



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΗΣ
ΜΕ ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΣΤΗ ΒΙΟΙΑΤΡΙΚΗ**

**Οι Πεποιθήσεις του Πληθυσμού για την Υγεία: Τρόπος Ζωής και
Επικινδυνότητα**

Μπρόμης Κωνσταντίνος

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
Υπεύθυνη Καθηγήτρια
Δρ. Γούγα Γεωργία**

Λαμία, 2009

Πίνακας Περιεχομένων

Εισαγωγή.....	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ.....	9
1.1 Η Κοινωνιολογία της Υγείας.....	9
1.1.1 Εννοιολογικός Προσδιορισμός της Υγείας.....	9
1.1.2 Η Κοινωνιολογία στο Χώρο της Υγείας.....	10
1.1.3 Η Ιστορία των Αντιλήψεων για την Υγεία.....	12
1.2 Πολιτισμός και Τρόπος Ζωής.....	17
1.2.1 Πολιτισμός και Υγεία.....	17
1.2.2 Τρόπος Ζωής – Παράγοντες Ευεξίας και Υγείας.....	19
1.2.2.1 Διατροφή.....	19
1.2.2.2 Καθημερινό Μικροπεριβάλλον.....	21
1.2.2.3 Ο Ρόλος της Θρησκείας.....	23
1.2.2.4 Οικονομική Κατάσταση.....	24
1.2.2.5 Περιβαλλοντική Κρίση.....	24
1.2.2.6 Ελεύθερος Χρόνος.....	26
1.2.2.7 Ανθρώπινα Δικαιώματα.....	27
1.3 Κοινωνικές Ανισότητες στην Υγεία.....	27
1.3.1 Παθογένεια του Ε.Σ.Υ.....	28
1.3.2 Οι Κοινωνικοί Παράγοντες που Επιδρούν στην Υγεία.....	29
1.3.3 Θνησιμότητα.....	29

1.4 Δημόσια Υγεία.....	34
1.4.1 Παράγοντες Επικινδυνότητας της Υγείας.....	35
1.4.1.1 Κάπνισμα.....	36
1.4.1.2 Κατάχρηση Οινοπνευματωδών Ποτών.....	37
1.4.1.3 Ατμοσφαιρική Ρύπανση.....	40
1.4.1.4 Ηχορύπανση.....	41
1.4.1.5 Χημικές Ουσίες.....	42
1.4.1.6 Παχυσαρκία.....	42
1.4.1.7 Μεταδοτικές Ασθένειες.....	44
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 : ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	47
2.1 Υλικά.....	47
2.1.1 Εισαγωγή Δεδομένων.....	47
2.1.2 Επιλογή Στατιστικής Ανάλυσης ή Γραφήματος.....	50
2.2 Μεθοδολογία Έρευνας.....	53
2.2.1 Δείγμα.....	54
2.2.2 Δομή και Μορφή Ερωτηματολογίων.....	54
2.2.3 Διαδικασία Συλλογής Δεδομένων.....	54
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 : Ανάλυση και Επεξεργασία Δεδομένων.....	55
3.1 Ανάλυση και Επεξεργασία Ερωτήσεων Ταυτότητας.....	55
3.1.1 Κατανομή του Δείγματος ως προς την Ηλικία.....	55
3.1.2 Κατανομή του Δείγματος ως προς το Φύλο.....	57
3.1.3 Κατανομή του Δείγματος ως προς το Επίπεδο Μόρφωσης... ..	58

3.2 Σύγκριση Μεταβλητών με την Ηλικία.....	59
3.2.1 Σύγκριση : Ελεύθερος Χρόνος – Ηλικία.....	59
3.2.2 Σύγκριση : Συχνότητα Άθλησης – Ηλικία.....	60
3.2.3 Σύγκριση : Γεύματα Γρήγορου Φαγητού – Ηλικία.....	61
3.2.4 Σύγκριση : Χρήση Προφυλακτικών – Ηλικία.....	62
3.2.5 Σύγκριση : Συμβολή της Θρησκείας στη Διατήρηση της Υγείας - Ηλικία.....	63
3.2.6 Σύγκριση : Λόγοι Μειωμένων Επιπέδων Δωρεάς Οργάνων - Ηλικία.....	64
3.3 Σύγκριση Μεταβλητών με το Φύλο.....	65
3.3.1 Σύγκριση : Συχνότητα Καπνίσματος – Φύλο.....	65
3.3.2 Σύγκριση : Συχνότητα Μέριμνας Στοματικής Υγιεινής – Φύλο.....	66
3.3.3 Σύγκριση : Χρήση Αντιβιοτικών – Φύλο.....	67
3.3.4 Σύγκριση : Χρήση Προφυλακτικών – Φύλο.....	68
3.3.5 Σύγκριση : Συμβολή της Θρησκείας στη Διατήρηση της Υγείας.....	69
3.4 Σύγκριση Μεταβλητών με το Επίπεδο Μόρφωσης.....	70
3.4.1 Σύγκριση : Συχνότητα Άθλησης – Επίπεδο Μόρφωσης.....	70
3.4.2 Σύγκριση : Χρήση Προφυλακτικών – Επίπεδο Μόρφωσης...71	
3.4.3 Σύγκριση : Φορείς Ενημέρωσης σε Θέματα Υγείας – Επίπεδο Μόρφωσης.....	72
3.4.4 Σύγκριση : Συμβολή της Θρησκείας στη Διατήρηση της Υγείας – Επίπεδο Μόρφωσης.....	73

3.4.5 Σύγκριση : Συμβολή του Τρόπου Ζωής στη Διατήρηση της Υγείας – Επίπεδο Μόρφωσης.....	74
3.4.6 Σύγκριση : Λόγοι Μειωμένων Επιπέδων Δωρεάς Οργάνων – Επίπεδο Μόρφωσης.....	75
3.4.7 Σύγκριση : Παροχή Υπηρεσιών Υγείας σε Πολίτες Χαμηλών Οικονομικών Δυνατοτήτων – Επίπεδο Μόρφωσης.....	76
3.5 Ανάλυση και Επεξεργασία των Μεταβλητών που Σχετίζονται με τους Ιατρούς.....	77
3.5.1 Κατανομή του Δείγματος των Ιατρών ως προς την Καλύτερη Παροχή Υπηρεσιών Υγείας.....	77
3.5.2 Κατανομή του Δείγματος των Ιατρών ως προς τις Σχέσεις Επικοινωνίας με τον Ασθενή.....	79
3.5.3 Κατανομή του Δείγματος των Ιατρών ως προς την εξασφάλιση Ιατρικής Περιθαλψης από τους Ιατρούς.....	80
3.5.4 Κατανομή του Δείγματος των Ιατρών ως προς την Συμβολή του Δημόσιου και Ιδιωτικού Χαρακτήρα της Παροχής Υπηρεσιών Υγείας για Ένα Άριστο Σύστημα Υγείας.....	82
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 : ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	84
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	87
ΥΠΟΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ.....	140
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	143
ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	144
LINKS.....	146

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ολοκληρώνοντας την πτυχιακή μου εργασία και ταυτόχρονα ένα σημαντικό κύκλο στην εκπαίδευσή μου, αισθάνομαι την ανάγκη να ευχαριστήσω τους ανθρώπους που συνεισέφεραν σε αυτή την προσπάθεια.

Οφείλω καταρχήν ένα μεγάλο ευχαριστώ προς τον επιβλέπον της εργασίας, την Καθηγήτρια Γούγα Γεώργια, για την υποστήριξή της στην επιλογή και διεκπεραίωση ενός θέματος που πραγματικά με ενδιέφερε.

Σημαντική ήταν επίσης η στήριξη της οικογενείας μου.

Τέλος θα ήθελα να ευχαριστήσω τις Νικολέτα Ρετζέπη, Δεληγιαννάκου Αγαθή και Δράκου Κατερίνα.

Περίληψη

Στην παρούσα διπλωματική εργασία εξετάζονται επισταμένως οι πεποιθήσεις ενός σημαντικού δείγματος πληθυσμού ανά την Ελλάδα όσο αφορά στον τρόπο ζωής και πιο συγκεκριμένα στο κομμάτι αυτό που απασχολεί την υγεία. Μελετάται επιπλέον και το ποσοστό επικινδυνότητας που προκύπτει από «συνήθειες» που υιοθετούν τα άτομα, όταν έρχονται αντιμέτωπα με θέματα υγείας όπως για παράδειγμα η τοποθέτηση τους στο ζήτημα του καπνίσματος, η σημασία της άθλησης και της καλής διατροφής, η ορθή ή μη χρήση φαρμάκων αλλά και ζητήματα προσωπικής ζωής όπως η χρήση προφυλακτικού κατά την διάρκεια της σεξουαλικής επαφής. Εργαλείο για να επιτευχθεί η συγκεκριμένη έρευνα αποτέλεσε η μέθοδος του ερωτηματολογίου. Μέσω αυτής αποτυπώθηκε ο γενικός τρόπος ζωής του πληθυσμού αλλά και ο αντίκτυπος αυτού σε θέματα υγείας. Σαφώς οι μεταβλητές της συγκεκριμένης έρευνας όπως η ηλικία και το μορφωτικό επίπεδο καθόρισαν και το τελικό αποτέλεσμα δίνοντας παράλληλα στην παρούσα διπλωματική εργασία χαρακτηριστικά μιας άκρως ενδιαφέρουσας έρευνας.

Abstract

In this thesis, the beliefs of an important sample of the Greek population are being analyzed, as far as the way of living is concerned, and more concretely, the part that refers to health issues. Moreover, another case of study is the rate of danger as a result of the "habits" that individuals adopt when they deal with health issues such as their state towards smoking, the importance of exercising and having a good diet, the equitable or non-equitable use of medicines, but also when they come head-on with personal life issues such as condom usage during the sexual contact. The key for this research to be achieved was the questionnaire method. Via this method, we were able to impress the general way of life of the population and its impact,

as far as health issues are concerned. Of course, the variables of this particular research, such as the age and the level of education, determined the final result and, at the same time, gave to the current thesis the characteristics of an interesting research.

Εισαγωγή

Αρχικά και δεδομένου ότι δύσκολα μπορεί να ορίσει αλλά και να προσεγγίσει κανείς έννοιες όπως αυτή της υγείας, στην συγκεκριμένη εργασία έγινε προσπάθεια να προσωποποιηθεί στα μέτρα του δυνατού η έννοια αυτή για τον κάθε ένα ερωτώμενο ξεχωριστά αλλά και να μελετηθούν πτυχές που έπονται αυτής. Η έννοια της υγείας έτσι όπως εξετάστηκε στην συγκεκριμένη έρευνα ταυτίζεται με τον ορισμό αυτό που παρουσιάζει την υγεία ως κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλή απουσία αρρώστιας ή αναπηρίας.

Για τον λόγο αυτό η έρευνα αυτή χωρίζεται σε δύο σκέλη, το θεωρητικό και το πρακτικό. Στο πρακτικό κομμάτι οι ερωτώμενοι κλήθηκαν να απαντήσουν τόσο σε γενικές όσο και σε πιο συγκεκριμένες ερωτήσεις σχετικά με τον τρόπο ζωής τους αλλά και σε θεωρητικά ζητήματα που καθορίζουν την ευρύτερη οπτική τους όπως για παράδειγμα από πού επιλέγουν να ενημερωθούν για θέματα που αφορούν στην υγεία. Πέρα από τις ερωτήσεις που αφορούν στον τρόπο ζωής στο ερωτηματολόγιο της έρευνας, παραθέτονται και ερωτήσεις που φαινομενικά μπορεί να μην ταιριάζουν στη φύση της έρευνας όπως για παράδειγμα η οικονομική κατάσταση ή οι συνθήκες εργασίας του εκάστοτε ερωτώμενου, εντούτοις όμως είναι απαραίτητες καθώς βοηθούν στο να διεξαχθούν ομαλά τα συμπεράσματα αλλά και να κατηγοριοποιηθούν με βάση ένα συγκεκριμένο σημείο αναφοράς. Πέρα από αυτές υπάρχουν και οι λεγόμενες ερωτήσεις ταυτότητας-μεταβλητές όπως το φύλο, η εθνικότητα, ο τόπος διαμονής, το επάγγελμα, το

επίπεδο μόρφωσης και το θρήσκευμα που επίσης παίζουν καθοριστικό ρόλο στα τελικά συμπεράσματα αλλά και στην τεκμηρίωση αυτών.

Πέρα όμως από το πρακτικό κομμάτι της εργασίας αυτής, μεγάλη βάση δίνεται και στο θεωρητικό της κομμάτι στο οποίο παρουσιάζεται ο εννοιολογικός προσδιορισμός της υγείας, η κοινωνιολογική της προσέγγιση αλλά και λοιπά ιστορικά στοιχεία που συνθέτουν την σημερινή, τελική κατάσταση στον χώρο της υγείας. Σαφώς δεν θα μπορούσε να περάσει απαρατήρητη και η πολιτισμική διάσταση όσο αφορά στην υγεία η οποία με την σειρά της εξελίχθηκε παράλληλα με την κοινωνική κατά την διάρκεια των αιώνων. Με βάση της σημερινές συνθήκες διαβίωσης εξετάστηκαν λεπτομερώς και οι παράγοντες υγείας και ευεξίας. Ακροθιγώς αναφέρονται στους παράγοντες αυτούς η διατροφή, το περιβάλλον στο οποίο το άτομο βρίσκεται καθημερινά σε συνάρτηση με την περιβαλλοντική κρίση η οποία ταλανίζει την υφήλιο, ο ελεύθερος χρόνος και οι φρενήρεις ρυθμοί της καθημερινότητας, ο ρόλος των κοινωνικών δικαιωμάτων αλλά και η οικονομική κατάσταση. Επιπλέον γίνεται αναφορά στις κοινωνικές ανισότητες που μαστίζουν την δημόσια υγεία αλλά και στον χώρο της δημόσιας υγείας εν γένει. Ξεχωριστός χώρος δίνεται και στους παράγοντες επικινδυνότητας στην υγεία στους οποίους πρωταρχική θέση λαμβάνει το κάπνισμα και η κατανάλωση αλκοολούχων ποτών και βέβαια ακολουθούν παράγοντες που έχουν άμεση εξάρτηση με το περιβάλλον, όπως η ηχορύπανση και η ατμοσφαιρική ρύπανση και ο αντίκτυπος τους στην υγεία αλλά και παράγοντες επικινδυνότητας που έχουν να κάνουν με τον τρόπο ζωής όπως η παχυσαρκία και η κατανάλωση χημικών σκευασμάτων. Τέλος αναφέρονται και οι μεταδοτικές ασθένειες με πρωταγωνιστές το AIDS, την ηπατίτιδα, την φυματίωση και τον τέτανο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 : ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

1.1 Η Κοινωνιολογία της Υγείας

1.1.1 Εννοιολογικός Προσδιορισμός της Υγείας

Ένα από τα πολυπλοκότερα και αντιφατικότερα ζητήματα όσο αφορά στη μελέτη της υγείας είναι ο ορισμός της. Αναζητώντας τον ορισμό της υγείας καταλήγουμε στην εύρεση πολλών αλλά και διαφορετικών μεταξύ τους εκδοχών. Ο πλέον συνήθης αλλά και συγκεντρωτικός ορισμός είναι αυτός του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, σύμφωνα με τον οποίο υγεία είναι η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι η απλή απουσία της αρρώστιας ή της αναπηρίας.(Π.Ο.Υ :1946)

Μολονότι υπάρχει αυτή η επίσημη εκδοχή, ο ιατρικός κόσμος συνεχίζει να δίνει διαφορετικές ερμηνείες και απαντήσεις σ' αυτό το ερώτημα, κάνοντάς μας να καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι κανένας ορισμός για την υγεία δεν μπορεί να θεωρηθεί απόλυτα ικανοποιητικός. Η υγεία είναι σύνθετο φαινόμενο άμεσα εξαρτώμενο από παράγοντες όπως η βιολογία, η συμπεριφορά και το περιβάλλον, πράγμα που δυσχεραίνει τον επιγραμματικό ορισμό της. Επίσης, δεδομένου ότι κάθε άνθρωπος έχει τελείως ιδιαίτερη βιολογική και ψυχική ιδιοσυγκρασία οδηγώντας έτσι τον ορισμό της υγείας σε αναρίθμητες υποκειμενικές διαφοροποιήσεις.

Η μεγαλύτερη δυσκολία για την εύρεση ενός κοινά αποδεκτού ορισμού της υγείας είναι η περίοδος που διανύουμε (όπου οι αναπτυσσόμενες χώρες περνούν από τον βιομηχανικό πολιτισμό στον πολιτισμό της υψηλής τεχνολογίας) σε ότι αφορά τις αντιλήψεις σχετικά με την υγεία, την αρρώστια, τον χαρακτήρα της ιατρικής επιστήμης, την φύση των συστημάτων υγείας-αντιλήψεις οι οποίες σήμερα κλονίζονται. Και πολύ περισσότερο μάλιστα, όταν η εποχή που φεύγει κληροδοτεί την κρίση της σύγχρονης ιατρικής επιστήμης. Η κρίση αυτή στηρίζεται στην αδυναμία της ιατρικής να θεραπεύσει σημαντικά νοσήματα όπως τα καρδιοαγγειακά νοσήματα, τα

κακοήθη νεοπλασμάτα και το AIDS παρόλο που δαπανούνται αρκετά χρήματα για τον τομέα της υγείας. Το θετικό που γέννησε η κρίση της ιατρικής είναι ότι τέθηκαν στο κέντρο του ενδιαφέροντος ο ρόλος του φυσικού και κοινωνικού περιβάλλοντος και της ανθρώπινης συμπεριφοράς θέτοντας σε αμφισβήτηση το κυρίαρχο έως τότε βιοιατρικό μοντέλο (1).

1.1.2 Η Κοινωνιολογία στο Χώρο της Υγείας

Η κοινωνιολογία στο χώρο της Υγείας καθιερώνεται ως επιστημονικός κλάδος της κοινωνιολογίας κατά το δεύτερο ήμισυ του 20^{ου} αιώνα. Με την εξέλιξη της ιατρικής γνώσης και πρακτικής, στις μεταπολεμικές δεκαετίες εξελίσσονται οι ιατρικές και άλλες ειδικότητες, η φαρμακολογία αναπτύσσεται και η νοσηλεία συγκεντρώνεται σε ολοένα και μεγαλύτερες μονάδες (νοσοκομεία).

Η εξέλιξη της ιατρικής γνώσης διαμόρφωσε τη βάση για τη δημιουργία μιας οργανωμένης και ισχυρής κοινωνικής δομής που υπερβαίνει τα στενά όρια της ιατρικής. Η κοινωνική αυτή δομή συνεχώς μεταβάλλεται, διευρύνεται και μεγεθύνεται, παρουσιάζοντας πολλά προβλήματα με κοινωνικές προεκτάσεις. Με αυτή την έννοια, η κοινωνιολογία της μεταπολεμικής περιόδου άρχισε να ενδιαφέρεται για τα κοινωνικά προβλήματα που αναπτύσσονται στον χώρο της υγείας, και ως επιστήμη της κοινωνίας επιχειρεί την ανάλυση και την ερμηνεία τους (2).

Η εξέλιξη της ιατρικής και η μεταμόρφωσή της σε μία κοινωνική δομή, διαμόρφωσε συνθήκες ώστε η κοινωνιολογία της Υγείας να προσεγγιστεί σε μικρο-επίπεδο. Αυτή η προσέγγιση πρωτοεμφανίστηκε στις ΗΠΑ με την ανάλυση των κοινωνικών ρόλων και των σχέσεων συμπεριφοράς που αναπτύσσονται στις υπηρεσίες υγείας. Αντίθετα, στο ευρωπαϊκό χώρο, η ανάπτυξη της κοινωνιολογίας της υγείας κατευθύνθηκε στην μακρο-ανάλυση. Η ανάλυση των σχέσεων του συστήματος υγείας με το γενικότερο κοινωνικό-οικονομικό σύστημα, τις κοινωνικές ανισότητες στην κατάσταση υγείας του πληθυσμού, στην προσφορά και χρήση των υπηρεσιών υγείας, αποτέλεσαν τα κύρια πεδία ενδιαφέροντος της μακρο-κοινωνιολογικής προσέγγισης της

υγείας. Οι κοινωνικές αυτές εξελίξεις οδήγησαν στην καθιέρωση της κοινωνιολογίας της υγείας και στην αποκατάσταση της διασύνδεσης της υγείας και της αρρώστιας με την κοινωνία (3).

Η διαμόρφωση της κοινωνιολογίας της υγείας ως επιστημονικού κλάδου χωρίζεται σε τρεις περιόδους:

Στην πρώτη περίοδο (δεκαετία '50-δεκαετία '60) η έρευνα επικεντρώνεται στην εμπειρική ανάλυση των κοινωνικών προσδιοριστών της αρρώστιας και κυρίως στην δομολειτουργική ανάλυση των υπηρεσιών υγείας, σε ότι αφορά την δομή, την λειτουργία τους και την συσχέτισή τους με τις ευρύτερες κοινωνικές δομές.

Στην δεύτερη περίοδο (δεκαετία '70-δεκαετία '80), ασκείται κριτική ως προς την οργάνωση του ιατρικού επαγγέλματος και την άσκηση της ιατρικής πρακτικής και εξουσίας.

Στην τρίτη περίοδο, (δεκαετία του '90), ο χώρος της υγείας προσδιορίζεται από την κυριαρχία της βιοϊατρικής επιστήμης, η οποία εφαρμόζει και χρησιμοποιεί ένα σύμπλεγμα εξελισσόμενων θεραπευτικών μεθόδων και τεχνικών υψηλής βιοϊατρικής τεχνολογίας για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων μιας νόσου. Παράλληλα, η κοινωνιολογία στο χώρο της υγείας ενδιαφέρεται για:

α. Τον προσδιορισμό των παραμέτρων εκείνων που επηρεάζουν την υγεία.

β. Την ανάλυση και ερμηνεία της εμπειρίας της αρρώστιας.

γ. Την οργάνωση και κατανομή των πόρων του συστήματος υγείας.

Η κοινωνιολογία, ενδιαφέρεται να ερμηνεύσει πώς ορισμένοι τύποι κοινωνικής συμπεριφοράς στιγματίζονται κοινωνικά ως υγιείς ή ως άρρωστοι και πώς η ετικέτα του αρρώστου επιδρά στη ζωή του. Πώς οι άνθρωποι προσδιορίζουν τον εαυτό τους ως άρρωστοι, ποιες αντιλήψεις και πεποιθήσεις έχουν αναπτύξει για την υγεία, ποια συμπεριφορά υγείας και ποιους κοινωνικούς ρόλους ασκούν ως άρρωστοι (4).

Οι αντιλήψεις και οι ιδέες που αναπτύσσει μια κοινωνία για το τι αποτελεί την αρρώστια ή την υγεία δεν είναι ανεξάρτητοι από την οργάνωση της ευρύτερης κοινωνίας ή της κοινωνικής ζωής που τους περιβάλλει. Επιπλέον, ο τρόπος οργάνωσης του συστήματος υγείας, τα επίπεδα περίθαλψης και η προσφορά των υπηρεσιών υγείας συσχετίζονται και εξαρτώνται άμεσα από την οργάνωση του ευρύτερου κοινωνικού περιβάλλοντος.

1.1.3 Η Ιστορία των Αντιλήψεων για την Υγεία

Η ιστορία των αντιλήψεων για την υγεία και την αρρώστια μπορεί να χωριστεί σε πέντε περιόδους. Στη μεταφυσική/μαγική περίοδο, στη μεταφυσική/θρησκευτική, στην πρώιμη επιστημονική/νατουραλιστική, στη μηχανιστική/θετικιστική και στη σύγχρονη/ολιστική.

Στο μεγαλύτερο μέρος της ανθρώπινης ιστορίας οι μεταφυσικές αντιλήψεις, μαγικές ή θρησκευτικές, κυριαρχούσαν στην ερμηνεία του φαινομένου της υγείας και της αρρώστιας. Στις πρωτόγονες κοινωνίες τα στοιχεία της φύσης (ανιμισμός), οι ψυχές των νεκρών και τα άψυχα αντικείμενα, θεωρούνταν αιτίες για τη διατήρηση της υγείας και την πρόκληση της αρρώστιας. Η ερμηνεία της υγείας και της αρρώστιας δινόταν μέσω της μαγείας, η οποία σφράγιζε τον χαρακτήρα των πρωτόγονων αυτών πολιτισμών, προσπαθώντας να εξηγήσει και να συσχετίσει όσα δεν μπορούσαν να γίνουν εύκολα κατανοητά, ή δεν είχαν εμφανή αιτία (5).

Οι αρχαίοι Έλληνες ήταν οι πρώτοι που συνειδητοποίησαν ότι η διατήρηση της υγείας και η πρόκληση της αρρώστιας είναι αποτέλεσμα φυσικών διεργασιών. Η ιπποκράτεια παράδοση αποτέλεσε την αφετηρία μίας νατουραλιστικής προσέγγισης, θεμελιωμένης στην αρχαία φυσιοκρατική σκέψη, στην οποία και βασίστηκε η ανάπτυξη της ιατρικής επιστήμης.

Σύμφωνα με την παράδοση αυτή, η οποία αποτυπώνεται κυρίως στο έργο του Ιπποκράτη «Περί αέρων, υδάτων, τόπων», η υγεία καθορίζεται με βάση την ισορροπία ανάμεσα στις δυνάμεις του περιβάλλοντος αφενός (άνεμοι, θερμοκρασία, νερό, έδαφος, τροφή) και την ατομική συμπεριφορά

αφετέρου (διατροφικές συνήθειες, ποτό, σεξουαλική δραστηριότητα, αλλά και εργασία και ψυχαγωγία) (6).

Ο Ιπποκράτης συχνά αναφέρεται στην υγεία της «πόλεως». Οι αναφορές αυτές δηλώνουν τον σαφή κοινωνικό και περιβαλλοντικό προσανατολισμό της ιπποκράτειας σκέψης. Ο Αλκμέων ο Κροτωνιάτης μάλιστα, κορυφαίος της ιατρικής σχολής του Κρότωνα τον 6ο π.χ. αιώνα και για πολλούς ο μεγαλύτερος ιατρός πριν από τον Ιπποκράτη, δεν διστάζει να ορίσει την υγεία με όρους δανεισμένους από το πολιτικό λεξιλόγιο της εποχής του. Υγεία ονομάζει την ισονομία, δηλαδή την ισορροπία των δυνάμεων «του υγρού και του ξηρού, του πικρού και του γλυκού» στο σώμα. Αυτή η ισονομία συνέχει τόσο την υγεία του πολίτη όσο και την ίδια τη δημοκρατία. Η μοναρχία αντίθετα γεννά την αρρώστια και καταστρέφει την «πόλιν», επιβάλλοντας την κυριαρχία ενός στοιχείου επί των άλλων και ανατρέποντας έτσι την ισονομία.(7)

Ανάλογες απόψεις για την υγεία και τη σημασία του περιβάλλοντος και της συμπεριφοράς είχαν αναπτυχθεί και νωρίτερα, από την παραδοσιακή κινεζική ιατρική. Σύμφωνα με την αρχαία κινεζική σκέψη, ο άνθρωπος είναι μικρογραφία του σύμπαντος. Όπως και το σύμπαν, υπόκειται στους νόμους του Τάο, που σημαίνει τρόπος ή οδός και που προκύπτει από την αλληλεπίδραση δύο ενεργειακών αρχών: του γιανγκ (αρσενικό, φως) και του γιν (θηλυκό, σκοτάδι). Οι βασικές ταϊστικές οδηγίες για την υγεία περιλάμβαναν συστηματικές ασκήσεις, ισορροπημένη δίαιτα, έλεγχο της αναπνοής, ηλιοθεραπεία, ομαλή σεξουαλική ζωή.(8)

Στην Ινδία, η βραχμανική ιατρική βασίζεται επίσης στο πρότυπο των «χυμών», αναγνωρίζοντας την ύπαρξη πέντε βασικών αρχών (γη, νερό, φωτιά, αέρας, ουρανός), δύο ποιότητων (θερμό, ψυχρό), τριών υγρών (χολής, φλέγματος, «αέρος»), έξι σωματικών στοιχείων (χυλός, αίμα, σάρκα, οστά, μεδούλι, σπέρμα), καθώς και την επονομαζόμενη ζωτική δύναμη. Η ισορροπία των υγρών, που επηρεάζεται από τους υπόλοιπους παράγοντες, αποτελεί την πεμπτουςία της υγείας.(9)

Η ιπποκράτεια θεώρηση της υγείας επηρέασε βαθιά την άσκηση της ιατρικής στα χρόνια που ακολούθησαν. Σημαντικός σταθμός στην πορεία

αυτή θεωρείται η δράση του διάσημου έλληνα γιατρού Γαληνού (130-201 μΧ) από την Πέργαμο, που έζησε στη Ρώμη.

Ο Γαληνός υποστήριζε επίσης ότι η υγεία εξαρτάται από τη σωστή αναλογία τροφής, ποτού, ύπνου, ερωτικής πράξης, άσκησης, κ.α. Η αναλυτική του μεθοδολογία συμπληρώνει τις συνθετικές πραγματείες του Ιπποκράτη. Από τη σύζευξη αυτή δημιουργήθηκε πρώτα ο γαληνικός ιπποκρατισμός, και αργότερα ο νέο – ιπποκρατισμός. Οι απόψεις του Γαληνού, που σημάδεψαν τη Ρωμαϊκή εποχή, διαχύθηκαν σταδιακά στον Ινδουιστικό και αργότερα στον Ισλαμικό κόσμο.

Τον 4^ο αιώνα, ο Ορειβάσιος ο Περγαμηνός, πρώτος διάσημος γιατρός του Βυζαντίου, υπήρξε συστηματικός ερμηνευτής των έργων του Γαληνού. Η κυριαρχία του γαληνισμού συνεχίστηκε και στο έργο άλλων διάσημων βυζαντινών γιατρών, όπως ήταν ο μέγας Βασίλειος τον 4^ο αιώνα, ο Αέτιος ο Αμιδηνός τον 6^ο αιώνα, ο Παύλος ο Αιγινήτης τον 7^ο αιώνα.(10)

Ωστόσο, ο δογματισμός της χριστιανικής Εκκλησίας και η θεοκρατία στάθηκαν εμπόδιο στην περαιτέρω εξέλιξη της γαληνικής ιατρικής. Έτσι το ενδιαφέρον για την ιατρική επικεντρώθηκε κυρίως στα ζητήματα της δημόσιας υγείας και στην ανέγερση των πρώτων νοσοκομείων, τομείς στους οποίους η Εκκλησία συνέβαλε αποφασιστικά. Το 1116 κτίστηκε το νοσοκομείο της Μονής του Παντοκράτορα.

Τον 9^ο αιώνα, μεγάλο μέρος του έργου του Γαληνού μεταφράστηκε στα αραβικά, και εν συνεχεία διαδόθηκε από άραβες εμπόρους στη περιοχή της Ινδίας. Ο Αβικέννας, που θεωρείται ο διασημότερος άραβας γιατρός του Μεσαίωνα, συνδύασε τις ισλαμικές δοξασίες με τις αριστοτελικές αντιλήψεις, υιοθετώντας τις ιπποκράτειες και γαληνικές αρχές (11) . Έχει ενδιαφέρον το γεγονός ότι ο Αβικέννας και εν συνεχεία ο αραβοϊσπανός ιατροφιλόσοφος Αβερρόης χρησιμοποιούν τον όρο <<υγής διάθεση>> για να δηλώσουν τη φυσιολογική κατάσταση. Ο όρος αυτός παραπέμπει ευθέως στους σύγχρονους προβληματισμούς για τη <<θετική υγεία>> και την έννοια της ευεξίας.

Αντίθετα, στη Δυτική Ευρώπη, όπως και στο Βυζάντιο, η Εκκλησία του Μεσαίωνα στρέφεται κατά των επιστημονικών κατακτήσεων της Κλασικής περιόδου και αναγορεύει τις θρησκευτικές δοξασίες σε μοναδική πηγή ερμηνείας των φυσικών φαινομένων. Η υγεία είναι επιστέγασμα του ενάρετου βίου, η αρρώστια είναι θεόπεμπτη τιμωρία για τους αμαρτωλούς ή δοκιμασία για τους πιστούς, ο θάνατος αποτελεί λύτρωση που οδηγεί σε καλύτερη ζωή.

Την περίοδο αυτή, η ιπποκράτεια ιατρική αξιοποιήθηκε κατά περίπτωση, για να προσδώσει επιστημονική επίφαση στο θεολογικό οικοδόμημα. Ο ορθολογισμός των αρχαίων Ελλήνων θα υποστεί σοβαρό πλήγμα από το βάρος της θεολογικής εξουσίας. Ο γαληνισμός, ως θεραπευτική πρακτική, μπόρεσε να επιβιώσει ως ένα βαθμό, γιατί οι μονοθεϊστικές αντιλήψεις του Γαληνού ανταποκρίνονταν στον χριστιανικό δογματισμό. (10)

Το τέλος του Μεσαίωνα και η αναβίωση της επιστημονικής σκέψης κατά τον 16^ο αιώνα αποτέλεσαν την αφετηρία του σύγχρονου κόσμου. Η έμφαση στη δομή του ανθρώπινου σώματος και η επικράτηση της μηχανιστικής αντίληψης σφράγισαν τους αιώνες που ακολούθησαν. Ενώ η υγεία συσχετιζόταν κατά το παρελθόν με τις συνθήκες διαβίωσης και τον τρόπο ζωής σε αλληλεπίδραση με το φυσικό περιβάλλον, τώρα μετατρέπεται σε αντικείμενο επιστημονικής «περιέργειας» και προβληματισμού. Οι γιατροί απελευθερωμένοι από τα δεσμά της εκκλησίας, ανταγωνίζονται την πνευματική μοιρολατρία της χριστιανικής θρησκείας, με την εισαγωγή νέων ιατρικών αρχών και μεθόδων.(12)

Τον 16^ο αιώνα κυριαρχούσε η αντίληψη ότι ο ανθρώπινος οργανισμός είναι μία θαυμαστή κατασκευή που ζωογονείται από άγνωστες «ζωτικές δυνάμεις», ενώ τον 17^ο αιώνα θεωρούσαν τον οργανισμό «μηχανή» που διέπεται από μαθηματικούς νόμους. Ο Γαλιλαίος (1564-1642) είχε ήδη αποδείξει τη δυνατότητα των επιστημονικών μεθόδων να παρέχουν μια μηχανιστική ερμηνεία του φυσικού κόσμου, και ο γάλλος μαθηματικός και φιλόσοφος Καρτέσιος (1596-1650) επεξέτεινε τις αρχές αυτές και στους ζωντανούς οργανισμούς. Σύμφωνα με τον Καρτέσιο, ο κόσμος μπορούσε να περιγραφεί με μηχανιστικούς όρους, ως αλληλεπίδραση σωμάτων και κίνησης.

Μια άλλη σημαντική διάσταση της καρτετσιανής αντίληψης ήταν ο διαχωρισμός σώματος και πνεύματος. Ο καρτετσιανός διαχωρισμός σώματος-ψυχής λειτούργησε απελευθερωτικά, λυτρώνοντας την υπόθεση της υγείας από τα δεσμά της εκκλησιαστικής δικαιοδοσίας. Από την άλλη πλευρά όμως, θεμελίωσε την ιατρική επιστήμη σε μια λαθεμένη αντίληψη, που αναιρούσε την ολιστική οντότητα της ανθρώπινης ύπαρξης. Έτσι, αν και δόθηκε ώθηση στην ανάπτυξη μιας σύγχρονης επιστημονικής σκέψης απαλλαγμένης από θρησκευτικές/μεταφυσικές δοξασίες, αυτό έγινε με βαρύ τίμημα ως προς την ορθότητα των θεωρητικών της θεμελίων (7).

Στα χρόνια που ακολούθησαν η καρτετσιανή θεωρία, αν και αμφισβητήθηκε έντονα, συνέχισε να καθοδηγεί την εξέλιξη της ιατρικής επιστήμης. Η μηχανιστική αντίληψη για τον ανθρώπινο οργανισμό αποτέλεσε το θεωρητικό υπόβαθρο της σύγχρονης ιατρικής. Μάλιστα, η διάδοση των μεταμοσχεύσεων και πολλών προσθετικών επεμβάσεων, καθώς και η χρήση ηλεκτρονικών βοηθημάτων (βηματοδότες, κ.α.), συνέβαλαν στη διαίωνιση αυτής της αντίληψης, παρά τον διαφορετικό προβληματισμό που αναπτύσσεται τα τελευταία χρόνια ως προς τη θεωρητική ερμηνεία των φαινομένων της υγείας και της αρρώστιας.

Ο μερκαντισμός (εμποροκρατία) του 17^{ου} και ο Διαφωτισμός του 18^{ου} αιώνα ενίσχυσαν ακόμα περισσότερο τη μηχανιστική θεώρηση του ανθρώπινου σώματος, κυρίως στις δυτικές κοινωνίες. Τα δύο αυτά κινήματα, που είχαν έντονα κοινωνικό και εκσυγχρονιστικό προσανατολισμό, αν και δεν κατάφεραν να ανανεώσουν την ιατρική με τους ταχείς ρυθμούς που κυριάρχησαν αργότερα, κατά τον 19^ο αιώνα, έθεσαν όμως για πρώτη φορά το ζήτημα του ρόλου της υγείας στη διαμόρφωση εθνικής και αναπτυξιακής πολιτικής (13).

Σε αυτό το γενικότερο κλίμα, ολοένα και περισσότεροι ερευνητές άρχισαν να μελετούν τις επιπτώσεις του κοινωνικού περιβάλλοντος στην υγεία. Σε αυτή την περίοδο του πρώιμου καπιταλισμού, η ταχύρρυθμη εκβιομηχάνιση και αστικοποίηση οδηγούσε μεγάλα τμήματα του πληθυσμού στην εξαθλίωση, σε απάνθρωπες συνθήκες εργασίας και κατοικίας. Οι συνθήκες αυτές, που έπλητταν με δραματικό τρόπο την υγεία των εργαζομένων, οδήγησαν στη

γέννηση εννοιών όπως η κοινωνική ιατρική και η δημόσια υγεία. Σε καμία όμως περίπτωση δεν αμφισβητήθηκε ουσιαστικά το μηχανιστικό μοντέλο. Αντίθετα, οι συνεχείς επιστημονικές κατακτήσεις της ανατομίας, της φυσιολογίας και της μικροβιολογίας, που έριχναν ολοένα και πιο άπλετο φως στη δομή και τη λειτουργία των οργάνων του ανθρώπινου σώματος, γεννούσαν αυξημένες ελπίδες για αποτελεσματική «επισκευή» του.

Η ανάπτυξη του κινήματος της δημόσιας υγείας ήταν φυσικό να επηρεάσει και τις αντιλήψεις της εποχής εκείνης για την υγεία. Κοινωνικοί μεταρρυθμιστές, πολιτικοί, φιλελεύθεροι γιατροί απαίτησαν να αναγνωριστεί η ευθύνη της κοινωνίας στην προστασία του περιβάλλοντος και στην εξασφάλιση της υγείας, υποστηρίζοντας παράλληλα ότι η ιατρική είναι και κοινωνική επιστήμη (1).

1.2 Πολιτισμός και Τόπος Ζωής

1.2.1 Πολιτισμός και Υγεία

Ο πολιτισμός αποτελεί συστατικό στοιχείο κάθε κοινωνίας, συμβάλλει τόσο στη μορφή και στην οργάνωσή της, όσο και στη διαμόρφωση της ανθρώπινης συμπεριφοράς. Με τον όρο πολιτισμός νοείται η κοινή κληρονομιά, οι κοινές παραδόσεις και αντιλήψεις, τα κοινά νοήματα, σύμβολα και παραστάσεις μιας κοινωνίας ή μιας κοινωνικής ομάδας. Είναι στοιχεία που δηλώνουν τη ταυτότητα και τον τρόπο ζωής μιας ομάδας, τα οποία διαμορφώνονται από την αλληλεπίδραση των μελών της με το κοινωνικό και το φυσικό περιβάλλον (14). Χαρακτηριστικό στοιχείο του πολιτισμού είναι ότι υιοθετείται από τα άτομα χωρίς αποδείξεις και προσδίδει στην ομάδα ή την κοινωνία μια ομοιομορφία με τα δικά της πρότυπα, χαρακτηριστικά και νόρμες (15-16).

Γεγονός είναι ότι ο πολιτισμός είναι αναπόσπαστο κομμάτι της καθημερινής συμπεριφοράς του ατόμου, του τρόπου που αντιλαμβάνεται την

πραγματικότητα γύρω του και των αντιλήψεων και στάσεων που έχει για τα θέματα που το περιβάλλουν. Ο τρόπος ζωής, η καθημερινή πρακτική, ο τρόπος σκέψης, οι αντιλήψεις, οι στάσεις διαμορφώνονται σημαντικά από τις πολιτισμικές αξίες μιας κοινωνικής ομάδας.

Ο τρόπος που το άτομο αντιλαμβάνεται την υγεία και την ασθένεια σχετίζεται σημαντικά ή ακόμα και διαμορφώνεται από τα πολιτισμικά χαρακτηριστικά της ομάδας. Το τι θεωρείται υγεία ή αρρώστια, πως αντιμετωπίζεται και από πού πηγάζει είναι ερωτήματα άμεσα συνδεδεμένα με τα πολιτισμικά χαρακτηριστικά μιας ομάδας. Η ίδια αρρώστια μπορεί σε ένα πολιτισμικό περιβάλλον να θεωρείται μίσημα ενώ σε ένα άλλο χάρισμα, τιμωρία ή επιβράβευση, αμαρτία ή ιερότητα, θεία απόφαση ή προσωπική αμαρτία (17).

Παράγοντες που σχετίζονται με τον πολιτισμό μπορούν να αποτελέσουν αιτίες νοσηρότητας ή θνησιμότητας, άμεσα ή έμμεσα. Ο Πλάτων είχε πει πως η αρρώστια προκαλείται από τον πολιτισμό, εννοώντας πως εάν άτομο ζούσε στη φύση θα ήταν υγιές (1). Οι ρόλοι των φύλων, η οικογενειακή δομή, η ενδογαμία, οι αντιλήψεις για την υγιεινή του σώματος, η τεκνοποίηση, οι αντισυλληπτικές πρακτικές και η διατροφή είναι μερικά από τα πολιτισμικά στοιχεία που συνδέονται με την υγεία και την αρρώστια. Παραδείγματος χάριν οι πολλαπλές κυήσεις, ως αποτέλεσμα χρήσης μη ασφαλών ή μη χρήσης αντισυλληπτικών μεθόδων, αποτελούν παράγοντα κινδύνου για την μετάδοση σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων. Επίσης η ενδογαμία, μια πρακτική που συνδέεται με το πολιτισμικό πλαίσιο μιας ομάδας, μπορεί να οδηγήσει στη διαιώνιση κληρονομικών νοσημάτων.

Πολλοί υποστηρίζουν πως και μερικές από τις σύγχρονες ασθένειες όπως ο σακχαρώδης διαβήτης, τα καρδιαγγειακά νοσήματα, κ.ά. σχετίζονται και επηρεάζονται σημαντικά από τις αξίες, τις συνήθειες και τις δραστηριότητες που χαρακτηρίζουν τον σύγχρονο δυτικό πολιτισμό, γι αυτό και χαρακτηρίζονται «νοσήματα του πολιτισμού μας» (1).

Στην αντιμετώπιση και την έκφραση της αρρώστιας τα πολιτισμικά χαρακτηριστικά και συμπεριφορές του ατόμου διαδραματίζουν, επίσης, πολύ σημαντικό ρόλο. Ο κάθε πολιτισμός έχει τη δική του «γλώσσα δυσφορίας»

μέσω της οποίας εκφράζει τα συμπτώματα και τα σημάδια που θεωρεί μη φυσιολογικά και μπορεί να κρύβουν κάποια μορφή αρρώστιας (1). Η θεώρηση του φυσιολογικού και του μη έχει αποδειχτεί ότι διαφέρει από το ένα πολιτισμικό περιβάλλον στο άλλο.

