

Κοινωνικοί Προσδιοριστικοί Παράγοντες της Υγείας

Θεοδώρα Μαλάμου

Determinants of Health

Abstract at the end of the article

Νοσηλεύτρια ΤΕ, ΜSc, Μονάδα Αιμοδυναμικού, Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα», Ιωάννινα

Μονάδα Αιμοδυναμικού Εργαστηρίου, Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα»

Εισαγωγή: Η υγεία είναι μια πολυσύνθετη έννοια. Επηρεάζεται από τις επιστημονικές εξελίξεις, από παθοφυσιολογικούς και κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες, που συντελούν στην αλληλεξάρτηση της υγείας και της κοινωνίας. **Σκοπός:** Ανασκόπηση και περιγραφή των κοινωνικών καθοριστών της υγείας, καθώς και ανάλυση του πώς επιδρούν ουσιαστικά και επηρεάζουν την υγεία. **Υλικό και Μέθοδος:** Διενεργήθηκε περιεκτική αναζήτηση της διεθνούς και της ελληνικής βιβλιογραφίας, μέσω των ηλεκτρονικών βάσεων δεδομένων Medline, Science Direct, PsycINFO, Embase, Iatrotek, μέσω της μηχανής αναζήτησης Google Scholar, καθώς και στον ιστότοπο HEAL-Link. Οι λέξεις-κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν ήταν “social determinants of health”, “health”, “disease”, “poverty”, “mortality” και “unemployment”. Η αναζήτηση αφορούσε σε άρθρα από το 1986-2013 και αποκλείστηκαν αμιγώς ιατρικά άρθρα για τη θνησιμότητα. **Αποτελέσματα:** Οι παράγοντες που έχουν καταγραφεί στη διεθνή βιβλιογραφία ως προσδιοριστές ή κοινωνικοί καθοριστές της υγείας (social determinants of health) είναι το εισόδημα, η κοινωνική διαστρωμάτωση και το επίπεδο εκπαίδευσης, η εργασία και οι συνθήκες εργασίας, η ανεργία, το άγχος, τα πρώτα παιδικά χρόνια και το οικογενειακό περιβάλλον, η κοινωνική υποστήριξη και οι κοινωνικές σχέσεις, η διατροφή και οι συνθήκες διαβίωσης, οι μετακινήσεις (ατομικές, συλλογικές) και ο εθισμός σε διάφορες ουσίες. **Συμπεράσματα:** Η θεώρηση της υγείας με πολυδιάστατο και πολυπαραγοντικό τρόπο, την απομακρύνει από την κλασική ιατρική προσέγγιση. Η διατήρηση και η βελτίωση της υγείας παγκόσμια στηρίζεται στη στοχευόμενη δράση για την αντιμετώπιση των κοινωνικών προσδιοριστικών παραγόντων της υγείας, με την εκτίμηση των αναγκών, των σύγχρονων προκλήσεων και των διεθνών τάσεων.

Λέξεις ευρετηρίου: Ανεργία, ασθένεια, θνησιμότητα, κοινωνικοί καθοριστές υγείας, υγεία, φτώχεια

Εισαγωγή

Στη σύγχρονη εποχή, έχει γίνει αντιληπτό ότι το «αγαθό υγεία» περιλαμβάνει διαστάσεις που μπορούν να προφυλάξουν και να αυξήσουν την ευημερία του ατόμου και της κοινωνίας.¹

Ο όρος «υγεία» εξακολουθεί να μην έχει έναν κοινά αποδεκτό ορισμό, από τους ανθρώπους. Οι περισσότεροι συμφωνούν με τον αρνητικό ορισμό της^{2,3} «υγεία είναι η απουσία νόσου» (World Health Organization, WHO). Ο ορισμός αυτός έχει ιατροκεντρικό χαρακτήρα.⁴ Με τη γέννηση της σύγχρονης Ιατρικής,

Υποβλήθηκε: 13.11.2014
Επανυποβλήθηκε: 3.7.2015
Εγκρίθηκε: 21.7.2015

Υπεύθυνη αλληλογραφίας:
Θεοδώρα Μαλάμου
Σεφέρη 16, 455 00 Ανατολή, Ιωάννινα
Τηλ.: 2651 037 716, 6947 209 532
e-mail: dmalamou@gmail.com

στα τελευταία χρόνια του 18ου αιώνα και στις αρχές του 19ου, με την ανάπτυξη της Βακτηριολογίας και της Παθολογοανατομίας, αναπτύχθηκε το βιοϊατρικό μοντέλο και διαμορφώνεται μια συγκεκριμένη αντίληψη για την υγεία και τη νόσο.^{4,5} Οι άνθρωποι είναι υγιείς, όταν δεν εμφανίζουν συμπτώματα παθολογίας, σωματικής ανωμάλιας και δεν παρεκκλίνουν από τον καθολικά αποδεκτό κανόνα του φυσιολογικού, που καθορίζεται από το φύλο, την κοινωνία και το γεωγραφικό χώρο.⁴

Με την πάροδο των χρόνων, μελετητές όπως οι Freudson, Foucault και Jewson⁴ δημιούργησαν το πλαίσιο για την αμφισβήτηση του βιοϊατρικού μοντέλου όσον αφορά σε ερμηνεία, πρόληψη, αντιμετώπιση χρόνιων ασθενειών και ψυχοσωματικών καταστάσεων. Το βιοϊατρικό μοντέλο δε λαμβάνει υπόψη καθόλου την αιτιατή πολυπαραγοντικότητα στην εμφάνιση των νόσων, την πολιτισμική διάσταση μιας νοσηρής κατάστασης και την επίδραση των ψυχολογικών και των κοινωνικών διεργασιών, που αρχίζουν να διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στην ασθένεια στα τέλη του 19ου και στις αρχές του 20ού αιώνα, με τη σύγχρονη ανάπτυξη της προληπτικής Ιατρικής.⁶

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ),⁷ το 1946, «υγεία είναι η κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας του ατόμου και όχι μόνο η απουσία νόσου ή αναπηρίας». Ο ορισμός αυτός αναγνωρίζει το ανώτερο δυνατό επίπεδο υγείας, που επιτρέπει στον άνθρωπο να μεγιστοποιήσει τις δυνατότητές του, χωρίς να λαμβάνει υπόψη κάποια μειονεξία σε σχέση με το σωματικό ή το ψυχικό του δυναμικό.² Υπερβαίνει από την παραδοσιακή αρνητική Ιατρική. Η κοινωνικοποιημένη αντίληψη περί υγείας δίνει έμφαση στους κοινωνικούς, στους προσωπικούς πόρους και στις ικανότητες του ατόμου, να πραγματοποιεί τις φιλοδοξίες του και να ικανοποιεί τις ανάγκες του.^{2,4,8,9,10} Η επίτευξη της υγείας προϋποθέτει^{11,12} ειρήνη, διατροφή, εισόδημα, ισότητα, κοινωνική δικαιοσύνη, κατοικία, σωστή χρήση των πόρων, σεβασμό των ανθρωπίνων δικαιωμάτων.

Σήμερα, σύμφωνα με στοιχεία του ΠΟΥ,¹³ στις λιγότερο ανεπτυγμένες χώρες, Αφρική και νοτιοανατολική Ασία, 74% των θανάτων είναι παιδιά, ηλικίας <5 ετών. Σχεδόν 3.000.000 βρέφη το 2012 πέθαναν τον πρώτο μήνα της ζωής τους, σε χώρες με χαμηλό ή μεσαίο εισόδημα (Αφγανιστάν, Σομαλία, Ινδία και Αιθιοπία). Το 80% των θανάτων παγκόσμια από μεταδοτικές ασθένειες (ελονοσία, φυματίωση, διαρροϊκές παθήσεις HIV/AIDS, λοιμώξεις του αναπνευστικού συστήματος) συμβαίνουν σε χώρες χαμηλού ή μεσαίου εισοδήματος. Στις χώρες του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ),¹⁴ το 2011, το προσδόκιμο επιβίωσης προσεγγίζει

κατά μέσο όρο τα 80 έτη. Στην Αφρική, στην Ινδία, στην Ινδονησία, στη Βραζιλία, στη Ρωσία το προσδόκιμο επιβίωσης είναι τα 52-73 έτη.

