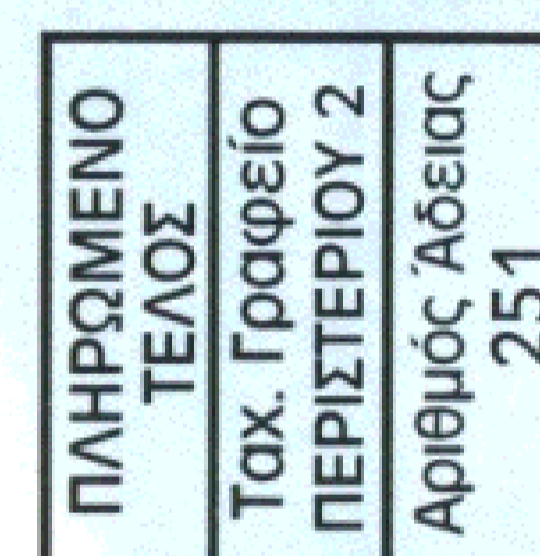


ΤΟ ΒΗΜΑ ΤΟΥ ΑΣΚΛΗΠΙΟΥ



VEMA OF ASKLIPIOS

JANUARY - MARCH 2006 VOLUME 5 No 1

QUARTERLY EDITION BY THE 1st NURSING DEPARTMENT
OF ATHENS TECHNOLOGICAL EDUCATIONAL INSTITUTION

In cooperation with ION PUBLISHING GROUP

- Ινομυαλγία και Σύνδρομο Χρόνιας Κόπωσης
- Σύνταξη Βιογραφικού Σημειώματος
- Η θεμελιωμένη θεωρία ως Ερευνητική Προσέγγιση
- Οι Υγειονομικές Ανισότητες και ο Ρόλος των Υπηρεσιών Υγείας στην Προσπάθεια Περιορισμού τους
- Κόστος Λαπαροσκοπικής Χολοκυστεκτομής
- Απόψεις για την Υποδομή των Χειρουργείων

- Fibromyalgia and Chronic Fatigue Syndrome
 - Creation of a Curriculum Vitae
 - Grounded Theory as a Research Approach
 - Sanitary Inequalities. Health Services Role in the Effort for their Restriction
- The Cost of a Laparoscopic Cholecystectomy
 - Current Features of Operating Room

Περιεχόμενα

Ανασκοπήσεις

Ινομυαλγία και Σύνδρομο Χρόνιας Κόπωσης
Ιωάννης Ν. Μυριοκεφαλitάκης 209

Σύνταξη Βιογραφικού Σημειώματος
Δέσποινα Θ. Παπαδοπούλου, Χαρίκλεια Γ. Σταθοπούλου 223

Ειδικό Άρθρο

Η Θεμελιωμένη Θεωρία ως Ερευνητική Προσέγγιση
Αικατερίνη Χάλαρη 231

Οι Υγειονομικές Ανισότητες και ο Ρόλος των Υπηρεσιών Υγείας στην Προσπάθεια Περιορισμού τους
Γεώργιος Χατζηπουλίδης 235

Ερευνητική Εργασία

Κόστος Λαπαροσκοπικής Χολοκυστεκτομής
Ηλίας Γιαννακούλης 242

Απόψεις για την Υποδομή των Χειρουργείων
Μια Εικόνα από το Περιβάλλον του Χειρουργείου στην Ελλάδα
Χρυσούλα Τσίου, Θεοφ. Κατοστάρας, Ελένη Θεοδωσοπούλου, Φρειδερίκη Κυρίτση, Ελένη Ευαγγέλου 249

Οδηγίες για τους Συγγραφείς 255

Contents

Reviews

Fibromyalgia and Chronic Fatigue Syndrome
John Myriokefalitakis 209

Creation of a curriculum Vitae
Despina Papadopoulou, Hariklia Stathopoulou 223

Specific Article

Grounded Theory as a Research Approach
Ekaterin Halarie 231

Sanitary Inequalities. Health Services Role in the Effort for their Restriction
G. Hatzipoulidis 235

Original Paper

The Cost of a Laparoscopic Cholecystectomy
Ilias Giannakoulis 242

Current Features of Operating Room Infrastructure
Chryssoula Tsiou, Theophanis Katostaras, Eleni Theodossopoulou, Frideriki Kiritsi, Eleni Evagelou 249

Instructions to Authors 255

ΟΙ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΕΣ ΑΝΙΣΟΤΗΤΕΣ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΑ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΥ ΤΟΥΣ

Γεώργιος Χατζηπουλίδης

*MSc "Διοίκηση Μονάδων Υγείας",
Δ/ντής Τεχνικών Υπηρεσιών Γενικού Νοσοκομείου
Καβάλας*

G. Hatzipoulidis

*Msc in "Health Units Management", Technical
Manager on General Hospital of Kavala*

Περίληψη Η ισότητα στη φροντίδα υγείας, σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, καθορίζεται από τρία βασικά χαρακτηριστικά: ίση πρόσβαση στη διαθέσιμη φροντίδα για ίδιες ανάγκες, ίση χρήση για ίσες ανάγκες και ίση ποιότητα στη φροντίδα υγείας για όλους. Οι διαφορές στο επίπεδο υγείας διαφόρων ομάδων πληθυσμών είναι αποτέλεσμα πολλών παραγόντων, διακρίνονται δε σε αυτές που είναι αναπόφευκτες και σε αυτές που μπορούν να περιοριστούν και οδηγούν σε ανισότητες.

Έχει αποδειχθεί ότι οι υγειονομικές ανισότητες συνδέονται με μεταβλητές που αποτελούν δείκτες κοινωνικών συνθηκών όπως: η κοινωνική τάξη, το φύλο, η ανεργία, η γεωγραφική περιοχή, η θρησκεία, οι πολιτισμικές αξίες, η κοινωνική πολιτική και η οργάνωση του κράτους πρόνοιας.

Οι ανισότητες στην υγεία είναι σύνθετες και περίπλοκες. Η άρση επομένως, των ανισοτήτων αυτών προϋποθέτει το σχεδιασμό κοινωνικών παρεμβάσεων από το κράτος, σε όλους τους τομείς που προαναφέρθηκαν.

