

**ΠΑΝΤΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΚΑΙ
ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ**

ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ
ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ



**Κατάσταση Υγείας και Ανισότητες Υγείας στον
Πληθυσμό της Ελλάδας**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Ντούνης Ανδρέας

Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή:
Μπάγκαβος Χρήστος, Επίκουρος Καθηγητής, Επιβλέπων
Λελεδάκης Κανάκης, Επίκουρος Καθηγητής
Δημουλάς Κωνσταντίνος, Λέκτορας

Αθήνα, Ιούνιος 2012

Copyright © Ντούνης Ανδρέας, 2012.

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 τον συγγραφέα.

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

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ/Λέξεις κλειδιά.....	11
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	12
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Εννοιολογήσεις των υγειονομικών ανισοτήτων και κοινωνικές ανισότητες στην υγεία στην Ελλάδα.....	14
1.1 Ορίζοντας την υγεία και την ασθένεια.....	14
1.2 Η υγεία ως κοινωνικό-δημόσιο αγαθό.....	18
1.3 Η υγεία ως ιδιωτικό αγαθό.....	22
1.4 Ανισότητες στην υγεία.....	23
1.4.1 Προσεγγίζοντας την έννοια των υγειονομικών ανισοτήτων.....	23
1.4.2 Ισότητα και Ισονομία στην υγεία.....	24
1.4.3 Κοινωνικές Ανισότητες στην υγεία.....	26
1.4.4 Ανισότητα ή ανισονομία στην υγεία;.....	30
1.5 Κοινωνικές Ανισότητες στην υγεία στην Ελλάδα.....	32
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Κοινωνικές ανισότητες στην υγεία στην Ευρωπαϊκή Ένωση.....	45
2.1 Φύλο και υγεία.....	47
2.1.1 Έμφυλες υγειονομικές ανισότητες.....	47
2.1.2 Υποκειμενική κατάσταση υγείας και φύλο στην Ευρωπαϊκή Ένωση.....	48
2.1.3 Χρόνιο πρόβλημα υγείας και φύλο στην Ευρωπαϊκή Ένωση.....	51
2.1.4 Περιορισμός των δραστηριοτήτων και φύλο στην Ευρωπαϊκή Ένωση.....	53
2.2 Εκπαίδευση και υγεία.....	54
2.2.1 Το πρόβλημα της δόμησης σχέσης αιτιότητας.....	57
2.2.2 Υποκειμενική κατάσταση υγείας και επίπεδο εκπαίδευσης στην Ευρωπαϊκή Ένωση.....	58
2.2.3 Χρόνιο πρόβλημα υγείας και επίπεδο εκπαίδευσης στην Ευρωπαϊκή Ένωση.....	61
2.2.4 Περιορισμός δραστηριοτήτων εξαιτίας προβλήματος υγείας και επίπεδο εκπαίδευσης στην Ευρωπαϊκή Ένωση.....	66

2.3 Επάγγελμα, κατάσταση απασχόλησης και επίπεδο υγείας.....	69
2.3.1 Επάγγελμα και κοινωνικό επίπεδο σε συνάρτηση με το επίπεδο υγείας.....	69
2.3.2 Ανεργία και υγεία.....	70
2.3.3 Υποκειμενική κατάσταση υγείας και κατάσταση απασχόλησης στην Ευρωπαϊκή Ένωση.....	71
2.3.4 Χρόνιο πρόβλημα υγείας και κατάσταση απασχόλησης στην Ευρωπαϊκή Ένωση.....	73
2.3.5 Περιορισμός δραστηριοτήτων και κατάσταση απασχόλησης στην Ευρωπαϊκή Ένωση.....	76

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 Κοινωνικές ανισότητες στην υγεία και κατάσταση υγείας στην Ελλάδα μέσω της επεξεργασίας των στοιχείων της Εθνικής Έρευνας Υγείας 2009.....	79
3.1 Οι κύριοι στόχοι των ερευνών υγείας.....	79
3.2 Γενικά Στοιχεία της Εθνικής Έρευνας Υγείας 2009.....	80
3.3 Η Μεθοδολογία της Εθνικής Έρευνας Υγείας 2009.....	81
3.4 Τα αποτελέσματα της Εθνικής Έρευνας Υγείας 2009.....	82
3.4.1 Περιγραφική απεικόνιση του δείγματος της Εθνικής Έρευνας Υγείας 2009.....	82
3.4.2 Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα των ερωτημάτων κατάστασης υγείας.....	84
3.4.3 Μεταβλητές υγείας και κοινωνικές μεταβλητές στην Εθνική Έρευνα Υγείας 2009.....	87
3.4.3.1 Φύλο και κατάσταση υγείας στον πληθυσμό της Ελλάδας.....	87
3.4.3.2 Εκπαίδευση και κατάσταση υγείας στον πληθυσμό της Ελλάδας.....	90
3.4.3.3 Η αδυναμία κατασκευής κοινωνικοεπαγγελματικών τάξεων.....	92
3.4.3.4 Επαγγελματική δραστηριότητα και κατάσταση υγείας στον πληθυσμό της Ελλάδας.....	92
3.4.3.5 Προυπηρεσία εργασίας με αμοιβή και κατάσταση υγείας στον πληθυσμό της Ελλάδας.....	95
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	98

ΠΗΓΕΣ.....	103
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	104
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	108

ΠΙΝΑΚΕΣ

ΠΙΝΑΚΑΣ 1 Αυτοαξιολόγηση του επιπέδου υγείας ανά εισοδηματική κλίμακα (2002).....	34
ΠΙΝΑΚΑΣ 2 Αυτοαξιολόγηση του επιπέδου υγείας (2006).....	34
ΠΙΝΑΚΑΣ 3 Αυτοαξιολόγηση του επιπέδου υγείας (2006).....	34
ΠΙΝΑΚΑΣ 4 Αυτοαξιολόγηση του επιπέδου υγείας των ανδρών (2006).....	35
ΠΙΝΑΚΑΣ 5 Αυτοαξιολόγηση του επιπέδου υγείας των γυναικών (2006).....	35
ΠΙΝΑΚΑΣ 6 Αυτοαξιολόγηση του επιπέδου υγείας κατά φύλο (2006).....	36
ΠΙΝΑΚΑΣ 7 Αυτοαξιολόγηση του επιπέδου υγείας κατά εκπαιδευτικό επίπεδο (2006).....	37
ΠΙΝΑΚΑΣ 8 Χρόνιο πρόβλημα υγείας κατά φύλο (2006).....	38
ΠΙΝΑΚΑΣ 9 Χρόνιο πρόβλημα υγείας ανά εκπαιδευτικό επίπεδο (2006).....	38
ΠΙΝΑΚΑΣ 10 Υποκειμενική κατάσταση υγείας κατά φύλο στην Ε.Ε. (2010).....	49
ΠΙΝΑΚΑΣ 11 Υποκειμενική κατάσταση υγείας κατά φύλο στη Βουλγαρία (2010).....	49
ΠΙΝΑΚΑΣ 12 Υποκειμενική κατάσταση υγείας κατά φύλο στη Γερμανία (2010).....	50
ΠΙΝΑΚΑΣ 13 Υποκειμενική κατάσταση υγείας κατά φύλο στις χώρες του Μεσογειακού Νότου (2010).....	52
ΠΙΝΑΚΑΣ 14 Χρόνιο πρόβλημα υγείας κατά φύλο σε 7 χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (2010).....	53
ΠΙΝΑΚΑΣ 15 Περιορισμός των δραστηριοτήτων και φύλο στο σύνολο της Ευρωπαϊκής Ένωσης (2010).....	54
ΠΙΝΑΚΑΣ 16 Περιορισμός των δραστηριοτήτων εξαιτίας προβλήματος υγείας κατά φύλο σε 7 χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (2010).....	55
ΠΙΝΑΚΑΣ 17 Υποκειμενική κατάσταση υγείας και επίπεδο εκπαίδευσης στην Ευρωπαϊκή Ένωση (2010).....	60
ΠΙΝΑΚΑΣ 18 Υποκειμενική κατάσταση υγείας και επίπεδο εκπαίδευσης στη Βουλγαρία (2010).....	62
ΠΙΝΑΚΑΣ 19 Υποκειμενική κατάσταση υγείας και επίπεδο εκπαίδευσης στη Γερμανία (2010).....	62
ΠΙΝΑΚΑΣ 20 Υποκειμενική κατάσταση υγείας και επίπεδο εκπαίδευσης στις χώρες του Μεσογειακού Νότου (2010).....	63

ΠΙΝΑΚΑΣ 21 Χρόνιο πρόβλημα υγείας και επίπεδο εκπαίδευσης στο σύνολο της Ευρωπαϊκής Ένωσης (2010).....	64
ΠΙΝΑΚΑΣ 22 Χρόνιο πρόβλημα υγείας και επίπεδο εκπαίδευσης στη Βουλγαρία και τη Γερμανία (2010).....	64
ΠΙΝΑΚΑΣ 23 Χρόνιο πρόβλημα υγείας και επίπεδο εκπαίδευσης στις χώρες του Μεσογειακού Νότου (2010).....	65
ΠΙΝΑΚΑΣ 24 Περιορισμός δραστηριοτήτων και επίπεδο εκπαίδευσης στο σύνολο της Ευρωπαϊκής Ένωσης (2010).....	66
ΠΙΝΑΚΑΣ 25 Περιορισμός δραστηριοτήτων και επίπεδο εκπαίδευσης στη Βουλγαρία και τη Γερμανία (2010).....	67
ΠΙΝΑΚΑΣ 26 Περιορισμός δραστηριοτήτων και επίπεδο εκπαίδευσης στις χώρες του Μεσογειακού Νότου (2010).....	68
ΠΙΝΑΚΑΣ 27 Υποκειμενική κατάσταση υγείας και απασχόληση στην Ευρωπαϊκή Ένωση	72
ΠΙΝΑΚΑΣ 28 Υποκειμενική κατάσταση υγείας και απασχόληση στη Βουλγαρία και τη Γερμανία (2010).....	73
ΠΙΝΑΚΑΣ 29 Υποκειμενική κατάσταση υγείας και απασχόληση στις χώρες του Μεσογειακού Νότου (2010).....	74
ΠΙΝΑΚΑΣ 30 Χρόνιο πρόβλημα υγείας και απασχόληση στην Ευρωπαϊκή Ένωση (2010).....	75
ΠΙΝΑΚΑΣ 31 Χρόνιο πρόβλημα υγείας και απασχόληση στη Βουλγαρία και τη Γερμανία (2010).....	75
ΠΙΝΑΚΑΣ 32 Χρόνιο πρόβλημα υγείας και απασχόληση στις χώρες του Μεσογειακού Νότου (2010).....	76
ΠΙΝΑΚΑΣ 33 Περιορισμός δραστηριοτήτων εξαιτίας προβλήματος υγείας και κατάσταση απασχόλησης στην Ευρωπαϊκή Ένωση (2010).....	77
ΠΙΝΑΚΑΣ 34 Περιορισμός δραστηριοτήτων εξαιτίας προβλήματος υγείας και κατάσταση απασχόλησης στη Βουλγαρία και τη Γερμανία (2010).....	78
ΠΙΝΑΚΑΣ 35 Περιορισμός δραστηριοτήτων εξαιτίας προβλήματος υγείας και κατάσταση απασχόλησης στις χώρες του μεσογειακού Νότου (2010).....	78
ΠΙΝΑΚΑΣ 36 Η κατανομή του επιπέδου εκπαίδευσης σε σχέση με το φύλο.....	83

ΠΙΝΑΚΑΣ 37 Η υποκειμενική κατάσταση υγείας σε σχέση με το φύλο.....	88
ΠΙΝΑΚΑΣ 38 Η αντικειμενική κατάσταση υγείας σε σχέση με το φύλο.....	89
ΠΙΝΑΚΑΣ 39 Ο περιορισμός των δραστηριοτήτων σε σχέση με το φύλο.....	90
ΠΙΝΑΚΑΣ 40 Η υποκειμενική κατάσταση υγείας σε σχέση με το επίπεδο εκπαίδευσης.....	91
ΠΙΝΑΚΑΣ 41 Η αντικειμενική κατάσταση υγείας σε σχέση με το επίπεδο εκπαίδευσης.....	91
ΠΙΝΑΚΑΣ 42 Ο περιορισμός των δραστηριοτήτων σε σχέση με το επίπεδο εκπαίδευσης.....	91
ΠΙΝΑΚΑΣ 43 Η υποκειμενική κατάσταση υγείας σε σχέση με τη κατηγορία επαγγελματικής δραστηριότητας.....	94
ΠΙΝΑΚΑΣ 44 Το χρόνιο πρόβλημα υγείας σε σχέση με τη κατηγορία επαγγελματικής δραστηριότητας.....	95
ΠΙΝΑΚΑΣ 45 Ο περιορισμός των δραστηριοτήτων σε σχέση με το είδος της επαγγελματικής δραστηριότητας.....	96
ΠΙΝΑΚΑΣ 46 Η υποκειμενική κατάσταση υγείας σε σχέση με την προϋπηρεσία εργασίας με αμοιβή.....	97
ΠΙΝΑΚΑΣ 47 Το χρόνιο πρόβλημα υγείας σε σχέση με την προϋπηρεσία εργασίας με αμοιβή.....	97
ΠΙΝΑΚΑΣ 48 Ο περιορισμός των δραστηριοτήτων σε σχέση με την προϋπηρεσία εργασίας με αμοιβή.....	97
ΠΙΝΑΚΑΣ Π1 Η υποκειμενική κατάσταση υγείας σε σχέση με το επίπεδο εκπαίδευσης ανά φύλο.....	107
ΠΙΝΑΚΑΣ Π2 Η αντικειμενική κατάσταση υγείας σε σχέση με το επίπεδο εκπαίδευσης ανά φύλο.....	107
ΠΙΝΑΚΑΣ Π3 Η υποκειμενική κατάσταση υγείας σε σχέση με το επίπεδο εκπαίδευσης ανά φύλο.....	108
ΠΙΝΑΚΑΣ Π4 Η αντικειμενική κατάσταση υγείας σε σχέση με το επίπεδο εκπαίδευσης ανά φύλο.....	109
ΠΙΝΑΚΑΣ Π5 Ο περιορισμός των καθημερινών δραστηριοτήτων σε σχέση με το επίπεδο εκπαίδευσης ανά φύλο.....	109

ΠΙΝΑΚΑΣ Π6 Η υποκειμενική κατάσταση υγείας σε σχέση με την προϋπηρεσία εργασίας με αμοιβή ανά φύλο.....	110
ΠΙΝΑΚΑΣ Π7 Η αντικειμενική κατάσταση υγείας σε σχέση με την προϋπηρεσία εργασίας με αμοιβή ανά φύλο.....	110
ΠΙΝΑΚΑΣ Π8 Ο περιορισμός των δραστηριοτήτων σε σχέση με την προϋπηρεσία εργασίας με αμοιβή ανά φύλο.....	111

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1 Οι κύριοι προσδιοριστικοί παράγοντες της υγείας.....	19
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2 Αυτοαξιολόγηση του επιπέδου υγείας ανά εισοδηματική κλίμακα (2011).....	41
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3 Χρόνιο πρόβλημα υγείας ή πάθηση ανά εισοδηματική κλίμακα (2011).....	42
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4 Περιορισμός καθημερινών δραστηριοτήτων εξαιτίας προβλήματος υγείας ανά εισοδηματική κλίμακα (2011).....	43
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5 Η κατανομή του επιπέδου εκπαίδευσης σε σχέση με το φύλο.....	83

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα διπλωματική έχει ως στόχο να διερευνήσει τις κοινωνικές ανισότητες στην υγεία και την κατάσταση υγείας του πληθυσμού της Ελλάδας μέσω της επεξεργασίας των αποτελεσμάτων της Εθνικής Έρευνας Υγείας 2009, που αποτελεί μία εμπειρική διερεύνηση η οποία δεν έχει πραγματοποιηθεί μέχρι στιγμής.

Η μελέτη παραθέτει πρωταρχικά στατιστικά στοιχεία από Έρευνες της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας και της Έρευνας Εισοδήματος και Συνθηκών Διαβίωσης της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Κυριότερα, όμως, η μελέτη επεξεργάζεται τα στοιχεία της Εθνικής Έρευνας Υγείας 2009 λαμβάνοντας ως παραδοχή ότι η μέτρηση του επιπέδου υγείας κατά υποκειμενική πρόσληψη, κατά ύπαρξη χρόνιας πάθησης και περιορισμού καθημερινών δραστηριοτήτων διαφοροποιείται στην Ελλάδα κατά φύλο, κατά επίπεδο τυπικής εκπαίδευσης, κατηγορία επαγγελματικής δραστηριότητας και προϋπηρεσία εργασίας με αμοιβή.

Τα αποτελέσματα της παρούσας διπλωματικής δείχνουν ότι οι άντρες δηλώνουν καλύτερο επίπεδο υγείας από τις γυναίκες, ότι καθώς τα άτομα ολοκληρώνουν μεγαλύτερες βαθμίδες εκπαίδευσης έχουν καλύτερη κατάσταση υγείας, και ότι οι επαγγελματίες, οι εργαζόμενοι στον τομέα των υπηρεσιών, οι νομοθέτες καθώς και τα άτομα που δεν έχουν εργασθεί με αμοιβή στο παρελθόν έχουν καλύτερη κατάσταση υγείας.

Επίσης, κατασκευάζοντας σύνθετους πίνακες δείξαμε ότι οι γυναίκες έχουν χειρότερο επίπεδο υγείας σε όλες τις βαθμίδες εκπαίδευσης με εξαίρεση την τριτοβάθμια όπου οι ανισότητες κατά φύλο σχεδόν απαλοίφονται.

Λέξεις κλειδιά: κοινωνικές ανισότητες, κατάσταση υγείας, κοινωνικές ανισότητες στην υγεία, κοινωνικές ανισότητες υγείας στην Ελλάδα, κοινωνική διαφοροποίηση, Εθνική Έρευνα Υγείας 2009

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι κοινωνικές ανισότητες στην υγεία αποτελούν ένα πολύ σύγχρονο επιστημονικό, ακαδημαϊκό, ερευνητικό, πολιτικό και κοινωνικό ζήτημα. Οι σύγχρονες μελέτες και προσεγγίσεις προσπαθούν τόσο να προσδιορίσουν τις διαστάσεις του φαινομένου, όσο και μέσω διατομεακών προσεγγίσεων και μέτρων να προτείνουν πολιτικές αντιμετώπισης τους.

Η υγεία αποτελεί ένα πεδίο όπου προσδιορίζεται σαφέστατα από κοινωνικούς παράγοντες, ενώ η διάσταση της κοινωνικής διαφοροποίησης λειτουργεί σε πολλές μελέτες στην Ελλάδα και το εξωτερικό ως σημαντική και τεκμηριωμένη εμπειρική πραγματικότητα της άνισης κατανομής του επιπέδου υγείας στους πληθυσμούς των χωρών.

Στην παρούσα διπλωματική θα λάβουμε ως κυριότερες κοινωνικές και οικονομικές μεταβλητές για την Ελλάδα το φύλο, το επίπεδο εκπαίδευσης, την απασχόληση ανά κατηγορία επαγγελματικής δραστηριότητας και την προϋπηρεσία εργασίας με αμοιβή στο παρελθόν.

Ο σκοπός της παρούσης διπλωματικής εργασίας είναι να διερευνήσει τις διαστάσεις των υγειονομικών ανισοτήτων στην Ελλάδα ανά κλίμακα κοινωνικής διαφοροποίησης μέσω της επεξεργασίας των στοιχείων της Εθνικής Έρευνας Υγείας 2009. Πέρα από τη μελέτη αυτής της διάστασης θα χρησιμοποιήσουμε στοιχεία Ερευνών του τομέα Οικονομικών της Υγείας της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας (2002 - Υγεία και υπηρεσίες υγείας στον ελληνικό πληθυσμό, 2006 - Διερεύνηση του επιπέδου υγείας και αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα, 2011- Έρευνα Αξιολόγησης Υπηρεσιών Υγείας, Συνήθειες Σχετιζόμενες με την Υγεία) ώστε να μπορέσουμε να αποκτήσουμε μία πληρέστερη εμπειρική εικόνα για την Ελλάδα.

Επιπρόσθετα, θα ασχοληθούμε με την θεωρητική τεκμηρίωση και την προσέγγιση της εννοιολόγησης τόσο της υγείας όσο και των ανισοτήτων υγείας και θα απεικονίσουμε εμπειρικά μέσω στοιχείων της Έρευνας Εισοδήματος και Συνθηκών Διαβίωσης για το έτος 2010 (EU-SILC) τις ανισότητες υγείας στην Ελλάδα και σε επιλεγμένες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης βάσει της κατηγοριοποίησης των μοντέλων πρόνοιας του Ferrera και το σχήμα του Deacon.

Η διάρθρωση της ύλης της μελέτης πραγματοποιείται μέσω τριών κεφαλαίων: στο πρώτο κεφάλαιο επιχειρούμε την θεωρητική τεκμηρίωση του αντικειμένου και την πρώτη στατιστική αποτύπωση των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία στην Ελλάδα, μέσω της παράθεσης των στοιχείων ερευνών από την Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας. Το δεύτερο κεφάλαιο της παρούσης διπλωματικής αποτυπώνει μέσω στοιχείων της Έρευνας Εισοδήματος και Συνθηκών Διαβίωσης για το έτος 2010 τις ανισότητες στην υγεία στην Ελλάδα και σε επιλεγμένες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης κατά φύλο, εκπαίδευση και κατάσταση απασχόλησης λαμβάνοντας ως μεταβλητές υγείας την αυτοαξιολόγηση του επιπέδου υγείας από τα άτομα, την ύπαρξη ή μη χρόνιου προβλήματος υγείας και τον περιορισμό των δραστηριοτήτων εξαιτίας χρόνιου προβλήματος υγείας ή πάθησης.

Το τρίτο κεφάλαιο της παρούσης εργασίας αφορά στην επεξεργασία των στοιχείων της Εθνικής Έρευνας Υγείας 2009 και αποτελεί ουσιαστικό το πρωτότυπο εμπειρικό κομμάτι της παρούσης διπλωματικής. Η Εθνική Έρευνα Υγείας αποτελεί την κύρια πηγή τεκμηρίωσης των κοινωνικών ανισοτήτων και της κατάστασης υγείας στον πληθυσμό της Ελλάδας, καθώς εκλαμβάνουμε ως σημαντικές αιτίες ανισοτήτων υγείας το φύλο, το επίπεδο τυπικής εκπαίδευσης, την κατηγορία επαγγελματικής δραστηριότητας και την προϋπηρεσία εργασίας με αμοιβή σύμφωνα με τις ανωτέρω μεταβλητές υγείας, ενώ η μεθοδολογία της Εθνικής Έρευνας Υγείας πληροί της προϋποθέσεις της γενικευσιμότητας (αντιπροσωπευτικό δείγμα) και συγκρισιμότητας (κοινά ερωτηματολόγια).

Το πεδίο των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία αποτελεί μία ανεξάντλητη πηγή νέων πληροφοριών που επιδιώκουν να προσδιορίσουν εμπειρικά και θεωρητικά το σύνθετο αυτό φαινόμενο. Πλέον, οι έρευνες (επιδημιολογικές και κοινωνικές) που δεν εκλαμβάνουν κοινωνικές και οικονομικές μεταβλητές στην προσπάθεια προσδιορισμού των επιπέδων υγείας δεν μπορούν να έχουν αντιστοίχιση στην ολόενα και πιο σύνθετη κοινωνική πραγματικότητα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 Εννοιολογήσεις των υγειονομικών ανισοτήτων και κοινωνικές ανισότητες στην υγεία στην Ελλάδα

1.1 Ορίζοντας την υγεία και την ασθένεια

Ο εννοιολογικός προσδιορισμός της υγείας αποτελεί ίσως το πιο σύνθετο και αμφίσημο ζήτημα στην επιστημονική μελέτη της,¹ ενώ ταυτόχρονα οι οπτικές θέασης της έννοιας «ομπρέλα» της υγείας έχουν δημιουργήσει ένα πεδίο πολλαπλού προβληματισμού.

Μία πρώτη οπτική είναι αυτή της βιολογικής προσέγγισης, η οποία δημιουργεί ουσιαστικά έναν αρνητικό ορισμό για την υγεία:² η απουσία συμπτωμάτων, νόσου ή αναπηρίας είναι αυτή που προσδιορίζει την υγεία σύμφωνα με την ιατρική/βιολογική οπτική. Η βιολογική προσέγγιση έχει δεχθεί έντονες κριτικές ότι αποτελεί μία μηχανιστική αντίληψη³ για την υγεία όπου το άτομο/ασθενής είναι αποκομμένο από την ευρύτερη θέση που καταλαμβάνει στην κοινωνία, στην εργασία και στο ευρύτερο περιβάλλον που επηρεάζει το επίπεδο υγείας. Επιπρόσθετα, η μηχανιστική/ιατρική αντίληψη της υγείας διέπεται από α-ιστορικότητα, καθώς δεν επιτυγχάνει να τοποθετήσει την υγεία στις ευρύτερες κοινωνικοιστορικές συνθήκες και πλαίσια, καθώς και να συμπεριλάβει τα πολιτισμικά πρότυπα που καθορίζουν ιστορικά και κοινωνικά την υγεία η/και την ασθένεια.

Προσπαθώντας να αναλύσουμε έναν θετικό ορισμό περί Υγείας, θα πρέπει να ανατρέξουμε πρωτίστως στον καταστατικό χάρτη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ). Ο Π.Ο.Υ διαμόρφωσε το 1946 έναν ορισμό που αποτελεί στις ημέρες μας την πιο γνωστή προσέγγιση για τον προσδιορισμό της υγείας. Σύμφωνα με τον καταστατικό

¹ Hunter J. David, *Public Health Policy*, Cambridge (Polity Press) 2003, 32 καθώς και στο Kelman Sander, «The social nature of the definition problem in health», *International Journal of Health Services*, 5 (1975).

² Για μία μικρή ανάλυση της βιολογικής προσέγγισης στην υγεία βλέπε Θεοδώρου Μάμας, Σαρρής Μάρκος, Σούλης Σωτήρης, *Συστήματα Υγείας*, Αθήνα (Εκδόσεις Παπαζήση) 2001, 33-34.

³ Θεοδώρου Μάμας, Σαρρής Μάρκος, Σούλης Σωτήρης, *Συστήματα Υγείας*, Αθήνα (Εκδόσεις Παπαζήση) 2001, 33-34.

⁴ Θεοδώρου Μάμας, Σαρρής Μάρκος, Σούλης Σωτήρης, *Συστήματα Υγείας*, Αθήνα (Εκδόσεις Παπαζήση) 2001, 33-34.

χάρτη του Οργανισμού, υγεία είναι η κατάσταση της *πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας, και όχι η απλή απουσία της αρρώστιας ή της αναπηρίας*⁴. Η προσέγγιση του ορισμού της υγείας παραπέμπει σε μία υπαρξιακή κατάσταση όπου το άτομο έχει την δυνατότητα να υπερβαίνει τις κρίσεις και τις διαταραχές της «υγειονομικής» ισορροπίας του⁵ και να διαμορφώνει νέους αξιακούς κανόνες.

Η κριτική που έχει ασκηθεί στον ορισμό του ΠΟΥ είναι ότι τοποθετεί την υγεία ως μία ουτοπική επιδίωξη⁶, ή ακόμη ότι την προσδιορίζει με αφέλεια,⁷ καθώς μπορεί να προσεγγιστεί αλλά δεν μπορεί με αυτόν τον προσδιορισμό να ικανοποιηθεί απόλυτα.⁸ Η έννοια της πλήρους ευεξίας εκτελεί έναν λειτουργικό διαχωρισμό μεταξύ υγείας και ασθένειας αλλά δεν μπορεί ποτέ να υφίσταται με βεβαιότητα. Ένας ουτοπικός ορισμός, όπως αυτός του ΠΟΥ που δεν περιλαμβάνει τους υπαρκτούς περιορισμούς στην εκπλήρωση αυτής της επιδίωξης, δεν μπορεί να είναι χρηστικός επιστημονικά, και κυρίως δεν μπορεί να έχει σαφή και συγκεκριμένη αντιστοίχιση στην κοινωνική πραγματικότητα.⁹ Η συγκεκριμένη εννοιολόγηση περιγράφει την υγεία ως μία κατάσταση τελειότητας νου, σώματος και ψυχής,¹⁰ και ως εκ τούτου είναι επιστημονικά κενή νοήματος. Η περίπτωση της ψυχικής υγείας είναι η πλέον χαρακτηριστική, καθώς δεν μπορούν να τεθούν σαφή όρια υγείας ή/και ασθένειας του ατόμου με βεβαιότητα.

Η κοινωνιολογική προσέγγιση της υγείας έχει συνεισφέρει σε νέες εννοιολογήσεις οι οποίες βοηθούν στην καλύτερη αντιστοίχισή της στο κοινωνικό

⁵ Τούντας Γεώργιος, *Κοινωνία και υγεία*, Αθήνα (Εκδόσεις Νέα υγεία) 2000.

⁶ Θεοδώρου Μάμας, Σαρρής Μάρκος, Σούλης Σωτήρης, *Συστήματα Υγείας*, Αθήνα (Εκδόσεις Παπαζήση) 2001, 38.

⁷ Τούντας Γεώργιος, *Κοινωνία και υγεία*, Αθήνα (Εκδόσεις Νέα υγεία) 2000

⁸ Hunter J. David, *Public Health Policy*, Cambridge (Polity Press) 2003, 32.

⁹ Τούντας Γεώργιος, *Κοινωνία και υγεία*, Αθήνα (Εκδόσεις Νέα υγεία) 2000.

¹⁰ Aubrey Lewis, «Health as a social concept», *The British Journal of Sociology*, Vol. 4, No 2 (1953), pp. 109-124, Published by: Blackwell Publishing on behalf the London School of Economics and Political Sciences URL: <http://www.jstor.org/stable/10.2307/587206> (πρόσβαση στις 3/12/2011).

περιβάλλον του ατόμου, και τις επιδράσεις που έχει η υγεία στη γενικότερη ζωή των ατόμων. Μία πρώτη κοινωνιολογική προσέγγιση είναι αυτή του Talcott Parsons, ο οποίος τοποθετείται στα πλαίσια της λειτουργιστικής κοινωνιολογίας. Ο Parsons¹¹ ήταν αντίθετος με την πρόσληψη της ασθένειας ως ένα καθαρά βιολογικό φαινόμενο και διαφωνούσε με το βιοιατρικό/μηχανιστικό μοντέλο της ασθένειας, το οποίο βασιζόταν στις ακόλουθες παραδοχές:

- Η ασθένεια είναι μία οργανική συνθήκη η οποία επικρατεί των άλλων προσλήψεων: οι μη-οργανικοί παράγοντες που συνδέονται με τον ανθρώπινο νου θεωρούνται ως μη-σημαντικές ή ακόμη και αγνοούνται με σκοπό να διερευνηθούν οι βιολογικές αιτίες των παθολογικών συμπτωμάτων.

- Η ασθένεια αποτελεί απλώς μία προσωρινή οργανική κατάσταση η οποία μπορεί να θεραπευτεί από την ιατρική παρέμβαση και μόνο.

- Η ασθένεια βιώνεται από το άρρωστο άτομο,¹² το οποίο στην συνέχεια αποτελεί το αντικείμενο της θεραπευτικής διαδικασίας.

- Η ασθένεια θεραπεύεται έπειτα από την εμφάνιση των συμπτωμάτων – η εφαρμογή της ιατρικής αποτελεί μία αντι-δραστική διαδικασία θεραπείας.¹³

- Η ασθένεια θεραπεύεται σε ένα ιατρικό περιβάλλον – σε ένα χειρουργείο ή νοσοκομείο – μακριά από το μέρος όπου τα συμπτώματα πρωτοεμφανίστηκαν.

Σύμφωνα με τον Parsons, οι πολιτιστικές και κοινωνικές νόρμες /κανονιστικότητες είναι αυτές που μπορούν να καθορίσουν τι εκλαμβάνεται ως ασθένεια και πως αυτή αντιμετωπίζεται. Για τον Parsons, ασθένεια σημαίνει η μετάβαση στον «ρόλο του αρρώστου», ο οποίος ελέγχεται από το ιατρικό επάγγελμα. Η υγεία για τον Parsons έχει μία ξεκάθαρη λειτουργιστική έννοια: υγιής είναι εκείνος που εκπληρώνει στο μέγιστο δυνατό βαθμό τους πολλαπλούς κοινωνικούς ρόλους που αναλαμβάνει στη ζωή του, και η θεραπεία της νόσου λειτουργεί ως επανόρθωση της μεγιστοποίησης της λειτουργικότητας του ατόμου.

¹¹ Η συγκεκριμένη ανάλυση για τον προσδιορισμό της έννοιας της υγείας από τον Parsons βασίζεται έντονα στο White Kevin, *An Introduction to the Sociology of Health and Illness*, London (Sage Publications) 2002.

¹² Βέβαια το πώς ορίζεται ένα άτομο ως άρρωστο αποτελεί αντικείμενο έντονης κριτικής και προβληματισμού από κοινωνιολόγους, φιλόσοφους και ιστορικούς.

¹³ Το βιοιατρικό μοντέλο δέχθηκε έντονες κριτικές και από τον ιατρικό κλάδο, καθώς πλέον η πρόληψη αποτελεί ένα πολύ σημαντικό κομμάτι των προγραμμάτων προώθησης της δημόσιας υγείας.

Ο Foucault, στην ανάλυσή του για τον ρόλο της ιατρικής στον επικαθορισμό της κοινωνικής κανονιστικότητας¹⁴ τοποθετεί την έννοια του υγιούς άνδρα (sic) στον καθορισμό ενός άνδρα (sic)–πρότυπο. Η ιατρική και, ειδικότερα, η θετική εννοιολόγηση της υγείας, καθορίζουν μέσω κανονιστικών προτύπων τις σχέσεις των ανθρώπων με το κοινωνικό τους περιβάλλον και λειτουργούν ως θύλακες κοινωνικού ελέγχου. Η κύρια διαφοροποίηση μεταξύ φυσιολογικού και παθολογικού, σύμφωνα με την βιολογική προσέγγιση, τοποθετείται ιστορικά από τον Foucault στον 19^ο αιώνα (στο παράδειγμα της Γαλλίας εστιάζεται η ανάλυσή του) όπου και εγκαθιδρύθηκε και ισχυροποιήθηκε η έννοια της «κανονιστικής υγείας» ή κανονιστικότητας σε αντιδιαστολή με την έννοια της υγείας του 18^{ου} αιώνα. Κατά τον 18^ο αιώνα, ο καθορισμός της υγείας ή της ασθένειας δεν ξεκινούσε από την ανάλυση της «τυπικής» (regular) λειτουργίας τους οργανισμού (κανονιστική υγεία) αλλά εντόπιζε την ασθένεια στις χαμένες ιδιότητες του σθένους, της ευλυγισίας και της ρευστότητας.

Κατά την διάρκεια των τελευταίων ετών, σύγχρονα επιστημονικά δεδομένα καταδεικνύουν ότι η υγεία και η ασθένεια δεν καθορίζονται αποκλειστικά από ένα προκαθορισμένο βιολογικό «υπόστρωμα» αλλά, κυρίως από το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον.¹⁵ Η συγκεκριμένη διαπίστωση μας «προσφέρει» μία ακόμη διασύνδεση μεταξύ του επιπέδου υγείας και των ευρύτερων κοινωνικών συνθηκών, με ιδιαίτερη έμφαση στους κοινωνικούς και περιβαλλοντολογικούς παράγοντες προσδιορισμού της υγείας και της ασθένειας.

Η ολιστική προσέγγιση τοποθετεί την υγεία στους συγκείμενους κοινωνικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες που «περικλείουν» το άτομο, και ορίζει την ασθένεια ως την αποτυχημένη προσπάθεια του οργανισμού να υπερβεί τις προκλήσεις του ευρύτερου περιβάλλοντος,¹⁶ ανοίγοντας τον δρόμο για την διεπιστημονική λειτουργία της φροντίδας υγείας.

¹⁴ Βλέπε το πολύ σημαντικό έργο του Foucault για τον προσδιορισμό της επικυριαρχίας και εξουσίας του ιατρικού λόγου επί του κοινωνικού βίου: Foucault Michel, *The Birth of the Clinic – An archaeology of medical perception*, Great Britain (Routledge) 1989, 40-41.

¹⁵ Θεοδώρου Μάμας, Σαρρής Μάρκος, Σούλης Σωτήρης, *Συστήματα Υγείας*, Αθήνα (Εκδόσεις Παπαζήση) 2001, 35.

¹⁶ Θεοδώρου Μάμας, Σαρρής Μάρκος, Σούλης Σωτήρης, *Συστήματα Υγείας*, Αθήνα (Εκδόσεις Παπαζήση) 2001, 32.

Υπό μία άλλη οπτική, είναι προτιμότερο να διαχωριστεί εννοιολογικά η κοινωνική ευεξία από την υγεία,¹⁷ στα πλαίσια μίας λειτουργικής κοινωνίας αφενός και της προσωπικής ανάπτυξης και ευτυχίας του ατόμου αφετέρου. Έτσι, σχηματικά μπορεί να αρθεί η αμφισημία σχετικά με τον προσδιορισμό της ψυχικής υγείας καθώς αυτή τοποθετείται πλέον σε δύο άξονες: α) στον άξονα της πλήρους/λειτουργικής κοινωνικοποίησης και εκπλήρωσης του κοινωνικού ρόλου και β) στον άξονα της προσωπικής αυτοπραγμάτωσης.

Κατά αυτόν τον τρόπο η Υγεία δεν θα πρέπει να συγγέεται με μία κατάσταση ουτοπικής ανθρώπινης τελειότητας αλλά να εκληφθεί ως μία συνεχή διαδικασία προσδιορισμού της προσαρμογής του ατόμου στο ευρύτερο περιβάλλον (όχι αποκλειστικά στο κοινωνικό) ή ως ένα μεταβαλλόμενο συνεχές μεταξύ κατάστασης υγείας και ασθένειας.¹⁸

1.2 Η υγεία ως κοινωνικό-δημόσιο αγαθό

Το αγαθό της υγείας έχει ομόφωνα χαρακτηριστεί ως ένα απαλλοτρίωτο κοινωνικό δικαίωμα του κάθε ατόμου, το οποίο θα πρέπει να προάγεται και να διασφαλίζεται από τα κράτη πρόνοιας.¹⁹

Στο άρθρο 35 της Διακήρυξης του Χάρτη των Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης, αναγνωρίζεται το δικαίωμα πρόσβασης σε προληπτικές υπηρεσίες υγείας καθώς και στην κατάλληλη ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, στα πλαίσια των θεμελιωδών δικαιωμάτων που συνυφαίνονται με την κοινωνική αλληλεγγύη.²⁰

¹⁷ Aubrey Lewis, «Health as a social concept», *The British Journal of Sociology*, Vol. 4, No 2 (1953), pp. 109-124, Published by: Blackwell Publishing on behalf the London School of Economics and Political Science URL: <http://www.jstor.org/stable/10.2307/587206> (πρόσβαση στις 3/12/2011).

¹⁸ Το συνεχές της υγείας και ασθένειας ίσως δημιουργεί περισσότερα προβλήματα από όσα λύνει. Πώς μπορούμε να ξέρουμε πότε ένα άτομο είναι υγιές ή μη στην περίπτωση των ασυμπτωματικών ασθενειών; Επίσης, εφόσον εννοιολογικά η Υγεία είναι επιφορτισμένη με αξιακές και κανονιστικές (λειτουργικότητα) προσεγγίσεις δεν μπορούμε να καθορίσουμε με απόλυτη βεβαιότητα το στάδιο του συνεχούς που υποδεικνύει ότι το άτομο είναι υγιές.

