



**Α.Τ.Ε.Ι. ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ Σ.Ε.Υ.Π.
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**



**ΚΑΚΟΥΛΑΚΗ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ
ΠΑΣΧΑΛΙΔΗ ΜΑΡΙΑ**

Παράγοντες που καθορίζουν μια υγιή κοινότητα.
Διερεύνηση των απόψεων γενικού πληθυσμού στο Ηράκλειο
Κρήτης

ΕΝΟΤΗΤΑ Α΄

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

1. ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΥΓΕΙΑ

1.1 Εισαγωγή

Όταν επιχειρείται να οριστεί η υγεία, θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη όχι μόνο τα φαινόμενα που σχετίζονται με την αρρώστια και το θάνατο, αλλά και τα φαινόμενα τα οποία αντανακλούν τη θετική υγεία (ψυχική και κοινωνική ευεξία, φυσική κατάσταση, δεξιότητες, δυνατότητες, κ.ά.), όπως αυτά διαπλέκονται στο πλαίσιο ενός ενιαίου «συστήματος». Ένα σύστημα που αποτελείται από επιμέρους στοιχεία, τα οποία όλα μαζί δημιουργούν την υγεία, είτε πρόκειται για την ατομική υγεία, είτε για την υγεία ενός πληθυσμού.

Η υγεία είναι η δυναμική ισορροπία του εσωτερικού με το εξωτερικό περιβάλλον, που παρέχει στο άτομο τη δυνατότητα να ζει δημιουργικά, σύμφωνα με τις πεποιθήσεις του και τις επιδιώξεις του. Η ισορροπία των βιολογικών, ψυχικών, περιβαλλοντικών, κοινωνικών και συμπεριφερολογικών παραγόντων αποτελεί το περιεχόμενο της έννοιας της υγείας (Τούντας, 2007α).

Η ύπαρξη της δυναμικής ισορροπίας με το φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον σε ένα συγκεκριμένο οικολογικό πλαίσιο επιτρέπει στο άτομο να ανταποκρίνεται στις περιβαλλοντικές προκλήσεις και να προσαρμόζεται στις περιβαλλοντικές αλλαγές, διασφαλίζοντας έτσι την αρμονική σχέση με το περιβάλλον του. Η διατάραξη αυτής της αρμονικής σχέσης αποτελεί, τη βασική αιτία πρόκλησης της αρρώστιας, που μπορεί να εκδηλωθεί με διαφορετικούς τρόπους και σε διαφορετικά επίπεδα (κυτταρικό, οργανικό, συμπεριφερολογικό, κοινωνικό). Σύμφωνα μάλιστα με συγκλίνουσες εκτιμήσεις, η υγεία ενός ατόμου ή ενός πληθυσμού εξαρτάται κατά 20% από τους βιολογικούς παράγοντες, κατά 20-30% από το φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον, κατά 10-20% από τις υπηρεσίες υγείας και κατά 40-50% από την ανθρώπινη συμπεριφορά (Τούντας, 2007α).

Πολλοί άνθρωποι παρόλα αυτά αντιλαμβάνονται την υγεία ως την απουσία συμπτωμάτων όπως του πόνου, όταν αυτά υποδηλώνουν την ύπαρξη κάποιου προβλήματος ή ασθένειας. Συχνά η υγεία χαρακτηρίζεται ως μια κατάσταση αρμονίας ή ισορροπίας με συστατικά όπως: η οργανική και η ψυχολογική ευεξία, η ελευθερία κινήσεων, οι καλές κοινωνικές σχέσεις κ.λπ. (Καραδήμας, 2005, σελ.15).

Οι Anderson και Anderson (2003) θεώρησαν ότι αναπόσπαστα στοιχεία της υγείας και του ορισμού της μεταξύ των άλλων είναι η ισότητα, η ευτυχία, οι καλές

διαπροσωπικές σχέσεις, η πίστη και η απόδοση νοήματος στον κόσμο. Με αυτόν τον τρόπο λοιπόν η υγεία ταυτίζεται σχεδόν με μια ιδανική κατάσταση του «όλου προσώπου» (Καραδήμας, 2005, σελ.15).

Το πως ορίζεται βέβαια η υγεία και η ασθένεια ως κοινωνική αναπαράσταση ίσως να διαφέρει ανάλογα με τις πολιτιστικές διαφορές, τις ιδέες και πεποιθήσεις, την εκπαίδευση και την παιδεία αλλά και τις θρησκευτικές αντιλήψεις (για τη ζωή, το θάνατο, την αμαρτία, την τιμωρία, το μίasma), καθώς και τις αντιλήψεις για το σώμα (για τα όρια του, την καθαριότητα, την εικόνα του, το φύλο του) που υπάρχουν σε κάθε κοινωνία.

1.2 Μοντέλα αντίληψης της Υγείας

Σύμφωνα με την αρχαία ελληνική μυθολογία, η Υγεία ήταν η κόρη του Ασκληπίου και της Ηπιόνης και αντιπροσώπευε τη σωματική και ψυχική ευεξία καθώς και τη θεότητα κάθε καθαρού πράγματος. Ωστόσο, ενώ ο Ασκληπιός συνδέεται άμεσα με την θεραπεία των ασθενειών, η θεά συνδέθηκε με την πρόληψη των ασθενειών και τη διατήρηση της κατάστασης της υγείας. Αδέρφια της θεάς Υγείας ήταν η Ιασώ, που αντιπροσώπευε την έννοια της θεραπείας, η Πανάκεια, που θεωρούταν ικανή να θεραπεύσει κάθε νόσο και η Αίγλη, που εκπροσωπούσε τη λάμψη και την μεγαλοπρέπεια (Γουρνιτζάκη, 2007).

Ο Ιπποκράτης κατά τον 5^ο αιώνα π.Χ. θεωρεί ότι η υγεία είναι το αποτέλεσμα της ισορροπίας μεταξύ τεσσάρων σωματικών χυμών. Οι χυμοί ήταν το αίμα, το φλέγμα, η κίτρινη χολή και η μέλαινα χολή. Όταν η «κράση» των χυμών δεν είναι ισορροπημένη, τότε γεννάται η ασθένεια. Υποστηρίζει επίσης, ότι ο ύπνος, η ισορροπημένη διατροφή και η αποφυγή υπερβολών συμβάλλουν στην διατήρηση της υγείας. Για την θεραπεία των σωματικών ασθενειών, ο Ιπποκράτης φαίνεται να πιστεύει ότι πρέπει να υπάρχει και ίαση της ψυχής (Καραδήμας, 2005, σελ.18).

Τον 2^ο μΧ. αιώνα, ο Γαληνός κάνοντας ανατομία σε ζώα, έκανε σημαντικές ανακαλύψεις για τον εγκέφαλο, το κυκλοφορικό σύστημα και τους νεφρούς, ενώ μελέτησε και πολλές ασθένειες (Marx & Hillix, 1963).

Τον 17^ο αιώνα, καθώς αναπτύσσονται οι επιστήμες και ο άνθρωπος αποκτά περισσότερες δυνατότητες, ο Καρτέσιος υποστήριξε ότι το σώμα και η ψυχή είναι χωριστές οντότητες που επικοινωνούν μεταξύ τους μεν, αλλά είναι διαφορετικά καθώς και το σώμα παρομοιάζεται σαν μια «μηχανή» με πολύ λεπτές και εξαιρετικές

λειτουργίες (Καραδήμας, 2005 σελ.18). Μια μηχανή λοιπόν που μπορεί να γίνει κατανοητή όταν αναλυθούν τα τμήματα που την αποτελούν (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1995, σελ.13).

Κατά τον 18^ο και 19^ο αιώνα υπήρξε μεγάλη ανάπτυξη της ιατρικής επιστήμης με την ανακάλυψη των μικροοργανισμών, του μικροσκοπίου, της παστερίωσης και του χειρουργείου. Όλα αυτά μαζί με το δυϊστικό μοντέλο του Καρτέσιου περί σώματος και πνεύματος δημιούργησαν ένα νέο μοντέλο αντίληψης της υγείας και της ασθένειας και το οποίο κυριαρχεί μέχρι σήμερα: το **βιοϊατρικό** (Engel,1977). Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό οι ασθένειες είναι διαταραχές των οργανικών διεργασιών, οι οποίες διαταραχές είναι αποτέλεσμα τραυματισμού, βακτηριακής ή ιογενούς λοίμωξης κ.λπ. Το βιοϊατρικό μοντέλο υποστηρίζει λοιπόν ότι κάθε αποτέλεσμα (σύμπτωμα, πάθηση) έχει μια συγκεκριμένη αιτία (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος 1995, σελ.13). Μεγάλο μειονέκτημα του μοντέλου αυτού είναι ότι παραβλέπεται η επίδραση ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων και διεργασιών.

Η αδυναμία του βιοϊατρικού μοντέλου στην ερμηνεία, πρόληψη και διαχείριση των χρόνιων ασθενειών, η αδυναμία του να εξηγήσει φαινόμενα όπως ψυχοσωματικές αρρώστιες και ατομικές διαφορές μεταξύ των ασθενών ως προς την αντιμετώπιση της αρρώστιας τους (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος 1995, σελ.16) και μαζί με όλες τις αλλαγές στη διάρκεια των χρόνων συντέλεσαν στην δημιουργία ενός νέου μοντέλου για την υγεία: του **βιοψυχοκοινωνικού** (Καραδήμας, 2005, σελ.20). Το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο για να εξετάσει μια ασθένεια, (έναρξη, εξέλιξη και έκβαση), χρησιμοποιεί τρεις διαστάσεις, την βιολογική (γενετικό υλικό, κύτταρα, όργανα, συστήματα) την ψυχολογική (διαδικασία σκέψης, συμπεριφοράς, οι γνώσεις, τα συναισθήματα, τα κίνητρα) και την κοινωνική (επιδράσεις από την οικογένεια, την κοινότητα και την κοινωνία). Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, όλες οι ασθένειες θεωρούνται «ψυχοσωματικές», καθώς συμμετέχουν στην αέναη αλληλουχία της ψυχής και του σώματος, επομένως η εκδήλωση μιας δυσλειτουργίας δεν είναι αποτέλεσμα μιας μόνο διάστασης αλλά η αιτία βρίσκεται στον τρόπο που αλληλεπιδρούν όλα τα συστήματα μεταξύ τους. Με βάση το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο η υγεία ορίζεται ως μια ολότητα όπου η σωματική, διανοητική και συναισθηματική υπόσταση του ατόμου λειτουργούν συνολικά, αλληλεπιδρούν

μεταξύ τους και παράλληλα βρίσκονται σε δυναμική (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος 1995, σελ.18).

1.3 Κοινωνιολογική προσέγγιση της Υγείας

Στα πλαίσια αμφισβήτησης της ιατρογενούς αντίληψης, που προσδιόριζε αρνητικά την υγεία, οι κοινωνιολόγοι προσπάθησαν να προσδιορίσουν θετικά την υγεία και να αναδείξουν τη σημασία του φυσικού και κοινωνικού περιβάλλοντος, καθώς και της ανθρώπινης συμπεριφοράς.

Αρχίζοντας με χρονολογική σειρά, πρώτος ο αμερικανός κοινωνιολόγος Talkot Parsons (1972), όρισε την υγεία ως την κατάσταση εκείνη που επιτρέπει την καλύτερη δυνατή ανάληψη και εκπλήρωση των ρόλων για τους οποίους το άτομο έχει εγκοινωνιστεί. Ενώ η αρρώστια δεν του επιτρέπει να εκτελέσει τις πρωταρχικές του λειτουργίες και να συνεισφέρει στην κοινωνική και παραγωγική διαδικασία. Όσο για τους κοινωνικούς ρόλους, αυτοί προσδιορίζονται από τα οράματα μιας κοινωνίας, καθώς και από τις προσδοκίες και τις σχέσεις των ατόμων που τη συναποτελούν.

Μερικά χρόνια αργότερα ένας αμερικανός διανοητής, ο Rollo May (1989) έδωσε τη δική του άποψη για την υγεία. Σύμφωνα λοιπόν με αυτόν, υγεία είναι η απελευθέρωση του ανθρώπινου οργανισμού ώστε να πραγματώσει τις δυνατότητές του και ότι η αρρώστια είναι ένας τρόπος να περιορίζει κανείς τον κόσμο του, ώστε, έχοντας μειωμένες ευθύνες και φροντίδες, να μπορεί ευκολότερα να τον αντιμετωπίσει.

Έπειτα ακολούθησαν και πολλές άλλες κοινωνιολογικές προσεγγίσεις της υγείας. Ξεχωριστή είναι η συνεισφορά του γάλλου Rene Dubos, ο οποίος όρισε την υγεία ως *modus vivendi* που επιτρέπει στον εξ ορισμού ατελή άνθρωπο να επιτυγχάνει μια ικανοποιητική και σχετικά ανώδυνη ύπαρξη, στην προσπάθειά του να ζήσει και να επιβιώσει σε έναν επίσης ατελή κόσμο. Επιπλέον υποστήριξε ότι υγιής κοινωνία είναι η κοινωνία εκείνη που διευκολύνει την προσαρμογή στο αναπότρεπτο της αρρώστιας και ότι η υγεία και η αρρώστια δεν είναι έννοιες που αλληλοαποκλείονται. (Τούντας, 2000, σελ.26-27).

1.4 Η επίδραση του Δυτικού κόσμου στην αντίληψη για την υγεία

Στον Δυτικό κόσμο οι πεποιθήσεις περί υγείας έχουν επηρεαστεί από πολλούς παράγοντες και αντιλήψεις: από τις αρχαίες ελληνικές και Ρωμαϊκές αντιλήψεις και πρακτικές, από τον χριστιανισμό, από τις αντιλήψεις των τελευταίων χρόνων και από

την βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση για την αλληλεπίδραση της συμπεριφοράς, σώματος και περιβάλλοντος.

Μια από τις σημαντικότερες έρευνες γύρω από τις πεποιθήσεις υγείας στην Ευρώπη είναι αυτή της Herzlich (1973). Το συμπέρασμα της έρευνας ήταν ότι η υγεία γίνεται αντιληπτή ως μια κατάσταση αρμονίας ή ισορροπίας και αποτελείται από συστατικά, όπως : η οργανική ευεξία, η απουσία κόπωσης, η ψυχολογική ευεξία, η ελευθερία στο συναίσθημα, η ελευθερία κίνησης, η αποτελεσματικότητα των ενεργειών, η επάρκεια των φυσικών πηγών και οι καλές σχέσεις με τους άλλους. Ακόμα υποστηρίζει ότι η ασθένεια αποδίδεται στην επίδραση εξωτερικών δυνάμεων στη ζωή ή την κοινωνία.

Το βιοϊατρικό μοντέλο της υγείας, που κυριαρχεί στο δυτικό κόσμο, έχει εξαπλωθεί σ' ολόκληρο τον κόσμο αλλά παρόλα αυτά σε μεγάλα τμήματα των μη-δυτικών πληθυσμών διατηρούν τις δικές τους παραδοσιακές αντιλήψεις.

Για παράδειγμα, η κινέζικη παράδοση αντιμετωπίζει την υγεία ως αποτέλεσμα της ισορροπίας μεταξύ των διάφορων εσωτερικών και εξωτερικών συστημάτων. Η ασθένεια δηλαδή είναι αποτέλεσμα δυσαρμονίας ή ανισορροπίας αυτών των συστημάτων (Καραδήμας, 2005, σελ.31).

Διαφορές στην αντίληψη για την υγεία διαπιστώνονται και στην Αφρική όπου πιστεύεται ότι όλα τα πράγματα ζωντανά ή μη, υπάρχουν ή δεν υπάρχουν τώρα, ισορροπούν σε μια ολότητα, η οποία όταν διαταράσσεται προκαλεί προβλήματα υγείας στον άνθρωπο. Στην Αφρική, πιστεύουν πολύ σε υπερφυσικές δυνάμεις, στην δύναμη και επίδραση των πνευμάτων καθώς και στην επίδραση αυτών όχι μόνο σε ένα άτομο αλλά και σε ολόκληρη την οικογένεια ή και στην κοινότητα (Καραδήμας, 2005, σελ. 31).

1.5 Οι κυριότεροι ορισμοί για την υγεία

A.Bieckner (1970): «Υγεία είναι ο αδιατάρακτος ρυθμός από οργανικές ή ψυχικές δυσλειτουργίες της ζωής του ανθρώπου».

M.Dubos (1975): «Ως υγεία ορίζουμε την κατάσταση της πλήρους προσαρμογής του ατόμου στο φυσικό του περιβάλλον».

C.M. Wylie (1970): «Υγεία είναι η τέλεια ισορροπία ενός οργανισμού με το περιβάλλον του, ενώ η ατελής ισορροπία είναι η ασθένεια».

P.Delore (1961): «Υγεία είναι η αρμονία ισορροπία όλων των λειτουργιών του σώματος και του πνεύματος, όλων των δραστηριοτήτων, πνευματικών, σωματικών και ηθικών».

G.Galen (1951): «Η κατάσταση κατά την οποία δεν υποφέρουμε από πόνους, ή συμμετέχουμε κανονικά σε όλες τις δραστηριότητες μας αποκαλείται υγεία».

F.Brockington (1997): «Υγεία είναι η κατάσταση κατά την οποία αισθανόμαστε καλά σωματικά, πνευματικά και ηθικά, έχοντας την αίσθηση ότι διαθέτουμε ακόμα δυνάμεις. Η αίσθηση αυτή θα πρέπει να βασίζεται στην ομαλή λειτουργία των ιστών μας, στην κατανόηση των αρχών της υγιεινής ζωής και της αρμονικής διαβίωσης στο περιβάλλον».

W.H.O (1946): Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η υγεία ορίζεται ως «η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας». (Γκούβρα και συν. 2005, σελ.18-19).

Ο ορισμός αυτός δέχτηκε έντονη κριτική, διότι δέχεται την υγεία ως μια κατάσταση πληρότητας, η οποία πιστεύεται ότι είναι πολύ δύσκολο έως αδύνατον να επιτευχθεί.

Η «ευεξία» ορίζεται ως ο τρόπος με τον οποίο το άτομο αξιολογεί τη ζωή του, με όρους τόσο τρέχοντες όσο και πιο μακροπρόθεσμους. Περιλαμβάνει τις συναισθηματικές αντιδράσεις του ατόμου, καθώς και μια γενικευμένη αξιολόγηση για το βαθμό ικανοποίησης από τη ζωή (οικογένεια, εργασία) (Oishi & lucas 2003 σελ.403-425).

Στα μέσα της δεκαετίας του 1980, η Π.Ο.Υ. διεύρυνε τον ορισμό της υγείας για να συμπεριλάβει την ακόλουθη κοινωνικοποιημένη αντίληψη περί υγείας:

Υγεία είναι ο βαθμός στον οποίο ένα άτομο ή μια ομάδα μπορεί αφ' ενός, να πραγματοποιήσει τις φιλοδοξίες και να ικανοποιήσει τις ανάγκες του και αφ' ετέρου, να αλλάξει ή να αντιμετωπίσει με επιτυχία το περιβάλλον. Η υγεία συνεπώς θεωρείται ως μέσο για την καθημερινή ζωή και όχι ως ο σκοπός της ζωής. Πρόκειται για μια θετική αντίληψη που δίνει έμφαση στους κοινωνικούς και προσωπικούς πόρους και τις ικανότητες.

1.6 Βασικές αρχές της Υγείας

- Η υγεία αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για την ευτυχία, κοινωνική ευημερία και την πρόοδο των λαών καθώς καθορίζει τα όρια της ανθρώπινης δραστηριότητας τόσο σε ατομικό όσο και σε κοινωνικό επίπεδο.
- Η υγεία είναι πολύ σημαντική προϋπόθεση για αποδοτική εργασία και κατ' επέκταση οικονομική ανάπτυξη.
- Η ατομική υγεία δεν θα πρέπει να διαχωρίζεται από την υγεία του κοινωνικού συνόλου.
- Η υγεία θα πρέπει να είναι το μέσο για τη δημιουργία μιας δραστήριας, αποδοτικής, παραγωγικής και ευτυχισμένης διαβίωσης.

Η κοινωνική ή δημόσια υγεία δεν αποτελεί μόνο ένα επιστημονικό πρόβλημα, αλλά και κοινωνικό για το οποίο η κοινωνία, δηλαδή η πολιτεία πρέπει να βρει λύση (Γκούβρα και συν. 2005, σελ.19).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

2. ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ

2.1 Εισαγωγή

Στις μέρες μας η κοινότητα ορίζεται συνήθως ως ‘σύνολο ατόμων τα οποία αλληλεπιδρούν εντός κοινωνικών μονάδων και έχουν κοινά ενδιαφέροντα’. Προκειμένου να ανταποκριθούν στις συνθήκες οι οποίες μεταβάλλονται διαρκώς, οι κοινωνικές ομάδες κατορθώνουν να διατηρούν τα επιθυμητά επίπεδα υγείας με πολλούς και σύνθετους τρόπους (Nies & McEwen 2001, σελ.6).

Υπάρχουν πολλοί και ποικίλοι ορισμοί της κοινότητας, αφού ο όρος ‘κοινότητα’ χρησιμοποιείται από τους Λατινικούς ακόμη χαρακτήρες ως *communitas* (Κυριακίδου, 2000, σελ.59).

Ο πιο κοινός τομέας συμφωνίας είναι ο αναφερόμενος στην ‘ύπαρξη κοινών σκοπών, ενδιαφερόντων και μέσων’ (Hillery, 1955, σελ.111).

Ο Shamansky (1981) βλέπει την Κοινότητα από 3 απόψεις : 1)Ποιος, 2)Πού και πότε και 3)Γιατί και πώς. Ο ορισμός που δίνει τονίζει την αλληλοσυσχέτιση των τριών αυτών παραγόντων ή διαστάσεων και λαμβάνει υπόψη τους εξής παράγοντες : τις προοπτικές/δυνατότητες του ατόμου, το σύνολο των ομάδων, τους μικροοργανισμούς, υπηρεσίες και ιδρύματα. Επομένως Κοινότητα είναι : Σύνολα/ομάδες πληθυσμού και οι σχέσεις που δημιουργούνται μεταξύ τους ενώ αναπτύσσουν και χρησιμοποιούν από κοινού κάποιες υπηρεσίες, οργανισμούς και φυσικό περιβάλλον.

Όταν αναφέρεται στο ‘Ποιος’, εννοεί τον ανθρώπινο παράγοντα, ο οποίος περιλαμβάνει τα κοινωνικοοικονομικά, τα δημογραφικά και τα εθνοπολιτιστικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού αυτού καθώς και τις πεποιθήσεις, αξίες, ήθη και έθιμα.

Ο πληθυσμός σχετίζεται άμεσα με τον παράγοντα ‘Πού και πότε’ στον οποίο εμφανίζονται τα χαρακτηριστικά του πληθυσμού, διότι όλα αυτά επηρεάζονται τόσο από τον χρόνο όσο και από το περιβάλλον μέσα στο οποίο εμφανίζονται.

Ο παράγοντας ‘Γιατί και πώς’ μελετά το σκοπό, τις δυναμικές που υπάρχουν στην κοινότητα, κατά πόσον η κοινότητα αυτή μπορεί να καλύψει τις ανάγκες που προκύπτουν και εάν διαθέτει τις ανάλογες υπηρεσίες, πηγές ή μέσα για το σκοπό αυτό.

Επομένως διαπιστώνει :

- τα χαρακτηριστικά του πληθυσμού,
- τη χρονική εξέλιξη των χαρακτηριστικών αυτών και
- τη δυνατότητα κάλυψης των αναγκών που προκύπτουν.

Συνοπτικά, Κοινότητα είναι ομάδα ατόμων μεταξύ των οποίων υπάρχει κάποιος κοινός δεσμός που τους οδηγεί σε επικοινωνία τα οποία άτομα λειτουργούν συλλογικά σε σχέση με αυτό το κοινό ενδιαφέρον ή σκοπό (Κυριακίδου, 2000, σελ.60-61).

2.2 Είδη Κοινοτήτων

Οι κοινότητες χωρίζονται σε:

- γεωγραφικές που αποτελούν ομάδες ανθρώπων ανάλογα με την εδαφική περιφέρεια που ανήκουν
- πολιτισμικές που αποτελούνται από ανθρώπους με ίδια πολιτισμική κληρονομιά και κουλτούρα
- εθνικές που αποτελούν ομάδες από κοινά έθνη

2.3 Χαρακτηριστικά της Κοινότητας

Δύο κυρίως στοιχεία μπορούν να χαρακτηρίσουν μια κοινότητα :

- ο γεωγραφικός χώρος και
- τα κοινά ενδιαφέροντα

2.3.1 Γεωγραφικός χώρος

Μια κοινότητα μπορεί να προσδιοριστεί από κάποιο συγκεκριμένο γεωγραφικό χώρο, με ορισμένα γεωγραφικά όρια. Ο πληθυσμός αυτής της κοινότητας έχει ορισμένα χαρακτηριστικά όπως είναι: η σύνθεση, η πυκνότητα και ο αριθμός των κατοίκων, τα χαρακτηριστικά του πληθυσμού, γεννήσεις, θάνατοι, κλπ. Ακόμη έχει συγκεκριμένες συνθήκες φυσικού περιβάλλοντος: κλίμα, έκταση, υγρασία, θερμοκρασία καθώς και ιδιαίτερες κοινωνικές συνθήκες: οργάνωση και λειτουργία υγειονομικών υπηρεσιών, ψυχαγωγία, εκπαίδευση, θρησκεία, πολιτική, οικονομία, κλπ

2.3.2 Κοινά ενδιαφέροντα

Είναι δυνατόν να υπάρχει κοινότητα χωρίς το συγκεκριμένο χαρακτηριστικό του κοινού γεωγραφικού χώρου. Τα κοινά ενδιαφέροντα ή κοινά προβλήματα μπορεί να συνδέσουν αριθμό ατόμων ώστε αυτά να αποτελέσουν μία κοινότητα. Παράδειγμα αυτών των κοινοτήτων αποτελούν αθλητικοί σύλλογοι, φιλανθρωπικές οργανώσεις, ομάδες ατόμων με κοινά προβλήματα υγείας (νεφροπαθείς, καρκινοπαθείς), ομάδες ατόμων μιας εθνικότητας ή ομάδες ατόμων με κοινά πολιτιστικά ή πνευματικά ενδιαφέροντα (Κυριακίδου, 2000, σελ.61-62).

2.4 Διαστάσεις της Κοινότητας

Κάθε συγκεκριμένη γεωγραφική κοινότητα έχει τρεις διαστάσεις, οι οποίες πρέπει οπωσδήποτε να υπολογιστούν, προκειμένου να εκτιμηθούν οι ανάγκες των κατοίκων της. Οι διαστάσεις αυτές είναι (εικόνα 2.1):

- Το φυσικό περιβάλλον
- Ο πληθυσμός
- Το κοινωνικό περιβάλλον



Εικ. 2.1 Διαστάσεις της Κοινότητας (Spraldehy 1990)

2.4.1 Φυσικό περιβάλλον

Όλες οι αλλοιώσεις και μεταβολές του φυσικού περιβάλλοντος από τον άνθρωπο μπορούν να επιδράσουν στην υγεία. Ακόμα ο τρόπος που κτίζονται οι κατοικίες, οι αποστάσεις μεταξύ τους, η ύδρευση και αποχέτευση, η οργάνωση χώρων πρασίνου, η διάθεση τοξικών αποβλήτων από τις βιομηχανίες και ο τρόπος απομάκρυνσής τους, επιδρούν στην υγεία.

2.4.2 Πληθυσμός

Σημαντικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού αποτελούν η πυκνότητα, η σύνθεση, ο ρυθμός αύξησης, η κινητικότητα, η ομοιογένεια και οι κοινωνικές τάξεις. Όλα αυτά επιδρούν και επηρεάζουν την υγεία του συνόλου των πολιτών.

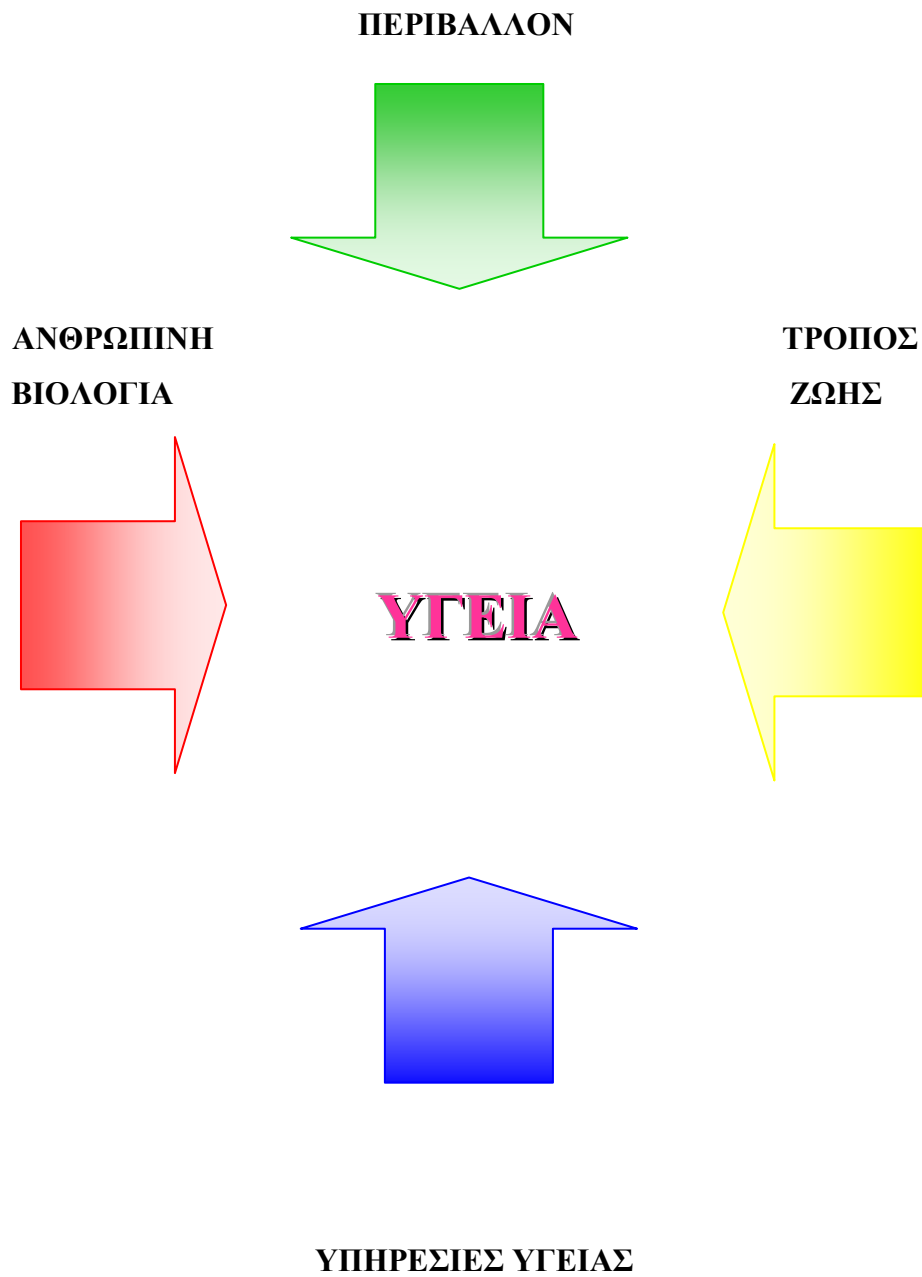
2.4.3 Κοινωνικό περιβάλλον

Το κοινωνικό περιβάλλον αποτελείται από τις οικογένειες της κοινότητας, την τοπική διοίκηση, την εκκλησία, τα νοσοκομεία και τις άλλες υγειονομικές υπηρεσίες και όλους τους οργανισμούς της κοινότητας που επικοινωνούν και συνεργάζονται μεταξύ τους αλλά και επηρεάζουν η μία την άλλη.

