



ΑΤΕΙ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ

ΣΧΟΛΗ :Σ.Δ.Ο.

ΤΜΗΜΑ : Δ.Μ.Υ.Π.

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ

**«Η ΒΡΕΦΙΚΗ ΚΑΙ Η ΠΑΙΔΙΚΗ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ
ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ 2000-2010»**

ΣΠΟΥΔΑΣΤΕΣ:

ΖΟΥΜΠΟΥΚΟΣ ΣΩΤΗΡΙΟΣ

ΜΟΥΤΣΑΤΣΟΣ ΕΜΜΑΝΟΥΗΛ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

ΜΑΥΡΕΑΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ

ΚΑΛΑΜΑΤΑ 2013

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Κατά την διάρκεια εκπόνησης της παρούσας εργασίας, η σωστή καθοδήγηση, η συνεχής επίβλεψη καθώς και η ψυχολογική υποστήριξη που λάβαμε διαδραμάτισε καθοριστικό ρόλο στην ολοκλήρωσή της. Για το λόγο αυτό θα θέλαμε να εκφράσουμε τις ευχαριστίες μας στον επιβλέποντα καθηγητή μας, κύριο Μαυρέα Κωνσταντίνο για την υπομονή, την παρότρυνση και την πολύτιμη βοήθεια που μας προσέφερε όλο αυτό το χρονικό διάστημα.

Τέλος, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε όλους εκείνους που μας βοήθησαν κάθε ένας με τη δική του συμβολή, στην διεκπεραίωση αυτής της μελέτης.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ.....	3
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	5
Εισαγωγή	6
Κεφάλαιο 1	9
Βρεφική και Παιδική Θνησιμότητα – Γενικά Χαρακτηριστικά.....	9
1.1 Βρεφική και παιδική θνησιμότητα – Ορισμός	9
1.2 Βρεφική και παιδική θνησιμότητα – Προσδιοριστικοί παράγοντες.....	9
1.3 Βρεφική και παιδική θνησιμότητα – Σημαντικότερα Αίτια	10
1.4 Συντελεστές θνησιμότητας – Ιατρική και κοινωνική σημασία.....	12
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.....	16
Βρεφική θνησιμότητα στην Ελλάδα, 2000 - 2010.....	16
2.1 Απόλυτα μεγέθη βρεφικής θνησιμότητας.....	16
2.2 Δείκτης βρεφικής θνησιμότητας	17
2.3 Βρεφική θνησιμότητα ανά φύλο	18
2.4 Βρεφική θνησιμότητα ανά αιτία θανάτου.....	20
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.....	24
Παιδική θνησιμότητα στην Ελλάδα, 2000 - 2010.....	24
3.1 Απόλυτα μεγέθη παιδικής θνησιμότητας	24
3.2 Παιδική θνησιμότητα ανά φύλο	25
3.3 Παιδική θνησιμότητα ανά αιτία θανάτου	27
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4.....	30
Αποτελέσματα και συμπεράσματα μεγεθών βρεφικής και παιδικής θνησιμότητας.....	30
4.1 Συγκρίσεις μεγεθών βρεφικής και παιδικής θνησιμότητας σε σχέση με άλλες Χώρες.....	30
4.2 Συσχέτιση οικονομικών μεγεθών και θνησιμότητας	32
4.3 Δράσεις για την προάσπιση της υγείας των παιδιών	34
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5.....	37
Βρεφική και Παιδική θνησιμότητα – Σύγχρονες Προκλήσεις.....	37
5.1 Η βρεφική και η παιδική θνησιμότητα σήμερα	37
5.2 Εμβολιασμός και θνησιμότητα	39
5.3 Κάπνισμα και θνησιμότητα	42
5.4 Οικονομική Συγκυρία και θνησιμότητα	42
5.5 Κακοποίηση και θνησιμότητα	43

Επίλογος.....	46
ΠΗΓΕΣ	49

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η βρεφική και η παιδική θνησιμότητα και νοσηρότητα αποτελούν στις σύγχρονες κοινωνίες σημαντικούς επιδημιολογικούς δείκτες, καθώς το επίπεδό τους αντικατοπτρίζει το υγειονομικό επίπεδο της κοινωνίας και έχει άμεση σχέση με κοινωνικούς και οικονομικούς παράγοντες. Η διαχρονική εξέλιξη του δείκτη προσφέρει σημαντική πληροφόρηση στα άτομα και στους φορείς που σχεδιάζουν την πολιτική υγείας και προάσπισης των κοινωνικών ομάδων από ψυχοκοινωνικές και σωματικές νόσους. Οι δείκτες υγείας διακρίνονται σε θετικούς και βασίζονται στην καταγραφή των γεννήσεων (γεννητικότητα), στο προσδόκιμο επιβίωσης και στη μέτρηση της ποιότητας ζωής η υποκειμενική αντίληψη για την υγεία και σε αρνητικούς.

Η παρούσα μελέτη έχει στόχο την καταγραφή της κατάστασης όσον αφορά τα μεγέθη της βρεφικής και παιδικής θνησιμότητας την δεκαετία 2000 – 2010, την παρουσίαση των παραγόντων που καθορίζουν τα μεγέθη της και την καταγραφή προτάσεων με σκοπό τη μείωση των μεγεθών της.

Εισαγωγή

Η φυσική κίνηση του πληθυσμού είναι το βασικότερο στοιχείο που καθορίζει τον δημογραφικό δυναμισμό μίας περιοχής. Τα τελευταία χρόνια έχει αναδειχθεί σε κυρίαρχο αναπτυξιακό ζήτημα η ταυτότητα της φυσικής ευρωστίας των πληθυσμών τόσο του συνόλου των κρατών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, όσο και της Ελλάδας ειδικότερα, λόγω της δυσμενούς εξέλιξης που παρουσιάζουν.¹

Ως απογραφή ενός πληθυσμού ορίζουμε την καταγραφή όλων των ατόμων της χώρας, και τη συλλογή στοιχείων για τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού. Απογραφική μονάδα είναι το νοικοκυριό. Το απογραφικό δελτίο περιλαμβάνει πληροφορίες για τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού (ηλικία, φύλο, οικογενειακή κατάσταση, τόπος γέννησης, τόπος διαμονής, εσωτερική μετανάστευση), τα οικονομικά χαρακτηριστικά (οικονομική δραστηριότητα, ανεργία, επαγγελματική ιδιότητα) και τα κοινωνικά χαρακτηριστικά (επίπεδο εκπαίδευσης, συνθήκες νοικοκυριών). Η απογραφή είναι υποχρεωτική και γίνεται κάθε 10 χρόνια. Η τελευταία απογραφή στη χώρα μας έγινε στις 15 Μαρτίου 2001 από την Εθνική Στατιστική Υπηρεσία της Ελλάδας.

Όσον αφορά τα δεδομένα της φυσικής κίνησης ενός πληθυσμού, αυτά περιλαμβάνουν τα δημογραφικά γεγονότα (γάμοι, γεννήσεις, θάνατοι κτλ) τα οποία καταγράφονται στα ληξιαρχικά βιβλία. Τα ληξιαρχικά βιβλία έχουν ενιαία μορφή σε όλη τη χώρα. Το ληξιαρχικό σύστημα στη χώρα μας έχει οργανωθεί κατά Καποδιστριακό Δήμο. Ληξιαρχος είναι ο δήμαρχος. Τα Ελληνικά Προξενεία εκτελούν χρέη ληξιαρχείου για τους Έλληνες του Εξωτερικού. Τα συγκεντρωμένα στοιχεία αποστέλλονται στο γραφείο Στατιστικής που εδρεύει σε κάθε νομό. Τα στατιστικά στοιχεία, αφού ελεγχθούν και κωδικογραφηθούν, υποβάλλονται στην κεντρική υπηρεσία της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας Ελλάδας (ΕΣΥΕ, σήμερα ΕΛΣΤΑΤ), η οποία επεξεργάζεται και δημοσιεύει τα

¹ <http://www.demography-lab.prd.uth.gr/DDAoG/edu/case/1/pop-ax3.htm>

ληξιαρχικά δεδομένα στην ειδική ετήσια έκδοση «Φυσική Κίνηση του Πληθυσμού της Ελλάδος». Τα ληξιαρχικά πιστοποιητικά περιλαμβάνουν πληροφορίες που αφορούν τα δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά των ατόμων που συμμετέχουν ή βιώνουν το γεγονός, καθώς και βιομετρικές πληροφορίες στην περίπτωση των γεννήσεων.²

Στη συνέχεια ακολουθεί ο προσδιορισμός και η ανάλυση ενός σημαντικού στοιχείου της φυσικής κίνησης πληθυσμού για τη Χώρα μας, αυτό της βρεφικής και παιδικής θνησιμότητας. Ως υπό εξέταση περίοδος ορίζεται η δεκαετία 2000 – 2010 για την οποία προσδιορίζονται τα απόλυτα μεγέθη εκφρασμένα σε διάφορες παραμέτρους δίνοντας ένα ολοκληρωμένο πλαίσιο ανάλυσης του συγκεκριμένου ζητήματος.

Για την καλύτερη παρουσίαση και ανάλυση των στοιχείων, η παρούσα εργασία χωρίζεται πέντε κεφάλαια. Στο πρώτο κεφάλαιο δίνεται ο ορισμός της βρεφικής και παιδικής θνησιμότητας και δίνονται πληροφορίες αναφορικά με τα συνηθέστερα αίτια που τις προκαλούν, τους προσδιοριστικούς παράγοντες που επηρεάζουν τα μεγέθη αυτά και τονίζεται η σημασία που έχει το ύψος των μεγεθών αυτών τόσο για την ιατρική αλλά και για την κοινωνική ευημερία. Στο δεύτερο και στο τρίτο κεφάλαιο απεικονίζονται τα επίσημα δημοσιευμένα στοιχεία της Ελληνικής Στατιστικής Υπηρεσίας για την βρεφική και παιδική θνησιμότητα στη Χώρα μας. Παρουσιάζονται τα απόλυτα μεγέθη αλλά και οι δείκτες βρεφικής και παιδικής θνησιμότητας και στη συνέχεια αναλύονται τα αποτελέσματα ανά φύλο και ανά αιτία θανάτου αντίστοιχα.

Στο τέταρτο κεφάλαιο γίνεται η συσχέτιση των αποτελεσμάτων με την οικονομική και κοινωνική κατάσταση της Χώρας μας και η σύγκριση των μεγεθών με τις υπόλοιπες Χώρες της Ε.Ε και τα παγκόσμια μεγέθη θνησιμότητας. Στη συνέχεια, στο πέμπτο κεφάλαιο, γίνεται αναφορά στις προκλήσεις και στους παράγοντες που επηρεάζουν σήμερα την βρεφική θνησιμότητα ανά τον κόσμο. Δεδομένης της εξέλιξης της ιατρικής και της

² <http://live3.vgeianet.gov.gr/healthstatsapps/healthstats/main.aspx>

μεταβολής των ανθρώπινων συνηθειών, δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στο ρόλο των δύο αυτών κατηγοριών στην διαμόρφωση των ανωτέρω δεικτών.

Κεφάλαιο 1

Βρεφική και Παιδική Θνησιμότητα – Γενικά Χαρακτηριστικά

1.1 Βρεφική και παιδική θνησιμότητα – Ορισμός

Ο θάνατος είναι ένα αναπόφευκτο μη επαναλαμβανόμενο δημογραφικό γεγονός. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, θάνατος είναι η διαρκής και οριστική εξαφάνιση κάθε ένδειξης ζωής, η οποία επέρχεται σε οποιαδήποτε χρονική στιγμή μετά τη γέννηση ζώντος ανθρώπινου οργανισμού. Ο βρεφικός θάνατος αναφέρεται στο θάνατο που επέρχεται σε ένα βρέφος πριν συμπληρώσει το 1^ο έτος της ζωής του. Υπάρχουν δύο κατηγορίες βρεφικής θνησιμότητας, η νεογνική θνησιμότητα που περιλαμβάνει τη θνησιμότητα των νεογνών στις πρώτες 28 ημέρες μετά τη γέννησή τους και η μετανεογνική θνησιμότητα που περιλαμβάνει τη θνησιμότητα των βρεφών μετά την 28η ημέρα, αλλά πριν συμπληρωθεί το 1ο έτος από γέννησή τους.³

Η Βρεφική θνησιμότητα δεν πρέπει να συγχέεται με την «παιδική θνησιμότητα». Βρεφική ονομάζουμε την ηλικία του πρώτου έτους της ζωής, ενώ ακολουθεί η νηπιακή (1-4 χρονών), η πρώτη παιδική (5-11 χρονών) και η δεύτερη παιδική ηλικία (12-14 χρονών).

1.2 Βρεφική και παιδική θνησιμότητα – Προσδιοριστικοί παράγοντες

Η περίπλοκη συσχέτιση των διαφόρων βιολογικών, οικονομικών και πολιτισμικών παραγόντων, επιδρά στην υγεία των ατόμων και κατ' επέκταση

³

στο επίπεδο θνησιμότητας των πληθυσμών. Εξετάζοντας τους παράγοντες που επιδρούν στη θνησιμότητα διακρίνουμε συνήθως τους παράγοντες βιολογικής υφής (ενδογενείς) από τους παράγοντες περιβάλλοντος (εξωγενείς).⁴ Οι βιολογικοί παράγοντες αναφέρονται στα χαρακτηριστικά εκείνα που απορρέουν από την ιδιότητα του ατόμου ως έμβιου όντος, χαρακτηριστικά που προσδιορίζουν την κατάσταση υγείας, καθώς και το βιολογικό υπόβαθρο της ενδεχόμενης νοσηρότητας. Κατά την αναφορά στα βιολογικά χαρακτηριστικά, αναφερόμαστε κυρίως σε γενετικούς προσδιορισμούς, δεδομένου ότι για κάποιες νόσους υφίστανται κληρονομικοί παράγοντες.