Οι παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία και την ασθένεια έχουν καταγραφεί στη διεθνή βιβλιογραφία ως προσδιοριστές ή κοινωνικοί καθοριστές της υγείας (social determinants of health)^{15,16} και οριοθετούν σε συγκεκριμένο πλαίσιο, την έννοια του τρόπου ζωής (lifestyle).

Σκοπός

Σκοπός του παρόντος άρθρου ήταν η περιγραφή και η ανάλυση των κοινωνικών καθοριστών της υγείας, με βάση νεότερες επιστημονικές μελέτες, καθώς και η αξιολόγηση της τεκμηριωμένης γνώσης ως προς το ρόλο που διαδραματίζουν οι προσδιοριστές ή οι κοινωνικοί καθοριστές στον πολυδιάστατο και πολυπαραγοντικό χαρακτήρα της υγείας. Πιο συγκεκριμένα, στόχος ήταν να διερευνηθεί εάν κοινωνικοί, οικονομικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες συσχετίζονται με την υγεία, την ασθένεια, τη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα.

Υλικό και Μέθοδος

Διενεργήθηκε περιεκτική αναζήτηση της διεθνούς και της ελληνικής βιβλιογραφίας μέσω διαδικτύου, ηλεκτρονικών βάσεων δεδομένων, Medline, Science Direct, PsycINFO, Embase, Iatrotek, μέσω της μηχανής αναζήτησης Google Scholar και στον ιστότοπο HEAL-Link. Έγινε επιλογή αγγλικών και ελληνικών άρθρων καθώς και βιβλίων, με λέξεις-κλειδιά “health”, “disease”, “social determinants of health”, “poverty”, “mortality”, “unemployment”. Οι παραπάνω όροι χρησιμοποιήθηκαν στην αγγλική και στην ελληνική γλώσσα και σε συνδυασμό μεταξύ τους. Το χρονικό διάστημα της αναζήτησης που επιλέχθηκε ήταν οι τρεις τελευταίες δεκαετίες, από το 1986-2013.

Ως κριτήριο επιλογής των άρθρων τέθηκαν οι θεμελιώδεις προϋποθέσεις¹¹ σύμφωνα με το χάρτη της Ottawa, του ΠΟΥ, το 1986, για την επίτευξη υγείας, για τη μείωση των υγειονομικών ανισοτήτων μεταξύ χωρών αλλά και πληθυσμιακών ατόμων (εργασία, διατροφή, κατοικία, εκπαίδευση, εισόδημα, ισότητα, κοινωνική δικαιοσύνη, διάφορες κοινωνικές σχέσεις, σωστή χρήση των φυσικών πόρων, σεβασμός των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, σταθερό οικοσύστημα). Αποκλείστηκαν αμιγώς ιατρικά άρθρα για τη θνησιμότητα, με αποτέλεσμα να χρησιμοποιηθούν τελικά >30 άρθρα σχετικά με συστηματικές ανασκοπήσεις, που αναφέρονται στους προσδιοριστές της υγείας, αλλά και ερευνητικές μελέτες.

Αποτελέσματα

Οι κοινωνικοί καθοριστές της υγείας, που καταγράφονται και συνθέτουν το φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πραγματοποιηθείσας βιβλιογραφικής ανασκόπησης είναι (α) το εισόδημα, η κοινωνική διαστρωμάτωση και το επίπεδο εκπαίδευσης, (β) η εργασία και οι συνθήκες εργασίας, (γ) η ανεργία και (δ) οι παράγοντες υγείας, όπως το άγχος, τα πρώτα παιδικά χρόνια, η κοινωνική υποστήριξη και οι κοινωνικές σχέσεις, η διατροφή και οι συνθήκες διαβίωσης, οι μετακινήσεις (ατομικές και συλλογικές), ο εθισμός σε διάφορες ουσίες (οινόπνευμα, ναρκωτικά, καπνός) (πίνακας 1).

Το εισόδημα, η κοινωνική διαστρωμάτωση και το επίπεδο εκπαίδευσης

Η Τσελέπη αναφέρει¹² ότι το 1992, ερευνητές, διαπίστωσαν τη σχέση μεταξύ ασθένειας και οικονομικού-κοινωνικού επιπέδου στη Βρετανία, με τις διαφορές που παρατηρήθηκαν στο ύψος των οβελίσκων των τάφων, στη Γλασκόβη. Ο υψηλότερος οβελίσκος ήταν ένδειξη οικονομικής και κοινωνικής ευμάρειας και αφορούσε σε μεγαλύτερης ηλικίας άτομα. Αυτοί που πέθαιναν νέοι, ήταν από πτωχότερες και κοινωνικά εξασθενημένες ομάδες του πληθυσμού.

Η υγεία,⁶ μετρούμενη με το προσδόκιμο επιβίωσης κατά τη γέννηση, βελτιώνεται ραγδαία, όταν το κατά κεφαλή ετήσιο εισόδημα αυξάνεται στα 5.000 \$. Η οικονομική κατάσταση ενός ατόμου προσδιορίζεται συνηθέστερα από το συνολικό εισόδημα του ατόμου ή του νοικοκυριού. Οι δείκτες υγείας εξαρτώνται από την κατανομή του εισοδήματος και από τις κυβερνητικές επιλογές, στα θέματα δημόσιας υγείας. Η φτώχεια¹⁶⁻²⁰ συνδέεται με σημαντικές διαφορές στο προσδόκιμο επιβίωσης, στη βρεφική θνησιμότητα και στη νοσηρότητα.

Ως απόλυτη φτώχεια^{6,15,18,19} ορίζεται το ποσοστό του πληθυσμού, που ζει με <1 \$ την ημέρα. Περίπου το 1/5 του παγκόσμιου πληθυσμού ζουν στην απόλυτη φτώχεια. Υπάρχουν 487 εκατομμύρια εργαζόμενοι στον κόσμο, που είναι στο όριο της φτώχειας και δεν μπορούν να συντηρήσουν τις οικογένειές τους, με 1 \$ ημερησίως. 1,3

δισεκατομμύρια εργαζομένων δεν κερδίζουν >2 \$ την ημέρα.¹⁹ Στην εικόνα 1 παρουσιάζεται σε διάφορες χώρες,¹⁹ το ποσοστό των ανθρώπων που εργάζονται για 2 \$ την ημέρα ή και λιγότερο, από το 1997-2007. Στην Αφρική και στην Ασία παρατηρείται το μεγαλύτερο ποσοστό σε σχέση με την κεντρική Ευρώπη. Στην Ελλάδα, το ποσοστό αυτό υπερβαίνει το 20% του πληθυσμού.²¹ Το έτος 2012, το 23,1% του συνολικού πληθυσμού²¹ βρίσκεται στο όριο της φτώχειας, όταν αυτό ορίζεται στο 60% του διάμεσου συνολικού εισοδήματος του κάθε νοικοκυριού (εικόνα 1).

