

# Παράγοντες που συνέβαλαν στην 'επιδημιολογική μετάβαση και επιπτώσεις στην οργάνωση των υπηρεσιών υγείας και τη διαμόρφωση πολιτικής υγείας.

Epidemiological transition factors and consequences to health services and health politics

**Author: Ρούσου Έλενα**

RGN, BSc (Hons) Professional Studies in Nursing, Diploma in Community Nursing, MSc Candidate

## Περίληψη

Η παρούσα μελέτη αποτελεί μια κριτική ανάλυση των παραγόντων που συνέβαλαν στη μεταβολή του επιδημιολογικού προτύπου και τις επιπτώσεις που επήλθαν στην οργάνωση των υπηρεσιών υγείας και τη διαμόρφωση της πολιτικής υγείας.

Το νοσολογικό πρότυπο έχει μετατοπιστεί τους τελευταίους αιώνες, από τα λοιμώδη νοσήματα μετά από μια σειρά από κοινωνικό-οικονομικούς μετασχηματισμούς που ευθύνονται για τη δημογραφική και κατ'επέκταση επιδημιολογική μετάβαση. Οι δημογραφικές ανακατατάξεις, οι κοινωνικό-οικονομικές διαφοροποιήσεις, η ιατρική εξέλιξη, η παγκοσμιοποίηση, η περιβαλλοντική ρύπανση, και ο ανθυγιεινός τρόπος ζωής συμπεριλαμβάνονται στους σημαντικότερους παράγοντες. Ως επακόλουθο, παρατηρείται αύξηση των χρόνιων νοσημάτων, των ψυχικών διαταραχών, της κατάχρησης ουσιών αλλά και της εμφάνισης νέων ή επανεμφάνισης λοιμωδών νοσημάτων. Προκαλείται έτσι αύξηση των δαπανών μακροχρόνιας φροντίδας και θεραπείας. Κατά συνέπεια η πρόληψη των νέων απειλών για την υγεία και η έγκαιρη διάγνωση αυτών αλλά και των παραγόντων που τις προκαλούν, αποτελούν προκλήσεις και ταυτόχρονα επιτεύξιμους στόχους πολιτικής της Δημόσιας Υγείας.

Σήμερα, η ιατρική/θεραπευτική επιστήμη δεν είναι πλέον αρκετή για να αντιμετωπίσει τις επιπτώσεις των ασθενειών. Με βάση τις σύγχρονες αντιλήψεις και πολιτικές, το κέντρο βάρους της πολιτικής Υγείας μετατίθεται πλέον από την μονόπλευρη φροντίδα της ασθένειας, στην πολύπλευρη προαγωγή της υγείας. Επομένως, η διαμόρφωση της πολιτικής θα πρέπει να εστιάζεται στη εφαρμογή ολοκληρωμένου προγράμματος πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Η λήψη μέτρων πρέπει να στηρίζεται: στην αναβάθμιση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων και τον εκσυγχρονισμό των συστημάτων κοινωνικής προστασίας, στην δημογραφική ανανέωση μέσω διευκολύνσεων και οικογενειακών παροχών, σε μια σωστή μεταναστευτική πολιτική, στην αναβάθμιση του φυσικού και κοινωνικού περιβάλλοντος και την ενδυνάμωση των ατόμων για υιοθέτηση υγιέστερου τρόπου ζωής μέσω της αγωγής υγείας.

## Abstract

The epidemiological transition was thought to be a unidirectional process, beginning when infection diseases were predominant and ending when noncommunicable diseases dominated the cause of death. It is now evident that this transition is more complex and dynamic where health and diseases evolve in diverse ways. It is rather a continuous transformation process with some diseases disappearing and others re-emerging. This paper addresses the mechanisms involved and the indications that demonstrate the changing patterns of diseases as well as the reforms in the health care systems in order to cope with the changes.

## Εισαγωγή

Η υγεία και η αρρώστια παραμένουν οι κυριότερες ίσως πηγές προβληματισμού και ανησυχίας για ολόκληρη της ανθρωπότητα σε σημείο που χαρακτηρίζονται «ιστορικοί καταλύτες» και «πρωταγωνιστές» (Αγραφιώτης, 1997). Στο πλαίσιο κάθε κοινωνίας παρατηρούνται συγκεκριμένοι τύποι νόσου που πηγάζουν από περιβαλλοντικούς και άλλους παράγοντες του κοινωνικού περιγύρου (Μάντη & Τσελεπή, 2000). Έτσι, ανάλογα με τη νοσηρότητα και τους περιβαλλοντικούς παράγοντες κινδύνου, επιδιώκεται η αρμονική ισορροπία και προαγωγή της υγείας.

Η επιδημιολογική μετάβαση στηρίζεται στη σχέση που υπάρχει μεταξύ της υγείας, της αρρώστιας και της κοινωνίας και αποτελεί σχέση αλληλεξάρτησης και αλληλεπίδρασης. Αντικατοπτρίζει τη ραγδαία μείωση των λοιμωδών νοσημάτων, που σχετιζόνταν με τις συνθήκες διαβίωσης και τους προηγούμενους αιώνες ήταν η κύρια αιτία θανάτου σ'όλοτον κόσμο και την ταυτόχρονη αύξηση των χρόνιων εκφυλιστικών νοσημάτων. Οι θάνατοι από λοιμώδη νοσήματα άρχισαν να μειώνονται ραγδαία από τα μέσα του 19ου αιώνα στις αναπτυγμένες χώρες και να αντικαθίστανται από τα χρόνια εκφυλιστικά νοσήματα, τις λεγόμενες «ασθένειες του πολιτισμού», που σχετίζονται με τον σύγχρονο τρόπο ζωής.

