

# ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΑΝΘΡΩΠΙΣΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΙΣΤΟΡΙΑΣ, ΑΡΧΑΙΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ  
ΑΝΘΡΩΠΟΛΟΓΙΑΣ



**«Η βρεφική και παιδική θνησιμότητα στη Λαμία το  
19ο αιώνα  
1859-1900»**

**Πτυχιακή Εργασία**



**Όλγα Σκάρλα**

**Επιβλέπουσες Καθηγήτριες: Άννα Ματθαίου, Ντίνα  
Μουστάνη**

**Βόλος, Ιούνιος 2019**



## *Ευχαριστίες*

Στο διάστημα συγγραφής αυτής της γνώρισα ανθρώπους που με βοήθησαν σε μεγάλο βαθμό. Αρχικά θα ήθελα να ευχαριστήσω την κα Άννα Ματθαίου και την κα Ντίνα Μουστάνη, που ήταν κάτι παραπάνω από «επιβλέπουσες», καθώς ήταν πρόθυμες να με βοηθήσουν και να απαντήσουν άμεσα σε όλες τις απορίες. Επίσης τις ευχαριστώ για την εμπιστοσύνη που έδειξαν στο πρόσωπό μου από την πρώτη στιγμή.

Η κα Σοφία Βακιρζηδέλη, προϊσταμένη των Γ.Α.Κ. Νομού Φθιώτιδας, ήταν δίπλα μου σε όλη αυτή την πορεία. Είχε πάντα καλή διάθεση να με εξυπηρετήσει και να μου επιτρέψει την έρευνα στα Αρχαία, ακόμα και μέρες που το Αναγνωστήριο ήταν κλειστό αλλά και να με συμβουλέψει για την τοπική βιβλιογραφία.

Ιδιαίτερα ευχαριστώ τον Δρ. Ιωάννη Λαζαρέττο, ορθοπαιδικό και διδάσκοντα του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, για την παροχή της ιατρικής βιβλιογραφίας, τον Θεοδωρή Λαζαρέττο και τον Σπύρο Κούρια, για τις πολύτιμες συμβουλές τους. Επίσης τις συναδέλφους κα φίλες Χαρά Γκίζα και Μαρίλη Αντώνιου, για τις άπειρες ώρες συζητήσεων.

Πάντα ήταν στο πλευρό μου η οικογένειά μου, οι γονείς μου, τα αδέρφια μου, οι οποίοι φρόντιζαν να με νουθετούν και να μου συμπαρασταθούν στις δύσκολες στιγμές και στο άγχος που αντιμετώπισα όλη αυτή την περίοδο. Τέλος ένα τεράστιο ευχαριστώ οφείλω στον παππού μου, που δυστυχώς δεν πρόλαβε να είναι δίπλα μου αυτή τη στιγμή, δε σταμάτησε ποτέ να πιστεύει σε εμένα και ξέρω πως σίγουρα θα νιώθει περήφανος. Σε όλους αυτούς αφιερώνω την εργασία μου.

## Περιεχόμενα

<b>Κεφάλαιο 1. Εισαγωγή</b> .....	4
1.1. Μια ανθρωπολογική ματιά στο θάνατο.....	7
<b>Κεφάλαιο 2. Δημογραφία</b> .....	13
2.1. Τι είναι η θνησιμότητα; Ποια η σημασία της βρεφικής και παιδικής θνησιμότητας;.....	20
<b>Κεφάλαιο 3. Η βρεφική και παιδική θνησιμότητα στην Ευρώπη</b> .....	26
3.1. Η Βρεφική και παιδική θνησιμότητα στην Ελλάδα.....	32
<b>Κεφάλαιο 4. Η βρεφική και παιδική θνησιμότητα στη Λαμία</b> .....	40
4.1. Η Λαμία.....	40
4.2. Λαμία, η πόλη των περιηγητών.....	41
4.3. Πολεοδομική φυσιογνωμία και οικονομική εξέλιξη.....	41
4.4. Κοινωνία.....	43
4.5. Καθαριότητα, υγεία και προβλήματα.....	44
<b>Κεφάλαιο 5. Αποδελτιώνοντας τις πράξεις θανάτου</b> .....	46
5.1. Η πηγή.....	46
5.2. Οι αριθμοί της βρεφικής και παιδικής θνησιμότητας.....	49
5.2.α. Οι θάνατοι των βρεφών.....	49
5.2.β. Οι θάνατοι των παιδιών.....	54
5.2.γ. Οι θάνατοι κατά φύλα.....	58
5.2.δ. Εποχική θνησιμότητα.....	60
5.2.ε. Οι δείκτες των θανάτων.....	61
5.2.στ. Τα νόθα.....	62
5.2.ζ. Τέκνα Κρητών προσφύγων αποβιώσαντα στη Λαμία.....	63
<b>Κεφάλαιο 6. Οι αιτίες της θνησιμότητας</b> .....	64
<b>Κεφάλαιο 7. Οι τρόποι αντιμετώπισης και η πρόοδος της ιατρική</b> .....	70
7.1. Η γέννηση της μικροβιολογίας.....	70
7.2. Η ελληνική παιδιατρική.....	72
7.3. Πρωτοποριακές θεραπευτικές πράξεις.....	73
7.4. Ιατρικές Συμβουλές στην Ευρώπη.....	73
7.5. Η αντιμετώπιση των νοσημάτων στη Λαμία.....	73

<b>Αντί επιλόγου.....</b>	<b>76</b>
<b>Παράρτημα.....</b>	<b>78</b>
<b>Βιβλιογραφία.....</b>	<b>80</b>

## Κεφάλαιο 1.Εισαγωγή

Η παιδική ηλικία αποτελεί ένα πεδίο αντιφατικών λόγων, κοινών, τόσο στην καθημερινή επικοινωνία όσο και στον ακαδημαϊκό χώρο. Αν και είναι δεδομένη στην ανθρώπινη ζωή, παράλληλα αποτελεί ένα πεδίο εξερευνήσιμο, ιδιαίτερο και ξεχωριστό. Η ιστορική και κοινωνική θεώρηση της παιδικής ηλικίας, σύμφωνα με τη Δήμητρα Μακρυνιώτη<sup>1</sup>, ανέδειξαν μελέτες που δημιουργούν μια ιστοριογραφία του κυρίαρχου λόγου των σχέσεων μεταξύ γονέων και παιδιών. Επίσης τονίζει ότι η μέριμνα την κοινωνίας για τα παιδιά, δεν είναι μια απρόσμενη ευαισθητοποίηση αλλά εξαρτάται άμεσα από τις ισχύουσες κοινωνικές, πολιτικές και οικονομικές συνθήκες ή αντιλήψεις, λόγου χάρι υψηλή παιδική και βρεφική θνησιμότητα. Η τελευταία αποτελούσε και αποτελεί μια μάστιγα στον πλανήτη κατά το πέρασμα των αιώνων. Γιατί όμως να πρέπει κανείς να μελετήσει αυτό το πεδίο;

Ο θάνατος είναι ένα αναπόφευκτο γεγονός για το ανθρώπινο γένος, καθώς έτσι ολοκληρώνεται ο κύκλος ζωής, όπως κι ένα βασικότατο πεδίο μελέτης της δημογραφικής αλλά και στατιστικής επιστήμης. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο οργανισμό υγείας<sup>2</sup>, «θάνατος είναι η διαρκής και οριστική εξαφάνιση κάθε ένδειξης ζωής, η οποία επέρχεται σε οποιαδήποτε χρονική στιγμή μετά τη γέννηση ζώντος ανθρώπινου οργανισμού». Συνάμα όμως, αποτελεί κι ένα σημαντικό εργαλείο στα χέρια ενός ιστορικού, προκειμένου να δώσει απαντήσεις στα ερωτήματα της έρευνάς του. Μέσα από την ανάδειξη και επεξεργασία των αιτιών θανάτου, αποσαφηνίζονται το κοινωνικό και υγειονομικό υπόβαθρο μιας ιστορικής περιόδου.

Στόχος αυτής της μελέτης ήταν να ερευνήσω την βρεφική και παιδική θνησιμότητα στη Λαμία την περίοδο του 19<sup>ου</sup> αιώνα. Τα μικρά παιδιά και βρέφη αποτελούν τις πιο ευπαθείς ομάδες ενός πληθυσμού, λόγω του ευάλωτου σε νοσήματα οργανισμού. Αφορμή της ενασχόλησης μου υπήρξε το μάθημα της ιστορικής δημογραφίας στο τμήμα όπου φοιτώ, καθώς γνώρισα τη διεπιστημονικότητα στον τομέα της ιστορίας και της δημογραφίας. Μέσα από μια μικρή εργασία για το τέλος του εξαμήνου σχετικά με την θνησιμότητα στην Ευρώπη μου γεννήθηκαν διάφορα ερωτήματα. Ωστόσο το ενδιαφέρον μου ενισχύθηκε κατά τη

---

<sup>1</sup>Δ. Μακρυνιώτη. (2008). *Περί θανάτου, Η πολιτική διαχείριση της θνητότητας*. Αθήνα: Νήσος.

<sup>2</sup> Γ. Τούντας .(2000), Κοινωνικές ανισότητες στην υγεία. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 17(4), σ.351-354.

διάρκεια της πρακτικής μου άσκησης στα Γενικά Αρχεία του Κράτους-Αρχεία Νομού Φθιώτιδας. Καθώς λοιπόν μου δόθηκε η ευκαιρία να αποδελτιώσω το ληξιαρχείο του Δήμου Λαμιαίων, και συγκεκριμένα να αποδελτιώσω τις ληξιαρχικές πράξεις θανάτου, παρατήρησα την αυξημένη θνησιμότητα βρεφών και παιδιών. Έτσι αναρωτήθηκα τις αιτίες και τους λόγους που συνέβαλλαν σε αυτό.

Η Λαμία είναι μια πόλη με σημαντική ιστορία. Οι κυριότερες αρχειακές πηγές είναι οι ληξιαρχικές πράξεις από το 1860 έως και το 1880. Άλλες δευτερογενείς πηγές που χρησιμοποιήθηκαν είναι τοπική, όπως και η ευρωπαϊκή και ελληνική ιστοριογραφία της Λαμίας. Αρχικός στόχος υπήρξε μέσα από τις πράξεις να σημειωθούν οι αιτίες θανάτων. Όμως αυτό κατέστη αδύνατο καθώς από το 1836 και έπειτα η αναγραφή της αιτίας θανάτου στις ληξιαρχικές πράξεις θανάτου σταμάτησε. Αυτό υπήρξε ένα γεγονός που δυσκόλεψε την έρευνα. Κρίθηκε αναγκαίο να μελετηθεί καλύτερα και σε βάθος το κοινωνικό πλαίσιο της πόλης μέσα από αναφορές περιηγητών που θα εξεταστούν παρακάτω.

Η εργασία μου αρχίζει με την ανθρωπολογική και κοινωνιολογική μελέτη για το θάνατο, δείχνοντας έτσι την άρρηκτη σχέση της ιστορίας και της δημογραφίας με το πεδίο της ανθρωπολογίας. Διάφοροι επιστήμονες, ιδιαίτερα γνωστοί στον κλάδο των κοινωνικών επιστημών, όπως λόγου χάρη ο Μισέλ Φουκό, διατύπωσαν τις απόψεις τους για το θάνατο, επηρεάζοντας τον μεταγενέστερο επιστημονικό λόγο.

Η μελέτη του πληθυσμού μιας περιοχής θεωρείται άρρηκτα συνδεδεμένη με την ιστορία της. Θα εξετάσουμε στο δεύτερο κεφάλαιο την εξέλιξη της ιστορικής δημογραφίας τόσο στην Ευρώπη αλλά και στην Ελλάδα. Επίσης θα μελετηθούν η βρεφική και παιδική θνησιμότητα αναλυτικά ως κατηγορία.

Στο τρίτο κεφάλαιο θα αναδειχθεί η βρεφική και παιδική θνησιμότητα σε ένα γενικότερο πλαίσιο, την Ευρώπη και τη Σουηδία, το Βέλγιο και την Ιταλία. Στη συνέχεια θα αναφερθούμε στην Ελλάδα και σε κάποιες πόλεις που έχουν μελετηθεί εκτεταμένα από ιστορικούς, για να παρουσιαστεί το κοινωνικό και ιστορικό πλαίσιο της βρεφικής και παιδικής θνησιμότητας στη Λαμία. Είναι εξαιρετικά ενδιαφέρον να εμβαθύνουμε στην κοινωνία της πόλης λίγο μετά την ίδρυση του ελληνικού κράτος.

Στο τέταρτο κεφάλαιο θα εξετάσουμε το ιστορικό και κοινωνικό πλαίσιο της πόλης της Λαμίας. Το πέμπτο (ίσως το πιο σημαντικό κεφάλαιο της μελέτης) δίνει την απάντηση στο βασικό ερώτημα, καθώς να αναλυθεί το αρχείο του ληξιαρχείου,

μέσα από την έρευνα στα ΓΑΚ. Ωστόσο θα γίνει και μια σύγκριση με το Βόλο μέσα από τη μελέτη της Ντίνας Μουστάνη. Κατόπιν στο έκτο κεφάλαιο θα μελετηθούν οι αιτίες που οδήγησαν στο θάνατο των μικρών παιδιών και βρεφών, όπως αυτές της ελονοσίας, της χολέρας και της φυματίωσης.

Στο έβδομο κεφάλαιο θα σκιαγραφήσουμε την τεράστια πρόοδο που έκανε η επιστήμη της ιατρικής. Ο L. Pasteur συνείσφερε στην αντιμετώπιση διάφορων ασθενειών όπως και άλλοι σημαντικοί επιστήμονες ήταν αρωγοί στην μείωση της βρεφικής και παιδικής θνησιμότητας, αλλά επίσης και πως και γιατί η εκπαίδευση των γονέων ήταν εξ ίσου σημαντική. Τέλος, ακολουθεί ο επίλογος.



## 1.1. Μια ανθρωπολογική ματιά στο θάνατο...

Η επιστήμη της ανθρωπολογίας, μέσα από τον άνθρωπο, ερμηνεύει την κοινωνία. Όπως θα δούμε και παρακάτω, διάφοροι μελετητές, από τους πιο σημαντικούς για τις ανθρωπιστικές επιστήμες, αναλύουν το θάνατο συνδυάζοντας ένα φάσμα επιστημονικών μεθόδων. Κι όμως η δημογραφία έχει και μια κοινωνιολογική και ανθρωπολογική σημασία. Στον άνθρωπο εγγράφεται το αντίκτυπο που έχει η εκάστοτε κοινωνία. Το πως αντιμετωπίζει μια κοινωνία το νεκρό σώμα, επεξηγεί πολλά για την ίδια. Αυτό που θέλω να πω είναι πως δεν είναι δυνατόν να μελετούμε τον θάνατο ενός ανθρώπου, όταν δεν έχουμε ήδη κατανοήσει το πως έβλεπε η κοινωνία το ίδιο του το νεκρό σώμα. Στις επόμενες γραμμές θα παραθέσω κάποιες ερμηνείες για το θάνατο, καθώς την σύνδεση της δημογραφίας και της ιατρικής με την ανθρωπολογία.

Ο G. Gorer<sup>3</sup> σημειώνει ότι ως και τον 20ό αιώνα ο θάνατος ήταν μια φυσική διαδικασία η οποία συχνά δεν κατονομαζόταν. Η φυσική διαδικασία της αποσύνθεσης και της φθοράς του νεκρού σώματος συνδέονταν με την έννοια της αποτροπής. Επίσης τονίζει ότι στα τέλη του 19<sup>ου</sup> αιώνα, τα μέτρα δημόσιας υγείας και η πρόληψη μέσω της ιατρικής επιστήμης, έχουν κάνει τον φυσικό θάνατο, των νεότερων ανθρώπων, όπως των παιδιών, χαμηλότερο σε ποσοστά σε σχέση με το παρελθόν.

Ο P. Aries και ο M. Vovelle<sup>4</sup>, επηρέασαν τον προβληματισμό για την αποσιώπηση του θανάτου από τη δημόσια σφαίρα της νεότερης κοινωνίας. Πιο συγκεκριμένα, μέσα από το έργο τους ανέδειξαν τις αλλαγές στις στάσεις, αντιλήψεις και τις τελετουργίες γύρω από την διαδικασία του θανάτου, ξεκινώντας από τον Μεσαίωνα έως και τα μέσα του 20ού αιώνα. Σύμφωνα με τον Αριές<sup>5</sup>, η μεγάλη αλλαγή έγινε στο διάστημα 1850-1950, στα χρόνια δηλαδή που τοποθετεί την μοντέρνα εποχή. Η υιοθέτηση αντιθετικών εννοιολογήσεων, τέτοιων που δηλώνουν τη μετάβαση από την προνεωτερική στη νεωτερική κοινωνία, οδήγησε στην πλήρη αντιστροφή όπως εκφράστηκε «με το πέρασμα από τον εξημερωμένο στον

---

<sup>3</sup>G, Gorer. (2008). Η πορνογραφία του θανάτου. Στο Δ. Μακρυγιάννη, *Περί θανάτου, Η πολιτική διαχείριση της θνητότητας* (σσ. 73-83). Αθήνα: Νήσος.

<sup>4</sup> Δ, Μακρυγιάννη. (2008). Εισαγωγή. Στο Δ. Μακρυγιάννη, *Περί θανάτου, Η πολιτική διαχείριση της θνητότητας* (σσ. 18). Αθήνα: Νήσος.

<sup>5</sup>Στο ίδιο, σελ 19

εξαγριωμένο και απαγορευμένο θάνατο». Αυτό συνοδεύεται και από μια θεώρηση του παρελθόντος, η οποία χαρακτηρίζεται ως νοσταλγική και εξιδανικευμένη. Έτσι αντιπαρατίθενται οι «καλές» πρωνεωτερικές κοινωνίες με τις «κακές» νεωτερικές, ενώ ταυτόχρονα αναδεικνύονται τα δίπολα ατομικό-δημόσιο, σιωπή-λόγος, αλήθεια-ψεύδος.<sup>6</sup> Ο θάνατος μετατρέπεται από ορατό κοινωνικό γεγονός σε αόρατο ατομικό συμβάν, δηλαδή από αφήγηση σε ταμπού.<sup>7</sup> Χάρη στον καταϊγισμό των αφηγήσεων για το θάνατο, η αποτροπή αυτή άρχισε να υποχωρεί.

Ο Tony Walter<sup>8</sup> μελέτησε την «πορεία που διέγραψε ο θάνατος κατά τη νεωτερικότητα και επισημαίνει τις αντιφάσεις ανάμεσα στην αυξανόμενη ορθολογική, ιατρική, εκκοσμικευμένη και γραφειοκρατική προσέγγισή του και στην προσωπική και ιδιωτική φύση της απώλειας.<sup>9</sup> Οι θέσεις αυτές φέρνουν το θάνατο στο προσκήνιο της δημόσιας ζωής. Όμως η σχετική θέση για την άρση της σιωπής στην ουσία αποτελεί μια αντεστραμμένη θέση περί αποσιώπησης.<sup>10</sup> Η ρητορική της αναβίωσης νοηματοδοτείται μόνο εάν έχει προηγηθεί ένα καθεστώς απόκρυψης και σιωπής. Ωστόσο, τόσο στην αναζήτηση της άρσης της όσο και της ίδιας της σιωπής, η δεύτερη προσεγγίζεται με αρνητικό τρόπο και η εξουσία γίνεται η δύναμη η ικανή για το αγορεύειν, αλλά και αυτή που θα αρνείται και θα καταστέλλει το λόγο.<sup>11</sup>

Ο Μισέλ Φουκό<sup>12</sup> αντίστοιχα έχει αναδείξει ότι η ανάπτυξη της δημογραφίας έχει καθιερώσει τον πληθυσμό ως ένα επιστημονικό πεδίο μελέτης διατυπώνοντας νόμους για την ανάπτυξη και την παρακμή του μέσω της καταγραφής, του υπολογισμού, της εξέτασης και του ελέγχου των σωμάτων σε ότι αφορά τη ζωή αλλά και τη θνησιμότητα. Η βιοπολιτική για τον Φουκό<sup>13</sup> μεταθέτει τα φαινόμενα της ζωής και του θανάτου «σε τάσεις συλλογικού σώματος του πληθυσμού, όπως είναι τα ποσοστά θνησιμότητας, τα πρότυπα υγείας και νοσηρότητας, οι δείκτες γονιμότητας και γεννητικότητας». Το ενδιαφέρον έτσι μεταφέρεται στην τύχη του ανθρώπινου είδους από αυτήν του ατομικού. Τα δεδομένα του πληθυσμού εξαρτώνται από επεξεργασμένες κατηγοριοποιήσεις και σε όλο και πιο σύνθετες μετρήσεις και

---

<sup>6</sup> Στο ίδιο, σελ. 19

<sup>7</sup> Στο ίδιο, σελ. 19.

<sup>8</sup> Στο ίδιο, σελ. 19

<sup>9</sup> T. Walter. (1994). *the revival of death.* (σς. 75). Λονδίνο-Νέα Υόρκη: Routledge.

<sup>10</sup> Μακρυνιώτη, 2008, σ.20

<sup>11</sup> Μακρυνιώτη, 2008, σ.22

<sup>12</sup> Μ. Φουκό. (2002). *Για την υπεράσπιση της κοινωνίας.* (σς. 295-297). (Τ. Δημητρούλια, Μεταφρ.)

Αθήνα: Ψυχογίος.

<sup>13</sup> Φουκό, 2002, σ. 297

αναλύσεις, για να γίνει η τεκμηρίωση των σχέσεων αιτίας και αιτιατού και συνεπώς η επιστημονική ερμηνεία των πληθυσμιακών τάσεων. Επίσης εφόσον η διευθέτηση τα αναπαραγωγής του πληθυσμού είναι το κύριο ζητούμενο, συλλέγοντας, οργανώνοντας και ερμηνεύοντας τα ποσοτικά του δεδομένα, υπαγορεύεται η θεσμοθέτηση των αναγκαίων πρακτικών, τεχνολογιών, κανονισμών και επαγγελματιών. Ο Φουκό ακόμα επισημαίνει ότι μέσω της δημογραφίας, εντάσσεται ένα πεδίο τεχνικών επιτήρησης, οι οποίες αφήνουν τον έλεγχο των παραγόντων που καθορίζουν τα γενικά φαινόμενα του πληθυσμού αλλά επίσης και την ανάπτυξη μηχανισμών ασφαλείας απέναντι στο τυχαίο γεγονός.<sup>14</sup>

Ακόμα για τον Φουκό, ένα από τα κυριότερα φαινόμενα του 19<sup>ου</sup> αιώνα που μαρτυρά το πέρασμα στη νεωτερικότητα ήταν «η αναδοχή της ζωής από την εξουσία, δηλαδή η άσκηση της εξουσίας επί του ανθρώπου ως έμβιου όντος, που οδηγεί στην κυρίαρχη πολιτικοποίηση της βιολογικής του κατάστασης». Ανέδειξε τη σύνδεση μεταξύ της διαχείρισης της ανθρώπινης ζωής (βιοπολιτική) με τον επιστημονικό εξορθολογισμό και την πολιτική διαχείριση του θανάτου, γνωστή και ως θανατοπολιτική.<sup>15</sup> Ο απόψεις<sup>16</sup> του για το θάνατο νοηματοδοτούνται, σύμφωνα με το φάσμα της κρίσιμης μετατόπισης που εντοπίζεται στο πλαίσιο του πολιτειακού δικαίου, από το παλιό δικαίωμα της κυριαρχίας σε μια τελείως διαφορετική εξουσία. «Στην εξουσία του να χαρίζει κανείς τη ζωή και να αφήνει τον άλλο να πεθαίνει.»<sup>17</sup> Το νέο δίκαιο της κυριαρχίας εισχωρήσει στο παλιό, θα το διαπεράσει και θα το αλλάξει. Ο Φουκό παρακολουθεί τη σταδιακή αλλαγή σε επίπεδο τεχνολογιών της εξουσίας και όχι της πολιτικής θεωρίας. Στο διάστημα του 17<sup>ου</sup> ως τα μέσα του 18<sup>ου</sup> αιώνα εμφανίζονται κάποιες τεχνικές της εξουσίας που αναφέρονται κυρίως στο ανθρώπινο σώμα. Είναι μια πειθαρχική τεχνολογία εξατομίκευσης<sup>18</sup> όπου με τη βοήθεια της επιτήρησης και της εκπαίδευσης του σώματος του ώστε να το μετατρέψει σε υπάκουο και πειθήνιο, επιθυμεί και τη μεγιστοποίηση των ικανοτήτων και δυνάμεων του, ώστε να γίνει παραγωγικό και χρήσιμο. Από το δεύτερο μισό του 18<sup>ου</sup> αιώνα και μετά κάνει την εμφάνισή της μια άλλη τεχνολογία της εξουσίας η οποία δεν επιθυμεί την απόκλιση της πειθαρχίας ούτε και την κατάργησή της, καθώς είναι ενός διαφορετικού επιπέδου και κλίμακας, και βασίζεται σε πολύ διαφορετικά

---

<sup>14</sup>Φουκό, 2002, σ. 302

<sup>15</sup>Μ. Φουκό. (1998). *Η ιστορία της σεξουαλικότητας*. (Τομ. Α). (Γ. Ροζάκη, Μεταφρ.) Αθήνα: Ράππα

<sup>16</sup>Φουκό, Για την υπεράσπιση της κοινωνίας, 2002, σσ. 292-307

<sup>17</sup>Φουκό, Για την υπεράσπιση της κοινωνίας, 2002, σ. 295

<sup>18</sup>Φουκό, Για την υπεράσπιση της κοινωνίας, 2002, σ. 296

εργαλεία για τον Φουκό.<sup>19</sup> Εφαρμόζεται στον άνθρωπο, στο πλήθος των ανθρώπων και στις διαδικασίες που σχετίζονται με τη ζωή, δηλαδή όπως είναι η γέννηση, η αναπαραγωγή, η νοσηρότητα και φυσικά ο θάνατος. Αυτή είναι για τον Φουκό η βιοπολιτική του ανθρώπινου είδους.<sup>20</sup> Εδώ όπως σχολιάζει και η Μακρυνιώτη, έχουμε να αντιμετωπίσουμε το σώμα του πληθυσμού που ανάγεται σε πολιτικό πρόβλημα και όχι το άτομο και το σώμα του.<sup>21</sup>

Αν επικεντρωθεί κανείς στον πληθυσμό, μπορεί να διαπιστώσει ότι δημιουργούνται μηχανισμοί οι οποίοι στοχεύουν στις προβλέψεις, τις στατιστικές προβλέψεις, τα συνολικά μέτρα που θα παρέμβουν κυρίως στο επίπεδο των παραγόντων που ελέγχουν τις βιοτικές διαδικασίες, όπως ο έλεγχος των ασθενειών, παράταση ζωής και η ενίσχυση της γεννητικότητας. Ακόμα αυτοί οι μηχανισμοί, επιθυμούν τη διάρθρωση μηχανισμών ασφαλείας γύρω από το τυχαίο, «εγγενές σε κάθε πληθυσμό έμβιων όντων»<sup>22</sup>. Η Μακρυνιώτη προσθέτει εδώ ότι μέσα σε αυτές τις τεχνολογίες του Φουκό, συμπεριλαμβάνονται ως διάσταση, ο προσδιορισμός της ανθρώπινης διάρκειας ζωής με επιστημονικούς όρους, (αναφερόμενη στο όραμα του Quetelet, σημειώνει πως «το όραμα της μέγιστης διάρκειας ζωής από φιλοσοφικό και ιατρικό γεγονός με πιθανότητες που εμπίπτουν στην περιοχή του θαύματος, μετατρέπεται σε βιολογικό γεγονός») ο χωρισμός της ζωής σε γραμμικές αλληλουχίες ηλικιακών φάσεων με ευκρινή τα βιολογικά χαρακτηριστικά και η σύνδεση αυτών των φάσεων με ρυθμίσεις γραφειοκρατικών γνωρισμάτων<sup>23</sup>. Με το να ομογενοποιούνται οι ενδείξεις που δείχνουν τη μετάβαση από τη μία ηλικιακή φάση στην άλλη, η ηλικία και η ενηλικίωση αντικειμενοποιούνται και μελετώνται σύμφωνα με το ιατρικό μοντέλο και τις ενδείξεις φθοράς των βιολογικών λειτουργιών<sup>24</sup>. Η κατηγοριοποίηση των σωμάτων με φυσικό τρόπο σε μια κλίμακα που προϋπήρχε, κάνει πιο εύκολη τόσο την πειθάρχηση και τη συμμόρφωσή τους, όσο και την παραγωγικότητα και τη λειτουργικότητά τους, ακόμα κι αν αναφέρονται σε υποσύνολα του πληθυσμού που πλησιάζουν την περιθωριοποίηση όπως η τρίτη ηλικία<sup>25</sup>. Αυτό που επιζητεί η βιοπολιτική, συμπεραίνει η Μακρυνιώτη, είναι «η

---

<sup>19</sup>Φουκό, Για την υπεράσπιση της κοινωνίας, 2002, σσ. 296-297

<sup>20</sup>Φουκό, Για την υπεράσπιση της κοινωνίας, 2002, σσ. 306-307

<sup>21</sup>Μακρυνιώτη, 2008, σ. 41

<sup>22</sup>Φουκό, Για την υπεράσπιση της κοινωνίας, 2002, σ. 298

<sup>23</sup>Μακρυνιώτη, 2008, σ. 41

<sup>24</sup> Στο ίδιο

<sup>25</sup> Στο ίδιο

προσέγγιση του ατόμου μέσω των βιολογικών διεργασιών του και να διασφαλιστεί η ρύθμισή τους<sup>26</sup>.

