

ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΚΟΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«Έρευνα αναγκών υγείας του πληθυσμού αγροτικών και  
ημιαστικών περιοχών:  
το παράδειγμα του Δήμου Αρχανών Αστερουσίων»**

*ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:*  
*ΧΛΙΑΟΥΤΑΚΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ*

*ΦΟΙΤΗΤΕΣ:*  
*Τερζάκη Κωνσταντίνα*  
*Τσικριτσάκης Εμμανουήλ*

Ηράκλειο Κρήτης  
2021

## ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ:

### **Α Μέρος : Θεωρητικό**

#### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>:**

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	σελ. 3
1.1. Οι διάφοροι ορισμοί του όρου «υγεία» .....	σελ.4
1.2. Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής των ανθρώπων άλλοτε και σήμερα.....	σελ.6
1.3. Η θέση της υγείας στην Τοπική Αυτοδιοίκηση α' βαθμού (δήμος) .....	σελ.11
1.4. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και ο ρόλος της.....	σελ.13
1.5. Η υγεία των ανθρώπων που κατοικούν στις διάφορες αγροτικές περιοχές.....	σελ.15

#### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>:**

2. Η εκτίμηση των αναγκών υγείας ενός πληθυσμού.....	σελ.18
2.1. Η ηλικία και το φύλο ως καθοριστικοί παράγοντες του επιπέδου υγείας (σωματικής και ψυχικής) .....	σελ.20
2.2. Η επίδραση των διαφόρων κοινωνικοοικονομικών παραγόντων στο επίπεδο της υγείας των ανθρώπων (εκπαίδευση, επαγγελματική και οικονομική κατάσταση, άτυπα δίκτυα φροντίδας) .....	σελ.25
2.3. Η επίδραση της υποκειμενικής αντίληψης της υγείας και του τρόπου ζωής (χρήση αλκοόλ, είδος εργασίας, ποιότητα ύπνου) στο επίπεδο της υγείας των ανθρώπων.....	σελ.29
2.4. Η προσβασιμότητα και η χρήση των υπηρεσιών υγείας επηρεάζουν τη νοσηρότητα ενός πληθυσμού.....	σελ.31

2.5. Η καθημερινή λειτουργικότητα και δραστηριότητα ως δείκτες του επιπέδου υγείας των ανθρώπων.....σελ.36
--

## **B Μέρος: Ερευνητικό**

1. Μεθοδολογία έρευνας.....σελ.40
Σκοπός της έρευνας.....σελ.41
Βασικά ερευνητικά ερωτήματα.....σελ.41
Πεδίο μελέτης – Ορισμός Δείγματος.....σελ.42
Ερευνητικό εργαλείο.....σελ.43
Ανάλυση πληροφοριών.....σελ.44
Δυσκολίες που προέκυψαν στη διάρκεια της έρευνας.....σελ.44
2. Αποτελέσματα έρευνας
Περιγραφή δημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος.....σελ. 44

<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....σελ.52</b>
--------------------------------

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>: ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Από την εποχή της εμφάνισης του ανθρώπου στη γη, η υγεία αποτέλεσε θεμελιώδες ατομικό αγαθό, το οποίο οι εκάστοτε οργανωμένες ιατρικές κοινότητες και δομές κατέβαλαν πάντα την καλύτερη δυνατή προσπάθεια να προασπίσουν, να διατηρήσουν και να επαναφέρουν.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (World Health Organization, WHO) ως **Σύστημα Υγείας** ορίζεται το αποτέλεσμα των ενσυνείδητων και συντονισμένων προσπαθειών ενός κράτους για την προαγωγή, την αποκατάσταση και τη διατήρηση του επιπέδου υγείας των πολιτών του (Durrani, 2016; Hirshon et al, 2013; Busse et al, 2019). Το σύστημα υγείας μιας χώρας είναι σημαντικό να είναι πάντοτε προσπελάσιμο προς όλους ανεξαιρέτως τους πολίτες της, χωρίς διακρίσεις και κατά το δυνατόν με τις λιγότερες καθυστερήσεις και αναμονές. Οργανωτικό επίκεντρο κάθε συστήματος υγείας αποτελεί (στη συντριπτική πλειοψηφία των χωρών του ανεπτυγμένου κόσμου) **το νοσοκομείο**. Ωστόσο, για μια μεγάλη γκάμα νοσολογικών καταστάσεων, δεν είναι απαραίτητη η μετάβαση του ασθενούς στον χώρο του νοσοκομείου, διότι οι ανάγκες υγείας του μπορεί να καλύπτονται άριστα και από τις λεγόμενες **«δομές της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας»**, που -όπως θα δούμε στο παρακάτω κεφάλαιο της παρούσας εργασίας- έχουν σημαντικότατο ρόλο στην αποσυμφόρηση των νοσηλευτικών κλινικών και στην αποφόρτιση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού που αυτές απασχολούν. Έτσι, τα συστήματα υγείας όλων των οργανωμένων κρατών διακρίνονται σε κατηγορίες (επίπεδα προσφοράς υπηρεσιών υγείας) -καθένα από τα οποία είναι επιφορτισμένο με διαφορετικό φάσμα κλινικών αρμοδιοτήτων.

Ειδικότερα, οι τρεις μεγάλες κατηγορίες (επίπεδα) από τα οποία συνίσταται ένα σύστημα υγείας είναι: (α) η **πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας** (κέντρα υγείας, εξωτερικά ιατρεία, κέντρα πρόληψης νοσημάτων, γραφεία οικογενειακών ιατρών κ.α.), (β) η **δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας** (νοσοκομεία τα οποία υποστηρίζουν τη νοσηλεία και κάποιες γενικές επεμβάσεις στους ασθενείς), και (γ) η **τριτοβάθμια φροντίδα υγείας** (νοσοκομεία που υποστηρίζουν -πέραν των υπηρεσιών της δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας- και άλλες, πιο εξειδικευμένες εξετάσεις και επεμβάσεις στους ασθενείς, για τις οποίες συνήθως απαιτείται η συνεργασία πολλών διαφορετικών ειδικοτήτων-επαγγελματιών υγείας). Οι δομές που ανήκουν σε καθένα από τα τρία

αυτά επίπεδα του κάθε συστήματος υγείας είναι εξειδικευμένες στο να παρέχουν την κατάλληλη ιατρονοσηλευτική (πολλές φορές, και φαρμακευτική) φροντίδα στους ασθενείς που τις επισκέπτονται, αποτελώντας έτσι σημαντικό πυλώνα της κοινωνικής μέριμνας κάθε οργανωμένου κράτους, αλλά και συμβάλλοντας σημαντικά στην βελτίωση του επιπέδου υγείας των πολιτών (Hu et al, 2016; Oyedeji & Abimbola, 2014; Cho et al, 2018; Hasan et al, 2020).

### 1.1. Οι διάφοροι ορισμοί του όρου «υγεία»

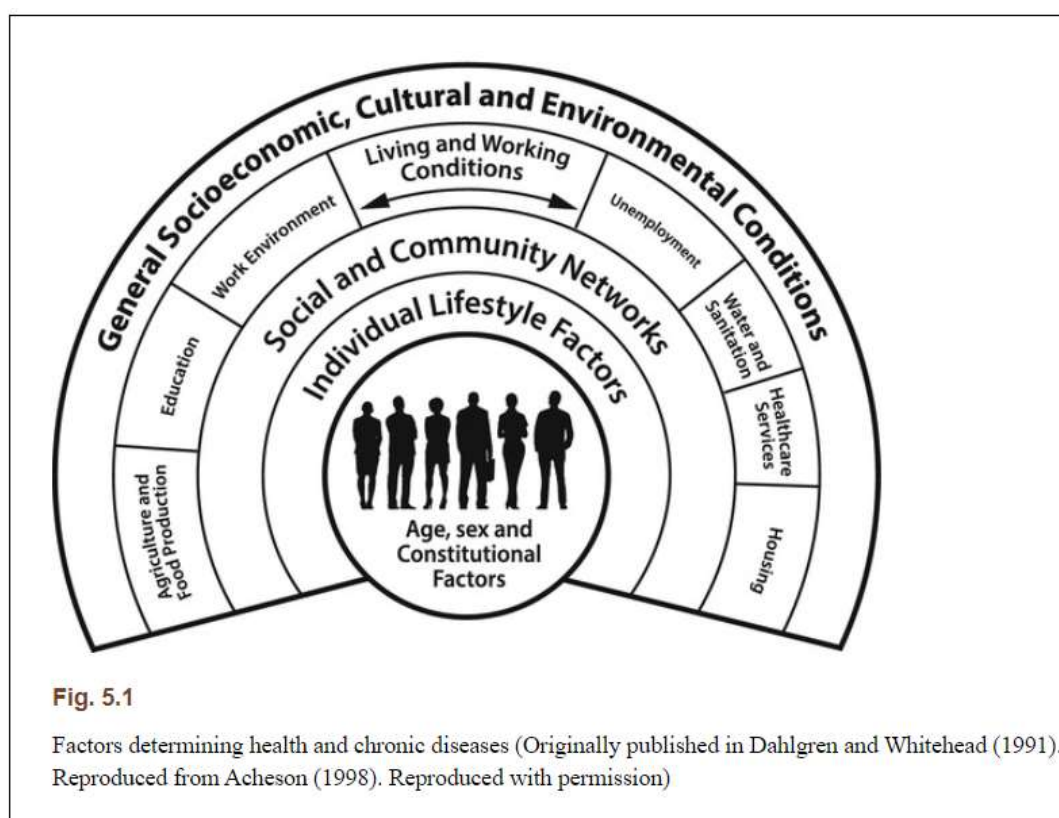
Ξεκινώντας με μια σύντομη, αλλά περιεκτική βιβλιογραφική ανασκόπηση, ο όρος της «υγείας» έχει περάσει κατά καιρούς από σημαντικές θεωρήσεις και αναθεωρήσεις, αφού το εκάστοτε οικονομικό, κοινωνικό και πολιτιστικό επίπεδο στο οποίο ζούσε κάθε πληθυσμός άλλαζε ή τροποποιούσε -σε μεγαλύτερο ή σε μικρότερο βαθμό- διάφορες πτυχές του ορισμού της.

Ο πρώτος ορισμός της αφορούσε την απουσία οποιασδήποτε νόσου (σωματικής και ψυχικής) από τον άνθρωπο. Αργότερα, που οι λειτουργοί υγείας κατανόησαν τη σημασία του χρόνου της διάγνωσης, στον ορισμό της υγείας προστέθηκε η παράμετρος της διάγνωσης, δηλαδή «η απουσία οποιασδήποτε διαγνωσμένης ή και αδιάγνωστης νόσου», με την έννοια ότι είναι πιθανό κανείς να νοσεί, αλλά να μην το γνωρίζει (υπάρχουν άπειρα παραδείγματα νόσων που εξελίσσονται σε βάθος ετών στο ανθρώπινο σώμα, με τρόπο «σιωπηλό», δηλαδή χωρίς να δώσουν το παραμικρό σύμπτωμα, π.χ. ο καρκίνος, οι καρδιοπάθειες κτλ). Και στο τέλος, προστέθηκε και η παράμετρος της λειτουργικότητας, αφού κατέστη σαφές το αυτονόητο γεγονός ότι **δεν μπορεί να οριστεί ως υγιής ένας άνθρωπος που -για τον οποιονδήποτε λόγο- αδυνατεί ή δυσκολεύεται φανερά να ανταποκριθεί σε όλες τις εκφάνσεις (κοινωνικές, πολιτισμικές κ.α.) της καθημερινής ζωής του.**

Έτσι, μόλις **το 1946**, διατυπώθηκε ο πληρέστερος ορισμός του όρου της «υγείας» από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, που αναφέρει χαρακτηριστικά ότι: **«Υγεία είναι η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας του ανθρώπου, και όχι απλά μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας».** Ο ορισμός αυτός βλέπει την υγεία ως το αποτέλεσμα της επίδρασης μιας πληθώρας παραγόντων και παραμέτρων -πέραν των αμιγώς ιατρικών κριτηρίων, όπως είναι οι διάφορες κοινωνικές, οικονομικές, πολιτισμικές, θρησκευτικές και ατομικές συνιστώσες που συμβάλουν όλες μαζί στο να είναι και να διατηρείται ένας άνθρωπος υγιής και σε πλήρη

ισορροπία με τον εαυτό του και το περιβάλλον του. Αποτέλεσμα του ορισμού αυτού της υγείας είναι, μεταξύ άλλων, και το γεγονός ότι τα περισσότερα **προβλήματα δημόσιας υγείας** με τα οποία έρχεται σήμερα αντιμέτωπος ο ευρωπαϊκός, αλλά και ο παγκόσμιος γενικός πληθυσμός **είναι πολυπαραγοντικά**. Το γεγονός αυτό σημαίνει ότι η αιτιολογία τους (πάνω στην οποία οφείλει να βασιστεί κανείς, προκειμένου να σχεδιάσει ένα αποτελεσματικό πρόγραμμα παρεμβάσεων) είναι περίπλοκη, και βασίζεται σε μία πληθώρα παραμέτρων, τόσο ατομικών, όσο και συλλογικών.

Η Εικόνα 1, που ακολουθεί, παριστάνει -με έναν σχεδιαγραμματικό και εύκολα κατανοητό τρόπο- τους παράγοντες που οφείλει κανείς να λαμβάνει υπόψιν του, κάθε φορά που πρόκειται να σχεδιάσει κάποιο πρόγραμμα παρεμβάσεων για κάποιο πρόβλημα υγείας, σε δομές της πρωτοβάθμιας, της δευτεροβάθμιας ή και της τριτοβάθμιας φροντίδας της υγείας:



**Εικόνα 1.** Σχεδιαγραμματική απεικόνιση των παραγόντων που καθορίζουν την έκταση και τη σοβαρότητα ενός προβλήματος δημόσιας υγείας. Παρατηρούμε πώς στο κέντρο των παραγόντων αυτών βρίσκονται οι ατομικές παράμετροι που (κατά κανόνα) δεν τροποποιούνται (ηλικία, φύλο, γονίδια κτλ.), και ακολουθούν οι παράγοντες που σχετίζονται με τον τρόπο ζωής του κάθε ανθρώπου, οι κοινωνικοί και κοινοτικοί

παράγοντες, οι παράγοντες που σχετίζονται με τις συνθήκες ζωής και εργασίας, και τέλος οι γενικοί (που αφορούν μεγάλα κομμάτια πληθυσμών) κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες, καθώς και οι πολιτισμικές και περιβαλλοντικές συνθήκες στις οποίες οι άνθρωποι κάθε εποχής διαβιούν. (Πηγή: Schmidt, 2016).

## 1.2. Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής των ανθρώπων άλλοτε και σήμερα

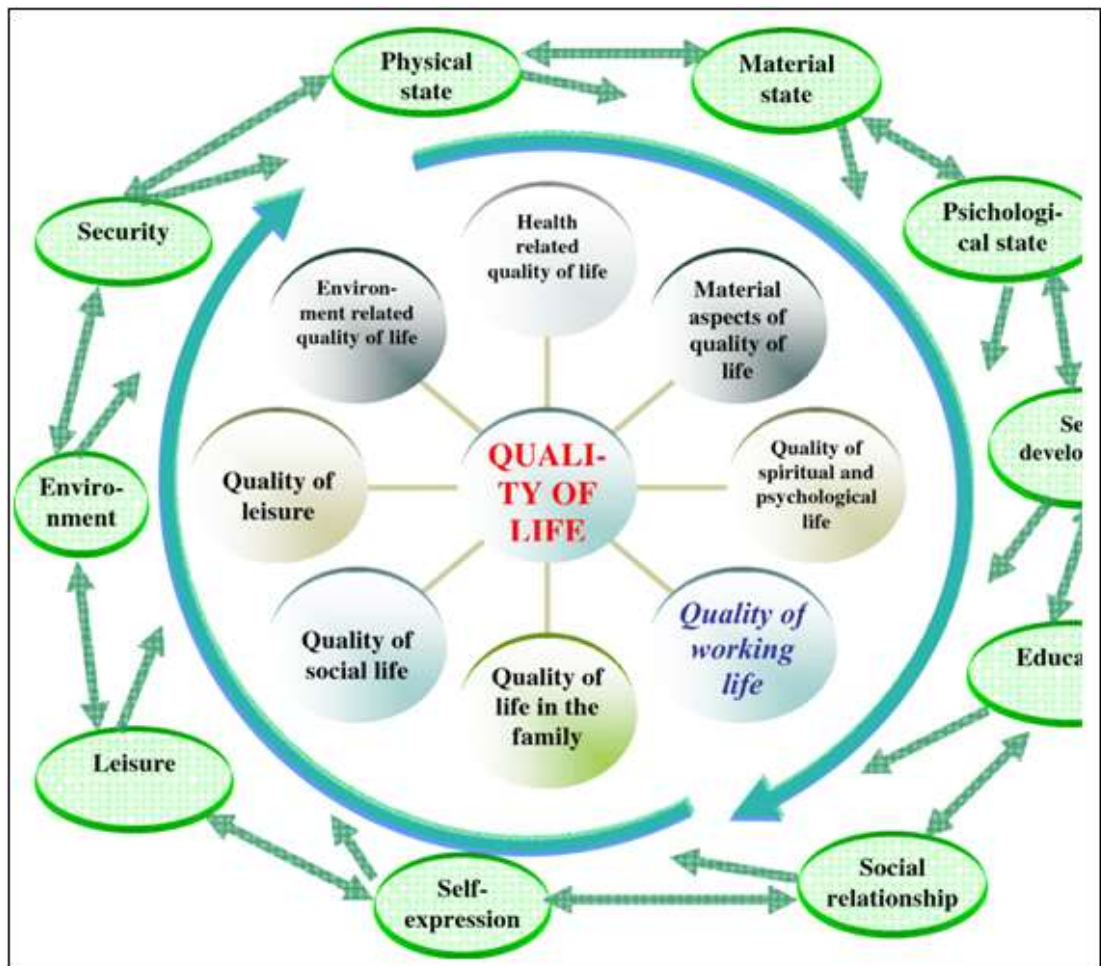
Ο όρος «*ποιότητα ζωής*» (*Quality Of Life, QOL*) έχει απασχολήσει πολλούς επιστήμονες τα τελευταία χρόνια, κυρίως εξαιτίας τού τρόπου που η έννοια αυτή συνδέεται με την καθημερινή ζωή των ανθρώπων, και σε έναν μεγάλο βαθμό, την καθορίζει.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (World Health Organization, WHO) περιέγραψε για πρώτη φορά το 1948 και αναδιατύπωσε το 1995 τον όρο «ποιότητα ζωής» ως την προσωπική αντίληψη του ατόμου σχετικά με τη θέση του στη ζωή, υπό το πρίσμα της κουλτούρας και του αξιακού του συστήματος, και σε συνάρτηση πάντα με τους στόχους, τις προσδοκίες, τις προδιαγραφές και τις ανησυχίες του (Post et al, 2014; Teoli & Bhardwaj, 2014).

Από τον ορισμό αυτόν, ο οποίος αναθεωρήθηκε αρκετές φορές μέχρι σήμερα, φαίνεται ξεκάθαρα ότι η ποιότητα ζωής προσδιορίζεται και αξιολογείται με τη χρήση ορισμένων δεικτών, οι οποίοι συμπεριλαμβάνουν τις συνθήκες διαβίωσης, το φυσικό, οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον, το εισόδημα, το επάγγελμα, το επίπεδο της ψυχικής και σωματικής υγείας, το αίσθημα ικανοποίησης από τη ζωή, τη λειτουργικότητα σε διάφορους τομείς της ζωής, τον τρόπο αξιοποίησης του ελεύθερου χρόνου, τη δυνατότητα κάλυψης των εκάστοτε οικονομικών αναγκών, την ασφάλεια από τους διάφορους κινδύνους, και την ευρύτερη κοινωνική ένταξη. Αντιλαμβάνεται λοιπόν εύκολα κανείς ότι πρόκειται για μία έννοια πολυδιάστατη, η οποία προσδιορίζεται από δείκτες τόσο υποκειμενικούς (αίσθημα ικανοποίησης από τη ζωή, λειτουργικότητα σε διάφορους τομείς, δυνατότητα συμμετοχής σε κοινωνικές δραστηριότητες κ.α.), όσο και αντικειμενικούς (παρουσία ή απουσία προβλημάτων υγείας, ύψος μηνιαίου εισοδήματος, επάγγελμα κ.α.)

Αργότερα, άλλοι, πιο εμπλουτισμένοι ορισμοί που δόθηκαν στον όρο αυτόν συμπεριέλαβαν και τις έννοιες της πείρας από τη ζωή, αλλά και της ευελιξίας του ατόμου να επαναπροσδιορίσει τις προδιαγραφές της ζωής του όταν οι συνθήκες της ζωής του αλλάζουν (π.χ. όταν συμβεί μια ξαφνική ασθένεια ή όταν χάσει κανείς το σπίτι του, τη δουλειά του κ.α.) (Carr et al, 2001). Έτσι, η ποιότητα ζωής αναφέρεται ως μια

έννοια δυναμική, και όχι στατική, που γίνεται με διαφορετικό τρόπο αντιληπτή από κάθε άνθρωπο και είναι άμεσα συνυφασμένη με τα δεδομένα και της συνθήκες της ζωής του, αλλά και με το προσωπικό του όραμα για το μέλλον, σε κάθε χρονική στιγμή (Carr et al, 2001; Jacobs et al, 2009) (Εικόνα 2).



**Εικόνα 2.** Η ποιότητα ζωής, ως συνισταμένη πολλών διαφορετικών παραγόντων του τρόπου ζωής, αλλά και των ευρύτερων προσδοκιών, της ευελιξίας και της λειτουργικότητας που έχει το άτομο (Πηγή: Dalia & Ruzevicius, 2007).

Για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής, διάφοροι ερευνητές έχουν καταλήξει στην **οργάνωση και κατάρτιση ειδικών ερωτηματολογίων και κλινικών εργαλείων** από διάφορα Πανεπιστήμια και σχολές, που σκοπό έχουν μια γρήγορη, εύχρηστη και κυρίως έγκυρη αξιολόγηση της πραγματικής ποιότητας ζωής των ανθρώπων, στα διάφορα στάδια της ζωής τους. Από άποψη ιστορική, οι πρώτες προσπάθειες για την κατάρτιση τέτοιων κλινικών εργαλείων έγιναν στις ΗΠΑ περί τα μέσα της δεκαετίας του 1960 και η πρώτη τέτοια κλίμακα δόθηκε στη δημοσιότητα το 1981 από τους



Spitzer et al., με τίτλο «Quality of Life Index (QLI)» και περιελάμβανε αρκετές παραμέτρους της σωματικής, ψυχολογικής και κοινωνικής υγείας και ευεξίας των ανθρώπων. Από το 1981 και μέχρι σήμερα, έχουν εγκαθιδρυθεί στη διεθνή επιστημονική κοινότητα πολλά ακόμα χρήσιμα κλινικά εργαλεία, με ενδεικτικούς σταθμούς την κλίμακα Quality of Life Scale (Flanagan, 1978), το ερωτηματολόγιο McGill Quality of Life Questionnaire, που δημοσιεύτηκε το 1996 και αναθεωρήθηκε από τους Cohen et al. το 2019, το ερωτηματολόγιο Health-Related Quality of Life Questionnaire (CDC, 2000), και το πιο πρόσφατο κλινικό εργαλείο World Health Organization Quality of Life Instrument (WHO, 2012).

Η πάροδος των ετών και η αλλαγή των συνθηκών της ζωής έφερε, αργότερα, στο προσκήνιο και άλλους σημαντικούς παράγοντες που θα έπαιζαν κεφαλαιώδη ρόλο στην ποιότητα ζωής των ανθρώπων: στους παράγοντες αυτούς, συγκαταλέγονταν -από τα μέσα της δεκαετίας του 1980 και μετά- η ύπαρξη παιδιών (απογόνων), η πνευματική ανάπτυξη και καλλιέργεια, η δημιουργικότητα και η ποιότητα των σχέσεων με τους φίλους και τον/την σύζυγο - γεγονός που διεύρυνε πολύ τον κύκλο των παραμέτρων που όριζαν την ποιότητα ζωής, και παράλληλα κατέστησε τον όρο ακόμα πιο ευρύ και πολυπαραγοντικό (Εικόνα 3) (Saxena et al, 1997; Burckhardt & Anderson, 2003) .

Table 2

Importance of the QOLS items by total sample and gender. Percent rating the item as important or very important (In parentheses, the percent rating the item as unimportant).

Item	Total Sample	Men	Women
1. Material well-being/financial security	83 (1)	81 (3)	83 (1)
2. Health	95 (0)	99 (0)	94 (0)
3. Relationship with parents, siblings and other relatives	80 (5)	71 (7)	85 (4)***
4. Having and raising children	79 (11)	71 (12)	81 (11)
5. Relationships with spouse or significant other	96 (3)	94 (3)	96 (3)
6. Relationships with friends	80 (3)	71 (6)	85 (1)**
7. Helping or encouraging others	86 (3)	80 (8)	91 (1)*
8. Participating in organizations and public affairs	34 (34)	33 (40)	35 (31)
9. Intellectual development	62 (20)	62 (24)	63 (18)
10. Personal understanding of self	83 (5)	84 (4)	83 (5)
11. Occupational role	84 (5)	84 (4)	83 (4)
12. Creativity/personal expression	67 (10)	61 (11)	71 (10)
13. Socializing	53 (16)	34 (22)	58 (13)*
14. Passive and observational recreation	81 (5)	79 (3)	82 (6)
15. Active and participatory recreation	51 (23)	52 (21)	50 (25)

**Εικόνα 3.** Με την πάροδο των ετών, στην έννοια της ποιότητας ζωής άρχισαν να μπαίνουν κι άλλοι πρόσθετοι παράγοντες, κοινωνικής κυρίως χροιάς. Εδώ, δεκαπέντε ενδεικτικές παράμετροι της ποιότητας ζωής, που άρχισαν να εντάσσονται στα εργαλεία αξιολόγησής της από τα μέσα της δεκαετίας του 1980 και μετά (Πηγή: Burckhardt and Anderson, 2003).

Ωστόσο, τα τελευταία χρόνια, με την αύξηση των ποσοστών της νοσηρότητας και της θνησιμότητας από ποικίλες νόσους (και περισσότερο μάλιστα, από νόσους χρόνιες ή εκφυλιστικές) έχουν καταρτιστεί **ειδικά ερωτηματολόγια που αξιολογούν την ποιότητα ζωής σε έδαφος συγκεκριμένων (συνήθως χρόνιων και σοβαρών) νόσων**, όπως είναι ο σακχαρώδης διαβήτης, η ρευματοειδής αρθρίτιδα, οι καρδιοπάθειες, η κοιλιοκάκη, η νόσος Crohn, η κυστική ίνωση, οι νεοπλασίες κ.α (Palamenghi et al, 2020; Trikkalinou et al, 2017; Marcilio et al, 2020; Deepack et al, 2018; Russel et al, 2008; Sprangers et al, 2002; Lewandowska et al, 2020).