Η θεωρία της 'επιδημιολογικής μετάβασης' διατυπώθηκε και αναπτύχθηκε για πρώτη φορά από τον A.Omran το 1971 και αποτελείται από 3 στάδια που συνδεόταν στενά με τη δημογραφική και την κοινω- νικό-οικονομική μετάβαση. Εντούτοις, είναι πλέον προφανές ότι η μετάβαση εξελίσσεται σε πιο πολύπλοκη και πιο δυναμική δραστηριότητα, με διαφορετικές διαστάσεις, ως αποτέλεσμα μια σειράς δημογραφικών, κοινωνικοοικονομικών, τεχνολογικών, πολιτιστικών, περιβαλλοντικών και βιο-ιατρικών αλλαγών (Wahdan, 1996).

Στα πλαίσια αυτής της μετάβασης, κάποιες ασθένειες εξαφανίζονται, κάποιες

άλλες επανεμφανίζονται, ενώ καινούριες πρωτοεμφανίζονται. Έτσι, οι Olshansky and Ault το 1986 περιγράφουν αυτή την εξέλιξη σαν το 4ο στάδιο επιδημιολογικής μετάβασης (Sanders, 2008).

Παρόλο που η υγεία του συνολικού πληθυσμού στις περισσότερες χώρες του κόσμου βελτιώνεται, ο ρυθμός βελτίωσης δεν είναι ο ίδιος σε όλες τις κοινωνικές ομάδες (Τούντας, 2008). Το στάδιο μετάβασης διαφέρει ανάμεσα σε αναπτυγμένες, αναπτυσσόμενες και υπανάπτυχτες χώρες, ενώ σε αρκετές περιπτώσεις διαφέρει και μεταξύ διαφόρων περιοχών στην ίδια χώρα (Wahdan, 1996). Στις αναπτυσσόμενες χώρες οι κακές συνθήκες υγιεινής, η απουσία κατάλληλων συστημάτων ύδρευσης και αποχέτευσης, ο υπερπληθυσμός, ο μαρασμός και οι κακές συνθήκες στέγασης αποτελούν κάποιες από τις κυριότερες απειλές της υγείας. Στις αναπτυγμένες χώρες τα σημαντικότερα προβλήματα υγείας είναι απόρροια της ευμάρειας και συνδέονται κυρίως με τον τρόπο ζωής, τα ατυχήματα, την κατάχρηση διαφόρων ουσιών, τη βία, το εργασιακό στρες και τη μόλυνση του περιβάλλοντος (Μάντη & Τσελεπή, 2000).

Η νέα τάξη πραγμάτων, με τις μεταρρυθμίσεις στην ανάπτυξη των κοινωνιών, δημιουργεί την ανάγκη για επαναπροσδιορισμό των υπηρεσιών υγείας, με μια ολιστική και διεπιστημονική προσέγγιση της δημόσιας υγείας.

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι ο προσδιορισμός των παραγόντων που συνέβαλαν στην 'επιδημιολογική μετάβαση' και την ανάλυση του τρόπου με τον οποίο αυτοί επέδρασαν σε αυτή την εξέλιξη. Ακολούθως αναλύονται οι επιπτώσεις αυτής της τάσης στην οργάνωση των υπηρεσιών υγείας και τη διαμόρφωση της πολιτικής υγείας.

## 1.Παράγοντας Επιδημιολογικής μετάβασης

Μέχρι τα μέσα του 19ου αιώνα, επικρατούσε το 1ο στάδιο επιδημιολογικής μετάβασης το οποίο χαρακτηριζόταν από ψηλή θνησιμότητα, κυρίως λόγω των

μολυσματικών ασθενειών. Ο μέσος όρος βρεφικής επιβίωσης ήταν πολύ χαμηλός και το προσδόκιμο επιβίωσης κυμαινόταν μεταξύ 20 και 40 χρόνων (Omran, 1971). Ο φαύλος κύκλος των επιδημιών που επικρατούσε οφείλονταν κυρίως στην πείνα και την εξαθλίωση, αναδεικνύοντας έτσι τη συσχέτιση που υπάρχει μεταξύ του επιπέδου ανάπτυξης μιας κοινωνίας και του επιπέδου υγείας του πληθυσμού (Wahdan, 1996).

Σταδιακά οι επιδημίες άρχισαν να σπανίζουν, έγιναν λιγότερο θανατηφόρες, ο πληθυσμός αυξανόταν, το προσδόκιμο επιβίωση μεγάλωνε και οι εκφυλιστικές ασθένειες άρχισαν να εμφανίζονται. Αυτό αποτέλεσε την αρχή της επιδημιολογικής μετάβασης και περιγράφεται ως το 2ο στάδιο (Mesle & Vallin, 1992). Μια σειρά από κοινωνικό-οικονομικό υς μετασχηματισμο υς ευθύνονται για τη δημογραφική και κατ'επέκταση επιδημιολογική μετάβαση. Οι παράγοντες είναι εξαιρετικά σύνθετοι και αλληλοεξαρτώμενοι και επηρεάζουν κυρίως την υγειονομική ανάπτυξη.