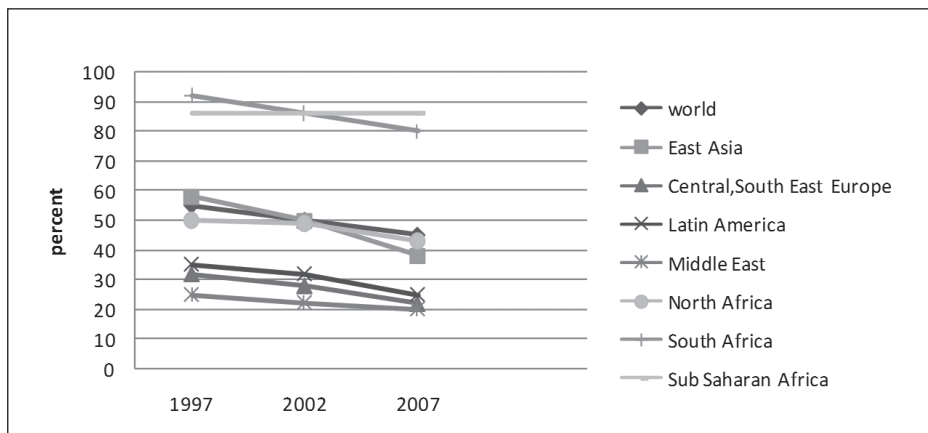
Η αύξηση του προσδόκιμου ζωής εμφανίζεται στις περισσότερες χώρες του ΟΟΣΑ,^{14,22} το 2011, με το μέσο όρο να προσεγγίζει τα 82 έτη, δηλαδή αύξηση 10 ετών από το 1970. Ιαπωνία, Ελβετία και Ιταλία έχουν το προβάδισμα, με προσδόκιμο επιβίωσης τα 82 έτη. Ακολουθούν οι ΗΠΑ, οι χώρες της κεντρικής και της ανατολικής Ευρώπης, με το προσδόκιμο να κυμαίνεται στα 75-80 έτη. Σε Βραζιλία, Κίνα, Ινδονησία και Ινδία έχει αυξηθεί το όριο ηλικίας, κυρίως λόγω αύξησης του εισοδήματος. Στη νότια Αφρική, στη ρωσική ομοσπονδία, το προσδόκιμο είναι 52-65 έτη. Στην Ελλάδα, το προσδόκιμο επιβίωσης είναι τα 81 έτη (εικόνα 2).

Η βρεφική θνησιμότητα επηρεάζεται κυρίως από την άνοδο του οικονομικού, του κοινωνικού και του εκπαιδευτικού επιπέδου μιας χώρας. Χώρες,^{22,23} όπως η Ινδία, η Αιθιοπία, το Αφγανιστάν είχαν το 2010 τη μεγαλύτερη βρεφική θνησιμότητα από 0-56 μηνών, από 130.000-800.000 θανάτους, από διάφορες αιτίες (υποσιτισμός, ελονοσία, AIDS, ιλαρά, διαρροϊκές ασθένειες, αναπνευστικά νοσήματα κ.ά.). Εκατομμύρια παιδιά στην Αφρική και στην Ασία δεν έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας, νερό, στέγη, διατροφή. Είναι ευάλωτα σε χειρότερες μορφές εργασίας, εμπορίας ανθρώπων, ένοπλες συγκρούσεις, δουλεία και εκμετάλλευση. Ένα στα 5 παιδιά πεθαίνουν πριν από τα πέμπτα γενέθλιά τους. Ο υποσιτισμός συντελεί στο 1/3 των θανάτων. Στην Ελλάδα,^{22,23} η βρεφική θνησιμότητα προσεγγίζει τα χαμηλά επίπεδα των δυτικοευρωπαϊκών χωρών. Το 2013, 4 παιδιά πέθαναν σε ηλικία <5 ετών, στις 1.000 γεννήσεις.

Η έκθεση σε παράγοντες κινδύνου είναι μεγαλύτερη για τα άτομα χαμηλότερης κοινωνικοοικονομικής κατάστασης.^{12,22,24} Η φτώχεια και η κοινωνική θέση επηρεάζουν

Πίνακας 1. Κοινωνικοί προσδιοριστικοί παράγοντες υγείας σύμφωνα με τη σχετική βιβλιογραφία

- | | |
|--|--|
| • Εισόδημα | • Λοιποί παράγοντες υγείας |
| • Κοινωνική διαστρωμάτωση, επίπεδο εκπαίδευσης | • Το άγχος, τα πρώτα παιδικά χρόνια, η κοινωνική στήριξη, οι κοινωνικές σχέσεις, η διατροφή και οι συνθήκες διαβίωσης, οι μετακινήσεις (ατομικές-συλλογικές), ο εθισμός σε διάφορες ουσίες (οινόπνευμα, ναρκωτικά, καπνός) |
| • Εργασία και συνθήκες εργασίας | |
| • Ανεργία | |



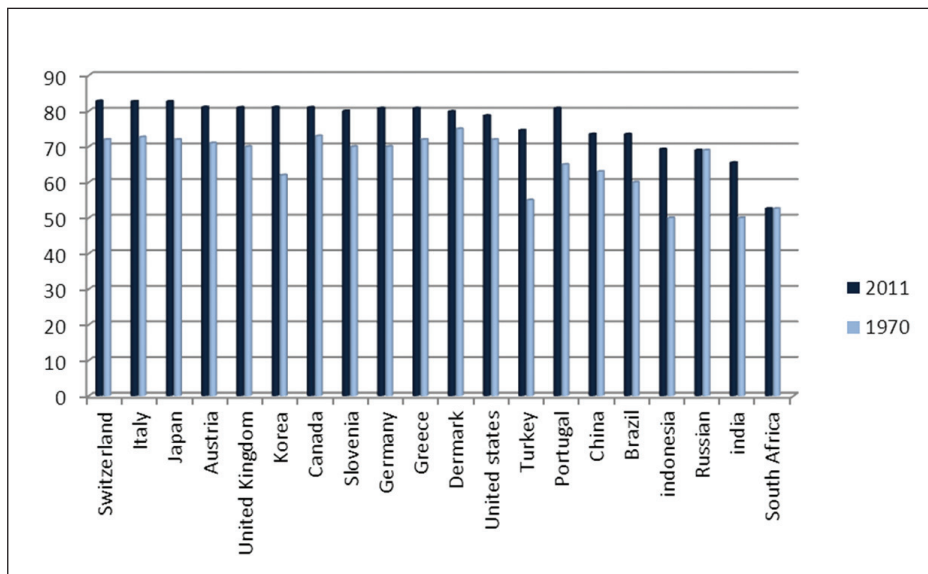
Εικόνα 1. Περιφερειακή διακύμανση πληθυσμού που εργάζεται ή ζει με 2 \$/ημέρα ή και λιγότερο. Πηγή: World Health Organization. *Closing the gap in generation- Health equity through action on social determinants of health. Geneva: WHO, 2008.*¹⁹

την υγεία των γυναικών.^{12,17,19,20} Τα ποσοστά θνησιμότητας είναι μεγαλύτερα για τα νεαρά κορίτσια απ’ ό,τι για τα αγόρια στη Μέση Ανατολή, στη βόρεια Αφρική και στην Ινδία.¹⁹ Το 80% των ανώτερων εισοδηματικών στρωμάτων είχαν επαφή τον τελευταίο χρόνο με επαγγελματίες υγείας, στον τομέα της πρόληψης.^{22,23}

Το προσδόκιμο επιβίωσης εξαρτάται και από την εκπαιδευτική κατάσταση των ατόμων. Σε ανάλογη μελέτη που διεξήχθη στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής (ΗΠΑ),²⁴ σε 2.380 συμμετέχοντες, διαπιστώθηκε μεγάλη συσχέτιση των καρδιαγγειακών νοσημάτων με τα χαμηλότερα επίπεδα εκπαίδευσης, στην εκτίμηση ενός συνόλου παραγόντων

εκδήλωσης καρδιαγγειακής νόσου, όπως κάπνισμα, αρτηριακή υπέρταση, χοληστερόλη. Το υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης παρέχει και τουλάχιστον 6 έτη επιβίωσης. Στις κεντρικές και στις ανατολικές χώρες της Ευρώπης, το προσδόκιμο επιβίωσης μεταξύ των χαμηλότερων και των υψηλότερων μορφωμένων ανδρών ανέρχεται έως και τα 10 έτη. Στη Σκωτία, εξετάστηκαν 5.449 άνδρες κατά το χρονικό διάστημα 1970-1973, ηλικίας 35-64 ετών. Υπήρξε διαβαθμισμένη συσχέτιση ανάμεσα στο κάπνισμα και την κοινωνική τάξη όσον αφορά σε καρδιαγγειακά και κακοήθη νοσήματα.²⁵

Οι μειονότητες σε μια χώρα βιώνουν στίγμα κατωτε-



Εικόνα 2. Το προσδόκιμο όριο ηλικίας χωρών του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ), 1970-2011.²²

ρότητας, διαμονή σε φτωχίες γειτονίες, χαμηλά εισοδήματα, διακρίσεις στην ιατρική περίθαλψη και φροντίδα, περιορισμό των κοινωνικοοικονομικών ευκαιριών.^{16,26}

