

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ:
«ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΥΓΕΙΑ-ΙΑΤΡΙΚΗ ΤΩΝ ΚΑΤΑΣΤΡΟΦΩΝ»

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΘΕΜΑ : ΓΙΑΤΙ ΠΕΘΑΙΝΟΥΝ ΟΙ ΑΝΘΡΩΠΟΙ; ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΒΑΣΙΚΩΝ ΑΙΤΙΩΝ
ΘΑΝΑΤΟΥ ΒΑΣΕΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΤΩΝ ΚΑΙ Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ
ΣΤΗ ΛΗΨΗ ΜΕΤΡΩΝ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ : ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ ΨΑΡΟΜΥΑΛΟΥ, ΑΜ : 20180951

ΑΘΗΝΑ

ΙΟΥΝΙΟΣ 2020

MASTER OF SCIENCE:
“GLOBAL HEALTH-DISASTER MEDICINE”

NATIONAL AND KAPODISTRIAN UNIVERSITY OF ATHENS

MEDICAL SCHOOL

MASTER THESIS

**SUBJECT: WHY PEOPLE DIE? INVESTIGATION OF THE MAIN CAUSES OF DEATH
BASED ON SOCIOECONOMIC DETERMINANTS AND ITS SIGNIFICANCE AT THE
IMPLEMENTATION OF PUBLIC HEALTH MEASURES**

POSTGRADUATE STUDENT: AIKATERINI PSAROMYALOU, R.No: 20180951

ATHENS

JUNE 2020

ΠΡΑΚΤΙΚΟ ΚΡΙΣΕΩΣ

ΤΗΣ ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΗΣ ΤΗΣ ΤΡΙΜΕΛΟΥΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Του Μεταπτυχιακού Φοιτητή:

Εξεταστική Επιτροπή

-Επιβλέπων
-Μέλος
-Μέλος

Η Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή η οποία ορίστηκε από την ΓΣΕΣ της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών Συνεδρίαση της^{ης} 20..... για την αξιολόγηση και εξέταση τ..... υποψηφίου κ....., συνεδρίασε σήμερα/...../.....

Η Επιτροπή **διαπίστωσε** ότι η Διπλωματική Εργασία του Κ..... με
τίτλο.....

.....
.....
.....

είναι πρωτότυπη, επιστημονικά και τεχνικά άρτια και η βιβλιογραφική πληροφορία ολοκληρωμένη και εμπεριστατωμένη.

Η εξεταστική επιτροπή αφού έλαβε υπ' όψιν το περιεχόμενο της εργασίας και τη συμβολή της στην επιστήμη, με ψήφους προτείνει την απονομή στον παραπάνω Μεταπτυχιακό Φοιτητή την απονομή του Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης (Master's).

Στην ψηφοφορία για την βαθμολογία ο υποψήφιος έλαβε για τον βαθμό «ΑΡΙΣΤΑ» ψήφους , για τον βαθμό «ΛΙΑΝ ΚΑΛΩΣ» ψήφους , και για τον βαθμό «ΚΑΛΩΣ» ψήφους Κατά συνέπεια, απονέμεται ο βαθμός «(Άριστα/Λίαν Καλώς/Καλώς)& (Βαθμός).....».

Τα Μέλη της Εξεταστικής Επιτροπής

• , Επιβλέπων (Υπογραφή) _____

• , Μέλος (Υπογραφή) _____

• , Μέλος (Υπογραφή) _____

Περίληψη

Η καταγραφή και διερεύνηση των κύριων αιτιών θανάτου ανά τον κόσμο είναι μείζονος σημασίας γιατί αποτελεί και έναν τρόπο ελέγχου της επαρκούς λειτουργίας των συστημάτων υγείας των κρατών. Ωστόσο, θα πρέπει να αναγνωρίζονται σε κάθε περίπτωση και τα θεμελιώδη αίτια θανάτου – τα αίτια των αιτιών - που προκύπτουν από το κοινωνικοοικονομικό πλαίσιο στο οποίο τα άτομα ζουν. Στην παρούσα διπλωματική εργασία έγινε μία προσπάθεια καταγραφής της συσχέτισης των κύριων αιτιών θανάτου με συγκεκριμένους κοινωνικούς προσδιοριστές κατόπιν συστηματικής ανασκόπησης της διεθνούς βιβλιογραφίας. Όπως προκύπτει από την έρευνα αυτή, η φτώχεια αποτελεί μία βασική αιτία για τις υπάρχουσες ανισότητες στην υγεία αλλά δεν είναι η μοναδική. Επομένως, η οικονομική ενίσχυση των δομών υγείας και του εισοδήματος των ατόμων δεν επαρκούν για την εξάλειψη των ανισοτήτων. Οι κυβερνήσεις και οι φορείς της δημόσιας υγείας θα πρέπει να εφαρμόζουν στρατηγικές και μέτρα που θα στοχεύουν στην άρση της άνιση κατανομής της υγείας, μέσω της καταπολέμησης της υπάρχουσας κοινωνικής διαβάθμισης.

Λέξεις κλειδιά : αιτίες θανάτου, κοινωνικοοικονομικοί προσδιοριστές, ανισότητες της υγείας, κοινωνική διαβάθμιση, δημόσια υγεία, χάραξη πολιτικής

Abstract

It is of great significance to record and investigate the main causes of death worldwide because this is a way to inspect the efficient functioning of the healthcare systems of the nations. However, the fundamental causes of death - the causes of the causes- which result from the socioeconomic conditions that people live, must also be acknowledged. In the present master thesis, an attempt has been made to record the association of the main causes of death with specific social determinants of health, based on a systematic review of the international literature. It is concluded that even though poverty is a basic cause of the existing health inequalities it is not the only one, so the increase of the funding of the healthcare structures and the personal income of the individuals is not enough for the elimination of these inequalities. Governments and public health stakeholders should implement strategies and measures targeting the mitigation of the unfair distribution of health, by fighting the existing social gradient.

Keywords: causes of death, socioeconomic determinants, health inequalities, social gradient, public health, policy making

Περιεχόμενα

1. Εισαγωγή	7
2. Μεθοδολογία	8
3. Κύριο μέρος	9
3.1 Γενικό μέρος	9
3.1.1 Ιστορική αναδρομή της καταγραφής των αιτιών θανάτου	9
3.1.2 Οι κύριες αιτίες θανάτου και οι τάσεις της εμφάνισης των νοσημάτων	10
3.1.3 Κοινωνικοοικονομικοί προσδιοριστές και υγεία	14
3.2 Ειδικό μέρος	17
3.2.1 Ο ρόλος των οικονομικών προσδιοριστών	17
3.2.2 Ο ρόλος των κοινωνικών προσδιοριστών	20
3.2.2.1 Η σχέση της εκπαίδευσης με την υγεία	21
3.2.2.2 Το επάγγελμα και η εκπαίδευση ως δείκτες κινδύνου θνητότητας	23
3.2.2.3 Ο ρόλος του συνδικαλισμού στις ανισότητες της υγείας	24
3.2.2.4 Η επίδραση των φυλετικών διακρίσεων στην υγεία	25
3.2.2.5 Ο ρόλος της θρησκείας στην υγεία	28
3.2.3 Χάραξη πολιτικής με βάση τους κοινωνικοοικονομικούς προσδιοριστές	31
4. Συμπεράσματα	34
5. Βιβλιογραφία	35

1. Εισαγωγή

Καθώς διανύουμε την πανδημία που οφείλεται στη λοίμωξη από το νέο κορωνοϊό (COVID-19), αναδεικνύεται για μία ακόμη φορά ο ρόλος της κοινωνικοοικονομικής θέσης των ατόμων και η επίδρασή του στην υγεία και τη θνητότητα. Στις ΗΠΑ, όπου καταγράφεται και ο μεγαλύτερος αριθμός κρουσμάτων και θανάτων, οι Αфро-Αμερικανοί, οι Ισπανόφωνοι και οι Ιθαγενείς Αμερικανοί καθώς και οι κοινότητες των μεταναστών εμφανίζουν ιδιαίτερος αυξημένο φορτίο της νόσου με τους Αфро-Αμερικανούς να παρουσιάζουν τα υψηλότερα ποσοστά θνητότητας ιδίως σε συγκεκριμένες πόλεις όπως το Σικάγο. Είναι γνωστό ότι διάφοροι κοινωνικοί προσδιοριστές όπως η εκπαίδευση, το επάγγελμα, η φτώχεια κ.ά. μπορούν να επιφέρουν αρνητικά αποτελέσματα στην υγεία. Η νόσος COVID-19 επανέφερε στην επιφάνεια το ευρύ φάσμα των ανισοτήτων που παρατηρούνται στην υγεία (1). Οι διαφορές στο προσδόκιμο επιβίωσης και στα ποσοστά θνητότητας είναι πλέον εμφανείς και οι φτωχότεροι πληθυσμοί εμφανίζουν δυσανάλογα αρνητικά αποτελέσματα συγκριτικά με τους πιο πλούσιους πληθυσμούς. Οι διαφορές αυτές αναμένεται να αυξηθούν περισσότερο καθώς η νόσος σταδιακά πλήττει και πιο ευάλωτες δομές όπως οι φυλακές, κλειστές δομές μεταναστών και προσφύγων κτλ. (2). Επισημαίνεται επίσης, η ανάγκη για επαρκή προετοιμασία και ετοιμότητα των κρατών για την αντιμετώπιση επειγόντων καταστάσεων τέτοιου βεληνεκούς, καθώς και του σχεδιασμού των απαραίτητων πολιτικών προκειμένου να εφαρμοστούν τα κατάλληλα μέτρα δημόσιας υγείας. Απαιτείται συνεργασία και αλληλεγγύη μεταξύ των κρατών για την αντιμετώπιση των ανισοτήτων στην υγεία και την εξασφάλιση της δίκαιης πρόσβασης σε ιατροφαρμακευτική περίθαλψη με στόχο την βελτίωση της υγείας για όλους, όπως υπογραμμίζεται από την Ευρωπαϊκή Συμμαχία για τη Δημόσια Υγεία (European Public Health Alliance-EPHA) (3).