Οι κοινωνικοί και οι οικονομικοί παράγοντες που επηρεάζουν τη βρεφική θνησιμότητα είναι αρκετοί και περίπλοκοι. Επιπλέον, ο ένας δεν είναι ανεξάρτητος από τον άλλο, με αποτέλεσμα να μην είναι εύκολο να απομονωθεί η επίδραση καθενός στη θνησιμότητα ξεχωριστά. Η θετική συσχέτιση που έχει καταγραφεί στις ανεπτυγμένες χώρες μεταξύ επιπέδου γενικής θνησιμότητας και επιπέδου οικονομικής ανάπτυξης, ή η ισχυρή αρνητική συσχέτιση που υφίσταται στις αναπτυσσόμενες χώρες μεταξύ βρεφικής θνησιμότητας και κατά κεφαλήν εθνικού εισοδήματος, είναι απτά δείγματα της επίδρασης κοινωνικών και οικονομικών παραγόντων στη θνησιμότητα.⁵

1.3 Βρεφική και παιδική θνησιμότητα - Σημαντικότερα Αίτια

Οι κυριότερες αιτίες βρεφικής θνησιμότητας είναι τα προβλήματα της περιγεννητικής περιόδου και οι συγγενείς και χρωμοσωμικές ανωμαλίες. Οι δύο αυτές κατηγορίες είναι υπεύθυνες για το 85% της βρεφικής και παιδικής θνησιμότητας. Το 2004, το 6% της βρεφικής θνησιμότητας αποδιδόταν σε παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος, ενώ μικρότερη συμμετοχή είχαν ο

⁴ Στ. Κακλαμάνης, Γ. Κοστυφάκης «Η θνησιμότητα στην Ελλάδα (1960-2001)», Εργαστήριο Δημογραφικών Κοινωνικών Αναλύσεων, 2009. Σελ: 170-175

⁵ Στ. Κακλαμάνης, Γ. Κοστυφάκης «Η θνησιμότητα στην Ελλάδα (1960-2001)», Εργαστήριο Δημογραφικών Κοινωνικών Αναλύσεων, 2009. Σελ: 170-175

αιφνίδιος βρεφικός θάνατος, οι τραυματισμοί και οι δηλητηριάσεις, τα λοιμώδη νοσήματα και τα κακοήθη νεοπλάσματα.

Συγκρίνοντας με την αντίστοιχη κατανομή του 1996, γίνεται αντιληπτή η μείωση που έχει επιτευχθεί στους θανάτους από λοιμώδη νοσήματα και εξωτερικές αιτίες (τραύματα και δηλητηριάσεις), ενώ τα αναπνευστικά νοσήματα είναι, αναλογικά, συχνότερα σήμερα. Οι καταστάσεις περιγεννητικής προέλευσης και οι συγγενείς ανωμαλίες παραμένουν διαχρονικά οι δύο κύριες αιτίες θανάτου στη βρεφική ηλικία.⁶

Οι κυριότερες αιτίες θνησιμότητας στις ηλικίες 1-4 ετών εξακολουθούν να είναι συγγενείς και χρωμοσωμικές ανωμαλίες, οι οποίες προκαλούν το 33% των θανάτων. Σημαντική αιτία θνησιμότητας αποτελούν τα τραύματα και οι δηλητηριάσεις από εξωτερικές αιτίες (23% των θανάτων). Ακολουθούν τα κακοήθη νεοπλάσματα και οι παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος, ενώ οι υπόλοιπες αιτίες συνεισφέρουν λιγότερο. Το πρότυπο αυτό ισχύει σε γενικές γραμμές συνολικά στην Ευρωπαϊκή Ένωση.

Στην αμέσως επόμενη ομάδα ηλικιών, από 5 ως 14 ετών, οι συγγενείς και χρωμοσωμικές ανωμαλίες υποχωρούν στην τρίτη θέση, ενώ οι περισσότεροι θάνατοι προκαλούνται από τραύματα και δηλητηριάσεις και από κακοήθη νεοπλάσματα (33% και 32% των θανάτων αντίστοιχα). Μικρότερα ποσοστά αντιστοιχούν στις παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος και σε ενδοκρινικές και μεταβολικές παθήσεις.

Αξίζει να σημειωθεί ότι σε όλη την παιδική ηλικία, η μεγάλη πλειονότητα των τραυματισμών και των δηλητηριάσεων είναι συνέπεια ατυχήματος. Παρά τη μεγάλη συμμετοχή των ατυχημάτων στην αιτιολογία της παιδικής

6

<http://www.healthview.gr/%CF%83%CF%84%CE%B1%CF%84%CE%B9%CF%83%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%AC-%CE%B3%CE%B9%CE%B1-%CF%84%CE%B7-%CE%B8%CE%BD%CE%B7%CF%83%CE%B9%CE%BC%CF%8C%CF%84%CE%B7%CF%84%CE%B1/%CE%B2%CF%81%CE%B5%CF%86%CE%B9%CE%BA%CE%AE-%CE%B8%CE%BD%CE%B7%CF%83%CE%B9%CE%BC%CF%8C%CF%84%CE%B7%CF%84%CE%B1>

θνησιμότητας, οι θάνατοι από ατυχήματα έχουν μειωθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια στην Ελλάδα. Μέσα σε 15 έτη, από το 1989 ως το 2004, η προτυπωμένη θνησιμότητα από ατυχήματα σε άτομα ηλικίας ως 14 ετών μειώθηκε από 13,28 ανά 100.000 άτομα σε 4,54 ανά 100.000. Η πτώση της τάξης του 65,8% είναι ασφαλώς αξιοσημείωτη, και επιτρέπει στην Ελλάδα να συμβαδίζει με τους αντίστοιχους δείκτες της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Εξαιτίας αυτής της μείωσης, η αναλογική συμμετοχή των ατυχημάτων στη συνολική θνησιμότητα της παιδικής ηλικίας είναι σήμερα μικρότερη απ' ότι στο παρελθόν. Για τις ηλικίες 1-4 ετών, τα ατυχήματα ήταν υπεύθυνα για το 30,6% των θανάτων το 1990, για το 28,3% το 1996 και για το 23,4% το 2004. Για τα παιδιά 5-14 ετών, τα ποσοστά ήταν 46,4% το 1990, 38,2% το 1996 και 32,8% το 2004.⁷

1.4 Συντελεστές θνησιμότητας - Ιατρική και κοινωνική σημασία

Ο Συντελεστής βρεφικής θνησιμότητας όπως έχει ήδη αναφερθεί, μας πληροφορεί για τη συχνότητα των θανάτων βρεφών (κάτω από 1 έτους) σε 1.000 γεννηθέντα ζωντανά ή με άλλα λόγια πόσα βρέφη πεθαίνουν στο πρώτο έτος, από την ώρα του τοκετού μέχρι να συμπληρωθεί η 364η μέρα, από τα 1000 που γεννιούνται ζωντανά.⁸

Ο συντελεστής βρεφικής θνησιμότητας είναι ένας από τους πιο σημαντικούς βιοστατιστικούς συντελεστές και χρησιμοποιείται όχι μόνο για την καταμέτρηση των θανάτων κατά το πρώτο έτος της ζωής, αλλά και γενικότερα είναι ένας πολύ σημαντικός δείκτης για την εκτίμηση του κοινωνικοοικονομικού και πολιτιστικού επιπέδου ενός λαού, για την εκτίμηση της στάθμης υγείας, της κοινωνικής πρόνοιας και της προστασίας της.

⁷ Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία του υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης 2008

⁸ Μ. Μαυρόγιαννη, Θ. Φραγκιαδάκη, «Διαχρονική εξέλιξη της θνησιμότητας και των κυριότερων αιτιών θανάτου στην Ελλάδα με ιδιαίτερη αναφορά στην Κρήτη», Ηράκλειο 2001. Σελ:32-33

Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί ο πίνακας που ακολουθεί όπου δίνονται στοιχεία για το «κατά κεφαλήν εισόδημα» (κοινωνικοοικονομικός παράγοντας) και την αντίστοιχη βρεφική θνησιμότητα (σε συντελεστή %ο) σε διάφορες χώρες του κόσμου.⁹

Πίνακας 1.1 Κατά κεφαλή εγχώριο προϊόν σε τρέχουσες τιμές και βρεφική θνησιμότητα κατά το έτος 1985

ΧΩΡΑ	ΚΑΤΑ ΚΕΦΑΛΗΝ ΕΓΧΩΡΙΟ ΠΡΟΪΟΝ ΣΕ ΔΟΛΑΡΙΑ ΗΠΑ	ΣΥΝΤΕΛΕΣΤΗΣ ΒΡΕΦΙΚΗΣ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑΣ %ο
Ελλάδα	3,382	14,1
Αυστρία	8,805	11,2
Βέλγιο	7,985	9,4
Γαλλία	9,343	8,3
Γερμανία	10,266	8,9
Δανία	11,336	7,9
Ελβετία	14,555	6,9
Η.Π.Α.	16,636	10,6
Αγγλία	8,069	9,4
Ιαπωνία	10,975	5,5
Ιρλανδία	5,098	8,8
Ισπανία	4,262	8,5
Ιταλία	6,259	10,4
Καναδάς	13,698	8,1
Λουξεμβούργο	9,826	9
Νορβηγία	14,092	8,5
Ολλανδία	8,62	8
Πορτογαλία	2,026	17,8
Σουηδία	12,003	6,8
Φιλανδία	11,064	6,3

Πηγή: α. Εθνικοί Λογαριασμοί ΟΗΕ 1985 β. Διεθνή στατιστικά στοιχεία από Ε.Σ.Υ.Ε

⁹ Μ. Μαυρόγιαννη, Θ. Φραγκιαδάκη, «Διαχρονική εξέλιξη της θνησιμότητας και των κυριότερων αιτιών θανάτου στην Ελλάδα με ιδιαίτερη αναφορά στην Κρήτη», Ηράκλειο 2001. Σελ: 33

Όπως διαφαίνεται από τον παραπάνω πίνακα, η σχέση οικονομικού επιπέδου και βρεφικής θνησιμότητας είναι σαφής. Ο δείκτης βρεφικής θνησιμότητας είναι άρρητα συνδεδεμένος με το οικονομικό επίπεδο της εκάστοτε χώρας, παρουσιάζοντας τα υψηλότερα ποσοστά στις πιο φτωχές από αυτές.

Υψηλός συντελεστής βρεφικής θνησιμότητας σημαίνει ότι οι υγειονομικές υπηρεσίες του κράτους δεν είναι σωστά οργανωμένες, η ιατρική περίθαλψη και φροντίδα και η ιατροφαρμακευτική κάλυψη είναι χαμηλές. Η προστασία της μητρότητας και του βρέφους είναι πενιχρή ή δεν υπάρχει καθόλου. Ακόμη σημαίνει, ότι η διατροφή του πληθυσμού είναι ανεπαρκής.

Η βρεφική θνησιμότητα συμβαδίζει με την έξαρση των λοιμωδών και παρασιτικών νοσημάτων, με την βραδύτητα στην εξυγίανση του περιβάλλοντος, με την ανυπαρξία ή περιορισμένης απόδοσης συστημάτων ύδρευσης και αποχέτευσης και με άσχημες συνθήκες κατοικίας και διαβίωσης.¹⁰ Από την άλλη μεριά, η μέτρηση της παιδικής υγείας σε μια κοινωνία είναι σημαντική για δύο βασικούς λόγους. Καταρχήν, τα παιδιά είναι πολίτες με όλα τα δικαιώματα που αυτό συνεπάγεται. Παρ' όλα αυτά, πρώτον, αδυνατούν να ενεργούν και να δρουν από μόνοα τους και, δεύτερον, η υγεία τους καθορίζει την υγεία του μελλοντικού πληθυσμού. Οι δείκτες που ασχολούνται με τη μέτρηση της υγείας των παιδιών είναι σημαντικοί για να καθοριστούν μέτρα προόδου και ανάπτυξης σε μια κοινωνία, να αναδειχθούν τα υγειονομικά και τα κοινωνικά προβλήματα και να τεθούν οι προτεραιότητες και οι δράσεις και, τέλος, να καταγραφούν οι αλλαγές σε επιδημιολογικό, υγειονομικό, κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο, έτσι ώστε να σχεδιαστούν ενέργειες και πρωτοβουλίες που να αποσκοπούν στην προάσπιση της υγείας των παιδιών.¹¹

¹⁰ . Μαυρόγιαννη, Θ. Φραγκιαδάκη, «Διαχρονική εξέλιξη της θνησιμότητας και των κυριότερων αιτιών θανάτου στην Ελλάδα με ιδιαίτερη αναφορά στην Κρήτη», Ηράκλειο 2001. Σελ: 34-35

¹¹ Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής «Η υγεία των παιδιών και η σύγχρονη κοινωνία - Επισκόπηση της παρούσας κατάστασης και των δράσεων υγείας» (ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE) 2011, 28(3):345-350



Η πλειοψηφία των θανάτων σε παιδική ηλικία σε όλο τον κόσμο θα μπορούσε να αποφευχθεί καθώς οφείλεται σε ασθένειες που θεραπεύονται σύμφωνα με τους ειδικούς. Επιστήμονες από τις Ηνωμένες Πολιτείες μελέτησαν τα στοιχεία θνησιμότητας από το 2010. Εντόπισαν ότι το 70% των παιδιών που πέθαναν προτού συμπληρώσουν τα πέντε έτη οφείλεται σε μόλυνση και πνευμονία, η οποία είναι και η βασική αιτία θανάτου.

Η επιστημονική ομάδα της Σχολής Δημόσιας Υγείας Johns Hopkins Bloomberg μελέτησε δεδομένα, συμπεριλαμβανομένων ερευνών για τα νοικοκυριά και των στοιχείων από 193 χώρες. Κατέληξαν στο τι παιδική θνησιμότητα έχει μειωθεί κατά 26% από το 2000 όπως επίσης έχουν περιοριστεί και οι ασθένειες που την προκαλούν μεταξύ των οποίων και η πνευμονία. Ωστόσο, οι επιστήμονες ισχυρίζονται ότι υπάρχουν περιθώρια βελτίωσης, αλλά προειδοποιούν ότι πολύ λίγες χώρες θα πετύχουν σημαντικό περιορισμό της παιδικής θνησιμότητας έως το 2015.¹²

¹² <http://www.skai.gr/news/health/article/202746/paidiki-thnisimotita-iasimes-astheneies-i-aitia/>

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Βρεφική Θνησιμότητα στην Ελλάδα, 2000 - 2010

2.1 Απόλυτα μεγέθη βρεφικής θνησιμότητας

Στην Ελλάδα καθ' όλη τη διάρκεια του εικοστού αιώνα, η θνησιμότητα του πληθυσμού, συρρικνώνεται απρόσκοπτα. Η δημιουργία των αποκαλούμενων πινάκων θνησιμότητας ή επιβίωσης, επιτρέπει τον υπολογισμό της προσδοκώμενης ζωής, αυτό που κοινά ονομάζουμε και μέσο όρο ζωής, δείκτη που καθιστά δυνατή τη σύγκριση των επιπέδων θνησιμότητας.

