



ΤΕΙ ΗΠΕΙΡΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΙΣΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΧΡΗΜΑΤΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ

**ΠΜΣ ΛΟΓΙΣΤΙΚΗΣ - ΧΡΗΜΑΤΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΑΙ
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΣΧΕΣΗΣ ΤΗΣ ΜΙΣΘΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΑΙ
ΣΥΝΤΑΞΙΟΔΟΤΙΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΜΕ ΤΗΝ
ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ**

Δημήτριος Χ. Μαζέτας

Κωνσταντίνος Καραμάνης

Αν. Καθηγητής Οικονομικών, ΤΕΙ Ηπείρου

Πρέβεζα, Ιούνιος, 2018



ΤΕΙ ΗΠΕΙΡΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΙΣΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΧΡΗΜΑΤΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ

ΠΜΣ ΛΟΓΙΣΤΙΚΗΣ - ΧΡΗΜΑΤΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΑΙ

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΣΧΕΣΗΣ ΤΗΣ ΜΙΣΘΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΑΙ

ΣΥΝΤΑΞΙΟΔΟΤΙΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΜΕ ΤΗΝ

ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

Δημήτριος Χ. Μαζέτας

Κωνσταντίνος Καραμάνης
Αν. Καθηγητής Οικονομικών, ΤΕΙ Ηπείρου

Πρέβεζα, Ιούνιος, 2018

**THE RELATIONSHIP OF EMPLOYEE'S SALARY AND PENSION
INCOME WITH THE PSYCHOSOMATIC HEALTH AND
QUALITY OF LIFE**

Εγκρίθηκε από τριμελή εξεταστική επιτροπή

Πρέβεζα, Ιούνιος, 2018

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ

1. Επιβλέπων καθηγητής

Κωνσταντίνος Καραμάνης,

Αν. Καθηγητής Οικονομικών, Τ.Ε.Ι. Ηπείρου

2. Μέλος επιτροπής

Χρήστος Γκόγκος

Αν. Καθηγητής Πληροφορικής, Τ.Ε.Ι. Ηπείρου

3. Μέλος επιτροπής

Χαρίλαος Ναζάκης

Καθηγητής Οικονομικών, Τ.Ε.Ι. Ηπείρου

© Δημήτριος Χ. Μαζέτας, 2018

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Δήλωση μη λογοκλοπής

Δηλώνω υπεύθυνα και γνωρίζοντας τις κυρώσεις του Ν. 2121/1993 περί Πνευματικής Ιδιοκτησίας, ότι η παρούσα μεταπτυχιακή εργασία είναι εκ ολοκλήρου αποτέλεσμα δικής μου ερευνητικής εργασίας, δεν αποτελεί προϊόν αντιγραφής ούτε προέρχεται από ανάθεση σε τρίτους. Όλες οι πηγές που χρησιμοποιήθηκαν (κάθε είδους, μορφής και προέλευσης) για τη συγγραφή της περιλαμβάνονται στη βιβλιογραφία.

Μαζέτας Χ. Δημήτριος

Υπογραφή

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ευχαριστώ θερμά, τον Καθηγητή μου, Κωνσταντίνο Καραμάνη, που δέχθηκε να εποπτεύσει και να περιβάλλει με ιδιαίτερη φροντίδα κάθε κομμάτι της παρούσας εργασίας, καθώς και τους συνεπιβλέποντες καθηγητές για όλη την καθοδήγηση και στήριξη.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Οι υπάρχουσες μελέτες για τις επιπτώσεις της μισθολογικής κατάστασης στην ψυχοσωματική υγεία δεν είναι αρκετές και υπάρχει έλλειψη της έρευνας στο επίπεδο που αφορά στη σχέση μεταξύ της οικονομικής συρρίκνωσης και της ποιότητας ζωής.

Σκοπός: Η ανίχνευση της επίδρασης της προσωπικής μισθολογικής κατάστασης στην ψυχοσωματική υγεία και ποιότητα ζωής των εργαζομένων και των συνταξιούχων.

Μέθοδος: Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Λογιστική – Χρηματοοικονομική και Διοικητική Επιστήμη» του ΤΕΙ Ηπείρου από τον Σεπτέμβριο του 2017 έως τον Ιούνιο του 2018. Το δείγμα αποτελούνταν από 476 ενήλικα και ηλικιωμένα άτομα από τον υγιή πληθυσμό με μέσο όρο ηλικίας 60.11 (SD=14.22), που συμπλήρωσαν εθελοντικά τα ερωτηματολόγια: α) Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας, β) Ερωτηματολόγιο Επισκόπησης της Υγείας, γ) Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία, δ) Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής, ε) Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής, και ακόμη ένα ερωτηματολόγιο κοινωνικοδημογραφικών στοιχείων και αυτοαναφερόμενων στοιχείων για την προσωπική μισθολογική κατάσταση και τα χρόνια ψυχοσωματικά συμπτώματά τους.

Αποτελέσματα: Μονοπαραγοντική και πολυπαραγοντική ανάλυση εφαρμόστηκε για τη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων, από την οποία προέκυψε ότι τα άτομα με χαμηλά μηνιαία εισοδήματα εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα (7,04) αισθήματος κατωτερότητας, (19,74) συνολικής τιμής εξωτερικής ντροπής, (4,15) αισθήματος κενού, (7,43) αντίληψης του ατόμου για την αντίδραση των άλλων όταν κάνει λάθη, (1,7211) συνολικής βαθμολογίας για το άγχος ως προς την καρδιακή λειτουργία, (1,9086) φόβου για την καρδιακή λειτουργία, (2,0833) αποφυγής δραστηριοτήτων για την καρδιακή λειτουργία, (1,1089) προσοχής για την καρδιακή λειτουργία, (14,45) σωματοποίησης, (12,50) Ιδεοψυχαναγκασμός,

(9,47) διαπροσωπικής ευαισθησίας. Ακόμη, προέκυψε ότι τα άτομα με υψηλά μηνιαία εισοδήματα εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα (78,73) σωματικής λειτουργικότητας, (80,21) σωματικού ρόλου, (79,44) σωματικού πόνου, (62,50) γενικής υγείας, (68,61) ψυχικής υγείας, (76,22) κοινωνικού ρόλου, (296,72) συνοπτικής κλίμακας φυσικής υγείας, και (277,12) συνοπτικής κλίμακας ψυχικής υγείας.

Συμπεράσματα: Θεωρείται απαραίτητος ο επαναπροσδιορισμός ορισμένων απόψεων αναφορικά με την επίδραση της μισθολογικής και συνταξιοδοτικής κατάστασης στην ποιότητα ζωής.

Λέξεις-κλειδιά: Μισθός, Σύνταξη, Ποιότητα Ζωής, Ψυχοσωματική Υγεία, Εσωτερική και Εξωτερική Ντροπή

ABSTRACT

Introduction: Existing studies on the effects of the of individual economic income in psychosomatic health and quality of life are not enough and there is a lack of research in the population with regards the level about the relationship between economic hardship and specific psychosomatic characteristics in the ways that a person may be experiencing individual economic crisis.

Aim: This study aimed at detecting the interaction of individual economic income on the bio-psycho health and quality of life of workers and pensioners.

Method: The total sample included 476 workers and pensioners with a mean age 60.11 (SD=14.22). The workers and elderly people completed a) the Symptom Checklist 90-R - SCL-90, b) the Short- Form Health Survey- SF-36, c) the Cardiac Anxiety Questionnaire-CAQ, d) the Other As Shamer Scale-OAS, e) the Experience of Shame Scale-ESS, and questionnaire concerning socio-demographic information and attitudes and self-reported questions data on individual economic income and their chronic psychosomatic symptoms

Results: Multivariate analysis was applied for the statistical analysis of data, and the results was the people with low monthly incomes show have the highest level (7,04) feeling of inferior (OAS), (19,74) total external shame (OAS), (4,15) feeling of emptiness (OAS), (7,43) mistakes (OAS), (1,7211) Total CAQ, (1,9086) Fear - CAQ, (2,0833) Avoidance - CAQ, (1,1089) Heart Focused Attention- CAQ, (14,45) Somatization (SCL-90), (12,50) Obsessive-Compulsive (SCL-90), (9,47) Inter. Sensitivity (SCL-90). In addition, people with high monthly incomes show have the highest level (78,73) PF (SF36), (80,21) RP (SF36), (79,44) BP (SF36), (62,50) GH (SF36), (68,61) MH (SF36), (76,22) SF (SF36), (296,72) SF_PCS (SF36), and (277,12) SF_MCS (SF36).

Conclusions: It could be argued that the results of this study, despite of the reasonable limitations, leads to a redefinition of certain views about the impact of

personal salary and pension on psychosomatic health and quality of life, and the needs that are created and must be answered.

Keywords: Salary, Pension, Quality of Life, Psychosomatic Health, Internal and External Shame

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	iv
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	v
ABSTRACT	vii
ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ	ix
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ	xiii
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ/ΕΙΚΟΝΩΝ.....	xvi
ΠΙΝΑΚΑΣ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ.....	xix
ΑΠΟΔΟΣΗ ΟΡΩΝ / ΓΛΩΣΣΑΡΙΟ	xx
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	xxi
1.Η σχέση της μισθολογικής κατάστασης των ενηλίκων εργαζομένων με την ευημερία και την ποιότητα ζωής.....	1
2.Ο ρόλος της μισθολογικής κατάστασης στην ψυχοσωματική υγεία των ενηλίκων εργαζομένων.....	7
2.1 Ψυχική Υγεία – Εργασία – Μισθολογική Κατάσταση.....	9
2.2 Σωματική Υγεία – Εργασία – Μισθολογική Κατάσταση.....	16
3.Η σχέση της ψυχολογίας και των συναισθημάτων της ντροπής με τη μισθολογική κατάσταση και το οικονομικό άγχος.....	19
3.1 Μοντέλο Finances - Shame	21
4.Η σχέση της συνταξιοδοτικής κατάστασης των ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας με τα αισθήματα ασφαλής και ανασφαλούς γήρανσης.....	27
5.Ο ρόλος της συνταξιοδοτικής κατάστασης στην ψυχοσωματική υγεία των ηλικιωμένων	33
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	40
1. Κίνητρα, σκοπός και ερευνητικές υποθέσεις της μελέτης	41
1.1 Ερευνητικές υποθέσεις.....	42

2.Υλικό και Μέθοδος	44
2.1 Δείγμα.....	45
2.2 Διαδικασία.....	45
2.3 Ερωτηματολόγιο και Ερευνητικά εργαλεία	46
2.4 Στατιστική επεξεργασία	52
2.5 Προσδοκώμενα Αποτελέσματα.....	53
3.Αποτελέσματα της Μελέτης.....	55
3.1 Κοινωνικο - Δημογραφικό προφίλ του δείγματος.....	55
4.Αποτελέσματα στατιστικής επεξεργασίας της σχέσης της Μισθολογικής Κατάστασης με την ψυχοσωματική ποιότητα ζωής.....	59
4.1 Κλίμακες που μελετήθηκαν.....	59
4.2 Διαφοροποιήσεις της μισθολογικής κατάστασης μεταξύ των ερωτώμενων του δείγματος και της ύπαρξης ή μη χρόνιων σωματικών συμπτωμάτων	63
4.3 Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ μισθολογικής κατάστασης και κοινωνικών χαρακτηριστικών.....	65
5.Διμεταβλητές Συσχετίσεις.....	66
5.1. Συσχετίσεις του προσωπικού μηνιαίου εισοδήματος των ερωτώμενων και των υποκλιμάκων της ψυχοπαθολογίας	66
5.2 Συσχετίσεις του προσωπικού μηνιαίου εισοδήματος των ερωτώμενων και των υποκλιμάκων του άγχους για την καρδιακή λειτουργία]	68
5.3 Συσχετίσεις του προσωπικού μηνιαίου εισοδήματος των ερωτώμενων και των υποκλιμάκων της εσωτερικής και εξωτερικής ντροπής	69
5.4 Συσχετίσεις του προσωπικού μηνιαίου εισοδήματος των ερωτώμενων και των υποκλιμάκων της ποιότητας ζωής.....	70
6. Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ Κατηγοριών Μηνιαίου Εισοδήματος.....	71
6.1 Αναλυτική περιγραφή των διαφοροποιήσεων των κατηγοριών μηνιαίας μισθολογικής κατάστασης.....	74
7.Η επίδραση του μηνιαίου εισοδήματος στην ψυχοσωματική υγεία με απλή και πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση	82
7.1. Μισθολογική Επίδραση στη Συνολική Κλίμακα Φυσικής Υγείας.....	83

7.2. Μισθολογική Επίδραση στη Συνολική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας.....	84
7.3. Μισθολογική Επίδραση στην Εξωτερική Ντροπή	85
7.4. Μισθολογική Επίδραση στο Άγχος για την Καρδιακή Λειτουργία	86
7.5. Μισθολογική Επίδραση στο Σωματικό Πόνο	86
7.6. Μισθολογική Επίδραση στη Σωματική λειτουργικότητα	87
8. Η επίδραση του μηνιαίου συνταξιοδοτικού εισοδήματος στην ψυχοσωματική υγεία των συνταξιούχων	89
8.1. Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ Κατηγοριών Μηνιαίου Εισοδήματος των συνταξιούχων του δείγματος.....	89
8.2. Αναλυτική περιγραφή των διαφοροποιήσεων των κατηγοριών μηνιαίας μισθολογικής κατάστασης των συνταξιούχων του δείγματος.....	92
9. Η επίδραση του μηνιαίου συνταξιοδοτικού εισοδήματος στην ψυχοσωματική υγεία των συνταξιούχων με απλή και πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση.....	100
9.1. Η επίδραση του μηνιαίου συνταξιοδοτικού εισοδήματος στη Συνολική Κλίμακα Φυσικής Υγείας.....	101
9.2. Η επίδραση του μηνιαίου συνταξιοδοτικού εισοδήματος στη Συνολική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας	102
9.3. Η επίδραση του μηνιαίου συνταξιοδοτικού εισοδήματος στην Εξωτερική Ντροπή.....	103
9.4. Η Επίδραση του μηνιαίου συνταξιοδοτικού εισοδήματος στο Άγχος για την Καρδιακή Λειτουργία.....	104
9.5. Η Μισθολογική Επίδραση του μηνιαίου συνταξιοδοτικού εισοδήματος στο Σωματικό Πόνο	105
9.6. Η Μισθολογική Επίδραση του μηνιαίου συνταξιοδοτικού εισοδήματος στη Σωματική λειτουργικότητα	105
10. Συζήτηση.....	107
10.1 Οριοθετήσεις	107
10.2 Επίδραση της μηνιαίας μισθολογικής κατάστασης στα χρόνια σωματικά συμπτώματα]	107
10.3 Επίδραση της μηνιαίας μισθολογικής κατάστασης στην ποιότητα ψυχοσωματικής υγείας.....	108

10.4 Επίδραση της μηνιαίας μισθολογικής κατάστασης στην Ψυχική Υγεία	110
10.5 Επίδραση της μηνιαίας μισθολογικής κατάστασης στα αισθήματα ντροπής.....	112
10.6 Επίδραση της μηνιαίας μισθολογικής κατάστασης στο σωματικό πόνο.....	114
10.7 Επίδραση της μηνιαίας μισθολογικής κατάστασης στην ψυχοσωματική υγεία και ποιότητα ζωής των συνταξιούχων.....	115
11. Συμπεράσματα - Προτάσεις	118
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	124

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 3.1.1 : Περιγραφή και Διαφορές Κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών των ηλικιωμένων του δείγματος	55
Πίνακας 3.1.2 : Περιγραφή και Διαφορές Κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών των ηλικιωμένων του δείγματος	56
Πίνακας 3.1.3 : Παροντικό και Παρελθοντικό εργασιακό περιβάλλον των ερωτώμενων του δείγματος	57
Πίνακας 3.1.4 : Αναπαράσταση συνταξιοδοτικής ικανοποίησης και Συνταξιοδοτικό καθεστώς των ερωτώμενων συνταξιούχων του δείγματος.....	58
Πίνακας 4.2.1 : Διαφοροποιήσεις της μισθολογικής κατάστασης μεταξύ των ερωτώμενων του δείγματος και της ύπαρξης ή μη χρόνιων σωματικών συμπτωμάτων.....	64
Πίνακας 4.3.1 : Διαφοροποιήσεις μεταξύ της μισθολογικής κατάστασης μεταξύ των ερωτώμενων ατόμων και των κοινωνικών χαρακτηριστικών τους.	65
Πίνακας 5.1.1 : Συσχετίσεις υποκλιμάκων ψυχοπαθολογίας και μηνιαίου προσωπικού εισοδήματος με τον παραμετρικό συντελεστή συσχέτισης r του Pearson.....	67
Πίνακας 5.2.1 : Συσχετίσεις υποκλιμάκων του άγχους για την καρδιακή λειτουργία και του μηνιαίου προσωπικού εισοδήματος με τον παραμετρικό συντελεστή συσχέτισης r του Pearson.....	68
Πίνακας 5.3.1 : Συσχετίσεις υποκλιμάκων ψυχοπαθολογίας και μηνιαίου προσωπικού εισοδήματος με τον παραμετρικό συντελεστή συσχέτισης r του Pearson.....	69

Πίνακας 5.4.1 : Συσχετίσεις υποκλιμάκων της ποιότητας ζωής και του μηνιαίου προσωπικού εισοδήματος με τον παραμετρικό συντελεστή συσχέτισης r του Pearson.....	70
Πίνακας 6.1 : Διαφοροποιήσεις μεταξύ κατηγοριών μηνιαίου εισοδήματος	73
Πίνακας 6.1.1 : Παρουσίαση των διαφοροποιήσεων ανά μηνιαία μισθολογική κατηγορία.....	74
Πίνακας 7.1.1 : Αποτελέσματα πολλαπλής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη Συνολική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (SF_PCS – SF36), στο δείγμα των ερωτώμενων.....	83
Πίνακας 7.2.1 : Αποτελέσματα πολλαπλής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη Συνολική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (SF_MCS – SF36), στο δείγμα των ερωτώμενων.....	84
Πίνακας 7.3.1 : Αποτελέσματα πολλαπλής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη Συνολική Εξωτερική Ντροπή (OAS), στο δείγμα των ερωτώμενων.....	85
Πίνακας 7.4.1 : Αποτελέσματα πολλαπλής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή το Άγχος για την Καρδιακή Λειτουργία (CAQ), στο δείγμα των ερωτώμενων.....	86
Πίνακας 7.5.1 : Αποτελέσματα πολλαπλής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή το σωματικό πόνο (BP – SF36), στο δείγμα των ερωτώμενων.....	87
Πίνακας 7.6.1 : Αποτελέσματα πολλαπλής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή το Σωματική λειτουργικότητα (PF– SF36), στο δείγμα των ερωτώμενων.....	88
Πίνακας 8.1.1 : Διαφοροποιήσεις μεταξύ κατηγοριών μηνιαίου συνταξιοδοτικού εισοδήματος	90
Πίνακας 8.2.1 : Παρουσίαση των διαφοροποιήσεων ανά μηνιαία συνταξιοδοτική μισθολογική κατηγορία.....	93

Πίνακας 9.1.1 : Αποτελέσματα πολλαπλής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη Συνολική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (SF_PCS – SF36), στο δείγμα των συνταξιούχων.....	101
Πίνακας 9.2.1 : Αποτελέσματα πολλαπλής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη Συνολική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (SF_MCS – SF36), στο δείγμα των συνταξιούχων.....	102
Πίνακας 9.3.1 : Αποτελέσματα πολλαπλής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη Συνολική Εξωτερική Ντροπή (OAS), στο δείγμα των συνταξιούχων.....	103
Πίνακας 9.4.1 : Αποτελέσματα πολλαπλής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή το Άγχος για την Καρδιακή Λειτουργία (CAQ), στο δείγμα των ερωτώμενων.....	104
Πίνακας 9.5.1 : Αποτελέσματα πολλαπλής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή το σωματικό πόνο (BP – SF36), στο δείγμα των συνταξιούχων.....	105
Πίνακας 9.6.1 : Αποτελέσματα πολλαπλής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή το Σωματική λειτουργικότητα (PF– SF36), στο δείγμα των συνταξιούχων.....	106

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ/ΕΙΚΟΝΩΝ

Διάγραμμα 1 : Μηνιαίο Εισόδημα –Μέσος Όρος Διαπροσωπική ευαισθησία (Inter. Sensitivity-SCL-90).....	76
Διάγραμμα 2 : Μηνιαίο Εισόδημα - Μέσος Όρος Ιδεοψυχαναγκασμός (Obsessive Compulsive-SCL-90)	76
Διάγραμμα 3 : Μηνιαίο Εισόδημα - Μέσος Όρος Διάφορες αιτιάσεις (π.χ. πρωινή αφύπνιση SCL-90).....	77
Διάγραμμα 4 : Μηνιαίο Εισόδημα - Μέσος Όρος Σωματοποίηση (Somatization-SCL-90)	77
Διάγραμμα 5 : Μηνιαίο Εισόδημα - Μέσος Όρος Φόβος για την καρδιακή λειτουργία (Fear-CAQ)	77
Διάγραμμα 6 : Μηνιαίο Εισόδημα - Μέσος Όρος Αποφυγής δραστηριοτήτων για την καρδιακή λειτουργία (Avoidance-CAQ)	77
Διάγραμμα 7 : Μηνιαίο Εισόδημα - Μέσος Όρος Προσοχή για την καρδιακή λειτουργία (Heart Focused Attention-CAQ)	78
Διάγραμμα 8 : Μηνιαίο Εισόδημα - Μέσος Όρος Συνολική βαθμολογία για το άγχος ως προς την καρδιακή λειτουργία (Total-CAQ)	78
Διάγραμμα 9 : Μηνιαίο Εισόδημα - Μέσος Όρος Συνολική βαθμολογία εξωτερικής ντροπής (Total-OAS).....	78
Διάγραμμα 10 : Μηνιαίο Εισόδημα - Μέσος Όρος Αισθήματος Κατωτερότητας (Inferior-OAS).....	78
Διάγραμμα 11 : Μηνιαίο Εισόδημα - Μέσος Όρος Αισθήματος Κενού (Empty-OAS).....	79

Διάγραμμα 12 : Μηνιαίο Εισόδημα - Μέσος Όρος Σωματική λειτουργικότητα (PF-SF36)	79
Διάγραμμα 13 : Μηνιαίο Εισόδημα - Μέσος Όρος Αντίληψη του ατόμου για την αντίδραση των άλλων όταν κάνει λάθη (Mistakes-OAS)	79
Διάγραμμα 14 : Μηνιαίο Εισόδημα - Μέσος Όρος Σωματικός ρόλος (RP-SF36)	79
Διάγραμμα 15 : Μηνιαίο Εισόδημα - Μέσος Όρος Σωματικός πόνος (BP-SF36)	80
Διάγραμμα 16 : Μηνιαίο Εισόδημα - Μέσος Όρος Γενική υγεία (GH-SF36).....	80
Διάγραμμα 17 : Μηνιαίο Εισόδημα - Μέσος Όρος Ψυχική υγεία (MH-SF36)	80
Διάγραμμα 18 : Μηνιαίο Εισόδημα - Μέσος Όρος Κοινωνικός ρόλος (SF-SF36.....	80
Διάγραμμα 19 : Μηνιαίο Εισόδημα - Μέσος Όρος Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (SF_PCS-SF36)	81
Διάγραμμα 20 : Μηνιαίο Εισόδημα - Μέσος Όρος Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (SF_MCS).....	81
Διάγραμμα 21 : Μηνιαίο Εισόδημα - Μέσος Όρος Σωματοποίηση (Somatization - SCL-90)	94
Διάγραμμα 22 : Μηνιαίο Εισόδημα - Μέσος Όρος Διαπροσωπική ευαισθησία (Inter. Sensitivity-SCL-90).....	94
Διάγραμμα 23 : Μηνιαίο Εισόδημα - Μέσος Όρος Γενικός δείκτης συμπτωμάτων (SCL-90).....	95
Διάγραμμα 24 : Μηνιαίο Εισόδημα - Μέσος Όρος Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων(SCL-90)	95
Διάγραμμα 25 : Μηνιαίο Εισόδημα - Μέσος Όρος Φόβος για την καρδιακή λειτουργία (Fear-CAQ)	95
Διάγραμμα 26 : Μηνιαίο Εισόδημα - Μέσος Όρος Αποφυγή δραστηριοτήτων για την καρδιακή λειτουργία (Avoidance-CAQ)	95

Διάγραμμα 27 : Μηνιαίο Εισόδημα - Μέσος Όρος Προσοχή για την καρδιακή λειτουργία (Heart Focused Attention- CAQ)	96
Διάγραμμα 28 : Μηνιαίο Εισόδημα - Μέσος Όρος Συνολική βαθμολογία για το άγχος ως προς την καρδιακή λειτουργία (Total-CAQ)	96
Διάγραμμα 29 : Μηνιαίο Εισόδημα - Μέσος Όρος Συνολική βαθμολογία εξωτερικής ντροπής (Total-OAS)	96
Διάγραμμα 30 : Μηνιαίο Εισόδημα - Μέσος Όρος Αίσθημα κατωτερότητας (Inferior-OAS).....	96
Διάγραμμα 31 : Μηνιαίο Εισόδημα - Μέσος Όρος Σωματικός ρόλος (RP-SF36)	97
Διάγραμμα 32 : Μηνιαίο Εισόδημα - Μέσος Όρος Σωματική λειτουργικότητα (PF-SF36)	97
Διάγραμμα 33 : Μηνιαίο Εισόδημα - Μέσος Όρος Σωματικός πόνος (BP-SF36)	97
Διάγραμμα 34 : Μηνιαίο Εισόδημα - Μέσος Όρος Γενική υγεία (GH-SF36).....	97
Διάγραμμα 35 : Μηνιαίο Εισόδημα - Μέσος Όρος Ζωτικότητα (VT-SF36).....	98
Διάγραμμα 36 : Μηνιαίο Εισόδημα - Μέσος Όρος Ψυχική υγεία (MH-SF36)	98
Διάγραμμα 37 : Μηνιαίο Εισόδημα - Μέσος Όρος Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (SF-MCS)	98
Διάγραμμα 38 : Μηνιαίο Εισόδημα - Μέσος Όρος Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (SF_PCS-SF36)	98
Διάγραμμα 39 : Μηνιαίο Εισόδημα - Μέσος Όρος Κοινωνικός ρόλος (SF-SF36)	99

ΠΙΝΑΚΑΣ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ

1. ESS..... Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής
2. OAS..... Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής
3. SCL-90.....Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας
4. SF- 36..... Ερωτηματολόγιο Επισκόπησης της Υγείας
5. CAQΚλίμακα Μέτρησης Άγχους για την Καρδιακή Λειτουργία

ΑΠΟΔΟΣΗ ΟΡΩΝ / ΓΛΩΣΣΑΡΙΟ

- **Mental Health at Work:** Ψυχική Υγεία στην Εργασία
- **Demands – Resources - Individual Effects:** Αξιώσεις - Πόροι – Ατομικές Επιπτώσεις
- **The Individual Income Interpretation:** Προσωπική Ερμηνεία του Εισοδήματος
- **The Psychosocial Environment Interpretation:** Ερμηνεία του Ψυχοκοινωνικού Περιβάλλοντος
- **The Neo-Material Interpretation:** Νέο-υλιστική ερμηνεία
- **Model Finances-Shame :** Μοντέλο Οικονομικής Ντροπής

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η εργασία και το χρήμα ανέκαθεν αποτελούσαν ένα αναπόσπαστο τμήμα της υπαρκτικής πραγματικότητας και ο ανθρώπινος πολιτισμός δομήθηκε γύρω από αυτά (Rifkin, 1996; Bruckner, 2002), άλλωστε τα οικονομικά ζητήματα είναι άμεσα συνδεδεμένα με την πολιτική και με τις ανθρώπινες στάσεις όλων των εποχών απέναντι σε αυτό που αντιλαμβάνονται ως «κόσμο» (Αξελός, 2002).

Τα τελευταία χρόνια η ευημερία των εθνών έχει δημιουργήσει μεγάλη ανησυχία στους οικονομολόγους, τους διαμορφωτές πολιτικής και τους κοινωνικούς επιστήμονες. Πολλές ερευνητικές μελέτες έχουν προσπαθήσει να διερευνήσουν τους προγνωστικούς παράγοντες της ευημερίας, της ευτυχίας και της ικανοποίησης της ζωής των πολιτών των χωρών του κόσμου. Τα αποτελέσματα αυτών των μελετών ανέδειξαν ορισμένους δείκτες ευημερίας, συμπεριλαμβανομένων των δεικτών υψηλότερου εισοδήματος, καλής και χρηστής διακυβέρνησης, των δημοκρατικών θεσμών και της κοινωνικής ισότητας (Bjørnskov, Dreher, & Fischer, 2008; Stevenson & Wolfers, 2008). Η τάση των επιστημόνων της οικονομολογίας είναι να επικεντρώνονται στη μισθολογική κατάσταση των ατόμων και γενικότερα στον υλικό πλούτο τους σε αντίθεση με τους επιστήμονες της ψυχολογίας που προσπαθούν να αναδείξουν περισσότερο τις πολιτισμικές αξίες της κοινωνίας (Stevenson & Wolfers, 2008; Diener, Oishi, & Lucas, 2003). Τα ζητήματα, βέβαια, που προκύπτουν από αυτή τη διττή προβληματική για την ευημερία της σύγχρονης κοινωνίας είναι το αν θα μπορούσαν από μόνες τους οι οικονομικές παροχές να συντελέσουν στην ευημερία ή από μόνες τους οι δυνατότητες επιλογών και αυτονομίας ή ίσως η σύνθεση των δύο ανωτέρω προτάσεων. Ερευνητικά μια υπόθεση που μελετάται (Diener & Seligman, 2004; Kenny, 2005) αφορά στη γραμμικότητα αυτών των επιδράσεων και στην αναζήτηση ενός σημείου κορεσμού πέραν του οποίου ο αυξανόμενος πλούτος δεν μπορεί να οδηγήσει σε υψηλότερα επίπεδα αύξησης της ευημερίας.

Σύμφωνα με τους Diener et al. (2003), η υποκειμενική ευημερία είναι η υποκειμενική αξιολόγηση της ζωής ενός ατόμου, συμπεριλαμβανομένων των συναισθηματικών αντιδράσεων σε προσωπικά ή γενικά γεγονότα, τις καταστάσεις διάθεσης και οποιαδήποτε κρίση σχετικά με την ικανοποίηση και την εκπλήρωση σε διάφορους τομείς της ζωής (όπως, ο γάμος, η εργασία, το εισόδημα). Οι περισσότερες μελέτες περί ευημερίας και διαπολιτισμικότητας επικεντρώνονται κυρίως στα θετικά συναισθήματα και στις αξιολογήσεις αυτών (Stanley & Meyer, 2009) και λιγότερες εξ αυτών στη διερεύνηση των αρνητικών καταστάσεων ζωής, όπως το άγχος, η κατάθλιψη που λογίζονται ως τα αντίθετα της ευτυχίας και της ευημερίας (McNiel, Lowman, & Fleeson, 2010).

Όπως ήδη αναφέρθηκε, η σχέση της οικονομικής κατάστασης με την ευημερία έχει μελετηθεί με τα αποτελέσματα να διαπιστώνουν μια παραδοξότητα, το αποκαλούμενο παράδοξο του Easterlin (Easterlin, 2005), που υποδηλώνει ότι δεν υπάρχει σχέση μεταξύ των επιπέδων οικονομικής ανάπτυξης και της ευτυχίας των μελών μιας κοινωνίας. Ο Bonini (2008) διαπίστωσε ότι η επίδραση του ατομικού επιπέδου του εισοδήματος στην ικανοποίηση της ζωής μετρούμενη μειώνεται σε χώρες με υψηλότερα εισοδήματα, ενώ οι Stevenson & Wolfers (2008) διαπίστωσαν θετική επίδραση του εισοδήματος, δηλαδή, το μεγαλύτερο εισόδημα συνδέεται γραμμικά με την ευημερία. Τα αποτελέσματα, δε, της μελέτης των Inglehart και συν. (2008) ανέδειξαν ότι η αύξηση της οικονομικής ανάπτυξης, η μεγαλύτερη δημοκρατία και η αύξηση της κοινωνικής ανοχής συνδέονται με την αύξηση της ευτυχίας σε 45 από τις 52 χώρες για τις οποίες υπάρχουν διαθέσιμα σημαντικά δεδομένα χρονολογικών σειρών. Στην ίδια κατεύθυνση κινούνται και τα ευρήματα των Welzel & Inglehart (2010), με τη διαπίστωση ότι η οικονομική πρόοδος και οι κοινωνικές αξίες συνδέονται και μπορεί να έχουν αντίκτυπο στην ατομική ευημερία. Άλλωστε, η ζωή παρουσιάζεται ως ένα πλήθος καταναλώσιμων υλικών, όπου κανείς τριγυρίζει και διαλέγει πότε το ένα και πότε το άλλο, έχοντας την πρόσθετη δυνατότητα να αλλάζει κατά περίπτωση τις ανάγκες και τις επιθυμίες του (Κονδύλης, 2000). Αναδύεται, δηλαδή, ένα νέο είδος προσωπικότητας που γίνεται προσπάθεια να περιγραφεί με όρους όπως «ψηφιδωτή προσωπικότητα», «κατακερματισμένη προσωπικότητα», «μεταβλητός εαυτός», «συσχετιστικός εαυτός». Η ψηφιδωτή προσωπικότητα δανείζεται ακατάπαυστα από κάθε διαθέσιμη πηγή ψυχία και κομματάκια ταυτότητας και τα δομεί ανάλογα ως επιθυμητά ή χρήσιμα σε κάθε

περίπτωση (Gergen, 1997), χωρίς όλα αυτά να υποκινούνται από κάποια ορθολογικότητα ή σκοπιμότητα και χωρίς μεταξύ τους να υπάρχει απαραίτητα μια συνοχή (Firat & Venkatesh, 1995).

Η παγκοσμιοποίηση, συχνά μοιάζει να αντικαθιστά τις παλιές δικτατορίες των εθνικών ελίτ με νέες δικτατορίες της διεθνούς χρηματοπιστωτικής ελίτ (Stiglitz, 2003). Στο πλαίσιο δε της σημερινής παγκόσμιας δανειστικής οικονομίας τα χρέη αναπτύσσονται παντού και για όλους ταχύτερα από τα εισοδήματα και αυτό υποδηλώνει τον βαθύτατα παθολογικό χαρακτήρα του σημερινού οικονομικού υποδείγματος (Βεργόπουλος, 2002).

Τα επίπεδα της υποκειμενικής ευημερίας στις περισσότερες ερευνητικές μελέτες προέρχονται από εμπειρικά δεδομένα και αφορούν συνήθως στην αξιολόγηση από τις δηλώσεις των συμμετεχόντων στις μελέτες σχετικά με την ευτυχία τους ή την ικανοποίησή τους από αντικείμενα ή μικρά σύνολα αντικειμένων (Moore, 2006; Veenhoven, 2008).

Το πρόβλημα που αναδύεται στις συγκεκριμένες ανωτέρω μελέτες είναι ότι δεν μπορούν να συσχετίσουν την υποκειμενική ευημερία με την αντικειμενική ψυχοσωματική κατάσταση των μελετηθέντων πληθυσμών. Οι παραπάνω διαπιστώσεις υποδηλώνουν κάποιο βαθμό αλληλεξάρτησης μεταξύ ατομικισμού και πλούτου που μπορεί να αποβεί επιζήμια για την ευημερία των ατόμων. Ως εκ τούτου, η προσπάθεια της παρούσας μελέτης έγκειται στη δυνατότητα της διερεύνησης των σχέσεων και των επιπτώσεων της μισθολογικής κατάστασης με το ψυχολογικό προφίλ. Πιο συγκεκριμένα, θα επιχειρηθεί η διασύνδεση της ψυχολογικής κατάστασης και της ψυχολογικής προσωπικότητας με τη μισθολογική κατάσταση των ενηλίκων, αλλά και της συνταξιοδοτικής κατάστασης των ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας. Τα κίνητρα για το σχεδιασμό της συγκεκριμένης ερευνητικής μελέτης προέκυψαν από τη γενική παραδοχή ότι η εισοδηματική ανισότητα συνδέεται με τις διαφορές στην υγεία, οι ψυχολογικές και κοινωνικές συνέπειες αυτής της ανισότητας εγείρουν εννοιολογικά και εμπειρικά προβλήματα. Άλλωστε, αυτή η ανισότητα στα προσωπικά εισοδήματα συνοδεύεται από πολλές διαφορές στις συνθήκες ζωής σε διαπολιτισμικό επίπεδο, οι οποίες δυνητικά μπορούν να επηρεάσουν αρνητικά την υγεία. Αν και η ερμηνευτική της σχέσης της εισοδηματικής κατάστασης με την ψυχοσωματική υγεία σκοντάφτει στις διαρθρωτικές αιτίες των ανισοτήτων και δεν

μπορεί να επικεντρώνεται στις αντιλήψεις και τις αναπαραστάσεις των ατόμων για αυτή την ανισότητα, στην παρούσα μελέτη θα διερευνηθούν μετρήσιμα στοιχεία της ψυχοσωματικής υγείας και του ψυχολογικού προφίλ των συμμετεχόντων με σκοπό την ανάδειξη της σχέσης τους με την εισοδηματική κατάσταση.

1. Η σχέση της μισθολογικής κατάστασης των ενήλικων εργαζομένων με την ευημερία και την ποιότητα ζωής

Η θεωρία των αναγκών (Schyns, 1998) και η θεωρία της βιωσιμότητας (Veenhoven, 1995) έχουν χρησιμοποιηθεί από πολλούς μελετητές για να υποστηρίξουν την ιδέα ότι οι γραμμικές αυξήσεις εισοδήματος και ευημερίας συνδέονται με την ευτυχία. Η βελτίωση των αντικειμενικών συνθηκών διαβίωσης (όπως, η εκπαίδευση, το εισόδημα, η ισότητα, η σταθερότητα και η ελευθερία) έχουν συνδεθεί με μεγαλύτερη ευτυχία. Ως εκ τούτου, ο υψηλότερος πλούτος παρέχει καλύτερες ευκαιρίες για τα άτομα ώστε να ικανοποιήσουν τις ανάγκες τους και ακόμη τους επιτρέπει να έχουν μια πιο άνετη ζωή.

Στην ουσία, η παραπάνω διαπίστωση προτείνει μια μείωση της οριακής χρησιμότητας του εισοδήματος (Diener & Seligman, 2004; Drakopoulos, 2008). Στο πλαίσιο, δηλαδή, της οικονομικής έλλειψης, οι μικρές αυξήσεις χρημάτων μπορεί να οδηγήσουν σε σχετικά μεγάλες καταναλώσεις (όπως, τα τρόφιμα, τα ρούχα, τα ασφαλή καταφύγια, τα ιατρικά εφόδια). Η κατοχή περισσότερων χρημάτων σε αυτές τις συνθήκες αυξάνει την ευημερία. Οι Henrich *et al.*, (2010) διαπίστωσαν μια ισχυρή αντίστροφη σχέση μεταξύ της ενοποίησης της αγοράς (ο βαθμός στον οποίο οι κοινωνίες βασίζονται στις αγορές τροφίμων σε σύγκριση με τα εγχώρια, τα θηρευόμενα ή αλιεύματα) και την εμπιστοσύνη όπως αυτή μετράται με νομισματικές προσφορές σε οικονομικές στρατηγικές. Όσο μεγαλύτερη είναι η έλλειψη, τόσο πιο οικονομικά οφέλη επιδιώκονται και η ευημερία μπορεί να εξαχθεί (Lane, 2000). Ωστόσο, μόλις επιτευχθούν αυτές οι βασικές ανάγκες, η περαιτέρω οικονομική ανάπτυξη οδηγεί σε οριακά οφέλη (Inglehart, 1997).

Τα παραπάνω δεδομένα και οι προοπτικές τους μπορούν ίσως να εξηγήσουν την αύξηση της δυστυχίας στις Ηνωμένες Πολιτείες παρά τον πρωτοφανή πλούτο ορισμένων πολιτών της (Schwartz, 2000). Το μεγαλύτερο εισόδημα μπορεί να

οδηγήσει σε αρνητικές ψυχολογικές διεργασίες που υπονομεύουν την ευημερία. Κάποιες άλλες ερμηνείες για τα χαμηλά επίπεδα ευεξίας αποτέλεσαν ο διάδρομος πολλαπλών επιλογών (the multi-option treadmill) που πρότεινε ο Binswanger (2006), η τυραννία της ελευθερίας (tyranny of freedom) που πρότειναν οι Desmeules (2002) και ο Schwartz (2000) και η επιλεκτική υπερφόρτωση (choice overload), που πρότειναν οι Iyengar & Lepper (2000) στην οικονομία, το μάρκετινγκ και την ψυχολογία. Η βασική υποκείμενη ιδέα είναι ότι οι αυξανόμενες επιλογές επιτρέπουν στους ανθρώπους να γνωρίσουν την οικονομική ελευθερία, και να πραγματοποιήσουν την ανάγκη της ικανοποίησης. Ωστόσο, όταν οι άνθρωποι υπερφορτώνονται με πολλές πληροφορίες και δυνατότητες μπορεί να βιώσουν λύπη ή να κατηγορήσουν τους εαυτούς τους για τη λήψη λιγότερων βέλτιστων αποφάσεων (Binswanger, 2006; Hsee & Hastie, 2006; Schwartz, 2010). Ως εκ τούτου, όταν αυξάνεται ο πλούτος πέρα από ένα όριο, όπου οι βασικές ανάγκες έχουν ικανοποιηθεί, οι περαιτέρω αυξήσεις της υλιστικής επιλογής οδηγούν σε αρνητικές ψυχολογικές διεργασίες που μπορεί να σχετίζονται με μια συνολική μείωση της υποκειμενικής ευημερίας.

Η θεωρία της αυτοδιάθεσης (Ryan & Deci, 2002) προτείνει ότι η ικανοποίηση των καθολικών αναγκών για αυτονομία οδηγεί σε μεγαλύτερη ευτυχία και ευημερία. Εάν οι άνθρωποι είναι ελεύθεροι να ικανοποιήσουν τις ανάγκες τους, τα επίπεδα ευημερίας τους θα πρέπει να είναι μεγαλύτερα. Αυτές οι ιδέες έχουν λάβει σημαντική υποστήριξη στην ψυχολογική και κοινωνιολογική έρευνα και η αυτονομία έχει αποδειχθεί ότι σχετίζεται με μεγαλύτερη ευημερία σε διάφορα πολιτισμικά πλαίσια (Chirkov, Ryan, Kim, & Kaplan, 2003; Chirkov, Ryan, & Willness, 2005). Στην κοινωνιολογία, η μεγαλύτερη ελευθερία επιλογής, αυτονομίας έχει συσχετιστεί σταθερά με την αυξημένη ικανοποίηση της ζωής σε 80 κοινωνίες τόσο διαχρονικά όσο και διατομεακά (Inglehart *et al.*, 2008; Welzel & Inglehart, 2010). Οι ερευνητές που εξετάζουν τις προοπτικές της ελευθερίας διαπίστωσαν τη σημασία της δημοκρατίας, της οικονομικής ανάπτυξης και των φιλελεύθερων αξιών (Inglehart *et al.*, 2008; Welzel & Inglehart, 2010). Επομένως, αυτά τα ευρήματα υποστηρίζουν μια αιτιώδη συνάφεια όπου η μεγαλύτερη ελευθερία που παρέχεται σε άτομα, στις ατομικιστικές κοινωνίες, μεταφράζεται στη συνέχεια σε μεγαλύτερες επιλογές και ευκαιρίες για ανάπτυξη και παρακολούθηση των προσωπικών τους στόχων και τελικά οδηγεί σε μεγαλύτερη

ευημερία. Αλλά υπήρξαν πολλοί θεωρητικοί και μελετητές που υποστήριξαν ότι η υπερβολική προσωπική ελευθερία και η αυτονομία μπορεί να μην είναι το καλύτερο για τον άνθρωπο, με αποτέλεσμα τη μοναξιά, την απώλεια ταυτότητας και έναν κενό εαυτό (Barber, 2003; Cacioppo & Patrick, 2008; Schwartz, 2010). Αυτό το μεταμοντέρνο παράδοξο (Hogg, 2000) από μόνο του μειώνει την ευημερία μέσω της απώλειας κοινωνικών σχέσεων (Cacioppo & Patrick, 2008; Lane, 2000), αφήνοντας τα άτομα με ανεπαρκή δίκτυα κοινωνικής υποστήριξης να αντιμετωπίσουν τις κρίσεις ή τα αρνητικά γεγονότα στη ζωή τους (Lane, 2000). Επιπλέον, ο υπερβολικός ατομικισμός συνδέεται με διάφορους παράγοντες που υπονομεύουν περαιτέρω τη συλλογική ευημερία, όπως αρνητικές κοινωνικές συμπεριφορές (Barber, 2003), διάβρωση του κοινωνικού κεφαλαίου (Flanagan & Lee, 2003), ο υλισμός, ο καταναλωτισμός, οδηγούν τους ανθρώπους να προσπαθούν να γεμίσουν τον κενό εαυτό τους (Schwartz, 2010).

Αλλά ποιοι είναι οι παράγοντες που μπορεί να προβλέψουν αρνητική ευημερία στα έθνη; Οι Fischer & Boer (2011) διαπίστωσαν ότι οι κοινωνικές αξίες του ατομικισμού είναι οι καλύτεροι παράγοντες πρόβλεψης της ευημερίας και ο βαθμός στον οποίο τα άτομα διαθέτουν επιλογές στη ζωή τους είναι ένας καλός δείκτης της ευημερίας τους. Άλλωστε, σύμφωνα με τους ίδιους, εάν ο πλούτος ήταν μόνο ένας σημαντικός προγνωστικός παράγοντας, αυτό το αποτέλεσμα εξαφανίστηκε όταν εισήλθε ο ατομικισμός. Η αύξηση του πλούτου σε μια κοινωνία μπορεί να επηρεάσει την ευημερία αλλά κυρίως επιτρέποντας στους πολίτες να βιώσουν μεγαλύτερη αυτονομία και ελευθερία στην καθημερινότητά τους. Τα αποτελέσματά τους υποδεικνύουν ότι η παροχή αυτονομίας στα άτομα έχει συνολικά μεγαλύτερη και πιο συνεπή επίδραση στην ευημερία από ότι τα χρήματα. Εν κατακλείδι, τα χρήματα οδηγούν στην αίσθηση της αυτονομίας (Welzel & Inglehart, 2010) αλλά δεν προσθέτουν ευημερία ή ευτυχία (Fischer & Boer, 2011).

Η ανισότητα των εισοδημάτων έχει καταλάβει κεντρικό ρόλο στις οικονομικές συζητήσεις καθώς επίσης και το πώς οι αντιλήψεις των εργαζομένων για την αμοιβή τους επηρεάζουν τη συνολική ικανοποίηση από τη ζωή τους. Οι Ahn *et al.*, το 2016, εξέτασαν πώς η εισοδηματική ανισότητα επηρεάζει την ικανοποίηση της ζωής των εργαζομένων στις Η.Π.Α. και από τα αποτελέσματα της μελέτης

διαπιστώθηκε σημαντική συσχέτιση μεταξύ εισοδηματικής ανισότητας και της αυτοπεποίθησης της ικανοποίησης από τη ζωή των εργαζομένων. Καθώς η εισοδηματική ανισότητα στις Η.Π.Α. αυξήθηκε μεταξύ του 1997 και του 2008, η αυτοπεποίθηση των εργαζομένων σε σχέση με τη ζωή μειώθηκε κατά 33,8%. Οι αρνητικές επιπτώσεις της εισοδηματικής ανισότητας είναι σημαντικές για τους άνδρες, αλλά όχι για τις γυναίκες όταν αυτές αναλύονται ξεχωριστά.

Η ανάγκη για εργασία ή κλείδωμα εργασίας αναφέρεται σε μια κατάσταση κατά την οποία ένας εργαζόμενος επιθυμεί να αποσυρθεί ή να σταματήσει να εργάζεται εντελώς, αλλά αντιλαμβάνεται ότι δεν μπορεί να το πράξει και αυτό οφείλεται στην ανάγκη εισοδήματος ή και στην ασφάλιση υγείας. Σκοπός της μελέτης των Fisher, Ryan, Sonnega, & Naudé, (2016), ήταν να εξετάσει το κλείσιμο θέσεων εργασίας σε σχέση με την ευημερία των εργαζομένων στις Ηνωμένες Πολιτείες. Το κλείδωμα εργασίας λόγω οικονομικών δυσχερειών συνδέθηκε σημαντικά με τη χαμηλότερη ικανοποίηση από τη ζωή. Η μελέτη αυτή ήταν ένα σημαντικό πρώτο βήμα προς την εξέταση της σχέσης μεταξύ κλειδώματος θέσεων εργασίας, μιας οικονομικής αντίληψης, σε σχέση με τη στάση και την ευεξία των εργαζομένων.