Στο επίκεντρο όλων των διακηρύξεων για τον περιορισμό των ανισοτήτων, με πρώτη αυτή της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας, βρίσκεται η εξασφάλιση ισότιμης πρόσβασης και χρήσης των υπηρεσιών υγείας και η υιοθέτηση από τους πολίτες υγιεινών συμπεριφορών. Τα νοσοκομεία, με τον υψηλό επίπεδο εξοπλισμό και το εξειδικευμένο προσωπικό που διαθέτουν, μπορούν να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο σ' αυτή την προσπάθεια.

Η δράση προς την κατεύθυνση του περιορισμού των ανισοτήτων στην υγεία, είναι σήμερα απαραίτητη περισσότερο από κάθε άλλη φορά. Για να επιτύχει όμως, δεν αρκεί η κινητοποίηση του κρατικού μηχανισμού μιας χώρας, είναι απαραίτητη και η έκφραση της κοινωνικής αλληλεγγύης και αλληλοβοήθειας από τους ίδιους τους πολίτες.

Λέξεις-κλειδιά: Υγειονομικές, ανισότητες, πρόσβαση, υγεία

SANITARY INEQUALITIES.

HEALTH SERVICES ROLE IN THE EFFORT FOR THEIR RESTRICTION

Abstract The equality in the health care sector, according to the World Health Organisation, is determined by three basic characteristics: equal access in the available care for same needs, equal use for equal needs and equal quality in health care for all. The difference in the health level of various population teams is the result of many factors reaction. They are distinguished in those that are inevitable and in those that can be limited and they lead to inequalities.

It has been proved that the sanitary inequalities are connected with variables that constitute indicators of social conditions as: social class, sex, unemployment, geographic region, religion, cultural values, social politics and the organisation of state providence.

Inequalities in health are compound and complex. Consequently, lifting this inequalities presupposes a plan of social interventions from the state, in all the sectors that were mentioned before.

In the epicentre of all statements for the restriction of inequalities, especially in that of World Health Organisation, are found the guarantee of equivalent access and use of health services and a healthy behaviour adoption by the citizens. Hospitals, allocating a high level equipment but also specialised personnel, can play important role in this effort.

The action to the direction of inequalities restriction in the health sector, is today essential more than ever. In order to achieve it however, mobilisation of government mechanism is not enough but is also essential the expression of social solidarity and mutualism from citizens themselves.

Key words: Sanitary, inequalities, health, access

Υπεύθυνος αλληλογραφίας:
Γεώργιος Χατζηπουλίδης
Αν. Ρωμυλίας 39, 65404, Καβάλα
e-mail: ghatzip@kav.forthnet.gr

Corresponding author:
George Hatzipoulidis
An. Romilias 39, 65404, Kavala
e-mail: ghatzip@kav.forthnet.gr

Εισαγωγή

Οι ανθρώπινες κοινωνίες χαρακτηρίζονται από την ύπαρξη ανισοτήτων σε όλους τους τομείς. Είναι φανερό ότι και οι παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία είναι άνισα καταμεμημένοι σε κάθε κοινωνία. Αυτό έχει ως συνέπεια να παρατηρούνται μεγάλες υγειονομικές ανισότητες, όχι μόνο από κοινωνία σε κοινωνία, αλλά και μεταξύ των μελών της ίδιας κοινωνίας, ανάλογα με τη θέση που κατέχουν σ' αυτή.

Ο όρος "υγειονομική ανισότητα" αναφέρεται σε διαφοροποιήσεις στην υγεία ομάδων πληθυσμού, οι οποίες μπορούν να αποφευχθούν και δεν οφείλονται σε βιολογικούς παράγοντες.

Από την άλλη πλευρά, η έννοια της ισότητας στην υγεία, αντανακλά την ισότητα στη διανομή και στην προσπέλαση στις υπηρεσίες υγείας και είναι ένα θέμα που δεν μπορεί να εξεταστεί ανεξάρτητα από το πολιτικό, κοινωνικό και οικονομικό πλαίσιο κάθε κοινωνικού συστήματος. Η ισότητα στην υγεία αποτελεί δηλαδή, μέρος της ευρύτερης πολιτικής για την οικονομική και κοινωνική ανάπτυξη μιας χώρας και όχι μόνο της πολιτικής για την υγεία.

Η ισότητα στη φροντίδα υγείας, σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, καθορίζεται από τρία βασικά χαρακτηριστικά:

- Ίση πρόσβαση στη διαθέσιμη φροντίδα για ίδιες ανάγκες: Κάθε άνθρωπος πρέπει να έχει ίσα δικαιώματα στις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας, ανάλογα με τις ανάγκες του και ανεξάρτητα από το φύλο του, το εισόδημα, την κοινωνική θέση, τη φυλή, τη θρησκεία και άλλους παράγοντες. Για να γίνει εφικτό αυτό θα πρέπει να υπάρχει δίκαιος καταμερισμός πόρων στα τρία επίπεδα περίθαλψης, με βάση γεωγραφικά, επιδημιολογικά, πληθυσμιακά και άλλα κριτήρια
- Ίση χρησιμοποίηση για ίσες ανάγκες: Διάφορες κοινωνικές ομάδες παρουσιάζουν μεγάλες αποκλίσεις στο βαθμό χρησιμοποίησης των υπηρεσιών υγείας. Πρέπει όμως, να επισημανθεί ότι η διαφοροποίηση στη χρήση των υπηρεσιών υγείας δε συνιστά πάντα ανισότητα, διότι μπορεί να εξαρτάται από βιολογικούς παράγοντες ή να αποτελεί επιλογή του ίδιου του ατόμου.
- Ίση ποιότητα στη φροντίδα υγείας για όλους: Κάθε άνθρωπος έχει το δικαίωμα να απολαμβάνει τις υπηρεσίες υγείας σε υψηλό επίπεδο και πάντα σύμφωνα με τις ανάγκες του, χωρίς καμία διαφοροποίηση, λόγω της κοινωνικής του θέσης¹.