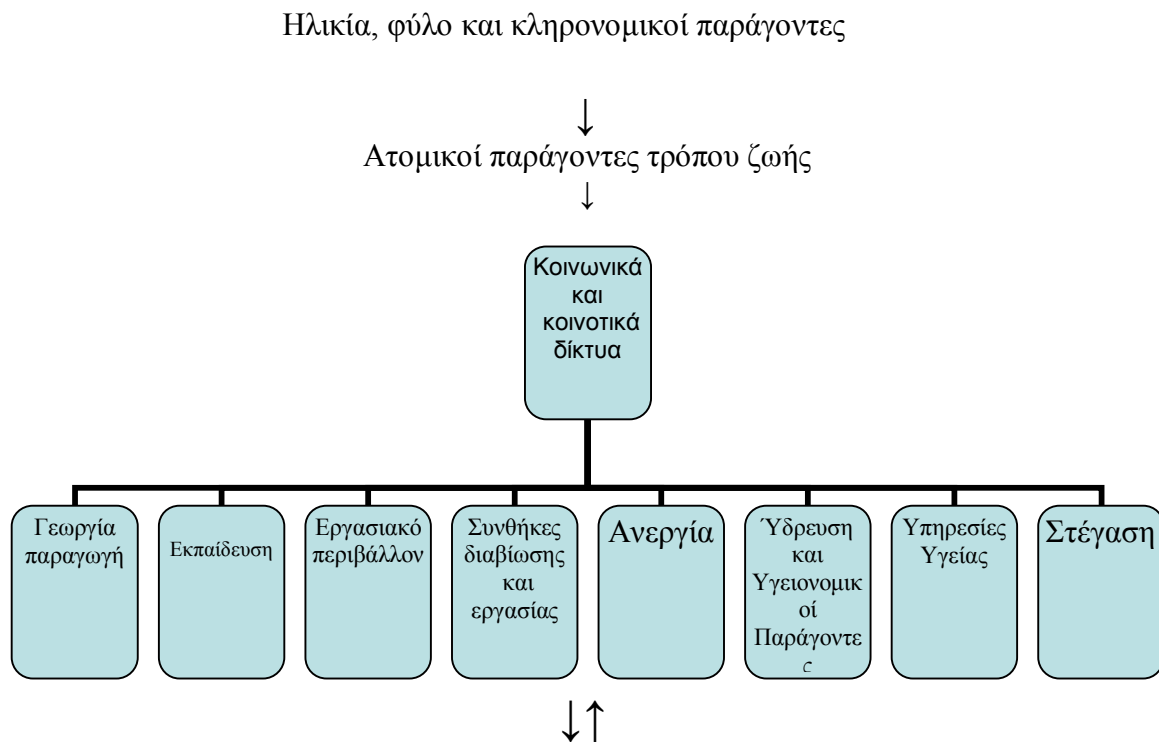
¹⁹ Θεοδώρου Μάμας, Σαρρής Μάρκος, Σούλης Σωτήρης, *Συστήματα Υγείας*, Αθήνα (Εκδόσεις Παπαζήση) 2001, 84.

²⁰ *Article 35 Health care: Everyone has the right of access to preventive health care and the right to benefit from medical treatment under the conditions established by national laws and practices. A high level of human health protection shall be ensured in the definition and implementation of all Union policies and Activities* Official Journal of the European Communities «Charter Of Fundamental Rights Of The European

Η προσέγγιση της Υγείας ως κοινωνικό αγαθό θα πρέπει επίσης να εντοπίσει εκείνους τους προσδιοριστικούς παράγοντες του επιπέδου υγείας που διαμεσολαβούνται μεταξύ του ατόμου και του ευρύτερου κοινωνικού περιβάλλοντος που το περικλείει.

Οι παράγοντες προσδιορισμού της κατάστασης υγείας είναι ένα εξίσου σύνθετο ζήτημα με αυτό του ορισμού της υγείας,²¹ καθώς οι αλληλεπιδράσεις προσωπικών, κοινωνικών, οικονομικών και περιβαλλοντικών παραγόντων καθώς και δομών υπηρεσιών υγείας είναι σύνθετες και πολύπλευρες όπως διαφαίνεται στο Διάγραμμα 1.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1 Οι κύριοι προσδιοριστικοί παράγοντες της υγείας



Γενικές κοινωνικο-οικονομικές, πολιτισμικές και περιβαλλοντικές συνθήκες
Πηγή: Hunter J. David, *Public Health Policy*, Cambridge (Polity Press) 2003, 33.

Η θεωρητική θεμελίωση της υγείας ως κοινωνικό αγαθό μπορεί να πραγματοποιηθεί σχηματικά – και πολύ επιγραμματικά – και μέσω του ακόλουθου

Union» (2000/C 364/01), URL: http://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_en.pdf (πρόσβαση στις 10/11/2010).

²¹ Hunter J. David, *Public Health Policy*, Cambridge (Polity Press) 2003, 32.

κοινωνιολογικού μοντέλου της ασθένειας,²² το οποίο παρέχει τις κύριες σχολές σκέψεις σχετικά με την διασύνδεση υγείας-κοινωνίας αλλά και το πώς η υγεία επηρεάζεται από τις ευρύτερες κοινωνικές, οικονομικές και πολιτισμικές δομές:

Ένας από τους κοινωνιολόγους ο οποίος ανέπτυξε ένα αντίστοιχο μοντέλο για τον προσδιορισμό της ασθένειας, και εστιάζοντας στις κοινωνικές αιτίες της παρά στις διαδικασίες ατομικής συμπεριφοράς που οδηγούν στη νόσο, είναι ο Peter Davis, ο οποίος είναι καθηγητής Δημόσιας Υγείας στο Πανεπιστήμιο Christchurch της Νέας Ζηλανδίας.

Το επιχείρημα του Davis είναι ότι δεν θα πρέπει να εστιάζουμε στην ατομικότητα των ασθενειών και των σωμάτων, αλλά η υγειονομική έρευνα και πολιτική υγείας θα πρέπει να κατευθύνεται προς τους οικονομικούς, πολιτικούς και πολιτισμικούς θεσμούς οι οποίοι παράγουν τις ασθένειες. Έτσι προτείνει ταξινομήσεις της ασθένειας που να βασίζονται στους οικονομικούς, κοινωνικούς, πολιτισμικούς και κοινωνικούς προσδιοριστικούς παράγοντες της κακής υγείας και της ασθένειας.

- Αναφορικά με τη σφαίρα της οικονομίας, η λειτουργία του θεσμού της αγοράς εργασίας εν μέσω του οικονομικού καπιταλιστικού πλαισίου έχει ως αποτέλεσμα την επιδίωξη ολοένα και μεγαλύτερου κέρδους χωρίς μέριμνα για την ασφάλεια των εργαζομένων – γεγονός που οδηγεί σε αυξημένα εργατικά ατυχήματα και θανάτους.
- Η κοινωνική διαμόρφωση της ασθένειας, μέσω των θεσμών της οικογένειας και της συγγένειας, οι οποίοι λειτουργούν στο πλαίσιο της αστικοποίησης και της κοινωνικής κινητικότητας ως αιτιολογικοί ή συμμετοχικοί παράγοντες της υπέρτασης και της ψυχικής νόσου.
- Οι πολιτισμικοί παράγοντες: οι πεποιθήσεις, οι πρακτικές, και οι τρόποι ζωής αντανακλούν και οδηγούν σε διαφορετικά καταναλωτικά πρότυπα – ιδιαίτερα διατροφής και κατανάλωσης αλκοόλ – που μπορούν να ειπωθούν ως παράγοντες «κλειδιά» για την παχυσαρκία και τον καρκίνο του πνεύμονα

²² Η συγκεκριμένη ανάλυση και παράθεση του κοινωνιολογικού μοντέλου της ασθένειας βασίζεται έντονα στο White Kevin, *An Introduction to the Sociology of Health and Illness*, London (Sage Publications) 2002, 63.

- Στο πολιτικό επίπεδο κατατάσσονται οι ασθένειες οι οποίες παράγονται από τις ισχύουσες δομές και τους διαφορετικούς δείκτες συμμετοχής των κοινωνικών ομάδων υπό το πρίσμα μίας άνισης κοινωνίας. Οι ασθένειες που προκύπτουν είναι το αποτέλεσμα της προβληματικής πρόσβασης στις υπηρεσίες και στην ανισονομία στην κατανομή των υπηρεσιών υγείας, εκπαίδευσης, πρόνοιας κ.ο.κ.

Από την οπτική της ανάλυσης των συστημάτων υγείας,²³ το αγαθό της υγείας δεν μπορεί ποτέ να διαχειριστεί απολύτως υπό την σκέπη της ιδιωτικής οικονομίας εφόσον εκληφθεί ως ένα δημόσιο αγαθό, καθώς δεν ισχύει η έννοια της κυριαρχίας του καταναλωτή.

Το επιχείρημα υπέρ της υγείας ως δημόσιο/κοινωνικό αγαθό συνοψίζεται στις θέσεις του οικονομολόγου Arrow οι οποίες αποτελούνται από τα εξής βασικά σημεία:²⁴

1. στις υπηρεσίες υγείας δεν ισχύει η αρχή του αποκλεισμού – η παροχή των υπηρεσιών δεν είναι αποκλειστική, και έτσι μπορούν να παρασχεθούν υπηρεσίες υγείας σε ένα άτομο χωρίς να αποκλείεται ένα άλλο άτομο από τις ίδιες υπηρεσίες.
2. η φύση των μολυσματικών/μεταδοτικών ασθενειών δημιουργεί τον κίνδυνο μετάδοσης από τον φορέα της ασθένειας σε άλλα μέλη του ευρύτερου κοινωνικού συνόλου
3. Οι «καταναλωτές υγείας» (ασθενείς) δεν είναι σε κανέναν βαθμό αρκετά πληροφορημένοι ώστε να απαιτήσουν από τους ιατρούς να τους παρέχουν τις ανάλογες υγειονομικές υπηρεσίες. Οι ιατροί βρίσκονται σε μία προνομιακή θέση εξουσίας και γνώσης σε σχέση με τον ασθενή-«καταναλωτή» και η ασυμμετρία της πληροφόρησης ιατρού/ασθενή δημιουργεί τις προϋποθέσεις της αυξημένης κρατικής παρέμβασης και ρύθμισης του αγαθού της υγείας στα πλαίσια του κοινωνικού κράτους και όχι της αγοραίας οικονομίας, ενώ ο χρήστης των υπηρεσιών υγείας δεν

²³ Θεοδώρου Μάμας, Σαρρής Μάρκος, Σούλης Σωτήρης, *Συστήματα Υγείας*, Αθήνα (Εκδόσεις Παπαζήση) 2001, 79.

²⁴ Βλέπε σχετικά Σουλιώτης Κυριάκος, *Ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα στο Ελληνικό σύστημα υγείας*, Αθήνα (Εκδόσεις Παπαζήση) 2000, 37-38.

μπορεί να διαπραγματευτεί για την τιμή του προϊόντος ούτε και να προβεί σε πληροφορημένη αξιολόγηση αυτού.

4. Το επιχείρημα της ελεύθερης επιλογής – το οποίο υπερασπίζονται οι οικονομολόγοι που εκλαμβάνουν την υγεία ως ιδιωτικό αγαθό – αίρεται από την ασύμμετρη σχέση ιατρού-ασθενή όσο και στις περιπτώσεις ανάγκης επείγουσας ιατρικής βοήθειας.

Το ρεύμα σκέψης που σχετίζεται με την κοινωνική διάσταση της υγείας, και πιο συγκεκριμένα με την έννοια της υγείας ως κοινωνικό αγαθό, επιχειρηματολογεί υπέρ της διανομής των υπηρεσιών υγείας με κριτήριο την ανάγκη και όχι το εισόδημα, καθώς η υγεία και οι ανάγκες υγείας δεν μπορούν να αποτελούν εμπόρευμα.²⁵

1.3 Η υγεία ως ιδιωτικό αγαθό

Η προσέγγιση της υγείας ως ιδιωτικό αγαθό προσεγγίζει την έννοια ως ένα εμπόρευμα το οποίο μπορεί να λειτουργήσει υπό τους μηχανισμούς της αγοράς, σε συνθήκες πλήρους ανταγωνισμού και ισορροπίας τιμών. Οι ασθενείς θεωρούνται ως λογικοί δρώντες και καταναλωτές οι οποίοι μπορούν να ασκήσουν το δικαίωμα της ελεύθερης επιλογής του νοσηλευτικού ιδρύματος – υπηρεσίας υγείας και του ιατρού-θεραπευτή μέσω της αύξησης της ζήτησης για υπηρεσίες υγείας μέχρι το σημείου της μέγιστης δυνατής χρησιμότητας.²⁶

Η υγεία ως εμπόρευμα συμπορεύεται με την έννοια του καταναλωτισμού στην υγεία.²⁷ Η έννοια του καταναλωτισμού στην υγεία, και ειδικότερα αυτή του καταναλωτή υπηρεσιών υγείας έχει μία τριπλή αιτιολογία:

- i. Η νεοφιλελευθεροποίηση της υγείας από τις αρχές της δεκαετίας του 80 μετέφερε την έννοια του καταναλωτή στις υπηρεσίες υγείας και ενσωμάτωσε «τεχνητά» στην ταυτότητα του ασθενούς την δυνατότητα ελεύθερης επιλογής υπηρεσιών και της ισότιμης συμμετοχής με τους θεράποντες ιατρούς στις αποφάσεις που αφορούν την υγεία του.

²⁵ Βλέπε σχετικά Σουλιώτης Κυριάκος, *Ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα στο Ελληνικό σύστημα υγείας*, Αθήνα (Εκδόσεις Παπαζήση) 2000, 38.

²⁶ Βλέπε σχετικά Σουλιώτης Κυριάκος, *Ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα στο Ελληνικό σύστημα υγείας*, Αθήνα (Εκδόσεις Παπαζήση) 2000, 31.

²⁷ Βλέπε σχετικά Malin Nigel, Stephen Wilmot, Manthorpe Jill, *Key Concepts and Debates in Health and Social Policy*, Chapter Four: Consumerism and Empowerment, Berkshire (Open University Press) 2002, 51-65.

- ii. Δεύτερον, το κίνημα ενδυνάμωσης των χρηστών²⁸ υπηρεσιών υγείας έθεσε νέες βάσεις στο εγχείρημα της αυτονομίας των ασθενών, το οποίο αν και ιδεολογικά απομακρύνεται από την έννοια του καταναλωτισμού, εντούτοις μετέφερε επίσης στο άτομο την ευθύνη-δυνατότητα επιλογής και συμμετοχής στις αποφάσεις.
- iii. Η επέκταση του ιδιωτικού τομέα υπηρεσιών υγείας και η συνεπακόλουθη κουλτούρα των διαγνωστικών προληπτικών εξετάσεων, οδήγησαν σε μία κουλτούρα υγειονομικής κατανάλωσης και προτύπων υγείας σε ολόκληρο το φάσμα της κοινωνικής στρωμάτωσης, δημιουργώντας μία «άτυπη» νέα αγορά υγείας υπό τον συνδυασμό ενός άκρατου νεοφιλελευθερισμού και ενός ρεύματος παρέμβασης στις επιλογές τους τρόπου ζωής των ανθρώπων,²⁹ με στόχο την υψηλή κερδοφορία και τον κοινωνικό έλεγχο.

1.4 Ανισότητες στην υγεία

1.4.1 Προσεγγίζοντας την έννοια των κοινωνικών ανισοτήτων

Η κοινωνία μας δημιουργεί-οργανώνει και οργανώνεται από κοινωνικές διαφοροποιήσεις.³⁰ Όμως, οι κοινωνικές διαφοροποιήσεις δεν οδηγούν κατ'ανάγκη στην ύπαρξη κοινωνικών ανισοτήτων.³¹ Η προσέγγιση της έννοιας της κοινωνικής ανισότητας θα πρέπει, λοιπόν, να τεθεί στους εξής τρεις άξονες.³²

²⁸ Ο Adams συνόμησε την έννοια της ενδυνάμωσης των χρηστών στα εξής πέντε σημεία:

- στην συμμετοχή των χρηστών στην ανάπτυξη των υπηρεσιών.
- η αυτοαξιολόγηση της κατάστασης υγείας των χρηστών ως σημείο-κλειδί της αυτονομίας τους.
- βήμα λόγου προς τους χρήστες για τον τρόπο με τον οποίο οι υπηρεσίες σχεδιάζονται, διαχειρίζονται και παρέχονται.
- έλεγχος και συμβουλευτική από τους χρήστες για τον τρόπο διανομής των πόρων.
- συνεισφορά των χρηστών στην αξιολόγηση των υπηρεσιών.

Βλέπε Malin Nigel, Stephen Wilmot, Manthorpe Jill, *Key Concepts and Debates in Health and Social Policy*, Chapter Four: Consumerism and Empowerment, Berkshire (Open University Press) 2002, 61.

²⁹ Fitzpatrick Michael, *Η τυραννία της υγείας – Οι γιατροί και οι κανόνες για τον σύγχρονο τρόπο ζωής*, Αθήνα (Εκδόσεις Πολύτροπον) 2004.

³⁰ Τσαούσης Γ. Δ., *Κοινωνικές Διαφοροποιήσεις και Ανισότητες στο Η Κοινωνία μας – Οργάνωση, Λειτουργία, Δυναμική*, Αθήνα (Εκδόσεις Gutenberg) 1999, 150-153.

³¹ Μοσχονάς Ανδρέας, *Τάξεις και Στρόματα στις Σύγχρονες Κοινωνίες – Τόμος Πρώτος: Ερμηνευτικές Προσεγγίσεις*, Αθήνα (Εκδόσεις Οδυσσέας) 1998, 12-15.

³² Μοσχονάς Ανδρέας, *Τάξεις και Στρόματα στις Σύγχρονες Κοινωνίες – Τόμος Πρώτος: Ερμηνευτικές Προσεγγίσεις*, Αθήνα (Εκδόσεις Οδυσσέας) 1998, 12-15.

- α) στον άξονα της διαφοροποίησης
- β) στον άξονα της κατάταξης
- γ) στον άξονα της αξιολόγησης

α) Η διαφοροποίηση σημαίνει ότι δύο άτομα δεν μπορούν ποτέ να συμπίπτουν απόλυτα ως προς τα προσωπικά και βιολογικά τους χαρακτηριστικά, τις ατομικές εκφάνσεις, την ιδιοσυγκρασία και την προσωπικότητά τους. Η διαφοροποίηση δεν συνιστά από μόνη της ικανή και αναγκαία συνθήκη για την ύπαρξη κοινωνικής ανισότητας, δημιουργεί όμως έναν φαύλο κύκλο αξιολογικών κρίσεων ετερότητας³³ (‘ο άλλος’) και σύγκρισης (‘ανώτερος’ – ‘κατώτερος’) ο οποίος λειτουργεί ως κέντρο του πυρήνα της οργάνωσης του συστήματος κοινωνικών ανισοτήτων.

β) Η κατάταξη αναφέρεται ευθέως στην σύγκριση των ατόμων βάσει της κλίμακας διαφοροποίησης τους. Η κατάταξη λειτουργεί και επηρεάζεται από την ιδεολογική πρόσληψη και θέση για τους κοινωνικούς σχηματισμούς; εάν αποδεχθούμε ότι οι κοινωνικές ανισότητες είναι αναπόφευκτες (και για ορισμένους αναγκαίες) τότε η κατάταξη θα δημιουργήσει επίπεδα κοινωνικής, οικονομικής, εκπαιδευτικής, πολιτισμικής κ.ο.κ ανωτερότητας και κατωτερότητας.

γ) Η αξιολογική κρίση της διαφοροποίησης βάσει της οποίας κατατάσσονται τα άτομα υποδηλώνει την έννοια της ανισότητας. Σύμφωνα με τον Μοσχονά,³⁴ η αξιολόγηση είναι εκείνη που θα προσδώσει περιεχόμενο νοήματος κοινωνικής ανισότητας στις έννοιες της διαφοροποίησης και της κατάταξης.

1.4.2 Ισότητα και Ισονομία στην υγεία

Στις ημέρες μας, πολλά και πολύ επιδραστικά κείμενα εθνικής και διεθνούς πολιτικής υγείας αναδεικνύουν την σημαντικότητα της υγειονομικής ισονομίας ως πολιτικό στόχο. Επίσης, γίνεται σαφές ότι υπάρχει μία αδήριτη ανάγκη να εφαρμοσθούν μέτρα με στόχο

³³ Τσαούσης Γ. Δ., *Κοινωνικές Διαφοροποιήσεις και Ανισότητες στο Η Κοινωνία μας – Οργάνωση, Λειτουργία, Δυναμική*, Αθήνα (Εκδόσεις Gutenberg) 1999, 150-153.

³⁴ Μοσχονάς Ανδρέας, *Τάξεις και Στρώματα στις Σύγχρονες Κοινωνίες – Τόμος Πρώτος: Ερμηνευτικές Προσεγγίσεις*, Αθήνα (Εκδόσεις Οδυσσέας) 1998, 12-15.

την μείωση των ανισοτήτων υγείας τόσο στην εθνική διάσταση (ανάμεσα στους πληθυσμούς) όσο και στη διεθνή διάσταση (μεταξύ των πληθυσμών) τους, και οι οποίες παραμένουν εντούτοις ανησυχητικά μεγάλες.³⁵

Η έννοια της ισονομίας συνδέεται στενά με τις έννοιες της αναδιανομής και της δικαιοσύνης, αλλά είναι σημαντικό να την διαχωρίσουμε από την έννοια της ισότητας η οποία αφορά στην 'ίδια την κατάσταση της ισότητας'. Οι πολιτικές που σχεδιάζονται με σκοπό την επίτευξη της ισότητας των ευκαιριών, της πρόσβασης, της χρήσης των υπηρεσιών και του αποτελέσματος μπορεί να είναι επιθυμητές αλλά δεν είναι απαραίτητο ότι είναι ισόνομες. Η έννοια, δηλαδή, της κοινωνικής δικαιοσύνης η οποία εμπεριέχεται σε αυτήν της ισονομίας δεν συμπίπτει απαραίτητα με αυτήν της ισότητας και αυτό μπορούμε να το δούμε και σε παραδείγματα προγραμμάτων κοινωνικής πολιτικής όπου εφαρμόζονται μέτρα θετικής διάκρισης.³⁶

Είναι επίσης σημαντικό να διαχωρίσουμε την ισονομία σε οριζόντια ισονομία και σε κάθετη ισονομία. Η οριζόντια ισονομία αναφέρεται στην ίση μεταχείριση μεταξύ ίσων, ενώ η κάθετη ισονομία αναφέρεται στην άνιση μεταχείριση μεταξύ άνισων. Έτσι, ένα πρόγραμμα κοινωνικής πολιτικής ή υγείας θα θεωρείται ισόνομο όταν ίδια αποτελέσματα επιτυγχάνονται για τα άτομα βάσει των ίδιων αναγκών τους. Επεκτείνοντας την έννοια της ισότητας και στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας, η χρηματοδοτική ισότητα αναφέρεται σε δύο διαστάσεις: α) στην οριζόντια διάσταση (horizontal equity) όπου άτομα ή πληθυσμοί με ισοδύναμο εισόδημα και επομένως ίση δυνατότητα κάλυψης υγειονομικών δαπανών προβαίνουν σε ίδιες πληρωμές και β) στην κάθετη διάσταση (vertical equity) όπου άτομα ή πληθυσμοί άνισων εισοδηματικών επιπέδων και δυνατοτήτων προβαίνουν σε διαφορετικές πληρωμές.³⁷

³⁵ Το συγκεκριμένο υποκεφάλαιο βασίζεται έντονα στο Phillips J. Ceri, *Health Economics – An introduction for health professionals*, Oxford (Blackwell Publishing) 2005, 10-11.

³⁶ Τα μέτρα θετικής διάκρισης σχεδιάζονται για την ενίσχυση των ομάδων-στόχων και την γενικότερη άμβλυνση των κοινωνικών ανισοτήτων. Ανταποκρίνεται στο αίτημα της κοινωνικής δικαιοσύνης, και έτσι θεσπίστηκαν μέτρα θετικής διάκρισης για τις ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού. Συνδέεται με το προβάδισμα πρόσβασης σε κάποια αγαθό, είτε αυτό είναι κοινωνικό είτε όχι. **Τα μέτρα θετικής διάκρισης θεωρείται ότι είναι μέτρα που παραβιάζουν την αρχή της ισότητας των ευκαιριών.**

³⁷ Βλέπε σχετικά Σουλιώτης Ν. Κυριάκος, *Οικονομικές Ανισότητες και Πολιτική Υγείας*, Αθήνα (Εκδόσεις Παπαζήση) 2007, 53-54.

1.4.3 Κοινωνικές Ανισότητες στην υγεία

Πολλοί ερευνητές εκλαμβάνουν, πλέον, την κοινωνική θέση ως την θεμελιώδη αιτία προσδιορισμού της υγείας,³⁸ καθώς η κοινωνική διαφοροποίηση και οι πολλαπλές διαστάσεις ή μεταβλητές της αποτελούν καθοριστικούς παράγοντες για το επίπεδο υγείας και τους τύπους νοσηρότητας σε μία κοινωνία.³⁹

Το πλαίσιο της πολιτικής οικονομίας της υγείας, λειτουργώντας υπό μία μαρξιστική οπτική θέασης, αναδεικνύει την επίδραση του καπιταλιστικού τρόπου παραγωγής καθώς και της εκμετάλλευσης των εργαζομένων στον προσδιορισμό του επιπέδου υγείας τους και στη διαφοροποίηση της κατάστασης υγείας μεταξύ των κοινωνικών τάξεων (με όρους επαγγελματικής κατηγορίας).

Σύμφωνα με τους Doyal και Pennell,⁴⁰ η καπιταλιστική ανάπτυξη έχει συντελέσει στη δημιουργία νέων ασθενειών και συνάμα έχει συνδράμει στην επαύξηση των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία. Και ενώ η ανάλυση του κοινωνικού γίνεσθαι αποκλειστικά με όρους κοινωνικών τάξεων εμφανίζει ορισμένα μειονεκτήματα⁴¹, στην ανάλυση των δύο συγγραφέων ο καπιταλισμός εμφανίζεται να «ενοχοποιείται» τόσο για την γενικότερη επιδημιολογική μετάβαση (από τις μολυσματικές, μεταδοτικές στις μη-μεταδοτικές παθήσεις) όσο και για την ενίσχυση των ανισοτήτων στην υγεία ανά επαγγελματική κατηγορία υπό την εξής γραμμή σκέψης:

- οι κατώτερες κοινωνικοεπαγγελματικές τάξεις είναι εκτεθειμένες σε πολύ πιο ανθυγιεινές, ακόμη και άμεσα επικίνδυνες, συνθήκες εργασίας (σοβαρά εργατικά ατυχήματα, αόρητες επαγγελματικές ασθένειες, μεταφορά μολύνσεων από επικίνδυνα χημικά στοιχεία του χώρου εργασίας (εργοστάσια) στα μέλη των οικογενειών των εργαζομένων),

³⁸ Graham Hilary, Kelly P. Michael, «Health Inequalities, concepts, frameworks and policy», (2004), NHS, Health Development Agency, United Kingdom URL: http://dds-dispositivoglobal.ops.org.ar/cursocursoport/Textos%20Completo/health%20inequalities_concepts,%20framework%20and%20policy.pdf (πρόσβαση στις 2/12/2011).

³⁹ Graham Hilary, Kelly P. Michael, «Health Inequalities, concepts, frameworks and policy», (2004), NHS, Health Development Agency, United Kingdom URL: http://dds-dispositivoglobal.ops.org.ar/cursocursoport/Textos%20Completo/health%20inequalities_concepts,%20framework%20and%20policy.pdf (πρόσβαση στις 2/12/2011).

⁴⁰ Doyal Lesley, Pennell Imogen, *The Political Economy of Health*, London (Pluto Press) 1981, 1-95.

⁴¹ Σύμφωνα με την βεμπερική παράδοση η έννοια της κοινωνικής στρωμάτωσης προσδιορίζεται από τις δυνατότητες πρόσβασης του ατόμου στην αγορά ενώ η ταξική κατάσταση δεν οδηγεί απαραίτητα σε κοινωνική δράση και σε κοινά συμφέροντα, βλέπε Μοσχονάς Ανδρέας, *Τάξεις και Στρώματα στις Σύγχρονες Κοινωνίες – Τόμος Πρώτος: Ερμηνευτικές Προσεγγίσεις*, Αθήνα (Εκδόσεις Οδυσσέας) 1998, 33-40.

έχουν περιορισμένους οικονομικούς πόρους ώστε να έχουν μία ισορροπημένη και υγιεινή διατροφή, έχουν λιγότερες υγειονομικές γνώσεις, έχουν περιορισμένη πρόσβαση στις υγειονομικές υπηρεσίες, είναι περισσότερο εκτεθειμένες στον επηρεασμό από το marketing των προϊόντων καπνού, αλκοόλ και ανθυγιεινών τροφίμων και βιώνουν το καταστροφικό άγχος της επιβίωσης της καθημερινότητας.

Το μονοπάτι της στατιστικής τεκμηρίωσης των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία, όμως, ήταν μέχρι και την έναρξη της δεκαετίας του 80' δύσβατο και «μοναχικό» για τους περισσότερους κοινωνιολόγους, ιδιαίτερα στο Ηνωμένο Βασίλειο.⁴² Η ίδια η αιτιακή διασύνδεση μεταξύ κοινωνικών συνθηκών και επιπέδου υγείας δέχθηκε δριμύτατες επιθέσεις, καθώς θεωρήθηκε ότι η εννοιολόγηση των κοινωνικών ανισοτήτων προέκυπτε από στατιστική μεροληψία, και πιο συγκεκριμένα από μία *a posteriori* ανάλυση και ερμηνεία των στατιστικών δεδομένων (statistical artefacts).⁴³ Η κοινωνική τάξη δηλαδή δεν συσχετιζόταν, σύμφωνα με τους πολέμιους της κοινωνιολογίας των ανισοτήτων υγείας, με την κατάσταση υγείας, και η συσχέτιση που παρατηρούνταν αποτελούσε απλώς στατιστική μεροληψία και εκ των υστέρων μεροληπτική συσχέτιση.

Από την αρχή της δεκαετίας του '80 νέες ερευνητικές προσπάθειες και εξελίξεις άλλαξαν δραστικά τις αντιλήψεις για τις ανισότητες στην υγεία.⁴⁴ Σημαίνουσα αφετηρία για τον διεθνή προβληματισμό και την τεκμηρίωση των ανισοτήτων στην υγεία αποτέλεσε η Έκθεση Black Report του 1980.⁴⁵ Η Έκθεση Black Report ήταν η πρώτη που κατέδειξε ότι οι συνθήκες υπό τις οποίες οι άνθρωποι ζουν και εργάζονται είναι σημαντικές για τον προσδιορισμό της υγείας και της ασθένειας, με ειδικότερη μνεία στην επίδραση της κοινωνικοεπαγγελματικής κατηγορίας στον προσδιορισμό του επιπέδου υγείας και στην ύπαρξη ανισοτήτων ως προς τους δείκτες νοσηρότητας και θνησιμότητας μεταξύ των κατηγοριών.

Οι γενικότερες συνθήκες διαβίωσης και εργασίας αποτελούν πολύ σημαντικούς προσδιοριστικούς παράγοντες τόσο για την εμφάνιση μεταδοτικών ασθενειών όσο και

⁴² Bartley Mel , Blane David, *The sociology of health inequalities*, Oxford (Blackwell Publishers) 1998, 1.

⁴³ Bartley Mel , Blane David, *The sociology of health inequalities*, Oxford (Blackwell Publishers) 1998, 1.

⁴⁴ Bartley Mel, Blane David, *The sociology of health inequalities*, Oxford (Blackwell Publishers) 1998, 1.

⁴⁵ Bartley Mel, Blane David, *The sociology of health inequalities*, Oxford (Blackwell Publishers) 1998, 1, Asthana Sheena, Halliday Joyce, *What works in tackling health inequalities?: pathways, policies and practice*, (Polity Press) 2006, 1 και Τούντας Γεώργιος, *Κοινωνία και Υγεία*, Αθήνα (Εκδόσεις Νέα υγεία) 2000.

μη-μεταδοτικών ασθενειών.⁴⁶

Οι αρνητικές κοινωνικές συνθήκες επαυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης μη-μεταδοτικών ασθενειών κυρίως μέσω δύο επιδράσεων:

α) μέσω των βλαβερών συμπεριφορών για την υγεία και

β) μέσω των επιδράσεων των “ανυπόφορα” στρεσογόνων βιωμάτων της καθημερινότητας.⁴⁷

Οι ανισότητες στην υγεία εκκινούν εν ουσία από πηγές κοινωνικών ανισοτήτων με βάση την έννοια της κοινωνικής διαφοροποίησης και λειτουργούν ως θύλακες νέων δημιουργούμενων ανισοτήτων στον κύκλο ζωής του ατόμου.

Η έννοια των υγειονομικών ανισοτήτων τυποποιείται σε δύο κύριους άξονες:

α) στον άξονα του επιπέδου υγείας του πληθυσμού και

β) στον άξονα της χρήσης των υπηρεσιών υγείας από τα άτομα του πληθυσμού.⁴⁸

Επιπρόσθετα, οι ανισότητες στην υγεία εμπίπτουν και σε δύο έτερες κατηγορίες ανάλογα με τον καθοριστικό παράγοντα «διαφοροποίησης»:

- Στις αναπόφευκτες ανισότητες και

- Στις ανισότητες που μπορούν να αντιμετωπιστούν.⁴⁹

Οι αναπόφευκτες ανισότητες επικεντρώνονται κυρίως στο βιολογικό και κληρονομικό υπόβαθρο του κάθε ατόμου που επιφέρει διαφοροποιήσεις ως προς την κατάσταση υγείας και την ποιότητα ζωής. Επίσης, ανισότητες που εμφανίζονται ως

⁴⁶ Marmot Michael, «Social Determinants of Health Inequalities», (2005) *The Lancet*, *Public Health*
URL: http://www.who.int/social_determinants/strategy/Marmot-Social%20determinants%20of%20health%20inqualities.pdf (πρόσβαση στις 23/11/2011).

⁴⁷ Marmot Michael, «Social Determinants of Health Inequalities», (2005) *The Lancet*, *Public Health*
URL: http://www.who.int/social_determinants/strategy/Marmot-Social%20determinants%20of%20health%20inqualities.pdf (πρόσβαση στις 23/11/2011).

Οι στρεσογόνες εμπειρίες που σχετίζονται με την κοινωνικοοικονομική μειονεξία ή την φυλετική διάκριση μπορούν να ενεργοποιήσουν την έκκριση ορμονών και άλλων ουσιών οι οποίες, ιδιαίτερα μέσω των καθημερινών στρεσογόνων βιωμάτων, μπορούν να προκαλέσουν ζημιές στην άμυνα του ανοσοποιητικού συστήματος ακόμη και σε ζωτικά όργανα του οργανισμού. Βλέπε Braverman A. Paula, Egerter A. Susan, Mockenhaupt E. Robin, «Broadening the Focus, The Need to Address the Social Determinants of Health», *American Journal of Preventive Medicine* Vol. 40, 1S1 (2011), pp. 4-18, Published by: Elsevier Inc
URL: <http://www.rwjf.org/files/research/4945.pdf> (πρόσβαση στις 23/11/2011).

⁴⁸ Κυριάκος Ν Σουλιώτης (επιμέλεια), *Πολιτική και Οικονομία της Υγείας Στρατηγικός Σχεδιασμός- Οργάνωση και Διοίκηση, Οικονομική Λειτουργία- Τομεακές πολιτικές*, Αθήνα (Εκδόσεις Παπαζήση) 2006, 46.

⁴⁹ Θεοδώρου Μάμας, Σαρρής Μάρκος, Σούλης Σωτήρης, *Συστήματα Υγείας*, Αθήνα (Εκδόσεις Παπαζήση) 2001, 55 και Κυριάκος Ν Σουλιώτης (επιμέλεια), *Πολιτική και Οικονομία της Υγείας Στρατηγικός Σχεδιασμός-Οργάνωση και Διοίκηση, Οικονομική Λειτουργία- Τομεακές πολιτικές*, Αθήνα (Εκδόσεις Παπαζήση) 2006, 46.

αναπόφευκτες εντοπίζονται και στις προσωπικές επιλογές, συμπεριφορές και στάσεις σε θέματα υγείας.

Αντιθέτως, οι υγειονομικές ανισότητες που δύναται να αντιμετωπιστούν έχουν ως άξονα τους κοινωνικούς, οικονομικούς και πολιτισμικούς παράγοντες κοινωνικής διαφοροποίησης που μπορούν να αμβλυνθούν μέσω κατάλληλων μέτρων πολιτικής.

Νεότερες προσεγγίσεις αποκρούουν την έννοια των προσωπικών στάσεων και συμπεριφορών ως αίτιο αναπόφευκτων ανισοτήτων,⁵⁰ καθώς οι πρώτες εξαρτώνται άμεσα από εξωγενείς παράγοντες (οικονομικούς, κοινωνικούς, μορφωτικούς) που λειτουργούν ως θύλακες ανισοτήτων και επηρεάζουν αρνητικά τις προσωπικές επιλογές- συμπεριφορές και την ορθή ενημέρωση για θέματα προαγωγής της υγείας.⁵¹

Η μελέτη των ανισοτήτων υγείας παρουσιάζει πρακτικό όσο και ηθικό ενδιαφέρον για τους επαγγελματίες υγείας και τους κοινωνικούς επιστήμονες. Μελετώντας και επεξηγώντας το φαινόμενο βρίσκονται σε θέση να προσδιορίσουν αρκετούς από τους παράγοντες καλού ή κακού επιπέδου υγείας⁵² (επαγγελματίες υγείας) και δίνουν το έναυσμα στους ηθικούς φιλόσοφους για την διερεύνηση της ηθικής διάστασης των υφιστάμενων ανισοτήτων στην υγεία.

Ενώ η ηθική διάσταση των ανισοτήτων στην υγεία δεν θα πρέπει να εκλαμβάνεται δίχως κριτική σκέψη, η κατανομή της υγείας ενός πληθυσμού εξαρτάται, ύστερα από την σύγχρονη επέκταση και την ποιοτική αναβάθμιση των υπηρεσιών υγείας, από κοινωνικούς παράγοντες με ταυτόχρονους παράγοντες ατομικής/γενετικής κληρονομικότητας, επιλογής, και τύχης.⁵³ Οι κοινωνικές ανισότητες στην υγεία συσχετίζονται με τον κύκλο ζωής του ατόμου καθώς οι πρώτες εκκινούν από την

⁵⁰ Κυριάκος Ν Σουλιώτης (επιμέλεια), *Πολιτική και Οικονομία της Υγείας Στρατηγικός Σχεδιασμός- Οργάνωση και Διοίκηση, Οικονομική Λειτουργία- Τομεακές πολιτικές*, Αθήνα (Εκδόσεις Παπαζήση) 2006, 46-47.

⁵¹ Κυριάκος Ν Σουλιώτης (επιμέλεια), *Πολιτική και Οικονομία της Υγείας Στρατηγικός Σχεδιασμός- Οργάνωση και Διοίκηση, Οικονομική Λειτουργία- Τομεακές πολιτικές*, Αθήνα (Εκδόσεις Παπαζήση) 2006, 46-47.

⁵² Hausman Daniel M., Asada Yukiko, Hedemman Thomas, «Health Inequalities and Why They Matter», *Health Care Analysis* Vol 10, (2002) pp. 177-191, Published by: Kluwer Academic Publishers Printed in Netherlands URL: <http://www.springerlink.com/content/yrnkgq6fgp1fp3we/fulltext.pdf> (πρόσβαση στις 25/11/2011).

⁵³ Hausman Daniel M., Asada Yukiko, Hedemman Thomas, «Health Inequalities and Why They Matter», *Health Care Analysis* Vol 10, (2002) pp. 177-191, Published by: Kluwer Academic Publishers Printed in Netherlands URL: <http://www.springerlink.com/content/yrnkgq6fgp1fp3we/fulltext.pdf> (πρόσβαση στις 25/11/2011).

συσσώρευση ρίσκου και ευαλωτότητας κατά την γέννηση και μπορούν να οξυνθούν ή αμβλυνθούν από τις παρεμβάλλουσες εμπειρίες ζωής.⁵⁴

Η σχέση μεταξύ ανισοτήτων υγείας και κοινωνικού αποκλεισμού λαμβάνει πλέον προτεραιότητα στην ερευνητική ατζέντα,⁵⁵ εντούτοις όμως, ένας σημαντικός αριθμός ατόμων που δεν μπορούν να ορισθούν ως κοινωνικά αποκλεισμένοι βιώνουν υγειονομικές ανισότητες.⁵⁶ Το ζήτημα γίνεται ιδιαίτερα πολύπλοκο εάν αντιληφθούμε ότι ενυπάρχουν διαπλεκόμενες δομές ανισοτήτων και το κάθε άτομο καταλαμβάνει πολλαπλές κοινωνικές θέσεις σε ένα οποιοδήποτε σύστημα κοινωνικής οργάνωσης,⁵⁷ και έτσι η έρευνα κοινωνικού αποκλεισμού και ανισοτήτων υγείας θα πρέπει να λάβει υπόψιν της μία πλειάδα (ίσως και αντιφατικών μεταξύ τους) σημαντικών μεταβλητών.