Οι επιπτώσεις της ανεργίας και της επισφαλούς απασχόλησης στην υγεία των νέων δεν είναι καλά κατανοητές. Ωστόσο, οι υψηλότερες κοινωνικοοικονομικές θέσεις και συνεπώς οι καλύτερες συνθήκες εργασίας είναι ευεργετικές για την υγεία. Οι Vancea & Utzet, (2017), προσπάθησαν να συνδέσουν τα αποτελέσματα των μελετών που δοκιμάζουν αυτή την υπόθεση στην περίπτωση των νέων και έτσι πραγματοποίησαν μια μελέτη οριοθέτησης που αντιστοιχούσε σε όλα τα ακαδημαϊκά άρθρα που δημοσιεύθηκαν την περίοδο 2006-2016 στην Ευρώπη. Από τη βιβλιογραφία διαπίστωσαν ότι υπάρχουν περισσότερες μελέτες που επικεντρώνονται στη σχέση μεταξύ ανεργίας και υγείας παρά μεταξύ επισφαλούς απασχόλησης και υγείας (28 και 16, αντίστοιχα). Η συντριπτική πλειοψηφία των μελετών (44) βρήκε υποστήριξη για την υπόθεση της κοινωνικής αιτιώδους συνάφειας, με τα πιο κοινά αποτελέσματα υγείας να είναι διαταραχές ψυχικής υγείας, συμπεριφορά κινδύνου για την υγεία, κακή ποιότητα ζωής και επαγγελματικές βλάβες. Οι αιτιώδεις μηχανισμοί πίσω από αυτήν την ένωση βασίστηκαν κυρίως στην προοπτική της πορείας ζωής, στο μοντέλο του

οικογενειακού συντρόφου και στην έλλειψη κοινωνικών και οικονομικών οφελών από την τυπική απασχόληση. Υπάρχουν ενδείξεις ότι οι νέοι είναι ιδιαίτερα ευάλωτοι σε προβλήματα υγείας όταν είναι άνεργοι ή εργάζονται σε επισφαλείς συνθήκες. Η ενεργός αγορά εργασίας και τα προγράμματα κατάρτισης, τα μέτρα κοινωνικής ασφάλισης χωρίς αποκλεισμούς, οι βελτιωμένες συνθήκες εργασίας και τα στοχευόμενα προγράμματα υγείας είναι σημαντικά για την αντιμετώπιση αυτής της ευπάθειας.

Με σκοπό να μελετηθούν οι πιθανές διακυμάνσεις των αντιλήψεων των εργαζομένων σχετικά με το επιθυμητό ψυχολογικό προφίλ, με βάση το φύλο, την ηλικία και το μορφωτικό επίπεδο η Bellou, το 2009 σχεδίασε μια ερευνητική μελέτη και μελετήθηκαν 1.145 εργαζόμενοι στην Ελλάδα εκ των οποίων οι 642 ήταν γυναίκες ηλικίας μεταξύ 18 και 64 ετών. Οι εργαζόμενοι προέρχονταν από όλες τις εκπαιδευτικές βαθμίδες. Από τα αποτελέσματα της μελέτης της Bellou, (2009), διαπιστώθηκε ότι δεν υπάρχει ομοιόμορφη εικόνα του περιεχομένου του ψυχολογικού προφίλ μεταξύ διαφορετικών ομάδων εργαζομένων, με εξαίρεση τις γυναίκες οι οποίες τείνουν να περιμένουν περισσότερα από τη σχέση εργασίας τους. Στις ηλικιακές ομάδες, η «νέα γενιά» δίνει έμφαση στην ισορροπία της προσωπικής ζωής τους, η «παλιά γενιά» είναι μάλλον αδιάφορη, ενώ η «γενιά της ερήμου» είναι η πιο απαιτητική και προσαρμοσμένη στο παλιό ψυχολογικό συμβόλαιο. Τέλος, τα άτομα με εκπαίδευση τουλάχιστον πανεπιστημιακή έχουν αυξημένες προσδοκίες για τη ζωή τους.

Τα αποτελέσματα πολλών μελετών οδηγούν στο συμπέρασμα ότι υπάρχει μια θετική σχέση μεταξύ εισοδήματος και υποκειμενικής ευεξίας ή ευτυχίας. Καθώς οι κοινωνίες γίνονται πλούσιες, οι διαφορές στην ευημερία είναι λιγότερο συχνές λόγω του εισοδήματος και συχνότερα αυτή η ευημερία οφείλεται στις κοινωνικές σχέσεις και στην απόλαυση από την εργασία (Diener & Seligman, 2004). Ο υλισμός συνδέεται αρνητικά με την ικανοποίηση της ζωής, την υποκειμενική ευημερία και τη γενική επίδραση (Solberg *et al.*, 2004). Επιπλέον, ο αρνητικός αντίκτυπος του στόχου για οικονομική επιτυχία στη συνολική ικανοποίηση από τη ζωή μειώθηκε καθώς το εισόδημα των νοικοκυριών αυξήθηκε (Nickerson *et al.*, 2003). Η μελέτη του Tang (2007), διερεύνησε ένα μοντέλο εισοδήματος και ποιότητας ζωής που ελέγχει την αγάπη του χρήματος, την ικανοποίηση από την

εργασία, το φύλο και την οικογενειακή κατάσταση και αντιμετωπίζει το καθεστώς της εργασιακής απασχόλησης (πλήρους απασχόλησης έναντι μερικής απασχόλησης), το επίπεδο εισοδήματος και το φύλο. Για το σύνολο του δείγματος, το εισόδημα δεν διαπιστώθηκε να σχετίζεται σημαντικά με την ποιότητα ζωής, όταν αυτή η μεταβλητή εξετάστηκε μόνη της. Όταν ελέγχθηκαν όλες οι μεταβλητές, το εισόδημα συνδέθηκε αρνητικά με την ποιότητα ζωής. Ακόμη, διαπιστώθηκε ότι, όταν η αγάπη των χρημάτων συσχετιζόταν αρνητικά με την ικανοποίηση από την εργασία και η ικανοποίηση από την εργασιακή κατάσταση συσχετιζόταν θετικά τόσο με το εισόδημα όσο και με την ποιότητα ζωής, το εισόδημα συνδεόταν αρνητικά με την ποιότητα ζωής των ατόμων με πλήρη απασχόληση. Όταν δεν υπήρχαν οι δύο αυτές προϋποθέσεις, το εισόδημα δεν συσχετιζόταν με την ποιότητα ζωής των εργαζομένων μερικής απασχόλησης, μέσης ή χαμηλού εισοδήματος αλλά και των γυναικών.

2. Ο ρόλος της μισθολογικής κατάστασης στην ψυχοσωματική υγεία των ενηλίκων εργαζομένων

Η εργασία συνδέεται θετικά με την υγεία σε αντίθεση με την ανεργία. Το είδος και τα χαρακτηριστικά της εργασίας επηρεάζουν άλλοτε θετικά και άλλοτε αρνητικά την υγεία. Ο Smith, το 1999, κατέγραψε τους λόγους για τους οποίους η υγεία μεταβάλλει προς το καλύτερο την οικονομική κατάσταση των νοικοκυριών και ανέδειξε ότι η υγεία επηρεάζεται τόσο από παράγοντες ενδομητρικούς όσο και από τη λειτουργία του ατόμου κατά τα πρώιμα παιδικά του χρόνια τα οποία μακροπρόθεσμα επιφέρουν οικονομικό κέρδος. Έτσι λοιπόν, η οικονομική κατάσταση των νοικοκυριών μεταβάλλεται θετικά όχι μόνο από τα μειωμένα ιατρικά έξοδα αλλά και από άλλους παράγοντες όπως το προσδόκιμο ζωής.

Με σκοπό να διερευνηθεί κατά πόσον τα οφέλη της εργασίας εξαρτώνται από την ψυχοκοινωνική της ποιότητα και εάν η κακή θέση εργασίας συνδέεται με καλύτερη ψυχική υγεία από την ανεργία οι Butterworth *et al.*, (2011), σχεδίασαν μια ερευνητική μελέτη χρησιμοποιώντας διαχρονικά δεδομένα από 7.155 ερωτηθέντες σε ηλικία εργασίας (44.019 παρατηρήσεις) από μια εθνική έρευνα νοικοκυριών. Από τα αποτελέσματα της μελέτης των Butterworth *et al.*, (2011), διαπιστώθηκε ότι οι άνεργοι είχαν χειρότερη ψυχική υγεία από τους εργαζόμενους, επίσης ότι η ψυχική υγεία των ανέργων ήταν συγκρίσιμη ή καλύτερη της ψυχικής υγείας των ατόμων με θέσεις εργασίας κακής ποιότητας. Εν κατακλείδι οι εργασίες με κακή ψυχοκοινωνική ποιότητα δεν αποδίδουν τα ίδια οφέλη στην ψυχική υγεία όπως η απασχόληση σε θέσεις εργασίας με υψηλή ψυχοκοινωνική ποιότητα.

Οι συνθήκες εργασίας έχουν αλλάξει δραματικά τις τελευταίες δεκαετίες σε όλες τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Η μόνιμη και πλήρης απασχόληση που χαρακτηρίζονται από ασφάλεια εργασίας και σταθερό μισθό αντικαθίσταται ολοένα και περισσότερο από την προσωρινή εργασία, τις συμβάσεις μαθητείας, τις απλές θέσεις εργασίας και την εργασία με μερική απασχόληση. Οι συνέπειες αυτών των αλλαγών στη γενική ευημερία των εργαζομένων και της υγείας τους

αποτελούν μια όλο και πιο σημαντική πορεία διερεύνησης. Οι Pirani & Salvini, (2015), πρόσθεσαν στην ανωτέρω προβληματική απαντώντας στην ερώτηση: οι Ιταλοί εργαζόμενοι σε συμβάσεις προσωρινής απασχόλησης είναι πιο πιθανό να υποφέρουν από κακή υγεία από εκείνους με μόνιμη απασχόληση; Η ανάλυσή τους βασίστηκε σε δείγμα ανδρών και γυναικών ηλικίας 16-64 ετών (2007-2010) για το εισόδημα και τις συνθήκες διαβίωσης. Τα κύρια συμπεράσματά τους μπορούν να συνοψιστούν ως εξής: α) διαπίστωση μιας αρνητικής συσχέτισης μεταξύ της προσωρινής απασχόλησης και της υγείας, β) διαπίστωση, ότι η προσωρινή απασχόληση γίνεται ιδιαίτερα αρνητική για την υγεία του ατόμου όταν παρατείνεται με την πάροδο του χρόνου και γ) δεδομένου ότι η προσωρινή απασχόληση δεν συνεπάγεται σημαντικές αρνητικές συνέπειες για τους άνδρες, η σχέση μεταξύ προσωρινής απασχόλησης και υγείας είναι ιδιαίτερα επιβλαβής για τις γυναίκες της Ιταλίας.

Οι Singh-Manoux, Marmot & Adler, (2005), με στόχο να εξετάσουν εάν η υποκειμενική κοινωνικοοικονομική κατάσταση προβλέπει την υγειονομική κατάσταση και την αλλαγή της υγειονομικής κατάστασης με την πάροδο του χρόνου, μελέτησαν 5.486 Βρετανούς δημόσιους υπαλλήλους μεσαίας ηλικίας. Από τα αποτελέσματα διαπιστώθηκε ότι τα μέτρα για την κοινωνικοοικονομική κατάσταση είναι παγκόσμια μέτρα. Οι μελετητές συμπέραναν ότι η υποκειμενική κοινωνικοοικονομική κατάσταση είναι ένας καλύτερος προγνωστικός παράγοντας της κατάστασης της υγείας και της μείωσης της υγειονομικής κατάστασης των ενηλίκων μέσης ηλικίας.

Οι Amick, McLeod & Bültmann, (2016), είχαν την πρόθεση να παρουσιάσουν τον τρόπο με τον οποίο οι αγορές εργασίας και το πλαίσιο της υγείας σε συνδυασμό με την πορεία της ζωής επεκτείνουν άλλες επιδημιολογικές προσεγγίσεις στην εργασία και την υγεία. Λαμβάνοντας υπόψη το μεταβαλλόμενο χαρακτήρα της αγοράς και της εργασίας, η μελέτη τους προσπάθησε να επικαιροποιήσει τις αγορές εργασίας και το πλαίσιο υγείας και οδήγησε σε νέα ερευνητικά ερωτήματα που εξετάζουν τα χαρακτηριστικά των αγορών εργασίας και των τροχών υγείας που μπορεί να οδηγήσουν σε θετικά αποτελέσματα για την υγεία κατά τη διάρκεια της ζωής.

2.1 Ψυχική Υγεία – Εργασία – Μισθολογική Κατάσταση

Η κακή ψυχική υγεία συνδέεται σταθερά με την οικονομική δυσχέρεια και τη φτώχεια. Ωστόσο, πρέπει να αποσαφηνιστεί η χρονική συσχέτιση μεταξύ αυτών των παραγόντων, πριν η ανακούφιση από τις κακουχίες μπορεί να θεωρηθεί αποτελεσματική στρατηγική προώθησης και πρόληψης της ψυχικής υγείας. Οι Kiely, Leach, Olesen & Butterworth, (2015), εξέτασαν κατά πόσον οι διαχρονικές συσχετίσεις μεταξύ οικονομικών δυσκολιών και προβλημάτων ψυχικής υγείας εξηγούνται καλύτερα από την τρέχουσα ή την προηγούμενη εμπειρία ενός ατόμου σχετικά με τις κακουχίες ή την υποκείμενη ευαισθησία τους. Η μέθοδος που ακολούθησαν ήταν η ανάλυση εννέα κυμάτων (2001-2010) από εθνικά αντιπροσωπευτικά στοιχεία που αφορούσαν τα νοικοκυριά, τα εισοδήματα και την εργασιακή δυναμική στην Αυστραλία σε 11.134 άτομα. Οι δύο συνιστώσες των οικονομικών δυσχερειών (προβλήματα στέρησης και ταμειακών ροών) και της εισοδηματικής φτώχειας κωδικοποιήθηκαν σε χρονομεταβλητές και χρονικά αμετάβλητες μεταβλητές που αντικατοπτρίζουν την σύγχρονη εμπειρία της κακουχίας (δηλαδή το τρέχον), την προηγούμενη εμπειρία των κακουχιών (με καθυστέρηση/12 μήνες), καθώς και οποιαδήποτε εμπειρία δυσκολίας κατά την περίοδο της μελέτης (ευπάθεια). Από τα ευρήματα διαπιστώθηκε ότι οι ερωτηθέντες που ανέφεραν οικονομικά προβλήματα είχαν μεγαλύτερο κίνδυνο για προβλήματα ψυχικής υγείας από όσους δεν το έκαναν. Τα άτομα που είναι ευάλωτα σε κακουχίες είχαν μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης προβλημάτων ψυχικής υγείας, ακόμη και σε στιγμές που δεν ανέφεραν κακουχίες. Ωστόσο, ο κίνδυνος από προβλήματα ψυχικής υγείας ήταν μεγαλύτερος σε περιπτώσεις που αντιμετώπισαν δυσκολίες. Τα αποτελέσματα των μελετητών είναι σύμφωνα με το επιχείρημα ότι τα οικονομικά και κοινωνικά προγράμματα που αντιμετωπίζουν και προλαμβάνουν τις κακουχίες μπορούν να προωθήσουν την ψυχική υγεία στην κοινότητα.

Ακόμη, τα χαμηλά επίπεδα ψυχικής υγείας είναι υπεύθυνα για ένα μεγάλο ποσοστό μακροχρόνιας απουσίας από την εργασία. Μόνο το 50% όσων δεν εργάζονται για περισσότερο από έξι μήνες επιστρέφουν στην εργασία. Οι Blank, Peters, Pickvance, Wilford & MacDonald, το 2008, μελέτησαν τους παράγοντες

που προβλέπουν ή περιορίζουν την επιστροφή στην εργασία για άτομα που πάσχουν από ψυχικά προβλήματα. Μέσα από την μελέτη τους κατέδειξαν ότι η επιτυχής επιστροφή στην εργασία προβλέπεται από παράγοντες που σχετίζονται με την εργασία, το οικογενειακό ιστορικό, τις συμπεριφορές κινδύνου για την υγεία, την κοινωνική κατάσταση και την ιατρική κατάσταση. Από τα αποτελέσματα της μελέτης των Blank, Peters, Pickvance, Wilford & MacDonald, (2008), διαπιστώθηκε ότι οι παράγοντες που αποτρέπουν την επιστροφή στην εργασία για άτομα με ψυχικά προβλήματα είναι ευρύτεροι και οι μελέτες έχουν δημιουργήσει αντίθετα αποτελέσματα ιδιαίτερα στην περίπτωση δημογραφικών παραγόντων. Απαιτείται περαιτέρω έρευνα για να διαπιστωθούν οι παράγοντες που καθυστερούν την επιστροφή στην εργασία για άτομα που βιώνουν επεισόδια κακής ψυχικής υγείας.

Όπως, ήδη, διαφάνηκε η ψυχική υγεία συνδέεται άμεσα με την εργασία. Εάν οι εργαζόμενοι με σύμβαση ορισμένου χρόνου έχουν φτωχότερη ψυχική υγεία από εκείνους με σύμβαση αορίστου χρόνου τότε η προσωρινή απασχόληση δημιουργεί δυσμενείς επιπτώσεις στην ψυχική υγεία και επομένως άτομα με κακή ψυχική υγεία επιλέγονται σε θέσεις προσωρινής εργασία αντί για θέσεις μόνιμης εργασίας. Οι Dawson, Veliziotis, Pacheco, & Webber, το 2015, χρησιμοποιώντας την έρευνα του Βρετανικού πάνελ νοικοκυριών και λαμβάνοντας υπόψη 50.000 παρατηρήσεις σε 8.000 άτομα από το 1991 μέχρι το 2008 και εφαρμόζοντας αναλύσεις παλινδρόμησης σε διαχρονικά δεδομένα διαπίστωσαν ότι οι εργαζόμενοι που είναι προσωρινά απασχολούμενοι στο μέλλον θα έχουν χειρότερη ψυχική υγεία από εκείνους που δεν εργάζονται προσωρινά. Συμπεράναν επίσης, ότι αυτή η σχέση είναι αποτέλεσμα της δυσαρέσκειας για την εργασία. Τα αποτελέσματα αυτά υποδεικνύουν ότι οι εργαζόμενοι με κακή ψυχική υγεία επιλέγονται σε προσωρινή απασχόληση.

Υπάρχουν αποδεικτικά στοιχεία ότι η ψυχική υγεία αποτελεί βασικό παράγοντα στο σημερινό εργασιακό περιβάλλον. Η έρευνα δείχνει επίσης χαμηλά ποσοστά συμμετοχής στην απασχόληση μεταξύ των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας. Η μελέτη του Bell (2015) εξέτασε το ρόλο που μπορεί να διαδραματίσει το εργατικό δίκαιο για την προώθηση μιας αγοράς εργασίας χωρίς αποκλεισμούς, εξετάζοντας ειδικότερα το καθήκον να προβεί σε εύλογες

προσαρμογές στον νόμο περί ισότητας του 2010. Ο Bell ανέλυσε τον τρόπο με τον οποίο τα δικαστήρια ερμήνευσαν το καθήκον και κατέληξε στο συμπέρασμα ότι το καθήκον να κάνουμε λογικές προσαρμογές μπορεί να αποτελέσει πολύτιμο πόρο για τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας και ότι υπάρχουν ενδείξεις ότι προκαλεί αλλαγές στις πρακτικές απασχόλησης.

Η απώλεια θέσεων εργασίας, το χρέος και οι οικονομικές δυσκολίες συνδέονται με αυξημένο κίνδυνο ψυχικής ασθένειας και αυτοκτονίας στο γενικό πληθυσμό. Οι παρεμβάσεις που απευθύνονται σε εργαζομένους με χρέη ή ανέργους ενδέχεται να συμβάλουν στη μείωση αυτών των επιπτώσεων. Οι Moore, Kapur, Hawton, Richards, Metcalfe, & Gunnell, (2017), μελέτησαν τις παρεμβάσεις για τη μείωση των επιπτώσεων της ανεργίας και του χρέους στην ψυχική υγεία σε 5.303 ανέργους του γενικού πληθυσμού. Οι παρεμβάσεις του «λέσχη εργασίας - Job club» οδήγησαν σε βελτιώσεις στα επίπεδα κατάθλιψης έως και 2 χρόνια μετά την επέμβαση. Συμπερασματικά, οι παρεμβάσεις «λέσχη εργασίας - Job club» μπορεί να είναι αποτελεσματικές στη μείωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε ανέργους, ιδιαίτερα σε εκείνους που διατρέχουν υψηλό κίνδυνο κατάθλιψης.

Η Μελέτη για την Ψυχική Υγεία στην Εργασία (Mental Health at Work) δημιουργεί την πρώτη εθνική αντιπροσωπευτική έρευνα που επιτρέπει την εξερεύνηση της σχέσης μεταξύ συνθηκών εργασίας, ψυχικής υγείας και λειτουργίας. Η μελέτη των Rose, Schiel, Schröder, Kleudgen, Tophoven, Rauch, Freude & Müller (2017), αποτελεί αντιπροσωπευτική μελέτη Γερμανών εργαζομένων ηλικίας 31-60 ετών που υπόκεινται σε εισφορές κοινωνικής ασφάλισης. Το δείγμα ελήφθη από το μητρώο απασχόλησης με βάση μια διαδικασία δειγματοληψίας συστάδων δύο σταδίων. Πρώτον, 206 δήμοι επιλέχθηκαν τυχαία από μια δεξαμενή 12.227 δήμων στη Γερμανία. Δεύτερον, αντλήθηκαν 13.590 διευθύνσεις από τους επιλεγμένους δήμους με σκοπό τη διεξαγωγή 4.500 συνεντεύξεων πρόσωπο με πρόσωπο. Τα δεδομένα από τις προσωπικές συνεντεύξεις συνδυάστηκαν με τα ιστορικά στοιχεία απασχόλησης από δεδομένα αρχείου. Περιγραφικά στατιστικά στοιχεία κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών και αναλύσεων λογιστικής παλινδρόμησης χρησιμοποιήθηκαν για τις συγκρίσεις του δείγματος. Διαπιστώθηκε ότι τα άτομα σε παλαιότερες

κοόρτες συμμετείχαν συχνότερα, ενώ άτομα με άγνωστο μορφωτικό επίπεδο, που κατοικούν σε μεγάλες πόλεις ή με μη γερμανικό εθνοτικό υπόβαθρο ήταν ελαφρώς υποεκπροσωπούμενα στο δείγμα. Δεν υπάρχουν ενδείξεις σημαντικών αποκλίσεων στα χαρακτηριστικά μεταξύ του βασικού πληθυσμού και του δείγματος των ερωτηθέντων. Ως εκ τούτου, ο οργανισμός για τη μελέτη Ψυχικής Υγείας στην Εργασία (Mental Health at Work) παρέχει αντιπροσωπευτικά δεδομένα για έρευνα στον τομέα της εργασίας και της υγείας, σχεδιασμένη ως μελέτη κοόρτης με σχέδια για επανάληψη της έρευνας 5 χρόνια μετά την πρώτη αξιολόγηση.

Οι Riumallo-Herl, Basu, Stuckler, Courtin & Avendano (2014), διαπίστωσαν ότι η απώλεια της εργασίας σχετίζεται με 4,78% αύξηση των συμπτωμάτων κατάθλιψης στις ΗΠΑ με το αντίστοιχο ποσοστό στην Ευρώπη να κυμαίνεται στο 3,35%. Οι Αμερικανοί εργαζόμενοι που ήταν φτωχότεροι πριν από την ύφεση εμφάνισαν σημαντικά μεγαλύτερες αυξήσεις στα συμπτώματα κατάθλιψης σε σύγκριση με τους πλουσιότερους Αμερικανούς εργαζόμενους, ενώ ο προ-υπάρχον πλούτος δεν μετρίασε τον αντίκτυπο της απώλειας θέσεων εργασίας μεταξύ των ευρωπαϊκών εργαζομένων.

Επίσης, η χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση έχει συσχετιστεί με υψηλότερο ποσοστό κατάθλιψης. Ωστόσο, οι μελέτες που έχουν διερευνήσει αυτή τη σύνδεση έχουν περιοριστεί στο εθνικό τους πεδίο, έχουν αναλύσει χωριστά διάφορα στοιχεία της χαμηλής κοινωνικοοικονομικής κατάστασης και δεν έχουν χρησιμοποιήσει τυποποιημένους ορισμούς ή μετρήσεις σε όλους τους πληθυσμούς. Στόχος της μελέτης των Freeman *et al.*, (2016), ήταν να αξιολογήσει τη σχέση μεταξύ χαμηλής κοινωνικοοικονομικής κατάστασης και κατάθλιψης σε τρεις ευρωπαϊκές χώρες που εκπροσωπούν διαφορετικές περιοχές σε ολόκληρη την Ευρώπη. Σε αυτή τη συγχρονική μελέτη αναλύθηκαν εθνικά αντιπροσωπευτικά δεδομένα για 10.800 άτομα ηλικίας ≥ 18 ετών από την έρευνα Collaborative Research on Aging in Europe (COURAGE) που διεξήχθη στη Φινλανδία, την Πολωνία και την Ισπανία. Μια προσαρμοσμένη έκδοση της σύνθετης διεθνούς διαγνωστικής συνέντευξης χρησιμοποιήθηκε για τον εντοπισμό της παρουσίας της κατάθλιψης και η χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση υπολογίστηκε χρησιμοποιώντας τα συνδυασμένα αποτελέσματα του συνολικού αριθμού των ετών εκπαίδευσης (0-22) και των πεντάδων του επιπέδου

εισοδήματος του νοικοκυριού για κάθε χώρα (1-5). Για την εκτίμηση της συσχέτισης μεταξύ χαμηλής κοινωνικοοικονομικής κατάστασης και της κατάθλιψης χρησιμοποιήθηκε πολλαπλασιαστική λογιστική παλινδρόμηση. Τα ευρήματα αποκαλύπτουν μια σημαντική συσχέτιση μεταξύ της κατάθλιψης και της χαμηλής κοινωνικοοικονομικής κατάστασης σε όλες τις χώρες ($p \leq 0.001$). Μετά την προσαρμογή για συγχυτικούς παράγοντες, οι πιθανότητες κατάθλιψης μειώθηκαν σημαντικά για κάθε μονάδα αύξησης του δείκτη χαμηλής κοινωνικοοικονομικής κατάστασης για τη Φινλανδία, την Πολωνία και την Ισπανία. Επιπλέον, η ανώτατη εκπαίδευση μείωσε σημαντικά τις πιθανότητες για κατάθλιψη σε κάθε χώρα, δεν συνέβη το ίδιο όμως και με το εισόδημα. Ο δείκτης της χαμηλής κοινωνικοοικονομικής κατάστασης μπορεί να προβλέψει τη συμπτωματολογία κατάθλιψης σε όλες τις ευρωπαϊκές χώρες. Η συνεκτίμηση της χαμηλής κοινωνικοοικονομικής κατάστασης μπορεί να αποτελέσει σημαντικό παράγοντα για την ανάπτυξη στρατηγικών πρόληψης της κατάθλιψης σε ολόκληρη την Ευρώπη.

Οι Rocha, Perez, Rodriguez-Sanz, Muntaner, Alonso, & Borrell, (2015), με σκοπό να αναλύσουν τις ανισότητες στον επιπολασμό της κακής ψυχικής υγείας και τη σύνδεσή τους με τις κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές και με το δίκτυο περίθαλψης στις αυτόνομες κοινότητες της Ισπανίας, πραγματοποίησαν μια πολυεπίπεδη μελέτη σε 29.476 άτομα ηλικίας άνω των 16 ετών. Ο επιπολασμός της κακής ψυχικής υγείας ήταν η εξαρτημένη μεταβλητή, που μετρήθηκε με το Γενικό Ερωτηματολόγιο για την Υγεία. Οι ατομικές και συμφραζόμενες κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές, μαζί με τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας στις Αυτόνομες Κοινότητες, συμπεριλήφθηκαν ως ανεξάρτητες μεταβλητές. Από τα αποτελέσματα διαπιστώθηκε ότι υπάρχουν ανισότητες στην επικράτηση της κακής ψυχικής υγείας στην Ισπανία, που σχετίζονται με τις μεταβαλλόμενες παραμέτρους, όπως το ποσοστό ανεργίας. Από την άλλη πλευρά, παρατηρήθηκε ότι οι ανισότητες στους πόρους ψυχικής υγείας στις Αυτόνομες Κοινότητες έχουν επίσης αντίκτυπο στην κακή ψυχική υγεία.

Πολλοί οργανισμοί αντιμετωπίζουν συχνά το θέμα του τρόπου ενίσχυσης της ψυχικής υγείας των εργαζομένων. Με βάση τη θεωρία αυτοπροσδιορισμού, προτείνεται ένα μοντέλο που εξετάζει τις σχέσεις μεταξύ της δημιουργίας θέσεων

εργασίας, την ικανοποίηση των εγγενών αναγκών για αυτονομία, την ικανότητα και τη συνάφεια στην εργασία και την ευημερία των εργαζομένων, που ορίζεται εδώ ως υποκειμενική ευημερία και ψυχολογική ευημερία. Οι Slemp & Vella-Brodrick (2014), από δείγμα 253 ενηλίκων εργαζομένων διαπίστωσαν ότι η δημιουργία θέσεων εργασίας μπορεί να αποτελέσει σημαντικό στήριγμα πάνω στο οποίο θα βασιστεί η παρέμβαση στην ευημερία των εργαζομένων.

Αρκετές μελέτες έχουν δείξει μια συνύπαρξη μεταξύ ψυχικών προβλημάτων, κακής οικονομίας και κοινωνικής απομόνωσης. Οι ιατρικές θεραπείες επικεντρώνονται στη μείωση της έκτασης των ψυχιατρικών προβλημάτων. Ωστόσο, πρόσφατες έρευνες υπογράμμισαν τις πιθανές επιπτώσεις των κοινωνικών πρωτοβουλιών. Σκοπός της μελέτης των Ljungqvist, Topor, Forssell, Svensson, & Davidson, (2016), ήταν να εξεταστεί η σχέση μεταξύ βαριάς ψυχικής ασθένειας, οικονομικής κατάστασης και κοινωνικών σχέσεων. Χρηματική συνεισφορά ανά μήνα, χορηγήθηκε σε 100 άτομα με σοβαρές ψυχικές ασθένειες για περίοδο 9 μηνών. Οι αξιολογήσεις των υποκειμένων έγιναν πριν από την έναρξη της παρέμβασης και μετά από 7 μήνες. Σημαντικές βελτιώσεις διαπιστώθηκαν για την κατάθλιψη και το άγχος, τα κοινωνικά δίκτυα και την αίσθηση του εαυτού. Δεν διαπιστώθηκαν διαφορές στο λειτουργικό επίπεδο. Οι κοινωνικές πρωτοβουλίες μπορεί να έχουν θεραπευτική αγωγή και άλλα ευεργετικά αποτελέσματα και πρέπει να ενταχθούν στην εργασία με τα άτομα με σοβαρές ψυχικές ασθένειες.

Ένα άλλο σημαντικό ζήτημα αφορά στις καταστάσεις των περιορισμών των θέσεων εργασίας σε διάφορους οργανισμούς και επιχειρήσεις. Ο τρόπος με τον οποίο εφαρμόζεται ο οργανωτικός περιορισμός μπορεί να κάνει μια ουσιαστική διαφορά ως προς το εάν οι εκτεθειμένοι εργαζόμενοι θα υποφέρουν με συμπτώματα ψυχικής υγείας. Οι Andreeva, Brenner, Theorell & Goldberg (2017), εξέτασαν την πιθανότητα ψυχικής ασθένειας που να συνδέεται με τη στρατηγική και την ενεργό μείωση των θέσεων εργασίας σε έναν οργανισμό, με μια συγχρονική έρευνα που περιλάμβανε 1.456 ερωτηθέντες από τη Γαλλία, τη Σουηδία, την Ουγγαρία και το Ηνωμένο Βασίλειο: 681 ήταν εργαζόμενοι σε σταθερούς χώρους εργασίας (ομάδα αναφοράς) και 775 εργαζόμενοι σε εταιρείες που είχαν υποβαθμιστεί. Τα συμπτώματα του άγχους, της κατάθλιψης και της

συναισθηματικής εξάντλησης εκτιμήθηκαν με τηλεφωνικές συνεντεύξεις χρησιμοποιώντας τις κλίμακες α) Κλίμακα Άγχους Νοσοκομείου (HADS-A), β) τη Λίστα Ελέγχου Συμπτωμάτων Hopkins (SCL-CD6) και γ) το ερωτηματολόγιο επαγγελματικής εξουθένωσης Maslach Burnout. Από τα αποτελέσματα της έρευνας δεν παρατηρήθηκε αυξημένος κίνδυνος ψυχικής υγείας στις περιπτώσεις στρατηγικής μείωσης των θέσεων εργασίας. Ο αριθμός των σημαντικών συσχετισμών με την ψυχική υγεία ήταν μεγαλύτερος στις περιπτώσεις δραστικής μείωσης των θέσεων εργασίας. Ακόμη, διαπιστώθηκε ότι οι άνεργοι είχαν αυξημένες πιθανότητες άγχους και η ανεργία ήταν η μόνη έκθεση που σχετιζόταν με το άγχος και την κατάθλιψη. Οι Andreeva, Brenner, Theorell & Goldberg (2017), συμπέραναν ότι ο τρόπος με τον οποίο εφαρμόζεται ο οργανωτικός περιορισμός μπορεί να είναι σημαντικός για την ψυχολογική ευημερία των εργαζομένων. Εάν η μείωση του μεγέθους είναι αναπόφευκτη, θα πρέπει να επιτευχθεί στρατηγικά. Απαιτείται μεγαλύτερη προσοχή στις πολιτικές για την απασχόληση και την υγεία που υποστηρίζουν τους εργαζόμενους μετά από δραστική μείωση των θέσεων εργασίας.

Οι Ruiz-Pérez, Bermúdez-Tamayo & Rodríguez-Barranco, (2017), ανέλυσαν τους παραμελητικούς παράγοντες που συνδέονται με την ψυχική υγεία μεταξύ του ισπανικού πληθυσμού κατά τη διάρκεια της ύφεσης και διαπίστωσαν ότι οι μακροοικονομικές μεταβλητές που σχετίζονται με την κακή ψυχική υγεία τόσο για τους άνδρες όσο και για τις γυναίκες ήταν οι χαμηλότερες δαπάνες κατά κεφαλήν και το ποσοστό των προσωρινά απασχολούμενων. Μεταξύ των γυναικών, ο κίνδυνος κακής ψυχικής υγείας αυξήθηκε κατά 6% για κάθε μείωση των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης ανά κάτοικο κατά 100 ευρώ. Μεταξύ των ανδρών, ο κίνδυνος κακής ψυχικής υγείας μειώθηκε κατά 8% για κάθε αύξηση 5% των προσωρινά απασχολούμενων. Τα υψηλότερα ποσοστά επισφαλούς απασχόλησης σε μια περιοχή έχουν αρνητικές επιπτώσεις στην ψυχική υγεία των ανθρώπων, επίσης χαμηλότερες κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας. Οι πολιτικές σε περιόδους ύφεσης θα πρέπει να επικεντρωθούν στην υποστήριξη και τη βελτίωση των συνθηκών για τις ευάλωτες ομάδες, όπως οι προσωρινά απασχολούμενοι.

Οι Góngora & Solano (2017), με στόχο την αξιολόγηση της ψυχικής υγείας και των ταξινομήσεών της σε δείγμα ενηλίκων της Αργεντινής, καθώς και τη

σύγκριση του επιπολασμού της ψυχικής υγείας σύμφωνα με τις δημογραφικές μεταβλητές και την παρουσία σημαντικών ψυχιατρικών συμπτωμάτων μελέτησε 627 ενήλικες (49,8% άνδρες και 50,2% γυναίκες). Από τα ευρήματα διαπιστώθηκε ότι η υψηλότερη ψυχική υγεία συσχετιζόταν μόνο με το εισόδημα.

Οι ψυχικές διαταραχές αυξάνονται και στη Σερβία, με το άγχος να είναι η κύρια αιτία στα άτομα που έχουν προσαρμοσθεί στην αναπηρία. Η Σερβία δεν έχει πραγματοποιήσει έρευνα για την ψυχική υγεία σε επίπεδο πληθυσμού. Οι Santric-Milicevic, Jankovic, Trajkovic, Terzic-Supic, Babic & Petrovic (2016) με στόχο να εξερευνήσουν την επικράτηση των διαταραχών της ψυχικής υγείας και των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων στον τομέα της ψυχικής υγείας του ενήλικου πληθυσμού της Σερβίας, και να διερευνήσουν το ρόλο της ηλικίας στην κατάσταση της απασχόλησης και το ρόλο της αλληλεπίδρασής τους με την ψυχική υγεία των αστικών και αγροτικών οικισμών, πραγματοποίησαν μια μελέτη σε 7.673 τυχαία επιλεγμένα νοικοκυριά - 15.563 ενήλικες. Τα ευρήματά τους ανέδειξαν ότι το χρόνιο άγχος ή η κατάθλιψη παρατηρήθηκε στο 4,9% των ερωτηθέντων και οι άνεργοι αλλά και οι άγαμοι είχαν υψηλότερες πιθανότητες χρόνιου άγχους ή κατάθλιψης από ό, τι τα παντρεμένα άτομα. Όσοι είχαν καλή κατάσταση υγείας είχαν χαμηλότερες πιθανότητες για χρόνιο άγχος ή κατάθλιψη από εκείνους των οποίων η γενική υγεία ήταν μέση και κακή. Οι μελετητές συμπέραναν ότι οι κοινωνικοοικονομικές πολιτικές με ευαισθησία στις γυναίκες, αλλά και οι πολιτικές που υιοθετούνται θα πρέπει να σχεδιάζονται με σύνεση ώστε να μειωθούν οι ανισότητες στην ψυχική υγεία που οφείλονται στις διαφορές στην ηλικία, την εκπαίδευση, την απασχόληση, το γάμο και τον πλούτο του ενήλικου πληθυσμού.

2.2 Σωματική Υγεία – Εργασία – Μισθολογική Κατάσταση

Οι χρόνιες ασθένειες επιβαρύνουν σημαντικά τον προϋπολογισμό των χωρών χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος και ιδιαίτερα όταν αυτές είναι πολυμορφικές δηλαδή δύο ή περισσότερες ταυτόχρονα. Η πολυμορφικότητα επιβαρύνει ακόμα περισσότερο την υγεία και κατ' επέκταση τον προϋπολογισμό. Οι Arokiasamy *et*

al., (2015) μελέτησαν την επικράτηση και τη συσχέτιση της πολυμορφικότητας, καθώς και τις συσχετίσεις μεταξύ της πολυμορφικότητας και της αυτο-αξιολογούμενης υγείας, των καθημερινών δραστηριοτήτων, της ποιότητας ζωής και της κατάθλιψης σε έξι χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος. Χρησιμοποιήθηκε μια διασταυρούμενη δημογραφική έρευνα που διεξήχθη σε έξι χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος και συγκεκριμένα στην Κίνα, στη Γκάνα, στην Ινδία, στο Μεξικό, στη Ρωσία και στη Νότια Αφρική. Το μέγεθος του δείγματος ήταν 42.236 ενήλικες ηλικίας 18 ετών και άνω. Τα ευρήματα των Arokiasamy *et al.*, (2015) καταδεικνύουν τον αντίκτυπο της πολυμορφικότητας και τις δυσμενείς επιπτώσεις στην υγεία και ιδιαίτερα μεταξύ των ασθενέστερων κοινωνικοοικονομικών ομάδων σε χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος. Επίσης, καταδεικνύουν την ανάγκη ανακατανομής των πόρων της υγειονομικής περίθαλψης λαμβάνοντας υπόψη την κατανομή της πολυμορφικότητας και τις δυσμενείς επιπτώσεις τους στην υγεία.

Την τελευταία δεκαετία παρατηρήθηκε αύξηση τόσο της οικονομικής ανασφάλειας όσο και της συχνότητας του σωματικού πόνου. Η έρευνα των Chou, Parmar, & Galinsky, (2016), αποκαλύπτει μια αιτιώδη συνάφεια μεταξύ αυτών των δύο αυξανόμενων και επακόλουθων κοινωνικών τάσεων. Σε πέντε μελέτες, διαπιστώσαν ότι η οικονομική ανασφάλεια προκάλεσε σωματικό πόνο και μείωσε την ανοχή του πόνου. Σε μια έκτη μελέτη, με δεδομένα από 33.720 γεωγραφικά διαφορετικά νοικοκυριά των ΗΠΑ, η οικονομική ανασφάλεια προέβλεπε την κατανάλωση παυσίπων χωρίς ιατρική συνταγή. Η σχέση μεταξύ οικονομικής ανασφάλειας και σωματικού πόνου προέκυψε όταν οι άνθρωποι βίωναν την ανασφάλεια προσωπικά (ανεργία), όταν βρίσκονταν σε ανασφάλιστο πλαίσιο (πληροφορήθηκαν ότι το κράτος τους είχε σχετικά υψηλό επίπεδο ανεργίας) και όταν αντιλαμβάνονταν το παρελθόν και το μέλλον με οικονομική ανασφάλεια. Οι μελετητές διαπιστώσαν ακόμη, ότι η ψυχολογική εμπειρία της έλλειψης ελέγχου συνέβαλε στη δημιουργία της αιτιώδους συνάφειας από οικονομική ανασφάλεια σε σωματικό πόνο. Οι μετα-αναλύσεις, συμπεριλαμβανομένων όλων των μελετών τους που δοκιμάζουν τη σχέση από οικονομική ανασφάλεια σε σωματικό πόνο, αποκάλυψαν ότι αυτός ο σύνδεσμος είναι αξιόπιστος. Συνολικά, τα ευρήματα δείχνουν ότι φυσικά πονάει να είναι οικονομικά ανασφαλής κάποιος.

Οι Oh, & Choi, (2015), διαπίστωσαν ότι η επαγγελματική εξουθένωση είναι ο κύριος παράγοντας που επηρεάζει τη σωματοποίηση των νοσηλευτών που εργάζονται σε νοσοκομειακά περιβάλλοντα.

Οι Capasso, Zurlo, & Smith, (2016), παρουσίασαν μια μελέτη σχετικά με τα χαρακτηριστικά και την υγεία των εργαζομένων σε διαφορετική εθνότητα στη νότια Ιταλία χρησιμοποιώντας το μοντέλο Demands – Resources - Individual Effects (DRIVE) των Mark & Smith (2008), αλλά και μελέτες σχετικές με την εθνότητα και την επαγγελματική υγεία. Το δείγμα τους αποτελούνταν από εργαζομένους από την Ανατολική Ευρώπη, το Μαρόκο, τη Γκάνα και την Ιταλία. Τα αποτελέσματα επιβεβαίωσαν τις κύριες επιδράσεις των χαρακτηριστικών εργασίας στην ψυχοσωματική υγεία και την επίδραση του τύπου εργασίας και της εθνικότητας. Η επαγγελματική κατάσταση και οι πολιτισμικές επιδράσεις οδήγησαν σε σημαντικές επιπτώσεις στις σχέσεις μεταξύ κάθε διάστασης του άγχους που σχετίζεται με την εργασία και την ψυχοσωματική υγεία.

3. Η σχέση της ψυχολογίας και των συναισθημάτων της ντροπής με τη μισθολογική κατάσταση και το οικονομικό άγχος

Μελέτες σχετικά με τις επιπτώσεις της εισοδηματικής ανισότητας στην ψυχοσωματική υγεία έχουν προκαλέσει μεγάλο ενδιαφέρον και η προσπάθεια για την ερμηνεία αυτής της σχέσης και των μηχανισμών με τους οποίους συνδέονται δεν έχουν με σαφήνεια προταθεί. Οι σημαντικότερες ερμηνείες σύμφωνα με τους Starrin, Åslund & Nilsson, (2009), αφορούν στην ατομική ερμηνεία του εισοδήματος (the individual income interpretation), στην ερμηνεία του ψυχοκοινωνικού περιβάλλοντος (the psychosocial environment interpretation) και η νεο-υλιστική ερμηνεία (the neo-material interpretation).

Σύμφωνα με την ατομική ερμηνεία του εισοδήματος (the individual income interpretation), η σχέση μεταξύ της εισοδηματικής ανισότητας και της υγείας αντικατοπτρίζει μόνο την ατομική σχέση μεταξύ του εισοδήματος και της υγείας. Σύμφωνα με τους Ecob & Smith (1999), η καμπυλόγραμμη σχέση του εισοδήματος και της υγείας σε ατομικό επίπεδο αποτελεί επαρκή προϋπόθεση για την παραγωγή διαφορών υγείας μεταξύ πληθυσμών με το ίδιο μέσο εισόδημα αλλά με διαφορετικές κατανομές εισοδήματος. Αυτή η ερμηνεία προϋποθέτει ότι οι καθοριστικοί παράγοντες της υγείας του πληθυσμού προσδιορίζονται πλήρως ως χαρακτηριστικά των ανεξάρτητων ατόμων και ότι οι επιπτώσεις στην υγεία σε επίπεδο πληθυσμού είναι απλώς αθροίσματα επιμέρους αποτελεσμάτων (Koopman & Lynch, 1999).

Η ερμηνεία του ψυχοκοινωνικού περιβάλλοντος (the psychosocial environment interpretation) προτείνει ότι οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες είναι πρωταρχικοί στην κατανόηση των επιπτώσεων της εισοδηματικής ανισότητας στην υγεία. Ο Wilkinson (2002), έχει υποστηρίξει ότι η εισοδηματική ανισότητα επηρεάζει την υγεία μέσω της αντίληψης της θέσης στην κοινωνική ιεραρχία με βάση τη σχετική θέση ανάλογα με το εισόδημα. Τέτοιες αντιλήψεις προκαλούν

αρνητικά συναισθήματα όπως η ντροπή και η δυσπιστία που μεταφράζονται «μέσα» στο σώμα σε φτωχότερη υγεία και συμπεριφορές που προκαλούνται από άγχος όπως το κάπνισμα. Ταυτόχρονα, οι αντιλήψεις για τη σχετική θέση και τα αρνητικά συναισθήματα που ενθαρρύνουν μεταφράζονται "εκτός" του ατόμου σε αντικοινωνική συμπεριφορά, μειωμένη συμμετοχή των πολιτών και λιγότερο κοινωνικό κεφάλαιο και συνοχή εντός της κοινότητας. Με αυτόν τον τρόπο, οι αντιλήψεις κοινωνικής τάξης με βάση το σχετικό εισόδημα έχουν αρνητικές βιολογικές συνέπειες για τα άτομα και αρνητικές κοινωνικές συνέπειες για το πώς αλληλεπιδρούν τα άτομα. Οι αντιλήψεις σχετικά με το σχετικό εισόδημα συνδέουν έτσι την ατομική και την κοινωνική παθολογία.

Η νεο-υλιστική ερμηνεία (the neo-material interpretation), σχετίζει τις ανισότητες στην υγεία με τις υλιστικές βιοματικές εμπειρίες. Σύμφωνα με αυτή την ερμηνεία, η επίδραση της ανισότητας των εισοδημάτων στην υγεία αντανακλά έναν συνδυασμό αρνητικών ανοιγμάτων και έλλειψης πόρων που κατέχουν ιδιώτες καθώς και συστηματική ανεπαρκή επένδυση σε ένα ευρύ φάσμα ανθρώπινης, σωματικής, υγειονομικής και κοινωνικής υποδομής (Kennedy, Kawachi & Prothrow-Stith, 1996). Η άνιση κατανομή του εισοδήματος είναι ένα αποτέλεσμα ιστορικών, πολιτιστικών και πολιτικοοικονομικών διαδικασιών. Αυτές οι διεργασίες επηρεάζουν τους ιδιωτικούς πόρους που διατίθενται στους ιδιώτες και διαμορφώνουν τη φύση της δημόσιας υποδομής-εκπαίδευσης, των υπηρεσιών υγείας, των μεταφορών, των περιβαλλοντικών ελέγχων, της διαθεσιμότητας τροφίμων, της ποιότητας στέγασης και των κανονισμών επαγγελματικής υγείας. Στις ΗΠΑ, η ανώτερη εισοδηματική ανισότητα συνδέεται σημαντικά με πολλές πτυχές της ανεργίας, της ασφάλισης της υγείας, της κοινωνικής πρόνοιας, της αναπηρίας και των εκπαιδευτικών και ιατρικών δαπανών (Kaplan, Pamuk, Lynch, Cohen, & Balfour, 1996).

Οι Starrin, Åslund & Nilsson (2009), με σκοπό να δοκιμάσουν το μοντέλο Finances-Shame μαζί με τις ερμηνευτικές του διεξήγαγαν τη μελέτη με τίτλο «Financial stress, shaming experiences and psychosocial ill-health: Studies into the finances-shame model» σε δείγμα 5.666 ατόμων με ποσοστό ανταπόκρισης 69%. Οι Starrin, Åslund & Nilsson (2009), σχεδίασαν τη μελέτη τους στη βάση δύο ερευνητικών παραδόσεων σχετικών με το μοντέλο: τη σύνδεση της οικονομικής

πτυχής του μοντέλου με την έρευνα για το οικονομικό άγχος και τη στέρηση (Horwitz 1984), τη σύνδεση των κοινωνικών πτυχών του με την έρευνα για τους κοινωνικούς δεσμούς (Scheff 1990, 2003) και τα κοινωνικά δίκτυα (Berkman & Syme, 1979). Οι υποθέσεις ήταν ότι (α) όσο μεγαλύτερο είναι το οικονομικό άγχος και οι περισσότερες εμπειρίες από τη ντροπή, τόσο μεγαλύτερος είναι ο κίνδυνος για την ψυχοκοινωνική κακή υγεία, (β) όσο μικρότερο είναι το οικονομικό άγχος και λιγότερες εμπειρίες από τη ντροπή, τόσο μικρότερος είναι ο κίνδυνος για ψυχοκοινωνική κακή υγεία. Το αποτέλεσμα της μελέτης - που περιλάμβανε 5.666 άτομα στην ηλικιακή ομάδα 18-64 ετών σε μια μεσαία Σουηδική περιοχή - προσδίδει στήριξη στο μοντέλο Finances - Shame. Ανεξάρτητα από το φύλο, την ηλικία, τον τύπο νοικοκυριού, την εκπαίδευση και τον κοινωνικοοικονομικό όμιλο, η στήριξη για το μοντέλο Finances - Shame ήταν σημαντική. Η ψυχοκοινωνική κακή υγεία στην παρούσα μελέτη σχετίζεται έτσι με τη συνδυασμένη επίδραση του οικονομικού άγχους και της απογοήτευσης.

3.1 Μοντέλο Finances - Shame

Το μοντέλο Finances-Shame αναπτύχθηκε αρχικά για να κατανοήσει τους λόγους που η ανεργία μπορεί να είναι μια ταλαιπωρία για μερικούς ανθρώπους αλλά όχι για άλλους (Starrin *et al.*, 1997; Rantakeisu *et al.*, 1999; Starrin & Jönsson 2006).