Είναι προφανές, ότι οι ταχύτατοι αρχικά ρυθμοί μεταβολής οφείλονται κυρίως στην συρρίκνωση της βρεφικής θνησιμότητας (θάνατοι βρεφών επί 1000 γεννήσεων), ιδιαίτερα υψηλής (περίπου 130‰) σε όλη τη διάρκεια του 19ου και στις αρχές του 20ου αιώνα. Στους πίνακες που παρατίθενται στη συνέχεια παρουσιάζονται κατά απόλυτα μεγέθη και κατά ποσοστά τα μεγέθη της βρεφικής θνησιμότητας στη χώρα μας τη δεκαετία 2000 – 2010 σύμφωνα με τα στοιχεία της Ελληνικής Στατιστικής Υπηρεσίας.



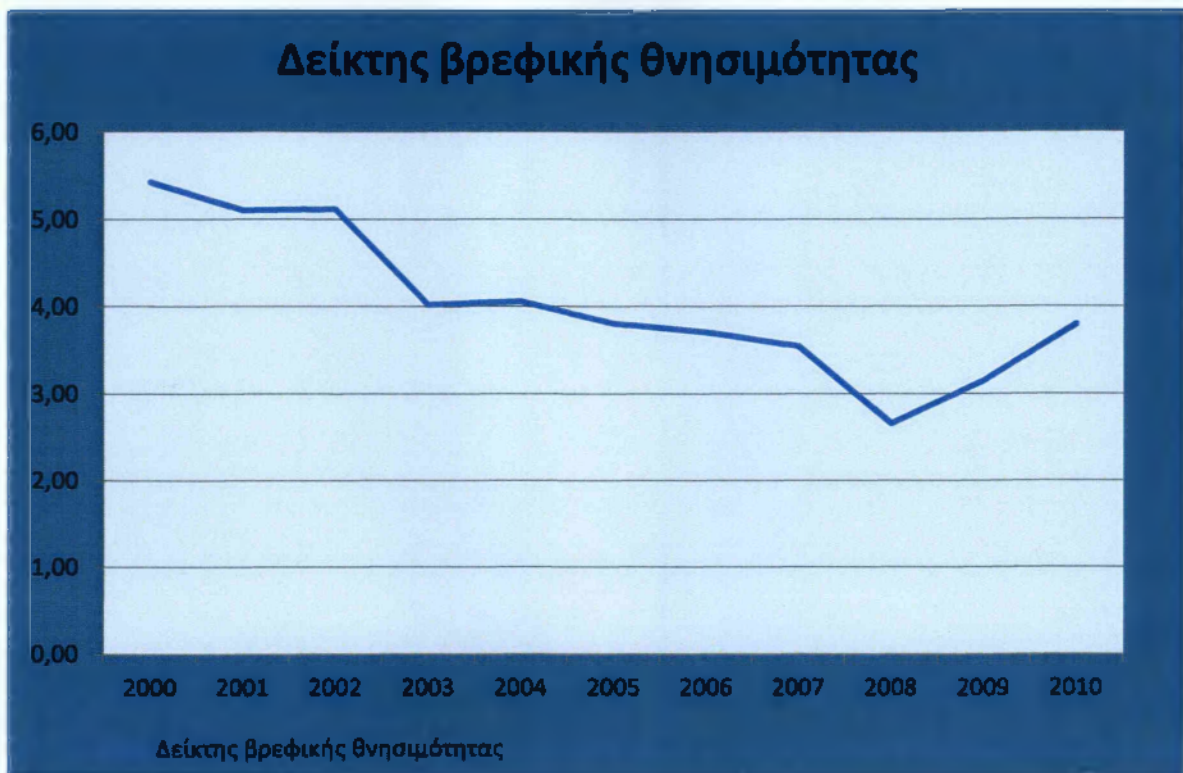
Πηγή: Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία

Γράφημα 2.1 Θάνατοι Βρεφών στην Ελλάδα 2000 – 2010

Όπως προκύπτει από τα επίσημα στοιχεία της Ελληνικής Στατιστικής Υπηρεσίας, οι θάνατοι βρεφών στη Χώρα μας κατά απόλυτα μεγέθη παρουσίασαν σημαντική μείωση από το 2000 έως το 2006. Στο επόμενο μισό της δεκαετίας παρουσίασαν ανοδική πορεία. Για την καλύτερη ανάλυση της των αποτελεσμάτων κρίνεται σκόπιμος ο υπολογισμός του δείκτη βρεφικής θνησιμότητας ώστε να γίνει η σύγκριση των μεγεθών χωρίς την επιρροή στο τελικό αποτέλεσμα του συνολικού αριθμού γεννήσεων.

2.2 Δείκτης Βρεφικής θνησιμότητας

Ο δείκτης βρεφικής θνησιμότητας ορίζεται όπως έχει αναφερθεί ως ο συνολικός αριθμός θανάτων βρεφών επί 1000 ζώντων βρεφών. Ο υπολογισμός αυτού του μεγέθους μας δίνει μία καλύτερη εικόνα σχετικά με την εξέλιξη των μεγεθών της θνησιμότητας καθώς μας επιτρέπει να κάνουμε διαχρονικές συγκρίσεις χωρίς ανεξαρτήτου μεγέθους πληθυσμού.



Πηγή: Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία

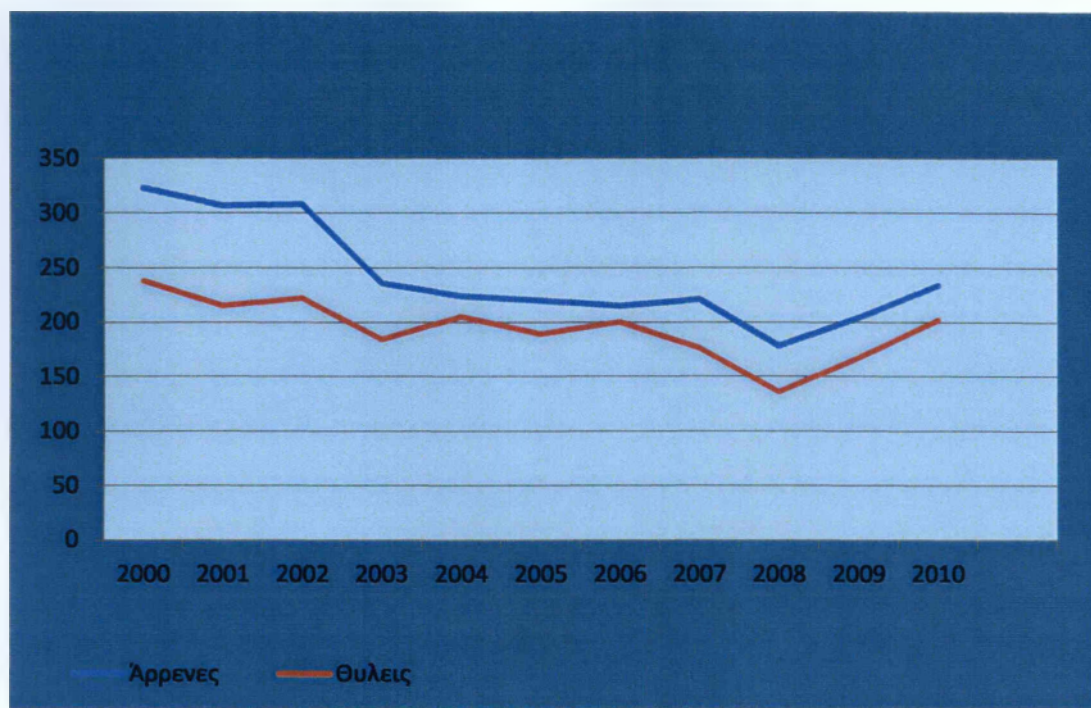
Γράφημα 2.2 Δείκτης Βρεφικής Θνησιμότητας στην Ελλάδα 2000 – 2010

Όπως παρατηρείται από τα παραπάνω δεδομένα ο δείκτης βρεφικής θνησιμότητας σε αντίθεση με την πορεία των απόλυτων μεγεθών των θανάτων βρεφών, παρουσιάζει μειωτική πορεία μέχρι το 2008 και μετέπειτα σημειώνει αύξηση μέχρι και το 2010.

2.3 Βρεφική Θνησιμότητα ανά φύλο

Η εξαγωγή συμπερασμάτων για την πορεία της θνησιμότητας στην χώρα μας στηρίζεται βασικά στη διαχρονική εξέταση της εξέλιξης των πιθανοτήτων θανάτου ανά ηλικία και φύλο. Οι διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα

παραμένουν έντονες σε όλες τις ηλικιακές ομάδες. Στη συνέχεια δίνεται το διάγραμμα της βρεφικής θνησιμότητας ανά φύλο.



Πηγή: Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία

Γράφημα 2.3 Βρεφική Θνησιμότητα ανά φύλο στην Ελλάδα 2000 – 2010

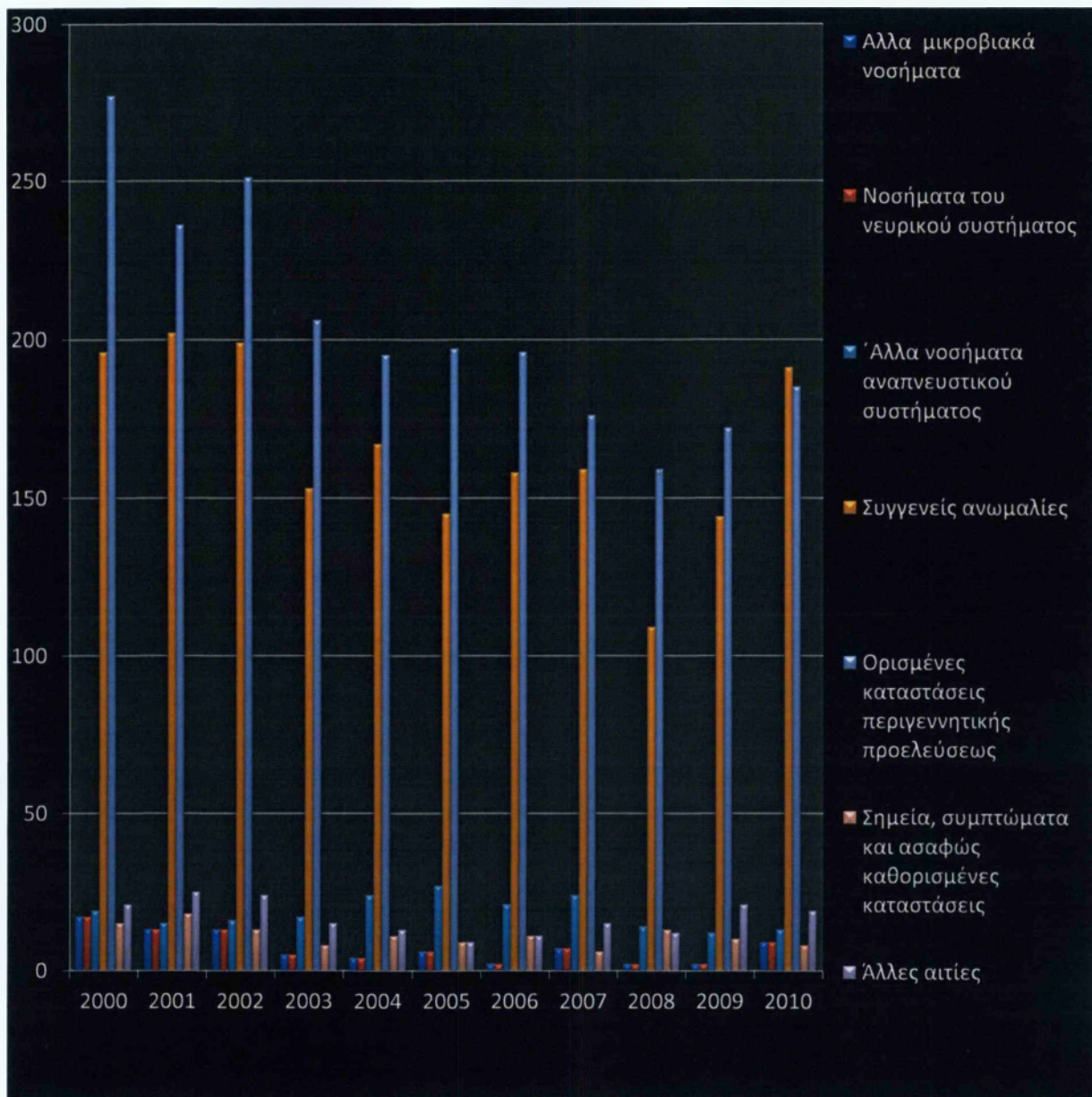
Όπως παρατηρείται, η βρεφική θνησιμότητα στη Χώρα μας την υπό εξέταση περίοδο παρουσιάζει υψηλότερα μεγέθη στους άρρενες και μικρότερα στις θύλεις. Παρά το γεγονός αυτό τα μεγέθη ακολουθούν την ίδια πορεία γεγονός που μας επιτρέπει να συμπεράνουμε ότι οι εξωγενείς παράγοντες της βρεφικής θνησιμότητας αποτελούν επηρεάζουν τη βιωσιμότητα των βρεφών με τον ίδιο τρόπο ανεξαρτήτου φύλου. Η διαφορετικότητα των μεγεθών ενδεχομένως οφείλεται στην ιδιαιτερότητα των γονιδίων που διαφέρουν ανάμεσα στα δύο φύλα.

