

**ΠΑΝΤΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΚΑΙ
ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ**

ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ**



**Δημογραφική γήρανση και η κατάσταση υγείας
των ηλικιωμένων στην Ελλάδα**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Ελένη Γεωργίου

Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή:

Αικατερίνη Μιχαλοπούλου, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Επιβλέπουσα

Χρήστος Μπάγκαβος, Επίκουρος Καθηγητής

Κωνσταντίνος Δημουλάς, Λέκτορας

Αθήνα, Σεπτέμβριος 2013

Copyright © Γεωργίου Ελένη, 2013.

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Απαγορεύεται η αντιγραφή, αποθήκευση και διανομή της παρούσας εργασίας, εξ ολοκλήρου ή τμήματος αυτής, για εμπορικό σκοπό. Επιτρέπεται η ανατύπωση, αποθήκευση και διανομή για σκοπό μη κερδοσκοπικό, εκπαιδευτικής ή ερευνητικής φύσης, υπό την προϋπόθεση να αναφέρεται η πηγή προέλευσης και να διατηρείται το παρόν μήνυμα. Ερωτήματα που αφορούν τη χρήση της εργασίας για κερδοσκοπικό σκοπό πρέπει να απευθύνονται προς τη συγγραφέα.

Οι απόψεις και τα συμπεράσματα που περιέχονται σε αυτό το έγγραφο εκφράζουν τη συγγραφέα και δεν πρέπει να ερμηνευθεί ότι αντιπροσωπεύουν τις επίσημες θέσεις του Παντείου Πανεπιστημίου Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών.

*Στην οικογένειά μου,
τους καθηγητές μου,
και σε όσους πίστεψαν σε εμένα.*

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η υλοποίηση της συγκεκριμένης εργασίας «χρωστά» πολλά ευχαριστώ, σε όλους αυτούς που με το δικό τους τρόπο συντέλεσαν στην ολοκλήρωσή της.

Ευχαριστώ θερμά τους καθηγητές κυρία Αικατερίνη Μιχαλοπούλου, κύριο Χρήστο Μπάγκαβο, κύριο Σάββα Ρομπόλη και κύριο Κωνσταντίνο Δημουλά, τόσο για την καθοδήγηση και τις καίριες επισημάνσεις τους, καθ' όλη τη διάρκεια εκπόνησης της διπλωματικής μου εργασίας, όσο και για την στήριξη αλλά και πολύτιμη βοήθειά τους, όλα αυτά τα χρόνια που βρίσκομαι στο Τμήμα Κοινωνικής Πολιτικής, του Παντείου Πανεπιστημίου.

Ιδιαίτερες ευχαριστίες, οφείλω και σε όλους τους διδάσκοντες, του Τμήματος Κοινωνικής Πολιτικής, που οικοδόμησαν τα θεμέλια για την ολοκλήρωση των σπουδών μου και που μου κατέδειξαν ότι η μάθηση είναι ζήτημα θέλησης, προσπάθειας και επιμονής, ανεξάρτητα από τις όποιες πρακτικές δυσκολίες.

Τέλος, ευχαριστώ την οικογένεια μου, για την τεράστια υπομονή και τη συμπαράστασή της, σε όλο το διάστημα της συγγραφής της εργασίας.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ/Λέξεις Κλειδιά	9
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	11
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 Οι δημογραφικές εξελίξεις και το φαινόμενο της γήρανσης του πληθυσμού στην Ελλάδα	15
1.1 Ο πληθυσμός της Ελλάδας μεταπολεμικά	15
1.2 Κατά ηλικία δομή του πληθυσμού της Ελλάδας.....	20
1.3 Πυραμίδα ηλικιών	25
1.4 Εννοιολογική οριοθέτηση του όρου δημογραφική γήρανση	28
1.5 Η Δημογραφική Γήρανση στην Ελλάδα	30
1.6 Δημογραφική γήρανση και δημογραφικά φαινόμενα στην Ελλάδα	32
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 Υγεία και προσδιοριστικοί παράγοντες υγείας	37
2.1 Εννοιολογική οριοθέτηση του όρου υγεία	37
2.2 Παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία	43
2.2.1 Φύλο	43
2.2.2 Ηλικία.....	49
2.2.3 Οικογενειακή κατάσταση.....	54
2.2.4 Επίπεδο εκπαίδευσης	57
2.2.5 Συμμετοχή στην αγορά εργασίας	59
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 Εμπειρικές διαστάσεις της κατάστασης υγείας των ηλικιωμένων: Η Εθνική Έρευνα Υγείας του 2009.....	65
3.1 Εισαγωγή.....	65
3.2 Τα δεδομένα: Η Εθνική Έρευνα Υγείας του 2009.....	70

3.2.1	Οι Στόχοι των Εθνικών Ερευνών Υγείας:	71
3.2.2	Ο ορισμός του υπό έρευνα πληθυσμού	73
3.2.3	Το δειγματοληπτικό σχέδιο	74
3.2.4	Οι μετρήσεις	76
3.2.5	Οι περίοδοι αναφοράς	77
3.2.6	Τα δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά του δείγματος	77
3.3	Αποτελέσματα	78
3.3.1	Η κατάσταση υγείας στο σύνολο του δείγματος	78
3.3.2	Η κατάσταση υγείας των ατόμων ηλικίας 50-64 και 65 ετών και άνω.....	85
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ		89
ΠΗΓΕΣ-ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ		97
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ		113
ABSTRACT and keywords		133

ΠΙΝΑΚΕΣ

ΠΙΝΑΚΑΣ 1	Δείκτες Εξάρτησης και Δείκτης Γήρανσης	120
ΠΙΝΑΚΑΣ 2	Προσδοκώμενη ζωή κατά τη γέννηση στην Ελλάδα (1970-2011)	120
ΠΙΝΑΚΑΣ 3	Τα δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά των ερωτωμένων .	121
ΠΙΝΑΚΑΣ 4	Τα δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά των ερωτωμένων σύμφωνα με την ηλικία	122
ΠΙΝΑΚΑΣ 5	Εμπειρικές διαστάσεις της κατάσταση υγείας	123
ΠΙΝΑΚΑΣ 6	Υποκειμενική κατάσταση υγείας σύμφωνα με τα δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά των αποκρινόμενων	124
ΠΙΝΑΚΑΣ 7	Η αντικειμενική κατάσταση υγείας σύμφωνα με τα δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά των αποκρινόμενων	125
ΠΙΝΑΚΑΣ 8	Ο περιορισμός των δραστηριοτήτων σύμφωνα με τα δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά των αποκρινόμενων	126
ΠΙΝΑΚΑΣ 9	Υποκειμενική κατάσταση υγείας των ατόμων ηλικίας 50-64 ετών σύμφωνα με τα δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά	127
ΠΙΝΑΚΑΣ 10	Η αντικειμενική κατάσταση υγείας των ατόμων ηλικίας 50-64 ετών σύμφωνα με τα δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά	128
ΠΙΝΑΚΑΣ 11	Ο περιορισμός των δραστηριοτήτων των ατόμων ηλικίας 50-64 ετών σύμφωνα με τα δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά	129
ΠΙΝΑΚΑΣ 12	Υποκειμενική κατάσταση υγείας των ατόμων ηλικίας 65+ σύμφωνα με τα δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά	130
ΠΙΝΑΚΑΣ 13	Η αντικειμενική κατάσταση υγείας των ατόμων ηλικίας 65+ σύμφωνα με τα δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά	131
ΠΙΝΑΚΑΣ 14	Ο περιορισμός των δραστηριοτήτων των ατόμων ηλικίας 65+ σύμφωνα με τα δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά	132

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1 Συνολικός πληθυσμός της Ελλάδας 1970-2012.....	113
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2 Αναλογία των φύλων στην Ελλάδα 1970-2012	113
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3 Συνιστώσες της μεταβολής του πληθυσμού 1970-2010	114
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4 Κατά ηλικία δομή του ελληνικού πληθυσμού 1970-2012	114
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5 Κατά ηλικία δομή του ελληνικού πληθυσμού,(σχετικά μεγέθη) (1970-2012).....	115
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 6 Γήρανση πληθυσμού σε ηλικία εργασίας 1970-2012	115
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 7 Αναλογία φύλου - Γήρανση πληθυσμού σε ηλικία εργασίας 1970-2012	116
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 8 Δείκτες εξάρτησης 1970-2012	116
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 9 Δείκτης Γήρανσης 1970-2012.....	117
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 10 Πυραμίδα ηλικιών του πληθυσμού της Ελλάδας, 1970	117
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 11 Πυραμίδα ηλικιών του πληθυσμού της Ελλάδας, 2010.....	118
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 12 Δείκτης Ολικής Γονιμότητας 1970-2010	118
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 13 Ποσοστό βρεφικής θνησιμότητας 1970-2011.....	119

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα διπλωματική εργασία, έχει σαν στόχο να ελέγξει αν και σε ποιο βαθμό, η κατάσταση υγείας των ηλικιωμένων του ελληνικού πληθυσμού, σχετίζεται στενά με δημογραφικές και κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές. Ιδιαίτερα όμως, εστιάζεται στις ηλικιακές ομάδες 50-64 και 65 ετών και άνω, αφού υπάρχει μια ένταση της γήρανσης του ελληνικού πληθυσμού.

Τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης διπλωματικής, προκύπτουν από την Εθνική Έρευνας Υγείας που πραγματοποιήθηκε στην Ελλάδα το 2009 και πιο συγκεκριμένα, βασίζονται στις μεταβλητές της υποκειμενικής κατάστασης υγείας, της αντικειμενικής κατάστασης υγείας (ύπαρξη χρόνιου προβλήματος ή μη) καθώς επίσης και στον περιορισμό δραστηριοτήτων.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, θεωρεί την υγεία ως θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα, όπου δεν αποτελεί θέμα μόνο του ατόμου αλλά ολόκληρης της κοινωνίας. Μέσω των στοιχείων της Εθνικής Έρευνας Υγείας, καταλήξαμε στο ότι η υγεία του πληθυσμού διαφέρει ανάλογα με το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, το επίπεδο εκπαίδευσης και την απασχόληση.

Τα αποτελέσματα, μας δείχνουν ότι οι άντρες δηλώνουν εν γένει καλύτερο επίπεδο υγείας από τις γυναίκες, παρόλο που αυτοί παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας. Επίσης, καλύτερα επίπεδα υγείας παρουσιάζουν οι νέοι και οι άγαμοι καθώς και τα άτομα που ολοκληρώνουν τις υψηλότερες βαθμίδες εκπαίδευσης. Τόσο οι εργαζόμενοι όσο και οι άνεργοι, έχουν καλύτερο επίπεδο υγείας σε σχέση με τους συνταξιούχους και αυτούς που ασχολούνται με τα οικιακά.

Εν κατακλείδι, γίνεται ολοένα και επιτακτικότερη η ανάγκη να γίνουν βήματα από την ελληνική πολιτεία, τα οποία θα στοχεύουν στη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού. Το κράτος, θα πρέπει να δημιουργήσει δράσεις ενημέρωσης αλλά και ευαισθητοποίησης του πληθυσμού πάνω σε θέματα υγείας.

Λέξεις Κλειδιά:

Γήρανση του πληθυσμού, προσδόκιμο επιβίωσης, γονιμότητα, θνησιμότητα, μετανάστευση, Εθνική Έρευνα Υγείας 2009, υποκειμενική κατάσταση υγείας, αντικειμενική κατάσταση υγείας, περιορισμός δραστηριοτήτων.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Αναμφισβήτητα, ενώ η γήρανση αποτελεί ένα φαινόμενο μακράς διάρκειας που προκαλείται από μια σειρά παραγόντων, δεν πρέπει να θεωρείται όμως καταστροφική για τον πληθυσμό, αφού η μακροζωία θεωρείται πολύ σημαντικό «επίτευγμα».

Ένα εύλογο ερώτημα, που θα μπορούσε να τεθεί είναι: *Τι ονομάζουμε δημογραφική γήρανση, αλλά και ποιοί παράγοντες, ποιές αλλαγές, οδήγησαν στην αύξηση του αριθμού των ηλικιωμένων τα τελευταία χρόνια στην Ελλάδα και οδηγηθήκαμε στο να μιλάμε διαρκώς για το φαινόμενο της δημογραφικής γήρανσης;*

Το φαινόμενο της πληθυσμιακής γήρανσης, είναι ένα φαινόμενο που απασχολεί την Ελλάδα, εξίσου με όλες τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης και βέβαια και τη διεθνή κοινότητα. Μολονότι η γήρανση του πληθυσμού, φαίνεται να ακολουθεί πορεία σύγκλισης στις περισσότερες χώρες της Ευρώπης, εντούτοις το χρονοδιάγραμμα όσο και η ένταση της εξέλιξης της θα είναι διαφορετική για κάθε χώρα, ανάλογα με την ένταση και το βαθμό που εκδηλώθηκαν κατά το παρελθόν οι δημογραφικές συνιστώσες της θνησιμότητας, της γονιμότητας και της μετανάστευσης.

Το δημογραφικό τοπίο όπως διαμορφώθηκε στην Ελλάδα μεταπολεμικά, χαρακτηρίζεται από μείωση της θνησιμότητας, η οποία οδήγησε σε σημαντική αύξηση στο προσδόκιμο επιβίωσης. Σύμφωνα με την τελευταία έκθεση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, το προσδόκιμο επιβίωσης για τις Ελληνίδες φτάνει τα 83 έτη ενώ στους άνδρες τα 78 έτη. Εντούτοις, παρά την αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης, η μετατόπιση που παρατηρήθηκε στην ηλικιακή πυραμίδα του πληθυσμού της Ελλάδας προς τις υψηλότερες ηλικίες, οδήγησε σε συνεχή αύξηση του αριθμού των θανάτων, αφού ο κίνδυνος θνησιμότητας στις ηλικίες αυτές είναι υψηλός. Αναφορικά με τα επίπεδα γονιμότητας, αν και σε ένα αρχικό επίπεδο ακολούθησαν σταθερή πορεία σε όλη την διάρκεια της μεταπολεμικής περιόδου, τις τελευταίες δεκαετίες του 20ου αιώνα ωστόσο παρουσίασαν σημαντική συρρίκνωση, γεγονός που οδήγησε σε μείωση του αριθμού των γεννήσεων. Στην περίπτωση της μετανάστευσης, η Ελλάδα από χώρα εκροής μεταναστών μετατρέπεται από τα μέσα της δεκαετίας του 1970 και κυρίως την δεκαετία του 1990 σε χώρα εισροής μεταναστών. Αντίθετα, από το 2010 και μετά, έχουμε την παρουσία μιας αρνητικής καθαρής μετανάστευσης του πληθυσμού, που σε συνδυασμό με την ελάχιστη υπεροχή των γεννήσεων έναντι των θανάτων, θα

μπορούσαμε να πούμε ότι πιθανόν να κρούει τον κώδωνα του κινδύνου για μείωση του πληθυσμού της χώρας.

Η σημερινή κατά ηλικία δομή του πληθυσμού της Ελλάδας, διαμορφώθηκε κάτω από τις μεταβολές που σημειώθηκαν κατά το παρελθόν στα τρία δημογραφικά φαινόμενα που ανέφερα πιο πάνω. Κατά συνέπεια, ενώ η συρρίκνωση του αριθμού των γεννήσεων κατά τη διάρκεια περίπου των τελευταίων είκοσι ετών οδήγησε σε μια σταδιακή μείωση των ατόμων που βρίσκονται σε νεαρή ηλικία, η συνεχής μείωση του αριθμού των θανάτων, οδήγησε σε αύξηση του απόλυτου αριθμού των ηλικιωμένων. Η παρούσα δομή του πληθυσμού φαίνεται να διαμορφώνει στο μέλλον μία δυναμική με κύριο χαρακτηριστικό την συρρίκνωση του πληθυσμού των νεότερων ηλικιών (0-14), την επιβράδυνση αρχικά στην αύξηση του πληθυσμού των ενδιάμεσων ηλικιών (15-64) και τελικά την συρρίκνωση του. Στις υψηλές ηλικίες η εξέλιξη του πληθυσμού θα ακολουθήσει αποκλίνουσα πορεία σε σχέση με τις νεότερες και ενδιάμεσες, καθώς στο μέλλον το μερίδιο των ατόμων 65 ετών και άνω θα αυξάνεται διαρκώς στο συνολικό πληθυσμό της χώρας. Επομένως, η αύξηση του αριθμού των ηλικιωμένων ατόμων δεν αποτελεί παρά μια σημαντική αλλαγή στην κατά ηλικία δομή του πληθυσμού.

Όλα τα άτομα άνω των 65 ετών ανήκουν τυπικά στην πληθυσμιακή ομάδα των ατόμων της τρίτης ηλικίας. Ο πληθυσμός αυτός όμως δεν είναι ομοιογενής, αποτελείται από ένα πολυσύνθετο άθροισμα ανόμοιων ανθρώπων, των οποίων η πνευματική, μορφωτική και κοινωνική κατάσταση διαφοροποιείται, όπως και οι ανάγκες τους. Η αύξηση του αριθμού των ατόμων τρίτης ηλικίας σε παγκόσμιο επίπεδο, οδήγησε το 1990 τη Γενική Συνέλευση του Ο.Η.Ε. στην καθιέρωση της 1ης Οκτωβρίου ως Διεθνούς Ημέρας για την Τρίτη Ηλικία, προκειμένου να ευαισθητοποιηθούν οι κυβερνήσεις και η κοινή γνώμη πάνω στις ανάγκες και τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα ηλικιωμένα άτομα. Η Τρίτη Ηλικία είναι ένα σταυροδρόμι, στο οποίο μπορεί να φτάσουν και να περάσουν πολλοί, έτσι όπως έχει αυξηθεί το όριο ηλικίας στις σύγχρονες κοινωνίες.

Αξίζει επίσης να αναφέρουμε στο σημείο αυτό, ότι η υγεία αποτελεί ένα από τα βασικά ανθρώπινα δικαιώματα και πως η καλή υγεία του ανθρώπου αποτελεί το «στατικό» της ευημερίας του. Με βάση το άρθρο 5 παράγραφος 5 του Συντάγματος το οποίο αναφέρεται στο δικαίωμα στην υγεία «Καθένας έχει δικαίωμα στην προστασία της υγείας και της γενετικής του ταυτότητας». Αν και η έννοια της υγείας στην διάρκεια

της ανθρώπινης ιστορίας μπορεί να διέφερε στους διάφορους πολιτισμούς, από τους περισσότερους όμως εθεωρείτο ολιστικά, ως η αρμονία μέσα στο άτομο και μεταξύ του ατόμου και του περιβάλλοντος που ζουν. Σ' αυτό το πλαίσιο κοινωνικοί ή περιβαλλοντικοί παράγοντες θεωρούνται βασικοί συντελεστές επιρροής της υγείας των ανθρώπων. Επιπρόσθετα, η υγεία θεωρείται θεμέλιο αλλά ταυτόχρονα και προϋπόθεση κάθε μορφής οικονομικής και κοινωνικής ανάπτυξης όχι μόνο ενός πληθυσμού αλλά και ενός έθνους. Γενικότερα διαπιστώθηκε, πως οι πολίτες της Ευρωπαϊκής Ένωσης ζουν, κατά μέσο όρο, περισσότερο και με καλύτερη υγεία από ότι οι προηγούμενες γενιές.

Στην διεθνή βιβλιογραφία, η διερεύνηση των ζητημάτων της κατάστασης υγείας επικεντρώνεται στη έννοια της αυτοαξιολόγηση του επιπέδου υγείας (self-rated health, SRH), η οποία δεν συμβάλει μόνο στην προσπάθεια προσδιορισμού της υγείας του πληθυσμού αλλά θεωρείται ακόμη και σημαντικός δείκτης αυτού.

Σκοπός της παρούσας διπλωματικής εργασίας, είναι να διερευνηθεί στο πλαίσιο της δημογραφικής γήρανσης, η κατάσταση υγείας των ηλικιωμένων στην Ελλάδα και ειδικότερα των ατόμων που ανήκουν στις ηλικιακές ομάδες 50-64 και 65 ετών και άνω.

Η παρούσα εργασία διαρθρώνεται σε τρία κεφάλαια. Το πρώτο κεφάλαιο, με τίτλο «Οι δημογραφικές εξελίξεις και το φαινόμενο της γήρανσης του πληθυσμού στην Ελλάδα», ξεκινά με μια περιγραφή του μεγέθους του πληθυσμού της Ελλάδας μεταπολεμικά και στη συνέχεια αναλύονται οι μεταβολές, που παρατηρήθηκαν στην κατά ηλικία δομή του πληθυσμού. Σημαντική παράλειψη θα θεωρείτο στο κεφάλαιο αυτό, η μη εννοιολογική οριοθέτηση του όρου δημογραφική γήρανση και η μη αναφορά στο φαινόμενο της δημογραφικής γήρανσης στην Ελλάδα. Επίσης, περιλαμβάνει μια σύντομη περιγραφή των δημογραφικών φαινομένων, δηλαδή της γονιμότητας, της θνησιμότητας και της μετανάστευσης, καθώς και σημαντικές πληροφορίες για τη δομή του ελληνικού πληθυσμού.

Στο δεύτερο κεφάλαιο, γίνεται μια εκτενής αναφορά σε κάποια εννοιολογικά στοιχεία για την υγεία καθώς στους παράγοντες που την επηρεάζουν. Αν και οι προσδιοριστικοί παράγοντες της υγείας είναι αρκετοί, δίνεται ιδιαίτερη έμφαση κυρίως, στο φύλο, στην ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, το επίπεδο εκπαίδευσης καθώς και στην συμμετοχή στην αγορά εργασίας. Ο λόγος που εστιάζομαστε σε

αυτούς τους παράγοντες, είναι για να μπορέσουμε στην συνέχεια να διερευνήσουμε το πώς η υποκειμενική κατάσταση υγείας, η αντικειμενική κατάσταση υγείας και ο περιορισμός των δραστηριοτήτων των αποκρινόμενων της Εθνικής Έρευνας Υγείας του 2009, σχετίζονται και σε ποιο βαθμό με τις προαναφερόμενες δημογραφικές και κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές.

Στο τρίτο και τελευταίο κεφάλαιο, περιλαμβάνονται τα αποτελέσματα από την Εθνική Έρευνα Υγείας του 2009, που αφορούν αρχικά στα δημογραφικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού που συμμετείχε στην έρευνα και έπειτα στην κατάσταση υγείας του Ελληνικού πληθυσμού σε σχέση με τις δημογραφικές και κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές που επιλέχθηκαν να αναλυθούν στο πρώτο κεφάλαιο. Ιδιαίτερη προσοχή όμως δίνεται σε δύο ηλικιακές ομάδες, 50-64 και 65 ετών και άνω, εξαιτίας του φαινομένου της δημογραφικής γήρανσης. Ουσιαστικά, εμπεριέχει την επεξεργασία των στοιχείων της Εθνικής Έρευνας Υγείας 2009 και αποτελεί το εμπειρικό κομμάτι της παρούσης διπλωματικής.

Τέλος, για την εργασία χρησιμοποιήθηκε η βιβλιογραφική μέθοδος και η στατιστική ανάλυση και επεξεργασία των πρωτογενών δεδομένων της Εθνικής Έρευνας Υγείας. Για την στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). Πηγή άντλησης στατιστικών δεδομένων για το Κεφάλαιο 1, αποτέλεσε η ηλεκτρονική βάση δεδομένων της Eurostat, όπου έγινε δευτερογενής επεξεργασία των στοιχείων. Τα δεδομένα που αντλήσαμε από την ηλεκτρονική βάση δεδομένων της Eurostat, τα επεξεργαστήκαμε με το πρόγραμμα Excel.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 Οι δημογραφικές εξελίξεις και το φαινόμενο της γήρανσης του πληθυσμού στην Ελλάδα

1.1 Ο πληθυσμός της Ελλάδας μεταπολεμικά

Αναμφισβήτητα, οι μεταβολές του πληθυσμού αποτελούν μέχρι και σήμερα, ένα ιδιαίτερα σημαντικό πεδίο επιστημονικής αναζήτησης. Ο πληθυσμός είναι αντικείμενο αλλά και πεδίο εφαρμογής της δημογραφίας.¹ Μεταβάλλεται, δηλαδή αυξάνεται ή μειώνεται με το πέρασμα των χρόνων και εξαρτάται από τις γεννήσεις, τους θανάτους, και τη μετανάστευση.

Αξίζει να επισημάνουμε πως, κρίσιμες είναι για την εποχή μας, οι συζητήσεις για τα δημογραφικά ζητήματα και ιδιαιτέρως για την πορεία του παγκόσμιου πληθυσμού. Μετά το τέλος του Β΄ Παγκοσμίου Πολέμου, ο παγκόσμιος πληθυσμός δεν ξεπερνούσε τα 2,3 δισεκατομμύρια άτομα.² Ουσιαστικά, η χρονική περίοδος με τις σημαντικές πληθυσμιακές αλλαγές κατά βάση σε παγκόσμιο επίπεδο, αφορά κυρίως τον 20^ο αιώνα και πιο συγκεκριμένα, την τελευταία πεντηκονταετία, όπου η αύξηση του πληθυσμού και το συνολικό του μέγεθος, είχαν φθάσει σε επίπεδα που δεν είχαν παρουσιαστεί ποτέ στην ιστορία της ανθρωπότητας.³

Ας υπενθυμίσουμε, ότι η ανθρωπότητα γνώρισε τα τελευταία 200 χρόνια δυο μείζονες εξελίξεις από δημογραφικής σκοπιάς: την επιμήκυνση της ανθρώπινης ζωής και τον έλεγχο της γονιμότητας. Οι δυο αυτές εξελίξεις εξηγούν τόσο την ταχύτατη αύξηση του πληθυσμού του πλανήτη μας στην διάρκεια των δύο προηγούμενων αιώνων, ιδιαίτερα δε στον 20^ο αιώνα, όσο και την άνιση κατανομή του ανάμεσα στις ανεπτυγμένες και τις λιγότερο ανεπτυγμένες χώρες.

Θα ήταν σημαντική παράλειψη, αν δεν γνωρίζαμε τι εννοούμε με τον όρο πληθυσμός. Τι να υποδηλώνει άραγε ο όρος πληθυσμός; Ο όρος πληθυσμός στη δημογραφία, υποδηλώνει κατά κανόνα το σύνολο των κατοίκων μιας περιοχής σε μια

¹ Μπάγκαβος Χ., «Ο πληθυσμός της Ελλάδας στο πρώτο μισό του 21ου αιώνα: προοπτικές εξέλιξης και κοινωνικο-οικονομικές επιπτώσεις», στο Μπάγκαβος Χ., και Μωυσίδης Α., (επιμ.), *Το Νέο Δημογραφικό Τοπίο του 21ου Αιώνα: Εξελίξεις, Επιπτώσεις, Πολιτικές*, Αθήνα (Gutenberg) 2004, 131.

² Hughes M., και Kroehler J.C., *Κοινωνιολογία. Οι βασικές έννοιες*. Αθήνα (Κριτική) 2007, 599-605.

³ Μπάγκαβος Χ., «Οι προοπτικές εξέλιξης του παγκόσμιου πληθυσμού: πρόκληση ή απειλή για το φυσικό περιβάλλον;» στο Ανθοπούλου Θ., και Παπαδοπούλου Δ., (επιμ.), *Περιβάλλον και κοινωνία. Μύθοι και πραγματικότητα*. Αθήνα (Gutenberg) 2005, 189-228.

δεδομένη στιγμή ή περίοδο, ή αλλιώς το «υλικό» από το οποίο συγκροτείται μια κοινωνία ή και το σύνολο των ατόμων στα οποία αποδίδεται ένα κοινό χαρακτηριστικό. Ωστόσο, στη στατιστική, εννοείται, ως ένα σύνολο αυτοτελών στοιχείων ή προσώπων με κοινά χαρακτηριστικά γνωρίσματα.⁴

Ένας πληρέστερος ορισμός του πληθυσμού που έχει διατυπωθεί από τον Κ.Ε. Μπώλντινγκ είναι ο εξής: «ένας πληθυσμός μπορεί να ορισθεί ως ένα σύνολο μεμονωμένων αντικειμένων ή ατόμων καθένα από τα οποία ανταποκρίνεται προς ένα δεδομένο ορισμό, διατηρεί την αυτοτέλεια του στην διαδρομή του χρόνου και υπάρχει μόνο για πεπερασμένο χρονικό διάστημα. Ένα άτομο εισέρχεται σε ένα πληθυσμό, ή «γεννιέται», όταν ανταποκρίνεται στον ορισμό που προσδιορίζει τον πληθυσμό. Εξέρχεται δε από τον πληθυσμό, ή «πεθαίνει», όταν παύει να ανταποκρίνεται στον ορισμό του πληθυσμού» (1934:650 όπως αναφέρεται στο Α.Χώλεν 1970:77).

Κατά το Braduel, ο πληθυσμός θεωρείται σαν ένας αναβαθμός της κοινωνίας, τον οποίο πρέπει να τον θεωρούμε σαν τον απόλυτο υλικό όρο ύπαρξης της κοινωνίας και της ιστορίας.⁵

Για τη δημογραφική έρευνα, σημασία έχει επίσης και η διάκριση ανάμεσα σε πραγματικό και νόμιμο πληθυσμό, η οποία διάκριση δεν είναι και πάντοτε εφικτή, κάτι που μπορεί να οφείλεται στις πηγές ή στις ιδιαιτερότητες των πληροφοριών σε μια ορισμένη ιστορική περίοδο ή σε κάποια γεωγραφική περιοχή. Στην Ελλάδα σύμφωνα με την Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛ.ΣΤΑΤ.)⁶, νόμιμος πληθυσμός, κάθε δήμου ή κοινότητας είναι ο αριθμός των ατόμων κάθε ηλικίας και φύλου, τα οποία κατά την ημέρα της απογραφής δήλωσαν ότι είναι καταχωρημένα στα αντίστοιχα δημοτολόγια και εφόσον κατά την ημέρα της απογραφής βρίσκονταν στη χώρα και απογράφηκαν ως παρόντα ή απουσίαζαν προσωρινώς στο εξωτερικό και πραγματικός πληθυσμός, είναι ο αριθμός των ατόμων που βρέθηκαν παρόντα κατά την ημέρα της απογραφής, σε κάθε περιφέρεια, νομό, δήμο/κοινότητα, δημοτικό/κοινοτικό διαμέρισμα και αυτοτελή οικισμό.

⁴ Τσαούση Δ.Γ., *Κοινωνική Δημογραφία*, Αθήνα (Gutenberg) 2006, 13-17.

⁵ Σιδέρη-Τομαρά Μ., *Ιστορική Δημογραφία. Από τις δημογραφικές διαδικασίες στις συλλογικές νοοτροπίες και συμπεριφορές*, Αθήνα (Παπαζήση) 1998, 14.

⁶ Ελληνική Στατιστική Αρχή. Στην ηλεκτρονική διεύθυνση: www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE (πρόσβαση στις 5/06/2013).

Οι πηγές των δημογραφικών δεδομένων είναι τρεις: **(i)** η γενική απογραφή του πληθυσμού, **(ii)** η στατιστική της φυσικής κίνησης του πληθυσμού και **(iii)** η στατιστική της διεθνούς μετανάστευσης. Ο λόγος που η απογραφή διενεργείται από την κυβέρνηση,⁷ οφείλεται στο ότι μόνο αυτή μπορεί να εξασφαλίσει την οργάνωση και το κόστος διεξαγωγής της, την αντικειμενικότητα και την δεσμευτικότητα των αποτελεσμάτων της.

Στην Ελλάδα, απογραφές πληθυσμού, που εξετάζουν και άλλα στατιστικά στοιχεία εκτός του συνολικού πληθυσμού και του τύπου διαμονής, γίνονται κανονικά κάθε δέκα χρόνια. Για την προ του 19^{ου} αιώνα εποχή, αντιμετωπίζουμε το μείζονα περιορισμό της καθολικής έλλειψης επίσημων απογραφών.⁸ Η πρώτη απογραφή,⁹ στη χώρα έγινε το 1828 και από το 1951 γίνονται κάθε δέκα χρόνια από την Ελληνική Στατιστική Αρχή. Η εξέλιξη του πληθυσμού της Ελλάδας σε απόλυτους όρους, παρουσίασε αυξητική τάση καθ' όλη τη διάρκεια της μεταπολεμικής περιόδου με φθίνοντα όμως ρυθμό κατά τις τελευταίες δεκαετίες.¹⁰ Η ελληνική απογραφή του 2011 αποτέλεσε την τριακοστή απογραφή στην ιστορία του σύγχρονου ελληνικού κράτους και σύμφωνα με δημοσιεύσεις της ΕΛ.ΣΤΑΤ. ο νόμιμος πληθυσμός υπολογίστηκε σε 9.903.268 και ο μόνιμος σε 10.815.197.

Με βάση τα στοιχεία της Eurostat για το συνολικό πληθυσμό, όπως παρουσιάζονται στο Διάγραμμα 1, μπορούμε να πούμε ότι ο ελληνικός πληθυσμός από το 1970 μέχρι και το 2011 παρουσιάζει συνεχώς μια ανοδική πορεία, φθάνοντας περίπου τα 11.309.885 άτομα το 2011, από τα 10.931.26 που ήταν το 2001, τα 10.120.892 το 1990, 9.584.184 το 1980 και 8.780.514 το 1970. Η αύξηση του συνολικού ελληνικού πληθυσμού μέχρι και το 1997, ήταν αποτέλεσμα τόσο της φυσικής αύξησης¹¹ του πληθυσμού, όσο και της καθαρής μεταναστευτικής εισροής¹².

⁷ Τσαούση Δ.Γ., ο.π.π., 13-17.

⁸ Σιδέρη-Τομαρά Μ., ο.π.π., 11-15.

⁹ Λαμπριανίδης Λ., *Οικονομική Γεωγραφία. Στοιχεία Θεωρίας και Εμπειρικά Παραδείγματα*, Αθήνα (Πατάκη) 2007, 174-180.

¹⁰ Μπαλούρδος Δ., Ντόντης Δ., Σπυροπούλου Ν., *Η δημογραφική κατάσταση στην Ελλάδα*, (ΕΚΚΕ-ΙΝ.Κ.ΠΟ.) Επίκαιρα Θέματα. 2006, 1-5.

¹¹ Φυσική αύξηση του πληθυσμού: μας τη δίνει το αλγεβρικό άθροισμα της τιμής της γεννητικότητας και της θνησιμότητας. Το άθροισμα αυτό, συχνά το λένε και «υπεροχή των γεννήσεων έναντι των θανάτων» διότι συνήθως οι γεννήσεις είναι περισσότερες από τους θανάτους.

¹² Η διαφορά μεταξύ μεταναστευτικών εισροών και εκροών, συνιστά την καθαρή μετανάστευση.

Συγκεκριμένα, διαμορφώνεται η ακόλουθη εικόνα¹³: **(α)** στη δεκαετία 1961-1971 η φυσική αύξηση είναι σχετικά υψηλή και η καθαρή μετανάστευση έντονα αρνητική, εξαιτίας της μαζικής αποδημίας προς τις ευρωπαϊκές χώρες, **(β)** στη δεκαετία 1971-1981 η φυσική αύξηση αρχίζει να συμπιέζεται ενώ η καθαρή μετανάστευση είναι θετική, λόγω της μαζικής παλιννόστησης από τις χώρες υποδοχής της προηγούμενης περιόδου, **(γ)** στη δεκαετία 1981-1991 ενισχύεται η μείωση της φυσικής αύξησης και ταυτόχρονα παραμένει σε υψηλά επίπεδα η παλιννόστηση, **(δ)** στη δεκαετία 1991-2001 η φυσική αύξηση, ελαχιστοποιείται και συγχρόνως διογκώνεται σε πρωτοφανή μεγέθη η καθαρή μετανάστευση, ως επακόλουθο της μαζικής εισροής οικονομικών μεταναστών στη χώρα, και **(ε)** στη δεκαετία 2001-2011 ο πληθυσμός αρχίζει να μειώνεται, αν και η φυσική αύξηση παρουσιάζει ελαφρά αύξηση, συγκριτικά με την προηγούμενη περίοδο, και τούτο ενδεχομένως οφείλεται στον συγκρατημένο επαναπατρισμό των οικονομικών μεταναστών και σε πολύ μικρότερο βαθμό στην διαφαινόμενη αποδημία ελλήνων.

Την κατανομή του πληθυσμού κατά φύλο, μας τη δίνει ο δείκτης αναλογίας των φύλων, ο οποίος δείχνει τον αριθμό των γυναικών επί εκατό (100) άνδρες. Με άλλα λόγια, με τον όρο αναλογία φύλων, εννοούμε την αναλογία αρσενικών και θηλυκών ατόμων σε ένα πληθυσμό. Εάν η αναλογία αυτή είναι 1:1, τότε ο αριθμός των ανδρών και γυναικών στον πληθυσμό είναι ίσος. Εάν η αναλογία κλίνει υπέρ ενός από τα δύο φύλα, τότε το φύλο αυτό αντιπροσωπεύεται από περισσότερα άτομα εντός του πληθυσμού. Από το Διάγραμμα 2, προκύπτει πως η αναλογία των γυναικών είναι μεγαλύτερη από αυτή των ανδρών. Το 1970 αναλογούσαν 105 γυναίκες ανά 100 άνδρες (αναλογία 1,05), η οποία μειώθηκε στο 1,04 την περίοδο 1972-1981, στο 1,03 την περίοδο 1982-1993 και στο 1,02 από το 1994 μέχρι και σήμερα.

Στο Διάγραμμα 3, απεικονίζονται οι συνιστώσες της μεταβολής του πληθυσμού της Ελλάδας, από το 1970 μέχρι και το 2010. Παρατηρούμε ότι από το 1970 και για μια δεκαετία περίπου, οι γεννήσεις κυμαίνονταν σε σχετικά υψηλά επίπεδα, δηλαδή κοντά στις 150.000. Από το 1980 και μετά, παρουσίασαν μια πτωτική τάση για να φτάσουν τις 100.000 περίπου το 1999. Εξάιρεση αποτελεί, το χρονικό διάστημα 2000-2011 όπου οι γεννήσεις υπέρβαιναν τις 102.000. Το έτος 2011 διακρίνεται μια τάση μείωσης των

¹³ Παπαδάκης Μ., Κογεβίνας Μ., Τριχόπουλος Δ., *Ο πληθυσμός της Ελλάδας*, Θεωρήσεις -Προοπτικές- Προσανατολισμοί, Αθήνα 2012, 2-3.

γεννήσεων. Επίσης, το Διάγραμμα 3 απεικονίζει τη συνεχή αύξηση των θανάτων στην Ελλάδα. Αφού οι θάνατοι τα τελευταία χρόνια, είναι περισσότεροι από τις γεννήσεις, από αυτό καταλαβαίνουμε ότι ο πληθυσμός της Ελλάδας τα τελευταία χρόνια θα έχει μειωθεί και ότι θα ελαττώνεται συνεχώς στο μέλλον. Εντούτοις όμως ο πληθυσμός της Ελλάδας δε μειώνεται όπως ήταν αναμενόμενο, αλλά αυξάνεται. *Άραγε πού μπορεί να οφείλεται αυτό;*

Αναμφίβολα, εάν δεν υπήρχε εισροή μεταναστών, ο πληθυσμός της Ελλάδας θα είχε μειωθεί εδώ και καιρό. Η περίοδος 1950-1970, επέδρασε αρνητικά στην αύξηση του πληθυσμού, λόγω της εκροής μεγάλου αριθμού Ελλήνων, στο εξωτερικό. Αντίθετα, την περίοδο 1970-1990 η μετανάστευση ήταν θετική και κυρίως το 1990, όπου υπήρξε μεγάλη εισροή αλλοδαπών. Κατά τη δεκαετία 1991-2001, ο πληθυσμός της Ελλάδας, αυξήθηκε κατά 680.000 περίπου. Δεδομένου ότι, η υπεροχή των γεννήσεων έναντι των θανάτων δεν ξεπέρασε τις 25 χιλιάδες, η πιο πάνω αύξηση, πρέπει να αποδοθεί εξ ολοκλήρου στον επαναπατρισμό Ελλήνων υπηκόων και στην εισροή μεταναστών.¹⁴ Την δεκαετία 2002-2011, η υπεροχή των γεννήσεων έναντι των θανάτων ανήλθε στις 31.260, ενώ ο πληθυσμός της Ελλάδας αυξήθηκε κατά 321.359 άτομα (βλέπε Διάγραμμα 3).

Εν κατακλείδι, μια σταδιακή επιστροφή στα σχετικά υψηλά επίπεδα γεννήσεων που παρατηρήθηκαν κατά το παρελθόν, μπορεί να οδηγήσει στην αποφυγή μιας μελλοντικής μείωσης του ελληνικού πληθυσμού. Να τονισθεί ακόμη, ότι σχεδόν πάντοτε, θα είναι καθοριστικές για την αύξηση του συνολικού πληθυσμού της Ελλάδας οι μεταβολές στις μεταναστευτικές εισροές καθώς επίσης και ο στόχος για αύξηση του πληθυσμού της, τα επόμενα χρόνια χωρίς την ύπαρξη μεταναστευτικών εισροών, φαντάζει ανέφικτος.¹⁵

¹⁴ Μπάγκαβος Χ., «Ο πληθυσμός της Ελλάδας στο πρώτο μισό του 21ου αιώνα: προοπτικές εξέλιξης και κοινωνικο-οικονομικές επιπτώσεις», στο Μπάγκαβος Χ., και Μωυσίδης Α., (επιμ.), *Το Νέο Δημογραφικό Τοπίο του 21ου Αιώνα: Εξελίξεις, Επιπτώσεις, Πολιτικές*, Αθήνα (Gutenberg) 2004, 136-138.

¹⁵ Μπάγκαβος Χ., ο.π.π., 143.

1.2 Κατά ηλικία δομή του πληθυσμού της Ελλάδας

Στις προσεχείς δεκαετίες της τρίτης χιλιετίας, ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα που σχετίζονται με τις δημογραφικές και κοινωνικές τάσεις της Ελλάδας αλλά και όλων των κρατών-μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, είναι το αυξανόμενο ποσοστό της γήρανσης. Η γήρανση της κατά ηλικίας δομής του πληθυσμού των διαφόρων χωρών του πλανήτη, ανάμεσα στις οποίες συγκαταλέγεται και η Ελλάδα, αποτελεί μια αναμενόμενη εξέλιξη αφού επέρχεται ως συνέπεια μιας γενικότερης μείωσης τόσο στη θνησιμότητα¹⁶ όσο και στη γονιμότητα.¹⁷ Εντυπωσιακό είναι δε, το γεγονός, ότι η γήρανση του ελληνικού πληθυσμού δεν είναι πρόσφατη. Η διαφορά έγκειται, στην ένταση με την οποία το φαινόμενο εμφανίζεται στην πορεία των ετών. Ο ελληνικός πληθυσμός, από νεανικός που ήταν το 1950, πέρασε σε μόλις 20 χρόνια στην ωρίμανση, για να καταλήξει στις αρχές περίπου του 2000 σε γεροντικό. Βέβαια, δεν αποτελεί «μυστικό», ότι το φαινόμενο της γήρανσης του ελληνικού πληθυσμού, προβλέπεται να συνεχιστεί και στο μέλλον.

Η μελέτη της κατανομής του πληθυσμού σε μείζονες ηλικιακές ομάδες ηλικιών, παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον.¹⁸ Οι τρεις βασικές ηλικιακές ομάδες του πληθυσμού είναι: *ο νεανικός πληθυσμός ή παιδικός, που περιλαμβάνει άτομα 0-14 ετών, ο ώριμος, πληθυσμός που περιλαμβάνει άτομα 15-64 ετών και ο γεροντικός πληθυσμός ή συντηρούμενοι γέροντες ή ηλικιωμένοι, που περιλαμβάνει τον πληθυσμό 65 ετών και άνω.* Όμως, επειδή ο πληθυσμός των ώριμων ηλικιών, αποτελείται από άτομα που αργά ή γρήγορα εκδηλώνουν την επιθυμία να εργαστούν, συναντάται συχνά στη βιβλιογραφία με τους όρους *πληθυσμός σε ηλικία εργασίας ή πληθυσμός εργάσιμης ηλικίας ή και πληθυσμός παραγωγικών ηλικιών.* Οι δύο μεγάλες κατηγορίες του παιδικού και του γεροντικού πληθυσμού, συνθέτουν μια ευρύτερη πληθυσμιακή κατηγορία, το λεγόμενο συντηρούμενο πληθυσμό ή με άλλα λόγια θεωρούνται «εξαρτώμενες» από τον πληθυσμό σε ηλικία εργασίας. Όταν γίνεται λόγος για «ανανέωση» του πληθυσμού μιας χώρας, σημαίνει ότι το ποσοστό του γεροντικού

¹⁶ Θνησιμότητα: δεν είναι παρά μια διαδικασία φυσιολογικής φθοράς του πληθυσμού.

¹⁷ Γονιμότητα: δημογραφικά δηλώνει την αναπαραγωγική δραστηριότητα του γυναικείου πληθυσμού ηλικίας 15-49 ετών και βιολογικά την αναπαραγωγική ικανότητα.

¹⁸ Μπάγκαβος Χ., *Δημογραφικές Μεταβολές, Αγορά Εργασίας και Συντάξεις στην Ελλάδα και την Ευρωπαϊκή Ένωση*, Αθήνα (Gutenberg) 2003, 100.

πληθυσμού μειώνεται και του παιδικού αυξάνεται.¹⁹ Αντίθετα, όταν γίνεται λόγος για γήρανση του πληθυσμού, αυτό που δηλώνεται, είναι η αύξηση του ποσοστού του γεροντικού πληθυσμού στο σύνολο του πληθυσμού μιας χώρας.

Οι μεταβολές στα τρία βασικά δημογραφικά φαινόμενα (γονιμότητα, θνησιμότητα, μετανάστευση), τις οποίες θα δούμε πιο αναλυτικά στο κείμενο που ακολουθεί, οδήγησαν σε σημαντικές αλλαγές σχετικά με την κατά ηλικία δομή του πληθυσμού της Ελλάδας. Παρατηρώντας το Διάγραμμα 4, ο αριθμός των νέων ηλικίας 0-14 ετών μέχρι και το 1980 κυμάνθηκε σε υψηλά επίπεδα, δηλαδή κοντά στα 2.500.000, ενώ σταδιακά από το 1990 και μετά, ακολούθησε καθοδική πορεία για να φτάσει το 1.622.675 το 2012. Ουσιαστικά με άλλα λόγια, η μείωση της γονιμότητας που ακολούθησε συνδυάστηκε σταδιακά με συρρίκνωση του αριθμού των νέων, μια εξέλιξη που έγινε ιδιαίτερα αισθητή το 1990.²⁰ Σε ιδιαίτερα υψηλά επίπεδα κυμάνθηκε ο πληθυσμός των παραγωγικών ηλικιών (15-64 ετών) και μάλιστα τα τελευταία περίπου τριάντα χρόνια παρουσιάζει μια συνεχή αύξηση σε σχέση με την χρονική περίοδο του 1970. Δηλαδή, από 5.678.716 που ήταν τα άτομα ηλικίας 15-64 ετών το 1970 αυξήθηκαν στα 6.114.866 το 1980, και στα 7.444.345 το 2012. Ακόμη ένα χαρακτηριστικό των εξελίξεων, σχετικά με την κατά ηλικία δομή του ελληνικού πληθυσμού, αποτελεί η ολοένα και συνεχιζόμενη αύξηση του αριθμού των ηλικιωμένων ατόμων (65 ετών και άνω) από το 1974 μέχρι και σήμερα (Διάγραμμα 4). Χαρακτηριστικά, ενώ το 1970 ο αριθμός των ατόμων ηλικίας 65+, υπολογιζόταν στις 974.365 άτομα, το 1980 αυξήθηκαν στο 1.256.762, το 2000 σε 1.795.621 και το 2012 στα 2.223.047, άτομα.

Αξίζει επίσης, να αναφερθούμε και στο ποσοστό των νέων, των ατόμων ώριμης ηλικίας και των ηλικιωμένων αντίστοιχα, που δίνεται από το λόγο μεταξύ του μεγέθους της κάθε ηλικιακής ομάδας προς το συνολικό πληθυσμό. Για παράδειγμα, ενώ το 1970 στην Ελλάδα, σε 100 άτομα του συνολικού πληθυσμού τα 24 ήταν ηλικίας 0-14, τα 64 ηλικίας 15-64 ετών και τα υπόλοιπα 12 ήταν 65 ετών και άνω, μετά από μια εικοσαετία τα αντίστοιχα μεγέθη ήταν 19, 66 και 15. Αισθητά διαφορετική, ήταν η κατάσταση το 2012, με τα αντίστοιχα μεγέθη να είναι 14, 66 και 20. Επομένως, είναι φανερό η αύξηση των ατόμων ηλικίας 65 ετών και άνω στο συνολικό πληθυσμό (βλέπε

¹⁹ Σιάμπος Γ., *Δημογραφία*, Αθήναι, 1983, 10-12.

²⁰ Μπάγκας Χ., «Ο πληθυσμός της Ελλάδας στο πρώτο μισό του 21ου αιώνα: προοπτικές εξέλιξης και κοινωνικο-οικονομικές επιπτώσεις», στο Μπάγκας Χ., και Μωυσίδης Α., (επιμ.), *Το Νέο Δημογραφικό Τοπίο του 21ου Αιώνα: Εξελίξεις, Επιπτώσεις, Πολιτικές*, Αθήνα (Gutenberg) 2004, 137.

Διάγραμμα 5). Αναμφισβήτητα λοιπόν, όπως προκύπτει και από τα πιο πάνω, η σταδιακή διεύρυνση του αριθμού των ηλικιωμένων ατόμων συνδυάζεται με την επιβράδυνση ή και μείωση του αριθμού των νέων και των ατόμων σε ηλικία εργασίας.

Στο Διάγραμμα 6, παρουσιάζονται τα ποσοστά γήρανσης του πληθυσμού σε ηλικία εργασίας. Είναι εμφανής η τάση γήρανσης του πληθυσμού, καθώς η ηλικιακή ομάδα 50-64 αριθμεί 2.168.945 άτομα. Ανάλογη αυξητική τάση παρατηρείται και στην υποομάδα της ανώτερης ηλικιακής κατηγορίας, 55-64. Η αναλογία φύλου στις προαναφερθείσες ομάδες όπως προκύπτει από το Διάγραμμα 7, κυμάνθηκε από 1,09 το 1970 στο 1,04 το 2011 για την ηλικιακή κατηγορία 50-64, με την υποομάδα 55-64 να έχει σταθερά ψηλότερη αναλογία γυναικών/ανδρών σε σχέση με την ηλικιακή κατηγορία 50-64.