Το μοντέλο υποδηλώνει ότι:

- όσο μεγαλύτερο είναι το οικονομικό άγχος τόσο μεγαλύτερος είναι ο κίνδυνος ψυχοκοινωνικής κακής υγείας, και
- όσο μικρότερο είναι το οικονομικό άγχος τόσο μικρότερος είναι ο κίνδυνος ψυχοκοινωνικής κακής υγείας.

Η οικονομική πτυχή του μοντέλου συνδέθηκε ερευνητικά με το οικονομικό άγχος και τη στέρηση (Horwitz, 1984) και η κοινωνική πτυχή του με τους κοινωνικούς δεσμούς (Scheff, 1990, 2003) και τα κοινωνικά δίκτυα (Berkman & Syme, 1979). Όσον αφορά το οικονομικό μέρος του μοντέλου, υπάρχουν μελέτες που διαπιστώνουν μια ισχυρή σχέση μεταξύ των οικονομικών συνθηκών, αφενός,

και της υγείας και της θνησιμότητας, αφετέρου. Σε κοινωνικό επίπεδο, μελέτες δείχνουν ότι η υγεία του κοινού είναι καλύτερη στις πλούσιες χώρες σε σύγκριση με τις φτωχές χώρες. Ωστόσο, μεταξύ των αναπτυγμένων χωρών υπάρχουν κάποιες ενδείξεις ότι δεν είναι οι πλουσιότερες χώρες που έχουν την καλύτερη υγεία αλλά εκείνες που έχουν τις μικρότερες εισοδηματικές διαφορές μεταξύ των πολιτών τους (Wilkinson, 1992; Kawachi *et al.*, 1997; Kawachi & Kennedy, 1997).

Σε ατομικό επίπεδο, η έρευνα δείχνει ότι η οικονομική δυσπραγία, ανεξάρτητα από το αν ονομάζεται φτώχεια, υλική στέρηση, χαμηλό εισόδημα ή οικονομικό άγχος, συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο για προβλήματα υγείας στον πληθυσμό (Horwitz, 1984; Lundberg & Fritzell, 1995; Pihl & Starrin 1998). Διαπιστώθηκε, επίσης, να ισχύει μεταξύ των παιδιών και των νέων (Hagquist, 1998; Östberg, 2001) και ιδιαίτερα μεταξύ εκείνων που βρίσκονται σε μειονεκτική θέση όπως οι άνεργοι (Rantakeisu *et al.*, 1999; Starrin & Jönsson, 2006; Turner, 1995; Underlid, 1992; Vinokur *et al.*, 1996; Whelan 1992) και προσωρινά απασχολούμενοι (Aronsson *et al.*, 2005).

Οι Weich & Lewis (1998) διαπίστωσαν ότι το οικονομικό άγχος ήταν ένας ισχυρός ανεξάρτητος προγνωστικός δείκτης τόσο της εμφάνισης όσο και της συνέχισης των επεισοδίων κοινών ψυχικών διαταραχών, ακόμη και μετά την προσαρμογή για αντικειμενικά μέτρα για το βιοτικό επίπεδο. Τα ψυχιατρικά προβλήματα είναι συνηθέστερα μεταξύ των ατόμων που εκτίθενται σε οικονομικό άγχος, παραδείγματος χάριν αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην έγκαιρη πληρωμή λογαριασμών και δεν διαθέτουν ταμειακά αποθέματα (Pihl & Starrin, 1998). Μελέτες δείχνουν επίσης ότι η ψυχολογική υγεία των παιδιών και των νέων συσχετίζεται με οικονομικούς πόρους (Hagquist, 1998; Östberg, 2001).

Οι μελέτες αυτών των οικονομικών διαστάσεων χρησιμοποιούν διάφορους όρους για να περιγράψουν την κατάσταση με την οποία οι οικονομικές συνθήκες γίνονται τόσο μεγάλες ώστε τα άτομα να έχουν αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία και την κοινωνία. Οι όροι που χρησιμοποιούνται σε αυτές τις μελέτες αναφέρονται ποικιλοτρόπως ως «οικονομικό / οικονομικό άγχος», «οικονομικές / οικονομικές δυσκολίες», «οικονομική / χρηματοπιστωτική πίεση», «οικονομική / χρηματοπιστωτική ευπάθεια» ή «οικονομική / χρηματοοικονομική στέρηση». Οι

όροι χρησιμοποιούνται κυρίως χωρίς ακριβή ορισμό της έννοιάς τους. Όροι όπως "δυσκολία" και "στέλεχος" συνήθως δεν δίνουν άλλη έννοια από αυτή που προκύπτει από τους ίδιους τους όρους. Το "οικονομικό" ή το "οικονομικό άγχος" φαίνεται να χρησιμοποιείται κυρίως με τη σιωπηρή αναφορά στη θεωρία του στρες όπου έχει οριστεί με ελαφρώς διαφορετικούς τρόπους. Οι Elder & Caspi (1988) συσχέτισαν με την «οικονομική πίεση» την πίεση ή το στέλεχος που προκύπτει από μια απτή απώλεια εισοδήματος. Ο Istad (1989) όρισε το οικονομικό άγχος ως τη διαφορά μεταξύ του πραγματικού εισοδήματος και του εισοδήματος που χρειάζεται κάποιος, υπό την έννοια ότι το εισόδημα είναι μικρότερο από αυτό που χρειάζεται και το άτομο έχει δυσκολίες να αντισταθμίσει την απώλεια εισοδήματος με προηγούμενες αποταμιεύσεις, για μεγάλο χρονικό διάστημα. Δεν είναι ικανοποιητικό ότι οι όροι είναι ασαφείς και μερικές φορές χρησιμοποιούνται σαν να ήταν προφανείς. Συνεπώς, χρησιμοποιούμε τον όρο οικονομικό άγχος. Το οικονομικό άγχος αναφέρεται στα προβλήματα που προκύπτουν όταν ένα άτομο αντιμετωπίζει την απειλή έλλειψης χρημάτων σε συνδυασμό με την έλλειψη ταμειακών αποθεμάτων και τις δυσκολίες για την επίτευξη των στόχων του.

Λαμβάνοντας υπόψη το τμήμα "ντροπής" του μοντέλου "Οικονομικά-ντροπή", λαμβάνονται ως σημείο εκκίνησης δύο θεωρητικοί πυλώνες των πηγών ντροπής. Ο πρώτος σχετίζεται με τους Cooley (1902/1922), Retzinger (1991) και Scheff (1990, 2003), όπου η βασική ιδέα είναι ότι η ντροπή αλλά και η υπερηφάνεια έχουν λειτουργίες σήματος σε σχέση με τους κοινωνικούς δεσμούς, ενός απειλούμενου, αποκομμένου και ανασφαλούς κοινωνικού δεσμού και υπερηφάνεια για έναν άθικτο και ασφαλή δεσμό. Ο Retzinger (1991) και ο Scheff (1990, 2003) ορίζουν την ντροπή ευρέως ως όνομα κατηγορίας για μια μεγάλη οικογένεια συναισθημάτων. Περιλαμβάνει πολλές παραλλαγές, από την κοινωνική δυσφορία και την αμηχανία που χαρακτηρίζεται από αδύναμη ένταση και μεταβατική διάρκεια μέχρι ταπείνωση που χαρακτηρίζεται από έντονη ένταση και μεγάλη διάρκεια. Ο δεύτερος θεωρητικός πυλώνας της ντροπής που έχει σημασία για τη μελέτη ασχολείται με τη στενή συσχέτιση της ντροπής με τις δομικές πτυχές της κοινωνίας, όπως η χαμηλή κοινωνική θέση, η χαμηλή κοινωνική τάξη, η κοινωνική υποταγή και η κατωτερότητα (Neckel, 1996; Scheff, 1990; Sennett & Cobb, 1972; Sennett, 1999). Ο Gilbert (1998) κάνει διάκριση μεταξύ εσωτερικής ντροπής και εξωτερικής ντροπής. Η εσωτερική μορφή της ντροπής προέρχεται από

το πώς ο ίδιος βλέπει τον εαυτό του και η εξωτερική ντροπή εστιάζεται στον έξω κόσμο και πώς κάποιον τον βλέπουν οι άλλοι άνθρωποι.

Μια μελέτη του Kendler *et al.*, διαπίστωσε ότι η κατάθλιψη δεν προκαλείται μόνο από την κοινωνική απώλεια, όπως για παράδειγμα στην περίπτωση του θανάτου ενός συγγενή, αλλά μπορεί να προκύψει και από ταπείνωση και δημόσια απόρριψη (Kendler *et al.*, 2003). Παρόμοια αποτελέσματα από μια μελέτη του Brown και συναδέλφων του έδειξαν ότι η υποβολή σε ταπείνωση και προσβολές ήταν ένας ισχυρός προγνωστικός παράγοντας για την ανάπτυξη της κατάθλιψης (Brown *et al.*, 1995). Οι παρατηρήσεις των καταθλιπτικών ανδρών σε ένα ψυχιατρικό νοσοκομείο υποστηρίζουν επίσης την υπόθεση ότι η ντροπή και η υποκίνηση της απογοήτευσης μπορεί να προκαλέσει κατάθλιψη (Scheff, 2001). Οι μελέτες δείχνουν επίσης τη σχέση μεταξύ ντροπής και αυτοκτονίας (Shreve & Kunkel, 1991) και απόπειρας αυτοκτονίας (Arcel, 1985).

Υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις ότι οι άνθρωποι με χαμηλή κοινωνική θέση εκτίθενται συχνότερα σε διαφορετικούς κινδύνους της υγείας και συναισθηματικά αγχωτικές καταστάσεις σε σύγκριση με άλλους ανθρώπους (Marmot, 2004; Wilkinson, 2005). Ένα μονοπάτι μέσω του οποίου οι αγχωτικές κοινωνικές συνθήκες μπορεί να επηρεάσουν την υγεία είναι μέσω των συναισθημάτων και των φυσιολογικών, γνωστικών και συμπεριφορικών απαντήσεων που προκαλούν. Τα συναισθήματα μεσολαβούν στην ανταπόκριση ενός ατόμου σε γεγονότα στον εξωτερικό κόσμο, ειδικά όταν το γεγονός έχει ιδιαίτερη σημασία για το άτομο (Kubzansky & Kawachi, 2000; Gallo & Matthews, 2003). Οι σχέσεις εξουσίας και οι σχέσεις κατάστασης έχουν επίσης μεγάλη επίδραση σε πολλά συναισθήματα (Kemper, 1990, Collins, 1990 & 2004). Τα άτομα που στερούνται εξουσίας και καθεστώτος ενδέχεται να υποφέρουν από συναισθηματική απώλεια ενέργειας - μια κατάσταση που δείχνει σαφείς ομοιότητες με την αίσθηση της ντροπής (Collins, 1990 & 2004).

Σύμφωνα με τους Starrin, Åslund & Nilsson (2009), το οικονομικό άγχος είναι ένα μέρος του μοντέλου Finances-Shame που πρέπει να συνδέεται με το φόβο και τη ντροπή, λόγω του ότι ο φόβος σηματοδοτεί απειλή για τη ζωή και τις ακραίες καταστάσεις και ακόμη λόγω του ότι όσοι ζουν σε απόλυτη φτώχεια - που μπορεί να θεωρηθεί μια ακραία παραλλαγή του οικονομικού άγχους - βιώνουν αυτόν τον

φόβο σε καθημερινή βάση. Επιπλέον, όσοι ζουν σε σχετική φτώχεια και με ήπιες μορφές οικονομικού άγχους μπορεί επίσης να βιώσουν φόβο για τη ζωή και τις ακραίες καταστάσεις της επειδή αναγκάζονται να ζουν σε φτωχούς και βίαιους κοινωνικούς χώρους και να εργάζονται υπό επικίνδυνες συνθήκες για να επιβιώσουν. Ωστόσο, η φτώχεια και το οικονομικό άγχος δεν προκαλούν μόνο φόβο για τη ζωή και τις ακραίες καταστάσεις της. Αυτές οι συνθήκες διαβίωσης διαπιστώνεται επίσης να συνδέονται κατά κάποιο τρόπο και με τα συναισθήματα της ντροπής, μια και η διαβίωση με οικονομικό άγχος μπορεί να προκαλέσει συναισθήματα κατωτερότητας, χαμηλής αξίας και στέρησης, πρόταση η οποία έχει διαπιστωθεί και από τους Starrin *et al.*, (2003), Marmot (2004) και Wilkinson (2005). Τα χρήματα στη σύγχρονη κοινωνία παίζουν σημαντικό ρόλο στην κοινωνική αλληλεπίδραση. Οι άνθρωποι που ζουν με οικονομικό άγχος κινδυνεύουν να αποκλειστούν κοινωνικά. Επιπλέον, τα χρήματα μεταφέρουν μια εντύπωση ελέγχου και εξουσίας σε άλλους ενισχύοντας ταυτόχρονα ένα αίσθημα ελέγχου και εξουσίας για τον εαυτό τους (Underlid, 1992). Η διαβίωση κάτω από το οικονομικό άγχος δυσχεραίνει την εκπλήρωση των προσδοκιών, τόσο των ίδιων όσο και των άλλων. Όλοι αυτοί οι παράγοντες καθιστούν το οικονομικά τονισμένο άτομο πιο ευάλωτο σε συναισθήματα ντροπής και κατωτερότητας που προκαλούνται από τη συνεχή επανειλημμένη έκθεση σε γελοιοποίηση και προσβολή.

Όταν οι άνθρωποι εκτίθενται στη ντροπή και μπορεί να νοιώσουν ότι γελοιοποιούνται και προσβάλλονται νοιώθουν πολύ οδυνηρά και αυτή η κατάσταση εκφράζεται με μια άλλη οπτική από το μοντέλο Finances-Shame. Ήδη, από το 1990, ο Scheff διακρίνει τη ντροπή σε κανονική ντροπή και τοξική ή παθολογική ντροπή, που μπορεί με οποιαδήποτε μορφή της να διαδραματίσει κρίσιμο ρόλο στις κανονικές σχέσεις συνεργασίας, καθώς και στις συγκρούσεις. Η κανονική ντροπή είναι μια καθημερινή κατάσταση της ανθρώπινης συμπεριφοράς και οι εκδηλώσεις της, αφενός, αν και δυσάρεστες, είναι σύντομες. Οι εκδηλώσεις της τοξικής ντροπής από την άλλη πλευρά είναι επίμονες και αμείλικτες. Ο Scheff (1990) προτείνει ότι η ντροπή γίνεται τοξική όταν δεν αναγνωρίζεται. Όταν κάποιος επανειλημμένα υπόκειται σε προσβολές και ταπεινώσεις από άλλους, η ντροπή διατρέχει τον κίνδυνο καταστολής και τοξικότητας. Συνεπώς, σε αυτό το πλαίσιο, εάν η απογοήτευση προκαλεί κακή υγεία, πρέπει εξ ορισμού να είναι

τοξική. Οι εμπειρίες χαμηλής κοινωνικής θέσης μπορεί να προκαλέσουν συναισθήματα όπως η ντροπή, η οποία με τη σειρά της μπορεί να ξεκινήσει μια διαδικασία που οδηγεί σε κακή υγεία (Wilkinson, 1999 a & b). Ο Wilkinson πρότεινε ότι η αίσθηση της ντροπής θα μπορούσε να είναι μία από τις πιο ισχυρές και επαναλαμβανόμενες πηγές χρόνιου στρες που είναι υπεύθυνες για την αύξηση της ευπάθειας των ανθρώπων όχι μόνο στην κακή υγεία αλλά και σε ένα ευρύ φάσμα λοιμωδών καταστάσεων και καρδιαγγειακών παθήσεων (Wilkinson, 2002). Ομοίως, η Dickerson και η ερευνητική της ομάδα κατέδειξαν ότι οι οξείες απειλές που μπορεί να βιώσει ο κοινωνικός εαυτός –και – λόγω ντροπής μπορεί να αυξήσουν την προ-φλεγμονώδη δραστηριότητα κυτοκίνης και κορτιζόλης (Dickerson *et al.*, 2004). Άλλωστε, και στη μελέτη των Carlsson, Starrin, Gigante, Leander, Hellenius, & de Faire (2014), διαπιστώθηκε ότι το οικονομικό άγχος μπορεί να αυξήσει τους κινδύνους εμφάνισης καρδιαγγειακών επεισοδίων και θνησιμότητας όλων των αιτιών, ιδιαίτερα στους άνδρες. Επιπλέον, αυτοί οι κίνδυνοι είναι πιθανόν να είναι μεγαλύτεροι στους άνδρες που ζουν σε μεμονωμένα νοικοκυριά και σε γυναίκες χωρίς επαρκή χρήματα. Η διαβίωση με έναν σύντροφο μπορεί να προστατεύει τους άνδρες, αλλά όχι τις γυναίκες, από την κακή υγεία που συνδέεται με το οικονομικό άγχος εξαιτίας της έλλειψης περιθωρίου μετρητών.

4. Η σχέση της συνταξιοδοτικής κατάστασης των ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας με τα αισθήματα ασφαλούς και ανασφαλούς γήρανσης

Οι άνθρωποι γερνούν σε ένα περιβάλλον όπου επικρατούν οι απόψεις των νεότερων και οι ίδιοι θα πρέπει να παίρνουν όλες εκείνες τις απαραίτητες πρωτοβουλίες για την προετοιμασία ενός καλού γήρατος. Οι πρωτοβουλίες για την προετοιμασία μπορεί να είναι πιο δύσκολες για ορισμένες κοινωνικές ομάδες με ανασφαλείς συνθήκες εργασίας και διαβίωσης. Η δυσκολία αυτή, η οποία προκύπτει από την ανασφάλεια μιας κακής οικονομικής κατάστασης, έχει μελετηθεί ελάχιστα στο πλαίσιο της γήρανσης.

Οι Craciun & Flick, το 2014, διερεύνησαν το πώς οι μεσήλικες και οι ενήλικες με διαφορετική κοινωνική ασφάλιση, δηλαδή μεταξύ αυτών που έχουν και αυτών που δεν έχουν ασφαλιστική κάλυψη, σκέφτονται τη γήρανση. Πραγματοποιώντας συνεντεύξεις διερεύνησαν την έννοια της γήρανσης, τη σκέψη για τη γήρανση και την αντίληψη για τη γήρανση. Συνέκριναν μια ομάδα (N=10) που είχε ασφαλή γήρανση μπροστά της έναντι μιας (N=10) που έπρεπε να αγωνιστεί μέσα σε ένα αβέβαιο παρόν και μέλλον. Επιπλέον εξέτασαν τις διαφορές μεταξύ ανδρών (N=11) και γυναικών (N=9). Από τα αποτελέσματα συμπεράναν την ύπαρξη των φόβων που σχετίζονται με τη γήρανση, αλλά και μια ασάφεια συνδεδεμένη με το γήρας και σύμφωνα με τους μελετητές οι διαφορετικές εικόνες για τη γήρανση που εντοπίστηκαν στις δύο ομάδες της μελέτης, οδηγούν στην ανάγκη για παρεμβάσεις και αλλαγή πολιτικής σχετικά με την ασφαλή και ανασφαλή γήρανση (Craciun & Flick, 2014).

Οι ίδιοι μελετητές, δύο χρόνια αργότερα, το 2016, διερεύνησαν τις απόψεις σχετικά με τη γήρανση και τη σχέση της σχετικά με το φύλο και την κατάσταση της επισφάλειας χρησιμοποιώντας ημι-δομημένες συνεντεύξεις σε 10 άνδρες και 10 γυναίκες με ασφαλείς και ανασφαλείς συντάξεις. Θέματα, όπως ο φόβος της ασθένειας και της υποβάθμισης της υγείας ήταν πιο εμφανή στους άνδρες, ενώ ο

φόβος της απώλειας της ελκυστικότητάς τους στη γήρανση ήταν πιο εμφανής στις γυναίκες. Για όλους τους συμμετέχοντες, η απώλεια αυτονομίας και κοινωνικών ρόλων αντιπροσώπευαν μια αρνητική άποψη της γήρανσης, ενώ η δραστηριότητα με τη μορφή εργασίας, εθελοντισμού ή αναψυχής αντιπροσώπευε θετικές απόψεις. Οι διαφορές απόψεων σχετικά με τη γήρανση σχετίζονταν περισσότερο με την ασφάλεια των συντάξεων και λιγότερο με το φύλο. Οι γυναίκες χωρίς συνταξιοδοτικά προγράμματα παρουσίασαν τις πιο αρνητικές απόψεις της γήρανσης. Οι συνέπειες για την πρακτική και την πολιτική για την πρόληψη της υγείας και των ανισοτήτων μεταξύ των φύλων συζητούνται (Craciun & Flick, 2016).

Επειδή τα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης αναπτύσσονται, τόσο κοινωνικά όσο οικονομικά και δημογραφικά, με ταχύτατους ρυθμούς προκύπτουν εύλογα τα παρακάτω δύο ερωτήματα: το πρώτο εκ των οποίων αφορά στα ίδια τα κράτη και κατά πόσο αυτά θα είναι σε θέση να στηρίξουν τους ηλικιωμένους πολίτες τους, και το δεύτερο αφορά στους ίδιους τους πολίτες και κατά πόσο αυτοί ανησυχούν για την οικονομική τους κατάσταση στη συνταξιοδότηση και ποια μέτρα λαμβάνουν οι ίδιοι για να έχουν ένα επαρκές βιοτικό επίπεδο. Με σκοπό να μελετηθούν τα παραπάνω, οι Hershey, Henkens, & van Dalen, το 2010, υλοποίησαν μια ερευνητική μελέτη στην οποία ανέλυσαν τα δεδομένα από το τρίτο κύμα της Ευρωπαϊκής Κοινωνικής Έρευνας, που αντιπροσωπεύει 21.416 ενήλικες εργαζόμενους σε 23 χώρες της Ευρώπης. Πιο συγκεκριμένα, χρησιμοποίησαν πολυεπίπεδη μοντελοποίηση για να καταγράψουν τους παράγοντες που υποδηλώνουν το κοινωνικό, οικονομικό και δημογραφικό επίπεδο της χώρας. Από τα ευρήματα της μελέτης τους διαπιστώθηκε ότι, όταν ληφθούν υπόψη οι διαστάσεις του επιπέδου του ατόμου, οι προβλέψεις σε επίπεδο χώρας εξηγούν αισθητή διακύμανση στις ανησυχίες, αλλά όχι πρακτικές εξοικονόμησης. Επιπλέον, διαπιστώθηκε ότι οι ανησυχίες σχετικά με το εισόδημα λόγω συνταξιοδότησης είναι πιο σοβαρές σε χώρες με ισχυρή προβλεπόμενη αύξηση της μελλοντικής γήρανσης του πληθυσμού και υψηλό επίπεδο ανισότητας εισοδήματος. Τέλος, δεν διαπιστώθηκε ότι οι μεταρρυθμίσεις λόγω ηλικίας συνταξιοδότησης επηρεάζουν αισθητά τις ανησυχίες για το εισόδημα των συνταξιούχων. Στα συμπεράσματα της μελέτης τους, οι Hershey, Henkens, & van Dalen, (2010), πρότειναν να υπάρξουν συζητήσεις σε επίπεδο πολιτικών

πρωτοβουλιών έτσι ώστε να βρεθούν τρόποι να βελτιωθούν κάποιες από τις ανησυχίες των ευρωπαϊών πολιτών σε μακροοικονομικό επίπεδο στη βάση των ατομικών διαφορών που μπορεί να προκαλούν ανησυχία για την εξοικονόμηση μελλοντικών εισοδημάτων.

Η προετοιμασία για τη θετική γήρανση διαμορφώνεται από το κοινωνικό πλαίσιο στο οποίο ζει ένα άτομο. Η ποιοτική μελέτη των Craciun & Flick (2015), διερεύνησε και συνέκρινε τις αναπαραστάσεις σχετικά με τις προπαρασκευαστικές ενέργειες σε επισφαλείς εργαζόμενους (δηλαδή με προσωρινές συμβάσεις εργασίας και ανασφαλείς συνταξιοδοτικές παροχές) και άτομα με ασφαλή συνταξιοδοτικά προγράμματα που ζούσαν στη Γερμανία. Ακόμη, εξέτασαν τις πιθανές αντιφάσεις μεταξύ των παραπάνω. Τα ευρήματα από την ανάλυση των ημι-δομημένων συνεντεύξεων που διενεργήθηκαν ανέδειξαν ότι τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας που έχουν ανασφαλή συνταξιοδοτικά προγράμματα έτειναν να βλέπουν τους εαυτούς τους ως κοινωνικούς συντρόφους και αισιόδοξους, ενώ εκείνοι με ασφαλή συνταξιοδοτικά προγράμματα θεωρούσαν τους εαυτούς τους κοινωνικούς ακτιβιστές και προσεκτικούς σχεδιαστές του γήρατος. Σύμφωνα με τη θεωρία της κοινωνικής επιλεκτικότητας, η αντίληψη μιας βραχυπρόθεσμης προοπτικής καθιστά τα επισφαλή άτομα επικεντρωμένα σε συναισθηματικούς στόχους, ενώ τα οικονομικά ασφαλή άτομα εκτιμούν τους κοινωνικούς στόχους.

Ακόμη, με σκοπό να μελετηθεί το χαμηλό εισόδημα σε συνδυασμό με την έλλειψη ασφάλειας για τη συνταξιοδότηση, και την επίδραση αυτής της σχέσης στον τρόπο που οι άνθρωποι γηράζουν και οδηγούνται να βιώνουν ανισότητες στον τομέα της υγείας οι Craciun, Gellert & Flick, το 2017, σχεδίασαν μια ερευνητική μελέτη με διαδοχική μεικτή μέθοδο προσέγγισης. Πιο συγκεκριμένα, προσπάθησαν να εντοπίσουν τις διαφορές στη συμπεριφορική (σωματική δραστηριότητα), το κοινωνικό (κοινωνικό δίκτυο) και τους ψυχολογικούς πόρους (θετικές απόψεις για τη γήρανση) που τα μεσήλικα άτομα – που ανήκαν σε επισφαλή αλλά και οικονομικά ασφαλή περιβάλλοντα - χρησιμοποιούν για να προετοιμαστούν για μια θετική γήρανση και να διατηρήσουν υψηλά επίπεδα υγείας και ευεξίας. Οι ερευνητές διερεύνησαν εάν οι θετικές απόψεις σχετικά με τη γήρανση μπορούν να αντισταθμίσουν την επίσημη συσχέτιση της έλλειψης πόρων με την υγεία και την ευημερία στη μεσήλικη ζωή. Από τα αποτελέσματα της

μελέτης των Craciun, Gellert & Flick (2017), διαπιστώθηκε ότι τα αδύναμα άτομα μειονεκτούν όσον αφορά τους συμπεριφορικούς, κοινωνικούς και ψυχολογικούς πόρους καθώς και όσον αφορά την υγεία και την ευημερία τους. Ωστόσο, η θετική εικόνα της γήρανσης μπορεί να αντισταθμίσει τους ανεπαρκείς πόρους. Τα ποιοτικά ευρήματα της ίδιας μελέτης οδήγησαν στην ανάδειξη διαφορών στις στρατηγικές για τη διαχείριση των πόρων και στις αντιλήψεις για τη θετική γήρανση. Ακόμη, με τη δευτερογενή ανάλυση τόσο των ποσοτικών όσο και των ποιοτικών δεδομένων διαπιστώθηκε ότι οι θετικές απόψεις για τη γήρανση αποτελούσαν πόρο για μια υγιή γήρανση παρότι βρίσκονταν σε επισφαλείς συνθήκες.

Ο Wang, το 2007, χρησιμοποιώντας τη θεωρία των ρόλων, τη θεωρία της συνέχειας και την προοπτική της πορείας ζωής δημιούργησε υποθέσεις σχετικά με τα διαφορετικά πρότυπα μετάβασης και προσαρμογής στη συνταξιοδότηση και όρισε τον τρόπο με τον οποίο διαφέρουν μεμονωμένες μεταβλητές που σχετίζονται με αυτά τα πρότυπα. Για τη μελέτη χρησιμοποιήθηκαν τα διαχρονικά δεδομένα από 2 δείγματα ($n_1 = 994$, $n_2 = 1.066$) από την Έρευνα Υγείας και Συνταξιοδότησης. Τρία μοντέλα ανάπτυξης της ψυχολογικής ευημερίας των συνταξιούχων αναγνωρίστηκαν ως συνυπάρχουσες στα δείγματα συνταξιούχων μέσω της ανάλυσης GMM. Αναγνωρίζοντας την ύπαρξη πολλαπλών υποομάδων συνταξιούχων που αντιστοιχούν σε διαφορετικά μοντέλα αλλαγής ψυχολογικής ευημερίας, η μελέτη αυτή υποδεικνύει ότι οι συνταξιούχοι δεν ακολουθούν τον ίδιο τρόπο προσαρμογής κατά τη διάρκεια της διαδικασίας συνταξιοδότησης, γι' αυτό και δικαιολογούνται τα ασυνεπή προγενέστερα ευρήματα. Οι πρακτικές συνέπειες αυτής της μελέτης συζητούνται επίσης τόσο σε ατομικό επίπεδο όσο και σε επίπεδο πολιτικής.

Άλλωστε, το κίνητρο των ηλικιωμένων για συνέχιση της εργασίας τους παρά τη συνταξιοδότησή τους δεν είναι διακριτό και για το λόγο αυτό οι Kooij, De Lange, Jansen, & Dijkers, το 2008, προσπάθησαν να εντοπίσουν τους ηλικιακούς παράγοντες που επηρεάζουν αυτή τη συνέχιση ή την παύση των κινήτρων για συνέχιση της εργασίας των ηλικιωμένων συνταξιούχων. Από τα αποτελέσματα της μελέτης τους διαπιστώθηκε, ότι οι περισσότεροι παράγοντες που σχετίζονται με την ηλικία έχουν αρνητικό αντίκτυπο στο κίνητρο για τη συνέχιση της εργασίας

των ηλικιωμένων, αν και χρειάζεται περαιτέρω έρευνα για να κατανοηθούν οι υποκείμενες διαδικασίες που διέπουν τον τρόπο με τον οποίο αυτοί οι παράγοντες που σχετίζονται με την ηλικία επηρεάζουν το κίνητρο να συνεχίσουν να εργάζονται.

Το ζήτημα της συνταξιοδότησης ως ερευνητικό θέμα έχει απασχολήσει τα τελευταία χρόνια την επιστήμη της ψυχολογίας. Στη μελέτη των Wang & Shi (2014), σχετικά με τις ψυχολογικές αντιλήψεις για τη συνταξιοδότηση και τις εμπειρικές λειτουργίες του καθεστώτος συνταξιοδότησης εξετάστηκαν τρία ψυχολογικά μοντέλα για την κατανόηση της διαδικασίας συνταξιοδότησης και των σχετικών προγενέστερων και των αποτελεσμάτων, συμπεριλαμβανομένου του μοντέλου προσωρινής διαδικασίας συνταξιοδότησης, του πολυεπίπεδου μοντέλου συνταξιοδότησης και του δυναμικού μοντέλου για τη συνταξιοδότηση. Από τα ευρήματά τους διαπιστώθηκε, ότι η συνταξιοδότηση σχετίζεται με την οικονομική ευημερία των συνταξιούχων αλλά και τη σωματική και ψυχολογική ευεξία.

Το ζήτημα της σχέσης της εργασίας με τη συνταξιοδότηση λόγω των σημαντικών επιπτώσεων που μπορεί να έχει στη γήρανση του ανθρώπου, αλλά και οι επιδράσεις των χαρακτηριστικών εργασίας στην υγιή ζωή του τελευταίου βίου έχουν ιδιαίτερη αξία και σημαντικότητα. Δεδομένου, ότι η δημογραφική γήρανση έχει γίνει παγκόσμια τάση με μεταβολές στις αγορές εργασίας σε όλο τον κόσμο, δίνεται μεγαλύτερη προσοχή στη διερεύνηση των επιπτώσεων του χρονοδιαγράμματος της συνταξιοδότησης σε όλο τον κόσμο και των μακροοικονομικών οφελών που συχνά συνδέονται με την καθυστέρηση της συνταξιοδότησης. Θα είναι ουσιαστικής σημασίας για τις κοινωνίες με γήρανση του πληθυσμού να διατηρήσουν την παραγωγικότητα λόγω της γήρανσης του εργατικού δυναμικού και για τα άτομα θα είναι ζωτικής σημασίας να προστεθούν υγιή και ουσιαστικά χρόνια και όχι μόνο χρόνια στη ζωή τους. Οι Staudinger, Finkelstein, Calvo, & Sivaramakrishnan, (2016), περιγράφοντας αρχικά τα διαθέσιμα στοιχεία σχετικά με τη συμμετοχή των εργαζομένων μεγαλύτερης ηλικίας (65+) στο εργατικό δυναμικό στις χώρες υψηλού, μεσαίου και χαμηλού εισοδήματος προσπάθησαν να συζητήσουν τις επιμέρους επιπτώσεις και τις κοινωνικές επιρροές που μπορεί να επηρεάσουν τη συμμετοχή των ηλικιωμένων ενηλίκων σε εργατικό δυναμικό. Ακόμη, εξέτασαν στοιχεία σχετικά με τη σχέση

μεταξύ της εργασίας και της σωματικής, διανοητικής και γνωστικής υγείας. Από τα ευρήματά τους διαπιστώθηκε ότι σε παγκόσμιο επίπεδο η εργασία στηρίζει την υγιή γήρανση και την εκμηδενίζει προτείνοντας νέες πολιτικές όσον αφορά την κοινωνική προστασία, τις πολιτικές ανθρώπινου δυναμικού και την απασχολησιμότητα των εργαζομένων μεγαλύτερης ηλικίας.

5. Ο ρόλος της συνταξιοδοτικής κατάστασης στην ψυχοσωματική υγεία των ηλικιωμένων

Παρά το γεγονός ότι υπάρχει ευρεία αναγνώριση ότι η φτώχεια είναι βασικός καθοριστικός παράγοντας της υγείας δεν έχουν προκύψει πολλές ερευνητικές μελέτες σχετικά με τον αντίκτυπο της μείωσης της φτώχειας στην υγεία. Οι απαντήσεις για τα εγγυημένα ετήσια εισοδήματα, που ορίζονται ως κανονικά όρια για τους πολίτες ανεξάρτητα από την εργασία, εγείρουν ερωτήματα σχετικά με τον αντίκτυπο του κόστους μιας τέτοιας παρέμβασης στην υγεία του πληθυσμού.

Από τη μελέτη των Staudinger, Finkelstein, Calvo, & Sivaramakrishnan, (2016), διαπιστώθηκε ότι σε παγκόσμιο επίπεδο η εργασία στηρίζει την υγιή γήρανση και την εκμηδενίζει προτείνοντας νέες πολιτικές όσον αφορά την κοινωνική προστασία, τις πολιτικές ανθρώπινου δυναμικού και την απασχολησιμότητα των εργαζομένων μεγαλύτερης ηλικίας.

Η ψυχολογική ανθρωπολογία είναι η επιστημονική μελέτη της συσχέτισης του ατόμου με τον πολιτισμό και αναμφισβήτητα άρχισε στην περίοδο των αρχών του δέκατου ένατου αιώνα, όταν ο Rivers και οι συνεργάτες του ξεκίνησαν μια αποστολή στην Melanesia για να μελετήσουν τις αντιλήψεις των ιθαγενών. Η διατομεακή μελέτη των Irshad, Chaudhry & Afzal, (2015), σχεδιάστηκε για να διαπιστώσει τη σχέση μεταξύ της ψυχολογικής ευημερίας και της οικονομικής κατάστασης των ηλικιωμένων στην πόλη Rawalpindi, σε δείγμα 500 ερωτηθέντων. Από τα ευρήματα αναδείχθηκε ότι τα οικονομικά ανενεργά / εξαρτώμενα ηλικιωμένα άτομα πάσχουν συγκριτικά περισσότερο από ψυχολογικές διαταραχές από ό,τι τα οικονομικά ανεξάρτητα ηλικιωμένα άτομα. Οι συχνές ψυχικές ασθένειες που παρατηρούνται είναι η κατάθλιψη, η άνοια, η αμνησία, η αϋπνία, η θλίψη, η νόσος του Alzheimer και η αίσθηση ότι είναι άχρηστοι. Η συχνότητα εμφάνισης μεταξύ ηλικιωμένων ατόμων με κακή οικονομική κατάσταση ήταν 55,8% και ο λόγος ψυχολογικής ασθένειας μεταξύ ανεξάρτητων ηλικιωμένων ήταν 44,2%. Βέβαια, οι Craciun & Flick (2016), διερευνώντας τις απόψεις σχετικά με

τη γήρανση και τη σχέση της σχετικά με το φύλο και την κατάσταση της επισφάλειας διαπίστωσαν ότι ο φόβος της ασθένειας και της υποβάθμισης της υγείας ήταν πιο εμφανής στους άνδρες, ενώ ο φόβος της απώλειας της ελκυστικότητάς τους στη γήρανση ήταν πιο εμφανής στις γυναίκες.

Οι Rhee, Mor Barak, & Gallo, το 2016, χρησιμοποιώντας τη μελέτη για την Υγεία και τη Συνταξιοδότηση για το 2006 και το 2010 και επιλέγοντας δείγμα 1.195 ατόμων που εργάζονταν για αμοιβή κατά την έναρξη και ανταποκρίθηκαν σε ένα ερωτηματολόγιο για τον τρόπο ζωής εξέτασαν τους μηχανισμούς της επίδρασης της ακούσιας συνταξιοδότησης στην αυτό-αξιολόγηση της υγείας και της ψυχικής υγείας σε ενήλικες ηλικίας 50 ετών και άνω. Τα αποτελέσματα των αναλύσεων ανέδειξαν ότι η μετάβαση στην ακούσια συνταξιοδότηση σχετίζεται άμεσα με την αυτό-αξιολόγηση της υγείας και συνδέεται έμμεσα αρνητικά με την ψυχική υγεία μέσω της αντίληψης του μικρότερου δημοσιονομικού ελέγχου. Η εθελούσια αποχώρηση συνδέθηκε έμμεσα θετικά με την αυτό-αξιολόγηση και την ψυχική υγεία μέσω της αντίληψης για μεγαλύτερο δημοσιονομικό έλεγχο. Τα ευρήματα υπογραμμίζουν τη σημασία του προσδιορισμού του εθελοντισμού της συνταξιοδότησης και την αναγνώριση της ανομοιογένειας στους μηχανισμούς ακούσιας και εθελοντικής συνταξιοδότησης.

Η μελέτη των Wang & Shi (2014), σχετικά με τις ψυχολογικές αντιλήψεις για τη συνταξιοδότηση και τις εμπειρικές λειτουργίες του καθεστώτος συνταξιοδότησης ανέδειξε ότι η συνταξιοδότηση σχετίζεται με την οικονομική ευημερία των συνταξιούχων και τη σωματική και ψυχολογική ευεξία.

Με σκοπό να μελετηθούν τα προβλήματα ψυχικής υγείας μεταξύ ανδρών και γυναικών κατά το πέρασμα από την απασχόληση στη συνταξιοδότηση οι Butterworth και συν., το 2006, σχεδίασαν μια ερευνητική μελέτη προκειμένου να εντοπίσουν τη σχέση μεταξύ συνταξιοδότησης και ψυχικής υγείας. Έλαβαν υπ' όψιν την ηλικία και τους παράγοντες κινδύνου για ψυχικές διαταραχές. Χρησιμοποίησαν τα στοιχεία από την Εθνική Έρευνα Ψυχικής Υγείας και Ευημερίας του 1997, μια διασταυρούμενη έρευνα με 10.641 ενήλικους Αυστραλούς. Από τα αποτελέσματα της μελέτης των Butterworth *et al.*, (2006) διαπιστώθηκε ότι στους άνδρες, η σχέση μεταξύ συνταξιοδότησης και ψυχικής υγείας ποικίλλει ανάλογα με την ηλικία. Οι συνήθεις παράγοντες κινδύνου δεν

εξηγούν την χειρότερη ψυχική υγεία των ανδρών που συνταξιοδοτούνται νωρίς. Λόγω των κοινωνικών οικονομικών πολιτικών αλλαγών σε πολλές χώρες που οδηγούν στην εξάλειψη της πρόωρης συνταξιοδότησης τα ευρήματα των Butterworth *et al.*, (2006) οδηγούν στην άποψη ότι πρέπει να ληφθούν υπ' όψιν τόσο η ψυχική υγεία όσο και οι παράγοντες που την επηρεάζουν όταν η κάθε χώρα ωθεί σε συνεχή απασχόληση των ηλικιωμένων.

Η χρόνια ασθένεια, οι περιορισμοί της κινητικότητας και η χαμηλή φυσική λειτουργία είναι καθοριστικοί παράγοντες για συνταξιοδότηση σε μικρότερη ηλικία. Ως εκ τούτου, οι μακροπρόθεσμες τάσεις του πληθυσμού σε αυτούς τους παράγοντες μπορεί να έχουν αντίκτυπο στο ποσοστό των ατόμων που βρίσκονται κοντά στην παραδοσιακή ηλικία συνταξιοδότησης και εξακολουθούν να εργάζονται. Οι Rehkopf, Adler & Rowe, (2017), προσπάθησαν να εξηγήσουν τις τάσεις των παραγόντων αυτών προκειμένου να εκτιμηθεί η αναλογία του πληθυσμού ηλικίας 55-74 ετών με την ικανότητα συμμετοχής στο εργατικό δυναμικό. Από τα αποτελέσματα διαπιστώθηκε ότι η ικανότητα του πληθυσμού για εργασία εξαρτάται από τις τάσεις στην αναπηρία και στο επίπεδο της εκπαίδευσης. Η μελλοντική ικανότητα του πληθυσμού για εργασία εξαρτάται από τις τάσεις των λειτουργικών περιορισμών κυρίως στον πληθυσμό με χαμηλότερα επίπεδα εκπαίδευσης. Οι αλλαγές στους λειτουργικούς περιορισμούς, οι αλλαγές στο περιβάλλον, την τεχνολογία και την κοινωνική πολιτική που απευθύνονται σε άτομα με χαμηλότερα επίπεδα εκπαίδευσης θα μπορούσαν να οδηγήσουν σε μείωση του μελλοντικού μειωμένου δυναμικού για εργασία στον πληθυσμό κοντά στην ηλικία συνταξιοδότησης.

Το οικονομικό άγχος και η οικονομική αβεβαιότητα ενοχοποιούνται για την αύξηση της ευπάθειας των ηλικιωμένων, για την μείωση της σωματικής υγείας και την ψυχική δυσφορία. Η μελέτη των Sargent-Cox, Butterworth & Anstey, το 2011 διερεύνησε και συνέκρινε την κατάσταση της υγείας και την ψυχολογική λειτουργία -αριθμός συμπτωμάτων κατάθλιψης και άγχους- σε 1.973 Αυστραλούς ενήλικες με μέση ηλικία τα 66,58 έτη και $SD = 1,5$ πριν από την παγκόσμια οικονομική κρίση και συγκεκριμένα την περίοδο 2005-2006, με την κατάστασή τους τέσσερα χρόνια αργότερα κατά την περίοδο της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης και συγκεκριμένα την περίοδο 2009-2010. Τα ευρήματα από την ανάλυση

ανέδειξαν διαφορά στα συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους με χειρότερη ψυχολογική κατάσταση για όσους ανέφεραν επιπτώσεις ως αποτέλεσμα της οικονομικής κρίσης. Οι επιπτώσεις αυτές δεν εξηγούνται από δημογραφικούς ή κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες. Από τα αποτελέσματα της μελέτης των Sargent-Cox, Butterworth & Anstey, (2011) διαπιστώθηκε η σημασία της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης που επηρέασε σημαντικά τα αποτελέσματα της υγείας των ηλικιωμένων.

Με σκοπό να μελετηθούν οι επιπτώσεις της συνταξιοδότησης στη φυσική και ψυχική υγεία, οι Dave, Rashad & Spasojevic, το 2006, σχεδίασαν μια μελέτη τα αποτελέσματα της οποίας διαπιστώνουν ότι η πλήρης συνταξιοδότηση οδηγεί σε αύξηση των δυσκολιών που αφορούν σε κινητικά προβλήματα και τις καθημερινές δραστηριότητες από 5% έως 16%, αύξηση των ασθενειών από 5% έως 6% και μείωση της ψυχικής υγείας από 6% έως 9%, για διάστημα έξι ετών μετά την συνταξιοδότηση. Πιο συγκεκριμένα, τα αποτελέσματα τείνουν να λειτουργούν λόγω αλλαγής του τρόπου ζωής, λόγω μειωμένης σωματικής δραστηριότητας και λόγω μειωμένων κοινωνικών αλληλεπιδράσεων. Όταν το άτομο είναι παντρεμένο, έχει κοινωνική στήριξη, εξακολουθεί να ασκεί τη σωματική του δραστηριότητα και συνεχίζει να εργάζεται με μερική απασχόληση οι αρνητικές επιπτώσεις της συνταξιοδότησης στην υγεία μειώνονται. Όταν η συνταξιοδότηση είναι έκτακτη, οι αρνητικές επιπτώσεις της, στην υγεία μπορεί να είναι μεγαλύτερες. Η κοινωνική ασφάλιση και η ιατρική περίθαλψη αντιμετωπίζουν σημαντικά προβλήματα λόγω της γήρανσης του πληθυσμού και γιατί ένα σημαντικό κομμάτι του πληθυσμού επιλέγει να συνταξιοδοτηθεί σε γρηγορότερη ηλικία από τη νόμιμη. Αντίθετα με τα παραπάνω η συνταξιοδότηση σε ηλικία μεγαλύτερη της νόμιμης μειώνει ή αναβάλλει τις επιβαρύνσεις στην υγεία, αυξάνει την ευημερία και μειώνει την χρήση των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης.

Ένα σημαντικό πρόβλημα υγείας στους ηλικιωμένους στις χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος είναι η κατάθλιψη. Στις χώρες αυτές οι συστηματικές μελέτες που αξιολογούν την σύνδεση της υγείας με το χαμηλό και μεσαίο εισόδημα δεν είναι πολλές. Η έλλειψη αυτή οδήγησε τους Brinda *et al.*, (2016) να μελετήσουν την σύνδεση της γηριατρικής κατάθλιψης με τις κοινωνικές και οικονομικές μεταβλητές και να διερευνήσουν τις κοινωνικοοικονομικές

ανισότητες στην επικράτηση της κατάθλιψης. Οι ερευνητές υιοθετώντας την μελέτη της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας για την Παγκόσμια Γήρανση και την Υγεία των ενηλίκων που μελετούσε αντιπροσωπευτικά δείγματα από έξι μεγάλες χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος και χρησιμοποιώντας πολυπαραγοντικά μοντέλα λογικής παλινδρόμησης για κάθε χώρα, συγκέντρωσαν τις εκτιμήσεις κινδύνου και με μετα-αναλύσεις διερεύνησαν τις σχετικές κοινωνικοοικονομικές ανισότητες χρησιμοποιώντας δείκτες συγκέντρωσης. Οι ερευνητές συμπέραναν ότι οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες προδιαθέτουν και διαιωνίζουν την κατάθλιψη σε αυτές τις χώρες και η απουσία ασφαλιστικού συστήματος για την υγεία θέτει σε κίνδυνο τους κοινωνικά και οικονομικά αδύναμους ηλικιωμένους.

Η συνταξιοδότηση μπορεί να έχει ευεργετικές επιδράσεις στην ψυχική υγεία. Η ποιοτική μελέτη των Oksanen *et al.*, (2011) διερεύνησε και συνέκρινε τις αλλαγές στη χρήση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων κατά τη διάρκεια των 9 ετών που καλύπτουν τη μετάβαση στη συνταξιοδότηση. Τα άτομα (7.138) που συμμετείχαν ήταν δημόσιοι υπάλληλοι στην Φινλανδία σε ηλικία πριν από την σύνταξη. Το 76% ήταν γυναίκες με μέση ηλικία τα 61,2 έτη, οι (1.238) ήταν συνταξιούχοι λόγω προβλημάτων ψυχικής υγείας εκ των οποίων το 78% ήταν γυναίκες με μέση ηλικία τα 52,0 έτη και (2.643) ήταν συνταξιούχοι λόγω σωματικών προβλημάτων υγείας εκ των οποίων το 72% ήταν γυναίκες με μέση ηλικία τα 55,4 έτη). Τα στοιχεία των ποσοτήτων των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων που αγοράστηκαν τέσσερα έτη πριν και τέσσερα έτη μετά την συνταξιοδότηση προήλθαν από τα κρατικά αρχεία και αφορούσαν την περίοδο από το 1994 μέχρι το 2005. Τα ευρήματα της μελέτης έδειξαν ότι, μεταξύ εκείνων που θα συνταξιοδοτηθούν σε κανονική ηλικία η κατανάλωση αντικαταθλιπτικών ήταν 4%, μεταξύ εκείνων που θα συνταξιοδοτηθούν λόγω ψυχικής υγείας ήταν 61% και μεταξύ εκείνων που θα συνταξιοδοτηθούν λόγω σωματικών προβλημάτων υγείας ήταν 14% και αυτά ένα χρόνο πριν από τη συνταξιοδότησή τους. Η ποσότητα κατανάλωσης αντικαταθλιπτικών εξαρτάται από το λόγο της συνταξιοδότησης. Στους συνταξιούχους σε κανονική ηλικία η κατανάλωση αντικαταθλιπτικών μειώθηκε κατά τη μεταβατική περίοδο. Στους συνταξιούχους λόγω ψυχικής υγείας ή σωματικών προβλημάτων υγείας, υπήρχε μια αυξανόμενη τάση στην κατανάλωση αντικαταθλιπτικών πριν από τη συνταξιοδότηση. Στους συνταξιούχους λόγω ψυχικής υγείας υπήρχε μείωση στην κατανάλωση μετά τη

συνταξιοδότηση. Σύμφωνα με τους Oksanen *et al.*, (2011) τα ποσοστά αγορών των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων συμφωνούν με την υπόθεση ότι η συνταξιοδότηση κάνει καλό στην ψυχική υγεία. Άλλωστε, ο Coelho (2014), κατόπιν μιας μετανάλυσης κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η σχέση μεταξύ της συνταξιοδότησης και των αυτοαναφερόμενων καταθλιπτικών συμπτωμάτων διαπιστώθηκε να είναι πολύπλοκη και μεταβλητή.