Η κοινότητα σαν κοινωνικό σύστημα αποτελείται από υποσυστήματα τα οποία επικοινωνούν και συνεργάζονται για την εξυπηρέτηση του πληθυσμού που την απαρτίζουν. Κάθε μέλος έχει κάποιο συγκεκριμένο ρόλο σε κάθε ένα από τα συστήματα αυτά, ανάλογα με τη θέση που κατέχει και τις δραστηριότητες που αναπτύσσει (Κυριακίδου, 2000, σελ.63-65).

Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. (Γενεύη, 1974) 'κοινότητα είναι μία κοινωνική ομάδα την οποία χαρακτηρίζουν τα κοινά γεωγραφικά όρια ή οι κοινές αξίες, πεποιθήσεις και ενδιαφέροντα. Τα μέλη της γνωρίζονται και επικοινωνούν μεταξύ τους. Λειτουργεί σε ένα ιδιαίτερο, συγκεκριμένο κοινωνικό περίγυρο, δημιουργεί συγκεκριμένους νόμους λειτουργίας, αξίες και κοινωνικά ιδρύματα και οργανισμούς. Το άτομο ανήκει στην ευρύτερη κοινωνία μέσω της οικογένειας και της κοινότητας στην οποία ζει'.

Τα συμπεράσματα που προκύπτουν από τον πιο πάνω ορισμό είναι: η υγεία του ατόμου και της ομάδας προσδιορίζεται από την ανθρώπινη βιολογία, το περιβάλλον, τον τρόπο ζωής της κοινότητας και το σύστημα υγείας (Κυριακίδου, 2000, σελ.66).



Εικ. 2.2 Παράγοντες που επιδρούν στην Υγεία

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

3. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΔΡΟΥΝ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Πολλοί είναι οι παράγοντες που επηρεάζουν την κατάσταση της υγείας ενός πληθυσμού και βρίσκονται σε άμεση συσχέτιση με την κοινωνική αναπαράσταση που έχει ο πληθυσμός για την υγεία του.

Αυτοί είναι:

- Περιβαλλοντικοί παράγοντες (κατοικία, πόλη, εργασία, ανεργία, φυσικό περιβάλλον)
- Παράγοντες συνθηκών ζωής (συμπεριφορά, διατροφή, άσκηση, κάπνισμα, χρήση εθιστικών ουσιών,)
- Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες (κοινωνικό περιβάλλον, οικογένεια, πολιτισμός, κοινωνικές ανισότητες, ρατσισμός, οικονομία, εκπαίδευσης Μ.Μ.Ε.) και
- Παράγοντες σχετιζόμενοι με το σύστημα και τις υπηρεσίες υγείας (βοήθεια στο σπίτι)

Όλοι αυτοί επηρεάζουν την υγεία των ανθρώπων αλλά και την κοινωνική αναπαράσταση του δίπολου υγείας-ασθένειας (Ανώνυμος, 2008α).

3.1 Περιβαλλοντικοί παράγοντες

3.1.1 Φυσικό περιβάλλον

Η ύπαρξη της δυναμικής ισορροπίας με το φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον σε ένα συγκεκριμένο οικολογικό πλαίσιο επιτρέπει στο άτομο να ανταποκρίνεται στις περιβαλλοντικές προκλήσεις και να προσαρμόζεται στις περιβαλλοντικές αλλαγές, διασφαλίζοντας έτσι την αρμονική σχέση με το περιβάλλον του. Η διατάραξη αυτής της αρμονικής σχέσης αποτελεί, τη βασική αιτία πρόκλησης της αρρώστιας, που μπορεί να εκδηλωθεί με διαφορετικούς τρόπους και σε διαφορετικά επίπεδα (κυτταρικό, οργανικό, συμπεριφερολογικό, κοινωνικό) (Τούντας, 2007 β).

Το φυσικό περιβάλλον παίζει καθοριστικό ρόλο στην προστασία της υγείας και την πρόληψη της ασθένειας. Ο άνθρωπος στη μεγαλύτερη διάρκεια της ιστορίας του, ζώντας ως νομάς, εξαρτούσε την υγεία του και τη ζωή του άμεσα από τη δυνατότητα του περιβάλλοντος να του παρέχει ασφάλεια, κυνήγι και καρπούς.

Γνωρίζουμε ότι το φυσικό περιβάλλον είναι εξαιρετικά σύνθετο και αλλάζει συνεχώς. Οι περισσότερες από τις αλλαγές του περιβάλλοντος είναι προϊόν της δράσης του ανθρώπου. Οι διαδικασίες αλλαγής περιλαμβάνουν και αλλαγές στις περιβαλλοντικές απειλές κατά της ανθρώπινης υγείας.

Οι περιβαλλοντικές απειλές κατά της υγείας δεν αφορούν μόνο τις παθογόνες επιδράσεις βιολογικών, χημικών και φυσικών παραγόντων, αλλά και τη γενικότερη υποβάθμιση της ποιότητας της καθημερινής ζωής, που εξαρτάται εν πολλοίς από την ποιότητα του περιβάλλοντος.

Η ποιότητα του φυσικού περιβάλλοντος καθορίζεται σε μεγάλο βαθμό από τις ανθρώπινες προσπάθειες για οικονομική ανάπτυξη και ευμάρεια. Πολλές από αυτές τις δραστηριότητες σχετίζονται άμεσα με τη χρησιμοποίηση του εδάφους, του νερού, του αέρα. Η χρήση των τριών αυτών στοιχείων επιδρά στο δυναμισμό και στη ζωή όλου του πλανήτη, γιατί μεταβάλλει την οικολογική ισορροπία.

Η έννοια του περιβάλλοντος δεν περιλαμβάνει, όμως, μόνο το φυσικό περιβάλλον. Επιδράσεις στην υγεία ασκεί επίσης το κοινωνικό, το οικονομικό και το πολιτισμικό περιβάλλον (Τούντας, 2007β).

3.1.2 Πόλη

Κάθε πόλη είναι ένα οικοσύστημα, το οποίο μεταλλάσσεται συνεχώς μέσω ατομικών και συλλογικών δράσεων. Αρχικά η πόλη ήταν ο τόπος της αγοράς, της συγκέντρωσης του χρήματος. Στη συνέχεια, έγινε ο τόπος της εργασίας. Ο αστικός χώρος χαρακτηρίζεται από μεγάλη



συγκέντρωση κεφαλαίου, κτηρίων, υποδομών, εξοπλισμού. Η συγκέντρωση αυτή έχει κυρίως αρνητικές συνέπειες, όπως είναι ο συνωστισμός, η κοινωνική αποξένωση, οι υποβαθμισμένες συνθήκες διαβίωσης, η προσφορά οικονομικά προσιτής γης, η έλλειψη δημοσίων αγαθών (νερό, καθαρός αέρας, ελεύθερος χώρος). Όλα αυτά αποτελούν ορισμένες μόνο από τις παθολογίες της αστικοποίησης (Τούντας, 2000, σελ.117-118).

Τα χαρακτηριστικά της σύγχρονης πόλης αποτελούν σημαντικούς παράγοντες κινδύνου για την υγεία των κατοίκων. Οι παράγοντες αυτοί είναι : η ατμοσφαιρική ρύπανση, το νερό, τα τροχαία ατυχήματα, τα απόβλητα, ο θόρυβος, η έλλειψη χώρου, η κοινωνική αποδιοργάνωση (Τούντας, 2007γ).

Ατμοσφαιρική ρύπανση

Η μεγαλύτερη πηγή ατμοσφαιρικών ρύπων είναι τα οχήματα, ακολουθούν η βιομηχανία και η κεντρική θέρμανση. Οι ατμοσφαιρικοί ρύποι προσβάλλουν κυρίως το αναπνευστικό σύστημα (πνευμονία, πνευμονικό οίδημα, βροχόσπασμο).

Επίσης μπορεί να προκαλέσουν πονοκεφάλους, ζαλάδες, μείωση της κριτικής ικανότητας, κόπωση, ερεθισμό στα μάτια, εξασθένιση της άμυνας του οργανισμού (Τούντας, 2000, σελ.101-106).

Απόβλητα

Ο τεράστιος όγκος αποβλήτων που παράγει η σύγχρονη πόλη και που αποβάλλονται έξω από αυτή, αποτελεί το μεγαλύτερο περιβαλλοντικό πρόβλημα της αστικοποίησης. Για την αντιμετώπιση αυτού του προβλήματος, θα έπρεπε να γίνεται καλύτερη διαχείριση, πρόληψη των αποβλήτων μέσω της μείωσης της παραγωγής τους, καθώς και να παράγονται πιο ποιοτικά απόβλητα (οικοδομικά υλικά, λιπάσματα) (Τούντας, 2000,σελ.119).

Θόρυβος

Ο θόρυβος που προκαλείται από τις βιομηχανίες, τα οχήματα και τις ψυχαγωγικές δραστηριότητες στην πόλη, έχει σοβαρές επιπτώσεις στην υγεία των κατοίκων. Μερικές από τις συνέπειες αυτές είναι : παρενόχληση του ύπνου, διάσπαση της προσοχής, ακουστικές διαταραχές, ψυχολογικές διαταραχές, διαταραχές του καρδιαγγειακού συστήματος, μείωση της ευεξίας, ακόμα και απώλεια της ακουστικής οξύτητας.

Έλλειψη χώρου

Η έλλειψη χώρου για δημόσιες δραστηριότητες, για ψυχαγωγία και για πράσινο, αποτελεί σημαντικό πρόβλημα σε πολλές πόλεις. Η έλλειψη κήπων και πλατειών επιβαρύνει την ατμοσφαιρική ρύπανση και επιδεινώνει την υπερθέρμανση της πόλης, ενώ επιδρά δυσμενώς στην κοινωνική και ψυχική ευεξία των κατοίκων (Τούντας, 2000, σελ120).

Συνωστισμός

Ο συνωστισμός που χαρακτηρίζει τις πυκνοκατοικημένες σύγχρονες πόλεις αυξάνει την ψυχοπαθολογία των κατοίκων, την παθολογική κοινωνική συμπεριφορά, καθώς και την εγκληματικότητα. Όταν μάλιστα συνυπάρχουν και άλλοι επιβαρυντικοί παράγοντες, όπως η φτώχεια, οι υποβαθμισμένες συνθήκες κατοικίας, κ.ά., οι αρνητικές επιδράσεις του συνωστισμού γίνονται ιδιαίτερα έντονες. Σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν και οι κοινωνικές σχέσεις (Τούντας, 2000, σελ.120).

3.1.3 Δημόσιοι χώροι – Πάρκα

Τα πάρκα είναι απαραίτητα για την υγεία των κατοίκων των πόλεων, γιατί καταπολεμώντας το στρες, μειώνουν τη νοσηρότητα, τη χρήση φαρμάκων και τη θνησιμότητα.



Σύμφωνα με τον κ. Λουκ Χανς, Οι άνθρωποι που κατοικούν δίπλα ή κοντά σε χώρους πρασίνου, που μπορούν να έχουν επαφή με ελεύθερους δημόσιους χώρους φυτεμένους με δέντρα, εμφανίζουν σημαντικά μικρότερη νοσηρότητα από τους υπόλοιπους κατοίκους. Ένας από τους κρίκους που συνδέει πράσινο και υγεία είναι το στρες. Το στρες είναι μία από τις σύγχρονες ασθένειες της ζωής στην πόλη και προέρχεται από πολλές καθημερινές για τους περισσότερους καταστάσεις (Ελαφρός, 2009).

Τα πάρκα όχι μόνο δημιουργούν συνθήκες αξιοπρεπούς διαβίωσης, αλλά κυριολεκτικά σώζουν ζωές. Σύμφωνα με έρευνες από βρετανικά πανεπιστήμια, που παραθέτει η βρετανική Επιτροπή για την Αρχιτεκτονική και το Δομημένο Περιβάλλον (CABE), το συχνό περπάτημα σε πάρκο μειώνει στο μισό τον κίνδυνο εκδήλωσης καρδιακών νοσημάτων. Με το ίδιο ποσοστό μειώνεται και η πιθανότητα εμφάνισης διαβήτη. Η απειλή εμφάνισης καρκίνου του παχέος εντέρου μειώνεται κατά 30%, ενώ μειώνεται κατά 40% η πιθανότητα εμφάνισης καταγμάτων στο μηριαίο οστό. Άλλη έρευνα καταγράφει ότι η αύξηση της απόστασης περπατήματος από 1,5 σε 3 χιλιόμετρα σημαίνει ένας θάνατος λιγότερο μεταξύ 60 ατόμων 61-80 ετών, που υποφέρουν από καρδιακά νοσήματα (Ελαφρός, 2009).

3.1.4 Εργασία

Η σχέση της υγείας με την εργασία έχει γίνει αντικείμενο μελέτης από πολύ παλιά. Από τις 700.000 περίπου ώρες ζωής του ανθρώπου, οι 60.000 κατά μέσο όρο είναι αφιερωμένες στην εργασία. Η εργασία επηρεάζει την υγεία και η κατάσταση της υγείας επιδρά στην εργασία.

Η επίδραση του επαγγέλματος στη θνησιμότητα μελετήθηκε για πρώτη φορά στην Αγγλία το 1841 από τον William Farr, ο οποίος κατέγραψε αυξημένη θνησιμότητα στους εργάτες ορυχείων.

Η εργασία επηρεάζει την υγεία έμμεσα και άμεσα. Έμμεσα, διαμορφώνοντας σε σημαντικό βαθμό το εισόδημα, το οποίο επιδρά αποφασιστικά στην υγεία. Επίσης, η εργασία επιδρά στην ψυχοκοινωνική ανάπτυξη και ωρίμανση, στον προσανατολισμό και στον εγκοινωνισμό του ατόμου. Η εργασία αποτελεί μέτρο κοινωνικής κατάταξης και κοινωνικής αναγνώρισης. Τέλος στο εργασιακό περιβάλλον συντελείται μεγάλο μέρος της κοινωνικής δραστηριότητας των ανθρώπων.

Σε ότι αφορά τις άμεσες επιδράσεις, η εργασία μπορεί να έχει σχετικά ήπιες και άτυπες επιδράσεις στην υγεία, προκαλώντας ποικίλα συμπτώματα και επηρεάζοντας το γενικότερο αίσθημα ευεξίας, ή να έχει σοβαρές βλαπτικές επιδράσεις. Σε μερικές περιπτώσεις, οι βλαπτικές επιδράσεις αφορούν συγκεκριμένη νοσολογική οντότητα, σε άλλες περιπτώσεις, η εργασία εμφανίζεται ως παράγοντας που επιβαρύνει φυσιολογικές λειτουργίες, ή επιδεινώνει υπάρχουσες παθολογικές καταστάσεις. Η υγεία επηρεάζει επίσης την εργασία. Η ικανότητα του ατόμου για συγκεκριμένη μορφή εργασίας εξαρτάται, πολλές φορές καθοριστικά, από το επίπεδο της υγείας του (Αλαμάνου & Τούντας, 1999).

Η ανάπτυξη της παραγωγικής διαδικασίας ως αποτέλεσμα επιστημονικών ανακαλύψεων και βελτίωσης της τεχνολογίας, οδήγησε στη μεταβολή των μεθόδων παραγωγής και οργάνωσης της εργασίας. των εργασιακών σχέσεων, δημιουργώντας ένα εξαιρετικά σύνθετο και πολύπλοκο εργασιακό περιβάλλον.

Ένας μεγάλος αριθμός παραγόντων του εργασιακού περιβάλλοντος σχετίζονται με την υγεία των εργαζόμενων. Οι παράγοντες αυτοί εμφανίζουν μεγάλη ποικιλία ως προς τη φύση τους και τις πιθανές τους επιδράσεις στην υγεία. Τέτοιοι παράγοντες είναι χημικοί, φυσικοί, βιολογικοί, εργονομικοί, ψυχολογικοί και κοινωνικοί.

Οι ειδικοί έχουν προσδιορίσει περίπου 100.000 χημικές ουσίες, 50 φυσικούς παράγοντες, 200 βιολογικούς παράγοντες και 20 αντενδεικνυόμενες εργονομικές συνθήκες εργασίας, καθώς και σημαντικό αριθμό φυσικών επιβαρύνσεων που συνδέονται με ψυχολογικά και κοινωνικά προβλήματα. Τα προβλήματα αυτά μπορούν να θεωρηθούν επαγγελματικοί κίνδυνοι, οι οποίοι ενδέχεται να προκαλέσουν ατυχήματα και επαγγελματικά νοσήματα (Αλαμάνου & Τούντας, 1999).

Οι φυσικοί παράγοντες του εργασιακού περιβάλλοντος που είναι πιθανό να επιδράσουν βλαπτικά στην υγεία είναι οι ακτινοβολίες, ο θόρυβος, η θερμοκρασία, οι συνθήκες φωτισμού και εξαερισμού.

Οι βιολογικοί παράγοντες αφορούν κυρίως διάφορους μικροοργανισμούς, οι οποίοι βρίσκονται στο εργασιακό περιβάλλον και μπορούν να προκαλέσουν ένα ευρύ φάσμα νοσημάτων.

Τέλος, οι ψυχοκοινωνικοί και οικονομικοί παράγοντες που αφορούν τις εργασιακές σχέσεις, την κοινωνική αξιολόγηση της εργασίας, το ρυθμό της εργασίας, τις υπερωρίες, κ.ά., θεωρούνται σημαντικές πηγές προβλημάτων τόσο για τη σωματική όσο και για την ψυχική υγεία των εργαζομένων (Αλαμάνου & Τούντας, 1999).

Οι ανησυχίες για τις επιπτώσεις που έχει το επάγγελμα στην υγεία, αποτελούν μια πολύ συχνή αιτία για την οποία οι ασθενείς επισκέπτονται τους γιατρούς τους.

Σύμφωνα με πρόσφατη κλινική έρευνα που έγινε στο πανεπιστήμιο της Καλιφόρνιας, το 40% των ασθενών που ζητά ιατρική συμβουλή, πιστεύουν ότι η ασθένειά τους ή οι άλλες ενοχλήσεις που παρουσιάζουν έχουν σχέση με το επάγγελμά τους.

Το 13% των ασθενών είχαν αλλάξει την εργασία τους για λόγους υγείας. Ένα άλλο ποσοστό της τάξης του 20%, έκανε τροποποιήσεις στον τρόπο εργασίας τους στο ίδιο επάγγελμα για να αντιμετωπισθούν προβλήματα υγείας, οι αλλαγές που έγιναν στον τρόπο εργασίας βοήθησαν το 60% των εργαζόμενων

Ακόμη μια προέκταση του προβλήματος, είναι τα σοβαρά ψυχολογικά προβλήματα που μεταφέρονται στο σπίτι από τους εργαζόμενους λόγω του έντονου στρες που μπορεί να βιώνουν στο χώρο εργασίας τους και το οποίο συχνά το μεταφέρουν στο σπίτι. Ο αριθμός των ανθρώπων που απασχολούνται σε εργασίες που χαρακτηρίζονται από υψηλό στρες και ανασφάλεια όσον αφορά τη συνέχιση της εργοδότησής τους συνεχώς αυξάνεται. Εκτός την ανασφάλεια που αισθάνεται ένας

υπάλληλος λόγω του κινδύνου απόλυσης, υπάρχει και η ένταση εξ' αιτίας της φύσης της εργασίας

Η κατάθλιψη που προσβάλλει τους εργαζόμενους συγκαταλέγεται μεταξύ των 3 κυριότερων προβλημάτων που επηρεάζουν τους εργαζόμενους μετά από τις οικογενειακές κρίσεις και το στρες. Από στατιστικά στοιχεία φαίνεται ότι το 15% των ατόμων που πάσχουν από σοβαρή κατάθλιψη θα αυτοκτονήσουν(Ανώνυμος, 2001).

Οι επιπτώσεις της εργασίας στην υγεία των εργαζομένων αφορούν, κυρίως, δύο μεγάλες κατηγορίες προβλημάτων. Τα εργατικά ατυχήματα και τα επαγγελματικά νοσήματα (Αλαμάνου & Τούντας,1999).

Σύμφωνα με τα στοιχεία του ΠΟΥ για τη δεκαετία του 1990, στον κόσμο συνέβαιναν περί τα 120 εκατ. εργατικά ατυχήματα κάθε χρόνο, με αποτέλεσμα να σημειώνονται 200.000 περίπου θάνατοι.

Όμως, εκτός από τα εργατικά ατυχήματα και τα επαγγελματικά νοσήματα, τα τελευταία χρόνια δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στη μελέτη νοσημάτων, που σχετίζονται με την εργασία χωρίς να συγκαταλέγονται στα επαγγελματικά νοσήματα, καθώς και στη μελέτη των επιδράσεων του εργασιακού στρες στην υγεία των εργαζομένων.

Σημαντικές είναι και οι άμεσες ή έμμεσες οικονομικές και κοινωνικές επιπτώσεις των εργατικών ατυχημάτων και των επαγγελματικών παθήσεων. Το έμμεσο κόστος από χαμένες ώρες εργασίας, ζημιές στον εξοπλισμό, διοικητικές δαπάνες, καθώς και από τα ψυχολογικά προβλήματα του θύματος και της οικογένειάς του, είναι σημαντικά μεγαλύτερο, αλλά και πολύ δύσκολο να υπολογιστεί (Αλαμάνου & Τούντας,1999).

3.1.5 Ανεργία

Η ανάπτυξη της ανεργίας τα τελευταία είκοσι χρόνια, δημιούργησε μια νέα διάσταση στη σχέση της οικονομίας με την υγεία. Η εισαγωγή νέων τεχνολογιών, η συρρίκνωση του πρωτογενούς τομέα παραγωγής και η εισαγωγή φτηνής αλλοδαπής εργατικής δύναμης, έχει



οδηγήσει σε απώλεια πολλών θέσεων εργασίας. Σχετικές μελέτες έχουν διαπιστώσει ότι οι άνεργοι έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να αναπτύξουν μια σωματική ή ψυχική

ασθένεια σε σχέση με τους εργαζόμενους, είτε είναι άνδρες, είτε γυναίκες (Τούντας, 2007δ).

Στην Ελλάδα τα τελευταία χρόνια η ανεργία έχει αυξηθεί αρκετά με αποτέλεσμα οι επιπτώσεις στην υγεία να αποκτούν σοβαρές διαστάσεις.

Σε ότι αφορά τη ψυχική υγεία, έρευνες έδειξαν μειωμένα επίπεδα ψυχικής ευεξίας σε άνεργους σε σύγκριση με εργαζόμενους όλων των ηλικιών και των δυο φύλων.

Χαρακτηριστική είναι η περίπτωση νέων ανέργων που ενώ δεν παρουσίαζαν χαμηλούς δείκτες ψυχικής υγείας όταν ήταν ακόμα μαθητές, εμφάνισαν διαταραχές όταν βρέθηκαν άνεργοι ενώ στη συνέχεια η ψυχική τους κατάσταση βελτιώθηκε μόλις βρήκαν δουλειά.

Σχετικά με τη σωματική υγεία, άνδρες που ήταν άνεργοι κατά την απογραφή του 1971 στην Αγγλία και την Ουαλία παρουσίασαν στα χρόνια που ακολούθησαν αύξηση της θνησιμότητας κατά 20% ανεξάρτητα από την κοινωνική τους προέλευση. Ανάλογη αύξηση θνησιμότητας είχαν και οι σύζυγοι των ανέργων.

Πολλοί ερευνητές πιστεύουν ότι τα οικονομικά προβλήματα που προκαλεί η ανεργία ευθύνονται άμεσα για τη χειροτέρευση της υγείας. Στην Δανία, έρευνες απέδειξαν ότι υπάρχει ισχυρή συσχέτιση ανάμεσα στα οικονομικά προβλήματα των ανέργων και στην διαταραγμένη τους υγεία.

Οι οικονομικές επιπτώσεις στην υγεία σύμφωνα με ορισμένες μελέτες δεν ξεπερνούν 12 -18 μήνες (Τούντας, 2007δ).

Η απώλεια της εργασίας καταλαμβάνει την 8^η θέση μεταξύ των 42 πιο στρεσογόνων γεγονότων. Πολλοί ερευνητές θεωρούν ότι ο βασικός λόγος που η ανεργία αποτελεί στρεσογόνο εμπειρία είναι κυρίως επειδή η εργασία συνεπάγεται και μη οικονομικά οφέλη, που έχουν χαρακτηριστεί «λανθάνουσες συνέπειες της εργασίας», όπως η χρονοοργάνωση της ημέρας ή η αυτοεκτίμηση και ο σεβασμός των άλλων.

Σε ότι αφορά τον ρόλο του στρες, πολλές αρνητικές αντιδράσεις εμφανίζονται σε εργαζόμενους που περιμένουν την απόλυση τους. Η σωματική τους υγεία μετά την απόλυση επηρεάζεται και σε αντίθεση με την ψυχική δεν δείχνει να βελτιώνεται μετά από τυχόν επαναπρόσληψη.

Η σημασία των μη οικονομικών συνεπειών της εργασίας τεκμηριώνεται από έρευνες που έχουν γίνει κυρίως στις Σκανδιναβικές χώρες.

Στην περιοχή της Στοκχόλμης οι άνεργοι που ανέφεραν περισσότερη δραστηριότητα και κοινωνικές επαφές είχαν καλύτερη ψυχική υγεία από τους άλλους άνεργους. Στη Φινλανδία, άνεργοι βιομηχανικοί εργάτες που έβρισκαν ξανά εργασία παρουσίαζαν βελτίωση της ψυχικής τους υγείας, ανεξάρτητα από την οικονομική τους κατάσταση πριν ή μετά την επαναπρόσληψή τους (Τούντας, 2007δ).

Τέλος, πολλές απόπειρες αυτοκτονίας έχουν γίνει συχνό φαινόμενο σε ανέργους. Πολλοί ερευνητές πιστεύουν ότι για αυτές τις αυτοκτονίες δεν οφείλεται μόνο η ανεργία αλλά και όλα εκείνα τα επακόλουθα της π.χ. απώλεια κατοικίας, διάλυση κοινωνικών σχέσεων κ.α.

3.2 Παράγοντες συνθηκών ζωής

3.2.1 Συμπεριφορά

Η ανθρώπινη συμπεριφορά αποτελεί καθοριστικό παράγοντα για την προστασία και προαγωγή της υγείας. Γεγονός είναι, ότι στις αναπτυγμένες χώρες η συμπεριφορά επηρεάζει τη διαμόρφωση του επιπέδου υγείας. Πολλοί υποστηρίζουν ότι η συμπεριφορά ευθύνεται κατά 50% και το περιβάλλον κατά 20% για τη διαμόρφωση του επιπέδου υγείας (Τούντας, 2000, σελ.215,233).

Η σημασία της ανθρώπινης συμπεριφοράς προκύπτει από την επίδραση που ασκούν οι συμπεριφορικοί παράγοντες (διατροφικές συνήθειες, κάπνισμα, φυσική άσκηση) στην υγεία και από την επίδραση που αυτή ασκεί στη διαμόρφωση των περιβαλλοντικών συνθηκών.

Ως συμπεριφορά ορίζεται κάθε ενέργεια ή εκδήλωση ενός ζωντανού οργανισμού, που μπορεί να παρατηρηθεί με αντικειμενικές μεθόδους.

Η ανθρώπινη συμπεριφορά διαμορφώνεται υπό την επίδραση κοινωνικών, πολιτισμικών και οικογενειακών παραγόντων. Οι κοινωνικοί παράγοντες σχετίζονται με την κοινωνική θέση και τάξη του ατόμου, καθώς και με το κοινωνικό περιβάλλον. Η κοινωνική τάξη προσδιορίζει τον κοινωνικό ρόλο, τα καθήκοντα που έχει αναλάβει καθώς και τα προνόμια που απολαμβάνει. Ενώ ο κοινωνικός περίγυρος-περιβάλλον συμβάλει στον εγκοινωνισμό του ατόμου, προσφέρει εμπειρίες και πρότυπα, διαμορφώνει κανόνες συμπεριφοράς. Οι πολιτισμικοί παράγοντες καθορίζουν σε μεγάλο βαθμό τις εμπειρίες που βιώνουν τα άτομα στο πλαίσιο ενός συγκεκριμένου πολιτισμού. Κάθε πολιτισμός χαρακτηρίζεται από συγκεκριμένες συμπεριφορές

πεποιθήσεις, που διαμορφώνουν κοινά χαρακτηριστικά προσωπικότητας. Αυτά αφορούν κυρίως την έκφραση συναισθημάτων, τη μορφή και το περιεχόμενο των ανθρώπινων σχέσεων, την αντιμετώπιση της ζωής και του θανάτου, κ.α. Η οικογένεια διαδραματίζει επίσης σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση της συμπεριφοράς. Η γονεϊκή συμπεριφορά επηρεάζει την ανάπτυξη της προσωπικότητας των παιδιών, προκαλώντας συγκεκριμένες συμπεριφερολογικές αντιδράσεις. Οι γονείς λειτουργούν ως ισχυρά πρότυπα για ταύτιση και συνηθίζουν να ανταμείβουν ορισμένες συμπεριφορές των παιδιών, ενισχύοντάς τες.

Εκτός όμως, από τις εξωγενείς περιβαλλοντικές επιδράσεις, σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση της συμπεριφοράς παίζουν και βιολογικοί παράγοντες, όπως η κληρονομικότητα (Τούντας, 2000, σελ.216,221).

3.2.2 Διατροφή

Ένας από τους βασικούς παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία και τη φυσική κατάσταση του ανθρώπου είναι η διατροφή. Η πρόσληψη δηλαδή, όλων των θρεπτικών συστατικών που χρειάζεται ο οργανισμός για να συντηρηθεί και να αναπτυχθεί ομαλά και η καθιέρωση διατροφικών συνθηκών, που θα προστατεύσουν μακροπρόθεσμα τον οργανισμό.



Η ίδια η ζωή των ανθρώπων εξαρτάται από τη δυνατότητα λήψης τροφής, ενώ η προστασία και προαγωγή της υγείας συναρτώνται με το είδος και την ποσότητα της τροφής, καθώς και με τις διατροφικές συνήθειες. Τόσο η έλλειψη όσο και η υπερκατανάλωση τροφής μπορεί να προκαλέσουν την εμφάνιση ορισμένων νοσημάτων (Τούντας, 2000, σελ.238-239).

Σήμερα, είναι γνωστό ότι οι διατροφικές συνήθειες του Δυτικού πολιτισμού σχετίζονται αιτιολογικά με ορισμένα από τα σημαντικότερα νοσήματα. Όπως είναι τα καρδιαγγειακά νοσήματα και τα κακοήθη νεοπλάσματα. Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή υπολογίζει ότι 60.000 θάνατοι το χρόνο θα μπορούσαν να αποφευχθούν στα κράτη-μέλη αν βελτιωνόταν η διατροφή του πληθυσμού (Τούντας, 2000, σελ.239).

Για μια πλήρη και ισορροπημένη διατροφή απαιτείται :

- η κατανάλωση ποικιλίας τροφίμων, ώστε ο οργανισμός να παίρνει τα θρεπτικά συστατικά που χρειάζεται, και η τήρηση του μέτρου
- Επίσης, έχει αποδειχθεί ότι ο υγιεινός και παραδοσιακός τρόπος διατροφής των προηγούμενων γενεών, οδηγούσε σε υγεία, μακροζωία και ευτυχία.

3.2.3 Φυσική άσκηση-Αθλητισμός

Φυσική άσκηση

Η επίδραση της φυσικής άσκησης στην υγεία ήταν γνωστή σε όλες τις περιόδους της ανθρώπινης ιστορίας. Όσο, βέβαια, οι άνθρωποι ζούσαν και εργάζονταν στην ύπαιθρο, ως κυνηγοί, γεωργοί ή πολεμιστές, η άσκηση του σώματος ήταν δεδομένη, λόγω της φύσης της ενασχόλησής τους. Ως ξεχωριστή και αναγκαία δραστηριότητα η άσκηση προέκυψε με τον εκπολιτισμό και την αστικοποίηση, που περιόρισαν την καθημερινή σωματική δραστηριότητα (Τούντας, 2009).