Επίσης, ο κάθε πολιτισμός έχει τις δικές του συνήθειες διατροφής που μπορεί να περιλαμβάνουν ή να αποκλείουν κάποια φαγητά και οι οποίες επηρεάζουν σημαντικά την υγεία και την ασθένεια (υγιεινή διατροφή). Ομοίως, η χρήση ουσιών και η εξάρτηση είναι συνήθειες που συνδέονται άρρηκτα με το πολιτισμικό πλαίσιο της κοινωνίας ή της ομάδας. Το τι θεωρείται ηθικό και «πρέπον», επικίνδυνο ή ακίνδυνο διαφέρει από κουλτούρα σε κουλτούρα. Η κατανάλωση αλκοόλ ή το κάπνισμα μπορεί να θεωρούνται ηθικές ή μη συνήθειες ανάλογα με το πολιτισμικό πλαίσιο. Παραδείγματος χάριν, σε μερικές χώρες της Αφρικής θεωρείται ασέβεια και αγένεια για μια γυναίκα να καπνίζει.

1.2.2 Τρόπος ζωής – Παράγοντες Ευεξίας και Υγείας

Ο τρόπος ζωής είναι μία έννοια που αναφέρεται στο είδος της ζωής των ανθρώπων, το οποίο με τη σειρά του διαμορφώνεται από τις κοινωνικές τους συνήθειες. Όσον αφορά την υγεία, αναφέρεται στη διατροφή, τη χρήση ναρκωτικών, το κάπνισμα, τις δραστηριότητες ψυχαγωγίας και άθλησης, τη σεξουαλική δραστηριότητα καθώς και σε ζητήματα φροντίδας του σώματος. Αυτές οι δραστηριότητες θεωρούνται σημαντικές γιατί αντιμετωπίζονται ως πιθανοί παράγοντες επικινδυνότητας/διακινδύνευσης σχετιζόμενοι με το επίπεδο της υγείας.

1.2.2.1 Διατροφή

Η Υγιεινή διατροφή, αφορά την απαραίτητη ποσότητα κατάλληλης τροφής για την λειτουργία του ανθρώπινου οργανισμού. Η σωστή διατροφή διασφαλίζει την αύξηση και λειτουργία του σώματος και βοηθά στην

προστασία από λοιμώδη νοσήματα. Η συζήτηση για ποιότητα των τροφίμων αρχίζει όταν λυθεί το θέμα της επάρκειας. Δεν γίνεται σε συνθήκες λιμού να εξετάζονται οι επιπτώσεις στον άνθρωπο των συντηρητικών στα τρόφιμα. Το μεγάλο μέρος του τρίτου κόσμου αλλά και τμήματα των αναπτυσσομένων χωρών αλλά και μερίδες πληθυσμού των αναπτυγμένων που ζουν στο περιθώριο στερούνται την απαραίτητη ποσότητα τροφίμων (17).

Το πρόβλημα της επάρκειας γίνεται εντονότερο από την συνεχή αύξηση του πληθυσμού και των αναγκών, που πρέπει να καλυφθούν από σταθερό καλλιεργήσιμο έδαφος. Τα τελευταία χρόνια το καλλιεργήσιμο έδαφος αυξάνεται με καταστροφές αναγκαίων για την οικολογική ισορροπία του πλανήτη δασών. Την μερίδα του λέοντος όμως στον αγώνα για περισσότερα τρόφιμα την έχει η εντατική γεωργία και κτηνοτροφία που συνδυάζοντας την τεχνική βελτίωση των εδαφών με τα επιτεύγματα της γενετικής και της βιοτεχνολογίας ανέβασε στο πολλαπλάσιο τις στρεμματικές αποδόσεις και την κατά κεφαλή ζώου απόδοση σε κρέας και γάλα (17).

Οι επιτυχίες στον αγώνα για την κάλυψη των αναγκών δεν είναι χωρίς επιπτώσεις στον άνθρωπο και το περιβάλλον. Λιπάσματα, φυτοφάρμακα, συντηρητικά του εδάφους, χημικές ουσίες, ορμόνες και άλλες τοξικές ουσίες μεταφέρονται στον ανθρώπινο οργανισμό. Η περιβαλλοντική κρίση (ρύπανση και μόλυνση εδαφών, νερών, ατμόσφαιρας) μεταφέρεται υπό μορφή επικίνδυνων ουσιών, τοξικών και ραδιενεργών καταλοίπων και παθογόνων μικροοργανισμών στα τρόφιμα.

Ταυτόχρονα με την συνεχή απομάκρυνση του καταναλωτή από τον παραγωγό έχουμε επεξεργασία, τυποποίηση, μεταφορά, συντήρηση και αποθήκευση των τροφίμων, αλλά και νοθεία και απάτες, με μεγάλες πιθανότητες για μόλυνση ή αλλοίωση τους που θα τα καταστήσουν ακατάλληλα για κατανάλωση και πολλές φορές ικανά να επιφέρουν σοβαρές βλάβες στην υγεία ή ακόμη και θάνατο.

Απαιτείται σταθερός, εντατικός, χημικός και μικροβιολογικός έλεγχος των τροφίμων. Η νομοθεσία για τα τρόφιμα πρέπει να αναπροσαρμόζεται συνεχώς σύμφωνα με τις εξελίξεις στην πρωτογενή παραγωγή και στην βιομηχανία των τροφίμων. Μαζί με τον έλεγχο χρειάζεται εκπαίδευση των

παραγωγών και των εργαζόμενων στα τρόφιμα ταυτόχρονα με την υγειονομική ενημέρωση του καταναλωτικού κοινού. Η αξιοποίηση και ανάπτυξη των χημικών εργαστηρίων και η ενίσχυση του ρόλου των ειδικών επιστημόνων-χημικών είναι καθοριστική για την ουσιαστική αντιμετώπιση των προβλημάτων που σχετίζονται με την διατροφή και το περιβάλλον (18).

Η Υγιεινή διατροφή σχετίζεται με την πληρότητα σε συστατικά (πρωτεΐνες, υδατάνθρακες, λίπη, βιταμίνες και ανόργανα άλατα) και την ελεγχόμενη ποσοτικά κατανάλωση ώστε να αποφεύγεται η λήψη περισσότερου ποσού ενέργειας με αποτέλεσμα την παχυσαρκία. Η παχυσαρκία είναι άμεσα συνδεδεμένη με την μείωση της μέσης διάρκειας ζωής και με τα χρόνια νοσήματα, ισχαιμική νόσος του μυοκαρδίου, καρδιαγγειακά, υπέρταση και σακχαρώδη διαβήτη. Η οποιαδήποτε δίαιτα για την παχυσαρκία δεν θα πρέπει να αποκλείει τρόφιμα με υδατάνθρακες - λίπη αλλά να τα περιορίζει διασφαλίζοντας πάντα την λήψη βιταμινών και ανόργανων αλάτων. Η αποτελεσματικότητα των χημικών διαιτητικών σχημάτων ελέγχεται, ενώ θεωρείται δεδομένη η επικινδυνότητα τους (18).

Το είδος της διατροφής διαφέρει ανάλογα με τις εποχές, τους λαούς και τους πολιτισμούς. Σε κάθε εποχή και τόπο, το είδος της διατροφής και οι ασθένειες της εποχής είχαν άμεση σχέση. Η σύγχρονη έξαρση των καρδιαγγειακών νοσημάτων και του καρκίνου (30% των περιστατικών οφείλεται στη διατροφή) είναι συνάρτηση του τρόπου ζωής και διατροφής. Η μεικτή τροφή με μεγάλη περιεκτικότητα φυτικών ινών ασκεί προστατευτική δράση. Συμπερασματικά ένα υγιεινό σιτηρέσιο τα θέλει όλα από λίγο. Χαρακτηριστική είναι η διεθνής τάση καθιέρωσης της μεσογειακής διατροφής.

1.2.2.2 Καθημερινό Μικροπεριβάλλον

Το καθημερινό μικροπεριβάλλον για κάθε άτομο είναι η κατοικία και η οικογένεια του, η δουλειά του και η τεχνική και κοινωνική υποδομή υποστήριξης της ζωής του.

Το σπίτι πρέπει να είναι υγιεινό και ασφαλές. Να είναι ευάερο και ευήλιο, ζεστό, φωτεινό και ήσυχο. Να διαθέτει τρεχούμενο νερό και αποχέτευση. Να

συνδυάζεται με πρόβλεψη ελεύθερων χώρων και πράσινου. Χώρων αναψυχής και κοινωνικής υποστήριξης καθώς και με ασφαλή οδική πρόσβαση στις μετακινήσεις.

Η οικογένεια πρέπει να στηρίζεται στις αρχές του οικογενειακού προγραμματισμού (επιλογή συντρόφου, αριθμός και χρόνος απόκτησης τέκνων) και να έχει την συνεχή κοινωνική υποστήριξη των σχετικών υπηρεσιών οικογενειακού προγραμματισμού. Η οικογένεια μπορεί να είναι εστία ευεξίας και δημιουργίας. Οι άνθρωποι μαθαίνουν από την οικογένεια τους και τα κοινωνικά δίκτυα να αντιμετωπίζουν τις εντάσεις της ζωής. Η οικογένεια και η δημιουργική απασχόληση αυξάνουν το αίσθημα ευεξίας, καθώς ενισχύουν τις συμπεριφορές που ευνοούν την υγεία (ισορροπημένη διατροφή, διακοπή του καπνίσματος, ικανοποιητική φυσική δραστηριότητα, έλεγχος του stress) και απομακρύνουν ζημιογόνους για την υγεία συμπεριφορές (κατάχρηση αλκοόλ και φαρμακευτικών συσκευασμάτων, χρήση ναρκωτικών και χημικών ουσιών, επικίνδυνη οδήγηση και βίαιη κοινωνική συμπεριφορά).

Ένα ασφαλές και ευχάριστο εργασιακό περιβάλλον, προάγει την υγεία και την ευεξία. Η συνεχή βελτίωση των συνθηκών εργασίας και ο περιορισμός των εργατικών ατυχημάτων, αποτελούν χώρο που απαιτεί ιδιαίτερη ανάπτυξη και φροντίδα. Πρέπει να εισαχθούν υπηρεσίες υγείας σε όλους τους χώρους απασχόλησης, συμπεριλαμβανομένης και της κατοικίας. Να προστατευθεί ο εργαζόμενος από τους βιολογικούς, χημικούς και φυσικούς κινδύνους. Να μειωθούν οι κίνδυνοι με τεχνητά μέτρα, συστηματική εκπαίδευση και τήρηση των κανόνων ατομικής προστασίας.

Ο επαγγελματικός προσανατολισμός αφορά φυσικά την αξιοποίηση των κλήσεων και του ταλέντου. Αλλά και διαμορφώνει σχέση ανάμεσα στον εργαζόμενο και στο αποτέλεσμα του μόχθου του, προϊόν ή υπηρεσία. Αυτό είναι πολύ σημαντικό για την ατομική και κοινωνική ευεξία. Ο άνθρωπος πρέπει να προτιμά και να αγαπά την δουλειά του. Δεν αρκεί η άσκηση επαγγέλματος προς βιοπορισμό, με απόδοση συναρτημένη αποκλειστικά από το πόσα χρήματα αποδίδει. Αυτό σημαίνει κυριάρχηση του καταναλωτισμού, εμπορευματοποίηση των πάντων και τελικά εκχυδαϊσμό της κοινωνίας. Τελικά

χρειαζόμαστε να έχει κάθε άτομο ένα χρήσιμο ρόλο στην κοινωνία και ένα ικανοποιητικό εισόδημα για να καλύπτει τις ανάγκες του.

1.2.2.3 Ο Ρόλος της Θρησκείας

Η κάθε θρησκεία έχει την δική της διδασκαλία για τον άνθρωπο, τον σκοπό και το νόημα της ύπαρξης, για τον κόσμο και το θείο. Μάλιστα στην αγροτική και προ – νεωτερική μορφή της κοινωνίας το άτομο δεν νοείται ξεκομμένο από την θρησκευτική κοινότητα όπου ανήκει και που καθορίζει τον τρόπο ζωής του. Ο Max Weber επισήμανε την ύπαρξη δεσμών μεταξύ της ηθικής του πουριτανικού προτεσταντισμού και ενός τύπου οικονομικού ορθολογισμού και του καπιταλισμού. Επίσης, ο Ινδουισμός αξιολογείται κοινωνιολογικά ως ένα σύστημα κοινωνικό-θρησκευτικό όπου η λέξη *dharma* χρησιμοποιείται για να εκφράσει το συμπαντικό και κοινωνικό θεμέλιο, το κανονιστικό πρότυπο της ζωής. Αν θέσουμε επομένως, σε έναν ινδουιστή το ερώτημα «ποια είναι η θρησκεία σας;», είναι σαν να τον ρωτάμε ποιος είναι ο τρόπος ζωής σας. Επίσης, εξαιτίας κάποιας εσφαλμένης ερμηνείας που έδωσαν κάποιες προτεσταντικές ομολογίες στην αφήγηση της Παλαιάς Διαθήκης για την δημιουργία, και συγκεκριμένα στην εντολή που έδωσε ο Θεός στον άνθρωπο για να κατακυριεύσει την γη (Γεν. 1,28), δόθηκε η αφορμή να κατηγορηθεί ο Χριστιανισμός ότι ευθύνεται για την τάση του ανθρώπου να κυριαρχήσει πάνω στη φύση που οδήγησε στη δημιουργία του οικολογικού προβλήματος. Βλέπουμε, λοιπόν, πόσο μεγάλη είναι η επίδραση της θρησκείας στη συμπεριφορά του ανθρώπου.

Ως εκ τούτου, η θρησκευτική πίστη ασφαλώς και επηρεάζει τη συμπεριφορά των ανθρώπων σε όλα τα επίπεδα, ακόμη και σχετικά με την υγεία τους. Η περιοδική ή ισόβια απαγόρευση κάποιων τροφών όπως είναι η αυστηρή χορτοφαγία για τους βουδιστές μοναχούς, η αποχή από το κάπνισμα για τους οπαδούς της προτεσταντικής ομολογίας των «Αντβεντιστών της εβδόμης ημέρας» και η άρνηση μετάγγισης αίματος στους Μάρτυρες του

Ιεχωβά είναι χαρακτηριστικά παραδείγματα για το πώς η θρησκεία επιδρά στη διαμόρφωση συμπεριφοράς που βλάπτει ή προαγάγει την υγεία . Είναι χαρακτηριστικό ότι σε ένα από τα βιβλία της Παλαιάς Διαθήκης, στο Λευιτικό, γίνεται λόγος περί απαγορευμένων τροφών, περί καθαρού και ακαθάρτου και τρόπου διάγνωσης της λέπρας.

1.2.2.4 Οικονομική Κατάσταση

Η οικονομική πραγματικότητα ενός τόπου αλλά και κάθε ατόμου χωριστά είναι καθοριστικός για την ευεξία του. Η οικονομική ανάπτυξη διασφαλίζει πλούτο, απασχόληση και τελικά κοινωνική ανάπτυξη. Σε αντίθεση η οικονομική καχεξία συνοδεύεται από φτώχεια, γκρίνια, εγκληματικότητα. Η ανεργία και η κοινωνική απομόνωση αυξάνουν τις αυτοκτονίες. Τα καρδιαγγειακά και ο καρκίνος είναι συχνότερα στις χαμηλότερες κοινωνικές τάξεις.

Τελικά δεν μπορεί να θεωρηθεί υγιής ο άνεργος που αδυνατεί λόγω της ανεργίας του να βιοποριστεί, ανεξάρτητα αν είναι σωματικά "σιδερένιος". Οι οικονομικές ανισότητες ανάμεσα σε περιοχές, ανάμεσα σε χώρες της ίδιας περιοχής, σε τμήματα της ίδιας χώρας αλλά και ανάμεσα σε κοινωνικές ομάδες, πάντα σημαίνουν σοβαρές ανισότητες στην υγεία. Αγώνας για την υγεία είναι ο αγώνας για ανάπτυξη και καταπολέμηση της μαστίγας της ανεργίας. Η ασκούμενη προς τούτο κοινωνική πολιτική και ιδιαίτερα η πολιτική επανεκπαίδευσης και ένταξης των ανέργων στην παραγωγή είναι από τα πιο σημαντικά. Εξίσου σημαντικό είναι να αντιμετωπίζονται με προτεραιότητα τα προβλήματα απασχόλησης των ευπαθών ομάδων και ειδικά των νέων.

1.2.2.5 . Περιβαλλοντική Κρίση

"Ο άνθρωπος και η φύση" ήταν πριν από λίγα χρόνια ένα από τα αγαπημένα θέματα εκθέσεων ιδεών ειδικά σε επετειακές για το περιβάλλον ή την φύση ημέρες. Διακρίνεται ένας διαχωρισμός ανάμεσα στον άνθρωπο και

την φύση που είναι λανθασμένος. Ο άνθρωπος είναι κομμάτι της φύσης. Το πιο εξελιγμένο, προικισμένο και κυρίαρχο. Η κυριαρχία του δεν ήταν ούτε αυτόματη ούτε ανώδυνη. Χρειάστηκε χρόνος και αγώνας για την επιβίωση του ανθρώπου αρχικά και την κυριάρχηση απ' αυτόν επί της φύσης στην συνέχεια. Στην πορεία αυτή ο άνθρωπος αυξάνει συνεχώς την ποσότητα και βελτιώνει την ποιότητα των εφοδίων του, ειρηνικών και πολεμικών. Από την πελεκημένη πέτρα έως τον τροχό, τον σίδηρο και το τσιμέντο, το τόξο και τις ατομικές βόμβες.

Ταυτόχρονα και παράλληλα αναπτύσσονται τα θεωρητικά εφόδια του ανθρώπου. Θρησκείες, φιλοσοφίες και ιδεολογίες με σταθερό προσανατολισμό την ενίσχυση του αγώνα για επιβίωση και κατάκτησης της φύσης. Η κυρίαρχη σκέψη, ιδεολογία και φιλοσοφία του ανθρώπου είναι αυτή του κατακτητή. Αυτή η άποψη είναι θέση εχθρική για την φύση και τελικά επικίνδυνη για τον άνθρωπο. Η κατάκτηση της φύσης επετεύχθη. Μεγάλο μέρος των δυνάμεων της έχει τεθεί στην υπηρεσία του ανθρώπου.

Η ανθρώπινη κυριαρχία με την υπερεκμετάλλευση των πλουτοπαραγωγικών πόρων και την απόρριψη των κάθε είδους αποβλήτων στο έδαφος, τα νερά και την ατμόσφαιρα αλλοιώνει και καταστρέφει το περιβάλλον. Αυτές οι αλλοιώσεις ήταν για πάρα πολλά χρόνια ανεκτές από τις αντοχές των οικοσυστημάτων. Οι κίνδυνοι για την δημιουργία μη αντιστρεπτών μεταβολών είναι των τελευταίων ετών, δεκαετιών του 20ου αιώνα. Στα αίτια της υποβάθμισης του περιβάλλοντος περιλαμβάνονται η τρομακτική αύξηση του πληθυσμού και των αναγκών, η πυκνοκατοίκηση, η εκβιομηχάνιση, η χωροθέτηση δραστηριοτήτων χωρίς προγραμματισμό καθώς και η κακή χρήση των επιτευγμάτων της τεχνολογίας (20).

Η ισορροπία στο οικοσύστημα πλανήτη ΓΗ ανατρέπεται, με κίνδυνο διαμόρφωσης μη αντιστρεπτών καταστάσεων και ολοκληρωτική καταστροφή. Ο άνθρωπος ζει σήμερα σε θερμοκήπιο με αυξανόμενη θερμοκρασία, δέχεται όλο και μεγαλύτερη ποσότητα υπεριώδους ακτινοβολίας αφού το όζον λιγοστεύει, η ατμοσφαιρική ρύπανση αλλάζει τις κλιματολογικές συνθήκες, το κατάλληλο για πόση, οικιακή-γεωργική-βιομηχανική χρήση νερό λιγοστεύει, τα επικίνδυνα λύματα και απόβλητα μεταξύ των οποίων τοξικά και ραδιενεργά

αλλάξουν τους φυσικοχημικούς χαρακτήρες των οικοσυστημάτων, δημιουργώντας συνθήκες για φυσική επιλογή και τελικά μείωση και εξαφάνιση ειδών χλωρίδας και πανίδας.

Η ισορροπία του τρόμου των μηχανισμών ρύπανσης - αντιρύπανσης που πολλές φορές εξυπηρετούν τα ίδια συμφέροντα, δεν μπορεί σε καμία περίπτωση να υποκαταστήσουν την φυσική ισορροπία που έχει επικίνδυνα διαταραχθεί. Ανάπτυξη ναι αλλά με προστασία του περιβάλλοντος. Κέρδη και ανταγωνιστικά προϊόντα αλλά και σεβασμός στο περιβάλλον και αποκατάσταση των περιβαλλοντικών βλαβών. Το πρόβλημα φυσικά έχει παγκόσμια διάσταση και σχετίζεται με το κυρίαρχο μοντέλο ανάπτυξης που τελικά θυσιάζει τα συμφέροντα των πολλών και αδυνάτων στα κέρδη των ολίγων και ισχυρών είτε κράτη είναι αυτά είτε άτομα. Η αειφορική ανάπτυξη δεν πρέπει να μένει ευχή και σύνθημα. Ο άνθρωπος πρέπει να αλλάξει την εχθρική και ανταγωνιστική του σχέση με το περιβάλλον και την φύση. Τελικά πρέπει να συμφιλιωθεί πρώτα από όλα με τον ίδιο του τον εαυτό (20).

1.2.2.6 . Ελεύθερος Χρόνος

Η αναζήτηση του ελεύθερου χρόνου προηγείται των τρόπων διάθεσης του. Ο χρόνος εργασίας σαν υποχρεωτικό ωράριο του εργαζόμενου μειώνεται συνεχώς, ήδη συζητείτε και μερικώς καθιερώνεται σε Ευρωπαϊκό και Ελλαδικό επίπεδο το 35ωρο. Επίσης μειώνεται σταθερά ο χρόνος εργασίας που απαιτείται για την απόκτηση κάποιου προϊόντος ή υπηρεσίας. Αυτό προκύπτει από την εξέλιξη του τιμαρίθμου και των μισθών και ημερομισθίων τα τελευταία χρόνια. Και όμως ο ελεύθερος χρόνος ελαττώνεται λόγω της πίεσης που ασκεί στον άνθρωπο η καταναλωτική κοινωνία και τα πρότυπα της.

Η παλιότερη θεωρητική διαίρεση του 24ώρου στα τρία, 8ωρο δουλειά, 8ωρο ύπνο και 8ωρο ελεύθερο για προσωπική ζωή και διασκέδαση έχει για τους πολλούς γίνει δύο ή τρεις δουλειές με απουσία ελεύθερου χρόνου. Η Ευρώπη του κοινωνικού κράτους αλληθωρίζει προς το νεοφιλελεύθερο μοντέλο της Αγγλίας και όλοι μαζί κοιτάζουν να ανταγωνιστούν την

υπερεργασία των ΗΠΑ και της Ιαπωνίας. Η μόρφωση και η διασκέδαση, η ενημέρωση και δί' αυτής η συμμετοχή, η πολιτιστική γνώση και δράση, ο αθλητισμός και άλλα αποτελούν στοιχεία του ελεύθερου χρόνου, παράγοντα καθοριστικού για την ευεξία και την υγεία πολιτών και κοινωνίας

1.2.2.7 . Ανθρώπινα Δικαιώματα

Ο άνθρωπος για να έχει φυσική, διανοητική και κοινωνική ευεξία πρέπει να είναι ελεύθερος. Να μην διώκεται ούτε να καταπιέζεται, Να έχει βούληση και άποψη και να μπορεί να την εκφράσει. Στο σπίτι του, στη γειτονιά του, στη χώρα του, στον κόσμο. Να μπορεί να ικανοποιήσει την υπαρξιακή του ανάγκη ενασχόλησης με τα κοινά. Να έχει την απαραίτητη γνώση για να συμμετέχει ενεργά (21).

Τα πράγματα φυσικά δεν είναι απλά. Ας υποθέσουμε ότι κάποιος ζει σε δημοκρατικό καθεστώς που σέβεται τα ατομικά δικαιώματα, ο ίδιος δεν καταπιέζει ούτε καταπιέζεται από τα μέλη της οικογενείας του ή τους συμπολίτες του και έχει πρόσβαση στη γνώση και την φιλοδοξία του ενεργού πολίτη. Μέχρι πριν λίγα χρόνια αυτός ο άνθρωπος ήταν εξ ορισμού ελεύθερος. Σήμερα όμως η ατομική ελευθερία και τα ανθρώπινα δικαιώματα δοκιμάζονται σκληρά από τα προκατασκευασμένα παγκόσμια πρότυπα ζωής και κατανάλωσης και φυσικά από την έκρηξη της πληροφόρησης και των σχετικών μέσων. Ο σύγχρονος άνθρωπος είναι πανίσχυρος, με άπειρες ειδήσεις, δίκτυα και διαδίκτυα πληροφοριών και ταυτόχρονα αδύναμος, περιθωριοποιημένος εκτελεστής αποφάσεων που πήραν πριν από αυτόν για το καλό του. Υπάρχει έκρηξη δημοκρατίας με ταυτόχρονη κρίση αντιπροσώπευσης και συνακόλουθα έλλειμμα δημοκρατίας.

1.3 Κοινωνικές Ανισότητες στην Υγεία

Η προστασία της υγείας εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από το κοινωνικό περιβάλλον στο οποίο γεννιέται, μεγαλώνει, εκπαιδεύεται, εργάζεται και ζει κάθε άτομο (22). Το κοινωνικό περιβάλλον επιδρά στην υγεία με διάφορους

τρόπους. Οι οικονομικές δυνατότητες κάθε ατόμου ή κάθε ομάδας ατόμων, η μορφή της κοινωνικής οργάνωσης, η οικογένεια, η εκπαίδευση, η εργασία, οι υπηρεσίες υγείας και βέβαια ο πολιτισμός που σφραγίζει την ιδιαιτερότητα και τη διαφορετικότητα κάθε κοινωνίας, αποτελούν μείζονος σημασίας παράγοντες που επιδρούν στην υγεία.

Επειδή, όμως, οι ανθρώπινες κοινωνίες χαρακτηρίζονται από την ύπαρξη ανισοτήτων, είναι φανερό ότι οι κοινωνικοί παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία είναι επίσης άνισα κατανομημένοι σε κάθε πληθυσμό (23). Το γεγονός αυτό έχει ως αποτέλεσμα να παρατηρούνται σοβαρές διαφοροποιήσεις στην υγεία, όχι μόνο από κοινωνία σε κοινωνία, αλλά και μεταξύ των μελών κάθε κοινωνίας, ανάλογα με τη θέση που κατέχουν σε αυτήν. Οι διαφοροποιήσεις είναι λιγότερο έντονες στα πρώτα χρόνια της ζωής, ενώ αυξάνονται με το πέρασμα των χρόνων.

1.3.1. Παθονένεια του Ε.Σ.Υ

Η κοινωνική ανισότητα στην υγεία απεικονίζεται μέσω του Ε.Σ.Υ (Εθνικό Σύστημα Υγείας) που παρουσιάζει εικόνα ανεπίτρεπτη για τα Ευρωπαϊκά δεδομένα. Κάθε άλλο παρά τυχαίο είναι το γεγονός ότι η πλειοψηφία των ατόμων είναι δυσαρεστημένο από τις πρακτικές που εφαρμόζονται στο Ε.Σ.Υ. Τόσο οι γιατροί και το λοιπό προσωπικό όσο και οι πολίτες, καθένας από την δική του οπτική, δίκαιως διαμαρτύρονται. Κοντολογίς αναφέρονται τα ουσιαστικά προβλήματα του συστήματος που συνίστανται στα εξής :

- α) έλλειψη ιατρικού προσωπικού με αποτέλεσμα να έχουμε υπερσύγχρονες νοσοκομειακές μονάδες δίχως όμως προσωπικό, β) η νοοτροπία εξαγοράς των γιατρών, το λεγόμενο «φακελάκι», το οποίο θεωρείται απαραίτητο κατά την νοσηλεία, γ) οι αμοιβές των γιατρών από την άλλη είναι εξευτελιστικές με αποτέλεσμα να συντηρείται το παραπάνω φαινόμενο, δ) το σύστημα των εφημεριών εξαντλεί την ανθρώπινη υπομονή ε) τα επείγοντα ιατρικά των νοσοκομείων και οι κλινικές κατά τις ημέρες εφημεριών παρουσιάζουν εικόνα πεδίου μάχης, στ) η απουσία αξιοκρατίας σε συνάρτηση με την ανεπαρκή εκπαίδευση των ειδικευόμενων γιατρών και την ευρύτερη έλλειψη υποδομών.

Το αποτέλεσμα όλων αυτών είναι ότι παρόλο που όλοι έχουμε ανάγκη το Ε.Σ.Υ ανεξαρτήτως οικονομικής κατάστασης, οδηγούμαστε σε λύσεις ανάγκης και ημίμετρα με αμφίβολα τελικά αποτελέσματα (42).

1.3.2. Οι Κοινωνικοί Παράγοντες που Επιδρούν στην Υγεία

Η σχέση ανάμεσα στο κοινωνικό περιβάλλον και την υγεία είναι σχέση δυναμική. Οι κοινωνίες αλλάζουν, το κοινωνικό περιβάλλον διαφοροποιείται, οι νοσογόνοι παράγοντες μεταβάλλονται. Όλες αυτές οι αλλαγές επιδρούν στην εκδήλωση της αρρώστιας και τροποποιούν την κοινωνική κατανομή της. Η κοινωνική κινητικότητα, εξάλλου, επηρεάζει την εμφάνιση των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία. Τα άτομα που ανέρχονται την κοινωνική κλίμακα έχουν επιβαρηνμένη υγεία λόγω της κοινωνικής τους προέλευσης, ενώ το αντίθετο συμβαίνει με τα άτομα που κατέρχονται την κοινωνική κλίμακα.

Απ' όλους τους κοινωνικούς παράγοντες που επιδρούν στην υγεία, τον πιο σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν (24):

1. Η κοινωνική θέση, δηλαδή η σχέση προς τα μέσα παραγωγής και ο τρόπος ένταξης στην παραγωγική διαδικασία.
2. Οι υλικές συνθήκες ύπαρξης, έτσι όπως αυτές καθορίζονται από την κοινωνική θέση.
3. Οι κοινωνικές αξίες, που καθορίζουν στάσεις και συμπεριφορές ως προς την υγεία και την αρρώστια.

1.3.3. Θνησιμότητα

Η σύγχρονη προβληματική για τις κοινωνικές ανισότητες στην υγεία θεμελιώθηκε με την έκθεση "Black Report" του Βρετανικού Υπουργείου Εργασίας, η οποία δημοσιεύτηκε το 1980 (25). Σύμφωνα με την έκθεση, η

θνησιμότητα του 1971 για τις ηλικίες 15–64 ετών ήταν διπλάσια στα άτομα των κατώτερων κοινωνικών τάξεων απ' ότι στα άτομα της ανώτερης κοινωνικής τάξης.

Τα συμπεράσματα αυτά επιβεβαιώνονται και από πιο πρόσφατες μελέτες. Έρευνα που χώρισε τους βρετανούς πολίτες σε τέσσερις κοινωνικές κατηγορίες, διαπίστωσε ότι η θνησιμότητα το 1991 ήταν τουλάχιστον τριπλάσια στη χαμηλότερη κατηγορία σε σύγκριση με την υψηλότερη, ενώ την ίδια χρονιά, στη βόρεια Αγγλία διαπιστώθηκε ότι το πιο φτωχό 10% του πληθυσμού εμφάνιζε τετραπλάσια θνησιμότητα από το πιο πλούσιο 10%.

Ανάλογες κοινωνικές ανισότητες στην υγεία διαπιστώθηκαν και σε άλλες χώρες. Παρόλα αυτά, χώρες με μεγάλη κοινωνική συνοχή και ισχυρή κοινωνική πολιτική παρουσιάζουν πολύ μικρότερες διαφορές. Συγκρίνοντας τη βρεφική θνησιμότητα σε διάφορες κοινωνικές ομάδες, είναι εμφανείς οι μειωμένες κοινωνικές ανισότητες στη Σουηδία σε σύγκριση με την Αγγλία και Ουαλία (26). Στη Νορβηγία, πιο έντονες κοινωνικές διαφοροποιήσεις εμφανίζονται στους δείκτες θνησιμότητας από ατυχήματα, στη Δανία από ατυχήματα και νοσήματα του αναπνευστικού συστήματος, στη Φινλανδία από ατυχήματα, νοσήματα του αναπνευστικού, κακοήθη νεοπλασμάτα και καρδιοπάθειες, στη Μεγάλη Βρετανία από κακοήθη νεοπλασμάτα και νοσήματα του αναπνευστικού (27).

Πάντως, σε κάθε περίπτωση, οι αιτίες θανάτου που παρουσιάζουν αυξημένη συχνότητα σε κάθε χώρα, όπως τα καρδιαγγειακά νοσήματα στη Μ. Βρετανία, η βία στις ΗΠΑ και τα κακοήθη νεοπλασμάτα στη Γαλλία, εμφανίζουν και τις μεγαλύτερες κοινωνικές διαφοροποιήσεις. Το φαινόμενο αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι τα κατώτερα κοινωνικά στρώματα είναι πιο εκτεθειμένα στις ιδιαίτερες παθογόνες επιδράσεις που ασκεί το κοινωνικό περιβάλλον κάθε χώρας (28).

Στις πρώην κομμουνιστικές χώρες Τσεχία και Εσθονία, οι κοινωνικές ανισότητες ήταν μεγαλύτερες απ' ότι στις δυτικοευρωπαϊκές χώρες, ενώ ειδικά στην Ουγγαρία ο κίνδυνος πρόωρου θανάτου στους χειρώνακτες ήταν κατά

165% μεγαλύτερος απ' ότι στους μη χειρώνακτες. Στις ΗΠΑ, οι διαφορές είναι ανάλογες με αυτές της δυτικής Ευρώπης, ενώ περιθωριακά στρώματα, όπως οι μαύροι στο Χάρλεμ της Νέας Υόρκης, έχουν μεγαλύτερη θνησιμότητα απ' ότι οι αγρότες στο Μπανγκλαντές.

Οι κοινωνικές διαφοροποιήσεις επιδρούν και στην προγεννητική και βρεφική θνησιμότητα. Στην Ισπανία διαπιστώθηκε ότι η προγεννητική και βρεφική θνησιμότητα στις χρονικές περιόδους 1975–1978 και 1983–1986 μειωνόταν όσο αυξανόταν το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο (29). Παρατηρήθηκε, όμως, ότι η σχέση αυτή ήταν λιγότερο ισχυρή στη χρονική περίοδο 1983–1986 απ' ότι την περίοδο 1975–1978. Στη Βραζιλία, τέλος, που είναι η χώρα με τις μεγαλύτερες κοινωνικές ανισότητες, η βρεφική θνησιμότητα παρουσίαζε διαφορές ανάμεσα σε περιοχές της ίδιας πόλης, που κυμαίνονταν από 12–99 θανάτους βρεφών ανά 1.000 γεννήσεις ζώντων (29).

Οι κοινωνικές ανισότητες στην υγεία καταγράφονται και στους δείκτες νοσηρότητας. Έχει μάλιστα υποστηριχθεί ότι οι ανισότητες στην υγεία είναι πιο έντονες σε ότι αφορά τη νοσηρότητα απ' ότι τη θνησιμότητα. Σε περιοχές όπου οι βασικές αιτίες νοσηρότητας και θνησιμότητας είναι τα λοιμώδη νοσήματα, ο ρόλος των κοινωνικών παραγόντων που επιδρούν στην υγεία είναι εμφανής. Οι χαμηλότερες κοινωνικοοικονομικές τάξεις υποφέρουν από κακή διατροφή, έλλειψη καθαρού πόσιμου νερού, θέρμανσης, αποχέτευσης, στέγης και, κατά κανόνα, από ανθυγιεινές συνθήκες εργασίας. Οι παράγοντες αυτοί έχουν σαφή επίδραση στη διασπορά των λοιμωδών νοσημάτων (22).

Με την αλλαγή, όμως, του νοσολογικού φάσματος και την αύξηση της συχνότητας των χρόνιων εκφυλιστικών νοσημάτων, η ανάλυση του φαινομένου γίνεται πιο σύνθετη. Η πολυπαραγοντική αιτιολογία της σύγχρονης νοσηρότητας, και ιδίως των καρδιαγγειακών νοσημάτων και των καρκίνων, απαιτεί πιο προσεκτικές προσεγγίσεις και ερμηνείες (22).

Σύμφωνα με πρόσφατη έρευνα σε 16 ευρωπαϊκές χώρες, τα άτομα από τα χαμηλότερα κοινωνικά στρώματα δεν παρουσιάζουν μόνο μεγαλύτερη

θνησιμότητα, αλλά και χειρότερο επίπεδο υγείας απ' ό,τι τα άτομα από τα ανώτερα στρώματα. Στη δυτική Ευρώπη, ο κίνδυνος νόσησης είναι 1,5–2,5 φορές μεγαλύτερος στο χαμηλότερο (από κοινωνικοοικονομική άποψη) ήμισυ του πληθυσμού σε σύγκριση με το ανώτερο ήμισυ. Το ίδιο συμβαίνει και στην Τσεχία, την Εσθονία και την Ουγγαρία. Οι διαφορές αυτές εμφανίζονται ακόμα και σε χώρες με ιδιαίτερα ισχυρή κοινωνική πολιτική, όπως οι Σκανδιναβικές χώρες. Η Σουηδία παρουσιάζει σχετικά μεγάλες ανισότητες, όταν η κοινωνική ταξινόμηση γίνεται με βάση την εκπαίδευση ή το επάγγελμα, ενώ όταν η ταξινόμηση γίνεται με βάση το εισόδημα, οι ανισότητες είναι σχετικά μικρές. Το φαινόμενο αυτό είναι πολύ πιθανό να οφείλεται στο γεγονός ότι οι ασκούμενες κοινωνικές πολιτικές μπορεί να επιδρούν σε μία μόνο διάσταση των κοινωνικών ανισοτήτων, αφήνοντας τις άλλες ανεπηρέαστες.

Οι κοινωνικές επιδράσεις στην υγεία έχουν μελετηθεί και στη χώρα μας. Μειωμένη θνησιμότητα έχει καταγραφεί στις ανώτερες τάξεις και στα υψηλότερα εισοδήματα, ενώ αυξημένη θνησιμότητα από λοιμώδη νοσήματα σε περιοχές με χαμηλό κατά κεφαλή εισόδημα (30). Στις περιοχές αυτές ήταν αυξημένη και η παιδική θνησιμότητα. Η Θράκη, η οποία παρουσίαζε το χαμηλότερο βιοτικό επίπεδο, είχε κατά το παρελθόν και τους υψηλότερους δείκτες γενικής και βρεφικής θνησιμότητας(40).

Αναφορικά με την κατά αιτίες θνησιμότητα, η θνησιμότητα από λευχαιμία και από λέμφωμα στην Ελλάδα κατά το χρονικό διάστημα 1958–1982 ήταν μεγαλύτερη στον αγροτικό πληθυσμό απ' ό,τι στον αστικό (31). Κοινωνικές διαφορές έχουν επίσης διαπιστωθεί ως προς ορισμένες συγγενείς διαμαρτίες, την υπερλιπιδαιμία, τον πρωτοπαθή καρκίνο του ήπατος και τον καρκίνο του παγκρέατος.

Τα αποτελέσματα άλλων μελετών δείχνουν ότι στις γυναίκες υπάρχει θετική συσχέτιση του κοινωνικό-οικονομικού επιπέδου με τη συχνότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού και καρκίνου του πνεύμονα. Τα αντισώματα για τον ιό της ηπατίτιδας Α βρέθηκαν αυξημένα σε παιδιά οικογενειών με χαμηλότερο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, ενώ το 86,6% των παιδιών από οικογένειες υψηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου είχαν «καλή» στοματική

υγεία, σε σύγκριση με το 21,8% των παιδιών από οικογένειες χαμηλότερου κοινωνικοοικονομικού επιπέδου (22).

Σε ότι αφορά τη θνησιμότητα κατά επαγγελματική κατηγορία και γεωγραφική περιοχή, οι σχετικοί δείκτες αναδεικνύουν σημαντικές ανισότητες. Σε πρόσφατη μελέτη του Κέντρου Μελετών Υπηρεσιών Υγείας του Εργαστηρίου Υγιεινής και Επιδημιολογίας του Πανεπιστημίου Αθηνών, διαπιστώθηκε ότι ο αγροτικός πληθυσμός παρουσίαζε το 1992 δείκτη θνησιμότητας 740 ανά 100.000 άτομα, ενώ ο αστικός πληθυσμός 755 και ο ημιαστικός 720.

Σε ότι αφορά τους δείκτες θνησιμότητας κατά γεωγραφικό διαμέρισμα το 1996, η μεγαλύτερη θνησιμότητα διαπιστώθηκε στη Θράκη (970) και στη Μακεδονία (865) και ακολουθούσε η περιφέρεια πρωτεύουσας (800). Η διαχρονική εξέλιξη της θνησιμότητας σε κάθε γεωγραφικό διαμέρισμα, στο διάστημα 1990–1997, εμφανίζει πτωτικές τάσεις σε όλες σχεδόν τις περιφέρειες, με τις μικρότερες μειώσεις να σημειώνονται σε περιοχές με χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, όπως είναι η Θράκη.

Συμπερασματικά, πρέπει να σημειωθεί ότι, παρόλο που η υγεία του συνολικού πληθυσμού στις περισσότερες χώρες του κόσμου βελτιώνεται, ο ρυθμός βελτίωσης δεν είναι ο ίδιος για όλες τις κοινωνικές ομάδες. Το χάσμα ανάμεσα στους πλούσιους και τους φτωχούς συνεχίζει να αυξάνει. Η αντιστροφή αυτών των τάσεων αποτελεί μια από τις μεγαλύτερες προκλήσεις της εποχής μας. Δεν είναι τυχαίο, άλλωστε, ότι η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας έχει θέσει σε άμεση προτεραιότητα την επίτευξη ισονομίας και δικαιοσύνης στην υγεία (Π.Ο.Υ:1981).

1.4 Δημόσια Υγεία

Δημόσια Υγεία είναι "η επιστήμη και η τέχνη της πρόληψης της ασθένειας, της αύξησης της διάρκειας ζωής και της προαγωγής της υγείας μέσω οργανωμένων ενεργειών της κοινωνίας". Στόχος της δημόσιας υγείας είναι "η προστασία, η προαγωγή και η αποκατάσταση της υγείας του πληθυσμού. Είναι ο συνδυασμός των επιστημών, των δεξιοτήτων και των γνώσεων που κατευθύνεται στην διατήρηση και βελτίωση της υγείας όλου του πληθυσμού μέσω συλλογικών ή κοινωνικών δράσεων"

Ο υγιής πληθυσμός έχει αποφασιστική σημασία για την ευημερία των κοινωνιών μας και, συνεπώς, αποτελεί προϋπόθεση της αειφόρου ανάπτυξης. Το ασφαλές περιβάλλον και η δέουσα υγειονομική περίθαλψη αποτελούν βασικά στοιχεία της κοινωνικής και οικονομικής προόδου. Ο τρόπος με τον οποίο μία κοινωνία μεριμνά για τα πλέον ευάλωτα μέλη της αποτελεί επίσης μέτρο της δικής της υγείας και αειφορίας. Η καλή υγεία είναι σημαντική για την οικονομική και υλική ευημερία μας: τα ασθενούντα ή μη υγιή άτομα δεν μπορούν να εργάζονται και εξαρτώνται από αυτούς που εργάζονται.

Σε γενικές γραμμές, η υγεία των πολιτών ουδέποτε υπήρξε καλύτερη. Η βρεφική θνησιμότητα μειώθηκε κατακόρυφα. Τα άτομα ζουν περισσότερο χρόνια: την περίοδο 1960-1999 το μέσο προσδόκιμο ζωής αυξήθηκε κατά 8 έτη για άνδρες και γυναίκες. Παρ' όλα αυτά, τα τελευταία έτη έχουν αναφανεί νέες δυνητικές απειλές για την υγεία. Κατωτέρω περιγράφονται ορισμένα από τα σημαντικότερα προβλήματα δημόσιας υγείας που απειλούν την κοινωνική και οικονομική ανάπτυξη.