Η απάντηση στην ερώτηση : «Γιατί πεθαίνουν οι άνθρωποι;» είναι πολύπλοκη. Καταρχήν, είναι μείζονος σημασίας η καταγραφή των κύριων αιτιών θανάτου αλλά δεν είναι αρκετή. Θα πρέπει να γνωρίζουμε και τις αιτίες που κρύβονται πίσω από αυτά τα αίτια και προκύπτουν από το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο των ανθρώπων. Ο σκοπός αυτής της εργασίας είναι η διερεύνηση των βασικών αιτιών θανάτου ανά τον κόσμο, η συσχέτισή τους με κάποιους κοινωνικοοικονομικούς προσδιοριστές της υγείας και η αναζήτηση στρατηγικών που μπορούν να ακολουθηθούν προκειμένου να βελτιωθεί η δημόσια υγεία.

Πρόκειται για μία συστηματική ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας. Στο πρώτο μέρος, μετά από μία ιστορική αναδρομή στα συστήματα ταξινόμησης των νοσημάτων, θα παρουσιαστούν

οι κύριες αιτίες θανάτου και οι μεταβολές που παρατηρούνται τα τελευταία χρόνια καθώς και η επίδραση εν γένει των προσδιοριστών στην υγεία. Στο δεύτερο μέρος, θα παρουσιαστούν ξεχωριστά διάφοροι προσδιοριστές, οικονομικοί και κοινωνικοί, και ο ρόλος τους στην έκβαση των νοσημάτων. Στη συνέχεια θα γίνει αναφορά σε μέτρα που θα μπορούσαν να ληφθούν βάσει του ρόλου των προσδιοριστών, με στόχο την πρόοδο στον τομέα της δημόσιας υγείας. Τέλος θα παρουσιαστούν τα συμπεράσματα της ανωτέρω βιβλιογραφικής έρευνας. Όλα τα παραπάνω ζητήματα άπτονται της Παγκόσμιας Υγείας και Ιατρικής των Καταστροφών και επομένως η σχέση της παρούσας διπλωματικής εργασίας με το συγκεκριμένο Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών είναι εμφανής.

2. Μεθοδολογία

Η παρούσα διπλωματική εργασία είναι μία συστηματική ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας. Η συλλογή των πληροφοριών έγινε μέσω αναζήτησης σε μεγάλες βάσεις ιατρικών δεδομένων (Medline, PubMed, Scopus) καθώς και σε διαδικτυακούς τόπους διεθνών οργανισμών (WHO, ECDC, CDC). Χρησιμοποιήθηκαν οι εξής λέξεις-κλειδιά σε διάφορους συνδυασμούς :

- Social determinants of health
- Health inequalities
- Income and mortality
- Education and mortality
- Occupation and mortality
- Religion and mortality
- Racial discrimination and health outcomes
- Public health strategies
- Policy making
- Main causes of death
- Mortality risk
- Social and economic deprivation

Επιλέχθηκαν άρθρα και μελέτες δημοσιευμένα την τελευταία δεκαετία, γραμμένα στην Αγγλική γλώσσα και αφαιρέθηκαν όσα ανευρέθηκαν εις διπλούν. Απορρίφθηκαν επίσης, όσα εκ των οποίων οι περιλήψεις δεν σχετίζονταν με τους στόχους της παρούσας εργασίας. Μετά τον αρχικό έλεγχο που βασίστηκε στα παραπάνω κριτήρια και αφού προστέθηκαν και κάποια επιπλέον άρθρα και μελέτες από τις βιβλιογραφικές παραπομπές των αρχικών, προέκυψαν 127 μελέτες και άρθρα τα

οποία ελέγχθηκαν περαιτέρω για την καταλληλότητα του περιεχομένου τους και τη σχέση τους με το θέμα της διπλωματικής εργασίας. Τελικά, αφού απορρίφθηκαν 84 από τα ανωτέρω λόγω μη επαρκούς συνάφειας με το θέμα προέκυψαν 43 αναφορές που συμπεριλήφθησαν στην παρούσα εργασία.

3. Κύριο μέρος

3.1 Γενικό μέρος

3.1.1 Ιστορική αναδρομή της καταγραφής των αιτιών θανάτου

Μία από τις βασικές προσδοκίες του ανθρώπου είναι η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης από τη μία γενιά στην επόμενη. Αυτή η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης ξεκίνησε τον 18^ο αιώνα και έγινε περισσότερο εμφανής στα τέλη του 19^{ου} αιώνα. Η μείωση της θνητότητας φαίνεται να συμπίπτει χρονικά με αλλαγές που παρατηρήθηκαν στις αιτίες θανάτου, γεγονός που σχετίζεται με αλλαγές που έλαβαν χώρα σε κοινωνικό επίπεδο και οδήγησαν στην «επιδημιολογική μετάβαση», όπως περιέγραψε ο Abdel Omran το 1971. Οι παρεμβάσεις κυρίως δημόσιας υγείας καθώς και η βελτίωση της θρέψης, της ατομικής υγιεινής και των συνθηκών διαβίωσης, και πολύ λιγότερο η ιατρική πρόοδος, οδήγησαν στον καλύτερο έλεγχο των λοιμωδών νοσημάτων και κατ'επέκταση στη μετάβαση από «την εποχή των πανδημιών» στην «εποχή των εκφυλιστικών και ανθρωπογενών νοσημάτων».

Παράλληλα με τη μείωση της θνητότητας έκανε την εμφάνισή της και η δημιουργία εθνικών συστημάτων για την καταγραφή και ταξινόμηση των αιτιών θανάτου. Η καταγραφή των αιτιών θανάτου δεν ήταν πάντοτε ιατρικό καθήκον αλλά αρχικά προέκυψε ως ανάγκη της κρατικής ή τοπικής γραφειοκρατίας για την πολιτική επιτήρηση του πληθυσμού. Στην Ευρώπη, από την Αρχαϊκή περίοδο και έως τις αρχές του Μεσαίωνα, η διερεύνηση και καταγραφή των αιτιών θανάτου γινόταν σε μεμονωμένες περιπτώσεις, όπως για παράδειγμα σε περίπτωση θανάτου ενός ηγέτη ή βασιλιά. Το αίτιο αφορούσε περισσότερο την κατάσταση του σώματος σε σχέση με την ηθική του ατόμου και αντανakλούσε Θεϊκά σημάδια. Αργότερα κατά το Μεσαίωνα την καταγραφή των θανάτων ανέλαβε ο κλήρος ελέγχοντας με αυτό τον τρόπο και τη συμμόρφωση με τις ιεροτελεστίες που απαιτούσε ο Χριστιανισμός.

Η πρώτη συστηματική απόπειρα καταγραφής των αιτιών θανάτου ενός δεδομένου πληθυσμού έγινε με την εμφάνιση της βουβωνικής πανώλης στην Ευρώπη. Κατά τον 16^ο αιώνα οι πολιτικές αρχές αναγνώρισαν την αξία των πληροφοριών που αντλούνταν από την καταγραφή των αιτιών θανάτου. Εκείνη την εποχή ο πρωτοπόρος στατιστικός John Graunt στο Λονδίνο

χρησιμοποιούσε τις εβδομαδιαίες δημοσιευμένες λίστες με τις αιτίες θανάτου σε μία προσπάθεια υπολογισμού του μεγέθους του πληθυσμού του Λονδίνου και της ηλικιακής κατανομής. Κατά την εποχή του Διαφωτισμού, τον 18^ο αιώνα, το εθνικό ενδιαφέρον στράφηκε προς τη μελέτη των αιτιών θανάτου στα πλαίσια της καλύτερης κατανόησης του πληθυσμού με σκοπό τον σωστότερο πολιτικό σχεδιασμό. Οι περισσότεροι γιατροί μέχρι τα τέλη του 17^{ου} αιώνα εξηγούσαν τα αίτια θανάτου ως παθοφυσιολογικές διεργασίες και όχι ως νοσολογικές οντότητες. Ο πρώτος γιατρός που εκδήλωσε ενδιαφέρον για την ειδικότητα των νοσημάτων ήταν ο Thomas Sydenham ο οποίος προσπάθησε να αντιμετωπίσει τα νοσήματα ως ξεχωριστές οντότητες. Η προβληματική σχέση που υπήρχε έως τότε όσον αφορά τα αίτια νοσηρότητας και θνητότητας ήταν η αιτία της διαφορετικής προσέγγισης μεταξύ στατιστικολόγων και γιατρών εκείνης της εποχής. Οι πρώτοι ενδιαφέρονταν περισσότερο για την κατηγοριοποίηση των θανάτων των ατόμων με σκοπό την εξαγωγή συμπερασμάτων για το γενικό πληθυσμό. Από την άλλη πλευρά οι γιατροί της εποχής αυτής ενδιαφέρονταν περισσότερο για την ονοματολογία, τη διάκριση και κατανόηση των αιτιών που προκαλούν νόσο. Τα συμφέροντα των στατιστικολόγων και των ιατρών για την καταγραφή των θανάτων και των αιτιών τους άρχισαν να συγκλίνουν στις αρχές του 19^{ου} αιώνα, έχοντας ως αποτέλεσμα σταθερότερες παρεμβάσεις δημόσιας υγείας και καλύτερα αποτελέσματα για την υγεία. Υπήρχε η πεποίθηση πως η λεπτομερής αναζήτηση των αιτιών θανάτου θα μπορούσε να προβλέψει τα προβλήματα υγείας.