Δεν είναι τυχαίο, λοιπόν, ότι η φυσική άσκηση, ως γυμναστική ή αθλητισμός, αναδεικνύεται σε σημαντική δραστηριότητα σε όλους τους αρχαίους πολιτισμούς, έστω κι αν αποτελούσε κατά κανόνα αποκλειστικά ανδρική υπόθεση.

Η τάση αυτή ατόνησε σημαντικά στην πορεία εξέλιξης του Δυτικού πολιτισμού, εξαιτίας κυρίως του τρόπου οργάνωσης της εργασίας και της έλλειψης αντίστοιχων δυνατοτήτων στο νέο αστικό περιβάλλον. Όμως, τα τελευταία χρόνια, η άνοδος του βιοτικού επιπέδου και η εξασφάλιση περισσότερου ελεύθερου χρόνου κυρίως στις αναπτυγμένες κοινωνίες, καθώς και η στροφή προς την πρόληψη της σύγχρονης νοσηρότητας η οποία οφείλεται μεταξύ άλλων και στην καθιστική ζωή, έδωσαν και πάλι στη φυσική άσκηση πρωτεύουσα σημασία. Ως φυσική άσκηση συνήθως ορίζεται η σωματική κίνηση που παράγεται από τους σκελετικούς μύες με την κατανάλωση ενέργειας και που επιδρά θετικά στην υγεία. Η γυμναστική, εξάλλου, αποτελεί τύπο φυσικής άσκησης, με σχεδιασμένες, οργανωμένες και επαναλαμβανόμενες σωματικές

κινήσεις, για τη βελτίωση ή διατήρηση μιας ή περισσότερων συνιστωσών της σωματικής ευεξίας (Τούντας, 2009).

Η αρνητική επίδραση που ασκεί η καθιστική ζωή στη διάρκεια και στην ποιότητα της ανθρώπινης ζωής είναι πλέον πολλαπλά τεκμηριωμένη. Η έλλειψη άσκησης είναι αιτία σημαντικών παθήσεων, όπως τα καρδιαγγειακά νοσήματα. Όμως, εκτός από τις καρδιαγγειακές παθήσεις, η έλλειψη φυσικής άσκησης θεωρείται παράγοντας κινδύνου και για εκφυλιστικά νοσήματα (σακχαρώδης διαβήτης, παθήσεις του μυοσκελετικού συστήματος), για την παχυσαρκία, για την οστεοπόρωση, για την υπέρταση, για ορισμένους ανοσοεξαρθρώμενους καρκίνους, καθώς και για ψυχικές διαταραχές.

Οι αρνητικές επιδράσεις της καθιστικής ζωής δεν περιορίζονται μόνο στην πρόκληση της αρρώστιας. Η άσκηση επηρεάζει άμεσα και τη σωματική, ψυχική και κοινωνική ευεξία. Με τη φυσική άσκηση προκαλείται καλύτερη αιμάτωση του κεντρικού νευρικού συστήματος, καθώς και αύξηση της σεροτονίνης και άλλων νευροδιαβιβαστών που βελτιώνουν τη σωματική και ψυχική διάθεση. Επιπλέον η άσκηση είναι απαραίτητη για τη συντήρηση της φυσικής δομής και λειτουργίας του σώματος. Η έλλειψή της οδηγεί στην αποδυνάμωση ή και στην ατροφία ακόμα του μυϊκού συστήματος και στην απώλεια λειτουργικών ικανοτήτων. Ειδικά στους ηλικιωμένους, οι επιδράσεις αυτές είναι φυσικό να έχουν και σοβαρές κοινωνικές επιπτώσεις, στο βαθμό που περιορίζουν τη δυνατότητα αυτοεξυπηρέτησης, αυτονομίας και κοινωνικότητας του ατόμου (Τούντας, 2009).

Στην Ελλάδα, σε έρευνα σε πανελλαδικό δείγμα αστικού πληθυσμού, το 74,4% δήλωσε ότι δεν ασχολείται με κάποιο είδος γυμναστικής, λόγω έλλειψης χρόνου (45,6%), λόγω έλλειψης διάθεσης (19,4%), για λόγους υγείας (8,2%), για οικονομικούς λόγους (8,2%), λόγω απარέσκειας για τα γυμναστήρια (6,9%), λόγω ηλικίας (3,3%), λόγω έλλειψης χώρου στο σπίτι (2,7%). Σύμφωνα με την ίδια έρευνα, η οικογενειακή κατάσταση φαίνεται να επηρεάζει σημαντικά τη φυσική άσκηση, αφού αθλείται το 50% των ανύπαντρων, το 20% των παντρεμένων και το 10% των χήρων και των διαζευγμένων. Μεγάλες είναι και οι διαφορές ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο. Το 70% των ατόμων που ασκούνται είναι μέσου και ανώτερου μορφωτικού επιπέδου, ενώ απ' όσους δεν ασκούνται το 93% έχει τελειώσει μόνο την πρωτοβάθμια εκπαίδευση. Απ' όσους πάντως γυμνάζονται, μόνο το 14% ασκείται καθημερινά.

Αθλητισμός

Ο αθλητισμός είναι ένας κοινωνικός θεσμός γι' αυτό είναι συνδεδεμένος με τον πολιτισμό, τις πολιτιστικές αξίες και συνθήκες της κοινωνίας. Σαν αθλητισμό θεωρούμε όλες τις σωματικές δραστηριότητες με τις οποίες κανείς επιδιώκει συνειδητά κάποια σωματική επίδοση όπως αυτή νοείται και πραγματώνεται από το κοινωνικό σύνολο.

Αθλητισμός πρέπει να εννοούνται εκείνες οι δραστηριότητες που είναι εξειδικευμένες και διέπονται από ένα πλέγμα κανονισμών ως εκ τούτου οι αθλητικές ενέργειες κατευθύνονται από διατυπωμένους κανόνες που καθορίζουν τον χρόνο, τον χώρο, το όργανο και τις εκτελούμενες δραστηριότητες, ώστε διαμορφώνουν τον αθλητισμό σε ένα ιδιαίτερο εννοιολογικό αντικείμενο (Γιαννουλούδη & Γουλά, 2002).

Ο αθλητισμός σαν θεσμός δημιουργεί ένα εννοιολογικό σύνολο που ρυθμίζει όχι μόνο τη συμπεριφορά των ασχολουμένων αλλά καθορίζει τις δραστηριότητες σε γενικά κοινωνικά πλαίσια.

Ο αθλητισμός επιτελεί σημαντικές λειτουργίες για το κοινωνικό σύνολο γιατί συμβάλλει στη διατήρηση της υγείας του λαού, στην αύξηση της εργατικότητας και της παραγωγικότητας του λαού, στην στρατιωτική προετοιμασία για τον πόλεμο, στην κοινωνικοποίηση των νέων και στην ψυχαγωγία των μαζών. Επίσης, ανοίγει δυνατότητες για την ατομική ή ομαδική επίδοση και είναι ένα πρωτότυπο για τη διαπίστωση της επιτυχίας, για την δημιουργία του ομαδικού πνεύματος, για ομαδοποίηση και ευγενές ήθος, δηλαδή για σημαντικές κοινωνικές αρετές. Γι' αυτό ο αθλητισμός σαν θεσμός διεισδύει στην κοινωνία και αναγνωρίζεται από τα μέλη της (Γιαννουλούδη & Γουλά, 2002).

Ο αθλητισμός επιτελεί πολλές λειτουργίες από τις οποίες άλλες είναι έκδηλες και άλλες λανθάνουσες. Έκδηλες λειτουργίες του αθλητισμού θεωρούνται η ψυχαγωγία και η διατήρηση και βελτίωση της υγείας του ασκούμενου. Λανθάνουσες είναι οι λειτουργίες της κοινωνικοποίησης και της σύσφιξης των σχέσεων των μελών της κοινωνίας. Ακόμη, ο θεσμός του αθλητισμού είναι πολύσκοπος γιατί πέρα από τη θετική συμβολή του στην υγεία του λαού, βοηθάει στην αύξηση της εργατικότητας των ανθρώπων και επιτυγχάνει την προς τα έξω προβολή μιας ολόκληρης κοινωνίας

Οι κοινωνικές λειτουργίες της φυσικής αγωγής και του αθλητισμού μπορούν να συνοψισθούν στις εξής παρακάτω :

- A) Στην κοινωνικοψυχαγωγική και στην κοινωνικοσυναισθηματική λειτουργία
- B) Στην λειτουργία της ενίσχυσης και προφύλαξης της υγείας του ατόμου και ολόκληρου του λαού.
- Γ) Στην λειτουργία της κοινωνικής αγωγής μέσα από την κοινωνικοποίηση
- Δ) Στην λειτουργία της σύσφιξης των σχέσεων των μελών της κοινωνίας και των λαών για την ανάπτυξη της φιλίας και τη διατήρηση της ειρήνης
- Ε) Στην λειτουργία της προβολής του κοινωνικού συστήματος και της χώρας.
- ΣΤ) Στην λειτουργία της προετοιμασίας των νέων για το στρατό
- Ζ) Στις άλλες κοινωνικές λειτουργίες

Η κοινωνικό - συναισθηματική λειτουργία του αθλητισμού θεωρείται ότι πηγάζει από τη δομή της σύγχρονης κοινωνίας. Η θεωρία αυτή βασίζεται στην υπόθεση ότι ο αθλητισμός επενεργεί αντισταθμιστικά στην μονοτονία και στην ψυχική απομόνωση της καθημερινής εργασιακής ρουτίνας.

Ο αθλητισμός σαν θεσμός αποτελεί ένα υποσύστημα, το οποίο αγκαλιάζει όλους όσους σχετίζονται με αυτόν, κάθε άτομο δε που ασχολείται με τον αθλητισμό δέχεται τις κοινωνικοποιητικές επιδράσεις του δεδομένου συστήματος γιατί με την πάροδο του χρόνου αφομοιώνει πολιτικά στοιχεία αξίες και κανόνες που κυριαρχούν σε αυτό τον χώρο (Γιαννουλούδη & Γουλά, 2002).

Είναι κοινά αποδεκτό ότι ο αθλητισμός μέσα από την άσκηση και την προπόνηση καλλιεργεί και διαπλάθει το σώμα τόσο στο σύνολο όσο και στα διάφορα μέρη και συστήματα ανάλογα με το άθλημα. Η τάση για επίδοση και επικράτηση δραστηριοποιεί τις δυνάμεις του ατόμου και επιστρατεύει όλο του το είναι έτσι επηρεάζεται η εργατικότητα, η αντοχή, η ικανότητα της αυτοσυγκέντρωσης και η ετοιμότητα του ατόμου για δράση.

Ο αθλητισμός ενισχύει και σταθεροποιεί την ικανότητα και την ετοιμότητα για κοινωνικά καθορισμένη δράση. Ο αθλητισμός θεωρείται σαν σύστημα με δικούς του κοινωνικούς κανόνες αξίες και ρόλους.

Ο αθλητισμός μπορεί και λειτουργεί έτσι ώστε να αντισταθμίζει και να εξαλείφει ελαττώματα και αρνητικές συνέπειες, που απορρέουν από την αποτυχία της ευρύτερης κοινωνίας. Έτσι, κατορθώνει να κοινωνικοποιεί και να επανεντάσσει το άτομο στην μεγάλη κοινωνία κατά τα δικά της πρότυπα. Ακόμη, επιτυγχάνει να

απαλείψει ή να εξισορροπήσει αρνητικές επιπτώσεις της μη ένταξης σε ορισμένες ομάδες της κοινωνίας (Γιαννουλούδη & Γουλά, 2002).

Έτσι ο αθλητισμός προσφέρει την δυνατότητα, όσο κανένας άλλος χώρος κοινωνικής δραστηριότητας, να καθιερώσει κανείς δικές του αξίες και ταυτόχρονα να τις επιτύχει με προσωπική προσπάθεια.

3.2.4 Κάπνισμα

Ορισμός Καπνίσματος: Είναι το κάπνισμα των φύλλων του καπνού, συνηθίζονταν από τους Ινδούς της Αμερικής πριν από τις Ευρωπαϊκές εξερευνήσεις. Αυτούς είδαν να καπνίζουν οι ναύτες του Κολόμβου στο πρώτο ταξίδι τους.

Το κάπνισμα είναι βλαβερό εξαιτίας της νικοτίνης που περιέχει ο καπνός, η οποία είναι αλκαλοειδές υγρό πολύ τοξικό. Η νικοτίνη είναι μία δραστική ουσία που περιέχεται στον καπνό των τσιγάρων ή των πούρων. Η ουσία αυτή προκαλεί εθισμό ανάλογο με εκείνον της κοκαΐνης. Η νικοτίνη επηρεάζει τους υποδοχείς των νευρικών κυττάρων και κατ' επέκταση τη λειτουργία του νευρικού και αναπνευστικού συστήματος τους. Μία και μόνο σταγόνα νικοτίνης μπορεί να θανατώσει ένα σκύλο μετρίου μεγέθους.



Συνέπειες Καπνίσματος: Το κάπνισμα σχετίζεται άμεσα με την εμφάνιση παθήσεων, όπως οι καρκίνοι, οι καρδιοπάθειες και το εμφύσημα. Το κάπνισμα είναι η πλέον σημαντική προλήψιμη, παράμετρος, προκλήσεως θανάτου στη σύγχρονη κοινωνία. Στην πληθώρα των παθήσεων λόγω καπνίσματος έρχεται να προστεθεί τώρα η δυναμική σχέση του με την κατάθλιψη. Επίσης έχουν αναφερθεί και πολλές άλλες επιδράσεις του καπνίσματος στην υγεία που αφορούν ποικίλες διαταραχές καθώς και άλλες έμμεσες επιπτώσεις, όπως είναι η πρόκληση ατυχημάτων, κυρίως πυρκαγιών. Το κάπνισμα θεωρείται, σήμερα ως ο σπουδαιότερος καρκινογόνος παράγοντας, δεδομένου ότι ενοχοποιείται για το 30-40% των θανάτων από καρκίνο. Αν στον αριθμό αυτό προσθέσουμε και τον αριθμό των θανάτων από καρδιαγγειακές και πνευμονολογικές παθήσεις που σχετίζονται με το κάπνισμα, θα πρέπει να το θεωρήσουμε ως το σπουδαιότερο αίτιο για προβλήματα υγείας στην εποχή μας (Ανώνυμος, 2008 β).

Εκτός όμως απ' αυτά, το κάπνισμα προκαλεί διάφορα είδη καρκίνων όπως:

- Πνεύμονα
- Στοματικής κοιλότητας
- Δέρματος
- Ουροδόχου κύστεως
- Λάρυγγα-Φάρυγγα
- Οισοφάγου
- Παγκρέατος
- Ήπατος

3.2.5 Χρήση ουσιών

Η εξάρτηση δεν είναι μια κλινική εικόνα με ξεκάθαρη αιτιολογία όπως στην περίπτωση ενός κατάγματος ή μίας ίωσης. Έχει επιβεβαιωθεί ότι η πιθανότητα εκδήλωσης κάποιας εξάρτησης είναι μεγαλύτερη κάτω από συγκεκριμένες κοινωνικές και προσωπικές καταστάσεις (Μέδιστος, 2009).



Η τοξικομανία ορίζεται ως η παθολογική κατάσταση κατά την οποία το άτομο έχει απολέσει τον έλεγχο της χρήσης της τοξικής ουσίας. Η εγκατάσταση της τοξικομανίας προϋποθέτει τη συνάντηση μιας προσωπικής, ψυχολογικής κρίσης. Η συνάντηση αυτή διαμεσολαβείτε πάντα από την κρίση της οικογένειας στην οποία ανήκει ο τοξικομανής. Το κοινωνικό και το πολιτιστικό πλαίσιο μέσα στο οποίο πραγματοποιείται η κρίσιμη συνάντηση με την ουσία παίζει σημαντικό ρόλο με την προσωπικότητα του τοξικομανούς και την οικογένεια του.

Η χρήση τοξικών ουσιών (ναρκωτικών) αποτελεί μια από τις συχνότερες αλλά και τις δυσκολότερα αντιμετωπίσιμες παθολογικές καταστάσεις της εφηβείας. Σε μια περίοδο σημαντικών αλλαγών και μεγάλης ψυχικής έντασης, όπως είναι η εφηβεία, τα ναρκωτικά παρουσιάζονται ως θαυματουργές ουσίες που υποτίθεται ότι λύνουν όλα τα προβλήματα. Βαθμιαία, ο έφηβος οδηγείται από τη χρήση στην εξάρτηση, στην αντικοινωνικότητα και την παραβατικότητα.

Η κατανόηση της διαδικασίας που οδηγεί στην εξάρτηση δεν είναι εύκολη καθώς συμβάλουν διαφορετικοί παράγοντες

Η εξάρτηση καθιστά απαραίτητη την καθημερινή χρήση της ουσίας, η οποία με τη σειρά της προκαλεί εξασθένηση του επιθυμητού αποτελέσματος και ανοχή. Προκύπτει έτσι η ανάγκη συνεχούς αύξησης της ποσότητας της ουσίας, για να επιτευχθεί το ίδιο αποτέλεσμα (Μέδισος, 2009).

Αν διακοπεί η χρήση ή μειωθεί η ποσότητα, εμφανίζεται το στερητικό σύνδρομο, το οποίο παρουσιάζει ιδιαίτερα χαρακτηριστικά ανάλογα με την ουσία και εκδηλώνεται μέσω σωματικών συμπτωμάτων. Τα συχνότερα από αυτά είναι: σωματική δυσφορία με μυϊκή αδυναμία, ρίγη, διάρροια, πόνοι στην κοιλιά, στη μέση και στις αρθρώσεις, ιδρώτας, τρόμος, σπασμοί, αϋπνία, εριστικότητα και έντονη επιθυμία για χρήση της ουσίας. Εντούτοις, το στερητικό σύνδρομο που είναι αποτέλεσμα της σωματικής εξάρτησης διαρκεί λίγες ημέρες και αντιμετωπίζεται φαρμακευτικά. Η ψυχολογική εξάρτηση διαρκεί πολύ περισσότερο και αποτελεί την κυριότερη αιτία διακοπής της θεραπείας.

Για να μπορεί να οριστεί εάν κάποιος είναι εξαρτημένος, πρέπει να πληρεί τα κριτήρια που έχουν ορίσει από τον παγκόσμιο οργανισμό υγείας:

- Ανοχή (ανάγκη για περαιτέρω αίσθηση των αποτελεσμάτων)
- ψυχολογική εξάρτηση (επιθυμία, που ποικίλει από πολύ μικρή μέχρι πολύ έντονη)
- συμπτώματα στερητικού συνδρόμου ή υιοθέτηση συγκεκριμένης συμπεριφοράς για τον περιορισμό στερητικών συμπτωμάτων.
- Αποτυχημένες προσπάθειες για να ελέγξει τη χρήση ή την συμπεριφορά.
- Σπατάλη χρόνου τόσο για την χρήση ή την επανάληψη της συμπεριφοράς (Μέδισος, 2009).

3.3 Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες

Η προστασία της υγείας εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από το κοινωνικό περιβάλλον, στο οποίο γεννιέται, μεγαλώνει, εκπαιδεύεται, εργάζεται και ζει κάθε άτομο. Το κοινωνικό περιβάλλον επιδρά στην υγεία με διάφορους τρόπους. Οι οικονομικές δυνατότητες κάθε ατόμου, η μορφή της κοινωνικής οργάνωσης, η οικογένεια, η εκπαίδευση, οι υπηρεσίες υγείας καθώς και ο πολιτισμός κάθε κοινωνίας, αποτελούν

μείζονος σημασίας παράγοντες που επιδρούν στην υγεία. Η σχέση μεταξύ κοινωνικού περιβάλλοντος και υγείας είναι σχέση δυναμική. Οι κοινωνίες αλλάζουν, το κοινωνικό περιβάλλον διαφοροποιείται, οι νοσογόνοι παράγοντες μεταβάλλονται (Τούντας, 2000, σελ.125-126).

Κοινωνικοί θεσμοί, όπως η οικογένεια και η εκπαίδευση, καθώς και η κοινωνική οργάνωση, η θέση στην κοινωνική ιεραρχία και οι αντίξοες κοινωνικές συνθήκες, επιδρούν σημαντικά στην υγεία (Τούντας, 2000, σελ.140).

3.3.1 Πολιτισμός και υγεία

Ο πολιτισμός αποτελεί συστατικό στοιχείο κάθε ανθρώπινης κοινωνίας. Υπήρξαν κοινωνίες που δημιούργησαν μεγάλους πολιτισμούς, οι οποίοι επηρέασαν αποφασιστικά τη διαμόρφωση του κοινωνικού περιβάλλοντος. Η αλληλεπίδραση μεταξύ του πολιτισμού και της κοινωνίας είναι μεγάλη. Η πνευματική δραστηριότητα, τα ήθη και τα έθιμα, η καλλιτεχνική δημιουργία και οι κυρίαρχες ιδεολογικές αντιλήψεις, σφραγίζουν τις ανθρώπινες κοινωνίες κατά τη διάρκεια της εξέλιξής τους (Τούντας, 2008α).

Οι πολιτισμικές αξίες επιδρούν αποφασιστικά στη μορφή και οργάνωση της ανθρώπινης κοινωνίας αλλά και στην ανθρώπινη συμπεριφορά. Ο τρόπος με τον οποίο οι άνθρωποι βιώνουν, αντιλαμβάνονται και αντιμετωπίζουν σε κάθε περίπτωση τα ζητήματα της υγείας και της αρρώστιας εξαρτάται άμεσα από το εκάστοτε πολιτισμό

Ο πολιτισμός καθορίζει σε σημαντικό βαθμό, τις γενικότερες αντιλήψεις για την υγεία, την αρρώστια και τον θάνατο. Αποτελεί βασικό πλαίσιο για τον εντοπισμό των αιτιών της αρρώστιας και συμβάλει στη θεωρητική και πρακτική διαμόρφωση της θεραπευτικής/ιατρικής φροντίδας. Ανάλογα με τις πολιτισμικές επιδράσεις, η ίδια η αρρώστια μπορεί να θεωρείται βλάβη ή χάρισμα, τιμωρία ή επιβράβευση, αμαρτία ή ιερότητα (Τούντας, 2008α).

Επίσης, η μαγεία, η θρησκεία και η επιστήμη θα μπορούσαν να χαρακτηριστούν μεγάλα πολιτισμικά ρεύματα που διαχρονικά διαπέρασαν τους πολιτισμούς, αποτυπώνοντας τα χαρακτηριστικά τους στα θέματα της υγείας, άλλοτε σε μεγαλύτερο και άλλοτε σε μικρότερο βαθμό.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η σχέση του πολιτισμού με την παραγωγή και εμφάνιση της σωματικής και ψυχικής νοσηρότητας. Έχει διαπιστωθεί ότι ο

πολιτισμός άλλοτε ευθύνεται για την πρόκληση ορισμένων νοσημάτων, ενώ άλλοτε επηρεάζει τη συμπτωματολογία και άλλοτε επηρεάζει τη συμπτωματολογία και άλλοτε τον τρόπο που τα άτομα αντιμετωπίζουν της συνέπειες της αρρώστιας και την ένταση του πόνου.

Ο Πλάτων αναφέρει ότι η αρρώστια προκαλείται από τον πολιτισμό. Όσο ο άνθρωπος ζούσε στη φύση, ήταν υγιής και δεν είχε την ανάγκη ιατρικής φροντίδας. Η μαλθακότητα και η υπερβολική και η εξεζητημένη διατροφή -χαρακτηριστικά του πολιτισμού της εποχής του- αποτελούσαν κατά τον Πλάτωνα τις βασικές αιτίες της νοσηρότητας (Τούντας, 2008α).

3.3.2 Οικογένεια

Η οικογένεια, εκτός από την ασφάλεια, την καθοδήγηση και τη βοήθεια που προσφέρει στα μέλη της, επηρεάζει θετικά και την υγεία τους. Η επίδραση αυτή είναι πιο έντονη στα παιδιά. Κατά την παιδική ηλικία, η οικογένεια και οι κοινωνικές συνθήκες στις οποίες αυτή διαμορφώνεται, αποτελούν τα θεμέλια για την προστασία και προαγωγή της ψυχοδιανοητικής και σωματικής υγείας στην υπόλοιπη ζωή.



Από κάποιες μελέτες, έχει διαπιστωθεί ότι η αρνητική οικογενειακή εμπειρία (χωρισμοί, θάνατοι) οδηγεί το παιδί να γίνει πιο ευάλωτο σωματικά (έλκος στομάχου, κολίτιδες) και ψυχικά (διαταραχές συμπεριφοράς, αντικοινωνική συμπεριφορά, επιθετικότητα, κατάθλιψη).

Οι γονείς πρέπει να είναι όχι μόνο φυσικά παρόντες αλλά και συναισθηματικά, αλλιώς μπορεί να δημιουργηθούν προβλήματα προσαρμογής και εγκοινωνισμού του παιδιού.

Τα παιδιά, κυρίως μικρής ηλικίας, έχουν ανάγκη να δένονται με το πρόσωπο που τους παρέχει τη σημαντικότερη φροντίδα, το οποίο συνήθως είναι η μητέρα. Με το δέσιμο αυτό, δημιουργείται ένα αίσθημα ασφάλειας, κάτι που αποτελεί σημαντικό παράγοντα για την ομαλή ψυχοσωματική ανάπτυξη του παιδιού. Στις περιπτώσεις που απουσιάζει το αίσθημα ασφάλειας, μπορεί να προκληθούν στο παιδί

μακροχρόνιες δυσλειτουργίες, που έχουν να κάνουν με τη δυνατότητά του να αντιμετωπίζει τις στρεσογόνες καταστάσεις.

Η οικογένεια επιδρά και στην υγεία των ενήλικων μελών της. Η έλλειψη σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ συντρόφων ή συγγενών σημαίνει συχνά και χειρότερη υγεία, ενώ η απουσία της οικογενειακής θαλπωρής και της συγγενικής υποστήριξης αυξάνει την ευπάθεια του ατόμου, μειώνοντας το ανοσολογικό σύστημα του οργανισμού (Τούντας, 2000, σελ.140-142).

Οι αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία που προέρχονται από τις οικογενειακές σχέσεις έχουν αυξηθεί στις μέρες μας και είναι οι εξής :

- Ασκείται μεγαλύτερη κοινωνική πίεση στην οικογένεια, λόγω των σύγχρονων επαγγελματικών σχέσεων και εργασιακών συνθηκών.
- Συναντά μεγαλύτερες δυσκολίες να εκπληρώσει τις λειτουργίες της απ' ότι στο παρελθόν.
- Αυξάνετε το ποσοστό εγκυμοσύνης στην εφηβική ηλικία.
- Αυξάνετε ο αριθμός των διαζυγίων.
- Αύξηση των μονογονεϊκών οικογενειών.
- Μειώνεται ο χρόνος που διαθέτουν οι γονείς για την πρωτογενή φροντίδα του παιδιού (Τούντας, 2000, σελ.143).

3.3.3 Κοινωνικές ανισότητες

Οι ανθρώπινες κοινωνίες χαρακτηρίζονται από την ύπαρξη ανισοτήτων. Είναι φανερό ότι οι κοινωνικοί παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία είναι επίσης άνισα κατανομημένοι σε κάθε πληθυσμό. Αποτέλεσμα αυτού του γεγονότος είναι να παρατηρούνται σοβαρές διαφοροποιήσεις στην υγεία, όχι μόνο από κοινωνία σε κοινωνία, αλλά και μεταξύ των μελών κάθε κοινωνίας, ανάλογα με τη θέση που κατέχουν σε αυτήν (Τούντας, 2008β).

Η σχέση ανάμεσα στο κοινωνικό περιβάλλον και την υγεία είναι σχέση δυναμική. Η κοινωνική κινητικότητα, επηρεάζει την εμφάνιση των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία ` τα άτομα που ανέρχονται την κοινωνικά έχουν επιβαρημένη υγεία λόγω της κοινωνικής τους προέλευσης, ενώ το αντίθετο συμβαίνει με τα άτομα που κατέρχονται την κοινωνική κλίμακα.

Η κοινωνική θέση του ατόμου, η σχέση του προς τα μέσα παραγωγής, ο τρόπος ένταξής του στην παραγωγική διαδικασία, οι υλικές συνθήκες ύπαρξης, οι κοινωνικές αξίες και οι κυρίαρχες ιδεολογίες, διαμόρφωσαν και διαμορφώνουν κοινωνικές τάξεις και κοινωνικά στρώματα που παρουσιάζουν μεταξύ τους σημαντικές διαφορές ως προς την υγεία.

Σε έρευνα που έγινε στην Βρετανία, χωρίζοντας τους βρετανούς πολίτες σε τέσσερις κοινωνικές κατηγορίες διαπίστωσε ότι η θνησιμότητα το 1991 ήταν τουλάχιστον τριπλάσια στη χαμηλότερη κατηγορία σε σύγκριση με την υψηλότερη, ενώ την ίδια χρονιά στη βόρεια Αγγλία διαπιστώθηκε ότι το πιο φτωχό 10% του πληθυσμού εμφάνιζε τετραπλάσια θνησιμότητα από το πιο πλούσιο 10%. Ανάλογες κοινωνικές ανισότητες στην υγεία διαπιστώθηκαν και σε άλλες χώρες (Τούντας, 2008β).

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

Εκτός από τους δείκτες νοσηρότητας και θνησιμότητας, η κοινωνική θέση επηρεάζει και τη συχνότητα υιοθέτησης επικίνδυνων για την υγεία στάσεων και συμπεριφορών. Οι κοινωνικές επιδράσεις στην υγεία έχουν μελετηθεί και στη χώρα μας. Μειωμένη θνησιμότητα έχει καταγραφεί στις ανώτερες τάξεις και στα υψηλότερα εισοδήματα, ενώ αυξημένη θνησιμότητα από λοιμώδη νοσήματα σε περιοχές με χαμηλό κατά κεφαλή εισόδημα (Τούντας, 2008β).

Πρέπει να σημειωθεί ότι, παρόλο που η υγεία του συνολικού πληθυσμού στις περισσότερες χώρες του κόσμου βελτιώνεται, ο ρυθμός βελτίωσης δεν είναι ο ίδιος για όλες τις κοινωνικές ομάδες.

3.3.4 Ο Ρατσισμός και η επίδρασή του στην κοινωνία

Ρατσισμός είναι η θεωρία που υποστηρίζει την ανωτερότητα μιας φυλής και αποβλέπει στην διατήρηση της «καθαρότητάς» της και στην κυριαρχία της επί των άλλων (Ανώνυμος, 2007α).

Μορφές ρατσισμού:

- Φυλετικός
- Κοινωνικός σε άτομα ή ομάδες(πολιτική ιδεολογία, πνευματικό επίπεδο, οικονομική κατάσταση) , απέναντι στις γυναίκες, στα άτομα με ειδικές ανάγκες, στις μειονότητες.
- Θρησκευτικός (δόγματα)

Αίτια:

- Οικονομικοί λόγοι (π.χ. Εκμετάλλευση μαύρων, Αλβανών, που αποτελούν φθηνά εργατικά χέρια).
- Έλλειψη παιδείας (οι απαίδευτοι γίνονται εύκολα θύματα προπαγάνδας. Δεν μπορούν να κρίνουν).
- Οικονομικά και πολιτικά προβλήματα μιας κοινωνίας.(Η βία, η εγκληματικότητα, η ανεργία δημιουργούν ένταση η οποία εκτονώνεται πάνω στους ξένους που γίνονται τα εξιλαστήρια θύματα).
- Επιθυμία ατόμων και λαών για απόκτηση δύναμης και εξουσίας. Συμφέροντα (οικονομικά, εδαφικά, κοινωνικά, πολιτικά).
- Βαθμός επιρροής των θρησκευτικών δοξασιών.
- Ηθική εξαχρείωση. Οι άνθρωποι υιοθετούν ρατσιστικές αντιλήψεις προκειμένου να εκμεταλλευτούν τον συνάνθρωπό τους.
- Κοινωνική διαστρωμάτωση. Ανισότητα στην παροχή ευκαιριών.
- Προκαταλήψεις που δημιουργούνται από την οικογένεια, την παράδοση, από το περιεχόμενο των σπουδών του εκπαιδευτικού μας συστήματος.
- Εθνικιστικά αίτια (Οι μικροί λαοί φοβούνται την αφομοίωσή τους από τους μεγάλους και ισχυρούς και χρησιμοποιούν τον εθνικισμό ως ασπίδα διασφάλισης της ταυτότητάς τους)

Είναι γεγονός ότι οι νέοι της εποχής μας δεν διακατέχονται από προκαταλήψεις και ρατσισμό τόσο όσο σε παλαιότερες εποχές. Αυτό οφείλεται σε:

- Πιο ολοκληρωμένη και σφαιρική παιδεία.
- Ελεύθερη και άμεση επικοινωνία μεταξύ των λαών. (π.χ. τουρισμός)
- Ιδιαίτερος χαρακτήρας των νέων. Από τη φύση τους οι νέοι είναι ανιδιοτελείς, ιδεολόγοι, ευαίσθητοι και δημοκρατικοί.
- Πολιτιστικές ανταλλαγές, αθλητικές συναντήσεις.
- Καλλιέργεια πνεύματος ειρήνης, ανθρωπισμού, διεθνισμού τα τελευταία χρόνια. Διεθνείς οργανισμοί (O.H.E., UNICEF, GREENPEACE) συμβάλλουν στην άμβλυνση των διαφορών, την απόρριψη των ρατσιστικών αντιλήψεων και στην προσέγγιση των λαών.

