



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ
ΣΠΟΥΔΩΝ**

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ



**ΤΕΙ
ΠΕΙΡΑΙΑ**

ΜΑΡΙΑ Χ. ΛΕΥΘΕΡΙΩΤΗ

ΟΙ ΣΥΝΕΠΕΙΣ ΤΗΣ ΑΝΕΡΓΙΑΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Μελέτη για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης

Πειραιάς, 2013



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ
ΣΠΟΥΔΩΝ**

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ



**ΤΕΙ
ΠΕΙΡΑΙΑ**

ΜΑΡΙΑ Χ. ΛΕΥΘΕΡΙΩΤΗ

ΟΙ ΣΥΝΕΠΕΙΣ ΤΗΣ ΑΝΕΡΓΙΑΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Επιβλέπων :
Χρήστος Αγιακλόγλου
Καθηγητής του Πανεπιστημίου Πειραιώς

Μελέτη για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης

Πειραιάς, 2013



**PIRAEUS
UNIVERSITY**

COURSE OF POSTGRADUATE
STUDIES

HEALTH MANAGEMENT



**TEI
OF PIRAEUS**

MARIA CH. LEFTHERIOTI

**THE CONSEQUENCES OF UNEMPLOYMENT IN
HEALTH**

Supervisor:
Christos Agiakloglou
Professor of Piraeus University

Graduated Thesis Submitted for the Degree
“Master in Health Management”

Piraeus, 2013

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ευχαριστώ θερμά τον επιβλέποντα Καθηγητή κ. *Χρήστο Αγιακλόγλου*, χωρίς την πολύτιμη βοήθεια του οποίου δεν θα ήταν δυνατή η ολοκλήρωση της παρούσας διπλωματικής εργασίας.

Τα μέλη της οικογένειάς μου και ιδιαίτερος τον σύζυγό μου *Χάρη* για την ηθική και συμβουλευτική αρωγή του.

Θερμές ευχαριστίες στην κ. *Ελίνα Ψημίτη* για την πολύτιμη χορηγία της και στον Καθηγητή κ. *Νίκο Μανιαδάκη*, η παρακίνηση του οποίου πυροδότησε το ενδιαφέρον μου για το Πρόγραμμα Σπουδών στη Διοίκηση της Υγείας.

Τέλος ευχαριστώ τους Καθηγητές του προγράμματος, για τις γνώσεις που μετέδωσαν και για τις πολύτιμες συμβουλές τους.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η ανεργία και οι επιπτώσεις της στην ανθρώπινη υγεία είναι το θέμα που πραγματεύεται αυτή η εργασία. Ξεκινώντας από μια ανάλυση του φαινομένου της ανεργίας, της μισθωτής εργασίας και των νέων μορφών απασχόλησης, ξετυλίγει τις επιπτώσεις της ανεργίας για την κοινωνία και τους ανέργους. Ο κοινωνικός αποκλεισμός, η φτώχεια, η δημιουργία κοινωνιών δύο ταχυτήτων και οι κοινωνικές συγκρούσεις, η διατάραξη δηλαδή της κοινωνικής συνοχής και η απειλή για την κοινωνική ειρήνη αποτελούν μερικές μόνο από τις επιπτώσεις της ανεργίας.

Η υγεία και ο υποκειμενικός τρόπος αντίληψης της διαχρονικά, οι παράγοντες που την προσδιορίζουν, την απειλούν και την διαμορφώνουν τελικά, το πως κάθε κοινωνία και κάθε εποχή έχει τις δικές της ασθένειες αλλά και το δικό της πρότυπο υγείας, αποτελεί το δεύτερο κεφάλαιο της ανάλυσης.

Η βιβλιογραφική παρουσίαση σχετικά με τις επιπτώσεις της ανεργίας στην υγεία και η θεωρητική τεκμηρίωση των υποθέσεων αποτελεί το τρίτο κεφάλαιο της παρούσας εργασίας. Από ένα ικανοποιητικό δείγμα βιβλιογραφικών αναφορών σχετικά με έρευνες για τις επιπτώσεις της ανεργίας στην ανθρώπινη υγεία, τόσο βραχυπρόθεσμα όσο και μακροπρόθεσμα, τεκμηριώνεται ξεκάθαρα πως υπάρχει άμεση σχέση μεταξύ των δύο φαινομένων διαχρονικά, ανεξάρτητα από το φύλο, την ηλικία ή το μορφωτικό επίπεδο.

Λέξεις-κλειδιά: ανεργία, υγεία

ABSTRACT

This thesis is centered upon unemployment and its effects on the health level of general population. The starting point of the study, focused on a general analysis of phenomena such as unemployment, standard types of employment and new ones, brings to the foreground and unfolds the effects of unemployment on societies and on unemployed persons. Some of the effects of unemployment, such as social exclusion, poverty, creation of two-speed societies, social conflicts have been detected and analyzed. In general terms, it has been noted that all the above are situations that perturb social consistency and menace social peace.

The second chapter of the study is orientated to Health/Healthiness and its diachronically subjective concept, the factors that determine, threaten and finally create it and the differentiation of each society or era as far commonly standard diseases and contemporary health models are concerned.

Bibliographical references, which point the effects of unemployment on general population' health, and the theoretical documentation of the test cases presented compose the third chapter. By a rather satisfactory sample of bibliographical references upon the research of both short and long run effects of unemployment in humans' health, it is radically proved that there is a primary connection and interactivity between them, independently of the gender, age or educational level.

Key-words: unemployment, health

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΞΩΦΥΛΛΟ.....	i
ΣΕΛΙΔΑ ΤΙΤΛΟΥ.....	ii
ΑΓΓΛΙΚΗ ΣΕΛΙΔΑ ΤΙΤΛΟΥ.....	iii
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	iv
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	v
ABSTRACT.....	vi
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ.....	vii
ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ.....	ix
ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΠΙΝΑΚΩΝ.....	x
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΟΡΙΣΜΟΙ ΚΑΙ ΒΑΣΙΚΕΣ ΕΝΝΟΙΕΣ ΤΗΣ ΑΝΕΡΓΙΑΣ	
1.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	Error! Bookmark not defined.
1.2 ΟΡΙΟΘΕΤΗΣΗ ΤΗΣ ΑΝΕΡΓΙΑΣ.....	2
1.3 ΤΑ ΕΙΔΗ ΤΗΣ ΑΝΕΡΓΙΑΣ.....	10
1.4 ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΑΝΕΡΓΙΑΣ.....	12
1.5 Η ΑΝΕΡΓΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΠΡΟ ΤΗΣ ΚΡΙΣΗΣ.....	16
1.6 Η ΑΝΕΡΓΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΣΗΜΕΡΑ.....	19
1.6.1 Η ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ.....	20
1.6.2 ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ.....	24
1.6.3 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΑΝΕΡΓΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΟ Α' ΤΡΙΜΗΝΟ ΤΟΥ 2012.....	30
1.6.4 ΟΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ.....	31
1.7 ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΗΣ ΑΝΕΡΓΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΕΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΗΣ.....	35
1.8 ΑΝΑΚΕΦΑΛΑΙΩΣΗ.....	39
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΒΑΣΙΚΕΣ ΕΝΝΟΙΕΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	
2.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	41
2.2 ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΟΡΙΟΘΕΤΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΡΟΠΟΙ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΟΥ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΥΓΕΙΑΣ.....	41
2.3 ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	46

2.3.1 ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	47
2.3.2 ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΥΕΞΙΑ	48
2.4 ΤΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	50
2.5 ΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΜΙΑ ΧΩΡΑ.....	55
2.6 ΑΝΑΚΕΦΑΛΑΙΩΣΗ.....	57
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΟΙ ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΑΝΕΡΓΙΑΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ	
3.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ	58
3.2 ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΑΝΕΡΓΙΑΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ	58
3.3 Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΑΝΕΡΓΙΑΣ ΣΤΗΝ ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ	60
3.4 ΑΝΕΡΓΙΑ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	62
3.5 Η ΜΑΚΡΟΠΡΟΘΕΣΜΗ ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΑΝΕΡΓΙΑΣ ΣΤΗ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ	68
3.6 ΑΝΕΡΓΙΑ ΚΑΙ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΕΣ	72
3.7 Η ΣΧΕΣΗ ΤΗΣ ΑΝΕΡΓΙΑΣ ΜΕ ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΦΑΙΝΟΜΕΝΑ	74
3.8 ΟΙ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΑΝΕΡΓΙΑΣ ΣΕ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ ΑΝΕΡΓΩΝ.....	76
3.9 ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΑΝΕΡΓΙΑ	79
3.10 ΑΝΑΚΕΦΑΛΑΙΩΣΗ.....	80
ΕΠΙΛΟΓΟΣ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	81
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	83
ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	85

ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Διάγραμμα 1.1 - Ισοζύγιο Τρεχουσών Συναλλαγών, αγαθών και υπηρεσιών (ποσοστά % του ΑΕΠ).....	22
Διάγραμμα 1.2 - Εξέλιξη του αριθμού των απασχολούμενων (2008-2012).....	25
Διάγραμμα 1.3 - Κατανομή του πληθυσμού εργάσιμης ηλικίας κατά το Α' Τρίμηνο του 2012.....	26
Διάγραμμα 1.4 - Ετήσιες Μεταβολές απασχόλησης και εργατικού δυναμικού (2005-2012).....	27
Διάγραμμα 1.5 - Εξέλιξη του αριθμού των ανέργων και του ποσοστού ανεργίας ανά τρίμηνο (2008-2013).....	29
Διάγραμμα 1.6 – Ποσοστά ανεργίας ανά επίπεδο εκπαίδευσης	31
Διάγραμμα 2.1 - Βρεφική Θνησιμότητα σε επιλεγμένες χώρες της Ευρώπης και στην ΕΕ των 15	52
Διάγραμμα 2.2 - Μητρική Θνησιμότητα στις χώρες της Ευρώπης.....	53
Διάγραμμα 2.3 - Θάνατοι από ισχαιμικά Νοσήματα της καρδιάς σε επιλεγμένες χώρες της Ευρώπης.....	54
Διάγραμμα 2.4 - Οι παράγοντες που επηρεάζουν τα επίπεδα της Υγείας.....	56

ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1.1 - Ισοζύγιο Τρεχουσών Συναλλαγών και Επιμέρους Ισοζύγια.....	23
Πίνακας 1.2 - Ετήσιες μεταβολές της πλήρους και της μερικής απασχόλησης ανά τρίμηνο (2009-2012).....	28

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΝ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΟΡΙΣΜΟΙ ΚΑΙ ΒΑΣΙΚΕΣ ΕΝΝΟΙΕΣ ΤΗΣ ΑΝΕΡΓΙΑΣ

1.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η προσέγγιση της ανεργίας - ενός νέου σχετικά κοινωνικού φαινομένου - έχει επιχειρηθεί από πολλές επιστημονικές ομάδες, οικονομολόγους, κοινωνιολόγους, πολιτειολόγους, ψυχολόγους, ψυχιάτρους κα. Αποτελεί δηλαδή αντικείμενο διερεύνησης μιας διεπιστημονικής ομάδας και εξετάζεται από διάφορες οπτικές γωνίες. Ανεξάρτητα από την οπτική γωνία εξέτασης του φαινομένου της ανεργίας, η σπουδαιότητά της επιβάλλει την αυξανόμενη ενασχόληση τόσο της επιστημονικής κοινότητας όσο και της πολιτικής πρακτικής για την αντιμετώπιση τόσο της ίδιας όσο και των συνεπειών της.

Εκτιμάται, πως στο άμεσο μέλλον, ο σωστός ή όχι χειρισμός του εν λόγω ζητήματος θα δημιουργεί πολιτική σταθερότητα ή αστάθεια, θα αποτελεί δηλαδή ένα από τα σοβαρότερα θέματα πολιτικού διαλόγου, η έκβαση του οποίου θα διαμορφώνει πολιτικές τάσεις. Η εμφάνιση της μισθωτής εργασίας και της οικονομίας της αγοράς ανέδειξε την ανεργία ως ένα κοινωνικό φαινόμενο με ιδιαίτερα χαρακτηριστικά και συνέπειες που ξεπερνούν τα ατομικά χαρακτηριστικά και εμπλέκουν το κοινωνικό σύνολο.

Σε αυτό το κεφάλαιο παρουσιάζεται και αναλύεται το φαινόμενο της ανεργίας, η εμφάνισή της, τα αίτιά της, τα ποσοστά της, τα είδη της ανεργίας και οι συνέπειές της όχι μόνο στο άτομο αλλά και στην κοινωνία, συνέπειες που απειλούν την κοινωνική συνοχή και την ισορροπία και εγείρουν τεράστια ερωτηματικά για το μέλλον της εργασίας και του τρόπου οργάνωσης της κοινωνίας. Τέλος, γίνεται ειδική αναφορά στα ποσοστά της ανεργίας πριν και μετά την οικονομική κρίση στη χώρα μας.

1.2 ΟΡΙΟΘΕΤΗΣΗ ΤΗΣ ΑΝΕΡΓΙΑΣ

Η εργασιακή διαδικασία και οι συνακόλουθες μορφές οργάνωσης που αναπτύσσονται, βρίσκονται πάντα στον πυρήνα της κοινωνικής δομής. Οι κοινωνίες είναι συνήθως οργανωμένες στη βάση της εργασίας. Με αυτήν την έννοια ο μετασχηματισμός της δομής της απασχόλησης επηρέασε τη μορφή της οργάνωσης των κοινωνικών δομών και εξακολουθεί να τις επηρεάζει στο βαθμό που η δομή της απασχόλησης αλλάζει. Το πέρασμα από τη γεωργική κοινωνία αρχικά στη μεταγεωργική (στη μεγάλη δηλαδή μείωση της απασχόλησης στη γεωργική παραγωγή), έπειτα στη βιομηχανική και εν συνεχεία στη μεταβιομηχανική (μείωση της βιομηχανικής απασχόλησης) δημιούργησε νέα δεδομένα. Η εργασία για τις γεωργικές κοινωνίες ήταν μάλλον δεδομένη, άσχετα από το ότι το αντίτιμο της ήταν αρκετά χαμηλό και οδηγούσε έτσι με τη συνδρομή και άλλων παραγόντων (π.χ. καιρικές συνθήκες) στη φτώχεια και στην εξαθλίωση. Η είσοδος στη βιομηχανική-μεταβιομηχανική κοινωνία ανέδειξε τη μισθωτή εργασία ως γενικευμένη μορφή εργασιακής σχέσης, αλλά οδήγησε και στην εμφάνιση της ανεργίας.

Η παγκοσμιοποίηση της οικονομίας και η αναζήτηση ενός νέου μοντέλου οργάνωσης της παραγωγικής διαδικασίας ενοχοποιούνται ως η κύρια αίτια για την ανεργία και την αύξηση του αριθμού των κοινωνικά αποκλεισμένων (Χλέτσος 1998). Ο πυρήνας της νέας κοινωνικής δομής, όπως αυτή έχει προσανατολιστεί τα τελευταία χρόνια, αποτελείται από τη σπουδαιότητα της παραγωγής της γνώσης, τη μαζική μείωση της απασχόλησης στον πρωτογενή τομέα, την αύξηση των θέσεων εργασίας στις υπηρεσίες σε βάρος των θέσεων εργασίας στη βιομηχανία, αλλά και την αύξηση της σπουδαιότητας των επαγγελματιών με υψηλό περιεχόμενο πληροφορίας και γνώσης (Castells, 2003).

Η νέα αυτή κοινωνική δομή που άρχισε να σχηματίζεται στη βάση του ραγδαίου τεχνολογικού μετασχηματισμού και της οικονομικής αναδιάρθρωσης, άρχισε να δημιουργεί φόβους για μια μαζική ανεργία ως αποτέλεσμα της αντικατάστασης των εργατικών χεριών από μηχανές υψηλής τεχνολογίας. Μια ιστορική ανασκόπηση ωστόσο δείχνει πως η μετάβαση από το ένα είδος δραστηριότητας στο άλλο μετασχηματίζει μεν το είδος της εργασίας δεν μειώνει όμως απαραίτητα τις θέσεις

εργασίας. Στο συμπέρασμα αυτό καταλήγει και η μελέτη για την απασχόληση που διεξήχθη από τον Ο.Ο.Σ.Α. το 1994. Οι χώρες που έχουν προσαρμοστεί καλύτερα στις νέες τεχνολογίες και έχουν μετατοπίσει την παραγωγή και τις εξαγωγές τους προς τις ραγδαία αναπτυσσόμενες αγορές υψηλής τεχνολογίας, έχουν την τάση να δημιουργούν νέες θέσεις εργασίας. Δεν υπάρχει δηλαδή συστηματική δομική σχέση ανάμεσα στην αύξηση των πληροφοριακών τεχνολογιών και του επιπέδου απασχόλησης (Castells, 2003). Πολλές άλλες έρευνες έχουν δείξει παρόμοια αποτελέσματα.

Παρ' όλα αυτά υπάρχει και αντίλογος στην παραπάνω άποψη με πρωταγωνιστή την ομάδα της Ρώμης, η οποία ισχυρίζεται πως η ιστορική εμπειρία είναι διαφορετική και άρα τα στοιχεία που παρουσιάζονται είναι αναξιόπιστα. Σύμφωνα με την άποψη αυτή, αν οι βιομηχανικές θέσεις εργασίας ακολουθήσουν το δρόμο που πήραν οι αγροτικές, δηλαδή υποστούν μαζική μείωση, δεν θα δημιουργήσουν αρκετές νέες θέσεις στις υπηρεσίες για να τις αντικαταστήσουν. Κατά τη διάρκεια δηλαδή της μείωσης των θέσεων εργασίας στην αγροτική παραγωγή, δημιουργήθηκαν αρκετές νέες θέσεις στη βιομηχανική παραγωγή, καλύπτοντας έτσι τις χαμένες θέσεις στον πρωτογενή τομέα. Η μείωση όμως των θέσεων εργασίας στη βιομηχανική παραγωγή δεν θα δημιουργήσει τόσες νέες θέσεις εργασίας στις υπηρεσίες έτσι ώστε να αντικατασταθούν οι χαμένες βιομηχανικές θέσεις.

Αυτό συμβαίνει επειδή οι ίδιες οι θέσεις στις υπηρεσίες αυτοματοποιούνται ριζικά με τη χρήση των νέων τεχνολογιών και αποσύρονται σταδιακά. Οι κοινωνίες έτσι θα κληθούν να επιλέξουν ανάμεσα στην έντονη διαίρεση μεταξύ εργαζομένων και ανέργων ή τον επανακαθορισμό της απασχόλησης και την αναδιάρθρωση της κοινωνικής οργάνωσης (Castells, 2003).

Η οικονομική θεωρία προσεγγίζει την ανεργία ως εξής:

- Σύμφωνα με τη νεοκλασική θεωρία η ανεργία είναι εκούσια. Οφείλεται δηλαδή στο γεγονός πως τα άτομα δεν δέχονται να εργασθούν στο μισθό που τους προσφέρουν, είτε γιατί πιστεύουν στην εύρεση μιας καλύτερης εργασίας, είτε γιατί ο μισθός δεν μπορεί να μειωθεί λόγω των εθνικών συλλογικών συμβάσεων. Η ανεργία δηλαδή είναι αποτέλεσμα της αδυναμίας της αγοράς να λειτουργήσει σε συνθήκες τέλει ανταγωνισμού. Η έλλειψη ευελιξίας

των μισθών προς τα κάτω και η έλλειψη πληροφόρησης οδηγούν την αγορά σε ασταθή ισορροπία, δηλαδή σε ανεργία σύμφωνα με την νεοκλασική θεωρία (Χλέτσος 1998).

- Σύμφωνα με τον Κέυνς το επίπεδο απασχόλησης προσδιορίζεται από την αναμενόμενη ζήτηση για το προϊόν, από τις τεχνικές συνθήκες παραγωγής, από την παραγωγικότητα της εργασίας και όχι από το μισθό. Η μεταβολή της παραγωγής επιδρά θετικά στην απασχόληση, ενώ η παραγωγικότητα της εργασίας αρνητικά. Η Κεϋνσιανή θεωρία, δηλαδή, προσδιορίζει το ρόλο της τεχνολογίας ως προς τη μεταβολή του παραγόμενου προϊόντος και της παραγωγικότητας της εργασίας. Η τεχνολογία μπορεί να οδηγήσει σε αύξηση του παραγόμενου προϊόντος, με ίδιο ή λιγότερο εργατικό δυναμικό σε ευκαιριακή βάση. Η αύξηση της παραγωγικότητας της εργασίας μπορεί να οδηγήσει σε ανεργία κάτω από συγκεκριμένες συνθήκες (Χλέτσος 1998).
- Η ριζοσπαστική προσέγγιση για την ανεργία εστιάζει την προσοχή της στους παράγοντες που προσελκύουν και απωθούν το εργατικό δυναμικό από την αγορά εργασίας. Θεωρεί τη συσσώρευση του κεφαλαίου ως κυρίαρχο παράγοντα των εξελίξεων στην αγορά εργασίας. Η διερεύνηση των προσδιοριστικών παραγόντων της απασχόλησης και της ανεργίας είναι ιδιαίτερα σημαντική για την ριζοσπαστική θεωρία. Η αύξηση της ανεργίας μπορεί να προέλθει είτε από αύξηση του εργατικού δυναμικού με σταθερό το επίπεδο απασχόλησης, είτε από μείωση της απασχόλησης με σταθερό το επίπεδο του εργατικού δυναμικού (Χλέτσος, 1998).

Το συμπέρασμα που αβίαστα προκύπτει από τα παραπάνω εκτεθέντα είναι πως η κοινωνία οδεύει σε μια ριζική αναδιάρθρωση της δομής της απασχόλησης. Νέες μορφές οργάνωσης της εργασίας, της οικονομίας και της κοινωνίας θα αποτελέσουν το «προϊόν» της ραγδαίας τεχνολογικής εξέλιξης και ειδικότερα της πληροφορικής και της παγκοσμιοποιημένης οικονομίας.

Σύμφωνα με τον ορισμό που δίνει το I.L.O. (Διεθνές Γραφείο Εργασίας των Ηνωμένων Εθνών) και χρησιμοποιείται και στην Ελλάδα από την ΕΣΥΕ

«Άνεργο χαρακτηρίζεται το άτομο εφόσον:

- δεν εργάστηκε έστω και για μια ώρα την εβδομάδα αναφοράς
- αναζητά εργασία
- αναφέρει συγκεκριμένες ενέργειες που έκανε για το σκοπό αυτό
- είναι έτοιμο να εργασθεί την επόμενη εβδομάδα».

Τον ορισμό του ILO χρησιμοποιεί και η Eurostat εξειδικεύοντάς τον ακόμα παραπάνω. Σύμφωνα λοιπόν με τη Eurostat και με τους κανόνες που θέσπισε το Δ.Γ.Ε. κατά την 13η και 14η διεθνή διάσκεψη των στατιστικών της εργασίας (CIST) για τους σκοπούς της δειγματοληπτικής έρευνας εργατικού δυναμικού στην Κοινότητα, οι άνεργοι είναι τα άτομα ηλικίας 15 έως 74 ετών τα οποία:

- α) δεν είχαν εργασία κατά την εβδομάδα αναφοράς, δηλαδή δεν είχαν ούτε μισθωτή εργασία ούτε μη μισθωτή εργασία (για μία ώρα τουλάχιστον)
- β) ήταν διαθέσιμα για εργασία, δηλαδή για έναρξη δραστηριότητας ως μισθωτοί ή μη μισθωτοί εντός δύο εβδομάδων από την εβδομάδα αναφοράς
- γ) αναζητούσαν ενεργά απασχόληση, δηλαδή είχαν πραγματοποιήσει συγκεκριμένες ενέργειες με σκοπό την εξεύρεση μισθωτής ή μη μισθωτής απασχόλησης για περίοδο τεσσάρων εβδομάδων που λήγει στο τέλος της εβδομάδας αναφοράς, ή είχαν βρει εργασία και θα την άρχιζαν εντός τριών μηνών το πολύ.

Σε σχέση με αυτά που αναφέρονται στο σημείο γ), θεωρούνται ως συγκεκριμένες ενέργειες:

- το γεγονός της επαφής με ένα δημόσιο γραφείο απασχόλησης με σκοπό την εξεύρεση εργασίας, ασχέτως του από ποια πλευρά προήλθε η πρωτοβουλία (η ανανέωση της εγγραφής για καθαρά διοικητικούς λόγους δεν αποτελεί ενεργή πράξη),
- το γεγονός της επαφής με ιδιωτικό γραφείο (πρακτορείο προσωρινής εργασίας, επιχείρηση που ειδικεύεται στις προσλήψεις, κ.α.) με σκοπό την εξεύρεση εργασίας,
- η αποστολή αίτησης πρόσληψης απευθείας σε εργοδότες,
- οι έρευνες μέσω γνωριμιών, μέσω συνδικάτων, κ.α.,
- η δημοσίευση αγγελιών σε εφημερίδες ή η απάντηση σε αγγελίες,

- η μελέτη των προσφορών θέσεων απασχόλησης,
- η συμμετοχή σε δοκιμασία, σε διαγωνισμό ή σε συνέντευξη στο πλαίσιο διαδικασίας πρόσληψης,
- η αναζήτηση γηπέδων, κτιρίων ή υλικού,
- οι ενέργειες για την εξασφάλιση επαγγελματικών αδειών, άλλων αδειών ή χρηματοδοτικών πόρων.

Επιπλέον, η εκπαίδευση και η κατάρτιση θεωρούνται ως μέσα βελτίωσης της απασχολησιμότητας, αλλά δεν αποτελούν μεθόδους αναζήτησης εργασίας. Τα άτομα χωρίς εργασία που συμμετέχουν σε σπουδές ή σε κύκλους κατάρτισης δεν θεωρούνται άνεργοι παρά μόνον εάν είναι «διαθέσιμα για εργασία» και «σε αναζήτηση εργασίας». Επίσης:

- Τα άτομα που έχουν τεθεί σε διαθεσιμότητα θεωρούνται άνεργα εάν δεν λαμβάνουν σημαντική αμοιβή ή μισθό από τον εργοδότη τους και εάν είναι «διαθέσιμα για εργασία» και «σε αναζήτηση εργασίας». Τα άτομα σε διαθεσιμότητα εξομοιώνονται με τους εργαζομένους που βρίσκονται σε αργία χωρίς αμοιβή με πρωτοβουλία του εργοδότη (περιλαμβάνεται και η περίπτωση της χρηματοδότησης της αργίας από το δημόσιο ή από σχετικά ταμεία - 16η CIST). Στην περίπτωση αυτή, τα άτομα σε διαθεσιμότητα θεωρούνται ενεργά άτομα εάν έχει συμφωνηθεί μια ημερομηνία επανέναρξης των δραστηριοτήτων και εάν η ημερομηνία αυτή είναι προγραμματισμένη εντός τριών μηνών.
- Κατά τη νεκρή περίοδο, δεν μπορεί να θεωρηθεί ότι οι εποχιακοί εργαζόμενοι διατηρούν επίσημη σχέση με την απασχόληση που έχουν κατά την περίοδο αιχμής. Πράγματι, δεν εισπράττουν πλέον μισθό ή αμοιβή εκ μέρους του εργοδότη τους, ακόμη κι αν έχουν την εξασφάλιση ότι θα ξαναβρούν εργασία. Εάν δεν εργάζονται κατά τη νεκρή περίοδο, δεν θεωρούνται άνεργοι παρά μόνο εάν είναι «διαθέσιμοι για εργασία» και «σε αναζήτηση εργασίας», σύμφωνα με τους ορισμούς των σημείων 1 στοιχείο β) και στοιχείο γ). (Επίσημη Εφημερίδα αριθ. L 228)

Ο ορισμός της ανεργίας από το ILO δεν είναι απολύτως αποδεκτός, ειδικά όσον αφορά στο πρώτο και στο τρίτο σημείο του. Θεωρείται πως η μια ώρα απασχόλησης

κατά τη διάρκεια μιας εβδομάδας δεν απαλλάσσει τον άνεργο από την αναζήτηση εργασίας, ούτε του δημιουργεί το αίσθημα του εργαζομένου. Η μη καταγραφή του λοιπόν στις μετρήσεις για την ανεργία δημιουργεί ελλειμματική εικόνα για τα ποσοστά της ανεργίας, τις συνέπειές της και τους τρόπους αντιμετώπισής της.

Όσον αφορά δε στις ενέργειες που έκανε ο άνεργος για την ανεύρεση εργασίας οφείλουμε να επισημάνουμε ότι, όπως θα αναπτυχθεί παρακάτω, πολλοί άνεργοι απογοητεύονται από τις δημόσιες υπηρεσίες απασχόλησης, αλλά και γενικότερα από την αγορά εργασίας και σταματούν να αναζητούν ενεργά μια θέση εργασίας. Η συγκεκριμένη μάλιστα κατηγορία ανέργων δεν καταγράφεται επίσημα από τις δημόσιες υπηρεσίες απασχόλησης, αφού δεν προσέρχονται καν σε αυτές. Σε καμιά περίπτωση όμως δεν πρέπει να αποχαρακτηριστούν ή να αγνοηθούν αυτοί οι άνθρωποι που, ενδεχομένως, αποτελούν και την πιο ανυπεράσπιστα ομάδα, την ομάδα δηλαδή εκείνη που χρειάζεται την μεγαλύτερη στήριξη.

Ο ορισμός της έννοιας του ανέργου από το Ελληνικό δίκαιο επιχειρείται με έναν ιδιαίτερα περιοριστικό, ελλειμματικό και απαρχαιωμένο τρόπο. Στο άρθρο 16 παρ. 1 Ν.Δ. 2961/54 αναφέρεται ότι « Άνεργος θεωρείται εκείνος όστις μετά την λήξιν της σχέσεως εργασίας δεν εύρε νέαν απασχόλησιν, εξαρτημένην ή μη». Εν προκειμένω, βέβαια, ο νομοθέτης δίνει τον ορισμό του ανέργου προσπαθώντας με αυτόν τον τρόπο να καθορίσει τους δικαιούχους του σχετικού επιδόματος, όσους δηλαδή είχαν ασφαλιστεί για τον κίνδυνο της ανεργίας. Δεν υπάρχει δηλαδή καμιά μέριμνα για τους άνεργους που δεν έχουν ακόμα εργασθεί ή για τους εργαζόμενους που οικειοθελώς αποχωρούν, για διάφορους λόγους, από την εργασία τους.

Μετά το 1954 ο ΟΑΕΔ δίνει διάφορους ορισμούς στην έννοια του ανέργου «αναλόγως με την εκάστοτε ασκούμενη πολιτική» όπως αναφέρεται σε σχετική εγκύκλιο. Σύμφωνα με το Ν 1545/1985 άρθρο 3, «Άνεργος θεωρείται εκείνος που μετά τη λύση ή τη λήξη της εργασιακής σχέσης αναζητεί εργασία, αποδέχεται να απασχοληθεί σε εργασία που του προσφέρεται από τις αρμόδιες υπηρεσίες του ΟΑΕΔ στον ευρύτερο επαγγελματικό του κλάδο ή δέχεται να παρακολουθήσει προγράμματα επαγγελματικής εκπαίδευσης ή μετεκπαίδευσης και γενικά επωφελείται από κάθε περίπτωση δυνατότητας για απασχόληση. Σύμφωνα με τον ίδιο νόμο, άρθρο 3, παρ.3 δεν θεωρούνται άνεργοι:

α) όσοι απασχολούνται ή ασκούν οποιοδήποτε ελεύθερο ή άλλο επάγγελμα ή είναι επιχειρηματίες ή η κύρια απασχόλησή τους είναι οι γεωργικές, δασικές ή κτηνοτροφικές εργασίες, εκτός από τους υπαγόμενους στην ασφάλιση του ΙΚΑ,

β) οι σύζυγοι ή τα παιδιά που απασχολούνται σε επιχείρηση ή εκμετάλλευση του ή της συζύγου, του πατέρα ή της μητέρας,

γ) οι μαθητευόμενοι των επαγγελματικών σχολών ή όσοι εξασκούνται πρακτικά στα πλαίσια επαγγελματικού εκπαιδευτικού προγράμματος χωρίς εργασιακή σχέση,

δ) όσοι συνταξιοδοτούνται από το Δημόσιο ή από οποιοδήποτε συνταξιοδοτικό οργανισμό κύριας ή επικουρικής ασφάλισης με ποσό ίσο ή μεγαλύτερο από το κάθε φορά κατώτερο όριο σύνταξης που καταβάλει το Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων (Ι.Κ.Α.) στους ασφαλισμένους με εξαίρεση όσους λαμβάνουν σύνταξη λόγω θανάτου

ε) όσοι υπηρετούν στις ένοπλες δυνάμεις,

στ) όσοι εκτίουν ποινή στερητική της ελευθερίας ή υποβάλλονται σε μέτρα ασφαλείας ή σε ποινικό σωφρονισμό με αναμορφωτικά ή θεραπευτικά μέτρα, μέσα σε σωφρονιστικά ή αναμορφωτικά ή θεραπευτικά καταστήματα.

Παρατηρείται πως και σε αυτόν τον ορισμό του ανέργου γίνεται λόγος για προηγούμενη εργασιακή σχέση, αποκλείονται δηλαδή από την εγγραφή τους ως άνεργοι οι νεοεισερχόμενοι στην αγορά εργασίας και δεν λαμβάνεται καμιά μέριμνα για αυτή την κατηγορία ανέργων από το νομοθέτη. Στην πράξη βέβαια, ανεξάρτητα από τους ορισμούς που χρησιμοποιούνται κατά καιρούς, ο ΟΑΕΔ σήμερα εγγράφει ως ανέργους όσους αναζητούν εργασία, εκτός από:

α) τους φοιτητές, που δεν έχουν αποδεδειγμένα προηγούμενη εργασιακή σχέση,

β) τους ασφαλισμένους στον Ο.Γ.Α.,

γ) το επιστημονικό προσωπικό, εκτός αν έχει απόλυση από μισθωτή εργασία και προκειμένου να λάβει το σχετικό επίδομα,

δ) τα άτομα με ειδικές ανάγκες τα οποία λαμβάνουν σύνταξη από οποιοδήποτε ασφαλιστικό φορέα και

ε) τους αλλοδαπούς (υπό προϋποθέσεις).

