



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ

ΙΔΡΥΜΑ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ

**ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ
ΠΡΟΝΟΙΑΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΠΡΟΣΔΟΚΙΜΟ ΕΠΙΒΙΩΣΗΣ ΚΑΙ ΠΤΩΣΗ ΤΗΣ
ΕΛΛΑΔΑΣ ΣΤΗ ΛΙΣΤΑ ΜΑΚΡΟΒΙΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ
ΕΥΡΩΠΑΪΚΗΣ ΕΝΩΣΗΣ ΤΗΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ 20ΕΤΙΑ**

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ: ΦΩΤΕΙΝΗ ΘΑΝΟΠΟΥΛΟΥ (Α.Μ.2004177)

ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ : ΕΛΕΝΗ ΣΙΟΥΡΟΥΝΗ

ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ ΕΦΑΡΜΟΓΩΝ

Msc ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΚΑΛΑΜΑΤΑ 2009

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	4
ABSTRACT	5
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	6
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 : Η ΠΤΩΣΗ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ ΣΤΗ ΛΙΣΤΑ ΜΑΚΡΟΒΙΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗΣ ΕΝΩΣΗΣ.....	8
1.1 ΓΕΝΙΚΑ.....	8
1.2 ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΕΥΡΩΠΗ.....	10
1.3 ΤΟ ΠΡΟΣΔΟΚΙΜΟ ΕΠΙΒΙΩΣΗΣ ΤΩΝ ΕΥΡΩΠΑΙΩΝ.....	11
1.4 Η ΠΤΩΣΗ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ ΣΤΗ ΛΙΣΤΑ ΜΑΚΡΟΒΙΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗΣ ΕΝΩΣΗΣ.....	12
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 : Η ΥΓΕΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ.....	14
2.1 ΓΕΝΙΚΑ.....	14
2.2 ΔΕΙΚΤΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ.....	26
2.3 ΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	27
2.4 ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	28
2.5 ΚΑΤΑΛΛΗΛΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ.....	29
2.6 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	31
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 : ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΟΔΗΓΗΣΑΝ ΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΣΕ ΠΤΩΣΗ ΣΤΗ ΛΙΣΤΑ ΜΑΚΡΟΒΙΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗΣ ΕΝΩΣΗΣ.....	34
3.1 ΓΕΝΙΚΑ.....	34
3.2 ΚΑΚΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ – ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ – ΦΥΣΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ.....	34
3.3 ΚΑΠΝΙΣΜΑ.....	38
3.4 ΜΟΡΦΕΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ.....	41
3.5 ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ.....	45
3.6 ΑΛΚΟΟΛ.....	51

3.7 ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ.....	52
3.8 ΚΛΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΣΥΝΘΗΚΕΣ.....	52
3.9 ΕΙΣΟΔΗΜΑ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΘΕΣΗ.....	53
3.10 ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ.....	54
3.11 ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	56
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	59
ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....	64
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	65
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ.....	70

ΠΙΝΑΚΑΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Διάγραμμα 1.1 Κέρδος στο προσδόκιμο επιβίωσης στη γέννηση.....	8
Διάγραμμα 2.1 Προσδόκιμο επιβίωσης κατά τη γέννηση στους άνδρες.....	15
Διάγραμμα 2.2 Προσδόκιμο επιβίωσης κατά τη γέννηση στις γυναίκες.....	16
Διάγραμμα 2.3 Βρεφική Θνησιμότητα.....	16
Διάγραμμα 2.4 Περιγεννητική Θνησιμότητα.....	17
Διάγραμμα 2.5 Μητρική Θνησιμότητα στις χώρες της Ευρώπης.....	17
Διάγραμμα 2.6 Μητρική Θνησιμότητα σε επιλεγμένες χώρες της Ευρώπης.....	18
Διάγραμμα 2.7 Δείκτης Προτυπωμένης Θνησιμότητας.....	19
Διάγραμμα 2.8. Δείκτης Προτυπωμένης Θνησιμότητας από Ισχαιμικά Νοσήματα της Καρδιάς στους άνδρες.....	19
Διάγραμμα 2.9 Δείκτης Προτυπωμένης Θνησιμότητας από Ισχαιμικά Νοσήματα της Καρδιάς στις γυναίκες.....	20
Διάγραμμα 2.10 Δείκτης Προτυπωμένης Θνησιμότητας (SDR) από Αγγειακά Νοσήματα του Εγκεφάλου στους άνδρες.....	20
Διάγραμμα 2.11 Δείκτης Προτυπωμένης Θνησιμότητας (SDR) από Αγγειακά Νοσήματα του Εγκεφάλου στις γυναίκες.....	21

Διάγραμμα 2.12 Δείκτης Προτυπωμένης Θνησιμότητας από Νεοπλάσματα στους άνδρες.....	21
Διάγραμμα 2.13 Δείκτης Προτυπωμένης Θνησιμότητας από Καρκίνο του Πνεύμονα κλπ στους άνδρες.....	22
Διάγραμμα 2.14 Δείκτης Προτυπωμένης Θνησιμότητας από Καρκίνο του Πνεύμονα στις γυναίκες.....	22
Διάγραμμα 2.15 Δείκτης Προτυπωμένης Θνησιμότητας από Καρκίνο του Τραχήλου της μήτρας.....	23
Διάγραμμα 2.16 Δείκτης Προτυπωμένης Θνησιμότητας από Εξωτερικά Αίτια.....	23
Διάγραμμα 2.17 Δείκτης Προτυπωμένης Θνησιμότητας από Τροχαία Ατυχήματα.....	24
Διάγραμμα 2.18 Δείκτης Προτυπωμένης Θνησιμότητας από Αυτοκτονίες.....	24
Διάγραμμα 2.19 Δείκτης Προτυπωμένης Θνησιμότητας από Λοιμώδη και Παρασιτικά νοσήματα.....	25
Διάγραμμα 2.20 Κλινικά Διαγνωσμένα Περιστατικά AIDS.....	25
Διάγραμμα 3.1 Ηλικία έναρξης της χρήσης κάνναβης για τα αγόρια.....	47
Διάγραμμα 3.2 Επίπεδο χρήσης κάνναβης στην ηλικία των 17-18_ετών.....	49

ΠΙΝΑΚΑΣ ΣΧΗΜΑΤΩΝ

Σχήμα 1 Δημογραφική Πυραμίδα.....	18
Σχήμα 2 Ηλικιακή πυραμίδα του πληθυσμού της Ελλάδας, Έτος 2007.....	28
Σχήμα 3 Θνησιμότητα από καρκίνο του παχέος εντέρου ανά 100.000 σε χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης.....	43

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1 Ποσοστό του ΑΕΠ για την υγεία των Ελλήνων.....	56
--	----

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα εργασία, έχει στόχο να μελετήσει το προσδόκιμο ποσοστό επιβίωσης στην Ελλάδα, να μελετήσει τους παράγοντες εκείνους, που συνέβαλαν στην πτώση της Ελλάδας στη λίστα μακροβιότητας της Ευρωπαϊκής Ένωσης και να προτείνει μέτρα επίλυσης του προβλήματος. Ορίζοντας το προσδόκιμο ποσοστό επιβίωσης, θα χρησιμοποιήσουμε τον ορισμό του Γ. Τούντα, από το άρθρο του «Δείκτες Υγείας στην Ευρώπη».

Συγκεκριμένα, ο συγγραφέας αναφέρει, ότι το προσδόκιμο ποσοστό επιβίωσης, αναφέρεται: *«στη μέση διάρκεια ζωής των κατοίκων μιας χώρας, η λέξη προσδόκιμο για το συγγραφέα, αναφέρεται στο αναμενόμενο, αυτό δηλαδή, που με βάση τα πληθυσμιακά δεδομένα της χώρας, αλλά και τα στατιστικά γεννήσεων και θανάτων, αναφέρεται στη διάρκεια της ζωής του μέσου πολίτη»* (Τούντας Γ., 2000).

Αρχικά, γίνεται καταγραφή και σύγκριση του προσδόκιμου ποσοστού επιβίωσης της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης, καθώς και της κατάστασης της υγείας στην Ελλάδα και στην Ευρώπη.

Υστερα, αναλύονται οι παράγοντες εκείνοι, που συνέβαλαν στην αύξηση των θανάτων στην Ελλάδα τις τελευταίες δεκαετίες και προτείνονται τρόποι προαγωγής της υγείας, ώστε η Ελλάδα, να καταταχθεί και πάλι ανάμεσα στις ευρωπαϊκές χώρες με υψηλό ποσοστό επιβίωσης.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ: ποσοστό επιβίωσης, θνησιμότητα, μακροβιότητα, δείκτες υγείας, αγωγή υγείας

ABSTRACT

The present work aims at it studies the expectant rate of survival in Greece, it studies those factors that contributed in the fall of Greece in the list of longevity of European Union and it proposes metres of resolution of problem. In the first chapter, is compared the expectant rate of survival of Greece and European Union, in the second chapter is presented the situation of health in Greece and in Europe while in the third and last capital, they are analyzed the factors those that contribute in the increase of deaths in Greece last 20 years. Finally, is proposed the promotion of health via the education but also via the most qualitative upgrade of services of health, in order that Greece is classified once again between the European countries with high rate of survival.

KEY WORDS: rate of survival, mortality, longevity, indicators of health, education of health

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ποιότητα υγείας ως όρος, είναι σχετικά πρόσφατος, αλλά ως έννοια προϋπήρχε και θεωρείται ως συνέχεια της δημόσιας υγείας. Η ποιότητα της υγείας, βασίζεται σε νέα φιλοσοφία, που εστιάζει, όχι μόνο στην ανθρώπινη συμπεριφορά, αλλά και στους κοινωνικοοικονομικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες, που μπορεί να επηρεάσουν το επίπεδο υγείας και την ποιότητα ζωής. Έχει αναγνωρισθεί, ότι η ποιότητα υγείας δεν είναι υπηρεσία υγείας, αλλά παγκόσμιο δικαίωμα και επομένως όλοι, επαγγελματίες, χρήστες των υπηρεσιών υγείας και η πολιτεία, θα έπρεπε να κατευθύνουν όλες τις προσπάθειές τους στην επίτευξη καλύτερης υγείας για όλους.

Σύμφωνα με εκτιμήσεις της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (ΠΟΥ), ο πληθυσμός της Ευρώπης το 1997, ήταν 870 εκατομμύρια, αποτελώντας το 15% περίπου του παγκόσμιου πληθυσμού. Με δεδομένο το χαμηλό αριθμό γεννήσεων, οι περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες, αντιμετωπίζουν το πρόβλημα του πολύ χαμηλού ρυθμού φυσικής αύξησης του πληθυσμού (0-1%), ή ακόμα και της συρρίκνωσης, ιδίως στην ανατολική Ευρώπη (WHO, 1998).

Η σημαντική αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης στη γέννηση, καθώς και η μείωση των γεννήσεων τα τελευταία χρόνια, έχουν οδηγήσει σε γήρανση όλου του ευρωπαϊκού πληθυσμού. Το μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού με ηλικία μεγαλύτερη των 65 ετών, ευθύνεται πρωτίστως, για την επιδημιολογική μετάβαση από το μοντέλο νοσηρότητας, που χαρακτηρίζεται από υψηλά ποσοστά οξείων νόσων (κυρίως λοιμωδών) και ατυχημάτων, στο μοντέλο, όπου κυριαρχούν τα χρόνια εκφυλιστικά νοσήματα. Η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης, οφείλεται στη θεαματική βελτίωση της υγείας των Ευρωπαίων, στη διάρκεια του 20ού αιώνα. Το επίπεδο υγείας στην Ευρώπη, εμφανίζεται ιδιαίτερα υψηλό, σε σχέση με τον υπόλοιπο κόσμο. Οι διαφορές, ωστόσο, που παρουσιάζονται, τόσο μεταξύ των διαφόρων κρατών της Ευρώπης, όσο και ανάμεσα στις κοινωνικές ομάδες κάθε πληθυσμού, δημιουργούν σοβαρές ανισότητες σε ό,τι αφορά την υγεία (WHO, 1998).

Σκοπός της παρούσας εργασίας, είναι να μελετήσει το προσδόκιμο ποσοστό επιβίωσης στην Ελλάδα και να αναφέρει τους παράγοντες εκείνους, που συνέβαλαν, ώστε η Ελλάδα να παρουσιάζει πτωτική τάση στη λίστα μακροβιότητας της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Οι επόμενοι στόχοι της εργασίας είναι:

1. η μελέτη της κατάστασης της υγείας στην Ελλάδα, προκειμένου να διερευνηθεί το προσδόκιμο ποσοστό επιβίωσης,
2. η ανάλυση των παραγόντων εκείνων που συμβάλλουν στην πτώση της Ελλάδας στη λίστα μακροβιότητας της Ευρωπαϊκής Ένωσης και
3. η διατύπωση προτάσεων για ποιοτικότερη ζωή των Ελλήνων.

Στο πρώτο κεφάλαιο, συγκρίνεται το προσδόκιμο ποσοστό επιβίωσης της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης, στο δεύτερο κεφάλαιο, παρουσιάζεται η κατάσταση της υγείας στην Ελλάδα και στην Ευρώπη, ενώ στο τρίτο και τελευταίο κεφάλαιο, αναλύονται οι παράγοντες εκείνοι, που συμβάλλουν στην αύξηση των θανάτων στην Ελλάδα την τελευταία εικοσαετία. Τέλος, προτείνεται η προαγωγή της υγείας μέσω της εκπαίδευσης, αλλά και μέσω της ποιοτικότερης αναβάθμισης των υπηρεσιών υγείας, προκειμένου η Ελλάδα να καταταχθεί και πάλι ανάμεσα στις ευρωπαϊκές χώρες με υψηλό ποσοστό επιβίωσης.

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΥΠΟΘΕΣΗ

Η πτωτική τάση της Ελλάδας στη λίστα μακροβιότητας της Ευρωπαϊκής Ένωσης, παρουσιάζει θετική συνάφεια με την κακή διατροφή των Ελλήνων, το κάπνισμα, τις διάφορες μορφές καρκίνου, τις κακές κλιματολογικές συνθήκες της Ελλάδας, αλλά και την αύξηση των ναρκωτικών.

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ

Τα ερευνητικά ερωτήματα της παρούσας μελέτης είναι:

1. Πώς επηρεάζει η κακή διατροφή και το κάπνισμα των Ελλήνων την ποιότητα της ζωής τους;
2. Πώς οι διάφορες μορφές καρκίνου οδηγούν στο θάνατο πολλούς ανθρώπους;
3. Πώς επηρεάζουν οι κλιματολογικές συνθήκες την υγεία των ανθρώπων;
4. Η αύξηση των ναρκωτικών, επηρεάζει σημαντικά το ποσοστό θνησιμότητας στην Ελλάδα;

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 : Η ΠΤΩΣΗ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ ΣΤΗ ΛΙΣΤΑ ΜΑΚΡΟΒΙΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗΣ ΕΝΩΣΗΣ

1.1 ΓΕΝΙΚΑ

Απ' τις αρχές του 2000, σταμάτησε να αυξάνεται το προσδόκιμο επιβίωσης κατά τη γέννηση στην Ελλάδα, όταν σε άλλες χώρες του ΟΟΣΑ - με εξαίρεση τη Νέα Ζηλανδία - υπάρχει, έστω και μικρή αύξηση. Κύρια αιτία για αυτή την αρνητική εξέλιξη, είναι οι επιπτώσεις απ' την υποβάθμιση των Υπηρεσιών Υγείας και κυρίως των δημόσιων, στις οποίες καταφεύγουν τα λαϊκά στρώματα (Ανώνυμος, 2007).

Τη συγκριτική μελέτη για την εξέλιξη του προσδόκιμου επιβίωσης στις χώρες του ΟΟΣΑ, έκανε το Εργαστήριο Οργάνωσης και Αξιολόγησης των Υπηρεσιών Υγείας του Πανεπιστημίου Αθηνών και την παρουσίασε ο καθηγητής Λυκούργος Λιαρόπουλος, σε συνέδριο που έγινε στην Κέρκυρα (4-7 Οκτώβρη 2007), (Ανώνυμος, 2007). Όπως φαίνεται και στον πίνακα, την περίοδο 1990-2003 (πάνω καμπύλη), το προσδόκιμο επιβίωσης, αυξήθηκε κατά ένα χρόνο. Έτσι, το 2003, το μέσο όριο επιβίωσης έφτασε στα 78,9 χρόνια, από 77,9 χρόνια που ήταν το 1990, ενώ το 1980 ήταν 74,5 χρόνια.

Διάγραμμα 1.1 - Κέρδος στο Προσδόκιμο Επιβίωσης στη γέννηση



Πηγή: Σπυρόπουλος Κ.,(2006), Προσδόκιμο επιβίωσης στη γέννηση στην Ευρώπη

Όμως, την περίοδο 2000-2003 (κάτω καμπύλη), το προσδόκιμο της επιβίωσης μηδενίστηκε. Το 2000, αρχίζει η περίοδος της έντονης εμπορευματοποίησης των υπηρεσιών του δημόσιου συστήματος υγείας, με αποτέλεσμα ολόκληρες ομάδες του

πληθυσμού να δυσκολεύονται - ή και να αποκλείονται εντελώς - στην πρόσβαση των Υπηρεσιών Υγείας. Άλλη αιτία - εκτός απ' την υποβάθμιση των Υπηρεσιών Υγείας - είναι ο ανθυγιεινός τρόπος ζωής, που οδηγεί σε άσχημες καταστάσεις (όπως π.χ. η παχυσαρκία, τα εγκεφαλικά και καρδιακά νοσήματα), (Ανώνυμος, 2007).

Σύμφωνα με την ερευνητική εργασία των Robine J-M, Romieu I το 2005, την περίοδο 1990-2003, μόνο η Ισπανία και η Ιρλανδία ξεπέρασαν τον ένα χρόνο στο προσδόκιμο επιβίωσης και έφτασαν στα 1,5 χρόνια. Αποδεικνύεται δηλαδή, ότι σε όλες τις χώρες του ΟΟΣΑ, υποβαθμίζεται η παροχή Υπηρεσιών Υγείας (Robine J-M, Romieu I., 2005).

Η υποβάθμιση των Υπηρεσιών Υγείας στη χώρα μας, φαίνεται και από άλλη συγκριτική μελέτη που έκανε το ίδιο Εργαστήριο του Πανεπιστημίου Αθηνών, με βάση τα διαχρονικά στοιχεία του Ευρωβαρομέτρου. Το Ευρωβαρόμετρο, ορίζεται, ως το αριθμητικό μέγεθος, το οποίο ορίζει η Ευρωπαϊκή Ένωση σε κάποιες εκφάνσεις της σύγχρονης πραγματικότητας και με βάση αυτές τις χαρακτηρίζει (Παπαδόπουλος Γ., 2006).

Προκύπτει λοιπόν, ότι την τελευταία δεκαεπταετία, το ποσοστό ικανοποίησης των πολιτών στην Ελλάδα απ' τις υγειονομικές υπηρεσίες, είναι καθηλωμένο στο 17%, έναντι 25% που ήταν το 1992. Μάλιστα, το 1998, το ποσοστό ικανοποίησης, έπεσε στο 10% (Ανώνυμος, 2007).

Το δημογραφικό, είναι ένα πρόβλημα το οποίο απλώνεται, καταλαμβάνοντας ολοένα και περισσότερο χώρο καθημερινά στην πατρίδα μας. Αυτό, αποδεικνύεται από εκατοντάδες στατιστικές που δημοσιεύονται σε εφημερίδες και περιοδικά, πίνακες για τη μείωση των γεννήσεων και από το 1996, αντίστροφη μέτρηση με την υπεροχή των θανάτων (OECD Health Data, 2005).

Το πρόβλημα βεβαίως, υπάρχει σε εξέλιξη τα τελευταία 30 χρόνια. Τι είναι αυτό που έκανε την ελληνική οικογένεια, η οποία μόχθησε από τις αρχές της δεκαετίας του '50, να ξαναχτίσει την Ελλάδα και να της δώσει καινούριους Έλληνες, να κάνει τέτοια στροφή; Η ερήμωση της ελληνικής υπαίθρου κι επαρχίας, άρχισε σταδιακά, τόσο με την εξωτερική, όσο και με την εσωτερική μετανάστευση.

Ταυτόχρονη πάλη των οικογενειών για οικονομική ανάκαμψη και δημιουργία, έφερε την γυναίκα: μητέρα, νοικοκυρά, να επωμίζεται και το βάρος της εργασίας έξω από το σπίτι. Σταδιακά, η μεγάλη πόλη, ο στόχος για την πρόοδο της οικογένειας και τη συσσώρευση αγαθών, η ανάγκη για επιβεβαίωση του μόχθου και αναγνώριση της προσωπικότητάς της, οδήγησαν την γυναίκα σε μονοπάτια, που δεν είχε αρχικά καν

υποψιασθεί. Τελικά, η παρακμή του δυτικού πολιτισμού και η απειλή ως αντιπάλου δέους του πρωτόγονου φανατισμού της Ανατολής, δημιούργησαν έναν θύλακα, στον οποίο εγκλωβίστηκε η σύγχρονη γυναίκα. Σημειώνουμε, ότι η γυναίκα από τη φύση της, είναι ον ιδιαίτερα προικισμένο και πολυπράγμον. Αναπτύσσοντας με πειθαρχία και ιεραρχώντας τα προσόντα και τις προτεραιότητές της, μπόρεσε και μπορεί να προχωρήσει σε πολύ υψηλά επίπεδα, σε όλους τους τομείς της δημόσιας ζωής και να σταθεί ισότιμη δίπλα στον άνδρα. Και βέβαια έχει το δικαίωμα και αυτό επιβάλλεται. Αυτή, ωστόσο, η εικόνα της γυναίκας - καριέρας και η διαρκής και εναγώνια προώθηση, διατήρηση και βελτίωση αυτής της εικόνας, αποσκοπεί στην προβολή της γυναίκας – ατόμου. Ταυτοχρόνως, η άλλη όψη αυτού του νομίσματος, είναι η αθέλητη ή ηθελημένη απαγκίστρωση από τις άλλες δραστηριότητες και υποχρεώσεις, τις οποίες η γυναίκα καριέρας, θεωρεί ως τροχοπέδη έναντι των στόχων και των επιδιώξεών της, εμπόδια στην επίτευξη του σκοπού της: της ανέλιξης και ανόδου της. Κι αυτές οι υποχρεώσεις και δραστηριότητες, είναι η έγγαμη σχέση, η δημιουργία οικογένειας και η μητρότητα, με όλες τις θυσίες που συνεπάγεται. Έτσι, το τελικό αποτέλεσμα, είναι η συρρίκνωση της οικογένειας. Στις στατιστικές, τα ποσοστά παρουσιάζουν την οικογένεια (Ministry of Social Affairs and Health., 2006):

- 1. γονείς με δύο παιδιά να μειώνονται με ανησυχητική μαθηματική πρόοδο,*
- 2. συνήθης μορφή σήμερα να είναι η οικογένεια με γονείς με ένα παιδί και*
- 3. συνεχώς να αυξάνεται το ποσοστό του ζευγαριού χωρίς παιδιά και του ενός γονέα με ένα παιδί.*

Ενδεχομένως, τα παραπάνω, να είναι μείζονης σημασίας, παρ' ότι ένα κράτος γερόντων δεν μπορεί να μας αφήνει αδιάφορους, όταν αυτό το κράτος είναι η πατρίδα μας. Αυτό το κράτος λοιπόν, με την μακρά ιστορία και την τεράστια αλυσίδα θυσιών, αγώνων και αίματος, το οποίο πρέπει να κρατηθεί ζωντανό, επιτάσσει να δούμε με ανησυχία, αγωνία και ρίγος, τις στατιστικές και το πού μας οδηγεί η πιο πάνω νοοτροπία του σύγχρονου Νεοέλληνα.

1.2 ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΕΥΡΩΠΗ

Βασική αρχή της δημογραφίας, απόλυτα κατανοητή και αυτονόητη, είναι ότι το κατώτατο όριο που απαιτείται για την ανανέωση του πληθυσμού, είναι τα 2,1 παιδιά ανά γυναίκα σε αναπαραγωγική ηλικία (Φιλανθρωπικός Οργανισμός Πολύτεκνοι Ελλάδος, 2006).

Οι χώρες του δυτικού κόσμου, κινούνται κάτω από το όριο αυτό, ήδη από τη δεκαετία του 1960. Η Ελλάδα, έπεσε κάτω από το όριο αυτό στην δεκαετία του 1980, αλλά με τόσο γρήγορο ρυθμό, που πλέον "προπορεύεται", συγκριτικά με τις υπόλοιπες χώρες, αφού βρίσκεται στην τρίτη θέση της υπογεννητικότητας σε παγκόσμια κλίμακα (Φιλανθρωπικός Οργανισμός Πολύτεκνοι Ελλάδος, 2006).

Ο δείκτης γονιμότητας (αναλογία παιδιών ανά γυναίκα) στην Ελλάδα, ήταν: 2,4 το 1950, 2,28 το 1960 και 1,4 το 1991. Ιδού και τα συγκριτικά στοιχεία για το δείκτη νομιμότητας σε διάφορες χώρες το 1991: Ιταλία 1,3, Γερμανία 1,35, Ελλάδα 1,4, Ε.Ο.Κ. (μέσος όρος) 1,55, Βουλγαρία 1,87, Αλβανία 2,9, Τουρκία 3,7. Το 1995, σύμφωνα με έκθεση της Unicef, η κατάσταση έγινε ακόμα πιο κρίσιμη, καθώς ο σχετικός δείκτης παιδιού ανά Ελληνίδα, ήταν 1,2, δηλαδή, ο χαμηλότερος της Ευρώπης (Κωνσταντόπουλος Γ., 2005).

«Αν χώρες, όπως η Γαλλία και η Σουηδία, νιώθουν την ανάγκη αντιμετώπισης του προβλήματος, ανταμβανόμαστε πόσο πιο επιτακτική είναι για μας. Η Ελλάδα, δεν συνορεύει ούτε με το Βέλγιο, ούτε με τη Φινλανδία, αλλά με την Τουρκία, η οποία έχει συγκεκριμένες και εντεινόμενες εδαφικές βλέψεις. Είναι αυτοκαταστροφικό να παριστάνουμε τους Ευρωπαίους, όταν ο ελληνισμός απειλείται με εξαφάνιση» (Σπύρου Σ., 2002).

1.3 ΤΟ ΠΡΟΣΔΟΚΙΜΟ ΕΠΙΒΙΩΣΗΣ ΤΩΝ ΕΥΡΩΠΑΙΩΝ

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.), στην παγκόσμια έκθεση για την υγεία το 2000, υπολόγισε, για πρώτη φορά, το επίπεδο υγείας του πληθυσμού στα κράτη – μέλη, χρησιμοποιώντας τον δείκτη DALE, που μεταφράζεται: «χρόνια χαμένης υγιούς ζωής» (Γεωργίου Θ., 2005). Για να εκφρασθεί καλύτερα η έννοια του δείκτη αυτού, υιοθέτησε το δείκτη HALE, που σημαίνει: «προσδόκιμο υγιούς ζωής – επιβίωσης» και μετράει, τα χρόνια υπολειπόμενης υγιούς ζωής που αναμένεται να ζήσει ένας άνθρωπος.