Ο T. Walter<sup>27</sup> σημειώνει ότι η δημογραφία μαζί με την στατιστική, στοχεύουν στην αναχαίτιση του αγνώστου και τυχαίου θανάτου. Υπάρχει έτσι η δυνατότητα να μετρηθεί η πιθανότητα θανάτου ή η μακροβιότητα κάποιου ανθρώπου και με αυτόν τον τρόπο να αναζητηθεί η συσχέτιση με διάφορους παράγοντες, όπως η διατροφή ή το εισόδημα. Αυτοί νομιμοποιούν και επεξηγούν την σχέση με το θάνατο και την επιβίωση<sup>28</sup>. Ήδη από την εποχή του Διαφωτισμού συνέβη μια αλλαγή: η ασφάλεια της θρησκείας αντικαταστάθηκε από τον ορθό λόγο, ενώ η ζωή και ο θάνατος περιγράφονται με όρους στατιστικής πιθανότητας και όχι με έννοιες που δηλώνουν το πεπρωμένο ή την αμαρτία. Η πρόοδος της ιατρικής και της ανατομίας συνέβαλε ώστε να αντικατασταθεί το δίπολο ηθικός-μη ήθικος θάνατος με αυτό του φυσιολογικού-μη φυσιολογικού<sup>29</sup>. Η αναφορά της αιτίας του θανάτου με όρους επιστημονικούς, εντοπίζεται στον τρόπο εννοιολόγησης του φυσιολογικού θανάτου. Ο θάνατος που οι αιτίες του παραμένουν άγνωστες δεν μπορεί να ενταχθεί σε ένα προϋπάρχον πλαίσιο. Έτσι καταλύεται η παντοδυναμία της ιατρικής και υποσκάπτεται η διαδικασία εξορθολογισμού του<sup>30</sup>. Ο Z. Bauman σημειώνει ότι γιατροί πολεμούν όχι την θνητότητα αλλά τις αιτίες της<sup>31</sup>. Το να γνωρίζουμε την αιτία θανάτου, τον μετατοπίζει στο φάσμα του ήδη γνωστού και ελεγχόμενου. Έτσι οι λόγοι που έχουν σχέση με την αναζήτηση των αιτιών απορρίπτονται το επιχείρημα περί σιωπής, όπως αναφέρθηκε από τον Φίλιπ Αριές, αλλά ταυτόχρονα το επιχείρημα «περί εγκαθίδρυσης ενός καθεστώτος ψευδούς γύρω από το θάνατο»<sup>32</sup>. Ο D. Armstrong υποστηρίζει πως η επιστήμη αναδεικνύει το αίτιο του θανάτου, και έτσι δημιουργείται ένα νέο καθεστώς αλήθειας και λιγότερο ψεύδους<sup>33</sup>. Με την έκδοση του πιστοποιητικού θανάτου το αίτιο αποκτά δημόσιο χαρακτήρα. Επίσης ειδικοί, όπως ανατόμοι, παθολόγοι και ιατροδικαστές, διερευνούν τις αιτίες και αυτό καταλήγει στη διατύπωση λόγων που

---

<sup>26</sup>Στοιδίο

<sup>27</sup>Walter, 1994, p. 9

<sup>28</sup>Walter, 1994, σ. 10

<sup>29</sup>J. Baudrillard. (1976). *L' echarge symbolique et la mort*. (p.247-248). Cambridge: Galimard.

<sup>30</sup> Z. Bauman. (1992). *Mortality, imortality and other life strategies*. (138-141). Cambridge: Polity Press.

<sup>31</sup>Bauman, 1992, σ. 139

<sup>32</sup>Μακρυγιώτη, 2008, σ. 26

<sup>33</sup>D. Armstrong. (1987). Silence and truth in death and dying. *Social Science and Medicine*, 8(24), p. 652.

δημοσιοποιούν ορισμένες πτυχές του θανάτου και εγείρουν διαδικασίες που σχετίζονται με το νεκρό σώμα ή την ενδεδειγμένη μεταχείρισή του.

Έτσι γνωστοποιείται ότι πρώτα με την ανατομία, κατόπιν με την παθολογία, αλλά και την ιατρική επιστήμη γενικότερα, ο θάνατος χαρακτηρίζεται ως μια φυσική υπόθεση, ένα βιολογικό γεγονός του ανθρώπινου σώματος<sup>34</sup>. Η ιατρικοποίηση του νεκρού σώματος επιτυγχάνεται χάρη στις επιστήμες της ιατρικής όμως ταυτόχρονα το ίδιο συμβαίνει και με το σώμα των ζωντανών, καθώς τόσο ο θάνατος όσο και η αρρώστια συνυπάρχουν στο σώμα του ανθρώπου. Έτσι το σώμα είναι το πεδίο μελέτης για να ερμηνευθεί η ζωή και η θνητότητα, καθώς η ασθένεια θεωρείται ο κύριος παράγοντας θανάτου και αποτυπώνεται στους ιστούς και τα όργανα του ανθρώπινου οργανισμού.

Η προβληματική του M. Vovelle είναι λίγο διαφορετική καθώς κάνει λόγο για έναν εκχριστιανισμό του θανάτου. Ο ίδιος μελέτησε στη Νορβηγία και για 15 χρόνια μελετά διαθήκες. Παρατηρεί ότι οι άνθρωποι δεν πραγματοποιούν προσευχές για τις ψυχές, ενώ το νεκροταφείο αποκτά πόρτες, γίνεται δηλαδή από δημόσιος χώρος, ιδιωτικός. Μετατρέπεται σε κλειστό με τοίχους και έτσι αποσπάται από τους ζωντανούς. Επίσης παρατήρησε πως η ταφή γίνεται χωρίς τυμπανοκρουσίες, και αποκτά έναν λιτό και ήσυχο χαρακτήρα. Ο Vovelle επισημαίνει πως τα αιτήματα των ανθρώπων για μια απλή κηδεία, γινόντουσαν όλο ένα και περισσότερα. Δεν νοιάζονταν να ταφούν με χάρη, καθώς είτε ένιωθαν σίγουροι για το Θεό, είτε δεν πίστευαν καθόλου σε αυτόν.

---

<sup>34</sup>Μακρυγιάννη, 2008, σ. 27

## Κεφάλαιο 2. Δημογραφία

Σύμφωνα με τον Β. Μαγκίρη «δημογραφία είναι η επιστήμη που ασχολείται με τη στατιστική μελέτη των ιδίως των ανθρώπινων πληθυσμών, ορισμένου τόπου, συγκεκριμένου χρόνου προκειμένου να διαπιστώσει το σύνολο των κατοίκων, τη σύνθεσή του, τις μεταβολές του και όλα τα φαινόμενα που τις προκαλούν. Σκοπός της δημογραφίας είναι η συναγωγή ασφαλών συμπερασμάτων για την υλική και ηθική βελτίωση των πληθυσμών, και για τη λήψη μέτρων για την αποτροπή επιζήμιων συνεπειών που ακολουθούν συνήθως τις διάφορες δημογραφικές μεταβολές<sup>35</sup>.» Για τον Whipple «δημογραφία είναι η στατιστική μελέτη του ανθρώπινου βίου»<sup>36</sup> και για τον Pearl «είναι η επιστήμη των ποσοτικών μετρήσεων των φαινομένων της ζωής»<sup>37</sup>. Διαβάζοντας αυτούς τους ορισμούς το σίγουρο είναι πως μέσα από τα αριθμητικά δεδομένα μπορούμε να ερμηνεύσουμε ιστορικά φαινόμενα που καθίστανται σημαντικά για την εξέλιξη του πληθυσμού της γης, το καθένα για το δικό του λόγο.

Η γέννηση της δημογραφίας ξεκινά τον 17<sup>ο</sup> αιώνα<sup>38</sup>. Μέχρι τότε δεν υπήρχε ενδιαφέρον από τα κράτη και τους επιστήμονες ώστε να συλλέξουν ιατρικά και δημογραφικά στοιχεία. Όσα υπήρχαν αφορούσαν κυρίως σκοπούς στρατολογικούς και φορολογικούς<sup>39</sup>. Το 1662 ο Άγγλος J. Graunt, λοχαγός, δημοσίευσε μια μελέτη για την θνησιμότητα των κατοίκων του Λονδίνου και τα πληθυσμιακά προβλήματα της εποχής. Συνδύασε επίσης και την υγειονομική κατάσταση της κοινωνίας της εποχής. Η μελέτη του αυτή θεωρήθηκε ως έναυσμα για την περαιτέρω έρευνα των ιατροδημογραφικών χαρακτηριστικών της κοινωνίας, κάνοντάς τον να θεωρείται ο πατέρας της δημογραφίας<sup>40</sup>. Στην ίδια εποχή με τον Graunt, ο William Petty ασχολήθηκε συστηματικότερα με τα προβλήματα του πληθυσμού και έδωσε στη δημογραφία τον όνομα «πολιτική αριθμητική». Αμέσως μετά ο μεγάλος Άγγλος μαθηματικός Edmund Halley δημιούργησε τους πρώτους πίνακες επιβίωσης του πληθυσμού και υπολόγισε το μέσο όρο ζωής των ανθρώπων (34 χρόνια για την εποχή εκείνη)<sup>41</sup>. Ο Graunt αποτέλεσε παράδειγμα μίμησης σε πολλές χώρες της

---

<sup>35</sup>B. Μαγκίρης. (Ιούνιος 1998), Δημογραφία: Ο αιώνας των συγκρούσεων. *Περισκόπιο της Επιστήμης*, 218, σ. 34-39.

<sup>36</sup>Κατσουγιαννόπουλος, 1982, σ. 15

<sup>37</sup>Κατσουγιαννόπουλος, 1982, σ. 15

<sup>38</sup>Κατσουγιαννόπουλος, 1982, σ. 16

<sup>39</sup>Κατσουγιαννόπουλος, 1982, σ. 16

<sup>40</sup>Κατσουγιαννόπουλος, 1982, σ. 17

<sup>41</sup>Κατσουγιαννόπουλος, 1982, σ. 17

Ευρώπης. Για τον 19<sup>ο</sup> αιώνα, σπουδαίος δημογράφος ήταν ο William Farr, ο οποίος ήταν και ληξιαρχος για 40 χρόνια στο Λονδίνο. Προσέφερε αξιοσημείωτες υπηρεσίες στη βιοστατιστική μελετώντας τα φαινόμενα της ζωής και καταστρώνοντας πίνακες επιβίωσης. αξιοιμνημόνευτοι επίσης ήταν οι Whipple, Lexis, Pearson, Fisher, Pearl, Reed. Μετά από σχεδόν 300 χρόνια από τον Graunt η δημογραφία κατέστη αυτοτελής επιστήμη και τα πορίσματά της επηρέασαν τη λειτουργία του εκάστοτε κράτους<sup>42</sup>.

Η ιστορική δημογραφία κομμάτι της δημογραφίας εμφανίστηκε με το συνδυασμό της γενετικής, της κοινωνιολογία και της ιστορίας. Αναπτύχθηκε ραγδαία στα μέσα του 20<sup>ου</sup> αιώνα. Ήδη πριν από το 1950 δημοσιεύθηκαν μελέτες όπως σ εκείνες του M. Reinhard, του P. Ariès, και του L. Chevalier<sup>43</sup>. Στη συνέχεια, στην Γαλλία, έγιναν κι άλλες δημοσιεύσεις ερευνητών και έτσι το 1962 δημιουργήθηκε η Société de Démographie Historique με πρώτο πρόεδρο τον Marcel Reinhard. Το 1964 κυκλοφόρησε το πρώτο τεύχος των *Annales de Démographie Historique* (ADH), το κύριο περιοδικό που θα φιλοξενεί μελέτες ιστορικής δημογραφίας, χωρίς εντούτοις να πάψουν να δημοσιεύονται αντίστοιχες έρευνες στα περιοδικά *Annales* και *Population*<sup>44</sup>.

Η ιστορική δημογραφία εδραιώθηκε και στην Αγγλία, η οποία είχε ιστορικές μελέτες πληθυσμών, ήδη από τη δεκαετία του 1950. Το 1951 ο D. V. Glass έγινε η μελέτη του D. V. Glass στο *Population Studies* για την ελλιπή καταγραφή των γεννήσεων στην Αγγλία τον 19ο αιώνα<sup>45</sup>. Λίγα χρόνια αργότερα, γνωστή έγινε η μελέτη του T. H. Hollingsworth για τις οικογένειες των δουκών από τον 14ο αιώνα μέχρι το τέλος του 1954, στην οποία χρησιμοποίησε καρτέλες προσπαθώντας να σχηματίσει τις οικογένειές τους<sup>46</sup>. Ο ίδιος δημοσίευσε το 1964 το ολοκληρωμένο του

---

<sup>42</sup>Κατσουγιαννόπουλος, 1982

<sup>43</sup> J. Dupaquier, *Pour la Démographie Historique*, ό. π., σ. 24, G. Pierre, Jean-Pierre Poussou, *Dimographie Historique*, Paris, Librairie Armand Collin, 1970, σ. 26. Συγκεκριμένα, M. Reinhard, *Histoire de la Population Mondiale de 1700 a 1948*, Paris, Montchrestien, 1949, P. Aries, *Histoire des Populations Françaises et des leurs Attitudes devant la vie depuis le XVIII<sup>e</sup> siècle*, reed., Paris, Le Seuil, 1971, L. Chevalier, *La Formation de la Population Parisienne au X<sup>e</sup> IX siècle*, Paris, PUF, Institut National d'Études Demographiques, 1949.

<sup>44</sup>Την επιμέλεια της έκδοσης των ADH είχε η École des Hautes Etudes en Sciences Sociales. Ντίνα Μουστάνη, *Οι Δημογραφικές Εξελίξεις...*

<sup>45</sup> D. V. Glass, «A note on the under-registration of births in Britain in the nineteenth century», *Population Studies*, Vol. 5, No. 1, 1951, σ. 70-88.

<sup>46</sup> T. H. Hollingsworth, «A demographic study of the British Ducal families», *Population Studies*, Vol. 11, No. 1, 1957, σ. 4-26.



έργο για τη δημογραφία της τάξης των ευγενών της Αγγλίας<sup>47</sup>. Και τα Annales και το Population θα περιλαμβάνουν μελέτες ιστορικής δημογραφίας, όμως το κύριο περιοδικό θα είναι πια τα ADH, που εκδιδόταν από την Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales.

Η δημογραφική ιστορία στην Ελλάδα, ξεκινά με τον Βασίλειο Βαλαώρα, γιατρό και καθηγητή της Υγιεινής, Επιδημιολογίας και Ιατρικής Στατιστικής του Πανεπιστημίου Αθηνών. Ο Βαλαώρας αποδίδει τη χαμηλή ποιότητα του συλλεγμένου στατιστικού υλικού «εις την έλλειψιν κατανοήσεως της αξίας των εθνικών στατιστικών σειρών και της αναλύσεως των πληθυσμιακών τάσεων». Ήταν αυτός που κατάφερε να συνδυάσει την ιατρική και τη στατιστική μέσα από ποσοστά, αδρούς δείκτες, γραφικές παραστάσεις και καμπύλες. Αυτά αναλύονται εκτενώς στο έργο του «Στοιχεία Βιομετρίας και Στατιστικής», το οποίο χρησιμοποιούνταν από εκκολαπτόμενους γιατρούς ως εγχειρίδιο, την περίοδο του πολέμου<sup>48</sup>.

Τα έργα του Βαλαώρα είναι πολυάριθμα, ενώ πολλά από τα άρθρα του δημοσιεύονται σε ξένα περιοδικά, συγκρίνοντας την Ελλάδα με τις υπόλοιπες βαλκανικές χώρες όσο και με τις χώρες της Δύσης. Από τις πιο βασικές μελέτες του ήταν η σχετική με τις επιπτώσεις από την πείνα στον πληθυσμό της Αθήνας και του Πειραιά κατά τη διάρκεια της Κατοχής<sup>49</sup>. Ακόμα επιχείρησε την ανασυστήση τον ελληνικό πληθυσμό, μέσα από τις απογραφές των ετών από το 1860 ως το 1965, περίοδος όπου στην Ελλάδα παρατηρήθηκαν απότομες πληθυσμιακές αλλαγές (προσαρτήσεις, μετανάστευση, πόλεμοι, εισροή προσφύγων). Ο Βαλαώρας μελέτησε την αλληλουχία των απογραφών και τον επαναλαμβανόμενο πληθυσμό, όπως εμφανίζεται μέσα από αυτές, εντόπισε λάθη τόσο στην διάκριση των φύλων όσο και στις ηλικίες. Η διόρθωση αυτών των λαθών θα μπορούσε να πραγματοποιηθεί με τις ληξιαρχικές καταγραφές, όμως και αυτές οι πηγές είχαν μεγάλα κενά σε χρονικά διαστήματα και υποκαταγραφές. Επιπλέον ο Βαλαώρας «χρησιμοποίησε τη μέθοδο των πινάκων επιβίωσης για να συνδέσει τις απογραφές, μελετώντας και συγκρίνοντας τις ανά πενταετία ηλικιακές κατηγορίες της καθεμιάς, με τις ηλικιακές κατηγορίες που αναμενόταν να επανεμφανίζονται στις απογραφές που ακολουθούσαν. Ο

---

<sup>47</sup> T. H. Hollingsworth, «The demography of the British peerage», Population Studies, Vol. 18, No. 2, 1964.

<sup>48</sup> Β. Βαλαώρας, Δημογραφική Ιστορία της Συγχρόνου Ελλάδος (1860-1965), Αθήνα, Παπαζήσης, 1959, σ. 2.

<sup>49</sup> V. Valaoras, «Some effects of famine on the population of Greece», The Milbank Memorial Fund Quarterly, Vol. XXIV, No. 3, 1946, σ. 225-234.

πληθυσμός που ανασυσταίνει ο Βαλαώρας έχει υπολογιστεί με βάση όλες τις παραπάνω ανακατατάξεις, συμπεριλαμβανομένης της πτώσης της θνησιμότητας και γεννητικότητας»<sup>50</sup>. Ο Βαλαώρας επιθυμούσε να εντάξει την περίπτωση της Ελλάδας στη διεθνή δημογραφική βιβλιογραφία, κάτι που φαίνεται στη δημοσίευση της Δημογραφικής Ιστορίας στο *Milbank Memorial Fund Quarterly*<sup>51</sup>. Ιδιαίτερα σημαντική υπήρξε η προπολεμική διατριβή του για την επίδραση των προσφύγων στους δημογραφικούς δείκτες της Ελλάδας. Μέσα από έμμεσους υπολογισμούς και μια «έξυπνη» μεθοδολογία, εξήγησε τις μεταβολές στη γεννητικότητα και τη θνησιμότητα του πληθυσμού μετά τον ερχομό των προσφύγων, σκιαγραφώντας έτσι τη δημογραφική εικόνα της χώρας στο Μεσοπόλεμο. Όπως φαίνεται από τη μελέτη του, οι δημογραφικές συμπεριφορές των προσφύγων προκάλεσαν σοβαρή αύξηση της γεννητικότητας και μια μικρή επιβράδυνση της πτώσης της θνησιμότητας, επέφεραν δηλαδή θα λέγαμε μια καθυστέρηση στην όποια φάση δημογραφικής μετάβασης βρισκόταν η Ελλάδα.

Ο Β. Κατσουγιαννόπουλος, ιατρικός δημογράφος του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων και φανατικός αναγνώστης του Β. Βαλαώρα<sup>52</sup>, χαρακτηρίζει την δημογραφία ως «εφαρμοσμένη ανθρωποβιολογική επιστήμη<sup>53</sup>». Τα στοιχεία που απαιτούνται για τη μέτρηση διάφορων χαρακτηριστικών του πληθυσμού είναι ποσοτικού και ποιοτικού χαρακτήρα. Η έρευνα για τα πληθυσμιακά γνωρίσματα έχει ως βασικό γνώρισμα την διαπίστωση του όγκου και της γεωγραφικής διασποράς του πληθυσμού, την κατανομή του κατά φύλο και τη δομή του κατά ηλικία, την αναπαραγωγικότητα, τη νοσηρότητα και τη θνησιμότητά του<sup>54</sup>. Η δημογραφική έρευνα βασίζεται κυρίως σε όσο το δυνατόν αξιόπιστα αριθμητικά στοιχεία. Για να διεξαχθεί έγκυρα μια τέτοια έρευνα είναι απαραίτητη η συλλογή πρωτογενούς στατιστικού υλικού. Οι πηγές που μας προσφέρουν πολύτιμα στοιχεία για τη δημογραφία είναι οι απογραφές του πληθυσμού, οι ληξιαρχικές πράξεις, τα βιοστατιστικά στοιχεία των υγειονομικών κέντρων, των νοσηλευτηρίων, των ασφαλιστικών οργανισμών και οι ειδικές έρευνες<sup>55</sup>.

---

<sup>50</sup> Μουστάνη, 2014, σ. 37

<sup>51</sup> V. Valaoras, «A reconstruction of the demographic history of modern Greece», *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, Vol. XXXVIII, No. 2, 1960, σ. 115-139.

<sup>52</sup> Αυτό φαίνεται ιδιαίτερα στα έργα του καθώς η βιβλιογραφία που χρησιμοποιεί είναι του Βαλαώρα

<sup>53</sup> Κατσουγιαννόπουλος, 1982, σ. 18

<sup>54</sup> Κατσουγιαννόπουλος, 1982, σ. 18

<sup>55</sup> (Κατσουγιαννόπουλος, 1982, σ. 19)

Οι συνεχείς εγγραφές είναι αυτές που μας ενδιαφέρουν, γιατί αυτές είναι η κύρια πηγή μελέτης αυτής της εργασίας. Ιδιαίτερα ο πληθυσμός ενός κράτους, δηλαδή το «έμψυχο κεφάλαιο της χώρας»<sup>56</sup>, χαρακτηρίζεται από συνεχείς μεταβολές. Αυτό απαιτεί την ανάγκη ενός συστήματος παρακολουθήσεως των μεταβολών της αναπαραγωγικής ικανότητας και των δυνάμεων φθοράς, καθώς και της κίνησης του μεταναστευτικού ρεύματος. Επιτυγχάνεται με τις συνεχείς εγγραφές που είναι γνωστές και ως ληξιαρχικές πράξεις και ο χρόνος γέννησής τους είναι σχετικά πρόσφατος, αντίθετα με τις γενικές απογραφές του πληθυσμού. Στο παρελθόν, περίπου από τον 14<sup>ο</sup> ως τον 17<sup>ο</sup> αιώνα, κυρίως στην Αγγλία, τη Γαλλία και τη Γερμανία ήταν σύνηθες να καταγράφονται οι βαπτίσεις και οι θάνατοι από τους ιερείς. Αυτά είναι γνωστά ως εκκλησιαστικά δίπτυχα και θεωρούνται ως απαρχές των ληξιαρχικών καταγραφών. Η συστηματική καταγραφή των γεγονότων της ζωής, όπως η γέννηση, ο γάμος, και οι θάνατοι, ξεκίνησε περίπου στα μέσα του 19<sup>ου</sup> αιώνα στην Ευρώπη. Ο γιατρός W. Farr, διετέλεσε ληξιαρχος του Λονδίνου το 1849, χάρη στον οποίο για 40 χρόνια αξιοποιήθηκε σημαντικά το υλικό των συνεχών εγγραφών. Σε αυτόν λοιπόν οφείλεται η σημασία των ληξιαρχικών καταγραφών καθώς και το πόσο αξιόλογο είναι το συλλεγόμενο υλικό για την έρευνα<sup>57</sup>. Και στην περίπτωση της Λαμίας όπως θα δούμε και στη συνέχεια, από το 1833 ως το 1858 όπου τη χρονιά αυτή, ξεκινά η καταγραφή στους εκκλησιαστικούς καταλόγους, οι θάνατοι δηλώνονταν από τον εφημέριο της ενορίας<sup>58</sup>. Επίσης κάποια χρόνια αργότερα, σύμφωνα με τον Β. Κατσουγιαννόπουλο, ξεκίνησε η δημοσίευση στατιστικών στοιχείων των θανάτων, των βαπτίσεων και των γάμων σε περιοδικά της εποχής<sup>59</sup>. Αν και τα δεδομένα εμπεριείχαν ανακρίβειες, παρόλα αυτά κίνησαν το ενδιαφέρον για μελέτη, επιστημόνων όπως γιατρών, οικονομολόγων και του ίδιου του κρατικού μηχανισμού<sup>60</sup>.

Η καταγραφή των γεγονότων της ζωής αρχικά είχε σκοπό στην εξυπηρέτηση φορολογικών και κληρονομικών συμφερόντων. Αργότερα οι ληξιαρχικές καταγραφές άρχισαν να εξετάζονται από μια ιατροδημογραφική σκοπιμότητα, δηλαδή να παρακολουθείται στενότερα η συχνότητα και οι τάσεις της γεννητικότητας και της θνησιμότητας, καθώς και να γίνεται χρήση του υλικού των δηλώσεων για ιατρικές,

---

<sup>56</sup>(Κατσουγιαννόπουλος, 1982, σ. 22)

<sup>57</sup>(Κατσουγιαννόπουλος, 1982, σ. 23)

<sup>58</sup>(Νάτσιος, 1980)

<sup>59</sup>(Κατσουγιαννόπουλος, 1982, σ. 23)

<sup>60</sup>(Κατσουγιαννόπουλος, 1982, σ. 23)

κοινωνικές και επιδημιολογικές έρευνες<sup>61</sup>. Στη Ελλάδα καθιερώθηκαν νωρίς οι ληξιαρχικές καταγραφές και μάλιστα είναι η πρώτη χώρα στα Βαλκάνια που πραγματοποίησε αυτή την θεσμοθέτηση<sup>62</sup>. Συγκεκριμένα το 1836 θεσπίστηκε διάταγμα «Περί ληξιαρχικών βιβλίων» που αφορούσε την τήρηση ληξιαρχικών βιβλίων από τους δήμους. Η εφαρμογή του, είχε ελλείψεις διότι δεν τηρήθηκε από όλους τους δήμους του ελληνικού κράτους. Αργότερα, το 1856 ψηφίστηκε εκ νέου διάταγμα που ανέθετε στους δημάρχους των δήμων τη συλλογή αυτών των στοιχείων καθώς επίσης και την αποστολή περιληπτικών πινάκων στους έπαρχους. Μ' αυτό τον τρόπο δίνονταν, παράλληλα, η δυνατότητα πρόσληψης ληξιάρχων σε περίπτωση που δεν ήταν πρόθυμος ο εκάστοτε δήμαρχος να αναλάβει τα καθήκοντά του. Το 1864 η ευθύνη της συλλογής αυτών των στατιστικών στοιχείων μεταβιβάζεται στους ιερείς, οι οποίοι συμπλήρωναν ειδικά φυλλάδια για κάθε γέννηση, θάνατο και γάμο, τα οποία όφειλαν να παραδώσουν στον ληξίαρχο εντός δεκαπέντε ημερών. Οι ιερείς, φυσικά, δεν ήταν υποχρεωμένοι να παρέχουν αυτές τις ληξιαρχικές πληροφορίες και επομένως η ακρίβεια και η αξιοπιστία των δημοσιευμένων στατιστικών στοιχείων είχε κάποιες αμφιβολίες. Επίσης οι άμεσα ενδιαφερόμενοι ήταν υποχρεωμένοι να δηλώσουν το γεγονός και στον ληξίαρχο. Από την παραπάνω διαδικασία καταρτίστηκαν κατάλογοι και συγκεντρώθηκαν στοιχεία που δημοσιεύθηκαν τα έτη 1860-1885 – με εξαίρεση τα έτη 1862 και 1863<sup>63</sup>. Σε κάθε ληξιαρχείο της χώρας υπήρχε υπάλληλος της ΕΣΥΕ ο οποίος συμπλήρωνε τα δελτία γεννήσεων, θανάτου και γάμου, ενώ στους μικρούς δήμους αυτό το έκανε κάποιο μέλος της τοπικής αυτοδιοίκησης, όπως και στη Λαμία.<sup>64</sup> Είναι συχνό βέβαια να συνέβαιναν και λάθη στην καταγραφή, μικρής εκτάσεως και αφορούσαν τυχόν παραλήψεις ή διαφυγές, όπως γινόταν με την ελλιπή καταγραφή των θανάτων των νεογνών<sup>65</sup>.

Η επιστήμη της Δημογραφίας στην Ελλάδα αντιμετώπισε πολλές δυσκολίες, οι οποίες αφορούσαν την ασυνέχεια στη συλλογή και δημοσίευση πληθυσμιακών δεδομένων αλλά και την συχνή μετατόπιση των συνόρων του ελληνικού κράτους, κατά τον 19<sup>ο</sup> και 20<sup>ο</sup> αιώνα. Η πρώτη απογραφή πραγματοποιήθηκε από τον *Ιωάννη Καποδίστρια* το 1828. Η πρώτη πραγματική απογραφή, όμως, διεξήχθη το 1889.

---

<sup>61</sup>Κατσουγιαννόπουλος, 1982, σ. 23

<sup>62</sup>Κατσουγιαννόπουλος, 1982, σ. 24

<sup>63</sup> Β. Χιονίδου. (1997). «Ιστορική κριτική αναδρομή της γεννητικότητας στην Ελλάδα. Η περίπτωση της Μυκόνου, 1859-1959», *Επιθεώρηση Κοινωνικών Έρευνών*, 92-93, σελ. 50-55

<sup>64</sup>Κατσουγιαννόπουλος, 1982, σ. 25

<sup>65</sup>Κατσουγιαννόπουλος, 1982, σ. 26

Επίσης επόμενες απογραφές πραγματοποιήθηκαν τα έτη 1861, 1870, 1879, 1889, 1896, 1907, 1920, 1928, 1940 και 1951 αλλά με πληροφορίες που αφορούσαν το μέγεθος και όχι τη δομή του πληθυσμού.<sup>66</sup>

Σε ανάλογες προσπάθειες διόρθωσης λαθών των απογραφών προέβη και ο Γεώργιος Σιάμπος, τμηματάρχης της Στατιστικής Υπηρεσίας. Αυτός προσπάθησε να κάνει αναδρομική προβολή του πληθυσμού. Ο Σιάμπος υπολόγισε το δείκτη ανακρίβειας στην κατά φύλο και ηλικία κατανομή του πληθυσμού στις απογραφές των ετών 1861-1961<sup>67</sup>. Δηλαδή μετατόπισε προς τα πίσω, ανά πενταετίες, τον πληθυσμό της απογραφής του 1861, και έτσι δημιούργησε έναν «εκ προβολής» πληθυσμό, που αν συγκριθεί με αυτό των απογραφών (1828-1856) παρουσίαζε ελλειπτική διαφορά, εξαιτίας των πληθυσμιακών ανακατατάξεων στην Πελοπόννησο μετά την Επανάσταση<sup>68</sup>. Τον ίδιο τρόπο ακολούθησε και στις επόμενες απογραφές, σημειώνοντας τα λάθη τους. Η εξομάλυνση των στοιχείων που επιχειρεί ο Σιάμπος συνεχίζεται μέχρι την τελευταία, για την περίοδο που γράφει, απογραφή, εκείνη του 1971.

