1,0	1,0	1,0
B βάρθμια- μέση εκπαίδευση	28	28,0	28,0	29,0
Γ βάρθμια- ανώτατη\ ανώτερη εκπαίδευση	71	71,0	71,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	



### 6.Επαγγελματική εμπειρία:

Το 52% των ερωτηθέντων είχαν πάνω από 20 χρόνια επαγγελματική εμπειρία ως επαγγελματίες υγείας, το 25% από 10 έως 20 χρόνια εμπειρίας και το υπόλοιπο 25% από 0 έως 10 χρόνια εμπειρίας. Ακολουθεί ο πίνακας και το σχεδιάγραμμα.

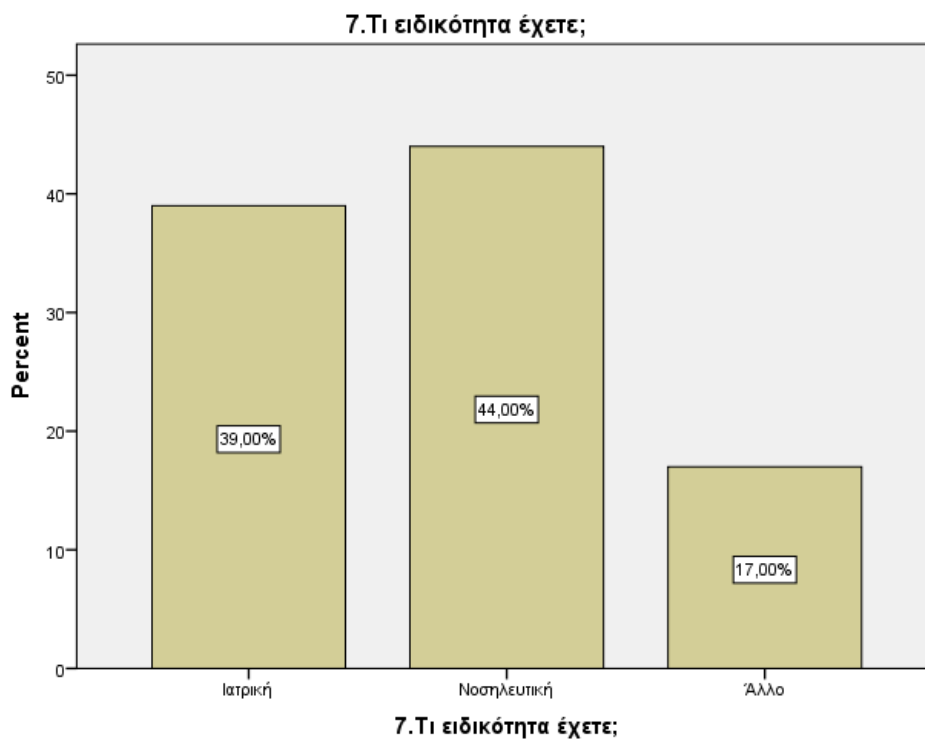
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0-10 έτη	25	25,0	25,0	25,0
10-20 έτη	23	23,0	23,0	48,0
>20 έτη	52	52,0	52,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	



### 7.Τι ειδικότητα έχετε;

Το 44% των ερωτηθέντων είναι νοσηλευτές, το 39% ιατροί και το 17% έχουν κάποια άλλη ειδικότητα. Ακολουθεί ο πίνακας και το σχεδιάγραμμα.

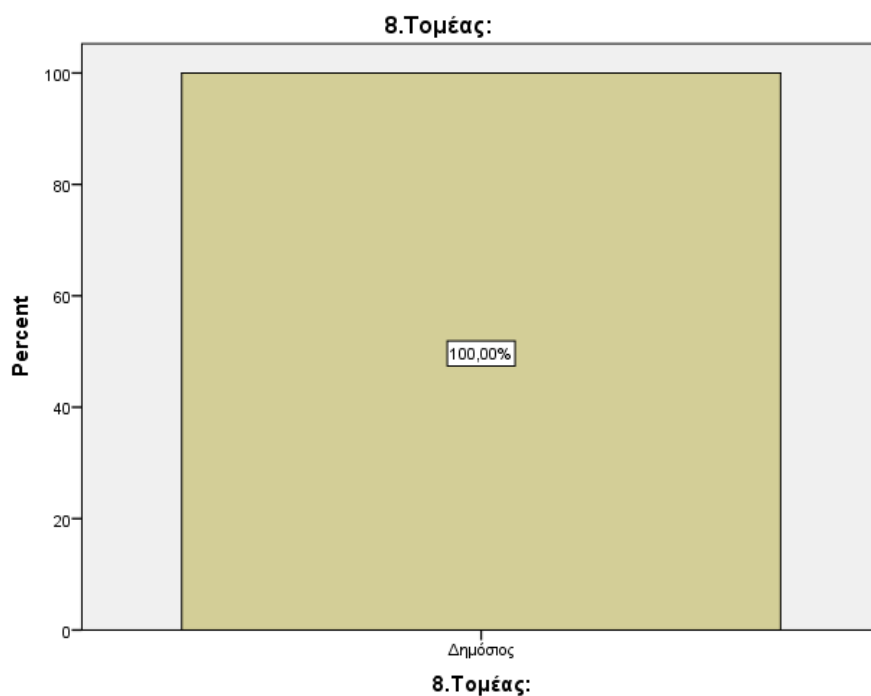
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ιατρική	39	39,0	39,0	39,0
Νοσηλευτική ή Άλλο	44	44,0	44,0	83,0
Total	100	100,0	100,0	100,0



### 8.Τομέας:

Το σύνολο του δείγματος μας εργάζεται στον Δημόσιο Τομέα. Ακολουθεί ο πίνακας και το σχεδιάγραμμα.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Δημόσιος	100	100,0	100,0	100,0

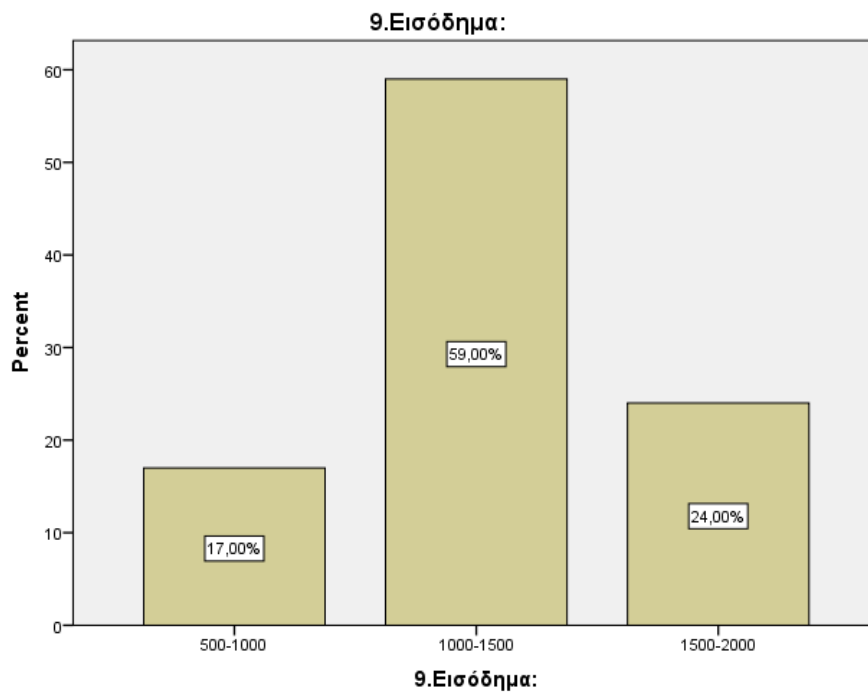




## 9.Εισόδημα:

Το 59% των ερωτηθέντων έχουν μηνιαίο εισόδημα από 1000-1500 ευρώ, το 24% από 1500-2000 ευρώ και το υπόλοιπο 17% από 500 έως 1000 ευρώ. Ακολουθεί ο πίνακας και το σχεδιάγραμμα.

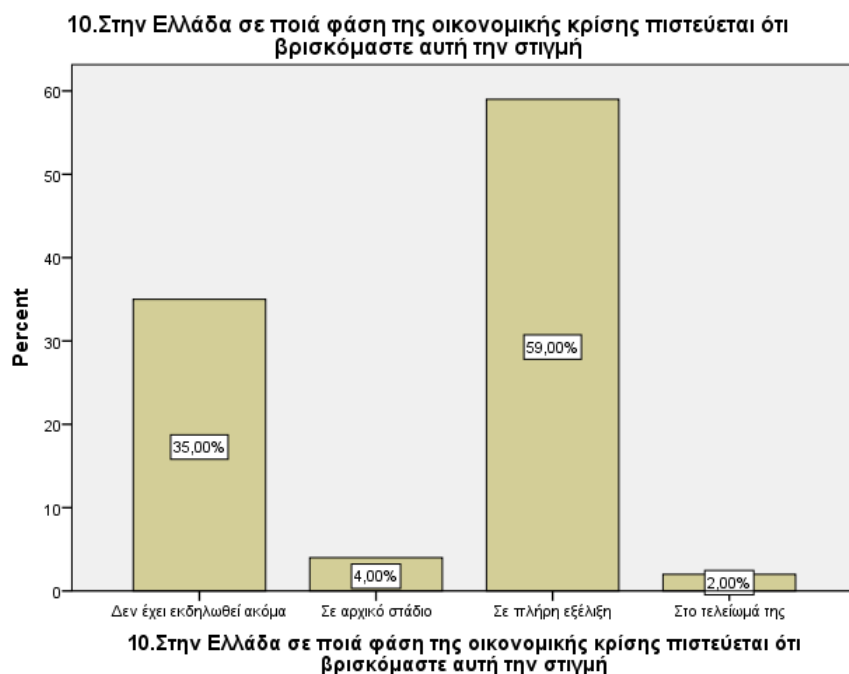
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 500-1000	17	17,0	17,0	17,0
1000-1500	59	59,0	59,0	76,0
1500-2000	24	24,0	24,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	



10. Στην Ελλάδα σε ποιά φάση της οικονομικής κρίσης πιστεύεται ότι βρισκόμαστε αυτή την στιγμή:

Το 59% των ερωτηθέντων δήλωσαν πως η οικονομική κρίση στην Ελλάδα βρίσκεται σε πλήρη εξέλιξη, το 35% δήλωσαν πως δεν έχει εκδηλωθεί ακόμα, το 4% πιστεύουν ότι η οικονομική κρίση βρίσκεται σε αρχικό στάδιο και το υπόλοιπο 2% πιστεύουν ότι είναι στο τελείωμα της. Ακολουθεί ο πίνακας και το σχεδιάγραμμα.