Στο πρώτο Διεθνές Συνέδριο Στατιστικής που έγινε στις Βρυξέλλες το 1853, αποφασίστηκε η δημιουργία ενός ομοιόμορφου διεθνούς συστήματος ταξινόμησης των αιτιών θανάτου. Τελικά το 1864 ο William Farr παρουσίασε ένα πρότυπο σύστημα ταξινόμησης που αποτελούνταν από πέντε κατηγορίες νοσημάτων : επιδημικές νόσοι, γενικευμένα νοσήματα, εντοπισμένα νοσήματα (με βάση την ανατομία), αναπτυξιακά νοσήματα και θάνατοι που προκαλούνται από βία ή ατυχήματα. Παρολαυτά, πολλές χώρες εξακολουθούσαν να χρησιμοποιούν τα δικά τους τοπικά συστήματα ταξινόμησης έως τα τέλη του 19^{ου} αιώνα (4). Από τις αρχές του 20^{ου} αιώνα και έπειτα χρησιμοποιείται η Διεθνής Ταξινόμηση των Νοσημάτων (International Classification of Diseases, ICD) που βασίζεται στο σύστημα ταξινόμησης του Bertillon και αναθεωρείται ανά τακτά χρονικά διαστήματα. Από την 7^η αναθεώρηση και έπειτα, που εκδόθηκε το 1955, συμμετέχει και ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) στη διαμόρφωσή της (5).

3.1.2 Οι κύριες αιτίες θανάτου και οι τάσεις της εμφάνισης των νοσημάτων

Οι αιτίες θανάτου χωρίζονται σε τρεις μεγάλες κατηγορίες με βάση την ταξινόμηση του ΠΟΥ. Σε μη μεταδιδόμενα νοσήματα, τραύμα και σωματικές βλάβες και μία κατηγορία που περιλαμβάνει τα λοιμώδη νοσήματα, τις διαταραχές θρέψης και τις αιτίες μητρικής και νεογνικής θνησιμότητας. Τα δέκα βασικά αίτια θανάτου παγκοσμίως, που αφορούν σε άνω του 50% των

συνολικών θανάτων, όπως προκύπτουν από τις Εκτιμήσεις για την Παγκόσμια Υγεία (Global Health Estimates) για την περίοδο 2000-2016 είναι :

Για το 2016:

1. Η ισχαιμική νόσος του μυοκαρδίου
2. Τα Αγγειακά Εγκεφαλικά Επεισόδια (ΑΕΕ)
3. Η Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ)
4. Οι λοιμώξεις του κατώτερου αναπνευστικού συστήματος (ΑΝΣ)
5. Η νόσος Alzheimer και άλλα είδη άνοιας
6. Ο καρκίνος του πνεύμονα, της τραχείας και των βρόγχων
7. Ο Σακχαρώδης Διαβήτης (ΣΔ)
8. Τα τροχαία ατυχήματα
9. Τα διαρροϊκά νοσήματα και
10. Η Φυματίωση

Για το 2000 :

1. Η ισχαιμική νόσος του μυοκαρδίου
2. Τα ΑΕΕ
3. Οι λοιμώξεις του κατώτερου αναπνευστικού συστήματος (ΑΝΣ)
4. Η ΧΑΠ
5. Τα διαρροϊκά νοσήματα
6. Η Φυματίωση
7. Η HIV/AIDS λοίμωξη
8. Επιπλοκές κατά τη γέννηση λόγω προωρότητας
9. Ο καρκίνος του πνεύμονα, της τραχείας και των βρόγχων και
10. Τα τροχαία ατυχήματα

Το ποσοστό των θανάτων από μη μεταδιδόμενα νοσήματα αυξήθηκε από 60% το 2000 σε 71% το 2016. Οι θάνατοι από λοιμώδη νοσήματα, διαταραχές θρέψης και περιγεννητικές αιτίες των μητέρων και των νοεγνών, αποτελούν το 20% των συνολικών θανάτων. Τέλος το τραύμα και οι σωματικές βλάβες ευθύνονται για το υπόλοιπο 9% (6),(7).

Με το πέρασμα του χρόνου έχει παρατηρηθεί μείωση των θανάτων από λοιμώδη αίτια και επικράτηση των χρόνιων μη μεταδιδόμενων νοσημάτων παγκοσμίως. Αυτή η επιδημιολογική μετάβαση οδηγεί και σε αύξηση του αριθμού των ατόμων που ζουν με αναπηρία λόγω προβλημάτων υγείας, τραυματισμών ή γενετικών παραγόντων, καθώς και σε αύξηση των ετών που τα άτομα ζουν με αναπηρία (Years Lived with Disability, YLDs). Παράλληλα, αυτό έχει ως

αποτέλεσμα την οικονομική επιβάρυνση των οικογενειών των ασθενών αυτών οδηγώντας τελικά σε ένα φαύλο κύκλο φτώχειας και ασθένειας, αναπηρίας ή/και θανάτου (8).

Τα τέσσερα κύρια μη μεταδιδόμενα νοσήματα που ευθύνονται για το μεγαλύτερο ποσοστό θανάτων είναι τα καρδιαγγειακά νοσήματα, ο καρκίνος, η ΧΑΠ και ο Σακχαρώδης Διαβήτης. Από αυτά, τα καρδιαγγειακά νοσήματα (ισχαιμική νόσος του μυοκαρδίου και ΑΕΕ) οδήγησαν σε πάνω από 15.000.000 θανάτους παγκοσμίως το 2016 και παραμένουν τα κύρια αίτια θνησιμότητας την τελευταία 15ετία. Η επίπτωσή τους είναι μεγαλύτερη στους άνδρες συγκριτικά με τις γυναίκες, καθώς και στις χαμηλού και χαμηλού προς μετρίου εισοδήματος χώρες (9).

Ο καρκίνος πλήττει και τις ανεπτυγμένες αλλά και τις αναπτυσσόμενες χώρες πλέον και τα ποσοστά του αναμένεται να αυξηθούν τα επόμενα χρόνια. Αυτό κυρίως οφείλεται στην αύξηση αλλά και στη γήρανση του πληθυσμού καθώς και στην υιοθέτηση του «δυτικού προτύπου» στον τρόπο ζωής ακόμη και στις λιγότερο ανεπτυγμένες χώρες. Με βάση τα στοιχεία που περιλαμβάνονται στη βάση δεδομένων του Παγκόσμιου Παρατηρητηρίου του Καρκίνου (Global Cancer Observatory, GLOBOCAN) και δημοσιεύει ο Διεθνής Οργανισμός Έρευνας για τον Καρκίνο (International Agency for Research on Cancer, IARC), 8,2 εκατομμύρια θάνατοι λόγω καρκίνου καταγράφηκαν παγκοσμίως το 2012, με κύριες αιτίες τον καρκίνο του πνεύμονα για τους άνδρες και τον καρκίνο του μαστού για τις γυναίκες. Ωστόσο, παρατηρείται διαφορά στη συχνότητα μεταξύ διαφορετικών εντοπίσεων του καρκίνου στις λιγότερο ανεπτυγμένες χώρες. Παραδείγματος χάρι, στις χώρες αυτές επικρατεί κυρίως ο καρκίνος του στομάχου, του τραχήλου μήτρας και το ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα λόγω της σημαντικής συσχέτισής τους με λοιμώδη αίτια. Επίσης, αξίζει να σημειωθεί το γεγονός ότι παρότι στις ανεπτυγμένες χώρες η επίπτωση του καρκίνου είναι σχεδόν διπλάσια, τα ποσοστά θνητότητας είναι μόνο 8-15% υψηλότερα συγκριτικά με τις λιγότερο ανεπτυγμένες χώρες. Αυτή η διαφορά οφείλεται μεταξύ άλλων στην καθυστέρηση της πρώιμης διάγνωσης καθώς και στη μη διαθεσιμότητα ή/και τη μη πρόσβαση στη θεραπεία στις χώρες αυτές. (10)

Παγκοσμίως ο κίνδυνος θανάτου από τα τέσσερα αυτά μη μεταδιδόμενα νοσήματα μεταξύ των ηλικιών 30-70 μειώθηκε σε 18% το 2016 από 22% το 2000. Στόχος για το 2030 είναι η μείωση των θανάτων από αυτά κατά ένα τρίτο με βάση τους Στόχους Βιώσιμης Ανάπτυξης (Sustainable Development Goals, SDGs). Το κάπνισμα παραμένει ο κύριος παράγοντας κινδύνου για τα καρδιαγγειακά νοσήματα, τη ΧΑΠ και διάφορα είδη καρκίνου. Παρότι κάποιες χώρες έχουν καταφέρει να εποπτεύουν την χρήση καπνού στον πληθυσμό τους, το 2016 καταγράφηκαν πάνω από 1,1 δις καπνιστές μεγαλύτεροι ή ίσοι των 15 ετών παγκοσμίως. Η κατανάλωση αλκοόλ, που αποτελεί επίσης παράγοντα κινδύνου για διάφορα μη μεταδιδόμενα νοσήματα, παρέμεινε σταθερή το 2016 στα 6,4 λίτρα καθαρού αλκοόλ ανά άτομο μεγαλύτερο ή ίσο των 15 ετών συγκριτικά με το

2010, με κυμαινόμενες τάσεις παγκοσμίως (π.χ. αύξηση κατά 30% της κατανάλωσης στην περιοχή της Νότιο-Ανατολικής Ασίας, μείωση κατά 12% της κατανάλωσης στην Ευρώπη). Επομένως για την επίτευξη των SDGs φαίνεται να είναι αναγκαία και η τροποποίηση των παραγόντων κινδύνου για τα μη μεταδιδόμενα νοσήματα καθώς τα έως τώρα μέτρα που έχουν ληφθεί δεν επαρκούν (9).