2.4 Βρεφική Θνησιμότητα ανά αιτία θανάτου

Σύμφωνα με τα δημοσιευμένα στοιχεία, η πιο συχνή αιτία θανάτου βρεφών είναι η πνευμονία. Άλλες αιτίες βρεφικής θνησιμότητας περιλαμβάνουν τον υποσιτισμό, την ελονοσία, τη συγγενή δυσπλασία, διάφορες λοιμώξεις και το σύνδρομο του ξαφνικού θανάτου. Η βρεφοκτονία, η βρεφική κακοποίηση, η βρεφική εγκατάλειψη και παραμέληση επίσης συνεισφέρουν στη βρεφική θνησιμότητα, αλλά σε μικρότερο βαθμό από τις προηγούμενες αιτίες.

Η προστασία της υγείας ενός βρέφους εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από το κοινωνικό περιβάλλον στο οποίο γεννιέται, μεγαλώνει, εκπαιδεύεται, εργάζεται και ζει κάθε άτομο. Σε κάθε περίπτωση, οι αιτίες θανάτου που παρουσιάζουν αυξημένη συχνότητα σε κάθε χώρα, όπως τα καρδιαγγειακά νοσήματα στη Μ. Βρετανία, η βία στις ΗΠΑ και τα κακοήθη νεοπλάσματα στη Γαλλία, εμφανίζουν και τις μεγαλύτερες κοινωνικές διαφοροποιήσεις. Το φαινόμενο αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι τα κατώτερα κοινωνικά στρώματα είναι πιο εκτεθειμένα στις ιδιαίτερες παθογόνες επιδράσεις που ασκεί το κοινωνικό περιβάλλον κάθε χώρας.¹³ Στη συνέχεια δίνονται τα μεγέθη της βρεφικής θνησιμότητας ανά αιτία θανάτου στη Χώρα μας την περίοδο 2000-2010.

¹³ Γ. Τούντας «Κοινωνικές ανισότητες στην υγεία» Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 17(4), Ιούλιος-Αύγουστος 2000, 351-354



Πηγή: Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία

Γράφημα 2.4 Βρεφική Θνησιμότητα ανά αιτία στην Ελλάδα 2000 – 2010

Όπως παρατηρείται από το παραπάνω γράφημα οι συγγενείς ανωμαλίες και οι καταστάσεις περιγεννητικής προελεύσεως αποτελούν τις συχνότερες αιτίες βρεφικής θνησιμότητας σε όλη την διάρκεια της δεκαετίας. Συχνές αιτίες θανάτου βρεφών αποτελούν τα νευρικά και αναπνευστικά νοσήματα σε μικρότερο όμως ποσοστό από τις προαναφερθείσες αιτίες.

Σύμφωνα με τα στοιχεία της Ελληνικής Στατιστικής Υπηρεσίας σε μικρότερο βαθμό αποτελούν αιτία βρεφικής θνησιμότητας και οι παρακάτω αιτίες:

- Άλλα μικροβιακά νοσήματα
- Νοσήματα του νευρικού συστήματος
- Άλλα νοσήματα αναπνευστικού συστήματος
- Συγγενείς ανωμαλίες
- Ορισμένες καταστάσεις περιγεννητικής προελεύσεως
- Σημεία, συμπτώματα και ασαφώς καθορισμένες καταστάσεις
- Ανθρωποκτονία και κάκωση επιβαλλόμενη εκ προ- θέσεως από άλλα πρόσωπα
- Ιογενή νοσήματα
- Αφροδίσια νοσήματα
- Κακοήθη νεοπλάσματα των οργάνων του πεπτικού συστήματος και του περιτοναίου
- Κακοήθη νεοπλάσματα των οργάνων του αναπνευστικού συστήματος και των ενδοθωρακικών οργάνων
- Κακοήθη νεοπλάσματα των οστών, του συνδετικού ιστού, του δέρματος και του μαστού
- Κακοήθη νεοπλάσματα των ουροποιητικών οργάνων
- Κακοήθη νεοπλάσματα άλλων και μη καθορισμένων εντοπίσεων
- Κακοήθη νεοπλάσματα του λεμφικού και αιμοποιητικού ιστού
- Νοσήματα του αίματος και των αιμοποιητικών οργάνων
- Νοσήματα άλλων τμημάτων του πεπτικού συστήματος
- Νοσήματα του ουροποιητικού συστήματος
- Ατυχήματα από μεταφορικά μέσα

- Συμβάντα κατά τη διάρκεια ιατρικής περίθαλψης, ανώμαλες αντιδράσεις, όψιμες επιπλοκές
- Ατυχήματα από πτώση
- Ατυχήματα από φωτιά και φλόγες
- Άλλες αιτίες
- Νοσήματα της ανώτερης αναπνευστικής οδού
- Άλλα ατυχήματα (περιλαμβάνονται και όψιμες επιπλοκές)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Παιδική Θνησιμότητα στην Ελλάδα, 2000 - 2010

3.1 Απόλυτα μεγέθη παιδικής θνησιμότητας

Η παιδική θνησιμότητα, όπως έχει ήδη αναφερθεί, επηρεάζεται, εκτός από ιατρικούς παράγοντες, και από το κοινωνικό και βιοτικό επίπεδο της χώρας. Σύμφωνα με διεθνείς μελέτες, από τη χρονιά που η Ελλάδα εισήλθε σε κατάσταση οικονομικής ύφεσης στα μέσα περίπου της υπό εξέταση περιόδου, η παιδική θνησιμότητα σημείωσε σημαντική αύξηση. Τα παραπάνω στοιχεία προκύπτουν από μελέτη που διεξάγεται από δίκτυο ευρωπαίων καθηγητών για λογαριασμό της Παγκόσμιας Τράπεζας. Όπως σημειώνουν οι ερευνητές, οι οικονομικές κρίσεις έχουν πάντα σημαντικές επιπτώσεις στη βρεφική θνησιμότητα και στο προσδόκιμο ζωής του πληθυσμού. Όσο μειώνεται το ακαθάριστο κατά κεφαλή εισόδημα, τόσο αυξάνεται και η βρεφική θνησιμότητα, σημειώνουν οι ερευνητές, διευκρινίζοντας ταυτόχρονα ότι ο συγκεκριμένος δείκτης δεν συνδέεται με την επάρκεια των υπηρεσιών υγείας σε μια χώρα. Στη συνέχεια δίνονται τα απόλυτα μεγέθη της παιδικής θνησιμότητας στη Χώρα μας για την δεκαετία 2000-2010.



Πηγή: Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία

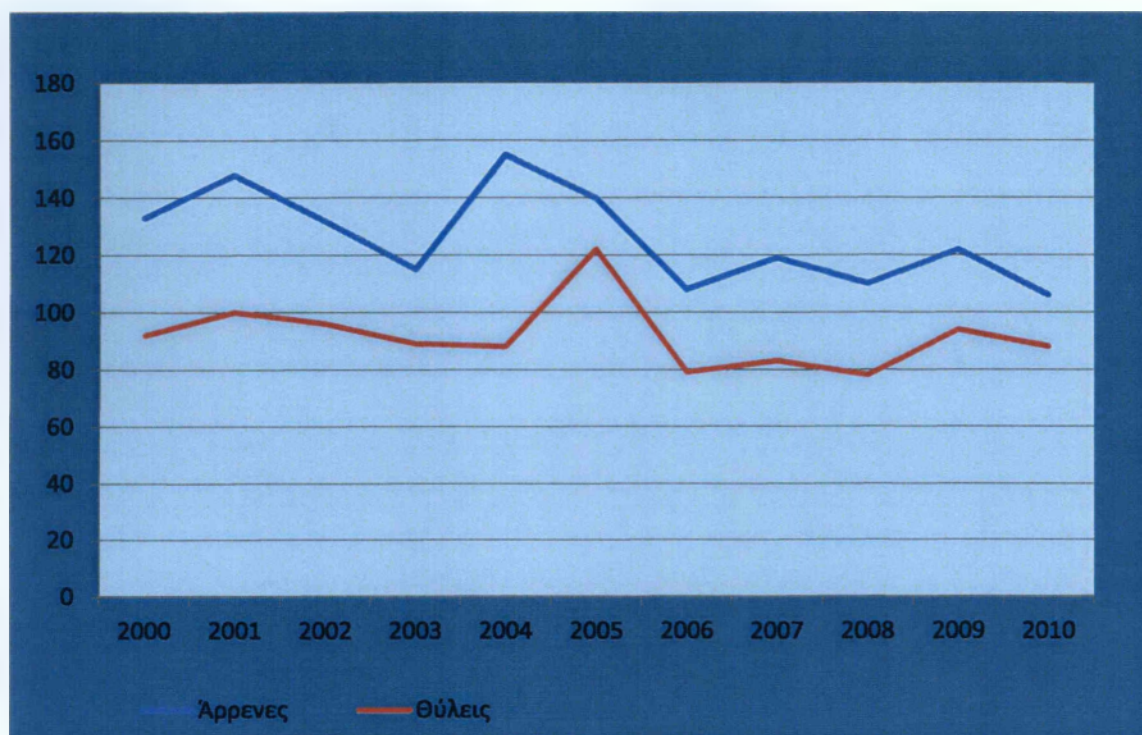
Γράφημα 3.1 Θάνατοι παιδιών στην Ελλάδα 2000 – 2010

Όπως διαφαίνεται από τα επίσημα στοιχεία της Ελληνικής Στατιστικής Υπηρεσίας, οι θάνατοι παιδιών στη Χώρα μας κατά απόλυτα μεγέθη παρουσίασαν μικρή μειωτική πορεία στη διάρκεια της δεκαετίας. Η μεγαλύτερη τιμή παρουσιάζεται το 2005 ενός στην συνέχεια της δεκαετίας, τα απόλυτα μεγέθη των παιδικών θανάτων αυξάνονται και μειώνονται εναλλακτικά από το ένα έτος στο άλλο.

3.2 Παιδική θνησιμότητα ανά φύλο

Οι παράγοντες που συμβάλλουν στη διαμόρφωση της θνησιμότητας συνδέονται με την κοινωνικοοικονομική ανάπτυξη, με την πρόοδο της ιατρικής, την ανάπτυξη της δημόσιας υγείας και με την κατά φύλο και ηλικία κατανομή του πληθυσμού Ένας από τους σημαντικότερους πίνακες, που δημοσιεύεται από τις εθνικές στατιστικές υπηρεσίες πολλών χωρών σε ετήσια

βάση, αφορά στοιχεία που αναφέρονται σε αριθμούς θανάτων κατά φύλο.¹⁴ Στη συνέχεια, παρουσιάζονται οι αριθμοί παιδικών θανάτων ανά φύλο για την περίοδο 2000 -2010 στη Χώρα μας.



Πηγή: Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία

Γράφημα 3.2 Θάνατοι παιδιών ανά φύλο στην Ελλάδα 2000 – 2010

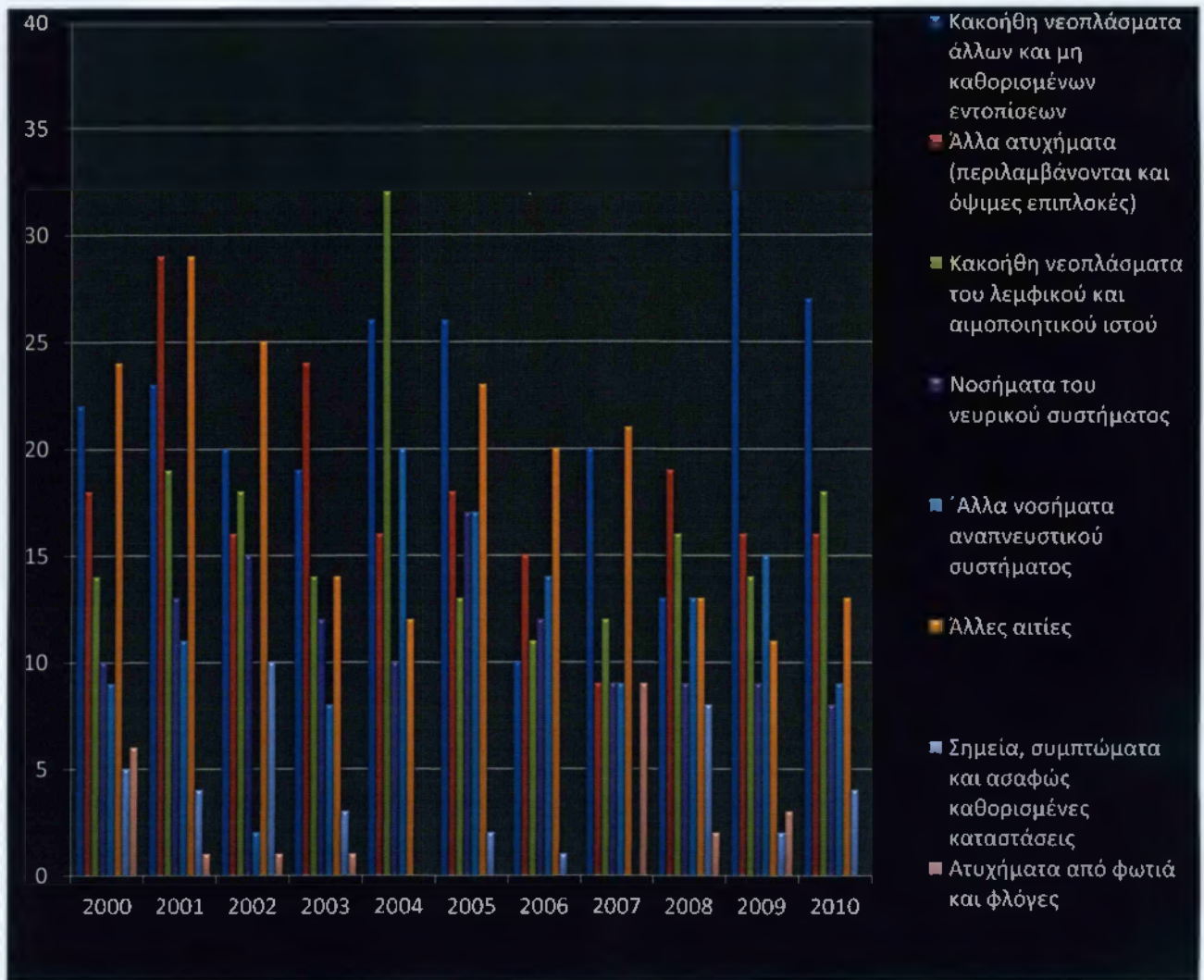
Σύμφωνα με το παραπάνω γράφημα, οι θάνατοι των αγοριών βρίσκονται σε υψηλότερα επίπεδα από τα αντίστοιχα το κοριτσιών σε όλη τη διάρκεια της δεκαετίας. Τα απόλυτα μεγέθη όμως, όπως και στην περίπτωση της βρεφικής θνησιμότητας παρουσιάζουν παράλληλη πορεία γεγονός που μας επιτρέπει να συμπεράνουμε ότι οι εξωγενείς παράγοντες της θνησιμότητας επηρεάζουν εξίσου τα δύο φύλα. Τη μεγαλύτερη τιμή τόσο οι άρρενες όσο και οι θύλεις, σημειώνουν το 2005, έτος που όπως προαναφέρθηκε σημειώθηκαν οι περισσότεροι παιδικοί θάνατοι σε απόλυτους αριθμούς στη Χώρα μας.