Εικόνα 1. Προβλήματα δημόσιας υγείας

1.4.1 Παράγοντες Επικινδυνότητας της Υγείας

Οι δυνητικές απειλές για την υγεία μας προέρχονται από τις ουσίες και τα προϊόντα στα οποία εκτιθέμεθα μέσω του αέρα που εισπνέουμε, του ύδατος που πίνουμε και της τροφής που τρώμε:

Τα σημαντικότερα προβλήματα υγείας και αιτίες πρόωρης θνησιμότητας, όπως οι καρκίνοι, οι καρδιαγγειακές παθήσεις και τα τροχαία ατυχήματα, σχετίζονται με τον τρόπο ζωής. Τα προβλήματα υγείας, που οφείλονται στον τρόπο ζωής, μπορούν να έχουν σημαντικές και μακρόχρονες επιπτώσεις, καθώς οι γονείς μπορεί να μεταβιβάζουν τις κακές συνήθειες στα παιδιά τους. Η παχυσαρκία είναι ένα ταχέως εξαπλούμενο πρόβλημα σε πολλές ανεπτυγμένες χώρες, ενώ χαρακτηριστικό άλλων είναι η εν γένει κακή διατροφή.

1.4.1.1 Κάπνισμα

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ. :2007) εκτιμά ότι το ένα τρίτο του παγκόσμιου ενήλικου πληθυσμού, δηλ. 1,1 δισεκατομμύρια άνθρωποι, είναι καπνιστές και ότι ο καπνός προκαλεί 3,5 εκατομμύρια θανάτους ετησίως σε παγκόσμιο επίπεδο. Ποσοστό που ισοδυναμεί με 10.000 θανάτους την ημέρα από ασθένειες που σχετίζονται με το κάπνισμα, ενώ οι οφειλόμενοι στο κάπνισμα θάνατοι είναι περισσότεροι από το άθροισμα των θανάτων από τα πυροβόλα όπλα, τα ναρκωτικά, τις αυτοκτονίες, το AIDS και τα αυτοκινητιστικά ατυχήματα. Με τον τρέχοντα ρυθμό εξέλιξης, μέχρι το τέλος της δεκαετίας του 2020, οι θάνατοι θα έχουν αυξηθεί σε περίπου 10 εκατομμύρια ετησίως.

Το κάπνισμα προκαλεί τουλάχιστον 25 απειλητικές για τη ζωή ασθένειες ή ομάδες ασθενειών και αποτελεί μείζονα παράγοντα κινδύνου σε οκτώ από τις 16 κύριες αιτίες θανάτου ανθρώπων ηλικίας μεγαλύτερης των 65 ετών. Επίσης, το άμεσο και το έμμεσο κόστος της θεραπείας των νοσημάτων που σχετίζονται με το κάπνισμα αποτελεί τεράστια επιβάρυνση για τον προϋπολογισμό της υγείας, παγκοσμίως (Π.Ο.Υ : 2007).

Η βλαπτική επίδραση του καπνίσματος οφείλεται σε ένα μεγάλο αριθμό τοξικών ουσιών που βρίσκονται στον καπνό. Ορισμένες από αυτές υπάρχουν ήδη από τη φυτική κατάσταση του καπνού, αλλά οι περισσότερες παράγονται κατά την καύση του τσιγάρου, στη ζώνη πυρόλυσης, όπου επικρατεί θερμοκρασία 950 βαθμών Κελσίου. Στον καπνό του τσιγάρου έχουν ανιχνευθεί, είτε ως αέρια είτε ως μικροσκοπικά σωματίδια, περισσότερες από 4.000 διαφορετικές ουσίες, μεταξύ των οποίων και η νικοτίνη, καθώς και περισσότερες από 250 γνωστές καρκινογόνες ουσίες. Η νικοτίνη είναι εθιστική, αλλά όχι καρκινογόνος, ενώ το κάπνισμα τσιγάρων με χαμηλότερα επίπεδα πίσσας και νικοτίνης δεν παρέχει κανένα όφελος για την υγεία.

Οι κύριες βλαπτικές επιπτώσεις του καπνίσματος εντοπίζονται στην αύξηση της συχνότητας εμφάνισης και στην αύξηση της θνησιμότητας των παρακάτω νοσημάτων:

- στεφανιαία νόσο.
- καρκίνο του πνεύμονα, του φάρυγγα, του λάρυγγα, της ουροδόχου κύστης κ.λπ.
- χρόνιες αποφρακτικές πνευμονοπάθειες.
- αγγειακές παθήσεις του εγκεφάλου,

ενώ σημαντικές είναι οι επιπτώσεις στη βρεφική θνησιμότητα και στις εμβρυϊκές επιπλοκές κατά την κύηση. Ο κίνδυνος από το κάπνισμα αυξάνει:

- Όσο μικραίνει η ηλικία έναρξης του καπνίσματος.
- Όσο αυξάνει η συνολική διάρκεια του καπνίσματος.
- Όσο αυξάνει ο μέσος αριθμός τσιγάρων που καταναλώνονται.

Ενδεικτικά αναφέρουμε ότι για ένα άτομο ηλικίας 25 ετών, η κατανάλωση ενός πακέτου τσιγάρων την ημέρα θα μειώσει το προσδόκιμο ζωής κατά 4,6 έτη, ενώ σε έναν καπνιστή 2 πακέτων την ημέρα, το προσδόκιμο επιβίωσης θα μειωθεί κατά 8,3 έτη.

Έναρξη του καπνίσματος σε ηλικία 15 ετών μειώνει κατά μέσο όρο το προσδόκιμο ζωής κατά 8 έτη, ενώ έναρξη σε ηλικία άνω των 25 ετών, επιφέρει μείωση του προσδόκιμου ζωής κατά 4 έτη (41).

1.4.1.2 . Κατάχρηση Οινοπνευματωδών Ποτών

Η κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών δεν είναι υπόθεση της σύγχρονης κοινωνίας. Είναι τόσο παλιά όσο και η κοινωνική ζωή των ανθρώπων. Στην ιστορία κάθε λαού, τη μυθολογία του, αλλά και την τέχνη του ακόμη, καταγράφεται ως μέτρο κοινωνικής εκδήλωσης και επικοινωνίας η χρήση οινοπνευματωδών ποτών. Η “πρόοδος” άρχισε να συντελείται με τις πρώτες αποστάξεις. Στους προγόνους αυτούς των σημερινών ποτών αποδόθηκαν σημαντικές ιδιότητες, όπως συμβολή στη μακροζωία, τη

σεξουαλικότητα κ.λπ. Οι ιδιότητες αυτές, που απευθύνονταν σε ευαίσθητες περιοχές της ανθρώπινης ματαιοδοξίας, εξασφάλισαν αυξημένη ζήτηση και εμπορία των αλκοολούχων ποτών, με αποτέλεσμα να εξελιχθεί η παραγωγή τους σε μια ιδιαίτερη επιστήμη και προσοδοφόρα εμπορία. Σήμερα πια, αποτελεί κοινή συνείδηση πως η κατάχρηση αλκοόλ έχει δημιουργήσει σε πολλές σύγχρονες κοινωνίες ιατρικά και κοινωνικά προβλήματα, για την αντιμετώπιση των οποίων απασχολούνται εκατομμύρια άνθρωποι, σε μια προσπάθεια, όμως, που έχει χαρακτήρα κατά κύριο λόγο “θεραπείας των ζημιών”. Αλλά και τα “κόστη” της κατάχρησης, σε όλα τα επίπεδα, παρουσιάζουν ανοδική πορεία. Σε πολλά κράτη, μάλιστα, έχουν ξεπεράσει τα όρια του συναγερμού (1).

Οφείλουμε, βέβαια, να ομολογήσουμε ότι όλες οι κοινωνίες, στη διαδρομή της ανθρώπινης ιστορίας, έδιναν μια αδυσώπητη μάχη (σήμερα αυτό το λέμε αγωγή υγείας) για να πετύχουν ένα ρήγμα στο σκληρό κέλυφος της κατάχρησης.

Η συγκέντρωση του αλκοόλ στον οργανισμό εξαρτάται από την ποσότητα, από το εάν το στομάχι είναι γεμάτο ή άδειο, από το ύψος, το βάρος, την ηλικία και το φύλο. Από τη στιγμή που ένα αλκοολούχο ποτό καταναλωθεί, απορροφάται σε πολύ μικρό χρονικό διάστημα σε σχέση με τις τροφές, για τις οποίες απαιτείται ένας εύλογος χρόνος για την απορρόφηση τους. Τα μόρια του αλκοόλ δεν υφίστανται πέψη, αλλά απορροφώνται πολύ γρήγορα. Περίπου το 20 τοις εκατό από αυτά απορροφώνται απευθείας από το στομάχι που είναι άδειο και φτάνουν μέσα σ' ένα λεπτό στον εγκέφαλο. Συνεπώς, ο άνθρωπος αισθάνεται πολύ σύντομα ευφορία μετά το ποτό, ιδιαίτερα όταν το στομάχι του είναι άδειο .

Όταν το στομάχι είναι πλήρες από τροφές, απλώς η επίδραση του αλκοόλ στον εγκέφαλο επιβραδύνεται. Οι υδατανθρακούχες τροφές επιβραδύνουν την απορρόφηση. Οι λιπαρές επιβραδύνουν και κατακρατούν το αλκοόλ για πολύ χρόνο μέσα στο στομάχι. Εδώ, αρχίζει η διαδικασία της διάσπασης του αλκοόλ με τη βοήθεια ενός ενζύμου που λέγεται “διυδρογενάση”. Η έρευνα έχει δείξει ότι στις γυναίκες παράγεται λιγότερη ποσότητα ενζύμου απ' ότι στους άνδρες κι έτσι ίσως εξηγείται γιατί οι γυναίκες μεθούν πιο γρήγορα από

τους άνδρες, παρότι μπορεί να έχουν πει λιγότερη ποσότητα αλκοόλ. Η μεγαλύτερη ποσότητα αλκοόλ, όμως, πρέπει να “καεί” από το συκώτι και το υπόλοιπο αποβάλλεται είτε με τον ιδρώτα είτε με τα ούρα.

Εάν κάποιος πίνει λίγο και όχι πολύ, συχνά οι κίνδυνοι για την υγεία είναι μικροί. Καθώς όμως η συχνότητα και η ποσότητα αυξάνονται τόσο και ο κίνδυνος μεγαλώνει. Ο αλκοολισμός συνιστά μια επικίνδυνη κατάσταση. Χαρακτηριστική είναι η εξάρτηση ενός ατόμου από το αλκοόλ, που ικανοποιείται μόνο με τη συνεχή και μεγαλύτερη κατανάλωση του. Θα μπορούσαμε να πούμε ότι αυτή η εξάρτηση είναι ανάλογη προς την εξάρτηση από ναρκωτικές ουσίες. Ωστόσο, δεν κινδυνεύουν για βλάβη στην υγεία τους μόνον οι αλκοολικοί. Εξίσου κινδυνεύουν και αυτοί που χαρακτηρίζονται “κοινωνικοί πότες”, εφόσον η καθημερινή κατανάλωση τους ξεπερνά κάποια όρια .

Πολλοί πιστεύουν ότι κατανάλωση αλκοόλ πέρα από τα όρια που προαναφέραμε είναι ένα καλό διεγερτικό. Αυτό όμως δεν είναι αληθινό. Η μεγάλη κατανάλωση περιορίζει ορισμένες λειτουργίες του εγκεφάλου κι έτσι επηρεάζονται η κρίση, ο αυτοέλεγχος και η αυτοκυριαρχία του ατόμου.

Οι άμεσες, αλλά και οι μακροπρόθεσμες βλάβες της υγείας από το αλκοόλ είναι οι εξής:

- Αφυδάτωση
- Στομαχικές διαταραχές (γαστρίτιδες, έλκη)
- Υπέρταση
- Ψυχικές διαταραχές
- Υποσιτισμός
- Σεξουαλικές δυσκολίες
- Εγκεφαλικές βλάβες
- Νοσήματα των μυών
- Προβλήματα του νευρικού συστήματος
- Ηπατίτιδα, κίρρωση ήπατος
- Καρκίνος στόματος, λάρυγγα, οισοφάγου
- Επιπλοκές στους διαβητικούς

- Προβλήματα στο έμβρυο στις εγκυμονούσες
- Επιβάρυνση του βρέφους μέσα από το θηλασμό.

1.4.1.3 Ατμοσφαιρική Ρύπανση

Η ρύπανση του περιβάλλοντος απειλεί όσο ποτέ άλλοτε την υγεία μας. Η μόλυνση του αέρα που καθημερινά αναπνέουμε, αυξάνεται συνεχώς. Υπολογίζεται ότι η ατμοσφαιρική ρύπανση είναι η αιτία 24.000 χιλιάδων πρόωρων θανάτων στο Ηνωμένο Βασίλειο κάθε χρόνο. Επίσης για κάθε 10 θανάτους λόγω καρκίνου του πνεύμονα, ο ένας οφείλεται στη ρύπανση του περιβαλλοντικού αέρα.

Η ατμοσφαιρική ρύπανση λόγω των εξατμίσεων των αυτοκινήτων, σύμφωνα με στοιχεία του 2000, είναι υπεύθυνη για το 6% του συνόλου των θανάτων ετησίως στη Γαλλία, Αυστρία και Ελβετία (32).

Οι τοξικές ουσίες που απελευθερώνονται από τις εξατμίσεις αυτοκινήτων ευθύνονται για τουλάχιστο 500.000 κρίσεις άσθματος και για περισσότερες από 25.000 νέες περιπτώσεις χρόνιας βρογχίτιδας κάθε χρόνο στις εν λόγω χώρες. Υπάρχουν σοβαρές ανησυχίες ότι η απειλή στην υγεία των ανθρώπων από την ατμοσφαιρική ρύπανση των πόλεων είναι μεγαλύτερη από τον κίνδυνο του καπνίσματος.

Οι κυριότερες τοξικές ουσίες που μολύνουν τον ατμοσφαιρικό αέρα και απειλούν την ανθρώπινη ζωή περιλαμβάνουν το μονοξείδιο του άνθρακα, το μόλυβδο, το βενζένιο, το διοξείδιο του αζώτου και μικρά αιωρούμενα σωματίδια που μπορούν να εισέρχονται στους πνεύμονες. Δυστυχώς όλο και περισσότερα στοιχεία έρχονται στην επιφάνεια που δείχνουν τις βλάβες που προκαλούνται στην υγεία μας από τις τοξικές ουσίες που μολύνουν τον αέρα της ατμόσφαιρας. Μάλιστα φαίνεται ότι οι αρνητικές επιπτώσεις του μολυσμένου αέρα είναι πολύ σοβαρές όχι μόνο στους ενήλικες αλλά και στα παιδιά. Ακόμη χειρότερα η επίδραση των τοξικών ουσιών επηρεάζει

προκαλώντας σοβαρές παθήσεις στα παιδιά πριν ακόμη γεννηθούν, δηλαδή οι βλάβες δημιουργούνται από το εμβρυϊκό στάδιο (33).

1.4.1.4 Ηχορύπανση

Η ηχορύπανση και οι επιπτώσεις του αστικού θορύβου αρχίζουν να γίνονται γνωστές στο ευρύ κοινό τα τελευταία χρόνια, την ίδια στιγμή που οι προτεραιότητες της πολιτείας και των επιστημόνων έχουν στραφεί σε δεκάδες άλλα προβλήματα των πόλεων.

Τα πρωτεία του θορύβου ανήκουν στο βουητό της κυκλοφορίας των οχημάτων και ακολουθούν σιδηρόδρομοι, αεροδρόμια, βιοτεχνικές/βιομηχανικές μονάδες και κέντρα διασκέδασης. Λιγότερο σημαντικές, αλλά εξίσου ενοχλητικές πηγές είναι τα αθλητικά κέντρα, οι οικοδομές, οι οικιακές συσκευές κ.λπ. Οι μεγάλες πόλεις, όμως, υποφέρουν και από την κυκλοφορία των δικύκλων, τα οποία αυξάνονται με έντονους ρυθμούς (34).

Η έκθεση στο θόρυβο όχι μόνο υποβαθμίζει την ποιότητα ζωής, αλλά συνεπάγεται και κινδύνους για την υγεία. Προκαλεί ακουστικές βλάβες (παροδικές ή και μόνιμες), διαταραχές ύπνου, κόπωση και στρες, μας κάνει ευερέθιστους και νευρικούς, δυσκολεύει τη συγκέντρωση και την επικοινωνία μας, μειώνει την παραγωγικότητά μας. Ο θόρυβος δεν σκοτώνει άμεσα, όμως ενεργοποιεί τους μηχανισμούς άγχους στον ανθρώπινο οργανισμό, συμβάλλοντας στην αύξηση των καρδιαγγειακών και εγκεφαλικών περιστατικών και των παθολογικών διαταραχών (34).

Σύμφωνα με έρευνα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας χιλιάδες άτομα σε όλο τον κόσμο πεθαίνουν πρόωρα από καρδιακές παθήσεις εξαιτίας της έκθεσης στο συνεχή θόρυβο της οδικής κυκλοφορίας. Επίσης, η ηχορύπανση μπορεί να επηρεάσει τη μαθησιακή ικανότητα των παιδιών. Ακόμα κι όταν η στάθμη του θορύβου δεν είναι ιδιαίτερα υψηλή, το άγχος και η πίεση που δημιουργούνται έχουν σημαντικό αντίκτυπο στην ανθρώπινη ψυχολογία. Όσοι αισθάνονται ανήμποροι να αντιδράσουν σε μια εξωτερική πηγή θορύβου

μπορεί να αναπτύξουν βίαιη και επιθετική συμπεριφορά ή να παρουσιάσουν συμπτώματα κατάθλιψης.

1.4.1.5 Χημικές Ουσίες

Οι χημικές ουσίες (ιδίως υπό μορφή φαρμακευτικών παρασκευασμάτων) έχουν σημαντική θετική συνεισφορά στη δημόσια υγεία, αλλά υπάρχει ευρέως διαδεδομένη χρήση χημικών των οποίων οι ιδιότητες και οι κίνδυνοι δεν έχουν καταστεί επαρκώς αντιληπτοί. Υπάρχουν κενά στις γνώσεις μας σχετικά με την τοξικότητα ή άλλα χαρακτηριστικά των δεκάδων χιλιάδων χημικών ουσιών που χρησιμοποιούνται σήμερα στην Ευρώπη. Καίτοι πολλά από αυτά είναι σίγουρα αβλαβή, πρόσφατες μελέτες που συνδέουν το χλώριο που περιέχεται στις κλειστές πισίνες με το άσθμα απεικονίζουν το φάσμα της άγνοιας μας σχετικά με τις επιπτώσεις των χημικών ουσιών.

Η αυξανόμενη συχνότητα εμφάνισης αλλεργιών, που προσβάλλουν σήμερα ένα στους τρεις Ευρωπαίους, συνδέθηκε επίσης με την έκθεση σε τοξικές χημικές ουσίες, καίτοι κι άλλοι παράγοντες είναι σημαντικοί. Οι επιπτώσεις των αλλεργιών υπερβαίνουν τον άμεσο αντίκτυπο τους στην υγεία: αποτελούν τη βασική αιτία απουσιών από το σχολείο και, τοιουτοτρόπως, μπορούν να οδηγήσουν σε χαμηλά επίπεδα γνώσεων.

1.4.1.6 Παχυσαρκία

Η παχυσαρκία τείνει να εξελιχθεί σε ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα του δυτικού κόσμου. Η εξάπλωση της παχυσαρκίας δεν εξαρτάται μόνο από την ποσότητα της τροφής που καταναλώνουμε, άλλα κυρίως από την ποιότητα και τον τρόπο ζωής μας. Η αφθονία αγαθών, ο υπερκαταναλωτισμός και η καθιστική ζωή, σε συνδυασμό με το άγχος και τις ευκολίες στη διαβίωση που προσφέρει η τεχνολογία, αυξάνουν τον αριθμό των παχύσαρκων ατόμων. Σύμφωνα μάλιστα με τις μετρήσεις της

Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (ΠΟΥ), τα τελευταία 15 χρόνια διπλασιάστηκε ο αριθμός των παιδιών που χαρακτηρίζονται παχύσαρκα στις ΗΠΑ, ενώ το ποσοστό των παχύσαρκων ενηλίκων στην ίδια χώρα αυξήθηκε κατά 30% (35).

Περισσότεροι από 300 εκατομμύρια άνθρωποι σε όλον τον κόσμο χαρακτηρίζονται παχύσαρκοι, ενώ υπολογίζεται ότι τέσσερις στους δέκα υπερβαίνουν σήμερα το φυσιολογικό επιθυμητό βάρος κατά 14 κιλά. Το πλέον ανησυχητικό, πάντως, είναι ότι, σύμφωνα με στατιστικά στοιχεία σχετικά με την παιδική παχυσαρκία, το έτος 2030 το 100% των παιδιών στις ΗΠΑ θα είναι παχύσαρκα.

Η παχυσαρκία συνδέεται με μια σειρά ασθενειών, όπως η υπέρταση, ο διαβήτης, η δυσλιπιδαιμία, οι καρδιακές παθήσεις, τα εγκεφαλικά, οι παθήσεις του ήπατος και του παγκρέατος, η οστεοαρθρίτιδα, η υπνική άπνοια και η κατάθλιψη. Σύμφωνα, μάλιστα, με πρόσφατες μελέτες, αρκετοί γιατροί σχετίζουν την εμφάνιση της παχυσαρκίας και με τον καρκίνο του μαστού, του ενδομητρίου, του προστάτη και του παχέος εντέρου. Ωστόσο, η παθογένεια της νόσου εξακολουθεί να είναι άγνωστη. Πιθανές αιτίες που ενοχοποιούνται είναι η κληρονομικότητα και οι ψυχολογικοί παράγοντες, αλλά και καθαροί οργανικοί παράγοντες (35).

Πρόσφατες μελέτες έδειξαν ότι κάποιοι ιοί, οι οποίοι εντοπίστηκαν αρχικά στα πουλερικά σχετίζονται με τη διαταραχή της όρεξης. Οι ιοί αυτοί βρέθηκαν περισσότερο σε παχύσαρκα άτομα από ό,τι σε αδύνατα και φάνηκε ότι προκαλούν παχυσαρκία στα πειραματόζωα, όταν οι ερευνητές τα μόλυναν τεχνητά με αυτούς. Σύμφωνα με τον Αμερικανό καθηγητή του Πανεπιστημίου Κορνέλ, οι ιοί μεταδίδονται πολύ εύκολα, όπως ένα απλό κρουολόγημα. Βέβαια, όπως εξήγησε, με αυτήν τη λογική όλοι οι άνθρωποι θα ήταν παχύσαρκοι. Οι έρευνες επικεντρώνονται τώρα στην επίδραση των συγκεκριμένων ιών σε ζώα, ενώ η έρευνα στους ανθρώπους βρίσκεται ακόμη σε αρχικό στάδιο. Από την άλλη πλευρά, υπάρχει και το "σύνδρομο του ψυγείου", καθώς πολλοί άνθρωποι δεν παχαίνουν εξαιτίας των ιών, αλλά επειδή, στην προσπάθειά τους να χαλαρώσουν από μια αγχώδη μέρα ή να διώξουν την αϋπνία, καταφεύγουν στο ψυγείο και τρώνε ότι υπάρχει. Η πράξη

αυτή οφείλεται κυρίως σε ψυχολογικά αίτια και όχι σε γονίδια. Παρ' ότι, μάλιστα, το 70% των υπέρβαρων παιδιών έχουν τουλάχιστον ένα γονέα παχύσαρκο, τα γονίδια δεν είναι ικανά από μόνα τους να επηρεάσουν το βάρος από την παιδική ηλικία. Η κούραση, το άγχος και η κακή διάθεση μας οδηγούν, τελικά, πιο συχνά στο τραπέζι από ότι η πείνα, λένε οι ειδικοί (35).

1.4.1.7 Μεταδοτικές Ασθένειες

Οι μεταδοτικές ασθένειες αποτελούν μια συνεχόμενη και αυξανόμενη απειλή για την ανθρωπότητα. Παρά την πρόοδο που έχει επιτευχθεί κατά τα τελευταία 70 χρόνια με την ανάπτυξη νέων αντιβιοτικών και την βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης εντούτοις η επίδραση των λοιμώξεων στον άνθρωπο είναι τεράστια (36).

Αυτό δεν ισχύει μόνο για τις φτωχές χώρες του πλανήτη μας όπου η φτώχεια, η έλλειψη φαρμάκων, η κακή διατροφή και οι άσχημες συνθήκες διαβίωσης ευνοούν την ανάπτυξη σοβαρών λοιμώξεων που ταλανίζουν τους πληθυσμούς.

Ακόμα και σε ανεπτυγμένες χώρες το πρόβλημα παραμένει σοβαρότατο και δύσκολο να επιλυθεί. Οι μικροοργανισμοί και τα βακτηρίδια αναπτύσσουν νέα στελέχη, δημιουργούν μηχανισμούς αντίστασης στα αντιβιοτικά με αποτέλεσμα οι μέχρι τώρα θεραπείες να είναι ανεπαρκείς (36).

Μεταδοτικές ασθένειες υπάρχουν πολλές, ειδικό ενδιαφέρον όμως έχουν οι παρακάτω:

- **Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας (AIDS)**

Η νόσος προκαλείται από έναν ιό (HIV) που προσβάλλει το ανοσολογικό σύστημα του οργανισμού. Οι γνωστοί τρόποι μετάδοσης είναι το αίμα, τα προϊόντα αίματος, τρύπημα από μολυσμένη βελόνα και η σεξουαλική επαφή. Μέχρι σήμερα δεν έχει βρεθεί εμβόλιο η αποτελεσματική θεραπευτική

προσέγγιση για την αντιμετώπιση της νόσου. Στη χώρα μας οι πάσχοντες και αριθμός φορέων του ιού είναι σε αυξανούσα μορφή.

- **Ηπατίτιδα**

Η ηπατίτιδα είναι μια ασθένεια που προκαλεί φλεγμονή του ήπατος. Τα σημαντικότερα αίτια που προκαλούν ηπατίτιδα είναι οι ιοί ηπατίτιδας Α, Β, C, D και Ε. Οι γνωστοί τρόποι μετάδοσης των ιών είναι το αίμα ή παράγοντα του αίματος, τρύπημα από μολυσμένη βελόνα, μετάγγιση αίματος ή σεξουαλική επαφή. Ο ιός της ηπατίτιδας αποβάλλεται επίσης με τα κόπρανα των παθόντων και μπορεί να επιζήσει σε αποξηραμένο αίμα 6-7 μέρες. Η ηπατίτιδα Β είναι η αιτία θανάτου σε περισσότερους από 200 διασώστες κάθε χρόνο στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής – περισσότερο από κάθε άλλη μεταδοτική ασθένεια.

- **Φυματίωση**

Η φυματίωση είναι μια μολυσματική και πολύ μεταδοτική ασθένεια των πνευμόνων και μπορεί να αποβεί θανατηφόρα. Αντίθετα με τις παραπάνω, η φυματίωση μπορεί να μεταδοθεί δια μέσου του αέρα. Από τη δεκαετία του '80 θεωρείτο ότι η ασθένεια αυτή είχε εξαλείψει από τον πλανήτη αλλά επανέρχεται στην «ενεργό δράση της» σταθερά αλλά και με νέα ένταση η οποία δεν αντιδρά σε φάρμακα που συνηθίζονταν να χορηγούνται για την εξάντληση της. Είναι ίσως σοφό να υποθέσει ο διασώστης ότι ο ασθενής που βήχει έντονα ίσως έχει προσβληθεί από φυματίωση και να παίρνει τα κατάλληλα μέτρα προστασίας.

- **Τέτανος**

Ο τέτανος είναι μια βαριά λοιμώδης ασθένεια που προκαλεί μυϊκούς σπασμούς και πολύ συχνά θάνατο. Το μικρόβιο του τετάνου είναι ένα μικρόβιο αναερόβιο (δεν ζει στον αέρα ή στο οξυγόνο) αλλά επιβιώνει σε υψηλές θερμοκρασίες ακόμη και σε ξηρασίες, στο χώμα, στη σκόνη, στα

κόπρωνα των ζώων, κλπ. Το μικρόβιο αυτό μπορεί να μπει στον ανθρώπινο οργανισμό από ένα τραύμα ή έγκαυμα που έχει καταστρέψει την επιδερμίδα. Έχοντας σαν σπίτι του πλέον το ανθρώπινο σώμα πολλαπλασιάζεται σε κατάλληλες συνθήκες (έλλειψη O_2) παράγοντας μια τοξική ουσία, την τοξίνη, η οποία προσβάλλει το ανθρώπινο νευρικό σύστημα. Συσπάσεις και σπασμοί των μυών (κυρίως των μασητήρων, της πλάτης, της κοιλιακής χώρας και των αυχενικών) είναι τα κυριότερα συμπτώματα του τέτανου. Σε προχωρημένα στάδια οι «σπαστικές» αυτές κρίσεις επεκτείνονται στους αναπνευστικούς μυς με συνέπεια το πιθανό θάνατο. Επιπρόσθετα παρουσιάζεται πυρετός και αυξημένη εφίδρωση ενώ ο ασθενής έχει ακέραιες τις διανοητικές του λειτουργίες. Με πολύ δύσκολη θεραπευτική αγωγή (αναπνευστικό) η ασθένεια αυτή έχει δείκτη θνησιμότητας 30-50%.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 : ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

2.1 Υλικά

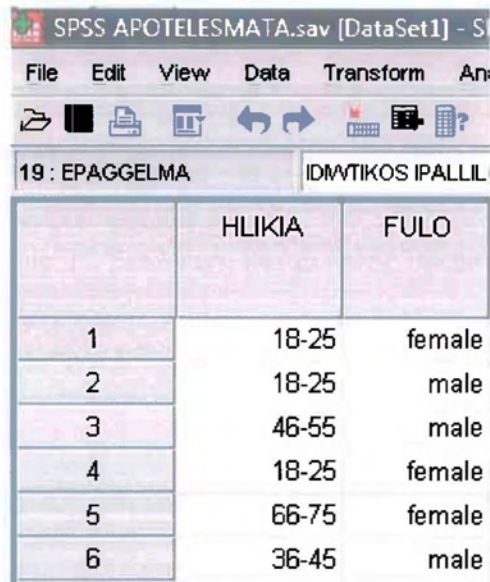
Το πρόγραμμα που χρησιμοποιήσαμε για την ανάλυση των δεδομένων που πήραμε από τον πληθυσμό είναι το SPSS. Το SPSS αναλαμβάνει να κάνει όλες τις περίπλοκες πράξεις, να χρησιμοποιήσει όλους τους εξαιρετικά πολύπλοκους αλγόριθμους και να δώσει τα αριθμητικά αποτελέσματα σύντομα και αλάνθαστα. Δεν μπορεί όμως ούτε να αποφασίσει για το είδος των αναλύσεων που πρέπει να κάνει ο ερευνητής κάθε φορά ούτε και να συμμετέχει στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων ή τη λήψη αποφάσεων. Αυτό είναι αποκλειστικό προνόμιο των ερευνητών (37).

Το SPSS είναι ένα πολύπλοκο στατιστικό πρόγραμμα από οποιαδήποτε άποψη κι αν το κοιτάξει κανείς. Παρά το μέγεθος και την πολυπλοκότητα, όμως, η SPSS έχει καταφέρει να δημιουργήσει ένα πρόγραμμα που δεν είναι μόνο ισχυρό αλλά και πολύ φιλικό προς το χρήστη. Δημιουργώντας την έκδοση για τα Windows, η SPSS έχει κάνει για την ανάλυση δεδομένων ότι ο Bill Gates για τους υπολογιστές: την έκανε διαθέσιμη στις μάζες. Το SPSS μπορεί να κάνει οποιοδήποτε είδος στατιστικής ανάλυσης που έχει ποτέ χρησιμοποιηθεί στις κοινωνικές επιστήμες, στον επιχειρηματικό κόσμο και σε άλλα επιστημονικά πεδία χωρίς σημαντική προσπάθεια από τη πλευρά του χρήστη (37).

2.1.1. Εισαγωγή Δεδομένων

Για να εισάγουμε δεδομένα στην εφαρμογή, απλώς κάνουμε κλικ με το αριστερό πλήκτρο του ποντικιού στο πάνω αριστερά κελί του φύλλου δεδομένων. Αρχίζουμε να πληκτρολογούμε τα δεδομένα όπως φαίνεται στο Σχήμα 2.1. Συνήθως τα δεδομένα εισάγονται οριζοντίως. Οι γραμμές του

πίνακα αντιστοιχούν σε περιπτώσεις (συμμετέχοντες) και οι στήλες σε μεταβλητές. Έτσι, η συνήθης λογική είναι να εισάγουμε τα δεδομένα ενός συμμετέχοντα για όλες τις μεταβλητές.

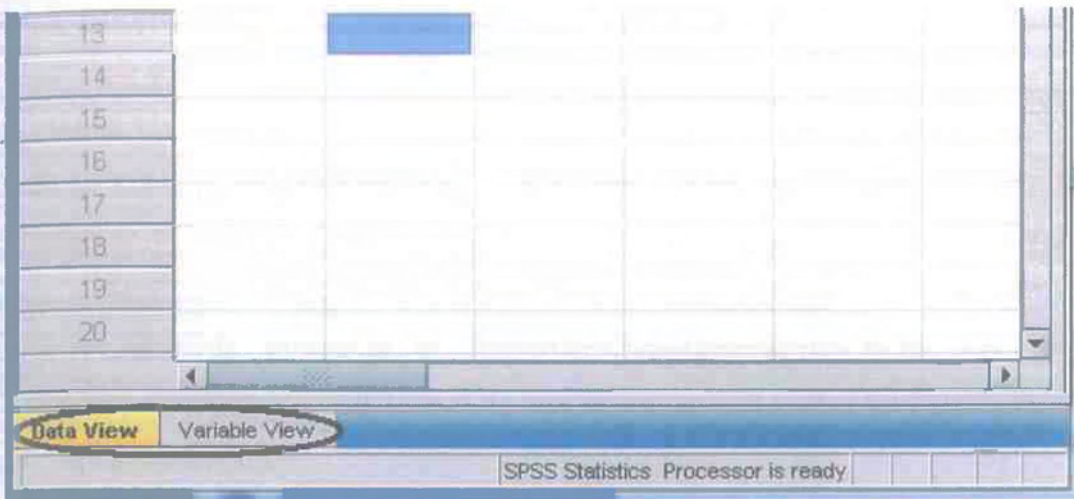


The screenshot shows the SPSS interface with a data table. The table has two columns: ΗΛΙΚΙΑ (Age) and ΦΥΛΟ (Gender). The data is as follows:

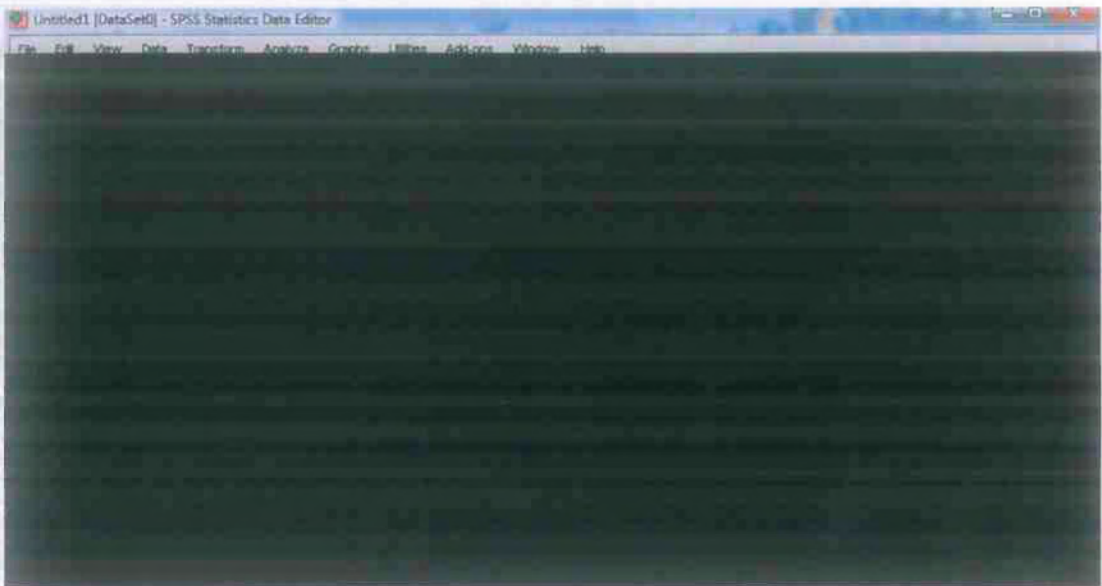
	ΗΛΙΚΙΑ	ΦΥΛΟ
1	18-25	female
2	18-25	male
3	46-55	male
4	18-25	female
5	66-75	female
6	36-45	male

Σχήμα 2.1 Εισαγωγή δεδομένων

Εάν πληκτρολογήσουμε δεδομένα για πρώτη φορά, τότε τα ονόματα των μεταβλητών θα δημιουργηθούν αυτόματα (π.χ., var00001, var00002 κ.ο.κ.). Προφανώς, δεν είναι πολύ βοηθητικά τα ονόματα αυτά. Προκειμένου να αλλάξουμε τα ονόματα αυτά (όπως ήδη φαίνεται στο σχήμα 2.1), θα πρέπει να μεταβούμε από την κατάσταση προβολής **[Data View]** στην κατάσταση προβολής **[Variable View]** (Σχήμα 2.2).



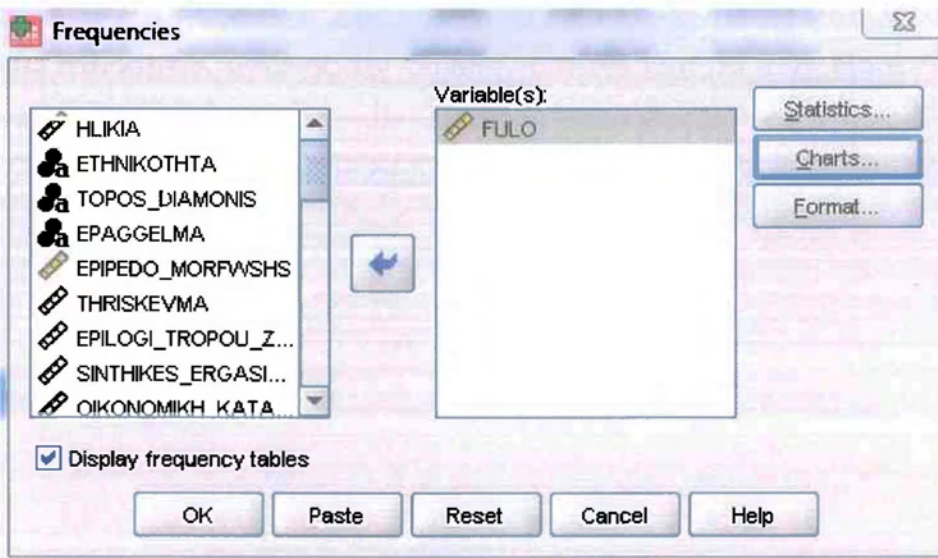
Σχήμα 2.2 Εναλλαγή κατάστασης προβολής



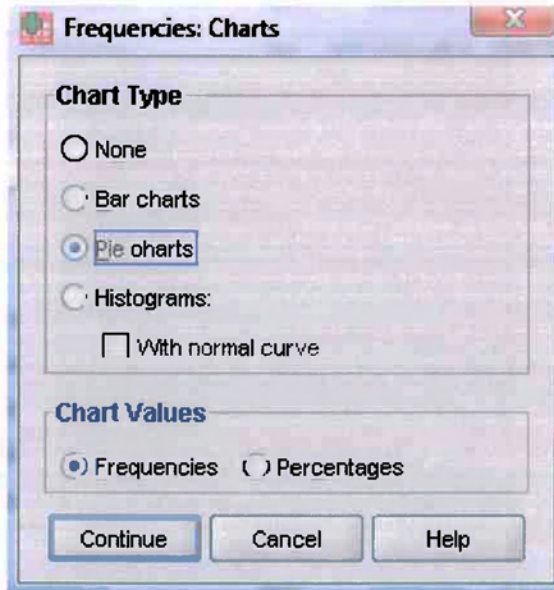
2.1.2 Επιλογή Στατιστικής Ανάλυσης ή Γραφήματος

Μετά την εισαγωγή των δεδομένων στον Data Editor, το επόμενο βήμα είναι η επιλογή της Στατιστικής ανάλυσης ή του γραφήματος που μας ενδιαφέρει. Για την συγκεκριμένη έρευνα η στατιστική ανάλυση που επιλέξαμε είναι η **Analyze/DescriptiveStatistics/Frequencies**. Με αυτή την διαδικασία λαμβάνουμε έναν πίνακα με τις συχνότητες εμφάνισης των διαφόρων τιμών μιας ή περισσότερων μεταβλητών. Η διαδικασία αυτή μπορεί να επίσης δώσει και τιμές διαφόρων στατιστικών συναρτήσεων καθώς και γραφήματα (ιστόγραμμα, ραβδόγραμμα, κυκλικό διάγραμμα κ.α.) (Frequency counts, percentages, cumulative percentages, mean, median, mode, sum, standard deviation, variance, range, minimum and maximum values, standard error of the mean, skewness and kurtosis (both with standard errors), quartiles, user-specified percentiles, bar charts, pie charts, and histograms).

Για παράδειγμά μπορούμε να επιλέξουμε μια μεταβλητή (π.χ. φύλο) και σε ένα γράφημα πίτας να μελετήσουμε το αποτέλεσμα (Σχήμα 2.4, Σχήμα 2.5).

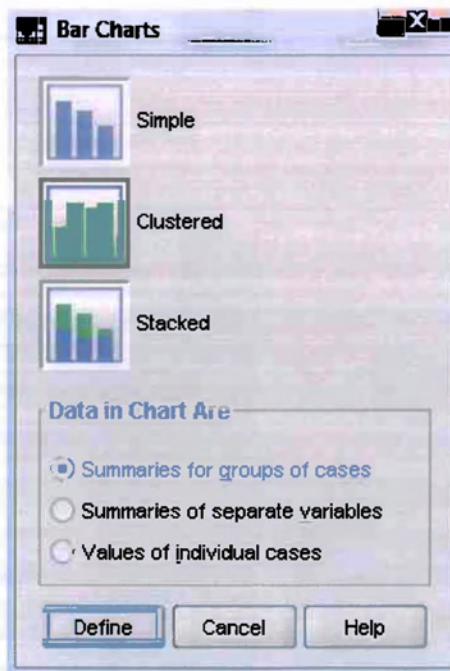


Σχήμα 2.4 Επιλογή της μεταβλητής Φύλο

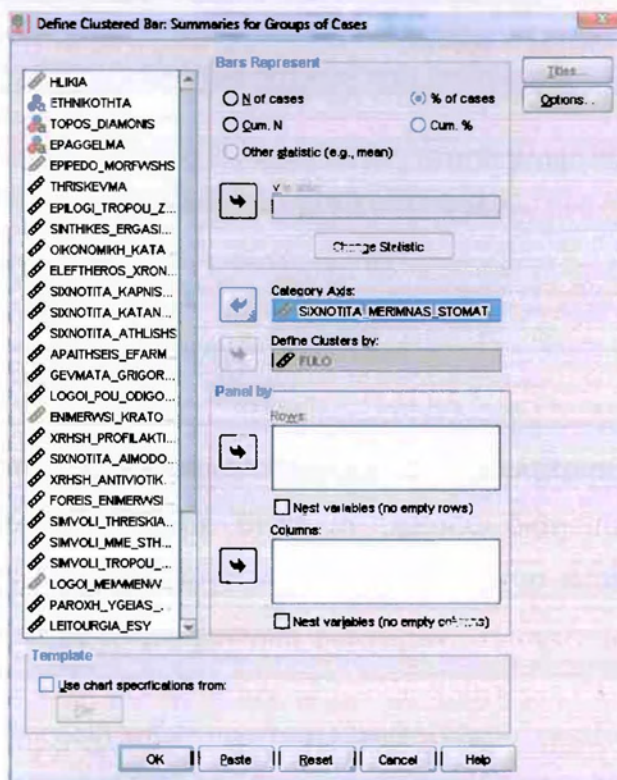


Σχήμα 2.5 Επιλογή του γραφήματος πίτα

Χρησιμοποιώντας το SPSS μπορούμε να παράγουμε πολλών ειδών γραφήματα. Για την έρευνα μας κάναμε χρήση της διαδικασίας **Bar/Clustered/Summaries for groups**. Στη διαδικασία αυτή τα αποτελέσματα χωρίζονται σε Clusters. Κάθε μπάρα του ραβδογράμματος αντιπροσωπεύει τη συχνότητα εμφάνισης κάθε τιμής μιας μεταβλητής που έχουμε επιλέξει ανά Cluster. Παρακάτω δίνεται ένα παράδειγμα με μεταβλητή την συχνότητα μέριμνας στοματικής υγιεινής και Cluster το φύλο (Σχήμα 2.6). Πατώντας την επιλογή Define προκύπτει το παράθυρο του Σχήματος 2.7. όπου μας δίνεται η δυνατότητα να κάνουμε συνδυασμό περισσότερων από μία μεταβλητών.