Οι οικονομικές, πολιτικές και κοινωνικές μεταβολές και ανακατατάξεις έχουν δραματικές συνέπειες στην υγεία ατόμων και ομάδων. Στις μέρες μας, η κρίση του κράτους πρόνοιας, η ανεργία, η κατάρρευση των δομών της δημόσιας υγείας στις χώρες της ανατολικής Ευρώπης, η κατάρρευση κρατών λόγω επιδημιών και

δημογραφικών πιέσεων, δημιουργούν ανισότητες τεράστιου μεγέθους στο χώρο της υγείας. Τη στιγμή κατά την οποία τμήματα ενός πληθυσμού μιας χώρας αποκλείονται από το σύστημα υγείας, άλλες ομάδες απολαμβάνουν υπηρεσίες υψηλής επιστημονικής στάθμης.

Η Άνιση κατανομή της Υγείας και της Ασθένειας

Ανισότητες στην υγεία. Πώς εκφράζονται. Ο ανέφικτος στόχος του Π.Ο.Υ.: "Υγεία για όλους το 2000"

Οι διαφορές στο επίπεδο υγείας διαφόρων χωρών και ομάδων πληθυσμών της ίδιας χώρας είναι αποτέλεσμα πολλών παραγόντων και διακρίνονται σε αυτές που είναι αναπόφευκτες και οδηγούν σε παραδεκτή ανισότητα και σε αυτές που μπορούν να περιοριστούν.

Οι αναπόφευκτες διαφορές στην υγεία οφείλονται σε βιολογικούς παράγοντες ή σε προσωπικές επιλογές κάθε ατόμου. Αντίθετα οι διαφορές που θα μπορούσαν να αποφευχθούν οδηγούν σε ανισότητα στο χώρο της υγείας και επηρεάζονται από κοινωνικοοικονομικούς και άλλους παράγοντες¹.

Οι ανισότητες στην υγεία παρατηρούνται

- στο επίπεδο της υγείας και εκφράζονται ή μετρώνται με δείκτες όπως το προσδόκιμο επιβίωσης ή οι δείκτες νοσηρότητας, θνητότητας, θνησιμότητας, θνησιγένειας, επίπτωσης και επιπολασμού κ.ά.
- στην προσφορά των υπηρεσιών υγείας και εκφράζονται ως έντονες διαφοροποιήσεις στην κατανομή και την κατανάλωση, αποτυπώνονται δε με δείκτες όπως δαπάνη ανά κάτοικο, αριθμός γιατρών ανά κάτοικο, διατιθέμενοι πόροι ανά περιοχή κ.ά.²

Οι διαπιστωμένες ανισότητες στο χώρο της υγείας, τόσο σε επίπεδο χωρών, όσο και σε επίπεδο ομάδων πληθυσμού της ίδιας χώρας, οδήγησαν τον Π.Ο.Υ. στη διατύπωση, κατά την 34η γενική συνέλευσή του το 1981, μιας στρατηγικής επιδίωξης, που εκφράστηκε με το σύνθημα "Υγεία για όλους το 2000"³. Η επίτευξη αυτού του στόχου όμως, αποδείχθηκε ανέφικτη. Αντίθετα λοιπόν με τις προσδοκίες, οι ανισότητες στον τομέα της υγείας δεν εξαφανίστηκαν. Οι διαφορές μάλιστα, ως προς τα φύλα και τις κοινωνικές τάξεις, μάλιστα αυξήθηκαν⁴.

Η πολυπλοκότητα και ο μεγάλος αριθμός των παραγόντων που δημιουργούν τις ανισότητες στο χώρο της υγείας δεν είναι εύκολο να υπερνικηθούν. Για να γίνει αυτό εφικτό, θα πρέπει να υπάρξει ανάληψη των παραγόντων που συμβάλλουν στη δημιουργία ανισοτήτων και να αναζητηθούν τρόποι καταπολέμησης αυτών, στο πλαίσιο μιας ευρύτερης πολιτικής.

Παράγοντες που συμβάλλουν στη δημιουργία ανισοτήτων στην υγεία. Θεωρητικές προσεγγίσεις και ερμηνείες

Έχει αποδειχθεί, ότι οι υγειονομικές ανισότητες συνδέονται με μεταβλητές που αποτελούν δείκτες κοινωνι-

κών συνθηκών όπως: η κοινωνική τάξη, το εισόδημα, οι πολιτισμικές αξίες, η θρησκεία, το φύλο, η ανεργία, η φυλετική ομάδα, η γεωγραφική περιοχή, η κοινωνική πολιτική κ.ά.

Η Επίδραση της κοινωνικής τάξης

Η κοινωνική θέση του ατόμου, η σχέση του με τα μέσα παραγωγής και την παραγωγική διαδικασία, οι υλικές συνθήκες ύπαρξης, οι κοινωνικές αξίες και οι κυρίαρχες ιδεολογίες διαμορφώνουν κοινωνικές τάξεις και στρώματα που παρουσιάζουν σημαντικές διαφορές ως προς το επίπεδο της υγείας τους³.

Έχουν δοθεί διάφορες θεωρητικές ερμηνείες για τη συσχέτιση κοινωνικής τάξης και υγείας. Οι κυριότερες είναι:

- η τεχνητή ερμηνεία, που θεωρεί ότι η σχέση είναι τεχνητή και δεν εκφράζει την πραγματικότητα
- η υλιστική ή δομική προσέγγιση, που υποστηρίζει ότι οι υγειονομικές ανισότητες είναι αποτέλεσμα των ανισοτήτων στην κατανομή του πλούτου μέσα στην κοινωνία. Ως καθοριστικοί παράγοντες που επιδρούν στη διαμόρφωση του επιπέδου υγείας αναφέρονται: το εισόδημα, η απασχόληση, η εκπαίδευση, η κατοικία, η μόλυνση του περιβάλλοντος, οι συνθήκες εργασίας. Υποστηρίζεται δηλαδή, ότι οι υγειονομικές ανισότητες προέρχονται από τις κοινωνικο-οικονομικές ανισότητες
- η προσέγγιση της φυσικής ή κοινωνικής διάκρισης, που θεωρεί ότι η υγεία είναι ένα στοιχείο διάκρισης μέσα στην κοινωνία. Οι υγιείς άνθρωποι παρουσιάζουν ανοδική εξέλιξη. Η υγεία διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην κοινωνική κινητικότητα και στη θέση που κατέχει το άτομο στην ταξική δομή της κοινωνίας.
- η προσέγγιση της συμπεριφοράς και των πολιτιστικών αξιών, που δέχεται ότι η κοινωνική τάξη παίζει ουσιαστικό ρόλο στη διαφοροποίηση του επιπέδου υγείας, και οι σύγχρονες ασθένειες σχετίζονται με τον τρόπο ζωής και την κοινωνική συμπεριφορά του ατόμου.