¹⁴ Α. Καραγεώργη «Η χωρική διάσταση της θνησιμότητας στην Ελλάδα» Αθήνα, 2012 Σελ: 11

3.3 Παιδική Θνησιμότητα ανά αιτία θανάτου

Η παιδική ηλικία, η οποία προσδιορίζεται χρονικά στην παρούσα μελέτη από ενός μέχρι τα δεκατέσσερα χρόνια της ζωής, αποτελεί ένα διάστημα στο οποίο επιτελούνται σημαντικότερες βιολογικές και γνωστικές αλλαγές στην αναπτυξιακή πορεία ενός ανθρώπου. Οι αιτίες θανάτου στην παιδική ηλικία ποικίλουν. Αναφορικά με την ηλικία ενός παιδιού τα αίτια θανάτου διαφέρουν με κύρια αιτία τα διαφόρου είδους ατυχήματα και τις ασθένειες από κακοήθη νεοπλάσματα. Συγκεκριμένα, πρώτη αιτία θανατηφόρων ατυχημάτων στα παιδιά (0-14 ετών) είναι τα τροχαία, που ευθύνονται για το 55% του συνολικού αριθμού θανάτων από γνωστές αιτίες καώσεων στην ηλικία αυτή. Τα αυτοκινητικά δυστυχήματα είναι η κύρια αιτία θανάτου για τα παιδιά ηλικίας 5 έως 14 ετών, και αυτό επειδή δεν χρησιμοποιούνται τα ειδικά καθίσματα για παιδιά, ενώ αγνοείται η χρήση της ζώνης ασφαλείας. Στα μικρότερης ηλικίας παιδιά, πρώτη αιτία θανάτου είναι τα τραύματα από πτώσεις και ακολουθούν τα τροχαία. Αντίθετα, η πνευμονία αποτελεί τη μοναδική κυριότερη αιτία θανάτου παιδιών κάτω των πέντε ετών παγκοσμίως και είναι αιτία για το 18% των περίπου 6,9 εκατομμυρίων θανάτων παιδιών ετησίως ή περίπου 1,3 εκατομμύρια παιδιά.¹⁵ Στη συνέχεια παρατίθεται διάγραμμα στο οποίο απεικονίζονται οι κυριότερες αιτίες θανάτου παιδιών ηλικίας ενός έως δεκατεσσάρων ετών στη Χώρα μας για την δεκαετία 2000-2012.

¹⁵ Unisef «Η κυριότερη αιτία θανάτου παιδιών κάτω των πέντε ετών η πνευμονία», Mediasoup, Νοέμβριος 2012 Δ.Τ. 42



Πηγή: Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία

Γράφημα 3.3 Θάνατοι παιδιών ανά αιτία στην Ελλάδα 2000 – 2010

Όπως συμπεραίνουμε από την παραπάνω απεικόνιση των αιτιών της παιδικής θνησιμότητας, τα κυριότερα αίτια θανάτου σε όλη τη διάρκεια της δεκαετίας είναι τα κακοήθη νεοπλάσματα καθορισμένων ή μη αιτιών και τα διάφορα ατυχήματα συμπεριλαμβανομένων των όψιμων επιπλοκών. Ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι τα κακοήθη νεοπλάσματα μη καθορισμένων αιτιών την τελευταία διετία σημείωσαν σημαντική αύξηση αποτελώντας σχεδόν διπλάσιο ποσοστό σε σχέση με τις υπόλοιπες αιτίες.

Σύμφωνα με τα στοιχεία της Ελληνικής Στατιστικής Υπηρεσίας, σε μικρότερο βαθμό αποτελούν αιτία παιδικής θνησιμότητας, οι παρακάτω αιτίες:

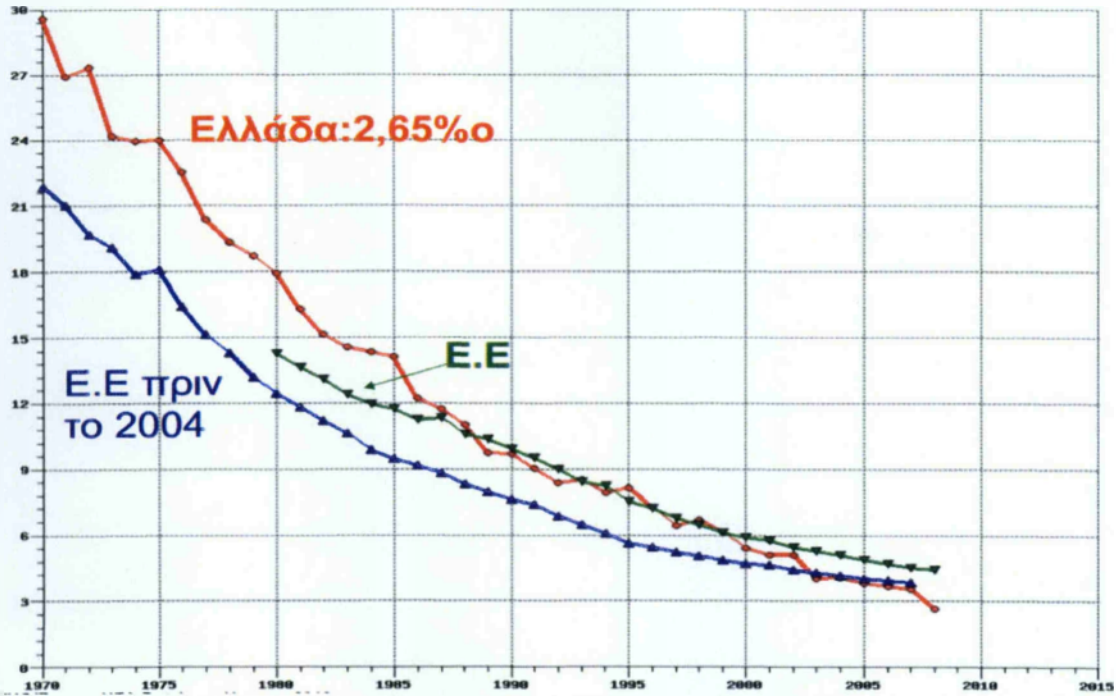
- Κακοήθη νεοπλάσματα των οργάνων του πεπτικού συστήματος και του περιτοναίου
- Κακοήθη νεοπλάσματα των οργάνων του αναπνευστικού συστήματος και των ενδοθωρακικών οργάνων
- Κακοήθη νεοπλάσματα των ουροποιητικών οργάνων
- Νοσήματα του αίματος και των αιμοποιητικών οργάνων
- Νοσήματα της πνευμονικής κυκλοφορίας και άλλες μορφές καρδιοπάθειας
- Νόσος εγκεφαλικών αγγείων
- Άλλα νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος
- Νοσήματα της ανώτερης αναπνευστικής οδού
- Νοσήματα της στοματικής κοιλότητας, σιελογόνων αδένων και των γνάθων
- Νοσήματα άλλων τμημάτων του πεπτικού συστήματος
- Νοσήματα του ουροποιητικού συστήματος
- Ορισμένες καταστάσεις περιγεννητικής προελεύσεως
- Τυχαία δηλητηρίαση
- Συμβάντα κατά τη διάρκεια ιατρικής περίθαλψης, ανώμαλες αντιδράσεις, όψιμες επιπλοκές
- Φάρμακα, φαρμακευτικές ουσίες που προκαλούν παρενέργειες κατά τη θεραπευτική χρήση
- Αυτοκτονία και αυτοεπιβαλλόμενη κάκωση
- Ανθρωποκτονία και κάκωση επιβαλλόμενη εκ προθέσεως από άλλα πρόσωπα

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Αποτελέσματα και συμπεράσματα μεγεθών βρεφικής και παιδικής θνησιμότητας

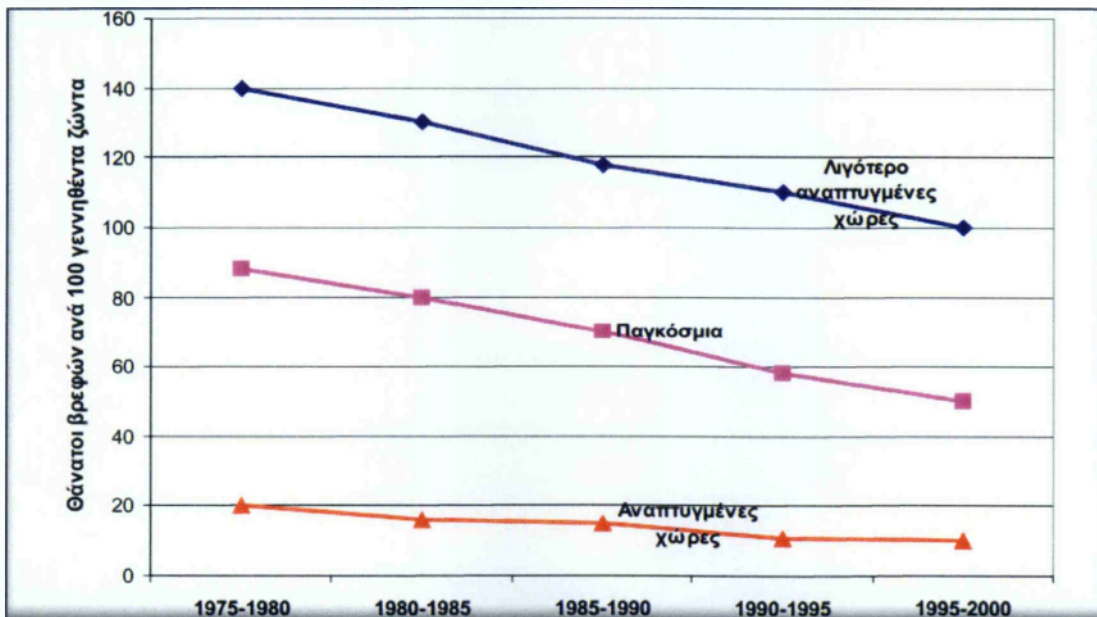
4.1 Συγκρίσεις μεγεθών βρεφικής και παιδικής θνησιμότητας σε σχέση με άλλες Χώρες

Στην Ελλάδα τόσο η παιδική, όσο και η βρεφική θνησιμότητα, εμφανίζουν χαμηλότερα ποσοστά σε σχέση αφενός με το μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης, αφετέρου με αυτόν των χωρών της Ευρωζώνης. Ενδεικτικό της δραματικής μείωσης της παιδικής θνησιμότητας στην Ελλάδα αποτελεί, σύμφωνα με στοιχεία της Παγκόσμιας Τράπεζας, η μείωση του αριθμού των θανάτων ανά 1.000 παιδιά ηλικίας από 1 έως 5 ετών από 11,5 το 1990 σε 4,1 το 2010. Η Ελλάδα εμφανίζει όμως μεγαλύτερο ποσοστό λιποβαρών βρεφών ανά συνολικές γεννήσεις σε σχέση με το μέσο όρο των χωρών του Ο.Ο.Σ.Α., με την τάση να είναι αυξητική τα τελευταία χρόνια, ιδιαίτερα από το 1995 και έπειτα.