Στην αρχαιότητα, οι πρόγονοί μας, ζούσαν 25-30 χρόνια περίπου. Στις αρχές του 21ου αιώνα (στοιχεία 2003), το προσδόκιμο επιβίωσης, κατά μέσο όρο, διεθνώς και για τα δύο φύλα, ήταν 65.2 έτη: 63 χρόνια για τους άντρες και 67 για τις γυναίκες. Το μεγαλύτερο προσδόκιμο επιβίωσης, έχουν οι γυναίκες της Ιαπωνίας και του Μονακό (85 έτη), ενώ το μικρότερο, έχουν οι άντρες και οι γυναίκες της Ζιμπάμπουε, που ζούνε ως 37 και 36 έτη, αντίστοιχα. Το προσδόκιμο επιβίωσης στην Ευρώπη, το

2003, ήταν 73.97 έτη. Στην Ελλάδα, το προσδόκιμο επιβίωσης το 2004, ήταν 79.05 έτη, άντρες: 77 χρόνια ζωής και γυναίκες: 82 χρόνια προσδόκιμο ζωής (Μπικηρόπουλος Θ., 2008). Σύμφωνα με τον ορισμό των R. Beaglehole – R. Bonita (2004): «δημόσια υγεία, είναι η συλλογική δράση για αειφόρο ανάπτυξη της υγείας του πληθυσμού» (Γεωργίου Θ., 2005). Ο ορισμός αυτός, συγκεντρώνει τα κύρια σημεία της πρακτικής της δημόσιας υγείας: δράσεις και παρεμβάσεις, που απαιτούν συλλογική προσπάθεια. Αειφόρος ανάπτυξη, σημαίνει, ανάγκη ενσωμάτωσης των πολιτικών δημόσιας υγείας, σε υποστηρικτικά συστήματα, ώστε να έχουν διάρκεια και συνεχή ανάπτυξη και αναφέρει ως στόχους της δημόσιας υγείας, την ανάπτυξη και τη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού, που υπονοεί φροντίδα για μείωση των ανισοτήτων υγείας. Ο έλεγχος των λοιμωδών νόσων, ήταν η πιο πετυχημένη πρακτική εφαρμογή της δημόσιας υγείας σε πληθυσμιακό επίπεδο (Beaglehole R. and Bonita R., 2004).

1.4 Η ΠΤΩΣΗ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ ΣΤΗ ΛΙΣΤΑ ΜΑΚΡΟΒΙΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗΣ ΕΝΩΣΗΣ

Στην 7η θέση βρίσκονται οι Έλληνες, όσον αφορά το προσδόκιμο ζωής των κατοίκων της Ευρωπαϊκής Ένωσης, καθώς, την τελευταία δεκαετία, έχουν χάσει σημαντικό έδαφος στον αγώνα για την κατάκτηση του τίτλου του μακροβιότερου λαού της Ευρώπης (Τούντας Κ., 2002).

Σύμφωνα με τα στοιχεία που παρουσιάστηκαν στο 3ο Πανελλήνιο Συνέδριο Προαγωγής και Αγωγής της Υγείας, το οποίο πραγματοποιήθηκε στην Αθήνα, ενώ οι Έλληνες, ήταν, το 1990, οι δεύτεροι μακροβιότεροι ανάμεσα στους κατοίκους της Ευρωπαϊκής Ένωσης, με προσδόκιμο ζωής τα 77 χρόνια, το 2001, «έπεσαν» στην 7η θέση (78,1 χρόνια), παρουσιάζοντας τη μικρότερη αύξηση, σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες (μόλις 1,1 χρόνια). Στις δύο πρώτες θέσεις, βρίσκονταν, το 2001, οι Γάλλοι και οι Ιταλοί, με 79,3 χρόνια προσδόκιμο ζωής και ακολουθούσαν οι Ισπανοί, με 78,9 χρόνια και οι Πορτογάλοι, με 76,5 χρόνια. Πρέπει να σημειωθεί η θεαματική αύξηση του προσδόκιμου ζωής που καταγράφηκε την τελευταία δεκαετία στη Γερμανία, όπου οι κάτοικοί της, ήταν το 2001 «μακροβιότεροι» κατά 3,1 χρόνια, σε σχέση με το 1990 (Τούντας Κ., 2002).

Επίσης, η αρνητική εξέλιξη, όσον αφορά την κατάταξη της Ελλάδας, οφείλεται, στο ότι είναι η μόνη χώρα της Ε.Ε., όπου οι θάνατοι από καρδιαγγειακά,

καρκίνους και ατυχήματα, αυξήθηκαν τη δεκαετία του '90. Η μείωση που παρατηρείται τα τελευταία 2-3 χρόνια στους θανάτους από καρδιαγγειακά, οφείλεται κυρίως, στη βελτίωση των θεραπευτικών παρεμβάσεων και όχι στη μείωση της νοσηρότητας. Άλλωστε, όσον αφορά το προσδόκιμο υγιούς επιβίωσης, η Ελλάδα, βρίσκεται και πάλι στην 7η θέση στη σχετική κατάταξη, με 70,4 χρόνια (69 για τους άνδρες και 71,9 για τις γυναίκες), (Τούντας Κ., 2002).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 : Η ΥΓΕΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ

2.1 ΓΕΝΙΚΑ

Είναι αναμφισβήτητο ότι η υγεία, αποτελεί ένα από τα πολυτιμότερα αγαθά στη ζωή των ανθρώπων. Όπως χαρακτηριστικά ανέφερε ο Ευρωπαίος επίτροπος για την υγεία και προστασία του καταναλωτή, David Byrne, στην ομιλία του στο Ευρωπαϊκό Φόρουμ Υγείας “Common Challenges for Health and Care” που πραγματοποιήθηκε τον Σεπτέμβριο του 2002: «οι ευρωπαίοι πολίτες, υποστηρίζουν ότι, δεν θα πρέπει να απασχολεί την Ευρωπαϊκή Ένωση μόνο η δημιουργία καλύτερων αγορών, η διαμόρφωση κανόνων, η σταθερότητα στις διεθνείς σχέσεις, η εργασία και τα δημόσια χρηματοοικονομικά - αφού δεν μπορεί να υπάρξει Ευρώπη, χωρίς την ύπαρξη μιας Ευρώπης γεμάτη υγεία». Επίσης, σύμφωνα με μια έρευνα (ευρωβαρόμετρο), που έλαβε χώρα το 1996, μόνο το 5% των ευρωπαίων πολιτών, θα αποδεχόταν κάποια μείωση της δημόσιας δαπάνης για την υγεία, ενώ το 50%, θα προτιμούσε την αύξηση της (Byrne D., 2002).

Αναγνωρίζοντας τη σπουδαιότητα της υγείας, έχουν συντελεστεί, την τελευταία δεκαετία, σημαντικές προσπάθειες στα πλαίσια της ευρωπαϊκής ένωσης, προκειμένου να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής και η υγεία των πολιτών των κρατών μελών. Το 1993, παρουσιάστηκε από την Ευρωπαϊκή Ένωση, το πρώτο σχέδιο δράσης στον τομέα της δημόσιας υγείας (Framework for Action in the Field of Public Health), έχοντας, μεταξύ άλλων, ως κύριους στόχους, την παρακίνηση των πολιτών, ώστε να υιοθετήσουν αυτοί έναν πιο υγιεινό τρόπο ζωής, τη συλλογή στοιχείων για το επίπεδο υγειονομικής περίθαλψης στα διάφορα κράτη, αλλά και τη διαχρονική παρακολούθηση αυτών, την ενημέρωση των πολιτών για τις διάφορες ασθένειες, τη μείωση των ατυχημάτων, την καταπολέμηση μεταδιδόμενων ασθενειών και κυρίως του AIDS, την καταπολέμηση του καρκίνου κ.ά. (Europra, 1990).

Την ίδια χρονιά, ξεκίνησε και η Ευρωπαϊκή Συνεργασία Δημόσιας Υγείας (European Public Health Alliance), για να συμβάλλει και αυτή με τη σειρά της, στην βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης και υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση (Europra, 2006).

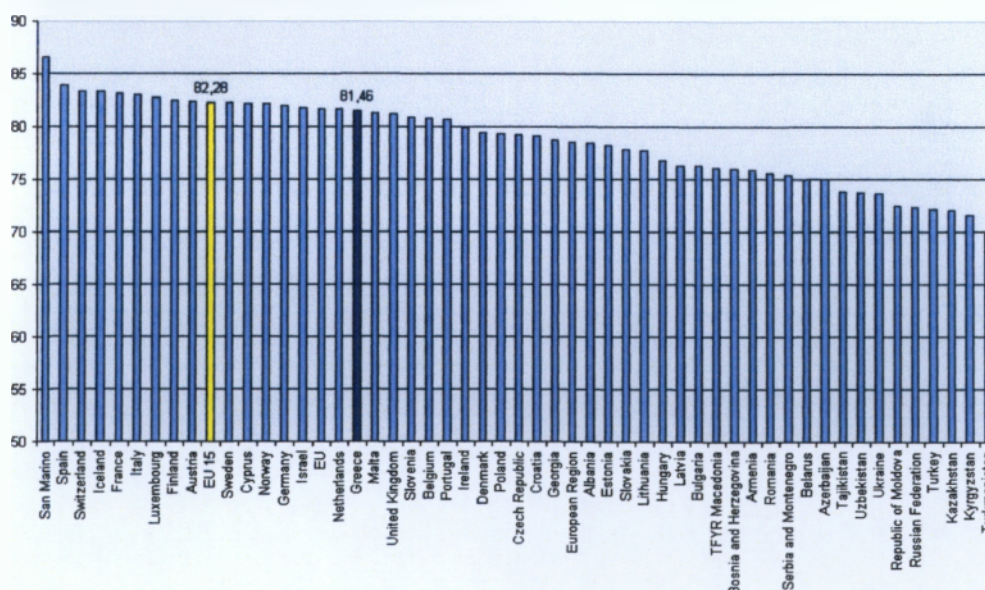
Το πρόγραμμα παρακολούθησης της υγείας (health monitoring programme), που εφαρμόστηκε την περίοδο 1997-2002, είχε ως σκοπό, την παρακολούθηση του επιπέδου υγείας, τον προγραμματισμό, την παρακολούθηση και αξιολόγηση των

προγραμμάτων της κοινότητας και την παροχή πληροφοριών στα κράτη μέλη, για την πραγματοποίηση συγκρίσεων. Κοινός σκοπός της ύπαρξης των συστημάτων αυτών, είναι η διατήρηση και βελτίωση της υγείας των πολιτών, ενώ στους κοινούς στόχους, περιλαμβάνονται επιγραμματικά και οι εξής (Κωνσταντοπούλου Α., 2006):

- *Επάρκεια και ισότητα στην πρόσβαση*
- *Προστασία του εισοδήματος του ασθενή*
- *Μάκρο-οικονομική αποδοτικότητα (ορίζεται, ως το μερίδιο του εθνικού εισοδήματος που απορροφάται από το σύστημα υγείας, προκειμένου να είναι βιώσιμο)*
- *Μικρο-οικονομική αποδοτικότητα (ορίζεται, ως η κατανομή της κοινωνικής δαπάνης, μεταξύ της υγείας και των υπόλοιπων προγραμμάτων, η οποία πρέπει να είναι ισορροπημένη)*
- *Ελευθερία επιλογής στους ασθενείς*
- *Αυτονομία προμηθευτών (γιατροί και λοιποί προμηθευτές υπηρεσιών υγείας).*

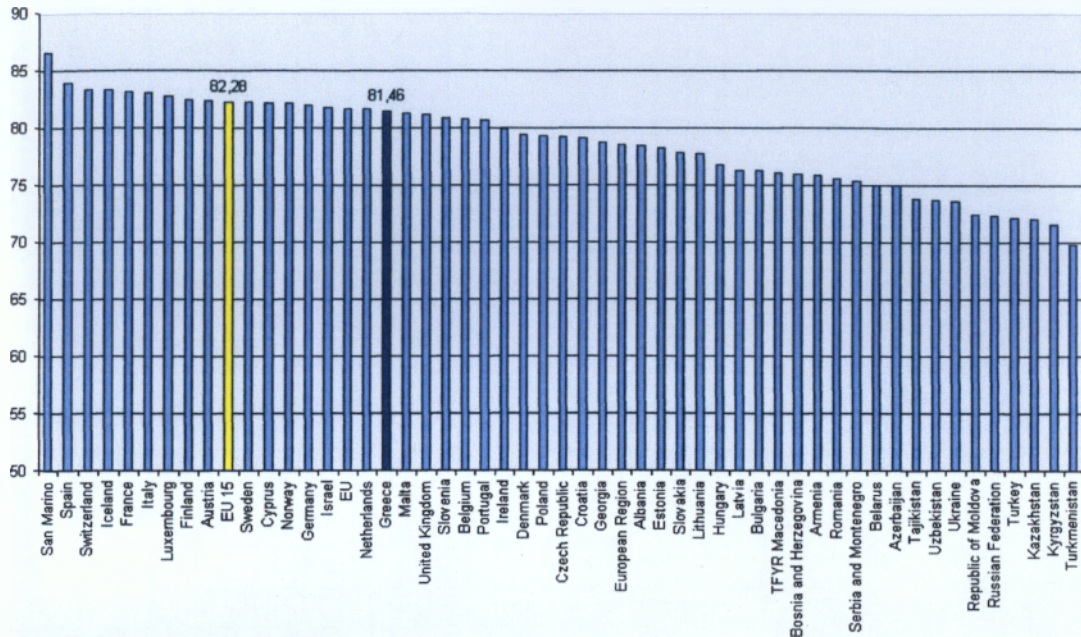
Το προσδόκιμο επιβίωσης κατά τη γέννηση, στους άνδρες, στις χώρες της Ευρώπης, κατά το τελευταίο διαθέσιμο έτος (μέχρι το 2004), φαίνεται στο παρακάτω διάγραμμα:

Διάγραμμα 2.1 - Προσδόκιμο επιβίωσης κατά τη γέννηση στους άνδρες



Πηγή: Euroρα (2006), Έκθεση Στρατηγικής για την υγεία

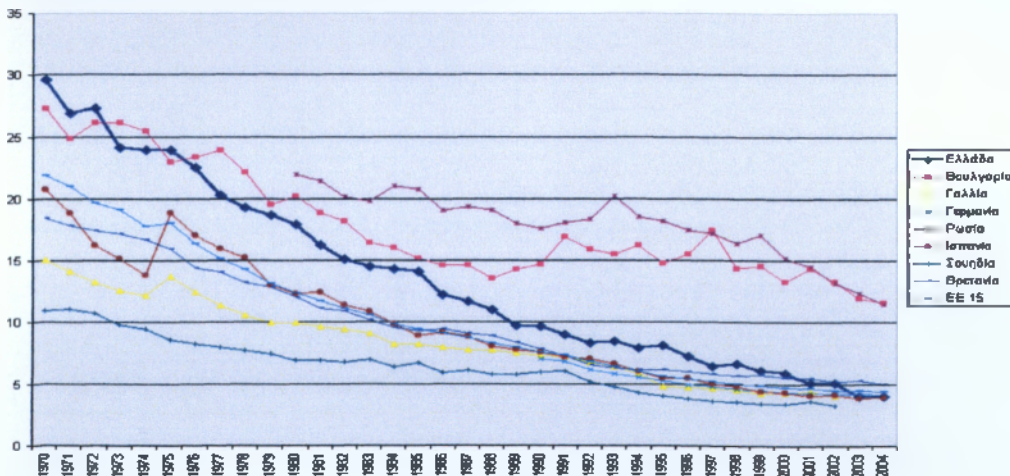
Διάγραμμα 2.2 - Προσδόκιμο επιβίωσης κατά τη γέννηση στις γυναίκες



Πηγή: Euroρα (2006), Έκθεση Στρατηγικής για την υγεία

Παρακάτω, παρουσιάζουμε τη Βρεφική Θνησιμότητα ανά 1000 γεννήσεις ζώντων, σε επιλεγμένες χώρες της Ευρώπης και στην ΕΕ των 15:

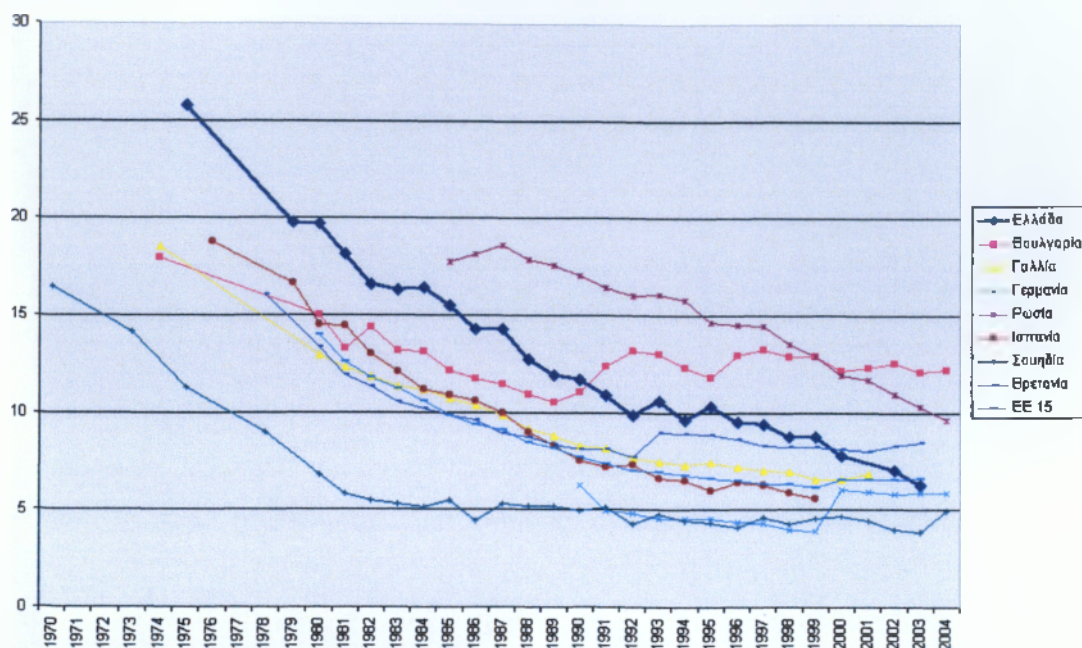
Διάγραμμα 2.3 - Βρεφική Θνησιμότητα



Πηγή: Euroρα (2006), Έκθεση Στρατηγικής για την υγεία

Η Περιγεννητική Θνησιμότητα ανά 1000 γεννήσεις, σε επιλεγμένες χώρες της Ευρώπης και στην ΕΕ των 15 φαίνεται παρακάτω:

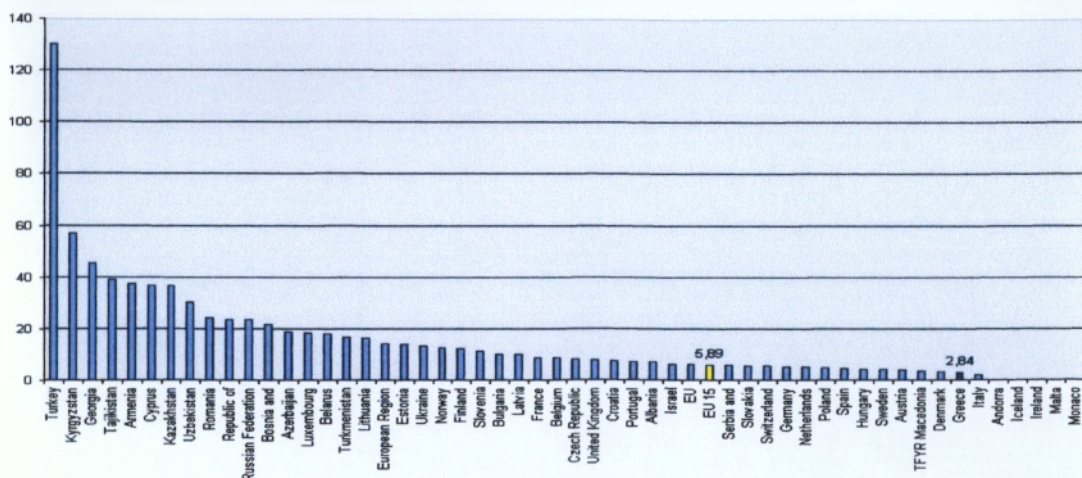
Διάγραμμα 2.4 - Περιγεννητική Θνησιμότητα



Πηγή: Ευρωπαϊκή Ένωση (2006), Έκθεση Στρατηγικής για την υγεία

Η Μητρική Θνησιμότητα ανά 100 000 γεννήσεις, στις χώρες της Ευρώπης, κατά το τελευταίο διαθέσιμο έτος (μέχρι το 2004), ήταν:

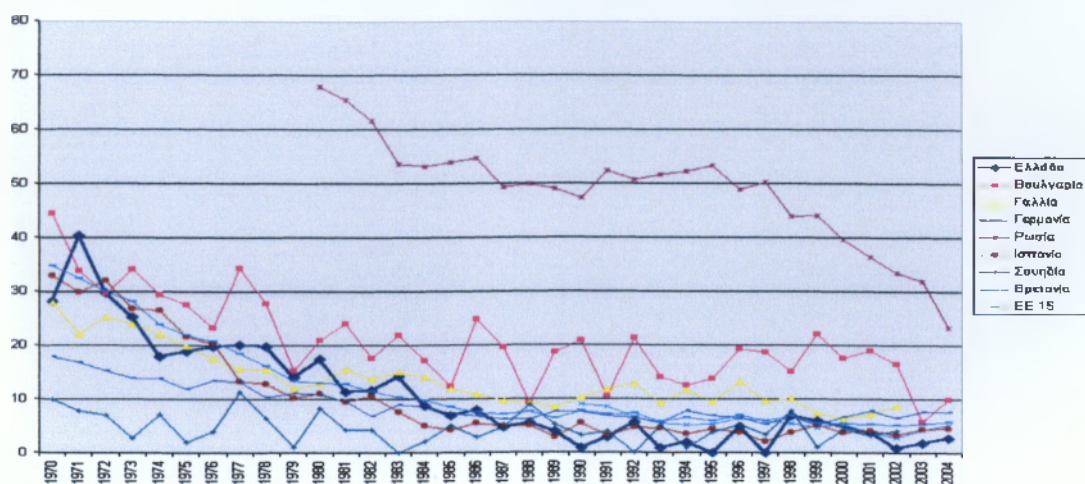
Διάγραμμα 2.5 - Μητρική Θνησιμότητα στις χώρες της Ευρώπης



Πηγή: Ευρωπαϊκή Ένωση (2006), Έκθεση Στρατηγικής για την υγεία

Η Μητρική Θνησιμότητα ανά 100 000 γεννήσεις, σε επιλεγμένες χώρες της Ευρώπης και στην ΕΕ των 15 ήταν:

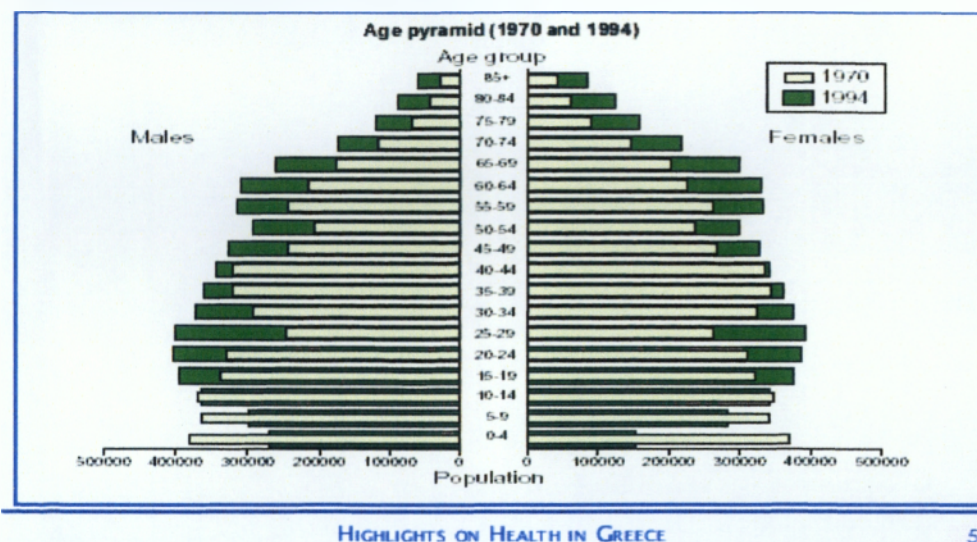
Διάγραμμα 2.6 - Μητρική Θνησιμότητα σε επιλεγμένες χώρες της Ευρώπης



Πηγή: Euroρα (2006), Έκθεση Στρατηγικής για την υγεία

Παρακάτω, παρουσιάζουμε τη Δημογραφική Πυραμίδα στην Ελλάδα, τα έτη 1970 και 1994:

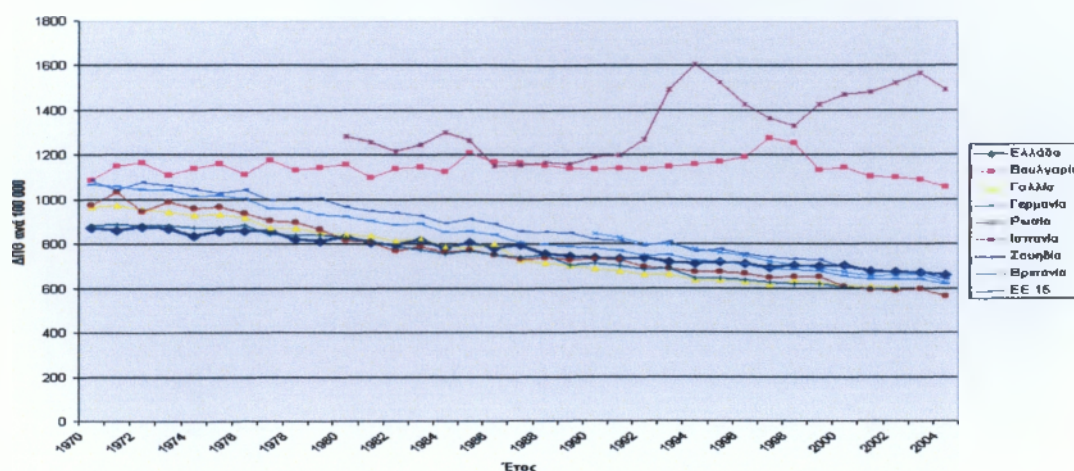
Σχήμα 1 Δημογραφική Πυραμίδα



Πηγή: Euroρα (2006), Έκθεση Στρατηγικής για την υγεία

Ο Δείκτης Προτυπωμένης Θνησιμότητας (SDR) στο σύνολο, σε επιλεγμένες χώρες της Ευρώπης και στην ΕΕ των 15 ήταν:

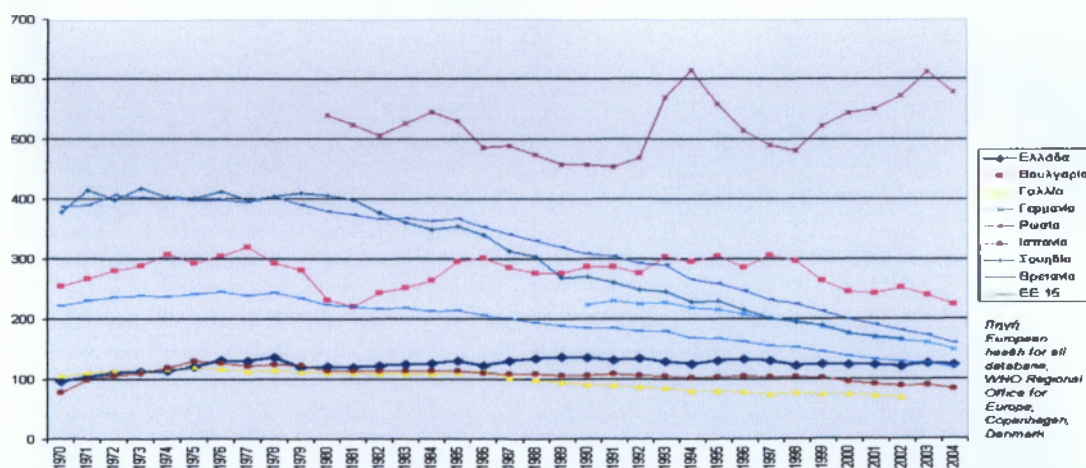
Διάγραμμα 2.7 - Δείκτης Προτυπωμένης Θνησιμότητας