1.4.4 Ανισότητα ή ανισονομία στην υγεία;

Οι ανισότητες στην υγεία μπορούν να χαρακτηριστούν και ως ένας γενικός όρος (generic term), ο οποίος υποδεικνύει τις διαφορές στο επίπεδο υγείας μεταξύ διαφορετικών ατόμων ή ομάδων.⁵⁸ Συνηθέστερα ο όρος ανισότητες στην υγεία δεν περιλαμβάνει μία ηθική διάσταση,⁵⁹ εάν δεχθούμε ότι οι συγκεκριμένες διαφοροποιήσεις στην κατάσταση υγείας είναι αναπόφευκτες.

⁵⁴ Robine, J. M., G. Caselli, et al. «Differentials in the femininity ratio among centenarians: Variations between northern and southern Italy from 1870», (2006) *Population Studies-a Journal of Demography* 60(1): pp 99-113.

⁵⁵ Τα εμπόδια για την τεκμηρίωση της συγκεκριμένης διαδικασίας είναι ότι η έννοια του κοινωνικού αποκλεισμού δεν είναι σαφώς ούτε και στατιστικά ορισμένη και αποτελεί μία δυναμική διαδικασία η οποία διαφοροποιείται χρονικά, ανάλογα με το κοινωνικό πλαίσιο και την ηλικία.

⁵⁶ Graham Hilary, Kelly P. Michael, «Health Inequalities, concepts, frameworks and policy», (2004), NHS, Health Development Agency, United Kingdom URL: http://dds-dispositivoglobal.ops.org.ar/curso/cursoport/Textos%20Completo/health%20inequalities_concepts.%20framework%20and%20policy.pdf (πρόσβαση στις 2/12/2011) - όπως παρατηρείται στις περιπτώσεις των χωρικών ανισοτήτων (spatial inequalities) πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, δίχως τα άτομα που βιώνουν αυτές τις ανισότητες να είναι απαραίτητα και κοινωνικά αποκλεισμένοι.

⁵⁷ Graham Hilary, Kelly P. Michael, «Health Inequalities, concepts, frameworks and policy», (2004), NHS, Health Development Agency, United Kingdom URL: http://dds-dispositivoglobal.ops.org.ar/curso/cursoport/Textos%20Completo/health%20inequalities_concepts.%20framework%20and%20policy.pdf (πρόσβαση στις 2/12/2011).

⁵⁸ I. Kawachi, S. V. Subramanian, N. Almeida-Filho, «A glossary for health inequalities», (2002), *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56, pp. 647-652 URL: <http://jech.bmj.com/content/56/9/647.full.pdf+html> (πρόσβαση στις 1/5/2012).

⁵⁹ I. Kawachi, S. V. Subramanian, N. Almeida-Filho, «A glossary for health inequalities», (2002), *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56, pp. 647-652 URL: <http://jech.bmj.com/content/56/9/647.full.pdf+html> (πρόσβαση στις 1/5/2012).

Όμως, όπως σημειώσαμε και παραπάνω, πολλές ανισότητες στην υγεία είναι άνισα κατανομημένες, δηλαδή δεν αποτελούν αίτιο απλώς του παράγοντα τύχη ή της βιολογικής διαφοροποίησης. Έτσι, πολλές ανισότητες υγείας είναι αδιαμφισβήτητα ανισόνομες.⁶⁰ Ο τρόπος που κατανέμονται, δηλαδή, οι ανισότητες στην υγεία και κυριότερα η κοινωνικοοικονομική αιτιολογία διαφοροποίησης των επιπέδων υγείας των ατόμων και των πληθυσμών μας οδηγούν στην έννοια της ανισονομίας στην υγεία.

Η ανισονομία εξαρτάται έντονα από τις αξιολογικές και κανονιστικές κρίσεις για το ποιές ανισότητες θεωρούνται αποφεύξιμες ή μη-αναγκαίες. Οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες προσδιορισμού της ασθένειας και του επιπέδου υγείας τίθενται επίσης υπό συζήτηση, διότι η νεοφιλελεύθερη πρόσληψη της έννοιας της υγείας τείνει να καθιστά την διατήρησή της ποιότητάς της σε μία ατομική ευθύνη, η οποία αποτελεί την ένδειξη της μέγιστης ατομικής υπευθυνότητας,⁶¹ εν μέσω προώθησης εκτεταμένων προγραμμάτων διαγνωστικών εξετάσεων, παρέμβασης για την αλλαγή του τρόπου ζωής και παρεμβολής των ιατρών στις επιλογές, στις συνήθειες και τις ζωές των ασθενών⁶² (ίσως θα μπορούσαμε να ονομάσουμε αυτές τις τάσεις και ως νεοφιλελεύθερη ιατρικοποίηση της κοινωνικής ζωής).

Κατανοούμε λοιπόν ότι η διάκριση μεταξύ ανισότητας και ανισονομίας και η αναγνώριση της ανισονομίας στην υγεία εμπεριέχει κανονιστικές προσλήψεις οι οποίες βασίζονται αφενός στις θεωρίες του ατόμου περί δικαιοσύνης, αφετέρου στις θεωρίες των ατόμων περί κοινωνίας, και τρίτον στις προσλήψεις του ατόμου για τα αίτια γένεσης των κοινωνικών ανισοτήτων⁶³ στην υγεία.

⁶⁰ I. Kawachi, S. V. Subramanian, N. Almeida-Filho, «A glossary for health inequalities», (2002), *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56, pp. 647-652 URL: <http://jech.bmj.com/content/56/9/647.full.pdf+html> (πρόσβαση στις 1/5/2012).

⁶¹ Βλέπε White Kevin, *An Introduction to the Sociology of Health and Illness*, London (Sage Publications) 2002, 53-77 για μία ανάλυση της νεοφιλελεύθερης θεωρίας περί υγείας και την απόκρουση του επιχειρήματος ότι τα ίδια τα άτομα (ατομική ευθύνη) είναι υπεύθυνα για το επίπεδο υγείας τους.

⁶² Βλέπε την ανάλυση του Fitzpatrick Michael, *Η τυραννία της υγείας – Οι γιατροί και οι κανόνες για τον σύγχρονο τρόπο ζωής*, Αθήνα (Εκδόσεις Πολύτροπον) 2004.

⁶³ I. Kawachi, S. V. Subramanian, N. Almeida-Filho, «A glossary for health inequalities», (2002), *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56, pp. 647-652 URL: <http://jech.bmj.com/content/56/9/647.full.pdf+html> (πρόσβαση στις 1/5/2012).

1.5 Κοινωνικές Ανισότητες στην υγεία στην Ελλάδα

Η στατιστική αποτύπωση των κοινωνικών ανισοτήτων στην Ελλάδα μπορεί να δειχθεί πρωτίστως από τα αποτελέσματα της έρευνας «Υγεία και υπηρεσίες υγείας στον Ελληνικό πληθυσμό» του Τομέα Οικονομικών της Υγείας της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας του 2002.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης έρευνας, εμφανίζονται πρωτίστως έντονες διαφοροποιήσεις στην αυτοξιολόγηση του επιπέδου υγείας ανά εισοδηματικό κλιμάκιο, με τα άτομα της κλίμακας μηνιαίου εισοδήματος από 0-440 ευρώ να αναφέρουν υπερτετραπλάσια ποσοστά κακού επιπέδου υγείας (13,7%) σε σχέση με την «μεσαία» εισοδηματική κλίμακα (881-1467 €) που αναφέρει σε ποσοστό 3,3% ότι έχει κακό ή πολύ κακό επίπεδο υγείας. Επίσης η διαφοροποίηση του υποκειμενικού επιπέδου υγείας μεταξύ των εισοδηματικών τάξεων γίνεται μεγαλύτερη εάν ανέβουμε περαιτέρω στην εισοδηματική κλίμακα (1468-2347 €) όπου τα άτομα αναφέρουν κακό ως πολύ κακό επίπεδο υγείας μόλις σε ποσοστό 1,8% (βλέπε Πίνακα 1).

Επίσης, η έρευνα του Τομέα Οικονομικών της Υγείας της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας με τίτλο «Διερεύνηση του επιπέδου υγείας και αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα» του 2006, μπορεί να αποτυπώσει μία πιο αναλυτική εικόνα για το επίπεδο υγείας του ελληνικού πληθυσμού.

Σύμφωνα με την συγκεκριμένη έρευνα, και αναφορικά με την μέτρηση της υποκειμενικής κατάστασης υγείας παρατηρούμε ότι το αυτοαξιολογούμενο επίπεδο υγείας του ελληνικού πληθυσμού βρίσκεται σε αρκετά υψηλά επίπεδα:

- το 71,0% των ερωτώμενων ανέφερε ότι έχει καλό έως πολύ καλό επίπεδο υγείας,
- το 20,6% των ερωτώμενων αυτοαξιολόγησε το επίπεδο υγείας του ως μέτριο, και
- το 8,4% των ερωτώμενων ανέφερε ότι η κατάσταση υγείας του είναι κακή ή πολύ κακή (βλέπε Πίνακα 2 και Πίνακα 3).

Επίσης στην συγκεκριμένη έρευνα, το 36,7% των ερευνώμενων απήντησε ότι αντιμετωπίζει ένα πρόβλημα υγείας που απαιτεί την τακτική λήψη φαρμάκων (χρόνιο

πρόβλημα υγείας) ενώ το 63,3% των ερευνώμενων απήντησε ότι δεν αντιμετωπίζει χρόνιο πρόβλημα υγείας που να απαιτεί τακτική λήψη φαρμάκων για την αντιμετώπιση της πάθησης. Η συγκεκριμένη ερώτηση σχετίζεται έντονα με την αντικειμενική πρόσληψη της κατάστασης υγείας σε συνδυασμό με τα ερωτήματα για τον περιορισμό των καθημερινών δραστηριοτήτων για λόγους υγείας.

Στις ερωτήσεις που σχετίζονται, λοιπόν, με τον περιορισμό των δραστηριοτήτων στην συγκεκριμένη έρευνα οι ερωτώμενοι στην συντριπτική τους πλειονότητα απήντησαν ότι τα όποια προβλήματα υγείας τους δεν περιορίζουν τις καθημερινές τους δραστηριότητες, ασχολίες ή/και την ευρύτερη κοινωνική τους συμμετοχή: το 85,6% των ερωτώμενων απήντησε ότι δεν αντιμετωπίζει καμία δυσκολία στην μετακίνηση του, το 82,4% των ερωτώμενων απήντησε ότι δεν αντιμετωπίζει καμία δυσκολία στην εργασία του ή στις δουλειές του σπιτιού, το 88,2% απήντησε ότι δεν αντιμετωπίζει καμία δυσκολία στην αυτοεξυπηρέτησή του, το 76,5% απήντησε ότι δεν αντιμετώπισε κανέναν πόνο ή δυσφορία, το 82,0% των ερωτώμενων απάντησε ότι δεν αντιμετώπιζε καμία δυσκολία στις προσωπικές του σχέσεις ή/και στη συμμετοχή του σε κοινωνικές εκδηλώσεις (ευρύτερη κοινωνική συμμετοχή) ενώ τέλος το 76,0% δεν αντιμετώπιζε καμία δυσκολία στο να συγκεντρωθεί ή να θυμηθεί κάτι.

Βέβαια, η συγκεκριμένη έρευνα περιέχει και ορισμένες κοινωνικές μεταβλητές που για τους σκοπούς της παρούσας μελέτης θα πρέπει να εστιάσουμε την ανάλυσή μας στο φύλο και στο «μορφωτικό επίπεδο». Μορφωτικό επίπεδο καλείται στην έρευνα της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας το επίπεδο τυπικής εκπαίδευσης. Βεβαίως, το επίπεδο τυπικής εκπαίδευσης δεν συμπίπτει απαραίτητα με το επίπεδο μόρφωσης, εάν εκλάβουμε τη μόρφωση ως μία ευρεία έννοια που συμπεριλαμβάνει και το επίπεδο καλλιέργειας.

Στην περίπτωση του φύλου παρατηρούμε, όμως, την πρώτη «κοινωνική απόκλιση» του επιπέδου υγείας στους ερωτώμενους. Οι άνδρες απήντησαν ότι αυτοαξιολογούν το επίπεδο υγείας τους από πολύ καλό έως καλό σε ποσοστό 74,6% ή διαφορετικά το 74,6% των ανδρών χαρακτήριζε την κατάσταση υγείας του από πολύ καλή έως καλή συγκριτικά με το 67,5% των γυναικών με την ίδια προσωπική αναφορά ή υποκειμενική πρόσληψη για το επίπεδο υγείας τους. Επιπρόσθετα, στην «ρευστή» κατηγορία της αυτοαξιολογούμενης μέτριας κατάστασης υγείας «βρέθηκε» το 17,7% των

ανδρών συγκριτικά με το 23,4% των γυναικών (βλέπε Πίνακα 4, Πίνακα 5 και Πίνακα 6).

ΠΙΝΑΚΑΣ 1 Αυτοαξιολόγηση του επιπέδου υγείας ανά εισοδηματική κλίμακα (2002)

Εισόδημα (ευρώ)	Πολύ καλό ή καλό (%)	Μέτριο (%)	Κακό ή πολύ κακό (%)
0-440	43,3	42,9	13,7
441-880	67,4	25,3	7,3
881-1467	79,8	16,9	3,3
1468-2347	85,4	12,7	1,8
2348 και άνω	85,8	11,7	2,5
Δ.Γ/Δ.Α	73,4	24,1	2,4
Σύνολο Χώρας	72,3	22,1	5,5

Πηγή: Κυριόπουλος Γ., Γκρέγκορ Σ., Οικονόμου Χ., *Υγεία και υπηρεσίες υγείας στον ελληνικό πληθυσμό*, Αθήνα (Εκδόσεις Παπαζήση, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας) 2003 στο Κυριάκος Ν Σουλιώτης (επιμέλεια), *Πολιτική και Οικονομία της Υγείας Στρατηγικός Σχεδιασμός-Οργάνωση και Διοίκηση, Οικονομική Λειτουργία- Τομεακές πολιτικές*, Αθήνα (Εκδόσεις Παπαζήση) 2006, 57.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2 Αυτοαξιολόγηση του επιπέδου υγείας (2006)

Υποκειμενική Κατάσταση Υγείας	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα (%)
Πολύ καλή	1.304	33,0
Καλή	1.503	38,0
Μέτρια	814	20,6
Κακή	244	6,2
Πολύ κακή	89	2,2
Σύνολο	3.954	100,0

Πηγή: Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Τομέας Οικονομικών της Υγείας, *Διερεύνηση του επιπέδου υγείας και αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα*, 2006.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3 Αυτοαξιολόγηση του επιπέδου υγείας (2006)

Υποκειμενική Κατάσταση Υγείας	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα (%)
Πολύ καλή ή Καλή	2.807	71,0
Μέτρια	814	20,6
Κακή ή Πολύ Κακή	333	8,4
Σύνολο	3.953	100,0

Πηγή: Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Τομέας Οικονομικών της Υγείας, *Διερεύνηση του επιπέδου υγείας και αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα*, 2006.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4 Αυτοαξιολόγηση του επιπέδου υγείας των ανδρών (2006)

Υποκειμενική Κατάσταση Υγείας	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα (%)
Πολύ καλή	702	36,0
Καλή	754	38,6
Μέτρια	345	17,7
Κακή	111	5,7
Πολύ κακή	39	2,0
Σύνολο	1.951	100,0

Πηγή: Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Τομέας Οικονομικών της Υγείας, *Διερεύνηση του επιπέδου υγείας και αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα, 2006.*

ΠΙΝΑΚΑΣ 5 Αυτοαξιολόγηση του επιπέδου υγείας των γυναικών (2006)

Υποκειμενική Κατάσταση Υγείας	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα (%)
Πολύ καλή	602	30,1
Καλή	749	37,4
Μέτρια	469	23,4
Κακή	133	6,6
Πολύ κακή	50	2,5
Σύνολο	2.003	100,0

Πηγή: Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Τομέας Οικονομικών της Υγείας, *Διερεύνηση του επιπέδου υγείας και αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα, 2006.*

Από την αυτοαξιολόγηση του επιπέδου υγείας ανά εισοδηματικό επίπεδο ή κλίμακα (Πίνακας 1) καθώς και από την αυτοαξιολόγηση του επιπέδου υγείας ανά φύλο (Πίνακας 4, Πίνακας 5 και Πίνακας 6) παρατηρούμε ότι επιβεβαιώνεται η κοινωνική θεωρία η οποία μας λέει ότι το επίπεδο υγείας βελτιώνεται καθώς ανερχόμαστε στην κλίμακα του εισοδήματος και ότι το επίπεδο υγείας εμφανίζει διαφοροποιήσεις ανά φύλο, με τις γυναίκες να εμφανίζουν συγκριτικά χειρότερο επίπεδο υγείας σε σχέση με τους άνδρες.⁶⁴ Βέβαια, η υποκειμενική πρόσληψη της κατάστασης υγείας δεν συνδέεται απαραίτητα με την «πραγματική» κατάσταση υγείας, καθώς δίδει ενδείξεις οι οποίες πρέπει να διασταυρωθούν και με τα ερωτήματα αναφορικά με την ύπαρξη ή όχι κάποιου χρόνιου προβλήματος υγείας καθώς και από τον περιορισμό των καθημερινών δραστηριοτήτων εξαιτίας κάποιου προβλήματος υγείας ώστε να υπάρξει πληρέστερη και πιο σφαιρική αξιολόγηση της κατάστασης υγείας του ατόμου. Επιπρόσθετα, ενέχει σαφέστατα το έντονο στοιχείο του υποκειμενισμού το οποίο μπορεί να οδηγήσει στην

⁶⁴ Βλέπε Κεφάλαιο 2 της παρούσας μελέτης για μία εκτενέστερη και πιο τεκμηριωμένη ανάλυση για την σχέση υγείας (κατάστασης υγείας) και φύλου με ιδιαίτερη μνεία στο κοινωνικό φύλο.

υπερεκτίμηση ή ακόμη και στην υποεκτίμηση των πραγματικών προβλημάτων υγείας του ατόμου.⁶⁵

ΠΙΝΑΚΑΣ 6 Αυτοαξιολόγηση του επιπέδου υγείας κατά φύλο (2006)

Φύλο	Άνδρες		Γυναίκες	
Υποκειμενική Κατάσταση Υγείας	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα (%)	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα (%)
Πολύ καλή	702	36,0	602	30,1
Καλή	754	38,6	749	37,4
Μέτρια	345	17,7	469	23,4
Κακή	111	5,7	133	6,6
Πολύ κακή	39	2,0	50	2,5
Σύνολο	1.951	100,0	2.003	100,0

Πηγή: Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Τομέας Οικονομικών της Υγείας, Διερεύνηση του επιπέδου υγείας και αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα, 2006.

Αναφορικά με το επίπεδο τυπικής εκπαίδευσης ή εν συντομία το εκπαιδευτικό επίπεδο παρατηρούμε ότι όσο ανερχόμαστε στην κλίμακα της τυπικής εκπαίδευσης τα άτομα αυτοαξιολογούν το επίπεδο υγείας τους ως ολοένα και καλύτερο. Πιο συγκεκριμένα, περίπου οι μισοί από όσους (το 47,5%) είχαν ολοκληρώσει το επίπεδο της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (ΤΕΙ-ΑΕΙ) αυτοαξιολόγησαν το επίπεδο υγείας τους ως πολύ καλό ενώ αντίθετα μόλις το 14,9% όσων είχαν ολοκληρώσει το επίπεδο της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης (δημοτικό) προέβησαν στην ίδια αυτοαξιολόγηση (βλέπε Πίνακα 7). Επίσης, η συντριπτική πλειονότητα (το 86,8%) των ατόμων που είχαν ολοκληρώσει το τριτοβάθμιο επίπεδο εκπαίδευσης δήλωσαν ότι έχουν από πολύ καλό έως καλό επίπεδο υγείας σε αντίθεση με περίπου τους μισούς (το 47,2%) από όσους είχαν ολοκληρώσει το πρωτοβάθμιο επίπεδο εκπαίδευσης (Πίνακας 7). Αντιστρόφως, το 19,5% των ατόμων που είχαν ολοκληρώσει την πρωτοβάθμια εκπαίδευση αυτοαξιολόγησαν το επίπεδο υγείας τους ως κακό ή πολύ κακό σε αντίθεση με μόλις το

⁶⁵ Βλέπε Κεφάλαιο 3 της παρούσας μελέτης για μία ανάλυση των πλεονεκτημάτων και μειονεκτημάτων του ερωτήματος της υποκειμενικής πρόσληψης της υγείας, καθώς και των ερωτημάτων σχετικά με την αντικειμενική κατάσταση υγείας (χρόνιο πρόβλημα υγείας ή πάθηση) και τον περιορισμό των δραστηριοτήτων εξαιτίας προβλήματος υγείας.

2,3% για τα άτομα που είχαν ολοκληρώσει το επίπεδο της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (ΤΕΙ-ΑΕΙ στην συγκεκριμένη έρευνα, βλέπε Πίνακα 7).

ΠΙΝΑΚΑΣ 7 Αυτοαξιολόγηση του επιπέδου υγείας κατά εκπαιδευτικό επίπεδο (2006)

Εκπαιδευτικό επίπεδο	Δημοτικό		Γυμνάσιο		Λύκειο		ΤΕΙ-ΑΕΙ	
Υποκειμενική Κατάσταση Υγείας	N	%	N	%	N	%	N	%
Πολύ καλή	143	14,9	161	26,2	589	39,0	350	47,5
Καλή	309	32,3	247	40,2	611	40,4	290	39,3
Μέτρια	319	33,3	148	24,1	245	16,2	80	10,9
Κακή	137	14,3	44	7,2	49	3,2	13	1,8
Πολύ κακή	50	5,2	15	2,3	18	1,2	4	0,5
Σύνολο	958	100,0	615	100,0	1.512	100,0	737	100,0

Πηγή: Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Τομέας Οικονομικών της Υγείας, Διερεύνηση του επιπέδου υγείας και αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα, 2006.

Το 36,7% των ερευνώμενων απήντησε ότι αντιμετωπίζει ένα πρόβλημα υγείας που απαιτεί την τακτική λήψη φαρμάκων (χρόνιο πρόβλημα υγείας) ενώ το 63,3% των ερευνώμενων απήντησε ότι δεν αντιμετωπίζει χρόνιο πρόβλημα υγείας που να απαιτεί τακτική λήψη φαρμάκων για την αντιμετώπιση της πάθησης. Τα συγκεκριμένα αποτελέσματα όμως υποκρύπτουν την κοινωνική διαφοροποίηση στην ύπαρξη χρόνιας πάθησης ανά φύλο και εκπαιδευτικό επίπεδο:

α) το 40,7% των γυναικών, σύμφωνα με την συγκεκριμένη έρευνα, απήντησε ότι αντιμετωπίζει πρόβλημα υγείας που απαιτεί την τακτική λήψη φαρμάκων σε σχέση με το 32,4% των ανδρών (βλέπε Πίνακα 8).

β) όσο ανερχόμαστε στην κλίμακα του εκπαιδευτικού επιπέδου τόσο μειώνονται τα ποσοστά των ατόμων που δηλώνουν ότι αντιμετωπίζουν πρόβλημα υγείας που απαιτεί την τακτική λήψη φαρμάκων. Το 62,9% των ατόμων που έχουν ολοκληρώσει το πρωτοβάθμιο επίπεδο εκπαίδευσης (στην έρευνα της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας καλείται δημοτικό ως μεταβλητή) αντιμετωπίζουν χρόνιο πρόβλημα υγείας σε αντίθεση με το 26,9% των ατόμων που ολοκλήρωσαν τη δευτεροβάθμια εκπαίδευση (λύκειο) και το 21,8% των ατόμων που ολοκλήρωσαν την τριτοβάθμια εκπαίδευση (βλέπε Πίνακα 9).

ΠΙΝΑΚΑΣ 8 Χρόνιο πρόβλημα υγείας κατά φύλο (2006)

Φύλο	Άνδρες		Γυναίκες	
Πρόβλημα υγείας που απαιτεί την τακτική λήψη φαρμάκων	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα (%)	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα (%)
Ναι	633	32,4	817	40,7
Όχι	1.323	67,6	1.192	59,3
Σύνολο	1.956	100,0	2.009	100,0

Πηγή: Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Τομέας Οικονομικών της Υγείας, *Διερεύνηση του επιπέδου υγείας και αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα*, 2006.

ΠΙΝΑΚΑΣ 9 Χρόνιο πρόβλημα υγείας ανά εκπαιδευτικό επίπεδο (2006)

Εκπαιδευτικό επίπεδο	Δημοτικό		Γυμνάσιο		Λύκειο		ΤΕΙ-ΑΕΙ	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Πρόβλημα υγείας που απαιτεί την τακτική λήψη φαρμάκων								
Ναι	608	62,9	250	40,7	407	26,9	161	21,8
Όχι	358	37,1	364	59,3	1.107	73,1	577	78,2
Σύνολο	966	100,0	614	100,0	1.514	100,0	738	100,0

Πηγή: Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Τομέας Οικονομικών της Υγείας, *Διερεύνηση του επιπέδου υγείας και αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα*, 2006.

Η πλέον πρόσφατη έρευνα αναφορικά με τον προσδιορισμό του επιπέδου υγείας του ελληνικού πληθυσμού σε συσχέτιση με την κοινωνικοοικονομική του κατάσταση είναι η έρευνα της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας με τίτλο Έρευνα Αξιολόγησης Υπηρεσιών Υγείας η οποία πραγματοποιήθηκε το 2011, και πιο συγκεκριμένα το Α' μέρος αυτής όπου και διερευνάται το Επίπεδο Υγείας και οι 'Συνήθειες Σχετιζόμενες με την Υγεία'.

Σύμφωνα με τη συγκεκριμένη έρευνα το 68,8% των ερωτώμενων αυτοαξιολόγησε την κατάσταση υγείας του ως Καλή και Πολύ καλή, το 24,2% των

ερωτώμενων αξιολόγησε την κατάσταση υγείας του ως Μέτρια και το 7,0% ως Πολύ Κακή και Κακή. Οι συγκεκριμένες απαντήσεις αφορούν στην ημερομηνία διεξαγωγής της έρευνας και το ερώτημα τέθηκε ως εξής: πώς θα χαρακτηρίζατε την υγεία σας **σήμερα**;

Ενδιαφέρον παρουσιάζει, έτσι, το ερώτημα κατά το οποίο τα άτομα αυτοαξιολόγησαν την κατάσταση υγείας τους για το προηγούμενο έτος από την διεξαγωγή της έρευνας, δηλαδή για το 2010, και το ερώτημα τέθηκε ως εξής: πώς θα χαρακτηρίζατε την υγεία σας **ένα χρόνο πριν**;

Οι απαντήσεις παρουσιάζουν αρκετό ενδιαφέρον, καθώς έστω και στο ερώτημα της αυτοαξιολόγησης του επιπέδου υγείας, οι ερωτώμενοι έδειξαν να εμφανίζουν ένα καλύτερο επίπεδο υγείας το 2010 σε σχέση με το 2011. Πιο συγκεκριμένα, στο ερώτημα πώς θα χαρακτηρίζατε την υγεία σας ένα χρόνο πριν, το 73,3% απάντησε Καλή και Πολύ καλή, το 20,8% Μέτρια και το 6,2% Πολύ Κακή και Κακή (68,8%, 24,2% και 7,0% αντίστοιχα για το 2011). Οι απαντήσεις αυτές ίσως προσφέρουν μία «αχνή» διασύνδεση σχετικά με τη συσχέτιση της αύξησης της «έντασης» της οικονομικής κρίσης και των αποτελεσμάτων της στη χειροτέρευση του επιπέδου υγείας του ελληνικού πληθυσμού.

Προχωρώντας στο ερώτημα σχετικά με την αντικειμενική κατάσταση υγείας η ερώτηση που τέθηκε στους ερωτώμενους ήταν η εξής: Έχετε διαγνωστεί ότι πάσχετε από κάποιο χρόνια πρόβλημα υγείας; Το 40,1% απάντησε ναι και το 59,9% όχι, με το 37,6% στο σύνολο των ερωτώμενων να απαντά ότι έχει διαγνωστεί ότι πάσχει από χρόνια πρόβλημα στο καρδιολογικό και κυκλοφορικό σύστημα.

Στο ερώτημα που αφορά τον περιορισμό των δραστηριοτήτων εξαιτίας κάποιου προβλήματος υγείας ή πάθησης η ερώτηση που τέθηκε από τους συνεντευκτές ήταν η εξής: *Θα ήθελα να μου πείτε αν το τελευταίο μήνα παρουσιάστηκε κάποιο πρόβλημα αδυναμίας (δυσκολίας) που ΝΑ ΜΗΝ σας επέτρεψε να κάνετε οποιαδήποτε δουλειά;* Στην συντριπτική τους πλειονότητα οι ερωτώμενοι απάντησαν όχι σε ποσοστό 83,9% ενώ το 16,1% απάντησε ναι.

Αναλύοντας περισσότερο τα τρία ερωτήματα σχετικά με τον προσδιορισμό της κατάστασης υγείας, παρατηρούμε ότι υπάρχουν διαφοροποιήσεις στη διάσταση του φύλου, του εισοδήματος και του επιπέδου τυπικής εκπαίδευσης. Πιο συγκεκριμένα, στη διάσταση του φύλου παρατηρούμε ότι οι γυναίκες εμφανίζουν χειρότερο επίπεδο υγείας

από τους άντρες τόσο στην υποκειμενική αξιολόγηση του επιπέδου υγείας και στην ύπαρξη χρόνιου προβλήματος ή πάθησης όσο και στο πρόβλημα αδυναμίας-δυσκολίας που δεν επιτρέπει καθημερινές δραστηριότητες.

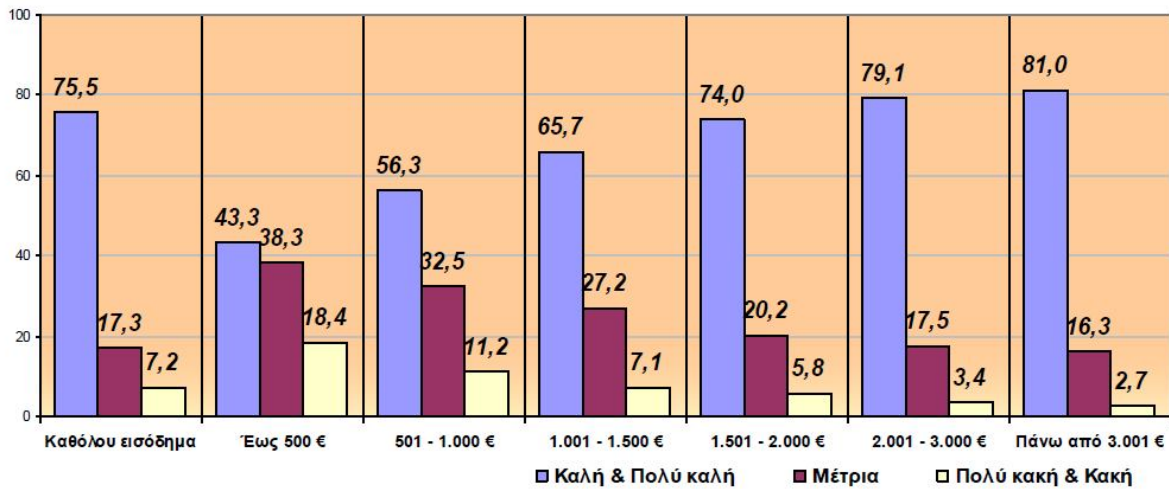
Ειδικότερα, στο ερώτημα πώς θα χαρακτηρίζατε την υγεία σας σήμερα, το 64,5% των γυναικών αυτοαξιολόγησε την κατάσταση υγείας του από καλή έως και πολύ καλή, το 27,9% ως μέτρια και το 7,6% από κακή έως πολύ κακή (73,6%, 20,2% και 6,2% αντιστοίχως για τους άντρες). Επιπρόσθετα, το 43,6% των γυναικών δήλωσε ότι έχει διαγνωστεί με κάποιο χρόνια πρόβλημα υγείας ή πάθηση σε σχέση με το 36,4% των αντρών. Τέλος, στο ερώτημα σχετικά με την δυσκολία πραγματοποίησης καθημερινών δραστηριοτήτων εξαιτίας κάποιας πάθησης ή προβλήματος υγείας, το 20,2% των γυναικών απήντησε ναι (περίπου μία στις πέντε) ενώ αντίστοιχα το 11,6% των ανδρών αντιμετωπίζει δυσκολίες στην πραγματοποίηση οποιασδήποτε καθημερινής δουλειάς.

Τα συγκεκριμένα ευρήματα επιβεβαιώνουν εν μέρει την κοινωνική θεωρία περί άνισου καταμερισμού του προσδόκιμου υγείας κατά φύλο, αλλά και τον «χρυσό» επιδημιολογικό κανόνα που επισημαίνει ότι οι γυναίκες εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα νοσηρότητας από τους άνδρες.

Αναφορικά με το επίπεδο εισοδήματος, η Έρευνα Αξιολόγησης Υπηρεσιών Υγείας καταδεικνύει ότι και οι τρεις διαστάσεις επιπέδου υγείας χαρακτηρίζονται από άνιση κατανομή κατά εισόδημα, με το επίπεδο υγείας να βελτιώνεται σημαντικά καθώς ανερχόμαστε στην εισοδηματική κλίμακα.

Πιο συγκεκριμένα, είναι ενδεικτικό ότι τα άτομα που δήλωσαν ότι έχουν εισόδημα έως 500€ μηνιαίως ανέφεραν σε ποσοστό 43,3% ότι έχουν από καλή έως πολύ καλή κατάσταση υγείας ενώ τα άτομα με μηνιαίο εισόδημα πάνω από 3.001€ ανέφεραν ένα καλό έως πολύ καλό επίπεδο υγείας σε ποσοστό 81,0%. Στην βάση της κατανομής, για τα άτομα που δήλωσαν ότι δεν έχουν καθόλου εισόδημα, παρατηρούμε ένα υψηλό επίπεδο αυτοαξιολόγησης υγείας, καθώς το 75,5% δηλώνει ότι βρίσκεται σε ένα καλό έως πολύ καλό επίπεδο υγείας (αναλυτικότερα βλέπε Διάγραμμα 2).

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2 Αυτοαξιολόγηση του επιπέδου υγείας ανά εισοδηματική κλίμακα (2011)*



* N= 5709.

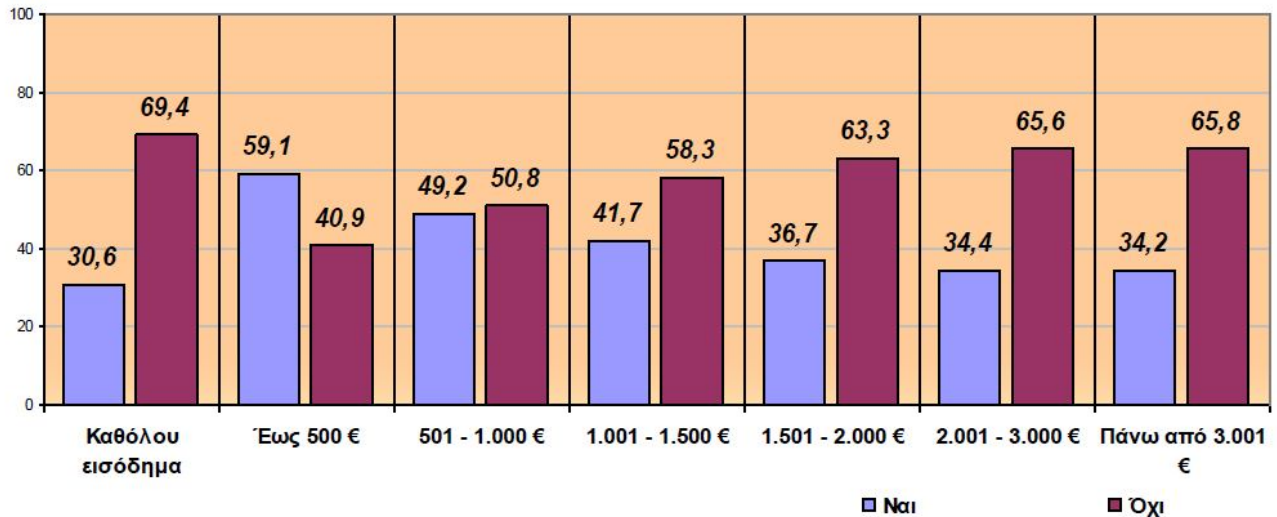
Πηγή: Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Τομέας Οικονομικών της Υγείας, Έρευνα Αξιολόγησης Υπηρεσιών Υγείας, Συνήθειες Σχετιζόμενες με την Υγεία, 2011.

Αντιστοίχως, στο επίπεδο της αντικειμενικής κατάστασης υγείας όπου τα άτομα ερωτήθηκαν αν έχουν διαγνωστεί με κάποιο χρόνια πρόβλημα υγείας ή πάθηση παρατηρούμε επίσης μία ανοδική τάση στην αρνητική απάντηση όσο ανεβαίνουμε τις βαθμίδες της εισοδηματικής κλίμακας. Έτσι, το 59,1% των ατόμων που δήλωσαν ότι έχουν εισόδημα έως 500€ το μήνα ανέφεραν ότι έχουν διαγνωστεί με κάποιο χρόνια πρόβλημα υγείας ή πάθηση σε σχέση με το 34,2% των ατόμων με εισόδημα που υπερέβαινε τα 3.001 ευρώ (αναλυτικότερα βλέπε Διάγραμμα 2). Επίσης, ακόμη και στο επίπεδο της αντικειμενικής μέτρησης της υγείας τα άτομα που δήλωσαν ότι δεν έχουν καθόλου εισόδημα εμφάνισαν μία πολύ θετική εικόνα: μόνο το 30,6% δήλωσε ότι έχει διαγνωστεί με χρόνια πάθηση.

Τέλος, όσον αφορά τον περιορισμό των καθημερινών δραστηριοτήτων-εργασιών εξαιτίας κάποιας σοβαρής πάθησης ή ενόχλησης μπορούμε να εξάγουμε παρόμοια συμπεράσματα, αν και στην συγκεκριμένη περίπτωση η ανισοκατανομή δεν είναι τόσο μεγάλη. Έτσι, παρατηρούμε ότι όσο ανεβαίνουμε την κλίμακα του εισοδήματος μειώνεται το ποσοστό των ατόμων που δηλώνουν αντιμετωπίζουν προβλήματα στην διενέργεια των καθημερινών τους δραστηριοτήτων και εργασιών: το 21,6% των ατόμων

με εισόδημα έως και 500€ δήλωσε ότι αντιμετωπίζει προβλήματα σε σχέση με 13,7% των ατόμων με εισόδημα μεγαλύτερο από 3.001 ευρώ

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3 Χρόνιο πρόβλημα υγείας ή πάθηση ανά εισοδηματική κλίμακα (2011)*



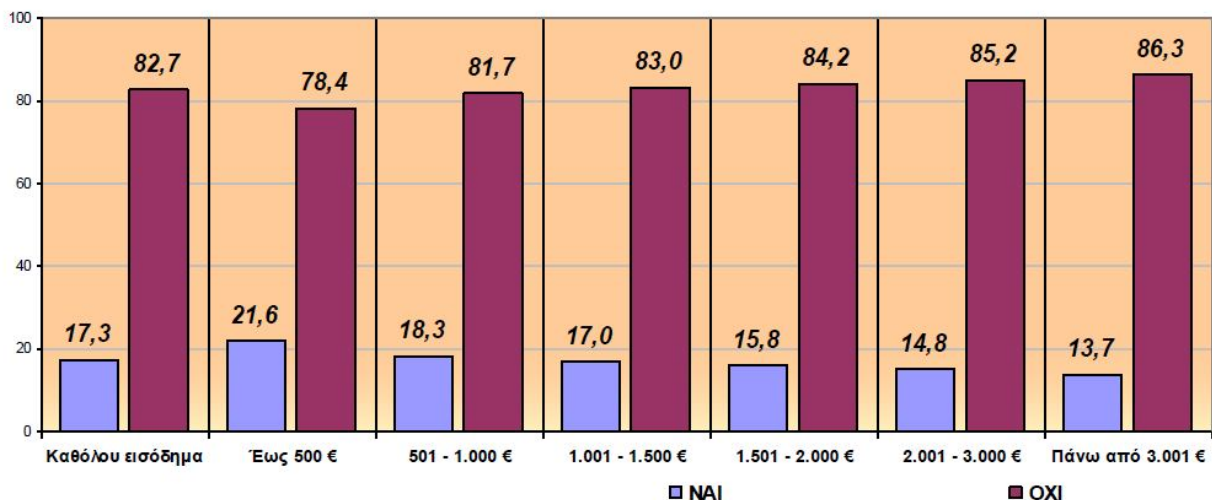
* N= 5709.