Το γεγονός αυτό δείχνει πώς **στην έννοια της ποιότητας ζωής, σημαντικότερη θέση κατέχει το επίπεδο υγείας του ατόμου**, διότι η παρουσία της οποιασδήποτε σοβαρής ή και απειλητικής για τη ζωή νόσου μπορεί να επέμβει δραματικά στη λειτουργικότητα αλλά και σε όλες τις εκφάνσεις της καθημερινής του ζωής. Έτσι, δεν προκαλεί έκπληξη το γεγονός πως, με την πάροδο των ετών, η ποιότητα ζωής των ανθρώπων αλλά και οι παράγοντες που την προσδιόριζαν άλλαξαν, διότι από τη μια πλευρά η τεχνολογική και επιστημονική ανάπτυξη (ιδιαίτερα του 20<sup>ου</sup> και του 21<sup>ου</sup> αιώνα) έφεραν ραγδαίες εξελίξεις και προσέφεραν καινοτόμα μέσα και υλικά για την άμεση και πλήρη ικανοποίηση όλων σχεδόν των βιοτικών αναγκών των ανθρώπων, αλλά από την άλλη πλευρά, η καθιέρωση του δυτικού τρόπου ζωής στις περισσότερες χώρες του κόσμου (καθιστική ζωή, stress, ανθυγιεινή διατροφή κ.α.) έφερε αύξηση της επίπτωσης και του επιπολασμού πολλών σοβαρών χρόνιων νοσημάτων (καρδιαγγειακά, νεοπλασίες, σακχαρώδης διαβήτης, σοβαρά αυτοάνοσα νοσήματα) τα οποία τελικά μείωναν σημαντικά την ποιότητα ζωής των ανθρώπων που νοσούσαν. Δηλαδή, από τη μια πλευρά, **η τεχνολογική και επιστημονική εξέλιξη έδωσε στον σύγχρονο άνθρωπο όλα τα εργαλεία για μια άνετη ζωή**, αλλά από την άλλη πλευρά **η αύξηση της πιθανότητας να προσβληθεί (τουλάχιστον σε κάποιο στάδιο της ζωής του) από κάποια χρόνια ή/και απειλητική για τη ζωή νόσο τού κόστιζε τελικά πολύ περισσότερη ποιότητα ζωής**, αφού ο άνθρωπος -όντας περιτριγυρισμένος από όλα τα

υλικά αγαθά- πλέον δεν μπορούσε να τα απολαύσει γιατί ήταν ασθενής και υπόκειτο στους περιορισμούς της νόσου του, με τίμημα την προσωπική του ανεξαρτησία.

Υπό την έννοια αυτή, και πολύ περισσότερο αν λάβει κανείς υπόψιν του την παγκόσμια οικονομική και κεφαλαιοπιστωτική κρίση που πλήττει τις περισσότερες χώρες του κόσμου από το 2010 μέχρι σήμερα (η οποία στέρησε -εκ των πραγμάτων- την πρόσβαση σε πολλά υλικά αγαθά και υπηρεσίες από μεγάλη μερίδα του κόσμου), **η ποιότητα ζωής των ανθρώπων με την πάροδο των ετών τελικά -αθροιστικά- μάλλον μειώθηκε παρά αυξήθηκε.** Αλλιώς, για να τεθεί το ζήτημα με μεγαλύτερη ακρίβεια, μπορεί κανείς να ισχυριστεί ότι η ποιότητα ζωής των τελευταίων ετών **αυξήθηκε για τους ανθρώπους που είναι υγιείς και έχουν την οικονομική δυνατότητα πρόσβασης σε μια άνετη ζωή, αλλά μειώθηκε για όσους αργά ή γρήγορα θα νοσήσουν ή θα τους πλήξει η οικονομική κρίση** με συνέπεια να μην μπορούν να προσφέρουν στον εαυτό τους την απαραίτητη ιατροφαρμακευτική περίθαλψη και άλλες στοιχειώδεις ή λιγότερο στοιχειώδεις παροχές (ανάλογα πάντα με το μέσο βιοτικό επίπεδο της χώρα που ζουν) και τελικά θα καταλήξουν εξαρτημένοι από τρίτους ή και αβοήθητοι.

Παρατηρεί κανείς δηλαδή, **πόσο στενός είναι ο δεσμός της ποιότητας ζωής με την υγεία** του ατόμου (σε κάθε ηλικία), αλλά και με τη δυνατότητα πρόσβασης στις δομές παροχής υπηρεσιών υγείας (Fitxpatrick et al, 1992; Musschenga, 1997; Sosnowski et al, 2017). Ο δεσμός αυτός είναι διαχρονικός, και για τον λόγο αυτόν, αξίζει να διερευνηθεί περαιτέρω στα υποκεφάλαια που θα ακολουθήσουν.

### 1.3. Η θέση της υγείας στην Τοπική Αυτοδιοίκηση α' βαθμού (δήμος)

Όπως είναι αυτονόητο, **κάθε χώρα έχει τη δική της οργάνωση συστημάτων και υπηρεσιών υγείας**, δηλαδή, οι εκάστοτε δομές που απαρτίζουν την πρωτοβάθμια, τη δευτεροβάθμια και την τριτοβάθμια φροντίδα της υγείας μπορεί από χώρα σε χώρα να διαφέρουν σημαντικά. Αυτό είναι απολύτως αναμενόμενο και λογικό, αν αναλογιστεί κανείς ότι οι διάφορες χώρες του κόσμου έχουν διαφορετικά ΑΕΠ (κατά κεφαλήν εισοδήματα), αλλά και οι κυβερνήσεις τους διαχειρίζονται με διαφορετικό τρόπο τα εγχώρια εισοδήματα, δίνοντας άλλοτε περισσότερη και άλλοτε λιγότερη προτεραιότητα στην Υγεία.

Στη χώρα μας, πυλώνας της φροντίδας της υγείας που το κράτος παρέχει προς τον πολίτη αποτελούν οι λεγόμενες **κοινοτικές δομές (community health systems)** που

ανήκουν διοικητικά στην Τοπική Αυτοδιοίκηση α' βαθμού (δηλαδή, στους δήμους κάθε διοικητικής περιφέρειας). Οι κοινοτικές αυτές δομές συνίστανται από ένα σύστημα εγκαταστάσεων παροχής γενικής φροντίδας υγείας, που προορίζονται για τον πληθυσμό μιας -περιορισμένης διοικητικά- κοινότητας (κατά κανόνα, ενός δήμου), και έχουν σκοπό κυρίως **την πρόληψη διαφόρων νοσημάτων** (Ali & Katz, 2015; Pati et al, 2017).

Να σημειωθεί, στο σημείο αυτό, ότι **η πρόληψη δεν αποτελούσε ποτέ τόσο σημαντική παράμετρο της ανθρώπινης ζωής (συνεπώς και της ποιότητας διαβίωσης) όσο σήμερα**. Αυτό συμβαίνει διότι, όπως αναφέρθηκε και παραπάνω στην παρούσα εργασία, τις τελευταίες δεκαετίες έχει παρατηρηθεί μία τεράστια αύξηση των ποσοστών της νοσηρότητας και της θνησιμότητας, από νοσήματα φθοράς αλλά και σοβαρά αυτοάνοσα, καρδιοπάθειες, εγκεφαλικά, σακχαρώδη διαβήτη, υπέρταση και μια μεγάλη γκάμα άλλων σοβαρών νοσολογικών καταστάσεων, οι οποίες σχετίζονται με τον δυτικό τρόπο ζωής, και όχι μόνο. Η ολοένα και επιδεινούμενη ποιότητα της διατροφής (ραφινάρισμα τρόφιμα με συντηρητικά, μεταλλαξιγόνα πρόσθετα, ορμόνες, φυτοφάρμακα, και μεγάλες ποσότητες trans/κορεσμένων λιπαρών, αλατιού και ζάχαρης), η έλλειψη τακτικής φυσικής δραστηριότητας, το ψυχοκοινωνικό stress που απορρέει από τις κοινωνικές, οικογενειακές και ενδοατομικές συγκρούσεις αλλά και από αιφνίδια τραυματικά γεγονότα της ζωής (διαζύγια, πένθος από απώλεια αγαπημένων προσώπων, μετανάστευση, πόλεμοι, φτώχεια, κοινωνικές ανισότητες, βίαιες επιθέσεις λαών, ακραία φυσικά φαινόμενα κ.α.), η υποβάθμιση της ποιότητας του περιβάλλοντος (τρύπα του όζοντος, φαινόμενο του θερμοκηπίου, ρύπανση των υδάτων και των εδαφών με βαρέα μέταλλα που βιοσυσσωρεύονται ταχέως και αποικοδομούνται πάρα πολύ αργά), η υποβάθμιση της γονιδιακής κληρονομιάς που μεταφέρεται από γενιά σε γενιά, καθώς επίσης και η φυσιολογική φθορά που επέρχεται στο ανθρώπινο σώμα με την πάροδο του χρόνου έχουν ως κοινό τελικό αποτέλεσμα την **ολοένα και πρωιμότερη έκπτωση της ανθρώπινης υγείας**, και τελικά την αναπόφευκτη **έξαρση κοινωνικών προβλημάτων** που απορρέουν από τη συλλογική έξαρση των διαφόρων ασθενειών, αλλά και την **οικονομική επιβάρυνση των συστημάτων υγείας** των επιμέρους κρατών του κόσμου (Zakrzewska et al, 2017; Jan De Maeseneer et al, 2020; Watabe et al, 2017).

Έτσι, **η πρόληψη αποτελεί σήμερα μια τεράστια αναγκαιότητα για κάθε σύστημα υγείας**, και οι δομές που το αποτελούν θα πρέπει να στελεχώνονται ανάλογα. Αποτελεσματική πρόληψη σε ό,τι αφορά ένα ή περισσότερα νοσήματα σημαίνει

μείωση της νοσηρότητας, επομένως και της θνησιμότητας του πληθυσμού από τα νοσήματα αυτά, αλλά και μακροζωία και καλύτερο επίπεδο υγείας στους ανθρώπους. Να τονιστεί, στο σημείο αυτό, ότι **η πρόληψη σήμερα είναι ένας κλάδος που μπορεί -και πρέπει- να εξειδικεύεται**. Ανάλογα δηλαδή με το νόσημα, συνίστανται και τα αντίστοιχα μέτρα πρόληψης για τον κάθε πληθυσμό κινδύνου. Παραδείγματος χάριν, τα μέτρα πρόληψης για τον σακχαρώδη διαβήτη είναι διαφορετικά από τα μέτρα πρόληψης για τον τερηδονισμό των δοντιών ή για τη ρευματοειδή αρθρίτιδα ή για την κλινική κατάθλιψη- αν και κάποια γενικά μέτρα πρόληψης (όπως είναι η ισορροπημένη διατροφή και η τακτική σωματική άσκηση) μπορεί, κατά περίπτωση να είναι κοινά για διαφορετικές νόσους.

Για τον σκοπό αυτόν, **η θέση της Υγείας στην Τοπική Αυτοδιοίκηση πρώτου βαθμού είναι εξέχουσα και η σημασία της μοναδική και αναντικατάστατη** (Van Weel & Kidd, 2018): το ιπποκρατικό ρητό «*κάλλιον του θεραπεύειν, το προλαμβάνειν*» βρίσκει τέλεια εφαρμογή εδώ, και εξηγεί γιατί, χωρίς τις δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας της υγείας στους δήμους, ένα κράτος μπορεί κυριολεκτικά να οδηγηθεί στη χρεοκοπία και οι πολίτες του στη δραματική και συντομότατη μείωση της ποιότητας ζωής τους.

#### 1.4. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και ο ρόλος της

Από όσα λοιπόν αναπτύχθηκαν στο προηγούμενο υποκεφάλαιο, εύκολα διαπιστώνει κανείς τον λόγο για τον οποίον η πρωτοβάθμια φροντίδα της υγείας στην Ελλάδα, αλλά και σε όλες τις χώρες του αναπτυσσόμενου τουλάχιστον κόσμου θα πρέπει να αποτελεί σημαντικό κομμάτι της οικονομικής επένδυσης πόρων αλλά και μέριμνας από τις εκάστοτε κυβερνήσεις. **Με ειλικρινές ενδιαφέρον, που θα στηρίζεται πάντα στη διαφάνεια, την αμεροληψία και την επιστημονική ηθική και αξιοπιστία προς το πραγματικό όφελος του πολίτη**, οι εκάστοτε κυβερνήσεις οφείλουν να οργανώνουν κατά το δυνατόν πιο συνετά το σύστημα υγείας της χώρας, **δίνοντας έμφαση στη στήριξη όχι μόνο των μεγάλων δημόσιων νοσοκομείων, αλλά και των κοινοτικών αυτών δομών που προαναφέρθηκαν**.

Χαρακτηριστικά παραδείγματα τέτοιων κοινοτικών δομών αποτελούν τα διάφορα σημεία διαμονής ή/και συγκέντρωσης μεγάλου πληθυσμού ατόμων παρόμοιας ηλικίας και υγειονομικών αναγκών, όπως, παραδείγματος χάριν, είναι τα σχολεία, οι

οίκοι ευγηρίας, τα ΚΑΠΗ, τα ορφανοτροφεία, αλλά και νεότερες δομές που δημιουργήθηκαν στη χώρα μας από την περίοδο της κρίσης του 2010 και μετά, και συμπεριλαμβάνουν τις ΤΟΜΥ, τα κοινοτικά ιατρεία, τα κοινωνικά φαρμακεία κ.α.

Οι δομές αυτές **ανήκουν διοικητικά στον δήμο που τις συντηρεί, ωστόσο τελούν υπό την εποπτεία της πλησιέστερης Υγειονομικής Περιφέρειας (Υ.ΠΕ) και είναι σε άμεση επαφή με το πλησιέστερο κέντρο υγείας ή νοσοκομείο δευτεροβάθμιας ή/και τριτοβάθμιας περίθαλψης-** για τις περιπτώσεις που προκύψει κάποιο έκτακτο περιστατικό για το οποίο μπορεί να απαιτηθεί εξειδικευμένη ιατρική φροντίδα (Economou et al, 2017; Lionis et al, 2019).

Από άποψη εργαζόμενου προσωπικού, οι κοινοτικές αυτές δομές που απαρτίζουν την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στους δήμους και τις κοινότητες **στελεχώνονται από διπλωματούχους επαγγελματίες υγείας που, αναλόγως με τις εκάστοτε ανάγκες του κάθε δήμου,** μπορεί να προσλαμβάνονται με σύμβαση αορίστου ή και ορισμένου χρόνου (σπάνια γίνεται μόνιμος διορισμός) και υποχρεούνται να τελούν τα καθήκοντά τους στον πληθυσμό που καλύπτει ο δήμος. Οι συνηθέστερα προσλαμβανόμενες ειδικότητες στους δήμους της ελληνικής περιφέρειας είναι: **οι κοινωνικοί λειτουργοί, οι νοσηλεύτες και οι βοηθοί νοσηλευτών, οι ψυχολόγοι, οι διαιτολόγοι, οι επισκέπτες υγείας, οι ιατροί, οι οδοντίατροι και (με το θεσμό των κοινωνικών φαρμακείων) οι φαρμακοποιοί και οι βοηθοί φαρμακοποιού,** ενώ αρωγοί στην προσπάθεια αυτή μπορεί πολλές φορές να σταθούν και **οι φοιτητές και τελειόφοιτοι των αντίστοιχων εκπαιδευτικών ιδρυμάτων,** με την εθελοντική τους εργασία και αμέριστη προσφορά. Η κατάρτιση του καθενός από τους επαγγελματίες αυτούς οφείλει να τηρεί τις υψηλότερες δυνατές προδιαγραφές. Για τον σκοπό αυτόν, σε πολλούς δήμους τα τελευταία χρόνια (όπως και σε πολλούς φορείς του Δημοσίου) έχει καθιερωθεί οι προσλήψεις προσωπικού να γίνονται με το σύστημα της μοριοδότησης, που περιλαμβάνει εκτός από τα ακαδημαϊκά προσόντα του κάθε υποψηφίου, και τη διάρκεια της εργασιακής του εμπειρίας σε ανάλογες κοινοτικές δομές. Έτσι, τυχόν προηγούμενη προϋπηρεσία σε ΚΑΠΗ, οίκους ευγηρίας, φυλακές, αναμορφωτήρια, μονάδες αποτοξίνωσης, καταυλισμούς προσφύγων, σχολεία, αλλά και παντός τύπου κοινοτικά ιατρεία προσμετράται ως επιπλέον προσόν και με τον τρόπο αυτόν οι θέσεις εργασίας στους δήμους καλύπτονται τις περισσότερες φορές από τους πιο έμπειρους επαγγελματίες.

Από την άλλη πάλι πλευρά, ενώ οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε έναν δήμο έχουν στο ιστορικό τους μια σεβαστή εργασιακή πορεία

αρκετών χρόνων (συχνά και δεκαετιών), ο ρόλος καθενός είναι ξεχωριστός, και διέπεται πάντοτε από τις αρχές της δεοντολογίας και της ηθικής που ορίζουν το καθηκοντολόγιό του, ωστόσο σε όλες αυτές τις ειδικότητες που μπορεί να απασχολούνται σε έναν δήμο, κοινή συνιστώσα είναι πάντα η προαγωγή της υγείας του πληθυσμού (μέσα από τις γενικές συστάσεις για έναν υγιεινό ζώη), η κλινική εργασία (δηλαδή, την εργασία με συγκεκριμένα κλινικά περιστατικά που χρήζουν εξειδικευμένης συμβουλευτικής, όπως είναι οι διαβητικοί, οι νεφροπαθείς, οι ανοϊκοί, οι άνθρωποι με βαριές σωματικές αναπηρίες κ.α.) και ενίοτε, ο συνδυασμός και των δύο.

Επιπλέον, ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας που εργάζονται στις κοινοτικές αυτές δομές είναι πολύ σημαντικός και σε ό,τι αφορά την εκπαίδευση, την επιμόρφωση και την πρακτική άσκηση των φοιτητών των ανάλογων εκπαιδευτικών ιδρυμάτων, οι οποίοι θα αποτελέσουν τις μελλοντικές γενιές των επαγγελματιών υγείας. Η προσφορά αυτή, αν και τής δίνεται πολύ λίγη σημασία, είναι ωστόσο τεράστια -αν αναλογιστεί κανείς την πληθώρα των φοιτητών που αποκτούν την πρώτη τους εργασιακή πείρα ως εθελοντές ή και ως ασκούμενοι, στους επιμέρους δήμους της χώρας μας.

Να σημειωθεί, τέλος, ότι σημαντική κρίθηκε την τελευταία δεκαπενταετία και η συνεισφορά των επαγγελματιών υγείας των δήμων της χώρας μας σε διάφορα ερευνητικά προγράμματα της Ελλάδας και του εξωτερικού: ο πληθυσμός κάθε δήμου, επειδή είναι σχετικά μικρός (σε σύγκριση με τους πληθυσμούς μεγαλύτερων υγειονομικών δομών, όπως είναι τα νοσοκομεία και οι κλινικές) μπορεί εύκολα να ομαδοποιηθεί με βάση τα κλινικά και επιδημιολογικά χαρακτηριστικά των ανθρώπων που τον αποτελούν, κι έτσι να αποτελέσει πρόσφορο έδαφος για ερευνητική δουλειά. Σημαντικό πλεονέκτημα, εδώ, αποτελεί η σχετικά εύκολη πρόσβαση των επαγγελματιών υγείας σε στοιχεία που αφορούν τις συνθήκες διαβίωσης των ανθρώπων που θα συμπεριλάβουν στην κάθε μελέτη, κάθε φορά, πάντα όμως αφού έχει προηγηθεί η ενημερωμένη τους συγκατάθεση. Απ' την άλλη πλευρά, βέβαια, όλα τα παραπάνω δε σταματούν να υπόκεινται -ανά πάσα στιγμή- στην κριτική που απορρέει από το επίπεδο ικανοποίησης των πολιτών του κάθε δήμου: παράγοντες όπως η προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας, η ποιότητα της κατεξοχήν φροντίδας, οι εγκαταστάσεις της δομής παροχής υπηρεσιών υγείας και η ευγένεια των επαγγελματιών αποτελούν μερικές μόνο από τις ενδεικτικότερες παραμέτρους που μπορεί να καταστήσουν μια δομή υγείας σε έναν δήμο περισσότερο ή λιγότερο

απαραίτητη, και τελικώς να προδιαγράψουν και την βιωσιμότητά της σε βάθος χρόνου (Kaitelidou et al, 2019; Lionis et al, 2017).

### 1.5. Η υγεία των ανθρώπων που κατοικούν στις διάφορες αγροτικές περιοχές

Το επίπεδο υγείας των ανθρώπων, ως εν γένει κομμάτι της ποιότητας ζωής τους, είναι απόλυτα θεμιτό να επηρεάζεται από τη γεωγραφική περιοχή διαμονής τους. Αυτό δικαιολογείται από το γεγονός ότι ο τρόπος οργάνωσης του κάθε συστήματος υγείας και η κατανομή των επιμέρους δομών του είναι εντελώς διαφορετικός στα μεγάλα αστικά κέντρα, σε σύγκριση με την επαρχία, και γενικότερα με τις αγροτικές και νησιωτικές περιοχές της ελληνικής περιφέρειας (Ricketts, 2000; Nielsen et al, 2017). Κάτι τέτοιο είναι απολύτως κατανοητό, διότι **στα μεγάλα αστικά κέντρα ο αριθμός των κατοίκων είναι κατά κανόνα πολύ μεγαλύτερος** σε σύγκριση με τον αντίστοιχο αριθμό των αγροτικών περιοχών, κι από την άλλη πλευρά **και ο καθαυτός τρόπος ζωής των ανθρώπων στις πόλεις είναι τέτοιος που τούς φέρνει -εκ των πραγμάτων- σε περισσότερους και μεγαλύτερους κινδύνους για την υγεία τους**, ώστε να έχουν ιδιαίτερα αυξημένες ανάγκες φροντίδας της υγείας ακόμα και στο επίπεδο της πρόληψης (πρωτοβάθμια φροντίδα της υγείας). Μ' άλλα λόγια, **οι κάτοικοι των αγροτικών περιοχών ακολουθούν συνήθως μια πιο υγιεινή καθημερινότητα**, με περισσότερο και συχνότερο περπάτημα ή κολύμπι, καθαρότερο αέρα (η ατμόσφαιρα στις αποκεντρωμένες περιοχές είναι κατά κανόνα λιγότερο επιβαρυνόμενη με ρύπους αυτοκινήτων, λιμένων και βιομηχανικών μονάδων), λιγότερη ηχορύπανση, δυνατότητα επαφής με τα ζώα και βίωσης της χαράς που η επαφή αυτή δημιουργεί, τακτικότερη διατροφή από υγιέστερους και ασφαλέστερους φυσικούς πόρους (επομένως, καταναλώνουν λιγότερα συσκευασμένα τρόφιμα με τα χημικά πρόσθετα που αναπτύχθηκαν παραπάνω), υγιέστερη κοινωνικότητα με λιγότερο stress (αφού οι μικροκοινωνίες της -ελληνικής ειδικά- υπαίθρου είναι διάσημες για τη φιλοξενία, την αλληλοβοήθεια και την αλληλεγγύη τους), καθώς και οικονομική αυτοδυναμία (αφού οι περισσότεροι κάτοικοι της υπαίθρου βγάζουν μόνοι τους τα προς το ζην από την κτηνοτροφία ή/και τη γεωργία, και εξαρτώνται λιγότερο από προϊσταμένους και πολυπληθή εργασιακά περιβάλλοντα, με τα όποια καθημερινά προβλήματα αυτά συνεπάγονται). Αντίθετα, στις πυκνοκατοικημένες περιοχές των αστικών κέντρων, η ποιότητα του εισπνεόμενου αέρα είναι χειρίστη λόγω της εκπομπής αέριων ρύπων από τα κινούμενα οχήματα, τους λιμένες, τα ναυπηγεία και τις βιομηχανίες, οι



ηλεκτρομαγνητικές ακτινοβολίες είναι πολύ πυκνότερες, η ρύπανση του υδροφόρου ορίζοντα και των εδαφών από τα απορρίμματα πολύ εντονότερη και οι πιθανότητες μικροβιακών λοιμώξεων στατιστικά πολύ μεγαλύτερες, λόγω κυρίως του διαμοιρασμού κοινού δικτύου ύδρευσης και αποχέτευσης, αλλά και της πολυπληθούς παρουσίας εντόμων και τρωκτικών κατά τους θερινούς μήνες στους δρόμους (Cossman et al, 2017; Gessert et al, 2015).

**Βεβαίως, όσο τα χρόνια περνούν και η ανέγερση κατοικιών, ξενοδοχείων και καταστημάτων τείνει να εξαπλώνεται και προς τις επαρχίες, η ζωή των κατοίκων τείνει να χάνει την αυθεντικότητά της, και οι κάτοικοι να εκτίθενται σε κινδύνους που τούς ήταν άγνωστοι πριν μερικές δεκαετίες (π.χ. αύξηση στα ποσοστά των νεοπλασιών, των αλλεργιών και των αυτοάνοσων νοσημάτων από την συχνή έκθεση στα ζιζανιοκτόνα και τα φυτοφάρμακα των καλλιεργήσιμων αγρών, αύξηση των ποσοστών παχυσαρκίας από την καθιέρωση του πρόχειρου φαγητού, την αυξανόμενη χρήση των αυτοκινήτων και την εγκαθίδρυση της τηλεργασίας, αύξηση των ατυχημάτων από τα διάφορα γεωργικά ή κτηνοτροφικά μηχανήματα κ.α.), ωστόσο - και πάλι- το γενικό επίπεδο υγείας των κατοίκων των αγροτικών περιοχών είναι πολύ ανώτερο σε σύγκριση με αυτό των μεγάλων αστικών κέντρων. Αυτό συμβαίνει διότι τα όποια καινούργια προβλήματα υγείας που εμφανίζονται στους πληθυσμούς αυτούς ισοσταθμίζονται τελικά από τα οφέλη της ζωής στην επαρχία.**

Το γεγονός αυτό δεν είναι διόλου ευκαταφρόνητο, αλλά **αφορά όλες τις επιστήμες υγείας -και πολύ περισσότερο όσες ασχολούνται με την δημόσια διοίκηση των υγειονομικών μονάδων και την πρόληψη των χρόνιων νοσημάτων στον άνθρωπο.** Έτσι, μια αγροτική περιοχή στην οποία τελευταία μπορεί να παρατηρείται αύξηση του επιπολασμού ή της επίπτωσης σε μια ειδική κατηγορία νοσημάτων (π.χ. λευχαιμιών από τα φυτοφάρμακα των αγρών κ.α.) μπορεί να αποτελέσει τον επόμενο στόχο για την οργάνωση του πρωτοβάθμιου συστήματος υγείας σε επίπεδο δήμων, ώστε με την κατάλληλη ενημέρωση των πολιτών, και την τακτική και έγκαιρη αξιολόγηση των δεικτών υγείας τους, τα ποσοστά της νοσηρότητας και της θνησιμότητας από τη συγκεκριμένη αιτία να αναχαιτιστούν. Με τη λογική αυτή, **κάθε δήμος της ελληνικής περιφέρειας μπορεί, αναλόγως των γεωγραφικών, των γεωφυσικών, και των κλιματικών του ιδιαιτεροτήτων, αλλά και βάσει του πιο πρόσφατου νοσολογικού προφίλ των κατοίκων του, να στελεχώνεται και να οργανώνεται κατάλληλα** ώστε να εξυπηρετείται και να προασπίζεται κατά το δυνατόν καλύτερα η δημόσια υγεία στο επίπεδο της πρόληψης,

ενώ παράλληλα **μπορεί να ενθαρρύνεται (συ υγιή πάντα πλαίσια) η τηλεϊατρική, καθώς και η διασύνδεση των κέντρων υγείας και των κοινοτικών ιατρείων με τα μεγάλα νοσοκομεία της πλησιέστερης αστικής περιοχής** (Weisgrau, 1995; Coughlin et al, 2019).