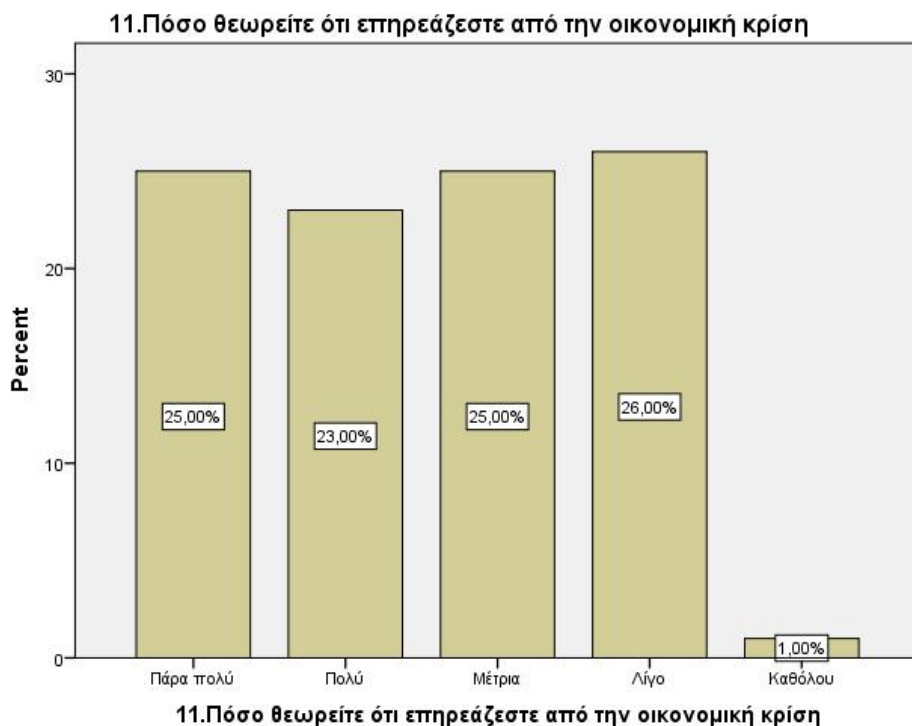
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Δεν έχει εκδηλωθεί ακόμα	35	35,0	35,0	35,0
Σε αρχικό στάδιο	4	4,0	4,0	39,0
Σε πλήρη εξέλιξη	59	59,0	59,0	98,0
Στο τελείωμά της	2	2,0	2,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	



### 11.Πόσο θεωρείτε ότι επηρεάζεστε από την οικονομική κρίση:

Το 26% των συμμετεχόντων δήλωσε ότι επηρεάζονται λίγο από την οικονομική κρίση, το 25% επηρεάζονται πάρα πολύ, άλλο ένα 25% δήλωσε ότι επηρεάζονται μέτρια και το 23% επηρεάζονται πολύ. Ακολουθεί ο πίνακας και το σχεδιάγραμμα.

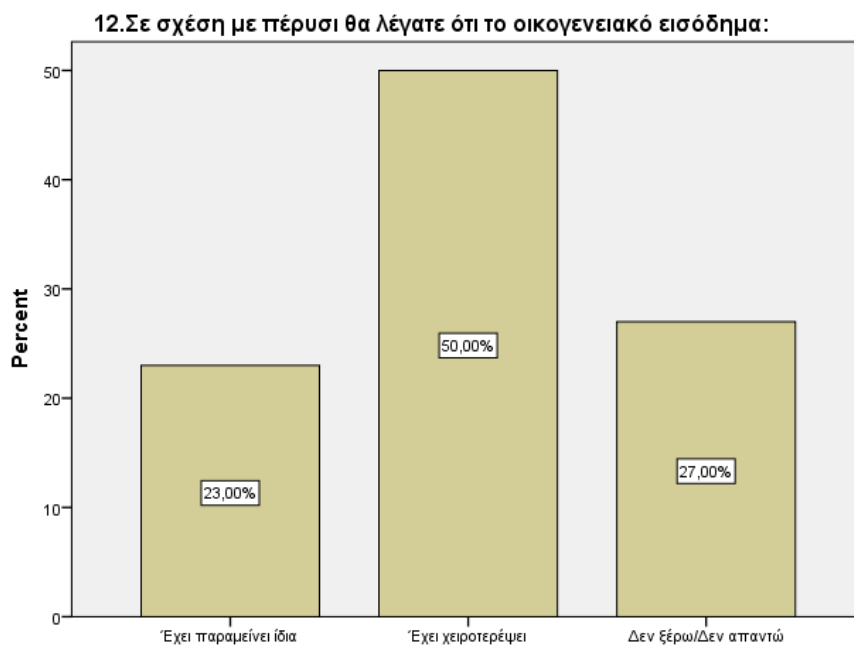
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Πάρα πολύ	25	25,0	25,0	25,0
Πολύ	23	23,0	23,0	48,0
Μέτρια	25	25,0	25,0	73,0
Λίγο	26	26,0	26,0	99,0
Καθόλου	1	1,0	1,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	



12. Σε σχέση με πέρυσι θα λέγατε ότι το οικογενειακό εισόδημα:

Το 50% των συμμετεχόντων δήλωσε πως σε σχέση με πέρυσι, το οικογενειακό τους επίδομα έχει χειροτερέψει, το 27% δεν απάντησε στην ερώτηση και το 23% δήλωσε πως το οικογενειακό τους επίδομα έχει παραμείνει το ίδιο. Ακολουθεί ο πίνακας και το σχεδιάγραμμα.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Έχει παραμείνει ίδια	23	23,0	23,0	23,0
Έχει χειροτερέψει	50	50,0	50,0	73,0
Δεν ξέρω/Δεν απαντώ	27	27,0	27,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	



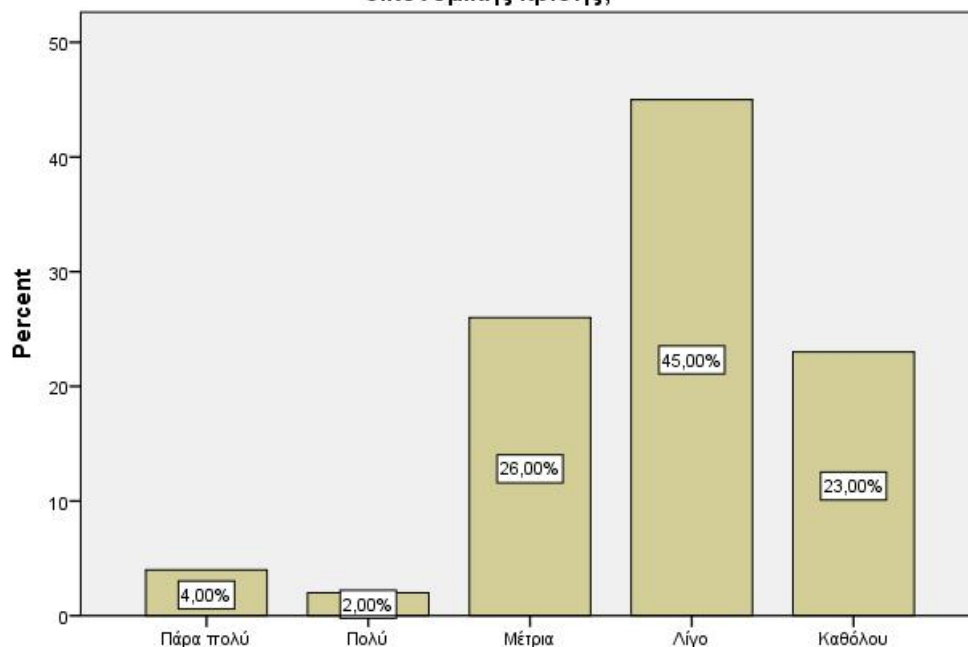
**12. Σε σχέση με πέρυσι θα λέγατε ότι το οικογενειακό εισόδημα:**

13.Εσείς προσωπικά πόσο φοβάστε μήπως χάσετε τη δουλειά σας εξαιτίας της οικονομικής κρίσης;

Το 45% των ερωτηθέντων δήλωσε πως φοβούνται λίγο μήπως χάσουν τη δουλειά τους εξαιτίας της οικονομικής κρίσης, το 26% φοβούνται σε μέτριο βαθμό και το 23% δεν φοβούνται καθόλου. Το 4% φοβούνται πάρα πολύ και το υπόλοιπο 2% πολύ. Ακολουθεί ο πίνακας και το σχεδιάγραμμα.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Πάρα πολύ	4	4,0	4,0	4,0
Πολύ	2	2,0	2,0	6,0
Μέτρια	26	26,0	26,0	32,0
Λίγο	45	45,0	45,0	77,0
Καθόλου	23	23,0	23,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