Η πρώτη ολοκληρωμένη μελέτη για την ύπαρξη κοινωνικοοικονομικών διαφορών όσον αφορά στη θνησιμότητα και στη νοσηρότητα είναι η Whitehall II.²⁷ Άρχισε από το Λονδίνο, το 1985 και έλαβαν μέρος 6.895 άνδρες και 3.413 γυναίκες, ηλικίας 35-55 ετών. Ο βαθμός της κοινωνικής ανισότητας στην υγεία συγκρίθηκε με το αποτέλεσμα της ευρωπαϊκής μελέτης Gazel, το 1989, με 20.625 υπαλλήλους, ηλικίας 35-50 ετών. Οι μελέτες διεξήχθησαν για 19 και 16 έτη, αντίστοιχα. Οι ερευνητές χρησιμοποίησαν το επάγγελμα, ως κύριο δείκτη της κοινωνικοοικονομικής κατάστασης των ατόμων. Συμπεριφορές υγείας, όπως κάπνισμα, οινόπνευμα, ανθυγιεινή διατροφή, έλλειψη σωματικής δραστηριότητας ήταν ισχυροί δείκτες θνησιμότητας στη γαλλική και στη βρετανική κοινωνία. Εμφανίζονται σε κοινωνικά μειονεκτούσες ομάδες και σε κατώτερες επαγγελματικές κατηγορίες. Στην Ελλάδα, σε ανάλογη μελέτη που διεξήχθη στη Θεσσαλία, το 2009, σε 1.372 άτομα, ηλικίας 18 ετών και άνω, η πρωτοβάθμια εκπαίδευση και τα χαμηλά εισοδήματα συσχετίστηκαν με χαμηλή, κακή σωματική και ψυχική υγεία.²⁸

Ο Κυριόπουλος και η Τσιάντου²⁹ αναφέρουν ότι η πρόσφατη χρηματοοικονομική κρίση που πλήττει δυσανάλογα τις χώρες χαμηλής και μέσης ανάπτυξης, συνδέεται με αύξηση της νοσηρότητας και της θνησιμότητας των χαμηλότερων κοινωνικών στρωμάτων των εν λόγω χωρών. Οι χειρώνακτες εργάτες και τα άτομα με χαμηλή εκπαίδευση υφίστανται τις μεγαλύτερες δυσμενείς επιπτώσεις σε σχέση με άτομα υψηλής εκπαίδευσης, μεσαίας και ανώτερης τάξης. Το αποτέλεσμα της κρίσης είναι η αύξηση των ψυχικών διαταραχών, των αυτοκτονιών, η εξάρτηση από ουσίες και η αύξηση των καρδιαγγειακών νοσημάτων. Στη Βρετανία (Αγγλία, Ουαλία, Σκωτία) από τους Weich και Lewis,³⁰ σε μελέτη 7.726 ατόμων, ηλικίας 16-75 ετών, το 1998, διαπιστώθηκε, ότι οι πιο κοινές ψυχικές διαταραχές, άγχος, κατάθλιψη, σχετίζονται με την ανεργία και τη φτώχεια, ανεξάρτητα από την επαγγελματική κοινωνική τάξη. Η επίδραση της φτώχειας αυξάνει το επίπεδο της νοσηρότητας στις ψυχικές διαταραχές. Υπήρξε στατιστικά σημαντική, μη γραμμική συσχέτιση της φτώχειας με τη συντήρηση των κοινών ψυχικών διαταραχών.

Μια ανασκόπηση³¹ που δημοσιεύτηκε το 1990 και αφορά σε 11 κοινοτικές μελέτες, σε 6 χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος (Αφρική, Ασία, Λατινική Αμερική), ανέδειξε μεγάλη συσχέτιση φτώχειας και χαμηλού επιπέδου εκπαίδευσης με την εμφάνιση κοινών ψυχικών διαταραχών. Τα κριτήρια για την εκτίμηση της φτώχειας

ήταν το χαμηλό εισόδημα, η έλλειψη εργασίας, η στέγαση, οι συνθήκες διαβίωσης. Οι Ritzher et al,³² στην πρώτη έρευνα σχετικά με το θέμα της αιτιότητας-επιλογής των ψυχικών διαταραχών διαπίστωσαν ότι τα παιδιά γονέων που δεν είχαν λάβει εκπαίδευση εκτός από το γυμνάσιο, εμφάνιζαν τριπλάσια πιθανότητα ανάπτυξης μείζονος κατάθλιψης.

Η εργασία και οι συνθήκες εργασίας

Η εργασία βασικά διαμορφώνει το εισόδημα, για να μπορεί το άτομο να ζει, να είναι παραγωγικό και να ικανοποιεί τις καθημερινές του ανάγκες. Επιδρά στην ψυχοκοινωνική ανάπτυξη και στην ωρίμανση των ατόμων. Αποτελεί το μέσο της κοινωνικής αναγνώρισης και της κατάταξης των ατόμων στην κοινωνία.^{33,34}

Η σχέση της εργασίας με την υγεία έχει γίνει αντικείμενο μελέτης από παλιά. Από το 1841 διαπιστώθηκε και καταγράφεται η επίδραση της εργασίας στην αύξηση της θνησιμότητας και της νοσηρότητας των εργατών των ορυχείων. Οι βλαπτικές επιδράσεις αφορούν σε συγκεκριμένη νοσολογική οντότητα, που είναι τα εργατικά ατυχήματα και σε διάφορες επαγγελματικές νόσους από φυσικούς και χημικούς παράγοντες. Περιλαμβάνουν το 40-50% του παγκόσμιου πληθυσμού, που εκτίθενται σε κινδύνους της εργασίας.³³

Τα τελευταία χρόνια, δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στις επιδράσεις του εργασιακού stress στην ψυχική υγεία των εργαζομένων, κυρίως στην εμφάνιση κατάθλιψης.²⁹ Τα καρδιαγγειακά νοσήματα σχετίζονται με το εργασιακό stress ως βασικό τροποποιημένο παράγοντα κινδύνου. Οι Kivimäki et al³⁵ διερεύνησαν εμπειρικά τη σχέση μεταξύ των εργασιακών χαρακτηριστικών, με τον κίνδυνο θνησιμότητας από καρδιακές παθήσεις και εμφάνισης αυξημένου αρνητικού εργασιακού άγχους. Τα συμπεράσματα ανέδειξαν την ισχυρή αρνητική επίδραση του εργασιακού άγχους στα καρδιαγγειακά νοσήματα και κυρίως στους εργαζόμενους που δεν αλλάζουν θέσεις εργασίας. Τα επαγγέλματα υγείας, τα επαγγέλματα κοινωνικής ωφέλειας, οι υψηλές εργασιακές απαιτήσεις δέχονται τις αρνητικές επιδράσεις του εργασιακού stress σε συνάρτηση με την έλλειψη αυτοεκτίμησης και ικανοποίησης από την εργασία. Ο κίνδυνος εμφάνισης των επιπτώσεων αυξάνεται από τις ώρες εργασίας. Στα μυοσκελετικά νοσήματα και σε αναπνευστικές παθήσεις είναι περισσότερο επιρρεπείς και πάλι οι χειρώνακτες εργάτες, καθώς και άτομα που εργάζονται με εξορύξεις μετάλλων.³⁶

Η οικονομική κρίση επιφέρει ραγδαίες αλλαγές στην εργασία, με νέες μορφές απασχόλησης και μετακινήσεις εργαζομένων, αλλά και μεγάλο αριθμό ατόμων να βρι-

σκονται εκτός του εργασιακού τομέα, με την ανεργία να πλήττει τις χώρες χαμηλής και μέσης ανάπτυξης, αλλά και τα χαμηλότερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα.