Όσον αφορά το τραύμα, τα τροχαία ατυχήματα ευθύνονται για το μεγαλύτερο ποσοστό θανάτων. Παραδόξως, παρά το γεγονός ότι στις χαμηλού εισοδήματος χώρες ο αριθμός των ιδιοκτητών οχημάτων είναι μικρότερος, το ποσοστό θνητότητας λόγω τροχαίων ατυχημάτων είναι 2,6 φορές υψηλότερο σε σχέση με τις υψηλού εισοδήματος χώρες. Οι θάνατοι από φυσικές καταστροφές υπολογίζονται σε περίπου 11.000 παγκοσμίως για την περίοδο 2012-2016 και τα ποσοστά τους είναι και πάλι υψηλότερα στις χαμηλού και χαμηλού προς μετρίου εισοδήματος χώρες. Οι θάνατοι από πολέμους και πολιτικές διαμάχες υπερδιπλασιάστηκαν την περίοδο 2012-2017 σε σχέση με την περίοδο 2007-2011, σε ποσοστό 2,5 θάνατοι ανά 100.000 άτομα, χωρίς να υπολογίζονται και οι θάνατοι από τις έμμεσες συνέπειες των πολέμων (διασπορά νοσημάτων, κατάρρευση των συστημάτων υγείας, διαταραχές θρέψης κτλ). Ιδιαίτερως, στην περιοχή της Ανατολικής Μεσογείου, το ποσοστό θανάτων λόγω πολιτικών διαμαχών εξαπλασιάστηκε κατά την περίοδο 2000-2016 με αποτέλεσμα 1 στους 8 θανάτους να οφείλονται σε αυτές. Αύξηση παρουσιάστηκε επίσης και στον αριθμό ανθρωποκτονιών που ανέρχονταν σε 477.000 παγκοσμίως το 2016 με τα υψηλότερα ποσοστά να σημειώνονται στην περιοχή της Αμερικής (7),(9).

Από τα λοιμώδη νοσήματα οι λοιμώξεις του κατώτερου ΑΝΣ παραμένουν η βασική αιτία θανάτου και σε αυτές οφείλονται 3.000.000 θάνατοι που καταγράφηκαν παγκοσμίως το 2016, ενώ φαίνεται να έχουν μειωθεί οι θάνατοι από διαρροϊκά νοσήματα, ελονοσία και HIV/AIDS συγκριτικά με δεδομένα του 2000. Συγκεκριμένα, η επίπτωση του HIV/AIDS μειώθηκε από 0,4 ανά 1000 μη μολυσμένα άτομα το 2005 σε 0,26 ανά 1000 μη μολυσμένα άτομα το 2016. Επίσης, σημειώθηκε 48% μείωση των σχετιζόμενων με τη HIV λοίμωξη θανάτων την ίδια περίοδο, η οποία αποδίδεται στην βελτίωση της λήψης της αντιρετροϊκής αγωγής. Παρολαυτά, στην περιοχή της Αφρικής η επίπτωση παραμένει υψηλή σε 1,24 ανά 1000 μη μολυσμένα άτομα το 2016, γεγονός που αποδεικνύει ότι απαιτούνται περαιτέρω παρεμβάσεις. Από την άλλη πλευρά, τα δεδομένα δεν είναι το ίδιο εντυπωσιακά για τη φυματίωση όπου ενώ παρατηρείται μείωση της επίπτωσης της νόσου της τάξης του 19% για την περίοδο 2000-2016, η πρόοδος δεν είναι ικανοποιητικά γρήγορη και φυσικά η αντοχή στα αντιφυματικά φάρμακα παραμένει ένας συνεχιζόμενος κίνδυνος. Αξίζει επίσης να σημειωθεί ότι τα παραμελημένα τροπικά νοσήματα (Neglected Tropical Diseases, NTDs), παρότι δεν ανήκουν στις δέκα βασικές αιτίες θανάτου, είναι νοσήματα για τα οποία χρειάστηκαν θεραπείες 1,5 δις άνθρωποι παγκοσμίως το 2016. Από αυτούς, το 1 δις διέμεναν σε χώρες μετρίου και υψηλού εισοδήματος, αντανakλώντας έτσι τη συσχέτιση των NTDs με τη

φτώχεια και τις ανισότητες στην υγεία σε παγόσμια κλίμακα που παρατηρούνται ακόμη και στις πιο πλούσιες χώρες (6),(9).

Μεγάλη πρόοδος έχει σημειωθεί σε παγκόσμιο επίπεδο στη μείωση του ποσοστού των θανάτων στα παιδιά ηλικίας κάτω των 5 ετών, από 93 ανά 1000 γεννήσεις ζώντων εμβρύων το 1990 σε 41 ανά 1000 γεννήσεις ζώντων εμβρύων το 2016. Η μείωση αυτή οφείλεται κυρίως στην καλύτερη αντιμετώπιση των λοιμώξεων (αναπνευστικού, διαρροϊκά σύνδρομα, ελονοσία, HIV/AIDS) καθώς και σε αλλαγές σε κοινωνικό και πληθυσμιακό επίπεδο που οδήγησαν σε ευρείς εμβολιασμούς, στη βελτίωση της ατομικής υγιεινής και της θρέψης, καθώς και στην πρόσβαση σε καθαρό νερό. Η πρόοδος ήταν μεγαλύτερη στις χαμηλού και χαμηλού προς μετρίου εισοδήματος χώρες και ο ρυθμός της αυξήθηκε κυρίως μετά το 2000. Παρολαυτά, καθημερινά ακόμη πεθαίνουν περίπου 15.000 παιδιά κάτω των 5 ετών με βάση δεδομένα του ΠΟΥ για το 2016, με την πλειοψηφία των θανάτων να συμβαίνουν κατά την πρώτη εβδομάδα μετά τη γέννηση. Από την άλλη πλευρά, η βελτίωση της υγείας των εφήβων παρουσίασε αργούς ρυθμούς την ίδια περίοδο. Στα μεγαλύτερα παιδιά στο ποσοστό θανάτων συμβάλλουν και αίτια όπως η κατάχρηση ουσιών, οι τραυματισμοί (είτε αυτοτραυματισμοί είτε σωματική κακοποίηση) και τα ψυχιατρικά νοσήματα μεταξύ άλλων αιτιών. Στους επόμενους στόχους είναι πλέον και η μείωση της παιδικής θνησιμότητας στις ηλικίες 5-14 ετών, καθώς περίπου 1.000.000 θάνατοι παγκοσμίως σημειώθηκαν το 2016 σε παιδιά αυτού του ηλικιακού φάσματος, κυρίως από αίτια που θα μπορούσαν να είχαν προληφθεί. Η μητρική θνησιμότητα κατά την περιγεννητική περίοδο παραμένει υψηλή και υπολογίζεται σε 303.000 γυναίκες παγκοσμίως, με το μεγαλύτερο ποσοστό να αφορά τις χαμηλού και μετρίου εισοδήματος χώρες και ιδίως την περιοχή της Αφρικής. Τα αποτελέσματα αυτά σε αυτές τις χώρες οφείλονται κατά βάση στη μη παρακολούθηση των εγκύων από κατάλληλα εκπαιδευμένο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, καθώς και στη μη παρουσία τέτοιου προσωπικού κατά τον τοκετό. Εξάλλου, υπάρχει στενή συσχέτιση μεταξύ της υγείας της μητέρας και των συνεπειών των διαταραχών αυτής στα νεογνά (9),(11).

Τέλος, αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι οι θάνατοι από ανοϊκά σύνδρομα σχεδόν διπλασιάστηκαν την περίοδο 2000-2016 καθιστώντας τα σύνδρομα αυτά την πέμπτη κατά σειρά αιτία θανάτου παγκοσμίως. Στην περιοχή της Αμερικής και της Ευρώπης το ποσοστό θανάτων από αυτά είναι υψηλότερο και αγγίζει το 5% των συνολικών θανάτων (6), (7).