Πηγή: Euroρα (2006), Έκθεση Στρατηγικής για την υγεία

Ο Δείκτης Προτυπωμένης Θνησιμότητας (SDR) από Ισχαιμικά Νοσήματα της Καρδιάς ανά 100 000, στους άνδρες, σε επιλεγμένες χώρες της Ευρώπης και στην ΕΕ των 15, παρουσιάζεται παρακάτω:

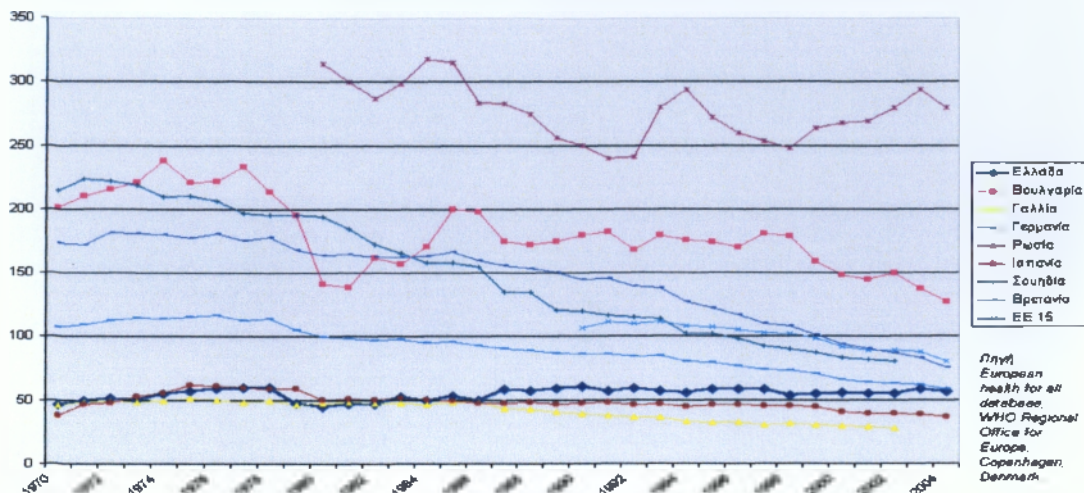
Διάγραμμα 2.8 - Δείκτης Προτυπωμένης Θνησιμότητας από Ισχαιμικά Νοσήματα της Καρδιάς στους άνδρες



Πηγή: Euroρα.,(2006), Έκθεση Στρατηγικής για την υγεία

Ο Δείκτης Προτυπωμένης Θνησιμότητας (SDR) από Ισχαιμικά Νοσήματα της Καρδιάς ανά 100 000, στις γυναίκες, σε επιλεγμένες χώρες της Ευρώπης και στην ΕΕ των 15, παρουσιάζεται παρακάτω:

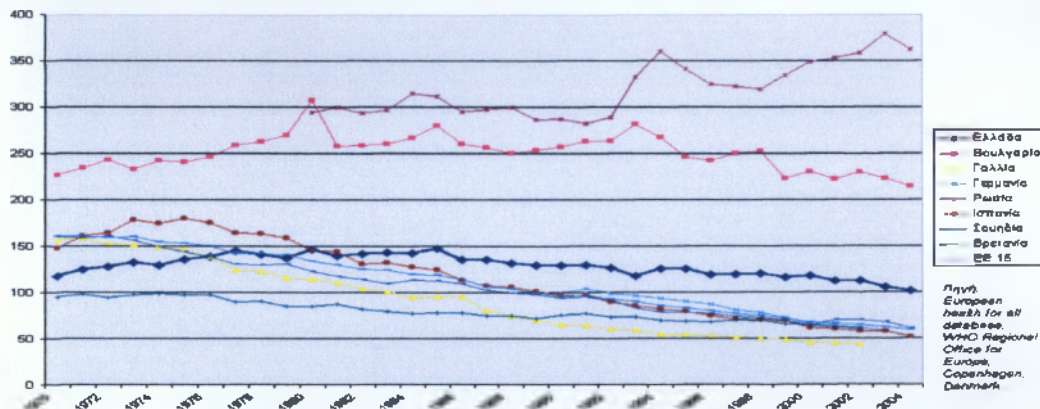
Διάγραμμα 2.9 - Δείκτης Προτυπωμένης Θνησιμότητας από Ισχαιμικά Νοσήματα της Καρδιάς στις γυναίκες



Πηγή: Euroora (2006), Έκθεση Στρατηγικής για την υγεία

Ο Δείκτης Προτυπωμένης Θνησιμότητας (SDR) από Αγγειακά Νοσήματα του Εγκεφάλου ανά 100 000, στους άνδρες, σε επιλεγμένες χώρες της Ευρώπης και στην ΕΕ των 15 είναι:

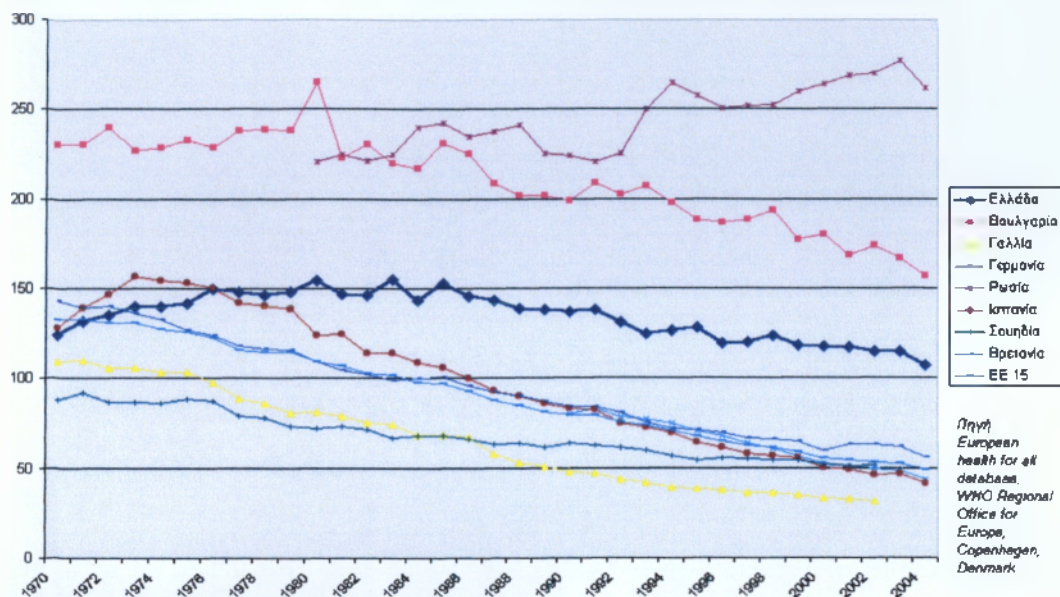
Διάγραμμα 2.10 - Δείκτης Προτυπωμένης Θνησιμότητας από Αγγειακά Νοσήματα του Εγκεφάλου στους άνδρες



Πηγή: Euroora (2006), Έκθεση Στρατηγικής για την υγεία

Ο Δείκτης Προτυπωμένης Θνησιμότητας (SDR) από Αγγειακά Νοσήματα του Εγκεφάλου ανά 100 000, στις γυναίκες, σε επιλεγμένες χώρες της Ευρώπης και στην ΕΕ των 15 είναι:

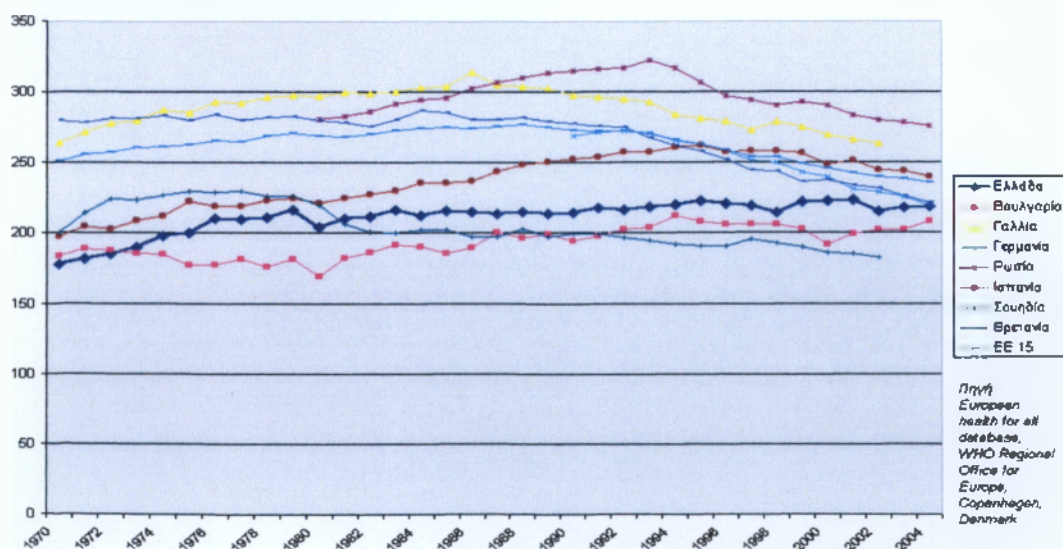
Διάγραμμα 2.11 - Δείκτης Προτυπωμένης Θνησιμότητας (SDR) από Αγγειακά Νοσήματα του Εγκεφάλου στις γυναίκες



Πηγή: Europra (2006), Έκθεση Στρατηγικής για την υγεία

Ο Δείκτης Προτυπωμένης Θνησιμότητας (SDR) από Νεοπλάσματα ανά 100 000, στους άνδρες, σε επιλεγμένες χώρες της Ευρώπης και στην ΕΕ των 15 είναι:

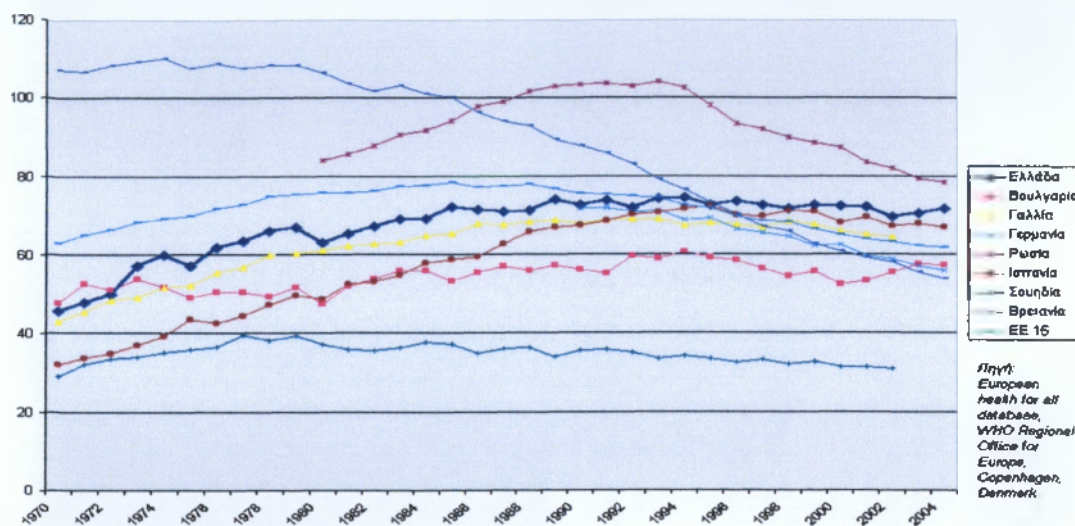
Διάγραμμα 2.12 - Δείκτης Προτυπωμένης Θνησιμότητας (SDR) από Νεοπλάσματα στους άνδρες



Πηγή: Europra (2006), Έκθεση Στρατηγικής για την υγεία

Ο Δείκτης Προτυπωμένης Θνησιμότητας από Καρκίνο του Πνεύμονα κλπ. ανά 100 000, στους άνδρες, σε επιλεγμένες χώρες της Ευρώπης και στην ΕΕ των 15 ήταν:

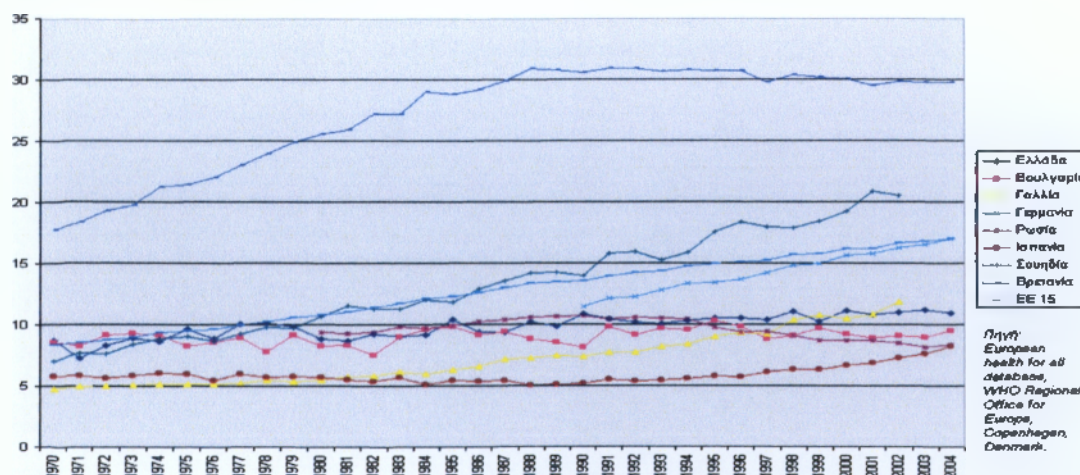
Διάγραμμα 2.13 - Δείκτης Προτυπωμένης Θνησιμότητας από Καρκίνο του Πνεύμονα κλπ. στους άνδρες



Πηγή: Euroρα (2006), Έκθεση Στρατηγικής για την υγεία

Ο Δείκτης Προτυπωμένης Θνησιμότητας από Καρκίνο του Πνεύμονα κλπ. ανά 100 000, στις γυναίκες, σε επιλεγμένες χώρες της Ευρώπης και στην ΕΕ των 15 ήταν:

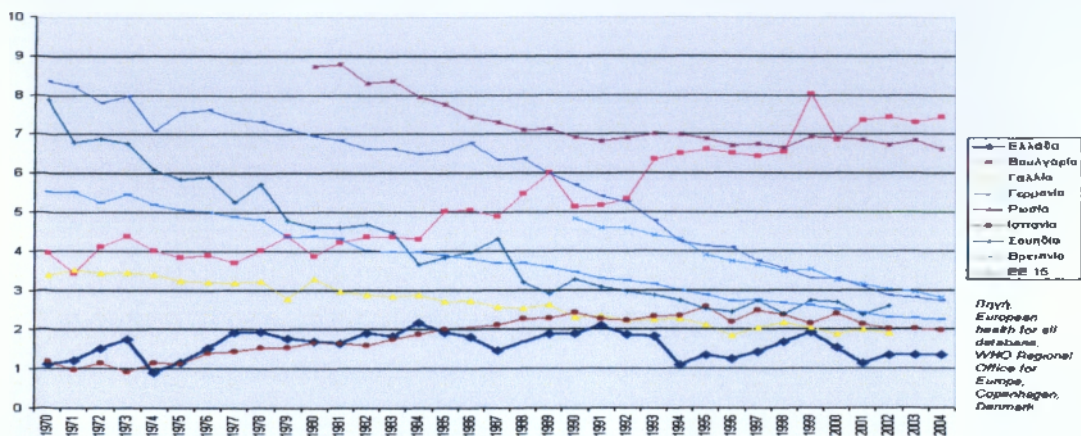
Διάγραμμα 2.14 - Δείκτης Προτυπωμένης Θνησιμότητας από Καρκίνο του Πνεύμονα κλπ. στις γυναίκες



Πηγή: Euroρα (2006), Έκθεση Στρατηγικής για την υγεία

Ο Δείκτης Προτυπωμένης Θνησιμότητας από Καρκίνο του τραχήλου της μήτρας ανά 100 000, σε επιλεγμένες χώρες της Ευρώπης και στην ΕΕ των 15 είναι:

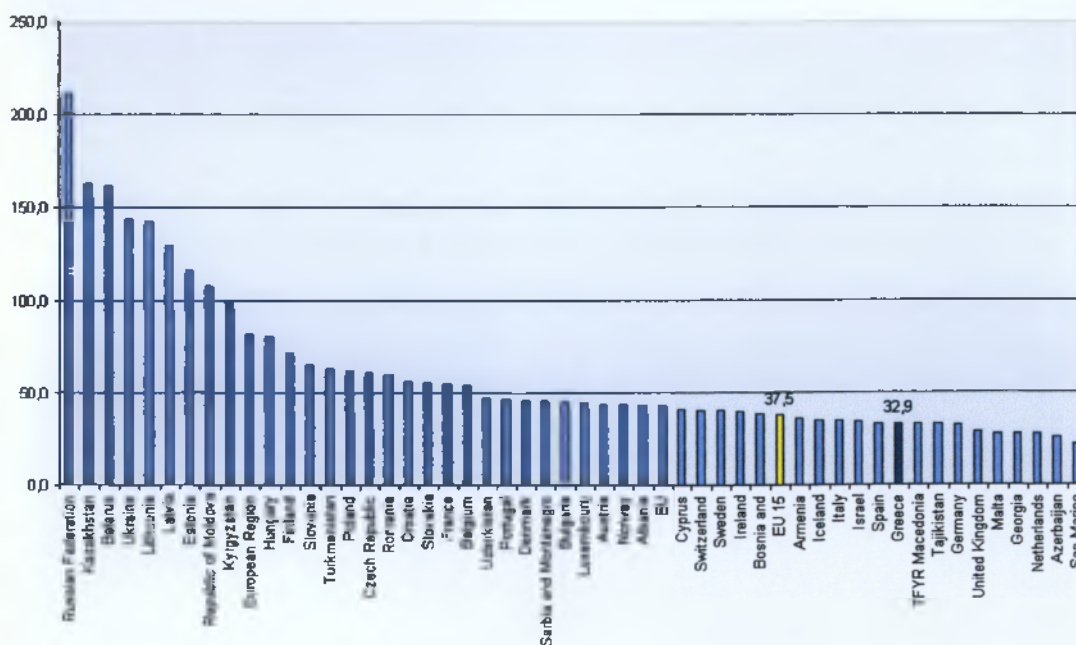
Διάγραμμα 2.15 - Δείκτης Προτυπωμένης Θνησιμότητας από Καρκίνο του τραχήλου της μήτρας



Πηγή: Eurora (2006), Έκθεση Στρατηγικής για την υγεία

Ο Δείκτης Προτυπωμένης Θνησιμότητας από Εξωτερικά αίτια ανά 100 000, στο σύνολο, στις χώρες της Ευρώπης, κατά το τελευταίο διαθέσιμο έτος (μέχρι το 2004) ήταν:

Διάγραμμα 2.16 - Δείκτης Προτυπωμένης Θνησιμότητας από Εξωτερικά αίτια

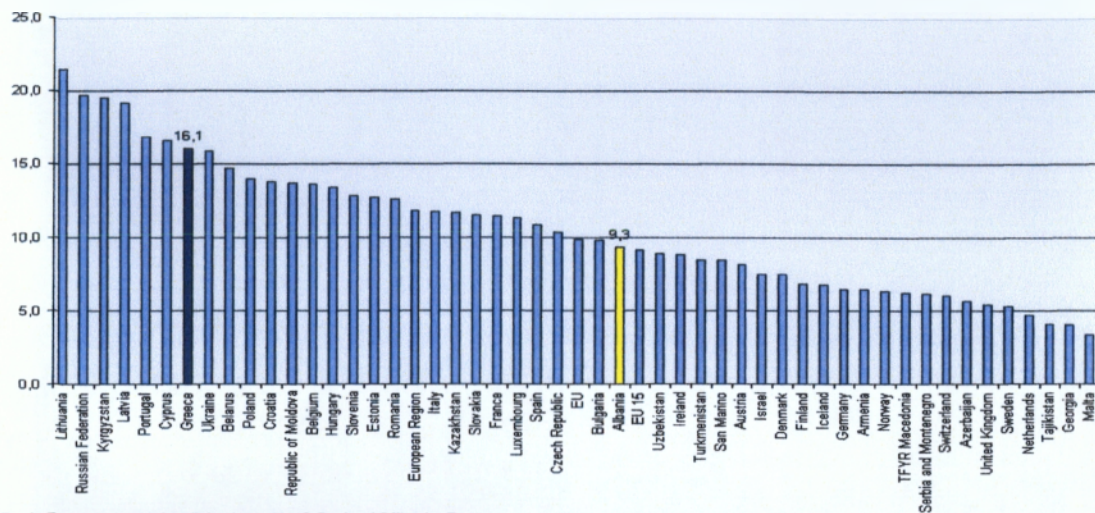


Πηγή: European health for all database. WHO Regional Office for Europe

Ο Δείκτης Προτυπωμένης Θνησιμότητας από Τροχαία ατυχήματα ανά 100 000, στο

σύνολο, στις χώρες της Ευρώπης, κατά το τελευταίο διαθέσιμο έτος (μέχρι το 2004) ήταν:

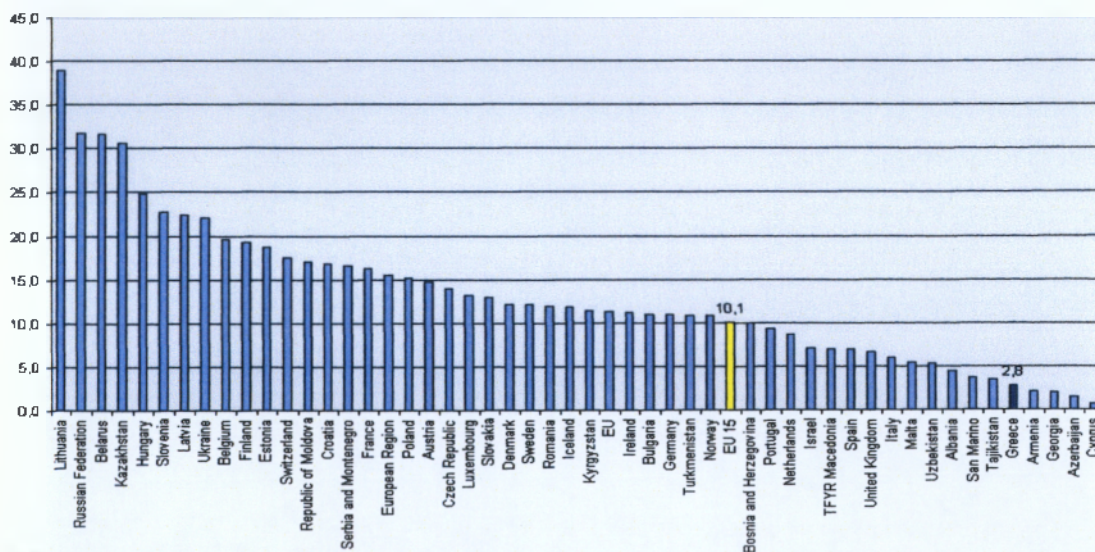
Διάγραμμα 2.17 - Δείκτης Προτυπωμένης Θνησιμότητας από Τροχαία ατυχήματα



Πηγή: European health for all database. WHO Regional Office for Europe.

Ο Δείκτης Προτυπωμένης Θνησιμότητας από Αυτοκτονίες ανά 100 000, στο σύνολο, στις χώρες της Ευρώπης, κατά το τελευταίο διαθέσιμο έτος (μέχρι το 2004) είναι:

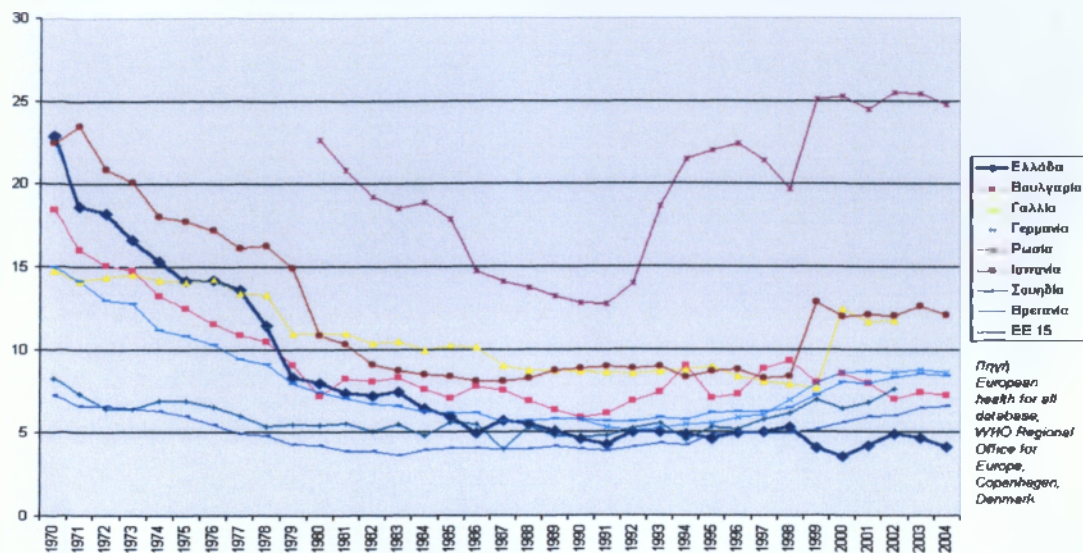
Διάγραμμα 2.18 - Δείκτης Προτυπωμένης Θνησιμότητας από Αυτοκτονίες



Πηγή: European health for all database. WHO Regional Office for Europe.