Γενικά, οι διαχρονικές μεταβολές στην κατά ηλικία δομή του ελληνικού πληθυσμού εντάσσονται σε ένα γενικότερο πλαίσιο έντασης της δημογραφικής γήρανσης, αφού από τις αρχές του 20^{ου} αιώνα, η κατά ηλικία δομή του πληθυσμού της Ελλάδας εμφανίζει μια τάση συνεχούς μείωσης των βρεφικών και παιδικών ηλικιών (0-14), με αντίστοιχη αύξηση του ποσοστού των ηλικιωμένων (65 ετών και άνω).

Η κατανομή του πληθυσμού στις τρεις μεγάλες ηλικιακές ομάδες επιτρέπει τον υπολογισμό δυο σημαντικών δεικτών: **(α)** του δείκτη δημογραφικής εξάρτησης και **(β)** του δείκτη γήρανσης του πληθυσμού.

Οι δημογραφικές τάσεις που επικρατούν στην Ελλάδα, αποτυπώνονται με σαφήνεια από τις τιμές του δείκτη εξάρτησης που συνδέει τα άτομα των παραγωγικών ηλικιών με τον αριθμό των νέων και των ηλικιωμένων. Με λίγα λόγια, μας δείχνει το βάρος που επωμίζεται ο ενεργός πληθυσμός σε μια δεδομένη στιγμή και όσο υψηλότερος είναι ο δείκτης, τόσο μεγαλύτερο είναι το βάρος αυτό. Η αύξηση του δείκτη εξάρτησης, μπορεί να προέλθει είτε από την αύξηση των εξαρτώμενων ατόμων, δηλαδή από αύξηση των νέων ή αύξηση των ηλικιωμένων, είτε από τη μείωση του ενεργού πληθυσμού ενώ ο χαμηλός δείκτης, θεωρείται ένδειξη ικανοποιητικής προοπτικής για την οικονομική ανάπτυξη της χώρας.

Ο δείκτης δημογραφικής εξάρτησης, είναι ο λόγος του αθροίσματος των μελών των ομάδων 0-14 ετών και 65 ετών και άνω στο σύνολο των ατόμων 15-64 ετών και διαχωρίζεται σε ακόμη δυο δείκτες, το δείκτη δημογραφικής εξάρτησης των νέων και

το δείκτη δημογραφικής εξάρτησης των ηλικιωμένων, που ορίζεται από το λόγο των ατόμων ηλικίας 65 ετών και άνω προς τον πληθυσμό ηλικίας 15-64 ετών.

- Δείκτης Δημογραφικής Εξάρτησης :

$$K = \frac{P_{0-14} + P_{65+}}{P_{15-64}} \times 100$$

- Δείκτης Δημογραφικής Εξάρτησης των Νέων :

$$K_N = \frac{P_{0-14}}{P_{15-64}} \times 100$$

- Δείκτης Δημογραφικής Εξάρτησης των Ηλικιωμένων :

$$K_H = \frac{P_{65+}}{P_{15-64}} \times 100$$

Στην Ελλάδα, το 1970 ο δείκτης δημογραφικής εξάρτησης ήταν 0,55 δηλαδή σε 100 άτομα ηλικίας 15-64 ετών, αντιστοιχούσαν 55 άτομα 0-14 ή 65 ετών και άνω, ο δείκτης εξάρτησης των νέων 0,37 και ο δείκτης δημογραφικής εξάρτησης των ηλικιωμένων ίσος με 0,17. Το 1980, οι αντίστοιχες τιμές ήταν 0,57, 0,36 και 0,21 αντίστοιχα. Με το πέρασμα των ετών, ο δείκτης δημογραφικής εξάρτησης των νέων μειώνεται, ενώ ο δείκτης δημογραφικής εξάρτησης των ηλικιωμένων αυξάνεται ραγδαία. Ειδικότερα, το 2000 ενώ ο δείκτης δημογραφικής εξάρτησης ήταν 0,47 οι δείκτες δημογραφικής εξάρτησης των νέων και ηλικιωμένων, ήταν 0,23 και 0,24 αντίστοιχα και το 2012, 0,50, 0,22 και 0,30 επομένως η κατάσταση διαφοροποιήθηκε αρκετά (βλέπε Πίνακα 1 και Διάγραμμα 8).

Ο δείκτης μέτρησης της γήρανσης ή δείκτης δημογραφικής γήρανσης, που οφείλεται στον καθηγητή Β.Βαλαώρα,²¹ αποτελεί ίσως την πιο κλασική μορφή μέτρησης του φαινομένου. Μας δίνει τη σχέση μεταξύ των δύο κατηγοριών συντηρούμενου πληθυσμού και μας δείχνει πόσοι συντηρούμενοι γέροντες αναλογούν σε 100 συντηρούμενους νέους, είναι δηλαδή ο λόγος των ατόμων 65 ετών και άνω προς τα άτομα 0-14 ετών ή το ποσοστό των ηλικιωμένων στο συνολικό πληθυσμό. Όσο

²¹ Petersen W., *Population*², London (Macmillan) 1969, 12.

μικρότερος ο δείκτης, τόσο νεαρότερος ο πληθυσμός ενώ όσο αυξάνει τόσο ο πληθυσμός ωριμάζει ή γεράζει. Ουσιαστικά, η μεταβολή και η ταχύτητα της δημογραφικής γήρανσης, εκφράζονται από την αύξηση του δείκτη δημογραφικής γήρανσης, δηλαδή την αύξηση του ποσοστού των ηλικιωμένων στο συνολικό πληθυσμό. Η αύξηση του δείκτη γήρανσης, μπορεί να προέλθει είτε λόγω της αύξησης των ηλικιωμένων ατόμων, εξαιτίας της αύξησης του μέσου όρου ζωής χάρη στην πρόοδο που επιτεύχθηκε στην ιατρική επιστήμη και των καλύτερων συνθηκών διαβίωσης, είτε λόγω της μείωσης των γεννήσεων, εξαιτίας των οικονομικών συνθηκών και της πολυπλοκότητας της σημερινής κοινωνίας και όχι μόνο.²² Όπως φαίνεται από τον Πίνακα 1, η τιμή του δείκτη, - ο οποίος μπορεί να προσδιορίσει αδρά την έκταση με την οποία ο συγκεκριμένος πληθυσμός γερνάει - ακολουθεί σταθερά αυξητική τάση και από 0,5 το 1970, διπλασιάζεται το 2000, και φτάνει στην τιμή 1,4 το έτος 2012 - δηλαδή το 2012 αντιστοιχούσαν περίπου 140 ηλικιωμένοι σε 100 παιδιά, από 50 ηλικιωμένους που αντιστοιχούσαν σε 100 παιδιά το 1970 - (βλέπε Διάγραμμα 9). Πρόκειται επομένως, για μια όξυνση του φαινομένου της γήρανσης στην Ελλάδα, ενώ οι προοπτικές που διαγράφονται για το μέλλον δε φαίνεται να αντιστρέφουν την εξέλιξη αυτή. Ουσιαστικά, οι αυριανοί ηλικιωμένοι θα είναι περισσότεροι από τους σημερινούς.

Σχετικά με το λόγο των ατόμων ηλικίας 0-14 ετών προς τα άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω, παρατηρώντας το Διάγραμμα 9, από το 1970 μέχρι και το 2012, φαίνεται καθαρά ότι ο λόγος αυτός παρουσιάζει μια καθοδική τάση. Πιο συγκεκριμένα, ενώ το 1970 ο λόγος ήταν 2,2 το 2012 μειώθηκε στο 0,7. Δηλαδή, το 1970 σε 100 άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω, αντιστοιχούσαν 220 άτομα ηλικίας 0-14, ενώ το 2012 μόλις 70.

Με βάση την κοινή λογική, θα έλεγε κανείς, ότι η αύξηση της αναλογίας των ηλικιωμένων ατόμων οφείλεται αποκλειστικά και μόνο στην πρόοδο που έχει επιτευχθεί όσον αφορά την καταπολέμηση της θνησιμότητας. Ωστόσο καθοριστικό ρόλο έπαιξε και θα συνεχίζει να παίζει η μείωση της γονιμότητας. *«Ο αριθμός των ηλικιωμένων ατόμων, θα εξακολουθεί να αυξάνεται για μακρύτερο χρονικό διάστημα και με μεγαλύτερη ταχύτητα από τον υπόλοιπο πληθυσμό. Για μακρύτερο χρονικό διάστημα,*

²² Ρομπόλης Σ., Χλέτσος Μ., «Δημογραφικές εξελίξεις και οικονομικές συνέπειες της γήρανσης του πληθυσμού στην κοινωνική ασφάλιση», στο Κοτζαμάνης Β., *Γήρανση και Κοινωνία. Πρακτικά Πανελλήνιου Συνεδρίου ΕΚΚΕ*, Αθήνα 2006, 303-313.

επειδή είναι φυσικό ότι οι πολυάριθμες γενιές που γεννήθηκαν πριν από την πτώση της γονιμότητας θα γεράσουν με τη μεγαλύτερη ταχύτητα, επειδή το σωρευτικό αποτέλεσμα της μείωσης της θνησιμότητας επηρεάζει αυτές τις γενεές για όλη τη διάρκεια του κύκλου ζωής» (Chesnais, 1991)²³.

Η παρούσα δομή του πληθυσμού, φαίνεται να διαμορφώνει στο μέλλον μία δυναμική, με κύριο χαρακτηριστικό την συρρίκνωση του πληθυσμού των νεότερων ηλικιών (0-14), την επιβράδυνση αρχικά στην αύξηση του πληθυσμού των ενδιάμεσων ηλικιών (15-64) και τελικά την συρρίκνωση του. Στις υψηλές ηλικίες, η εξέλιξη του πληθυσμού θα ακολουθήσει αποκλίνουσα πορεία σε σχέση με τις νεότερες και ενδιάμεσες, καθώς στο μέλλον το μερίδιο των ατόμων 65 ετών και άνω θα αυξάνεται διαρκώς στο συνολικό πληθυσμό της χώρας.²⁴

Οι παραπάνω μεταβολές που αναμένονται, είναι σημαντικές, γιατί συνδέονται με ζητήματα που αφορούν την κοινωνικοοικονομική οργάνωση της χώρας, την βιωσιμότητα των συνταξιοδοτικών συστημάτων και τις δυνατότητες κάλυψης των αναγκών της αγοράς. Η συρρίκνωση του πληθυσμού 15-64, θα συνδυαστεί με την αδυναμία κάλυψης των αναγκών της αγοράς εργασίας από την πλευρά της προσφοράς, αφού στο μέλλον το εν δυνάμει εργατικό δυναμικό θα είναι αριθμητικά λιγότερο σε σχέση με το παρελθόν.

1.3 Πυραμίδα ηλικιών

Με τη χρήση του όρου δομή του πληθυσμού, εννοούμε την κατά φύλο και ηλικία σύνθεση του πληθυσμού ή την κατανομή του «κατά τις βιολογικές κατηγορίες του φύλου και ηλικίας».²⁵ Η μελέτη της δομής του πληθυσμού παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον από πολλές απόψεις. Μας επιτρέπει να δούμε τις δημογραφικές προοπτικές και τη δημογραφική ιστορία στις πυραμίδες του πληθυσμού, καθώς επίσης και να

²³ Chesnais J. C., *La population du monde: De l'antiquitea 2050*. (Le Monde a la carte) (French Edition) 1991, 18.

²⁴ Μπάγκαβος Χ., ο.π.π., 138.

²⁵ Τσαούση Δ.Γ., ο.π.π., 24.

εκτιμήσουμε το επίπεδο της κοινωνικής του ανάπτυξης με τη σύνθεση και το μέγεθος του γεροντικού πληθυσμού.

Επομένως, η κατά φύλο και ηλικία κατανομή του πληθυσμού είναι η «περισσότερο πλούσια σε πληροφορίες»,²⁶ επειδή αφενός μεν σε αυτή αντανακλώνται οι κατά το παρελθόν επιδράσεις της γονιμότητας του πληθυσμού, αφετέρου δε από αυτή γίνεται αντιληπτό το στάδιο της δημογραφικής εξελίξεως και τα συναφή κοινωνικοοικονομικά προβλήματα.

Επίσης, η κατά ηλικία διάκριση εμφανίζει δύο πλευρές. Πρώτον, παρουσιάζει την καθαρή επίδραση της ηλικίας, επειδή με την πάροδο του χρόνου πολλά από τα χαρακτηριστικά μεταβάλλονται, όπως είναι και οι τάσεις σε σχέση με την αναπαραγωγή, τα οικονομικά χαρακτηριστικά κ.α. Κατά δεύτερον, παρουσιάζει την επίδραση της γενεάς, λόγω των διαφορετικών ηλικιών που διήλθαν συγκρίσιμες φάσεις της ζωής τους.²⁷

Ένα κλασσικό δημογραφικό τρόπο διαγραμματικής²⁸ αποτύπωσης της κατά φύλο και ηλικία σύνθεσης του πληθυσμού, αποτελεί η πληθυσμιακή πυραμίδα. Με άλλα λόγια, τη δομή του πληθυσμού σε μια δεδομένη στιγμή, συνήθως την 1^η Ιανουαρίου ενός έτους, μας την παρουσιάζει η πυραμίδα του πληθυσμού.²⁹ Αυτή αποτελείται από δύο ιστογράμματα, ένα για κάθε φύλο, που παρουσιάζονται στο ίδιο διάγραμμα, ενωμένα στη βάση τους. Το κάθε ένα από αυτά, εμφανίζει την κατά ηλικία σύνθεση του πληθυσμού του φύλου στο οποίο αναφέρεται. Η πυραμίδα είναι δημιουργημένη ως εξής: άντρες αριστερά, γυναίκες δεξιά, όσο ανεβαίνουμε τόσο μεγαλώνουν και οι ηλικίες. Η συμμετρικότητα σε σχέση με τον κάθετο άξονα, μας βοηθά να μελετήσουμε, την ισορροπία μεταξύ ανδρών και γυναικών, ενώ ο οριζόντιος άξονας μας επιτρέπει να συγκρίνουμε το μέγεθος ή το ποσοστό της κάθε ηλικίας ή ηλικιακής ομάδας στον πληθυσμό. Τέτοια απλά διαγράμματα, είναι πολύ λειτουργικά για συγκρίσεις μεταξύ πληθυσμών καθώς και στη μελέτη της διαχρονικής εξέλιξης του πληθυσμού. Παρατηρώντας μια πυραμίδα, θα δούμε ότι παρουσιάζει «ουλές» και «διογκώσεις» σε

²⁶ Σιάμπος Γ., *Δημογραφία*, Αθήνα (Το Οικονομικό) 1993, 225-227.

²⁷ Ο.π.π.

²⁸ Για την κατασκευή Πυραμίδας Ηλικιών βλέπε: Stauffer C., *Building Pyramids*, 1999. Στην ηλεκτρονική διεύθυνση: <http://www.prb.org/> (πρόσβαση στις 17/04/2013).

²⁹ Μπάγκαβος Χ., *Δημογραφικές Μεταβολές, Αγορά Εργασίας και Συντάξεις στην Ελλάδα και την Ευρωπαϊκή Ένωση*, Αθήνα (Gutenberg) 2003, 100-103.

διάφορες κοόρτες. Οι ουλές αυτές και οι διογκώσεις, αντιστοιχούν σε γεγονότα που επηρέασαν πτωτικά ή αυξητικά τις επί μέρους γενιές.³⁰

Αξιίζει να επισημάνουμε ότι, όταν η πυραμίδα παίρνει το σχήμα ενός ισοσκελούς τριγώνου, τότε έχουμε ένα αυξανόμενο πληθυσμό, γιατί η πλατεία βάση υποδηλώνει πως ο μελλοντικός αναπαραγωγικός πληθυσμός θα είναι μεγαλύτερος από το σημερινό. Αν το σχήμα της πυραμίδας μοιάζει με καμπάνα, τότε ο πληθυσμός είναι στάσιμος, διότι η αναπαραγωγική γενιά που θα αντικαταστήσει την σημερινή θα είναι ίση περίπου μεγέθους με την ήδη υπάρχουσα. Τέλος, αν παίρνει ένα σχήμα με στενή βάση και διογκωμένη μέση και κορυφή, τότε ο πληθυσμός είναι φθίνων, διότι η σημερινή αναπαραγωγική γενιά θα αντικατασταθεί από μικρότερη σε μέγεθος μελλοντική γενιά. Οι πιο πάνω προβλέψεις όμως, ισχύουν πάντοτε υπό την προϋπόθεση, ότι η συχνότητα των γεννήσεων και των κατά ηλικία και φύλο θανάτων θα παραμένει σταθερή.

Στην Ελλάδα, το 1928 η πυραμίδα του πληθυσμού ήταν ευρεία στη βάση της - στην παιδική ηλικία - και πολύ περιορισμένη στη κορυφή της, δηλαδή στη γεροντική ηλικία. Βαθμιαία, με τον περιορισμό των γεννήσεων και την αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης, άρχισε η διεύρυνση του πληθυσμού των παραγωγικών ηλικιών και ο περιορισμός της βάσεως της πυραμίδας.³¹ Στη μεταπολεμική περίοδο, διογκώθηκε ο παραγωγικός πληθυσμός και περιορίστηκε ο παιδικός πληθυσμός, πριν αρχίσει η διόγκωση του γεροντικού πληθυσμού. Από το 1981 και μετά, η πυραμίδα των ηλικιών του πληθυσμού παρουσιάζει το φαινόμενο της γήρανσης, δηλαδή της διόγκωσης της πυραμίδας του πληθυσμού προς τις μεγαλύτερες ηλικίες, πράγμα που επιβεβαιώνεται και από την ανοδική πορεία που παρουσίασε ο δείκτης γήρανσης (βλέπε Πίνακα 1).

Η συγκριτική παρουσίαση των πληθυσμιακών πυραμίδων της Ελλάδας σε διάστημα σαράντα (40) χρόνων, απεικονίζει τη μετεξέλιξη του πληθυσμού από νεανικό σε ώριμο, σχεδόν γερασμένο. Στα Διαγράμματα 10 και 11, παρατίθενται οι ηλικιακές πυραμίδες του πληθυσμού της Ελλάδας, το 1970 και 2010. Παρατηρούμε, ότι η πληθυσμιακή πυραμίδα του ελληνικού πληθυσμού το 1970, είχε μια πλατιά βάση (0-24 ετών), η οποία όσο προχωρούμε προς την κορυφή συρρικνώνεται (65+), με αποτέλεσμα, η πυραμίδα να έχει μια τριγωνική όψη. Η σχετική με την Ελλάδα πυραμίδα ηλικιών για

³⁰ Τσαούση Δ.Γ., ο.π.π., 32-34.

³¹ Σιάμπος Γ., Πληθυσμός και ανάπτυξη στην Ελλάδα. *Πανελλαδικό Δημογραφικό Συνέδριο, Αθήνα, 19-20 Νοεμβρίου 1998 με ενημέρωση στοιχείων μέχρι το 2000*, Αθήνα (Ελληνική Εταιρεία Δημογραφικών Μελετών) 2003, 523-524.

το 2010 παρουσιάζει συρρικνωμένη βάση, ως αποτέλεσμα της καθοδικής τάσης της γεννητικότητας, διευρυμένη κορυφή, εξαιτίας της δημογραφικής γήρανσης και ενισχυμένα τα μεσαία στρώματα, λόγω και της πρόσφατης μαζικής εγκατάστασης οικονομικών μεταναστών.

1.4 Εννοιολογική οριοθέτηση του όρου δημογραφική γήρανση

Ποτέ άλλοτε στην ιστορία της ανθρωπότητας, δεν ήταν τόσο μεγάλος ο αριθμός των ηλικιωμένων και η αναλογία τους στον πληθυσμό. Στο άρθρο των Kirkwood and Austad (2000)³², αναφέρεται χαρακτηριστικά ότι: *«η γήρανση ορίζεται ως η σταδιακή απώλεια της σωστής λειτουργίας των ανθρώπινων οργάνων με την αύξηση της ηλικίας και η αύξηση του ποσοστού των προβλημάτων υγείας, περιλαμβανομένης της θνησιμότητας»*. Η γήρανση αποτελεί μια σύνθετη διαδικασία μη αναστρέψιμων μεταβολών που τελούνται σε επίπεδο κυττάρων και επέρχονται προοδευτικά με την πάροδο του χρόνου. Ο ρυθμός και ο βαθμός της διαδικασίας της γήρανσης, ποικίλει τόσο από άτομο σε άτομο, όσο και στα διάφορα οργανικά συστήματα του ίδιου του ατόμου.³³

Γήρανση του πληθυσμού ή Δημογραφική Γήρανση, ορίζεται η συνεχής αύξηση της αναλογίας των ηλικιωμένων ατόμων (συνήθως 60 ή 65 ετών και άνω) στο συνολικό πληθυσμό ή αλλιώς, η σταδιακή μετατόπιση της ηλικιακής πυραμίδας του πληθυσμού προς τις υψηλότερες ηλικίες.³⁴ Με άλλα λόγια, όταν η γονιμότητα είναι χαμηλή και ο αριθμός των ηλικιωμένων αυξάνει η μέση ηλικία ανέρχεται και η διάρθρωση του πληθυσμού γερνάει.

Καθίσταται προφανές, ότι η συνεχής αυτή αύξηση της αναλογίας των ηλικιωμένων, συμβαδίζει με τη μείωση του αριθμού των παιδιών ηλικίας 0-14 ετών και ενδεχομένως με αυτή των ενδιάμεσων ηλικιών. Επομένως, η γήρανση συνιστάται σε δομικές μεταβολές του πληθυσμού και όχι απλά ως αύξηση του συνολικού πλήθους των

³² Kirkwood T.B.L., and Austad S. N., «Why do we age ?» *Nature*, 408 (2000) 233-238.

³³ Δαρδαβέσης Θ., Χουσιάδας Λ.Β., Ευκλείδη Α., Νούσκας Ι., Χατζηχρήστου Δ.Γ., Τσολάκη Κ.Μ., Μπένος Α., *Θέματα γηροψυχολογίας και γεροντολογίας*, Αθήνα (Ελληνικά Γράμματα) 1999, 31-33.

³⁴ Μπάγκαβος Χ., ο.π.π.

ηλικιωμένων, καθώς η αύξηση του αριθμού των ηλικιωμένων, μπορεί να οφείλεται στη συνολική αύξηση του πληθυσμού ή στην παράταση του μέσου όρου ζωής, όταν δηλαδή δεν καταλήγει στην αύξηση του ειδικού βάρους τους στον πληθυσμό. Ειδικότερα, δεν πρέπει σε καμία περίπτωση να συγχέεται με την αύξηση του αριθμού των γερόντων η οποία οφείλεται στην αύξηση του πληθυσμού και στην παράταση του ορίου ζωής, που δεν καταλήγει σε αύξηση της αναλογίας τους στο συνολικό πληθυσμό.

Έπειτα, αυτό που δεν πρέπει να ξεχνάμε αλλά ούτε και να συγχέουμε, είναι πως η έννοια δημογραφική γήρανση, δεν είναι ταυτόσημη με την ατομική γήρανση ή τα γηρατειά, που είναι μια βιολογική διαδικασία με την οποία ένας οργανισμός μεταβάλλεται από τη γέννηση μέχρι το θάνατο, με άλλα λόγια η επίδραση του χρόνου στα ανθρώπινα σώματα.³⁵

Η δημογραφική γήρανση, διακρίνεται σε γήρανση από τη βάση της πυραμίδας των ηλικιών, όταν μειώνεται η αναλογία των νέων ατόμων,³⁶ και οφείλεται είτε στη μείωση της γεννητικότητας είτε της γονιμότητας και σε γήρανση από την κορυφή της πυραμίδας των ηλικιών όταν αυξάνει ο πληθυσμός των ηλικιωμένων, εξαιτίας της μείωσης της θνησιμότητας των μεγάλων ηλικιών και της αύξησης του προσδόκιμου ορίου ζωής.³⁷

Επομένως, η γήρανση θα λέγαμε ότι οφείλεται σε δύο βασικούς παράγοντες: πρώτον, στη μείωση της αναλογίας των νέων ως αποτέλεσμα της πτώσης της γονιμότητας, όπου πρόκειται για τη γήρανση από τη βάση της πυραμίδας ηλικιών και δεύτερον, στη μείωση της θνησιμότητας στις μεγάλες ηλικίες, σε συνδυασμό με τη σταθεροποίηση της γονιμότητας σε πολύ χαμηλές τιμές, δηλαδή πρόκειται για τη γήρανση από την κορυφή της πυραμίδας ηλικιών.³⁸

Επίσης, πρόκειται για μια διαδικασία σύνθετη. Από τη μία πλευρά, φανερώνει μια εξελικτική τάση η οποία διαμορφώνεται από συσχέτιση του πληθυσμού των ηλικιωμένων με τον αντίστοιχο νεανικό πληθυσμό στη βάση της πληθυσμιακής

³⁵ Πουλοπούλου – Έμκε Ή., «Η Δημογραφική Γήρανση και Πολιτική Συμπεριφορά ηλικιωμένων» στο Κοτζαμάνης Β., *Γήρανση και Κοινωνία. Πρακτικά Πανελλήνιου Συνεδρίου ΕΚΚΕ*, Αθήνα 2006, 357-358.

³⁶ Αυτό είναι το αποτέλεσμα “εκ των κάτω”, από τη βάση της πυραμίδας ηλικιών δημογραφικής γήρανσης. Η μείωση της γεννητικότητας είναι ο ουσιαστικότερος συντελεστής της γήρανσης. Βλέπε Τζιαφέτας Γ., *Ετήσια Έκθεση για τη δημογραφική κατάσταση στην Ελλάδα*, (1990), 67 - 68.

³⁷ Ο παράγοντας αυτός συμβάλλει στην αύξηση της δημογραφικής γήρανσης «εκ των άνω» από την κορυφή δηλαδή της πυραμίδας των ηλικιών. Ο.π.π. 67 – 68.

³⁸ Franco Α., «Ευρωπαϊκή Κοινότητα: Αναπόφευκτη γήρανση του πληθυσμού», στο Κοτζαμάνης Β., *Γήρανση και Κοινωνία. Πρακτικά Πανελλήνιου Συνεδρίου ΕΚΚΕ*, Αθήνα 2006, 71-73.

πυραμίδας. Από την άλλη πλευρά, μέσω της δημογραφικής και οικονομικής εξάρτησης, φανερώνεται η σχέση μεταξύ των ακραίων ηλικιακών ομάδων με τον παραγωγικό – αναπαραγωγικό πληθυσμό.³⁹

Οι δημογράφοι, απέδειξαν ότι η δημογραφική γήρανση, συνοδεύει τη δημογραφική μετάβαση, τη μετάβαση δηλαδή, από μια ισορροπία του «τρόμου», που χαρακτηρίζεται από υψηλή θνησιμότητα και υψηλή γονιμότητα, μέσος όρος ζωής κάτω των 30 ετών και μέσος αριθμός παιδιών ανά γυναίκα, γύρω στα 5, σε ιδιαίτερα χαμηλή θνησιμότητα, γύρω στα 80 έτη και συρρικνωμένη γονιμότητα, κάτω του ορίου αναπαραγωγής, δηλαδή κάτω των 2,1 παιδιών/γυναίκα.⁴⁰

Όπως καταγράφεται η πραγματικότητα, μέσα από τις στατιστικές των παγκόσμιων οργανισμών, ο πληθυσμός πολλών χωρών γερνάει, αν και η ένταση του φαινομένου διαφοροποιείται μεταξύ αναπτυγμένων και αναπτυσσόμενων χωρών. Το φαινόμενο έχει καθολική ισχύ, αφού αφορά όλες τις ηπείρους, άνευ εξαιρέσεων. Ο Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών,⁴¹ εκτίμησε περίπου 810 εκατομμύρια άτομα ηλικίας 60 ετών και άνω για το 2012. Σύμφωνα με εκτιμήσεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας⁴², ο αριθμός των ατόμων αυτών, το 2025 εκτιμάτε ότι θα φτάσουν τα 1,2 δισεκατομμύρια και μέχρι το 2050 τα 2 δισεκατομμύρια, με το 80% αυτών να ζουν στις αναπτυσσόμενες χώρες του πλανήτη. Ακόμη, μεταξύ των ετών 2000 και 2050, το ποσοστό του παγκόσμιου πληθυσμού άνω των 60 ετών θα διπλασιαστεί περίπου από 11% έως 22%.

1.5 Η Δημογραφική Γήρανση στην Ελλάδα

Η ιστορία μας διδάσκει, ότι η διαδικασία της δημογραφικής γήρανσης είναι βραδεία, τόσο βραδεία που εξελίσσεται «ύπουλα» κατά τρόπο, που όταν την ανακαλύπτουμε η

³⁹ Ε.Κ.Κ.Ε., Το Κοινωνικό Πορτραίτο της Ελλάδας, Αθήνα 2002, 30-31.

⁴⁰ Chesnais J.C., *La transition demographique, Etapes, forms, implications, economiques*. Paris, (1986) 8.

⁴¹ Population Ageing and development 2012. United Nations. Στην ηλεκτρονική διεύθυνση: http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/2012PopAgeingandDev_WallChart.pdf (πρόσβαση στις 14/04/2013).

⁴² 10 facts on ageing and the life course. World Health Organization (WHO), April 2012. Στην ηλεκτρονική διεύθυνση: <http://www.who.int/features/factfiles/ageing/en/> (πρόσβαση στις 14/04/2013).

έκπληξη είναι μεγάλη. Τότε, εμφανίζεται ανεπανόρθωτη όπως η ατομική γήρανση.⁴³ Προσοχή όμως, η ατομική γήρανση, δεν θα πρέπει να συγχέεται με την δημογραφική γήρανση, η οποία σίγουρα είναι μικρότερη σε ένταση, αφού, παρά τη διαδικασία γήρανσης ο πληθυσμός έστω και σε κάποιο βαθμό συνεχίζει να ανανεώνεται ηλικιακά.

Οι κοινωνίες γενικότερα, συνειδητοποιούν αργά και προοδευτικά, την «ποιοτική» αλλαγή, την τομή που συνιστά το πέρασμα από τη βιολογική γήρανση, ατομικό φαινόμενο, στη δημογραφική γήρανση, συλλογικό φαινόμενο. Η σημασία, σε όλες τις κοινωνίες, ιδιαίτερα δε στις σύγχρονες βιομηχανικά ανεπτυγμένες χώρες, είναι σημαντική σε επίπεδο αλληλεγγύης μεταξύ των γενεών, καθώς χαρακτηρίζει τις σχέσεις ανάμεσα στους ενεργούς και στους μη ενεργούς, ανάμεσα στους «εισφέροντες» και στους «εισπράττοντες».

Το φαινόμενο της δημογραφικής γήρανσης, αρχίζει να αναδύεται στις περισσότερες ανεπτυγμένες χώρες, ήδη από τις αρχές του 20ού αιώνα, παρόλα αυτά, μόνο στη διάρκεια της τελευταίας εικοσιπενταετίας το φαινόμενο αυτό βρίσκεται στο επίκεντρο των συζητήσεων και προβληματισμών και στην Ελλάδα περίπου από το 1970 και ύστερα.

Ήδη, από τη δεκαετία του 1980, ο ελληνικός τύπος κάνει ευρέως γνωστό το θέμα της γήρανσης. Ενδεικτικά κάποιο τίτλοι: «Ελλάδα: καλά γεράματα» (Εβδόμη, 22.2.1987), «Στην πρόκληση του 2000 με γέροντες» (Ελευθεροτυπία 24.2.1989), «Γεμίσαμε γέροντες» (Μεσημβρινή 10.6.1989), «Δημογραφική Γήρανση: η πορεία μας προς τον αφανισμό» (Τηλέραμα, 4.11.1989), «Η Γήρανση του πληθυσμού, απειλή για τα ταμεία», (Καθημερινή, 25.6.1990), «Γεννάτε γιατί ... χανόμαστε: Ελλάς γερνάς» (Ελευθεροτυπία, 9.11.1989), «Γηροκομείων η Ελλάς» (Ελεύθερος Τύπος, 12.2.1992) «Χωρίς παιδιά σήμερα, χωρίς σύνταξη αύριο» (Θεσσαλονίκη, 31.3.1992) και «Δημογραφικό-Ασφαλιστικό: το εφιαλτικό δίδυμο» (Οικονομικός Ταχυδρόμος, 6.11.1993).⁴⁴

Επομένως, γερασμένο πληθυσμό δεν έχει μόνο η Ευρωπαϊκή Ένωση στο σύνολό της, αλλά και η Ελλάδα. Η Ευρώπη γερνάει και η Ελλάδα θεωρείται ως μια από τις

⁴³Κοτζαμάνης Β., «Δημογραφική και κοινωνική γήρανση: Μύθοι και Πραγματικότητα» στο Κοτζαμάνης Β., *Γήρανση και Κοινωνία. Πρακτικά Πανελλήνιου Συνεδρίου ΕΚΚΕ*, Αθήνα 2006, 1-2.

⁴⁴Κοτζαμάνης Β., *Γήρανση και Κοινωνία. Πρακτικά Πανελλήνιου Συνεδρίου ΕΚΚΕ*. Αθήνα (Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών) 1996, 10.

χώρες που η δημογραφική γήρανση είναι αρκετά έντονη.⁴⁵ Το πρόβλημα είναι διπλό. Ζούμε ολοένα και περισσότερο, ενώ υπάρχουν ολοένα και λιγότερα άτομα στο εργατικό δυναμικό.

1.6 Δημογραφική γήρανση και δημογραφικά φαινόμενα στην Ελλάδα

Χωρίς αμφιβολία, η χαμηλή γονιμότητα δεν αποτελεί πρόσφατη εξέλιξη για τον πληθυσμό της Ελλάδας. Η γονιμότητα στην Ελλάδα στις μετά το 1925 γενεές, συρρικνώνεται προοδευτικά. Αν και οι ρυθμοί μεταβολής σε όλες τις υπό εξέταση γενεές είναι σταθερά αρνητικοί, διαπιστώνεται μια τάση επιτάχυνσης της πτώσης, στις γενεές μετά το 1950.

Κατά την πρώτη μεταπολεμική περίοδο,⁴⁶ δηλαδή από το 1945-1965, γνωστή και ως περίοδος του baby-boom, υπήρξε μια ανάκαμψη της γονιμότητας και του αριθμού των γεννήσεων σε κάποιες ανεπτυγμένες περιοχές του πλανήτη μας. Ουσιαστικά εκφράστηκε, μέσα από μια συνεχή αύξηση στο σύνολο της περιόδου των επιπέδων γονιμότητας, ενώ στην Ελλάδα υπήρχε αύξηση αλλά δεν αφορούσε το σύνολο της περιόδου. Έτσι, είναι φανερό πως δεν βίωσε έντονα το φαινόμενο, πράγμα που μπορεί να επιβεβαιωθεί πιο κάτω.

Από το τέλος του 19^{ου} αιώνα και μετά παρατηρείται η πρώτη σημαντική μείωση της γονιμότητας. Σχετικά με την εξέλιξη της, κατά την μεταπολεμική περίοδο, έχει χαρακτηριστεί από μια σταθερότητα των ετήσιων δεικτών γονιμότητας, κατά την περίοδο 1950-1980 και έπειτα συνοδεύτηκε από μια ιδιαίτερα σημαντική και συνεχή πτώση την εικοσαετία 1980-2000.⁴⁷

Επιπρόσθετα, ενώ το 1970 ο μέσος αριθμός παιδιών ήταν 2,4 ανά γυναίκα, το 1980 σταθεροποιήθηκε σε 2,2 ανά γυναίκα και ο αριθμός των γεννήσεων σε 148.000

⁴⁵ Χλέτσος Μ., «Πολιτικές Απασχόλησης σε συνθήκες Δημογραφικής Γήρανσης: Η περίπτωση της Ελλάδας,» στο Κικίλιας Η., Μπάγκαβος Χ., Τήνιος Π., Χλέτσος Μ., (επιμ.), *Δημογραφική Γήρανση, Αγορά Εργασίας & Κοινωνική Προστασία. Τάσεις, Προκλήσεις & Προοπτικές*, Αθήνα (Σάκκουλα) 2001, 330-335.

⁴⁶ Μπάγκαβος Χ., ο.π.π., 108.

⁴⁷ Μπάγκαβος Χ., «Ο πληθυσμός της Ελλάδας στο πρώτο μισό του 21ου αιώνα: προοπτικές εξέλιξης και κοινωνικο-οικονομικές επιπτώσεις», στο Μπάγκαβος Χ., και Μωυσίδης Α., (επιμ.), *Το Νέο Δημογραφικό Τοπίο του 21ου Αιώνα: Εξελίξεις, Επιπτώσεις, Πολιτικές*, Αθήνα (Gutenberg) 2004, 134.

περίπου, στις αρχές του 21^{ου} αιώνα ο δείκτης ολικής γονιμότητας σημείωσε κατακόρυφη πτώση στο 1,3 και οι γεννήσεις στις 100.000 περίπου. Κατά την περίοδο 2008 με 2011 ο δείκτης ολικής γονιμότητας ανήλθε γύρω στο 1,5 (βλέπε Διάγραμμα 12).

Αρκετά σημαντικές και ευνοϊκές για τον ελληνικό πληθυσμό, υπήρξαν οι εξελίξεις της θνησιμότητας. Κατά την μεταπολεμική περίοδο, η θνησιμότητα του ελληνικού πληθυσμού σημείωσε θεαματική βελτίωση, σε όλα τα κλιμάκια των ηλικιών.⁴⁸ Με τη πάροδο του χρόνου, η διεύρυνση του προσδόκιμου επιβίωσης συνδέθηκε όλο και πιο στενά με τη μείωση της θνησιμότητας στις υψηλότερες ηλικίες, αφού η βρεφική θνησιμότητα έφτασε ήδη σε πολύ χαμηλά επίπεδα. Πιο συγκεκριμένα, η βρεφική θνησιμότητα από τα υψηλά επίπεδα των 30 θανάτων βρεφών σε 1.000 γεννήσεις που ήταν το 1970, παρουσίασε μια συνεχή καθοδική τάση, δηλαδή το 1990 ήταν 10, το 1995 ήταν 8, το 2000 ήταν 6 ενώ σύμφωνα με τα τελευταία στοιχεία της Eurostat, το 2011 φθάνει στους 3 θανάτους βρεφών σε 1.000 γεννήσεις (Διάγραμμα 13). Παρά την αναμενόμενη μείωση της θνησιμότητας, η δημογραφική γήρανση θα συνδυαστεί με αύξηση του αριθμού των θανάτων, συμβάλλοντας έτσι στην περαιτέρω συρρίκνωση της φυσικής αύξησης. Ειδικότερα, ο απόλυτος αριθμός των θανάτων στην Ελλάδα εξελίχθηκε αυξανόμενος, από την τάξη μεγέθους των 87.282 το 1980, στις 94.152 το 1990 και 111.099 το 2011, λόγω της γήρανσης του πληθυσμού (Διάγραμμα 3).

Με λίγα λόγια, ακολουθώντας ένα κλασσικό σχήμα, συνεχούς συρρίκνωσης της βρεφικής θνησιμότητας και τις θνησιμότητας στις υψηλότερες ηλικίες, ο ελληνικός πληθυσμός κάλυψε την υστέρηση που υπήρχε στην προσδοκία ζωής κατά τη γέννηση, στις αρχές τις μεταπολεμικής περιόδου. Δηλαδή όταν μειώνεται η θνησιμότητα αυξάνεται το μήκος ζωής. Η επιμήκυνση αυτή, γίνεται εμφανής στην προσδοκώμενη ζωή κατά την γέννηση αλλά και στις άλλες ηλικίες.

Το όριο ζωής ποικίλει από τις αρχές της ιστορικής περιόδου μέχρι σήμερα. Αν εξετάσουμε την πορεία της μέσης διάρκειας ζωής θα διαπιστώσουμε πως αυτή έμεινε αμετάβλητη σχεδόν επί χιλιετίες, για να αυξηθεί σημαντικά τους δύο τελευταίους αιώνες. Συγκεκριμένα, ενώ η προσδοκία ζωής σε παλαιότερες κοινωνίες κυμαινόταν

⁴⁸ Τσίμπος Κ., «Η σημασία της μετανάστευσης στην εκτίμηση του μεγέθους και της κατά ηλικία δομής του πληθυσμού της Ελλάδος», στο Κικίλιας Η., Μπάγκαβος Χ., Τήνιος Π., Χλέτσος Μ., (επιμ.), *Δημογραφική Γήρανση, Αγορά Εργασίας & Κοινωνική Προστασία: Τάσεις Προκλήσεις & Πολιτικές*, Αθήνα (Σάκκουλα) 2001, 62.

γύρω στα 30 χρόνια, σήμερα, στις πιο ανεπτυγμένες χώρες του πλανήτη, υπερβαίνει τα 75 χρόνια για τους άντρες και τα 80 για τις γυναίκες.⁴⁹ Σύμφωνα, με τα στοιχεία της Eurostat, το προσδόκιμο επιβίωσης στην Ελλάδα, ακολούθησε μια ανοδική πορεία τόσο για τους άνδρες όσο και για τις γυναίκες. Η προσδοκώμενη ζωή στην Ελλάδα ανήλθε το 1970 κατά μέσο όρο σε 71,6 έτη για τους άνδρες και σε 76,1 για τις γυναίκες. Στη πορεία των ετών, παρατηρώντας τον Πίνακα 2, η προσδοκώμενη ζωή κατά τη γέννηση των ανδρών ήταν 73 το 1980, το 1990 στα 74,6, το 2000 ήταν 75,5 και το 2011 στα 78,5. Ανάλογη, ήταν και η πορεία των Ελληνίδων, οι οποίες το 1980 είχαν 77,5 προσδοκώμενη ζωή, 79,4 το 1990, για να καταλήξουν στα 80,6 το 2000 και στα 83,1 το 2011. Η μείωση της θνησιμότητας και στις μεγαλύτερες ηλικίες καθίσταται εμφανής από την αύξηση του προσδόκιμου ζωής για άτομα ηλικίας 65 ετών. Μέσα από το Διάγραμμα 14, φαίνεται ότι η προσδοκώμενη ζωή για τους άνδρες 65 ετών και άνω ήταν 15,0 έτη το 1970, 15,7 το 1990 και έφθασε στα 18,5 το 2011. Στις γυναίκες, αναφερόμενοι στις ίδιες πάντα χρονικές περιόδους με τους άνδρες ήταν, 17,02 έτη, 18,01 και το 2011 μόλις 20,6 έτη. Αυτό που προκύπτει από τα πιο πάνω, είναι ότι οι γυναίκες, ζουν περισσότερο από τους άνδρες και έτσι η μακροβιότητα τείνει να αυξάνεται υπέρ των γυναικών στοιχεία που επιβεβαιώνονται και από την τελευταία έρευνα για το έτος 2012, του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας⁵⁰. Η Γαλλία είχε το μεγαλύτερο προσδόκιμο ζωής για τις γυναίκες (85,0 έτη) και η Σουηδία για τους άνδρες (79,4 έτη) κατά την χρονική περίοδο 2008-2010. Το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση στην Ευρωπαϊκή Ένωση ήταν χαμηλότερο στη Βουλγαρία και τη Ρουμανία για τις γυναίκες (77,3 χρόνια) και στη Λιθουανία για τους άνδρες (67,3 έτη). Το χάσμα μεταξύ των κρατών μελών της ΕΕ με το υψηλότερο και το χαμηλότερο προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση είναι περίπου 8 χρόνια για τις γυναίκες και 12 έτη για τους άνδρες.⁵¹ Το χαμηλότερο προσδόκιμο ζωής στην ηλικία των 65 ετών στην Ευρωπαϊκή Ένωση ήταν στη Βουλγαρία για τις γυναίκες (16,9 έτη) και στη Λετονία για τους άνδρες (13,2 έτη).

Η άνοδος τόσο του βιοτικού επιπέδου όσο και του εκπαιδευτικού, οι σημαντικές εξελίξεις στο χώρο των επιστημών της υγείας, η βελτίωση της νοσοκομειακής και

⁴⁹ Κοτζαμάνης Β., Ο πληθυσμός του πλανήτη: 7 δις το 2011, 9 δις το 2050; *Δημογραφικά Νέα*, Νο15, Σεπτέμβριος-Οκτώβριος 2011, Περιοδική Έκδοση του Εργαστηρίου Δημογραφικών και Κοινωνικών Αναλύσεων του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας.

⁵⁰ World Health Organization. *World Health Statistics 2012*. Part III, 52.

⁵¹ Η υγεία με μια ματιά: Ευρώπη 2012. Στην ηλεκτρονική διεύθυνση: http://ec.europa.eu/health/reports/docs/health_glance_2012_exs_el.pdf (πρόσβαση στις 13/04/2013).

ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, έχουν συμβάλει στην αύξηση του προσδόκιμου ζωής, της ποιότητας ζωής των πολιτών και τη βελτίωση της υγείας των ηλικιωμένων.

Τέλος, το φαινόμενο της μετανάστευσης, αποτελούσε πάντοτε μια πολύ σημαντική παράμετρο στην ιστορία του ελληνικού πληθυσμού. Παρά τη δυσκολία για ακριβείς ποσοτικές εκτιμήσεις του φαινομένου της μεταναστευτικής εισροής, δεν υπάρχει αμφιβολία ότι η δεκαετία του 1990 χαρακτηρίζεται από ένταση των πληθυσμιακών εισροών στην Ελλάδα, είτε με τη μορφή εισροής ξένων μεταναστών, είτε με τη μορφή επαναπατρισμού Ελλήνων υπηκόων, κυρίως από τις χώρες της πρώην Σοβιετικής Ένωσης. Όμως, μέχρι το 1975, η Ελλάδα αποτελούσε κυρίως χώρα αποστολής μεταναστών, γεγονός που επηρέασε αρνητικά τη φυσική αύξηση του πληθυσμού, αφού οι μετανάστες ήταν στην πλειοψηφία τους άτομα νεαρής ηλικίας.

Με άλλα λόγια, η Ελλάδα από χώρα «εξαγωγής» Ελλήνων μεταναστών, μετατράπηκε σε χώρα υποδοχής, μεταβολή που εμφανίστηκε σιγά-σιγά στο δεύτερο μισό της δεκαετίας του 1970, συνεχίστηκε στη δεκαετία του 1980 και εντάθηκε στη διάρκεια της τελευταίας δεκαετίας του 20ου αιώνα. Όπως προκύπτει από τα αποτελέσματα της απογραφής του 2001, ο αριθμός των ατόμων ξένης υπηκοότητας σημείωσε ραγδαία αύξηση την περίοδο 1991-2001. Πιο συγκεκριμένα, ενώ το 1991 ο αριθμός των αλλοδαπών που διέμεναν στην Ελλάδα ήταν γύρω στις 167.000 χιλιάδες, δέκα χρόνια αργότερα ο αριθμός αυτός είχε σχεδόν πενταπλασιαστεί αγγίζοντας τις 800.000 χιλιάδες.⁵²

Σίγουρα, η είσοδος ξένων μεταναστών σε μια δεδομένη στιγμή, μπορεί να λύσει το πρόβλημα της γήρανσης, προσωρινά, κάτι που προκαλεί ανισορροπία μεταξύ ενεργού πληθυσμού και συνταξιούχων, αλλά όταν και οι μετανάστες φτάσουν σε ηλικία συνταξιοδότησης τότε το πρόβλημα μπορεί να γίνει ακόμα πιο επιβαρυντικό.

Η γήρανση του πληθυσμού, πέρα από την καθαρά δημογραφική της διάσταση συνιστά μία παράμετρο με παράπλευρες κοινωνικοοικονομικές προεκτάσεις και προκλήσεις για τους τομείς της απασχόλησης, της κοινωνικής ασφάλισης, της ανταγωνιστικότητας των χωρών στην παγκόσμια αγορά, καθώς και της διατήρησης ενός ικανοποιητικού επιπέδου διαβίωσης των πολιτών. Προβλέπεται ότι αυτή η εξέλιξη, θα οδηγήσει σε αύξηση της ζήτησης και χρήσης των υπηρεσιών υγείας, λόγω των

⁵² Μπάγκαβος Χ., Παπαδοπούλου Δ., Συμεωνάκη Μ., *Μετανάστευση και παροχή υπηρεσιών σε μετανάστες στην Ελλάδα*, (INE/ΓΣΕΕ), Μελέτες 29, 17.

αυξημένων αναγκών των ηλικιωμένων, ιδιαίτερα σε ότι αφορά σε νοσήματα φθοράς και χρόνια προβλήματα υγείας.⁵³

Στην πορεία του 21^{ου} αιώνα θα δημιουργηθούν σοβαρές κοινωνικοοικονομικές απαιτήσεις από την ραγδαία αύξηση του γηραιού πληθυσμού. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας⁵⁴, θεωρεί ότι οι χώρες δεν έχουν την δυνατότητα να είναι βιώσιμες με την ποσοστιαία αύξηση του γηραιού πληθυσμού, σύμφωνα με τις υπάρχουσες κοινωνικές συνθήκες και τους υπάρχοντες οικονομικούς πόρους. Αυτή η συνειδητοποίηση είχε ως αποτέλεσμα, την πρωτοβουλία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, να κατευθύνει τις χώρες σε προγράμματα και πολιτικές που να στοχεύουν σε ενεργούς ηλικιωμένους (active ageing)⁵⁵. Δηλαδή πολιτικές και προγράμματα που στοχεύουν στο υγιές γήρας και την αξιοποίηση του δυναμικού του ηλικιωμένου πληθυσμού.

Αναμφίβολα, η ένταση της πληθυσμιακής γήρανσης⁵⁶ θα αποτελέσει ένα από τα σημαντικότερα δημογραφικά χαρακτηριστικά των επόμενων δεκαετιών. Τελικά η δημογραφική γήρανση, αντιπροσωπεύει μια πολυδιάστατη κατάσταση, που εκδηλώνεται ταυτόχρονα, σαν φαινόμενο βιολογικό, κοινωνικό, υπαρξιακό και ψυχολογικό.