Επίσης ο δημογραφικός χάρτης της Ελλάδας επηρεάστηκε από τα μεταναστευτικά ρεύματα. Συγκεκριμένα, ο ελλαδικός χώρος μέχρι και τις τελευταίες δεκαετίες του 19ου αιώνα «τροφοδότησε επιλεκτικά» τα αστικά κέντρα των βαλκανικών περιοχών της Οθωμανικής αυτοκρατορίας, την Πόλη, τα παράλια της Μ. Ασίας και την Αίγυπτο. Η άνοδος των εθνικιστικών κινημάτων στα Βαλκάνια σταμάτησε τα ρεύματα αυτά, η έξοδος όμως προς το ασιατικό τμήμα της Οθωμανικής αυτοκρατορίας θα συνεχισθεί, με μειωμένο ρυθμό, έως τις παραμονές των βαλκανικών πολέμων. Ένα νέο μμαζικό κύμα φυγής αναπτύσσεται στα τέλη του 19ου αιώνα από την παλαιά Ελλάδα, με νεαρά άτομα, προερχόμενα κυρίως από τις αγροτικές περιοχές της κεντρικής και δυτικής Πελοποννήσου περιοχές, που ήταν προσανατολισμένες στην καλλιέργεια της σταφίδας ή έμμεσα εξαρτώμενες από αυτή. Η μετανάστευση αυτή με κατεύθυνση προς τις ΗΠΑ θα δεχθεί εκατομμύρια άτομα από την Ευρώπη και Ασία. Η επιλεκτική αυτή αφαίμαξη, δημογραφικά και γεωγραφικά, ήταν αξιόλογη στο βαθμό που μεταξύ των ετών 1888-1919 η Ελλάδα

---

<sup>66</sup> Β. Χιονίδου. (1997). «Ιστορική κριτική αναδρομή της γεννητικότητας στην Ελλάδα. Η περίπτωση της Μυκόνου, 1859-1959», *Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών*, 92-93, σελ. 34-37.

<sup>67</sup> Γ. Σιάμπος, *Δημογραφική Εξέλιξις της Νεωτέρας Ελλάδος (1821-1985)*, Αθήνα, 1973, σ. 42-44.

<sup>68</sup> Στο ίδιο, σ. 50-55

των 2,5 εκατομμυρίων χάνει το 15- 20% περίπου του πληθυσμού της. Η μαζική αυτή φυγή ανακόπτεται με την υιοθέτηση περιοριστικών μεταναστευτικών νόμων στις ΗΠΑ, ενώ τα κενά που δημιουργεί θα υπερκαλυφθούν στη συνέχεια από τους πρόσφυγες της Μικρασιατικής Καταστροφής

## **2.1. Τι είναι η θνησιμότητα; Ποια η σημασία της βρεφικής και παιδικής θνησιμότητας;**

« Η ένταση του θανάτου στο γενικό πληθυσμό, η μερίδα του δούνα στην λογιστική της ανθρωπότητας» εκφράζεται με τον όρο θνησιμότητα<sup>69</sup>. Σημαντική παρατήρηση είναι ότι δεν πρέπει να συγχέουμε τον όρο θνησιμότητα με τον όρο θνητότητα, καθώς αυτή αποτελεί την « αριθμητική ένδειξη της δυνάμεως του θανάτου από κάθε αιτία και η μέτρησή της γίνεται με διάφορους συντελεστές»<sup>70</sup>. Κάθε φορά που παραθέτουμε στοιχεία για τη θνησιμότητα ή τις γεννήσεις, είναι απαραίτητο να γίνεται και ταυτόχρονη αναφορά του πληθυσμού από τον οποίο προέρχονται. Έτσι παρέχονται σημαντικές πληροφορίες για το απόλυτο μέγεθος των φαινομένων. Ακόμα για να γίνει σύγκριση με άλλες χώρες είναι απαραίτητη η αναλογική έκφραση της θνησιμότητας, ως συντελεστής, δηλαδή ως « χιλιοστιαία επί παραδειγματι αναλογία επί του πληθυσμού»<sup>71</sup>. Η βρεφική θνησιμότητα επηρεάζει σημαντικότερα την προσδοκώμενη στη γέννηση ζωή και θεωρείται παράλληλα από τους ενδεικτικότερους δείκτες δημογραφικής «ανάπτυξης»<sup>72</sup>. Απαραίτητοι σε αυτό το κομμάτι είναι οι ιατροδημογραφικοί συντελεστές, κλασματικοί αριθμοί, όπου στον αριθμητή τους τοποθετείται ο αριθμός των βιοτικών γεγονότων μίας περιοχής, εντός συγκεκριμένου χρονικού πλαισίου, ενώ στον παρανομαστή τοποθετείται ο πληθυσμός της περιοχής το ίδιο χρονικό διάστημα. Πιο γνωστός είναι ο αδρός συντελεστής θνησιμότητας δηλαδή, το μέγεθος της εντάσεως του θανάτου στο γενικό πληθυσμό<sup>73</sup>. Ο Β. Κοτζαμάνης παρατηρεί ότι όσον αφορά τη θνησιμότητα, η ανάκαμψη του μέσου όρου ζωής εξαρτάται κυρίως από τη βελτίωση των κοινωνικο-οικονομικών συνθηκών και την προσαρμογή των συστημάτων υγείας στο νέο οικονομικό περιβάλλον και

---

<sup>69</sup>Κατσουγιαννόπουλος, 1982, σ. 31

<sup>70</sup>Κατσουγιαννόπουλος, 1982, σ. 31

<sup>71</sup>Κατσουγιαννόπουλος, 1982, σ. 31

<sup>72</sup> Β. Κοτζαμάνης, *Η Ελλάδα στον Ευρωπαϊκό και διεθνή χώρο: συγκριτικά στοιχεία για τη δημογραφική εξέλιξη στη μεταπολεμική περίοδο (1950-1985)*, σ. 88, ανάκτηση από <https://ejournals.epublishing.ekt.gr/index.php/ekke/article/view/7342>

<sup>73</sup>Κατσουγιαννόπουλος, 1982, σ. 33

δευτερευόντως από την έξωθεν βοήθεια (και, στη δυτική βαλκανική, από την τιθάσευση των τάσεων για βίαιες συγκρούσεις)<sup>74</sup>.

Η θνησιμότητα χαρακτηρίζεται από ένα πλήθος ειδικών συντελεστών, εξιδεικευμένων, που προσφέρουν πολλαπλή βοήθεια στους επιστήμονες για δημογραφική ανάλυση αλλά και επιδημιολογική έρευνα. Έτσι προσφέρεται η δυνατότητα να σχηματιστεί ένας κατάλογος της θνησιμότητας από κάθε αιτία και τα πράγματα γίνονται πιο εύκολα όταν δίνουμε ποσοτικά αποτελέσματα για τη σχέση της με το φύλο, την ηλικία, την εποχή κλπ.

Η βρεφική θνησιμότητα είναι κομμάτι της δημογραφίας εξαιρετικά σημαντικό που δεν πρέπει να το συγχέουμε με την παιδική, επισημαίνουν οι Μ. Παπαδάκης και Κ. Τσίμπος, γιατί εστιάζει στην 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)<sup>75</sup>. Ο βρεφικός θάνατος αναφέρεται στο θάνατο που επέρχεται σε ένα βρέφος πριν συμπληρώσει το πρώτο έτος της ζωής του. Υπάρχουν κατηγορίες βρεφικής θνησιμότητας, όπως 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 πρώτο έτος από γέννησή τους. Θα μπορούσαμε να συμπεριλάβουμε και την εμβρυική θνησιμότητα. Συγκεκριμένα: «η εμβρυϊκή θνησιμότητα ορίζεται ως ο αριθμός των εμβρύων που είτε αποβάλλονται (0- 20 εβδ.) είτε γεννιούνται νεκρά (20-40 εβδ.) στο σύνολο των κυήσεων και κυρίως οφείλεται σε γενετικούς παράγοντες, πρόωρο τοκετό και λοιμώξεις. Ως νεογνική θνησιμότητα ορίζεται ως ο αριθμός των νεογνών που πεθαίνουν στις πρώτες 28 ημέρες ζωής και οφείλεται κυρίως σε προωρότητα, λοιμώξεις και συγγενείς ανωμαλίες. Η βρεφική θνησιμότητα ορίζεται ως ο αριθμός των βρεφών που πεθαίνουν στη διάρκεια του πρώτου έτους ζωής (0-365 ημέρες).»<sup>76</sup>

«Ο Συντελεστής βρεφικής θνησιμότητας, 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

---

<sup>74</sup> Β. Κοτζαμάνης, *Δημογραφικές εξελίξεις και προοπτικές στη νέα Ευρώπη*, ανάκτηση από <https://ejournals.e-publishing.ekt.gr/index.php/ekke/article/view/9066>

<sup>75</sup> Μ. Παπαδάκης & Κ. Τσίμπος. (1998). *Δημογραφική Ανάλυση*, Αθήνα: Σταμούλης.

<sup>76</sup> Παπαδάκης & Τσίμπος 1998

συμπληρωθεί η 364η μέρα, από τα 1000 που γεννιούνται ζωντανά. 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»<sup>77</sup>. Η αριθμητική του έκφραση έχει ως εξής<sup>78</sup>:

$$\Sigma B\theta = \frac{\theta_1}{\Gamma_Z} K, \text{ όπου } K = 1000$$

Το ενδιαφέρον όμως μιας δημογραφικής έρευνας κινείται γύρω κι από τους υπόλοιπους δείκτες βρεφικής θνησιμότητας. Έτσι μπορούμε να έχουμε διάφορα συμπεράσματα για την κατάσταση υγείας του πληθυσμού καθώς και του οικονομικού και κοινωνικού του φάσματος. Ακολουθώς παρατίθενται οι πιο κοινοί δείκτες<sup>79</sup>:

- Δείκτης Πρώιμης Νεογνικής Θνησιμότητας. Είναι ο λόγος των θανάτων των 7 πρώτων ημερών της ζωής (D0-6) ενός ημερολογιακού έτους προς τις γεννήσεις ζώντων (B) του έτους αυτού, επί 1000.
- Δείκτης Όψιμης Νεογνικής Θνησιμότητας Είναι ο λόγος των θανάτων μεταξύ 7 ης ημέρας και 27 της ημέρας της ζωής ( D7-27) ενός ημερολογιακού έτους προς τις γεννήσεις ζώντων (B) του έτους αυτού, επί 1000
- Δείκτης Μετανεογνικής Θνησιμότητας. Είναι ο λόγος των θανάτων μεταξύ 28 ης ημέρας και 365 ης ημέρας της ζωή (D28-365) ενός ημερολογιακού έτους προς τις γεννήσεις ζώντων (B) του έτους αυτού, επί 1000
- Δείκτης Προγεννητικής Θνησιμότητας. Είναι ο λόγος των γεννήσεων νεκρών (Bm) και των νεογνικών θανάτων (D0-27) ενός ημερολογιακού έτους προς τις γεννήσεις ζώντων (B) και τις γεννήσεις νεκρών (Bm) του έτους αυτού, επί 1000

<sup>77</sup> Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία (Βάσεις Δεδομένων - Στατιστικά Θέματα - Φυσική Κίνηση Πληθυσμού 2000-2010). Διαθέσιμο στο <http://www.statistics.gr>

<sup>78</sup> Κατσουγιαννόπουλος, 1982, σ. 49

<sup>79</sup> Μ. Παπαδάκης, & Κ. Τσίμπος. ( 1998). *Δημογραφική Ανάλυση*, Αθήνα: Σταμούλης. Επίσης είναι διαθέσιμοι και στο <http://dione.lib.unipi.gr/xmlui/bitstream/handle/unipi/936/Georgiadou.pdf?sequence=2>, σελ 19-20, της Σεβαστής Β. Γεωργιάδου στην Διπλωματική Εργασία που υποβλήθηκε στο Τμήμα Στατιστικής και Ασφαλιστικής Επιστήμης του Πανεπιστημίου Πειραιώς ως μέρος των απαιτήσεων για την απόκτηση του Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στην Εφαρμοσμένη Στατιστική, Πειραιάς 2005.



Επίσης η βρεφική και παιδική θνησιμότητα μελετώνται σε συνάρτηση με το φύλο, δηλαδή το ποσοστό των νεκρών αγοριών και κοριτσιών μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο. Ο Β. Κατσουγιαννόπουλος αναφέρει πως η βρεφική θνησιμότητα των αγοριών είναι και η υψηλότερη. Αυτό ξεκινά ήδη από την ώρα του τοκετού, αλλά στην πραγματικότητα προϋπάρχει και κατά την ανάπτυξη του εμβρύου εντός της μήτρας. Υποστηρίζει πως και στους υπόλοιπους δέκτες η θνησιμότητα των αρρένων είναι η υψηλότερη και ότι αυτό αποτελεί διαπίστωση σε παγκόσμιο επίπεδο<sup>80</sup>. Οι Ματούλα Τομαρά Σιδέρη και Νίκος Σιδέρης αντίθετα υποστηρίζουν πως στη Λευκάδα στις αρχές του 19<sup>ου</sup> αιώνα σε σχέση με την ηλικία και το φύλο, εμφανίζεται ποσοστό πρώιμων θανάτων κοριτσιών μεγαλύτερο από αυτό των αγοριών, το οποίο ανέρχεται σε 43.1% έναντι 32.4% για το πρώτο έτος ζωής, 59.8% έναντι 44.6% για τα δύο πρώτα έτη, 77.8% έναντι 63.5% πριν από το 5ο γενέθλιο, τείνει όμως να εξισωθεί πριν από την ενήβωση (12ο γενέθλιο) και γίνεται 93.5% στα κορίτσια και 87.8% στα αγόρια<sup>81</sup>. Άραγε τι να ισχύει για την περίπτωση της Λαμίας, που θα εξετάσουμε στις επόμενες σελίδες;

Είναι γνωστό ότι η έρευνα για την παιδική και βρεφική θνησιμότητα, χαρακτηριζόταν ως δύσκολη, διότι, αν και υπήρχαν σημαντικές μελέτες, οι εμπειρικές έρευνες καθυστερούσαν και κρύβονταν πίσω από ένα θεωρητικό πλαίσιο, όπως τονίζουν οι M. Oris, R. Derosas, M. Breschi<sup>82</sup>. Το κλειδί για να μελετηθεί η θνησιμότητα είναι να διαχωριστούν οι αιτίες από τα αποτελέσματα<sup>83</sup>. Όμως είναι δύσκολο να απομονωθούν γιατί οι συνολικές αναλύσεις βασίζονται κυρίως στο μέσο όρο. Πράγματι το επιχείρημα αυτό έχει ισχύ μιας και οι περισσότερες δημογραφικές έρευνες δε μελετούν ξεχωριστά την οικογένεια αλλά ως σύνολα. Επιπλέον για να μελετηθεί καλύτερα η βρεφική θνησιμότητα, θα βοηθούσε να γίνει μια διαίρεση, που φανερώνονται τεχνικοί και ουσιώδης λόγοι<sup>84</sup>. Χωρίζουμε την βρεφική και παιδική θνησιμότητα σε 4 στάδια: α) στις πρώτες δέκα μέρες ζωής, β) από τη δέκατη μέρα ως το τέλος του έκτου μήνα, γ) από τον έβδομο μήνα ως τα πρώτα γενέθλια, δ) και από τον πρώτο στον τέταρτο χρόνο. Μέσω αυτού του διαχωρισμού, διαπιστώνεται ότι η σημασία του είναι μεγάλη καθώς τονίζεται το γεγονός ότι, οι παράγοντες που

---

<sup>80</sup>Κατσουγιαννόπουλος, 1982, σ. 55

<sup>81</sup>Τομαρά-Σιδέρη & Σιδέρης, 1986, σ. 94

<sup>82</sup>M.Oris, R. Derosas, & M. Breschi. (2004). Infant and child mortality, In T. Bengtsson, C. Campbell, & J. Z. Lee, *Life under Pressure, Mortality and living standards in Europe and Asia, 1700-1900* (pp. 359-398). Cambridge: The MIT Press. σελ. 359.

<sup>83</sup>Oris, Derosas, & Breschi, 2004, σ. 360.

<sup>84</sup> Oris, Derosas, & Breschi, 2004, σ. 361.

επηρεάζουν την υγεία ενός βρέφους ή παιδιού, αλλάζουν δραματικά όταν αυτό γεννιέται, λόγω και γενετικών και οικογενειακών παραγόντων<sup>85</sup>.

Στο στάδιο πριν τη δημογραφική μετάβαση, η βρεφική και η παιδική θνησιμότητα, ήταν η πλειοψηφία των θανάτων. Αυτό συμβαίνει διότι, τα βρέφη είναι πιο ευάλωτα από τους ενήλικες, καθώς χρειάζονται περισσότερες θρεπτικές ουσίες για να διατηρήσουν και να αναπτύξουν τον οργανισμό τους. Επίσης είναι περισσότερο ευάλωτα σε ασθένειες. Οι κυριότεροι παράγοντες που επηρεάζουν την βρεφική θνησιμότητα είναι βιολογικοί, περιβαλλοντικοί, οικονομικοί, κοινωνικοί και πολιτισμικοί.<sup>86</sup> Ο θάνατος για παράδειγμα λόγω υποσιτισμού είναι αποτέλεσμα αλληλεπίδρασης, κοινωνικών, και βιολογικών παραγόντων.

Διαφορετικοί παράγοντες των αναπτυσσόμενων και αναπτυσσόμενων χωρών είναι η διατροφή, η ανοσία και η μόλυνση. Αρχικά σε διατροφικό επίπεδο, μωρά που γεννήθηκαν μεταξύ 2-2,5 κιλών είχαν 8 φορές περισσότερη πιθανότητα να πεθάνουν στη διάρκεια της νεογνικής περιόδου. Η σχέση μεταξύ θνησιμότητας και μικρού βάρους δεν παρατηρείται μόνο στο βάρος του νεογνού αλλά επεκτείνεται πολύ περισσότερο, αγγίζει την αιτία του υποσιτισμού. Ένα παιδί που γεννιέται υγιές μπορεί κάλλιστα να καταλήξει ως εξαιρετικά επικίνδυνα υποσιτισμένο. Ένα καλό παράδειγμα που επιβεβαιώνει το προαναφερθέν, αφορά ένα βρέφος στην Gambia<sup>87</sup>. Συγκεκριμένα γεννήθηκε 3 κιλά και ενώ για τους επόμενους τέσσερις μήνες αναπτυσσόταν κανονικά, παρόλα αυτά κάτι πήγε λάθος και στην ηλικία των 6 μηνών το βάρος του άγγιξε πολύ χαμηλά επίπεδα. Οι κύριες αιτίες ήταν ασθένειες όπως η δυσεντερία, που μεταδόθηκε λόγω των περιόδων βροχής που χαρακτηρίζουν την περιοχή. Γίνεται αντιληπτό ότι η θνησιμότητα εξαρτάται και από γεωγραφικούς παράγοντες που θα σχολιαστούν στη συνέχεια. Όμως θα μπορούσαμε να πούμε πως η διατροφή, η μόλυνση και ανοσία έχουν άμεση εξάρτηση και μια οποιαδήποτε αλλαγή σε μια θα επηρεάσει και τις υπόλοιπες. Ο υποσιτισμός, σύμφωνα με τον P. G.Lunn, συνδέεται με την μη ευχέρεια του οργανισμού στην ανοσία και αυτό εκφράζεται ως ευαισθησία σε κάποια λοιμώδη ασθένεια. Η μόλυνση προσβάλλει πιο εύκολα ένα υποσιτισμένο βρέφος και έτσι συμπληρώνεται ένας φαύλος κύκλος.

---

<sup>85</sup> Oris, Derosas, & Breschi, 2004, σ. 361.

<sup>86</sup> Oris, Derosas, & Breschi, 2004, σ. 360.

<sup>87</sup> Oris, Derosas, & Breschi, 2004, σ. 364

Ωστόσο οι περιβαλλοντικοί παράγοντες μπορεί να επηρεάσουν τη συσχέτιση μεταξύ διατροφής και μόλυνσης.<sup>88</sup>

---

<sup>88</sup> P. G. Lunn. (1991). Nutrition, immunity and infection. In D. R. Roger Schofield, *The Decline of Mortality in Europe*. New York: Oxford University Press. σ. 131-145

## Κεφάλαιο 3. Η βρεφική και παιδική θνησιμότητα στην Ευρώπη

Θα αναφερθούμε περισσότερο στην Ευρώπη και στους παράγοντες που επηρέασαν την βρεφική και παιδική θνησιμότητα, αφού τα περισσότερα βιβλία για την Ελλάδα και την βρεφική θνησιμότητα, σχεδόν πάντα κάνουν σύγκριση με την Γηραιά ήπειρο. Ο Μισέλ Βοβέλ επισημαίνει πως στις αρχές του 20ού αιώνα είχε σημειωθεί μια βελτίωση<sup>89</sup> στη γενική θνησιμότητα στην Ευρώπη και αναρωτιέται<sup>90</sup> αν συμβαίνει το ίδιο και με τις μικρότερες ηλικίες, χαρακτηρίζοντάς τες ως ευάλωτες πληθυσμιακές ομάδες. Οι ενδείξεις και τα στοιχεία διαφέρουν από χώρα σε χώρα, αλλά μπορούν να προκύψουν κάποια γενικά συμπεράσματα. Οι χώρες με την πιο πρόωμη εξέλιξη, όπου οι αλλαγές ξεκινούν στα τέλη του 19<sup>ου</sup> αιώνα, είναι και αυτές όπου η παιδική θνησιμότητα είναι της ίδιας τάξης με τις προϋπάρχουσες. Στη Ρουμανία, για παράδειγμα, σύμφωνα με τον Βοβέλ, στην περιοχή του Κλούι, απαριθμούνται 238 θάνατοι στις 1.000 γεννήσεις πριν καν τελειώσει ο πρώτος χρόνος και 468 θάνατοι στα 20 χρόνια. Το ίδιο συμβαίνει και στην περιφερειακή Ευρώπη. Ο Βοβέλ καταλήγει πως στην Αγγλία, την Γαλλία και την Πρωσία το 1890 έως το 1900 οι θάνατοι των μικρών παιδιών οφειλόταν στην έλλειψη υγιεινής και όχι μόνο στις αρρώστιες<sup>91</sup>. Μάλιστα στην Αγγλία και στη Γαλλία το ποσοστό άγγιζε το 150-160 τοις χιλίοις, ενώ στη Γερμανία και την Αυστρία έφτανε ως το 200 τοις χιλίοις. Η καμπύλη της θνησιμότητας για αυτές τις χώρες πέφτει μετά το 1860<sup>92</sup>. Η Σκανδιναβία αποτελεί για τον Βοβέλ τη μόνη εξαίρεση και θα δούμε αμέσως γιατί.

Στη Σκάνια στις αρχές του 1800 φανερώνεται η κατάσταση της εθνικής μεταβολής που υπήρχε στη Σουηδία. Ιδιαίτερα η Σουηδία αποτέλεσε ένα πεδίο μελέτης αρκετά σημαντικό και τα αποτελέσματά της συμβάλλουν στη γενικότερη αντίληψη για την βρεφική θνησιμότητα, όπως θα διαπιστώσουμε στην παρακάτω μελέτη στο άρθρο των A. Brandtstrom, S.Edvinsson, J. Rogers. Συγκεκριμένα οι Σουηδοί ερευνητές είχαν χαρακτηρίσει τον 18ο αιώνα ως αιώνα υποπληθυσμού, δηλαδή οι θάνατοι ήταν περισσότεροι από τις γεννήσεις. Με την στατιστική έρευνα,

---

<sup>89</sup>M. Vovelle. (2000). *Ο θάνατος και η Δύση* (Τόμ. Β). (Γ. Λυκιαρδόπουλος, Επιμ., & Κ. Κουρεμένος, Μεταφρ.) Αθήνα: Νεφέλη.

<sup>90</sup>Vovelle, 2000, σ. 173

<sup>91</sup>Vovelle, 2000, σ. 174

<sup>92</sup>Vovelle, 2000, σ. 174

μελέτησαν τις απώλειες που προκλήθηκαν στα υψηλά ποσοστά θανάτου. Η βρεφική θνησιμότητα ήταν ιδιαίτερα αυξημένη. Μέχρι το 1860, αν και τα δεδομένα υπήρχαν, δεν είχαν σημαντικές μελέτες για τη βρεφική θνησιμότητα. Σημαντική ρόλο έπαιξαν τα δεδομένα της Tabellverket, του Ινστιτούτου στατιστικής έρευνας της Σουηδίας.

Ο Fr. Th. Berg, ήταν ο πρώτος που μελέτησε την βρεφική θνησιμότητα ανά περιφέρεια. Ανέδειξε ότι την περίοδο 1860-1866 υπήρχαν μεγάλες διαφορές. Συγκεκριμένα, η βρεφική θνησιμότητα ανερχόταν σε 133 θανάτους ανά 1000 γέννες σε συνολικό επίπεδο. Στις πόλεις σε 194‰ και σε 124‰ στην ύπαιθρο. Στην πρωτεύουσα διακυμαινόταν σε ποσοστό 271‰. Όπως σημειώνει και ο J. Hellstenious, στις αστικοποιημένες περιοχές που βρίσκονταν στις ακτές, ήταν αυξημένη σε αντίθεση με την ύπαιθρο, πράγμα περίεργο για τα σημερινά δεδομένα.

Η γονιμότητα μέσα στα πλαίσια του γάμου, αποτέλεσε σημαντικό στοιχείο για τη μελέτη της βρεφικής θνησιμότητας. Ο G. Sundbourg προσθέτει ότι περιοχές της ανατολικής Σουηδίας, συμπεριλαμβανομένης και της Στοκχόλμης, χαρακτηρίζονταν από μικρή γαμήλια γονιμότητα και πολλές παράνομες γεννήσεις, συνεπώς και υψηλή βρεφική θνησιμότητα. Το ακριβώς αντίθετο συνέβαινε στις βόρειες περιφέρειες. Το ποσοστό λοιπόν της βρεφικής θνησιμότητας βρισκόταν μόλις στο 25%. Όσο προχωράμε προς τον 20<sup>ο</sup> αιώνα, η βρεφική θνησιμότητα μειωνόταν συνολικά. Οι αστικές περιοχές απέκτησαν μικρότερα ποσοστά θνησιμότητας σε αντίθεση με το παρελθόν. Στο βορρά τα δεδομένα παρέμειναν σχεδόν στις ίδιες κλίμακες.

OJ. Hellstenius, με την έρευνά του, ανέδειξε ένα πολύ μεγάλο πρόβλημα στη μελέτη των δεδομένων σε περιφερειακό επίπεδο, τα οποία αλλάζουν εξαιτίας της ανομοιογένειας των περιφερειών σε κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο. Έτσι λοιπόν κατέστη ανάγκη η έρευνα να περιοριστεί στις ενορίες(parishes). Με βάση την Tabellverket, το διάστημα 1749-1859 υπήρχαν συνολικά στη Σουηδία 2400 κοινότητες. Η μελέτη καλύπτει δύο χρονικές περιόδους: η πρώτη, 1803-1807, αναφέρεται στην προ-μεταβατική δημογραφική περίοδο. Η δεύτερη, 1848-1852, βασίζεται σε ένα διάστημα που η βρεφική θνησιμότητα είχε μειωθεί σημαντικά.

Εξαιτίας του μικρού ποσοστού γεννήσεων που υπάρχει στις ενορίες, είναι φυσικό να υπάρχουν μεγάλες διακυμάνσεις στους ετήσιους αριθμούς. Ιδιαίτερα, ο μέσος όρος των γεννήσεων σε κοινότητες που έμειναν σταθερές ήταν 143 γεννήσεις, 123 σε αυτές που ανέβηκαν ή κατέβηκαν μια κατηγορία, 78 σε αυτές που ανέβηκαν ή

κατέβηκαν 2. Επίσης στις ενορίες με λιγότερες από 50 γεννήσεις το χρόνο το 1/5 από αυτές ανέβηκε από χαμηλή σε υψηλή κατηγορία, ή αντίστοιχα κατέβηκε από υψηλή σε χαμηλή. Όσον αναφορά τις ενορίες με 50 έως 150 γεννήσεις ετησίως, μόνο το 1/10 εξ αυτών ανέβηκαν ή κατέβηκαν αντίστοιχα. Οι ενορίες με ποσοστό μικρότερο των 50 γεννήσεων είχαν περισσότερους θανάτους, γεγονός που περιορίζεται όσο αυξάνεται το χρονικό εύρος της έρευνας. Αυτό όμως δε την επηρέασε. Οι ερευνητές ήθελαν να περιοριστούν κυρίως σε ενορίες που ζούσαν κοντά η μία με την άλλη και διασκορπισμένες.

Μία από τις αιτίες που οδηγούσε τα βρέφη των πόλεων σε θάνατο, είναι η ύπαρξη πολλών ασθενειών του πληθυσμού. Η νότια Σουηδία αποτελεί εξαίρεση, παρόλο που εκεί βρίσκονταν πόλεις με ιδιαίτερα αναπτυγμένο εμπόριο. Μπορούμε να συμπεράνουμε ότι τα πιο σημαντικά αποτελέσματα προκύπτουν αν διαιρέσουμε τις μεγάλες περιφέρειες της Σουηδίας σε ενορίες. Αυτές που είχαν λιγότερο από 50 γεννήσεις δεν επηρέασαν την περιφερειακή έρευνα γιατί ήταν διασκορπισμένες σε ολόκληρη τη χώρα. Όσο προχωράει ο χρόνος μειώνεται και το πρόβλημα που δημιουργείται από την τυχαία διακύμανση των γεννήσεων και των θανάτων, πράγμα που είναι καθαρά θέμα στατιστικής μεθόδου. Όμως υπάρχει κίνδυνος με αυτόν τον τρόπο άθελα μας να αποκρύψουμε δεδομένα για την βρεφική θνησιμότητα ετησίως. Επίσης πρέπει να λάβουμε υπόψιν μας μεταβλητές όπως τα επίπεδα γονιμότητας ή τους θανάτους ανά ηλικία.

Σε ολόκληρη την Ευρώπη η βρεφική και η παιδική θνησιμότητα μειώθηκαν, όχι όμως και στη Σουηδία. Στις αρχές του 19<sup>ου</sup> η υψηλή βρεφική θνησιμότητα είχε ως αποτέλεσμα χαμηλή παιδική θνησιμότητα, ενώ στα τέλη του ίδιου αιώνα και οι δύο τύποι απέκτησαν μια γραμμική σχέση.

Μέχρι το 1900 υπήρχε δυσκολία στην ερμηνεία του φαινομένου. Η παιδική θνησιμότητα στο Βέλγιο και στη Σουηδία ήταν χαμηλότερη από την ιταλική ύπαιθρο<sup>93</sup>. Οι ερευνητές βασίστηκαν κυρίως σε λίστες νοικοκυριών, κατάστιχα ενοριών από βαπτίσεις, θανάτους και ταφές, σε μητρώα πληθυσμού που είχε το κράτος και οι δημόσιοι οργανισμοί. Στη Sart το ποσοστό θανάτου του πρώτου χρόνου ζωής κυμαίνεται από 14 και 18% ενώ από 20 και 24% στις περιοχές Casalguidi και Madregolo. Στο Βέλγιο όπως και στην Ιταλία η βρεφική θνησιμότητα δεν είχε πτώση

---

<sup>93</sup>Oris, Derosas, & Breschi, 2004, σ. 364

μέχρι τον 20<sup>ο</sup> αιώνα. Επίσης στις αστικές περιοχές της Ιταλίας όπως στη Βενετία, το 28,5 % των βρεφών πέθαιναν πριν χρονίσουν. Στο Βέλγιο, στο Tilleur, είχε αυξημένο ποσοστό σε σχέση με το χωριό του Sart, και γενικά με τη χώρα, όμως αρκετά χαμηλότερο από αυτό της Ιταλίας<sup>94</sup>.