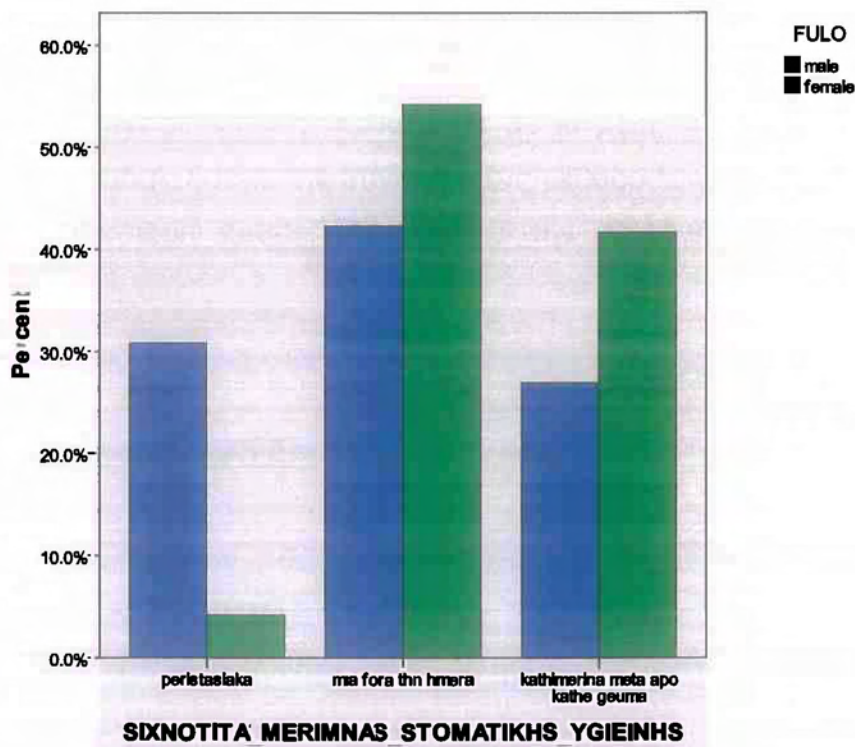


Σχήμα 2.6 Bar/Clustered/Summaries for groups



Σχήμα 2.7 Συνδυασμός δύο μεταβλητών

Συνδυάζοντας τη μεταβλητή συχνότητα μέριμνας της στοματικής υγιεινής με τη μεταβλητή φύλο όπως φαίνεται στο Σχήμα 2.7 και πατώντας OK προκύπτει το ραβδόγραμμα του Σχήματος 2.8.



Σχήμα 2.8 Ποσοστά δείγματος ως προς τη συχνότητα μέριμνας της στοματικής υγιεινής σε σχέση με το φύλο

2.2. Μεθοδολογία Έρευνας

Η μέθοδος που θα χρησιμοποιήσουμε στη συγκεκριμένη έρευνα είναι η ποσοτική μέθοδος. Επιλέξαμε αυτή τη μέθοδο διότι το ερωτηματολόγιο παρέχει τη δυνατότητα να συγκεντρωθούν δεδομένα από σχετικά μεγάλες ομάδες πληθυσμού σε μικρό χρονικό διάστημα. Η ποσοτική έρευνα έχει ως στόχο τον έλεγχο των μεταβλητών (39). Οι πληροφορίες που συλλέγονται από τα ερωτηματολόγια ποσοτικοποιούνται ώστε να εξάγουμε συμπεράσματα. Επιπροσθέτως, για να λάβουμε όσο το δυνατόν πιο ειλικρινείς απαντήσεις από την ομάδα του πληθυσμού που ερωτήθηκε διατηρούμε την ανωνυμία τους.

2.2.1 Δείγμα

Ο πληθυσμός στον οποίο απευθύνεται η παρούσα έρευνα ήταν σε άνδρες και γυναίκες όλων των ηλικιών, με διαφορετικό επίπεδο μόρφωσης, με προβλήματα υγείας και μη, καθώς και σε ιατρούς. Η δειγματοληψία ήταν τυχαία. Χρησιμοποιήσαμε την συγκεκριμένη μέθοδο δειγματοληψίας γιατί είναι αποτελεσματικότερη καθώς εξασφαλίζει την επιλογή αντιπροσωπευτικού δείγματος.

2.2.2 Δομή και Μορφή Ερωτηματολογίων

Χρησιμοποιήθηκαν δύο ερωτηματολόγια για την συλλογή των αποτελεσμάτων που θέλαμε να λάβουμε. Το πρώτο ερωτηματολόγιο περιείχε 22 ερωτήσεις και απευθυνόταν στον πληθυσμό. Τα άτομα που ερωτήθηκαν είχαν την ευκαιρία να εκφράσουν τη γνώμη τους για θέματα που αφορούν την υγεία και τον τρόπο ζωής τους, και την άποψη τους για το υφιστάμενο σύστημα υγείας στην Ελλάδα. Το δεύτερο ερωτηματολόγιο περιείχε 25 ερωτήσεις και απευθυνόταν σε ιατρούς. Οι ιατροί απάντησαν σε ερωτήσεις που αφορούν τη γνώμη τους για το σύστημα υγείας στο οποίο εργάζονται καθώς και για τις σχέσεις επικοινωνίας με τους ασθενείς τους. Τα ερωτηματολόγια περιείχαν ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής και στην αρχή του καθενός προστέθηκαν επτά ερωτήσεις ταυτότητας.

2.2.3 Διαδικασία Συλλογής Δεδομένων

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε τον Ιούνιο του 2009. Τα ερωτηματολόγια δόθηκαν προσωπικά από τον ερευνητή σε συνολικά 50 άτομα και σε 15 ιατρούς από το Γενικό Νοσοκομείο Λαμίας. Η επιλογή της προσωπικής επαφής έγινε για να μπορούν να δίνονται διευκρινίσεις σε τυχόν απορίες αλλά και για να διασφαλιστεί ότι δεν θα υπάρξουν ασυμπλήρωτα ερωτηματολόγια.

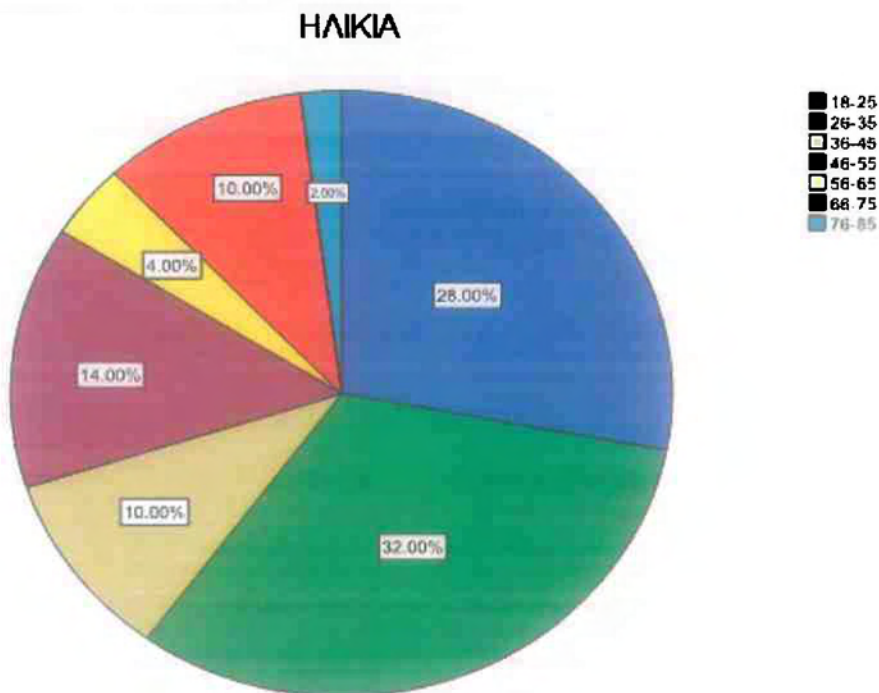
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΑΝΑΛΥΣΗ ΚΑΙ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Στόχος της παρούσας έρευνας είναι η εξαγωγή συμπερασμάτων όσον αφορά τις αντιλήψεις του πληθυσμού αλλά και των ιατρών σε θέματα που αφορούν την υγεία, τον τρόπο ζωής και την γενικότερη λειτουργία του υφιστάμενου συστήματος υγείας στην Ελλάδα. Επίσης, στόχος μας είναι να ερευνήσουμε τυχόν σχέσεις των ερωτήσεων ταυτότητας (φύλο, ηλικία, επίπεδο μόρφωσης) με άλλες μεταβλητές (πχ. επιλογή τρόπου ζωής, συνθήκες εργασίας κλπ.)

3.1 Ανάλυση και Επεξεργασία Ερωτήσεων Ταυτότητας

Για τις ανάγκες της έρευνας συλλέχθηκαν δημογραφικά στοιχεία που αφορούσαν την ηλικία, το φύλο, το επίπεδο μόρφωσης, το θρήσκευμα.

3.1.1 Κατανομή του Δείγματος ως προς την Ηλικία



Γράφημα 1 ποσοστά ηλικίας ερωτηθέντων

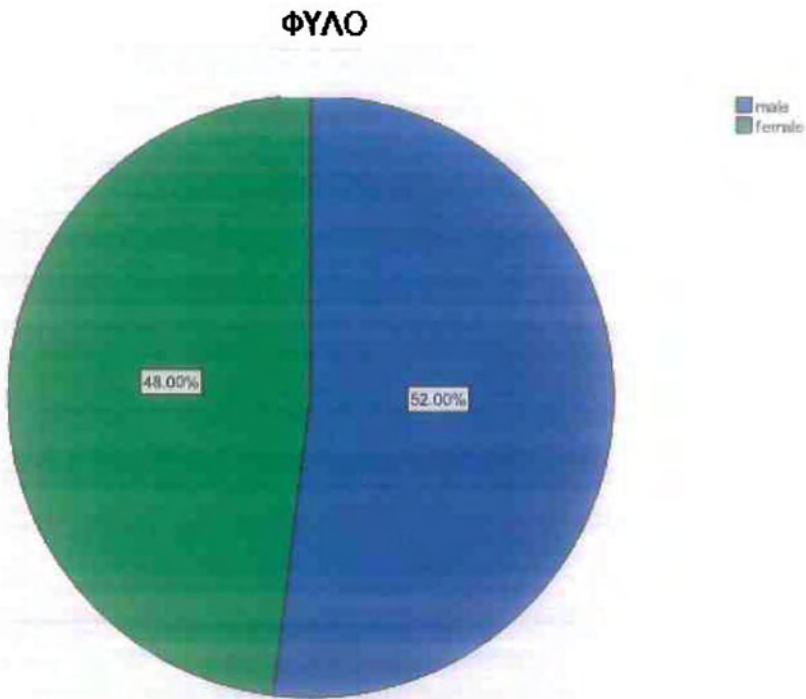
ΗΛΙΚΙΑ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 18-25	14	28.0	28.0	28.0
26-35	16	32.0	32.0	60.0
36-45	5	10.0	10.0	70.0
46-55	7	14.0	14.0	84.0
56-65	2	4.0	4.0	88.0
66-75	5	10.0	10.0	98.0
76-85	1	2.0	2.0	100.0
Total	50	100.0	100.0	

Πίνακας 1. Ποσοστά ηλικίας ερωτηθέντων

Στο παραπάνω γράφημα παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων είναι ηλικίας 26-35 ετών (32%) ενώ το μικρότερο ποσοστό είναι ηλικίας 76-85 ετών (2%)

3.1.2 Κατανομή του Δείγματος ως προς το Φύλο



Γράφημα 2 Ποσοστά ερωτηθέντων ανάλογα με το φύλο

ΦΥΛΟ

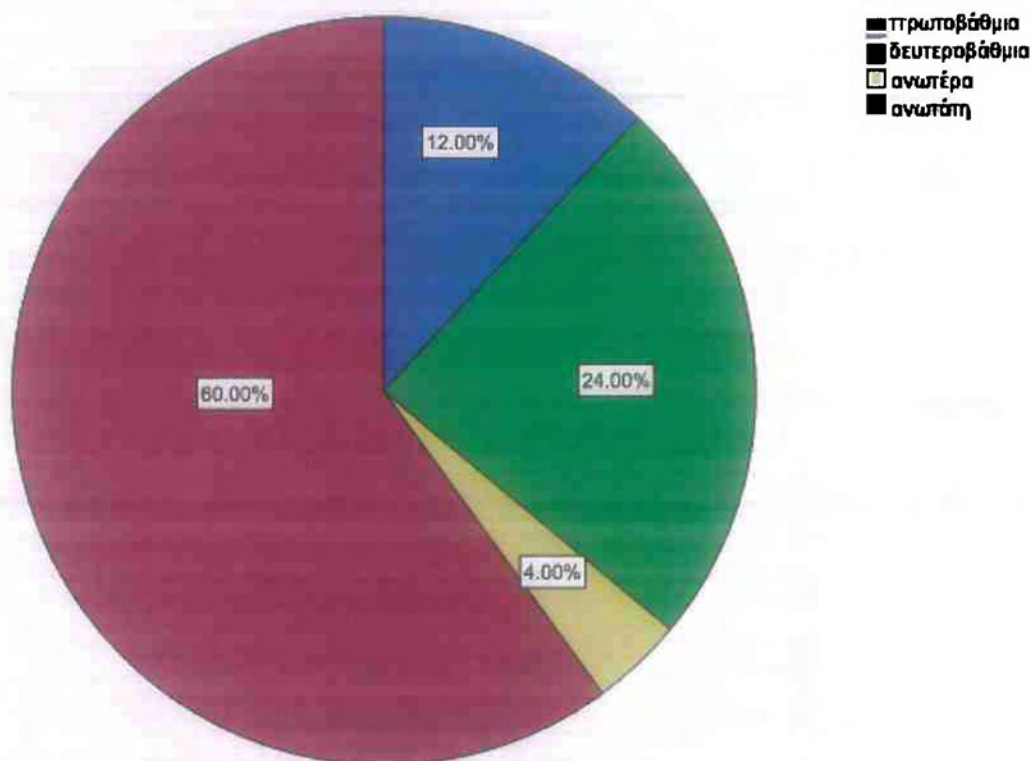
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Άντρας	26	52.0	52.0	52.0
Γυναίκα	24	48.0	48.0	100.0
Total	50	100.0	100.0	

Πίνακας 2 Ποσοστά ερωτηθέντων ανάλογα με το φύλο

Στο παραπάνω γράφημα παρατηρούμε ότι το ποσοστό αντρών και γυναικών που απάντησαν είναι σχεδόν ίδιο με μια μικρή διαφορά της τάξεως του 4% υπέρ των ανδρών.

3.1.3 Κατανομή του Δείγματος ως προς το Επίπεδο Μόρφωσης

ΕΠΙΠΕΔΟ ΜΟΡΦΩΣΗΣ



Γράφημα 3. Ποσοστά επιπέδου μόρφωσης ερωτηθέντων

ΕΠΙΠΕΔΟ ΜΟΡΦΩΣΗΣ

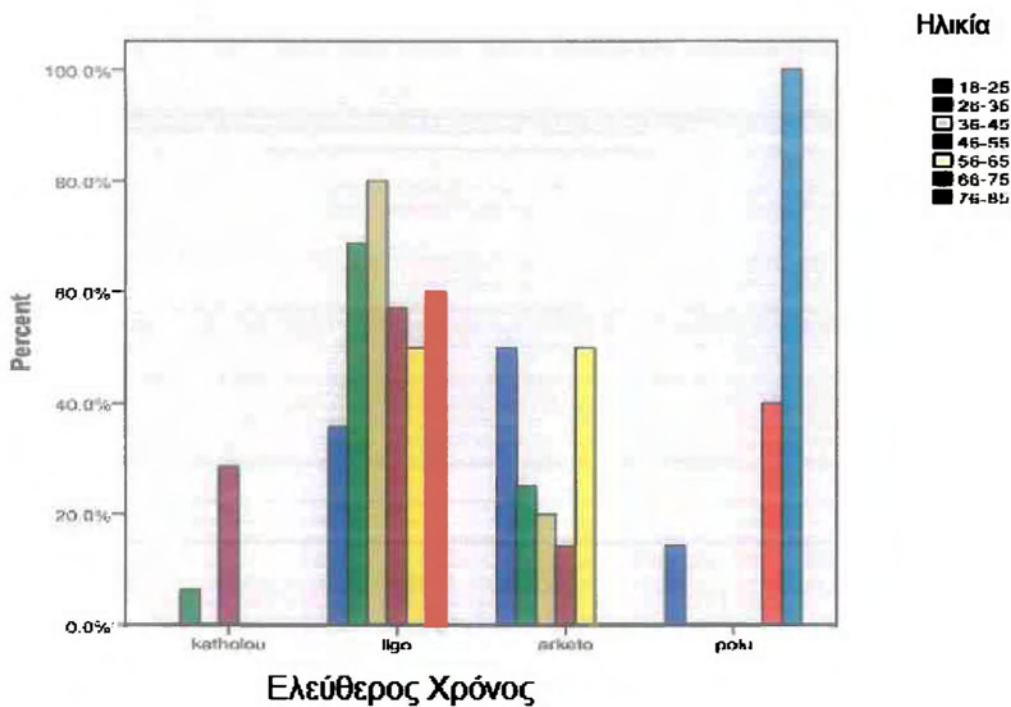
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Πρωτοβάθμια	6	12.0	12.0	12.0
	Δευτεροβάθμια	12	24.0	24.0	36.0
	Ανωτέρα	2	4.0	4.0	40.0
	Ανωτάτη	30	60.0	60.0	100.0
	Total	50	100.0	100.0	

Πίνακας 3. Ποσοστά επιπέδου μόρφωσης ερωτηθέντων

Εδώ γίνεται προφανές ότι ένα μεγάλο ποσοστό (60%) έχει λάβει ανώτατη μόρφωση, ενώ ανωτέρα μόρφωση έχει λάβει ποσοστό μόλις 4%. Δεύτερη σε ποσοστό έρχεται η μόρφωση δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (24%) και ακολουθεί η μόρφωση πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης (12%).

3.2 Σύγκριση Μεταβλητών με την Ηλικία

3.2.1 Σύγκριση: Ελεύθερος Χρόνος - Ηλικία

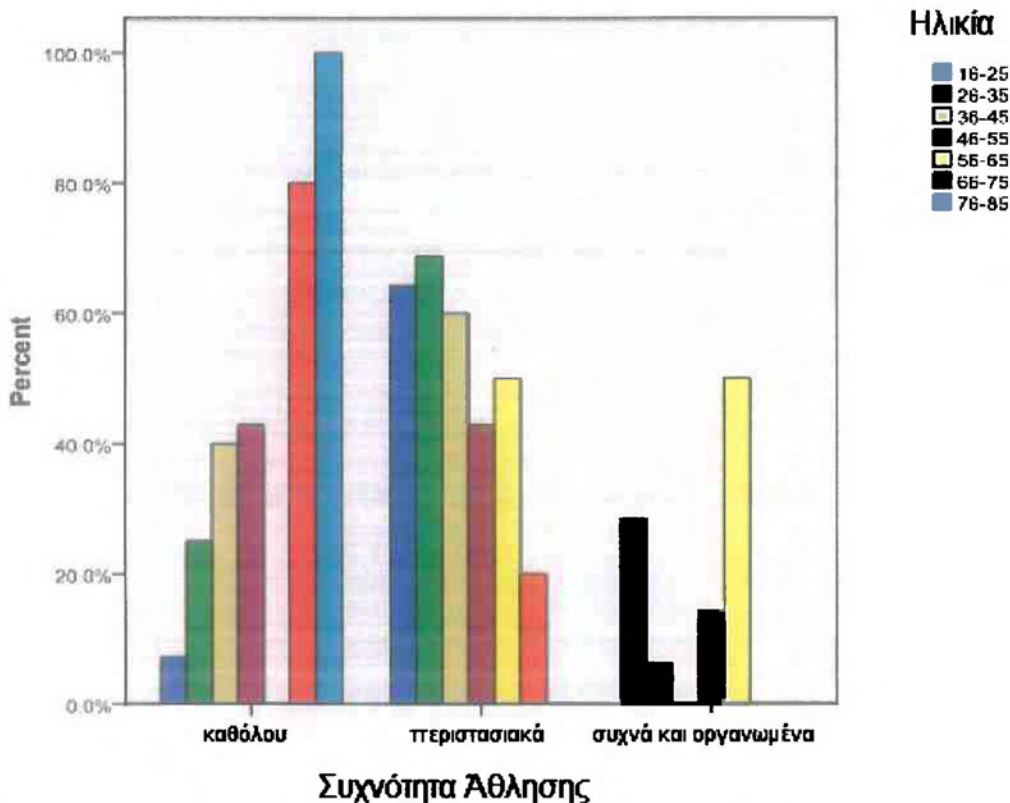


Γράφημα 4. Αποτελέσματα σύγκρισης ελεύθερου χρόνου-ηλικίας

Από τον πίνακα προκύπτει ότι οι ηλικίες 18-25, 26-35, 46-55 δεν έχουν καθόλου ή έχουν λίγο ελεύθερο χρόνο σε ποσοστό 80-85% περίπου. Οι νέοι δεν έχουν ελεύθερο χρόνο γιατί λόγω οικονομικής δυσχέρειας αναγκάζονται να απασχολούνται και με δεύτερη δουλειά προκειμένου να καλύψουν τόσο τις βασικές όσο και τις ανάγκες αυτές που προκαλούνται από το φαινόμενο του

υπερκαταναλωτισμού. Συνέπεια αυτού είναι και η έλλειψη χρόνου και ενδεχομένως όρεξης να ασχοληθούν με την φυσική τους κατάσταση πράγμα που έχει αντίκτυπο στην γενικότερη φυσική υγεία τους υγεία αλλά και ψυχολογία. Τα ποσοστά στην ηλικία των 56-65 (προσυνταξιακή ηλικία) είναι μοιρασμένα μεταξύ του λίγου (45%) και αρκετού (45%) ελεύθερου χρόνου. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι το 60% των ερωτηθέντων ηλικίας 66-75 δήλωσε ότι έχει λίγο ελεύθερο χρόνο (σε αντίθεση με το 40% που δήλωσε ότι έχει πολύ ελεύθερο χρόνο). Επιπλέον, όπως είναι αναμενόμενο, η γεροντική ηλικία δήλωσε ότι έχει πολύ ελεύθερο χρόνο. Αυτό συνάδει με το θεωρητικό υπόβαθρο της παρούσας εργασίας η οποία τονίζει ότι ο βασικότερος λόγος ελεύθερου χρόνου στην Τρίτη ηλικία είναι η απουσία επαγγελματικών υποχρεώσεων.

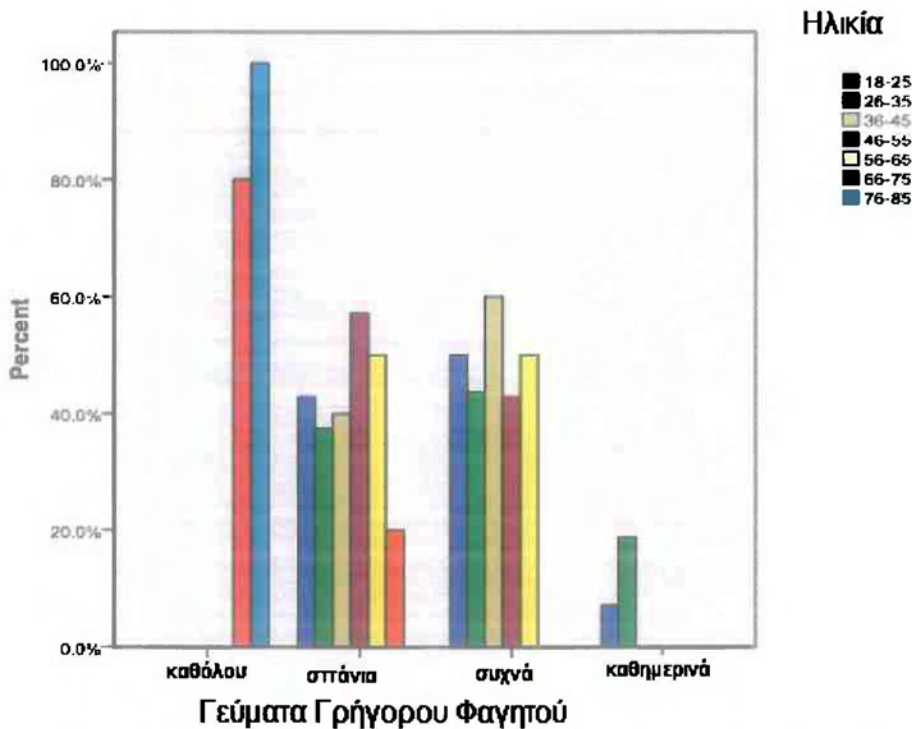
3.2.2 Σύγκριση: Συχνότητα Άθλησης - Ηλικία



Γράφημα 5. Αποτελέσματα συχνότητας άθλησης-ηλικίας

Τα στατιστικά αποτελέσματα σχετικά με την άθληση δεν είναι ενθαρρυντικά καθ'ότι στη νεανική ηλικία ένα μικρό ποσοστό αθλείται συχνά και οργανωμένα(18-25:25% και 26-35:7%). Αυτή η κατάσταση,εάν την συνδυάσουμε με τα αποτελέσματα του προηγούμενου πίνακα (έλευθερος χρόνος),οφείλεται στο γεγονός ότι η συγκεκριμένη ηλικία έχει λίγο διαθέσιμο χρόνο. Οι μεσήλικες (56-65), πριν την είσοδό τους στην προγεροντική ηλικία (66-75), φαίνεται να έχουν συνειδητοποιήσει την σημασία της άθλησης προκειμένου να διατηρήσουν σε καλή κατάσταση την υγεία τους (45% αθλούνται συχνά και οργανωμένα και 45% περιστασιακά), συνάμα όμως διαθέτουν και τον χρόνο για να ασχοληθούν συνειδητά με την φυσική τους κατάσταση.Σαφώς η γεροντική ηλικία απέχει από την φυσική δραστηριότητα όπως γίνεται εύκολα αντιληπτό από τον παραπάνω πίνακα, όχι λόγω απουσίας ελεύθερου χρόνου αλλά λόγω έλλειψης φυσικών δυνατοτήτων.

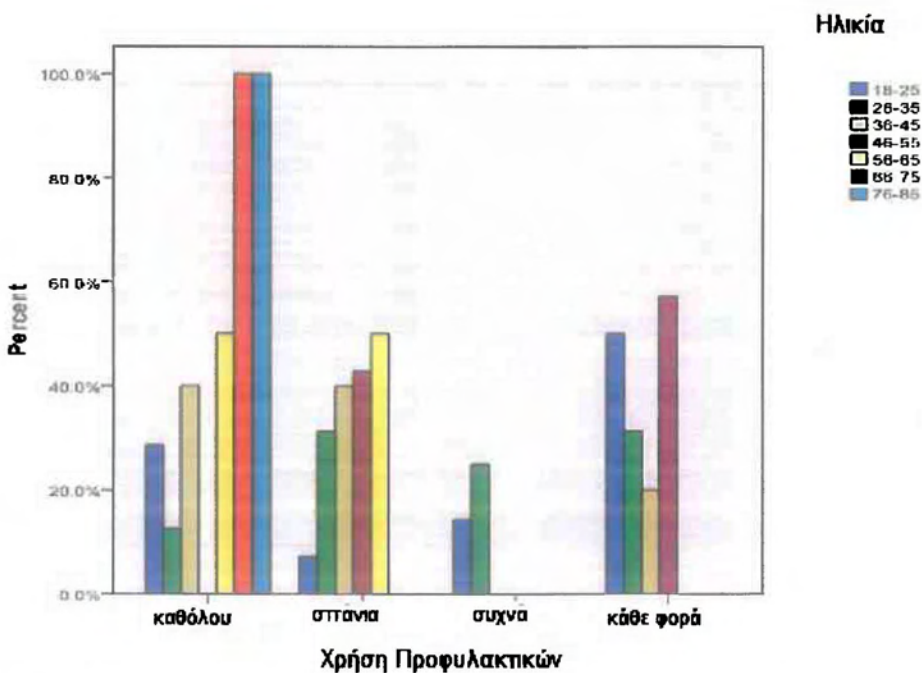
3.2.3 Σύγκριση: Γεύματα Γρήγορου Φαγητού - Ηλικία



Γράφημα 6. Αποτελέσματα σύγκρισης γευμάτων γρήγορου φαγητού-ηλικίας

Η λήψη γρήγορου φαγητού (fast food) αποτελεί χαρακτηριστικό του δυτικού τρόπου ζωής. Στην Ελλάδα εμφανίστηκε από τα μέσα της δεκαετίας του 1980 και έκτοτε έχει γίνει συνήθεια σε μεγάλο μέρος του πληθυσμού και κυρίως στις νεαρές ηλικίες. Στην παρούσα έρευνα παρατηρείται ότι στις ηλικίες 18-65 ένα ποσοστό 50-60% λαμβάνει συχνά γεύματα γρήγορου φαγητού. Αυτό μπορεί να συσχετιστεί και με την έλλειψη χρόνου αλλά στην πλειοψηφία των περιπτώσεων είναι περισσότερο θέμα συνήθειας. Αυτό, συνδέεται και με την παχυσαρκία η οποία εμφανίζεται πλέον σε άτομα νεαρής ηλικίας. Η γεροντική ηλικία, σε ποσοστό άνω του 80% έως και 100%, δείχνει προτίμηση στο σπιτικό φαγητό. Αυτό οφείλεται κυρίως σε δύο λόγους: στο γεγονός ότι έχουν πολύ ελεύθερο χρόνο(βλ.3.2.1) και στο γεγονός ότι όταν εμφανίστηκε το γρήγορο φαγητό στην Ελλάδα, οι ίδιοι είχαν ήδη διαμορφώσει τις διατροφικές τους συνήθειες και προτιμήσεις .Αρα οδηγούμαστε στο συμπέρασμα ότι είναι περισσότερο θέμα νοοτροπίας.

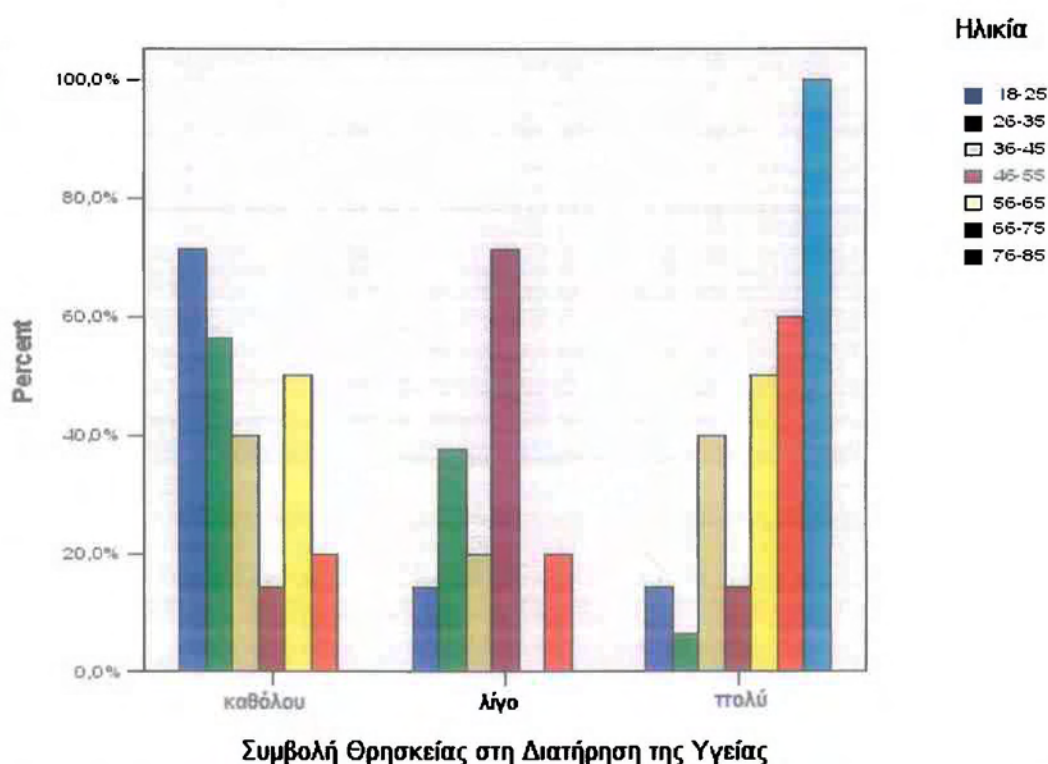
3.2.4 Σύγκριση: Χρήση Προφυλακτικών - Ηλικία



Γράφημα 7. Αποτελέσματα σύγκρισης χρήσης προφυλακτικών-ηλικίας

Στα πλαίσια της σεξουαλικής μας ζωής, η χρήση προφυλακτικών προστατεύει, μεταξύ των άλλων, από την έκθεση σε, σοβαρά για την υγεία, λοιμώδη νοσήματα και κυρίως από το AIDS. Η επίδραση των λοιμώξεων είναι τεράστια. Χαρακτηριστικό μάλιστα είναι ότι αυτό δεν συμβαίνει μόνο σε αναπτυσσόμενα κράτη όπου η ενημέρωση μπορεί να εκλείπει αλλά και στα ήδη αναπτυγμένα κράτη που ακολουθούν το δυτικό πρότυπο. Σύμφωνα με τα στατιστικά στοιχεία του πίνακα δεν προκύπτουν πολύ ενθαρρυντικά επί του θέματος στοιχεία καθώς στις ηλικίες 18-55 τα ποσοστά κυμαίνονται μεταξύ 20-60%. Ενθαρρυντικό είναι ότι οι ηλικίες των 18-25 λαμβάνει προφυλάξεις σε ποσοστό 50% ενώ τα ποσοστά είναι μειωμένα στις ηλικίες 26-35 (30%) και 36-45 (20%). Στις ηλικίες 66-75 και 76-85 το 100% των ερωτηθέντων δεν χρησιμοποιεί προφυλακτικό πιθανότατα γιατί δεν έχουν τον κίνδυνο της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης ή πρόκειται για παντρεμένα ζευγάρια που δεν φοβούνται τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα λόγω αμοιβαίας εμπιστοσύνης.

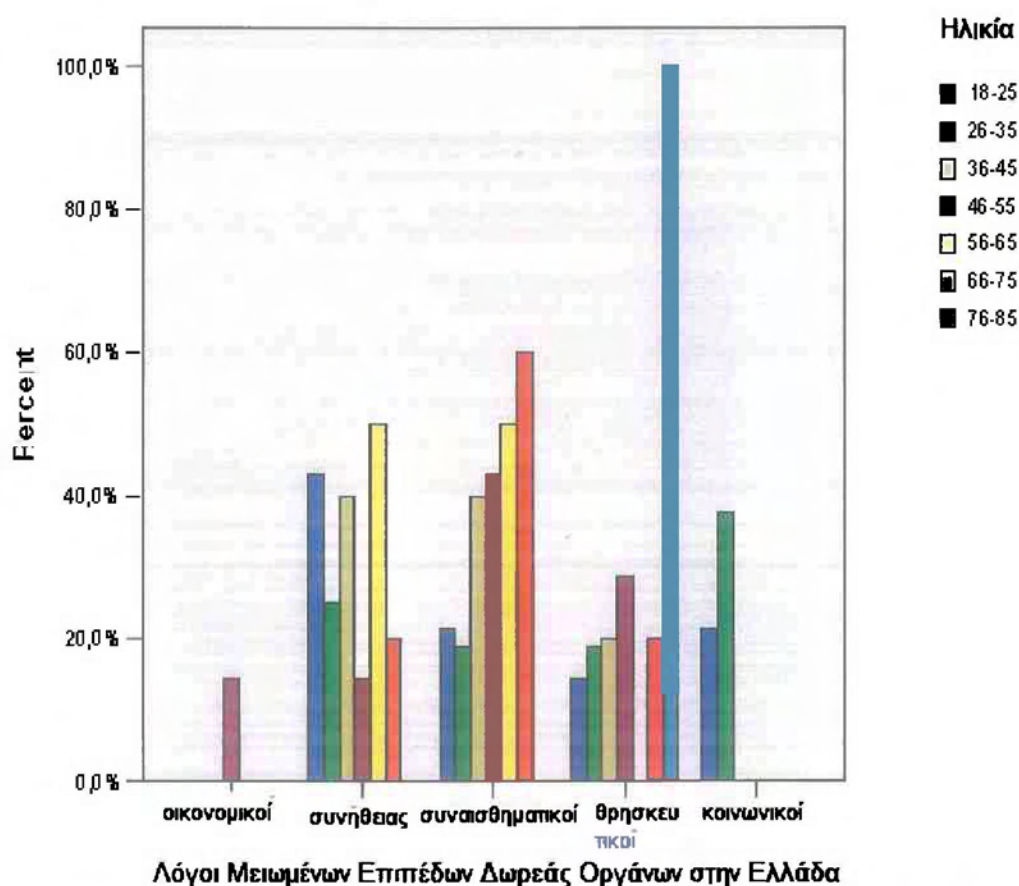
3.2.5 Σύγκριση: Συμβολή της Θρησκείας στη Διατήρηση της Υγείας – Ηλικία



Γράφημα 8. Αποτελέσματα σύγκρισης συμβολής θρησκείας-ηλικίας

Οι ηλικιωμένοι, σε ποσοστό που κυμαίνεται από 60-95%, πιστεύουν ότι η θρησκεία συμβάλλει σημαντικά στη διατήρηση της καλής υγείας. Τα ποσοστά αυτά μειώνονται στις μικρότερες ηλικίες μέχρι που ένα ποσοστό περίπου στο 75% της ηλικίας των 18-25 δεν πιστεύουν ότι η θρησκεία συμβάλλει στη διατήρηση της υγείας. Είναι λογικό οι ηλικιωμένοι να θεωρούν ότι η πίστη είναι και συνάρτηση της υγείας καθώς και για πολλούς πολιτισμούς η θρησκεία ταυτίζεται με τον τρόπο ζωής.

3.2.6 Σύγκριση: Λόγοι Μειωμένων Επιπέδων Δωρεάς Οργάνων - Ηλικία

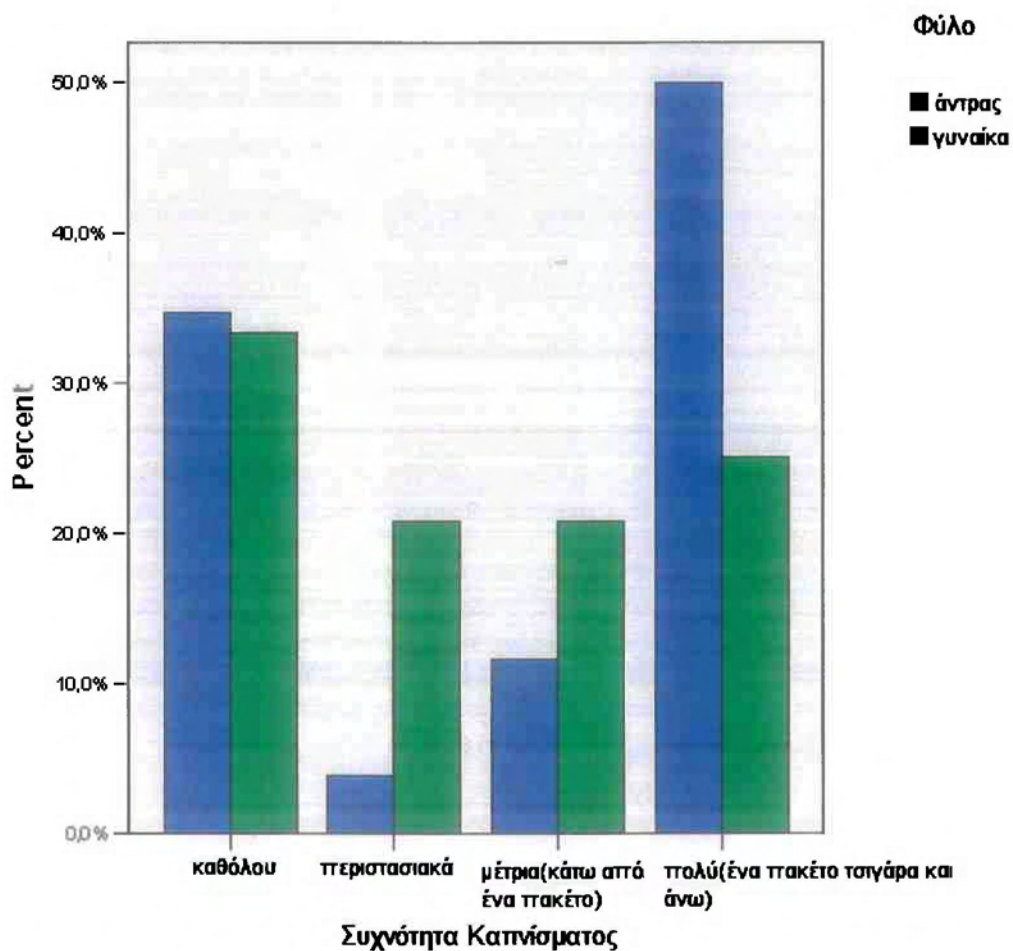


Γράφημα 8. Αποτελέσματα σύγκρισης λόγων μειωμένων επιπέδων δωρεάς οργάνων-ηλικίας

Σε γενικές γραμμές, οι λόγοι στους οποίους οφείλονται τα μειωμένα επίπεδα της δωρεάς οργάνων είναι κυρίως συναισθηματικοί και συνήθειας παρά του ότι η μεταμόσχευση είναι αναγνωρισμένη στην ηθική της διάσταση (μοιρασμένα περίπου ποσοστά μεταξύ των ηλικιών, εκτός από τη γεροντική ηλικία που στο σύνολο της πιστεύει ότι οφείλεται σε θρησκευτικούς λόγους σε ποσοστό κοντά στο 100%).