Η ανεργία

Η ανεργία είναι φαινόμενο με συνεχόμενη αύξηση τα τελευταία χρόνια. Από την πρώτη οικονομική κρίση του 1929, στις ΗΠΑ, χιλιάδες εργαζόμενοι έμειναν στο δρόμο και πέθαναν από οικονομική εξαθλίωση. Σήμερα, με την παγκόσμια οικονομική κρίση, στις χώρες του ΟΟΣΑ, το ποσοστό των ατόμων που έμειναν χωρίς εργασία για περισσότερο από ένα χρόνο αυξήθηκε από 24% που ήταν το 2009 σε 32,4% το 2011. Ειδικά στους νέους της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ) που είναι άνεργοι, ο μέσος όρος υπερβαίνει το 20%, το 2011.³⁷ Η ανεργία συνοδεύεται από μείωση έως και εξαφάνιση του εισοδήματος. Η έλλειψη εισοδήματος οδηγεί στη φτώχεια με όλες τις επιπτώσεις της (υποσιτισμός, ανθυγιεινές συνήθειες διατροφής και διαβίωσης, χαμηλή πρόσβαση σε υγειονομικές υπηρεσίες λόγω μειωμένων ή καθόλου ασφαλιστικών καλύψεων).

Η ανεργία επίσης σχετίζεται με τον επιπολασμό, την επίπτωση και την πρόγνωση των ψυχικών διαταραχών.^{30,38} Οι επιπτώσεις της ανεργίας είναι δυσφορία, κατάθλιψη, άγχος, ψυχοσωματικά συμπτώματα, αυτοκτονίες, αύξηση της εγκληματικότητας και της χρήσης ουσιών. Οι άνεργοι βιώνουν αισθήματα χαμηλής αυτοεκτίμησης, με τη μη ικανοποίηση των ψυχολογικών αναγκών που βιώνουν με την απασχόληση.

Σε ανάλογη μελέτη³⁰ που διεξήχθη στη Μεγάλη Βρετανία, σε ηλικίες 17-75 ετών, συμπεραίνεται ότι η φτώχεια και η ανεργία αυξάνουν τη συχνότητα και τη διάρκεια των κοινών ψυχικών διαταραχών και όχι την έναρξη των επεισοδίων. Βασικός προγνωστικός δείκτης διαφαίνεται ο οικονομικός παράγοντας για τη μείωση ή την αύξηση των ψυχικών διαταραχών. Με βάση στοιχεία απογραφής του 1971 σε Αγγλία και Ουαλία, διαπιστώθηκαν δείκτες θνησιμότητας από αυτοκτονίες, ιδιαίτερα των ηλικιών 36-44 ετών, λόγω ανεργίας.

Πρόσφατη μελέτη,³⁹ σε 26 ευρωπαϊκές χώρες, στην Αυστρία, στην Ελλάδα, στην Ιρλανδία, στο Ηνωμένο Βασίλειο, στην Ουγγαρία και σε άλλες ανατολικές χώρες, με διαθέσιμα στοιχεία, στις οποίες εξετάστηκαν τα ποσοστά ανεργίας των ενηλίκων σε σχέση με τα ποσοστά των αυτοκτονιών, το χρονικό διάστημα από το 2000-2009, έδειξε σημαντική στατιστική σχέση μεταξύ της ανεργίας και της θνησιμότητας (ανά 100.000 κατοίκους) από αυτοκτονίες και ισχαιμική καρδιοπάθεια, σε άνδρες νέας ηλικίας. Με την απώλεια της εργασίας, οι αυτοκτονίες αυξήθηκαν το 2009. Όταν αυξάνεται η ανεργία κατά 1%,

παρατηρείται αύξηση των αυτοκτονιών κατά 0,78%. Η κατά 3% αύξηση της ανεργίας οδηγεί σε άνοδο των αυτοκτονιών στα άτομα, ηλικίας <65 ετών. Επίσης, στους ανέργους παρατηρείται υψηλή θνησιμότητα από την κατάχρηση οινόπνευματος.

Το σύστημα υγείας επιβαρύνεται οικονομικά για τους ανέργους με ψυχικά νοσήματα. Ειδικά στις ΗΠΑ,⁴⁰ το ετήσιο κόστος δαπανών ανέρχεται σε 148 δισεκατομμύρια δολάρια, που αντιστοιχεί στο 2,5% του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος (ΑΕΠ). Οι οικονομικά ανήμποροι και οι άνεργοι αδυνατούν να πληρώσουν φάρμακα, χρόνιες θεραπείες και επισκέπτονται τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων σε προχωρημένες καταστάσεις υγείας.⁴⁰

Λοιποί παράγοντες υγείας

Το κοινωνικό, το ψυχολογικό περιβάλλον και οι συνθήκες ζωής σε άτομα με ιδιαίτερα χαρακτηριστικά αποτελούν πηγές άγχους. Το άγχος λειτουργεί επιβαρυντικά για την υγεία. Δημιουργεί αναπνευστικά και καρδιαγγειακά νοσήματα, αλλεργίες, έλκος, υπέρταση, μείωση της άμυνας του οργανισμού, ημικρανίες και επιπτώσεις στην ψυχική υγεία των ατόμων (κοινές ψυχικές παθήσεις). Το άγχος συνδέεται με την αύξηση της χρήσης καπνού, της ανθυγιεινής διατροφής, της κατανάλωσης οινόπνευματος και τοξικών ουσιών.¹⁵⁻¹⁷ Ο εθισμός σε όλες τις μορφές, με τα οινόπνευματώδη ποτά, τη χρήση ουσιών και τον καπνό, σχετίζεται με νοσηρότητα στα καρδιαγγειακά νοσήματα, την εμφάνιση αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων, τα κακοήθη νεοπλασμάτα, τα τροχαία ατυχήματα, τη μείζονα κατάθλιψη.^{16,41}

Τα καρδιαγγειακά νοσήματα, αποτέλεσμα της βιομηχανοποίησης και της αστικοποίησης, συνιστούν στο μεγαλύτερο ποσοστό, επακόλουθο των ανθυγιεινών συμπεριφορών στη διατροφή (κορεσμένα λιπαρά, μειωμένη πρόσληψη φρούτων και λαχανικών, πλούσια ζάχαρη, αλάτι), κάπνισμα, έλλειψη σωματικής άσκησης, παχυσαρκία.^{15,42}

Ο ρόλος της οικογένειας,¹⁷ στα πρώτα παιδικά χρόνια, είναι καθοριστικός για την υγιεινή σωματική και ψυχική κατάσταση του ατόμου. Ο υποσιτισμός, οι ασθένειες της παιδικής ηλικίας, η ομαλή ισορροπία των σχέσεων μέσα στα μέλη της οικογένειας, το χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο των γονέων, το χαμηλό εισόδημα, το διαζύγιο, ο θάνατος αγαπημένων προσώπων διαμορφώνουν συνθήκες νοσηρότητας σε συνδυασμό με παράγοντες, όπως η ηλικία, το φύλο, η φυλή και η κοινωνική τάξη. Οι Lahelma et al,⁴³ σε δείγμα ατόμων μέσης ηλικίας στη Φινλανδία (2000-2002), επιβεβαίωσαν την άποψη ότι η εμπειρία οικονομικών δυσχερειών, τόσο στο παρελθόν (παιδική ηλικία έως την

ηλικία των 16 ετών), όσο και στο παρόν σχετίζονται θετικά με ήπιες ψυχικές διαταραχές.

Μελέτες που διεξήχθησαν στις δυτικές χώρες, έχουν αναδείξει ισχυρή συσχέτιση μεταξύ της κοινωνικής στήριξης και των καρδιαγγειακών συμβαμάτων. Η χαμηλή κοινωνική στήριξη συσχετίστηκε με υψηλότερο κίνδυνο εμφάνισης εγκεφαλικού επεισοδίου και θνησιμότητας στους άνδρες. Μπορεί να ενισχύσει τη μέτρια κατανάλωση οινοπνεύματος, με αποτέλεσμα τη μείωση της εμφάνισης των καρδιαγγειακών νοσημάτων.⁴⁴

Οι μετακινήσεις σε ατομικό και συλλογικό επίπεδο επιδρούν στην αύξηση της νοσηρότητας σε σχέση με το κοινωνικό περιβάλλον. Οι μετανάστες, στα πρώτα χρόνια μετακίνησής τους, παρουσιάζουν μοντέλο νοσηρότητας ανάλογο με το περιβάλλον της χώρας τους, το οποίο και μεταβάλλεται με την πάροδο του χρόνου. Δημιουργείται μια μεταστροφή των προσδιοριστικών κοινωνικο-πολιτιστικών παραγόντων και διαφοροποιούνται οι διαπροσωπικές σχέσεις.^{17,45} Οι μετανάστες ζουν σε ακατάλληλους χώρους, με ανθυγιεινές συνθήκες διαβίωσης και υπερσυνωστισμό.