Πληρέστερος θεωρείται ο ορισμός που χρησιμοποιεί ο Ress (Δεδουσόπουλος, 2000) για τον καθορισμό της έννοιας του ανέργου. Σύμφωνα με αυτόν, «ένας άνεργος

είναι ακούσια άνεργος, όταν θα ήταν πρόθυμος να εργασθεί σε μια εργασία για την οποία έχει τα κατάλληλα προσόντα και με τον τρέχοντα μισθό ή και με χαμηλότερο, αλλά δεν μπορεί να βρει μια τέτοια δουλειά». Με βάση αυτόν τον ορισμό μπορούμε να ερμηνεύσουμε καλύτερα διάφορα προβλήματα που δημιουργούνται στην αγορά εργασίας, όπως για παράδειγμα γιατί μια προσφερόμενη θέση εργασίας δεν μπορεί κατ' ανάγκη να καλυφθεί από έναν οποιοδήποτε άνεργο.

Μια θέση εργασίας δεν αντιστοιχίζεται δηλαδή με έναν οποιοδήποτε άνεργο, ανεξάρτητα από την επιθυμία του για δουλειά. Αυτό γίνεται περισσότερο κατανοητό αν σκεφτεί κανείς την ειδίκευση που απαιτείται για τις περισσότερες θέσεις εργασίας. Μπορεί όμως ως παράδειγμα να χρησιμοποιηθεί και μια προσφερόμενη θέση εργασίας χαμηλών προσόντων ή απαιτήσεων όπως π.χ του εργάτη. Η διαθεσιμότητα ενός ανέργου που διαθέτει υψηλές σπουδές, μεταπτυχιακούς τίτλους, κ.α θα καθιστούσε ενδεχομένως αδύνατη τη σύζευξη προσφοράς και ζήτησης, μιας και η χρόνια ενασχόληση του ανέργου με σπουδές μπορεί να έχει μειώσει τις φυσικές αντοχές που απαιτούνται για τη συγκεκριμένη θέση. Η αναντιστοιχία αυτή μεταξύ προσφερόμενων θέσεων και δεξιοτήτων των ανέργων ονομάζεται διαρθρωτική ανεργία (Δεδουσόπουλος, 2000).

Συνοψίζοντας, σχετικά με το θέμα του ορισμού του ανέργου, το οποίο είναι πολύ σημαντικό για ένα κοινωνικό κράτος, εμείς υποστηρίζουμε πως ένας άνθρωπος που δεν εργάζεται και είναι διαθέσιμος στην αγορά εργασίας είναι άνεργος. Όταν λέμε πως δεν εργάζεται εννοούμε πως δεν έχει καθημερινή απασχόληση που να προσεγγίζει τουλάχιστον το 4ωρο. Η έστω και μία ώρα απασχόλησης κατά τη βδομάδα αναφοράς που προτείνει το ILO για τον χαρακτηρισμό ή τον αποχαρακτηρισμό ενός ανθρώπου ως ανέργου είναι, κατά τη γνώμη μας, ανεπαρκής.

Διαθεσιμότητα στην αγορά εργασίας σημαίνει πως δεν εμποδίζεται ο άνεργος από άλλους παράγοντες ανωτέρας βίας λ.χ. προβλήματα υγείας κ.α. Το τι συγκεκριμένες ενέργειες κάνει ο άνεργος όμως, προκειμένου να αποκτήσει μια θέση εργασίας, είναι συνάρτηση πολλών παραγόντων, η παραίτησή του δε από την αναζήτηση εργασίας, που μπορεί να σημαίνει παραίτηση από την ίδια τη ζωή, δεν σημαίνει προφανώς και έξοδο του ατόμου από την ανεργία. Σε κάθε περίπτωση η

εργασία είναι αυτή που δραστηριοποιεί, κινητοποιεί και εντάσσει τον άνθρωπο στο κοινωνικό σύνολο.

Κατά συνέπεια χρησιμοποιείται αυτός ο ελλειπτικό ορισμός του άνεργου γιατί η εργασία εκτός από μέσο απόκτησης υλικών αγαθών είναι παράλληλα και μέσο ικανοποίησης του ατόμου, αξιοποίησης των κλίσεων και ιδιαιτεροτήτων του, κοινωνικής καταξίωσης και ανόδου (Καμινιώτη, 1995). Η έλλειψή της επομένως, έστω κι αν υπάρχουν εισοδήματα ή οτιδήποτε άλλο, δημιουργεί προβλήματα στον, με αυτήν την έννοια, άνεργο.

1.3 ΤΑ ΕΙΔΗ ΤΗΣ ΑΝΕΡΓΙΑΣ

Ανεργία, όπως ήδη αναφέρθηκε, ονομάζεται η παρά τη θέληση του ατόμου έλλειψη θέσεων εργασίας ανάλογων με τα προσόντα και τις δεξιότητές του. Η ταξινόμηση της ανεργίας έχει επιχειρηθεί με διάφορα κριτήρια. Τέσσερις ομάδες κριτηρίων ταξινόμησης της ανεργίας μπορούμε κυρίως να διακρίνουμε. Επομένως η ανεργία ταξινομείται σε διάφορες κατηγορίες ανάλογα με :

- α) τα αίτια που την προκαλούν ,
- β) τις πολιτικές που την αντιμετωπίζουν,
- γ) το χρόνο που διαρκεί και
- δ) την ομάδα στην οποία ανήκει ο άνεργος.

Σύμφωνα με το πρώτο κυρίως κριτήριο τα βασικά είδη της ανεργίας είναι τα εξής: (Δεδουσόπουλος, 2000)

- **Κυκλική ανεργία (cyclical unemployment)**, λόγω ανεπαρκούς ζήτησης: Είναι η κυμαινόμενη ανεργία που επηρεάζεται από τον οικονομικό ή επιχειρηματικό κύκλο. Σε περιόδους ύφεσης αυξάνεται ενώ σε περιόδους οικονομικής μεγέθυνσης μειώνεται.
- **Ανεργία τριβής (frictional unemployment)**, λόγω αλλαγής εργασιακού περιβάλλοντος: Είναι ένα μόνιμο και μακροπρόθεσμο φαινόμενο οφειλόμενο στην ανανέωση του εργατικού δυναμικού. Εργαζόμενοι συνταξιοδοτούνται

ενώ μεσολαβεί κάποιο διάστημα για την πρόσληψη νέων. Νέοι άνεργοι απόφοιτοι Λυκείου ή Πανεπιστημίων δεν αποδέχονται αμέσως οποιαδήποτε προσφερόμενη εργασία αλλά αναζητούν θέσεις που ανταποκρίνονται στα προσόντα τους, ενώ το ίδιο μπορεί να συμβεί και με απολυμένους εργάτες που αναζητούν για κάποιο διάστημα νέα θέση ανάλογη με την επαγγελματική τους εμπειρία. Επίσης, ορισμένα εργοστάσια ή επιχειρήσεις κλείνουν, ενώ άλλες δημιουργούνται. Εάν δεν συμπίπτουν χρονικά τα δύο φαινόμενα προκαλείται στο μεσοδιάστημα ανεργία τριβής.

- Εποχική ανεργία (**Seasonal unemployment**) λόγω του εποχικού χαρακτήρα ορισμένων επαγγελμάτων.
- Διαρθρωτική ανεργία (**structural unemployment**), λόγω διαρθρωτικών αλλαγών που προκαλεί συνήθως η τεχνολογία στην οικονομία: Προκύπτει όταν οι αλλαγές στην τεχνολογία ή η ένταση του διεθνούς ανταγωνισμού καταστρέφουν θέσεις εργασίας, ενώ οι δημιουργούμενες νέες θέσεις απαιτούν διαφορετικά προσόντα ή τη μετακίνηση του εργατικού δυναμικού σε άλλες γεωγραφικές περιοχές.
- Τεχνολογική ανεργία (**technological unemployment**) ονομάζεται η ανεργία που ενδεχομένως προκαλείται από την τεχνολογική μεταβολή. Για το συγκεκριμένο είδος της ανεργίας έχουν προκύψει τεράστιες διαφωνίες στο χώρο της επιστήμης, για το αν οι τεχνολογικές καινοτομίες ευθύνονται για τη διόγκωση της ανεργίας ή όχι.

Διακρίνονται βέβαια κι άλλα είδη και κατηγορίες ανεργίας, αλλά θεωρείται ότι οι παραπάνω κατηγορίες είναι οι βασικότερες. Θα πρέπει ωστόσο να γίνει ιδιαίτερη αναφορά στο χρόνο διάρκειας της ανεργίας ως προσδιοριστικό στοιχείο αυτής. Η διάρκεια της ανεργίας έχει μεγάλη σπουδαιότητα τόσο για τον ίδιο τον άνεργο όσο και για τις πολιτικές αντιμετώπισης της ανεργίας. Ως μακροχρόνια ανεργία θεωρούν οι στατιστικολόγοι την ανεργία που επιμένει πάνω από δώδεκα μήνες, ενώ ως βραχυχρόνια την ανεργία που δεν ξεπερνάει τους δώδεκα μήνες.

Στην Ελλάδα σύμφωνα με τον ΟΑΕΔ χαρακτηρίζεται κάποιος βραχυχρόνια άνεργος όταν είναι κάτω από 25 ετών και είναι λιγότερο από 12 μήνες άνεργος ή είναι άνω των 25 ετών κι είναι κάτω από 6 μήνες άνεργος. Αντίστοιχα, μακροχρόνια άνεργος χαρακτηρίζεται αυτός που είτε είναι κάτω των 25 ετών και είναι περισσότερο από 12 μήνες άνεργος ή αυτός που είναι πάνω από 25 ετών και είναι περισσότερο από 6 μήνες άνεργος. Σημαντικό προσδιοριστικό παράγοντα της ανεργίας αποτελεί επίσης η ηλικία, αλλά και η γενικότερη κοινωνικο-οικονομική κατάσταση του ανέργου.

1.4 ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΑΝΕΡΓΙΑΣ

Σχετικά με το θέμα του ορισμού του ανέργου, και κατά συνέπεια της μέτρησης της ανεργίας, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή (απαντώντας σε ερώτηση της Ελληνίδας ευρωβουλευτή κ.Μπατζελή το 1996) παραδέχεται πως ο ορισμός της ανεργίας μόνο σε τυπικό επίπεδο διευκολύνει την περιγραφή της, χωρίς να καταγράφει την ουσία του προβλήματος, παραγνωρίζοντας έτσι τις πραγματικές διαστάσεις του. Πρόκειται δηλαδή για βασική αρχή της μεθόδου καταγραφής της ανεργίας, η οποία παραγνωρίζει την πραγματική εικόνα του προβλήματος της ανεργίας και την οποία η Επιτροπή αιτιολογεί επικαλούμενη λόγους συγκρισιμότητας των στατιστικών στοιχείων σε ευρωπαϊκό επίπεδο.

Η ανεργία αποτελεί ένα κοινωνικό φαινόμενο, μια έννοια κοινωνική για πολλούς, για άλλους μια οικονομική έννοια. Σύμφωνα με τον Θεοχαράκη (2006) η ανεργία είναι μέγεθος μετρήσιμο και κατά συνέπεια ο τρόπος μέτρησης έχει μεγάλη σημασία, αφού διαφορετικοί τρόποι μέτρησης είναι πιθανόν να δώσουν διαφορετικά αποτελέσματα. Στην περίπτωση της ανεργίας υπάρχει η μέθοδος που εφαρμόζει η Εθνική Στατιστική Υπηρεσία Ελλάδος (Ε.Σ.Υ.Ε.) στην έρευνα εργατικού δυναμικού, μέθοδος που εφαρμόζεται και από τις άλλες χώρες τις Ε.Ε..

Σύμφωνα με τη μέθοδο αυτή η ανεργία μετριέται ως ο αριθμός των ικανών προς εργασία ατόμων, ηλικίας άνω των 15 ετών, τα οποία δεν εργάστηκαν πάνω από δυο ώρες την προηγούμενη εβδομάδα, επιθυμούσαν να εργασθούν (με το μισθό και τις συνθήκες της αγοράς), έκαναν ενέργειες για ανεύρεση εργασίας κατά τις

προηγούμενες 4 εβδομάδες και είναι διαθέσιμα να εργασθούν άμεσα (μέσα στις επόμενες δυο εβδομάδες).

Η μεταβολή της ανεργίας πραγματοποιείται μέσω ροών. Άτομα δηλαδή που πέθαναν, συνταξιοδοτήθηκαν, στρατεύθηκαν, έγινα ανίκανα για εργασία ή σταμάτησαν να ψάχνουν δουλειά, μειώνουν την ανεργία για το συγκεκριμένο χρονικό διάστημα, ενώ αντίθετα αυξάνουν την ανεργία άτομα που κατά το ίδιο χρονικό διάστημα έχασαν τη δουλειά τους - λόγω απόλυσης ή κατάργησης της θέσης ή οικειοθελούς αποχώρησης - ή αποτελούν νεοεισερχόμενα άτομα στην αγορά εργασίας (Θεοχαράκης, 2006).

Όσοι θέλουν και μπορούν να εργαστούν σε μια χώρα αποτελούν τον οικονομικά ενεργό πληθυσμό της χώρας ή αλλιώς το εργατικό δυναμικό της. Ουσιαστικά το εργατικό δυναμικό είναι το άθροισμα των ανέργων και των απασχολούμενων στην συγκεκριμένη περιοχή. Το ποσοστό ανεργίας ορίζεται ως το πηλίκο των ανέργων μιας περιοχής προς το συνολικό εργατικό δυναμικό σ' αυτήν. Εκφράζεται ως ποσοστό επί τοις εκατό του εργατικού δυναμικού της συγκεκριμένης περιοχής και αποτελεί βασικό δείκτη του παραγωγικού συστήματος μιας χώρας.

Απόθεμα ονομάζεται κάθε συσσώρευση αγαθού που τηρείται αδρανές προκειμένου να εξισορροπήσει την αδυναμία άμεσης απόκρισης του ρυθμού εφοδιασμού της αγοράς στις απρόβλεπτες διακυμάνσεις του ρυθμού ζήτησης. Το απόθεμα είναι είδος εν στάσει, του οποίου οι συσσωρεύσεις ή ελλείψεις αποτελούν την αναγκαία εντροπία κάθε συστήματος διαχείρισης των αγαθών στο πλέγμα της εφοδιαστικής αλυσίδας. Όμως κάθε απόθεμα που σωρεύεται σε οποιαδήποτε άρθρωση του πλέγματος της εφοδιαστικής αλυσίδας αποτελεί συσσώρευση κόστους.

Από τα στοιχεία του Ο.Ο.Σ.Α. (Employment Outlook Ιουνίου 1998) προκύπτει ότι η απασχόληση κατά την περίοδο 1985-1995, αυξήθηκε σε όλες τις χώρες του διεθνούς οργανισμού, με εξαίρεση τρεις μόνον χώρες (την Φιλανδία, την Ιταλία και την Σουηδία). Επομένως, η αύξηση της ανεργίας προήλθε στις περισσότερες χώρες από την αύξηση του εργατικού δυναμικού. Εδώ θα πρέπει να διευκρινιστεί το εξής: Οι άνεργοι οι οποίοι καταγράφονται στις επίσημες στατιστικές (πιο συγκεκριμένα στις Ετήσιες Έρευνες Εργατικού Δυναμικού που διενεργούνται σε όλες τις χώρες

μέλη του Ο.Ο.Σ.Α., στην Ελλάδα δε από την Ε.Σ.Υ.Ε.), αποτελούν το ορατό τμήμα της ανεργίας. Υπάρχει, ωστόσο, και ένα τμήμα της ανεργίας το οποίο “λανθάνει”, δηλαδή δεν καταγράφεται, όπως είναι οι άεργοι και τα άτομα με προβλήματα πχ. τοξικομανείς.

Είναι προφανές ότι ο επίσημος ορισμός του ανέργου αποκλείει από την ένταξη στο ποσοστό των ανέργων κάποιων ομάδων, οι οποίες έχουν αποθαρρυνθεί από τη μη ανεύρεση εργασίας και δεν ενδιαφέρονται να εργασθούν. Η κατηγορία αυτής της λανθάνουσας ανεργίας στην Ελλάδα, σύμφωνα με μελέτες πανεπιστημιακών της χώρας μας, υπολογίζεται στο 3%-4% του εργατικού δυναμικού, ενώ και στην πρόσφατη μελέτη του Ευρωπαϊκού Παρατηρητηρίου Απασχόλησης καταγράφεται γύρω στο 3% (Ρομπόλης, 1998).

Η ύπαρξη της λανθάνουσας ανεργίας, γίνεται φανερή από το γεγονός ότι μεγάλες μάζες ατόμων αποσύρονται από το εργατικό δυναμικό ή επανεντάσσονται σ’ αυτό ανάλογα με την συγκυρία (Ιωακείμογλου, 1998). Όταν αυξάνεται η απασχόληση, άρα και οι πιθανότητες εξεύρεσης εργασίας, ένα μέρος των αποθαρρυσμένων ατόμων που δεν καταγράφονται ως άεργοι, διότι δεν αναζητούν εργασία (εξαιτίας της αποθάρρυνσης), επανεντάσσεται στην αγορά. Αντιστρόφως λειτουργεί το ποσοστό αυτό όταν η απασχόληση μειώνεται.

Επίσης παρατηρείται πως εκτός από την ανεργία που είναι πραγματική και δεν καταγράφεται για τους λόγους που προαναφέρθηκαν, υπάρχει και η εκούσια ανεργία, η ανεργία δηλαδή που καταγράφεται ως ποσοστό στις στατιστικές της ανεργίας παρά την έλλειψη της επιθυμίας των ανέργων για ανεύρεση εργασίας τη συγκεκριμένη χρονική στιγμή.

Η έλλειψη επιθυμίας αυτών των ανέργων οφείλεται σε διάφορους παράγοντες όπως για παράδειγμα στην εποχιακή εργασία (π.χ. ξενοδοχοϋπάλληλοι), νέοι που απλά επιθυμούν τη μοριοδότησή τους από το ΑΣΕΠ για πρόσληψη στο Δημόσιο, άτομα που πλησιάζουν τη συνταξιοδοτική ηλικία και θέλουν να ενταχθούν σε προγράμματα ΛΑΕΚ (Αρχικά του Λογαριασμού για την Απασχόληση και την Επαγγελματική Κατάρτιση) για συμπλήρωση των συντάξιμων προϋποθέσεων. Αυτού του είδους την ανεργία έχει καταγράψει τα τελευταία χρόνια ο Ο.Α.Ε.Δ. και κατέληξε

στο συμπέρασμα ότι οι άνεργοι που δεν αναζητούν εργασία αλλά είναι εγγεγραμμένοι στον Ο.Α.Ε.Δ. φτάνουν στο 26,15% επί του συνόλου των εγγεγραμμένων ανέργων. Το ποσοστό αυτό είναι αρκετά μεγάλο και αφορά κυρίως στο ποσοστό που δηλώνει ότι δεν αναζητά εργασία για διάφορους λόγους, όπως π.χ. μοριοδότηση ΑΣΕΠ.

Πιστεύεται βέβαια πως το παραπάνω ποσοστό των ανέργων, που επίσημα δηλώνουν πως δεν αναζητούν εργασία αλλά παραμένουν εγγεγραμμένοι άνεργοι, δεν αποτελεί στο σύνολό του προϊόν πραγματικής άρνησης για εργασία, αλλά κυρίως εμπειρική γνώση και απογοήτευση για την ανυπαρξία θέσεων εργασίας. Έτσι, συμπερένεται, πως με εξαίρεση τους εποχιακά απασχολούμενους – που και αυτοί αν τους προσφερόταν μόνιμη εργασία πιθανόν να την αποδέχονταν - ένας από τους λόγους που κάποιος παραμένει εγγεγραμμένος άνεργος χωρίς να αναζητά εργασία είναι η συμμετοχή του σε προγράμματα συνταξιοδότησης, η μοριοδότηση από το ΑΣΕΠ κα.

Η ερμηνεία είναι πως ο εν λόγω άνεργος που πλησιάζει π.χ. τη συνταξιοδοτική ηλικία δεν αρνείται πραγματικά να δουλέψει, γνωρίζει όμως πως δεν υπάρχει δουλειά για τη συγκεκριμένη ηλικία. Αυτό τεκμηριώνεται αν παρατηρήσουμε τις διαθέσιμες θέσεις εργασίας στα Κ.Π.Α. του Ο.Α.Ε.Δ.. Θα παρατηρήσουμε δηλαδή πως για ηλικίες πάνω από σαράντα χρόνων, οι θέσεις είναι σπανιότερες, ενώ είναι ανύπαρκτες για ηλικίες πάνω από πενήντα πέντε χρόνων. Ο άνεργος φαίνεται να γνωρίζει τον αποκλεισμό του από την εργασία, τον αποδέχεται και προσπαθεί απλά να προετοιμάσει την συνταξιοδοτική του πορεία. Στο ίδιο συμπέρασμα καταλήγουμε και για άλλες κατηγορίες εκούσιων ανέργων.

Μια άλλη μεγάλη κατηγορία οι οποίοι δηλώνουν ότι δεν αναζητούν εργασία και άρα δεν καταγράφονται στις στατιστικές μέτρησης της ανεργίας αποτελούν οι άνεργοι που βρίσκονται σε προγράμματα κατάρτισης μέσω του ΟΑΕΔ. Σύμφωνα μάλιστα με στοιχεία της Ελευθεροτυπίας «Μία κρυφή δεξαμενή 672.300 υποψηφίων ανέργων που δεν καταγράφονται στις επίσημες στατιστικές, γιατί συμμετείχαν έως το τέλος του 2006 σε επιδοτούμενα από την Ε.Ε. προγράμματα κατάρτισης και Απασχόλησης, αποκαλύπτει έγγραφο του υπουργείου Απασχόλησης για το Επιχειρησιακό Πρόγραμμα Ανάπτυξης Ανθρώπινου Δυναμικού 2007-2013».

Αν τα στοιχεία της εφημερίδας αληθεύουν, τότε η μέτρηση της ανεργίας αναδεικνύεται σε μείζον πολιτικό θέμα. Η προσπάθεια δηλαδή μείωσης της ανεργίας με πολυάριθμα προγράμματα κατάρτισης αφενός δεν ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα και αφετέρου, καταθέτοντας την εμπειρία των ειδικών, αυτά τα προγράμματα κατάρτισης δεν οδηγούν πουθενά, μιας και δεν είναι στοχευόμενα επί της ουσίας.

1.5 Η ΑΝΕΡΓΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΠΡΟ ΤΗΣ ΚΡΙΣΗΣ

Στο ελληνικό Σύνταγμα, στο άρθρο 22, αναφέρεται πως η εργασία αποτελεί δικαίωμα που προστατεύεται από το κράτος. Από το ίδιο άρθρο απορρέει η υποχρέωση του κράτους να μεριμνά για συνθήκες απασχόλησης όλων των πολιτών καθώς και για την υλική και την ηθική εξύψωση του εργαζόμενου πληθυσμού. Είναι φανερό πως ο συνταγματικός νομοθέτης αποδίδει ύψιστη σημασία στην εργασία και γι' αυτό δίνει στο κράτος την κατευθυντήρια γραμμή να μεριμνά για τις συνθήκες απασχόλησης όλων των πολιτών.

Θεωρούμε ωστόσο πως το Σύνταγμα, παρόλο που στο παραπάνω άρθρο καταδεικνύει τη σπουδαιότητα της εργασίας, εμφανίζει κενά ως προς την προστασία των ανέργων με συγκεκριμένες κατευθυντήριες δράσεις. Πιο συγκεκριμένα, το Σύνταγμα εμφανίζει σημαντικό κενό όσον αφορά στην προστασία των ανέργων, μιας και δεν υπάρχει καμιά αναφορά για την ιδιαίτερα ευαίσθητη και πολυάριθμη αυτή ομάδα του Ελληνικού πληθυσμού. Στο ίδιο άρθρο μάλιστα του Συντάγματος (22 παρ.1) που αναγνωρίζεται η εργασία ως δικαίωμα, διαβάζουμε πως το κράτος μεριμνά και «... για την ηθική και υλική εξύψωση του εργαζόμενου αστικού και αγροτικού πληθυσμού».

Στην προσπάθεια ερμηνεύσης της παραπάνω διάταξης διαπιστώνονται τα εξής :

α) το κράτος θεωρεί δεδομένη την πλήρη απασχόληση, πράγμα που δεν αποδεικνύεται μέχρι σήμερα και που δεν φαίνεται ορατό για το μέλλον ή

β) δεν θεωρεί σημαντικό το πρόβλημα της υφιστάμενης ανεργίας. Προφανώς καμία από τις παραπάνω διαπιστώσεις δεν τεκμηριώνεται και άρα το κενό αυτό δημιουργεί κοινωνικό έλλειμμα.

Η ρητή αναγνώριση της εργασίας ως κοινωνικού δικαιώματος από το Σύνταγμα του 1975 δεν αποτελεί πάντως ελληνική ιδιομορφία. Παρόμοιες διατάξεις με συνταγματική ισχύ υπάρχουν στις νομοθεσίες πολλών κρατών, καθώς επενδύεται με την ισχύ του εσωτερικού νόμου το άρθρο 23 της Οικουμενικής Διακήρυξης των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου που υιοθετήθηκε από τη Γενική Συνέλευση του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών στις 10 Δεκεμβρίου 1948. Ουσιαστικά συνεπάγεται, σε επίπεδο αρχής, τη δέσμευση του κράτους για την εξασφάλιση συνθηκών πλήρους απασχόλησης (Δεδουσόπουλος 1997).

Αξίζει να αναφέρουμε εδώ πως στη χώρα μας ο ασφαλιστικός κίνδυνος της ανεργίας εφαρμόστηκε για πρώτη φορά το 1945 με τον Α.Ν. 118/45 και αφορούσε στην προστασία των μισθωτών στις βιομηχανικές επιχειρήσεις (στην Αγγλία ο σχετικός ασφαλιστικός κίνδυνος καθιερώθηκε το 1911). Η κάλυψη πάντως της ανεργίας από την κοινωνική ασφάλιση, παρά τους δισταγμούς, τους περιορισμούς και την καθυστέρηση της εφαρμογής της, αναδεικνύει τελικά τη σπουδαιότητά της (Κρεμαλής 1987).

Προκειμένου να παρουσιαστεί μια πλήρης εικόνα σχετικά με την ανεργία στη Ελλάδα, θα παρατεθούν εν συντομία κάποια στατιστικά στοιχεία που αφορούν το φαινόμενο αυτό. Πιο συγκεκριμένα, θα γίνει μια σύντομη ιστορική αναδρομή για την ανεργία στην Ελλάδα και θα γίνει λόγος για τα ποσοστά ανεργίας τα τελευταία χρόνια σε σχέση με τους δείκτες απασχόλησης. Ο σκοπός της παράθεσης αυτών των δεδομένων είναι κυρίως στο να γίνει κατανοητή η έκταση του φαινομένου της ανεργίας, και να φανεί ποιους πληθυσμούς πλήττει περισσότερο.

Το φαινόμενο της ανεργίας στην Ελλάδα εμφανίζεται τις τελευταίες δεκαετίες του προηγούμενου αιώνα. Ωστόσο η πρώτη μεγάλη αύξηση σημειώνεται το 1974, εξαιτίας της μεγάλης πετρελαϊκής κρίσης η οποία οδήγησε στον περιορισμό των θέσεων εργασίας. Η δεύτερη πετρελαϊκή κρίση οδηγεί σε νέα αύξηση της ανεργίας το 1979 -1980. Κατά την περίοδο 1975-1984 πάντως, η ανεργία αυξάνεται κυρίως ως

αποτέλεσμα της αύξησης του εργατικού δυναμικού και όχι λόγω της μείωσης της απασχόλησης.

Την περίοδο 1975-1984 το εργατικό δυναμικό παρουσίασε αύξηση της τάξεως των 500.000 ατόμων. Κατά την ίδια περίοδο η απασχόληση αυξάνεται αλλά με ρυθμούς που υπολείπονται των αντίστοιχων του εργατικού δυναμικού (Eurostat). Έκτοτε η ανεργία κυμαίνεται γύρω στο 10% με αυξομειώσεις που οφείλονται σε παράγοντες όπως η συρρίκνωση του αγροτικού τομέα και η ταυτόχρονη μεγέθυνση του τομέα των υπηρεσιών κλπ. Σε σχέση με την Ευρωπαϊκή Ένωση δεν παρατηρούμε ιδιαίτερες διαφορές στα ποσοστά.

Κατά τα έτη 1996 -1999 η πορεία της ανεργίας είναι αυξητική για την Ελλάδα και φθίνουσα για την Ε.Ε. Μετά παρατηρούμε μια εναρμόνιση στα ποσοστά ανεργίας, μια φθίνουσα δηλαδή πορεία και για την Ελλάδα και για την Ε.Ε. μέχρι το 2001 όπου παρατηρείται μια μικρή αύξηση στα ποσοστά της Ε.Ε.

Κλείνοντας, θα πρέπει να επισημανθεί ότι το Ελληνικό κράτος ακολουθούσε επί πολλές δεκαετίες μια πολιτική περισσότερο παθητικής αντιμετώπισης της ανεργίας, όπως την επιδοματική πολιτική, ενώ τα τελευταία χρόνια άρχισε μια προσπάθεια στροφής προς τις ενεργητικές πολιτικές απασχόλησης, όπως είναι η επιμόρφωση, αφενός γιατί πιέζεται από την Ε.Ε για εναρμόνιση των πολιτικών και αφετέρου γιατί οι παθητικές πολιτικές έχουν αποτύχει.

Σε κάθε περίπτωση η κοινωνική πολιτική, όπως αυτή ασκείται από ένα κράτος που θέλει να ονομάζεται κράτος πρόνοιας, θα πρέπει να στραφεί στο εξής κατά προτεραιότητα προς την κατεύθυνση της καταπολέμησης της ανεργίας, έτσι ώστε να μπορέσει να επιφέρει τα επιθυμητά κοινωνικά αποτελέσματα. Τα περισσότερα κράτη πάντως εφαρμόζουν πλέον τις ενεργητικές πολιτικές για την αντιμετώπιση της ανεργίας. Οι ενεργητικές πολιτικές παρέμβασης στην αγορά εργασίας αποτελούν βασική παράμετρο διαμόρφωσης της πολιτικής για την αγορά εργασίας και στην Ελλάδα κατά την τελευταία δεκαετία. Κύριος, αν όχι αποκλειστικός, φορέας διαμόρφωσης και εφαρμογής των πολιτικών αυτών είναι ο ΟΑΕΔ, υπό την εποπτεία του Υπουργείου Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας.

Μέχρι τη δεκαετία του 1980 οι ενεργητικές πολιτικές απασχόλησης είχαν οριακή μόνο σημασία στην οργάνωση της πολιτικής παρέμβασης στην Ελλάδα. Καταγράφονται μόνον μικρής εμβέλειας και περιθωριακής σημασίας προγράμματα ενίσχυσης της γεωγραφικής κινητικότητας της εργασίας - κυρίως για την αντιμετώπιση εποχιακών αναγκών στην αγροτική παραγωγή. Κάποιες προσπάθειες για την απορρόφηση ανέργων σε έργα υποδομής εγκαταλείπονται ήδη από τα μέσα της δεκαετίας του 1960, καθώς είναι κοινή διαπίστωση ότι το πρόγραμμα έχει εκτραπεί από τους στόχους και αποτελεί μηχανισμό πελατειακών σχέσεων, ενώ και η ανεργία έχει απονήσει ως κοινωνικό πρόβλημα εξαιτίας της μετανάστευσης (Χ. Κωνσταντινόπουλος, 1993).

Τη δεκαετία του 1970 ο ΟΑΕΔ αναπτύσσει τις σχολές μαθητείας με τις κατευθύνσεις και χρηματοδότηση από την Διεθνή Τράπεζα, ενώ τη δεκαετία του 1980 εφαρμόζει ενεργητικές πολιτικές απασχόλησης, κυρίως λόγω των πόρων του ΕΚΤ. Σήμερα ο ΟΑΕΔ, παρά τις προσπάθειες που καταβάλει για την αναβάθμιση των υπηρεσιών του, παραμένει εγκλωβισμένος στο πλέγμα των πελατειακών σχέσεων, με την υλοποίηση πολυάριθμων προγραμμάτων stage στο δημόσιο τομέα και άλλων παρόμοιων προγραμμάτων.

1.6 Η ΑΝΕΡΓΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΣΗΜΕΡΑ

Από το 2008, που εντάθηκε η διεθνής οικονομική και χρηματοπιστωτική κρίση, αναμφισβήτητα η μεγαλύτερη μέχρι σήμερα, υπήρξαν σημαντικές επιπτώσεις στην παγκόσμια οικονομική δραστηριότητα. Δεν είναι η κύρια αιτία για την χαμηλή ανταγωνιστικότητα της ελληνικής οικονομίας, βοήθησε όμως στην ανάδειξη των χρόνιων προβλημάτων της και έκανε ιδιαίτερα αισθητό τον περιορισμό των διαθέσιμων κεφαλαίων.

1.6.1 Η ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ

Από την αρχή της δημοσιονομικής κρίσης της Ελλάδας, μέχρι και σήμερα που η κρίση αυτή κορυφώνεται, η ελληνική οικονομία βρίσκεται στο επίκεντρο, εξαιτίας της δημοσιονομικής της κατάστασης, η οποία επιδεινώθηκε. Το 2009, μετά από αρκετά χρόνια οικονομικής ανάπτυξης, η ελληνική οικονομία μπήκε σε ύφεση, το τέλος της οποίας δεν είναι ορατό. Αιτία το υψηλό δημόσιο χρέος, του οποίου η χρηματοδότηση έγινε πλέον προβληματική. Δεν μπορεί πλέον να χρηματοδοτηθεί από εγχώριες πηγές (φορολογία) με αποτέλεσμα την διόγκωση του. Το έλλειμμα του προϋπολογισμού ή δημοσιονομικό έλλειμμα (διαφορά μεταξύ εσόδων και εξόδων του κράτους) βαίνει αυξανόμενο.