Συνέπειες:

- Οικονομική εκμετάλλευση ατόμων και λαών.
- Το άτομο αποδέχεται σκοταδιστικές αντιλήψεις με αποτέλεσμα την παρακώλυση της κριτικής σκέψης. Πνευματική ανελευθερία.
- Υπονομεύεται η δημοκρατική λειτουργία των θεσμών από την κυριαρχία της αδικίας, αναξιοκρατίας, την περιφρόνηση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων.
- Περιθωριοποιούνται άτομα και ομάδες. Παρεμποδίζεται η δημιουργική τους συμμετοχή στην κοινωνία και η εξέλιξη τόσο των ίδιων όσο και της κοινωνίας.
- Στερεί από τους λαούς θύματα του ρατσισμού την ευκαιρία να αναπτύξουν πολιτισμό.
- Κυριαρχεί ο φόβος ανάμεσα στους ανθρώπους, δημιουργείται κοινωνική δυσλειτουργία. Τα άτομα δε συνεργάζονται αρμονικά.
- Συχνό είναι το φαινόμενο των εκδηλώσεων βίας από τους ρατσιστές.

Ο εθνικισμός μπορεί να οδηγήσει σε πολεμικές συγκρούσεις (Ανώνυμος, 2007α).

3.3.5 Οικονομία

Η σχέση που υπάρχει ανάμεσα στην οικονομία και την υγεία έχει πολλές φορές τεκμηριωθεί και γίνεται αντικείμενο μελέτης. Η φτώχεια γεννά την αρρώστια, ενώ ο πλούτος προστατεύει και προάγει την υγεία. Τα 2/3 των διαφορών που



παρουσιάζουν οι δείκτες υγείας από πληθυσμό σε πληθυσμό οφείλονται σε οικονομικούς λόγους (Τούντας, 2008γ).

Ένα καλό εισόδημα βελτιώνει την υγεία καθώς παρέχει τη δυνατότητα για καλύτερη κατοικία, για πιο ασφαλές και υγιεινό περιβάλλον, για καλή διατροφή, για πρόληψη, για περίθαλψη καθώς και για πολλούς άλλους κοινωνικούς και υλικούς παράγοντες που σχετίζονται με την υγεία.

Έχει μελετηθεί όμως ότι και υγεία επηρεάζει το εισόδημα. Ένας υγιής πληθυσμός είναι και πιο παραγωγικός. Στις Η.Π.Α υπολογίστηκε ότι το 8,3% του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος (ΑΕΠ) είναι πλούτος που παράγεται χάρη στη μείωση της θνησιμότητας από το 1940 και μετά (Τούντας, 2008γ).

Η σχέση της υγείας με την οικονομία αποκτά ιδιαίτερη βαρύτητα εξαιτίας της ύπαρξης σοβαρών οικονομικών ανισοτήτων μεταξύ χωρών.

Η πραγματική επίδραση της οικονομίας στη διαμόρφωση του επιπέδου υγείας ενός πληθυσμού μπορεί να εκτιμηθεί σωστά μόνο μέσα από το πρίσμα δύο καθοριστικών δομών κάθε κοινωνίας: του τρόπου οργάνωσης της οικονομίας και της μορφής κοινωνικής διαστρωμάτωσης σε σχέση με την παραγωγή.

Όσο πιο πλούσια είναι μια χώρα, τόσο περισσότερα μπορεί να δαπανά για την υγεία, εξασφαλίζοντας επαρκείς και αποτελεσματικές υπηρεσίες υγείας.

Όταν, κάτω από ένα συγκεκριμένο επίπεδο οι δαπάνες υγείας επιδρούν θετικά στο προσδόκιμο ζωής, το αντίθετο δεν ισχύει. Η υγεία δεν συνεχίζει να βελτιώνεται όταν οι δαπάνες υγείας συνεχίζουν να αυξάνουν πάνω από ορισμένο επίπεδο (Τούντας, 2008γ).

3.3.6 Κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο (Κ.Ο.Ε.)

Το Κ.Ο.Ε. είναι ένας από τους πιο σημαντικούς παράγοντες για την υγεία, την ασθένεια και την φροντίδα για την υγεία. Για να οριστεί το Κ.Ο.Ε. πρέπει να ληφθούν υπόψη οι όροι όπως είναι η επαγγελματική απασχόληση, η εκπαίδευση, το εισόδημα. Παρόλα αυτά το Κ.Ο.Ε. είναι μια πολύπλοκη και πολυδιάστατη έννοια που δεν ορίζεται εύκολα (Καραδήμας, 2005, σελ.34-35).

Η επίδραση που ασκεί το Κ.Ο.Ε. στην υγεία γίνεται μέσω κάποιων μεταβλητών κυρίως ψυχοκοινωνικών και συμπεριφορικών. Τέτοιοι παράγοντες είναι: η οικογενειακή αστάθεια, η παραμέληση των παιδιών, η κακή διατροφή, η ελλιπής

εκπαίδευση, η χρήση ουσιών, η ανεργία, η περιορισμένη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, η έλλειψη ασφάλισης, κοινωνικής υποστήριξης, η διαβίωση σε επιβαρημένο περιβάλλον κ.α.

Σύμφωνα με τους Davey και συν (1994), όταν όλοι αυτοί οι παράγοντες συνδυαστούν υπάρχει κίνδυνος για σοβαρές καταστάσεις και ασθένειες.

Έχει παρατηρηθεί ότι το νόημα και η αντίληψη για την υγεία αλλάζει ανάλογα με το Κ.Ο.Ε. του ατόμου. Ο Chamberlain (1997) υποστηρίζει ότι τα άτομα με χαμηλό Κ.Ο.Ε. θεωρούν ότι η υγεία σχετίζεται μόνο με την ενεργητικότητα, την έλλειψη συμπτωμάτων και την καλή διατροφή. Είναι μια «μονοδιάστατη» αντίληψη λοιπόν σύμφωνα με τον ερευνητή. Αντίθετα άτομα με υψηλότερο επίπεδο έχουν μια «δυϊστική» αντίληψη για την υγεία. Αντιλαμβάνονται την υγεία ως κάτι που έχει δύο πλευρές, οργανικές και ψυχολογικές οι οποίες, δρουν παράλληλα και ανεξάρτητα η μια από την άλλη. Υπάρχει και μια άλλη αντίληψη η «πολλαπλή» ατόμων με υψηλότερα επίπεδα σύμφωνα με τα οποία η υγεία αποτελείται από πολλαπλά στοιχεία οργανικά, συναισθηματικά, κοινωνικά, πνευματικά, τα οποία, αλληλεξαρτώνται και όταν ισορροπούν το άτομο είναι υγιές και όταν δεν ισορροπούν ασθενεί (Καραδήμας, 2005, σελ.34-35).

3.3.7 Εκπαίδευση

Η εκπαίδευση είναι ένας ακόμα κοινωνικός θεσμός που επιδρά στην υγεία. Η εκπαίδευση συμβάλλει στην επίτευξη μεγαλύτερης κοινωνικής ισότητας και δικαιοσύνης, καθώς και στην προσωπική ολοκλήρωση του ατόμου. Ακόμα ενισχύει την κοινωνική υπευθυνότητα, διαμορφώνει και μεταδίδει την πολιτισμική ταυτότητα. Πάνω απ' όλα όμως, καθορίζει σε σημαντικό βαθμό τις υλικές συνθήκες ύπαρξης. Στο σχολείο συντελείται η καλύτερη εκμάθηση της κοινωνικής ζωής. Η σχολική εκπαίδευση εκφράζει τις αξίες, τις πεποιθήσεις και τις προτεραιότητες μιας κοινωνίας, που επηρεάζουν σημαντικά την υπόθεση της προστασίας και προαγωγής της υγείας. Οι εκπαιδευτικοί συχνά λειτουργούν ως πρότυπα ταύτισης για τα παιδιά, όσον αφορά τη συμπεριφορά τους που σχετίζεται με την υγεία. Είτε την υιοθετούν, είτε την απορρίπτουν.



Η εκπαίδευση των γονέων αποτελεί δείκτη βιοτικού επιπέδου στην παιδική ηλικία, ενώ μας δείχνει την επαγγελματική αποκατάσταση, και κατ' επέκταση το εισόδημα κατά την ενηλικίωσή τους (Τούντας, 2000, σελ.144).

Το σχολείο, κατεξοχήν θεσμός υπεύθυνος για τη μετάδοση πολιτιστικών αγαθών, καλείται να διαδραματίσει καθοριστικό ρόλο, να αναπροσαρμόσει τα διδακτικά του προγράμματα, ώστε να αντανακλούν (ή και να προετοιμάζουν) την κοινωνική μεταβολή, αλλά κυρίως να παρέχει ένα ασφαλές περιβάλλον, μέσα στο οποίο η προαγωγή της ψυχικής και βιολογικής υγείας, η εξάλειψη των παραγόντων κινδύνου και η πρόληψη θα αποτελούν εχέγγυα για την αντισταθμιστική, δημοκρατική και ισότιμη παιδεία.(Τούντας, 2007ε).

Στόχος του σύγχρονου σχολείου δεν είναι μόνο η μεταφορά γνώσεων αλλά η δημιουργία ενός περιβάλλοντος αποδοχής, αλληλοπροσφοράς και συνεργασίας, όπου όλοι οι εκπαιδευτικοί και μαθητές θα μπορούν να καταστήσουν τα θέματα υγείας σημαντικό μέρος της καθημερινής ζωής της σχολικής κοινότητας. (Τούντας, 2007ε).

3.3.8 Τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης και η επίδραση τους στην κοινωνία.

Η μεγάλη ανάπτυξη της τεχνολογίας τελειοποίησε τα μέσα μαζικής ενημέρωσης. Σήμερα χρησιμοποιούνται τα τελειότερα μέσα, ώστε τα μέσα μαζικής ενημέρωσης να επιφέρουν όλο και περισσότερο θετικές επιδράσεις στην κοινωνία.



Αναπτύσσουν το πολιτικό κριτήριο του λαού, διαμορφώνουν φιλελεύθερο το πολιτικό του ήθος. Έπειτα πληροφορούν τους πολίτες για τους νόμους και γνωστοποιούν τις θέσεις των κομμάτων. Ενισχύουν την εθνική συνείδηση και συμβάλουν στη διατήρηση της παράδοσης. Επίσης διευκολύνουν τη λειτουργία του κράτους και ευνοούν την πολυφωνία και το διάλογο. Επιπλέον συντελούν στην κατοχύρωση των ελευθεριών του λαού, στηλεύουν την παραβίαση των ανθρώπινων δικαιωμάτων, αποκαλύπτουν αδικίες και εγκλήματα, διαφθορές συνειδήσεων και άλλες ατασθαλίες της δημόσιας ζωής (Καλτσίδης, 2008).

Εντούτοις με τις διαφημίσεις προβάλλουν τα αγαθά και συντελούν στην κατανάλωση τους. Δημοσιεύουν στατιστικές, προκηρύξεις διαγωνισμών, προωθούν τον τουρισμό, συμβάλλουν στο συντονισμό και στην αναζωογόνηση των οικονομικών δραστηριοτήτων με αποτέλεσμα την οικονομική ανάπτυξη. Εκτός από αυτά, ευαισθητοποιούν την κοινή γνώμη πάνω σε σύγχρονα προβλήματα, όπως είναι το

πρόβλημα της ειρήνης, η μόλυνση του περιβάλλοντος και η εξαθλίωση των φτωχών χωρών. Ιδιαίτερα σημαντικό θεωρείται ότι φέρνουν σε επαφή τους λαούς και έτσι το άτομο γνωρίζει τα ήθη, έθιμα και τον πολιτισμό των άλλων λαών. Δεν πρέπει ωστόσο να αγνοήσουμε ότι προβάλλουν τις αρετές σπουδαίων προσωπικοτήτων. Και τέλος ψυχαγωγούν, μορφώνουν, προβάλλουν τις επιστημονικές γνώσεις και τις κάνουν προσιτές στους πολλούς. Επίσης μετριάζουν τον αναλφαβητισμό, διερευνούν τα ενδιαφέροντα των ανθρώπων και προωθούν τον πολιτισμό (Καλτσίδης, 2008).

Όταν τα μέσα μαζικής ενημέρωσης δεσμεύονται από πολιτικές ή άλλες σκοπιμότητες, παρέχουν μονόπλευρη ενημέρωση, εξυπηρετούν την προπαγάνδα ορισμένων κοινωνικών τάξεων, υποβάλλουν ιδέες στο λαό και έτσι τον παρασύρουν σε πολλά λάθη.

Ωστόσο με την πληθώρα των διαφημίσεων καλλιεργούν τον καταναλωτισμό και τροφοδοτούν την ξενομανία. Τέλος δεν πρέπει να αγνοείται το γεγονός ότι η τηλεόραση ειδικότερα, αποξενώνει τις οικογενειακές σχέσεις, στερεί το διάλογο και την επικοινωνία των μελών της οικογένειας (Καλτσίδης, 2008).

Το δημοκρατικό πολίτευμα είναι η βασική προϋπόθεση για τη σωστή λειτουργία των μέσων μαζικής ενημέρωσης. Αυτό θα οδηγήσει στην ελευθερία έκφρασης και στην ελευθεροτυπία. Βέβαια απαιτείται και έλεγχος των παρεκτροπών τους από τις αρχές της δημοσιογραφικής δεοντολογίας. Ακόμη επιβάλλεται τα μέσα μαζικής ενημέρωσης να βρίσκονται έξω από τις διαμάχες των κομμάτων.

3.4 Παράγοντες σχετιζόμενοι με το σύστημα και τις υπηρεσίες υγείας

3.4.1 Σύστημα υγείας

Η αναγκαιότητα ύπαρξης και λειτουργίας ενός συστήματος καθορίζεται από τη χρησιμότητα των σκοπών του και από την ικανότητα να επιτυγχάνει τους στόχους που θέτει για να εκπληρώσει τους σκοπούς του.

Σύμφωνα με τη σύγχρονη θεώρηση, ο σκοπός ενός συστήματος υγείας οφείλει να είναι η διασφάλιση και βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού με απώτερο σκοπό τη συμβολή του συστήματος υγείας ως βασικού θεσμού του κοινωνικού κράτους, στη διασφάλιση και βελτίωση του επιπέδου ευημερίας και ποιότητα ζωής του πληθυσμού. Οι στόχοι για την προσέγγιση ή την επίτευξη του βασικού αυτού σκοπού αφορούν την παραγωγή υπηρεσιών και αγαθών, ανάλογα με την εκτίμηση

των αναγκών υγείας. Τόσο οι σκοποί, όσο και οι στόχοι πρέπει να προσδιορίζονται με σαφή κριτήρια ώστε να είναι δυνατή η μέτρησή τους (Σαρρής, 2001, σελ.120-122).

Ένα ολοκληρωμένο σύστημα υγείας για να λειτουργήσει και να αναπτυχθεί στο μέγιστο βαθμό, επιβάλλεται να εκτιμά την αποτελεσματικότητά του στην επίτευξη των στόχων του, να επανακαθορίζει τους στόχους του, να σχεδιάζει και να προγραμματίζει τα μέσα για την επίτευξή τους.

Τα βασικά χαρακτηριστικά γνωρίσματα που προσδιορίζουν ένα σύστημα υγείας, ανεξάρτητα από τη μορφή που έχει και σύμφωνα με τα οποία αξιολογείται επίσης η λειτουργικότητά του καθώς και η διαπίστωση κοινωνικών ανισοτήτων στον τομέα υγείας μιας χώρας, είναι τα εξής :

- Διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας
Η δυνατότητα δηλ. του συστήματος να προσφέρει τις υπηρεσίες του στο πληθυσμό χωρίς εμπόδια και χρονικούς περιορισμούς.
- Προσπελασιμότητα των υπηρεσιών υγείας
Κάθε άτομο οποιασδήποτε κοινωνικό-οικονομικής τάξης και θέσης, πρέπει να έχει τη δυνατότητα να χρησιμοποιεί τις υπηρεσίες υγείας.
- Συνέχεια στην προσφορά υπηρεσιών υγείας
Η προσφορά υπηρεσιών υγείας προς τον πληθυσμό δεν περιορίζεται μόνο στο στάδιο της θεραπευτικής αντιμετώπισης μιας αρρώστιας, αλλά επίσης καλύπτει τα στάδια πριν και μετά την εμφάνιση της νόσου.
- Ισότητα ή ίσες ευκαιρίες στη χρήση των υπηρεσιών
- Το οργανωτικό επίκεντρο του συστήματος
Κάθε σύστημα υγείας στη διαδρομή του στο χώρο και στο χρόνο δίνει ιδιαίτερο βάρος στην ανάπτυξη ενός συγκεκριμένου τύπου υπηρεσιών υγείας, το οποίο λειτουργεί ως επίκεντρο, γύρω από το οποίο αναπτύσσεται το σύστημα υγείας στο σύνολό του (Σαρρής, 2001, σελ.120-122).

3.4.2 Πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι

Είναι ένα πρόγραμμα κοινωνικής προστασίας που έχει στόχο την παροχή οργανωμένης και συστηματικής φροντίδας σε ηλικιωμένους και άτομα με αναπηρίες, δηλαδή άτομα με αισθησιοκινητικές αναπηρίες, ψυχική νόσο, νοητική υστέρηση. Εξασφαλίζει την αξιοπρεπή και αυτόνομη διαβίωση, την παραμονή στο φυσικό οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον και την αναβάθμιση της ποιότητας ζωής τους. Υλοποιείται με ευθύνη των δήμων και κοινοτήτων. Οι

υπηρεσίες παρέχονται δωρεάν στο σπίτι των πολιτών. Σήμερα, λειτουργούν περισσότερες από 1.000 μονάδες "Βοήθεια στο Σπίτι" σε όλη την Ελληνική Επικράτεια (Ανώνυμος, 2006).

Αιτίες δημιουργίας του προγράμματος «βοήθεια στο σπίτι»

Η φροντίδα υγείας προς ένα άρρωστο μέλος της οικογένειας παρεχόταν σχεδόν στο σύνολό της στο σπίτι μέχρι το πρώτο τέταρτο του 20ού αιώνα. Οι εκρηκτικές εξελίξεις της ιατρικής και τεχνολογίας με την αλματώδη ανάπτυξη της χειρουργικής, της αναισθησίας, των αντιβιοτικών και η ανάπτυξη υποστηρικτικών συστημάτων ζωής συνέβαλαν να αναπτυχθεί ένα αίσθημα ασφάλειας προς το νοσοκομείο με συνέπεια να παρατηρείται αυξημένη προσέλευση αρρώστων μέσα σ' αυτό.

Η νοσηλεία για όλους τους πολίτες με μικρή οικονομική συμμετοχή λόγω των κοινωνικών ασφαλίσεων και ο περιορισμός του νοσηλευτικού ρόλου της οικογένειας στη σύγχρονη κοινωνία ήταν επίσης ερέθισμα για αύξηση ζήτησης νοσοκομειακών υπηρεσιών. Παρατηρήθηκε επίσης αύξηση του δείκτη θανάτων μέσα στο νοσοκομείο, η οποία μπορεί να ερμηνεύσει το φόβο του ανθρώπου προς το θάνατο και την άρνησή του να τον αποδεχθεί στην κοινωνική του ζωή.

Τα τελευταία χρόνια υπάρχει μία τάση να εφαρμοστούν εναλλακτικές - εξωνοσοκομειακές μορφές περίθαλψης. Η νοσηλεία στο σπίτι είναι μια από αυτές και δημιουργήθηκε ως αποτέλεσμα της αυξημένης ζήτησης τέτοιου είδους υπηρεσιών. Η φροντίδα στο σπίτι είναι φτηνότερη από την νοσοκομειακή φροντίδα. Έτσι επιβάλλεται συντόμευση του χρόνου παραμονής των αρρώστων στο νοσοκομείο πριν την πλήρη ανάρρωσή τους λόγω του μεγάλου ημερήσιου κόστους νοσηλείας. Αυτό επιβάλλει ένα φορέα παροχής υπηρεσιών στο σπίτι έτσι ώστε να παρέχεται συνεχιζόμενη φροντίδα από το νοσοκομείο στο σπίτι μέχρι την ανάρρωση ή το θάνατο.

Οι σπουδαιότερες αιτίες που οδήγησαν στο πρόγραμμα «βοήθεια στο σπίτι»

- Η άνοδος του ποσοστού των ηλικιωμένων που έχει σαν συνέπεια την ανάγκη παροχής περισσότερης φροντίδας για πολλαπλά χρόνια νοσήματα και ανάγκες.
- Το άτομο μπορεί να μην έχει κάποιο άτομο της οικογένειάς του διαθέσιμο ή ικανό να παρέχει φροντίδα στο σπίτι.

- Πολλά άτομα προτιμούν να δέχονται φροντίδα στο σπίτι τους, ειδικότερα τα τελευταία χρόνια με την ευαισθητοποίηση του κοινού σχετικά με τις υπηρεσίες που μπορούν να προσφερθούν στο σπίτι. Φαίνεται επίσης ότι αυτοί και οι οικογένειές τους δέχονται λιγότερη συναισθηματική πίεση στο σπίτι από ότι στο νοσοκομείο.
- Πολλοί άνθρωποι προτιμούν να πεθάνουν στο σπίτι και χρειάζεται η ανάλογη φροντίδα.
- Η ανακάλυψη υπερσύγχρονων ηλεκτρονικών συσκευών, αλλά και η δυνατότητα εφαρμογής πολύπλοκων τεχνικών στο σπίτι ώθησε πολλά άτομα να εκτελούν τη θεραπεία στο σπίτι με τη βοήθεια των νοσηλευτών ή των άλλων μελών της υγειονομικής ομάδας. Στο σπίτι υπάρχει η δυνατότητα π.χ. να γίνει χημειοθεραπεία, φορητή περιτοναϊκή κάθαρση, εκπαίδευση στη χορήγηση οξυγόνου κλπ.
- Ο κατάλογος με τα άτομα που χρειάζονται νοσηλεία στο σπίτι μοιάζει να είναι ατέλειωτη. Άτομα όλων των ηλικιών και διαφόρου κοινωνικοοικονομικού επιπέδου μπορεί να χρειαστούν κάποιες από τις υπηρεσίες που παρέχονται μέσα από τη νοσηλεία στο σπίτι (Ανώνυμος, 2007β).

Οι υπηρεσίες που προσφέρει

Παρέχει, συμβουλευτική και ψυχοσυναισθηματική στήριξη, νοσηλευτική μέριμνα, φροντίδα του νοικοκυριού, συντροφιά, μικρο-αγορές, πληρωμή λογαριασμών, βοήθεια στην ατομική υγιεινή, παράδοση γευμάτων, μεταφορά και άλλες υπηρεσίες που κρίνονται αναγκαίες.

Οι υπηρεσίες παρέχονται με περιοδικές επισκέψεις του προσωπικού στο σπίτι των εξυπηρετούμενων ανάλογα με τις ανάγκες και ιδιαιτερότητές τους.(Ανώνυμος, 2006)

Ποιοι το στελεχώνουν

Το πρόγραμμα στελεχώνεται από καταρτισμένα στελέχη και ειδικούς επιστήμονες, όπως κοινωνικούς λειτουργούς, νοσηλευτές και οικιακούς βοηθούς.

Μέσω του προγράμματος εξασφαλίζεται στενή συνεργασία με τους αρμόδιους τοπικούς φορείς, το ιατρικό προσωπικό, το νοσοκομείο και τις άλλες υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας (Ανώνυμος, 2006).

ΕΝΟΤΗΤΑ Β΄

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Σκοπός έρευνας

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι ο εντοπισμός και η ανάδειξη των παραγόντων που θεωρούνται σημαντικοί, από τους ίδιους τους πολίτες, για να χαρακτηριστεί μια κοινότητα υγιής.

Στόχος της εργασίας είναι η διερεύνηση, η καταγραφή και η σύγκριση των απόψεων γενικού πληθυσμού σχετικά με τους παράγοντες που εκείνοι πιστεύουν ότι καθορίζουν την υγεία στην κοινότητα. Επιπλέον στόχος είναι η ανάδειξη των διαφορών που ίσως υπάρχουν στις απόψεις ανάμεσα στα δύο φύλα και η σύγκριση των αποτελεσμάτων στην Κρήτη σε σχέση με αυτά της Αμερικής.

Υλικό και μέθοδος

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε στο Ηράκλειο από 1-10-2008 έως 28-02-2009. Τον πληθυσμό της έρευνας αποτέλεσε μέρος των φοιτητών του Τ.Ε.Ι., μέλη των Κ.Α.Π.Η καθώς και εργαζόμενοι σε δημόσιες και ιδιωτικές επιχειρήσεις. Το δείγμα μας είναι δείγμα ευκολίας. Για την διεξαγωγή της έρευνας δημιουργήθηκε ερωτηματολόγιο με βάση μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε στις αρχές τις δεκαετίας του '90 στην Αμερική (The Healthcare Forum: What creates health? Individuals and communities respond: A national study conducted by DYG, Inc, for the Healthcare Forum, San Francisco, 1994). Τα αποτελέσματα της έρευνας αναφέρονται στο βιβλίο της Κοινωνικής Νοσηλευτικής των Mary A.Nies & Melanie McEwen (2001). Δημιουργήθηκαν ερωτήσεις που κάλυπταν τους παράγοντες που είχαν διερευνηθεί στην Αμερική και προστέθηκαν νέες, έτσι ώστε να περιγράφεται καλύτερα η ελληνική κοινωνική πραγματικότητα και να συμπεριληφθούν σύγχρονα επιστημονικά δεδομένα. Το ερωτηματολόγιο ήταν αυτό-συμπληρούμενο και αποτελούνταν από δύο ενότητες. Η πρώτη ενότητα περιλάμβανε 26 ερωτήσεις, οι οποίες αφορούσαν τους παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία των μελών και τις δραστηριότητες της κοινότητας. Οι απαντήσεις δίνονταν με κλίμακα μέτρησης από το 1 έως το 10 για να χαρακτηρίσουν τη σημαντικότητα του κάθε παράγοντα. Η δεύτερη ενότητα περιλάμβανε 8 ερωτήσεις, οι οποίες αφορούσαν στα δημογραφικά στοιχεία του υπό έρευνα πληθυσμού. Συγκεκριμένα ζητήθηκαν πληροφορίες για το φύλο, την ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο, το είδος της επαγγελματικής ενασχόλησης του τελευταίου χρόνου, την οικογενειακή κατάσταση-αριθμός παιδιών, τόπος και έτη μόνιμης κατοικίας. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου ήταν ανώνυμη. Η μέθοδος

συμπλήρωσης ήταν η ατομική διανομή σε κάθε συμμετέχοντα (self administered questionnaire), ώστε να διασφαλιστεί η ανωνυμία και η ειλικρινής αποτύπωση των απαντήσεων. Σε αρκετές περιπτώσεις, όπως η μη ικανότητα ανάγνωσης, χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της συνέντευξης «πρόσωπο με πρόσωπο». Για την στατιστική ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS 16.0 (statistical Package for the Social Sciences).πραγματοποιήθηκε επαγωγική στατιστική δοκιμασία κατανομής συχνοτήτων με εκατοστιαίες αναλογίες. Τα αποτελέσματα της έρευνας παρουσιάζονται με την μορφή ραβδογραμμάτων και κυκλικών διαγραμμάτων. Οι συγκρίσεις και συσχετίσεις έγιναν με χρήση του t-test και ANOVA.

Αποτελέσματα-Συμπεράσματα

Ο συντελεστής εσωτερικής αξιοπιστίας α του Cronbach είναι 0,95 για το σύνολο του ερωτηματολογίου και είναι εξαιρετικά υψηλός. Τιμές πάνω από 0,70 θεωρούνται επαρκείς. Η στατιστική ανάλυση των δημογραφικών χαρακτηριστικών του υπό έρευνα πληθυσμού έδειξε ότι το 47% ήταν άνδρες και το 53% γυναίκες. Οι ηλικίες τους κυμαίνονται από 18 μέχρι 83 ετών. Το 36% των ερωτηθέντων είναι απόφοιτοι γυμνασίου και λυκείου, ακόμα ένα 36% του πληθυσμού είναι απόφοιτοι τεχνολογικής ή πανεπιστημιακής εκπαίδευσης, το 26% είναι απόφοιτοι δημοτικού και το 1% κατέχει μεταπτυχιακό δίπλωμα και ακόμα 1% δεν έχει παρακολουθήσει καμία βαθμίδα εκπαίδευσης. Όσο αφορά την οικογενειακή τους κατάσταση, το 47% ήταν έγγαμοι, το 39% άγαμοι, ένα 8% ήταν χήροι, το 2% ήταν χωρισμένοι και ένα 4% ήταν κάτι άλλο χωρίς διευκρίνιση. Το 46 % των ερωτηθέντων δεν είχε αποκτήσει παιδιά, το 14% είχε 1, ένα 22% είχε αποκτήσει 2, το 15% είχε 3, ένα 2% απέκτησε 4 παιδιά και μόνο 1% είχε 5. Τέλος η πλειοψηφία του πληθυσμού κατοικούσε μόνιμα στο Ηράκλειο 20-24 έτη ενώ όλοι οι υπόλοιποι έμενα στο Ηράκλειο καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής τους.

Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων (παράρτημα 1) της έρευνας προκύπτει ότι ένα μεγάλο μέρος των ερωτηθέντων που απάντησαν, θεωρούν ότι είναι πολύ σημαντικό για εκείνους και την κοινότητα τους να είναι ο τόπος τους:

- καλός για την ανατροφή των παιδιών
- να έχει καλά σχολεία,

- τα ποσοστά παιδικής κακοποίησης και εγκληματικότητας να είναι χαμηλά,
- να μην υπάρχει ανεργία,
- να λειτουργούν προγράμματα κατ' οίκον νοσηλείας,
- οι σχέσεις μέσα στην οικογένεια να είναι καλές.

Χαμηλά ποσοστά σημαντικότητας πήραν οι παράγοντες όπως είναι

- η έντονη θρησκευτική ζωή,
- το χαμηλό ποσοστό εγκυμοσύνης σε ανήλικα άτομα,
- η καλή και έντονη διασκέδαση
- τα πολιτιστικά γεγονότα.