Ο Lynn McIntyre, (2016), στόχευε με τη μελέτη του να προσδιορίσει τον αντίκτυπο των παροχών στα ηλικιωμένα άτομα του Καναδά στην αυτοαναφερόμενη υγεία, την αυτοαναφερόμενη ψυχική υγεία και τη λειτουργική υγεία. Από τα ευρήματα διαπίστωσε ότι τα ηλικιωμένα άτομα (που ήταν επιλέξιμα για τα οφέλη των ηλικιωμένων σε παροχές) είχαν καλύτερα αποτελέσματα για την υγεία από τους αποδέκτες των προγραμμάτων παροχής βοήθειας υπό όρους. Η επιλεξιμότητα για τα οφέλη των ηλικιωμένων μετά την ηλικία των 64 ετών συσχετίστηκε με καλύτερη αυτοσυσχετιζόμενη υγεία, λειτουργική υγεία και αυτοαναφερόμενα αποτελέσματα ψυχικής υγείας και αυτά τα αποτελέσματα παρατηρήθηκαν μέχρι την ηλικία των 74 ετών. Τα οφέλη των ηλικιωμένων, παραδείγματος χάριν, αφορούν στη βελτίωση της υγείας και στη μείωση των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης, γεγονός που μπορεί να αντισταθμίσει το κόστος που σχετίζεται με την επέκταση του προγράμματος.

Ο Eibich, το 2015, διερεύνησε τους μηχανισμούς πίσω από τις επιπτώσεις της συνταξιοδότησης στην υγεία. Σύμφωνα με την μελέτη η αξιοποίηση οικονομικών κινήτρων στο Γερμανικό συνταξιοδοτικό σύστημα έδειξε ότι η συνταξιοδότηση βελτιώνει την υποκειμενική υγειονομική κατάσταση και την ψυχική υγεία, ενώ ταυτόχρονα μειώνει τη χρήση της εξωτερικής περίθαλψης. Η ανακούφιση από το άγχος και την πίεση που σχετίζεται με την εργασία, η αυξημένη διάρκεια του ύπνου καθώς και η συχνότερη σωματική άσκηση διαπιστώθηκε να αποτελούν βασικούς μηχανισμούς μέσω των οποίων η συνταξιοδότηση επηρεάζει την υγεία.

Οι Mugomeri *et al.*, (2017), μελέτησαν τις σωματικές, ψυχολογικές, κοινωνικές και περιβαλλοντικές πτυχές της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων, κατόπιν μιας αλλαγής στη συνταξιοδοτική πολιτική στη νοτιοαφρικανική χώρα Λεσόθο. Από τα αποτελέσματα της μελέτης τους διαπιστώθηκε ότι η συνολική ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων στο Λεσόθο επηρεάστηκε κυρίως από την

οικογενειακή κατάσταση, το επίπεδο εκπαίδευσης, τον τύπο κατοικίας, την πηγή εισοδήματος και το επίπεδο ικανοποίησης από το εισόδημα. Οι συγγραφείς συμπέραναν ότι οι συγκεκριμένοι παράγοντες θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά την ανάπτυξη παρεμβάσεων που αποσκοπούν στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. Κίνητρα, σκοπός και ερευνητικές υποθέσεις της μελέτης

Η οικονομική κατάσταση έχει συνδεθεί με συνθήκες που οδηγούν στην ελλειμματικότητα και ανισότητα με αποτέλεσμα την αύξηση ψυχοκοινωνικών αρνητικών επιπτώσεων. Η φτώχεια, άλλωστε, σχετίζεται με συνθήκες που οδηγούν στο στιγματισμό και τη μείωση της κοινωνικής ισχύος και του κύρους του ατόμου (π.χ. ελλειμματικότητα), παράγοντες που οδηγούν στην κοινωνική απόρριψη και τη ντροπή (Gilbert, 1998; Pinel, 1999; Kurzban & Leary, 2001; Cohen, 2003; Gilbert, 2003; Heller, 2003; Shweder, 2003). Μία τεράστια βιβλιογραφία, σε όλες τις κοινωνικές και οικονομικές επιστήμες έχει εστιάσει την προσοχή στις σχέσεις μεταξύ της ατομικής ευημερίας και των οικονομικών εκβάσεων. Οι οικονομολόγοι έχουν κυρίως εστιάσει το ενδιαφέρον τους στα αποτελέσματα της ανεργίας και του εισοδήματος. Η παρατήρηση ότι η μείωση της οικονομικής κατάστασης οδηγεί σε σημαντική επιδείνωση την ευημερία του ατόμου είναι «τυποποιημένη», επικυρωμένη μεταξύ των χωρών, χρονικών περιόδων και πηγών στοιχείων (Clark & Oswald, 1994). Η αιτιώδης κατεύθυνση από την ανεργία στα χαμηλότερα επίπεδα ατομικής ευημερίας έχει αποδειχθεί πειστικά χρησιμοποιώντας longitudinal and panel data (Clark, 2003). Αυτή δεν προκύπτει πρωτίστως από τη μείωση στο εισόδημα (Clark & Oswald, 2002), αλλά κυρίως από την απώλεια των ψυχολογικών κερδών από την «εργασία», όπως κοινωνική αναγνώριση, αυτοεκτίμηση, και ευκαιρίες για κοινωνική αλληλεπίδραση (Darity & Goldsmith, 1996).

Η σχετική απουσία ερευνητικών δεδομένων τόσο από τον Ελλαδικό χώρο όσο και από τη διεθνή κοινότητα τα οποία να αφορούν τις επιπτώσεις της μισθολογικής και συνταξιοδοτικής κατάστασης στην κοινωνική και ψυχική δυσλειτουργία του γενικού πληθυσμού και τη διασύνδεσή τους με την οικονομική πολιτική αλλά και τις πολιτικές Υγείας έδωσαν το έναυσμα για το σχεδιασμό και την υλοποίηση της παρούσας ερευνητικής μελέτης.

Ως εκ τούτου, γενικός στόχος της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση της σχέσης της μισθολογικής και συνταξιοδοτικής κατάστασης με την ψυχοσωματική υγεία και την ποιότητα ζωής, τα επίπεδα της εξωτερικής και εσωτερικής ντροπής τους και η συγκριτική μελέτη μεταξύ των μηνιαίων μισθολογικών κατηγοριών με στόχο την ανίχνευση της αλληλεπίδρασής τους στην ψυχοκοινωνική υγεία τόσο των ενήλικων ατόμων όσο και των ηλικιωμένων.

Η σχετιζόμενη μισθολογική κατάσταση με την ψυχοσωματική ποιότητα ζωής δεν είναι ένα νέο πεδίο έρευνας, αλλά τόσο η παγκοσμιοποίηση όσο και οι τελευταίες οικονομικές προβληματικές πολλών ευρωπαϊκών αλλά και άλλων χωρών καθιστούν τη μελέτη της σημαντική και απαραίτητη.

Γενικός σκοπός της παρούσας ερευνητικής μελέτης είναι η διερεύνηση και η διασύνδεση της μισθολογικής κατάστασης τόσο των εργαζομένων όσο και των συνταξιούχων με τα επίπεδα της ψυχοσωματικής τους υγείας και της ποιότητας ζωής τους.

Πιο συγκεκριμένα επιχειρήθηκε:

- Σύγκριση των κατηγοριών της μηνιαίας μισθολογικής κατάστασης των ερωτώμενων του δείγματος με τα επίπεδα ψυχοσωματικής τους υγείας.
- Σύγκριση των κατηγοριών της μηνιαίας μισθολογικής κατάστασης των συνταξιούχων του δείγματος με τα επίπεδα ψυχοσωματικής τους υγείας.
- Συγκρίσεις των επιμέρους υποκλιμάκων κάθε μεταβλητής τόσο για το σύνολο του δείγματος όσο και για κάθε ομάδα ξεχωριστά.

1.1 Ερευνητικές υποθέσεις

Συγκεκριμένα, οι ερευνητικές υποθέσεις που εξετάστηκαν, στα πλαίσια της εκπόνησης αυτής της ερευνητικής μελέτης ήταν:

- Τα χαμηλά μηνιαία εισοδήματα συνδέονται με συνθήκες που οδηγούν στο φόβο και τη μείωση της ατομικής ισχύος και του κύρους του ατόμου (π.χ.

ασθένεια, ελλειμματικότητα, εξαρτήσεις), παράγοντες που οδηγούν σε κοινωνικούς φόβους, ντροπή και άγχος (Starrin *et al.*, 1997; Rantakeisu *et al.*, 1999; Starrin & Jönsson, 2006; Marmot, 2004; Wilkinson, 2005; Kubzansky & Kawachi, 2000; Gallo & Matthews, 2003; Starrin, Åslund & Nilsson, 2009; Collins, 2004). Ως προς την εσωτερική και εξωτερική ντροπή των ερωτώμενων, η υπόθεσή μας είναι ότι τα άτομα που θα εμφανίζουν χαμηλά επίπεδα μηνιαίας μισθολογικής κατάστασης θα εμφανίζουν υψηλά επίπεδα εσωτερικής και εξωτερικής ντροπής.

- Τα χαμηλά μηνιαία εισοδήματα συνδέονται με συνθήκες που οδηγούν σε έλλειψη πρόληψης και φροντίδας του εαυτού τους με αποτέλεσμα την εμφάνιση χρόνιων σωματικών προβλημάτων (Kiely, Leach, Olesen & Butterworth, 2015; Moore, Kapur, Hawton, Richards, Metcalfe, & Gunnell, 2017; Rose, Schiel, Schröder, Kleudgen, Tophoven, Rauch, Freude & Müller, 2017; Riumallo-Herl, Basu, Stuckler, Courtin & Avendano, 2014). Ως προς την ποιότητα ψυχοσωματικής υγείας των ερωτώμενων, η υπόθεσή μας είναι ότι τα άτομα που θα εμφανίζουν χαμηλά επίπεδα μηνιαίας μισθολογικής κατάστασης θα εμφανίζουν χαμηλά επίπεδα ψυχοσωματικής υγείας και παρουσία χρόνιων σωματικών συμπτωμάτων
- Τα αποτελέσματα πολλών μελετών έχουν αναδείξει τη σχέση των οικονομικών δυσχερειών με την ψυχοπαθολογία και ευρύτερα την ψυχική υγεία και έχουν επισημάνει την πολυπλοκότητα του ρόλου τους (Chou, Parmar, & Galinsky, 2016; Tang, 2007; Kubzansky & Kawachi, 2000; Gallo & Matthews, 2003; Vancea & Utzet, 2017; Marmot, 2004; Wilkinson, 2005). Κατά συνέπεια, και σύμφωνα με τις προαναφερθείσες μελέτες, ως προς την ψυχοπαθολογία, η υπόθεσή μας είναι ότι οι ερωτώμενοι με χαμηλά εισοδήματα θα εμφανίζουν υψηλά επίπεδα ψυχοπαθολογίας.

2. Υλικό και Μέθοδος

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Λογιστική – Χρηματοοικονομική και Διοικητική Επιστήμη» του ΤΕΙ Ηπείρου από τον Σεπτέμβριο του 2017 έως τον Ιούνιο του 2018. Καθορίστηκε το δείγμα της παρούσας μελέτης να αποτελέσουν ενήλικα και ηλικιωμένα άτομα από τον υγιή πληθυσμό που διαμένουν στην ευρύτερη περιοχή της Ελλάδας.

Οι προϋποθέσεις για τη συμμετοχή των ατόμων στη μελέτη ήταν οι παρακάτω:

1. Τα άτομα να είναι μέλη υγιούς πληθυσμού, χωρίς δηλαδή να είναι διαγνωσμένα από σοβαρά και απειλητικά προβλήματα υγείας.
2. Μορφωτικό επίπεδο κατάλληλο, έτσι ώστε να γίνονται αντιληπτές οι ερωτήσεις των ψυχομετρικών εργαλείων. Έτσι, θα γινόταν δυνατό να αποφύγουμε τη διαδικασία μέτρησης του δείκτη νοητικής ικανότητας (IQ) των εξεταζόμενων, κάτι που θα επιβάρυνε ακόμη περισσότερο την διαδικασία μελέτης των εξεταζόμενων, η οποία θα ήταν ήδη σημαντικά επιβαρυνμένη λόγω της μεγάλης έκτασης των ερωτηματολογίων. Επιπλέον, στις περιπτώσεις αναλφαβητισμού αλλά κατανόησης της επικοινωνίας ο ερευνητής θα μπορούσε να το συμπληρώσει ο ίδιος.
3. Η επιθυμία των ατόμων να συμμετέχουν στην παρούσα μελέτη.
4. Την απόφαση για το αν πληρούνταν οι προϋποθέσεις για τη συμμετοχή στην έρευνα την έπαιρναν οι ερευνητές της παρούσας εργασίας.

Ο σχεδιασμός της μελέτης περιλάμβανε την αξιολόγηση ψυχοσωματικών χαρακτηριστικών που θα αφορούσαν τα επίπεδα ψυχοπαθολογίας, άγχους για την καρδιακή λειτουργία, το συναίσθημα εξωτερικής και εσωτερικής ντροπής καθώς και τα επίπεδα ψυχοσωματικής ποιότητας ζωής τους.

Τα ερωτηματολόγια θα συμπληρώνονταν από τα ίδια τα άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα, σε πλαίσιο επιλογής τους. Ταυτόχρονα, θα κατέγραφαν και τα δημογραφικά τους στοιχεία.

Τα άτομα που συμμετείχαν στη μελέτη ενημερώθηκαν για το σκοπό της μελέτης και διαβεβαιώθηκαν για το απόρρητο και την ανωνυμία της διαδικασίας. Το κάθε άτομο δημιούργησε έναν απόρρητο, ατομικό κωδικό, και με αυτόν συμμετείχε στην έρευνα (αντί του ονοματεπωνύμου του). Εξάλλου, όλη τη διαδικασία τη διεκπεραίωσαν τα ίδια άτομα, οπότε μειώθηκαν οι πιθανότητες για διαρροή πληροφοριών και διασφαλίστηκε, έτσι, ένα πλαίσιο με αυξημένο κλίμα εμπιστοσύνης μεταξύ των ερευνητών και των ατόμων που έλαβαν μέρος στην έρευνα.

2.1 Δείγμα

Συνολικά δόθηκαν ερωτηματολόγια σε 500 άτομα και από αυτά επέστρεψαν κλειστοί φάκελοι από 480 άτομα. Από τους 480 φακέλους οι 3 εμπεριείχαν τα ερωτηματολόγια ασυμπλήρωτα, και ο 1 με σχεδόν συμπληρωμένα ερωτηματολόγια. Τελικά, στην παρούσα μελέτη συμμετείχαν εθελοντικά 476 άτομα. Το δείγμα προήρθε από τους συνεργάτες, συγγενείς και φίλους ασθενών που συνεργάζονται με το Ερευνητικό Εργαστήριο Ψυχολογίας Ασθενών, Οικογενειών και Επαγγελματιών Υγείας του Τ.Ε.Ι Ηπείρου.

2.2 Διαδικασία

Οι ερευνητές χορήγησαν σε άτομα μέλη υγιούς πληθυσμού, τα αυτοσυμπληρούμενα ερωτηματολόγια της μελέτης εντός φακέλου, τον οποίο το άτομο παρέδιδε κλειστό (αυτοπροσώπως) μετά τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων, προκειμένου να διαφυλαχτεί το απόρρητο.

Οι ερευνητές βρίσκονταν στη διάθεση των ατόμων για διευκρινιστικές ερωτήσεις, όπου χρειάστηκε.

Μετά την ολοκλήρωση της συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων γινόταν από τους ίδιους τους ερευνητές η διαδικασία αξιολόγησης των ψυχομετρικών ερωτηματολογίων, και σε ειδικούς πίνακες καταγράφονταν και προσδιορίζονταν τα αποτελέσματα του κάθε ψυχομετρικού εργαλείου ξεχωριστά για το κάθε άτομο.

Αναλυτικότερα, για την πραγματοποίηση της έρευνας χρησιμοποιήθηκαν τα παρακάτω ερευνητικά εργαλεία:

2.3 Ερωτηματολόγιο και Ερευνητικά εργαλεία

2.3.1. Ερωτηματολόγιο επισκόπησης της Υγείας (Short- Form Health Survey) SF- 36

Το ερωτηματολόγιο επισκόπησης υγείας SF36, έχει σαν σκοπό τη μέτρηση οκτώ διαστάσεων της ποιότητας της ζωής που σχετίζονται με την υγεία. Οι οκτώ αυτές διαστάσεις είναι οι εξής: Η φυσική λειτουργικότητα (PF), ο σωματικός ρόλος (RP), ο σωματικός πόνος (BP), η γενική υγεία (GH), η ζωτικότητα (VT), η κοινωνική λειτουργικότητα (SF), ο συναισθηματικός ρόλος (RE) και η πνευματική- ψυχική υγεία (MH) (Ware, 1992). Οι 36 ερωτήσεις προέρχονται από μια πηγή 149 ερωτήσεων, που συνέλεξαν, επεξεργάστηκαν και τελικώς επέλεξαν οι ερευνητές της Μελέτης Ιατρικών Αποτελεσμάτων (Medical Outcomes Study, MOS). Η πηγή αυτή σχηματίστηκε μετά από αξιολόγηση των διαφόρων οργάνων μέτρησης που χρησιμοποιούνται τα τελευταία 20 χρόνια για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής.

Οι 8 αυτές επιμέρους κλίμακες διαμορφώνουν περιληπτικές μετρήσεις σε δύο γενικές κλίμακες, στις κλίμακες της σωματικής και ψυχικής υγείας. Η επισκόπηση υγείας SF-36 είναι κατάλληλη για αυτοσυμπλήρωση, για συμπλήρωση μέσω συνέντευξης πρόσωπο με πρόσωπο ή τηλεφωνικά, για άτομα ηλικίας 14 ετών και άνω. Η SF-36 έχει χρησιμοποιηθεί σε μελέτες για την ποιότητα ζωής του γενικού

πληθυσμού των ΗΠΑ και της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Ο συνήθης χρόνος συμπλήρωσης κυμαίνεται από 5-10 λεπτά. Διαθέτει πολύ καλή αξιοπιστία και εγκυρότητα. Υπάρχουν επίσης διαθέσιμες βαθμολογίες, που καθιστούν δυνατή τη σύγκριση των αποτελεσμάτων μέτρησης στις διάφορες μορφές της SF-36. Η ευρεία χρήση του σε μελέτες γενικού πληθυσμού το καθιστά ένα αξιόπιστο όργανο μέτρησης, που προσεγγίζει τις βασικές διαστάσεις της ποιότητας ζωής και μπορεί να εκτιμήσει το αποτέλεσμα διαφόρων θεραπευτικών πράξεων που χρησιμοποιούνται στην ιατρική.

Κάθε διάσταση σημειώνεται σε μια κλίμακα από το 0 έως το 100, με τους 0 βαθμούς να αντιστοιχούν στην χειρότερη ποιότητα της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα της ζωής και 100 βαθμούς να αντιστοιχούν στην καλύτερη δυνατή κατάσταση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής (Ware, 1993). Και οι οκτώ διαστάσεις μπορούν να συνοψιστούν σε δύο συνολικά αποτελέσματα που αφορούν την σωματική υγεία το πρώτο και την πνευματική – ψυχική υγεία το δεύτερο (Ware *et al.*, 1994) και σαν μετρήσιμοι δείκτες καλούνται για συντομία PCS-36 και MCS- 36. Η κλίμακα παρουσιάζει ικανοποιητική εγκυρότητα και αξιοπιστία στον ελληνικό πληθυσμό.

2.3.2. Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία - Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ)

Η Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία (CAQ) η οποία, αναπτύχθηκε από τον Eifert και τους συνεργάτες τους το 2000, αποτελεί τη διευρυμένη μορφή του ερωτηματολογίου, που στην αρχική του εκδοχή περιελάμβανε 16 προτάσεις (Zvolensky *et al.*, 2003). Το CAQ σχεδιάστηκε με σκοπό να μετρήσει το άγχος των σωματικών αισθήσεων σε σχέση με την καρδιακή λειτουργία (Eifert, Thompson *et al.*, 2000) και θεωρητικά εκπορεύεται από το μοντέλο του Reiss (Reiss & McNally, 1985), για το φόβο του άγχους και της υπερευαισθησίας των σωματικών αισθήσεων, όπως το αίσθημα παλμών, της δυσφορίας και της ναυτίας, εξαιτίας των πεποιθήσεων που αναπτύσσουν τα άτομα, ότι αυτές οι αισθήσεις οδηγούν σε επιβλαβείς ή επικίνδυνες συνέπειες (Reiss & McNally, 1985). Πρόκειται για ένα αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο, το

οποίο αποτελείται από 18 προτάσεις, που περιγράφουν διαστάσεις σχετικές με τις σωματικές αισθήσεις της καρδιακής λειτουργίας σε μια πενταβάθμια κλίμακα – Likert που εκτείνεται από "ποτέ" (0) ως "πάντα" (5). Το CAQ παρέχει ένα συνολικό αποτέλεσμα καθώς και τρία αποτελέσματα των υποκλιμάκων του σχετικά με (1) φόβο και ανησυχία για θωρακικά και καρδιακά ενοχλήματα (8 προτάσεις), (2) αποφυγή δραστηριοτήτων (5 προτάσεις) και (3) επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία (5 προτάσεις).

Ένα συνολικό αποτέλεσμα του CAQ υπολογίζεται ως μέσος όρος των σχετικών εκτιμήσεων συχνότητας για κάθε ένα από τα 18 θέματα, (δηλ., με το άθροισμα όλων βαθμών που αντιστοιχούν σε κάθε πρόταση και που διαιρείται δια του 18, τον συνολικό αριθμό των θεμάτων της κλίμακας) (Eifert, Thompson *et al.*, 2000; Zvolensky *et al.*, 2003). Τα αποτελέσματα της κάθε υποκλίμακας υπολογίζονται, ομοίως ως μέσος όρος των σχετικών εκτιμήσεων συχνότητας, για κάθε μια από τις προτάσεις που αντιστοιχούν σε κάθε υποκλίμακα. Κατά συνέπεια το άθροισμα της υποκλίμακας του φόβου διαιρείται δια του 8 και το άθροισμα των υπόλοιπων δυο υποκλιμάκων διαιρείται δια του 5 (ο αριθμός των δηλώσεων σε αυτές τις υποκλίμακες). Η χρησιμοποίηση των μέσων όρων εξασφαλίζει ότι το συνολικό αποτέλεσμα του CAQ καθώς και τα αποτελέσματα από τις υποκλίμακες, με τους διαφορετικούς αριθμούς των θεμάτων που αντιστοιχούν σε αυτές, μπορούν να είναι κατά αυτόν τον τρόπο αμεσότερα και ευκολότερα συγκρίσιμα, επειδή η σειρά του συνολικού σκορ αλλά και όλων των αποτελεσμάτων της κάθε υποκλίμακας είναι η ίδια, δηλαδή παίρνει τιμές από το 0 έως το 4. (0–4) (Eifert, Thompson *et al.*, 2000). Το CAQ παρουσιάζει συνέπεια εσωτερικής κατασκευής (total score alpha coefficient: .83). Επίσης, χαρακτηρίζεται από καλή συγκλίνουσα εγκυρότητα, όπως αποδεικνύεται από συσχετίσεις με καθορισμένα ψυχιατρικά εργαλεία (Eifert *et al.*, 2000) και εμφανίζει να κατέχει μια παρόμοια γνωστική διαδικασία σε κλινικό και μη κλινικό δείγμα (Eifert, Thompson *et al.*, 2000). Όσο υψηλότερα είναι τα αποτελέσματα στο CAQ, τόσο μεγαλύτερο είναι και το άγχος σε σχέση με την καρδιακή λειτουργία (Zvolensky *et al.*, 2003). Το ερωτηματολόγιο αυτό χρησιμοποιείται στη διεθνή ερευνητική δραστηριότητα τόσο σε ασθενείς με καρδιακές παθήσεις (Hoyer, *et al.*, 2008), όσο και σε υγιείς πληθυσμούς για τη διερεύνηση του φόβου της ασθένειας εν γένει (Eifert & Forsyth, 1996). Το ερωτηματολόγιο CAQ έχει προσαρμοστεί και σταθμιστεί σε

δείγμα Ελληνικού υγιούς πληθυσμού με αποτέλεσμα το ερωτηματολόγιο να αποτελείται από 10 ερωτήσεις και δείκτη Cronbach's alpha 0,825 (Dragioti *et al.*, 2011).

2.3.3. Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής (Other As Shamer Scale- OAS)

Η Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής (Other As Shamer Scale- OAS) προέρχεται από ένα προϋπάρχον εργαλείο αξιολόγησης της ντροπής, το ISS (Internalized Shame Scale). Το ISS κατασκευάστηκε το 1993 από τον Cook (Goss, Gilbert & Allan, 1994). Είναι ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς που περιλαμβάνει 30 δηλώσεις, εκ των οποίων οι 24 μετρούν την ντροπή και οι υπόλοιπες 6 την αυτοεκτίμηση του ατόμου. Αφορά την εσωτερική ντροπή και οι προτάσεις που περιλαμβάνει αναφέρονται σε γενικές αρνητικές αξιολογήσεις του εαυτού (Goss, Gilbert & Allan, 1994).

Οι Goss, Gilbert & Allan (1994) τροποποίησαν αυτό το ερωτηματολόγιο και κατασκεύασαν το OAS (Other As Shamer scale). Αυτό το εργαλείο δημιουργήθηκε για να διερευνήσει τις αντιλήψεις του ατόμου για το πώς το βλέπουν και πώς το κρίνουν οι άλλοι. Οι προτάσεις της κλίμακας ντροπής από το ISS (Cronbach's alpha= 0,96) πήραν τη μορφή «οι άλλοι με θεωρούν...», και έτσι το OAS περιλαμβάνει 18 τέτοιες προτάσεις (οι υπόλοιπες 6 δεν ήταν εφικτό να τροποποιηθούν κατά αυτόν τον τρόπο), οι οποίες απαντώνται σε μια πεντάβαθμη κλίμακα συχνότητας (όπου 0= ποτέ, 1=σπάνια, 2=μερικές φορές, 3=συχνά και 4= πάντα). Οι προτάσεις του OAS κατανέμονται σε τρεις υποκλίμακες, το αίσθημα κατωτερότητας (inferior), το αίσθημα κενού (empty) και την αντίληψη του ατόμου για την αντίδραση των άλλων όταν κάνει λάθη (mistakes). Ο τελικός βαθμός του OAS προκύπτει από την άθροιση των βαθμών κάθε ερώτησης.

Ο δείκτης Cronbach's alpha του OAS στο ελληνικό δείγμα είναι 0,870 (Gouna *et al.*, 2016). Το OAS έχει χρησιμοποιηθεί σε διάφορες μελέτες σχετικές με το συναίσθημα της ντροπής (όπως: Gilbert *et al.*, 1996; Gilbert & Miles, 2000; Gilbert *et al.*, 2003; Benn *et al.*, 2005).

2.3.4 Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής (Experience of Shame Scale - ESS)

Η Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής (Experience of Shame Scale - ESS) κατασκευάστηκε το 2002, από τους Andrews, Qian και Valentine. Αφορμή για την κατασκευή του ήταν η αποτελεσματικότητα της δομημένης συνέντευξης των Andrews και Hunter για την αξιολόγηση του συναισθήματος της ντροπής, στην πρόβλεψη της ψυχοπαθολογίας. Το ESS, λοιπόν, κατασκευάστηκε σύμφωνα με τις ίδιες αρχές με την ανωτέρω μέθοδο αξιολόγησης της ντροπής, προκειμένου να διαπιστωθεί εάν η προβλεπτική ισχύς της συνέντευξης για την αξιολόγηση της ντροπής έγκειται στη μέθοδο καθ' αυτή, ή στην αντίληψη για την ντροπή και τις ευθείς ερωτήσεις που έχει αυτή η μέθοδος (Andrews *et al.*, 2002).

Το ESS εκτιμά τρεις διαφορετικούς τύπους ντροπής, τη χαρακτηρισολογική (characterological shame) ντροπή, τη συμπεριφορική ντροπή (behavioral shame), και τη σωματική ντροπή (bodily shame). Κάθε μία από αυτές αναφέρεται σε συγκεκριμένους τομείς, όπως οι συνήθειες του ατόμου (χαρακτηρολογική ντροπή), οι λανθασμένες πράξεις του (συμπεριφορική ντροπή) ή η εικόνα του σώματός του (σωματική ντροπή). Συνολικά καλύπτονται 8 θέματα που αφορούν το συναίσθημα της ντροπής, καθένα από τα οποία έχει ένα βιωματικό, ένα γνωστικό και ένα συμπεριφορικό στοιχείο. Για παράδειγμα, το άτομο ρωτάται αν ένιωσε ντροπή για τις προσωπικές του συνήθειες, εάν τον έχει απασχολήσει τι σκέπτονται οι άλλοι για αυτές και εάν έχει προσπαθήσει να τις κρύψει ή να τις συγκαλύψει (Andrews *et al.*, 2002). Περιλαμβάνει συνολικά 25 ερωτήσεις-για τη σωματική ντροπή υπάρχει μία επιπλέον πρόταση που αναφέρεται στην αποφυγή των καθρεπτών- που απαντώνται σε μια τετράβαθμη κλίμακα η οποία υποδηλώνει τη συχνότητα με την οποία το άτομο έχει βιώσει αυτό που περιγράφει η κάθε πρόταση, εντός του περασμένου έτους (όπου 1= καθόλου, 2=λίγο, 3= συγκρατημένα και 4= πάρα πολύ).

Η Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής (Experience of Shame Scale- ESS) εντάσσεται στα ερωτηματολόγια που μετρούν αποκλειστικά την τάση για την ντροπή (και όχι ταυτόχρονα και την τάση για ενοχή), και εκτιμά την ντροπή ως έναν σταθερό παράγοντα της διάθεσης του ατόμου και όχι ως παροδική αντίδραση σε συγκεκριμένες καταστάσεις (Tangney & Dearing, 2002). Ο δείκτης Cronbach's Alpha είναι 0,92 (Andrews *et al.*, 2002), και στο ελληνικό δείγμα 0,930, (Gouva *et*

al., 2016). Έχει χρησιμοποιηθεί από πολλούς μελετητές, και έχει ερευνηθεί η ικανότητά του να αναδεικνύει τη σχέση της ντροπής με τα καταθλιπτικά συμπτώματα (Andrews *et al.*, 2002).

2.3.5 Η Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας – Symptom Checklist 90-R (SCL-90)

Η Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας (SCL-90), η οποία αναπτύχθηκε από τον Derogatis (1977), αφορά την καταγραφή της υπάρχουσας ψυχοπαθολογίας. Αποτελείται από 90 ερωτήματα, τα οποία περιγράφουν ψυχολογικές, συμπεριφορικές και σωματικές αιτιάσεις στη βάση 9 υποκλιμάκων. Οι τελευταίες συμπεριλαμβάνουν τη σωματοποίηση, τον ιδεοψυχαναγκασμό, τη διαπροσωπική ευαισθησία, την κατάθλιψη, την επιθετικότητα, το φοβικό άγχος, τον παρανοειδή ιδεασμό, τον ψυχωτισμό και διάφορες αιτιάσεις (π.χ.. διαταραχές ύπνου, πρόσληψης τροφής, κ.α.). Η αξιολόγηση πραγματοποιείται σύμφωνα με μια πεντάβαθμη κλίμακα τύπου Likert (0-1-2-3-4). Πέραν του εξαγόμενου δείκτη για κάθε υποκλίμακα, προκύπτουν επιπλέον 3 συνολικοί δείκτες, οι οποίοι αφορούν το γενικό δείκτη συμπτωμάτων, το σύνολο των θετικών συμπτωμάτων και το δείκτη ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων αντίστοιχα. Η προσαρμογή της κλίμακας στον ελληνικό πληθυσμό παρουσίασε ικανοποιητική εγκυρότητα κριτηρίου και συγκλίνουσα εγκυρότητα, καθώς και σημαντικές συσχετίσεις των υποκλιμάκων της με συναφείς υποκλίμακες του MMPI (Ντώνιας και συν., 1991).

2.3.6 Ερωτηματολόγιο κοινωνικο-δημογραφικών στοιχείων

Επιπλέον σε κάθε ερωτώμενο άτομο δόθηκε ερωτηματολόγιο που αφορούσε τη συλλογή των κοινωνικο-δημογραφικών στοιχείων, ήτοι πληροφορίες για την ηλικία, τη διαμονή, το επάγγελμα, την οικογενειακή κατάσταση, την εκπαίδευση των ίδιων των υποκειμένων, τη μηνιαία μισθολογική τους κατάσταση, το είδος της εργασίας τους ή της σύνταξής τους, καθώς και ερωτήσεις που αφορούσαν την υποκειμενική και αντικειμενική θεώρηση της γενικής τους υγείας.

2.4 Στατιστική επεξεργασία

Κατά την ανάλυση για την περιγραφή των κοινωνικοδημογραφικών και ψυχομετρικών χαρακτηριστικών των ερωτώμενων εργαζομένων και συνταξιούχων, πραγματοποιήθηκαν στατιστικές δοκιμασίες που αφορούσαν τα περιγραφικά στοιχεία των κατανομών (όπως, ποσοστά, μέσος όρος, σταθερή απόκλιση).

Κατόπιν, έγινε σύγκριση των μέσων τιμών ανάμεσα στους άνδρες και στις γυναίκες. Για τη σύγκρισή τους χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία t test μια και οι έλεγχοι για την κανονικότητα των κατανομών μέσω των test των Kolmogorov-Smirnov και των Shapiro- Wilk, αλλά και μέσω των διαγραμμάτων κανονικότητας (θηκογράμματα, φυλλογραφήματα, normal Q-Q plot, detended normal Q-Q plot), πιστοποίησαν ότι υπόθεση της κανονικότητας για τις περισσότερες μεταβλητές ήταν αποδεκτή (Γναρδέλλης, 2006). Για τις περιπτώσεις των μεταβλητών που είχαμε απομακρύνσεις από την κανονικότητα (σε καμία μεταβλητή δεν παρατηρήθηκε άγρια παραβίαση της κανονικότητας) προχωρήσαμε τη στατιστική ανάλυση μια και είχαμε μεγάλα σύνολα δεδομένων (δηλαδή $n=476 > 300$), όπου σύμφωνα με τον Δαφέρμο (2005) είναι αδύνατο να βρούμε, δεδομένα μεγάλου μεγέθους, που να είναι ακριβώς κανονικά κατανεμημένα.

Στις περιπτώσεις σύγκρισης κατηγορικών δεδομένων χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία χ^2 Συγκεκριμένα, χρησιμοποιήθηκαν (Δαφέρμος, 2005; Κατσουγιαννόπουλος, 1990; Παπαϊωάννου & Φερεντίνος, 2000; Ιωαννίδης, 2000).

- το χ^2 του Pearson για πίνακες 3×2 στις περιπτώσεις που λιγότερο από το 25% των αναμενόμενων τιμών είναι < 5 , καμία από τις αναμενόμενες τιμές δεν είναι < 1 και το σύνολο των παρατηρήσεων είναι > 24 (Παπαϊωάννου & Φερεντίνος, 2000)
- το χ^2 του Pearson για πίνακες 2×2 στις περιπτώσεις που όλες οι αναμενόμενες τιμές είναι > 10 (Παπαϊωάννου & Φερεντίνος, 2000)

- το χ^2 του Yates για πίνακες 2x2 στις περιπτώσεις που έστω και μία από τις αναμενόμενες τιμές είναι μεταξύ του 5 και 10 (Παπαϊωάννου & Φερεντίνος, 2000)
- Στις περιπτώσεις που έστω και μία από τις αναμενόμενες τιμές είναι <1 ή δεν πληρούνται οι προϋποθέσεις για την εφαρμογή του χ^2 θα χρησιμοποιηθεί η ακριβής δοκιμασία κατά Fisher (Fisher's Exact Test). Οι υπολογιστικοί τύποι της δοκιμασίας αυτής είναι πολύπλοκοι, αλλά η δοκιμασία είναι εύκολο να εφαρμοστεί σε στατιστικά προγράμματα λογισμικού (Ιωαννίδης, 2000; Γναρδέλλης, 2006).

Για τη διερεύνηση της στατιστικής συσχέτισης των ποσοτικών μεταβλητών (Ahlbom & Norell, 1992) μεταξύ των δύο ομάδων χρησιμοποιήθηκε ο παραμετρικός συντελεστής συσχέτισης του Pearson (r) (Ιωαννίδης, 2000; Δαφέρμος, 2005) μια και η κατανομή συχνοτήτων των τιμών τους ήταν κανονική.

Οι διαφορές (P) για όλους τους δείκτες που χρησιμοποιήθηκαν θεωρήθηκαν στατιστικά σημαντικές από το επίπεδο του 5% ($p < 0,05$).

Οι στατιστικές αναλύσεις που αφορούν τα περιγραφικά χαρακτηριστικά των μεταβλητών έγιναν στα προγράμματα Excel και SPSS (Γναρδέλλης, 2006), ενώ οι στατιστικές αναλύσεις που αφορούν τις συγκρίσεις των ποσοτικών και κατηγορικών μεταβλητών καθώς και τις συσχέτισεις των μεταβλητών εφαρμόστηκαν στο στατιστικό πακέτο SPSS (Γναρδέλλης, 2006).

2.5 Προσδοκώμενα Αποτελέσματα

Τα προσδοκώμενα αποτελέσματα από την παρούσα μελέτη είναι η ανάδειξη των παραγόντων που σχετίζονται με τη μισθολογική και συνταξιοδοτική κατάσταση των ενήλικων και υπερήλικων ατόμων και το ρόλο τους στην εξωτερική και εσωτερική ντροπή, δηλαδή στην ψυχοκοινωνική ελλειμματικότητα τους. Ακόμη, θεωρείται ενδιαφέρον μέσα από τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης μελέτης η

ανάδειξη της διασύνδεσης των οικονομικών παραγόντων που επηρεάζουν τόσο την ποιότητα ζωής των υπερηλίκων όσο και τα επίπεδα της ευζωίας τους.

Τα προσδοκώμενα αποτελέσματα από την παρούσα μελέτη είναι η ανάδειξη αυτών των μισθολογικών – συνταξιοδοτικών ζητημάτων και των ψυχοκοινωνικών επιπτώσεων που μπορεί να έχουν. Ακόμη, θεωρείται ενδιαφέρον μέσα από τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης μελέτης η ανάδειξη της διασύνδεσης της μισθολογικής κατάστασης με τα επίπεδα εσωτερικής και εξωτερικής ντροπής.

Το παρόν Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα «Λογιστική – Χρηματοοικονομική και Διοικητική Επιστήμη» του ΤΕΙ Ηπείρου μελετά και αναδεικνύει τη σημαντικότητα των μισθολογικών – συνταξιοδοτικών καταστάσεων και την οργάνωση πολιτικών και διοικητικών πρακτικών για την αντιμετώπιση των οικονομικών και ψυχοκοινωνικών επιπτώσεών τους. Ως εκ τούτου, η σύνδεση της παρούσας ερευνητικής μελέτης είναι άμεσα ορατή με το παρόν Π.Μ.Σ. και θεωρείται ότι με τα αποτελέσματά της θα προσδώσει διαπιστώσεις ικανές να αποτελέσουν τόσο βραχυπρόθεσμα όσο και μακροπρόθεσμα θεωρητικές προσεγγίσεις και νέες ερευνητικές ιδέες.

3. Αποτελέσματα της Μελέτης

3.1 Κοινωνικο - Δημογραφικό προφίλ του δείγματος

Το κοινωνικο-δημογραφικό προφίλ των ατόμων που έλαβαν μέρος στην παρούσα μελέτη, καθώς και οι απαντήσεις τους στις επιπλέον ερωτήσεις, που τους τέθηκαν στο ερωτηματολόγιο κοινωνικο-δημογραφικών δεδομένων, παρουσιάζεται αναλυτικά στους πίνακες 3.1.1, 3.1.2 και 3.1.3.

Πίνακας 3.1.1 : Περιγραφή και Διαφορές Κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών των ηλικιωμένων του δείγματος				
Μεταβλητές	Άνδρες	Γυναίκες	Σύνολο	P
	N (%) 202 (42,4)	N (%) 274 (57,6)	N (%) 476 (100)	
Οικογενειακή Κατάσταση				
Άγαμος (η)	2 (1,0)	8 (2,9)	10 (2,1)	Fisher ExactTest=18,509 p=0.000
Έγγαμος (η)	168 (83,2)	184 (66,9)	352 (73,8)	
Διαζευγμένος (η)	11 (5,4)	17 (6,2)	28 (5,9)	
Χήρος (α)	21 (10,4)	66 (24,0)	87 (18,2)	
Παιδιά				
Ναι	199 (98,5)	265 (96,4)	464 (97,3)	L.R =2,180 p =0.140
Όχι	3 (1,5)	10 (3,6)	13 (2,7)	
Τόπος Διαμονής				
Χωριό/Κωμόπολη	120 (60,0)	147 (53,6)	267 (56,3)	$\chi^2_p = 1,898$ p =0.387
Πόλη <150.000 κατοίκους	52 (26,0)	83 (30,3)	135 (28,5)	
Πόλη >150.000 κατοίκους	28 (14,0)	44 (16,1)	72 (15,2)	
Ηλικία	61,08 ±13,00	59,39 ±15,03	60,11 ±14,22	t= 1,288 p=0.198
Σημείωση: Fisher Exact test = η τιμή του Fisher Exact test, όπως εξάγεται από το SPSS. t= T test, $\chi^2_p = \chi^2$ του Pearson, L.R.= η τιμή του Likelihood Ratio, όπως εξάγεται από το SPSS.				

Η μέση ηλικία των ανδρών του δείγματος ήταν 61,08±13,00, και δε διέφερε στατιστικά σημαντικά από τη μέση ηλικία των γυναικών του δείγματος, η οποία ήταν 59,39±15,03, με τη σύγκριση των δύο ομάδων με το t Test (p=0,198).

Όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση του δείγματος, οι 7 στους 10 περίπου ήταν έγγαμοι ενώ οι 2 στους 10 περίπου χήροι(ες). Η σύγκριση με το Fisher Exact Test ανέδειξε στατιστικά πάρα πολύ σημαντική διαφορά (P= 0,000).

Πίνακας 3.1.2 : Περιγραφή και Διαφορές Κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών των ηλικιωμένων του δείγματος				
Μεταβλητές	Άνδρες	Γυναίκες	Σύνολο	P
	N (%) 202 (42,4)	N (%) 274 (57,6)	N (%) 476 (100)	
Εκπαιδευτικό Επίπεδο				
Αναλφάβητος	16 (7.9)	38 (13.9)	54 (11.3)	Fisher Exact Test=8,651 p=0.259
Απόφοιτος Δημοτικού	60 (29.7)	64 (23.4)	124 (26.1)	
Απόφοιτος Γυμνασίου	42 (20.8)	49 (17.9)	91 (19.1)	
Απόφοιτος Λυκείου	56 (27.7)	76 (27.7)	132 (27.7)	
Απόφοιτος Παν/μίου	11 (5.4)	22 (8.0)	33 (6.9)	
Απόφοιτος ΤΕΙ	16 (7.9)	20 (7.3)	36 (7.6)	
Μεταπτυχιακά	1 (0.5)	3 (1.1)	4 (0.8)	
Διδακτορικό	0 (0.0)	2 (0.7)	2 (0.4)	
Επαγγελματική Κατάσταση				
Άνεργος (η)	16 (7.9)	17 (6.2)	33 (6.9)	L.R.=68,715 p=0.000
Οικιακά	0 (0,0)	50 (18,2)	50 (10,5)	
Αυτοαπασχολούμενος (η)	42 (20,8)	24 (8,7)	66 (13,8)	
Ιδιωτικός Υπάλληλος	25 (12,4)	38 (13,8)	63 (13,2)	
Δημόσιος Υπάλληλος	26 (12,9)	29 (10,5)	55 (11,5)	
Συνταξιούχος	93 (46,0)	117 (42,5)	210 (44,0)	
Μισθολογική Κατάσταση				
Μηνιαίο Εισόδημα	872,50 ±566,73	688,51 ±598,30	765,70 ±591,59	t= 3,141 p=0.002
Σημείωση: Fisher Exact test = η τιμή του Fisher Exact test, όπως εξάγεται από το SPSS. t= T test, $\chi^2_p = \chi^2$ του Pearson, L.R.= η τιμή του Likelihood Ratio, όπως εξάγεται από το SPSS.				

Δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά όσον αφορά το εκπαιδευτικό επίπεδο μεταξύ των δύο φύλων, με τη σύγκριση με το Fisher Exact Test (P= 0,259). Οι 4 στους 10, στο σύνολο του δείγματος ήταν αναλφάβητοι και απόφοιτοι δημοτικού.

Όσον αφορά τον τόπο διαμονής, τα μεγαλύτερα ποσοστά του δείγματος διέμεναν σε χωριό ή κωμόπολη (ποσοστό 56,3%). Η σύγκριση με το χ^2 του Pearson δεν ανέδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά ($P= 0,387$).

Πίνακας 3.1.3 : Παροντικό και Παρελθοντικό εργασιακό περιβάλλον των ερωτώμενων του δείγματος			
Μεταβλητές	Άνδρες	Γυναίκες	Σύνολο
	N (%) 202 (42,4)	N (%) 274 (57,6)	N (%) 476 (100)
Ποια ήταν η εργασία σας;			
Δημόσιος Υπάλληλος	8 (10,0)	10 (8,1)	18 (8,8)
Καθηγητής	0 (0,0)	2 (1,6)	2 (1,0)
Δάσκαλος	3 (3,8)	6 (4,8)	9 (4,4)
Ιδιωτικός Υπάλληλος	3 (3,8)	16 (12,9)	19(9,3)
Οικοδόμος	11 (13,8)	2 (1,6)	13 (6,4)
Αγρότης	21 (26,3)	21 (16,9)	42 (20,6)
Οδηγός	4 (5,0)	0 (0,0)	4 (2,0)
Ελ. Επαγγελματίας	16 (20,0)	2 (1,6)	18 (8,8)
Χειριστής Μηχ/των	1 (1,3)	0 (0,0)	1 (0,5)
Οικιακά	0 (0,0)	45 (36,3)	45 (22,1)
Σώματα Ασφαλείας	5 (6,3)	0 (0,0)	5 (2,5)
Πτηνο - Κτηνοτρόφος	3 (3,8)	2 (1,6)	5 (2,5)
Μοδίστρα	0 (0,0)	7 (5,6)	7 (3,4)
Δασικός	1 (1,3)	0 (0,0)	1 (0,5)
Νοσηλευτής (τρια)	0 (0,0)	3 (2,4)	3 (1,5)
Τραπεζικός Υπάλληλος	0 (0,0)	2 (1,6)	2 (1,0)
Ιατρός	1 (1,3)	0 (0,0)	1 (0,5)
Καθαρίστρια	0(0,0)	1 (0,8)	1 (0,5)
Δεν Απάντησαν	3 (3,8)	5 (4,0)	8 (3,9)

Στον πίνακα 3.1.3 μπορούμε να παρατηρήσουμε τις απαντήσεις των ατόμων του δείγματος ως προς την παρελθούσα εργασιακή κατάστασή τους. Πιο συγκεκριμένα, μπορούμε να παρατηρήσουμε ότι τα μεγαλύτερα ποσοστά του δείγματος των ανδρών ήταν αγρότες (ποσοστό 26,3 %), και των γυναικών οικιακές εργασίες (ποσοστό 36,3 %).

Από τους 210 συνταξιούχους του δείγματος οι 6 στους 10 δεν θεωρούν ότι η σύνταξή τους είναι καλή, χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ τους

συγκρινόμενοι με το χ^2 του Pearson ($P= 0,242$). Τέλος, στην ερώτηση εάν εργάζονται στον παρόντα χρόνο για χρήματα οι 8 στους 10 απάντησαν αρνητικά με στατιστικά πολύ σημαντική διαφορά μεταξύ των δυο φύλων συγκρινόμενοι με το χ^2 του Pearson ($P= 0,000$).

Πίνακας 3.1.4 : Αναπαράσταση συνταξιοδοτικής ικανοποίησης και Συνταξιοδοτικό καθεστώς των ερωτώμενων συνταξιούχων του δείγματος.				
Μεταβλητές	Άνδρες	Γυναίκες	Σύνολο	P
	N (%) 93 (44,3)	N (%) 117 (55,7)	N (%) 210 (100)	
Θεωρείται ότι η σύνταξή σας είναι καλή;				
Ναι	36 (46.8)	42 (38.2)	78 (41.7)	$\chi^2_p=1.368$ $p=0.242$
Όχι	41 (53.2)	68 (61.8)	109 (58.3)	
Σήμερα εργάζεστε για χρήματα;				
Ναι	19 (24.7)	7 (6.3)	26 (13.8)	$\chi^2_p=12.872$ $p=0.000$
Όχι	58 (75.3)	104 (93.7)	162 (86.2)	
Μηνιαίο Εισόδημα από τη Σύνταξη	796,70 ±448,91	658,43 ±272,68	719,51 ±366,82	$t= 2,729$ $p=0.007$
Σημείωση: $\chi^2_p= \chi^2$ του Pearson, $t= T$ test				

4. Αποτελέσματα στατιστικής επεξεργασίας της σχέσης της Μισθολογικής Κατάστασης με την ψυχοσωματική ποιότητα ζωής

Στην ενότητα αυτή θα παρουσιάσουμε τα αποτελέσματα της εργασίας μας, που αφορούν συγκρίσεις και συσχετίσεις της σχέσης της Μισθολογικής Κατάστασης με την ψυχοσωματική ποιότητα ζωής μεταξύ των κοινωνικο-δημογραφικών στοιχείων, των εργαζομένων και των συνταξιούχων. Για το λόγο αυτό και πριν παραθέσουμε τα αποτελέσματα θα ξεκινήσουμε με το να παρουσιάσουμε τις κλίμακες με τις υποκλίμακές τους στις οποίες συγκρίθηκαν και τον τρόπο βαθμολόγησής τους.