3.1.3 Κοινωνικοοικονομικοί προσδιοριστές και υγεία

Η υγεία καθορίζεται από τις κοινωνικές, οικονομικές, εκπαιδευτικές, πολιτικές, πολιτισμικές και περιβαλλοντικές συνθήκες υπό τις οποίες τα άτομα γεννιούνται, μεγαλώνουν, ζουν και γερνούν – τους κοινωνικούς προσδιοριστές της υγείας. Αυτές οι συνθήκες δημιουργούν τις

ευκαιρίες ή τα εμπόδια των ατόμων και αποτελούν το έναυσμα για την έκθεση των ανθρώπων σε παράγοντες κινδύνου, την υιοθέτηση συγκεκριμένου προτύπου ζωής, την πρόσβαση σε δομές υγείας και τελικά διαμορφώνουν τα αποτελέσματα για την υγεία. Το 2012, στο Συνέδριο των Ηνωμένων Εθνών για τη Βιώσιμη Ανάπτυξη, γνωστό και ως RIO+20, προέκυψε το συμπέρασμα ότι « η υγεία είναι προϋπόθεση και αποτελεί το αποτέλεσμα και τον δείκτη και των τριών διαστάσεων της βιώσιμης ανάπτυξης (οικονομική, κοινωνική και περιβαλλοντική)» (8). Από τις αρχές του 19^{ου} αιώνα, οπότε και έγινε εμφανής ο ρόλος των κοινωνικών προσδιοριστών, έως και σήμερα εξακολουθούν να έχουν επιπτώσεις στη θνητότητα και νοσηρότητα, παρά την επιδημιολογική μετάβαση που έχει οδηγήσει πλέον στην επικράτηση των χρόνιων έναντι των λοιμωδών νοσημάτων (12). Ο συνδυασμός τριών κύριων προσδιοριστών μπορεί να σχετίζεται με σχεδόν το 80% των πρώιμων θανάτων. Περίπου οι μισοί θάνατοι οφείλονται στον τρόπο ζωής και τις συμπεριφορές υγείας, ένα 20% στην περιβαλλοντική έκθεση και ένα 10% στη φροντίδα της υγείας (13).

Η ταξινόμηση των νοσημάτων, όπως ορίζεται από τη Διεθνή Ταξινόμηση των Νοσημάτων (International Classification of Diseases, ICD), βασίζεται σε αιτιολογικά ή/και ανατομικά κριτήρια. Είναι πλέον σαφές όμως ότι αυτή η ταξινόμηση δεν είναι η βέλτιστη διότι δεν λαμβάνει υπόψη τις κοινωνικές παραμέτρους που επηρεάζουν την εμφάνιση και πορεία των νοσημάτων. Για παράδειγμα, λοιμώδη νοσήματα, όπως η φυματίωση, μπορεί να έχουν κοινές βάσεις σε κοινωνικό επίπεδο με τα καρδιαγγειακά νοσήματα ή τον καρκίνο. Οι κοινωνικές επιρροές μπορούν να οδηγήσουν σε δημογραφικά και γεωγραφικά διακριτές ομάδες νοσημάτων. Θα ήταν σκόπιμο οι ταξινομήσεις να λαμβάνουν υπόψη : α) τους πρώιμους προσδιοριστές που επηρεάζουν τη θέση του ατόμου στην κοινωνία και την υγεία (πχ. ανάπτυξη κατά την παιδική ηλικία, σχολική εκπαίδευση, διαχωρισμός από την τοπική κοινωνία), β) τους προσδιοριστές που επηρεάζονται από την κοινωνική θέση (εισόδημα, ανεργία, συμπεριφορές υγείας, περιθωριοποίηση, εργασιακό περιβάλλον, φυσικό περιβάλλον κτλ) και γ) τους προσδιοριστές που παράγουν ανισότητες στις επιπτώσεις των νοσημάτων (δυνατότητα χρήσης συστημάτων υγείας, αποκλεισμός από την αγορά εργασίας κτλ). Αυτό θα βοηθούσε στην καλύτερη κατανόηση των παθοφυσιολογικών βημάτων που οδηγούν από τη φτώχεια στην ασθένεια και σε περισσότερο επιτυχημένες παρεμβάσεις δημόσιας υγείας με σκοπό τη μείωση των ανισοτήτων στην υγεία (12).

Η ύπαρξη των ανισοτήτων στην υγεία είναι πλέον αδιαμφισβήτητη. Έχει παρατηρηθεί ότι τα άτομα ή οι ομάδες ατόμων που ζουν υπό δυσμενείς συνθήκες εμφανίζουν χειρότερα αποτελέσματα όσον αφορά τη νοσηρότητα και θνητότητα (14). Οι ανισότητες στην υγεία αντικατοπτρίζουν το ρόλο των κοινωνικών προσδιοριστών. Η φτώχεια είναι ένα πολύ σημαντικό πρόβλημα αλλά δεν αποτελεί τη μοναδική αιτία των ανισοτήτων στην υγεία. Οι ανισότητες

προκύπτουν και από τη σχετική και όχι μόνο από την απόλυτη στέρηση. Η σχετική στέρηση δεν αφορά μόνο σε ζητήματα σίτισης, στέγασης κτλ, αλλά εμπεριέχει περισσότερο διευρυμένες έννοιες όπως η δυνατότητα συμμετοχής ενός ατόμου στην κοινωνία και η διατήρηση του ελέγχου της ζωής του. Ανισότητες παρατηρούνται στον πληθυσμό μίας χώρας ακόμα και μεταξύ ατόμων που δεν ζουν κάτω από το όριο της φτώχειας και δεν είναι άνεργοι αλλά μπορεί να διαφέρουν για παράδειγμα ως προς τη φύση του επαγγέλματός τους (πχ διοικητικοί υπάλληλοι, ανώτερα στελέχη, δημόσιοι υπάλληλοι κτλ) (15).

Ένα άλλο ζήτημα που καλούνται να αντιμετωπίσουν οι φορείς για τη Δημόσια υγεία είναι πλέον οι ανισότητες που δημιουργούνται λόγω του φαινομένου της αστικοποίησης. Μία συγχρονική οικολογική μελέτη που έγινε σε μικρές περιοχές (αστικές και μη) 15 Ευρωπαϊκών πόλεων ανέλυσε εννέα βασικές αιτίες θανάτου (ισχαιμική νόσος του μυοκαρδίου, ΑΕΕ, νεοπλάσματα του πνεύμονα, του μαστού και του προστάτη, αναπνευστικά νοσήματα, γρίπη και πνευμονίες, χρόνια ηπατική νόσος και ΣΔ) σε σχέση με τον δείκτη κοινωνικοοικονομικής στέρησης του πληθυσμού αυτών των πόλεων. Ο δείκτης αυτός προέκυπτε από διάφορες παραμέτρους όπως είναι το ποσοστό ανεργίας, το επίπεδο εκπαίδευσης, το ποσοστό της εργατικής τάξης μίας περιοχής, το ποσοστό μεταναστών κτλ. Φάνηκε σαφώς η ύπαρξη ανισοτήτων μεταξύ των διαφορετικών περιοχών για τα περισσότερα αίτια θανάτου. Το φαινόμενο ήταν περισσότερο έντονο στις αστικές περιοχές των χωρών της Βόρειας Ευρώπης, παρότι έχουν καλύτερο σύστημα πρόνοιας, και της Κεντρικής-Ανατολικής Ευρώπης. Επίσης, υπήρχε εμφανής συσχέτιση της θνητότητας από τα περισσότερα αίτια θανάτου με το δείκτη κοινωνικοοικονομικής αποστέρησης. Επομένως, παράγοντες όπως οι περιβαλλοντικές και κλιματικές συνθήκες, οι συνθήκες στέγασης, η ασφάλεια του φαγητού, οι συνθήκες εργασίας, ο τοπικός και εθνικός σχεδιασμός πολιτικών υγείας, ο κοινωνικός διαχωρισμός κ.ά., φαίνεται πως παίζουν ρόλο στη διαμόρφωση των αποτελεσμάτων για την υγεία, εκτός από την ατομική υιοθέτηση συγκεκριμένου τρόπου ζωής (κάπνισμα, κατανάλωση αλκοόλ, καθιστική ζωή κτλ) (16).

Εκτός από τις ανισότητες εντός των χωρών, παρατηρούνται επίσης ανισότητες στην υγεία και μεταξύ των χωρών. Παραδείγματος χάρη, το προσδόκιμο επιβίωσης των ανδρών ηλικίας άνω των 15 ετών ενώ αυξήθηκε σταθερά στην Ευρωπαϊκή Ένωση και στις Σκανδιναβικές χώρες την περίοδο 1970-1994, παρέμεινε στάσιμο ή μειώθηκε στις χώρες της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης και της πρώην Σοβιετικής Ένωσης, οδηγώντας σε σημαντική διεύρυνση των ανισοτήτων σε διάστημα μόλις 25 ετών. Ανισότητες παρατηρούνται ακόμη και μεταξύ χωρών που έχουν παρόμοιο Ακαθάριστο Εθνικό Προϊόν (ΑΕΠ) γεγονός που υποδεικνύει ότι παίζουν ρόλο και άλλοι κοινωνικοί λόγοι στην έκβαση της υγείας ενός πληθυσμού. Τα αίτια της συχνότητας των νοσημάτων ενός πληθυσμού διαφέρουν από τα αίτια της εμφάνισης των νοσημάτων σε διαφορετικά

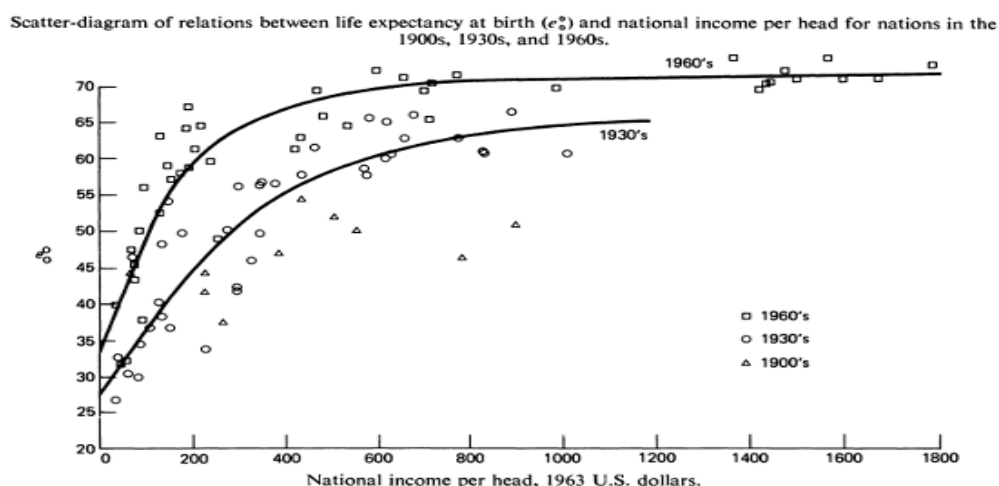
άτομα. Επομένως, όσο μεταβάλλονται τα χαρακτηριστικά ενός πληθυσμού, τόσο θα μεταβάλλεται και η συχνότητα εμφάνισης των νοσημάτων (15).