⁵³ Τούντα Γ., *Η Υγεία του Ελληνικού πληθυσμού*. Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας του Εργαστηρίου Υγιεινής και Επιδημιολογίας του Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα 2007, 55.

⁵⁴ World Health Organization. *Active Ageing: A Policy Framework*. April 2002. Στην ηλεκτρονική διεύθυνση: http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf (πρόσβαση στις 14/04/2013).

⁵⁵ Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, ορίζει την ενεργό γήρανση ως εξής : «Ενεργός γήρανση είναι η διαδικασία βελτιστοποίησης των ευκαιριών στην υγεία, τη συμμετοχή και την ασφάλεια, προκειμένου να βελτιωθεί η ποιότητα της ζωής καθώς οι άνθρωποι γηράσκουν». Ο ΟΟΣΑ δίνει έναν πιο οικονομικοκεντρικό ορισμό σύμφωνα με τον οποίο: «Ενεργός γήρανση είναι η ικανότητα των ατόμων να διαβιούν μία παραγωγική ζωή στην κοινωνία και την οικονομία καθώς γηράσκουν».

⁵⁶ Μπάγκαβος Χ., «Ο πληθυσμός του πλανήτη: Εξελίξεις και Προοπτικές», στο Τσίμπος Κ., (επιμ.) *Εισαγωγή στην Πληθυσμιακή Γεωγραφία*, Αθήνα (Σταμούλη) 2008, 202-203.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 Υγεία και προσδιοριστικοί παράγοντες υγείας

2.1 Εννοιολογική οριοθέτηση του όρου υγεία

Η υγεία, αναμφισβήτητα αποτελεί ένα από τα βασικότερα και πλέον απαραίτητα αγαθά που ο άνθρωπος επιθυμεί, να απολαμβάνει. Το αγαθό υγεία, μας προσφέρει άμεση χρησιμότητα, αφού λαμβάνουμε μεγαλύτερη ικανοποίηση όταν αισθανόμαστε καλά, αλλά επηρεάζει και σε μεγάλο βαθμό, τη συμμετοχή μας στην αγορά εργασίας, δηλαδή την δυνατότητα μας να εργαστούμε και να είμαστε παραγωγικοί. Επιπρόσθετα, η υγεία, θεωρείται σαν ένα από τα σημαντικότερα στοιχεία, μιας πλήρους και ευτυχισμένης ζωής και με βάση τις ηθικές αξίες που διέπουν τις σύγχρονες κοινωνίες, αποτελεί θεμελιώδες δικαίωμα και υπέρτατο αγαθό, όλων, ανεξαιρέτως των πολιτών.

Για τους περισσότερους ανθρώπους η υγεία παίζει δυαδικό ρόλο: από τη μία πλευρά αποτελεί ένα μέσον που βοηθά στην κατάκτηση των στόχων του κάθε ατόμου, από την άλλη πλευρά αποτελεί ένα θεμέλιο πάνω στο οποίο βασίζει κανείς την ανάπτυξη του δυναμικού του και την πλήρη αξιοποίηση των ικανοτήτων του. Ο χαρακτήρας της υγείας ως θεμέλιο, δεν περιορίζεται στο ατομικό επίπεδο: σήμερα η υγεία θεωρείται θεμέλιο αλλά ταυτόχρονα και προϋπόθεση κάθε μορφής οικονομικής και κοινωνικής ανάπτυξης ενός πληθυσμού και ενός κράτους. Ήδη από το 1946, το Καταστατικό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, μιλώντας για το υψηλότερο δυνατό επίπεδο υγείας ως ένα από τα θεμελιώδη ανθρώπινα δικαιώματα χωρίς διάκριση φυλής, θρησκείας, πολιτικών πεποιθήσεων ή οικονομικής ή κοινωνικής κατάστασης, αναγνωρίζει τον πολυδιάστατο και πολυπαραγοντικό χαρακτήρα της υγείας και υπερβαίνει την ιατρικοκεντρική θεώρηση που επικρατούσε τον προηγούμενο αιώνα. Θεμέλιο του οράματος πάνω στο οποίο κτίζονται οι σύγχρονες στρατηγικές υγείας, αποτελεί η παραδοχή ότι η υγεία είναι απαραίτητη για την κοινωνική και οικονομική ανάπτυξη αλλά και ότι η ανάπτυξη αυτή αποτελεί προϋπόθεση για την επίτευξη του επιθυμητού επιπέδου υγείας του πληθυσμού: η υγεία γίνεται και σκοπός και μέσο. Κατά συνέπεια, οι θεμελιώδεις προϋποθέσεις για την επίτευξη της είναι κυρίως κοινωνικής και οικονομικής φύσης όπως: ειρήνη, στέγαση εκπαίδευση, κοινωνική ασφάλιση,

κοινωνικές σχέσεις, τροφή, εισόδημα, ενδυνάμωση των μειονεκτικών ομάδων, σταθερό οικοσύστημα, κοινωνική δικαιοσύνη και ισότητα.⁵⁷

Στο βάθος του χρόνου, ένα από τα πολυπλοκότερα και αντιφατικότερα ζητήματα στη μελέτη της υγείας, είναι ο ορισμός της. Κατά ένα μεγάλο βαθμό, η απουσία σαφούς, συνεχούς και διακρατικά αποδεκτού ορισμού της υγείας είναι λογική, αφού με την πάροδο του χρόνου, αλλάζει σημαντικά τόσο ο τρόπος που ο άνθρωπος την αντιλαμβάνεται, όσο και οι γνώσεις και οι απαιτήσεις μας, γύρω από αυτήν.⁵⁸ Έτσι, αν αναζητήσουμε τον ορισμό της υγείας στα λεξικά και στη βιβλιογραφία, θα βρούμε όχι μια, αλλά πολλές εκδοχές και μάλιστα ορισμένες αρκετά διαφορετικές μεταξύ τους.

Συγκεκριμένα, η εννοιολογική οριοθέτηση της υγείας, απασχόλησε αρκετούς συγγραφείς, η προβληματική των οποίων εκφράζει την υγεία, είτε σε όρους συντελεστών παραγωγής (J.M.Toulouse, 1976), είτε σε όρους περιεχομένου ενός δείκτη καλής υγείας, σε αντιπαράθεση προς τη θεωρητική προβληματική, που εκφράζει την υγεία, από την οπτική της προοπτικής της ύπαρξης και της ανάπτυξης του εργαζόμενου στη βάση της πλήρους και πραγματικής ικανοποίησης των αναγκών υγείας και της δυναμικά αρμονικής του σχέσης, με το οικονομικό και ευρύτερα κοινωνικό του περιβάλλον (A.Dominique, 1976).⁵⁹

Ο Ιπποκράτης στον ορισμό του, υποστηρίζοντας ότι «η υγεία είναι μια κατάσταση πλήρους αρμονίας με το σύμπαν», δηλαδή με το οικογενειακό, φυσικό, εργασιακό, κοινωνικό περιβάλλον, δίδει μια σωστότερη κατεύθυνση για το θεωρητικό προσδιορισμό της υγείας, το ρόλο, τη θέση, τις σχέσεις της με την αναπτυξιακή διαδικασία.⁶⁰

Αξίζει να επισημάνουμε στο σημείο αυτό, ότι η έννοια της υγείας διαφοροποιείται ανάλογα με την εποχή και τις πολιτισμικές επιρροές. Σύμφωνα με την κλασσική ιατροκεντρική προσέγγιση (βιοϊατρικό υπόδειγμα),⁶¹ η οποία αναπτύχθηκε προς τα τέλη του 19^{ου} αιώνα και κυριάρχησε στο μεγαλύτερο μέρος του 20^{ου}, η «υγεία»

⁵⁷ Κουρέα - Κρεμαστινού Τ., *Δημόσια Υγεία. Θεωρία-Πράξη-Πολιτικές*, Αθήνα (Τεχνόγραμμα) 2007, 3-10.

⁵⁸ Λιαρόπουλος Λ., *Οργάνωση υπηρεσιών και συστημάτων υγείας*, Αθήνα (Ιατρικές Εκδόσεις Βήτα) 2007, 10-15.

⁵⁹ Ρομπόλης Σ., *Οικονομική-Διοίκηση Υγειονομικών Μονάδων Β΄*. Χίος (Πανεπιστημιακές Σημειώσεις) Πανεπιστήμιο Αιγαίου. Τμήμα Διοίκησης Επιχειρήσεων, 1989, 11-13.

⁶⁰ Archer-Hind M.A., *The Timaeus of Plato*, New York (Macmillan and Co) 1888, 77.

⁶¹ Annandale E., *The Sociology of Health and Medicine: A Critical Introduction*, (Polity Press) 1998, 45.

καθορίστηκε ως «η απουσία νόσου» και η ιατρική θεωρήθηκε ως «θεματοφύλακας» της.

Η υγεία ορίζεται σύμφωνα με το Αγγλικό Λεξικό (Oxford English Dictionary)⁶², σαν «ηρεμία του σώματος», μια κατάσταση όπου οι λειτουργίες του εκφράζονται «κανονικά και αποτελεσματικά»,⁶³ απαλλαγμένη από ασθένεια ή τραυματισμό (the state of being free from illness or injury). Σύμφωνα με τον ορισμό αυτό, η υγεία έχει ιατροκεντρικό χαρακτήρα και σημαίνει ότι, δεν υπάρχει εμφανής ένδειξη ασθένειας και οι σωματικές και ψυχικές λειτουργίες του σώματος, είναι ικανοποιητικές και κανονικές μέσα στα φυσιολογικά όρια που καθορίζονται από την ηλικία, το φύλο, τον κοινωνικό και γεωγραφικό χώρο και τα διάφορα όργανα του σώματος, λειτουργούν ικανοποιητικά μόνα τους και μεταξύ τους, εξασφαλίζοντας ένα είδος ισορροπίας.

Στη πρώτη διακήρυξη της «Ottawa»⁶⁴ για την Προαγωγή της Υγείας τον Νοέμβριο του 1986, η υγεία ορίζεται ως η ικανότητα του ατόμου, της ομάδας, ή της κοινότητας να αναγνωρίζει και να κατανοεί φιλοδοξίες, να ικανοποιεί ανάγκες και να τροποποιεί ή να προσαρμόζεται στο περιβάλλον. Η υγεία θεωρείται ως πόρος της καθημερινής ζωής και όχι στόχος της ζωής. Επίσης η υγεία σε αυτόν τον ορισμό γίνεται αντιληπτή, ως μια δυναμική διαδικασία, που μπορεί να βελτιώνεται σε διαφορετικά επίπεδα, ανάλογα με τις υπάρχουσες εξωτερικές επιρροές, όπως ειρήνη, κατοικία, εκπαίδευση, έσοδα, κοινωνική δικαιοσύνη και ισότητα.

Η υγεία, λοιπόν, έχει πολλαπλές διαστάσεις. Δεν είναι μια ιδιότητα του ατόμου, αλλά μια αντανάκλαση της αλληλεπίδρασης του ανθρώπου με το περιβάλλον του, που καθορίζεται σε μεγάλο βαθμό από την ανθρώπινη συμπεριφορά. Δεν είναι μια ιδανική κατάσταση, αλλά μια εξελισσόμενη πραγματικότητα, που εξαρτάται από την ικανότητα του ανθρώπου να ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις του περιβάλλοντος και να προσαρμόζεται στις αλλαγές του, υιοθετώντας τις κατάλληλες στάσεις και συμπεριφορές, διαμορφώνοντας μια δυναμική ισορροπία, που συντελεί αποφασιστικά στη διαμόρφωση του περιεχομένου της καθημερινής ζωής και προδιαγράφει

⁶² Oxford Dictionaries. Στην ηλεκτρονική διεύθυνση:

<http://oxforddictionaries.com/definition/english/health> (πρόσβαση στις 5/06/2013).

⁶³ Αθανασάκης Κ., Καρέλα Α., Καραμπλή Ε., Κυριόπουλος Ι., Λιονής Χ., Μυλωνά Κ., Σουλιώτης Κ., Τριτάκη Γ., Τσιάντου Β., *Ο ρόλος της Τοπικής Αυτοδιοίκησης στη Δημόσια Υγεία*. Ινστιτούτο Τοπικής Αυτοδιοίκησης. Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης. Τμήμα Οικονομικών της Υγείας. Αθήνα 2009 13-24. Στην ηλεκτρονική διεύθυνση: <http://www.ita.org.gr> (πρόσβαση στις 24/04/2013).

⁶⁴ World Health Organization. *The Ottawa Charter of Health Promotion*. Στην ηλεκτρονική διεύθυνση: www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index.html, (πρόσβαση στις 24/04/2013).

ταυτόχρονα τις μελλοντικές δυνατότητες και προοπτικές. Είναι, με άλλα λόγια, μια καθημερινή δύναμη και πηγή ζωής και όχι ένας σκοπός ζωής.

Ο πλέον γνωστός και επικρατέστερος ορισμός της Υγείας είναι αυτός που όρισε ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ), το 1946 στην ιδρυτική του διακήρυξη⁶⁵, σύμφωνα με τον οποίο: «Υγεία είναι η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας, και όχι η απλή απουσία της αρρώστιας ή της αναπηρίας».

Αυτό που επιχειρεί ο ορισμός αυτός, είναι τη σύζευξη της αρνητικής με τη θετική προσέγγιση υγείας, προτάσσοντας το γεγονός ότι η υγεία εκτός από τη βιολογική διάσταση εμπεριέχει και την κοινωνική. Με τον ορισμό αυτό, ουσιαστικά αναγνωρίστηκαν δύο νέες παράμετροι στην υγεία: η παράμετρος της απουσίας ασθένειας και η ύπαρξη της ευεξίας, ενώ επιπλέον αναγνωρίζεται η ύπαρξη κοινωνικής και ψυχικής διάστασης, πέρα της σωματικής. Αυτός ο ορισμός αναφέρεται συχνά και ως θετικός ορισμός της υγείας.

Ο συγκεκριμένος ορισμός προκάλεσε σημαντικές αντιδράσεις στα χρόνια που ακολούθησαν, κυρίως επειδή δέχεται την υγεία ως μια κατάσταση πληρότητας, η οποία χαρακτηρίζεται ως ουτοπική. Επομένως σύμφωνα με αυτόν τον ορισμό, όλοι οι άνθρωποι νοσούν. Ο όρος «ευεξία» (wellness) και η πιθανή ταύτιση του με τον όρο υγεία άρχισε πρόσφατα να είναι υπό συζήτηση. Σύμφωνα με τους Jensen και Allen,⁶⁶ η ευεξία εκφράζει την υποκειμενική αντίληψη της υγείας κατ' αναλογία με τις έννοιες νόσος (αντικειμενική) και ασθένεια (υποκειμενική). Φαίνεται λοιπόν, ότι ο όρος αυτός χρησιμοποιήθηκε στην προσπάθεια εισαγωγής ενός νέου μεγέθους το οποίο θα επέτρεπε να εκτιμηθεί η ποιότητα της υγείας και ταυτόχρονα να επεξηγηθούν οι παρατηρούμενες διαφορές στον τρόπο που τα άτομα περιγράφουν την κατάσταση της υγείας τους.⁶⁷

Ο Lerner⁶⁸, θεωρεί ότι πρέπει να κοιτάξουμε την υγεία πέρα από το στενό της ορισμό, γιατί η υγεία είναι κάτι περισσότερο από ένα βιοϊατρικό φαινόμενο, το οποίο

⁶⁵ World Definition of Health. WHO International Health Conference, New York, 1946.

⁶⁶ Jensen L., and Allen M., «Wellness: The dialectic of illness», *Journal of Nursing Scholarship*, 25 (1993), 220-224.

⁶⁷ Οικονόμου Χ., *Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα & τις Ευρωπαϊκές Κοινωνίες*, Αθήνα (Διόνικος) 2004, 57.

⁶⁸ Lerner M., «Conceptualization of health and social wellbeing», in *Health Status Indexes, presented by R.L. Berg, Chicago 1973*. Στην ηλεκτρονική διεύθυνση: www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1072791/, (πρόσβαση στις 24/04/2013).

περιλαμβάνει ένα κοινωνικό ανθρώπινο όν το οποίο λειτουργεί σε ένα κοινωνικό περιβάλλον και με κοινωνικούς ρόλους που πρέπει να πληροί. Επιπρόσθετα, είναι ένα ηθικό όν και αυτό έχει προφανείς δεσμούς με την αντίληψη του για τον εαυτό του και την κοινωνική αντίληψη ως ένα συναισθηματικά υγιές άτομο. Προσθέτει επίσης στον ορισμό της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας και άλλα στοιχεία, όπως της κουλτούρας και της ποιότητας ζωής.

Εν συνεχεία, είναι ευρέως γνωστό, ότι η σχέση της οικονομίας με την υγεία είναι στενή. Η φτώχεια γεννά την αρρώστια, ενώ ο πλούτος προστατεύει και προάγει την υγεία. Σε παγκόσμιο επίπεδο, υπάρχει αντιστοιχία ανάμεσα στην οικονομία κάθε χώρας και στην υγεία του πληθυσμού της. Αναφέρεται, ότι τα 2/3 των διαφορών που παρουσιάζουν οι δείκτες υγείας από πληθυσμό σε πληθυσμό, οφείλονται κυρίως σε οικονομικούς λόγους. Η αύξηση του εισοδήματος, οδηγεί σε βελτίωση της υγείας, μιας και παρέχει τη δυνατότητα για καλύτερη κατοικία, για ασφαλέστερο και υγιεινότερο περιβάλλον, για επαρκή διατροφή καθώς και για πολλούς άλλους υλικούς και κοινωνικούς παράγοντες που σχετίζονται με την υγεία. Υψηλότερο εισόδημα, σημαίνει επίσης, περισσότερους πόρους για πρόληψη, περίθαλψη και άλλες κοινωνικές υπηρεσίες. Αντίστροφα, η υγεία επηρεάζει το εισόδημα. Ένας υγιής πληθυσμός είναι και πιο παραγωγικός και αυτό συμβάλλει στην ανάπτυξη της οικονομίας της χώρας.⁶⁹

Ο Smith (1776) στο μνημειώδες έργο του «Ο Πλούτος των Εθνών» εισάγει για πρώτη φορά, σε έκταση, την έννοια του ανθρώπινου κεφαλαίου⁷⁰. Η αρχική προσέγγιση στο ζήτημα του ανθρώπινου κεφαλαίου έγινε από τον Theodore Schultz το 1960,⁷¹ και αφορούσε τη συμβολή της εκπαίδευσης στην αναπτυξιακή διαδικασία. Κατά το θεμελιωτή της θεωρίας του ανθρώπινου κεφαλαίου και της οικονομικής αξίας της εκπαίδευσης T.Schultz (1961) το «ανθρώπινο κεφάλαιο» έχει τέσσερις διακεκριμένες ιδιότητες: **(α)** είναι ενσωματωμένο στον άνθρωπο, δηλαδή είναι ανθρώπινο στοιχείο, **(β)** είναι κεφάλαιο, αφού αποτελεί πηγή μελλοντικών ικανοποιήσεων και μελλοντικών αποδόσεων ή και τα δύο, όπως και οι άλλες μορφές κεφαλαίου, **(γ)** δεν μπορεί να

⁶⁹ Πράπα Π., και Φάκη Μ., Θεωρητική προσέγγιση της έννοιας «υγεία». Στην ηλεκτρονική διεύθυνση: http://www.iatrikionline.gr/Respiratory_51/11.pdf (πρόσβαση στις 25/04/2013).

⁷⁰ Ανθρώπινο κεφάλαιο: είναι το σύνολο των ικανοτήτων κάθε ατόμου, έμφυτων και επίκτητων: φυσικών ικανοτήτων, ταλέντου, δεξιοτήτων, γνώσεων και ειδίκευσης. Εκτός από τις φυσικές, όλες οι άλλες ικανότητες μπορούν να αποκτηθούν με δραστηριότητες, όπως η εκπαίδευση, η μαθητεία, η εξάσκηση κλπ, ενώ ακόμη και οι φυσικές ικανότητες μπορούν να βελτιωθούν με αυτόν τον τρόπο.

⁷¹ Blaug M., «The Empirical Status of Human Capital Theory: A Slightly Jaundiced Survey». *Journal of Economic Literature*, 14 (3) (1976) 827-855.

διαχωριστεί από το άτομο που το κατέχει, όπως συμβαίνει με τις άλλες μορφές κεφαλαίου και **(δ)** δεν μεταβιβάζεται, δεν πωλείται, δεν ενοικιάζεται και δεν κληρονομείται.⁷² Ο Schultz (1961) διατύπωσε πως «ένα μεγάλο μέρος αυτού που αποκαλούμε ανθρώπινο κεφάλαιο και όσο αυτές οι δαπάνες αυξάνουν την αξία της παραγωγικότητας της ανθρώπινης προσπάθειας (εργασίας), θα έχουν θετικούς ρυθμούς απόδοσης».⁷³ Επιπρόσθετα, θεωρεί ότι η υγεία μαζί με την εκπαίδευση αποτελούν τα δύο βασικά στοιχεία του ανθρώπινου κεφαλαίου. Ουσιαστικά, την υγεία τη θεωρεί συστατικό στοιχείο του ανθρώπινου κεφαλαίου διότι συνδέεται με την φυσική ικανότητα για εργασία αλλά και με την παραγωγικότητα του ατόμου όπως και η εκπαίδευση.

Υπό αυτή την έννοια η υγεία, συντελεί στην αναπαραγωγή και συντήρηση της παραγωγικής διαδικασίας. Για τον λόγο αυτό, η οικονομική προσέγγιση έχει δεχτεί αυστηρή κριτική, αφού η υγεία θεωρείται εδώ ως εξάρτημα της καπιταλιστικής διαδικασίας.⁷⁴ Οι Mushkin και Fuchs, έχουν υποστηρίξει ότι η υγεία, οι υπηρεσίες υγείας και κατά συνέπεια οι δαπάνες υγείας που συμβάλλουν στην καλή υγειονομική κατάσταση των εργαζομένων αποτελούν στοιχεία του ανθρώπινου κεφαλαίου. Ο Becker G. S.⁷⁵, και ο Grossman M.⁷⁶, δημιούργησαν ένα θεωρητικό υπόδειγμα σχετικά με την ζήτηση υπηρεσιών. Η βασική υπόθεση αυτού του μοντέλου, είναι ότι η υγεία θεωρείται ένα διαρκές αγαθό το οποίο οι άνθρωποι κληρονομούν με τη γέννησή τους, απαξιώνεται με τη πάροδο του χρόνου και το οποίο μπορούν να επαναφέρουν επενδύοντας σε «υγεία».⁷⁷

Παράλληλα καταγράφεται μια σειρά κοινωνικοοικονομικών παραγόντων, οι οποίοι συνθέτουν το φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον και ασκούν σημαντική επιρροή στην υγεία των ατόμων. Αυτοί οι παράγοντες έχουν καταγραφεί στη διεθνή βιβλιογραφία ως προσδιοριστές ή κοινωνικοί καθορίστες της υγείας (social determinants of health) και

⁷² Theodore W. Schultz., *Η οικονομική αξία της εκπαίδευσης*, επιμ. Κουτσομάρη Γ. Αθήνα (Παπαζήση) 1972 13.

⁷³ Δημάκος Μ.Γ., *Οικονομικά της Εκπαίδευσης*, Αθήνα (Αθανασόπουλος Σ., και Παπαδάκης Σ.,) 2004, 54-55.

⁷⁴ Ρομπόλης Σ., *Υγεία και Οικονομία*, Αθήνα (Καμπύλη) 1999, 15.

⁷⁵ Becker S. Gary., «Investment in Human Capital: A Theoretical Analysis», *Journal of Political Economy*, 70 (1962) 9-49.

⁷⁶ Grossman M., «On the concept of health capital and demand for health». *Journal of Political Economy*, 80 (2) (1972) 223-255.

⁷⁷ Σούλης Σ., *Οικονομική της υγείας*, επιμ. Δουμπουλάκης Γ., Αθήνα (Παπαζήση) 1999, 65.

σύμφωνα με τον ΠΟΥ⁷⁸ είναι : **(i)** το εισόδημα, η κοινωνική θέση και η κοινωνική διαστρωμάτωση των ατόμων, **(ii)** το άγχος και οι δυνατότητες αντιμετώπισης των καταστάσεων που προκαλούν άγχος, **(iii)** τα πρώτα χρόνια της ζωής, **(iv)** ο κοινωνικός αποκλεισμός ή αντίθετα η κοινωνική συμμετοχή, **(v)** η εργασία και οι συνθήκες εργασίας, **(vi)** η ανεργία, **(vii)** η διατροφή, **(viii)** η κοινωνική υποστήριξη, κτλπ.

Επομένως, οι παράγοντες που επιδρούν στη διαμόρφωση της υγείας μπορεί να ταξινομηθούν σε τέσσερις (4) μεγάλες κατηγορίες: σε ευρύτερους κοινωνικούς, οικονομικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες, σε παράγοντες του άμεσου περιβάλλοντος (εργασία, κατοικία, τροφή κ.λπ.), σε παράγοντες που σχετίζονται με τη συμπεριφορά (lifestyle) και τέλος σε ατομικούς, βιολογικούς παράγοντες, όπως η ηλικία, το φύλο, η κληρονομικότητα κ.ά.

Εν κατακλείδι, κανένας ορισμός για την υγεία δεν μπορεί να θεωρηθεί απόλυτα ικανοποιητικός. Η υγεία είναι σύνθετο φαινόμενο, που επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες οι περισσότεροι από τους οποίους σχετίζονται με τη βιολογία, τη συμπεριφορά και το περιβάλλον. Το γεγονός αυτό δυσκολεύει έτσι κι αλλιώς τον επιγραμματικό ορισμό της. Ο ορισμός της υγείας υπόκειται επίσης, σε αναρίθμητες υποκειμενικές διαφοροποιήσεις, αφού κάθε άνθρωπος αποτελεί ξεχωριστή οντότητα, με διαφορετική συνείδηση της ύπαρξής του και τελείως ιδιαίτερη βιολογική και ψυχική ιδιοσυγκρασία. Το μεγαλύτερο, όμως, απ' όλα τα εμπόδια για έναν κοινά αποδεκτό ορισμό της υγείας, είναι η μεταβατική περίοδος που διανύουμε, σε ό,τι αφορά τις αντιλήψεις σχετικά με την υγεία, την αρρώστια, το χαρακτήρα της ιατρικής επιστήμης, τη φύση των συστημάτων υγείας.

2.2 Παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία

2.2.1 Φύλο

Καταρχήν, προτού διατυπώσουμε οτιδήποτε σχετικό με το φύλο και την κατάσταση υγείας, θα πρέπει να γίνει κατανοητή η διάκριση μεταξύ κοινωνικού και βιολογικού

⁷⁸ Wilkinson R., Marmot M., *Social Determinants of Health. The Solid Facts*. Second Edition. World Health Organization 2003, 5-28.

φύλου. Στην αγγλοσαξονική βιβλιογραφία, προτιμάται ο όρος «gender», έννοια κοινωνικού φύλου, έναντι του όρου «sex» ο οποίος υποδηλώνει τις βιολογικές διαφορές ανδρών και γυναικών. Στην ελληνική γλώσσα, δεν υπάρχει αντίστοιχη διάκριση, γι' αυτό ο όρος «φύλο» συχνά χρειάζεται να προσδιορίζεται και από τα επίθετα «βιολογικό» ή «κοινωνικό», ώστε να αποσαφηνίζεται κάθε φορά η σημασία του.⁷⁹ Το κοινωνικό φύλο, αφορά την κοινωνική και πολιτισμική διαφοροποίηση ανάμεσα στους άνδρες και τις γυναίκες. Είναι μια κοινωνική κατασκευή, την οποία χρησιμοποιούν οι άνθρωποι για να μπορέσουν να κατανοήσουν και να διαχειριστούν την ύπαρξη δύο διαφορετικών φύλων, σε αντίθεση με το βιολογικό φύλο που καθορίζεται από τη φύση και σχετίζεται με την γενετήσια ταυτότητα του ατόμου, δηλαδή αν είναι άντρας ή γυναίκα. Ο φιλελεύθερος φεμινισμός, που απαίτησε την προέκταση της φιλελεύθερης ιδεολογίας και στις γυναίκες, υποστηρίζει πως οι γυναίκες γεννιούνται το ίδιο ελεύθερες και ίσες με τους άνδρες και οι διαφορές των φύλων δεν έχουν βιολογική βάση, αλλά είναι αποτέλεσμα διαφορετικής εκπαίδευσης και κοινωνικοποίησης.⁸⁰

Ανέκαθεν, η κατάσταση υγείας του εκάστοτε πληθυσμού, διαφοροποιείται σε αρκετά σημαντικό βαθμό μεταξύ ανδρών και γυναικών, σε οποιαδήποτε ηλικία. Δηλαδή, ενδεχομένως θεωρητικά αλλά και πρακτικά, να μην υπάρχει μια κοινή πορεία, μια κοινή κατάσταση υγείας, μεταξύ των δύο φύλων. Οι ρόλοι των γυναικών, έχουν αλλάξει σημαντικά στις οικονομικά ανεπτυγμένες χώρες του πλανήτη και υπάρχει μεγάλο ενδιαφέρον, για την εκτίμηση των επιπτώσεων της αλλαγής των ρόλων των δύο φύλων, στις διαφορετικές τάσεις που παρατηρούνται στη θνησιμότητα, μεταξύ ανδρών και γυναικών.⁸¹ Ακόμη, η υγεία των γυναικών επηρεάζεται από τη θέση τους, στην κοινωνία και είναι «ευάλωτες» πολλές φορές, στην κακοποίηση, την σωματεμπορία, την αναγκαστική μετανάστευση και άλλα.

Το προσδόκιμο επιβίωσης των γυναικών, είναι πολύ υψηλότερο από εκείνο των ανδρών, στις περισσότερες χώρες του κόσμου. Για παράδειγμα στην Ελλάδα, η μέση διάρκεια ζωής είναι περίπου 78 χρόνια για τους άνδρες και 83 χρόνια για τις γυναίκες,

⁷⁹ Φρόση Λ., Κοινωνιολογικές Θεωρίες για την Εκπαίδευση και το Φύλο. Στην ηλεκτρονική διεύθυνση: www.psy.auth.gr/index.php?option=com (πρόσβαση στις 26/04/2013).

⁸⁰ Middleton S., «The sociology of women's education as a field of academic study», in Arnot M., & Weiner G., *Gender and the politics of schooling*. London, Hutchinson 1989 30.

⁸¹ Ingrid Waldron., Christopher McCloskey., Inga Earle., «Trends in gender differences in accidents mortality: Relationships to changing gender roles and other societal trends», *Demographic Research*, 13 (2005) 415-416.

συγκριτικά με την Κύπρο⁸² που υπολογίστηκε για τη χρονική περίοδο 2010/2011 σε 79 έτη για τους άνδρες και 82,9 για τις γυναίκες και στη Φιλανδία 76,5 και 83 αντίστοιχα.⁸³ Έτσι, είναι εμφανές, ότι το προσδόκιμο επιβίωσης αυξάνεται χρόνο με το χρόνο, αλλά των γυναικών είναι που παραμένει διαχρονικά μεγαλύτερο.

Από τα μέσα του περασμένου αιώνα, όπου άρχισε να εφαρμόζεται το πιστοποιητικό θανάτου και η καταγραφή των θανάτων, διαπιστώθηκε, σε όλες σχεδόν τις χώρες του κόσμου και σε όλες τις ηλικίες, πως θνησιμότητα των ανδρών είναι σημαντικά μεγαλύτερη από την θνησιμότητα των γυναικών. Δηλαδή, είναι αποδεδειγμένο, ότι σε κάθε στάδιο της ζωής, από τη σύλληψη έως τα βαθιά γεράματα, η αναλογία θανάτων του αρσενικού φύλου είναι μεγαλύτερη από αυτή του θηλυκού φύλου. Όμως, στα μέσα του 19ου αιώνα, αποτέλεσαν εξαίρεση τα έφηβα κορίτσια, που εμφάνιζαν υψηλή θνησιμότητα από φυματίωση και κατά συνέπεια ξεπερνούσαν τη θνησιμότητα των έφηβων αγοριών.

Εν συνεχεία, παρά τη μείωση που σημειώθηκε με την πάροδο του χρόνου στη θνησιμότητα και των δύο φύλων σε όλες τις ηλικίες, οι άνδρες συνεχίζουν να έχουν υψηλότερους δείκτες θνησιμότητας σε όλες τις ηλικίες και ως προς τις κυριότερες αιτίες θανάτου. Συγκεκριμένα, οι μεγαλύτερες διαφορές, παρατηρούνται στους νεαρούς ενήλικες, όπου το σημαντικότερο αίτιο είναι τα τροχαία ατυχήματα, καθώς και στη μέση και μεγαλύτερη ηλικία, όπου η στεφανιαία νόσος και ο καρκίνος του πνεύμονα προκαλούν ακόμα περισσότερους θανάτους στους άνδρες.

Αντίθετα, οι γυναίκες πάσχουν συχνότερα από ασθένειες και ανικανότητες διαφόρων μορφών, αλλά τα προβλήματα υγείας από τα οποία υποφέρουν συνήθως δεν είναι ούτε τόσο σοβαρά, ούτε τόσο απειλητικά για την επιβίωση τους.

Σύμφωνα με τις πρόσφατες στατιστικές αιτιών θανάτων, σε όλα τα κράτη - μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, τα ποσοστά θνησιμότητας ήταν υψηλότερα στους άνδρες απ' ό,τι στις γυναίκες για όλες τις κύριες αιτίες θανάτου το 2009, εκτός από τον καρκίνο του μαστού, που εμφανίζεται αποκλειστικά στις γυναίκες. Πιο συγκεκριμένα, τα ποσοστά θνησιμότητας από ισχαιμικές καρδιοπάθειες ήταν περίπου διπλάσια στους άνδρες (110 θάνατοι ανά 100 000 κατοίκους) σε σχέση με τις γυναίκες (56 θάνατοι ανά 100 000

⁸² Δημογραφική Έκθεση 2010-2011. Στατιστική Υπηρεσία Κυπριακής Δημοκρατίας.

⁸³ Επεξεργασία στοιχείων της Eurostat. Στην ηλεκτρονική διεύθυνση:
<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home/> (πρόσβαση στις 26/04/2013).

κατοίκους). Τα ποσοστά θνησιμότητας με αιτία την τοξικομανία και την κατάχρηση οιοπνεύματος, ήταν τέσσερις έως πέντε φορές υψηλότερα στους άνδρες από τα αντίστοιχα ποσοστά στις γυναίκες, τα δε ποσοστά θνησιμότητας, με αιτία το AIDS (HIV) και τις αυτοκτονίες, ήταν τρεις έως τέσσερις φορές υψηλότερα στους άνδρες.⁸⁴

Στην περίπτωση της Ελλάδας, αν μελετηθούν οι επιμέρους αιτίες θανάτων, κατά φύλο, διαπιστώνεται ότι η εικόνα διαφέρει, όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως μεταξύ ανδρών και γυναικών.⁸⁵ Στους άνδρες, κύρια αιτία απώλειας χρόνων αναμενόμενης ζωής, είναι τα τροχαία ατυχήματα και δεύτερη η ισχαιμική μυοκαρδιοπάθεια. Ακολουθεί ο καρκίνος του πνεύμονα, οι συγγενείς ανωμαλίες και οι περιγεννητικές καταστάσεις, ενώ επόμενη κατά σειρά αιτία είναι οι παθήσεις των εγκεφαλικών αγγείων. Στις γυναίκες, η απώλεια χρόνων αναμενόμενης ζωής είναι πολύ μικρότερη απ' ότι στους άνδρες, λόγω κυρίως της σημαντικά μικρότερης θνησιμότητας των γυναικών από τροχαία ατυχήματα. Μετά τις περιγεννητικές καταστάσεις και τις συγγενείς ανωμαλίες, που καταλαμβάνουν τις δύο πρώτες θέσεις, η σημαντικότερη αιτία απώλειας χρόνων ζωής είναι για τις γυναίκες τα τροχαία ατυχήματα. Σημαντική θέση καταλαμβάνει ο καρκίνος του μαστού,⁸⁶ ενώ στη συνέχεια, ακολουθούν τα νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος, δηλαδή η ισχαιμική μυοκαρδιοπάθεια⁸⁷ και οι παθήσεις των εγκεφαλικών αγγείων. Ακόμη, ένας άλλος παράγοντας που συνετέλεσε στην αύξηση της διαφοράς μεταξύ των δύο φύλων, είναι η διαχρονική μείωση της μητρικής θνησιμότητας.

Αναφορικά με το καρκίνο του μαστού, είναι πράγματι ο συχνότερος καρκίνος του γυναικείου πληθυσμού στις ανεπτυγμένες χώρες του δυτικού κόσμου. Πλήττει μία στις

⁸⁴ Στατιστικές Αιτιών Θανάτου. Στην ηλεκτρονική διεύθυνση:
http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Causes_of_death_statistics/el#.CE.95.CE.BA.CE.B4.CF.8C.CF.83.CE.B5.CE.B9.CF.82 (πρόσβαση στις 26/04/2013).

⁸⁵ Τούντα Γ., *Η Υγεία του Ελληνικού πληθυσμού*. Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας του Εργαστηρίου Υγιεινής και Επιδημιολογίας του Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα 2007, 23-32.

⁸⁶ Ο καρκίνος του μαστού ως αιτία θανάτου στις γυναίκες σημείωσε το χαμηλότερο ποσοστό (17,6 θάνατοι ανά 100 000 κατοίκους) στην Ισπανία το 2009, που ήταν περίπου το μισό του ποσοστού που καταγράφηκε στη Μάλτα (34,4 θάνατοι ανά 100 000 κατοίκους).

Στην ηλεκτρονική διεύθυνση:
http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Causes_of_death_statistics/ (πρόσβαση στις 26/04/2013).

⁸⁷ Ισχαιμική μυοκαρδιοπάθεια: Η υγιής καρδιά λειτουργεί ως αντλία η οποία μπορεί να εξωθήσει αίμα σε όλα τα μέρη του σώματος μέσα σε λίγα δευτερόλεπτα. Η ισχαιμική μυοκαρδιοπάθεια είναι ένας όρος που χρησιμοποιείται για τους ασθενείς των οποίων η καρδιά δεν μπορεί πλέον να αντλήσει αίμα σε ρυθμό ανάλογο με τις απαιτήσεις του οργανισμού λόγω μειωμένης παροχής αίματος στον καρδιακό μυ (ισχαιμία).

10 γυναίκες, ενώ στις ΗΠΑ μία στις οκτώ γυναίκες. Στην Ελλάδα, υπάρχουν σχεδόν 4.000 νέα κρούσματα κάθε χρόνο. Ο καρκίνος του μαστού, αποτελεί τη δεύτερη αιτία θανάτου από κακόηθες νεόπλασμα και την πρώτη αιτία θανάτου για τις γυναίκες μεταξύ 45 και 60 ετών. Είναι γνωστό, ότι η συχνότητα του καρκίνου του μαστού έχει αυξηθεί δραματικά τα τελευταία 20 χρόνια.⁸⁸

Σύμφωνα με μια μελέτη⁸⁹, οι διαφορές μεταξύ των φύλων όσον αφορά τις διατροφικές συνήθειες, που σχετίζονται με κοινωνικές και πολιτισμικές επιδράσεις, στον τρόπο που οι γυναίκες προετοιμάζουν και σερβίρουν το φαγητό στον εαυτό τους και στους άνδρες, μπορεί να είναι μέρος του λόγου, για τον οποίο υπάρχει διαφορά στα ποσοστά θανάτου μεταξύ ανδρών και γυναικών και ειδικότερα από καρδιακή νόσο.

Επομένως, βιολογικοί παράγοντες, γενετικοί, κοινωνικο-ψυχολογικοί παράγοντες, ατομικές συνήθειες, τρόπος ζωής (κάπνισμα, αλκοόλ) επαγγελματικός ανταγωνισμός και το άγχος που σχετίζεται με την εργασία, εκφυλιστικές παθήσεις (καρδιαγγειακά νοσήματα, κακοήγη νεοπλάσματα) και τα ατυχήματα είναι ορισμένα από τα αίτια που δρουν επιβαρυντικά και πλήττουν κυρίως το αντρικό φύλο και στα οποία αποδίδονται οι διαφορές στους δείκτες νοσηρότητας και θνησιμότητας μεταξύ των δύο φύλων. Να τονισθεί όμως, πως η υπεροχή θνησιμότητας των ανδρών διαπιστώνεται σε όλες τις κοινωνικο-οικονομικές τάξεις και σε όλες τις κατηγορίες πληθυσμού, είτε είναι αστικός, είτε αγροτικός.

Βέβαια όλα τα παραπάνω δεδομένα μεταβάλλονται σταδιακά, εφόσον οι γυναίκες όλο και περισσότερο επιλέγουν επαγγέλματα υψηλού κινδύνου ή επιδιώκουν να κάνουν καριέρα στο χώρο της εργασίας ή υιοθετούν «αντρική συμπεριφορά» στις συνήθειες ζωής (κάπνισμα, οινόπνευμα κλπ.).

Αν και όπως προκύπτει από τον υπολογισμό του προσδόκιμου επιβίωσης, οι γυναίκες ζουν περισσότερο από τους άνδρες, οι ίδιες έχουν περισσότερες πιθανότητες να ασθενήσουν. Στους άνδρες, εμφανίζονται περισσότερο θανατηφόρες ασθένειες όπως καρδιακές παθήσεις ή καρκίνος και στις γυναίκες παθήσεις όπως, αρθρίτιδα και οστεοπόρωση. Ακόμη, η σύνθεση του γυναικείου σώματος, ευθύνεται για διαφορετικά

⁸⁸ Καρκίνος του Μαστού. Στην ηλεκτρονική διεύθυνση: <http://www.iatropedia.gr/articles/read/3288> (πρόσβαση στις 27/04/2013).

⁸⁹ Lawlor D., Shah E., Davey S., «The difference between sex and gender». Στην ηλεκτρονική διεύθυνση: www.bmj.com/rapid-response/2011/10/28/difference-between-sex-and-gender, (πρόσβαση στις 29/04/2013).

ποσοστά αναπηρίας μεταξύ ανδρών και γυναικών. Επιπλέον, οι γυναίκες δεν έχουν μόνο υψηλότερα ποσοστά σωματικού λίπους από τους άνδρες, αλλά είναι και πιο επιρρεπείς στην παχυσαρκία, χάρη της οποίας μπορεί να εμφανιστούν διάφορες χρόνιες παθήσεις. Σύμφωνα με απόφαση της Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, η παχυσαρκία⁹⁰ έχει χαρακτηριστεί νόσος, και συνεπώς σαν τέτοια πρέπει να αντιμετωπίζεται. Είναι γνωστό, ότι οι γυναίκες είναι πιο «ευάλωτες» στο θέμα του βάρους από τους άνδρες.

Ένας ακόμη σημαντικός παράγοντας που σχετίζεται με την εμφάνιση ασθενειών στις γυναίκες, είναι ο αδρανής τρόπος ζωής. Αυτή η έλλειψη φυσικής δραστηριότητας, αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης ασθενειών.⁹¹

Οι γυναίκες, επισκέπτονται τον οικογενειακό τους γιατρό συχνότερα από τους άνδρες, κάνουν συχνά προληπτικούς ελέγχους, προσέχουν περισσότερο τους εαυτούς τους, συμβουλευονται ειδικούς εάν έχουν ανησυχίες και είναι πιθανότερο να εισαχθούν στο νοσοκομείο.⁹² Από μελέτες, διαπιστώθηκε ότι οι γυναίκες προτιμούν τις υπηρεσίες πρόληψης και τις ειδικές συμβουλευτικές υπηρεσίες, σε αντίθεση με τους άνδρες που προτιμούν τη νοσοκομειακή περίθαλψη και την υψηλή βιοϊατρική τεχνολογία.⁹³ Πράγματι, οι άνδρες επισκέπτονται πολύ λιγότερο το γιατρό, κάνουν σπανιότερα για παράδειγμα αναλύσεις αίματος ή και ανιχνευτικά τεστ για τον καρκίνο του προστάτη. Έχει βρεθεί σταθερά, ότι οι γυναίκες αναφέρουν περισσότερες ασθένειες από τους άνδρες. Είναι γεγονός, πως τα δύο φύλα αξιολογούν διαφορετικά την κατάσταση της υγείας τους (βλέπε πιο αναλυτικά Κεφάλαιο 3). Οι έρευνες για την υγεία και τον τρόπο ζωής, βρίσκουν ότι τα ποσοστά αυτό-αναφοράς ασθενειών είναι υψηλότερα στις γυναίκες.⁹⁴

Όπως φαίνεται, διαφορετικά συστατικά στοιχεία της ατομικής κοινωνικο-οικονομικής θέσης, επηρεάζουν με διαφορετικό τρόπο την υγεία ανδρών και γυναικών. Οι μεν πρώτοι, φαίνεται να επηρεάζονται κυρίως από την κατάσταση απασχόλησής

⁹⁰ Παχυσαρκία. Βλάχος Α., Χειρουργός. Στην ηλεκτρονική διεύθυνση: www.iatropedia.gr/index/section/6 (πρόσβαση στις 26/04/2013).

⁹¹ Doblhammer G., Hoffmann R., Muth E., Westpha C., and Kruse E., «A systematic literature review of studies analyzing the effects of sex, age, education, marital status, obesity, and smoking on health transitions», *Demographic Research*, 20 (2009) 38-58.

Στην ηλεκτρονική διεύθυνση: <http://www.demographic-research.org>, (πρόσβαση στις 26/04/2013).

⁹² Nettleton S., *Κοινωνιολογία της Υγείας και της Ασθένειας*, μτφρ. Βακάκη Α., Αθήνα (τυπωθήτω) 2002, 242-244.

⁹³ Κορνάρου Ε., Ρουμελιώτη Α., (επιμ.), *Γυναίκα και Υγεία*, Αθήνα (Παπαζήση) 2008, 123.

⁹⁴ Nettleton S., ο.π.π. 244.

τους, ενώ οι τελευταίες, από δημογραφικούς κυρίως παράγοντες, όπως είναι η οικογενειακή κατάσταση. Τα αποτελέσματα αυτά επιβεβαίωσε η εργασία των Grundy και Holt,⁹⁵ όπου σε μια διερεύνηση των προσδιοριστικών παραγόντων των ανισοτήτων στη φυσική υγεία σε ένα δείγμα ατόμων 55-69 ετών, διαπιστώθηκε πως για τους άνδρες τα επαγγελματικά χαρακτηριστικά και η περιοχή κατοικίας (π.χ. αν είναι μια ευημερούσα περιοχή ή όχι) παίζουν ένα καθοριστικό ρόλο στην εμφάνιση προβλημάτων υγείας. Αντίθετα για τις γυναίκες, εμφανίζεται να είναι ισχυρότερη η επίδραση βιολογικών παραγόντων καθώς και παραγόντων που σχετίζονται με την οικογένεια.

Γενικότερα προκύπτει ότι οι γυναίκες έχουν μια γόνιμη και θετική στάση απέναντι στην υγεία και τη φροντίδα υγείας, ενώ οι άνδρες είναι από ουδέτεροι έως και αρνητικοί.⁹⁶ Όταν χρειαστεί να ασχοληθούν με την υγεία τους, ιατροκοπούν ευκολότερα κάποια προβλήματα, όταν τελικά αποφασίσουν να επισκεφτούν το γιατρό, έχουν την τάση να ελαχιστοποιούν τα συμπτώματά τους και να εκλαμβάνουν επιφανειακά τις ανησυχίες των γιατρών για το πρόβλημά τους και καμιά φορά τυχαίνει να περιφρονούν την ιατρική συμβουλή, ενώ οι γυναίκες αντιλαμβάνονται σε ορισμένα προβλήματα υγείας τη διάσταση της κοινωνικής υποστήριξης και κοινωνικής φροντίδας, αλλά ενδεχομένως είναι και πιο ευαίσθητες πάνω σε αυτά.

2.2.2 Ηλικία

Τον περασμένο αιώνα, οι μεταβολές που συντελέστηκαν στον τομέα της υγείας και της μακροβιότητας, υπήρξαν εντυπωσιακές. Στις αρχές του 21ου αιώνα, η κοινωνία χαρακτηρίζεται από ταχεία ανάπτυξη της τεχνολογίας και της γνώσης. Αντίστοιχα, οι σχετικοί με την ηλικία κανόνες και ορισμοί έχουν αλλάξει σημαντικά.

Ο Πυθαγόρας ξεχώριζε τη ζωή, σε τέσσερις περιόδους, διάρκειας 20 χρόνων η κάθε μία, αντίστοιχες με τις εποχές: η παιδική ηλικία ή άνοιξη από 0- 20 ετών, η εφηβεία ή καλοκαίρι από 20- 40 ετών, η νεότητα ή φθινόπωρο από 40- 60 ετών και τα γηρατειά ή

⁹⁵ Grundy E., and Holt G., «The socioeconomic status of older adults: How should we measure it in studies of health inequalities?», *Journal of Epidemiology & Community Health* 55 (2000) 895-904.

⁹⁶ Κορνάρου Ε., Ρουμελιώτη Α., ο.π.π., 123.

χειμώνας από 60- 80 ετών, ενώ ο Αριστοτέλης εντοπίζει τη φυσική ωριμότητα στα 35 και την πνευματική στα 49.⁹⁷ Ο Laslett,⁹⁸ ορίζει τέσσερα στάδια ζωής: η πρώτη ηλικία είναι περίοδος εξάρτησης, κοινωνικοποίησης, ανωριμότητας και εκπαίδευσης. Η δεύτερη ηλικία είναι περίοδος ανεξαρτησίας, ωριμότητας, ευθύνης και κερδών. Η τρίτη ηλικία είναι περίοδος προσωπικών επιτευγμάτων και εκπλήρωσης. Η τέταρτη ηλικία είναι περίοδος εξάρτησης, εξασθένησης και θανάτου.