Πηγή: Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Τομέας Οικονομικών της Υγείας, Έρευνα Αξιολόγησης Υπηρεσιών Υγείας, Συνήθειες Σχετιζόμενες με την Υγεία, 2011.

Τα άτομα που δήλωσαν ότι δεν έχουν καθόλου εισόδημα εμφανίζονται να έχουν σημαντικό ποσοστό περιορισμού δραστηριοτήτων, ανεξάρτητα από τις θετικές απαντήσεις στα δύο προηγούμενα ερωτήματα: το 17,3% απήντησε ότι βιώνει προβλήματα στην διενέργεια των καθημερινών του εργασιών (βλέπε αναλυτικά Διάγραμμα 4).

Προσπαθώντας να καταλήξουμε σε μία πιο συμπερασματική εικόνα, θα πρέπει να αναφερθούμε και στη μεταβλητή της έρευνας η οποία αναφέρεται στο εκπαιδευτικό επίπεδο. Παρατηρούμε, λοιπόν εν γένει, ότι όσο ανερχόμαστε στην κλίμακα του εκπαιδευτικού επιπέδου τόσο βελτιώνεται το επίπεδο αυτοαξιολόγησης της υγείας αλλά και μειώνονται τα ποσοστά εμφάνισης διάγνωσης χρόνιων παθήσεων αλλά και περιορισμού δραστηριοτήτων – εργασιών εξαιτίας προβλήματος υγείας ή πάθησης.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4 Περιορισμός καθημερινών δραστηριοτήτων εξαιτίας προβλήματος υγείας ανά εισοδηματική κλίμακα (2011)*



* N= 5709.

Πηγή: Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Τομέας Οικονομικών της Υγείας, Έρευνα Αξιολόγησης Υπηρεσιών Υγείας, Συνήθειες Σχετιζόμενες με την Υγεία, 2011.

Αναλυτικότερα, στο επίπεδο της υποκειμενικής κατάστασης υγείας εμφανίστηκαν σημαντικές διαφορές σύμφωνα με την έρευνα της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας. Τα άτομα που ολοκλήρωσαν την ανώτερη ή ανώτατη εκπαίδευση έδειξαν να αυτοαξιολογούν το επίπεδο υγείας τους ως πολύ καλό με συνολικό ποσοστό Καλού και Πολύ καλού επιπέδου υγείας 79,7%, ενώ τα άτομα που ολοκλήρωσαν το δημοτικό (α' βήθμια εκπαίδευση) απάντησαν ότι έχουν Καλή υγεία σε ποσοστό 35,8% και Πολύ Καλή υγεία σε ποσοστό 9,4% (το τελευταίο σε σύγκριση με το 38,2% των ατόμων που ολοκλήρωσαν την ανώτερη ή ανώτατη εκπαίδευση). Αντιστρόφως, το 15,3% των ατόμων που ολοκλήρωσε το δημοτικό αυτοαξιολόγησε το επίπεδο υγείας του ως Κακό και Πολύ Κακό (10,8% και 4,5% αντίστοιχα), σε σύγκριση με το 3,7% για τα άτομα που ολοκλήρωσαν την ανώτερη ή ανώτατη εκπαίδευση.

Ακόμη, στο επίπεδο της αντικειμενικής κατάστασης υγείας όπου τα άτομα ανέφεραν εάν πάσχουν από κάποιο χρόνια πρόβλημα υγείας η πάθηση τα αποτελέσματα των ανισοτήτων ανά εκπαιδευτικό επίπεδο ήταν πολύ χαρακτηριστικά: το 63,9% των ατόμων που ολοκλήρωσε το Δημοτικό δήλωσε ότι έχει διαγνωστεί με κάποιο χρόνια

πρόβλημα υγείας ή πάθηση σε σχέση με το 31,6% για τα άτομα που ολοκλήρωσαν την ανώτερη ή ανώτατη βαθμίδα εκπαίδευσης αλλά και το 35,4% για τα άτομα που ολοκλήρωσαν το Λύκειο (δευτεροβάθμια εκπαίδευση).

Τέλος, αναφορικά με τους περιορισμούς στις καθημερινές δραστηριότητες εξαιτίας ενός προβλήματος υγείας δεν εμφανίστηκαν σημαντικές διαφορές: το 18,0% των ατόμων που ολοκλήρωσε το δημοτικό ανέφερε ότι αντιμετωπίζει δυσκολίες στην πραγματοποίηση καθημερινών εργασιών σε σύγκριση με το 15,1% για τα άτομα που ολοκλήρωσαν την τριτοβάθμια εκπαίδευση (ανώτερη ή ανώτατη εκπαίδευση).

Εν κατακλείδι, οι αιτίες που προσφέρουν μία εξήγηση σχετικά με τη διασύνδεση εκπαιδευτικού επιπέδου και επιπέδου υγείας είναι αρκετές σε αριθμό και εν γένει διαπλέκονται μεταξύ τους, και θα ασχοληθούμε αναλυτικότερα με την παράθεση αυτών στο κεφάλαιο που ακολουθεί.

Στο κεφάλαιο που ακολουθεί θα προσπαθήσουμε να συγκρίνουμε την κατάσταση υγείας και τις ανισότητες στην υγεία μεταξύ επτά χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Βουλγαρία, Γερμανία, Ελλάδα, Ιταλία, Ισπανία, Πορτογαλία, Κύπρος) και ανάμεσα στους πληθυσμούς των χωρών αυτών ανά τις κοινωνικές μεταβλητές του φύλου, του επιπέδου τυπικής εκπαίδευσης και της κατάστασης απασχόλησης βάσει της κατηγοριοποίησης των μοντέλων πρόνοιας από τον Ferrera καθώς και στοιχεία από το έργο του Deacon. Ο στόχος μας είναι να μπορέσουμε να επιτύχουμε μία πληρέστερη στατιστική απεικόνιση και να καταδείξουμε διαφοροποιήσεις στο επίπεδο υγείας και στις κοινωνικές ανισότητες υγείας χρησιμοποιώντας στοιχεία από την Έρευνα Εισοδήματος και Συνθηκών Διαβίωσης (EU-SILC 2010), ενώ ο περιορισμός της συγκεκριμένης σύγκρισης είναι ότι δεν αναφερόμαστε στο αγγλοσαξωνικό μοντέλο καθολικής κάλυψης και στο σκανδιναβικό μοντέλο εθνικής κάλυψης κατά Ferrera.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 Κοινωνικές ανισότητες στην υγεία στην Ευρωπαϊκή Ένωση

Οι κοινωνικές ανισότητες στην υγεία είναι άρρηκτα συνδεδεμένες με τους κοινωνικούς προσδιοριστικούς παράγοντες (social gradients) του επιπέδου υγείας. Η διάσταση του φύλου (και ειδικότερου του κοινωνικού φύλου – gender),⁶⁶ του εκπαιδευτικού επιπέδου ή επιπέδου τυπικής εκπαίδευσης του επαγγέλματος και της κατάστασης απασχόλησης αποτελούν πολύ σημαντικοί παράγοντες οι οποίοι λειτουργούν ως θύλακες ανισοτήτων τόσο μεταξύ των χωρών όσο και μεταξύ των κοινωνικών ομάδων του πληθυσμού μίας χώρας.

Στο κεφάλαιο που ακολουθεί θα επιχειρήσουμε να διερευνήσουμε θεωρητικά και εμπειρικά τις συγκεκριμένες διαστάσεις των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία, προσεγγίζοντας την εμπειρική απεικόνιση κυρίως μέσω της σύγκρισης των επιπέδων υγείας ανά κοινωνική μεταβλητή στο εσωτερικό επτά χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης και μεταξύ αυτών.

Για να μπορέσουμε να πραγματοποιήσουμε την σύγκριση των επτά χωρών της Ε.Ε. χρησιμοποίησαμε ως βάση το σχήμα των μοντέλων πρόνοιας του Ferrera, το οποίο χρησιμεύει πολύ για την σύγκριση των χωρών του Μεσογειακού Νότου, καθώς ως σχήμα λαμβάνει υπόψιν: τους κανόνες επιλεξιμότητας των παροχών, την δομή των επιδομάτων, την χρηματοδότηση και τις οργανωτικές και διοικητικές ρυθμίσεις,⁶⁷ παρέχοντας μεγαλύτερη εξηγητική δυναμική για την σύγκριση των Μεσογειακών χωρών από την τυπολογία του Esping-Adersen.

Οι χώρες του μεσογειακού νότου αντιπροσωπεύουν, σύμφωνα με τον Ferrera, το Λατινικό ή Μεσογειακό μοντέλο υπολειμματικής κάλυψης.⁶⁸ Τα κοινά στοιχεία των χωρών του Μεσογειακού μοντέλου υπολειμματικής κάλυψης (Λατινικό μοντέλο) είναι: οι κοινωνικές ανισότητες, η θεσμοθέτηση και λειτουργία Εθνικών Συστημάτων Υγείας

⁶⁶ Η φεμινιστική θεωρία και κοινωνική ανάλυση έστρεψε την προσοχή στο κοινωνικό φύλο (gender), δηλαδή στον τρόπο με τον οποίο το φύλο λειτουργεί ως «εστία» κοινωνικής διαφοροποίησης, υπερβαίνοντας τις απλές βιολογικές διαφοροποιήσεις που ενέχει η έννοια του βιολογικού φύλου (sex).

⁶⁷ Βλέπε Arcanjo Manuela, «Ideal (and Real) Types of Welfare State», Technical University of Lisbon, Department of Economics, 2006.

⁶⁸ Βλέπε Αμίτσης Ν. Γαβριήλ, *Αρχές Οργάνωσης και Λειτουργίας του Συστήματος Κοινωνικής Πρόνοιας, Το Ελληνικό Μοντέλο των Κοινωνικών Υπηρεσιών και η Ευρωπαϊκή Έμπειρία*, Αθήνα (Εκδόσεις Παπαζήση) 2001, σελ. 92-93.

που (θεωρητικά) παρέχουν καθολική υγειονομική κάλυψη, η έλλειψη προγραμμάτων εισοδηματικής στήριξης μέσω προνοιακών φορέων του δημόσιου τομέα για τους άπορους και η ανάπτυξη πελατειακών σχέσεων κατά την οργάνωση, διαχείριση και παροχή των κοινωνικών προγραμμάτων και παροχών⁶⁹.

Στην πραγματικότητα θα χρησιμοποιήσουμε δύο τυπολογίες: ο Deacon βρίσκει κοινά στοιχεία μεταξύ Βουλγαρίας και Γερμανίας καθώς τοποθετεί και τις δύο χώρες ως καθεστώτα συντηρητικού κορπορατισμού⁷⁰. Σύμφωνα με την τυπολογία του Esping-Adersen⁷¹ τα συντηρητικά-κορπορατιστικά καθεστώτα βασίζονται στην απονομή προνομίων με κριτήριο την κοινωνική τάξη και θέση υπό το πλαίσιο της τριμερούς διαπραγμάτευσης των εργοδοτών, των εργαζομένων και του κράτους. Η περίπτωση της Βουλγαρίας είναι περισσότερο ιδιότυπη καθώς αποτελεί χώρα μετα-κομμουνιστική⁷², ενώ θα χρησιμοποιήσουμε την τυπολογία του Ferrera ώστε να συγκρίνουμε τις χώρες του Λατινικού μοντέλου.

Η ανάλυση αυτή δεν αποτελεί όμως μία διόλου εξαντλητική παρουσίαση των κοινωνικών προσδιοριστικών παραγόντων που συντελούν στη δημιουργία υγειονομικών ανισοτήτων. Μία εκτενέστερη ανάλυση (ίσως στα πλαίσια μίας διαφορετικής μελέτης) θα έπρεπε να απεικονίσει όλους εκείνους τους παράγοντες της ζωής και του τρόπου ζωής οι οποίοι προσδιορίζουν και επηρεάζουν κοινωνικά το επίπεδο υγείας (εισόδημα, κατάσταση στέγης, περιβάλλον κατοικίας – γειτονιά, συνθήκες εργασίας, άγχος, εργασιακοί κίνδυνοι για την υγεία – επαγγελματικά ατυχήματα και ασθένειες, διατροφικές συνήθειες, κοινωνικές σχέσεις, ασφαλιστική κάλυψη υγείας, υγειονομική περίθαλψη, γεωγραφική πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, υγειονομικός αλφαριθμητισμός κ.ο.κ.), ενώ στην ανάλυση μας δεν περιλαμβάνονται χώρες του σκανδιναβικού μοντέλου εθνικής κάλυψης και του αγγλοσαξωνικού μοντέλου καθολικής κάλυψης, κατά την τυπολογία των μοντέλων πρόνοιας του Ferrera.

⁶⁹ Βλέπε Αμίτσης Ν. Γαβριήλ, *Αρχές Οργάνωσης και Λειτουργίας του Συστήματος Κοινωνικής Πρόνοιας, Το Ελληνικό Μοντέλο των Κοινωνικών Υπηρεσιών και η Ευρωπαϊκή Έμπειρία*, Αθήνα (Εκδόσεις Παπαζήση) 2001, σελ. 92-93.

⁷⁰ Στην ουσία ο Deacon χτίζει πάνω στο έργο του Esping-Adersen για τα καθεστώτα προνοιακού καπιταλισμού.

⁷¹ Βλέπε αναλυτικότερα για την τυπολογία του Adersen Στασινοπούλου Όλγα, *Ζητήματα Σύγχρονης Κοινωνικής Πολιτικής, Από το κράτος πρόνοιας στο «νέο» προνοιακό πλουραλισμό, Φροντίδα και Γήρανση – Η σύγχρονη πλουραλιστική πρόκληση*, Αθήνα (Εκδόσεις Gutenberg) 2002, 37-39.

⁷² Η ανάλυση του κράτους πρόνοιας της Βουλγαρίας ξεφεύγει από τα πλαίσια της παρούσης διπλωματικής.

2.1 Φύλο και Υγεία

2.1.1 Έμφυλες υγειονομικές ανισότητες

Οι ανισότητες υγείας κατά φύλο έχουν αποτελέσει μία έντονη πηγή κοινωνιολογικού ερευνητικού ενδιαφέροντος από τις αρχές της δεκαετίας του '70.⁷³ Έκτοτε, πολλές έρευνες και μελέτες έχουν τεκμηριώσει ότι υφίστανται έμφυλες υγειονομικές ανισότητες, και πιο συγκεκριμένα αποδείχτηκε ότι οι γυναίκες εμφανίζουν μικρότερα επίπεδα θνησιμότητας και μεγαλύτερο προσδόκιμο ζωής από τους άνδρες ενώ παράλληλα εμφανίζουν μεγαλύτερα επίπεδα νοσηρότητας καθώς και μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης οποιασδήποτε αναπηρίας.⁷⁴

Πολύ σημαντική για την έρευνα των έμφυλων ανισοτήτων στην υγεία είναι η διάκριση μεταξύ βιολογικού φύλου (sex) και κοινωνικού φύλου (gender). Η έννοια του βιολογικού φύλου παραπέμπει στην γενετική και ορμονική κατασκευή των ατόμων και στην ανάπτυξη από αυτήν της βιολογικής-γενετικής βάσης των δευτερεύοντων φυσικών χαρακτηριστικών των ατόμων⁷⁵ – 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 ρόλων⁷⁶ των κοινωνικών εμπειριών, προσδοκιών και υποχρεώσεων καθώς και των εμπειριών από την οικογενειακή ζωή, την αγορά εργασίας, από τους επαγγελματικούς χώρους⁷⁷ και την ευρύτερη κοινωνική θέση και υπόσταση η οποία ορίζεται και καθορίζεται συχνά υπό την ηγεμονία μίας πατριαρχικής κοινωνικής οργάνωσης.

Το πλέον καίριο ζήτημα που εμφανίζεται στην σύγχρονη ερευνητική πραγματικότητα είναι η αναζήτηση της αιτιολογίας των έμφυλων υγειονομικών

⁷³ Βλέπε Annandale Ellen, Hunt Kate, *Gender Inequalities in Health*, Buckingham (Open University Press) 2000, 1.

⁷⁴ Για τη σύνδεση φύλου και αναπηρίας βλέπε Doblhammer Gabriele, Hoffmann Rasmus, Muth Elena, Westphal Christina, Kruse Anne, «A systematic literature review of studies analyzing the effects of sex, age, education, marital status, obesity and smoking on health transitions», Vol 20-5, (2009), *Demographic Research*, pp. 38-58, Published by: the Max Planck Institute for Demographic Research.

⁷⁵ Βλέπε Pollard M. Tessa, Hyatt Brin Susan, *Sex, Gender and Health*, Cambridge (Cambridge University Press), 1999, 2.

⁷⁶ Βλέπε Annandale Ellen, Hunt Kate, *Gender Inequalities in Health*, Buckingham (Open University Press) 2000, 1 καθώς και Pollard M. Tessa, Hyatt Brin Susan, *Sex, Gender and Health*, Cambridge (Cambridge University Press), 1999, 2.

⁷⁷ Βλέπε Annandale Ellen, Hunt Kate, *Gender Inequalities in Health*, Buckingham (Open University Press) 2000, 3-12.

ανισοτήτων όχι μόνο στη βιολογική διαφοροποίηση ή στη κοινωνική διαφοροποίηση και κοινωνική κατασκευή, αλλά στην «διαπλοκή» των δύο παραγόντων.

Ερευνητές πλέον υποστηρίζουν ότι τόσο η βιολογική εξήγηση όσο και η κοινωνική εξήγηση παράγουν, εάν δεν χρησιμοποιηθούν συνδυαστικά, απλουστευτικές ερμηνείες για το φαινόμενο των υγειονομικών ανισοτήτων κατά φύλο.⁷⁸ Στην ενότητα που ακολουθεί θα επιχειρήσουμε να ακολουθήσουμε μία κοινωνική εξήγηση: μέσω στοιχείων από την Έρευνα Εισοδήματος και Συνθηκών Διαβίωσης από την Ευρωπαϊκή Ένωση (EU-SILC) θα μπορέσουμε να παραθέσουμε τις μεταβλητές που αφορούν (αναλύοντας το πρωταρχικό στάδιο και επιδιώκοντας μόνο ενδεικτική παράθεση) τις τρεις διαστάσεις-μεταβλητές του επιπέδου υγείας (υποκειμενική πρόσληψη κατάστασης υγείας – χρόνιο πρόβλημα υγείας – περιορισμός δραστηριοτήτων εξαιτίας προβλήματος υγείας) σε σχέση με τη διάσταση του φύλου.

2.1.2 Υποκειμενική κατάσταση υγείας και φύλο στην Ευρωπαϊκή Ένωση

Σύμφωνα, με τα στοιχεία της Eurostat, και συγκεκριμένα τα αποτελέσματα της Έρευνας Εισοδήματος και Συνθηκών Διαβίωσης της Ευρωπαϊκής Ένωσης, μπορούμε να αντιπαραθέσουμε το υποκειμενικό επίπεδο υγείας των ανδρών και των γυναικών (την προσωπική τους αξιολόγηση για την κατάσταση υγείας στην οποία βρίσκονται) για το σύνολο της Ε.Ε. καθώς και για τις χώρες της Ευρώπης.

Λαμβάνοντας το σύνολο της Ευρωπαϊκής Ένωσης οι διαφορές στην υποκειμενική κατάσταση υγείας μεταξύ των δύο φύλων (στο σύνολο των ηλικιών) δεν εμφανίζουν πολύ μεγάλη διαφοροποίηση: για το 2010 το 71,1% των ανδρών ανέφερε ένα καλό έως πολύ καλό επίπεδο υγείας, ενώ το 65,8% των γυναικών ανέφερε, επίσης, ότι έχει ένα καλό έως πολύ καλό επίπεδο υγείας (βλέπε Πίνακα 10).

Όμως, τα συγκεκριμένα στατιστικά στοιχεία υποκρύπτουν τις σημαντικές διαφοροποιήσεις που υπάρχουν στο εσωτερικό των χωρών καθώς και μεταξύ αυτών αναφορικά με την υποκειμενική αξιολόγηση της κατάστασης υγείας από τα δύο φύλα.

Ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα, έτσι, είναι αυτό της Βουλγαρίας: το 7,9% των ανδρών αυτοαξιολόγησε το επίπεδο υγείας του ως κακό σε σχέση με το 11,6% των

⁷⁸ Bird E. Chloe, Rieker P. Patricia, *Gender and Health – The Effects of Constrained Choices and Social Policies*, Cambridge (Cambridge University Press) 2008, 16-17.

γυναικών, ενώ καλό ως πολύ καλό επίπεδο υγείας ανέφερε το 72,4% των ανδρών σε σχέση με το 62,1% των γυναικών – διαφορά που στοιχειοθετεί μία αρκετά σημαντική απόκλιση (βλέπε Πίνακα 11).

ΠΙΝΑΚΑΣ 10 Υποκειμενική κατάσταση υγείας κατά φύλο στην Ε.Ε. στο σύνολο των ηλικιών (2010)

Υποκειμενική Κατάσταση Υγείας	Σύνολο (%)	Φύλο	
		Άντρες (%)	Γυναίκες (%)
Πολύ Καλή	22,7	24,5	21,1
Καλή	45,6	46,6	44,7
Μέτρια	22,4	20,8	23,9
Κακή	7,5	6,6	8,4
Πολύ Κακή	1,8	1,6	2,1

Πηγή: Eurostat data navigation tree, στοιχεία της Έρευνας Εισοδήματος και Συνθηκών Διαβίωσης της Ευρωπαϊκής Ένωσης (EU-SILC).

ΠΙΝΑΚΑΣ 11 Υποκειμενική κατάσταση υγείας κατά φύλο στη Βουλγαρία στο σύνολο των ηλικιών (2010)

Υποκειμενική Κατάσταση Υγείας	Φύλο		
	Σύνολο (%)	Άντρες (%)	Γυναίκες (%)
Πολύ Καλή	18,1	21,1	15,4
Καλή	48,9	51,3	46,7
Μέτρια	20,6	17,4	23,6
Κακή	9,8	7,9	11,6
Πολύ Κακή	2,5	2,3	2,7

Πηγή: Eurostat data navigation tree, στοιχεία της Έρευνας Εισοδήματος και Συνθηκών Διαβίωσης της Ευρωπαϊκής Ένωσης (EU-SILC).

Προχωρώντας προς «το αντίθετο άκρο» των χωρών με βάση την οικονομική και κοινωνική ανάπτυξη, παρατηρούμε ότι ο Γερμανικός πληθυσμός δεν φαίνεται να εμφανίζει ανισότητες ως προς την υποκειμενική διάσταση της κατάστασης υγείας με άξονα το φύλο (βλέπε Πίνακα 12).

**ΠΙΝΑΚΑΣ 12 Υποκειμενική κατάσταση υγείας κατά φύλο στη Γερμανία στο
σύνολο των ηλικιών (2010)**

Υποκειμενική Κατάσταση Υγείας	Σύνολο (%)	Φύλο	
		Άντρες (%)	Γυναίκες (%)
Πολύ Καλή	16,6	17,6	15,7
Καλή	48,6	48,8	48,5
Μέτρια	26,7	25,7	27,6
Κακή	6,8	6,7	6,9
Πολύ Κακή	1,4	1,3	1,4

Πηγή: Eurostat data navigation tree, στοιχεία της Έρευνας Εισοδήματος και Συνθηκών Διαβίωσης της Ευρωπαϊκής Ένωσης (EU-SILC).

Στις χώρες του μεσογειακού Νότου, σύμφωνα με τα στοιχεία της Eurostat, παρατηρούμε διαφοροποιήσεις μεταξύ των επιπέδων υποκειμενικής κατάστασης υγείας ανά φύλο κυρίως στην Πορτογαλία, την Ισπανία και την Ιταλία με την περίπτωση της Πορτογαλίας να είναι η πιο χαρακτηριστική: το 16,5% των ανδρών αυτοαξιολόγησε το επίπεδο υγείας του από κακό έως πολύ κακό σε σχέση με το 23,9% των γυναικών με την ίδια αυτοαξιολόγηση (βλέπε Πίνακα 13).

Στην Ισπανία, το 75,5% των ανδρών δήλωσε ότι έχει καλό έως πολύ καλό επίπεδο υγείας σε σύγκριση με το 68,4% των γυναικών με την ίδια αυτοαξιολόγηση ενώ στην κατηγορία της μέτριας υποκειμενικής κατάστασης υγείας «κατατάχθηκε» για το 2010 το 17,9% των ανδρών και το 22,0% των γυναικών (Πίνακας 13)

Πάντως τα αποτελέσματα της Eurostat μέσω της Έρευνας Εισοδήματος και Συνθηκών Διαβίωσης για το 2010 δεν φαίνεται να επιβεβαιώνουν τα στοιχεία της Έρευνας της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας για το 2011 για την περίπτωση της Ελλάδας. Αυτό το γεγονός ίσως οφείλεται στην μετάβαση (από το έτος 2010 στο έτος 2011) σε μία χρονιά ακόμη μεγαλύτερης οικονομικής κρίσης, παρατεταμένης ανεργίας και παραμερισμού υποστηρικτικών κοινωνικών πολιτικών, παράγοντες που φαίνεται ότι επιδρούν στην υποκειμενική πρόσληψη και αξιολόγηση του επιπέδου υγείας για τον ελληνικό πληθυσμό.

2.1.3 Χρόνιο πρόβλημα υγείας και φύλο στην Ευρωπαϊκή Ένωση

Για να μπορέσουμε να αποκτήσουμε μία πιο ολοκληρωμένη εικόνα και ίσως να αποφύγουμε ορισμένα από τα μειονεκτήματα της υποκειμενικής πρόσληψης της κατάστασης υγείας,⁷⁹ θα πρέπει να ανατρέξουμε και στα στατιστικά στοιχεία της Έρευνας Εισοδήματος και Συνθηκών Διαβίωσης για τις χώρες μέλη της Ε.Ε. σχετικά με την ύπαρξη ή μη κάποιου χρόνιου προβλήματος υγείας με άξονα το φύλο.

Για το σύνολο της Ευρωπαϊκής Ένωσης παρατηρούμε ότι οι γυναίκες εμφανίζουν ένα λίγο μεγαλύτερο ποσοστό ύπαρξης χρόνιου προβλήματος υγείας σε σχέση με τους άντρες για το έτος 2010. Πιο συγκεκριμένα, το 33,4% των γυναικών ανέφερε ότι πάσχει από κάποιο χρόνιο πρόβλημα υγείας σε σχέση με το 29,2% των ανδρών.

Βέβαια, τα συγκεκριμένα στοιχεία δεν απεικονίζουν ολόκληρη την εμπειρική πραγματικότητα τόσο στο εσωτερικό των χωρών όσο και μεταξύ αυτών: σε 7 χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Βουλγαρία, Γερμανία, Ελλάδα, Ισπανία, Ιταλία, Κύπρος, Πορτογαλία) οι γυναίκες εμφανίζουν σε μεγαλύτερο ποσοστό χρόνιο πρόβλημα υγείας σε σχέση με τους άντρες (βλέπε Πίνακα 14).

Επίσης, στη Βουλγαρία παρατηρούμε τα εξής: ενώ το επίπεδο της αντικειμενικής κατάστασης υγείας (χρόνια πάθηση) είναι σε αρκετά χαμηλά επίπεδα (19,2% στο σύνολο των ερωτώμενων απάντησε ότι πάσχει από χρόνια πάθηση) οι διαφοροποιήσεις κατά φύλο είναι σημαντικές: το 15,9% των αντρών δήλωσε ότι πάσχει από κάποια χρόνια πάθηση σε σχέση με το 22,3% των γυναικών (βλέπε Πίνακα 14).

Ακόμη, και το παράδειγμα της Πορτογαλίας είναι χαρακτηριστικό: εμφανίζει σαν χώρα τόσο υψηλά επίπεδα χρόνιων παθήσεων (σύμφωνα πάντα με τις απαντήσεις των ερωτώμενων – το 34,0% δήλωσε ότι πάσχει από χρόνια πάθηση) όσο και ανισότητα στην κατανομή της ύπαρξης χρόνιας πάθησης κατα φύλο: το 29,1% των αντρών σε σχέση με το 38,4% των γυναικών (βλέπε Πίνακα 14)

⁷⁹ Για τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα της αυτοαξιολόγησης του επιπέδου υγείας από τα άτομα (υποκειμενική κατάσταση υγείας) βλέπε Κεφάλαιο 3.

ΠΙΝΑΚΑΣ 13 Υποκειμενική κατάσταση υγείας κατά φύλο στο σύνολο των ηλικιών στις χώρες του Μεσογειακού Νότου (2010)

Χώρες	Υποκειμενική Κατάσταση Υγείας	Σύνολο (%)	Φύλο	
			Άντρες (%)	Γυναίκες (%)
Κύπρος	Πολύ Καλή	44,3	46,2	42,4
	Καλή	31,2	31,6	30,8
	Μέτρια	16,7	15,2	18,1
	Κακή	6,0	5,3	6,7
	Πολύ Κακή	1,9	1,8	2,0
Ελλάδα	Πολύ Καλή	49,8	51,9	47,7
	Καλή	25,7	25,8	25,6
	Μέτρια	14,9	13,3	16,4
	Κακή	6,8	6,5	7,0
	Πολύ Κακή	2,9	2,5	3,3
Ισπανία	Πολύ Καλή	17,6	19,1	16,3
	Καλή	54,2	56,4	52,1
	Μέτρια	20,0	17,9	22,0
	Κακή	6,2	5,2	7,2
	Πολύ Κακή	2,0	1,4	2,5
Ιταλία	Πολύ Καλή	14,9	16,6	13,3
	Καλή	51,9	53,9	50,0
	Μέτρια	23,8	21,9	25,6
	Κακή	7,4	5,9	8,8
	Πολύ Κακή	2,1	1,7	2,4
Πορτογαλία	Πολύ Καλή	7,1	8,5	5,8
	Καλή	42,0	46,2	38,2
	Μέτρια	30,5	28,9	32,0
	Κακή	16,2	13,5	18,6
	Πολύ Κακή	4,2	3,0	5,3

Πηγή: Eurostat data navigation tree, στοιχεία της Έρευνας Εισοδήματος και Συνθηκών Διαβίωσης της Ευρωπαϊκής Ένωσης (EU-SILC).

ΠΙΝΑΚΑΣ 14 Χρόνιο πρόβλημα υγείας κατά φύλο στο σύνολο των ηλικιών σε 7 χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (2010)

Φύλο	Σύνολο (%) [*]	Άντρες (%) [*]	Γυναίκες (%) [*]
Χώρες			
Βουλγαρία	19,2	15,9	22,3
Γερμανία	36,2	35,7	36,8
Ελλάδα	22,8	21,4	24,2
Ισπανία	29,8	27,3	32,1
Ιταλία	22,5	20,7	24,2
Κύπρος	33,2	32,5	34,0
Πορτογαλία	34,0	29,1	38,4

^{*} Ποσοστό των ατόμων που δήλωσαν ότι πάσχουν από κάποιο χρόνιο πρόβλημα υγείας ή πάθηση
Πηγή: Eurostat data navigation tree, στοιχεία της Έρευνας Εισοδήματος και Συνθηκών Διαβίωσης της Ευρωπαϊκής Ένωσης (EU-SILC).

2.1.4 Περιορισμός των δραστηριοτήτων και φύλο στην Ευρωπαϊκή Ένωση

Στην Έρευνα Εισοδήματος και Συνθηκών Διαβίωσης ο περιορισμός των δραστηριοτήτων εξαιτίας κάποιου προβλήματος υγείας μετράται ως εξής: τα άτομα καλούνται να προσδιορίσουν εάν αντιμετωπίζουν **κάποιο βαθμό περιορισμού, έντονο βαθμό περιορισμού ή κανένα περιορισμό.**

Η μεταβλητή του περιορισμού των δραστηριοτήτων εξαιτίας χρόνιας πάθησης μπορεί να συμπληρώσει την στατιστική εικόνα μαζί με τις μεταβλητές της υποκειμενικής κατάστασης υγείας και της αντικειμενικής κατάστασης υγείας – αν και η ίδια ίσως ενέχει ορισμένα στοιχεία υποκειμενισμού.⁸⁰

Για το σύνολο της Ευρωπαϊκής Ένωσης παρατηρούμε ότι τα όποια προβλήματα υγείας των ερωτώμενων δεν οδηγούν στον περιορισμό των καθημερινών τους δραστηριοτήτων (το 74,9% των ερωτώμενων δήλωσε ότι δεν αντιμετωπίζει κανένα περιορισμό). Πάντως, υπάρχει μία αισθητή διαφοροποίηση κατά φύλο και σε αυτή τη μεταβλητή: το 27,5% των γυναικών δήλωσε ότι βιώνει περιορισμούς στις καθημερινές δραστηριότητες του σε σχέση με το 22,5% για τους άντρες (βλέπε Πίνακα 15).

Επίσης, στο εσωτερικό των χωρών και μεταξύ των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης παρατηρούνται διαφοροποιήσεις: στη Βουλγαρία το 17,3% των γυναικών βιώνει περιορισμούς στις καθημερινές του δραστηριότητες σε σχέση με το 13,9% των ανδρών.

⁸⁰ Για τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα του ερωτήματος σχετικά με τον περιορισμό των δραστηριοτήτων βλέπε Κεφάλαιο 3.

Ακόμη πιο μεγάλη ανισότητα κατα φύλο παρατηρείται στην Πορτογαλία: το 36,9% των γυναικών αντιμετωπίζει περιορισμούς στις καθημερινές του δραστηριότητες σε σχέση με το 26,4% για τους άντρες (βλέπε Πίνακα 16 για τα ανωτέρω στοιχεία).

Επίσης, μεταξύ των χωρών παρατηρούμε πάλι ότι στη Πορτογαλία και τη Γερμανία οι ερωτώμενοι δηλώνουν σε αρκετά μεγάλο ποσοστό την ύπαρξη περιορισμού δραστηριοτήτων εξαιτίας προβλήματος υγείας (για τη Γερμανία: το 32,3% δηλώνει ότι βιώνει από ελαφρείς έως έντονους περιορισμούς στις καθημερινές του δραστηριότητες). Εντούτοις, η διαφοροποίηση της μεταβλητής κατά φύλο είναι ανεπαίσθητη για τη Γερμανία ενώ στην Ισπανία και την Ιταλία είναι πιο μεγάλη (βλέπε αναλυτικότερα Πίνακα 16).

ΠΙΝΑΚΑΣ 15 Περιορισμός των δραστηριοτήτων και φύλο στο σύνολο της Ευρωπαϊκής Ένωσης στο σύνολο των ηλικιών (2010)

Φύλο	Σύνολο (%)	Άντρες (%)	Γυναίκες (%)
Επίπεδο Περιορισμού Δραστηριοτήτων			
Κάποιος περιορισμός	17,0	15,1	18,7
Έντονοι περιορισμοί	8,2	7,4	8,8
Κανένας	74,9	77,4	72,5

Πηγή: Eurostat data navigation tree, στοιχεία της Έρευνας Εισοδήματος και Συνθηκών Διαβίωσης της Ευρωπαϊκής Ένωσης (EU-SILC).

2.2 Εκπαίδευση και υγεία

Το επίπεδο εκπαίδευσης ενός ατόμου συνδέεται μέσω πολλαπλών αιτιολογιών με το προσδόκιμο υγείας και επιβίωσης του. Επιπρόσθετα, το επίπεδο εκπαίδευσης επιδρά θετικά στην υγεία σε όλα τα στάδια του κύκλου ζωής του ατόμου⁸¹ ως μέρος του ανθρώπινου κεφαλαίου⁸² που «συσσωρεύεται» και επενεργεί αθροιστικά⁸³ και θετικά στο επίπεδο ζωής και υγείας.

⁸¹ Mirowsky John, Ross E. Catherine, *Education Social Status and Health*, New York (Walter de Gruyter) 2003, 1.

⁸² Groot Wim, Henriette Maassen van der Brink: «What does Education do to our Health? – Measuring the effects of Education on Health and Civic Engagement: Proceedings of the Copenhagen Symposium», Organisation for Economic Cooperation and Development, 2006.

⁸³ Mirowsky John, Ross E. Catherine, *Education Social Status and Health*, New York (Walter de Gruyter) 2003, 1.

Οι τρεις από τους κυριότερους παράγοντες οι οποίοι επεξηγούν τη συσχέτιση (βλέπε παρακάτω για τα προβλήματα τεκμηριωμένης οικοδόμησης της σχέσης αιτιότητας μεταξύ επιπέδου εκπαίδευσης και επιπέδου υγείας) είναι οι εξής τρεις:

- (1) η εργασία και οι οικονομικές δυνατότητες
- (2) οι κοινωνιο-ψυχολογικοί πόροι
- (3) ο υγιεινός τρόπος ζωής⁸⁴

ΠΙΝΑΚΑΣ 16 Περιορισμός των δραστηριοτήτων εξαιτίας προβλήματος υγείας κατά φύλο στο σύνολο των ηλικιών σε 7 χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (2010)
Φύλο

Χώρες	Επίπεδο περιορισμού δραστηριοτήτων	Σύνολο (%)	Άντρες (%)	Γυναίκες (%)
Βουλγαρία	Κάποιος περιορισμός	11,8	10,2	13,2
	Έντονοι περιορισμοί	3,9	3,7	4,1
	Κανένας	84,4	86,1	82,8
Γερμανία	Κάποιος περιορισμός	21,9	20,3	23,3
	Έντονοι περιορισμοί	10,4	10,3	10,5
	Κανένας	67,7	69,4	66,2
Ελλάδα	Κάποιος περιορισμός	10,9	9,8	11,9
	Έντονοι περιορισμοί	8,1	7,3	9,0
	Κανένας	81,0	82,9	79,2
Ισπανία	Κάποιος περιορισμός	17,7	15,2	20,2
	Έντονοι περιορισμοί	5,6	4,7	6,5
	Κανένας	76,7	80,1	73,4
Ιταλία	Κάποιος περιορισμός	14,5	12,3	16,5
	Έντονοι περιορισμοί	6,3	5,1	7,3
	Κανένας	79,3	82,6	76,2
Πορτογαλία	Κάποιος περιορισμός	22,3	18,1	26,2
	Έντονοι περιορισμοί	9,5	8,3	10,7
	Κανένας	68,1	73,6	63,1

Πηγή: Eurostat data navigation tree, στοιχεία της Έρευνας Εισοδήματος και Συνθηκών Διαβίωσης της Ευρωπαϊκής Ένωσης (EU-SILC).

⁸⁴ Ross E. Catherine, Wu Chia-Ling: «The Links Between Education and Health» American Sociological Review, Vol. 60, No. 5 (Oct., 1995), pp. 719-745 URL: <http://www.jstor.org/stable/2096319> πρόσβαση στις 30/5/2012.

(1) ⁸⁵Έχει τεκμηριωθεί ότι τα άτομα που έχουν ολοκληρώσει υψηλότερα επίπεδα τυπικής εκπαίδευσης έχουν μεγαλύτερη ευχέρεια πρόσβασης στην αγορά εργασίας, εμφανίζουν χαμηλότερα επίπεδα ανεργίας, ενώ πολύ σημαντικές αναδεικνύονται και καταδεικνύονται και οι εργασιακές συνθήκες και απολαβές (μισθολογικές και μη):

- τα άτομα υψηλότερου εκπαιδευτικού επιπέδου έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να εργάζονται σε δουλειές με υψηλότερους μισθούς, σε καλύτερο εργασιακό περιβάλλον, με μεγαλύτερο έλεγχο και αυτοικανοποίηση από το παραγόμενο έργο καθώς και με σημαντικές μη-μισθολογικές απολαβές όπως η ασφαλιστική κάλυψη υγείας, τα εργασιακά επιδόματα, τα επιδόματα ασθενείας, καθώς και την τεκμηρίωση ενός πιο «προνομιακού» συνταξιοδοτικού δικαιώματος κατά το πέρας του εργασιακού κύκλου ζωής.