Η σύνδεση μεταξύ κοινωνικής τάξης και υγείας δεν είναι απλό φαινόμενο και έτσι δεν είναι δυνατό να υιοθετηθεί μία και μόνη ερμηνεία. Οι ανισότητες σε θέματα υγείας μεταξύ διαφορετικών κοινωνικών ομάδων, αποδίδονται τόσο στις διαφορετικές συμπεριφορές, όσο και στις συνθήκες διαβίωσης και εργασίας, ταυτόχρονα όμως είναι αποτέλεσμα των διαφορών που προκύπτουν από τη διαφοροποίηση στις κοινωνικά δομημένες ευκαιρίες και συνθήκες των κοινωνικών ομάδων¹.

Οι ανισότητες που αποδίδονται στη διαφορά των κοινωνικών τάξεων μπορούν να εκφραστούν με πολλούς δείκτες. Στην Ελλάδα ο δείκτης κοινωνικοοικονομικής κατάστασης με τα λιγότερα μειονεκτήματα φαίνεται να είναι η εκπαιδευτική στάθμη.

Από στοιχεία ερευνών διαπιστώνεται ότι οι κυριότερες αιτίες θανάτου που σχετίζονται με την κοινωνική τάξη είναι τα λοιμώδη νοσήματα, τα ατυχήματα, οι δηλητηριάσεις, η βία και λιγότερο οι αναπνευστικές παθήσεις. Όσον αφορά στη νοσηρότητα, ο ρόλος των κοινωνικών παραγόντων είναι εμφανής στις χαμηλότερες κοινωνικές τάξεις, που υποφέρουν από κακή διατροφή, έλλειψη καθαρού πόσιμου νερού, επαρκούς θέρμανσης, αποχέτευσης, στέγης και κατά κανόνα ανθυγιεινές συνθήκες εργασίας. Τα χαμηλά κοινωνικά στρώματα όμως, υιοθετούν συχνότερα και επικίνδυνες για την υγεία συμπεριφορές όπως: το κάπνισμα, ο αλκοολισμός, ο εθισμός σε τοξικές ουσίες. Σημαντικό ακόμη στοιχείο είναι ότι ο τρόπος πρόσληψης της ασθένειας, το χαμηλό επίπεδο μόρφωσης και ενημέρωσης, καθώς και η κοινωνική περιθωριοποίηση δεν επιτρέπουν την ισότιμη αναζήτηση φροντίδας⁴.

Σύμφωνα με έρευνα σε 16 Ευρωπαϊκές χώρες, τα άτομα από χαμηλά κοινωνικά στρώματα παρουσιάζουν μεγαλύτερη θνησιμότητα και χειρότερο επίπεδο υγείας. Μελέτες με παρόμοια αποτελέσματα έχουν γίνει και στην Ελλάδα³.

Το φύλο

Είναι κοινός τόπος ότι, παρ' όλο που οι γυναίκες ζουν περισσότερα χρόνια από τους άνδρες, εμφανίζουν μεγαλύτερα ποσοστά νοσηρότητας.

Οι θεωρητικές ερμηνείες που έχουν δοθεί είναι:

- η τεχνητή ερμηνεία, που αμφισβητεί τον τρόπο με τον οποίο γίνεται η συλλογή των στοιχείων, και τον θεωρεί αναξιόπιστο
- η ερμηνεία της φυσικής ή γενετικής επιλογής, που αποδίδει το γεγονός σε γενετικούς παράγοντες, σε φυσιολογικές δηλαδή, διαφορές μεταξύ των δύο φύλων
- η ερμηνεία της κοινωνικής αιτιολογίας, που εξηγεί το φαινόμενο με βάση το διαφορετικό τρόπο ζωής ανδρών – γυναικών και τη διαφορετική κοινωνικο-οικονομική θέση των δύο φύλων

Ως πιο πιθανή φαίνεται η ερμηνεία της κοινωνικής αιτιολογίας, χωρίς όμως να μπορούν να αγνοηθούν τελείως και οι άλλες ερμηνείες.

Ενδείξεις που ενισχύουν την εκδοχή αυτή, απορρέουν από επιδημιολογικές μελέτες που αποδίδουν αυξημένα ποσοστά νοσηρότητας των γυναικών σε ασθένειες που οφείλονται κατά κύριο λόγο στον τρόπο ζωής, όπως οι ψυχικές ασθένειες κ.ά.¹

Η αύξηση της απασχόλησης των γυναικών στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης δημιουργεί νέες ισορροπίες ανάμεσα στα δύο φύλα. Το πρότυπο της γυναίκας που βρίσκεται στο σπίτι και ασχολείται με τα οικιακά έχει ήδη ανατραπεί. Η αυξανόμενη συμμετοχή, όμως της γυναίκας στην αγορά εργασίας, με την παράλληλη

διατήρηση των οικογενειακών υποχρεώσεων, οδηγεί στην ανάγκη μεγαλύτερης κοινωνικής φροντίδας για τη γυναίκα, ώστε να μη διευρυνθούν οι ανισότητες στο επίπεδο της υγείας μεταξύ των δύο φύλων.⁵

Οι γεωγραφικές ανισότητες

Οι γεωγραφικές ανισότητες στην υγεία συνδέονται άμεσα με το ρυθμό κοινωνικο-οικονομικής ανάπτυξης μιας περιοχής, καθώς και με τη μορφολογία του εδάφους. Ο βαθμός που επηρεάζουν την υγεία είναι δύσκολο να διαπιστωθεί, διότι αυτές διαπλέκονται με την οικονομική στέρση, την κατοικία, τη μετανάστευση, περιβαλλοντικούς παράγοντες, όπως η ατμοσφαιρική ρύπανση, οι κλιματολογικές συνθήκες κ.ά.