Οι διαφορές μεταξύ Ιταλίας και Βελγίου και Σουηδίας αντίστοιχα είναι δύσκολο να εξηγηθούν<sup>95</sup>. Κάποιοι μελετητές έχουν στηριχθεί στο γεγονός, ότι μια αιτία είναι οι κλιματικές συνθήκες<sup>96</sup>. Τα ζεστά καλοκαίρια, λόγω χάρη, της Μεσογείου προκαλούν σοβαρές ασθένειες στο πεπτικό σύστημα και έτσι τα βρέφη απογαλακτίζονται σύντομα. Το κρύο του χειμώνα και οι βροχές της άνοιξης, προκαλούν αναπνευστικά προβλήματα. Στη Σουηδία(Scania) και στο Βέλγιο(Sart) τα βρέφη στην ηλικία από 6 μηνών και άνω, νοσούν όχι μόνο το χειμώνα αλλά και την άνοιξη.

Επίσης το κλίμα μιας περιοχής επηρεάζει και το φαγητό, προκαλώντας διαφορές στην βόρεια και νότια Ευρώπη<sup>97</sup>. Σε πιο φτωχές περιοχές οι προμήθειες του φαγητού είναι ελάχιστες την άνοιξη. Συνεπώς προκύπτει ότι η διαθεσιμότητα του φαγητού που αφορά τη μητέρα συσχετίζεται με το βρέφος μέσω του θηλασμού. Η έλλειψη τροφής δεν επηρεάζει μόνο τα απογαλακτισμένα παιδιά αλλά και αυτά που ακόμα εξαρτώνται από το γάλα της μητέρας τους. Στο Sart, παρατηρούμε ότι οι πανδρεμένες μητέρες, ηλικίας 20-55 ετών, είναι πιο ευαίσθητες στις διακυμάνσεις της τιμής του φαγητού. Δηλαδή, οι γυναίκες το 19<sup>ο</sup> αιώνα, ήταν η μοναδική πληθυσμιακή ομάδα που πέθαινε λόγω ακριβής τιμής του φαγητού<sup>98</sup>, διότι δυσκολεύονταν να το αγοράσουν άρα και να τραφούν και συνεπώς να θρέψουν μέσω του γάλακτος και μη, τα παιδιά και τα βρέφη τους. Ο θηλασμός επηρεάζει έτσι την βρεφική και παιδική θνησιμότητα. Στην Ιταλία οι μελέτες δείχνουν ότι τα βρέφη θηλάζονταν λιγότερο από ότι στη Σουηδία και στο Βέλγιο. Το μητρικό γάλα αποτελεί πηγή πολλών θρεπτικών στοιχείων για το βρέφος, ενισχύοντας το πεπτικό σύστημα και θωρακίζοντάς από διάφορες ασθένειες<sup>99</sup>. Είναι λογικό και επόμενο ένα βρέφος που απογαλακτίζεται νωρίς να είναι πιο ευάλωτο σε σοβαρές λοιμώξεις, οι οποίες μπορούν να προκαλέσουν ακόμα και το θάνατό του.

---

<sup>94</sup>Oris, Derosas, & Breschi, 2004, σσ. 364-367.

<sup>95</sup>Oris, Derosas, & Breschi, 2004, σσ. 366-367.

<sup>96</sup>Oris, Derosas, & Breschi, 2004, σ. 392.

<sup>97</sup> Oris, Derosas, & Breschi, 2004, σ. 393.

<sup>98</sup>Στοιίδιο.

<sup>99</sup>Oris, Derosas, & Breschi, 2004, σ. 371.

Μια άλλη ενδιαφέρουσα περίπτωση της μελέτης της ευρωπαϊκής θνησιμότητας είναι η περιοχή του Preston στην Αγγλία. Βασιζόμενη στη μελέτη του Morgan<sup>100</sup> για το Preston της Βικτωριανής εποχής, συμπεραίνουμε ήδη από τις πρώτες σελίδες διαφορές με την υπόλοιπη Ευρώπη. Ένα από τα κύρια ερωτήματα είναι να απαντήσει γιατί στα τέλη του 19<sup>ου</sup>, ενώ στην υπόλοιπη Ευρώπη η βρεφική και παιδική θνησιμότητα τείνουν σε μια πτώση, στην Αγγλία συμβαίνει το αντίθετο. Ο συγγραφέας μάλιστα το χαρακτηρίζει ως ανωμαλία της εποχής<sup>101</sup>. Ξεκινώντας σε ένα γενικό επίπεδο για την πόλη, ενώ είχε συζητηθεί στο παρελθόν το φαινόμενο της θνησιμότητας των μικρών ηλικιών του πληθυσμού, δεν είχαν αναδειχθεί οι αιτίες. Ο συγγραφέας θεωρεί ότι βασικός παράγοντας που προκαλούσε τον θάνατο ήταν τα άλογα στους αχυρώνες των πόλεων. Προφανώς όχι τα ίδια ως σώματα ήταν υπεύθυνα, αλλά η συσσώρευση της σωματικής τους παραγωγής, της γνωστής κοπριάς, ήταν πηγή έλξης για τις μύγες. Αυτές με τη σειρά τους ακουμπούσαν στα φαγητά των παιδιών με αποτέλεσμα να προξενήσει την «καλοκαιρινή διάρροια»<sup>102</sup>. Επίσης ήταν υπεύθυνες για ασθένειες όπως η πολιομυελίτιδα, η ηπατίτιδα, η χολέρα, και άλλες εντερικές παθήσεις από βακτήρια, όπως ο άνθρακας.

Ο λόγος που μου κέντρισε το ενδιαφέρον η πόλη του Preston είναι επειδή μου θύμισε την Λαμία εκείνη την περίοδο. Δηλαδή ήταν και αυτή υπερυψωμένη και είχε στοιχεία της αγροτικής κοινωνίας, αν και ήταν αστικό κέντρο. Επίσης στην αγγλική πόλη είχαν παρθεί μέτρα για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής όπως βελτίωση του δικτύου ύδρευσης και αποχέτευσης. Όμως η παιδική και βρεφική θνησιμότητα ήταν σε χειρότερο επίπεδο από κάθε άλλη πόλη στην Αγγλία και την Ουαλία, και αυξανόταν με την πάροδο του χρόνου<sup>103</sup>(βλ. το γράφημα στο παράρτημα). Πιο συγκεκριμένα την καλοκαιρινή περίοδο η θνησιμότητα άγγιζε το ποσοστό των 274 τοις χιλίοις σε διάστημα 26 χρόνων. Τα χειρότερα χρόνια ήταν από το 1897 ως το 1899 καθώς το ποσοστό άγγιζε το 347 τοις χιλίοις<sup>104</sup>. Αν το σκεφτεί κανείς περισσότερο διαπιστώνει ότι το νούμερο είναι αρκετά μεγάλο για τα σημερινά δεδομένα, ώστε να πεθαίνουν παιδιά και βρέφη από τη διάρροια.

---

<sup>100</sup>N.Morgan. (2002). Infant mortality, flies and horses in later nineteenth-century towns: a case study of Preston. *Continuity and Change*, 17(1), σσ. 97-132.

<sup>101</sup> Morgan, 2002, σ. 98

<sup>102</sup>Morgan, 2002, σ. 98

<sup>103</sup>Morgan, 2002, σ. 103

<sup>104</sup>Morgan, 2002, σ. 106



Ο σημαντικότερος παράγων της βρεφικής και παιδικής θνησιμότητας για το Preston, σύμφωνα με τον Morgan, βρισκόταν στον τρόπο που ήταν κατασκευασμένα τα σπίτια. Οι αυλές ήταν ιδιαίτερα μικρές, χωρίς μονοπάτια ώστε να χρησιμοποιηθούν από την υπηρεσία καθαριότητας της πόλης. Έτσι παραμένανε βρώμικα και γινόντουσαν όλο και μεγαλύτερος πόλος έλξης για τις μύγες<sup>105</sup>. Ακόμα το διάστημα αυτό παρατηρείται μια πρωτοφανής αύξηση του πληθυσμού των αλόγων στην πόλη, χτίζοντας έτσι και στάβλους όταν αντιλήφθηκαν τις συνέπειες που είχαν στην βρεφική και παιδική θνησιμότητα. Όμως όλο αυτό άργησε να γίνει καθώς τα αποτελέσματα είχαν ήδη σημειωθεί (Οι περισσότεροι στάβλοι χτίστηκαν προς τα τελευταία χρόνια του 19<sup>ου</sup> αιώνα<sup>106</sup>). Επιπρόσθετα ο Morgan σημειώνει ότι σημαντικό ρόλο στην βρεφική θνησιμότητα είχε η πρακτική του θηλασμού. Υπήρχε μια αποστροφή σε αυτό καθώς οι γυναίκες, λόγω της εργασίας τους αμελούσαν να θηλάσουν τα βρέφη. Αυτό συνεπάγεται την τεράστια αύξηση στα ποσοστά θνησιμότητας το 1890<sup>107</sup>.

Για την Ευρώπη αντιλαμβανόμαστε λοιπόν ότι οι βιολογικοί, περιβαλλοντικοί και οικονομικοί παράγοντες εξαρτώνται και από κοινωνικές συμπεριφορές μέσα στην οικογένεια, ιδίως ο τρόπος ζωής των γονιών επηρεάζουν την υγεία του βρέφους<sup>108</sup>. Ειδικότερα, τα παιδιά που γεννήθηκαν νεκρά από νεαρές μητέρες οφείλεται σε ενδογενείς παράγοντες, όπως η δυσκολία στον τοκετό (λόγω ψυχικής και σωματικής απειρίας της μητέρας), ενώ αυτά που γεννήθηκαν από μεγαλύτερες σε ηλικία, επηρεάζονται από εξωγενείς, όπως η έλλειψη διατροφικών θρεπτικών στοιχείων και ο πρόωρος απογαλακτισμός. Είναι ήδη γνωστά τα θρεπτικά στοιχεία που αποκτούν τα βρέφη με τον θηλασμό. Επίσης οι έρευνες έδειξαν ότι η απουσία των ζευγαριών που έγιναν γονείς σε νεαρή ηλικία είχαν «καταστροφικά αποτελέσματα»<sup>109</sup>. Ιδιαίτερα η απουσία της μητέρας έχει αντίκτυπο πριν το απογαλακτισμό. Ομοίως η απουσία του πατέρα, επηρεάζει το εισόδημα αυξάνοντας τον κίνδυνο θανάτου του παιδιού. Επιπρόσθετα, η έλλειψη γνώσεων των γονιών σε θέματα υγείας και διατροφής συμβάλλουν στην αύξηση της βρεφικής θνησιμότητας, διαπιστώνει ο Burnett, J.

---

<sup>105</sup>Morgan, 2002, σ. 112

<sup>106</sup>Morgan, 2002, σ. 113

<sup>107</sup>Morgan, 2002, σ. 106

<sup>108</sup>Oris, Derosas, & Breschi, 2004, p. 367

<sup>109</sup>Oris, Derosas, & Breschi, 2004, σ. 371

<sup>110</sup>Ακόμα σημαντικό ρόλο είχε η έλλειψη δημόσιας και προσωπικής υγιεινής, καθώς πρόκειται για μια περίοδο που δεν είχε κάνει την εμφάνιση του ο Παστέρ με τις ανακαλύψεις του στην ιατρική και τα μικρόβια (παστερίωση) .<sup>111</sup>

Το διάστημα 1750-1914 υπήρξε μια τεράστια πρόοδος στις μεθόδους ανατροφής των παιδιών και της παιδιατρικής<sup>112</sup>. Οι γιατροί και το ιατρικό προσωπικό, εμπλουτίζοντας τις γνώσεις τους, προσπάθησαν να πείσουν τους γονείς να δίνουν περισσότερη προσοχή στην υγεία των παιδιών τους αλλά και τους συμβούλεψαν ότι οι παραδοσιακές μέθοδοι ιατρικής είναι επικίνδυνες. Όμως πολλοί δε τους άκουγαν. Τα κράτη σιγά-σιγά, προσπάθησαν να λάβουν κάποια μέτρα ώστε να μειωθεί κάπως το φαινόμενο, όπως το να ενθαρρύνουν και να νομιμοποιήσουν τον εμβολιασμό.<sup>113</sup>

### **3.1. Η Βρεφική και παιδική θνησιμότητα στην Ελλάδα**

Αφού λοιπόν μιλήσαμε για την βρεφική θνησιμότητα στην Ευρώπη, και ιδιαίτερα σε κάποιες πολύ σημαντικές για την έρευνα χώρες, ας περάσουμε στην περίπτωση της Ελλάδας την ίδια περίοδο. Η μελέτη<sup>114</sup> του Βαλαώρα για τη χώρα μας από το 1943είναι ιδιαίτερα σημαντική. Αρχικά αναφέρει ότι η καταγραφή της βρεφικής θνησιμότητας στην ύπαιθρο είναι εσφαλμένη, διότι υπήρχε ελλιπής καταγραφή των θανάτων, γεγονός που τη δείχνει μικρότερη από τι είναι στην πραγματικότητα. Αντίθετα η θνησιμότητα των πόλεων αντικατοπτρίζει την πραγματικότητα και ανέρχεται σε 165 θανάτους ανά 1.000 γεννήσεις. Η λανθάνουσα τιμή της ελληνικής υπαίθρου επηρέαζε και το γενικό σύνολο και κατέστη αναγκαίο να γίνει διόρθωση. Η νέα τιμή δείχνει ότι στην ύπαιθρο η τιμή ανέρχεται σε 200 θανάτους ανά 1000 γέννες, οδηγώντας έτσι την Ελλάδα σε μειονεκτική θέση σε σχέση με τις άλλες ευρωπαϊκές χώρες. Η μελέτη ανά νομούς δείχνει ότι οι βόρειες περιοχές της Ελλάδας έχουν μεγαλύτερο ποσοστό θνησιμότητας από τις νότιες και τα νησιά. Η βρεφική θνησιμότητα ανά φύλο έδειξε ότι τα αγόρια, έως στα μέσα του 20ού αιώνα πέθαιναν ευκολότερα από τα κορίτσια. Επίσης, όσο μικρότερη ήταν η ηλικία

---

<sup>110</sup>J. Burnett. (1991). Housing and the decline of mortality. In D. R. Roger Schofield, *The Decline of Mortality in Europe* (pp. 158-176). New York: Oxford University Press. σελ. 160.

<sup>111</sup> M-F. Morel. (1991). Infant mortality 1750-1914. In D. R. Roger Schofield, *The Decline of Mortality in Europe* (pp. 197-219). New York: Oxford University Press. σελ. 197.

<sup>112</sup>Morel, 1991, σ. 218.

<sup>113</sup>Morel, 1991, σ. 219.

<sup>114</sup>B. Βαλαώρας. (1943). *Στοιχεία βιομετρίας και στατιστικής, δημογραφική μελέτη του πληθυσμού της Ελλάδας*. Αθήνα: Τύποις. Σελ. 162-170

του βρέφους, τόσο μεγαλύτερη ήταν η θνησιμότητα. Ο Βαλαώρας κάνει μια σύγκριση μεταξύ Ελλάδας και Σουηδίας<sup>115</sup> και η διαφορά βγαίνει εις βάρος της χώρας μας, όπου η θνησιμότητα είναι μεγαλύτερη κατά την βρεφική και νηπιακή ηλικία, αλλά και στις υπόλοιπες ηλικίες. Ακολουθεί στην 5η θέση η Ιταλία, στην 8<sup>η</sup> το Βέλγιο και την 12<sup>η</sup> η Σουηδία, ανάμεσα σε 15 συνολικά χώρες την περίοδο 1930-1935<sup>116</sup>. Αυτό επιβεβαιώνει και όσα προαναφέρθηκαν παραπάνω σχετικά με τις τρεις αυτές ευρωπαϊκές χώρες.

Εδώ αξιοσημείωτη είναι η μελέτη του Β. Κατσουγιαννόπουλου, ο οποίος χαρακτηρίζει ως ελλιπή την καταγραφή της βρεφικής και παιδικής θνησιμότητας στη χώρα μας. Κυρίως αφορά τις δηλώσεις των νεογνικών θανάτων, στην ύπαιθρο, σε μικρά χωριά και κοινότητες<sup>117</sup>.

Ο Α. Σταυρόπουλος σε μία σχετική έρευνα σημειώνει ότι την δεκαετία 1868-1878 η μέση γενική θνησιμότητα στην Ελλάδα άγγιζε το 20,7 τοις χιλίους. Υποστηρίζει πως ήταν χαμηλότερη από την Ευρώπη και άρα θα ήταν καλό να διαφοροποιηθούν κάποιες πεποιθήσεις για τη σχέση Ελλάδας Ευρώπης την εποχή εκείνη όπως μαρτυρείται από τα ίδια τα νούμερα<sup>118</sup>. Επίσης από στις ηλικίες από 0-5 σε γενικό σύνολο η θνησιμότητα ανέρχεται στο 49,7%, ενώ από 6-10 σε 11,1%, όπως φαίνεται και στον παρακάτω πίνακα.

*Θνησιμότητα των ομάδων ηλικιών της νεότητας στην Ελλάδα*

*(μέσος όρος στοιχείων των απογραφών 1868-1878)*

Ομάδες Ηλικιών	Άρρενες ο/οο	Θήλεις ο/οο	Σύνολο ο/οο	Σχέση Θανάτων Άρρενος προς Θήλυ
0 – 5	50,3	49	49,7	101
6 – 10	11,2	10,8	11,1	103
11 – 15	6,7	7,4	7,6	90,8
16 – 20	8,1	7	7,5	116
<b>Για Σύγκριση</b>				
21 - 30	9,8	8,5	9,9	115
<b>Μέση Γενική Θνησιμότητα ο/οο</b>				
<b>Ελλάδα</b>	20,7		<b>Σουηδία</b>	20,5

<sup>115</sup>Βαλαώρας, 1943, σ. 164

<sup>116</sup>Βαλαώρας, 1943, σ. 168

<sup>117</sup>Κατσουγιαννόπουλος, 1982, σ. 56

<sup>118</sup>Σταυρόπουλος, 1984, σ. 100

<b>Νορβηγία</b>	18,4	<b>Δανία</b>	21,6
-----------------	------	--------------	------

(Σταυρόπουλος, 1984, σ. 100)

Όσον αφορά την βρεφική και παιδική θνησιμότητα, επισημαίνει ότι στην πρωτεύουσα το διάστημα 1888-1897, διέφερε ανά έτος<sup>119</sup>. Μελετώντας τις ηλικίες από 0 έως 10 έτη διαπιστώνει ότι: το καλοκαίρι αγγίζει τα υψηλότερα ποσοστά, σε 29,2% , το χειμώνα σε 27,3%, την άνοιξη σε 22,7% και το φθινόπωρο μόλις το 20%. Σε σχέση με τη γενική θνησιμότητα η βρεφική και παιδική ισούται με το 48,1% στην Αθήνα. Η βρεφική κάλυψε το 66,4% ενώ περισσότερα στοιχεία παρουσιάζει ο παρακάτω πίνακα. Και εδώ γίνεται μια συσχέτιση με την Σκανδιναβία. Ο δείκτης της θνησιμότητας μεταξύ της ηλικίας 0-5 ετών υπολογίζεται 114 ‰ για την Ελλάδα, ενώ για τη Νορβηγία σε 104‰. Πολλοί υψηλοί ήταν οι δείκτες στη Δανία (135), της Σουηδίας (137), ενώ πιο αυξημένος ήταν στη γειτονική μας Ιταλία (223)<sup>120</sup>. Ως κύρια νοσήματα στην Ελλάδα, αναφέρονται η εντερίτιδα, η πνευμονία, η μηνιγγίτιδα, η φυματίωση, η ελονοσία, η διφθερίτιδα, η ιλαρά και η οστρακιά<sup>121</sup>. Το διάστημα 1886-1897 η διφθερίτιδα μάλιστα πέρασε στην πρώτη θέση της συχνότητας<sup>122</sup>.

*Θνησιμότητα στις υποδιαιρέσεις της παιδικής ηλικίας*

*Αθήνα 1888-1897*

Ηλικίες	Αρ. Θανάτων	%	Αρ. Θανάτων	%	%
0-7 ημέρες	987	7,2			
0-15 »	717	5,2			
15-30 »	869	6,8			
<b>Νεογνική</b>					
1 <sup>ος</sup> μήνας	2.573	18,7			
<b>Βρεφική</b>					
2-12 μήνας	6.560	47,7			
1 <sup>ο</sup> έτος			9.133		66,4
2 <sup>ο</sup>			2.106		15,3

<sup>119</sup>Σταυρόπουλος, 1984, σ. 102

<sup>120</sup>Σταυρόπουλος, 1984, σ. 99

<sup>121</sup>Σταυρόπουλος, 1984, σ. 111

<sup>122</sup>Σταυρόπουλος, 1984, σ. 113

3 <sup>ο</sup>	721	5,3
4 <sup>ο</sup>	482	3,5
5 <sup>ο</sup>	398	2,9
<b>Νηπιακή</b>		
1-5	3.707	27
<b>Παιδική</b>		
5-10	913	6,6
<b>Σύνολο 1-10</b>	<b>13.753</b>	<b>100</b>

(Σταυρόπουλος, 1984, σ. 106)

Ο Νίκος Σιδέρης μελέτησε τη βρεφική θνησιμότητα στην Λευκάδα και παρατήρησε τα εξής: η έρευνα που παρουσιάζει αφορά μια περίοδο 12 μηνών στις αρχές του 20ού αιώνα (25 Απριλίου 1823 – 24 Απριλίου 1824), βασιζόμενος σε πράξεις θανάτου, όπως θα γίνει και στην περίπτωση της Λαμίας<sup>123</sup>. Συγκεκριμένα καταγράφηκαν 526 θάνατοι και ο πληθυσμός της Λευκάδας ήταν 17.017 κάτοικοι. Οι θάνατοι στην πόλη άγγιζαν το 35,5% σε ποσοστό ενώ στα χωριά το 64,3%. Οι θάνατοι από αρρώστια ανέρχονταν στο 92,3%. Στην πόλη είχαν αποβιώσει λόγω κάποιας ασθένειας 173 άτομα, ενώ στα χωριά 315 άτομα<sup>124</sup>. Οι αιτίες οφείλονται σε τέσσερις μεγάλες κατηγορίες: τα εμπύρετα νοσήματα, οι αναπνευστικές λοιμώξεις, οι γαστρεντερικές λοιμώξεις, οι χρόνιες ασθένειες και οι φυσικές. Έτσι παρατηρείται ότι στη Λευκάδα η ηλικία που πλήττεται περισσότερο από την θνησιμότητα ήταν η βρεφική, από 0-12 μηνών. Εδώ αντιστοιχεί το ¼ της γενικής θνησιμότητας. Το 1/6 από αυτούς τους θανάτους προέκυψε από εμπύρετα νοσήματα, τα 2/10 σε διάφορες αιτίες, το 1/10 στις λεγόμενες φυσικές αιτίες, και 1/10 σε γαστρεντερικές διαταραχές<sup>125</sup>.

Στην ομάδα της πρώτης παιδικής ηλικίας, από 1-5 ετών, ο Σιδέρης σημειώνει ότι το ποσοστό θανάτων ήταν 22%, ενώ από 6-10 χρονών πέθαναν 41 παιδιά κυρίως από εμπύρετα νοσήματα και γαστρεντερικές διαταραχές<sup>126</sup>. Συνεπώς βλέπουμε ότι στη Λευκάδα σε διάστημα ενός χρόνου οι θάνατοι των βρεφών κάτω του ενός έτους

<sup>123</sup> Σιδέρης, Ν. (1983). Αρρώστιες και άρρωστοι στη Λευκάδα το 19ο αιώνα. *Τα Ιστορικά*(1), σσ. 101-120.

<sup>124</sup> Σιδέρης, 1983, σ. 108

<sup>125</sup> Σιδέρης, 1983, σ. 112

<sup>126</sup> Σιδέρης, 1983, σ. 112

είναι στο  $\frac{1}{4}$ . Σε παιδιά έως 5 χρονών έχουμε 2 άτομα ανά 5 θανάτους. Το 1843, οι θάνατοι του 1 έτους είναι στο  $\frac{1}{5}$ , ενώ το 1863 είναι στο  $\frac{1}{7}$  του συνόλου. Οι παράγοντες για το νησί που επιδεινώνουν τις αρρώστιες αφορούν κυρίως προβληματική καθαριότητα και υγιεινή, όπως η έλλειψη αποχέτευσης, σκουπίδια και ακαθαρσίες στους δρόμους, στασιμά νερά και έλη. Ακόμη υπεύθυνο ήταν το υγρό κλίμα αλλά και η κακή συντήρηση τροφίμων, και ο περιορισμός ιατρικής περίθαλψης<sup>127</sup>. Παρατηρούμε λοιπόν εδώπόσο μπορεί να επηρεαστεί η υγεία ενός ανθρώπου από τις συνθήκες που είναι αναγκασμένος να ζει. Πόσο δηλαδή η κακή οργάνωση μιας περιοχής σε όλα τα επίπεδα έχει αντίκτυπο στους κατοίκους, προκαλώντας ακόμα και το θάνατο τους.

Όσον αφορά τη θνησιμότητα στις γύρω περιοχές, «σύμφωνα με την Ε. Κοσμάτου, η πτώση της θνησιμότητας ήταν πρώιμη στα Επτάνησα: ο αδρός δείκτης είναι αισθητά χαμηλός τη δεκαπενταετία 1870-1885 (15,83%), και τα επιμέρους νησιά παρουσιάζουν την ίδια εικόνα, αλλά διαφοροποιούν το δείκτη τους στην επαρχία και την ύπαιθρο (πιο υψηλός στην πρώτη από ό,τι στη δεύτερη). Για τον Βαλαώρα, ο δείκτης θνησιμότητας της Ελλάδας κυμαινόταν το διάστημα 1865-1889 μεταξύ 24,2-25,3%. Η εκτίμηση του Στέφανου Κλώνου «ρίχνει» τη θνησιμότητα στα 20,7% την περίοδο 1864-1878, αναφέροντας ωστόσο πως παρουσιάζει μεγάλη διακύμανση ανάλογα με τη γεωγραφική περιοχή. Πράγματι, τόσο η γεωγραφική θέση μιας περιοχής (πόλη ή χωριό) όσο και ο πληθυσμός της επηρέαζαν το μέγεθος της θνησιμότητας, όπως και οι εποχές, που αποδεικνύονται κάθε άλλο παρά αθώες στην έξαρση ή μη του αριθμού των θανάτων»<sup>128</sup>.

Εδώ αφού αναφερόμαστε στην κατάσταση της θνησιμότητας στην Ελλάδα, θα ήταν καλό να αναφερθούμε στους οδηγούς που εκδόθηκαν προκειμένου να πληροφορήσουν τους επισκέπτες του ελληνικού κράτους, για την κατάσταση της υγιεινής και των νοσημάτων. Τα ταξίδια των ξένων επισκεπτών στην Ελλάδα ήταν πολλά. Στην αρχή επρόκειτο για λόγιους και οι επιστήμονες, όμως στη συνέχεια ήρθαν και πολλοί περιηγητές οι οποίοι καθημερινά διακινδύνευαν τη ζωή τους λόγω των συνθηκών που επικρατούν σε διάφορες περιοχές της χώρας. Για αυτό λοιπόν έπρεπε να εξοπλιστούν με τις απαραίτητες ιατρικές συμβουλές προκειμένου να διανύσουν όλο το διάστημα της παραμονής στη χώρα χωρίς αρρώστιες και να

---

<sup>127</sup>Σιδέρης, 1983, σ. 116

<sup>128</sup>Μουστάνη, 2015

παραμείνει υγιής. Σε αυτό αρωγοί ήταν ταξιδιωτικοί οδηγοί που εκδόθηκαν στην Ευρώπη. Πιο γνωστός είναι ο γαλλικός «μπλε οδηγός».

Από τις πρώτες κιόλας εκδόσεις, οι συντάκτες προειδοποιούν τους ταξιδιώτες ότι η χώρα στην οποία ετοιμάζονται να επισκεφτούν έχει ένα διαφορετικό κλίμα, από αυτό που είναι συνηθισμένοι. Έτσι τους συμβουλεύουν με απαραίτητους κανόνες συμπεριφοράς και τις πληροφορίες για μέτρα προφύλαξης και υγιεινής, που θα πρέπει να τηρούνται αυστηρά καθόλη τη διάρκεια παραμονής τους. Επίσης αναγράφουν κανόνες σωστής διατροφικής συμπεριφοράς όσο και αντιμετώπισης των νοσημάτων. Οι συμβουλές προέρχονται από Γάλλους γιατρούς που είχαν παραμείνει στην Ελλάδα για τρία ολόκληρα χρόνια και είχαν προσωπικές επαφές με ντόπιους γιατρούς, όπως ο E. Isambert. Ο γιατρός αυτός επισκέφτηκε την Ελλάδα το 1873 και σημειώνει ότι οι αρρώστιες που εντοπίζονται επρόκειτο για οξείες αρρώστιες του θώρακα της κοιλιακής χώρας, των νευρικών κέντρων και για ρευματικές παθήσεις, οι οποίες αποδίδεται στις κλιματικές αλλαγές. Επίσης και λοιμώδεις ασθένειες, που αναφέραμε πιο πάνω. Όπως είδαμε άλλωστε, οι λοιμώδεις αρρώστιες οφείλονταν σε επιδημίες. Για το σκοπό αυτό παραθέτει μερικά ονόματα ιατρών, στους οποίους μπορεί ο ταξιδιώτης να επισκεφτεί σε περίπτωση ανάγκης. Ήταν γιατροί που μιλούσαν ξένες γλώσσες και είχαν σπουδάσει στην Ευρώπη. Όσον αφορά τα αστικά κέντρα και συγκεκριμένα της Αθήνας ως πρότυπο νοσοκομείο οι συντάκτες, συνιστούν τον Ευαγγελισμό, το οποίο ήταν από την προστασία της βασίλισσας και διατηρούνταν σε άψογη κατάσταση, ενώ αργότερα από τον 20ο αιώνα προστίθεται και αυτό του Ερυθρού Σταυρού.

Στα ταξίδια στο εσωτερικό της χώρας οι συντάκτες κάνουν λόγο για τους ντόπιους γιατρούς τους οποίους αποκαλούν και κομπογιαννίτες. Επιπρόσθετα συμβουλεύουν τον ταξιδιώτη να φυλαχτεί από δύο βασικούς κινδύνους που υπήρχαν στις περιοχές αυτές: την πολλή ζέστη αλλά και την απότομη βραδινή δροσιά. Επίσης να αποφεύγει να διανυκτερεύει σε περιοχές με έλη, καθώς μπορούσαν να επιφέρουν πυρετούς όπως ο τυφοειδής. Σε τέτοιες περιπτώσεις προτείνεται η λήψη κινίνης σε δυνατή δόση και αλλαγή περιοχής άμεσα. Κατόπιν δίνονται και συμβουλές σχετικά με το τι φαγητά πρέπει να αποφεύγει ο ταξιδιώτης ανάλογα την εποχή. Αν παρ'όλες αυτές τις προφυλάξεις, ο ταξιδιώτης αρρώσταινε, οι συντάκτες αναφέρονται σε πιθανές και συνήθεις παθήσεις και αρρώστιες στις οποίες μπορεί να αντιμετωπίσει.

Τον συμβουλεύουν, ώστε να είναι σίγουρος, να έχει μαζί του φαρμακείο όπου δίνεται αναλυτικά το περιεχόμενο του.

Τέλος, αναφέρουν πως το κλίμα στον ελληνικό χώρο είναι εντελώς ανθυγιεινό χωρίς βέβαια να αποθαρρύνει ταξίδι του ενδιαφερόμενο, αλλά αντίθετα, στόχος ήταν να προσφερθούν οι απαραίτητες γνώσεις, οδηγίες και συμβουλές ώστε ο ταξιδιώτης να παραμείνει χωρίς να αρρωστήσει και να κινδυνεύσει η υγεία του. Έτσι μέσα από αυτούς τους οδηγούς βλέπουμε τον τρόπο αντιμετώπισης διάφορων νοσημάτων και πληροφορίες πάνω σε αυτές, αλλά και πολλά στοιχεία για την περιοχή.

Στις σελίδες που προηγήθηκαν, μελετήθηκαν όψεις της βρεφικής και παιδικής θνησιμότητας στον ελληνικό χώρο σε σύγκριση με τον ευρωπαϊκό. Χώρες της Ευρώπης που σήμερα θεωρούνται ως πρότυπα των υποδομών υγείας και περίθαλψης, στο παρελθόν οι δείκτες θνησιμότητας ήταν μεγάλοι. Αυτό θέτει κι έναν ευρύτερο προβληματισμό όσον αφορά τη χώρα μας, καθώς ακόμα και τον 21<sup>ο</sup> αιώνα δυστυχώς το σύστημα υγείας έχει σοβαρότατες ελλείψεις. Αφού λοιπόν παρατηρήσαμε την γενική εικόνα της Ευρώπης και της Ελλάδας στον τομέα της θνησιμότητας, τώρα θα επικεντρωθούμε στην πόλη της Λαμίας.



## **Κεφάλαιο 4. Η βρεφική και παιδική θνησιμότητα στη Λαμία**

### **4.1. Η Λαμία**

Στις πρώτες δεκαετίες του 19ου αιώνα το Ελληνικό κράτος περιορίζονταν στην γραμμή Αμβρακικού – Παγασητικού, περιλαμβάνοντας την Πελοπόννησο, τη Στερεά Ελλάδα και τις Κυκλάδες. Το 1864 με την ενσωμάτωση των Ιόνιων νήσων αύξησε τα εδαφικά του σύνορα άρα και τον πληθυσμό του. Το ίδιο συμβαίνει και το 1881 με την ενσωμάτωση της Θεσσαλίας και της Άρτας ξεπερνώντας τα δύο εκατομμύρια.

Η Λαμία είναι πρωτεύουσα και πόλη του νομού Φθιώτιδας. Έχει πληθυσμό 52 χιλιάδες κατοίκους σήμερα. Από τον 8<sup>ο</sup> αιώνα έως τον 19<sup>ο</sup> αιώνα αναφέρεται ως Ζητούνι. Είναι περιτριγυρισμένη από τα όρη Οίτη και Τυμφρηστό. Βρίσκεται στις πλαγιές του όρους Όθρυς και είναι πολύ κοντά στον Σπερχειό ποταμό.

Η αναφορά της ξεκινά ήδη από την αρχαιότητα και ακόμα και από τη Μυθολογία. Από το 1446 πέρασε στα χέρια των Οθωμανών μέχρι την απελευθέρωση της πόλης στα 1832-1833. Η πόλη μετά την απελευθέρωση βρισκόταν σε άθλια κατάσταση. Σύμφωνα με τον Γ. Πλατή το εμπόριο είχε καταρρεύσει, ενώ η γεωργία δεν προσέφερε τα απαραίτητα στους ανθρώπους για την επιβίωση<sup>129</sup>. Ο Σπερχειός είχε δημιουργήσει βάλτους και έλη που έφταναν και στα γύρω χωριά, προκαλώντας αναρίθμητα προβλήματα.

Μετά την αποχώρηση των Οθωμανών, η πόλη πληττόταν από ένα μεγάλο θέμα, που απασχολούσε σχεδόν ολόκληρο το τότε ελληνικό κράτος: την κατανομή των εθνικών γαιών. Γρήγορα όμως πωλήθηκαν σε εύπορους Έλληνες της εποχής, οδηγώντας στη τσιφλικοποίηση της γης. Σκοπός ήταν η εκβιομηχάνισή της (ως αποτέλεσμα της Βιομηχανικής Επανάστασης στην Ευρώπη), ταυτόχρονα όμως με την ενίσχυση της οικονομίας και την δημιουργία έργων υποδομών όπως επέκταση οδικού και σιδηροδρομικού δικτύου, κατασκευή λιμενικών και εγγειοβελτιωτικών έργων.

---

<sup>129</sup>(Πλατής, 1973, σ. 122)

## 4.2.Λαμία, η πόλη των περιηγητών

Όπως και άλλες πόλεις του ελληνικού κράτους, έτσι και η Λαμία προσέλκυσε πλήθος περιηγητών οι οποίοι σημείωσαν σημαντικά χαρακτηριστικά της πόλης. Ένας από αυτούς ήταν ο Γάλλος Piscatory, περιγράφει την Λαμία ως μία φιλήσυχη περιοχή που χάρη στην εργασία των κατοίκων σημείωσε σημαντική υλική πρόοδο. Το 1843 έχουμε αναφορές για επίσκεψη του Όθωνα που υποσχέθηκε να ληφθούν γενικά μέτρα από την κυβέρνηση για την βελτίωση της πόλης. Ένα από αυτά ήταν και η επισκευή του κοντινότερου λιμανιού της Στυλίδας, για την διευκόλυνση του εμπορίου στην περιοχή. Ο βασιλιάς μάλιστα έμεινε ιδιαίτερα εντυπωσιασμένος από την γύρω περιοχή<sup>130</sup>.

Με την πάροδο του χρόνου, η ζωή άρχισε να βελτιώνεται, καθώς η πόλη απέκτησε στρατιωτικές εγκαταστάσεις λόγω του ότι ήταν κοντά στα σύνορα του κράτους. Επίσης κατασκευάστηκε και το πρώτο λοιμοκαθαρτήριο, αλλά δεν χρησιμοποιούνταν όπως έπρεπε και ήταν σε άθλια κατάσταση, όπως έγραψε ο αρχαιολόγος Buchon, που επισκέφθηκε την πόλη το 1840. Σύμφωνα με αυτόν, εκείνη την περίοδο η πόλη είχε ακόμα τη μορφή της τουρκικής: οι οικίες του Χαλίλ μπέη βρίσκονταν ακόμα στην κεντρική πλατεία, η μία εκ των οποίων προοριζόταν για να γίνει στρατιωτικό νοσοκομείο. Τα σπίτια ήταν φτωχά θύμιζαν τουρκικά, λίγα είχαν δύο πατώματα, ενώ σε κάποια έλειπαν ακόμα και κρεβάτια και στη θέση τους υπήρχαν ψάθες<sup>131</sup>. Το 1845 την πόλη επισκέπτεται ο αρχιτέκτονας Gscenagnan και σημειώνει πως γύρω από αυτήν, υπήρχε πεδιάδα γεμάτη έλη ενώ λίγο αργότερα ο Γερμανός πρίγκιπας De Pukler Musckau την αναφέρει ως «θλιβεράν και μελαγχολική». Ακόμη περιέγραψε ότι ήταν ιδιαίτερα βρώμικη χωρίς τάξη και καθαριότητα. Ήταν και ο μόνος από τους περιηγητές που οι παρατηρήσεις του δεν είχαν ίχνος θετικού στοιχείου. Ο αρχαιολόγος Lud. Stephani, έκανε αρκετές παρατηρήσεις για τον Σπερχειό ποταμό: είχε παραπόταμους που κατέληγε στον Μαλιακό κόλπο. Τον χειμώνα υπερχειλίζει ενώ το καλοκαίρι αποξηραίνεται<sup>132</sup>.

---

<sup>130</sup>Πλατής, 1973, σ. 125

<sup>131</sup>Πλατής, 1973, σ. 126

<sup>132</sup>Πλατής, 1973, σσ. 127-128

Τα επόμενα χρόνια η πόλη άρχισε να αναπτύσσεται. Το 1890 ο Γάλλος G. Dechamps<sup>133</sup> βρίσκει μια πόλη σύγχρονα ρυμοτομημένη. Οι δρόμοι ήταν τετράγωνοι ενώ οι κάτοικοι χτίζανε καθημερινά. Η πρόοδος ήταν πιο γρήγορη από άλλες εποχές. Οι κάτοικοι, όπως παρατηρεί, τριγυρνούσαν στα καφενεία και περνούσαν ευχάριστα τον χρόνο τους, τρώγοντας αρνί και ρύζι. Ακόμα και από το φαγητό έχουμε μια εικόνα για τις αγροτικές καλλιέργειες, καθώς η πόλη ήταν γνωστή για το ρύζι που παράγει, ενώ το αρνί ήταν το κύριο κτηνοτροφικό προϊόν, από τα χρόνια της οθωμανικής κυριαρχίας. Και αυτός αναφέρεται στον Σπερχειό, περιγράφοντας τη γύρω περιοχή ως ιδιαίτερα όμορφη. Το ποτάμι αυτό αποτελούσε και θέμα διαμάχης μεταξύ ελληνικού κράτους και οθωμανικής αυτοκρατορίας, μέχρι την οριστικοποίηση των συνόρων. Ο G. Dechamps κατά τη διάρκεια παραμονής του στη Λαμία παρατήρησε πως το ποτάμι προκαλούσε αρκετά προβλήματα στην υγεία. Όπως σημειώθηκε και παραπάνω η ξηρασία προκαλούσε στασιμότητα των νερών και ως αποτέλεσμα έλη. Ο Γάλλος περιηγητής κάνει λόγο για πυρετό που οδηγούσε σε θνησιμότητα των κατοίκων ιδιαίτερα την καλοκαιρινή περίοδο. Μπορούμε λοιπόν να υποθέσουμε πως ο πυρετός είναι σύμπτωμα της ελονοσίας, και όπως θα δούμε παρακάτω στις επόμενες σελίδες, ήταν μια αρρώστια μάλιστα του 19ού και 20ού αιώνα, και ειδικότερα στα τέλη του 19<sup>ου</sup> ήταν σε έξαρση στην περιοχή<sup>134</sup>.

### 4.3. Πολεοδομική φυσιογνωμία και οικονομική εξέλιξη

Στις επόμενες γραμμές θα εμβαθύνουμε στις οικονομικές, κοινωνικές και περιβαλλοντικές συνθήκες που επικρατούσαν στη Λαμία. Αμέσως μετά την απελευθέρωση άρχισαν να γίνονται προσπάθειες ανοικοδόμησης της πόλης ώστε να «φύγει» το οτιδήποτε τουρκικό υπήρχε στην πόλη<sup>135</sup>. Χτίζονται λοιπόν νεοκλασικές οικίες μαζί με βιοτεχνίες και εργαστήρια, δίπλα στα φτωχικά σπίτια των κατοίκων. Δηλαδή μέσα σε ένα πολεοδομικό συγκρότημα συνυπήρχαν αντιθέσεις.

---

<sup>133</sup>G. Deschamps, Η Ελλάδα σήμερα: οδοιπορικό 1890-ο κόσμος του Χαρίλαου Τρικούπη, Αθήνα, Τροχαλία, 1992, σελ 50-103. Η παραπάνω αναφορά στον Dechamps εντοπίζεται και στη ηλεκτρονική πηγή [http://mwlosnews.blogspot.com/2016/08/19-20\\_18.html](http://mwlosnews.blogspot.com/2016/08/19-20_18.html) που έχει θεωρηθεί ως έγκυρα ιστορικά τεκμηριωμένη από τον δήμο Λαμίας καθώς οι πηγές του συγγραφέα αναγράφονται, ενώ βρήκα ακριβώς τις ίδιες πληροφορίες στο βιβλίο του περιηγητή Οι επόμενες αναφορές για τον συγκεκριμένο περιηγητή προέρχονται και από τις δύο πηγές.

<sup>134</sup> Στο ίδιο

<sup>135</sup> Νάτσιος, Η Λαμία, ιστορική και κοινωνική έρευνα, 1980, σ. 4

Όσον αφορά τον οικονομικό τομέα, την περίοδο της Κυβερνήσεως του Χ. Τρικούπη<sup>136</sup>, το πρόγραμμα για εκσυγχρονισμό της χώρας έρχεται και στη Λαμία. Κατά κύριο λόγο οι κάτοικοι ασχολούνταν με την γεωργική παραγωγή, η οποία άρχισε να εκσυγχρονίζεται και να βελτιώνεται<sup>137</sup>. Όμως η κοιλάδα του Σπερχειού, αν και ιδιαίτερα γόνιμη, ήταν τσιφλικοποιημένη, συνεπώς οι κάτοικοι δεν μπορούσαν να την εκμεταλλευτούν. Αυτό το γεγονός τους οδήγησε στην αναζήτηση λύσης της βιομηχανία, τη βιοτεχνία, το εμπόριο<sup>138</sup>. Έτσι λοιπόν μέχρι και τις αρχές του 20<sup>ου</sup> αιώνα στην πόλη στεγάζονταν η βιομηχανία «Αγαθοκλής και ΣΙΑ» όπου κατασκεύαζε υδροκίνητους αλευρόμυλους, εργοστάσια ποτών, μια βιομηχανία σαπουνιού, βυρσοδεψία, ζαχαροπλαστεία και υφαντήρια που απασχολούσαν ένα μεγάλο κομμάτι του πληθυσμού. Αυτά βρισκόντουσαν στις πιο κεντρικές οδούς για τη σημερινή πόλη της Λαμίας, και όχι σε κάποια βιομηχανική περιοχή<sup>139</sup>. Οι κάτοικοι ζούσαν δίπλα στους ρίπους και τα απόβλητα που προέρχονται από ένα εργοστάσιο και συνεπώς η υγεία τους επηρεαζόταν. Όσον αφορά τον τομέα της κοινωνικής πρόνοιας υπήρχε το Ελασώνειο νοσοκομείο και το στρατιωτικό, ενώ το γενικό νοσοκομείο λειτούργησε την πρώτη δεκαετία του 20<sup>ου</sup> αιώνα<sup>140</sup>.

#### 4.4. Κοινωνία

Το 1881 η εδαφική επέκταση των συνόρων της χώρας και η προσάρτηση της Θεσσαλίας, είχε άμεσες συνέπειες στην πόλη της Λαμίας. Πολλοί κάτοικοι, αποκαλούμενοι και θεσσαλοί πρόσφυγες, μετακινήθηκαν προς την περιοχή της Θεσσαλίας, προκαλώντας μια μικρή πτώση στον πληθυσμό της πόλης<sup>141</sup>. Την περίοδο αυτή λοιπόν ο πληθυσμός της πόλης ήταν ομοιογενής, δηλαδή δεν υπήρχαν ακόμα Οθωμανοί, καθώς δημιουργήθηκαν συνθήκες εγκατάλειψης της πόλης, όπως είπαμε πριν. Όμως στη συνέχεια, παρατηρήθηκε ότι πολλοί τσιφλικάδες, μεταφέραν κολλήγους από την Θεσσαλία για να καλλιεργήσουν τα τσιφλίκια της κοιλάδας του Σπερχειού, και οι περισσότεροι βρήκαν στέγη στην πόλη της Λαμίας<sup>142</sup>.

Ακόμη οι πελατειακές σχέσεις επηρέασαν τον πληθυσμό: αρκετοί πολιτικού του εκάστοτε κυβερνώντος κόμματος, διορίζανε στην πόλη της Λαμίας νέους

---

<sup>136</sup>Κορδάτος, 1957

<sup>137</sup>Νάτσιος, Η Λαμία, ιστορική και κοινωνική έρευνα, 1980, σ. 5

<sup>138</sup> Στο ίδιο

<sup>139</sup>Νάτσιος, Η Λαμία, ιστορική και κοινωνική έρευνα, 1980, σ. 5

<sup>140</sup>Νάτσιος, Η Λαμία, ιστορική και κοινωνική έρευνα, 1980, σ. 10

<sup>141</sup>Νάτσιος, Η Λαμία, ιστορική και κοινωνική έρευνα, 1980, σ. 3

<sup>142</sup>Νάτσιος, Η Λαμία, ιστορική και κοινωνική έρευνα, 1980, σ. 5

δημόσιους υπαλλήλους – ψηφοφόρους, οι οποίοι εγκαταστάθηκαν με τις οικογένειές τους εκεί, καθώς η δουλειά στην ύπαιθρο δεν ήταν εύκολη για όλους και δεν είχε αμοιβή, παράγοντας ανασταλτικός για την μετανάστευση και την αστυφιλία<sup>143</sup>.

#### 4.5. Καθαριότητα, υγεία και προβλήματα

Παρόλες τις προσπάθειες για ανάπτυξη, η κοινωνία της Λαμίας ταλανιζόταν από αρκετά προβλήματα, τα οποία είχαν αντίκτυπο στη ζωή και στην υγεία των κατοίκων. Αρχικά υπήρχε μεγάλο θέμα με την καθαριότητα. Στην εφημερίδα *Σημαία* σημειώνεται ότι πολλοί κεντρικοί δρόμοι της πόλεως ήταν βρόμικοι με αποτέλεσμα να καθίστανται ως εστίες λοιμωδών νοσημάτων με την αγανάκτηση των κατοίκων να μεγαλώνει<sup>144</sup>. Επίσης η φυλακή όπως αναφέρει η ίδια εφημερίδα, ήταν χώρος ακάθαρτος, ένα «φυτώριον χολέρας<sup>145</sup>».

Στον τομέα της υγείας τα πράγματα δεν ήταν τα καλύτερα. Αν και γίνεται λόγος για αστίατρο και δύο νοσοκομεία, ωστόσο δεν υπήρχε συστηματική πρόληψη για την καταπολέμηση ασθενειών<sup>146</sup>. Η καθαριότητα ήταν πλημμελής όπως αναφέρεται και στην εφημερίδα «σημαία», που έχει αναγραφεί στο βιβλίο του Δ. Νάτσιου<sup>147</sup>:

##### *«Ιατρική Έκθεσις*

*Ο υπογεγραμμένος έφεδρος Ανθυπίατρος εκτελών την Αστυιατρικήνεπιθεώρησιν της πόλεως, επιθεωρήσας σήμερον τα ξενοδοχεία φαγητού και λοιπά καταστήματα εύρον αυτά υπ'όψιν καθαριότητας τα εξής:*

- 1. Ξενοδοχείον Μ. Σταυρόπουλου: Δάπεδον αιθούσης τελείως ρυπαρόν. Φαγητά από μεσημβρίας εκτεθημένα. Επί θήκης εναποτεθειμένων φαγητών βρέθηκαν υποδήματα μετά διαφόρων ακάθαρτων αντικειμένων. Εφ'εντός τενεκέ ευρέθη ντομάτα αποσυντεθειμένη και όζουσα. Επί της κυρίας αιθούσης, του*

---

<sup>143</sup>Νάτσιος, Δ. (1980). *Η Λαμία, ιστορική και κοινωνική έρευνα*. Λαμία: Εκδόσεις Δήμου Λαμιαίων, σελ. 6.

<sup>144</sup>Εφημ. *Σημαία*, φ 155, 19 Δεκεμβρίου 1913

<sup>145</sup>Εφημ. *Σημαία*, φ. 108, 24 Ιανουαρίου 1913

<sup>146</sup>Νάτσιος, Η Λαμία, ιστορική και κοινωνική έρευνα, 1980, σ. 12

<sup>147</sup>Νάτσιος, Η Λαμία, ιστορική και κοινωνική έρευνα, 1980, σ. 13

εστιατορίου ευρέθησαν αποθήκαι πετσετών τραπέζης ακάθαρτων. Υλικά σχετικώς καθαρά.

2. **Μαγειρείον Β. Κάππα:** Αίθουσα μαγειρείου τελείως ακάθαρτος. Φαγητά άφθονα από μεσημβρίας εκτεθειμένα.
3. **Μαγειρείον Σ. Μπλατσούκα:** Αίθουσα μαγειρείου και κουζίνας τελείως βρωμεραί.
4. **Κρεοπωλείον Ι. Βαμβακά:** Οψοφυλάκιον κρέατος τελείως ακάθαρτον, ευρέθη εν αυτώ κεφαλή αμνού αποσυντεθειμένη και όζουσα, ως και μικρά τεμάχια κρέατος επίσης αποσυντεθειμένα.
5. **Γαλακτοπωλείον Τ. Μουσή:** εργοστάσιον λίαν ακάθαρτον και δοχεία γιαούρτης κεκαλυμμένα διά ρυπαρού και βρωμερού υφάσματος... »

## Κεφάλαιο 5. Αποδελτιώνοντας τις πράξεις θανάτου

### 5.1. Η πηγή

Η βρεφική και παιδική θνησιμότητα για τη Λαμία την περίοδο του 19<sup>ου</sup> αιώνα, καταγράφεται στις ληξιαρχικές πράξεις του δήμου Λαμιαίων, που σήμερα φυλάσσονται στα Γενικά Αρχεία του Κράτους-Αρχεία Νομού Φθιώτιδας. Το ληξιαρχείο εγκαινιάζεται το 1859 και ληξίαρχος ήταν ο δήμαρχος. Πιο πριν την δουλειά αυτή την έκανε ο εφημέριος. Από το 1833 έως το 1858, στις εκκλησιαστικές πράξεις αναγράφεται και η αιτία, ενώ μετά έως το 1905 η πρακτική αυτή καταργείται. Αυτό δυσκολεύει την έρευνα, καθώς είναι αναγκαίο να διερευνηθούν κι άλλες πηγές της εποχής, προκειμένου να αποκτήσουμε μια καλύτερη εικόνα της νοσολογίας και των παραγόντων θανάτου για την εποχή. Ως το 1858 γίνεται αναφορά σε αιτίες όπως συνεχής πυρετός, «βέμπελη», θέρμη, πούντα, πνευμονία, διάρροια, σπασμοί, υδρωπικία, πόνοι του σώματος, δυσεντερία, ατροφία, φυσικός θάνατος. Ακόμα οι αιτίες θανάτου εντάσσονται και στο υπερφυσικό στοιχείο καθώς αναγράφονται θάνατοι εξαιτίας βασκανίας και σεληνιασμού<sup>148</sup>.

#### **Τι αναφέρει μία ληξιαρχική πράξη;**

Στις ληξιαρχικές πράξεις, αναγράφεται η πλήρης ημερομηνία σύνταξης της, το όνομα του ληξίαρχου που είναι κι ο δήμαρχος, το όνομα αυτού που κάνει την δήλωση θανάτου που ήταν συνήθως κάποιος ειρηνοφύλακας<sup>149</sup>, το όνομα του θανόντος, η ηλικία και οι μάρτυρες που ήταν μέλη του δημοτικού συμβουλίου. Έτσι για παράδειγμα έχουμε :

« Εν Λαμία την πρώτης Ιανουαρίου του χιλιοστού εβδομηκοστού έτους πρώτου έτους, ημέραν Δευτέραν και ώραν 5 μ.μ. ενώπιον ημών του Κ.Γ. Κρίτσα, ληξίαρχου και δημάρχου Λαμίας της επαρχίας Φθιώτιδας του νομού Φθιωτιδοφωκίδος, εμφανισθείς ο Κ. Ψαράς, ετών 26, ειρηνοφύλαξ, κάτοικος ενταύθα, εδήλωσε ότι σήμερον ώραν 4<sup>η</sup> μ.μ. απεβίωσεν εν τη πόλη η Αγγελική Σαμαρά, ετών 7, εκ Λαμίας. Επί τούτω συνετάχθη η παρούσα ληξιαρχική πράξις εν τω ληξιαρχικώ καταστήματι επί παρουσία μαρτύρων Γ. Κρανιώτη, ετών 31, δημοτικού γραφέως, και Μ. Μακρόπουλου, ετών 37, αστυνομικού κλητήρος και κατοίκων αμφοτέρων ενταύθα, ήτις

<sup>148</sup>(Νάτσιος, Η παιδική θνησιμότητα στη Λαμία, 1980, σ. 8)

<sup>149</sup> Μέχρι το 1880 τη δήλωση ανακοίνωνε ο ειρηνοφύλακας, ενώ μετά ο οποιοσδήποτε άνθρωπος.

αναγνωσθείσα υπογράφεται παρ' όλων, εκτός του δηλούντος, ομολογήσαντος άγνοιας γραμμάτων<sup>150</sup>

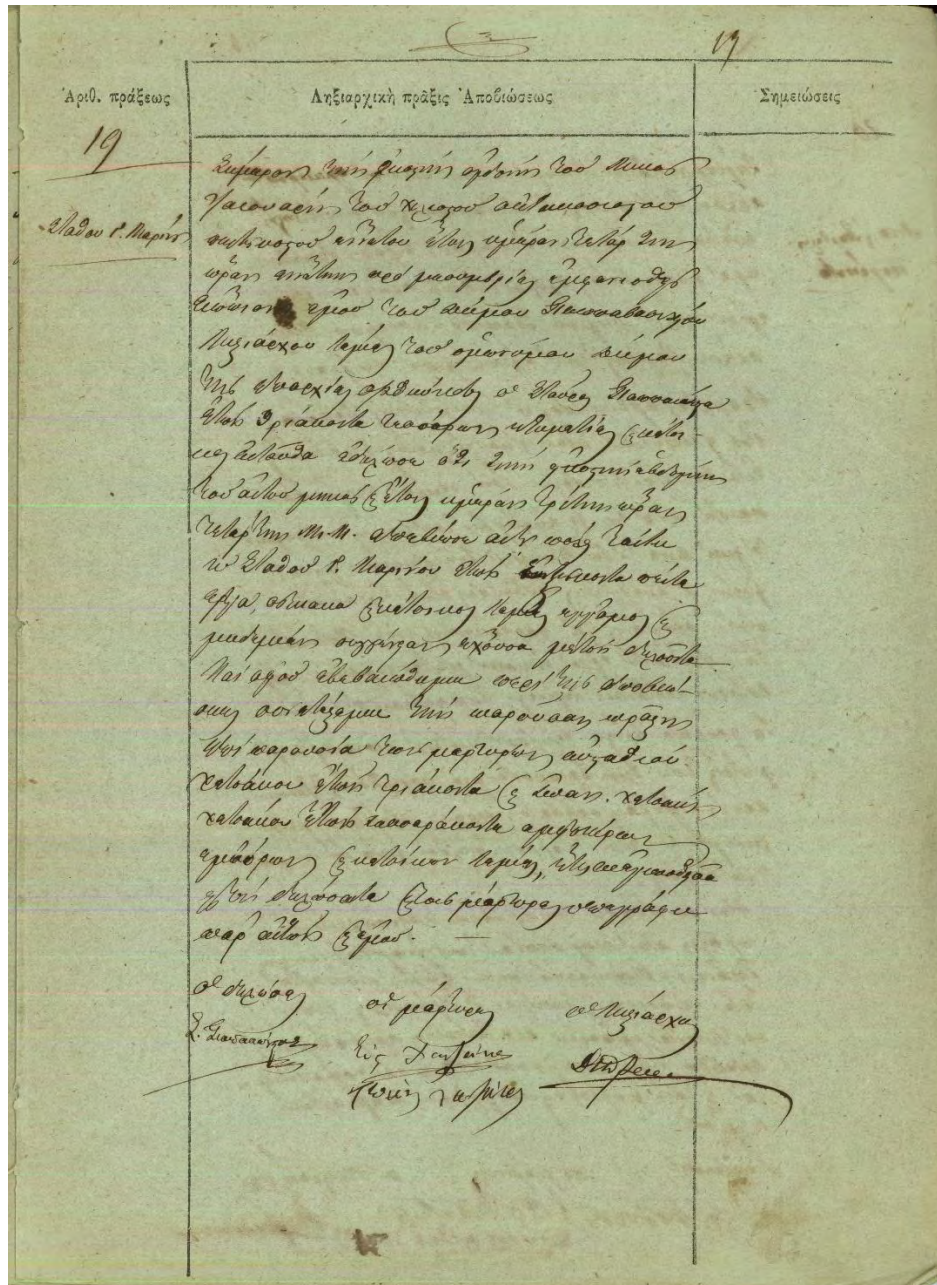
Οι μάρτυρες

ο ληξίαρχος

(υπογραφές)

Κ.Γ.

Κρίτσας »



(ληξιαρχική πράξις του 1859)

<sup>150</sup>Είναι προφανές πως οι εγγράμματοι υπέγραφαν κανονικά, απλά στην παρούσα πράξι δεν γνώριζε



Διαβάζοντας την ληξιαρχική πράξη θανάτου, παρατηρούμε πως έχει κάποιες σημαντικές ελλείψεις: την απουσία στοιχείων του/της θανόντος/νούσης. Δηλαδή δεν έχουμε, το επάγγελμα, τον τόπο καταγωγής, την οικογενειακή κατάσταση, κλπ. Αυτό εκ των πραγμάτων μας περιορίζει και αποτελεί ένα παράδοξο για τη φύση του αρχείου.

Για τον Βόλο, αντίθετα, η ληξιαρχική πράξη θανάτου αποτελεί «πιο πλούσια πηγή, σε σχέση με τις άλλες πράξεις, καθώς περιλαμβάνει μια σειρά από πληροφορίες που δεν αφορούν μόνο το πρόσωπο του δηλωθέντος νεκρού, όπως το όνομα, η ηλικία, το επάγγελμα, η αιτία θανάτου, η οικογενειακή του κατάσταση, ο τόπος γέννησης (και άρα η καταγωγή του), αλλά και κάποιες άλλες λεπτομέρειες για την ίδια την πόλη και τον πληθυσμό της. Συγκεκριμένα, γνωρίζουμε τον τόπο θανάτου του κάθε προσώπου, γεγονός που μας επιτρέπει να καταγράψουμε τις ενορίες και τις συνοικίες της πόλης ή την ύπαρξη ιδρυμάτων περίθαλψης, όπως το νοσοκομείο, οι κλινικές, το φθισιατρείο, ή ακόμα κάποια άλλα δημόσια κτίρια, όπως στρατώνες, ξενοδοχεία, κ.ά. Εφόσον η πράξη θανάτου συντάσσεται στον τόπο τέλεσης του συμβάντος, το ετήσιο σύνολο των πράξεων λειτουργεί σαν μια «φωτογραφία» για την πόλη και τη σύνθεσή της ενημερώνοντάς μας ακόμα και για τους κατοίκους που προσωρινά βρίσκονταν στην πόλη. Η πράξη θανάτου δεν είναι προσωπική, με την έννοια πως εκτός από το νεκρό για τον οποίο συντάσσεται το έγγραφο, αναφέρονται και άλλα τέσσερα συμβαλλόμενα πρόσωπα: ο ληξίαρχος της πόλης (αρχικά ο Γεώργιος Καρτάλης) - τα πρώτα χρόνια τουλάχιστον τα χρέη του εκτελούσε ο δήμαρχος- το πρόσωπο που κάνει τη δήλωση στο ληξίαρχο, για το οποίο γνωρίζουμε το όνομα, την ηλικία και το επάγγελμά του, και άλλοι δύο δημοτικοί υπάλληλοι που ουσιαστικά είναι μάρτυρες της διαδικασίας της σύνταξης της πράξης. Από το 1920 στην πράξη αναγράφεται ένα ακόμη όνομα, εκείνο του γιατρού που πιστοποιεί το θάνατο σημειώνοντας την αιτία του. Επιπλέον κάθε πράξη περιλαμβάνει δύο ημερομηνίες. Η πρώτη, με την οποία αρχίζει το κείμενο της πράξης, αφορά την ημερομηνία δήλωσης του θανάτου και η δεύτερη την πραγματική ημερομηνία θανάτου. Μεταξύ τους μεσολαβούν 0-2 μέρες περίπου, εξαιτίας της γρήγορης ανάγκης ταφής του νεκρού, ή της μεσολάβησης Σαββατοκύριακου. Η ληξιαρχική πράξη λοιπόν επισημοποιούσε ένα γεγονός, που πιστοποιούσε πολλές φορές προφορικά και αυτοπρόσωπα, ενώπιον του ληξίαρχου, κάποιος κάτοικος».

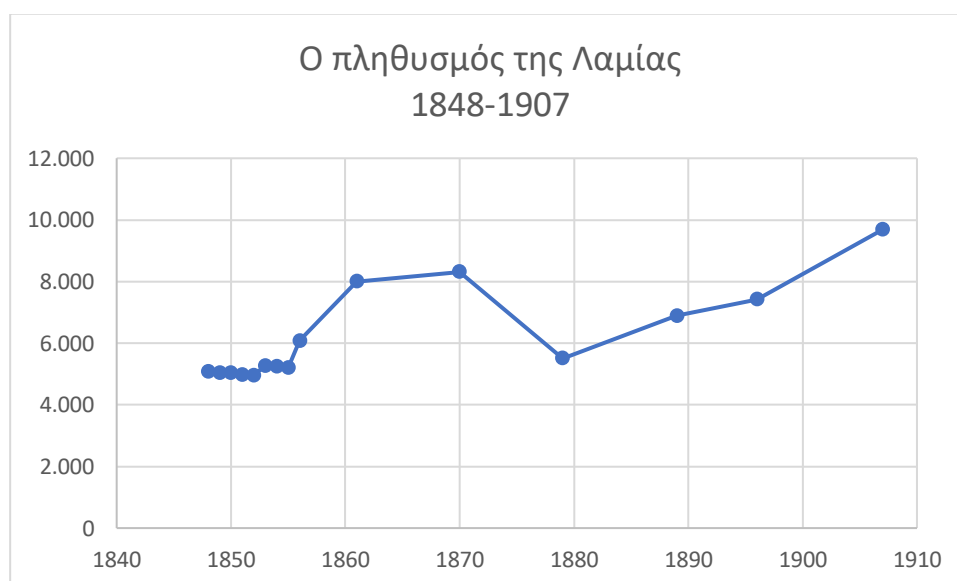
## 5.2. Οι αριθμοί της βρεφικής και παιδικής θνησιμότητας

### 5.2.α. Οι θάνατοι των βρεφών

Η περίοδος που μελετήσαμε ξεκινά το 1859 και φθάνει ως το 1900. Μέσα σε αυτά τα χρόνια αποδελτιώθηκαν 1.530 πράξεις θανάτου των μικρών ηλικιών του πληθυσμού της Λαμίας. Όπως θα φανεί και στα νούμερα, στα χρόνια αυτά η θνησιμότητα των βρεφών και των παιδιών ήταν ιδιαίτερα αυξημένη. Στις χρονιές όπου δεν αναγράφεται κάποιος αριθμός, δεν έχουμε βιβλίο ληξιαρχικών πράξεων, για λόγους άγνωστους μέχρι τώρα. Την περίοδο του Ελληνοτουρκικού πολέμου, οι αριθμοί ήταν ελλιπείς, και συνεπώς θεωρούμε πως ίσως ευθύνεται η απόθεση των Τούρκων στην περιοχή της Λαμίας, που προκάλεσε μια γενική αναστάτωση.

Προκειμένου να διαταχθεί η έρευνα, διακρίναμε για την βρεφική θνησιμότητα τις ηλικίες: 0-27 ημέρες, 28 ημέρες-11 μήνες. Αντίστοιχα για την παιδική από 1-4 έτη και 5-9 έτη. Η διάκριση αφορά και τα δύο φύλα. Επίσης ορίσαμε ένα γενικό σύνολο καθώς και των μέσο όρο. Χάρη στο βιβλίο απογραφών πληθυσμού του Μ. Χουλιariάκη, θα αναδειχθεί ο δείκτης της θνησιμότητας ανά 1.000 άτομα, τις χρονιές που πραγματοποιήθηκε απογραφή. Ταυτόχρονα θα παραθέτουμε και τα στοιχεία που αφορούν το Βόλο, την κοντινότερη πόλη της Θεσσαλίας, την περίοδο 1881-1922 που ανέδειξε η Ντίνα Μουστάνη.

Γνωρίζουμε το γενικό πληθυσμό της Λαμίας στα έτη αυτά, χάρη στις απογραφές που πραγματοποιήθηκαν και η πορεία του εμφανίζεται στο ακόλουθο διάγραμμα:



Όπως παρατηρούμε ο πληθυσμός της πόλης παρουσιάζει τα εξής χαρακτηριστικά: Την περίοδο από το 1848 έως το 1852 παρουσιάζει μια πτωτική πορεία. Μόλις το 1861 αγγίζει τους 8.004 κατοίκους για να ξανά πέσει το 1879 στους 5.506. Στα επόμενα χρόνια αποκτά ξανά μια άνοδο για να φτάσει το 1907 στους 9.685 κατοίκους.

Στους παρακάτω πίνακες αντικατοπτρίζεται ο αριθμός των βρεφών που απεβίωσαν από 0 έως 27 ημέρες.

**Πίνακας 1α. Θάνατοι βρεφών (πρώιμων νεογνών) στη Λαμία τα έτη 1859-1879**

<i>έτος</i>	<i>αγόρια 0-27 ημερών</i>	<i>κορίτσια 0-27 ημερών</i>	<i>Σύνολο</i>
<i>1859</i>	<i>6</i>	<i>1</i>	<i>7</i>
<i>1860</i>	<i>7</i>	<i>4</i>	<i>11</i>
<i>1861</i>	<i>4</i>	<i>3</i>	<i>7</i>
<i>1862</i>	<i>5</i>	<i>1</i>	<i>6</i>
<i>1863</i>	<i>2</i>	<i>2</i>	<i>4</i>
<i>1864</i>	<i>8</i>	<i>5</i>	<i>13</i>
<i>1865</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>5</i>
<i>1866</i>	<i>7</i>	<i>4</i>	<i>11</i>
<i>1867</i>	<i>7</i>	<i>8</i>	<i>15</i>
<i>1868</i>	<i>1</i>	<i>8</i>	<i>9</i>
<i>1869</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>2</i>
<i>1870</i>	<i>3</i>	<i>5</i>	<i>8</i>
<i>1871</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
<i>1872</i>	<i>2</i>	<i>4</i>	<i>6</i>
<i>1873</i>	<i>2</i>	<i>1</i>	<i>3</i>
<i>1874</i>	<i>1</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
<i>1875</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>
<i>1876</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>1</i>
<i>1877</i>	<i>2</i>	<i>1</i>	<i>3</i>

1878	1	1	2
1879	3	1	4
<i>Σύνολο</i>	65	59	124

**Πίνακας 1β. Θάνατοι βρεφών στη Λαμία τα έτη 1880-1900**

<i>έτος</i>	<i>αγόρια 0-27 ημερών</i>	<i>κορίτσια 0-27 ημερών</i>	<i>Σύνολο</i>
1881	3	1	4
1882	-	-	-
1883	-	-	-
1884	4	2	6
1886-1895	Δεν έχουμε καταγραφές		
1896	1	0	1
1897	0	0	
1898			
1899	1	0	1
1900	4	3	7
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	13	6	19

**Πηγή: Γενικά Αρχεία του Κράτους- Αρχεία Ν. Φθιώτιδας**

Στον ακόλουθο πίνακα αρουσιάζονται οι θάνατοι των βρεφών από 28 ημέρες έως 11 μήνες ζωής:

**Πίνακας 2α. Θάνατοι βρεφών ηλικίας 28ημ-11μην στη Λαμία τα έτη: 1859-1900**

<i>έτος</i>	<i>Αγόρια 28 ημερών - 11μηνών</i>	<i>Κορίτσια 28 ημερών-11μηνών</i>	<i>Σύνολο</i>
1859	8	5	13
1860	8	2	10
1861	8	12	20

<i>1862</i>	<b>15</b>	<b>7</b>	<b>22</b>
<i>1863</i>	<b>9</b>	<b>9</b>	<b>18</b>
<i>1864</i>	<b>7</b>	<b>12</b>	<b>19</b>
<i>1865</i>	<b>7</b>	<b>18</b>	<b>25</b>
<i>1866</i>	<b>8</b>	<b>12</b>	<b>20</b>
<i>1867</i>	<b>24</b>	<b>31</b>	<b>55</b>
<i>1868</i>	<b>16</b>	<b>7</b>	<b>23</b>
<i>1869</i>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>17</b>
<i>1870</i>	<b>16</b>	<b>10</b>	<b>26</b>
<i>1871</i>	<b>12</b>	<b>13</b>	<b>25</b>
<i>1872</i>	<b>10</b>	<b>9</b>	<b>19</b>
<i>1873</i>	<b>9</b>	<b>7</b>	<b>18</b>
<i>1874</i>	<b>12</b>	<b>9</b>	<b>21</b>
<i>1875</i>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>8</b>
<i>1876</i>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>11</b>
<i>1877</i>	<b>10</b>	<b>5</b>	<b>15</b>
<i>1878</i>	<b>11</b>	<b>11</b>	<b>22</b>
<i>1879</i>	<b>13</b>	<b>2</b>	<b>15</b>
<i>σύνολο</i>	<b>222</b>	<b>198</b>	<b>420</b>

**Πίνακας 2β. Θάνατοι βρεφών ηλικίας 28ημ-11μην στη Λαμία τα έτη: 1859-1900**

έτος	Αγόρια 28 ημερών - 11μηνών	Κορίτσια 28 ημερών-11μηνών	Σύνολο
1880	10	15	25
1881	14	16	30
1882			
1883			
1884	12	11	23
1885-1895	Δεν έχουμε καταγραφές		
1896	2	0	2
1897	0	0	0
1898			0
1899	7	4	11
1900	4	11	15
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>49</b>	<b>57</b>	<b>106</b>

**Πηγή: Γενικά Αρχεία του Κράτους- Αρχεία Ν. Φθιώτιδας**

Εδώ λοιπόν η θνησιμότητα ανέρχεται σε ποσοστό 34,7%συνολικά στις 1.530 καταγραφές.

### **5.2.β. Οι θάνατοι των παιδιών**

Ακολούθως έχουμε τον πίνακα για τους θανάτους που αφορούν το 1<sup>ο</sup> μέχρι το 4<sup>ο</sup> έτος ζωής από 1.530 παιδιά που απεβίωσαν αυτά τα χρόνια:

**Πίνακας 3α. Θάνατοι παιδιών 1-4 στη Λαμία, 1859-1879**

<i>έτος</i>	<i>Αγόρια 1-4 χρονών</i>	<i>Κορίτσια 1-4 χρονών</i>	<i>Σύνολο</i>
<i>1859</i>	<b>6</b>	<b>10</b>	<b>16</b>
<i>1860</i>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>17</b>
<i>1861</i>	<b>3</b>	<b>12</b>	<b>15</b>
<i>1862</i>	<b>6</b>	<b>15</b>	<b>21</b>
<i>1863</i>	<b>21</b>	<b>18</b>	<b>39</b>
<i>1864</i>	<b>16</b>	<b>17</b>	<b>31</b>
<i>1865</i>	<b>13</b>	<b>9</b>	<b>22</b>
<i>1866</i>	<b>15</b>	<b>16</b>	<b>31</b>
<i>1867</i>	<b>31</b>	<b>41</b>	<b>72</b>
<i>1868</i>	<b>17</b>	<b>13</b>	<b>30</b>
<i>1869</i>	<b>10</b>	<b>3</b>	<b>13</b>
<i>1870</i>	<b>13</b>	<b>15</b>	<b>28</b>
<i>1871</i>	<b>13</b>	<b>16</b>	<b>29</b>
<i>1872</i>	<b>15</b>	<b>13</b>	<b>28</b>
<i>1873</i>	<b>28</b>	<b>20</b>	<b>48</b>
<i>1874</i>	<b>17</b>	<b>14</b>	<b>31</b>
<i>1875</i>	<b>7</b>	<b>11</b>	<b>18</b>
<i>1876</i>	<b>13</b>	<b>7</b>	<b>20</b>
<i>1877</i>	<b>11</b>	<b>13</b>	<b>24</b>
<i>1878</i>	<b>10</b>	<b>4</b>	<b>14</b>
<i>1879</i>	<b>6</b>	<b>11</b>	<b>17</b>
<i>Σύνολο</i>	<b>279</b>	<b>287</b>	<b>562</b>

### Πίνακας 3β. Θάνατοι παιδιών 1-4 ετών 1880-1900

<i>έτος</i>	<i>Αγόρια 1-4 χρονών</i>	<i>Κορίτσια 1-4 χρονών</i>	<i>Σύνολο</i>
<i>1881</i>	12	8	20
<i>1882</i>			
<i>1883</i>			
<i>1884</i>	9	11	20
<i>1885-1895</i>			
<i>1896</i>	2	1	3
<i>1897</i>	1	0	1
<i>1898</i>			
<i>1899</i>	5	3	8
<i>1900</i>	10	6	16
<i>ΣΥΝΟΛΟ</i>	39	29	68

**Πηγή: Γενικά Αρχεία του Κράτους- Αρχεία Ν. Φθιώτιδας**

Σε αυτήν την περίοδο το ποσοστό ανέρχεται σε 43% συνολικά σε σύνολο 1530 καταγραφών. Τέλος ας εξετάσουμε τους πίνακες πίνακα που απεικονίζουν τους θανάτους από 4 έως 9 χρόνια ζωής:



**Πίνακας 4α.Θανάτων παιδιών 5-9 ετών 1859-1879**

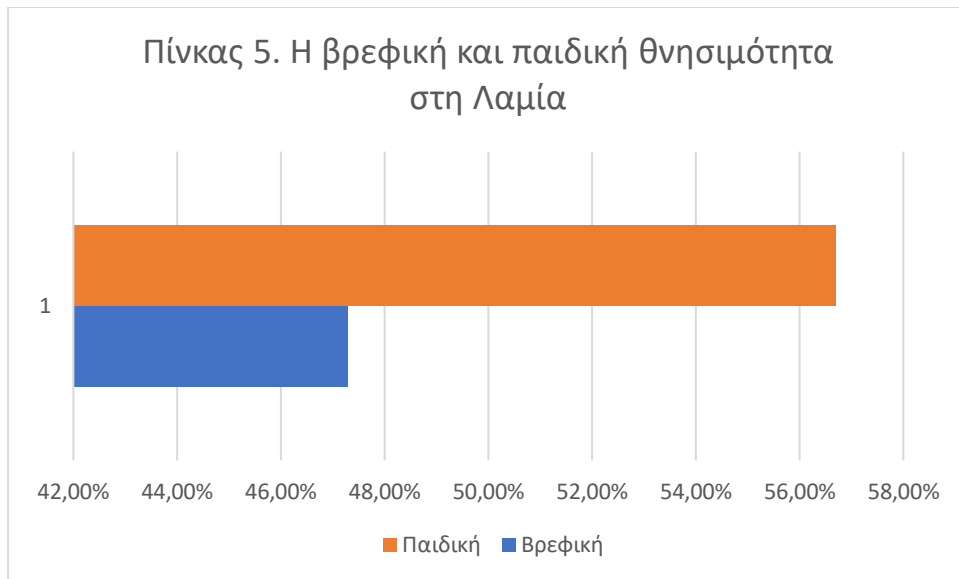
<i>έτος</i>	<i>Αγόρια</i> <i>5-9</i> <i>χρόνων</i>	<i>Κορίτσια</i> <i>5-9</i> <i>χρόνων</i>	<i>σύνολο</i>
<i>1859</i>	2	1	3
<i>1860</i>	2	0	2
<i>1861</i>	3	1	4
<i>1862</i>	6	3	9
<i>1863</i>	13	6	19
<i>1864</i>	3	4	7
<i>1865</i>	5	7	12
<i>1866</i>	3	8	11
<i>1867</i>	10	6	16
<i>1868</i>	2	11	13
<i>1869</i>	2	6	8
<i>1870</i>	1	2	3
<i>1871</i>	2	3	5
<i>1872</i>	7	5	12
<i>1873</i>	6	9	15
<i>1874</i>	6	4	10
<i>1875</i>	2	2	4
<i>1876</i>	4	5	9
<i>1877</i>	7	7	14
<i>1878</i>	5	1	6
<i>1879</i>	6	7	13
<i>Σύνολο</i>	97	98	195

**Πίνακας 4β. Θανάτων παιδιών 5-9 ετών 1880-1900**

<i>έτος</i>	<i>Αγόρια</i>	<i>Κορίτσια</i>	<i>σύνολο</i>
	<i>5-9 χρόνων</i>	<i>5-9 χρόνων</i>	
<i>1880</i>	4	5	9
<i>1881</i>	6	8	14
<i>1882</i>			
<i>1883</i>			
<i>1884</i>	3	2	5
<i>1885-1895</i>			
<i>1896</i>	0	0	
<i>1897</i>	0	0	
<i>1898</i>			
<i>1899</i>	3	1	4
<i>1900</i>	2	2	4
<i>ΣΥΝΟΛΟ</i>	18	18	36

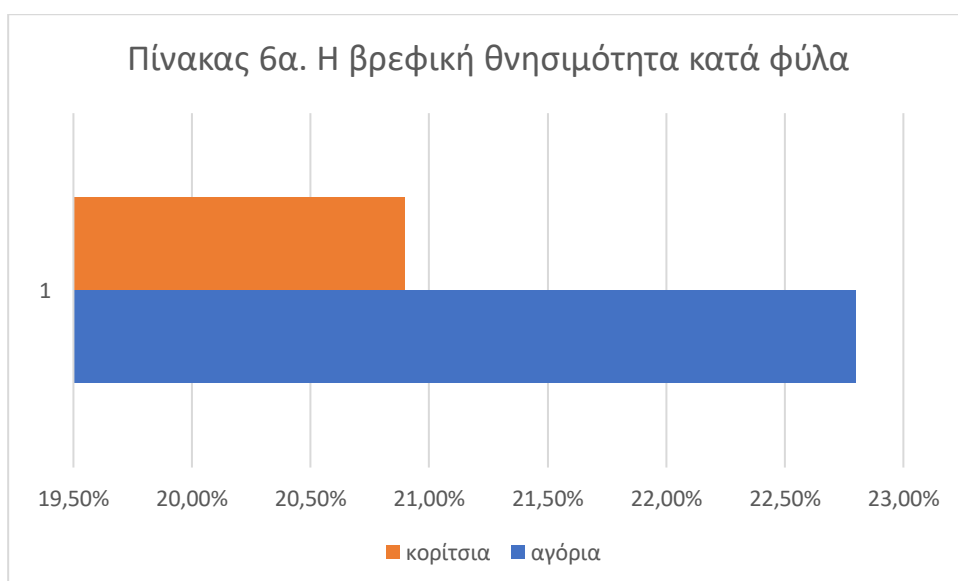
**Πηγή: Γενικά Αρχεία του Κράτους- Αρχεία Ν. Φθιώτιδας**

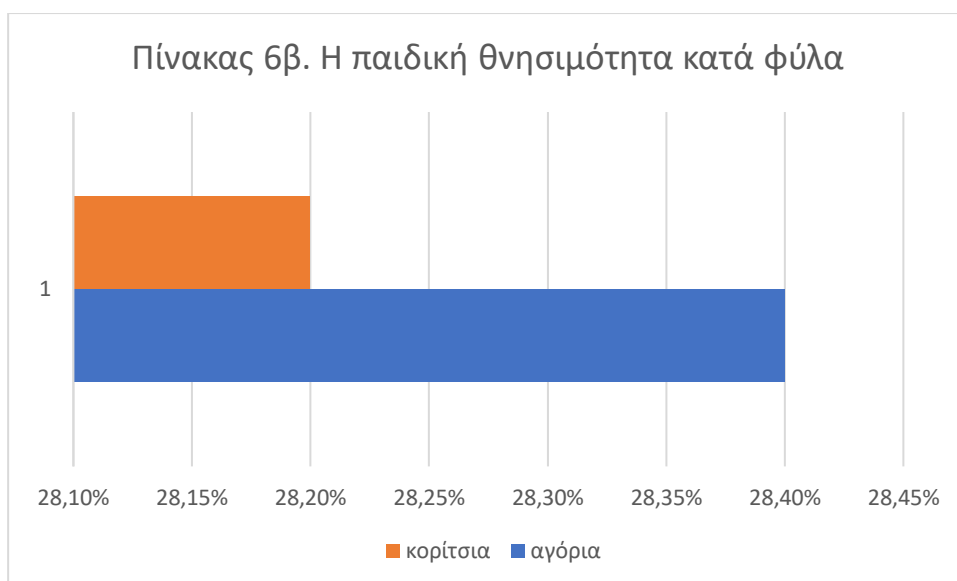
Όσον αφορά την τελευταία ομάδα παρατηρούμε ότι το ποσοστό ανέρχεται σε 15,2% συνολικά στις 1530 καταγραφές. Στον παρακάτω πίνακα φαίνονται τα ποσοστά της βρεφικής και παιδικής θνησιμότητας συνολικά (από τις 1.530 καταγραφές).



### 5.2.γ. Οι θάνατοι κατά φύλα

Συνολικά για 41 έτη, σε 1530 καταγραφές βρεφών και παιδιών, έχουμε ποσοστά θανάτου της τάξεως του 23,1% για τα αγόρια και 21,4% για τα κορίτσια, στην ηλικιακή ομάδα των 0-1 χρόνων. Αντίστοιχα σε αυτήν που αφορά τα παιδιά από 1-9 χρονών, τα νούμερα σκιαγραφούν το ποσοστό των 29,1% και 29,2%, για αρσενικά και θηλυκά. Για την πρώτη ομάδα το ποσοστό των κοριτσιών δεν ξεπερνά αυτό των αγοριών, ενώ στη δεύτερη η διαφορά είναι μόλις στο 0,1%. Στους ακόλουθους πίνακες εμφανίζονται η βρεφική και παιδική θνησιμότητα κατά φύλα συνολικά:





Στο Βόλο<sup>151</sup> περισσότερο επιρρεπή εμφανίζονται τα αγόρια τον πρώτο χρόνο της ζωής τους, με ποσοστό 52,36% του συνόλου των βρεφών ηλικίας 0-11 μηνών που απεβίωσαν το διάστημα 1889-1912. Τα κορίτσια στη νεογενική ηλικία ανέρχονται στο ποσοστό των 13,11% και σε 14,12% για τα αγόρια, επί του συνόλου των βρεφών 0-11 μηνών. «Στη μετανεογενική ηλικία μεγαλώνει ακόμη περισσότερο τη διαφορά μεταξύ τους, 38,23% για τα αγόρια και 34,52% για τα κορίτσια, τα οποία μεταβαίνουν στην παιδική ηλικία με μικρότερο ρίσκο θανάτου<sup>152</sup>», όπως αναφέρει χαρακτηριστικά η Ν. Μουστάνη. «Οι θάνατοι βρεφών συγκεντρώνουν ένα ποσοστό της τάξης του 22,18% στο σύνολο των θανάτων για τα 24 χρόνια παρατήρησής μας και κυμαίνονται μεταξύ 15,99 και 30,57%, ποσοστά που αντιστοιχούν στα έτη 1910 και 1900, στα ακραία έτη δηλαδή»<sup>153</sup>.

### 5.2.δ. Εποχική θνησιμότητα

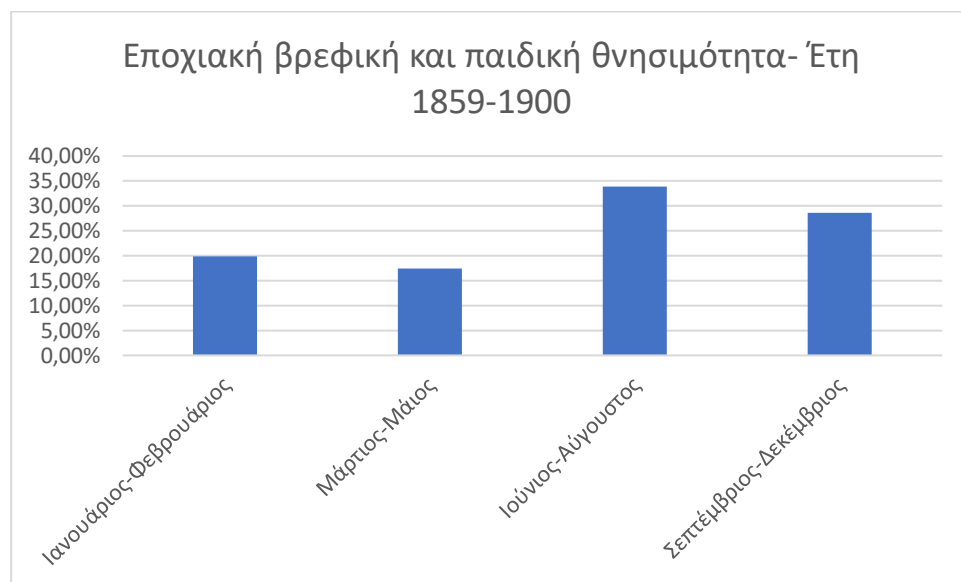
Η βρεφική και παιδική θνησιμότητα θα μελετηθούν και με βάση το εποχιακό πλαίσιο. Δηλαδή να εξετάσουμε πόσες αθώες ψυχές απεβίωσαν ανά εποχή. Σύμφωνα με τις ληξιαρχικές πράξεις, στα 41 χρόνια μελέτης, για 1558 καταγραφές βρεφών και παιδιών, επιβεβαιώνεται ότι το διάστημα του Ιανουαρίου – Φεβρουάριο (συνολικά για τα έτη 1859-1900) η συνολική θνησιμότητα από 0-9 χρονών αγγίζει το ποσοστό των 19,9%(301 καταγραφές). Την άνοιξη, δηλαδή από Μάρτιο έως Μάιο ανέρχεται

<sup>151</sup>Μουστάνη, 2014, σσ. 225-226

<sup>152</sup>Μουστάνη, 2014, σ. 226

<sup>153</sup>Μουστάνη, 2014, σ. 226

στο 17,4% (264 καταγραφές). Τους καλοκαιρινούς μήνες παρατηρείται μια άνοδος της τάξεως του 33,9% (514 καταγραφές). Τέλος το διάστημα του Σεπτεμβρίου έως Δεκεμβρίου βλέπουμε κυμαίνεται στα 28,63% (433 καταγραφές, για το μήνα Δεκέμβριο έχουμε κατά μέσο όρο 5 καταγραφές και συνεπώς το προσθέσαμε στο φθινόπωρο, καθώς το ποσοστό δεν μεταβλήθηκε).

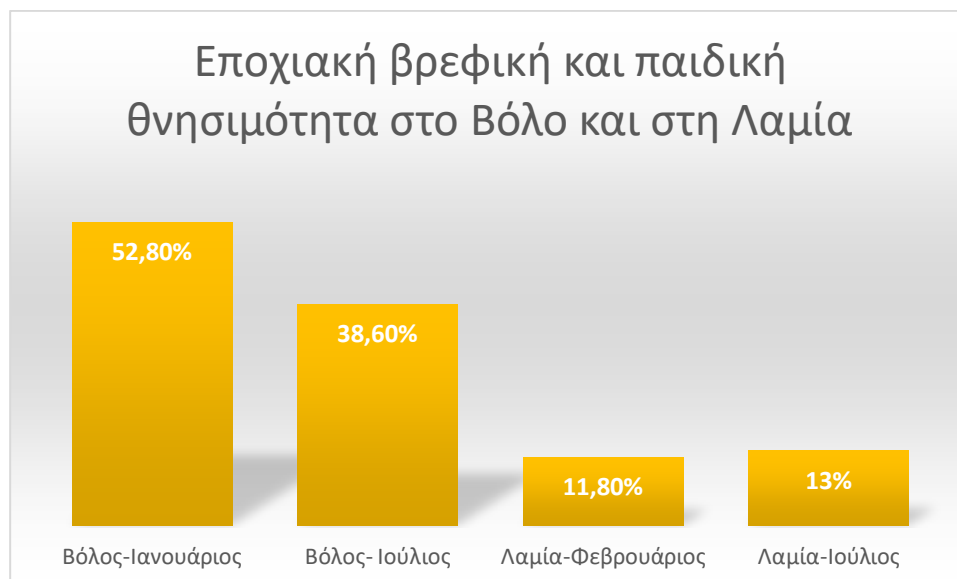


Στο Βόλο τα περισσότερα παιδιά πέθαιναν τον Ιανουάριου και τον Ιουλίου μεταξύ 1889-1912<sup>154</sup>. Οι θάνατοι βρεφών και παιδιών τον Ιούλιο ανέρχονται στο 52,8% (512 καταγραφές) του συνόλου των θανάτων. Αντίστοιχα, οι θάνατοι του Ιανουαρίου (384 καταγραφές) έφταναν το 38,6% του συνόλου των απωλειών. Τα βρέφη παρουσίαζαν διπλάσια περίπου θνησιμότητα σε σχέση με τα παιδιά 1-5 ετών. «Συγκεκριμένα, οι θάνατοι βρεφών κατά τους δύο μήνες στα 24 χρόνια μελέτης, ήταν της τάξης του 28% του συνόλου των θανάτων στους ίδιους μήνες και χρόνια, έναντι του 17,5% που αφορούσε τα παιδιά<sup>155</sup>». Οι καλοκαιρινοί και χειμερινοί μήνες υπήρξαν ιδιαίτερα «επιζήμιοι» για τα βρέφη και 777 παιδιά της Αθήνας σε μια περίοδο 50 ετών (1860-1910). Στη Λαμία, τα περισσότερα βρέφη και παιδιά απεβίωσαν τον Φεβρουάριο (182 καταγραφές) και τον Ιούλιο (201 καταγραφές) και αποτέλεσαν τα ποσοστά των 11,8% και 13% αντίστοιχα, στο σύνολο των 1530 καταγραφών. Να σημειωθεί εδώ πως για μια δεκαετία στη Λαμία δεν έχουμε καταγραφές, καθώς δεν βρέθηκαν ληξιαρχικά βιβλία ή κάποιες καταγραφές ήταν

<sup>154</sup>Μουστάνη, 2014, σσ. 209-210

<sup>155</sup>Μουστάνη, 2014, σ. 210

ελλείπει κυρίως την περίοδο του Ελληνοτουρκικού πολέμου το 1897. Για να φανεί η διαφορά Λαμίας και Βόλου, έχουμε το παρακάτω διάγραμμα:



### 5.2.ε. Οι δείκτες των θανάτων

Προκειμένου να υπολογίσουμε τον δείκτη βρεφικής και παιδικής θνησιμότητας ως παρανομαστή είναι ο γενικός πληθυσμός της Λαμίας, αριθμητής το σύνολο των βρεφών ή παιδιών και όλο αυτό πολλαπλασιάζεται με το 1000. Για αυτόν οι αριθμοί θα αφορούν τις χρονιές που έγιναν ετήσιες απογραφές του πληθυσμού, δηλαδή τα έτη 1861, 1870, 1879, 1889, 1896, 1900. Ωστόσο για την Λαμία αναγράφονται στοιχεία ως το 1879 και μετά ξανά το 1907.