Ο Δείκτης Προτυπωμένης Θνησιμότητας από Λοιμώδη και Παρασιτικά Νοσήματα ανά 100 000, στο σύνολο, σε επιλεγμένες χώρες της Ευρώπης και στην ΕΕ των 15 είναι:

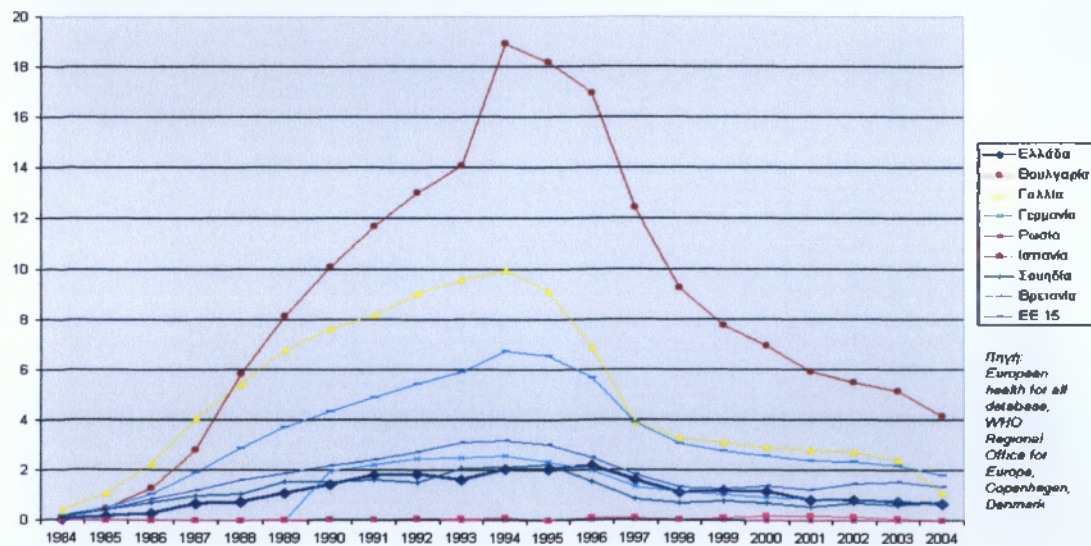
Διάγραμμα 2.19 - Δείκτης Προτοπωμένης Θνησιμότητας από Λοιμώδη και Παρασιτικά Νοσήματα



Πηγή: Eurostat (2006), Έκθεση Στρατηγικής για την υγεία

Τα Κλινικά διαγνωσμένα περιστατικά AIDS – επίπτωση ανά 100 000, σε επιλεγμένες χώρες της Ευρώπης και στην ΕΕ των 15 είναι:

Διάγραμμα 2.20 - κλινικά διαγνωσμένα περιστατικά AIDS



Πηγή: Eurostat (2006), Έκθεση Στρατηγικής για την υγεία

2.2 ΔΕΙΚΤΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ

Σύμφωνα με εκτιμήσεις της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (ΠΟΥ), (WHO, 1997), ο πληθυσμός της Ευρώπης το 1997, ήταν 870 εκατομμύρια, αποτελώντας το 15% περίπου του παγκόσμιου πληθυσμού. Με δεδομένο το χαμηλό αριθμό γεννήσεων, οι περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες, αντιμετωπίζουν το πρόβλημα του πολύ χαμηλού ρυθμού φυσικής αύξησης του πληθυσμού (0-1%), ή ακόμα και της συρρίκνωσης, ιδίως στην ανατολική Ευρώπη (WHO, 1997).

Η σημαντική αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης στη γέννηση, καθώς και η μείωση των γεννήσεων τα τελευταία χρόνια, έχουν οδηγήσει σε γήρανση όλου του ευρωπαϊκού πληθυσμού. Το μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού, με ηλικία μεγαλύτερη των 65 ετών, ευθύνεται πρωτίστως, για την επιδημιολογική μετάβαση από το μοντέλο νοσηρότητας, που χαρακτηρίζεται από υψηλά ποσοστά οξειών νόσων (κυρίως λοιμωδών) και ατυχημάτων, στο μοντέλο, όπου κυριαρχούν τα χρόνια εκφυλιστικά νοσήματα (WHO, 1990).

Η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης, οφείλεται στη θεαματική βελτίωση της υγείας των Ευρωπαίων, στη διάρκεια του 20ού αιώνα. Το επίπεδο υγείας στην Ευρώπη, εμφανίζεται ιδιαίτερα υψηλό, σε σχέση με τον υπόλοιπο κόσμο. Οι διαφορές, ωστόσο, που παρουσιάζονται, τόσο μεταξύ των διαφόρων κρατών της Ευρώπης, όσο και ανάμεσα στις κοινωνικές ομάδες κάθε πληθυσμού, δημιουργούν σοβαρές ανισότητες σε ό,τι αφορά την υγεία (Young S. et al., 1991).

Οι κύριες αιτίες θανάτου, ποικίλλουν στις διάφορες ηλικιακές ομάδες. Στη βρεφική και παιδική ηλικία, οι περισσότεροι θάνατοι, οφείλονται σε αναπνευστικά και λοιμώδη νοσήματα. Στους νεαρούς ενήλικες, το συνηθέστερο αίτιο θανάτου, είναι τα ατυχήματα, ενώ ο καρκίνος και τα καρδιαγγειακά νοσήματα, προκαλούν τους περισσότερους θανάτους στις μεγάλες ηλικίες (Young S. et al., 1991).

Στη δυτική Ευρώπη, παρατηρείται συνεχής αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης, παρά τις σημαντικές διαφορές μεταξύ των επιμέρους κρατών, π.χ. Σουηδία και Πορτογαλία (Young S. et al., 1991).

Στις χώρες της ανατολικής και κεντρικής Ευρώπης, από τις αρχές της δεκαετίας του 1990, παρατηρείται συνεχής βελτίωση του προσδόκιμου επιβίωσης στη γέννηση, σε σχέση με τις προηγούμενες δεκαετίες. Τα τελευταία χρόνια, η διαφορά στο προσδόκιμο επιβίωσης στη γέννηση και στη θνησιμότητα, ανάμεσα στην ανατολική και τη δυτική Ευρώπη, αυξήθηκε σημαντικά (Young S. et al., 1991).

Σε ό,τι αφορά το προσδόκιμο επιβίωσης κατά φύλο, 30 χώρες, έχουν ήδη πετύχει το στόχο για τους άνδρες (67 έτη) και 35 χώρες, έχουν πετύχει το στόχο για τις γυναίκες (74 έτη). Η βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού, δεν εξαρτάται μόνο από την αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης. Θα πρέπει να συνοδεύεται και από αύξηση των χρόνων υγιούς ζωής. Το 1984, η ΠΟΥ, όρισε επιπλέον δείκτες υγείας, για να διερευνηθεί, αν η βελτίωση του προσδόκιμου ζωής, συμβαδίζει με αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης, χωρίς αναπηρία ή χρόνια νόσο. Οι δείκτες αυτοί, συνοψίζονται στον όρο «προσδόκιμο υγείας» (health expectancy), (WHO, 1990).

Τα διαθέσιμα στοιχεία, αν και ελλιπή, είναι ενθαρρυντικά, τουλάχιστον για τη δυτική Ευρώπη. Τα χρόνια που κερδήθηκαν με την επιμήκυνση του προσδόκιμου επιβίωσης στη γέννηση, είναι, ως επί το πλείστον, χρόνια απαλλαγμένα από σοβαρή νόσο ή αναπηρία, γεγονός που καταδεικνύει τη βελτίωση του βιοτικού επιπέδου και την αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων πρόληψης και περίθαλψης (WHO, 1990).

2.3 ΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Στις αρχές του 2005, ο συνολικός πληθυσμός της Ελλάδας, σύμφωνα με υπολογισμούς, ήταν 10.964.020 άτομα. Το ετήσιο ποσοστό αύξησης, ήταν 3.8 της χιλιάδας, κυρίως, λόγω του δικτύου μετανάστευσης (Τρίχοπουλου Α, Λαγίου Ρ., 2007).

Το συνολικό ποσοστό γονιμότητας, μειωνόταν σταθερά την τελευταία δεκαετία: από 2.09 ανά μητέρα το 1981, έφτασε το 1.34 το 2005, ποσοστό πολύ χαμηλότερο από το επίπεδο αντικατάστασης του πληθυσμού (Τρίχοπουλου Α, Λαγίου Ρ., 2007).

Το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση, εμφάνισε μια αύξηση για τους άνδρες, από 75.1 χρόνια το 1994, σε 76.8 το 2005 και για τις γυναίκες, από 79.7 χρόνια, σε 81.7, αυξάνοντας έτσι το κενό, μεταξύ ανδρών και γυναικών, από 4.6 σε 4.9 χρόνια. Κατά συνέπεια, την τελευταία δεκαετία, παρατηρήσαμε σημαντικές αλλαγές στην ηλικιακή σύνθεση του πληθυσμού. Το ποσοστό των παιδιών (0-14 ετών), έπεσε από 17.8% το 1994, σε 14.4% το 2005, ενώ το ποσοστό των συνταξιούχων (65 ετών και άνω), αυξήθηκε σε 18.3% το 2005, από 14.8%, που ήταν το 1994. Είναι λοιπόν προφανές, ότι η ηλικιακή σύνθεση του πληθυσμού, παρουσίασε μια στροφή προς τις μεγαλύτερες ηλικίες και το ποσοστό γήρανσης, παρουσίασε μια ελαφρά αυξητική τάση από το 1994 (Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικής Πολιτικής Βουλγαρίας).

(Λιαρόπουλος Λ., 1993).

Οι πολιτικές υγείας, σχετίζονται με πολλές άλλες πολιτικές της κάθε χώρας, ενώ, εξαρτώνται, τόσο από τις εν γένει πολιτικές δομές σε μια χώρα, όσο και από την οικονομική της κατάσταση.

Αξίζει να σημειώσουμε, ότι ο όρος «πολιτική υγείας» σε εθνικό επίπεδο, έχει να κάνει με την επίτευξη υγείας στον πληθυσμό, μέσω της παρέμβασης, με κάθε δυνατό και πρόσφορο μέσο. Σκοπός των διεθνών οργανισμών, είναι ο προσδιορισμός στόχων και ο συντονισμός των προσπαθειών των κρατών μελών, με έμφαση στην προαγωγή και πρόληψη (Δικαίος Κ., Χλέτσος Μ., 1999).

Η πολιτική υγείας, είναι αναγκαίο να αξιολογηθεί για τους εξής λόγους:

1. για να υποδειχθεί το επίπεδο υγείας του πληθυσμού
2. για να προσδιοριστεί το μέγεθος του πληθυσμού, σε σχέση με την υγεία, συγκριτικά με άλλους πληθυσμούς
3. για να σχεδιάσουμε ένα κατάλληλο πρόγραμμα προαγωγής της υγείας και
4. για να πείσουμε την πολιτική και διοικητική ιεραρχία για την αναγκαιότητα ενός τέτοιου προγράμματος.

Η πολιτική της υγείας, αξιολογείται μέσω ορισμένων δεικτών, τους οποίους θα μελετήσουμε στην συνέχεια.

2.5 ΚΑΤΑΛΛΗΛΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ

Ο ορισμός της υγείας, δεν είναι μοναδικός, αλλά εξαρτάται από την οπτική γωνία, από την οποία βλέπει κανείς τα προβλήματα και τις διάφορες καταστάσεις που αφορούν την υγεία. Είναι λοιπόν φυσικό, να υπάρχουν πολλοί παράγοντες, οι οποίοι επιχειρούν να καθορίσουν την υγεία, με αποτέλεσμα, να παρουσιάζονται διάφορες δυσκολίες στην προσπάθεια μέτρησης της υγείας ενός ατόμου ή μιας κοινωνικής ομάδας.

✓ Δείκτες θνησιμότητας

Ο δείκτης θνησιμότητας ενός πληθυσμού, εκφράζει μια συγκεκριμένη αιτία θανάτου ή το σύνολο των θανάτων, σε κάποια χρονική περίοδο. Η χρονική περίοδος, είναι ένα έτος και συνήθως, ο στόχος μιας τέτοιας μέτρησης, είναι, να μελετήσει την συμπεριφορά ενός πληθυσμού, σε σχέση με κάποιον άλλον (Κοτζαμάνης Β., 2006).

Για τον λόγο αυτό, το μέγεθος της μέτρησης δύο ή περισσότερων πληθυσμών, θα πρέπει να είναι ομοειδές και συγκρίσιμο. Ένας λόγος που εξηγεί αυτή την σπουδαιότητα, είναι η αναλογία των θανάτων του πληθυσμού, σε σχέση με κάποια μονάδα μεγέθους του πληθυσμού. (Κοτζαμάνης Β., 2006).

Ως περιγεννητική θνησιμότητα, ορίζεται ο ενδομήτριος θάνατος ή ο θάνατος κατά την διάρκεια των πρώτων 7 ημερών μετά την γέννηση. Η νεογνική θνησιμότητα, ορίζεται ως ο θάνατος στις πρώτες 28 ημέρες της ζωής (Κοτζαμάνης Β., 2006).

Για τον λόγο ότι οι αναλογίες θανάτων μιας μεγάλης πόλης, θα είναι διαφορετικές από μια αγροτική περιοχή, όπου η πλειονότητα του πληθυσμού είναι μεγάλης ηλικίας, έχει επικρατήσει να υπολογίζονται δείκτες θνησιμότητας κατά ηλικιακές ομάδες (Κοτζαμάνης Β., 2006). Σήμερα, σε κάθε χώρα, ο βασικός στόχος, είναι η μείωση των δεικτών θνησιμότητας.

✓ Δείκτες νοσηρότητας

Μια μορφή δεικτών νοσηρότητας, προκύπτει από τις μετρήσεις των παροχών των διαφόρων υπηρεσιών υγείας. Στα στατιστικά στοιχεία της νοσηρότητας, περιλαμβάνεται η υποχρεωτική δήλωση ορισμένων νοσημάτων. Δύο είναι τα βασικά είδη των δεικτών νοσηρότητας: ο πρώτος, εκφράζει την συχνότητα εμφάνισης μιας νόσου σε μια ορισμένη χρονική στιγμή και ονομάζεται δείκτης επιπολασμού και ο δεύτερος, έχει να κάνει με την επέλευση της νόσου, κατά την διάρκεια μιας ορισμένης χρονικής περιόδου και είναι γνωστός και ως δείκτης επίπτωσης. Αυτό που διακρίνει τους δύο δείκτες, είναι ο χρόνος. Ο επιπολασμός, μετρά το μέγεθος μιας κατάστασης σε μια χρονική στιγμή και ο δείκτης επίπτωσης, μετρά την συχνότητα της επέλευσης μιας κατάστασης σε μια χρονική περίοδο (Πετρίδου Ε., 2006).

Ωστόσο, αξίζει να σημειωθεί, ότι ο πληθυσμός και τα στοιχεία αυτού, δεν είναι πάντα διαθέσιμα και αυτό, διότι είναι δύσκολο να έχουμε γενική ελοπτεία για την κατάσταση του πληθυσμού, όσον αφορά συγκεκριμένες ασθένειες.

✓ Δείκτες θετικής υγείας

Για να μετρηθεί ο βαθμός θετικής υγείας ενός πληθυσμού, θα πρέπει να εκφραστεί ως υποκειμενική συμπεριφορά και ως αντικειμενική πραγματικότητα.

Ορισμένοι υποκειμενικοί δείκτες θετικής υγείας είναι οι:

- Δείκτες λειτουργικής ικανότητας
- Γενικό προφίλ υγείας

- Δείκτες καλής ψυχολογικής κατάστασης
- Δείκτες κοινωνικής ισορροπίας
- Δείκτες ποιότητας της ζωής

Αντικειμενικοί Δείκτες θετικής υγείας είναι οι:

- Γενικοί δείκτες όπως βάρος, ύψος, ηλικία
- Δείκτες γενικής συμπεριφοράς
- Περιβαλλοντικοί Δείκτες
- Κοινωνικό-οικονομικοί δείκτες

Η δημιουργία τέτοιων δεικτών, αντανακλά την αντίληψη, ότι η παροχή της ιατρικής φροντίδας, έχει στόχο την βελτίωση της ποιότητας ζωής. Για αυτόν τον λόγο και οι δείκτες αυτοί, είναι γνωστοί και ως δείκτες ποιότητας ζωής. Συνεπώς, ο βαθμός βελτίωσης της ποιότητας διαβίωσης μιας κοινωνικής ομάδας, μπορεί να αποτελέσει το κριτήριο ελέγχου της παρεχόμενης ιατρικής φροντίδας. Συμπερασματικά, θα λέγαμε, ότι τέτοιοι δείκτες, αποτελούν βασικό στοιχείο αξιολόγησης των υπηρεσιών υγείας, διαφορετικών θεραπειών και επεμβάσεων (Πετρίδου Ε., 2006).

2.6 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Η μέτρηση των δεικτών στον τομέα της υγείας, είναι πολύ σημαντικό χαρακτηριστικό για μια χώρα, καθ'ότι, μέσω αυτών, μπορεί να προσδιορίσει την κατάσταση, στην οποία βρίσκεται ο πληθυσμός της, καθώς επίσης και το κατά πόσο υγιής, είναι ο πληθυσμός.

Οι ανάγκες του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, εξαρτώνται άμεσα από τις κοινωνικές εξελίξεις και είναι αναγκαίο να γίνει μια προσέγγιση στο πρόβλημα αυτό και μια συσχέτιση μεταξύ τους.

Μια από τις σημαντικότερες επιτυχίες των πολιτικών του κοινωνικού κράτους, αλλά και ένας δείκτης επιτυχίας και πολιτικής ανάπτυξης, είναι η αύξηση του μέσου όρου ζωής και του προσδόκιμου επιβίωσης (Λιαρόπουλος, 1997).

Η μείωση της θνησιμότητας και η αύξηση του αριθμού των ηλικιωμένων, αποτελούν χαρακτηριστικό των μεταπολεμικών βορείων κοινωνιών και σημαντική επιτυχία του κοινωνικού κράτους (Λιαρόπουλος, 1997).

Στην προκειμένη περίπτωση, δεν θα πρέπει να παραλείψουμε μια αναφορά σε θέματα σχετικά με το γήρας, όπως οι πιθανότητες κοινωνικού αποκλεισμού των ηλικιωμένων. Παρόμοια προβλήματα, αντιμετωπίζουν όλες οι ανεπτυγμένες χώρες, όπως η μείωση του υψηλού επιπέδου θνησιμότητας και η αντιμετώπιση τέτοιων θεμάτων, δεν αφορά την κάθε χώρα, αλλά το σύνολο των χωρών (Whitney R., 1988).

Στην Ελλάδα, η τρίτη ηλικία, κατέχει ένα μεγάλο μέρος της πληθυσμιακής μερίδας και κάνει ιδιαίτερα σημαντική χρήση του τομέα της υγείας. Το πρόβλημα στον τομέα της υγείας, είναι διπλό. Ειδικότερα, θα λέγαμε ότι από την μια πλευρά, οι ηλικιωμένοι, είναι οι συχνότεροι χρήστες του συστήματος, ενώ από την άλλη, είναι και οι πλέον δαπανηροί.

Η επίδραση των δημογραφικών εξελίξεων είναι δυσμενέστατη, καθώς το 2005, η συντήρηση των ατόμων άνω των 65 ετών, απαιτούσε τις αποδοχές του 23% του ενεργού πληθυσμού, ενώ στο 2015, αναμένεται να απαιτείται το 30% (Λιαρόπουλος, 1997).

Αυτό που τονίζεται, είναι ότι οι ανάγκες των ηλικιωμένων σε υπηρεσίες υγείας, είναι, μεταξύ 4 και 7 φορές περισσότερες, απ' ό,τι των νεότερων ηλικιών, (Λιαρόπουλος, 1997).

Με βάση τα παραπάνω, γίνεται σαφές, ότι η σωστή λειτουργία του κοινωνικού κράτους, επηρεάζει άμεσα την ίδια την λειτουργία και τις δαπάνες του κοινωνικού κράτους, μέσω της αύξησης του αριθμού των δαπανηρών και των μη παραγωγικών χρηστών του.

Επίσης, δεν θα πρέπει να παραβλέψουμε, ότι ο πληθυσμός της τρίτης ηλικίας, δεν είναι η μόνη παράμετρος που επιδρά στο παρόν και στο μέλλον των οικονομικών δεικτών. Τόσο η υποδομή, όσο και το επίπεδο διαβίωσης, αλλά και ο τρόπος ζωής, επιδρούν λιγότερο ή περισσότερο στην υγεία ενός πληθυσμού και στις ανάγκες της περίθαλψης.

Συμπερασματικά, θα λέγαμε, ότι η διοίκηση του συστήματος υγείας, θα πρέπει να μελετά και να λαμβάνει υπ' όψιν της, ένα μεγάλο φάσμα δεικτών, όπως για παράδειγμα, δημογραφικούς δείκτες και δείκτες ιατρικής τεχνολογίας, τόσο στην παρούσα μορφή τους, όσο και στις μελλοντικές προβολές τους. Οι δείκτες που αναλύσαμε προηγουμένως, είναι πολύ σημαντικοί και επιδρούν σε μεγάλο βαθμό στις υγειονομικές ανάγκες του πληθυσμού, άρα και στον σχεδιασμό πολιτικών και δράσεων, στο άμεσο, αλλά και στο απώτερο μέλλον (Δικαίος Κ., Χλέτσος Μ., 1999).

Οι τομείς, στους οποίους οφείλει να παρέμβει το κράτος για την προαγωγή της

υγείας των πολιτών του, είναι:

- ✓ Γεωργία, εμπόριο και βιομηχανία: διατροφή
- ✓ Συγκοινωνίες, κατασκευή δρόμων, ΚΟΚ, έλεγχος παλιών αυτοκινήτων, αστυνόμευση: τροχαία ατυχήματα.
- ✓ Αθλητισμός, πάρκα και πεζοδρόμηση: άσκηση των αστών.
- ✓ Παραγωγή, εμπόριο, φορολόγηση και διαφήμιση τσιγάρων και οينوπνευματωδών
- ✓ Ενέργεια, καύσιμα και αμόλυβδη βενζίνη: ατμοσφαιρική ρύπανση.
- ✓ ΜΜΕ (έντυπα και ηλεκτρονικά): γνώσεις και στάσεις στα θέματα υγείας
- ✓ Τουρισμός: καθαρότητα της θάλασσας, τροχαία ατυχήματα, AIDS, φυσικό περιβάλλον, κλπ.
- ✓ Προστασία της υγείας στο χώρο δουλειάς (χρήση φυτοφαρμάκων)
- ✓ Η υγεία και η ασφαλιστική κάλυψη των μεταναστών
- ✓ Η ενίσχυση του οικογενειακού δικτύου και του κοινωνικού ιστού
- ✓ Η εξασφάλιση ικανοποιητικού εισοδήματος

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 : ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΟΔΗΓΗΣΑΝ ΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΣΕ ΠΤΩΣΗ ΣΤΗ ΛΙΣΤΑ ΜΑΚΡΟΒΙΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗΣ ΕΝΩΣΗΣ

3.1 ΓΕΝΙΚΑ

Στο προσδόκιμο επιβίωσης, παρατηρούνται διακυμάνσεις, όχι μόνο μεταξύ χωρών, αλλά και μέσα στα ίδια τα κράτη, υποδεικνύοντας ανισότητες στην υγεία, ανάλογα με το φύλο, τη φυλή, το γεωγραφικό διαμέρισμα, την κοινωνική και οικονομική τάξη. Οι κοινωνικοοικονομικές αλλαγές που συμβαίνουν με γρήγορο ρυθμό, επιβάλλουν τη συνεχή αποτύπωση και μελέτη της υγείας των πληθυσμών, με στόχο τον προσδιορισμό των αναγκών στην υγεία, το σχεδιασμό δράσεων, στρατηγικών και πολιτικών, για τη βελτίωση της υγείας του ανθρώπου (Μπικηρόπουλος Θ., 2008).

Χειρότερη υγεία και μικρότερο προσδόκιμο επιβίωσης, ενδέχεται να έχει η επόμενη γενιά. Για πρώτη φορά από τον 19ο αιώνα, αντιμετωπίζεται το ενδεχόμενο, η επόμενη γενιά, να έχει χειρότερη υγεία και μικρότερο προσδόκιμο επιβίωσης από τη δική μας, παρά τις προόδους της ιατρικής. Η υιοθέτηση ανθυγιεινών διατροφικών προτύπων, η ραγδαία αύξηση της συχνότητας της παχυσαρκίας και ο περιορισμός της φυσικής δραστηριότητας, είναι οι κυριότερες αιτίες για την επαπειλούμενη επιδημία καρδιαγγειακών νοσημάτων, που ίσως οδηγήσουν στην επιδείνωση της υγείας της επόμενης γενιάς, αλλά και στη μείωση του μέσου όρου ζωής (Νέτα Σ., 2007).

3.2 ΚΑΚΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ – ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ – ΦΥΣΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ

Συχνά, οι Έλληνες, λαμβάνουν έως και 50% των προσλαμβανομένων θερμίδων σε λίπος, ενώ η διατροφή τους, υπολείπεται σε πρόσληψη ασβεστίου, σιδήρου και φυτικών ινών. Ο τύπος αυτός διατροφής, μπορεί να έχει σημαντικές επιπτώσεις στην μελλοντική τους υγεία (Μπικηρόπουλος Θ., 2008).

Σύμφωνα με πρόσφατη έρευνα της Ενδοκρινολογικής Μονάδας της Α΄ Παιδιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών, το ποσοστό των υπέρβαρων και παχύσαρκων αγοριών κατά την εφηβεία, ήταν 20.63% και 11.8%, αντίστοιχα. Τα αντίστοιχα ποσοστά για τα κορίτσια, ήταν 14.48% και 3.65%. Η εφηβική παχυσαρκία, προδικάζει παχυσαρκία κατά την ενήλικη ζωή, με σημαντικές επιπτώσεις (Adam-Perrot A. et al, 2006).

Η Ελλάδα, έχει τα σκήπτρα στην κατανάλωση θερμίδων και τα πιο

παχύσαρκα παιδιά σε όλη την Ευρώπη. Κατέχει την τρίτη θέση στην παγκόσμια κατάταξη της παχυσαρκίας, μετά από τη Νότια Αφρική και το Κουβέιτ. Σε 20 χρόνια, θα χαθούν περισσότερα παιδιά από την κακή διατροφή, παρά από τα ναρκωτικά ή το AIDS (Adam-Perrot A. et al, 2006).

Είναι πράγματι θλιβερό, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής, να έχει εκλείψει η φυσική δραστηριότητα στα νεαρά άτομα, η οποία μάλιστα, έχει αντικατασταθεί από τη μανιώδη τηλεθέαση, που συνοδεύεται από μηχανιστική κατανάλωση περιττών, ποσοτικά και ποιοτικά, τροφίμων.

Η παχυσαρκία, είναι ένα πολύ σοβαρό νόσημα, μία ασθένεια του 20ου και 21ου αιώνα, που χρειάζεται άμεση αντιμετώπιση. Εξετάζεται μάλιστα από τους ειδικούς, ως ένα νόσημα πολυπαραγοντικό, το οποίο οφείλεται στη γενετική προδιάθεση, αλλά και τις συνήθειες διατροφής και ζωής (Adam-Perrot A. et al., 2006). Και αν δεν μπορούμε να καθορίσουμε το DNA μας, μπορούμε σίγουρα να ελέγξουμε το τι τρώμε, για να μην γνωρίσουμε ποτέ την παχυσαρκία, αλλά και για να λάμπουμε από υγεία.

Ως παχυσαρκία, ορίζεται η περίσσεια σωματικού λίπους και η διάγνωσή της, πρέπει να βασίζεται στην απόδειξη της παρουσίας του λίπους αυτού. Αυτό, προϋποθέτει μέτρηση της σύστασης του σώματος και δεν είναι πρακτικό σε καθημερινή βάση. Έχουν προταθεί κατά καιρούς, διάφοροι τρόποι μέτρησης του σωματικού λίπους και ακριβείς ορισμοί της παχυσαρκίας (Adam-Perrot A. et al, 2006).

Από αυτούς, ο Δείκτης Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) ή BMI (body mass index) = Kg/m^2 , δηλαδή, ο λόγος του βάρους δια του τετραγώνου του ύψους σε μέτρα, έχει τη μεγαλύτερη αποδοχή και χρησιμοποιείται ευρέως στη διάγνωση της παχυσαρκίας στους ενήλικες, καθώς συσχετίζεται καλύτερα με το σωματικό λίπος. Με βάση αυτόν, οι ενήλικες χαρακτηρίζονται ως κανονικοί (ΔΜΣ κάτω του 25), υπέρβαροι (ΔΜΣ μεταξύ 25 και 29,9) και παχύσαρκοι (ΔΜΣ άνω του 30), (Adam-Perrot A. et al, 2006).