Στην Ελλάδα, είναι σαφείς οι ανισότητες όσον αφορά στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, που παρουσιάζονται λόγω της γεωγραφικής κατανομής. Είναι χαρακτηριστικά τα προβλήματα γεωγραφικών ανισοτήτων που αντιμετωπίζουν οι κάτοικοι των απομακρυσμένων νησιωτικών ή ορεινών περιοχών, ιδιαίτερα κατά τους χειμερινούς μήνες και έχουν αποτελέσει επανειλημμένα θέμα συζήτησης. Ο μεγάλος χρόνος που απαιτείται για την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας έχει συχνά δραματικά αποτελέσματα.

Για την άμβλυση αυτών των ανισοτήτων απαιτείται σημαντικά μεγαλύτερος ρυθμός ανάπτυξης των υγειονομικών υπηρεσιών στις περιοχές αυτές. Η πρόοδος της τεχνολογίας τα τελευταία χρόνια προσφέρει πλέον σημαντικές δυνατότητες αναβάθμισης της υγειονομικής περίθαλψης στις απομακρυσμένες γεωγραφικά περιοχές, με την εφαρμογή της τηλεϊατρικής ή την ανάπτυξη σύγχρονων μέσων αερομεταφοράς. Η αναβάθμιση, όμως των υπηρεσιών υγείας της υπαίθρου σε προσωπικό και επιστημονική υποδομή, εξακολουθεί να παραμένει η πρώτη προτεραιότητα.

Η Ανεργία

Τα τελευταία είκοσι χρόνια το φαινόμενο της ανεργίας έχει προσθέσει μια νέα διάσταση στη σχέση της οικονομίας με την υγεία.

Όλες οι σχετικές μελέτες έχουν διαπιστώσει μεγαλύτερη σωματική και ψυχική νοσηρότητα μεταξύ των ανέργων σε σύγκριση μ' αυτή των εργαζομένων. Στην Ελλάδα, όπου η ανεργία έχει αυξηθεί τα τελευταία χρόνια, οι επιπτώσεις στην υγεία αποκτούν σημαντικές διαστάσεις. Μελέτη του Πανεπιστημίου της Πάτρας σε άνεργους της Πάτρας και της Σύρου, διαπιστώνει μεγαλύτερη συχνότητα ψυχικών διαταραχών και κατάθλιψη σε σχέση με τον υπόλοιπο πληθυσμό³.

Οι προβληματισμοί ερμηνείας του φαινομένου επικεντρώνονται κυρίως γύρω από τέσσερις αιτιολογικές ερμηνείες, τη φτώχεια, το στρες, την επιβλαβή για την υγεία συμπεριφορά και ορισμένες ειδικές συνθήκες

εργασίας που οδηγούν σε παραίτηση απ' αυτή ή σε υποβάθμιση της θέσης του εργαζόμενου.

Η επίδραση των πολιτισμικών αξιών και της θρησκείας

Οι πολιτισμικές αξίες επιδρούν αποφασιστικά όχι μόνο στη μορφή οργάνωσης της κοινωνίας, αλλά και στην ανθρώπινη συμπεριφορά και τον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι βιώνουν, αντιλαμβάνονται και αντιμετωπίζουν ζητήματα υγείας και αρρώστιας. Είναι χαρακτηριστικό παράδειγμα, η άρνηση των μαρτύρων του Ιεχωβά να δεχθούν να υποβληθούν σε μετάγγιση αίματος, όσο και αν αυτό μπορεί να σημαίνει ακόμη και άμεσο κίνδυνο για τη ζωή τους.

Οι πολιτιστικοί παράγοντες και η θρησκευτική πίστη μπορούν να αποτελέσουν αιτίες εμφάνισης σωματικής ή ψυχικής νοσηρότητας, όπως μπορούν και να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση του πόνου και της αρρώστιας.

Η οικογενειακή δομή, οι ρόλοι των φύλων, τα πρότυπα του γάμου, η σεξουαλική συμπεριφορά, οι αντισυλληπτικές μέθοδοι, η πληθυσμιακή πολιτική, η ανατροφή των παιδιών διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην προστασία της υγείας ή στην πρόκληση ασθένειας. Διάφορες διαιτητικές συνήθειες που οδηγούν σε παχυσαρκία, η ένδυση, η ατομική υγιεινή, το κάπνισμα, οι συνθήκες διαβίωσης, η χρήση τοξικών ουσιών, η ψυχαγωγία, τα κατοικίδια ζώα είναι σημαντικοί παράγοντες που υπάρχει πιθανότητα να επιδράσουν στην υγεία. Δεν είναι τυχαίο άλλωστε, ότι τα μεγάλα προβλήματα υγείας της εποχής, όπως τα καρδιαγγειακά νοσήματα, τα κακοήθη νεοπλασμάτα, ο σακχαρώδης διαβήτης, αποκαλούνται συχνά νοσήματα του πολιτισμού μας.³

Οι πολιτισμικοί και θρησκευτικοί παράγοντες αποτελούν παράλληλα, αιτία άρνησης συμπεριφοράς των παραγωγών υγείας προς τους ασθενείς. Ο θρησκευτικός φανατισμός και οι ρατσιστικές αντιλήψεις έχουν κατηγορηθεί πολλές φορές ως αιτίες απαξιοτικής συμπεριφοράς των λειτουργών υγείας και ταυτόχρονα της χαμηλής ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας.

Από την άλλη πλευρά, η επίδραση πολιτισμικών παραγόντων και της θρησκείας στην ανακούφιση του πόνου ή την αντιμετώπιση ψυχικών κυρίως νοσημάτων, έχει αποδειχθεί πολλές φορές καθοριστική.

Η επίδραση της κοινωνικής πολιτικής και της οργάνωσης του κράτους πρόνοιας

Σημαντικές παράμετροι, που δημιουργούν μεγάλες ανισότητες στην πρόσβαση και χρήση των υπηρεσιών υγείας και στο επίπεδο υγείας ομάδων του πληθυσμού, είναι: η αστικοποίηση, η μετανάστευση, η διαφοροποίηση στο επίπεδο υπηρεσιών που παρέχουν οι ασφαλιστικοί οργανισμοί, η κακή ή ελλιπή οργάνωση του κράτους πρόνοιας, η ανεπάρκεια του συστήματος υγείας, η έλλειψη μέτρων υγιεινής και ασφάλειας στο εργασιακό

περιβάλλον που ενοχοποιούνται για πληθώρα επαγγελματικών νοσημάτων, η ιατρογενής νοσηρότητα που προκαλείται από τη χαμηλή ποιότητα και τον ελλιπή έλεγχο των ιατρικών πράξεων, καθώς και φαινόμενα προκλητής ζήτησης υπηρεσιών υγείας που ταλαιπωρούν τη μεγάλη μάζα των ασθενών οι οποίοι δεν έχουν υψηλή κοινωνική θέση ή μόρφωση.