Διαφορές παρατηρήθηκαν και στις απαντήσεις των ερωτήσεων σε σχέση με την ηλικία, το φύλο και την εκπαίδευση των ερωτηθέντων. Οι ερωτήσεις στις οποίες παρουσιάστηκαν διαφορές ως προς την ηλικία είναι πάρα πολλές όπως είναι: το μέρος που μένω να είναι καλός τόπος για την ανατροφή των παιδιών, να έχει καλά σχολεία, να υπάρχει χαμηλό ποσοστό εγκληματικότητας κα. Ερωτήσεις οι οποίες επηρεάστηκαν από το φύλο στην απάντηση τους από τους πολίτες είναι: για τα καλά σχολεία ως σημαντικό παράγοντα για την υγεία της κοινότητας, τα χαμηλά ποσοστά παιδικής κακοποίησης, το χαμηλό ποσοστό εγκληματικότητας κα. Τέλος διαφορές παρατηρούνται και στις απαντήσεις μερικών ερωτήσεων που οφείλονται στο επίπεδο μόρφωσης που διαθέτουν οι ερωτηθέντες, αυτές είναι το μέρος που μένω να είναι καλός τόπος για την ανατροφή των παιδιών, να έχει καλά σχολεία, να υπάρχουν καλές οικογενειακές σχέσεις κα.

Πιο αναλυτικά:

Διερευνώντας τα αποτελέσματα διαπιστώθηκαν συσχετίσεις των απαντήσεων των ερωτηθέντων σε σχέση με την ηλικία, και διαφορές ανάλογα με το φύλο και την εκπαίδευση των ερωτηθέντων. Σε 17 από τις 26 ερωτήσεις παρουσιάστηκε ισχυρή θετική συσχέτιση με την ηλικία. Οι συσχετίσεις παρουσιάζονται στον Πίνακα 1. Οι ερωτήσεις είναι οι εξής:

- το μέρος που μένω να είναι καλός τόπος για την ανατροφή των παιδιών,
- να έχει καλά σχολεία,
- να υπάρχει χαμηλό ποσοστό εγκληματικότητας,

- να υπάρχει ωραίο φυσικό περιβάλλον,
- να υπάρχει χαμηλό ποσοστό εγκυμοσύνης σε ανήλικα άτομα
- να μην υπάρχουν άστεγοι,
- να υπάρχει χαμηλό ποσοστό βρεφικής θνησιμότητας, ή να υπάρχει έντονη θρησκευτική ζωή,
- να γίνονται προγράμματα ανακύκλωσης,
- η στέγαση να είναι οικονομικά προσιτή,
- να υπάρχουν δυνατότητες για καλή και έντονη διασκέδαση,
- να λειτουργούν προγράμματα ημερήσιας φροντίδας ηλικιωμένων & παιδιών,
- να υπάρχει πνεύμα συνεργασίας και εμπιστοσύνης μεταξύ των ατόμων,
- να έχει επαρκείς δημόσιους χώρους,
- τα μέσα μαζικής επικοινωνίας να ενημερώνουν αντικειμενικά και αξιόπιστα το κοινό,
- να υπάρχουν δημόσιες συγκοινωνίες που εξυπηρετούν σωστά το κοινό,
- να υπάρχουν προγράμματα κατ' οίκον νοσηλείας, και
- οι άνθρωποι να εμπιστεύονται και να βοηθούν ο ένας τον άλλο.

ΕΡ	ΕΡ. 01	ΕΡ. 02	ΕΡ. 03	ΕΡ. 04	ΕΡ. 05	ΕΡ. 06	ΕΡ. 07	ΕΡ. 08	ΕΡ. 09	ΕΡ. 10	ΕΡ. 11	ΕΡ. 12	ΕΡ. 13	ΕΡ. 14	ΕΡ. 15	ΕΡ. 16	ΕΡ. 17	ΕΡ. 18	ΕΡ. 19	ΕΡ. 20	ΕΡ. 21	ΕΡ. 22	ΕΡ. 23	ΕΡ. 24	ΕΡ. 25	ΕΡ. 26
	221*	241*	167	171	199*	119	234*	157	130	241*	172	222*	310*	348*	280*	263*	259*	208*	256*	158	319*	235*	171	157	207*	189*

Πίνακας 1. Παρατηρείται πως όσο μεγαλύτερος είναι ο αριθμός στην απάντηση, τόσο μεγαλύτερη φαίνεται ότι είναι η διαφορά στις απαντήσεις καθώς μεγαλώνει η ηλικία.

Διαφορές στους μέσους όρους αξιολόγησης της σημαντικότητας των παραγόντων παρατηρούνται και στις απαντήσεις ορισμένων ερωτήσεων μεταξύ αντρών και γυναικών. Στην ερώτηση

- για τα καλά σχολεία ως σημαντικό παράγοντα για την υγεία της κοινότητας (Αντρες = 9,0 , Γυναίκες = 9,4)
- στα χαμηλά ποσοστά παιδικής κακοποίησης, (Αντρες = 9,0 , Γυναίκες = 9,6)
- στο χαμηλό ποσοστό εγκληματικότητας και (Αντρες = 8,8 , Γυναίκες = 9,7)

- στο χαμηλό ποσοστό βρεφικής θνησιμότητας. (Άντρες = 7,8 , Γυναίκες = 8,9)

Σε όλες τις υπόλοιπες ερωτήσεις δεν φάνηκε κάποια διαφορά στις απαντήσεις ανάμεσα στους άνδρες και στις γυναίκες.

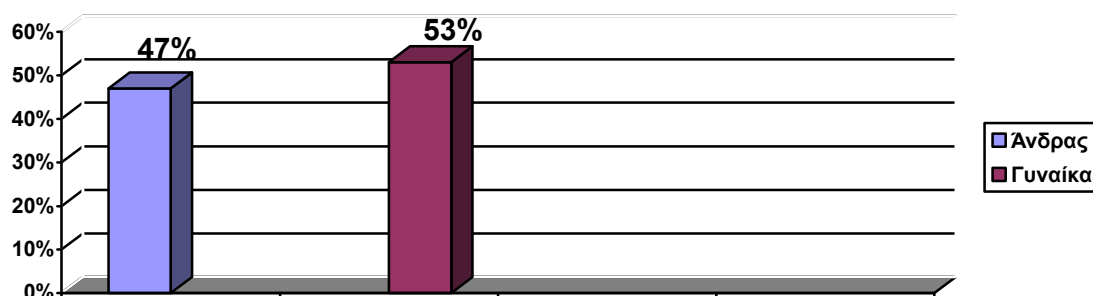
Τέλος διαφορές παρατηρούνται και στις απαντήσεις μερικών ερωτήσεων που οφείλονται στο επίπεδο μόρφωσης που διαθέτουν οι ερωτηθέντες. Οι ερωτήσεις που εμφανίζονται αυτές τις διαφορές είναι:

- το μέρος που μένω να είναι καλός τόπος για την ανατροφή των παιδιών,
- να έχει καλά σχολεία,
- να υπάρχουν καλές οικογενειακές σχέσεις,
- να υπάρχει χαμηλό ποσοστό εγκυμοσύνης σε ανήλικα άτομα,
- να υπάρχει έντονη οικογενειακή ζωή.

Συμπεραίνουμε λοιπόν ότι όλοι οι παράγοντες δεν έχουν την ίδια σημαντικότητα για όλους αλλά αυξάνεται ή μειώνεται ανάλογα την ηλικία, το φύλο και την εκπαίδευση που διαθέτει ο κάθε άνθρωπος. Η μεγαλύτερη επίδραση στη σκέψη και αξιολόγηση των παραγόντων που επηρεάζουν την υγεία και την κοινότητα, φαίνεται να προέρχεται από την ηλικία του κάθε ατόμου καθώς όσο μεγαλώνει ο άνθρωπος τόσο αναγνωρίζει τη σημαντικότητα των παραγόντων αυτών που επηρεάζουν τόσο την υγεία του όσο και την κοινωνία στην οποία ζει.

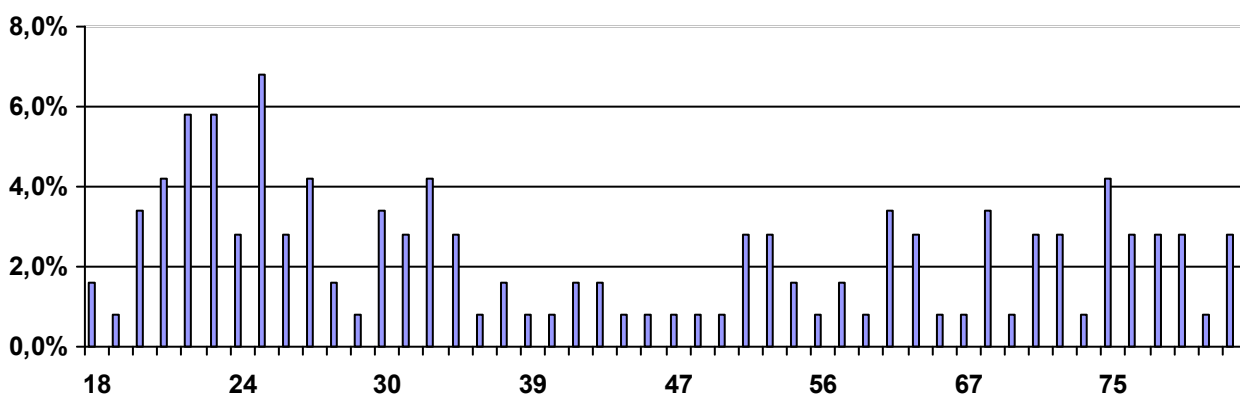
ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΦΥΛΟ



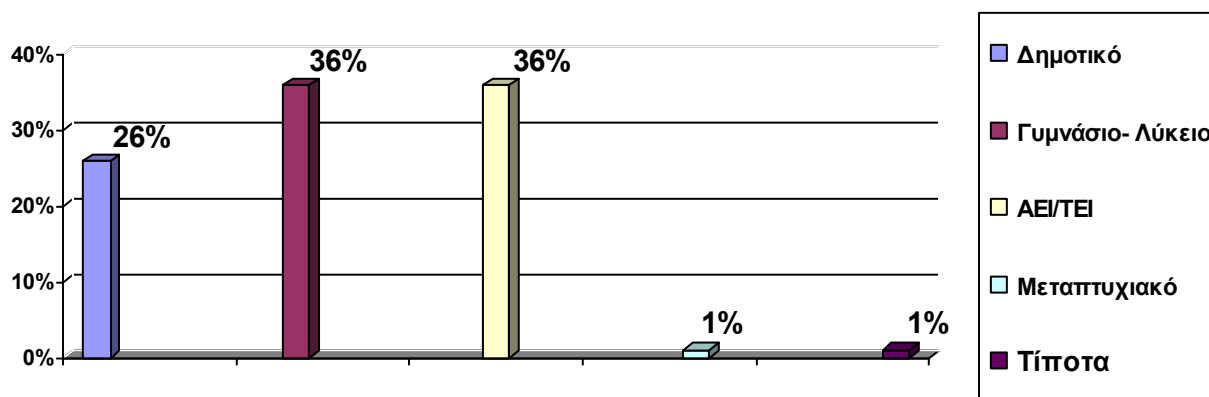
Σχήμα α. Το 47% του δείγματος αποτελούνταν από άνδρες και το 53% από γυναίκες

ΗΛΙΚΙΑ



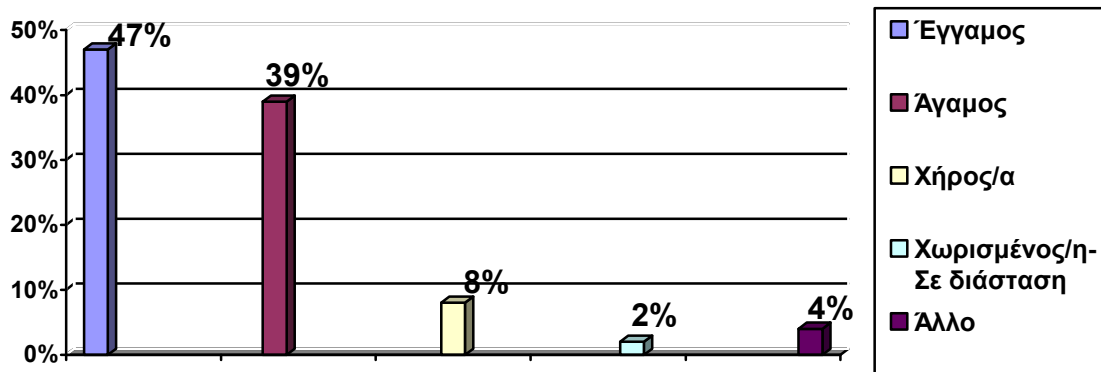
Σχήμα β. Συμμετείχαν άτομα διαφόρων ηλικιών, από 18 – 83 ετών. Η ηλικία των 24ετών συγκέντρωσε το μεγαλύτερο ποσοστό(7%).

ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ



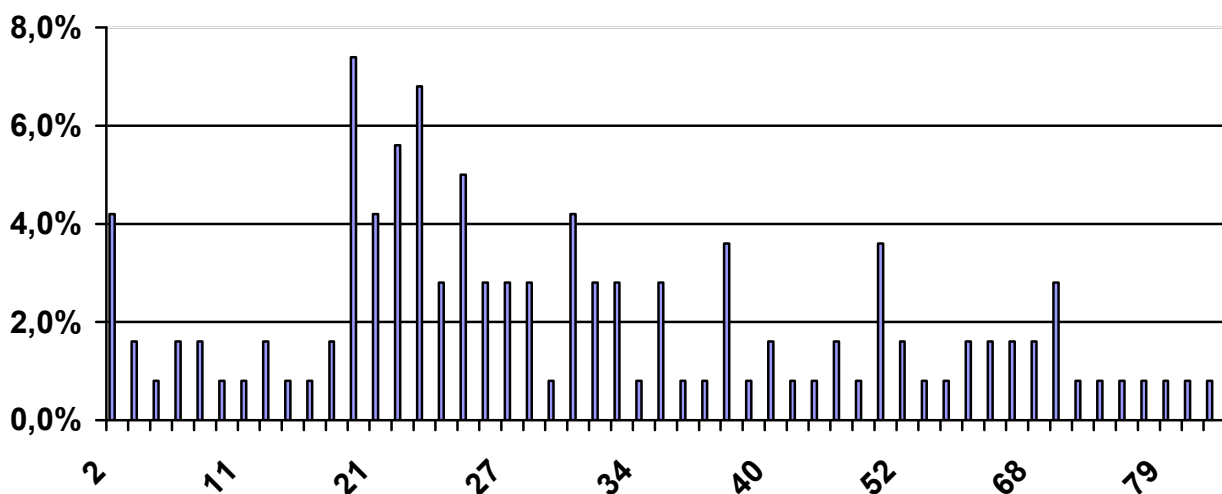
Σχήμα γ. Το 26% είχε πάει στο Δημοτικό, το 36% είχε παρακολουθήσει το Γυμνάσιο-Λύκειο, ένα 36% είχε πάει σε ΑΕΙ/ΤΕΙ, το 1% είχε ακολουθήσει Μεταπτυχιακές σπουδές και το υπόλοιπο 1% δεν είχε παρακολουθήσει καμία βαθμίδα εκπαίδευσης

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ



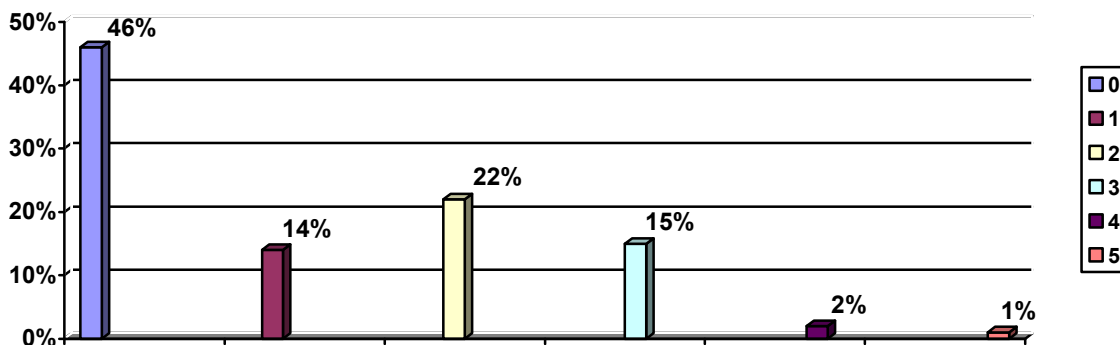
Σχήμα δ. Το 47% ήταν έγγαμοι, το 39% ήταν άγαμοι, το 8% ήταν χήροι, το 2% ήταν χωρισμένοι ή σε διάσταση και ένα 4% δεν βρίσκονταν σε καμία από τις παραπάνω κατηγορίες.

ΧΡΟΝΙΑ ΜΟΝΙΜΗΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ



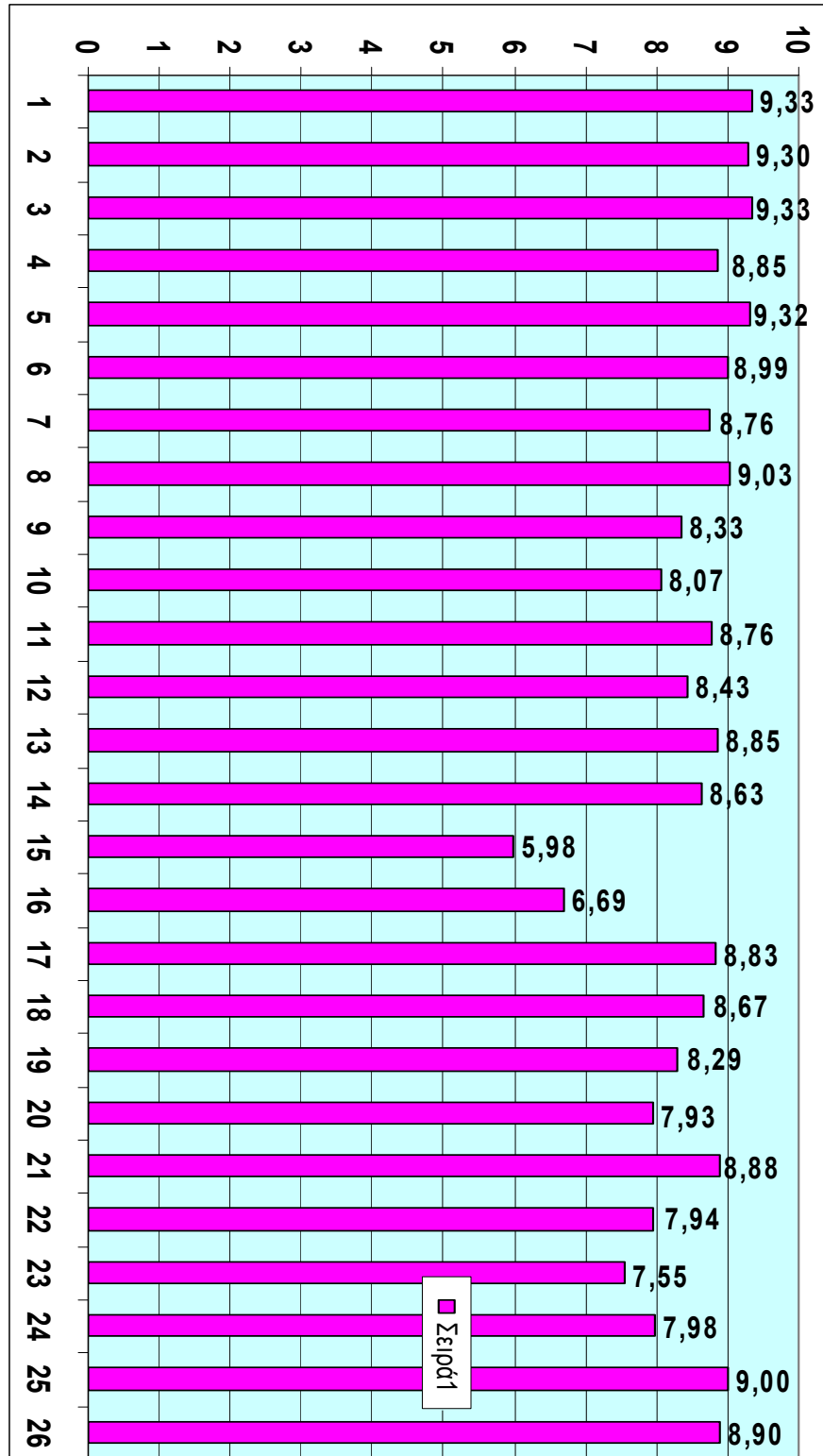
Σχήμα ε. Υπήρχαν άτομα που έμεναν στο Ηράκλειο από τότε που γεννήθηκαν και άτομα που το επέλεξαν σαν μόνιμη κατοικία. Οι περισσότεροι (7,5%) κατοικεί 20 χρόνια.

ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΑΙΔΙΩΝ

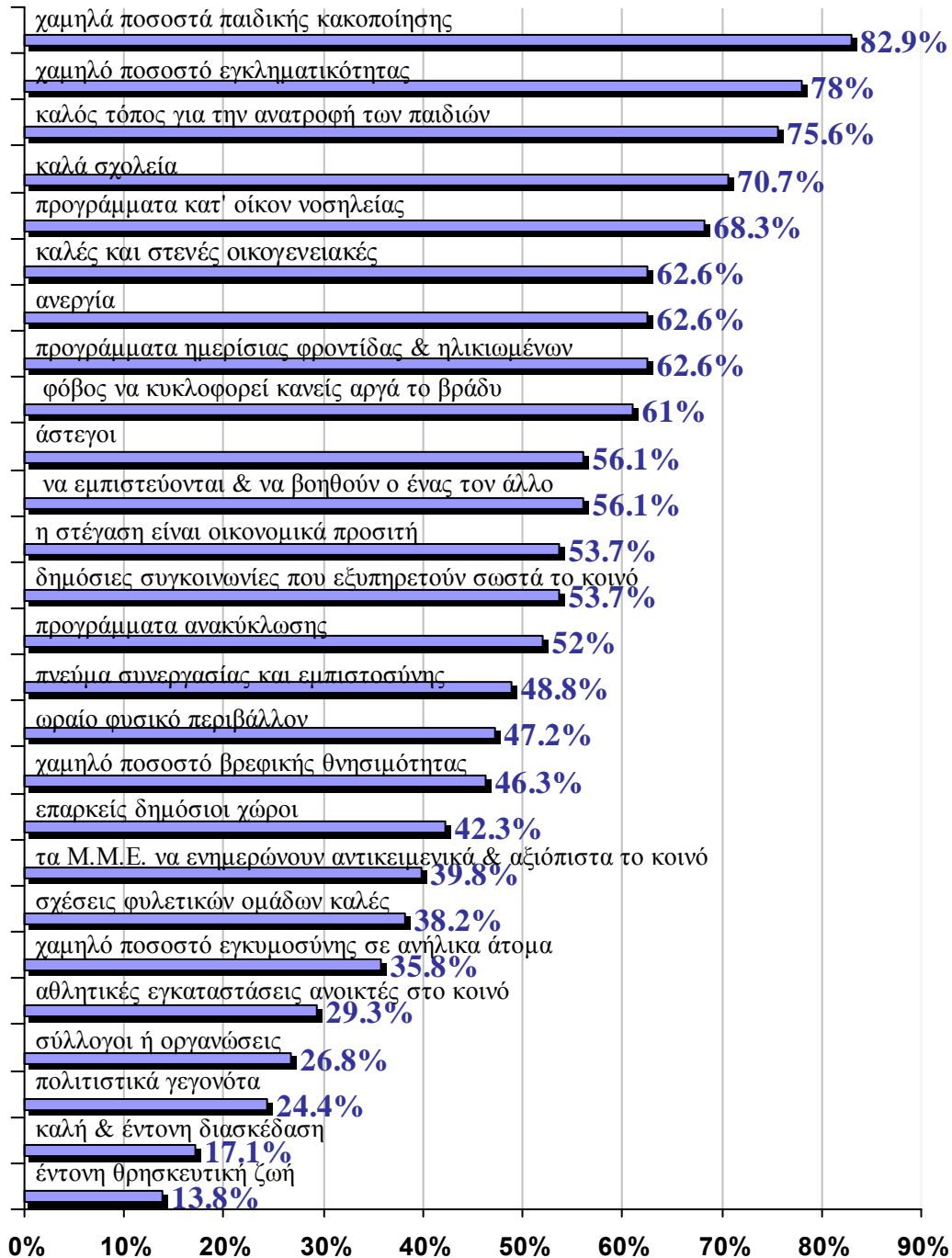


Σχήμα στ. Το 46% δεν είχε παιδιά, το 14% είχε 1 παιδί, το 22% είχε 2, το 15% είχε 3, ένα 2% είχε 4 και το υπόλοιπο 1% είχε 5 παιδιά.

Σχήμα α. Μέσοι Όροι

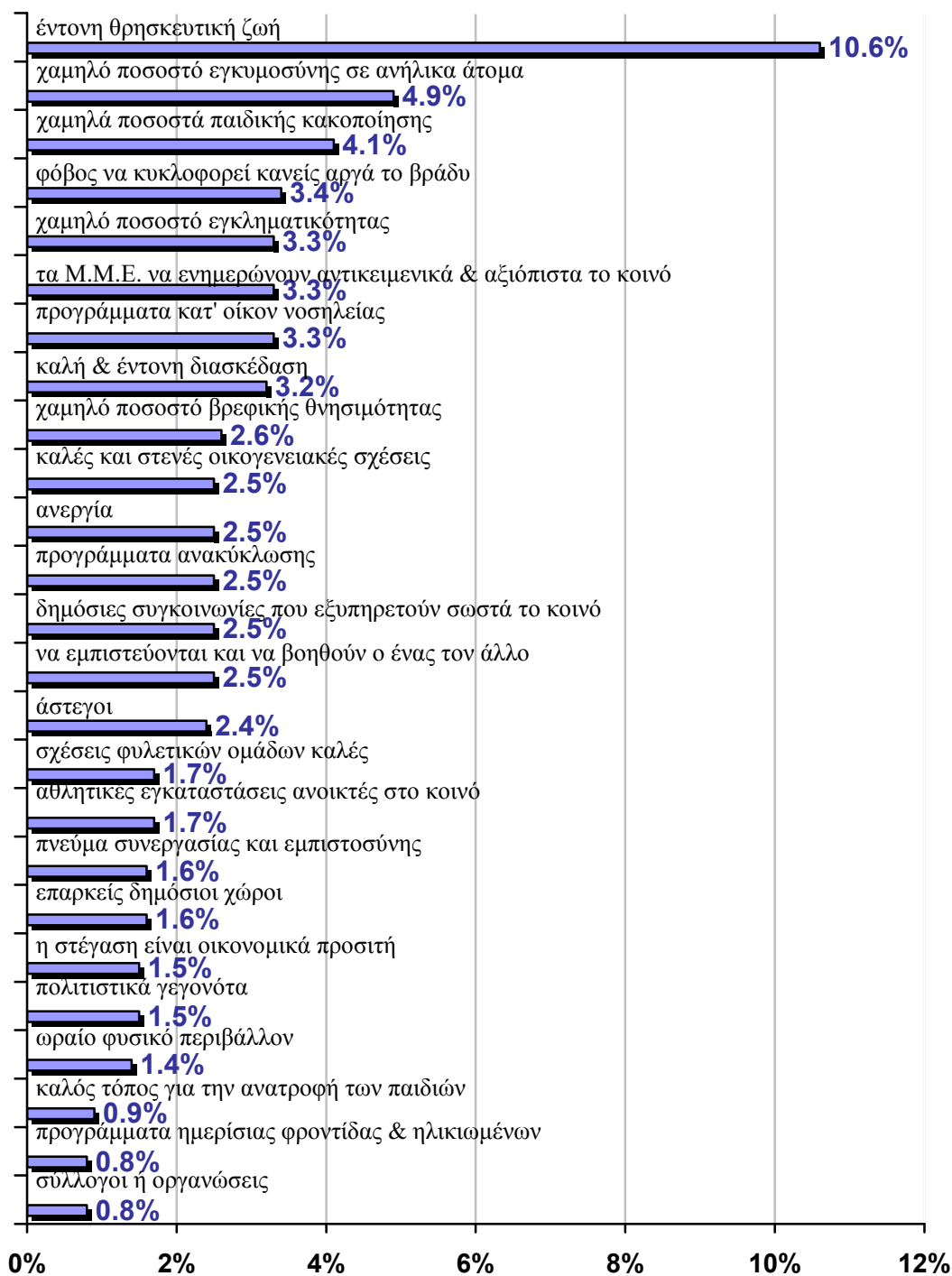


Στον παραπάνω πίνακα εμφανίζονται οι μέσοι όροι των απαντήσεων που δόθηκαν από το δείγμα του πληθυσμού της έρευνας. Οι απαντήσεις που δόθηκαν ήταν με βάση την κλίμακα από το 1 έως το 10 (1 = καθόλου σημαντικό, 10 = πάρα πολύ σημαντικό). Οι άνθρωποι θεωρούν ότι πιο σημαντικό γι' αυτούς είναι ο τόπος που μένουν να είναι καλός για την ανατροφή των παιδιών τους και να μην υπάρχει παιδική κακοποίηση με Μ.Ο. = 9,33. Ενώ το να υπάρχει έντονη θρησκευτική ζωή, θεωρείται ως όχι και πολύ σημαντικό(Μ.Ο.= 5,98). Επίσης, παρατηρείται πως δεν δίνουν ιδιαίτερη έμφαση και στην έντονη διασκέδαση(Μ.Ο.= 6,69).



Σχήμα b. Βαθμολογία 10 σε κλίμακα δέκα σημείων

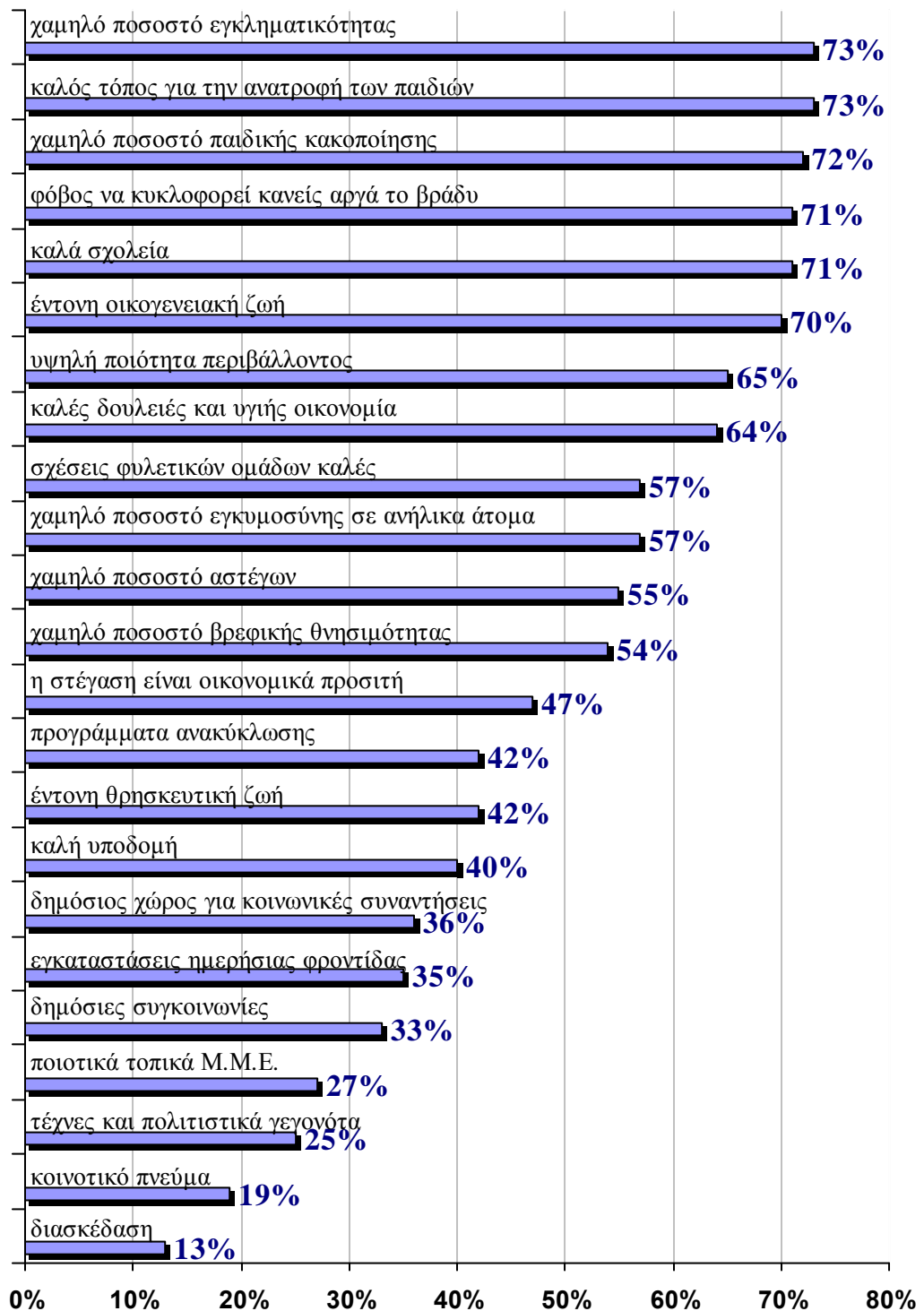
Στον παραπάνω πίνακα αναφέρονται τα ποσοστά των ερωτήσεων που απαντήθηκαν με 10. Το μεγαλύτερο ποσοστό συγκέντρωσε η ερώτηση που αναφέρεται στο χαμηλό ποσοστό παιδικής κακοποίησης (82,9 %). Ενώ το μικρότερο ποσοστό συγκέντρωσε η έντονη θρησκευτική ζωή (13,8 %).