Η παχυσαρκία, είναι το πιο συχνό πρόβλημα διατροφής στο δυτικό κόσμο. Περίπου 250.000.000 άνθρωποι, δηλαδή το 7% του τρέχοντος παγκόσμιου πληθυσμού, είναι παχύσαρκοι. Δύο με τρεις φορές περισσότεροι άνθρωποι, είναι υπέρβαροι. Περίπου 14-15% όλων των 15χρονων στις ΗΠΑ, κατηγοριοποιούνται ως παχύσαρκοι. Σύγκριση των δεδομένων από μελέτες που διεξάχθηκαν σε σχολεία το 1997 και 1998, δείχνουν ότι οι ΗΠΑ, η Ιρλανδία, η Ελλάδα και η Πορτογαλία, είχαν

τα υψηλότερα ποσοστά παχυσαρκίας (Bilsborough, et al., 2003).

Η παχυσαρκία στα παιδιά και τους εφήβους, εξελίσσεται ραγδαία σε μια παγκόσμια επιδημία με τεράστιες προεκτάσεις στη δημόσια υγεία, καθώς τα υπέρβαρα παιδιά, γίνονται υπέρβαροι ενήλικες. Το 8% του ενήλικου πληθυσμού, είναι υπερβολικά παχύσαρκοι, όπως ορίζεται από το ΔΜΣ>30 και 25% των παιδιών και εφήβων είναι υπέρβαροι (Bilsborough, et al., 2003).

Στη μεγάλη πλειοψηφία των παιδιών με παχυσαρκία, δεν υπόκεινται παθολογικά αίτια. Μικρό ποσοστό στα αίτια, καταλαμβάνουν ορμονικοί λόγοι, όπως ο υποθυρεοειδισμός, ο υπερκορτιζολαιμία, η ανεπάρκεια αυξητικής ορμόνης, καθώς και διάφορα σύνδρομα. (Bilsborough, et al., 2003).

Η παχυσαρκία, είναι ένα τυπικό παράδειγμα πολυπαραγοντικής νόσου και πρέπει να θεωρείται ως το αποτέλεσμα διαφόρων παραγόντων, όπως ο τρόπος ζωής, η διαίτα, η ηλικία, το φύλο και η κληρονομικότητα.

Τόσο τα γονίδια, όσο και το περιβάλλον, επιδρούν στην εμφάνιση της παιδικής παχυσαρκίας. Τα παιδιά, των οποίων και οι δυο γονείς είναι παχύσαρκοι, έχουν 80% πιθανότητα να γίνουν παχύσαρκα και ο κίνδυνος αυτός, πέφτει στο 40%, αν μόνο ο ένας γονιός είναι παχύσαρκος και στο 8%, αν κανείς από τους γονείς δεν είναι παχύσαρκος. (Bilsborough, et al., 2003).

Κληρονομικότητα: είναι πιθανό, ότι πολλά γονίδια επιδρούν στο φαινότυπο της παχυσαρκίας, του οποίου η τελική έκφραση, είναι το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης γονιδίων και περιβάλλοντος.

Διατροφή: η διατροφή, είναι ένα βασικό καθοριστικό στοιχείο του βάρους του σώματος. Η πρόσληψη θερμίδων με τη διατροφή, αλλά και η ισορροπία των θρεπτικών συστατικών στη διαίτα, καθώς και η κατανομή των γευμάτων κατά τη διάρκεια της ημέρας, σχετίζονται με τη σύσταση του σώματος.

Τρόπος ζωής: το διατροφικό περιβάλλον των παχύσαρκων παιδιών, είναι διαφορετικό από αυτό των μη παχύσαρκων. Οι παχύσαρκοι γονείς, δημιουργούν διαφορετικό διατροφικό περιβάλλον για τα παιδιά τους και έτσι, ενθαρρύνουν ή κάνουν εύκολη, την επιλογή τροφών πλούσιων σε λιπαρά.

Φυσική δραστηριότητα: η ελαττωμένη φυσική δραστηριότητα, η οποία οφείλεται κυρίως στον σύγχρονο καθιστικό τρόπο ζωής, έχει σαν αποτέλεσμα την ελαττωμένη «δαπάνη» ενέργειας, γεγονός που αποτελεί κακό προγνωστικό παράγοντα για την

αύξηση του βάρους.

Ψυχολογικά αίτια: τα παχύσαρκα παιδιά και οι ενήλικοι, έχουν συνήθως χαμηλή αυτοεκτίμηση και φτωχή εικόνα εαυτού, γεγονός που συχνά οδηγεί σε έλλειψη κινήτρων και θέτει τα παιδιά σε ένα φαύλο κύκλο μη ισορροπημένης διατροφής και κακής εικόνας σώματος (Bilsborough, et al., 2003).

Έρευνα που δημοσιεύθηκε τον Οκτώβριο του 2007 (Διαταραχές Διατροφικής Συμπεριφοράς με επικέντρωση στη νευρογενή ανορεξία και βουλιμία) και η οποία πραγματοποιήθηκε σε 190 παιδιά και εφήβους, έδειξε ότι:

- το 42% των κοριτσιών, δεν είναι ικανοποιημένα με το σωματικό τους βάρος και θέλουν να χάσουν κιλά στα αγόρια, το αντίστοιχο ποσοστό είναι 18%,
- το 41% των κοριτσιών, δηλώνουν ότι δεν είναι ικανοποιημένα με κάποιο μέρος του σώματός τους, κυρίως την κοιλιά τους, την περιφέρειά τους ή το μέγεθος και το σχήμα των ποδιών τους στα αγόρια, το αντίστοιχο ποσοστό είναι 18%,
- η τελειομανής συμπεριφορά (perfectionism), είναι συχνή και στα δύο φύλα: 68% στα αγόρια και 62% στα κορίτσια και είναι ενδεικτική των πολύ υψηλών στόχων που βάζουν οι μαθητές. Αυτό, τους προκαλεί έντονη πίεση και άγχος.

Σοβαρό και άκρως ανησυχητικό, χαρακτήρισαν το πρόβλημα των διατροφικών διαταραχών, οι εκπρόσωποι των ψυχολόγων, υπογραμμίζοντας την ανάγκη δημιουργίας μονάδων πρωτογενούς και δευτερογενούς πρόληψης. Η πρόληψη, όπως είπαν, θα πρέπει ν' αρχίζει από το νηπιαγωγείο (Bilsborough, et al., 2003).

Η εφηβική παχυσαρκία, αυξάνεται σε όλη την Ευρώπη, αποτελώντας πλέον μία από τις συνήθεις χρόνιες ασθένειες. Συνολικά, το 10% των εφήβων σε όλο τον κόσμο, είναι υπέρβαροι. Η εμφάνιση της παχυσαρκίας στις ΗΠΑ, φτάνει διαστάσεις επιδημίας, επηρεάζοντας το 24% των παιδιών και εφήβων. Επίσης, παρατηρούν αύξηση του υπέρβαρου και της παχυσαρκίας, στους παιδιατρικούς πληθυσμούς (M. Med. Sci, Κλινικός Διαιτολόγος - Διατροφολόγος Πανεπιστημίου Γλασκώβης).

Όσον αφορά στη φυσική άσκηση, αν και έχει αποδειχθεί ότι η συστηματική φυσική άσκηση βελτώνει την υγεία, μειώνοντας την επίπτωση νοσημάτων, σε βαθμό συγκρίσιμο με αυτόν της διακοπής του καπνίσματος ή της χαμηλής πρόσληψης λίπους με τη διατροφή, ελάχιστες χώρες στην Ευρώπη, καταγράφουν τα επίπεδα άσκησης του πληθυσμού. Μια από τις λίγες έρευνες που αφορούν στην άθληση κατά

τη σχολική ηλικία, είναι η Health Behaviour of School-Aged Children Study. Βασισμένη σε στοιχεία από 20 χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, αναφέρει, ότι τη χρονική περίοδο 1993–1994, το 62–92% των αγοριών και το 41–84% των κοριτσιών, ασκούσαν εντατικά 2 έως περισσότερες φορές την εβδομάδα.

3.3 ΚΑΠΝΙΣΜΑ

Το κάπνισμα, αποτελεί από πολύ παλιά μια βλαβερή συνήθεια. Στις μέρες μας, υπολογίζεται ότι ευθύνεται για το θάνατο, τουλάχιστον 400.000 ανθρώπων, κάθε χρόνο, μόνο στις ΗΠΑ. Είναι, δηλαδή, πιο καταστροφικό από το AIDS, τα τροχαία ατυχήματα, τις ανθρωποκτονίες, τα ναρκωτικά και τις πυρκαγιές (Ομάδα Αγωγής Υγείας, Α' Τάξη 3^{ου} Ενιαίου Λυκείου Πετρούπολης, 2002 – 2003).

Το κάπνισμα, έχει αρνητικές συνέπειες στην λειτουργία του εγκεφάλου, του αναπνευστικού συστήματος και στη γονιμότητα, ενώ αυξάνει κατά πολύ, τις περιπτώσεις καρκινοπάθειας. Πέραν του εμφράγματος, το κάπνισμα προκαλεί αύξηση των αιφνιδίων θανάτων, του ανευρύσματος της αορτής, της περιφερειακής αγγειοπάθειας και του ισχαιμικού αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου (ενδοκρανιακή ή υπαραχνοειδής αιμορραγία). Η διακοπή του καπνίσματος, απεδείχθη ότι ελαττώνει τη θνησιμότητα κατά 36% σε όσους το επιτυγχάνουν (Ομάδα Αγωγής Υγείας, Α' Τάξη 3^{ου} Ενιαίου Λυκείου Πετρούπολης, 2002 – 2003).

Δυστυχώς, όλο και περισσότεροι έφηβοι, πέφτουν στην παγίδα του “τσιγάρου” για ποικίλους λόγους. Ο αριθμός των νέων κοριτσιών που καπνίζουν, αυξάνεται συνεχώς τα τελευταία χρόνια. Η επιθυμία για χαμηλό σωματικό βάρος ή ο φόβος για αύξηση του βάρους, αποτελούν πλέον, ένα πολύ ισχυρό κίνητρο για τις νεαρές έφηβες, για να αρχίσουν το κάπνισμα. Δυστυχώς, η πεποίθηση πολλών ενήλικων ατόμων, ότι το κάπνισμα, διατηρεί το σωματικό βάρος σε χαμηλά επίπεδα και ότι η διακοπή του καπνίσματος, προκαλεί αυτόματα και αύξηση του βάρους, επιδρά αρνητικά στους εφήβους, οδηγώντας τους στο να ξεκινήσουν το κάπνισμα. Επιπλέον, υπάρχουν και άλλοι περιβαλλοντικοί, κοινωνικοί και ψυχολογικοί παράγοντες, οι οποίοι συμβάλλουν στην ένταση του φαινομένου, π.χ. χαμηλοί βαθμοί στα μαθήματα, αλλαγή στις παρέες, επιδείνωση των σχέσεων με τα άλλα μέλη της οικογένειας κ.λπ. (Ομάδα Αγωγής Υγείας, Α' Τάξη 3^{ου} Ενιαίου Λυκείου Πετρούπολης, 2002 – 2003).

Η κρίσιμη ηλικία που τα παιδιά μπορεί να δοκιμάσουν το κάπνισμα, είναι 12-

13 ετών, όπως προκύπτει από έρευνες. Το τραγικό είναι, ότι τέτοιες δοκιμές, μπορεί να έχουν αποτέλεσμα τον εθισμό στη νικοτίνη. Γιατί, είναι πια παραδεκτό, ότι η νικοτίνη, είναι έντονα εθιστική. Πολύ πρόσφατες έρευνες, έδειξαν, ότι στην ηλικία των 12-13 ετών, με λίγα μόνο τσιγάρα, προκαλείται εθισμός, δείχνει όμως και πόσο ευάλωτοι είναι οι έφηβοι (Ομάδα Αγωγής Υγείας, Α' Τάξη 3^{ου} Ενιαίου Λυκείου Πετρούπολης, 2002 – 2003).

Ο εθισμός, είναι μια ψυχική και σωματική κατάσταση που δημιουργεί στο άτομο, μια όλο και λιγότερο ελεγχόμενη επιθυμία, να χρησιμοποιήσει την ουσία αυτή. Για το λόγο αυτό, είναι δύσκολο οι άνθρωποι που χρησιμοποιούν εξαρτησιογόνες ουσίες, να ελέγξουν την επιθυμία να τις χρησιμοποιήσουν.

Αυτό, πρέπει να αποτελέσει διπλό μήνυμα για τους γονείς: πρώτον, έχουν την υποχρέωση να ελαχιστοποιήσουν την έκθεση των παιδιών στον καπνό δεύτερον, πρέπει να δείξουν μηδενική ανεκτικότητα, όταν ανακαλύψουν ότι το παιδί τους καπνίζει. Αρχικά, πρέπει να διατηρήσουν την ψυχραιμία τους, να αντιμετωπίσουν το παιδί τους και να του μιλήσουν. Η διακοπή του καπνίσματος, είναι πιο εύκολη στα παιδιά απ' ότι στους ενήλικες (Ομάδα Αγωγής Υγείας, Α' Τάξη 3^{ου} Ενιαίου Λυκείου Πετρούπολης, 2002 – 2003).

Η εφηβεία, είναι η ηλικία που τα παιδιά δοκιμάζουν, εκθέτουν τον εαυτό τους σε κίνδυνο. Η ριψοκίνδυνη συμπεριφορά, δεν είναι πάντοτε κακή. Κάποιες από τις συμπεριφορές αυτές, διδάσκουν τα παιδιά και τους εφήβους να παίρνουν υπεύθυνες αποφάσεις. Υπάρχουν όμως περιπτώσεις, που μπορεί να ενδώσουν σε δυσάρεστες, όσο και επικίνδυνες εμπειρίες, όπως το κάπνισμα, το ποτό, τα ναρκωτικά, η γρήγορη οδήγηση.

Βέβαια, δεν πρέπει να ξεχνάμε, ότι το υποσυνείδητο των εφήβων, καταπιέζεται καθημερινά από όλα τα μέσα προβολής, από τους πληθωρικούς καπνιστές, που με το... πακέτο τους στο χέρι... κατακτούν ζούγκλες του Αμαζονίου, απάτητες χιονισμένες βουνοκορφές, δαμάζουν ατίθασα άλογα της άγριας Δύσης και οδηγούν ιστιοπλοϊκά σκάφη μέσα στα αφρισμένα κύματα των ωκεανών. Στο μυαλό μας έρχεται όμως αμέσως, ο χρόνιος βαρύς καπνιστής που τον πιάνει... η καρδιά του, όταν πάει να ανέβει γρήγορα μια σκάλα, να προλάβει το λεωφορείο ή να κουβαλήσει τα ψώνια από το σούπερ μάρκετ. Είναι αυτός, ο ίδιος τύπος των περιπετειών και των εξερευνήσεων.

Οι διαφημίσεις όμως, δεν είναι οι μόνες που επηρεάζουν τα παιδιά και τα οδηγούν στην περιέργεια του τι είναι τελικά το τσιγάρο, αλλά και οι γονείς παίζουν

έναν ρόλο, που θα χαρακτηρίζαμε ως τον σημαντικότερο.

Ο καπνιστής, ξεκινά περίπου στην εφηβική του ηλικία. Η πραγματική όμως απόφαση, έχει ληφθεί πολλά χρόνια πριν - σύμφωνα με την αμερικανική έρευνα, ακόμα και στην ηλικία ανάμεσα στα 3 και τα 6 χρόνια - λόγω της επίδρασης των οικογενειακών, ευρύτερων κοινωνικών ή διαφημιστικών προτύπων. Σημαντικό στοιχείο αποτελεί επίσης, ότι στην εφηβική ηλικία, οι απαγορεύσεις, όχι μόνο δεν είναι αποτελεσματικές, αλλά συχνά προκαλούν αντίδραση, που φέρνει τα αντίθετα αποτελέσματα (Ελληνικό Ίδρυμα Καρδιολογίας, 2005).

Σημαντικά στοιχεία προκύπτουν από την ανάλυση έρευνας, που διεξήγαγε επί δύο χρόνια το Ελληνικό Ίδρυμα Καρδιολογίας, σε τυχαίο επιλεγμένο δείγμα 6.206 μαθητών Γυμνασίων και Λυκείων από όλη την Ελλάδα: 3 στα 10 Ελληνόπουλα, δοκίμασαν, για πρώτη φορά το κάπνισμα, στην ηλικία των 13 ετών και 2 από αυτά, έγιναν συστηματικοί καπνιστές. Περισσότεροι από 50% των εφήβων καπνιστών, καταναλώνουν πάνω από 10 τσιγάρα ημερησίως. Η έρευνα έδειξε, ότι, αφορμή και όχι απαραίτητα αιτία, για το κάπνισμα του πρώτου τσιγάρου, είναι η παρότρυνση συνομήλικου φίλου ή συμμαθητή σε ποσοστό 65%, ενώ η περιέργεια, σε ποσοστό 27% (Ελληνικό Ίδρυμα Καρδιολογίας, 2005).

Η έρευνα, συμπεραίνει, ότι οι έννοιες της μαγκιάς και του προσωπικού στυλ, ανεξάρτητα από διαφορές κοινωνικοοικονομικών στρωμάτων, αποτελούν βασικό παράγοντα, που οδηγεί στην καπνιστική συνήθεια. Σύμφωνα με την έρευνα, ο ένας από τους τρεις έφηβους καπνιστές που διακόπτει, δηλώνει ότι ενημερώθηκε από ειδικούς, γεγονός, το οποίο τον οδήγησε στην απόφασή του. Επίσης, οι γονείς και ο στενός οικογενειακός κύκλος, δεν είναι καπνιστές ή ήταν πρώην. Ρόλο σε αυτή την απόφαση, δήλωσαν ότι παίζει και η τιμή των τσιγάρων. Σύμφωνα με την έρευνα, οι έφηβοι καπνιστές που γίνονται συστηματικοί, δηλώνουν μη επαρκή ενημέρωση, θετική αίσθηση για το κάπνισμα, ανοχή γονέων και δασκάλων, καπνιστές στο οικογενειακό περιβάλλον και θετικά καπνιστικά προϊόντα. Ένας τομέας που πρέπει να προσεχθεί ιδιαίτερα, είναι αυτός της δημιουργίας των καπνιστικών προτύπων (οικογενειακών, κοινωνικών και διαφημιστικών). Τα παιδιά, πολύ συχνά, δηλώνουν ως λόγο έναρξης του καπνίσματος, το άγχος, την περιέργεια, την απόλαυση, την καλή γεύση ή οσμή. Εδώ ακριβώς, ο ερευνητής, πρέπει να αναρωτηθεί, βάσει ποιων προτύπων θεωρεί ένα παιδί, που δεν έχει καπνίσει ποτέ, ότι το τσιγάρο, έχει αγχολυτική δράση ή καλή γεύση κλπ., καθώς και ποια πρότυπα υποκινούν τα πρότυπα.

Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός, ότι άνθρωποι με πολύ μικρή όραση, καθώς και άνθρωποι που έχασαν την όραση τους μετά από την ηλικία των 5-6, καπνίζουν σε ποσοστό μικρότερο από αυτό του γενικού πληθυσμού (57%). Η παρατήρηση, ότι η διαφοροποίηση γίνεται μόνο αν η όραση χαθεί σε ηλικία μικρότερη των 6 ετών, κρούει τον κώδωνα του κινδύνου για το πού και πότε, πρέπει να αρχίζουν οι αντικαπνιστικές εκστρατείες (Ελληνικό Ίδρυμα Καρδιολογίας, 2005).

3.4 ΜΟΡΦΕΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Ο καρκίνος του λάρυγγα, αντιπροσωπεύει περίπου το 2% όλων των κακοηθών όγκων του ανθρώπου. Προσβάλλει συχνότερα τους άνδρες. Η αναλογία σε σχέση με τις γυναίκες, είναι 7:1. Είναι συχνότερος στις ηλικίες 40-70 ετών. Σχεδόν όλα τα κακοήθη νεοπλασμάτα του λάρυγγα, αναπτύσσονται από το καλυπτικό επιθήλιο και είναι σε 95-98%, ακανθοκυτταρικά καρκινώματα. Το κάπνισμα και η κατάχρηση οινοπνεύματος, ενοχοποιούνται για την ανάπτυξη του καρκίνου του λάρυγγα. Επίσης, ενοχοποιείται η έκθεση στην επίδραση βαρέων μετάλλων, όπως το χρώμιο και το νικέλιο και της ακτινοβολίας (Putney P. and Charman G., 2005).

Το καρκίνωμα του λάρυγγα, περιορίζεται μέσα στο λάρυγγα. Εμπόδιο στην επέκτασή του προς τα έξω, προβάλλει ο χόνδρος και κυρίως το περιχόνδριο (Putney P and Charman G., 2005).

Αλλοίωση και ειδικότερα, βράγχος της φωνής, φαίνεται να είναι το κυρίαρχο σύμπτωμα στον καρκίνο του λάρυγγα. Σε μία μελέτη των Putney και Charman 311 ασθενών, βράγχος της φωνής, βρέθηκε σε ποσοστό 94% του συνόλου των ασθενών. Λιγότερο συχνά συμπτώματα, αποτελούν η δύσπνοια, λόγω αποφρακτικών φαινομένων του ανωτέρου αναπνευστικού, ο πόνος και ιδίως κατά την εισπνοή ή την κατάποση, η δυσφαγία και η αιμόπτυση, συμπτώματα που προκαλούνται από εκτεταμένη διήθηση στην περιοχή του λάρυγγα, αλλά και σε παρακείμενους ιστούς (Putney P and Charman G., 2005).

Η κλινική σταδιοποίηση του καρκίνου του λάρυγγα εκ πλακωδών επιθηλίων, σχετίζεται με την εντόπισή τους σε μία από τις τρεις ανατομικές περιοχές του λάρυγγα, την γλωττιδική περιοχή (γνήσιες φωνητικές χορδές), την υπεργλωττιδική περιοχή και την υπογλωττιδική. Το στάδιο T1, αναφέρεται στην ύπαρξη της βλάβης σε μία ανατομική περιοχή, χωρίς επέκταση και βλάβες σε άλλη περιοχή του λάρυγγα (Putney P and Charman G., 2005).

Το στάδιο T2, αναφέρεται στην ύπαρξη της βλάβης σε δύο ή τρεις παρακείμενες περιοχές του λάρυγγα, αλλά χωρίς διήθηση άλλων περιοχών. Το στάδιο T3, περιλαμβάνει επέκταση της βλάβης, σε αντίστοιχες των σταδίων T1 και T2, αλλά με μεγαλύτερη διήθηση λαρυγγικών ανατομικών περιοχών, όπως διήθηση των γνησίων φωνητικών χορδών, επέκταση στην μετακρικοειδή περιοχή, στον απιοειδή κόλπο ή στην προεπιγλωττιδική περιοχή ή σε συνδυασμό. Το στάδιο T4, περιλαμβάνει μεταστάσεις, σε περιοχές εκτός της ανατομικής περιοχής του λάρυγγα (Putney P and Charman G., 2005).

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου (Κ.Π.Ε), είναι ο πιο συχνός σπλαχνικός καρκίνος στις ΗΠΑ και τη Μεγάλη Βρετανία και είναι κυρίως, νόσος των ενηλίκων, με τη μεγαλύτερη συχνότητα, κατά την έβδομη δεκαετία της ζωής. Το επιθήλιο του εντέρου, αποτελείται από κύτταρα, τα οποία ανανεώνονται διαρκώς. Ορισμένες φορές, τα κύτταρα αυτά, αναπτύσσονται ανεξέλεγκτα, σχηματίζοντας μια συστάδα κυττάρων, που ονομάζεται πολύποδας του εντέρου (είναι επίσης γνωστός, ως αδένωμα). Οι πολύποδες, δεν αποτελούν καρκίνους του εντέρου (συνήθως είναι καλοήθεις), αλλά μπορεί να μετατραπούν -να εξαλλάξουν- σε κακοήθεις (καρκίνους), με την πάροδο των ετών. Η κακοήθεια, κλινικά, προκύπτει, όταν τα καρκινικά κύτταρα, εξαπλώνονται πέρα από το αρχικό σημείο στο οποίο βρίσκονται, σε άλλα μέρη του σώματος (Σπαρούνης Κ., 2004).

Κάθε χρόνο, ο καρκίνος του παχέος εντέρου, διαγιγνώσκεται σε 1.000.000 ανθρώπους, ενώ το 2002, αναφέρθηκαν 500.000 θάνατοι από αυτή την αιτία, σε παγκόσμια κλίμακα. Στις δυτικές κοινωνίες, ο καρκίνος του παχέος εντέρου, είναι ο 3ος σε συχνότητα καρκίνος στους άντρες και 4ος στις γυναίκες και αποτελεί τη δεύτερη, σε σειρά, αιτία θανάτου, από οποιοδήποτε καρκίνο (Σπαρούνης Κ., 2004).

Το 2004, ο καρκίνος του παχέος εντέρου, ήταν η δεύτερη πιο συνήθης μορφή καρκίνου στην Ευρώπη, με 376.400 νέους ασθενείς. Η νόσος, αποτελεί το 9,4% όλων των περιπτώσεων καρκίνου στους άνδρες και το 10,1% στις γυναίκες. Έχει αποδειχθεί, ότι 1 στους 3 ασθενείς, εντοπίζεται εξαρχής με μεταστατική νόσο, ενώ το 50% από όσους διαγνώστηκαν σε αρχικά στάδια, εμφανίζουν μεταστάσεις και χάνουν τελικά τη ζωή τους. 6 στους 100 κατοίκους της Κοινότητας, θα παρουσιάσουν αυτήν τη νόσο κατά τη διάρκεια της ζωής τους. Υπολογίζεται ότι στην Ευρώπη, πεθαίνουν περίπου 60.000 άτομα από τα 150.000, με καρκίνο παχέος εντέρου, που διαγιγνώσκονται ανά έτος (Benson G., 2007).

Στην Ευρώπη, η υψηλότερη θνησιμότητα, παρατηρείται σε άνδρες και γυναίκες των ανατολικών και βορειοδυτικών χωρών. Χαμηλότερη είναι η θνησιμότητα στις χώρες της νότιας Ευρώπης. Στην Ελλάδα, κάθε χρόνο, προσβάλλονται από καρκίνο 15.000 άνδρες, εκ των οποίων το 5,57% (δηλαδή 836 άτομα περίπου), από καρκίνο παχέος εντέρου και 11.500 γυναίκες, από τις οποίες το 7,15% (δηλαδή 823 άτομα περίπου), από τον ίδιο καρκίνο συνολικά, 1.659 άτομα κάθε χρόνο (Κουρούσης Γ., 2001).

Παρά το ότι η Ελλάδα καταλαμβάνει τη χαμηλότερη θέση ανάμεσα στις χώρες της ΕΕ, ο καρκίνος του παχέος εντέρου, είναι σημαντική αιτία θνησιμότητας (8,7 θάνατοι ανά 100.000 πληθυσμού), (Κουρούσης Γ., 2001). Η συχνότητα στα δύο φύλα, είναι παρόμοια, με τη διαφορά, ότι στους άνδρες, είναι αυξημένη η συχνότητα του καρκίνου του ορθού. Η πιθανότητα ενός ατόμου, χωρίς συμπτώματα, να αναπτύξει στη διάρκεια της ζωής του την νόσο, πλησιάζει το 6% και για τα δύο φύλα, ενώ περίπου οι μισοί από αυτούς, θα πεθάνουν από τη νόσο. Ωστόσο, η θνησιμότητα από καρκίνο του παχέος εντέρου, πέφτει διαρκώς τα τελευταία 20 χρόνια. Αυτό, μπορεί να οφείλεται, στο ότι τα νέα περιστατικά, διαγιγνώσκονται νωρίτερα και οι θεραπείες, έχουν βελτιωθεί κατά πολύ (Κουρούσης Γ., 2001).