Είναι ευρέως γνωστό, ότι η εμφάνιση ασθενειών και η θνησιμότητα, εξαρτώνται από την ηλικία. Ευρήματα από μελέτες δείχνουν ότι, πολλές διαστάσεις της υγείας και των συμπεριφορών του ατόμου που σχετίζονται με την υγεία, χειροτερεύουν όσο αυξάνεται η ηλικία.⁹⁹ Είναι φυσικό, τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, να έχουν περισσότερες πιθανότητες να νοσήσουν από κάποια χρόνια ή θανατηφόρα ασθένεια. Παρομοίως, ο κίνδυνος θνησιμότητας μεγαλώνει όσο αυξάνεται και η ηλικία.¹⁰⁰

Ο άνθρωπος με την πάροδο του χρόνου, υφίσταται μια φυσιολογική φθορά στα όργανα που αποτελούν τον οργανισμό του, που αφορά τη σύσταση, τη μορφολογία των κυττάρων, ιστών. Οι φυσιολογικές μεταβολές πρέπει να διαχωρίζονται από τις νοσηρές καταστάσεις. Ωστόσο, οι πιθανότητες να προσβληθεί από κάποια ασθένεια ή ασθένειες ο ηλικιωμένος, είναι πολύ μεγαλύτερες από ότι στο νέο. Τα συμπτώματα του γήρατος, προκαλούνται από την απώλεια ή την υπολειτουργικότητα των κυττάρων κάθε οργάνου του σώματος. Καθώς εξαφανίζονται τα κύτταρα, οι ιστοί και οι μύες γίνονται λεπτότεροι, η δύναμη και η αντοχή λιγοστεύουν και ελαττώνεται η ικανότητα για εργασία.¹⁰¹ Από την άλλη, η μεγαλύτερη εκφύλιση που συμβαίνει στην τρίτη ηλικία, έχει να κάνει περισσότερο με τις επιδράσεις διαφόρων χρόνιων ασθενειών, που εξασθενούν το άτομο, παρά με την ίδια την τρίτη ηλικία.

Το γήρας, είναι μία έννοια χρονολογική, με έναρξη συμβατικά καθορισμένη και διαφορετική στις διάφορες εποχές.

⁹⁷ Καζαλόττι Ε., «Γηράσκω (αν) αξιοπρεπώς» Ελευθεροτυπία, 27 Μαΐου 1997» στο Πουλοπούλου-Έμκε Ή., *Έλληνες Ηλικιωμένοι Πολίτες, Παρελθόν Παρόν & Μέλλον*, Αθήνα (Έλλην) 1999, 32-33.

⁹⁸ Laslett P., «A Fresh map of life: The emergence of the third age», *Weidenfield and Nicolson* (1988) 199-201.

⁹⁹ Οικονόμου Α., ο.π.π., 76.

¹⁰⁰ Doblhammer et al, ο.π.π., 48-49.

¹⁰¹ Πουλοπούλου – Έμκε Ή., *Έλληνες Ηλικιωμένοι Πολίτες, Παρελθόν Παρόν & Μέλλον*, Αθήνα (Έλλην) 1999, 239-241.

Στην «Παγκόσμια Συνέλευση του Γήρατος», η οποία συνήλθε στην Βιέννη το 1982, κατόπιν αποφάσεως της Γενικής Συνέλευσης του Ο.Η.Ε., αποφασίστηκε ως όριο για την καταγραφή των ατόμων που ανήκουν στην τρίτη ηλικία, η ηλικία των 60 ετών και άνω (Ελληνική Εθνική Επιτροπή για την Παγκόσμια Συνέλευση Γήρατος, 1982).¹⁰² Αντίθετα, διάφοροι επιστήμονες θέτουν ως αντίστοιχο όριο, την ηλικία των 65 ετών και άνω, ενώ άλλοι προτιμούν το διαχωρισμό του συνόλου των υπερηλίκων σε υποσύνολα ηλικιών, εξαιτίας της διαφορετικότητας των προβλημάτων που προκύπτουν ανάλογα με την εξέλιξη της ηλικίας.¹⁰³ Η τέταρτη ηλικία, περιλαμβάνει συνήθως άτομα ηλικιωμένα, άνω των 80 ετών, που σε αρκετές περιπτώσεις δεν είναι σε θέση να αυτοεξυπηρετούνται.

Σήμερα, έχει επικρατήσει διεθνώς η ηλικία των 65 ετών, ως έναρξη των γηρατειών, η οποία ταυτίζεται με την ηλικία της συνταξιοδότησης και ως το όριο πάνω από το οποίο ένας ασθενής θεωρείται και αντιμετωπίζεται ως γηριατρικός.

Όλοι γνωρίζουμε ανθρώπους που είναι «μεγαλύτεροι από την ηλικία τους», ενώ άλλοι είναι «εξαιρετικά καλά για την ηλικία τους», γεγονός που αντικατοπτρίζει διαφορετικά ποσοστά της βιολογικής γήρανσης, η οποία επηρεάζει την εμφάνιση ενός ατόμου, τη φυσική του κατάσταση, τις επιδόσεις και την αντοχή.¹⁰⁴

Η ενασχόληση με γηραιότερους ασθενείς, είναι γενικά πιο δύσκολη από ότι με νεότερους ασθενείς. Οι τελευταίοι έχουν συνήθως μονο-οργανικές νόσους και βρίσκονται κατά τα άλλα, σε καλή φυσική κατάσταση. Σε αντίθεση, οι αδύναμοι ηλικιωμένοι ασθενείς, έχουν πολλαπλά προβλήματα που οφείλονται στις συνδυασμένες επιπτώσεις της γήρανσης και τις παθολογικές διεργασίες της νόσου.

Ένα άλλο χαρακτηριστικό των «ευπαθών ηλικιωμένων ασθενών», είναι η εντυπωσιακή διαφορά στον τρόπο με τον οποίο συχνά εκδηλώνονται οξείες ασθένειες σε σύγκριση με τους νέους ασθενείς. Για παράδειγμα, σε νέους ασθενείς, καταστάσεις όπως το έμφραγμα του μυοκαρδίου, η πνευμονία, η περιτονίτιδα και ο υπερθυρεοειδισμός, φυσιολογικά εκδηλώνονται με συγκεκριμένα κλασσικά σημεία και συμπτώματα, όμως σε πολλούς ηλικιωμένους ασθενείς, τα χαρακτηριστικά αυτά είναι

¹⁰² Δαρδαβέσης Θ., Χουσιάδας Λ.Β., Ευκλείδη Α., Νούσκας Ι., Χατζηχρήστου Δ.Γ., Τσολάκη Κ.Μ., Μπένος Α., *Θέματα γηροψυχολογίας και γεροντολογίας*, Αθήνα (Ελληνικά Γράμματα) 1999, 15.

¹⁰³ Δρ. Δαρδαβέσης Θ., Ιατρός Υγειονόλογος-Βιοπαθολόγος. Εισαγωγικά Στοιχεία Γηριατρικής και Γεροντολογίας. 31- 41. Στην ηλεκτρονική διεύθυνση: http://books.eudoxus.gr/publishers/ID_0273/EG-0015-ABS.pdf (πρόσβαση στις 27/04/2013).

¹⁰⁴ *The Cyprus Health Journal. A General Medical Journal*. Τεύχος 10. Μάιος – Ιούνιος 2012, 44-48.

σε μεγάλο βαθμό απόντα. Τυπικά, οι ευπαθείς ηλικιωμένοι ασθενείς, παρουσιάζονται με συμπτώματα που υποδηλώνουν ότι είναι άρρωστοι, αλλά είναι μη ειδικά και παραπλανητικά ως προς τη φύση και τη θέση της υποκειμενικής νόσου. Ανεξαρτήτως της υποκειμενικής πάθησης, οι ηλικιωμένοι ασθενείς παρουσιάζουν προβλήματα σε βασικές σωματικές λειτουργίες και απώλεια της συνήθους ανεξαρτησίας του, όπως για παράδειγμα, αστάθεια, πτώσεις, ακινησία, ακράτεια, διανοητική σύγχυση.¹⁰⁵

Με την είσοδο στην τρίτη ηλικία αρχίζουν να σημειώνονται σταδιακά τα πρώτα σημάδια της κάμψης, ο οργανισμός παρουσιάζει αδυναμία αντίστασης στις διάφορες ασθένειες. Οι ικανότητες του ανθρώπου δεν είναι οι ίδιες όπως στις προηγούμενες ηλικίες, ενώ οι μικρές ενοχλήσεις της υγείας, γίνονται καθημερινός σύντροφος. Ο ψυχολογικός αντίκτυπος των βιοσωματικών μεταβολών είναι τέτοιος, ώστε η βαθμιαία χειροτέρευση της υγείας να ακολουθείται από βαθμιαία ψυχολογική αποδιοργάνωση του ατόμου.

Οι ηλικιωμένοι και οι υπερήλικες αντιμετωπίζουν κατά βάση παθήσεις ανάλογες με αυτές των ατόμων της μέσης ηλικίας. Η διαφορά έγκειται στο γεγονός ότι οι λειτουργικές τους δραστηριότητες παρουσιάζουν μειώσεις και μεταβολές, ότι υποφέρουν ταυτόχρονα από πολλά προβλήματα υγείας και ότι έχουν ανάγκη μακρύτερης διάρκειας χρόνου νοσηλείας.¹⁰⁶

Με λίγα λόγια, στη μέση ηλικία, αρχίζουν να αναφέρονται τα προβλήματα που προέρχονται από την καθιστική ζωή, την έλλειψη άσκησης, το συνεχές ψυχολογικό στρες, το επαγγελματικό περιβάλλον, καθώς και από τους κληρονομικούς παράγοντες.¹⁰⁷

Το Alzheimer¹⁰⁸ αποτελεί μια σημαντική νόσο της σύγχρονης κοινωνίας. Με τη γήρανση του πληθυσμού η συχνότητα της νόσου Alzheimer αυξάνεται ραγδαία. Με βάση τη βιβλιογραφία, είναι μια χρόνια νευροεκφυλιστική ασθένεια του κεντρικού νευρικού συστήματος, που χαρακτηρίζεται στην ήπια μορφή της από σταδιακή απώλεια της μνήμης και περιορισμό των υπόλοιπων νοητικών λειτουργιών του εγκεφάλου. Είναι μια νόσος της «τρίτης ηλικίας», παρόλο που σποραδικά συναντώνται περιστατικά και

¹⁰⁵ Ο.π.π., 50-53.

¹⁰⁶ Ο.π.π.

¹⁰⁷ Υφαντόπουλος Ν., *Τα οικονομικά της υγείας. Θεωρία και Πολιτική*, (τυπωθήτω) Αθήνα 2006, 126-129.

¹⁰⁸ Ελληνική Εταιρεία Νόσου Alzheimer και Συγγενών Διαταραχών. Στην ηλεκτρονική διεύθυνση: <http://www.alzheimer-hellas.gr/> (πρόσβαση στις 27/04/2013).

σε μικρότερες των 65 ετών ηλικίες. Όσο η νόσος εξελίσσεται, επηρεάζονται σταδιακά και οι δραστηριότητες της καθημερινής ζωής, δηλαδή οι κοινωνικές σχέσεις, η διαχείριση των οικονομικών, η φροντίδα του εαυτού, η οδήγηση και πολλά άλλα. Οι εκτιμήσεις ποικίλουν, αλλά οι ειδικοί υποστηρίζουν ότι περίπου 5.1 εκατομμύρια Αμερικανοί μπορεί να έχουν τη νόσο αυτή.¹⁰⁹ Στην Ελλάδα, η συχνότητα της Νόσου Alzheimer είναι άγνωστη, λόγω απουσίας σχετικών μελετών. Ανάγοντας στον ελληνικό πληθυσμό δεδομένα άλλων χωρών, σήμερα στην Ελλάδα πρέπει να υπάρχουν 150.000-200.000 ασθενείς με τη νόσο αυτή.¹¹⁰

Για τα άτομα που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 65+, ο καρκίνος ήταν η πρώτη αιτία θανάτου και στη συνέχεια, οι παθήσεις του κυκλοφορικού συστήματος, οι εξωτερικές αιτίες θνησιμότητας και νοσηρότητας και οι παθήσεις του πεπτικού συστήματος.¹¹¹

Βέβαια, η μεγάλη ηλικία δεν δημιουργεί πάντοτε προβλήματα. Πολλά άτομα μεγάλης ηλικίας δεν παρουσιάζουν προβλήματα υγείας, αν και αυτό μπορεί να αποδοθεί είτε στην μη υποβολή τους σε ιατρικές εξετάσεις ή ενδεχομένως και από φόβο μην τυχόν και έχουν κάποια ασθένεια, ενώ άτομα πολύ νεότερα μπορεί να εμφανίζουν φυσιολογικά και ψυχολογικά προβλήματα, τα οποία γνωρίζουν ενδεχομένως επειδή επισκέφθηκαν ένα γιατρό, μετά από παρότρυνση της οικογένειας τους.

Ολοκληρώνοντας, εάν μπορούμε να διασφαλίσουμε ότι οι άνθρωποι ζουν πιο υγιής καθώς ζουν περισσότερο, οι ευκαιρίες θα είναι μεγαλύτερες και το κόστος για την κοινωνία λιγότερο. Αυτή η μεγάλη δημογραφική πρόκληση του πρώτου μισού του 21ου αιώνα απαιτεί επομένως, την ανταπόκριση από τον τομέα της δημόσιας υγείας. Η προώθηση της καλής υγείας σε μεγαλύτερη ηλικία, είναι κεντρικής σημασίας, ως απάντηση της παγκόσμιας κοινότητας στην γήρανση του πληθυσμού. Η κακή υγεία, τα αρνητικά στερεότυπα και τα εμπόδια στη συμμετοχή των ηλικιωμένων επί του παρόντος, όλα περιθωριοποιούν τους ηλικιωμένους, υπονομεύουν τη συμβολή τους στην κοινωνία και αυξάνουν το κόστος της γήρανσης του πληθυσμού. Η επένδυση στην

¹⁰⁹ Alzheimer's Disease Fact Sheet. National Institutes Of Health. National Institute on Aging. Στην ηλεκτρονική διεύθυνση: <http://www.nia.nih.gov/alzheimers> (πρόσβαση στις 27/04/2013).

¹¹⁰ Εταιρεία Νόσου Alzheimer και Συναφών Διαταραχών Αθηνών. Στην ηλεκτρονική διεύθυνση: <http://www.alzheimerathens.gr/> (πρόσβαση στις 7/06/2013).

¹¹¹ Στατιστικές Αιτιών Θανάτου. Στην ηλεκτρονική διεύθυνση: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Causes_of_death_statistics/el#.CE.95.CE.BA.CE.B4.CF.8C.CF.83.CE.B5.CE.B9.CF.82 (πρόσβαση στις 27/04/2013).

υγεία μειώνει το κόστος της ιατρικής περίθαλψης, βοηθά στην πρόληψη της απομόνωσης και έχει ευρύτερα οφέλη για την κοινωνία, διατηρώντας τη ανεξαρτησία και την παραγωγικότητα των ηλικιωμένων. Η κακή κατάσταση της υγείας σε μεγαλύτερη ηλικία δεν είναι απλώς ένα βάρος για το άτομο, αλλά και για τις οικογένειες τους και για την κοινωνία στο σύνολό της.¹¹²

Ας μην ξεχνάμε ακόμη, ότι η προώθηση της καλής υγείας και των υγιών συμπεριφορών σε όλες τις ηλικίες, μπορεί να αποτρέψει ή να καθυστερήσει την εξέλιξη της χρόνιας νόσου, ενώ η ελαχιστοποίηση των επιπτώσεων της χρόνιας νόσου μπορεί να γίνει μέσω της έγκαιρης «ανίχνευσης» και μιας ποιοτικής περίθαλψης.

2.2.3 Οικογενειακή κατάσταση

Αναμφίβολα, η κατάσταση υγείας ενός ατόμου εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό, από την οικογενειακή του κατάσταση, πέρα από το εισόδημα, το επίπεδο εκπαίδευσης και πολλούς άλλους παράγοντες. Έχει αναγνωριστεί από πολλούς ερευνητές, ότι τα άγαμα άτομα, γενικότερα δηλώνουν χειρότερη κατάσταση υγείας και έχουν υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας, σε αντίθεση με τα έγγαμα άτομα.¹¹³

Η πιο πάνω διαπίστωση, επιβεβαιώνεται και μέσα από μια βιβλιογραφική έρευνα¹¹⁴ που έγινε σε 7.778 άρθρα συνολικά από την Doblhammer και άλλους το 2009 και διαπιστώθηκε ότι τα έγγαμα άτομα τείνουν να ζουν περισσότερα χρόνια από τους ανύπαντρους και έχουν λιγότερες πιθανότητες να εμφανίσουν κάποια ασθένεια. Αυτό που υποστηρίζεται, είναι ότι ο θεσμός του γάμου λειτουργεί προστατευτικά για τους ανθρώπους, αφού υπάρχει καλύτερη οικονομική κατάσταση, μεγαλύτερη κοινωνική υποστήριξη, δίκτυα φίλων, κ.α. Η ύπαρξη κοινωνικών δεσμών και δικτύων που συνήθως προκύπτουν από το γάμο μπορεί να διευκολύνουν την πρόσβαση σε ιατρικές υπηρεσίες και λειτουργούν έτσι ώστε να ενθαρρύνουν στην υιοθέτηση ενός υγιεινού

¹¹² World Health Organization. *Good Health Adds Life to Years: Global Brief For World Health Day*. 2012, 3-7.

¹¹³ Robards J., Evandrou M., Falkingham J., Vlachantoni A., «Marital status, health and mortality», 73(4) (2012) 295-9. Στην ηλεκτρονική διεύθυνση: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23007006>, (πρόσβαση στις 30/04/2013).

¹¹⁴ Doblhammer et al, ο.π.π., 50-51.

τρόπου διαβίωσης. Επιπλέον τα ευρήματα έδειξαν ότι οι χήροι/ες και οι διαζευγμένοι/ες, αντιμετώπιζαν περισσότερα προβλήματα με την υγεία τους, σε σχέση με αυτούς που δεν είχαν παντρευτεί ποτέ.

Παρόμοια αποτελέσματα διαπιστώθηκαν από έρευνα που έγινε με ερωτηματολόγια μέσω ταχυδρομείου από τον Lindstrom το 2004 στη Σουηδία σε συνολικά 25.757 τυχαία επιλεγμένα άτομα ηλικίας 18 έως 80 ετών. Από τη συγκεκριμένη έρευνα προέκυψε ότι αυτοί που δεν παντρεύτηκαν ποτέ και αυτοί που χώρισαν δηλώνουν χειρότερη υποκειμενική υγεία απ' ότι οι παντρεμένοι. Το διαζύγιο φαίνεται να έχει μεγαλύτερες επιπτώσεις στην υγεία από τη χηρεία καθώς οι διαζευγμένοι αντιμετωπίζουν σοβαρότερα οικονομικά προβλήματα, διαταραχές ψυχικές φύσεως καθώς επίσης τείνουν να υιοθετούν συμπεριφορές που είναι επιζήμιες για την υγεία τους.¹¹⁵

Ακόμη, ένα μεγάλο κομμάτι της βιβλιογραφίας¹¹⁶ αναφέρει ότι, ο γάμος προάγει την υγεία και αυξάνει τη μακροζωία. Πολλοί είναι αυτοί που υποστηρίζουν, πως η διάρκεια ζωής των ανδρών που είναι παντρεμένοι, είναι σημαντικά πιο αυξημένη σε σύγκριση με άνδρες που είναι ανύπαντροι. Φαίνεται σε αρκετές περιπτώσεις, ότι ο γάμος μπορεί ενδεχομένως να μειώνει το άγχος και τις ασθένειες που προκαλούνται από αυτό και ίσως να οφείλεται στο ότι εκείνοι που είναι παντρεμένοι, μπορεί να έχουν καλύτερη υποστήριξη και κοινωνική ενσωμάτωση. Ωστόσο, η ύπαρξη του ή της συζύγου, αποτελεί ένα σημαντικό στήριγμα κατά τη διάρκεια των ασθενειών.¹¹⁷

Το 1858, ένας Βρετανός επιδημιολόγος, ο William Farr μελέτησε την σχέση μεταξύ οικογενειακής κατάστασης και υγείας στην Γαλλία.¹¹⁸ Χώρισε τον πληθυσμό σε τρεις ομάδες, τους παντρεμένους, τους ανύπαντρους και τους χήρους/ες. Χρησιμοποιώντας ληξιαρχικά δεδομένα ανέλυσε τα ποσοστά θνησιμότητας για τις τρεις ομάδες σε

¹¹⁵ Lindstrom M., «Marital status, social capital, material conditions and self-rated health: A population based study», *Health Policy* 93 (2009) 172–179.

Στην ηλεκτρονική διεύθυνση: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19692141 (πρόσβαση στις 4/06/2013).

¹¹⁶ Wilson SE., «Marriage, gender and obesity in later life». 10 (2012) 431-453. Στην ηλεκτρονική διεύθυνση: <http://europepmc.org/abstract/MED/22795874>, (πρόσβαση στις 29/04/2013).

¹¹⁷ Gardner J., Oswald A., «Is it Money or Marriage that Keeps People Alive?» University of Warwick. (2002) 1-7. Στην ηλεκτρονική διεύθυνση: <http://ideas.repec.org/p/ecj/ac2003/161.html> (πρόσβαση στις 29/04/2013).

¹¹⁸ Tara Parker Pope., «Is Marriage good for your Health?» Βασισμένο στο άρθρο του περιοδικού *New York Times*, (April 2010). Στην ηλεκτρονική διεύθυνση: http://www.nytimes.com/2010/04/18/magazine/18marriaget.html?_r=2&ref=taraparkerpope& (πρόσβαση στις 24/04/2013).

διάφορες ηλικίες. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι ανύπαντροι, είχαν μεγαλύτερα ποσοστά θνησιμότητας από τους παντρεμένους και οι χήροι βρίσκονταν στην χειρότερη μοίρα. Ο Farr, ήταν από τους πρώτους που υποστήριξαν, ότι ο γάμος επηρεάζει θετικά την υγεία μας .

Η σχέση της θνησιμότητας και της νοσηρότητας με την οικογενειακή κατάσταση, μπορεί να εξηγηθεί με τρεις τουλάχιστον τρόπους: Πρώτον, οι ασθενείς και οι φιλάσθενοι παραμένουν άγαμοι ή χωρίζουν πιο συχνά παρά οι υγιείς. Δεύτερον, τα άτομα που διαθέτουν ανεξάρτητο χαρακτήρα και ριψοκίνδυνη προσωπικότητα εκτίθενται συχνότερα σε νοσογόνους παράγοντες, όπως κάπνισμα, επικίνδυνα επαγγέλματα, γρήγορη και απρόσεκτη οδήγηση, ενώ παράλληλα αποφεύγουν ή διακόπτουν το γάμο με αυξημένη συχνότητα, και τρίτον η έγγαμη ζωή παρέχει κάποια προστασία απέναντι σε ορισμένους νοσογόνους παράγοντες ή, αντίθετα, η ζωή των αγάμων τους εκθέτει σε επιπρόσθετους κινδύνους.¹¹⁹

Μερικά νοσήματα παρουσιάζουν διακυμάνσεις ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση. Από τα δεδομένα που υπάρχουν φαίνεται ότι, τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες, οι χωρισμένοι έχουν τη μεγαλύτερη θνησιμότητα, και ακολουθούν οι χήροι, οι άγαμοι, ενώ η θνησιμότητα των έγγαμων είναι σημαντικά μικρότερη. Η πλεονεκτική θέση των έγγαμων συγκριτικά προς τους άγαμους, αφορά τα περισσότερα νοσήματα, με χαρακτηριστικές εξαιρέσεις στις γυναίκες τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και το σακχαρώδη διαβήτη.¹²⁰

Εντούτοις, υπάρχει και η άλλη πλευρά του νομίσματος. «Παρόλο, που έχει αποδειχθεί από πολλές έρευνες ότι οι παντρεμένοι είναι πιο υγιείς από τους ανύπαντρους, ωστόσο αυτό χάσμα μειώνεται συνεχώς τις τελευταίες δεκαετίες». Ο διαφορετικός τρόπος που οι άνθρωποι βλέπουν τον γάμο σε σχέση με τριάντα χρόνια πριν, καθώς όλο και περισσότεροι επιλέγουν να μην παντρευτούν ή να παντρευτούν σε μεγαλύτερη ηλικία, άλλαξε και τη θέση των ανύπαντρων στην κοινωνία με ευεργετικά αποτελέσματα για την υγεία τους. Σε αντίθεση με τρεις δεκαετίες πριν, οι ανύπαντροι έχουν περισσότερους κοινωνικούς δεσμούς και ένας σύζυγος δεν είναι πλέον τόσο

¹¹⁹ Τριχόπουλος Δ., *Γενική & Κλινική Επιδημιολογία: Εγχειρίδιο επιδημιολογίας και αρχών κλινικής έρευνας*, Αθήνα (Παρισιάνου Α.Ε.) 2002, 90-92.

¹²⁰ Φακάρου Λ., *Κατάσταση υγείας του πληθυσμού στην Ελλάδα, με έμφαση στη διάσταση της υπηκοότητας (Γηγενής και Άλλοι)*. Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία, Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών. Τμήμα Κοινωνικής Πολιτικής, Αθήνα 2012, 17-18.

απαραίτητος για τη διεύρυνση του κοινωνικού κύκλου. Επίσης, οι ανύπαντροι άντρες/γυναίκες, δεν περιθωριοποιούνται όπως παλιότερα από την υπόλοιπη κοινωνία.¹²¹

2.2.4 Επίπεδο εκπαίδευσης

Η εκπαίδευση αποτελεί επίσης, κοινωνικό θεσμό που επιδρά στην υγεία. Συμβάλλει στην επίτευξη μεγαλύτερης κοινωνικής ισότητας και δικαιοσύνης, καθώς και στην προσωπική ολοκλήρωση του ατόμου. Ενισχύει ακόμα, την κοινωνική υπευθυνότητα, διαμορφώνει και μεταδίδει την πολιτισμική ταυτότητα. Η σχέση μεταξύ επιπέδου εκπαίδευσης και υγείας, έχει αποτελέσει αντικείμενο εκτεταμένης μελέτης, τόσο σε θεωρητικό όσο και σε εμπειρικό επίπεδο. Δεδομένου ότι η εκπαίδευση τυπικά ολοκληρώνεται στη νεαρή ηλικία, έχει το μειονέκτημα ότι δεν συλλαμβάνει ούτε την επαγγελματική εξειδίκευση (on-the-job training), ούτε τις υπόλοιπες επενδύσεις σε εκπαίδευση που γίνονται κατά την ενηλικίωση για επαγγελματικούς κυρίως λόγους, αλλά ούτε και τις μεταβολές στην ατομική οικονομική κατάσταση μετά τα πρώτα στάδια της ενηλικίωσης τα οποία έχουν αποδειχθεί να έχουν σοβαρές επιπτώσεις για την υγεία του ατόμου.¹²²

Το επίπεδο εκπαίδευσης σχετίζεται με την υγεία για πολλούς λόγους: **(α)** τα άτομα υψηλού επιπέδου εκπαίδευσης συνήθως υιοθετούν έναν περισσότερο υγιεινό τρόπο ζωής συγκριτικά με τα υπόλοιπα, φαίνεται να είναι περισσότερο ευαισθητοποιημένα σε θέματα υγείας και να προσέχουν περισσότερο τις επιλογές που κάνουν,¹²³ **(β)** η επένδυση σε ανθρώπινο κεφάλαιο καθορίζει σε μεγάλο βαθμό και τις αποδόσεις αυτής της επένδυσης, όπως αυτές αντανακλώνται στο επίπεδο μισθού που το άτομο λαμβάνει αλλά και ως ένα βαθμό, το είδος και τα χαρακτηριστικά της εργασίας που αυτό ασκεί¹²⁴

¹²¹ Ανύπαντροι αλλά υγιείς!! Βλέπε στην ηλεκτρονική διεύθυνση:

<http://ygeia.tanea.gr/default.asp?pid=8&ct=2&articleID=4361&la=1> (πρόσβαση στις 29/04/2013).

¹²² McDonough P., Duncan G.J., Williams D., House J., «Income dynamics and adult mortality in the United States, 1972 through 1989», *American Journal of Public Health*, 87 (1997) 1476-1483.

¹²³ Duncan G. J., Daly M. C., McDonough P., Williams D.R., «Optimal Indicators of Socioeconomic Status for Health Research», *American Journal of Public Health*, 92(7) (2002) 1151-1157.

¹²⁴ Becker S. Gary., ο.π.π., 9-49.

και (γ) τα άτομα με υψηλό εκπαιδευτικό επίπεδο έχουν καλύτερη αυτοκυριαρχία και αυτοδιαχείριση των ασθενειών, δηλαδή αντιμετωπίζουν πιο αποτελεσματικά τα προβλήματα υγείας σε σύγκριση με άτομα χαμηλού μορφωτικού επιπέδου.¹²⁵

Η εκπαίδευση, από την στιγμή που επιδρά στη βελτίωση της κοινωνικοοικονομικής κατάστασης, είναι φυσικό να επηρεάζει και το επίπεδο της υγείας. Όμως, εκτός από την έμμεση αυτή επίδραση, η εκπαίδευση επιδρά στην υγεία και άμεσα. Μελέτη σε εργαζόμενους ενήλικες στις ΗΠΑ, την περίοδο 1989-1990, διαπίστωσε ότι όσοι είχαν περισσότερα από 16 χρόνια εκπαίδευσης παρουσίαζαν τους χαμηλότερους δείκτες θνησιμότητας, ενώ αυτοί που είχαν 9-11 χρόνια εκπαίδευσης, είχαν τους υψηλότερους δείκτες θνησιμότητας.¹²⁶

Οι Von Dem Knesebeck και άλλοι¹²⁷, διερεύνησαν τη σχέση μεταξύ επιπέδου εκπαίδευσης και υγείας σε 21 Ευρωπαϊκές χώρες και το Ισραήλ για το έτος 2003. Η έρευνα τους απέδειξε ότι τα άτομα χαμηλού μορφωτικού επιπέδου, εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο εκδήλωσης προβλημάτων υγείας και κινητικών περιορισμών για όλες τις υπό εξέταση χώρες.

Παρόμοια αποτελέσματα προέκυψαν και από τη βιβλιογραφική έρευνα της Doblhammer και άλλων το 2009. Από τη συγκεκριμένη έρευνα διαπιστώθηκε ότι, το επίπεδο εκπαίδευσης, επηρεάζει τη συμπεριφορά υγείας, δηλαδή τα άτομα με υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης έχουν πιο εύκολη πρόσβαση σε πληροφορίες σχετικά με τους κινδύνους για την υγεία και έτσι υιοθετούν μια θετικότερη στάση σε θέματα υγείας. Είναι γενικά αποδεκτό ότι τα άτομα με χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης, τείνουν να έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν κάποιο πρόβλημα υγείας και επιπλέον τα άτομα αυτά αντιμετωπίζουν υψηλότερο κίνδυνο θνησιμότητας. Ακόμη, βρέθηκε ότι τα άτομα με υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης καπνίζουν λιγότερα τσιγάρα και γυμνάζονται περισσότερο απ' ό,τι τα άτομα με χαμηλότερα επίπεδα εκπαίδευσης. Τα αυξημένα επίπεδα της εκπαίδευσης συσχετίστηκαν επίσης με υψηλότερη επίπεδα αυτο-ελέγχου, αποτελεσματικότητας και ευτυχίας.¹²⁸

¹²⁵ Buckley N.J., Denton F.T., Robb A.L., Spencer B.G., «The transition from good to poor health: an econometric study of the older population», *Journal of Health Economics*, 23(5) (2004) 1013-1034.

¹²⁶ Τούντα Γ., (2003) Εκπαίδευση και Υγεία. Στην ηλεκτρονική διεύθυνση: <http://www.neaygeia.gr/> (πρόσβαση στις 3/05/2013).

¹²⁷ Von Dem Knesebeck O., Verde P., Dragano N., «Education and health in 22 European countries», *Social Science and Medicine*, 63 (2006) 1344-1351.

¹²⁸ Doblhammer et al., ο.π.π., 49-50.

Στο σημείο αυτό, πρέπει να τονισθεί ότι, η εκπαίδευση παρέχει γνώσεις και δεξιότητες στα ζητήματα υγείας. Η σωστή διατροφή, η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση, η ορθολογική χρήση των ιατρικών υπηρεσιών και πολλά άλλα, αποτελούν σημαντικά εφόδια υγείας, που παρέχονται τόσο από τις άτυπες μορφές εκπαίδευσης στο πλαίσιο της οικογένειας, όσο και από τη θεσμοθετημένη πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια εκπαίδευση.

Το επίπεδο εκπαίδευσης, εκτός από τη θετική του επίδραση στην αύξηση του εισοδήματος, αυξάνει και το πλαίσιο του προϋπολογισμού των ατόμων για κατανάλωση υπηρεσιών υγείας μιας και το άτομο μαθαίνει και γνωρίζει καλύτερα τη σπουδαιότητα της έγκαιρης διάγνωσης διαφόρων παθήσεων, αποκτά γνώσεις σε σχέση με τη διαταραχή της υγείας του και τη μέθοδο θεραπείας. Συνήθως, τα άτομα με τα περισσότερα έτη εκπαίδευσης, παρακολουθούν ενημερωτικές εκπομπές, διαβάζουν άρθρα και μελέτες και ενδιαφέρονται περισσότερο για την υγεία και την ποιότητά της ζωής τους, χωρίς βέβαια να σημαίνει ότι τα άτομα με χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης δεν έχουν αυτή τη δυνατότητα.

Το υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης είναι προφανές, πως ασκεί ένα ευεργετικό αποτέλεσμα πάνω στην υγεία του ατόμου και αυτή η σχέση αποτελεί ένα από τα συνεπέστερα ευρήματα της σχετικής βιβλιογραφίας, ανεξάρτητα από τους εναλλακτικούς τρόπους προσέγγισης της ατομικής κατάστασης της υγείας.¹²⁹ Τα τελευταία χρόνια, η ανάγκη για υγειονομική ενημέρωση του πληθυσμού συνειδητοποιείται εντονότερα.

2.2.5 Συμμετοχή στην αγορά εργασίας

Η σχέση υγείας και εργασίας είναι δυναμική και αμφίδρομη. Εργαζόμενοι με προβλήματα υγείας, έχουν περιορισμένες δυνατότητες για αποδοτική εργασία αλλά και η εργασία έχει αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία, όταν δεν λαμβάνονται τα κατάλληλα μέτρα πρόληψης και προστασίας. Ο εργαζόμενος μέσα από την εργασία, ικανοποιεί όχι

¹²⁹ Everson S.A., Maty S.C., Lynch J.W., Kaplan G.A., «Epidemiologic evidence for the relation between socioeconomic status and depression, obesity, and diabetes», *Journal of Psychosomatic Research*, 53 (2002) 891-895.

μόνο τις βιοποριστικές του ανάγκες, αλλά αναζητά την κοινωνική και πνευματική του ολοκλήρωση. Η εργασία δεν πρέπει απλά να μην απειλεί την υγεία, πρέπει να προάγει την υγεία. Η ασχολία του κάθε ατόμου, θεωρείται ως ένα βασικό συστατικό της ατομικής, κοινωνικοοικονομικής θέσης. Σύμφωνα με την κοινωνική θεωρία, η απασχόληση, βελτιώνει την υγεία τόσο των ανδρών όσο και των γυναικών.¹³⁰

Το είδος του επαγγέλματος, είναι ενδεικτικό των εργασιακών συνθηκών και των κινδύνων υγείας, σωματικών ή ψυχικών, που πιθανόν ο εργαζόμενος να αντιμετωπίζει.¹³¹ Σίγουρα, τα επαγγέλματα που απαιτούν σωματική κόπωση μπορεί να επηρεάσουν αρνητικά την υγεία, όπως άλλωστε και τα χαμηλά επίπεδα ελέγχου της εργασίας, η μη επιβράβευση των προσπαθειών και η έκθεση σε φυσικούς και ψυχικούς κινδύνους στον χώρο εργασίας. Από την άλλη πλευρά, η ορθή διαχείριση, οι κατάλληλες συνθήκες εργασίας και η δημιουργία ισχυρών κοινωνικών δικτύων στην εργασία μπορεί να επιδράσουν θετικά στην υγεία.¹³²

Τα θέματα απασχόλησης, συνδέονται με την κατάσταση υγείας των ανθρώπων και η ανεργία συνδέεται με έναν αυξημένο κίνδυνο διαταραχής της ψυχικής υγείας, του κοινωνικού αποκλεισμού και των αυτοκτονιών. Ένα καλό εργασιακό περιβάλλον, όπως αυτό που περιορίζει την έκθεση σε φυσικούς κινδύνους ή σε χημικές και βιολογικές ουσίες, είναι επωφελές για την υγεία. Μια σειρά μελετών, αποκαλύπτουν ότι η ποιότητα της ζωής και των συνθηκών εργασίας, επηρεάζει σημαντικά την υγεία. Για παράδειγμα, η χαμηλή σωματική πίεση και το άγχος, ο υψηλός βαθμός ελέγχου της επαγγελματικής ζωής, οι ευκαιρίες ανάπτυξης νέων δεξιοτήτων, ένας υψηλός μισθός και οι προοπτικές προόδου μπορούν να συμβάλλουν στη διατήρηση καλής υγείας. Εξάλλου, η έλλειψη υποστήριξης στον χώρο εργασίας και το αίσθημα επαγγελματικής ανασφάλειας, αυξάνει τον κίνδυνο ασθενειών, συμπεριλαμβανομένης και της κατάθλιψης.

¹³⁰ Ross E. Catherine, Wu Chia-Ling: «The Links Between Education and Health» *American Sociological Review*, 60 (1995) 719-745 Στην ηλεκτρονική διεύθυνση: www.jstor.org/discover/10.2307/2096319?uid=3737848&uid=2&uid=4&sid=21102271067897 (πρόσβαση στις 18/04/2013).

¹³¹ Duncan G. J., Daly M. C., McDonough P., Williams D.R., «Optimal Indicators of Socioeconomic Status for Health Research», *American Journal of Public Health*, 92(7) (2002) 1151-1157.

¹³² Ευρωπαϊκή Επιτροπή, *Η μείωση των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση*. Λουξεμβούργο (Υπηρεσία Εκδόσεων της Ευρωπαϊκής Ένωσης) 2011, 3-11.

Το 1987, μια Βρετανική μελέτη¹³³, δημοσίευσε τα πρώτα πειστικά στοιχεία, ότι οι εργαζόμενοι έχουν καλύτερα επίπεδα υγείας από τους άνεργους. Από τότε, πολυάριθμες μελέτες συνεχίζουν, να τεκμηριώνουν τη θετική σχέση μεταξύ υγείας και εργασίας.¹³⁴ Ειδικότερα, η ανεργία μπορεί να οδηγήσει σε αύξηση των ανθυγιεινών συμπεριφορών, που σχετίζονται με το αλκοόλ και την κατανάλωση καπνού, τη διατροφή και η οποία με τη σειρά της, μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένο κίνδυνο για ασθένεια ή θνησιμότητα.¹³⁵

Οι Nordenmark και Strandh (1999)¹³⁶, ισχυρίζονται πως η απασχόληση καλύπτει όχι μόνο τις οικονομικές ανάγκες του ατόμου, αποτελώντας τη βασική πηγή των οικονομικών του πόρων, αλλά και τις ψυχικές – συναισθηματικές ανάγκες του. Ειδικότερα, η απασχόληση ως μια κοινωνική νόρμα προσδίδει στο άτομο μια ταυτότητα – ρόλο μέσα στην κοινωνία και του προσφέρει συναισθηματική και κοινωνική κάλυψη. Θα πρέπει λοιπόν να λαμβάνονται υπόψη και οι δύο αυτοί παράγοντες κατά την προσπάθεια διερεύνησης της σχέσης μεταξύ ανεργίας και υγείας.

Εν συνεχεία, τα εμπειρικά ευρήματα, υποστηρίζουν πως η ανεργία επιδρά στην υγεία των ατόμων όχι μόνο άμεσα αλλά και με ποικίλους έμμεσους τρόπους. Ένας χαρακτηριστικός τρόπος, είναι μέσω των οικονομικών προβλημάτων και του χαμηλού βιοτικού επιπέδου που συνήθως βιώνουν οι άνεργοι.¹³⁷ Ειδικότερα, φαίνεται πως υπάρχει μια ισχυρή θετική σχέση, μεταξύ της ύπαρξης οικονομικών προβλημάτων και αυξημένης ψυχικής νοσηρότητας μεταξύ των ανέργων, όπως αναφέρεται σε σχετικές μελέτες.¹³⁸

Ακόμη, οι άνεργοι είναι πιθανό να εμφανίσουν αυξημένη συναισθηματική νοσηρότητα λόγω άγχους, ενώ παράλληλα έχει επανειλημμένα βρεθεί πως υποφέρουν από χαμηλή αυτοεκτίμηση και χαρακτηρίζονται από έντονα συναισθήματα κοινωνικής

¹³³ Moser KA., Goldblatt PO., Fox AJ., Jones DR., «Unemployment and mortality: Comparison of the 1971 and 1981 longitudinal study census samples», *British Medical Journal*, 294(6564) (1987) 86-90.

¹³⁴ Mathers CD., and Schofield DJ., «The health consequences of unemployment: The evidence», 168 (1998) 178-182. Στην ηλεκτρονική διεύθυνση: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9507716, (πρόσβαση στις 17/04/2013).

¹³⁵ Dooley D., Fielding J., Levi L., «Health and unemployment», *Annu Rev Public Health*, 17 (1996) 449-465.

¹³⁶ Nordenmark M., Strandh M., «Towards a Sociological Understanding of Mental Well-being among the Unemployed: The Role of Economic and Psychosocial Factors» *Sociology*, 33 (1999) 577-597.

¹³⁷ Stern J., «The relationship between unemployment, morbidity and mortality in Britain», *Population Studies*, 37 (1983) 61-74.

¹³⁸ Warr P., «Work, Unemployment and Mental Health», New York (Oxford University Press) 1987, 17-20.

απομόνωσης και στέρησης, συγκριτικά με τα απασχολούμενα μέλη του εργατικού δυναμικού.¹³⁹

Επιπρόσθετα, έχει βρεθεί ότι η ανεργία επιδρά δυσμενώς και σε ποικίλους δείκτες της φυσικής κατάστασης της υγείας. Οι Gerdtham και Johannesson (2003)¹⁴⁰, ισχυρίζονται πως τα αποτελέσματα της μελέτης τους, επιβεβαιώνουν ένα άμεσο και ισχυρό αποτέλεσμα της ανεργίας πάνω σε διάφορες αιτίες θνησιμότητας, με ισχυρότερο το αποτέλεσμα στη θνησιμότητα από αυτοκτονίες. Σε μια παρόμοια μελέτη στην Αυστραλία, διαπιστώθηκε, πως οι χρονολογικοί κύκλοι των ρυθμών θνησιμότητας από αυτοκτονίες, κινούταν αναλογικά με τους χρονολογικούς κύκλους του επιπέδου ανεργίας για μια μεγάλη σχετικά χρονική περίοδο (1907-1990).¹⁴¹

Παρόλα αυτά, οι Martikainen και Valkonen (1996)¹⁴², διαπίστωσαν πως η μικροοικονομική σχέση μεταξύ ανεργίας και θνησιμότητας εξασθενεί σημαντικά, όσο αυξάνονται οι συνολικοί ρυθμοί ανεργίας. Οι ερευνητές αποδίδουν τα ευρήματα της έρευνας τους, σε δύο εναλλακτικές εξηγήσεις, αναφορικά με τη σχέση υγείας και ανεργίας σε περιόδους οικονομικής ύφεσης: πρώτον, ο συνολικός αριθμός των ανέργων αυξάνεται ανεξαρτήτως της κατάστασης της υγείας τους, κάνοντας έτσι τη σχέση ενδιαφέροντος να εξασθενεί σημαντικά. Δεύτερον, είναι ιδιαίτερα πιθανό τα ψυχικά προβλήματα υγείας και το άγχος να μειώνονται σημαντικά μεταξύ των ανέργων όταν αυξάνεται ο συνολικός αριθμός των ανέργων στην κοινωνία, επιδρώντας έτσι ανάλογα στη σχέση ενδιαφέροντος.

Ιδιαίτερα ενδιαφέροντα είναι τα ευρήματα μελετών, οι οποίες υποστηρίζουν πως τα αρνητικά αποτελέσματα της ανεργίας, κυρίως πάνω στην ψυχική νοσηρότητα αντιστρέφονται μετά την επανέισοδο του ατόμου στην αγορά εργασίας. Οι Morrell και άλλοι (1994)¹⁴³, εξέτασαν ένα δείγμα νέων ανέργων στην Αυστραλία, οι οποίοι

¹³⁹ Goldsmith A.H., Veum J.R., Darity W.J., «The impact of labor force history on self-esteem and its component parts, anxiety, alienation and depression», *Journal of Economic Psychology*, 17 (1996) 183-220.

¹⁴⁰ Gerdtham U.G., Johannesson M., «A note on the effect of unemployment on mortality», *Journal of Health Economics*, 22 (2003) 505-518.

¹⁴¹ Morrell S., Taylor R., Quine S., Kerr C., «Suicide and unemployment in Australia 1907-1990», *Social Science & Medicine*, 36(6) (1993) 749-756.

¹⁴² Martikainen P.T., Valkonen T., «Excess mortality of unemployed men and women during a period of rapidly increasing unemployment», 348 (1996) 909-912. Στην ηλεκτρονική διεύθυνση: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8843808, (πρόσβαση στις 27/04/2013).

¹⁴³ Morrell S., Taylor R., Quine S., Kerr C., Western J., «A cohort study of unemployment as a cause of psychological disturbance in Australian youth», *Social Science & Medicine*, 38(11) (1994) 1553-1564.

απολάμβαναν μια καλή κατάσταση υγείας κατά την περίοδο της απασχόλησης τους, και βρήκαν πως η αυξημένη νοσηρότητα που παρατηρήθηκε στο δείγμα μετά την έξοδο του από την απασχόληση, μειώθηκε αισθητά για τα μέλη του δείγματος που βρήκαν νέα εργασία.

Οι Bartley και Owen (1996)¹⁴⁴, παρουσίασαν μια μελέτη των ρυθμών απασχόλησης, ανεργίας και εξόδου από το εργατικό δυναμικό, για άνδρες ηλικίας 20-59 ετών κατά την περίοδο 1973-1993 στη Μεγάλη Βρετανία. Αυτό που διαπίστωσαν ήταν, πως σε περιόδους οικονομικής άνθησης, όπου παρατηρείται υπερβάλλουσα ζήτηση εργασίας, οι εργαζόμενοι με χρόνια προβλήματα υγείας, απασχολούνται χωρίς ιδιαίτερα προβλήματα. Η κατάσταση φαίνεται να αντιστρέφεται, σε περιόδους οικονομικών υφέσεων, όπου περισσότερες πιθανότητες απόλυσης βρέθηκαν να έχουν οι εργαζόμενοι με χρόνια προβλήματα υγείας.

Η αύξηση των εισοδημάτων, έχει επιτρέψει στους ανθρώπους να συνταξιοδοτηθούν με βάση την ηλικία τους, παρά με οποιαδήποτε προβλήματα που σχετίζονται με την υγεία. Το 2009 ο ΠΟΥ διαπίστωσε ότι η ηλικία συνταξιοδότησης του εργατικού δυναμικού έχει μειωθεί ενώ το προσδόκιμο ζωής έχει αυξηθεί. Σήμερα οι άνθρωποι, ξοδεύουν πολλά χρόνια μετά τη συνταξιοδότηση. Σε χώρες του ΟΟΣΑ, το 2007, οι άνδρες αποχωρούσαν από το εργατικό δυναμικό κατά μέσο όρο πριν από την ηλικία των 64 ετών και αναμένεται να βιώσουν μια περίοδο συνταξιοδότησης διάρκειας περίπου 18 χρόνια, ενώ οι γυναίκες σταμάτησαν να εργάζονται κατά μέσο όρο στην ηλικία των 63 ετών και προσβλέπουν σε περισσότερα από 22 χρόνια συνταξιοδότησης.¹⁴⁵

Επίσης, σημαντικοί παράγοντες για την πρόωγη συνταξιοδότηση, είναι η κακή υγεία και οι κακές συνθήκες εργασίας και πιο συγκεκριμένα, οι υψηλές σωματικές απαιτήσεις της εργασίας, η υψηλή πίεση στον χώρο εργασίας, η χαμηλή ικανοποίηση από την εργασία, το στύλ της ηγεσίας, η μειωμένη φυσική δραστηριότητα στον ελεύθερο χρόνο και η έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης.

Η συνταξιοδότηση όπως άλλωστε είναι αναμενόμενο, σχετίζεται με περισσότερα σωματικά προβλήματα υγείας και συμπτώματα κατάθλιψης. Ωστόσο, τα αποτελέσματα

¹⁴⁴ Bartley M., Owen C., «Relation between socioeconomic status, employment and health during economic change, 1973-93», *British Medical Journal*, 313 (1996) 445-449.

¹⁴⁵ World Health Organization. *Global Health and Aging*. National Institute on Aging (NIH). Publication no. 11-7737. October 2011, 19-20.

αυτά, αφορούν κυρίως συνταξιούχους οι οποίοι συνταξιοδοτήθηκαν νωρίτερα.¹⁴⁶ Οι συνταξιούχοι που έχουν επιλέξει οικειοθελώς να συνταξιοδοτηθούν και όχι λόγω προβλημάτων υγείας, δεν έχουν μεγαλύτερο βαθμό ανεπάρκειας και συμπτωμάτων από τους εργαζόμενους. Τα δεδομένα αυτά δείχνουν ότι ο «μύθος» της συνταξιοδότησης και της υγείας πρέπει να αναθεωρηθεί καθώς διαπιστώνεται ότι άνθρωποι που αισθάνονται ότι είναι αναγκασμένοι να συνταξιοδοτηθούν είναι πιο πιθανό να βιώσουν πτώση στον τομέα της υγείας. Αντίθετα, εκείνοι που επιλέγουν συνειδητά με τη δική τους απόφαση να συνταξιοδοτηθούν, δεν φαίνεται να υποφέρουν με αρνητικές συνέπειες για την υγεία και δείχνουν λιγότερο άγχος για την εργασία τους. Η γρήγορη μετάβαση, άλλωστε, από τον ενεργό, παραγωγικό ρόλο στη συνταξιοδότηση χωρίς κάποια προετοιμασία που να περιλαμβάνει επαναπροσδιορισμό των προσωπικών ρόλων, στόχων και προσδοκιών αποτελεί για τον εργαζόμενο μια πολύ σημαντική αλλαγή. Διαχρονική μελέτη σε υπαλλήλους 54-59 ετών στην Αγγλία, φανερώνει ότι η ψυχική υγεία επιδεινώθηκε μεταξύ των εργαζομένων ενώ βελτιώθηκε μεταξύ των συνταξιούχων, που άνηκαν στις υψηλότερες βαθμίδες απασχόλησης. Ενώ για τη σωματική υγεία, επιδεινώθηκε και στις δυο κατηγορίες εργαζομένων και συνταξιούχων.¹⁴⁷

Αναμφισβήτητα, η ενίσχυση της απασχόλησης, η βελτίωση της ποιότητας απασχόλησης και η διασφάλιση ενός υγιούς και ασφαλούς περιβάλλοντος εργασίας για όλους, είναι βασικές προϋποθέσεις για τη βελτίωση της υγείας. Επίσης, πρέπει να αντιμετωπίσουμε τη μακροχρόνια ανεργία και φτώχεια με σκοπό να ελαχιστοποιήσουμε τις αρνητικές συνέπειές τους στη γενική υγεία.