### 1.1 Δημογραφικές αλλαγές

Η γήρανση του πληθυσμού είναι η επικρατέστερη παγκόσμια δημογραφική τάση του 21ου αιώνα και θεωρείται ως ο σημαντικότερο παράγοντας της επιδημιολογικής μετάβασης (Wahdan, 1996). Σαν αποτέλεσμα η θνησιμότητα ακολουθεί μια συνεχή καθοδική πορεία φτάνοντας σε πολύ χαμηλά επίπεδα και το προσδόκιμο επιβίωσης αυξάνεται ενώ οι γεννήσεις συνεχίζουν να μειώνονται. Κάθε χρόνο ο πληθυσμός της Γης αυξάνεται κατά 100 εκατομμύρια (OECD, 2005). Το 1955 ήταν 2,8 δισ., το 2000 ξεπέρασε τα 6 δισ. και το 2025 αναμένεται να φτάσει τα 8 δισ. Αντίθετα, ο μέσος όρος των παιδιών ανά παραγωγική ηλικία ήταν 5 το 1955, μειώθηκε σε 2,9 το 1995 και το 2025 αναμένεται να είναι 2,3 (Τούντας, 2000). Δημιουργήθηκε έτσι μια δημογραφική ανακατάταξη που οδήγησε στο 3ο στάδιο της επιδημιολογικής μετάβασης που χαρακτηρίζεται από τη γήρανση του πληθυσμού και την κυριαρχία των χρόνιων εκφυλιστικών νοσημάτων (Sanders, 2008).

Σημαντικό ρόλο στη νέα τάξη πραγμάτων διαδραμάτισε, η οικονομική ανάπτυξη αφού αυτή είναι ιδιαίτερα εμφανής στις αναπτυσσόμενες και αναπτυσσόμενες χώρες. Αυτό οδήγησε στη μείωση της γεννητικότητας που οφείλεται στη μείωση της βρεφικής και παιδικής θνησιμότητας. Επομένως, περισσότερα άτομα θα ενηλικιωθούν και θα νοσήσουν κυρίως με Χρόνια Μη Μεταδοτικά Νοσήματα, και με ασθένειες που είναι συχνότερες στην 3η ηλικία, όπως καρ- κίνος και καρδιαγγειακές παθήσεις (Caldwell,etal., 2006).

### 1.2 Περιβαλλοντικές αλλαγές

Σύγχρονες επιδημιολογικές μελέτες συνδέουν ξεκάθαρα συγκεκριμένες ασθένειες με την έκθεση σε περιβαλλοντικούς παράγοντες, πέραν των επιτρεπτών ορίων (Wahdan, 1996). Οι κοινωνίες αλλάζουν, το κοινωνικό περιβάλλον διαφοροποιείται, οι νοσογόνοι παράγοντες μεταβάλλονται, επιδρώντας έτσι στην εκδήλωση της ασθένειας, τροποποιώντας παράλληλα και την κοινωνική κατανομή της. Τα βιομηχανικά απόβλητα, οι κλιματολογικές αλλαγές, η τρομακτική μείωση της ποσότητας και η επακόλουθη υποβάθμιση της ποιότητας του νερού, η μετάλλαξη της τροφής και η χρήση της ραδιενέργειας επιδρούν πολλαπλασιαστικά στην υγεία, αυξάνοντας την εμφάνιση καρκίνου και παθήσεων του αναπνευστικού (Τούντας, 2008).

### 1.3 Αστικοποίηση

Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται μια ανοδική πορεία της αστικοποίησης Υπολογίζεται ότι το 45% του πληθυσμού ζει σε αστικά κέντρα με αποτέλεσμα τη γρήγορη οικονομική ανάπτυξη και κατ'επέκταση τη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης. Προωθείται έτσι η εκδήλωση των εκφυλιστικών ασθενειών ένεκα της αύξησης του προσδόκιμου επιβίωσης (Caldwell, 2006). Τα χαρακτηριστικά της σύγχρονης πόλης που αφορούν τα απόβλητα, το θόρυβο, την έλλειψη χώρου καθώς και την κοινωνική αποδιοργάνωση, αποτελούν σημαντικούς παράγοντες κινδύνου για την υγεία (Τούντας, 2000). Επομένως, η εμφάνιση νέων προβλημάτων υγείας όπως οι ψυχικές

ασθένειες, οι αυτοκτονίες και τα ατυχήματα αντανακλούν πλέον το σύγχρονο τρόπο ζωής και διαγράφουν ένα 4ο στάδιο επιδημιολογικής μετάβασης (Olshansky & Ault, 1986).

Από την άλλη όμως και παρόλο που αρκετές επιδημίες όπως η χολέρα έχουν μειωθεί και σε αρκετές χώρες έχουν εξαλειφθεί, ως αποτέλεσμα της περιβαλλοντικής υγιεινής (Stern & Marker, 2004), εντούτοις, σύγχρονες επιδημιολογικές μελέτες συνδέουν την επανεμφάνιση τους ξεκάθαρα σε περιβαλλοντικούς παράγοντες που επικρατούν μέχρι και σήμερα σε αρκετές υπα-νάπτυχτες ή και αναπτυσσόμενες χώρες (Caldwell, etal, 2006).

#### 1.4 Κοινωνικό-οικονομικοί, πολιτισμικοί και συμπεριφοριστικοί παράγοντες

Σύμφωνα με τον Τούντα, (2000), το κοινωνικό περιβάλλον που αλληλεπιδρά με την οικογένεια, την εργασία, την οικονομική ευχέρεια, την εκπαίδευση, την οργάνωση των υπηρεσιών υγείας και τον πολιτισμό, αποτελεί το σημαντικότερο παράγοντα που επιδρά στην υγεία, αφού επηρεάζουν τους δείκτες νοσηρότητας και θνησιμότητας.