Αντίστοιχα αυξανόμενο έλλειμμα εμφανίζει και το ισοζύγιο τρεχουσών συναλλαγών. Το ισοζύγιο τρεχουσών συναλλαγών προσδιορίζεται κυρίως από τη διαφορά των εσόδων που προέρχονται από το εξωτερικό για αγαθά και υπηρεσίες, μείον τις αντίστοιχες πληρωμές που γίνονται σε ξένους από την εγχώρια οικονομία και είναι όρος στενά συνδεδεμένος με την έννοια της ανταγωνιστικότητας.

Η σχέση των παραπάνω ελλειμμάτων (γνωστά και ως δίδυμα ελλείμματα) είναι αμφίδρομη. Αφενός το έλλειμμα του προϋπολογισμού έχει σαν αποτέλεσμα περιοριστική δημοσιονομική πολιτική, η οποία οδηγεί από τη μία σε μείωση των εισαγωγών, από την άλλη όμως, σε συνδυασμό με τη χαμηλή αποταμίευση της ελληνικής οικονομίας δεν επιτρέπει να γίνουν επενδύσεις οι οποίες με τη σειρά τους θα αύξαναν τις εξαγωγές εγχώριων προϊόντων και υπηρεσιών. Αφετέρου μια αύξηση του ελλείματος του ισοζυγίου τρεχουσών συναλλαγών (αύξηση εισαγωγών, μείωση εξαγωγών), θα μειώσει ακόμα περισσότερο τα κρατικά έσοδα, άρα θα αυξήσει το δημοσιονομικό έλλειμμα.

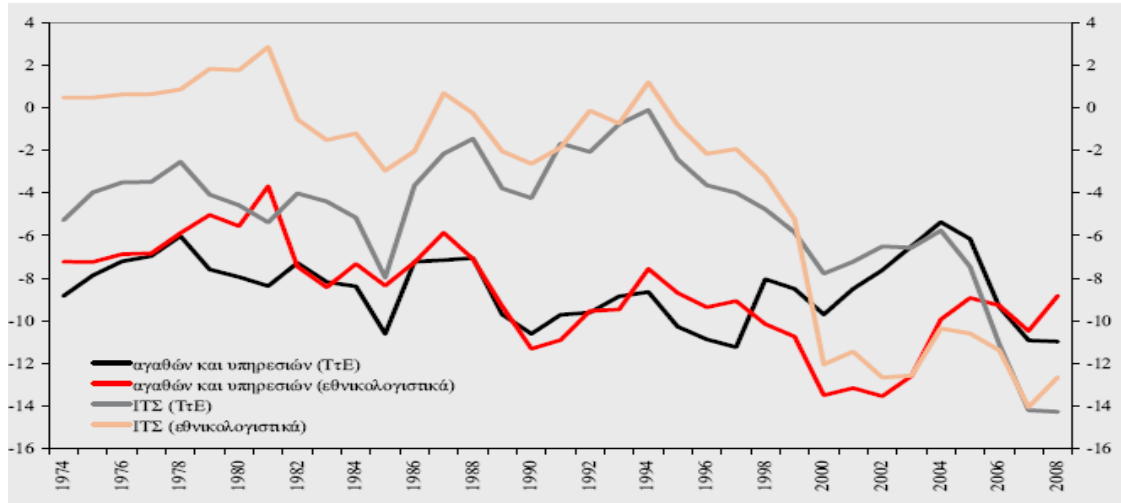
Το βασικό πρόβλημα ωστόσο έγκειται στο ότι το έλλειμμα του Ισοζυγίου Τρεχουσών Συναλλαγών αυξάνει το εξωτερικό χρέος της χώρας. Αυτό επισημαίνεται ξεκάθαρα στην έκθεση της Τράπεζας της Ελλάδας (Οικονόμου, Σαμπεθάνη και Συμιγιάνη, 2010) για το ΙΤΣ όπου διαπιστώνεται το εξής: «το έλλειμμα του ισοζυγίου τρεχουσών συναλλαγών οδήγησε σε αύξηση του εξωτερικού χρέους ως ποσοστού του ΑΕΠ από μόλις πάνω από το 40% το 2001 σε περίπου 85% το 2009.

Παράλληλα, στο διάστημα αυτό, αυξάνονται οι πληρωμές τόκων επί του εξωτερικού χρέους και σήμερα αντιπροσωπεύουν πάνω από 5% του ΑΕΠ».

Μονόδρομος για την διέξοδο από τον παραπάνω φαύλο κύκλο, θα έδινε η επίτευξη οικονομικής μεγέθυνσης, δηλαδή αύξησης του παραγόμενου προϊόντος της οικονομίας της χώρας. Η επέμβαση στον ανατροφοδοτούμενο κύκλο των διδύμων ελλειμμάτων γίνεται με στόχο την μείωση του ελλείμματος του ισοζυγίου τρεχουσών συναλλαγών. Πλέον τα επόμενα βήματα της οικονομικής πολιτικής θα πρέπει να εστιάζουν στην στήριξη της ανάπτυξης με πολιτικές διαρθρωτικού χαρακτήρα, με τις οποίες θα επιδιώκεται η ουσιαστική ενίσχυση της ανταγωνιστικότητας της οικονομίας. Είναι αναγκαίο να προωθηθεί η παραγωγή προϊόντων και υπηρεσιών για τα οποία υπάρχει ζήτηση στο εσωτερικό της χώρας αλλά και στο εξωτερικό. Όσο πιο υψηλή είναι η ανταγωνιστικότητα μιας χώρας, δηλαδή όσο πιο μεγάλη ζήτηση έχουν τα προϊόντα και οι υπηρεσίες της παγκοσμίως, τόσο πιο ενεργή παρουσία έχει η χώρα στην διεθνή οικονομική σκηνή (Οικονόμου, Σαμπεθιά και Συμιγιάννης, 2010).

Η έννοια της ανταγωνιστικότητας δεν συνδέεται με τον ίδιο τρόπο στις επιμέρους ενότητες του ισοζυγίου τρεχουσών συναλλαγών. Επιδρά κυρίως στο ισοζύγιο αγαθών, δευτερευόντως στο ισοζύγιο υπηρεσιών, ενώ δεν επηρεάζει άμεσα τα ισοζύγια εισοδημάτων και τρεχουσών μεταβιβάσεων (Μανασσάκη, Κατηφόρης & Βασαρδάνη, 2010).

Στο Διάγραμμα 1.1 φαίνεται ότι η συμβολή των αγαθών και των υπηρεσιών στο συνολικό ισοζύγιο τρεχουσών συναλλαγών ξεκινά το 1974 από οριακά μηδενική βάση, αυξάνεται κατά 3 μονάδες στα μέσα της δεκατίας του '80, και εν συνεχεία βαίνει μειούμενη, με παροδικές αυξομειώσεις, έως το -12% του ΑΕΠ το 2008.



Πηγή: Α. Μανασσάκη, Χ. Κατηφόρης, Μ. Βασαρδάνη (2010).

Διάγραμμα 1.1

Ισοζύγιο Τρεχουσών Συναλλαγών, αγαθών και υπηρεσιών (ποσοστά % του ΑΕΠ)

Στον Πίνακα 1.1 φαίνεται η συμβολή των επιμέρους ισοζυγίων στο συνολικό ισοζύγιο τρεχουσών συναλλαγών για την περίοδο 1998-2008, η οποία μειώνεται με την πάροδο του χρόνου για όλες τις υποκατηγορίες. Συγκεκριμένα το ΙΤΣ αγαθών και υπηρεσιών ξεκινάει από -8,0% το 1998, αυξομειώνεται, πάντα όμως με αρνητικό πρόσημο μέσα στη δεκαετία της μέτρησης και καταλήγει στο -11 % του ΑΕΠ το 2008. Το δε ισοζύγιο των εισοδημάτων ξεκινάει παρομοίως αρνητικά, δηλ -1,3% το 1998 και καταλήγει σε -4,4% το 2008. Τέλος, το ισοζύγιο τρεχουσών μεταβιβάσεων, που είναι και το μόνο θετικό, είναι 4,5% το 1998 και σταθερά πτωτική πορεία χρόνο με το χρόνο καταλήγει στο 1,1% το 2008. Η γενική εικόνα του ΙΤΣ εάν αθροίσουμε τα επιμέρους ισοζύγια είναι -4,8% το 1998 έως και -14,3% για το 2008.

Πίνακας 1.1

Ισοζύγιο Τρεχουσών Συναλλαγών και Επιμέρους Ισοζύγια

(Ποσοστά % του ΑΕΠ)													Συμβολές στην επιδεί- νωση του ΠΤΣ 1998- 2008
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Μεταβολή από 1998 έως 2008	
Ισοζύγιο τρεχουσών συναλλαγών (Α+Β+Γ+Δ)	-4,8	-5,9	-7,8	-7,2	-6,5	-6,6	-5,8	-7,5	-11,1	-14,2	-14,3	-9,5	100%
Α+Β. Ισοζύγια αγαθών & υπηρεσιών	-8,0	-8,5	-9,7	-8,5	-7,6	-6,5	-5,4	-6,2	-9,4	-10,9	-11,0	-2,9	31%
Γ. Ισοζύγιο εισοδημάτων	-1,3	-0,5	-0,7	-1,4	-1,3	-2,3	-2,4	-2,9	-3,3	-4,0	-4,4	-3,2	33%
Δ. Ισοζύγιο τρεχουσών μεταβιβάσεων	4,5	3,2	2,6	2,6	2,4	2,2	2,0	1,6	1,6	0,7	1,1	-3,4	36%

Πηγή: Α. Μανασσάκη, Χ. Κατηφόρης, Μ. Βασαρδάνη (2010).

Η συμβολή του ισοζυγίου αγαθών και υπηρεσιών στο συνολικό ισοζύγιο τρεχουσών συναλλαγών είναι καθοριστική, ειδικά στην πρόσφατη φάση επιδείνωσης του μετά το 2005. Το γεγονός αυτό αντανακλά την αδυναμία της εγχώριας παραγωγής και των εξαγωγών να ανταποκριθούν επαρκώς στην εγχώρια και τη διεθνή ζήτηση.

Το εθνικό εισόδημα δεν είναι δεδομένο, αλλά προσδιορίζεται από τη συνολική ζήτηση για τα εγχώρια αγαθά. Εφόσον υπάρχει μείωση της ζήτησης για εγχώρια αγαθά το εισόδημα θα μειωθεί. Αυτό θα έχει ως συνέπεια τη μείωση της προσφοράς αποταμιεύσεων και διεύρυνση του ελλείμματος τρεχουσών συναλλαγών. Άρα το γεγονός ότι ορισμένες μεταβολές στο ισοζύγιο τρεχουσών συναλλαγών είναι δυνατόν να μη σχετίζονται με μεταβολές της ανταγωνιστικότητας της χώρας, αυτό δεν σημαίνει ότι αλλαγές στην ανταγωνιστικότητα δεν επηρεάζουν το ισοζύγιο τρεχουσών συναλλαγών.

Τη σημασία της ανταγωνιστικότητας την έχει αναγνωρίσει και η ευρωπαϊκή ένωση. Από το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο της Λισαβόνας που διεξήχθη το 2000, τέθηκε για την δεκαετία 2000-2010 στόχος «η Ευρωπαϊκή Ένωση να γίνει η ανταγωνιστικότερη και δυναμικότερη οικονομία της γνώσης ανά την υφήλιο, ικανή για

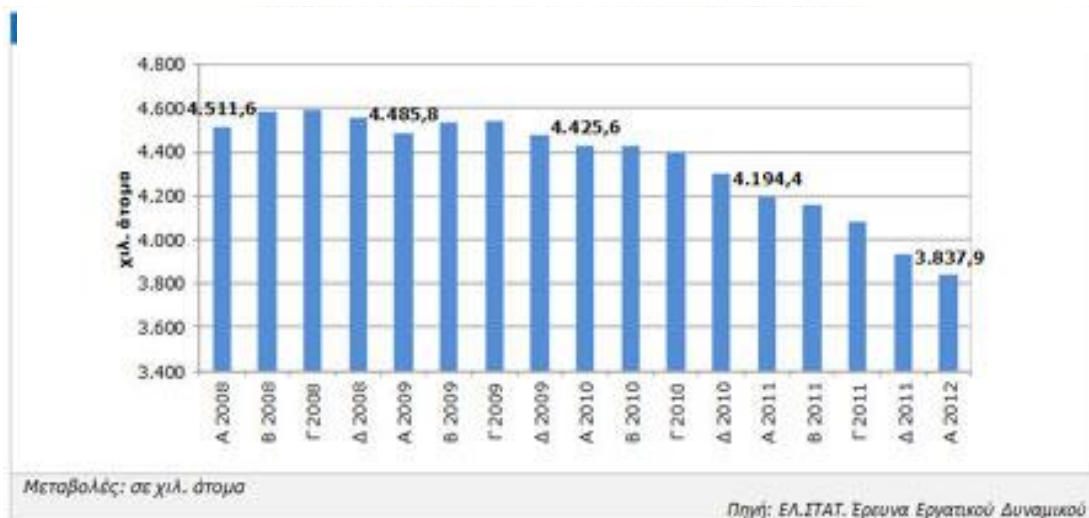
βιώσιμη οικονομική ανάπτυξη με περισσότερες και καλύτερες θέσεις εργασίας και με μεγαλύτερη κοινωνική συνοχή» (Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο 21/5/12, http://circa.europa.eu/irc/opoce/fact_sheets/info/data/policies/lisbon/article_7207_el.htm).

1.6.2 ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ

Το 2011 οι εξελίξεις στην Ελλάδα επιδεινώθηκαν πέρα από κάθε προσδοκία, αφού οι μεταβολές των μακροοικονομικών μεγεθών ήταν κατά πολύ δυσμενέστερες, διαψεύδοντας όλες τις προβλέψεις που είχαν γίνει από εγχώριους φορείς και από διεθνείς οργανισμούς, οι οποίες απέτυχαν να εκτιμήσουν το εύρος της πτώσης στην τελική εγχώρια ζήτηση. Η ύφεση επεκτάθηκε το 2011 και το ΑΕΠ κατέγραψε πτώση 6,9% σε ετήσια βάση, ενώ συμπληρώνεται μία πενταετία συνεχούς συρρίκνωσής του.

Η δραματική αυτή επιδείνωση της ελληνικής οικονομίας είχε άμεσο αντίκτυπο στο μέτωπο της απασχόλησης, με τις δυσμενείς συνέπειες να πλήττουν κυρίως τον ιδιωτικό τομέα. Σε αυτές τις συνθήκες είναι σημαντικό να δοθεί μια σαφής εικόνα των εξελίξεων, όσον αφορά την εξέλιξη στο μέτωπο της απασχόλησης και ιδιαίτερα εκείνο της ανεργίας, το ποσοστό της οποίας συνέχισε να αυξάνεται με έντονο ρυθμό.

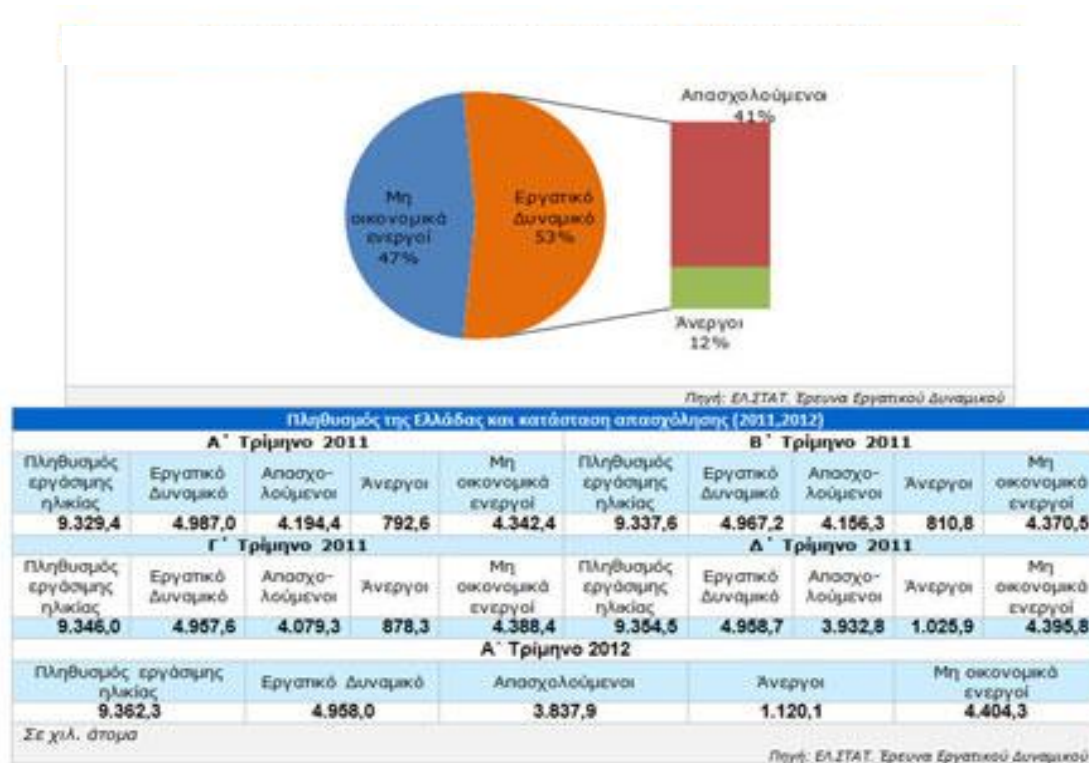
Σύμφωνα με τα στοιχεία της Έρευνας Εργατικού Δυναμικού της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής, όπως αποτυπώνονται στο Διάγραμμα 1.2, ο μέσος αριθμός των απασχολουμένων μειώθηκε κατά 6,8% (298 χιλ. άτομα) το 2011 σε σχέση με το 2010. Επισημαίνεται ότι η επιδείνωση ήταν ταχεία και εντεινόμενη στη διάρκεια του έτους, με συνέπεια το τελευταίο τρίμηνο του 2011 ο αριθμός των απασχολουμένων να πέσει για πρώτη φορά κάτω από τα 4 εκατομμύρια στο διάστημα της τελευταίας δεκαετίας. Η κάμψη της απασχόλησης συνεχίζεται και στο 2012, αφού ο αριθμός των απασχολουμένων κατά το Α' Τρίμηνο του έτους μειώθηκε σε 3.837,9 χιλ., που συνεπάγεται ότι σε ένα χρόνο υπήρξε απώλεια 356,5 χιλ. θέσεων εργασίας, ενώ στη διετία 2010-2012 (Α' Τρίμηνο) η μείωση των θέσεων εργασίας διαμορφώθηκε σε 587,7 χιλ. Το γεγονός αυτό αποτελεί το σημαντικότερο ίσως αντίκτυπο της συνεχιζόμενης οικονομικής ύφεσης στη χώρα.



Διάγραμμα 1.2

Εξέλιξη του αριθμού των απασχολούμενων (2008-2012)

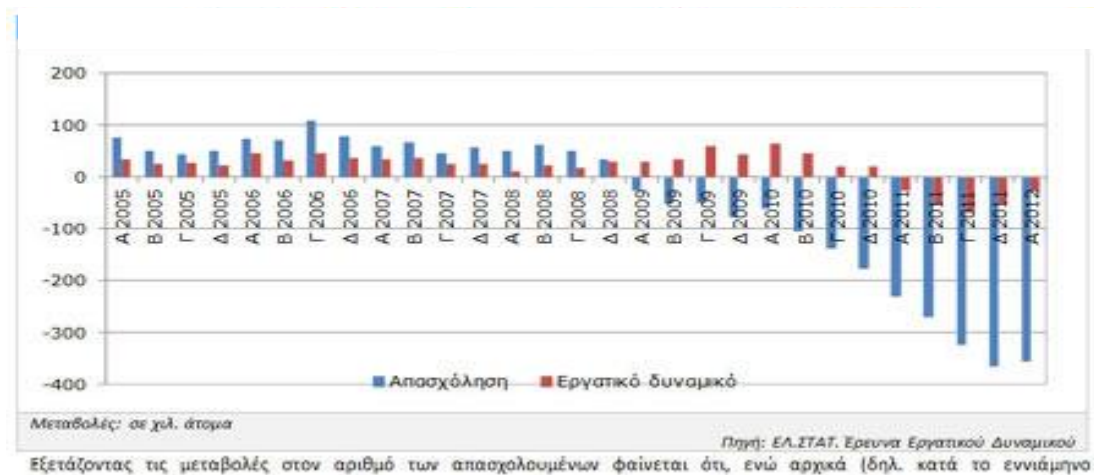
Σχετικά με τη σύνθεση (Διάγραμμα 1.3), το εργατικό δυναμικό των 4.958 χιλ. ατόμων της Ελλάδος αντιστοιχούσε στο 53% του πληθυσμού εργάσιμης ηλικίας (άτομα ηλικίας > 15 ετών), ενώ ο αριθμός των απασχολούμενων, ο οποίος διαμορφώθηκε σε 3.837,9 χιλ. άτομα (Α' Τρίμηνο 2012) αντιστοιχεί στο 41% του πληθυσμού εργάσιμης ηλικίας. Από την άλλη πλευρά, κατά το Α' Τρίμηνο του 2012, 4.404,3 χιλ. άτομα (το 47% του παραγωγικού πληθυσμού) δεν ήταν ενταγμένα στην αγορά εργασίας, ήταν δηλαδή οικονομικά μη ενεργοί.



Διάγραμμα 1.3

Κατανομή του πληθυσμού εργάσιμης ηλικίας κατά το Α' Τρίμηνο του 2012

Αναλύοντας τα τριμηνιαία στοιχεία που δημοσιεύει η ΕΛ.ΣΤΑΤ. (Διάγραμμα 1.3), παρατηρείται ότι η αύξηση της ανεργίας τα έτη 2009 και 2010 δεν προήλθε μόνο από τη μείωση της απασχόλησης, αλλά και από την αύξηση του εργατικού δυναμικού. Ωστόσο εντύπωση προκαλεί η μείωση του εργατικού δυναμικού από το 2011, για πρώτη φορά τα τελευταία τουλάχιστον 6 χρόνια. Η μείωση αυτή ενδέχεται να οφείλεται σε διάφορους λόγους όπως στη σημαντική άνοδο του πλήθους των ατόμων που ενώ βρέθηκαν χωρίς απασχόληση αποθαρρύνονται από την αποτυχία εύρεσης εργασίας και σταματούν την αναζήτηση, είτε στην αυξημένη αποχώρηση λόγω συνταξιοδότησης, κ.ά.



Διάγραμμα 1.4

Ετήσιες Μεταβολές απασχόλησης και εργατικού δυναμικού (2005-2012)

Εξετάζοντας τις μεταβολές στον αριθμό των απασχολούμενων, που παρουσιάζονται στο Διάγραμμα 1.4, φαίνεται ότι, ενώ αρχικά (δηλ. κατά το εννιάμηνο του 2009) η μείωση αφορούσε μόνο τους άνδρες απασχολούμενους, από το Δ' Τρίμηνο του 2009, η κρίση έπληξε και τη γυναικεία απασχόληση. Σε γενικές γραμμές η μείωση αφορά όλες τις ηλικιακές ομάδες, με ελάχιστες εξαιρέσεις, ωστόσο μεγαλύτερες μειώσεις, σε απόλυτα μεγέθη, καταγράφονται στις ηλικιακές ομάδες 30-44 και 45-64.

Στον Πίνακα 1.2 φαίνεται αναλυτικά ότι η απασχόληση το 2009 ξεκίνησε να μειώνεται λόγω της μείωσης της πλήρους απασχόλησης, ενώ αντίθετα ο αριθμός των μερικώς απασχολούμενων εργαζομένων παρουσίαζε αύξηση. Ωστόσο από το Β' Τρίμηνο του 2011 περιορίστηκαν και οι θέσεις μερικής απασχόλησης γεγονός που παραπέμπει στην όξυνση της κρίσης. Παρόλα αυτά, το ποσοστό της μερικής απασχόλησης βαίνει αυξανόμενο τα τελευταία έτη (7,2% το Α' Τρίμηνο του 2012, έναντι 6,8% το Α' Τρίμηνο του 2011).

Πίνακας 1.2

Ετήσιες μεταβολές της πλήρους και της μερικής απασχόλησης ανά τρίμηνο (2009-2012)

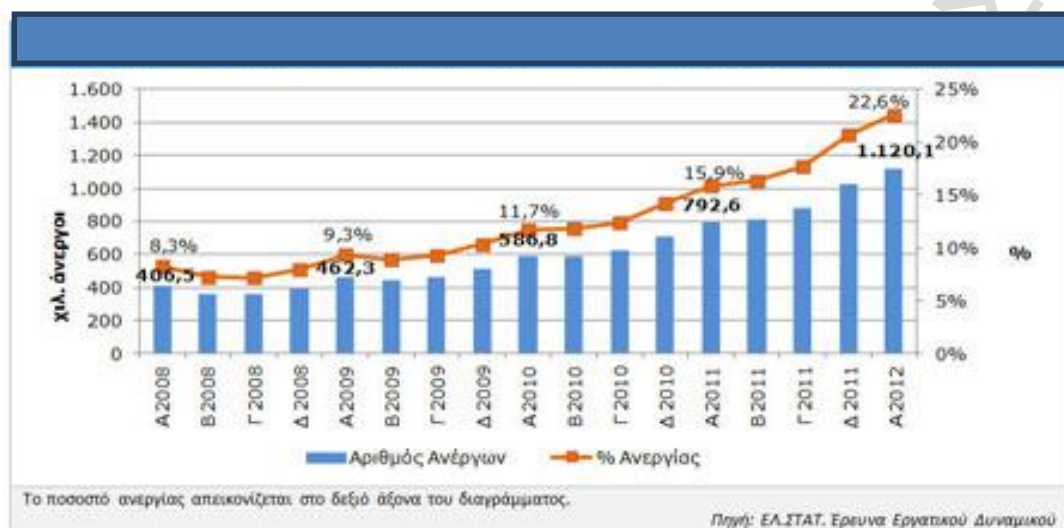
	A 2009	B 2009	Γ 2009	Δ 2009	A 2010	B 2010	Γ 2010	Δ 2010	A 2011	B 2011	Γ 2011	Δ 2011	A 2012
Σύνολο	-25,8	-50,6	-49,7	-76,8	-60,2	-104,9	-137,2	-177,8	-231,2	-270,7	-323,6	-366,2	-356,5
Πλήρης Απασχόληση	-40,3	-73,0	-64,0	-93,0	-67,7	-114,6	-153,1	-182,1	-233,1	-256,1	-319,7	-364,9	-348,1
Μερική Απασχόληση	14,5	22,3	14,4	16,2	7,5	9,7	16,0	4,3	2,0	-14,6	-4,0	-1,3	-8,5
Μεταβολές: σε χιλ. άτομα													
Πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ., Έρευνα Εργατικού Δυναμικού													

Αναφορικά με τη μείωση της απασχόλησης, σύμφωνα και με τα στοιχεία του Α΄ Τριμήνου του 2012 αυτή προήλθε κυρίως από τους κλάδους του χονδρικού-λιανικού εμπορίου (-88,3 χιλ. άτομα), της μεταποίησης (-65,1 χιλ. άτομα), των κατασκευών (-48,3 χιλ. άτομα) κ.α. Μείωση καταγράφηκε και στον πρωτογενή τομέα (γεωργία, δασοκομία και αλιεία), ο οποίος μέχρι το Γ΄ Τρίμηνο του 2010 παρουσίαζε αξιόλογη αύξηση.

Περαιτέρω, εξετάζοντας τις μεταβολές της απασχόλησης ανά μορφωτικό επίπεδο, διαπιστώνεται ότι η κρίση επηρέασε τους απασχολούμενους κάθε μορφωτικού επιπέδου, με εξαίρεση αυτούς με διδακτορικό ή μεταπτυχιακό. Ειδικότερα κατά κύριο λόγο μειώνονται οι απασχολούμενοι με απολυτήριο δημοτικού και αυτοί με απολυτήριο μέσης εκπαίδευσης, αλλά και οι απόφοιτοι Τ.Ε.Ι, ενώ από το δεύτερο εξάμηνο του 2011 σημαντική μείωση παρουσιάζεται και στους αποφοίτους Α.Ε.Ι. Όσον αφορά στην αύξηση της απασχόλησης των κατόχων μεταπτυχιακού ή διδακτορικού τίτλου, αυτή αποδίδεται στην υποκατάσταση εργαζομένων με λιγότερα εκπαιδευτικά προσόντα και όχι απαραίτητα στη δημιουργία θέσεων απασχόλησης υψηλού εκπαιδευτικού επιπέδου.

Το πλήθος των ανέργων εκτινάχθηκε κατά το 2011, ξεπερνώντας για πρώτη φορά το επίπεδο του 1 εκατομμυρίου, ενώ το Α΄ τρίμηνο του 2012 διευρύνθηκε περαιτέρω, όπως παρουσιάζεται στο Διάγραμμα 1.5. Συγκεκριμένα, σύμφωνα με τα στοιχεία της ΕΛ.ΣΤΑΤ., κατά το Α΄ Τρίμηνο του 2012, ο αριθμός των ανέργων στη

χώρα μας ανήλθε σε 1.120.097 άτομα, αυξημένος κατά 9,2% σε σχέση με το Δ' Τρίμηνο του 2010 και κατά 41,3% έναντι του Α' Τριμήνου του 2011 (792.601 άνεργοι).



Διάγραμμα 1.5

Εξέλιξη του αριθμού των ανέργων και του ποσοστού ανεργίας ανά τρίμηνο (2008-2013)

Το μέσο ετήσιο ποσοστό ανεργίας αυξήθηκε δραματικά την τελευταία διετία, ανερχόμενο σε 17,7% το 2011, υψηλότερο κατά 5,2 ποσοστιαίες μονάδες σε σχέση με το προηγούμενο έτος. Το τελευταίο τρίμηνο του 2011 το ποσοστό ανεργίας εκτινάχθηκε στο 20,7%, ενώ κατά το πρώτο τρίμηνο του 2012 έφθασε στο 22,6%.

Ωστόσο, σύμφωνα με τις εκτιμήσεις της Τράπεζας της Ελλάδος το ποσοστό ανεργίας – υποαπασχόλησης ανέρχεται στο επίπεδο του 24,7% στο τέλος του 2011, εάν συνυπολογισθεί και το πλήθος των ατόμων που δεν αναζητούν πλέον εργασία λόγω αποθάρρυνσης ή για άλλους λόγους, όπως και εκείνων που εργάζονται αναγκαστικά με μορφές μερικής απασχόλησης (λόγω αδυναμίας να βρουν πλήρη). Μάλιστα στελέχη του Ινστιτούτου Εργασίας ΓΣΕΕ-ΑΔΕΔΥ εκτιμούν ότι ο δείκτης της πραγματικής ανεργίας θα ξεπεράσει το 26% στα τέλη του 2012.

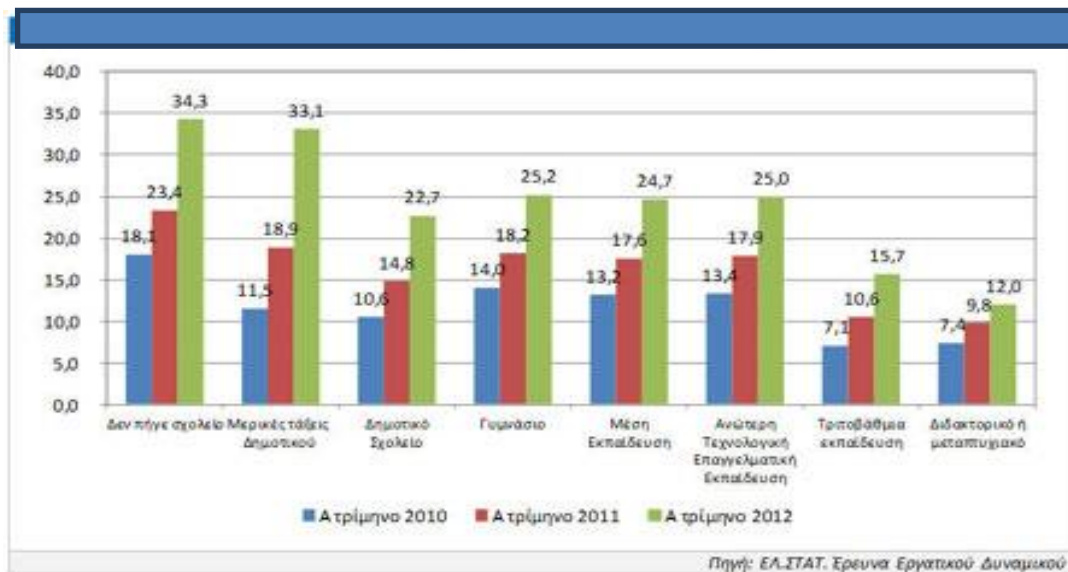
1.6.3 Χαρακτηριστικά της ανεργίας κατά το Α' Τρίμηνο του 2012

Η άνοδος του ποσοστού ανεργίας συνοδεύτηκε και από διαφοροποίηση της σύνθεσης των ανέργων ως προς διάφορα χαρακτηριστικά (ηλικία, φύλο, μόρφωση κ.α.). Εξετάζοντας τη σύνθεση των συνολικά καταγεγραμμένων ανέργων με βάση την ηλικία προκύπτουν ενδιαφέροντα συμπεράσματα:

Από τους 1.120.097 άνεργους (Α' Τρίμηνο του 2012), ποσοστό 42% (470,9 χιλ. περίπου) είναι άτομα ηλικίας 30-44 ετών, ενώ το 24% (269,2 χιλ. άτομα) είναι ηλικίας 45-64 ετών. Λαμβάνοντας όμως υπόψη τον πληθυσμό κάθε ηλικιακής ομάδας και τους αντίστοιχους άνεργους της, φαίνεται ότι η ομάδα που κατ' εξοχήν πλήττεται από την ανεργία είναι οι νέοι και ειδικότερα τα άτομα ηλικίας 15-19 και 20-24, όπου το ποσοστό ανεργίας τους είναι το υψηλότερο, καθώς φτάνει το 63,6% και το 50,9% αντίστοιχα κατά το Α' Τρίμηνο του 2012.