**13.Εσείς προσωπικά πόσο φοβάστε μήπως χάσετε τη δουλειά σας εξαιτίας της οικονομικής κρίσης;**



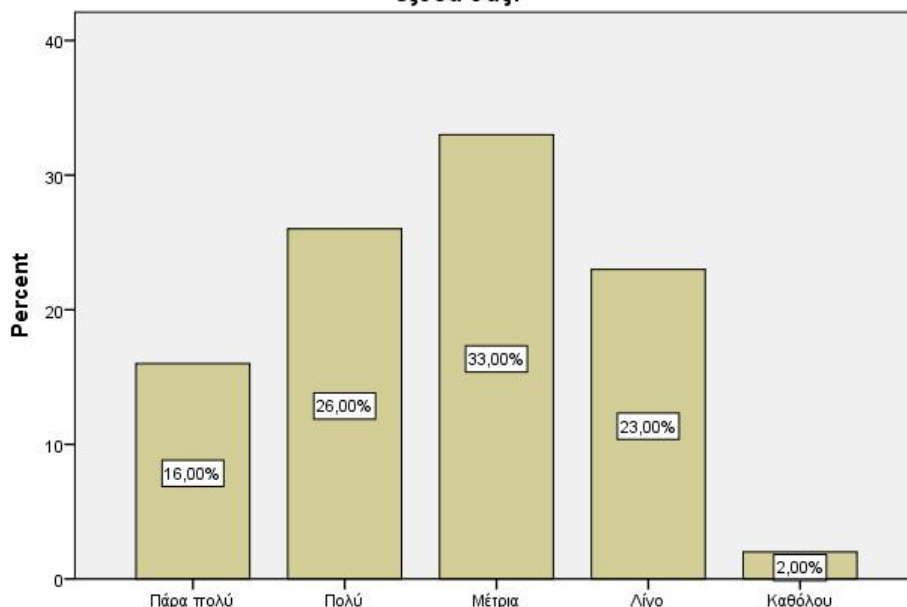
**13.Εσείς προσωπικά πόσο φοβάστε μήπως χάσετε τη δουλειά σας εξαιτίας της οικονομικής κρίσης;**

14.Έχει χρειαστεί μέχρι στιγμής και λόγω της κρίσης να κάνετε περικοπές στα έξοδα σας:

Το 33% των ερωτηθέντων δήλωσε πως μέχρι στιγμής έχει χρειαστεί λόγω της κρίσης να κάνουν περικοπές στα έξοδα τους σε μέτριο βαθμό, το 26% φοβούνται σε πολύ μεγάλο βαθμό και το 23% σε λίγο βαθμό. Το 16% σε πάρα πολύ μεγάλο βαθμό και αντίθετα, το υπόλοιπο 2% δεν έχει χρειαστεί να κάνει καμία περικοπή στα έξοδα τους. Ακολουθεί ο πίνακας και το σχεδιάγραμμα.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Πάρα πολύ	16	16,0	16,0	16,0
Πολύ	26	26,0	26,0	42,0
Μέτρια	33	33,0	33,0	75,0
Λίγο	23	23,0	23,0	98,0
Καθόλου	2	2,0	2,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

14. Έχει χρειαστεί μέχρι στιγμής και λόγω της κρίσης να κάνετε περικοπές στα έξοδα σας:



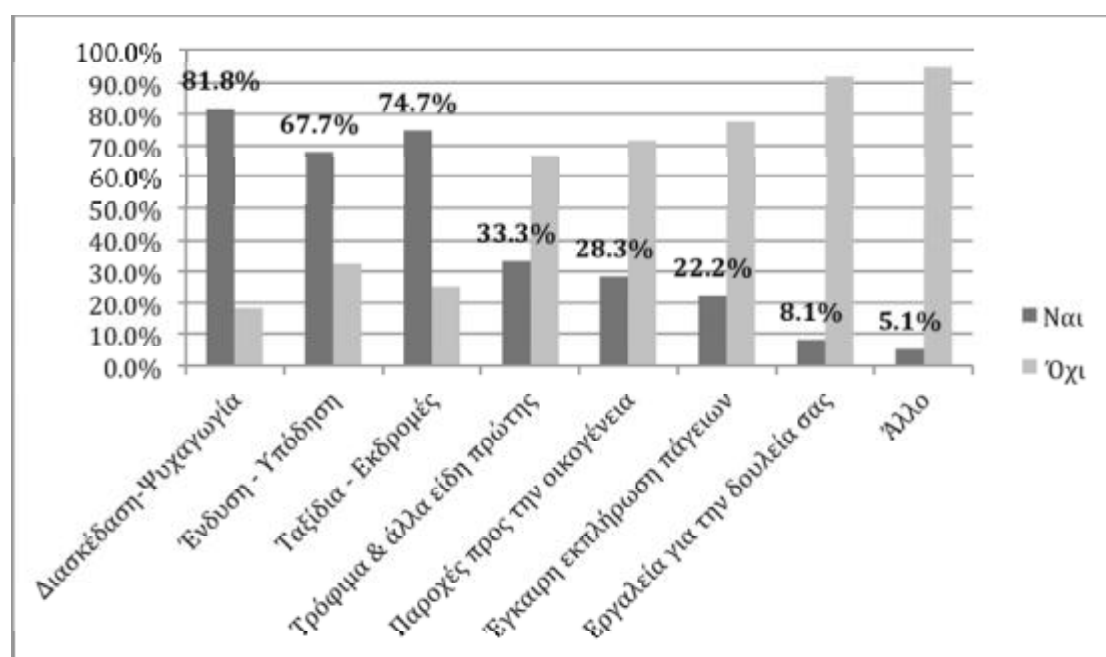
14. Έχει χρειαστεί μέχρι στιγμής και λόγω της κρίσης να κάνετε περικοπές στα έξοδα σας:

15. Σε ποιούς τομείς συγκεκριμένα: (Συγκεντρωτικά)

Το 81,8% των ερωτηθέντων δήλωσαν πως ο τομέας της διασκέδασης-ψυχαγωγίας είναι εκείνος που χρειάστηκαν περισσότερο να περικόψουν, ακολουθούν τα ταξίδια-εκδρομές με ποσοστό 74,7%, η ένδυση-υπόδηση με ποσοστό 67,7%, τα τρόφιμα με ποσοστό 33,3% και οι παροχές προς την οικογένεια με ποσοστό 28,3%. Το 22,2% των ερωτηθέντων δήλωσε πως αναγκάστηκε να μην πληρώσει έγκαιρα τις πάγιες υποχρεώσεις του και το 8,1% περιέκοψε την αγορά εργαλείων για την δουλειά του. Το υπόλοιπο 5,1% χρειάστηκε να περικόψει σε κάποιον άλλο τομέα πέραν των συμπεριλαμβανομένων. Ακολουθεί ο πίνακας και το σχεδιάγραμμα.

15. Σε ποιούς τομείς συγκεκριμένα: (Συγκεντρωτικά)

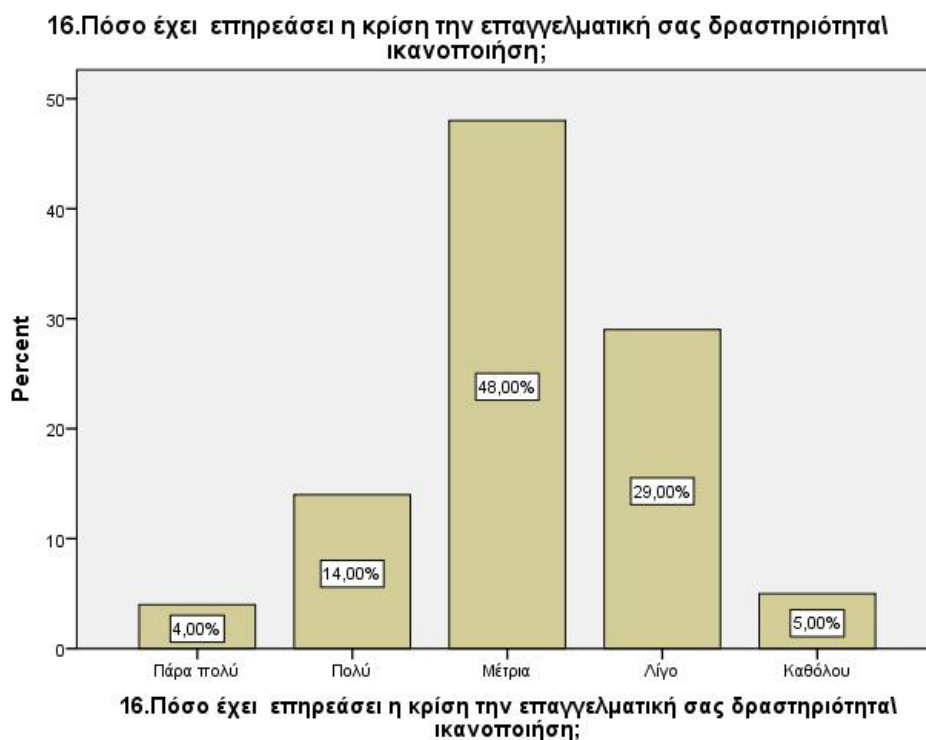
	Ναι	Όχι
Διασκέδαση-Ψυχαγωγία	81,8%	18,2%
Ένδυση - Υπόδηση	67,7%	32,3%
Ταξίδια - Εκδρομές	74,7%	25,3%
Τρόφιμα & άλλα είδη πρώτης ανάγκης	33,3%	66,7%
Παροχές προς την οικογένεια σας	28,3%	71,7%
Έγκαιρη εκπλήρωση πάγιων υποχρεώσεων	22,2%	77,8%
Εργαλεία για την δουλειά σας	8,1%	91,9%
Άλλο	5,1%	94,9%



16.Πόσο έχει επηρεάσει η κρίση την επαγγελματική σας δραστηριότητα\ ικανοποίηση;

Το 48% των ερωτηθέντων δήλωσε πως η κρίση έχει επηρεάσει την επαγγελματική τους δραστηριότητα\ ικανοποίηση σε μέτριο βαθμό, το 29% σε λίγο βαθμό και το 14% σε πολύ μεγάλο βαθμό. Το 5% δήλωσε πως η κρίση δεν έχει επηρεάσει την επαγγελματική τους δραστηριότητα\ ικανοποίηση ενώ το υπόλοιπο 4% την έχει επηρεάσει σε πάρα πολύ μεγάλο βαθμό. Ακολουθεί ο πίνακας και το σχεδιάγραμμα.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Πάρα πολύ	4	4,0	4,0	4,0
Πολύ	14	14,0	14,0	18,0
Μέτρια	48	48,0	48,0	66,0
Λίγο	29	29,0	29,0	95,0
Καθόλου	5	5,0	5,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