¹⁴⁶ Fonseca A.M., και Paul C., «Health and aging: Does retirement transition make any difference? », *Reviews in Clinical Gerontology*, 13(3) (2004) 257-260.

¹⁴⁷ Mein G., Martinkainen P., Hemingway H., Stansfeld S. & Mannot M., «Is retirement good or bad for mental and physical health functioning?» Whitehall II longitudinal study of civil servants. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57 (2003) 46-49.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 Εμπειρικές διαστάσεις της κατάστασης υγείας των ηλικιωμένων: Η Εθνική Έρευνα Υγείας του 2009

3.1 Εισαγωγή

Η σημασία των ερευνών για την υγεία και η αξία των συμπερασμάτων τους, για ζητήματα νοσηρότητας, θνησιμότητας, ψυχικής υγείας, την εν γένει κατάσταση υγείας του πληθυσμού και της χρήσης των υπηρεσιών υγείας, έχουν αναγνωριστεί διεθνώς. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), ο οποίος είναι ένας αυτόνομος διεθνής διακρατικός οργανισμός που συνδέεται με τον Οργανισμό Ηνωμένων Εθνών (ΟΗΕ), του οποίου και αποτελεί εξειδικευμένη οργάνωση, τα κράτη, για να καθορίσουν την πολιτική τους, να προβούν στη θέσπιση θεσμών, να σχεδιάσουν και να οργανώσουν φορείς, δομές, υπηρεσίες και μηχανισμούς, έχουν ανάγκη την πληροφορία, που πολλές φορές προκύπτει μέσα από αυτόν τον τύπο των ερευνών. Ας σημειωθεί ότι, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (World Health Organization, WHO), ιδρύθηκε επίσημα το 1948 και εδρεύει στη Γενεύη.¹⁴⁸

Το εύρος των δραστηριοτήτων του ΠΟΥ είναι εκτενές και καλύπτει χρόνιες και μεταδοτικές ασθένειες, την ψυχική υγεία, τη διατροφή, την ασφάλεια τροφίμων, τα ατυχήματα, βιολογικούς κινδύνους, τα οικονομικά της υγείας και την προληπτική υγεία. Ο εκτενέστατος ρόλος του ΠΟΥ, είναι να λειτουργεί ηγετικά σε παγκόσμια θέματα (όπως ο ιός της γρίπης, H1N1), να χρηματοδοτεί την έρευνα, να καθορίζει τα κριτήρια, να δημιουργεί πολιτικές που βασίζονται σε αποδείξεις, να παρακολουθεί τις τάσεις στην υγεία, καθώς και να παρέχει τεχνική υποστήριξη σε μεμονωμένα έθνη.

Εκτός από τον ΠΟΥ, η Eurostat διενεργεί την Ευρωπαϊκή Έρευνα Υγείας με Συνεντεύξεις (European Health Interview Survey, εφεξής EHIS)¹⁴⁹, που αναπτύχθηκε μεταξύ 2003 και 2006, κατά τη διάρκεια μιας διαδικασίας, όπου όλα τα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, συμμετείχαν σε πολύ μεγάλο βαθμό. Κύριος στόχος της έρευνας είναι, η μελέτη και παροχή πολύτιμων πληροφοριών, όσον αφορά την κατάσταση της υγείας του πληθυσμού και τους παράγοντες που την επηρεάζουν, τόσο σε ευρωπαϊκό

¹⁴⁸ Για πληροφορίες σχετικά με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, (WHO), βλέπε στην ηλεκτρονική διεύθυνση: <http://www.who.int/en/> (πρόσβαση στις 16/04/2013).

¹⁴⁹ European Health Interview Survey (EHIS) - collection round 2008. Στην ηλεκτρονική διεύθυνση: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_SDDS/ (πρόσβαση στις 26/03/2013).

όσο και σε εθνικό επίπεδο. Στην Ελλάδα, η πρώτη Εθνική Έρευνα Υγείας, πραγματοποιήθηκε σύμφωνα με τις προδιαγραφές της Eurostat το 2009.

Η διερεύνηση των ζητημάτων της κατάστασης υγείας, στη διεθνή βιβλιογραφία, βασίζεται στην έννοια της αυτοαξιολόγησης του επιπέδου υγείας (self-rated health, SRH). Η πιθανή χρησιμότητα της έννοιας αυτής, έχει εκτενώς συζητηθεί κατά το παρελθόν και είναι πλέον αποδεκτό ότι αποτελεί χρήσιμο εργαλείο στην έρευνα και στο σχεδιασμό των υπηρεσιών υγείας. Παράλληλα, συμβάλλει στην προσπάθεια προσδιορισμού του επιπέδου υγείας του πληθυσμού, καθώς θεωρείται σημαντικός δείκτης αυτού, ειδικά καθώς μπορεί να αντανακλά ασθένειες οι οποίες δεν έχουν ακόμα εντοπιστεί με ιατρικές εξετάσεις.¹⁵⁰ Υπό την έννοια αυτή, τα αποτελέσματα μιας αυτοαξιολόγησης μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε επιδημιολογικές έρευνες και κλινικές μελέτες, αλλά και να συμβάλλουν στη διαμόρφωση πολιτικών πρόληψης νοσηρών καταστάσεων.

Η υποκειμενική κατάσταση υγείας του πληθυσμού ή αλλιώς η αυτοαξιολόγηση του επιπέδου υγείας για τον γενικό πληθυσμό, αποτελεί μία έννοια η οποία αναπτύσσεται, από την ατομικότητα των περιπτώσεων μέσω εναλλακτικών προσλήψεων ή και αντιλήψεων.¹⁵¹

Ένα από τα ισχυρά πλεονεκτήματα της αυτοαξιολόγησης της κατάστασης υγείας, όπως προκύπτει από τη θεωρία¹⁵², είναι ότι αποτελεί ένα θεμελιώδη δείκτη του συνολικού επιπέδου υγείας και επίσης μπορεί να επιτελέσει έναν ισχυρό ρόλο πρόβλεψης, για την μελλοντική θνησιμότητα, νοσηρότητα καθώς και για τη χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας από τα άτομα.¹⁵³

Το πρώτο πλεονέκτημα απορρέει από το γεγονός, ότι τα άτομα είναι πιθανόν να αξιολογούν την υγεία τους περισσότερο ολιστικά,¹⁵⁴ υπό την έννοια ότι συνυπολογίζουν τις σωματικές, πνευματικές, ψυχικές, κοινωνικές και συναισθηματικές

¹⁵⁰ Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας. Τμήμα Οικονομικών της Υγείας. *Πανελλαδική έρευνα κοινής γνώμης: Διερεύνηση του επιπέδου υγείας και αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα*. Αθήνα 2006, 7-9.

¹⁵¹ Brunner L. Robert., «Understanding Gender Factors Affecting Self-Rated Health», *Gender Medicine*, 3 (2006) 292-294.

¹⁵² Yong Vanessa, Saito Yasuhiko., «Trends in healthy life expectancy in Japan: 1986-2004», *Demographic Research*, 20 (2009) 467- 494.

¹⁵³ Alexopoulos C. Evangelos., Geitona Mary., «Self-Rated Health: Inequalities and Potential Determinants», *International Journal of Environmental Research and Public Health* (2009), 2456-2469.

¹⁵⁴ Yong Vanessa, Saito Yasuhiko., ο.π.π.

συνιστώσες, οι οποίες αναμφισβήτητα επηρεάζουν το επίπεδο υγείας. Επιπρόσθετα, αυτό που έχει καταδειχθεί, είναι ότι το επίπεδο αλλά και ο τρόπος αυτοαξιολόγησης της υγείας από το ίδιο το άτομο, αντανakλά τόσο τις κοινωνικοοικονομικές και ψυχολογικές συνθήκες ζωής του ατόμου όσο και τυχόν βλαβερές συνήθειες για την ίδια του την υγεία.¹⁵⁵ Κατά αυτόν τον τρόπο, η υποκειμενική πρόσληψη του επιπέδου υγείας απεικονίζει με χαρακτηριστικό τρόπο ακόμη και ασθένειες που δεν μπορούν να μετρηθούν μέσω άλλων μοναδικών μεταβλητών υγείας. Ως εκ τούτου, ένα ισχυρό μειονέκτημα, είναι η ίδια η υποκειμενική φύση της μέτρησης και κατά συνέπεια του ερωτήματος. Τα άτομα καλούνται να αξιολογήσουν μόνα τους το επίπεδο υγείας τους χωρίς να έχουν διασταυρωθεί τα δεδομένα μέσω ιατρικών και κλινικών διαγνώσεων και αξιολογήσεων.¹⁵⁶

Ακόμη, η ίδια η υποκειμενική αντίληψη και πρόσληψη του επιπέδου υγείας δεν μπορεί να έχει καθολική «εφαρμογή» (non-uniform basis): τα άτομα δίνουν διαφορετικές απαντήσεις, είτε εξαιτίας οικονομικής, κοινωνικής, εκπαιδευτικής, πολιτιστικής και πολιτισμικής διαφοροποίησης, είτε λόγω διαφορετικών προσλήψεων βάσει φύλου και βάσει του νοητού συνεχούς των αντρικών και κοινωνικών ρόλων και κανονιστικότητων.¹⁵⁷

Η δεύτερη διάσταση, η αντικειμενική μέτρηση της υγείας, αποφεύγει το στοιχείο του υποκειμενισμού, καθώς μία πιθανή απάντηση ύπαρξης χρόνιας πάθησης ή προβλήματος υγείας, συνοδεύεται από μία αντίστοιχη προϋπάρχουσα ιατρική διάγνωση. Τα άτομα, φαίνεται ότι εφαρμόζουν καθολικά την αντίληψη τους σχετικά με την υγεία σε αυτό το ερώτημα (uniform basis) ανεξάρτητα από οικονομικές, κοινωνικές, εκπαιδευτικές πολιτιστικές και πολιτισμικές διαφοροποιήσεις. Ακόμη, η επίδραση του φύλου δεν φαίνεται ότι επηρεάζει την μέτρηση, καθώς τα άτομα απαντούν σύμφωνα με τα αποτελέσματα των κλινικών διαγνώσεων και όχι σύμφωνα με την πρόσληψη της υγείας ως έμφυλη και κοινωνική κανονιστικότητα.¹⁵⁸

¹⁵⁵ Βλέπε Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας. Τμήμα Οικονομικών της Υγείας. *Υγεία και υπηρεσίες υγείας στον Ελληνικό πληθυσμό*, Αθήνα 2001, 10-15.

¹⁵⁶ Yong Vanessa, Saito Yasuhiko., ο.π.π.

¹⁵⁷ Brunner L. Robert., ο.π.π.

¹⁵⁸ Ντούνης Α., *Κατάσταση Υγείας και Ανισότητες Υγείας στον Ελληνικό Πληθυσμό*. Διπλωματική Εργασία, Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών. Τμήμα Κοινωνικής Πολιτικής, 2012, 85-87.

Ένα σοβαρό μειονέκτημα όμως, του ερωτήματος σχετικά με την ύπαρξη χρόνιας πάθησης ή προβλήματος υγείας είναι η μη-ολιστική οπτική με την οποία μετράται η υγεία: ένα «καλό» επίπεδο υγείας, σημαίνει απλώς την απουσία, μίας χρόνιας πάθησης και ταυτόχρονα αμελούνται τα σωματικά, πνευματικά, ψυχικά και συναισθηματικά στοιχεία τα οποία προσδιορίζουν την υγεία.

Η τρίτη διάσταση, του περιορισμού των δραστηριοτήτων, αποτελεί μία σαφώς «αρνητική» μεταβλητή. Αρνητική, διότι μέσω αυτής αξιολογούνται τα άτομα που βρίσκονται στο χειρότερο δυνατό επίπεδο υγείας, ώστε η καθημερινή τους ζωή να πραγματοποιείται με σχετική δυσκολία.

Επομένως, η αυτοεκτίμηση του επιπέδου υγείας, όταν προσεγγίζεται με κατάλληλη μεθοδολογία, είναι ένας σημαντικός και αρκετά αξιόπιστος δείκτης που επιτρέπει την ανάλυση όσων παραμέτρων διαμορφώνουν διαχρονικά και την πραγματική κατάσταση υγείας.¹⁵⁹

Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, όπως προαναφέραμε, στο ερωτηματολόγιο της Εθνικής Έρευνας Υγείας, η μέτρηση του επιπέδου υγείας των μελών του δείγματος, βασίζεται στις εξής τρεις διαστάσεις της κατάστασης υγείας των ατόμων:¹⁶⁰

(α) Τη διάσταση της υποκειμενικής κατάστασης υγείας, όπου τα άτομα αυτό-αξιολόγησαν το επίπεδο/κατάσταση της υγείας τους.¹⁶¹

(β) Τη διάσταση της αντικειμενικής κατάστασης υγείας, όπου τα άτομα ανέφεραν εάν υποφέρουν από κάποιο χρόνιο πρόβλημα υγείας¹⁶² ή χρόνια πάθηση ή όχι.

(γ) Τη διάσταση του περιορισμού των δραστηριοτήτων λόγω προβλημάτων υγείας, με τα άτομα να αναφέρουν κατά πόσον οι καθημερινές τους δραστηριότητες επηρεάζονται δυσμενώς από κάποιο πρόβλημα υγείας.

¹⁵⁹ Gilmore A., M. Mcke R. Rose., «Determinants of and inequalities in self- perceived health in Ukraine», *Social Science and Medicine*, 55 (2002) 2177- 2188.

¹⁶⁰ Ελληνική Στατιστική Αρχή. *Εθνική Έρευνα Υγείας Έτους 2009. Ερωτηματολόγιο Μέλους*. Βλέπε Κατάσταση Υγείας, 7-8. Πειραιάς 2009.

¹⁶¹ Η απάντηση στο ερώτημα, ήταν αυθόρμητη.

¹⁶² Ως χρόνιο πρόβλημα υγείας ή χρόνια πάθηση, θεωρείται το πρόβλημα ή η πάθηση, που διαρκεί ή πρόκειται να διαρκέσει περισσότερους από 6 μήνες. Για παράδειγμα, χοληστερίνη, σάκχαρο, αλλεργία και άλλα. Περιλαμβάνονται και οι εκ γενετής ανωμαλίες.

Πιο συγκεκριμένα, η τελική έκδοση του ερωτηματολογίου της έρευνας, εγκρίθηκε από κάθε κράτος μέλος στην Ομάδα Εργασίας για τις Στατιστικές Δημόσιας Υγείας (Working Group on Public Health Statistics), το Νοέμβριο του 2006.¹⁶³ Τα ζητήματα υγείας, σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, αποτυπώνονται στις εξής τρεις ενότητες ερωτημάτων στο ερωτηματολόγιο των ερευνών αυτών:

Η κατάσταση υγείας

- Τα ερωτήματα για την υγεία (Minimum European Health Module, MEHM): μέτρηση της υποκειμενικής κατάστασης υγείας των ερωτωμένων της έρευνας, αλλιώς αυτοαξιολόγησης του επιπέδου υγείας τους, περιορισμός δραστηριοτήτων και χρόνιες παθήσεις

- Ατυχήματα/τραυματισμούς
- Απουσίες από την εργασία για λόγους ασθενειών
- Διαστάσεις της ψυχικής υγείας

Η φροντίδα υγείας

- Νοσηλεία
- Η χρήση των υπηρεσιών κατ'οίκον φροντίδας
- Η χρήση φαρμάκων
- Προληπτικά μέτρα υγείας, όπως ο εμβολιασμός κατά της γρίπης, η εξέταση μαστού, το τεστ-Παπ)

Οι προσδιοριστικοί παράγοντες της υγείας

- Ύψος και βάρος
- Η σωματική δραστηριότητα
- Η κατανάλωση φρούτων και λαχανικών

Στην παρούσα διπλωματική εργασία, επικεντρωνόμαστε στη μελέτη της κατάστασης υγείας και συγκεκριμένα στις τρεις διαστάσεις που προαναφέραμε και οι οποίες περιλαμβάνονται στο ερωτηματολόγιο της έρευνας. Η πρώτη διάσταση, ορίζεται ως

¹⁶³ European Health Interview Survey (EHIS) - collection round 2008. Στην ηλεκτρονική διεύθυνση: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_SDDS/ (πρόσβαση στις 13/04/2013).

υποκειμενική κατάσταση υγείας και οι ερωτώμενοι αυτοαξιολογούν το επίπεδο/κατάσταση της υγείας τους. Η δεύτερη διάσταση, ορίζεται ως η αντικειμενική κατάσταση υγείας και οι ερωτώμενοι δηλώνουν εάν υποφέρουν από κάποιο χρόνιο πρόβλημα υγείας ή χρόνια πάθηση ή όχι. Η τρίτη διάσταση, ορίζεται από τους περιορισμούς των δραστηριοτήτων των ερωτωμένων λόγω προβλημάτων υγείας, δηλαδή κατά πόσον οι καθημερινές τους δραστηριότητες επηρεάζονται δυσμενώς από κάποιο πρόβλημα υγείας.

Στο πλαίσιο αυτό, η κύρια υπόθεση εργασίας, διατυπώνεται στο να ελέγξει αν και σε ποιο βαθμό, η αυτοαξιολόγηση του επιπέδου υγείας του ατόμου, η αντικειμενική κατάσταση υγείας και ο περιορισμός των δραστηριοτήτων του, σχετίζονται στενά με δημογραφικές και κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές, όπως το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, το επίπεδο εκπαίδευσης και την απασχόληση.

Ιδιαίτερα επικεντρωνόμαστε στις ηλικιακές ομάδες 50-64 ετών και 65 και άνω, αφού πρόκειται για ομάδες που χαρακτηρίζονται ως «ηλικιωμένα» άτομα, βασισμένη στο γεγονός, πως με το πέρασμα των ετών, υπάρχει μια ένταση της γήρανσης του πληθυσμού, όλων των Ευρωπαϊκών χωρών του ανάμεσα τους και η Ελλάδα, όπου σε αυτήν αναφερόμαστε στην ανά χειράς εργασία, καθώς ολοένα και περισσότερο αυξάνεται ο αριθμός των ατόμων ηλικίας 65 ετών και άνω (βλέπε πιο αναλυτικά Κεφάλαιο 1). Αυτό που μας ενδιαφέρει είναι ως ένα βαθμό να δούμε, πώς αυτές οι δύο ηλικιακές ομάδες, ξεχωριστά, αξιολογούν την κατάσταση υγείας τους, εάν υποφέρουν από κάποιο χρόνιο πρόβλημα υγείας ή πάθηση και τέλος, κατά πόσο περιορίζουν τις δραστηριότητές τους εξαιτίας προβλήματος υγείας, σύμφωνα πάντοτε με τα δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά τους.

3.2 Τα δεδομένα: Η Εθνική Έρευνα Υγείας του 2009

Η Εθνική Έρευνα Υγείας (National Health Interview Survey, εφεξής NHIS),¹⁶⁴ αποτελεί μέρος του Ευρωπαϊκού Στατιστικού Προγράμματος, στο οποίο συμμετέχουν σε μεγάλο

¹⁶⁴ Βλέπε: Γενική Γραμματεία Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας της Ελλάδος. *Εθνική Έρευνα Υγείας Έτους 2009: Οδηγίες προς τους ερευνητές*. Πειραιάς 2009, 4-6.

βαθμό όλα τα κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης (European Health Interview Survey). Πριν από τη διεξαγωγή της κυρίως έρευνας, διενεργήθηκε κατά το 2007, μια δοκιμαστική έρευνα πιλότος, στην Αττική και την Αχαΐα.¹⁶⁵ Η κυρίως έρευνα, πραγματοποιήθηκε το τελευταίο τρίμηνο του έτους 2009 (Οκτώβριος-Δεκέμβριος 2009), σε ολόκληρη την ελληνική επικράτεια και διενεργήθηκε κατόπιν απόφασης του Υπουργού Οικονομίας, βάσει συμβολαίου που προσυπέγραψαν η Ευρωπαϊκή Επιτροπή (European Commission, Eurostat) και η ΕΛ.ΣΤΑΤ. Είναι η πρώτη ελληνική έρευνα υγείας που διεξάγεται σε εθνικό επίπεδο και η επόμενη προγραμματίζεται για να διεξαχθεί μετά από πέντε χρόνια, δηλαδή το 2014.

Βασικός στόχος της έρευνας, ήταν η μελέτη και παροχή, σε ευρωπαϊκό και εθνικό επίπεδο, αναλυτικών πληροφοριών για την κατάσταση υγείας του πληθυσμού της χώρας και τους παράγοντες που την επηρεάζουν, τη χρήση υπηρεσιών υγείας, τις δαπάνες υγείας και το συνολικό εισόδημα των νοικοκυριών, η κατάρτιση δεικτών υγείας, αναπηρίας και νοσηρότητας. Πιο συγκεκριμένα, τα αποτελέσματα που θα προέκυπταν από την έρευνα, θα χρησιμοποιούνταν για τη μελέτη: του προσδόκιμου υγείας, δηλαδή για τα προσδοκώμενα έτη χωρίς αναπηρία ή χρόνια νόσο, τη συχνότητα διαφόρων νοσημάτων, ατυχημάτων, τη χρήση υπηρεσιών υγείας, τη φυσική κατάσταση, τους παράγοντες που επηρεάζουν την κατάσταση της υγείας σύμφωνα με την ηλικία, το φύλο, το επίπεδο εκπαίδευσης, την απασχόληση καθώς και το εισόδημα σε εθνικό επίπεδο.

3.2.1 Οι Στόχοι των Εθνικών Ερευνών Υγείας:

Ο κύριος σκοπός των ερευνών υγείας (EHIS),¹⁶⁶ είναι να αποκτηθούν πληροφορίες για τις εμπειρίες υγείας, τη χρήση των υγειονομικών υπηρεσιών και για τον τρόπο με τον οποίο τα άτομα φροντίζουν για το επίπεδο υγείας τους, είτε υιοθετώντας συγκεκριμένο τρόπο ζωής είτε βασιζόμενοι σε προληπτικές ή άλλες υπηρεσίες υγείας.

¹⁶⁵ Ntouro, G., Chalkiadaki, M., Varoucha, C., and Nikolaidis, G., *National Health Interview Survey 2009: Final Quality Report*, Piraeus 2011, 4-17.

¹⁶⁶ Η συγκεκριμένη ενότητα βασίζεται στο European Health Interview survey Task Force II, *Report on Guidelines and quality criteria for population survey design and methods*, Eurostat – European Commission November 2009.

Συνοπτικά, οι στόχοι των ερευνών υγείας είναι:

- η περιγραφική απεικόνιση της κατάστασης υγείας, των προβλημάτων υγείας και των συνεπειών του κακού επιπέδου υγείας,
- η περιγραφική απεικόνιση της αναπηρίας και της συμμετοχής των ανάπηρων ατόμων,
- η περιγραφή των προσδιοριστικών παραγόντων της υγείας και του τρόπου ζωής καθώς και
- η χρήση των υπηρεσιών υγειονομικής φροντίδας και η διερεύνηση των ανισοτήτων υγείας.

Μία έρευνα υγείας δεν αποτελεί παρά έναν από τους «διαύλους» μέσω των οποίων μπορούν να αποκτηθούν τέτοιου τύπου πληροφορίες. Χρησιμοποιώντας αυτές τις έρευνες ως βάση, αξιολογώντας μία μεγάλη ποικιλία προσωπικών και κοινωνικών χαρακτηριστικών, συνηθειών, συνθηκών ζωής και καθημερινότητας, οι προσδιοριστικοί παράγοντες της δημόσιας υγείας μπορούν να εντοπισθούν και να παρακολουθηθούν.

Ο απώτερος στόχος μίας έρευνας υγείας, είναι να παρέχει ένα εξειδικευμένο εργαλείο στη διαδικασία λήψης αποφάσεων κατά το σχεδιασμό πολιτικής ή πολιτικών υγείας. Χρησιμεύει ουσιαστικά, στον προσδιορισμό προτεραιοτήτων κατά την ανάπτυξη πολιτικής και στην παρακολούθηση της προόδου του επιπέδου υγείας του πληθυσμού της εκάστοτε χώρας. Δηλαδή, για την εξασφάλιση υψηλού επιπέδου προστασίας της υγείας, για την καλύτερη κατανόηση του μηχανισμού των ασθενειών του ανθρώπου και την επινόηση νέων θεραπευτικών μέσων, οι δράσεις στον τομέα της δημόσιας υγείας πρέπει να ενταχθούν στις διάφορες πολιτικές, ώστε να μπορούν να εφαρμόζονται ως κοινές στρατηγικές.

Αυτό που αξίζει επίσης να σημειωθεί, είναι ότι ο στόχος των επενδύσεων της Ευρωπαϊκής Ένωσης στην έρευνα της υγείας, είναι να βελτίωση την υγεία των ευρωπαίων πολιτών, για την αντιμετώπιση των παγκόσμιων προβλημάτων υγείας, καθώς και για την ενίσχυση της ανταγωνιστικότητας των ευρωπαϊκών βιομηχανιών που σχετίζονται με την υγεία.¹⁶⁷

¹⁶⁷ European Commission- Research & Innovation-Health, Welcome to the Health Research Website. Στην ηλεκτρονική διεύθυνση: http://ec.europa.eu/research/health/health-research-intro_en.html (πρόσβαση στις 13/03/2013).

3.2.2 Ο ορισμός του υπό έρευνα πληθυσμού

Η ελληνική έρευνα¹⁶⁸ χρησιμοποιεί τους ορισμούς της Ευρωπαϊκής έρευνας. Έτσι, η έρευνα καλύπτει όλα τα ιδιωτικά νοικοκυριά της ελληνικής επικράτειας με τα μέλη τους,¹⁶⁹ ανεξάρτητα από το μέγεθος ή οποιαδήποτε οικονομικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά τους, με την μόνη προϋπόθεση τα ερευνητέα μέλη να είναι ηλικίας 15 ετών και άνω.

Όπως συνηθίζεται στο τύπο αυτών των ερευνών, εξαιρούνται τα άτομα που διαμένουν σε συλλογικές κατοικίες, όπως για παράδειγμα ξενοδοχεία, πανσιόν, νοσοκομεία, γηροκομεία, στρατόπεδα, αναμορφωτήρια, τα νοικοκυριά που παρέχουν στέγη με διατροφή σε άνω των πέντε οικότροφους και με μέλη ξένους υπηκόους, που υπηρετούν σε ξένες διπλωματικές αποστολές, αφού και αυτά θεωρούνται συλλογικές κατοικίες.

Με βάση τις επεξηγηματικές σημειώσεις του Δελτίου Τύπου που εξέδωσε η ΕΛ.ΣΤΑΤ. σχετικά με την Εθνική Έρευνα Υγείας του 2009, από κάθε νοικοκυριό του δείγματος, επρόκειτο να ερευνηθεί ένα μόνο άτομο και το σχεδιασθέν αρχικό δείγμα, τόσο των νοικοκυριών όσο και των ατόμων, θα ανερχόταν σε 6.323 νοικοκυριά (κλάσμα δειγματοληψίας 0,068%) και ισάριθμα άτομα ηλικίας 15 ετών και άνω (κλάσμα δειγματοληψίας 0,15%). Το μέγεθος του δείγματος είναι τέτοιο ώστε να προκύπτουν αποτελέσματα υψηλής ακρίβειας. Στην έρευνα, όπως σημειώνεται ελήφθησαν όλα τα απαραίτητα μέτρα ώστε να πραγματοποιούνται οι κατάλληλοι έλεγχοι και να ελαχιστοποιούνται τα σφάλματα μέτρησης κατά τη συλλογή των δεδομένων.

¹⁶⁸ Βλέπε: Γενική Γραμματεία Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας της Ελλάδος. *Εθνική Έρευνα Υγείας Έτους 2009: Οδηγίες προς τους ερευνητές*. Πειραιάς 2009, 4-6.

¹⁶⁹ Τα άτομα που αποτελούν το νοικοκυριό καλούνται μέλη του νοικοκυριού. Αυτά μπορεί να διαμένουν, συνήθως, στο νοικοκυριό ή να απουσιάζουν προσωρινά από αυτό.

3.2.3 Το δειγματοληπτικό σχέδιο

Το δειγματοληπτικό σχέδιο της NHIS, είναι πολυσταδιακή στρωματοποιημένη δειγματοληψία επιφανειών. Πρωτογενής μονάδα δειγματοληψίας είναι η επιφάνεια, δευτερογενής μονάδα έρευνας το νοικοκυριό¹⁷⁰ και τελική μονάδα, το άτομο. Ως δειγματοληπτικό πλαίσιο χρησιμοποιήθηκαν τα δεδομένα της Απογραφής του 2001.

Στην έρευνα, για τις ανάγκες της δειγματοληψίας χρησιμοποιήθηκε ένα ερωτηματολόγιο («Μητρώο νοικοκυριού και των μελών του»), το οποίο συμπληρώθηκε για κάθε ερευνώμενο νοικοκυριό. Στο ερωτηματολόγιο αυτό καταγράφονταν οι εξής πληροφορίες: το ονοματεπώνυμο του υπευθύνου, η ταχυδρομική διεύθυνση της κατοικίας και ο αριθμός τηλεφώνου του νοικοκυριού (στο εξώφυλλο του εντύπου), τα αποτελέσματα της συνέντευξης με το νοικοκυριό, αν δηλαδή το νοικοκυριό ερευνήθηκε -χωρίς να αντικατασταθεί ή μετά από αντικατάσταση- ή τέλος, αν δεν πραγματοποιήθηκε συνέντευξη, διότι δεν βρέθηκε νοικοκυριό για αντικατάσταση και οι λόγοι αντικατάστασης του νοικοκυριού, εάν έχει προηγηθεί αντικατάσταση αλλά και στοιχεία για τα μέλη του νοικοκυριού που τελικά ερευνάται όπως (ονοματεπώνυμο, φύλο, ημερομηνία γέννησης, σχέση μεταξύ των μελών, τρέχουσα ασχολία κλπ.). Η καταγραφή αυτή χρησιμοποιήθηκε ως δειγματοληπτικό πλαίσιο για την επιλογή των ατόμων στα επιλεγμένα νοικοκυριά.

Αρχικά, για τις ανάγκες της στρωματοποίησης, η χώρα διαιρέθηκε στις 13 περιφέρειες (NUTS II), όπως συνηθίζεται στις έρευνες της Eurostat. Η Περιφέρεια Πρωτεύουσας και το Πολεοδομικό Συγκρότημα Θεσσαλονίκης, χρησιμοποιήθηκαν ως διακριτά μείζονα στρώματα. Επίσης, εκτός από τη γεωγραφική - διοικητική διαίρεση της χώρας, χρησιμοποιήθηκε και ο βαθμός αστικότητας ως παράγοντας στρωματοποίησης.

Σε κάθε περιφέρεια, τα νοικοκυριά κατανεμήθηκαν ανάλογα με το βαθμό αστικότητας, δηλαδή σε αστικές, ημιαστικές και αγροτικές περιοχές, των τοπικών διαμερισμάτων στα οποία ανήκουν. Κατά συνέπεια, εκτός από την Περιφέρεια Πρωτεύουσας και το Πολεοδομικό Συγκρότημα Θεσσαλονίκης, η κάθε περιφέρεια

¹⁷⁰ Ως νοικοκυριό ορίζεται ένα άτομο που ζει μόνο του σε μία κατοικία ή μία ομάδα ατόμων συγγενικών ή μη, τα οποία διαμένουν στην ίδια κατοικία και εξασφαλίζουν από κοινό προϋπολογισμό τη διατροφή τους και άλλα είδη, που είναι απαραίτητα για τη διαβίωσή τους.

διαιρέθηκε σε αστικές περιοχές, με πληθυσμό πάνω από 10.000 κατοίκους, σε ημιαστικές, με πληθυσμό 2.000 – 9.999 κατοίκους και σε αγροτικές, με πληθυσμό μέχρι 1.999 κατοίκους.

Η Περιφέρεια Πρωτευούσης διαιρέθηκε σε 31 στρώματα ίσου, περίπου, μεγέθους (ίσους αριθμούς νοικοκυριών), με βάση τους καταλόγους πλαίσια με τα οικοδομικά τετράγωνα των Δήμων και σύμφωνα πάντα με κοινωνικοοικονομικά κριτήρια. Αντίστοιχα, το Πολεοδομικό Συγκρότημα Θεσσαλονίκης διαιρέθηκε σε 9 ίσου, μεγέθους, στρώματα. Η Περιφέρεια Πρωτευούσης και το Πολεοδομικό Συγκρότημα Θεσσαλονίκης αποτελούν περίπου το 40% του συνολικού υπό έρευνα πληθυσμού και κατέχουν ακόμα υψηλότερο ποσοστό σε κάποιες κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές. Από την εφαρμογή των δύο κριτηρίων στρωμάτωσης του πληθυσμού, ο αριθμός των στρωμάτων που προέκυψε, ανέρχεται σε 79. Το μέγεθος του δείγματος, ήταν 6172 άτομα. Στα μεθοδολογικά κείμενα της έρευνας, δεν αναφέρονται ποσοστά μη απόκρισης.

Η επιτόπια έρευνα διενεργήθηκε από τις 5 Οκτωβρίου μέχρι 15 Δεκεμβρίου 2009. Η συλλογή των δεδομένων έγινε με κατά τρόπον συνεντεύξεις (face to face) στα νοικοκυριά, από ερευνητές που εκπαιδεύτηκαν από πριν σε σεμινάρια. Ο κάθε ερευνητής έπρεπε να καταβάλλει προσπάθεια, ώστε τα μέλη του νοικοκυριού να κατανοήσουν πλήρως τη σημασία που είχε αυτή η έρευνα για τη Χώρα τους και για τους ίδιους τους ερευνώμενους. Επομένως, πριν αρχίσει την έρευνα στα νοικοκυριά, θα έπρεπε να μελετήσει προσεκτικά τις οδηγίες και τα ερωτηματολόγια της έρευνας και να γνωρίζει, επακριβώς, τι ζητά από το νοικοκυριό και σε τι αποβλέπει η έρευνα.¹⁷¹

Σε όλα τα επιλεγέντα νοικοκυριά είχε αποσταλεί επιστολή – περίπου ένα μήνα πριν ξεκινήσει η έρευνα - που τα ενημέρωνε για αυτή, με σκοπό να δημιουργηθεί κλίμα εμπιστοσύνης και συνεργασίας μεταξύ ερευνητή και ερευνώμενου. Σε περίπτωση απουσίας του νοικοκυριού οι ερευνητές είχαν τη δυνατότητα να αφήσουν ειδοποιητήριο με συγκεκριμένη ώρα και ημέρα εκ νέου επίσκεψης σε αυτά συγχρόνως και το τηλέφωνό τους για διευκόλυνση της μεταξύ τους επικοινωνίας. Οι ερευνητές είχαν τη δυνατότητα πολλαπλών επισκέψεων στα νοικοκυριά (το λιγότερο τρεις) για τη συλλογή των στοιχείων σε περίπτωση μη εύρεσής τους, αλλά και την δυνατότητα

¹⁷¹ Euro – SDMX Δομή Μεταδεδομένων (ESMS). ΕΛΣΤΑΤ Μεταδεδομένα. Εθνική Έρευνα Υγείας έτους 2009, 1-14. Στην ηλεκτρονική διεύθυνση: <http://www.statistics.gr> (πρόσβαση στις 28/03/2013).

αντικατάστασης του νοικοκυριού. Μετά τη διεξαγωγή της έρευνας, οι ερευνητές αφού έκαναν έλεγχο για τυχόν λάθη ή παραλείψεις στα στοιχεία των συμπληρωμένων ερωτηματολογίων, έκαναν εισαγωγή των δεδομένων στο on line πρόγραμμα. Να σημειωθεί, ότι δεν υπάρχουν λεπτομέρειες σχετικά με τον αριθμό των συνεντευκτών και των εποπτών.

3.2.4 Οι μετρήσεις

Το ερωτηματολόγιο της έρευνας, («Ερωτηματολόγιο μέλους») συμπληρώθηκε για κάθε επιλεγμένο ερευνώμενο μέλος. Το ερωτηματολόγιο απαρτίζεται από τέσσερις (4) ενότητες (modules), στις οποίες έχουν ενσωματωθεί και οι ερωτήσεις της Πρωτοβουλίας της Βουδαπέστης, κατόπιν σύστασης της Eurostat. Αναλυτικά, οι ενότητες του ερωτηματολογίου είναι οι εξής:¹⁷²

- Βασικά δεδομένα ατόμου - (European Background Variables Module – part 1, 12 ερωτήσεις - μεταβλητές).
- Κατάσταση υγείας - (European Health Status Module, 52 ερωτήσεις που ορίζουν 201 μεταβλητές).
- Χρήση υπηρεσιών υγείας - (European Health Care Module, 52 ερωτήσεις που ορίζουν 164 μεταβλητές).
- Παράγοντες που επηρεάζουν την κατάσταση της υγείας - (European Health Determinants Module, 30 ερωτήσεις που ορίζουν 84 μεταβλητές).
- Εισόδημα νοικοκυριού - (European Background Variables Module - part 2, 15 ερωτήσεις-μεταβλητές).

Αυτό που πρέπει να τονίσουμε, είναι πως η ανάγκη συγκρισιμότητας των δεδομένων επέβαλε σε όλα τα κράτη μέλη, κατά το σχεδιασμό και την κατάρτιση του ερωτηματολογίου, να ληφθούν υπόψη οι οδηγίες και το προτεινόμενο ερωτηματολόγιο της Eurostat, που τελικά προσαρμόστηκαν σύμφωνα με τις πολιτισμικές ιδιαιτερότητες και το Εθνικό Σύστημα Υγείας κάθε χώρας.

¹⁷² Εθνική Στατιστική Αρχή. *Εθνική Έρευνα Υγείας Έτους 2009: Ερωτηματολόγιο Μέλους*. Πειραιάς 2009. Στην ηλεκτρονική διεύθυνση: www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE/PAGE-themes?p_param=A2103 (πρόσβαση στις 30/03/2013).

3.2.5 Οι περίοδοι αναφοράς

Η συλλογή στοιχείων όπως αναφέρθηκε και παραπάνω έγινε το τελευταίο τρίμηνο του 2009. Οι περίοδοι αναφοράς ποικίλουν ανά ερώτημα. Ειδικότερα, είναι:

- Η ημέρα διενέργειας της έρευνας για τα ερωτήματα που αφορούν στην κατάσταση υγείας, τους παράγοντες που επηρεάζουν την κατάσταση της υγείας (διατροφή, κάπνισμα, κατανάλωση αλκοόλ), στην ικανοποίηση από υπηρεσίες υγείας.
- Οι τελευταίοι 12 μήνες, πριν την ημέρα διενέργειας της έρευνας, για παθήσεις, ατυχήματα, επιδείνωση της υγείας, εισαγωγή σε νοσοκομείο, απουσία και διάρκεια απουσίας από την εργασία.
- Οι τελευταίες 4 εβδομάδες, πριν την ημέρα διενέργειας της έρευνας, σχετικά με τη γενική διάθεση.
- Οι τελευταίες 2 εβδομάδες, πριν την ημέρα διενέργειας της έρευνας για την κατανάλωση φαρμάκων.
- Οι τελευταίες 7 ημέρες, πριν την ημέρα διενέργειας της έρευνας για τη φυσική άσκηση.

3.2.6 Τα δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά του δείγματος

Στον Πίνακα 3, παρουσιάζονται τα δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά του συνόλου του δείγματος. Σύμφωνα με τα δεδομένα, στην συντριπτική τους πλειονότητα, είναι παντρεμένες γυναίκες. Οι ερωτώμενοι είναι ηλικίας 65 ετών και άνω, απόφοιτοι δημοτικού και είναι απασχολούμενοι.

Στον Πίνακα 4 παρουσιάζονται τα δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά των ερωτωμένων σύμφωνα με την ηλικία. Διαπιστώνεται ότι, οι αποκρινόμενοι 50-64 ετών, είναι στη συντριπτική πλειονότητα γυναίκες, παντρεμένες και είναι κυρίως απόφοιτοι δημοτικού και εργαζόμενες. Οι αποκρινόμενοι 65+, είναι στη συντριπτική πλειονότητα γυναίκες και είναι κυρίως παντρεμένες, απόφοιτοι δημοτικού και συνταξιούχοι.

3.3 Αποτελέσματα

Για την ανάλυση αποφασίστηκε να χρησιμοποιηθούν τα πρωτογενή δεδομένα. Η στατιστική επεξεργασία και ανάλυσή τους, έγινε με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), αφού πρόκειται για το πιο διαδεδομένο πρόγραμμα για την στατιστική ανάλυση κοινωνικών δεδομένων.

3.3.1 Η κατάσταση υγείας στο σύνολο του δείγματος

Στον Πίνακα 5, παρουσιάζονται οι κατανομές των μεταβλητών που μετρούν την υποκειμενική κατάσταση υγείας των αποκρινόμενων, την ύπαρξη ή μη κάποιου χρόνιου προβλήματος υγείας ή πάθησης ή με άλλα λόγια την αντικειμενική κατάσταση υγείας, καθώς και τον περιορισμό των δραστηριοτήτων, εξαιτίας προβλημάτων υγείας. Παρατηρούμε, ότι η πλειονότητα των αποκρινόμενων στην έρευνα, θεωρεί την κατάσταση υγείας του ως «πολύ καλή». Επίσης, δηλώνουν ότι δεν είχαν κάποια χρόνια πάθηση¹⁷³ ή χρόνιο πρόβλημα υγείας και ότι οι δραστηριότητές τους κατά τη διάρκεια των τελευταίων έξι μηνών, δεν έχουν περιοριστεί λόγω κάποιου προβλήματος υγείας.

Στους Πίνακες 6, 7 και 8, οι τρείς¹⁷⁴ μετρήσεις για την κατάσταση υγείας, αναλύονται σύμφωνα με τα δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά των αποκρινόμενων της έρευνας. Σύμφωνα με τα δεδομένα του Πίνακα 6, οι γυναίκες δηλώνουν λιγότερο καλή κατάσταση υγείας, σε αντίθεση με τους άνδρες που δηλώνουν «πολύ καλή» υγεία. Όπως αναμένεται, όσο νεότερος είναι κανείς, τόσο καλύτερη υγεία δηλώνει, ενώ όσο μεγαλώνει δηλώνει «μέτρια» υγεία. Επίσης, οι άγαμοι δηλώνουν «πολύ καλή» υγεία, ενώ οι παντρεμένοι γενικά καλή υγεία. Όσο υψηλότερο είναι το επίπεδο εκπαίδευσης τόσο δηλώνεται καλύτερη υγεία. Τέλος οι εργαζόμενοι δηλώνουν «πολύ καλή» υγεία σε αντίθεση με τους άνεργους.

¹⁷³ Οι σοβαρές και χρόνιες ασθένειες (ΣΧΑ), δηλαδή οι ασθένειες που προσβάλλουν τουλάχιστον 50 άτομα ανά 100.000, ευθύνονται για το 87% των θανάτων στην ΕΕ. Ευρωπαϊκή Επιτροπή-Δημόσια Υγεία. Κύριες και Χρόνιες Ασθένειες.

¹⁷⁴ Βλέπε τις τρείς μεταβλητές, πιο αναλυτικά στη σελίδα 21 του Ερωτηματολογίου της Εθνικής Έρευνας Υγείας 2009.

Από τον Πίνακα 7, προκύπτει ότι η πλειονότητα των ανδρών, δεν έχει κάποιο χρόνιο πρόβλημα υγείας ή πάθηση, σε αντίθεση με τις γυναίκες. Τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, δηλώνουν ύπαρξη χρόνιου προβλήματος υγείας ή πάθησης, σε αντίθεση με τους νέους που δηλώνουν άρνηση, όπως αναμένεται. Η πλειονότητα των παντρεμένων έχει περισσότερα χρόνια προβλήματα υγείας, σε σχέση με τους ανύπαντρους. Μεγαλύτερα ποσοστά χρόνιου προβλήματος υγείας ή πάθησης, εμφανίζουν οι απόφοιτοι πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης, σε σχέση με τα άτομα που ολοκλήρωσαν την δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια εκπαίδευση. Την ύπαρξη χρόνιου προβλήματος υγείας ή πάθησης, δηλώνουν στην πλειονότητά τους οι συνταξιούχοι και όσοι ασχολούνται με τα οικιακά.

Στον Πίνακα 8, οι γυναίκες, αντιμετωπίζουν σημαντικά μεγαλύτερους περιορισμούς στις καθημερινές τους δραστηριότητες σε σχέση με τους άνδρες. Όσον αφορά τη μεταβλητή ηλικία, η πλειονότητα των ερωτηθέντων από όλες τις κατηγορίες δήλωσαν πως δεν υπάρχει καθόλου περιορισμός δραστηριοτήτων λόγω προβλήματος υγείας. Με την αύξηση της ηλικίας, παρατηρείται μια αύξηση στο ποσοστό «αυτών» που υποστηρίζουν ότι υπάρχει περιορισμός δραστηριοτήτων αλλά όχι πολύ. Οι παντρεμένοι σε σχέση με τους ανύπαντρους, παρουσιάζουν μεγαλύτερο περιορισμό δραστηριοτήτων. Τα άτομα που ολοκλήρωσαν την τριτοβάθμια εκπαίδευση, εμφανίζουν μικρότερα ποσοστά περιορισμού δραστηριοτήτων σε σχέση με τα άτομα των δυο άλλων τυπικών βαθμίδων της εκπαίδευσης. Οι συνταξιούχοι και όσοι ασχολούνται με τα οικιακά, παρουσιάζουν μεγαλύτερο περιορισμό στις ασχολίες τους, σε σύγκριση με τους εργαζόμενους και τους άνεργους.

Αυτό που καταδεικνύεται έντονα μέσα από τα αποτελέσματα της Εθνικής Έρευνας Υγείας 2009, είναι ότι οι μεταβλητές – διαστάσεις του επιπέδου υγείας διαφοροποιούνται κατά φύλο. Αυτό παρατηρείται, τόσο για την υποκειμενική κατάσταση υγείας ή διαφορετικά την αυτοαξιολόγηση του επιπέδου υγείας από τα ίδια τα άτομα, όσο και για την ύπαρξη χρόνιου προβλήματος ή πάθησης και τον περιορισμό των καθημερινών δραστηριοτήτων εξαιτίας προβλήματος υγείας.

Τα δεδομένα που προέκυψαν μέσα από την ανάλυση των τριών πινάκων, επιβεβαιώνουν τα επιδημιολογικά πρότυπα κατανομής του προσδόκιμου υγείας κατά φύλο, που αναφέρονται σε μεγαλύτερη νοσηρότητα στις γυναίκες (μεταβλητή αντικειμενικής κατάστασης υγείας) σε σχέση με τους άντρες. Συνολικά, υπολογίζεται

ότι οι Έλληνες άνδρες παραμένουν υγιείς στο 91,1% της ζωής τους και οι Ελληνίδες γυναίκες στο 90% της ζωής τους. Η μικρή αυτή διαφορά μπορεί να εξηγηθεί από το γεγονός ότι οι γυναίκες ζουν περισσότερο και εμφανίζουν μεγαλύτερη νοσηρότητα.¹⁷⁵ Ακόμη, όπως φαίνεται και από τον Πίνακα 5, η σύγκριση μεταξύ ανδρών και γυναικών φανερώνει ότι οι γυναίκες, αν και ζουν περισσότερα χρόνια, επιβιώνουν για μεγαλύτερο διάστημα από τους άνδρες σε κατάσταση «κακής» ή «πολύ κακής» υγείας. Επομένως, σύμφωνα με τη βιβλιογραφία¹⁷⁶, οι γυναίκες έχουν χειρότερη αυτοαξιολόγηση του επιπέδου υγείας τους και ακόμα περισσότερα επεισόδια νοσηλείας από τους άνδρες, από την εφηβεία έως τα τέλη της μέσης ηλικίας, αλλά έχουν λιγότερες πιθανότητες να πεθάνουν σε κάθε ηλικία. Τα αποτελέσματά μας δείχνουν ότι η διαφορά στην αυτοαξιολόγηση για την υγεία μεταξύ ανδρών και γυναικών, μπορεί να εξηγείται εξ ολοκλήρου από τις διαφορές στην κατανομή των χρόνιων παθήσεων που αντιμετωπίζουν.

Οι γυναίκες έχουν μεγαλύτερο προσδόκιμο ζωής από τους άντρες. Η τελευταία έρευνα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ), παρουσιάζει τις Ελληνίδες να έχουν προσδόκιμο ζωής που φτάνει τα 83 έτη, ενώ στους άντρες προσεγγίζει τα 78 έτη.¹⁷⁷ Παρά το διαρκές πλεονέκτημα του προσδόκιμου ζωής για τις γυναίκες, αυτές βιώνουν περισσότερες ασθένειες απ' ό,τι οι άντρες. Αυτό είναι πιθανόν να αντανακλά τη μεγαλύτερη χρήση ιατρικών υπηρεσιών και των διαγνωστικών μοτίβων των ιατρών από τις γυναίκες. Ταυτόχρονα, οι γυναίκες είναι πολύ πιο πρόθυμες να αναγνωρίσουν και να δηλώσουν την ασθένειά τους και προφανώς, τη μειωμένη υποκειμενική κατάσταση της υγείας τους, σε σχέση με τους άντρες. Οι γυναίκες, επίσης, έχουν υψηλότερα ποσοστά σε ασθένειες που σπάνια προκαλούν θάνατο, για παράδειγμα ρευματοειδής αρθρίτιδα, ενώ οι άνδρες έχουν περισσότερες θανατηφόρες ή και οξείες ασθένειες όπως οι καρδιαγγειακές παθήσεις. Υπάρχουν δύο τουλάχιστον κατηγορίες χαρακτηριστικών τρόπου ζωής που σχετίζονται με τις διαφορές στη νοσηρότητα ανδρών-γυναικών: **(α)** οι κοινωνικοί ρόλοι, όπως ο γάμος, η μητρότητα, η εργασία και

¹⁷⁵ Τούντα Γ., *Η Υγεία του Ελληνικού πληθυσμού*. Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας του Εργαστηρίου Υγιεινής και Επιδημιολογίας του Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα 2007, 36-41.