Το ποσοστό ανεργίας των γυναικών είναι σημαντικά υψηλότερο σε σχέση με αυτό των αντρών, και συγκεκριμένα 26,5% για τις γυναίκες, έναντι 19,7% για τους άντρες. Ιδιαίτερη ανησυχία προκαλεί και το γεγονός της διεύρυνσης της ομάδας των μακροχρόνια ανέργων (δηλαδή όσων αναζητούν εργασία πάνω από 12 μήνες), γεγονός που καταδεικνύει ότι η οικονομική κρίση καθιστά ολοένα δυσκολότερη τη μετάβαση από την ανεργία στην αγορά εργασίας. Σύμφωνα με τα τελευταία διαθέσιμα στοιχεία (Α' Τρίμηνο του 2012), από το σύνολο των ανέργων το 56,5% (632,5 χιλ.) είναι μακροχρόνια άνεργοι, ενώ το 23,8% είναι νέοι άνεργοι, δηλαδή εισέρχονται για πρώτη φορά στην αγορά εργασίας αναζητώντας απασχόληση.

Όσον αφορά την κατανομή της ανεργίας σε σχέση με το επίπεδο εκπαίδευσης (Διάγραμμα 1.6), παρατηρείται ότι το υψηλότερο ποσοστό ανεργίας καταγράφεται σε όσους δεν έχουν πάει καθόλου σχολείο (34,3%) και όσοι δεν έχουν ολοκληρώσει την πρωτοβάθμια εκπαίδευση (33,1%). Ακολουθούν οι απόφοιτοι Γυμνασίου (25,2%) και οι απόφοιτοι Ανώτερης Τεχνολογικής Επαγγελματικής Εκπαίδευσης (24,7%). Τα χαμηλότερα ποσοστά ανεργίας παρατηρούνται σε όσους έχουν διδακτορικό ή μεταπτυχιακό (12%) και στους πτυχιούχους τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (15,7%), ωστόσο και σε αυτές τις κατηγορίες τα ποσοστά ανεργίας τους αυξήθηκαν σημαντικά κατά το πρώτο τρίμηνο του 2012.



Διάγραμμα 1.6
Ποσοστά ανεργίας ανά επίπεδο εκπαίδευσης

Συμπερασματικά, η επιδείνωση στην αγορά εργασίας είναι ραγδαία, λόγω της συνεχιζόμενης και παρατεταμένης ύφεσης με συνέπεια ο χάρτης της αγοράς εργασίας να αλλάζει, με έντονα αρνητικές επιπτώσεις στην απασχόληση. Σημαντικός παράγοντας είναι η οικονομική κρίση αλλά και το γεγονός ότι πολλοί κλάδοι στηρίχτηκαν στην εξάρτησή τους από το δημόσιο. Σαν αποτέλεσμα αυτού, όταν σταμάτησαν οι χρηματοδοτήσεις από το δημόσιο, σε συνδυασμό με την απαράδεκτη υψηλή φορολογία προς το ιδιωτικό κεφάλαιο, είχε ως αποτέλεσμα να πληγεί ο ιδιωτικός τομέας και να χαθούν χιλιάδες θέσεις εργασίας σε μια αγορά που ήταν σε διαρκή συρρίκνωση ενώ συγχρόνως διασφαλίστηκαν οι θέσεις εργασίας στο Ελληνικό Δημόσιο. Με τον τρόπο αυτό δημιουργήθηκε μια άνιση κατάσταση στην αγορά εργασίας δίχως να υπάρχει ανάπτυξη και κίνητρα για την δημιουργία θέσεων εργασίας.

1.6.4 Οι προτάσεις για την απασχόληση

Στην Ελλάδα, τα προηγούμενα χρόνια, οι πραγματικοί μισθοί είχαν ξεπεράσει την αύξηση των μισθών που θα δικαιολογούσε η μεγέθυνση της συνολικής

παραγωγικότητας. Τώρα, για να ενισχυθεί η ανταγωνιστικότητα, πρέπει να γίνει αντιστροφή αυτού του φαινομένου: η παραγωγικότητα πρέπει να αυξηθεί, αλλά ο μισθός και οι τιμές πρέπει να συγκρατηθούν σε επίπεδα χαμηλότερα των ανταγωνιστριών χωρών. Αφού πλέον με το κοινό νόμισμα η χώρα έχει χάσει το εργαλείο της υποτίμησης, η χαμηλή ανταγωνιστικότητα πρέπει να αντιμετωπιστεί με μείωση των πραγματικών μισθών (INEMY, 2011).

Στις προστατευμένες αγορές εργασίας, με δυσκαμψία μισθών, θεσπισμένους ελάχιστους μισθούς, μεγάλη έκταση συνδικαλισμού και γενναιόδωρα επιδόματα ανεργίας παρατηρείται μεγάλο έλλειμμα ανταγωνιστικότητας. Οι πολιτικές που θα προωθήσουν την ευκαμψία στις αγορές εργασίας θα μειώσουν τις αποκλίσεις του επιπέδου ανταγωνιστικότητας. Κατ' αρχήν, πρέπει να περιοριστεί η δυνατότητα των εργατικών συνδικάτων να διαταράσσουν τις λειτουργίες της οικονομίας. Ο ενεργός πληθυσμός πρέπει να αξιοποιηθεί στο υψηλότερο δυνατό επίπεδο.

Μέσω της θέσπισης μέτρων θα πρέπει να αυξηθεί το ποσοστό συμμετοχής των γυναικών στο εργατικό δυναμικό και να συγκρατηθούν στο εργατικό δυναμικό οι ηλικίες 55-65, οι οποίες επιλέγουν την πρόωρη συνταξιοδότηση. Η πρόωρη συνταξιοδότηση συνιστά αχρήστευση ανθρωπίνου κεφαλαίου. Επίσης θα πρέπει να δρομολογηθούν διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις με στόχο την ενίσχυση της αγοράς εργασίας, ώστε να αυξηθεί ο ρυθμός ανόδου της οικονομίας.

Προτεινόμενα μέτρα (INEMY, 2011):

- Μείωση της προστασίας της απασχόλησης και χαλάρωση κανόνων για τις απολύσεις,
- Αύξηση της ελαστικότητας του ωραρίου λειτουργίας επιχειρήσεων,
- Σύνδεση των μισθολογικών αυξήσεων με την παραγωγικότητα,
- Ευελιξία στις ώρες εργασίας,
- Προώθηση της μερικής απασχόλησης,

Άλλες προτάσεις που θα μπορούσαν να έχουν θετική επίδραση στη μείωση της ανεργίας είναι:

- Αλλαγή του εκπαιδευτικού συστήματος: η εκπαίδευση πρέπει να στοχεύει τόσο στην απόκτηση γνώσεων, όσο και στην αναβάθμισή τους (κατάρτιση), ώστε το εργατικό δυναμικό να μπορεί να ανταποκριθεί στις νέες ανάγκες που δημιουργούνται από την είσοδο νέων τεχνολογιών και νέων μορφών παραγωγής. Ιδιαίτερη έμφαση θα πρέπει να αποδοθεί στο ρόλο των ΑΕΙ και την αθρόα παραγωγή ανέργων πτυχιούχων, γεγονός που καθιστά αναγκαίο τον επαναπροσανατολισμό των κατευθύνσεων των ΑΕΙ (Κουκιάδης, 1995),
- Ουσιαστική εισαγωγή του μαθήματος του επαγγελματικού προσανατολισμού στη δευτεροβάθμια εκπαίδευση και σύνδεση της εκπαίδευσης με την εργασία,
- Συμφωνίες μεταξύ κράτους, επιχειρήσεων και εργατικών συνδικάτων για σημαντικές μειώσεις του κόστους εργασίας, με πάγωμα ή και μειώσεις μισθών με αντάλλαγμα την εξασφάλιση ενός σημαντικού μέρους των σημερινών θέσεων εργασίας,
- Μείωση των φορολογικών συντελεστών επί της εργασίας, γεγονός που θα αμβλύνει την καθαρή επίδραση της μετρίασης των πραγματικών μισθών,
- Προσαρμογή των επιδομάτων ανεργίας, ώστε να ενθαρρυνθεί η μερική απασχόληση,
- Πολιτικές για την εύρεση εργασίας και για την εκπαίδευση των εργαζόμενων,
- Θέσπιση προγραμμάτων κατάρτισης ανέργων.
- Η χάραξη πολιτικής για την αντιμετώπιση των συνεπειών της ανεργίας πρέπει να στοχεύει στην ψυχολογική στήριξη και συμβουλευτική παρέμβαση ώστε να εξασφαλίζεται η ομαλή μετάβαση από την ανεργία στην ενεργό κοινωνική ζωή.
- Μέσα από τη συμβουλευτική στήριξη και την παροχή πληροφοριών από τη μεριά των δημοσίων υπηρεσιών απασχόλησης θα επιτευχθεί η ετοιμότητα του ανέργου για ανάληψη εργασίας, η διατήρησή της δραστηριότητάς του, η αποφυγή δηλαδή της παραίτησης του ανέργου από την εύρεση εργασίας, από τις κοινωνικές δραστηριότητες, από την ίδια τη ζωή.

- Προς την κατεύθυνση της δραστηριοποίησης του ανέργου θα μπορούσαν να συμβάλουν οι Μ.Κ.Ο (Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις) και η ένταξη των ανέργων σε αυτές. Οι δημόσιες υπηρεσίες απασχόλησης θα μπορούσαν να παρέχουν ολοκληρωμένες πληροφορίες για υπάρχουσες Μ.Κ.Ο ή για δημιουργία καινούριων από ανέργους, έτσι ώστε να διατηρείται η κοινωνική δραστηριότητα του ανέργου και παράλληλα να δημιουργείται ένα πλέγμα σχέσεων και γνωριμιών που θα βοηθούσε στην ανταλλαγή πληροφοριών και στην ανεύρεση εργασίας.
- Η πλήρης ασφαλιστική κάλυψη των ανέργων θα έπρεπε να θεωρείται δεδομένη σε ένα κράτος με κοινωνική αλληλεγγύη, εντούτοις η ασφαλιστική κάλυψη για τους ανέργους δίνεται υπό όρους.
- Η υποστήριξη επίσης, με ειδικά προγράμματα, των ειδικών υποομάδων των ανέργων (π.χ. μετανάστες) θα καλύψουν ιδιαίτερες ανάγκες, όπως π.χ. τόνωση πολιτισμικής κληρονομιάς, αντιμετώπιση κοινωνικού στιγματισμού κ.α.
- Το επίδομα ανεργίας πρέπει να αυξηθεί και να δίνεται σε όλους τους ανέργους που δεν έχουν άλλους πόρους διαβίωσης.
- Κοινωνικές παροχές για ανέργους, όπως για παράδειγμα δωρεάν μετακίνηση με τα μέσα μεταφοράς, δωρεάν είσοδο σε θέατρα με την επίδειξη της κάρτας ανεργίας κ.α.

Μέσω αυτών των μέτρων θα μειωθεί το εργατικό κόστος επιχειρήσεων, στις οποίες λόγοι προστασίας της αγοράς εργασίας συνέβαλαν στην υπερστελέχωση τους. Ο συνδυασμός χαμηλότερου εργατικού κόστους και περισσότερο απορρυθμισμένης αγοράς εργασίας θα προσελκύσει επενδυτικά κεφάλαια από τρίτες χώρες. Η εμπειρία χωρών που πραγματοποίησαν ευρείες μεταρρυθμίσεις δείχνει ότι τα οφέλη στο εμπόριο και στις αγορές εργασίας και προϊόντων είναι σημαντικά, αλλά προκύπτουν μεσοπρόθεσμα. Επειδή όμως η περεταίρω μείωση του κόστους εργασίας θα μειώσει ακόμα περισσότερο τις αποταμιεύσεις, πρέπει να δοθεί έμφαση στη μείωση του υπερβολικού κόστους, λόγω εισφορών.

Ακόμα, αφού μεγάλο μέρος των ελλήνων ανέργων είναι μακροχρόνια άνεργοι και το ανθρώπινο κεφάλαιό τους έχει σε μεγάλο βαθμό απαξιωθεί, η παραγωγικότητα τους είναι πολύ χαμηλή και οι εργοδότες δεν θα έχουν συμφέρον να τους προσλάβουν, παρά μόνο αν αυτοί αποδεχτούν εξαιρετικά χαμηλούς μισθούς – ενδεχόμενο μάλλον απίθανο. Άρα αυτό που απαιτείται για τη λύση του προβλήματος, είναι η παροχή νέας κατάρτισης στο άνεργο εργατικό δυναμικό, ώστε να αυξηθεί η παραγωγικότητα του και η απασχόληση του να είναι συμφέρουσα για τους εργοδότες.

1.7 ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΗΣ ΑΝΕΡΓΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΕΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΗΣ

Η ανεργία, με τη μία ή την άλλη έννοια, αποτελεί αναμφισβήτητα ένα από τα πιο σύνθετα κοινωνικά προβλήματα, συνδέεται δε θετικά και με άλλα κοινωνικά προβλήματα. Λαμβάνοντας υπόψη το γεγονός πως ο άνεργος δεν ζει ξεκομμένα από την οικογένεια και την κοινωνία είναι αναμενόμενο οι συνέπειες της ανεργίας να επιδρούν στο οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον. Κάθε άνθρωπος βέβαια βιώνει διαφορετικά την ανεργία του και αυτό εξαρτάται από ένα πλήθος παραγόντων, όπως η οικονομική του κατάσταση, (αλλιώς βιώνει την ανεργία ένα άτομο που δεν έχει εισοδήματα ούτε για τα βασικά και αλλιώς ένα άτομο για το οποίο το εισόδημα είναι εξασφαλισμένο), ο χρόνος της ανεργίας, η κοινωνική στήριξη και οι προστατευτικοί παράγοντες.

Οι συνεχώς αυξανόμενοι δείκτες ανεργίας σε μια κατεξοχήν αστικοποιημένη κοινωνία με σαφώς μειωμένους τους παράγοντες υποστήριξης, αποτελεί ένα από τα μεγαλύτερα ζητήματα και τείνει να εξελιχθεί σε «επιδημιολογική καταστροφή» (Καρύδη – Μαντωνανάκη - Κονταξάκη, 2000). Πρόκειται κατά κοινή ομολογία, αλλά και με βάση επίσημα στοιχεία, για ένα συνεχώς διογκούμενο πρόβλημα της ελληνικής κοινωνίας αλλά και άλλων χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Όπως εξηγήθηκε παραπάνω, κάθε κοινωνία είναι οργανωμένη στη βάση της εργασίας. Η έλλειψη της εργασίας δημιουργεί κατά συνέπεια προβλήματα στον

πυρήνα του κοινωνικού ιστού. Όσο τα ποσοστά της ανεργίας μεγεθύνονται, τόσο μεγαλύτερος είναι ο κίνδυνος για κοινωνική αποδόμηση και κοινωνική έκρηξη, τόσο περισσότερο απειλείται η κοινωνική συνοχή και πλήττεται η οικονομική ανάπτυξη. Οι κίνδυνοι που προέρχονται από την ανεργία, τα κοινωνικά προβλήματα που δημιουργούνται άμεσα και έμμεσα, χρειάζονται άμεση αντιμετώπιση. Η έλλειψη εισοδήματος, μια από τις πιο άμεσες συνέπειες της ανεργίας είναι πιθανόν να προκαλέσει έλλειψη κοινωνικής δικαιοσύνης και κοινωνικές αναταραχές.

Με δεδομένο ότι η εργασία αποτελεί την κύρια πηγή για την απόκτηση εισοδήματος, αλλά και για την ίδια την επιβίωση, η απώλειά της μπορεί να οδηγήσει σε φαινόμενα φτώχειας και κοινωνικού αποκλεισμού. Στην Πράσινη Βίβλο της Ε.Ε. οι ρίζες του κοινωνικού αποκλεισμού εντοπίζονται μεταξύ άλλων «στη μόνιμη ή μακροχρόνια ανεργία». (FLYN, 1993, Πράσινη Βίβλος για την Ευρωπαϊκή Κοινωνική Πολιτική, Επιτροπή Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων).

Η ανεργία δηλαδή, οδηγεί στον κοινωνικό αποκλεισμό με την έννοια της περιθωριοποίησης, της στέρησης δικαιωμάτων, ευκαιριών και δυνατοτήτων για ουσιαστική και ισότιμη συμμετοχή στο κοινωνικό γίγνεσθαι (Γ.Πανούσης, 2003). Αποτελεί, όπως αναφέρει ο Ν. Παναγιωτόπουλος, ένα σταθερό χώρο αβεβαιότητας (Παναγιωτόπουλος, 2005). Είναι θλιβερό νέοι άνθρωποι, με όνειρα και φιλοδοξίες βασισμένα σε μια θέση εργασίας, να οδηγούνται σιγά-σιγά στο περιθώριο, μιας και η ανεργία αποτελεί στέρηση του κοινωνικού τους ρόλου. Είναι επίσης θλιβερό άνθρωποι που πλησιάζουν τη συνταξιοδοτική ηλικία, να οδηγούνται στην ανεργία μη μπορώντας έτσι να εξασφαλίσουν τις συντάξιμες προϋποθέσεις. Άτομα όλων των κατηγοριών και των ηλικιών αναζητούν πλέον το αυτονόητο, μια θέση εργασίας. Όταν αυτή η θέση δεν υπάρχει και ταυτόχρονα «απουσιάζει» το κοινωνικό κράτος ξεκινά ένας φαύλος κύκλος αλυσιδωτών αποκλεισμών.

Όπως αναφέρει ο Γ. Πανούσης ο ένας φτωχογόνος κρίκος συνδέεται άρρηκτα με τον επόμενο π.χ. η ανεργία με τη φτώχεια και την έλλειψη εκπαίδευσης. (Πανούσης, 2003). Όμως το φαινόμενο είναι ακόμα πιο ακραίο, καθώς παρατηρείται η συνεχής «έκπτωση» των απαιτήσεων των υποψηφίων εργαζομένων και η μη αντιστάθμισή της με κάποια υποτυπώδη εργασία, οδηγώντας τους αναπόφευκτα στον χαρακτηρισμό τους, επίσημα ή μη, ως ανέργους.

Άνεργος είναι ο υποψήφιος εργαζόμενος που βρίσκεται μόνιμα κάτω από τη στρεσογόνα διαδικασία ανεύρεσης εργασίας, αισθανόμενος μόνιμως υπό εξέταση ή και αμφισβήτηση και που έχει παράλληλα να αντιμετωπίσει διάφορους εξωγενείς πιεστικούς κυρίως παράγοντες, που μπορεί να είναι από την κάλυψη των απλών βιοτικών του αναγκών έως και την αντιμετώπιση ενός ιδιότυπου κοινωνικού ρατσισμού που του προσδίδει την ταμπέλα «άνεργος», μεθερμηνευόμενος σε οκνηρός ή κάτι παρεμφερές, καθώς ο κοινωνικός περίγυρος πολλές φορές αντιμετωπίζει τα άτομα αυτά σαν κάποιους που δεν θέλουν πραγματικά να εργαστούν.

Το πρόβλημα εντοπίζεται έτσι ουσιαστικά στη δυνατότητα του ανθρώπου να συμμετέχει σε έναν κοινωνικό χώρο. Όπως αναφέρει ο Blaise Pascal «τίποτε δεν είναι πιο ανυπόφορο στον άνθρωπο από την απόλυτη αταραξία». Το άτομο που θέλει να εργαστεί και δεν μπορεί, βρίσκεται υπό το καθεστώς μιας εγκλωβισμένης δημιουργικότητας. Αισθάνεται αμέτοχο στην ευρύτερη κοινωνική ομάδα. Η έλλειψη μιας καθημερινής προσοδοφόρας ενασχόλησης καθιστούν τον άνεργο ευάλωτο. Καθώς η εργασία καλύπτει για τους περισσότερους ανθρώπους περίπου το 1/3 της καθημερινότητάς τους, φαίνεται μάλλον αφύσικη η για κάποιον οποιοδήποτε λόγο παρατεταμένη απουσία οποιουδήποτε είδους εργασίας από αυτή.

Στις μέρες μας η αρχαία ρήση «αργία μήτηρ πάσης κακίας», δεν έχει χάσει βεβαίως την αξία της, αλλά φαίνεται ημιτελής αν δεν προσθέσουμε σε αυτή και την έννοια της ανεργίας, που φαίνεται να εισχωρεί σε όλους τους τομείς της κοινωνικής, οικονομικής, πολιτικής και πολιτιστικής ανάπτυξης. Το άτομο που δεν μπορεί να «σταθεί στα πόδια του», δε μπορεί να αποτελέσει και υγιές μέλος του ευρύτερου κοινωνικού συνόλου. Η ανεργία συνεπώς αποτελεί ένα πρόβλημα που ξεπερνά το άτομο και εκτείνεται στο σύνολο της κοινωνίας.

Ας προσπαθήσουμε όμως να καταγράψουμε τις πιο άμεσες συνέπειες της ανεργίας :

- Οι επιπτώσεις της ανεργίας είναι σημαντικές στην οικονομική ανάπτυξη ενός τόπου αφού το παραγόμενο Ακαθάριστο Εθνικό Προϊόν είναι χαμηλότερο από αυτό που θα ήταν αν υπήρχαν συνθήκες πλήρους απασχόλησης. Η ύπαρξη της ανεργίας έχει ως

αποτέλεσμα τη μείωση του βιοτικού επιπέδου των ατόμων, την μείωση των δυνατοτήτων για κατανάλωση και επένδυση.

- Η μη συνεισφορά των ανέργων στα ασφαλιστικά ταμεία συντελεί στη δημιουργία μικρών αποθεματικών στα ταμεία και άρα οδηγεί σε μικρότερες παροχές στους ασφαλισμένους.

.

- Η απορρόφηση των πενιχρών επιδομάτων που απορροφούν οι άνεργοι θα μπορούσαν να διατεθούν σε συνθήκες πλήρους απασχόλησης για την κάλυψη άλλων σημαντικών κοινωνικών αναγκών.

- Η επίδραση της ανεργίας στον δημογραφικό πρόβλημα είναι επίσης σημαντική, αφού οι άνεργοι αποφεύγουν να δημιουργούν οικογένεια ή και στην περίπτωση που δημιουργούν συντηρούν τις γεννήσεις σε χαμηλά επίπεδα.

- Η σύνδεση της ανεργίας με τη φτώχεια, την εγκληματικότητα και τη βία καταδεικνύουν τα οφέλη από την ορθή αντιμετώπισή της (Δρετάκης, 2001).

- Η ξενοφοβία και ο ρατσισμός συνδέονται σε μεγάλο βαθμό με την ανεργία (Κατσορίδας, 1998).

- Η ανεργία αυξάνει τη πιθανότητα ενδοοικογενειακών εντάσεων, κακοποιήσεων και διαζυγίων (Κατσορίδας, 1998). Ο Iversen (1989) σε σχετική έρευνα έδειξε ότι στις οικογένειες των ανέργων οι εντάσεις είναι δύο έως τρεις φορές συχνότερες απ' ότι στις οικογένειες των εργαζομένων.

- Η χρήση των υγειονομικών υπηρεσιών μιας χώρας φαίνεται πως είναι συχνότερη από τους άνεργους σε σχέση με τους εργαζομένους. Οι άνεργοι επισκέπτονται συχνότερα τους γιατρούς και εισάγονται συχνότερα στο νοσοκομείο απ' ότι οι εργαζόμενοι (Beale, 1987), (Yue, 1989). Η συχνότητα βέβαια των επισκέψεων των ανέργων στα υγειονομικά συστήματα έχει να κάνει και με τη σχετική κάλυψη. Στην Ελλάδα για παράδειγμα πολλοί άνεργοι παραμένουν ανασφάλιστοι αφού δεν μπορούν να εξασφαλίσουν τις απαραίτητες προϋποθέσεις.

Η αναγκαιότητα αντιμετώπισης του φαινομένου της ανεργίας προκύπτει σαφώς. Μπορούμε να παρατηρήσουμε το αυξανόμενο ενδιαφέρον τόσο σε επίπεδο Ευρωπαϊκής Ένωσης όσο και σε διεθνές επίπεδο σχετικά με τις προσπάθειες αντιμετώπισης της ανεργίας. Οι προσπάθειες αυτές εντοπίζονται στη μείωση του ποσοστού της ανεργίας αφενός και στην αντιμετώπιση των συνεπειών της αφετέρου. Στη σύνοδο κορυφής της Λισσαβόνας (23η και 24η Μαρτίου 2000), έγιναν προσπάθειες αντιμετώπισης των προκλήσεων που απειλούν την συνοχή και τη βιωσιμότητα του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Οικοδομήματος. Ένας από τους βασικούς στρατηγικούς στόχους που τέθηκε στη σύνοδο της Λισσαβόνας για τα επόμενα 10 χρόνια ήταν « ...περισσότερες και καλύτερες θέσεις εργασίας και μεγαλύτερη κοινωνική συνοχή...» (COM 2000, 379 FINAL 28-6-2000).

Στην δεκαετία του 2000-2010 η ανεργία στη Ελλάδα σταθεροποιήθηκε. Ο λόγος ήταν ότι στην Ελλάδα έγιναν σημαντικές δημόσιες επενδύσεις όπως ήταν τα Ολυμπιακά έργα. Συγχρόνως όμως υπήρχε και μια στροφή προς τις ποιοτικές υπηρεσίες, όπως π.χ στον τουρισμό, με την ανάλογη στήριξη από το κράτος, που επέτρεψαν σε πολλούς νέους να δημιουργήσουν επιχειρήσεις αλλά και σε επιχειρήσεις να δημιουργήσουν θέσεις εργασίας. Αυτό όμως ήταν μια επιφανειακή ανάπτυξη διότι βασίστηκε σε δημόσιες επενδύσεις και όχι στην δημιουργία συνθηκών που θα ευνοήσουν την ανάπτυξη, π.χ με το περιορισμό του κόστους εργασίας. Το αποτέλεσμα ήταν το όλο οικοδόμημα μετά το 2009 να αρχίσει να καταρρέει και μαζί του να αυξάνεται και η ανεργία.

1.8 ΑΝΑΚΕΦΑΛΑΙΩΣΗ

Η ανεργία είναι ένα πρόβλημα που εμφανίζεται πολύ συχνά στην Ελλάδα. Γενικότερα, η Ελλάδα είναι μια χώρα με μακρά ιστορία στην ανεργία, όμως η κρίση που ξεκίνησε το 2008 και κορυφώθηκε το 2012 έχει αφήσει τα σημάδια της στην αγορά εργασίας με τα υψηλότερα ποσοστά ανεργίας που είχε ποτέ η Ελλάδα, καθώς και με μια σειρά κοινωνικών προβλημάτων ως επακόλουθα της ανεργίας.

Η ανεργία αποδεικνύεται ότι έχει πλήξει όλες τις κοινωνικές ομάδες, ανεξάρτητα από το φύλο, την ηλικία ή το μορφωτικό επίπεδο και αυξάνεται χρόνο με το χρόνο. Όσο δεν παίρνονται τα σωστά διαρθρωτικά μέτρα για την ενίσχυση της απασχόλησης, τόσο το πρόβλημα της ανεργίας θα διογκώνεται, καταλήγοντας σε φαινόμενα φτώχειας, κοινωνικού αποκλεισμού και ρατσισμού.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΒΑΣΙΚΕΣ ΕΝΝΟΙΕΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

2.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στο δεύτερο κεφάλαιο προσεγγίζεται διαχρονικά την υγεία. Ο υποκειμενικός προσδιορισμός της, η ιατροκεντρική αντίληψη, η ιατρογέννεση της αρρώστιας, οι ασθένειες που συνοδεύουν κάθε εποχή αλλά και κάθε πολιτισμό, αποδεικνύουν πως η υγεία δεν έχει σταθερά χαρακτηριστικά αλλά συνοδεύεται από υποκειμενικά στοιχεία. Οι προσδιοριστικοί παράγοντες της υγείας σε μια σύγχρονη ολιστική θεώρηση, το τρίπτυχο δηλαδή της σωματικής υγείας, της ψυχικής υγείας και της κοινωνικής ευεξίας είναι αυτό που απασχολεί τις κοινωνίες, αφού αυτό καθορίζει τελικά τη συνολική υγεία ενός ανθρώπου.

2.2 ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΟΡΙΟΘΕΤΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΡΟΠΟΙ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΟΥ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΥΓΕΙΑΣ

Το τι θεωρεί υγεία κάθε κοινωνία, κάθε εποχή, αλλά και κάθε άνθρωπος είναι αντικείμενο συζήτησης και διαμάχης πολλές φορές. Η υγεία προσλαμβάνεται διαφορετικά από τον καθένα μας, εξαρτώμενη από ένα πλήθος κοινωνικο-οικονομικών και πολιτιστικών παραγόντων, αλλά και ατομικών χαρακτηριστικών. Από κοινωνιολογικής και οικονομικής πλευράς οι απόψεις για την υγεία δίστανται. Από πολλούς θεωρείται κοινωνικό αγαθό με έντονες εξωτερικές επιδράσεις, του οποίου οι ατέλειες στην προσφορά και τη ζήτηση δεν του επιτρέπουν να αντιμετωπίζεται ως προϊόν που υπόκειται στους νόμους της αγοράς. Στην άποψη όμως αυτή, αντιτίθενται σφόδρα οι οικονομολόγοι του νεοφιλελεύθερου ρεύματος,

των οποίων οι απόψεις ολοένα και επικρατούν, ισχυριζόμενοι ότι η υγεία αποτελεί ιδιωτικό αγαθό (Σούλης, 1999).

Ως δημόσια χαρακτηρίζονται τα αγαθά των οποίων η κατανάλωση δεν περιορίζει τη χρησιμότητα σε άλλα άτομα (Αγαπητός, 2004). Τα βασικά χαρακτηριστικά της υγείας ως δημόσιο αγαθό είναι τα εξής :

1. Το κράτος παρεμβαίνει και ελέγχει την λειτουργία του Συστήματος Υγείας ώστε να κατανεμηθούν οι υπηρεσίες υγείας σύμφωνα με τις υγειονομικές ανάγκες και όχι σύμφωνα με την αγοραστική δύναμη του ατόμου.
2. Η χρηματοδότηση του Συστήματος Υγείας γίνεται από το Κράτος.
3. Υπάρχει κεντρικός σχεδιασμός των υπηρεσιών υγείας (Σούλης, 1999).

Ως ιδιωτικά χαρακτηρίζονται τα αγαθά η αύξηση κατανάλωσης των οποίων προϋποθέτει αύξηση της παραγωγής (Αγαπητός, 2004). Τα βασικά χαρακτηριστικά της υγείας ως ιδιωτικό αγαθό είναι:

1. Το κράτος δεν παρεμβαίνει στη λειτουργία του συστήματος υγείας, επιτρέπει στον καθένα να γίνει παραγωγός υπηρεσιών υγείας, ενώ ο κάθε πολίτης μπορεί να αποφασίζει πότε και σε τι ποσότητα θα καταναλώνει τα αγαθά και τις υπηρεσίες υγείας, αφού βέβαια διαθέτει το απαιτούμενο χρηματικό ποσό.
2. Ο καταναλωτής από μόνος του πρέπει να γνωρίζει το είδος, την ποιότητα και την ποσότητα των υπηρεσιών που καταναλώνει.
3. Το αγαθό υγείας θεωρείται σαν όλα τα οικονομικά αγαθά (Σούλης, 1999).

Η άκριτη τοποθέτηση υπέρ της μιας ή της άλλης άποψης θα ήταν υπερβολικά απλουστευτική αν δεν ληφθεί υπόψη η γενικότερη κοινωνικο-οικονομική κατάσταση. Ο αποκλεισμός πάντως ατόμων ή ομάδων από την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας θεωρείται πως εκτός από την κοινωνική του διάσταση, που είναι σημαντική, θα αποτελούσε πλήγμα ακόμα και για τους υπέρμαχους της «ιδιωτικότητας» της υγείας, μιας και οι χαμένες μέρες εργασίας εξαιτίας των ασθενειών, θα δημιουργούσε οικονομικές δυσχέρειες και αλυσιδωτές συνέπειες (κοινωνικές και οικονομικές). Ένα ιδιωτικό σύστημα υγείας θα μπορούσε ενδεχομένως να λειτουργήσει θετικά σε μια ανεπτυγμένη κοινωνία που δεν υπάρχουν οικονομικές ανισότητες, αποφεύγοντας έτσι τρωτά σημεία του δημοσίου (γραφειοκρατία κλπ), κάτι τέτοιο όμως μοιάζει περισσότερο με θεωρητική τοποθέτηση.

Η άποψη που υποστηρίζεται περισσότερο είναι πως η υγεία αποτελεί δημόσιο αγαθό και πρέπει να διατίθεται ανάλογα με τις ανάγκες και όχι ανάλογα με το εισόδημα. Σε ατομικό-ψυχολογικό επίπεδο η υγεία αποτελεί βασική ανάγκη υψηλής προτεραιότητας, ιδίως στην περίπτωση της κλονισμένης υγείας. Για κάθε άνθρωπο η υγεία αποτελεί το μέσον για την κατάκτηση των στόχων του και το θεμέλιο όπου βασίζει την ανάπτυξη του δυναμικού του και την πλήρη αξιοποίηση των ικανοτήτων του. Μια σύντομη ιστορική αναδρομή θα μας καταστήσει σαφές πως ο υποκειμενικός και κοινωνικός προσδιορισμός της υγείας έχει πολλές φορές βαρύνουσα σημασία.

Η ιστορία των αντιλήψεων για την υγεία και την αρρώστια μπορεί να χωριστεί σε πέντε περιόδους (Τούντας 2001) :

- ο στη μεταφυσική / μαγική περίοδο,
- ο στη μεταφυσική/ θρησκευτική,
- ο στην πρώιμη επιστημονική/ νατουραλιστική,
- ο στη μηχανιστική/ θετικιστική και
- ο στη σύγχρονη/ ολιστική.