Η φτώχεια και η εξαθλίωση αποτελούσαν στον Μεσαίωνα την κυριότερη αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας από επιδημίες (Polland, 2007). Η σχέση της οικονομίας με την υγεία είναι εμφανής, ιδιαίτερα στις ανεπτυγμένες χώρες όπου η μείωση των ποσοστών της φτώχειας είχαν ως αποτέλεσμα την αύξηση του προσδόκιμου ζωής. Παράλληλα, τα 2/3 των διαφορών που παρουσιάζουν οι δείκτες υγείας από πληθυσμό σε πληθυσμό οφείλονται σε οικονομικούς λόγους. Η βιομηχανική επανάσταση μέσω της ανάπτυξης του εμπορίου, βοήθησε τόσο στη αύξηση της προσφοράς όσο και στη βελτίωση της διατροφής με επακόλουθο, τη μείωση των θανάτων από τις επιδημίες. Έχει εκτιμηθεί ότι το πιο πλούσιο 1 /5 του πληθυσμού της Γης ζει κατά μέσον όρο 22 χρόνια περισσότερο από το πιο φτωχό 1/5 (Τούντας, 2008).

Αξίζει όμως να αναφερθεί ότι η συνεχής οικονομική ανάπτυξη δεν αποτελεί εγγύηση για τη βελτίωση του επιπέδου υγείας. Έρευνες έχουν δείξει ότι οι δείκτες υγείας για τους πολύ πλούσιους παρουσίαζαν επιδείνωση όσο αύξανε το εισόδημα (Τούντας, 2008), αφού οι συνθήκες και ο τρόπος ζωής ανάμεσα στα ψηλά κοινωνικά στρώματα, αποτελεί αιτία για την αύξηση των μη μεταδοτικών νοσημάτων και ιδιαίτερα των καρδιαγγειακών παθήσεων (Porkin, 1994). Προς αυτή την κατεύθυνση έχουν επιδράσει και τα μέσα μαζικής ενημέρωσης που προωθούν την υιοθέτηση συγκεκριμένων ανθυγιεινών συμπεριφορών ως εκδήλωση εκμοντερνισμού (π.χ. κάπνισμα). Επειδή όμως οι κοινωνικοί αυτοί παράγοντες είναι άνισα κατανομημένοι σε κάθε πληθυσμό, προκαλούνται σοβαρές διαφοροποιήσεις και ανισότητες στην υγεία, τόσο μεταξύ των χωρών, όσο και μεταξύ των μελών μιας κοινωνίας.

Επιπρόσθετα, η αστικοποίηση και βιομηχανοποίηση είχαν ως αποτέλεσμα την απομάκρυνση από ηθικές και θρησκευτικές αξίες με κύριο χαρακτηριστικό τη σεξουαλική απελευθέρωση. Αυτή η συμπεριφορά είχε ως επακόλουθο την ταχεία εξάπλωση των σεξουαλικά μεταδιδόμενων ασθενειών (Wahdan, 1996).

Το εισόδημα, η εκπαίδευση και το επάγγελμα ως δείκτες κοινωνικό-οικονομικής κατάστασης, έχουν επίσης σημαντική επίδραση στην υγεία. Υπάρχει αρνητική συσχέτιση της εκπαίδευσης με τη θνησιμότητα και τη νοσηρότητα και με σημαντικούς συμπεριφοριστικούς παράγοντες κινδύνου (Τούντας, 2008). Η σωστή διατροφή, η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση, η ορθολογική χρήση των ιατρικών υπηρεσιών, αποτελούν σημαντικά εφόδια υγείας που παρέχονται μέσω της εκπαίδευσης. Αυτό ενισχύεται και από το γεγονός ότι τον 19ο αιώνα η εφαρμογή μέτρων προσωπικής υγιεινής είχε μεγαλύτερη επίδραση στους πιο μορφωμένους που ήταν και οι πιο πλούσιοι (Σαρρής, 2001).

Πέραν όμως από τη διεύρυνση της γνώσης, η βιομηχανοποίηση και η αστικοποίηση συνέβαλαν, στην εμπλοκή των γυναικών στην εργασία. Έτσι επήλθαν μετατροπές στο δυναμικό της ευρύτερης οικογένειας και κοινωνίας. Οι συναφείς δυσκολίες έχουν ευρέως προωθήσει τον θεσμό της αντισύλληψης στις αναπτυσσόμενες και αναπτυσσόμενες χώρες, μειώνοντας έτσι τις γεννήσεις και τα ποσοστά παιδικής και μητρικής θνησιμότητας (Wahdan, 1996).

### 1.5 Εξέλιξη της Ιατρικής Επιστήμης

Σύμφωνα με τους Mesle&Vallin (1992), η ιατρική πρόοδος υπό την αυστηρή έννοια του όρου, δεν έπαιξε παρά ένα περιορισμένο ρόλο στην αλλαγή του επιδημιολογικού μοντέλου. Το κίνημα της προληπτικής ιατρικής, στις αρχές του 20ου αιώνα, γνωστό ως «υγιεινή» και «υγιεινισμός» βρισκόταν ήδη σε εξέλιξη πριν από τις μεγάλες βακτηριολογικές ανακαλύψεις, φανερώνοντας το σημαντικότερο ρόλο που διαδραμάτισαν οι κοινωνικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες στη δημόσια υγεία (Μάντη & Τσελεπή, 2000). Αυτό επιβεβαιώνεται από το γεγονός ότι η μετάβαση προηγήθηκε των κυριότερων ανακαλύψεων που αφορούσαν τις λοιμώδεις νόσους. Οι εμβολιασμοί είχαν τη μεγαλύτερη επίδραση στη μείωση των λοιμωδών νοσημάτων τον 20ο αιώνα και από τότε έχουν βοηθήσει στη μείωση της παιδικής θνησιμότητας και νοσηρότητας (Pollard, 2007). Εντούτοις, κάποιες άλλες ασθένειες όπως το AIDS, η φυματίωση και η μαλάρια σε αρκετές περιοχές παραμένουν ανεξέλεγκτες.