¹⁷⁶ Case A., and Paxson C., «Sex differences in morbidity and mortality», 42(2), (2006) 189-214. Στην ηλεκτρονική διεύθυνση: www.jstor.org/discover/10.2307/4147343?uid=3737848&uid=2&uid=4&sid=21102270223517, (πρόσβαση στις 16/03/2013).

¹⁷⁷ World Health Organization. *World Health Statistics 2012*. Part III, 77

(β) η συμπεριφορά, όπως το κάπνισμα και η συμπεριφορά τύπου Α, (επιθετικότητα, ανυπομονησία κι αϋπνία) που σχετίζονται με καρδιακά νοσήματα. Ουσιαστικά, διάφορα χαρακτηριστικά του τρόπου ζωής αποτελούν υπόστρωμα στη νοσηρότητα (morbidity).¹⁷⁸

Επιπρόσθετα, το μεγαλύτερο ποσοστό περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων στις γυναίκες, ίσως ερμηνεύεται από τη βιολογική-παθολογική διαφοροποίηση των δύο φύλων αλλά και της διαφορετικής υποκειμενικής πρόσληψης ως προς το τι συνιστά περιορισμό δραστηριότητας. Τέλος, η διαφορά στην αυτοαξιολόγηση του επιπέδου υγείας μεταξύ των δύο φύλων, φαίνεται να προβλέπει την ύπαρξη μεγαλύτερων ποσοστών χρόνιων παθήσεων και καθημερινών περιορισμών στις γυναίκες, καθώς αυτές ζουν περισσότερο από τους άνδρες και κατά συνέπεια μεγαλύτερο ποσοστό γυναικών περνούν τη ζωή τους με περιορισμούς στις δραστηριότητές τους. Ειδικότερα, το 2009 στην Ελλάδα, σε εθνικό επίπεδο, το ποσοστό των ατόμων που ζούσαν χωρίς κανέναν περιορισμό στην άσκηση δραστηριοτήτων ήταν 77,2%. Η διαφορά μεταξύ των φύλων είναι αισθητή, αφού τα αντίστοιχα μεγέθη είναι 82% για τους άνδρες και 72,6% για τις γυναίκες.¹⁷⁹

Από την πιο πάνω ανάλυση προκύπτει επίσης, πως η ύπαρξη χρόνιου προβλήματος υγείας ή πάθησης δεν σχετίζεται αυτόματα με την μέτρια, κακή ή πολύ κακή αξιολόγηση της κατάστασης υγείας των ερωτώμενων. Αυτό μπορεί εν μέρει να εξηγηθεί από τυχούσα επιτυχή αντιμετώπιση αυτής της χρόνιας πάθησης, η οποία οδηγεί σε μια θετικότερη αυτοαξιολόγηση της κατάστασης υγείας του ατόμου.¹⁸⁰ Η έλλειψη πληροφόρησης στη σοβαρότητα ή τη διάρκεια αυτής της χρόνιας πάθησης, έχει την τάση να συγχέει τα αποτελέσματα πιθανής συσχέτισης μιας χρόνιας πάθησης σε σχέση με την αυτοαξιολόγηση της αντικειμενικής κατάστασης υγείας του ατόμου, ειδικότερα σε άτομα τα οποία έχουν πολλαπλά, σοβαρά ή χρόνια νοσήματα. Για παράδειγμα, η παρουσία του νοσήματος του ινσουλινοεξαρτώμενου διαβήτη (IDDM), εάν ρυθμιστεί με δόσεις ινσουλίνης, τότε ο αποκρινόμενος μπορεί να δηλώσει καλή ή πολύ καλή υγεία, παρά την χρόνια παρουσία μεταβολικού νοσήματος. Ακόμα, η

¹⁷⁸ Wingard DL., «The sex differences in morbidity, mortality and lifestyles», *Public Health Nutrition*, 5 (1984) 433-58.

¹⁷⁹ Μπάγκαβος Χ., *Η κατάσταση υγείας του πληθυσμού στην Ελλάδα. Προσδόκιμο Επιβίωσης και Προσδόκιμο Υγείας*, Αθήνα (Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ) 2012, 19.

¹⁸⁰ Health Reports, Winter 1999, Vol. 11, No. 3, Statistics Canada, Catalogue 82-003, 39. Στην ηλεκτρονική διεύθυνση: www.statcan.gc.ca, (πρόσβαση στις 12/04/2013).

θεραπεία μιας χρόνιας πάθησης π.χ. η διακοπή λήψης στεροειδών για το άσθμα μετά την ύφεση της νόσου, είναι λογικό να οδηγήσει τον αποκρινόμενο να δηλώσει καλύτερη κατάσταση υγείας.

Αναμφίβολα, τα σημαντικότερα προβλήματα υγείας των ανεπτυγμένων χωρών, στις οποίες ανήκει και η Ελλάδα, συσχετίζονται αιτιολογικά με τον τρόπο ζωής και το φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον.¹⁸¹

Παρατηρείται επίσης, μια σχέση που συνδέει την κατάσταση υγείας και την ηλικία. Η αύξηση της ηλικίας οδηγεί σε αύξηση των «θετικών» δηλώσεων για ύπαρξη χρόνιου προβλήματος υγείας, αλλά και σταδιακή αύξηση στον περιορισμό των δραστηριοτήτων των ερωτηθέντων. Η σχέση ηλικίας και αυτοαξιολόγησης φαίνεται να είναι αντιστρόφως ανάλογη αφού, η αύξηση της ηλικίας συντελεί στην «χειροτέρευση» των ποσοστών αυτοαξιολόγησης του επιπέδου υγείας του πληθυσμού.

Σύμφωνα με την κοινωνική θεωρία, οι παντρεμένοι έχουν καλύτερη κατάσταση υγείας, εξαιτίας του ότι έχουν περισσότερους υλικούς πόρους, πιθανόν υγιεινότερο τρόπο ζωής αλλά και κοινωνική στήριξη.¹⁸² Επίσης, διαπιστώθηκε ότι οι άνθρωποι που είναι παντρεμένοι δέχονται στήριξη από τον/την σύντροφο, ενώ οι άνθρωποι που ζουν μόνοι τους τείνουν να αντιμετωπίζουν άγχος, ειδικά αν δεν έχουν επιλέξει να είναι μόνοι.¹⁸³ Ακόμη, μέσα από μια διεθνή έρευνα στην οποία συμμετείχαν 34.500 άνθρωποι από 15 χώρες και η οποία δημοσιεύτηκε στο βρετανικό επιστημονικό περιοδικό «Psychological Medicine», διαπιστώθηκε ότι «ο γάμος, σε σύγκριση με την εργένικη ζωή, είναι ωφέλιμος τόσο για τους άνδρες όσο και για τις γυναίκες, όσον αφορά την ψυχική τους υγεία».¹⁸⁴ Οι ερευνητές παρατήρησαν ότι η κατάθλιψη, το χρόνιο στρες και η κατάχρηση αλκοόλ είναι λιγότερο συχνά στους παντρεμένους σε σύγκριση με τους χωρισμένους, τους διαζευγμένους και τους χήρους. Η έρευνα αυτή επιβεβαιώνει τα συμπεράσματα πολυάριθμων μελετών. Αυτό όμως, δεν επιβεβαιώνεται

¹⁸¹ Τούντα Γ., *Η Υγεία του Ελληνικού πληθυσμού*. Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας του Εργαστηρίου Υγιεινής και Επιδημιολογίας του Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα 2007, 55.

¹⁸² Wyke Sally & Ford, Graeme (1992), «Competing explanations for associations between marital status and health». Στην ηλεκτρονική διεύθυνση: <http://ideas.repec.org/a/eee/socmed/v34y1992i5p523-532.html>, (πρόσβαση στις 24/04/2013).

¹⁸³ Schumacher R., Vilpert S., «Gender differences in social mortality differentials in Switzerland (1990-2005)», *Demographic Research*, 25 (2011) 285-31. Στην ηλεκτρονική διεύθυνση: <http://www.demographic-research.org>, (πρόσβαση στις 24/04/2013).

¹⁸⁴ Όπως δήλωσε η επικεφαλής της έρευνας, κλινική ψυχολόγος κ. Kate Scott, από το Πανεπιστήμιο «Otago» της Νέας Ζηλανδία.

από την ανάλυση μας καθώς οι άγαμοι είναι αυτοί που φαίνεται να αυτοαξιολογούν ως «πολύ καλή» την υγεία τους και να μην αντιμετωπίζουν χρόνια προβλήματα υγείας. Με άλλα λόγια, παρόλο που από άλλες έρευνες έχει προκύψει ότι οι άγαμοι δηλώνουν χαμηλότερα ποσοστά καλής υγείας από τους παντρεμένους, εδώ δε φαίνεται το ίδιο. Αυτό μπορεί να συμβαίνει γιατί στη συγκεκριμένη έρευνα έλαβαν μέρος άτομα σε μικρή ηλικία (15-18) πράγμα που σημαίνει ότι δεν αντιμετωπίζουν κάποιο πρόβλημα υγείας. Μια πιθανή εξήγηση είναι ότι, καθώς ολοένα και περισσότεροι άνθρωποι δεν παντρεύονται, το δίκτυο των φίλων και των γνωστών των ανύπαντρων διευρύνεται, γεγονός που σχετίζεται με την καλύτερη κατάσταση κυρίως της ψυχικής υγείας τους. Επιπλέον, στην εποχή μας δεν είναι τόσο έντονο το στίγμα του να μείνει κανείς ανύπαντρος, σε σχέση με το παρελθόν, γεγονός που εμμέσως απομακρύνει τυχόν αρνητικές συνέπειες στην υγεία. Επομένως, το «χάσμα υγείας» μεταξύ παντρεμένων και ανύπαντρων μικραίνει με το πέρασμα των χρόνων. Βεβαίως, τα αποτελέσματα πρέπει να ελεγχθούν και με σταθμισμένα δεδομένα.

Ακόμη, αυτό που διαπιστώνεται και από άλλες έρευνες αλλά και από την συγκεκριμένη (Πίνακας 6), είναι ότι οι χήροι δηλώνουν χειρότερη κατάσταση υγείας από τις άλλες κατηγορίες. Αυτό συμβαίνει αρχικά γιατί οι άνθρωποι βιώνουν την απώλεια του/της συντρόφου τους. Επιπλέον δεν μπορούμε να παραβλέψουμε το γεγονός ότι οι πλειοψηφία των ανθρώπων που είναι χήροι βρίσκονται στην τρίτη ηλικία, πράγμα που σημαίνει ότι έχουν πολλές πιθανότητες να αντιμετωπίζουν κάποιο πρόβλημα υγείας. Βέβαια, θα πρέπει να ληφθεί υπόψη το μικρό μέγεθος αυτής της κατηγορίας στο δείγμα.

Είναι ευρέως αποδεκτό, ότι η εκπαίδευση συνδέεται «θετικά» με την υγεία¹⁸⁵ και τα άτομα με υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης, έχουν περισσότερες γνώσεις τόσο για την υγεία όσο και για την παραγωγική λειτουργία αυτής.¹⁸⁶

Εν γένει, τα στοιχεία για τον Ελληνικό πληθυσμό σχετικά με τη σύνδεση της κατάστασης υγείας και του επιπέδου εκπαίδευσης ακολουθούν ένα «γραμμικό» πρότυπο: όσο ανερχόμαστε στην κλίμακα του ολοκληρωμένου επιπέδου τυπικής

¹⁸⁵ Steven Kenedy., «The Relationship between Education and Health in Australia and Canada», (2003) Στην ηλεκτρονική διεύθυνση: <http://ideas.repec.org/p/mcm/sedapp/93.html#abstract>, (πρόσβαση στις 30/3/2013).

¹⁸⁶ Altindag Duha, Cannonier Colin, Mocan Naci, «The impact of education on health knowledge», 30 (2010) 792-812. Στην ηλεκτρονική διεύθυνση: <http://ideas.repec.org/a/eee/ecoedu/v30y2011i5p792-812.html>, (πρόσβαση στις 30/03/2013).

εκπαίδευσης, τόσο «βελτιώνονται» τα ποσοστά της αυτοαξιολόγησης του επιπέδου υγείας από τον πληθυσμό, καθώς επίσης μειώνονται οι αναφορές για χρόνια προβλήματα υγείας και περιορισμούς σε καθημερινές δραστηριότητες.¹⁸⁷

Η εκπαίδευση μπορεί να αντιπροσωπεύει την αποκτηθείσα γνώση, τις ικανότητες, τις ευκαιρίες του ατόμου να ανταπεξέλθει σε ένα περίπλοκο περιβάλλον και την επιδεξιότητα να ανταποκριθεί στο κοινωνικό σύστημα. Σχετίζεται, επιπλέον, στενά με τον τρόπο ζωής και διάφορες συμπεριφορές.¹⁸⁸ Ανάμεσα στις αποκτηθείσες γνώσεις, σημαντικός είναι ο ρόλος των γνώσεων για την υγεία και τη διατροφή. Έχει φανεί ότι κοινωνικοοικονομικές διαφορές στις διατροφικές γνώσεις αντιπροσωπεύουν ένα μέρος της διαδικασίας μέσω της οποίας η εκπαίδευση επιδρά στη διατροφή¹⁸⁹ και άρα στην κατάσταση υγείας.

Είναι αλήθεια, ότι οι βιοχημικές γνώσεις από μόνες τους δεν μπορούν να εγγυηθούν καλύτερη υγεία.¹⁹⁰ Ωστόσο, άτομα με υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης έχουν αυξημένες πιθανότητες να ακολουθούν ένα υγιεινότερο τρόπο ζωής, διότι οι περισσότερες γνώσεις τους προτρέπουν σε σωστότερες επιλογές για ένα υγιεινότερο τρόπο ζωής.

Συνοπτικά, από τους Πίνακες 6, 7 και 8 προκύπτει πως υπάρχει μια αντίθεση ανάμεσα στις δηλώσεις εργαζομένων και ανέργων σε σχέση με τις δηλώσεις συνταξιούχων και όσων ασχολούνται με οικιακά, αναφορικά με την κατάσταση υγείας τους. Οι δύο πρώτες κατηγορίες έχουν υψηλά θετικά ποσοστά αυτοαξιολόγησης του επιπέδου υγείας τους και δεν έχουν χρόνιο πρόβλημα υγείας, σε αντίθεση με συνταξιούχους και όσους ασχολούνται με οικιακά. Επίσης, δεν υπάρχει περιορισμός δραστηριοτήτων εξαιτίας προβλήματος υγείας σε αντιδιαστολή με τις δύο τελευταίες κατηγορίες, στις οποίες παρατηρείται αύξηση των αναφορών για περιορισμούς στις

¹⁸⁷ Hlavac Marek., «Comment on David Cutler and Adriana Lleras-Muney (2008)»: “Education and Health : Evaluating Theories and Evidence”. Στην ηλεκτρονική διεύθυνση: <http://ideas.repec.org/cgi-bin/htsearch?q=prevention+and+education+level&cmd=Search%21&u1>, (πρόσβαση στις 30/3/2013).

¹⁸⁸ Matthews KA, Kelsey SF, Meihahn EN, Lewis KH, Wing RR., «Educational attainment and behavioral and biologic risk factors and coronary heart disease in middle-aged women», *American Journal of Epidemiology*, 129 (1989) 1132-1144.

¹⁸⁹ Turrell G., Kavanagh AM., «Socio-economic pathways to diet: modelling the association between socio-economic position and food purchasing behaviour», *Public Health Nutrition* 9 (2006) 375-83.

¹⁹⁰ Shaikh BT., «Understanding social determinants of health seeking behaviours, providing a rational framework for health policy and systems development», *Journal of Pakistan Medical Association*, 58(1) (2008) 33-36 Στην ηλεκτρονική διεύθυνση: http://www.jpma.org.pk/full_article_text.php?article_id=1284, (πρόσβαση στις 23/04/2013).

καθημερινές δραστηριότητες. Το γεγονός, ότι οι συνταξιούχοι έχουν πιο χαμηλά επίπεδα αυτοαξιολόγησης της υγείας τους, μπορεί πιθανόν να αποδοθεί στο παράγοντα ηλικία καθώς και στο γεγονός ότι από τον παραγωγικό ρόλο μεταβαίνουν στην συνταξιοδότηση (βλέπε πιο αναλυτικά κεφάλαιο 2). Γενικά, όσοι βρίσκονται στην αγορά εργασίας, μπορούν «βιολογικά» να εργαστούν άρα έχουν πιθανόν καλύτερη κατάσταση υγείας. Βέβαια, όσο μεγαλύτερος είναι κάποιος σε ηλικία τόσο περισσότερα προβλήματα υγείας ενδεχομένως να έχει. Επίσης, ενδέχεται τα άτομα που ασχολούνται με τα οικιακά να μην μπορούν να εργαστούν γιατί έχουν πρόβλημα υγείας.

Αν και υποκειμενική και επηρεασμένη από πολιτισμικές διαφορές, η προσωπική αντίληψη για την κατάσταση της υγείας έχει φανεί ότι προβλέπει τη μελλοντική χρήση της υγειονομικής περίθαλψης και τη θνησιμότητα του ατόμου. Η πλειονότητα του ενήλικα πληθυσμού σχεδόν σε όλες τις Ευρωπαϊκές χώρες αξιολογούν την υγεία τους ως «καλή» ή «πολύ καλή», αλλά παρατηρείται μια έντονη ελάττωση στη θετική αξιολόγηση μετά τα 45 έτη, και μια περαιτέρω μείωση μετά τα 65 έτη. Συνεπώς, υπάρχει ξεκάθαρα η ανάγκη να προσθέτουμε ζωή στα χρόνια και όχι απλώς χρόνια στη ζωή.¹⁹¹

3.3.2 Η κατάσταση υγείας των ατόμων ηλικίας 50-64 και 65 ετών και άνω

Σύμφωνα με το αντικείμενο της παρούσας εργασίας, όπως διατυπώνεται στην Εισαγωγή, στο κεφάλαιο αυτό, παρουσιάζουμε τα αποτελέσματα για την κατάσταση υγείας των ηλικιωμένων, βάσει των δεδομένων της Εθνικής Έρευνας Υγείας 2009, τους οποίους διακρίνουμε στις εξής κατηγορίες: 50-64 και 65 ετών και άνω (65+). Υπενθυμίζουμε ότι, σύμφωνα με δεδομένα που παρουσιάζονται στον Πίνακα 3, τα άτομα ηλικίας από 50 μέχρι και 64 ετών είναι 1405 (514 άνδρες και οι 891 γυναίκες), και τα άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω 2028 (717 άνδρες και 1311 γυναίκες).

Στον Πίνακα 9, παρουσιάζονται τα δεδομένα για την υποκειμενική κατάσταση υγείας των ατόμων, ηλικίας 50-64 ετών. Διαπιστώνεται ότι, στην πλειονότητά τους οι

¹⁹¹ Health at a Glance: Europe 2010. OECD Publishing. Στην ηλεκτρονική διεύθυνση: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2010_health_glance-2010-en (πρόσβαση 15/04/2013).

άνδρες δηλώνουν ότι η κατάσταση υγείας τους είναι «πολύ καλή», σε αντίθεση με τις γυναίκες που δηλώνουν «μέτρια», την κατάσταση της υγείας τους. Τα μεγαλύτερα ποσοστά θετικής ανταπόκρισης («πολύ καλή» ή «καλή» υγεία, ενοποιημένες), παρατηρούνται στους άγαμους και ακολούθως στους παντρεμένους. Ανεξαρτήτως βαθμίδας εκπαίδευσης, η πλειονότητα των ατόμων ηλικίας 50-64 ετών του δείγματος, χαρακτήρισαν την υγεία τους ως «καλή». Οι αποκρινόμενοι αναλφάβητοι και όσοι έχουν ολοκληρώσει μερικές τάξεις στο δημοτικό έχουν σε σημαντικό αριθμό, εντούτοις, απαντήσει και «κακή» κατάσταση υγείας στο ερωτηματολόγιο. Αναφορικά, με τη μεταβλητή απασχόληση, όχι μόνο οι εργαζόμενοι και οι άνεργοι, αλλά και οι συνταξιούχοι και όσοι ασχολούνται με τα οικιακά, αυτοαξιολογούν την υγεία τους ως «καλή».

Εν συνεχεία, στον Πίνακα 10, παρουσιάζονται τα δεδομένα για την αντικειμενική κατάσταση υγείας των ατόμων ηλικίας 50-64 ετών. Αυτό που διαπιστώνεται, είναι πως η πλειονότητα των γυναικών δηλώνει ότι έχει κάποιο χρόνιο πρόβλημα υγείας ή πάθηση. Αυτό μπορεί να αποδοθεί ως ένα βαθμό, σε ασθένειες που επιβαρύνουν «σχεδόν αποκλειστικά», τις γυναίκες όπως για παράδειγμα η οστεοπόρωση που πρόκειται για μια χρόνια πάθηση. Οι άγαμοι, σε σχέση με τις υπόλοιπες τρεις κατηγορίες (παντρεμένοι, χήροι, διαζευγμένοι), έχουν ελαφρώς μικρότερα ποσοστά χρόνιου προβλήματος υγείας. Στην ηλικιακή κατηγορία 50-64 ετών, το υψηλότερο ποσοστό χρόνιου προβλήματος υγείας, παρατηρείται στην πρώτη βαθμίδα της εκπαίδευσης. Ακόμη, μεγαλύτερη φαίνεται να είναι η παρουσία χρόνιου προβλήματος υγείας ή πάθησης, σε όσους ασχολούνται με τα οικιακά και στους συνταξιούχους, όπως αυτό αναμένεται.

Από τον Πίνακα 11, όπου αναλύεται ο περιορισμός των δραστηριοτήτων, των ατόμων ηλικίας 50-64 ετών, σύμφωνα με τα δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά, οι άνδρες αντιμετωπίζουν πολύ μικρότερους περιορισμούς στις δραστηριότητες τους, εξαιτίας προβλήματος υγείας τους τελευταίους έξι μήνες, σε αντίθεση με τις γυναίκες. Η οικογενειακή κατάσταση δεν επηρεάζει ιδιαίτερα έντονα την δραστήρια ζωή, των ατόμων ηλικίας 50-64 ετών, ειδικά αν εστιάσουμε την προσοχή μας στις κατηγορίες απαντήσεων: «Ναι, αλλά όχι πάρα πολύ» και «Όχι, καθόλου» ενοποιημένες. Τα άτομα με χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης, εμφανίζουν μεγαλύτερα ποσοστά περιορισμού δραστηριοτήτων, σε σχέση με τα άτομα που

ολοκλήρωσαν την τριτοβάθμια εκπαίδευση. Τέλος, τόσο οι οικονομικά ενεργοί, όσο και οι οικονομικά μη ενεργοί δήλωσαν «Όχι, καθόλου», περιορισμό δραστηριοτήτων.

Στους Πίνακες 12, 13 και 14, αναλύονται οι τρεις μετρήσεις για την υγεία σύμφωνα με τα δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά των αποκρινόμενων ηλικίας 65 ετών και άνω που συμμετείχαν στην έρευνα.

Με βάση τα δεδομένα του Πίνακα 12, οι άνδρες στην πλειονότητά τους, δηλώνουν «καλή» κατάσταση υγείας σε αντίθεση με τις γυναίκες που δηλώνουν «μέτρια» την κατάσταση υγείας τους. Στις κατηγορίες, παντρεμένοι, ανύπαντροι και χήροι/ες, η πλειοψηφία των ατόμων ηλικίας 65+ που συμμετείχαν στην Έρευνα Υγείας, δηλώνουν κατάσταση υγείας «μέτρια», εξαιρώντας τους διαζευγμένους που απήντησαν «καλή υγεία». Ως προς την υποκειμενική κατάσταση υγείας σε σχέση με το επίπεδο εκπαίδευσης, τα άτομα ηλικίας 65+, που ολοκλήρωσαν την τριτοβάθμια εκπαίδευση, εμφανίζουν υψηλότερο επίπεδο αυτοαξιολόγησης της κατάστασης υγείας τους σε σχέση με τα άτομα που ολοκλήρωσαν την πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια εκπαίδευση. Τόσο οι συνταξιούχοι όσο και οι απασχολούμενοι με τα οικιακά, όπου πρόκειται για μια ιδιαίτερη κατηγορία που περιλαμβάνει σχεδόν μόνο γυναίκες, έχουν παραπλήσια κατανομή, με τους περισσότερους να αυτοαξιολογούν την υγεία τους ως «Μέτρια».

Από το Πίνακα 13, ελαφρώς μεγαλύτερο φαίνεται να είναι το ποσοστό των γυναικών, που δήλωσαν ότι έχουν κάποιο χρόνιο πρόβλημα υγείας ή πάθησης, σε σχέση με αυτό των ανδρών. Χρόνια προβλήματα υγείας, αντιμετωπίζουν σύμφωνα με τις δηλώσεις τους, τόσο οι παντρεμένοι όσο και οι ανύπαντροι. Από τις τρεις βαθμίδες εκπαίδευσης, το χαμηλότερο ποσοστό χρόνιων παθήσεων, εμφανίζουν οι απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, σε σχέση με τα άτομα που ολοκλήρωσαν την πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια εκπαίδευση. Η έντονη αυτή διαφοροποίηση, θα μπορούσε να αποδοθεί πιθανόν στη μεγαλύτερη ευαισθητοποίηση σε θέματα υγείας που έχουν τα άτομα, με υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης. Την ύπαρξη χρόνιου προβλήματος υγείας ή πάθησης, δηλώνουν με μεγάλα ποσοστά οι άνεργοι, οι απασχολούμενοι με τα οικιακά και οι συνταξιούχοι.

Στον Πίνακα 14, στην πλειονότητά τους οι άνδρες δεν αντιμετωπίζουν καθόλου περιορισμούς στις καθημερινές τους δραστηριότητες, σε σχέση με τις γυναίκες. Ανεξαρτήτως οικογενειακής κατάστασης, η δραστήρια ζωή των ατόμων ηλικίας 65

ετών και άνω, δεν επηρεάζεται ιδιαίτερα έντονα, εξαιρουμένων των διαζευγμένων, ο αριθμός των οποίων στο συνολικά στο δείγμα είναι μικρός (228 άτομα από τα 6172) και έτσι δεν γίνεται κάποια πιο εκτενής ερμηνεία. Από τις τρεις βαθμίδες εκπαίδευσης, το χαμηλότερο ποσοστό περιορισμού δραστηριοτήτων, εμφανίζουν οι απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, σε σχέση με τα άτομα που ολοκλήρωσαν την πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια εκπαίδευση. Τόσο οι συνταξιούχοι όσο και οι απασχολούμενοι με τα οικιακά, εμφανίζουν το μεγαλύτερο περιορισμό στις δραστηριότητες τους εξαιτίας προβλήματος υγείας σε αντίθεση με τους εργαζόμενους και άνεργους.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Προσπαθώντας να καταλήξουμε σε μια συμπερασματική εικόνα, αυτό που πρέπει να τονίσουμε προτού προχωρήσουμε, είναι πως η υποκειμενική κατάσταση υγείας, η ύπαρξη χρόνιου προβλήματος υγείας ή πάθησης και ο περιορισμός δραστηριοτήτων εξαιτίας προβλήματος υγείας, συνδέεται σε αρκετά σημαντικό βαθμό, με την μεταβλητή ηλικία. Δηλαδή, παρατηρούνται διαφορές ανάμεσα σε άτομα διαφορετικής ηλικίας και γενικότερα η κατάσταση υγείας των ερωτωμένων επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από την ηλικία. Σύμφωνα πάντοτε με τη βιβλιογραφία, τα νεότερα άτομα αξιολογούν την υγεία τους κυρίως με βάση τη φυσική τους κατάσταση, τα άτομα της μέσης ηλικίας επηρεάζονται σημαντικά από την ψυχική τους υγεία, ενώ οι μεγαλύτερες ηλικίες δίνουν βαρύτητα στην ύπαρξη χρόνιων ασθενειών.¹⁹² Αξίζει επίσης να τονισθεί στο σημείο αυτό, πως η επίδραση της ηλικίας είναι λογικό να επηρεάζει την αντικειμενική μέτρηση της υγείας, καθώς όσο περισσότερα είναι τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας που απαντούν στο συγκεκριμένο ερώτημα, τόσο τα αποτελέσματα θα δείχνουν πως τα άτομα της έρευνας έχουν κάποιο χρόνιο πρόβλημα υγείας ή πάθηση και το αντίθετο αποτέλεσμα, αν τα περισσότερα μέλη του δείγματος ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα των νέων.

Τα αποτελέσματα των απαντήσεων για τις ηλικιακές κατηγορίες 50-64 και 65+ είναι, κατά προσέγγιση, όμοια. Όπως θα δούμε αναλυτικότερα παρακάτω, η υποκειμενική κατάσταση υγείας, η αντικειμενική κατάσταση υγείας καθώς και ο περιορισμός δραστηριοτήτων των αποκρινόμενων της έρευνας εμφανίζει ανάλογες τιμές στις δύο ηλικιακές κατηγορίες και σε όλες τις μεταβλητές τις οποίες εξετάζουμε.

Η υποκειμενική κατάσταση υγείας των δυο ηλικιακών ομάδων (50-64 και 65+), διαφοροποιείται όπως και στην περίπτωση του συνολικού μας δείγματος, κατά φύλο. Τόσο οι γυναίκες ηλικίας 50-64 ετών όσο και 65+, χαρακτηρίζουν την υγεία τους ως «μέτρια», σε αντίθεση με την πλειονότητα των ανδρών που οι μεν ηλικίας 50-64 ετών την χαρακτηρίζουν ως «πολύ καλή», ενώ τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας δηλώνουν «καλή» υγεία. Όσον αφορά την διαφορετική υποκειμενική αξιολόγηση της κατάστασης υγείας, που παρατηρείται μεταξύ ανδρών και γυναικών, πιθανόν να σχετίζεται με τη

¹⁹² Jylha M., Leskinen E., Alanen E., Leskinen A.L., Heikkinen E., «Self-rated health and associated factors among men of different ages», *Journal of Gerontology*, 4 (1986) 710-717.

μεγαλύτερη νοσηρότητα που εμφανίζουν οι γυναίκες αλλά και στους διαφορετικούς κοινωνικούς ρόλους (βλέπε συμπεράσματα για το σύνολο του δείγματος). Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, υπάρχει μια διάκριση μεταξύ βιολογικού φύλου -sex- και κοινωνικού φύλου -gender-. Η έννοια του βιολογικού φύλου¹⁹³ παραπέμπει στην γενετική και ορμονική κατασκευή των ατόμων και στην ανάπτυξη από αυτήν της βιολογικής-γενετικής βάσης των δευτερεύοντων φυσικών χαρακτηριστικών των ατόμων— για τις γυναίκες τα χρωμοσώματα XX και για τους άντρες τα χρωμοσώματα XY - ενώ η έννοια του κοινωνικού φύλου παραπέμπει στην έννοια της κοινωνικής κατασκευής των κοινωνικών και πολιτισμικών ρόλων,¹⁹⁴ των κοινωνικών εμπειριών, προσδοκιών και υποχρεώσεων καθώς και των εμπειριών από την οικογενειακή ζωή, την αγορά εργασίας και την ευρύτερη κοινωνική θέση και υπόσταση η οποία ορίζεται και καθορίζεται συχνά υπό την ηγεμονία μίας πατριαρχικής κοινωνικής οργάνωσης. Η χρησιμότητα της διάκρισης μεταξύ βιολογικού και κοινωνικού φύλου, μια κοινή πρακτική στις κοινωνικές επιστήμες, πλέον εμπεδώνεται και ως παράγοντας πρόληψης, αιτιολογίας και υποστρώματος μέσα στον τομέα της υγείας.¹⁹⁵ Δεν υπάρχουν, εξάλλου κοινωνίες στις οποίες οι γυναίκες αντιμετωπίζονται με ίσο τρόπο σε σχέση με τους άντρες, κι αυτό αναπόφευκτα επηρεάζει την υγεία των γυναικών.¹⁹⁶

Σε ότι αφορά την οικογενειακή κατάσταση σε σχέση με την κατάσταση υγείας των μεγαλύτερων σε ηλικία ατόμων, κατά τη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών πολυάριθμες μελέτες έχουν δείξει τα πλεονεκτήματα του να είναι κανείς παντρεμένος για την υγεία και διαπιστώνεται πως οι παντρεμένοι έχουν χαμηλότερα ποσοστά

¹⁹³ Pollard M.Tessa., Hyatt Brin Susan., «Sex, Gender and Health: Integrating biological and sociological perspectives», Cambridge University Press, (1999) 2. Στην ηλεκτρονική διεύθυνση: http://www.google.gr/books?hl=en&lr=&id=CtDmsEzlnY8C&oi=fnd&pg=PR11&dq=%C2%ABSex,+Gender+and+Health%C2%BB,+&ots=hDMnIKn6Sj&sig=SeXWYyHzhubb979F9fuAiHiQ1uI&redir_esc=y, (πρόσβαση στις 21/03/2013).

¹⁹⁴ Annandale Ellen, Hunt Kate, *Gender Inequalities in Health*, Buckingham (Open University Press) 2000, καθώς και Pollard M. Tessa, Hyatt Brin Susan, *Sex, Gender and Health*, Cambridge (Cambridge University Press), 1999, 2.

¹⁹⁵ Philips P. Susan., «Defining and measuring gender: A social determinant of health whose time has come», *International Journal for Equity in Health*, Στην ηλεκτρονική διεύθυνση: <http://www.equityhealthj.com/content/4/1/11>, (πρόσβαση 18/03/2013).

¹⁹⁶ United Nations Development Programme. *Human development report 1995*. New York: Oxford University Press, 1995.

θνησιμότητας, νοσηρότητας και ψυχικών διαταραχών σε σχέση με τους ανύπαντρους.¹⁹⁷

Συνεπώς είναι προφανές ότι η γήρανση, η οικογενειακή κατάσταση και η υγεία αλληλοσυνδέονται και η σχέση μπορεί να διαφέρει από τα δύο φύλα και εντός και μεταξύ της ηλικίας ομάδας. Αναμφίβολα, η σχέση μεταξύ υγείας και οικογενειακής κατάστασης αλλάζει με την ηλικία. Επιπρόσθετα, οι περισσότερες μελέτες διαπιστώνουν ότι η ποιότητα της έγγαμης συμβίωσης ακολουθεί ένα καμπυλόγραμμο μοτίβο στο οποίο η ποιότητα γάμου βρίσκεται υψηλότερη στους νεότερους και στους ηλικιωμένους και χαμηλότερη κατά τη διάρκεια της μέσης ηλικίας.

Αναφορικά με το επίπεδο τυπικής εκπαίδευσης και ανεξαρτήτως ηλικίας, παρατηρούμε ότι όσο ανερχόμαστε στην κλίμακα της τυπικής εκπαίδευσης τα άτομα αυτοαξιολογούν το επίπεδο υγείας τους ως ολοένα και καλύτερο. Σύμφωνα με τη θεωρία, όσο υψηλότερο είναι το εκπαιδευτικό επίπεδο του ατόμου, τόσο υψηλότερη είναι η κατάσταση υγείας του.¹⁹⁸ Τα άτομα υψηλότερου εκπαιδευτικού επιπέδου ζουν υπό ένα πλέγμα ισχυρότερων και πιο ευρέων κοινωνικών δικτύων και σχέσεων σε σχέση με τα άτομα χαμηλότερου εκπαιδευτικού επιπέδου. Η κοινωνική υποστήριξη από φιλικά και συγγενικά δίκτυα, η σταθερότητα και συμπαράσταση που απορρέουν από μία σταθερή και υποστηρικτική διαπροσωπική σχέση, καθώς και η πρόσβαση σε μεγαλύτερο κύκλο κοινωνικών δικτύων εμφανίζονται ως θετικοί προσδιοριστικοί παράγοντες του επιπέδου υγείας, οι οποίοι φαίνεται ότι απαλύνουν τις επιδράσεις των στρεσογόνων παραγόντων και δημιουργούν ένα πλαίσιο ασφάλειας και σιγουριάς για την κοινωνική ευεξία του ατόμου.

Η υποκειμενική κατάσταση υγείας στα άτομα της ηλικίας 50-64 σε γενικές γραμμές χαρακτηρίζεται ως «καλή», ανεξαρτήτως καθεστώτος απασχόλησης και αυτό υποδεικνύει ότι η ηλικία είναι περισσότερο καθοριστικός παράγοντας κατά την αυτοαξιολόγηση του ατόμου.

Οι γυναίκες ηλικίας 50-64 ή 65+ στην πλειονότητά τους, έχουν σε μεγαλύτερο βαθμό χρόνια προβλήματα υγείας απ'ότι οι άνδρες, όπως και περιορισμό δραστηριοτήτων. Σε πολλές έρευνες και μελέτες καταγράφεται ότι οι γυναίκες

¹⁹⁷ Mayor K. Panedy., «Association between marital status, age and health: examining the role of age and gender», Institute of Economic Growth, University of Delhi Enclave, Delhi-110007, (2008) 2-13.

¹⁹⁸ Υφαντόπουλος Ν., *Τα οικονομικά της υγείας. Θεωρία και Πολιτική*, (τυπωθήτω) Αθήνα 2006, 288-290.

εμφανίζουν μικρότερα επίπεδα θνησιμότητας και μεγαλύτερο προσδόκιμο ζωής από τους άνδρες ενώ παράλληλα εμφανίζουν μεγαλύτερα επίπεδα νοσηρότητας καθώς και μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης οποιασδήποτε αναπηρίας.¹⁹⁹ Αναλυτικότερα, οι γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας, παρά τη μακροβιότητα τους, αυτή δε μεταφράζεται σε υγιέστερες ζωές αφού αρκετές ασθένειες απευθύνονται πολύ περισσότερο στις γυναίκες απ' ότι τους άντρες. Η μακροβιότητα των γυναικών, κάνει πιθανότερο το να υποφέρουν από κάποιου είδους χρόνια ασθένεια, γεγονός που επιβεβαιώνεται και από τα ευρήματα του ερωτηματολογίου της Εθνικής Έρευνας Υγείας. Ξέρουμε, για παράδειγμα, πως οι μεγαλύτερες σε ηλικία γυναίκες είναι πιο πιθανόν να υποφέρουν από οστεοπόρωση, διαβήτη, υπέρταση, ακράτεια και αρθρίτιδα απ' ό,τι οι άνδρες. Χρόνιες ασθένειες που προκαλούν αναπηρία, όπως η αρθρίτιδα, έχουν τρομερή επίδραση στην ικανότητα του ατόμου να διατηρήσει κοινωνικές επαφές και εννοείται, στην ποιότητα ζωής.²⁰⁰

Σύμφωνα με τα στοιχεία της Έρευνας Εισοδήματος και Συνθηκών Διαβίωσης των Νοικοκυριών του 2009 στην Ελλάδα (SILC 2009), στην ηλικία των 65 ετών, οι γυναίκες πέρασαν 6,6 έτη (33% της υπολειπόμενης ζωής τους) χωρίς περιορισμό της δραστηριότητά τους (με βάση τα Έτη Υγιούς Ζωής (EYZ),²⁰¹ 6,7 έτη (33%) με μέτριο περιορισμό της δραστηριότητάς τους και 6,8 έτη (34%) με σοβαρό περιορισμό της δραστηριότητάς τους. Οι άνδρες στην ίδια ηλικία, πέρασαν 7,2 έτη (40% της υπολειπόμενης ζωής τους) χωρίς περιορισμό της δραστηριότητάς τους, 6,0 έτη (33%) με μέτριο περιορισμό της δραστηριότητάς τους και 4,9 έτη (27%) με σοβαρό περιορισμό της δραστηριότητας. Παρόλο που το σύνολο των ετών ζωής των ανδρών είναι μικρότερο από αυτό των γυναικών, για όλα τα προσδόκιμα υγιούς ζωής, οι άνδρες περνούν περισσότερα χρόνια της ζωής τους με καλή υγεία απ' ότι οι γυναίκες.²⁰² Συγκριτικά με τους άνδρες, οι γυναίκες περνούν πολύ μεγαλύτερο μέρος της ζωής τους με προβλήματα υγείας.

¹⁹⁹ Doblhammer et al, ο.π.π., 38-58.

²⁰⁰ World Health Organization. *Ageing: Exploding the myths*. 1999, 3-11.

²⁰¹ Έτη Υγιούς Επιβίωσης, (Healty Live Years, HLY): Ο μέσος αριθμός ετών που αναμένεται να ζήσει ένα άτομο χωρίς ανικανότητα ή χωρίς κανένα περιορισμό στην άσκηση δραστηριοτήτων, εάν οι τρέχουσες συνθήκες θνησιμότητας και ανικανότητας εξακολουθούν να ισχύουν.

²⁰² European Health and Life Expectancy Information System – EHLEIS. Προσδόκιμο Υγείας στην Ελλάδα. EHEMU-Εκθέσεις χωρών. Θέμα 5- Ιανουάριος 2012. Στην ηλεκτρονική διεύθυνση: <http://www.eurohex.eu/> (πρόσβαση στις 15/04/2013).

Σε ότι αφορά την ύπαρξη χρόνιων παθήσεων σύμφωνα με την οικογενειακή κατάσταση μεταξύ των ατόμων ηλικίας 50-64 ετών και 65 ετών και άνω, προκύπτει ότι οι παντρεμένοι και οι ανύπαντροι, δηλώνουν τα μεγαλύτερα ποσοστά ύπαρξης χρόνιου προβλήματος υγείας ή πάθησης. Ενδέχεται και εδώ να συμβάλει ο παράγοντας ηλικίας, αφού όσο μεγαλύτερος είναι κανείς σε ηλικία, τόσα περισσότερα προβλήματα υγείας έχει. Κατά συνέπεια, το αν είναι κάποιος ή κάποια παντρεμένοι ή ανύπαντροι, σχετίζεται ενδεχομένως ως ένα βαθμό, με την ύπαρξη προβλημάτων υγείας.

Τα τελευταία χρόνια, η πιθανότητα αναφοράς καλής υγείας από τους ανύπαντρους αυξήθηκε με πολύ γρήγορους ρυθμούς, γεγονός που οδήγησε στη σμίκρυνση του χάσματος της αυτοαξιολόγησης των παντρεμένων και ανύπαντρων. Η βιβλιογραφία καταδεικνύει, πως ο γάμος έχει θετική επίδραση στην υγεία. Οι παντρεμένοι τείνουν να ζουν περισσότερο και να είναι γενικότερα πιο υγιείς από τους ανύπαντρους.²⁰³ Ο γάμος, θεωρείται ως δίχτυ προστασίας, λόγω του ότι οι παντρεμένοι έχουν περισσότερους πόρους υλικούς, καθώς και μεγαλύτερη κοινωνική υποστήριξη και καλύτερη αντιμετώπιση σε θέματα υγείας που τους απασχολούν. Ταυτόχρονα, το να είναι κανείς χήρος ή διαζευγμένος, συχνά σχετίζεται με αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία, χειρότερες από το να είσαι ανύπαντρος. Αυτό έχει να κάνει με το γεγονός πως ένας χωρισμός ή θάνατος του συζύγου μπορεί να προκαλέσει μια κρίση στον οργανισμό του ατόμου που οδηγεί σε χειρότερη κατάσταση υγείας και αυξημένο δείκτη θνησιμότητας. Τα αποτελέσματα του ερωτηματολογίου καταρρίπτουν την πιο πάνω κοινωνική θεωρία.

Όσον αφορά την ύπαρξη χρόνιου προβλήματος ή πάθησης, τα άτομα και των δυο ηλικιακών ομάδων, που ολοκλήρωσαν την τριτοβάθμια εκπαίδευση, εμφανίζουν το χαμηλότερο ποσοστό.

Αναφορικά με την μεταβλητή απασχόληση και την ύπαρξη ή μη χρόνιου προβλήματος υγείας, όπως διαπιστώθηκε και πιο πάνω, οι συνταξιούχοι και όσοι ασχολούνται με τα οικιακά και των δυο ηλικιακών ομάδων (50-64 και 65+), δήλωσαν ότι πάσχουν από κάποιο χρόνιο πρόβλημα υγείας. Σύμφωνα με την κοινωνική θεωρία, η συνταξιοδότηση όπως άλλωστε είναι αναμενόμενο, σχετίζεται με περισσότερα σωματικά προβλήματα υγείας (βλέπε πιο αναλυτικά Κεφάλαιο 2). Μια αμερικανική επιστημονική έρευνα, διαπίστωσε ότι η οριστική διακοπή της απασχόλησης και η

²⁰³ Doblhammer et al, ο.π.π., 50.

συνταξιοδότηση κάποιου μπορεί να προκαλέσει σοβαρά προβλήματα υγείας. Η μελέτη, που αφορούσε πάνω από 12.000 άτομα, ηλικίας 51 - 61 ετών, βρήκε ότι όσοι, μετά τη σύνταξή τους, διατηρούν μια περιστασιακή ή μερική απασχόληση, έχουν λιγότερες σοβαρές ασθένειες και λειτουργούν καλύτερα στην καθημερινή ζωή τους.²⁰⁴ Επιπρόσθετα, η συνταξιοδότηση έχει καταστροφικές συνέπειες για την ψυχική και σωματική υγεία, σύμφωνα με νέα επιστημονική μελέτη που δημοσιεύτηκε από το Ινστιτούτο Οικονομικών Υποθέσεων (IEA).²⁰⁵ Η μελέτη σύγκρινε συνταξιούχους με ανθρώπους που συνέχισαν να εργάζονται μετά την ηλικία συνταξιοδότησης. Από τα αποτελέσματα φάνηκε ότι μετά την συνταξιοδότηση υπήρχε αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης κατάθλιψης κατά 40%, ενώ το 60% των ανθρώπων που σταμάτησαν να εργάζονται είχαν περισσότερες πιθανότητες να υποφέρουν από μία οργανική πάθηση. Το αποτέλεσμα είναι το ίδιο για τους άνδρες και τις γυναίκες, ενώ οι πιθανότητες να αρρωστήσει κάποιος φαίνεται να αυξάνεται όσο αυξάνεται ο χρόνος συνταξιοδότησης.

Ακόμη, θα πρέπει να επισημάνουμε, πως απομονώνοντας από το συνολικό δείγμα την ηλικιακή ομάδα 50-64 ετών, φάνηκε ότι το ποσοστό των ατόμων που παρουσιάζουν χρόνιο πρόβλημα υγείας, είναι εμφανές μικρότερο στο δείγμα των εργαζομένων (43,1%) σε σχέση με το αντίστοιχο δείγμα των συνταξιούχων (64,7%), και όσων ασχολούνται με τα οικιακά (70,3%). Επομένως, τα αποτελέσματα της έρευνας, επιβεβαιώνουν τα όσα μέχρι σήμερα γνωρίζαμε για τη σχέση εργασιακού περιβάλλοντος, κατάστασης απασχόλησης σε σχέση με την κατάσταση υγείας.

Τέλος, σχετικά με τον περιορισμό των δραστηριοτήτων εξαιτίας προβλήματος υγείας, οι άνδρες ανεξαρτήτως ηλικιακής κατηγορίας, δεν περιορίζουν «καθόλου» τις δραστηριότητές τους. Αυτό, ως ένα βαθμό απορρέει και από το συμπέρασμα που διατυπώθηκε πιο πάνω, όπου οι άνδρες δήλωναν «πολύ καλή» υγεία. Η οικογενειακή κατάσταση, φαίνεται να μην επηρεάζει ιδιαίτερα έντονα τη δραστήρια ζωή, όχι μόνο των ατόμων ηλικίας 50-64 ετών αλλά και των 65+. Όπως θα ήταν αναμενόμενο, την πρωτιά στο περιορισμό δραστηριοτήτων εξαιτίας προβλήματος υγείας, την έχουν τα

²⁰⁴ Η έρευνα έγινε από ερευνητές του πανεπιστημίου του Μέριλαντ και δημοσιεύτηκε στο "Journal of Occupational Health Psychology" (Περιοδικό Επαγγελματικής Ψυχικής Υγείας) της Αμερικανικής Ψυχολογικής Ένωσης. Στην ηλεκτρονική διεύθυνση: <http://www.skai.gr/news/health/article/> (πρόσβαση στις 20/6/2013).

²⁰⁵ Why retirement can be bad for your health. By Caroline Parkinson. Health editor, BBC News website. Στην ηλεκτρονική διεύθυνση: <http://www.bbc.co.uk/news/health-22553577> (πρόσβαση στις 20/6/2013).

άτομα με στοιχειώδη εκπαίδευση πράγμα που επιβεβαιώνεται και από τα μεγάλα ποσοστά στην ύπαρξη χρόνιου προβλήματος υγείας. Έχοντας κατά νου, ότι οι συνταξιούχοι και εργαζόμενοι ηλικίας 50-64 ετών και 65 ετών και άνω, δήλωσαν «θετική» ανταπόκριση ως προς την αυτοαξιολόγηση της υποκειμενικής κατάστασης υγείας τους, αυτό έρχεται να επιβεβαιωθεί και από το γεγονός ότι έχουν τα μεγαλύτερα ποσοστά μη περιορισμού των δραστηριοτήτων τους.

Βεβαίως, οφείλουμε να σημειώσουμε ότι η ανάλυση, βασίστηκε σε μη σταθμισμένα δεδομένα. Επομένως, πρέπει να επαναληφθεί με σταθμισμένα δεδομένα για να διαπιστωθούν πιθανές αποκλίσεις στα αποτελέσματα.