Εκτός από τους καθαρά οικονομικούς ή υλικούς προσδιοριστές, όπως το εισόδημα, το ποσοστό ανεργίας μιας περιοχής κτλ., υπάρχουν και κοινωνικοί προσδιοριστές που παίζουν ρόλο στην υγεία των ατόμων. Στη δεύτερη κατηγορία ανήκουν η κοινωνική συνοχή ενός πληθυσμού, η περιθωριοποίηση, η κοινωνική δικτύωση κ.ά. (14). Η επίδραση των κοινωνικοοικονομικών προσδιοριστών στην υγεία δεν αντανακλά μόνο την άμεση έκθεση σε υλικούς παράγοντες κινδύνου αλλά και την επίδραση του χρόνιου στρες σε βιολογικό επίπεδο. Η έρευνα έχει δείξει διάφορα νευροενδοκρινικά μονοπάτια μέσω των οποίων συνδέεται η ψυχολογική και κοινωνική κατάσταση των ατόμων με την υγεία. Για την καλύτερη κατανόηση των κοινωνικών προσδιοριστών της υγείας θα πρέπει καταρχήν να κατανοήσουμε και να διερευνήσουμε τις αλληλεπιδράσεις παραγόντων από διαφορετικά επιστημονικά πεδία, όπως για παράδειγμα η κοινωνιολογία, η γενετική, η ψυχολογία και τα οικονομικά.(17). Επομένως η μείωση ή/και εξάλειψη των ανισοτήτων απαιτεί εφαρμογή πολιτικών πέραν της μείωσης της φτώχειας. Οι παρεμβάσεις της πολιτείας δεν θα πρέπει να στοχεύουν αποκλειστικά στην εφαρμογή μέτρων σε ολόκληρο τον πληθυσμό, αλλά θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη και τις πιο ευπαθείς/ευάλωτες ομάδες ούτως ώστε να μην παράγουν ανισότητες στην υγεία (14).

3.2 Ειδικό μέρος

3.2.1 Ο ρόλος των οικονομικών προσδιοριστών

Οι οικονομικοί προσδιοριστές κατέχουν σημαντική θέση στις θεωρίες για την υγεία. Η διάσημη πλέον καμπύλη του Preston, που δημοσιεύτηκε το 1975 από τον Preston, δείχνει τη σχέση του εθνικού εισοδήματος με το προσδόκιμο επιβίωσης κατά τη γέννηση για διάφορες χώρες σε μία δεδομένη χρονική στιγμή. Με βάση αυτή οι άνθρωποι που ζουν σε πλουσιότερες χώρες αναμένεται να ζουν περισσότερο (18).



Εικόνα 1. Η αυθεντική καμπύλη του Preston (1975)(πηγή: International Journal of Epidemiology 2007, “The changing relation between mortality and level of economic development”, Samuel H. Preston)

Από τις αρχές του 19^{ου} αιώνα και έπειτα το κατά κεφαλή ΑΕΠ αυξήθηκε σε όλες τις χώρες ενώ παράλληλα παρατηρήθηκε μείωση της συνολικής θνητότητας, καθώς και αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης κατά τη γέννηση. Αυτό οδήγησε στην αντίληψη ότι όσο υψηλότερο είναι το κατά κεφαλή εισόδημα τόσο καλύτερα είναι και τα αποτελέσματα στην υγεία (19). Η ανάλυση όμως των δεδομένων σε συγκεκριμένες δεκαετίες του 20^{ου} αιώνα (1930-1960) έδειξε ότι η αύξηση του εθνικού εισοδήματος καθαυτή ευθύνεται σε μικρό ποσοστό, μόλις στο 10-25% , για την αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης. Φαίνεται πως και άλλοι εξωγενείς παράγοντες, όπως για παράδειγμα η τεχνολογική πρόοδος, ευθύνονται για το υπόλοιπο 75-90% (20). Επίσης, κατά τη διάρκεια των ετών 1960-2000 καμία συσχέτιση δε βρέθηκε μεταξύ της οικονομικής ανάπτυξης των χωρών και του προσδόκιμου επιβίωσης. Αντιθέτως, χώρες με μικρή ή καθόλου οικονομική ανάπτυξη παρουσίασαν αξιοσημείωτη βελτίωση στην υγεία. Παράδειγμα αποτελεί η Κίνα που παρουσίασε σημαντική μείωση της βρεφικής θνησιμότητας μετά τον Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο, πριν δηλαδή την ανάπτυξη της οικονομίας της που σημειώθηκε μετά το 1980. Η ιστορία έχει δείξει ότι η βελτίωση της οικονομίας όπως και της υγείας απορρέουν από την πρόοδο της τεχνολογίας και τις νέες ιδέες και δεν είναι πάντοτε απαραίτητο να επηρεάζει η μία την άλλη (21). Επομένως, φαίνεται πως η πιο ισχυρή θετική συσχέτιση μεταξύ του εθνικού εισοδήματος και του προσδόκιμου επιβίωσης αφορά τις χρονιές πριν το 1960. Αυτό αποδίδεται στη μείωση των θανάτων από λοιμώδη αίτια που οφείλεται στη χρήση των αντιβιοτικών, στους εμβολιασμούς, στην εφαρμογή προγραμμάτων εντομολογικού ελέγχου και άλλα προγράμματα δημόσιας υγείας που εφαρμόστηκαν την προηγούμενη περίοδο και δεν είχαν σχέση με το εθνικό εισόδημα. Μετά το 1960 η συσχέτιση είναι αρκετά μικρότερη και αφορά περισσότερο τη θνητότητα από καρδιαγγειακά νοσήματα (18).

Άλλη μελέτη στην οποία συμμετείχαν 27 Ευρωπαϊκές χώρες, σύγκρινε τα αποτελέσματα της υγείας βάσει διαφόρων δεικτών, όπως η βρεφική θνησιμότητα, πριν και μετά την έναρξη της Μεγάλης Ύφεσης, τις περιόδους 2004-2007 και 2007-2010, όπου σημειώθηκαν αυξημένα δημόσια και ιδιωτικά χρέη, μέτρα λιτότητας, προβλήματα στο τραπεζικό σύστημα κτλ. Έδειξε ότι χώρες που βίωσαν σοβαρή οικονομική κρίση όπως η Ελλάδα, η Ισπανία, η Σλοβακία και οι χώρες της Βαλτικής, και στις οποίες εφαρμόστηκαν αυστηρά μέτρα λιτότητας από το 2008-2009, παρουσίασαν βελτίωση της υγείας του πληθυσμού τους την περίοδο 2007-2010 συγκριτικά με την περίοδο 2004-2007 πρό κρίσης. Επομένως, η επιδείνωση των μακρο-οικονομικών συνθηκών στις

χώρες αυτές, όπως αυτές προσδιορίζονται από δείκτες όπως το ποσοστό ανεργίας ή το κατά κεφαλή ΑΕΠ, όχι μόνο δεν οδήγησε σε αύξηση της θνητότητας από συγκεκριμένα αίτια (καρδιαγγειακά νοσήματα, αναπνευστικά νοσήματα, ατυχήματα), αλλά αντιθέτως οδήγησε σε βελτίωση των δεικτών υγείας (19). Πιθανή εξήγηση αυτού του φαινομένου είναι το γεγονός ότι σε περιόδους οικονομικής ανάπτυξης παρατηρούνται περισσότερα επαγγελματικά ατυχήματα, το σύνδρομο “burnout”, επικίνδυνες συμπεριφορές υγείας όπως αυξημένη κατανάλωση αλκοόλ, φαγητού και αύξηση του καπνίσματος, αύξηση των τροχαίων ατυχημάτων, καθώς επίσης και αύξηση της ατμοσφαιρικής ρύπανσης. Εξάλλου, θεωρείται ότι υπάρχει στενή συσχέτιση μεταξύ της θνητότητας, της μακρο-οικονομικής διεύρυνσης και των κλιματικών διακυμάνσεων (22). Ωστόσο, η συσχέτιση της εφαρμογής δημοσιονομικών μέτρων λιτότητας κατά τη διάρκεια περιόδων οικονομικής ύφεσης και των αποτελεσμάτων της υγείας, όπως περιγράφηκε από άλλους ερευνητές, φαίνεται να είναι υπαρκτή. Σε αυτή την περίπτωση, η ανάλυση δεδομένων από 28 Ευρωπαϊκές χώρες έδειξε την αύξηση της συνολικής θνητότητας με την εφαρμογή αυστηρών δημοσιονομικών μέτρων που οδήγησε τους συγγραφείς της συγκεκριμένης εργασίας στον ισχυρισμό ότι «η λιτότητα σκοτώνει» (23).