Η 5-ετής επιβίωση, είναι 90% για τους ασθενείς που ο Κ.Π.Ε εντοπίζεται και αντιμετωπίζεται σε αρχικά στάδια, πριν να εξαπλωθεί, αλλά μόνο περίπου 40% του καρκίνου του παχέος εντέρου, εντοπίζονται σε αρχικά στάδια. Γι' αυτό, είναι πολύ σημαντικό, να γίνεται έγκαιρη διάγνωση (Κουρούσης, 2001).

Σχήμα 1 Θνησιμότητα από καρκίνο του παχέος εντέρου ανά 100.000 σε χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης



Πηγή: Κουρούσης Γ. (2001), Η αντιμετώπιση του καρκίνου

Ο καρκίνος του στομάχου, είναι μία νόσος, κατά την οποία, τα στομαχικά κύτταρα γίνονται κακοήγη (καρκινικά) και αυξάνονται ανεξέλεγκτα, σχηματίζοντας όγκο

(American Academy of Family Physicians, 2004). Αποτελεί τον τέταρτο πιο κοινά, διαγνωσμένο καρκίνο (Ajani, J., 2005), ενώ μόνο στην Ευρώπη, 140 χιλιάδες άτομα, χάνουν τη ζωή τους από τη νόσο (Boyle, P., Ferlay, J., 2004).

Ο καρκίνος του στομάχου, ανιχνεύεται και διαγιγνώσκεται με δυσκολία, καθώς στα πρώιμα στάδια, παρουσιάζει ελάχιστα συμπτώματα. Έτσι, οι ασθενείς φτάνουν στον ειδικό, όταν η νόσος τους είναι ήδη προχωρημένη, με αποτέλεσμα, οι θεραπευτικές επιλογές να μειώνονται και συχνά, η παραμονή στο νοσοκομείο να επιμηκώνεται.

Τα τελευταία χρόνια, ο καρκίνος του στομάχου, αποτελεί το δεύτερο αίτιο θανάτου από καρκίνο, σε παγκόσμιο επίπεδο. Κάθε χρόνο, εκτιμάται, ότι ο αριθμός θανάτων, ανέρχεται σε 911.000 άτομα, σε όλο τον κόσμο. Η νόσος, παρουσιάζεται με διπλάσια συχνότητα σε άνδρες, είναι πιο συνήθης σε άτομα άνω των 55 ετών και έχει αποδειχθεί, ότι η διατροφή, παίζει σημαντικό ρόλο στην εκδήλωσή της. Μια διατροφή πλούσια σε αλάτι και φτωχή σε βιταμίνες A και C, μπορεί να αυξήσει την πιθανότητα να παρουσιαστεί η ασθένεια. Επίσης, το κάπνισμα, η παχυσαρκία, η ηλικία και το φύλο, μπορούν να παίξουν σημαντικό ρόλο στην εκδήλωση της νόσου (Crew, K., Neugut, A., 2006).

Η εμφάνιση καρκίνου του στομάχου, είναι υψηλότερη στην Ιαπωνία, τη Νότια Αμερική, την Ανατολική Ευρώπη και σε τμήματα της Μέσης Ανατολής. Μεταξύ των όγκων του άνω γαστρεντερικού συστήματος, ο καρκίνος του δωδεκαδάκτυλου, είναι πιο συνήθης στη Δύση, ενώ ο καρκίνος του στομάχου, κυριαρχεί στην Ανατολή (Crew, K., Neugut, A., 2006).

Ο καρκίνος του μαστού, είναι ο συχνότερος καρκίνος των γυναικών, στον δυτικό κόσμο. Συμβαίνει, όταν κάποια κύτταρα του μαστού, χάνουν τον έλεγχο του πολλαπλασιασμού και διαιρούνται ανεξέλεγκτα. Τα κύτταρα αυτά, έχουν την δυνατότητα, να διασπασουν - διηθήσουν κάποιους φυσιολογικούς ανατομικούς φραγμούς του μαστού και να διασπαρθούν στο υπόλοιπο σώμα. Κάθε καρκίνος, έτσι και αυτός του μαστού, συμβαίνει, λόγω κάποιας γενετικής ανωμαλίας σε κάποιο κύτταρο. Παρ' ότι η αιτία, βρίσκεται σε επίπεδο γονιδίων, μόνο το 5-10% των καρκίνων του μαστού, κληρονομούνται από τους γονείς. Οι περισσότεροι καρκίνοι στον μαστό, οφείλονται σε κάποια γονιδιακή βλάβη, που συμβαίνει κατά τη διάρκεια ζωής του ατόμου (The Oncology Channel, 2009).

Ο κίνδυνος να αναπτύξει μια γυναίκα καρκίνο στον μαστό, αυξάνει με την ηλικία. Έτσι, ενώ μέχρι την ηλικία των 39 ετών, ο κίνδυνος είναι μόλις 0,5%, στις

ηλικίες 40-59 ετών, ο κίνδυνος, φτάνει το 4% (δηλαδή 1 στις 25 γυναίκες θα αναπτύξει καρκίνο στο μαστό), (The Oncology Channel, 2009).

Από την ηλικία των 60 και άνω, ο κίνδυνος αυτός, φτάνει το 7% (περίπου 1 στις 15 γυναίκες). Άλλοι παράγοντες κινδύνου για τον καρκίνο του μαστού, είναι (Crew, K & Neugut, A., 2006):

- Η κληρονομικότητα - οι κόρες, οι αδερφές ή οι μητέρες γυναικών που ανέπτυξαν καρκίνο μαστού και ιδιαίτερος σε νεαρή ηλικία (<50 ετών), έχουν αυξημένο κίνδυνο να νοσήσουν και οι ίδιες
- Συγγενείς γυναικών που παρουσίασαν καρκίνο και στους δύο μαστούς
- Επανελημμένη εμφάνιση, στην ίδια οικογένεια, στο παρελθόν, καρκίνου μαστού ή ωοθηκών
- Γυναίκες με πρόωμη έναρξη εμμήνου ρύσης
- Γυναίκες με καθυστερημένη εμμηνόπαυση
- Γυναίκες που λαμβάνουν οιστρογόνα τουλάχιστον 5 χρόνια μετά την εμμηνόπαυση
- Γυναίκες που δεν γέννησαν ή τουλάχιστον δεν είχαν μία τελειόμηνη κύηση
- Παχυσαρκία
- Συχνή χρήση αλκοόλ
- Κάπνισμα

3.5 ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ

Η χρήση τοξικών ουσιών (ναρκωτικών), αποτελεί μια από τις συχνότερες, αλλά και τις δυσκολότερα αντιμετωπίσιμες παθολογικές καταστάσεις της εφηβείας. Σε μια περίοδο σημαντικών αλλαγών και μεγάλης ψυχικής έντασης, όπως είναι η εφηβεία, τα ναρκωτικά, παρουσιάζονται ως θαυματουργές ουσίες, που υποτίθεται, ότι λύνουν όλα τα προβλήματα. Βαθμιαία, ο έφηβος, οδηγείται από τη χρήση στην εξάρτηση, στην αντικοινωνικότητα και την παραβατικότητα. Οι χρήστες, παρουσιάζουν αυξημένη θνησιμότητα, λόγω υπερβολικής δοσολογίας ή νοθευμένων ουσιών. Είναι επίσης, ευάλωτοι, σε μολύνσεις που μπορεί να προκαλέσουν ηπατίτιδα, AIDS, αποστήματα και γάγγραινα (Χουρδάκη Μ., 1995).

Η τοξικομανία, ορίζεται ως η παθολογική κατάσταση, κατά την οποία το άτομο, έχει απολέσει τον έλεγχο της χρήσης της τοξικής ουσίας, έχει αναπτύξει εξάρτηση και σε τυχόν διακοπή της λήψης, παρουσιάζει στερητικό σύνδρομο. Η εξάρτηση, καθιστά απαραίτητη την καθημερινή χρήση της ουσίας, η οποία με τη σειρά της, προκαλεί εξασθένηση του επιθυμητού αποτελέσματος και ανοχή. Προκύπτει έτσι, η ανάγκη συνεχούς αύξησης της ποσότητας της ουσίας, για να επιτευχθεί το ίδιο αποτέλεσμα (Χουρδάκη Μ., 1995).

Ο έφηβος, καταναλώνει το μεγαλύτερο μέρος του χρόνου του για να προμηθευτεί την ουσία, να τη χρησιμοποιήσει και να ανανήψει από τα αποτελέσματά της. Αν διακοπεί η χρήση ή μειωθεί η ποσότητα, εμφανίζεται το στερητικό σύνδρομο, το οποίο παρουσιάζει ιδιαίτερα χαρακτηριστικά, ανάλογα με την ουσία και εκδηλώνεται μέσω σωματικών συμπτωμάτων. Τα συχνότερα από αυτά είναι: σωματική δυσφορία με μυϊκή αδυναμία, ρίγη, διάρροια, πόνοι στην κοιλιά, στη μέση και στις αρθρώσεις, ιδρώτας, τρόμος, σπασμοί, αϋπνία, εριστικότητα και έντονη επιθυμία για χρήση της ουσίας. Εντούτοις, το στερητικό σύνδρομο, που είναι αποτέλεσμα της σωματικής εξάρτησης, διαρκεί λίγες ημέρες και αντιμετωπίζεται φαρμακευτικά. Η ψυχολογική εξάρτηση, διαρκεί πολύ περισσότερο και αποτελεί την κυριότερη αιτία διακοπής της θεραπείας (Χουρδάκη Μ., 1995).

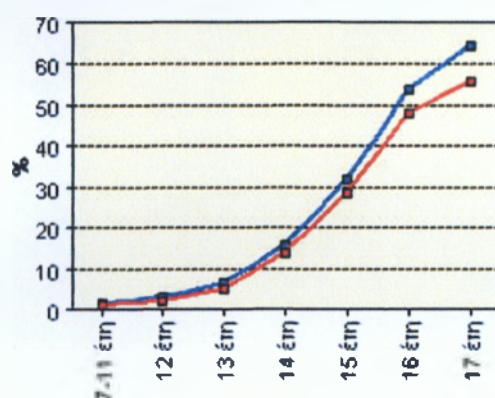
Έρευνες που έγιναν από το Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής, δείχνουν ότι η χρήση ναρκωτικών, έχει διαδοθεί σημαντικά, ιδιαίτερα στους εφήβους, με επίπεδα χρήσης, που προσεγγίζουν αυτά των άλλων ευρωπαϊκών χωρών. Η μεγαλύτερη διάδοση, εντοπίζεται στα δύο μεγάλα αστικά κέντρα: Αθήνα και Θεσσαλονίκη. Παρατηρείται όμως, μια σαφής τάση επέκτασης του φαινομένου στις ημιαστικές και αγροτικές περιοχές (Ράτρη Γ. κ.συν. 1994).

Τα στοιχεία από τις έρευνες, φανερώνουν την ανοδική πορεία της χρήσης ουσιών από τις αρχές της δεκαετίας του '80. Την τελευταία πενταετία, φαίνεται ότι ο ρυθμός αύξησης της χρήσης, έχει επιταχυνθεί εξαιρετικά. Το φαινόμενο αυτό, μπορεί να εξηγηθεί από την υιοθέτηση νέων αντιλήψεων και συμπεριφορών, που αρνούνται την επικινδυνότητα της χρήσης (κυρίως της κάνναβης), καθώς και από την αύξηση της διαθεσιμότητας των παράνομων ουσιών, οι οποίες πωλούνται, κατ'εξοχήν, στους χώρους νυχτερινής διασκέδασης των νέων. Διαδεδομένο είναι στους έφηβους και το φαινόμενο της πολλαπλής χρήσης ουσιών, δηλαδή, η παράλληλη χρήση νόμιμων και παράνομων ουσιών, όπως το οινόπνευμα, τα ψυχοδραστικά φάρμακα και τα συνθετικά ναρκωτικά (όπως η ουσία "έκσταση"), (Ράτρη Γ. κ.συν. 1994).

Τα τελευταία διαθέσιμα ερευνητικά στοιχεία για τη χρήση παράνομων ουσιών στο μαθητικό πληθυσμό, είναι από την έρευνα ESPAD, την οποία υλοποίησε το ΕΠΗΨΥ το 2003 (πανελλήνιο αντιπροσωπευτικό δείγμα, 8.658 μαθητές ηλικίας 14-17 ετών, ανώνυμο αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο, χωρίς την παρουσία εκπαιδευτικού στην αίθουσα, χρηματοδότηση ΟΚΑΝΑ). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, χρήση κάποιας παράνομης ουσίας, έστω και μία φορά στη ζωή του, δηλώνει ότι έχει κάνει το 10% των εφήβων, ηλικίας 14-17 ετών, ενώ η χρήση, αυξάνεται με την ηλικία. Ένας στους τρεις εφήβους (3,4%), που ανέφεραν εμπειρία χρήσης κάποιας παράνομης ουσίας, έχει απλώς δοκιμάσει κάποια παράνομη ουσία και αντίστοιχα το 6,6%, έχουν κάνει χρήση, τουλάχιστον 3 φορές σε όλη τους τη ζωή.

Το παρακάτω διάγραμμα, παρουσιάζει την ηλικία έναρξης της χρήσης κάνναβης για τα αγόρια, ηλικίας 17-18 ετών, στη Γαλλία:

Διάγραμμα 3.1 - Ηλικία έναρξης της χρήσης κάνναβης για τα αγόρια



Πηγή: Ράτρη Γ. κ.συν. (1994)

Σε μελέτη, η οποία έχει βασιστεί σε στοιχεία έρευνας που διερευνούσε τη συσχέτιση μεταξύ στάσεων και συμπεριφοράς σχετικά με τη φυσική άσκηση, τη βίαιη συμπεριφορά σε αθλητικούς χώρους, τη διατροφή, το κάπνισμα και τη χρήση μαριχουάνας / χασίς ή της ουσίας «Έκσταση», σε 5.991 μαθητές ηλικίας 11-12, 13-14 και 16-17 ετών (τυχαία στρωματοποιημένη δειγματοληψία, ανώνυμο αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο, χωρίς την παρουσία εκπαιδευτικού στην αίθουσα), χρήση μαριχουάνας / χασίς ή της ουσίας «Έκσταση», αναφέρεται από το 3,9% των αγοριών και το 1,6% των κοριτσιών, ηλικίας 13-14 ετών (Papaioannou et al., 2004).

Μεταξύ των εφήβων, ηλικίας 16-17 ετών, χρήση, έστω και μία φορά, αναφέρεται από το 11,2% των αγοριών και το 4,3% των κοριτσιών (Papaioannou et al., 2004).

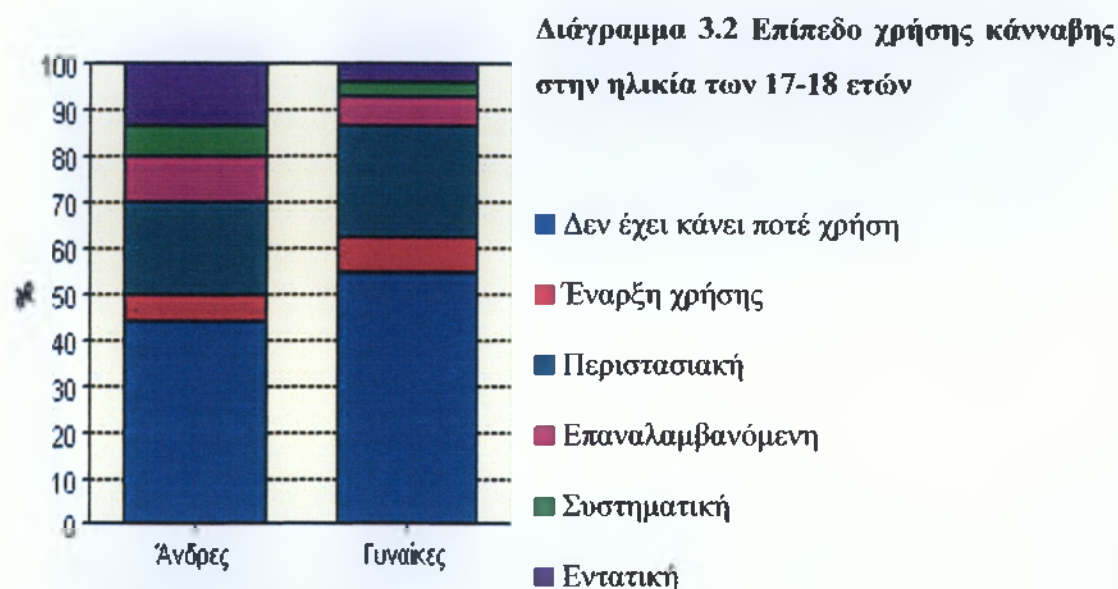
Το 2004, δημοσιεύτηκε μελέτη, με στόχο τη διερεύνηση της σχέσης της χρήσης κάνναβης, νωρίς στην εφηβεία, με ψυχοσωματικά συμπτώματα, αργότερα, σε μεγαλύτερη ηλικία. Η μελέτη αυτή, βασίστηκε σε έρευνα, που υλοποιήθηκε το 2001, στα πλαίσια διαχρονικής (longitudinal) έρευνας, σε 3.500 εφήβους, ηλικίας 18 ετών (45% αγόρια - ταχυδρομική αποστολή ερωτηματολογίου με διασφαλισμένη ανωνυμία των στοιχείων). Σύμφωνα με τη μελέτη, το 6% των εφήβων, αναφέρουν χρήση κάνναβης, έστω και μία φορά, σε όλη τους τη ζωή (Papaioannou et al., 2004).

Ειδικότερα, το 2% των ερωτηθέντων, χρησιμοποίησαν κάνναβη μόνο μία φορά στη ζωή τους, το 1,4%, δύο έως τέσσερις φορές, το 1,5%, πέντε ή και περισσότερες φορές, ενώ το 0,9%, έκανε συστηματική χρήση. Η χρήση άλλων ουσιών, ήταν πολύ χαμηλότερη του 1%. Μεταξύ αυτών που ανέφεραν χρήση κάνναβης, έστω και μία φορά σε όλη τους τη ζωή, ο ένας στους 4, ανέφερε πρώτη χρήση, πριν από την ηλικία των 15 ετών. Σε σύγκριση με τα κορίτσια, τα αγόρια, αναφέρουν, σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό, χρήση κάνναβης (8% έναντι 4% των κοριτσιών) ή άλλων ουσιών (1,7% έναντι 0,3% των κοριτσιών), (Papaioannou et al., 2004).

Κάνναβη, υπολογίζεται ότι έχουν δοκιμάσει εβδομήντα εκατομμύρια Ευρωπαίοι, δηλαδή σχεδόν το ¼ των ατόμων, ηλικίας 15-64 ετών. Σε εθνικό επίπεδο, τα ποσοστά κυμαίνονται από 2% έως 37%, με χαμηλότερη επικράτηση στη Βουλγαρία, τη Μάλτα και τη Ρουμανία και υψηλότερη στη Δανία (36,5%), στη Γαλλία (30,6%), στη Βρετανία (29,8%) και στην Ιταλία (29,3%). Είκοσι τρία εκατομμύρια Ευρωπαίοι, περίπου το 7% των ενηλίκων, 15-64 ετών, έχουν κάνει χρήση κατά το τελευταίο έτος και 13,4 εκατομμύρια (4%) τον τελευταίο μήνα, (Samhsa G., 2006).

Τα διαχρονικά στοιχεία, δείχνουν, ότι η χρήση της κάνναβης, παρουσίασε μεγάλη αύξηση, σε όλα σχεδόν τα κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, τη δεκαετία του '90, αύξηση, η οποία συνεχίστηκε μέχρι πρόσφατα σε αρκετές χώρες. Τα τελευταία χρόνια, όμως, εμφανίζονται ενδείξεις σταθεροποίησης σε ορισμένες χώρες, ιδιαίτερα σε αυτές, που παραδοσιακά εμφανίζουν υψηλά ποσοστά. Το παρακάτω

διάγραμμα, παρουσιάζει το επίπεδο χρήσης κάνναβης, στην ηλικία των 17-18 ετών, στη Γαλλία το 2001 (Samhsa G., 2006).



Πηγή: Papaioannou et al.,(2004)

Στη Βόρεια Αμερική (Ηνωμένες Πολιτείες, Καναδάς), περισσότεροι από 29 εκατομμύρια ενήλικες (10,3%), χρησιμοποιούν κάνναβη (OHE 2006). Το 2005, στις Ηνωμένες Πολιτείες, 19,7 εκατομμύρια άτομα (8,1%), ηλικίας 12 ετών και άνω, έκαναν χρήση κάποιας παράνομης ουσίας κατά τον τελευταίο μήνα από αυτούς, τα 14,6 εκατομμύρια (6%), έκαναν χρήση μαριχουάνας, ποσοστό σταθερό από το 2003 (Samhsa G., 2006).

Η κοκαΐνη, έχει εξελιχθεί τα τελευταία χρόνια σε πολλά κράτη της Ευρώπης, στη δεύτερη, κατά προτίμηση, ουσία μετά την κάνναβη. Περισσότεροι από 12 εκατομμύρια Ευρωπαίοι, πειραματίζονται με την ουσία, αντιπροσωπεύοντας το 4% του ενήλικου πληθυσμού. Σε εθνικό επίπεδο, τα ποσοστά, κυμαίνονται από 0,2%, σε 11,5%, με υψηλότερα ποσοστά στην Ισπανία, στην Ιταλία και στη Βρετανία. Η χρήση κοκαΐνης, κατά τον τελευταίο χρόνο, αφορά τουλάχιστον 4,5 εκατομμύρια Ευρωπαίους, ενώ 2 εκατομμύρια, κάνουν συστηματικότερη χρήση κατά τον τελευταίο μήνα. Ο ίδιος περίπου αριθμός συστηματικών χρηστών (2,4 εκατομμύρια), συναντάται και στις Ηνωμένες Πολιτείες το 2005 (World Health Organisation, 1999).

Η τάση σταθεροποίησης στη χρήση κοκαΐνης, η οποία επισημάνθηκε το 2005 στην Ευρώπη, φαίνεται να ανακόπτεται το 2006, τουλάχιστον στην ομάδα των

νεαρών ενηλίκων (15-34 ετών), όπου παρατηρείται αυξητική τάση. Οι δύο χώρες με τα υψηλότερα παραδοσιακά ποσοστά, η Ισπανία και η Βρετανία, δεν εμφανίζουν περαιτέρω αύξηση (World Health Organisation, 1999). Βάσει των παραπάνω, οι νεαροί θαμώνες, εκδηλώνουν γενικά τις παρακάτω συμπεριφορές κινδύνου:

- *υψηλό ποσοστό συχνής χρήσης αλκοόλ και μέθης*
- *υψηλό ποσοστό δοκιμής ή χρήσης κάνναβης*
- *σημαντική αύξηση της επικράτησης της χρήσης κοκαΐνης*
- *αύξηση της επικράτησης της χρήσης της ουσίας «Έκσταση»*
- *σημαντικό ποσοστό οδήγησης σε κατάσταση μέθης*
- *προβλήματα λόγω χρήσης αλκοόλ και ναρκωτικών, όπως επιθετική συμπεριφορά, προβλήματα υγείας και*
- *προβλήματα στις σχέσεις με γονείς και φίλους ή ερωτικό σύντροφο*
- *μη ασφαλής σεξουαλική ζωή, όσον αφορά τις ερωτικές επαφές σε κατάσταση μέθης και σε μικρότερο βαθμό, τις ερωτικές επαφές χωρίς χρήση προφυλακτικού.*

Η δοκιμή αμφεταμινών στην Ευρωπαϊκή Ένωση, υπολογίζεται ότι αφορά περίπου 3,5 εκατομμύρια, το 11% του ενήλικου πληθυσμού 15-64 ετών, ενώ 2 εκατομμύρια, έχουν κάνει χρήση κατά τον τελευταίο χρόνο. Τα ποσοστά, κυμαίνονται μεταξύ 0,1% και 3,6% στα διάφορα κράτη, όμως στη Δανία και στη Βρετανία, ανέρχονται σε 6,9% και 11,5% αντίστοιχα (World Health Organization, 1999).

Σχεδόν 1,5 εκατομμύριο Ευρωπαίοι (ποσοστό περίπου 3%), πειραματίζονται με την ουσία «Έκσταση» και 3 εκατομμύρια, χρησιμοποιούν την ουσία συστηματικότερα, δηλαδή, κατά το τελευταίο έτος.

Στα μισά από τα κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, η επικράτηση φτάνει μέχρι το 2,5% ή και χαμηλότερα, ενώ υψηλότερα ποσοστά, αναφέρουν η Βρετανία (7,2%), η Τσεχία (7,1%), η Ισπανία (4,4%) και η Σλοβακία (4,0%).

Η χρήση της ουσίας «Έκσταση», αφορά, κατά κύριο λόγο την Ευρώπη, αν και φαίνεται πως κερδίζει σιγά σιγά έδαφος και στον υπόλοιπο κόσμο. Στη Βόρεια Αμερική, πάντως, και ιδιαίτερα στις Ηνωμένες Πολιτείες, ο πειραματισμός με την ουσία, μειώθηκε ελαφρώς από το 2003 έως το 2005 (OHE 2006).

Η προβληματική χρήση, δηλαδή η χρήση ηρωίνης, διατηρείται γενικά στα ίδια επίπεδα ή και μειώνεται τα τελευταία χρόνια. Τάση μείωσης, παρουσιάζει επίσης και

η επίπτωση στους νέους χρήστες. Πρόσφατα στοιχεία από τα κράτη-μέλη, τοποθετούν την προβληματική χρήση ηρωίνης, μεταξύ μίας και τριών περιπτώσεων, ανά 1.000 κατοίκους. Στις Ηνωμένες Πολιτείες, η χρήση ηρωίνης, παρέμεινε σταθερή κατά την περίοδο 2003-2005 (World Health Organization, 1999).

3.6 ΑΛΚΟΟΛ

Από το 1980 μέχρι το 1985, οι εισαγωγές των αλκοολούχων ποτών, αυξήθηκαν στην Ελλάδα σε ποσοστό 105%. Συγκεκριμένα, όσον αφορά στην μπίρα, η κατανάλωσή της, έφτασε τα 3,6 εκατομμύρια λίτρα το χρόνο. Η κατά κεφαλήν κατανάλωση αλκοολούχων ποτών σε λίτρα, ήταν στην Ελλάδα το 1971: 1,9 για τα λεγόμενα βαριά ποτά, 9,4 για τη μπίρα και 40 για το κρασί (Πανάγου Ν., 2008).

Το 1980, η κατανάλωση, αυξήθηκε ραγδαία και συγκεκριμένα σε 6,7 λίτρα για τα βαριά ποτά, 26,4 για την μπίρα και 44 λίτρα για το κρασί. Ωστόσο, ιδιαίτερη ανησυχία, προκαλεί η αύξηση της κατανάλωσης των αλκοολούχων ποτών από τους νέους και ιδιαίτερα τους έφηβους. Σύμφωνα με ανακοίνωση του 3ου Πανελληνίου Φαρμακευτικού Συνεδρίου, 12% των μαθητριών και 10% των μαθητών των Λυκείων της Αθήνας, πίνουν οιοπνευματώδη (Πανάγου Ν., 2008).