Συμπερασματικά, όσο αφορά στην κατάσταση υγείας σε σχέση με την ηλικία βλέπουμε ότι όσο αυξάνονται τα χρόνια, τα άτομα έχουν περισσότερες πιθανότητες να ασθενήσουν. Παρόλο που στον πληθυσμό εμφανίζονται αρκετά προβλήματα υγείας, λίγοι άνθρωποι λαμβάνουν ενεργό ρόλο στην προάσπιση της υγείας τους. Αυτό κυρίως συμβαίνει, γιατί η γνώση που λαμβάνουμε σε θέματα υγείας, δεν αλλάζει την συμπεριφορά μας, προκειμένου να υιοθετήσουμε στάσεις που λειτουργούν προστατευτικά για την υγεία μας, αλλά και γιατί, εκτός των αλλαγών, που θα πρέπει να γίνουν σε ατομικό επίπεδο, θα πρέπει να ληφθούν και να εφαρμοστούν μέτρα και από την πολιτεία για την βελτίωση της υγείας του πληθυσμού.

Τέλος, η σημαντικότερη πρόκληση θα είναι η φροντίδα για υγιείς και δραστήριους ηλικιωμένους τόσο στην Ελλάδα όσο και στην Ευρώπη. Όσο περισσότερο διατηρείται η καλή υγεία τόσο βελτιώνεται η ποιότητα ζωής και αυξάνονται οι δυνατότητες για ανεξαρτησία και παραμονή των ηλικιωμένων στην ενεργό ζωή. Καλύτερη υγεία των ηλικιωμένων, σημαίνει επίσης μικρότερη επιβάρυνση των συστημάτων υγείας και περιορισμό των ατόμων που συνταξιοδοτούνται λόγω κακής υγείας, με θετικά αποτελέσματα για την οικονομική ανάπτυξη.

Θεωρώ, ότι γίνεται ολοένα και επιτακτικότερη η ανάγκη σήμερα όπου ερχόμαστε αντιμέτωποι με τις συνέπειες τις οικονομικής κρίσης και που πολλοί άνθρωποι βρίσκονται κάτω από το όριο της φτώχειας, να γίνουν βήματα από την ελληνική πολιτεία τα οποία θα έχουν στόχο τη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού. Κατά την γνώμη μου, το κράτος θα πρέπει δημιουργήσει δράσεις ενημέρωσης, ευαισθητοποίησης του πληθυσμού πάνω σε θέματα υγείας, να παρέμβει στα σχολεία μέσα από προγράμματα αγωγής υγείας καθώς επίσης και να εκπαιδεύει τα άτομα που

απασχολούνται στον τομέα της υγείας πάνω στα θέματα πρόληψης. Κρίνεται αναγκαίος ο προσανατολισμός των συστημάτων υγείας στην πραγματική έννοια της πρόληψης και της προαγωγής της υγείας. Θα πρέπει να επισημάνουμε, πως η Ευρωπαϊκή Ένωση στηρίζει ενεργά τις προσπάθειες των κρατών μελών αφενός να προαγάγουν την υγιή γήρανση με μέτρα βελτίωσης της υγείας των ηλικιωμένων, του εργατικού δυναμικού, των παιδιών και των νέων και αφετέρου να αναπτύξουν την πρόληψη των νοσημάτων.

ΠΗΓΕΣ-ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΠΗΓΕΣ

Α΄ Εκδόσεις Ευρωπαϊκής Επιτροπής

Ευρωπαϊκή Επιτροπή, *Η μείωση των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση*. Λουξεμβούργο (Υπηρεσία Εκδόσεων της Ευρωπαϊκής Ένωσης) 2011.

Β΄ Εκδόσεις Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας

World Health Organization. *World Health Statistics 2012*. Part III.

World Health Organization. *Global Health and Aging*. National Institute on Aging (NIH). Publication no. 11-7737. October 2011.

World Health Organization. *Good Health Adds Life to Years: Global Brief For World Health Day*. 2012.

World Health Organization. *Active Ageing: A Policy Framework*. April 2002.

Wilkinson R., Marmot M., *Social Determinants of Health. The Solid Facts*. Second Edition. World Health Organization 2003.

World Health Organization. *Ageing: Exploding the myths*. 1999.

Γ΄ Εκδόσεις Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών

United Nations Development Programme. *Human development report 1995*. New York: Oxford University Press, 1995.

United Nations. *Population Ageing and development 2012*.

Δ΄ Περιοδικά

The Cyprus Health Journal: A General Medical Journal. Τεύχος 10. Μάιος – Ιούνιος 2012.

Κοτζαμάνης Β., Ο πληθυσμός του πλανήτη: 7 δις το 2011, 9 δις το 2050; *Δημογραφικά Νέα*, Νο15, Σεπτέμβριος-Οκτώβριος 2011, Περιοδική Έκδοση του Εργαστηρίου Δημογραφικών και Κοινωνικών Αναλύσεων του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας.

Ε΄ Δελτία Τύπου

Ελληνική Στατιστική Αρχή. Δελτίο Τύπου σχετικά με την Εθνική Έρευνα Υγείας 2009, Ιούλιος του 2011.

ΣΤ΄ Διδακτορικές Διατριβές και Διπλωματικές Εργασίες

Κουντζάκης Β., *Προσδιοριστικοί παράγοντες ζήτησης των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα*. Διπλωματική Εργασία. Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο. Τμήμα Οικιακής Οικονομίας και Οικολογίας, Αθήνα 2008.

Ντούνης Α., *Κατάσταση Υγείας και Ανισότητες Υγείας στον Ελληνικό Πληθυσμό*. Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία. Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών. Τμήμα Κοινωνικής Πολιτικής, Αθήνα 2012.

Οικονόμου Α., *Κοινωνικές, οικονομικές και επαγγελματικές διαστάσεις στην κατάσταση της υγείας και στην ζήτηση υπηρεσιών υγείας των μελών του εργατικού δυναμικού στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης*. Διδακτορική Διατριβή. Πανεπιστήμιο Μακεδονίας Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών. Τμήμα Οικονομικών Επιστημών, Θεσσαλονίκη 2008.

Τριανταφύλλου Δ., *Η ποιότητα ζωής και το επίπεδο υγείας των εργαζομένων σε ελληνικά νοσοκομεία*. Διδακτορική διατριβή. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Τμήμα Ιατρικής, 2010.

Φακάρου Λ., *Κατάσταση υγείας του πληθυσμού στην Ελλάδα, με έμφαση στη διάσταση της υπηκοότητας (Γηγενής και Άλλοι)*. Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία. Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών. Τμήμα Κοινωνικής Πολιτικής, Αθήνα 2012.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνόγλωσση

Γενική Γραμματεία Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας της Ελλάδος. *Εθνική Έρευνα Υγείας Έτους 2009: Οδηγίες προς τους ερευνητές*. Πειραιάς 2009.

Δαρδαβέσης Θ., Χουσιάδας Α.Β., Ευκλείδη Α., Νούσκας Ι., Χατζηχρήστου Δ.Γ., Τσολάκη Κ.Μ., Μπένος Α., *Θέματα γηροψυχολογίας και γεροντολογίας*, Αθήνα (Ελληνικά Γράμματα) 1999.

Δρεττάκης Μ., *Δημογραφικές εξελίξεις στην Ελλάδα, 1961-1990*, Αθήνα (Ι.Α.Δ.Η.Π.) 1996.

Ελληνική Στατιστική Αρχή. *Εθνική Έρευνα Υγείας Έτους 2009: Ερωτηματολόγιο Μέλους*. Πειραιάς 2009.

Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Τμήμα Οικονομικών της Υγείας, *Υγεία και υπηρεσίες υγείας στον Ελληνικό πληθυσμό*, Αθήνα 2001.

Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας. Τμήμα Οικονομικών της Υγείας. Πανελλαδική έρευνα κοινής γνώμης: Διερεύνηση του επιπέδου υγείας και αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα. Αθήνα 2006.

Ε.Κ.Κ.Ε., *Το Κοινωνικό Πορτραίτο της Ελλάδας*, Αθήνα 2002, 30-31.

Κορνάρου Ε., Ρουμελιώτη Α., (επιμ.), *Γυναίκα και Υγεία*, Αθήνα (Παπαζήση) 2008.

Κοτζαμάνης Β., «Η αναπαραγωγή των Ελλήνων: μύθοι και πραγματικότητα. Ι. Η πορεία της γεννητικότητας και της ολικής γονιμότητας στη μεταπολεμική περίοδο», *Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών*, 70Α, 1988, 136-190.

Κοτζαμάνης Β., «Η αναπαραγωγή των Ελλήνων: μύθοι και πραγματικότητα. ΙΙ. Η εξέλιξη της έγγαμης γονιμότητας στη μεταπολεμική περίοδο: τάσεις, προοπτικές και μεθοδολογικά - θεωρητικά προβλήματα για την ερμηνεία της πτωτικής τους πορείας», *Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών*, 71Β, 1988, 41-83.

Κοτζαμάνης Β., Αλιπράντη - Μαράτου Α., «Οι δημογραφικές εξελίξεις στη Μεταπολεμική Ελλάδα», *Πρακτικά Δημογραφικού Συνεδρίου*, Αθήνα (Λιβάνη) 1992.

Κοτζαμάνης Β., *Γήρανση και Κοινωνία. Πρακτικά Πανελλήνιου Συνεδρίου ΕΚΚΕ*. Αθήνα (Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών) 1996.

- Κοτζαμάνης Β., Σοφιανοπούλου Κ., «Γονιμότητα και Αναπαραγωγή στη Μεταπολεμική Ελλάδα. Συγχρονική και Διαγενεακή Προσέγγιση», *Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών*, 128Α, 2009, 3-38.
- Κοτζαμάνης Β., *Στοιχεία Δημογραφίας*. Βόλος (Πανεπιστημιακές Εκδόσεις Θεσσαλίας) 2009.
- Κουρέα - Κρεμαστινού Τ., *Δημόσια Υγεία. Θεωρία-Πράξη-Πολιτικές*, Αθήνα (Τεχνόγραμμα) 2007.
- Κυριόπουλος Γ., Νιάκας Δ., *Θέματα οικονομικών και Πολιτικής της Υγείας*, Αθήνα (Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας) 1994.
- Λαμπριανίδης Λ., *Οικονομική Γεωγραφία. Στοιχεία Θεωρίας και Εμπειρικά Παραδείγματα*, Αθήνα (Πατάκη) 2007.
- Λιαρόπουλος Λ., *Οργάνωση υπηρεσιών και συστημάτων υγείας*, Αθήνα (Ιατρικές Εκδόσεις Βήτα) 2007.
- Μπάγκαβος Χ., Παπαδοπούλου Δ., Συμεωνάκη Μ., *Μετανάστευση και παροχή υπηρεσιών σε μετανάστες στην Ελλάδα*, Αθήνα (ΙΝΕ/ΓΣΕΕ), 2008.
- Μπάγκαβος Χ., *Δημογραφικές Μεταβολές, Αγορά Εργασίας και Συντάξεις στην Ελλάδα και την Ευρωπαϊκή Ένωση*, Αθήνα (Gutenberg) 2003.
- Μπάγκαβος Χ., «Ο πληθυσμός της Ελλάδας στο πρώτο μισό του 21ου αιώνα: προοπτικές εξέλιξης και κοινωνικο-οικονομικές επιπτώσεις», στο Μπάγκαβος Χ., και Μωυσίδης Α., (επιμ.), *Το Νέο Δημογραφικό Τοπίο του 21ου Αιώνα: Εξελίξεις, Επιπτώσεις, Πολιτικές*, Αθήνα (Gutenberg) 2004, 136-138.
- Μπάγκαβος Χ., «Οι προοπτικές εξέλιξης του παγκόσμιου πληθυσμού: πρόκληση ή απειλή για το φυσικό περιβάλλον;» στο Ανθοπούλου Θ., και Παπαδοπούλου Δ., (επιμ.), *Περιβάλλον και κοινωνία. Μύθοι και πραγματικότητα*. Αθήνα (Gutenberg) 2005, 189-228.
- Μπάγκαβος Χ., *Η κατάσταση υγείας του πληθυσμού στην Ελλάδα. Προσδόκιμο Επιβίωσης και Προσδόκιμο Υγείας*, Αθήνα (Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ) 2012.
- Μπαλούρδος Δ., Ντόντης Δ., Σπυροπούλου Ν., *Η δημογραφική κατάσταση στην Ελλάδα*, (ΕΚΚΕ-ΙΝ.Κ.ΠΟ.) Επίκαιρα Θέματα. 2006.
- Nettleton S., *Κοινωνιολογία της Υγείας και της Ασθένειας*, μτφρ. Βακάκη Α., Αθήνα (τυπωθήτω) 2002.

- Οικονόμου Χ., *Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα & τις Ευρωπαϊκές Κοινωνίες*, Αθήνα (Διόνικος) 2004.
- Πολύζος Ν., *Δημογραφική Πρόκληση: υπογεννητικότητα και γήρανση στην Ελλάδα*, Αθήνα (Εξάντας) 1981.
- Πουλοπούλου – Έμκε Ή., *Έλληνες Ηλικιωμένοι Πολίτες, Παρελθόν Παρόν & Μέλλον*, Αθήνα (Ελλην) 1999.
- Πουλοπούλου – Έμκε Ή., «Η Δημογραφική Γήρανση και Πολιτική Συμπεριφορά ηλικιωμένων» στο Κοτζαμάνης Β., *Γήρανση και Κοινωνία. Πρακτικά Πανελληνίου Συνεδρίου ΕΚΚΕ*, Αθήνα 2006, 357-358.
- Ρομπόλης Σ., *Οικονομική-Διοίκηση Υγειονομικών Μονάδων Β΄*. Χίος (Πανεπιστημιακές Σημειώσεις) Πανεπιστήμιο Αιγαίου. Τμήμα Διοίκησης Επιχειρήσεων, 1989.
- Ρομπόλης Σ., *Υγεία και Οικονομία*, Αθήνα (Καμπύλη) 1999.
- Σιάμπος Γ., *Δημογραφία*, Αθήνα, 1983.
- Σιάμπος Γ., *Δημογραφία*, Αθήνα (Το Οικονομικό) 1993.
- Σιάμπος Γ., Πληθυσμός και ανάπτυξη στην Ελλάδα. *Πανελλαδικό Δημογραφικό Συνέδριο, Αθήνα, 19-20 Νοεμβρίου 1998 με ενημέρωση στοιχείων μέχρι το 2000*, Αθήνα (Ελληνική Εταιρεία Δημογραφικών Μελετών) 2003.
- Σιδέρη-Τομαρά Μ., *Ιστορική Δημογραφία. Από τις δημογραφικές διαδικασίες στις συλλογικές νοοτροπίες και συμπεριφορές*, Αθήνα (Παπαζήση) 1998.
- Σούλης Σ., *Οικονομική της υγείας*, επιμ. Δουμπουλάκης Γ., Αθήνα (Παπαζήση) 1999.
- Ταπεινός Γ.Φ., *Στοιχεία Δημογραφίας. Ανάλυση. Κοινωνικό-οικονομικοί παράγοντες και ιστορία πληθυσμού*, Μπάγκαβος Χ., (επιμ.) Αθήνα (Παπαζήση) 1993.
- Τούντας Γ., *Κοινωνία και υγεία*, Αθήνα (Νέα υγεία) 2000.
- Τριχόπουλος Δ., *Γενική & Κλινική Επιδημιολογία: Εγχειρίδιο επιδημιολογίας και αρχών κλινικής έρευνας*, Αθήνα (Παρισιάνου Α.Ε.) 2002.
- Τσαούση Δ.Γ., *Κοινωνική Δημογραφία*, Αθήνα (Gutenberg) 2006.
- Τσίμπος, Κ., «Η σημασία της μετανάστευσης στην εκτίμηση του μεγέθους και της κατά ηλικία δομής του πληθυσμού της Ελλάδος», στο Κικίλιας Η., Μπάγκαβος Χ., Τήνιος Π., Χλέτσος Μ., (επιμ.), *Δημογραφική Γήρανση, Αγορά Εργασίας & Κοινωνική Προστασία: Τάσεις Προκλήσεις & Πολιτικές*, Αθήνα (Σάκκουλα) 2001, 62.
- Τσίμπος Κ., *Εισαγωγή στην Πληθυσμιακή Γεωγραφία*, Αθήνα (Σταμούλης) 2008.

Υφαντόπουλος Ν., *Τα οικονομικά της υγείας. Θεωρία και Πολιτική*, (τυπωθήτω) Αθήνα 2006.

Φράγκος Δ., *Ο γεροντικός πληθυσμός της Ελλάδας: Στατιστική Ανάλυση*, Αθήνα 1987.

Χλέτσος Μ., «Πολιτικές Απασχόλησης σε συνθήκες Δημογραφικής Γήρανσης: Η περίπτωση της Ελλάδας,» στο Κικίλιας Η., Μπάγκαβος Χ., Τήνιος Π., Χλέτσος Μ., (επιμ.), *Δημογραφική Γήρανση, Αγορά Εργασίας & Κοινωνική Προστασία. Τάσεις, Προκλήσεις & Προοπτικές*, Αθήνα (Σάκκουλα) 2001, 330-335.

Ξενόγλωσση

Alexopoulos C. Evangelos., Geitona Mary., «Self-Rated Health: Inequalities and Potential Determinants», *International Journal of Environmental Research and Public Health* (2009), 2456-2469.

Altindag Duha, Cannonier Colin, Mocan Naci, «The impact of education on health knowledge», 30 (2010) 792-812. Στην ηλεκτρονική διεύθυνση:

<http://ideas.repec.org/a/eee/ecoeedu/v30y2011i5p792-812.html>, (πρόσβαση στις 30/03/2013).

Annandale E., *The Sociology of Health and Medicine: A Critical Introduction*, (Polity Press) 1998 45.

Archer-Hind M.A., *The Timaeus of Plato*, New York (Macmillan and Co) 1888, 77.

Bartley M., Owen C., «Relation between socioeconomic status, employment and health during economic change, 1973-93», *British Medical Journal*, 313 (1996) 445-449.

Becker S. Gary., «Investment in Human Capital: A Theoretical Analysis», *Journal of Political Economy*, 70 (1962) 9-49.

Brunner L. Robert., «Understanding Gender Factors Affecting Self-Rated Health», *Gender Medicine*, 3 (2006) 292-294.

Buckley N.J., Denton F.T., Robb A.L., Spencer B.G., «The transition from good to poor health: an econometric study of the older population», *Journal of Health Economics*, 23(5) (2004) 1013-1034.

Case A., and Paxson C., «Sex differences in morbidity and mortality», 42(2), (2006) 189-214. Στην ηλεκτρονική διεύθυνση:

<http://www.jstor.org/discover/10.2307/4147343?uid=3737848&uid=2&uid=4&sid=21102270223517>, (πρόσβαση στις 16/03/2013).

Doblhammer G., Hoffmann R., Muth E., Westpha C., and Kruse E., «A systematic literature review of studies analyzing the effects of sex, age, education, marital status, obesity, and smoking on health transitions», *Demographic Research*, 20 (2009) 38-58. Στην ηλεκτρονική διεύθυνση: <http://www.demographic-research.org>, (πρόσβαση στις 26/04/2013).

Dooley D., Fielding J., Levi L., «Health and unemployment», *Annu Rev Public Health*. 17 (1996) 449-465.

Duncan G. J., Daly M. C., McDonough P., Williams D.R., «Optimal Indicators of Socioeconomic Status for Health Research», *American Journal of Public Health*, 92(7) (2002) 1151-1157.

Everson S.A., Maty S.C., Lynch J.W., Kaplan G.A., «Epidemiologic evidence for the relation between socioeconomic status and depression, obesity, and diabetes», *Journal of Psychosomatic Research*, 53 (2002) 891-895.

European Health Interview survey Task Force II, *Report on Guidelines and quality criteria for population survey design and methods*, Eurostat – European Commission November 2009.

Fonseca A.M., και Paul C., «Health and aging: Does retirement transition make any difference? », *Reviews in Clinical Gerontology*, 13(3) (2004) 257-260.

Franco A., «Ευρωπαϊκή Κοινότητα: Αναπόφευκτη γήρανση του πληθυσμού», στο *Γήρανση και Κοινωνία. Πρακτικά Πανελλήνιου Συνεδρίου ΕΚΚΕ*, Αθήνα 2006.

Fuchs V.R., «Reflections on the socio-economic correlates of health», *Journal of Health Economics*, 23 (2004) 653-661.

Gardner J., Oswald A., «Is it Money or Marriage that Keeps People Alive?» University of Warwick. (2002) 1-7. Στην ηλεκτρονική διεύθυνση: <http://ideas.repec.org/p/ecj/ac2003/161.html> (πρόσβαση στις 9/04/2013).

Gerdtham U.G., Johannesson M., «A note on the effect of unemployment on mortality», *Journal of Health Economics*, 22 (2003) 505-518.

Gilmore A., Mcke R. Rose., «Determinants of and inequalities in self- perceived health in Ukraine», *Social Science and Medicine*, 55 (2002) 2177- 2188.

- Goldsmith A.H., Veum J.R., Darity W.J., «The impact of labor force history on self-esteem and its component parts, anxiety, alienation and depression», *Journal of Economic Psychology*, 17 (1996) 183-220.
- Grossman M., «On the concept of health capital and demand for health». *Journal of Political Economy*, 80 (2) (1972) 223-255.
- Grundy E., and Holt G., «The socioeconomic status of older adults: How should we measure it in studies of health inequalities?», *Journal of Epidemiology & Community Health* 55 (2000) 895-904.
- Grundy E., Holt G., «Adult life experiences and health in early old age in Great Britain», *Social Science & Medicine*, 51 (2000) 1061-1074.
- Hlavac Marek., «Comment on David Cutler and Adriana Lleras-Muney (2008)»: “Education and Health : Evaluating Theories and Evidence”. Στην ηλεκτρονική διεύθυνση: <http://ideas.repec.org/cgi-bin/htsearch?q=prevention+and+education+level&cmd=Search%21&ul>, (πρόσβαση στις 30/3/2013).
- Hughes M., και Kroehler J.C., *Κοινωνιολογία. Οι βασικές έννοιες*. Αθήνα (Κριτική) 2007.
- Ingrid Waldron., Christopher McCloskey., Inga Earle., «Trends in gender differences in accidents mortality: Relationships to changing gender roles and other societal trends», *Demographic Research*, 13 (2005) 415-416.
- Jensen L., and Allen M., «Wellness: The dialectic of illness», *Journal of Nursing Scholarship* 25 (1993) 220-224.
- Jylha M., Leskinen E., Alanen E., Leskinen A.L., Heikkinen E., «Self-rated health and associated factors among men of different ages», *Journal of Gerontology*, 4 (1986) 710-717.
- Kirkwood T.B.L., and Austad S. N., «Why do we age ?» *Nature*, 408 (2000) 233-238.
- Laslett P., «A Fresh map of life: The emergence of the third age», *Weidenfield and Nicolson* (1988) 199-201.
- Lawlor D., Shah Ebrahim., Davey Smith, «The difference between sex and gender», (2001). Στην ηλεκτρονική διεύθυνση: <http://www.bmj.com/rapid-response/2011/10/28/difference-between-sex-and-gender>, (πρόσβαση στις 29/04/2013).

Lerner M., «Conceptualization of health and social wellbeing», in *Health Status Indexes, presented by R.L. Berg, Chicago 1973*. Στην ηλεκτρονική διεύθυνση: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1072791/>, (πρόσβαση 24/04/2013).

Lindstrom M., «Marital status, social capital, material conditions and self-rated health: A population based study», *Health Policy* 93 (2009) 172–179. Στην ηλεκτρονική διεύθυνση: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19692141> (πρόσβαση στις 4/06/2013).

Martikainen P.T., Valkonen T., «Excess mortality of unemployed men and women during a period of rapidly increasing unemployment», 348 (1996) 909-912. Στην ηλεκτρονική διεύθυνση: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8843808>, (πρόσβαση στις 27/04/2013).

Mathers CD., and Schofield DJ., «The health consequences of unemployment: The evidence», 168 (1998) 178-182. Στην ηλεκτρονική διεύθυνση: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9507716>, (πρόσβαση στις 17/04/2013).

Matthews KA, Kelsey SF, Meihahn EN, Lewis KH, Wing RR., «Educational attainment and behavioral and biologic risk factors and coronary heart disease in middle-aged women», *American Journal of Epidemiology*, 129 (1989) 1132-1144.

Mayor K. Panedy., «Association between marital status, age and health: examining the role of age and gender», Institute of Economic Growth, University of Delhi Enclave, Delhi-110007, (2008) 2-13.

McDonough P., Duncan G.J., Williams D., House J., «Income dynamics and adult mortality in the United States, 1972 through 1989», *American Journal of Public Health*, 87 (1997) 1476-1483.

Mein G., Martinkainen P., Hemingway H., Stansfeld S. & Mannot M., «Is retirement good or bad for mental and physical health functioning?» Whitehall II longitudinal study of civil servants. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57 (2003) 46-49.

Middleton S., «The sociology of women's education as a field of academic study», in Arnot M., & Weiner G., *Gender and the politics of schooling*. London, Hutchinson 1989 30.

Morrell S., Taylor R., Quine S., Kerr C., «Suicide and unemployment in Australia 1907-1990», *Social Science & Medicine*, 36(6) (1993) 749-756.

Morrell S., Taylor R., Quine S., Kerr C., Western J., «A cohort study of unemployment as a cause of psychological disturbance in Australian youth», *Social Science & Medicine*, 38(11) (1994) 1553-1564.

Moser KA., Goldblatt PO., Fox AJ., Jones DR., «Unemployment and mortality: Comparison of the 1971 and 1981 longitudinal study census samples», *British Medical Journal*, 294(6564) (1987) 86-90.

Ntouros, G., Chalkiadaki, M., Varoucha, C., and Nikolaidis, G., *National Health Interview Survey 2009: Final Quality Report*, Piraeus 2011.

Nordenmark M., Strandh M., «Towards a Sociological Understanding of Mental Well-being among the Unemployed: The Role of Economic and Psychosocial Factors» *Sociology*, 33 (1999) 577–597.

Petersen W., *Population*², London (Macmillan) 1969

Philips P. Susan., «Defining and measuring gender: A social determinant of health whose time has come», *International Journal for Equity in Health*, Στην ηλεκτρονική διεύθυνση: <http://www.equityhealthj.com/content/4/1/11>, (πρόσβαση 18/03/2013).

Pollard M.Tessa., Hyatt Brin Susan., «Sex, Gender and Health: Integrating biological and sociological perspectives», *Cambridge University Press*, (1999) 2. Στην ηλεκτρονική διεύθυνση: http://www.google.gr/books?hl=en&lr=&id=CtDmsEzlnY8C&oi=fnd&pg=PR11&dq=%C2%ABSex,+Gender+and+Health%C2%BB,+&ots=hDMnIKn6Sj&sig=SeXWYyHzhubb979F9fuAiHiQ1uI&redir_esc=y, (πρόσβαση στις 21/03/2013).

Robards J., Evandrou M., Falkingham J., Vlachantoni A., «Marital status, health and mortality», 73(4) (2012) 295-9. Στην ηλεκτρονική διεύθυνση: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23007006>, (πρόσβαση στις 30/04/2013).

Ross E. Catherine, Wu Chia-Ling: «The Links Between Education and Health» *American Sociological Review*, 60 (1995) 719-745. Στην ηλεκτρονική διεύθυνση: <http://www.jstor.org/discover/10.2307/2096319?uid=3737848&uid=2&uid=4&sid=21102271067897> (πρόσβαση στις 18/04/2013).

Ross CE., Mirowsky J., «Does employment affect health?», *Journal of Health and Social Behavior*, 36 (1995) 230-243.

Schumacher R., Vilpert S., «Gender differences in social mortality differentials in Switzerland (1990-2005)», *Demographic Research*, 25 (2011) 285-31. Στην

ηλεκτρονική διεύθυνση: <http://www.demographic-research.org>, (πρόσβαση στις 24/04/2013).

Shaikh BT., «Understanding social determinants of health seeking behaviours, providing a rational framework for health policy and systems development», *Journal of Pakistan Medical Association*, 58(1) (2008) 33-36 Στην ηλεκτρονική διεύθυνση: http://www.jpma.org.pk/full_article_text.php?article_id=1284, (πρόσβαση στις 23/04/2013).

Stauffer Cheryl., «Building Pyramids», (1999). Στην ηλεκτρονική διεύθυνση: <http://www.prb.org/> (πρόσβαση 17/04/2013).

Stern J., «The relationship between unemployment, morbidity and mortality in Britain», *Population Studies*, 37 (1983) 61-74.

Steven Kenedy., «The Relationship between Education and Health in Australia and Canada», (2003) Στην ηλεκτρονική διεύθυνση: <http://ideas.repec.org/p/mcm/sedapp/93.html#abstract>, (πρόσβαση τις 30/3/2013).

Tara Parker Pope., «Is Marriage good for your Health?» Βασισμένο στο άρθρο του περιοδικού *New York Times*, (April 2010). Στην ηλεκτρονική διεύθυνση: http://www.nytimes.com/2010/04/18/magazine/18marriaget.html?_r=2&ref=taraparkerpope& (πρόσβαση στις 24/04/2013).

Turrell G., Kavanagh AM., «Socio-economic pathways to diet: modelling the association between socio-economic position and food purchasing behaviour», *Public Health Nutrition* 9 (2006) 375-83.

Vallin J., *Ο Πληθυσμός της Γής. Εξελίξεις, Προβλήματα, Προοπτικές*. Αθήνα (Gutenberg) Αθήνα 2002.

Von Dem Knesebeck O., Verde P., Dragano N., «Education and health in 22 European countries», *Social Science and Medicine*, 63 (2006) 1344-1351.

Warr P., «Work, Unemployment and Mental Health», New York (Oxford University Press) 1987.

Wilson SE., «Marriage, gender and obesity in later life». 10 (2012) 431-453. Στην ηλεκτρονική διεύθυνση: <http://europepmc.org/abstract/MED/22795874>, (πρόσβαση στις 29/04/2013).

Wingard DL., «The sex differences in morbidity, mortality and lifestyles», *Public Health Nutrition*, 5 (1984) 433-58.

Wyke Sally & Ford, Graeme (1992), «Competing explanations for associations between marital status and health». Στην ηλεκτρονική διεύθυνση:

<http://ideas.repec.org/a/eee/socmed/v34y1992i5p523-532.html>, (πρόσβαση στις 24/04/2013).

Yong Vanessa, Saito Yasuhiko., «Trends in healthy life expectancy in Japan: 1986-2004», *Demographic Research*, 20 (2009) 467- 494.

Ηλεκτρονικές Διευθύνσεις

Ιστοσελίδα Ελληνικής Στατιστικής Αρχής, (ΕΛ.ΣΤΑΤ.): www.statistics.gr (πρόσβαση στις 11/04/2013).

Ιστοσελίδα Eurostat: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home/> (πρόσβαση στις 15/04/2013).

Ιστοσελίδα Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO): <http://www.who.int/en/> (πρόσβαση στις 30/03/2013).

Ιστοσελίδα Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών: <http://www.un.org/> (πρόσβαση στις 14/04/2013).

Ιστοσελίδα Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών: <http://www.grsr.gr/> (πρόσβαση στις 16/04/2013).

Ιστοσελίδα Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας: <http://www.nsph.gr> (πρόσβαση στις 11/05/2013).

Ιστοσελίδα Ευρωπαϊκής Ένωσης: <http://europa.eu/> (πρόσβαση στις 18/04/2013).

Ιστοσελίδα Ευρωπαϊκή Επιτροπή, Υγεία – ΕΕ, Ηλικιωμένοι: http://ec.europa.eu/health-eu/my_health/elderly/index_el.htm (πρόσβαση στις 20/04/2013).

Ιστοσελίδα European Health Expectancy Monitoring Unit (EHEMU): <http://www.ehemu.eu/> (πρόσβαση στις 15/04/2013).

Ιστοσελίδα Demographic Research: <http://www.demographic-research.org/> (πρόσβαση στις 23/04/2013).

Ιστοσελίδα Journal of Epidemiology & Community Health: <http://jech.bmj.com/> (πρόσβαση στις 27/04/2013).

Ιστοσελίδα American Psychological Association: <http://www.apa.org/> (πρόσβαση στις 11/05/2013).

Ιστοσελίδα County Health Rankings & Roadmaps:

<http://www.countyhealthrankings.org/our-approach/health-factors/employment> (πρόσβαση στις 1/05/2013).

Ιστοσελίδα ΣΚΑΙ: <http://www.skai.gr/news/health/article/199630/i-panepistimiaki-ekpaideusi-voithaei-tin-ugeia/> (πρόσβαση στις 2/05/2013).

Ιστοσελίδα US National Library of Medicine, National Institutes of Health: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/> (πρόσβαση στις 27/03/2013).

Ιστοσελίδα 50+: <http://www.50plus.gr/> (πρόσβαση στις 10/03/2013).

Ιστοσελίδα Οικονομική & Κοινωνική Επιτροπή Ελλάδος: <http://www.oke.gr/> (πρόσβαση στις 15/03/2013).

Ιστοσελίδα Ινστιτούτο Εργασίας Γ.Σ.Ε.Ε: <http://www.inegsee.gr/> (πρόσβαση στις 23/03/2013).

Ιστοσελίδα Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών: <http://www.ekke.gr> (πρόσβαση στις 4/04/2013).

Ιστοσελίδα Υπουργείο Υγείας, Ελληνική Δημοκρατία: <http://www.moh.gov.gr/> (πρόσβαση στις 16/04/2013).

Ιστοσελίδα Ελληνική Εταιρεία Δημογραφικών Μελετών: <http://www.edim.gr/> (πρόσβαση στις 28/03/2013).

Ιστοσελίδα Λεξικό Δημογραφικών Όρων: http://www.demography-lab.prd.uth.gr/DDAoG/edu/Lexiko/LEXIKO_GR.pdf (πρόσβαση στις 30/03/2013).

Ιστοσελίδα ΒΙΚΙΠΑΙΔΕΙΑ, Η ελεύθερη εγκυκλοπαίδεια : <http://el.wikipedia.org> (πρόσβαση 2/04/2013).

Ιστοσελίδα Oxford Dictionaries: <http://oxforddictionaries.com/>, (πρόσβαση στις 5/06/2013).

Ιστοσελίδα Καθηγητή Κου Σάββα Ρομπόλη: <http://www.robolis.gr> (πρόσβαση στις 2/5/2013).

Ιστοσελίδα Health Research: http://ec.europa.eu/research/health/health-research-intro_en.html (πρόσβαση στις 13/03/2013).

Ιστοσελίδα IDEAS: <http://ideas.repec.org/> (πρόσβαση στις 30/03/2013).

Ιστοσελίδα: <http://www.jstor.org/> (πρόσβαση στις 11/04/2013).

Ιστοσελίδα: <http://www.scopus.com/home.url> (πρόσβαση στις 7/04/2013).

Ιστοσελίδα Ελληνική Εταιρεία Νόσου Alzheimer και Συγγενών Διαταραχών:
<http://www.alzheimer-hellas.gr/>, (πρόσβαση στις 27/04/2013).

European Commission- Research & Innovation-Health, Welcome to the Health
Research Website. Στην ηλεκτρονική διεύθυνση:

http://ec.europa.eu/research/health/health-research-intro_en.html (πρόσβαση στις
13/03/2013).

European Health Interview Survey (EHIS) - collection round 2008. Στην ηλεκτρονική
διεύθυνση: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_SDDS/ (πρόσβαση στις
13/04/2013) .

Αθανασάκης Κ., Καρέλα Α., Καραμπλή Ε., Κυριόπουλος Ι., Λιονής Χ., Μυλωνά Κ.,
Σουλιώτης Κ., Τριτάκη Γ., Τσιάντου Β., *Ο ρόλος της Τοπικής Αυτοδιοίκησης στη
Δημόσια Υγεία*. Ινστιτούτο Τοπικής Αυτοδιοίκησης. Εθνική Σχολή Δημόσιας
Διοίκησης. Τμήμα Οικονομικών της Υγείας. Αθήνα 2009. Στην ηλεκτρονική
διεύθυνση: <http://www.ita.org.gr> (πρόσβαση 24/05/2013).

Παπαδάκης Μ., Κογεβίνας Μ., Τριχόπουλος Δ., *Ο πληθυσμός της Ελλάδας, Θεωρήσεις,
Προοπτικές, Προσανατολισμοί*, Αθήνα 2012. Στην ηλεκτρονική διεύθυνση:
<http://www.nsph.gr/files> (πρόσβαση 10/04/2013).

Μπαμπάτσικου Φ., *Διαχρονική Δημογραφική Εξέλιξη του Ελληνικού Πληθυσμού, Το
βήμα του Ασκληπιού*, Τεύχος 4ο , Τόμος 8ος, Οκτώβριος – Δεκέμβριος 2009. Στην
ηλεκτρονική διεύθυνση: <http://www.vima-asklipiou.gr> (πρόσβαση 12/04/2013).

Πράπα Π., Φάκη Μ., *Θεωρητική προσέγγιση της έννοιας «υγεία»*. Στην ηλεκτρονική
διεύθυνση: http://www.iatrikionline.gr/Respiratory_51/11.pdf (πρόσβαση 25/04/2013).

Φρόση Λ., *Κοινωνιολογικές Θεωρίες για την Εκπαίδευση και το Φύλο*. Στην
ηλεκτρονική διεύθυνση : www.psy.auth.gr/index.php?option=com (πρόσβαση
26/04/2013).

Στατιστικές Αιτιών Θανάτου. Στην ηλεκτρονική διεύθυνση:

[http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Causes_of_death_statisti
cs/el#.CE.95.CE.BA.CE.B4.CF.8C.CF.83.CE.B5.CE.B9.CF.82](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Causes_of_death_statistics/el#.CE.95.CE.BA.CE.B4.CF.8C.CF.83.CE.B5.CE.B9.CF.82) (πρόσβαση
26/04/2013).

Η υγεία με μια ματιά: Ευρώπη 2012. Στην ηλεκτρονική διεύθυνση:
http://ec.europa.eu/health/reports/docs/health_glance_2012_exs_el.pdf (πρόσβαση 13/04/2013).

10 facts on ageing and the life course. World Health Organization (WHO), April 2012. Στην ηλεκτρονική διεύθυνση: <http://www.who.int/features/factfiles/ageing/en/> (πρόσβαση 14/04/2013).

United Nations, 2011 – Division de la Population, World Population Prospects: the 2010 Revision. Στην ηλεκτρονική διεύθυνση: <http://www.esa.un.org/unpd/wpp> (πρόσβαση στις 14/04/2013).

Health Reports, Winter 1999, Vol. 11, No. 3, Statistics Canada, Catalogue 82-003, pp.39. Στην ηλεκτρονική διεύθυνση: www.statcan.gc.ca, (πρόσβαση στις 12/04/2013).

Alzheimer's Disease Fact Sheet. National Institutes Of Health. National Institute on Aging. Στην ηλεκτρονική διεύθυνση: <http://www.nia.nih.gov/alzheimers> (πρόσβαση 27/04/2013).

World Health Organization. The Ottawa Charter of Health Promotion. Στην ηλεκτρονική διεύθυνση:
<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index.html>, (πρόσβαση στις 24/04/2013).

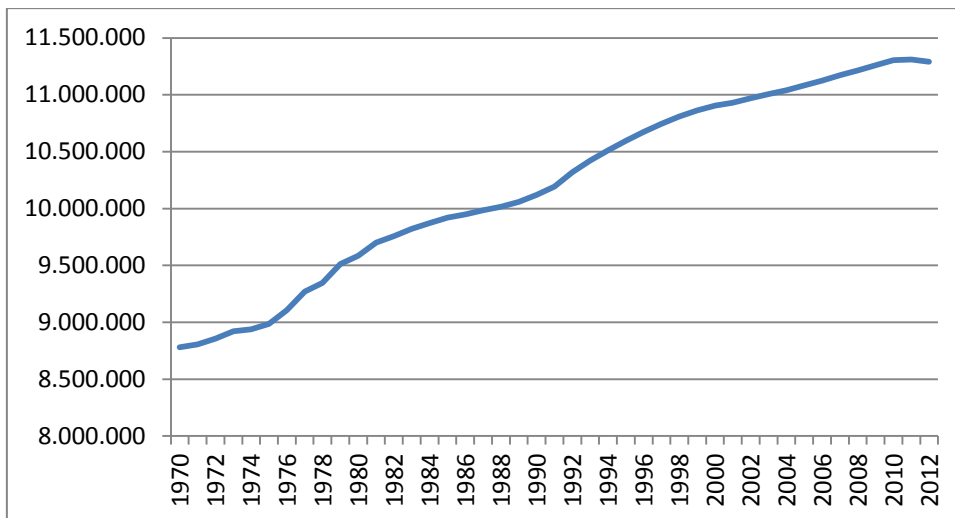
Euro – SDMX Δομή Μεταδεδομένων (ESMS). ΕΛ.ΣΤΑΤ. Μεταδεδομένα. Εθνική Έρευνα Υγείας έτους 2009, 1-14. Στην ηλεκτρονική διεύθυνση: <http://www.statistics.gr> (πρόσβαση στις 28/03/2013).

OECD (2010), Health at a Glance: Europe 2010, OECD Publishing. Στην ηλεκτρονική διεύθυνση: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2010_health_glance-2010-en (πρόσβαση 15/04/2013).

Τούντα Γ., Η Υγεία του Ελληνικού πληθυσμού, Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας του Εργαστηρίου Υγιεινής και Επιδημιολογίας του Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα 2007, 6-41. Στην ηλεκτρονική διεύθυνση:
http://www.neahygeia.gr/pdf/ygeia_tou_ellinikou_plithusmou.pdf, (πρόσβαση στις 22/04/2013).

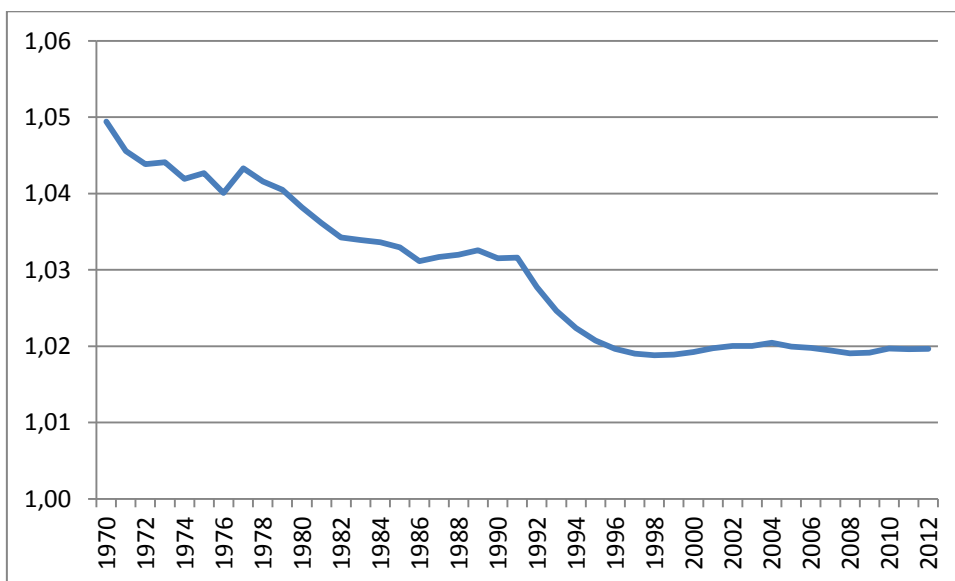
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1 Συνολικός πληθυσμός της Ελλάδας 1970-2012



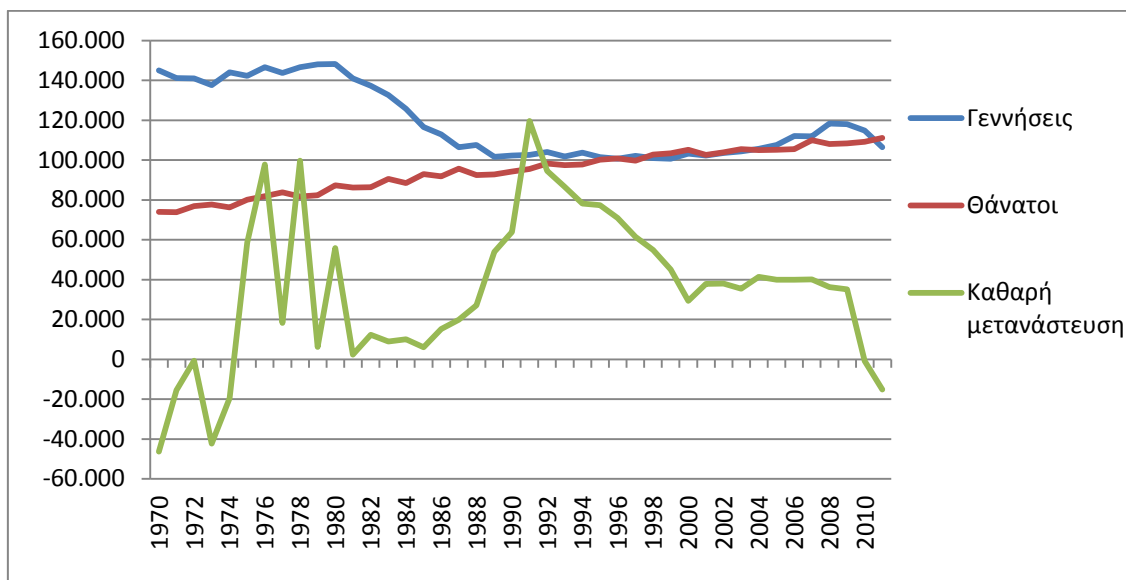
Πηγή: Eurostat

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2 Αναλογία των φύλων στην Ελλάδα 1970-2012



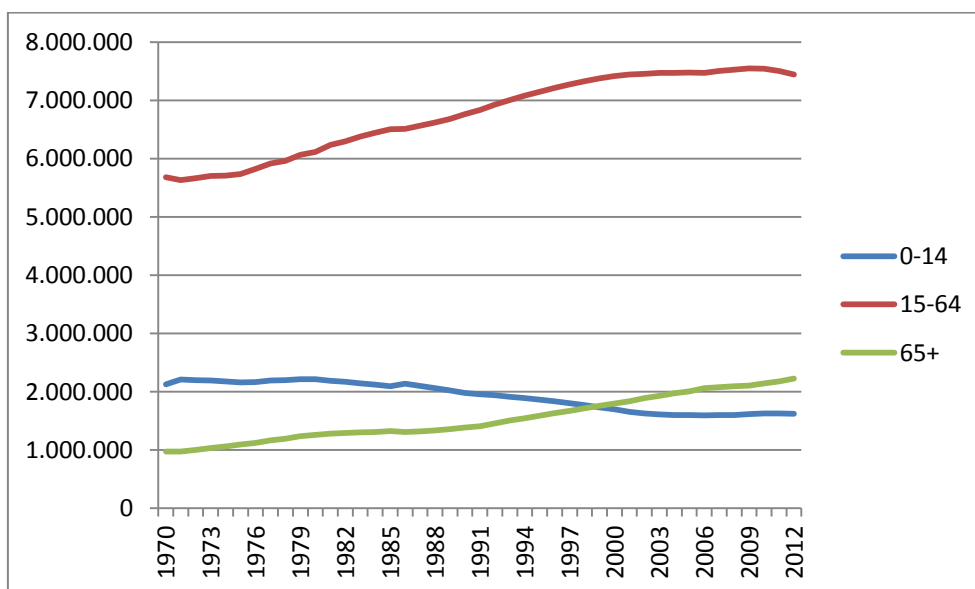
Πηγή: Eurostat

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3 Συνιστώσες της μεταβολής του πληθυσμού 1970-2010



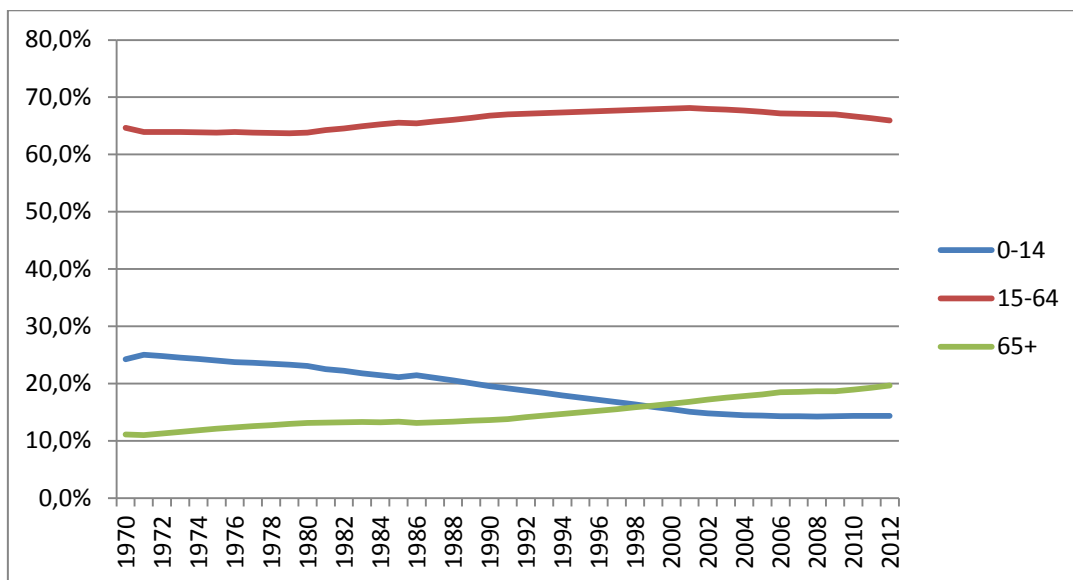
Πηγή: Eurostat

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4 Κατά ηλικία δομή του ελληνικού πληθυσμού 1970-2012