Κατά την πρώτη περίοδο οι πρωτόγονες κοινωνίες έδιναν μεγάλη έμφαση στη σχέση υπερφυσικού και υγείας. Θεωρούσαν την ασθένεια ως αποτέλεσμα τιμωρίας για άδικες πράξεις και συμπεριφορές μη συμβατές με τις κοινωνικές επιταγές. Ο μάγος ήταν αυτός που αναλάμβανε να εξαγνίσει και να θεραπεύσει τον άρρωστο. Κατά τη δεύτερη περίοδο, γύρω στα 1000 π.Χ., εμφανίζονται τα ασκληπιεία κέντρα λατρείας και θεραπείας, όπου ο άρρωστος ενδυναμώνεται ψυχολογικά και φαρμακευτικά. Στα 400 π.Χ. ο Ιπποκράτης εισαγάγει τη διαγνωστική μέθοδο και την κλινική θεραπεία, αντί της υπερφυσικής. Στο έργο του Ιπποκράτη, «περί αέρων , υδάτων, τόπων», η υγεία καθορίζεται με βάση την ισορροπία ανάμεσα στις δυνάμεις του περιβάλλοντος και την ατομική συμπεριφορά. Η ρωμαϊκή αυτοκρατορία και η ρωμαιοκαθολική εκκλησία επανέφεραν πολύ αργότερα το υπερφυσικό σε σχέση με την υγεία και την ασθένεια και έχουμε δεήσεις, εξορκισμούς και τιμωρίες.

Κατά την τρίτη περίοδο και με την έλευση του Χριστιανισμού εμφανίζονται τα νοσοκομεία, όπως περίπου τα αντιλαμβανόμαστε. Η τέταρτη και η πέμπτη περίοδος, δηλαδή η περίοδος μετά την Αναγέννηση, το 15ο και 16ο αιώνα χαρακτηρίζεται από

τη ραγδαία ανάπτυξη της ιατρικής επιστήμης και της έρευνας. Η ανάπτυξη όμως της ιατρικής επιστήμης εγκλώβισε την υγεία μέσα σε αυστηρά βιολογικά πλαίσια σε μια ιατροκεντρική κοινωνία. Ακόμα όμως και τότε που η ιατρογενής αντίληψη κυριαρχούσε, υπήρχαν δείγματα κατανόησης της υγείας ως συνολικότερου φαινομένου.

Αξίζει να αναφερθεί εδώ τι έγραφε το 1930 ο αμερικανός γιατρός I.F. Williams : «Αξίζει να σκεφτόμαστε την υγεία ως την κατάσταση εκείνη που επιτρέπει στο άτομο να απολαμβάνει όσο γίνεται περισσότερο τη χαρά της ζωής, να εργάζεται δημιουργικά, να υπηρετεί με τον καλύτερο δυνατό τρόπο την ανθρωπότητα. Η ταύτιση της υγείας με την απουσία της αρρώστιας αποτελεί έκφραση μετριότητας. Η υγεία είναι ποιότητα ζωής που σηματοδοτεί έμπνευση και συνεχή δημιουργικότητα.»

Πολύ αργότερα εμπλέκονται στον τομέα της υγείας και άλλες επιστημονικές περιοχές πέραν της ιατρικής, όπως για παράδειγμα η κοινωνιολογία, η νομική, η ψυχολογία, η ανθρωπολογία κ.α. που προσπαθούν να προσεγγίσουν την υγεία από μια άλλη οπτική γωνία (Τούντας, 2001). Σύγχρονοι ερευνητές συνέδεσαν την υγεία με το κοινωνικό περιβάλλον και την ικανότητα ανταπόκρισης του ατόμου στους κοινωνικούς του ρόλους, προσέδωσαν με αυτό τον τρόπο, λειτουργικό περιεχόμενο στον ορισμό (Parsons, 1979). Σε αντίθεση με τη προηγούμενη προσέγγιση, ο βιωματικός ορισμός εστιάζεται περισσότερο στον τρόπο με τον οποίο το άτομο αντιλαμβάνεται την υγεία του (Kelman, 1975). Τη σπουδαιότητα πάντως του αγαθού υγείας αναδεικνύει η Π.Ο.Υ. αναγορεύοντας την υγεία σε θεμελιώδες δικαίωμα : «Αποτελεί θεμελιώδες δικαίωμα κάθε ανθρώπου, η απόλαυση των υψηλότερων εφικτών προτύπων υγείας, χωρίς φυλετικές, θρησκευτικές, πολιτικές, οικονομικές ή κοινωνικές διακρίσεις» (WHO, 1947).

Όπως είναι πλέον φανερό η υγεία αποτελεί ένα πολυσύνθετο και πολυπαραγοντικό όρο που ξεφεύγει ασφαλώς από κάθε προσπάθεια επιφανειακής προσέγγισης. Η έννοια της υγείας μεταβάλλεται χρονικά καθώς μεταβάλλονται οι παράγοντες που τη διαμορφώνουν και την προσδιορίζουν. Έχει παγιωθεί χρόνια τώρα να ονομάζεται υγεία απλά την απουσία της ασθένειας. Υγεία πραγματικά σε άλλες εποχές μπορεί να αποτελούσε μόνο η απουσία της ασθένειας. Ήταν τότε που οι άνθρωποι δεν υπέφεραν από το έντονο καθημερινό στρες για την απόκτηση όλο και

περισσότερων αγαθών, τότε που οι δεσμοί, κοινωνικοί, οικογενειακοί κ.α. ήταν περισσότερο σταθεροί και συνεκτικοί, τότε που οι άνθρωποι δεν υπέφεραν από την καθιστική ζωή, την παχυσαρκία, τις ασθένειες του κυκλοφοριακού συστήματος κ.ο.κ.. Ήταν όμως τότε που οι άνθρωποι υπέφεραν από λιμούς και επιδημίες καταστροφικές, ήταν τότε που ο μέσος όρος ζωής ήταν αρκετά χαμηλότερος και δεν ξεπερνούσε τα 40 χρόνια, ήταν τότε που η παιδική θνησιμότητα ήταν αρκετά υψηλότερη, ήταν π.χ. το 1832 που η χολέρα προκάλεσε στη Γαλλία το θάνατο 100.000 ανθρώπων.

Ο σύγχρονος όμως τρόπος ζωής επιβάλλει μια πιο σφαιρική αντίληψη για το καθετί που τον επηρεάζει. Εκείνο που επιβάλλεται να επισημάνθει είναι η διαχρονική αλλαγή της οπτικής γωνίας που αντιλαμβάνονται οι άνθρωποι την υγεία και η κρατούσα σήμερα αντίληψη πως η υγεία αποτελεί πολυπαραγοντικό φαινόμενο και έτσι πρέπει να αντιμετωπίζεται. Είναι δηλαδή αυτός ο θετικός ορισμός της Π.Ο.Υ. που αποδεσμεύει την υγεία από την παρουσία συμπτωμάτων μόνο και την τοποθετεί σ' ένα ευρύτερο κοινωνικό πλαίσιο που ο τρόπος ζωής, η ποιότητα ζωής και ασφαλώς και η απουσία συμπτωμάτων της ασθένειας οριοθετούν την υγεία και τη καθιστούν με αυτή την έννοια κοινωνικό αγαθό. Σύμφωνα με αυτό τον ορισμό λοιπόν (της Π.Ο.Υ.) Υγεία θεωρείται μια κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας του ανθρώπου και όχι μόνο η απουσία αρρώστιας ή αναπηρίας.

Όσον αφορά στον τρόπο μέτρησης του επιπέδου υγείας, επειδή η υποκειμενική αντίληψη του ατόμου για την υγεία του δεν συμπίπτει απαραίτητα με την πραγματική κατάσταση της υγείας του, αναζητήθηκε ένας κοινός και αξιόπιστος τρόπος μέτρησης από την αρχή προκειμένου να έχουμε ασφαλή στοιχεία. Για την παρακολούθηση και εξέλιξη της κατάστασης υγείας ενός πληθυσμού και για να γίνονται αντιληπτές οι μεταβολές που διαχρονικά σημειώνονται χρησιμοποιούνται οι λεγόμενοι δείκτες υγείας.

Δείκτες ονομάζονται δεδομένοι αριθμοί οι οποίοι, με σχετική ακρίβεια και αναπαραγόμενοι σε συγκεκριμένα χρονικά διαστήματα, μας επιτρέπουν να παρακολουθούμε και να εκτιμούμε την βελτίωση ή όχι της κατάστασης υγείας ενός πληθυσμού. Οι δείκτες χωρίζονται σε θετικούς και αρνητικούς. Οι αρνητικοί δείκτες αποτυπώνουν τις αναλογίες ασθενειών (νοσηρότητα) και τον αριθμό των θανάτων σ' έναν πληθυσμό (θνησιμότητα), οι θετικοί βασίζονται στη καταγραφή των γεννήσεων

(γεννητικότητα) και στο προσδόκιμο επιβίωσης (ο αριθμός των ετών που υπολογίζεται να ζήσουν κατά μέσο όρο τα άτομα κατά τη γέννησή τους).

2.3 ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Ο ορισμός της Π.Ο.Υ. για την υγεία δίνει ως βασικό άξονά της το τρίπτυχο σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας. Από τον ίδιο ορισμό προκύπτει πως οι παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία, θετικά ή αρνητικά, έχουν να κάνουν κυρίως με βιολογικά χαρακτηριστικά (κληρονομικές ασθένειες, παθολογικά γονίδια, αναπηρίες), με το φυσικό και τεχνικό περιβάλλον και το κοινωνικό περιβάλλον. Επομένως, κάθε κατάσταση που επηρεάζει τους παράγοντες της σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας θεωρείται υπεύθυνη για την ελλειμματική υγεία του ανθρώπου. Η σωματική κατάσταση, η ψυχική ισορροπία και η κοινωνική δραστηριοποίηση δημιουργούν δηλαδή τις ιδανικές συνθήκες ευεξίας του ανθρώπου. Όλα αυτά είναι ασφαλώς δύσκολο να διασφαλιστούν κάτω από τις αγχογόνες συνθήκες της σύγχρονης απαιτητικής κοινωνίας.

Οι τρεις αυτοί παράγοντες με διαφορετικό ποσοστό συμμετοχής ο καθένας για κάθε χρονική στιγμή, αλληλεπιδρούν και διαμορφώνουν τελικά το επίπεδο υγείας κάθε ανθρώπου. Από τους παραπάνω προσδιοριστικούς, για την υγεία, παράγοντες μπορούν να προκύψουν δυο βασικές κατηγορίες:

α) Στη μια κατηγορία μπορούμε να εντάξουμε αυτούς τους παράγοντες που είναι δυνατόν να επηρεάσουν αρνητικά την υγεία μας.

Β)Στην άλλη κατηγορία μπορούμε να εντάξουμε αυτούς που μπορούν να προστατεύσουν την υγεία μας από την «επίθεση» των παραγόντων κινδύνου.

Ως παράγοντες κινδύνου μπορούμε να ορίσουμε αυτούς που σχετίζονται με αυξημένη πιθανότητα έναρξης, σοβαρότητας και διάρκειας προβλημάτων υγείας, ενώ ως προστατευτικούς για την υγεία παράγοντες αυτούς που βελτιώνουν την αντίσταση του ατόμου στους παράγοντες κινδύνου. Ως ατομικούς προστατευτικούς παράγοντες μπορούμε να αναφέρουμε την αυτοεκτίμηση, τη θετική σκέψη, τις κοινωνικές δεξιότητες – δεξιότητες αντιμετώπισης στρες, τη δυνατότητα επίλυσης προβλημάτων-,

την καλή φυσική κατάσταση, τον υγιεινό τρόπο ζωής κ.α. Ως παράγοντες κινδύνου μπορούμε να αναφέρουμε την πρόσβαση σε ναρκωτικά και αλκοόλ, την μετανάστευση, την απομόνωση και αποξένωση, την έλλειψη εκπαίδευσης, μεταφορών, στέγης, την αποδιοργανωμένη γειτονιά, την απόρριψη κοινωνικού περίγυρου, τις πτωχές κοινωνικές συνθήκες, την πτωχή διατροφή, την φτώχεια, την φυλετική διάκριση και ανισότητα, την κοινωνική μειονεξία, την αστικοποίηση, τη βία και την παραβατικότητα, τον πόλεμο, το άγχος εργασίας, την ανεργία, τα παθολόνα γονίδια, τις κληρονομικές ασθένειες.

Προστατευτικοί παράγοντες και παράγοντες κινδύνου αποτελούν ασφαλώς ένα συσχετισμό που η υπεροχή της μιας κατηγορίας ή της άλλης επηρεάζουν θετικά ή αρνητικά την υγεία. Το αθροιστικό αποτέλεσμα της παρουσίας ποικίλων παραγόντων κινδύνου με ταυτόχρονη την απουσία προστατευτικών παραγόντων είναι αυτό που προδιαθέτει τα άτομα στη μετάβαση από μια κατάσταση καλής ψυχικής υγείας σε μια αυξημένη ευαλωτότητα, στη συνέχεια σε ένα ψυχικό πρόβλημα και τελικά στην πλήρη εκδήλωση της διαταραχής (Who 2004).

2.3.1 ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

Η σωματική υγεία ήταν και παραμένει βασικό συστατικό της συνολικής υγείας αν και, όπως προαναφέρθηκε, το ποσοστό συμμετοχής της στη διαμόρφωση της συνολικής υγείας μάλλον μειώνεται. Στη σωματική υγεία κυρίαρχο ρόλο διαδραματίζει η καλή φυσική κατάσταση, που συνδυάζει τη δύναμη, την αντοχή, την ευλυγισία και την επιδεξιότητα. Η καλή φυσική κατάσταση προϋποθέτει καλή μυοσκελετική λειτουργία, καλή καρδιο-αναπνευστική λειτουργία και σωστό σωματικό βάρος. Η καλή σωματική υγεία παρέχει τη δυνατότητα στο άτομο να ασκεί τις καθημερινές του δραστηριότητες χωρίς δυσκολία και κούραση, ανάλογα βέβαια με τις προσωπικές του δυνατότητες. Η καλή σωματική υγεία, η αντοχή και η μεγιστοποίηση της αποδοτικότητας έχει αποπροσανατολίσει τον άνθρωπο, ιδιαίτερα στις ανεπτυγμένες κοινωνίες και η επιδίωξη αυτή έχει πάρει τη μορφή ιδεοληψίας, η οποία απομακρύνει συνεχώς το άτομο από τις άλλες εξίσου σημαντικές παραμέτρους της υγείας (Τούντας, 2001). Η σύνδεση δε της σωματικής υγείας με την ψυχική υγεία και ευεξία αποδεικνύει πως δεν μπορεί να αντιμετωπίζεται μονόπλευρα.

2.3.2 ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΥΕΞΙΑ

Περίπου 450 εκατομμύρια άτομα υποφέρουν από κάποια ψυχική διαταραχή σύμφωνα με εκτιμήσεις της Π.Ο.Υ (2001) και ένα στα τέσσερα άτομα θα αναπτύξει μία ή περισσότερες ψυχικές διαταραχές ή διαταραχές συμπεριφοράς κατά τη διάρκεια της ζωής του. Το 10% του ενήλικου πληθυσμού παγκοσμίως παρουσιάζει ψυχικές διαταραχές (Μαδιανός, 2000). Το 1/5 των εφήβων κάτω των 15 ετών υποφέρουν από αναπτυξιακά, συναισθηματικά ή προβλήματα συμπεριφοράς, ενώ ένας στους οκτώ παρουσιάζει κάποια ψυχική διαταραχή (μεταξύ των επιβαρυσμένων παιδιών το ποσοστό είναι ένα στα πέντε). Οι ψυχικές και οι νευρολογικές διαταραχές συγκεντρώνουν το 13% των συνολικών DALY's που χάνονται, σε σχέση με όλες τις ασθένειες και τους τραυματισμούς παγκοσμίως.

Πέντε από τις δέκα κύριες αιτίες αναπηρίας παγκοσμίως είναι οι ψυχικές διαταραχές, συμπεριλαμβανομένων της κατάθλιψης, της χρήσης αλκοόλ, της σχιζοφρένειας και της καταναγκαστικής διαταραχής. Προβλέψεις εκτιμούν ότι μέχρι το 2020 οι νευροψυχιατρικές καταστάσεις θα αντιστοιχούν στο 15% της παγκόσμιας αναπηρίας, με μόνη την κατάθλιψη ν' αντιπροσωπεύει το 5,7% των DALY's.1 { ορισμός DALY's 1: Χαμένα έτη ζωής σταθμισμένα ως προς την ανικανότητα}.

Σύμφωνα πάντα με τον ορισμό της Π.Ο.Υ. «ψυχική υγεία είναι η κατάσταση συναισθηματικής ευεξίας, όπου το άτομο μπορεί να ζει και να εργάζεται με άνεση μέσα στην κοινότητα και να ικανοποιείται από τα προσωπικά του χαρακτηριστικά και επιτεύγματα». Από τον ορισμό αυτό και μόνο προκύπτει πως η έλλειψη εργασίας επηρεάζει τον πυρήνα της ανθρώπινης υπόστασης και βάζει σε κίνδυνο την ανθρώπινη ικανοποίηση .

Η Marie Jahoda έχει επίσης ασχοληθεί ιδιαίτερα με τον ορισμό της ψυχικής υγείας (1958) και η θέση της έχει γίνει γενικά αποδεκτή (Εκθεση της Joint commission on Mental Illness and Health). Ορίζει τη θετική ψυχική υγεία σαν το αποτέλεσμα της φυσιολογικής συμπεριφοράς, σαν μια κατάσταση ισορροπίας που περιλαμβάνει επτά χαρακτηριστικά:

1. Την επίγνωση από το άτομο της ταυτότητας του,
2. τη δυνατότητα του ατόμου να είναι αυτοδύναμο,

3. τη δυνατότητα αντίστασης στο στρες (μια σύνθεση της πρώτης και δεύτερης ιδιότητας),
4. τη δυνατότητα του ατόμου να είναι ενεργητικό και ανεξάρτητο από κοινωνικές επιρροές,
5. την ικανότητα να ελέγχει το περιβάλλον,
6. την ικανότητα να αγαπά, να εργάζεται και να διασκεδάζει και
7. τη δυνατότητα να επιλύει τα προβλήματα του (Μαδιανός Μ., 2000).

Καθίσταται βέβαια όλο και περισσότερο σαφές ότι οι κοινωνικοί παράγοντες και το πως αυτοί επηρεάζουν την υγεία αποτελούν ιδιαίτερο αντικείμενο μελέτης. Οι πρώτες επιστημονικές για τις επιπτώσεις των κοινωνικών παραγόντων στην υγεία ανάγονται στο μεσαίωνα. Στο δεκαήμερο του Βοκάκιου καταγράφονται μαζικές φυγές των πλουσίων από τις περιοχές που είχαν πληγεί από την επιδημία της πανώλης, καθώς και μεγαλύτερη θνησιμότητα στους φτωχούς, που κατά κανόνα παρέμεναν σε μολυσμένες περιοχές. Αργότερα, περί τα τέλη του 18ου αιώνα, ο Γερμανός γιατρός Frank αφού ανέλυσε επιδημιολογικά στοιχεία κατέληξε στο συμπέρασμα πως η φτώχεια αποτελεί «τη μητέρα των ασθενειών» (Τούντας, 2001).

Πολλές άλλες μελέτες καταλήγουν στο ίδιο συμπέρασμα: η οικονομική κατάσταση, η κοινωνική τάξη, οι συνθήκες ζωής επηρεάζουν την υγεία. Μέχρι τις αρχές του 1970, η κυρίαρχη αντίληψη στη βιβλιογραφία για την κοινωνική τάξη και την ψυχική ασθένεια ήταν ότι άτομα χαμηλών κοινωνικών τάξεων εκτίθενται σε περισσότερο στρεσογόνες εμπειρίες ζωής, συγκριτικά με άτομα ευνοϊκού κοινωνικού status. Αυτή ακριβώς η διαφορική έκθεση ερμήνευσε την αρνητική συσχέτιση μεταξύ κοινωνικής τάξης και ψυχικής ασθένειας. Την άποψη αυτή διαπραγματεύτηκε για πρώτη φορά η μελέτη του Midtown Manhattan στην οποία έγινε μια εμπειρική προσπάθεια να καταδειχθεί ότι η υπεροχή των ψυχιατρικών προβλημάτων στις κατώτερες κοινωνικές τάξεις ερμηνεύεται με την μεγαλύτερη έκθεση σε στρεσογόνες καταστάσεις. Αν και η συγκεκριμένη προσπάθεια ήταν ατυχής, ωστόσο καταγράφηκε μια πιο σύνθετη συσχέτιση: στρεσογόνες εμπειρίες ζωής έχουν μεγαλύτερη δυνατότητα να προκαλούν ψυχιατρικά προβλήματα στις κατώτερες απ' ότι στις μεσαίες τάξεις. Η παραδοχή αυτή ερμηνεύει τη σχέση ανάμεσα στην κοινωνική τάξη και την κατάθλιψη, καθώς και μεταξύ κοινωνικής τάξης και μη ειδικής δυσφορίας.

Η διαφορετική ευαλωτότητα μπορεί να προκύψει με αρκετούς τρόπους. Ένας από τους πιο αληθοφανείς είναι η υπόθεση της επιλογής ή μετακύλισης (selection or drift) ατόμων σε χαμηλότερη κοινωνική τάξη λόγω ανεπαρκούς ικανότητας ν' αντεπεξέρχονται σε στρεσογόνες καταστάσεις. Μια πιο παραδεκτή ερμηνεία για τη συσχέτιση κοινωνικής τάξης και ευαλωτότητας, είναι εκείνη που υποστηρίζει ότι η εμπειρία ενός ατόμου ως μέλους συγκεκριμένης κοινωνικής τάξης οδηγεί στην ανάπτυξη ατομικών χαρακτηριστικών ως προς την ικανότητα ν' αντεπεξέρχεται σε διάφορες καταστάσεις.

Οι διαθέσιμες ενδείξεις υποστηρίζουν και τις δυο υποθέσεις. Οι περισσότερες ενδείξεις για την υπόθεση της επιλογής προκύπτουν από μελέτες μειζόνων ψυχικών διαταραχών, κυρίως της σχιζοφρένειας. Οι μελέτες αυτές αποδεικνύουν ότι η πρόωμη έναρξη μιας διαταραχής μπορεί να μειώσει τις πιθανότητες για κοινωνικο-οικονομική εξέλιξη, γεγονός προφανές για τα άτομα με σχιζοφρένεια που νοσούν προτού να εδραιώσουν την επαγγελματική τους εξέλιξη (Kaplan & Sadock's, 2000).

2.4 ΤΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

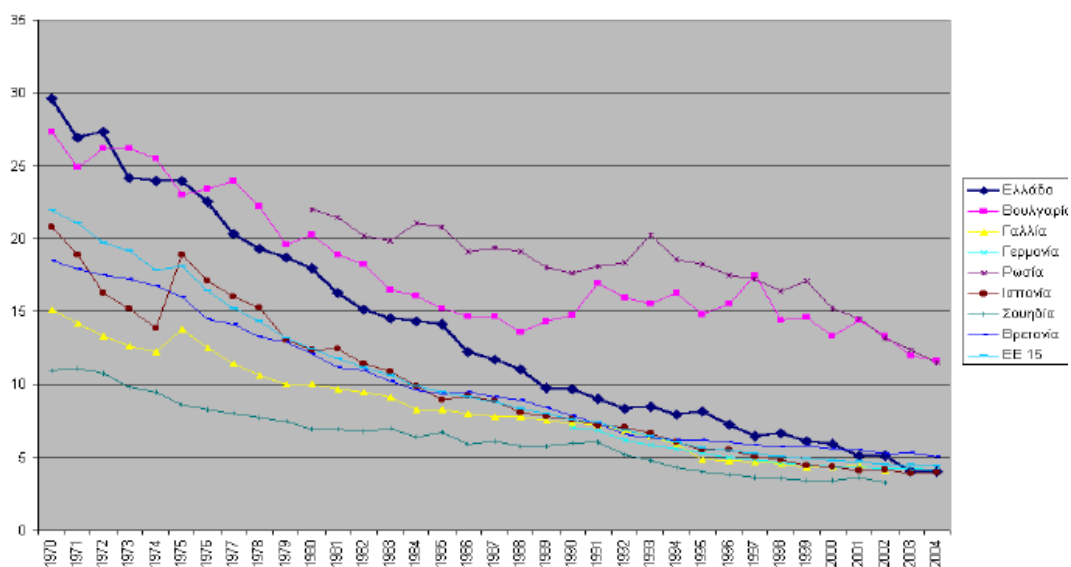
Το να αξιολογηθεί το επίπεδο υγείας ενός λαού δεν είναι καθόλου εύκολο. Η όποια χρήση ποσοτικών δεδομένων θα πρέπει να γίνει με τρόπο τέτοιο όπου θα έχει διασφαλιστεί η εγκυρότητά τους όπως και ότι είναι επικαιροποιημένα. Επίσης θα πρέπει να θεωρείται δεδομένο, όπως σε κάθε επιστημονική έρευνα, ότι θα υπάρχει κατανομή των αποτελεσμάτων σε δημογραφικές ομάδες όπως γυναίκες και άνδρες αλλά και με βάση την γεωγραφική και ψυχογραφική τμηματοποίηση του πληθυσμού (Bryman, 2008). Για να γίνει μια οποιαδήποτε ανάλυση του επιπέδου υγείας και να ληφθούν τα αναγκαία μέτρα, θα πρέπει να έχει μετρηθεί το επίπεδο υγείας.

Από το βιβλίο των Ιωαννίδη κ.συν (1999) αναφέρονται οι κύριοι δείκτες αξιολόγησης του επιπέδου υγείας. Αυτοί είναι:

- Ο δείκτης θνησιμότητας, ο οποίος αναφέρεται στον αριθμό των θανάτων που υπάρχουν ανά χιλιάδες κατοίκους. Συνήθως επιλέγονται ανά 1000 ή 100.000 κατοίκους. Ο δείκτης αν και δημοφιλής έχει πολλά μειονεκτήματα, όπως το ότι δεν μπορεί να αποκαλύψει τους λόγους των όποιων διαφορών. Αν για παράδειγμα μία περιοχή έχει πολλούς ηλικιωμένους, τότε θα είναι λογικό και ο δείκτης θνησιμότητας να είναι αρκετά υψηλός (Ιωαννίδη κ.συν, 1999).
- Ο δείκτης νοσηρότητας αφορά τον τύπο των κρουσμάτων σε ένα συγκεκριμένο πληθυσμό που μπορεί να είναι ο πληθυσμός μίας πόλης, μίας γειτονιάς ή μιας περιφέρειας (Ιωαννίδη κ.συν, 1999). Είναι χρήσιμος μιας και μπορεί να γίνει σύγκριση ανά πόλη και αν προκύψει κάποια διαφορά, τότε η υγειονομική υπηρεσία θα προχωρήσει στην διεξαγωγή έρευνας για να εντοπίσει τους λόγους που έχουν εντοπίσει σε αυτή την κατάσταση. Βέβαια για να γίνει αυτή η έρευνα και οι σχετικές συγκρίσεις με άλλες περιοχές θα πρέπει να υπάρχει και η πρώτη ύλη που δεν είναι τίποτε άλλο από τα στοιχεία της έρευνας που θα πρέπει να είναι ακριβής. Δεδομένου ότι δεν κρατάνε επικαιροποιημένα στοιχεία όλοι οι φορείς, η κατάρτιση δεικτών νοσηρότητας είναι δύσκολη.
- Οι Ιωαννίδη κ.συν (1999, σελ. 84) υποδεικνύουν μία σειρά υποκειμενικών και αντικειμενικών δεικτών που μετράνε την θετική υγεία ενός πληθυσμού.

Η αξιολόγηση μπορεί να γίνει με την χρήση των δεικτών αλλά και ποιοτικών ή δευτερογενών στοιχείων όπως άρθρα από εφημερίδες. Ο Φιλαληθής (2007) έχει καταγράψει μία σειρά δεικτών, οι οποίοι παρουσιάζονται ενδεικτικά ώστε να εξεταστεί το επίπεδο υγείας στην Ελλάδα.

- α) Ο πρώτος δείκτης αφορά την βρεφική θνησιμότητας ανά 1000 γεννήσεις.



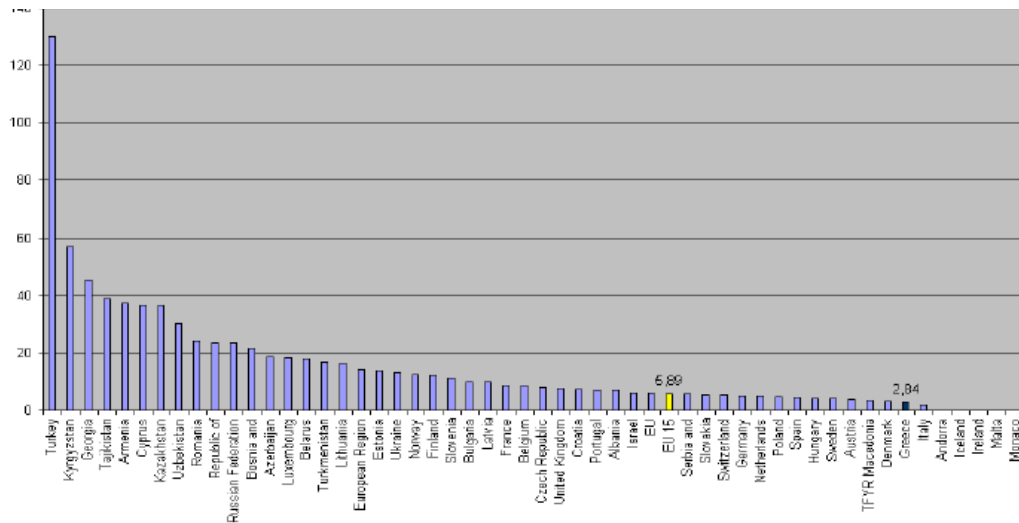
Πηγή: Φιλαλήθης Γ. (2007)

Διάγραμμα 2.1

Βρεφική Θνησιμότητα σε επιλεγμένες χώρες της Ευρώπης και στην ΕΕ των 15

Στο Διάγραμμα 2.1 φαίνεται ότι με την πάροδο των χρόνων μειώνονται οι θάνατοι των βρεφών. Αυτό είναι μία λογική κατάληξη με βάσει το γεγονός ότι τόσο η ιατρική επιστήμη όσο και οι υποδομές έχουν προοδεύσει. Επίσης παρατηρείται ότι μετά το 2000 η Ελλάδα ξεπερνά τον μέσο όρο της Ε.Ε., που είναι μία πολύ θετική ένδειξη. Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι το 1970 η Ελλάδα είχε την χειρότερο επίδοση, ενώ σήμερα μπορεί να καυχιέται ότι η βρεφική θνησιμότητα είναι στον μέσο όρο της Ε.Ε. των 15 κάτι που δείχνει την μεγάλη πρόοδο η οποία έχει συντελεστεί τα τελευταία χρόνια στην Ελλάδα.

β) Ο επόμενος δείκτης δείχνει την μητρική θνησιμότητα ανά 100.000 γεννήσεις για το 2004.



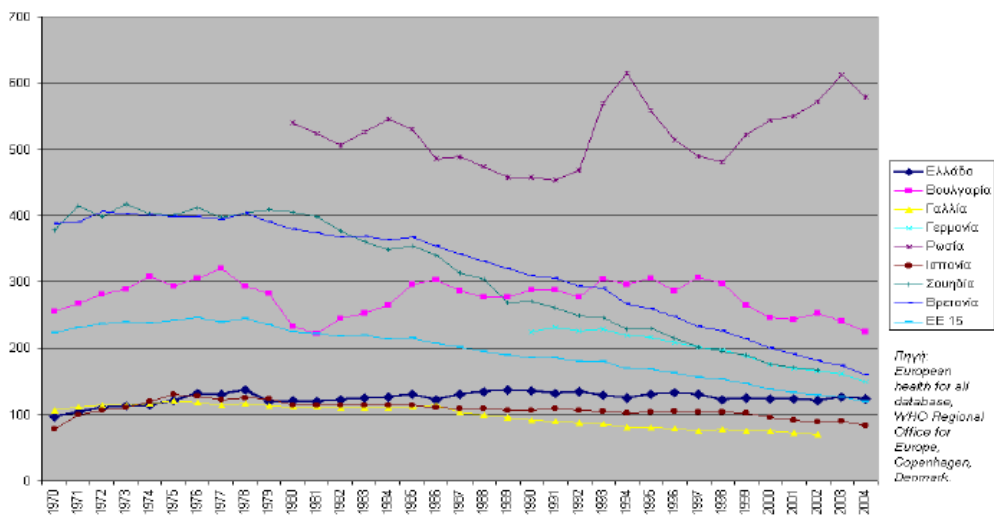
Πηγή: Φιλαλήθης Γ. (2007)

Διάγραμμα 2.2

Μητρική Θνησιμότητα στις χώρες της Ευρώπης

Είναι εντυπωσιακό το γεγονός ότι η Ελλάδα έχει 2,84 θανάτους γυναικών ανά 100.000 γεννήσεις την στιγμή που ο μέσος όρος της Ε.Ε. είναι 5,89. Και από αυτόν τον δείκτη φαίνεται ότι η Ελλάδα έχει μία πολύ καλή επίδοση στην υγεία (Διάγραμμα 2.2).

γ) Στο Διάγραμμα 2.3 αποτυπώνεται ο τρίτος δείκτης, που αφορά τους θανάτους από ισχαιμικά νοσήματα της καρδιάς ανά 100.000 άντρες.