Άλλοι ερευνητές μελέτησαν τη συσχέτιση του κατά κεφαλή εισοδήματος με την πρόωρη θνητότητα (θάνατοι σε άτομα < 75 ετών) από όλα τα αίτια και ξεχωριστά από τις τέσσερις βασικές αιτίες θανάτου – καρδιαγγειακά νοσήματα, καρκίνος, αναπνευστικά νοσήματα και νοσήματα του πεπτικού – σε έξι ανεπτυγμένες Ευρωπαϊκές χώρες. Σε αυτή την περίπτωση όμως η ανάλυση και σύγκριση των δεδομένων έγινε μεταξύ περιοχών των χωρών με παρόμοιους πληθυσμούς. Τα ευρήματα τους έδειξαν ότι το υψηλό εισόδημα σχετιζόταν με χαμηλότερα ποσοστά: α) συνολικής πρόωρης θνητότητας στις πέντε από τις έξι χώρες, β) πρόωρης θνητότητας από καρδιαγγειακά νοσήματα σε όλες τις χώρες και γ) πρόωρης θνητότητας από νοσήματα του αναπνευστικού και πεπτικού συστήματος στις τέσσερις από τις έξι. Επομένως, ενώ το κατά κεφαλή εισόδημα συγκρινόμενο μεταξύ των χωρών φαίνεται να μην επηρεάζει τα ποσοστά θνητότητας, εάν μελετηθεί και συγκριθεί μεταξύ παρόμοιων πληθυσμιακών περιοχών των χωρών φαίνεται να επιδρά σε αυτά. Αυτό θα μπορούσε να οφείλεται στην παρουσία ή απουσία κοινωνικών δομών και άλλων υποδομών στις διαφορετικές περιοχές ή ακόμη και στο ρόλο που έπαιξαν ιστορικά και πολιτισμικά γεγονότα στην ανάπτυξή τους (24).

Επιπρόσθετα, μελέτη που έγινε σε επτά Ευρωπαϊκές χώρες απέδειξε ότι το ΑΕΠ των χωρών κατά την πρώιμη ενήλικη ζωή και κατά την περίοδο της μέσης ηλικίας των ατόμων παίζει ρόλο στη θνητότητα στις μεγάλες ηλικίες. Αντιθέτως, το ΑΕΠ των χωρών κατά την περίοδο που σημειώνονται οι θάνατοι των ατόμων δε φαίνεται να σχετίζεται τόσο με τη θνητότητα. Αυτά τα αποτελέσματα επομένως ενισχύουν την άποψη ότι η οικονομική ανάπτυξη μίας χώρας έχει θετικό

αποτέλεσμα στην υγεία του πληθυσμού της. Επίσης, ότι οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες που επιδρούν νωρίς στη ζωή των ατόμων επηρεάζουν την έκβαση της υγείας τους στη μετέπειτα ζωή τους. Το ΑΕΠ μπορεί ακόμη να σχετίζεται και με συγκεκριμένες αιτίες θανάτου. Για παράδειγμα έχει αρνητική συσχέτιση με τα καρδιαγγειακά νοσήματα και τον καρκίνο του στομάχου ενώ εμφανίζει θετική συσχέτιση με τον καρκίνο του προστάτη και του μαστού καθώς και με τον καρκίνο του πνεύμονα και τη ΧΑΠ στις γυναίκες. Έχει φανεί στο παρελθόν ότι ο καρκίνος του προστάτη και του μαστού σχετίζονται αντιστρόφως ανάλογα με τη φτώχεια και εμφανίζονται σε μεγαλύτερο ποσοστό στις υψηλού και μετρίου προς υψηλού εισοδήματος χώρες. Επίσης η διαφορά μεταξύ των δύο φύλων για τον καρκίνο του πνεύμονα και τη ΧΑΠ μάλλον αντανακλά την καθυστερημένη έναρξη της επιδημίας του καπνίσματος και την υιοθέτηση δυσμενών συμπεριφορών υγείας στις γυναίκες (25).

Έχει μελετηθεί όμως και η ανάποδη σχέση, δηλαδή η επίδραση της βελτίωσης της υγείας στην αύξηση του ΑΕΠ και τη βελτίωση της οικονομικής ανάπτυξης μίας χώρας. Η βιβλιογραφία αναφέρει ότι η καλύτερη υγεία του πληθυσμού οδηγεί καταρχήν στην αύξησή του και επομένως στην αύξηση του εργατικού δυναμικού. Επίσης, το περισσότερο υγιές εργατικό δυναμικό θα έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση της παραγωγικότητας. Ακόμη, οι πιο έμμεσες επιδράσεις οφείλονται στην πιο αποδοτική εκπαίδευση ενός υγιούς πληθυσμού, στην αύξηση του κεφαλαίου των ατόμων, των επενδύσεων κτλ. Όλα αυτά οδηγούν στην αύξηση του ΑΕΠ μίας χώρας. Από την άλλη πλευρά όμως, το κατά κεφαλή ΑΕΠ μπορεί να παραμένει ανεπηρέαστο ή και να μειώνεται σε ορισμένες περιπτώσεις λόγω της αύξησης του πληθυσμού. Εξάλλου, μελέτη που έγινε σε 13 χώρες του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ), δηλαδή σε χώρες υψηλού εισοδήματος, και αφορούσε τους δύο τελευταίους αιώνες, κατέγραψε τη μακροχρόνια συσχέτιση της βελτίωσης της υγείας με την αύξηση του ΑΕΠ και του κατά κεφαλή ΑΕΠ. Πιο συγκεκριμένα, φάνηκε πως η αύξηση κατά 1% του προσδόκιμου επιβίωσης οδήγησε σε αύξηση κατά 6% του ΑΕΠ και 5% του κατά κεφαλή ΑΕΠ στην περίοδο αυτών των χρόνων. Η κατανόηση και η έρευνα αυτής της πιθανής αμφίδρομης σχέσης μεταξύ της υγείας ενός πληθυσμού και της οικονομικής του ανάπτυξης, μπορεί να ενισχύσει την εφαρμογή κατάλληλων πολιτικών που να προάγουν την υγεία ως μέσω βελτίωσης της οικονομίας (26).

3.2.2 Ο ρόλος των κοινωνικών προσδιοριστών

Σύμφωνα με τη θεωρία των «θεμελιωδών αιτιών» που αναπτύχθηκε από τους Link και Phelan (27), υπάρχουν κοινωνικές καταστάσεις που ασκούν συγκεκριμένη επιρροή στην υγεία των ατόμων και οι οποίες είναι δύσκολο να περιοριστούν όσο και αν προσπαθήσει κανείς να αντιμετωπίσει τους μηχανισμούς που φαίνεται να τις σχετίζουν με την ασθένεια. Η θεωρία αυτή

προέκυψε από την παρατήρηση ότι παρότι με το πέρασμα των χρόνων πολλοί παράγοντες που συνέδεαν το κοινωνικοοικονομικό στάτους με τη νόσο είχαν εξαλειφθεί με την τεχνολογική πρόοδο, την ευρεία εφαρμογή μέτρων δημόσιας υγείας και τη βελτίωση της πρόσβασης σε δομές υγείας ακόμη και των πιο φτωχών ατόμων, οι ανισότητες στην υγεία δεν μειώθηκαν.

Τα θεμελιώδη κοινωνικά αίτια έχουν τέσσερα χαρακτηριστικά : α) επηρεάζουν την έκβαση πολλών νοσημάτων, β) η έκβαση των νοσημάτων επηρεάζεται μέσω πολλαπλών μηχανισμών, γ) σχετίζονται με την πρόσβαση του ατόμου σε πόρους που συνεπάγονται την αποφυγή κινδύνου για νόσο ή σε περίπτωση που νοσεί τον περιορισμό των συνεπειών και δ) η συσχέτισή τους με την υγεία αναπαράγεται στη διάρκεια του χρόνου. Οι βασικοί πόροι όπως η γνώση, η εξουσία, το κύρος, το χρήμα και η κοινωνική δικτύωση, μπορούν να χρησιμοποιηθούν από το άτομο ανεξαρτήτως των παραγόντων κινδύνου ή των προστατευτικών παραγόντων που επιδρούν σε μία δεδομένη κατάσταση. Για το λόγο αυτό καλούνται και ευέλικτοι πόροι. Θα μπορούσαν και να θεωρηθούν τα «αίτια των αιτιών» διότι διαμορφώνουν τις συμπεριφορές υγείας των ατόμων, δηλαδή καθορίζουν αν τα άτομα θα ακολουθήσουν «επικίνδυνες» ή «προστατευτικές» συμπεριφορές (28).