**Φυσικά, μια τέτοια οργάνωση δεν είναι πάντα εύκολα εφαρμόσιμη στην πράξη, γιατί προϋποθέτει συνεχή μέτρηση, αξιολόγηση και επιτήρηση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού κάθε δήμου- κάτι για το οποίο απαιτείται δημόσιο χρήμα, χρόνος και επαγγελματική-ερευνητική εξειδίκευση που συχνά δεν επαρκούν. Ωστόσο, από τη στιγμή που οι προδιαγραφές αυτές υπάρχουν (πολύ περισσότερο στις άλλες ανεπτυγμένες χώρες του κόσμου, αλλά και στην Ελλάδα) αποτελούν μια αισιόδοξη και δημιουργική πρόκληση για την οργάνωση του συστήματος υπηρεσιών υγείας του μέλλοντος, υποσχόμενες ένα καλύτερο επίπεδο διαβίωσης για τους κατοίκους των περιοχών αυτών, αλλά και σημαντικό οικονομικό και κοινωνικό όφελος για την εκάστοτε χώρα σε βάθος χρόνου.**

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>: Η ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΩΝ ΑΝΑΓΚΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΕΝΟΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ**

Από την εποχή που οι άνθρωποι άρχισαν να μένουν οργανωμένα στις πόλεις, στις κωμοπόλεις αλλά και στα χωριά, και να μοιράζονται κοινές αξίες, κανόνες και αρχές του τρόπου ζωής τους, κατέστη επιτακτική η ανάγκη για την αξιολόγηση -μεταξύ άλλων- και των αναγκών υγείας τους. Αυτό σημαίνει, με απλούστερα λόγια, ότι οι ανάγκες υγείας ενός πληθυσμού εξαρτώνται από διάφορους παράγοντες, στους οποίους συγκαταλέγεται απαραίτητως η γεωγραφική περιοχή διαμονής. Οι γεωγραφικοί αυτοί όροι αφενός προσδιορίζουν έναν κοινό (σε γενικές γραμμές) τρόπο ζωής, διότι συνεπάγονται την έκθεση των ανθρώπων σε κοινούς κινδύνους για την υγεία τους (π.χ. έκθεση στον ίδιο -κακής ποιότητας- ατμοσφαιρικό αέρα, κατανάλωση φρούτων και λαχανικών από τα ίδια -μολυσμένα από φυτοφάρμακα- εδάφη κ.α.), και αφετέρου καθιστούν ευκολότερη την ομαδοποίηση του πληθυσμού για την ακριβέστερη εκτίμηση των αναγκών υγείας τους. Να επισημανθεί, στο σημείο αυτό, ότι βάσει του ορισμού που έδωσε ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας για την αξιολόγηση των αναγκών υγείας, η αξιολόγηση αυτή είναι μια διαδικασία συνεχής (\*που σημαίνει ότι ο εκάστοτε πληθυσμός καθώς τα χρόνια προχωρούν, έχει και άλλες ανάγκες υγείας), η οποία έχει σκοπό να διευκολύνει την ιεράρχηση των αναγκών υγείας του πληθυσμού

αυτού, καθώς και τη στρατηγική αντιμετώπισής τους (Wright et al, 1998; Hooper & Longworth, 2002).

Ο λόγος που η εκτίμηση των αναγκών υγείας ενός πληθυσμού έχει γίνει τόσο απαραίτητη -ως διαδικασία- τα τελευταία χρόνια, είναι αφενός διότι (με τον σύγχρονο τρόπο ζωής και τη ραγδαία αύξηση της νοσηρότητας που συνεπάγεται) η αύξηση του κόστους διατήρησης της υγείας έχει αυξηθεί σημαντικά, και αφετέρου διότι οι διαθέσιμοι πόροι για την κάλυψη των αναγκών αυτών είναι -σχεδόν πάντα- περιορισμένοι. Άλλος σημαντικός παράγοντας της ανάγκης για την εκτίμηση των αναγκών υγείας ενός πληθυσμού, είναι επιπλέον και η αύξηση του καταναλωτισμού τα τελευταία χρόνια, που μετέτρεψε τους ασθενείς σε «καταναλωτές υπηρεσιών υγείας» και τους έδωσε το αναφαίρετο δικαίωμα επιλογής των όρων φροντίδας της υγείας τους.

Η διαδικασία της εκτίμησης των αναγκών υγείας καθαυτή, είναι όπως προαναφέρθηκε, συνεχής. Ένα άλλο χαρακτηριστικό της είναι επίσης η συστηματικότητα. Αυτό σημαίνει ότι, για να εκτιμηθούν σωστά οι ανάγκες υγείας ενός πληθυσμού, θα πρέπει -κατά κανόνα- να συνεργαστούν περισσότερες από μια επιστημονικές ειδικότητες, να γίνει άρτια δειγματοληψία περισσότερες από μια φορές, και να ακολουθήσει η στατιστική επεξεργασία των δεδομένων της έρευνας, για την εξαγωγή των συμπερασμάτων που θα χρησιμεύσουν ως εργαλεία για τον μελλοντικό σχεδιασμό των δομών υγείας του τόπου. Έτσι, η επιδημιολογία, η στατιστική, τα οικονομικά της υγείας, η πολιτική, οι επιστήμες της διοίκησης, καθώς και όλες οι επιστήμες υγείας συνεργάζονται αρμονικά, προκειμένου να δώσουν στο φως διάφορων ειδών μελέτες (ποιοτικές, ποσοτικές, συγκριτικές, αναδρομικές, προοπτικές, συγχρονικές κ.ά. ) οι οποίες θα μπορέσουν να ξεκαθαρίσουν το τοπίο γύρω από το ποιες ανάγκες υγείας έχει ο κάθε πληθυσμός, καθώς και γύρω από την σειρά προτεραιότητας των αναγκών αυτών. Εξυπακούεται ότι η εκτίμηση αυτή θα έχει ως κεντρικό της άξονα την πρόσφατη νοσηρότητα του πληθυσμού μελέτης από συγκεκριμένες παθήσεις, από τις οποίες οι κάτοικοι της μελετώμενης περιοχής είναι πιο πιθανό να υποφέρουν. Παραδείγματος χάριν, αν ο πληθυσμός της μελέτης είναι άτομα που διαμένουν σε μια απομακρυσμένη αγροτική περιοχή της Ελλάδας, η εκτίμηση των αναγκών υγείας θα πρέπει οπωσδήποτε να λάβει υπόψιν μεταξύ άλλων- και τη συχνή αναμενόμενη νοσηρότητα των ανθρώπων από παθήσεις σχετιζόμενες με τα φυτοφάρμακα (δηλητηριάσεις, καρκίνοι κ.α.), τους αγροτικούς τραυματισμούς, τα

δαγκώματα από ζώα ή έντομα της υπαίθρου, και τους κινδύνους από τα έντονα καιρικά φαινόμενα (ηλιάσεις το καλοκαίρι, κρυοπαγήματα και κατάγματα από πιθανές χιονοπτώσεις το χειμώνα, κ.ά.)

Σημαντικό ρόλο, εδώ, διαδραματίζει -μεταξύ άλλων- και η εκτίμηση κόστους-οφέλους, αλλά και η αξιολόγηση των πιθανών κινδύνων και ελλείψεων που μπορεί να προκύψουν από μια επιλογή η οποία θα δίνει προτεραιότητα σε μια συγκεκριμένη ανάγκη υγείας (π.χ. την εφαρμογή τηλεϊατρικής για την υποβοήθηση των ηλικιωμένων και ανήμπορων ασθενών από το σπίτι) παραμελώντας για αργότερα άλλες ανάγκες υγείας για τον πληθυσμό αυτόν που ενδέχεται να είναι εξίσου σημαντικές (π.χ. την ίδρυση κέντρου γυναικολογικών εξετάσεων ή κέντρου διαβήτη ή κέντρου υγείας για την αντιμετώπιση έκτακτων περιστατικών).

Να αναφερθεί, τέλος και πάλι- διότι είναι πολύ σημαντικό- ότι, αφού οι ανάγκες υγείας ενός πληθυσμού αξιολογηθούν και εφαρμοστεί το εκάστοτε πρόγραμμα για την κάλυψή τους, η διαδικασία αξιολόγησης θα πρέπει να επαναλαμβάνεται σε τακτά χρονικά διαστήματα, ακριβώς επειδή πρόκειται για μια διαδικασία συνεχή, και επειδή ο τρόπος ζωής, άρα και οι ανάγκες υγείας κάθε πληθυσμού με την πάροδο των ετών αλλάζουν και αναδιαμορφώνονται.

Στα επόμενα υποκεφάλαια της παρούσας εργασίας θα εξεταστούν ορισμένες ειδικές παράμετροι της αξιολόγησης αυτής. Θα αναπτυχθεί το φύλο και οι ηλικία ως καθοριστικοί παράγοντες του επιπέδου υγείας του εκάστοτε πληθυσμού, και θα αναλυθεί η επίδραση των διαφόρων κοινωνικοοικονομικών παραγόντων, της υποκειμενικής αντίληψης της υγείας και του τρόπου ζωής, της προσβασιμότητας στις δομές υγείας αλλά και της λειτουργικότητας του κάθε πολίτη ξεχωριστά, στη διαμόρφωση του επιπέδου υγείας του εκάστοτε πληθυσμού σε κάθε χρονική στιγμή.

## 2.1. Η ηλικία και το φύλο ως καθοριστικοί παράγοντες του επιπέδου υγείας (σωματικής και ψυχικής)

Αναμφισβήτητα, **η ηλικία** αποτελεί έναν από τους καθοριστικότερους παράγοντες νοσηρότητας αλλά και θνησιμότητας κάθε πληθυσμού, ανεξαρτήτως του γεωγραφικού μήκους και πλάτους της περιοχής διαμονής. Υπάρχουν πολλές θεωρίες

που το υποστηρίζουν αυτό, αλλά και πολλές έγκυρες και εμπειριστατωμένες μελέτες από όλον τον κόσμο που το έχουν αποδείξει περίτρανα. Από άποψη καθαρά βιολογική, ο πρώτος λόγος για τον οποίον συμβαίνει αυτό, είναι ότι **με την πρόοδο της ηλικίας το ανθρώπινο DNA χάνει σταδιακά τη λειτουργικότητα των ενζύμων και των επιδιορθωτικών μηχανισμών που διορθώνουν τις μεταλλάξεις** οι οποίες συμβαίνουν -φυσιολογικά- κατά τον αναδιπλασιασμό του DNA, κάθε φορά που ένα κύτταρο του οργανισμού διαιρείται για να δώσει δύο θυγατρικά. Με την σταδιακή απώλεια αυτής της λειτουργικότητας, όσο η ηλικία του ανθρώπινου οργανισμού αυξάνεται (και ιδιαίτερα αν ο άνθρωπος ζει σε ανθυγιεινό περιβάλλον ή/και ακολουθεί ανθυγιεινό τρόπο ζωής), τόσο πιο πιθανό είναι να συσσωρευτούν -σε βάθος χρόνου- γονιδιακές μεταλλάξεις οι οποίες δεν θα επιδιορθωθούν εγκαίρως με αποτέλεσμα να αποτελέσουν τη μοριακή αρχή του καρκίνου ή/και άλλων σοβαρών χρόνιων εκφυλιστικών ή αυτοάνοσων νοσημάτων (Hanna et al, 2005; Christmann et al, 2003).

Απ' την άλλη πάλι πλευρά, ένας άλλος -εξίσου σημαντικός λόγος που οι ηλικιωμένοι άνθρωποι νοσούν συχνότερα από τα λεγόμενα νοσήματα φθοράς που αναφέρθηκαν παραπάνω, είναι **η προοδευτική φυσική εξασθένηση του ανοσολογικού τους συστήματος**, και πιο συγκεκριμένα, η μείωση της ικανότητας των κυττάρων του οργανισμού να αναγνωρίζει τα νεοπλασματικά, τα φθαρμένα ή τα αλλοιωμένης δομής κύτταρα ως «ξένα» και να τους επιτίθεται με σκοπό την καταστροφή τους. Μία άλλη σημαντική θεωρία στον τομέα της βιολογίας υποστηρίζει ότι το γήρας και τα νοσήματα που το συνοδεύουν οφείλεται σε μεγάλο βαθμό στην **προοδευτική μείωση του μήκους των τελομερών στα ανθρώπινα χρωμοσώματα**. Η μείωση αυτή έχει ως αποτέλεσμα να δημιουργείται εκ των πραγμάτων ένα βιολογικό «πλαφόν» στις υγιείς κυτταρικές διαιρέσεις των οργάνων και των ιστών στο σώμα, πέρα από το οποίο οι πιθανότητες γένεσης ελαττωματικών κυττάρων με κάθε κυτταρική διαίρεση αυξάνεται κατά πολύ. Άλλες θεωρίες που έχουν κατά καιρούς αποκτήσει σημαντική ισχύ περί της φυσιολογίας της γήρανσης (και της αύξηση των νοσημάτων φθοράς) είναι **η έκπτωση της διακυτταρικής και της ενδοκυτταρικής επικοινωνίας, η γενετική αστάθεια, η απώλεια της πρωτεόστασης, η μειωμένη ικανότητα των κυττάρων να ανιχνεύουν τα θρεπτικά συστατικά των τροφών, η μιτοχονδριακή δυσλειτουργία, η κυτταρική γήρανση και η εξάντληση του πολλαπλασιαστικού δυναμικού των κυττάρων από άλλους (πλην των τελομερών) παράγοντες** (Fulop et al, 2019; López-Otín et al., 2013).

Ο συγκερασμός όλων των παραπάνω αιτιών, **μαζί με το σύνολο των μεταλλαξιόγων παραγόντων στους οποίους εκτίθεται σήμερα ο ανθρώπινος οργανισμός** (φυτοφάρμακα, ορμόνες, τοξίνες και συντηρητικά της διατροφής, εισπνεόμενοι ατμοσφαιρικοί ρύποι, υπερϊώδης και υπέρυθη ακτινοβολία, καλλυντικές ουσίες κάθε μορφής, ηλεκτρομαγνητικές ακτινοβολίες μικρού μήκους κύματος, καθιστική ζωή, παχυσαρκία, stress, ογκογόνοι ιοί, υπερκατανάλωση αλκοόλ, μακροχρόνια λήψη ορισμένων φαρμακευτικών ουσιών κ.α.) έχει ως αποτέλεσμα την δραματική αύξηση των ποσοστών της νοσηρότητας, αλλά και της θνησιμότητας από όλα τα αίτια, όσο η πρόοδος της ηλικίας μεγαλώνει (Εικόνα 4) (Atella et al, 2019; Flint & Tadi, 2020).

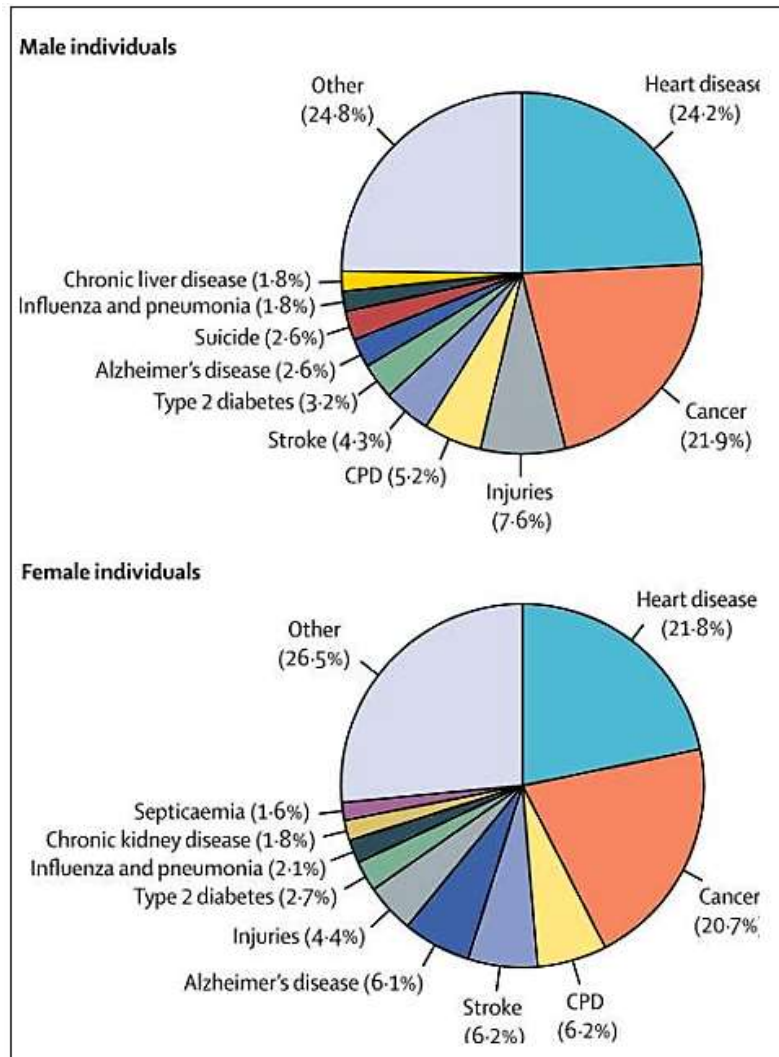
Table 1

Changes in prevalence rate by age class

	2005					2014					2005–2014 growth rate				
	35–50	51–65	66–80	Over 80	tot	35–50	51–65	66–80	Over 80	tot	35–50	51–65	66–80	Over 80	tot
Age	42.3	57.8	72.4	85.2	48.9	42.8	57.6	72.4	85.8	50.4	1.3%	−0.3%	0.0%	0.6%	3.1%
Female	51.5%	52.0%	57.0%	67.1%	53.1%	50.8%	51.1%	53.3%	64.9%	51.9%	−1.4%	−1.7%	−6.5%	−3.3%	−2.3%
Hypertension	9.5%	34.7%	56.7%	59.7%	23.7%	11.6%	39.2%	67.3%	77.5%	30.0%	22.1%	13.0%	18.7%	29.8%	26.6%
Atrial fibrillation	0.2%	1.2%	5.0%	9.4%	1.7%	0.4%	1.7%	7.3%	16.2%	2.9%	100.0%	41.7%	46.0%	72.3%	70.6%
Stroke	0.3%	1.9%	8.0%	14.0%	2.7%	0.5%	3.3%	13.2%	23.6%	4.9%	66.7%	73.7%	65.0%	68.6%	81.5%
Heart failure	0.1%	0.5%	2.3%	6.9%	0.9%	0.1%	0.6%	2.8%	9.7%	1.3%	0.0%	20.0%	21.7%	40.6%	44.4%
Heart attack (acute)	0.1%	0.9%	1.6%	1.9%	0.6%	0.2%	1.2%	2.4%	3.2%	1.0%	100.0%	33.3%	50.0%	68.4%	66.7%
Heart attack (old)	0.1%	0.8%	1.8%	1.9%	0.6%	0.1%	0.5%	1.5%	2.0%	0.5%	0.0%	−37.5%	−16.7%	5.3%	−16.7%
Angina	0.1%	0.7%	1.6%	1.9%	0.6%	0.2%	0.8%	2.1%	2.9%	0.8%	100.0%	14.3%	31.3%	52.6%	33.3%
Other ischemia (acute)	0.0%	0.1%	0.2%	0.2%	0.1%	0.0%	0.2%	0.5%	0.6%	0.2%	—	100.0%	150.0%	200.0%	100.0%
Other Ischemia (chronic)	0.4%	2.9%	7.5%	10.3%	2.6%	0.4%	3.2%	8.7%	12.5%	3.3%	0.0%	10.3%	16.0%	21.4%	26.9%
Vascular disease	0.3%	1.4%	4.3%	5.1%	1.4%	0.5%	2.5%	8.7%	11.5%	3.1%	66.7%	78.6%	102.3%	125.5%	121.4%
Dyslipidemia	4.0%	12.0%	15.6%	8.5%	7.2%	7.4%	21.3%	31.5%	24.2%	14.6%	85.0%	77.5%	101.9%	184.7%	102.8%
Diabetes	1.8%	9.0%	16.3%	15.2%	6.2%	2.1%	9.2%	21.0%	21.9%	8.0%	16.7%	2.2%	28.8%	44.1%	29.0%
Cancer	1.3%	4.5%	9.4%	10.6%	3.7%	1.6%	4.9%	11.8%	14.9%	4.8%	23.1%	8.9%	25.5%	40.6%	29.7%
COPD	0.3%	1.4%	4.2%	6.0%	1.5%	0.3%	1.1%	3.4%	5.5%	1.3%	0.0%	−21.4%	−19.0%	−8.3%	−13.3%
Rheumatoid arthritis	0.3%	0.7%	1.1%	1.0%	0.5%	0.4%	1.1%	1.6%	1.7%	0.8%	33.3%	57.1%	45.5%	70.0%	60.0%
Other arthritis	1.1%	1.8%	2.2%	2.1%	1.4%	1.9%	3.8%	5.3%	5.6%	3.0%	72.7%	111.1%	140.9%	166.7%	114.3%
Parkinson	0.0%	0.2%	1.1%	2.5%	0.4%	0.0%	0.2%	1.3%	3.3%	0.5%	—	0.0%	18.2%	32.0%	25.0%
Prescriptions	4.4	10.8	20.6	23.1	9.1	4.3	11.7	27.1	33.9	11.5	−2.3%	8.4%	31.7%	47.1%	26.4%
DDD prescribed	114.0	357.3	707.5	774.9	289.4	119.9	410.2	990.1	1,178.1	394.1	5.1%	14.8%	39.9%	52.0%	36.2%
Visits	0.6	1.1	1.7	0.9	0.9	0.4	0.7	1.3	1.2	0.7	−30.4%	−32.1%	−19.7%	28.6%	−22.6%
Lab tests and diagnostic	7.0	11.2	16.0	9.0	9.1	7.6	12.5	21.8	20.9	11.6	8.1%	11.5%	36.3%	131.3%	27.0%
Observations	295,806	230,004	178,927	55,886	1,035,984	329,025	260,336	189,817	73,807	1,089,777	11.2%	13.2%	6.1%	32.1%	5.2%

**Εικόνα 4.** Η νοσηρότητα από δεκαοκτώ αδρές κατηγορίες νοσημάτων φθοράς, ταξινομημένη σε ηλικιακές κλάσεις (35-50, 51-65, 66-80 και 80+), για τα έτη 2005 και 2014, συνοδευόμενη από τη σύγκριση των ποσοστών νοσηρότητας (εκφρασμένη σε % αύξηση ή μείωση). Τα ποσοστά του πίνακα αφορούν την Ιταλία, και είναι εμφανής η αύξηση της νοσηρότητας όσο η ηλικία των ανθρώπων αυξάνει (Πηγή: *Atella et al, 2019*).

Σε ό,τι αφορά τώρα **το φύλο**, είναι απόλυτα αναμενόμενο τα δύο φύλα να έρχονται αντιμέτωπα με διαφορετικές νόσους, εφόσον όχι μόνο το αναπαραγωγικό τους σύστημα, αλλά και τα περισσότερα από τα υπόλοιπα συστήματα οργάνων και ιστών παρουσιάζουν σημαντικές διαφοροποιήσεις σε ό,τι αφορά τον τρόπο κατασκευής, τη δόμηση και τη λειτουργία τους. Χαρακτηριστικό παράδειγμα εδώ αποτελεί το μυϊκό σύστημα που, αν και στον άνδρα παρουσιάζει την ίδια δομή με το γυναικείο (με εξαίρεση, φυσικά, τους μύες του περινέου και του εδάφους της πυελικής χώρας), ωστόσο ζυγίζει περισσότερο και καταλαμβάνει πολύ μεγαλύτερο κομμάτι του σωματικού βάρους στον άνδρα παρά στη γυναίκα. Κατά συνέπεια, **είναι απόλυτα λογικό, παραδείγματος χάριν νεοπλασίες όπως του μαστού, της μήτρας και των ωοθηκών να παρουσιάζονται αποκλειστικά στις γυναίκες, ενώ του προστάτη, του πέους αποκλειστικά στους άνδρες.** Παράλληλα όμως, ακόμα και μεταξύ των νόσων που μπορούν να εμφανιστούν εξίσου και στα δύο φύλα, παρατηρούνται στατιστικές διαφορές στα ποσοστά επίπτωσης ή/και επιπολασμού, Έτσι, αποτελεί σήμερα κοινή παραδοχή ότι **τα καρδιαγγειακά νοσήματα, ο καρκίνος του παχέως εντέρου, του νεφρού και του πνεύμονος παρουσιάζονται συχνότερα στους άνδρες, ενώ οι καταθλιπτικές και οι αγχώδεις διαταραχές, οι άνοιες και τα μυοσκελετικά σύνδρομα υπερχρήσης παρουσιάζονται πολύ συχνότερα στις γυναίκες** (Εικόνα 5).



**Εικόνα 5.** Ενδεικτικές γραφικές παραστάσεις της διαφοράς που εντοπίζεται στη νοσηρότητα των δύο φύλων (Πηγή: Franck Mauvais-Jarvis et al, 2020).