Πηγή: Φιλαλήθης Γ. (2007)

Διάγραμμα 2.3

Θάνατοι από ισχαιμικά Νοσήματα της καρδιάς σε επιλεγμένες χώρες της Ευρώπης

Εδώ παρατηρείται ότι αν και η Ελλάδα ξεκίνησε το 1970 από μία καλή σχετικά θέση, με την πάροδο του χρόνου έχει αλλάξει σημαντικά η θέση της και παρουσιάζει μία σχετική μικρή αύξηση των κρουσμάτων, την ίδια στιγμή που χώρες όπως η Γερμανία αλλά και ο μέσος όρος της Ε.Ε. των 15 φαίνεται ότι έχουν ξεπεράσει την Ελλάδα. Αυτό μπορεί να σημαίνει ότι ο τρόπος ζωής των Ελλήνων έχει αλλάξει και ευνοεί νοσήματα που σχετίζονται με την καρδιά. Μπορούμε να αναφέρουμε ως κύριο χαρακτηριστικό το κάπνισμα όπου η Ελλάδα έχει την πρωτιά στην Ευρώπη με δυσάρεστα αποτελέσματα για την υγεία των Ελλήνων πολιτών καθώς και την βαθμιαία αύξηση των καρδιοαγγειακών νοσημάτων ως αποτέλεσμα αυτού. (<http://www.nonsmokersclub.com/content/view/233/2/>, 17/11/2012)

Από τα αποτελέσματα φαίνεται ότι η Ελλάδα έχει μία πολύ καλή επίδοση. Μάλιστα σε κάποιους δείκτες έχει καταφέρει να ξεπεράσει το μέσο όρο της Ε.Ε. αλλά και χώρες όπως η Γερμανία που διαθέτουν πολύ πιο ανεπτυγμένη οικονομία, αλλά και συστήματα υγείας. Βέβαια δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι υπάρχουν έρευνες που δείχνουν ότι το καλό κλίμα της Ελλάδος έχει επηρεάσει σε μεγάλο βαθμό στο να

είναι υγιείς οι Έλληνες και με χαμηλούς δείκτες νοσηρότητας (<http://www.vitaequalis.gr/c45.html>, 17/11/2012).

2.5 ΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΜΙΑ ΧΩΡΑ

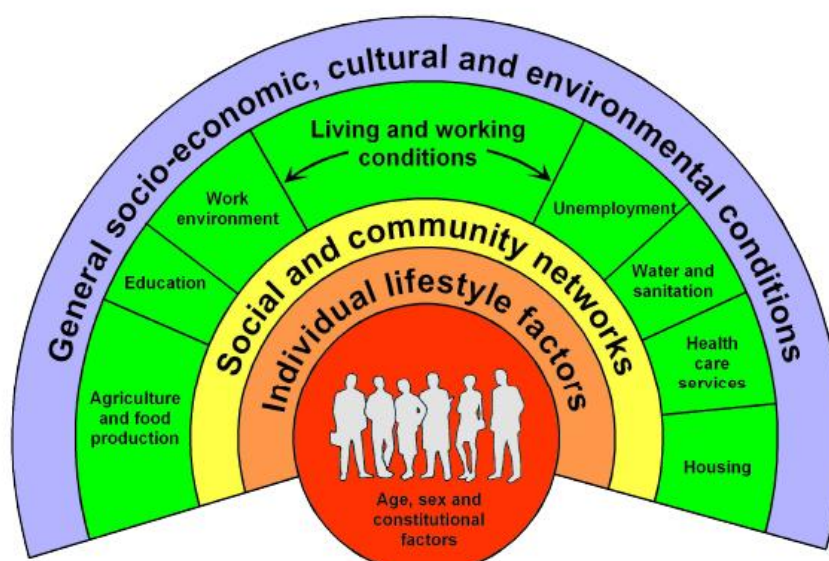
Οι παράγοντες που επηρεάζουν το επίπεδο υγείας σε μία χώρα είναι πολλοί και ενδέχεται να διαφέρουν και από περιοχή σε περιοχή. Για παράδειγμα σε έρευνα των Επτά Χωρών που ξεκίνησε στα τέλη της δεκαετίας του '40 από τις ΗΠΑ και συνεχίστηκε για 40 χρόνια, και η οποία συμπεριλάμβανε και την Κρήτη, ανακάλυψε ότι το κλίμα, ο τρόπος ζωής και η Κρητική διατροφή επηρεάζουν θετικά το επίπεδο ζωής (<http://www.vitaequalis.gr/c45.html>, 17/11/2012). Αν ληφθεί υπόψη ότι για πολλές δεκαετίες δεν υπήρχε οργανωμένο σύστημα υγείας τότε καταλαβαίνουμε ότι το επίπεδο υγείας είναι ζήτημα πολλών παραγόντων.

Σε μία πρώτη προσέγγιση οι Haan κ.συν (1997) αναφέρουν ότι η οικονομική κατάσταση σε μία γεωγραφική περιοχή μπορεί να επηρεάσει την ποιότητα της υγείας. Η έρευνα δείχνει ότι όσο μεγαλύτερο είναι το εισόδημα σε μία οικογένεια τόσο μειώνεται και ο αριθμός των περιστατικών ασθένειας που έχει να αντιμετωπίσει. Ο λόγος είναι ότι με το διαθέσιμο εισόδημα μπορούν να πληρώνουν για ιδιωτική ασφάλιση αλλά και για συχνές εξετάσεις ενώ και οι συνθήκες διαβίωσης είναι πολύ καλύτερες.

Οι Williams και Collins (1995) σημειώνουν ότι υπάρχει μία σχέση φυλετικών ομάδων και του επιπέδου υγείας. Πιο αναλυτικά η έρευνα δείχνει ότι ομάδες όπως οι αфро-αμερικανοί και οι ισπανόφωνοι έχουν χαμηλότερα εισοδήματα και αρρωσταίνουν πολύ πιο συχνά, ενώ και το προσδόκιμο ζωής τους είναι χαμηλότερο από τα αντίστοιχα των λευκών Αμερικανών. Η έρευνα δείχνει ένα σοβαρό χάσμα ανάμεσα στους λευκούς Αμερικανούς και στις υπόλοιπες φυλετικές ομάδες με του λευκούς να έχουν πολύ καλύτερο επίπεδο υγείας από ότι οι άλλες ομάδες. Σε μία άλλη έρευνα οι Cooper κ.συν (1989) γράφουν ότι δεν υπάρχει σχέση τις περιοχής που

ζει κάποιος μιας και μπορεί στις πόλεις το περιβάλλον και οι ρυθμοί ζωής να επιβαρύνουν την υγεία αλλά από την άλλη μεριά έχουν καλύτερες υπηρεσίες υγείας οπότε υπάρχει μία ισορροπία.

Θα πρέπει να αναφερθεί ότι ο Φιλαλήθης Γ. (2007, σελ.32) παρουσιάζει ένα πιο ολοκληρωμένο μοντέλο όπως το έχει βρει από την διεθνή βιβλιογραφία και αποτυπώνεται στο Διάγραμμα 2.3.



Πηγή: Φιλαλήθης Γ. (2007)

Διάγραμμα 2.4

Οι παράγοντες που επηρεάζουν τα επίπεδα της Υγείας

Το μοντέλο περιλαμβάνει μία σειρά παραγόντων όπως η ποιότητα του φαγητού, η εκπαίδευση, ο τρόπος ζωής, οι υγειονομικές υπηρεσίες, η ανεργία, το περιβάλλον στον χώρο εργασίας και πολλοί άλλοι παράγοντες. Παρατηρείται ότι υπάρχει ένας διαχωρισμός ανάμεσα στους παράγοντες που σχετίζονται με τον τρόπο ζωής, τις υποδομές και την εργασία. Η έμφαση που δίνεται στην εργασία σχετίζεται με το γεγονός ότι στον χώρο εργασίας μπορούν να δημιουργηθούν οι συνθήκες εκείνες που μπορούν να επηρεάσουν αρνητικά το επίπεδο υγείας. Ειδικά το στρες είναι μία

κατάσταση που δημιουργείται στον χώρο εργασίας και μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την υγεία του εργαζόμενου. Οι Moser κ.συν (1984) βρίσκουν ότι τόσο η ανεργία όσο και η εργασία σε διευθυντικές θέσεις δημιουργούν αγχωτικές καταστάσεις και επηρεάζουν την υγεία των εργαζομένων, ενώ μπορεί να οδηγήσουν ακόμα και στο έμφραγμα. Στο μοντέλο του Φιλαλήθης (2007) φαίνονται και άλλοι παράγοντες όπως η προσωπική κατάσταση και η ηλικία και από την άλλη μεριά υπάρχει το ευρύτερο πολιτισμικό και οικονομικό περιβάλλον όπως και το περιβάλλον.

Από την ανάλυση που κάναμε βλέπουμε ότι το επίπεδο υγείας επηρεάζεται από μία σειρά παραγόντων τόσο οικονομικών όσο και κοινωνικών-πολιτισμικών. Ιδιαίτερη σημασία πρέπει να δίνεται στα δημογραφικά στοιχεία και τον τρόπο ζωής των ανθρώπων αλλά και στην κοινωνική ομάδα που ανήκουν.

2.6 ΑΝΑΚΕΦΑΛΑΙΩΣΗ

Η ποιότητα της υγείας είναι ένας σημαντικός παράγοντας μέτρησης για μια κοινωνία. Λαμβάνοντας υπόψιν πως η σωματική και η ψυχική υγεία συνθέτουν την συνολική υγεία του ατόμου είναι δύσκολο να προσδιορίσουμε επακριβώς τον απόλυτα υγιή άνθρωπο. Γι' αυτό το λόγο έχουν εισηχθεί οι δείκτες αξιολόγησης του επιπέδου υγείας, με την χρήση των οποίων μπορεί να κριθεί η ποιότητα ζωής των κάτοικοι μιας χώρας αλλά και γενικότερα η ποιότητα του συστήματος υγείας.

Στην Ελλάδα το επίπεδο της υγείας βρίσκεται σε ικανοποιητικό επίπεδο, προσεγγίζοντας τον μέσο όρο του επιπέδου υγείας της Ευρώπης, στους περισσότερους δείκτες. Βέβαια οι παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα υγείας σε κάθε χώρα είναι πολλοί και κάποιες φορές διαφορετικοί, σίγουρα όμως ένας κοινός παράγοντας είναι η ύπαρξη η μη ικανοποιητικής εργασίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΟΙ ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΑΝΕΡΓΙΑΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

3.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στο κεφάλαιο αυτό θα αποδειχθεί βιβλιογραφικά πως η ανεργία έχει σοβαρό αντίκτυπο στην υγεία των ατόμων. Ήδη από τα στοιχεία που παρουσιάστηκαν σε προηγούμενο κεφάλαιο προκύπτει πως οι κοινωνικοί παράγοντες αποτελούν έναν από τους τρεις βασικούς πυλώνες της υγείας και πως η ανεργία αποτελεί έναν από τους βασικούς παράγοντες κινδύνου για την υγεία ενός ατόμου.

Η παραδοχή πως η εύρεση μιας θέσης εργασίας λύνει το πρόβλημα για έναν άνεργο μάλλον καταρρίπτεται, αφού οι συνέπειες του διαστήματος που παρέμεινε κάποιος άνεργος μπορούν να έχουν επιπτώσεις στην υγεία του για μακρύ χρονικό διάστημα. Με αυτή την έννοια η μείωση της ανεργίας μπορεί να παραμένει πρωταρχικός στόχος, η στήριξη όμως των ανέργων με διάφορες δράσεις αναδεικνύεται αναγκαία. Η επικρατούσα τάση να γίνεται αναφορά στην ανεργία με αριθμούς και ποσοστά, χωρίς να λαμβάνεται υπόψη ο ανθρώπινος παράγοντας, αποτελεί μέγα ολίσθημα. Η προσέγγιση στον άνθρωπο πρέπει να αποτελεί τον πρωταρχικό στόχο.

3.2 ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΑΝΕΡΓΙΑΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Η ανεργία, ανεξάρτητα από τη διάρκειά της, αποτελεί τον ισχυρότερο παράγοντα αρνητικών επιδράσεων για την υγεία, σε σχέση με την αβέβαιη εργασία ή τη σταθερή αλλά πιεστική εργασία. Όπως έχει ήδη αναφερθεί ανωτέρω, η ανεργία αποστερεί από το άτομο τον κοινωνικό του ρόλο, τη δυνατότητα δηλαδή να υπάρξει

στην κοινωνία ως ολοκληρωμένη και ανεξάρτητη οντότητα. Η έλλειψη εργασίας οδηγεί σε μείωση των εισοδημάτων για τον ίδιο τον άνεργο και για την οικογένειά του και η έλλειψη εισοδήματος οδηγεί σε μειωμένες κοινωνικές δραστηριότητες, σε μειωμένη κοινωνική ευεξία.

Εδώ θα πρέπει να προστεθεί, πως τα μειωμένα εισοδήματα των ανέργων οδηγούν σε αυξημένα ποσοστά φτώχειας. Γι αυτούς δηλαδή που η εργασία τους αποτελεί τον μοναδικό πόρο διαβίωσης, η έλλειψή της οδηγεί στη φτώχεια. Η αύξηση της φτώχειας μπορεί να οδηγήσει σε κακή διατροφή, σε άσχημες συνθήκες διαβίωσης και κατά συνέπεια σε κάθε είδους ευαλωτότητα. Ένα άλλο αποτέλεσμα της ανεργίας αποτελεί η αδυναμία πρόσβασης του ατόμου σε υγειονομικά συστήματα λόγω έλλειψης ασφάλισης και η δημιουργία έτσι μιας παρεπόμενης σειράς προβλημάτων υγείας (Τσελέπη, 2000). Ο αριθμός όσων ζουν κάτω από το όριο φτώχειας (50% του κατά κεφαλήν Α.Ε.Π.) είναι 24% του πληθυσμού (Eurostat, 2003).

Η ανεργία οδηγεί μετά βεβαιότητας σε μείωση του εισοδήματος του ατόμου και σε οικονομική αδυναμία, αλλά ταυτόχρονα και παρεπόμενα εξαφανίζει τη νομική ισότητα και περιορίζει την πολιτική. Έτσι, υπάρχει σαφής επιρροή για παράδειγμα μεταξύ της ανεργίας και της φτώχειας ή μεταξύ φτώχειας και έλλειψης εκπαίδευσης κοκ. Αυτό σε συνδυασμό με την απουσία ή τη μείωση των προστατευτικών παραγόντων μπορεί να οδηγήσει τα άτομα αρχικά σε μια ευαλωτότητα και εν συνεχεία στην ανάπτυξη ενός ψυχικού προβλήματος που θα οδηγήσει πιθανώς στην πλήρη εκδήλωση μιας διαταραχής (Who, 2004). Η ανεργία αποτελεί όπως φαίνεται έναν από τους παράγοντες κινδύνου, που σχετίζονται με την έναρξη, τη σοβαρότητα και τη διάρκεια ενός προβλήματος υγείας. Επίσης σχετίζεται με τις διαδοσόμενες ψυχικές διαταραχές όσον αφορά στη συχνότητα, στο βαθμό και στη διάρκεια.

Η ανεργία είναι δυνατόν να επηρεάσει αρνητικά την κοινωνική ευεξία, τη σωματική και ψυχική υγεία και να αποτελέσει με αυτήν την έννοια έναν από τους πιο νοσογόνους κοινωνικούς παράγοντες. Διάφοροι παράγοντες επηρεάζουν το βαθμό και την ένταση της επίδρασης της ανεργίας στην υγεία και ειδικά την ψυχική υγεία. Οι παράγοντες αυτοί σύμφωνα με τους περισσότερους ερευνητές έχουν να κάνουν με την ηλικία, το φύλο, το εκπαιδευτικό επίπεδο, την οικονομική κατάσταση και την κοινωνική στήριξη.

Παρ' όλα αυτά ο συσχετισμός της ανεργίας με την υγεία δεν φαίνεται να έχει εξετασθεί ενδελεχώς στην Ελληνική τουλάχιστον βιβλιογραφία μέχρι τώρα. Οι περισσότερες από τις υπάρχουσες μελέτες και έρευνες, στοιχεία των οποίων παρουσιάζονται αναλυτικά παρακάτω, καταλήγουν στο συμπέρασμα πως υπάρχει στενή σχέση μεταξύ των δύο αυτών εννοιών. Εν συνεχεία παρατείθενται μελέτες που δείχνουν πως η ανεργία επιδρά αρνητικά όχι μόνο στην υγεία των ίδιων των ανέργων αλλά και στις οικογένειές τους. Η ανεργία φαίνεται να επιδρά στη νοσηρότητα, την ψυχική υγεία, την αυτοκτονικότητα και τη θνησιμότητα – ένα στοιχείο που προκαλεί ιδιαίτερη εντύπωση.

3.3 Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΑΝΕΡΓΙΑΣ ΣΤΗΝ ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ

Οι καρδιαγγειακές παθήσεις, οι δείκτες θνησιμότητας, επισκέψεις σε γιατρούς, η χρήση και κατάχρηση υπηρεσιών υγείας φαίνεται να σχετίζονται θετικά με την ανεργία (Καρύδη – Μαντωνανάκη – Κονταξάκη, 2000). Προκειμένου να γίνει κατανοητή η σχέση μεταξύ ανεργίας και κακής σωματικής υγείας, πρέπει να ληφθούν υπόψη οι παρακάτω μηχανισμοί:

- ο ρόλος της συνακόλουθης φτώχειας
- η κοινωνική αποξένωση και απομόνωση
- η απώλεια της αυτοεκτίμησης
- οι συμπεριφορές των ανέργων που συνδέονται πολλές φορές με ορισμένους τύπους «υποκοουλτούρας»
- η επίδραση που έχει η ανεργία σε μελλοντική εργασιακή απασχόληση. (Καρύδη - Μαντωνανάκη – Κονταξάκη, 2000)

Από τις υπάρχουσες μελέτες τεκμηριώνεται επαρκώς πως οι άνεργοι καταγράφουν υψηλότερα ποσοστά νοσηρότητας σε σχέση με τους εργαζομένους. Συγκεκριμένες εργαστηριακές μελέτες έδειξαν πως η νοσηρότητα, που σχετίζεται με την ανεργία, έχει να κάνει κυρίως με υψηλή πίεση αίματος, αύξηση των επιπέδων χοληστερόλης και καρδιαγγειακές παθήσεις. Οι καταστάσεις πίεσης, η θλίψη, ο θυμός και η απογοήτευση που ακολουθούν τους ανέργους οδηγούν σε καρδιακές

παθήσεις, όπως στηθάγχη, μυοκαρδιακά εμφράγματα κ.α. Το γεγονός αυτό αποδείχθηκε στην έρευνα των Beale και Nethercott (1985), οι οποίοι μελέτησαν την κατάσταση της υγείας πρώην υπαλλήλων μιας βρετανικής ναυτιλιακής εταιρείας, καθώς και των οικογενειών τους, μετά το κλείσιμο της επιχείρησης το 1982.

Ένας άλλος ερευνητής, ο Hammarstrom (1994), μελέτησε για πέντε χρόνια τη σχέση της χρονικής διάρκειας της ανεργίας με τα καρδιαγγειακά νοσήματα, καταλήγοντας στο συμπέρασμα πως η μέση αύξηση στη πίεση του αίματος ήταν σημαντικά υψηλότερη στους μακροχρόνια άνεργους άνδρες από ότι στους βραχυχρόνια άνεργους ή στους εργαζομένους. Δεν εντοπίστηκε όμως καμιά διαφορά στην πίεση του αίματος στις γυναίκες .

Μια άλλη έρευνα των Kasl και Cobb (1980) εκτίμησε την αύξηση της πίεσης του αίματος, της χοληστερόλης και του ουρικού οξέος στους υπαλλήλους μιας ναυτιλιακής εταιρείας των Η.Π.Α. μετά τη διακοπή λειτουργίας της. Οι αυξημένες τιμές που βρέθηκαν στις παραπάνω εξετάσεις αποδόθηκαν στην ανεργία. Μια πολύ σημαντική έρευνα διεξήχθη στην Ισπανία από τον Kogevinas (1998), ο οποίος μελέτησε τα αναπνευστικά συμπτώματα, τη λειτουργία των πνευμόνων γενικά και τη συχνότητα επίσκεψης στο γιατρό. Η σχετική μελέτη πραγματοποιήθηκε το 1998 στην Ισπανία – μια χώρα με υψηλά ποσοστά ανεργίας - και συγκρίθηκαν 179 άνεργοι και 1.868 απασχολούμενοι, ηλικίας 20-44 ετών. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα ποσοστά των ατόμων που ανέπτυξαν βρογχίτιδα ήταν αρκετά μεγαλύτερα στους άνεργους, γεγονός που ερμηνεύεται με την αύξηση του καπνίσματος και τη μείωση της κοινωνικής θέσης. Στη εν λόγω μελέτη δεν εντοπίστηκαν διαφορές μεταξύ ανέργων και απασχολούμενων στη λειτουργία των πνευμόνων και στην συχνότητα επισκέψεων στο γιατρό.

Μια άλλη σημαντική έρευνα που αφορά το ανοσοποιητικό σύστημα πραγματοποίησε ο Arnetz (1987). Στη συγκεκριμένη έρευνα μελετήθηκε το ανοσοποιητικό σύστημα των γυναικών για μια περίοδο οχτώ μηνών και ταξινομήσε τα ευρήματα σε τρεις ομάδες ανάλογα με την κατάσταση απασχόλησης. Τα πορίσματα έδειξαν ότι η ομάδα των ανέργων γυναικών χαρακτηριζόταν από μειωμένη ποιότητα του ανοσοποιητικού συστήματος .

3.4 ΑΝΕΡΓΙΑ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

Σύμφωνα με τον ορισμό της Π.Ο.Υ., ψυχική υγεία θεωρείται η κατάσταση της συναισθηματικής ευεξίας κατά την οποία το άτομο μπορεί να ζει και να εργάζεται με άνεση μέσα στην κοινότητα και να ικανοποιείται από τα προσωπικά του χαρακτηριστικά και επιτεύγματα. Με μόνη την παράθεση του παραπάνω ορισμού αντιλαμβάνεται κανείς πως η ανεργία χτυπά στον πυρήνα της ψυχικής υγείας, μιας και το άτομο ενώ μπορεί να εργασθεί και να δημιουργήσει με την εργασία του προσωπικά χαρακτηριστικά και επιτεύγματα, στερείται αυτής της δυνατότητας. Εδώ ακριβώς ξεκινούν τα προβλήματα τα σχετιζόμενα με την ψυχική υγεία.

Αξίζει να αναφερθεί ότι η κακή ψυχική υγεία εκτιμάται ότι κοστίζει στην Ευρωπαϊκή Ένωση 3%- 4% του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος, κυρίως μέσω της χαμένης παραγωγικότητας. Στις πολιτικές αντιμετώπισης της Ευρωπαϊκής Ένωσης για την κακή ψυχική υγεία αποτελεί θεμέλιο λίθο η στήριξη των ευάλωτων κοινωνικών ομάδων. Οι άνεργοι θεωρούνται ως μια από τις ευάλωτες κοινωνικές ομάδες που διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο να υποφέρουν από κακή ψυχική υγεία. Η απώλεια της εργασίας και η έλλειψη απασχόλησης σύμφωνα με την Πράσινη Βίβλο μπορούν να μειώσουν την αυτοπεποίθηση και να οδηγήσουν σε κατάθλιψη (Πράσινη Βίβλος για την ΕΕ).

Με δεδομένη, επομένως, τη σπουδαιότητα των προβλημάτων ψυχικής υγείας όχι μόνο για τους πάσχοντες αλλά και για την κοινωνία, θα γίνει μια προσπάθεια να διερευνηθεί η επίδραση των κοινωνικών παραγόντων γενικότερα στη ψυχική υγεία, αλλά και της ανεργίας ειδικότερα.

Η ανεργία σύμφωνα με τους Καρύδη – Μαντωνανάκη - Κονταξάκη (2000) έχει ως συνέπεια την απώλεια των πλεονεκτημάτων που παρέχει η εργασία όπως:

- η υπευθυνότητα,
- η ανάληψη επαγγελματικών και οικογενειακών υποχρεώσεων,
- η κοινωνική αποδοχή,
- ο καθορισμός της κοινωνικής ταυτότητας,
- το αίσθημα της αυτονομίας,

- η εγκατάσταση του κοινωνικού ρόλου,
- η επίγνωση του σκοπού της ζωής και
- η επίγνωση των αναγκών των συνανθρώπων.

Τα πλεονεκτήματα αυτά προσδιορίζουν τις βασικές πλευρές της ψυχικής υγείας του ατόμου. Η απώλεια της εργασίας αποτελεί μια από τις σημαντικότερες πηγές στρες. Αξίζει να σημειωθεί πως μεταξύ των 42 πιο στρεσογόνων παραγόντων η απώλεια της εργασίας καταλαμβάνει την 8η θέση (Τούντας 2001). Οι περισσότερες μελέτες για την ψυχική υγεία έχουν καταλήξει στο συμπέρασμα πως οι άνεργοι είναι σχετικά δυστυχισμένοι και παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα ψυχολογικών διαταραχών σε σύγκριση με τους εργαζόμενους.

Η ανεργία σχετίζεται με τη συχνότητα, την επίπτωση και τη διατήρηση των κοινών ψυχικών διαταραχών. Πρόσφατες ενδείξεις υποστηρίζουν ότι τα αποτελέσματα της ανεργίας και της φτώχειας στη ψυχική υγεία μπορεί να προκαλούνται ή να καθορίζονται από το υποκειμενικό αίσθημα οικονομικής πίεσης [Warr P. (1987), Ferguson PM. et al. (1997), Turner JB, (1995)]. Η ψυχολογική καταπόνηση συνήθως περιγράφεται με τους όρους του Ερωτηματολογίου Γενικής Υγείας (General Health Questionnaire) των συμπτωμάτων κατάθλιψης ή άγχους. Οι έρευνες σχετικά με την ψυχολογική καταπόνηση έχουν δείξει ότι σημειώνονται υψηλότερα σκορ στο GHQ [Banks et al. (1980), Ensminger & Celentano (1990), Graetz (1993), Jackson, Stafford, Banks, & Warr (1983)], παρατηρούνται περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης [Dew, Bromet, & Penkower (1992), Hamilton, Hoffman, Broman, & Rauma (1993), Kessler, Turner, & House (1988), Liem & Liem (1988), Winefield & Tiggemann (1990)], και υψηλότερα ποσοστά άγχους [Hamilton et al. (1993), Kessler et al. (1988), Liem & Liem (1988)] στους ανέργους σε σχέση με τους εργαζόμενους.

Σε πρόσφατη προοπτική μελέτη των Weich και Lewis διάρκειας 12 μηνών που διεξήχθη σε Αγγλία, Ουαλία και Σκωτία και στην οποία συμμετείχαν 7.726 άτομα, ηλικίας από 16-75 ετών, τα οποία ζούσαν σε ιδιόκτητες κατοικίες, διερευνήθηκε κατά πόσο η φτώχεια και η ανεργία αυξάνουν την πιθανότητα έναρξης ή καθυστερημένης ανάρρωσης από τα επεισόδια κοινών ψυχικών διαταραχών. Επίσης ελέγχθηκε αν οι συγκεκριμένοι συσχετισμοί μπορούν να ερμηνευτούν με βάση το υποκειμενικό βίωμα

οικονομικής ανέχειας, που υφίστανται άτομα φτωχά ή άνεργα. Η συγκεκριμένη μελέτη συμπεραίνει ότι η φτώχεια και η ανεργία αυξάνουν τη συχνότητα των κοινών ψυχικών διαταραχών ενισχύοντας τη διάρκεια και όχι την έναρξη των επεισοδίων (Wheich S., Lewis G. 2008).

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Αυστραλία κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του '80 και στις αρχές του '90, διάφοροι μελετητές σημείωσαν τα δυσμενή αποτελέσματα της ανεργίας στην ψυχική υγεία των νέων [Morrell S, Taylor R, Quine S, et al. (1994)], (Graenz, 1993). Συγκεκριμένα ο Morell S. στην πολύ σημαντική, κατά γενική ομολογία, έρευνά του, προσπάθησε να εκτιμήσει τον κίνδυνο ψυχολογικής διαταραχής που συνοδεύει την ανεργία στους νέους 15-24 ετών. Ερευνήθηκαν δύο ομάδες για μια περίοδο πάνω από τέσσερα χρόνια. Αξίζει να σημειωθεί πως στην έρευνα δεν συμμετείχαν άτομα με προϋπάρχοντα προβλήματα υγείας, άτομα που πήραν διαζύγιο ή χήρεψαν κατά την περίοδο της έρευνας. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως η ανεργία επηρεάζει αρνητικά την ψυχική υγεία και ότι η πρόσληψη ή επαναπρόσληψή τους βελτιώνει το επίπεδο υγείας τους.

Το υπουργείο υγείας της Αυστραλίας είχε ήδη εντοπίσει την επιδείνωση της υγείας των ανέργων Αυστραλών και είχε παρουσιάσει σχετικές εκθέσεις υγείας (National Health Strategy, 1992). Στην ίδια χώρα αποδείχθηκε επίσης πως οι άνεργοι έχουν χαμηλότερη ψυχική υγεία σε σχέση με τους απασχολούμενους (Brenner, 1977) και ότι η ανεργία συνδέεται με μια αύξηση 50% του κινδύνου παρουσίασης ψυχολογικής διαταραχής [Hayes J. and Nuttman P. (1981)]. Ο κίνδυνος αυτός φαίνεται να απομακρύνεται όταν οι άνεργοι βρίσκουν τελικά εργασία.

Όσον αφορά στην έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τους Morrell S, Taylor R, Quine S. (1994) με χρήση ερωτηματολογίου σε άτομα ηλικίας 16-25 ετών παρατηρούμε πως τα άτομα αυτά υπήρξαν κατά το παρελθόν εργαζόμενοι, δεν είχαν καμία προϋπάρχουσα ψυχολογική ή σωματική ασθένεια και δεν ανέφεραν κανένα άλλο γεγονός ή κατάσταση στη ζωή τους που θα μπορούσε να προκαλέσει ψυχικές διαταραχές. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν πως οι άνεργοι αισθάνονται περισσότερο δυστυχισμένοι και καταθλιπτικοί και αισθάνονται πως δεν διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη ζωή. Η έρευνα αυτή έδειξε, όπως και άλλες, πως

νέοι άνθρωποι που παρουσιάζουν ψυχολογικά προβλήματα εξαιτίας της ανεργίας είχαν πιθανότητες να αποκατασταθεί η υγεία τους όταν έβρισκαν δουλειά.

Οι Kokko και Pulkkinen (1998) σε έρευνα που διεξήγαγαν με βάση την υπόθεση ότι η ανεργία – και ιδιαίτερα η μακροχρόνια - συνδέεται με χαμηλή ψυχολογική ευημερία σε σχέση με αυτή των εργαζομένων [Dew et al. (1992), Leeflang et al. (1992), Rowley & Feather (1987)], έδειξαν ότι τα συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους ήταν περισσότερα στους μακροχρόνια ανέργους σε σχέση με τους εργαζόμενους. Σε μια μελέτη του Theodosiou (1998) φαίνεται πως οι άνεργοι έχουν σημαντικά περισσότερες πιθανότητες να παρουσιάσουν αυξημένο άγχος, κατάθλιψη, απώλεια εμπιστοσύνης, μείωση του αυτοσεβασμού και γενικά του επιπέδου ευημερίας ακόμη και σε σχέση με τα άτομα που ανήκουν σε χαμηλές εισοδηματικές κλίμακες. Σε παρόμοια αποτελέσματα κατέληξε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στις Η.Π.Α. και έδειξε πως άτομα ηλικίας 35-60 ετών που ήρθαν αντιμέτωπα με την ανεργία παρουσίαζαν περισσότερες πιθανότητες κατάθλιψης από εκείνα που παρέμειναν στην αγορά εργασίας (Linn M, Sandifer R, Stein S., 1985).

Σύμφωνα με μια άλλη μελέτη, από τις Martine Bungener και Janine Pierret (1994), υποστηρίζεται πως πρέπει να λαμβάνεται υπόψη μια σειρά διαφόρων φαινομένων, τα οποία συνδέονται με την κατάσταση της ανεργίας για να μπορεί έτσι να σχηματιστεί μια ολοκληρωμένη άποψη για το αν η ανεργία επηρεάζει την υγεία ή όχι. Υποστηρίζουν για παράδειγμα πως η ανεργία, μπορεί να έχει και θετική επιρροή πάνω στην υγεία καθώς προστατεύει τα άτομα από τους επαγγελματικούς κινδύνους και τη φθορά από την εργασία. Όμως, αν και ο άνεργος προστατεύεται από όλους αυτούς τους κινδύνους, όπως υποστηρίζουν οι μελετητές, η ανεργία μπορεί να οδηγήσει σε παθογενές αποτέλεσμα εξαιτίας της απώλειας της κοινωνικής θέσης και της οικονομικής αβεβαιότητας. Σύμφωνα με την ανάλυση των M. Bungener και J. Pierret, αν και οι περισσότεροι άνεργοι δηλώνουν πως έχουν καλή υγεία και δεν αισθάνονται κανένα σύμπτωμα, ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό ανάμεσά τους παρουσιάζει μια πολύ σημαντικότερη «πολυ-παθολογία» απ' ότι ο ενεργός πληθυσμός. Ένα επιπλέον στοιχείο αυτής της μελέτης αποτελεί το γεγονός πως τα προβλήματα των ανέργων επεκτείνονται και στο οικογενειακό τους περιβάλλον.

Η στέρηση του κοινωνικού ρόλου από τους ανέργους φαίνεται να είναι πολύ σημαντικό στοιχείο που ξεπερνά κατά πολύ εκείνο του εισοδήματος, όπως τουλάχιστον υποστηρίζουν οι Joelson και Wahlquist σε έρευνα που πραγματοποίησαν το 1987 σε εργάτες ναυπηγείων και στις οικογένειές τους. Οι εργάτες είχαν απολυθεί λόγω πλεονάζοντος προσωπικού και παρουσίαζαν συμπτώματα κατάθλιψης, αν και είχαν λάβει καλή αποζημίωση. Παρόμοια αποτελέσματα έδειξε έρευνα στην Ιταλία όπου απολυμένοι εργάτες παρουσίασαν επιδείνωση της ψυχικής και σωματικής τους υγείας παρά το γεγονός πως συνέχιζαν να λαμβάνουν κανονικά το μισθό τους (Τούντας 2001).

Έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Αγγλία (1982) για να διαπιστωθεί πώς επιδρά η ανεργία ή η εργασία στην συναισθηματική κατάσταση του ανθρώπου έδειξε ότι οι άνεργοι και όσοι εργάζονταν ευκαιριακά ανέφεραν πολύ πιο συχνά δυσάρεστες συναισθηματικές καταστάσεις. Σε ανάλογη έρευνα στην Αυστραλία παρατηρήθηκε ότι οι απόφοιτοι μέσης εκπαίδευσης που δεν βρήκαν δουλειά ήταν λιγότερο ευτυχημένοι από εκείνους που βρήκαν, αισθάνονταν πλήξη και ανία, είχαν εχθρότητα προς την κοινωνία και δοκίμαζαν αισθήματα μοναξιάς και αδυναμίας. Μια άλλη δημοσκόπηση ανέργων έδειξε ότι το 19% αισθάνονται αξιολύπητοι και δυστυχημένοι από τότε που έχασαν τη δουλειά τους, το 17% αισθάνονται ανησυχία και έχουν κακή διάθεση, το 13% δηλώνουν ότι έγιναν ευέξαπτοι και χάνουν την ψυχραιμία τους μ' οποιαδήποτε αφορμή (Παντελής 1997).