Η ανακάλυψη των αντιβιοτικών βοήθησε στην δραματική μείωση των θανάτων από λοιμώδη νοσήματα. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί το γεγονός ότι η θνησιμότητα από φυματίωση έπεσε κατακόρυφα από 39.9 θανάτους ανά 100000 άτομα το 1945, σε 9.1 το 1955 (Sanders, 2008). Η κατάχρηση τους όμως έχει δημιουργήσει προβλήματα στη ανάπτυξη ανθεκτικών μικροβίων ή στη μετάλλαξη τους δημιουργώντας τον κίνδυνο εξάπλωσης νέων

επιδημιών. Η εμφάνιση του AIDS μαζί με την επανεμφάνιση κλασικών λοιμωδών νοσημάτων όπως φυματίωσης, διφθερίτιδας και ελονοσίας είναι χαρακτηριστικά παραδείγματα και αποτελούν ένα νέο πρόβλημα δημόσιας υγείας στις αναπτυσσόμενες χώρες. Περιγράφεται έτσι ένα 5ο στάδιο της επιδημιολογικής μετάβασης (Olshansky, K.a., 1997).

### 1.6 Μετακινήσεις πληθυσμών

Τα τελευταία χρόνια σημειώνονται πολλές ανακατατάξεις πληθυσμών λόγω της δημιουργίας προσφύγων και μεταναστών από τις λιγότερο αναπτυσσόμενες στις ανεπτυγμένες χώρες. Αυτό υπήρξε καθοριστικός παράγοντας στη διασφάλιση της αύξησης του πληθυσμού (COM, 2005) περιορίζοντας τις επιπτώσεις της υπογεννητικότητας. Εντούτοις, τα άτομα αυτά καταλήγουν να ζουν σε χώρους που ευνοούν τη διάδοση ασθενειών, ακατάλληλες συνθήκες υγιεινής, μολυσμένο νερό και υπέρ-συνωστισμό, ενώ παρουσιάζουν και προβλήματα εργασιακής και κοινωνικής ενσωμάτωσης (Wahdan, 1996). Έτσι ευνοείται η διάδοση μολυσματικών ασθενειών που παρομοιάζει με τον τρόπο διάδοσης της πανούκλας τον 14ο αιώνα στην Ευρώπη και της χολέρας τον 19ο και 20ο αιώνα. Η ανακάλυψη και διάδοση του ιού HIV τη δεκαετία του '80 αλλά και η επανεμφάνιση της φυματίωσης και της μαλάριας έχουν συνδεθεί με τις μετακινήσεις πληθυσμών, επαναφέροντας τον εφιάλτη της εποχής των λοιμωδών νοσημάτων. Χαρακτηριστικό είναι το γεγονός ότι από το 1973 το Centers for Disease Control and Prevention έχει καταρτίσει μια λίστα από 29 νεοεμφανιζόμενους παθογόνους οργανισμούς (Satcher, 1995).

Η μετακίνηση πληθυσμού, από την άλλη, αλλάζει τις συνθήκες και τον τρόπο ζωής των ανθρώπων γενικά. Υιοθετούν το δυτικό πρότυπο ζωής, αλλά λόγω της κοινωνικοοικονομικής τους κατάστασης δεν έχουν την ίδια πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, στην πληροφόρηση και στη εκπαίδευση αυξάνοντας έτσι την συχνότητα εμφάνισης καρδιαγγειακών νοσημάτων.

## 2. Αναπροσαρμογή στην οργάνωση των Υπηρεσιών Υγείας και διαμόρφωση της στρατηγικής πολιτικής

Σήμερα εντείνονται οι πιέσεις για αναπροσαρμογή των υπηρεσιών υγείας ούτως ώστε να ανταποκρίνονται στις σύγχρονες ανάγκες των πολιτών. Στις ανεπτυγμένες χώρες, το κέντρο βάρους σύμφωνα με την επιδημιολογική μετάβαση μετατίθεται από τις μεταδοτικές ασθένειες και τις «ασθένειες φτώχειας», στις «σύγχρονες ασθένειες». (Μάντη & Τσελεπή, 2000). Οι δημογραφικές πληθυσμιακές ανακατατάξεις απαιτούν αναδιοργάνωση της πολιτικής και των υπηρεσιών υγείας. Έτσι σε συνδυασμό με τις εξελίξεις στην ιατρική τεχνολογία, τις αυξανόμενες προσδοκίες για καλύτερες υπηρεσίες και τις αυξανόμενες δαπάνες των υπηρεσιών υγείας, ολοένα και περισσότερο εντείνονται οι πιέσεις για αλλαγές τόσο σε οικονομικό, όσο και σε επίπεδο οργάνωσης και στρατηγικών επιλογών. Επομένως, απαιτείται μια στρατηγική που να προϋποθέτει τη συμμετοχή και δραστηριοποίηση του συνόλου της επιστημονικής κοινότητας, των οργανωμένων φορέων και των κοινωνικών συνόλων καθώς και των μέσων μαζικής επικοινωνίας. Η αντιμετώπιση των προβλημάτων που αναδύονται, αποτελεί άμεση προτεραιότητα και η επίλυση θα πρέπει να επέλθει μέσα από ένα ενιαίο στρατηγικό σχεδιασμό που θα επικεντρώνεται στις πιο πάνω ανάγκες.