Απ' την άλλη πάλι πλευρά, τα δύο φύλα παρουσιάζουν -βάσει πρόσφατων μελετών- ορισμένες ακόμα καίριες διαφορές που αφορούν τον χαρακτήρα, τη διάρκεια και την ένταση της νόσησης (ανεξαρτήτως του για τι νόσημα πρόκειται). Ειδικότερα, εμπειρισταωμένες μελέτες υποστηρίζουν ότι **οι γυναίκες τείνουν γενικά να αρρωσταίνουν συχνότερα αλλά ελαφρύτερα, και παρουσιάζουν υψηλότερη επίπτωση ελάσσωνων χρόνιων νοσημάτων, νοσημάτων που προσωρινά περιορίζουν την κινητικότητά τους, εξωνοσοκομειακών νοσηλειών και χρόνια λήψης φαρμακευτικής αγωγής.** Αντίθετα, **οι άνδρες τείνουν να εκδηλώνουν συχνότερα μεγαλύτερης σοβαρότητας (απειλητικών για τη ζωή) χρόνιων καταστάσεων υγείας,** και παρόλο που επισκέπτονται -γενικά- λιγότερο συχνά τους γιατρούς και τα κέντρα πρόληψης, **εκδηλώνουν πιο συχνά σοβαρούς τραυματισμούς,**



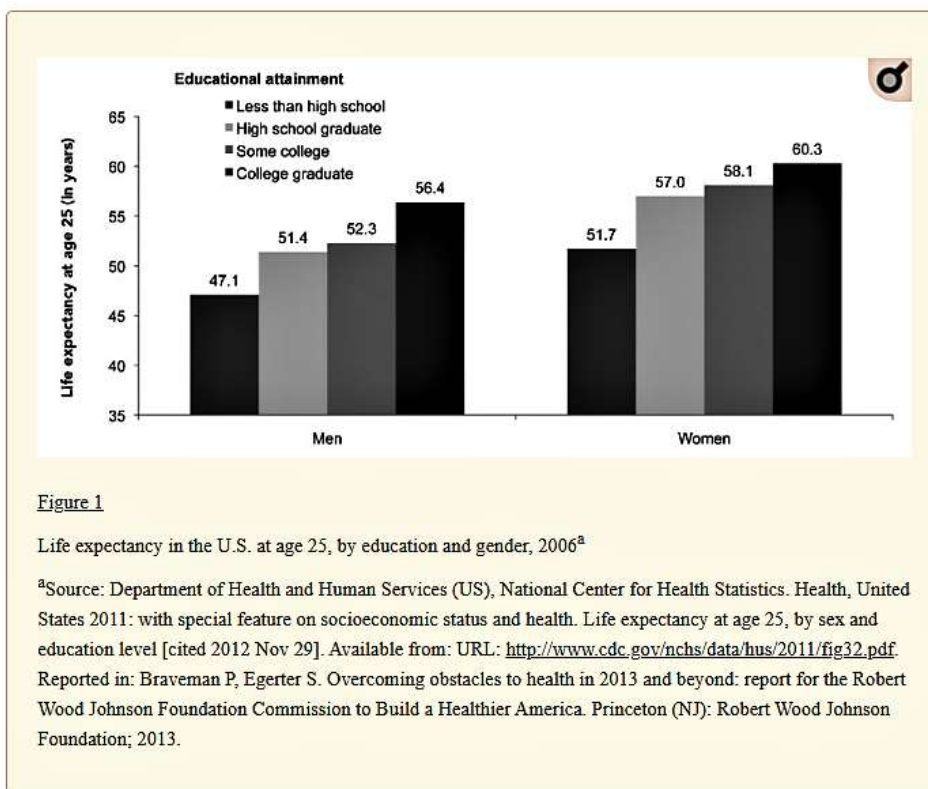
**χρόνιες αναπηρίες και (μετά την ηλικία των 50 ετών) πιο μακροχρόνιες νοσηλείες** (Verbrugge, 1982; Case & Paxson, 2005; GBD 2013 Mortality and Causes of Death Collaborators, 2015). Οι διαφορές αυτές στα δύο φύλα **οφείλονται -μεταξύ άλλων- στην κουλτούρα διαφόρων χωρών** που θέλει τους άνδρες «ισχυρούς» και να αγνοούν τον πόνο, ενώ τις γυναίκες περισσότερο «ευάλωτες» και συναισθηματικά εκδηλωτικές.

Βάσει των παραπάνω παραμέτρων, **εύκολα αναγνωρίζει κανείς το γιατί, τόσο η ηλικία, όσο και το φύλο, μπορούν να συμπεριληφθούν μεταξύ των σπουδαιότερων παραγόντων που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής** των ανθρώπων σε όλα τα μήκη και τα κράτη της γης. Χωρίς να απολυτοποιείται κανένα δεδομένο, η φύση του ανθρώπινου σώματος (ο τρόπος κατασκευής του, με την προοδευτική τάση προς τη φθορά και τις εν γένει ανατομικές και λειτουργικές διαφορές στα δύο φύλα) είναι τέτοια, που όσο η ηλικία προχωρά και αναλόγως με το φύλο, αυξάνουν οι πιθανότητες προσβολής από ορισμένες νόσους, ενώ αντίστοιχα μειώνονται κάποιες άλλες (π.χ. είναι εξαιρετικά σπάνιο στις μεγάλες ηλικίες ένας άνθρωπος να εμφανίσει παιδικές ασθένειες όπως ιλαρά, κοκκύτη, ευλογιά, κρίση σκωληκοειδίτιδας κ.α.) και το γεγονός αυτό δε μπορεί παρά να επηρεάζει την ποιότητα ζωής των ανθρώπων, είτε στο άμεσο μέλλον, είτε στο εγγύς.

## 2.2. Η επίδραση των διαφόρων κοινωνικοοικονομικών παραγόντων στο επίπεδο της υγείας των ανθρώπων (εκπαίδευση, επαγγελματική και οικονομική κατάσταση, άτυπα δίκτυα φροντίδας)

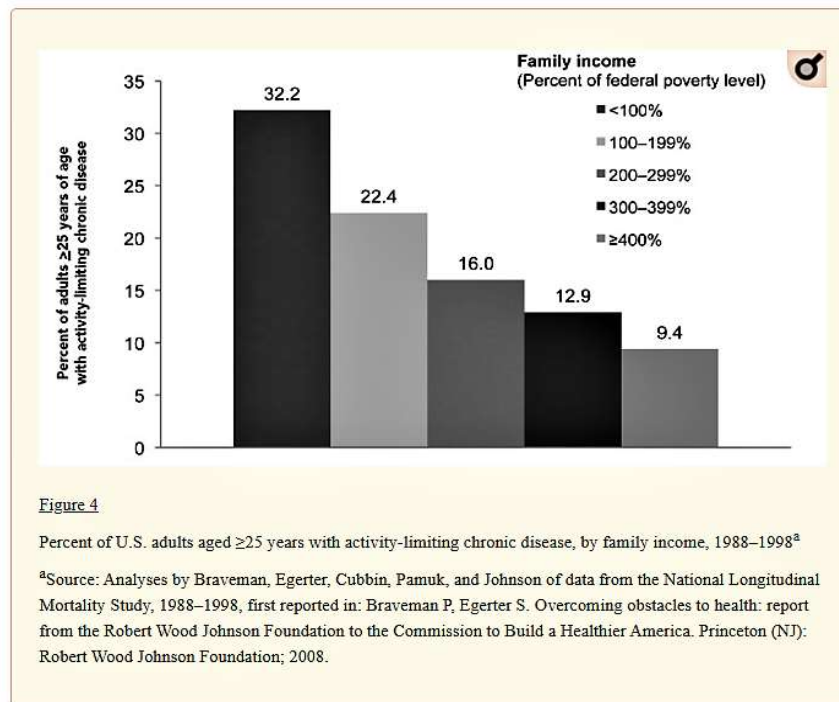
Όπως αναπτύχθηκε ήδη στα προηγούμενα υποκεφάλαια της παρούσας εργασίας, η ποιότητα ζωή των ανθρώπων και πολύ περισσότερο το επίπεδο υγείας τους επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό όχι μόνο από τους οργανικούς (βιολογικούς) παράγοντες που μπορεί να επιδράσουν στην υγεία και στην ασθένεια, αλλά και από μια ευρεία γκάμα άλλων, λιγότερο ευδιάκριτων παραμέτρων. Στις παραμέτρους αυτές αναμφισβήτητα ανήκουν και οι διάφορες κοινωνικο-οικονομικές συνθήκες διαβίωσης οι οποίες οριοθετούν και (ως έναν βαθμό) προσδιορίζουν τις επιλογές του κάθε ανθρώπου στην πρόληψη, τη θεραπεία και την αποκατάσταση, επιδρώντας έτσι σημαντικά στο επίπεδο της γενικότερης ευεξίας του σε βάθος χρόνου. Στους παράγοντες αυτούς συγκαταλέγονται: **το μορφωτικό επίπεδο, το είδος της επαγγελματικής απασχόλησης, το ύψος των μηνιαίων αποδοχών, η κοινωνικο-οικονομική τάξη** στην οποία ανήκει κανείς και **η κουλτούρα από την οποία η τάξη**

**αυτή διέπεται σε ζητήματα πρόληψης και φροντίδας της υγείας, η πιθανή μετανάστευση ή/και διαβίωση σε συνθήκες κοινωνικού, οικονομικού ή άλλου αποκλεισμού, η διαβίωση σε έκτακτες συνθήκες πολέμου, φτώχειας ή σφοδρών γεωφυσικών γεγονότων (σεισμοί, φωτιές, πλημμύρες κ.α.) και/ή η πιθανή απώλεια παρουσίας λόγω αυτών, καθώς και πιθανά σοβαρά οικογενειακά προβλήματα (θέματα ενδοοικογενειακής κακοποίησης, διαζύγιο, πένθος, χηρεία κ.α.) (Jia et al,2017; Bussey-Jones & Genao,2003; Braveman & Gottlieb, 2014; Sinh et al, 2017) (Εικόνες 6, 7 και 8).**

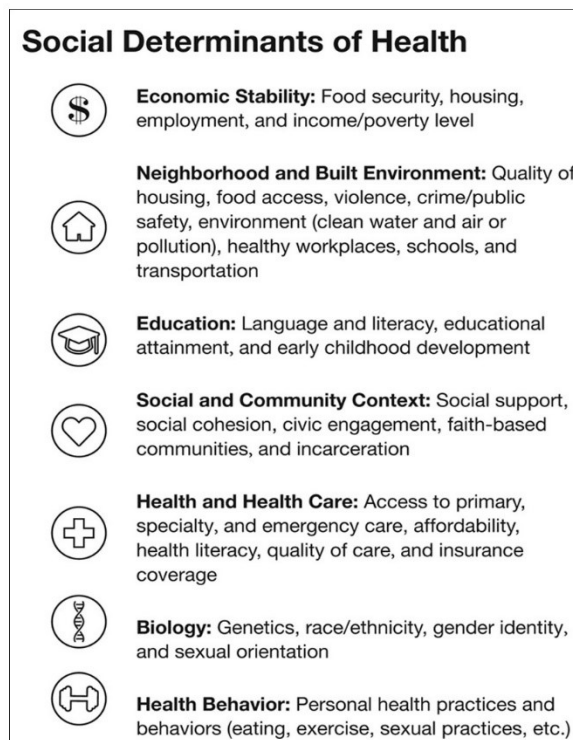


**Εικόνα 6.** Το προσδόκιμο ζωής ανά φύλο και ανά εκπαιδευτικό (μορφωτικό) επίπεδο. Από μελέτη των ΗΠΑ (Πηγή: *Braveman & Gottlieb, 2014*).

## Εικόνα 7.



Εικόνα 7: Οικογενειακό εισόδημα και πιθανότητα προσβολής από χρόνια περιοριστική για τη λειτουργικότητα του ατόμου νόσο. Από μελέτη των ΗΠΑ, για άτομα άνω των 25 ετών (Πηγή: Braveman & Gottlieb, 2014).



**Εικόνα 8.** Αδρή απεικόνιση σε πίνακα των σημαντικότερων κοινωνικά προσδιοριζόμενων παραμέτρων που επηρεάζουν το επίπεδο υγείας των ανθρώπων (Πηγή: *Bhatt & Bathija, 2018*).

Είναι πρόδηλο, λοιπόν, το πώς ο καθένας από τους παράγοντες αυτούς μπορεί να επιδράσει στο επίπεδο υγείας ενός ατόμου, μιας κοινωνικής ομάδας ή ενός ολόκληρου πληθυσμού: η απουσία οικονομικών πόρων και η πιθανή ανικανότητα οικονομικής στήριξης από τον εαυτό και από άτομα του στενού ή του ευρύτερου οικογενειακού/κοινωνικού περιβάλλοντος, η κατάταξη των ζητημάτων πρόληψης και φροντίδας της υγείας χαμηλά στις προτεραιότητες της ζωής, το αίσθημα του αβοήθητου ή της ασημαντότητας του εαυτού, η αδυναμία ή το αίσθημα ματαιώσης για την αυτοπραγμάτωση, αλλά και το πιθανό ψυχικό ή/και σωματικό τραύμα που μπορεί να αφήσουν ως κατάλοιπο ορισμένες από τις παραπάνω περιπτώσεις **είναι δυνατόν να παραγκωνίσουν τη σημασία της υγείας, ή να αφήσουν ελάχιστα περιθώρια για την προστασία της, και να εκμηδενίσουν την μέριμνα για ζητήματα πρόληψης και υγιεινής διαβίωσης** (διατροφή, πόσιμο νερό, στέγαση, ένδυση, υγιεινή).

Απ' την άλλη πάλι πλευρά, ακόμα και τα λεγόμενα *άτυπα δίκτυα φροντίδας* (συγγενείς, φίλοι, οικογένεια, σύζυγος, παιδιά) πολλές φορές μπορεί να μην επαρκούν για να καλύψουν τις ανάγκες πρόληψης ή και θεραπευτικής αποκατάστασης των μελών της οικογένειας **-ιδιαίτερα μάλιστα, σε περιπτώσεις οικογενειών που δεν υπάρχει η κατάλληλη επιστημονική (ή και εμπειρική ακόμα) γνώση, η τεχνογνωσία, το κίνητρο και η οικονομική ενίσχυση που θα επέτρεπε την κατάλληλη στήριξη μιας υγιούς διαβίωσης σε βάθος χρόνου.**

Έτσι, το περιβάλλον στο οποίο κάθε άνθρωπος γεννιέται και μεγαλώνει (με τη στενή και την ευρύτερη έννοια) δρα καταλυτικά στο επίπεδο υγείας του, από τη γέννηση μέχρι και τον θάνατό του, αλλά και στο επίπεδο υγείας των ανθρώπων γύρω του, που μέσα από το δικό του παράδειγμα ζωής, μαθαίνουν να κρίνουν, να συγκρίνουν, να δέχονται ή να απορρίπτουν και τελικώς να διαμορφώνουν υγιείς ή λιγότερο υγιείς τρόπους διαβίωσης και συμπεριφοράς.

### 2.3. Η επίδραση της υποκειμενικής αντίληψης της υγείας και του τρόπου ζωής (χρήση αλκοόλ, είδος εργασίας, ποιότητα ύπνου) στο επίπεδο της υγείας των ανθρώπων

Πέραν των κοινωνικο-οικονομικών παραγόντων που αναπτύχθηκαν διεξοδικά στα παραπάνω υποκεφάλαια της παρούσας εργασίας, στο επίπεδο υγείας των ανθρώπων διαδραματίζει ακόμα σημαντικότερο ρόλο η προσωπική αντίληψη της υγείας και ο τρόπος ζωής. Σχετικά με την *προσωπική αντίληψη της έννοιας της υγείας*, θα πρέπει εδώ να διευκρινιστεί ότι -παρά του ότι υπάρχει ένας παγκοσμίως γενικά αποδεκτός όρος για την έννοια της «υγείας» (βλ. υποκεφάλαιο 1.1. της παρούσας εργασίας), **ο κάθε άνθρωπος έχει τις δικές του προσλαμβάνουσες σχετικά με το περιεχόμενο του όρου αυτού, δηλαδή, αλλιώς ορίζει την υγεία και αλλού την τοποθετεί μέσα στο αξιακό του σύστημα** (Svalastog et al, 2017; Birchera & Kuruvilla, 2014; Oleribe et al, 2018). Αυτό συμβαίνει, κατ' αρχάς, διότι **δεν έχουν όλοι οι άνθρωποι του κόσμου την ίδια πνευματική, συναισθηματική και εμπειρική ωριμότητα** ώστε να κατανοήσουν τη σημασία της υγείας και τον αντίκτυπο που μπορεί να έχει ο πιθανός κλονισμός της για το υπόλοιπο της ζωής τους. Χαρακτηριστικό παράδειγμα, εδώ, αποτελούν οι προέφηβοι και οι έφηβοι, που συχνά προβαίνουν σε επικίνδυνες και αυτοκαταστροφικές για την υγεία τους συμπεριφορές, χωρίς πολλές φορές να λογαριάζουν τις συνέπειες των πράξεών τους. Απ' την άλλη πάλι πλευρά, ακόμα και μεταξύ ενηλίκων, η πραγματική κατανόηση της σημασίας της υγείας φαίνεται ότι **αποτελεί ίδιον του χαρακτήρα ορισμένων ανθρώπων που φέρονται να είναι γενικά πιο υπεύθυνοι, πιο ψύχραιμοι, πιο μεθοδικοί, πιο συνειδητοποιημένοι και πιο προσγειωμένοι**, σε αντίθεση με άλλους ανθρώπους που υποσυνείδητα αποκρύπτουν τον φόβο της νόσου πολλές φορές κι από τον ίδιο τους τον εαυτό, αποφεύγοντας να αντικρύσουν κατάματα την αλήθεια της ανθρώπινης φθοράς του οργανισμού τους. **Από την άλλη πάλι πλευρά, η υποκειμενική αντίληψη της υγείας μπορεί να φέρει και έκτοπες συμπεριφορές στην άλλη άκρη του φάσματος των συμπεριφορών**, ώστε δεν είναι σπάνιο φαινόμενο άνθρωποι απολύτως υγιείς, που να μην ανήκουν σε καμία κατηγορία υψηλού κινδύνου, να παρουσιάζουν υποχονδριακού ή υστερικού τύπου συμπεριφορές σχετικά με την υγεία τους, ουσιαστικά κρύβοντας πίσω από την συνεχή και αδικαιολόγητη αυτή ανάγκη «φροντίδας» της υγείας τους, άλλες ανεξερεύνητες (παθολογικές) εκφάνσεις του ψυχικού τους κόσμου.

**Η υποκειμενική αυτή αντίληψη τη υγείας φέρνει, με τη σειρά της, στον κάθε άνθρωπο έναν αντίστοιχο τρόπο ζωής που υποσυνείδητα υποστηρίζει έμπρακτα την**

αντίληψη αυτή. Για παράδειγμα, ένας άνθρωπος που υποσυνείδητα πιστεύει ότι η υγεία είναι κάτι δεδομένο και ότι η οποιαδήποτε σοβαρή νόσος δεν πρόκειται να τού συμβεί, είναι αναμενόμενο να ακολουθεί έναν «απρόσεκτο» τρόπο ζωής, με ατασθαλίες και αβλεψίες σε κάθε τομέα, χωρίς να δείχνει το παραμικρό ενδιαφέρον για την υγεία του. Αυτός ο «απρόσεκτος» τρόπος ζωής μπορεί να περιλαμβάνει **ανθυγιεινή διατροφή, συστηματικό κάπνισμα και αλκοολισμό, άστατες ώρες ύπνου και αφύπνιση, καθιστική ζωή και απουσία τακτικών τσεκ-απ.** Από την άλλη πάλι πλευρά, μια **λανθασμένη υποκειμενική αντίληψη της υγείας μπορεί να φέρει τον άνθρωπο στην επιλογή επικίνδυνων (επιβαρυντικών) για την υγεία επαγγελμάτων, και ιδιαίτερα στις περιπτώσεις ύπαρξης γονιδιακής προδιάθεσης για μια νόσο.** Χαρακτηριστικά παραδείγματα, εδώ, αποτελούν: ένας άνθρωπος με θετικό ιστορικό καρκίνου που εργάζεται σε βιομηχανία κατεργασίας καρκινογόνων βαρέων μετάλλων (κάδμιο, μόλυβδος, αρσενικό, χρώμιο κ.α.) ή ένας άνθρωπος με προηγούμενο ιστορικό δερματικών δυσπλασιών και λευκή επιδερμίδα που εργάζεται σε χώρο ακτινοβολίας προϊόντων με υπεριώδη ακτινοβολία.

Παρατηρούμε λοιπόν, το πώς τελικά, **η αντίληψη που έχει ένας άνθρωπος για την υγεία (γενικά) αλλά και για τη δική του υγεία και ευεξία (πιο συγκεκριμένα)** τον ωθεί σε **μικρές ή σε μεγαλύτερες επιλογές που τελικά, σε βάθος χρόνου, ορίζουν και το επίπεδο της υγείας (άρα και την ποιότητα ζωής) του.**

Περί των παραπάνω στοιχείων, αρκετοί ερευνητές έχουν τοποθετηθεί ξεκάθαρα με πρόσφατες μελέτες τους. Έτσι, ενδεικτικά, τον **Ιούλιο του 2014**, οι **Owaby et al** εργάστηκαν πάνω σε μια μεγάλη μελέτη που αφορούσε τον τρόπο με τον οποίον **οι θετικές και οι αρνητικές αντιλήψεις, αλλά και οι διάφορες συναισθηματικές διαθέσεις του κάθε ανθρώπου για την υγεία τελικά καθορίζουν τις συμπεριφορές του σε σχέση με αυτήν.** Η μελέτη χρησιμοποίησε ειδικές ψυχομετρικές κλίμακες σε ένα δείγμα 161 ενήλικων ατόμων και τα συμπεράσματα ήταν ότι **η τελική στάση που τηρούσαν οι άνθρωποι σε σχέση με τα ζητήματα της υγείας τους είχε άμεση σχέση με τις θετικές σκέψεις (αντιλήψεις) που είχαν για τη ζωή τους, αλλά και με τα καταθλιπτικά συμπτώματα που μπορεί να βίωναν σε κάθε στάδιο της ζωής αυτής.**

Και, έναν χρόνο περίπου αργότερα (**Οκτώβριος 2015**), οι **Ferrer & Klein** από τις ΗΠΑ δημοσίευσαν μια ακόμα αξιοσημείωτη έρευνα που υποστήριζε συγκεκριμένα ότι **η προσωπική αντίληψη που έχει ο κάθε άνθρωπος περί του τι σημαίνει «απειλή» ή /και «κίνδυνος» διαμορφώνει σε σημαντικό βαθμό τη συμπεριφορά και**

τις αποφάσεις του απέναντι στα ζητήματα υγείας που τον αφορούν. Η έρευνα αναπτύσσει με ειδική ψυχολογική ορολογία τους τρεις διαφορετικούς τύπους

### Highlights

- Interventions that change risk perceptions subsequently change health behaviors
- Individuals form risk perceptions tailored to specific health threats
- Risk perceptions can refer to deliberative, affective, and experiential components
- These components can interactively influence health behaviors.
- The formation of accurate risk perceptions has implications for health behaviors

αντίληψης του κινδύνου (**risk perceptions**) που μπορεί να κάνει χρήση υποσυνείδητα ένας άνθρωπος, και οι οποίοι είναι: **(α) ο συμβουλευτικός (deliberative), (β) ο συναισθηματικός (affective) και (γ) ο βιωματικός (experiential)**. Στη συνέχεια, τεκμηριώνει με παραδείγματα το γιατί συνήθως οι περισσότεροι άνθρωποι χρησιμοποιούμε περισσότερους από έναν τύπο αντίληψης του κινδύνου, θέτει το ζήτημα της ακρίβειας της αντίληψης του κινδύνου αυτού (*accuracy of perception*), και καταλήγει στο συμπέρασμα ότι τα διάφορα γεγονότα της ζωής σε συνδυασμό με τους κυρίαρχους τύπους αντίληψης που καθένας χρησιμοποιεί, είναι τα στοιχεία που τελικά διαμορφώνουν τη στάση που κανείς θα τηρήσει απέναντι στην υγεία και στη νόσο, και επομένως που καθορίζουν και το επίπεδο της υγείας τους, σε μακροχρόνια βάση (Εικόνα 9).

**Εικόνα 9.** Τα πέντε σημαντικότερα σημεία που μεσολαβούν μέχρι τη διαμόρφωση του βασικού τύπου αντίληψης του κινδύνου (*risk perception*) για κάθε άνθρωπο (Πηγή: *Ferrer & Klein, 2015*).

#### 2.4. Η προσβασιμότητα και η χρήση των υπηρεσιών υγείας επηρεάζουν τη νοσηρότητα ενός πληθυσμού

Θα μπορούσε λοιπόν κανείς να τοποθετήσει την «υγεία» σε ένα εκκρεμές, στη μια άκρη του οποίου παρίσταται η πρόληψη (πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας) και στην άλλη η θεραπευτική αποκατάσταση -μέσω της καταφυγής σε διάφορα νοσοκομεία δευτεροβάθμιας ή και τριτοβάθμιας περίθαλψης. Για να μπορέσει, ωστόσο, κανείς να έχει πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας (είτε πρόληψης, είτε θεραπευτικής



αποκατάστασης) θα πρέπει να πληρούνται πάντα ορισμένες προϋποθέσεις, κυρίως οικονομικές, κοινωνικές και πρακτικές (από την πλευρά του πολίτη) αλλά και οργανωτικές (από την πλευρά του κράτους που διευθύνει το σύστημα υγείας μιας χώρας).

Με άλλα λόγια, **η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας δεν είναι αυτονόητη** για όλους τους ανθρώπους, σε όλα τα μήκη και τα πλάτη της γης. Το γεγονός αυτό οφείλεται, κατ' αρχάς στον **υπερβολικά αυστηρό τρόπο οργάνωσης και λειτουργίας ορισμένων συστημάτων υγείας σε διάφορες αναπτυγμένες χώρες του κόσμου** (π.χ. στις ΗΠΑ, στον Καναδά και αλλού), που απορρίπτουν χωρίς καμία περίσκεψη κάθε ανασφάλιστο πολίτη, σε οποιαδήποτε κατάσταση υγείας κι αν βρίσκεται. Ευτυχώς, στη χώρα μας οι πολιτικές υγείας είναι πολύ πιο «φιλόξενες» και φιλικές προς τον πολίτη (ανεξαρτήτως φυλής, χρώματος ή άλλων παραμέτρων) και οι δομές πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας της υγείας δέχονται όλους τους πολίτες (ακόμα και τους ανασφάλιστους, σε πολλές περιπτώσεις) χωρίς διακρίσεις.

Από την άλλη πάλι πλευρά, υπάρχει μια άλλη πληθώρα εξωνοσοκομειακών παραγόντων που μπορεί να επηρεάζουν την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας μιας χώρας. **Ο απομακρυσμένος -από τις δομές υγείας- τόπος διαμονής ή εργασίας, η καθυστέρηση έλευση του ασθενοφόρου στον τόπο που βρίσκεται κάθε φορά ο ασθενής, η απουσία αποτελεσματικού συστήματος διαλογής των περιστατικών στην πύλη κάθε μονάδας υγείας, η υπερφόρτωση ενός νοσοκομείου ή κέντρου υγείας από περιστατικά που μπορεί κάλλιστα να αντιμετωπιστούν στο σπίτι και να μην χρήζουν όλα άμεσης ιατρονοσηλευτικής εξυπηρέτησης, η πιθανή άγνοια του πολίτη σχετικά με τις νομοθετικές διατάξεις που αφορούν την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας της χώρας διαμονής, το πιθανό θετικό μεταναστευτικό ιστορικό ή η ένταξη του πολίτη σε κοινωνικά αποκλεισμένες ομάδες του γενικού πληθυσμού (κρατούμενοι φυλακών, χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών ουσιών κ.α.), η πιθανή τραυματική εμπειρία του πολίτη με δομές του ίδιου συστήματος υγείας κατά το παρελθόν, η απουσία μετάφρασης (σε τουλάχιστον τέσσερις διεθνείς γλώσσες) των πινακίδων, των αφισών και των ερωτηματολογίων και φορμών συμπλήρωσης των στοιχείων του ασθενή, καθώς επίσης και η απουσία ειδικών διευκολύνσεων (π.χ. παραχώρηση θέσεων για κάθισμα, μειωμένος χρόνος αναμονής στις ουρές κ.α.) για τα άτομα τρίτης ηλικίας, τα ΑΜΕΑ, τις έγκυες γυναίκες και τα μικρά άρρωστα ή ασυνόδευτα παιδιά** αποτελούν μερικά μόνο από τα χαρακτηριστικότερα

παραδείγματα αιτιών που δικαιολογούν τη μειωμένη πρόσβαση των πολιτών στις δομές υγείας ενός κράτους (Dawkins et al, 2020; Chiu et al, 2017; Lazar & Davenport, 2018).

Από 'κει κι έπειτα, εύκολα κατανοεί κανείς το πώς **η μειωμένη αυτή προσβασιμότητα αργά ή γρήγορα θα επιδράσει αρνητικά στο επίπεδο υγείας ενός πληθυσμού**, εντείνοντας τις κοινωνικές και άλλες ανισότητες μεταξύ των πολιτών και παράλληλα αυξάνοντας τα ποσοστά της νοσηρότητας και της θνησιμότητας από όλες τις αιτίες. Χαρακτηριστικό παράδειγμα, εδώ, οι καθημερινές περιπτώσεις δεκάδων ασθενών που αναφέρεται να προσήλθαν σε τμήματα επειγόντων περιστατικών κάποιου νοσοκομείου ενός μεγάλου αστικού κέντρου της χώρας, περίμεναν ώρες για να εξυπηρετηθούν και τελικά έφυγαν εξαντλημένοι από την κόπωση και χωρίς να λάβουν την φροντίδα υγείας που είχαν ανάγκη. Δεν προκαλεί εντύπωση το γιατί ορισμένοι από τους ασθενείς αυτούς καταλήγουν με ακόμα σοβαρότερα προβλήματα υγείας στο άμεσο μέλλον τους, και πολλοί ύστερα από λίγο καιρό, εκπνέουν -αφού, χωρίς την απαραίτητη ιατρική διάγνωση, παρέμβαση και παρακολούθηση, **αφήνονται απροστάτευτοι στη φυσική εξέλιξη της νόσου τους, με όσους κινδύνους αυτό συνεπάγεται** (Prentice & Pizer, 2007; Choi et al, 2020; Riley, 2012).

Τα πράγματα είναι ακόμα σοβαρότερα στις περιπτώσεις των σοβαρών λοιμωδών νοσημάτων (μηνιγγίτιδες, AIDS κ.α.) όπου οι ασθενείς αυτοί επιστρέφουν στο σπίτι τους χωρίς α τους έχει εξετάσει και αξιολογήσει κανείς και τελικά **μεταδίδουν τη νόσο στα άτομα του περιβάλλοντός τους**, με δυσμενέστερες συνέπειες για πολύ περισσότερους -τελικά- ανθρώπους.

Τέλος, **δεν θα πρέπει εδώ κανείς να αγνοεί και την ψυχοκοινωνική διάσταση του ζητήματος**, διότι είναι πολύ φυσικό οι ασθενείς που -για τον οποιονδήποτε λόγο- έχουν ανάγκη από τις υπηρεσίες υγείας της χώρας τους, αλλά τελικά τούς ανακόπτεται η πρόσβαση, να εκδηλώνουν σε βάθος χρόνου, συχνότερα καταθλιπτικού τύπου συμπτωματολογίες, αγχώδεις συνδρομές, αλλά και να αισθάνονται «μόνοι», «ξένοι» ή «παρείσακτοι»- με τελική συνέπεια την ψυχική τους επιβάρυνση, η οποία με τη σειρά της επιδρά ακόμα περισσότερο στην ήδη επιβαρυσμένη κατάσταση της υγείας τους.

Τα παραπάνω έρχονται να συμπληρώσουν τα αποτελέσματα δύο σημαντικών πρόσφατων μελετών.

Η πρώτη δημοσιεύτηκε **τον Ιούνιο του 2016**, στο περιοδικό *Social Indicators Research* από τους ερευνητές **Cabrera-Barona et al** και υποστήριξε ότι η προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας ενός κράτους συνδέεται άμεσα με το επίπεδο ικανοποίησης των πολιτών, και το τελευταίο συνδέεται άμεσα με το επίπεδο υγείας των

ανθρώπων αυτών σε μακροχρόνια βάση. Για τις ανάγκες της μελέτης, οι ερευνητές δημιούργησαν και εφάρμοσαν στην πράξη δύο δείκτες αξιολόγησης: (α) τον δείκτη Composite Healthcare Accessibility Index (CHCA), και (β) τον δείκτη Composite Healthcare Satisfaction Index (CHCS), και από τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων που πήραν από ένα δείγμα κατοίκων του Εκουαδόρ κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι ιδιαίτερα οι ανισότητες στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, αλλά και οι αντικειμενικές δυσκολίες που εμπόδιζαν τους πολίτες να έχουν τη φροντίδα υγείας που χρειάζονταν είχαν δυσμενή επίπτωση όχι μόνο στο επίπεδο ικανοποίησής τους από τις υπηρεσίες υγείας, αλλά και στο επίπεδο της υγείας τους.

Και η δεύτερη μελέτη δόθηκε στη δημοσιότητα τον **Ιανουάριο του 2018**, από τους **Toscov et al.** Η μελέτη αυτή θεωρείται μία από τις περιεκτικότερες σύγχρονες προσπάθειες των επιστημόνων να συγκεντρώσουν σε ένα paper όλους τους πρόσφορους τρόπους που θα μπορούσε να αξιοποιήσει ένα κράτος για τη βελτίωση της πρόσβασης των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας του. Ειδικότερα, η μελέτη αναφέρει 35 διαφορετικούς τρόπους βελτίωσης της πρόσβασης του κοινού στις δομές υγείας. Οι τρόποι αυτοί, που θα μπορούσαν να δώσουν χρήσιμες ιδέες στις κυβερνήσεις των κρατών (ιδιαίτερα των πολυπληθών κρατών, αλλά και όσων πλήττονται από τη φτώχεια και τις κοινωνικές ανισότητες) παριστάνονται λεπτομερώς παρακάτω, στον πίνακα της Εικόνας 10:

Table 5.

Thirty-Five Practices for Improving Health Care Access Emerging From Interviews.

Ideas for clinic changes/practice reorganization	
1. Only "open access" appointments available	Clinic starts each day with a schedule that is completely open. Patients can call the clinic to schedule an appointment for that day.
2. "modified open access" available	Clinic starts each day with a schedule that includes some open blocks of time. Patients can call the clinic to schedule an appointment for that day. The rest of the clinic schedule is filled with appointments scheduled in advance.
3. "walk-in" urgent care available	Clinic has a walk-in urgent care center. Patients do not need an appointment to get urgent care.
4. Telephone process for ascertaining patient needs	Clinic has health care providers who are trained to talk with patients who call to schedule appointments. Provider asks questions to figure out if patient needs same-day appointment.
5. Reduced costs for uninsured patients	Clinic charges uninsured patients on a "sliding scale," with charges based on the patient's income. Clinic offers payment plans that allow patients to pay for services in installments.
6. Extended hours	Clinic offers appointment times on weekends and evenings.
7. Appointment reminders	Clinic sends automated phone calls or text messages to remind patients about appointments.
8. Policies for patients who miss scheduled appointments	Appointment times that could be used by another patient are not lost.
9. Appointments with a specialist	Clinic has a specific staff member who helps patients get appointments with specialty health care providers, such as a heart doctor or pain specialist.
10. Group appointments	Clinic offers group appointments where patients with similar health issues come together for group care and education (patients with diabetes; pregnant women with similar due dates).
11. Personalized patient call systems	Clinic makes personal phone calls to high-risk patients to help them get the care they need. For example, a clinic could call a patient with diabetes who missed an appointment and ask the patient if they are all right and discuss their condition.
12. Specific staff for preventive services	Clinic makes it easier to get preventive care such as flu shots or immunizations. The clinic has a nurse who can order and give vaccinations without a doctor's order.
13. Mobile phone support	Clinic sends health-related text messages, such as appointment reminders.
Ideas for patient support	
14. Online access to patient medical records (patient portal)	Clinic provides patient with Internet access (on computer, tablet, or mobile phone) to personal medical record. Patients could view laboratory results, ask for medication refills, send messages to their providers, and pay bills

**Εικόνα 10.** Δεκατέσσερις από τους 35 προσφορότερους τρόπους βελτίωσης της προσβασιμότητας των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας του κράτους όπου διαμένουν (Πηγή: *Toscos et al, 2018*).

## 2.5. Η καθημερινή λειτουργικότητα και δραστηριότητα ως δείκτες του επιπέδου υγείας των ανθρώπων

Θα αποτελούσε παράλειψη αν δεν γινόταν αναφορά στην καθημερινή λειτουργικότητα και δραστηριότητα, ως δείκτες του επιπέδου υγείας των ανθρώπων που απαρτίζουν έναν μικρότερο ή μεγαλύτερο πληθυσμό. Ήδη από τον ορισμό του WHO για την υγεία (βλ. υποκεφάλαιο 1.1 της παρούσας εργασίας) καθίσταται σαφές **ότι η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας δεν ισοδυναμεί απλώς με την απουσία της οποιασδήποτε ασθένειας, αλλά προϋποθέτει την πλήρη ανεξαρτησία και λειτουργικότητα του ανθρώπου σε όλες τις πτυχές της ζωής του.** Το γεγονός αυτό είναι υψίστης σημασίας, διότι η συντριπτική πλειοψηφία των ασθενών που πάσχουν σήμερα από σοβαρά ή/και απειλητικά για τη ζωή τους νοσήματα -ακόμα κι όταν η νόσος τους βρίσκεται σε περιόδους ύφεσης-, κατά κανόνα αδυνατούν να είναι πλήρως λειτουργικοί, επομένως **ακόμα και εν απουσία ενεργών συμπτωμάτων, δεν παύουν να νοσούν.**

**Για τη συνεισφορά της καθημερινής λειτουργικότητας και δραστηριότητας στο επίπεδο υγείας του ατόμου, πάρα πολλές έγκυρες μελέτες των τελευταίων ετών τάσσονται υπέρ της άποψης ότι όσο ο τρόπος ζωής στις σύγχρονες μεγαλουπόλεις γίνεται περίπλοκος και απαιτητικός, τόσο οι παράμετροι που ορίζουν την πλήρη καθημερινή λειτουργικότητα υφαίνουν έναν ιστό που προσδιορίζει μία ελεύθερη και άνετη ζωή, μακριά από τους περιορισμούς της οποιασδήποτε νόσου.** Στις παραμέτρους αυτές συγκαταλέγονται ενδεικτικά: η ελευθερία επιλογών της αυτοδιάθεσης του ατόμου, η ικανότητα πλήρους και ανεξάρτητης αυτοεξυπηρέτησής του σε κάθε χρονική στιγμή μέσα στη μέρα, η ικανότητα απεριόριστης κίνησης και δράσης (είτε βρίσκεται μόνος, είτε με παρέα), η ικανότητα συμμετοχής στις εκάστοτε κοινωνικές, πολιτιστικές, εκπαιδευτικές ή άλλες σωματικά απαιτητικές εκδηλώσεις της ζωής, η ικανότητα ανεξάρτητης επιλογής του χρόνου, του τρόπου και του τόπου σίτισης, η ικανότητα ελεύθερης επιλογής του τρόπου ένδυσης και υπόδυσης, η ικανότητα συμμετοχής σε αθλητικές ή αγωνιστικές δραστηριότητες της αρεσκείας του, η ικανότητα ευελιξίας προγραμματισμού του χρόνου κατάκλισης και αφύπνισης μέσα στο 24ωρο, αλλά και η γενικότερη ικανοποίηση που αντλεί κανείς από καθεμιά από τις παραπάνω δραστηριότητες (Aramendi et al, 2018; Voshaar et al, 2017; Mlinac & Feng (2016). Μάλιστα, **οι παράμετροι αυτές δεν ορίζουν μόνο το επίπεδο υγείας του ατόμου, αλλά προσδιορίζουν και την ευρύτερη ποιότητα ζωής του, έτσι όπως αυτή**

νοηματοδοτείται -κάθε φορά- από το ίδιο το άτομο, κι έτσι όπως οριοθετήθηκε και αναπτύχθηκε στα παραπάνω υποκεφάλαια της παρούσας εργασίας (Post et al, 2014).

Τέλος, και σε μια ευρύτερη κλίμακα των όσων προαναφέρθηκαν, δε θα πρέπει ποτέ κανείς να ξεχνά ότι, **όταν πρόκειται για τη μελέτη του επιπέδου υγείας ενός πληθυσμού, δεν έχει σημασία μόνο ο πληθυσμός αυτός να μη νοσεί (σωστότερα: να παρουσιάζει τα χαμηλότερα δυνατά ποσοστά νοσηρότητας και θνησιμότητας), αλλά και να είναι πλήρως λειτουργικός, δηλαδή τα μέλη του να ζουν μια ικανοποιητική και πλήρη ποιότητα ζωής.**

Μία αντιπροσωπευτικότερη και πολύ πρόσφατη (Μάιος 2019) μελέτη που υποστήριξε τα παραπάνω δεδομένα ήταν αυτή των **Rejeski & Fanning**. Τα δεδομένα της συλλέχτησαν από διάφορα μοντέλα και θεωρίες που έχουν διατυπωθεί κατά καιρούς από άλλους ερευνητές με σκοπό να τεκμηριώσουν το πώς η κατάσταση της υγείας ενός ανθρώπου (στην οποία, αναπόσπαστο κομμάτι αποτελεί σίγουρα και η καθημερινή του λειτουργικότητα) επηρεάζει τελικά το επίπεδο υγείας του σε μακροχρόνια βάση. Η Εικόνα 11 αναπτύσσει τα αποτελέσματα της ανασκόπησης αυτής, με έναν πολύ ιδιαίτερο και παραστατικό τρόπο:

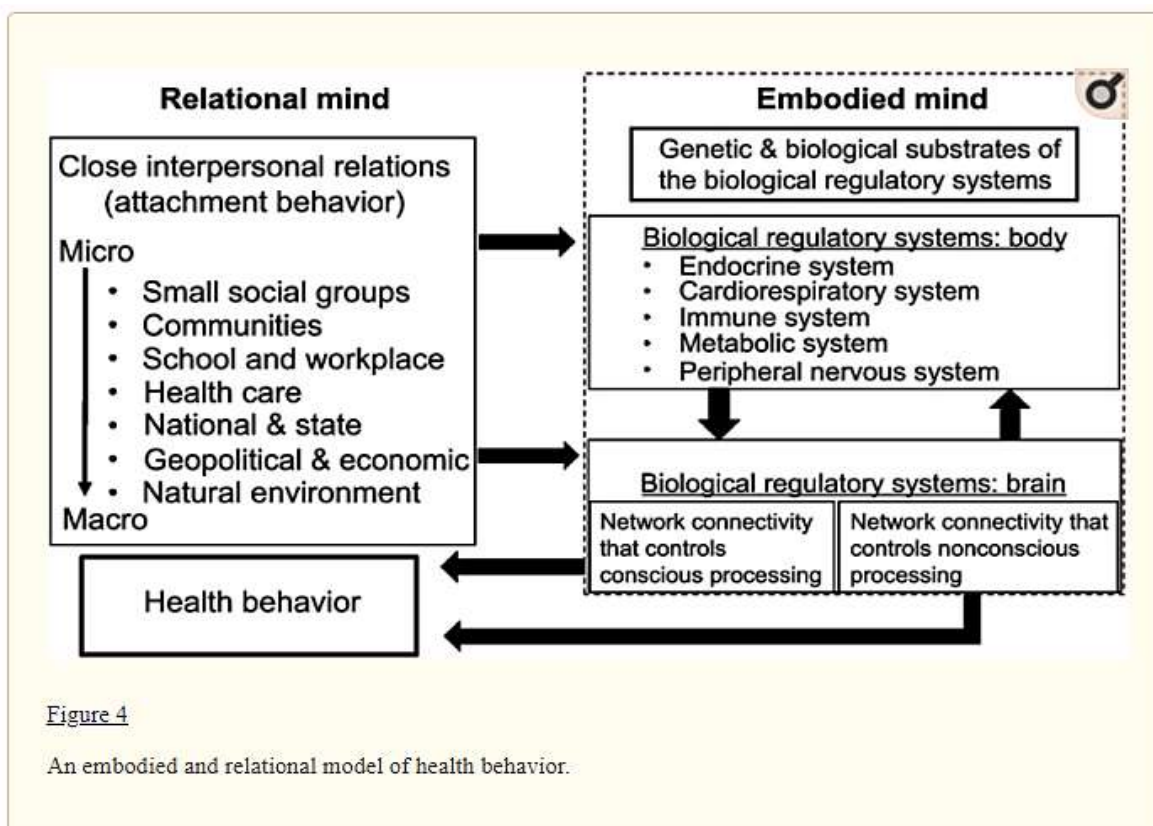


Figure 4

An embodied and relational model of health behavior.

**Εικόνα 11.** Η συμπεριφορά απέναντι στα ζητήματα τη υγείας, ως συνισταμένη διαφόρων παραγόντων, στους οποίους κυρίαρχο ρόλο κατέχει το σώμα και η

κατάσταση της υγείας (λειτουργικότητα) του κάθε ανθρώπου, στην εκάστοτε φάση της ζωής του (Πηγή: *Rejeski & Fanning, 2019*).

## **B Μέρος : Ερευνητικό**

### **1.Μεθοδολογία Έρευνας**

#### **Σκοπός της έρευνας**

Σκοπός της μελέτης, είναι να διερευνήσει και να αναδείξει, τις ανάγκες υγείας των δημοτών του δήμου Αρχανών Αστερουσίων. Πιο συγκεκριμένα, φιλοδοξεί να εκτιμήσει το επίπεδο της σωματικής και ψυχικής υγείας των δημοτών και κατά πόσο αυτό επηρεάζεται από τα προσωπικά χαρακτηριστικά τους όπως το φύλο, η ηλικία, η οικογενειακή και οικονομική τους κατάσταση, οι συνθήκες διαβίωσης τους, η χρήση των υπηρεσιών υγείας κλπ. Επίσης, ευελπιστεί μέσα από την ανάδειξη των προβλημάτων υγείας, να συμβάλει στην πρόληψη της υγείας σε επίπεδο κοινότητας.

#### **Βασικά ερευνητικά ερωτήματα**

1. Ποιό είναι το επίπεδο της σωματικής και ψυχικής υγείας των δημοτών;
2. Επηρεάζει το φύλο και η ηλικία την υγεία;
3. Πόσο επηρεάζει η οικογενειακή και επαγγελματική κατάσταση την κατάσταση της υγείας;
4. Πόσο σχετίζεται η κατάσταση της υγείας με την κατάσταση της οικίας των δημοτών;
5. Πόσο επηρεάζουν οι συνήθειες (είδος εργασίας, χρήση αλκοόλ, ποιότητα ύπνου) την κατάσταση της υγείας
6. Πόσο επηρεάζει η υποκειμενική αντίληψη της υγείας την κατάσταση της υγείας;
7. Πόσο σχετίζεται η ποιότητα ζωής με τη χρήση των υπηρεσιών υγείας (πρόληψη υγείας);
8. Πόσο σχετίζεται η νοσηρότητα με τη χρήση των υπηρεσιών υγείας;



## Πεδίο μελέτης ορισμός του δείγματος και διαδικασία

Η παρούσα έρευνα η οποία εκτιμά τις ανάγκες υγείας των δημοτών του δήμου Αρχανών Αστερουσιών και αποτελεί μέρος μια μεγαλύτερης έρευνας στο ίδιο πεδίο μελέτης η οποία μελετά τις κοινωνικές ανάγκες του δείγματος.

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στις 3 δημοτικές ενότητες του Δήμου Αρχανών Αστερουσιών: ενότητα Αρχανών, ενότητα Καζαντζάκη και ενότητα Αστερουσιών. Τον πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσαν 1000 δημότες με αναλογικό επιμερισμό από τα δημοτικά διαμερίσματα που αναφέρθηκαν. Η επιλογή έγινε βάση φύλου, ηλικιακής ομάδας και δημοτικής ενότητας με δειγματοληψία αναλογίας.

Κύριο εργαλείο της έρευνας ήταν το ερωτηματολόγιο, το οποίο συγκέντρωσε ποσοτικά και ποιοτικά δεδομένα, ώστε να εκτιμήσουμε αξιόπιστους και συγκρίσιμους δείκτες υγείας και κοινωνικής λειτουργικότητας και ευεξίας. Επίσης χρησιμοποιήσαμε, στατιστικές καταγραφές της χρήσης των υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής μέριμνας του δήμου.

Η συλλογή των πληροφοριών, έγινε μέσω προσωπικής συνέντευξης, πόρτα-πόρτα στα επιμέρους δημοτικά διαμερίσματα του Δήμου, από ομάδα φοιτητών / μελετητών στο πλαίσιο εκπόνησης πτυχιακών εργασιών. Προηγήθηκε εκπαίδευση για τη διαδικασία προσέγγισης του υπό μελέτη πληθυσμού και της χρήσης του ερωτηματολογίου.

Πιο συγκεκριμένα: Σε κάθε επαφή με κάτοικο του Δήμου Αρχανών-Αστερουσιών (τηλεφωνική ή προσωπική) για την συμμετοχή του/της στη μελέτη θα χρησιμοποιηθεί συγκεκριμένο πρωτόκολλο επικοινωνίας:

1. ταυτότητα του μελετητή (όνομα, ιδιότητα) και αναφορά στη μελέτη και τους σκοπούς της.
2. αναφορά στην πηγή των πληροφοριών μας (που βρήκαμε τα στοιχεία του): ΚΑΠΗ, Δήμος, πληροφορίες τρίτου ατόμου, συγγενείς.
3. σύντομη περιγραφή της μελέτης, με έμφαση στο δωρεάν χαρακτήρα της, καθώς και της συνέντευξης και των στοιχείων που απαιτούνται, με ιδιαίτερη αναφορά στον εμπιστευτικό χαρακτήρα των δεδομένων.
4. διασφάλιση της συναίνεσης του ατόμου (ή του ατόμου που το φροντίζει, αν αυτό είναι ανίκανο να συναινέσει), διαβεβαίωση ότι μπορεί να αρνηθεί ή να διακόψει την παροχή δεδομένων ή την κλινική εξέταση οποιαδήποτε στιγμή χωρίς άλλη

προειδοποίηση και χωρίς αυτό να επηρεάσει τυχόν άλλες παροχές από το Δήμο (π.χ. φροντίδα στο σπίτι).

5. σαφής περιγραφή των απαιτήσεων της μελέτης (π.χ. μετάβαση σε συγκεκριμένο χώρο του Δήμου Αρχάνων-Αστερουσίων για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου κ.α.).

### **Ερευνητικό εργαλείο:**

Για την συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ειδικά διαμορφωμένο εμπιστευτικό ερωτηματολόγιο, το οποίο σχεδιάστηκε ύστερα από λεπτομερή ανασκόπηση της ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας. Το ερωτηματολόγιο εκτός από τα κοινωνικο-δημογραφικά στοιχεία περιλαμβάνει μεταβλητές που αφορούν στο είδος των αναγκών, όπως επίσης και στη χρήση των παρεχόμενων υπηρεσιών του Δήμου Αρχάνων-Αστερουσίων.

Οι παράμετροι μπορούν να ομαδοποιηθούν στις ακόλουθες κατηγορίες:

#### Δημογραφικές παράμετροι και προσωπικές πληροφορίες

##### Παράμετροι νοσηρότητας, που περιλαμβάνουν:

1. Διαγνώσεις χρόνιων νοσημάτων
2. Εκτίμηση της άνοιας
3. Εκτίμηση της κατάθλιψης και της αγχώδους διαταραχής
4. Λειτουργική αξιολόγηση της κινητικότητας

##### Παράμετροι κοινωνικής κατάστασης, που περιλαμβάνουν:

1. Κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά, με ερωτήσεις σχετικά με την εργασία, την οικογενειακή κατάσταση και την οικονομική αυτονομία

2. Πληροφορίες σχετικά με την κατοικία, τις συνθήκες διαβίωσης και τους συνοικούντες.

3. Πληροφορίες σχετικές με τις κοινωνικές σχέσεις και το επίπεδο κοινωνικής στήριξης και κοινωνικής συμμετοχής.

##### Παράμετροι εκτίμησης της υγείας, που περιλαμβάνουν:

• Αυτοεκτίμηση του επιπέδου υγείας και αντιλήψεις για την υγεία και τα λειτουργικά προβλήματα.

- Δραστηριότητες της καθημερινής διαβίωσης.
- Ποιότητα του ύπνου

- Χρήση υπηρεσιών υγείας

### **Ανάλυση πληροφοριών**

Για την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS 20.0 και οι κατάλληλες στατιστικές δοκιμασίες.

### **Δυσκολίες που προέκυψαν στη διάρκεια της έρευνας**

Η δυσκολία που αντιμετωπίσαμε στην παρούσα έρευνα, ήταν κατά τη διαδικασία συλλογής των δεδομένων από το δείγμα. Η πανδημία του Covid 19, δεν επέτρεπε τη συλλογή του δείγματος, με τη μέθοδο πόρτα-πόρτα. Αρκετά μεγάλο μέρος της συλλογής του δείγματος, έγινε στα κατά τόπους γραφεία και σημεία εξυπηρέτησης των πολιτών, που βρίσκονται στις 3 δημοτικές ενότητες του δήμου και στα χωριά αυτών. Παρ' όλα αυτά αναγκαστικά προς το τέλος της συλλογής του δείγματος έγιναν κάποιες συνεντεύξεις πόρτα πόρτα, διότι το δείγμα που είχαμε συλλέξει δεν ανταποκρινόταν πλήρως στα απαιτούμενα χαρακτηριστικά (ηλικία, φύλο,). Ωστόσο πραγματοποιήσαμε τις συνεντεύξεις με τα απαιτούμενα μέτρα για την αποφυγή εξάπλωσης του ιού. (μάσκες, αποστάσεις, συνεντεύξεις σε εξωτερικούς χώρους π.χ. αυλές, βεράντες κλπ.) Επίσης, σε μικρότερο ωστόσο βαθμό, έγιναν και κάποιες συνεντεύξεις μέσω τηλεφωνικής επικοινωνίας.

## 2 . Αποτελέσματα έρευνας

### Περιγραφή δημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος

Σε αυτό σημείο, περιγράφουμε τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος.

#### Π1 .Δημοτική ενότητα

	Frequency	Percent
Αρχανών	316	31,6
Αστερουσίων	325	32,5
Καζαντζάκη	360	36,0
Total	1001	100,0

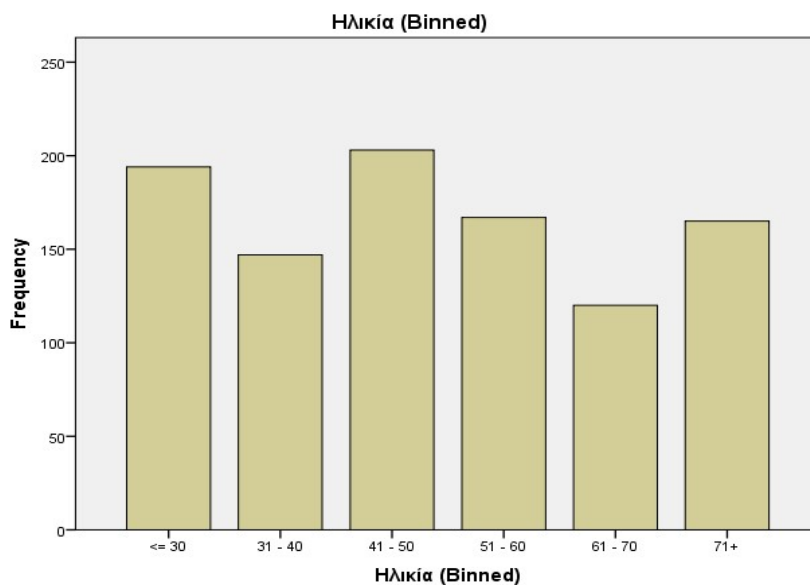
#### Φύλο

Το δείγμα μας μοιράζεται ανάμεσα στα δύο φύλα και έχουμε το 50,2 % για τους άντρες και το 49,8 % για τις γυναίκες. Γεγονός αναμενόμενο, εφόσον η έρευνα έγινε με αναλογικό επιμερισμό.

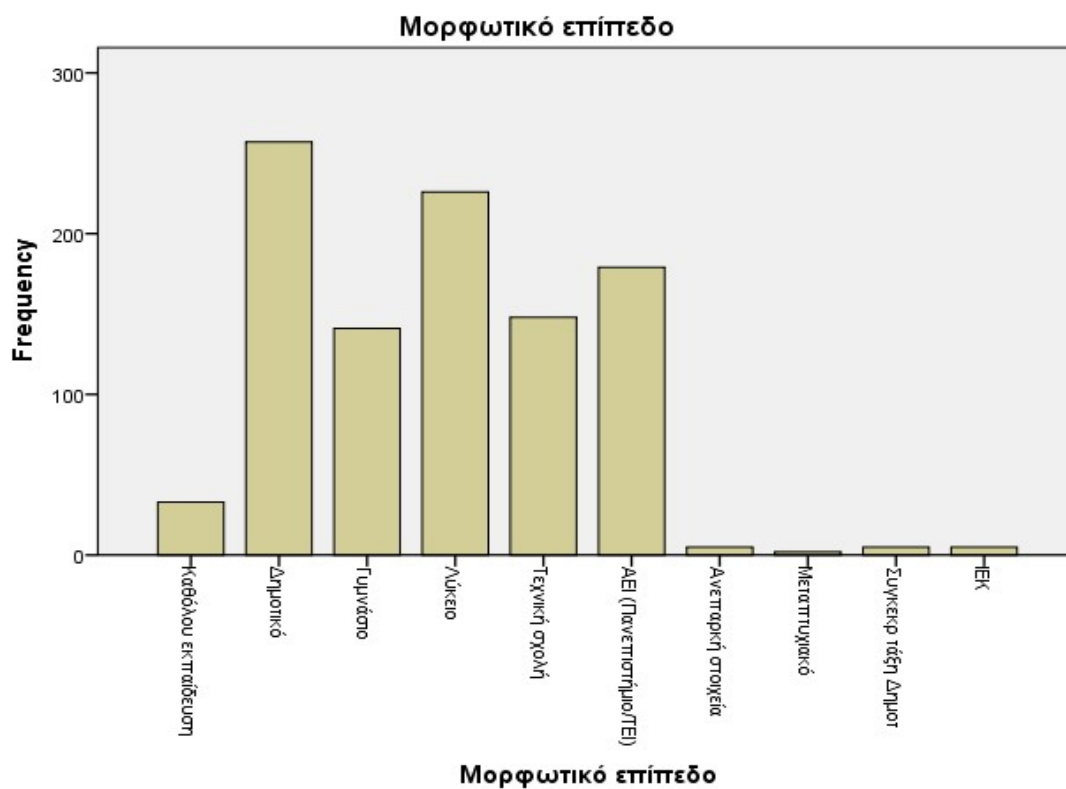
#### Ηλικία

Η ηλικιακή κατανομή του δείγματος είναι η εξής: ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό του δείγματος είναι μέσης ηλικίας στην ομάδα 41 έως 50(203 άτομα) συγκεκριμένα η διάμεση ηλικία είναι τα 48 έτη (εύρος ηλικιών από 18 μέχρι 93 ετών),

ακολουθεί η ηλικιακή ομάδα από 18 έως 30 (194), έπεται η ηλικιακή ομάδα των 51 έως 60(167) μαζί με την ηλικιακή ομάδα των 71+ (165) και τέλος η ομάδα 31 έως 40 και η ομάδα 61 έως 70.



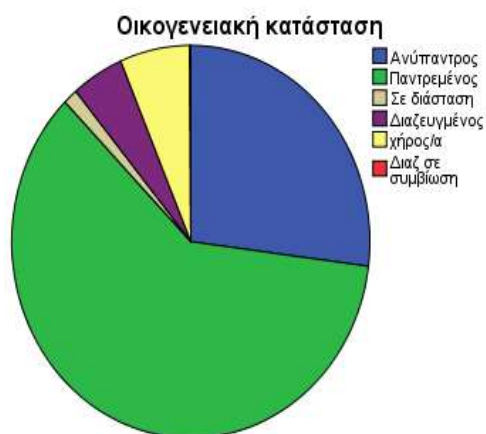
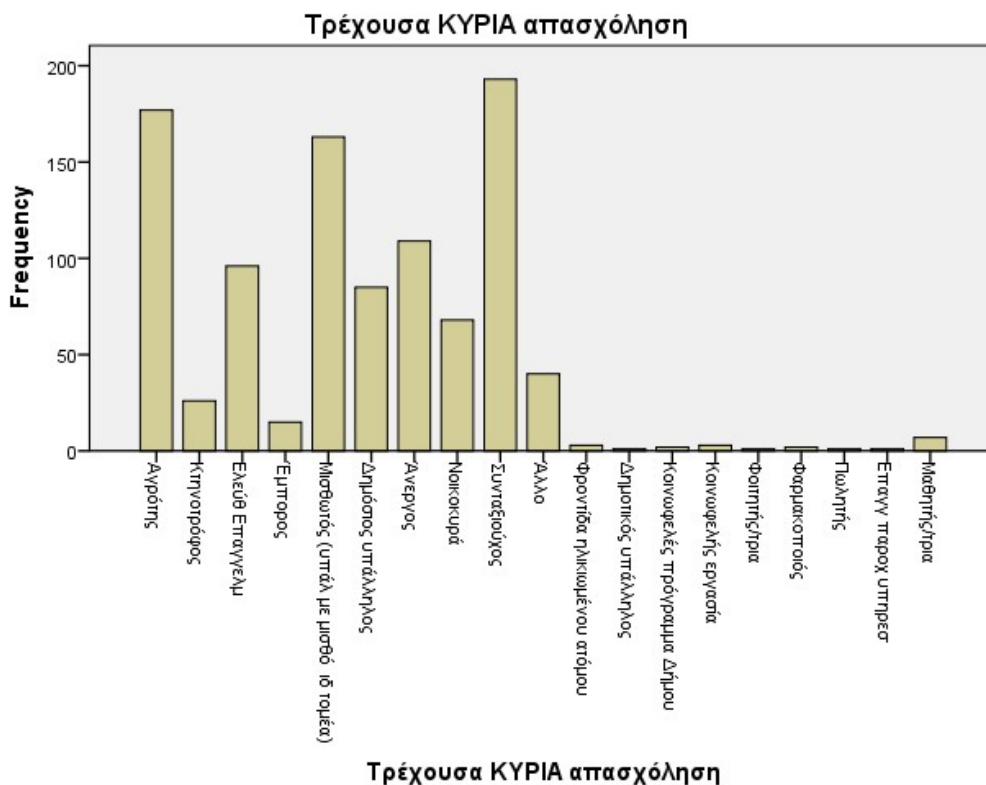
### Μορφωτικό επίπεδο



Όσον αφορά το μορφωτικό επίπεδο του δείγματος αρκετά μεγάλο ποσοστό δηλώνουν απόφοιτοι Δημοτικού, συγκεκριμένα το 25,7 % , το αμέσως επόμενο μεγάλο ποσοστό 22,6 % δήλωσε απόφοιτο Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, ενώ το 17,9 % απόφοιτο Τριτοβάθμιας εκπαίδευσης.

## Τρέχουσα κύρια απασχόληση

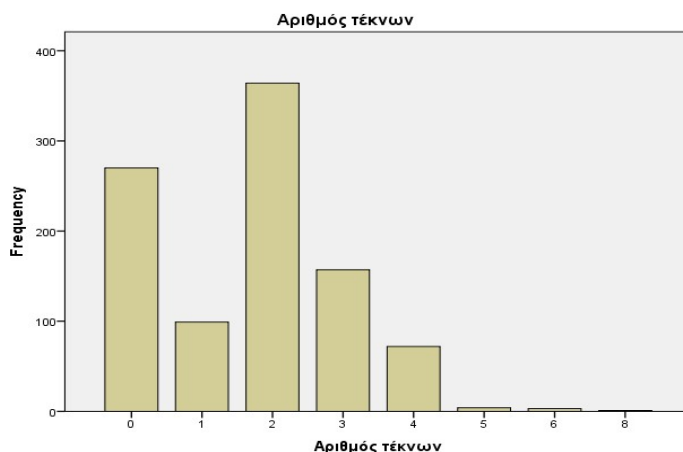
Έπειτα σχετικά με την **τρέχουσα κύρια απασχόληση**, παρατηρούμε από το παρακάτω ραβδόγραμμα, ότι τα μεγαλύτερα ποσοστά βρίσκονται στους συνταξιούχους, στους αγρότες και στους ιδιωτικούς υπαλλήλους, με τους ανέργους να έπονται στη σειρά κατανομής των ποσοστών.



## Οικογενειακή κατάσταση

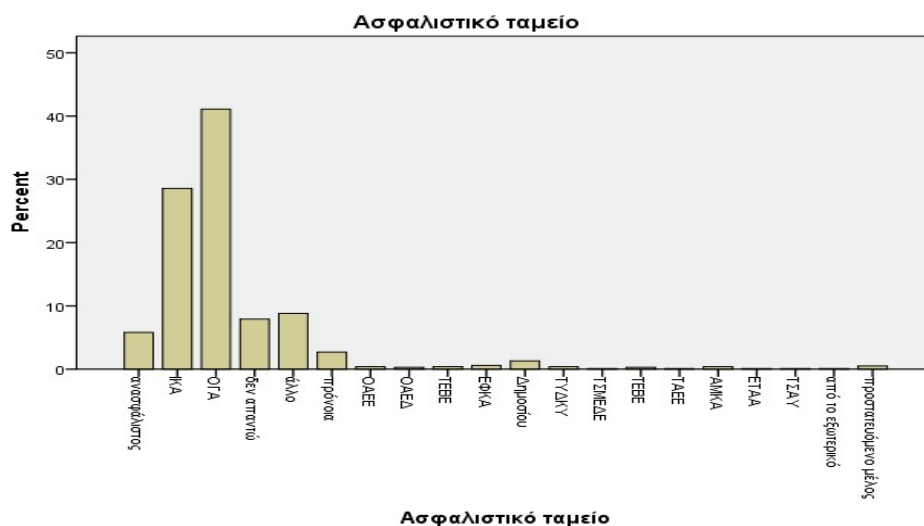
Η οικογενειακή κατάσταση των ερωτώμενων, είναι η εξής: το 60,5% είναι έγγαμοι, το 27% άγαμοι, το 13% σε διάσταση, το 4,7% διαζευγμένοι, και το 6,3% χηρεύσαντες.

## Αριθμός Τέκνων



Σχετικά με την κατανομή του αριθμού των παιδιών, είναι αντιληπτό ότι το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος έχει 2 παιδιά (36,4%), με το αμέσως επόμενο ποσοστό να ανήκει σε αυτούς που δεν έχουν παιδιά (27%). Έπονται εκείνοι που έχουν 3 παιδιά (15,7%), ενώ εκείνοι με 4 ή 1 παιδί ανήκουν στα χαμηλότερα ποσοστά του δείγματος.

## Ασφαλιστική κάλυψη



Η ασφαλιστική κάλυψη των ερωτώμενων, έχει ως εξής: το μεγαλύτερο ποσοστό έχει το ασφαλιστικό ταμείο του Ο.Γ.Α., έπονται εκείνοι με ταμείο του

I.K.A., και ακολουθούν εκείνοι με κάποιο άλλο ασφαλιστικό ταμείο, οι ανασφάλιστοι και εκείνοι που έχουν στήριξη από την πρόνοια σε χαμηλά ποσοστά.

### **Ερώτημα 1<sup>ο</sup>: Επίπεδο σωματικής και ψυχικής υγείας των δημοτών**

Παρακάτω θα εξετάσουμε τα ποσοστά των δημοτών που απάντησαν σε κάποιες ερωτήσεις σχετικά με την κατάσταση της υγείας τους, προκειμένου να καταλήξουμε σε ασφαλή συμπεράσματα, για τη γενικότερη κατάσταση της υγείας -σωματικής και ψυχικής- του πληθυσμού του δήμου των Αρχανών Αστερουσίων.

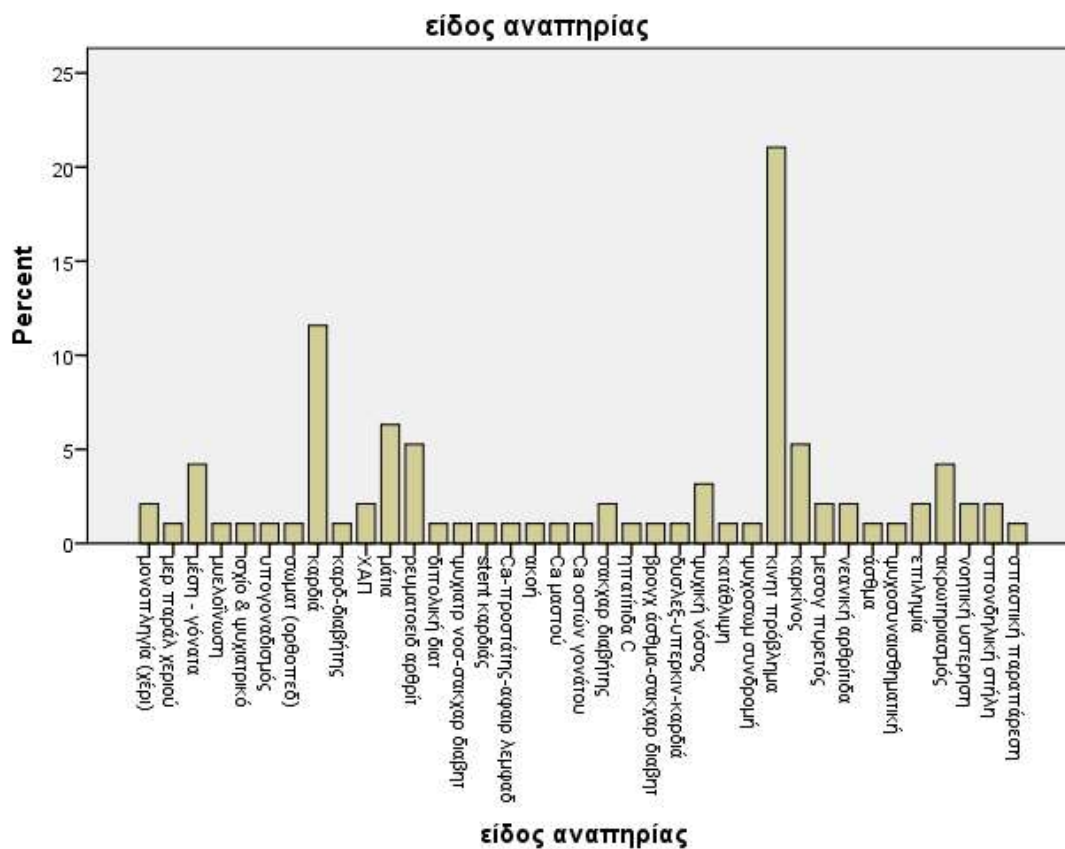
Στο ερώτημα λοιπόν : «Έχετε κάποια αναπηρία;» σε σύνολο 990 ατόμων , το 10,7% (106 άτομα) απάντησαν πως ναι έχουν κάποια αναπηρία, ενώ οι 884 όχι. Επιπλέον, στο ερώτημα «Έχετε κάποιο χρόνια πρόβλημα υγείας ή κάποια χρόνια πάθηση;» σε δείγμα 1000 ατόμων, το 21,6 % δήλωσε πως έχει κάποιο χρόνια πρόβλημα υγείας ενώ το 53,2% πως όχι, ενώ το 25,2% ανήκει στις ελλειπής απαντήσεις.

#### **Π.2. Αναπηρία και χρόνια πρόβλημα υγείας.**

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Αναπηρία	10,6%	88,3%
χρόνιο πρόβλημα υγείας	21,6%	53,2%

Από αυτούς οι 20 αναφέρθηκαν σε κάποιο **κινητικό πρόβλημα**, 11 άτομα αναφέρθηκαν σε **καρδιολογικά προβλήματα**, ενώ αρκετοί αναφέρθηκαν σε **οφθαλμολογικά προβλήματα**, σε **καρκίνο** και σε **ρευματοειδή αρθρίτιδα**. Κάποια άτομα αναφέρθηκαν σε ψυχιατρικά-ψυχολογικά προβλήματα, σε μυικά προβλήματα, αναπηρίες, επίσης σε ΧΑΠ -άσθμα.





### Περιορισμός δυσκολία εκτέλεσης δραστηριοτήτων

Στο ερώτημα : «Εξαιτίας του παραπάνω προβλήματος υγείας, **έχετε περιορίσει ή δυσκολεύεστε να εκτελέσετε** κάποιες από τις συνήθεις δραστηριότητές;» Το 26,4 % απάντησε πως δεν δυσκολεύεται καθόλου, το 6,3 % πάρα πολύ και το 8,4 % όχι πάρα πολύ.(πίνακας 3)

### Π.3 Περιορισμός εκτέλεσης δραστηριοτήτων

	Percent
καθόλου	26,4
όχι πάρα πολύ	8,4
πάρα πολύ	6,3
Total	41,1
M.System	58,9
Total	100,0

## Φάρμακα

Το 40% παίρνουν κάποιο φάρμακο το τελευταίο εξάμηνο και καλύπτεται από την ασφάλιση (83%), με δικά τους έξοδα (36%) ή με το κοινωνικό φαρμακείο (μόνο 2%). Από αυτό το 40% που λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή, το 17,2% είναι φάρμακο για την πίεση, το 7,4% είναι για σάκχαρο, το 3,5 %για το κυκλοφορικό, το 3,2% για αρθρίτιδα, και το 13,8 % για άλλες παθήσεις.

## Νοσηλείες

Το 5,9 % έχει νοσηλευτεί τον τελευταίο χρόνο (59 άτομα), Οι λόγοι νοσηλείας,είναι οι εξής: 17 άτομα δήλωσαν λόγους **παχυσαρκίας**, 11 άτομα δήλωσαν **καρδιολογικά** προβλήματα, 7 άτομα λόγω **εγχείρησης**.

## Εγχειρίσεις

Το 14,6 % δήλωσε ότι έχει εγχειριστεί εστω μια φορά, 2 φορές έχει εγχειριστεί το 5,4%, ενώ 3 φορές το 1,6 %. Οι λόγοι των επεμβάσεων είναι κυρίως : καισαρική τομή 40 άτομα, 26 περιπτώσεις επέμβασης στη χολή, 23 περιπτώσεις επέμβασης σκωληκοειδίτιδας, 18 επεμβάσεις καρδιάς και 18 επεμβάσεις για θυρεοειδίτιδα.

## Ψυχική υγεία

Στη συνέχεια, θα γίνει παρουσίαση αποτελεσμάτων σχετικά με την εικόνα της ψυχικής υγείας των δημοτών.

Σε ερώτημα που αφορά την διάθεση των δημοτών με απαντήσεις: «πολύ άσχημα, μάλλον άσχημα, έτσι κι έτσι, μάλλον καλά, πολύ καλά,» οι συχνότερες απαντήσεις παρουσιάζονται στον παρακάτω πίνακα. Αυτό που παρατηρούμε είναι ότι συχνότερα απαντούν **πολύ καλά** με ποσοστό 33,7%, και με ποσοστό **έτσι κι έτσι** το 31,3 %.

(πίνακας 4)

#### Π4. Κέφι/διάθεση

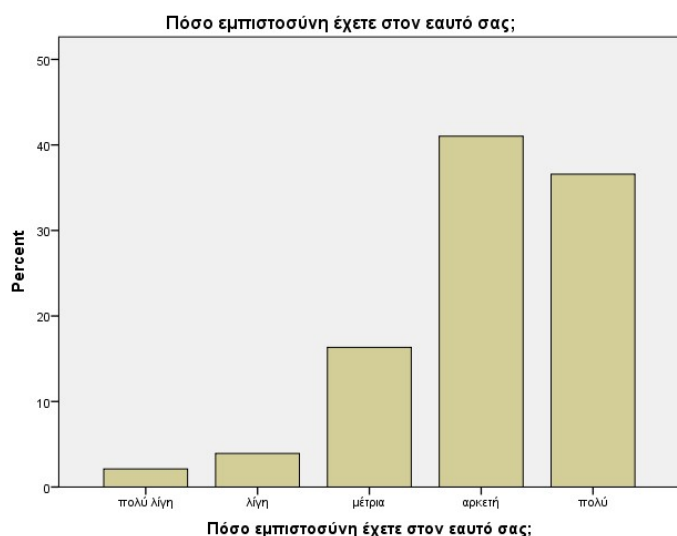
	Percent
πολύ άσχημα	2,3
μáλλον άσχημα	3,7
έτσι κι έτσι	31,3
μáλλον καλά	28,2
πολύ καλά	33,7
Total	99,1
Missing System	,9
Total	100,0

#### Μνήμη

Στην ερώτηση : «θυμάμαι πρόσφατα γεγονότα αλλά όχι τα παλιότερα» απάντησε ναι το 21,1 % του δείγματος, ενώ το 14,4 % του δείγματος απάντησε Ναι στο ερώτημα : «θυμάμαι παλιότερα γεγονότα, αλλά όχι πρόσφατα». Τέλος το 9,7% του δείγματος απάντησε Ναι στο ερώτημα : «ξεχνάω ημέρες, μήνες, σημαντικές ημερομηνίες».

#### Αυτοεκτίμηση

Παρατηρούμε από το παρακάτω ραβδόγραμμα πως αρκετά μεγάλο ποσοστό έχει αρκετή εμπιστοσύνη στον εαυτό του(40,7%), έπειτα το ποσοστό εκείνων με πολύ εμπιστοσύνη (36,3%), έπειτα εκείνοι με μέτρια εμπιστοσύνη (16,2%) και τέλος εκείνοι με λίγη (3,9) και πολύ λίγη εμπιστοσύνη με το χαμηλότερο ποσοστό (2.1%).



### Χαρακτηρισμός της κατάστασης της υγείας

Στην ερώτηση πως θα χαρακτηρίζατε την υγεία σας σήμερα το 45% πιστεύει ότι είναι σε πολύ καλή κατάσταση, το 28,1 % θεωρεί ότι είναι σε μέτρια κατάσταση, το 20,3% σε πολύ καλή κατάσταση, το 3,5 % σε κακή και το 2,9% σε πολύ κακή κατάσταση.

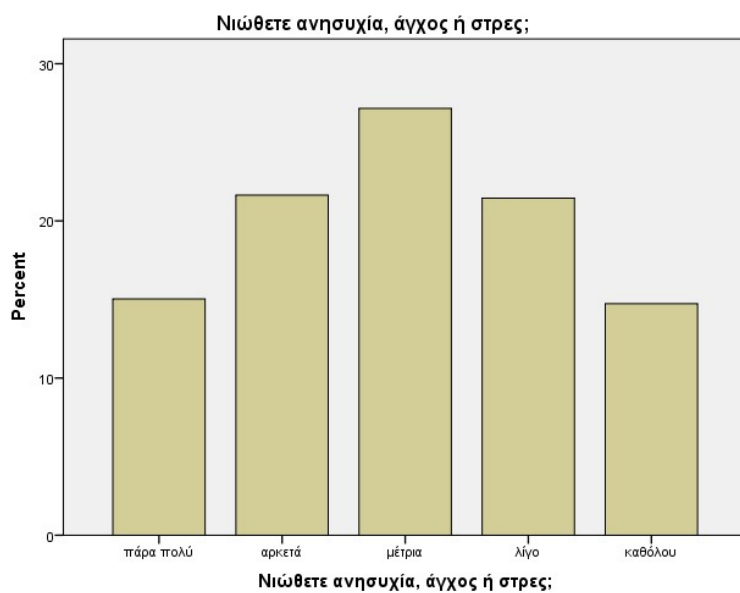
#### Π.5. Προσωπική αντίληψη της υγείας

		Frequency	Percent
Valid	πολύ καλή	203	20,3
	καλή	450	45,0
	μέτρια	281	28,1
	κακή	35	3,5
	πολύ κακή	29	2,9
	Total	998	99,7
Missing	System	3	,3
Total		1001	100,0

### Ανησυχία, άγχος, στρες

Στην επόμενη ερώτηση «νιώθετε, ανησυχία, άγχος ή στρες» έχουμε την εξής κλίμακα απαντήσεων: «πάρα πολύ , αρκετά, μέτρια, λίγο, καθόλου». Όπως παρατηρούμε στο παρακάτω ραβδόγραμμα οι περισσότεροι ερωτώμενοι απάντησαν μέτρια 27,1%,

αρκετά και λίγο σε παρόμοιο ποσοστό 21,6 και 21,4 αντίστοιχα και τέλος καθόλου και πάρα πολύ επίσης σε παρόμοια ποσοστά 14,7% και 15% αντίστοιχα.



## Νευρικήτητα

Στην ερώτηση «έχετε νεύρα» ,με κλίμακα πολλά, αρκετά, μέτρια, λίγα, καθόλου, παρατηρούμε και από τον παρακάτω πίνακα οι περισσότεροι απάντησαν μέτρια (28,5%), η αμέσως επόμενη συχνότερη απάντηση είναι λίγα (28,3%). Έπεται σε συχνότητα η απάντηση αρκετά (16,7 %), καθόλου (15,4% ) και πολλά (11.1%).

### Π. 6. Νεύρα

Πολλά	Αρκετά	Μέτρια	Λίγα	Καθόλου
11,1	16,7	28,5	28,3	15,4

	Frequency	Percent
Valid πολύ άσχημα	19	1,9
μάλλον άσχημα	58	5,8
έτσι κι έτσι	304	30,4
μάλλον καλά	284	28,4
πολύ καλά	328	32,8
Total	993	99,2
Missing System ng	8	,8
Total	1001	100,0

## Π. 7. Ύπνος

Σχετικά με την ποιότητα του ύπνου, και στο ερώτημα : «πως είναι ο ύπνος σας» το μεγαλύτερο ποσοστό απάντησε **πολύ καλά** το 32.8% ενώ αμέσως μετά ακολουθεί η απάντηση **έτσι κι έτσι** σε ποσοστό 30.4 %, έπεται το **μάλλον καλά** σε ποσοστό 28,4%, **μάλλον άσχημα** το 5,8% και **πολύ άσχημα** το 1,9%.

## Σημασία ελέγχου της υγείας

Στην ερώτηση του πόσο σημαντικό είναι να ελέγχει κάποιος την υγεία του με κλίμακα από καθόλου έως πολύ οι περισσότεροι απάντησαν πολύ σε συντριπτικό ποσοστό 59,6 %. Έπειτα σε ποσοστό 27% απάντησαν αρκετά, με τα λιγότερα ποσοστά σε μέτρια, ελάχιστα και καθόλου.

## Π.7 Σημασία ελέγχου της υγείας

	Frequency	Percent
Valid καθόλου	3	,3
ελάχιστα	13	1,3
μέτρια	101	10,1
αρκετά	270	27,0
πολύ	597	59,6
Total	984	98,3
Missing System	17	1,7
Total	1001	100,0

### Ενημέρωση για προβλήματα υγείας

Η ενημέρωση για τα προβλήματα που έχουν οι δημότες μοιάζει αρκετά ικανοποιητική εφόσον οι περισσότεροι δηλώνουν ότι είναι αρκετά ενημερωμένοι (38,3%), πολύ ενημερωμένοι (24,1%), μέτρια ενημερωμένοι (22,3%). Σε πολύ χαμηλά ποσοστά βρίσκονται οι ελάχιστα ενημερωμένοι (5%) και οι καθόλου (2,7%).

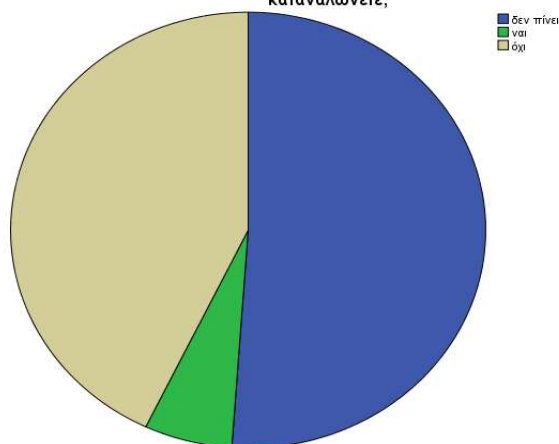
		Frequency	Percent
Valid	καθόλου	27	2,7
	ελάχιστα	50	5,0
	μέτρια	223	22,3
	αρκετά	383	38,3
	πολύ	241	24,1
	Total		924
Missing	System	77	7,7
Total		1001	100,0

Π.8 Ενημέρωση για τα προβλήματα υγείας.

### Κατανάλωση αλκοόλ

Σχετικά με την κατανάλωση του αλκοόλ, το 40,8 % δήλωσε ότι δεν νοιώθει ότι πρέπει να μειώσουν το αλκοόλ που καταναλώνει, το 5,7 των ατόμων δήλωσαν ότι πρέπει να μειώσουν το αλκοόλ που καταναλώνουν και το 48,6 % ότι δεν πίνει.

Την τρέχουσα περίοδο έχετε νιώσει ότι πρέπει να μειώσετε το αλκοόλ που καταναλώνετε;



## Π.9 Χρήση Υπηρεσιών υγείας

	ποτέ/σπάνια	Μερικές φορές	συχνά/πολύ συχνά
Αγροτικό Ιατρείο	53,1%	29,6%	17,3%
ΚΑΠΗ	88,2%	7,8%	4%
Βοήθεια στο σπίτι	87,4%	6,9%	5,6%
ΚΗΦΗ	98,4%	0,6%	1%
Κινητή Μονάδα Ψ.Υ.	97,6%	1,2%	1,2%

## Π . 10. Λόγοι μη χρήσης των υπηρεσιών υγείας

	Δεν χρειάζεται ή δεν μου προσφέρει κάτι	Δεν μπορώ να μεταβώ
Αγροτικό Ιατρείο	89,9%	3,5%
ΚΑΠΗ	95,2%	2,9%
Βοήθεια στο σπίτι	98%	0,3%
ΚΗΦΗ	87,8%	2,7%
Κινητή Μονάδα Ψ.Υ.	97,8%	0,6%

## Π 11. Εκφρασμένες ανάγκες των δημοτών που αφορούν την υγεία

Έλλειψη δομών φροντίδας Ψυχ. ασθενών	15.2%
Έλλειψη χώρων ψυχαγωγίας	29%
Έλλειψη αθλητικών χώρων	20.1%



## Π.12. Αναγκαίες Παρεμβάσεις εκφρασμένες από τους δημότες

Στήριξη ψυχ. ασθενών και αναπήρων	25.9%
Δημιουργία χώρων ψυχαγωγίας	47.7%
Δημιουργία αθλητικών χώρων	34.1%
Δράσεις προαγωγής της υγείας και πρόληψης παραβατικότητας	18.3%

## Ερώτημα 2<sup>ο</sup> : Συσχετισμός φύλου και υγείας με κατάσταση υγείας.

### Φύλο σε σχέση με την υγεία

Για τη συσχέτιση του φύλου και της ηλικίας με την υγεία, δημιουργήθηκε μια νέα ποσοτική μεταβλητή με κλίμακα 0 – 27. Η ερώτηση E1 η οποία περιελάμβανε τα εξής ερωτήματα

Πόσο συχνά κατά τις τελευταίες 2 εβδομάδες.....πόσο συχνά σας απασχόλησαν τα παρακάτω προβλήματα

(E1.1) Δεν νιώθατε ενδιαφέρον ή ευχαρίστηση να κάνετε απλά καθημερινά πράγματα

(E1.2) Δεν είχατε διάθεση ή νιώθατε απελπισμένος

(E1.3) Είχατε δυσκολία να αποκοιμηθείτε ή να μείνετε ξύπνιος ή κοιμόσασταν για πολλές ώρες

(E1.4) Νιώθατε κουρασμένος ή είχατε λίγη ενέργεια

(E1.5) Δεν είχατε όρεξη για φαγητό ή αντίθετα θέλατε να τρώτε συνέχεια

(E1.6) Νιώθατε άσχημα για τον εαυτό σας ή νιώθατε αποτυχημένος επειδή απογοητεύσατε τον εαυτό σας ή την οικογένειά σας

(E1.7) Είχατε δυσκολία να συγκεντρωθείτε σε κάτι όπως στο διάβασμα μιας εφημερίδας ή η στην παρακολούθηση τηλεόρασης

(E1.8) Η κίνησή και η ομιλία σας ήταν τόσο αργή που άλλα άτομα θα το παρατηρούσαν ή αντίθετα ήσασταν υπερκινητικός, περισσότερο από το συνηθισμένο

(E1.9) Κάνετε σκέψεις ότι θα ήταν καλύτερα τα πράγματα αν δεν ήσασταν ζωντανός ή σκέψεις να κάνετε κακό στον εαυτό σας και με απαντήσεις « 0)Ποτέ 1)Πολλές μέρες 2) πολύ συχνά αν όχι πάντα 3)Κάθε μέρα» χρησιμοποιήθηκε για να υπολογιστεί η κατάθλιψη (με άθροισμα των υποερωτήσεων).

Χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος  $X^2$  , το t-test, η ANOVA ή ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman.

Από τη συσχέτιση των μεταβλητών που αφορούν τη διάθεση, τον ύπνο και την εμπιστοσύνη οι άντρες είχαν λίγο μεγαλύτερη μέση τιμή από τις γυναίκες. Όσον αφορά το άγχος, οι άνδρες είχαν μεγαλύτερη μέση τιμή από τις γυναίκες. Στην κλίμακα κατάθλιψης οι γυναίκες έχουν πολύ μεγαλύτερη μέση τιμή από τους άνδρες (4,96 έναντι 3,18)

### Ηλικία και υγεία

Ο μέσος όρος ηλικίας αυτών που έχουν κάποια αναπηρία είναι 62,3 έτη ενώ αυτών που δεν έχουν είναι 47,7 έτη.

Ο μέσος όρος ηλικίας αυτών που έχουν χρόνιο πρόβλημα είναι 61,9 έτη ενώ αυτών που δεν έχουν είναι 46,7 έτη.

Ο μέσος όρος ηλικίας αυτών που έχουν περιορίσει πάρα πολύ ή όχι παρα πολύ τις δραστηριότητες είναι 65 και 60,5 έτη ενώ αυτών που δεν έχουν περιορίσει καθόλου είναι 49,2 έτη.

Ο μέσος όρος ηλικίας αυτών που έχουν παίρνουν φάρμακα είναι 62,3 έτη ενώ αυτών που δεν έχουν είναι 40,8 έτη.

Ο μέσος όρος ηλικίας αυτών που έχουν νοσηλευτεί είναι 54,9 έτη ενώ αυτών που δεν έχουν είναι 49 έτη.

Στις περιπτώσεις που ο συντελεστής συσχέτισης ήταν στατιστικά σημαντικός είχε αρνητικό πρόσημο, που σημαίνει ότι όσο αυξάνει η ηλικία τόσο το κέφι/ο ύπνος/ η εμπιστοσύνη μειώνονται. Οι τιμές του συντελεστή ήταν πάντως χαμηλές (-0,101 , - 0,149 και -0,121 αντίστοιχα)

Δεν βρέθηκε σχέση ανάμεσα στην ηλικία και την κατάθλιψη.

Ερώτημα 3<sup>ο</sup> :Σχέση οικογενειακής και επαγγελματικής κατάστασης με την κατάσταση της υγείας.

Αρχικά, φτιάξαμε μια καινούργια μεταβλητή, κατατάσσοντας τα επαγγέλματα σε 5 κατηγορίες, προκειμένου να γίνει η διασταύρωση των επαγγελμάτων με τις μεταβλητές της υγείας.

Π.13 Αναπηρία

	Έχετε κάποια αναπηρία;	
	όχι	ναι
Αγρότες-Κτηνοτρόφοι	93,0%	7,0%
Ελεύθεροι Επαγγελματίες	92,0%	8,0%
Δημόσιο	96,0%	4,0%
Άνεργοι	89,1%	10,9%
Συνταξιούχοι	74,3%	25,7%
Total	89,1%	10,9%

Οι συνταξιούχοι εμφανίζουν αναπηρία σε ποσοστό 26% σε σχέση με τις άλλες κατηγορίες που είναι πιο χαμηλά (7%-11%)

Π. 14 χρόνιο πρόβλημα υγείας

	χρόνιο πρόβλημα υγείας;	
	όχι	ναι
Αγρότες-Κτηνοτρόφοι	77,1%	22,9%
Ελεύθεροι Επαγγελματίες	76,7%	23,3%
Δημόσιο	83,8%	16,2%
Άνεργοι	73,0%	27,0%
Συνταξιούχοι	44,9%	55,1%
Total	70,9%	29,1%

Οι συνταξιούχοι εμφανίζουν χρόνιο πρόβλημα υγείας σε ποσοστό 55% σε σχέση με τις άλλες κατηγορίες που είναι πιο χαμηλά (16%-27%)

Π.15

	περιορισμός ή δυσκολία εκτέλεσης δραστηριοτήτων		
	καθόλου	όχι πάρα πολύ	πάρα πολύ
Αγρότες- Κτηνοτρόφοι	69,9%	20,5%	9,6%
Ελεύθεροι Επαγγελματίες	72,9%	20,8%	6,2%
Δημόσιο	86,1%	5,6%	8,3%
Άνεργοι	61,0%	23,2%	15,9%
Συνταξιούχοι	45,0%	29,2%	25,8%
Total	63,8%	21,0%	15,2%

Οι συνταξιούχοι εμφανίζουν επίσης δυσκολία εκτέλεσης δραστηριοτήτων σε ποσοστό 26% σε σχέση με τις άλλες κατηγορίες που είναι πιο χαμηλά (6%-16%)

#### Π. 16 Ιατρική παρακολούθηση για το παραπάνω πρόβλημα υγείας

	Ιατρική παρακολούθηση για το παραπάνω πρόβλημα υγείας		
	όχι	ναι	δεν έχω πρόβλημα για παρακολούθη- ση
Αγρότες-Κτηνοτρόφοι	15,0%	36,2%	48,8%
Ελεύθεροι Επαγγελματίες	20,8%	26,4%	52,8%
Δημόσιο	20,1%	20,8%	59,0%
Άνεργοι	28,2%	37,3%	34,5%
Συνταξιούχοι	9,6%	66,4%	24,0%
Total	18,0%	38,9%	43,1%

Μεγαλύτερα ποσοστά στην ιατρική παρακολούθηση του προβλήματος υγείας παρουσιάζουν οι συνταξιούχοι (66%) ενώ οι εργαζόμενοι στο δημόσιο, οι ελεύθεροι επαγγελματίες και οι αγρότες-κτηνοτρόφοι δεν έχουν πρόβλημα για παρακολούθηση (49%-59%)

Π. 17 Λήψη φαρμάκων τελευταίο εξάμηνο

	Παίρνετε φάρμακα το τελευταίο εξάμηνο;		Total
	όχι	ναι	
Αγρότες-Κτηνοτρόφοι	64,5%	35,5%	100,0%
Ελεύθεροι Επαγγελματίες	70,4%	29,6%	100,0%
Δημόσιο	78,3%	21,7%	100,0%
Άνεργοι	61,6%	38,4%	100,0%
Συνταξιούχοι	20,7%	79,3%	100,0%
	59,4%	40,6%	100,0%

Οι συνταξιούχοι παίρνουν φάρμακα σε ποσοστό 79% σε σχέση με τις άλλες κατηγορίες που είναι πιο χαμηλά (22%-38%)

Π. 18 Νοσηλείες τον τελευταίο χρόνο

	Έχετε νοσηλευτεί κατά τον τελευταίο χρόνο;	
	όχι	ναι
Αγρότες-Κτηνοτρόφοι	96,1%	3,9%
Ελεύθεροι Επαγγελματίες	92,2%	7,8%
Δημόσιο	96,4%	3,6%
Άνεργοι	94,6%	5,4%
Συνταξιούχοι	90,2%	9,8%
	94,2%	5,8%

Οι συνταξιούχοι έχουν νοσηλευτεί σε ποσοστό 10% σε σχέση με τις άλλες κατηγορίες που είναι πιο χαμηλά (3,6%-7,8%)

Π. 19 Κέφι/διάθεση

A10_NEW_CODES	N	Subset for alpha = 0.05		
		1	2	3
Άνεργοι	184	3,69		
Αγρότες-Κτηνοτρόφοι	202	3,70		
Συνταξιούχοι	192	3,82	3,82	
Ελεύθεροι Επαγγελματίες	113		4,00	4,00
Δημόσιο	247			4,15
Sig.		,711	,439	,633

Οι δημόσιοι υπάλληλοι και οι ελεύθεροι επαγγελματίες έχουν πιο καλή διάθεση από ανέργους, αγρότες-κτηνοτρόφους και συνταξιούχους

Π. 20 Ύπνος

A10_NEW_CODES	N	Subset for alpha = 0.05
		1
Αγρότες-Κτηνοτρόφοι	202	3,71
Άνεργοι	182	3,75
Συνταξιούχοι	191	3,77
Ελεύθεροι Επαγγελματίες	114	3,99
Δημόσιο	248	4,00
Sig.		,066

Παρότι η ANOVA έδωσε στατιστικά σημαντικό p, με τον έλεγχο Tukey δεν εντοπίστηκαν διαφορές. Φαίνεται μόνο ότι οι Δημόσιοι υπάλληλοι και οι ελεύθεροι επαγγελματίες έχουν γενικά καλύτερο ύπνο από τους αγρότες-κτηνοτρόφους και τους ανέργους.

Π. 21 Εμπιστοσύνη

A10_NEW_CODES	N	Subset for alpha = 0.05	
		1	2
Άνεργοι	184	3,88	
Συνταξιούχοι	189	3,96	3,96
Αγρότες-Κτηνοτρόφοι	203	4,05	4,05
Δημόσιο	247	4,15	4,15
Ελεύθεροι Επαγγελματίες	113		4,21

Sig.		,055	,092
------	--	------	------

Οι ελεύθεροι επαγγελματίες έχουν πιο πολύ εμπιστοσύνη στον εαυτό τους σε σχέση με τους ανέργους.

#### Π. 22 Ανησυχία άγχος/στρες

A10_NEW_CODES	N	Subset for alpha = 0.05	
		1	2
Άνεργοι	183	2,74	
Ελεύθεροι Επαγγελματίες	115	2,80	
Δημόσιο	249	2,98	2,98
Αγρότες-Κτηνοτρόφοι	203	3,08	3,08
Συνταξιούχοι	192		3,26
Sig.		,075	,243

Οι συνταξιούχοι έχουν περισσότερο στρες σε σχέση με τους ανέργους και τους ελεύθερους επαγγελματίες.

#### Σημασία ελέγχου υγείας

##### Π.23 σημασία ελέγχου της υγείας

A10_NEW_CODES	N	Subset for alpha = 0.05	
		1	2
Αγρότες-Κτηνοτρόφοι	200	4,31	
Άνεργοι	182	4,38	4,38
Ελεύθεροι Επαγγελματίες	112	4,49	4,49
Συνταξιούχοι	189		4,56
Δημόσιο	245		4,58
Sig.		,156	,089

Οι εργαζόμενοι στο δημόσιο, οι συνταξιούχοι, οι ελεύθεροι επαγγελματίες και οι άνεργοι δίνουν μεγάλη σημασία στον έλεγχο της υγείας σε σχέση με τους αγρότες-κτηνοτρόφους.

Αρθροιστικά, βλέπουμε ότι οι συνταξιούχοι και οι άνεργοι, κατέχουν τα μεγαλύτερα ποσοστά αναπηρίας, χρόνιου προβλήματος υγείας, κατανάλωσης φαρμάκων και περιορισμό/δυσκολία στην εκτέλεση δραστηριοτήτων. Τα μεγαλύτερα ποσοστά νοσηλείας και ιατρικής παρακολούθησης, τα κατέχουν οι συνταξιούχοι. Αυτό το γεγονός είναι πάντα σε συναρτηση και με τον παράγοντα της ηλικίας η οποία όπως είδαμε και παραπάνω προκαλεί περισσότερα προβλήματα υγείας. Πιο ευδιάθετοι,

παρουσιάζονται οι δημόσιοι υπάλληλοι και οι ελεύθεροι επαγγελματίες, ενώ λιγότερο ευδιάθετοι είναι άνεργοι, οι αγρότες- κτηνοτρόφοι και οι συνταξιούχοι. Χειρότερο ύπνο έχουν οι άνεργοι και οι αγρότες-κτηνοτρόφοι. Περισσότερη εμπιστοσύνη στον εαυτό τους, έχουν οι ελεύθεροι επαγγελματίες σε σχέση με τους ανέργους. Τέλος περισσότερο άγχος έχουν οι συνταξιούχοι από τους ανέργους.

#### Ερώτημα 4<sup>ο</sup> : Πόσο σχετίζεται η κατάσταση της υγείας με την κατάσταση της οικίας των δημοτών;

Στις **συνθήκες διαβίωσης (κατάσταση της οικίας)** χρησιμοποιήθηκε η ερώτηση B και οι υποκατηγορίες της.

##### **Αν δεν είστε άστεγος..**

(B2) Πόσα υπνοδωμάτια έχει το σπίτι σας; |\_\_|\_\_| (συμπληρώστε αριθμό)

(B3) Πόσα άτομα μένουν στο σπίτι σας μαζί με εσάς τον ίδιο; |\_\_|\_\_| (συμπληρώστε συνολικό αριθμό)

(B4) Υπάρχει θέρμανση στο σπίτι;(1) Ναι |\_\_| (0) Όχι |\_\_| Είδος θέρμανσης: Ιπ.χ. ηλεκτρική σόμπα, κεντρική θέρμανση, ξυλόσομπα, τζάκι, σόμπα υγραερίου, κτλ.....|\_\_\_\_\_|

(B5) Υπάρχει τουαλέτα μέσα στο σπίτι; (1) Ναι |\_\_| (0) Όχι |\_\_|

(B6) Υπάρχει λουτρό μέσα στο σπίτι; (1) Ντους |\_\_| (2) Μπανιέρα |\_\_|

(B7) Υπάρχει ζεστό νερό διαθέσιμο στο σπίτι; (1) Ναι |\_\_| (0) Όχι |\_\_|

(B8) Υπάρχει τηλέφωνο στο σπίτι; (1) Ναι |\_\_| (0) Όχι |\_\_|

(B9) Υπάρχει ψυγείο στο σπίτι; (1) Ναι |\_\_| (2) Όχι |\_\_|

(B10) Υπάρχει ηλεκτρισμός στο σπίτι; (1) Ναι |\_\_| (0) Όχι |\_\_|

(B11) Το σπίτι είναι προσβάσιμο με αυτοκίνητο; (1) Ναι |\_\_| (0) Όχι |\_\_|

(B12) Υπάρχουν βασικά αγαθά που χρειάζεστε αλλά δυσκολεύεστε να προμηθευτείτε λόγω απόστασης;

(1) Ναι |\_\_| (0) Όχι |\_\_| Ποια είναι αυτά;  
|\_\_\_\_\_|

Έγινε επανακωδικοποίηση ως εξής (αφού υπολογίστηκε ο αριθμός δωματίων ανά άτομο (B2/B3)



Ένα συνολικό σκόρ για τις συνθήκες διαβίωσης (B\_TOTAL) υπολογίστηκε ως το άθροισμα των ερωτήσεων, που παίρνει τιμές από 0 μέχρι 11

Η μεταβλητή των συνθηκών διαβίωσης συσχετίστηκε με την αναπηρία, την επίσκεψη στο γιατρό, και την χρήση φαρμάκων με t-test ενώ με τις αντίληψη της υγείας και ανησυχία, άγχος, στρες με συντελεστή συσχέτισης του Spearman. Στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα είχαμε MONO στην περίπτωση της χρήσης φαρμάκων ( $p < 0.001$ ) με αυτούς που δεν παίρνουν φάρμακο να έχουν χειρότερες συνθήκες διαβίωσης (μ.ο. 9,7) από αυτούς που παίρνουν (μ.ο. 10,0) Επίσης **καμία συσχέτιση** δεν φάνηκε ανάμεσα στις συνθήκες διαβίωσης και την κατάθλιψη (Spearman,  $p > 0.05$ ).

## Συμπεράσματα έρευνας

Από την παρατήρηση των παραπάνω αποτελεσμάτων, η κατάσταση της σωματικής υγείας γενικότερα του πληθυσμού, είναι σε καλή κατάσταση καθώς δεν υπάρχει κάποια συγκεκριμένη ασθένεια, που να ταλαιπωρεί μεγάλο μέρος του πληθυσμού. Υπάρχουν, ωστόσο νοσήματα, που ταλαιπωρούν κάποιο μέρος του πληθυσμού, όπως κινητικά προβλήματα από ορθοπεδικά προβλήματα και ακρωτηριασμούς. Επιπλέον, υπάρχουν άνθρωποι με καρδιολογικά προβλήματα, υπέρταση, παχυσαρκία, καρκίνο, σακχαρώδη διαβήτη, ρευματοειδή αρθρίτιδα, οφθαλμολογικά προβλήματα και αυτοάνοσα.

Αυτό ωστόσο που παρατηρούμε για την ψυχική κατάσταση των δημοτών είναι ότι η γενικότερη εικόνα δεν είναι καλή, εφόσον παρατηρούμε μέτρια διάθεση, ανησυχία, άγχος, στρες, νερικότητα, μέτρια ποιότητα ύπνου, παρουσιάζονται θέματα μνήμης, ενώ θα μπορούσαμε να υποθέσουμε και τον υπαρκτό κίνδυνο εξάρτησης από το αλκοόλ, εφόσον ένα μικρό ποσοστό αισθάνεται ότι υπάρχει ανάγκη μείωσης της κατανάλωσης του αλκοόλ που καταναλώνει.

Αυτό επίσης που παρατηρούμε, από τη χρήση των υπηρεσιών υγείας είναι ότι χρησιμοποιούν, αλλά όχι σε σημαντικό βαθμό το Κέντρο Υγείας και τα περιφερειακά ιατρεία, ενώ τις υπόλοιπες δομές υγείας ελάχιστα έως καθόλου. ( ΚΑΠΗ, Βοήθεια στο

σπίτι, ΚΗΦΗ,Κινητή Μονάδα Ψ.Υ.) και δηλώνουν ότι ο λόγος είναι, ότι νιώθουν ότι δεν τις χρειάζονται ή ότι δεν τους προσφέρουν κάτι.

Σχετικά με το 2<sup>ο</sup> ερώτημα της έρευνας μας, από τα παραπάνω αποτελέσματα , καταλαβαίνουμε πως το φύλο επηρεάζει την κατάσταση της υγείας ως προς το είδος της ασθένειας ανα φύλο ,δηλαδή διαφορετικές ασθένειες παρουσιάζει το κάθε φυλο, χωρίς αυτό να σημαίνει πως δεν υπάρχουν και ασθένειες που επηρεάζουν και τα δυο φύλα, κάτι που επιβεβαιώνεται και από το αποτέλεσμα της έρευνας που παρουσιάζεται και εντός της παρούσας εργασίας (εικόνα 5 (Πηγή: *Franck Mauvais-Jarvis et al, 2020*).

Όσον αφορά τώρα τη σχέση τη ηλικίας με την κατάσταση της υγείας, επαληθεύεται πλήρως η υπόθεση ότι όσο αυξάνει η ηλικία, τόσο εμφανίζονται ασθένειες ψυχικές και σωματικές, αυξανονται τα προβλήματα υγείας, η κατανάλωση φαρμάκων και περιορισμός των δραστηριοτήτων. Επίσης όσο αυξάνει η ηλικία τόσο το κέφι/ο ύπνος/ η εμπιστοσύνη μειώνονται.Σε σύγκριση λοιπόν με τις έρευνες που παρουσιάζονται παραπάνω στην παρούσα εργασία, τα αποτελέσματα της έρευνας μας ταυτίζονται εντελώς.

Το συμπέρασμα που έχουμε, από τη συσχέτιση της επαγγελματικής κατάστασης με την υγεία, είναι ότι η τελευταία, είναι σε μεγάλο βαθμό σχετιζόμενη, με την επαγγελματική απασχόληση του ατόμου. Είναι φανερό, ότι οι άνεργοι και οι συνταξιούχοι έχουν χειρότερη σωματική και ακόμα χειρότερη ψυχολογική κατάσταση από τις υπόλοιπες επαγγελματικές ομάδες και μερικές φορές αυτό αφορά και τους αγρότες-κτηνοτρόφους. Όπως είδαμε και παραπάνω λοιπόν, οι διάφορες κοινωνικο-οικονομικές συνθήκες διαβίωσης οι οποίες οριοθετούν και (ως έναν βαθμό) προσδιορίζουν τις επιλογές του κάθε ανθρώπου στην πρόληψη, τη θεραπεία και την αποκατάσταση, έχουν σημαντική επίδραση στο επίπεδο της γενικότερης ευεξίας του σε βάθος χρόνου. Σε αυτούς λοιπόν τους παράγοντες περιλαμβάνονται : το μορφωτικό επίπεδο, το είδος της επαγγελματικής απασχόλησης, το ύψος των μηνιαίων αποδοχών, η κοινωνικο-οικονομική τάξη στην οποία ανήκει κανείς και η κουλτούρα από την οποία η τάξη αυτή διέπεται σε ζητήματα πρόληψης και φροντίδας της υγείας.

Ωστόσο, δε βρέθηκε σχέση ανάμεσα στις συνθήκες της οικίας και την κατάσταση της υγείας, παρά μόνο παρατηρήθηκαν χειρότερες συνθήκες διαβίωσης γι' αυτούς που δεν παίρνουν φάρμακα. Επίσης, δεν βρέθηκε καμία σχέση της κατάστασης οικίας με την κατάθλιψη.

## Προτάσεις

Η υποβάθμιση της Π.Φ.Υ. και του σκοπού που επιτελεί, αυτού της πρόληψης, είναι γεγονός. Γεγονός αντιληπτό από το πόσο ελάχιστα χρησιμοποιούνται οι υπηρεσίες υγείας του Δήμου από τους δημότες, εφόσον οι ίδιοι τις θεωρούν μη χρήσιμες. Υποθετικά, λόγω και της πανδημίας που διαρκεί 2 και πλέον χρόνια, όλοι οι τομείς της υγείας έχουν επικεντρωθεί κυρίως γύρω από την αντιμετώπιση του covid-19, ξεχνώντας ωστόσο και άλλα σημαντικά νοσήματα (καρκίνος, σακχαρώδης διαβήτης, καρδιολογικά προβλήματα, ρευματοειδής αρθρίτιδα, μυοσκελετικά κτλ) για τα οποία σημαντικό ρόλο ως προς την αντιμετώπιση τους κατέχει η πρόληψη. Η διασύνδεση λοιπόν όλων των δομών υγείας, με τους δημότες πρέπει αρχικά να επανακάμψει.

Η πρόταση μας λοιπόν, είναι να γίνει από πλευράς του Δήμου Αρχανών Αστερουσίων, προσπάθεια ανάπτυξης της **Τοπικής Μονάδας Υγείας** μια δράση που ξεκίνησε η ελληνική κυβέρνηση το 2018 και αφορά τη στήριξη της ΠΦΥ έχοντας «ως πυρήνα τις υπηρεσίες πρόληψης και προαγωγής της υγείας στον υγιή πληθυσμό, την ολοκληρωμένη φροντίδα ασθενών, με βαρύτητα στην αντιμετώπιση των χρόνιων νοσημάτων, καθώς και υπηρεσίες που άπτονται της δημόσιας υγείας, όπως εμβολιασμούς, κατ' οίκον φροντίδα, κ.ά. Κάθε ΤΟΜΥ είναι υπόλογη για το επίπεδο υγείας του πληθυσμού ευθύνης της, άρα και για τα μέλη των ευάλωτων κοινωνικών ομάδων που συμπεριλαμβάνονται σε αυτόν. Οι ομάδες υγείας θα πρέπει να κατευθύνουν και να προσαρμόζουν τις παρεμβάσεις τους, ανάλογα με τις ανάγκες του πληθυσμού αυτού και να διασφαλίζουν την πρόσβαση όλων στις παρεχόμενες υπηρεσίες.

Ο κάθε πολίτης έχει τον γιατρό του, στον οποίο θα μπορεί να απευθύνεται απεριόριστα και δωρεάν για οποιοδήποτε θέμα υγείας. Ο Οικογενειακός Γιατρός είναι ο «πλοηγός» του μέσα στο Σύστημα Υγείας. Του προσφέρει ενημέρωση και φροντίδα σε τακτική βάση και διευκολύνει την πρόσβασή του σε εξειδικευμένες υπηρεσίες υγείας.

Μέσω του **Ατομικού Ηλεκτρονικού Φακέλου Υγείας** και του ενσωματωμένου συστήματος ηλεκτρονικών παραπομπών, ο Οικογενειακός Γιατρός «κλείνει» απευθείας το ραντεβού, χωρίς να χρειαστεί ο πολίτης να αναζητήσει μόνος του

διαθέσιμη ειδικότητα. Δίνεται δε προτεραιότητα στα ραντεβού που κλείνονται από τους Οικογενειακούς Γιατρούς απευθείας σε γιατρούς ειδικοτήτων (σε Κέντρα Υγείας και Νοσοκομεία), επομένως οι αναμονές είναι ελάχιστες.»( [Τοπικές Μονάδες Υγείας: Υγεία για όλους | Ελληνική Κυβέρνηση \(government.gov.gr\)](#))

Οι Τοπικές Μονάδες Υγείας στελεχώνονται από:

- 4 Γενικούς Γιατρούς ή Παθολόγους
- 1 Παιδίατρο
- 2 Νοσηλευτές
- 2 Επισκέπτες Υγείας
- 1 Κοινωνικό Λειτουργό
- 2 Διοικητικούς Υπαλλήλους

Πιο άμεσα, ωστόσο, θα μπορούσαν να οργανωθούν δράσεις που αφορούν την πρόληψη για καρκίνο του μαστού και καρκίνο του τραχήλου για τον γυναικείο πληθυσμό του Δήμου, 35 + και για καρκίνο του προστάτη για άνδρες μεγαλύτερης ηλικίας. Σε συνεργασία πάντα με τις δομές υγείας, Κέντρο Υγείας, Περιφερειακά Ιατρεία. Επίσης Κ.Α.Π.Η. και Κ.Η.Φ.Η., συνεταιρισμοί (π.χ. συνεταιρισμοί γυναικών), πολιτιστικοί σύλλογοι κτλ. θα μπορούσαν να συμμετέχουν στις εν λόγω δράσεις. Ανάλογες δράσεις θα μπορούσαν να διοργανωθούν και για τις υπόλοιπες προαναφερθείσες παθήσεις καρδιολογικά προβλήματα, υπέρταση, οφθαλμολογικά προβλήματα, σάκχαρο, ρευματοειδή αρθρίτιδα, μυοσκελετικά προβλήματα, παθήσεις που συναντώνται στην Γ ηλικία. Εφόσον όπως παρατηρήσαμε τα περισσότερα προβλήματα αφορούν συνταξιούχους, (αναπηρίες, χρόνια προβλήματα υγείας) θα πρέπει να επικεντρωθούν οι δράσεις για την υγεία και σε αυτή την ηλικία.

Ένα ακόμα θέμα που ακόμα απασχολεί, ίσως όχι τόσο φανερά είναι το θέμα της παχυσαρκίας. Μας έκανε εντύπωση καθώς έκανε την εμφάνιση της ως ένας από τους λόγους νοσηλείας. Σκέψεις για το πως θα μπορούσε να αντιμετωπιστεί ένα τέτοιο πρόβλημα υγείας, μακροπρόθεσμα, είναι μέσα από την προώθηση μια υγιούς διατροφής μέσα από ενημερώσεις σε σχολεία στα παιδιά και στους γονείς, με ενημερωτικές εκδηλώσεις, έντυπα που αφορούν την σωστή υγιεινή διατροφή. Μέσα από κάποια εκδήλωση μαγειρικής με βάση τη μεσογειακή διατροφή.

Επίσης μια πρόταση, θα ήταν η αύξηση της φυσικής δραστηριότητας. Για παράδειγμα διοργάνωση ομάδων γυμναστικής, με κάποιο προπονητή, οι οποίες μπορούν να στοχεύουν σε ομάδες πληθυσμού, όπως γυναίκες, παιδιά, άντρες, ηλικιωμένους. Τέλος αυτό που διαπιστώσαμε στις εκφρασμένες ανάγκες παραπάνω,

είναι ότι η δημιουργία αθλητικών χώρων είναι ένα από τα αιτήματα των δημοτών, κυρίως για τα πιο απομακρυσμένα χωριά.

Σε σχέση με την ψυχική υγεία, μια πρόταση θα ήταν να υπάρξουν περισσότεροι χώροι ψυχαγωγίας, όπως περισσότερες παιδικές χάρες κάτι που είναι και μία εκφρασμένη ανάγκη και από τους δημότες. Δεύτερον η ενημέρωση των δημοτών, για τη λειτουργία του κέντρου ψυχικής υγείας στο Κ.Α.Π.Η. Αρχανών, μια φορά το μήνα, καθώς κάποιοι δημότες δεν γνώριζαν την ύπαρξη του, ενώ κάποιοι διστάζουν να απευθυνθούν σε αυτό.

## **BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ:ee**

1. Hammad Durrani (2016) Healthcare and healthcare systems: inspiring progress and future prospects, Mhealth. 2016; 2: 3.
2. Jon Mark Hirshon, Nicholas Risko, Emilie JB Calvello, Sarah Stewart de Ramirez, Mayur Narayan,c Christian Theodosios, Joseph O’Neill, and for the Acute Care Research Collaborative at the University of Maryland Global Health Initiative (2013) Health systems and services: the role of acute care, Bull World Health Organ; 91(5): 386–388.
3. Reinhard Busse, Dimitra Panteli, and Wilm Quentin (2019) An introduction to healthcare quality: defining and explaining its role in health systems, Improving healthcare quality in Europe: Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies, Health Policy Series, No. 53.

4. Ruwei Hu, Yu Liao, Zhicheng Du, Yuantao Hao, Hailun Liang, and Leiyu Shi (2016) Types of health care facilities and the quality of primary care: a study of characteristics and experiences of Chinese patients in Guangdong Province, China, *BMC Health Serv Res.* 2016; 16: 335.
5. Remi Oyedeji and Seye Abimbola (2014) How tertiary hospitals can strengthen primary health care in Nigeria, *Niger Med J.* 2014 Nov-Dec; 55(6): 519–520.
6. Eun Yeong Cho, Ki Jong Oh, Chin Kook Rhee, Kwang Ha Yoo, Bo Yeon Kim, Hye Won Bae, Byung-Jae Lee, Dong-Chull Choi, Hyun Lee, and Hye Yun Park (2018) Comparison of clinical characteristics and management of asthma by types of health care in South Korea, *J Thorac Dis;* 10(6): 3269–3276.
7. Zahir Hasan, Shalini Singh, Dinesh Arora, Nishant Jain, and Shivam Gupta (2020) Evidence of integrated primary-secondary health care in low-and middle-income countries: protocol for a scoping review, *Syst Rev.* 2020; 9: 260.
8. Harald Schmidt (2016) Chapter 5 Chronic Disease Prevention and Health Promotion, *Public Health Ethics: Cases Spanning the Globe* [Internet].
9. Marcel W.M. Post (2014) Definitions of Quality of Life: What Has Happened and How to Move On, *Top Spinal Cord Inj Rehabil.* 2014 Summer; 20(3): 167–180.
10. Alison J Carr, Barry Gibson, and Peter G Robinson (2001) Is quality of life determined by expectations or experience?, *BMJ.* 2001 May 19; 322(7296): 1240–1243.
11. Dac Teoli; Abhishek Bhardwaj (2001) Quality Of Life, *StatPearls* [Internet].
12. JE Jacobs (2009) Quality of life: what does it mean for general practice?, *Br J Gen Pract.* 2009 Nov 1; 59(568): 807–808.
13. Akranavičiūtė Dalia & Juozas Ruzevicius (2007) Quality of Life and its Components' Measurement, January 2007 *Engineering Economics.*
14. Carol S Burckhardt and Kathryn L Anderson (2003) The Quality of Life Scale (QOLS): Reliability, Validity, and Utilization, *Health Qual Life Outcomes.* 2003; 1: 60.
15. S Saxena 1, J Orley, WHOQOL Group (1997) Quality of life assessment: The world health organization perspective, *Eur Psychiatry;* 12 Suppl 3:263s-6s.
16. Lorenzo Palamenghi, 1, 2 Milvia Marta Carlucci, 3 and Guendalina Graffigna (2020) Measuring the Quality of Life in Diabetic Patients: A Scoping Review, *J Diabetes Res.* 2020; 2020: 5419298.

17. Aikaterini Trikkalinou, Athanasia K Papazafiropoulou, and Andreas Melidonis (2017) Type 2 diabetes and quality of life, *World J Diabetes*. 2017 Apr 15; 8(4): 120–129.
18. Ilaria Marsilio, Cristina Canova, Anna D’Odorico, Matteo Ghisa, Letizia Zingone, Greta Lorenzon, Edoardo Vincenzo Savarino, and Fabiana Zingone (2020) Quality-of-Life Evaluation in Coeliac Patients on a Gluten-Free Diet, *Nu trients*. 2020 Oct; 12(10): 2981.
19. Deepak C, 1 Neha Berry, 2 Kim Vaiphei, 3 Narendra Dhaka, 2 Saroj K Sinha, 2 and Rakesh Kochhar (2018) Quality of life in celiac disease and the effect of gluten-free diet, *JGH Open*. 2018 Aug; 2(4): 124–128.
20. Anthony S Russell (2008) Quality-of-life assessment in rheumatoid arthritis, *Pharmacoeconomics*. 2008;26(10):831-46.
21. Mirjam A G Sprangers (2002) Quality-of-life assessment in oncology. Achievements and challenges, *Acta Oncol*. 2002;41(3):229-37.
22. Anna Lewandowska, Grzegorz Rudzki, Tomasz Lewandowski, Michał Próchnicki, Sławomir Rudzki, Barbara Laskowska, and Joanna Brudniak (2020) Quality of Life of Cancer Patients Treated with Chemotherapy, *Int. J Environ Res Public Health*. 2020 Oct; 17(19): 6938.
23. R. Fitzpatrick, A. Fletcher, S. Gore, D. Jones, D. Spiegelhalter, and D. Cox (1992) Quality of life measures in health care. I: Applications and issues in assessment., *BMJ*. 1992 Oct 31; 305(6861): 1074–1077.
24. A. W. Musschenga (1997) The relation between concepts of quality-of-life, health and happiness, *J Med Philos*;22(1):11-28.
25. Roman Sosnowski, Marta Kulpa, Urszula Ziętalewicz, Jan Karol Wolski, Robert Nowakowski, Robert Bakula, and Tomasz Demkow (2017) Basic issues concerning health-related quality of life, *Cent European J Urol*. 2017 Jun 30; 70(2): 206–211.
26. Ather Ali and David L. Katz (2015) Disease Prevention and Health Promotion, How Integrative Medicine Fits, *Am J Prev Med*. 2015 Nov; 49(5 0 3): S230–S240.
27. Jan De Maeseneer, Donald Li,b Bjorg Palsdottir, Bob Mash,d Diederik Aarendonk, Anna Stavdal,f Shabir Moosa, Peter Decat,a Elsie Kiguli-Malwadde, Gorik Ooms, and Sara Willems (2020) Universal health coverage and primary

- health care: the 30 by 2030 campaign, *Bull World Health Organ.* 2020 Nov 1; 98(11): 812–814.
28. S. Pati, A.S. Chauhan S. Mahapatra (2017) Practicing health promotion in primary care –a reflective enquiry, *J. Prev Med Hyg.* 2017 Dec; 58(4): E288–E293.
  29. Karolina Zakrzewska, Natalia Parada, Magdalena Rosińska (2017) Prevention programmes in primary health care - 8 aspects of their effective implementation, *Przegl Epidemiol*;71(2):259-269.
  30. Akihito Watabe, Weranuch Wongwatanakul, Thaksaphon Thamarangsi, Phusit Prakongsai, and Motoyuki Yuasa (2017) Analysis of health promotion and prevention financing mechanisms in Thailand, *Health Promot Int.* 2017 Aug; 32(4): 702–710.
  31. Chris van Weel, and Michael R. Kidd (2018) Why strengthening primary health care is essential to achieving universal health coverage, *CMAJ.* 2018 Apr 16; 190(15): E463–E466.
  32. Charalampos Economou, Daphne Kaitelidou, Marina Karanikolos, Anna Maresso (2017) Greece: Health System Review, *Health Syst Transit*;19(5):1-166.
  33. Christos Lionis, Sophia Papadakis, Chrysanthi Tatsi et al (2017) Informing primary care reform in Greece: patient expectations and experiences (the QUALICOPC study), *BMC Health Serv Res.* 2017; 17: 255.
  34. Daphne Kaitelidou, Charalambos Economou, Petros Galanis et al (2019) Development and validation of measurement tools for user experience evaluation surveys in the public primary healthcare facilities in Greece: a mixed methods study, *BMC Fam Pract.* 2019; 20: 49.
  35. Thomas C Ricketts (2000) Health care in rural communities, *West J Med.* 2000 Nov; 173(5): 294–295.
  36. Marci Nielsen, Darrin D’Agostino, Paula Gregory et al (2017) Addressing Rural Health Challenges Head On, *Mo Med.* 2017 Sep-Oct; 114(5): 363–366.
  37. Steven S. Coughlin, Catherine Clary, J. Aaron Johnson (2019) Continuing Challenges in Rural Health in the United States, *J Environ Health Sci.* 2019; 5(2): 90–92.
  38. Sheldon Weisgrau (1995) Issues in Rural Health: Access, Hospitals, and Reform, *Health Care Financ Rev.* 1995 Fall; 17(1): 1–14.



39. Jeralynn Cossman, Wesley James, and Julia Kay Wolfa (2017) The differential effects of rural health care access on race-specific mortality, *SSM Popul Health*. 2017 Dec; 3: 618–623.
40. Charles Gessert, Stephen Waring, Lisa Bailey-Davis, Pat Conway, Melissa Roberts, and Jeffrey VanWormer (2015) Rural definition of health: a systematic literature review, *BMC Public Health*. 2015; 15: 378.
41. Vincenzo Atella, Andrea Piano Mortari, Joanna Kopinska, Federico Belotti, Francesco Lapi, Claudio Cricelli, and Luigi Fontana (2019) Trends in age-related disease burden and healthcare utilization, *Aging Cell*. 2019 Feb; 18(1): e12861.
42. Bronson Flint; Prasanna Tadi (2020) Physiology, Aging, StatPearls [Internet].
43. Tamas Fulop, Anis Larbi, Abdelouahed Khalil, Alan A. Cohen, and Jacek M. Witkowsk (2019) Are We Ill Because We Age?, *Front Physiol*. 2019; 10: 1508.
44. Prof Kaare Christensen, Prof Gabriele Doblhammer, Prof Roland Rau, and Prof James W Vaupel (2009) Ageing populations: the challenges ahead, *Lancet*. 2009 Oct 3; 374(9696): 1196–1208.
45. López-Otín C, Blasco MA, Partridge L, Serrano M, Kroemer G (2013) The hallmarks of aging, *Cell*. 2013 Jun 6; 153(6):1194-217.
46. Nadine Hanna, Béatrice Parfait, Dominique Vidaud, Michel Vidaud (2005) [Mutation mechanisms and their consequences], *Med Sci (Paris)*;21(11):969-80.
47. Markus Christmann, Maja T Tomicic, Wynand P Roos, Bernd Kaina (2003) Mechanisms of human DNA repair: an update, *Toxicology*;193(1-2):3-34.
48. L M Verbrugge (1982) Sex differentials in health., *Public Health Rep*. 1982 Sep-Oct; 97(5): 417–437.
49. Franck Mauvais-Jarvis, Noel Bairey Merz, Peter J Barnes et al (2020) Sex and gender: modifiers of health, disease, and medicine, *Lancet*. 2020 22-28 August; 396(10250): 565–582.
50. GBD 2013 Mortality and Causes of Death Collaborators (2015) Global, regional, and national age-sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013, *Lancet*. 2015 Jan 10; 385(9963): 117–171.
51. Anne Case & Christina Paxson (2005) Sex differences in morbidity and mortality, *Demography*;42(2):189-214.

52. Paula Braveman, and Laura Gottlieb (2014) The Social Determinants of Health: It's Time to Consider the Causes of the Causes, *Public Health Rep.* 2014 Jan-Feb; 129(Suppl 2): 19–31.
53. Gopal K. Singh, Gem P. Daus, MA, Michelle Allender (2017) Social Determinants of Health in the United States: Addressing Major Health Inequality Trends for the Nation, 1935-2016, *Int J MCH AIDS.* 2017; 6(2): 139–164.
54. Yingnan Jia, Junling Gao, Junming Dai, Pinpin Zheng, and Hua Fu (2017) Associations between health culture, health behaviors, and health-related outcomes: A cross-sectional study, *PLoS One.* 2017; 12(7): e0178644.
55. Jada Bussey-Jones and Inginia Genao (2003) Impact of culture on health care, *J Natl Med Assoc.* 2003 Aug; 95(8): 732–735.
56. Anna Lydia Svalastog, Doncho Donev, Nina Jahren Kristoffersen, and Srećko Gajović (2017) Concepts and definitions of health and health-related values in the knowledge landscapes of the digital society, *Croat Med J.* 2017 Dec; 58(6): 431–435.
57. Johannes Birchera and Shyama Kuruvilla (2014) Defining health by addressing individual, social, (2020) and environmental determinants: New opportunities for health care and public health, *J Public Health Policy.* 2014 Aug; 35(3): 363–386.
58. Obinna Ositadimma Oleribe, Omole Ukwedeh, Nicholas Jonathan Burstow et al (2018) Health: redefined, *Pan Afr Med J.* 2018; 30: 292.
59. Bryony Dawkins, Charlotte Renwick, Tim Ensor, Bethany Shinkins, David Jayne, and David Meads (2020) What factors affect patients' access to healthcare? Protocol for an overview of systematic reviews, *Syst Rev.* 2020; 9: 18.
60. Chungyi Chiu, Malachy Bishop, J.J. Pionke et al, (2017) Barriers to the Accessibility and Continuity of Health-Care Services in People with Multiple Sclerosis: A Literature Review, *Int J MS Care.* 2017 Nov-Dec; 19(6): 313–321.
61. Malerie Lazar & Lisa Davenport (2018) Barriers to Health Care Access for Low Income Families: A Review of Literature, *J Community Health Nurs;* 35(1): 28-37.
62. Julia C Prentice and Steven D Pizer (2007) Delayed Access to Health Care and Mortality, *Health Serv Res.* 2007 Apr; 42(2): 644–662.
63. Namkee G. Choi, Diana M. DiNitto, and Bryan Y. Choi (2020) Unmet Healthcare Needs and Healthcare Access Gaps Among Uninsured U.S. Adults Aged 50–64, *Int J Environ Res Public Health.* 2020 Apr; 17(8): 2711.

64. Wayne J. Riley (2012) Health Disparities: Gaps in Access, Quality and Affordability of Medical Care, *Trans Am Clin Climatol Assoc.* 2012; 123: 167–174.
65. Ane Alberdi Aramendi, Alyssa Weakley, Asier Aztiria Goenaga, Maureen Schmitter-Edgecombe, and Diane J. Cook (2018) Automatic assessment of functional health decline in older adults based on smart home data, *J Biomed Inform.* 2018 May; 81: 119–130.
66. Martijn A. H. Oude Voshaar, Peter M. ten Klooster, Harald E. Vonkeman, and Mart A. F. J. van de Laar (2017) Measuring everyday functional competence using the Rasch assessment of everyday activity limitations (REAL) item bank, *Qual Life Res.* 2017; 26(11): 2949–2959.
67. Michelle E. Mlinac & Michelle C. Feng (2016) Assessment of Activities of Daily Living, Self-Care, and Independence, *Archives of Clinical Neuropsychology*, Volume 31, Issue 6, pgs. 506–516.
68. Jay Bhatt and Priya Bathija (2018) Ensuring Access to Quality Health Care in Vulnerable Communities, *Acad Med.* 2018 Sep; 93(9): 1271–1275.
69. Raymond L. Ownby, MD, PhD, Amarilis Acevedo, PhD, Robin J. Jacobs, PhD, Joshua Caballero, PharmD, and Drenna Waldrop-Valverde, PhD (2014) Negative and Positive Beliefs Related to Mood and Health, *Am J Health Behav.* 2014 Jul; 38(4): 586–597.
70. Rebecca Ferrer, William M Klein (2015) Risk perceptions and health behavior, *Curr Opin Psychol*;5:85-89.
71. Pablo Cabrera-Barona, Thomas Blaschke, and Stefan Kienberger (2017) Explaining Accessibility and Satisfaction Related to Healthcare: A Mixed-Methods Approach, *Soc Indic Res.* 2017; 133(2): 719–739.
72. Tammy Toscos, Maria Carpenter, Mindy Flanagan, Kislaya Kunjan, and Bradley N. Doebbeling (2018) Identifying Successful Practices to Overcome Access to Care Challenges in Community Health Centers: A “Positive Deviance” Approach, *Health Serv Res Manag Epidemiol.* 2018 Jan-Dec; 5: 2333392817743406.
73. W. Jack Rejeski and Jason Fanning (2019) Models and theories of health behavior and clinical interventions in aging: a contemporary, integrative approach, *Clin Interv Aging.* 2019; 14: 1007–1019.