Στην Ελλάδα σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο Κ.Π.Α. Αθηνών το 2005, στα πλαίσια μεταπτυχιακής εργασίας, βρέθηκε πως η ανεργία σχετίζεται θετικά με τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης. Στην έρευνα ερωτήθηκαν 300 άνεργοι και 151 εργαζόμενοι. Οι άνεργοι παρουσίασαν υψηλότερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης σε σχέση με τους εργαζόμενους. Σε άλλη έρευνα που πραγματοποιήθηκε από το Πανεπιστήμιο Πατρών σε ανέργους της Πάτρας και της Σύρου διαπιστώθηκε μεγάλη συχνότητα ψυχικών διαταραχών και κατάθλιψης σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό (Τούντας 2001). Γενικά πάντως, η ανεργία μειώνει την αυτοεκτίμηση των ανέργων και με δεδομένο ότι η αυτοεκτίμηση αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες της ψυχικής υγείας μπορούμε να μεταφέρουμε τη γνώμη που έχουν οι ίδιοι οι άνεργοι για την εικόνα τους:

-«Για μένα οι επιπτώσεις της ανεργίας είναι περισσότερο ψυχολογικές σε πιάνει μελαγχολία, έχεις νεύρα με το που έρχονται οι άλλοι στο σπίτι, αρχίζεις να τους βομβαρδίζεις με διάφορα, άλλος είναι κουρασμένος, άλλος έχει τα δικά του, εσύ πάλι δεν έχεις» (άνεργη 37 ετών), (Παναγιωτόπουλος 2005).

-«Τι προβλήματα έχουμε εμείς; ψυχολογικά. Τρομερό βάρος, τρομερό βάρος, και το ότι καταφέρνουμε και στεκόμαστε έτσι είναι τρομερός άθλος. Είναι ένα είδος απομόνωσης μπορείς να πεις...υπάρχουν μέρες και νύχτες που δεν μπορείς να κοιμηθείς» (άνεργος 29 ετών), (Παναγιωτόπουλος 2005)

-«Άσε, χαρακώνεσαι ,η ψυχολογία σου είναι για αυτοκτονία που λέμε, γίνεσαι ρεντίκωλο. Ξεφτίλα.» (άνεργος 48 ετών), (Παναγιωτόπουλος 2005).

Όπως αναφέρει ο P.Bourdieu «η αυτοεκτίμηση εξαρτάται αναπόφευκτα από την επαγγελματική θέση και το μισθό.» (P.Bourdieu). Ο Λεχουρίτης (1996) υποστηρίζει πως η ανεργία προκαλεί ισχυρή αίσθηση αγωνίας και μεγαλύτερο άγχος από τα συνηθισμένα επίπεδα (περίπου οκτώ φορές), απώλεια αυτοπεποίθησης και μνήμης, ανικανότητα συγκέντρωσης, τάσεις για ύπνο, μερική σεξουαλική ανικανότητα, απογοήτευση και απαισιοδοξία, εκνευρισμό και διαταραχές στο επίπεδο των ανθρώπινων σχέσεων.

Τα ως άνω εκτεθέντα ενώ φανερώουν αρκετά ενδεικτικά πώς βιώνουν οι άνεργοι την κατάστασή τους, πώς τους αποδέχεται ή δεν τους αποδέχεται η κοινωνία, πώς στιγματίζονται και αυτοστιγματίζονται, πώς οδηγούνται στην απομόνωση και τη παραίτηση, δεν αποτελούν βέβαια σε καμιά περίπτωση διαγνωσμένη κατάσταση διαταραχής ψυχικής υγείας. Η εικόνα βέβαια που διαμορφώνουν αυτοί οι άνθρωποι για τον εαυτό τους συσχετίζεται και με τα επιστημονικά κριτήρια για τη διάγνωση μιας ψυχικής νόσου. Η ανεργία αποτελεί συχνά αιτία εμφάνισης ψυχοπαθολογικών εκδηλώσεων (μείωση αυτοπεποίθησης και αυτοεκτίμησης, έντονου stress, κατάθλιψης) και συνδέεται με απόπειρες ή και επιτυχημένες αυτοκτονίες καθώς και με χρήση και κατάχρηση ουσιών (Καρύδης – Μαντωνανάκης – Κονταξάκης, 2000).

Η συνεχόμενη υποβάθμιση των αναγκών και των προσδοκιών τους από τους άνεργους οδηγεί στην παραίτηση από την ελπίδα διατήρησης του κεκτημένου βιοτικού και μορφωτικού επιπέδου. Η χρόνια ανεργία οδηγεί σε νωχελικότητα και απάθεια που μπορεί να οδηγήσει σε επιδείνωση της ψυχικής υγείας. Ως την πιο

καταστροφική φάση της ανεργίας οι Hayes J. και Nutman P. (1981) διακρίνουν μια κατάσταση κατά την οποία «... ο άνθρωπος προσαρμόζεται στην ανεργία με τον ίδιο τρόπο όπως και οι έγκλειστοι φυλακών ή νοσοκομείων. Συνειδητά προσπαθεί να βγει από αυτή την κατάσταση, όμως σε ένα βαθύτερο επίπεδο δεν το επιθυμεί ... Πρόκειται για το στάδιο της ολοσχερούς ήττας, για τον θάνατο του ανθρώπου....».

Στη δυτική κοινωνία έχουν διατυπωθεί δύο υποθέσεις για την ερμηνεία της συσχέτισης της κοινωνικής τάξης με την ψυχική αρρώστια: εκείνη της κοινωνικής αιτιότητας και αυτή της κοινωνικής επιλογής.

A) Κοινωνική αιτιότητα (social causation): Ένα άτομο χαμηλής κοινωνικής και οικονομικής τάξης δέχεται μεγαλύτερο ποσοστό ψυχοπνευματικών ερεθισμάτων (ανεργία, έξωση από το σπίτι, έλλειψη οικονομικών πόρων για άνετη διαβίωση) και όταν αρρωστήσει θα χρησιμοποιήσει χαμηλής ποιότητας περίθαλψη.

B) Κοινωνική επιλογή (social selection): Η χρόνια διαδρομή μιας ψυχικής αρρώστιας μειώνει την πιθανότητα της κοινωνικής ανόδου με αποτέλεσμα την κοινωνική κάθοδο των ψυχικά αρρώστων. Έτσι είναι πιθανό να βρεθούν περισσότεροι ψυχικά άρρωστοι στο κατώτερο κοινωνικό στρώμα απ' ότι στα ανώτερα στρώματα.

Το άτομο που βρίσκεται σε μια κοινωνική θέση, αλλά η ψυχική του κατάσταση δεν του επιτρέπει να αγωνιστεί για να ανέβει, είναι πιθανό να διολισθήσει προς μια κατώτερη κοινωνική θέση. Από την άλλη πλευρά, η κατώτερη κοινωνική τάξη είναι δεκτική μεγαλύτερου όγκου ψυχοπνευματικών γεγονότων, όπως π.χ. ανεργία, διακρίσεις, αρρώστιες και οικονομική ανέχεια (Μαδιανός, 2000).

3.5 Η ΜΑΚΡΟΠΡΟΘΕΣΜΗ ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΑΝΕΡΓΙΑΣ ΣΤΗ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ

Οι αναλύσεις των διαθέσιμων στατιστικών στοιχείων του πληθυσμού από τη δεκαετία του 1930 και μετά έχουν δείξει πως υπάρχει έντονος συσχετισμός μεταξύ της ανεργίας και της θνησιμότητας. Τα στοιχεία αυτά έρχονται να αντιμετωπίσουν μια από τις βασικότερες ενστάσεις ορισμένων μελετητών του φαινομένου της

ανεργίας και της σχέσης της με την υγεία, οι οποίοι ισχυρίζονται πως η κλονισμένη υγεία οδηγεί στην απώλεια της εργασίας και στην επιδείνωση της υγείας των ανέργων. Προηγούμενες αναφερθείσες έρευνες έχουν βρει μια εμπειρική σύνδεση μεταξύ της ανεργίας και των ποσοστών θνησιμότητας.

Με βάση τα στοιχεία της θνησιμότητας σε κάθε πληθυσμιακή έρευνα, η ομάδα των ατόμων με κλονισμένη υγεία κατά τα πρώτα χρόνια παρακολούθησης παρουσιάζει υψηλότερη θνησιμότητα, η οποία όμως στη συνέχεια εξισώνεται με τη θνησιμότητα του υπόλοιπου πληθυσμού, καθώς πολλοί άρρωστοι έχουν ήδη πεθάνει και οι υπόλοιποι έχουν αναρρώσει. Αυτό το μοντέλο θνησιμότητας απαντάται στις πληθυσμιακές έρευνες χρόνιων ασθενών αλλά όχι στους άνεργους, οι οποίοι συνεχίζουν να παρουσιάζουν υψηλή θνησιμότητα ακόμα και για περιόδους άνω των δέκα ετών (Τούντας 2001). Όσον αφορά τώρα στη θνησιμότητα, τα πρώτα τεκμηριωμένα στοιχεία που διαθέτουμε προήλθαν από μια Βρετανική μελέτη στα μέσα της δεκαετίας του 1980. Στη μελέτη αυτή συγκρίθηκαν τα απογραφικά στοιχεία του 1971 και του 1981 και έδειξαν ότι και στις δυο περιπτώσεις τα ποσοστά θνησιμότητας ανάμεσα στους άνεργους ήταν υψηλότερα από τα ποσοστά των εργαζομένων (Moser - Goldblatt - Fox - Jones, 1987).

Σε άλλη μελέτη που δημοσιεύθηκε το 1990, ερευνήθηκε το ποσοστό θνησιμότητας των ατόμων ηλικίας 15-64 ετών που αναζητούσαν εργασία την εβδομάδα πριν την απογραφή του 1971. Ο Moser κατέληξε ότι το ποσοστό θνησιμότητας των ανέργων ατόμων για την περίοδο 1971-1981 ήταν υψηλότερο από το συνολικό ποσοστό θνησιμότητας, και ότι η θνησιμότητα των γυναικών των οποίων οι σύζυγοι ήταν άνεργοι, ήταν υψηλότερη από αυτή των γυναικών που ο σύζυγος ήταν εργαζόμενος (Moser - Goldblatt - Fox - Jones, 1990).

Στις παραπάνω έρευνες εκτιμήθηκε και η ύπαρξη προϋπάρχουσας ασθένειας. Τα πορίσματα έδειξαν ότι οι άνεργοι που είχαν μια προϋπάρχουσα ασθένεια ή ανικανότητα σημείωναν ποσοστά θνησιμότητας μεγαλύτερα από το τριπλάσιο του μέσου όρου, ενώ τα άτομα που ήταν άνεργα και δεν παρουσίαζαν προϋπάρχουσα ασθένεια στο χρόνο απογραφής παρουσίασαν υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας κατά 37% για τα επόμενα 10 έτη. Ο Brenner (1977) αναφέρει σχετικά με το θέμα, «...Η αύξηση της ανεργίας έστω και κατά μια ποσοστιαία μονάδα δημιουργεί

κατάσταση έντασης, επιθετικότητας και ασθενειών που επηρεάζουν την κοινωνία για πολλά χρόνια. Η αύξηση της ανεργίας σε μια δεδομένη χρονική περίοδο έχει πολλαπλασιαστική επίδραση μέσα στα επόμενα πέντε χρόνια, η οποία ξεπερνά κατά πολύ το αρχικό μέγεθος της αύξησής της ...»

Σε μελέτη του ιδίου για λογαριασμό της οικονομικής επιτροπής των Η.Π.Α., κατέληξε ότι η αύξηση της ανεργίας κατά μια ποσοστιαία μονάδα στις Η.Π.Α., οδηγεί σε 36.887 πρόσθετους θανάτους κατά τη διάρκεια των επόμενων έξι ετών. Κατά τον Brenner, το αντίκτυπο της οικονομικής αστάθειας είναι σημαντικότερο από την επίδραση της ανεργίας στην υγεία. Θεωρεί δηλαδή ότι η οικονομική αστάθεια επιφέρει αλλαγές στη ζωή ή μεταλλάσσει τις προσδοκίες με αποτέλεσμα να δημιουργεί επιβλαβείς συνέπειες για την υγεία. Σε περιόδους ύφεσης, η υγεία των ανέργων χειροτερεύει λόγω του ψυχολογικού άγχους που συνδέεται με την ανεργία και τις οικονομικές δυσχέρειες που αυτή επιφέρει (Hayes J and Nuttman P., 1981). Παρατηρεί επίσης ο Brenner πως και σε περιόδους γρήγορης οικονομικής ανάπτυξης δημιουργείται άγχος για τα άτομα που προσλαμβάνονται μετά από περίοδο ανεργίας. Οι επιχειρηματικοί κύκλοι δηλαδή διαμορφώνουν κατά πολύ τη σχέση της ανεργίας με την υγεία.

Έντονες κριτικές έχουν δεχτεί οι μελέτες του Brenner. Οι κριτικές αυτές έχουν να κάνουν με την μεθοδολογία του και κυρίως όσον αφορά στις μεταβλητές που χρησιμοποίησε. Το γεγονός δηλαδή πως η ανεργία στο σύνολο του πληθυσμού μπορεί να συσχετιστεί και με άλλους παράγοντες ώστε να οδηγήσει στην αύξηση της θνησιμότητας [Gravelte H., Hutchinson G., Stern J. (1981)].

Νεότερες όμως έρευνες στις οποίες χρησιμοποιήθηκαν περισσότερες ανεξάρτητες μεταβλητές, όπως για παράδειγμα η επαγγελματική κατάσταση, οι συνθήκες στέγασης, η γεωγραφική περιοχή και η οικογενειακή κατάσταση κατέληξαν στο ίδιο συμπέρασμα. Μελέτη που πραγματοποιήθηκε στη Δανία (Iversen L., Andersen O., 1987), κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι άνεργοι έχουν περισσότερες πιθανότητες θνησιμότητας κατά 40%-50% σε σχέση με τους εργαζόμενους.

Ανάλογη έρευνα στη Φιλανδία σε άτομα ηλικίας 25-59 ετών επιβεβαίωσε την υπόθεση ότι οι άνεργοι καταγράφουν υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας

(Martikainen P., Volkonen T., 1996), ενώ και σ' αυτή την έρευνα ελήφθησαν υπόψη η ηλικία, το επάγγελμα και η οικογενειακή κατάσταση. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως οι αναλογίες θνησιμότητας για τους άνδρες και τις γυναίκες ανέργους το 1990 ήταν 2,11 και 1,61 αντίστοιχα, ενώ το 1992 που η ανεργία μειώθηκε, οι αντίστοιχες αναλογίες μειώθηκαν σε 1,35 και 1,30 αντίστοιχα.

Στη Βρετανία, πραγματοποιήθηκε πενταετής έρευνα σε 6.000 άτομα ηλικίας 40-59 ετών, η οποία κατέληξε στο συμπέρασμα ότι τα άτομα που βίωσαν την ανεργία ή συνταξιοδοτήθηκαν σε αυτήν την περίοδο, είχαν διπλάσιες πιθανότητες να πεθάνουν στα επόμενα 5,5 χρόνια. Οι αναλογίες θνησιμότητας για τα άνεργα άτομα και τα συνταξιοδοτούμενα σε συνάρτηση με την κοινωνικο-οικονομική τους θέση, την κατανάλωση καπνού και οινοπνεύματος, καθώς επίσης και το σωματικό βάρος, ήταν 1,47 για τους ανέργους και 1,86 για του συνταξιούχους. Τα άτομα δηλαδή που βίωσαν την εμπειρία της ανεργίας στη διάρκεια των πέντε ετών από τη συμμετοχή τους στην έρευνα είχαν διπλάσιες πιθανότητες να πεθάνουν κατά τη διάρκεια των 5,5 επόμενων ετών σε σχέση με τα άτομα που παρέμειναν στην εργασία τους (Morris JK, Cook DG, Shaper AG, 1994).

Στην Αυστραλία σε μια μελέτη του ο Bunn (1979), παρά τη δυσκολία που αντιμετώπισε εξαιτίας των ελλιπών στοιχείων που καταγράφονται στα πιστοποιητικά θανάτου, κατέληξε πως υπάρχει σχέση ανάμεσα στα ποσοστά ανεργίας και τη θνησιμότητα από καρδιακές παθήσεις. Στο ίδιο συμπέρασμα κατέληξε και ο Morgeli (1998) σε έρευνά του, επίσης στην Αυστραλία. Μια πρόσφατη μελέτη (2003) των Gerdtham και Johanneesson, εξέτασε αν η ανεργία επιδρά στη θνησιμότητα χρησιμοποιώντας στοιχεία από 30.000 Σουηδούς ηλικίας 20-64 ετών για 10-17 έτη. Τα άτομα αυτά παρουσίαζαν το ίδιο επίπεδο υγείας αλλά είχαν διαφορετική επαγγελματική κατάσταση. Εξετάστηκαν παράλληλα και διάφορα μεμονωμένα χαρακτηριστικά που θα μπορούσαν να έχουν αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία τους. Από τη σχετική έρευνα εξήχθη το συμπέρασμα ότι η ανεργία αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο θανάτου περίπου κατά 50% (από 5,36 έως 7,83%).

3.6 ΑΝΕΡΓΙΑ ΚΑΙ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΕΣ

Η θνησιμότητα λόγω των αυτοκτονιών, που οφείλονται ενδεχομένως στην ανεργία, αποτελεί ξεχωριστή παράγραφο γιατί θεωρείται πως είναι από τα πιο άμεσα προβλήματα με καταστροφικές συνέπειες. Στην Ευρωπαϊκή Ένωση, σύμφωνα με την Πράσινη Βίβλο, 58.000 πολίτες αυτοκτονούν ετησίως, αριθμός που ξεπερνά τον αριθμό των θανάτων από τροχαία ατυχήματα ή από τον ιό του AIDS!! Οι αυτοκτονίες αυτές δεν οφείλονται ασφαλώς μόνο στην ανεργία, αξίζει όμως να διερευνηθεί βιβλιογραφικά τουλάχιστον, την ενδεχόμενη σχέση.

Σύμφωνα με τη Βασιλειάδου (2003), «ως αυτοκτονία ορίζεται η αυτοκαταστροφική πράξη που επιτελεί κάποιος, ο οποίος έχει πλήρη επίγνωση ότι η πράξη του αυτή θα επιφέρει το θάνατό του». Σύμφωνα με την ίδια, βασικοί παράγοντες κινδύνου αποτελούν η προηγούμενη αυτοκαταστροφική διάθεση, η οργανική νόσος, η ψυχιατρική πάθηση, τα κοινωνικο-οικονομικά προβλήματα, η χρήση ουσιών, τα πειστικά γεγονότα και προβλήματα της ζωής, η μοναξιά, η απομόνωση κ.α. Λαμβάνοντας ως δεδομένο αυτό που συναντάται σε αρκετές έρευνες, ότι η ανεργία δηλαδή σχετίζεται με κοινωνικο-οικονομικά προβλήματα αλλά και με την απομόνωση και τη μοναξιά και θεωρώντας έτσι επαρκείς τις αποδείξεις που δεικνύουν πως η ανεργία αποτελεί ένα έντονο ψυχοπαιστικό τουλάχιστον πρόβλημα, τότε μπορεί να ενταχθεί στους παράγοντες κινδύνου για ενδεχόμενες αυτοκτονικές συμπεριφορές.

Έχει βρεθεί πάντως (Βασιλειάδου, 2003) πως η αυτοκτονία συνδέεται με την ανεργία σε νέους άνδρες. Σε έρευνα των Gerdtham και Johansson (2003) διαπιστώθηκε πως η ανεργία αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο της αυτοκτονίας. Το ότι οι απόπειρες αυτοκτονίας είναι πιο συχνές στους ανέργους επιβεβαιώνεται και από άλλες έρευνες. Στην Αγγλία, με βάση τα στοιχεία της απογραφής του 1971 διαπιστώθηκαν στους ανέργους υψηλότεροι δείκτες θνησιμότητας από αυτοκτονίες, ιδιαίτερα στις ηλικίες 36-44 (Τούντας 2001).

Ακόμα δύο έρευνες απέδειξαν πως η ανεργία αποτελεί σημαντικό παράγοντα αυτοκτονίας (Platt 1984) and (Chandrakand, Svodova, 1995). Από τις εν λόγω

έρευνες διαπιστώθηκε ότι ανάμεσα στα άτομα που είχαν αυτοκτονήσει τα περισσότερα ήταν άνεργα. Το 1989 ο Banfalvy ερευνώντας καταγεγραμμένα ποσοστά στη Δυτική Γερμανία παρουσίασε σημαντικά στοιχεία. Συγκεκριμένα το 1968 ο αριθμός των αποπειρών αυτοκτονιών ήταν 98 ανά 100.000 εργαζόμενους ενώ για τους ανέργους ήταν 2.848.

Ο Crombie (1990), σε μια πολύ μεγάλη μελέτη, συνέκρινε το ποσοστό ανεργίας μεταξύ των ατόμων που αυτοκτόνησαν σε 16 χώρες μεταξύ των ετών 1973 και 1983. Διαπίστωσε πως ο αριθμός των ανέργων αυξήθηκε και στις 16 χώρες. Σε εκείνες τις χώρες όπου η συχνότητα αυτοκτονίας αυξήθηκε, η αύξηση δε συνοδευόταν από αντίστοιχη αύξηση της ανεργίας. Έδειξε ωστόσο ότι η ανεργία επηρέασε τις απόπειρες αυτοκτονίας των ανδρών περισσότερο απ' ότι των γυναικών. Οι Preti και Miotto (1999) ερεύνησαν εάν η ανεργία ή οι αλλαγές στα ποσοστά ανεργίας συνδέονται με τον κίνδυνο αυτοκτονίας.

Τα στοιχεία που συνέλεξαν αναλύθηκαν βάση τριών κατηγοριών απασχόλησης:

- 1) εργαζόμενος,
- 2) ψάχνει νέα θέση εργασίας,
- 3) ψάχνει πρώτη φορά εργασία.

Στηριζόμενοι σε αυτά τα στοιχεία συνέκριναν τα ποσοστά ανεργίας ανά οικονομική κατάσταση. Παρατηρήθηκε, ότι τα ποσοστά αυτοκτονίας μεταξύ των ανέργων είναι υψηλότερα σε σχέση με τα αντίστοιχα ποσοστά των εργαζομένων έως και τρεις φορές για τους άνδρες και δυο φορές για τις γυναίκες. Η άνοδος στα ποσοστά αυτοκτονίας συνοδεύεται από άνοδο στα ποσοστά ανεργίας.

Πολλοί ερευνητές βέβαια υποστηρίζουν πως τις περισσότερες αυτοκτονίες δεν τις προκαλεί άμεσα η ανεργία, αλλά οι συνέπειές της, όπως η διάλυση των κοινωνικών σχέσεων, ο κοινωνικός αποκλεισμός, η απώλεια εισοδήματος και κατοικίας κ.α. Είτε άμεσα, είτε έμμεσα, πάντως, γενεσιουργός αιτία παραμένει και η ανεργία, η ισχυρότατη εκείνη δύναμη που αποδυναμώνει και αποδιοργανώνει τον άνθρωπο. Το σοκ για τους απολυμένους μοιάζει τόσο ισχυρό που στην αρχή αρνούνται να το πιστέψουν και νομίζουν πως βρίσκονται σε κανονική άδεια, κάτι που ενδεχομένως δεν έχουν ακόμα γνωρίσει. Στη συνέχεια και ενώ τα έξοδα τρέχουν, ενώ το εισόδημα μειώνεται, ενώ συνεχίζουν να απαντούν πως ψάχνουν δουλειά - και

πράγματι ψάχνουν -, ενώ αντιλαμβάνονται πως τα περιθώρια εύρεσης εργασίας στενεύουν ασφυκτικά, τότε πια αρχίζει η αντίστροφη μέτρηση, η ιδέα πως δεν αξίζουν, πως δεν ωφελούν, πως φταίνε και άρα πρέπει να πληρώσουν, να τιμωρήσουν τον εαυτό τους.

Δεν είναι όμως μόνο οι απολυμένοι, είναι και αυτοί που δεν έχουν γνωρίσει ακόμη τη μισθωτή εργασία, αυτοί δηλαδή που σπούδασαν, έκαναν μεταπτυχιακά και διδακτορικά αλλά το σύστημα τους απέριψε. Οι φιλοδοξίες και οι προσδοκίες που αναβάλλονταν για μετά τις σπουδές, αποδείχτηκαν «χάρτινοι πύργοι», και ενώ τόσα χρόνια πρότευν στις σπουδές, τώρα πρέπει να αποδείξουν πως δεν φταίνε, πρέπει να πείσουν και τον εαυτό τους πως τζάμπα σπούδασαν, τζάμπα τόσα χρόνια, τόσο κόστος, τόση προσδοκία. Το χειρότερο, δεν μπορούν να κάνουν κάτι άλλο, δεν ξέρουν, δεν αντέχουν τις χειρονακτικές δουλειές.

3.7 Η ΣΧΕΣΗ ΤΗΣ ΑΝΕΡΓΙΑΣ ΜΕ ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΦΑΙΝΟΜΕΝΑ

Όπως έχει ήδη αναφερθεί η ανεργία οδηγεί προς το περιθώριο της κοινωνικής ζωής. Αφενός η διαθεσιμότητα χρόνου από τη μεριά του ανέργου και αφετέρου η έλλειψη μέσων αξιοποίησής του, οδηγούν σε αναζήτηση άλλων μορφών ικανοποίησης και αυτοπραγμάτωσης, τις περισσότερες φορές επικίνδυνες για την υγεία. Η σχέση για παράδειγμα της ανεργίας με την κατανάλωση αλκοόλ και ναρκωτικών είναι θετική. Σε σχετική έρευνα που έχει γίνει διαπιστώνουμε πως οι περισσότεροι άνεργοι αύξησαν την κατανάλωση αλκοόλ αφού έχασαν τη δουλειά τους (Catalano, Dooley, Wilson, Hough 1993). Άλλα στοιχεία αποδεικνύουν πως ο αλκοολισμός είναι συχνότερος μεταξύ των μακροχρόνιων ανέργων νέων σε ηλικία (Temle, Fillmore, Hartka 1991). Έτσι, διαπιστώνεται η σύνδεση της ανεργίας με ένα άλλο κοινωνικό φαινόμενο, τον αλκοολισμό, οι δε δυσμενείς επιπτώσεις στην υγεία από την αυξημένη κατανάλωση αλκοόλ είναι ευρέως γνωστές.

Παρατηρήθηκε επίσης ότι οι άνεργοι ξοδεύουν λιγότερο χρόνο για διασκέδαση και καπνίζουν περισσότερο. Το 44% των ανέργων Βρετανών από 25 μέχρι 44 ετών

είναι αλκοολικοί ενώ το αντίστοιχο ποσοστό των εργαζομένων είναι 28%. Σημαντικό μέρος του χρόνου των ανέργων είναι ανοργάνωτο και χαώδες. Ανεξάρτητα πάντως από τις αιτίες του αλκοολισμού οι οργανικές ζημιές που προκαλούνται φαίνεται να είναι οι ίδιες, είτε σε ανέργους είτε όχι (Παντελής 1997). Η πιθανότητα τώρα εθισμού σε ναρκωτικές ουσίες, μια άλλη μεγάλη μάστιγα της εποχής, είναι μεγαλύτερη ανάμεσα στους ανέργους. Το γεγονός αυτό έχει αποδειχθεί για την κατανάλωση ηρωίνης (Hermalin, Steer, Platt, Metzger 1990), όπιου (Segest, Mygind, Bay 1990) και μαριχουάνας (Hamid 1991).

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στη Σκωτία οι Peck και Plant (1986) μελέτησαν τις συνήθειες 1.036 ατόμων και βρήκαν ότι το ποσοστό παράνομης χρήσης ναρκωτικών ήταν σημαντικά υψηλότερο για τους ανέργους. Σε ανάλογα αποτελέσματα κατάληξε έρευνα στην Νορβηγία όπου ερευνήθηκαν 2.000 άτομα ηλικίας 17-20 ετών (Hammer, 1992). Κάποιες άλλες έρευνες προσανατολίστηκαν στην σχέση της ανεργίας με το κάπνισμα και αποδείχθηκε ότι η σχέση αυτή είναι θετική. Οι Hammarstrom και Janlert (1994), αφού μελέτησαν το ιστορικό του καπνίσματος, το κοινωνικο-οικονομικό υπόβαθρο και το επίπεδο εκπαίδευσης, κατέληξαν ότι υπάρχει θετική σχέση ανάμεσα στην ανεργία και στο κάπνισμα και ότι αυτό είναι περισσότερο εμφανές σε μακροχρόνια ανέργους. Έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Αυστραλία για την υγεία κατέληξε στο συμπέρασμα πως οι άνεργοι είχαν περίπου 40%-50% περισσότερες πιθανότητες να είναι καπνιστές (Mathers 1994). Σε παρόμοια αποτελέσματα κατέληξε και ο Morfel (1998), ο οποίος διαπίστωσε πως η κατανάλωση καπνού και αλκοόλ παρουσιάζεται αυξημένη στα άτομα που βιώνουν την ανεργία από ότι στους απασχολούμενους.

Σύμφωνα με τον Τούντα (2001), οι άνεργοι δυσκολεύονται να κόψουν τα κάπνισμα αν και είναι εξίσου καλά πληροφορημένοι με τους εργαζόμενους καπνιστές για τους κινδύνους του καπνίσματος και είναι εξίσου αποφασισμένοι να το σταματήσουν. Αυτό ερμηνεύεται από τη γενικότερη αποδιοργάνωση της κοινωνικής ζωής του ανέργου καθώς και από την ανάγκη που νιώθουν πολλοί να καταφύγουν στο ποτό και στο κάπνισμα όταν νιώθουν κάποιου είδους ψυχολογική πίεση.

Η διατροφή αποτελεί επίσης ένα σοβαρό παράγοντα διαμόρφωσης της συνολικής υγείας. Σχετικές έρευνες έχουν αποδείξει πως η ανεργία επηρεάζει τη

σωστή διατροφή. Οι άνεργοι δηλαδή δεν ακολουθούν σωστή διατροφή (Hammarstrom, 1994), είτε λόγω χαμηλών εισοδημάτων, είτε λόγω πολύωρης παραμονής στο σπίτι. Το γεγονός αυτό οδηγεί σε αύξηση του σωματικού βάρους με αποτέλεσμα την εμφάνιση ασθενειών, όπως ο ζαχαρώδης διαβήτης τύπου 2, η υπέρταση κ.α. Σε άλλη μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Αυστρία σε 345 άνεργους και 8.402 εργαζομένους ο Raskyl (1996) κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι καταστάσεις κινδύνου είναι περισσότερο εμφανείς στους άνεργους. Τα άτομα αυτά εμφανίζουν λιγότερες πιθανότητες να μειώσουν το σωματικό βάρος τους, την αρτηριακή πίεση και τις διαταραχές ύπνου.

3.8 ΟΙ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΙΣ ΑΝΕΡΓΙΑΣ ΣΕ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ ΑΝΕΡΓΩΝ

Όλες οι μέχρι τώρα έρευνες για τις επιπτώσεις της ανεργίας στην υγεία εμφανίζουν διαφορές, ανάλογα με την ηλικία των ανέργων, το φύλο, την οικογενειακή κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο, το χρόνο της ανεργίας ακόμα και την περιοχή που εξετάζεται. Οι διαφορές αυτές είναι έντονες πολλές φορές και πρέπει να ανιχνεύονται έτσι ώστε και τα μέτρα στήριξης από την πολιτεία να είναι ανάλογα. Από σχετικές έρευνες προκύπτει πως οι άντρες σε σχέση με τις γυναίκες πλήττονται παραπάνω από τις συνέπειες της ανεργίας. Αυτό κατά γενική ομολογία οφείλεται στον παραδοσιακά αρχηγικό ρόλο του άντρα στα πλαίσια της οικογένειας. Η έλλειψη εργασίας στον άντρα δημιουργεί αισθήματα ανικανότητας και ενοχής, πολλές φορές δε οδηγεί σε αντικειμενική αδυναμία και σε οικονομικό αδιέξοδο. Ειδικότερα σχετικά με τις επιπτώσεις της ανεργίας σε άνεργους διαφορετικού φύλου τα ερευνητικά αποτελέσματα φαίνεται να ποικίλουν και πολλές φορές μάλιστα να είναι αντικρουόμενα.

Οι Καρύδη, Μαντωνανάκης και Κονταξάκης (2000) υποστηρίζουν ότι η ανεργία έχει μεγαλύτερες επιπτώσεις στους άνδρες απ' ό,τι στις γυναίκες. Αυτό, όπως υποστηρίζουν οι συγγραφείς έχει να κάνει με το γεγονός πως η ανεργία για τους άνδρες αποτελεί αμφισβήτηση του παραδοσιακά κεντρικού ρόλου τους ως αρχηγού της οικογένειας. Ωστόσο η παραδοσιακή άποψη ότι η ανεργία έχει μικρότερες

επιπτώσεις στην ψυχική υγεία των γυναικών μάλλον καταρρίπτεται από νεότερες έρευνες, όσο δηλαδή η εργασία αποτελεί ολοένα και περισσότερο για τις γυναίκες δικαίωμα και ανάγκη. Μια άλλη κατηγορία που φαίνεται να πλήττεται παραπάνω είναι η κατηγορία των ηλικιωμένων ανέργων σε σχέση με τους νέους. Οι νέοι φαίνεται να διατηρούν την αισιοδοξία τους και κάποιες κοινωνικές σχέσεις σε αντίθεση με τους ηλικιωμένους, που χάνοντας την εργασία τους νιώθουν απαισιόδοξοι και αποκομμένοι, χωρίς όνειρα, χωρίς μέλλον.