Είναι γνωστό ότι η επί ποινή δεκαετίες έλλειψη κοινωνικής πρόνοιας και αγωγής υγείας για ειδικές ομάδες πληθυσμού, όπως οι τσιγγάνοι, οι ομοφυλόφιλοι, οι ναρκομανείς κ.ά., οδήγησαν τις ομάδες αυτές σε αυξημένα ποσοστά θνησιμότητας και νοσηρότητας, καθώς υπήρχε δυσκολία πρόσβασης όλων αυτών προς τις υπηρεσίες υγείας, έναντι άλλων ομάδων του πληθυσμού.

Χαρακτηριστικό ακόμη παράδειγμα ανισοτήτων, στο βαθμό πρόσβασης και χρήσης υπηρεσιών υγείας, αποτελούν οι διαφορές στο επίπεδο των προσφερομένων υπηρεσιών από τα ασφαλιστικά ταμεία στην Ελλάδα. Οι κατά κεφαλήν δαπάνες για ιατρική και φαρμακευτική περίθαλψη παρουσιάζουν τεράστιες αποκλίσεις μεταξύ των ασφαλιστικών φορέων.¹

Ακόμη, είναι γνωστές σε όλους οι ανισότητες που παρατηρούνται καθημερινά στη λειτουργία των Ελληνικών νοσοκομείων και αναφέρονται: στην καταστράτηγηση της σειράς προτεραιότητας στα Εξωτερικά Ιατρεία και τα Χειρουργεία, στην παροχή διαφορετικού επιπέδου φροντίδας ανάλογα με την κοινωνική θέση κ.ά. Τα φαινόμενα αυτά αποτελούν συμπτώματα ελλιπούς οργάνωσης και διοίκησης του συστήματος υγείας.

Η άρση των υγειονομικών ανισοτήτων

Οι ανισότητες στην υγεία είναι σύνθετες και περίπλοκες. Οι ατομικοί και κοινωνικοί παράγοντες που επηρεάζουν το επίπεδο υγείας ενός πληθυσμού, αλληλά και την πρόσβαση ομάδων του πληθυσμού αυτού στις υπηρεσίες υγείας, διαπλέκονται μεταξύ τους και επηρεάζουν άμεσα ο ένας τον άλλον.

Οι κοινωνικοί παράγοντες, όπως: η κοινωνική διάρθρωση, η κατανομή του κοινωνικού προϊόντος, ο βαθμός ανάπτυξης και η μορφοποίηση διαφόρων περιοχών, η ποσοτική και ποιοτική επάρκεια των υγειονομικών υπηρεσιών, καθώς και οι ατομικοί παράγοντες, όπως: το εισόδημα, το φύλο, η κοινωνική τάξη, το επάγγελμα, το επίπεδο εκπαίδευσης, η οικογενειακή κατάσταση και ο τρόπος ζωής που επιλέγουν τα άτομα, δεν είναι δυνατόν να αντιμετωπιστούν ανεξάρτητα ο ένας από τον άλλον ως γενεσιουργοί αιτίες ανισοτήτων στον τομέα της υγείας.

Η άρση επομένως, των ανισοτήτων στην υγεία, προϋποθέτει το σχεδιασμό κοινωνικών παρεμβάσεων από το κράτος, με τρόπο ώστε αυτές να επιδράσουν θετικά σε όλους τους τομείς που προαναφέρθηκαν. Οι παρεμβάσεις αυτές έχουν τρεις τουλάχιστον βασικές κατευθύνσεις:

- την ανάπτυξη και αναβάθμιση του συστήματος υγείας, με τρόπο ώστε να επιτρέπεται σε όλους τους πολίτες η άμεση και ισότιμη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, ανεξάρτητα από κοινωνική, οικονομική και γεωγραφική θέση ή άλλον παράγοντα
- την αντιμετώπιση των κοινωνικών και οικονομικών περιφερειακών ανισοτήτων, με την ανάπτυξη καλύτερου συστήματος δίκαιης κατανομής του κοινωνικού προϊόντος και τελικό στόχο τη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης των πολιτών
- την υιοθέτηση εκσυγχρονιστικών προγραμμάτων πρόληψης και αγωγής υγείας, με στόχο την αλλαγή συμπεριφοράς και του τρόπου ζωής που σχετίζεται με την προστασία και βελτίωση της υγείας, λαμβάνοντας υπόψη και τις ιδιαιτερότητες των διαφόρων κοινωνικών ομάδων.

Η ανάπτυξη του Εθνικού Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα ήταν ένα σημαντικό βήμα προς την κατεύθυνση της άρσης των υγειονομικών ανισοτήτων. Η απουσία όμως επαρκών στατιστικών στοιχείων, καθώς και κριτηρίων και μηχανισμών περιφερειακής κατανομής πόρων, οδήγησε τελικά στη διόγκωση των γεωγραφικών και των κοινωνικών ανισοτήτων στον τομέα της υγείας. Μόλις τα τελευταία χρόνια, ξεκίνησε μία οργανωμένη και σοβαρή προσπάθεια προς τη σωστή πλέον κατεύθυνση, που απαιτεί όμως χρόνο για να αποδώσει.

Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δοθεί στην κατανομή των πόρων για την Υγεία με κριτήρια ισότητας που θα λαμβάνουν υπόψη την ιεράρχηση των κοινωνικών ομάδων, των γεωγραφικών περιοχών, αλληλά και κάθε άλλον παράγοντα που συντελεί στη δημιουργία ανισοτήτων, ώστε αυτές σταδιακά να αμβλυνθούν. Η υιοθέτηση συγκεκριμένων κριτηρίων ισότητας και κοινωνικής δικαιοσύνης στην πολιτική υγείας δεν είναι απλή υπόθεση. Οι LeGrand και Mooney προτείνουν ένα μεγάλο αριθμό κριτηρίων μεταξύ των οποίων: ίση μεταχείριση για ίσες ανάγκες, ισότητα ή ισοτιμία στην πρόσβαση, ισότητα ή ισοτιμία στην υγεία, ισοτιμία στις κατά κεφαλήν δαπάνες, ισοτιμία στις κατά κεφαλήν εισροές, ισοτιμία στις εισροές για ίσες ανάγκες, ισοτιμία στις οριακά πραγματοποιούμενες ανάγκες⁶.