Σχήμα c. Βαθμολογία 1 σε κλίμακα δέκα σημείων

Στον παραπάνω πίνακα αναφέρονται τα ποσοστά των ερωτήσεων που απαντήθηκαν με 1. Το μεγαλύτερο ποσοστό συγκέντρωσε η ερώτηση που αναφέρεται στην έντονη θρησκευτική ζωή (10,6 %). Ενώ το μικρότερο ποσοστό συγκέντρωσαν οι πολιτιστικοί / αθλητικοί / πολιτικοί σύλλογοι ή οργανώσεις (0,8 %).

Έρευνα San Francisco 1994



Σχήμα d. Βαθμολογία 10 ή 9 σε κλίμακα δέκα σημείων

Σύγκριση έρευνας Ηρακλείου Κρήτης 2009 και San Francisco 1994

Ανάμεσα στην έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο Ηράκλειο Κρήτης για τους παράγοντες που καθορίζουν μια υγιή κοινότητα και στην αντίστοιχη έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο San Francisco το 1994, διαπιστώθηκαν διαφορές στις απόψεις των ανθρώπων για το ποιοι είναι οι πιο σημαντικοί παράγοντες που καθορίζουν μια κοινότητα υγιή και τους οποίους βαθμολόγησαν με 10 σε κλίμακα δέκα σημείων.

Στο Ηράκλειο ο παράγοντας που συγκέντρωσε το μεγαλύτερο ποσοστό **82,9%** με βαθμολογία 10, είναι το χαμηλό ποσοστό παιδικής κακοποίησης ενώ στο San Francisco το **73%** βαθμολόγησε με 10 το χαμηλό ποσοστό εγκληματικότητας και το καλό τόπο για την ανατροφή των παιδιών. Διαφορά εντοπίζεται και στις καλές σχέσεις ανάμεσα στις φυλετικές ομάδες ως παράγοντας όπου στο Ηράκλειο το **38,2%** έβαλε 10 ενώ στο San Francisco το **57%**. Στις καλές δημόσιες συγκοινωνίες στο Ηράκλειο το **53,7%** βαθμολόγησε με 10 ενώ στο San Francisco μόνο το **33%** το θεώρησε σημαντικό παράγοντα για μια υγιή κοινότητα. Διαφορά επίσης υπάρχει και στο χαμηλό ποσοστό εγκυμοσύνης ανηλίκων όπου στο San Francisco το **57%** το θεωρεί πολύ σημαντικό αντίθετα στο Ηράκλειο μόνο το **35,8%**. Όσον αφορά τη σημαντικότητα της έντονης θρησκευτικής ζωής στο Ηράκλειο είναι ο παράγοντας που έχει το χαμηλότερο ποσοστό **13,8%** βαθμολογίας με 10 ενώ στο San Francisco το **42%** το βαθμολόγησε με 10.

Όλοι οι υπόλοιποι παράγοντες κυμαίνονται στα ίδια ποσοστά εκτός από αυτούς που η έρευνα του San Francisco δεν περιλαμβάνει. Αυτοί είναι, τα προγράμματα κατ' οίκον νοσηλεία, προγράμματα ημερήσιας φροντίδας ηλικιωμένων, οι άνθρωποι να εμπιστεύονται και να βοηθούν ο ένας τον άλλο, να υπάρχει πνεύμα συνεργασίας και εμπιστοσύνης, το ωραίο φυσικό περιβάλλον και οι αθλητικές εγκαταστάσεις ανοιχτές στο κοινό, παράγοντες τους οποίους θεωρήσαμε εμείς σημαντικούς

Συζήτηση

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία μας όλοι οι άνθρωποι δε γνωρίζουν τους παράγοντες που επηρεάζουν και καθορίζουν την υγεία, είτε τη δική τους είτε της κοινότητας. Στην έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο Ηράκλειο(2009) φάνηκε οι πολίτες να αναγνωρίζουν την επίδραση και τη σημαντικότητα των παραγόντων που τους παρουσιάσαμε ως προς την υγεία(καλά σχολεία, καλός τρόπος για την ανατροφή των παιδιών, χαμηλό ποσοστό παιδικής κακοποίησης, χαμηλό ποσοστό εγκληματικότητας, προγράμματα κατ' οίκον νοσηλείας, κ.α.). Διαπιστώθηκε ότι όσο μεγαλύτεροι σε ηλικία ήταν οι άνθρωποι, τόσο καλύτερα γνώριζαν τη σημαντικότητα των παραγόντων αυτών. Από την έρευνα προκύπτει ότι οι πολίτες θεωρούν αρκετά σημαντικούς για τη κοινότητά τους τους παρακάτω παράγοντες : να είναι καλός τρόπος για την ανατροφή των παιδιών, να έχει καλά σχολεία, τα ποσοστά παιδικής κακοποίησης και εγκληματικότητας να είναι χαμηλά, να μην υπάρχει ανεργία, να λειτουργούν προγράμματα κατ' οίκον νοσηλείας, οι σχέσεις μέσα στην οικογένεια να είναι καλές.

Δεν έχουν πραγματοποιηθεί αρκετές έρευνες για μπορούν να γίνουν συγκρίσεις . Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Αμερική ο παράγοντας που συγκέντρωσε το μεγαλύτερο ποσοστό 82,9% με βαθμολογία 10, είναι το χαμηλό ποσοστό παιδικής κακοποίησης ενώ στο San Francisco με 73% το χαμηλό ποσοστό εγκληματικότητας και το καλό τόπο για την ανατροφή των παιδιών. Διαφορά υπάρχει και στις καλές σχέσεις ανάμεσα στις φυλετικές ομάδες όπου στο Ηράκλειο το 38,2% έβαλε 10 ενώ στο San Francisco μόνο το 57%. Διαφορά επίσης συναντάται και στο χαμηλό ποσοστό εγκυμοσύνης ανηλίκων, στο San Francisco το 57% το θεωρεί πολύ σημαντικό αντίθετα στο Ηράκλειο μόνο το 35,8%. Όσον αφορά την έντονη θρησκευτική ζωή στο Ηράκλειο είναι ο παράγοντας που έχει το χαμηλότερο ποσοστό 13,8% βαθμολογίας με 10 ενώ στο San Francisco το 42%.

Προτάσεις

Προκειμένου να υπάρχουν υγιείς κοινότητες και υγιείς άνθρωποι που ζουν μέσα σ' αυτές,

- Είναι απαραίτητο να γίνονται περισσότερες έρευνες και πιο συχνά ώστε να υπάρχει η δυνατότητα να αξιολογούνται οι κοινότητες και οι ανάγκες των ανθρώπων που τις στελεχώνουν.

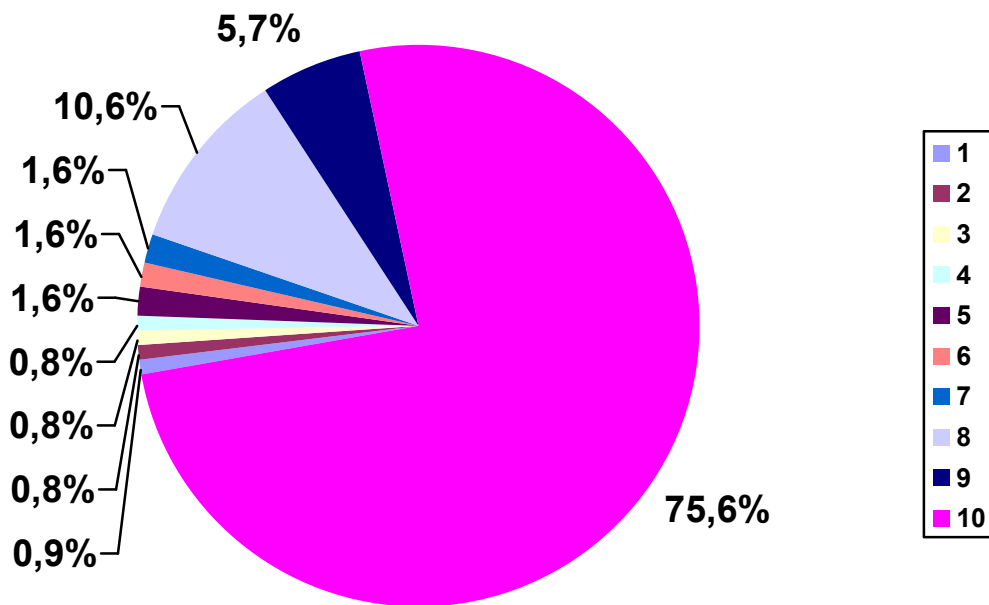
- Είναι πολύ σημαντικό η πολιτεία να ακούει τις ανάγκες των ανθρώπων και να προσπαθεί να τις καλύπτει.
- Πρέπει οι αρχές της πολιτείας να είναι στελεχωμένες με άτομα ικανά να διακρίνουν τις ανάγκες των πολιτών, να βάζουν προτεραιότητες και να ξέρουν να βρίσκουν τρόπους ώστε να καλύπτουν τις ανάγκες αυτές.

Περιορισμοί έρευνας

Τα αποτελέσματα της έρευνας δεν μπορούν να γενικευτούν για όλο τον πληθυσμό του Ηρακλείου καθώς το δείγμα που χρησιμοποιήθηκε στην έρευνα είναι μικρό και δεν είναι αντιπροσωπευτικό των κατοίκων του Ηρακλείου. Δε γνωρίζουμε τα δημογραφικά στοιχεία της έρευνας που έγινε στην Αμερική και τα αποτελέσματα δεν είναι άμεσα συγκρίσιμα με την έρευνα στο Ηράκλειο. Τέλος, υπήρχε περιορισμός χρόνου στην πραγματοποίηση και ανάλυση της έρευνας.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1

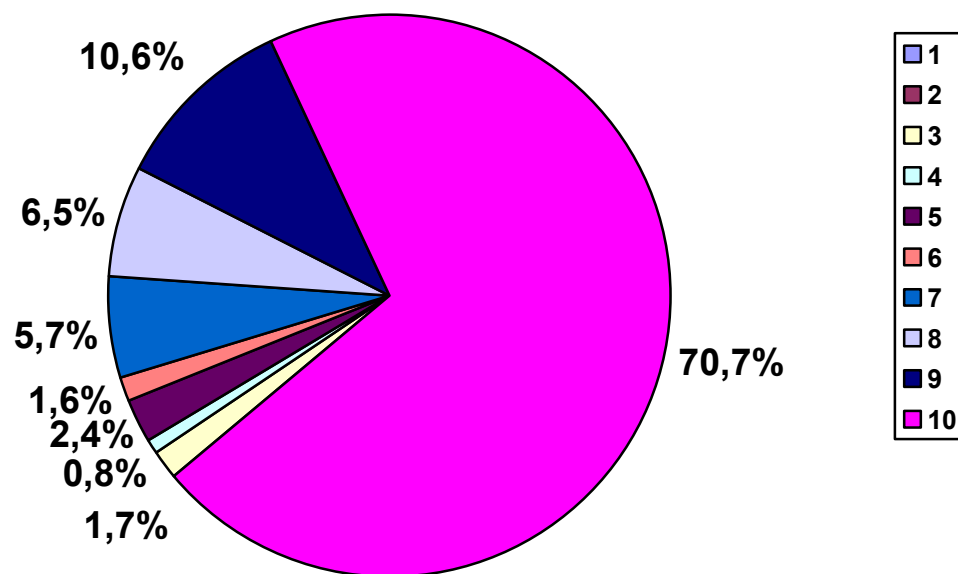
ΕΡΩΤΗΣΗ 1^η Πόσο σημαντικό είναι για το μέρος που μένω να είναι καλός
τόπος για την ανατροφή των παιδιών;



Εικόνα 1. Από την έρευνα μας φάνηκε ότι το 75,6% απάντησε 10, το 5,7% απάντησε 9, το 10,6% του δείγματος μας απάντησε με 8, το 1,6% με 7, άλλο ένα 1,6% απάντησε 6, το 1,6% με 5, το 0,8% απάντησε 4, άλλο ένα 0,8% απάντησε 3, επίσης ένα 0,8% με 2 και τέλος το 0,9% με 1.

9-10	πάρα πολύ σημαντικό
7-8	πολύ σημαντικό
5-6	Σημαντικό
3-4	λίγο σημαντικό
1-2	καθόλου σημαντικό

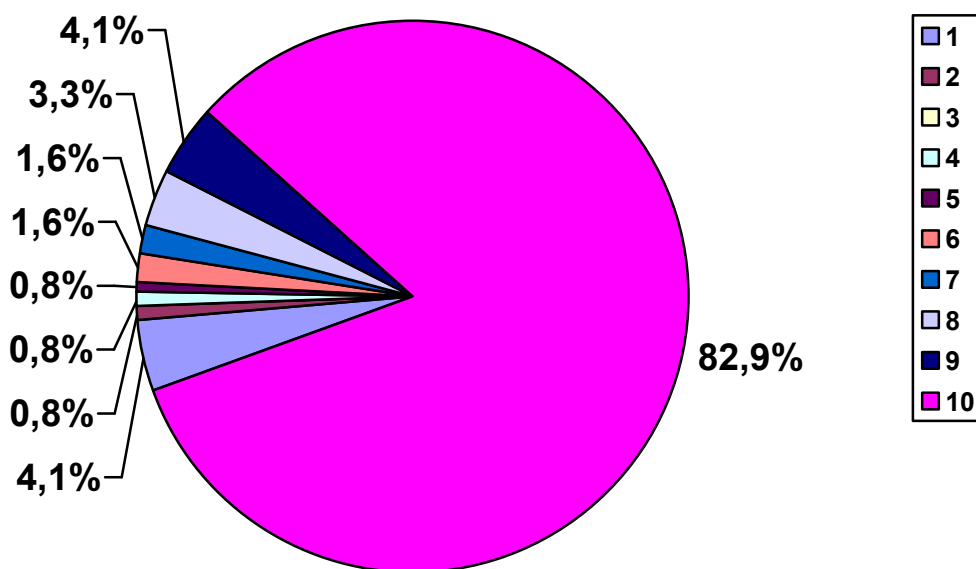
ΕΡΩΤΗΣΗ 2^η - Πόσο σημαντικό είναι για το μέρος που μένω να έχει καλά σχολεία;



Εικόνα 2. Από την έρευνα μας φάνηκε ότι το 70,7% του δείγματος μας απάντησε 10, το 10,6% με 9, ένα ποσοστό 6,5% απάντησε με 8, το 5,7% με 7, το 1,6% απάντησε με 6, το 2,4% απάντησε 5, το 0,8% με 4 και τέλος το 1,7% απάντησε με 3.

9-10	πάρα πολύ σημαντικό
7-8	πολύ σημαντικό
5-6	Σημαντικό
3-4	λίγο σημαντικό
1-2	καθόλου σημαντικό

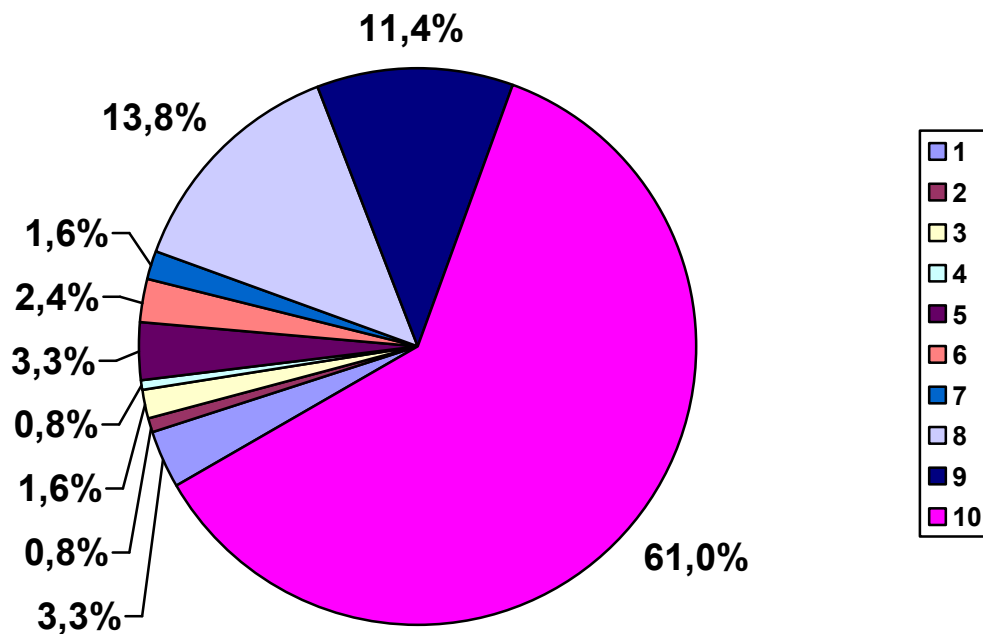
ΕΡΩΤΗΣΗ 3^η - Πόσο σημαντικό είναι για το μέρος που μένω να υπάρχουν χαμηλά ποσοστά παιδικής κακοποίησης;



Εικόνα 3. Από την έρευνα μας φάνηκε ότι το 82,9% του δείγματος μας, απάντησε με 10, το 4,1% με 9, το 3,3% απάντησε 8 , το 1,6% με 7, ένα ποσοστό 1,6% απάντησε με 6, ένα 0,8% με 5, ακόμα άλλο ένα 0,8% απάντησε 4 τέλος ένα 0,8% απάντησε 2 και ένα 4,1 % με 1.

9-10	πάρα πολύ σημαντικό
7-8	πολύ σημαντικό
5-6	Σημαντικό
3-4	λίγο σημαντικό
1-2	καθόλου σημαντικό

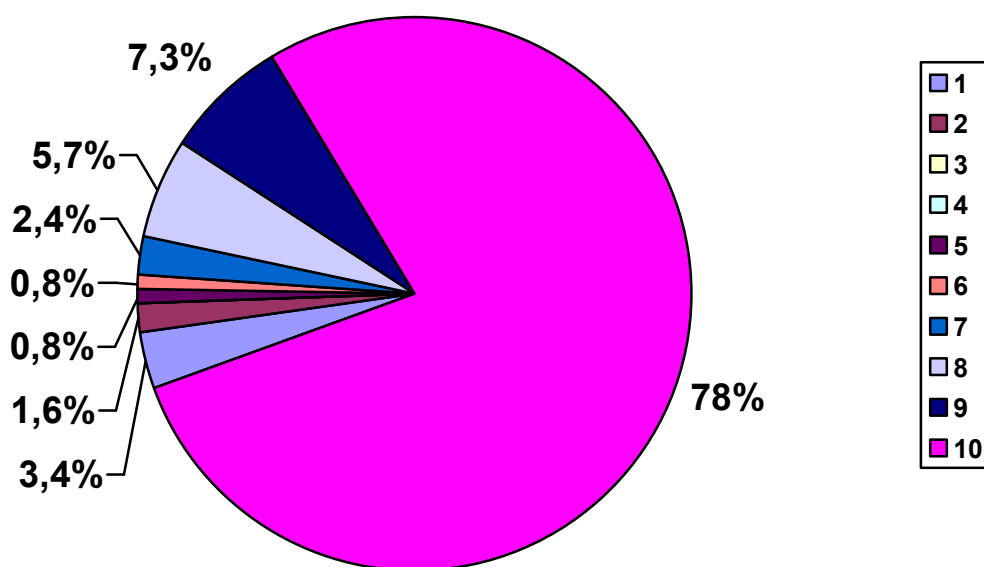
ΕΡΩΤΗΣΗ 4^η - Πόσο σημαντικό είναι για το μέρος που μένω να μπορεί να κυκλοφορεί κανείς αργά την νύχτα χωρίς φόβο;



Εικόνα 4. Από την έρευνα μας φάνηκε ότι το 61,0% του δείγματος μας απάντησε 10, το 11,4% με 9, το 13,3% απάντησε 8, το 1,6% με 7, το 2,4% απάντησε 6, το 3,3% με 5, ένα ποσοστό 0,8% απάντησε με 4, 1,6% που απάντησε 3 και τέλος ένα 0,8% απάντησε με 2 και ένα 3,3% με 1.

9-10	πάρα πολύ σημαντικό
7-8	πολύ σημαντικό
5-6	Σημαντικό
3-4	λίγο σημαντικό
1-2	καθόλου σημαντικό

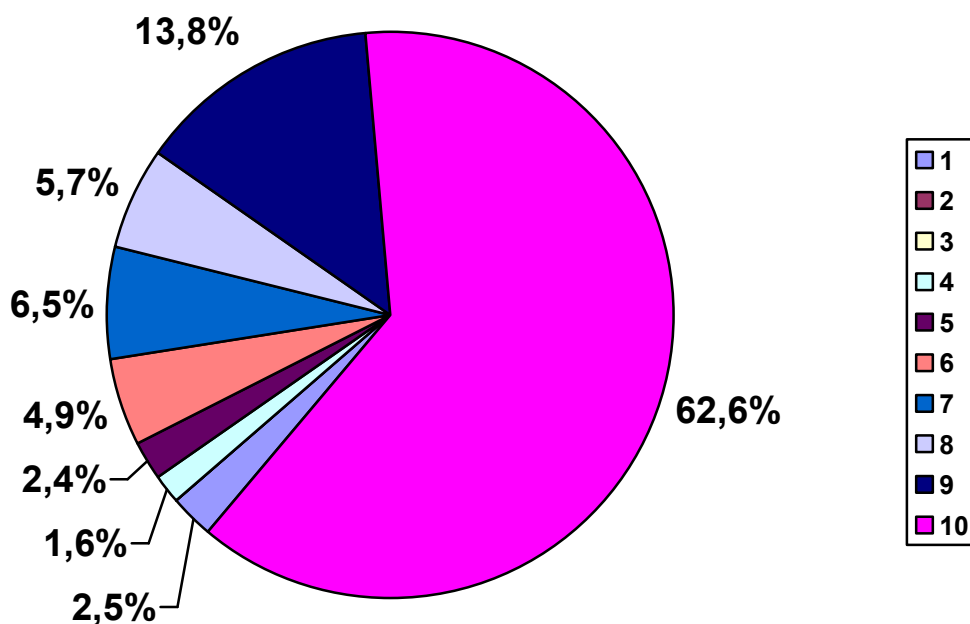
ΕΡΩΤΗΣΗ 5^η - Πόσο σημαντικό είναι για το μέρος που μένω το ποσοστό της εγκληματικότητας να είναι χαμηλό;



Εικόνα 5. Από την έρευνα μας φάνηκε ότι το 78% του δείγματος μας απάντησε 10, το 7,3% με 9, το 5,7% απάντησε με 8, το 2,4% με 7, ένα ποσοστό 0,8% απάντησε με 6, άλλο ένα ποσοστό 0,8% με 5, το 1,6% απάντησε 2 και τέλος το 3,4% απάντησε 1.

9-10	πάρα πολύ σημαντικό
7-8	πολύ σημαντικό
5-6	Σημαντικό
3-4	λίγο σημαντικό
1-2	καθόλου σημαντικό

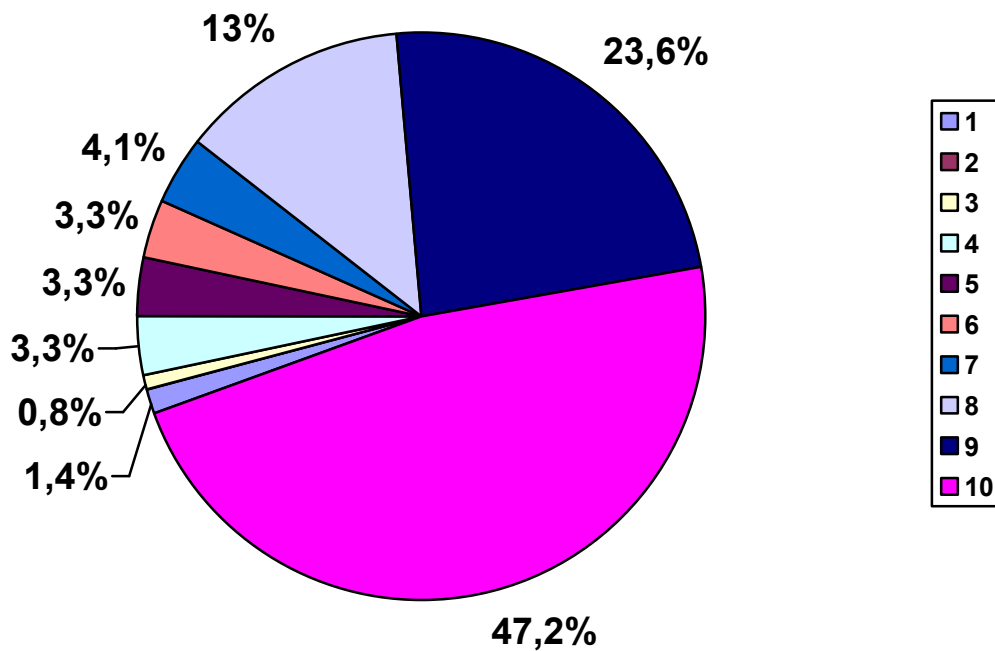
ΕΡΩΤΗΣΗ 6^η - Πόσο σημαντικό είναι για το μέρος που μένω να υπάρχουν καλές και στενές οικογενειακές σχέσεις;



Εικόνα 6. Από την έρευνα μας φάνηκε ότι το 62,6% του δείγματος μας απάντησε με 10, το 13,8% με 9, το 5,7% απάντησε 8, ένα ποσοστό 6,5% απάντησε με 7, το 4,9% απάντησε με 6 και το 2,4% με 5, ακόμα ένα 1,6% απάντησε με 4 τέλος ένα 2,5% απάντησε 1.

9-10	πάρα πολύ σημαντικό
7-8	πολύ σημαντικό
5-6	Σημαντικό
3-4	λίγο σημαντικό
1-2	καθόλου σημαντικό

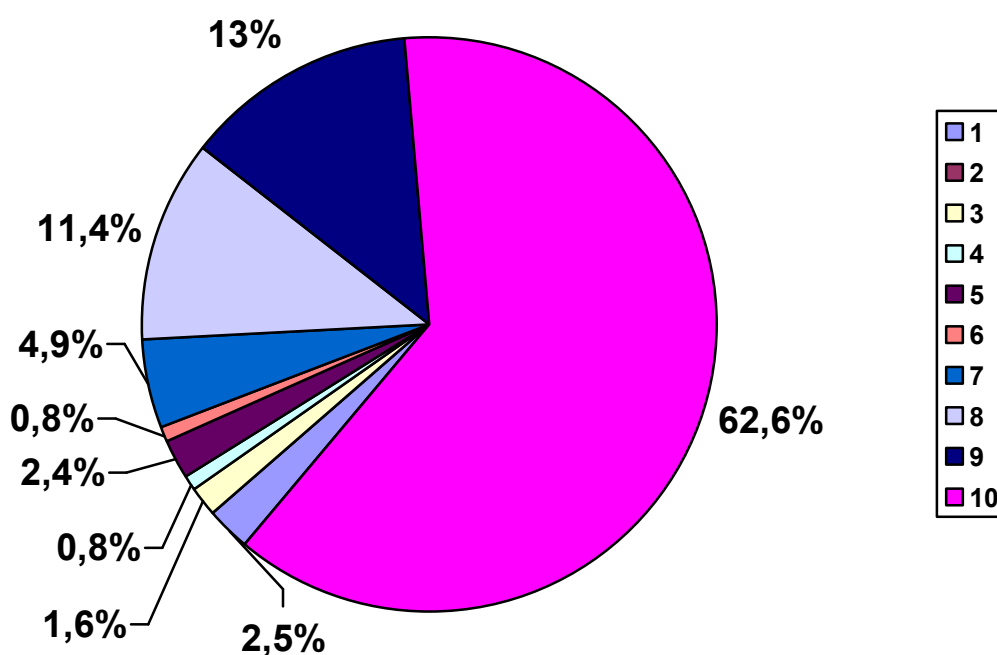
ΕΡΩΤΗΣΗ 7^η - Πόσο σημαντικό είναι για το μέρος που μένω να υπάρχει ωραίο φυσικό περιβάλλον;



Εικόνα 7. Από την έρευνα μας φάνηκε ότι το 47,2% του δείγματος μας απάντησε 10, το 23,6% με 9, το 13% απάντησε με 8, το 4,1% με 7, το 3,3% απάντησε με 6 άλλο ένα 3,3% με 5 και, ακόμα ένα ποσοστό 3,3% απάντησε 4, το 0,8% απάντησε με 3 τέλος ένα 1,4% απάντησε 1.

9-10	πάρα πολύ σημαντικό
7-8	πολύ σημαντικό
5-6	Σημαντικό
3-4	λίγο σημαντικό
1-2	καθόλου σημαντικό

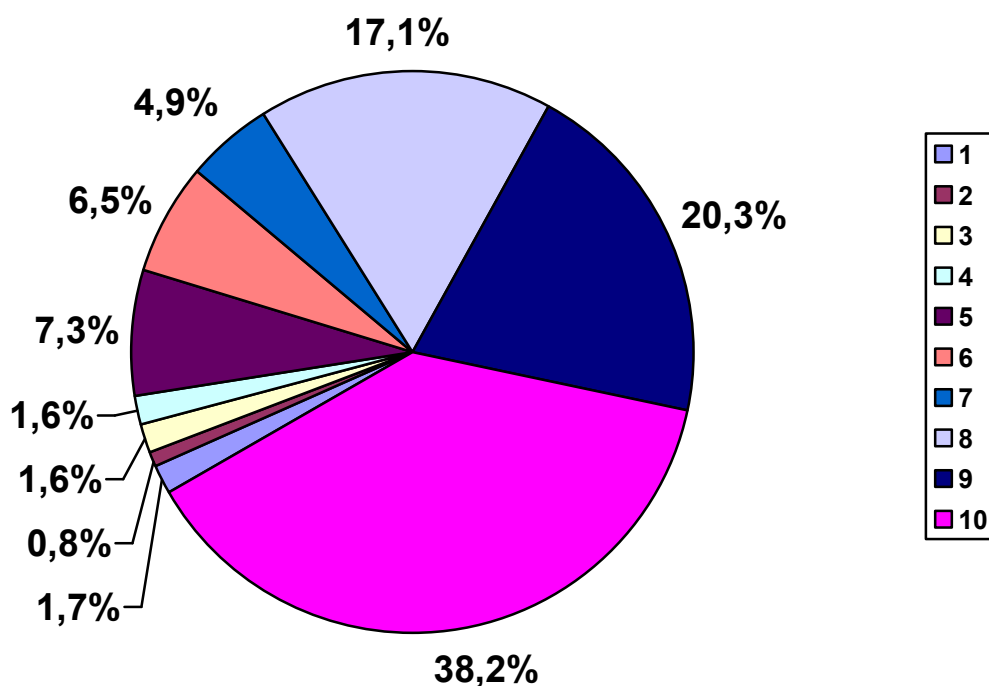
ΕΡΩΤΗΣΗ 8^η - Πόσο σημαντικό είναι για το μέρος που μένω να μην υπάρχει ανεργία;



Εικόνα 8. Από την έρευνα μας φάνηκε ότι το 62,6% απάντησε με 10, το 13% με 9, το 11,4% απάντησε 8, το 4,9% με 7, το 0,8% απάντησε με 6, το 2,4% με 5, ακόμα ένα ποσοστό 0,8% απάντησε 4, ένα ποσοστό 1,6% απάντησε με 3 και τέλος ένα ποσοστό 2,5% απάντησε 1.