3.3 Σύγκριση Μεταβλητών με το Φύλο

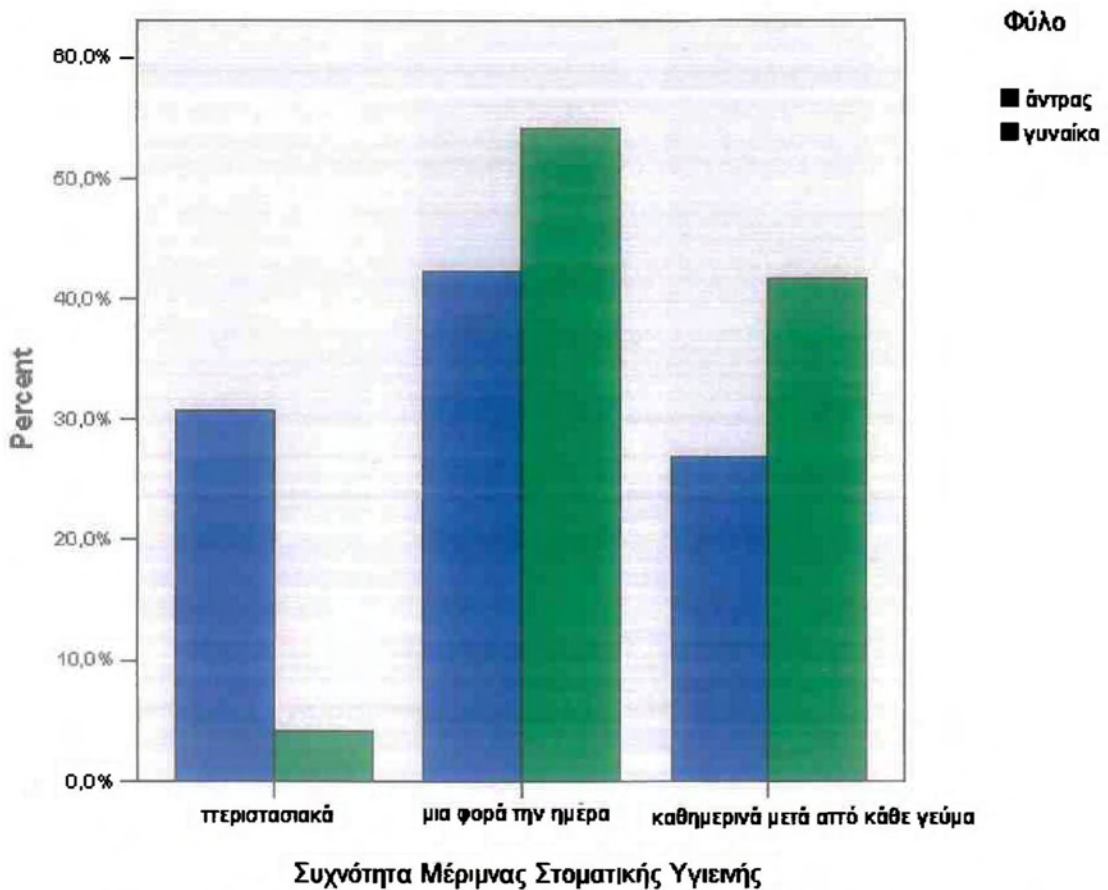
3.3.1 Σύγκριση: Συχνότητα Καπνίσματος - Φύλο



Γράφημα 9. Αποτελέσματα σύγκρισης συχνότητας καπνίσματος-φύλου

Οι άνδρες φαίνεται να καπνίζουν πολύ (ένα πακέτο τσιγάρα και άνω), σε διπλάσιο περίπου ποσοστό από τις γυναίκες. Αξιοσημείωτο είναι ότι περιστασιακά και σε μέτρια επίπεδα καπνίζουν περισσότερο οι γυναίκες. Τα ποσοστά αυτών που δεν καπνίζουν δεν διαφέρουν μεταξύ ανδρών και γυναικών. Πιθανότατα οι γυναίκες να καπνίζουν λιγότερο λόγω του κινδύνου βρεφικής θνησιμότητας και εμβρυικών επιπλοκών που είναι αυξημένος στις καπνίστριες, όπως τεκμηριώνεται και στην θεωρητική προσέγγιση της παρούσας εργασίας.

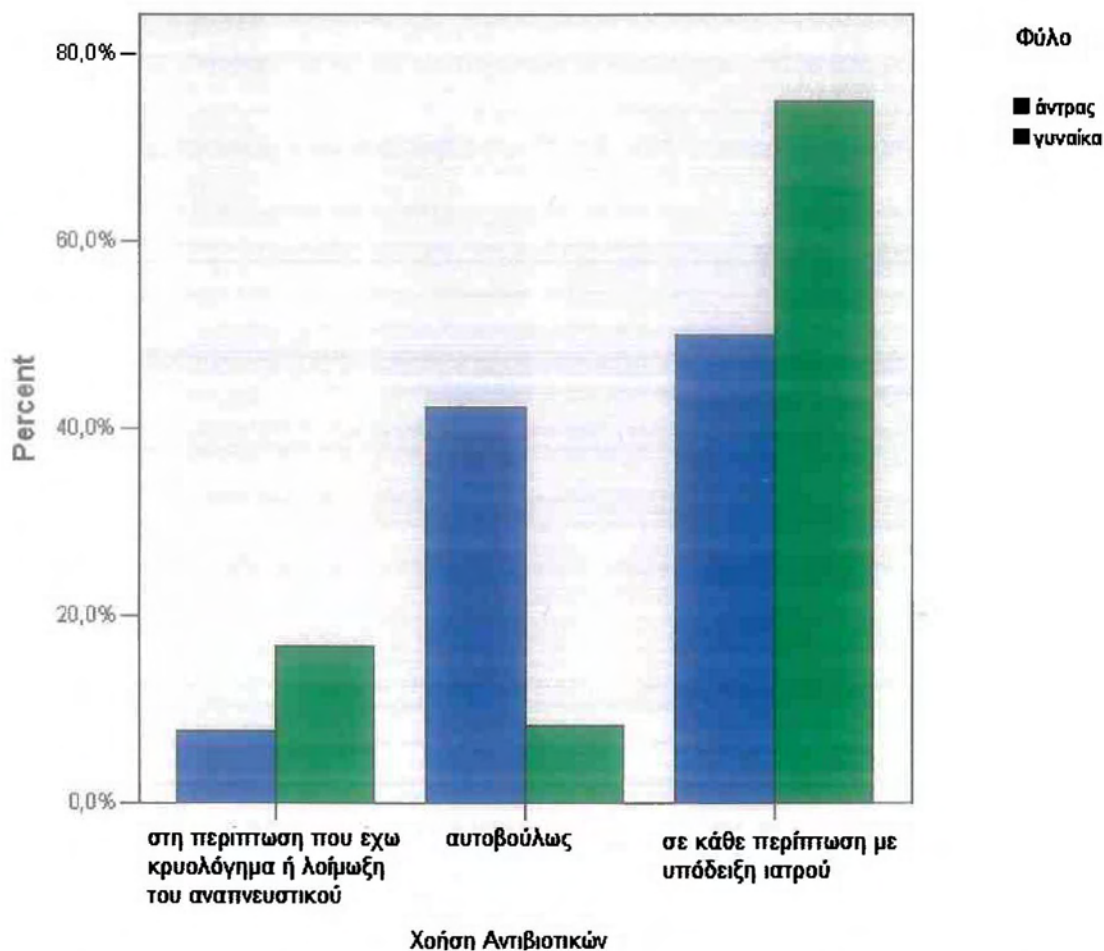
3.3.2 Σύγκριση: Συχνότητα Μέριμνας Στοματικής Υγιεινής - Φύλο



Γράφημα 10. Αποτελέσματα σύγκρισης συχνότητας μέριμνας στοματικής υγιεινής- φύλου

Οι γυναίκες φροντίζουν περισσότερο τη στοματική τους υγιεινή σε σχέση με τους άντρες. Αξιοσημείωτο είναι ότι ένα 30% των ανδρών φροντίζει τη στοματική του υγιεινή περιστασιακά.

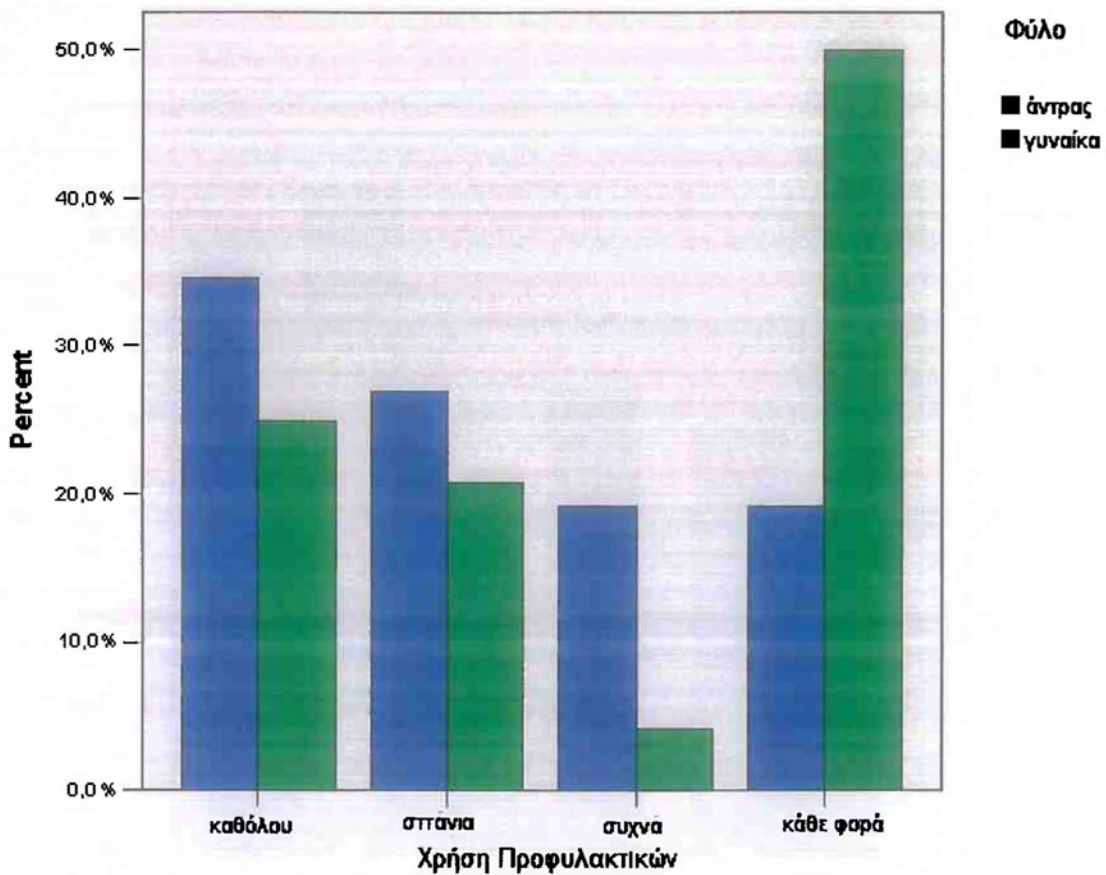
3.3.3 Σύγκριση: Χρήση Αντιβιοτικών - Φύλο



Γράφημα 11. Αποτελέσματα σύγκρισης χρήσης αντιβιοτικών-φύλου

Παρατηρούμε ότι οι άντρες χρησιμοποιούν αυτοβούλως αντιβιοτικά σε ποσοστό γύρω στο 40% σε αντίθεση με τις γυναίκες, με το ποσοστό τους να κυμαίνεται κάτω από το 10%.

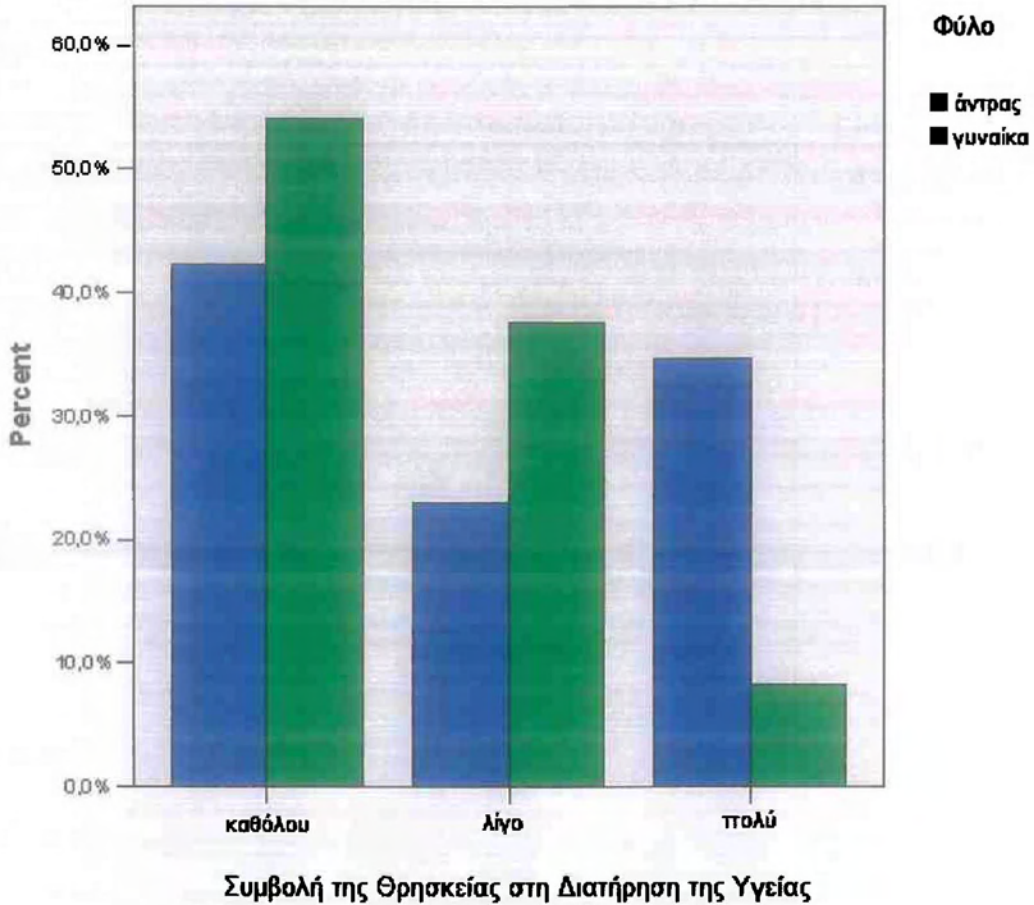
3.3.4 Σύγκριση: Χρήση Προφυλακτικών - Φύλο



Γράφημα 12. Αποτελέσματα σύγκρισης χρήσης προφυλακτικών-φύλου

Οι γυναίκες λαμβάνουν προφυλάξεις σε μεγαλύτερο ποσοστό (50%) σε σχέση με τους άντρες (20%), στο πλαίσιο της σεξουαλικής τους ζωής. Οι γυναίκες είναι περισσότερο ευαισθητοποιημένες σε αυτό το θέμα και λόγω της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης αλλά και εξαιτίας του αυξημένου κινδύνου των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων που μπορούν να αποβούν μοιραία για την υγεία αλλά και για μια επικείμενη εγκυμοσύνη στο μέλλον. Ανησυχητικό είναι ότι ένα ποσοστό 35% των ανδρών και 25% των γυναικών δεν λαμβάνουν καθόλου προφυλάξεις παρά το γεγονός ότι οι κίνδυνοι είναι πλέον γνωστοί και υπογραμμισμένοι.

3.3.5 Σύγκριση: Συμβολή της Θρησκείας στη Διατήρηση της Υγείας - Φύλο

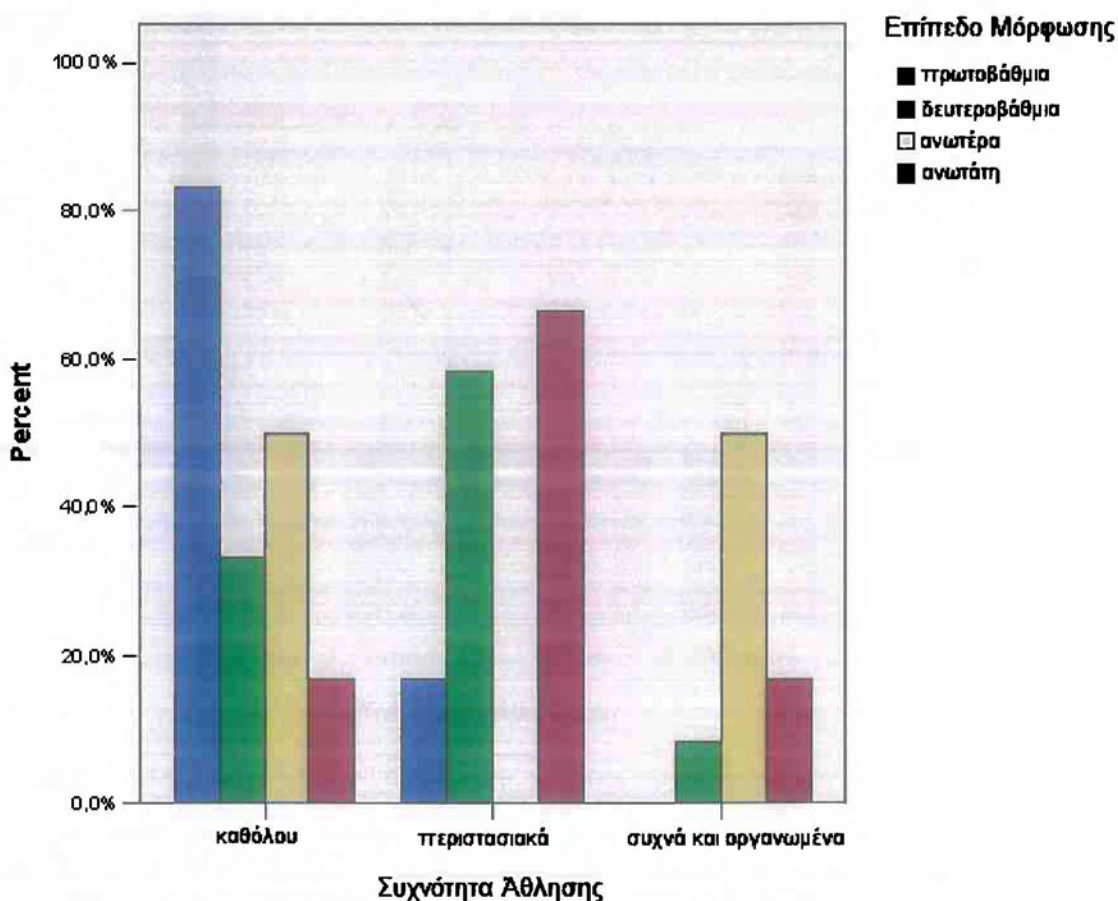


Γράφημα 13. Αποτελέσματα σύγκρισης συμβολής θρησκείας-φύλου

Εντυπωσιακή είναι η διαφορά στα ποσοστά μεταξύ ανδρών και γυναικών που πιστεύουν πως η θρησκεία συμβάλλει πολύ στη διατήρηση της υγείας, Το ποσοστό των ανδρών κυμαίνεται περίπου στο 35% ενώ των γυναικών γύρω στο 7%. Αυτό βέβαια πρέπει να μελετηθεί και σε συνάρτηση με τις ηλικίες όπως είδαμε και παραπάνω.

3.4 Σύγκριση Μεταβλητών με το Επίπεδο Μόρφωσης

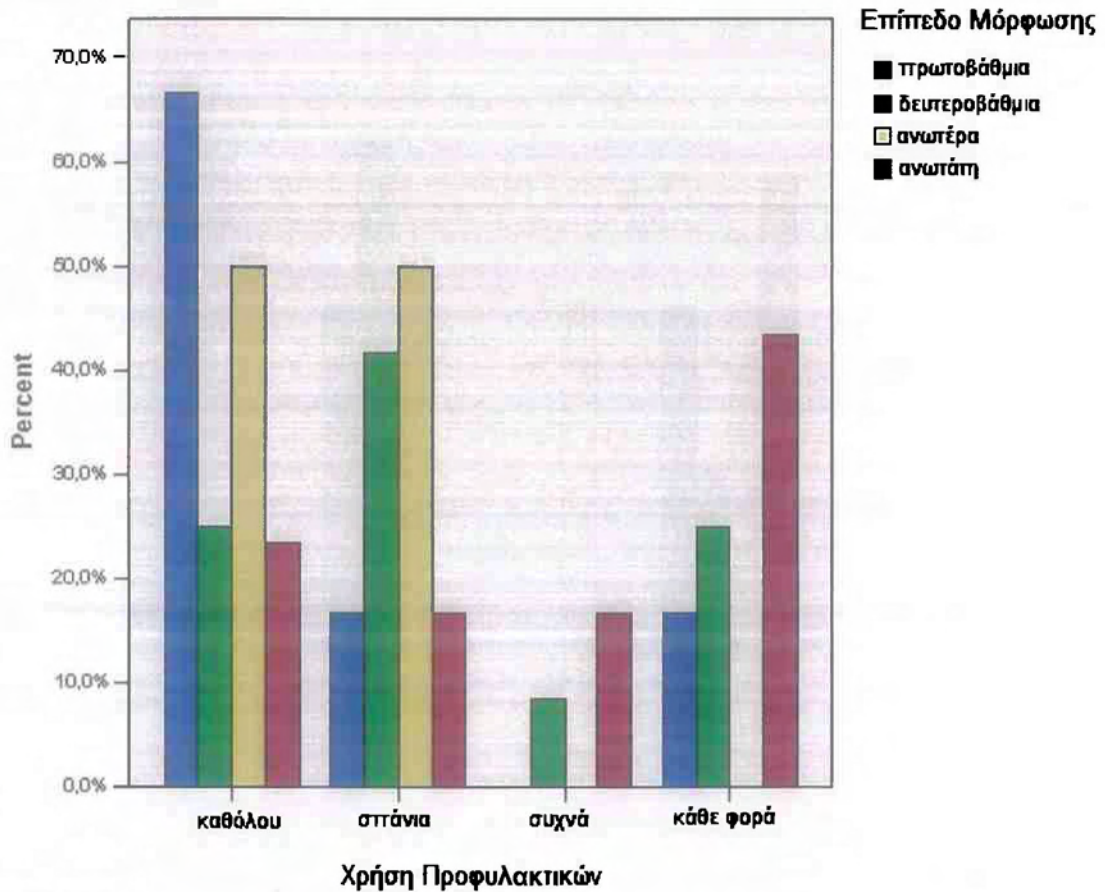
3.4.1 Σύγκριση: Συχνότητα Άθλησης – Επίπεδο Μόρφωσης



Γράφημα 14. Αποτελέσματα σύγκρισης συχνότητας άθλησης-επιπέδου μόρφωσης

Είναι εντυπωσιακό το ποσοστό όσων έχουν λάβει πρωτοβάθμια εκπαίδευση, οι οποίοι φαίνεται πως δεν αθλούνται καθόλου σε ποσοστό περίπου 84%. Το μεγαλύτερο μέρος των ερωτηθέντων με ανώτατη μόρφωση αθλείται περιστασιακά σε ποσοστό περίπου 70% καθώς και όσοι έχουν λάβει δευτεροβάθμια εκπαίδευση με ποσοστό 60%. Οι ερωτηθέντες με ανωτέρα μόρφωση μοιράζονται σε ποσοστά ανάμεσα σε αυτούς που δεν αθλούνται καθόλου και σε αυτούς που αθλούνται συχνά και οργανωμένα.

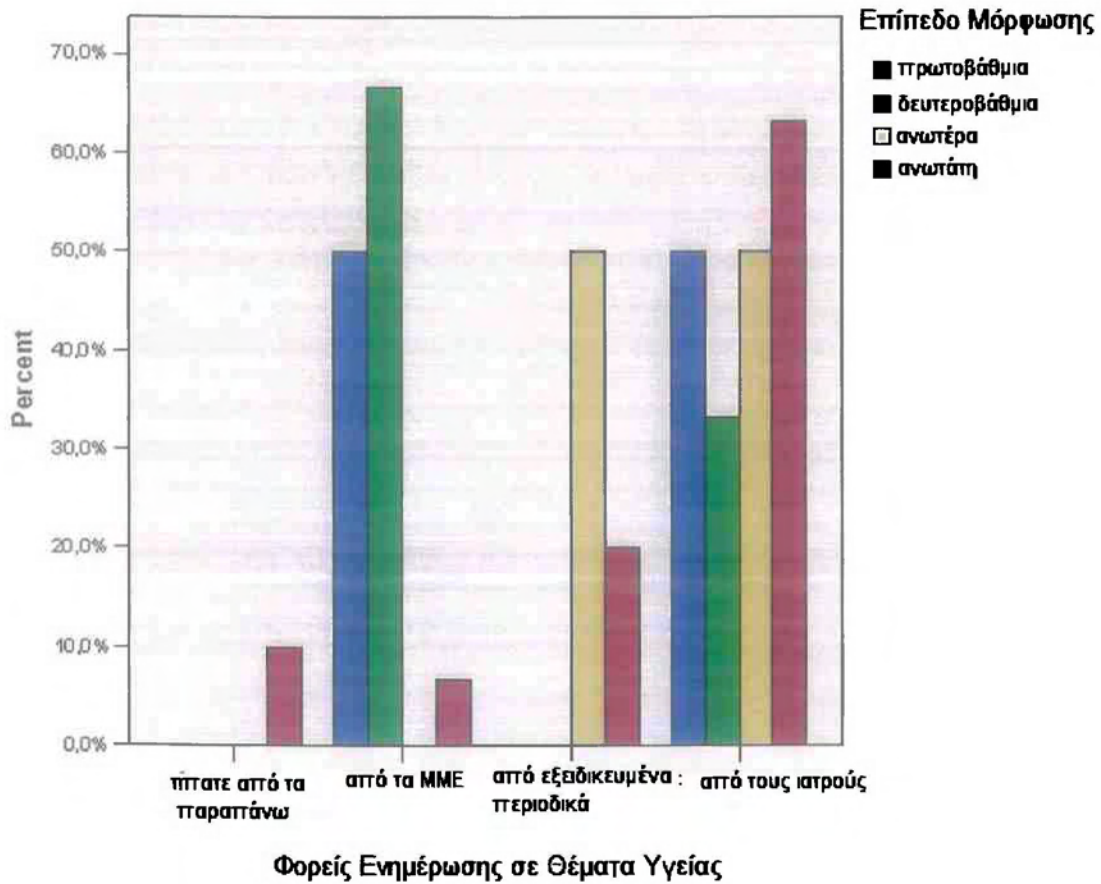
3.4.2 Σύγκριση: Χρήση Προφυλακτικών – Επίπεδο Μόρφωσης



Γράφημα 15. Αποτελέσματα σύγκρισης χρήσης προφυλακτικών-επιπέδου μόρφωσης

Η εκπαίδευση παίζει σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση πεποιθήσεων σχετικά με τη λήψη προφυλάξεων, στο πλαίσιο της σεξουαλικής ζωής. Όπως προκύπτει, το 45% των ατόμων με ανώτατη εκπαίδευση λαμβάνει κάθε φορά μέτρα προφύλαξης, ενώ αντίθετα το 67% των ατόμων με πρωτοβάθμια εκπαίδευση δεν λαμβάνει καθόλου μέτρα. Αυτό θα μπορούσε να δικαιολογηθεί λέγοντας ότι τα άτομα με υψηλό επίπεδο μόρφωσης έχουν περισσότερη πληροφόρηση για τους κινδύνους που κρύβει η μη χρήση προφυλακτικών ενώ τα άτομα που έχουν λιγότερη μόρφωση πιθανότητα αντιμετωπίζουν αυτό το θέμα περισσότερο αφήφιστα.

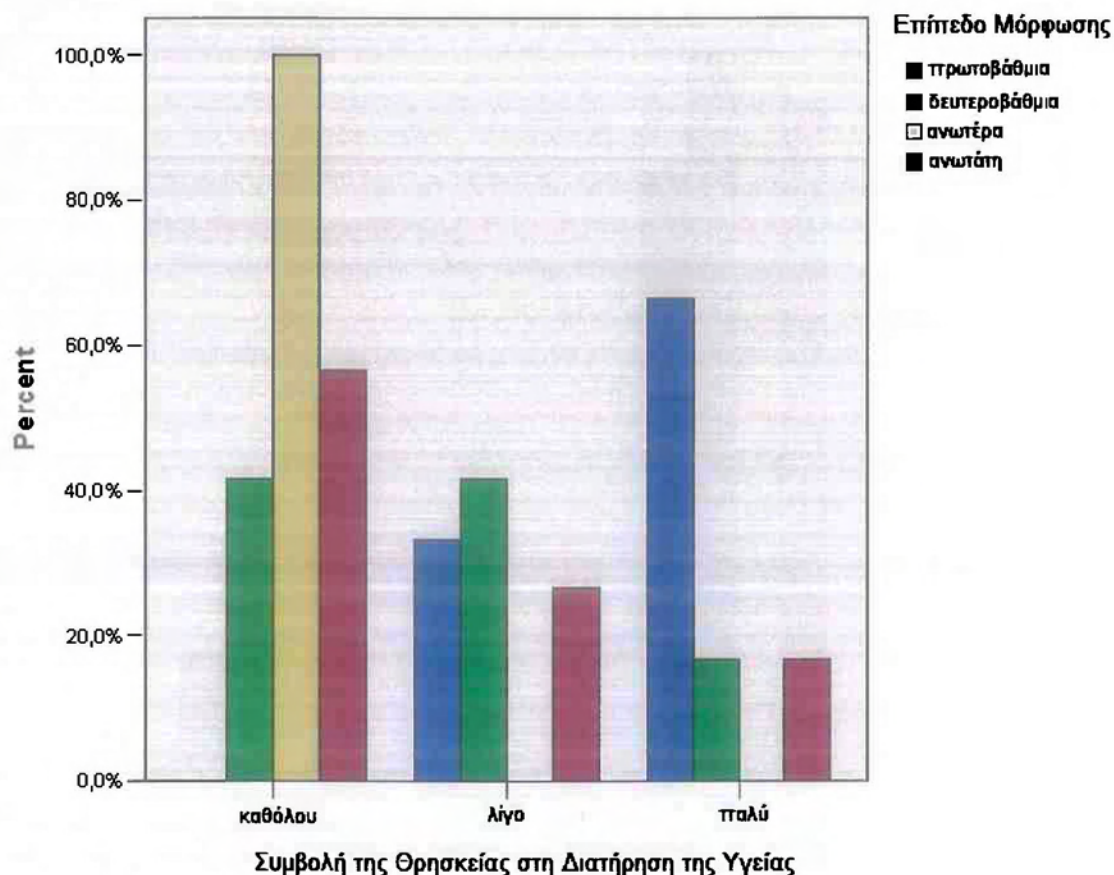
3.4.3 Σύγκριση: Φορείς Ενημέρωσης σε Θέματα Υγείας – Επίπεδο Μόρφωσης



Γράφημα 16. Αποτελέσματα σύγκρισης φορέων ενημέρωσης -επιπέδου μόρφωση

Όπως βλέπουμε, ο πληθυσμός ενημερώνεται για τα θέματα υγείας, κατά κύριο λόγο, από τους γιατρούς. Σημαντική θέση στην ενημέρωση κατέχουν και τα ΜΜΕ και, ειδικότερα, σε άτομα του πληθυσμού με δευτεροβάθμια εκπαίδευση με ποσοστό περίπου 67%. Χαρακτηριστικό είναι ακόμα το γεγονός ότι τα άτομα όμως με ανώτατη εκπαίδευση εμπιστεύονται τους γιατρούς περισσότερο από οποιονδήποτε άλλο φορέα.

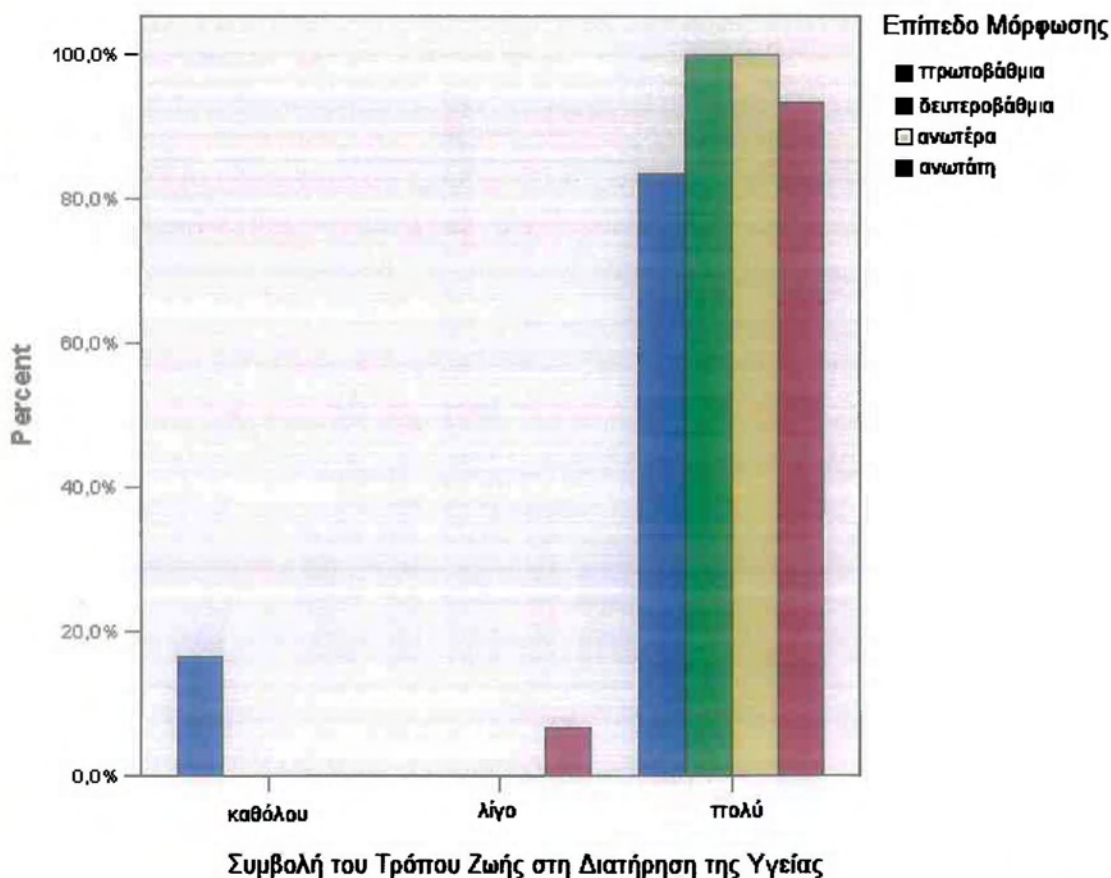
3.4.4 Σύγκριση: Συμβολή της Θρησκείας στη Διατήρηση της Υγείας – Επίπεδο Μόρφωσης



Γράφημα 17. Αποτελέσματα σύγκρισης συμβολής θρησκείας -επιπέδου μόρφωσης

Ένα ποσοστό 60% των ατόμων με πρωτοβάθμια εκπαίδευση πιστεύει ότι η θρησκεία παίζει σημαντικό ρόλο στη διατήρηση της καλής υγείας ενώ, αντίθετα, το μεγαλύτερο μέρος των ατόμων με ανώτερη και ανώτατη εκπαίδευση θεωρεί ότι η θρησκεία δεν διαδραματίζει κανένα ρόλο σε αυτό. Θα μπορούσε να χαρακτηρίσει κανείς λογικό αυτό το συμπέρασμα δεδομένου ότι τα άτομα με ανώτερη ή ανώτατη εκπαίδευση έχουν εξασκηθεί περισσότερο στο να κρίνουν τις καταστάσεις με κριτικό πνεύμα και να είναι απαλλαγμένοι από θρησκοληψίες.

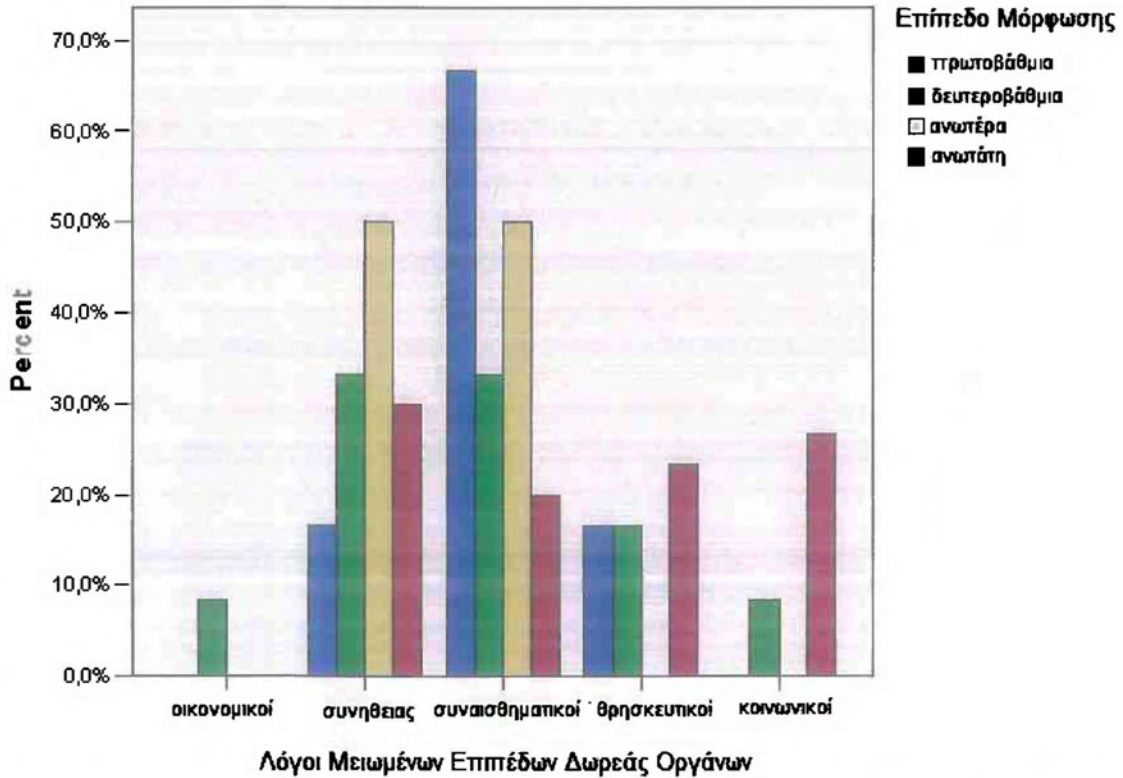
3.4.5 Σύγκριση: Συμβολή του Τρόπου Ζωής στη Διατήρηση της Υγείας – Επίπεδο Μόρφωσης



Γράφημα 18. Αποτελέσματα σύγκρισης συμβολής του τρόπου ζωής -επιπέδου μόρφωσης

Ενθαρρυντικό στοιχείο είναι ότι οι ερωτηθέντες, ανεξαρτήτως επιπέδου μόρφωσης, πιστεύουν ότι ο τρόπος ζωής συμβάλλει σημαντικά στην υγεία, με μέσο ποσοστό περίπου στο 93%. Η πλειοψηφία επομένως συμφωνεί στο αυτονόητο, ότι δηλαδή τρόπος ζωής και υγεία είναι έννοιες συνυφασμένες.

3.4.6 Σύγκριση: Λόγοι Μειωμένων Επιπέδων Δωρεάς Οργάνων – Επίπεδο Μόρφωσης

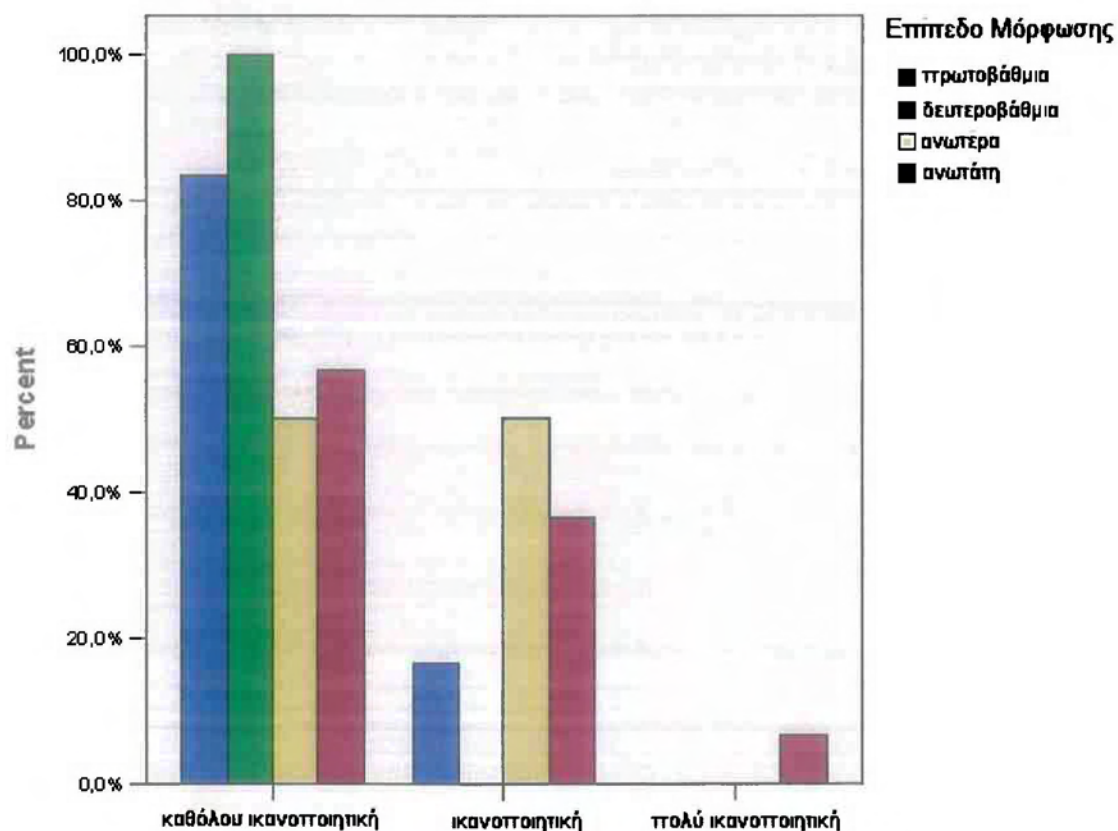


Γράφημα 19. Αποτελέσματα σύγκρισης λόγων μειωμένων επιπέδων δωρεάς οργάνων -επίπεδου μόρφωσης

Το επίπεδο μόρφωσης διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση πεποιθήσεων και αντιλήψεων για θέματα κοινωνικά και ηθικά. Στο παραπάνω γράφημα φαίνεται πως οι ερωτηθέντες που έχουν λάβει πρωτοβάθμια εκπαίδευση θεωρούν ότι οι λόγοι για τα μειωμένα ποσοστά δωρεάς οργάνων στην Ελλάδα είναι συναισθηματικοί. Όσοι έχουν λάβει ανώτερη εκπαίδευση πιστεύουν πως οι λόγοι είναι συναισθηματικοί και λόγοι συνήθειας παρότι η μεταμόσχευση είναι αναγνωρισμένη, δίνοντας και στους δυο λόγους ίσα ποσοστά της τάξης του 50%. Τα ποσοστά όσων έχουν λάβει ανώτατη

εκπαίδευση κυμαίνονται με περίπου ίσα ποσοστά μεταξύ κοινωνικών, θρησκευτικών, συναισθηματικών και λόγων συνήθειας. Πιθανότατα το γεγονός ότι για τα ελληνικά τουλάχιστον δεδομένα η δωρεά οργάνων είναι ακόμα μη επαρκώς διαδεδομένη να παίζει ρόλο στη συγκεκριμένη μέτρηση.