4.1 Κλίμακες που μελετήθηκαν

Κάθε ένας ερωτώμενος συμπλήρωσε 179 ερωτήσεις, ταξινομημένες σε πέντε ερωτηματολόγια. Από αυτές τις ερωτήσεις υπολογίστηκαν τριάντα πέντε κλίμακες και υποκλίμακες οι οποίες χρησιμοποιήθηκαν για την εξαγωγή των συμπερασμάτων της έρευνάς μας. Στους παρακάτω πίνακες παρουσιάζεται το σύνολο των κλιμάκων που υπολογίστηκαν για κάθε ένα ερωτηματολόγιο. Για κάθε μία κλίμακα περιγράφεται το σύνολο των ερωτήσεων από τις οποίες προήλθε και ο τρόπος με τον οποίο βαθμολογήθηκε κάθε μία απάντηση του ερωτώμενου.

Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής - Other As Shamer Scale (OAS)	
Συνολική βαθμολογία	από το άθροισμα των απαντήσεων στις 18 ερωτήσεις του.
Αίσθημα κατωτερότητας (inferior)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 1, 2, 4, 5, 6, 7 και 8.

Αίσθημα κενού (empty)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 15, 16, 17 και 18.
Αντίληψη του ατόμου για την αντίδραση των άλλων όταν κάνει λάθη (Mystakes)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 3,9,11,12,13 και 14.
Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής - Experience of Shame Scale (ESS)	
Συνολική ντροπή	από το άθροισμα των απαντήσεων σε όλες τις ερωτήσεις του.
Χαρακτηρολογική ντροπή (characterological shame)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 19, 11 και 12.
Συμπεριφορική ντροπή (behavioral shame)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20 και 21.
Σωματική ντροπή (bodily shame)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 22, 23, 24 και 25
Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία-Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ)	
Συνολική Τιμή CAQ	Συνολική μέση τιμή από τη μέση τιμή των απαντήσεων σε όλες τις ερωτήσεις της κλίμακας.
Φόβος και ανησυχία για θωρακικά και καρδιακά ενοχλήματα (Fear)	από τη μέση τιμή των απαντήσεων στις ερωτήσεις 7, 8, 9 και 10.
Αποφυγή δραστηριοτήτων (Avoidance)	από τη μέση τιμή των απαντήσεων στις ερωτήσεις 1, 4 και 6.
Επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία (Heart Focused Attention)	από τη μέση τιμή των απαντήσεων στις ερωτήσεις 2, 3 και 5.
Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας - Symptom Checklist 90-R (SCL-90)	
Σωματοποίηση (Somatization)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 1, 4, 12, 27, 40, 42, 48, 49, 52, 53, 56 και 58.
Ιδεοψυχαναγκασμός (Obsessive-Compulsive)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 3, 9, 10, 28, 38, 45, 46, 51, 55 και 65.
Διαπροσωπική ευαισθησία (Inter. Sensitivity)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 6, 21, 34, 36, 37, 41, 61, 69 και 73.

Κατάθλιψη (Depression)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 5, 14, 15, 20, 22, 26, 29, 30, 31, 32, 54, 71 και 79.
Άγχος (Anxiety)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 2, 17, 23, 33, 39, 57, 72, 78, 80 και 86.
Επιθετικότητα (Hostility)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 11, 24, 63, 67, 74 και 81
Φοβικό άγχος (Phobic anxiety)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 13, 25, 47, 50, 70, 75 και 82.
Παρανοειδή ιδεασμό (Paranoid ideation)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 8, 18, 43, 68, 76 και 83.
Ψυχωτισμός (Psychoticism)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 7, 16, 35, 62, 77, 84, 85, 87, 88 και 90.
Διάφορες αιτιάσεις (π.χ. διαταραχές ύπνου, πρόσληψης τροφής, κ.α.)	από τις απαντήσεις στις ερωτήσεις 44, 64, 66, 19, 60, 59 και 89.
Γενικός δείκτης συμπτωμάτων (ΓΔΣ)	το άθροισμα όλων των δεικτών προς το 90 που είναι το πλήθος όλων των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου.
Δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων (ΔΕΘΣ)	ορίζεται να είναι η επόμενη ακέραια μονάδα του λόγου του αθροίσματος όλων των δεικτών προς το σύνολο των θετικών συμπτωμάτων.
Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων (ΣΘΣ)	ορίζεται να είναι το άθροισμα όλων των αποκρίσεων του ερωτώμενου οι οποίες έχουν θετικό πρόσημο.
Ερωτηματολόγιο επισκόπησης της Υγείας - Short-Form Health Survey (SF- 36)	
Σωματική λειτουργικότητα (PF)	από τη μέση τιμή των απαντήσεων στις ερωτήσεις 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 και 12, κατόπιν ειδικής επεξεργασίας των συγκεκριμένων ερωτήσεων.
Σωματικός ρόλος (RP)	από τη μέση τιμή των απαντήσεων στις ερωτήσεις 13, 14, 15 και 16, κατόπιν ειδικής επεξεργασίας των συγκεκριμένων ερωτήσεων.
Συναισθηματικός ρόλος (RE)	από τη μέση τιμή των απαντήσεων στις ερωτήσεις 17, 18 και 19, κατόπιν ειδικής επεξεργασίας των συγκεκριμένων ερωτήσεων.

Ζωτικότητα (VT)	από τη μέση τιμή των απαντήσεων στις ερωτήσεις 23, 27, 29 και 31, κατόπιν ειδικής επεξεργασίας των συγκεκριμένων ερωτήσεων.
Ψυχική υγεία (MH)	από τη μέση τιμή των απαντήσεων στις ερωτήσεις 24, 25, 26, 28 και 30, κατόπιν ειδικής επεξεργασίας των συγκεκριμένων ερωτήσεων.
Κοινωνικός ρόλος (SF)	από τη μέση τιμή των απαντήσεων στις ερωτήσεις 20 και 32, κατόπιν ειδικής επεξεργασίας των συγκεκριμένων ερωτήσεων.
Σωματικός πόνος (BP)	από τη μέση τιμή των απαντήσεων στις ερωτήσεις 21 και 22, κατόπιν ειδικής επεξεργασίας των συγκεκριμένων ερωτήσεων.
Γενική υγεία (GH)	από τη μέση τιμή των απαντήσεων στις ερωτήσεις 1,2, 33, 34, 35 και 36, κατόπιν ειδικής επεξεργασίας των συγκεκριμένων ερωτήσεων.
Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (SF_PCS)	Το άθροισμα των υποκλιμάκων RF, RP, BP & GH
Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (SF_MCS)	Το άθροισμα των υποκλιμάκων RE, VT, MH & SF

4.1.2 Έλεγχος των εργαλείων μέτρησης και Αξιοπιστία ερωτηματολογίων

Η αξιοπιστία των εργαλείων μέτρησης που χρησιμοποιήθηκαν στην έρευνά μας επαληθεύτηκε με τον υπολογισμό του α του Cronbach.

Συντελεστές αξιοπιστίας Cronbach	
Ερωτηματολόγιο	Συντελεστής α του Cronbach
OAS	0,843
SCL - 90	0,938
ESS	0,845
SF-36	0,820
CAQ	0,797

Όπως παρατηρείται από τον προηγούμενο πίνακα, όλα τα ερωτηματολόγια μπορούν να θεωρηθούν αξιόπιστα, μια και ο συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach είναι σημαντικά μεγαλύτερος από το 0,7. Πιο συγκεκριμένα, οι δείκτες αξιοπιστίας τους θεωρούνται ικανοποιητικοί και συμφωνούν με προηγούμενες εκτιμήσεις σε άλλες έρευνες (Goss *et al.*, 1994; Andrews *et al.*, 2002; Dragioti, Vitoratou, Kaltsouda, Tsartsalis. & Gouva, 2011; Ware, & Sherbourne, 1992; Ντώνιας, Καραστεργίου & Μάνος, 1991).

4.2 Διαφοροποιήσεις της μισθολογικής κατάστασης μεταξύ των ερωτώμενων του δείγματος και της ύπαρξης ή μη χρόνιων σωματικών συμπτωμάτων

Στην παράγραφο αυτή ελέγχουμε τη διαφοροποίηση της μισθολογικής κατάστασης μεταξύ των ερωτώμενων του δείγματος και της ύπαρξης ή μη χρόνιων σωματικών συμπτωμάτων. Χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος Student (T – Test) για δύο ανεξάρτητα δείγματα για τον υπολογισμό της στατιστικής σημαντικότητας της διαφοράς μεταξύ των υποομάδων. Η στατιστική υπόθεση που ελέγχουμε για κάθε μία από τις κλίμακες και υποκλίμακες είναι:

Στατιστική Υπόθεση : Η μέση τιμή της κλίμακας δεν διαφέρει μεταξύ των δύο ομάδων, όπως αυτές κατηγοριοποιούνται σε σχέση με την ύπαρξη χρόνιων σωματικών συμπτωμάτων.

Η απόρριψη της στατιστικής υπόθεσης κρίνεται από την τιμή του στατιστικού p το οποίο παρουσιάζεται σε ξεχωριστή στήλη. Ως όριο για την αποδοχή ή απόρριψη μίας στατιστικής υπόθεσης τέθηκε ο αριθμός 0,05.

Το αποτέλεσμα της εφαρμογής του T–Test δίνει τον πίνακα 4.2.1. Με σκούρο χρώμα σημειώνονται τα στατιστικώς σημαντικά συμπεράσματα, δηλαδή οι στατιστικές δοκιμασίες οι οποίες μας έδωσαν $p < 0,05$.

Στον πίνακα 4.2.1, μπορούμε να παρατηρήσουμε πως οι ερωτώμενοι του δείγματος με υψηλότερο μηνιαίο εισόδημα εμφανίζουν απουσία χρόνιων σωματικών

συμπτωμάτων με στατιστικά σημαντικές διαφορές σε σχέση με τους ερωτώμενους με χαμηλότερο μηνιαίο εισόδημα, που εμφανίζουν χρόνια σωματικά συμπτώματα.

Πιο συγκεκριμένα:

- Έχετε πονοκεφάλους (,038)
- Έχετε υπέρταση; (,039)
- Όσοι χαρακτηρίζουν τον εαυτό τους άτομο με φοβίες (,032)
- Όσοι φοβούνται ότι θα αρρωστήσουν (,002)

Πίνακας 4.2.1 : Διαφοροποιήσεις της μισθολογικής κατάστασης μεταξύ των ερωτώμενων του δείγματος και της ύπαρξης ή μη χρόνιων σωματικών συμπτωμάτων.				
Χρόνια σωματικά συμπτώματα	Μέση τιμή (x ± SD)	T-Test		
		t	df	P
Έχετε πονοκεφάλους				
Ναι	688,58 ± 502,164	-2,082	407	,038
Όχι	813,31 ± 638,704			
Έχετε προβλήματα με το έντερό σας;				
Ναι	768,16 ± 550,459	,049	407	,961
Όχι	764,43 ± 602,101			
Έχετε προβλήματα με το στομάχι σας;				
Ναι	762,25 ± 528,013	-,038	406	,970
Όχι	764,73 ± 615,747			
Έχετε υπέρταση;				
Ναι	696,96 ± 388,264	-2,068	398,287	,039
Όχι	807,79 ± 691,346			
Έχετε περάσει κρίσεις πανικού;				
Ναι	704,46 ± 567,311	-,969	405	,333
Όχι	778,39 ± 599,138			
Έχετε περάσει περιόδους με ταχυκαρδίες;				
Ναι	717,71 ± 438,713	-1,409	403,514	,160
Όχι	794,40 ± 672,407			
Είστε ένα άτομο με φοβίες;				
Ναι	665,79 ± 501,828	-2,149	405	,032
Όχι	793,04 ± 573,275			
Εσείς, φοβάστε μήπως αρρωστήσετε;				
Ναι	674,15 ± 429,842	-3,099	326,914	,002
Όχι	855,52 ± 712,928			

4.3 Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ μισθολογικής κατάστασης και κοινωνικών χαρακτηριστικών

Στον πίνακα 4.3.1, που ακολουθεί, παρουσιάζονται οι στατιστικές διαφοροποιήσεις στην τιμή της μισθολογικής κατάστασης μεταξύ των ερωτώμενων ατόμων και των κοινωνικών χαρακτηριστικών τους. Για την ανίχνευση των διαφοροποιήσεων χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία ANOVA.

Εμφανίζονται στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις στις παρακάτω κλίμακες :

- Τόπος Διαμονής; ($p = 0,007$)
- Εκπαιδευτικό επίπεδο; ($p = 0,000$)
- Επαγγελματική Κατάσταση; ($p = 0,000$)

Πίνακας 4.3.1 : Διαφοροποιήσεις μεταξύ της μισθολογικής κατάστασης μεταξύ των ερωτώμενων ατόμων και των κοινωνικών χαρακτηριστικών τους.

	F	p
Οικογενειακή Κατάσταση	,404	,750
Τόπος Διαμονής	5,006	,007
Εκπαιδευτικό επίπεδο	17,037	,000
Επαγγελματική Κατάσταση	16,929	,000

5. Διμεταβλητές Συσχετίσεις

Έγινε έλεγχος για την ύπαρξη συσχετίσεων του μηνιαίου προσωπικού εισοδήματος με όλες τις κλίμακες και υποκλίμακες των ψυχομετρικών εργαλείων. Στους πίνακες 5.1.1, 5.2.1, 5.3.1 και 5.4.1 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των σημαντικότερων συσχετίσεων.

5.1. Συσχετίσεις του προσωπικού μηνιαίου εισοδήματος των ερωτώμενων και των υποκλιμάκων της ψυχοπαθολογίας

Από τον έλεγχο για την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ του μηνιαίου προσωπικού εισοδήματος των ερωτώμενων και των υποκλιμάκων της ψυχοπαθολογίας προέκυψαν:

Στατιστικά πάρα πολύ σημαντική ($P < 0,001$) μεταξύ του μηνιαίου προσωπικού εισοδήματος και της Σωματοποίησης (Somatization) ($P = 0,001$), του Ιδεοψυχαναγκασμού (Obsessive-Compulsive) ($P = 0,001$), και του Συνόλου των θετικών συμπτωμάτων (ΣΘΣ) ($P = 0,001$).

Στατιστικά πολύ σημαντική συσχέτιση ($P < 0,01$) μεταξύ του μηνιαίου προσωπικού εισοδήματος και της Διαπροσωπικής ευαισθησίας (Inter. Sensitivity) ($P = 0,005$), της Κατάθλιψης (Depression) ($P = 0,005$), του Παρανοειδή ιδεασμού (Paranoid ideation) ($P = 0,007$), του Γενικού δείκτη συμπτωμάτων (ΓΔΣ) ($P = 0,002$), και του Δείκτη ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων (ΔΕΘΣ) ($P = 0,009$).

Στατιστικά σημαντική συσχέτιση ($P < 0,05$) παρατηρήθηκε μεταξύ του μηνιαίου προσωπικού εισοδήματος και του Άγχους (Anxiety) ($P = 0,013$), και του Φοβικού άγχους (Phobic anxiety) ($P = 0,033$).

Επίσης, στατιστικά ενδεικτικά σημαντική ($P < 0,10$), προέκυψε μεταξύ του μηνιαίου προσωπικού εισοδήματος και του Ψυχωτισμού (Psychoticism) ($P = 0,071$).

Πίνακας 5.1.1 : Συσχετίσεις υποκλιμάκων ψυχοπαθολογίας και μηνιαίου προσωπικού εισοδήματος με τον παραμετρικό συντελεστή συσχέτισης r του Pearson.

ΓΡΑΜΜΙΚΗ ΔΙΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ r του PEARSON	ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΜΗΝΙΑΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ N=408
Σωματοποίηση (Somatization)	-,160 ^{***}
Ιδεοψυχαναγκασμός (Obsessive-Compulsive)	-,160 ^{***}
Διαπροσωπική ευαισθησία (Inter. Sensitivity)	-,138 ^{**}
Κατάθλιψη (Depression)	-,139 ^{**}
Άγχος (Anxiety)	-,123 [*]
Επιθετικότητα (Hostility)	-,026
Φοβικό άγχος (Phobic anxiety)	-,106 [*]
Παρανοειδή ιδεασμό (Paranoid ideation)	-,132 ^{**}
Ψυχωτισμός (Psychoticism)	-,089 ^{MS}
Γενικός δείκτης συμπτωμάτων (ΓΔΣ)	-,151 ^{**}
Δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων (ΔΕΘΣ)	-,129 ^{**}
Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων (ΣΘΣ)	-,165 ^{***}

5.2 Συσχετίσεις του προσωπικού μηνιαίου εισοδήματος των ερωτώμενων και των υποκλιμάκων του άγχους για την καρδιακή λειτουργία

Από τον έλεγχο για την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ του μηνιαίου προσωπικού εισοδήματος των ερωτώμενων και των υποκλιμάκων του άγχους για την καρδιακή λειτουργία προέκυψαν:

Στατιστικά πάρα πολύ σημαντική ($P < 0,001$) μεταξύ του μηνιαίου προσωπικού εισοδήματος και της Συνολικής Τιμής CAQ ($P = 0,000$), του Φόβου και της ανησυχίας για θωρακικά και καρδιακά ενοχλήματα (Fear) ($P = 0,001$) και της Αποφυγής δραστηριοτήτων (Avoidance) ($P = 0,000$).

Στατιστικά σημαντική συσχέτιση ($P < 0,05$) παρατηρήθηκε μεταξύ του μηνιαίου προσωπικού εισοδήματος και της Επικέντρωσης στην καρδιακή λειτουργία (Heart Focused Attention) ($P = 0,025$).

Πίνακας 5.2.1 : Συσχετίσεις υποκλιμάκων του άγχους για την καρδιακή λειτουργία και του μηνιαίου προσωπικού εισοδήματος με τον παραμετρικό συντελεστή συσχέτισης r του Pearson.

ΓΡΑΜΜΙΚΗ ΔΙΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ r του PEARSON	ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΜΗΝΙΑΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ N=407
Συνολική Τιμή CAQ	-,209***
Φόβος και ανησυχία για θωρακικά και καρδιακά ενοχλήματα (Fear)	-,167***
Αποφυγή δραστηριοτήτων (Avoidance)	-,184***
Επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία (Heart Focused Attention)	-,111*

5.3 Συσχετίσεις του προσωπικού μηνιαίου εισοδήματος των ερωτώμενων και των υποκλιμάκων της εσωτερικής και εξωτερικής ντροπής

Από τον έλεγχο για την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ του μηνιαίου προσωπικού εισοδήματος των ερωτώμενων και των υποκλιμάκων της εσωτερικής και εξωτερικής ντροπής προέκυψαν:

Στατιστικά πάρα πολύ σημαντική ($P < 0,001$) μεταξύ του μηνιαίου προσωπικού εισοδήματος και της Συνολικής εξωτερικής ντροπής (Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής - Other As Shamer Scale - OAS) ($P = 0,001$), του Αίσθήματος κατωτερότητας (inferior) ($P = 0,001$), και της Αντίληψης του ατόμου για την αντίδραση των άλλων όταν κάνει λάθη (Mistakes) ($P = 0,001$).

Στατιστικά πολύ σημαντική συσχέτιση ($P < 0,01$) μεταξύ του μηνιαίου προσωπικού εισοδήματος και του Αίσθήματος κενού (empty) ($P = 0,005$).

Πίνακας 5.3.1 : Συσχετίσεις υποκλιμάκων ψυχοπαθολογίας και μηνιαίου προσωπικού εισοδήματος με τον παραμετρικό συντελεστή συσχέτισης r του Pearson.

ΓΡΑΜΜΙΚΗ ΔΙΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ r του PEARSON	ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΜΗΝΙΑΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ N=408
Συνολική εσωτερική ντροπή (Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής - Experience of Shame Scale - ESS)	-,012
Χαρακτηρολογική ντροπή (characterological shame)	-,035
Συμπεριφορική ντροπή (behavioral shame)	,029
Σωματική ντροπή (bodily shame)	-,031
Συνολική εξωτερική ντροπή (Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής - Other As Shamer Scale (OAS))	-,171 ^{***}
Αίσθημα κατωτερότητας (inferior)	-,159 ^{***}
Αίσθημα κενού (empty)	-,139 ^{**}
Αντίληψη του ατόμου για την αντίδραση των άλλων όταν κάνει λάθη (Mistakes)	-,158 ^{***}

5.4 Συσχετίσεις του προσωπικού μηνιαίου εισοδήματος των ερωτώμενων και των υποκλιμάκων της ποιότητας ζωής

Από τον έλεγχο για την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ του μηνιαίου προσωπικού εισοδήματος των ερωτώμενων και των υποκλιμάκων της ποιότητας ζωής προέκυψαν:

Στατιστικά πάρα πολύ σημαντική ($P < 0,001$) μεταξύ του μηνιαίου προσωπικού εισοδήματος και της Σωματικής λειτουργικότητας (PF) ($P = 0,000$), της Ψυχικής υγείας (MH) ($P = 0,000$), του Σωματικού πόνου (BP) ($P = 0,000$), της Γενικής υγείας (GH) ($P = 0,000$), της Συνοπτικής Κλίμακας Φυσικής Υγείας (SF_PCS) ($P = 0,000$) και της Συνοπτικής Κλίμακας Ψυχικής Υγείας (SF_MCS) ($P = 0,001$).

Στατιστικά πολύ σημαντική συσχέτιση ($P < 0,01$) μεταξύ του μηνιαίου προσωπικού εισοδήματος και του Σωματικού ρόλου (RP) ($P = 0,002$), του Συναισθηματικού ρόλου (RE) ($P = 0,009$) και του Κοινωνικού ρόλου (SF) ($P = 0,003$).

Πίνακας 5.4.1 : Συσχετίσεις υποκλιμάκων της ποιότητας ζωής και του μηνιαίου προσωπικού εισοδήματος με τον παραμετρικό συντελεστή συσχέτισης r του Pearson.

ΓΡΑΜΜΙΚΗ ΔΙΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ r του PEARSON	ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΜΗΝΙΑΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ N=408
Σωματική λειτουργικότητα (PF)	,189 ^{***}
Σωματικός ρόλος (RP)	,154 ^{**}
Συναισθηματικός ρόλος (RE)	,129 ^{**}
Ζωτικότητα (VT)	-,051
Ψυχική υγεία (MH)	,177 ^{***}
Κοινωνικός ρόλος (SF)	,147 ^{**}
Σωματικός πόνος (BP)	,204 ^{***}
Γενική υγεία (GH)	,179 ^{***}
Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (SF_PCS)	,220 ^{***}
Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (SF_MCS)	,168 ^{***}

6. Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ Κατηγοριών Μηνιαίου Εισοδήματος

Στον πίνακα 6.1, που ακολουθεί, παρουσιάζονται οι στατιστικές διαφοροποιήσεις στις τιμές των κλιμάκων που μετρήθηκαν μεταξύ του ύψους της μισθολογικής κατάστασης, όπως καταγράφηκαν στην παρούσα εργασία. Για την ανίχνευση των διαφοροποιήσεων χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία ANOVA. Πριν τη δοκιμασία ANOVA έγινε σύμπτυξη της κατηγορίας μηνιαίας μισθολογικής εισοδηματικής σε πέντε κλάσεις. Η πρώτη κλάση αφορούσε όλους όσους δήλωσαν ότι έχουν μηδενικό μηναίο εισόδημα. Η δεύτερη κλάση αφορούσε όλους όσους δήλωσαν ότι έχουν μηναίο εισόδημα έως και 500 Ευρώ. Η τρίτη κλάση αφορούσε όλους όσους δήλωσαν ότι έχουν μηναίο εισόδημα > 500 Ευρώ έως και 1000 Ευρώ. Η τέταρτη κλάση αφορούσε όλους όσους δήλωσαν ότι έχουν μηναίο εισόδημα > 1000 Ευρώ έως και 1500 Ευρώ, και η πέμπτη κλάση αφορούσε όλους όσους δήλωσαν ότι έχουν μηναίο εισόδημα > 1500 Ευρώ.

Εμφανίζονται στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις στις παρακάτω κλίμακες :

1. Συνολική βαθμολογία εξωτερικής ντροπής (OAS) ($p = 0,002$)
2. Αίσθημα κατωτερότητας (inferior) (OAS) ($p = 0,002$)
3. Αίσθημα κενού (empty- OAS) ($p = 0,009$)
4. Αντίληψη του ατόμου για την αντίδραση των άλλων όταν κάνει λάθη (Mistakes-OAS) ($p = 0,026$)
5. Συνολική βαθμολογία για το άγχος ως προς την καρδιακή λειτουργία (Total CAQ) ($p = 0,000$)
6. Φόβος για την καρδιακή λειτουργία (Fear - CAQ) ($p = 0,002$)

7. Αποφυγή δραστηριοτήτων για την καρδιακή λειτουργία (Avoidance - CAQ) (p =0,001)
8. Προσοχή για την καρδιακή λειτουργία (Heart Focused Attention- CAQ) (p =0,043)
9. Σωματοποίηση (Somatization -SCL-90) (p =0,005)
10. Ιδεοψυχαναγκασμός (Obsessive-Compulsive-SCL-90) (p =0,026)
11. Διαπροσωπική ευαισθησία (Inter. Sensitivity-SCL-90) (p =0,042)
12. Διάφορες αιτιάσεις (πρωινή αφύπνιση -SCL-90) (p =0,000)
13. Γενικός δείκτης συμπτωμάτων (SCL-90) (p =0,024)
14. Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων(SCL-90) (p =0,014)
15. Σωματική λειτουργικότητα (PF– SF36) (p =0,000)
16. Σωματικός ρόλος (RP – SF36) (p =0,015)
17. Σωματικός πόνος (BP – SF36) (p =0,000)
18. Ψυχική υγεία (MH – SF36) (p =0,007)
19. Γενική υγεία (GH – SF36) (p =0,000)
20. Κοινωνικός ρόλος (SF – SF36) (p =0,007)
21. Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (SF_PCS – SF36) (p =0,000)
22. Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (SF_MCS – SF36) (p =0,002)

Πίνακας 6.1 : Διαφοροποιήσεις μεταξύ κατηγοριών μηνιαίου εισοδήματος

	F	p
Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής - Other As Shamer Scale (OAS)		
Συνολική βαθμολογία	4,302	,002
Αίσθημα κατωτερότητας (inferior)	4,203	,002
Αίσθημα κενού (empty)	3,455	,009
Αντίληψη του ατόμου για την αντίδραση των άλλων όταν κάνει λάθη (Mistakes)	2,799	,026
Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής - Experience of Shame Scale (ESS)		
Συνολική ντροπή	1,506	,200
Χαρακτηρολογική ντροπή (characterological shame)	1,893	,111
Συμπεριφορική ντροπή (behavioral shame)	1,094	,359
Σωματική ντροπή (bodily shame)	,910	,458
Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία-Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ)		
Total CAQ	6,570	,000
Fear	4,381	,002
Avoidance	4,974	,001
Heart Focused Attention	2,484	,043
Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας - Symptom Checklist 90-R (SCL-90)		
Σωματοποίηση (Somatization)	3,799	,005
Ιδεοψυχαναγκασμός (Obsessive-Compulsive)	2,799	,026
Διαπροσωπική ευαισθησία (Inter. Sensitivity)	2,504	,042
Κατάθλιψη (Depression)	2,368	,052
Άγχος (Anxiety)	1,646	,162
Επιθετικότητα (Hostility)	,490	,743
Φοβικό άγχος (Phobic anxiety)	2,193	,069
Παρανοειδή ιδεασμό (Paranoid ideation)	1,746	,139
Ψυχωτισμός (Psychoticism)	1,389	,237
Διάφορες αιτιάσεις (π.χ. πρωινή αφύπνιση)	5,350	,000
Γενικός δείκτης συμπτωμάτων	2,846	,024
Δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων	2,007	,093
Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων	3,160	,014
Ερωτηματολόγιο επισκόπησης της Υγείας - Short-Form Health Survey (SF- 36)		
Σωματική λειτουργικότητα (PF)	6,780	,000
Σωματικός ρόλος (RP)	3,123	,015
Συναισθηματικός ρόλος (RE)	1,921	,106
Ζωτικότητα (VT)	2,149	,074
Ψυχική υγεία (MH)	3,569	,007
Κοινωνικός ρόλος (SF)	3,605	,007

Σωματικός πόνος (BP)	6,495	,000
Γενική υγεία (GH)	6,293	,000
Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (SF_PCS)	7,562	,000
Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (SF_MCS)	4,330	,002

6.1 Αναλυτική περιγραφή των διαφοροποιήσεων των κατηγοριών μηνιαίας μισθολογικής κατάστασης

Στον πίνακα 6.1.1, που ακολουθεί, παρουσιάζονται οι στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των πέντε κατηγοριών μηνιαίου εισοδήματος των ερωτώμενων. Η απλή παρατήρηση καταδεικνύει πως η μηνιαία εισοδηματική κατάσταση των ερωτώμενων και συγκεκριμένα η εισοδηματική κατηγορία επηρεάζει στατιστικά τις συγκεκριμένες κλίμακες και υποκλίμακες.

	Μηνιαία Μισθολογική Κατηγορία				
	0 Ευρώ	Έως και 500 Ευρώ	>500 έως και 1000 Ευρώ	>1000 έως και 1500 Ευρώ	>1500 Ευρώ
Συνολική βαθμολογία εξωτερικής ντροπής (OAS)	17,48	19,74	16,82	13,40	11,74
Αίσθημα κατωτερότητας (inferior) (OAS)	6,37	7,04	5,72	4,35	3,95
Αίσθημα κενού (empty-OAS)	3,11	4,15	3,37	2,56	2,32
Αντίληψη του ατόμου για την αντίδραση των άλλων όταν κάνει λάθη (Mistakes-OAS)	6,98	7,43	6,83	5,65	4,79
Συνολική βαθμολογία για το άγχος ως προς την καρδιακή λειτουργία (Total CAQ)	1,3489	1,7211	1,4493	1,46528	,78947
Φόβος για την καρδιακή λειτουργία (Fear - CAQ)	1,5000	1,9086	1,6786	1,7708	,7368
Αποφυγή δραστηριοτήτων για την καρδιακή λειτουργία (Avoidance - CAQ)	1,6222	2,0833	1,6607	1,6991	1,0175
Προσοχή για την	,8741	1,1089	,9321	,8241	,6316

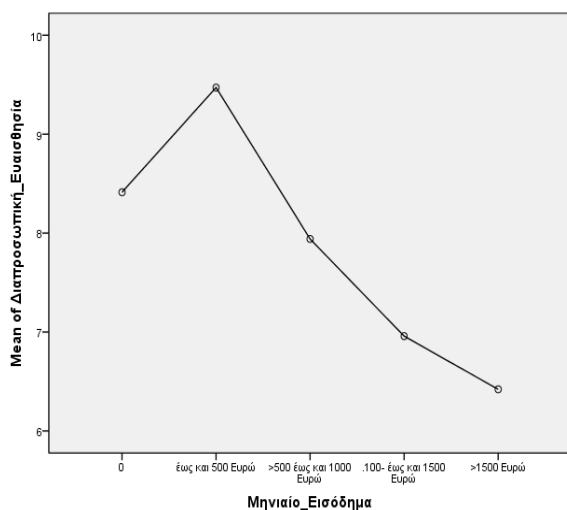
καρδιακή λειτουργία (Heart Focused Attention- CAQ)					
Σωματοποίηση (Somatization -SCL-90)	12,13	14,45	13,08	10,32	8,58
Ιδεοψυχαναγκασμός (Obsessive-Compulsive- SCL-90)	11,30	12,50	10,86	9,99	7,68
Διαπροσωπική ευαισθησία (Inter. Sensitivity-SCL-90)	8,41	9,47	7,94	6,96	6,42
Διάφορες αιτιάσεις (π.χ. πρωινή αφύπνιση -SCL- 90)	1,93	2,43	2,07	1,92	1,00
Σωματική λειτουργικότητα (PF- SF36)	70,98	58,03	70,27	78,73	78,68
Σωματικός ρόλος (RP – SF36)	65,22	60,82	68,41	80,21	76,32
Σωματικός πόνος (BP – SF36)	67,78	62,24	70,31	79,44	78,68
Γενική υγεία (GH – SF36)	57,88	48,52	55,51	59,43	62,50
Ψυχική υγεία (MH – SF36)	60,27	59,54	63,19	68,61	66,95
Κοινωνικός ρόλος (SF – SF36)	66,39	64,90	71,26	76,22	75,66
Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (SF_PCS – SF36)	262,3 1	229,60	264,09	296,72	296,18
Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (SF_MCS)	250,0 3	239,93	260,58	277,12	271,55

Ιδιαίτερα, μπορούμε να παρατηρήσουμε ότι οι ερωτώμενοι με μηνιαίο εισόδημα έως και 500 Ευρώ έχουν υψηλότερα επίπεδα εξωτερικής ντροπής υψηλότερα επίπεδα αισθήματος κατωτερότητας (inferior) (OAS), αισθήματος κενού (empty-OAS) και ευαισθησία απέναντι στην αντίδραση των άλλων όταν κάνει λάθη (Mistakes-OAS). Ακόμη, η ίδια κατηγορία ερωτώμενων εμφανίζει υψηλότερα επίπεδα άγχους για την καρδιακή λειτουργία τους (Total CAQ), φόβο για την καρδιακή λειτουργία (Fear - CAQ), αποφυγή δραστηριοτήτων για την καρδιακή λειτουργία (Avoidance – CAQ) και προσοχή για την καρδιακή λειτουργία (Heart Focused Attention- CAQ). Επίσης, η ίδια κατηγορία ερωτώμενων εμφανίζει υψηλότερα επίπεδα σωματοποίησης (Somatization -SCL-90), ιδεοψυχαναγκασμού

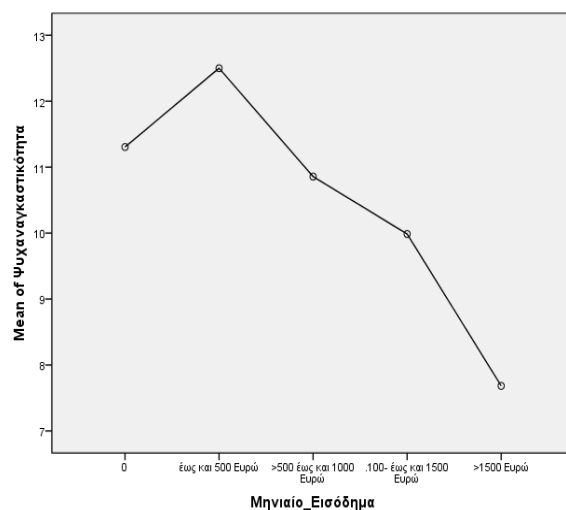
(Obsessive-Compulsive-SCL-90), διαπροσωπικής ευαισθησίας (Inter. Sensitivity-SCL-90) και πρωινή αφύπνιση. Στις ίδιες μεταβλητές τα χαμηλότερα επίπεδα παρουσιάστηκαν στους ερωτώμενους που ανήκουν στην κατηγορία της μισθολογικής μηνιαίας κατηγορίας άνω των 1500 Ευρώ.

Σε αντίθεση, και όσον αφορά στα επίπεδα της ψυχοσωματικής ποιότητας ζωής, στον πίνακα 6.1.1 μπορούμε να παρατηρήσουμε, ότι τα άτομα με μηνιαία μισθολογική κατηγορία >1000 έως και 1500 Ευρώ εμφανίζουν τα υψηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής, εξαιρώντας μόνο την υποκλίμακα της γενικής υγείας που τα υψηλότερα επίπεδα εμφανίζονται στα άτομα που ανήκουν στη μισθολογική κατηγορία > των 1500 Ευρώ. Στις ίδιες μεταβλητές τα χαμηλότερα επίπεδα της ψυχοσωματικής ποιότητας ζωής παρουσιάστηκαν στους ερωτώμενους που ανήκουν στην κατηγορία της μισθολογικής μηνιαίας κατηγορίας κάτω των 500 Ευρώ.

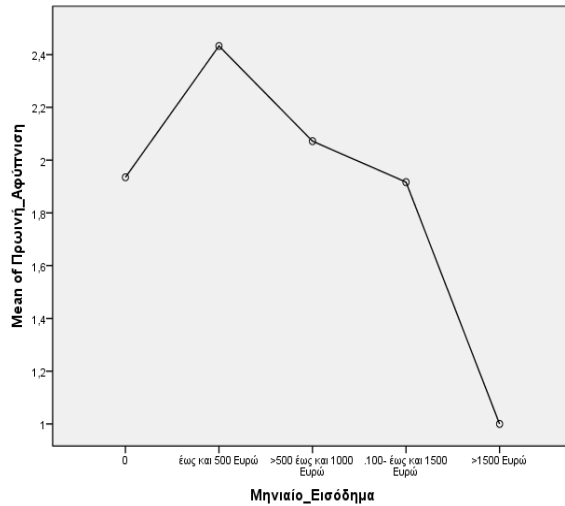
Οι παραπάνω διαφοροποιήσεις εμφανίζονται παραστατικά στα διαγράμματα 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19 και 20.



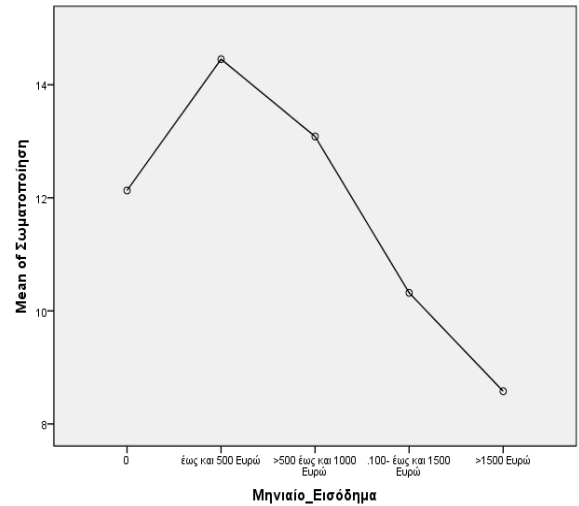
Διάγραμμα 1 : Μηνιαίο Εισόδημα – Μέσος Όρος Διαπροσωπική ευαισθησία (Inter. Sensitivity-SCL-90)



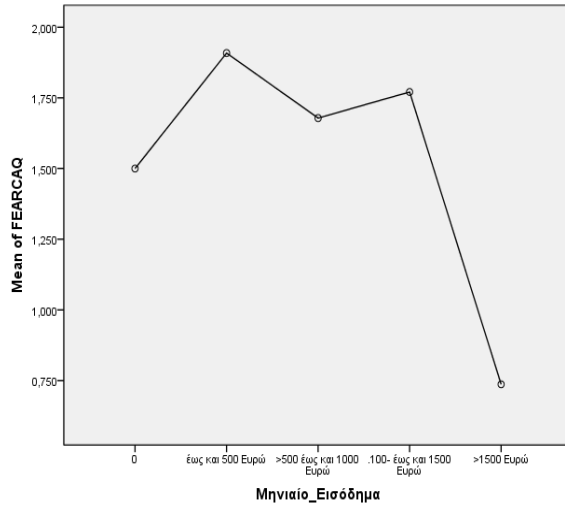
Διάγραμμα 2 : Μηνιαίο Εισόδημα - Μέσος Όρος Ιδιοψυχαναγκασμός (Obsessive Compulsive-SCL-90)



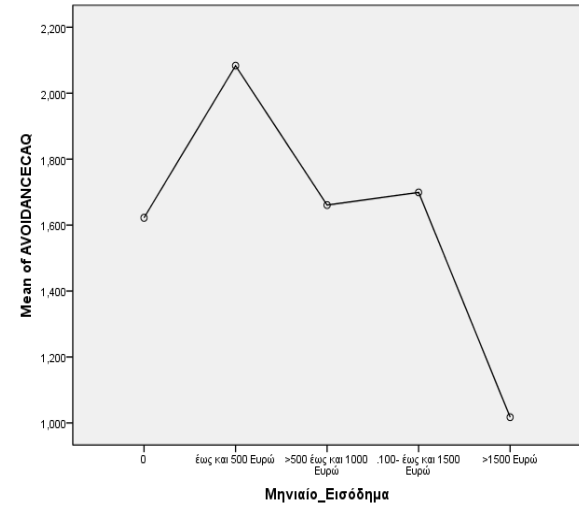
Διάγραμμα 3 : Μηνιαίο Εισόδημα - Μέσος Όρος Διάφορες αιτιάσεις (π.χ. πρωινή αφύπνιση SCL-90)



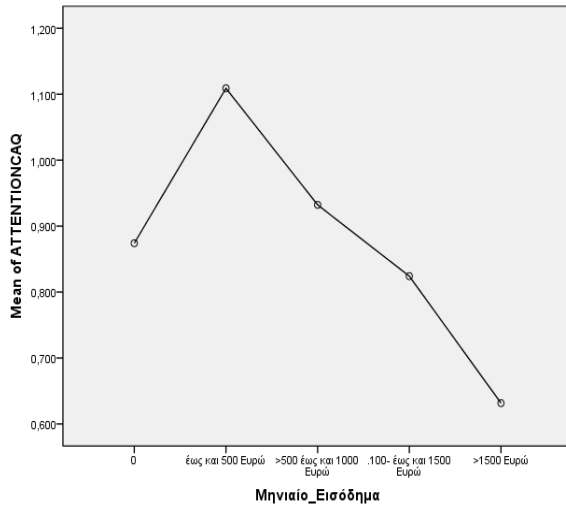
Διάγραμμα 4 : Μηνιαίο Εισόδημα - Μέσος Όρος Σωματοποίηση (Somatization-SCL-90)



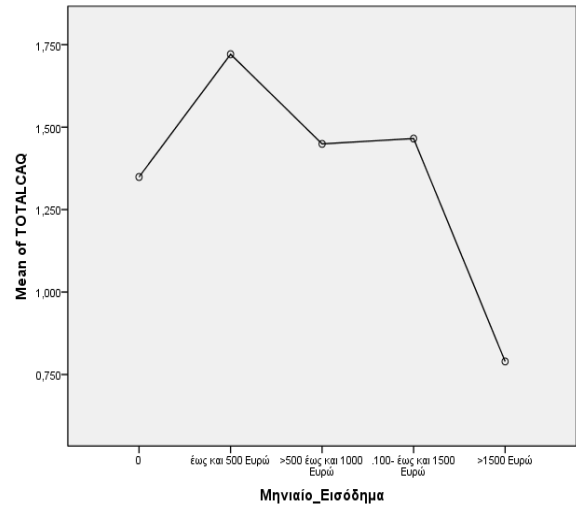
Διάγραμμα 5 : Μηνιαίο Εισόδημα - Μέσος Όρος Φόβος για την καρδιακή λειτουργία (Fear-CAQ)



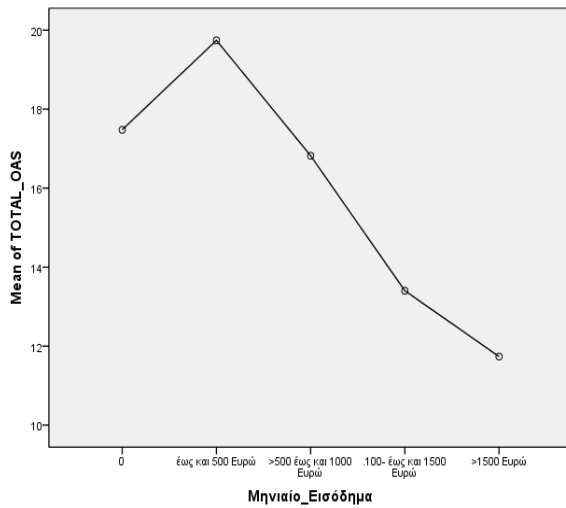
Διάγραμμα 6 : Μηνιαίο Εισόδημα - Μέσος Όρος Αποφυγής δραστηριοτήτων για την καρδιακή λειτουργία (Avoidance-CAQ)



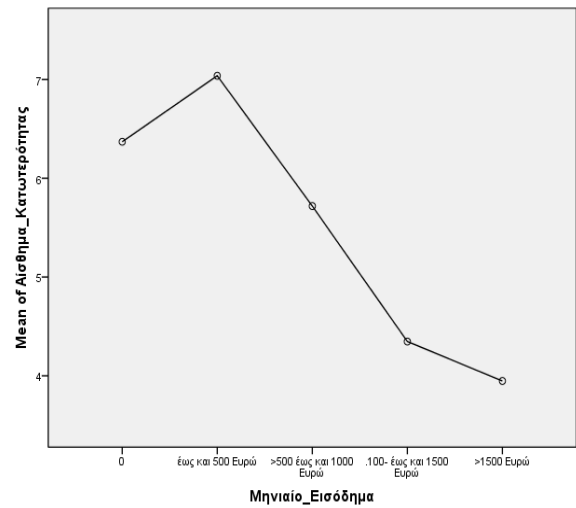
Διάγραμμα 7 : Μηνιαίο Εισόδημα - Μέσος Όρος Προσοχή για την καρδιακή λειτουργία (Heart Focused Attention-CAQ)



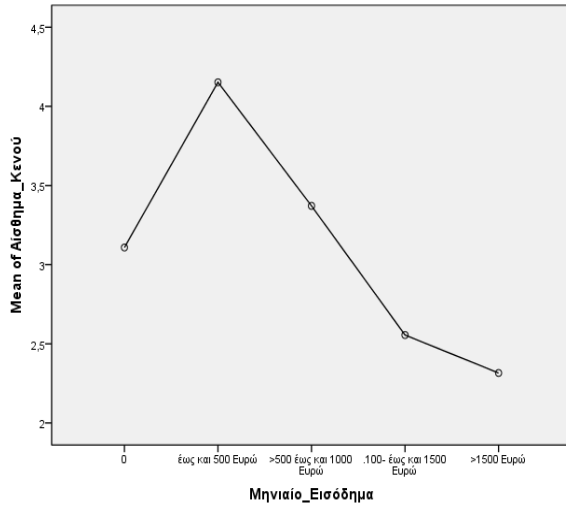
Διάγραμμα 8 : Μηνιαίο Εισόδημα - Μέσος Όρος Συνολική βαθμολογία για το άγχος ως προς την καρδιακή λειτουργία (Total-CAQ)



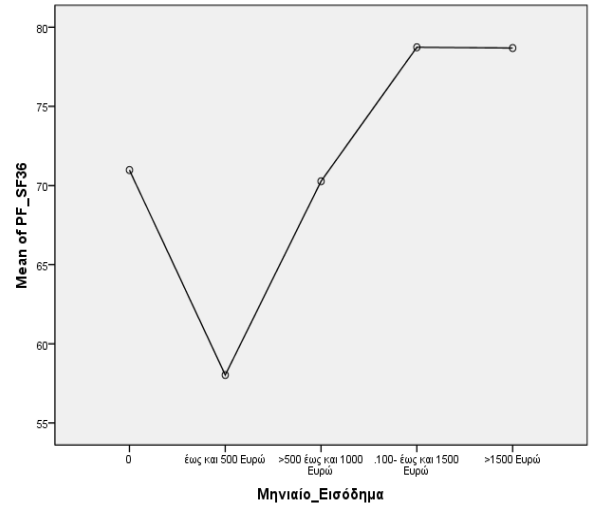
Διάγραμμα 9 : Μηνιαίο Εισόδημα - Μέσος Όρος Συνολική βαθμολογία εξωτερικής ντροπής (Total-OAS)



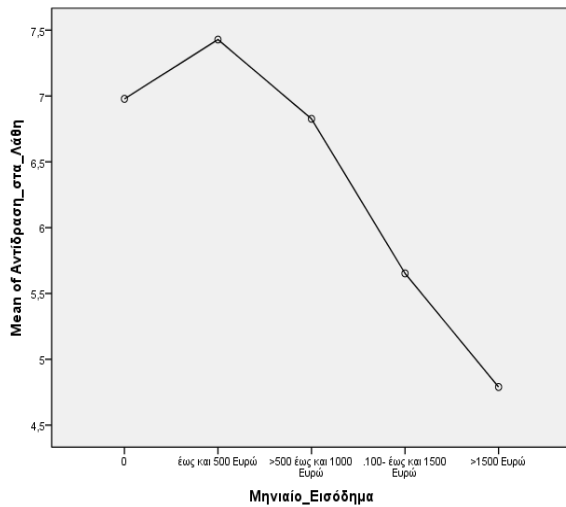
Διάγραμμα 10 : Μηνιαίο Εισόδημα - Μέσος Όρος Αισθήματος Κατωτερότητας (Inferior-OAS)



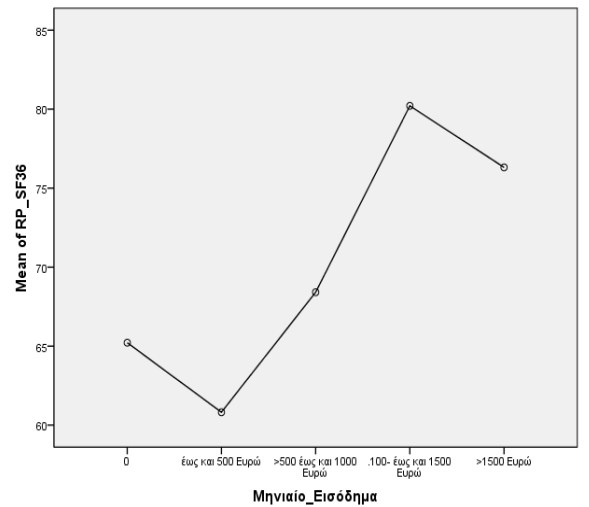
Διάγραμμα 11 : Μηνιαίο Εισόδημα - Μέσος Όρος Αισθήματος Κενού (Empty-OAS)