Η θεραπευτική/νοσοκομειακή ιατρική έχει πλέον όρια απέναντι στα μείζονα προβλήματα υγείας της εποχής μας, γ'αυτό και απαιτείται στροφή σε εναλλακτικές μορφές περίθαλψης, όπως η εφαρμογή ενός ολοκληρωμένου συστήματος υγείας με αναπτυγμένη την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας που να συμπεριλαμβάνει:

- Ανάπτυξη ειδικών δεικτών υγείας με κοινούς μηχανισμούς συλλογής στοιχείων και συνεργασία των υπηρεσιών υγείας σε διεθνές επίπεδο για σύγκριση με τα διεθνή επιδημιολογικά δεδομένα.
- Αποδοτικότερη και πιο ισορροπημένη σχέση μεταξύ προληπτικής και θερα

πευτική ιατρικής και τη περιφερειακή κατανομή τους. Οι μεταρρυθμίσεις θα πρέπει να διασφαλίζουν καθολική και ισότιμη χρήση των υπηρεσιών πρόληψης ιδιαίτερα των ευπαθών ή λιγότερο ευνοημένων ομάδων του πληθυσμού.

- Συστηματική οργάνωση προγραμμάτων πρόληψης και διάγνωσης καθώς και επιμόρφωσης του προσωπικού και πληροφόρησης του κοινού.
- Εναρμόνιση με το Ευρωπαϊκό κεκτημένο και υιοθέτηση των κατευθυντήριων γραμμών του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας σε όλα τα επίπεδα πρόληψης και κοινή πολιτική όσο αφορά την εξάλειψη των επιδημικών και ενδημικών νόσων.
- Συνεργασία με άλλους φορείς σε επίπεδο κυβερνητικών πολιτικών, με συνδέσμους προστασία δικαιωμάτων ασθενών και οργανωμένα σύνολα.

Η καλύτερη προσαρμογή των υπηρεσιών υγείας και η υιοθέτηση μιας προληπτικής προσέγγισης όσον αφορά τις χρόνιες νόσους θα μπορούσε να μειώσει στο μισό τις δημόσιες δαπάνες για την υγεία και τη φροντίδα εξαρτημένων ατόμων αυξάνοντας τις πιθανότητες οικονομικής ανάπτυξης (Τούντας, 2008).

Το επιδημιολογικό πρότυπο της τρίτης ηλικίας που συνδέεται με την ανάπτυξη χρόνιων νοσημάτων, διαφοροποιεί το είδος των ζητούμενων υπηρεσιών. Επιβάλλεται η προώθηση μέτρων για τη βελτίωση της υγείας των ηλικιωμένων αλλά και την μείωση των παραγόντων κινδύνου καθιστώντας έτσι πιο υγιή γηραιό πληθυσμό. Υπάρχει επομένως, αυξημένη ανάγκη για υπηρεσίες σχετικές με νοσήματα φθοράς, αφού αυξάνεται η ανάγκη για ιατρική περίθαλψη, συχνότητα ιατρικών επισκέψεων και ημερών νοσηλείας (WHO, 2006).

Αυτό επιτυγχάνεται μέσω της υιοθέτησης κοινωνικής και κοινοτικής πολιτικής που θα βασίζεται στις θεμελιώδεις αξίες της καθολικότητας, της ισότητας και της αλληλεγγύης. Η επέκταση της κοινοτικής νοσηλευτικής, των υπηρεσιών κατ'οίκον

φροντίδας, η αναβάθμιση των κέντρων αποκατάσταση και η αποκέντρωση και βελτίωση των υφιστάμενων κέντρων υγείας αφορούν τα κυριότερα μέτρα προς αυτή την κατεύθυνση.

Η γήρανση και η επερχόμενη συρρίκνωση του ενεργού πληθυσμού δημιουργούν ένα νέο σκηνικό που απαιτεί τη χάραξη νέων πολιτικών προσαρμοσμένων σε αυτά τα δεδομένα. Δημιουργούνται μεταβολές στη δομή της κοινωνίας, προκαλώντας παρενέργειες στην κοινωνική ασφάλιση, στη σύνθεση της απασχόλησης και στην οικονομία γενικά (Μάντη & Τσελεπή, 2000). Προκειμένου να εξασφαλιστεί επαρκής κοινωνική προστασία και δικαιοσύνη μεταξύ των γενεών απαιτείται ο εκσυγχρονισμός των συστημάτων κοινωνικής προστασίας (Τούντας, 2008). Ιδιαίτερη έμφαση θα πρέπει να δοθεί στο επίπεδο της μεταρρύθμισης των συνταξιοδοτικών συστημάτων, προκειμένου να εξασφαλιστεί η οικονομική και κοινωνική βιωσιμότητα τους, αφού αυτό συνεπάγεται της δημογραφικής ανακατάταξης. Έτσι θα δοθεί η ευκαιρία για αποτελεσματική διαχείριση των επιπτώσεων της γήρανσης του πληθυσμού.

Η προσαρμογή στη νέα τάξη πραγμάτων απαιτεί την υιοθέτηση της συνθήκης της Λυσσαβόνας, δίνοντας προτεραιότητα σε πολιτικές που αυξάνουν την απασχόληση και εντείνουν την επαγγελματική δραστηριότητα σε γυναίκες ή άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, χρησιμοποιώντας πλήρως τις δυνατότητες αυτών των έμπειρων εργαζομένων, αλλά παράλληλα προσφέροντας ποιοτική κατάρτιση στους νεότερους (Εργ.Εμπειρ., 2005). Τέτοιες μεταρρυθμίσεις θα ανύψωναν τους δείκτες ανάπτυξης και θα βελτιώναν τα μελλοντικά επίπεδα διαβίωσης (Περ.Αναπτ.Πολ., 2007- 2013).