9-10	πάρα πολύ σημαντικό
7-8	πολύ σημαντικό
5-6	Σημαντικό
3-4	λίγο σημαντικό
1-2	καθόλου σημαντικό

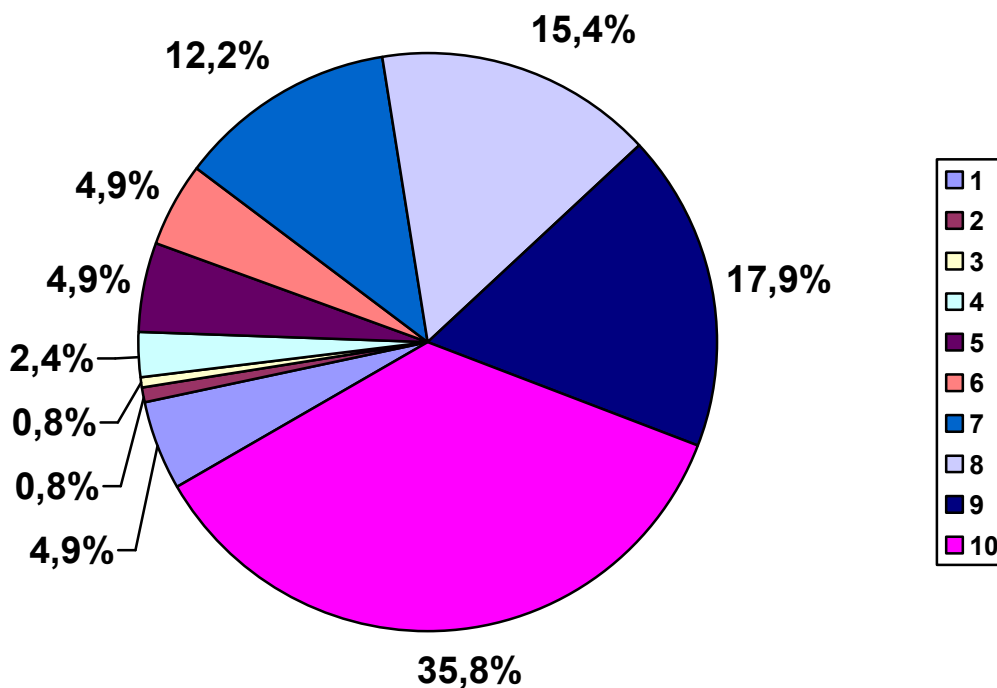
ΕΡΩΤΗΣΗ 9^η - Πόσο σημαντικό είναι για το μέρος που μένω οι σχέσεις μεταξύ των διαφόρων φυλετικών ομάδων είναι καλές;



Εικόνα 9. Από την έρευνα μας φάνηκε ότι το 38,2% του δείγματος μας απάντησε με 10, το 20% με 9, το 17,1% απάντησε 8, το 4,9% με 7, το 6,5% απάντησε 6, το 7,3% με 5, το 1,6% απάντησε με 4 ακόμα ένα ποσοστό 1,6% απάντησε 3 τέλος ένα 0,8% απάντησε 2 και ένα 1,7% με 1.

9-10	πάρα πολύ σημαντικό
7-8	πολύ σημαντικό
5-6	Σημαντικό
3-4	λίγο σημαντικό
1-2	καθόλου σημαντικό

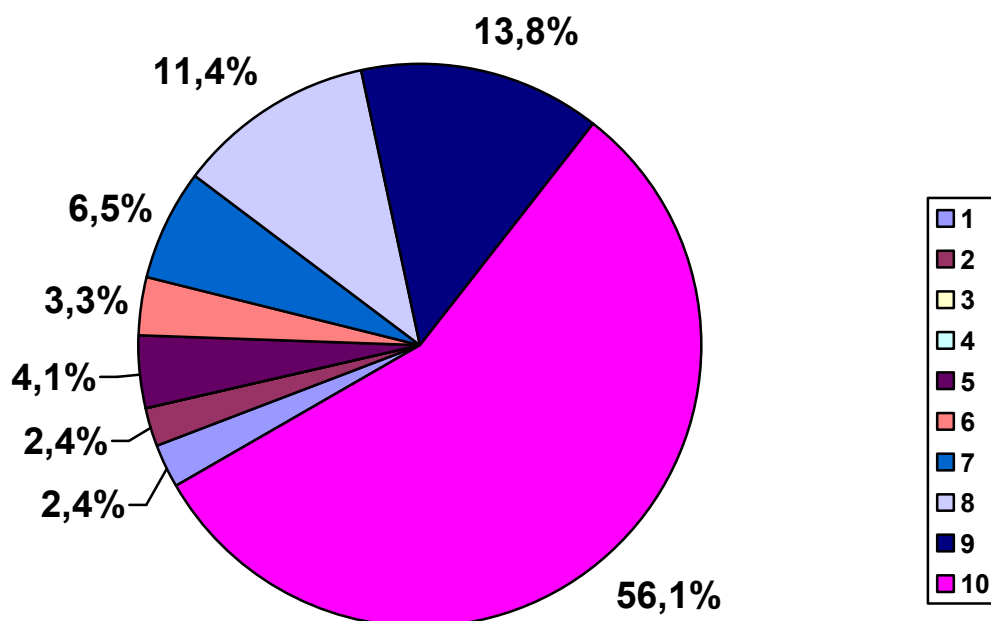
ΕΡΩΤΗΣΗ 10^η - Πόσο σημαντικό είναι για το μέρος που μένω να υπάρχει χαμηλό ποσοστό εγκυμοσύνης σε ανήλικα άτομα;



Εικόνα 10. Από την έρευνα μας φάνηκε ότι το 35,8% του δείγματος μας απάντησε 10, το 17,9% με 9, το 15,4% απάντησε 8, το 12,2% με 7, το 4,9% απάντησε με 6 και το 4,9% με 5, ακόμα το 2,4% απάντησε με 4, ένα ποσοστό 0,8% απάντησε 3 ακόμα ένα 0,8% απάντησε 2 και ένα 4,9% απάντησε 1.

9-10	πάρα πολύ σημαντικό
7-8	πολύ σημαντικό
5-6	σημαντικό
3-4	λίγο σημαντικό
1-2	καθόλου σημαντικό

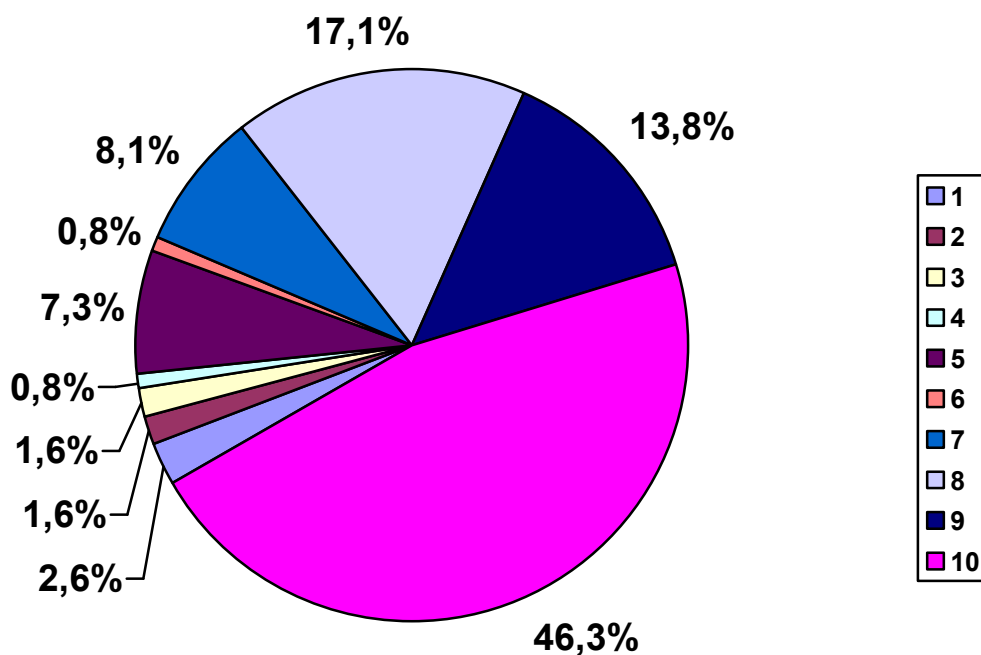
ΕΡΩΤΗΣΗ 11^η - Πόσο σημαντικό είναι για το μέρος που μένω να μην υπάρχουν άστεγοι;



Εικόνα 11. Από την έρευνα μας φάνηκε ότι το 56,1% του δείγματος μας απάντησε με 10, το 13,8% με 9, το 11,4% απάντησε με 8, το 6,5% με 7, το 3,3% απάντησε με 6 και το 4,1% με 5, ακόμα το 2,4% απάντησε 2 και άλλο ένα 2,4% με 1.

9-10	πάρα πολύ σημαντικό
7-8	πολύ σημαντικό
5-6	σημαντικό
3-4	λίγο σημαντικό
1-2	καθόλου σημαντικό

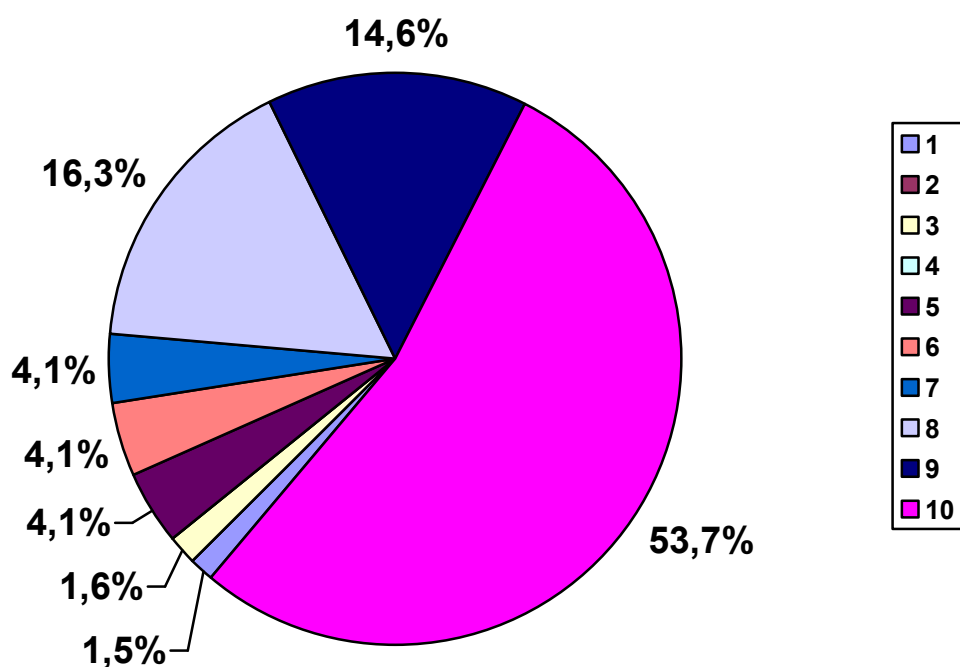
ΕΡΩΤΗΣΗ 12^η Πόσο σημαντικό είναι για το μέρος που μένω το ποσοστό βρεφικής θνησιμότητας να είναι χαμηλό;



Εικόνα 12. Από την έρευνα μας φάνηκε ότι το 46,3% του δείγματος μας απάντησε 10, το 13,8% με 9, το 17,1% απάντησε 8, το 8,1% με 7, το 0,8% απάντησε με 6, το 7,3% με 5, ακόμα ένα 0,8% απάντησε με 4, ένα ποσοστό 1,6% απάντησε 3 ακόμα ένα 1,6% απάντησε 2 και ένα 2,6% με 1.

9-10	πάρα πολύ σημαντικό
7-8	πολύ σημαντικό
5-6	σημαντικό
3-4	λίγο σημαντικό
1-2	καθόλου σημαντικό

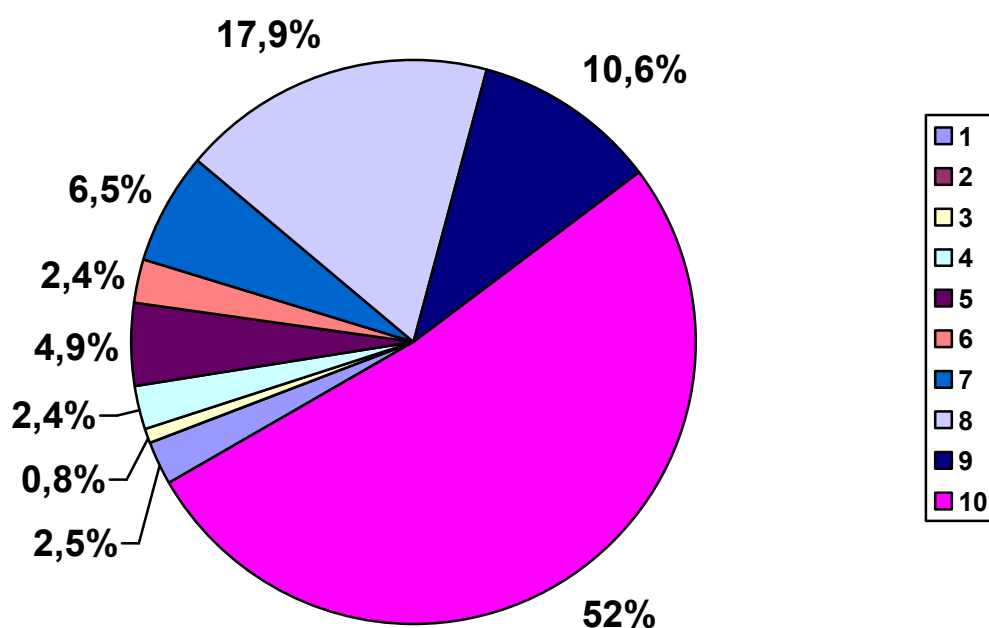
ΕΡΩΤΗΣΗ 13^η - Πόσο σημαντικό είναι για το μέρος που μένω η στέγαση να είναι οικονομικά προσιτή;



Εικόνα 23. Από την έρευνα μας φάνηκε ότι το 53,7% του δείγματος μας απάντησε 10, το 14,6% με 9, το 16,3% απάντησε 8 , το 4,1% με 7, ακόμα ένα 4,1% απάντησε με 6 άλλο ένα 4,1% απάντησε 5, το 1,6% απάντησε με 3 τέλος ένα 1,5% απάντησε 1.

9-10	πάρα πολύ σημαντικό
7-8	πολύ σημαντικό
5-6	σημαντικό
3-4	λίγο σημαντικό
1-2	καθόλου σημαντικό

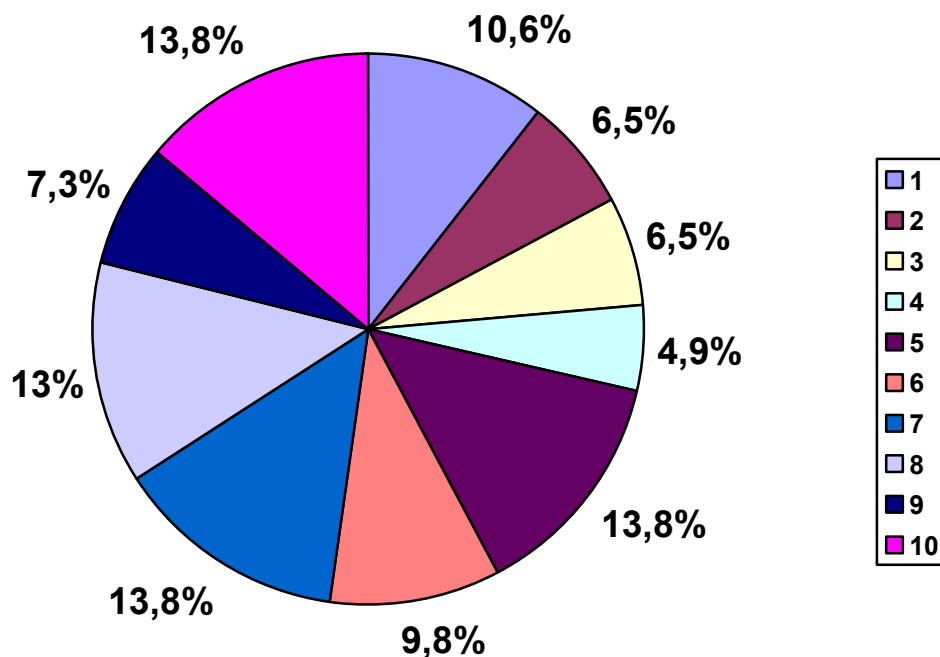
ΕΡΩΤΗΣΗ 14^η - Πόσο σημαντικό είναι για το μέρος που μένω να γίνονται προγράμματα ανακύκλωσης;



Εικόνα 14. Από την έρευνα μας φάνηκε ότι το 52% του δείγματος μας απάντησε 10, το 10,6% με 9, το 17,9% απάντησε με 8, το 6,5% με 7, το 2,4% απάντησε με 6, το 4,9% με 5 ακόμα ένα 2,4% απάντησε με 4, ένα ποσοστό 0,8% απάντησε 3 τέλος ένα ποσοστό 2,5% απάντησε 1.

9-10	πάρα πολύ σημαντικό
7-8	πολύ σημαντικό
5-6	σημαντικό
3-4	λίγο σημαντικό
1-2	καθόλου σημαντικό

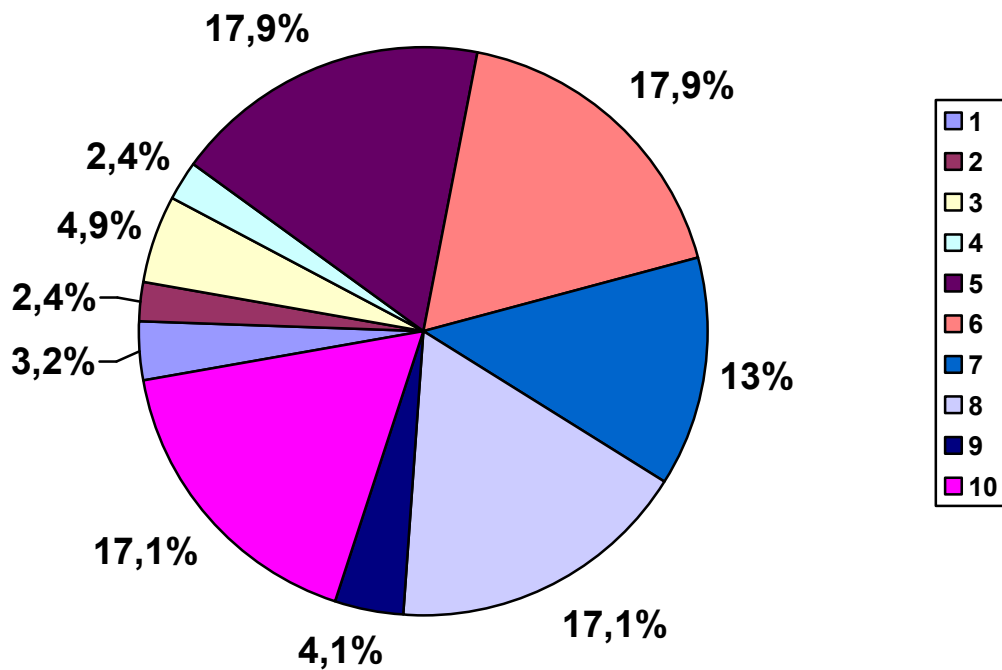
ΕΡΩΤΗΣΗ 15^η - Πόσο σημαντικό είναι για το μέρος που μένω να υπάρχει έντονη θρησκευτική ζωή;



Εικόνα 35. Από την έρευνα μας φάνηκε ότι το 13,8% του δείγματος μας απάντησε 10, το 7,3% με 9, το 13% απάντησε με 8, το 13,8% με 7, το 9,8% απάντησε με 6 και το 13,8% με 5, το 4,9% απάντησε με 4 ένα ποσοστό 6,5% απάντησε με 3, ακόμα ένα ποσοστό 6,5% απάντησε 2 και τέλος το 10,6% απάντησε 1.

9-10	πάρα πολύ σημαντικό
7-8	πολύ σημαντικό
5-6	σημαντικό
3-4	λίγο σημαντικό
1-2	καθόλου σημαντικό

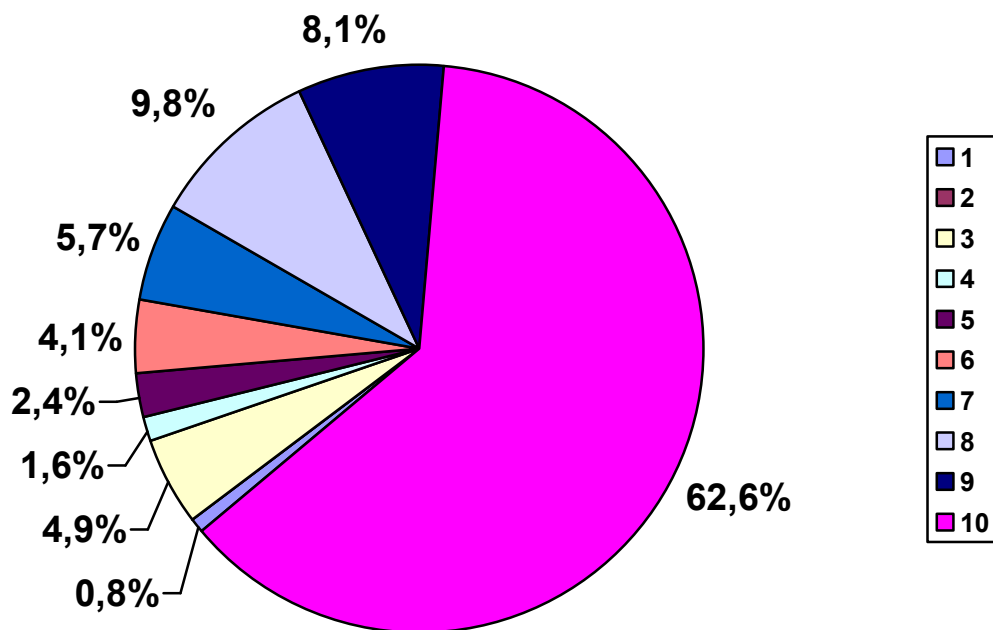
**ΕΡΩΤΗΣΗ 16^η - Πόσο σημαντικό είναι για το μέρος που μένω να υπάρχουν
δυνατότητες για καλή και έντονη διασκέδαση;**



Εικόνα 16. Από την έρευνα μας φάνηκε ότι το 17,1% του δείγματος μας απάντησε 10, το 4,1% με 9, το 17,1% απάντησε 8, το 13% με 7, το 17,9% απάντησε με 6 και άλλο ένα 17,9% με 5, ακόμα το 2,4% απάντησε με 4, το 4,9% με 3, άλλο ένα 2,4% απάντησε 2 και τέλος το 3,2% απάντησε 1.

9-10	πάρα πολύ σημαντικό
7-8	πολύ σημαντικό
5-6	σημαντικό
3-4	λίγο σημαντικό
1-2	καθόλου σημαντικό

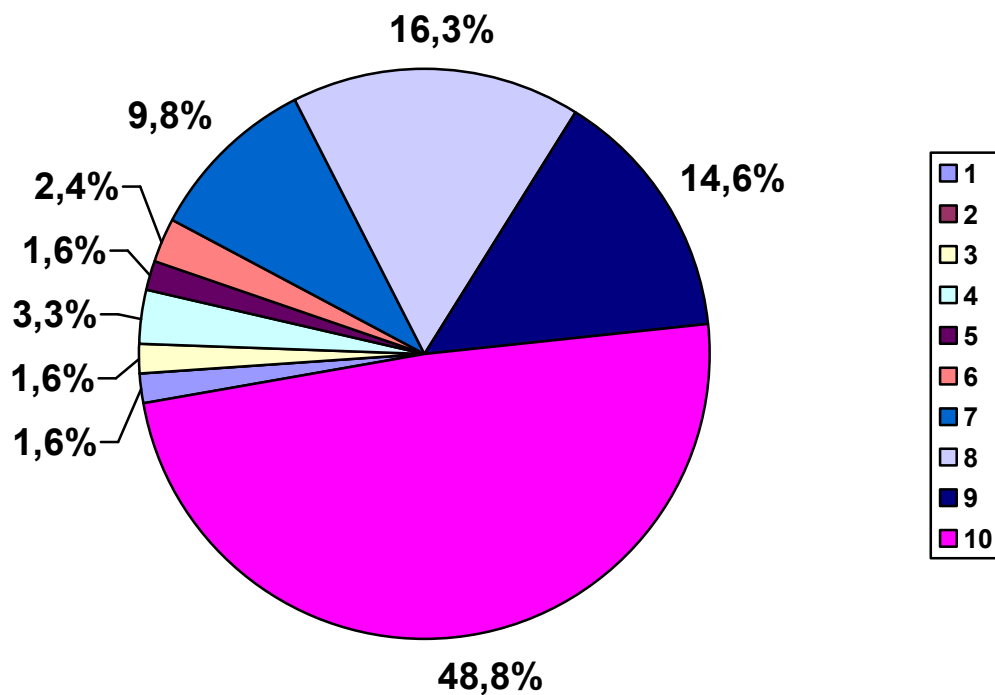
ΕΡΩΤΗΣΗ 17^η - Πόσο σημαντικό είναι για το μέρος που μένω να λειτουργούν προγράμματα ημερήσιας φροντίδας ηλικιωμένων & παιδιών;



Εικόνα 17. Από την έρευνα μας φάνηκε ότι το 62,6% του δείγματος μας απάντησε 10, το 8,1% με 9, το 9,8% απάντησε με 8, το 5,7% με 7, το 4,1% απάντησε 6, το 2,4% με 5, το 1,6% απάντησε με 4, το 4,9% απάντησε 3 και τέλος ένα ποσοστό 0,8% απάντησε 1.

9-10	πάρα πολύ σημαντικό
7-8	πολύ σημαντικό
5-6	σημαντικό
3-4	λίγο σημαντικό
1-2	καθόλου σημαντικό

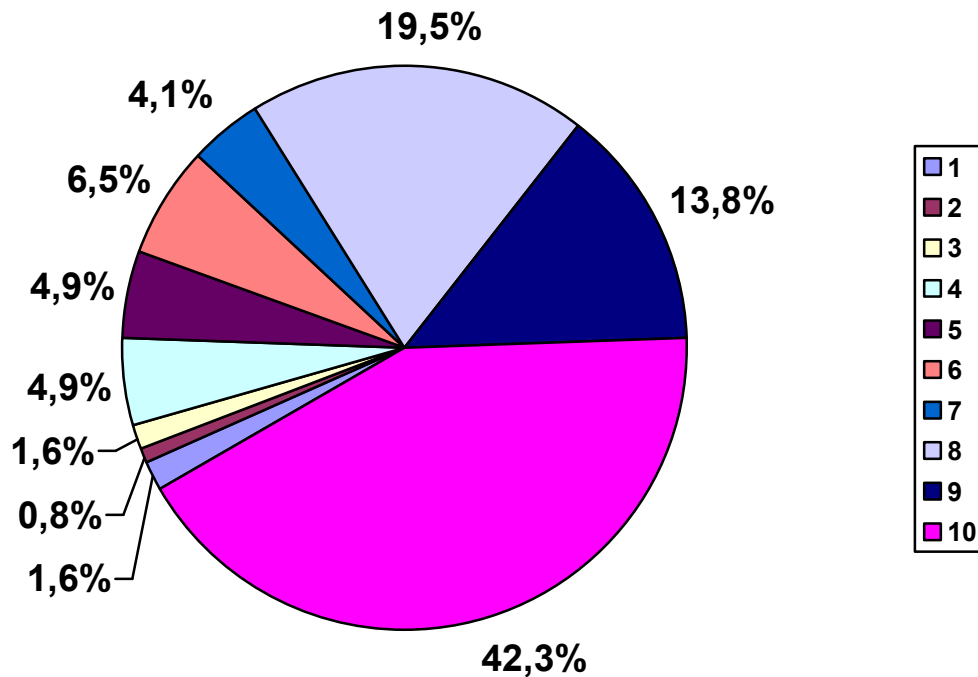
ΕΡΩΤΗΣΗ 18^η - Πόσο σημαντικό είναι για το μέρος που μένω να υπάρχει πνεύμα συνεργασίας και εμπιστοσύνης μεταξύ των ατόμων;



Εικόνα 18. Από την έρευνα μας φάνηκε ότι το 48,8% του δείγματος μας απάντησε 10, το 14,6% με 9, το 16,3% απάντησε με 8, το 9,8% με 7, το 2,4% απάντησε 6, το 1,6% με 5, ακόμα το 3,3% απάντησε με 4, άλλο ένα ποσοστό 1,6% απάντησε 3 και τέλος άλλο ένα 1,6% απάντησε 1.

9-10	πάρα πολύ σημαντικό
7-8	πολύ σημαντικό
5-6	σημαντικό
3-4	λίγο σημαντικό
1-2	καθόλου σημαντικό

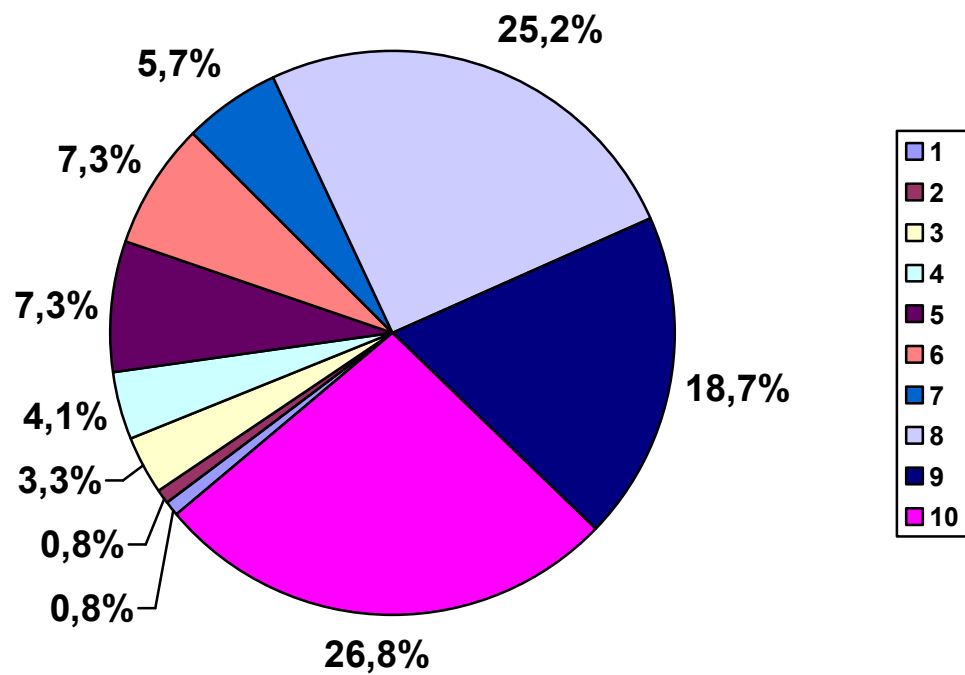
ΕΡΩΤΗΣΗ 19^η - Πόσο σημαντικό είναι για το μέρος που μένω να έχει επαρκείς δημόσιους χώρους (πάρκα, πλατείες, μεγάλοι δρόμοι);



Εικόνα 9. Από την έρευνα μας φάνηκε ότι το 42,3% του δείγματος μας απάντησε 10, το 13,8% με 9, το 19,5% απάντησε με 8, το 4,1% με 7, το 6,5% απάντησε με 6 και το 4,9% με 5, ακόμα το 4,9% απάντησε με 4 άλλο ένα ποσοστό 1,6% απάντησε 3, ένα ποσοστό 0,8% απάντησε 2 και άλλο ένα 1,6% με 1.