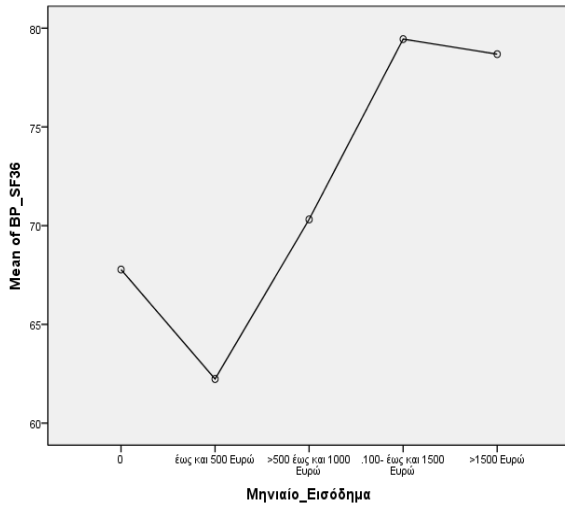
Διάγραμμα 12 : Μηνιαίο Εισόδημα - Μέσος Όρος Σωματική λειτουργικότητα (PF-SF36)



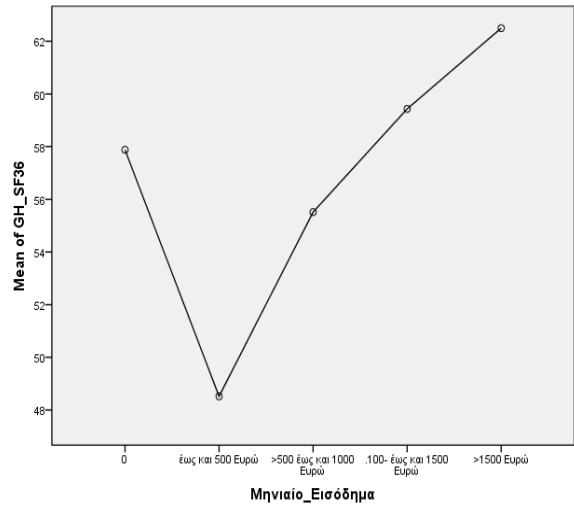
Διάγραμμα 13 : Μηνιαίο Εισόδημα - Μέσος Όρος Αντίληψη του ατόμου για την αντίδραση των άλλων όταν κάνει λάθη (Mistakes-OAS)



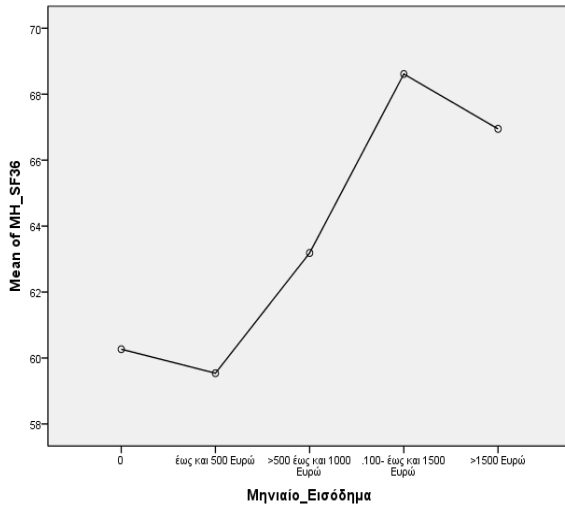
Διάγραμμα 14 : Μηνιαίο Εισόδημα - Μέσος Όρος Σωματικός ρόλος (RP-SF36)



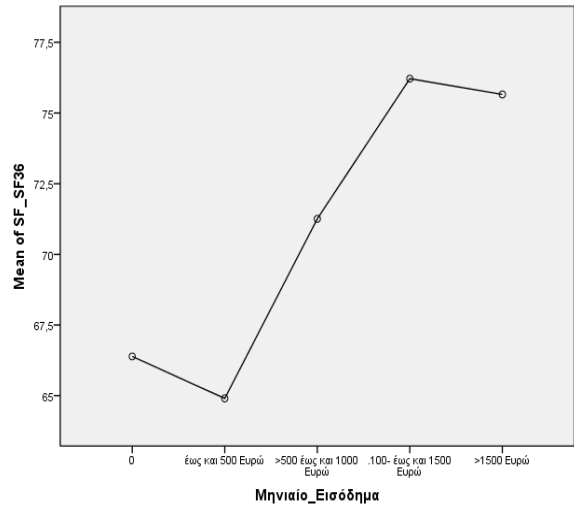
Διάγραμμα 15 : Μηνιαίο Εισόδημα - Μέσος Όρος Σωματικός πόνος (BP-SF36)



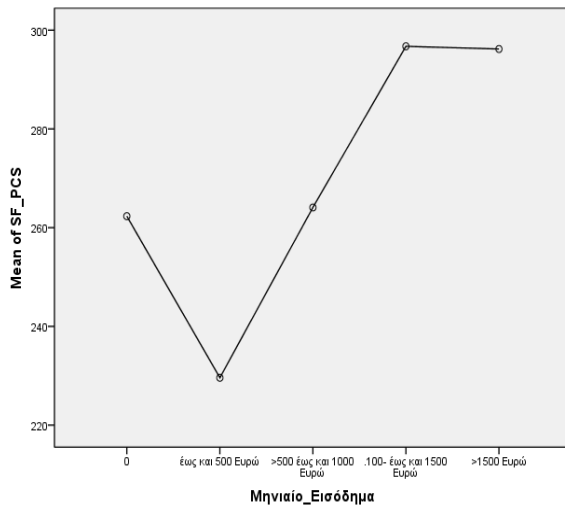
Διάγραμμα 16 : Μηνιαίο Εισόδημα - Μέσος Όρος Γενική υγεία (GH-SF36)



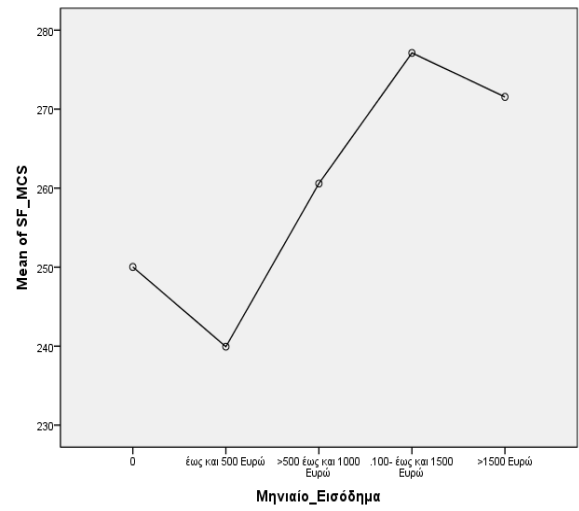
Διάγραμμα 17 : Μηνιαίο Εισόδημα - Μέσος Όρος Ψυχική υγεία (MH-SF36)



Διάγραμμα 18 : Μηνιαίο Εισόδημα - Μέσος Όρος Κοινωνικός ρόλος (SF-SF36)



Διάγραμμα 19 : Μηνιαίο Εισόδημα - Μέσος Όρος Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (SF_PCS-SF36)



Διάγραμμα 20 : Μηνιαίο Εισόδημα - Μέσος Όρος Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (SF_MCS)

7. Η επίδραση του μηνιαίου εισοδήματος στην ψυχοσωματική υγεία με απλή και πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση

Κατόπιν της ανίχνευσης τόσο των συσχετίσεων (που παρουσιάστηκαν στους πίνακες 5.1.1, 5.2.1, 5.3.1 και 5.4.1) όσο και των στατιστικών διαφοροποιήσεων (που παρουσιάστηκαν στον πίνακα 6.1) στις τιμές των κλιμάκων που μετρήθηκαν μεταξύ του ύψους της μισθολογικής κατάστασης, εντοπίστηκαν οι κλίμακες που επηρεάζονται από τη μηνιαία μισθολογική κατάσταση και οι οποίες ήταν: Συνολική βαθμολογία εξωτερικής ντροπής (OAS), Αίσθημα κατωτερότητας (inferior) (OAS), Αίσθημα κενού (empty- OAS), Αντίληψη του ατόμου για την αντίδραση των άλλων όταν κάνει λάθη (Mistakes-OAS), Συνολική βαθμολογία για το άγχος ως προς την καρδιακή λειτουργία (Total CAQ), Φόβος για την καρδιακή λειτουργία (Fear - CAQ) ($p = 0,002$), Αποφυγή δραστηριοτήτων για την καρδιακή λειτουργία (Avoidance - CAQ) , Προσοχή για την καρδιακή λειτουργία (Heart Focused Attention- CAQ), Σωματοποίηση (Somatization -SCL-90), Ιδεοψυχαναγκασμός (Obsessive-Compulsive-SCL-90), Διάφορες αιτιάσεις (πρωινή αφύπνιση -SCL-90), Σωματική λειτουργικότητα (PF- SF36), Σωματικός ρόλος (RP - SF36), Σωματικός πόνος (BP - SF36), Ψυχική υγεία (MH - SF36), Γενική υγεία (GH - SF36), Κοινωνικός ρόλος (SF - SF36), Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (SF_PCS - SF36), Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (SF_MCS - SF36).

Οι αρχικές παρατηρήσεις, όπως ήδη παρουσιάστηκαν εκτενώς στην παρούσα εργασία, ήταν ότι όσοι ερωτώμενοι είχαν υψηλό μηνιαίο εισόδημα είχαν στατιστικά μεγαλύτερες τιμές στις υποκλίμακες της ψυχοσωματικής ποιότητας ζωής και στατιστικά χαμηλότερες τιμές στις υποκλίμακες της εξωτερικής ντροπής, του άγχους για την καρδιακή λειτουργία καθώς και στις υποκλίμακες της ψυχοπαθολογίας.

Στη συνέχεια, και λόγω των παραπάνω διαπιστώσεων προβήκαμε στο δεύτερο βήμα, που αφορούσε την ποσοτικοποίηση της επιρροής της μηνιαίας μισθολογικής κατάστασης στις παραπάνω μεταβλητές, μέσα από μοντέλα γραμμικής

παλινδρόμησης. Αρχικά, συμπεριλάβαμε όλες τις παραμέτρους που πιθανώς να επηρεάζουν την τιμή της εκάστοτε κλίμακας, και στη συνέχεια έγινε επιλογή των μεταβλητών που είχαν σημαντική συνεισφορά στην πρόβλεψη με τη διαδικασία STEPWISE, κατά την οποία οι μεταβλητές εισέρχονται μία - μία στο γραμμικό μοντέλο σύμφωνα με συγκεκριμένο στατιστικό κριτήριο. Τα αποτελέσματα της παλινδρόμησης παρουσιάζονται στους πίνακες που ακολουθούν.

Μια γενική παρατήρηση που διαπιστώνεται είναι ότι ο συντελεστής προσδιορισμού r^2 που μετρά το βαθμό αξιοπιστίας της γραμμικής παλινδρόμησης είναι σχετικά μικρός σε όλα τα γραμμικά μοντέλα, πράγμα που σημαίνει πως υπάρχουν και άλλες μεταβλητές που δεν έχουν καταγραφεί και επηρεάζουν την τιμή των κλιμάκων.

7.1. Μισθολογική Επίδραση στη Συνολική Κλίμακα Φυσικής Υγείας

Ως προς τη Συνολική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (SF_PCS – SF36), μπορούμε να παρατηρήσουμε στον πίνακα 7.1.1, ότι η ηλικία αντιστοιχεί σε μείωση 2,4 μονάδες της Συνολική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (SF_PCS – SF36) για κάθε ένα έτος μεγαλύτερης ηλικίας. Παράλληλα, παρατηρείται για το φύλο χαμηλότερα επίπεδα της Συνολικής Κλίμακας Φυσικής Υγείας (SF_PCS – SF36), κατά 41,7 μονάδες στις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες. Τέλος, παρατηρείται στατιστικά σημαντική επίδραση του μηνιαίου εισοδήματος στους ερωτώμενους, στην ποιότητα σωματικής υγείας (SF_PCS – SF36), ($p=0,004$), δηλαδή, για κάθε ευρώ παραπάνω μηνιαίου εισοδήματος θα αυξάνει η ποιότητα σωματικής υγείας κατά ,020, συνεπώς για κάθε 100 Ευρώ υψηλότερου μηνιαίου εισοδήματος αυξάνει η ποιότητα σωματικής υγείας κατά 2 μονάδες.

Πίνακας 7.1.1 : Αποτελέσματα πολλαπλής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη Συνολική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (SF_PCS – SF36), στο δείγμα των ερωτώμενων.					
Συνολική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (SF_PCS – SF36)					
Model Summary					
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
3	,490 ^c	,240	,234	77,044	1,685
c. Predictors: (Constant), Ηλικία, Φύλο, Μηνιαίο Εισόδημα					

d. Dependent Variable: SF_PCS					
Coefficients(a)					
	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients		
	B	Std. Error	Beta	t	Sig.
(Constant)	460,182	23,839		19,304	,000
Ηλικία	-2,386	,276	-,385	-8,647	,000
Φύλο	-41,734	7,916	-,234	-5,272	,000
Μηνιαίο Εισόδημα	,020	,007	,131	2,901	,004

a Dependent Variable: SF_PCS

7.2. Μισθολογική Επίδραση στη Συνολική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας

Ως προς τη Συνολική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (SF_MCS – SF36), μπορούμε να παρατηρήσουμε στον πίνακα 7.2.1, ότι για κάθε ένα έτος μεγαλύτερης ηλικίας παρατηρείται μείωση κατά 1,03 μονάδες της Συνολικής Κλίμακας Ψυχικής Υγείας (SF_MCS – SF36), και για το φύλο παρατηρούνται χαμηλότερα επίπεδα ψυχικής υγείας κατά 27,8 μονάδες στις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες. Τέλος δε, παρατηρείται στατιστικά σημαντική επίδραση του μηνιαίου εισοδήματος ($p=0,049$), δηλαδή, για κάθε ευρώ παραπάνω μηνιαίου εισοδήματος αυξάνει η ποιότητα ψυχικής υγείας κατά 0,010, συνεπώς για κάθε 100 Ευρώ υψηλότερου μηνιαίου εισοδήματος αυξάνει η ποιότητα σωματικής υγείας κατά 1 μονάδα στους ερωτώμενους του δείγματος.

Πίνακας 7.2.1 : Αποτελέσματα πολλαπλής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη Συνολική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (SF_MCS – SF36), στο δείγμα των ερωτώμενων.					
Συνολική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (SF_MCS – SF36)					
Model Summary					
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
3	,346 ^c	,120	,113	59,930	1,611
c. Predictors: (Constant), Ηλικία, Φύλο, Μηνιαίο Εισόδημα					
d. Dependent Variable: SF_MCS					
Coefficients(a)					
	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients		

	B	Std. Error	Beta	t	Sig.
(Constant)	357,233	18,569		19,238	,000
Ηλικία	-1,036	,215	-,231	-4,817	,000
Φύλο	-27,806	6,161	-,216	-4,513	,000
Μηνιαίο Εισόδημα	,010	,005	,096	1,968	,049

a Dependent Variable: SF_MCS

7.3. Μισθολογική Επίδραση στην Εξωτερική Ντροπή

Ως προς το σύνολο της εξωτερικής ντροπής (OAS), μπορούμε να παρατηρήσουμε στον πίνακα 7.3.1, ότι η ηλικία αντιστοιχεί σε μείωση 0,89 μονάδες της Συνολικής εξωτερικής ντροπής (OAS), για κάθε ένα έτος μεγαλύτερης ηλικίας. Ακόμη, παρατηρείται στατιστικά σημαντική επίδραση του μηνιαίου εισοδήματος ($p=0,001$), δηλαδή, για κάθε ευρώ παραπάνω μηνιαίου εισοδήματος μειώνεται η συνολική εξωτερική ντροπή (OAS) κατά ,003, συνεπώς για κάθε 100 Ευρώ υψηλότερου μηνιαίου εισοδήματος μειώνεται η συνολική εξωτερική ντροπή (OAS) κατά 0,3 μονάδες στους ερωτώμενους του δείγματος.

Πίνακας 7.3.1 : Αποτελέσματα πολλαπλής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη Συνολική Εξωτερική Ντροπή (OAS), στο δείγμα των ερωτώμενων.					
Συνολική Εξωτερική Ντροπή (OAS),					
Model Summary					
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
2	,212 ^b	,045	,040	11,432	1,752
b. Predictors: (Constant), Μηνιαίο Εισόδημα, Ηλικία.					
c. Dependent Variable: Συνολική Εξωτερική Ντροπή (OAS)					
Coefficients(a)					
	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
(Constant)	13,884	2,793		4,971	,000
Μηνιαίο Εισόδημα	-,003	,001	-,166	-3,342	,001
Ηλικία	,089	,041	,108	2,180	,030

a Dependent Variable: Συνολική Εξωτερική Ντροπή (OAS).

7.4. Μισθολογική Επίδραση στο Άγχος για την Καρδιακή Λειτουργία

Ως προς το σύνολο του άγχους για την καρδιακή λειτουργία (CAQ), μπορούμε να παρατηρήσουμε στον πίνακα 7.4.1, ότι για κάθε ένα έτος μεγαλύτερης ηλικίας παρατηρείται αύξηση κατά 0,26 μονάδες του άγχους για την καρδιακή λειτουργία (CAQ). Παράλληλα παρατηρείται για το φύλο υψηλότερα επίπεδα άγχους για την καρδιακή λειτουργία (CAQ), κατά 0,2 μονάδες στις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες. Τέλος, παρατηρείται στατιστικά σημαντική επίδραση του μηνιαίου εισοδήματος, στο άγχος για την καρδιακή λειτουργία (CAQ) ($p=0,013$). Παρόλα αυτά ο συντελεστής beta είναι πολύ μικρός και αναμένεται πολύ μικρή επίδραση.

Πίνακας 7.4.1 : Αποτελέσματα πολλαπλής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή το Άγχος για την Καρδιακή Λειτουργία (CAQ), στο δείγμα των ερωτώμενων.					
Άγχος για την Καρδιακή Λειτουργία (CAQ)					
Model Summary					
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
3	,510 ^c	,260	,254	,694422	1,554
b. Predictors: (Constant), Ηλικία, Φύλο, Μηνιαίο Εισόδημα.					
d. Dependent Variable: Άγχος για την Καρδιακή Λειτουργία (CAQ).					
Coefficients(a)					
	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
(Constant)	-,378	,215		-1,760	,079
Ηλικία	,026	,002	,456	10,366	,000
Φύλο	,245	,071	,151	3,439	,001
Μηνιαίο Εισόδημα	,000	,000	-,111	-2,497	,013
a Dependent Variable: Άγχος για την Καρδιακή Λειτουργία (CAQ).					

7.5. Μισθολογική Επίδραση στο Σωματικό Πόνο

Ως προς το σωματικό πόνο (BP – SF36), μπορούμε να παρατηρήσουμε στον πίνακα 7.5.1, ότι η ηλικία αντιστοιχεί σε μείωση 0,269 μονάδες του σωματικού πόνου (BP – SF36) για κάθε ένα έτος μεγαλύτερης ηλικίας. Παράλληλα, παρατηρείται σχετικά με το φύλο υψηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής λόγω έλλειψης σωματικού πόνου (BP –

SF36), κατά 8,9 μονάδες στους άνδρες σε σχέση με τις γυναίκες. Τέλος, παρατηρείται στατιστικά σημαντική επίδραση του μηνιαίου εισοδήματος στο σωματικό πόνο (BP – SF36) ($p=0,002$), δηλαδή, για κάθε ευρώ παραπάνω μηνιαίου εισοδήματος μειώνεται ο σωματικός πόνος κατά 0,006, συνεπώς για κάθε 100 Ευρώ υψηλότερου μηνιαίου εισοδήματος μειώνεται ο σωματικός πόνος κατά 0,6 μονάδες.

Πίνακας 7.5.1 : Αποτελέσματα πολλαπλής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή το σωματικό πόνο (BP – SF36), στο δείγμα των ερωτώμενων.					
Σωματικός Πόνος (BP – SF36)					
Model Summary					
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
3	,312 ^c	,097	,090	23,114	1,816
c. Predictors: (Constant), Μηνιαίο Εισόδημα, Φύλο Ηλικία.					
d. Dependent Variable: Σωματικός Πόνος (BP – SF36),					
Coefficients(a)					
	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
(Constant)	95,803	7,152		13,396	,000
Μηνιαίο Εισόδημα	,006	,002	,155	3,152	,002
Φύλο	-8,953	2,375	-,183	-3,770	,000
Ηλικία	-,269	,083	-,158	-3,255	,001
a Dependent Variable: Σωματικός Πόνος (BP – SF36).					

7.6. Μισθολογική Επίδραση στη Σωματική λειτουργικότητα

Ως προς τη Σωματική λειτουργικότητα (PF– SF36), μπορούμε να παρατηρήσουμε στον πίνακα 7.6.1, ότι για κάθε ένα έτος μεγαλύτερης ηλικίας παρατηρείται μείωση κατά 0,9 μονάδες της σωματικής λειτουργικότητας (PF– SF36). Παράλληλα, παρατηρείται σχετικά με το φύλο υψηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής λόγω καλής σωματικής λειτουργικότητας (PF– SF36), κατά 12,3 μονάδες στους άνδρες σε σχέση με τις γυναίκες. Τέλος, παρατηρείται στατιστικά σημαντική επίδραση του μηνιαίου εισοδήματος στη σωματική λειτουργικότητα (PF– SF36) ($p=0,032$), δηλαδή, για κάθε ευρώ παραπάνω μηνιαίου εισοδήματος αυξάνεται η σωματική λειτουργικότητα (PF–

SF36), κατά 0,005, συνεπώς για κάθε 100 Ευρώ υψηλότερου μηνιαίου εισοδήματος αυξάνεται η σωματική λειτουργικότητα (PF– SF36), κατά 0,5 μονάδες.

Πίνακας 7.6.1 : Αποτελέσματα πολλαπλής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή το Σωματική λειτουργικότητα (PF– SF36), στο δείγμα των ερωτώμενων.					
Σωματική λειτουργικότητα (PF– SF36)					
Model Summary					
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
3	,524 ^c	,275	,269	24,769	1,648
c. Predictors: (Constant), Ηλικία, Φύλο, Μηνιαίο Εισόδημα.					
d. Dependent Variable: Σωματική λειτουργικότητα (PF– SF36).					
Coefficients(a)					
	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
(Constant)	142,296	7,646		18,611	,000
Ηλικία	-,931	,089	-,456	-10,482	,000
Φύλο	-12,345	2,544	-,211	-4,853	,000
Μηνιαίο Εισόδημα	,005	,002	,095	2,158	,032
a Dependent Variable: Σωματική λειτουργικότητα (PF– SF36).					

8. Η επίδραση του μηνιαίου συνταξιοδοτικού εισοδήματος στην ψυχοσωματική υγεία των συνταξιούχων

8.1. Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ Κατηγοριών Μηνιαίου Εισοδήματος των συνταξιούχων του δείγματος

Στον πίνακα 8.1.1, που ακολουθεί, παρουσιάζονται οι στατιστικές διαφοροποιήσεις στις τιμές των κλιμάκων που μετρήθηκαν μεταξύ του ύψους του μηνιαίου συνταξιοδοτικού εισοδήματος των συνταξιούχων, όπως καταγράφηκαν στην παρούσα εργασία. Για την ανίχνευση των διαφοροποιήσεων χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία ANOVA. Πριν τη δοκιμασία ANOVA έγινε σύμπτυξη του μηνιαίου συνταξιοδοτικού εισοδήματος των συνταξιούχων σε τέσσερις κλάσεις. Η πρώτη κλάση αφορούσε όλους όσους δήλωσαν ότι έχουν μηνιαίο συνταξιοδοτικό εισόδημα έως και 500 Ευρώ. Η δεύτερη κλάση αφορούσε όλους όσους δήλωσαν ότι έχουν μηνιαίο εισόδημα > 500 Ευρώ έως και 1000 Ευρώ. Η τρίτη κλάση αφορούσε όλους όσους δήλωσαν ότι έχουν μηνιαίο εισόδημα > 1000 Ευρώ έως και 1500 Ευρώ, και η τέταρτη κλάση αφορούσε όλους όσους δήλωσαν ότι έχουν μηνιαίο εισόδημα > 1500 Ευρώ.

Εμφανίζονται στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις στις παρακάτω κλίμακες :

1. Συνολική βαθμολογία εξωτερικής ντροπής (OAS) ($p = 0,021$)
2. Αίσθημα κατωτερότητας (inferior) (OAS) ($p = 0,010$)
3. Συνολική βαθμολογία για το άγχος ως προς την καρδιακή λειτουργία (Total CAQ) ($p = 0,006$)
4. Φόβος για την καρδιακή λειτουργία (Fear - CAQ) ($p = 0,028$)
5. Αποφυγή δραστηριοτήτων για την καρδιακή λειτουργία (Avoidance - CAQ) ($p = 0,021$)
6. Προσοχή για την καρδιακή λειτουργία (Heart Focused Attention- CAQ) ($p = 0,022$)

7. Σωματοποίηση (Somatization -SCL-90) (p =0,017)
8. Διαπροσωπική ευαισθησία (Inter. Sensitivity-SCL-90) (p =0,033)
9. Φοβικό άγχος (Phobic anxiety -SCL-90) (p =0,031)
10. Γενικός δείκτης συμπτωμάτων (SCL-90) (p =0,041)
11. Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων(SCL-90) (p =0,007)
12. Σωματική λειτουργικότητα (PF– SF36) (p =0,003)
13. Σωματικός ρόλος (RP – SF36) (p =0,004)
14. Ζωτικότητα (VT) – SF36) (p =0,019)
15. Σωματικός πόνος (BP – SF36) (p =0,000)
16. Ψυχική υγεία (MH – SF36) (p =0,001)
17. Γενική υγεία (GH – SF36) (p =0,007)
18. Κοινωνικός ρόλος (SF – SF36) (p =0,002)
19. Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (SF_PCS – SF36) (p =0,000)
20. Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (SF_MCS – SF36) (p =0,008)

Πίνακας 8.1.1 : Διαφοροποιήσεις μεταξύ κατηγοριών μηνιαίου συνταξιοδοτικού εισοδήματος

	F	p
Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής - Other As Shamer Scale (OAS)		
Συνολική βαθμολογία	3,332	,021
Αίσθημα κατωτερότητας (inferior)	3,877	,010
Αίσθημα κενού (empty)	2,324	,076
Αντίληψη του ατόμου για την αντίδραση των άλλων όταν κάνει λάθη (Mistakes)	2,529	,058
Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής - Experience of Shame Scale (ESS)		
Συνολική ντροπή	1,447	,230
Χαρακτηρολογική ντροπή (characterological shame)	1,318	,270
Συμπεριφορική ντροπή (behavioral shame)	1,526	,209
Σωματική ντροπή (bodily shame)	1,959	,121
Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία-Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ)		
Total CAQ	4,223	,006
Fear	3,101	,028

Avoidance	3,324	,021
Heart Focused Attention	3,265	,022
Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας - Symptom Checklist 90-R (SCL-90)		
Σωματοποίηση (Somatization)	3,454	,017
Ιδεοψυχαναγκασμός (Obsessive-Compulsive)	1,706	,167
Διαπροσωπική ευαισθησία (Inter. Sensitivity)	2,968	,033
Κατάθλιψη (Depression)	2,553	,057
Άγχος (Anxiety)	1,843	,141
Επιθετικότητα (Hostility)	1,642	,181
Φοβικό άγχος (Phobic anxiety)	3,015	,031
Παρανοειδή ιδεασμό (Paranoid ideation)	1,922	,127
Ψυχωτισμός (Psychoticism)	1,000	,394
Γενικός δείκτης συμπτωμάτων	2,794	,041
Δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων	2,145	,096
Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων	4,204	,007
Ερωτηματολόγιο επισκόπησης της Υγείας - Short-Form Health Survey (SF- 36)		
Σωματική λειτουργικότητα (PF)	4,802	,003
Σωματικός ρόλος (RP)	4,490	,004
Συναισθηματικός ρόλος (RE)	1,497	,217
Ζωτικότητα (VT)	3,383	,019
Ψυχική υγεία (MH)	5,401	,001
Κοινωνικός ρόλος (SF)	4,963	,002
Σωματικός πόνος (BP)	7,644	,000
Γενική υγεία (GH)	4,187	,007
Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (SF_PCS)	7,012	,000
Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (SF_MCS)	4,009	,008

8.2. Αναλυτική περιγραφή των διαφοροποιήσεων των κατηγοριών μηνιαίας μισθολογικής κατάστασης των συνταξιούχων του δείγματος

Στον πίνακα 8.2.1, που ακολουθεί, παρουσιάζονται οι στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των τεσσάρων κατηγοριών μηνιαίου εισοδήματος των ερωτώμενων. Η απλή παρατήρηση καταδεικνύει πως η μηνιαία εισοδηματική κατάσταση των συνταξιούχων και συγκεκριμένα η εισοδηματική κατηγορία επηρεάζει στατιστικά τις συγκεκριμένες κλίμακες και υποκλίμακες.

Ιδιαίτερα, μπορούμε να παρατηρήσουμε ότι οι ερωτώμενοι με μηνιαίο εισόδημα έως και 500 Ευρώ έχουν υψηλότερα επίπεδα εξωτερικής ντροπής και υψηλότερα επίπεδα αισθήματος κατωτερότητας (inferior) (OAS). Ακόμη, η ίδια κατηγορία ερωτώμενων εμφανίζει υψηλότερα επίπεδα άγχους για την καρδιακή λειτουργία τους (Total CAQ), αποφυγή δραστηριοτήτων για την καρδιακή λειτουργία (Avoidance – CAQ) και προσοχή για την καρδιακή λειτουργία (Heart Focused Attention- CAQ), εξαιρώντας το φόβο για την καρδιακή λειτουργία (Fear - CAQ), που παρατηρήθηκαν τα υψηλότερα επίπεδα στους συνταξιούχους της τρίτης κατηγορίας, με μηνιαία συνταξιοδοτική κατάσταση >1000 έως και 1500 Ευρώ. Επίσης, η ίδια κατηγορία ερωτώμενων εμφανίζει υψηλότερα επίπεδα σωματοποίησης (Somatization -SCL-90), διαπροσωπικής ευαισθησίας (Inter. Sensitivity-SCL-90), συνόλου θετικών συμπτωμάτων (SCL-90), και γενικού δείκτη συμπτωμάτων (SCL-90). Στις ίδιες μεταβλητές τα χαμηλότερα επίπεδα παρουσιάστηκαν στους ερωτώμενους που ανήκουν στην κατηγορία της μισθολογικής μηνιαίας κατηγορίας άνω των 1500 Ευρώ, εξαιρώντας το αίσθημα κατωτερότητας που παρατηρήθηκαν τα χαμηλότερα επίπεδα στους συνταξιούχους της τρίτης κατηγορίας, με μηνιαία συνταξιοδοτική κατάσταση >1000 έως και 1500 Ευρώ.

Πίνακας 8.2.1 : Παρουσίαση των διαφοροποιήσεων ανά μηνιαία συνταξιοδοτική μισθολογική κατηγορία

	Μηνιαία Μισθολογική Κατηγορία			
	Έως και 500 Ευρώ	>500 έως και 1000 Ευρώ	>1000 έως και 1500 Ευρώ	>1500 Ευρώ
Συνολική βαθμολογία εξωτερικής ντροπής (OAS)	20,89	17,64	13,55	10,67
Αίσθημα κατωτερότητας (inferior) (OAS)	7,79	6,07	4,26	4,50
Συνολική βαθμολογία για το άγχος ως προς την καρδιακή λειτουργία (Total CAQ)	1,94583	1,73222	1,88421	,83333
Φόβος για την καρδιακή λειτουργία (Fear - CAQ)	2,23611	2,20278	2,48026	,87500
Αποφυγή δραστηριοτήτων για την καρδιακή λειτουργία (Avoidance - CAQ)	2,30093	1,91852	2,19298	1,00000
Προσοχή για την καρδιακή λειτουργία (Heart Focused Attention- CAQ)	1,20370	,91852	,78070	,61111
Σωματοποίηση (Somatization -SCL-90)	14,54	14,30	13,18	3,00
Διαπροσωπική ευαισθησία (Inter. Sensitivity-SCL-90)	10,26	8,83	8,71	2,83
Γενικός δείκτης συμπτωμάτων (SCL-90)	1,118519	1,018642	,970175	,379630
Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων(SCL-90)	52,53	47,71	44,37	24,17
Σωματική λειτουργικότητα (PF-SF36)	49,44	61,91	69,32	75,00
Σωματικός ρόλος (RP - SF36)	54,51	61,39	78,95	95,83
Σωματικός πόνος (BP - SF36)	59,51	68,33	78,75	91,25
Ζωτικότητα (VT) - SF36)	50,90	54,72	54,08	38,33
Γενική υγεία (GH - SF36)	44,97	51,81	52,08	65,97
Ψυχική υγεία (MH - SF36)	60,61	61,16	69,05	82,00
Κοινωνικός ρόλος (SF - SF36)	62,15	69,17	76,97	81,25
Συνοπτική Κλίμακα	208,44	242,75	277,28	328,06

Φυσικής Υγείας
(SF_PCS – SF36)

Συνοπτική Κλίμακα

Ψυχικής Υγείας
(SF_MCS)

234,78

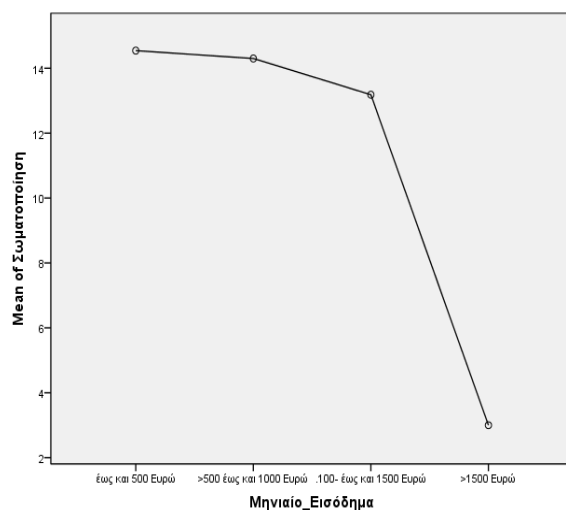
249,12

276,42

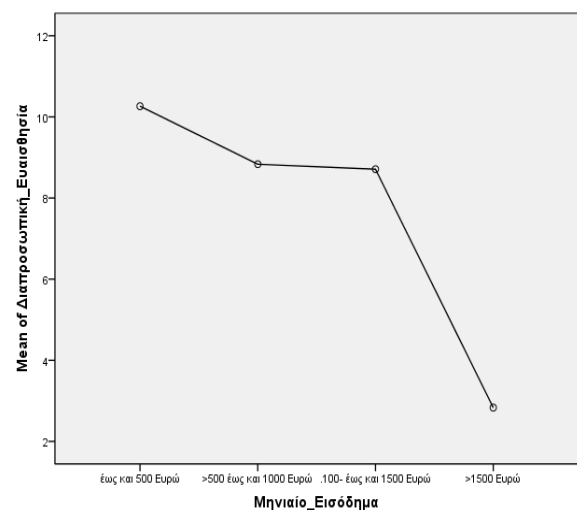
284,92

Σε αντίθεση, και όσον αφορά στα επίπεδα της ψυχοσωματικής ποιότητας ζωής, στον πίνακα 8.2.1, μπορούμε να παρατηρήσουμε, ότι τα άτομα με μηνιαία μισθολογική κατηγορία > 1500 Ευρώ εμφανίζουν τα υψηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής, εξαιρώντας μόνο την υποκλίμακα της ζωτικότητας που τα υψηλότερα επίπεδα εμφανίζονται στα άτομα που ανήκουν στη μισθολογική κατηγορία >500 έως και 1000 Ευρώ. Στις ίδιες μεταβλητές τα χαμηλότερα επίπεδα της ψυχοσωματικής ποιότητας ζωής παρουσιάστηκαν στους ερωτώμενους που ανήκουν στην κατηγορία της μισθολογικής μηνιαίας κατηγορίας κάτω των 500 Ευρώ, εξαιρώντας μόνο την υποκλίμακα της ζωτικότητας που τα χαμηλότερα επίπεδα εμφανίζονται στα άτομα που ανήκουν στη μισθολογική κατηγορία >1500 Ευρώ.

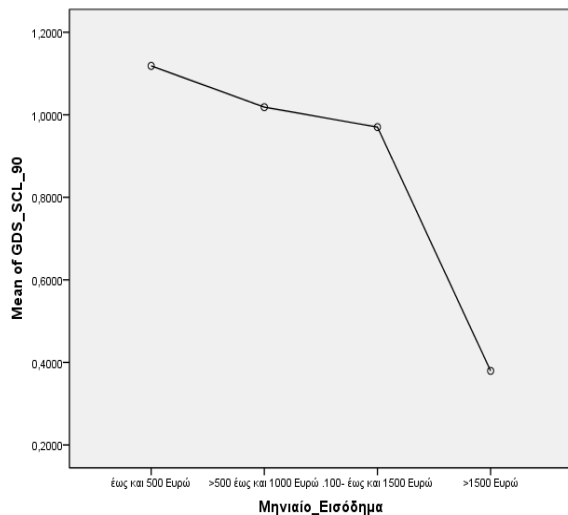
Οι παραπάνω διαφοροποιήσεις εμφανίζονται παραστατικά στα διαγράμματα 21,22,23,24,25,26,27,28,29,30,31,32,33,34,35,36,37,38 και 39.



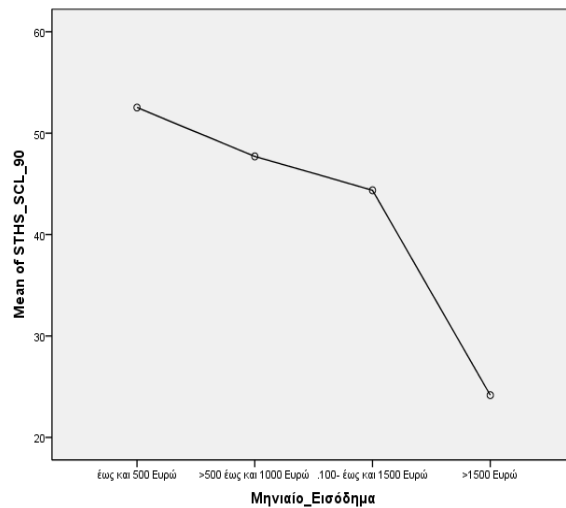
Διάγραμμα 21 : Μηνιαίο Εισόδημα - Μέσος Όρος Σωματοποίηση (Somatization -SCL-90)



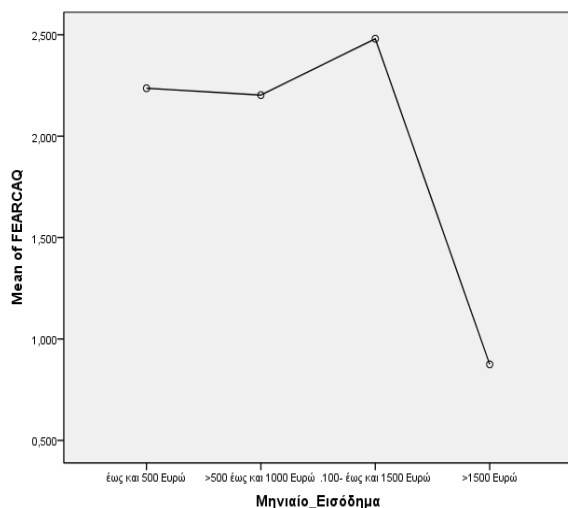
Διάγραμμα 22 : Μηνιαίο Εισόδημα - Μέσος Όρος Διαπροσωπική ευαισθησία (Inter. Sensitivity-SCL-90)



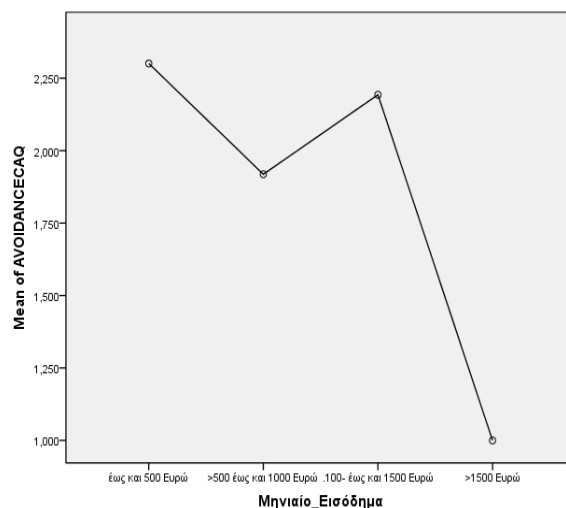
Διάγραμμα 23 : Μηνιαίο Εισόδημα - Μέσος Όρος Γενικός δείκτης συμπτωμάτων (SCL-90)



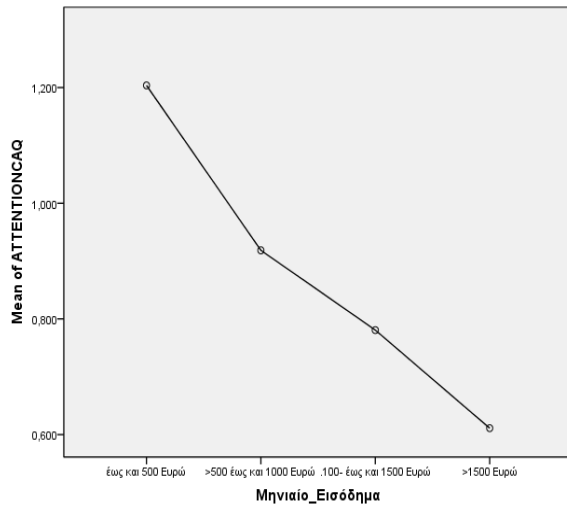
Διάγραμμα 24 : Μηνιαίο Εισόδημα - Μέσος Όρος Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων(SCL-90)



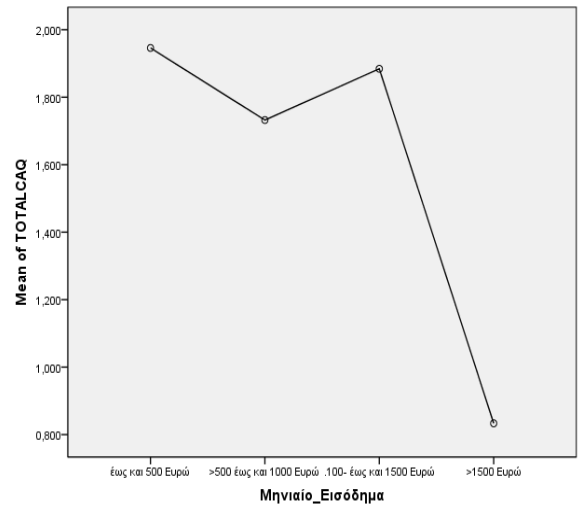
Διάγραμμα 25 : Μηνιαίο Εισόδημα - Μέσος Όρος Φόβος για την καρδιακή λειτουργία (Fear-CAQ)



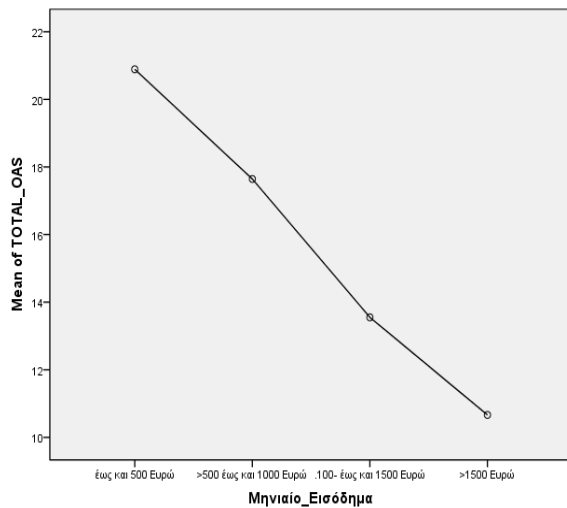
Διάγραμμα 26 : Μηνιαίο Εισόδημα - Μέσος Όρος Αποφυγή δραστηριοτήτων για την καρδιακή λειτουργία (Avoidance-CAQ)



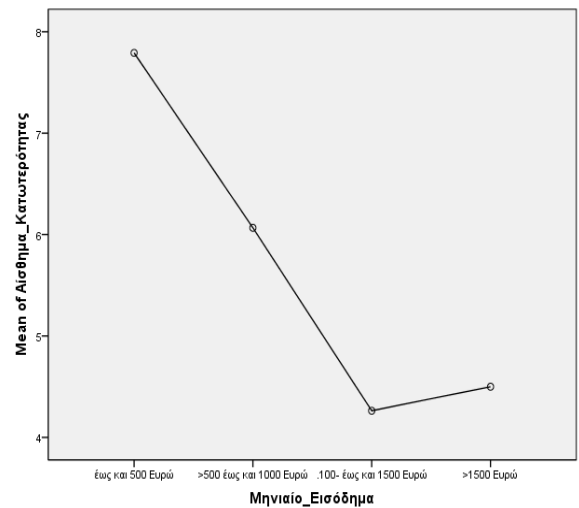
Διάγραμμα 27 : Μηνιαίο Εισόδημα - Μέσος Όρος Προσοχή για την καρδιακή λειτουργία (Heart Focused Attention-CAQ)



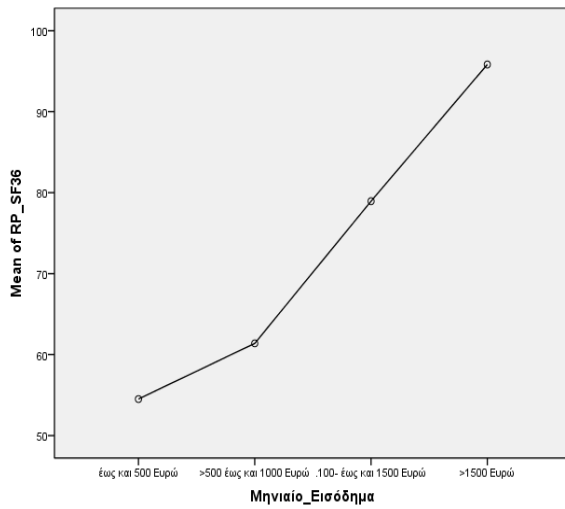
Διάγραμμα 28 : Μηνιαίο Εισόδημα - Μέσος Όρος Συνολική βαθμολογία για το άγχος ως προς την καρδιακή λειτουργία (Total-CAQ)



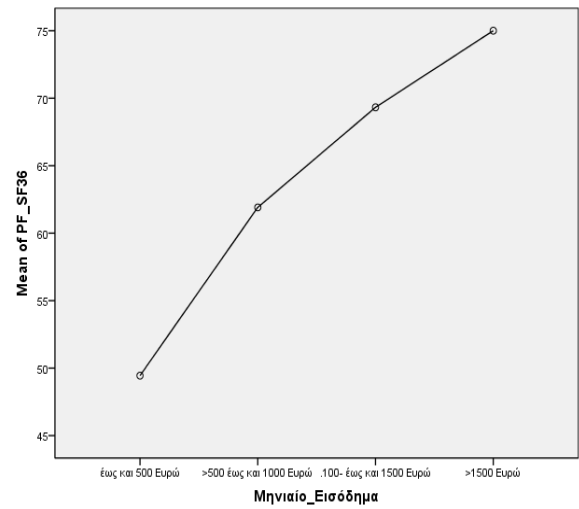
Διάγραμμα 29 : Μηνιαίο Εισόδημα - Μέσος Όρος Συνολική βαθμολογία εξωτερικής ντροπής (Total-OAS)



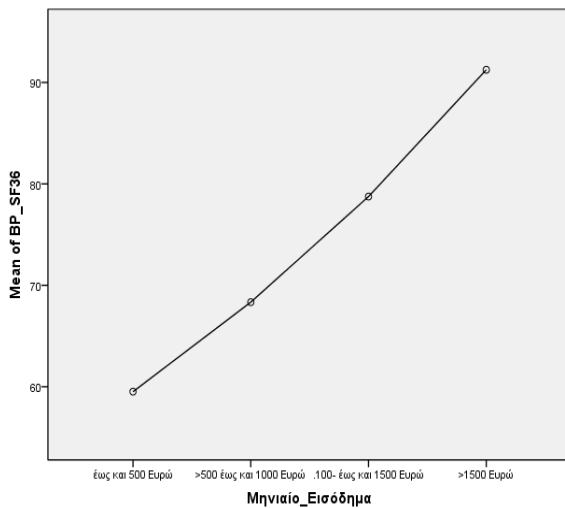
Διάγραμμα 30 : Μηνιαίο Εισόδημα - Μέσος Όρος Αίσθημα κατωτερότητας (Inferior-OAS)



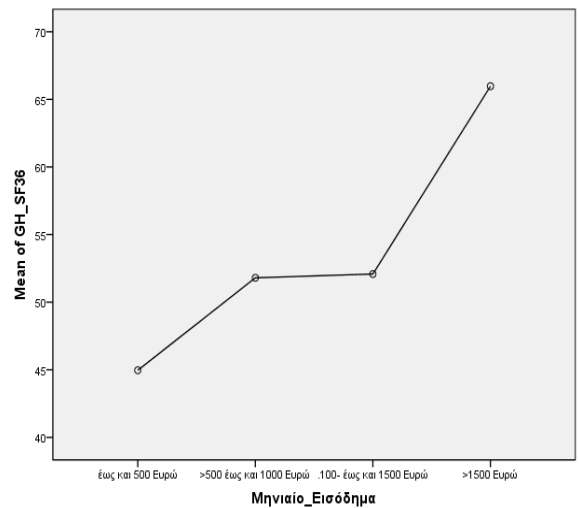
Διάγραμμα 31 : Μηνιαίο Εισόδημα - Μέσος Όρος Σωματικός ρόλος (RP-SF36)



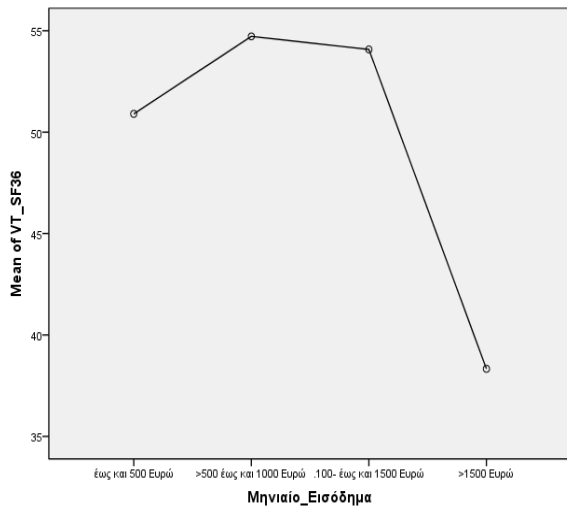
Διάγραμμα 32 : Μηνιαίο Εισόδημα - Μέσος Όρος Σωματική λειτουργικότητα (PF-SF36)



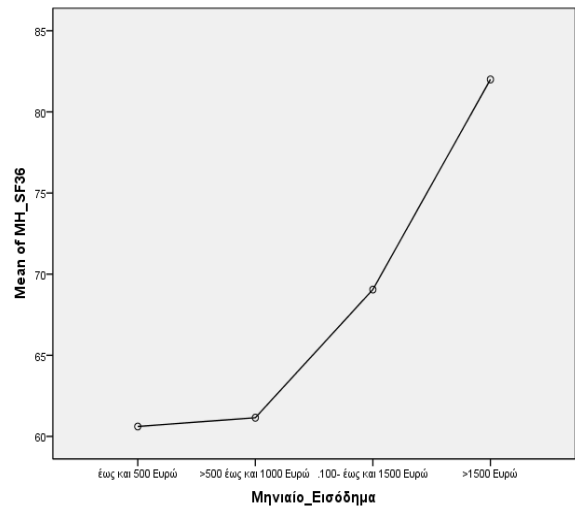
Διάγραμμα 33: Μηνιαίο Εισόδημα - Μέσος Όρος Σωματικός πόνος (BP-SF36)



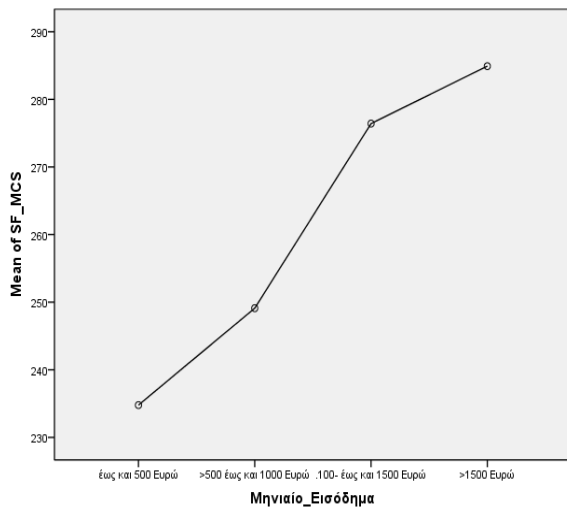
Διάγραμμα 34 : Μηνιαίο Εισόδημα - Μέσος Όρος Γενική υγεία (GH-SF36)



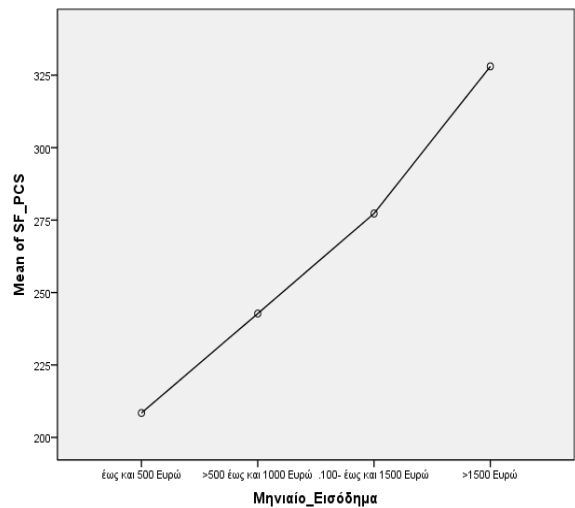
Διάγραμμα 35: Μηνιαίο Εισόδημα - Μέσος Όρος Ζωτικότητα (VT-SF36)



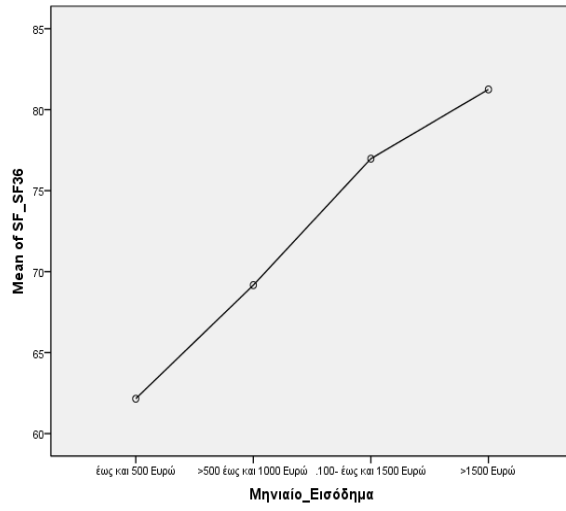
Διάγραμμα 36 : Μηνιαίο Εισόδημα - Μέσος Όρος Ψυχική υγεία (MH-SF36)



Διάγραμμα 37: Μηνιαίο Εισόδημα - Μέσος Όρος Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (SF-MCS)



Διάγραμμα 38 : Μηνιαίο Εισόδημα - Μέσος Όρος Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (SF_PCS-SF36)



Διάγραμμα 39 : Μηνιαίο Εισόδημα - Μέσος Όρος Κοινωνικός ρόλος (SF-SF36)

9. Η επίδραση του μηνιαίου συνταξιοδοτικού εισοδήματος στην ψυχοσωματική υγεία των συνταξιούχων με απλή και πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση

Κατόπιν της ανίχνευσης των στατιστικών διαφοροποιήσεων (που παρουσιάστηκαν στον πίνακα 8.1.1) στις τιμές των κλιμάκων που μετρήθηκαν μεταξύ του ύψους της συνταξιοδοτικής μισθολογικής κατάστασης, εντοπίστηκαν οι κλίμακες που επηρεάζονται από τη μηνιαία μισθολογική κατάσταση και οι οποίες ήταν: Συνολική βαθμολογία εξωτερικής ντροπής (OAS), Αίσθημα κατωτερότητας (inferior) (OAS), Συνολική βαθμολογία για το άγχος ως προς την καρδιακή λειτουργία (Total CAQ), Φόβος για την καρδιακή λειτουργία (Fear - CAQ) ($p = 0,002$), Αποφυγή δραστηριοτήτων για την καρδιακή λειτουργία (Avoidance - CAQ), Προσοχή για την καρδιακή λειτουργία (Heart Focused Attention- CAQ), Σωματοποίηση (Somatization -SCL-90), Σωματική λειτουργικότητα (PF- SF36), Σωματικός ρόλος (RP - SF36), Σωματικός πόνος (BP - SF36), Ψυχική υγεία (MH - SF36), Γενική υγεία (GH - SF36), Κοινωνικός ρόλος (SF - SF36), Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (SF_PCS - SF36), Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (SF_MCS - SF36).