Επιπρόσθετα, μια πολυθεματική συνεργασία μέσω συντονισμένων δράσεων πρόληψης και παρεμβασμού μεταξύ Υπουργείου Υγείας και κοινοτικών αρχών μπορεί να ενθαρρύνει τα άτομα τρίτης ηλικίας για συμμετοχή στην κοινωνική ζωή και στην εθελοντική εργασία. Οι τοπικές κοινότητες

σε συνεργασία με τα συναφή Υπουργεία, μέσα από κοινωνικές υπηρεσίες και δίκτυα αλληλεγγύης, θα πρέπει να δραστηριοποιούνται για στήριξη και παροχή φροντίδας των δυσπραγούντων οικογενειών (COM, 2005).

Συνειδητοποιώντας τις συνέπειες των δημογραφικών αλλαγών πρέπει να προωθηθούν μέτρα για αύξηση των γεννήσεων. Επομένως, η μακροχρόνια στρατηγική πολιτική πρέπει να ενθαρρύνει τη δημογραφική ανανέωση βελτιώνοντας τις δυνατότητες συνδυασμού της επαγγελματικής με την ιδιωτική και την οικογενειακή ζωή εφαρμόζοντας μέτρα που αφορούν: τη παροχή γονικής άδειας, προώθηση ευέλικτου ωραρίου εργασίας και δημιουργία υπηρεσιών φροντίδας παιδιού (Λώρης, 2007).

Η διεθνής εμπειρία δείχνει ότι οι μετανάστες μπορεί να συμβάλουν θετικά στη λύση του δημογραφικού προβλήματος και της κοινωνικής ασφάλισης σε χώρες με στάσιμο πληθυσμό μέχρι το 2025, αρκεί να υπάρχει η σωστή μεταναστευτική πολιτική και πολιτική ενσωμάτωσης. Αυτό επιβάλλει την ανάπτυξη από κοινού με τα κράτη μέλη, μιας κοινής πολιτικής νόμιμης μετανάστευσης που θα οδηγήσει στην προσέλκυση ειδικευμένου εργατικού δυναμικού από το εξωτερικό προκειμένου να καλυφθούν οι ανάγκες της αγοράς εργασίας. Επιπρόσθετα, θα πρέπει να προωθηθεί η πολυμορφία και να καταπολεμηθούν οι προκαταλήψεις για την καλύτερη οικονομική και κοινωνική ένταξη των μεταναστών (Ε.Ε.Κ., 2005).

Οι κοινωνίες άρχισαν να συνειδητοποιούν πλέον τα όρια της σύγχρονης θεραπευτικής/νοσοκομειακής ιατρικής απέναντι στα μείζονα προβλήματα υγείας της εποχής μας όπως τα καρδιαγγειακά, ο καρκίνος, τα ατυχήματα, οι ψυχικές διαταραχές και το AIDS. Αν θεωρηθεί ότι η αιτιολογία τους είναι πολυπαραγοντική και σχετίζεται με διαφορετικά επίπεδα κοινωνικής ζωής, τότε θα πρέπει η πολιτική των υπηρεσιών υγείας να προσανατολιστεί προς μια κατεύθυνση όπου το βάρος θα κατέχει η πρόληψη και η αποκατάσταση των ασθενών. Επιπρόσθετα θα πρέπει να

προωθηθεί η ανάπτυξη συστηματικής έρευνας και μελέτης των κοινωνικών, πολιτιστικών και ψυχολογικών παραγόντων που επιδρούν και επηρεάζουν τις αντιλήψεις της υγείας και της αρρώστιας (Μάντη&Τσε- λεπή, 2000). Στα πλαίσια λοιπόν της ενδυνάμωσης των ατόμων και της υιοθέτησης υγιέστερου τρόπου ζωής, επιβάλλεται η δημιουργία φορέων κοινοτικού ενδιαφέροντος (ιδιωτικοί και δημόσιοι φορείς) που θα συντονίζονται από το υπουργείο υγείας και θα παρέχουν ολοκληρωμένες υπηρεσίες συμβουλευτικής και καθοδήγησης σε θέματα που αφορούν την πρόληψη, την χρήση ουσιών και την κατάθλιψη.

Η αναγνώριση και κατανόηση από τους εμπλεκόμενους φορείς, της σχέσης μεταξύ περιβάλλοντος και υγείας, μπορεί να οδηγήσει στην εγκαθίδρυση αποτελεσματικότερης πολιτικής Δημόσιας Υγείας και να συμβάλει στη πρόληψη πολλών ασθενειών. Η περιβαλλοντική εκπαίδευση θεωρείται σημαντικό στοιχείο στη προστασία του περιβάλλοντος και στην προάσπιση της ανθρώπινης υγείας (Υπουργείο Υγείας, 2007). Ο πλέον αποτελεσματικός τρόπος ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης των πολιτών για τα ζητήματα αυτά είναι το εκπαιδευτικό σύστημα με την εφαρμογή σχετικών προγραμμάτων αγωγής υγείας. Με στόχο την βελτίωση και ανάπτυξη υγιών κοινωνιών, θα πρέπει η εμπλοκή των

ενδιαφερομένων υπουργείων και κοινωνικών φορέων που θα συνεργάζονται για την ανάπτυξη και δημιουργία των εκπαιδευτικών προγραμμάτων, να επικεντρώνονται στην ολιστική προσέγγιση των ευπαθών ομάδων πληθυσμού (Τούντας, 1994).