Μέτρα προς αυτή την κατεύθυνση είναι η καθιέρωση του οικογενειακού γιατρού, η αναβάθμιση και επέκταση των θεσμών της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, η δημιουργία των κέντρων υγείας αστικού τύπου, η ενίσχυση των προγραμμάτων βοήθειας στο σπίτι, η δημιουργία επαρκών κέντρων αποκατάστασης, περίθαλψης ηλικιωμένων, αποτοξίνωσης, φροντίδας ψυχικώς πασχόντων, καθώς και η συντονισμένη δράση και η δημιουργία κοινών προσπαθειών του Υπουργείου Υγείας με άλλα Υπουργεία και οργανώσεις (όπως η συνεργασία με το υπουργείο Παιδείας για τη διαχείριση και τον έλεγχο της εξάπλωσης της χρήσης ναρκωτικών ουσιών στα σχολεία).

Σε τοπικό επίπεδο, και ιδιαίτερα στην περιφέρεια, σημαντικό ρόλο στην προσπάθεια περιορισμού των

υγειονομικών ανισοτήτων μπορούν να διαδραματίσουν και τα Νοσοκομεία.

Η δράση τους μπορεί να αναπτυχθεί σε πολλές κατευθύνσεις και αναφέρεται:

- στον περιορισμό των ανισοτήτων πρόσβασης και χρήσης των υπηρεσιών του νοσοκομείου. Αυτό γίνεται εφικτό με τη βελτίωση του ιατρικού εξοπλισμού, την ορθολογικότερη οργάνωση και λειτουργία υπηρεσιών όπως: τα Εξωτερικά Ιατρεία, το σύστημα των ραντεβού και το σύστημα εισαγωγής, με την καθιέρωση διαδικασίας παροχής πληροφόρησης προς τον ασθενή, με τη λειτουργία Τμημάτων Επειγόντων Περιστατικών κ.ά
- στην υιοθέτηση σύγχρονων εργαλείων διαχείρισης, όπως ο σφαιρικός προϋπολογισμός ή οι ομοιογενείς διαγνωστικές κατηγορίες, με αποτέλεσμα τη δικαιότερη κατανομή των δαπανών, ώστε να βελτιωθεί η σημερινή άνηση μεταχείριση κάποιων κατηγοριών ασθενών
- στη συμμετοχή σε προγράμματα πρόληψης με την, όσο το δυνατόν μεγαλύτερη, χρήση των διατιθέμενων πόρων του. Η διάθεση εξοπλισμού και προσωπικού για τη διενέργεια προγραμματισμένων προληπτικών εξετάσεων, σε συνεργασία με τα ασφαλιστικά ταμεία, θα έχει σημαντικά αποτελέσματα στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού.
- στην οργάνωση προγραμμάτων αγωγής υγείας, με τη συμμετοχή σ' αυτά ειδικών επιστημόνων από το προσωπικό του νοσοκομείου, είτε υπό τη μορφή εκδηλώσεων, είτε με εκδόσεις φυλλάδιων ενημέρωσης του κοινού για θέματα υγείας όπως: κυκλοφορικά και καρδιολογικά προβλήματα, έλεγχος γεννήσεων – εκτρώσεις, ψυχικά νοσήματα, διαβήτη κ.ά.
- στη συνεχή παροχή πληροφόρησης προς τους πολίτες για θέματα πρόσβασης και χρήσης των υπηρεσιών του νοσοκομείου με κάθε τρόπο: πινακίδες ανακοινώσεων εντός του κτιρίου, ανακοινώσεις στον τύπο, ηλεκτρονική πληροφόρηση κ.ά.
- στην οργάνωση και υποστήριξη νέων προγραμμάτων όπως: η νοσηλεία στο σπίτι, νέες μορφές νοσηλείας, η υποστήριξη δια μέσου προγραμμάτων τηλεϊατρικής, η έμφαση στην κοινωνική υπηρεσία, η ψυχολογική υποστήριξη των ασθενών κ.ά.
- στην υιοθέτηση και εφαρμογή προγραμμάτων διαχείρισης της ποιότητας, που αποτελούν ένα εργαλείο συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας και περιορίζουν σημαντικά τις ανισότητες κατά τη χρήση των υπηρεσιών του νοσοκομείου.

Οι νέοι στόχοι της Π.Ο.Υ. - Συμπεράσματα

Με την παγκοσμιοποίηση της οικονομίας, πρόβαλε και η απειλή ενός νέου κόσμου χωρίς αξίες, χωρίς συνοχή, στον οποίο οι κοινωνικο-οικονομικές ανισότητες, καθώς και οι ανισότητες στην υγεία μεταξύ κρατών και κοινωνικών ομάδων συνεχώς θα διευρύνονται. Παρ' όλο που η υγεία του συνολικού πληθυσμού στις περισσότε-

ρες χώρες βελτιώνεται, ο ρυθμός βελτίωσης δεν είναι ο ίδιος για όλες τις κοινωνικές ομάδες. Το χάσμα ανάμεσα στους πλούσιους και τους φτωχούς, στις ανώτερες και τις κατώτερες κοινωνικές τάξεις, συνεχίζει να αυξάνει.

Για τους λόγους αυτούς, η Παγκόσμια οργάνωση Υγείας, στη διακήρυξη του 1998 "Υγεία για όλους τον 21ο αιώνα", έθεσε ως πρώτο στόχο την αντιμετώπιση των ανισοτήτων στην υγεία, κυρίως μέσα από την ενίσχυση του κοινωνικού ιστού και της κοινωνικής αλληλεγγύης.

Το δικαίωμα κάθε πολίτη στην εξασφάλιση ενός ικανοποιητικού επιπέδου υγείας είναι άρρηκτα δεμένο με το δικαίωμά του για επαρκή και υγιεινή τροφή, για αξιοπρεπή κατοικία, για ασφαλή εργασία, για πληροφόρηση σε θέματα υγείας.