3.4.7 Σύγκριση: Παροχή Υπηρεσιών Υγείας σε Πολίτες Χαμηλών Οικονομικών Δυνατοτήτων – Επίπεδο Μόρφωσης



Παροχή Υπηρεσιών Υγείας σε Πολίτες Χαμηλών Οικονομικών Δυνατοτήτων

Γράφημα 20. Αποτελέσματα σύγκρισης παροχής υπηρεσιών υγείας σε πολίτες χαμηλών οικονομικών δυνατοτήτων-επιπέδου μόρφωσης

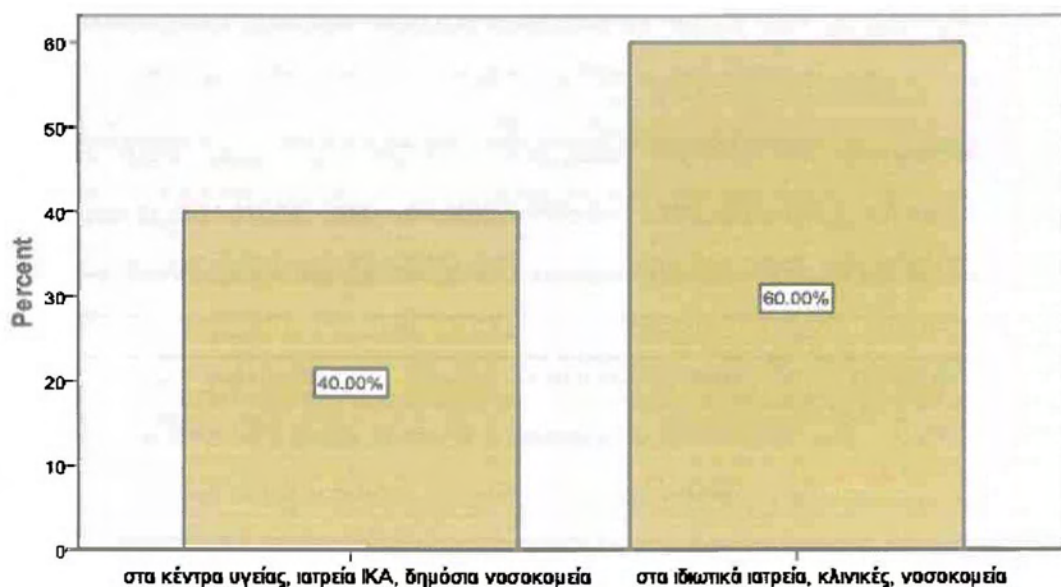
Η στήριξη του κράτους όσον αφορά την παροχή υπηρεσιών υγείας σε πολίτες χαμηλών οικονομικών δυνατοτήτων δεν κρίνεται καθόλου ικανοποιητική από τους ερωτηθέντες με πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια εκπαίδευση, σε ποσοστό άνω του 80%. Στο θεωρητικό κομμάτι της έρευνας

μπορεί κάνει να το εντοπίσει αυτό ιδιαίτερα στο τμήμα του αναφέρεται στην παθογένεια του Ε.Σ.Υ όπου και εξηγούνται οι λόγοι για τους οποίους η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων είναι δυσαρεστημένοι. Το εθνικό σύστημα υγείας άλλωστε όπως τονίζεται και στην βιβλιογραφία το έχουν ανάγκη όλοι ανεξάρτητα από επίπεδο μόρφωσης και οικονομική κατάσταση.

3.5 Ανάλυση και Επεξεργασία των Μεταβλητών που Σχετίζονται με τους Ιατρούς

3.5.1 Κατανομή του Δείγματος των Ιατρών ως προς την Καλύτερη Παροχή Υπηρεσιών Υγείας

Καλύτερη Παροχή Υπηρεσιών Υγείας σύμφωνα με την άποψη των Ιατρών



Γράφημα 21. Ποσοστά δείγματος ως προς την καλύτερη παροχή υπηρεσιών υγείας σύμφωνα με την άποψη γιατρών

Καλύτερη Παροχή Υπηρεσιών Υγείας σύμφωνα με την άποψη των Ιατρών

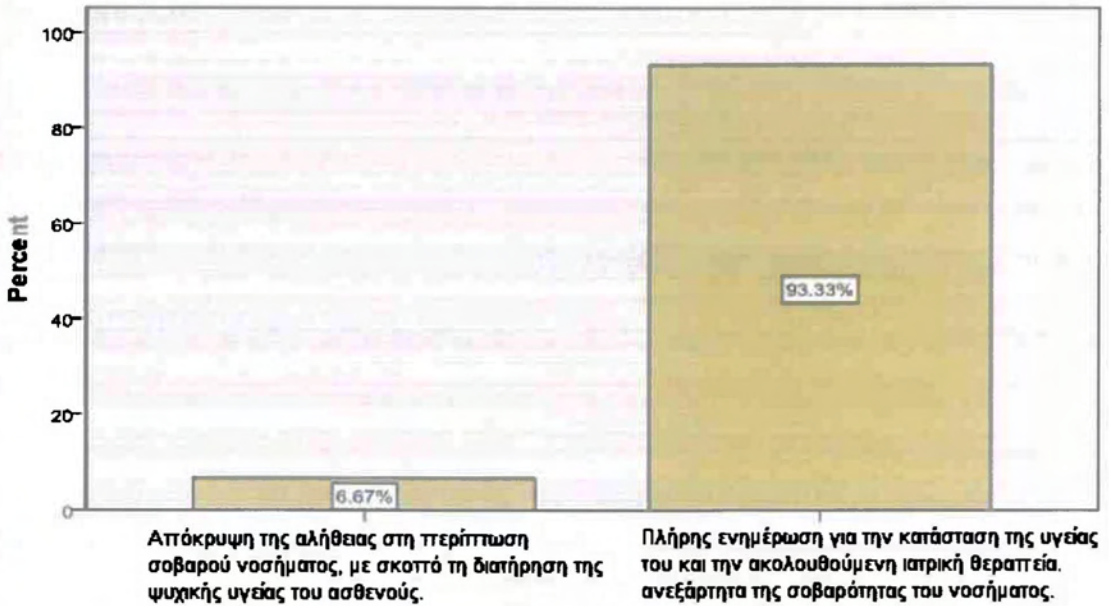
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Στα κέντρα υγείας, ιατρεία ΙΚΑ, δημόσια νοσοκομεία	6	40.0	40.0	40.0
	Στα ιδιωτικά ιατρεία, κλινικές, νοσοκομεία	9	60.0	60.0	100.0
	Total	15	100.0	100.0	

Πίνακας 4. Ποσοστά δείγματος ως προς την καλύτερη παροχή υπηρεσιών υγείας σύμφωνα με την άποψη γιατρών

Το 60% των ερωτηθέντων γιατρών πιστεύει οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται καλύτερα στα ιδιωτικά ιατρεία, στις ιδιωτικές κλινικές και στα ιδιωτικά νοσοκομεία και το 40% στα κέντρα υγείας, στα ιατρεία ΙΚΑ και στα δημόσια νοσοκομεία. Αν παρατηρήσουμε προσεκτικότερα, βλέπουμε ότι το ποσοστό των γιατρών που θεωρεί καλύτερους τους δημόσιους φορείς στην παροχή υπηρεσιών είναι αρκετά μεγαλύτερο σε σχέση με το ποσοστό του υπόλοιπου πληθυσμού του δείγματος (βλέπε Παράρτημα).

3.5.2 Κατανομή του Δείγματος των Ιατρών ως προς τις Σχέσεις Επικοινωνίας με τον Ασθενή

Σχέσεις Επικοινωνίας με Ασθενή



Γράφημα 22. Ποσοστά δείγματος των γιατρών ως προς τις σχέσεις επικοινωνίας με τον ασθενή

SXESEIS EPIKOINWNIAS ME ASTHENH

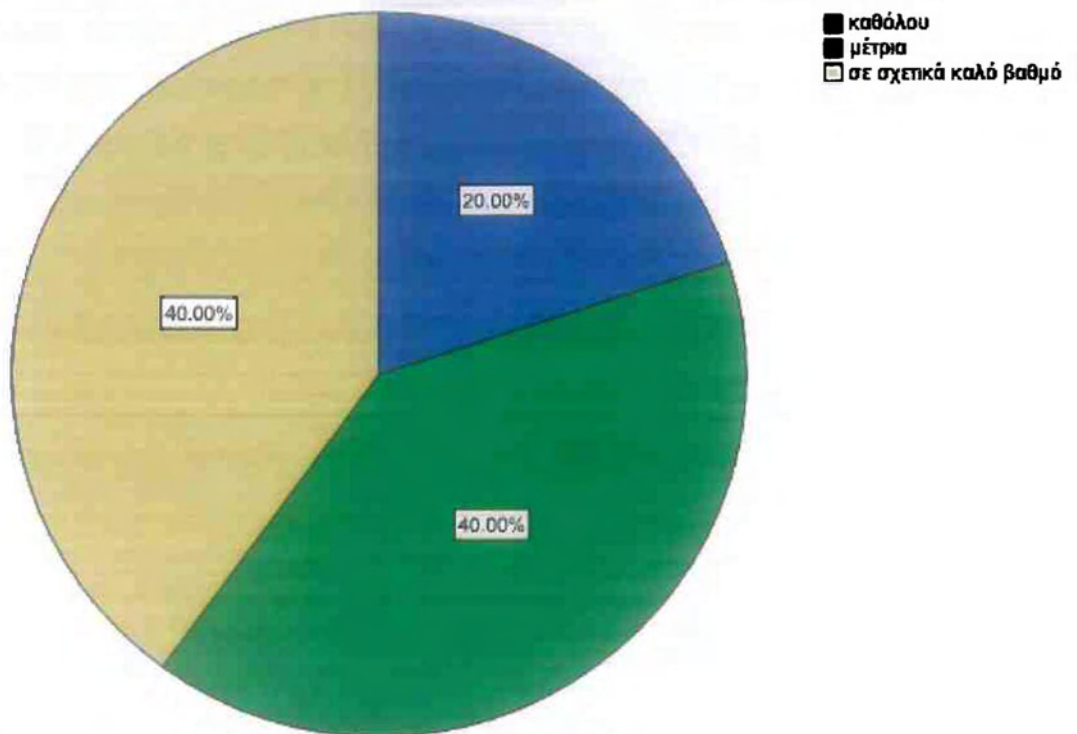
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid				
Απόκρυψη της αλήθειας στη περίπτωση σοβαρού νοσήματος, με σκοπό τη διατήρηση της ψυχικής υγείας του ασθενούς	1	6.7	6.7	6.7
Πλήρης ενημέρωση για την κατάσταση της υγείας του και την ακολουθούμενη θεραπεία, ανεξάρτητα της σοβαρότητας του νοσήματος	14	93.3	93.3	100.0
Total	15	100.0	100.0	

Πίνακας 5. Ποσοστά δείγματος των γιατρών ως προς τις σχέσεις επικοινωνίας με τον ασθενή

Το 93.3% των γιατρών ενημερώνουν πλήρως τον ασθενή για την κατάσταση της υγείας του και την ακολουθούμενη θεραπεία, ανεξάρτητα από την σοβαρότητα του νοσήματος, ενώ το 6.7% αποκρύπτει την αλήθεια στην περίπτωση σοβαρού νοσήματος, με σκοπό τη διατήρηση της ψυχικής υγείας του ασθενούς.

3.5.3 Κατανομή του Δείγματος των Ιατρών ως προς την Εξασφάλιση Ιατρικής Περίθαλψης από Ιατρούς

Εξασφάλιση Ιατρικής Περίθαλψης από Ιατρούς



Γράφημα 23. Ποσοστά δείγματος των γιατρών ως προς την εξασφάλιση ιατρικής περίθαλψης από ιατρούς

Εξασφάλιση Ιατρικής Περίθαλψης από Ιατρούς

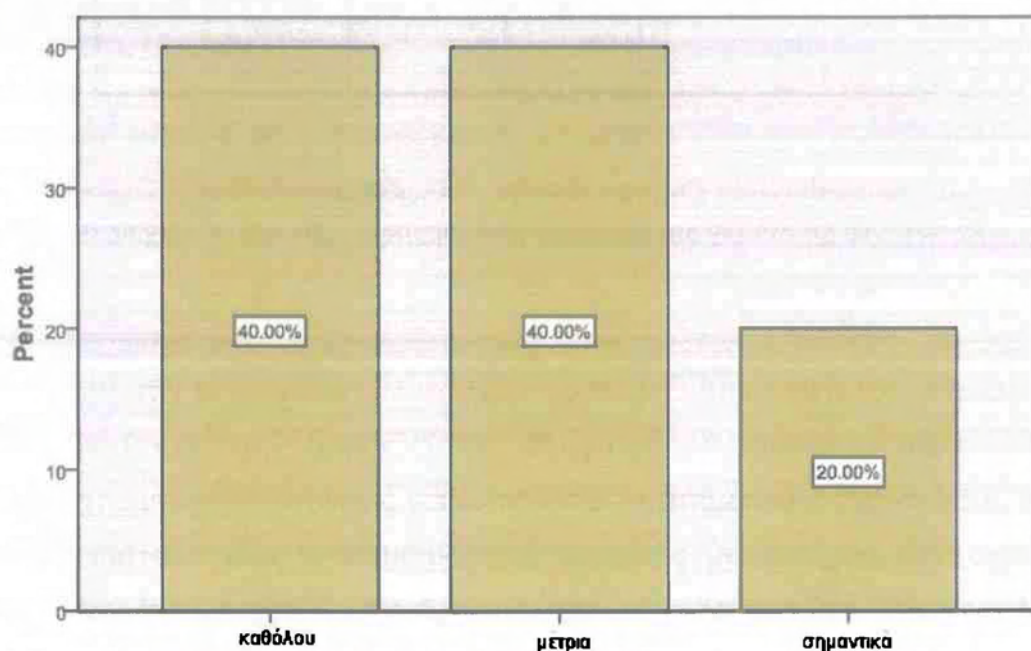
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Καθόλου	3	20.0	20.0	20.0
Μέτρια	6	40.0	40.0	60.0
Σε σχετικά καλό βαθμό	6	40.0	40.0	100.0
Total	15	100.0	100.0	

Πίνακας 6 . Ποσοστά δείγματος των γιατρών ως προς την εξασφάλιση ιατρικής περίθαλψης από ιατρούς

Από τον πίνακα παρατηρούμε ότι το 40% του δείγματος των γιατρών κρίνουν την εξασφάλιση της ιατρικής περίθαλψης μέτρια, το 40% θεωρούν ότι η περίθαλψη εξασφαλίζεται σε σχετικά καλό βαθμό και ένα 20% πιστεύει ότι δεν εξασφαλίζεται καθόλου. Αξίζει να σημειωθεί ότι 0% των ερωτηθέντων ιατρών απάντησε ότι η ιατρική περίθαλψη εξασφαλίζεται σε ικανοποιητικό βαθμό.

3.5.4 Κατανομή του Δείγματος των Ιατρών ως προς τη Συμβολή του Δημόσιου και Ιδιωτικού Χαρακτήρα της Παροχής Υπηρεσιών Υγείας για ένα Άριστο Σύστημα Υγείας

Συμβολή Δημοσίου - Ιδιωτικού σε Άριστο Σύστημα Υγείας



Γράφημα 24. Ποσοστά δείγματος των γιατρών ως προς τη συμβολή του δημοσίου και ιδιωτικού χαρακτήρα της παροχής υπηρεσιών υγείας για ένα άριστο σύστημα υγείας

Συμβολή Δημοσίου - Ιδιωτικού σε Άριστο Σύστημα Υγείας

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Καθόλου	6	40.0	40.0	40.0
Μέτρια	6	40.0	40.0	80.0
Σημαντικά	3	20.0	20.0	100.0
Total	15	100.0	100.0	

Πίνακας 7. Ποσοστά δείγματος των γιατρών ως προς τη συμβολή του δημοσίου και ιδιωτικού χαρακτήρα της παροχής υπηρεσιών υγείας για ένα άριστο σύστημα υγείας

Από τον παραπάνω πίνακα συμπεραίνουμε ότι το 40% του δείγματος των ιατρών θεωρεί την συμβολή του δημοσίου και ιδιωτικού χαρακτήρα της παροχής υπηρεσιών υγείας για ένα άριστο σύστημα υγείας μέτρια, ένα επίσης 40% πιστεύει πως ο δημόσιος και ιδιωτικός χαρακτήρας δεν συμβάλλει καθόλου στον στόχο για ένα άριστο σύστημα υγείας και ένα 20% θεωρεί ότι η συμβολή τους είναι σημαντική.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 : ΣΥΖΗΤΗΣΗ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η παρούσα εργασία αποτελεί πηγή πολλών και διαφόρων συμπερασμάτων. Ξεκινώντας, διευκρινίζεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων ανήκει στο ηλικιακό πλέγμα των 26-35 και το μικρότερο σε ηλικίες μεταξύ 76-85. Όσο αφορά το φύλο οι αναλογίες είναι περίπου ίδιες. Κατά ένα 4% υπερτερούν οι άντρες. Το θέμα της εκπαίδευσης που παίζει νευραλγικό ρόλο σε έρευνες όπως η παρούσα καθορίζεται ως εξής : 60% από τους ερωτηθέντες έχει λάβει ανωτάτη εκπαίδευση, 24% έχει δευτεροβάθμια εκπαίδευση, 12% πρωτοβάθμια και μόνο το 4% έχει λάβει ανωτέρα εκπαίδευση.

Προχωρώντας στα πιο γενικά συμπεράσματα εντύπωση προκαλεί η έλλειψη ελεύθερου χρόνου όχι μόνο στη νέα γενιά αλλά και στη μέση ηλικία, γεγονός που μπορεί να συνδυαστεί με πολλές άλλες πτυχές της μελέτης αυτής, όπως η τάση ενός μεγάλου μέρους του πληθυσμού να καταναλώνει συχνά έτοιμο φαγητό, το λεγόμενο fast food αλλά και η έλλειψη φυσικής άσκησης από την ημερήσια διατάξη. Ο ελεύθερος χρόνος, το χαμένο αγαθό των σύγχρονων κοινωνιών εκλείπει σήμερα και λόγω της οικονομικής δυσπραγίας που αναγκάζει το άτομο να στραφεί και ενδεχομένως σε μια δεύτερη δουλειά. Σαφώς τα πρότυπα του υπερκαταναλωτισμού έτσι όπως αυτά προβάλλονται κυρίως μέσα από τα ΜΜΕ συνιστούν ακόμα μια πηγή οικονομικής πίεσης και κατά συνέπεια έλλειψης ελεύθερου χρόνου. Απόρροια του υπερκαταναλωτισμού και της έλλειψης χρόνου είναι και το φαινόμενο της παχυσαρκίας που πλήττει κυρίως τα νεαρά άτομα αν και ίσως να μην είναι πρότερον να συσχετίσουμε το φαινόμενο της παχυσαρκίας με το έτοιμο-γρήγορο φαγητό γιατί έτσι όπως προκύπτει από την παρούσα έρευνα η λήψη τέτοιου είδους τροφών είναι περισσότερο θέμα νοοτροπίας και συνήθειας.

Μπαίνοντας στο κομμάτι αυτό που αφορά την σεξουαλική υγεία όπως ήταν αναμενόμενο οι γυναίκες είναι αυτές που παρουσιάζονται περισσότερο συνειδητοποιημένες όσο αφορά στη χρήση προφυλακτικού. Αυτό είναι εύλογο

με την απειλή της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης να καιροφυλακτεί. Τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα δεν φαίνεται να προβληματίζουν τους νέους. Τα ζευγάρια που είναι παντρεμένα για ευνόητους λόγους δεν χρησιμοποιούν προφυλακτικό. Εν πάση περιπτώσει αυτό συνιστά κατά την προσωπική μου άποψη ένα από τα φλέγοντα ζητήματα του ερωτηματολογίου αυτού γιατί παρόλη την ενημέρωση τόσο από την ιατρική κοινότητα όσο και από τα ΜΜΕ, η στάση της πλειοψηφίας ως προς το λεπτό αυτό ζήτημα δεν έχει αλλάξει. Στην περίπτωση της δωρεάς οργάνων η θέση του δείγματος παρουσιάζεται αρνητική καθώς οι συναισθηματικοί παράγοντες και η επικρατούσα νοοτροπία δεν αντισταθμίζεται με τα ευρωπαϊκά δεδομένα στα οποία η δωρεά οργάνων συγκεντρώνει μεγαλύτερα ποσοστά θετικής αποδοχής. Η θρησκεία από την άλλη αποτελεί και αυτή έναν από τους λόγους που τα άτομα μεγάλης ηλικίας εμμένουν στην αρνητική τους στάση. Στο ερώτημα για την θρησκεία και στον τρόπο που μπορεί να συσχετιστεί αυτή με την μακροζωία τα αποτελέσματα είναι εξίσου ενδιαφέροντα. Χωρίς επαρκή τεκμηρίωση τα άτομα μεγάλης ηλικίας πιστεύουν ότι η πίστη συντελεί στην καλή υγεία χωρίς αυτό να συσχετίζεται με περιορισμούς που θέτουν ορισμένες αιρέσεις. Αντίθετα οι νέοι δεν μπορούν να δουν κανένα σαφή και ορατό συσχετισμό θρησκείας- υγείας.

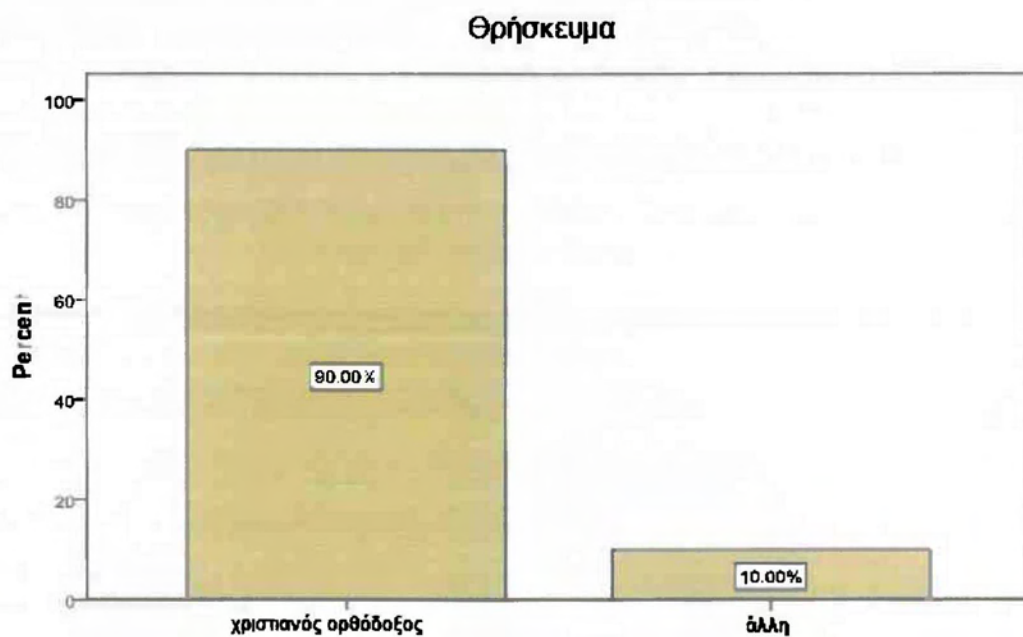
Στο σημείο όμως αυτό αξίζει να αναφέρουμε ότι σε σχέση με το φύλο οι άντρες είναι αυτοί που παρουσιάζονται να συνδέουν την θρησκεία με την υγεία και όχι οι γυναίκες που θα ήταν και το αναμενόμενο. Ανεξάρτητα από «διαφωνίες» συνέπεια του χάσματος γενεών η συντριπτική πλειοψηφία δηλώνει δυσαρεστημένη από το σύστημα υγείας, ανασύροντας για άλλη μια φορά στην επιφάνεια το ζήτημα της παθογένειας του Ε.ΣΥ. και τις ανισότητες που επικρατούν στην υγεία. Ιδιαίτερα τα άτομα που δεν έχουν οικονομική άνεση και κατά συνέπεια δεν έχουν και την εναλλακτική να στραφούν σε ιδιώτες γιατρούς υπογραμμίζουν την δυσαρέσκεια τους στην υπάρχουσα κατάσταση. Ο τρόπος ενημέρωσης για θέματα υγείας είναι για την πλειοψηφία τα ΜΜΕ και σε ένα μεγάλο ποσοστό για όσους έχουν λάβει ανώτατη εκπαίδευση οι γιατροί. Σαν συμπέρασμα αυτό μοιάζει εύλογο και απόλυτα αναμενόμενο αν και όχι πάντα τελικά αποτελεσματικό καθώς η μαζική υστερία πολλές φορές δεν αργεί να επέλθει όπως για παράδειγμα η πρόσφατη γρίπη

H1N1. Χαρακτηριστικό είναι ακόμα και το συμπέρασμα που προκύπτει και το οποίο θέλει ακόμα και τους γιατρούς τους δημοσίου να πιστεύουν ότι καλύτερη και αποτελεσματικότερη δουλειά γίνεται σε ιδιωτικά νοσοκομεία και κλινικές. Κλείνοντας θα αναφερθούμε σε θέματα αυτό κάθε αυτό υγείας όπως το κάπνισμα και η στοματική υγιεινή. Στο κάπνισμα υπερτερούν οι άντρες σε ένα ποσοστό διπλάσιο από αυτό των γυναικών. Το γεγονός αυτό όμως δεν συσχετίζεται και με την στοματική υγιεινή στην οποία υπερτερούν οι γυναίκες. Ενδιαφέρον είναι και το γεγονός ότι οι άντρες δεν επισκέπτονται τον προσωπικό τους γιατρό όσο οι γυναίκες με συνέπεια η πλειοψηφία αυτών να λαμβάνει σε μεγάλο ποσοστό αυτοβούλως αντιβιοτικά.

Ενθαρρυντικά ή μη τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης αποτελούν και τον καθρέφτη της σημερινής κοινωνίας, που αποδέχεται ή απορρίπτει υπό το φάσμα πολλών και διαφόρων μεταβλητών τα νέα αλλά και παλιά δεδομένα που έρχονται και παρέρχονται. Το θετικότερο όλων είναι ότι αυτή τη στιγμή κρατάμε στα χέρια μας ένα μέρος της επικρατούσας άποψης το οποίο και μπορεί να αναλυθεί, μελετηθεί και αποτυπωθεί τελικά προς όφελος της σημερινής αλλά και των γενεών που έρχονται.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

A.1.1 Κατανομή Δείγματος ως προς το Θρήσκευμα



Γράφημα 1. Ποσοστά θρησκείματος ερωτηθέντων

Θρήσκευμα

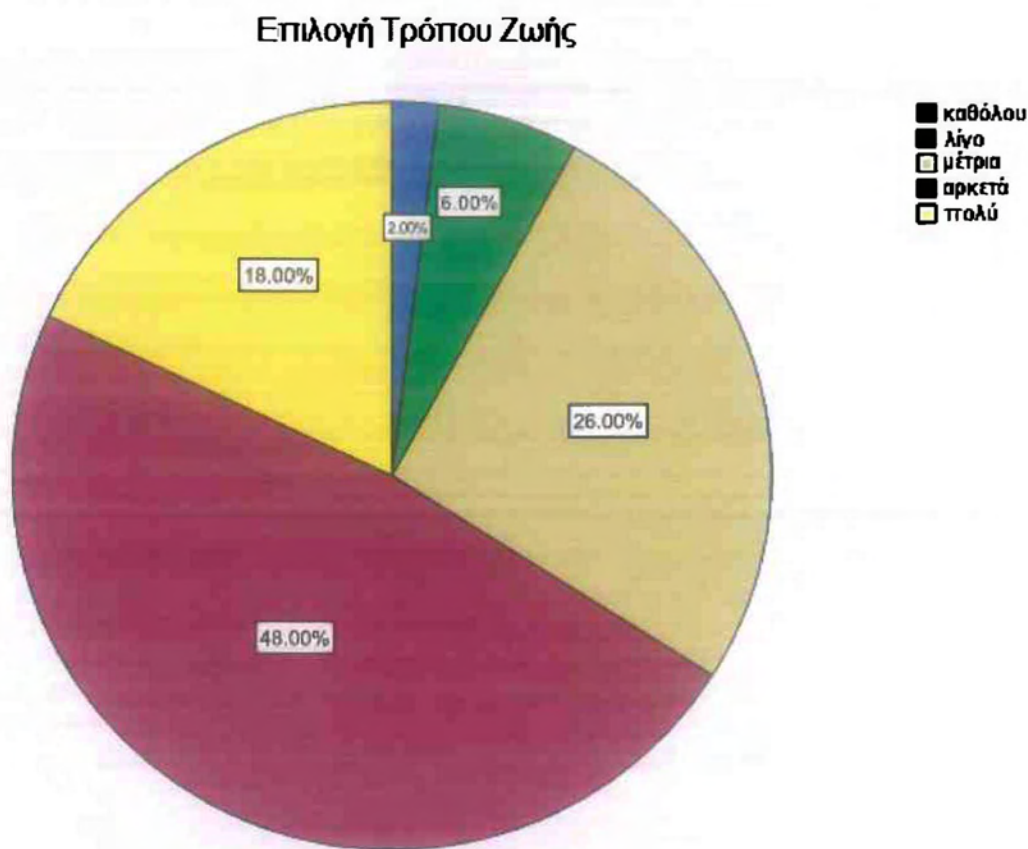
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Χριστιανός ορθόδοξος	45	90.0	90.0	90.0
Άλλη	5	10.0	10.0	100.0
Total	50	100.0	100.0	

Πίνακας 1. Ποσοστά θρησκείματος ερωτηθέντων

Τα ποσοστά του θρησκειώματος αναγράφονται στον παραπάνω πίνακα. Ποσοστό 90% των ερωτηθέντων δηλώνει χριστιανός ορθόδοξος και ένα 10% δηλώνει άλλο θρήσκευμα. Αυτό είναι εύλογο καθώς το 97% των κατοίκων της Ελλάδας είναι χριστιανοί ορθόδοξοι.

A.2 Ανάλυση και Επεξεργασία των Μεταβλητών

A.2.1 Κατανομή Δείγματος ως προς την Επιλογή Τρόπου Ζωής



Γράφημα 2. Ποσοστά δείγματος ως προς την ικανοποίηση από την επιλογή τρόπου ζωής

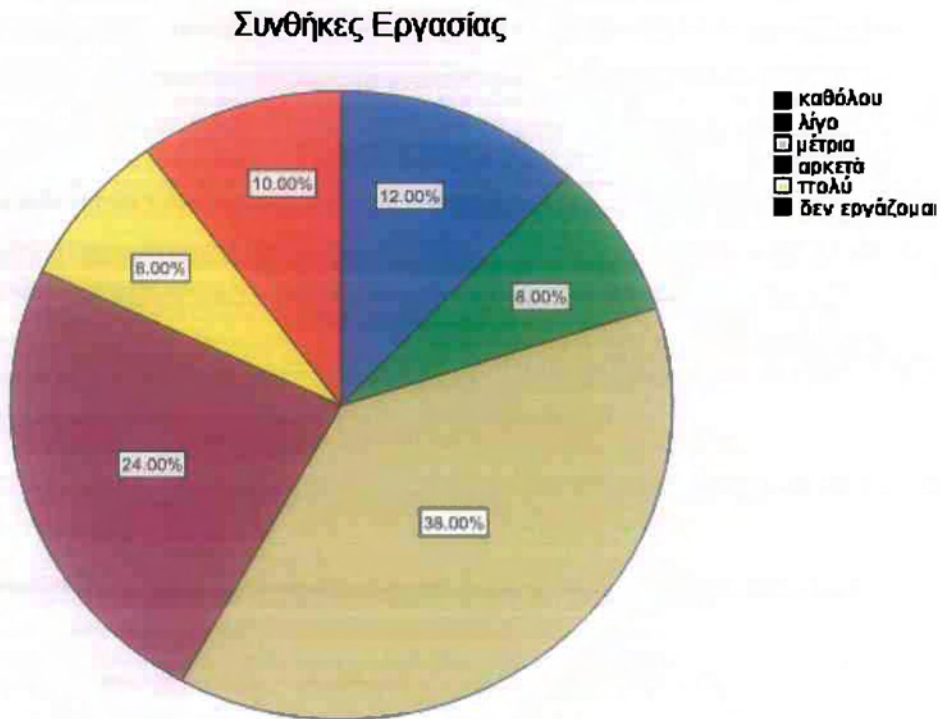
Επιλογή Τρόπου Ζωής

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	1	2.0	2.0	2.0
	Λίγο	3	6.0	6.0	8.0
	Μέτρια	13	26.0	26.0	34.0
	Αρκετά	24	48.0	48.0	82.0
	Πολύ	9	18.0	18.0	100.0
	Total	50	100.0	100.0	

Πίνακας 2. Ποσοστά δείγματος ως προς την ικανοποίηση από την επιλογή τρόπου ζωής

Στον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι το 48% του δείγματος είναι αρκετά ικανοποιημένο από την επιλογή του τρόπου ζωής ενώ μόλις το 2% του δείγματος δεν είναι καθόλου ικανοποιημένο.

A.2.2 Κατανομή του Δείγματος ως προς τις Συνθήκες Εργασίας



Γράφημα 3. Ποσοστά δείγματος ως προς την ικανοποίηση από τις συνθήκες εργασίας

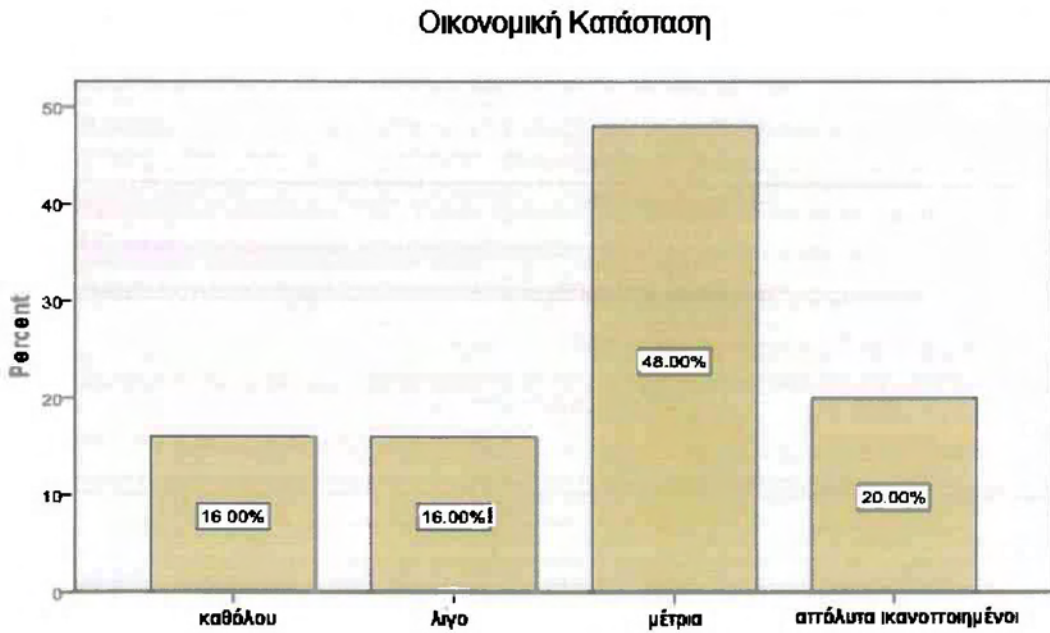
Συνθήκες Εργασίας

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	6	12.0	12.0	12.0
	Λίγο	4	8.0	8.0	20.0
	Μέτρια	19	38.0	38.0	58.0
	Αρκετά	12	24.0	24.0	82.0
	Πολύ	4	8.0	8.0	90.0
	Δεν εργάζομαι	5	10.0	10.0	100.0
	Total	50	100.0	100.0	

Πίνακας 3. Ποσοστά δείγματος ως προς την ικανοποίηση από τις συνθήκες εργασίας

Από το γράφημα προκύπτει ότι το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (38%) είναι μέτρια ικανοποιημένο από τις συνθήκες εργασίας και μόλις το 8% είναι πολύ ικανοποιημένο από αυτές. Υπόψη πρέπει να ληφθεί ότι ένα σημαντικό ποσοστό (10%) δεν εργάζεται. Ο χώρος της εργασίας με άλλα λόγια το καθημερινό μικροπεριβάλλον όπως φαίνεται και στη θεωρητική μελέτη παίζει μεγάλο ρόλο για την υγεία του ατόμου και την γενικότερη ευεξία. Το περιβάλλον εργασίας πρέπει να είναι ευάερο, ευήλιο, ζεστό, φωτεινό και ήσυχο. Επιπλέον πρέπει να είναι απαλλαγμένο από βιολογικούς, χημικούς και φυσικούς κινδύνους. Αν λάβουμε υπόψη τα αποτελέσματα θα καταλήγαμε στο ότι αυτό δεν συμβαίνει στα μέτρα του επιθυμητού.

A.2.3 Κατανομή του Δείγματος ως προς την Οικονομική Κατάσταση



Γράφημα 4. Ποσοστά δείγματος ως προς την ικανοποίηση από την οικονομική κατάσταση

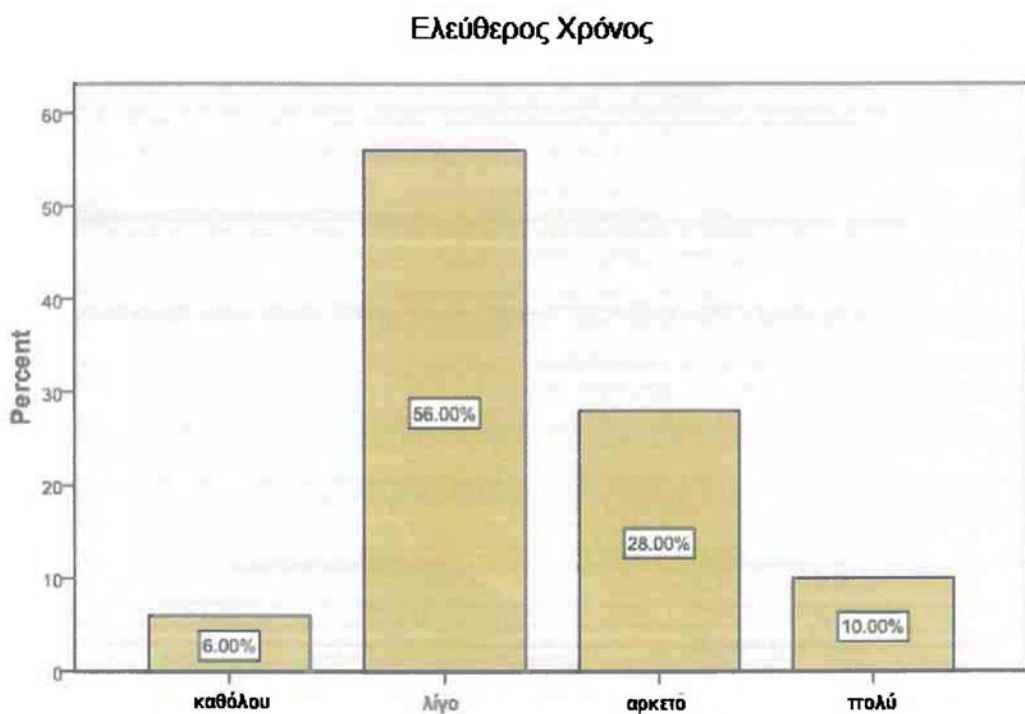
Οικονομική Κατάσταση

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	8	16.0	16.0	16.0
	Λίγο	8	16.0	16.0	32.0
	Μέτρια	24	48.0	48.0	80.0
	Απόλυτα ικανοποιημένοι	10	20.0	20.0	100.0
	Total	50	100.0	100.0	

Πίνακας 4. Ποσοστά δείγματος ως προς την ικανοποίηση από την οικονομική κατάσταση

Από το Γράφημα 6 προκύπτει ότι 48% του δείγματος (δηλαδή σχεδόν ο μισός πληθυσμός του δείγματος) είναι μέτρια ικανοποιημένοι από την οικονομική κατάσταση στην οποία βρίσκεται, ένα 20% είναι απόλυτα ικανοποιημένοι ενώ στην τελευταία θέση με ποσοστό 16% βρίσκονται εκείνοι που είναι λίγο και καθόλου ικανοποιημένοι από την οικονομική τους κατάσταση.

A.2.4 Κατανομή του Δείγματος ως προς τον Ελεύθερο Χρόνο



Γράφημα 5. Ποσοστά δείγματος ως προς τον ελεύθερο χρόνο

Ελεύθερος Χρόνος

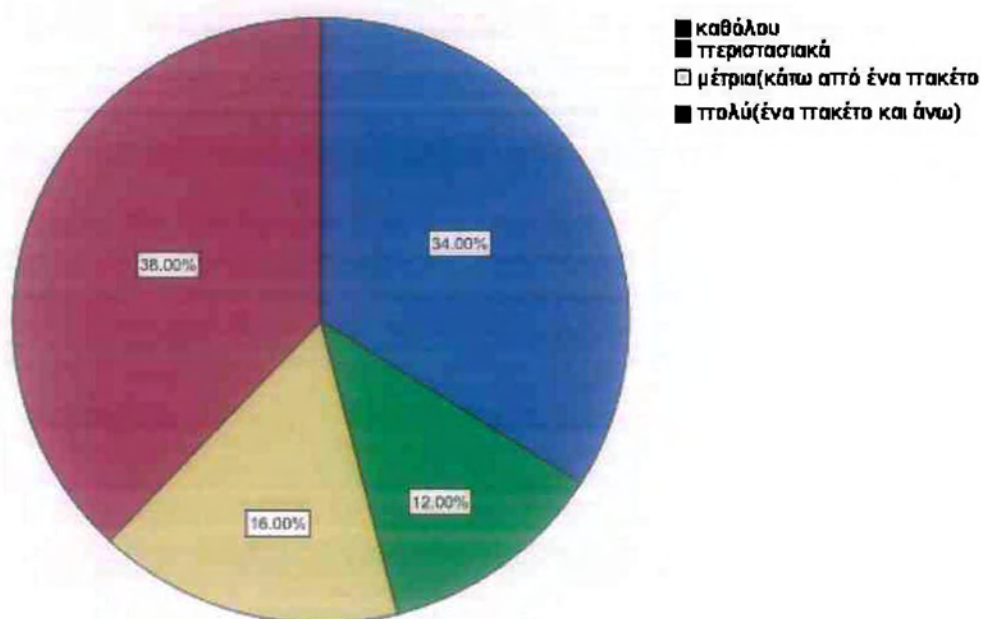
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	3	6.0	6.0	6.0
	Λίγο	28	56.0	56.0	62.0
	Αρκετό	14	28.0	28.0	90.0
	Πολύ	5	10.0	10.0	100.0
	Total	50	100.0	100.0	

Πίνακας 5. Ποσοστά δείγματος ως προς τον ελεύθερο χρόνο

Στο Γράφημα 7 φαίνεται πως το 56% του δείγματος απάντησε πως έχει λίγο ελεύθερο χρόνο, ενώ το 6% δεν έχει καθόλου ελεύθερο χρόνο σε αντίθεση με το 10% που έχει πολύ.

A.2.5 Κατανομή του Δείγματος ως προς την Συχνότητα Καπνίσματος

Συχνότητα Καπνίσματος



Γράφημα 6. Ποσοστά δείγματος ως προς την συχνότητα καπνίσματος

Συχνότητα Καπνίσματος

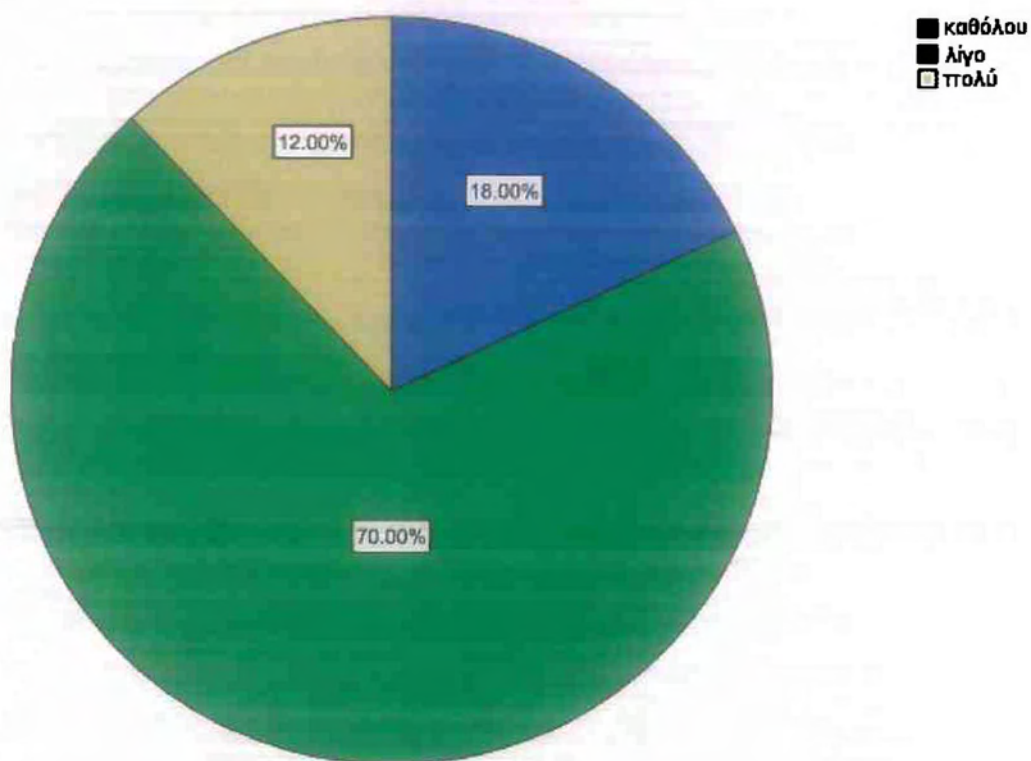
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Καθόλου	17	34.0	34.0	34.0
Περιστασιακά	6	12.0	12.0	46.0
Μέτρια(κάτω από ένα πακέτο)	8	16.0	16.0	62.0
Πολύ(ένα πακέτο τσιγάρα και άνω)	19	38.0	38.0	100.0
Total	50	100.0	100.0	

Πίνακας 6. Ποσοστά δείγματος ως προς την συχνότητα καπνίσματος

Βάσει του Γραφήματος 6 προκύπτει ότι το 38% του δείγματος απάντησε πως καπνίζει πολύ (ένα πακέτο τσιγάρα και άνω) ενώ λίγο χαμηλότερα και σε ποσοστό 34% βρίσκονται όσοι απάντησαν πως δεν καπνίζουν καθόλου.