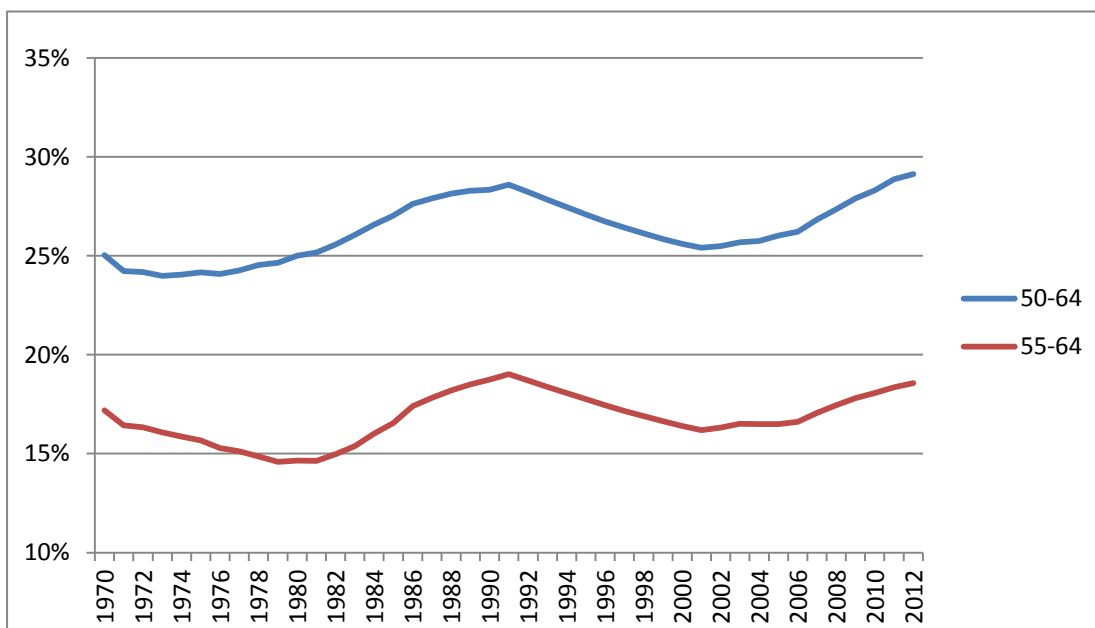
Πηγή: Eurostat

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5 Κατά ηλικία δομή του ελληνικού πληθυσμού,(σχετικά μεγέθη) (1970-2012)



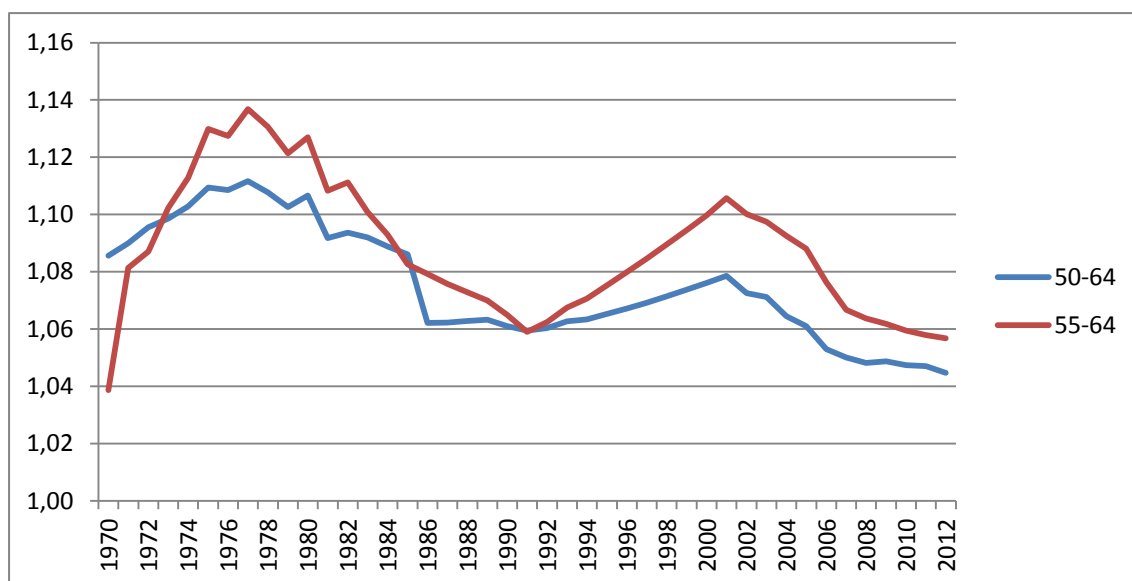
Πηγή: Eurostat

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 6 Γήρανση πληθυσμού σε ηλικία εργασίας 1970-2012



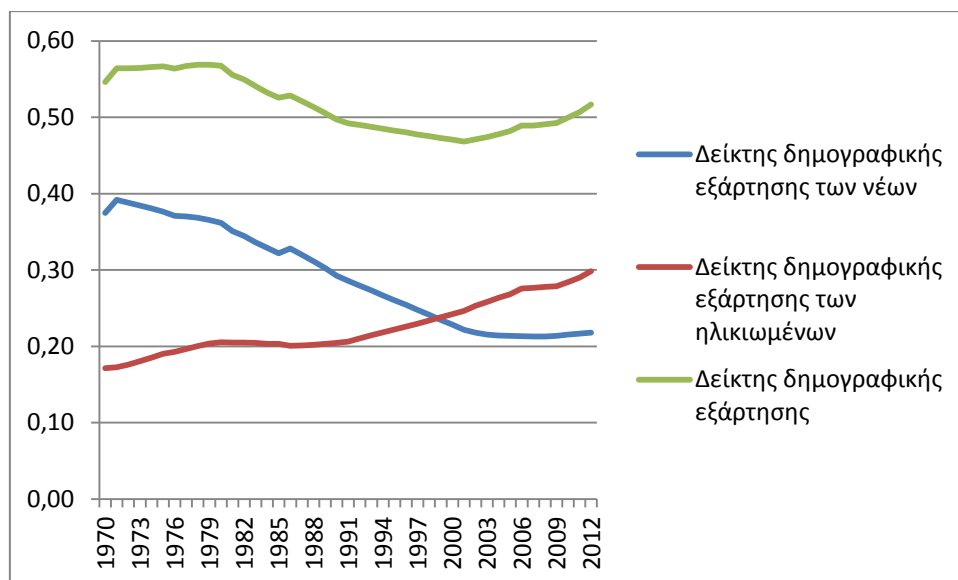
Πηγή: Eurostat

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 7 Αναλογία φύλου - Γήρανση πληθυσμού σε ηλικία εργασίας 1970-2012



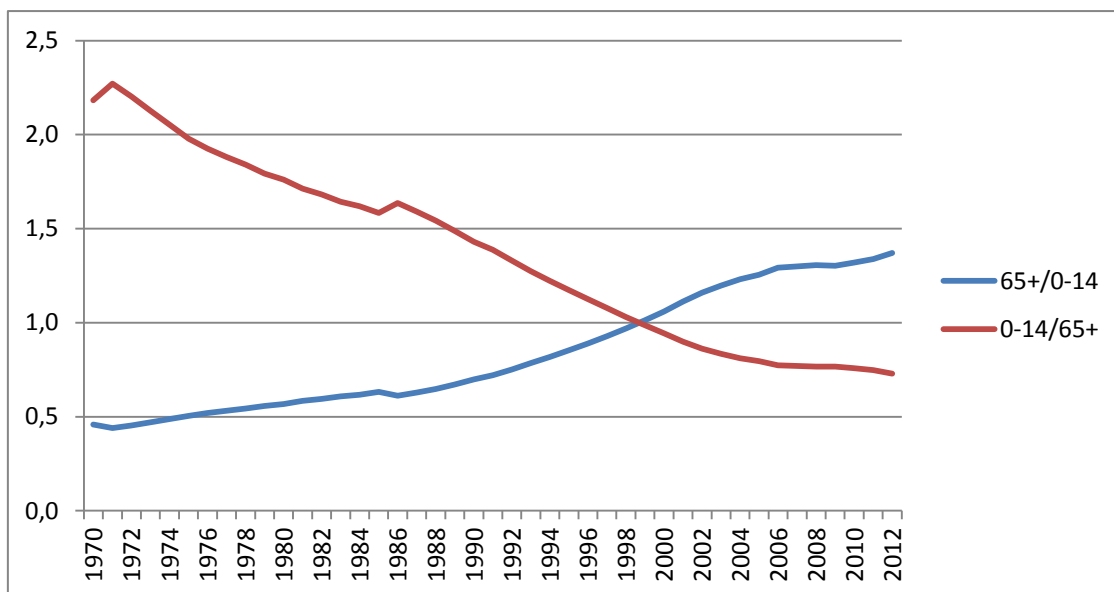
Πηγή: Eurostat

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 8 Δείκτες εξάρτησης 1970-2012



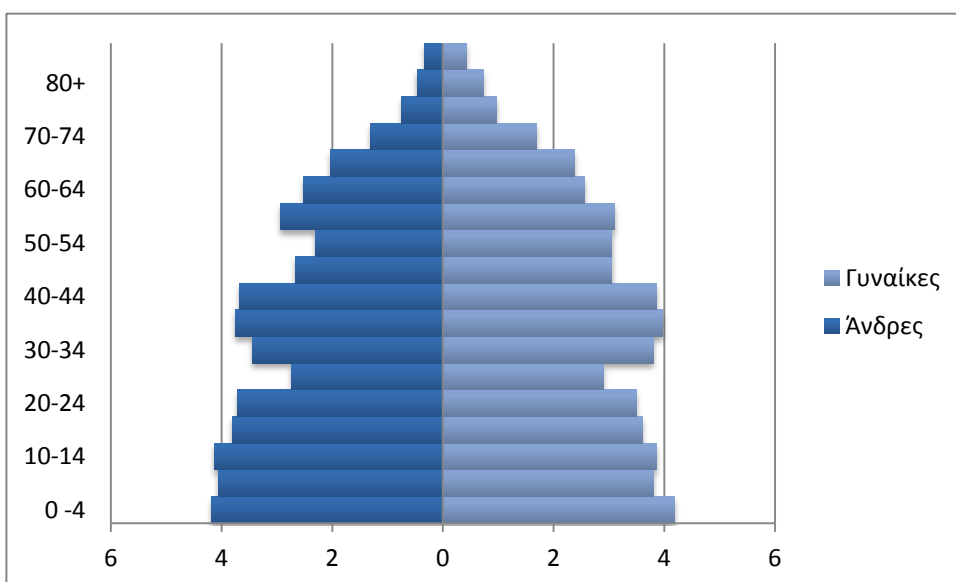
Πηγή: Υπολογισμοί που βασίζονται στα στοιχεία της Eurostat

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 9 Δείκτης Γήρανσης 1970-2012



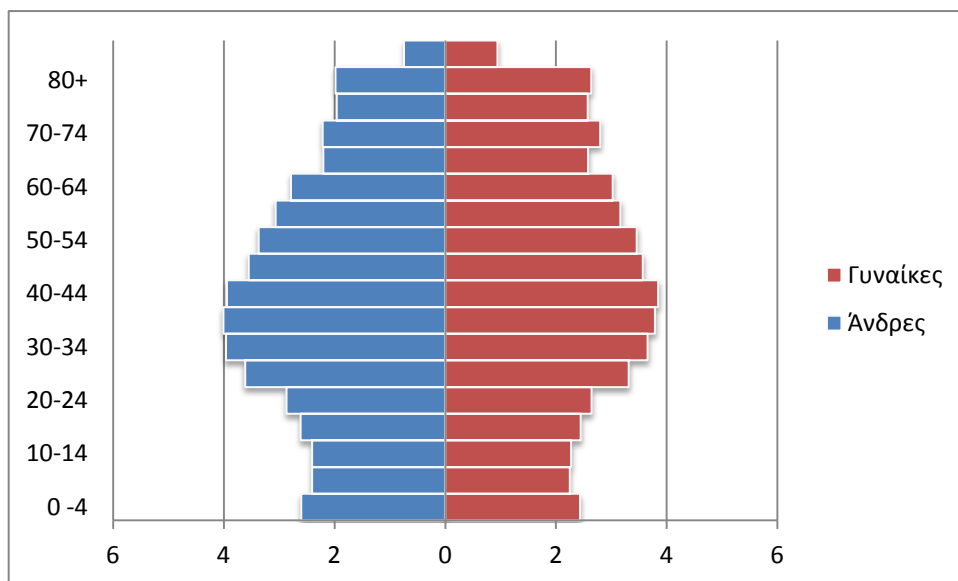
Πηγή: Υπολογισμοί που βασίζονται στα στοιχεία της Eurostat

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 10 Πυραμίδα ηλικιών του πληθυσμού της Ελλάδας, 1970



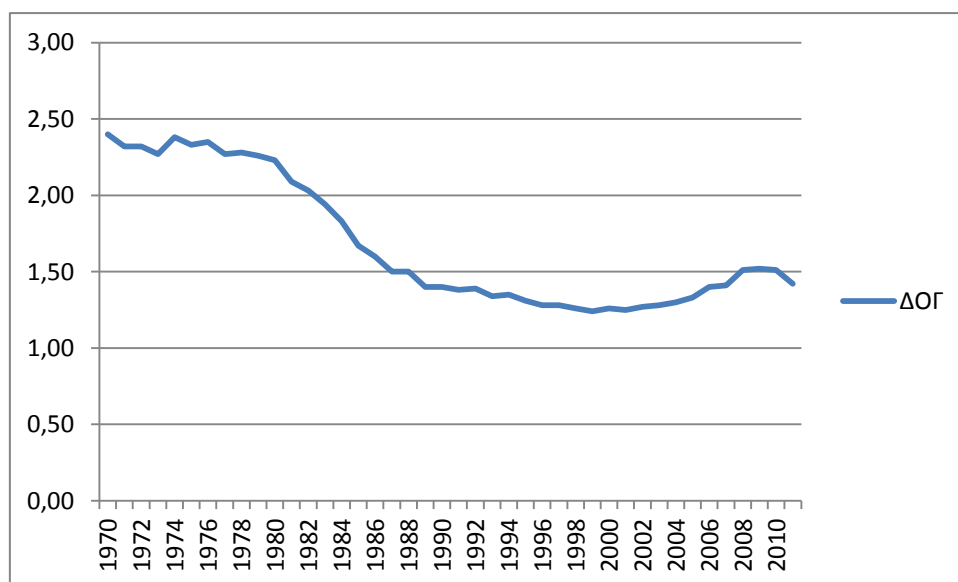
Πηγή: Υπολογισμοί που βασίζονται στα στοιχεία της Eurostat

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 11 Πυραμίδα ηλικιών του πληθυσμού της Ελλάδας, 2010



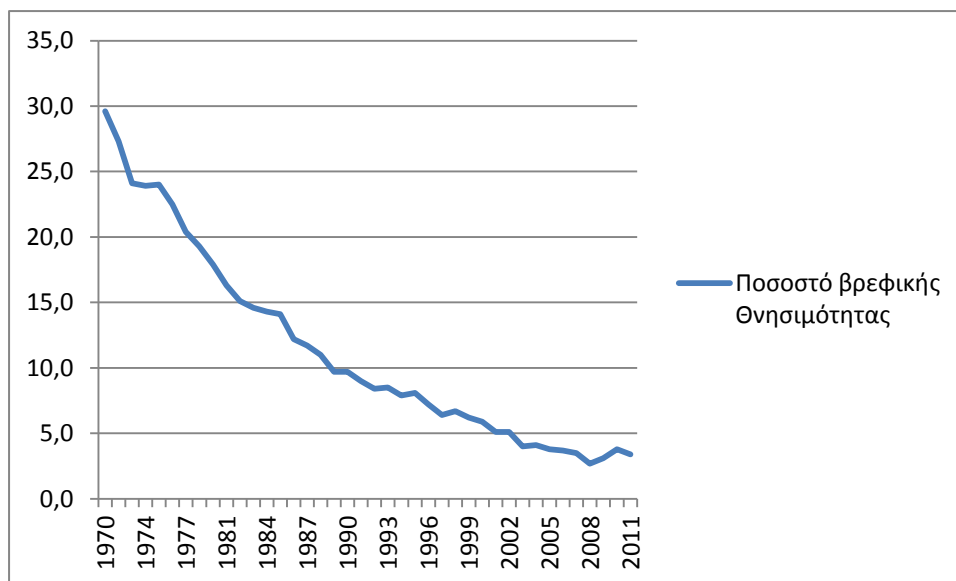
Πηγή: Υπολογισμοί που βασίζονται στα στοιχεία της Eurostat

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 12 Δείκτης Ολικής Γονιμότητας 1970-2010



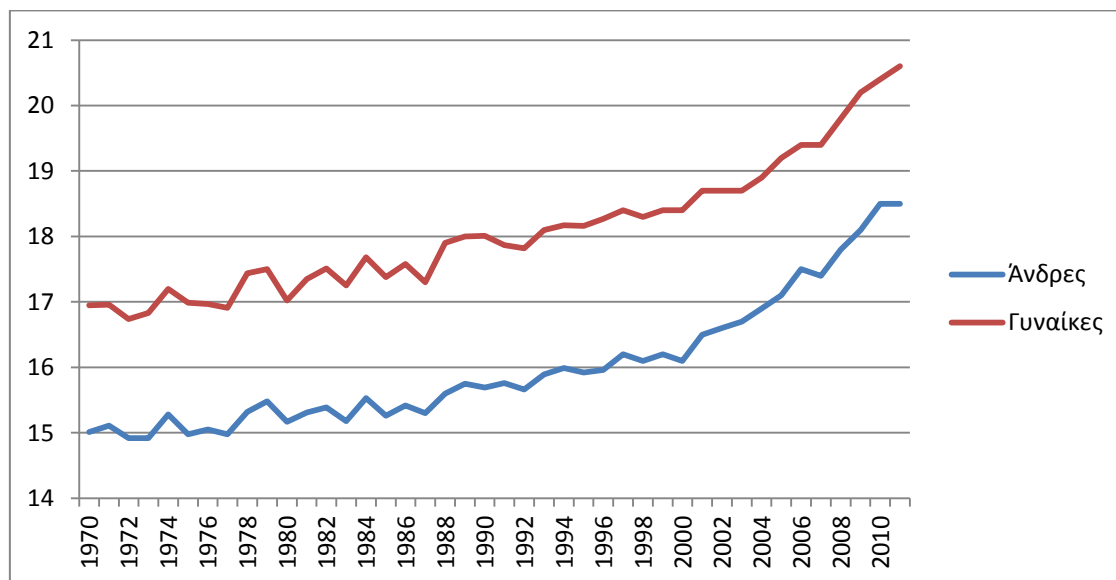
Πηγή: Eurostat

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 13 Ποσοστό βρεφικής θνησιμότητας 1970-2011



Πηγή: Eurostat

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 14 Προσδόκιμο επιβίωσης στην ηλικία των 65 ετών 1970-2010



Πηγή: Eurostat

ΠΙΝΑΚΑΣ 1 Δείκτες Εξάρτησης και Δείκτης Γήρανσης

ΕΤΟΣ	ΔΕΙΚΤΗΣ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΗΣ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ	ΔΕΙΚΤΗΣ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΗΣ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΤΩΝ ΝΕΩΝ	ΔΕΙΚΤΗΣ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΗΣ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ	ΔΕΙΚΤΗΣ ΓΗΡΑΝΣΗΣ
1970	0,55	0,37	0,17	0,5
1980	0,57	0,36	0,21	0,6
1985	0,53	0,32	0,20	0,6
1990	0,50	0,29	0,20	0,7
1995	0,48	0,26	0,22	0,9
2000	0,47	0,23	0,24	1,1
2005	0,48	0,21	0,27	1,3
2010	0,50	0,22	0,28	1,3
2011	0,51	0,22	0,29	1,3
2012	0,52	0,22	0,30	1,4

Πηγή: Eurostat

ΠΙΝΑΚΑΣ 2 Προσδοκώμενη ζωή κατά τη γέννηση στην Ελλάδα, (1970-2011)

ΧΡΟΝΟΛΟΓΙΑ	ΑΝΔΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ
1970	71,6	76,1
1975	72,5	76,6
1980	73,0	77,5
1985	73,5	78,4
1990	74,6	79,4
1995	74,9	80,0
2000	75,5	80,6
2005	76,8	81,6
2010	78,4	82,8
2011	78,5	83,1

Πηγή: Eurostat

ΠΙΝΑΚΑΣ 3 Τα δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά των ερωτωμένων

Μεταβλητή	N	% των ερωτώμενων
Φύλο		
Άντρες	2412	39,1
Γυναίκες	3760	60,9
Ηλικία		
15-24	511	8,3
25-34	768	12,4
35-49	1460	23,7
50-64	1405	22,8
65+	2028	32,9
Οικογενειακή κατάσταση		
Άγαμος/η	1278	20,7
Έγγαμος/η ή με σύμφωνο συμβίωσης	3710	60,1
Χήρος/α	956	15,5
Διαζευγμένος/η	228	3,7
Επίπεδο εκπαίδευσης		
Αναλφάβητος ή μερικές τάξεις δημοτικού	637	10,3
Δημοτικό	1704	27,6
Γυμνάσιο, Κατώτερες τεχνικές σχολές	794	12,9
Γενικό Λύκειο, ΤΕΕ, ΤΕΛ, Πολυκλαδικό, ΕΠΑΛ, ΕΠΑΣ	1561	25,3
Επαγγελ. κατάρτιση (ΙΕΚ, ΚΕΚ), ιδιωτικές σχολές, κολέγια	296	4,8
ΤΕΙ, ΑΤΕΙ	351	5,7
ΑΕΙ, Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Ανώτατες Στρατιωτικές Σχολές	818	13,3
Διδακτορικό (Ph.D)	11	0,2
Απασχόληση		
Εργαζόμενος/η	2348	38,0
Άνεργος/η	318	5,2
Μαθητής, φοιτητής	361	5,8
Συνταξιούχος	1955	31,7
Με μόνιμη αναπηρία	102	1,7
Στρατιώτης	10	0,2
Οικιακά	1066	17,3
Άλλη περίπτωση	12	0,2
Σύνολο	6172	100,0

Πηγή: Επεξεργασία μη σταθμισμένων δεδομένων από την Εθνική Έρευνα Υγείας του 2009, Ελληνική Στατιστική Αρχή.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4 Τα δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά των ερωτωμένων σύμφωνα με την ηλικία

Μεταβλητή*	Ηλικία				
	15-24	25-34	35-49	50-64	65+
	%	%	%	%	%
Φύλο					
Ανδρες	44,2	46,2	41,1	36,6	35,4
Γυναίκες	55,8	53,8	58,9	63,4	64,6
Οικογενειακή κατάσταση					
Άγαμος/η	92,6	50,1	15,6	8,5	3,6
Έγγαμος/η ή με σύμφωνο συμβίωσης	6,0	46,7	76,8	78,1	54,2
Χήρος/α	1,2	1,0	0,7	8,2	40,3
Διαζευγμένος/η	0,2	2,2	6,9	5,2	1,9
Επίπεδο εκπαίδευσης					
Αναλόγως ή μερικές τάξεις δημοτικού	2,7	1,2	1,7	3,1	26,9
Δημοτικό	4,5	6,5	13,1	39,1	43,9
Γυμνάσιο, Κατώτερες τεχνικές σχολές	22,1	11,6	13,0	14,0	10,2
Γενικό Λύκειο, ΤΕΕ, ΤΕΛ, Πολυκλαδικό, ΕΠΑΛ, ΕΠΑΣ	53,8	35,0	35,1	22,2	9,6
Επαγγελματική κατάρτιση (ΙΕΚ, ΚΕΚ), ιδιωτικές σχολές, κολέγια	4,2	12,8	7,1	3,4	1,3
ΤΕΙ, ΑΤΕΙ	4,7	13,0	9,0	4,0	2,0
ΑΕΙ, Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Ανώτατες					
Στρατιωτικές Σχολές	8,0	19,7	20,9	14,1	6,0
Διδακτορικό (Ph.D)	0,0	0,2	0,1	0,1	0,1
Απασχόληση					
Εργαζόμενος/η	21,7	72,5	72,4	41,4	2,0
Ανεργος/η	8,2	13,0	8,1	4,1	0,0
Μαθητής, φοιτητής	64,0	3,6	0,1	0,1	0,2
Συνταξιούχος	1,0	0,1	1,4	25,0	77,8
Με μόνιμη αναπηρία	0,2	0,1	1,4	3,9	1,2
Στρατιώτης	1,2	0,6	0,0	0,0	0,0
Οικιακά	3,5	10,0	16,2	25,3	18,8
Άλλη περίπτωση	0,2	0,1	0,3	0,4	0,0
Σύνολο	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

*N = 6172, $p < 0,000$.

Πηγή: Επεξεργασία μη σταθμισμένων δεδομένων από την Εθνική Έρευνα Υγείας του 2009, Ελληνική Στατιστική Αρχή.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5 Εμπειρικές διαστάσεις της κατάσταση υγείας

Μεταβλητή	<i>N</i>	% των ερωτώμενων	% των αποκρινόμενων
Υποκειμενική κατάσταση υγείας			
Πολύ καλή	2195	35,6	35,6
Καλή	1945	31,5	31,5
Μέτρια	1316	21,3	21,3
Κακή	493	8,0	8,0
Πολύ κακή	222	3,6	3,6
Δ.Γ/Δ.Α	1	0,0	-
Χρόνιο Πρόβλημα υγείας			
Ναι	2970	48,1	48,2
Όχι	3196	51,8	51,8
Δ.Γ/Δ.Α	6	0,1	-
Περιορισμός Δραστηριοτήτων			
Ναι, πάρα πολύ	779	12,6	12,6
Ναι, αλλά όχι πάρα πολύ	1086	17,6	17,6
Όχι, καθόλου	4300	69,7	69,8
Δ.Γ/Δ.Α	7	0,1	-
<i>Σύνολο</i>	6172	100,0	100,0

Πηγή: Επεξεργασία μη σταθμισμένων δεδομένων από την Εθνική Έρευνα Υγείας του 2009, Ελληνική Στατιστική Αρχή.

ΠΙΝΑΚΑΣ 6 Υποκειμενική κατάσταση υγείας σύμφωνα με τα δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά των αποκρινόμενων

Μεταβλητή*	Υποκειμενική κατάσταση υγείας					Σύνολο
	Πολύ καλή	Καλή	Μέτρια	Κακή	Πολύ κακή	
	%	%	%	%	%	%
Φύλο						
Ανδρες	43,7	32,6	15,2	5,7	2,9	100,1
Γυναίκες	30,3	30,9	25,3	9,5	4,1	100,1
Ηλικία						
15-24	76,7	20,2	2,2	0,8	0,2	100,1
25-34	68,6	25,5	4,9	0,7	0,3	100,0
35-49	51,8	35,6	9,9	1,6	1,0	100,1
50-64	24,4	40,9	24,7	6,9	3,1	100,0
65+	8,7	27,2	38,2	17,9	8,0	100,0
Οικογενειακή κατάσταση						
Άγαμος/η	63,4	25,6	7,1	2,3	1,6	100,0
Έγγαμος/η ή με σύμφωνο συμβίωσης	33,4	34,8	21,4	7,4	3,0	100,0
Χήρος/α	7,5	25,3	40,6	17,9	8,7	100,0
Διαζευγμένος/η	32,9	37,7	19,3	7,0	3,1	100,0
Επίπεδο εκπαίδευσης						
Αναλφάβητος ή μερικές τάξεις δημοτικού	6,6	18,4	41,4	21,5	12,1	100,0
Δημοτικό	16,8	31,7	32,5	13,4	5,6	100,0
Γυμνάσιο, Κατώτερες τεχνικές σχολές	40,6	30,6	19,9	5,9	3,0	100,0
Γενικό Λύκειο, ΤΕΕ. ΤΕΛ, Πολυκλαδικό, ΕΠΑΛ, ΕΠΑΣ	49,6	34,5	11,3	3,7	1,0	100,1
Επαγγελματική κατάρτιση (ΙΕΚ, ΚΕΚ), ιδιωτικές σχολές, κολέγια	53,0	30,7	13,9	1,4	1,0	100,0
ΤΕΙ, ΑΤΕΙ	56,1	31,6	10,0	1,7	0,6	100,0
ΑΕΙ, Ανοιχτό Πανεπιστήμιο, Ανώτατες Στρατιωτικές Σχολές	50,6	36,2	10,8	1,7	0,7	100,0
Διδακτορικό (Ph.D)	27,3	63,6	9,1	0,0	0,0	100,0
Απασχόληση						
Εργαζόμενος/η	54,6	33,7	10,3	1,1	0,3	100,0
Ανεργος/η	49,4	36,2	11,6	1,6	1,3	100,1
Μαθητής, φοιτητής	78,4	19,1	1,4	0,8	0,3	100,0
Συνταξιούχος	10,6	30,6	35,4	16,3	7,1	100,0
Με μόνιμη αναπηρία	2,0	8,8	29,4	32,4	27,5	100,0
Στρατιώτης	90,0	10,0	0,0	0,0	0,0	100,0
Οικιακά	23,4	33,6	29,0	10,1	3,9	100,0
Άλλη περίπτωση	66,7	33,3	0,0	0,0	0,0	100,0

*N = 6171, $p < 0,000$.

Πηγή: Επεξεργασία μη σταθμισμένων δεδομένων από την Εθνική Έρευνα Υγείας του 2009, Ελληνική Στατιστική Αρχή.

ΠΙΝΑΚΑΣ 7 Η αντικειμενική κατάσταση υγείας σύμφωνα με τα δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά των αποκρινόμενων*

Μεταβλητή*	Χρόνιο πρόβλημα υγείας		Σύνολο
	Ναι	Όχι	
	%	%	%
Φύλο			
Ανδρες	38,8	61,2	100,0
Γυναίκες	54,2	45,8	100,0
Ηλικία			
15-24	11,2	88,8	100,0
25-34	14,9	85,1	100,0
35-49	24,9	75,1	100,0
50-64	57,5	42,5	100,0
65+	80,4	19,6	100,0
Οικογενειακή κατάσταση			
Άγαμος/η	20,5	79,5	100,0
Έγγαμος/η ή με σύμφωνο συμβίωσης	49,5	50,5	100,0
Χήρος/α	80,3	19,7	100,0
Διαζευγμένος/η	46,5	53,5	100,0
Επίπεδο εκπαίδευσης			
Αναλφάβητος ή μερικές τάξεις δημοτικού	84,6	15,4	100,0
Δημοτικό	67,1	32,9	100,0
Γυμνάσιο, Κατώτερες τεχνικές σχολές	42,2	57,8	100,0
Γενικό Λύκειο, ΤΕΕ, ΤΕΛ, Πολυκλαδικό, ΕΠΑΛ, ΕΠΑΣ	32,4	67,6	100,0
Επαγγελματική κατάρτιση (ΙΕΚ, ΚΕΚ), ιδιωτικές σχολές, κολέγια	31,1	68,9	100,0
ΤΕΙ, ΑΤΕΙ	26,2	73,8	100,0
ΑΕΙ, Ανοιχτό Πανεπιστήμιο, Ανώτατες Στρατιωτικές Σχολές	31,7	68,3	100,0
Διδακτορικό (Ph.D)	63,6	36,4	100,0
Απασχόληση			
Εργαζόμενος/η	25,1	75,0	100,1
Ανεργος/η	25,8	74,2	100,1
Μαθητής, φοιτητής	10,5	89,5	100,0
Συνταξιούχος	76,6	23,4	100,0
Με μόνιμη αναπηρία	97,1	2,9	100,0
Στρατιώτης	0,0	100,0	100,0
Οικιακά	62,3	37,7	100,0
Άλλη περίπτωση	16,7	83,3	100,0

*N = 6166, $p < 0,000$.

Πηγή: Επεξεργασία μη σταθμισμένων δεδομένων από την Εθνική Έρευνα Υγείας του 2009, Ελληνική Στατιστική Αρχή.

ΠΙΝΑΚΑΣ 8 Ο περιορισμός των δραστηριοτήτων σύμφωνα με τα δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά των αποκρινόμενων

Μεταβλητή*	Περιορισμός δραστηριοτήτων εξαιτίας προβλήματος υγείας			Σύνολο
	Ναι, πάρα πολύ	Ναι, αλλά όχι πάρα πολύ	Όχι, καθόλου	
	%	%	%	%
Φύλο				
Ανδρες	9,8	12,5	77,7	100,0
Γυναίκες	14,5	20,9	64,7	100,1
Ηλικία				
15-24	1,0	4,5	94,5	100,0
25-34	1,4	4,3	94,3	100,0
35-49	3,5	7,7	88,8	100,1
50-64	10,9	19,2	69,9	100,0
65+	27,6	32,0	40,4	100,0
Οικογενειακή κατάσταση				
Άγαμος/η	4,9	6,2	89,0	100,1
Έγγαμος/η ή με σύμφωνο συμβίωσης	11,7	17,7	70,7	100,1
Χήρος/α	27,8	33,2	39,0	100,0
Διαζευγμένος/η	8,8	15,9	75,3	100,0
Επίπεδο εκπαίδευσης				
Αναλφάβητος ή μερικές τάξεις δημοτικού	33,9	32,8	33,4	100,1
Δημοτικό	20,7	26,5	52,8	100,0
Γυμνάσιο, Κατώτερες τεχνικές σχολές	10,6	14,4	75,0	100,0
Γενικό Λύκειο, ΤΕΕ, ΤΕΛ, Πολυκλαδικό, ΕΠΑΛ, ΕΠΑΣ	4,6	10,6	84,8	100,0
Επαγγελματική κατάρτιση (ΙΕΚ, ΚΕΚ), ιδιωτικές σχολές, κολέγια	3,7	11,1	85,2	100,0
ΤΕΙ, ΑΤΕΙ	4,0	8,9	87,1	100,0
ΑΕΙ, Ανοιχτό Πανεπιστήμιο, Ανώτατες				
Στρατιωτικές Σχολές	3,8	9,8	86,4	100,0
Διδακτορικό (Ph.D)	0,0	27,3	72,7	100,0
Απασχόληση				
Εργαζόμενος/η	2,2	7,7	90,2	100,1
Άνεργος/η	5,4	9,1	85,5	100,0
Μαθητής, φοιτητής	0,8	4,4	94,8	100,0
Συνταξιούχος	24,6	29,6	45,7	100,0
Με μόνιμη αναπηρία	61,8	23,5	14,7	100,0
Στρατιώτης	0,0	0,0	100,0	100,0
Οικιακά	15,4	24,2	60,4	100,0
Άλλη περίπτωση	0,0	8,3	91,7	100,0

*N = 6165, $p < 0,000$.

Πηγή: Επεξεργασία μη σταθμισμένων δεδομένων από την Εθνική Έρευνα Υγείας του 2009, Ελληνική Στατιστική Αρχή.

ΠΙΝΑΚΑΣ 9 Υποκειμενική κατάσταση υγείας των ατόμων ηλικίας 50-64 ετών σύμφωνα με τα δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά

Μεταβλητή	Υποκειμενική κατάσταση υγείας					Σύνολο
	Πολύ καλή	Καλή	Μέτρια	Κακή	Πολύ κακή	
	%	%	%	%	%	%
Φύλο*						
Ανδρες	34,7	4,3	16,0	4,3	1,8	100,1
Γυναίκες	18,5	39,6	29,7	8,4	3,8	100,0
Οικογενειακή κατάσταση**						
Αγαμος/η	26,1	46,2	14,3	9,2	4,2	100,0
Έγγαμος/η ή με σύμφωνο συμβίωσης	25,2	41,0	24,9	6,4	2,6	100,0
Χήρος/α	13,9	39,1	33,0	8,7	5,2	100,0
Διαζευγμένος/η	27,4	32,9	26,0	8,2	5,5	100,0
Επίπεδο εκπαίδευσης*						
Αναλφάβητος ή μερικές τάξεις δημοτικού	4,5	29,5	29,5	25,0	11,5	100,0
Δημοτικό	17,5	37,1	32,4	9,5	3,6	100,1
Γυμνάσιο, Κατώτερες τεχνικές σχολές	32,1	34,7	24,0	5,1	4,1	100,0
Γενικό Λύκειο, ΤΕΕ, ΤΕΛ, Πολυκλαδικό, ΕΠΑΛ, ΕΠΑΣ	24,9	47,6	19,7	5,2	2,6	100,0
Επαγγελματική κατάρτιση (ΙΕΚ, ΚΕΚ), ιδιωτικές σχολές, κολέγια	27,1	43,8	25,0	0,0	4,2	100,1
ΤΕΙ, ΑΤΕΙ	26,8	48,2	16,1	8,9	0,0	100,0
ΑΕΙ, Ανοιχτό Πανεπιστήμιο, Ανώτατες Στρατιωτικές Σχολές	38,6	46,2	13,7	1,5	0,0	100,0
Διδακτορικό (Ph.D)	25,0	75,0	0,0	0,0	0,0	100,0
Απασχόληση*						
Εργαζόμενος/η	35,1	43,2	18,4	2,6	0,7	100,0
Ανεργος/η	21,1	38,6	36,8	1,8	1,8	100,1
Μαθητής, φοιτητής	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	100,0
Συνταξιούχος	20,2	42,5	24,2	9,7	3,4	100,0
Με μόνιμη αναπηρία	1,8	7,3	32,7	30,9	27,3	100,0
Οικιακά	14,7	41,0	32,8	8,5	3,1	100,1
Άλλη περίπτωση	60,0	40,0	0,0	0,0	0,0	100,0

*N = 1404, $p < 0.000$, ** $p < 0.027$.

Πηγή: Επεξεργασία μη σταθμισμένων δεδομένων από την Εθνική Έρευνα Υγείας του 2009, Ελληνική Στατιστική Αρχή.

ΠΙΝΑΚΑΣ 10 Η αντικειμενική κατάσταση υγείας των ατόμων ηλικίας 50-64 ετών σύμφωνα με τα δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά

Μεταβλητή	Χρόνιο πρόβλημα υγείας		Σύνολο
	Ναι	Όχι	
	%	%	%
Φύλο*			
Ανδρες	42,4	57,6	100,0
Γυναίκες	66,2	33,8	100,0
Οικογενειακή κατάσταση**			
Άγαμος/η	46,6	53,4	100,0
Έγγαμος/η ή με σύμφωνο συμβίωσης	57,0	43,0	100,0
Χήρος/α	67,8	32,2	100,0
Διαζευγμένος/η	67,1	32,9	100,0
Επίπεδο εκπαίδευσης*			
Αναλφάβητος ή μερικές τάξεις δημοτικού	84,1	15,9	100,0
Δημοτικό	66,0	34,0	100,0
Γυμνάσιο, Κατώτερες τεχνικές σχολές	53,3	46,7	100,0
Γενικό Λύκειο, ΤΕΕ, ΤΕΛ, Πολυκλαδικό, ΕΠΑΛ, ΕΠΑΣ	52,8	47,2	100,0
Επαγγελ. κατάρτιση (ΙΕΚ, ΚΕΚ), ιδιωτικές σχολές, κολέγια	52,1	47,9	100,0
ΤΕΙ, ΑΤΕΙ	51,8	48,2	100,0
ΑΕΙ, Ανοιχτό Πανεπιστήμιο, Ανώτατες Στρατιωτικές Σχολές	42,6	57,4	100,0
Διδακτορικό (Ph.D)	50,0	50,0	100,0
Απασχόληση*			
Εργαζόμενος/η	43,1	56,9	100,0
Άνεργος/η	45,6	54,4	100,0
Μαθητής, φοιτητής	0,0	100,0	100,0
Συνταξιούχος	64,7	35,3	100,0
Με μόνιμη αναπηρία	96,4	3,6	100,0
Οικιακά	70,3	29,7	100,0
Άλλη περίπτωση	40,0	60,0	100,0

*N = 1403, $p < 0.000$. ** $p < 0.003$.

Πηγή: Επεξεργασία μη σταθμισμένων δεδομένων από την Εθνική Έρευνα Υγείας του 2009, Ελληνική Στατιστική Αρχή.

ΠΙΝΑΚΑΣ 11 Ο περιορισμός των δραστηριοτήτων των ατόμων ηλικίας 50-64 ετών σύμφωνα με τα δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά

Μεταβλητή	Περιορισμός δραστηριοτήτων εξαιτίας προβλήματος υγείας			Σύνολο
	Ναι, πάρα πολύ	Ναι, αλλά όχι πάρα πολύ	Όχι, καθόλου	
	%	%	%	%
Φύλο*				
Ανδρες	5,8	14,2	80,0	100,0
Γυναίκες	13,8	22,0	64,2	100,0
Οικογενειακή κατάσταση**				
Άγαμος/η	14,3	13,4	72,3	100,0
Έγγαμος/η ή με σύμφωνο συμβίωσης	10,6	18,6	70,8	100,0
Χήρος/α	9,6	27,8	62,6	100,0
Διαζευγμένος/η	12,5	23,6	63,9	100,0
Επίπεδο εκπαίδευσης*				
Αναλφάβητος ή μερικές τάξεις δημοτικού	29,5	22,7	47,8	100,0
Δημοτικό	15,7	24,2	60,1	100,0
Γυμνάσιο, Κατώτερες τεχνικές σχολές	10,8	14,4	74,9	100,1
Γενικό Λύκειο, ΤΕΕ, ΤΕΛ, Πολυκλαδικό, ΕΠΑΛ, ΕΠΑΣ	5,2	17,5	77,3	100,0
Επαγγελματική κατάρτιση (ΙΕΚ, ΚΕΚ), ιδιωτικές σχολές, κολέγια	12,5	18,8	68,8	100,1
ΤΕΙ, ΑΤΕΙ	8,9	12,5	78,6	100,0
ΑΕΙ, Ανοιχτό Πανεπιστήμιο, Ανώτατες Στρατιωτικές Σχολές	3,0	13,1	83,9	100,0
Διδακτορικό (Ph.D)	0,0	50,0	50,0	100,0
Απασχόληση*				
Εργαζόμενος/η	4,6	13,7	81,7	100,0
Άνεργος/η	12,5	16,1	71,4	100,0
Μαθητής, φοιτητής	0,0	0,0	100,0	100,0
Συνταξιούχος	10,8	23,6	65,6	100,0
Με μόνιμη αναπηρία	52,7	30,9	16,4	100,0
Οικιακά	14,7	22,4	62,9	100,0
Άλλη περίπτωση	0,0	20,0	80,0	100,0

*N = 1403, $p < 0.000$. ** $p < 0.100$.

Πηγή: Επεξεργασία μη σταθμισμένων δεδομένων από την Εθνική Έρευνα Υγείας του 2009, Ελληνική Στατιστική Αρχή.

ΠΙΝΑΚΑΣ 12 Υποκειμενική κατάσταση υγείας των ατόμων ηλικίας 65+ σύμφωνα με τα δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά

Μεταβλητή*	Υποκειμενική κατάσταση υγείας					Σύνολο
	Πολύ καλή	Καλή	Μέτρια	Κακή	Πολύ κακή	
	%	%	%	%	%	%
Φύλο						
Ανδρες	12,8	34,3	31,8	14,1	7,0	100,0
Γυναίκες	6,4	23,3	41,8	20,0	8,5	100,0
Οικογενειακή κατάσταση						
Άγαμος/η	15,1	26,0	37,0	15,1	6,8	100,0
Έγγαμος/η ή με σύμφωνο συμβίωσης	10,2	30,0	35,9	16,8	7,1	100,0
Χήρος/α	5,9	23,0	42,1	19,7	9,4	100,1
Διαζευγμένος/η	13,5	40,6	24,3	16,2	5,4	100,0
Επίπεδο εκπαίδευσης						
Αναλφάβητος ή μερικές τάξεις δημοτικού	2,8	17,1	45,0	22,6	12,7	100,0
Δημοτικό	7,9	28,7	37,4	18,4	7,6	100,0
Γυμνάσιο, Κατώτερες τεχνικές σχολές	9,2	31,1	37,4	16,5	5,8	100,0
Γενικό Λύκειο, ΤΕΕ, ΤΕΛ, Πολυκλαδικό, ΕΠΑΛ, ΕΠΑΣ	15,4	35,9	30,3	15,9	2,6	100,1
Επαγγελματική κατάρτιση (ΙΕΚ, ΚΕΚ), ιδιωτικές σχολές, κολέγια	23,1	23,1	46,2	3,8	3,8	100,0
ΤΕΙ, ΑΤΕΙ	25,0	40,0	30,0	0,0	5,0	100,0
ΑΕΙ, Ανοιχτό Πανεπιστήμιο, Ανώτατες Στρατιωτικές Σχολές	20,3	38,2	29,3	8,1	4,1	100,0
Διδακτορικό (Ph.D)	33,3	33,3	33,4	0,0	0,0	100,0
Απασχόληση						
Εργαζόμενος/η	26,8	36,6	29,3	4,9	2,4	100,0
Άνεργος/η	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	100,0
Μαθητής, φοιτητής	25,0	50,0	0,0	25,0	0,0	100,0
Συνταξιούχος	8,4	27,6	38,3	17,8	7,9	100,0
Με μόνιμη αναπηρία	0,0	8,3	33,4	25,0	33,3	100,0
Οικιακά	8,4	25,5	39,6	19,2	7,3	100,0

*N = 2028, $p < 0.000$.

Πηγή: Επεξεργασία μη σταθμισμένων δεδομένων από την Εθνική Έρευνα Υγείας του 2009, Ελληνική Στατιστική Αρχή.

ΠΙΝΑΚΑΣ 13 Η αντικειμενική κατάσταση υγείας των ατόμων ηλικίας 65+ σύμφωνα με τα δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά

Μεταβλητή	Χρόνιο πρόβλημα υγείας		Σύνολο
	Ναι	Όχι	
	%	%	%
Φύλο*			
Άνδρες	74,3	25,7	100,0
Γυναίκες	83,7	16,3	100,0
Οικογενειακή κατάσταση**			
Άγαμος/η	74,0	26,0	100,0
Έγγαμος/η ή με σύμφωνο συμβίωσης	78,8	21,2	100,0
Χήρος/α	83,7	16,3	100,0
Διαζευγμένος/η	64,9	35,1	100,0
Επίπεδο εκπαίδευσης*			
Αναλφάβητος ή μερικές τάξεις δημοτικού	89,3	10,7	100,0
Δημοτικό	79,6	20,4	100,0
Γυμνάσιο, Κατώτερες τεχνικές σχολές	78,6	21,4	100,0
Γενικό Λύκειο, ΤΕΕ, ΤΕΛ, Πολυκλαδικό, ΕΠΑΛ, ΕΠΑΣ	74,4	25,6	100,0
Επαγγελματική κατάρτιση (ΙΕΚ, ΚΕΚ), ιδιωτικές σχολές, κολέγια	80,8	19,2	100,0
ΤΕΙ, ΑΤΕΙ	60,0	40,0	100,0
ΑΕΙ, Ανοιχτό Πανεπιστήμιο, Ανώτατες Στρατιωτικές Σχολές	65,0	35,0	100,0
Διδακτορικό (Ph.D)	100,0	0,0	100,0
Απασχόληση*			
Εργαζόμενος/η	53,7	46,3	100,0
Άνεργος/η	100,0	0,0	100,0
Μαθητής, φοιτητής	50,0	50,0	100,0
Συνταξιούχος	79,6	20,4	100,0
Με μόνιμη αναπηρία	100,0	0,0	100,0
Οικιακά	85,6	14,4	100,0

*N = 2027, $p < 0.000$. $p < 0.002$.

Πηγή: Επεξεργασία μη σταθμισμένων δεδομένων από την Εθνική Έρευνα Υγείας του 2009, Ελληνική Στατιστική Αρχή.

ΠΙΝΑΚΑΣ 14 Ο περιορισμός των δραστηριοτήτων των ατόμων ηλικίας 65+ σύμφωνα με τα δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά

Μεταβλητή*	Περιορισμός δραστηριοτήτων εξαιτίας προβλήματος υγείας			Σύνολο
	Ναι, πάρα πολύ	Ναι, αλλά όχι πάρα πολύ	Όχι, καθόλου	
	%	%	%	%
Φύλο				
Ανδρες	24,7	24,6	50,7	100,0
Γυναίκες	29,2	36,1	34,8	100,1
Οικογενειακή κατάσταση				
Άγαμος/η	31,5	19,2	49,3	100,1
Έγγαμος/η ή με σύμφωνο συμβίωσης	25,0	31,5	43,5	100,0
Χήρος/α	31,2	34,4	34,5	100,1
Διαζευγμένος/η	18,9	18,9	62,2	100,0
Επίπεδο εκπαίδευσης				
Αναλφάβητος ή μερικές τάξεις δημοτικού	35,9	36,1	28,0	100,0
Δημοτικό	27,8	32,0	40,2	100,0
Γυμνάσιο, Κατώτερες τεχνικές σχολές	24,3	31,6	44,2	100,1
Γενικό Λύκειο, ΤΕΕ, ΤΕΛ, Πολυκλαδικό, ΕΠΑΛ, ΕΠΑΣ	19,5	30,3	50,3	100,1
Επαγγελματική κατάρτιση (ΙΕΚ, ΚΕΚ), ιδιωτικές σχολές, κολέγια	11,5	34,6	53,9	100,0
ΤΕΙ, ΑΤΕΙ	17,9	25,6	56,5	100,0
ΑΕΙ, Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Ανώτατες Στρατιωτικές Σχολές	15,4	19,5	65,1	100,0
Διδακτορικό (Ph.D)	0,0	0,0	100,0	100,0
Απασχόληση				
Εργαζόμενος/η	7,3	17,1	75,6	100,0
Άνεργος/η	0,0	100,0	0,0	100,0
Μαθητής, φοιτητής	25,0	25,0	50,0	100,0
Συνταξιούχος	27,8	31,2	41,0	100,0
Με μόνιμη αναπηρία	75,0	8,3	16,7	100,0
Οικιακά	26,0	38,6	35,4	100,0

*N = 2025, $p < 0.000$.

Πηγή: Επεξεργασία μη σταθμισμένων δεδομένων από την Εθνική Έρευνα Υγείας του 2009, Ελληνική Στατιστική Αρχή.

Demographic ageing and health status of the elderly in Greece

Eleni Georgiou

ABSTRACT

The thesis aims to ascertain whether and to what extent the health of the "elderly" Greek population, is closely related to demographic and socioeconomic variables. Because the population in Greece is ageing, the thesis focuses on the age groups 50-64 and 65 and over.

The investigation is based on data from the National Health Interview Survey carried out by ELSTAT in 2009. For the analysis, variables of subjective health, objective health (presence of chronic problem or not) and limiting activities are used.

According to the World Health Organization, health is a fundamental human right which is not a matter only of individuals but also of the society as a whole. Using the data of the National Health Interview Survey, we ended that population health, differentiates by gender, age, marital status, education and employment.

The results show, that men health status is in better level than women, although they have higher mortality rates. Furthermore, younger people, unmarried and those with high educational level have high health status. Both employees and the unemployed, have a better level of health in relation to pensioners and those who are running a household.

In conclusion, it seems that, there is urgent need to take steps by the Greek state which will aim to improve population health. The state should inform and sensitizes citizens on health issues.

Keywords:

population ageing, life expectancy, fertility, mortality, migration, National Health Interview Survey 2009, self – rated health status, objective health status, activity limitations.