9-10	πάρα πολύ σημαντικό
7-8	πολύ σημαντικό
5-6	σημαντικό
3-4	λίγο σημαντικό
1-2	καθόλου σημαντικό

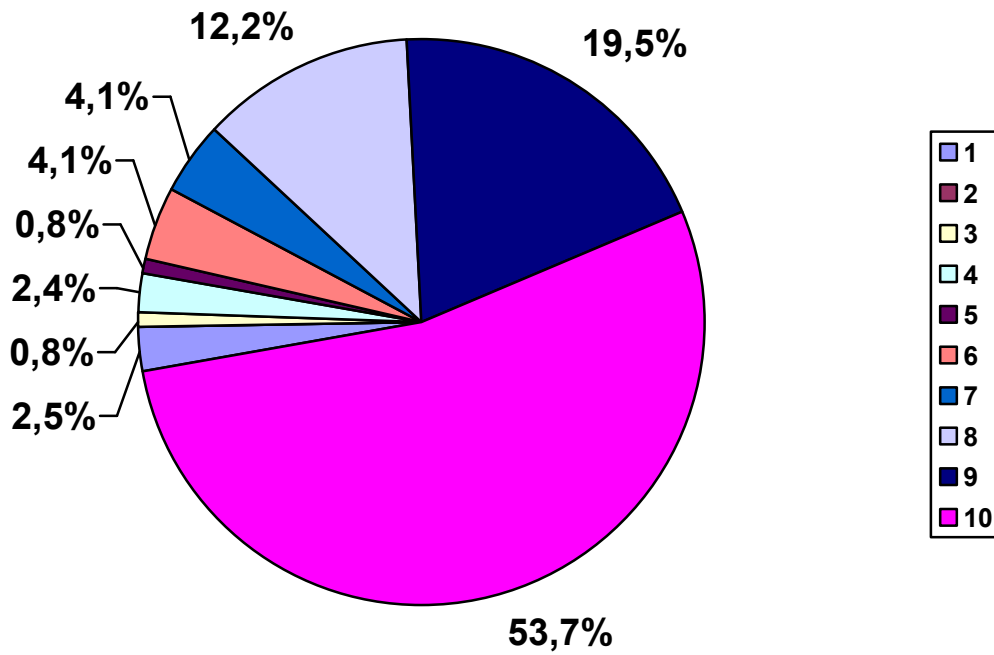
ΕΡΩΤΗΣΗ 20^η - Πόσο σημαντικό είναι για το μέρος που μένω να υπάρχουν πολιτιστικοί / αθλητικοί / πολιτικοί σύλλογοι ή οργανώσεις;



Εικόνα 20. Από την έρευνα μας φάνηκε ότι το 26.8% του δείγματος μας απάντησε 10, το 18.7% με 9, το 25.2% απάντησε με 8 , το 5.7% με 7, το 7.3% απάντησε με 6 και άλλο ένα ποσοστό 7,3% με 5, ακόμα το 4,1% απάντησε με 4, ένα ποσοστό 3,3% απάντησε 3 ,το 0,8% απάντησε με 2 και ακόμα ένα ποσοστό 0,8% απάντησε με 1.

9-10	πάρα πολύ σημαντικό
7-8	πολύ σημαντικό
5-6	σημαντικό
3-4	λίγο σημαντικό
1-2	καθόλου σημαντικό

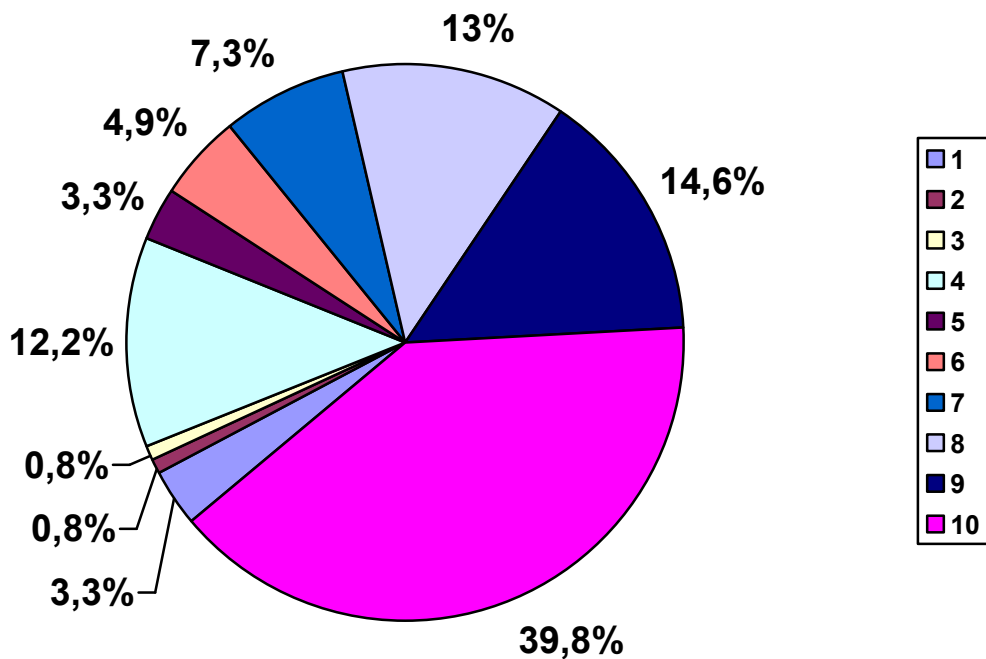
ΕΡΩΤΗΣΗ 21^η - Πόσο σημαντικό είναι για το μέρος που μένω να υπάρχουν δημόσιες συγκοινωνίες που εξυπηρετούν σωστά το κοινό;



Εικόνα 21. Από την έρευνα μας φάνηκε ότι το 53,7% του δείγματος μας απάντησε 10, το 19,5% με 9, το 12,2% απάντησε με 8, το 4,1% με 7 ακόμα ένα 4,1% απάντησε με 6, το 0,8% απάντησε με 5, το 2,4% α με 4, ένα ποσοστό 0,8% απάντησε 3 υποστηρίζει και τέλος το 2,5% απάντησε 1.

9-10	πάρα πολύ σημαντικό
7-8	πολύ σημαντικό
5-6	σημαντικό
3-4	λίγο σημαντικό
1-2	καθόλου σημαντικό

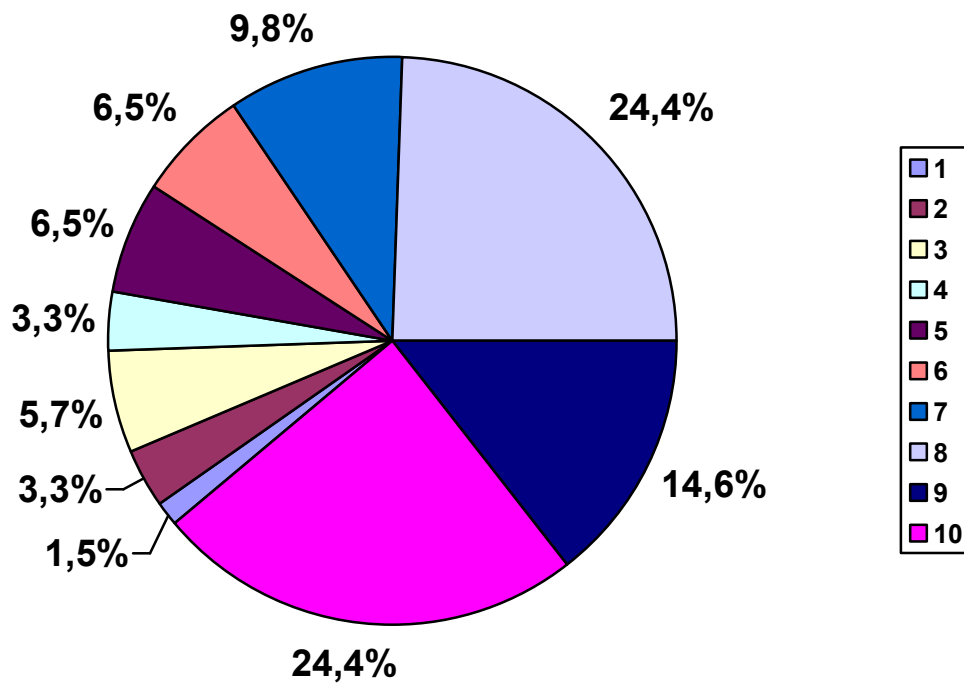
**ΕΡΩΤΗΣΗ 22^η - Πόσο σημαντικό είναι για το μέρος που μένω τα μέσα
μαζικής επικοινωνίας (τηλεόραση, ραδιόφωνο) να ενημερώνουν αντικειμενικά
και αξιόπιστα το κοινό;**



Εικόνα 22. Από την έρευνα μας φάνηκε ότι το 39,8% του δείγματος μας απάντησε 10, το 14,6% με 9, το 13% απάντησε με 8, το 7,3% με 7, το 4,9% απάντησε 6, το 3,3% με 5, ακόμα το 12,2% απάντησε με 4, ένα ποσοστό 0,8% απάντησε 3 και τέλος άλλο ένα ποσοστό 0,8% απάντησε 2 και τέλος το 3,3% απάντησε 1.

9-10	πάρα πολύ σημαντικό
7-8	πολύ σημαντικό
5-6	σημαντικό
3-4	λίγο σημαντικό
1-2	καθόλου σημαντικό

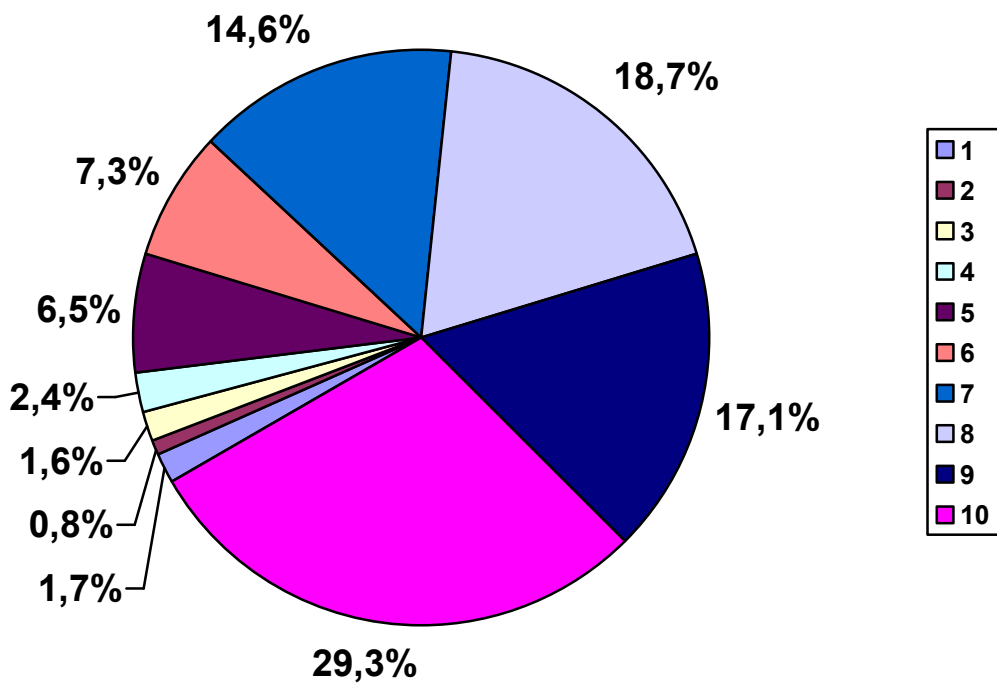
ΕΡΩΤΗΣΗ 23^η - Πόσο σημαντικό είναι για το μέρος που μένω να αναπτύσσονται καλλιτεχνικές δραστηριότητες & διαδραματίζονται πολιτιστικά γεγονότα (χορός, μουσική, ζωγραφική, θέατρο);



Εικόνα 23. Από την έρευνα μας φάνηκε ότι το 24,4% του δείγματος μας απάντησε 10, το 14,6% με 9, το 24,4% απάντησε με 8, το 9,8% με 7, το 6,5% απάντησε με 6 και ακόμα ένα 6,5% με 5, το 3,3% απάντησε με 4, ένα ποσοστό 5,7% απάντησε 3, άλλο ένα 3,3% απάντησε με 2 και ένα 1,5% απάντησε 1.

9-10	πάρα πολύ σημαντικό
7-8	πολύ σημαντικό
5-6	σημαντικό
3-4	λίγο σημαντικό
1-2	καθόλου σημαντικό

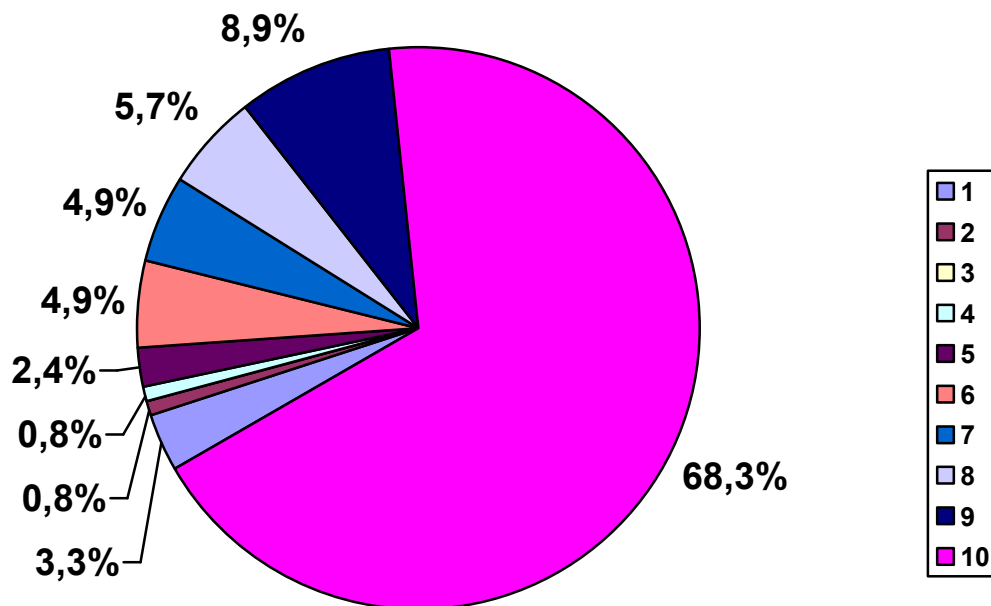
ΕΡΩΤΗΣΗ 24^η - Πόσο σημαντικό είναι για το μέρος που μένω να υπάρχουν αθλητικές εγκαταστάσεις ανοικτές στο κοινό;



Εικόνα 24. Από την έρευνα μας φάνηκε ότι το 29,3% του δείγματος μας απάντησε 10, το 17,1% με 9, το 18,7% απάντησε με 8 , το 14,6% με 7, το 7,3% απάντησε με 6 και το 6,5% με 5, ακόμα το 2,4% απάντησε με 4, ένα ποσοστό 1,6% απάντησε 3 τέλος ένα 0,8% απάντησε 2 και άλλο ένα 1,7% με 1.

9-10	πάρα πολύ σημαντικό
7-8	πολύ σημαντικό
5-6	σημαντικό
3-4	λίγο σημαντικό
1-2	καθόλου σημαντικό

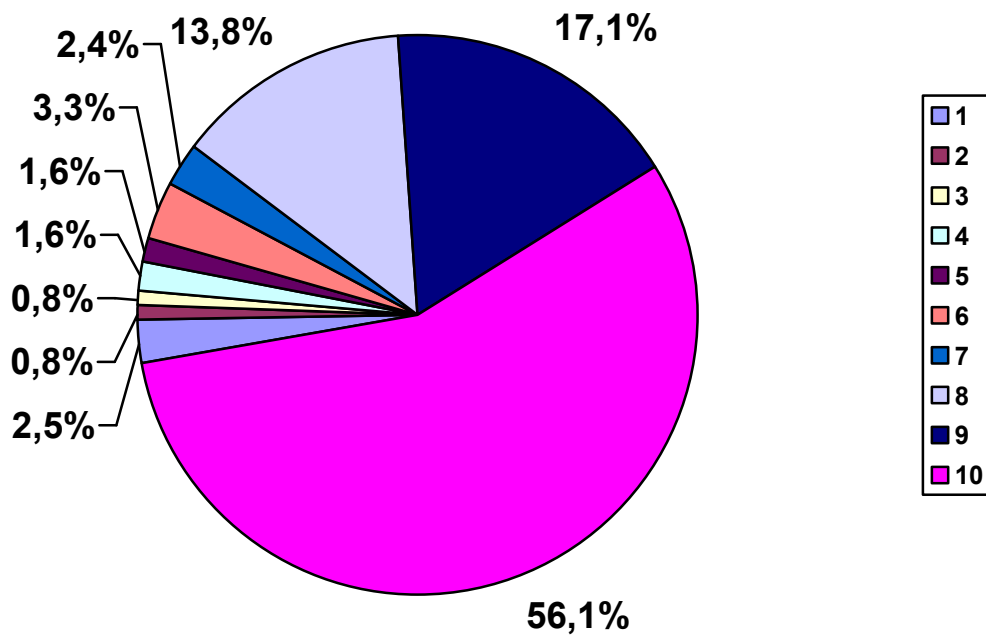
ΕΡΩΤΗΣΗ 25^η - Πόσο σημαντικό είναι για το μέρος που μένω να υπάρχουν προγράμματα κατ' οίκον νοσηλείας.



Εικόνα 25. Από την έρευνα μας φάνηκε ότι το 68,3% του δείγματος μας απάντησε 10, το 8,9% με 9, το 5,7% απάντησε με 8 , το 4,9% με 7 , άλλο ένα 4,9% απάντησε με 6 και το 2,4% με 5 ακόμα το 0,8% απάντησε με 4 τέλος άλλο ένα 0,8% απάντησε 2 και ένα ποσοστό 3,3% με 1.

9-10	πάρα πολύ σημαντικό
7-8	πολύ σημαντικό
5-6	σημαντικό
3-4	λίγο σημαντικό
1-2	καθόλου σημαντικό

ΕΡΩΤΗΣΗ 26^η Πόσο σημαντικό είναι για το μέρος που μένω οι άνθρωποι να εμπιστεύονται και βοηθούν ο ένας τον άλλο;



Εικόνα 26. Από την έρευνα μας φάνηκε ότι το 56,1% του δείγματος μας απάντησε 10, το 17,1% με 9, το 13,8% απάντησε με 8, το 2,4% με 7, το 3,3% απάντησε με 6 και το 1,6% με 5, άλλο ένα 1,6% απάντησε με 4, ένα ποσοστό 0,8% απάντησε 3 και τέλος ένα 0,8% απάντησε 2 και τέλος το 2,5% απάντησε 1.

9-10	πάρα πολύ σημαντικό
7-8	πολύ σημαντικό
5-6	σημαντικό
3-4	λίγο σημαντικό
1-2	καθόλου σημαντικό

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική βιβλιογραφία

- Ανώνυμος 03/12/2001. Επάγγελμα και υγεία. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο:
http://www.medlook.net/article.asp?item_id=570 (10/11/08).
- Ανώνυμος 14/01/06, Βοήθεια στο Σπίτι (Πρόγραμμα κοινωνικής φροντίδας),
Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://www.noesi.gr/node/164> (17/12/08).
- Ανώνυμος α, 2007, Ρατσισμός. Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο:
http://www.dhmokritos.gr/06_dimosievmena/lykeio/b/07ekthesi/RATSISMO S.htm. (10/01/09).
- Ανώνυμος β, 2007. Αιτίες δημιουργίας της νοσηλείας στο σπίτι,. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο:
<http://www.bestrong.org.gr/el/cancersupport/practicalinfo/241/homecare/why/> (17/12/08).
- Ανώνυμος α. Γενικά Περί Υγείας, (1.02.08). Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο:
<http://www.bestrong.org.gr/el/healthyliving/healthandwellness/generalabouthealth> (12/11/08).
- Ανώνυμος β. Κάπνισμα – Υγεία, 2008. Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο:
<http://lykeio5ioanninon.tripod.com/tmimab1/smoking/smoking.htm> (16/12/08).
- Αλαμάνου Γεώργιος, Τούντας Γιάννης, 1999.Εργασία και υγεία, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 16(2):182
- Γιαννουλούδη Αθανασία, Γουλιά Σοφία, 2002. Ποιότητα Ζωής και Αθλητισμός.
Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο:
<http://www.imlarisis.gr/main.php?p=267&more=1> (10/12/08).
- Γκούβρα Μαριάννα, Κυρίδης Αργύρης, Μαυρικάκη Ευαγγελία, Αγωγή Υγείας και Σχολείο, Παιδαγωγική και Βιολογική Προσέγγιση, εκδόσεις ΤΥΠΩΘΗΤΩ-Γιώργος Δαρδάνος, Αθήνα 2005,1:17-20
- Γουρνιεζάκη Αθηνά, Τι είναι τελικά η υγεία; (2007).Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο:
<http://sifnaiko-Fos.gr/downloads/Enimerothikame/PsixikiMonada-Ygeia.PdF> 05/11/08.

- Ελαφρός Γιάννης, 21/02/09. Τα πάρκα, «φάρμακο» για την υγεία μας... Σύμφωνα με επιστημονική έρευνα. Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο:
http://news.kathimirini.gr/4dcgi/_w_articles_ell!_21/02/2009_304406
(25/02/09).
- Καλτσίδης Ηλίας, 2008. Ο ρόλος των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: http://lyk-kampan.kil.sch.gr/Efimerida_2.htm (10/01/09)
- Καραδήμας Χ. Ευάγγελος, Ψυχολογία της Υγείας, θεωρία και κλινική πράξη, Εκδόσεις ΤΥΠΩΘΗΤΩ Γιώργος Δαρδάνος, Αθήνα 2005, Κεφ.1 σελ.15-21, Κεφ.2 σελ.30-33, Κεφ.3 σελ.34-35.
- Κυριακίδου Ελένη Θ., Κοινωνική Νοσηλευτική, Εκδόσεις Η ΤΑΒΙΘΑ, Αθήνα 2000, 1: 59-65
- Μέδισος Ανδρέας, 2009. Το φαινόμενο της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: www.kpelrida.gr (10/01/09)
- Παπαδάτου Δανάη-Αναγνωστόπουλος Φώτιος, Η Ψυχολογία στο χώρο της Υγείας, Εκδόσεις ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ, Αθήνα, 1995, Κεφ.1 σελ.11-18
- Σαρρής Μάρκος, Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής, Εκδόσεις: Παπαζήση, Αθήνα 2001, 2:120-122.
- Τούντας Γιάννης, Κοινωνία και Υγεία, Εκδόσεις : ΟΔΥΣΣΕΑΣ/ΝΕΑ ΥΓΕΙΑ, Αθήνα 2000, 2: 26-27, 7: 101-106, 8: 117,119-120, 9: 125-126, 10: 140-142,143,144, 15: 215,216,221, 16: 233, 17: 239
- Τούντας Γιάννης α. (20/03/07). Τι είναι η υγεία. Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο:
http://archive.enet.gr/online_text/c112,dt=20.03.2007,id=34207428
(10/12/08).
- Τούντας Γιάννης β. 2007. Φυσικό περιβάλλον και υγεία. Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο:
<http://www.neahygeia.gr/foreas.php?ParentID=305&ArticleID=561&lang=gr&CategoryID=&IssueID=4>(15/11/08).
- Τούντας Γιάννης γ. 13/11/07. Πόλη και υγεία. Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο:
http://www.iatronet.gr/article.asp?art_id=3255 (15/11/08).

- Τούντας Γιάννης δ. 2007. Ανεργία και υγεία. Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο:
[http://www.neahygeia.gr/foreas.php?ParentID=305&ArticleID=306&lang=gr
&CategoryID=6&IssueID=4](http://www.neahygeia.gr/foreas.php?ParentID=305&ArticleID=306&lang=gr&CategoryID=6&IssueID=4) (16/11/08).
- Τούντας Γιάννης ε. 02/11/07. Εκπαίδευση και υγεία. Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο:
http://www.iatronet.gr/article.asp?art_id=3168 (17/11/08).
- Τούντας Γιάννης α. 2008. Πολιτισμός και υγεία. Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο:
http://www.iatronet.gr/article.asp.?art_id=3777 (28/11/08).
- Τούντας Γιάννης β. 2008. Κοινωνικές ανισότητες. Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο:
http://www.iatronet.gr/article.asp?art_id=4065 (28/11/08).
- Τούντας Γιάννης γ. 24/09/08. Οικονομία και υγεία. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο:
<http://www.in2life.gr/wellbeing/health/articles/158043/article.aspx> (15/12/08).
- Τούντας Γιάννης 10/02/09, Φυσική άσκηση και υγεία. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο:
<http://panacea.med.uoa.gr/topic.aspx?id=817> (10/01/09)

Ξένη βιβλιογραφία

- Anderson, R.M., & Anderson, P.E. (2003) Emotional longevity: What really determines how long you live. New York: Viking .
- Davey Smith, G., Blane, D. & Bartley, M.(1994). Explanations for socio-economic differentials in mortality. European Journal of Public Health, 4: 131-144.
- Engel, G.L. (1977), The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. Science, 196, 129-136.
- Herzlich C. (1973), Health and illness: A social psychological approach. London: Academic Press
- Hillery A. (1955) Definition of community – Areas of agreement. Rural Sociology 20: 111.
- Marx, M.H & Hillix W.A (1963), Systems and Theories in psychology New York: McGraw-Hill.
- May R. Freedom and Destiny. Bantman Doubleday Dell International Publications Group, New York, 1989.

- Nies Mary A. & McEwen Melanie, Κοινωνική Νοσηλευτική, Προάγοντας την Υγεία των Πληθυσμών, Ιατρικές Εκδόσεις ΛΑΓΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ, 2001, 1: 6
- Oshi, S & Lucas, R.E (2003).Personality, culture, and subjective wellbeing: Emotional and cognitive evaluations of life. Annual Review of Psychology, 54, 403-425
- Parsons T. Patients, Physician, and Illness. Free Press, New York, 1972.
- Shamansky Sand Pesznecker B. (1981) A community is... Nurs Outlook 3: 29
- World Health Organization Expert Committee (1974) Community Health Nursing. Technical report series. Geneva.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Σπουδάστριες: Κακούλακη Αικατερίνη
Πασχαλίδη Μαρία

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΙΟΥΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ

Υγεία δεν είναι το να μην είσαι άρρωστος. Είναι και πολλά άλλα πράγματα, όπως το να μπορείς να προσαρμόζεσαι στις καταστάσεις και να ζεις σε μια καλή πόλη. Στα πλαίσια της πτυχιακής μας εργασίας : «Παράγοντες που καθορίζουν μια υγιή κοινότητα» κάνουμε μια έρευνα για το κατά πόσο οι άνθρωποι γνωρίζουν τους παράγοντες που επηρεάζουν και καθιστούν την κοινότητα τους υγιή ή όχι.

Παρακαλώ σημειώστε από το 1-10, πόσο πιστεύετε ότι είναι σημαντικός και απαραίτητος ο κάθε ένας από τους παρακάτω παράγοντες για την πόλη σας, ανεξάρτητα αν υπάρχει ή όχι.

Το 1 σημαίνει ότι ΔΕΝ το θεωρείτε καθόλου σημαντικό
ενώ το 10 σημαίνει ότι το θεωρείτε ΠΟΛΥ σημαντικό.

Θεωρώ ότι το μέρος που μένω είναι καλό
και υγιές όταν:

1. Είναι καλός τόπος για την ανατροφή παιδιών

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

2. Έχει καλά σχολεία

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

3. Υπάρχουν χαμηλά ποσοστά παιδικής κακοποίησης

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

4. Δεν υπάρχει φόβος να κυκλοφορεί κανείς αργά την νύχτα

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

5. Υπάρχει χαμηλό ποσοστό εγκληματικότητας

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

6.Υπάρχουν καλές και στενές οικογενειακές σχέσεις

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

7.Υπάρχει ωραίο φυσικό περιβάλλον

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

8.Δεν υπάρχει ανεργία

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

9.Οι σχέσεις μεταξύ των διαφόρων φυλετικών ομάδων είναι καλές

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

10.Υπάρχει χαμηλό ποσοστό εγκυμοσύνης σε ανήλικα άτομα

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

11.Δεν υπάρχουν άστεγοι

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

12.Υπάρχει χαμηλό ποσοστό βρεφικής θνησιμότητας

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

13.Η στέγαση είναι οικονομικά προσιτή

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

14.Γίνονται προγράμματα ανακύκλωσης

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

15.Υπάρχει έντονη θρησκευτική ζωή

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

16.Υπάρχουν δυνατότητες για καλή και έντονη διασκέδαση

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

17.Λειτουργούν προγράμματα ημερήσιας φροντίδας ηλικιωμένων & παιδιών

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

18.Υπάρχει πνεύμα συνεργασίας και εμπιστοσύνης μεταξύ των ατόμων

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

19.Έχει επαρκείς δημόσιους χώρους (πάρκα, πλατείες, μεγάλοι δρόμοι)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

20.Υπάρχουν πολιτιστικοί / αθλητικοί / πολιτικοί σύλλογοι ή οργανώσεις

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

21.Υπάρχουν δημόσιες συγκοινωνίες που εξυπηρετούν σωστά το κοινό

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

22.Τα μέσα μαζικής επικοινωνίας (τηλεόραση, ραδιόφωνο) ενημερώνουν αντικειμενικά και αξιόπιστα το κοινό

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

23.Αναπτύσσονται καλλιτεχνικές δραστηριότητες & διαδραματίζονται πολιτιστικά γεγονότα (χορός, μουσική, ζωγραφική, θέατρο)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

24.Υπάρχουν αθλητικές εγκαταστάσεις ανοικτές στο κοινό

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

25.Υπάρχουν προγράμματα κατ' οίκον νοσηλείας

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

26.Οι άνθρωποι εμπιστεύονται και βοηθούν ο ένας τον άλλο

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

ΜΕΡΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΣΑΣ: (Παρακαλώ να δώσετε μόνο **μία** απάντηση σε κάθε ερώτηση)

A. ΦΥΛΟ:

- 1) Άνδρας 2) Γυναίκα

B. ΗΛΙΚΙΑ: χρόνων

Γ. ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ Η ΜΕΓΑΛΥΤΕΡΗ ΒΑΘΜΙΔΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΠΟΥ ΕΧΕΤΕ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΕΙ:

- 1) Δημοτικό
2) Γυμνάσιο - Λύκειο
3) Ανώτατη Σχολή (ΑΕΙ /ΤΕΙ)
4) Μεταπτυχιακές σπουδές

Δ. ΜΕ ΤΙ ΑΣΧΟΛΕΙΣΤΕ ΤΟΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΧΡΟΝΟ;

- 1) Ιδιωτικός/Δημόσιος Υπάλληλος
2) Ελεύθερος Επαγγελματίας
3) Φοιτητής
4) Αγρότης
5) Οικιακά
6) Άνεργος
7) Άλλο

Ε. ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΣΑΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ:

- 1) Έγγαμος
2) Άγαμος
3) Χήρος/α
4) Χωρισμένος/η – Σε διάσταση
5) Άλλο

ΣΤ. ΠΟΥ ΚΑΤΟΙΚΕΙΤΕ ΜΟΝΙΜΑ:

Ζ. ΠΟΣΑ ΧΡΟΝΙΑ ΕΙΣΤΕ ΣΤΟ ΜΕΡΟΣ ΠΟΥ ΚΑΤΟΙΚΕΙΤΕ ΜΟΝΙΜΑ;.....

Η. ΕΧΕΤΕ ΠΑΙΔΙΑ;

- 1) Ναι **ΑΝ ΝΑΙ ΠΟΣΑ;**.....
2) Όχι

ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ