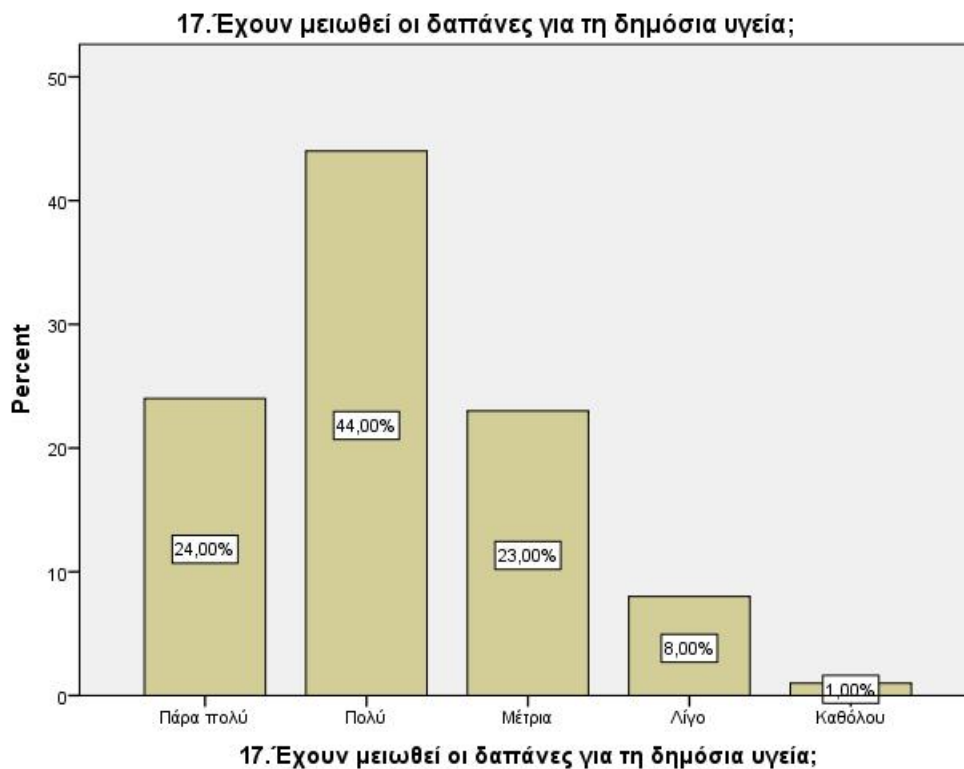




### 17. Έχουν μειωθεί οι δαπάνες για τη δημόσια υγεία;

Το 44% των ερωτηθέντων δήλωσε πως οι δαπάνες για τη δημόσια υγεία έχουν μειωθεί πολύ, το 24% πάρα πολύ και το 23% σε μέτριο βαθμό. Το 8% δήλωσε πως οι δαπάνες για τη δημόσια υγεία έχουν μειωθεί λίγο, ενώ το υπόλοιπο 1% δήλωσε πως οι δαπάνες για τη δημόσια υγεία δεν έχουν μειωθεί καθόλου. Ακολουθεί ο πίνακας και το σχεδιάγραμμα.

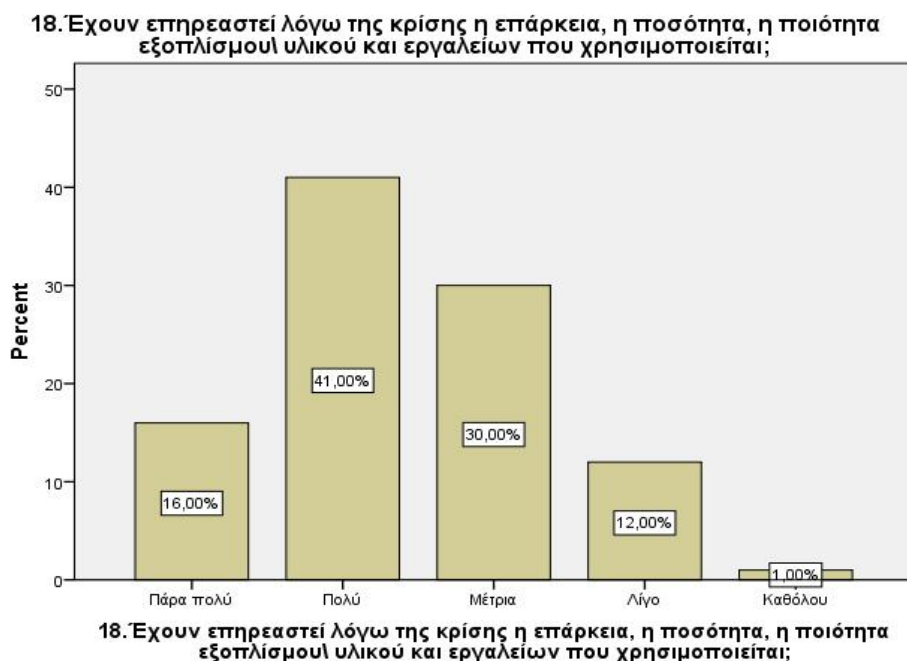
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Πάρα πολύ	24	24,0	24,0	24,0
Πολύ	44	44,0	44,0	68,0
Μέτρια	23	23,0	23,0	91,0
Λίγο	8	8,0	8,0	99,0
Καθόλου	1	1,0	1,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	



18. Έχουν επηρεαστεί λόγω της κρίσης η επάρκεια, η ποσότητα, η ποιότητα εξοπλισμού υλικού και εργαλείων που χρησιμοποιείται;

Το 41% των ερωτηθέντων δήλωσε πως η κρίση έχει επηρεάσει την επάρκεια, την ποσότητα, την ποιότητα εξοπλισμού υλικού και εργαλείων που χρησιμοποιούν σε πολύ μεγάλο βαθμό, το 30% σε μέτριο βαθμό, το 16% σε πάρα πολύ μεγάλο βαθμό και το 12% σε λίγο βαθμό. Το υπόλοιπο 1% δήλωσε πως η κρίση δεν έχει επηρεάσει καθόλου την επάρκεια, την ποσότητα, την ποιότητα εξοπλισμού υλικού και εργαλείων που χρησιμοποιούν. Ακολουθεί ο πίνακας και το σχεδιάγραμμα.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Πάρα πολύ	16	16,0	16,0	16,0
Πολύ	41	41,0	41,0	57,0
Μέτρια	30	30,0	30,0	87,0
Λίγο	12	12,0	12,0	99,0
Καθόλου	1	1,0	1,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	



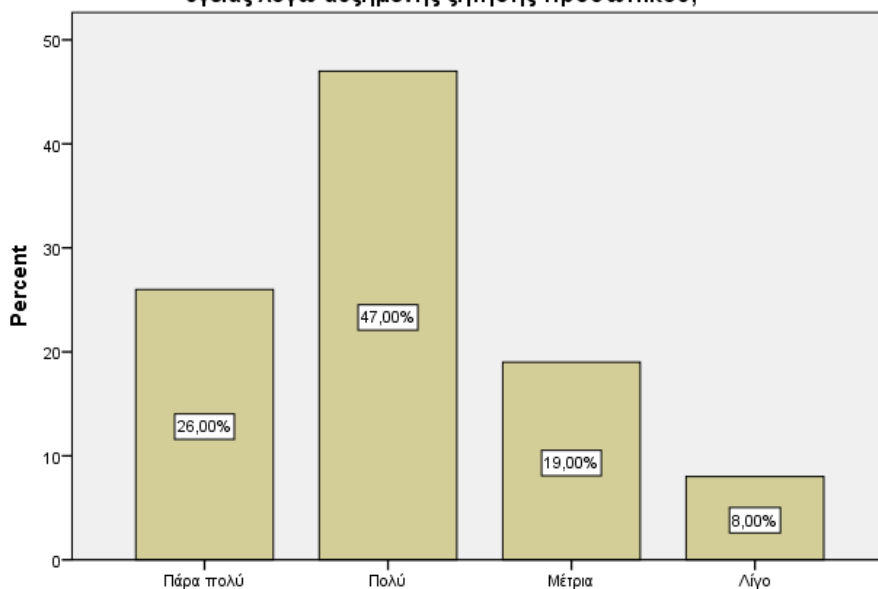
19.Επιβαρύνεται η λειτουργία των δημόσιων μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας λόγω αυξημένης ζήτησης προσωπικού;

Το 47% των ερωτηθέντων δήλωσε πως η λειτουργία των δημόσιων μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας επιβαρύνεται λόγω αυξημένης ζήτησης προσωπικού σε πολύ μεγάλο βαθμό, το 26% σε πάρα πολύ μεγάλο βαθμό, το 19% σε μέτριο βαθμό και το 8% σε λίγο βαθμό. Ακολουθεί ο πίνακας και το σχεδιάγραμμα.

19.Επιβαρύνεται η λειτουργία των δημόσιων μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας λόγω αυξημένης ζήτησης προσωπικού;

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Πάρα πολύ	26	26,0	26,0	26,0
Πολύ	47	47,0	47,0	73,0
Μέτρια	19	19,0	19,0	92,0
Λίγο	8	8,0	8,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

19.Επιβαρύνεται η λειτουργία των δημόσιων μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας λόγω αυξημένης ζήτησης προσωπικού;



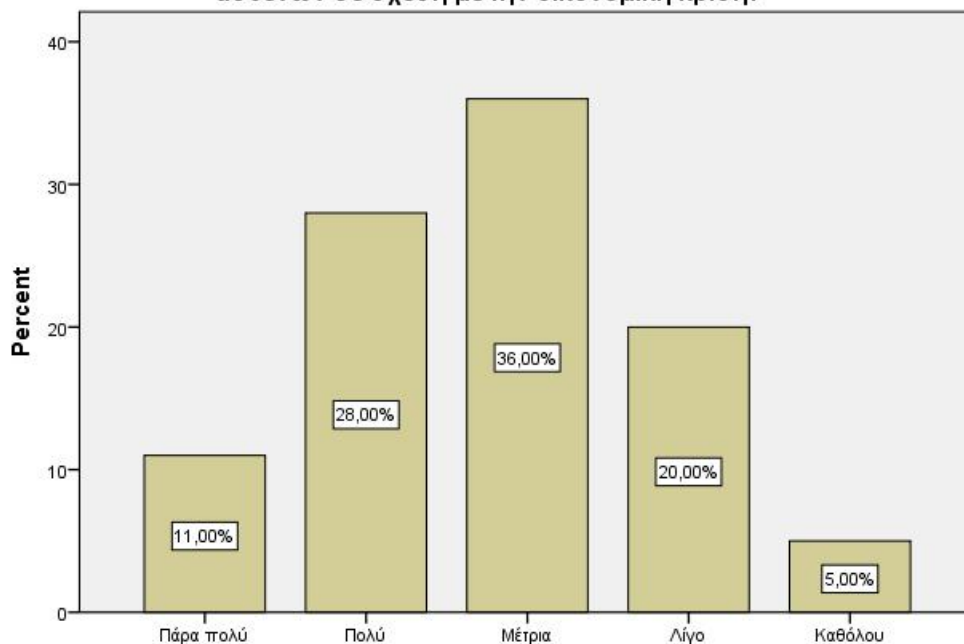
19.Επιβαρύνεται η λειτουργία των δημόσιων μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας λόγω αυξημένης ζήτησης προσωπικού;

20. Έχει επηρεαστεί η αποδοτικότητα\ αποτελεσματικότητα στην φροντίδα των ασθενών σε σχέση με την οικονομική κρίση:

Το 36% των ερωτηθέντων δήλωσε πως έχει επηρεαστεί σε μέτριο βαθμό η αποδοτικότητα\ αποτελεσματικότητα στην φροντίδα των ασθενών σε σχέση με την οικονομική κρίση, το 28% σε πολύ μεγάλο βαθμό, το 20% σε λίγο βαθμό και το 11% σε πάρα πολύ μεγάλο βαθμό. Το υπόλοιπο 5% δήλωσε πως η αποδοτικότητα\ αποτελεσματικότητα στην φροντίδα των ασθενών δεν έχει επηρεαστεί καθόλου. Ακολουθεί ο πίνακας και το σχεδιάγραμμα.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Πάρα πολύ	11	11,0	11,0	11,0
Πολύ	28	28,0	28,0	39,0
Μέτρια	36	36,0	36,0	75,0
Λίγο	20	20,0	20,0	95,0
Καθόλου	5	5,0	5,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

**20. Έχει επηρεαστεί η αποδοτικότητα\ αποτελεσματικότητα στην φροντίδα των ασθενών σε σχέση με την οικονομική κρίση:**



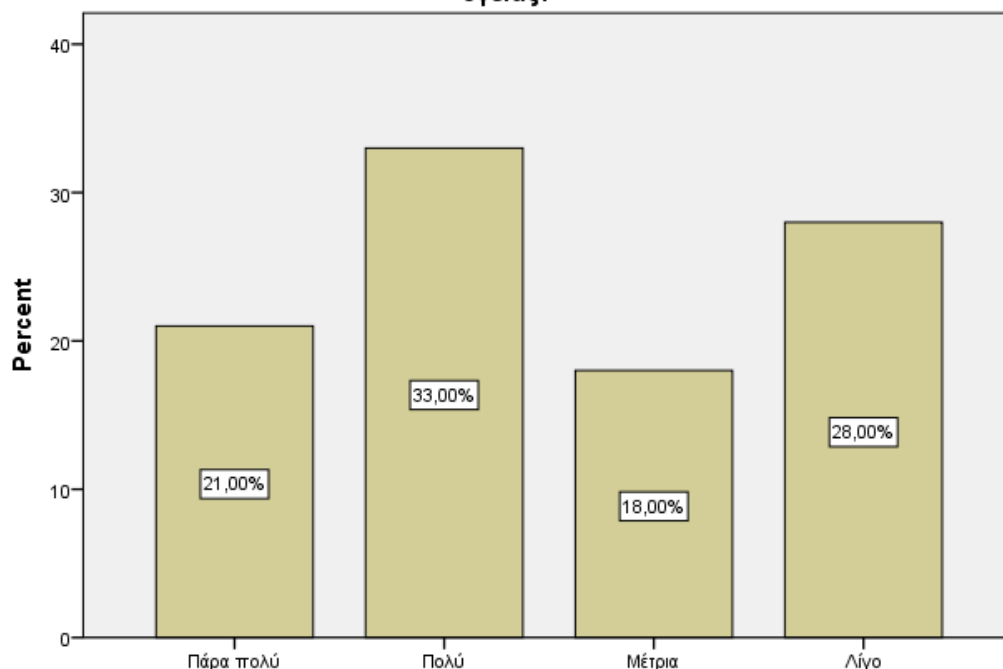
**20. Έχει επηρεαστεί η αποδοτικότητα\ αποτελεσματικότητα στην φροντίδα των ασθενών σε σχέση με την οικονομική κρίση:**

21. Έχει επίπτωση η οικονομική κρίση στην ψυχική υγεία των επαγγελματιών υγείας:

Το 33% των ερωτηθέντων δήλωσε πως έχει επίπτωση η οικονομική κρίση στην ψυχική υγεία των επαγγελματιών υγείας σε πολύ μεγάλο βαθμό, το 28% σε λίγο βαθμό, το 21% σε πάρα πολύ μεγάλο βαθμό και το υπόλοιπο 18% σε μέτριο βαθμό. Ακολουθεί ο πίνακας και το σχεδιάγραμμα.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Πάρα πολύ	21	21,0	21,0	21,0
Πολύ	33	33,0	33,0	54,0
Μέτρια	18	18,0	18,0	72,0
Λίγο	28	28,0	28,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

**21. Έχει επίπτωση η οικονομική κρίση στην ψυχική υγεία των επαγγελματιών υγείας:**



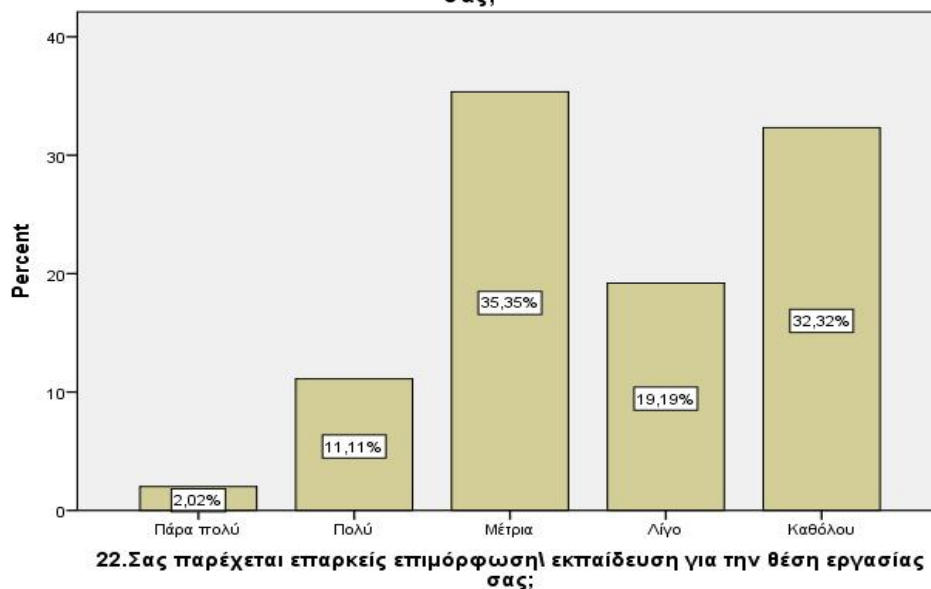
**21. Έχει επίπτωση η οικονομική κρίση στην ψυχική υγεία των επαγγελματιών υγείας:**

## 22.Σας παρέχεται επαρκείς επιμόρφωση\ εκπαίδευση για την θέση εργασίας σας;

Το 35,4% των ερωτηθέντων δήλωσε πως τους παρέχεται επαρκείς επιμόρφωση\ εκπαίδευση για την θέση εργασίας τους σε μέτριο βαθμό, το 32,3% δήλωσαν πως δεν τους παρέχεται καμία επιμόρφωση\ εκπαίδευση για την θέση εργασίας τους σε πολύ μεγάλο βαθμό, το 19,2% σε λίγο βαθμό και το 11,1% σε πολύ μεγάλο βαθμό. Το υπόλοιπο 2% δήλωσε πως τους παρέχεται επαρκείς επιμόρφωση\ εκπαίδευση για την θέση εργασίας τους σε πάρα πολύ μεγάλο βαθμό. Ακολουθεί ο πίνακας και το σχεδιάγραμμα.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Πάρα πολύ	2	2,0	2,0	2,0
Πολύ	11	11,0	11,1	13,1
Μέτρια	35	35,0	35,4	48,5
Λίγο	19	19,0	19,2	67,7
Καθόλου	32	32,0	32,3	100,0
Total	99	99,0	100,0	
Missing System	1	1,0		
Total	100	100,0		

**22.Σας παρέχεται επαρκείς επιμόρφωση\ εκπαίδευση για την θέση εργασίας σας;**



## 4.2 ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

Σε αυτήν την ενότητα θα εξετάσουμε κατά πόσο υπάρχει στατιστικώς σημαντική σχέση μεταξύ των μεταβλητών – ερωτήσεων του ερωτηματολογίου. Ακολούθως αναφέρονται μόνο αυτές για τις οποίες βρέθηκε στατιστικώς σημαντική σχέση. Η αξιολόγηση έγινε με το κριτήριο Pearson, σύμφωνα με το οποίο όταν η τιμή είναι μικρότερη ή ίση με 0,05, τότε απορρίπτουμε τη μηδενική υπόθεση. Οι υποθέσεις που ελέγχθηκαν είναι της μορφής:

- $H_0$ : Η σχέση μεταξύ των δύο εξεταζόμενων παραγόντων δεν είναι στατιστικώς σημαντική.
- $H_1$ : Η σχέση μεταξύ των δύο εξεταζόμενων παραγόντων είναι στατιστικώς σημαντική.

Έλεγχος σχέσης Εισόδημα και ερώτησης: 13.Εσείς προσωπικά πόσο φοβάστε μήπως χάσετε τη δουλειά σας εξαιτίας της οικονομικής κρίσης;

Σε αυτήν την περίπτωση απορρίπτουμε τη μηδενική υπόθεση αφού η τιμή Pearson είναι 0,032 δηλαδή  $p < 0,05$  και συνεπώς έχουμε στατιστική σημαντικότητα. Πράγματι, οι περισσότεροι ερωτηθέντες που το εισόδημα τους είναι από 1000-1500 ευρώ φοβούνται μήπως χάσουν τη δουλειά τους σε λίγο βαθμό. Ακολουθεί ο πίνακας.

		13.Εσείς προσωπικά πόσο φοβάστε μήπως χάσετε τη δουλειά σας εξαιτίας της οικονομικής κρίσης;				
		Πάρα πολύ	Πολύ	Μέτρια	Λίγο	Καθόλου
9.Εισόδημα:	500-1000	0	2	4	10	1
	1000-1500	4	0	16	25	14
	1500-2000	0	0	6	10	8
Total		4	2	26	45	23

Έλεγχος σχέσης Φύλο και ερώτησης: 16.Πόσο έχει επηρεάσει η κρίση την επαγγελματική σας δραστηριότητα\ ικανοποίηση;

Σε αυτήν την περίπτωση απορρίπτουμε τη μηδενική υπόθεση αφού η τιμή Pearson είναι 0,030 δηλαδή  $p < 0,05$  και συνεπώς έχουμε στατιστική σημαντικότητα. Πράγματι, οι περισσότεροι γυναίκες δήλωσαν πως η κρίση έχει επηρεάσει την επαγγελματική τους δραστηριότητα\ ικανοποίηση σε μέτριο βαθμό ενώ οι περισσότεροι άνδρες δήλωσαν η κρίση έχει επηρεάσει την επαγγελματική τους δραστηριότητα\ ικανοποίηση σε λίγο βαθμό. Ακολουθεί ο πίνακας.

		16.Πόσο έχει επηρεάσει η κρίση την επαγγελματική σας δραστηριότητα\ ικανοποίηση;				
		Πάρα πολύ	Πολύ	Μέτρια	Λίγο	Καθόλου
1.Φύλο:	Ανδρας	0	7	18	19	1
	Γυναίκα	4	7	30	10	4
Total		4	14	48	29	5

Έλεγχος σχέσης Ηλικία και ερώτησης: 11.Πόσο θεωρείτε ότι επηρεάζεστε από την οικονομική κρίση;

Σε αυτήν την περίπτωση απορρίπτουμε τη μηδενική υπόθεση αφού η τιμή Pearson είναι 0,00 δηλαδή  $p < 0,05$  και συνεπώς έχουμε στατιστική σημαντικότητα. Πράγματι, οι περισσότεροι ερωτηθέντες ηλικίας από 45-59 χρονών δήλωσαν πως έχουν επηρεαστεί από την οικονομική κρίση σε λίγο βαθμό ενώ οι περισσότεροι ερωτηθέντες ηλικίας από 30-44 χρονών δήλωσαν πως έχουν επηρεαστεί από την οικονομική κρίση σε πάρα πολύ μεγάλο βαθμό. Ακολουθεί ο πίνακας.

		11.Πόσο θεωρείτε ότι επηρεάζεστε από την οικονομική κρίση				
		Πάρα πολύ	Πολύ	Μέτρια	Λίγο	Καθόλου
2.Ηλικία:	18-29	0	1	3	1	0
	30-44	12	8	10	9	0
	45-59	12	14	12	16	0
	>60	1	0	0	0	1
Total		25	23	25	26	1



Έλεγχος σχέσης Φύλο και ερώτησης: 22.Σας παρέχεται επαρκείς επιμόρφωση\ εκπαίδευση για την θέση εργασίας σας;

Σε αυτήν την περίπτωση απορρίπτουμε τη μηδενική υπόθεση αφού η τιμή Pearson είναι 0,047 δηλαδή  $p < 0,05$  και συνεπώς έχουμε στατιστική σημαντικότητα. Πράγματι, οι περισσότεροι άνδρες δήλωσαν πως τους παρέχεται επαρκείς επιμόρφωση\ εκπαίδευση για την θέση εργασίας τους σε μέτριο βαθμό ενώ οι περισσότερες γυναίκες δήλωσαν πως δεν τους παρέχεται καθόλου επαρκείς επιμόρφωση\ εκπαίδευση για την θέση εργασίας τους. Ακολουθεί ο πίνακας.

		22.Σας παρέχεται επαρκείς επιμόρφωση\ εκπαίδευση για την θέση εργασίας σας;				
		Πάρα πολύ	Πολύ	Μέτρια	Λίγο	Καθόλου
1.Φύλο:	Άνδρας	2	4	21	9	9
	Γυναίκα	0	7	14	10	23
Total		2	11	35	19	32

Έγιναν επίσης η συσχετίσεις με το Οικογενειακό Εισόδημα και τις ερωτήσεις που αφορούσαν την επαγγελματική ικανοποίηση, την αποτελεσματικότητα υπηρεσιών υγείας και την ποιότητα και επάρκεια υλικού (σχετικές ερωτήσεις 16-17-18-19) ωστόσο δεν βρέθηκε στατιστική σημαντικότητα σύμφωνα με το κριτήριο Pearson. Οι σχετικοί πίνακες παρατίθενται στην συνέχεια.

Στον παρακάτω πίνακα βλέπουμε ότι οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας που έχουν οικογενειακό εισόδημα 1000-1500 ευρώ θεωρούν σε μέτριο βαθμό ότι έχει επηρεάσει η κρίση την επαγγελματική τους δραστηριότητα\ ικανοποίηση ενώ οι περισσότεροι που έχουν οικογενειακό εισόδημα 1500-2000 ευρώ θεωρούν ότι έχει επηρεάσει η κρίση την επαγγελματική τους δραστηριότητα\ ικανοποίηση σε λίγο βαθμό. Ωστόσο δεν υπάρχει στατιστική σημαντικό σύμφωνα με το κριτήριο Pearson ( $p=0,146$ ).

		16.Πόσο έχει επηρεάσει η κρίση την επαγγελματική σας δραστηριότητα\ ικανοποίηση;				
		Πάρα πολύ	Πολύ	Μέτρια	Λίγο	Καθόλου
9.Εισόδημα:	500-1000	1	1	10	5	0
	1000-1500	3	10	29	12	5
	1500-2000	0	3	9	12	0
Total		4	14	48	29	5

Στον παρακάτω πίνακα βλέπουμε ότι οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας που έχουν οικογενειακό εισόδημα 1000-1500 ευρώ θεωρούν σε πολύ μεγάλο βαθμό ότι μειωθεί οι δαπάνες για τη δημόσια υγεία ενώ και οι περισσότεροι που έχουν οικογενειακό εισόδημα 1500-2000 ευρώ έχουν την ίδια άποψη. Ωστόσο δεν υπάρχει στατιστική σημαντική σύμφωνα με το κριτήριο Pearson ( $p=0,180$ ).

		17.Έχουν μειωθεί οι δαπάνες για τη δημόσια υγεία;				
		Πάρα πολύ	Πολύ	Μέτρια	Λίγο	Καθόλου
9.Εισόδημα:	500-1000	3	5	8	1	0
	1000-1500	14	30	11	4	0
	1500-2000	7	9	4	3	1
Total		24	44	23	8	1

Στον παρακάτω πίνακα βλέπουμε ότι οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας που έχουν οικογενειακό εισόδημα 1000-1500 ευρώ θεωρούν σε πολύ μεγάλο βαθμό ότι έχουν επηρεαστεί λόγω της κρίσης η επάρκεια, η ποσότητα, η ποιότητα εξοπλισμού υλικού και εργαλείων που χρησιμοποιείται. Ωστόσο δεν υπάρχει στατιστική σημαντική σύμφωνα με το κριτήριο Pearson ( $p=0,865$ ).

		18.Έχουν επηρεαστεί λόγω της κρίσης η επάρκεια, η ποσότητα, η ποιότητα εξοπλισμού υλικού και εργαλείων που χρησιμοποιείται;				
		Πάρα πολύ	Πολύ	Μέτρια	Λίγο	Καθόλου
9.Εισόδημα:	500-1000	1	8	6	2	0
	1000-1500	12	24	15	7	1
	1500-2000	3	9	9	3	0
Total		16	41	30	12	1

Στον παρακάτω πίνακα βλέπουμε ότι οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας που έχουν οικογενειακό εισόδημα από 500-2000 ευρώ-δηλαδή και οι τρεις κατηγορίες-θεωρούν σε πολύ

μεγάλο βαθμό ότι επιβαρύνεται η λειτουργία των δημόσιων μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας λόγω αυξημένης ζήτησης προσωπικού. Ωστόσο δεν υπάρχει στατιστική σημαντική σύμφωνα με το κριτήριο Pearson ( $p=0,311$ ).

		19.Επιβαρύνεται η λειτουργία των δημόσιων μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας λόγω αυξημένης ζήτησης προσωπικού;			
		Πάρα πολύ	Πολύ	Μέτρια	Λίγο
9.Εισόδημα:	500-1000	4	7	3	3
	1000-1500	16	31	8	4
	1500-2000	6	9	8	1
Total		26	47	19	8

## 5. ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ : ΕΠΙΛΟΓΟΣ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Βάσει των όσων σημειώθηκαν σχετικά, θα λέγαμε πως ο στόχος της παρούσας ερευνητικής μελέτης είναι η διερεύνηση των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης στους επαγγελματίες υγείας καθώς και των διαστάσεων του προβλήματος στη δημόσια υγεία. Πιο συγκεκριμένα ο σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν ο συσχετισμός ορισμένων παραμέτρων όπως το οικογενειακό εισόδημα, εργασιακή ανασφάλεια, επαγγελματική ικανοποίηση, αποτελεσματικότητα υπηρεσιών υγείας, ποιότητα και επάρκεια υλικού με την οικονομική κρίση.

Σημειώθηκε λοιπόν πως η οικονομική κρίση προκάλεσε και συνεχίζει να προκαλεί μείωση στην ζήτηση σε παγκόσμια κλίμακα, μείωση στην παγκόσμια παραγωγή και αύξηση της ανεργίας. Το σημαντικότερο όμως είναι ότι δημιουργήθηκε ένα κλίμα πανικού επεκτάθηκε στους πολίτες των κρατών. Πολλές κυβερνήσεις κρατών έσπευσαν να ενισχύσουν οικονομικά τις τράπεζες για να περιορίσουν την ασφυξία των αγορών (Καραμούζης, Χαρδούβελης, 2011).

Εκτός των ανωτέρω όμως, θα λέγαμε πως τα Κέντρα Υγείας εμφάνισαν σοβαρότατα προβλήματα στην λειτουργία τους λόγω της οικονομικής κρίσης των τελευταίων ετών. Η ανεπαρκής κάλυψη των προβλεπομένων θέσεων στελέχωσης, η έλλειψη χρηματοδότησης και η αποδιοργάνωση που συνεπάγεται απ' όλα τα παραπάνω, έφερε την μείωση της αποδοτικότητας και της λειτουργικής τους ικανότητας.

Τα βασικότερα ευρήματα της εν λόγω έρευνας, αναφέρουν σχετικά πως το 59% των ερωτηθέντων δήλωσαν πως η οικονομική κρίση στην Ελλάδα βρίσκεται σε πλήρη εξέλιξη, το 35% δήλωσαν πως δεν έχει εκδηλωθεί ακόμα, το 4% πιστεύουν ότι η οικονομική κρίση βρίσκεται σε αρχικό στάδιο και το υπόλοιπο 2% πιστεύουν ότι είναι στο τελείωμα της.

Το 26% των συμμετεχόντων δήλωσε ότι επηρεάζονται λίγο από την οικονομική κρίση, το 25% επηρεάζονται πάρα πολύ, άλλο ένα 25% δήλωσε ότι επηρεάζονται μέτρια και το 23% επηρεάζονται πολύ. Επίσης, το 50% των συμμετεχόντων δήλωσε πως σε σχέση με πέρυσι, το οικογενειακό τους επίδομα έχει χειροτερέψει, το 27% δεν απάντησε στην ερώτηση και το 23% δήλωσε πως το οικογενειακό τους επίδομα έχει παραμείνει το ίδιο.

Επίσης, το 45% των ερωτηθέντων δήλωσε πως φοβούνται λίγο μήπως χάσουν τη δουλειά τους εξαιτίας της οικονομικής κρίσης, το 26% φοβούνται σε μέτριο βαθμό και το 23% δεν φοβούνται καθόλου. Το 4% φοβούνται πάρα πολύ και το υπόλοιπο 2% πολύ. Το 48% των ερωτηθέντων δήλωσε πως η κρίση έχει επηρεάσει την επαγγελματική τους δραστηριότητα\ ικανοποίηση σε μέτριο βαθμό, το 29% σε λίγο βαθμό και το 14% σε πολύ μεγάλο βαθμό. Το 5% δήλωσε πως η κρίση δεν έχει επηρεάσει την επαγγελματική τους δραστηριότητα\ ικανοποίηση ενώ το υπόλοιπο 4% την έχει επηρεάσει σε πάρα πολύ μεγάλο βαθμό.

Το 41% των ερωτηθέντων δήλωσε πως η κρίση έχει επηρεάσει την επάρκεια, την ποσότητα, την ποιότητα εξοπλισμού\ υλικού και εργαλείων που χρησιμοποιούν σε πολύ μεγάλο βαθμό, το 30% σε μέτριο βαθμό, το 16% σε πάρα πολύ μεγάλο βαθμό και το 12% σε λίγο βαθμό. Το υπόλοιπο 1% δήλωσε πως η κρίση δεν έχει επηρεάσει καθόλου την επάρκεια, την ποσότητα, την ποιότητα εξοπλισμού\ υλικού και εργαλείων που χρησιμοποιούν. Τέλος, το 33% των ερωτηθέντων δήλωσε πως έχει επίπτωση η οικονομική κρίση στην ψυχική υγεία των επαγγελματιών υγείας σε πολύ μεγάλο βαθμό, το 28% σε λίγο βαθμό, το 21% σε πάρα πολύ μεγάλο βαθμό και το υπόλοιπο 18% σε μέτριο βαθμό.

# ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

## Ελληνική Βιβλιογραφία

- Ø Γκουλιαβούδη, Αν., (2006), Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας και Ποιότητα Ζωής, Αθήνα
- Ø Δαρδαβέσης Ι., (2004), Η περίθαλψη των θυμάτων και η προστασία της δημόσιας υγείας, Αθήνα
- Ø Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία, 2012
- Ø Παπαλεξανδρή, Ν., Μπουραντάς. Δ., 2003, Διοίκηση Ανθρώπινων Πόρων. Εκδόσεις Γ. Μπένου, Αθήνα
- Ø Παπαευαγγέλου Γ, Φαρμάκη Γ. Πρόληψη και Έλεγχος Λοιμωδών Νοσημάτων, Αθήνα : 1998
- Ø Παπαδάκη-Μιχαηλίδη, Ε. 1995, Η σιωπηλή γλώσσα των συναισθημάτων. Η μη λεκτική επικοινωνία στις διαπροσωπικές σχέσεις, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
- Ø Παπαδόπουλος, Ν. 1993, Ψυχολογία: Εξελικτική, Προσωπικότητας - Ατομικών Διαφορών, Κοινωνική - Ανθρώπινες Σχέσεις, Γενική Πειραματική, 3η έκδ., Αθήνα.
- Ø Παπαδόπουλος, Ν. 1994, Λεξικό της Ψυχολογίας, Αθήνα.
- Ø Καραμούζης Ν., Χαρδούβελης Γ., (2011), Από τη Διεθνή Κρίση στην Κρίση της Ευρωζώνης και της Ελλάδος – Τι μας Επιφυλάσσει το Μέλλον, Εκδόσεις Λιβάνης
- Ø Κάντας (1998). Οργανωτική – Βιομηχανική Ψυχολογία. Ελληνικά Γράμματα. Αθήνα.
- Ø Κέφη, Β. (2005). Ολοκληρωμένο Μανατζμεντ. Εκδόσεις Κριτική. Αθήνα.
- Ø Κωσταρίδου – Ευκλείδη Α. (1998). Ψυχολογία κινήτρων. Ελληνικά γραμματα. Αθήνα.
- Ø Κοτζαμπασάκη Στ., 2010, Διδασκαλία και Μάθηση στη Νοσηλευτική και Άλλες Επιστήμες Υγείας, Εκδόσεις ΒΗΤΑ
- Ø Κυριαζόπουλος Π., Σαμαντά Ε. 2011, Μεθοδολογία Έρευνας Εκπόνησης Διπλωματικών Εργασιών, Αθήνα: Σύγχρονη Εκδοτική.
- Ø Sokolowski, R. 2003, Εισαγωγή στη Φαινομενολογία, Πάτρα, Εκδόσεις Πανεπιστημίου Πατρών.
- Ø Ματσαγγάνας Μ., (2011), Η Κοινωνική Πολιτική σε Δύσκολους Καιρούς, Οικονομική Κρίση, Δημοσιονομική Λιτότητα και Κοινωνική Προστασία, Εκδόσεις Κριτική
- Ø Νιάκας, Δ., (2009), Χρηματοδότηση Νοσοκομείων και Αποτελεσματικότητα, Επιθεώρηση Υγείας, Αθήνα
- Ø Σόρος Τζ. (2008), Η οικονομική κρίση του 2008 και η σημασία της, Αθήνα, Εκδόσεις Λιβάνη
- Ø Σφηκάκης Π. Γιαμαρέλου Ε. Λοιμώξεις και Αντιμικροβιακή Χημειοθεραπεία, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, 1991
- Ø Gardiner K., Harrington J.M., (2009), Υγιεινή της Εργασίας, Επιμ. Κουτής Χ., Μπαμπάτσικου Φωτούλα Π., Εκδόσεις Παρισιάνου
- Ø Eldeman, Mandle C., Lynn C., (2009), Παραγωγή της Υγείας σε Όλο το Εύρος της

Ζωής, Επιμ. Κουτής Χ., Μπαμπάτσικου Φωτούλα Π., Πολυχρονόπουλος Ε., Εκδόσεις Παρισιάνου

- Ø Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία, 2012
- Ø Χυτήρης Λ, (2001). Διοίκηση Ανθρωπίνων Πόρων. Εκδόσεις Interbooks. Αθήνα.
- Ø ΕΛ.ΣΤΑΤ. – Δείκτες Φτώχειας και Οικονομικής Κατάστασης στην Ελλάδα, Συγκεντρωτικά Στοιχεία 2008 – 2014
- Ø Υπουργείο Οικονομικών, Στοιχεία 2013