Επίσης, στο πλαίσιο των οικονομικών δυνατοτήτων που εκπορεύουν από τις μισθολογικές απολαβές τα άτομα υψηλότερου επιπέδου τυπικής εκπαίδευσης έχουν μεγαλύτερη ευχέρεια πρόσβασης στο σύστημα υγείας (ιδιαίτερου στο ιδιωτικό) και επίσης έχουν την οικονομική δυνατότητα μεγαλύτερης πρόσβασης και χρήσης των προληπτικών υπηρεσιών υγείας (κάνοντας τους απαραίτητους τακτικούς διαγνωστικούς ελέγχους).

(2) 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 (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

⁸⁵ Οι συγκεκριμένες αναλύσεις βασίζονται στα: Groot Wim, Henriette Maassen van der Brink: «What does Education do to our Health? – Measuring the effects of Education on Health and Civic Engagement: Proceedings of the Copenhagen Symposium», Organisation for Economic Cooperation and Development 2006 και Robert Wood Johnson Foundation: «Education Matters for Health», University of California, April 2009.

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.

- (3) Οι γνώσεις και η συμπεριφορά σε σχέση με την υιοθέτηση ενός υγιεινού τρόπου ζωής συναρτώνται άμεσα με το επίπεδο τυπικής εκπαίδευσης. Το επίπεδο υγειονομικού αλφαριθμητισμού⁸⁶ είναι σημαντικά υψηλότερο για τα άτομα υψηλότερου επιπέδου τυπικής εκπαίδευσης. Πολύ σημαντικός παράγοντας αποτελεί και η ευχέρεια επεξεργασίας, κατανόησης και πρόσβασης σε πληροφορίες που αφορούν τις συμπεριφορές που συντελούν στην διατήρηση ενός υγιεινού τρόπου ζωής καθώς και σε πληροφορίες σχετικά με την πρόσβαση στο σύστημα υγείας και τις ενέργειες πρόληψης και προαγωγής της υγείας.

2.2.1 Το πρόβλημα της δόμησης σχέσης αιτιότητας

Η συσχέτιση μεταξύ επιπέδου τυπικής εκπαίδευσης και επιπέδου υγείας έχει τεκμηριωθεί, αλλά συναντώνται αρκετές δυσκολίες στη δόμηση μίας σχέσης αιτιότητας μεταξύ επιπέδου εκπαίδευσης και επιπέδου υγείας (το επίπεδο εκπαίδευσης αποτελεί το αίτιο και το επίπεδο υγείας το αποτέλεσμα).⁸⁷

Το πρώτο ζήτημα που ανακύπτει είναι ότι ισχύει μία σχέση αντίστροφης αιτιότητας. Το καλό επίπεδο υγείας μπορεί να αποτελέσει το αίτιο για την επένδυση στο ανθρώπινο κεφάλαιο, και πιο συγκεκριμένα στην εκπαίδευση συντελώντας έτσι στο να προβεί το άτομο στην ολοκλήρωση υψηλότερων βαθμίδων τυπικής εκπαίδευσης. Έτσι, η

⁸⁶ Στην έκθεση *Healthy People 2010*, το Υπουργείο Υγείας και Ανθρώπινων Υπηρεσιών των Η.Π.Α ορίζει τον υγειονομικό αλφαριθμητισμό ως εξής: "Ως τον βαθμό με τον οποίο τα άτομα έχουν τη δυνατότητα να αποκτήσουν, να επεξεργασθούν και να κατανοήσουν βασικές πληροφορίες σχετικά με την υγεία τους καθώς και σχετικά με τις υπηρεσίες που απαιτούνται ώστε να ληφθούν οι ορθότερες αποφάσεις για την υγεία τους." Βλέπε σχετικά: <http://nmlm.gov/outreach/consumer/hlthlit.html>

⁸⁷ Η συγκεκριμένη ανάλυση βασίζεται στο Groot Wim, Henriette Maassen van der Brink: «What does Education do to our Health? – Measuring the effects of Education on Health and Civic Engagement: Proceedings of the Copenhagen Symposium», Organisation for Economic Cooperation and Development 2006.

επίδραση της ανάστροφης αιτιότητας δημιουργεί μία θετική μεροληψία (upward bias) κατά τη μέτρηση της επίδρασης της εκπαίδευσης στην υγεία.

Επιπρόσθετα, υπάρχουν ορισμένες μεταβλητές οι οποίες επηρεάζουν τόσο την εκπαίδευση όσο και την υγεία – και οι οποίες είτε δεν είναι παρατηρήσιμες είτε δεν παρατηρούνται κατά τη μέτρηση. Μία από αυτές τις μεταβλητές είναι η μεταβλητή των χρονικών προτιμήσεων (time preferences). Οι χρονικές προτιμήσεις πρωταρχικά οδηγούν τα άτομα να επενδύουν περισσότερο στο ανθρώπινο κεφάλαιο και να σχεδιάζουν για το μέλλον, ίσως οδηγώντας σε καλύτερες επιδόσεις στην εκπαίδευση που οι τελευταίες με τη σειρά τους οδηγούν σε ένα καλύτερο επίπεδο υγείας.

Όμως, οι χρονικές προτιμήσεις με άξονα την επένδυση στο μέλλον μπορεί να οδηγήσουν και στην επένδυση και μέριμνα για την ίδια την υγεία, μέσω υιοθέτησης συμπεριφορών που προάγουν την υγεία (αποχή ή μέτρια κατανάλωση καπνού και αλκοόλ, φυσική δραστηριότητα και σωματική άσκηση, υγιεινή διατροφή, τακτικές διαγνωστικές εξετάσεις κ.ο.κ.). Έτσι, η μεταβλητή των χρονικών προτιμήσεων λειτουργεί είτε ως ενδιάμεση-παραμβάλλουσα μεταβλητή είτε ως ένας κοινός παράγοντας αιτιότητας τόσο για την εκπαίδευση όσο και για την υγεία.

2.2.2 Υποκειμενική κατάσταση υγείας και επίπεδο εκπαίδευσης στην Ευρωπαϊκή Ένωση

Με στόχο να προσδιορίσουμε έστω και κατά προσέγγιση, τη σχέση μεταξύ επιπέδου εκπαίδευσης και επιπέδου υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση θα πρέπει να ανατρέξουμε στα στοιχεία της Έρευνας Εισοδήματος και Συνθηκών Διαβίωσης (EU-SILC) λαμβάνοντας και πάλι ως μεταβλητές την υποκειμενική πρόσληψη του επιπέδου υγείας, την ύπαρξη ή όχι χρόνιου προβλήματος ή πάθησης και τον περιορισμό των καθημερινών δραστηριοτήτων εξαιτίας προβλήματος υγείας σε σχέση με το εκπαιδευτικό επίπεδο.

Στην Έρευνα Εισοδήματος και Συνθηκών Διαβίωσης τα επίπεδα τυπικής εκπαίδευσης ορίζονται ως εξής: επίπεδο 0 – προ-πρωτοβάθμια εκπαίδευση, επίπεδο 1 – πρωτοβάθμια εκπαίδευση ή πρώτο στάδιο της βασικής εκπαίδευσης, επίπεδο 2 – κατώτερη δευτεροβάθμια ή δεύτερο στάδιο βασικής εκπαίδευσης, επίπεδο 3 – ανώτερη δευτεροβάθμια εκπαίδευση, επίπεδο 4 – μεταδευτεροβάθμια μη-τριτοβάθμια εκπαίδευση, επίπεδο 5 – πρώτο στάδιο τριτοβάθμιας εκπαίδευσης το οποίο δεν οδηγεί απευθείας σε

ανώτερο ερευνητικό τίτλο σπουδών και επίπεδο 6 – δεύτερο στάδιο τριτοβάθμιας εκπαίδευσης το οποίο οδηγεί σε ανώτερο ερευνητικό τίτλο σπουδών.

Διερευνώντας τα σχετικά στοιχεία για το σύνολο της Ευρωπαϊκής Ένωσης παρατηρούμε ότι το επίπεδο της υποκειμενικής κατάστασης υγείας είναι άνισα κατανομημένο κατά εκπαιδευτικό επίπεδο και τα άτομα που προχωρούν στις υψηλότερες βαθμίδες τυπικής εκπαίδευσης εμφανίζουν υψηλότερα «επίπεδα» υποκειμενικής πρόσληψης της κατάστασης υγείας τους: είναι πολύ χαρακτηριστικό ότι στα άκρα της εν λόγω κατανομής τα άτομα που δεν έχουν ολοκληρώσει το πρωτοβάθμιο επίπεδο εκπαίδευσης δηλώνουν ότι έχουν ένα πολύ καλό επίπεδο υγείας μόλις σε ποσοστό 4,9% σε αντίθεση με τα άτομα που έχουν ολοκληρώσει το δεύτερο στάδιο τριτοβάθμιας εκπαίδευσης οι οποίοι δηλώνουν μία πολύ καλή κατάσταση υγείας σε ποσοστό 38,9%. Αντιστρόφως, το 9,3% των ατόμων που δεν ολοκλήρωσαν την πρωτοβάθμια εκπαίδευση αξιολόγησαν την κατάσταση υγείας τους ως πολύ κακή σε σχέση με μόλις το 0,4% για τα άτομα που έχουν ολοκληρώσει το δεύτερο στάδιο της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (βλέπε Πίνακα 17). Εν γένει, παρατηρούμε ότι για το σύνολο της Ε.Ε. όσο ανερχόμαστε στην κλίμακα του επιπέδου τυπικής εκπαίδευσης τόσο τα άτομα αξιολογούν την κατάσταση υγείας τους ως καλύτερη (βλέπε αναλυτικότερα Πίνακα 17).

Τα στοιχεία αυτά για το σύνολο της Ευρωπαϊκής Ένωσης δεν δίνουν βέβαια μία πλήρη εικόνα καθώς στο εσωτερικό των χωρών και μεταξύ των χωρών της Ε.Ε. υπάρχουν διαφοροποιήσεις. Έτσι, παρατηρούμε πρωτίστως ότι στη περίπτωση της Βουλγαρίας έχουμε κάπως μικτά αποτελέσματα: 1) η ολοκλήρωση της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης δεν φαίνεται να επιδρά θετικά στην υποκειμενική πρόσληψη της κατάστασης υγείας - το 27,8% των ατόμων που δεν την ολοκλήρωσε δήλωσε ότι αξιολογεί το επίπεδο υγείας του ως κακό και πολύ κακό όπως ίσχυε και για το 29,7% που ολοκλήρωσε την πρωτοβάθμια εκπαίδευση (βλέπε Πίνακα 18) - 2) παρόλα αυτά κατά τη μετάβαση από τη κατώτερη δευτεροβάθμια προς τις ανώτερες βαθμίδες εκπαίδευσης το επίπεδο της αυτοαξιολόγησης του επιπέδου υγείας αυξάνει σημαντικά: το 52,9% των ατόμων που ολοκλήρωσε τη κατώτερη δευτεροβάθμια εκπαίδευση δήλωσε ότι έχει καλό ως πολύ καλό επίπεδο υγείας σε σχέση με το 78,2% των ατόμων που ολοκλήρωσε το πρώτο στάδιο της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (Πίνακας 18) 3) στα άκρα της κατανομής η διαφοροποίηση κατά εκπαιδευτικό επίπεδο είναι εμφανής: τα άτομα που δεν

ολοκλήρωσαν τη πρωτοβάθμια εκπαίδευση αυτοαξιολόγησαν το επίπεδο υγείας τους ως πολύ καλό και καλό σε ποσοστό 48,3% σε σχέση με το 78,2% για τα άτομα που ολοκλήρωσαν το πρώτο στάδιο της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (Πίνακας 18).

ΠΙΝΑΚΑΣ 17 Υποκειμενική κατάσταση υγείας και επίπεδο εκπαίδευσης στο σύνολο των ηλικιών στην Ευρωπαϊκή Ένωση (2010)

Επίπεδο εκπαίδευσης

Υποκειμενική κατάσταση υγείας	Προ-πρωτοβάθμια εκπαίδευση (%)	Πρωτοβάθμια εκπαίδευση ή πρώτο στάδιο της βασικής εκπαίδευσης (%)	Κατώτερη δευτεροβάθμια ή δεύτερο στάδιο βασικής εκπαίδευσης (%)	Ανώτερη δευτεροβάθμια εκπαίδευση (%)	Μετα δευτεροβάθμια μη τριτοβάθμια εκπαίδευση (%)	Πρώτο στάδιο τριτοβάθμιας εκπαίδευσης το οποίο δεν οδηγεί απευθείας σε ανώτερο ερευνητικό τίτλο σπουδών (%)	Δεύτερο στάδιο τριτοβάθμιας εκπαίδευσης το οποίο οδηγεί σε ανώτερο ερευνητικό τίτλο σπουδών (%)
Πολύ Καλή	4,9	7,3	20,7	24,1	25,0	31,4	38,9
Καλή	22,9	32,8	44,9	48,2	50,9	50,3	48,3
Μέτρια	36,5	37,9	24,2	20,7	18,8	14,7	10,3
Κακή	26,4	17,4	8,2	5,9	4,6	2,9	2,2
Πολύ Κακή	9,3	4,6	2,1	1,1	0,7	0,6	0,4

Πηγή: Eurostat data navigation tree, στοιχεία της Έρευνας Εισοδήματος και Συνθηκών Διαβίωσης της Ευρωπαϊκής Ένωσης (EU-SILC).

Σημειώνεται, σε αυτό το σημείο, ότι η εκτίμηση για τα άτομα που ολοκλήρωσαν το δεύτερο στάδιο της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης δεν είναι εύκολη εξαιτίας ελλειπών και μη διαθέσιμων στοιχείων.

Στην περίπτωση της Γερμανίας, παρατηρούμε ότι τα ποσοστά της αυτοαξιολόγησης του καλού ή και κακού επιπέδου υγείας κατα εκπαιδευτικό επίπεδο κατανέμονται εξίσου άνισα με την περίπτωση της Βουλγαρίας, σημάδι που ίσως είναι μία ένδειξη κοινωνικών υγειονομικών ανισοτήτων (βλέπε Πίνακα 19).

Πιο συγκεκριμένα, αν και παρατηρείται το μειονέκτημα των μη-διαθέσιμων στοιχείων για την προ-πρωτοβάθμια εκπαίδευση, το επίπεδο της πολύ καλής και καλής κατάστασης υγείας κατα εκπαιδευτικό επίπεδο μεταβάλλεται σημαντικά: το 59% των ατόμων που ολοκλήρωσαν τη πρωτοβάθμια εκπαίδευση αυτοαξιολόγησαν την υγεία τους ως πολύ καλή και καλή σε σχέση με το 81,4% για τα άτομα που ολοκλήρωσαν το δεύτερο στάδιο της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (βλέπε Πίνακα 19).

Αναφορικά με τις χώρες του Μεσογειακού Νότου (Ελλάδα, Κύπρος, Ισπανία, Ιταλία, Πορτογαλία) έχουμε να παρατηρήσουμε τα κάτωθι:

α) υπάρχουν αρκετά μη-διαθέσιμα στοιχεία στην Έρευνα Εισοδήματος και Συνθηκών Διαβίωσης και αυτά είναι διάσπαρτα ανά εκπαιδευτικό επίπεδο για τις χώρες του μεσογειακού νότου οπότε δεν μπορούμε να πραγματοποιήσουμε εύκολα συγκρίσεις μεταξύ των χωρών αυτών.

β) είναι σαφές ότι σε όλες τις χώρες βλέπουμε ότι η υποκειμενική κατάσταση υγείας είναι άνισα κατανομημένη κατά εκπαιδευτικό επίπεδο. Όσο ανεβαίνουμε στην κλίμακα του εκπαιδευτικού επιπέδου τόσο βελτιώνονται τα συνολικά υπολογιζόμενα ποσοστά πολύ καλής και καλής υποκειμενικής κατάστασης υγείας και για τις πέντε αυτές χώρες (βλέπε αναλυτικά Πίνακα 20).

2.2.3 Χρόνιο πρόβλημα υγείας και επίπεδο εκπαίδευσης στην Ευρωπαϊκή Ένωση

Προσπαθώντας να αποφύγουμε τα προβλήματα που σχετίζονται με την μέτρηση της υποκειμενικής πρόσληψης της υγείας, θα πρέπει να αναλύσουμε και ορισμένα στοιχεία σχετικά με την ύπαρξη του χρόνιου προβλήματος υγείας ανά εκπαιδευτικό επίπεδο στο σύνολο της Ευρωπαϊκής Ένωσης αλλά και σε επιλεγμένες χώρες αυτής.

Για το σύνολο της Ευρωπαϊκής Ένωσης παρατηρούμε ότι η σχέση μεταξύ χρόνιου προβλήματος υγείας και επιπέδου εκπαίδευσης δεν είναι «γραμμική»: μέχρι και τη «μετάβαση» στη κατώτερη δευτεροβάθμια εκπαίδευση τα ποσοστά εμφάνισης χρόνιου προβλήματος υγείας μειώνονται σημαντικά (από το 59,9% για την προ-πρωτοβάθμια εκπαίδευση στο 28,3% για την ανώτερη δευτεροβάθμια) ενώ στη συνέχεια τα ποσοστά μειώνονται ακόμη περισσότερο αλλά παρατηρούμε ότι τα άτομα που ολοκλήρωσαν το δεύτερο στάδιο της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης παρουσιάζουν υψηλότερα κατα τι ποσοστά εμφάνισης χρόνιας πάθησης από τα άτομα που ολοκλήρωσαν το πρώτο στάδιο της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (26,3% και 24,4% αντιστοίχως – βλέπε Πίνακα 21). Προχωρώντας στη σύγκριση μεταξύ των κρατών-μελών παρατηρούμε ότι οι πολίτες της Βουλγαρίας εμφανίζουν μικρότερα ποσοστά χρόνιων παθήσεων από ότι οι πολίτες της Γερμανίας, παρατήρηση που υφίσταται σε όλα τα εκπαιδευτικά επίπεδα (βλέπε Πίνακα 22).

ΠΙΝΑΚΑΣ 18 Υποκειμενική κατάσταση υγείας και επίπεδο εκπαίδευσης στο σύνολο των ηλικιών στη Βουλγαρία (2010)

Επίπεδο Εκπαίδευσης

Υποκειμενική κατάσταση υγείας	Προ-πρωτοβάθμια εκπαίδευση (%)	Πρωτοβάθμια εκπαίδευση ή πρώτο στάδιο της βασικής εκπαίδευσης (%)	Κατώτερη δευτεροβάθμια ή δεύτερο στάδιο βασικής εκπαίδευσης (%)	Ανώτερη δευτεροβάθμια εκπαίδευση (%)	Μετα δευτεροβάθμια μη τριτοβάθμια εκπαίδευση (%)	Πρώτο στάδιο τριτοβάθμιας εκπαίδευσης το οποίο δεν οδηγεί απευθείας σε ανώτερο ερευνητικό τίτλο σπουδών (%)	Δεύτερο στάδιο τριτοβάθμιας εκπαίδευσης το οποίο οδηγεί σε ανώτερο ερευνητικό τίτλο σπουδών (%)
Πολύ Καλή	9,4	10,1	16,8	20,1	12,1	20,2	16,8
Καλή	38,9	27,0	36,1	55,0	46,6	58,0	42,1
Μέτρια	24,0	33,1	26,7	16,8	28,7	16,9	34,8
Κακή	18,4	23,6	16,4	6,6	11,5	3,8	6,3
Πολύ Κακή	9,4	6,1	4,0	1,4	1,1	1,1	:*

* Δεν υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία

Πηγή: Eurostat data navigation tree, στοιχεία της Έρευνας Εισοδήματος και Συνθηκών Διαβίωσης της Ευρωπαϊκής Ένωσης (EU-SILC).

ΠΙΝΑΚΑΣ 19 Υποκειμενική κατάσταση υγείας και επίπεδο εκπαίδευσης στο σύνολο των ηλικιών στη Γερμανία (2010)

Επίπεδο Εκπαίδευσης

Υποκειμενική κατάσταση υγείας	Προ-πρωτοβάθμια εκπαίδευση (%)	Πρωτοβάθμια εκπαίδευση ή πρώτο στάδιο της βασικής εκπαίδευσης (%)	Κατώτερη δευτεροβάθμια ή δεύτερο στάδιο βασικής εκπαίδευσης (%)	Ανώτερη δευτεροβάθμια εκπαίδευση (%)	Μετα δευτεροβάθμια μη τριτοβάθμια εκπαίδευση (%)	Πρώτο στάδιο τριτοβάθμιας εκπαίδευσης το οποίο δεν οδηγεί απευθείας σε ανώτερο ερευνητικό τίτλο σπουδών (%)	Δεύτερο στάδιο τριτοβάθμιας εκπαίδευσης το οποίο οδηγεί σε ανώτερο ερευνητικό τίτλο σπουδών (%)
Πολύ Καλή	:*	20,9	14,8	14,7	23,2	19,5	30,1
Καλή	:	38,1	41,9	49,4	55,9	52,2	51,3
Μέτρια	:	27,3	30,9	27,8	16,9	23,5	15,3
Κακή	:	11,6	10,1	6,9	3,4	4,0	2,8
Πολύ Κακή	:	2,1	2,3	1,3	0,6	0,8	0,6

* Δεν υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία

Πηγή: Eurostat data navigation tree, στοιχεία της Έρευνας Εισοδήματος και Συνθηκών Διαβίωσης της Ευρωπαϊκής Ένωσης (EU-SILC).

ΠΙΝΑΚΑΣ 20 Υποκειμενική κατάσταση υγείας και επίπεδο εκπαίδευσης στο σύνολο των ηλικιών στις χώρες του Μεσογειακού Νότου (2010)

Χώρες	Υποκειμενική κατάσταση υγείας	Προ-προτοβάθμια εκπαίδευση (%)	Προτοβάθμια εκπαίδευση ή πρώτο στάδιο της βασικής εκπαίδευσης (%)	Κατώτερη δευτεροβάθμια ή δεύτερο στάδιο βασικής εκπαίδευσης (%)	Ανώτερη δευτεροβάθμια εκπαίδευση (%)	Μετα δευτεροβάθμια μη τριτοβάθμια εκπαίδευση (%)	Πρώτο στάδιο τριτοβάθμιας εκπαίδευσης το οποίο δεν οδηγεί απευθείας σε ανώτερο ερευνητικό τίτλο σπουδών (%)	Δεύτερο στάδιο τριτοβάθμιας εκπαίδευσης το οποίο οδηγεί σε ανώτερο ερευνητικό τίτλο σπουδών (%)
Κύπρος	Πολύ Καλή	6,2	16,5	49,9	50,3	51,9	59,1	67,5
	Καλή	20,9	30,7	32,1	32,6	28,0	32,2	29,9
	Μέτρια	37,5	35,5	12,1	12,6	17,7	7,2	2,6
	Κακή	27,2	13,3	4,4	3,3	2,4	1,1	:
	Πολύ Κακή	8,1	3,9	1,5	1,3	:	0,3	:
Ελλάδα	Πολύ Καλή	5,5	22,3	59,1	62,0	72,6	66,9	74,6
	Καλή	22,6	31,1	24,1	24,7	19,5	25,0	23,8
	Μέτρια	34,4	28,9	10,3	9,0	5,8	6,2	:
	Κακή	23,0	13,4	4,1	3,4	1,6	1,5	:
	Πολύ Κακή	14,5	4,4	2,4	1,0	0,6	0,4	1,5
Ισπανία	Πολύ Καλή	:*	8,3	18,7	23,7	30,3	23,7	29,2
	Καλή	:	41,6	58,5	60,5	56,5	64,3	58,9
	Μέτρια	:	34,2	17,3	12,7	10,6	9,9	10,6
	Κακή	:	12,5	4,4	2,4	1,7	1,6	1,2
	Πολύ Κακή	:	3,5	1,2	0,7	0,8	0,5	:
Ιταλία	Πολύ Καλή	1,8	3,9	15,7	19,4	19,8	21,4	27,2
	Καλή	21,0	30,6	55,9	60,3	62,0	62,0	66,0
	Μέτρια	44,0	44,0	21,9	15,9	15,9	13,2	3,3
	Κακή	25,8	16,5	5,3	3,6	2,1	2,7	3,6
	Πολύ Κακή	7,4	4,9	1,3	0,8	0,2	0,6	:
Πορτογαλία	Πολύ Καλή	:	3,3	9,6	12,8	15,0	14,4	21,2
	Καλή	:	30,3	55,5	65,2	63,3	62,7	62,7
	Μέτρια	:	39,5	27,2	16,9	19,5	18,5	14,4
	Κακή	:	21,2	6,9	4,5	2,3	3,9	1,7
	Πολύ Κακή	:	5,6	0,8	0,6	:	0,5	:

*Δεν υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία

Πηγή: Eurostat data navigation tree, στοιχεία της Έρευνας Εισοδήματος και Συνθηκών Διαβίωσης της Ευρωπαϊκής Ένωσης (EU-SILC).

ΠΙΝΑΚΑΣ 21 Χρόνιο πρόβλημα υγείας και επίπεδο εκπαίδευσης στο σύνολο των ηλικιών στην Ευρωπαϊκή Ένωση (2010)

Επίπεδο εκπαίδευσης

Προ-πρωτοβάθμια εκπαίδευση (%)*	Πρωτοβάθμια εκπαίδευση ή πρώτο στάδιο της βασικής εκπαίδευσης (%)	Κατώτερη δευτεροβάθμια ή δεύτερο στάδιο βασικής εκπαίδευσης (%)	Ανώτερη δευτεροβάθμια εκπαίδευση (%)	Μετα δευτεροβάθμια μη τριτοβάθμια εκπαίδευση (%)	Πρώτο στάδιο τριτοβάθμιας εκπαίδευσης το οποίο δεν οδηγεί απευθείας σε ανώτερο ερευνητικό τίτλο σπουδών (%)	Δεύτερο στάδιο τριτοβάθμιας εκπαίδευσης το οποίο οδηγεί σε ανώτερο ερευνητικό τίτλο σπουδών (%)
59,9	48,7	32,4	28,3	24,3	24,4	26,3

* Ποσοστό των ατόμων που δήλωσαν ότι πάσχουν από χρόνια πάθηση

Πηγή: Eurostat data navigation tree, στοιχεία της Έρευνας Εισοδήματος και Συνθηκών Διαβίωσης της Ευρωπαϊκής Ένωσης (EU-SILC).

Βέβαια, αυτό δεν σημαίνει ότι στο εσωτερικό της Βουλγαρίας δεν υπάρχουν ανισότητες στις περιπτώσεις χρόνιων παθήσεων ανα εκπαιδευτικό επίπεδο: το 32,8% των ατόμων που ολοκλήρωσαν το πρωτοβάθμιο επίπεδο εκπαίδευσης δήλωσαν ότι πάσχουν από χρόνια πρόβλημα υγείας σε σχέση με το 15,2% για τα άτομα που ολοκλήρωσαν το δεύτερο στάδιο της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Είναι σημαντικό εδώ να παρατηρήσουμε ότι οι ανισότητες κατά εκπαιδευτικό επίπεδο στο εσωτερικό της Γερμανίας είναι αρκετά μικρότερες από αυτές που παρατηρούνται στη Βουλγαρία: το 38,9% των ατόμων που ολοκλήρωσε τη πρωτοβάθμια εκπαίδευση στη Γερμανία δήλωσε ότι πάσχει από χρόνια πρόβλημα υγείας σε σχέση με το 28,9% των ατόμων που ολοκλήρωσε το δεύτερο στάδιο της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (10% συνολικά απόκλιση σε σχέση με περίπου 17% για τη Βουλγαρία – βλέπε αναλυτικά τη σύγκριση στον Πίνακα 22).

ΠΙΝΑΚΑΣ 22 Χρόνιο πρόβλημα υγείας και επίπεδο εκπαίδευσης στο σύνολο των ηλικιών στη Βουλγαρία και τη Γερμανία (2010)

Επίπεδο εκπαίδευσης

Χώρες	Προ-πρωτοβάθμια εκπαίδευση (%)*	Πρωτοβάθμια εκπαίδευση ή πρώτο στάδιο της βασικής εκπαίδευσης (%)	Κατώτερη δευτεροβάθμια ή δεύτερο στάδιο βασικής εκπαίδευσης (%)	Ανώτερη δευτεροβάθμια εκπαίδευση (%)	Μετα δευτεροβάθμια μη τριτοβάθμια εκπαίδευση (%)	Πρώτο στάδιο τριτοβάθμιας εκπαίδευσης το οποίο δεν οδηγεί απευθείας σε ανώτερο ερευνητικό τίτλο σπουδών (%)	Δεύτερο στάδιο τριτοβάθμιας εκπαίδευσης το οποίο οδηγεί σε ανώτερο ερευνητικό τίτλο σπουδών (%)
Βουλγαρία	29,6	32,8	27,0	14,8	31,0	13,6	15,2
Γερμανία	:**	38,9	39,1	37,7	24,2	34,0	28,9

* Ποσοστό των ατόμων που δήλωσαν ότι πάσχουν από χρόνια πάθηση

** Δεν υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία

Πηγή: Eurostat data navigation tree, στοιχεία της Έρευνας Εισοδήματος και Συνθηκών Διαβίωσης της Ευρωπαϊκής Ένωσης (EU-SILC).

Όσον αφορά τις χώρες του Μεσογειακού Νότου στην Κύπρο και την Ελλάδα παρατηρούμε τις μεγαλύτερες αποκλίσεις όσον αφορά τα ποσοστά χρόνιων παθήσεων κατά εκπαιδευτικό επίπεδο (στο εσωτερικό των χωρών πάντα): στην Κύπρο το 79,2% των ατόμων που δεν ολοκλήρωσε τη πρωτοβάθμια εκπαίδευση δήλωσε ότι πάσχει από χρόνια πρόβλημα υγείας σε σχέση με το 10,2% των ατόμων που ολοκλήρωσε το δεύτερο στάδιο της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (βλέπε Πίνακα 23). Επίσης, στην Ελλάδα τα αντίστοιχα ποσοστά στα ίδια επίπεδα ολοκληρωμένης τυπικής εκπαίδευσης ήταν 68,6% και 9,5% αντίστοιχα. Επιπρόσθετα, και στην Ιταλία εμφανίζονται αντίστοιχες έντονες αποκλίσεις (το 58,6% των ατόμων που δεν ολοκλήρωσε τη πρωτοβάθμια εκπαίδευση δήλωσε ότι πάσχει από χρόνια πάθηση σε σχέση με το 7,9% των ατόμων που ολοκλήρωσε το δεύτερο στάδιο της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης), ενώ εν γένει διατηρείται η ανισότητα της κατανομής της χρόνιας πάθησης κατά εκπαιδευτικό επίπεδο και στις μεσογειακές χώρες (βλέπε Πίνακα 23).

ΠΙΝΑΚΑΣ 23 Χρόνιο πρόβλημα υγείας και επίπεδο εκπαίδευσης στο σύνολο των ηλικιών στις χώρες του Μεσογειακού Νότου (2010)

Επίπεδο εκπαίδευσης

Χώρες	Προ-πρωτοβάθμια εκπαίδευση (%)*	Πρωτοβάθμια εκπαίδευση ή πρώτο στάδιο της βασικής εκπαίδευσης (%)	Κατώτερη δευτεροβάθμια ή δεύτερο στάδιο βασικής εκπαίδευσης (%)	Ανώτερη δευτεροβάθμια εκπαίδευση (%)	Μετα δευτεροβάθμια μη τριτοβάθμια εκπαίδευση (%)	Πρώτο στάδιο τριτοβάθμιας εκπαίδευσης το οποίο δεν οδηγεί απευθείας σε ανώτερο ερευνητικό τίτλο σπουδών (%)	Δεύτερο στάδιο τριτοβάθμιας εκπαίδευσης το οποίο οδηγεί σε ανώτερο ερευνητικό τίτλο σπουδών (%)
Ελλάδα	68,6	41,9	15,6	13,0	5,6	8,1	9,5
Ισπανία	:**	46,0	25,5	20,5	19,3	18,1	21,1
Ιταλία	58,6	39,7	18,0	14,9	16,6	15,4	7,9
Κύπρος	79,2	60,5	26,4	25,3	33,8	18,7	10,7
Πορτογαλία	:	43,7	18,8	14,7	15,4	14,4	16,6

* Ποσοστό των ατόμων που δήλωσαν ότι πάσχουν από χρόνια πάθηση

** Δεν υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία

Πηγή: Eurostat data navigation tree, στοιχεία της Έρευνας Εισοδήματος και Συνθηκών Διαβίωσης της Ευρωπαϊκής Ένωσης (EU-SILC).

2.2.4 Περιορισμός δραστηριοτήτων εξαιτίας προβλήματος υγείας και επίπεδο εκπαίδευσης στην Ευρωπαϊκή Ένωση

Με στόχο να ολοκληρώσουμε, έστω και σε κάπως περιορισμένη έκταση, την απεικόνιση της σχέσης μεταξύ επιπέδου τυπικής εκπαίδευσης και επιπέδου υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση θα πρέπει να αναφερθούμε και στην μεταβλητή του περιορισμού των δραστηριοτήτων εξαιτίας προβλήματος υγείας και το πώς αυτή διαφοροποιείται ανα εκπαιδευτικό επίπεδο.

Όπως παρατηρούμε από τον Πίνακα 24, το επίπεδο του περιορισμού των δραστηριοτήτων εξαιτίας προβλήματος υγείας σχετίζεται άμεσα με το επίπεδο τυπικής εκπαίδευσης: στα άκρα της κατανομής, τα άτομα που δεν ολοκλήρωσαν την πρωτοβάθμια εκπαίδευση δήλωσαν ότι βιώνουν κάποιους ή έντονους περιορισμούς σε ποσοστό 54,7% σε σχέση με το 14,1% των ατόμων που ολοκλήρωσε το δεύτερο στάδιο της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Επίσης, βλέπουμε ότι όσο ανεβαίνουμε την κλίμακα της τυπικής εκπαίδευσης τόσο μειώνονται τα ποσοστά ύπαρξης περιορισμού δραστηριοτήτων (Πίνακας 24).

ΠΙΝΑΚΑΣ 24 Περιορισμός δραστηριοτήτων και επίπεδο εκπαίδευσης στο σύνολο των ηλικιών στην Ευρωπαϊκή Ένωση (2010)

Επίπεδο Εκπαίδευσης

Επίπεδο περιορισμού δραστηριοτήτων	Προ-πρωτοβάθμια εκπαίδευση (%)	Πρωτοβάθμια εκπαίδευση ή ή πρώτο στάδιο της βασικής εκπαίδευσης (%)	Κατώτερη δευτεροβάθμια ή δεύτερο στάδιο βασικής εκπαίδευσης (%)	Ανώτερη δευτεροβάθμια εκπαίδευση (%)	Μετα δευτεροβάθμια μη τριτοβάθμια εκπαίδευση (%)	Πρώτο στάδιο τριτοβάθμιας εκπαίδευσης το οποίο οδηγεί σε ανώτερο ερευνητικό τίτλο σπουδών (%)	Δεύτερο στάδιο τριτοβάθμιας εκπαίδευσης το οποίο οδηγεί σε ανώτερο ερευνητικό τίτλο σπουδών (%)
Κάποιοι	28,8	27,9	18,1	15,3	13,5	11,5	11,4
Έντονοι	25,9	16,0	9,6	6,4	4,2	3,9	2,7
Κανένας	45,4	56,1	72,4	78,3	82,3	84,7	85,9

Πηγή: Eurostat data navigation tree, στοιχεία της Έρευνας Εισοδήματος και Συνθηκών Διαβίωσης της Ευρωπαϊκής Ένωσης (EU-SILC).

Όμως, για μία ακόμη φορά, τα συνολικά στοιχεία για την Ευρωπαϊκή Ένωση δεν μπορούν να δείξουν τις διαφοροποιήσεις που υφίστανται μεταξύ των χωρών καθώς και στο εσωτερικό τους σε σχέση με τις δύο μεταβλητές (περιορισμός δραστηριοτήτων και επίπεδο τυπικής εκπαίδευσης). Αν λάβουμε ως πρώτη περίπτωση τη σύγκριση μεταξύ

των απαντήσεων των ερωτώμενων στη Βουλγαρία και τη Γερμανία βλέπουμε πρωτίστως ότι στην περίπτωση της Γερμανίας τα άτομα δηλώνουν μεγαλύτερο βαθμό περιορισμού δραστηριοτήτων και σε όλα τα επίπεδα τυπικής εκπαίδευσης σε σχέση με τη Βουλγαρία (Πίνακας 25). Επίσης, είναι επίσης σημαντικό να παρατηρήσουμε ότι για μία ακόμη φορά η ανισοκατανομή του περιορισμού των δραστηριοτήτων κατα εκπαιδευτικό επίπεδο είναι πιο μικρή στη Γερμανία από ότι στη Βουλγαρία, με μόνη επιφύλαξη την μη ύπαρξη διαθέσιμων στατιστικών στοιχείων για την προ-πρωτοβάθμια εκπαίδευση για τη περίπτωση της Γερμανίας (βλέπε Πίνακα 25).

ΠΙΝΑΚΑΣ 25 Περιορισμός δραστηριοτήτων και επίπεδο εκπαίδευσης στο σύνολο των ηλικιών στη Βουλγαρία και τη Γερμανία (2010)*

Επίπεδο Εκπαίδευσης

Χώρες	Επίπεδο περιορισμού δραστηριοτήτων	Προ-πρωτοβάθμια εκπαίδευση (%)	Πρωτοβάθμια εκπαίδευση ή πρώτο στάδιο της βασικής εκπαίδευσης (%)	Κατώτερη δευτεροβάθμια ή δεύτερο στάδιο βασικής εκπαίδευσης (%)	Ανώτερη δευτεροβάθμια εκπαίδευση (%)	Μετα δευτεροβάθμια μη τριτοβάθμια εκπαίδευση (%)	Πρώτο στάδιο τριτοβάθμιας εκπαίδευσης το οποίο οδηγεί απευθείας σε ανώτερο ερευνητικό τίτλο σπουδών (%)	Δεύτερο στάδιο τριτοβάθμιας εκπαίδευσης το οποίο οδηγεί σε ανώτερο ερευνητικό τίτλο σπουδών (%)
Βουλγαρία	Κάποιοι	17,9	22,7	17,3	8,7	12,3	7,4	12,1
	Έντονοι	5,8	8,9	5,9	2,4	4,6	2,2	1,8
	Κανένας	76,3	68,4	76,8	88,9	83,2	90,4	86,1
Γερμανία	Κάποιοι	:*	21,3	23,5	23,1	13,3	19,4	15,0
	Έντονοι	:	19,4	15,1	10,5	4,5	6,1	4,1
	Κανένας	:	59,3	61,5	66,4	82,2	74,5	80,9

* Δεν υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία

Πηγή: Eurostat data navigation tree, στοιχεία της Έρευνας Εισοδήματος και Συνθηκών Διαβίωσης της Ευρωπαϊκής Ένωσης (EU-SILC).

Όσον αφορά τις χώρες του Μεσογειακού Νότου μπορούμε να παρατηρήσουμε ότι στην Κύπρο και την Ελλάδα υφίστανται οι μεγαλύτερες ανισότητες στην κατανομή του περιορισμού των δραστηριοτήτων ανά επίπεδο τυπικής εκπαίδευσης: α) στην Κύπρο το 53,2% των ατόμων που δεν ολοκλήρωσε την πρωτοβάθμια εκπαίδευση δήλωσε ότι βιώνει περιορισμούς στις καθημερινές του δραστηριότητες σε σχέση με 6,9% για τα άτομα που ολοκλήρωσαν το πρώτο στάδιο της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης β) στην Ελλάδα το 65,2% των ατόμων που δεν ολοκλήρωσε την πρωτοβάθμια εκπαίδευση

δήλωσε ότι βιώνει περιορισμούς στις καθημερινές του δραστηριότητες σε σχέση με 9,4% για τα άτομα που ολοκλήρωσαν το δεύτερο στάδιο της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (Πίνακας 26).

Η έλλειψη ορισμένων διαθέσιμων στοιχείων για Ισπανία και Πορτογαλία δεν επιτρέπει πολύ ασφαλείς συγκρίσεις, εντούτοις αυτό που μπορεί να επισημανθεί και για τις άλλες τρεις χώρες της Μεσογείου είναι ότι ο περιορισμός των δραστηριοτήτων κατανέμεται άνισα κατά εκπαιδευτικό επίπεδο, αν και όχι σε τόσο μεγάλο βάθος όσο στη Κύπρο και την Ελλάδα (βλέπε Πίνακα 26).