Οι αρχικές παρατηρήσεις, όπως ήδη παρουσιάστηκαν εκτενώς στην παρούσα εργασία, ήταν ότι όσοι ερωτώμενοι είχαν υψηλό μηνιαίο εισόδημα είχαν στατιστικά μεγαλύτερες τιμές στις υποκλίμακες της ψυχοσωματικής ποιότητας ζωής και στατιστικά χαμηλότερες τιμές στις υποκλίμακες της εξωτερικής ντροπής, του άγχους για την καρδιακή λειτουργία καθώς και στις υποκλίμακες της ψυχοπαθολογίας.

Στη συνέχεια, και λόγω των παραπάνω διαπιστώσεων προβήκαμε στο δεύτερο βήμα, που αφορούσε την ποσοτικοποίηση της επιρροής της μηνιαίας συνταξιοδοτικής μισθολογικής κατάστασης στις παραπάνω μεταβλητές, μέσα από μοντέλα γραμμικής παλινδρόμησης. Αρχικά, συμπεριλάβαμε όλες τις παραμέτρους που πιθανώς να επηρεάζουν την τιμή της εκάστοτε κλίμακας, και στη συνέχεια έγινε επιλογή των μεταβλητών που είχαν σημαντική συνεισφορά στην πρόβλεψη με τη διαδικασία

STEPWISE, κατά την οποία οι μεταβλητές εισέρχονται μία - μία στο γραμμικό μοντέλο σύμφωνα με συγκεκριμένο στατιστικό κριτήριο. Τα αποτελέσματα της παλινδρόμησης παρουσιάζονται στους πίνακες που ακολουθούν.

Μια γενική παρατήρηση που διαπιστώνεται είναι ότι ο συντελεστής προσδιορισμού r^2 που μετρά το βαθμό αξιοπιστίας της γραμμικής παλινδρόμησης είναι σχετικά μικρός σε όλα τα γραμμικά μοντέλα, πράγμα που σημαίνει πως υπάρχουν και άλλες μεταβλητές που δεν έχουν καταγραφεί και επηρεάζουν την τιμή των κλιμάκων.

9.1. Η επίδραση του μηνιαίου συνταξιοδοτικού εισοδήματος στη Συνολική Κλίμακα Φυσικής Υγείας

Ως προς τη συνολική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (SF_PCS – SF36), μπορούμε να παρατηρήσουμε στον πίνακα 9.1.1, ότι για κάθε ένα έτος μεγαλύτερης ηλικίας μείωση κατά 3,1 μονάδες της συνολικής κλίμακας φυσικής υγείας (SF_PCS – SF36). Παράλληλα, παρατηρείται για το φύλο χαμηλότερα επίπεδα σωματικής υγείας (SF_PCS – SF36), κατά 53,1 μονάδες στις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες. Τέλος, παρατηρείται στατιστικά σημαντική επίδραση του μηνιαίου εισοδήματος των συνταξιούχων, στη Συνολική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (SF_PCS – SF36) ($p=0,016$), δηλαδή, για κάθε ευρώ παραπάνω μηνιαίου εισοδήματος αυξάνει η ποιότητα σωματικής υγείας κατά ,042, συνεπώς για κάθε 100 Ευρώ υψηλότερου μηνιαίου εισοδήματος αυξάνει η ποιότητα σωματικής υγείας κατά 4,2 μονάδες στους συνταξιούχους του δείγματος.

Πίνακας 9.1.1 : Αποτελέσματα πολλαπλής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη Συνολική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (SF_PCS – SF36), στο δείγμα των συνταξιούχων.					
Συνολική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (SF_PCS – SF36)					
Model Summary					
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
3	,500 ^c	,250	,238	82,531	1,953
c. Predictors: (Constant), Ηλικία, Φύλο, Μηνιαίο Εισόδημα					
d. Dependent Variable: SF_PCS					
Coefficients(a)					
		Unstandardized	Standardized		

	Coefficients		Coefficients		Sig.
	B	Std. Error	Beta	t	
(Constant)	518,368	62,810		8,253	,000
Ηλικία	-3,101	,744	-,275	-4,167	,000
Φύλο	-53,112	11,915	-,280	-4,457	,000
Μηνιαίο Εισόδημα	,042	,017	,162	2,419	,016

a Dependent Variable: SF_PCS

9.2. Η επίδραση του μηνιαίου συνταξιοδοτικού εισοδήματος στη Συνολική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας

Ως προς τη Συνολική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (SF_MCS – SF36), μπορούμε να παρατηρήσουμε στον πίνακα 9.2.1, ότι για κάθε ένα έτος μεγαλύτερης ηλικίας παρατηρείται μείωση κατά 2,23 μονάδες της Συνολικής Κλίμακας Ψυχικής Υγείας (SF_MCS – SF36), και για το φύλο παρατηρούνται χαμηλότερα επίπεδα ψυχικής υγείας κατά 31,5 μονάδες στις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες. Τέλος, παρατηρείται στατιστικά σημαντική επίδραση του μηνιαίου εισοδήματος στους συνταξιούχους ($p=0,027$), δηλαδή, για κάθε ευρώ παραπάνω μηνιαίου εισοδήματος αυξάνει η ποιότητα ψυχικής υγείας κατά 0,028, συνεπώς για κάθε 100 Ευρώ υψηλότερου μηνιαίου εισοδήματος αυξάνει η ποιότητα σωματικής υγείας κατά 2,8 μονάδες στους συνταξιούχους.

Πίνακας 9.2.1 : Αποτελέσματα πολλαπλής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη Συνολική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (SF_MCS – SF36), στο δείγμα των συνταξιούχων.					
Συνολική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (SF_MCS – SF36)					
Model Summary					
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
3	,470 ^c	,221	,209	59,007	1,757
c. Predictors: (Constant), Ηλικία, Φύλο, Μηνιαίο Εισόδημα					
d. Dependent Variable: SF_MCS					
Coefficients(a)					
	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients		Sig.
	B	Std. Error	Beta	t	
(Constant)	442,527	44,907		9,854	,000
Ηλικία	-2,232	,532	-,282	-4,194	,000
Φύλο	-31,543	8,519	-,237	-3,703	,000

Μηνιαίο Εισόδημα	,028	,012	,152	2,234	,027
a Dependent Variable: SF_MCS					

9.3. Η επίδραση του μηνιαίου συνταξιοδοτικού εισοδήματος στην Εξωτερική Ντροπή

Ως προς το σύνολο της εξωτερικής ντροπής (OAS), μπορούμε να παρατηρήσουμε στον πίνακα 9.3.1, ότι παρατηρείται στατιστικά σημαντική επίδραση του μηνιαίου εισοδήματος στους συνταξιούχους στην εξωτερική ντροπή, δηλαδή, για κάθε ευρώ παραπάνω μηνιαίου εισοδήματος των συνταξιούχων μειώνεται η συνολική εξωτερική ντροπή τους (OAS) κατά ,008, συνεπώς για κάθε 100 Ευρώ υψηλότερου μηνιαίου εισοδήματος μειώνεται η συνολική εξωτερική ντροπή (OAS) κατά 0,8 μονάδες στους συνταξιούχους.

Πίνακας 9.3.1 : Αποτελέσματα πολλαπλής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη Συνολική Εξωτερική Ντροπή (OAS), στο δείγμα των συνταξιούχων.					
Συνολική Εξωτερική Ντροπή (OAS),					
Model Summary					
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
3	,221 ^c	,049	,044	12,917	1,671
b. Predictors: (Constant), Μηνιαίο Εισόδημα, Ηλικία.					
c. Dependent Variable: Συνολική Εξωτερική Ντροπή (OAS)					
Coefficients(a)					
	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients		
	B	Std. Error	Beta	t	Sig.
(Constant)	23,668	1,989		11,898	,000
Μηνιαίο Εισόδημα	-,008	,002	-,221	-3,215	,002
a Dependent Variable: Συνολική Εξωτερική Ντροπή (OAS).					

9.4. Η Επίδραση του μηνιαίου συνταξιοδοτικού εισοδήματος στο Άγχος για την Καρδιακή Λειτουργία

Στην προσπάθεια να μελετήσουμε την επίδραση του μηνιαίου συνταξιοδοτικού εισοδήματος στο Άγχος για την Καρδιακή Λειτουργία (CAQ), και επιλέγοντας τις μεταβλητές που είχαν σημαντική συνεισφορά στην πρόβλεψη με τη διαδικασία ENTER, κατά την οποία όλες οι ανεξάρτητες μεταβλητές εισάγονται ταυτόχρονα στην παλινδρομική εξίσωση με σκοπό την εξέταση της σχέσης ανάμεσα στο σύνολο των ανεξάρτητων μεταβλητών και στην εξαρτημένη μεταβλητή. Τα αποτελέσματα της παλινδρόμησης παρουσιάζονται στον πίνακα 9.4.1, όπου και μπορούμε να παρατηρήσουμε, ότι για κάθε ένα έτος μεγαλύτερης ηλικίας παρατηρείται αύξηση κατά 0,24 μονάδες του άγχους για την καρδιακή λειτουργία (CAQ). Παράλληλα παρατηρείται για το φύλο περισσότερο άγχος για την καρδιακή λειτουργία (CAQ), κατά 0,323 μονάδες στις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες. Τέλος δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική επίδραση του μηνιαίου εισοδήματος των συνταξιούχων, στο άγχος για την καρδιακή λειτουργία (CAQ) ($p=0,594$)

Πίνακας 9.4.1 : Αποτελέσματα πολλαπλής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή το Άγχος για την Καρδιακή Λειτουργία (CAQ), στο δείγμα των ερωτώμενων.					
Άγχος για την Καρδιακή Λειτουργία (CAQ)					
Model Summary					
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	,355 ^a	,126	,113	,756835	1,556
a. Predictors: (Constant), Φύλο, Ηλικία, Μηνιαίο Εισόδημα. b. Dependent Variable: Άγχος για την Καρδιακή Λειτουργία (CAQ).					
Coefficients(a)					
	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
(Constant)	-,373	,576		-,647	,518
Μηνιαίο Εισόδημα	-,8449E-5	,000	-,039	-,534	,594
Ηλικία	,024	,007	,248	3,490	,001
Φύλο	,323	,109	,201	2,959	,003
a Dependent Variable: Άγχος για την Καρδιακή Λειτουργία (CAQ).					

9.5. Η Μισθολογική Επίδραση του μηνιαίου συνταξιοδοτικού εισοδήματος στο Σωματικό Πόνο

Ως προς το σωματικό πόνο (BP – SF36), μπορούμε να παρατηρήσουμε στον πίνακα 9.5.1, ότι παρατηρείται για το φύλο υψηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής λόγω έλλειψης σωματικού πόνου (BP – SF36), κατά 10,54 μονάδες στους άνδρες σε σχέση με τις γυναίκες. Τέλος, παρατηρείται στατιστικά σημαντική επίδραση του μηνιαίου εισοδήματος των συνταξιούχων στο σωματικό πόνο (BP – SF36) ($p=0,000$), δηλαδή, για κάθε ευρώ παραπάνω μηνιαίου εισοδήματος αυξάνονται τα επίπεδα της ποιότητας ζωής λόγω μείωσης του σωματικού πόνου κατά 0,018, συνεπώς για κάθε 100 Ευρώ υψηλότερου μηνιαίου εισοδήματος μειώνεται ο σωματικός πόνος κατά 1,8 μονάδες.

Πίνακας 9.5.1 : Αποτελέσματα πολλαπλής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή το σωματικό πόνο (BP – SF36), στο δείγμα των συνταξιούχων.					
Σωματικός Πόνος (BP – SF36)					
Model Summary					
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
2	,374 ^b	,140	,132	23,060	1,893
b. Predictors: (Constant), Φύλο, Μηνιαίο Εισόδημα.					
c. Dependent Variable: Σωματικός Πόνος (BP – SF36),					
Coefficients(a)					
	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
(Constant)	70,869	6,816		10,397	,000
Μηνιαίο Εισόδημα	,018	,005	,268	4,003	,000
Φύλο	-10,540	3,324	-,212	-3,170	,002
a Dependent Variable: Σωματικός Πόνος (BP – SF36).					

9.6. Η Μισθολογική Επίδραση του μηνιαίου συνταξιοδοτικού εισοδήματος στη Σωματική λειτουργικότητα

Ως προς τη Σωματική λειτουργικότητα (PF– SF36), μπορούμε να παρατηρήσουμε στον πίνακα 9.6.1, ότι για κάθε ένα έτος μεγαλύτερης ηλικίας παρατηρείται μείωση

κατά 1,34 μονάδες της σωματικής λειτουργικότητας (PF– SF36). Παράλληλα, παρατηρείται για το φύλο χαμηλότερα επίπεδα σωματικής λειτουργικότητας (PF– SF36), κατά 12,9 μονάδες στις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες. Τέλος δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική επίδραση του μηνιαίου εισοδήματος των συνταξιούχων στη σωματική λειτουργικότητά τους (PF– SF36) ($p=0,165$).

Πίνακας 9.6.1 : Αποτελέσματα πολλαπλής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή το Σωματική λειτουργικότητα (PF– SF36), στο δείγμα των συνταξιούχων.					
Σωματική λειτουργικότητα (PF– SF36)					
Model Summary					
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	,487 ^a	,237	,226	27,026	1,757
a. Predictors: (Constant), Φύλο, Ηλικία, Μηνιαίο Εισόδημα.					
c. Dependent Variable: Σωματική λειτουργικότητα (PF– SF36).					
Coefficients(a)					
	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
(Constant)	171,498	20,639		8,309	,000
Μηνιαίο Εισόδημα	,008	,006	,094	1,392	,165
Ηλικία	-1,339	,245	-,365	-5,467	,000
Φύλο	-12,873	3,921	-,209	-3,283	,001
a Dependent Variable: Σωματική λειτουργικότητα (PF– SF36).					

10.Συζήτηση

Στο παρόν κεφάλαιο θα γίνει η προσπάθεια της συζήτησης των ευρημάτων της παρούσας μελέτης με αποτελέσματα άλλων παρόμοιων μελετών τόσο ελληνικών όσο και διεθνών.

10.1 Οριοθετήσεις

Πριν τη συζήτηση θεωρείται απαραίτητο να τοποθετηθούμε σχετικά με τους περιορισμούς της συγκεκριμένης ερευνητικής μελέτης και των αποτελεσμάτων της. Τα ευρήματα της μελέτης αφορούν στο συγκεκριμένο δείγμα και δεν μπορούν να γενικευτούν για όλους τους Έλληνες εργαζομένους και συνταξιούχους, μια και το δείγμα μας ήταν σχετικά μικρό.

Για τα αποτελέσματα που προέκυψαν συνολικά από τη στατιστική ανάλυση και την ερμηνεία τους οφείλουμε να διατυπώσουμε ορισμένες επιφυλάξεις που αφορούν στην πιθανή διαπλοκή του τύπου αίτιο - αιτιατό μεταξύ ορισμένων μεταβλητών. Σε καμία περίπτωση δεν μπορούμε να οδηγηθούμε στη διατύπωση μιας γραμμικής αιτιολογικής υπόθεσης. Ο σχεδιασμός της παρούσας έρευνας επιτρέπει να διερευνηθούν τα ψυχοσωματικά χαρακτηριστικά και τα δυναμικά της μηνιαίας μισθολογικής κατάστασης κατά τη διάρκεια του παρόντα χρόνου δεδομένου ότι η Ελλάδα και οι Έλληνες διανύουν τον 8ο χρόνο της οικονομικής κρίσης.

10.2 Επίδραση της μηνιαίας μισθολογικής κατάστασης στα χρόνια σωματικά συμπτώματα]

Από τα αποτελέσματα της μελέτης μας διαπιστώθηκε ότι οι ερωτώμενοι του δείγματος με υψηλότερο μηνιαίο εισόδημα εμφανίζουν απουσία χρόνιων σωματικών συμπτωμάτων με στατιστικά σημαντικές διαφορές σε σχέση με τους ερωτώμενους με χαμηλότερο μηνιαίο εισόδημα, που εμφανίζουν χρόνια σωματικά συμπτώματα (βίωμα πονοκεφάλων, ύπαρξη υπέρτασης, φοβίες και φόβους για εμφάνιση πιθανής ασθένειας). Τα συγκεκριμένα ευρήματα ενισχύονται από μελέτες που αναδεικνύουν τον αντίκτυπο της πολυμορφικότητας και τις δυσμενείς επιπτώσεις της στην υγεία και ιδιαίτερα μεταξύ των ασθενέστερων κοινωνικοοικονομικών ομάδων σε χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος (Arokiasamy *et al.*, 2015). Άλλωστε, την τελευταία δεκαετία παρατηρήθηκε αύξηση τόσο της οικονομικής ανασφάλειας όσο και της συχνότητας του σωματικού πόνου και η έρευνα των Chou, Parmar, & Galinsky (2016), αποκάλυψε μια αιτιώδη συνάφεια μεταξύ αυτών των δύο αυξανόμενων και επακόλουθων κοινωνικών τάσεων.

Πιο συγκεκριμένα, το εύρημα της σχέσης της χαμηλής μισθολογικής κατάστασης με το φόβο για πιθανή εμφάνιση κάποιας ασθένειας ενισχύεται και από τη μελέτη σε δείγμα από ελληνικό πληθυσμό των Simou & Koutsogeorgou (2014), που αφορούσε στην παρουσίαση μιας συστηματικής επισκόπησης των συνεπειών που είχε η οικονομική κρίση για την υγεία και την υγειονομική περίθαλψη στην Ελλάδα, όπου εντοπίστηκαν ενδείξεις για επιδείνωση της δημόσιας υγείας μετά την κρίση με αυξανόμενα ποσοστά ψυχικής υγείας, αυτοκτονίες και επιδημίες, καθώς και επιδείνωση της αυτοαναμενόμενης υγείας.

10.3 Επίδραση της μηνιαίας μισθολογικής κατάστασης στην ποιότητα ψυχοσωματικής υγείας

Από τα αποτελέσματα της μελέτης μας διαπιστώθηκε ότι οι ερωτώμενοι με μηνιαία μισθολογική κατηγορία >1000 έως και 1500 Ευρώ εμφανίζουν τα υψηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής, εξαιρώντας μόνο την υποκλίμακα της γενικής υγείας που τα υψηλότερα επίπεδα εμφανίζονται στα άτομα που ανήκουν στη μισθολογική κατηγορία > των 1500 Ευρώ. Στις ίδιες μεταβλητές τα χαμηλότερα

επίπεδα της ψυχοσωματικής ποιότητας ζωής παρουσιάστηκαν στους ερωτώμενους που ανήκουν στην κατηγορία της μισθολογικής μηνιαίας κατηγορίας κάτω των 500 Ευρώ. Τα συγκεκριμένα ευρήματα ενισχύονται από τα αποτελέσματα διεθνών μελετών και αναδεικνύουν με τη σειρά τους τη σημαντική επίδραση της «καλής» εισοδηματικής κατάστασης στην ποιότητα ψυχοσωματικής υγείας. Πιο συγκεκριμένα, τα αποτελέσματά μας συμφωνούν σε ένα μεγάλο μέρος με τα ευρήματα της μελέτης του Tang (2007), που διερεύνησε ένα μοντέλο εισοδήματος και ποιότητας ζωής που ελέγχει την αγάπη του χρήματος, την ικανοποίηση από την εργασία, το φύλο και την οικογενειακή κατάσταση και αντιμετωπίζει το καθεστώς της εργασιακής απασχόλησης (πλήρους απασχόλησης έναντι μερικής απασχόλησης), το επίπεδο εισοδήματος και το φύλο. Ο Tang (2007), διαπίστωσε ότι το εισόδημα δεν σχετίζεται σημαντικά με την ποιότητα ζωής, όταν αυτή η μεταβλητή εξετάστηκε μόνη της, αλλά όταν ελέγχθηκαν όλες οι μεταβλητές, το εισόδημα συνδέθηκε αρνητικά με την ποιότητα ζωής. Στη δική μας μελέτη η επίδραση της μηνιαίας μισθολογικής κατάστασης συνδέθηκε ευθώς εξ αρχής αρνητικά με την ψυχοσωματική ποιότητα ζωής και όταν στο μοντέλο εισήχθησαν και οι μεταβλητές του φύλου, της οικογενειακής κατάστασης και της ηλικίας διαπιστώθηκε ότι μειώθηκαν τα επίπεδα επίδρασης της μισθολογικής κατάστασης μια και οι συγκεκριμένες μεταβλητές ήταν σημαντικότεροι προβλεπτικοί παράγοντες για τα υψηλότερα επίπεδα ψυχοσωματικής ποιότητας ζωής.

Ακόμη, τα συγκεκριμένα ευρήματα συμφωνούν αλλά και ενισχύουν μελέτες που διαπιστώνουν ισχυρές ενδείξεις ότι οι άνθρωποι με χαμηλή κοινωνική θέση εκτίθενται συχνότερα σε διαφορετικούς κινδύνους της υγείας και συναισθηματικά αγχωτικές καταστάσεις σε σύγκριση με άλλους ανθρώπους (Marmot, 2004; Wilkinson, 2005). Ένα μονοπάτι μέσω του οποίου οι αγχωτικές κοινωνικές συνθήκες μπορεί να επηρεάσουν την υγεία είναι μέσω των συναισθημάτων και των φυσιολογικών, γνωστικών και συμπεριφορικών απαντήσεων που προκαλούν. Τα συναισθήματα μεσολαβούν στην ανταπόκριση ενός ατόμου σε γεγονότα στον εξωτερικό κόσμο, ειδικά όταν το γεγονός έχει ιδιαίτερη σημασία για το άτομο (Kubzansky & Kawachi, 2000; Gallo & Matthews, 2003). Άλλωστε και η μελέτη των Vancea & Utzet (2017), συνδέοντας τα αποτελέσματα μελετών που

δημοσιεύθηκαν την περίοδο 2006-2016 στην Ευρώπη κατέδειξαν ισχυρή σχέση της εισοδηματικής κατάστασης με την κακή ποιότητα ζωής.

10.4 Επίδραση της μηνιαίας μισθολογικής κατάστασης στην Ψυχική Υγεία

Από τα αποτελέσματα της μελέτης μας διαπιστώθηκε ότι οι ερωτώμενοι με μηνιαίο εισόδημα έως και 500 Ευρώ εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα σε όλες τις υποκλίμακες της ψυχοπαθολογίας και ιδιαίτερα εκείνες της σωματοποίησης (Somatization -SCL-90), του ιδεοψυχαναγκασμού (Obsessive-Compulsive-SCL-90), της διαπροσωπικής ευαισθησίας (Inter. Sensitivity-SCL-90) και της πρωινής αφύπνισης. Στις ίδιες μεταβλητές τα χαμηλότερα επίπεδα παρουσιάστηκαν στους ερωτώμενους που ανήκουν στην κατηγορία της μισθολογικής μηνιαίας κατηγορίας άνω των 1500 Ευρώ.

Τα συγκεκριμένα ευρήματα έρχονται σε συμφωνία με αποτελέσματα που συνδέουν άμεσα την εισοδηματική κατάσταση με την ψυχική υγεία. Πιο συγκεκριμένα, τα αποτελέσματά μας ενισχύονται από τη μελέτη των Kiely, Leach, Olesen & Butterworth, (2015), που εξέτασαν κατά πόσον οι διαχρονικές συσχετίσεις μεταξύ οικονομικών δυσκολιών και προβλημάτων ψυχικής υγείας εξηγούνται καλύτερα από την τρέχουσα ή την προηγούμενη εμπειρία ενός ατόμου σχετικά με τις κακουχίες ή την υποκείμενη ευαισθησία τους. Από τα ευρήματά τους διαπιστώθηκε ότι οι ερωτηθέντες που ανέφεραν οικονομικά προβλήματα είχαν μεγαλύτερο κίνδυνο για προβλήματα ψυχικής υγείας από όσους δεν το έκαναν. Τα άτομα που είναι ευάλωτα σε κακουχίες είχαν μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης προβλημάτων ψυχικής υγείας, ακόμη και σε στιγμές που δεν ανέφεραν κακουχίες. Ωστόσο, ο κίνδυνος τους από προβλήματα ψυχικής υγείας ήταν μεγαλύτερος σε περιπτώσεις που αντιμετώπισαν οικονομικές δυσκολίες.

Ακόμη, τα ευρήματά μας ενισχύονται από τις διαπιστώσεις των Moore, Kapur, Hawton, Richards, Metcalfe, & Gunnell, (2017), όπου επισημαίνεται ότι οι οικονομικές δυσκολίες συνδέονται με αυξημένο κίνδυνο ψυχικής ασθένειας στο

γενικό πληθυσμό, αλλά και από τα συμπεράσματα των Rose, Schiel, Schröder, Kleudgen, Tophoven, Rauch, Freude & Müller (2017), και των Riumallo-Herl, Basu, Stuckler, Courtin & Avendano (2014), που διαπίστωσαν ότι οι Αμερικανοί εργαζόμενοι που ήταν φτωχότεροι πριν από την ύφεση εμφάνισαν σημαντικά μεγαλύτερες αυξήσεις στα συμπτώματα κατάθλιψης σε σύγκριση με τους πλουσιότερους Αμερικανούς εργαζόμενους.

Πράγματι, τόσο από τη μελέτη μας όσο και από άλλες σύγχρονες μελέτες διαφαίνεται μια συνύπαρξη μεταξύ ψυχικών προβλημάτων και κακής οικονομίας. Η μελέτη των Ljungqvist, Topor, Forssell, Svensson, & Davidson, (2016), ήταν να εξεταστεί η σχέση μεταξύ βαριάς ψυχικής ασθένειας, οικονομικής κατάστασης και κοινωνικών σχέσεων. Χρηματική συνεισφορά ανά μήνα, χορηγήθηκε σε 100 άτομα με σοβαρές ψυχικές ασθένειες για περίοδο 9 μηνών. Οι αξιολογήσεις των υποκειμένων έγιναν πριν από την έναρξη της παρέμβασης και μετά από 7 μήνες. Σημαντικές βελτιώσεις διαπιστώθηκαν για την κατάθλιψη και το άγχος, τα κοινωνικά δίκτυα και την αίσθηση του εαυτού.

Άλλωστε, και οι Ruiz-Pérez, Bermúdez-Tamayo & Rodríguez-Barranco (2017), που ανέλυσαν τους παραμελητικούς παράγοντες που συνδέονται με την ψυχική υγεία μεταξύ του ισπανικού πληθυσμού κατά τη διάρκεια της ύφεσης διαπίστωσαν ότι οι μακροοικονομικές μεταβλητές που σχετίζονται με την κακή ψυχική υγεία τόσο για τους άνδρες όσο και για τις γυναίκες ήταν οι χαμηλότερες δαπάνες κατά κεφαλήν και το ποσοστό των προσωρινά απασχολούμενων. Επίσης, τα αποτελέσματα των Góngora & Solano (2017), ενισχύουν τα δικά μας ευρήματα. Οι Góngora & Solano (2017), με στόχο την αξιολόγηση της ψυχικής υγείας και των ταξινομήσεών της σε δείγμα ενηλίκων της Αργεντινής, διαπίστωσαν ότι η υψηλότερη ψυχική υγεία συσχετιζόταν μόνο με το εισόδημα. Τέλος, οι Santric-Milicevic, Jankovic, Trajkovic, Terzic-Supic, Babic & Petrovic (2016) διαπιστώνουν παρόμοια ευρήματα με αυτά της παρούσας μελέτης, μια και με στόχο να εξερευνήσουν την επικράτηση των διαταραχών της ψυχικής υγείας και των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων στον τομέα της ψυχικής υγείας του ενήλικου πληθυσμού της Σερβίας, διαπίστωσαν ότι οι κοινωνικοοικονομικές πολιτικές με ευαισθησία στις γυναίκες, αλλά και οι πολιτικές που υιοθετούνται θα πρέπει να σχεδιάζονται με σύνεση ώστε να μειωθούν οι ανισότητες στην ψυχική

υγεία που οφείλονται στις διαφορές στην ηλικία, την εκπαίδευση, την απασχόληση, το γάμο και τον πλούτο του ενήλικου πληθυσμού.

10.5 Επίδραση της μηνιαίας μισθολογικής κατάστασης στα αισθήματα ντροπής

Από τα αποτελέσματα της μελέτης μας διαπιστώθηκε ότι οι ερωτώμενοι με μηνιαίο εισόδημα έως και 500 Ευρώ έχουν υψηλότερα επίπεδα εξωτερικής ντροπής, υψηλότερα επίπεδα αισθήματος κατωτερότητας (*inferior*) (OAS), αισθήματος κενού (*empty-* OAS) και ευαισθησία απέναντι στην αντίδραση των άλλων όταν κάνει λάθη (*Mistakes-OAS*), σε αντίθεση, με όσους έχουν υψηλότερα μηνιαία εισοδήματα. Τα συγκεκριμένα ευρήματα υποστηρίζουν και υποστηρίζονται από πολλές μελέτες σχετικά με τη σχέση της ντροπής με τα χαμηλά εισοδήματα και έρχονται σε πλήρη συμφωνία με το μοντέλο *Finances-Shame*, που αρχικά αναπτύχθηκε για να κατανοήσει τους λόγους που η ανεργία μπορεί να είναι μια ταλαιπωρία για μερικούς ανθρώπους αλλά όχι για άλλους (Starrin *et al.*, 1997; Rantakeisu *et al.*, 1999; Starrin & Jönsson, 2006) και υποδηλώνει ότι α) όσο μεγαλύτερο είναι το οικονομικό άγχος και οι περισσότερες εμπειρίες που έχουν υποστεί φθορά, τόσο μεγαλύτερος είναι ο κίνδυνος ψυχοκοινωνικής κακής υγείας, και β) όσο μικρότερο είναι το οικονομικό άγχος και λιγότερες οι εμπειρίες, τόσο μικρότερος είναι ο κίνδυνος ψυχοκοινωνικής κακής υγείας.

Τα αποτελέσματά μας ενισχύονται και από τα ευρήματα που αναδεικνύουν ότι οι άνθρωποι με χαμηλή κοινωνική θέση συχνότερα εκτίθενται σε διαφορετικούς κινδύνους της υγείας και συναισθηματικά αγχωτικές καταστάσεις σε σύγκριση με άλλους ανθρώπους (Marmot, 2004; Wilkinson, 2005). Ένα μονοπάτι μέσω του οποίου οι αγχωτικές κοινωνικές συνθήκες μπορεί να επηρεάσουν την υγεία είναι μέσω των συναισθημάτων και των φυσιολογικών, γνωστικών και συμπεριφορικών απαντήσεων που προκαλούν. Τα συναισθήματα μεσολαβούν στην ανταπόκριση ενός ατόμου σε γεγονότα στον εξωτερικό κόσμο, ειδικά όταν το γεγονός έχει ιδιαίτερη σημασία για το άτομο (Kubzansky & Kawachi, 2000; Gallo & Matthews,

2003). Οι σχέσεις εξουσίας έχουν επίσης μεγάλη επίδραση σε πολλά συναισθήματα (Collins, 2004). Τα άτομα που στερούνται εξουσίας και καθεστώς ενδέχεται να υποφέρουν από συναισθηματική απώλεια ενέργειας - μια κατάσταση που δείχνει σαφείς ομοιότητες με την αίσθηση της ντροπής (Collins, 2004).

Άλλα ευρήματά μας σχετικά με την εξωτερική ντροπή, δηλαδή τη ντροπή προς τον εξωτερικό κόσμο, το βλέμμα των άλλων στον εαυτό, ανέδειξαν ότι η ηλικία αντιστοιχεί σε μείωση 0,89 μονάδες της συνολικής εξωτερικής ντροπής (OAS), για κάθε ένα έτος μεγαλύτερης ηλικίας και παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική επίδραση του μηνιαίου εισοδήματος, δηλαδή, για κάθε ευρώ παραπάνω μηνιαίου εισοδήματος μειώνεται η συνολική εξωτερική ντροπή (OAS) κατά ,003, συνεπώς για κάθε 100 Ευρώ υψηλότερου μηνιαίου εισοδήματος μειώνεται η συνολική εξωτερική ντροπή (OAS) κατά 0,3 μονάδες στους ερωτώμενους του δείγματος. Αυτές οι διαπιστώσεις υποστηρίζονται και από εκείνες των Starrin, Åslund & Nilsson (2009), όπου αναδείχθηκε ότι το οικονομικό άγχος πρέπει να συνδέεται με το φόβο και τη ντροπή, λόγω του ότι ο φόβος σηματοδοτεί απειλή για τη ζωή και τις ακραίες καταστάσεις και ακόμη λόγω του ότι όσοι ζουν σε απόλυτη φτώχεια - που μπορεί να θεωρηθεί μια ακραία παραλλαγή του οικονομικού άγχους - βιώνουν αυτόν τον φόβο σε καθημερινή βάση. Επιπλέον, όσοι ζουν σε σχετική φτώχεια και με ήπιες μορφές οικονομικού άγχους μπορεί επίσης να βιώσουν φόβο για τη ζωή και τις ακραίες καταστάσεις της επειδή αναγκάζονται να ζουν σε φτωχούς και βίαιους κοινωνικούς χώρους και να εργάζονται υπό επικίνδυνες συνθήκες για να επιβιώσουν. Ωστόσο, η φτώχεια και το οικονομικό άγχος δεν προκαλούν μόνο φόβο για τη ζωή και τις ακραίες καταστάσεις της. Αυτές οι συνθήκες διαβίωσης διαπιστώνεται επίσης να συνδέονται κατά κάποιο τρόπο και με τα συναισθήματα της ντροπής, μια και η διαβίωση με οικονομικό άγχος μπορεί να προκαλέσει συναισθήματα κατωτερότητας, χαμηλής αξίας και στέρησης, πρόταση η οποία έχει διαπιστωθεί και από τους Starrin *et al.* (2003), Marmot (2004) και Wilkinson (2005). Τα χρήματα στη σύγχρονη κοινωνία παίζουν σημαντικό ρόλο στην κοινωνική αλληλεπίδραση. Οι άνθρωποι που ζουν με οικονομικό άγχος κινδυνεύουν να αποκλειστούν κοινωνικά. Επιπλέον, τα χρήματα μεταφέρουν μια εντύπωση ελέγχου και εξουσίας σε άλλους ενισχύοντας ταυτόχρονα ένα αίσθημα ελέγχου και

εξουσίας για τον εαυτό (Underlid 1992). Η διαβίωση κάτω από το οικονομικό άγχος δυσχεραίνει την εκπλήρωση των προσδοκιών, τόσο των ίδιων όσο και των άλλων. Όλοι αυτοί οι παράγοντες καθιστούν το άτομο πιο ευάλωτο σε συναισθήματα ντροπής και κατωτερότητας που προκαλούνται από τη συνεχή επανειλημμένη έκθεση σε γελοιοποίηση και προσβολή.

Όταν οι άνθρωποι εκτίθενται στη ντροπή και μπορεί να νοιώσουν ότι γελοιοποιούνται και προσβάλλονται νοιώθουν πολύ οδυνηρά και αυτή η κατάσταση εκφράζεται με μια άλλη οπτική από το μοντέλο Finances-Shame.

10.6 Επίδραση της μηνιαίας μισθολογικής κατάστασης στο σωματικό πόνο

Από τα αποτελέσματα της μελέτης μας διαπιστώθηκε ότι η ηλικία αντιστοιχεί σε μείωση 2,69 μονάδες του σωματικού πόνου (BP – SF36) για κάθε ένα έτος μεγαλύτερης ηλικίας και παρατηρήθηκε σχετικά με το φύλο χαμηλότερα επίπεδα σωματικού πόνου (BP – SF36), κατά 8,9 μονάδες στους άνδρες σε σχέση με τις γυναίκες. Τέλος, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική επίδραση του μηνιαίου εισοδήματος στο σωματικό πόνο (BP – SF36) ($p=0,002$), δηλαδή, για κάθε ευρώ παραπάνω μηνιαίου εισοδήματος μειώνεται ο σωματικός πόνος κατά 0,006, συνεπώς για κάθε 100 Ευρώ υψηλότερου μηνιαίου εισοδήματος μειώνεται ο σωματικός πόνος κατά 0,6 μονάδες. Οι συγκεκριμένες διαπιστώσεις έρχονται σε έρχονται σε συμφωνία με τη μελέτη των Chou, Parmar, & Galinsky, (2016), που αποκαλύπτει μια αιτιώδη συνάφεια μεταξύ των δύο αυξανόμενων και επακόλουθων κοινωνικών τάσεων, δηλαδή αύξηση τόσο της οικονομικής ανασφάλειας όσο και της συχνότητας του σωματικού πόνου. Σε πέντε μελέτες, διαπιστώσαν ότι η οικονομική ανασφάλεια προκάλεσε σωματικό πόνο και μείωσε την ανοχή του πόνου. Σε μια έκτη μελέτη, με δεδομένα από 33.720 γεωγραφικά διαφορετικά νοικοκυριά των ΗΠΑ, η οικονομική ανασφάλεια προέβλεπε την κατανάλωση παυσίπων χωρίς ιατρική συνταγή. Η σχέση μεταξύ οικονομικής ανασφάλειας και σωματικού πόνου προέκυψε όταν οι άνθρωποι βίωναν την ανασφάλεια προσωπικά (ανεργία), όταν βρίσκονταν σε ανασφάλιστο πλαίσιο

(πληροφορήθηκαν ότι το κράτος τους είχε σχετικά υψηλό επίπεδο ανεργίας) και όταν αντιλαμβάνονταν το παρελθόν και το μέλλον με οικονομικά ανασφάλεια. Οι μελετητές διαπιστώσαν ακόμη, ότι η ψυχολογική εμπειρία της έλλειψης ελέγχου συνέβαλε στη δημιουργία της αιτιώδους συνάφειας από οικονομική ανασφάλεια σε σωματικό πόνο. Οι μετα-αναλύσεις, συμπεριλαμβανομένων όλων των μελετών τους που δοκιμάζουν τη σχέση από οικονομική ανασφάλεια σε σωματικό πόνο, αποκάλυψαν ότι αυτός ο σύνδεσμος είναι αξιόπιστος. Βέβαια, στη δική μας μελέτη διαπιστώθηκε η σχέση της μισθολογικής κατάστασης με τον πόνο και όχι της οικονομικής ανασφάλειας με αυτόν, αλλά και πάλι τα ευρήματά μας καταδεικνύουν την ισχυρή σχέση του πόνου με την αύξηση των εισοδημάτων.

10.7 Επίδραση της μηνιαίας μισθολογικής κατάστασης στην ψυχοσωματική υγεία και ποιότητα ζωής των συνταξιούχων

Από τα αποτελέσματα της μελέτης μας διαπιστώθηκαν στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ της μηνιαίας μισθολογικής κατάστασης των συνταξιούχων και της συνολικής βαθμολογίας εξωτερικής ντροπής (OAS), του αισθήματος κατωτερότητας (inferior) (OAS), της συνολικής βαθμολογίας για το άγχος ως προς την καρδιακή λειτουργία (Total CAQ), του φόβου για την καρδιακή λειτουργία (Fear - CAQ) της αποφυγή δραστηριοτήτων και προσοχής για την καρδιακή λειτουργία (Avoidance - CAQ), της σωματοποίησης (Somatization - SCL-90), της διαπροσωπικής ευαισθησίας (Inter. Sensitivity-SCL-90), του Φοβικού άγχους (Phobic anxiety -SCL-90), της σωματικής λειτουργικότητας (PF-SF36), του σωματικού ρόλου (RP - SF36), της ζωτικότητας (VT) - SF36), του σωματικού πόνου (BP - SF36), της ψυχικής υγείας (MH - SF36), της γενικής υγείας (GH - SF36), του κοινωνικού ρόλου (SF - SF36), της συνολικής κλίμακας φυσικής υγείας (SF_PCS - SF36) και της συνολικής κλίμακας ψυχικής υγείας (SF_MCS - SF36). Ακόμη, διαπιστώσαμε α) στατιστικά σημαντική επίδραση του μηνιαίου εισοδήματος στους συνταξιούχους, στη Συνολική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (SF_PCS - SF36) ($p=0,016$), δηλαδή, για κάθε ευρώ παραπάνω μηνιαίου εισοδήματος αυξάνει η ποιότητα σωματικής υγείας κατά ,042, συνεπώς για κάθε

100 Ευρώ υψηλότερου μηνιαίου εισοδήματος αυξάνει η ποιότητα σωματικής υγείας κατά 4,2 μονάδες στους συνταξιούχους του δείγματος, β) στατιστικά σημαντική επίδραση του μηνιαίου εισοδήματος στους συνταξιούχους ($p=0,027$), δηλαδή, για κάθε ευρώ παραπάνω μηνιαίου εισοδήματος αυξάνει η ποιότητα ψυχικής υγείας κατά 0,028, συνεπώς για κάθε 100 Ευρώ υψηλότερου μηνιαίου εισοδήματος αυξάνει η ποιότητα σωματικής υγείας κατά 2,8 μονάδες στους συνταξιούχους, γ) στατιστικά σημαντική επίδραση του μηνιαίου εισοδήματος στους συνταξιούχους στην εξωτερική ντροπή, δηλαδή, για κάθε ευρώ παραπάνω μηνιαίου εισοδήματος στους συνταξιούχους μειώνεται η συνολική εξωτερική ντροπή (OAS) κατά ,008, συνεπώς για κάθε 100 Ευρώ υψηλότερου μηνιαίου εισοδήματος μειώνεται η συνολική εξωτερική ντροπή (OAS) κατά 0,8 μονάδες στους συνταξιούχους, δ) στατιστικά σημαντική επίδραση του μηνιαίου εισοδήματος στους συνταξιούχους στο σωματικό πόνο (BP – SF36) ($p=0,000$), δηλαδή, για κάθε ευρώ παραπάνω μηνιαίου εισοδήματος μειώνεται ο σωματικός πόνος κατά 0,018, συνεπώς για κάθε 100 Ευρώ υψηλότερου μηνιαίου εισοδήματος μειώνεται ο σωματικός πόνος κατά 1,8 μονάδες. Τα ανωτέρω ευρήματά μας ενισχύονται από πολλές μελέτες όπου αναδεικνύεται η ισχυρή σύνδεση της συνταξιοδοτικής κατάστασης με την ποιότητα ζωής, την ψυχική και σωματική υγεία και τα αισθήματα ντροπής και κατωτερότητας που πολλές φορές αισθάνονται τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας που βρίσκονται σε συνταξιοδοτικό καθεστώς. Πιο συγκεκριμένα, τα αποτελέσματά μας υποστηρίζονται από τις διαπιστώσεις της μελέτης των Craciun, Gellert & Flick (2017), όπου αναδεικνύεται ότι τα αδύναμα οικονομικά ηλικιωμένα άτομα μειονεκτούν όσον αφορά τους συμπεριφορικούς, κοινωνικούς και ψυχολογικούς πόρους καθώς και όσον αφορά την υγεία και την ευημερία τους. Ενισχύονται, ακόμη, από τη μελέτη των Wang & Shi (2014), σχετικά με τις ψυχολογικές αντιλήψεις για τη συνταξιοδότηση και τις εμπειρικές λειτουργίες του καθεστώτος συνταξιοδότησης, όπου εξετάστηκαν τρία ψυχολογικά μοντέλα για την κατανόηση της διαδικασίας συνταξιοδότησης και των σχετικών προγενέστερων και των αποτελεσμάτων, και διαπιστώθηκε, ότι η συνταξιοδότηση σχετίζεται άμεσα με την οικονομική ευημερία των συνταξιούχων αλλά και τη σωματική και ψυχολογική ευεξία.