Στο ίδιο συνέδριο, ανακοινώθηκε πως, σε έρευνα που έγινε μεταξύ 8.000 μαθητών από ειδικούς επιστήμονες στις πόλεις: Αθήνα, Πάτρα και Ιωάννινα, μόνο το 23,2% των μαθητών δεν πίνει καθόλου. Από έρευνα της Ψυχιατρικής, το 9,2% των αγοριών, ηλικίας 12 έως 17 χρόνων, έχει μεθύσει από 3 έως 10 φορές, ενώ στα κορίτσια της ίδιας ηλικίας, το ποσοστό είναι 5,4% (Πανάγου Ν., 2008)

Αύξηση της κατανάλωσης του αλκοόλ, παρατηρείται και στις υπόλοιπες χώρες της Ευρώπης, με μοναδική εξαίρεση τη Γαλλία, στην οποία το ποσοστό κατανάλωσης αλκοόλ μειώνεται. Σύμφωνα με τους Davis et al. (1983), στο Βέλγιο, το 1% του πληθυσμού, είναι αλκοολικοί και στη Γαλλία, το 8,5% του πληθυσμού, καταναλώνει μεγάλες ποσότητες αλκοόλ. Στην Ολλανδία, 40.000 άτομα είναι εθισμένα στο αλκοόλ, ενώ 120.000 άτομα, ζητούν βοήθεια από επαγγελματίες για να ξεφύγουν από αυτό. Στην Σουηδία, το 3,6% του πληθυσμού, κάνει κατάχρηση αλκοόλ (Swedish Institute, 1978). Επίσης, το 66% του πληθυσμού της Αγγλίας και της Ουαλίας, πίνει τακτικά αλκοόλ. Στη Β. Ιρλανδία, το 34% του πληθυσμού, καταναλώνει τακτικά αλκοόλ και στη Σκωτία, το 54% του πληθυσμού (Davis et al., 1983).

Τέλος, στην Αμερική, βάσει στατιστικών του 1989, 93.000.000 άτομα, καταναλώνουν αλκοόλ και 18.000.000 είναι αλκοολικοί. Ιδιαίτερα ανησυχητικά, είναι και τα στοιχεία κατανάλωσης αλκοόλ για τους ευρωπαίους νέους. Σήμερα, το 61% των νεαρών ευρωπαίων, ηλικίας 11-15 ετών, έχουν δοκιμάσει αλκοολούχο ποτό και από αυτούς, το 14%, καταναλώνει τακτικά ποτό. Το πρόβλημα είναι πολύ σημαντικό, δεδομένου ότι ένας ενήλικας, χρειάζεται 10 με 15 χρόνια για να γίνει αλκοολικός, ενώ ένας ανήλικος, μέσα σε ένα μόλις έτος, μπορεί να καταλήξει αλκοολικός (Davis et al., 1983).

3.7 ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

Οι θάνατοι από καρδιαγγειακά νοσήματα, αποτελούν σήμερα την μάλιστα της σύγχρονης κοινωνίας, καθώς σημειώθηκαν 17.000.000 θάνατοι το 2002, με προοπτική το 2020, να υπερβαίνουν τους 20.000.000. Η αρτηριακή υπέρταση, λόγω της συχνότητας (20% των ενηλίκων παγκοσμίως), παραμένει βασικός παράγοντας και είναι επιτακτική η αποτελεσματική αντιμετώπισή της, σε συνδυασμό με τους υπόλοιπους παράγοντες κινδύνου. Η παρουσία της, αυξάνει στο διπλάσιο την εμφάνιση στεφανιαίων επεισοδίων, τριπλασιάζει τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια και τετραπλασιάζει την εμφάνιση καρδιακής ανεπάρκειας (Νέτα Σ., 2007).

3.8 ΚΛΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΣΥΝΘΗΚΕΣ

Σύμφωνα με έρευνες, οι οποίες διεξάγονται στο πλαίσιο του κοινοτικού προγράμματος “Clean Air for Europe” και του ερευνητικού προγράμματος APHEA¹, εκτιμάται ότι, σχεδόν, μισό χρόνο (5,5 μήνες), θα μπορούσε να μειωθεί το 2020 το μέσο προσδόκιμο επιβίωσης των κατοίκων της Ευρωπαϊκής Ένωσης των 25. Το γεγονός αυτό, οφείλεται στην αυξημένη ατμοσφαιρική ρύπανση, η οποία ενδέχεται να προκαλέσει 271.000 πρόωρους θανάτους ή 2,5 εκατ. ανθρωπο-έτη, αν δεν ληφθούν δραστικά μέτρα για τον περιορισμό της (EPT, 2008).

Η κατάσταση στις χώρες της Μεσογείου, είναι ακόμη χειρότερη, διότι οι υψηλές θερμοκρασίες και ιδίως οι καύσωνες, σε συνδυασμό με την ατμοσφαιρική ρύπανση, αυξάνουν τη θνησιμότητα. Το ίδιο συμβαίνει και με τη ρύπανση από την

¹ ξεκίνησε το 1992-1993 με τη συμμετοχή 22 ερευνητικών ομάδων από 20 χώρες

κίνηση των οχημάτων, που «χτυπάει» περισσότερο τη δημόσια υγεία, σε σχέση με εκείνη που προέρχεται από άλλες πηγές. Στην Ελλάδα, τον Ιούλιο του 1987, ο μεγάλος καύσωνας -σε συνδυασμό με την αυξημένη ατμοσφαιρική ρύπανση- έφερε αύξηση της θνησιμότητας κατά 100%, σε σχέση με τον αντίστοιχο μήνα του 1986, μόνο στην Αθήνα (σε απόλυτο αριθμό, 2.000 θανάτους), (EPT, 2008).

Με βάση άλλες μετρήσεις που διενεργήθηκαν σε εννέα ευρωπαϊκές πόλεις (μεταξύ των οποίων και η Αθήνα), στο διάστημα 1987-2004, προέκυψε, ότι ο καύσωνας, προκάλεσε αύξηση θνησιμότητας κατά 10%, τις ημέρες με χαμηλά επίπεδα όζοντος στην ατμόσφαιρα και κατά 13,2%, τις ημέρες με υψηλά (EPT, 2008).

3.9 ΕΙΣΟΔΗΜΑ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΘΕΣΗ

Η προστασία της υγείας, εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από το κοινωνικό περιβάλλον στο οποίο γεννιέται, μεγαλώνει, εκπαιδεύεται, εργάζεται και ζει κάθε άτομο. Το κοινωνικό περιβάλλον, επιδρά στην υγεία με διάφορους τρόπους. Οι οικονομικές δυνατότητες κάθε ατόμου ή κάθε ομάδας ατόμων, η μορφή της κοινωνικής οργάνωσης, η οικογένεια, η εκπαίδευση, η εργασία, οι υπηρεσίες υγείας και βέβαια, ο πολιτισμός, που σφραγίζει την ιδιαιτερότητα και τη διαφορετικότητα κάθε κοινωνίας, αποτελούν μείζονος σημασίας παράγοντες, που επιδρούν στην υγεία.

Επειδή όμως οι ανθρώπινες κοινωνίες, χαρακτηρίζονται από την ύπαρξη ανισοτήτων, είναι φανερό, ότι οι κοινωνικοί παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία, είναι επίσης, άνισα κατανομημένοι σε κάθε πληθυσμό. Το γεγονός αυτό, έχει ως αποτέλεσμα, να παρατηρούνται σοβαρές διαφοροποιήσεις στην υγεία, όχι μόνο από κοινωνία σε κοινωνία, αλλά και μεταξύ των μελών κάθε κοινωνίας, ανάλογα με τη θέση που κατέχουν σε αυτήν. Οι διαφοροποιήσεις, είναι λιγότερο έντονες στα πρώτα χρόνια της ζωής, ενώ αυξάνονται με το πέρασμα των χρόνων (Tremblay, A. et al., 1990).

Η σχέση ανάμεσα στο κοινωνικό περιβάλλον και την υγεία, είναι σχέση δυναμική. Οι κοινωνίες αλλάζουν, το κοινωνικό περιβάλλον διαφοροποιείται, οι νοσογόνοι παράγοντες μεταβάλλονται. Όλες αυτές οι αλλαγές, επιδρούν στην εκδήλωση της αρρώστιας και τροποποιούν την κοινωνική κατανομή της. Η κοινωνική κινητικότητα, εξάλλου, επηρεάζει την εμφάνιση των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία. Τα άτομα που ανέρχονται στην κοινωνική κλίμακα, έχουν επιβαρυσμένη υγεία

λόγω της κοινωνικής τους προέλευσης, ενώ, το αντίθετο συμβαίνει με τα άτομα που κατέρχονται την κοινωνική κλίμακα (Tremblay, A. et al., 1990).

Η ύπαρξη όμως της κοινωνικής κινητικότητας, δεν αναιρεί την ύπαρξη κοινωνικών ανισοτήτων που συνεχίζουν να παραμένουν ισχυρές, παρά τη σημαντική πρόοδο της ανθρωπότητας στη διάρκεια του 20ού αιώνα. Η κοινωνική θέση του ατόμου, η σχέση του προς τα μέσα παραγωγής, ο τρόπος ένταξης του στην παραγωγική διαδικασία, οι υλικές συνθήκες ύπαρξης, οι κοινωνικές αξίες και οι κυρίαρχες ιδεολογίες, διαμόρφωσαν και διαμορφώνουν κοινωνικές τάξεις και κοινωνικά στρώματα, που παρουσιάζουν μεταξύ τους σημαντικές διαφορές ως προς την υγεία.

Επομένως, το εισόδημα και η κοινωνική θέση, είναι δύο παράγοντες που συνδέονται στενά μεταξύ τους και αλληλοεπηρεάζονται. Το ιδιότυπο γεγονός είναι, ότι το εισόδημα, υποδύεται, στη διαμόρφωση της θνησιμότητας, ρόλο προοδευτικά υποβαθμιζόμενο, ενώ οι συνήθειες και ο τρόπος ζωής, άμεσα και έμμεσα υπαγορευμένες και εξαρτημένες από το επάγγελμα και τη μόρφωση, αποκτούν, με την πάροδο του χρόνου, μεγαλύτερη βαρύτητα. Βέβαια, είναι αυταπόδεικτο, ότι το εισόδημα, όταν περιοριστεί σε χαμηλά επίπεδα, στα όρια της εξαθλίωσης, τότε επιδρά αποφασιστικά στη θνησιμότητα.

Το επάγγελμα, εξάλλου, δεν συνεπάγεται μόνο αυτό καθ'αυτό, κινδύνους και ασθένειες κατά περίπτωση, αλλά αποτελεί, γενικότερα, σε συνδυασμό με τα συνδρόντα με αυτό στοιχεία, διαφοροποιητική μεταβλητή των τάσεων και των επιπέδων της θνησιμότητας. Η μόρφωση, τέλος, ως προσδιοριστική παράμετρος της γνώσης, αποτελεί το σημαντικότερο ρυθμιστικό παράγοντα της θνησιμότητας. Ιδιαίτερα γνωστή, είναι η επίδραση του μορφωτικού επιπέδου των γονέων στη θνησιμότητα των παιδιών.

3.10 ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ

Η εκπαίδευση, αποτελεί έναν βασικό κοινωνικό θεσμό που επιδρά στην υγεία. Επίσης, συμβάλλει στην επίτευξη μεγαλύτερης κοινωνικής ισότητας και δικαιοσύνης, καθώς και στην προσωπική ολοκλήρωση του ατόμου. Ενισχύει ακόμα, την κοινωνική υπευθυνότητα, διαμορφώνει και μεταδίδει την πολιτισμική ταυτότητα. Πάνω απ' όλα όμως, η εκπαίδευση, καθορίζει σε σημαντικό βαθμό, τις υλικές συνθήκες ύπαρξης. Άτομα με καλή εκπαίδευση, ανεβαίνουν πιο εύκολα στην κοινωνική ιεραρχία.

Το σχολείο, αποτελεί, μετά την οικογένεια, το σημαντικότερο θεσμό κοινωνικοποίησης του παιδιού, επιδρώντας σημαντικά στην ψυχική του υγεία. Στο σχολείο, συντελείται η καλύτερη εκμάθηση της κοινωνικής ζωής, με την παράλληλη υποχώρηση της εγωκεντρικής υποκειμενικότητας του παιδιού. Εξάλλου, η σχολική εκπαίδευση, εκφράζει τις αξίες, τις πεποιθήσεις και τις προτεραιότητες μίας κοινωνίας που επηρεάζουν σημαντικά την υπόθεση της προστασίας και προαγωγής της υγείας. Επιπλέον, οι εκπαιδευτικοί, λειτουργούν ως ισχυρά πρότυπα ταύτισης για τα παιδιά, γεγονός που επιδρά στην υιοθέτηση ή απόρριψη συμπεριφορών που σχετίζονται με την υγεία (κάπνισμα, διατροφή κ.ά.).

Σε ό,τι αφορά τα παιδιά, η εκπαίδευση των γονέων, αποτελεί δείκτη του βιοτικού επιπέδου, κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας. Παράλληλα, αποτελεί την πιο ισχυρή πρόβλεψη για την επαγγελματική αποκατάσταση και κατ' επέκταση, για το εισόδημα κατά την ενηλικίωσή τους. Γι' αυτό και η εκπαίδευση, θεωρείται προγνωστικός δείκτης για τις υλικές και ψυχοκοινωνικές συνθήκες, κατά τη διάρκεια της ενήλικης ζωής. Μάλιστα, η ισχυρή συσχέτιση της εκπαίδευσης με τις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες, οδηγεί, όπως ήδη τονίστηκε, στο να χρησιμοποιείται σε πολλές χώρες η εκπαίδευση, ως δείκτης κοινωνικοοικονομικής κατάστασης, υποκαθιστώντας την ταξινόμηση, με βάση τις κοινωνικές τάξεις.

Η εκπαίδευση, από την στιγμή που επιδρά στη βελτίωση της κοινωνικοοικονομικής κατάστασης, είναι φυσικό να επηρεάζει και το επίπεδο της υγείας. Όμως, εκτός από την έμμεση αυτή επίδραση, η εκπαίδευση, επιδρά στην υγεία και άμεσα.

Η διαφορά αυτή, οφείλεται εν πολλοίς, στο γεγονός, ότι το επίπεδο εκπαίδευσης, επηρεάζει την υιοθέτηση υγιεινών συμπεριφορών. Είναι γνωστό, ότι οι άνδρες και οι γυναίκες με χαμηλή εκπαίδευση, που απασχολούνται σε χειρωνακτική εργασία, έχουν μειωμένη ανταπόκριση στα προγράμματα Αγωγής Υγείας. Είναι αυτοί που καπνίζουν πιο συχνά, που έχουν τη χειρότερη διατροφή, που εμφανίζουν συχνότερα αυξημένο σωματικό βάρος.

Επιπλέον, η εκπαίδευση, παρέχει γνώσεις και δεξιότητες στα ζητήματα υγείας. Η σωστή διατροφή, η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση, η ορθολογική χρήση των ιατρικών υπηρεσιών κ.ά., αποτελούν σημαντικά εφόδια υγείας, που παρέχονται από τις άτυπες μορφές εκπαίδευσης στο πλαίσιο της οικογένειας, καθώς και από τη θεσμοθετημένη πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια εκπαίδευση. Εξάλλου, έχει εκτιμηθεί, ότι μια αύξηση του εκπαιδευτικού επιπέδου κατά 10%, θα μειώσει τη

βρεφική θνησιμότητα κατά 5,6%, τη νεογνική κατά 4,9% και την όψιμη βρεφική κατά 6,5%. Συχνά, διακηρύσσεται επίσης, ότι ένα επιπλέον δολάριο για την εκπαίδευση, μειώνει τη θνησιμότητα περισσότερο απ' ό,τι ένα επιπλέον δολάριο για ιατρική περίθαλψη (Τούντας Γ., 2007).

3.11 ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Στο χώρο της υγείας στην Ελλάδα, συμβαίνει το εξής παράδοξο: σύμφωνα με την τελευταία έκθεση του ΟΟΣΑ με τίτλο «Η υγεία με μια ματιά – 2007», οι Έλληνες, δαπανούν ένα μεγάλο ποσοστό του ΑΕΠ για την υγεία τους (βλέπε πίνακα).

Πίνακας 1 Ποσοστό του ΑΕΠ για την υγεία των Ελλήνων

	Δημόσιες δαπάνες	Ιδιωτικές δαπάνες	Σύνολο
Ελλάδα	4,3	5,8	10,1
Αυστρία	7,7	2,5	10,2
Βέλγιο	7,4	2,8	10,2
Τσεχία	6,4	0,8	7,2
Δανία	7,7	1,4	9,1
Φιλανδία	5,9	1,7	7,6
Γαλλία	9,9	2,2	12,1
Γερμανία	8,2	2,5	10,7
Ουγγαρία	5,7	2,4	8,1
Ισλανδία	7,9	1,7	9,6
Ιρλανδία	5,8	1,7	9,6
Ιταλία	6,8	2,1	8,9
Λουξεμβούργο	7,5	0,8	8,3
Ολλανδία	5,5	3,3	8,8
Νορβηγία	7,6	1,5	9,1
Πολωνία	4,3	1,9	6,2
Πορτογαλία	7,4	2,8	10,2
Σλοβακία	5,3	1,8	7,1
Ισπανία	5,9	2,4	8,3
Σουηδία	7,7	1,4	9,1
Ελβετία	6,9	4,7	11,6
Τουρκία	5,4	2,2	7,6
Ην. Βασίλειο	7,2	1,1	8,3
ΗΠΑ	6,9	8,4	15,3

Δαπάνες για την υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ για το έτος 2007

Πηγή: Τούντας Γ., 2007, Εκπαίδευση και υγεία

Οι δημόσιες δαπάνες στο ποσοστό αυτό, αντιπροσωπεύουν το 4,3%, που στην Ελλάδα, χαρίζει τη μοναδικότητα να έχει τις χαμηλότερες δημόσιες δαπάνες για την υγεία, μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ. Αντίθετα, οι ιδιωτικές δαπάνες, αντιπροσωπεύουν το 5,8 %, ποσοστό που την κατατάσσει στη 2η θέση μετά τις ΗΠΑ

και χωρίς βέβαια, στο ποσοστό αυτό, να συνυπολογισθούν χρήματα, που διακινούνται στο χώρο της παραοικονομίας (φακελάκια κ.λ.π.), (Τούντας Γ., 2007).

Ένας από τους βασικότερους σκοπούς των δαπανών υγείας, είναι η επέκταση του προσδόκιμου επιβίωσης του πληθυσμού. Παρά λοιπόν, το συνολικό μεγάλο ποσοστό του ΑΕΠ (ιδιωτικές και δημόσιες δαπάνες μαζί), που δαπανά η Ελλάδα για την υγεία, το προσδόκιμο ζωής, ελαττώνεται. Έτσι, η Ελλάδα, το 1991, κατατασσόταν στη 2η θέση μεταξύ των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, το 2001, κατείχε την 7η και το 2004, την 11η. Φαίνεται, δηλαδή, ότι η αποτελεσματικότητα των δαπανών, δεν είναι μόνο θέμα οικονομικό (Τούντας Γ., 2007).

Οι δαπάνες στη χώρα μας διογκώνονται και αντί να ενισχύουν την υγεία του πληθυσμού, τροφοδοτούν ένα, από ότι φαίνεται, αναποτελεσματικό σύστημα, που βασίζεται σε μια ξεπερασμένη ιατροκεντρική αντίληψη για την υγεία. Αυτό συμβαίνει, γιατί η αντίληψη αυτή, ευνοεί την αγορά, της οποίας τα κέρδη, προκύπτουν από τη διαχείριση της ασθένειας και όχι της υγείας του πληθυσμού. Έτσι, για παράδειγμα, ως χώρα, κατέχουμε την πρώτη θέση σε ποσοστό του ενήλικου πληθυσμού που καπνίζει καθημερινά, ενώ παράλληλα, υπολογίζεται, ότι 20.000 περίπου άτομα, πεθαίνουν κάθε χρόνο εξαιτίας του καπνίσματος. Τα χρήματα λοιπόν, στην αγορά της υγείας, προκύπτουν από τη διαχείριση της ασθένειας αυτών που νόσησαν εξαιτίας του καπνίσματος και όχι φυσικά, από δράσεις, που στόχο θα είχαν να αλλάξουν τις συνήθειες του πληθυσμού (Τούντας Γ., 2007).

Αναποτελεσματικότητα, αλλά και οικονομικό αδιέξοδο του συστήματος, είναι τα δύο στοιχεία, τα οποία έχουν επιβάλει τον προσδιορισμό της υγείας, μέσα από μία άλλη θεώρηση (Γιάννης Π., 2008):

1. Βιολογικοί παράγοντες (ηλικία, φύλο, κληρονομικότητα)
2. Περιβαντολλογικοί κοινωνικοί, οικονομικοί παράγοντες
3. Άμεσο περιβάλλον (κατοικία, εργασία, υπηρεσίες υγείας)
4. Παράγοντες που σχετίζονται με δράσεις και συμπεριφορές.

Η νέα αυτή θεώρηση της υγείας, προωθείται με την ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ), που ήδη από τη δεκαετία του '70, αποκτά κινηματικό χαρακτήρα στο χώρο της υγείας και κωδικοποιείται στη Διεθνή Διάσκεψη που συνδιοργάνωσαν στην Άλμα Άτα η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας και η Unicef το Νοέμβριο του 1978 (στην οποία συμμετείχε και έχει συνυπογράψει η Ελλάδα),

(Γιάννης Π., 2008).

Ο όρος «φροντίδα», χρησιμοποιείται, γιατί είναι ευρύτερος της «περίθαλψης» και υποδηλώνει ότι στόχος, είναι να προληφθεί η αρρώστια και να περιφρουρηθεί η υγεία. Προϋποθέτει δηλαδή, παρέμβαση σε πρωτοβάθμιο επίπεδο, εκεί που ζει ο κόσμος, εκεί που εργάζεται, που κοιμάται, που τρώει (Γιάννης Π., 2008).

Το πρώτο χαρακτηριστικό της ΠΦΥ, είναι, ότι θέτει την υγεία ως σημαντικό κοινωνικό αγαθό και αποκλείει την υιοθέτηση «ιδιωτικοοικονομικών» κριτηρίων. Η ΠΦΥ, επενδύει σε ανθρώπινο δυναμικό, σε αντίθεση με την κυρίαρχη αντίληψη σήμερα, που είναι η επένδυση στην τεχνολογία.

Ενώ το κύριο μοντέλο των υπηρεσιών υγείας σήμερα, είναι ιατροκεντρικό, η ΠΦΥ, βασίζεται στην «ομάδα υγείας». Ο γιατρός εδώ, είναι ένας και είναι ισότιμος με τον νοσηλεύτη, με τον επισκέπτη υγείας, τον κοινωνικό λειτουργό, τον ψυχολόγο, κ.λπ. Η ΠΦΥ, θέλει να δει το πρόβλημα υγείας μέσα από την ολότητά του (Γιάννης Π., 2008).

Η ΠΦΥ, δεν βλέπει μόνο το άτομο, αλλά τον πληθυσμό. Εξετάζει τις συνθήκες ζωής, τις κοινωνικές ανισότητες που παράγουν ανισότητες και στην υγεία, τις κακές συνθήκες περιβάλλοντος, εργασίας, διατροφής, κατοικίας κ.λπ. Η ΠΦΥ, δεν νοείται χωρίς τη συμμετοχή του πληθυσμού στις αποφάσεις, που μαζί με τους επαγγελματίες υγείας, σχεδιάζουν τις υπηρεσίες, με βάση τις πραγματικές ανάγκες του πληθυσμού. (Γιάννης Π., 2008).

Μετά από όλα αυτά, γίνεται κατανοητό ότι η ανάπτυξη ενός συστήματος ΠΦΥ με τα παραπάνω χαρακτηριστικά, σήμαινε την ανατροπή του πολιτικού μονόδρομου, που έχει επιβληθεί τα τελευταία χρόνια στη χώρα μας και οδηγεί, με απόλυτη συνέπεια, στη συρρίκνωση του δημόσιου τομέα της υγείας και τη διόγκωση των, πάσης φύσεως, ιδιωτικών κλινικών και διαγνωστικών κέντρων.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Από το σύνολο της παρούσας εργασίας, συμπεραίνουμε, ότι η Ελλάδα παρουσιάζει πτωτική τάση στη λίστα μακροβιότητας της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Συγκεκριμένα, οι Έλληνες σήμερα, κατέχουν την έβδομη θέση, όσον αφορά το προσδόκιμο ζωής των κατοίκων της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Παράγοντες, όπως η κακή διατροφή, το κάπνισμα, τα ναρκωτικά, το αλκοόλ, επηρεάζουν σημαντικά το ποσοστό θνησιμότητας και επιτείνουν την ανάπτυξη θανατηφόρων νόσων, όπως είναι ο καρκίνος και οι καρδιοπάθειες. Στις αρνητικές αυτές συνήθειες των Ελλήνων, προστίθενται οι κακές κλιματολογικές συνθήκες της χώρας μας και η ρύπανση του περιβάλλοντος. Όλα τα παραπάνω, σε συνδυασμό με το χαμηλό εισόδημα των Ελλήνων, την έλλειψη παιδείας σε θέματα υγείας, αλλά και τη χαμηλή ποιότητα που ισχύουν στις υπηρεσίες υγείας, επιτείνουν το πρόβλημα.

Επιτακτική, λοιπόν, καθίσταται η ανάγκη προσαρμογής, ώστε να υπερασπίσουμε και να διατηρήσουμε το ιδεώδες ενός βιώσιμου κόσμου, ενός κόσμου δίκαιου, ειρηνικού και πρόθυμου να προσφέρει, ενός κόσμου, στον οποίο κάθε μέλος, ενδιαφέρεται να διατηρήσει και να κληροδοτήσει και στις επόμενες γενιές ένα περιβάλλον βιώσιμο και αειφόρο.

Πρώτο βήμα προς την βιώσιμη ανάπτυξη, αποτελεί η ποιοτική εκπαίδευση, η οποία αφορά, όχι απλώς στην παροχή στείρων γνώσεων, αλλά και στην δημιουργία προϋποθέσεων και συνθηκών, που οδηγούν στην υιοθέτηση στάσεων, συμπεριφορών και αξιών που εξασφαλίζουν ένα βιώσιμο μέλλον.

Η Αγωγή Υγείας, κατέχει σημαντική θέση μέσα στην πορεία προς την ποιοτική εκπαίδευση. Θεωρείται από την Ευρωπαϊκή Ένωση, το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο και τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ως ο τρόπος, μέσω του οποίου θα επιτευχθεί η πρόληψη και η βελτίωση της σωματικής και ψυχικής υγείας (WHO, 2005).

Η Αγωγή Υγείας στα σχολεία, αποτελεί μια παγκοσμίως διαδεδομένη παιδαγωγική προσέγγιση, που εστιάζει στην δημιουργία ενός κοινωνικού μοντέλου υγείας, το οποίο εφοδιάζει τους μαθητές με δεξιότητες και συμπεριφορές τέτοιες, ώστε να τους εξασφαλίζει ένα υγιές, ασφαλές και χαρούμενο παρόν και μέλλον.

Η Αγωγή Υγείας, ανήκει στις καινοτόμες δράσεις για την πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια εκπαίδευση.

Θεωρώντας ότι υγεία δεν είναι απλώς η απουσία νόσου ή αναπηρίας, αλλά η

κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας, τότε, γίνεται αντιληπτή, η μεγάλη σημασία της επίδρασης της Αγωγής Υγείας σε όλους τους τομείς της εκπαίδευσης, διότι, οι επιδόσεις των μαθητών στα διάφορα μαθήματα, βελτιώνονται, εάν οι μαθητές, έχουν καλή σωματική και ψυχική υγεία, διατηρούν καλές σχέσεις μεταξύ τους και με τους διδάσκοντες και ζουν και εργάζονται μέσα σε ένα σχολικό περιβάλλον, όπου αισθάνονται ασφαλείς και αποδεκτοί.