### Αγγλική Βιβλιογραφία

- Ø Adnett N. (2012). European Labour Markets: analysis and policy. London: Addison Wesley Longman.
- Ø Baldwin-Edwards M., (2001): Southern European Labour markets and Immigration: a structural and Functional Analysis, The Greek Labour Yearbook, 2001
- Ø Cholezas, I. (2013): Youth Guarantee in Times of Austerity: The Greek Case. International Policy Analysis. Friedrich- Ebert-Stiftung
- Ø Dietrich, H. (2012): Youth Unemployment in Europe: Theoretical Considerations and Empirical Findings. International Policy Analysis. Friedrich-Ebert-Stiftung
- Ø Eurostat, (2013), Unemployment Rates in Europe 27 – Unemployment in People Aged Under 25-years-old, Eurostat Survey
- Ø Hellastat (2013), Unemployment Rates in Greece, Eurostat Survey in Greece, 2008-2013
- Ø GHK (2012). Recent Policy Developments Related to Those Not in Employment, Education and Training (NEETs). Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.
- Ø Hellastat, (2013). Unemployment Rates in Greece, 2004-2013, Hellastat Publications
- Ø ILO (2012b). The Youth Employment Crisis: Highlights of the 2012 ILC report, prepared by youth for the Youth Employment Forum (Geneva, 23–25 May 2012). Geneva: International Labour Organisation.
- Ø Ioannidou, Al., Stavrou, S., (2013): Reformperspektiven der Berufsbil-dung in Griechenland. International Policy Analysis. Friedrich-Ebert-Stiftung
- Ø Malkoutzis, N., (2011): Young Greeks and the Crisis: The Danger of Losing a Generation. International Policy Analysis. Friedrich-Ebert-Stiftung
- Ø Matsaganis, M. (2013): The Greek Crisis: Social Impact and Policy Responses. Studie. Friedrich-Ebert-Stiftung
- Ø Organisation for Economic Co-operation and Development (2012). Economic Surveys

of the Euro Area and the European Union. Paris: OECD.

### Αρθρογραφία

- Ø Alexander Kentikelenis, Marina Karanikolos, Irene Papanicolas, Sanjay Basu, Martin McKee, David Stuckler Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy Lancet Published Online October 10, 2011 DOI:10.1016/S0140- 6736(11)61556-0
- Ø Economou M, Madianos M, Theleritis C, Peppou L, Stefanis CN. Increased suicidality amid economic crisis in Greece [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com) Vol 378 October 22, 2011
- Ø Eurochild. How the economic and financial crisis is affecting children & young people in Europe. Report based on evidence collected through Eurochild membership January 2011
- Ø Council of the European Union (2006) review of the EU Sustainable
- Ø Göteborg European Council. SN 200/1/01 REV 1. June 2001.
- Ø Development Strategy (EU SDS) – Renewed strategy. 10917/06, 2006.
- Ø Μπούρας Γ, Λύκουρας Λ. Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στη ψυχική υγεία. Εγκέφαλος 48, 54-61, 2011
- Ø Γιωτάκος Ο, Καράμπελας Δ, Καφλκάς Α. Οικονομική Κρίση και Ψυχική Υγεία στην Ελλάδα. Ψυχιατρική 22, 109-119, 2011
- Ø Περιοδικό Νοσηλευτική, Οικονομική κρίση και βιωσιμότητα του ελληνικού συστήματος υγείας, Τόμος 53, Τεύχος 2, Απρίλιος - Ιούνιος 2014

### Αναφορές από Οικονομικά Περιοδικά

- Ø 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.
- Ø Collignon, St., (2011), «Η έκδοση ιδιωτικών ομολόγων της Ευρωπαϊκής Ένωσης ως διέξοδος από το ελληνικό δράμα», Άρθρο Δ.2, 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.
- Ø Mayer, Th., (2011), «Διδάγματα από την κρίση χρέους στην Ελλάδα», Άρθρο Δ.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.
- Ø O'Neill, J., (2011), «Κρίση και οικονομικός κύκλος: η άποψη της αγοράς», Άρθρο Α.2, 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.

- Ø Correa, P. & Iootty M. (2010): *The Impact of the Global Economic Crisis on the Corporate Sector in Europe and Central Asia: Evidence from a Firm-Level Survey*, World Bank Group Enterprise Note No. 8, Financial Crisis Survey/Enterprise Surveys.
- Ø Erol, M., Apak, S., Atmaca, M. & Öztürk, S. (2011): *Management measures to be taken for the enterprises in difficulty during times of global crisis: An empirical study*. Published by Elsevier, Procedia Social and Behavioral Sciences 24
- Ø Raghavan, A. (2009): *The Economic Downturn: Coping Strategies and the Way Forward*, VIKALPA, Vol. 34 , No 3



# ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

## No.1 – Ερωτηματολόγιο Έρευνας

ΤΕΙ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

### ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

για την ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ με θέμα:

**«ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΠΩΣ ΕΠΗΡΕΑΖΕΙ ΤΟΥΣ  
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ»**

ΓΚΕΡΤΑ ΠΑΠΠΑ  
ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ  
2015

### ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Σημειώνετε με (X) το τετραγωνάκι – απάντηση που επιθυμείτε

#### 1<sup>η</sup> Ερώτηση:

Φύλο: Άνδρας:  Γυναίκα:

**2<sup>η</sup> Ερώτηση:**

Ηλικία: 18-29  30-44  45-59  >60

**3<sup>η</sup> Ερώτηση:**

Οικογενειακή κατάσταση:

Έγγαμος  Άγαμος  Διαζευγμένος/η  Χήρος

**4<sup>η</sup> Ερώτηση:**

Έχετε παιδιά: Ναι  Όχι

**5<sup>η</sup> Ερώτηση:**

Επίπεδο Εκπαίδευσης: Α'βάθμια – στοιχειώδης εκπαίδευση

B'βάθμια – μέση εκπαίδευση

Γ'βάθμια – ανώτερη/ανώτατη εκπαίδευση

**6<sup>η</sup> Ερώτηση:**

Επαγγελματική εμπειρία: 0-10

10-20

>20

**7<sup>η</sup> Ερώτηση:**

Τι ειδικότητα έχετε; Ιατρός

Νοσηλεύτης\τρια

Άλλο

**8<sup>η</sup> Ερώτηση:**

Τομέας: Δημόσιος  Ιδιωτικός

**9<sup>η</sup> Ερώτηση:**

Εισόδημα:

500-1000

1000-1500

1500-2000

**10<sup>η</sup> Ερώτηση:**

Στην Ελλάδα σε ποια φάση της οικονομικής κρίσης πιστεύετε ότι βρισκόμαστε αυτή τη στιγμή;

Δεν έχει εκδηλωθεί ακόμα  Σε αρχικό στάδιο  Σε πλήρη εξέλιξη  Στο τελειώμά της

**11<sup>η</sup> Ερώτηση:**

Πόσο θεωρείτε ότι επηρεάζεστε από την οικονομική κρίση;

Πάρα πολύ  Πολύ  Μέτρια  Λίγο  Καθόλου

**12<sup>η</sup> Ερώτηση:**

Σε σχέση με πέρυσι θα λέγατε ότι το οικογενειακό εισόδημα:

Έχει βελτιωθεί  Έχει παραμείνει ίδια  Έχει χειροτερέψει  Δεν ξέρω/ Δεν απαντώ

**13<sup>η</sup> Ερώτηση:**

Εσείς προσωπικά πόσο φοβάστε μήπως χάσετε τη δουλειά σας εξαιτίας της οικονομικής κρίσης;

Πάρα πολύ  Πολύ  Μέτρια  Λίγο  Καθόλου

**14<sup>η</sup> Ερώτηση:**

Έχει χρειαστεί μέχρι στιγμής και λόγω της κρίσης να κάνετε περικοπές στα έξοδα σας;

Πάρα πολύ  Πολύ  Μέτρια  Λίγο  Καθόλου

**15<sup>η</sup> Ερώτηση:**

Σε ποιους τομείς συγκεκριμένα; (Ανοιχτή ερώτηση – Πολλαπλή απάντηση)

Διασκέδαση – Ψυχαγωγία

Ένδυση – Υπόδηση

Ταξίδια – Εκδρομές

- Τρόφιμα και άλλα είδη πρώτης ανάγκης
- Παροχές προς την οικογένεια σας
- Έγκαιρη εκπλήρωση πάγιων υποχρεώσεων
- Εργαλεία για τη δουλειά σας
- Άλλο  \_\_\_\_\_

**16<sup>η</sup> Ερώτηση:**

Πόσο έχει επηρεάσει η κρίση την επαγγελματική σας δραστηριότητα / ικανοποίηση;

- Πάρα πολύ  Πολύ  Μέτρια  Λίγο  Καθόλου

**17<sup>η</sup> Ερώτηση:**

Έχουν μειωθεί οι δαπάνες για τη Δημόσια Υγεία;

- Πάρα πολύ  Πολύ  Μέτρια  Λίγο  Καθόλου

**18<sup>η</sup> Ερώτηση:**

Έχουν επηρεαστεί λόγω της κρίσης η επάρκεια, η ποσότητα, η ποιότητα εξοπλισμού / υλικού και εργαλείων που χρησιμοποιείται;

- Πάρα πολύ  Πολύ  Μέτρια  Λίγο  Καθόλου

**19<sup>η</sup> Ερώτηση:**

Επιβαρύνεται η λειτουργία των δημόσιων μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας λόγω αυξημένης ζήτησης; και έλλειψης προσωπικού;

- Πάρα πολύ  Πολύ  Μέτρια  Λίγο  Καθόλου

**20<sup>η</sup> Ερώτηση:**

Έχει επηρεαστεί η αποδοτικότητα/αποτελεσματικότητα στη φροντίδα των ασθενών σε σχέση με την οικονομική κρίση;

- Πάρα πολύ  Πολύ  Μέτρια  Λίγο  Καθόλου

**21<sup>η</sup> Ερώτηση:**

Έχει επίπτωση η οικονομική κρίση στην ψυχική υγεία των επαγγελματιών υγείας;

Πάρα πολύ  Πολύ  Μέτρια  Λίγο  Καθόλου

**22<sup>η</sup> Ερώτηση:**

Σας παρέχεται επαρκής επιμόρφωση/εκπαίδευση για τη θέση εργασίας σας;

Πάρα πολύ  Πολύ  Μέτρια  Λίγο  Καθόλου

**Ευχαριστώ πολύ για την συμμετοχή σας!**