Πηγή: WHO/EUROPE HFA Database January/2010

Γράφημα 3.1 Εξέλιξη βρεφικής θνησιμότητας σε σχέση με την της Χώρες της Ε.Ε



Πηγή: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

Γράφημα 3.2 Εξέλιξη βρεφικής θνησιμότητας

4.2 Συσχέτιση οικονομικών μεγεθών και θνησιμότητας

Οι δείκτες υγείας έχουν άμεση συσχέτιση με τους κοινωνικούς και τους οικονομικούς δείκτες. Είναι χαρακτηριστικό ότι ο ΟΗΕ, όταν αναφέρεται στους κοινωνικούς δείκτες, καταγράφει δείκτες που αναφέρονται στην παιδική φροντίδα, στον παιδικό και τον ηλικιωμένο πληθυσμό, στη χρήση μέτρων αντισύλληψης, στην εκπαίδευση, στην υγεία, στην κατοικία, στο εισόδημα και στην οικονομική κατάσταση, στη γνώση ανάγνωσης και γραφής, στην ανεργία, καθώς και στην παροχή νερού και επιπέδου καθαριότητας.¹⁶

Οι επιπτώσεις της υπάρχουσας οικονομικής συγκυρίας στη Χώρα μας, δεν έχουν αποτυπωθεί στους κοινωνικούς δείκτες των στατιστικών αρχών. Η ανεργία, οι περικοπές σε μισθούς και συντάξεις σε συνδυασμό με τις αυξανόμενες φορολογικές επιβαρύνσεις των νοικοκυριών, πιέζει προς καθοδικές οικονομικές-κοινωνικές τροχιές και τα μεσαία στρώματα, ακόμα περισσότερο νοικοκυριά που είναι εκτεθειμένα σε δάνεια και λοιπές πιστώσεις. Το μεγαλύτερο πρόβλημα που θα αντιμετωπίσει η ελληνική κοινωνία τα επόμενα χρόνια θα είναι η κοινωνική συνοχή.¹⁷

Στην Ελλάδα, τα κοινωνικά δίκτυα και μάλιστα η οικογένεια, κάλυπταν τις ελλείψεις του ατελούς κράτους πρόνοιας και αποτελούσαν το ανάχωμα ώστε να προστατευθούν μερικώς τα φτωχά και μη νοικοκυριά από συνθήκες σοβαρής αποστέρησης και κοινωνικού αποκλεισμού. Σύμφωνα με δημοσιεύματα έγκυρων φύλλων εκτιμάται ότι το 2011 σημειώθηκε μείωση των γεννήσεων. Παράλληλα, τα παιδιά στην Ελλάδα ζουν σε ένα περισσότερο βίαιο περιβάλλον. Από το 2008 μέχρι το 2010, η εγκληματικότητα στην χώρα αυξήθηκε πάνω από 40%, ενώ και για το 2011 αναμένεται περαιτέρω αύξηση. Ο σχολικός εκφοβισμός έχει αυξηθεί 74% από 2002 μέχρι το 2010. Ταυτόχρονα, έχει σημειωθεί και αύξηση της εγκληματικότητας ανηλίκων. Το

¹⁶ Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, «Η υγεία των παιδιών και η σύγχρονη κοινωνία – Επισκόπηση της παρούσας κατάστασης και των δράσεων υγείας» 2011, 28(3):345-350

¹⁷ Έκδοση της Ελληνικής Εθνικής Επιτροπής της UNICEF Τεύχος 88 Κωδ. 3543 (ΜΑΡΤΙΟΣ-ΑΠΡΙΛΙΟΣ-ΜΑΙΟΣ 2012) www.unicef.gr

άγχος, το στρες είναι πιθανό να οδηγήσουν στην εκδήλωση ποικίλων ψυχοσωματικών συμπτωμάτων, επηρεάζοντας όλη την οικογένεια. Αυτές οι συνθήκες ψυχολογικής αστάθειας στην οικογένεια είναι δυνατόν να οδηγήσουν σε αδιαφορία, παραμέληση ή ακόμα και σε πιο βίαιες αντιδράσεις από την πλευρά των γονέων και να προκληθούν ψυχοσωματικές βλάβες στα παιδιά και αντιδραστικές συμπεριφορές.

Οι παραπάνω συνθήκες είναι δυνατόν να συμβούν σε φτωχά και μη νοικοκυριά που βρίσκονται αντιμέτωπα με την ανεργία και την μείωση των εισοδημάτων. Είναι, δε, πιθανόν να συμβούν σε κάποιο βαθμό και σε νοικοκυριά τα οποία δεν αντιμετωπίζουν άμεσους κινδύνους, αλλά αντιδρούν μέσα από τη περιρρέουσα ατμόσφαιρα και το γενικό αίσθημα ανασφάλειας. Τα κρούσματα λιποθυμίας μαθητών από υποσιτισμό που οδήγησαν στην παροχή δωρεάν μικρό-γευμάτων σε ορισμένα σχολεία, είναι ένα σύμπτωμα των συνθηκών απόλυτης φτώχειας που βιώνουν κάποια παιδιά. Παιδιά που ανήκουν σε πιο ευάλωτες ομάδες μπορεί να βιώσουν συνθήκες ακραίας φτώχειας.¹⁸

Ουσιαστικά, οι οικονομικοί δείκτες αφορούν σε στοιχεία οικονομικής ανάπτυξης, δημόσιου χρέους και ελλείμματος, πληθωρισμού και ανεργίας, ιδιωτικής και δημόσιας κατανάλωσης, οικογενειακού εισοδήματος κ.λπ. Ωστόσο, μπορούν να παρέχουν στοιχεία που σχετίζονται με την υγεία, όπως είναι οι παροχές και οι δαπάνες υγείας, οι δαπάνες ασφάλισης, νοσοκομειακής και εξωνοσοκομειακής φροντίδας. Δηλαδή, οι γενικοί οικονομικοί δείκτες αναφέρονται και σε οικονομικά στοιχεία που αφορούν στην υγεία, επί το πλείστον, σε επίπεδο παροχών και δαπανών (εισροών και εκροών).¹⁹

¹⁸ Έκδοση της Ελληνικής Εθνικής Επιτροπής της UNICEF Τεύχος 88 Κωδ. 3543 (ΜΑΡΤΙΟΣ-ΑΠΡΙΛΙΟΣ-ΜΑΙΟΣ 2012) www.unicef.gr

¹⁹ Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, «Η υγεία των παιδιών και η σύγχρονη κοινωνία – Επισκόπηση της παρούσας κατάστασης και των δράσεων υγείας» 2011, 28(3):345-350



4.3 Δράσεις για την προάσπιση της υγείας των παιδιών

Για την προάσπιση της υγείας των παιδιών έχουν αναπτυχθεί και προταθεί διαφόρων μορφών δράσεις, οι οποίες αφορούν στο σύνολο της κοινωνίας. Οι περισσότερες από αυτές αφορούν σε δράσεις που σχετίζονται με την Αγωγή Υγείας και την προσπάθεια να αντιμετωπιστούν σύγχρονες αρνητικές κοινωνικές τάσεις που εντοπίζονται στον παιδικό πληθυσμό και επηρεάζουν άμεσα τόσο την υγεία των παιδιών, όσο και τη διαμόρφωση αρνητικών εξελίξεων που υποθηκεύουν το μέλλον μιας κοινωνίας, εμφανίζοντας μορφές νοσημάτων που αφορούν στον τρόπο ζωής και διατροφής, καθώς και τα κοινωνικά και τα οικογενειακά πρότυπα.²⁰

Χαρακτηριστικά παραδείγματα είναι η παιδική παχυσαρκία και η λιποσαρκία. Η πρώτη οφείλεται σε γονιδιακούς παράγοντες και όχι σε παθολογικούς, όπως η χαμηλή λειτουργία του θυρεοειδούς αδένος, ή ψυχολογικούς, όπως η κατάθλιψη, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε υπερφαγία. Βασική στόχευση των πολιτικών και των αποφάσεων για το συγκεκριμένο πρόβλημα είναι να γνωρίσουν και να πειστούν οι νέοι για έναν υγιεινότερο τρόπο ζωής, μέσα από προγράμματα ισορροπημένης διατροφής και σωματικής άσκησης. Στο πλαίσιο τέτοιων πρωτοβουλιών είναι και οι δράσεις για την ψυχολογική υποστήριξη και τη θεραπεία, στοχεύοντας κυρίως στην αλλαγή των αρνητικών σκέψεων και συμπεριφορών.

Η ψυχολογική υποστήριξη πρέπει να συνοδεύεται από εκπαιδευτικά προγράμματα και εμπλοκή γονέων και παιδιών, έτσι ώστε να εμπεδωθεί στα παιδιά ότι η αντιμετώπιση του προβλήματος και η προάσπιση της υγείας τους, εκτός από την υγειονομική της πλευρά, έχει και την εξωτερική πλευρά, που είναι η εμφάνιση του παιδιού και η ένταξή του στον κοινωνικό του περίγυρο. Στην Ελλάδα, ο ρόλος της ενημέρωσης του κοινού ανήκει στον Πανελλήνιο Σύλλογο Διαιτολόγων, που κατά καιρούς έχει οργανώσει αφ' ενός ημερίδες και

²⁰ Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, «Η υγεία των παιδιών και η σύγχρονη κοινωνία – Επισκόπηση της παρούσας κατάστασης και των δράσεων υγείας» 2011, 28(3):345-350

αφ' ετέρου μεμονωμένες ομιλίες σε σχολεία με θέμα την «παιδική διατροφή».²¹

Επίσης, η προάσπιση της υγείας των παιδιών διαχέεται μέσα από το εκπαιδευτικό σύστημα και το σχολικό περιβάλλον, ενώ οι δράσεις που μπορούν να αναπτυχθούν στοχεύουν στην προάσπιση της υγείας –σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής– των παιδιών και στην υλοποίηση προγραμμάτων αγωγής υγείας ώστε να καλλιεργηθούν στα παιδιά η αυτοεκτίμηση, οι θετικές στάσεις και οι αξίες, οι συμπεριφορές που προάγουν την κοινωνική ένταξη, η δημιουργικότητα και η υπευθυνότητα, η ανάπτυξη ενδιαφερόντων και η κριτική σκέψη, οι δεξιότητες που αφορούν στην υγεία και η κατανόηση της έννοιας της πρόληψης και της ατομικής-σωματικής προστασίας και προφύλαξης. Το εκπαιδευτικό σύστημα είναι ο χώρος όπου δράσεις του Υπουργείου Υγείας ενδέχεται να έχουν αποτελεσματική υλοποίηση. Παραδείγματος χάρη, ενώ όλες οι ιατρικές μελέτες και οι αναφορές του ΠΟΥ συμφωνούν ότι το κάπνισμα είναι από τις κύριες αιτίες καρκίνου, παθήσεων του αναπνευστικού συστήματος και καρδιακών νοσημάτων, η απαγόρευσή του από όλους τους δημόσιους χώρους μπορεί να είναι ένα απαγορευτικό μέτρο, η αντικαπνισματική εκπαίδευση στο σχολείο έχει τη δυνατότητα να διαμορφώσει άλλα πρότυπα μέσα στα παιδιά, να επηρεάσει τις συμπεριφορές και τις στάσεις σχετικά με το κάπνισμα και, τέλος, τα παιδιά να είναι μοχλοί πίεσης προς τους γονείς και το οικογενειακό περιβάλλον για τη διακοπή του καπνίσματος στους ιδιωτικούς χώρους.

Τέλος, εκτός των δράσεων που περιλαμβάνουν προληπτικά, κατασταλτικά ή ενημερωτικά μέτρα, που φροντίζουν στη διασφάλιση της υγείας και την προαγωγή υγείας των παιδιών, σε υγειονομικό επίπεδο οι δράσεις οι οποίες αφορούν στην προάσπιση της υγείας των παιδιών πρέπει να αρχίζουν από το στάδιο της κύησης, στοχεύοντας στην πρόληψη και την έγκαιρη αντιμετώπιση των επιπλοκών της κύησης, της περιγεννητικής ασφυξίας, της προωρότητας

²¹ Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, «Η υγεία των παιδιών και η σύγχρονη κοινωνία – Επισκόπηση της παρούσας κατάστασης και των δράσεων υγείας» 2011, 28(3):345-350

και των επιπλοκών της. Ασφαλώς, οι υγειονομικές δράσεις πρέπει να συνεχίζονται καθ' όλη τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας μέσα από προγράμματα εμβολιασμών, πρόληψης, ενημέρωσης των γονέων και των παιδιών, καθώς και συντονισμένης εκπαίδευσης των στελεχών του υγειονομικού συστήματος για να μπορούν να ανταποκρίνονται στις αυξημένες ανάγκες και τις μεταβαλλόμενες συνθήκες στη σύγχρονη κοινωνία.²²

²² Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, «Η υγεία των παιδιών και η σύγχρονη κοινωνία – Επισκόπηση της παρούσας κατάστασης και των δράσεων υγείας» 2011, 28(3):345-350

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

Βρεφική και Παιδική Θνησιμότητα – Σύγχρονες Προκλήσεις

5.1 Η βρεφική και η παιδική θνησιμότητα σήμερα

Σύμφωνα με τα στοιχεία της Ελληνικής Στατιστικής Υπηρεσίας, Μεταξύ των ετών 1990 και 2008 η βρεφική θνησιμότητα μειώθηκε στη Σαουδική Αραβία από 35 σε 18, στην Κίνα από 37 σε 18, στη Νιγηρία από 120 σε 96, στη Γαλλία από 7 σε 3, στη Μ. Βρετανία από 8 σε 5, στην Ελλάδα από 9 σε 3.²³ Παρά τη μείωση, παρατηρούνται σημαντικές διαφορές μεταξύ αναπτυγμένων και αναπτυσσόμενων χωρών. Έτσι, στην Αφρική το 2004 η βρεφική θνησιμότητα ήταν περίπου 38, ενώ στην Ευρώπη ήταν μικρότερη από 10. Κάθε χρόνο περίπου το 40% των θανάτων παιδιών κάτω των 5 ετών συμβαίνουν σε νεογνά, ενώ τα 3/4 αυτών συμβαίνουν κατά την πρώτη εβδομάδα ζωής. Στις αναπτυγμένες χώρες οι θάνατοι επέρχονται κυρίως τον πρώτο μήνα της ζωής και οφείλονται κυρίως σε συγγενείς ανωμαλίες και σε επιπλοκές του τοκετού. Αντίθετα, στις αναπτυσσόμενες χώρες τα περισσότερα βρέφη πεθαίνουν μετά τον πρώτο μήνα, κυρίως από λοιμώξεις του γαστρεντερικού και αναπνευστικού συστήματος. Μαζί με τις λοιμώξεις του αναπνευστικού και γαστρεντερικού συστήματος, ο τέτανος, η ιλαρά και ο κοκίτης αποτελούν την κύρια αιτία της βρεφικής θνησιμότητας στις αναπτυσσόμενες χώρες και οφείλονται στην έλλειψη καθαρού πόσιμου ύδατος, στην κακή διατροφή και στον πλημμελή εμβολιασμό. Χαρακτηριστικά, το 2009 πέθαναν σχεδόν 8,1 εκατ. παιδιά κάτω των 5 ετών (περίπου 22.000 παιδιά την ημέρα), με τους μισούς θανάτους να καταγράφονται σε 5 μόνο χώρες: Ινδία, Νιγηρία, Λαϊκή Δημοκρατία του Κονγκό, Πακιστάν και Κίνα (η Ινδία με 21% των θανάτων μαζί με τη Νιγηρία με 10% καταγράφουν σχεδόν το 1/3 των θανάτων παιδιών κάτω των 5 ετών παγκοσμίως). Στις αναπτυγμένες χώρες η βρεφική θνησιμότητα είναι μεγαλύτερη στα

²³ Γ. Τούντας «Βρεφική και μητρική θνησιμότητα στον κόσμο» Ελευθεροτυπία 02/07/2011.