### Συμπεράσματα

Είναι πλέον εμφανές ότι με την πάροδο του χρόνου οι αντιλήψεις για την υγεία και την αρρώστια μεταβάλλονται μέσα από τις διάφορες κοινωνικές εξελίξεις. Αυτές οι αλλαγές βρίσκονται διαρκώς σε μια διαδικασία μετασχηματισμού και επαναπροσδιορισμού, καθώς επηρεάζονται από την πρόοδο, τη ρευστότητα των κοινωνικών σχέσεων, τη πολυπλοκότητα των διαφοροποιημένων θεσμών και των ορίων των κοινωνικών πρακτικών.

Έτσι τα κράτη μέσα από μια κοινή και συντονισμένη προσπάθεια για πολυθεματική προσέγγιση των υπηρεσιών υγείας, θα πρέπει να κατανοήσουν τη πολυπλοκότητα της μετάβασης και να εργαστούν από κοινού για την αποτελεσματικότερη και επιτυχή προσαρμογή τους. Η προσέγγιση της πολιτικής θα πρέπει να είναι ανθρωποκεντρική και να έχει ως κατευθυντήριες γραμμές τη διερεύνηση των δημοκρατικών θεσμών και της κοινωνικής δικαιοσύνης, την αναβάθμιση της ποιότητας ζωής και το σεβασμό στο περιβάλλον.

### Βιβλιογραφία

- Αγραφιώτης,Δ.,κ.α.(1997) AIDS, Η εγκάρσια σκιά. Εκδ. Ύψιλον, Αθήνα
- Ε.Ε., (2005) Εργαστήριο Εμπειρογνομόνων. 11 Νοεμβρίου 2005
- Ε.Ε.Κ,(2005) Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, 2005
- Λώρης,Δ.Ε.,(2007) Οι Διαστάσεις του Δημογραφικού Προβλήματος στην Ελλάδα.
- Μάντη,Π. & Τσελεπή, χ. (2000) Κοινωνιολογική και ψυχολογική προσέγγιση των νοσοκομείων/ Υπηρεσιών Υγείας. ΕΑΠ, Πάτρα
- Περίγραμμα Αναπτυξιακής Πολιτικής 2007-2013
- Σαρρής, Μ.(2001). Κοινωνιολογία της Υγείας και Ποιότητα Ζωής. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα
- Τούντας, Γ. (1994) Αγωγή Υγείας: In: Κακλαμάνη & Κουμαντάνη, Υ. Προληπτικής Ιατρικής και Αγωγή Υγείας. Ιατρικές Εκδόσεις, Πχ Πασχαλίδη, Αθήνα



- Τούντας, Γ. (2000) Κοινωνία και Υγεία. Εκδόσεις: Οδύσσεια, Αθήνα
- Τούντας,Γ(2008) Κοινωνικές ανισότητες στην υγεία. Υγεία-Περιβάλλον& Υγεία
- Τούντας,Γ. (2008) Κοινωνικό-οικονομική κατάσταση και υγεία. Υγεία-Περιβάλλον& Υγεία  
Υπουργείο Υγείας, Αειφόρος Ανάπτυξη - Δημόσια Υγεία 2007, Λευκωσία
- Adam,PH. & Herzlich.CL. (1999) Η κοινωνιολογία της ασθένειας και της ιατρικής. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα
- Barret,R. Kuzawa,C.W. McDade.T.&Armelagos,G.J.(1998) Emerging and Re-emerging Infectious Diseases: the third epidemiologic transition. Annu. Rev. Anthropol. 27:247-71
- COM (2005) Επιτροπή Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων. Ανακοίνωση της Επιτροπής. Πράσινη Βίβλος «Μπροστά στις δημογραφικές αλλαγές, μια νέα αλληλεγγύη μεταξύ γενεών». Βρυξέλλες 16.3.2005
- Caldwill, J., Bruce, K., Dcaldwell, P., McDonald, P., Schindlmaryr, Th. (2006) Demographic Transition Theory. Dordrecht, The Netherlands: 418,p
- Mesle,F.&Vallin,J.(1992) In: Adam,PH.&Herzlich,CL.(1999) Κοινωνιολογία της Ασθένειας και της Ιατρικής. Ελληνικό Ανοικτά Πανεπιστήμιο, Πάτρα
- OECD (2005) Health At a Glance: OECD Indicators-2005 Edition
- Olshansky, S.J. & Ault, A.B. (1986) The forth stage of the epidemiologic Transition: The age of delayed Degenerative Disease. The Milbank Quarterly, 64, 3 : 355-391
- Omran,A.R. (1971) The Epidemiological Transition: A theory of the Epidemiology of population Change. Extracted from: The Milbank Memorial Fund Quarterly, 49(4):509-538
- Pollard, A.J. (2007). Childhood Immunization:what is the future? Arch Dis. Child., 92, 426-433
- Popkin, BM. (1994) The nutrition transition in low-income countries: an emerging crisis. Nutr. Rev. 52(9):285-98
- Sanders, J.W. (2008). The epidemiological transition: the current status of infectious diseases in the developed world versus the developing world.
- Satcher, D. (1995) Emerging infections: getting ahead of the curve. Emerg. Infec. Dis.1(1):1-6
- Stern, A. & Marker, H. (2004) International efforts to control infectious diseases, 1851-to the present. JAMA,