ΠΙΝΑΚΑΣ 26 Περιορισμός δραστηριοτήτων και επίπεδο εκπαίδευσης στο σύνολο των ηλικιών στις χώρες του Μεσογειακού Νότου (2010)

Επίπεδο εκπαίδευσης

Χώρες	Επίπεδο περιορισμού δραστηριοτήτων	Προ-πρωτοβάθμια εκπαίδευση (%)	Πρωτοβάθμια εκπαίδευση ή πρώτο στάδιο της βασικής εκπαίδευσης (%)	Κατώτερη δευτεροβάθμια ή δεύτερο στάδιο βασικής εκπαίδευσης (%)	Ανώτερη δευτεροβάθμια εκπαίδευση (%)	Μετα δευτεροβάθμια μη τριτοβάθμια εκπαίδευση (%)	Πρώτο στάδιο τριτοβάθμιας εκπαίδευσης το οποίο δεν οδηγεί απευθείας σε ανώτερο ερευνητικό τίτλο σπουδών (%)	Δεύτερο στάδιο τριτοβάθμιας εκπαίδευσης το οποίο οδηγεί σε ανώτερο ερευνητικό τίτλο σπουδών (%)
Κύπρος	Κάποιοι	30,0	21,3	8,3	8,5	13,6	4,8	4,8
	Έντονοι	23,2	16,3	5,8	47	5,4	2,1	:
	Κανένας	46,9	62,4	85,9	86,8	81,0	93,0	95,2
Ελλάδα	Κάποιοι	32,1	20,5	7,5	6,2	2,3	3,3	7,9
	Έντονοι	33,1	13,9	5,3	4,1	1,8	1,9	1,5
	Κανένας	34,8	65,7	87,2	89,7	95,9	94,8	90,5
Ισπανία	Κάποιοι	:*	29,4	15,4	11,7	13,1	8,3	10,9
	Έντονοι	:	9,7	3,4	2,2	0,8	2,2	0,8
	Κανένας	:	60,8	81,2	86,1	86,1	89,5	88,3
Ιταλία	Κάποιοι	30,3	27,7	12,2	8,9	10,1	7,8	4,8
	Έντονοι	21,3	14,5	4,1	2,6	2,2	2,0	0,7
	Κανένας	48,5	57,9	83,7	88,4	87,7	90,2	94,6
Πορτογαλία	Κάποιοι	:	28,5	14,0	8,4	4,7	10,0	7,3
	Έντονοι	:	12,2	2,7	2,0	:	1,5	0,9
	Κανένας	:	59,3	83,3	89,7	95,3	88,5	91,8

* Δεν υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία

Πηγή: Eurostat data navigation tree, στοιχεία της Έρευνας Εισοδήματος και Συνθηκών Διαβίωσης της Ευρωπαϊκής Ένωσης (EU-SILC).

2.3 Επάγγελμα, κατάσταση απασχόλησης και επίπεδο υγείας

Η επαγγελματική κατάσταση ή/και κατάσταση απασχόλησης συνδέεται με πολλούς, και συχνά διαπλεκόμενους τρόπους με το επίπεδο υγείας ενός ατόμου. Στον σύντομο χώρο τον οποίο διαθέτουμε για ανάλυση στην παρούσα διπλωματική θα αναφερθούμε εντελώς επιγραμματικά στην έννοια της επαγγελματικής κατάστασης ως μέρος μίας ευρύτερης κοινωνικοεπαγγελματικής κατηγοριοποίησης, στην διασύνδεση μεταξύ ανεργίας και υγείας και στην έννοια της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Βέβαια, η ανάλυσή μας θα είναι σύντομη και συνοπτική και πολύ πιθανόν να μην μπορέσουμε να εντοπίσουμε και να αναδείξουμε σημαντικά σημεία, καθώς το συγκεκριμένο ζήτημα στην πλήρη του διάσταση μπορεί να αποτελέσει ένα αυτούσιο θέμα μελέτης. Παρόλα αυτά, θεωρούμε ότι έχουμε λάβει δύο σημαντικές διαστάσεις στην ανάλυση μας: το επάγγελμα ως μέρος του κοινωνικού επιπέδου (social status) και την ανεργία ως αρνητικό προσδιοριστικό παράγοντα της υγείας.

Οι τρεις αυτές διαστάσεις θα απεικονισθούν μόνο θεωρητικά, ενώ μέσω στοιχείων της Έρευνας Εισοδήματος και Συνθηκών Διαβίωσης (EU-SILC) θα αναλύσουμε τις τρεις μεταβλητές-διαστάσεις του επιπέδου υγείας με την κατάσταση απασχόλησης.

2.3.1 Επάγγελμα και κοινωνικό επίπεδο σε συνάρτηση με το επίπεδο υγείας

Πρωτίστως, η επαγγελματική κατηγορία του ατόμου συνδέεται με το επίπεδο υγείας του μέσω των μισθολογικών και μη-μισθολογικών απολαβών του (βλέπε υποενότητα 2.2.1). Όμως το ερώτημα που ίσως γεννάται είναι το εάν η επαγγελματική κατηγορία προσδιορίζει κατα μόνας το που και ενδεχομένως το πως κατατάσσεται το άτομο στην κλίμακα της κοινωνικής ιεραρχίας, καθώς η κατάταξη αυτή προσδιορίζει πιο ολιστικά τη σύνδεση μεταξύ των κοινωνικών μεταβλητών και των μεταβλητών υγείας.

Στις περισσότερες έρευνες που ακολούθησαν την Έκθεση Black στο Ηνωμένο Βασίλειο, η ταξινόμηση των επαγγελματικών κατηγοριών γίνεται ως εξής:⁸⁸ **Τάξη I** επαγγελματίες, **Τάξη II** διευθυντικά και τεχνικά επαγγέλματα, **Τάξη III** μη-χειρώνακτες

⁸⁸ McFadden E., Luben R., Bingham S., Wareham N., Kinmonth A.-L., Khaw K.-T., «Does the association between self-rated health and mortality vary by social class?», (2009), *Social Science and Medicine*, Elsevier Publications, 68, pp. 275-280.

και χειρώνακτες ειδικευμένοι εργάτες, **Τάξη IV** ημειδικευμένοι εργάτες και **Τάξη V** ανειδίκευτοι χειρώνακτες εργάτες. Η συγκεκριμένη κατηγοριοποίηση λειτουργεί ως μία «απεικόνιση» της κοινωνικής τάξης του ατόμου. Παρ'όλα αυτά, θεωρούμε ότι παρότι εμφανίζει ισχυρές στατιστικές σχέσεις είναι ατελής καθώς δεν λαμβάνει το φύλο, τη φυλή, το εκπαιδευτικό επίπεδο και το εισόδημα ως μεταβλητές και έτσι δυσχεραίνεται η θεωρητική και εμπειρική απεικόνιση της κοινωνικής διαφοροποίησης.

Έχει δειχθεί από τις αρχές της δεκαετίας του '80 μέσω της Έκθεσης Black ότι το επίπεδο υγείας κατανέμεται άνισα κατά κοινωνικοεπαγγελματική κατηγορία, αλλά όπως ήδη αναφέραμε η ανάλυση των ανισοτήτων υγείας αποκλειστικά με όρους κοινωνικών τάξεων, με βάση της σχετικής κατηγοριοποίησης το επάγγελμα, δεν επιτυγχάνει να διερευνήσει τις διαστάσεις των ανισοτήτων που εκπορεύουν από την κοινωνική διαφοροποίηση (φύλο, φυλή, εκπαιδευτικό επίπεδο, εισόδημα).

2.3.2 Ανεργία και υγεία

Η ανεργία επιδρά αρνητικά τόσο στη σωματική όσο και στη ψυχική υγεία του ατόμου, καθώς η αμοιβόμενη απασχόληση επιτελεί τον ρόλο είτε της εκπλήρωσης των κοινωνικών προσδοκιών και κανονιστικοτήτων που εναποτίθενται από την κοινωνία στο άτομα, είτε της εκπλήρωσης των ψυχικών και συναισθηματικών αναγκών⁸⁹ του ατόμου υπό μία εσωτερικότερη διεργασία. Τα άνεργα άτομα δηλαδή βιώνουν ένα διττό ψυχολογικό και κοινωνικό βάρος το οποίο προέρχεται τόσο από τις κοινωνικές νόρμες όσο και από τον εσωτερικό τους ψυχισμό ως προσπάθεια ανταπόκρισης στις νόρμες αυτές.

Αναφορικά με την ψυχική υγεία, μειωμένα επίπεδα ψυχικής ευεξίας διαπιστώθηκαν σε όλες τις μελέτες που συνέκριναν άνεργους με εργαζόμενους στις περιπτώσεις και των δύο φύλων σε όλες τις ηλικίες.⁹⁰

Χαρακτηριστική είναι η περίπτωση των νέων ανέργων που ενώ δεν παρουσίαζαν χαμηλούς δείκτες ψυχικής υγείας όσο ήταν ακόμη μαθητές, εμφάνισαν ψυχικές διαταραχές όταν μετέβησαν στη κατάσταση της ανεργίας, ενώ εν συνεχεία, όταν βρήκαν

⁸⁹ Οικονόμου Β. Αθηνά, *Διδακτορική Διατριβή: Κοινωνικές, Οικονομικές και Επαγγελματικές Διαστάσεις στην Κατάσταση της Υγείας και στη Ζήτηση Υπηρεσιών Υγείας των Μελών του Εργατικού Δυναμικού στις Χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης*, Θεσσαλονίκη, Πανεπιστήμιο Μακεδονίας Τμήμα Οικονομικών Επιστημών, Ιανουάριος 2008.

⁹⁰ Τούντας Γεώργιος, *Κοινωνία και υγεία*, Αθήνα (Εκδόσεις Νέα υγεία) 2000.

ξανά δουλειά, η ψυχική τους υγεία φάνηκε να αποκαταστάθηκε. Στην Ελλάδα, όπου η ανεργία έχει αυξηθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια, οι επιπτώσεις στην υγεία αποκτούν σοβαρές διαστάσεις,⁹¹ ενώ τεράστια διάσταση έχουν λάβει στη χώρα μας και οι αυτοκτονίες εξαιτίας επαγγελματικών, κοινωνικοοικονομικών αδιεξόδων στα χρόνια της οικονομικής κρίσης που βιώνουμε.

2.3.3 Υποκειμενική κατάσταση υγείας και κατάσταση απασχόλησης στην Ευρωπαϊκή Ένωση

Ξεκινώντας τη διερεύνηση αναφορικά με τα στοιχεία του συνόλου της Ευρωπαϊκής Ένωσης, παρατηρούμε ότι οι εργαζόμενοι εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά πολύ καλής και καλής κατάστασης υγείας σε σχέση με τους άνεργους (Πίνακας 27). Επίσης, τα μη-ενεργά άτομα (ίσως τα άτομα που σταμάτησαν την αναζήτηση εργασίας ή τα μη-ικανά προς εργασία άτομα) εμφανίζουν τα υψηλότερα επίπεδα κακής και πολύ κακής υποκειμενικής κατάστασης υγείας, με εξαίρεση τους συνταξιούχους (Πίνακας 27). Αυτό ίσως οφείλεται στο γεγονός ότι η αποθάρρυνση από την αναζήτηση εργασίας καθώς και η ολική μη απασχόληση και εργασία συνδέεται με σωματικές αλλά κυρίως ψυχικές (και ψυχοσωματικές) παθήσεις.

Τα υψηλά ποσοστά κακής και πολύ κακής υποκειμενικής κατάστασης υγείας στην κατηγορία των συνταξιούχων οφείλονται κατά ένα μεγάλο μέρος στην ηλικία των ατόμων, και έτσι δεν εκλαμβάνεται η συγκεκριμένη κατηγορία απασχόλησης ως σημαντικός παράγοντας διαφοροποίησης της αυτοαξιολόγησης του επιπέδου υγείας των ατόμων.

Βέβαια, τα στοιχεία του συνόλου της Ε.Ε. δεν είναι ικανά να δείξουν τις διαφοροποιήσεις που υφίστανται μεταξύ των χωρών και στο εσωτερικό αυτών. Ξεκινώντας πάλι από τα παραδείγματα της Βουλγαρίας και της Γερμανίας, παρατηρούμε πρωτίστως ότι οι εργαζόμενοι όντως αυτοαξιολογούν το επίπεδο υγείας τους ως καλύτερο σε σχέση με τους άνεργους και στις δύο χώρες (βλέπε Πίνακα 28). Επίσης, στη Βουλγαρία τα μη-ενεργά άτομα εμφανίζουν χαμηλότερα επίπεδα αυτοαξιολόγησης της υγείας τους σε σχέση με όλες τις άλλες κατηγορίες απασχολούμενων (πλην των

⁹¹ Τούντας Γεώργιος, *Κοινωνία και υγεία*, Αθήνα (Εκδόσεις Νέα υγεία) 2000.

συνταξιούχων), ενώ στη Γερμανία οι άνεργοι είναι αυτοί που αξιολογούν το επίπεδο υγείας τους ως χειρότερο (αναλυτικότερα βλέπε Πίνακα 28). Τέλος, οι άνεργοι στη Γερμανία δήλωσαν σημαντικά χειρότερα επίπεδα κατάστασης υγείας από ότι οι άνεργοι στη Βουλγαρία (Πίνακας 28).

ΠΙΝΑΚΑΣ 27 Υποκειμενική κατάσταση υγείας και απασχόληση στην Ευρωπαϊκή Ένωση (2010)

Υποκειμενική κατάσταση υγείας	Απασχόληση			
	Εργαζόμενοι (%)	Άνεργοι (%)	Συνταξιούχοι (%)	Μη-ενεργά άτομα (%)
Πολύ καλή	27,8	20,3	6,2	29,2
Καλή	54,4	47,2	32,1	38,3
Μέτρια	15,3	23,3	40,9	19,0
Κακή	2,3	7,8	16,5	10,3
Πολύ κακή	0,2	1,4	4,3	3,2

Πηγή: Eurostat data navigation tree, στοιχεία της Έρευνας Εισοδήματος και Συνθηκών Διαβίωσης της Ευρωπαϊκής Ένωσης (EU-SILC).

Αναφορικά με τις χώρες του Μεσογειακού Νότου μπορούμε να παρατηρήσουμε τα κάτωθι: και στις πέντε χώρες τα μη-ενεργά άτομα εμφανίζουν πολύ μεγαλύτερα ποσοστά κακής και πολύ κακής κατάστασης υγείας από ότι οι υπόλοιπες κατηγορίες (με εξαίρεση τους συνταξιούχους όπου παίζει ισχυρό ρόλο η επίδραση της ηλικίας και την εξαίρεση της Κύπρου όπου είναι σχετικά μικρότερη η απόκλιση). Είναι χαρακτηριστικό το παράδειγμα της Πορτογαλίας όπου τα άνεργα άτομα αυτοαξιολόγησαν την υγεία τους ως κακή και πολύ κακή σε ποσοστό 14,9% σε σύγκριση με τα μη-ενεργά άτομα που αυτοαξιολόγησαν την υγεία τους ως κακή και πολύ κακή σε ποσοστό 25,7% (βλέπε Πίνακα 29).

Επιπρόσθετα, στην Κύπρο παρατηρούμε ότι οι άνεργοι αυτοαξιολογούν την υγεία τους ως πολύ καλή και καλή σε ποσοστό 79,4% ενώ τα μη-ενεργά άτομα σε ποσοστό 80,1%, και οι δύο κατηγορίες αυτές προσεγγίζουν κατα πολύ την κατηγορία των εργαζόμενων – απασχολούμενων (85,8% των εργαζόμενων αυτοαξιολόγησαν την υγεία τους ως πολύ καλή και καλή – βλέπε Πίνακα 29). Τέλος, η μεγαλύτερη διαφοροποίηση στην υποκειμενική κατάσταση υγείας σύμφωνα με την κατάσταση απασχόλησης παρατηρείται στην Πορτογαλία: μόλις το 6,8% των εργαζόμενων χαρακτήρισε την κατάσταση υγείας του ως πολύ κακή και κακή σε σχέση με το 14,9% των ανέργων και το

25,7% των μη-ενεργών ατόμων (Πίνακας 29). Στην περίπτωση της χώρας μας η κατανομή ακολουθεί το ίδιο «πρότυπο» αν και με μικρότερη διαφοροποίηση: το 1,8% των εργαζόμενων χαρακτηρίζει το επίπεδο υγείας του ως πολύ κακό και κακό σε σχέση με το 4,2% των ανέργων και το 11,2% των μη-ενεργών ατόμων (Πίνακας 29).

ΠΙΝΑΚΑΣ 28 Υποκειμενική κατάσταση υγείας και απασχόληση στη Βουλγαρία και τη Γερμανία (2010)

	Κατάσταση Απασχόλησης	Εργαζόμενοι (%)	Άνεργοι (%)	Συνταξιούχοι (%)	Μη-ενεργά άτομα (%)
Υποκειμενική κατάσταση υγείας	Χώρες				
Πολύ καλή	Βουλγαρία	20,3	18,4	0,3	46,4
Καλή		65,6	58,7	20,2	35,0
Μέτρια		11,8	16,7	45,4	7,2
Κακή		2,2	5,2	26,7	8,2
Πολύ κακή		0,1	1,1	7,4	3,2
Πολύ καλή	Γερμανία	20,5	9,0	3,0	27,6
Καλή		57,8	37,8	35,2	44,1
Μέτρια		19,0	35,1	46,5	17,7
Κακή		2,6	14,8	12,8	8,1
Πολύ κακή		0,3	3,3	2,5	2,4

Πηγή: Eurostat data navigation tree, στοιχεία της Έρευνας Εισοδήματος και Συνθηκών Διαβίωσης της Ευρωπαϊκής Ένωσης (EU-SILC).

2.3.4 Χρόνιο πρόβλημα υγείας και κατάσταση απασχόλησης στην Ευρωπαϊκή Ένωση

Για να μπορέσουμε να έχουμε μία κάπως πληρέστερη εικόνα της σύνδεσης επιπέδου υγείας με την κατάσταση απασχόλησης, θα πρέπει να ανατρέξουμε στα στατιστικά δεδομένα που καταδεικνύουν την κατανομή του χρόνιου προβλήματος υγείας σύμφωνα με την κατάσταση απασχόλησης.

Για το σύνολο της Ε.Ε., παρατηρούμε ότι όπως αναμένεται βάσει της επίδρασης της ηλικίας πάνω από τους μισούς συνταξιούχους (το 57,7%) δήλωσε ότι πάσχει από χρόνιο πρόβλημα υγείας (Πίνακας 30).

ΠΙΝΑΚΑΣ 29 Υποκειμενική κατάσταση υγείας και απασχόληση στις χώρες του Μεσογειακού Νότου (2010)

	Κατάσταση Απασχόλησης	Εργαζόμενοι (%)	Άνεργοι (%)	Συνταξιούχοι (%)	Μη-ενεργά άτομα (%)
Υποκειμενική κατάσταση υγείας	Χώρες				
Πολύ καλή	Κύπρος	50,3	47,3	7,1	55,8
Καλή		35,5	32,1	26,0	24,3
Μέτρια		12,1	16,1	37,5	12,9
Κακή		1,8	3,4	22,1	5,0
Πολύ κακή		0,3	1,2	7,3	2,0
Πολύ καλή	Ελλάδα	65,5	58,1	9,5	52,3
Καλή		26,0	26,9	29,2	21,7
Μέτρια		6,8	10,8	34,1	14,9
Κακή		1,5	3,3	19,1	7,2
Πολύ κακή		0,3	0,9	8,1	4,0
Πολύ καλή	Ισπανία	21,1	19,6	4,9	17,2
Καλή		65,1	57,7	35,0	42,3
Μέτρια		12,2	18,6	39,1	25,1
Κακή		1,5	3,5	16,1	11,1
Πολύ κακή		0,2	0,6	4,9	4,4
Πολύ καλή	Ιταλία	17,2	24,0	2,7	18,2
Καλή		65,7	54,7	31,8	44,6
Μέτρια		14,7	15,7	45,4	23,7
Κακή		2,1	4,8	15,7	10,0
Πολύ κακή		0,2	0,8	4,4	3,4
Πολύ καλή	Πορτογαλία	8,8	6,6	0,7	11,1
Καλή		56,2	44,7	12,0	40,6
Μέτρια		28,3	33,8	40,0	22,6
Κακή		6,0	12,7	35,5	20,9
Πολύ κακή		0,8	2,2	11,7	4,8

Πηγή: Eurostat data navigation tree, στοιχεία της Έρευνας Εισοδήματος και Συνθηκών Διαβίωσης της Ευρωπαϊκής Ένωσης (EU-SILC).

Όμως είναι σημαντικό να τονιστεί ότι για μία ακόμη φορά οι εργαζόμενοι εμφανίζουν καλύτερο επίπεδο υγείας τόσο από τους άνεργους όσο και από τα μη-ενεργά άτομα: το 19,6% των εργαζόμενων για το σύνολο της Ε.Ε δήλωσε ότι πάσχει από χρόνια πάθηση, σε σχέση με το 28,7% των ανέργων και το 32,1% των μη-ενεργών (Πίνακας 30).

Στις περιπτώσεις της Βουλγαρίας και της Γερμανίας, παρατηρούμε ότι η ύπαρξη χρόνιου προβλήματος υγείας είναι άνισα κατανομημένη κατα κατάσταση απασχόλησης και στις δύο χώρες. Στη Βουλγαρία, η κατονομή ακολουθεί μία γραμμική πορεία ενώ στη Γερμανία οι άνεργοι επηρεάζονται περισσότερο από τα μη-ενεργά άτομα σχετικά με την εμφάνιση χρόνιας πάθησης (45,6% και 30,2% αντιστοίχως – βλέπε Πίνακα 31). Τέλος, στην Βουλγαρία σε όλες τις κατηγορίες κατάστασης απασχόλησης τα άτομα δηλώνουν σε πολύ μικρότερα ποσοστά χρόνια προβλήματα υγείας από ότι στη Γερμανία.

ΠΙΝΑΚΑΣ 30 Χρόνιο πρόβλημα υγείας και απασχόληση στην Ευρωπαϊκή Ένωση (2010)

Κατάσταση απασχόλησης	Εργαζόμενοι (%)*	Άνεργοι (%)	Συνταξιούχοι (%)	Μη-ενεργά άτομα (%)
	19,6	28,7	57,7	32,1

*Ποσοστό των ατόμων που δήλωσε ότι πάσχει από χρόνια πάθηση

Πηγή: Eurostat data navigation tree, στοιχεία της Έρευνας Εισοδήματος και Συνθηκών Διαβίωσης της Ευρωπαϊκής Ένωσης (EU-SILC).

ΠΙΝΑΚΑΣ 31 Χρόνιο πρόβλημα υγείας και απασχόληση στη Βουλγαρία και τη Γερμανία (2010)

Κατάσταση απασχόλησης	Εργαζόμενοι (%)*	Άνεργοι (%)	Συνταξιούχοι (%)	Μη-ενεργά άτομα (%)
Χώρες				
Βουλγαρία	7,8	9,6	46,7	14,6
Γερμανία	23,9	45,6	63,4	30,2

*Ποσοστό των ατόμων που δήλωσε ότι πάσχει από χρόνια πάθηση

Πηγή: Eurostat data navigation tree, στοιχεία της Έρευνας Εισοδήματος και Συνθηκών Διαβίωσης της Ευρωπαϊκής Ένωσης (EU-SILC).

Αναφορικά με τις χώρες του Μεσογειακού Νότου έχουμε να παρατηρήσουμε τα κάτωθι: και στις πέντε χώρες οι εργαζόμενοι-απασχολούμενοι εμφανίζουν τα χαμηλότερα ποσοστά ύπαρξης χρόνιων παθήσεων από ότι οι υπόλοιπες κατηγορίες καταστάσεων απασχόλησης. Εξαιρώντας το παράδειγμα της Κύπρου, στις υπόλοιπες τέσσερις χώρες τα μη-ενεργά άτομα εμφανίζουν σχεδόν διπλάσια ή και τριπλάσια ποσοστά (Ελλάδα) ύπαρξης χρόνιων παθήσεων από ότι οι εργαζόμενοι (βλέπε επ'αυτού καθώς και αναλυτικότερα στοιχεία τον Πίνακα 32).

ΠΙΝΑΚΑΣ 32 Χρόνιο πρόβλημα υγείας και απασχόληση στις χώρες του Μεσογειακού Νότου (2010)

Κατάσταση απασχόλησης	Εργαζόμενοι (%)*	Άνεργοι (%)	Συνταξιούχοι (%)	Μη-ενεργά άτομα (%)
Χώρες				
Ελλάδα	8,0	12,3	57,4	24,2
Ισπανία	17,8	22,8	57,2	40,7
Ιταλία	12,8	14,5	41,3	25,4
Κύπρος	23,8	26,4	76,8	25,9
Πορτογαλία	18,0	30,8	66,1	37,6

*Ποσοστό των ατόμων που δήλωσε ότι πάσχει από χρόνια πάθηση

Πηγή: Eurostat data navigation tree, στοιχεία της Έρευνας Εισοδήματος και Συνθηκών Διαβίωσης της Ευρωπαϊκής Ένωσης (EU-SILC).

2.3.5 Περιορισμός δραστηριοτήτων και κατάσταση απασχόλησης στην Ευρωπαϊκή Ένωση

Η τρίτη μεταβλητή υγείας που θα εξετάσουμε αφορά στον περιορισμό των δραστηριοτήτων εξαιτίας προβλήματος υγείας. Πιο συγκεκριμένα, θα εξετάσουμε το πως κατανέμεται η μεταβλητή του περιορισμού των δραστηριοτήτων σύμφωνα με την κατάσταση απασχόλησης.

Για το σύνολο της Ευρωπαϊκής Ένωσης, παρατηρούμε ότι οι εργαζόμενοι εμφανίζουν τα χαμηλότερα ποσοστά εμφάνισης δυσκολιών που περιορίζουν τις καθημερινές τους δραστηριότητες (12,6% - βλέπε σχετικά Πίνακα 33), κάτι που επιβεβαιώνει τα ευρήματα και των έτερων δύο μεταβλητών υγείας σε σχέση με την κατάσταση απασχόλησης. Επίσης, όπως αναμένεται εξαιτίας της επίδρασης της ηλικίας οι συνταξιούχοι εμφανίζουν τα μεγαλύτερα ποσοστά περιορισμού των καθημερινών τους δραστηριοτήτων ενώ τα μη-ενεργά άτομα «επιβαρύνονται» ακόμη περισσότερο από τους άνεργους: το 28,2% των μη-ενεργών ατόμων αντιμετωπίζει περιορισμούς στις καθημερινές του δραστηριότητες σε σχέση με το 23,6% των ανέργων (αναλυτικότερα Πίνακας 33).

Προχωρώντας και συγκρίνοντας τη Βουλγαρία με τη Γερμανία μπορούμε να παρατηρήσουμε ότι: α) οι άνεργοι στη Γερμανία εμφανίζουν μεγαλύτερο συνολικό ποσοστό περιορισμού δραστηριοτήτων από τα μη-ενεργά άτομα, β) τα μη-ενεργά άτομα στη Βουλγαρία βιώνουν σε αρκετά μικρότερο ποσοστό περιορισμούς στις καθημερινές τους δραστηριότητες από ότι στη Γερμανία (13,8% και 28,0% αντίστοιχα) και γ) οι

ερωτώμενοι στη Βουλγαρία αντιμετώπιζαν λιγότερους περιορισμούς στις καθημερινές τους δραστηριότητες σε όλες τις κατηγορίες καταστάσεων απασχόλησης σε σχέση με τη Γερμανία (αναλυτικά Πίνακας 34).

Τέλος, συγκρίνοντας τις χώρες του Μεσογειακού Νότου μπορούμε να παρατηρήσουμε τα εξής: η Κύπρος εμφανίζει μαζί με την Ελλάδα τα χαμηλότερα επίπεδα περιορισμού δραστηριοτήτων ενώ η Πορτογαλία εμφανίζει τα υψηλότερα επίπεδα περιορισμού δραστηριοτήτων σε όλες τις κατηγορίες κατάστασης απασχόλησης (Πίνακας 35). Τα μη-ενεργά άτομα στην Πορτογαλία εμφανίζουν τα υψηλότερα ποσοστά περιορισμού δραστηριοτήτων (36,2% συνολικά) ενώ ακολουθούν «κατά πόδας» τα μη-ενεργά άτομα στην Ισπανία (35,7% συνολικά – βλέπε Πίνακα 35). Εν γένει, μπορούμε να παρατηρήσουμε ότι και στις πέντε χώρες οι εργαζόμενοι εμφανίζουν τα χαμηλότερα επίπεδα περιορισμού δραστηριοτήτων, ενώ αντιθέτως τα μη-ενεργά άτομα εμφανίζουν ακόμη υψηλότερα ποσοστά περιορισμού δραστηριοτήτων από τους άνεργους σε όλες τις χώρες πλην της Κύπρου (βλέπε αναλυτικότερα Πίνακα 35). Στην κατηγορία των συνταξιούχων η επίδραση της ηλικίας αποδεικνύεται και πάλι πολύ σημαντική, καθώς εμφανίζουν τα υψηλότερα ποσοστά περιορισμού δραστηριοτήτων ως κατηγορία κατάστασης απασχόλησης στο εσωτερικό των χωρών.

ΠΙΝΑΚΑΣ 33 Περιορισμός δραστηριοτήτων εξαιτίας προβλήματος υγείας και κατάσταση απασχόλησης στην Ευρωπαϊκή Ένωση (2010)

Περιορισμός δραστηριοτήτων	Κάποιος	Έντονοι	Κανένας
Κατάσταση Απασχόλησης			
Εργαζόμενοι (%)	10,4	2,2	87,4
Άνεργοι (%)	16,4	7,2	76,4
Συνταξιούχοι(%)	31,6	18,0	50,4
Μη-ενεργά άτομα (%)	16,3	11,9	71,7

Πηγή: Eurostat data navigation tree, στοιχεία της Έρευνας Εισοδήματος και Συνθηκών Διαβίωσης της Ευρωπαϊκής Ένωσης (EU-SILC).

ΠΙΝΑΚΑΣ 34 Περιορισμός δραστηριοτήτων εξαιτίας προβλήματος υγείας και κατάσταση απασχόλησης στη Βουλγαρία και τη Γερμανία (2010)

	Κατάσταση Απασχόλησης	Εργαζόμενοι (%)	Άνεργοι (%)	Συνταξιο ύχοι(%)	Μη-ενεργά άτομα (%)
Περιορισμός δραστηριοτήτων	Χώρες				
Κάποιος	Βουλγαρία	4,6	7,4	28,3	8,7
Έντονοι		0,5	1,8	10,4	5,1
Κανένας		94,9	90,8	61,3	86,3
Κάποιος	Γερμανία	15,3	25,5	38,5	14,4
Έντονοι		3,5	20,2	20,0	13,6
Κανένας		81,2	54,4	41,5	72,0

Πηγή: Eurostat data navigation tree, στοιχεία της Έρευνας Εισοδήματος και Συνθηκών Διαβίωσης της Ευρωπαϊκής Ένωσης (EU-SILC).

ΠΙΝΑΚΑΣ 35 Περιορισμός δραστηριοτήτων εξαιτίας προβλήματος υγείας και κατάσταση απασχόλησης στις χώρες του μεσογειακού Νότου (2010)

	Κατάσταση Απασχόλησης	Στο σύνολο (%)	Εργαζόμενοι (%)	Άνεργοι (%)	Συνταξιο ύχοι(%)	Μη-ενεργά άτομα (%)
Περιορισμός δραστηριοτήτων	Χώρες					
Κάποιος	Κύπρος	11,2	7,8	12,2	27,3	7,8
Έντονοι		7,3	2,4	7,3	24,0	7,4
Κανένας		81,5	89,8	80,5	48,7	84,8
Κάποιος	Ελλάδα	10,8	4,0	6,7	27,7	10,3
Έντονοι		8,2	1,3	2,8	23,0	10,0
Κανένας		81,1	94,8	90,5	49,3	79,7
Κάποιος	Ισπανία	17,6	9,4	13,6	37,2	24,3
Έντονοι		5,6	1,3	2,3	12,7	11,4
Κανένας		76,9	89,3	84,2	50,2	64,3
Κάποιος	Ιταλία	14,3	7,3	9,0	28,4	15,8
Έντονοι		6,2	1,3	2,5	13,3	9,2
Κανένας		79,5	91,4	88,5	58,3	75,0
Κάποιος	Πορτογαλία	22,1	12,9	23,3	40,7	22,7
Έντονοι		9,4	1,9	5,8	23,5	13,5
Κανένας		68,6	85,3	70,9	35,8	63,8

Πηγή: Eurostat data navigation tree, στοιχεία της Έρευνας Εισοδήματος και Συνθηκών Διαβίωσης της Ευρωπαϊκής Ένωσης (EU-SILC).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 Κοινωνικές ανισότητες στην υγεία και κατάσταση υγείας στην Ελλάδα μέσω της επεξεργασίας των στοιχείων της Εθνικής Έρευνας Υγείας 2009

3.1 Οι κύριοι στόχοι των ερευνών υγείας

Ο κύριος στόχος των ερευνών υγείας του πληθυσμού είναι να παρέχουν μία περιγραφή της κατάστασης υγείας του. Ο σκοπός είναι να αποκτηθούν πληροφορίες για τις εμπειρίες υγείας, για την ποσότητα χρήσης των υγειονομικών υπηρεσιών, και για τον τρόπο με τον οποίο τα άτομα φροντίζουν για το επίπεδο υγείας τους υιοθετώντας έναν συγκεκριμένο τρόπο ζωής ή βασιζόμενοι σε προληπτικές ή άλλες υπηρεσίες υγείας.⁹²

Πιο συγκεκριμένα, οι στόχοι των ερευνών υγείας μπορούν να συνοψισθούν ως εξής:

- περιγραφική απεικόνιση της κατάστασης υγείας, των προβλημάτων υγείας και των συνεπειών του κακού επιπέδου υγείας,
- περιγραφική απεικόνιση της αναπηρίας και της συμμετοχής των ανάπηρων ατόμων,
- περιγραφή των προσδιοριστικών παραγόντων της υγείας και του τρόπου ζωής,
- χρήση των υπηρεσιών υγειονομικής φροντίδας και ανισότητες στην υγεία καθώς και
- τάσεις που διαφαίνονται σε όλα τα παραπάνω.

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

⁹² Η συγκεκριμένη ενότητα βασίζεται έντονα 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.

Ο απώτερος στόχος μίας έρευνας υγείας είναι να παρέχει ένα εξειδικευμένο εργαλείο στην διαδικασία λήψης-αποφάσεων κατά τον σχεδιασμό πολιτικής υγείας. Χρησιμεύει στον προσδιορισμό προτεραιοτήτων κατά την ανάπτυξη πολιτικής και στην παρακολούθηση της προόδου του επιπέδου υγείας του πληθυσμού της εκάστοτε χώρας.

3.2 Γενικά Στοιχεία της Εθνικής Έρευνας Υγείας 2009

Η Εθνική Έρευνα Υγείας (National Health Survey) αποτελεί μέρος του Ευρωπαϊκού Στατιστικού Προγράμματος, στο οποίο συμμετέχουν όλα τα κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης (European Health Interview Survey).⁹³

Βασικός στόχος της έρευνας είναι η μελέτη και παροχή, σε ευρωπαϊκό και εθνικό επίπεδο, αναλυτικών πληροφοριών για την κατάσταση υγείας του πληθυσμού, τους παράγοντες που την επηρεάζουν και τη χρήση υπηρεσιών υγείας.

Η έρευνα διενεργήθηκε κατόπιν απόφασης του Υπουργού Οικονομίας, βάσει συμβολαίου που προσυπέγραψαν η Commission (Eurostat) και η ΕΛ.ΣΤΑΤ και πραγματοποιήθηκε το τελευταίο τρίμηνο του έτους 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 (ΔΜΣ, διατροφή, κάπνισμα, κατανάλωση αλκοόλ), στην ικανοποίηση από υπηρεσίες υγείας,
- 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.

Η έρευνα καλύπτει τα νοικοκυριά όλης της Χώρας, ανεξάρτητα από το μέγεθος ή από τα οποιαδήποτε οικονομικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά τους.

⁹³ Οι ενότητες 3.2 και 3.3 αποτελούν μέρος των Επεξηγηματικών Σημειώσεων του Δελτίου Τύπου που εξέδωσε η Ελληνική Στατιστική Αρχή σχετικά με την Εθνική Έρευνα Υγείας 2009, τον Ιούλιο του 2011.

3.3 Η Μεθοδολογία της Εθνικής Έρευνας Υγείας 2009

Η Εθνική Έρευνα Υγείας βασίζεται σε πολυσταδιακή στρωματοποιημένη δειγματοληψία νοικοκυριών από πλαίσιο δειγματοληψίας που έχει δημιουργηθεί με βάση τα στοιχεία για το μόνιμο πληθυσμό της Απογραφής 2001 και καλύπτει πλήρως τον πληθυσμό αναφοράς, ώστε να εξασφαλίζεται η αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος.

Η γεωγραφική στρωμάτωση του ερευνώμενου πληθυσμού είναι η γεωγραφική διαίρεση της Χώρας. Ως μείζονα στρώματα χρησιμοποιήθηκαν οι 13 περιφέρειες (NUTS II), η Περιφέρεια Πρωτεύουσας και το Πολεοδομικό Συγκρότημα Θεσσαλονίκης, η δε στρωμάτωση έγινε κατά βαθμό αστικότητας. Σε κάθε περιφέρεια (NUTS II), τα νοικοκυριά κατανεμήθηκαν ανάλογα με το βαθμό αστικότητας (αστικές, ημιαστικές, αγροτικές περιοχές) των τοπικών διαμερισμάτων στα οποία ανήκουν. Εκτός των Πολεοδομικών συγκροτημάτων των δύο μεγάλων πόλεων (Περιφέρεια Πρωτεύουσας και Πολεοδομικό Συγκρότημα Θεσσαλονίκης), η στρωμάτωση κατά βαθμό αστικότητας έγινε ως εξής:

- Αστικές: Τοπικά διαμερίσματα με πληθυσμό πάνω από 10.000 κατοίκους
- Ημιαστικές: Τοπικά διαμερίσματα με πληθυσμό 2.000 – 9.999 κατοίκους
- Αγροτικές: Τοπικά διαμερίσματα με πληθυσμό μέχρι 1.999 κατοίκους

Η Περιφέρεια Πρωτεύουσας χωρίστηκε σε 31 στρώματα ίσου, περίπου, μεγέθους (ίσους αριθμούς νοικοκυριών), με βάση τους καταλόγους πλαίσια με τα οικοδομικά τετράγωνα των Δήμων και σύμφωνα με κοινωνικοοικονομικά κριτήρια. Όμοια, το Πολεοδομικό Συγκρότημα Θεσσαλονίκης χωρίστηκε σε 9 ίσου μεγέθους στρώματα. Τα Πολεοδομικά Συγκροτήματα αυτών των δύο μεγάλων πόλεων αποτελούν, περίπου, το 40% του συνολικού πληθυσμού και κατέχουν ακόμα υψηλότερο ποσοστό σε κάποιες κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές.

Ο αριθμός των στρωμάτων, που προέκυψε από την εφαρμογή των δύο κριτηρίων στρωμάτωσης του πληθυσμού, ανέρχεται σε 79.

Το δείγμα αποτελείται από 6.325 νοικοκυριά (κλάσμα δειγματοληψίας 0,068%) και ισάριθμα άτομα ηλικίας 15 ετών και άνω (κλάσμα δειγματοληψίας 0,15%).

3.4 Η επεξεργασία των στοιχείων της Εθνικής Έρευνας Υγείας 2009

3.4.1 Περιγραφική απεικόνιση του δείγματος της Εθνικής Έρευνας Υγείας 2009

Το δείγμα της Εθνικής Έρευνας Υγείας του 2009 που πραγματοποιήθηκε από την Εθνική Στατιστική Αρχή αποτελείται από 6172 μέλη. Στην πλειονότητα τους είναι γυναίκες, με ποσοστό 60,9% έναντι του 39,1% που αντιπροσωπεύει το ποσοστό των ανδρών στο δείγμα (3760 και 2412 άτομα αντιστοίχως).