φτωχότερα κοινωνικά στρώματα. Στη Βόρεια Αμερική τα βρέφη των μαύρων έχουν διπλάσιες πιθανότητες θανάτου από αυτά των λευκών.²⁴

Γράφημα 4.1 Δείκτης Βρεφικής Θνησιμότητας ανά τον κόσμο σήμερα



Πηγή: CIA World Factbook, Ιανουάριος 2012

Όσον αφορά την παιδική θνησιμότητα μειώθηκε κατά το ήμισυ από το 1990 ο αριθμός θανάτων παιδιών κάτω των πέντε ετών από διάφορες ασθένειες που μπορούν να προληφθούν, λόγω της γρηγορότερης αντίδρασης των υπηρεσιών υγείας παγκοσμίως, σύμφωνα με κοινή έκθεση της Παγκόσμιας Τράπεζας και των Ηνωμένων Εθνών.

Όπως αναφέρεται, περίπου 6,9 εκατ. παιδιά έχασαν τη ζωή τους πριν συμπληρώσουν το πέμπτο έτος το 2011, ενώ το 2011 πέθαναν περίπου 12 εκατ. παιδιά.

²⁴ Γ. Τούντας «Βρεφική και μητρική θνησιμότητα στον κόσμο» Ελευθεροτυπία 02/07/2011.

Ωστόσο, παρά τη μεγάλη πρόοδο που έχει επιτευχθεί, η ομάδα του ΟΗΕ για την Εκτίμηση της Παιδικής Θνησιμότητας (IGME) σημειώνει ότι περίπου 19.000 παιδιά εξακολουθούσαν να πεθαίνουν καθημερινά το 2011, με το 40% των παιδιών αυτών να αποβιώνει τον πρώτο μήνα της ζωής τους.

Παγκόσμιος στόχος παραμένει η μείωση των θανάτων των παιδιών κάτω των πέντε ετών, κατά δύο τρίτα μέχρι το 2015. Όπως επισημαίνουν οι ειδικοί, οι ασθένειες και οι παθήσεις οι οποίες μπορούν να προληφθούν και προκαλούν θανάτους παιδιών είναι η πνευμονία, οι επιπλοκές από πρόωρο ή κατά τη διάρκεια του τοκετού, η διάρροια και η ελονοσία.²⁵

5.2 Εμβολιασμός και Θνησιμότητα

Επιστημονικές μελέτες αποδεικνύουν την άμεση σχέση μεταξύ των εντατικών προγραμμάτων εμβολιασμών και των υψηλών ποσοστών βρεφικής και παιδικής θνησιμότητας. Πριν τα πρώτα του γενέθλια, ένα μωρό στην Αμερική θα δεχτεί 26 εμβόλια -μέρος του εντατικού προγράμματος εμβολιασμών παγκοσμίως- και αυτό συμβαίνει σχεδόν σε κάθε παιδί μέχρι την ηλικία του ενός έτους, στις αναπτυγμένες χώρες. Αυτή η διαδικασία επαναλαμβάνεται σε κάθε κράτος με ένα εντατικό πρόγραμμα εμβολιασμών, δείχνοντας άμεση σύνδεση μεταξύ των αριθμών των δόσεων, που χορηγούνται τον πρώτο χρόνο της ζωής και του ποσοστού βρεφικών θανάτων.²⁶

Οι Ηνωμένες Πολιτείες έχουν το χειρότερο ποσοστό βρεφικής θνησιμότητας από 34 πολιτείες, που αξιολογήθηκαν σε μια νέα έρευνα, με 6,22 βρέφη στα 1000 να πεθαίνουν πριν την ηλικία του ενός έτους. Καθώς στις ΗΠΑ γεννιούνται γύρω στα 4 εκατομμύρια μωρά το χρόνο, αυτό σημαίνει, ότι 24.800 θα πεθάνουν πριν τα πρώτα τους γενέθλια και για πολλά από αυτά

²⁵ [http://newpost.gr/post/153372/kata-to-imisy-meiothike-i-paidiki-thnisimotita-/](http://newpost.gr/post/153372/kata-to-imisy-meiothike-i-paidiki-thnisimotita/)

²⁶ <http://www.freeinquiry.gr/pro.php?id=2463>

ίσως ευθύνεται ο μεγάλος αριθμός εμβολιασμών. Αυτό είναι το χειρότερο ποσοστό βρεφικής θνησιμότητας από όλες τις ανεπτυγμένες χώρες.

Οι ερευνητές Neil Miller και Gary Goldman, διεξήγαγαν έρευνα καθώς πιστεύουν, ότι πολλοί θάνατοι, που σχετίζονται με εμβολιασμούς «επαναταξινομούνται», για να επισκιάσουν κάθε σύνδεση. Η έρευνα των Miller και Goldman συνδέει άμεσα την ένταση του εθνικού προγράμματος εμβολιασμού και του ποσοστού των βρεφικών θανάτων. Πολύ κοντά σε αποτελέσματα στην έρευνα των 34 εθνών είναι η Κούβα, η οποία χορηγεί 22 δόσεις εμβολίων σε βρέφη κάτω των 12 μηνών κι έχει ποσοστό θνησιμότητας 5,82 στα 1000. Το Ηνωμένο Βασίλειο έχει επίσης άσχημα ποσοστά. Στα βρέφη δίνονται 19 δόσεις εμβολίων το πρώτο έτος της ζωής τους και βρίσκεται στην 25η θέση στον πίνακα με τα χειρότερα ποσοστά βρεφικής θνησιμότητας με 4,85 θανάτους στα 1000. Αντίθετα, η Σουηδία και η Ιαπωνία έχουν δυο από τα χαμηλότερα ποσοστά βρεφικής θνησιμότητας -2,75/1000 και 2,79/1000 αντίστοιχα- και περιλαμβάνουν μόνο 12 δόσεις στα εθνικά προγράμματα εμβολιασμών τους, τα χαμηλότερα στην έρευνα.

Πίνακας 3.1 Δέκα ανεπτυγμένες χώρες με τα χειρότερα ποσοστά βρεφικής θνησιμότητας

Θέση	Χώρα (αρ δόσεων εμβολίων)	ΠΒΘ/1000
34	Ηνωμένες Πολιτείες (26)	6,22
33	Κούβα (22)	8,82
32	Σαν Μαρίνο (18)	5,53
32	Ιταλία (19)	5,51
30	Ελλάδα (23)	5,16
29	Ιρλανδία (23)	5,05
28	Καναδάς (24)	5,04
27	Μονακό (23)	5,00
26	Νέα Ζηλανδία (17)	4,92
25	Ενωμένο Βασίλειο (19)	4,85

ΠΒΘ/1000: Ποσοστά βρεφικής θνησιμότητας ανά 1000 παιδιά οι αριθμοί στις παρενθέσεις δείχνουν τον αριθμό των δόσεων των εμβολίων που γίνονται στα παιδιά κατά το πρώτο έτος της ζωής τους στο πρόγραμμα εμβολισμών κάθε χώρας.

Πηγή: CIA. Country Comparisons: Infant Mortality Rate (2009)

Κατά μέσο όρο, τα ποσοστά βρεφικής θνησιμότητας ήταν 3,36/1000 σε έθνη, που είχαν 12-14 δόσεις στα προγράμματα εμβολιασμών τους, 3,89 για 15-17 δόσεις, 4,28 για 18-20 δόσεις και 5,19 για 24-26 δόσεις.

Στα αναπτυσσόμενα κράτη, οι αριθμοί είναι πολύ χειρότεροι, όπως περίμενε κανείς, και επίσης, παραμένει η σχέση μεταξύ των εντατικών προγραμμάτων εμβολιασμών και των υψηλών ποσοστών βρεφικής θνησιμότητας. Η Γκάμπια και η Μογγολία έχουν ένα πρόγραμμα εμβολιασμών με 22 δόσεις εμβολίων και τα ποσοστά βρεφικής θνησιμότητας είναι από 68,8 έως 29,9 στα 1000 αντίστοιχα. Ωστόσο, πολλοί από αυτούς τους θανάτους θα μπορούσαν επίσης να προκληθούν από κακή ποιότητα νερού, υποσιτισμό ή φτωχές συνθήκες υγιεινής.

27

²⁷ <http://www.freeinquiry.gr/pro.php?id=2463>

5.3 Κάπνισμα και Θνησιμότητα

Οι καπνιστές γονείς σύμφωνα με έρευνες μπορεί να "σκοτώσουν" τα παιδιά τους εξαιτίας του καπνίσματος. Αυτό αποτελεί συμπέρασμα διετούς έρευνας την οποία έκαναν Βρετανοί επιστήμονες από το Βασιλικό Νοσοκομείο για άρρωστα παιδιά στο Μπρίστολ. Αφού επέρριψαν την ευθύνη για τους περισσότερους από τους μισούς αιφνίδιους θανάτους βρεφών στους γονείς που καπνίζουν, τόνισαν ότι τα παιδιά δεν πρέπει να εκτίθενται με κανέναν τρόπο στον καπνό.

Ποσοστό μεγαλύτερο του 60% του συνδρόμου αιφνίδιου θανάτου των βρεφών θα μπορούσε να προληφθεί αν οι γυναίκες σταματούσαν το κάπνισμα και γενικότερα οι γονείς δεν κάπνιζαν κοντά στα μωρά τους. Η έρευνα που έγινε με επικεφαλή τον Δρ Πίτερ Φλέμινγκ έθεσε ερωτήματα σε 195 γονείς μωρών που πέθαναν και σε 780 που έζησαν τα παιδιά τους, αλλά κινδύνευσαν από το σύνδρομο του αιφνίδιου θανάτου. Εκείνο που είναι φανερό ήταν ότι το 62% των μητέρων των βρεφών που πέθαναν ήταν καπνίστριες. Αν μια μητέρα καπνίζει πριν και μετά τον τοκετό, ο κίνδυνος αυξάνεται, και όσο περισσότερο εκτίθεται ένα μωρό σε καπνό μετά τη γέννησή του τόσο μεγαλύτερος είναι ο κίνδυνος που διατρέχει να πεθάνει. Κίνδυνος που αυξάνεται κατά 100% για κάθε ώρα ημερησίως που περνάει σε χώρο με καπνό.

5.4 Οικονομική Συγκυρία και Θνησιμότητα

Σύμφωνα με δημοσιεύσεις του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας, η οικονομική κρίση στη χώρα μας αποτελεί αιτία για το θάνατο 900 βρεφών τον χρόνο. Μωρά πεθαίνουν και ζωές εγκύων κινδυνεύουν εξαιτίας της έλλειψης μονάδων εντατικής φροντίδας νεογνών . Η Ελλάδα καταγράφεται ως μία από τις πρώτες στη λίστα χώρες της Ε.Ε. στην περιγεννητική θνησιμότητα.²⁸

²⁸ <http://hamomilaki.blogspot.gr/2012/08/h-900-thanatoi-neognwn.html>

Οι 9 στις 1.000 γεννήσεις παιδιών στη χώρα μας δεν καταλήγουν καλά, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό άλλων χωρών βρίσκεται κοντά στις 2 ή και 3 γεννήσεις. Φέτος για πρώτη φορά η Ειδική Επιτροπή Περιγεννητικής ζήτησε τον ακριβή αριθμό γεννήσεων από δημόσια και ιδιωτικά μαιευτήρια, ενώ ήδη εισηγήθηκε στον υπουργό Υγείας ριζικές αλλαγές στο σύστημα περιγεννητικής φροντίδας. Μωρά πεθαίνουν κι έγκυες κινδυνεύουν τη ζωή τους εξαιτίας της έλλειψης μονάδων εντατικής φροντίδας νεογνών. Είναι χαρακτηριστικό το στοιχείο που λέει ότι ακόμη και στα νοσοκομεία που λειτουργούν τέτοιες μονάδες παραμένουν κλειστές από την έλλειψη ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού.

Η περιγεννητική θνησιμότητα σε όλες τις χώρες της Ε.Ε κυμαίνεται από 4-6 τοις χιλίοις, αναφέρει ο πρόεδρος του ΚΕΣΥ, κ. Ανδρέας Σερέτης, συμπληρώνοντας ότι από αυτούς τους δείκτες προκύπτει ότι από τους 110.000 τοκετούς ετησίως περίπου, εάν δεχτούμε το 9 τοις χιλίοις ως θνησιμότητα στη χώρα μας, που εκτιμήσεις θεωρούν ότι είναι μεγαλύτερη, εάν λειτουργήσει το σύστημα της περιγεννητικής και νεογνικής φροντίδας σωστά και το ποσοστό μειωθεί στο 6 που έχει η Πορτογαλία και είναι το ανώτερο της Ευρώπης, σημαίνει ότι ετησίως θα ζουν περισσότερα από 500 νεογνά.²⁹

5.5 Κακοποίηση και θνησιμότητα

Οι περισσότεροι θάνατοι βρεφών και παιδιών ηλικίας κάτω των δύο ετών παγκοσμίως οφείλονται σε κακοποίηση από τους γονείς τους. Οι κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις είναι η πιο συχνή συνέπεια της κακοποίησης των βρεφών και των παιδιών. Σήμερα υπολογίζεται ότι περίπου το 68% κρανιοεγκεφαλικών κακώσεων σε παιδιά μικρότερα των δύο χρόνων, σε όλο τον κόσμο, οφείλονται σε κακοποίηση από τους γονείς. Στην Αγγλία εκτιμάται ότι 1 στα 1000 παιδιά όλων των ηλικιών κακοποιείται σοβαρά, ενώ στις ΗΠΑ,

²⁹ <http://hamomilaki.blogspot.gr/2012/08/h-900-thanatoi-neognwn.html>

μόνο το 2006 καταγράφηκαν 905.000 περιπτώσεις κακοποίησης ή παραμέλησης παιδιών, όπου το 64,1% αφορούσαν παραμέληση, το 16% σωματική βία, το 8,8% σεξουαλική βία, το 6,6% ψυχολογική βία και το 15,1% άλλες μορφές κακοποίησης.³⁰

Σύμφωνα με μελέτες, περισσότερα από τα μισά βρέφη και νήπια που πεθαίνουν εμφανίζουν σημάδια προηγούμενης κακοποίησης. Τα βρέφη αυτής της ηλικίας, τα οποία είναι τρωτά από πολλές απόψεις, έχουν τις περισσότερες πιθανότητες από τα παιδιά όλων των άλλων ηλικιών να γίνουν θύματα ανθρωποκτονίας. Περισσότερα από 2.400 παιδιά κάτω των 2 ετών δολοφονήθηκαν στις ΗΠΑ από το 2001 έως το 2005, αριθμός σχεδόν διπλάσιος από τον αριθμό των παιδιών που έπεσαν θύματα τροχαίων ατυχημάτων. Τα παιδιά αυτής της ηλικίας αντιπροσωπεύουν περίπου το ήμισυ των ανθρωποκτονιών που αφορούν παιδιά κάτω των 14 ετών. Το ποσοστό των δολοφονιών στα βρέφη αυτής της ηλικίας (6 ανά 100.000) είναι 10 φορές υψηλότερο από το ποσοστό στα παιδιά 7-8 ετών και ακόμη πιο υψηλό από το ποσοστό στα παιδιά 15-16 ετών.³¹

Σύμφωνα με τα τελευταία στοιχεία που δημοσιοποίησε το «Χαμόγελο του Παιδιού», από την 1η Ιανουαρίου έως της 31η Οκτωβρίου του 2010, η Εθνική Τηλεφωνική Γραμμή SOS 1056 κατέγραψε 383 ανώνυμες και επώνυμες τηλεφωνικές καταγγελίες, που αφορούσαν κακοποίηση ή παραμέληση 770 παιδιών όλων των ηλικιακών ομάδων και των δύο φύλων σε όλη την Ελλάδα.