Εκατομμύρια άνθρωποι καθημερινά, για λόγους επαγγελματικών αλλά και τουριστικών, διασχίζουν τα σύνορα. Παθολόγοι οργανισμοί και λησμονημένες ασθένειες αναζωπυρώνουν (λοιμώδη νοσήματα, φυματίωση, ψώρα, ηπατίτιδα κ.ά.), καθώς και σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα (σύφιλη, AIDS κ.ά.). Η αστικοποίηση, οι έντονες διαπροσωπικές σχέσεις και οι άσχημες συνθήκες διαβίωσης ενισχύουν την εμφάνισή τους.^{15,45}

Συζήτηση

Από τα αποτελέσματα της βιβλιογραφικής ανασκόπησης προκύπτει ότι οι περιβαλλοντικές απειλές κατά της υγείας εξαρτώνται από ένα σύστημα παραγόντων του γενικότερου κοινωνικού περιβάλλοντος, οικονομικών, κοινωνικών, πολιτιστικών και συμπεριφορικών, δημιουργώντας την αλληλεξάρτηση της υγείας και της κοινωνίας.

Πρώτον, οι κοινωνικές και οι οικονομικές ανισότητες προκαλούν ανισότητες και στο επίπεδο υγείας ατομικά και συλλογικά. Χώρες με χαμηλή ή μέση ανάπτυξη παρουσιάζουν αύξηση της νοσηρότητας και της θνησιμότητας των χαμηλότερων κοινωνικών στρωμάτων των συγκεκριμένων χωρών, ενώ χώρες με αύξηση του οικογενειακού εισοδήματος, υψηλού εκπαιδευτικού επιπέδου, παρουσιάζουν δείκτες υγείας με διαφοροποίηση στο προσδόκιμο επιβίωσης. Το χαμηλό εισόδημα και η φτώχεια^{16,18-20} συνδέονται με σημαντικές διαφορές στο προσδόκιμο επιβίωσης, στη βρεφική θνησιμότητα και στη νοσηρότητα, γιατί υπονομεύει υποσιτισμό, αναλ-

φαβητισμό, άσχημες συνθήκες διαβίωσης, διατροφής, υγιεινής, καθόλου πρόληψη σε διάφορες μη μεταδοτικές ασθένειες, χαμηλή ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. Η φτώχεια και οι ψυχικές διαταραχές αλληλεπιδρούν μεταξύ τους σε ευάλωτες και ευπαθείς ομάδες πληθυσμού, δημιουργώντας φαύλο κύκλο που επιδεινώνει την ψυχική και τη σωματική υγεία, στο επίπεδο των συνθηκών διαβίωσης και των μολυσματικών ασθενειών. Η φτώχεια γεννά την ασθένεια.

Η βρεφική και η παιδική θνησιμότητα επηρεάζονται κυρίως από την άνοδο του οικονομικού, του κοινωνικού και του εκπαιδευτικού επιπέδου μιας χώρας. Τα παιδιά στις χαμηλότερες οικονομικά χώρες αντιμετωπίζουν συχνά θανατηφόρες επιπλοκές στα πρώτα χρόνια της ζωής τους, ως αποτέλεσμα κακής υγείας, αλλά και ως αποτέλεσμα της εκμετάλλευσης, του υποσιτισμού, των άσχημων συνθηκών διαβίωσης και των ένοπλων συγκρούσεων, που βιώνουν καθημερινά.

Οι δείκτες υγείας στην Ελλάδα είναι πολύ καλύτεροι,^{14,19,22,23} γιατί εκτός από τους κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες και την παροχή υπηρεσιών υγείας, το κλίμα και η μεσογειακή διατροφή, καθώς και οι συνθήκες διαβίωσης καθιστούν τους Έλληνες από τους πλέον μακρόβιους πληθυσμούς στον κόσμο. Αλλά και για τις χώρες που έχουν εξασφαλίσει τους απαραίτητους υλικούς πόρους, η βελτίωση της υγείας του πληθυσμού εξαρτάται και από τη δίκαιη κατανομή του πλούτου και την κοινωνική συνοχή.³³

Οι γυναίκες εμφανίζουν μεγαλύτερους κινδύνους φτώχειας,^{19,20} κυρίως από την ασταθή εργασία την οποία βιώνουν και στις μικρότερες αμοιβές που λαμβάνουν. Υπάρχει δυσκολία στην επαγγελματική εξέλιξη της γυναίκας, έλλειψη κοινωνικών δομών και διατήρηση των παραδοσιακών προτύπων στο θέμα της υπευθύνου, για τη φροντίδα των παιδιών. Στις χώρες όπου υφίσταται η ενεργή συμμετοχή των γυναικών στην ενίσχυση του οικογενειακού εισοδήματος,^{19,20} δεν υπάρχει και η ανάλογη κρατική μέριμνα.

Η τριτοβάθμια εκπαίδευση είναι ο καλύτερος προγνωστικός δείκτης της καλής υγείας,^{24,25} γιατί τα άτομα υιοθετούν πιο υγιεινό τρόπο ζωής, είναι περισσότερο ευαισθητοποιημένα σε θέματα υγείας, προσέχουν τις επιλογές που κάνουν στον τρόπο ζωής τους, στην πρόληψη και στη διαχείριση των ασθενειών.

Η ανεργία συνοδεύεται από μείωση έως και εξαφάνιση του εισοδήματος, με όλες τις επιπτώσεις που επιφέρει (ανθυγιεινές συνήθειες διατροφής και διαβίωσης, χαμηλή πρόσβαση σε υγειονομικές υπηρεσίες λόγω μειωμένων ή καθόλου ασφαλιστικών καλύψεων). Η μακροχρόνια ανεργία οδηγεί στον κοινωνικό αποκλεισμό,³⁸ με υψηλή

νοσηρότητα και θνησιμότητα, στις μειονότητες, στις ευπαθείς ομάδες και στους χρόνια πάσχοντες. Η ανεργία προκαλεί κακή υγεία και πρόωρο θάνατο. Συγχρόνως, οι επιπτώσεις της στην ψυχική υγεία είναι τεράστιες, με αυξανόμενο τον κίνδυνο της αυτοκτονίας σε μακροχρόνια απώλεια της εργασίας. Συσχετίζεται με τα οικονομικά μιας χώρας και επιβαρύνει την υγεία των πολιτών.

Το άγχος λειτουργεί επιβαρυντικά για την υγεία, γιατί συνδέεται με την αύξηση της χρήσης καπνού, της ανθυγιεινής διατροφής, της κατανάλωσης οινόπνευματος και τοξικών ουσιών.^{15,16} Οι συγκεκριμένοι παράγοντες είναι προδιαθεσικοί για εμφάνιση ασθενειών του καρδιαγγειακού συστήματος και χρόνιων νοσημάτων.^{41,42}

Ο ρόλος της οικογένειας,¹⁷ στα πρώτα παιδικά χρόνια, είναι καθοριστικός για την υγιεινή σωματική και ψυχική κατάσταση του ατόμου. Οι σωστές κοινωνικές σχέσεις, οι οικογενειακές σχέσεις, η ένταξη σε γειτονίες, οι διάφορες κοινωνικές οργανώσεις και τα κοινωνικά δίκτυα παρέχουν σε ασθενείς και οικογένειες συναισθηματική, ψυχολογική και κοινωνική υποστήριξη. Με προγράμματα γίνεται ενημέρωση πληθυσμού για κοινές και λιγότερο κοινές ασθένειες, για πρόληψη, ενημέρωση για κοινωνικές παροχές και ασφαλιστικά δικαιώματα, κυρίως στις χρόνιες παθήσεις. Μέσα από τις ομάδες συζητήσεων που δημιουργούνται, διαμορφώνεται μοίρασμα εμπειριών, με τις ανταλλαγές απόψεων για συγκεκριμένα θέματα υγείας.¹⁷ Η επιστημονική κοινότητα έχει κάνει αποδεκτό, ότι η κοινωνική στήριξη είναι ουσιαστική βάση για τη διατήρηση της υγείας ή, αντίστροφα, για την πρόκληση ασθένειας.^{17,34,44}