Επίσης, τα ανωτέρω ευρήματα της παρούσας μελέτης ενισχύονται και από τη διατομεακή μελέτη των Irshad, Chaudhry & Afzal, (2015), που σχεδιάστηκε για να

διαπιστώσει τη σχέση μεταξύ της ψυχολογικής ευημερίας και της οικονομικής κατάστασης των ηλικιωμένων και κατέδειξε ότι οι συχνές ψυχικές ασθένειες που παρατηρούνται στους φτωχότερους ηλικιωμένους είναι η κατάθλιψη, η άνοια, η αμνησία, η αϋπνία, η θλίψη, η νόσος του Alzheimer και η αίσθηση ότι είναι άχρηστοι. Ακόμη, τα ευρήματά μας υποστηρίζουν και υποστηρίζονται από τη μελέτη των Wang & Shi (2014), σχετικά με τις ψυχολογικές αντιλήψεις για τη συνταξιοδότηση και τις εμπειρικές λειτουργίες του καθεστώτος συνταξιοδότησης όπου και αναδείχθηκε ότι η συνταξιοδότηση σχετίζεται με την οικονομική ευημερία των συνταξιούχων και τη σωματική και ψυχολογική ευεξία.

11. Συμπεράσματα - Προτάσεις

Τα αποτελέσματα από την παρούσα μελέτη οδηγούν σε σοβαρούς λόγους συζήτησης της σπουδαιότητας της επίδρασης της μισθολογικής και εισοδηματικής κατάστασης στην ψυχοσωματική υγεία και ποιότητα ζωής τόσο των εργαζομένων όσο και των συνταξιούχων.

Πιο συγκεκριμένα, τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης αναδεικνύουν τα παρακάτω:

A. Για την επίδραση της μισθολογικής κατάστασης των εργαζομένων με την ψυχοσωματική υγεία και την ποιότητα ζωής:

- διαπιστώθηκε ότι οι ερωτώμενοι του δείγματος με υψηλότερο μηνιαίο εισόδημα εμφανίζουν απουσία χρόνιων σωματικών συμπτωμάτων με στατιστικά σημαντικές διαφορές σε σχέση με τους ερωτώμενους με χαμηλότερο μηνιαίο εισόδημα, που εμφανίζουν χρόνια σωματικά συμπτώματα (βίωμα πονοκεφάλων, ύπαρξη υπέρτασης, φοβίες και φόβους για εμφάνιση πιθανής ασθένειας).
- διαπιστώθηκε ότι οι ερωτώμενοι με μηνιαία μισθολογική κατηγορία >1000 έως και 1500 Ευρώ εμφανίζουν τα υψηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής, εξαιρώντας μόνο την υποκλίμακα της γενικής υγείας που τα υψηλότερα επίπεδα εμφανίζονται στα άτομα που ανήκουν στη μισθολογική κατηγορία > των 1500 Ευρώ. Στις ίδιες μεταβλητές τα χαμηλότερα επίπεδα της ψυχοσωματικής ποιότητας ζωής παρουσιάστηκαν στους ερωτώμενους που ανήκουν στην κατηγορία της μισθολογικής μηνιαίας κατηγορίας κάτω των 500 Ευρώ. Τα συγκεκριμένα ευρήματα ενισχύονται από τα αποτελέσματα διεθνών μελετών και αναδεικνύουν με τη σειρά τους τη σημαντική επίδραση

της «καλής» εισοδηματικής κατάστασης στην ποιότητα ψυχοσωματικής υγείας.

- διαπιστώθηκε ότι οι ερωτώμενοι με μηνιαίο εισόδημα έως και 500 Ευρώ εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα σε όλες τις υποκλίμακες της ψυχοπαθολογίας και ιδιαίτερα εκείνες της σωματοποίησης (Somatization -SCL-90), του ιδεοψυχαναγκασμού (Obsessive-Compulsive-SCL-90), της διαπροσωπικής ευαισθησίας (Inter. Sensitivity-SCL-90) και της πρωινής αφύπνισης. Στις ίδιες μεταβλητές τα χαμηλότερα επίπεδα παρουσιάστηκαν στους ερωτώμενους που ανήκουν στην κατηγορία της μισθολογικής μηνιαίας κατηγορίας άνω των 1500 Ευρώ.
- διαπιστώθηκε ότι οι ερωτώμενοι με μηνιαίο εισόδημα έως και 500 Ευρώ έχουν υψηλότερα επίπεδα εξωτερικής ντροπής, υψηλότερα επίπεδα αισθήματος κατωτερότητας (inferior) (OAS), αισθήματος κενού (empty-OAS) και ευαισθησία απέναντι στην αντίδραση των άλλων όταν κάνει λάθη (Mistakes-OAS), σε αντίθεση, με όσους έχουν υψηλότερα μηνιαία εισοδήματα.
- σχετικά με την εξωτερική ντροπή, δηλαδή τη ντροπή προς τον εξωτερικό κόσμο, το βλέμμα των άλλων στον εαυτό, διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική επίδραση του μηνιαίου εισοδήματος, δηλαδή, για κάθε ευρώ παραπάνω μηνιαίου εισοδήματος μειώνεται η συνολική εξωτερική ντροπή (OAS) κατά ,003, συνεπώς για κάθε 100 Ευρώ υψηλότερου μηνιαίου εισοδήματος μειώνεται η συνολική εξωτερική ντροπή (OAS) κατά 0,3 μονάδες στους ερωτώμενους του δείγματος.
- σχετικά με το σωματικό πόνο (BP – SF36) διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική επίδραση του μηνιαίου εισοδήματος στο σωματικό πόνο (BP – SF36) ($p=0,002$), δηλαδή, για κάθε ευρώ παραπάνω μηνιαίου εισοδήματος μειώνεται ο σωματικός πόνος κατά 0,006, συνεπώς για κάθε 100 Ευρώ υψηλότερου μηνιαίου εισοδήματος μειώνεται ο σωματικός πόνος κατά 0,6 μονάδες.

- διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική επίδραση του μηνιαίου εισοδήματος στην ποιότητα σωματικής υγείας (SF_PCS – SF36), ($p=0,004$), δηλαδή, για κάθε ευρώ παραπάνω μηνιαίου εισοδήματος θα αυξάνει η ποιότητα σωματικής υγείας κατά ,020, συνεπώς για κάθε 100 Ευρώ υψηλότερου μηνιαίου εισοδήματος αυξάνει η ποιότητα σωματικής υγείας κατά 2 μονάδες.
- διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική επίδραση του μηνιαίου εισοδήματος στην ψυχική υγεία ($p=0,049$), δηλαδή, για κάθε ευρώ παραπάνω μηνιαίου εισοδήματος αυξάνει η ποιότητα ψυχικής υγείας κατά 0,010, συνεπώς για κάθε 100 Ευρώ υψηλότερου μηνιαίου εισοδήματος αυξάνει η ποιότητα σωματικής υγείας κατά 1 μονάδα στους ερωτώμενους του δείγματος.
- διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική επίδραση του μηνιαίου εισοδήματος στη σωματική λειτουργικότητα (PF– SF36) ($p=0,032$), δηλαδή, για κάθε ευρώ παραπάνω μηνιαίου εισοδήματος αυξάνεται η σωματική λειτουργικότητα (PF– SF36), κατά 0,005, συνεπώς για κάθε 100 Ευρώ υψηλότερου μηνιαίου εισοδήματος αυξάνεται σωματική λειτουργικότητα (PF– SF36), κατά 0,5 μονάδες.

B. Για την επίδραση της συνταξιοδοτικής μισθολογικής κατάστασης με την ψυχοσωματική υγεία και την ποιότητα ζωής:

- διαπιστώθηκαν στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ της μηνιαίας μισθολογικής κατάστασης των συνταξιούχων και της συνολική βαθμολογία εξωτερικής ντροπής (OAS), του αισθήματος κατωτερότητας (inferior) (OAS).
- διαπιστώθηκαν στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ της μηνιαίας μισθολογικής κατάστασης των συνταξιούχων και της συνολικής βαθμολογίας για το άγχος ως προς την καρδιακή λειτουργία (Total CAQ), του φόβου για την καρδιακή λειτουργία (Fear - CAQ) της αποφυγή δραστηριοτήτων και προσοχής για την καρδιακή λειτουργία (Avoidance - CAQ),

- διαπιστώθηκαν στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ της μηνιαίας μισθολογικής κατάστασης των συνταξιούχων και της σωματοποίησης (Somatization -SCL-90), της διαπροσωπικής ευαισθησίας (Inter. Sensitivity-SCL-90), του Φοβικού άγχους (Phobic anxiety -SCL-90),
- διαπιστώθηκαν στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ της μηνιαίας μισθολογικής κατάστασης των συνταξιούχων και της σωματικής λειτουργικότητας (PF- SF36), του σωματικού ρόλου (RP – SF36), της ζωτικότητας (VT) – SF36), του σωματικού πόνου (BP – SF36), της ψυχικής υγείας (MH – SF36), της γενικής υγείας (GH – SF36), του κοινωνικού ρόλου (SF – SF36), της συνολικής κλίμακας φυσικής υγείας (SF_PCS – SF36) και της συνολικής κλίμακας ψυχικής υγείας (SF_MCS – SF36).
- διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική επίδραση του μηνιαίου εισοδήματος στους συνταξιούχους, στη Συνολική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (SF_PCS – SF36) ($p=0,016$), δηλαδή, για κάθε ευρώ παραπάνω μηνιαίου εισοδήματος αυξάνει η ποιότητα σωματικής υγείας κατά ,042, συνεπώς για κάθε 100 Ευρώ υψηλότερου μηνιαίου εισοδήματος αυξάνει η ποιότητα σωματικής υγείας κατά 4,2 μονάδες στους συνταξιούχους του δείγματος.
- διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική επίδραση του μηνιαίου εισοδήματος στους συνταξιούχους ($p=0,027$), δηλαδή, για κάθε ευρώ παραπάνω μηνιαίου εισοδήματος αυξάνει η ποιότητα ψυχικής υγείας κατά 0,028, συνεπώς για κάθε 100 Ευρώ υψηλότερου μηνιαίου εισοδήματος αυξάνει η ποιότητα σωματικής υγείας κατά 2,8 μονάδες στους συνταξιούχους.
- διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική επίδραση του μηνιαίου εισοδήματος στους συνταξιούχους στην εξωτερική ντροπή, δηλαδή, για κάθε ευρώ παραπάνω μηνιαίου εισοδήματος στους συνταξιούχους μειώνεται η συνολική εξωτερική ντροπή (OAS) κατά ,008, συνεπώς για κάθε 100 Ευρώ υψηλότερου μηνιαίου εισοδήματος μειώνεται η συνολική εξωτερική ντροπή (OAS) κατά 0,8 μονάδες στους συνταξιούχους,

- διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική επίδραση του μηνιαίου εισοδήματος στους συνταξιούχους στο σωματικό πόνο (BP – SF36) ($p=0,000$), δηλαδή, για κάθε ευρώ παραπάνω μηνιαίου εισοδήματος μειώνεται ο σωματικός πόνος κατά 0,018, συνεπώς για κάθε 100 Ευρώ υψηλότερου μηνιαίου εισοδήματος μειώνεται ο σωματικός πόνος κατά 1,8 μονάδες.

Από τα αποτελέσματά μας, συμπεραίνεται ισχυρή σύνδεση της μισθολογικής και συνταξιοδοτικής κατάστασης με την ποιότητα ζωής, την ψυχική και σωματική υγεία και τα αισθήματα ντροπής και κατωτερότητας που πολλές φορές αισθάνονται τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας που βρίσκονται σε συνταξιοδοτικό καθεστώς.

Θα μπορούσαμε να υποστηρίξουμε, ότι τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης μελέτης, παρά τους εύλογους περιορισμούς της, οδηγούν σε επαναπροσδιορισμό ορισμένων απόψεων αναφορικά με τη μισθολογική και τη συνταξιοδοτική κατάσταση και τη σχέση της με την ψυχοσωματική υγεία και την ποιότητα ζωής τόσο του ενήλικου πληθυσμού όσο και των ηλικιωμένων και υπερήλικων ατόμων, καθώς και τις ανάγκες που δημιουργούνται και πρέπει να απαντηθούν. Μελλοντικές μελέτες θα μπορούσαν να επικεντρωθούν σε παράγοντες που οδηγούν τα άτομα να αισθάνονται περισσότερο ή λιγότερο οικονομικά υποβαθμισμένα πέρα από το εισόδημα και μόνο. Παρά τους περιορισμούς αυτούς, πιστεύουμε ότι υπάρχουν σημαντικές πτυχές στην παρούσα μελέτη για τους ερευνητές καθώς και τους επαγγελματίες που εργάζονται στον τομέα των οικονομικών πολιτικών και παροχής οικονομικών συμβουλών, μια και τα οικονομικά και κοινωνικά προγράμματα μπορούν να αντιμετωπίζουν και να προλαμβάνουν τις οικονομικές κακουχίες και μπορούν έτσι να προωθήσουν την ψυχοσωματική υγεία και ποιότητα ζωής στην κοινότητα.

Πιστεύουμε ακράδαντα ότι τα προβλήματα και οι επιπτώσεις της χαμηλής εισοδηματικής μισθολογικής και συνταξιοδοτικής κατάστασης θα μπορούσαν να αντιμετωπιστούν με την εξασφάλιση επαρκούς πολιτικής βούλησης και κοινωνικής συναίνεσης. Η θέσπιση μιας βιοψυχοκοινωνικής προσέγγισης της οικονομικής πολιτικής στη διεθνή και στην ελληνική πραγματικότητα θα μπορούσε να βοηθήσει εμπράκτως τους πολίτες στην ποιότητα ζωής τους και στην ψυχοσωματική τους υγεία. Η οικονομική πολιτική δεν μπορεί να βασίζεται στην πρακτική αριθμητική και

πρέπει να λαμβάνει υπόψη της αποτελέσματα μελετών όπως αυτά της παρούσας ερευνητικής προσπάθειας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Ahlbom, A. & Norell S. (1992). *Εισαγωγή στη Σύγχρονη Επιδημιολογία*. (Μετάφραση: Δημολιάτης, Γ., Χουλιάρα, Σ. & Αναστασόπουλος Π.). Αθήνα, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.
- Ahn, H., Roll, S. J., Zeng, W., Frey, J. J., Reiman, S., & Ko, J. (2016). Impact of income inequality on workers' life satisfaction in the US: A multilevel analysis. *Social Indicators Research*, 128(3), 1347-1363.
- Amick, B. C., McLeod, C. B., & Bültmann, U. (2016). Labor markets and health: an integrated life course perspective. *Scandinavian journal of work, environment & health*, 42(4), 346-353.
- Andreeva, E., Brenner, M. H., Theorell, T., & Goldberg, M. (2017). Risk of psychological ill health and methods of organisational downsizing: a cross-sectional survey in four European countries. *BMC public health*, 17(1), 758.
- Andrews, B. Qian, M. & Valentine, J.D. (2002). Predicting depressive symptoms with a new measure of shame: The Experience of Shame Scale. *British Journal of Clinical Psychology*, vol. 41, p. 29- 42.
- Arcel, L. T. (1985). Skam og selvmordsforsog hos en pubertetspige [Shame and suicide attempt of pubertygirl]. *Psyke & Logos*, 6, 25–58.
- Arokiasamy, P., Uttamacharya, U., Jain, K., Biritwum, R. B., Yawson, A. E., Wu, F., ... & Afshar, S. (2015). The impact of multimorbidity on adult physical and mental health in low-and middle-income countries: what does the study on global ageing and adult health (SAGE) reveal?. *BMC medicine*, 13(1), 178.
- Aronsson, G., Dallner, M., Lindh, T., & Göransson, S. (2005). Flexible pay but fixed expenses: Personal financial strain among on-call employees. *International Journal of Health Services*, 35(3), 499–528.
- Barber, B. R. (2003). *Jihad vs. McWorld: Terrorism's challenge to democracy*. London, United Kingdom: Corgi Books.

- Bell, M. Mental Health at Work and the Duty to Make Reasonable Adjustments'(2015). *Industrial Law Journal*, 44, 194.
- Bellou, V. (2009). Profiling the desirable psychological contract for different groups of employees: Evidence from Greece. *The International Journal of Human Resource Management*, 20(4), 810-830.
- Benn, L., Harvey, J.E., Gilbert, p., Irons, C. (2005). Social rank, interpersonal trust and recall of parental rearing in relation to homesickness *Personality and Individual Differences*, vol. 38, p. 1813- 1822.
- Berkman, L. F., & Syme, L. S. (1979). Social networks, host resistance and mortality: A nine-year follow-up study of Alameda County residents. *American Journal of Epidemiology*, 109(2), 186–204.
- Binswanger, M. (2006). Why does income growth fail to make use happier? Searching for the treadmills behind the paradox of happiness. *Journal of Socio-Economics*, 35, 366–381.
- Bjørnskov, C., Dreher, A., & Fischer, J. A. V. (2008). Cross-country determinants of life satisfaction: Exploring different determinants across groups in society. *Social Choice Welfare*, 30, 119–173.
- Blank, L., Peters, J., Pickvance, S., Wilford, J., & MacDonald, E. (2008). A systematic review of the factors which predict return to work for people suffering episodes of poor mental health. *Journal of occupational rehabilitation*, 18(1), 27-34.
- Bonini, A. N. (2008). Cross-national variation in individual life satisfaction: Effects of national wealth, human development, and environmental conditions. *Social Indicators Research*, 87, 223–236.
- Brinda, E. M., Rajkumar, A. P., Attermann, J., Gerdtham, U. G., Enemark, U., & Jacob, K. S. (2016). Health, social, and economic variables associated with depression among older people in low and middle income countries: world health organization study on global AGEing and adult health. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 24(12), 1196-1208.
- Brown, G. W., Harris, T. O., & Hepworth, C. (1995). Loss, humiliation and entrapment among women developing depression: A patient and non-patient comparison. *Psychological Medicine*, 25, 7–21.
- Bruckner, P. (2002). *Η μιζέρια του πλούτου*. (Μετάφραση Λ. Αβαγιάνου). Εκδόσεις Αστάρτη. Αθήνα, σελ. 241.

- Butterworth, P., Gill, S. C., Rodgers, B., Anstey, K. J., Villamil, E., & Melzer, D. (2006). Retirement and mental health: analysis of the Australian national survey of mental health and well-being. *Social science & medicine*, 62(5), 1179-1191.
- Butterworth, P., Leach, L. S., Strazdins, L., Olesen, S. C., Rodgers, B., & Broom, D. H. (2011). The psychosocial quality of work determines whether employment has benefits for mental health: results from a longitudinal national household panel survey. *Occupational and environmental medicine*, oem-2010.
- Cacioppo, J. T., & Patrick, W. (2008). *Loneliness: Human nature and the need for social connection*. New York, NY: Norton.
- Capasso, R., Zurlo, M. C., & Smith, A. P. (2016). Work characteristics and occupational health in different ethnic groups. *Contemporary Ergonomics and Human Factors*, 160-165.
- Carlsson, A. C., Starrin, B., Gigante, B., Leander, K., Hellenius, M. L., & de Faire, U. (2014). Financial stress in late adulthood and diverse risks of incident cardiovascular disease and all-cause mortality in women and men. *BMC Public Health*, 14(1), 17.
- Chirkov, V. I., Ryan, R. M., & Willness, C. (2005). Cultural context and psychological needs in Canada and Brazil: Testing a self-determination approach to the internalization of cultural practices, identity and wellbeing. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 36, 423–443.
- Chirkov, V. I., Ryan, R. M., Kim, Y., & Kaplan, U. (2003). Differentiating autonomy from individualism and independence: A self-determination theory perspective on internalization of cultural orientations and wellbeing. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 97–110.
- Chou, E. Y., Parmar, B. L., & Galinsky, A. D. (2016). Economic insecurity increases physical pain. *Psychological science*, 27(4), 443-454.
- Clark, A. & Oswald, A. (1994). Unhappiness and unemployment. *Economic Journal*, 104: 648-659.
- Clark, A. & Oswald, A. (2002). Well-being in panels. Mimeo. DELTA. CRNS. France.
- Clark, A. (2003). Unemployment as a social norm: Psychological evidence from panel data. *Journal of Labor Economics*, 21: 323-351.

- Coelho, C. C. D. M. T. (2014). Exploring what we know about retirement: A systematic review of constructs and measures of adjustment and adaptation to retirement and A meta-analysis of the relationship between retirement and depression in later life.
- Cohen, D. (2003). The American National Conversation about (Everything but) Shame. *Social Research*, vol. 70, p. 1075- 1108.
- Collins, R. (1990). Stratification, emotional energy and the transient emotions. In T. D. Kemper (Ed.), *Research agendas in the sociology of emotions*. New York: State University of New York Press.
- Collins, R. (2004). *Interaction ritual chains*. Princeton: Princeton University Press.
- Cooley, C. H. (1902/1922). *Human nature and the social order*. New York: Scribner's.
- Craciun, C., & Flick, U. (2014). "I will never be the granny with rosy cheeks": Perceptions of aging in precarious and financially secure middle-aged Germans. *Journal of aging studies*, 29, 78-87.
- Craciun, C., & Flick, U. (2015). "I want to be 100 years old, but I smoke too much": Exploring the gap between positive aging goals and reported preparatory actions in different social circumstances. *Journal of aging studies*, 35, 49-54.
- Craciun, C., & Flick, U. (2016). Aging in precarious times: exploring the role of gender in shaping views on aging. *Journal of women & aging*, 28(6), 530-539.
- Craciun, C., Gellert, P., & Flick, U. (2017). Aging in precarious circumstances: Do positive views on aging make a difference?. *The Gerontologist*, 57(3), 517-528.
- Darity, W.J. & Goldsmith, A. (1996). Social psychology, unemployment and macroeconomics. *Journal of Economic Perspectives*. 10: 121-140.
- Dave, D., Rashad, I., & Spasojevic, J. (2006). The effects of retirement on physical and mental health outcomes (No. w12123). National Bureau of Economic Research.
- Dawson, C., Veliziotis, M., Pacheco, G., & Webber, D. J. (2015). Is temporary employment a cause or consequence of poor mental health? A panel data analysis. *Social Science & Medicine*, 134, 50-58.

- Derogatis, L. R., & Cleary, P. A. (1977). Confirmation of the dimensional structure of the SCL-90: a study in construct validation. *Journal of clinical psychology*, 33(4), 981-989.
- Desmeules, R. (2002). The impact of variety on consumer happiness: Marketing and the tyranny of freedom. *Academy of Marketing Science Review*, 12, 1–33.
- Dickerson, S. S., Gruenewald, T. J., & Kemeny, M. F. (2004). When the social self is threatened: Shame, physiology and health. *Journal of Personality*, 72(6), 1191–1216.
- Diener E., Oishi S., & Lucas, R. E. (2003). Personality, culture, and subjective well-being: Emotional and cognitive evaluations of life. *Annual Review of Psychology*, 54, 403–425.
- Diener, E., & Seligman, M. E. P. (2004). Toward an economy of wellbeing. *Psychological Science in the Public Interest*, 5(1), 1–31.
- Dragioti E., Vitoratou S., Kaltsouda A., Tsartsalis D. & Gouva M. (2011). Psychometric properties and factor structure of the Greek version of the Cardiac Anxiety Questionnaire. *Psychological Reports*, 109(1): 77-92.
- Drakopoulos, S. A. (2008). The paradox of happiness: Towards an alternative explanation. *Journal of Happiness Studies*, 9, 303–315.
- Easterlin, R. A. (2005). Diminishing marginal utility of income? Caveat emptor. *Social Indicators Research*, 70, 243–255.
- Ecob, R., & Smith, G. D. (1999). Income and health: what is the nature of the relationship?. *Social science & medicine*, 48(5), 693-705.
- Eibich, P. (2015). Understanding the effect of retirement on health: Mechanisms and heterogeneity. *Journal of health economics*, 43, 1-12.
- Eifert, G. H., & Forsyth, J. F. (1996) Heart-focused and general illness fears in relation to parental medical history and separation experiences. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 735–739.
- Eifert, G. H., Thompson, R. N., Zvolensky, M. J., Edwards, K., Frazer, N. L., Haddad, J. W., & Davig, J. (2000) The cardiac anxiety questionnaire: development and preliminary validity. *Behavior Research and Therapy*, 38, 1039-1053.
- Elder, G. H., Jr., & Caspi, A. (1988). Economic stress in lives: Developmental perspective. *Journal of Social Issues*, 44(4), 25–45.

- Firat, F.A. & Venkatesh, A. (1995). Liberatory postmodernism and the Reenchantment of Consumption. *Journal of Consumer Research*, Vol.22. 12/195: 239-267.
- Fischer, R., & Boer, D. (2011). What is more important for national well-being: money or autonomy? A meta-analysis of well-being, burnout, and anxiety across 63 societies. *Journal of personality and social psychology*, 101(1), 164.
- Fisher, G. G., Ryan, L. H., Sonnega, A., & Naudé, M. N. (2016). Job lock, work, and psychological well-being in the United States. *Work, Aging and Retirement*, 2(3), 345-358.
- Flanagan, S., & Lee, A.-R. (2003). The new politics, culture wars, and the authoritarian-libertarian value change in advanced industrial democracies. *Comparative Political Studies*, 36, 235–270.
- Freeman, A., Tyrovolas, S., Koyanagi, A., Chatterji, S., Leonardi, M., Ayuso-Mateos, J. L., ... & Haro, J. M. (2016). The role of socio-economic status in depression: results from the COURAGE (aging survey in Europe). *BMC public health*, 16(1), 1098.
- Gallo, L. C., & Matthews, K. A. (2003). Understanding the association between socioeconomic status and health: Do negative emotions play a role? *Psychological Bulletin*, 129, 10–51.
- Gergen, K. (1997). *Κορεσμένος εαυτός*. Ελληνικά Γράμματα. Αθήνα, σελ. 278.
- Gilbert P. (1998). Some Core Issues and Controversies. Στο: Shame; Interpersonal Behavior: Psychopathology and Culture. Gilbert, P. & Andrews, B. (eds). New York, Oxford University Press, p. 3- 38.
- Gilbert, P. (1998). What is shame? Some core issues and controversies. In P. Gilbert & B. Andrews (Eds.), *Shame: Interpersonal behavior, psychopathology and culture*. New York: Oxford University Press.
- Gilbert, P. (2003). Evolution, Social Roles, and the Differences in Shame and Guilt. *Social Research*, vol.70, p. 1205- 1230.
- Gilbert, P., Allan, S., Goss, K. (1996). Parental Representations, Shame, Interpersonal Problems, and Vulnerability to Psychopathology. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, vol. 3, p. 23- 34.

- Gilbert, P., Cheung, M. S-P., Grandfield, T., Campey, F., Irons, C. (2003). Recall of Threat and Submissiveness in Childhood: Development of a New Scale and its Relationship with Depression, Social Comparison and Shame. *Clin. Psychol. Psychotherapy*, vol. 10, p. 108- 115.
- Gilbert, P., Miles, J.N.V. (2000). Sensitivity to Social Put- Down: it's relationship to perceptions of social rank, shame, social anxiety, depression, anger and self- other blame. *Personality and Individual Differences*, vol.29, p. 757- 774.
- Goldberg, D. P. (1972). The detection of psychiatric illness by questionnaire. Oxford: Oxford University Press.
- Góngora, V. C., & Solano, A. C. (2017). Assessment of the Mental Health Continuum in a Sample of Argentinean Adults. *Psychology*, 8(03), 303.
- Goss, K., Gilbert, P., & Allan, S. (1994). An exploration of shame measures- I: The Other As Shamer scale. *Person. Individ. Diff.*, vol. 17 (5), p. 713- 717.
- Gouva M, Kaltsouda A, Paschou A, Dragioti E, Kotrotsiou S, Mantzoukas S, et al. (2016). Reliability and Validity of the Greek Version of the Experience of Shame Scale (ESS). *Interscientific Health Care*. 8(4):.151-158
- Gouva M, Paschou A, Kaltsouda A, Dragioti E, Paralikas T, Mantzoukas S, et al. (2016). Psychometric properties and factor structure of the Greek version of the Other As Shamer Scale (OAS). *Interscientific Health Care*. 8(4):159-164.
- Hagquist, C. (1998). Economic stress and perceived health among adolescents in Sweden. *Journal of Adolescent Health*, 22, 250–257.
- Heller, A. (2003). Five approaches to the phenomenon of shame. *Social Research*, vol 70, p. 1016- 1030.
- Henrich, J., Ensminger, J., McElreath, R., Barr, A., Barrett, C., Bolyanatz, A., . . . Ziker, J. (2010, March 19). Markets, religion, community size, and the evolution of fairness and punishment. *Science*, 327, 1480–1484.
- Hershey, D. A., Henkens, K., & van Dalen, H. P. (2010). What drives retirement income worries in Europe? A multilevel analysis. *European Journal of Ageing*, 7(4), 301-311.
- Hogg, M. A. (2000). Subjective uncertainty reduction through selfcategorization: A motivational theory of social identity processes. *European Review of Social Psychology*, 11, 223–255.

- Horwitz, A. V. (1984). The economy and social pathology. *Annual Review of Sociology*, 10, 95–119.
- Hoyer, J., Eifert, G. H., Einsle, F., Zimmermann, K., Krauss, S., Knaut, M., Matschke, K., & Köllner, V. (2008) Heart-focused anxiety before and after cardiac surgery. *Journal of Psychosomatic Research*, 64, 291-297.
- Hsee, C. K., & Hastie, R. (2006). Decision and experience: Why don't we choose what makes us happy? *Trends in Cognitive Sciences*, 10, 31–37.
- Ilstad, S. (1989). Okonomisk stress hos familier: Årsaker, virkninger of mestring [Economic stress among families: Causes, effects and coping]. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 26, 238–244.
- Inglehart, R. (1997). *Modernization and postmodernization: Cultural, economic, and political change in 43 societies*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Inglehart, R. F., Foa, R., Peterson, C., & Welzel, C. (2008). Development, freedom, and rising happiness: A global perspective (1981–2007). *Perspectives on Psychological Science*, 3, 264–285.
- Irshad, M. K., Chaudhry A.G. & Afzal, M. I. (2015). A comparative study of economic status and psychological ailments among older persons. *Pakistan Association of Anthropology*, Islamabad, Pakistan 27(1),737-740,2015
- Iyengar, S. S., & Lepper, M. (2000). When choice is demotivating: Can one desire too much of a good thing? *Journal of Personality and Social Psychology*, 79, 995–1006.
- Kaplan, G. A., Pamuk, E. R., Lynch, J. W., Cohen, R. D., & Balfour, J. L. (1996). Inequality in income and mortality in the United States: analysis of mortality and potential pathways. *BMJ*, 312(7037), 999-1003.
- Kawachi, I., & Kennedy, B. P. (1997). The relationship of income inequality to mortality—Does the choice of indicator matter? *Social Science and Medicine*, 45, 1121–1127.
- Kawachi, I., Kennedy, B. P., Lockner, K., & Protow-Stith, D. (1997). Social capital, income inequality and mortality. *American Journal of Public Health*, 97, 1491–1498.
- Kemper, T. D. (1990). Social relations and emotions: A structural approach. In T. D. Kemper (Ed.), *Research agendas in the sociology of emotions*. New York: State University of New York Press.

- Kendler, K. S., Hettema, J. M., Butera, F., Gardner, C. O., & Prescott, C. A. (2003). Life event dimensions of loss, humiliation, entrapment, and danger in the prediction of onsets of major depression and generalized anxiety. *Archives of General Psychiatry*, 60, 789–796.
- Kennedy, B. P., Kawachi, I., & Prothrow-Stith, D. (1996). Income distribution and mortality: cross sectional ecological study of the Robin Hood index in the United States. *BMJ*, 312(7037), 1004-1007.
- Kenny, C. (2005). Does development make you happy? Subjective well being and economic growth in developing countries. *Social Indicators Research*, 73, 199–219.
- Kessler, R., Turner, J., & House, J. (1987). Intervening processes in the relationship between unemployment and health. *Psychological Medicine*, 17(4), 949–961.
- Kiely, K. M., Leach, L. S., Olesen, S. C., & Butterworth, P. (2015). How financial hardship is associated with the onset of mental health problems over time. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 50(6), 909-918.
- Kooij, D., De Lange, A., Jansen, P., & Dijkers, J. (2008). Older workers' motivation to continue to work: Five meanings of age: A conceptual review. *Journal of managerial psychology*, 23(4), 364-394.
- Koopman, J. S., & Lynch, J. W. (1999). Individual causal models and population system models in epidemiology. *American Journal of Public Health*, 89(8), 1170-1174.
- Kubzansky, L. D., & Kawachi, I. (2000). Affective states and health. In L. F. Berkman & I. Kawachi (Eds.), *Social epidemiology*. Oxford: Oxford University Press.
- Kurzban, R., Leary, M. (2001). Evolutionary origins of stigmatization: The functions of social exclusion. *Psychological Bulletin*, vol. 127, p. 187- 208.
- Lane, R. E. (2000). *The loss of happiness in market democracies*, New Haven, CT: Yale University Press.
- Ljungqvist, I., Topor, A., Forssell, H., Svensson, I., & Davidson, L. (2016). Money and mental illness: A study of the relationship between poverty and serious psychological problems. *Community mental health journal*, 52(7), 842-850.

- Lundberg, O., & Fritzell, J. (1995). Income distribution, income change and health. In *Economic change, social welfare and health in Europe* (Vol. 54, pp. 37–58). WHO-Euro.
- Lynn McIntyre, M. D. (2016). Impact of a guaranteed annual income program on Canadian seniors' physical, mental and functional health. *Canadian Journal of Public Health, 107*(2), E176-182.
- Marmot, M. (2004). *Status syndrome*. London: Bloomsbury.
- McNiel, J. M., Lowman, J. C., & Fleeson, W. (2010). The effect of state extraversion on four types of affect. *European Journal of Personality, 24*, 18–35.
- Moore, S. C. (2006). The value of reducing fear: An analysis using the European Social Survey. *Applied Economics, 38*, 115–117.
- Moore, T. H. M., Kapur, N., Hawton, K., Richards, A., Metcalfe, C., & Gunnell, D. (2017). Interventions to reduce the impact of unemployment and economic hardship on mental health in the general population: a systematic review. *Psychological medicine, 47*(6), 1062-1084.
- Mugomeri, E., Chatanga, P., Khetheng, T. E., & Dhemba, J. (2017). Quality of Life of the Elderly Receiving Old Age Pension in Lesotho. *Journal of aging & social policy, 29*(4), 371-393.
- Neckel, S. (1991). Status und Scham – Zur symbolischen Reproduktion sozialer Ungleichheit [Status and shame—On the symbolic reproduction of social inequality]. Frankfurt: Campus.
- Neckel, S. (1996). Inferiority: From collective status to deficient individuality. *The Sociological Review, 44*(1), 17–34.
- Nickerson, C., Schwarz, N., Diener, E., & Kahneman, D. (2003). Zeroing in on the dark side of the American dream: A closer look at the negative consequences of the goal for financial success. *Psychological science, 14*(6), 531-536.
- Oh, Y. J., & Choi, Y. H. (2015). Effects of emotional labor, job stress and burnout on somatization in nurses: In convergence era. *Journal of Digital Convergence, 13*(10), 415-424.
- Oksanen, T., Vahtera, J., Westerlund, H., Pentti, J., Sjösten, N., Virtanen, M., ... & Kivimäki, M. (2011). Is retirement beneficial for mental health?

Antidepressant use before and after retirement. *Epidemiology (Cambridge, Mass.)*, 22(4), 553.

- Östberg, V. (2001). Hälsa och välbefinnande. In J. O. Jonsson, V. Österberg, M. Evertson, & S. Brodin Låftman (Eds.), *Barns och ungdomars välfärd. Antologi från Kommittén Välfärdsbokslut*, Stockholm (SOU 2001:55).
- Pihl, A., & Starrin, B. (1998). Ekonomiska påfrestningar, socialt stöd och ohälsa [Financial hardship, social support and ill-health]. *Socialmedicinsk tidskrift*, 75(6), 297–304.
- Pinel, E. (1999). Stigma consciousness: The psychological legacy of social stereotypes. *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 76, p. 114-128.
- Pirani, E., & Salvini, S. (2015). Is temporary employment damaging to health? A longitudinal study on Italian workers. *Social Science & Medicine*, 124, 121-131.
- Rantakeisu, U., Starrin, B., & Hagquist, C. (1999). Financial hardship and shame—A tentative model to understand the social and health effects of unemployment. *The British Journal of Social Work*, 29(6), 877–901.
- Rehkopf, D. H., Adler, N. E., & Rowe, J. W. (2017). The impact of health and education on future labour force participation among individuals aged 55–74 in the United States of America: the MacArthur Foundation Research Network on an Aging Society. *Ageing & Society*, 37(7), 1313-1337.
- Reiss, S., & McNally, R. J. (1985) The expectancy model of fear. In S. Reiss & R. Bootzin (Eds.), *Theoretical issues in behavior therapy*. New York: Academic Press, pp. 107-121.
- Retzinger, S. M. (1991). *Violent emotions. Shame and rage in marital quarrels*. London: Sage Publications.
- Rhee, M. K., Mor Barak, M. E., & Gallo, W. T. (2016). Mechanisms of the effect of involuntary retirement on older adults' self-rated health and mental health. *Journal of gerontological social work*, 59(1), 35-55.
- Rifkin, J. (1996). *Το τέλος της εργασίας και το μέλλον της. Η δύση του παγκόσμιου εργατικού δυναμικού και το χάραμα της μετά-την-αγορά εποχής*. NEA ΣΥΝΟΡΑ, Εκδοτικός Οργανισμός Λιβάνη, Αθήνα, σελ. 57.

- Riuallo-Herl, C., Basu, S., Stuckler, D., Courtin, E., & Avendano, M. (2014). Job loss, wealth and depression during the Great Recession in the USA and Europe. *International journal of epidemiology*, 43(5), 1508-1517.
- Rocha, K. B., Perez, K., Rodriguez-Sanz, M., Muntaner, C., Alonso, J., & Borrell, C. (2015). Inequalities in mental health in the spanish autonomous communities: a multilevel study. *The Spanish journal of psychology*, 18.
- Rose, U., Schiel, S., Schröder, H., Kleudgen, M., Tophoven, S., Rauch, A., Freude, G. & Müller, G. (2017). The study on mental health at work: design and sampling. *Scandinavian journal of public health*, 45(6), 584-594.
- Ruiz-Pérez, I., Bermúdez-Tamayo, C., & Rodríguez-Barranco, M. (2017). Socio-economic factors linked with mental health during the recession: a multilevel analysis. *International journal for equity in health*, 16(1), 45.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2002). Overview of self-determination theory: An organismic dialectical perspective. In E. L. Deci & R. M. Ryan (Eds.), *Handbook of self-determination research*. Rochester, NY: University of Rochester Press.
- Santric-Milicevic, M., Jankovic, J., Trajkovic, G., Terzic-Supic, Z., Babic, U., & Petrovic, M. (2016). Socioeconomic inequalities in mental health of adult population: Serbian National Health Survey. *Balkan medical journal*, 33(1), 36.
- Sargent-Cox, K., Butterworth, P., & Anstey, K. J. (2011). The global financial crisis and psychological health in a sample of Australian older adults: a longitudinal study. *Social science & medicine*, 73(7), 1105-1112.
- Scheff, T. J. (1990). *Microsociology. Discourse, emotion, and social structure*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Scheff, T. J. (1992). Emotion and illness: Anger, bypassed shame and heart disease. *Perspectives on Social Problems*, 3, 117–134.
- Scheff, T. J. (2001). Shame and community: Social components in depression. *Psychiatry*, 64(3), 212–224.
- Scheff, T. J. (2003). Shame in self and society. *Symbolic Interaction*, 26(2), 239–262.
- Schwartz, B. (2000). Self-determination: The tyranny of freedom. *American Psychologist*, 55, 79–88.

- Schwartz, B. (2010). Be careful what you wish for: The dark side of freedom. In R. M. Arkin, K. C. Oleson, & P. J. Carroll (Eds.), *The handbook of the uncertain self*. New York, NY: Psychology Press.
- Schyns, P. (1998). Cross-national differences in happiness: Economic and cultural factors explored. *Social Indicators Research*, 43, 3–26.
- Sennett, R. (1999). *Corrosion of character*. London: W.W. Norton & Company.
- Sennett, R., & Cobb, J. (1972). *The hidden injuries of class*. New York: Vintage.
- Shreve, B., & Kunkel, M. A. (1991). Self-psychology, shame, and adolescent suicide: Theoretical and practical considerations. *Journal of Councelling & Development*, 69, 305–311.
- Shweder, R.A. (2003). Toward a Deep Cultural Psychology of Shame. *Social Research*, vol. 70, p. 1109- 1130.
- Simou, E., & Koutsogeorgou, E. (2014). Effects of the economic crisis on health and healthcare in Greece in the literature from 2009 to 2013: a systematic review. *Health policy*, 115(2), 111-119.
- Singh-Manoux, A., Marmot, M. G., & Adler, N. E. (2005). Does subjective social status predict health and change in health status better than objective status?. *Psychosomatic medicine*, 67(6), 855-861.
- Slemp, G. R., & Vella-Brodrick, D. A. (2014). Optimising employee mental health: The relationship between intrinsic need satisfaction, job crafting, and employee well-being. *Journal of Happiness Studies*, 15(4), 957-977.
- Smith, A. (1776/1999). *The wealth of the nations*. London: Penguin Books.
- Smith, J. P. (1999). Healthy bodies and thick wallets: the dual relation between health and economic status. *Journal of Economic perspectives*, 13(2), 145-166.
- Solberg, E. G., Diener, E., & Robinson, M. D. (2004). Why are materialists less satisfied? In Kasser, T. E., & Kanner, A. D. (2004). *Psychology and consumer culture: The struggle for a good life in a materialistic world*. American Psychological Association.
- Stanley, D. J., & Meyer, J. P. (2009). Two dimensional affective space: A new approach to orienting the axes. *Emotion*, 9, 214–237.

- Starrin, B., & Jönsson, L. R. (2006). The Finances-Shame model and the relation between unemployment and health. In T. Kieselbach, A. Winefield, C. Boyd & S. Anderson (Eds.), *Unemployment and health*. Brisbane: Australian Academic Press.
- Starrin, B., Åslund, C., & Nilsson, K. W. (2009). Financial stress, shaming experiences and psychosocial ill-health: Studies into the finances-shame model. *Social Indicators Research*, 91(2), 283-298.
- Starrin, B., KalanderBlomkvist, M., & Janson, S. (2003). Socialbidragstagande och statusbunden skamkänsla – En prövning av ekonomi-sociala band modellen [Social assistance and status-bound shame—Testing the Finances-Shame model]. *Socialvetenskaplig Tidskrift*, 1(10), 24–27.
- Starrin, B., Rantakeisu, U., & Hagquist, C. (1997). In the wake of the recession—economic hardship, shame and social erosion. *Scandinavian Journal of Work and Environment*, 23, 47–54.
- Staudinger, U. M., Finkelstein, R., Calvo, E., & Sivaramakrishnan, K. (2016). A global view on the effects of work on health in later life. *The Gerontologist*, 56(Suppl_2), S281-S292.
- Stevenson, B., & Wolfers, J. (2008). Economic growth and subjective well-being: Reassessing the Easterlin paradox. *Brookings Papers on Economic Activity*, 1–87.
- Stiglitz, J. (2003). *Η μεγάλη αποπάτη*. (Προλεγόμενα – επιστημονική επιμέλεια: Κ. Μελάς, μετάφραση: Γ. Θεοδωρόπουλος). Εκδοτικός Οργανισμός Λιβάνη. Αθήνα, σελ. 466.
- Tang, T. L. P. (2007). Income and quality of life: Does the love of money make a difference?. *Journal of Business Ethics*, 72(4), 375-393.
- Tangney, J.P., Dearing, R.L. (2002). *Shame and Guilt*. The Guilford Press, New York, London.
- Turner, J. B. (1995). Economic context and the health effects of unemployment. *Journal of Health and Social Behavior*, 36(3), 213–229.
- Underlid, K. (1992). *Arbeidslaus* [Unemployed]. Oslo: Det Norske Samlaget.
- Vancea, M., & Utzet, M. (2017). How unemployment and precarious employment affect the health of young people: A scoping study on social determinants. *Scandinavian journal of public health*, 45(1), 73-84.

- Veenhoven, R. (1995). The cross-national pattern of happiness: Test of predictions implied in three theories of happiness. *Social Indicators Research*, 34, 33–68.
- Veenhoven, R. (2008). Sociological theories of subjective well-being. In M. Eid & R. J. Larsen (Eds.), *The science of subjective well-being*. New York: Guilford Press.
- Vinokur, A. D., Price, R. H., & Caplan, R. D. (1996). Hard times and hurtful partners: How financial hardship affects depression and relationship satisfaction of unemployed persons and their spouses. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71(1), 166–179.
- Wang, M. (2007). Profiling retirees in the retirement transition and adjustment process: Examining the longitudinal change patterns of retirees' psychological well-being. *Journal of Applied Psychology*, 92(2), 455.
- Wang, M., & Shi, J. (2014). Psychological research on retirement. *Annual review of psychology*, 65, 209-233.
- Ware, J. E. (1993). Measuring patients' views: the optimum outcome measure. *BMJ: British Medical Journal*, 306(6890), 1429.
- Ware, Jr, J. E., & Gandek, B. (1994). The SF-36 Health Survey: Development and use in mental health research and the IQOLA Project. *International Journal of Mental Health*, 23(2), 49-73.
- Weich, S., & Lewis, G. (1998). Poverty, unemployment and common mental disorders: Population based cohort study. *British Medical Journal*, 317, 115–119.
- Welzel, C., & Inglehart, R. (2010). Values, agency, and well-being: A human development model. *Social Indicators Research*, 97, 43–63.
- Whelan, C. T. (1992). The role of income, life-style deprivation and financial hardship in mediating the impact of unemployment on psychological distress: Evidence from the Republic of Ireland. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 65(4), 331–344.
- Wilkinson, R. G. (1992). The impact of income inequality on life expectancy. *British Medical Journal*, 304, 165–168.
- Wilkinson, R. G. (1999a). Income inequality, social cohesion and health: clarifying the theory. A reply to Muntaner and Lynch. *International Journal of Health Services*, 29(3), 525–543.

- Wilkinson, R. G. (1999b). Health, hierarchy and social anxiety. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 896, 48–63.
- Wilkinson, R. G. (2002). Putting the picture together: Prosperity, redistribution, health, and welfare. In M. Marmot & R. G. Wilkinson (Eds.), *Social determinants of health*. Oxford: Oxford University Press.
- Wilkinson, R. G. (2002). *Unhealthy societies: the afflictions of inequality*. Routledge.
- Wilkinson, R. G. (2005). *The impact of inequality—How to make sick societies healthier*. New York: The New York Press.
- Zvolensky, M. J., Eifert, G. H., Feldner, M. T., & Feldner-Leen, E. (2003) Heart- focused anxiety, smoking, and chest pain in post-angiography medical patients. *Journal of Behavioral Medicine*, 26, 197-209.
- Αξελός, Κ. (2002). *Η εποχή και το ύπατο διακύβευμα*. Εκδόσεις Νεφέλη. Αθήνα, σελ. 19.
- Βεργόπουλος, Κ. (2002). *Το τέλος του κύκλου*. Εκδοτικός Οργανισμός Λιβάνη. Αθήνα, σελ. 11, 58.
- Γναρδέλλης, Χ. (2006). *Ανάλυση Δεδομένων με το SPSS 14.0 for Windows*. Αθήνα, εκδ. Παπαζήση.
- Δαφέρμος, Β. (2005). *Κοινωνική Στατιστική με το SPSS*. Θεσσαλονίκη, Εκδόσεις ΖΗΤΗ.
- Ιωαννίδης, Ι.Π.Α. (2000). *Αρχές Αποδεικτικής Ιατρικής. Επιδημιολογία - Δημόσια Υγιεινή & Μέθοδοι Έρευνας*. Αθήνα, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.
- Κατσουγιαννόπουλος, Β.Χ. (1990). *Βασική Ιατρική Στατιστική*. Θεσσαλονίκη, Εκδοτικός Οίκος Αδελφών Κυριακίδη.
- Κονδύλης, Π. (2000). *Η ηδονή, η ισχύς, η ουτοπία*. Εκδόσεις Στιγμή. Αθήνα, σελ. 256.
- Κονδύλης, Π. (2000). *Η Παρακμή του Αστικού Πολιτισμού*. Εκδόσεις Θεμέλιο. Αθήνα.
- Ντώνιας, Σ., Καραστεργίου, Α. & Μάνος, Ν. (1991). Στάθμιση της Κλίμακας Ψυχοπαθολογίας Symptom Checklist-90-R σε Ελληνικό πληθυσμό. *Ψυχιατρική*, vol. 2, p. 42-48.
- Παπαϊωάννου, Τ., Φερεντίνος, Κ. (2000). *Ιατρική Στατιστική και Στοιχεία Βιομαθηματικών*. Αθήνα, Εκδόσεις "Αθ. Σταμούλης ΑΕ", σελ., 275.