A.2.6 Κατανομή του Δείγματος ως προς την Συχνότητα Κατανάλωσης Οινοπνεύματος

Συχνότητα Κατανάλωσης Οινοπνεύματος



Γράφημα 7. Ποσοστά δείγματος ως προς την συχνότητα κατανάλωσης οινοπνεύματος

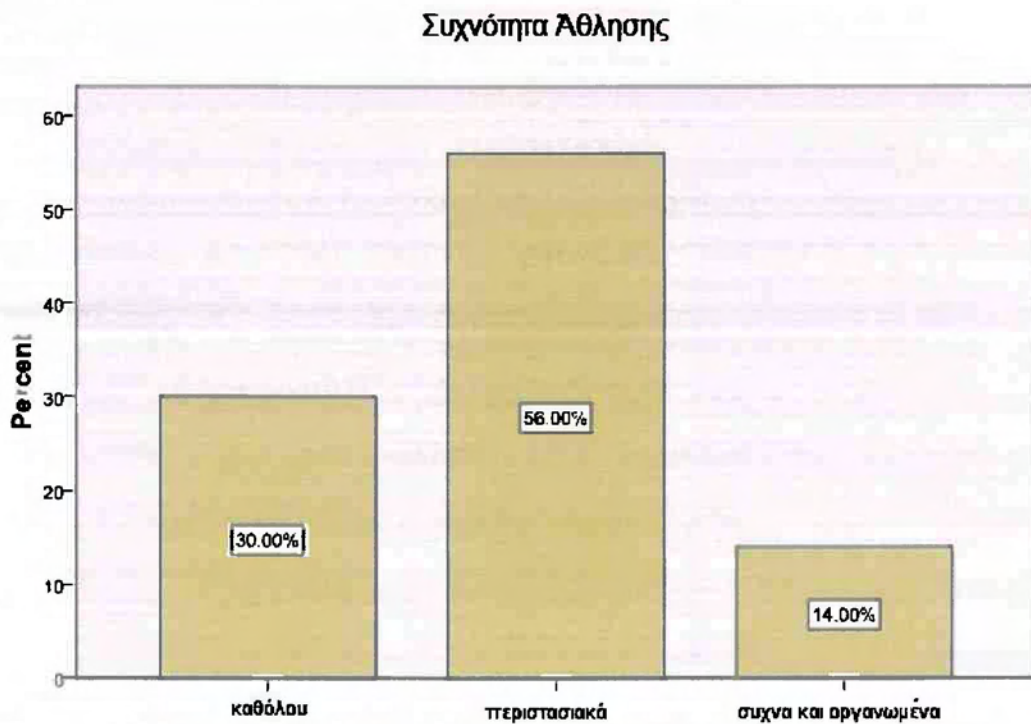
Συχνότητα Κατανάλωσης Οινοπνεύματος

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Καθόλου	9	18.0	18.0	18.0
Λίγο	35	70.0	70.0	88.0
Πολύ	6	12.0	12.0	100.0
Total	50	100.0	100.0	

Πίνακας 7. Ποσοστά δείγματος ως προς την συχνότητα κατανάλωσης οινοπνεύματος

Από τα αποτελέσματα που φαίνονται στο Γράφημα 9 παρατηρούμε ότι το 70% του δείγματος καταναλώνει οινόπνευμα με μικρή συχνότητα, το 18% με μεγάλη συχνότητα ενώ το 12% δεν καταναλώνει καθόλου οινόπνευμα.

A.2.7 Κατανομή του Δείγματος ως προς την Συχνότητα Άθλησης



Γράφημα 8. Ποσοστά δείγματος ως προς την συχνότητα άθλησης

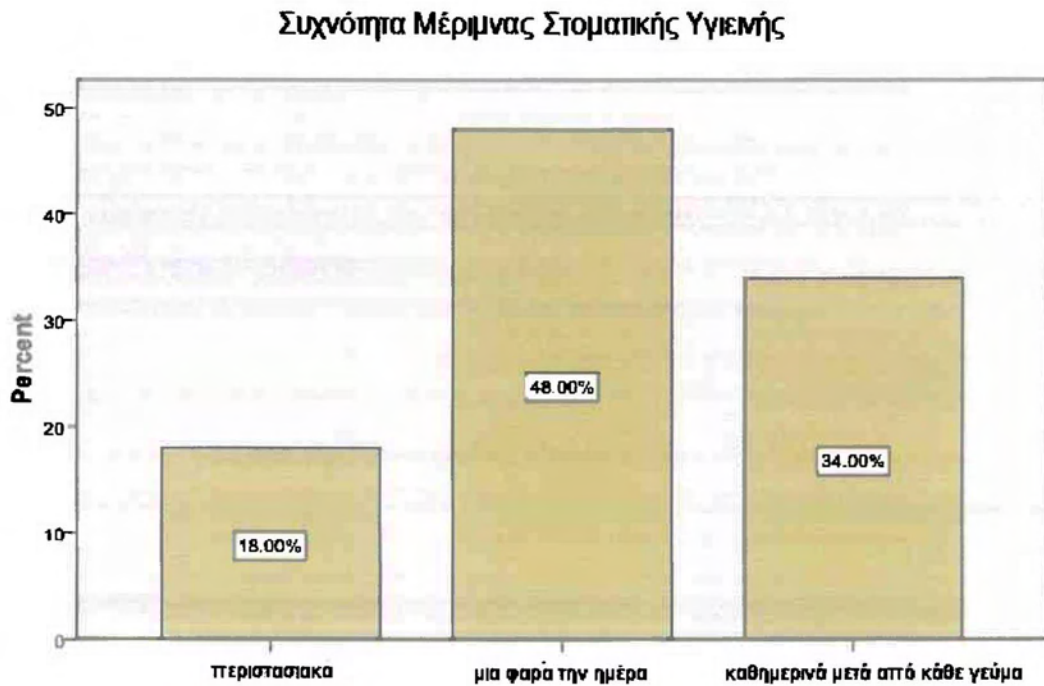
Συχνότητα Άθλησης

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Καθόλου	15	30.0	30.0	30.0
Περιστασιακά	28	56.0	56.0	86.0
Συχνά και οργανωμένα	7	14.0	14.0	100.0
Total	50	100.0	100.0	

Πίνακας 8. Ποσοστά δείγματος ως προς την συχνότητα άθλησης

Τα αποτελέσματα δείχνουν πως το 56% του δείγματος αθλείται περιστασιακά, το 14% συχνά και οργανωμένα ενώ το 30% δεν αθλείται καθόλου.

A.2.8 Κατανομή του Δείγματος ως προς την Συχνότητα Μέριμνας της Στοματικής Υγιεινής



Γράφημα 9. Ποσοστά δείγματος ως προς την συχνότητα μέριμνας της στοματικής υγιεινής

Συχνότητα Μέριμνας Στοματικής Υγιεινής

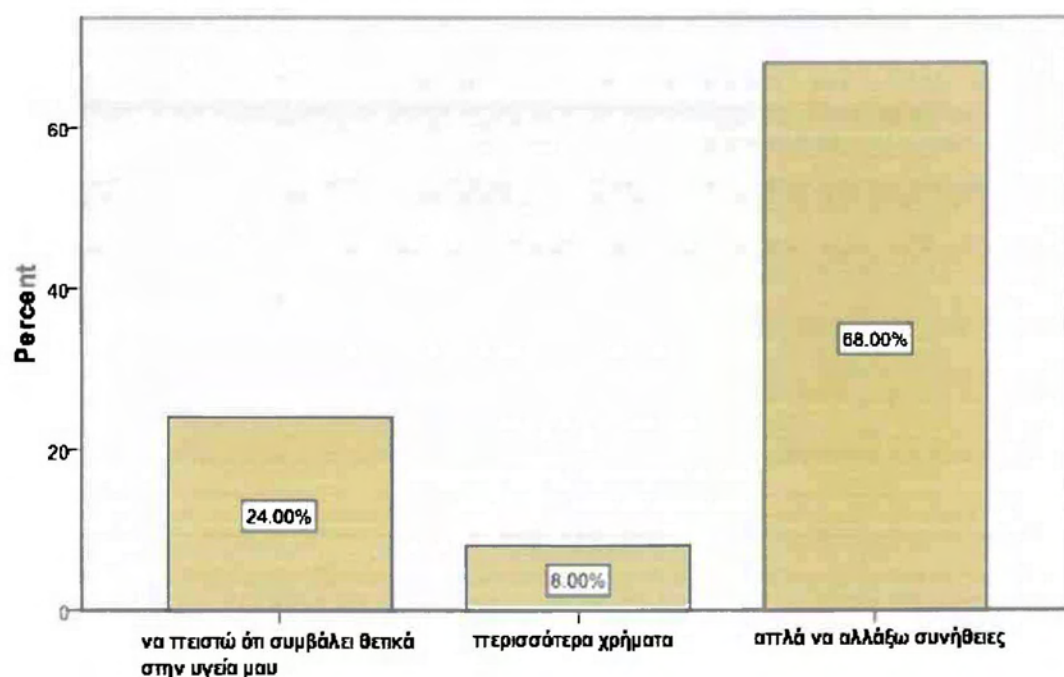
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Περιστασιακά	9	18.0	18.0	18.0
Μια φορά την ημέρα	24	48.0	48.0	66.0
Καθημερινά μετά από κάθε γεύμα	17	34.0	34.0	100.0
Total	50	100.0	100.0	

Πίνακας 9. Ποσοστά δείγματος ως προς την συχνότητα μέριμνας της στοματικής υγιεινής

Με βάση το Γράφημα 11, το 48% του δείγματος μεριμνά για την στοματική υγιεινή του μία φορά την ημέρα, το 34% καθημερινά μετά από κάθε γεύμα και το 18% περιστασιακά.

A.2.9 Κατανομή του Δείγματος ως προς τις Απαιτήσεις Εφαρμογής Μεθόδων Υγιεινής Διατροφής

Απαιτήσεις Εφαρμογής Μεθόδων Υγιεινής Διατροφής



Γράφημα 10. Ποσοστά δείγματος ως προς το τι απαιτείται για την εφαρμογή των μεθόδων υγιεινής διατροφής

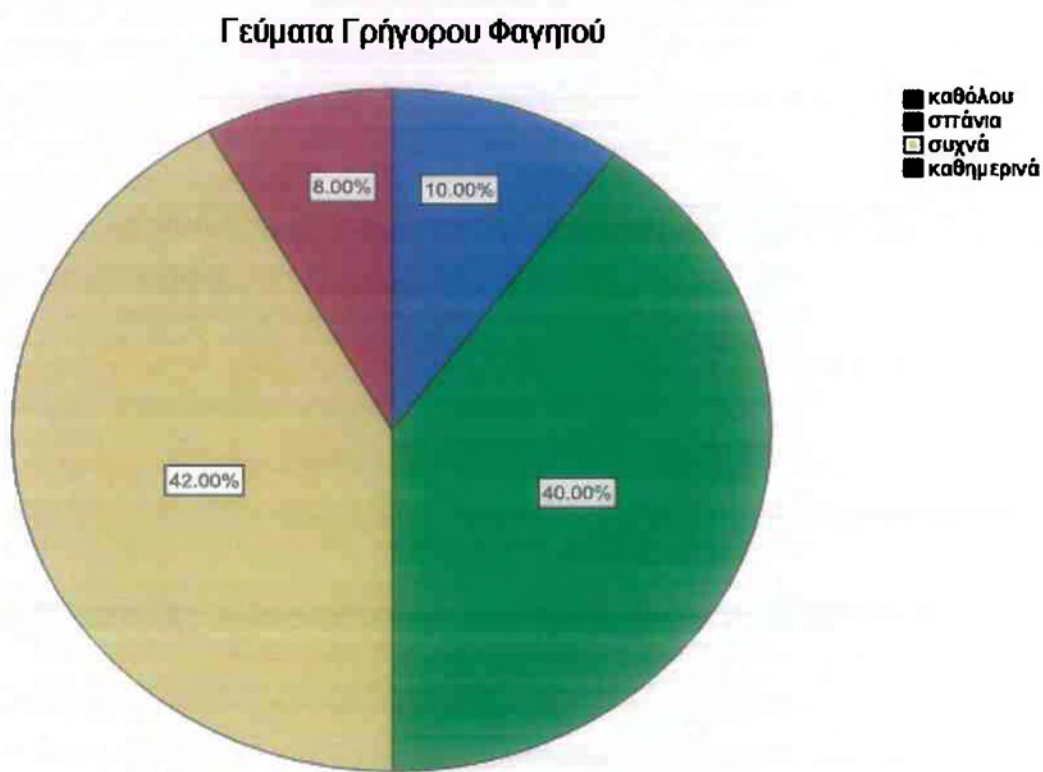
Απαιτήσεις Εφαρμογής Μεθόδων Υγιεινής Διατροφής

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Να πειστώ ότι συμβάλει θετικά στην υγεία μου	12	24.0	24.0	24.0
Περισσότερα χρήματα	4	8.0	8.0	32.0
Απλά να αλλάξω συνήθειες	34	68.0	68.0	100.0
Total	50	100.0	100.0	

Πίνακας 10. Ποσοστά δείγματος ως προς το τι απαιτείται για την εφαρμογή των μεθόδων υγιεινής διατροφής

Τα αποτελέσματα της ερώτησης “Τι απαιτείται για την εφαρμογή μεθόδων υγιεινής διατροφής;” έδειξαν ότι το μεγαλύτερο ποσοστό (68%) χρειάζεται απλά να αλλάξει συνήθειες, το 24% να πεισθεί ότι συμβάλει θετικά στην υγεία του και ένα μικρό ποσοστό της τάξης του 8% χρειάζεται περισσότερα χρήματα.

A.2.10 Κατανομή του Δείγματος ως προς την Συχνότητα Κατανάλωσης Γρήγορου Φαγητού



Γράφημα 11. Ποσοστά δείγματος ως προς την συχνότητα κατανάλωσης γρήγορου φαγητού

Γεύματα Γρήγορου Φαγητού

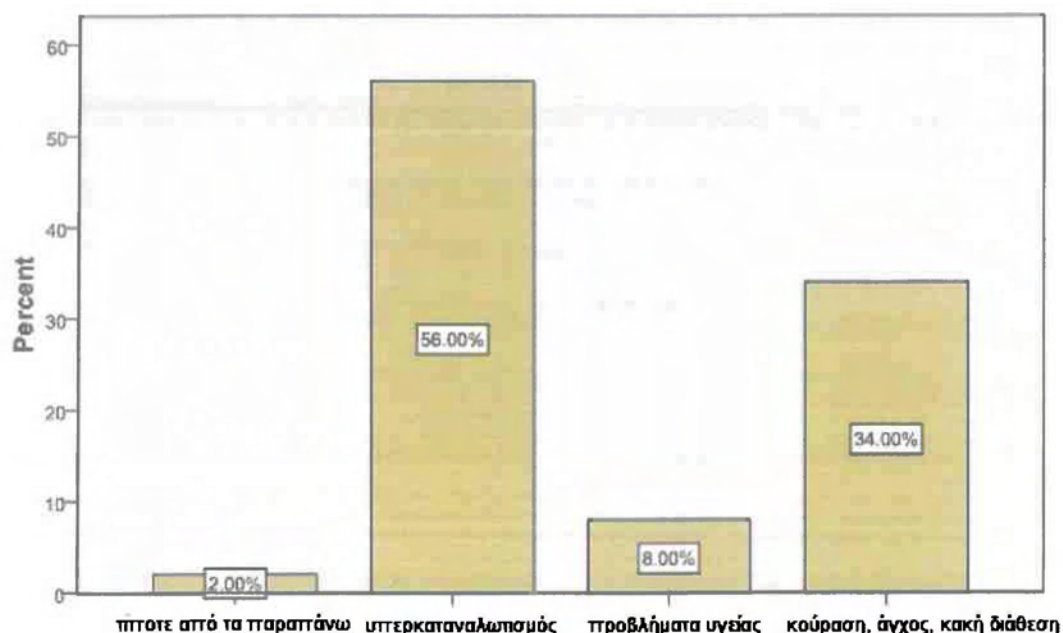
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	5	10.0	10.0	10.0
	Σπάνια	20	40.0	40.0	50.0
	Συχνά	21	42.0	42.0	92.0
	Καθημερινά	4	8.0	8.0	100.0
	Total	50	100.0	100.0	

Πίνακας 11. Ποσοστά δείγματος ως προς την συχνότητα κατανάλωσης γρήγορου φαγητού

Ποσοστό 42% του δείγματος δήλωσε ότι καταναλώνει συχνά γρήγορο φαγητό, το 40% καταναλώνει σπάνια, το 10% δεν καταναλώνει καθόλου και το 8% καταναλώνει καθημερινά.

A.2.11 Κατανομή του Δείγματος ως προς τους Λόγους που Οδηγούν στην Παχυσαρκία

Λόγοι που Οδηγούν στη Παχυσαρκία



Γράφημα 12. Ποσοστά δείγματος ως προς τους λόγους που οδηγούν στην παχυσαρκία

Λόγοι που Οδηγούν στη Παχυσαρκία

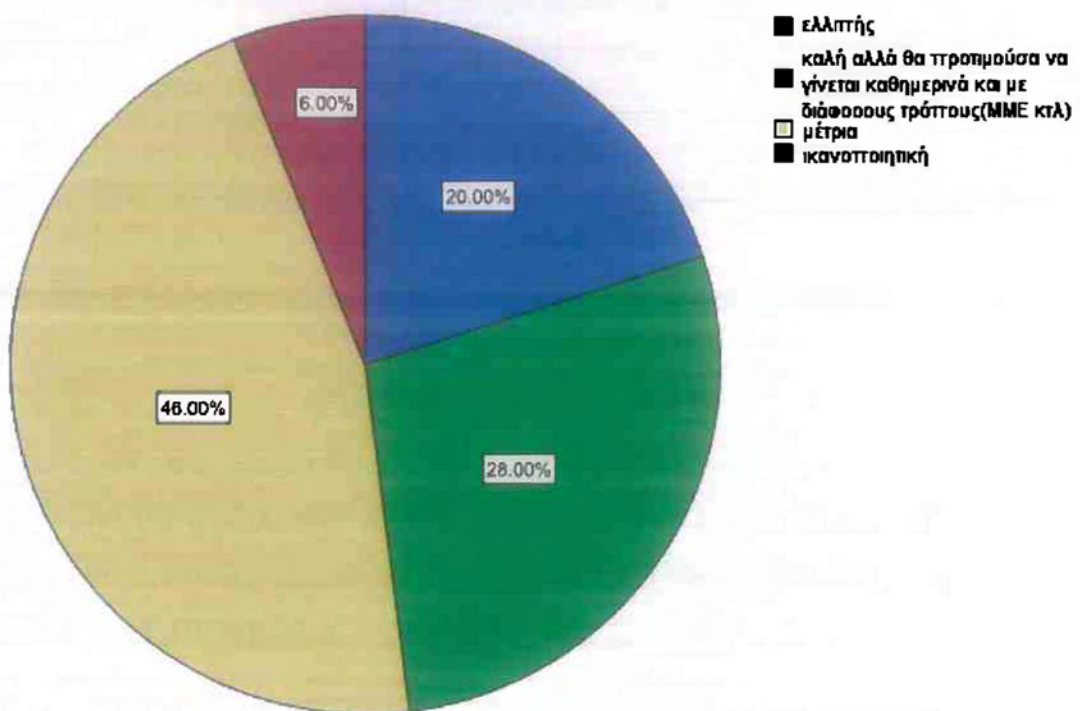
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Τίποτε από τα παραπάνω	1	2.0	2.0	2.0
Υπερκαταναλωτισμός	28	56.0	56.0	58.0
Προβλήματα υγείας	4	8.0	8.0	66.0
Κούραση, άγχος, κακή διάθεση	17	34.0	34.0	100.0
Total	50	100.0	100.0	

Πίνακας 12. Ποσοστά δείγματος ως προς τους λόγους που οδηγούν στην παχυσαρκία

Συμπερασματικά, παρατηρούμε ότι το 56% θεωρεί πως ο υπερκαταναλωτισμός είναι ο λόγος που οδηγεί στην παχυσαρκία, το 34% θεωρεί υπεύθυνη την κούραση, το άγχος και τη κακή διάθεση, το 8% τα προβλήματα υγείας και ένα μικρό ποσοστό της τάξης του 2% δεν συμφωνεί με καμία από τις πιθανές απαντήσεις του ερωτηματολογίου.

A.2.12 Κατανομή του Δείγματος ως προς την Ενημέωση του Κράτους σε Θέματα Υγείας

Ενημέρωση Κράτους σε Θέματα Υγείας



Γράφημα 13. Ποσοστά δείγματος ως προς την ενημέρωση του κράτους σε θέματα υγείας

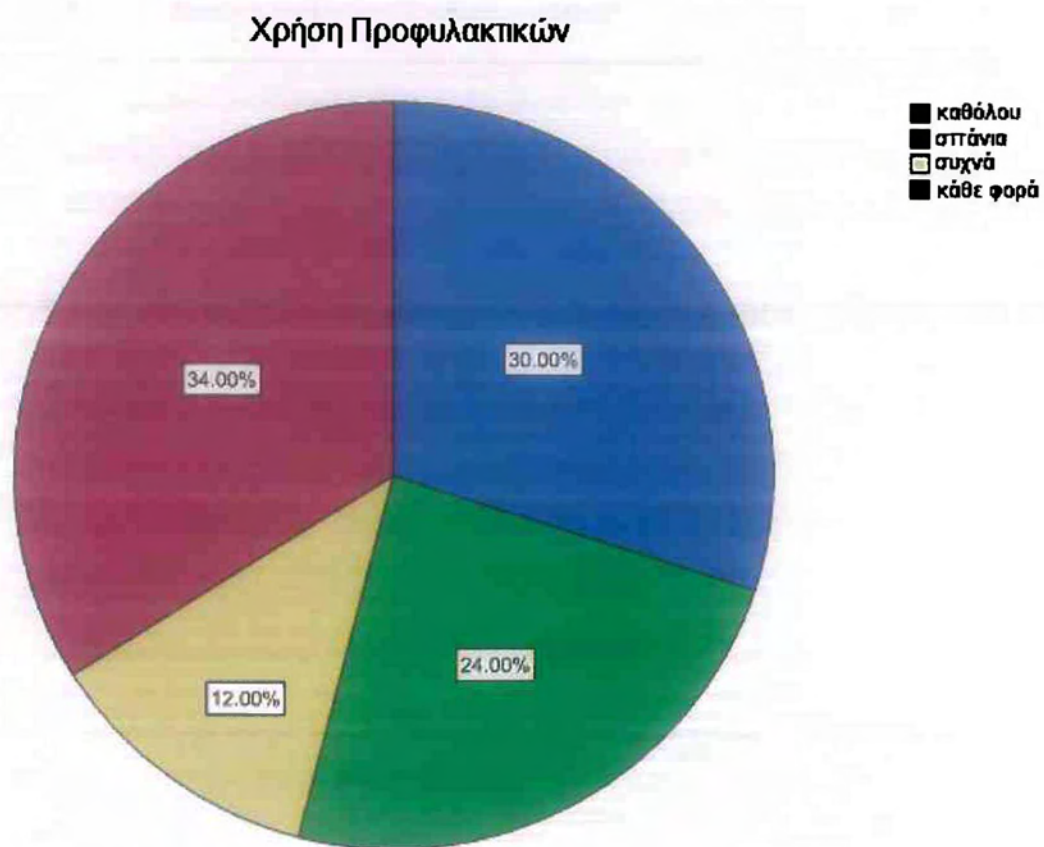
Ενημέρωση Κράτους σε Θέματα Υγείας

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ελλιπής	10	20.0	20.0	20.0
Καλή αλλά θα προτιμούσα να γίνεται καθημερινά και με διάφορους τρόπους(MME κτλ)	14	28.0	28.0	48.0
Μέτρια	23	46.0	46.0	94.0
Ικανοποιητική	3	6.0	6.0	100.0
Total	50	100.0	100.0	

Πίνακας 13. Ποσοστά δείγματος ως προς την ενημέρωση του κράτους σε θέματα υγείας

Από το Γράφημα 15 προκύπτει ότι ποσοστό 46% κρίνει την ενημέρωση του κράτους (όσον αφορά τα θέματα υγείας) μέτρια, το 28% θεωρεί πως είναι καλή αλλά θα επιθυμούσε να γίνεται καθημερινά και με διάφορους τρόπους (MME κλπ.), το 20% κρίνει την ενημέρωση ως ελλιπή και μόλις το 6% θεωρεί πως είναι ικανοποιητική.

A.2.13 Κατανουή του Δείνματος ως προς την Συχνότητα Χρήσης Προφυλάξεων



Γράφημα 14. Ποσοστά δείγματος ως προς την συχνότητα χρήσης προφυλάξεων

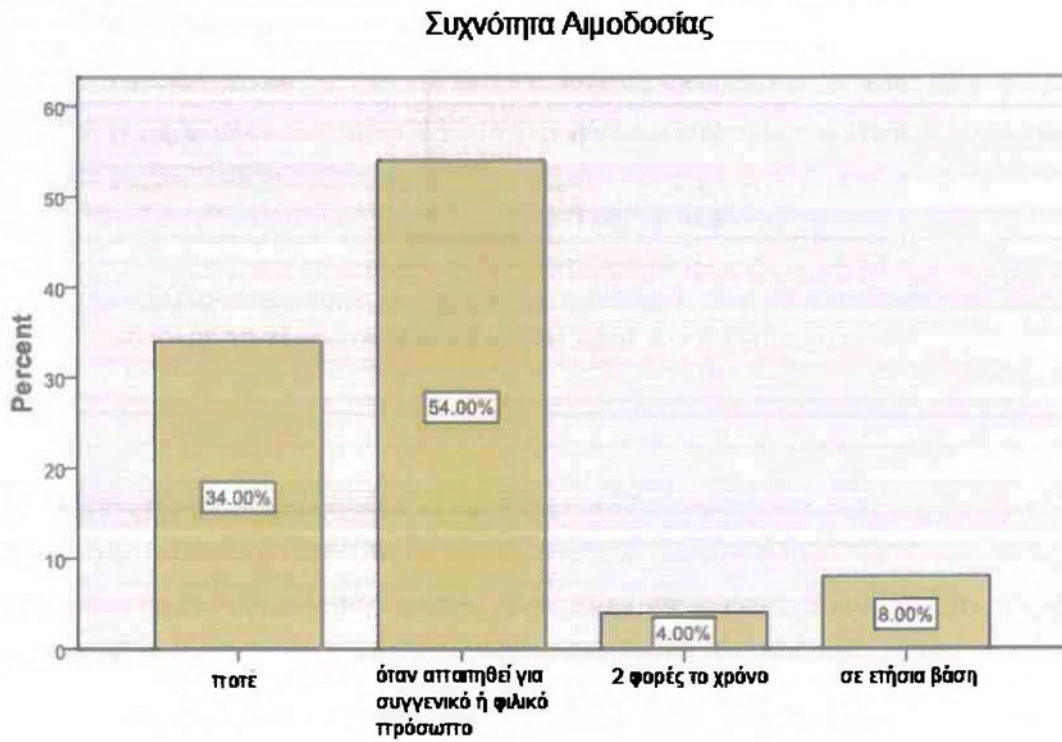
Χρήση Προφυλακτικών

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Καθόλου	15	30.0	30.0	30.0
Σπάνια	12	24.0	24.0	54.0
Συχνά	6	12.0	12.0	66.0
Κάθε φορά	17	34.0	34.0	100.0
Total	50	100.0	100.0	

Πίνακας 14. Ποσοστά δείγματος ως προς την συχνότητα χρήσης προφυλάξεων

Από τον πίνακα βλέπουμε ότι το 34% του δείγματος χρησιμοποιεί κάθε φορά μέτρα προφύλαξης, το 30% δεν χρησιμοποιεί καθόλου μέτρα προφύλαξης, το 24% χρησιμοποιεί σπάνια και το 12% τα χρησιμοποιεί συχνά.

A.2.14 Κατανομή του Δείγματος ως προς την Συχνότητα Αιμοδοσίας



Γράφημα 15. Ποσοστά δείγματος ως προς την συχνότητα αιμοδοσίας

Συχνότητα Αιμοδοσίας

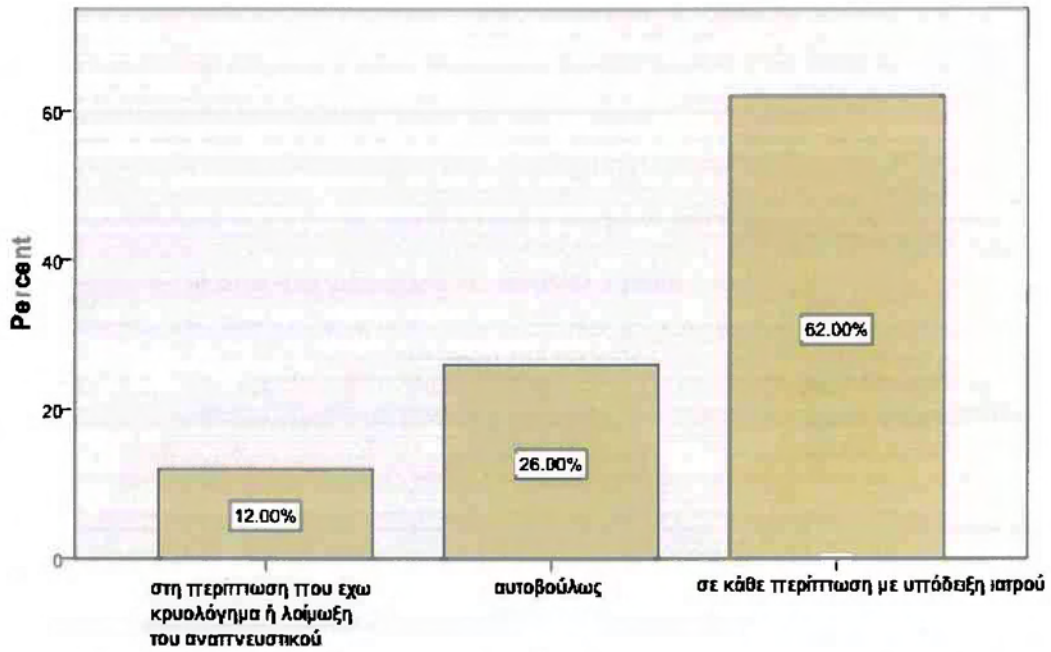
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ποτέ	17	34.0	34.0	34.0
Όταν απαιτείτε για συγγενικό ή φιλικό πρόσωπο	27	54.0	54.0	88.0
2 φορές το χρόνο	2	4.0	4.0	92.0
Σε ετήσια βάση	4	8.0	8.0	100.0
Total	50	100.0	100.0	

Πίνακας 15. Ποσοστά δείγματος ως προς την συχνότητα αιμοδοσίας

Από την ανάλυση των δεδομένων προκύπτει ότι το 54% του δείγματος δίνει αίμα μόνο όταν απαιτηθεί για συγγενικό ή φιλικό πρόσωπο, το 34% δεν έχει γίνει ποτέ αιμοδότης, το 8% δίνει αίμα σε ετήσια βάση και το 4% δύο φορές το χρόνο.

A.2.15 Κατανομή του Δείγματος ως προς την Χρήση Αντιβιοτικών

Χρήση Αντιβιοτικών



Γράφημα 16. Ποσοστά δείγματος ως προς την συχνότητα αιμοδοσίας

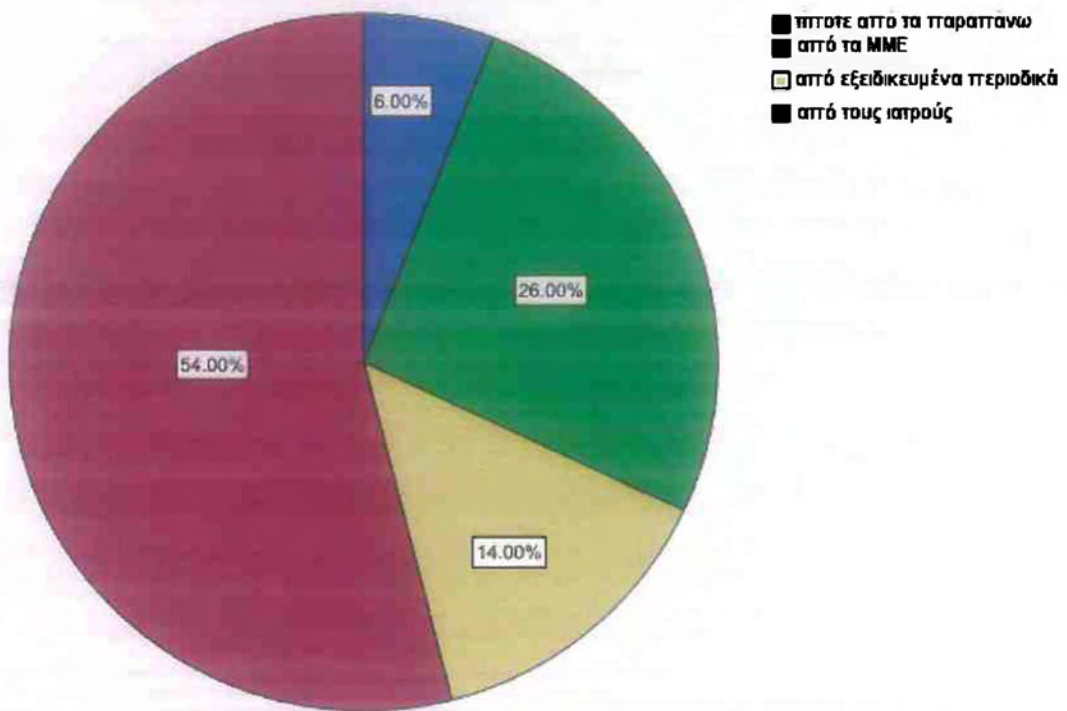
Χρήση Αντιβιοτικών

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Στη περίπτωση που έχω κρυολόγημα ή λοίμωξη του αναπνευστικού	6	12.0	12.0	12.0
Αυτοβούλως	13	26.0	26.0	38.0
Σε κάθε περίπτωση με υπόδειξη ιατρού	31	62.0	62.0	100.0
Total	50	100.0	100.0	

Πίνακας 16. Ποσοστά δείγματος ως προς την συχνότητα αιμοδοσίας

A.2.16 Κατανομή του Δείγματος ως προς τους Φορείς Ενημέρωσης σε Θέματα Υγείας

Φορείς Ενημέρωσης σε Θέματα Υγείας



Γράφημα 17. Ποσοστά δείγματος ως προς τους φορείς ενημέρωσης σε θέματα υγείας

Φορείς Ενημέρωσης σε Θέματα Υγείας

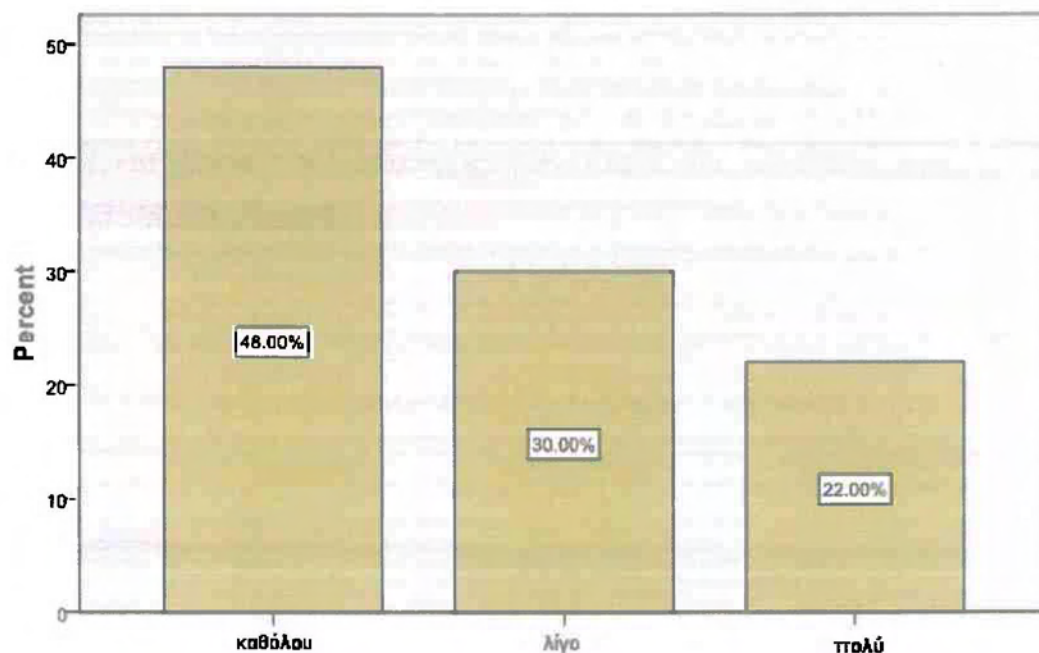
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid				
Τίποτε από τα παραπάνω	3	6.0	6.0	6.0
Από τα ΜΜΕ	13	26.0	26.0	32.0
Από εξειδικευμένα περιοδικά	7	14.0	14.0	46.0
Από τους ιατρούς	27	54.0	54.0	100.0
Total	50	100.0	100.0	

Πίνακας 17. Ποσοστά δείγματος ως προς τους φορείς ενημέρωσης σε θέματα υγείας

Το 54% του δείγματος δήλωσε ότι ενημερώνεται από τους γιατρούς για τα θέματα υγείας, το 26% από τα ΜΜΕ, το 14% από εξειδικευμένα περιοδικά και ένα ποσοστό της τάξης του 6% από κανένα από τους παραπάνω φορείς.

A.2.17 Κατανομή του Δείγματος ως προς την Συμβολή της Θρησκείας στη Διατήρηση της Υγείας

Συμβολή Θρησκείας στη Διατήρηση της Υγείας



Γράφημα 18. Ποσοστά δείγματος ως προς την συμβολή της θρησκείας στη διατήρηση της υγείας

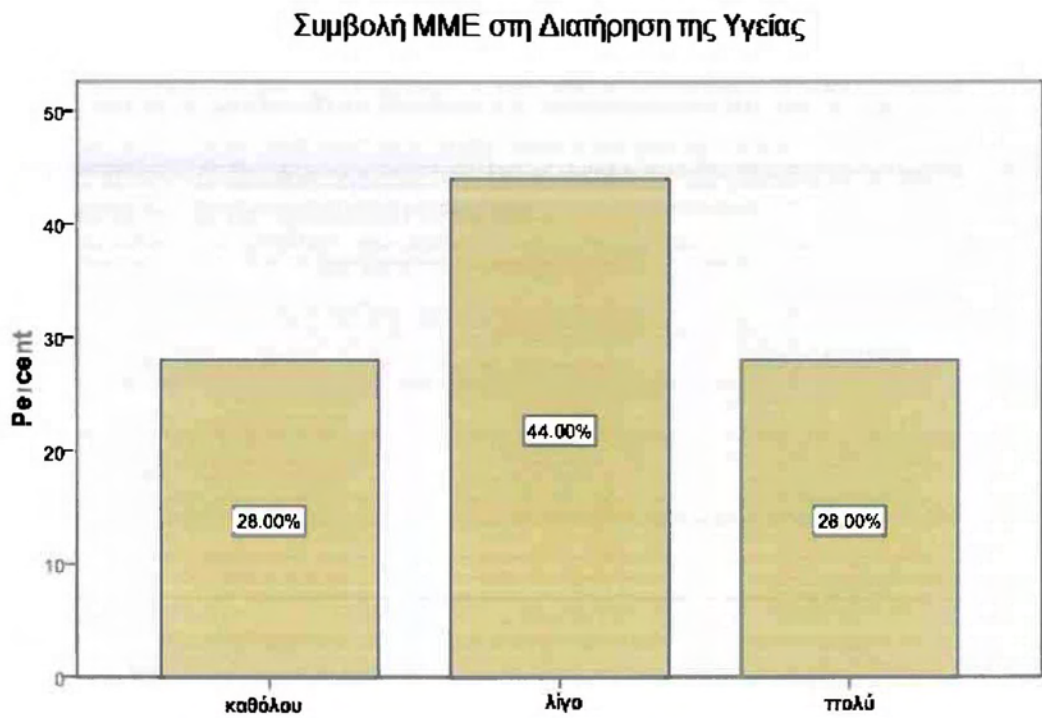
Συμβολή Θρησκείας στη Διατήρηση της Υγείας

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	24	48.0	48.0	48.0
	Λίγο	15	30.0	30.0	78.0
	Πολύ	11	22.0	22.0	100.0
	Total	50	100.0	100.0	

Πίνακας 18. Ποσοστά δείγματος ως προς την συμβολή της θρησκείας στη διατήρηση της υγείας

Βάσει του Γραφήματος 20 προκύπτει ότι το 48% θεωρεί πως η θρησκεία δεν συμβάλλει καθόλου στη διατήρηση της υγείας, το 30% πως συμβάλλει λίγο και το 22% πως συμβάλλει πολύ.

A.2.18 Κατανομή του Δείγματος ως προς την Συμβολή των ΜΜΕ στη Διατήρηση της Υγείας



Γράφημα 19. Ποσοστά δείγματος ως προς την συμβολή των ΜΜΕ στη διατήρηση της υγείας

Συμβολή ΜΜΕ στη Διατήρηση της Υγείας

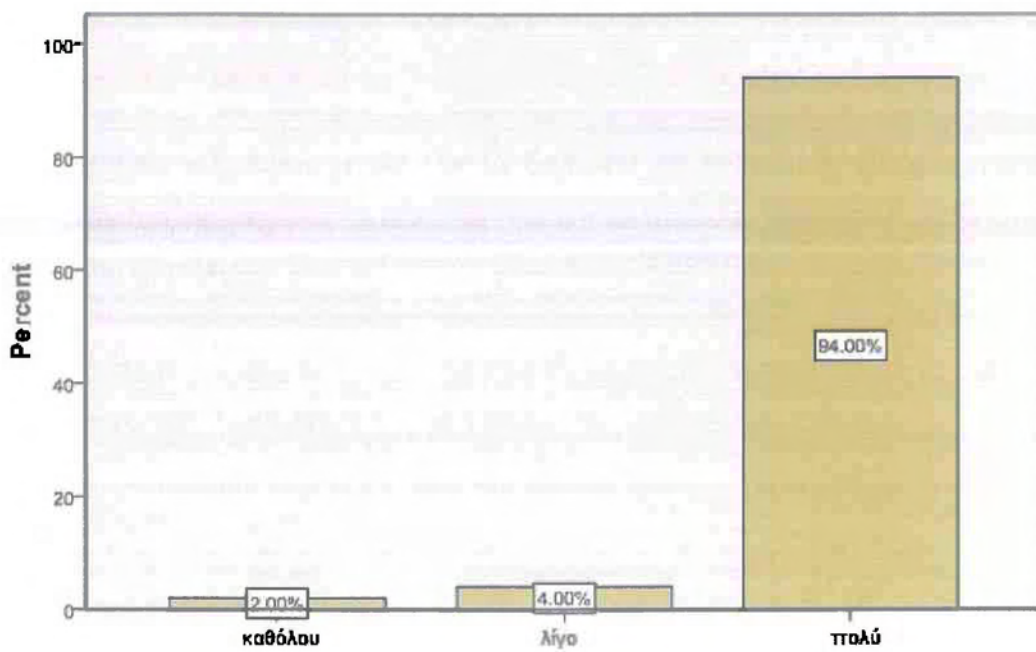
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	14	28.0	28.0	28.0
	Λίγο	22	44.0	44.0	72.0
	Πολύ	14	28.0	28.0	100.0
	Total	50	100.0	100.0	

Πίνακας 19. Ποσοστά δείγματος ως προς την συμβολή των ΜΜΕ στη διατήρηση της υγείας

Τα αποτελέσματα του Πίνακα 21 δείχνουν ότι το 44% πιστεύει πως τα ΜΜΕ συμβάλλουν λίγο στη διατήρηση τη υγείας, το 28% ότι συμβάλλει πολύ και το 28% ότι δεν συμβάλλει καθόλου.