Η πρόσβαση στη φροντίδα υγείας και στις υπηρεσίες υγείας, όπως αναφέρθηκε, ποικίλλει ανάλογα με το εισόδημα, την κοινωνική τάξη και την εκπαίδευση. Οι άνθρωποι που ζουν σε υποβαθμισμένες περιοχές έχουν λιγότερες πιθανότητες να λάβουν υψηλό επίπεδο περίθαλψης και καθόλου πρόληψη. Οι μετανάστες διαμένουν σε ακατάλληλους χώρους, με ανθυγιεινές συνθήκες διαβίωσης και υπερσυνωστισμό. Τα προβλήματα κοινωνικής ενσωμάτωσης, τα εργασιακά και ο κοινωνικός αποκλεισμός, επιβαρύνουν τη γενική κατάσταση της υγείας τους.⁴⁵ Η αστικοποίηση, οι έντονες διαπροσωπικές σχέσεις και οι άσχημες συνθήκες διαβίωσης ενισχύουν την εμφάνισή τους.^{15,45}

Από τα παραπάνω προβάλλεται η ανάγκη ανάδειξης των κοινωνικών προσδιοριστών υγείας, όπως εισόδημα, εκπαίδευση, απασχόληση ως σημαντικών συνιστωσών στη διαμόρφωση του επιπέδου υγείας. Στις πλουσιότερες χώρες, οι αρνητικές επιδράσεις μπορούν να περιοριστούν, εάν υπάρχει οργανωμένο δίκτυο κοινωνικής προστασίας, γεγονός το οποίο δεν είναι εφικτό στις αναπτυσσόμενες

χώρες και ανύπαρκτο στις χαμηλότερες οικονομικά χώρες.

Η δημόσια υγεία σε κάθε χώρα, σύμφωνα με τις συστάσεις του ΠΟΥ, συνιστά ως θεμελιώδη προϋπόθεση την αντιμετώπιση των μειζόνων παραγόντων κινδύνου και την επιδείνωση των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων λόγω της παγκόσμιας οικονομικής συγκυρίας. Διαχρονικά, οι παρεμβάσεις της δημόσιας υγείας οδήγησαν στον έλεγχο και στην εξάλειψη των μολυσματικών ασθενειών, καθώς και στη βελτίωση των δεικτών υγείας (βρεφική θνησιμότητα, νοσηρότητα, θνησιμότητα, αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης). Σήμερα, οι σύγχρονες προκλήσεις εστιάζονται στον έλεγχο των προσδιοριστών υγείας, στη διαμόρφωση μέτρων, προγραμμάτων και δομών, με σκοπό τη βελτίωση της ποιότητας της ζωής, τη μείωση της νοσηρότητας, την εξοικονόμηση πόρων, τον έλεγχο των επιδημιών, τη διαχείριση χρόνιων νοσημάτων και κυρίως την ανάπτυξη προγραμμάτων για αγωγή και προαγωγή υγείας σε θέματα διατήρησης και ανάπτυξης υγιεινών συμπεριφορικών συνθηκών.

Συμπεράσματα

Η πολυδιάστατη φύση της υγείας και το γεγονός ότι αυτή επηρεάζεται από μεγάλο αριθμό μεταβλητών κοινωνικοοικονομικού περιεχομένου, είναι επιστημονικά τεκμηριωμένη, με την ανάδειξη της φτώχειας ως τον κύριο καθοριστικό παράγοντα κακής υγείας.

Μολονότι έχουν παρέλθει δύο αιώνες, από την πρώτη αναφορά στην επίδραση των κοινωνικών παραγόντων στην ανθρώπινη υγεία, το ζήτημα των κοινωνικών καθοριστών της υγείας εξακολουθεί να αποτελεί μείζον θέμα για τη διεθνή κοινότητα των επαγγελματιών υγείας. Η υγεία τίθεται ως πρώτη προτεραιότητα του κοινωνικού ενδιαφέροντος, με άμεση συνέπεια την υποχρέωση της πολιτείας να αναλάβει πρωτοβουλίες και να οργανώσει δράσεις που να προάγουν και να βελτιώνουν το επίπεδο υγείας του πληθυσμού.

Οι πρωτοβουλίες και οι δράσεις πρέπει να στηρίζονται στη συστηματική παρακολούθηση και στην εκτίμηση της υγείας του πληθυσμού, των βιολογικών, των περιβαλλοντικών και των κοινωνικοοικονομικών παραγόντων. Να παρέχουν κοινωνική φροντίδα και να ικανοποιούν τις ειδικές ανάγκες ευάλωτων ομάδων του πληθυσμού, που διαβιούν σε μειονεκτικές κοινωνικά συνθήκες, όπως φτώχεια, ανεργία, γήρας, κοινωνικό αποκλεισμό, απουσία εισοδήματος και κυρίως να υπάρξει προσπάθεια άμβλυνσης των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων στην υγεία.

Το χαμηλό εισόδημα, η προκατάληψη, η αδικία και οι διακρίσεις οδηγούν σε διαφορές μεταξύ κοινωνικών

ομάδων ως προς την πρόσβαση σε πόρους και σε ίσες ευκαιρίες στην υγεία. Η προσέγγιση αυτή αναγνωρίζει ότι η νοσηρότητα και η πρόωρη θνησιμότητα τείνουν να αυξάνονται όσο χαμηλότερη είναι η κοινωνικοοικονομική θέση του ατόμου. Το χάσμα στην υγεία δεν πρόκειται απλά για ένα θέμα μεταξύ πλουσίων και φτωχών αλλά αποτελεί τη σημαντικότερη πρόκληση ως προς τη βελτίωση της

υγείας του πληθυσμού παγκόσμια, για τη στοχευόμενη δράση στην αντιμετώπιση των κοινωνικών προσδιοριστικών παραγόντων της υγείας.

Η υγεία αποτελεί αναντικατάστατη προϋπόθεση για την επίτευξη στόχων ζωής, όπως καλύτερη εκπαίδευση, καλύτερη απασχόληση, αύξηση του εισοδήματος. Αποτελεί το μέσο προαγωγής των ατόμων και των κοινωνιών.

ABSTRACT

Social Determinants of Health

Theodora Malamou

RN, MSc, Laboratory of Cardiac Catheterization, "G. Chatzikosta" General Hospital, Ioannina, Greece

Introduction: Health is a complex concept, influenced by scientific developments as well as by pathophysiological and socio-economic factors, which all contribute to the interrelationship between health and society. **Aim:** To review the social determinants of health and to analyze how they affect health status. **Method:** A comprehensive search of the international and Greek literature was performed, using the electronic databases Medline, Science Direct, PsycINFO, Embase, Iatrotek, and the Google Scholar, along with a search over HEAL-Link. The key-words used were "social determinants of health", "health", "disease", "poverty", "mortality" and "unemployment". The search included articles published from 1986 to 2013 and excluded purely medical articles on mortality rates. **Results:** The factors that have been recorded in the international literature as determinants or social determinants of health are income, social stratification and level of education, work and working conditions, unemployment, stress, early childhood and family environment, social support and relationships, dietary factors and living conditions, removals (of individuals or groups) and addiction to various substances. **Conclusions:** This review provided a vision of health from a multidimensional and multifactorial viewpoint, rather than in the traditional medical approach. The maintenance and improvement of health globally must be based on targeted action to address the social determinants of health, with assessment of needs, current challenges and international trends.