Σε επίπεδο Ευρωπαϊκής Ένωσης, τα θεμελιώδη αυτά δικαιώματα μπορούν να εξασφαλιστούν μόνο με την άσκηση σύγχρονης πολιτικής, που θα έχει ως στόχο την ταυτόχρονη αναβάθμιση όλων των παραγόντων του φυσικού και κοινωνικού περιβάλλοντος, ώστε να ικανοποιηθούν οι 21 συνοδικά στόχοι που έθεσε η Π.Ο.Υ. για την Ευρώπη του 2020. Οι στόχοι αυτοί περιλαμβάνουν τη μείωση των ανισοτήτων μεταξύ των Ευρωπαϊκών χωρών κατά το 1/3, τη μείωση των ανισοτήτων μεταξύ κοινωνικών ομάδων τουλάχιστον κατά το 1/4, τη μείωση της θνησιμότητας ή αναπηρίας από ατυχήματα και βία τουλάχιστον κατά το 1/2, τη μείωση της νοσηρότητας, την αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης με ταυτόχρονη όμως αύξηση του επιπέδου υγείας³.

Για την επίτευξη των στόχων αυτών είναι απαραίτητη η αναδιοργάνωση των συστημάτων υγείας, ώστε αυτά να παρέχουν σύγχρονες, αποτελεσματικές και ισότιμες υπηρεσίες προς τους πολίτες στους τέσσερις βασικούς τομείς: της προαγωγής υγείας, της πρόληψης, της θεραπείας και της αποκατάστασης.

Πρέπει να αναπτυχθεί μεγάλος αριθμός δράσεων που θα αφορούν στη διατροφική πολιτική, τη στέγαση, το κάπνισμα, τις επιδεξιότητες προσαρμογής, την κοινωνική υποστήριξη, την επικοινωνία, την πληροφόρηση, την εκπαίδευση, τη νομοθεσία, τα οικονομικά μέτρα, τις οργανωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας, την ανάπτυξη της κοινότητας και των τοπικών δραστηριοτήτων κατά κινδύνων που απειλούν την υγεία. Η διαμόρφωση πολιτικής για την άρση των ανισοτήτων στην υγεία πρέπει να διαπλέκεται και να συμπεριλαμβάνεται και σε κάθε άλλο σχεδιασμό πολιτικής δράσης του κράτους στους τομείς της εργασίας, της στέγασης, των κοινωνικών υπηρεσιών, των κοινωφελών έργων, της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, της εκπαίδευσης κ.ά.

Στο επίκεντρο όλων αυτών των προσπαθειών βρίσκεται η εξασφάλιση ισότιμης πρόσβασης και χρήσης των υπηρεσιών υγείας και η υιοθέτηση από τους πολίτες υγιεινών συμπεριφορών.

Πέρα όμως, απ' όλη αυτά, είναι προφανές ότι καμία κρατική προσπάθεια δεν είναι δυνατόν να επιτύχει, αν δεν γίνει αποδεκτή από τους ίδιους τους πολίτες και δε στηριχθεί σε φαινόμενα κοινωνικής αλληλεγγύης και αλληλοβοήθειας, αλλιά και πρωτοβουλίες σε τοπικό επίπεδο από φορείς και συλλόγους⁷. Η συμμετοχή των πολιτών και των οργανώσεών τους είναι αναγκαία για τη διαμόρφωση, την εφαρμογή και την αξιολόγηση όλων των υγειονομικών και κοινωνικών πολιτικών και προγραμμάτων.

Βιβλιογραφία

1. Μάντη Π., Τσελέπη, Χ. Κοινωνιολογική και Ψυχολογική προσέγγιση των Νοσοκομείων/Υπηρεσιών Υγείας, Κοινωνικές – Πολιτιστικές πτυχές της Υγείας και της Αρρώστιας, ΕΑΠ Τόμ. Α, 2000, σελ.92-95, 115-148, 166.
2. Μάρδας Γ. Η ανισότητα στην Υγεία, Επιθεώρηση Υγείας, 1996. Τόμος 7, Τεύχος 3(40), σελ. 42-44.
3. Τούντας Γ. Κοινωνία και Υγεία. Εκδόσεις Οδυσσέας/Νέα Υγεία, Αθήνα, 2000: 125-139, 391-398
4. Adam Ph., Herzlich, Cl. Κοινωνιολογία της Ασθένειας και της Ιατρικής, ΕΑΠ, 1999: 41-52.
5. Δικαίος Κ. - Χητέσος Μ. Υπηρεσίες Υγείας/Νοσοκομείο, ιδιοτυπίες και προκλήσεις, Πολιτική υγείας/ κοινωνική πολιτική. ΕΑΠ, Τόμος Β, 1999: 165-166.
6. Μητρόπουλος Ι., Καρόκης Α., Σισσούρας Α., Θέσπιση κριτηρίων ισότητας στην περιφερειακή κατανομή των πόρων υγείας. Επιθεώρηση Υγείας, 1994. Τόμος 5, Τεύχος 4(29): 58-63.
7. Μπένος Α. Η συνδιάσκεψη των λαών για την Υγεία και η Χάρτα, Επιθεώρηση Υγείας, 2001. Τόμος 12, Τεύχος 69: 55-56.

**Εάν επιθυμείτε εσείς ή κάποιος συνάδελφός σας να σας αποστείλουμε
κάθε τρίμηνο το Περιοδικό «Το Βήμα του Ασκληπιού»,
παρακαλώ συμπληρώστε τα στοιχεία σας στην αίτηση
που επισυνάπτεται στο περιοδικό, στέλνοντάς την μέσω fax
στο Νο. 210 5751438 ή ταχυδρομικά στον Εκδοτικό Όμιλο ΙΩΝ
(Συμπληγάδων 7-12131-Περιστερι-Αθήνα)**

**Το αντίστοιχο ποσό συνδρομής
παρακαλούμε όπως αποσταλεί μέσω ΕΛΤΑ
με ταχυδρομική επιταγή στη διεύθυνση:
ΣΤΕΛΛΑ ΠΑΡΙΚΟΥ & ΣΙΑ Ο.Ε. - ΣΥΜΠΛΗΓΑΔΩΝ 7 - 12131 - ΠΕΡΙΣΤΕΡΙ - ΑΘΗΝΑ**