Ο πρωτεύων σκοπός της Αγωγής Υγείας στα σχολεία, είναι, σύμφωνα με το αναλυτικό πρόγραμμα, να βοηθήσει ενεργά τα νέα άτομα, να υιοθετήσουν καινούριους, πιο υγιείς τρόπους ζωής. Για την επίτευξη του στόχου αυτού, η UNESCO (2000), θεωρεί ότι η Αγωγή Υγείας είναι απαραίτητο να ενεργοποιηθεί σε τέσσερις βασικούς τομείς:

1. Ανάπτυξη πολιτικών υγείας σε επίπεδο σχολείου: υλοποίηση προγραμμάτων υγείας, με συνολική συμμετοχή του εκπαιδευτικού και του μαθητικού δυναμικού του σχολείου στις δραστηριότητες του προγράμματος.

2. Εξασφάλιση ασφαλούς και υγιεινού σχολικού περιβάλλοντος: με την αυστηρή τήρηση των κανόνων υγιεινής και την κατάλληλη χωροταξική διαμόρφωση, αποφεύγονται ατυχήματα, προλαμβάνεται η μετάδοση λοιμωδών νοσημάτων και διευκολύνεται η πρόσβαση και μετακίνηση ατόμων με αναπηρίες.

3. Σύνδεση σχολείου με Υπηρεσίες Υγείας (Συμβουλευτικοί σταθμοί, Κέντρα Υγείας), οι οποίες θα βοηθήσουν στην εντόπιση ή διάγνωση προβληματικών καταστάσεων και την περαιτέρω παραπομπή τους στους αρμόδιους φορείς.

4. Ανάπτυξη δεξιοτήτων ζωής: το νέο μοντέλο Αγωγής Υγείας που εισήγαγε η UNESCO, αναγνωρίζει: α) ότι, τα προβλήματα υγείας, οφείλονται σε μια ποικιλία παραγόντων, β) ότι, για την αντιμετώπιση αυτών των προβλημάτων, απαιτείται η λήψη προληπτικών, αλλά και θεραπευτικών μέτρων και γ) ότι, τα άτομα, μπορούν να ελέγξουν και να ρυθμίσουν αυτούς τους παράγοντες.

Το σχολείο, έχει την δυνατότητα να συνεισφέρει αποτελεσματικά στην προαγωγή της υγείας των παιδιών και, κατά συνέπεια και στην απόδοσή τους στα μαθήματα, μέσω των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας. Όπως όμως καταδεικνύουν οι σχετικές ερευνητικές εργασίες των Hamilton with Saunders (1997) και Bonwell &

Eison(1991), αν τα προγράμματα δεν υποστηρίζονται από άλλες ενέργειες και δραστηριότητες προαγωγής της υγείας που αφορούν το σχολικό περιβάλλον στο σύνολό του, τότε, μπορεί μεν να αυξήσουν τις γνώσεις των μαθητών πάνω σε θέματα υγείας, έχουν όμως λίγες πιθανότητες να οδηγήσουν σε υιοθέτηση υγιούς συμπεριφοράς.

Ιδιαίτερη επίσης έμφαση, οφείλει να δοθεί στη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα. Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα, αντιμετωπίζει την τελευταία εικοσαετία μια τριπλή πρόκληση (Σιγάλας Ι., 2000):

1. *την απαίτηση της παγκόσμιας κοινότητας, των κοινωνιών και των οργανισμών για ισότιμη παροχή φροντίδας υγείας και περίθαλψη σ' όλους,*
2. *το αυξανόμενο κόστος παροχής των υπηρεσιών υγείας και*
3. *την ανάγκη εισαγωγής και εφαρμογής νέων τεχνολογιών.*

Η τριπλή αυτή πρόκληση, βρίσκει απαντήσεις στην εφαρμογή πολιτικών οι οποίες αναφέρονται:

1. *στην εφαρμογή κατάλληλης περιφερειακής πολιτικής για την υγεία,*
2. *στην εφαρμογή πολιτικών, συγκράτησης των δαπανών υγείας και*
3. *στη θέσπιση πιστοποιητικών αναγκαιότητας και ορίων για επιπρόσθετες επενδύσεις.*

Ιδιαίτερη έμφαση κατά την εφαρμογή των πολιτικών αυτών, δόθηκε στην ποιότητα υπηρεσιών υγείας, η οποία αποτελεί, την τελευταία δεκαετία περίπου, στην Ελλάδα, αυτοσκοπό. Πολλές κυβερνήσεις, προσπάθησαν να επιτύχουν να την ορίσουν, αλλά και να την εφαρμόσουν με επιτυχία.

Στη χώρα μας, αν και με μια σχετική καθυστέρηση, η εγκαθίδρυση ενός καθολικού συστήματος υγείας, είχε ως αποτέλεσμα και την υιοθέτηση της ποιότητας στην υγεία. Η έλλειψη όμως πόρων και πολιτικής βούλησης, παράλληλα με την έλλειψη στελεχών, κυρίως γενικών γιατρών, μέχρι σήμερα και παρά τις διαδοχικές νομοθετικές παρεμβάσεις, έχει εμποδίσει την πλήρη ανάπτυξη της ποιότητας. Η ποιότητα υγείας, που στοχεύει στη βελτίωση της υγείας και στην ελάττωση των διαφορών, μεταξύ ατόμων μέσα σ' ένα κοινωνικό σύνολο, θεωρείται και στη χώρα μας σημαντικός παράγοντας στην ανάπτυξη της ποιότητας. Προς το παρόν όμως,

περιορίζεται σε νομοθετικές ρυθμίσεις από την πλευρά της πολιτείας αφ' ενός και αφ' ετέρου, στις μεμονωμένες προσπάθειες ομάδων που λειτουργούν, είτε στα πλαίσια του ΕΣΥ, είτε στα πλαίσια ιδιωτικών φορέων. Η πλήρης ανάπτυξη των δικτύων, όπως προβλέπεται στην πρόσφατη νομοθεσία, θα μπορούσε ν' αποτελέσει το αισιόδοξο μέλλον για την ποιότητα, αλλά και για την ανάπτυξη της ποιότητας υγείας και στη χώρα μας.

Η ποιότητα υγείας όμως, για να αναπτυχθεί και να καρποφορήσει και στη χώρα μας, έχει ανάγκη από συντονισμένες ενέργειες. Κεντρικές υπηρεσίες ποιότητας υγείας, χρειάζονται για να συντονίζουν περιφερειακά και εθνικά προγράμματα, αλλά και για τη δημιουργία και παροχή των απαραίτητων πόρων για την επιτυχία αυτών των προγραμμάτων.

Βασικοί συντελεστές σ' αυτήν την προσπάθεια, πρέπει να είναι ο γενικός γιατρός και οι άλλοι επαγγελματίες υγείας, που απαρτίζουν την ομάδα υπηρεσιών υγείας. Μονάδες δε αναφοράς, πρέπει να γίνουν τα κέντρα υγείας και τα προγράμματα που θα αναπτύσσονται και θα εφαρμόζονται, θα πρέπει να βασίζονται στις διαπιστωμένες ανάγκες του πληθυσμού, που κάθε κέντρο υγείας εξυπηρετεί. Τέλος, να τονίσουμε ότι η συμμετοχή του πληθυσμού, θα πρέπει να είναι ενεργή σε όλα τα στάδια ανάπτυξης των προγραμμάτων ποιότητας υγείας, από τη διαπίστωση των αναγκών τους, έως την αξιολόγηση των προγραμμάτων που εφαρμόστηκαν.

Η ποιότητα των υπηρεσιών, είναι πολύ σημαντική για όσους ασχολούνται με θέματα υπηρεσιών: συνδέει έννοιες όπως η ποιότητα, η διοίκηση ολικής ποιότητας και η ικανοποίηση του καταναλωτή (Lovelock, C. 1996).

Οι καταναλωτές (ασθενείς), δίνουν μεγαλύτερη έμφαση στον τρόπο που τους προσφέρεται η υπηρεσία (Berry, L., et al., 1990). Ο Kotler (2003), αναφέρει, ότι σε περίπτωση που το προσωπικό δεν μπορέσει να προσφέρει σωστά τις υπηρεσίες, τότε, ο καταναλωτής, θα εξετάσει το ενδεχόμενο να μην επισκεφθεί ξανά τη συγκεκριμένη μονάδα. Για παράδειγμα, αν κάποιος γιατρός, αδιαφορεί στις ερωτήσεις των ασθενών του ή οι υπάλληλοι δεν είναι εξυπηρετικοί, τότε, μειώνεται η ικανοποίηση του πελάτη και συνεπώς και το ενδεχόμενο να ξανάπαι στη συγκεκριμένη μονάδα υγείας. Στις περιπτώσεις που η ποιότητα της υπηρεσίας που δέχονται οι ασθενείς, είναι μεγαλύτερη ή ίση με αυτή που προσδοκούν, τότε, είναι πολύ πιθανό να ξανάπαι στο ίδιο κέντρο, αν χρειαστούν νοσηλεία.

Σύμφωνα με τον Berry (1991), υπάρχουν τέσσερις παράγοντες της ποιότητας της

υπηρεσίας. Αυτοί είναι οι εξής:

1. *εμπιστοσύνη*: η ικανότητα να προσφερθεί σωστά η παρεχόμενη υπηρεσία,
2. *ανταπόκριση*: η διάθεση του προσωπικού να ανταποκριθεί και να δώσει την κατάλληλη υπηρεσία,
3. *σιγουριά*: οι γνώσεις του προσωπικού ώστε να μπορούν να νιώθουν σιγουριά οι ασθενείς και
4. *κατανόηση*: να υπάρχει ατομικό ενδιαφέρον για κάθε ασθενή.

Συνεπώς, διαπιστώνουμε, ότι η αποκέντρωση της υγείας, δεν θα πρέπει απλά να βασίζεται σε θέματα ιεραρχίας και σωστής οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας, αλλά θα πρέπει να έχει σαν βασική επιδίωξη την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών.

Η υγειονομική οργάνωση, θα πρέπει να γίνεται με τέτοιον τρόπο, ώστε να μπορεί να διευκολύνει τους ασθενείς, να τους επιλύει κάθε απορία και να τους προσφέρει υπηρεσίες ανάλογες με τις ανάγκες τους. Η πολιτεία, θα πρέπει να επιδιώξει, όχι μόνο να αποκεντρώσει το σύστημα υγείας, αλλά να αποδώσει τις κατάλληλες αρμοδιότητες και ευθύνες στα σωστά άτομα, προκειμένου να υπάρξει σωστή διοίκηση, η οποία με την σειρά της, συνεπάγεται και καλύτερη ποιότητα υπηρεσιών.

Μια μονάδα υγείας, θα πρέπει να προσδιορίζεται από τέσσερα βασικά χαρακτηριστικά:

1. Να έχει ένα *πολυδύναμο χαρακτήρα*, δηλαδή, να είναι σε θέση να προσφέρει ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών πρόληψης, προαγωγής της υγείας, θεραπείας και αποκατάστασης, λαμβάνοντας πρόσθετη μέριμνα για τα μη αυτόνομα άτομα και τις ομάδες υψηλού κινδύνου.
2. Να έχει ένα σημαντικό βαθμό *λειτουργικής αυτοδυναμίας*, με την έννοια ότι θα πρέπει να προσφέρει εξειδικευμένο προσωπικό και υποδομή και την απαιτούμενη διοικητική αυτοτέλεια, για να καλύψει πλήρως τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού.
3. Να υπάρχει *αλληλοσεβασμός των ρόλων*.
4. Να προωθείται η *συνεργασία με τον πληθυσμό και την κοινότητα*, τόσο σε προγραμματικό επίπεδο, όσο και σε επίπεδο καθηκόντων και λειτουργιών.

Παράλληλα, η ανάπτυξη των υπηρεσιών υγείας, θα πρέπει να συνδέεται με την εφαρμογή της αρχής, ότι τα νοσοκομεία, πρέπει να περιορισθούν αποκλειστικά στο νοσοκομειακό τους ρόλο (Κυριόπουλος Γ., κ.συν., 2003).

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Ολοκληρώνοντας την παρούσα εργασία, οφείλουμε να τονίσουμε την αναγκαιότητα συνδυασμού φυσικής δραστηριότητας και ισορροπημένης διατροφής, από όλους τους ανθρώπους, προκειμένου να εξασφαλίσουν μια υγιεινή ζωή που οδηγεί στη μακροβιότητα. Η καλή φυσική δραστηριότητα, δεν εξασφαλίζεται μόνο με την άσκηση, αλλά και με τη διακοπή αρνητικών συνηθειών, όπως είναι το κάπνισμα και το αλκοόλ. Σύμφωνα, επίσης, με έρευνες, τα υπέρβαρα ή παχύσαρκα άτομα που γυμνάζονται και διατηρούνται σε καλή φόρμα, δεν διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο, είτε θνησιμότητας, είτε χρόνιων ασθενειών.

Στην πραγματικότητα μάλιστα, τα άτομα με παραπάνω κιλά που αθλούνται και είναι σε καλή φυσική κατάσταση, εμφανίζουν χαμηλότερα ποσοστά ασθενειών και θανάτων, σε σύγκριση με άτομα αδύνατα, που λόγω έλλειψης άσκησης, δεν έχουν καλή φυσική κατάσταση. Επομένως, ο πιο σημαντικός παράγοντας δεν είναι το βάρος, αλλά η σωματική άσκηση και η φυσική κατάσταση, στην οποία βρίσκονται τα άτομα. Η άσκηση και η καλή φυσική κατάσταση, είναι σημαντικοί παράγοντες για την υγεία, αλλά πρέπει να συνδυάζονται με μία ισορροπημένη και υγιεινή διατροφή.

Η Μεσογειακή Διατροφή ή μία υγιεινή και ισορροπημένη διαίτα, είναι πολύ σημαντική και πρέπει να ακολουθείται από άτομα όλων των ηλικιών. Όλοι, πρέπει να τρώνε 8-10 μικρομερίδες φρούτων και λαχανικών καθημερινά, να προτιμούν τα προϊόντα ολικής αλέσεως και να αποφεύγουν την κατανάλωση τυποποιημένων τροφίμων. Όλα τα παραπάνω, συμβάλλουν επίσης στην πρόληψη του ανθρώπου από διάφορους τύπους καρκίνου και άλλων θανατηφόρων νόσων (καρδιοπάθειες κ.α.).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ

ΟΜΑΔΑ ΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ, *Κάπνισμα και καρδιαγγειακές παθήσεις*,

ΠΕΤΡΟΥΠΟΛΗ 2002 – 2003, Α' ΤΑΞΗ 3ου ΕΝΙΑΙΟΥ ΛΥΚΕΙΟΥ

ΠΕΤΡΟΥΠΟΛΗΣ, διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο:

<http://www.asda.gr/lyk03pet/health.htm> (10-03-2009)

Γεωργίου Θ., (2005), *Κινδυνεύει το προσδόκιμο επιβίωσης των ευρωπαίων*, διαθέσιμο

στον δικτυακό τόπο: <http://www.pierikoiantilaloi.gr/news/detail.php?ID=6967> (10-

03-2009)

Γιάννης Π., (2008), *Το πρόβλημα της υγείας στην Ελλάδα & ο ρόλος της τοπικής*

αυτοδιοίκησης, διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο: <http://sepik.net/nea/?p=752> (10-03-

2009)

Δικαίος, Κ., Χλέτσος, Μ., (1999), *Υπηρεσίες Υγείας – Νοσοκομείο – Ιδιοτυπίες και*

προκλήσεις, Πάτρα

Ελληνικό Ίδρυμα Καρδιολογίας, (2005), *Έρευνα για το Κάπνισμα*, Ελληνικό Ίδρυμα

Καρδιολογίας

ΕΡΤ, (2008), *Η ρύπανση μειώνει το μέσο προσδόκιμο επιβίωσης*, διαθέσιμο στον

δικτυακό τόπο: <http://www.ert.gr> (09-03-09)

Κοτζαμάνης Β., (2006), *Τεχνικό Λεξικό Δημογραφικών όρων*, διαθέσιμο στον

δικτυακό τόπο: <http://www.demography-lab.prd.uth.gr/DDAoG/dictio/desc.htm> (10-

03-2009)

Κουρούσης Γ., (2001), *Η αντιμετώπιση του Καρκίνου*, διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο:

<http://www.eligast.gr> (10-03-2009)

Κυριόπουλος Γ, κ.συν., (2003), *«Ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας»*, Θεμέλιο

Κωνσταντόπουλος Γ., (2005), *Δημογραφική Ενημέρωση*, περιοδικό «Νέμεσις»

τεύχος Φεβρουαρίου 2005, σελ. 83

Κωνσταντοπούλου Α., (2006), *Η πρόληψη στην Υγεία στην Ελλάδα*, διαθέσιμο στον

δικτυακό τόπο: <http://www.archive.gr> (10-3-2009)

Λιαρόπουλος, (1997), *«Συμπληρωματικότητα στην κοινωνική ασφάλιση και στην*

ιδιωτική ασφάλιση υγείας», Εκδ. Θεμέλιο

Λιαρόπουλος, Λ., (1993), *«Οργάνωση υπηρεσιών υγείας»*, Νοσηλευτική

Πανεπιστημίου Αθηνών, σελ. 83

- Μπικηρόπουλος Θ., (2008), *Δημογραφικό Πρόβλημα Ευρωπαίων*, Εφημερίδα «Ελεύθερο Βήμα», διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο: <http://www.pierikoiantilaloi.gr/news/detail.php?ID=6967> (10-3-2009)
- Μπικηρόπουλος Θ., (2008), *Κινδυνεύει το προσδόκιμο επιβίωσης των ευρωπαίων*, Εφημερίδα «Ελεύθερο Βήμα» διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο: <http://www.pierikoiantilaloi.gr/news/detail.php?ID=6967> (09-03-2009)
- Νέτα Σ., (2007), *Απαισιόδοξες προβλέψεις για το προσδόκιμο ζωής της επόμενης γενιάς*, διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο: http://www.iatronet.gr/newsarticle.asp?art_id=1637 (09-03-2009)
- Πανάγου Ν., (2008), *Αλκοολισμός*, διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο : http://www.neolaia.de/2opseis/DaneiaeeU/Oao_io_6/Aeeiiecoiuo/aeiieeoioiu.html (10-03-2009)
- Παπαδόπουλος Γ., (2006), *Ορισμός Ευρωβαρομέτρου-Μετρήσεις σχετικές με την υγεία*, διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο: http://kerka.org/index.php?option=com_content&task=view&id=892&Itemid=47 (4-3-2009)
- Πετρίδου Ε., (2006), *Λεξικό Επιδημιολογίας*, διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο: http://www.euroipn.org/cerepri/files_other/1782_Petridou%20st.pdf (10-03-2009)
- Ράτρη Γ, κ.συν. (1994), *«Παιδιά και ναρκωτικά: Ένα χρήσιμο βιβλίο για δασκάλους, γονείς και παιδιά»*, Εκδ: Ερμιόνη – Χαρά, Αθήνα
- Σιγάλας Ι., (2000), *Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας*, ΕΑΠ, σελ 15-20
- Σπαρούνης Κ., (2004), *Παθολογία*, Εκδόσεις Παπαδημητρίου, Αθήνα, σελ 132
- Σπύρου Σ., (2002), *Δημογραφική Ανάλυση της Ελλάδος*, Ένθετο αφιέρωμα της "Ελευθεροτυπίας" (19.8.2002)
- Τούντας Γ., (2007), *Εκπαίδευση και υγεία*, διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο: <http://www.neahygeia.gr/foreas.php?ParentID=305&ArticleID=307&lang=gr&CategoryID=6&IssueID=4> (08-03-2009)
- Τούντας Γ., (2000), *Δείκτες υγείας στην Ευρώπη*, Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας, Εργαστήριο Υγιεινής και Επιδημιολογίας, Ιατρικό Τμήμα, Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής, Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής 17(1), Ιανουάριος-Φεβρουάριος 2000, 89-100
- Τούντας Κ., (2002), *Προσδόκιμο ποσοστό ζωής στην Ευρωπαϊκή Ένωση*, 3ο Πανελλήνιο Συνέδριο Προαγωγής και Αγωγής της Υγείας, Αθήνα
- Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικής Πολιτικής Βουλγαρίας, διαθέσιμο στον

δικτυακό τόπο:

http://www.youth4gender.net/pgebg/files/statistical_booklet_GREEK.pdf (08-03-2009)

Φιλανθρωπικός Οργανισμός Πολύτεκνοι Ελλάδος, (2006), *Δημογραφικό Πρόβλημα*, διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο: <http://www.stipsi.gr> (10-03-2009)

Χουρδάκη Μ., (1995): «*Ναρκοτικά – Πρόληψη: Πρωτογενής τομέας, οικογένεια, παιδεία, τοπική αυτοδιοίκηση*», Εκδ: Σύγχρονη εποχή, Αθήνα

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

Adam-Perrot, et al., (2006), *Low-carbohydrate diets : nutritional and psysiological effects*. *Obesity Reviews*, 7, 49-58

Ajani, J., *Evolving Chemotherapy for Advanced Gastric Cancer*, *The Oncologist*, Oct. 2005; Vol. 10, Sup. 3, 49-58

American Academy of Family Physicians The Mayo Clinic, “*Stomach Cancer*”, *The Journal of the American Medical Association*, January 14, 2004; Vol. 291 No. 2

Beaglehole R., Bonita R., (2004), *Public Health at the Crossroads: Achievements and Prospects*, 2nd edn. Cambridge: Cambridge University Press

Benson G., (2007), *Shooting Cancer*, McGraw Hill, pp.42-44

Berry,L., Parasuraman, (1991) “*Marketing Services: Competing through quality*” New York:Free Press

Berry,L., et al., (1990), “*Achieving Service Quality: Balancing Perceptions and expectations*”, New York: The free press

Bilsborough, et al., (2003), *Low-carbohydrate diets ; what are the potential short- and long-term health implications?*, *Asia Pacific Journal of clinical Nutrition* , 12, 396-404

Bonwell, et al., (1991), *Active learning - Creating Excitement in the Classroom* διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο: <http://www.ntlf.com/html/lib/bib/91-9dig.htm> (08-03-2009)

Boyle, P., Ferlay, J., *Cancer incidence and mortality in Europe, 2004. Annals of Oncology* 2005; 16(3):481-488

Byrne D., (2002), *Common Challenges for Health and Care*, Ευρωπαϊκό Φόρουμ Υγείας

Crew, K., Neugut, A., *Epidemiology of gastric cancer*, *World J Gastroenterol*. 2006 Jan 21; 12(3):354-62

- Davis PH., Walsh D., (1983), *Alcohol Problems and Control in Europe*, Groom Helen, London
- Di Franza et al., (2006), *Consumer Behavior*, Journal of Marketing, Vol 3, No 2, pp.24-28
- Europa,(1990), *Health Action Strategy 1990-2000*, διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο: <http://www.europa.gr> (10-03-2009)
- Europa,(2006), *European Public Health Alliance*, διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο:<http://www.europa.gr> (10-03-2009)
- Kotler, P., (2003), "*Marketing Management*" 11th edition, Prentice – Hall
- Lovelock, C., (1996), "*Services Marketing*", Prentice – Hall, N.J
- M.Med.Sci Κλινικός Διαιτολόγος - Διατροφολόγος, Πανεπιστημίου Γλασκώβης
- Ministry of Social Affairs and Health, (2006), *European strategy to promote health*, program High Level, Helsinki, pp.102-104
- OECD Health Data, (2005), *A comparative analysis of 29 countries*, OECD Health Policy Unit, Paris
- Papaioannou et al., (2004), *Long Term Prognosis*, διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο: <http://humrep.oxfordjournals.org/cgi/content/full/17/9/2325> (10-03-2009)
- Putney P., Chapman G., (2005), *Total laryngectomy for cancer of the larynx*, British Cancer Council, 35: 1-39
- Robine J-M, Romieu I., (2005), *Monitoring health inequalities in Europe: the need for health surveys* (working paper prepared for the Fourth Consultation on Common Methods and Instruments for Health Interview Surveys in Europe).
- Samhsa G., (2006), διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο: <http://humrep.oxfordjournals.org/cgi/content/full/17/9/2325> (10-3-2009)
- Swedish Institute, (1978), *Alcohol and drug abuse in Sweden*, The Swedish Institute Stockholm
- The Oncology Channel, διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο: <http://www.oncologychannel.com> (12-03-2009)
- Tremblay, A., et al., (1990), *Effect of intensity of physical activity on body fatness and fat distribution*, American Journal of Clinical Nutrition, 51: 153-157
- Trichopoulou A, Lagiou P., (2007), *Methodology for the Exploitation of HBS Food Data and Results on Food Availability in 5 European Countries*, European Commision DAFNE 1 study, Directorate-General Science, Research and Development, Brussels

- Whitney, R., 1988, "*National health crisis: a modern solution*", London
- WHO, *Tobacco or health: a global status report*, World Health Organization, Geneva
- WHO Study Group. Geneva, World Health Organisation, 1990 (WHO Technical Report Series, No 797)
- WHO, (2005), *Health Promotion and Education*, διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο: <http://www.searo.who.int/EN/Section1174/Section1458.htm> (07-03-2009)
- WHO, *Diet, nutrition, and the prevention of chronic diseases*, Report of a WHO Study Group. Geneva, World Health Organisation, 1990 (WHO Technical Report Series, No 797)
- WHO, (1997), *Health for all statistical databases. Epidemiology, Statistics and Health Information Unit*, WHO Regional Office for Europe
- WHO, (1998), *Health in Europe*. WHO Regional Publications, European Series, Copenhagen, 83:11–75
- World Health Organization, (1999), *Laboratory Manual for the Examination of Human Semen and Sperm–Cervical Mucus Interaction*. Cambridge University Press, Cambridge, UK.
- Young S, et al., *The influence of a family history of asthma and parental smoking on airway responsiveness in early infancy*. N Engl, J Med, 1991, 324:1168-73.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

ΒΑΣΙΚΟΙ ΟΡΙΣΜΟΙ

1. Προσδόκιμο επιβίωσης: ο αριθμός ετών ζωής, που μπορούν να αναμένονται, κατά μέσο όρο, σε έναν δεδομένο πληθυσμό
2. Θνησιμότητα: ποσοστό θανάτων
3. Περιγεννητική θνησιμότητα: είναι ο αριθμός των εμβρυϊκών θανάτων σε έμβρυα, από την 28η εβδομάδα της κύησης έως και νεογνά, ηλικίας 6 ημερών, ανά 1.000 τοκετούς ζωντανών και νεκρών εμβρύων
4. Δείκτης προτυπωμένης θνησιμότητας: εκφράζει τον αριθμό θανάτων σε πληθυσμό 100.000 ατόμων
5. Βρεφική θνησιμότητα (ή παιδική θνησιμότητα): ονομάζεται ο θάνατος παιδιών κατά τη διάρκεια του πρώτου έτους της ζωής τους
6. Μητρική θνησιμότητα : ο θάνατος της μητέρας κατά τον τοκετό
7. Περιγεννητική θνησιμότητα: ορίζεται ο ενδομήτριος θάνατος ή ο θάνατος κατά την διάρκεια των πρώτων 7 ημερών μετά την γέννηση
8. Νεογνική θνησιμότητα: ορίζεται ως ο θάνατος στις πρώτες 28 ημέρες της ζωής