Οι Clark και Oswald απέδειξαν πως ο κίνδυνος από την ανεργία είναι μικρότερος μεταξύ των νέων. Σύμφωνα και με τον Theodossiou πλήττεται περισσότερο η υγεία των μεσήλικων ανδρών από ότι των νέων και των γυναικών. Φαίνεται ότι οι νέοι αναγνωρίζουν πως η ανεργία αποτελεί πρόβλημα της δικής τους ηλικίας και ανησυχούν λιγότερο. Άλλες έρευνες ωστόσο δείχνουν τους νέους να πλήττονται περισσότερο από τις συνέπειες της ανεργίας. Οι άνεργοι ηλικίας κάτω των 20 ετών τείνουν να έχουν αυξημένα ποσοστά άγχους, θυμού, ενοχής και ντροπής σε σχέση με τους μεγαλύτερους σε ηλικία ανέργους (Viney, 1983). Αναφέρεται επίσης ότι οι νεαροί άνεργοι παραπονούνται περισσότερο για τεταμένες οικογενειακές σχέσεις και εμφανίζουν μειωμένα επίπεδα αυτοεκτίμησης. Τείνουν επίσης να αντιδρούν στο άγχος που προκαλεί η ανεργία με βίαιες συμπεριφορές (Hammer, 1993) ή κάνοντας χρήση αλκοόλ (Hammastron 1998).

Από άλλες έρευνες αποδεικνύεται (Theodossiou 1998) πως η οικογενειακή κατάσταση επηρεάζει θετικά ή αρνητικά τις επιπτώσεις από την ανεργία. Συγκεκριμένα, και σύμφωνα με την παραπάνω μελέτη, ένα άτομο που ζει μόνο του έχει λιγότερες πιθανότητες να επιδείξει υψηλά επίπεδα ψυχολογικής πίεσης σε σχέση με ένα διαζευγμένο, ενώ ένα διαζευγμένο άτομο έχει περισσότερες πιθανότητες σε σχέση με ένα παντρεμένο. Η χαμηλότερη πίεση στα άτομα που ζουν μόνοι τους σε σχέση με τους παντρεμένους είναι πιθανόν να οφείλεται στην έλλειψη οικογενειακών ευθυνών. Εμείς βέβαια θα περιμέναμε το αντίθετο, με δεδομένο πως ένα άτομο στα πλαίσια της οικογένειας δέχεται και κάποια ψυχολογική στήριξη σε σχέση με αυτούς που ζουν μόνοι. Φαίνεται όμως πως οι οικογενειακές ανάγκες είναι τόσο μεγάλες που εξασθενίζουν τη στήριξη αυτή. Αυτό υποστηρίζεται και από τον Troll (1982) που αναφέρει πως οι οικογένειες με παιδιά δέχονται μεγαλύτερη πίεση από ότι οι οικογένειες χωρίς παιδιά.

Η εξεταζόμενη περιοχή είναι μια άλλη παράμετρος που διαφοροποιεί τις επιπτώσεις της ανεργίας. Ο Crombie, για παράδειγμα, παρουσιάζει τα αποτελέσματα έρευνας στη Σκωτία για τη σχέση της ανεργίας με την αυτοκτονία. Τα ποσοστά συσχέτισης της ανεργίας με την αυτοκτονία, ενώ σε εθνικό επίπεδο ήταν ισχυρά, σε τοπικό επίπεδο δεν συνέβαινε κάτι τέτοιο. Αυτό μπορεί να οφείλεται, όπως πιστεύεται, στην οργάνωση της τοπικής κοινωνίας, στην στήριξη που δέχεται ο άνεργος, στην προστασία και την αποενοχοποίησή του.

Άλλος ένας παράγοντας που επηρεάζει τις επιπτώσεις της ανεργίας στην υγεία είναι το εκπαιδευτικό επίπεδο. Ενώ θα περίμενε κανείς, το υψηλό μορφωτικό επίπεδο να έχει ως αποτέλεσμα και μεγαλύτερες αντιστάσεις από την μεριά του ανέργου, αποτελέσματα ερευνών (Ervasti, 2002) έδειξαν ακριβώς το αντίθετο. Το εκπαιδευτικό επίπεδο φαίνεται να επηρεάζει αντιστρόφως ανάλογα τις επιπτώσεις της ανεργίας στην υγεία. Μεγαλύτερη δηλαδή συχνότητα καταθλιπτικών επεισοδίων παρουσιάζουν οι άνεργοι με υψηλό μορφωτικό επίπεδο, παρά οι άνεργοι με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο. Φαίνεται πως οι προσδοκίες για μια καλή θέση εργασίας - ή ακόμα απλώς και για μια θέση εργασίας - αυτών που έχουν περισσότερα χρόνια εκπαίδευσης είναι αρκετά μεγαλύτερες από αυτούς που έχουν χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο, με συνέπεια να βιώνουν την απογοήτευση με μεγαλύτερη ένταση.

Σύμφωνα δε με τον Clark η μόρφωση διαδραματίζει σημαντικό ρόλο, καθώς οι πιθανότητες να αυξηθεί η ψυχολογική πίεση λόγω της ανεργίας είναι μεγαλύτερη στα άτομα που διαθέτουν πανεπιστημιακό τίτλο. Είναι προφανές ότι το άτομο που αισθάνεται ότι έχει επί χρόνια επενδύσει σε μόρφωση και απόκτηση τυπικών αλλά και ουσιαστικών προσόντων, αισθάνεται περισσότερο «προδομένο» και θεωρεί ότι θα μπορούσε να βρίσκεται στο ίδιο ακριβώς σημείο χωρίς να έχει καταβάλει τόσο κόπο και χρόνο. Επίσης οι ενδεχόμενες απαιτήσεις του κοινωνικού περίγυρου από ένα άτομο που μέχρι εκείνη τη στιγμή έχει αποδείξει την αξία του, είναι πιθανό να δημιουργούν μια εντύπωση μεγαλύτερης εξωτερικής πίεσης, που μεταφράζεται σε απογοήτευση και κατάρριψη μιας με κόπο δομημένης θετικής εικόνας.

Αντίθετη άποψη διατυπώνεται από τους Καρύδη, Μαντωνανάκη, Κονταξάκη (2000), οι οποίοι υποστηρίζουν ότι οι άνεργοι χαμηλού μορφωτικού επιπέδου

πλήττονται περισσότερο από ψυχολογικά συμπτώματα. Όσον αφορά τέλος στην κοινωνική στήριξη που δέχεται ο άνεργος, σε όποια κατηγορία και αν ανήκει φαίνεται να αποτελεί σημαντικό παράγοντα που μπορεί να αμβλύνει ή να οξύνει τις επιπτώσεις της ανεργίας στην υγεία ανάλογα με το βαθμό και τον τρόπο παροχής. Ο κίνδυνος απομακρύνεται όσο ο άνεργος δέχεται μια επαρκή κοινωνική στήριξη.

3.9 ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΑΝΕΡΓΙΑ

Δεν θα μπορούσε να ολοκληρωθεί το συγκεκριμένο κεφάλαιο χωρίς να εξεταστεί το θέμα και από την ακριβώς αντίθετη πλευρά, το κατά πόσο δηλαδή μπορεί η κατάσταση της υγείας ενός ατόμου να επηρεάσει την εργασιακή του κατάσταση. Σχετικά με το θέμα, του αν η ανεργία αποτελεί το αίτιο ή το αιτιατό στη σχέση της με την υγεία, πιστεύεται πως η υγεία μπορεί ασφαλώς να επηρεάσει τη σταδιοδρομία ενός ατόμου, μπορεί να εμποδίσει την είσοδό του στην αγορά εργασίας ή μπορεί να είναι αιτία απώλειας μιας θέσης εργασίας. Δεν μπορεί όμως να ευθύνεται για το συνολικό ποσοστό της ανεργίας. Εξάλλου τα προβλήματα υγείας που ευθύνονται για την μη ομαλή σταδιοδρομία ενός ατόμου είναι συνήθως πολλά και καταγεγραμμένα και δίνεται ιδιαίτερη έμφαση από τους κρατικούς – προνοιακούς μηχανισμούς του κράτους. Στην Ελλάδα για παράδειγμα με το Ν.2643/97, όσοι έχουν ποσοστό αναπηρίας πάνω από 67%, τυγχάνουν ειδικών ευεργετημάτων για την πρόσληψή τους στο δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα.

Από τις προηγουμένως αναφερθείσες έρευνες προκύπτει πως η ανεργία αλληλεπιδρά αρνητικά με την υγεία. Αυτή η σχέση θα μπορούσε να παρατηρηθεί για τρεις λόγους: Κατ' αρχάς, η ανεργία μειώνει την κατάσταση της υγείας. Επιπροσθέτως, τα άτομα με την εξασθετισμένη κατάσταση της υγείας είναι πιθανότερο να γίνουν αλλά και να παραμείνουν άνεργα και, επομένως, να αποτελούν ένα μεγαλύτερο ποσοστό του συνόλου των ανέργων. Σχετική έρευνα (Jennifer M. Stewart, 2000) εξέτασε την παράμετρο αυτή και κατέληξε στο συμπέρασμα πως τα άτομα με την εξασθετισμένη υγεία είναι πιθανότερο να παραμείνουν άνεργα.

Ειδικότερα, τα άτομα που δήλωσαν λήξη εργασίας λόγω της ασθένειας και έναν περιορισμό υγείας είχαν τις πιο μακροχρόνιες περιόδους ανεργίας.

Το σύνολο των ανέργων αποτελείται από ένα μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων με εξασθετισμένη υγεία, λόγω των πιο μακροχρόνιων περιόδων ανεργίας αυτών των ατόμων. Η επίπτωση από την προηγούμενη έρευνα είναι ότι ο κατ' εκτίμηση αντίκτυπος της ανεργίας στην κατάσταση της υγείας θα είναι υπερεκτιμημένος . Για να μετρηθεί ακριβώς το κοινωνικό κόστος της ανεργίας τα αποτελέσματα σε αυτήν την έρευνα, και τα αποτελέσματα άλλων ερευνητών, πρέπει να ληφθούν υπόψη τα παραπάνω.

3.10 ΑΝΑΚΕΦΑΛΑΙΩΣΗ

Είναι πασιφανές ότι η ανεργία προκαλεί εμμέσως ή άμεσα μια σωρεία προβλημάτων στον άνεργο πολίτη. Τα προβλήματα μπορεί να είναι είτε κοινωνικής φύσης, είτε να σχετίζονται με την υγεία του, ψυχική και σωματική. Θα πρέπει να τονιστεί ότι η αντικοινωνικές συμπεριφορές ως αποτέλεσμα της ανεργίας, όπως τα ναρκωτικά, επιβαρύνουν σε μεγάλο βαθμό την υγεία των ανέργων. Πέρα από αυτά, η ψυχολογική καταπόνηση και η ανέχεια επιβαρύνουν την υγεία του με αποτέλεσμα να εισέρθει σε μια ιδιαίτερα δυσάρεστη θέση.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η ανεργία αποτελεί ένα από τα μεγαλύτερα κοινωνικά ζητήματα, μια αδυσώπητη κοινωνική μάστιγα. Από την βιβλιογραφική έρευνα που διεξήχθει, στοιχεία της οποίας παρουσιάστηκαν αναλυτικά στα προηγούμενα κεφάλαια, έγινε ξεκάθαρη η αρνητική επίδραση της ανεργίας στην υγεία των ατόμων που έχασαν την εργασία τους ή και αυτών που δεν έχουν καταφέρει ακόμα να ενσωματωθούν στην αγορά εργασίας για πρώτη φορά.

Ωστόσο, δεν είναι μόνο η ανθρώπινη υγεία που επηρεάζεται από την ανεργία, αλλά και η κοινωνία γενικότερα, καθώς οι συνέπειες λειτουργούν σαν ντόμινο και επηρεάζουν αρνητικά και άλλους τομείς, όπως το δημογραφικό, το ασφαλιστικό ή το δημοσιονομικό, που εμφανίζεται ως μείωση του εθνικού εισοδήματος και αύξηση των κοινωνικών δαπανών. Φαινόμενα όπως ο κοινωνικός αποκλεισμός, η αύξηση της χρήσης ουσιών, και της αυτοκτονικότητας ενισχύουν τη σπουδαιότητα των συνεπειών του φαινομένου της ανεργίας, τόσο για τον άνθρωπο ως μονάδα όσο και για το κοινωνικό σύνολο.

Η απεμπόληση σημαντικών κοινωνικών δικαιωμάτων στα πλαίσια της παγκοσμιοποιημένης οικονομίας και η αναζήτηση ολοένα και μεγαλύτερης ευελιξίας στην εργασία, εγείρει τεράστια ζητήματα κοινωνικής προστασίας και κοινωνικής πολιτικής. Όσο αυξάνει η ανεργία τόσο πληθαίνουν οι προκαταλήψεις έναντι των ανέργων και άλλων κοινωνικά περιθωριοποιημένων ομάδων. Οι επιχειρήσεις αναζητούν ολοένα και μεγαλύτερη ευελιξία στην εργασία και κατά συνέπεια μείωση του κόστους παραγωγής τους και οι εργαζόμενοι διατήρηση των κοινωνικών τους κεκτημένων.

Οι επιπτώσεις της ανεργίας είναι αλληλένδετες. Κοινωνικές, οικονομικές και πολιτικές συνέπειες είναι δύσκολο να διαχωριστούν. Αύξηση της ανεργίας σημαίνει αύξηση των κοινωνικών εντάσεων όλων των ειδών, καθώς αυξάνεται η ψυχολογική πίεση στους ανέργους και στις οικογένειές τους. Η οικονομική στέρηση των ανέργων και η ψυχολογική πίεση που υφίστανται, επηρεάζει και τη σωματική υγεία, όπως προκύπτει από σχετικές έρευνες που παρουσιάστηκαν, για τον λόγο ότι οι άνεργοι αυξάνουν τη χρήση ουσιών, του αλκοολ ή του τσιγάρου. Επίσης και μόνο το γεγονός

των υψηλών επιπέδων στρες, αυξάνονται τα κρούσματα καρδιαγγειακών συμβαμάτων.

Η μείωση της ανεργίας μπορεί να ακούγεται ως κάτι το ρεαλιστικό, η πλήρης απασχόληση όμως πρέπει να αποτελεί το στόχο. Τα οικονομικά πλεονεκτήματα των υψηλών επιπέδων απασχόλησης είναι προφανή και αποδεκτά από όλες τις σχολές σκέψης στην επιστήμη των οικονομικών. Όσο βέβαια η πλήρης απασχόληση παραμένει θέμα διαλόγου, όσο δηλαδή εξακολουθεί να υπάρχει ανεργία, τόσο η ολοκληρωμένη στήριξη των ανέργων πρέπει να αποτελεί στόχο του κοινωνικού κράτους επ' ωφελεία τόσο των ανέργων όσο και της κοινωνίας.

Η στήριξη των ανέργων, εκτός από τον κοινωνικό της χαρακτήρα, θα δημιουργήσει μακροπρόθεσμο όφελος για την κοινωνία και την οικονομία, αφού η επίδραση της ανεργίας στην υγεία θεωρείται δεδομένη. Η ελλειμματική υγεία δημιουργεί πλήθος προβλημάτων, κοινωνικών και οικονομικών. Η αρνητική επίδραση της ανεργίας στην υγεία ακολουθεί το άτομο και μετά την επανένταξή του στην απασχόληση, με αποτέλεσμα να δημιουργούνται εκ νέου προβλήματα στην ομαλή ένταξή του στην εργασία και να οδηγείται πάλι το άτομο στην ανεργία, κινούμενο έτσι μέσα σε έναν ατέρμονο φαύλο κύκλο.

Κλείνοντας αυτή την μελέτη θα πρέπει να τονιστεί πως η ανεργία αποτελεί ένα κοινωνικό πρόβλημα με έντονα παρεπόμενα και η σοβαρή αντιμετώπισή της απαιτεί την ύπαρξη ενός σύγχρονου κοινωνικού κράτους, που δεν θα δίνει ένα υποτυπώδες επίδομα στους ανέργους, αλλά θα εξασφαλίζει συνθήκες πλήρους απασχόλησης με σκοπό την κοινωνική ευημερία, την υγεία και την οικονομική ανάπτυξη.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Α. ΕΛΛΗΝΙΚΗ

1. Αγραφιώτης Δ. (1998): Υγεία και Αρρώστια, Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα
2. Αγαπητός Γ. (2004): Εγχειρίδιο βασικών οικονομικών εννοιών. Αθήνα
3. Βενιζέλος Ε.: Το Σύνταγμα του 1975/86/2001 (2001), Εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα
4. Γεργιάδου, Β. (1997): Το πρόβλημα της ανεργίας των νέων στην Ευρώπη, *Ευρωπαϊκή Έκφραση*, 25, 19-22.
5. Δρετάκης Μ. (2001): Ανατομία της ανεργίας στην Ελλάδα
6. Δεδουσόπουλος Α. (2000): Θεωρίες της ανεργίας, Εκδόσεις Τυποθείτο, Αθήνα
7. Δημολιάτης Γ. (2002): Υγεία για όλους τον 21ο αιώνα, Εκδόσεις Τυποθείτο, Αθήνα
8. ΕΚΚΕ (1998): Ανεργία, εργασία, εκπαίδευση – κατάρτιση στην Ελλάδα και στη Γαλλία, Εκδόσεις ΕΚΚΕ
9. Κυριόπουλος Γ. - Γκρέγκορ Σ. - Οικονόμου Χ. (2003): Υγεία και υπηρεσίες υγείας στον Ελληνικό πληθυσμό, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.
10. Κουλιεράκης Γ.- Μεταλληνού Ο. - Πάντζου Π. (2000): Κοινωνιολογική και ψυχολογική προσέγγιση των Νοσοκομείων /υπηρεσιών υγείας, Εκδόσεις ΕΑΠ, Πάτρα
11. Κουζής Γ. (2001): Εργασιακές σχέσεις και ευρωπαϊκή ενοποίηση, Εκδόσεις ΙΝΕ ΓΣΕΕ, Αθήνα
12. Κρεμαλής Κ. (1985): Δίκαιο των κοινωνικών ασφαλίσεων, Εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα
13. Κουκιάδης, Ι. (1995): Ανεργία - Απασχόληση. Για την εισήγηση της επιτροπής μελέτης μέτρων για την αντιμετώπιση της ανεργίας και την αύξηση της απασχόλησης, Αθήνα: Γνώμη της ΟΚΕ.
14. Μάντη Π. - Τσελέπη Χ. (2000): Κοινωνιολογική και ψυχολογική προσέγγιση των Νοσοκομείων /υπηρεσιών υγείας, Εκδόσεις ΕΑΠ, Πάτρα.

15. Ματσαγγάνης Μ. (1999): Προοπτικές του κοινωνικού κράτους στη Νότια Ευρώπη, Εκδόσεις Ελληνικά γράμματα
16. Μητρόπουλος Α. (1993): Εργασία και συνδικάτα στη μεταβιομηχανική κοινωνία, Εκδόσεις Λιβάνη
17. Ναξάκης Χ., Χλέτσος Μ. (2005): Το μέλλον της εργασίας, Εκδόσεις Πατάκη, Αθήνα.
18. Ρομπόλης Σ. - Χλέτσος Μ. (1995): Η κοινωνική πολιτική μετά τη κρίση του κράτους –πρόνοιας, Εκδόσεις παρατηρητή, Θεσσαλονίκη.
19. Τούντας Ι. (2001): Κοινωνία και Υγεία, Εκδόσεις Οδυσσέας. Αθήνα.
20. Χλέτσος Μ - Κατσορίδας Δ. - Ναξάκης Χ. - Ιωακείμογλου Η. - Καρασαβόγλου Α. (1998): Ανεργία , Μύθοι και πραγματικότητα, Εναλλακτικές εκδόσεις ,Αθήνα.
21. Χάλας Γ.(2002): Ανάλυση της εργασίας, Εκδόσεις ΙΝΕ ΓΣΕΕ
22. Χριστοδούλου Γ. – Κονταξάκης Β. – Οικονόμου Μ. (2000): Προληπτική Ψυχιατρική , Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα
23. Στασινοπούλου Ο. (2000): Κράτος πρόνοιας, Εκδόσεις Gutenberg, Αθήνα
24. Adam Ph. - Herzlich Cl.: Κοινωνιολογία της ασθένειας και της ιατρικής, Εκδόσεις ΕΑΠ , Πάτρα.
25. ΙΝΕ\ΓΣΕΕ, (1996): «Κοινωνικές επιπτώσεις», ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ, τ.20
26. Σαρρής Μ. (2001): Κοινωνιολογία της υγείας και της ποιότητας ζωής, Εκδόσεις Παπαζήση
27. Παναγιωτόπουλος Ν. (2005): Η οδύνη των ανέργων, Εκδόσεις πολύτροπον, Αθήνα
28. Λυμπεράκη Α. - Πελαγίδης Θ. (2000): Ο φόβος του ξένου στην αγορά εργασίας : ανοχές και προκαταλήψεις στην ανάπτυξη, Εκδόσεις πόλις , Αθήνα
29. Χριστοδούλου Γ. - Λιάππας Ι. - Τομαράς Β. - Βασιλειάδου (2003): Η ψυχιατρική στη γενική ιατρική , Εκδόσεις Βήτα , Αθήνα,
30. Ελληνική Εταιρεία Θυματολογίας (2003): Τα κοινωνικώς αποκλεισμένα άτομα και η προστασία τους, Εκδόσεις ατραπός ,Αθήνα
31. Critiques T. (2002): Κριτική της εργασίας, Εκδόσεις ελεύθερος τύπος, Αθήνα
32. Lucsoete C.F. (1994): Εργασία για όλους ή μαζική ανεργία, Εκδόσεις Θεμέλειο , Αθήνα
33. Σούλης Σ. (1999): Οικονομικά της Υγείας, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα
34. Δημήτρη Παντελή: όψεις της ανεργίας, www.PolitikoKafeneio.com

35. Εθνικό σχέδιο δράσης για την Απασχόληση (2001), Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Κείμενο εργασίας
36. Εθνικό σχέδιο δράσης για την Απασχόληση (2004), Υπουργείο Εργασίας και κοινωνικής αλληλεγγύης, Κείμενο εργασίας.
37. Σταθόπουλος Α.Π., (1987): «Απασχόληση και ψυχική Διαταραχή» Επιθεώρηση κοινωνικών, Ν.66
38. Μαδιανός Μ., (2002): « Κοινωνικές και ψυχικές διαταραχές», Επιθεώρηση κοινωνικών ερευνών, Ν.39-40
39. Κωνσταντινόπουλος Χ., (1993): Θεσμοί και φορείς καταπολέμησης της ανεργίας στην Ελλάδα 1920 -1992, Υπηρεσία έκδοσης ΟΑΕΔ, Αθήνα
40. Γεωργούση Ε., Νιάκας Δ., Σωμαράκης Μ. (1989): Παγκόσμια Στρατηγική για Υγεία για Όλους το έτος 2000, Κατευθυντήριες Γραμμές, WHO.
41. Κάτσικας Χ., - Καββαδίας Γ. (1996): Η Ελληνική Εκπαίδευση στον ορίζοντα του 2000, Εκδόσεις Gutenberg, Αθήνα.
42. Καμινιώτη Ο. (1995): «Οι κοινωνικές επιπτώσεις της ανεργίας», Περιοδικό ΕΡΓΑΣΙΑ, έκδοση ΟΑΕΔ/ΠΙΕΚΑ , Νοέμβριος –Δεκέμβριος τ.5
43. Λεχουρίτης Γ.(1996): Οι ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις της ανεργίας», Περιοδικό Ενημέρωση (INE /ΓΣΕΕ) Νοέμβριος ,τ.19.

B. ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

1. Arnetz, Wasserman, Petrini, Brenner, Lewi, Eneroth, Salovaara, Hjelm,
2. Australian Bureau of Statistics (1997): Australian social trends 1997, Canberra: ABS, Catalogue No. 4102
3. Beale N., Nethercott S. (1985): job-loss and family morbidity : a study of a factory closure, J R Coll Gen Prct, v.35 pp510-4
4. Beale N., Nethercott S., (1987): The health of industrial employees four years after compulsory redundancy, J Roy Coll Gen Pract, v. 37, pp390-394
5. Brenner, M. H. (1973): Mental illness and the economy, Cambridge, MA Harvard University Press
6. Brenner, M. H. (1977): Health costs and benefit and economic policy, Int. J. Health Service, v. 7, pp. 581

7. Brenner, S.O., & Starrin, B. (1988): Unemployment and health in Sweden: public issues and private issues, *Journal of Social Issues*, 44
8. Bryman, A. (2008): *Social Research*, 3rd Edition, Oxford
9. Bunn A.R., (1979): “ Ischmic heart disease mortality and the business cycle in Australia” , *Am J Public Health* , v.69,pp.772-781
10. Castells M. (2003): Ο μετασχηματισμός της εργασίας και της απασχόλησης Δικτυακοί εργάτες , άνεργοι και ελαστικοί, Εκδόσεις Λέσχη το 21ου αιώνα, Αθήνα
11. Catalano R., Dooley D., Wilson G., Hough R., (1993): “ Job loss and alcohol Abuse: a test using data from the Epidemiologic Catchments Area project”, *J Health Soc. Behav*, v. 34, pp.215-225
12. Clark A., Oswald J., (1994), “Unhappiness and Unemployment”, *Economic Journal*, v. 104, pp. 648-659
13. Cooper SP, Buffler PA, Cooper CJ. (1989): Health characteristics by occupation and industry of longest employment. *Vital Health Stat [10] Jun* ;(168):1–105.
14. Crombie I.K., (1989): “Trends in suicide and unemployment in Scotland, 1976- 86”, *BMJ*, v. 298, pp. 782-784
15. Crombie I.K., (1990): “Can changes in the unemployment rates explain the recent changes in suicide rates in developed countries?”, *Epidemiology*, v.19 pp 412-416
16. Fryer D., (1986): “Employment Deprivation and Personal Agency During Unemployment: A Critical Discussion of Jahoda’s Explanation of the Psychological Effects of Unemployment”, *Social Behaviour*, v. 1, pp. 3-23
17. Gerdtham U. G., Johannesson M., (2003): “A note on the effect of unemployment on mortality”, *Journal of Health Economics*, v. 22, pp.505-518
18. Gillam S., Yates, J., Badrinath P (2007): *Essential Public Health*. Cambridge University Press
19. Graetz B., (1993): “Health consequences of employment and unemployment: longitudinal evidence for young men and women” *Soc Sci Med*, v.36, pp 715 - 724
20. Gravelte H. S. B., Hutchinson G., Stern J. (1981): “Mortality and unemployment: a critique of Brenner’s time-series analysis”, *Lancet*, v.675

21. Gullledge, T. and Rainer,S. (2002): “Business process management: public sector implications” *Journal of Business Process Management*, Vol.8, No.2, pp. 364-376.
22. Haan M, Kaplan GA, Camacho T. (1997): Poverty and health: Prospective evidence from the Alameda County Study. *Am J Epidemiol.*; 125(6):989–98
23. Hamid, A., (1991): “From Ganja to crack: Caribbean participation in the underground economy in Brooklyn, 1976-1986. Part I. Establishment of the marijuana economy”, *Int. J. Addict*, v. 26, pp. 615-628
24. Hammarstrom A., (1994): “Health consequences of youth unemployment”, *Public Health*, v. 108. pp. 403-412
25. Hammarstrom A., (1994): “Health consequences of youth unemployment: Review from a gender perspective”, *Social Science and Medicine*, v. 38, pp. 699-709
26. Hammarstrom A., Janlert U., (1994): “Unemployment and change of tobacco habits: a study of young people from 16 to 21 years of age”, *Addiction*, v. 89, pp. 1691-1696
27. Hammer T., (1992): “Unemployment and use of drug and alcohol among young people: a longitudinal study in the general population”, *Br J Addiction*, v.87, pp 1571- 1581
28. Hayes J., Nuttman P., (1981): “Understanding the Unemployment: The Psychology Effects of Unemployment”, Tavistock, London, pp.167-171
29. Hermalin J.A., Steer R.A., Platt J.J., Metzger D.S., (1990): “Risk characteristics associated with chronic unemployment in methadone clients”, *Drug.Alcohol Depend*, v.26, pp.117-125
30. <http://www.imerisia.gr/article.asp?catid=12333&subid=2&pubid=26353173>
17/11/2012
31. <http://www.nonsmokersclub.com/content/view/233/2/> 17/11/2012
32. <http://www.vitaequalis.gr/c45.html> 17/11/2012
33. Iversen L., Andersen O., Andersen P.K. et al., (1987): “Unemployment and mortality in Denmark, 1970-80”, *BMJ*, v. 295, pp.878-884
34. Iversen L., Sabroe S., and Damsgaard M.T., (1989): “Hospital admissions before and after shipyard closure”, *Br. Med., J.*, v.299, pp 1073-1076
35. Jackson P., Warr P., (1987): “Mental health of unemployed men in different parts of England and Wales”, *BMJ*, v.295, pp. 525

36. Kasl S. V., Cobb S., (1980): "The experience of losing a job: some effects on cardiovascular functioning", *Psychother, Psychosom*, v.34, pp 88-109
37. Kogevinas M., Anto J. M., Tobias A., Alonso J., Soriano J., Almar E., Munionzguren N., Payo F., Pereir A., Sunier J., (1998): "Respiratory symptoms, lung function and use of health services among unemployed young adults in Spain. Spanish Group of the European Community Respiratory Health Survey." *Eur. Respir. J.*, v. 11, pp. 1363-1368
38. Lewis, J. (2001): *Career and personal counseling: Comparing process and outcome. Journal of Employment Counseling*, 38, 82-90.
39. Linn M., Sandifer R., Stein S., (1985): "Effects of unemployment on mental and physical health", *Am J Public Health*, v. 75, pp 502-506
40. Martikainen P., Volkonen T., (1996): "Excess mortality of unemployed men and women during a period of rapidly increasing unemployment", *Lancet*, v.348, pp 909-912
41. Mathers C.D., (1994): "Health differentials among adult Australians aged 25-64 years", Canberra, Australian Institute of Health and Welfare, Health Monitoring Series No.1
42. Mathers C.D., (1995): "Health differentials among Australian children", Canberra, Australian Institute of Health and Welfare, Health Monitoring Series No.3
43. Morrell S., Taylor R., Kerr B., (1998): "Unemployment and young people's health, *MJA*, v.168, pp. 236-240
44. Morrell, S., Taylor, R., Quine, S., Kerr, C., & Western, J. (1994): A cohort study of unemployment as a cause of psychological disturbance in Australian youth. *Social Science and Medicine*, 38, 1553-1564.
45. Morris J. K., Cook D. G., Shaper A. G., (1994): "Loss of employment and mortality", *BMJ*, v. 308, pp. 1135-1139
46. Moser K.A, Goldblatt P., Fox J., Jones D., (1990): "Unemployment and mortality In: Goldblatt P, editor, *Longitudinal study: mortality and social organization*. London, OPCS, Series LS No. 6
47. Moser K.A, Goldblatt P.O., Fox A. J., Jones D. R., (1987): "Unemployment and mortality: comparison of the 1971 and 1981 longitudinal study census samples", *BMJ*, v.1, pp. 86-90.

48. Moser KA, Fox AJ, Jones DR. (1984): Unemployment and mortality in the OPCS Longitudinal Study. *Lancet*. Dec 8;2 (8415):1324–29.
49. Peck, D.F., & Plant, M.A. (1986): Unemployment and illegal drug use: concordant evidence from a prospective study and national trends. *British Medical Journal*, 293, 929-932.
50. Platt, S. (1984): Unemployment and suicidal behaviour: a review of the literature. *Social Science and Medicine*, 19, 93-115.
51. Preti A and Miotto P., (1999): “Suicide and unemployment in Italy”, 1982-1994, *J. Epidemiol. Community Health*, v.53, pp. 694-701
52. Rasky E., Stronegger W. J., Freidl W., (1996): “Employment status and its health-related effects in rural Styria, Austria”, *Prev. Med.*, v. 25, pp. 757-763
53. Segest E., Mygind O., Bay H., (1990): “The influence of prolonged stable methadone maintenance treatment on mortality and employment: an 8-year follow-up”, *Int. J. Addict*, v. 25, pp. 53-63
54. Stern J., (1981): “Unemployment and its impact on morbidity and mortality”, Discussion Paper No. 93. Centre for Labour Economics, London School of Economics
55. Temple M. T., Fillmore K. M., Hartka E., Johnstone B., Leino E. V., Motoyoshi M., (1991): “A meta-analysis of change in marital and employment status as predictors of alcohol consumption on a typical occasion”, *Br. J. Addict*, v. 86, pp. 1269-1281
56. Theodossiou, I., (1998): “The Effects of Low Pay and Unemployment on Psychological Well-Being: A Logistic Regression Approach”, *Journal of Health Economics*, v. 17, pp. 85-104
57. Theorell (1987): « Immune function in unemployed women» , *Psychosom.Med* v.46, pp.3-12
58. Troll E. L., (1982): *Continuations: Adult Development and Aging*, Brooks-Cole Publishing, Monterey, CA
59. Turner, J.B., Kessler, R.C, & House, J.S. (1991): Factors facilitating adjustment to unemployment: Implications for intervention. *American Journal of Community Psychology*, 19, 521-542.
60. Warr P.B., (1987): “*Work Unemployment and Mental Health*”, Oxford University Press

61. Warr, P. B., & Jackson, P.R. (1983): Self-esteem and unemployment among young workers. *Le Travail Humain*, 46.355-366.
62. Williams DR, Collins C. U.S. (1995) Socioeconomic and racial differences in health: Patterns and explanations. *Ann Rev Sociol.* ;21:349–86
63. Winefield A. H., Tiggemann, M., (1990): “Length of unemployment and psychological distress: Longitudinal and cross-sectional data”, *Soc. Sci. Med*, v. 31, pp. 461-465
64. Yuen P., Balarajan R., (1989): “Unemployment and patterns of consultation with the general practitioner”, *BMJ*, v. 298, pp. 1212-1214

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