Η πλειονότητα των μελών του δείγματος, με ποσοστό 60,1%, είναι έγγαμοι/έγγαμες ή έχουν συνάψει σύμφωνο συμβίωσης και ακολουθούν σε ποσοστό οι άγαμοι/άγαμες με 20,7% (3710 και 1278 άτομα αντιστοίχως).

Αναφορικά με το επίπεδο εκπαίδευσης, η ισχνή πλειονότητα του δείγματος έχει τελειώσει το δημοτικό (27,6%) ενώ ακολουθούν «καταπόδας» τα άτομα που έχουν ολοκληρώσει την δευτεροβάθμια εκπαίδευση, δηλαδή τα μέλη του δείγματος με ολοκληρωμένη κατηγορία εκπαίδευσης το Γενικό Λύκειο ή ΤΕΕ ή ΤΕΛ ή Πολυκλαδικό ή ΕΠΑΛ ή ΕΠΑΣ με ποσοστό 25,3% (1704 και 1561 άτομα αντιστοίχως). Συγκρίνοντας τα μέλη του δείγματος όσον αφορά την ολοκληρωμένη βαθμίδα εκπαίδευσης παρατηρούμε ότι το 37,9% των μελών του δείγματος ολοκλήρωσε μέχρι και την πρωτοβάθμια βαθμίδα εκπαίδευσης, το 38,2% ολοκλήρωσε την δευτεροβάθμια εκπαίδευση, ενώ περίπου το 19% ολοκλήρωσε την τριτοβάθμια εκπαίδευση.

Παρατηρώντας την κατανομή του επιπέδου εκπαίδευσης κατά φύλο στο δείγμα της Εθνικής Έρευνας Υγείας παρατηρούμε διαφορές στην κατανομή υπέρ των ανδρών καθώς ανεβαίνουμε στην βαθμίδα εκπαίδευσης. Είναι χαρακτηριστικό ότι το 42,56% των γυναικών του δείγματος (περίπου οι μισές) ολοκλήρωσαν μέχρι και την πρωτοβάθμια εκπαίδευση ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τους άνδρες είναι 30,72%. Η κατάσταση αυτή αντιστρέφεται καθώς ανέρχεται η κατανομή τις βαθμίδες εκπαίδευσης όπως φαίνεται από τον Πίνακα 36 και το Διάγραμμα 5 κάτωθι:

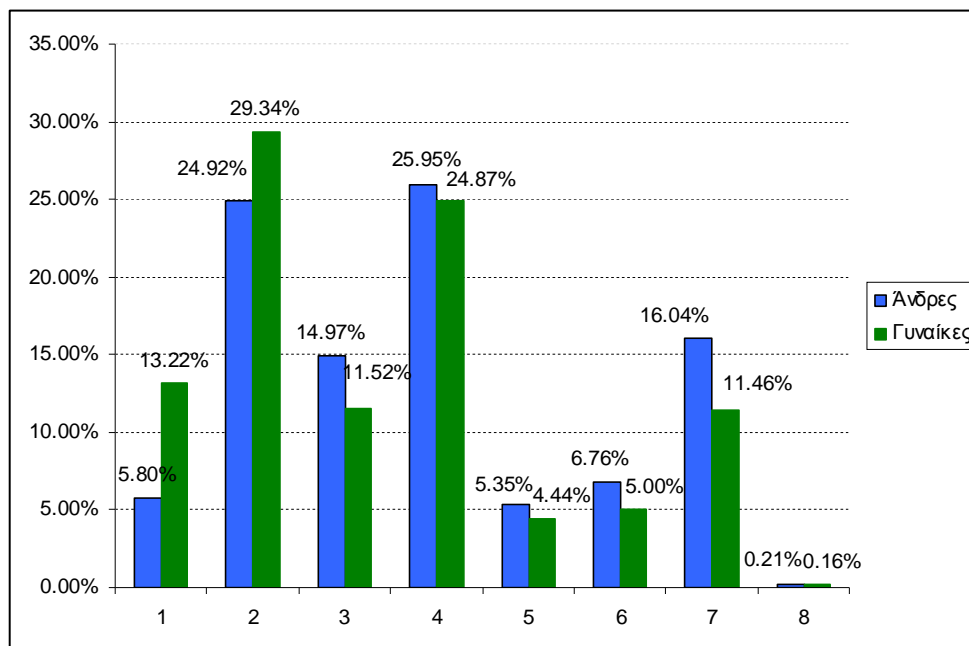
ΠΙΝΑΚΑΣ 36 Η κατανομή του επιπέδου εκπαίδευσης σε σχέση με το φύλο*

Επίπεδο Εκπαίδευσης	Άνδρες (%)	Γυναίκες (%)
Δεν παρακολούθησα ποτέ καμία βαθμίδα εκπαίδευσης/ Μερικές Τάξεις δημοτικού	5,8	13,2
Δημοτικό	24,9	29,3
Γυμνάσιο/ Κατώτερες Τεχνικές Σχολές	14,9	11,5
Γενικό Λύκειο, ΤΕΕ, ΤΕΛ, Πολυκλαδικό, ΕΠΑΛ, ΕΠΑΣ	25,9	24,8
Επαγγελματική Κατάρτιση, ιδιωτικές σχολές – κολλέγια	5,3	4,4
ΤΕΙ, ΑΤΕΙ	6,7	5,0
ΑΕΙ, Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Ανώτατες Στρατιωτικές Σχολές	16,0	11,4
Μεταπτυχιακό / Διδακτορικό	0,2	0,1
Σύνολο	100,0	100,0

* N= 6172.

Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων Εθνικής Στατιστικής Αρχής, Εθνική Έρευνα Υγείας 2009.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5 Η κατανομή του επιπέδου εκπαίδευσης σε σχέση με το φύλο*



1 = Δεν παρακολούθησα ποτέ καμία βαθμίδα εκπαίδευσης/ Μερικές Τάξεις δημοτικού

2 = Δημοτικό

3 = Γυμνάσιο/ Κατώτερες Τεχνικές Σχολές

4 = Γενικό Λύκειο, ΤΕΕ, ΤΕΛ, Πολυκλαδικό, ΕΠΑΛ, ΕΠΑΣ

5 = Επαγγελματική Κατάρτιση, ιδιωτικές σχολές – κολλέγια

6 = ΤΕΙ, ΑΤΕΙ

7 = ΑΕΙ, Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Ανώτατες Στρατιωτικές Σχολές

8 = Μεταπτυχιακό / Διδακτορικό

* N = 6172.

Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων Εθνικής Στατιστικής Αρχής, Εθνική Έρευνα Υγείας 2009.

Η συγκεκριμένη ανισοκατανομή επιπέδου εκπαίδευσης κατά φύλο συμφωνεί με την κοινωνική θεωρία, η οποία υποδεικνύει ότι οι άνδρες προχωρούν περισσότερο από τις γυναίκες στις βαθμίδες της τυπικής εκπαίδευσης, και έχουν υψηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο από αυτές.

Στο πεδίο των ανισοτήτων στην υγεία η συγκεκριμένη διαπίστωση μπορεί να συμπλεύσει με την ακόλουθη γραμμή σκέψης:⁹⁴ το υψηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο μεταφράζεται τυπικά σε αυξημένες ευκαιρίες για υψηλότερα αμοιβόμενη και πιο ικανοποιητική εργασία, η οποία με την σειρά της σχετίζεται τόσο με πιο υγιείς συνθήκες εργασίας όσο και με μεγαλύτερα και περισσότερα χρηματικά και μη-χρηματικά οφέλη για την υγεία όπως η επαγγελματική ασφάλιση υγείας και η μεγαλύτερη ικανότητα συσσώρευσης πλούτου και οικονομικής ασφάλειας για το άτομο και την οικογένειά του.

3.4.2 Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα των ερωτημάτων κατάστασης υγείας

Το Ερωτηματολόγιο της Εθνικής Έρευνας Υγείας περιλαμβάνει τρεις διαστάσεις της κατάστασης υγείας των ατόμων που χρησιμοποιούνται για την μέτρηση του επιπέδου υγείας των μελών του δείγματος:

- α) την διάσταση της υποκειμενικής κατάστασης υγείας, όπου τα άτομα αυτο-αξιολόγησαν το επίπεδο/κατάσταση της υγείας τους.
- β) την διάσταση της αντικειμενικής κατάστασης υγείας, όπου τα άτομα ανέφεραν εάν υποφέρουν από κάποιο χρόνιο πρόβλημα υγείας/ πάθηση ή όχι και
- γ) την διάσταση του περιορισμού των δραστηριοτήτων λόγω προβλημάτων υγείας, με τα άτομα να αναφέρουν κατά πόσον οι καθημερινές τους δραστηριότητες επηρεάζονται

⁹⁴Βλέπε Braverman A. Paula, Egarter A. Susan, Mockenhaupt E. Robin, «Broadening the Focus, The Need to Address the Social Determinants of Health», *American Journal of Preventive Medicine* Vol. 40, 1S1 (2011), pp. 4-18, Published by: Elsevier Inc

URL: <http://www.rwjf.org/files/research/4945.pdf> (πρόσβαση στις 23/11/2011).

δυσμενώς από κάποιο πρόβλημα υγείας.

α) Η αυτοαξιολόγηση του επιπέδου υγείας (ή η υποκειμενική κατάσταση υγείας του πληθυσμού) αποτελεί για τον γενικό πληθυσμό μία έννοια η οποία αναπτύσσεται από την ατομικότητα των περιπτώσεων μέσω εναλλακτικών προσλήψεων ή/και αντιλήψεων.⁹⁵ Ένα από τα ισχυρά πλεονεκτήματα της αυτοαξιολόγησης της κατάστασης υγείας είναι ότι αποτελεί ένα θεμελιώδη δείκτη του συνολικού επιπέδου υγείας⁹⁶ 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.⁹⁷

Το πρώτο πλεονέκτημα απορρέει από το γεγονός ότι τα άτομα είναι πιθανόν να αξιολογούν την υγεία τους περισσότερο ολιστικά,⁹⁸ υπό την έννοια ότι συνυπολογίζουν τις σωματικές, πνευματικές, ψυχικές, κοινωνικές και συναισθηματικές συνιστώσες οι οποίες επηρεάζουν το επίπεδο υγείας.

Επίσης, έχει δειχθεί ότι το επίπεδο και ο τρόπος αυτοαξιολόγησης της υγείας από το ίδιο το άτομο αντανακλά τόσο τις κοινωνικοοικονομικές και ψυχολογικές συνθήκες ζωής του ατόμου όσο και τυχόν βλαβερές συνήθειες για την ίδια του την υγεία.⁹⁹ 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.¹⁰⁰

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 δίχως να έχουν διασταυρωθεί τα στοιχεία μέσω ιατρικών και κλινικών

⁹⁵ Brunner L. Robert, «Understanding Gender Factors Affecting Self-Rated Health», *Gender Medicine* Vol.3, No.4 (2006) pp.292-294.

⁹⁶ Βλέπε Yong Vanessa, Saito Yasuhiko, «Trends in healthy life expectancy in Japan: 1986-2004», *Demographic Research*, Volume 20, Article 19, pp. 467-494 Published 28 April 2009.

⁹⁷ Βλέπε Alexopoulos C. Evangelos, Geitona Mary, «Self-Rated Health: Inequalities and Potential Determinants», *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2009,6, 2456-2469 και Yong Vanessa, Saito Yasuhiko, «Trends in healthy life expectancy in Japan: 1986-2004», *Demographic Research*, Volume 20, Article 19, pp. 467-494 Published 28 April 2009.

⁹⁸ Βλέπε Yong Vanessa, Saito Yasuhiko, «Trends in healthy life expectancy in Japan: 1986-2004», *Demographic Research*, Volume 20, Article 19, pp. 467-494 Published 28 April 2009.

⁹⁹ Βλέπε Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Τμήμα Οικονομικών της Υγείας, *Υγεία και υπηρεσίες υγείας στον Ελληνικό πληθυσμό*, Αθήνα 2001.

¹⁰⁰ Βλέπε Yong Vanessa, Saito Yasuhiko, «Trends in healthy life expectancy in Japan: 1986-2004», *Demographic Research*, Volume 20, Article 19, pp. 467-494 Published 28 April 2009.

διαγνώσεων και αξιολογήσεων.¹⁰¹ Επίσης, η ίδια η υποκειμενική αντίληψη και πρόσληψη του επιπέδου υγείας δεν μπορεί να έχει καθολική «εφαρμογή» (non-uniform basis): τα άτομα απαντούν διαφορετικά είτε εξαιτίας οικονομικής, κοινωνικής, εκπαιδευτικής, πολιτιστικής και πολιτισμικής διαφοροποίησης¹⁰² είτε διαφορετικών προσλήψεων βάσει φύλου και βάσει του νοητού συνεχούς των αντρικών και κοινωνικών ρόλων και κανονιστικότητων.¹⁰³

β) Ακολουθώντας την ίδια γραμμή σκέψης, η αντικειμενική μέτρηση της υγείας αποφεύγει το στοιχείο του υποκειμενισμού, καθώς μία πιθανή απάντηση ύπαρξης χρόνιας πάθησης συνοδεύεται από μία αντίστοιχη προϋπάρχουσα διάγνωση. Επίσης, 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.

Ένα σοβαρό μειονέκτημα, όμως, του ερωτήματος σχετικά με την ύπαρξη χρόνιας πάθησης είναι η μη-ολιστική οπτική με την οποία μετράται η υγεία: ένα «καλό» επίπεδο υγείας σημαίνει απλώς την απουσία μίας χρόνιας πάθησης και αμελούνται τα σωματικά, πνευματικά, ψυχικά και συναισθηματικά στοιχεία τα οποία προσδιορίζουν την υγεία (έστω και αν αυτά στην περίπτωση της αυτοαξιολόγησης προσμετρώνται υπόρρητα).

γ) Η 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. Είναι επίσης αμφίσημη διότι η πιθανή απάντηση «κανένας περιορισμός» δεν μπορεί να τοποθετήσει δίχως περαιτέρω διερεύνηση ένα άτομο στην κατηγορία του καλού επιπέδου υγείας.

¹⁰¹ Βλέπε Yong Vanessa, Saito Yasuhiko, «Trends in healthy life expectancy in Japan: 1986-2004», Demographic Research, Volume 20, Article 19, pp. 467-494 Published 28 April 2009.

¹⁰² Βλέπε Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Τμήμα Οικονομικών της Υγείας, Υγεία και υπηρεσίες υγείας στον Ελληνικό πληθυσμό, Αθήνα 2001.

¹⁰³ Brunner L. Robert, «Understanding Gender Factors Affecting Self-Rated Health», Gender Medicine Vol.3, No.4 (2006) pp.292-294.

Επίσης, ανάλογα με τον τρόπο που τίθεται το ερώτημα ίσως ενέχει και ένα στοιχείο υποκειμενισμού: πότε θεωρούμε μία πιθανή οργανική αντίδραση ως δυσκολία στις καθημερινές μας δραστηριότητες και εργασίες;

Τέλος, αν εκληφθεί ως η μοναδική μεταβλητή μέτρησης υγείας, αμελούνται πολύ σημαντικά στοιχεία που προσδιορίζουν το επίπεδο υγείας ενός ατόμου: η κοινωνική ευεξία, η νοητική διαύγεια, η πνευματική ευεξία και εγρήγορση και πιο σημαντικό από όλα η ψυχική υγεία – εκτός αν τεθούν επιπλέον υποερωτήματα ώστε να λαμβάνονται υπόψιν όλες αυτές οι διαστάσεις.

3.4.3 Μεταβλητές υγείας και κοινωνικές μεταβλητές στην Εθνική Έρευνα Υγείας 2009

3.4.3.1 Φύλο και κατάσταση υγείας στον πληθυσμό της Ελλάδας

Τα αποτελέσματα της Εθνικής Έρευνας Υγείας 2009 καταδεικνύουν ότι οι μεταβλητές – διαστάσεις του επιπέδου υγείας είναι άνισα κατανομημένες κατά φύλο. Αυτό το πρότυπο ισχύει τόσο για την υποκειμενική κατάσταση υγείας (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.

Αναλυτικότερα, αναφορικά με την κατανομή της υποκειμενικής κατάστασης υγείας παρατηρούμε ότι οι άντρες εμφανίζουν μεγαλύτερα ποσοστά πολύ καλής και καλής υγείας σε σχέση με τις γυναίκες, ακόμη και έπειτα από την στάθμιση του δείγματος η οποία πραγματοποιήθηκε.

Η στάθμιση του δείγματος πραγματοποιήθηκε με σκοπό να δείξουμε ότι τα ποσοστά επιπολασμού είναι πιο ακριβή μέσω των σταθμισμένων ποσοστών στον πληθυσμό από ότι στο δείγμα. Μεθοδολογικά, αν ο στόχος μας ήταν να κατασκευάσουμε τα πρότυπα των προσδόκιμων υγείας θα έπρεπε να σταθμίσουμε όλες τις μεταβλητές του δείγματος. Περιοριστήκαμε στην στάθμιση της μεταβλητής του φύλου καθώς η συγκεκριμένη μεταβλητή αποτελεί μία πολύ σημαντική μεταβλητή της κοινωνικής διαφοροποίησης σε σχέση με την κατάσταση υγείας, και δεν προχωρήσαμε σε επιπλέον σταθμίσεις στην παρούσα μελέτη διότι ο στόχος μας δεν ήταν η κατασκευή των

προτύπων προσδόκιμων υγείας, αλλά η διερεύνηση των κοινωνικών μεταβλητών σε σχέση με τις μεταβλητές υγείας.

Έτσι, το ποσοστό των αντρών με πολύ καλή και καλή υγεία (σύμφωνα με την αυτοαξιολόγηση αυτή) είναι συνολικά 76,2% για το δείγμα (N=2412, $p=0,000$) και 81,0% για τον πληθυσμό (N=4.540.443,5) με τα αντίστοιχα ποσοστά για τις γυναίκες να είναι 61,1% (δείγμα, N=3760) και 69,8% (πληθυσμός, N=4.764.499,4) (βλέπε Πίνακα 37).

Επίσης, παρατηρούμε ότι οι άντρες αυτοαξιολογούν τόσο στο δείγμα όσο και στον πληθυσμό σε αρκετά μικρότερο ποσοστό από τις γυναίκες (τόσο στο δείγμα όσο και στον πληθυσμό) την υγεία τους ως μέτρια (βλέπε Πίνακα 37).

ΠΙΝΑΚΑΣ 37 Η υποκειμενική κατάσταση υγείας σε σχέση με το φύλο*

		Φύλο		
		Άντρες		
Υποκειμενική Κατάσταση Υγείας	Δείγμα	Ποσοστό επί του δείγματος (%)	Πληθυσμός	Ποσοστό επί του πληθυσμού (%)
Πολύ Καλή	1054	43,7	2.274.833,0	50,1
Καλή	785	32,5	1.404.442,0	30,9
Μέτρια	366	15,1	553.416,8	12,1
Κακή	137	5,6	201.282,3	4,4
Πολύ Κακή	69	2,8	106.469,4	2,3
Σύνολο	2412	100,0	4.540.443,5	100,0
		Γυναίκες		
	Δείγμα	Ποσοστό επί του δείγματος (%)	Πληθυσμός	Ποσοστό επί του πληθυσμού (%)
Πολύ Καλή	1141	30,3	1.804.537,0	37,8
Καλή	1160	30,8	1.525.510,0	32,0
Μέτρια	950	25,2	985.705,2	20,7
Κακή	356	9,4	324.131,8	6,8
Πολύ Κακή	153	4,0	124.615,4	2,6
Σύνολο	3760	100,0	4.764.499,4	100,0

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

Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων Εθνικής Στατιστικής Αρχής, Εθνική Έρευνα Υγείας 2009.

Επιπρόσθετα, οι άντρες εμφανίζουν αρκετά χαμηλότερα ποσοστά ύπαρξης χρόνιας πάθησης σε σχέση με τις γυναίκες, τόσο στο επίπεδο του δείγματος της Εθνικής Έρευνας Υγείας όσο και στο επίπεδο του πληθυσμού, έπειτα από τη στάθμιση που πραγματοποιήθηκε (βλέπε Πίνακα 38). Πιο συγκεκριμένα, το 38,8% των ανδρών του

δείγματος και το 33,5% των ανδρών του πληθυσμού δήλωσε ότι πάσχει από κάποιο χρόνια πρόβλημα υγείας ή πάθηση σε σχέση με το 54,1% των γυναικών του δείγματος και το 45,7% των γυναικών του πληθυσμού (Πίνακας 38).

Παρατηρούμε, επίσης, ότι οι γυναίκες αντιμετωπίζουν σημαντικά μεγαλύτερους περιορισμούς στις καθημερινές τους δραστηριότητες σε σχέση με τους άντρες. Πιο συγκεκριμένα, το 35,4% των γυναικών του δείγματος αντιμετωπίζει περιορισμούς στις καθημερινές του δραστηριότητες σε σχέση με το 22,3% των ανδρών (τα αντίστοιχα ποσοστά για τον πληθυσμό έπειτα από τη στράφιση του δείγματος είναι 27,4% για τις γυναίκες και 18% για τους άνδρες, βλέπε Πίνακα 39).

ΠΙΝΑΚΑΣ 38 Η αντικειμενική κατάσταση υγείας σε σχέση με το φύλο*

		Φύλο		
		Άντρες		
Χρόνιο Πρόβλημα Υγείας	Δείγμα	Ποσοστό επί του δείγματος (%)	Πληθυσμός	Ποσοστό επί του πληθυσμού (%)
Ναι	936	38,8	1.520.532,786	33,5
Όχι	1474	61,1	3.019.311,008	66,5
Σύνολο	2412	99,9	4.539.843,794	100,0
		Γυναίκες		
	Δείγμα	Ποσοστό επί του δείγματος (%)	Πληθυσμός	Ποσοστό επί του πληθυσμού (%)
Ναι	2034	54,1	2.176.220,366	45,7
Όχι	1722	45,8	2.583.961,986	54,3
Σύνολο	3760	99,9	4.760.182,352	100,0

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

Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων Εθνικής Στατιστικής Αρχής, Εθνική Έρευνα Υγείας 2009.

Τα συγκεκριμένα στοιχεία 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. Επιπρόσθετα, τα μεγαλύτερα ποσοστά περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων στις γυναίκες ίσως προέρχεται από την βιολογική-παθολογική διαφοροποίηση των δύο φύλων αλλά και της διαφορετικής υποκειμενικής πρόσληψης ως προς το τι συνιστά περιορισμός 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.

3.4.3.2 Εκπαίδευση και κατάσταση υγείας στον πληθυσμό της Ελλάδας

Από τους Πίνακες 40, 41, και 42 παρατηρούμε ότι τα άτομα που ολοκλήρωσαν την τριτοβάθμια εκπαίδευση εμφανίζουν υψηλότερο επίπεδο αυτοαξιολόγησης της κατάστασης υγείας τους, αλλά και μικρότερα ποσοστά χρόνιων προβλημάτων υγείας και περιορισμού καθημερινών δραστηριοτήτων, σε σχέση με τα άτομα που ολοκλήρωσαν τη πρωτοβάθμια και τη δευτεροβάθμια εκπαίδευση.

Εν γένει, τα στοιχεία για τον Ελληνικό πληθυσμό σχετικά με την σύνδεση της κατάστασης υγείας με το επίπεδο εκπαίδευσης ακολουθούν ένα γραμμικό πρότυπο: όσο ανερχόμαστε στη κλίμακα του ολοκληρωμένου επιπέδου τυπικής εκπαίδευσης τόσο «βελτιώνονται» τα ποσοστά της αυτοαξιολόγησης του επιπέδου υγείας από τον πληθυσμό, όσο και μειώνονται οι αναφορές για χρόνια προβλήματα υγείας και περιορισμούς σε καθημερινές δραστηριότητες (βλέπε Πίνακα 40, Πίνακα 41 και Πίνακα 42).

ΠΙΝΑΚΑΣ 39 Ο περιορισμός των δραστηριοτήτων σε σχέση με το φύλο*

		Φύλο		
		Άντρες		
Περιορισμός δραστηριοτήτων εξαιτίας προβλήματος υγείας	Δείγμα	Ποσοστό επί του δείγματος (%)	Πληθυσμός	Ποσοστό επί του πληθυσμού (%)
Ναι πάρα πολύ	236	9,8	338.247,92	7,5
Ναι, αλλά όχι πάρα πολύ	302	12,5	476.590,42	10,5
Όχι, καθόλου	1871	77,7	3.723.355,37	82,0
Σύνολο	2409	100,0	4.538.193,72	100,0
		Γυναίκες		
	Δείγμα	Ποσοστό επί του δείγματος (%)	Πληθυσμός	Ποσοστό επί του πληθυσμού (%)
Ναι πάρα πολύ	543	14,5	488.367,42	10,3
Ναι, αλλά όχι πάρα πολύ	784	20,9	813.341,64	17,1
Όχι, καθόλου	2429	64,7	3.458.418,80	72,7
Σύνολο	3756	100,0	4.760.127,87	100,0

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

Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων Εθνικής Στατιστικής Αρχής, Εθνική Έρευνα Υγείας 2009.

Χαρακτηριστική είναι η περίπτωση της μεταβλητής της αντικειμενικής κατάστασης υγείας, όπου το 71,8% των ατόμων που ολοκλήρωσε την πρωτοβάθμια εκπαίδευση ανέφερε ότι πάσχει από κάποιο χρόνια πρόβλημα υγείας σε σχέση με το

30,2% των ατόμων που ολοκλήρωσε την τριτοβάθμια εκπαίδευση (Πίνακας 41). Επίσης, τα άτομα που ολοκλήρωσαν την τριτοβάθμια εκπαίδευση αυτοαξιολόγησαν την κατάσταση υγείας τους ως πολύ καλή και καλή σε ποσοστό 86,9% σε σχέση με το 42,1% για τα άτομα που ολοκλήρωσαν τη πρωτοβάθμια εκπαίδευση (βλέπε Πίνακα 40).

ΠΙΝΑΚΑΣ 40 Η υποκειμενική κατάσταση υγείας σε σχέση με το επίπεδο εκπαίδευσης*

Υποκειμενική Κατάσταση Υγείας	Επίπεδο Εκπαίδευσης		
	Πρωτοβάθμια εκπαίδευση (%)	Δευτεροβάθμια εκπαίδευση (%)	Τριτοβάθμια εκπαίδευση (%)
Πολύ Καλή	14,0	47,2	51,9
Καλή	28,1	32,9	35,0
Μέτρια	34,8	14,1	10,5
Κακή	15,5	4,0	1,6
Πολύ Κακή	7,3	1,5	0,6
Σύνολο	100,0	100,0	100,0

* N=6172, p=0,000.

Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων Εθνικής Στατιστικής Αρχής, Εθνική Έρευνα Υγείας 2009.

ΠΙΝΑΚΑΣ 41 Η αντικειμενική κατάσταση υγείας σε σχέση με το επίπεδο εκπαίδευσης*

Χρόνιο Πρόβλημα υγείας ή πάθηση	Επίπεδο Εκπαίδευσης		
	Πρωτοβάθμια εκπαίδευση (%)	Δευτεροβάθμια εκπαίδευση (%)	Τριτοβάθμια εκπαίδευση (%)
Ναι	71,8	35,1	30,2
Όχι	28,1	64,8	69,4
Σύνολο	100,0	100,0	100,0

*N=6172, p=0,000.

Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων Εθνικής Στατιστικής Αρχής, Εθνική Έρευνα Υγείας 2009.

ΠΙΝΑΚΑΣ 42 Ο περιορισμός των δραστηριοτήτων σε σχέση με το επίπεδο εκπαίδευσης*

Περιορισμός δραστηριοτήτων εξαιτίας προβλήματος υγείας	Επίπεδο Εκπαίδευσης		
	Πρωτοβάθμια εκπαίδευση (%)	Δευτεροβάθμια εκπαίδευση (%)	Τριτοβάθμια εκπαίδευση (%)
Ναι πάρα πολύ	24,2	6,2	3,8
Ναι, αλλά όχι πάρα πολύ	28,1	11,8	9,6
Όχι, καθόλου	47,5	81,8	86,3
Σύνολο	100,0	100,0	100,0

*N=6172, p=0,000.

Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων Εθνικής Στατιστικής Αρχής, Εθνική Έρευνα Υγείας 2009.

3.4.3.3 Η αδυναμία κατασκευής κοινωνικοεπαγγελματικών τάξεων

Το μειονέκτημα του ερωτηματολογίου της Εθνικής Έρευνας Υγείας 2009 είναι ότι δεν μας επιτρέπει να αναλύσουμε τις μεταβλητές υγείας ανά κοινωνικοεπαγγελματική κατηγορία η οποία να παραπέμπει σε αντίστοιχη κοινωνική τάξη.¹⁰⁴

Δεν υπάρχει, λοιπόν, σαφής αντιστοίχιση ερωτήσεων που να συνδυάζουν την επαγγελματική κατηγορία με την γενικότερη κοινωνική θέση, ώστε να μπορούμε να αναλύσουμε τις μεταβλητές υγείας ανάλογα με τις εξής κάτωθι τάξεις: Τάξη Ι: επαγγελματίες, Τάξη ΙΙ: διευθυντικά και τεχνικά επαγγέλματα, Τάξη ΙΙΙ μη-χειρώνακτες και χειρώνακτες ειδικευμένοι εργάτες, Τάξη ΙV ημειδικευμένοι εργάτες και Τάξη V ανειδίκευτοι χειρώνακτες εργάτες

Έτσι, στο σύνολο της παρούσης διπλωματικής, θα αναλύσουμε την έννοια της κοινωνικής διαφοροποίησης σε σχέση με το επίπεδο υγείας η οποία όμως έχει δύο ισχυρά μειονεκτήματα:

(α) δεν είναι σαφές ποιές μεταβλητές εμπεριέχονται στην έννοια της κοινωνικής διαφοροποίησης, καθώς είναι μία έννοια με μεγάλη ευρύτητα και

(β) δεν επιτρέπει μία ταξική ανάλυση η οποία θα προσδώσει περιεχόμενο κοινωνικών και ταξικών ανισοτήτων στην ανάλυσή μας.

3.4.3.4 Επαγγελματική δραστηριότητα και κατάσταση υγείας στον πληθυσμό της Ελλάδας

Από την κατανομή της υποκειμενικής κατάστασης υγείας σε σχέση με την κατηγορία επαγγελματικής δραστηριότητας παρατηρούμε πρωτίστως ότι οι επαγγελματίες έχουν τα υψηλότερα επίπεδα αυτοαξιολόγησης υγείας καθώς αξιολογούν την υγεία τους ως πολύ καλή και καλή σε ποσοστό 85,7% (Πίνακας 43). Ακολουθούν οι τεχνολόγοι και βοηθοί επαγγελματιών με ποσοστό πολύ καλής και καλής υποκειμενικής κατάστασης υγείας 81,5% και οι εργαζόμενοι στον κλάδο των υπηρεσιών με ποσοστό πολύ καλής και καλής υποκειμενικής κατάστασης υγείας 78,3% (αναλυτικότερα βλέπε Πίνακα 43).

¹⁰⁴ Ευχαριστούμε πολύ την κυρία Μιχαλοπούλου Καίτη για το πολύτιμο σχόλιο της στο συγκεκριμένο ζήτημα.

Αντιθέτως, οι ειδικευμένοι εργάτες στον γεωργικό και αλιευτικό τομέα καθώς και οι απασχολούμενοι σε βοηθητικά επαγγέλματα εμφανίζουν τα υψηλότερα ποσοστά κακής και πολύ κακής αυτοαξιολόγησης του επιπέδου υγείας τους (22,6% και 16,9% αντίστοιχα). Η αρνητική αυτοαξιολόγηση του επιπέδου υγείας για την κατηγορία των ειδικευμένων εργατών ίσως οφείλεται στην χειρωνακτική και πολύ κοπιαστική φύση της δουλειάς αλλά και της έκθεσης σε πιθανώς βλαβερές χημικές ουσίες (όπως φυτοφάρμακα – ζιζανιοκτόνα αναφορικά με τον γεωργικό τομέα κ.ο.κ),

Οι **μυοσκελετικές παθήσεις** (ΜΣΠ)¹⁰⁵ αποτελούν το συνηθέστερο νέο πρόβλημα που σχετίζεται με την εργασία, και επηρεάζουν έντονα πλέον βάσει της εντατικοποίησης των ρυθμών εργασίας τους υπαλλήλους γραφείου και τους εργαζόμενους στον τομέα των υπηρεσιών. Το 2005 αναφέρθηκαν συνολικά 83.159 νέα περιστατικά επαγγελματικών ασθενειών. Μεταξύ αυτών, οι ΜΣΠ αποτελούσαν τη μεγαλύτερη κατηγορία τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες—συνολικά 31.658 περιστατικά.

Οι συνηθέστερα αναφερόμενες ασθένειες για το 2005 ήταν: η τενοντοελυτρίτιδα του χεριού και του καρπού (φλεγμονή των τενόντων), απώλεια ακοής, παράπλευρη επικονδυλίτιδα (‘tennis elbow’), δερματίτιδα επαφής (φλεγμονή του δέρματος),

Οι επαγγελματικές κατηγορίες οι οποίες πιθανόν επηρεάζονται τόσο από το εργασιακό άγχος όσο και από τις νέες αυτές επαγγελματικές ασθένειες όπως η κατηγορία των υπαλλήλων γραφείου και των εργαζόμενων στον κλάδο των υπηρεσιών δεν φαίνεται να αυτοαξιολογούν την υγεία τους ως κακή, καθώς η μεν πρώτη κατηγορία δήλωσε ένα πολύ καλό και καλό επίπεδο υγείας σε ποσοστό 77,0% ενώ η δεύτερη σε ποσοστό 78,3% (Πίνακας 43).

Αυτό, ίσως δείχνει ότι τα άτομα των συγκεκριμένων επαγγελματικών κατηγοριών στην περίπτωση της Ελλάδας είτε δεν λαμβάνουν κατά την προσωπική τους αξιολόγηση την διάσταση του εργασιακού άγχους, είτε θεωρούν μέσω της υποκειμενικής τους αντίληψης ότι οι συνθήκες εργασίας γραφείου δεν έχουν επιπτώσεις στη σωματική τους υγεία ή παθολογία όπως έχουν τα χειρωνακτικής φύσεως επαγγέλματα.

Στην περίπτωση της δεύτερης μεταβλητής υγείας (χρόνιο πρόβλημα υγείας ή πάθηση) παρατηρούμε ότι τις περισσότερες αναφορές χρόνιων παθήσεων εμφάνισε η

¹⁰⁵ Η συγκεκριμένη υποενότητα βασίζεται έντονα στο Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο Κινδύνων, «Νέοι και αναδυόμενοι κίνδυνοι για την επαγγελματική ασφάλεια και υγεία», Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία, 2009.

επαγγελματική κατηγορία των ειδικευμένων εργατών στον γεωργικό και αλιευτικό τομέα (72,1%) με αρκετά μεγάλη διαφορά από τις υπόλοιπες κατηγορίες επαγγελμάτων με τα υψηλότερα ποσοστά συγκριτικά με το σύνολο των επαγγελματικών κατηγοριών (57,0% για τα βοηθητικά επαγγέλματα και 51,4% για τους τεχνίτες – βλέπε Πίνακα 44).

Οι ειδικευμένοι εργάτες στον γεωργικό και αλιευτικό τομέα είναι εκτεθειμένοι τόσο στις φυσικές συνθήκες όσο και στις συνθήκες της ίδιας της φύσης της εργασίας. Τα άτομα που εργάζονται σε «συνθήκες γραφείου» (υπάλληλοι γραφείου, διευθυντές) επίσης φαίνεται ότι ίσως εμφανίζουν παθήσεις που σχετίζονται με τις μυοσκελετικές παθήσεις αλλά και με το εργασιακό άγχος καθώς παρατηρούμε για αυτές τις δύο κατηγορίες περισσότερες αναφορές χρόνιων παθήσεων τόσο από τους επαγγελματίες όσο και από τους εργαζόμενους στον κλάδο των υπηρεσιών (αναλυτικότερα βλέπε Πίνακα 44).

ΠΙΝΑΚΑΣ 43 Η υποκειμενική κατάσταση υγείας σε σχέση με τη κατηγορία επαγγελματικής δραστηριότητας*

Υποκειμενική Κατάσταση Υγείας	Κατηγορία επαγγελματικής δραστηριότητας								
	Νομοθέτες, ανώτατοι αξιωματούχοι και διευθυντές (%)	Επαγγελματίες (%)	Τεχνολόγοι και βοηθοί επαγγελματιών (%)	Υπάλληλοι γραφείου (%)	Εργαζόμενοι σε υπηρεσίες και πωλητές υπηρεσιών (%)	Ειδικευμένοι εργάτες στον γεωργικό και αλιευτικό τομέα (%)	Τεχνίτες (%)	Χειριστές μηχανημάτων εργοστασίου (%)	Βοηθητικά επαγγέλματα (%)
Πολύ Καλή	42,1	50,0	45,8	40,9	45,0	15,3	31,3	30,8	25,2
Καλή	35,6	35,7	35,7	36,1	33,3	28,2	31,6	31,9	27,2
Μέτρια	14,3	11,7	14,0	15,4	16,8	33,7	24,1	24,2	30,4
Κακή	5,2	1,5	3,2	5,2	2,7	16,3	7,9	10,6	10,6
Πολύ Κακή	2,6	0,8	1,1	2,2	1,9	6,3	4,9	2,2	6,3
Σύνολο	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

*N=4844, p=0,000.

Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων Εθνικής Στατιστικής Αρχής, Εθνική Έρευνα Υγείας 2009.

Παρατηρώντας, τέλος τη μεταβλητή του περιορισμού των δραστηριοτήτων σε σχέση με την κατηγορία της επαγγελματικής δραστηριότητας βλέπουμε ότι ακολουθείται το ίδιο πρότυπο: οι ειδικευμένοι εργάτες στον γεωργικό και αλιευτικό τομέα δηλώνουν τα μεγαλύτερα επίπεδα περιορισμού των καθημερινών δραστηριοτήτων (συνολικά 53,5%) ενώ ακολουθούν οι ερωτώμενοι που εργάζονται στον τομέα των βοηθητικών επαγγελμάτων (συνολικό ποσοστό 37,4%) και αντιστρόφως τους λιγότερους

περιορισμούς στις καθημερινές τους δραστηριότητες δηλώνουν οι επαγγελματίες (με ποσοστό 14,3%) και ακολουθούν οι εργαζόμενοι στον κλάδο των υπηρεσιών και πωλητές υπηρεσιών με ποσοστό 18,5% (βλέπε αναλυτικότερα Πίνακα 45).

ΠΙΝΑΚΑΣ 44 Το χρόνιο πρόβλημα υγείας σε σχέση με τη κατηγορία επαγγελματικής δραστηριότητας*

Χρόνιο Πρόβλημα υγείας ή πάθηση	Κατηγορία επαγγελματικής δραστηριότητας								
	Νομοθέτες, ανώτατοι αξιωματούχοι και διευθυντές (%)	Επαγγελματίες (%)	Τεχνολόγοι και βοηθοί επαγγελματιών (%)	Υπάλληλοι γραφείου (%)	Εργαζόμενοι σε υπηρεσίες και πωλητές υπηρεσιών (%)	Ειδικευμένοι εργάτες στον γεωργικό και αλιευτικό τομέα (%)	Τεχνίτες (%)	Χειριστές μηχανημάτων εργοστασίου (%)	Βοηθητικά επαγγέλματα (%)
Ναι	41,6	32,5	35,9	40,3	35,1	72,1	51,4	49,6	57,0
Όχι	58,3	67,0	64,0	59,6	64,8	27,7	48,5	50,3	42,7
Σύνολο	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

*N=4844, $p=0,000$.

Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων Εθνικής Στατιστικής Αρχής, Εθνική Έρευνα Υγείας 2009.

Εν γένει, παρατηρούμε ότι οι εργάτες και οι εργαζόμενοι σε βοηθητικά επαγγέλματα (όπως η αμοιβόμενη οικοκυρική) εμφανίζουν την χαμηλότερη αυτοαξιολόγηση του επιπέδου υγείας τους, τα υψηλότερα ποσοστά αναφοράς χρόνιων παθήσεων και τα υψηλότερα ποσοστά αναφοράς περιορισμών στις καθημερινές τους δραστηριότητες. Επίσης, ακολουθούν με παρόμοιους χαμηλούς δείκτες και οι τεχνίτες και οι χειριστές μηχανημάτων (Πίνακας 43, Πίνακας 44, Πίνακας 45) γεγονός που αποδεικνύει ότι το επίπεδο υγείας (βάσει των τριών μεταβλητών υγείας) κατανέμεται άνισα κατα κατηγορία επαγγελματικής δραστηριότητας για τον ελληνικό πληθυσμό.