Key-words: *disease, health, mortality, poverty, social determinants of health, unemployment*



Corresponding Author: Theodora Malamou, 16 Seferi street, GR-455 00 Anatoli, Ioannina, Greece, tel.: +30 2651 037 716, +30 6947 209 532, e-mail: dmalamou@gmail.com

Βιβλιογραφία

1. Λιαρόπουλος Λ. Η έννοια της υγείας και η μέτρηση του επιπέδου της υγείας. Στο: *Οργάνωση υπηρεσιών και συστημάτων υγείας*. Τόμος Α'. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Βήτα, 2010:31-39, 3-18.
2. Ιωαννίδη Ε, Μάντη Π. Υγεία και περίθαλψη. Στο: *Αγραφιώτης Δ (Επιμ.) Υπηρεσίες υγείας/Νοσοκομείο, ιδιοτυπίες και προκλήσεις*. Τόμος Α'. Πάτρα, ΕΑΠ, ΔΜΥ51, 1999:15-56.
3. Larson J. The conceptualization of health. *Med Care Res Rev* 1999, 56:123-136.
4. Οικονόμου Χ. Υγεία και αρρώστια: Η κοινωνιολογική οπτική. Στο: *Κοινωνιολογία της υγείας: Βασικές θεωρητικές προσεγγίσεις*. Τόμος Α'. Αθήνα: Διόνικος, 2005:18-60.
5. Bury M. What is health? In: *Health and illness*. UK: Cambridge Polity Press, 2005:1-20.
6. Κουρέα-Κρεμαστινού Τ. Έννοια της υγείας: Κοινωνικοί καθοριστές υγείας. Στο: *Δημόσια υγεία: Θεωρία, πράξη, πολιτικές*. Εκδόσεις Τεχνόγραμμα, Αθήνα, 2007:3-16.
7. World Health Organization. Definition of health. New York, WHO, 1946.
8. Radley A. Explaining health and illness: An introduction. In: Radley A (ed) *Making sense of illness*. London: Sage Publication Ltd, 1994:1-19.
9. Seligman MEP. Positive health. *Appl Psychol* 2008, 57:3-18.
10. World Health Organization. Declaration of Alma-Ata. WHO, 1978.
11. World Health Organization (WHO). The Ottawa charter for health promotion. Ontario, Canada, WHO, 1986.
12. Τσελέπη Χ. Κοινωνικοί και πολιτιστικοί παράγοντες στην πρόσληψη και στην εμπειρία της αρρώστιας. Στο: *Αγραφιώτης Δ (Επιμ.) Κοινωνιολογική και ψυχολογική προσέγγιση των νοσοκομείων/υπηρεσιών υγείας*. Πάτρα: ΕΑΠ, ΔΜΥ51, 2000:55-82.
13. World Health Organization. Causes of child mortality. Global Health Observatory (GHO) data. WHO, 2012-2013.

14. Organisation for Economic Co-operation and Development. Health at a glance 2013: OECD indicators. OECD Publishing, 2013.
15. Wilkinson R, Marmot M. Social determinants of health: The social facts. Copenhagen: World Health Organization, 2003.
16. Marmot M. Social determinants of health inequalities. Lancet 2005, 365:1099-1104.
17. Καδδά Α. Ο ρόλος των παραγόντων του ευρύτερου κοινωνικού περιβάλλοντος στην υγεία-ασθένεια. Ιατρικό Βήμα 2009, 118:86-89.
18. World Health Organization. Poverty. WHO, 2012. Available at: <http://www.who.int/topics/poverty/en> (accessed 1.7.2015).
19. World Health Organization. Closing the gap in a generation - Health equity through action on social determinants of health. Geneva: WHO, 2008.
20. Cohen DA, Farley TA, Mason K. Why is poverty unhealthy? Social and Physical mediators. Soc Sci Med 2003, 57:1631-1641.
21. Ελληνική Στατιστική Αρχή. Έρευνα εισοδήματος και συνθηκών διαβίωσης των νοικοκυριών (περίοδος αναφοράς εισοδήματος 2012): Κίνδυνος φτώχειας. Αθήνα: ΕΛΣΤΑΤ, 2013.
22. Organisation for Economic Co-operation and Development. Health at a glance 2013: Life expectancy at birth. OECD Publishing, 2013.
23. World Health Organization. Global Health Observatory (GHO) data repository: Causes of child mortality, by country, 2000-2010.
24. Winkleby MA, Jatulis DE, Frank E, Fortmann SP. Socioeconomic status and health: How education, income, and occupation contribute to risk factors for cardiovascular disease. Am J Public Health 1992, 82:816-820.
25. Davey Smith G, Hart C, Hole D, McKinnon P, Gillis C, Watt G et al. Education and occupational social class: Which is the more important indicator of mortality risk? J Epidemiol Community Health 1998, 52:153-160.
26. Williams DR. Race, socioeconomic status, and health. The added effects of racism and discrimination. Ann NY Acad Sci 1999, 896:173-188.
27. Stringhini S, Dugravot A, Shipley M, Goldberg M, Zins M, Kivimäki M et al. Health behaviours, socioeconomic status, and mortality: Further analyses of the British Whitehall II and the French GAZEL prospective cohorts. PloS Medicine 2011, 8:e1000419.
28. Lahana E, Pappa E, Niakas D. The impact of ethnicity, place of residence and socioeconomic status on health-related quality of life: Results from a Greek health survey. Int J Public Health 2010, 55:391-400.
29. Κυρίοπουλος Γ, Τσιάντου Β. Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική περιθαλψή. Αρχ Ελλ Ιατρ 2010, 27:834-840.
30. Weich S, Lewis G. Poverty, unemployment, and common mental disorders: Population based cohort study. BMJ 1998, 317:115-119.
31. Patel V, Kleinman A. Poverty and common mental disorders in developing countries. Bull World Health Organ 2003, 81:609-615.
32. Ritsher JE, Warner V, Johnson JG, Dohrenwend BP. Inter-generational longitudinal study of social class and depression: A test of social causation and social selection models. Br J Psychiatry Suppl 2001, 40:s84-s90.
33. Τούντας Γ, Αλαμάνου Γ. Εργασία και υγεία. Αρχ Ελλ Ιατρ 1999, 16:182-190.
34. Nettleton S. Η εμπειρία χρόνιας ασθένειας και ανικανότητας. Στο: Αγραφιώτης Δ (Επιμ.) Κοινωνιολογία της υγείας και της ασθένειας. Αθήνα: Τυπωθήτω, 2002:107-145.
35. Kivimäki M, Leino-Arjas P, Luukkonen R, Riihimäki H, Vahtera J, Kirjonen J. Work stress and risk of cardiovascular mortality: Prospective cohort study of industrial employees. BMJ 2002, 325:857.
36. Schrijvers CT, van de Mheen HD, Stronks K, Mackenbach JP. Socioeconomic inequalities in health in the working population: The contribution of working conditions. Int J Epidemiol 1998, 27:1011-1018.
37. Eurostat. Table unemployment rates by age and gender. PNG, 2011.
38. Murphy GC, Athanasou JA. The effect of unemployment on mental health. J Occup Organ Psych 1999, 72:83-99.
39. Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A, McKee M. Effects of the 2008 recession on health: A first look at European data. Lancet 2011, 378:124-125.
40. Πολάκη Ο, Σκαπινάκης Π, Νιάκας Δ. Η σχέση των κοινωνικο-οικονομικών παραγόντων με τις ψυχικές διαταραχές. Αρχ Ελλ Ιατρ 2007, 24:224-231.
41. Murray CJ, Lopez AD. Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. Lancet 1997, 349:1436-1442.
42. Bazzano LA, He J, Ogden LG, Loria CM, Vupputuri S, Myers L et al. Fruit and vegetable intake and risk of cardiovascular disease in US adults: The first National Health and Nutrition Examination Survey Epidemiologic Follow-up Study. Am J Clin Nutr 2002, 76:93-99.
43. Lahelma E, Laaksonen M, Martikainen P, Rahkonen O, Sarlio-Lähteenkorva S. Multiple measures of socioeconomic circumstances and common mental disorders. Soc Sci Med 2006, 63:1383-1399.
44. Ikeda A, Iso H, Kawachi I, Yamagishi K, Inoue M, Tsugane S et al. Social support and stroke and coronary heart disease: The JPHC study cohorts II. Stroke 2008, 39:768-775.
45. Carballo M, Divino JJ, Zeric D. Migration and health in the European Union. Trop Med Int Health 1998, 3:936-944.