A.2.19 Κατανομή του Δείγματος ως προς την Συμβολή του Τρόπου Ζωής στη Διατήρηση της Υγείας

Συμβολή Τρόπου Ζωής στη Διατήρηση της Υγείας



Γράφημα 20. Ποσοστά δείγματος ως προς την συμβολή του τρόπου ζωής στη διατήρηση της υγείας

Συμβολή Τρόπου Ζωής στη Διατήρηση της Υγείας

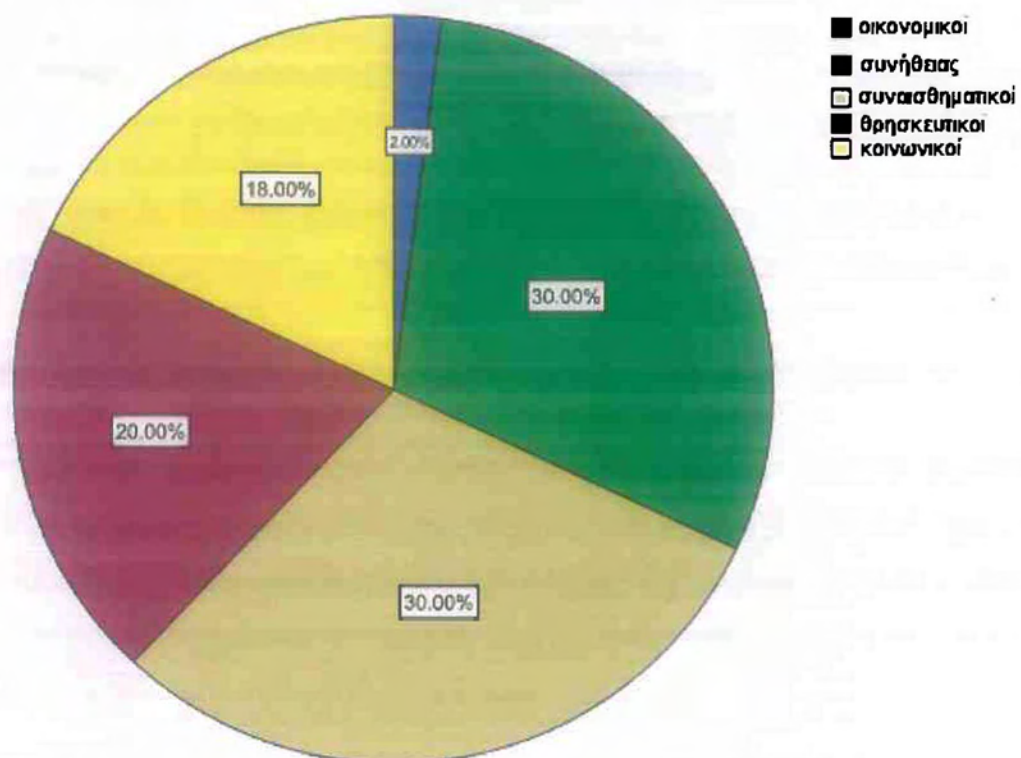
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	1	2.0	2.0	2.0
	Λίγο	2	4.0	4.0	6.0
	Πολύ	47	94.0	94.0	100.0
	Total	50	100.0	100.0	

Πίνακας 20. Ποσοστά δείγματος ως προς την συμβολή του τρόπου ζωής στη διατήρηση της υγείας

Η συντριπτική πλειοψηφία (94%) δηλώνει ότι ο τρόπος ζωής συμβάλλει πολύ στη διατήρηση της υγείας, το 4% ότι συμβάλλει λίγο και το 2% ότι δεν συμβάλλει καθόλου.

A.2.20 Κατανουή του Δείγματος ως προς τους Λόνους Μειωμένων Επιπέδων Δωρεάς Οργάνων στην Ελλάδα

Λόνου Μειωμένων Επιπέδων Δωρεάς Οργάνων στην Ελλάδα



Γράφημα 21. Ποσοστά δείγματος ως προς την συμβολή του τρόπου ζωής στη διατήρηση της υγείας

Λόγοι Μειωμένων Επιπέδων Δωρεάς Οργάνων στην Ελλάδα

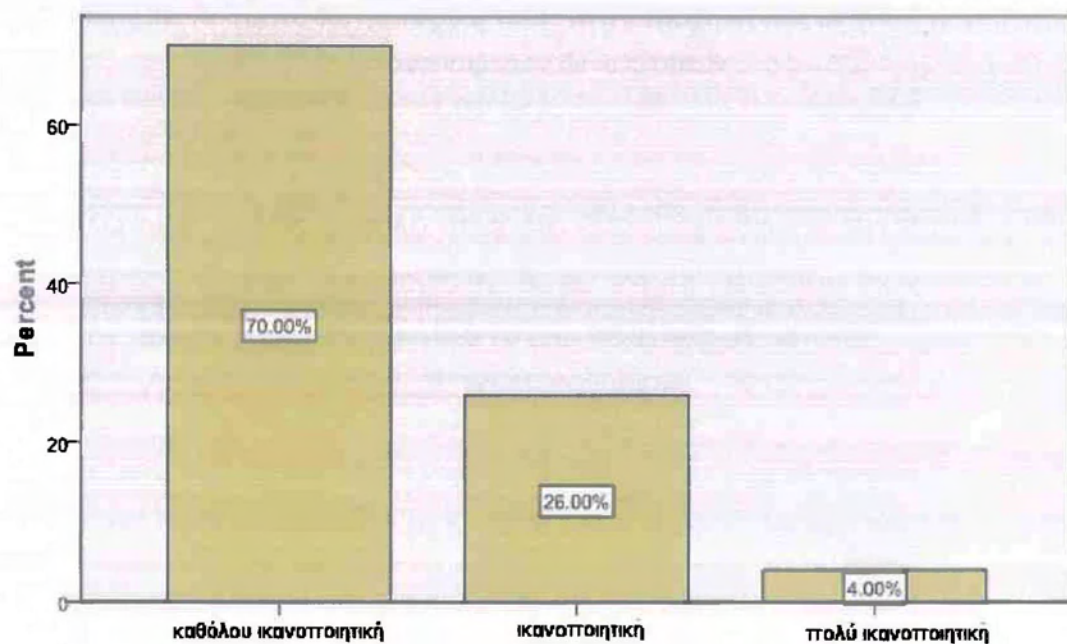
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Οικονομικοί	1	2.0	2.0	2.0
Συνήθειας	15	30.0	30.0	32.0
Συναισθηματικοί	15	30.0	30.0	62.0
Θρησκευτικοί	10	20.0	20.0	82.0
Κοινωνικοί	9	18.0	18.0	100.0
Total	50	100.0	100.0	

Πίνακας 21. Ποσοστά δείγματος ως προς την συμβολή του τρόπου ζωής στη διατήρηση της υγείας

Στο Πίνακα 23 παρατηρούμε ότι το 30% πιστεύει πως ο λόγος μειωμένων επιπέδων δωρεάς οργάνων στην Ελλάδα είναι η συνήθεια παρά του ότι η μεταμόσχευση είναι αναγνωρίσιμη στην ηθική της διάσταση, το 30% θεωρεί πως οι λόγοι είναι συναισθηματικοί, το 20% πως είναι θρησκευτικοί, το 18% ότι είναι κοινωνικοί και το 2% ότι οι λόγοι είναι οικονομικοί.

A.2.21 Κατανουή του Δείγματος ως προς την Παροχή Υγείας σε Πολίτες Χαμηλών Οικονομικών Δυνατοτήτων

Παροχη Υγείας σε Πολίτες Χαμηλών Οικονομικών Δυνατοτήτων



Γράφημα 22. Ποσοστά δείγματος ως προς την παροχή υγείας σε πολίτες χαμηλών οικονομικών δυνατοτήτων

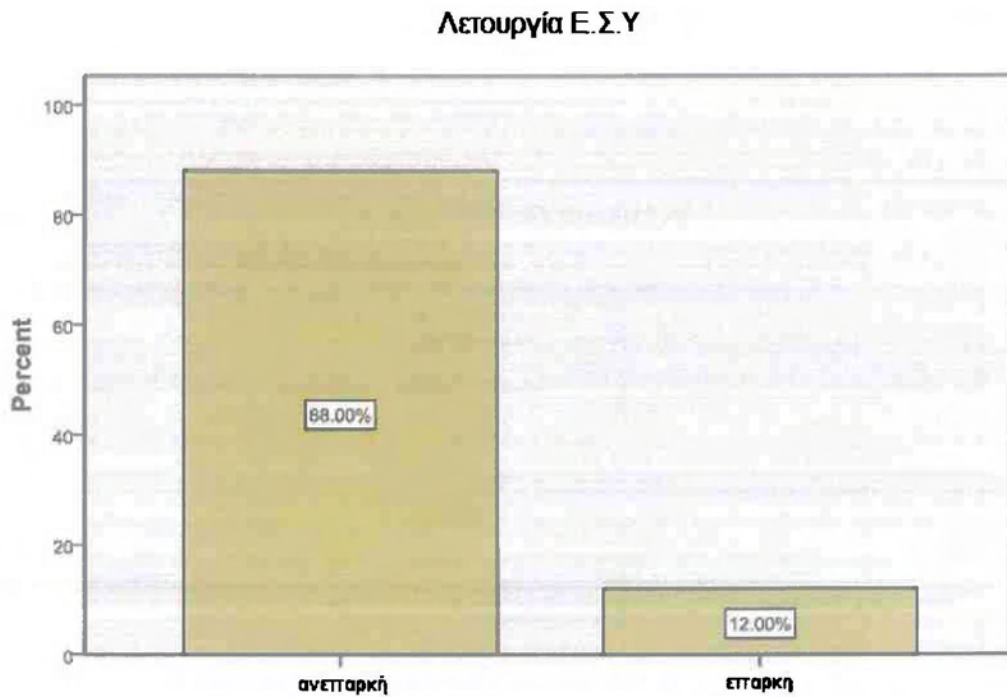
Παροχή Υγείας σε Πολίτες Χαμηλών Οικονομικών Δυνατοτήτων

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου ικανοποιητική	35	70.0	70.0	70.0
	Ικανοποιητική	13	26.0	26.0	96.0
	Πολύ ικανοποιητική	2	4.0	4.0	100.0
	Total	50	100.0	100.0	

Πίνακας 22. Ποσοστά δείγματος ως προς την παροχή υγείας σε πολίτες χαμηλών οικονομικών δυνατοτήτων

Βλέπουμε ότι ένα μεγάλο ποσοστό (70%) δεν θεωρεί την παροχή υγείας σε πολίτες χαμηλών οικονομικών δυνατοτήτων καθόλου ικανοποιητική, το 26% την θεωρεί ικανοποιητική και το 2% πολύ ικανοποιητική.

A.2.22 Κατανομή του Δείγματος ως προς τη Λειτουργία του ΕΣΥ



Γράφημα 23. Ποσοστά δείγματος ως προς τη λειτουργία του ΕΣΥ

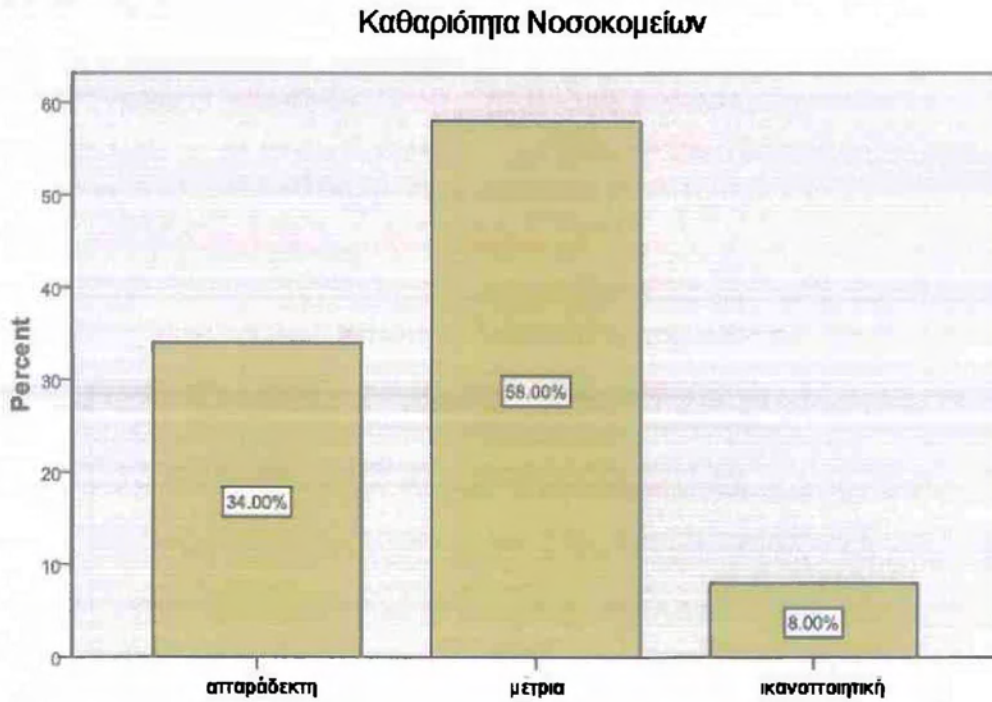
Λειτουργία Ε.Σ.Υ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ανεπαρκή	44	88.0	88.0	88.0
Επαρκή	6	12.0	12.0	100.0
Total	50	100.0	100.0	

Πίνακας 23. Ποσοστά δείγματος ως προς τη λειτουργία του ΕΣΥ

Το 88% του δείγματος κρίνει την λειτουργία του ΕΣΥ ως ανεπαρκή ενώ το 12% ως επαρκή.

A.2.23 Κατανομή του Δείγματος ως προς τη Καθαριότητα των Νοσοκομείων



Γράφημα 24. Ποσοστά δείγματος ως προς την καθαριότητα των νοσοκομείων

Καθαριότητα Νοσοκομείων

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Απαράδεκτη	17	34.0	34.0	34.0
	Μέτρια	29	58.0	58.0	92.0
	Ικανοποιητική	4	8.0	8.0	100.0
	Total	50	100.0	100.0	

Πίνακας 24. Ποσοστά δείγματος ως προς την καθαριότητα των νοσοκομείων

Το 58% του δείγματος θεωρεί πως η καθαριότητα των νοσοκομείων είναι μέτρια, το 34% απaráδεκτη και το 8% ικανοποιητική.

A.2.24 Κατανομή του Δείγματος ως προς την Καλύτερη Παροχή Υπηρεσιών Υγείας



Γράφημα 25. Ποσοστά δείγματος ως προς την καλύτερη παροχή υπηρεσιών υγείας

Καλύτερη Παροχή Υπηρεσιών Υγείας

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Στα κέντρα υγείας, ιατρεία ΙΚΑ, δημόσια νοσοκομεία	9	18.0	18.0	18.0
Στα ιδιωτικά ιατρεία, κλινικές, νοσοκομεία	41	82.0	82.0	100.0
Total	50	100.0	100.0	

Πίνακας 25. Ποσοστά δείγματος ως προς την καλύτερη παροχή υπηρεσιών υγείας

Το 82% του δείγματος πιστεύει οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται καλύτερα στα ιδιωτικά ιατρεία, στις ιδιωτικές κλινικές και στα ιδιωτικά νοσοκομεία ενώ το 18% στα κέντρα υγείας, στα ιατρεία ΙΚΑ και στα δημόσια νοσοκομεία.

A.2.25 Κατανομή του Δείγματος των Ιατρών ως προς τον Ρόλο που θα τους Ταίριαζε



Γράφημα 26. Ποσοστά δείγματος των γιατρών ως προς το ρόλο που θα τους ταίριαζε

Ρόλος που θα Ταίριαζε στους Ιατρούς

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Όλα τα παραπάνω	2	13.3	13.3	13.3
	Του ιατρού καθηγητή	2	13.3	13.3	26.7
	Του ιατρού ερευνητή	2	13.3	13.3	40.0
	Του κλινικού ιατρού	9	60.0	60.0	100.0
	Total	15	100.0	100.0	

Πίνακας 26. Ποσοστά δείγματος των γιατρών ως προς το ρόλο που θα τους ταίριαζε

Το 60% των ιατρών του δείγματος θεωρεί πως του ταιριάζει ο ρόλος του κλινικού ιατρού, το 13.3% ο ρόλος του ιατρού ερευνητή, το 13.3% ο ρόλος του ιατρού καθηγητή και το 13.3% επιλέγει όλα τα παραπάνω.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΣΕ ΠΛΗΘΥΣΜΟ

Ηλικία :

Φύλο: Άνδρας Γυναίκα

Εθνικότητα:

Τόπος διαμονής:

Επάγγελμα:

Επίπεδο μόρφωσης : πρωτοβάθμια , δευτεροβάθμια , ανωτέρα
, ανωτάτη

Θρήσκευμα : Χριστιανός Ορθόδοξος Καθολικός
Μουσουλμάνος Άλλη

1) Είστε ικανοποιημένοι από τον τρόπο ζωής που έχετε επιλέξει;

- Πολύ.
- Αρκετά.
- Μέτρια.
- Λίγο.
- Καθόλου.

2) Είστε ικανοποιημένοι από τις συνθήκες εργασίας σας;

- Δεν εργάζομαι
- Πολύ.
- Αρκετά.
- Μέτρια.
- Λίγο.
- Καθόλου

3) Είστε ικανοποιημένοι από την οικονομική σας κατάσταση;

- Απόλυτα ικανοποιημένοι.
- Μέτρια.
- Λίγο.
- Καθόλου.

4) Έχετε ελεύθερο χρόνο;

- Πολύ.
- Αρκετό.
- Λίγο.
- Καθόλου.

5) Καπνίζετε:

- Πολύ (ένα πακέτο τσιγάρα και άνω)
- Μέτρια (κάτω από ένα πακέτο)
- Περιστασιακά
- Καθόλου

6) Πίνετε (κατανάλωση οινοπνεύματος):

- Πολύ
- Λίγο
- Καθόλου

7) Κάθε πότε αθλείστε;

- Συχνά και οργανωμένα
- Περιστασιακά
- Καθόλου

8) Πόσο συχνά μεριμνάτε για την στοματική σας υγιεινή;

- Καθημερινά μετά από κάθε γεύμα
- Μία φορά την ημέρα

Περιστασιακά

Καθόλου

9) Θεωρείτε ότι για να εφαρμόσετε μεθόδους υγιεινής διατροφής απαιτούνται:

Απλά να αλλάξω συνήθειες

Περισσότερα χρήματα

Να πεισθώ ότι συμβάλλει θετικά στην υγεία μου

10) Στη διατροφή σας κάθε πότε συμπεριλαμβάνετε γεύματα γρήγορου φαγητού;

Καθημερινά.

Συχνά.

Σπάνια.

Καθόλου.

11) Ποιος πιστεύετε ότι είναι ο κυριότερος λόγος που οδηγεί στη παχυσαρκία;

Κούραση, άγχος, κακή διάθεση.

Προβλήματα Υγείας.

Υπερκαταναλωτισμός.

Τίποτε από τα παραπάνω.

12) Η ενημέρωση από το κράτος για τις επιπτώσεις του καπνίσματος, του αλκοόλ και της ανθυγιεινής διατροφής θεωρείτε ότι είναι:

Ικανοποιητική

Μέτρια

Καλή αλλά θα επιθυμούσα να γίνεται καθημερινά και με διάφορους τρόπους (ΜΜΕ κτλ)

Ελλιπής

13) Στα πλαίσια της σεξουαλικής σας ζωής χρησιμοποιείτε προφυλάξεις;

Κάθε φορά.

Συχνά.

Σπάνια.

Καθόλου.

14) Πόσο συχνά δίνετε αίμα ; (αιμοδοσία)

Σε ετήσια βάση.

Δύο φορές το χρόνο.

Όταν απαιτηθεί για συγγενικό ή φιλικό πρόσωπο.

Ποτέ.

15) Αντιβιοτικά φάρμακα παίρνετε:

Σε κάθε περίπτωση με υπόδειξη ιατρού.

Αυτοβούλως.

Στη περίπτωση που έχω κρουολόγημα ή λοίμωξη του αναπνευστικού.

16) Από πού ενημερώνεστε για θέματα που αφορούν την υγεία ;

Από τους γιατρούς

Από εξειδικευμένα περιοδικά

Από τα ΜΜΕ

Τίποτε από τα παραπάνω.

17) Στη διατήρηση της υγείας πιστεύετε ότι συμβάλουν:

Α. Η θρησκεία: Πολύ

Λίγο

Καθόλου

Β. Τα ΜΜΕ : Πολύ

Λίγο

Καθόλου

Γ. Τρόπος ζωής : Πολύ

Λίγο

Καθόλου

18) Σε ποιους από τους παρακάτω λόγους θεωρείτε ότι οφείλονται τα μειωμένα επίπεδα, σε σχέση με άλλες προηγμένες χώρες, δωρεάς οργάνων;

Κοινωνικούς

Θρησκευτικούς

Συναισθηματικούς

Συνήθειας παρά του ότι η μεταμόσχευση είναι αναγνωρίσιμη στην ηθική της διάσταση.

Οικονομικούς

19) Πώς κρίνετε την στήριξη του κράτους, όσον αφορά την παροχή υγείας, απέναντι σε πολίτες χαμηλών οικονομικών δυνατοτήτων;

Πολύ ικανοποιητική

Ικανοποιητική

Καθόλου ικανοποιητική

20) Πώς κρίνετε την λειτουργία του υφιστάμενου συστήματος υγείας (ΕΣΥ) ;

Επαρκή

Ανεπαρκή

21) Η καθαριότητα των χώρων των Νοσοκομείων στην Ελλάδα είναι :

Ικανοποιητική

Μέτρια

Απαράδεκτη

222) Πού θεωρείτε ότι η παροχή υπηρεσιών υγείας είναι καλύτερη;

Στα ιδιωτικά ιατρεία- κλινικές- νοσοκομεία.

Στα κέντρα υγείας , ιατρεία ΙΚΑ, δημόσια νοσοκομεία.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΣΕ ΙΑΤΡΟΥΣ

Ηλικία :

Φύλο: Άνδρας Γυναίκα

Εθνικότητα:

Τόπος διαμονής:

Ειδικότητα:

Επίπεδο μόρφωσης : πρωτοβάθμια , δευτεροβάθμια , ανωτέρα
, ανωτάτη

Θρήσκευμα : Χριστιανός Ορθόδοξος Καθολικός
Μουσουλμάνος Άλλη

1) Είστε ικανοποιημένοι από τον τρόπο ζωής που έχετε επιλέξει;

- Πολύ.
 Αρκετά.
 Μέτρια.
 Λίγο.
 Καθόλου.

2) Είστε ικανοποιημένοι από τις συνθήκες εργασίας σας;

- Πολύ.
 Αρκετά.
 Μέτρια.
 Λίγο.
 Καθόλου

3) Είστε ικανοποιημένοι από την οικονομική σας κατάσταση;

- Απόλυτα ικανοποιημένοι.

Μέτρια.

Λίγο.

Καθόλου.

4) Έχετε ελεύθερο χρόνο;

Πολύ.

Αρκετό.

Λίγο.

Καθόλου.

5) Καπνίζετε:

Πολύ (ένα πακέτο τσιγάρα και άνω)

Μέτρια (κάτω από ένα πακέτο)

Περιστασιακά

Καθόλου

6) Πίνετε (κατανάλωση οινοπνεύματος):

Πολύ

Λίγο

Καθόλου

7) Κάθε πότε αθλείστε;

Συχνά και οργανωμένα

Περιστασιακά

Καθόλου

8) Πόσο συχνά μεριμνάτε για την στοματική σας υγιεινή;

Καθημερινά μετά από κάθε γεύμα

Μία φορά την ημέρα

Περιστασιακά

Καθόλου

9) Θεωρείτε ότι για να εφαρμόσετε μεθόδους υγιεινής διατροφής απαιτούνται:

- Απλά να αλλάξω συνήθειες
- Περισσότερα χρήματα
- Να πεισθώ ότι συμβάλλει θετικά στην υγεία μου

10) Στη διατροφή σας κάθε πότε συμπεριλαμβάνετε γεύματα γρήγορου φαγητού;

- Καθημερινά.
- Συχνά.
- Σπάνια.
- Καθόλου.

11) Ποιος πιστεύετε ότι είναι ο κυριότερος λόγος που οδηγεί στη παχυσαρκία;

- Κούραση, άγχος, κακή διάθεση.
- Προβλήματα Υγείας.
- Υπερκαταναλωτισμός.
- Τίποτε από τα παραπάνω.

12) Η ενημέρωση από το κράτος για τις επιπτώσεις του καπνίσματος, του αλκοόλ και της ανθυγιεινής διατροφής θεωρείτε ότι είναι:

- Ικανοποιητική
- Μέτρια
- Καλή αλλά θα επιθυμούσα να γίνεται καθημερινά και με διάφορους τρόπους (ΜΜΕ κτλ)
- Ελλιπής

13) Στα πλαίσια της σεξουαλικής σας ζωής χρησιμοποιείτε προφυλάξεις;

- Κάθε φορά.
- Συχνά.
- Σπάνια.
- Καθόλου.

14) Πόσο συχνά δίνετε αίμα ; (αιμοδοσία)

- Σε ετήσια βάση.
- Δύο φορές το χρόνο.
- Όταν απαιτηθεί για συγγενικό ή φιλικό πρόσωπο.
- Ποτέ.

15) Αντιβιοτικά φάρμακα παίρνετε:

- Σε κάθε περίπτωση με υπόδειξη ιατρού.
- Αυτοβούλως.
- Στη περίπτωση που έχω κρυολόγημα ή λοίμωξη του αναπνευστικού.

16) Από πού ενημερώνεστε για θέματα που αφορούν την υγεία ;

- Από τους γιατρούς
- Από εξειδικευμένα περιοδικά
- Από τα ΜΜΕ
- Τίποτε από τα παραπάνω.

17) Στη διατήρηση της υγείας πιστεύετε ότι συμβάλουν:

- A. Η θρησκεία:**
- Πολύ
- Λίγο
- Καθόλου
- B. Τα ΜΜΕ :**
- Πολύ
- Λίγο
- Καθόλου
- Γ. Τρόπος ζωής :**
- Πολύ
- Λίγο
- Καθόλου

18) Σε ποιους από τους παρακάτω λόγους θεωρείτε ότι οφείλονται τα μειωμένα επίπεδα, σε σχέση με άλλες προηγμένες χώρες, δωρεάς οργάνων;

- Κοινωνικούς
 Θρησκευτικούς
 Συναισθηματικούς
 Συνήθειας παρά του ότι η μεταμόσχευση είναι αναγνωρίσιμη στην ηθική της διάσταση.
 Οικονομικούς

19) Πώς κρίνετε την στήριξη του κράτους, όσον αφορά την παροχή υγείας, απέναντι σε πολίτες χαμηλών οικονομικών δυνατοτήτων;

- Πολύ ικανοποιητική Ικανοποιητική Καθόλου ικανοποιητική

20) Πώς κρίνετε την λειτουργία του υφιστάμενου συστήματος υγείας (ΕΣΥ) ;

- Επαρκή Ανεπαρκή

21) Η καθαριότητα των χώρων των Νοσοκομείων στην Ελλάδα είναι :

- Ικανοποιητική Μέτρια Απαράδεκτη

22) Στο πλαίσιο άσκησης των καθηκόντων σας ποιος ρόλος θα σας ταίριαζε ;

- Του κλινικού ιατρού
 Του ιατρού ερευνητή
 Του ιατρού καθηγητή
 Όλα τα παραπάνω

23) Ποιά από τις παρακάτω σχέσεις επικοινωνίας (ως προς την ενημέρωση για την κατάσταση του ασθενούς) επιλέγετε να έχετε με τον ασθενή σας;

- Πλήρης ενημέρωση για την κατάσταση της υγείας του και την ακολουθούμενη ιατρική θεραπεία, ανεξάρτητα της σοβαρότητας του νοσήματος.

Απόκρυψη της αλήθειας στη περίπτωση σοβαρού νοσήματος, με σκοπό τη διατήρηση της ψυχικής υγείας του ασθενούς.

24) Θεωρείται ότι η υφιστάμενη επάνδρωση (ιατροί, νοσοκόμοι, λοιπό βοηθητικό προσωπικό) καθώς και ο υφιστάμενος εξοπλισμός του νοσοκομείου εξασφαλίζουν τις απαιτήσεις για σύγχρονη παροχή ιατρικής περίθαλψης

Σε ικανοποιητικό βαθμό

Σε σχετικά καλό βαθμό

Μέτρια

Καθόλου

25) Πού θεωρείτε ότι η παροχή υπηρεσιών υγείας είναι καλύτερη;

Στα ιδιωτικά ιατρεία- κλινικές- νοσοκομεία.

Στα κέντρα υγείας , ιατρεία ΙΚΑ, δημόσια νοσοκομεία.

26) Ο διττός και παράλληλος χαρακτήρας της παροχής υπηρεσιών υγείας (δημόσιος, ιδιωτικός) στη χώρα μας θεωρείτε ότι συμβάλλει στην ανάπτυξη ενός άριστου συστήματος υγείας;

Σημαντικά

Μέτρια

Καθόλου

Υποσημειώσεις

1. Τούντας, Γ., (2000) *Κοινωνία και Υγεία*. Αθήνα: Οδυσσέας.
2. Nettleton Sarah (2002) *Κοινωνιολογία της υγείας κα της ασθένειας*.
3. Mechanic D. *Readings in Medical Sociology*. The Free Press, New York, 1980.
4. Σαρρής Μ., (2001) *Κοινωνιολογία της Υγείας και Ποιότητα Ζωής*.
5. Γεωργίου ΙΠ. *Ιστορία της Ιατρικής*. Παπαζήσης, Αθήνα, 1978.
6. Πουρναρόπουλος ΓΚ. *Ιπποκράτους: Τα Απαντα*. Πάπυρος, Αθήνα, 1938
7. Ευτυχιάδης ΑΧ. *Αρχές Φιλοσοφίας και Ιστορία της Ιατρικής*. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, 1998
8. Αντωνίου Γ. *Για την κινεζική ιατρική*. Αντιθέσεις, Τομ. 3, 1980
9. Risse G. *History of western Medicine from Hippocrates to Germ Theory*. The Cambridge World of Human Disease. K.F. Kipple, Cambridge, 1993
10. Λαμέρα Κ. *Γαληνού. Περί Κράσεως*. Άπαντα Αρχαίων Ελλήνων Συγγραφέων. Επιστημονική Εταιρεία των Ελληνικών Γραμμάτων Πάπυρος, Αθήνα, 1975
11. Dunn FL. *Traditional Asian medicine and cosmopolitan medicine as adaptive systems*. In: Leslie C (ed). *Asian Medical Systems*. University of California Press, Los Angeles, 1976
12. Κουζής Α. *Ιστορία της Ιατρικής*. Πυρσός, Αθήνα, 1929
13. Bonnevie P. *The concept of health. A sociomedical approach*. Scand J Soc Med, Vol. 1, 1973
14. Τσαούσης, ΔΓ. (1989) *Η κοινωνία του ανθρώπου*. Αθήνα: Gutenberg
15. Giddens A. (2002) *Κοινωνιολογία*. Αθήνα: Gutenberg

16. Νόβα Καλτούνη Χρ. (2000) *Κοινωνικοποίηση: Η γέννηση του κοινωνικού υποκειμένου*. Αθήνα: Gutenberg.
17. Eckersley R.M. (2007) *Culture*. In Galea S. (eds) *Macrosocial determinants of population health, USA* : Springer United States Department of Health and Human Services (HHS) 1989
18. Σταθόπουλος Γ. Α. *Εισαγωγή στην Υγιεινή, Θεσσαλονίκη Παρατηρητής* 1985.
19. Κατσουγιαννόπουλος Β. Χ. *Υγιεινή, Θεσσαλονίκη* 1994.
20. Βασιλικιώτης Γ. Σ. *Χημεία Περιβάλλοντος Θεσσαλονίκη* 1981
21. *Οικουμενική διακήρυξη για τα ανθρώπινα δικαιώματα. Γεν. Συνέλευση ΟΗΕ, 10 Δεκεμβρίου 1948, Παρίσι*
22. ΤΟΥΝΤΑΣ Γ, ΦΡΙΣΗΡΑΣ Σ. *Κοινωνικές ανισότητες στην υγεία. Ιατρική* 1996, 69:270–276
23. ΤΟΥΝΤΑΣ Γ, ΦΡΙΣΗΡΑΣ Σ. *Κοινωνία και υγεία. Αρχ Ελλ Ιατρ* 1998, 15:593–599
24. Schmaedel D. *Soziale Normen im Bereich des Krankheits Verhalents*. In: Ritter-Roehr D (Hg) *Der Arzt, sein Patient und die Gesellschaft*. Frankfurt a/M, 1975:29
25. Townsend P, Davinson N, Whitehead M. *Inequalities in Health (The Black Report)*. Penguin Books, London, 1982:18
26. Ostberg V. *Social class differences in child mortality, Sweden 1981–1986*. *J Epidemiol Commun Health* 1992, 46:480–484
27. Leclerc D. *Health Inequalities in European Countries*. Gower, Oxfordshire, 1989
28. Palmer BL. *Implications of the changing male mortality*. In: *Changes in the Stochastic Planning Horizon and its Effect Upon the Elderly*. Doctoral dissertation, Massachusetts Institute of Tehnology, 1989
29. Lardelli P, Ignacio Blanco J, Delgado-Rodriguez M, Bueno A, DE DIOS Luna J, Galvez R. *Influence of socioeconomic and health care development on infant and perinatal mortality in Spain, 1975–1986*. *J Epidemiol Commun Health* 1993, 47:260–264
30. Κυριόπουλος Γ. *Κοινωνικές και οικονομικές παράμετροι της κατά αιτίες θνησιμότητας στην Ελλάδα. Διδακτορική διατριβή, Πανεπιστήμιο Αθηνών, 1982*

31. Petridou E, Kosmidis H, Haidas S, Tong D, Revinthi K, Flyntzani V ET AL. *Survival from childhood leukemia on socioeconomic status in Athens. Oncology 1994, 51:391–395*
32. *Environmental factors in cardiovascular disease, Mats Rosenlund, Institute of Environmental Medicine, Karolinska Institute 2005, Απρίλιος.*
33. "Urban air pollution linked to birth defects for first time; UCLA research links two pollutants to increased risk of heart defects", University of California Los Angeles 31 Δεκεμβρίου 2001.
34. Εφημερίδα City Press (Οκτώβριος 2008). Άρθρο: Ηχορύπανση, η νέα απειλή
35. <http://health.in.gr/diaita/Article.asp?ArticleId=17400&CurrentTopId=17363&IssueTitle=%C4%E9%E1%F4%F1%EF%F6%DE+%EA%E1%E9+%F5%E3%E5%DF%E1>
36. Medllook 2001. Μεταδοτικές ασθένειες: Μία αυξανόμενη απειλή
37. Darren G. , Paul Mallery 2003, SPSS for Windows Step by Step
39. Ιωσηφίδης, Θ. (2003) "Επιστημολογικές και Μεθοδολογικές Διαμάχες Σχετικά με την Χρήση Η/Υ στην Ανάλυση Δεδομένων Ποιοτικής Κοινωνικής Έρευνας" Πρακτικά (CD-ROM) 2ου Διεθνούς Συνεδρίου Κοινωνιολογίας, Κοινωνιολογία: Μάθημα Ελευθερίας, Θεματική Ενότητα: Μεθοδολογία και Μακροκοινωνιολογία, Άρθρο Νο 3. Θεσσαλονίκη: Ιούνιος.
40. ΜΗΤΡΟΠΟΥΛΟΣ Ι. Πολυκεντρικό Μοντέλο Περιφερειακής Κατανομής Πόρων Υγείας. Διδακτορική διατριβή, Πανεπιστήμιο Πατρών, 1994
41. Department of Health and Human Services (US DHHS : 1989) Creation of the Agency for Health Care Policy and Research (now the Agency for Healthcare Research and Quality).
42. <http://www.anevlavis.gr/Default.aspx?tabid=78>

Ελληνική Βιβλιογραφία

Αντωνίου Γ. Για την κινεζική ιατρική. Αντιθέσεις, Τομ. 3, 1980

Βασιλικιώτης Γ. Σ. Χημεία Περιβάλλοντος Θεσσαλονίκη 1981

Γεωργίου ΙΠ. Ιστορία της Ιατρικής. Παπαζήσης, Αθήνα, 1978.

Ευτυχιάδης ΑΧ. Αρχές Φιλοσοφίας και Ιστορία της Ιατρικής. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, 1998

Ιωσηφίδης, Θ. (2003) "Επιστημολογικές και Μεθοδολογικές Διαμάχες Σχετικά με την Χρήση Η/Υ στην Ανάλυση Δεδομένων Ποιοτικής Κοινωνικής Έρευνας" Πρακτικά (CD-ROM) 2ου Διεθνούς Συνεδρίου Κοινωνιολογίας, Κοινωνιολογία: Μάθημα Ελευθερίας, Θεματική Ενότητα: Μεθοδολογία και Μακροκοινωνιολογία, Άρθρο Νο 3. Θεσσαλονίκη: Ιούνιος.

Κατσουγιαννόπουλος Β. Χ. Υγιεινή, Θεσσαλονίκη 1994.

Κουζής Α. Ιστορία της Ιατρικής. Πυρσός, Αθήνα, 1929

Κυριόπουλος Γ. Κοινωνικές και οικονομικές παράμετροι της κατά αιτίες θνησιμότητας στην Ελλάδα. Διδακτορική διατριβή, Πανεπιστήμιο Αθηνών, 1982

Λαμέρα Κ. Γαληνού. Περί Κράσεως. Άπαντα Αρχαίων Ελλήνων Συγγραφέων. Επιστημονική Εταιρεία των Ελληνικών Γραμμάτων Πάπυρος, Αθήνα, 1975

ΜΗΤΡΟΠΟΥΛΟΣ Ι. Πολυκεντρικό Μοντέλο Περιφερειακής Κατανομής Πόρων Υγείας. Διδακτορική διατριβή, Πανεπιστήμιο Πατρών, 1994

Νόβα Καλτούνη Χρ. (2000) Κοινωνικοποίηση: Η γέννηση του κοινωνικού υποκειμένου. Αθήνα: Gutenberg.

Πουρναρόπουλος ΓΚ. Ιπποκράτους: Τα Άπαντα. Πάπυρος, Αθήνα, 1938

Σαρρής Μ., (2001) Κοινωνιολογία της Υγείας και Ποιότητα Ζωής.

Σταθόπουλος Γ. Α. Εισαγωγή στην Υγιεινή, Θεσσαλονίκη Παρατηρητής 1985.

ΤΟΥΝΤΑΣ Γ, ΦΡΙΣΗΡΑΣ Σ. Κοινωνικές ανισότητες στην υγεία. Ιατρική 1996, 69:270–276

ΤΟΥΝΤΑΣ Γ, ΦΡΙΣΗΡΑΣ Σ. Κοινωνία και υγεία. Αρχ Ελλ Ιατρ 1998, 15:593–599

Τούντας, Γ., (2000) Κοινωνία και Υγεία. Αθήνα: Οδυσσέας.

Τσαούσης, ΔΓ. (1989) Η κοινωνία του ανθρώπου. Αθήνα: Gutenberg

Οικουμενική διακήρυξη για τα ανθρώπινα δικαιώματα. Γεν. Συνέλευση ΟΗΕ, 10 Δεκεμβρίου 1948, Παρίσι

Εφημερίδα City Press (Οκτώβριος 2008). Άρθρο: Ηχορύπανση, η νέα απειλή

Medlook 2001. Μεταδοτικές ασθένειες: Μία αυξανόμενη απειλή

Ξένη Βιβλιογραφία

Bonnevie P. The concept of health. A sociomedical approach. Scand J Soc Med, Vol. 1, 1973

Darren G. , Paul Mallery 2003, SPSS for Windows Step by Step

Department of Health and Human Services (US DHHS : 1989) Creation of the Agency for Health Care Policy and Research (now the Agency for Healthcare Research and Quality).

.Dunn FL. Traditional Asian medicine and cosmopolitan medicine as adaptive systems. In: Leslie C (ed). Asian Medical Systems. University of California Press, Los Angeles, 1976

Eckersley R.M. (2007) *Culture*. In Galea S. (eds) *Macrosocial determinants of population health, USA* : Springer. United States Department of Health and Human Services (HHS)1989

Environmental factors in cardiovascular disease, Mats Rosenlund, Institute of Environmental Medicine, Karolinska Institute 2005, Απρίλιος.

Giddens A.(2002) *Κοινωνιολογία*. Αθήνα: Gutenberg

Lardelli P, Ignacio Blanco J, Delgado-Rodriguez M, Bueno A, DE DIOS

Leclerc D. *Health Inequalities in European Countries*. Gower, Oxfordshire, 1989
Luna J, Galvez R. *Influence of socioeconomic and health care development on infant and perinatal mortality in Spain, 1975–1986*. *J Epidemiol Commun Health* 1993, 47:260–264

Mechanic D. *Readings in Medical Sociology*. The Free Press, New York, 1980.

Nettleton Sarah (2002) *Κοινωνιολογία της υγείας κα της ασθένειας*.

Ostberg V. *Social class differences in child mortality, Sweden 1981–1986*. *J Epidemiol Commun Health* 1992, 46:480–484

Petridou E, Kosmidis H, Haidas S, Tong D, Revinthi K, Flyntzani V ET AL. *Survival from childhood leukemia on socioeconomic status in Athens*. *Oncology* 1994, 51:391–395

Palmer BL. *Implications of the changing male mortality*. In: *Changes in the Stochastic Planning Horizon and its Effect Upon the Elderly*. Doctoral dissertation, Massachusetts Institute of Tehnology, 1989

Risse G. *History of western Medicine from Hippocrates to Germ Theory*. The Cambridge World of Human Disease. K.F. Kipple, Cambridge, 1993

Schmaedel D. Soziale Normen im Bereich des Krankheits Verhaltens. In: Ritter-Roehr.D (Hg) Der Arzt, sein Patient und die Gesellschaft. Frankfurt a/M, 1975:29

Townsend P, Davinson N, Whitehead M. Inequalities in Health (The Black Report). Penguin Books, London, 1982:18

"Urban air pollution linked to birth defects for first time; UCLA research links two pollutants to increased risk of heart defects", University of California Los Angeles 31 Δεκεμβρίου 2001.

Links

1. <http://health.in.gr/diaita/Article.asp?ArticleId=17400&CurrentTopId=17363&IssueTitle=%C4%E9%E1%F4%F1%EF%F6%DE+%EA%E1%E9+%F5%E3%E5%DF%E1>
2. <http://www.anevlavis.gr/Default.aspx?tabid=78>