**Για το 1861 η θνησιμότητα από 0-1 έτος σε γενικό σύνολο αγοριών και κοριτσιών είναι:**

$$B\theta = \frac{27}{8004} 1000 = 3,37$$

**Από 1-9 χρονών είναι:**

$$Π\theta = \frac{19}{8004} 1000 = 2,37$$

**Το έτος 1870 η θνησιμότητα από 0-1 ετών είναι:**

$$B\theta = \frac{34}{8310} 1000 = 4,06$$

Από 1-9 χρονών έχουμε:

$$ΠΘ = \frac{31}{8310} 1000 = 3,7$$

Για το έτος 1879 το ποσοστό των ηλικιών 0-1 ετών είναι:

$$ΒΘ = \frac{19}{5500} 1000 = 3,4$$

Από 1-9 χρονών έχουμε:

$$ΠΘ = \frac{30}{5500} 1000 = 5,4$$

Ως προς τα υπόλοιπα έτη οι καταγραφές των πράξεων παρουσιάζουν ελλείψεις τόσο σε θανάτους που δεν δηλώθηκαν, όσο και στο γεγονός ότι κάποια ληξιαρχικά βιβλία δεν έχουν βρεθεί.

## 5.2.στ. Τα νόθα

Επειδή στην Λαμία το 19<sup>ο</sup> αιώνα δε λειτούργησε κάποιο ιδιωτικό ή δημόσιο μαιευτήριο, είναι αδύνατο να γνωρίζουμε τον ακριβή αριθμό των νόθων τέκνων, δηλαδή αυτών που προέκυψαν εκτός γάμου. Οι πηγές είναι οι ληξιαρχικές πράξεις και τα πρακτικά του δημοτικού συμβουλίου, όπου γίνεται λόγος για νοθοτροφικά έξοδα<sup>156</sup>. Σύμφωνα με τον τέως προϊστάμενο των Γ.Α.Κ.- αρχείο νομού Φθιώτιδας Δ. Νάτσιο, από το 1838 έως το 1881, απεβίωσαν συνολικά 140 νόθα τέκνα. Ο ίδιος επιμένει πως στην πραγματικότητα ήταν περισσότερα και αφού επέζησαν δε σημειώθηκε η ένδειξη «νόθο»<sup>157</sup>. Την περίοδο 1859-1900 συναντούμε κατά μέσο όρο 2 παιδιά ανά έτος και συνήθως είναι κορίτσια. Κυρίως αφορούσαν την κατηγορία των νεογνών και η αιτία ήταν σχεδόν πάντα η ατροφία.

---

<sup>156</sup>(Νάτσιος, Η Λαμία, ιστορική και κοινωνική έρευνα, 1980, σσ. 32-33)

<sup>157</sup>(Νάτσιος, Η Λαμία, ιστορική και κοινωνική έρευνα, 1980, σ. 32)

## **5.2.ζ. Τέκνα Κρητών Προσφύγων αποβιώσαντα στη Λαμία (1867-1868)**

Στα χρόνια της κρητικής επανάστασης το 1866-1869, και συγκεκριμένα την περίοδο της Επανάστασης επί Ομέρ πασά (Μάρτιος-Οκτώβριος 1867), οι Μεγάλες Δυνάμεις, μετέφεραν στον Πειραιά για ασφάλεια, χιλιάδες γυναικόπαιδα, ώστε να αποφύγουν τις ωμότητες των Οθωμανών. Μερικές οικογένειες Κρητών, παιδιά και γυναίκες, μεταφέρθηκαν με ατμόπλοια στη Λαμία. Κάποια από αυτά απεβίωσαν στη Λαμία<sup>158</sup>. Στις ληξιαρχικές πράξεις μάλιστα σημειώνεται δίπλα στο όνομα του παιδιού η φράση «εκ πατρίδος Κρήτης». Το 1867 απεβίωσαν 10 βρέφη και παιδιά, (6 κορίτσια και 4 αγόρια): 4 βρέφη έως 8 μηνών και 5 παιδιά ως 6 ετών. Οι μήνες θανάτου ήταν ο Σεπτέμβριος και ο Οκτώβριος. Το 1867 απεβίωσαν 2 αγόρια ηλικίας 1 και 2 χρονών, τον Ιούλιο και τον Αύγουστο αντίστοιχα.

---

<sup>158</sup> Ι. Διαμαντούρου ((1977), *Η Κρητική Επανάσταση (1866-1869), Ιστορία του Ελληνικού Έθνους, Εκδοτική Αθηνών, (τόμ. ΙΓ', σελ. 253-277)*



## Κεφάλαιο 6. Οι αιτίες της θνησιμότητας

Πριν προχωρήσουμε στις επίμονες ασθένειες που προκάλεσαν το θάνατο των μικρών ηλικιών του πληθυσμού, θεωρώ απαραίτητη μια αποσαφήνιση στους όρους γύρω από αυτές. «Όσες φορές ένα νόσημα εμφανίζεται σταθερά στον πληθυσμό, σε όλη τη διάρκεια του έτους ή κατά περιόδους με τη μορφή των σποραδικών κρουσμάτων ή περιστατικών, ή με επιδημιολογική φασεολογία, όσες φορές ένα νόσημα επιπολάζει σταθερά σε έναν πληθυσμό, θεωρούμε ότι το νόσημα ενδημεί στον πληθυσμό και η κατάσταση χαρακτηρίζεται ως **ενδημία**. Όταν μια ενδημία παίρνει παγκόσμιες διαστάσεις ονομάζεται **πανδημία**. «**Επιδημία** είναι η αιφνίδια αύξηση του αριθμού των νοσούντων από την ίδια νόσο, η οποία είτε απουσίαζε τελείως, είτε είχε τη μορφή σποραδικών κρουσμάτων ή ενδημίας»<sup>159</sup>.

Ένα λοιμώδες νόσημα και μάλιστα με ομαδικό αντίκτυπο συνήθως απαιτεί συνύπαρξη κάποιων παραγόντων όπως το αίτιο, τον τρόπο μετάδοσης αυτού, και τον ευπαθή πληθυσμό προς νόσηση. Οι κυριότεροι τρόποι μετάδοσης είναι μέσω του αέρα, μέσω νερού και τροφίμων, μέσω επαφής, μέσω ξενιστών όπως η μύγα και το κουνούπι<sup>160</sup>. Συνεπώς οι παρακάτω ασθένειες που θα σχολιάσουμε καθώς ήταν οι αιτίες θνησιμότητας, θεωρούμε πως μεταδόθηκαν με τους παραπάνω τρόπους.

Οι θάνατοι των βρεφών και παιδιών ήταν αποτέλεσμα νοσημάτων που εμφανίστηκαν στην πόλη της Λαμίας. Ειδικότερα ο 19<sup>ος</sup> αιώνας χαρακτηρίστηκε από έκρηξη επιδημιών και ενδημιών, που προήλθαν από την εκβιομηχάνιση, την αστικοποίηση, τις εμπορικές δραστηριότητες, και τις στρατιωτικές επιχειρήσεις που συνοδεύονταν από μαζικές μετακινήσεις. Η απελευθερωμένη Ελλάδα «κληρονόμησε» νοσήματα που υπήρχαν από την εποχή της Οθωμανικής Αυτοκρατορίας, λόγω της ανύπαρκτης υγειονομικής διοίκησης<sup>161</sup>.

Ξεκινώντας από τα νεογνά από 0-25 ημερών, τα προβλήματα ξεκινούσαν ήδη από την περίοδο της κύησης και του τοκετού. Κύρια αιτία<sup>162</sup> στα περισσότερα νεογνά αναφέρεται η ατροφία. Τα περισσότερα από αυτά ήταν νόθα σύμφωνα με τις

---

<sup>159</sup>Κατσουγιαννόπουλος, τεύχος β', 1982

<sup>160</sup> Στο ίδιο

<sup>161</sup>Πουλάκου Ρουμπελάκου, Βρυώνη, Βογιατζάκης, & Τσακρής, 2017, σ. 93

<sup>162</sup> Λόγω της μη καταγραφής αιτιών τη συγκεκριμένη περίοδο, μελέτησα 1-2 χρόνια πριν(1856,1857) και άλλα τόσα μετά(1903 και εξής) όπου γινόταν καταγραφή αιτιών. Οι αιτίες δύσκολα να διαφέρουν και αυτό επιβεβαιώνεται και στην πόλη του Βόλου. Άρα οι επιδημίες που υπήρχαν στην υπόλοιπη Ελλάδα συναντώνται κι εδώ με ελάχιστες διαφορές.

ληξιαρχικές καταγραφές. Η διατροφή της γυναίκας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είχε και αυτή αντίκτυπο στην υγεία του εμβρύου<sup>163</sup>. Οι S. Scott και C. J. Duncan σημείωσαν πως οι διακυμάνσεις στην ενδογενή θνησιμότητα των βρεφών είχαν σχέση με ανάλογες διακυμάνσεις στην τιμή του σιταριού σε κοινότητα της Αγγλίας τον 16ο-18ο αιώνα, «προβάλλοντας τη σπουδαιότητα της δίαιτας της γυναίκας από την παιδική της ηλικία μέχρι τον απογαλακτισμό του παιδιού της, στη βρεφική θνησιμότητα»<sup>164</sup>. Η περιγεννητική θνησιμότητα (νεκροτόκια + θάνατοι βρεφών την πρώτη εβδομάδα της ζωής τους) και η νεογνική, οφείλονται στις δύσκολες και απαιτητικές οικιακές εργασίες στις οποίες επιδίδονταν οι γυναίκες κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης τους, διακρίνοντας τους θανάτους στην πόλη και την ύπαιθρο, με την τελευταία να παρουσιάζει μεγαλύτερα ποσοστά στη Γαλλία στα μέσα του 19ου αιώνα<sup>165</sup>. Οι γυναίκες στη Λαμία επίσης εργάζονταν στις βιοτεχνίες, που αναφέρθηκαν παραπάνω, με καθημερινό και εξαντλητικό ωράριο εργασίας.

Επίσης η πρόωρη διακοπή του θηλασμού επηρέαζε σημαντικά, καθώς το μητρικό γάλα είναι γνωστό για τα αντισώματα που μεταφέρει στο βρέφος και τα απαραίτητα ιχνοστοιχεία και βιταμίνες που προσφέρει στην ανάπτυξη του. Ακόμη τα βρέφη τον πρώτο μήνα της ζωής τους ήταν ιδιαίτερα ευαίσθητα και σε εξωγενείς παράγοντες, όπως η θερμοκρασία, η διατροφή, οι παθογόνοι μικροοργανισμοί<sup>166</sup>. Επίσης ο θάνατος ενός βρέφους μπορούσε να προκληθεί και κατά την διάρκεια του τοκετού καθώς ήταν συχνές οι αναφορές σε δυστοκία, η ασφυξία, ο ίκτερος, οι φλεγμονές του αφαλού καθώς και εκλαμψία<sup>167</sup>. Αυτό ίσως να οφείλεται και στην έλλειψη ειδικού προσωπικού σε μαιευτικά θέματα, καθώς στην πόλη της Λαμίας υπήρχαν στις αρχές του 20ού αιώνα μόλις 2 μαιέες<sup>168</sup>. Χρειάστηκε να φτάσει η τρίτη δεκαετία του 20<sup>ου</sup> αιώνα ώστε να λειτουργήσει η πρώτη μαιευτική κλινική στην πόλη<sup>169</sup>. Για τον Gallant η ηλικία γάμου της γυναίκας είχε εξίσου σημαντικό ρόλο, καθώς οι ωριμότερες ηλικιακά γυναίκες ήταν κι αυτές που είχαν περισσότερα προβλήματα υγείας, με αποτέλεσμα να πεθαίνουν τόσο αυτές όσο και τα νεογνά την

---

<sup>163</sup>Μουστάνη, Ν. (2014, Φεβρουάριος). Οι Δημογραφικές Εξελίξεις σ' ένα Βιομηχανικό Κέντρο: Βόλος, 1881-1922, διδακτορική διατριβή. Βόλος. Σ.228 Ανάκτηση από <http://ir.lib.uth.gr/handle/11615/44648>,

<sup>164</sup>Μουστάνη, 2014, σ. 228

<sup>165</sup>Μουστάνη, 2014, σ. 228

<sup>166</sup>Μουστάνη, 2014, σ. 228

<sup>167</sup>Μουστάνη, 2014, σ. 228

<sup>168</sup>Νάτσιος, Η Λαμία, ιστορική και κοινωνική έρευνα, 1980, σ. 8

<sup>169</sup>Νάτσιος, Η Λαμία, ιστορική και κοινωνική έρευνα, 1980, σ. 18

ώρα του τοκετού<sup>170</sup>. Επίσης μετά τη δραματική πορεία<sup>171</sup> του «Ελασσώνειου Νοσοκομείου» Λαμίας στη δεκαετία 1930 και το άδοξο τέλος αυτού, ήταν φανερό ότι δεν υπήρχε πλέον δημόσιο νοσηλευτικό ίδρυμα στη πόλη. Έτσι αποφασίστηκε η ίδρυση Δημόσιου Νοσηλευτικού Ιδρύματος στη Λαμία και στις 2 Μαρτίου 1938 υπεγράφη και δημοσιεύτηκε το υπ. αρ. 82 Βασιλικό Διάταγμα όπου στο άρθρο 1 διαβάζουμε «*Ιδρύεται εν τη πόλει Λαμίας Δημόσιον Νοσηλευτικόν Ίδρυμα υπό την επωνυμίαν «Γενικόν Νοσοκομείον Λαμίας» ούτινος σκοπός είναι η εν αυτώ νοσηλεία των εκ κοινών νοσημάτων πασχόντων κυρίως απόρων»* με σαφή πρώτη δήλωση της μετέπειτα αποστολής και προσφοράς του.

Αν ένα νεογνό κατάφερε να ζήσει ως τον πρώτο χρόνο της ζωής του, ερχόταν αντιμέτωπο στη συνέχεια με άλλα νοσήματα όπως η πνευμονία και η βρογχίτιδα. Σχεδόν το 40% των περιπτώσεων της μετανεογνικής ηλικίας προσβλήθηκε από αυτές τις δύο παθήσεις. Σε δεύτερη θέση έχουμε παθήσεις του πεπτικού συστήματος όπως η εντερίτιδα και γαστρεντερίτιδα, που ίσως πηγάζουν από το ακατάλληλο προς πόση γάλα, ίσως και το νερό. Χαρακτηριστικό είναι πως το γάλα που χορηγούταν ήταν ακατάλληλο καθώς στην εφημερίδα «*Σημαία*» αναφέρεται πως έγινε επιθεώρηση από την αστυνομία στο γάλα, «*δια να πίνωμεν ολίγον γάλα της προκοπής*», όπως σχολιάζεται στο άρθρο<sup>172</sup>. Εδώ επίσης φαίνεται και ο ρόλος της αστυνομικής αρχής της πόλης ως «*θεματοφύλακα*» σε θέματα υγείας, όπως αναφέρει και η Ν. Μουστάνη για το Βόλο<sup>173</sup>.

Άλλα νοσήματα που πρόσβαλαν τα παιδιά μέχρι και την ηλικία των 10 ετών ήταν τα λεγόμενα παιδιατρικά, δηλαδή η οστρακιά, η ιλαρά, η διφθερίτιδα, μηνιγγίτιδα και ευλογιά, ενώ συναντήσαμε και κάποια κρούσματα στρεπτόκοκκου. Ως πηγή μετάδοσης θεωρείται ο άνθρωπος και τα σταγονίδια του αλλά και η επαφή με μολυσμένα αντικείμενα, όπως ρούχα. Η περίπτωση της ιλαράς σημειώνεται σε περισσότερα παιδιά της νηπιακής ηλικίας, και λιγότερο σε βρέφη καθώς αυτά προστατεύονται από αντισώματα που μεταδίδονται κατά την κύηση από την μητέρα,

---

<sup>170</sup>Gallant, 2017, σ. 198

<sup>171</sup> Το νοσοκομείο αυτό δεν περίθαλψε όπως έπρεπε τους ασθενείς, καθώς είχε σημαντική έλλειψη προσωπικού

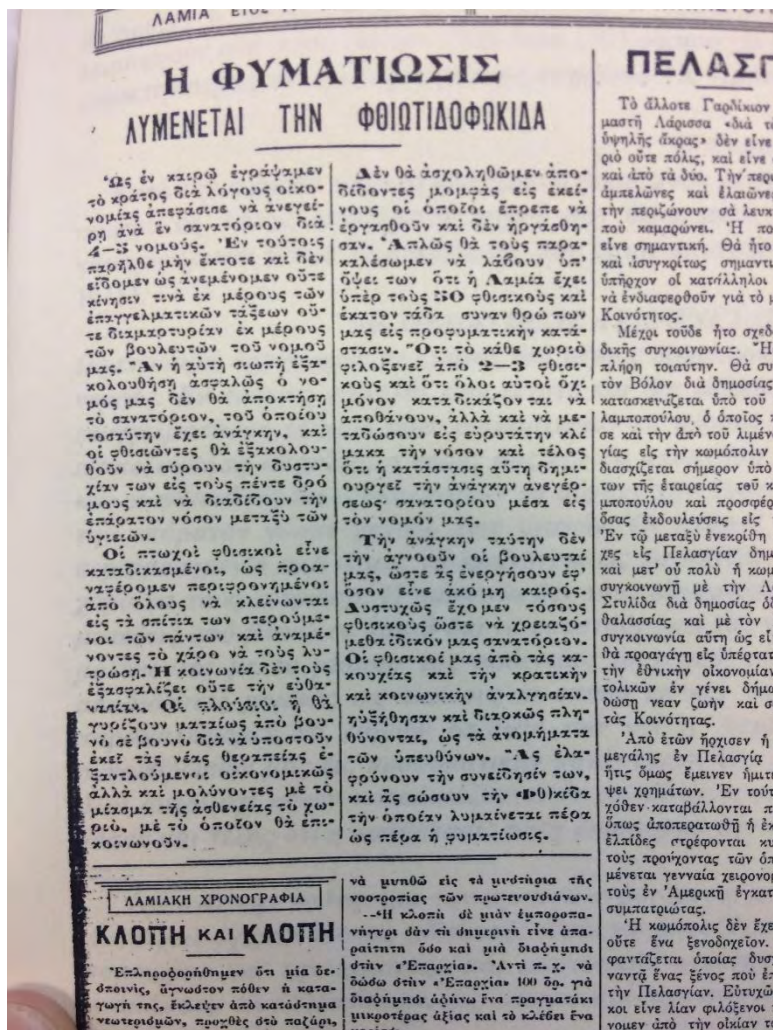
<sup>172</sup> Εφημερίδα, *Σημαία*, φ. 85, 1870

<sup>173</sup>Μουστάνη, 2014, σ. 232

τα οποία εξαλείφονται από το δεύτερο τρίμηνο της ζωής τους<sup>174</sup>. Ακόμη υπήρχαν και κρούσματα φυματίωσης και ελονοσίας σε μικρότερα ποσοστά, καθώς απασχολούσαν περισσότερο τις μεγαλύτερες ηλικίες του πληθυσμού. Τα έλη του Σπερχειού ήταν η πηγή προέλευσης της ελονοσίας. Στις εφημερίδες της εποχής εκφράζεται η αγανάκτηση για την φυματίωση και την ελονοσία, γύρω στα τέλη του 19<sup>ου</sup> με αρχές 20ού (κι έπειτα) όσο και της ευλογιάς:



<sup>174</sup>Κατσουγιαννόπουλος, τεύχος β', 1982



(η Εφημερίδα «Σημεία» για τις δύο ασθένειες)

Επίσης εντοπίσαμε και λίγες περιπτώσεις τύφου. Η ασθένεια αυτή σημειώθηκε και Αθήνα το 1894, με αυξημένα κρούσματα τυφοειδούς πυρετού μετά από ραγδαίες βροχές. Κύρια πηγή μόλυνσης από τύφο ήταν το νερό, οι άσχημες συνθήκες διαβίωσης και διατροφής, υδρεύσεως και αποχετεύσεως. Στη Λαμία η ύδρευση γινόταν από τις λίγες πηγές και πηγάδια, ή από το υδραγωγείο, το οποίο συχνά χαλούσε, οι συνθήκες συντήρησης ήταν άθλιες και ίσως αποτελούσε μια εστία μόλυνσης του νερού<sup>175</sup>. Επίσης σε εφημερίδες της εποχής αναφέρεται ότι σμήνη ακίδων κατέστρεφαν τις καλλιέργειες με αντίκτυπο στην διατροφή του πληθυσμού. Ακόμα, όπως είπαμε και πριν η καθαριότητα έλειπε από την πόλη, γεγονός που ίσως προσέλκυε όλο και περισσότερο τη μετάδοση βακτηρίων, όπως αναφέρεται και στις

<sup>175</sup>Νάτσιος, Η Λαμία, ιστορική και κοινωνική έρευνα, 1980, σ. 7

εκθέσεις των ιατρών της Λαμίας (βλ. σελίδα 38). Σπανιότερες ακόμα ήταν περιπτώσεις λύσσας κυρίως στο δεύτερο μισό του 19<sup>ου</sup> αιώνα. Επίσης σε μόλις δύο περιπτώσεις νηπιακής ηλικίας το 1858 εμφανίσθηκε η ασθένεια του άνθρακα, μικρόβιο το οποίο μεταδίδεται από τα ζώα. Πράγματι στην πόλη της Λαμίας υπήρχαν ζώα που πωλούνταν σε ζωοπανηγύρεις τα οποία πολλές φορές νοσούσαν από διάφορες ασθένειες<sup>176</sup>. Υποθέτουμε πως ήταν υπεύθυνα για τον άνθρακα.

---

<sup>176</sup>Νάτσιος, Η Λαμία, ιστορική και κοινωνική έρευνα, 1980, σ. 9

## **7. Οι τρόποι αντιμετώπισης και η πρόοδος της ιατρικής**

### **7.1. Η γέννηση της μικροβιολογίας.**

Οι συνεχείς θάνατοι όλων των ηλικιών του πληθυσμού εξαιτίας επιδημιών προβλημάτισαν τόσο τις κυβερνήσεις των χωρών όσο και τις επιστημονικές σχολές παγκοσμίως. Η επιστήμη που ασχολήθηκε κατεξοχήν με τα μικρόβια είναι η μικροβιολογία. Ως πατέρας της θεωρείται ο Γάλλος χημικός Louis Jean Pasteur. Μετά από πολλές έρευνες ήταν αυτός που ανακάλυψε το αντιλυσσικό εμβόλιο, τα πορίσματα του οποίου ανακοινώθηκαν το 1882 στην Κοπεγχάγη<sup>177</sup>. Μόλις τον Ιούλιο του 1885 χορηγείται το πρώτο εμβόλιο κατά της λύσσας στον ανθρώπινο οργανισμό<sup>178</sup>. Χαρακτηριστικό είναι ότι ως έναυσμα της ενασχόλησης με την αντιμετώπιση της λύσσας, ήταν ένα περιστατικό στα μόλις εννέα χρόνια ζωής του, όταν ο νεαρός Παστέρ είδε να χτυπούν με πυρακτωμένο ξύλο έναν ασθενή με λύσσα. Η εικόνα αποτυπώθηκε τόσο έντονα στα μάτια του ώστε να ακολουθήσει το δρόμο προς την προσπάθεια για την εξάλειψη της ασθένειας<sup>179</sup>. Επίσης ήταν ο πρώτος που καθιέρωσε επίσημα το εργαστήριο ως τόπο έρευνας και μελέτης για τα μικρόβια<sup>180</sup>. Η ανακάλυψη της παστερίωσης, διαδικασίας κατά την οποία γίνεται η ήπια θερμική επεξεργασία κατά την οποία γίνεται χρήση σχετικά χαμηλών θερμοκρασιών με σκοπό την καταστροφή ή την ελάττωση των βλαπτικών μορφών των μικροοργανισμών ενός υγρού προϊόντος ώστε να μπορεί να διατηρηθεί για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, είναι από τις πιο επαναστατικές του αιώνα<sup>181</sup>. Απέδειξε πως η έκθεση των υγρών σε μεγάλες θερμοκρασίες καταστρέφει τους μικροοργανισμούς χωρίς να αλλοιώνει τη γεύση. Κυρίως εφαρμόστηκε στο γάλα, το οποίο ήταν πηγή μικροβίων που προκαλούσαν όπως είδαμε διάφορες ασθένειες.

Ο R. Koch συνέβαλε εξίσου με τον Παστέρ στην μικροβιολογική επιστήμη. Μόλις το 1881 περιγράφει τα στερεά θρεπτικά υλικά από τα οποία μπορούν να προκύψουν αποικίες μικροβίων, δηλαδή πρόκειται για μία τεχνική η οποία αποδεικνύει πως ένα μικρόβιο είναι υπεύθυνο για μία νόσο<sup>182</sup>. Το 1882 απομόνωσε το βακτήριο της φυματίωσης, γνωστό και ως «βάκιλος του Koch», ενώ το 1884 αυτό της

---

<sup>177</sup>Ρόζος, 1980, σ. 14

<sup>178</sup>Ρόζος, 1980, σ. 15

<sup>179</sup>Ρόζος, 1980, σ. 29

<sup>180</sup>Ρόζος, 1980, σ. 40

<sup>181</sup>Ρόζος, 1980, σ. 39

<sup>182</sup>Πουλάκου Ρουμπελάκου, Βρυώνη, Βογιατζάκης, & Τσακρής, 2017, σ. 93

χολέρας<sup>183</sup>. Την ίδια χρονιά απομονώνονται τα βακτήρια της διφθερίτιδας, του τυφοειδούς πυρετού και του στρεπτόκοκκου<sup>184</sup>.

Από τους Έλληνες γιατρούς, σημαντική ήταν η συμβολή του Π. Παμπούκη, ο οποίος το 1889 γνωστοποιεί στην κυβέρνηση της επιθυμία του να χτίσει λυσοιατρείο με χορηγία του ινστιτούτου του Παστέρ<sup>185</sup>. Πράγματι εγκαινιάστηκε το 1894 το Λυσοιατρείο Αθηνών με έξοδα του ίδιου του Παμπούκη. Ο Κωνσταντίνος Σάββας ήταν άλλος ένας γιατρός όπου η συμβολή του ήταν σημαντική για την καταπολέμηση της ελονοσίας<sup>186</sup>. Στα τέλη του 19<sup>ου</sup> αιώνα ξεκίνησε η χορήγηση κινίνης. Λίγο αργότερο ανακαλύφθηκε ως αίτιο και η συμμετοχή των κουνουπιών στη μετάδοσή της<sup>187</sup>. Οι προβληματισμοί των γιατρών για την ανάγκη αναπροσανατολισμού της κρατικής αντίληψης σε θέματα που αφορούν τη δημόσια υγεία και την άμεση θέσπιση των νόμων προκειμένου να καταπολεμήσουν τα λοιμώδη νοσήματα, έγιναν γνωστά για πρώτη φορά στο πρώτο πανελλήνιο ιατρικό συνέδριο το 1901. Τότε ο Ι. Καρδαμάτης, παρουσίασε μια ανασκόπηση της παγκόσμιας βιβλιογραφίας σχετικά με τις διαταραχές που οφείλονται στην ελονοσία. Με συνεργάτη τον Κ. Σάββα, ίδρυσαν τον «Σύλλογο περιστολής των ελωδών νόσων», ορόσημο στην ιστορία της ιατρικής πρόληψης<sup>188</sup>.

Σύμφωνα με την Ιατρική Εταιρεία η χώρα μας χαρακτηριζόταν πολλά νοσήματα. Το βασικό πρόβλημα της πανώλης αντιμετωπίστηκε σχεδόν αμέσως με το ενδιαφέρον να «φθίνει σταδιακά με την ίδια τη νόσο κατόπιν αυστηρών μέτρων ελέγχου και καραντίνας που είχαν θεσμοθετηθεί»<sup>189</sup>. Η διφθερίτιδα άρχισε να εισέρχεται στο φάσμα της αντιμετώπισης μετά τις μεγάλες εκρήξεις της στον πληθυσμό. Κάποιοι υποστηρίζουν ότι η ανακοίνωση της επιδημίας συμπίπτει και με την ενδημικότητα και τον πολλαπλασιασμό της στο β' μισό του 19<sup>ου</sup> αιώνα<sup>190</sup>. Και στην περίπτωση της μηνιγγίτιδας εντοπίζεται η πλήρης ταύτιση των αρχαιικών πηγών με τις ανακοινώσεις, ενώ για την ελονοσία, την λύσσα και την ευλογιά η

---

<sup>183</sup>Πουλάκου Ρουμπελάκου, Βρυώνη, Βογιατζάκης, & Τσακρής, 2017, σ. 93

<sup>184</sup>Πουλάκου Ρουμπελάκου, Βρυώνη, Βογιατζάκης, & Τσακρής, 2017, σ. 93

<sup>185</sup>Πουλάκου Ρουμπελάκου, Βρυώνη, Βογιατζάκης, & Τσακρής, 2017, p. 95

<sup>186</sup>Πουλάκου Ρουμπελάκου, Βρυώνη, Βογιατζάκης, & Τσακρής, 2017, σ. 98

<sup>187</sup>Πουλάκου Ρουμπελάκου, Βρυώνη, Βογιατζάκης, & Τσακρής, 2017, σ. 98

<sup>188</sup>Πουλάκου Ρουμπελάκου, Βρυώνη, Βογιατζάκης, & Τσακρής, 2017, σ. 98

<sup>189</sup>Πουλάκου Ρουμπελάκου, Βρυώνη, Βογιατζάκης, & Τσακρής, 2017, σ. 99

<sup>190</sup>Πουλάκου Ρουμπελάκου, Βρυώνη, Βογιατζάκης, & Τσακρής, 2017, σ. 99



διαχρονική αποτύπωση των ανακοινώσεων συμπληρώνει τις ήδη υπάρχουσες γνώσεις των πηγών όσον αφορά τον ενδημικό τους χαρακτήρα<sup>191</sup>.