32

Δυστυχώς, στην Ελλάδα τα επιδημιολογικά δεδομένα, σχετικά με το φαινόμενο αυτό, είναι ιδιαίτερα ελλιπή με αποτέλεσμα τα στοιχεία που υπάρχουν μέχρι σήμερα να μην αντανακλούν την πραγματική έκταση του προβλήματος. Επίσης, συγκεκριμένες στάσεις και πεποιθήσεις, σε επίπεδο τοπικής κοινότητας στην Ελλάδα, συνεχίζουν να λειτουργούν διευκολύνοντας

³⁰ http://www.express.gr/news/ygeia/408678oz_20110121408678.php3

³¹ <http://www.healthview.gr/node/10955>

³² http://www.express.gr/news/ygeia/408678oz_20110121408678.php3

την εκδήλωση της κακοποίησης, εφόσον αποδέχονται τη σωματική τιμωρία και ενθαρρύνουν την εμφάνιση ακραίας μορφής βίας στα παιδιά για λόγους πειθαρχίας και σωστής διαπαιδαγώγησης.

Οι μελέτες που αφορούσαν την εξήγηση του φαινομένου αυτού για πολλά χρόνια εστιάζονταν, κυρίως, στη ψυχοπαθολογία του γονέα και είχε παρατηρηθεί ότι οι γονείς που κακοποιούν τα παιδιά τους χαρακτηρίζονται κυρίως από σοβαρές ψυχικές δυσκολίες (π.χ. πληρούν τα κριτήρια για ψυχιατρικές διαγνώσεις όπως κατάθλιψη, διαταραχή προσωπικότητας και σπανιότερα ψύχωση), έχουν περιορισμένες νοητικές ικανότητες, είναι εθισμένοι σε διάφορες ουσίες (ναρκωτικά, αλκοόλ).³³

³³ http://www.express.gr/news/vgeia/408678oz_20110121408678.php3

Επίλογος

Ο κίνδυνος του θανάτου είναι παρών σε όλη την διάρκεια της ζωής του ανθρώπου. Η ένταση αυτού του κινδύνου μεταβάλλεται ανάλογα με την ηλικία και διαφοροποιείται ανάμεσα στα δύο φύλα για την ίδια ηλικία. Παράλληλα όμως, πολλοί παράγοντες (όπως κοινωνικοί, οικονομικοί, περιβαλλοντικοί) επηρεάζουν επίσης την πιθανότητα να συμβεί το μοιραίο.

Ο θάνατος ως βιοτικό γεγονός ενδιαφέρει τη Δημογραφία λόγω της κοινωνικής αλλά και οικονομικής σημασίας που διέπει το φαινόμενο αυτό. Είναι μοναδικό και μη αναστρέψιμο γεγονός για κάθε άτομο και σε αντίθεση με άλλα βιοτικά γεγονότα διακρίνεται από μια σχετική ανεξαρτησία από τη βούληση των ανθρώπων, με εξαίρεση φυσικά τους αυτόχειρες. Η συχνότητα με την οποία εμφανίζεται ο θάνατος σε ένα κοινωνικό σύνολο σε συγκεκριμένη χρονική περίοδο εκφράζεται με τον όρο θνησιμότητα. Θνησιμότητα είναι η αριθμητική ένδειξη της δύναμης του θανάτου από κάθε αιτία στο γενικό πληθυσμό και ως βιομετρικός δείκτης ενέχει αξία στην ιατροδημογραφική ανάλυση, μόνο εάν συνοδεύεται από αναφορά του πληθυσμού από τον οποίο προέρχονται τα απόλυτα μεγέθη.³⁴

Οι στατιστικές θνησιμότητας χρησιμεύουν για την αξιολόγηση της κατάστασης της υγείας του αντίστοιχου πληθυσμού, και μπορούν να συμβάλλουν στη διευκρίνιση της περιγραφικής επιδημιολογίας πολλών νοσημάτων. Επιπλέον, η παρακολούθηση των βραχυχρόνιων διακυμάνσεων του ολικού αριθμού των θανάτων μπορεί να συμβάλλει στην έγκαιρη επισήμανση επιδημικών εκρήξεων από γρίπη, ατμοσφαιρική ρύπανση ή άλλες αιτίες, και κατά συνέπεια, στη λήψη αποτελεσματικών μέτρων.³⁵

Μετά από μια μακρά περίοδο, σχεδόν μέχρι τα μέσα του 20ού αιώνα, κατά την οποία η μείωση της θνησιμότητας και η αντιμετώπιση της ασθένειας ήταν το κύριο μέλημα της υγειονομικής πολιτικής, η θνησιμότητα των παιδιών και των

³⁴ Δαρδαβέζης Θ. «Στοιχεία επιδημιολογίας». Θεσσαλονίκη: Μιχαηλίδη, 2003

³⁵ Τριχόπουλος Δ. «Επιδημιολογία: αρχές, μέθοδοι, εφαρμογές.» Παρισιάνος, Αθήνα 1982

νέων είναι πλέον χαμηλή, ενώ σοβαρές χρόνιες παθήσεις είναι σπάνιες. Οι δείκτες νοσηρότητας και θνησιμότητας ίσως να μην επαρκούν πλέον για να απεικονίσουν την κατάσταση υγείας του παιδικού και του νεανικού πληθυσμού και είναι σημαντικό να δοθεί σημασία όχι μόνο στις διαταραχές και τον τρόπο ζωής, αλλά και στην ευημερία και την ποιότητα ζωής του πληθυσμού αυτού. Η έννοια της υγείας για τα παιδιά και τους νέους θα πρέπει να καλύπτει τη φυσική κατάσταση, την ψυχολογική λειτουργία (θετικές προσδοκίες για το μέλλον, εκπαιδευτικές ικανότητες, αυτοεκτίμηση), τις κοινωνικές σχέσεις (φίλοι, σεξουαλική ζωή) και τις δυνατότητες του περιβάλλοντος (ευκαιρίες για την απόκτηση νέων πληροφοριών και ειδικοτήτων, δυνατότητες για δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου, φυσικό περιβάλλον).

Οι οικογενειακές, οικονομικές, κοινωνικές, πολιτιστικές και μορφωτικές συνθήκες που βιώνει το παιδί και ο νέος συναρτώνται άμεσα με πολλές παθήσεις. Όμως, παρότι η βελτίωση της υγείας κατά τη διάρκεια της μετάβασης από την οικογένεια στην ενήλικη ζωή είναι ουσιαστικά ένας πολύπλοκος συνδυασμός βιολογικών, ψυχολογικών, κοινωνικών και πολιτιστικών διαδικασιών, οι πληροφορίες που είναι διαθέσιμες αφορούν κυρίως στη θνησιμότητα, τη νοσηρότητα, τις διαταραχές και τον τρόπο ζωής. Η μέτρηση της υγείας των νέων, με την ευρύτερη έννοια, είναι δύσκολη. Οι πληροφορίες σχετικά με την υγεία των παιδιών και της νεολαίας που είναι διαθέσιμες εξακολουθούν να είναι περιορισμένες, προέρχονται κυρίως από τις στατιστικές φυσικής κίνησης (γεννήσεις, γάμοι, θάνατοι), τις καταγραφές κάποιων ασθενειών (καρκίνος, μεταδοτικές ασθένειες), τα στοιχεία κατανάλωσης (καπνός, αλκοόλ, τροφή), τις εξειδικευμένες έρευνες (υγεία, νοσηρότητα, αναπηρία, τρόπος ζωής) και τα διοικητικά δεδομένα (χρήση ιατρικών υπηρεσιών, διακοπή εγκυμοσύνης κ.λπ.), ενώ δεν υπάρχουν στοιχεία για τις θετικές πλευρές και τη λειτουργικότητα και συγκριτικές και αξιόπιστες μελέτες μεταξύ των χωρών.³⁶

³⁶ Α. Κώτση, «Νοσολογία των παιδικών ηλικιών και της νεολαίας (20ός αιώνας)», Αθήνα 2008 Σελ: 220









Οι εξελίξεις στη νοσηρότητα και θνησιμότητα του παιδικού και του βρεφικού πληθυσμού στη διάρκεια του 20ού αιώνα και οι γενικότερες εξελίξεις στο κοινωνικοοικονομικό περιβάλλον έχουν διαμορφώσει ένα νοσολογικό πρότυπο στα τέλη του 20ού αιώνα ή στις αρχές του 21ου αιώνα που δίνει μια νέα διάσταση στην έννοια της υγείας αυτού του πληθυσμού. Η έννοια της υγείας δεν είναι κοινή για τους κατοίκους όλων των χωρών ούτε όλων των εποχών, καθώς είναι συνυφασμένη με τις πολιτιστικές και κοινωνικές συνθήκες, τον τρόπο ζωής κάθε τόπου και κάθε εποχής. Η έννοια της υγείας, όπως έχει προσδιοριστεί από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO), δεν είναι μόνο η έλλειψη ασθένειας, αλλά η κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχολογικής και κοινωνικής ευημερίας.³⁷

³⁷ Α. Κώτση, «Νοσολογία των παιδικών ηλικιών και της νεολαίας (20ός αιώνας)», Αθήνα 2008 Σελ: 14




ΠΗΓΕΣ

Βιβλιογραφία:


-  Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, «Η υγεία των παιδιών και η σύγχρονη κοινωνία – Επισκόπηση της παρούσας κατάστασης και των δράσεων υγείας» 2011, 28(3):345-350
-  Έκδοση της Ελληνικής Εθνικής Επιτροπής της UNICEF Τεύχος 88 Κωδ. 3543 (ΜΑΡΤΙΟΣ-ΑΠΡΙΛΙΟΣ-ΜΑΙΟΣ 2012)
-  Κακλαμάνης Στ., Κοστυφάκης Γ., «Η θνησιμότητα στην Ελλάδα (1960-2001)», Εργαστήριο Δημογραφικών Κοινωνικών Αναλύσεων, 2009.
-  Καραγεώργη Α., *Η χωρική διάσταση της θνησιμότητας στην Ελλάδα*» Αθήνα, 2012
-  Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία του υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης 2008
-  Τούντας Γ., «Βρεφική και μητρική θνησιμότητα στον κόσμο» Ελευθεροτυπία 02/07/2011
-  Τούντας Γ., «*Κοινωνικές ανισότητες στην υγεία*» Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 17(4), Ιούλιος-Αύγουστος 2000, 351-354
-  Unisef «Η κυριότερη αιτία θανάτου παιδιών κάτω των πέντε ετών η πνευμονία», Mediasoup, Νοέμβριος 2012

Ηλεκτρονικές Πηγές:

 Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία (Βάσεις Δεδομένων – Στατιστικά Θέματα – Φυσική Κίνηση Πληθυσμού 2000-2010) <http://www.statistics.gr>


 http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE/PAGE-themes?p_param=A1605&r_param=SPO09&y_param=2009_00&mytabs=0

 http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE/PAGE-themes?p_param=A1699&r_param=DKT85&y_param=2010_00&mytabs=0

 <http://www.demography-lab.prd.uth.gr/DDAoG/edu/case/1/pop-ax3.htm>

 www.unicef.gr

 <http://live3.ygeianet.gov.gr/healthstatsapps/healthstats/main.aspx>

 http://el.wikipedia.org/wiki/%CE%92%CF%81%CE%B5%CF%86%CE%B9%CE%BA%CE%AE_%CE%B8%CE%BD%CE%B7%CF%83%CE%B9%CE%BC%CF%8C%CF%84%CE%B7%CF%84%CE%B1


 <http://www.freeinquiry.gr/pro.php?id=2463>

 http://hamomilaki.blogspot.gr/2012/08/h-900-thanatoinoannwn.htmlhttp://www.express.gr/news/vaeia/408678oz_20110121408678.php3

 <http://www.healthview.gr/node/10955>

 <http://www.skai.gr/news/health/article/202746/paidiki-thnisimotita-iasimes-astheneies-i-aitia/>

 <http://newpost.gr/post/153372/kata-to-imisv-meiothike-i-paidiki-thnisimotita/>

 <http://www.healthview.gr/%CF%83%CF%84%CE%B1%CF%84%CE%B9%CF%83%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%AC-%CE%B3%CE%B9%CE%B1-%CF%84%CE%B7-%CE%B8%CE%BD%CE%B7%CF%83%CE%B9%CE%BC%CF%8C%CF%84%CE%B7%CF%84%CE%B1/%CE%B2%CF%81%CE%B5%CF%86%CE%B9%CE%BA%CE%AE-%CE%B8%CE%BD%CE%B7%CF%83%CE%B9%CE%BC%CF%8C%CF%84%CE%B7%CF%84%CE%B1>