3.4.3.5 Προυπηρεσία εργασίας με αμοιβή και κατάσταση υγείας στον πληθυσμό της Ελλάδας

Ολοκληρώνοντας την ανάλυση μας, στο επίπεδο της σύγκρισης των κοινωνικών μεταβλητών και των μεταβλητών υγείας μέσω της Εθνικής Έρευνας Υγείας 2009 για τον Ελληνικό πληθυσμό, θα αναφερθούμε και στην μεταβλητή της προυπηρεσίας εργασίας με αμοιβή.

Η συγκεκριμένη μεταβλητή βέβαια έχει έναν περιορισμό: εφόσον δεν είναι σύνθετη μεταβλητή ή ακόμη δεν αποτελεί ένα κρίσιμο κοινωνικό προσδιοριστικό παράγοντα του επιπέδου υγείας (όπως το φύλο, η τυπική εκπαίδευση, και η επαγγελματική κατηγορία) η διχοτόμηση της ίσως αποκρύπτει και έτερες πληροφορίες

όπως: η κατάσταση απασχόλησης επί του παρόντος (ανεργία ή όχι), το επίπεδο εισοδήματος πέρα από την εργασία, και το φύλο του απαντώμενου.

ΠΙΝΑΚΑΣ 45 Ο περιορισμός των δραστηριοτήτων σε σχέση με το είδος της επαγγελματικής δραστηριότητας*

Περιορισμός δραστηριοτήτων εξαιτίας προβλήματος υγείας	Κατηγορία επαγγελματικής δραστηριότητας								
	Νομοθέτες, ανώτατοι αξιωματούχοι και διευθυντές (%)	Επαγγελματίες (%)	Τεχνολόγοι και βοηθοί επαγγελματιών (%)	Υπάλληλοι γραφείου (%)	Εργαζόμενοι σε υπηρεσίες και πωλητές υπηρεσιών (%)	Ειδικευμένοι εργάτες στον γεωργικό και αλιευτικό τομέα (%)	Τεχνίτες (%)	Χειριστές μηχανημάτων εργοστασίου (%)	Βοηθητικά επαγγέλματα (%)
Ναι πάρα πολύ	10,2	2,7	8,7	7,6	5,6	24,7	13,8	12,8	16,5
Ναι, αλλά όχι πάρα πολύ	11,7	11,6	10,3	12,0	12,9	28,8	17,5	19,4	20,9
Όχι, καθόλου	77,7	85,6	80,6	80,3	81,1	46,3	68,5	67,2	62,2
Σύνολο	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

*N=4844, $p=0,000$.

Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων Εθνικής Στατιστικής Αρχής, Εθνική Έρευνα Υγείας 2009.

Έτσι, παρατηρούμε ότι τα άτομα που δήλωσαν ότι δεν έχουν εργαστεί με αμοιβή στο παρελθόν εμφανίζουν «καλύτερα ποσοστά» και στις τρεις μεταβλητές υγείας. Πιο συγκεκριμένα, το 61,4% των ατόμων που δεν είχαν εργαστεί με αμοιβή στο παρελθόν δήλωσαν ότι έχουν από καλό έως πολύ καλό επίπεδο υγείας σε σχέση με το 50% των ατόμων που είχαν εργαστεί στο παρελθόν με αμοιβή (βλέπε Πίνακα 46).

Επίσης, το 67,5% των ατόμων που δήλωσαν ότι είχαν εργασθεί στο παρελθόν με αμοιβή ανέφεραν ότι πάσχουν από κάποιο χρόνια πρόβλημα υγείας σε σχέση με το 52,2% για τα άτομα που δεν είχαν εργασθεί με αμοιβή στο παρελθόν (βλέπε Πίνακα 47).

Τέλος, στο επίπεδο του περιορισμού των δραστηριοτήτων εξαιτίας προβλήματος υγείας, τα άτομα που δήλωσαν ότι δεν είχαν εργασθεί με αμοιβή στο παρελθόν ανέφεραν μικρότερα ποσοστά περιορισμών από τα άτομα που δήλωσαν ότι είχαν εργασθεί με αμοιβή (36,8% και 45,8% αντίστοιχα – βλέπε Πίνακα 48). Βεβαίως, αυτό δεν σημαίνει ότι όσοι δεν έχουν εργασθεί με αμοιβή ποτέ έχουν καλύτερο επίπεδο υγείας από αυτούς που έχουν εργασθεί καθώς ισχύουν οι περιορισμοί οι οποίοι αναφέρθηκαν και οι οποίοι φαίνεται να επιδρούν με μεγαλύτερη ισχύ στις μεταβλητές υγείας. Έτσι, η μη-

συμπερίληψη τους (ίσως σε έναν πιο σύνθετο πίνακα) μπορεί να οδηγήει και σε παραπλανητικά αποτελέσματα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 46 Η υποκειμενική κατάσταση υγείας σε σχέση με την προϋπηρεσία εργασίας με αμοιβή*

Υποκειμενική κατάσταση υγείας	Εργασία με αμοιβή στο παρελθόν	
	Ναι (%)	Όχι (%)
Πολύ Καλή	18,3	34,3
Καλή	31,7	27,1
Μέτρια	30,8	22,9
Κακή	12,9	10,9
Πολύ Κακή	6,1	4,6
Σύνολο	100,0	100,0

*N=3824, $p=0,000$.

Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων Εθνικής Στατιστικής Αρχής, Εθνική Έρευνα Υγείας 2009.

ΠΙΝΑΚΑΣ 47 Το χρόνιο πρόβλημα υγείας σε σχέση με την προϋπηρεσία εργασίας με αμοιβή*

Χρόνιο Πρόβλημα Υγείας ή Πάθηση	Εργασία με αμοιβή στο παρελθόν	
	Ναι (%)	Όχι (%)
Ναι	67,5	52,2
Όχι	32,4	47,6
Σύνολο	100,0	100,0

*N=3824, $p=0,000$.

Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων Εθνικής Στατιστικής Αρχής, Εθνική Έρευνα Υγείας 2009.

ΠΙΝΑΚΑΣ 48 Ο περιορισμός των δραστηριοτήτων σε σχέση με την προϋπηρεσία εργασίας με αμοιβή*

Περιορισμός δραστηριοτήτων εξαιτίας προβλήματος υγείας	Εργασία με αμοιβή στο παρελθόν	
	Ναι (%)	Όχι (%)
Ναι πάρα πολύ	20,7	15,8
Ναι, αλλά όχι πάρα πολύ	25,1	21,0
Όχι, καθόλου	54,0	62,9
Σύνολο	100,0	100,0

*N=3824, $p=0,000$.

Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων Εθνικής Στατιστικής Αρχής, Εθνική Έρευνα Υγείας 2009.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στην παρούσα διπλωματική εργασία μελετήσαμε το φαινόμενο των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία, αποτυπώνοντας την εννοιολόγηση των υγειονομικών ανισοτήτων, των κοινωνικών προσδιοριστικών παραγόντων του επιπέδου υγείας και διερευνώντας μέσα από στοιχεία της Ευρωπαϊκής Έρευνας Εισοδήματος και Συνθηκών Διαβίωσης, των Ερευνών Υγείας του Τομέα Οικονομικών της Σχολής Δημόσιας Υγείας (2002 - Υγεία και υπηρεσίες υγείας στον ελληνικό πληθυσμό, 2006 - Διερεύνηση του επιπέδου υγείας και αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα, 2011- Έρευνα Αξιολόγησης Υπηρεσιών Υγείας, Συνήθειες Σχετιζόμενες με την Υγεία), και κυριότερα μέσω της επεξεργασίας των στατιστικών στοιχείων της Εθνικής Έρευνας Υγείας 2009, προσπαθήσαμε να διαπιστώσουμε τα πρότυπα κοινωνικής διαφοροποίησης σε σχέση με το επίπεδο υγείας στην Ελλάδα καθώς και σε επιλεγμένες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Το πρώτο κεφάλαιο της διπλωματικής αποτελεί την θεωρητική τεκμηρίωση του αντικειμένου και την πρώτη στατιστική αποτύπωση των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία στην Ελλάδα. Στο πρώτο κεφάλαιο επιχειρήσαμε να προσεγγίσουμε το αμφίσημο και διαφιλονικούμενο ζήτημα του ορισμού της υγείας και της ασθένειας, αντιπαραβάλλαμε τις προσεγγίσεις της υγείας ως κοινωνικό-δημόσιο και ως ιδιωτικό αγαθό, διερευνήσαμε τις θεωρητικές τοποθετήσεις σχετικά με τις έννοιες της κοινωνικής ανισότητας, τον διαχωρισμό μεταξύ της ανισότητας ή ανισονομίας στην υγεία και την εννοιολόγηση των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία. Το κεφάλαιο ολοκληρώνεται με την παρουσίαση των ερευνών της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας, που αποτυπώνουν τις μεταβλητές της υποκειμενικής κατάστασης υγείας, της αντικειμενικής κατάστασης υγείας και του περιορισμού των δραστηριοτήτων εξαιτίας προβλήματος υγείας ανά εισόδημα, φύλο και εκπαιδευτικό επίπεδο για τα έτη 2002, 2006 και 2011 στην Ελλάδα.

Το δεύτερο κεφάλαιο της παρούσης διπλωματικής αποτυπώνει μέσω στοιχείων της Έρευνας Εισοδήματος και Συνθηκών Διαβίωσης για το έτος 2010 τις ανισότητες στην υγεία στην Ελλάδα και σε επιλεγμένες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης ανά φύλο, εκπαίδευση και κατάσταση απασχόλησης λαμβάνοντας και πάλι ως μεταβλητές υγείας την αυτοαξιολόγηση του επιπέδου υγείας από τα άτομα, την ύπαρξη ή μη χρόνιου

προβλήματος υγείας και τον περιορισμό των δραστηριοτήτων εξαιτίας χρόνιου προβλήματος υγείας ή πάθησης.

Το τρίτο κεφάλαιο της παρούσης διπλωματικής αποτελεί την επεξεργασία των στοιχείων της Εθνικής Έρευνας Υγείας 2009 και λειτουργεί ως συνδετικός-κρίκος μεταξύ των άλλων δύο στατιστικών πηγών (EU-SILC και Έρευνες Υγείας Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας για την Ελλάδα). Μέσω της επεξεργασίας επιχειρήσαμε να διερευνήσουμε τα πρότυπα υγειονομικών ανισοτήτων ανά επίπεδα κοινωνικής διαφοροποίησης: μελετήσαμε, έτσι, τις τρεις μεταβλητές υγείας σε σχέση με το φύλο, το επίπεδο εκπαίδευσης, την κατηγορία επαγγελματικής δραστηριότητας και την προϋπηρεσία εργασίας με αμοιβή.

Αυτό που μπορούμε να παρατηρήσουμε μέσω των στοιχείων της Εθνικής Έρευνας Υγείας για την Ελλάδα είναι ότι οι μεταβλητές υγείας (που λειτουργούν συνδυαστικά ώστε να προσδιορίζουν το επίπεδο υγείας του ατόμου) κατανέμονται άνισα τόσο κατά φύλο, όσο και κατά επίπεδο τυπικής εκπαίδευσης και κατηγορία επαγγελματικής δραστηριότητας. Είναι σημαντικό να τονίσουμε, ότι, σε όλες τις συσχετίσεις που πραγματοποιήθηκαν υπήρξε στατιστική σημαντικότητα με τιμή $p=0,000$.

Οι γυναίκες αυτοαξιολογούν ως χειρότερο το επίπεδο υγείας τους από ότι οι άντρες, και ενώ δεν μπορεί να αποφευχθεί πλήρως το εμπόδιο του υποκειμενισμού του ερωτήματος με τη χρήση της μεταβλητής της αντικειμενικής κατάστασης υγείας, οι γυναίκες αναφέρουν σε μεγαλύτερο ποσοστό από τους άντρες τόσο χρόνια προβλήματα υγείας (45,7% έναντι 33,5% στον πληθυσμό έπειτα από τη στάθμιση του δείγματος) όσο και προβλήματα που σχετίζονται με τον περιορισμό των καθημερινών τους δραστηριοτήτων.

Επίσης, κατά την ομαδοποίηση σε κοινωνικοοικονομικά προφίλ παρατηρούμε ότι οι γυναίκες που ολοκλήρωσαν τη πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια εκπαίδευση εμφανίζουν χαμηλότερα ποσοστά πολύ καλής αυτοαξιολόγησης του επιπέδου υγείας τους από ότι οι άντρες: το 23,2% των αντρών που ολοκλήρωσε την πρωτοβάθμια εκπαίδευση αξιολογεί το επίπεδο υγείας του ως πολύ καλό σε σχέση με το 9,8% των γυναικών και το 53,3% των αντρών που ολοκλήρωσε τη δευτεροβάθμια εκπαίδευση αξιολογεί το επίπεδο υγείας του ως πολύ καλό σε σχέση με το 42,8% των γυναικών. Η

επίδραση αυτής της διαφοροποίησης κατά φύλο εξισορροπείται καθώς μεταβαίνουμε στη τριτοβάθμια εκπαίδευση (βλέπε Πίνακα 1 του Παραρτήματος). Ακόμη, παρατηρούμε ότι το ίδιο πρότυπο ακολουθείται και στην μεταβλητή του χρόνιου προβλήματος υγείας: το 60,5% των ανδρών που ολοκλήρωσε το επίπεδο της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης δήλωσε ότι πάσχει από χρόνια πρόβλημα υγείας σε σχέση με το 77,0% των γυναικών με το ίδιο επίπεδο τυπικής εκπαίδευσης (βλέπε Πίνακα 2 του Παραρτήματος). Επίσης, το 29,4% των αντρών που ολοκλήρωσε τη δευτεροβάθμια εκπαίδευση δήλωσε ότι πάσχει από χρόνια πρόβλημα υγείας σε σχέση με το 39,2% των γυναικών με το ίδιο ολοκληρωμένο επίπεδο τυπικής εκπαίδευσης ενώ και σε αυτή τη περίπτωση κατά τη μετάβαση στο τριτοβάθμιο επίπεδο εκπαίδευσης η συγκεκριμένη διαφοροποίηση σχεδόν «απαλώνεται».

Αναφορικά με το επίπεδο της τυπικής εκπαίδευσης παρατηρούμε ότι ακολουθείται ένα σχεδόν «γραμμικό» πρότυπο, όπου κατά τη μετάβαση σε ανώτερο επίπεδο τυπικής εκπαίδευσης, τα άτομα εμφανίζουν τόσο υψηλότερα ποσοστά πολύ καλής και καλής αυτοαξιολόγησης του επιπέδου υγείας τους όσο και χαμηλότερα ποσοστά χρόνιων παθήσεων και αναφοράς για περιορισμούς των καθημερινών τους δραστηριοτήτων εξαιτίας προβλήματος υγείας.

Επιπρόσθετα, διερευνώντας τις μεταβλητές υγείας ανά κατηγορία επαγγελματικής δραστηριότητας παρατηρήσαμε ότι οι εργάτες και οι εργαζόμενοι σε βοηθητικά επαγγέλματα (όπως η αμοιβώμενη οικοκυρική) εμφανίζουν την χαμηλότερη αυτοαξιολόγηση του επιπέδου υγείας τους, τα υψηλότερα ποσοστά αναφοράς χρόνιων παθήσεων και τα υψηλότερα ποσοστά αναφοράς περιορισμών στις καθημερινές τους δραστηριότητες. Επίσης, ακολουθούν με παρόμοιους χαμηλούς δείκτες και οι τεχνίτες και οι χειριστές μηχανημάτων (Πίνακας 43, Πίνακας 44, Πίνακας 45). Οι επαγγελματίες, οι βοηθοί επαγγελματιών, οι νομοθέτες – ανώτατοι αξιωματούχοι και οι υπάλληλοι γραφείου καθώς και οι εργαζόμενοι στον τομέα των υπηρεσιών εμφανίζουν στον αντίποδα αρκετά υψηλότερα ποσοστά πολύ καλής και καλής αυτοαξιολόγησης του επιπέδου υγείας τους και χαμηλότερα ποσοστά εμφάνισης χρόνιων παθήσεων και περιορισμού δραστηριοτήτων.

Τέλος, η μεταβλητή της προϋπηρεσίας εργασίας με αμοιβή δίνει εν πρώτοις ένα μη αναμενόμενο αποτέλεσμα: τα άτομα που δήλωσαν ότι δεν είχαν εργασθεί με αμοιβή στο παρελθόν εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά πολύ καλής και καλής υποκειμενικής

κατάστασης υγείας και χαμηλότερα ποσοστά αναφοράς χρόνιας πάθησης και περιορισμού δραστηριοτήτων (Πίνακας 46, Πίνακας 47, Πίνακας 48). Βεβαίως, διερευνώντας περισσότερο την μεταβλητή βλέπουμε ότι υπάρχουν διαφοροποιήσεις κατά φύλο και για τις τρεις μεταβλητές υγείας: το 73,5% των ανδρών που δήλωσε ότι δεν έχει εργασθεί στο παρελθόν με αμοιβή ανέφερε ένα πολύ καλό επίπεδο υγείας σε σχέση με το 28,6% των γυναικών που δήλωσε ότι δεν έχει εργασθεί με αμοιβή (βλέπε Πίνακα 6 Παραρτήματος). Σε σχέση με την διάσταση της αντικειμενικής κατάστασης υγείας οι άντρες που δήλωσαν ότι δεν έχουν εργασθεί στο παρελθόν με αμοιβή εμφανίζουν σε πολύ μικρότερο ποσοστό χρόνια πρόβλημα υγείας από ότι οι γυναίκες: 18,8% και 57,2% αντίστοιχα (βλέπε Πίνακα 7 Παραρτήματος). Τέλος, στο επίπεδο του περιορισμού των δραστηριοτήτων εξαιτίας προβλήματος υγείας παρατηρούμε ότι για ακόμη μία φορά οι άντρες που δήλωσαν ότι δεν έχουν εργασθεί με αμοιβή στο παρελθόν αναφέρουν πολύ μικρότερα ποσοστά περιορισμού δραστηριοτήτων σε σχέση με τις γυναίκες που δεν έχουν εργασθεί στο παρελθόν με αμοιβή (11,0% και 40,5% αντίστοιχα – βλέπε Πίνακα 8 του Παραρτήματος).

Μέσω της συγκεκριμένης διπλωματικής καταφέραμε να δείξουμε ότι το επίπεδο υγείας κατανέμεται άνισα στην Ελλάδα σε κύριες μεταβλητές της κοινωνικής διαφοροποίησης. Ένας από τους περιορισμούς της μελέτης είναι ότι δεν κατέστη εφικτό μέσω των ερωτημάτων της Εθνικής Έρευνας Υγείας 2009 να κατηγοριοποιήσουμε τους ερωτώμενους σε κοινωνικές τάξεις ώστε να πραγματοποιήσουμε μία τρόπον τινά ταξική ανάλυση των υγειονομικών ανισοτήτων στην Ελλάδα. Η συγκεκριμένη έρευνα μπορεί να εμπλουτιστεί με την συσχέτιση των τριών μεταβλητών υγείας με συγκεκριμένες ερωτήσεις παθήσεων (συνοχή των μεταβλητών υγείας) καθώς και με την συσχέτιση κοινωνικών και οικονομικών μεταβλητών τόσο με παθήσεις όσο και με ερωτήματα που αφορούν στη φυσική κατάσταση των ερωτώμενων ώστε να μπορέσουμε να απεικονίσουμε έστω και συνοπτικά το επίπεδο υγείας στον πληθυσμό της Ελλάδας σε σχέση με την κοινωνική διαφοροποίηση. Πολύ χρήσιμη θα ήταν και η κατασκευή κοινωνικοοικονομικών προφίλ τεσσάρων μεταβλητών όπως το φύλο, το εκπαιδευτικό επίπεδο, η κατηγορία επαγγελματικής δραστηριότητας και η προϋπηρεσία εργασίας με αμοιβή σε σχέση με τις μεταβλητές υγείας ώστε να απεικονίσουμε αναλυτικότερα την

κοινωνικοοικονομική διαφοροποίηση σε σχέση με την κατάσταση υγείας στον πληθυσμό της Ελλάδας.

ΠΗΓΕΣ-ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΠΗΓΕΣ

Εθνική Στατιστική Αρχή, Εθνική Έρευνα Υγείας Έτους 2009, Πειραιάς 2009.

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

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

Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Τομέας Οικονομικών της Υγείας, *Διερεύνηση του επιπέδου υγείας και αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα*, 2006.

Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Τομέας Οικονομικών της Υγείας, *Έρευνα Αξιολόγησης Υπηρεσιών Υγείας, Συνήθειες Σχετιζόμενες με την Υγεία*, 2011.

Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο Κινδύνων, «Νέοι και αναδυόμενοι κίνδυνοι για την επαγγελματική ασφάλεια και υγεία», Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία, 2009.

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

Eurostat data navigation tree, European Survey of Income and Living Conditions (EU-SILC), 2010 URL:

http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/search_database?_piref458_1209540_458_211810_211810.node_code=hlth_silc_01.

Official Journal of the European Communities «Charter Of Fundamental Rights Of The European Union» (2000/C 364/01),

http://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_en.pdf.

Robert Wood Johnson Foundation: «Education Matters for Health», University of California, April 2009.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνόγλωσση

Αμίτσης Ν. Γαβριήλ, *Αρχές Οργάνωσης και Λειτουργίας του Συστήματος Κοινωνικής Πρόνοιας, Το Ελληνικό Μοντέλο των Κοινωνικών Υπηρεσιών και η Ευρωπαϊκή Έμπειρία*, Αθήνα (Εκδόσεις Παπαζήση) 2001.

Θεοδώρου Μάμας, Σαρρής Μάρκος, Σούλης Σωτήρης, *Συστήματα Υγείας*, Αθήνα (Εκδόσεις Παπαζήση) 2001.

Μοσχονάς Ανδρέας, *Τάξεις και Στρώματα στις Σύγχρονες Κοινωνίες – Τόμος Πρώτος: Ερμηνευτικές Προσεγγίσεις*, Αθήνα (Εκδόσεις Οδυσσέας) 1998.

Οικονόμου Β. Αθηνά, *Διδακτορική Διατριβή: Κοινωνικές, Οικονομικές και Επαγγελματικές Διαστάσεις στην Κατάσταση της Υγείας και στη Ζήτηση Υπηρεσιών Υγείας των Μελών του Εργατικού Δυναμικού στις Χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης*, Θεσσαλονίκη, Πανεπιστήμιο Μακεδονίας Τμήμα Οικονομικών Επιστημών, Ιανουάριος 2008.

Σουλιώτης Κυριάκος, *Ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα στο Ελληνικό σύστημα υγείας*, Αθήνα (Εκδόσεις Παπαζήση) 2000.

Σουλιώτης Ν. Κυριάκος (επιμέλεια), *Πολιτική και Οικονομία της Υγείας Στρατηγικός Σχεδιασμός-Οργάνωση και Διοίκηση, Οικονομική Λειτουργία- Τομεακές πολιτικές*, Αθήνα (Εκδόσεις Παπαζήση) 2006.

Σουλιώτης Ν. Κυριάκος, *Οικονομικές Ανισότητες και Πολιτική Υγείας*, Αθήνα (Εκδόσεις Παπαζήση) 2007.

Στασινοπούλου Όλγα, *Ζητήματα Σύγχρονης Κοινωνικής Πολιτικής, Από το κράτος πρόνοιας στο «νέο» προνοιακό πλουραλισμό, Φροντίδα και Γήρανση – Η σύγχρονη πλουραλιστική πρόκληση*, Αθήνα (Εκδόσεις Gutenberg) 2002.

Τούντας Γεώργιος, *Κοινωνία και υγεία*, Αθήνα (Εκδόσεις Νέα υγεία) 2000.

Τσαούσης Γ. Δ., *Κοινωνικές Διαφοροποιήσεις και Ανισότητες στο Η Κοινωνία μας – Οργάνωση, Λειτουργία, Δυναμική*, Αθήνα (Εκδόσεις Gutenberg) 1999.

Fitzatrick Michael, *Η τυραννία της υγείας – Οι γιατροί και οι κανόνες για τον σύγχρονο τρόπο ζωής*, Αθήνα (Εκδόσεις Πολύτροπον) 2004.

Ξενόγλωσση

Alexopoulos C. Evangelos, Geitona Mary, «Self-Rated Health: Inequalities and Potential Determinants», *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2009, 6, 2456-2469.

Annandale Ellen, Hunt Kate, *Gender Inequalities in Health*, Buckingham (Open University Press) 2000.

Arcanjo Manuela, «Ideal (and Real) Types of Welfare State», Technical University of Lisbon, Department of Economics, 2006.

Asthana Sheena, Halliday Joyce, *What works in tackling health inequalities? : pathways, policies and practice*, (Polity Press) 2006.

Bartley Mel, Blane David, *The sociology of health inequalities*, Oxford (Blackwell Publishers) 1998.

Bird E. Chloe, Rieker P. Patricia, *Gender and Health – The Effects of Constrained Choices and Social Policies*, Cambridge (Cambridge University Press) 2008.

Braverman A. Paula, Egerter A. Susan, Mockenhaupt E. Robin, «Broadening the Focus, The Need to Address the Social Determinants of Health», *American Journal of Preventive Medicine* Vol. 40, 1S1 (2011), pp. 4-18, Published by: Elsevier Inc <http://www.rwjf.org/files/research/4945.pdf> (πρόσβαση στις 23/11/2011).

Brunner L. Robert, «Understanding Gender Factors Affecting Self-Rated Health», *Gender Medicine* Vol.3, No.4 (2006) pp.292-294.

Doblhammer Gabriele, Hoffmann Rasmus, Muth Elena, Westphal Christina, Kruse Anne, «A systematic literature review of studies analyzing the effects of sex, age, education, marital status, obesity and smoking on health transitions», Vol 20-5, (2009), *Demographic Research*, pp. 38-58, Published by: the Max Planck Institute for Demographic Research.

Doyal Lesley, Pennell Imogen, *The Political Economy of Health*, London (Pluto Press) 1981.

Foucault Michel, *The Birth of the Clinic – An archaeology of medical perception*, Great Britain (Routledge) 1989.

Graham Hilary, Kelly P. Michael, «Health Inequalities, concepts, frameworks and policy», (2004), NHS, *Health Development Agency*, United Kingdom <http://dds->

dispositivoglobal.ops.org.ar/curso/cursoport/Textos%20Completos/health%20inequalities_concepts,%20framework%20and%20policy.pdf (πρόσβαση στις 2/12/2011).

Groot Wim, Henriette Maassen van der Brink: «What does Education do to our Health? – Measuring the effects of Education on Health and Civic Engagement: Proceedings of the Copenhagen Symposium», Organisation for Economic Cooperation and Development, 2006.

Hausman Daniel M., Asada Yukiko, Hedemman Thomas, «Health Inequalities and Why They Matter», *Health Care Analysis* Vol 10, (2002) pp. 177-191, Published by: Kluwer Academic Publishers Printed in Netherlands

<http://www.springerlink.com/content/yrnkgq6fgp1fp3we/fulltext.pdf> (πρόσβαση στις 25/11/2011).

Hunter J. David, *Public Health Policy*, Cambridge (Polity Press) 2003.

Kawachi I. , S. V. Subramanian, N. Almeida-Filho, «A glossary for health inequalities», (2002), *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56, pp. 647-652

<http://jech.bmj.com/content/56/9/647.full.pdf+html> (πρόσβαση στις 1/5/2012)

Kelman Sander, «The social nature of the definition problem in health», *International Journal of Health Services*, 5 (1975).

Lewis Aubrey «Health as a social concept», *The British Journal of Sociology*, Vol. 4, No 2 (1953), pp. 109-124, Published by: Blackwell Publishing on behalf the London School of Economics and Political Sciences <http://www.jstor.org/stable/10.2307/587206> (πρόσβαση στις 3/12/2011).

Malin Nigel, Stephen Wilmot, Manthorpe Jill, *Key Concepts and Debates in Health and Social Policy*, Chapter Four: Consumerism and Empowerment, Berkshire (Open University Press) 2002.

Marmot Michael, «Social Determinants of Health Inequalities», (2005) *The Lancet, Public Health* http://www.who.int/social_determinants/strategy/Marmot-Social%20determinants%20of%20health%20inequalities.pdf (πρόσβαση στις 23/11/2011).

McFadden E., Luben R., Bingham S., Wareham N., Kinmonth A.-L., Khaw K.-T., «Does the association between self-rated health and mortality vary by social class?», (2009), *Social Science and Medicine*, Elsevier Publications, 68, pp. 275-280.

- Mirowsky John, Ross E. Catherine, *Education Social Status and Health*, New York (Walter de Gruyter) 2003.
- Phillips J. Ceri, *Health Economics – An introduction for health professionals*, Oxford (Blackwell Publishing) 2005.
- Pollard M. Tessa, Hyatt Brin Susan, *Sex, Gender and Health*, Cambridge (Cambridge University Press), 1999.
- Robine, J. M., G. Caselli, et al. «Differentials in the femininity ratio among centenarians: Variations between northern and southern Italy from 1870», (2006) *Population Studies-a Journal of Demography* 60(1): pp 99-113.
- Ross E. Catherine, Wu Chia-Ling: «The Links Between Education and Health» *American Sociological Review*, Vol. 60, No. 5 (Oct., 1995), pp. 719-745 URL: <http://www.jstor.org/stable/2096319> πρόσβαση στις 30/5/2012.
- White Kevin, *An Introduction to the Sociology of Health and Illness*, London (Sage Publications) 2002.
- Yong Vanessa, Saito Yasuhiko, «Trends in healthy life expectancy in Japan: 1986-2004», *Demographic Research*, Volume 20, Article 19, pp. 467-494 Published 28 April 2009.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Προφίλ κοινωνικής διαφοροποίησης σε σχέση με το επίπεδο υγείας

ΠΙΝΑΚΑΣ Π1 Η υποκειμενική κατάσταση υγείας σε σχέση με το επίπεδο εκπαίδευσης ανά φύλο*

Φύλο	Υποκειμενική Κατάσταση Υγείας	Επίπεδο εκπαίδευσης		
		Πρωτοβάθμια εκπαίδευση (%)	Δευτεροβάθμια εκπαίδευση (%)	Τριτοβάθμια εκπαίδευση (%)
Αντρες	Πολύ Καλή	23,2	53,3	51,7
	Καλή	31,5	31,4	36,0
	Μέτρια	26,1	10,3	10,0
	Κακή	11,8	3,7	1,2
	Πολύ Κακή	7,1	1,0	0,7
	Σύνολο	100,0	100,0	100,0
Γυναίκες	Πολύ Καλή	9,8	42,8	52,1
	Καλή	26,5	34,0	34,2
	Μέτρια	38,9	16,8	10,8
	Κακή	17,3	4,2	2,0
	Πολύ Κακή	7,4	1,9	0,6
	Σύνολο	100,0	100,0	100,0

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

Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων Εθνικής Στατιστικής Αρχής, Εθνική Έρευνα Υγείας 2009.

ΠΙΝΑΚΑΣ Π2 Η αντικειμενική κατάσταση υγείας σε σχέση με το επίπεδο εκπαίδευσης ανά φύλο*

Φύλο	Χρόνιο πρόβλημα υγείας	Επίπεδο εκπαίδευσης		
		Πρωτοβάθμια εκπαίδευση (%)	Δευτεροβάθμια εκπαίδευση (%)	Τριτοβάθμια εκπαίδευση (%)
Αντρες	Ναι	60,5	29,4	28,4
	Όχι	39,4	70,4	71,3
	Σύνολο	100,0	100,0	100,0
Γυναίκες	Ναι	77,0	39,2	31,8
	Όχι	22,8	60,7	67,8
	Σύνολο	100,0	100,0	100,0

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

Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων Εθνικής Στατιστικής Αρχής, Εθνική Έρευνα Υγείας 2009.

ΠΙΝΑΚΑΣ Π3 Η υποκειμενική κατάσταση υγείας σε σχέση με το επίπεδο εκπαίδευσης ανά φύλο*

Φύλο			Επίπεδο Εκπαίδευσης							
			Δεν παρακολούθησα ποτέ καμία βαθμίδα εκπαίδευσης/ Μερικές τάξεις δημοτικού (%)	Δημοτικό (%)	Γυμνάσιο – Κατώτερες τεχνικές σχολές (%)	Γενικό Λύκειο, ΤΕΕ, ΤΕΛ, Πολυκλαδικό, ΕΠΑΛ, ΕΠΑΣ (%)	Επαγγελματική κατάρτιση (ΙΕΚ, ΚΕΚ), ιδιωτικές σχολές – κολέγια (%)	ΤΕΙ, ΑΤΕΙ (%)	ΑΕΙ, Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Ανώτατες Στρατιωτικές Σχολές (%)	Μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών, Διδακτορικό (%)
Άνδρες	Υποκειμενική Κατάσταση Υγείας	Πολύ Καλή	13,5	25,4	48,4	55,1	58,1	55,8	50,3	20,0
		Καλή	22,8	33,6	29,9	32,5	30,2	33,1	36,6	80,0
		Μέτρια	35,7	23,9	14,6	7,9	10,0	9,2	10,5	0,0
		Κακή	18,5	10,3	4,4	3,8	1,5	1,2	1,3	0,0
		Πολύ Κακή	9,2	6,6	2,5	0,4	0,0	0,6	0,7	0,0
		Σύνολο		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Γυναίκες	Υποκειμενική Κατάσταση Υγείας	Πολύ Καλή	4,6	12,1	33,9	45,8	49,1	56,3	50,5	33,3
		Καλή	17,1	30,7	31,1	35,8	31,1	30,3	35,7	50,0
		Μέτρια	43,0	37,0	24,2	13,4	16,7	10,6	10,9	16,6
		Κακή	22,3	15,0	7,1	3,5	1,2	2,1	2,0	0,0
		Πολύ Κακή	12,8	4,9	3,4	1,3	1,8	0,5	0,7	0,0
		Σύνολο		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

*N=6172, p= 0,000.

Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων Εθνικής Στατιστικής Αρχής, Εθνική Έρευνα Υγείας 2009.

ΠΙΝΑΚΑΣ Π4 Η αντικειμενική κατάσταση υγείας σε σχέση με το επίπεδο εκπαίδευσης ανά φύλο*

Φύλο			Επίπεδο Εκπαίδευσης							
			Δεν παρακολούθησα ποτέ καμία βαθμίδα εκπαίδευσης/ Μερικές τάξεις δημοτικού (%)	Δημοτικό (%)	Γυμνάσιο – Κατώτερες τεχνικές σχολές (%)	Γενικό Λύκειο, ΤΕΕ, ΤΕΛ, Πολυκλαδικό, ΕΠΑΛ, ΕΠΑΣ (%)	Επαγγελματική κατάρτιση (ΙΕΚ, ΚΕΚ), ιδιωτικές σχολές – κολέγια (%)	ΤΕΙ, ΑΤΕΙ (%)	ΑΕΙ, Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Ανώτατες Στρατιωτικές Σχολές (%)	Μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών, Διδακτορικό (%)
Άντρες	Χρόνιο Πρόβλημα Υγείας	Ναι	76,4	56,9	34,9	27,4	24,0	21,4	31,2	40,0
		Όχι	23,5	43,0	64,8	72,5	75,9	78,5	68,4	60,0
	Σύνολο	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Γυναίκες	Χρόνιο Πρόβλημα Υγείας	Ναι	86,5	72,7	48,2	35,6	36,5	30,3	31,7	83,3
		Όχι	13,0	27,2	51,7	64,3	63,4	69,6	67,7	16,6
	Σύνολο	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

*N=6172, p= 0,000.

Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων Εθνικής Στατιστικής Αρχής, Εθνική Έρευνα Υγείας 2009.

ΠΙΝΑΚΑΣ Π5 Ο περιορισμός των καθημερινών δραστηριοτήτων σε σχέση με το επίπεδο εκπαίδευσης ανά φύλο*

Περιορισμός δραστηριότητας	Επίπεδο εκπαίδευσης															
	Δεν παρακολούθησα ποτέ καμία βαθμίδα εκπαίδευσης/ Μερικές τάξεις δημοτικού (%)		Δημοτικό (%)		Γυμνάσιο – Κατώτερες τεχνικές σχολές (%)		Γενικό Λύκειο, ΤΕΕ, ΤΕΛ, Πολυκλαδικό, ΕΠΑΛ, ΕΠΑΣ (%)		Επαγγελματική κατάρτιση (ΙΕΚ, ΚΕΚ), ιδιωτικές σχολές – κολέγια (%)		ΤΕΙ, ΑΤΕΙ (%)		ΑΕΙ, Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Ανώτατες Στρατιωτικές Σχολές (%)		Μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών, Διδακτορικό (%)	
	Άντρες	Γυναίκες	Άντρες	Γυναίκες	Άντρες	Γυναίκες	Άντρες	Γυναίκες	Άντρες	Γυναίκες	Άντρες	Γυναίκες	Άντρες	Γυναίκες	Άντρες	Γυναίκες
Ναι πάρα πολύ	40	175	108	244	32	52	29	43	5	6	6	8	16	15	0	0
Ναι, αλλά όχι πάρα πολύ	26	182	125	326	43	71	51	115	10	23	12	19	33	47	2	1
Όχι, καθόλου	73	139	368	532	286	309	545	777	114	138	144	160	338	369	3	5

Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων Εθνικής Στατιστικής Αρχής, Εθνική Έρευνα Υγείας 2009.

ΠΙΝΑΚΑΣ Π6 Η υποκειμενική κατάσταση υγείας σε σχέση με την προϋπηρεσία εργασίας με αμοιβή ανά φύλο*

		Εργασία με αμοιβή στο παρελθόν		Σύνολο	
Φύλο		Ναι (%)	Όχι (%)		
Ανδρες	Υποκειμενική κατάσταση υγείας	Πολύ Καλή	20,4	73,5	27,9
		Καλή	35,1	18,2	32,7
		Μέτρια	26,5	1,1	22,8
		Κακή	12,0	4,1	10,8
		Πολύ Κακή	5,8	2,9	5,4
Σύνολο		100,0	100,0	100,0	
Γυναίκες	Υποκειμενική κατάσταση υγείας	Πολύ Καλή	16,9	28,6	22,0
		Καλή	29,4	28,4	29,0
		Μέτρια	33,7	26,1	30,4
		Κακή	13,5	11,9	12,8
		Πολύ Κακή	6,3	4,8	5,6
Σύνολο		100,0	100,0	100,0	

*N=3824, $p=0,000$.

Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων Εθνικής Στατιστικής Αρχής, Εθνική Έρευνα Υγείας 2009.

ΠΙΝΑΚΑΣ Π7 Η αντικειμενική κατάσταση υγείας σε σχέση με την προϋπηρεσία εργασίας με αμοιβή ανά φύλο*

		Εργασία με αμοιβή στο παρελθόν	
Φύλο	Χρόνιο πρόβλημα υγείας	Ναι (%)	Όχι (%)
Ανδρες	Ναι	64,2	18,8
	Όχι	35,7	81,1
	Σύνολο	100,0	100,0
Γυναίκες	Ναι	69,8	57,2
	Όχι	30,1	42,6
	Σύνολο	100,0	100,0

*N=3824, $p=0,000$.

Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων Εθνικής Στατιστικής Αρχής, Εθνική Έρευνα Υγείας 2009.

ΠΙΝΑΚΑΣ Π8 Ο περιορισμός των δραστηριοτήτων σε σχέση με την προυπηρεσία εργασίας με αμοιβή ανά φύλο*

Φύλο			Εργασία με αμοιβή στο παρελθόν	
			Ναι (%)	Όχι (%)
Άνδρες	Επίπεδο περιορισμού δραστηριοτήτων	Ναι πάρα πολύ	20,4	5,2
		Ναι, αλλά όχι πάρα πολύ	21,4	5,8
		Όχι, καθόλου	58,1	88,2
	Σύνολο	100,0	100,0	
Γυναίκες	Επίπεδο περιορισμού δραστηριοτήτων	Ναι πάρα πολύ	20,9	17,3
		Ναι, αλλά όχι πάρα πολύ	27,6	23,2
		Όχι, καθόλου	51,1	59,2
	Σύνολο	100,0	100,0	

*N=3824, $p = 0,000$.

Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων Εθνικής Στατιστικής Αρχής, Εθνική Έρευνα Υγείας 2009.