## 7.2. Η ελληνική παιδιατρική

Η επιστήμη της παιδιατρικής ήταν αυτή που ασχολήθηκε κατά αποκλειστικά με τα βρέφη και τα παιδιά, ώστε να βελτιωθεί σε μεγάλο βαθμό η υγεία τους. Ορόσημο αποτελεί η ίδρυση του Βρεφοκομείου Αθηνών το 1854, στη σημερινή πλατεία Κουμουνδούρου, στην οδό Πειραιώς. Ο ιατρός Ζίννης ήταν αυτός που πρότεινε την λειτουργία του, και χάρη στην υποστήριξη του δημάρχου Π. Κυριακού και την οικονομική βοήθεια του προξένου Ι. Κοντογιαννάκη, η ιδέα έγινε πραγματικότητα. Άμεση ανάγκη ήταν η δημιουργία του Θεραπευτηρίου, δηλαδή του πρώτου Νοσοκομείου Παίδων και μάλιστα πανεπιστημιακού, προέκυψε ταυτόχρονα με την «περί των νοσημάτων των παιδιών κλινικής». Το κόστος ήταν μεγάλο, και οι πολλές δωρεές δε το κάλυπταν. Έτσι αποφασίστηκε να συστεγαστεί με το Βρεφοκομείο.

Η αυξημένη νοσηρότητα της εποχής από τα λοιμώδη νοσήματα ενίσχυε την ανάγκη ανέγερσης του Θεραπευτηρίου. Ο αριθμός των ασθενών βρεφών και παιδιών μεγάλωνε όλο και περισσότερο, και έπρεπε να βρεθεί ένας χώρος προκειμένου στεγασθούν, αλλά κι ένας χώρος ώστε να κάνουν τα πειράματά τους οι φοιτητές Ιατρικής του Πανεπιστημίου Αθηνών<sup>192</sup>. Έτσι το 1890, χάρη στην παρέμβαση της Βασίλισσας Όλγας χτίζεται στον περίβολο του Βρεφοκομείου το Θεραπευτήριο. Στο ισόγειό του βρισκόταν το Αμφιθέατρο της κλινικής και στους άλλους δύο ορόφους οι θάλαμοι νοσηλείας. Στον πρώτο νοσηλεύονταν παιδιά με μεταδοτικά νοσήματα, ενώ στο δεύτερο αυτά τα «πάσχοντα με εσωτερικά νόσους» αλλά και το χειρουργείο της κλινικής. Εκεί εκπαιδεύτηκαν χιλιάδες φοιτητές με αποτέλεσμα να προοδεύσει σε μεγάλο βαθμό η παιδιατρική επιστήμη και να καταστεί ως επίσημη ειδικότητα<sup>193</sup>.

Στον ίδιο χώρο με το Βρεφοκομείο λειτούργησε εντός και το Νεκροτομείο, το οποίο μεταφέρεται το 1892 σε νέο χώρο, με νέο εξοπλισμό. Στο χώρο αυτό ο Ζίννης με τους φοιτητές του πραγματοποιούσαν ανατομικές μελέτες στα σώματα των άτυχων έκθετων βρεφών, κάποιες από τις οποίες σχετικές με τη φυματίωση και τους υφέσιμους πυρετούς της βρεφικής ηλικίας. Ακολούθησαν έρευνες που συνέβαλαν

<sup>191</sup>Πουλάκου Ρουμπελάκου, Βρυώνη, Βογιατζάκης, & Τσακρής, 2017, σ. 99

<sup>192</sup>Τσουκαλάς, Χριστοδουλάλη, Σταματάκης, & Τσουκαλάς, 2011

<sup>193</sup>Τσουκαλάς, Χριστοδουλάλη, Σταματάκης, & Τσουκαλάς, 2011

στην αντιμετώπιση της μηνιγγίτιδας, του ίκτερου από τους γιατρούς Χ. Μαλανδρινό και Κ. Χωρέμη, πάντα πραγματοποιώντας νεκροτομές. Παράλληλα τα πτώματα των μικρών παιδιών παραχωρήθηκαν και σε άλλες πανεπιστημιακές έδρες της χώρας.

Το Βρεφοκομείο ήταν ο χώρος όπου στηρίχθηκαν οι προσδοκίες και οι ελπίδες τόσο των γιατρών όσο και των οικογενειών των ασθενών. Χάρη στον Ζίννη «άνθισε το λίκνο της ελληνικής παιδιατρικής». Από το 1874 και για τα 34 ολόκληρα χρόνια στεγάστηκε και η Παιδιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου. Στα ειδικά του θεραπευτήρια δόθηκε μεγάλη προσοχή στις ασθένειες της ευαίσθητης παιδικής ηλικίας, όπου οι γιατροί απέκτησαν βαθύτερες γνώσεις πάνω σε αυτές. Ήταν και το μόνο οργανωμένο νοσηλευτικό κέντρο στην Ελλάδα για τον 19<sup>ο</sup> αιώνα.

### **7.3. Πρωτοποριακές θεραπευτικές πράξεις**

Μέσα στους χώρους του Βρεφοκομείου το 1895, ο παθολόγος Δ. Δημητριάδης ήταν ο πρώτος στη χώρα μας που ξεκίνησε την αντιδιφθεριτική οροθεραπεία, η οποία είχε μόλις ανακαλυφθεί δύο χρόνια προ από τους Behring και Wernicke<sup>194</sup>. ΟΧ. Μαλανδρινός πραγματοποίησε την πρώτη διασωλήνωση τραχείας σε ένα παιδί με σπασμωδική λαρυγγίτιδα<sup>195</sup>. Το 1899 ο Α. Δευτεραίος ανέλαβε τα εμβολιάσει για την ευλογιά τα έκθετα. Μάλιστα υπήρχε διάταγμα εμβολιασμού ήδη από τις 4 Απριλίου του 1835 για την ευλογιά<sup>196</sup>. Το 1896 ο Ζίννης ζήτησε τη δημιουργία θαλάμων απομόνωσης για τα παιδιά με λοιμώδη νοσήματα, λόγω τουότι οι επιδημίες διαδέχονταν η μία την άλλη. Εξ αιτίας οικονομικών δυσκολιών η πρότασή του έγινε πραγματικότητα το 1900<sup>197</sup>. Επίσης για την ελληνική παιδιατρική ήταν εξαιρετικό επίτευγμα η αγορά τριών θερμοκοιτίδων. Έτσι ξεκίνησε να λειτουργεί το πρώτο νεογνικό τμήμα στην Ελλάδα με ασθενείς από όλες τις περιοχές<sup>198</sup>.

### **7.4. Οι ιατρικές συμβουλές στην Ευρώπη.**

Γενικότερα στην Ευρώπη στις αρχές του 20<sup>ου</sup> αιώνα, είχαν ξεκινήσει να εμφανίζονται οι λεγόμενοι Health visitors, κυρίως στην περιοχή της Αγγλίας και της Ουαλίας. Όταν γεννιόταν ένα παιδί, επισκέπτονταν τη μητέρα και το παιδί. Εξέταζαν τη υγεία του παιδιού και έδιναν συμβουλές διατροφής, θηλασμού, ύπνου και για τους

---

<sup>194</sup>Τσουκαλάς, Χριστοδουλάλη, Σταματάκης, & Τσουκαλάς, 2011

<sup>195</sup>Τσουκαλάς, Χριστοδουλάλη, Σταματάκης, & Τσουκαλάς, 2011

<sup>196</sup>Τσουκαλάς, Χριστοδουλάλη, Σταματάκης, & Τσουκαλάς, 2011

<sup>197</sup>Τσουκαλάς, Χριστοδουλάλη, Σταματάκης, & Τσουκαλάς, 2011

<sup>198</sup>Τσουκαλάς, Χριστοδουλάλη, Σταματάκης, & Τσουκαλάς, 2011

δύο, καθώς αποτελούν παράγοντες που ενδέχεται να επηρεάσουν την υγεία αμφότερον. Ο λόγος που ξεκίνησε το κίνημα του health visiting, ήταν κυρίως οι υψηλή και βρεφική θνησιμότητα την περίοδο εκείνη<sup>199</sup>. Στην Ελλάδα δεν έχουμε κάτι αντίστοιχο. Ωστόσο στα τέλη του 19<sup>ου</sup> αιώνα παρουσιάζονται οδηγοί με γραπτές συμβουλές προς τους ταξιδιώτες που επρόκειτο να επισκεφθούν τη χώρα μας.

## 7.5. Η αντιμετώπιση των νοσημάτων στη Λαμία

Για την πρωτεύουσα της Φθιωτιδοφωκίδας, τα μέτρα πρόληψης των νοσημάτων εμφανίζονται τον 20<sup>ο</sup> αιώνα δυστυχώς. Για την φυματίωση λειτούργησε το μοναδικό σανατόριο της περιοχής, στην Ιερά Μονή Αντίνιτσας το 1927, περιοχής λίγων χιλιομέτρων μακριά από την πόλη. Σε αυτό στηρίχθηκαν οι ελπίδες του πληθυσμού. Για την ελονοσία πέρα από την κινίνη, στον τύπο της εποχής διαφημίζεται το φάρμακο της αντιθερμίνης.



(Εφημερίδα, Σημαία)

Ιδιαίτερα την περίοδο του Μεσοπολέμου, οι τοπικοί άρχοντες, δηλαδή ο δήμαρχος και το δημοτικό συμβούλιο της πόλης εργάστηκαν σκληρά για τη δημόσια υγεία. Με την κατασκευή άριστων συστημάτων ύδρευσης, της κατάργησης πηγαδιών, τη δημιουργία αποχετευτικού συστήματος, μειώθηκαν τα ποσοστά ελονοσίας, ενώ γίνανε προσπάθειες περιορισμού των νοσογόνων περιοχών. Επίσης την εποχή εκείνη λειτουργούσε ακόμη το Ελασώνειο νοσοκομείο, όμως εμφανίσθηκε και η ιδιωτική υγεία με την πρώτη μαιευτική κλινική του γυναικολόγου Γ. Χορμόβα (1927), η οποία

<sup>199</sup>(Reid, 2001)

είχε εξειδικευμένο προσωπικό ώστε να φροντίσει την υγεία των εμβρύων και των νεογνών. Άλλη μία ήταν του γυναικολόγου Ε. Γκλέτσου. Επίσης στην πόλη έως το 1930 λειτουργούσαν ένα μικροβιολογικό εργαστήριο (1928), 8 παθολόγοι ιατροί, 1 ακτινολόγος, 1 αφροδισιολόγος και 10 φαρμακεία. Ακόμα υπήρχαν το «Εθνικό Ορφανοτροφείο Λαμίας» και το «Πατριωτικό ίδρυμα περιθάλψεως βρέφους», τα οποία αφοσιώθηκαν στην φροντίδα και την περίθαλψη παιδιών και βρεφών. Ακόμη εντοπίζεται και η περιφερειακή υπηρεσία του Υπουργείου Πρόνοιας και Αντιλήψεως<sup>200</sup>. Το νοσοκομείο Λαμίας λειτούργησε μέσα στην πρώτη δεκαετία του 20ού αιώνα, και υπάρχει ως σήμερα.

Σχετικά με τα νόθα τέκνα, επειδή η φυσική τους μάνα δεν μπορούσε να τα συντηρήσει την κατάσταση συνήθως αναλάμβανε ο δήμος. Στον ετήσιο προϋπολογισμό αναγραφόταν η ειδική απαιτούμενη δαπάνη «προς πληρωμήν νοθοτροφικών εξόδων»<sup>201</sup>. Επίσης ανέθεσε την φροντίδα τους σε μία γυναίκα- τροφό που θεωρούσε ως κατάλληλη, προκειμένου να επιβιώσουν<sup>202</sup>. Υποθέτουμε πως η γυναίκα αυτή θα θήλαζε καθώς τα νεογνά νόθα είχαν ως απαραίτητη ανάγκη το μητρικό γάλα.

---

<sup>200</sup>Νάτσιος, Η Λαμία, ιστορική και κοινωνική έρευνα, 1980, σσ. 29-30

<sup>201</sup>Νάτσιος, Η παιδική θνησιμότητα στη Λαμία, 1980, σ. 32

<sup>202</sup> Στο ίδιο.

## Κεφάλαιο 8. Αντί Επιλόγου

Ο 19<sup>ος</sup> αιώνας ήταν μια περίοδος κρίσιμη για την ελληνική κοινωνία. Μετά την απελευθέρωση από τους Οθωμανούς, το μικρό τότε κράτος, έφτανε μέχρι την γραμμή του Αμβρακικού και Παγασητικού κόλπου. Ο λαός ήταν εξασθλιωμένος, ενώ τα αναρίθμητα προβλήματα επιζητούσαν την λύση τους. Το κράτος έπρεπε άμεσα να συμβάλει ώστε η χώρα να προοδεύσει.

Δυστυχώς η πρόοδος στην Ελλάδα άργησε πολύ να έρθει. Με τη μελέτη του πληθυσμού δεν παραθέτονται απλά στοιχεία για σύγκριση, αλλά περιπλέκονται διάφορες συνιστώσες που αποδεικνύουν αρκετά. Μέσα από τη θνησιμότητα, εκτός από το σύνολο των θανάτων, αντλούμε πληροφορίες και για την κοινωνία. Η Λαμία ήταν μία πόλη που αντιμετώπισε κρίσεις μέσα στα έτη που μελετήσαμε. Οι ληξιαρχικές πράξεις απέδειξαν αρκετά πράγματα. Σε μια αγροτική, μικρή πόλη της Στερεάς Ελλάδας οι αριθμοί των θανάτων των μικρών παιδιών μαρτυρούν την κρισιμότητα της εποχής και την στάση του κράτους.

Στα 41 χρόνια που ερευνήσαμε σημειώθηκαν 1.530 θάνατοι των μικρών ηλικιών του πληθυσμού. Επίμονες ασθένειες όπως η φυματίωση, η ελονοσία, η ευλογιά κ.ά., στέρησαν την ζωή στα βρέφη και τα νήπια. Όπως είναι γνωστό η θνησιμότητα εξαρτάται από παράγοντες όπως η ηλικία, το επάγγελμα, το περιβάλλον. Τα βρέφη και παιδιά ήταν οι καθαροί μάρτυρες των συνθηκών που επικρατούσαν σε μια πόλη χωρίς σημαντική ιατρική περίθαλψη, με άθλιες συνθήκες σχετικά με την καθαριότητα, με ένα κράτος να προσπαθεί να αντιμετωπίσει τα αναρίθμητα προβλήματα που εμφανίζονταν το ένα μετά το άλλο. Τα μικρά παιδιά ζούσαν δίπλα σε έλη, πίνανε μη πόσιμο γάλα και νερό. Οι καταστροφές των καλλιεργειών λόγω των ακρίδων μείωνε τους καρπούς με αποτέλεσμα να καθίστανται ανεπαρκείς για την ανάπτυξη τους. Ακόμη η άγνοια των γονιών σε θέματα υγείας, περίθαλψης, διατροφής είχαν σαν αποτέλεσμα να πεθάνουν πολλά μικρά νεογνά και βρέφη.

Τα έτη 1863 έως 1875, ήταν κρίσιμα καθώς οι θάνατοι ήταν πάνω από 80 κατά μέσο όρο και μάλιστα το 1863 σημειώνονται οι περισσότερες καταγραφές (92 συνολικά). Ως προς τις κατηγορίες των ηλικιών παρατηρήθηκε ότι περισσότεροι θάνατοι αφορούσαν την ηλικία από 1 έως 9 χρόνια ζωής, με ακόλουθες την νηπιακή και νεογνική. Η διαφορά μάλιστα της πρώτης και της τελευταίας ξεπερνούσε τις 30

ποσοστιαίες μονάδες. Επίσης η θνησιμότητα των αγοριών ήταν στους ίδιους δείκτες με των κοριτσιών, με ένα μικρό προβάδισμα να δίνεται στα αρσενικά παιδιά.

Η κατάσταση στην υπόλοιπη Ελλάδα και Ευρώπη ήταν σχεδόν ίδια. Παρατηρήσαμε το πόσο αρνητικά επηρεάστηκε η υγεία βρεφών και παιδιών λόγω των επιδημιών της εποχής και των άθλιων συνθηκών διαβίωσης. Η θνησιμότητα είχε διαφορετικές τιμές ανά περιοχή της Ευρώπης. Χώρες όπως η Αγγλία, η Γαλλία, η Γερμανία, αλλά και οι Σκανδιναβικές, μας έδωσαν την δυνατότητα να τις συγκρίνουμε με την Ελλάδα και να περάσουμε πιο ομαλά στην ειδικότερη περίπτωση της Λαμίας. Επίσης εμβαθύνουμε σε άλλες περιοχές της Ελλάδας όπως η Λευκάδα και ο Βόλος, με αριθμούς ελάχιστα διαφορετικούς.

Σχεδόν όλες οι αιτίες της βρεφικής θνησιμότητας, εξαιρώντας την γενετική ανωμαλία, ήταν θεραπεύσιμες και σε μεγάλο βαθμό μπορούσαν να προληφθούν. Οι θάνατοι από γαστρεντερίτιδα, βρογχοπνευμονία και κάποια λοιμώδη νοσήματα οφείλονται σύμφωνα με τον Βαλαώρα στις «προλήψεις και την αμάθειαν και την ατελήν προπαρασκευήν» της Ελληνίδας μητέρας<sup>203</sup>. Η θεραπεία επέρχεται από την σωστή κατάρτιση και διαφώτιση της νέας γενιάς και δευτερευόντως από την καταπολέμηση των άλλων νοσημάτων, που σύμφωνα με τον Βαλαώρα είναι «υπαιτιότητα των ιδίων αυτών μητέρων»<sup>204</sup>.

Εν κατακλείδι, η βρεφική θνησιμότητα είναι ένα φαινόμενο που επηρέασε σε μεγάλο βαθμό την δημογραφία. Οι παράγοντες που την καθόρισαν ήταν ποικίλοι, μια αλληλεξάρτηση ενός συνόλου κοινωνικών, βιολογικών, οικονομικών, γεωγραφικών και περιβαλλοντικών αιτιών. Η μία επηρέαζε την άλλη και είχε ξεχωριστό αντίκτυπο στην κοινωνία. Η βρεφική θνησιμότητα παρατηρήσαμε ότι ήταν ιδιαίτερα αυξημένη κατά τον 19ο και 20ό αιώνα, που αποτέλεσαν πεδίο της έρευνας. Οι θάνατοι ενός μεγάλου ποσοστού βρεφών, έδειξαν τόσο την αμάθεια των ανθρώπων σε θέματα υγιεινής και φροντίδας. Επίσης φάνηκε και η αδυναμία του κράτους γενικά και των τοπικών εξουσιών να οργανώσουν σωστά την κοινωνία και να προστατέψουν τον πληθυσμό. Έπρεπε να φθάσουμε στα μέσα του 20<sup>ου</sup> αιώνα ώστε τα εκάστοτε κράτη και κοινωνίες να αφυπνισθούν, να αναζητήσουν αιτίες αλλά και λάβουν τα κατάλληλα μέτρα ώστε να μειωθεί το δυσάρεστο αυτό φαινόμενο. Επιπλέον οι γιατροί της χώρας και της Λαμίας, φάνηκαν αδύναμοι να αντιμετωπίσουν τους

---

<sup>203</sup>Βαλαώρας, 1943, σ. 167

<sup>204</sup>Βαλαώρας, 1943, στο ίδιο

ασθενείς, γεγονός που οφείλεται στην καθυστέρηση της προόδου της ιατρικής, τόσο σε πανεπιστημιακό, όσο και σε ερευνητικό επίπεδο. Η ανάπτυξη ήρθε στη δύση του 19<sup>ου</sup> αιώνα, με τους συχνούς αγώνες των ιατρών. Φυσικά η θνησιμότητα είναι αδύνατον να εξαλειφθεί, αλλά τουλάχιστον χάρη στην πρόοδο της ιατρικής αλλά και της σωστής κατάρτισης των γονέων σε προσωπικό επίπεδο πάνω σε θέματα υγείας, υγιεινής και κατάλληλης γονικής συμπεριφοράς, η βρεφική και παιδική θνησιμότητα έχει μειωθεί σημαντικά στη σημερινή εποχή. Παρόλα αυτά πάντα υπάρχουν περιθώρια προόδου για την πρόληψη, καθώς οι αιτίες μεταβάλλονται άρα συνεπώς και οι τρόποι αντιμετώπισης.







## Βιβλιογραφία

### Πρωτογενείς πηγές:

Ληξιαρχείο Δήμου Λαμιαίων, πράξεις αποβιώσεων 1859-1900

### Τύπος:

Εφημερίδα *Σημαία*, φύλλο 108, 24 Ιανουαρίου 1913

Φύλλο 155, 19 Δεκεμβρίου 1913

### Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία

- Oris, M., Derosas, R., & Breschi, M. (2004). Infant and child mortality. Στο T. Bengtsson, C. Campbell, & J. Z. Lee, *Life under Pressure, Mortality and living standards in Europe and Asia, 1700-1900* (σσ. 359-398). Cambridge: The MIT Press.
- ANDERS BRANDTROM, S. E. (2000, Spring). The infant mortality in Sweden, creating regions from nineteenth-century parish data. *Historical Methods*, 2(33).
- Aries, P. (1971). *Histoire des Populations Françaises et des leurs Attitudes devant la vie depuis leXVIIIe siecle, reed.* Paris: Le Seuil.
- Armstrong, D. (1987). Silence and truth in death and dying. *Social Science and Medicine*, 8(24), σ. 652.
- Baudrillard, J. (1976). *L' echarge symbolique et la mort.* Cambridge: Galimard.
- Bauman, Z. (1992). *Mortality, imortality and other life strategies.* Cambridge: Polity Press.
- BRANDTROM, A., EDVINSSON, S., & ROGERS, J. (2000, Spring). The infant mortality in Sweden, creating regions from nineteenth-century parish data. *Historical Methods*, 2(33).
- Burnett, J. (1991). Housing and the decline of mortality. Στο D. R. Roger Schofield, *The Decline of Mortality in Europe* (σσ. 158-176). New York: Oxford University Press.
- Chevalier, L. (1949). *La Formation de la Population Parisienne au XIX siecle.* Paris: Institut National d'Etudes Demographique.
- Deschamps, G. (1992). *ΗΕλλάδα σήμερα: οδοιπορικό 1890-οκόσμος του Χαρίλαου Τρικούπη*, Αθήνα, Τροχαλία.
- Gallant, T. (2017). *Η νεότερη Ελλάδα, Από τον πόλεμο της ανεξαρτησίας ως τις μέρες μας.* (Δ. Λαμπροπούλου, Κ. Γαρδίκια, Επιμ., & Γ. Σκαρβέλη, Μεταφρ.) Αθήνα: Πεδίο.
- Goger, G. (2008). Η πορνογραφία του θανάτου. Στο Δ. Μακρυγιάννη, *Περί θανάτου, Η πολιτική διαχείριση της θνητότητας* (σσ. 73-83). Αθήνα: Νήσος.
- Kernighan, B. W., & Ritchie, D. M. (1988). *The C Programming Language*. Ανάκτηση 11 21, 2018, από [https://en.wikipedia.org/wiki/The\\_C\\_Programming\\_Language](https://en.wikipedia.org/wiki/The_C_Programming_Language)

- Lunn, P. G. (1991). Nutrition, immunity and infection. Στο D. R. Roger Schofield, *The Decline of Mortality in Europe*. New York: Oxford University Press.
- Morel, M.-F. (1991). Infant mortality 1750-1914. Στο D. R. Roger Schofield, *The Decline of Mortality in Europe* (σσ. 197-219). New York: Oxford University Press.
- Morgan, N. (2002). Infant mortality, flies and horses in later nineteenth-century towns: a case study of Preston. *Continuity and Change*, 17(1), σσ. 97-132.
- Reid, A. (2001). Health visitors and child health. *Annales de demographie historique*, σσ. 117-137.
- Novelle, M. (2000). *Ο θάνατος και η Δύση* (Τόμ. Β). (Γ. Λυκιαρδόπουλος, Επιμ., & Κ. Κουρεμένος, Μεταφρ.) Αθήνα: Νεφέλη.
- Walter, T. (1994). *the revival of death*. Λονδίνο-Νέα Υόρκη: Routledge.

### Ελληνική Βιβλιογραφία

- Βαλαώρας, Β. Γ. (1943). *Στοιχεία βιομετρίας και στατιστικής, δημογραφική μελέτη του πληθυσμού της Ελλάδας*. Αθήνα: Τύποις.
- Διαμαντούρου, Ι. (1977). Η Κρητική Επανάσταση (1866-1869). Στο *Ιστορία του Ελληνικού Έθνους* (Τόμ. ΙΓ', σσ. 253-277). Εκδοτική Αθηνών.
- Κατσουγιαννόπουλος, Β. (1982). *Εγχειρίδιο Υγιεινής*. Ιωάννινα: Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιατρική Σχολή.
- Κορδάτος, Γ. (1957). *Ιστορία της νεώτερης Ελλάδας* (Τόμ. 5). Αθήνα: 20ος ΑΙΩΝΑΣ.
- Λούκος, Χ. (2000). *Πεθαίνοντας στη Σύρο το 19ο αιώνα*. Ηράκλειο: Πανεπιστημιακές Εκδόσεις Κρήτης.
- Μαγκίρης, Β. (1998, Ιούνιος). Δημογραφία: Ο αιώνας των συγκρούσεων. *Περισκόπιο της Επιστήμης*, 218(12).
- Μακρυγιώτη, Δ. (1997). *Παιδική Ηλικία*. Αθήνα: Νήσος.
- Μουστάνη, Ν. (2014, Φεβρουάριος). Οι Δημογραφικές Εξελίξεις σ' ένα Βιομηχανικό Κέντρο: Βόλος, 1881-1922, διδακτορική διατριβή. Βόλος. Ανάκτηση από <http://ir.lib.uth.gr/handle/11615/44648>
- Νάτσιος, Δ. (1980). *Η Λαμία, ιστορική και κοινωνική έρευνα*. Λαμία: Εκδόσεις Δήμου Λαμιαίων.
- Νάτσιος, Δ. (1980). Η παιδική θνησιμότητα στη Λαμία. *Φθιωτικά χρονικά*, σσ. 7-8.
- Παπαδάκης, Μ., & Τσίμπος, Κ. (1998). *Δημογραφική Ανάλυση*. Αθήνα: Σταμούλης.
- Πλατής, Γ. (1973). *Η Λαμία*. Αθήνα: Εκδόσεις Δήμου Λαμιαίων .

- Πουλάκου Ρουμπελάκου, Έ., Βρυώνη, Γ., Βογιατζάκης, Ε., & Τσακρής, Α. (2017, Απρίλιος-Ιούνιος). Οι μεγάλες επιδημίες του 19ου αιώνα στην Ελλάδα και η γέννηση της Μικροβιολογίας στην Ελλάδα. *Ιστορία της Μικροβιολογίας*, 62(2), σσ. 91-101.
- Ρόζος, Β. (1980). *Ιστορικά ιατρικά δοκίμια*. Αθήνα: πανεπιστημιακές εκδόσεις πανεπιστήμιου Ιωαννίνων .
- Σιάμπος, Γ. (1973). *Δημογραφική Εξέλιξις της Νεωτέρας Ελλάδος (1821-1985)*. Αθήνα.
- Σιδέρης, Ν. (1983). Αρρώστιες και άρρωστοι στη Λευκάδα το 19ο αιώνα. *Τα Ιστορικά*(1), σσ. 101-120.
- Σταυρόπουλος, Α. Κ. (1984). Στοιχεία και προβληματισμοί για τη νοσολογία της νεότητας του 19ου αιώνα μέσα από δύο επιστημονικές προσεγγίσεις της εποχής. *Ιστορικότητα της παιδικής ηλικίας και της νεότητας*.Α, σσ. 91-114. Αθήνα: Ιστορικό αρχείο ελληνικής νεολαίας- Γενική γραμματεία νέας γενιάς.
- Τομαρά-Σιδέρη , Μ., & Σιδέρης, Ν. (1986). *Συγκρότηση και διαδοχή των γενεών στην Ελλάδα του 19ου αιώνα*.Αθήνα: Ιστορικό Αρχείο Ελληνικής Νεολαίας, Γενική Γραμματεία Νέας γενιάς .
- Τούντας, Γ. (2000). Κοινωνικές ανισότητες στην υγεία. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 17(2), σσ. 351-354.
- Τσουκαλάς, Γ., Χριστοδουλάλη, Μ., Σταματάκης, Α., & Τσουκαλάς, Ι. (2011). Δημοτικό Βρεφοκομείο Αθηνών, το λίκνο της ελληνικής παιδιατρικής, πρακτικά 4ης ημερίδας 2009. *Ιστορία της Ελληνικής Παιδιατρικής* (σσ. 15-56). Αθήνα: Ελληνική εταιρία ιστορίας της παιδιατρικής.
- Φουκό, Μ. (1998). *Η ιστορία της σεξουαλικότητας* (Τόμ. Α). (Γ. Ροζάκη, Μεταφρ.) Αθήνα: Ράππα.
- Φουκό, Μ. (2002). *Για την υπεράσπιση της κοινωνίας*. (Τ. Δημητρούλια, Μεταφρ.) Αθήνα: Ψυχογιός.
- Χιονίδου, Β. (1997). «Ιστορική κριτική αναδρομή της γεννητικότητας στην Ελλάδα. Η περίπτωση της Μυκόνου, 1859-1959», *Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών*, 92-93, σελ. 34-37.

### Ηλεκτρονική Βιβλιογραφία

- Κοτζαμάνης, Β. (χ.χ.). Δημογραφικές εξελίξεις και προοπτικές στη νέα Ευρώπη. Ανάκτηση από <https://ejournals.epublishing.ekt.gr/index.php/ekke/article/view/9066>
- Κοτζαμάνης, Β. (χ.χ.). Η Ελλάδα στον Ευρωπαϊκό και διεθνή χώρο: συγκριτικά στοιχεία για τη δημογραφική εξέλιξη στη μεταπολεμική περίοδο (1950-1985). Ανάκτηση από <https://ejournals.epublishing.ekt.gr/index.php/ekke/article/view/7342>