3.2.2.1 Η σχέση της εκπαίδευσης με την υγεία

Η αιτιολογική συσχέτιση της εκπαίδευσης με την υγεία θα μπορούσε να αποδοθεί σε άμεσους και έμμεσους μηχανισμούς. Ως προς την άμεση επίδραση, η εκπαίδευση παρέχει την απαιτούμενη γνώση για θέματα υγείας και υγιεινές συμπεριφορές, οπότε βοηθάει στη βελτίωση της υγείας. Στους έμμεσους μηχανισμούς ανήκει για παράδειγμα η δυνατότητα που προσφέρει η εκπαίδευση για περισσότερες ευκαιρίες στην αγορά εργασίας, άρα και καλύτερη επαγγελματική αποκατάσταση που οδηγεί σε υψηλότερο εισόδημα. Αυτό με τη σειρά του οδηγεί σε μεγαλύτερη πρόσβαση σε αγαθά που προάγουν την υγεία, σε ιατρική φροντίδα κτλ. Επίσης, η εκπαίδευση μπορεί να βελτιώσει την κοινωνική τάξη των ατόμων, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε υιοθέτηση περισσότερο υγιεινού τρόπου ζωής.

Βρετανοί ερευνητές διερεύνησαν την επίδραση που είχε η αύξηση της υποχρεωτικής σχολικής εκπαίδευσης κατά ένα έτος τις χρονιές 1947 και 1972. Σύμφωνα με αυτές τις αλλαγές τα παιδιά δεν θα μπορούσαν να σταματήσουν το σχολείο πριν την ηλικία 15 και 16 ετών αντίστοιχα. Τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης έδειξαν ότι η αύξηση των υποχρεωτικών σχολικών ετών είχε σαφή επίδραση στην εκπαίδευση καθώς και στο μελλοντικό εισόδημα του υπό μελέτη πληθυσμού. Ωστόσο, δεν προέκυψε ιδιαίτερη επίδραση στη θνητότητα, στην έκβαση διαφόρων παθήσεων και στην υιοθέτηση ευνοϊκών συμπεριφορών υγείας. Πιο συγκεκριμένα, η αλλαγή του 1947 δεν είχε καμία επίδραση στη θνητότητα των ατόμων στις ηλικίες μεταξύ 45 και 69 ετών. Αυτό θα μπορούσε

να αποδοθεί κατά τους ερευνητές και στις συνέπειες που είχε η Παγκόσμια Οικονομική Ύφεση καθώς και ο Δεύτερος Παγκόσμιος Πόλεμος στις ζωές του υπό μελέτη πληθυσμού. Παρολαυτά, η αλλαγή του 1972 είχε επίσης μικρή επίδραση στη θνητότητα παρότι ο υπό μελέτη πληθυσμός δε βίωσε τις συνέπειες αντίστοιχων καταστάσεων. Κάποιες πιθανές εξηγήσεις, παρότι όχι ικανοποιητικές, για αυτά τα ευρήματα θα μπορούσαν να είναι η μη παράλληλη βελτίωση της ποιότητας της εκπαίδευσης κατά τα επιπρόσθετα έτη, καθώς και το γεγονός ότι επειδή οι αλλαγές αυτές αφορούσαν μεγάλο μέρος του πληθυσμού δεν είχαν επίδραση στη βελτίωση της «σχετικής» εκπαιδευτικής και οικονομικής επίδοσης μεταξύ των συνομηλίκων (29).

Άλλη μελέτη σε 19 Ευρωπαϊκές χώρες ανέλυσε τη θνητότητα από 24 αιτίες θανάτου σε άνδρες και γυναίκες ηλικίας 30-79 ετών σε σύγκριση με το επίπεδο εκπαίδευσης. Οι διάφορες αιτίες θανάτου κατηγοριοποιήθηκαν σε τέσσερις ομάδες : α) αυτές που εξαρτώνται από την αλλαγή στη συμπεριφορά, β) αυτές που εξαρτώνται από την ιατρική παρέμβαση, γ) αυτές που εξαρτώνται από την πρόληψη τραυματισμού και δ) αυτές που δεν είναι προβλέψιμες. Το επίπεδο εκπαίδευσης ταξινομήθηκε βάσει του Διεθνούς Προτύπου Ταξινόμησης της Εκπαίδευσης (International Standard Classification of Education, ISCED-97) σε τρεις ομάδες : α) χαμηλόβαθμη εκπαίδευση που περιελάμβανε καθόλου, πρωτοβάθμια ή κατώτερη δευτεροβάθμια εκπαίδευση (ISCED 0,1,2), β) μέση εκπαίδευση που περιελάμβανε την ανώτερη δευτεροβάθμια και την μετά τη δευτεροβάθμια αλλά όχι τριτοβάθμια εκπαίδευση (ISCED 3,4) και γ) υψηλόβαθμη εκπαίδευση που περιελάμβανε την τριτοβάθμια εκπαίδευση (ISCED 5,6). Το υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης ήταν και ενδεικτικό του υψηλότερου κοινωνικοοικονομικού στάτους. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η συνολική θνητότητα και για τα δύο φύλα ήταν υψηλότερη στους ασθενείς με το χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης. Ωστόσο, η συσχέτιση μεταξύ θνητότητας-εκπαίδευσης ποικίλλει ανάλογα των αιτιών θανάτου και των διαφορετικών πληθυσμών. Παρατηρήθηκε ότι οι ανισότητες στη θνητότητα είναι μεγαλύτερες όσον αφορά τα αίτια που εξαρτώνται από την αλλαγή της συμπεριφοράς, την ιατρική παρέμβαση και την πρόληψη τραυματισμού, δηλαδή από τις αιτίες θανάτου που θα μπορούσαν να προβλεφθούν, με εξαίρεση τα αίτια που εξαρτώνται από την πρόληψη τραυματισμού στις γυναίκες. Επίσης, η διαφορά αυτή, μεταξύ προβλέψιμων και μη αιτιών θανάτου, είναι περισσότερο εμφανής στις χώρες της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης όπου και οι ανισότητες στους ευέλικτους πόρους είναι μεγαλύτερη. Εξαίρεση αποτελούν οι χώρες της Νότιας Ευρώπης (Ιταλία και Ισπανία) όπου παρά τις ανισότητες στους ευέλικτους πόρους η διαφορά στη θνητότητα μεταξύ προβλέψιμων και μη αιτιών είναι μικρή. Οι μεγαλύτερες ανισότητες στη θνητότητα παρατηρήθηκαν στις αιτίες που υπάγονται στις συμπεριφορές υγείας αντανakλώντας κατά αυτό τον τρόπο και τις ανισότητες που υπάρχουν στην Ευρώπη όσον αφορά την έκθεση σε παράγοντες κινδύνου όπως το κάπνισμα, η κατανάλωση αλκοόλ, η παχυσαρκία, η άσκηση κτλ μεταξύ των λιγότερο και περισσότερο

εκπαιδευμένων ατόμων. Τα αποτελέσματα της μελέτης αυτής έρχονται να υποστηρίξουν σε γενικές γραμμές τη θεωρία των «θεμελιωδών αιτιών», υπογραμμίζοντας έτσι την ανάγκη εφαρμογής πολιτικών και παρεμβάσεων που έχουν την ικανότητα να διεισδύουν σε όλα τα κοινωνικά στρώματα και να κατανέμονται ισάξια προκειμένου να μειωθούν οι ανισότητες που προκύπτουν από τις διαφορές στο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο (30).

Όπως έχει ήδη προαναφερθεί, τα καρδιαγγειακά νοσήματα αποτελούν τις κύριες αιτίες θανάτου από μη μεταδιδόμενα νοσήματα που με τη σειρά τους ευθύνονται για πάνω από τα δύο τρίτα της συνολικής θνητότητας. Μία συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση, που αφορούσε την έκβαση διαφόρων καρδιαγγειακών συμβαμάτων σε σχέση με το επίπεδο εκπαίδευσης και το εισόδημα, έδειξε στενή συσχέτιση μεταξύ αυτών. Ειδικότερα, οι ασθενείς με χαμηλό και μέτριο επίπεδο εκπαίδευσης είχαν αυξημένο κίνδυνο για καρδιαγγειακά συμβάματα κατά 50% και 27% αντίστοιχα σε σχέση με όσους είχαν υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης. Επίσης, ο κίνδυνος θανάτου από καρδιαγγειακά νοσήματα ήταν υψηλότερος σε αυτούς με χαμηλό και μέτριο επίπεδο εκπαίδευσης κατά 39% και 21% αντίστοιχα, σε σύγκριση με αυτούς με υψηλόβαθμη εκπαίδευση. Ανάλογα αποτελέσματα παρατηρήθηκαν και για τον κίνδυνο εμφάνισης στεφανιαίας νόσου καθώς και ΑΕΕ. Οι ασθενείς με το χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης είχαν μεγαλύτερη επίπτωση σε παράγοντες κινδύνου όπως το κάπνισμα, η παχυσαρκία κτλ, και είχαν πιο αυξημένη πιθανότητα διαβίωσης σε περισσότερο μολυσματικό περιβάλλον. Ακόμη, είχαν περιορισμένη ικανότητα ανάγνωσης και κατανόησης θεμάτων υγείας, συμμόρφωσης σε ιατρικές οδηγίες και φαρμακευτική αγωγή και υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης με φτωχότερη ανταπόκριση σε καταστάσεις στρες. Επομένως, το ποσοστό θνητότητας ήταν μεγαλύτερο λόγω καθυστερημένης αναζήτησης ιατρικής βοήθειας, φτωχότερης κατανόησης του τρόπου διαχείρισης της ασθένειας ή/και ελλιπούς αποκατάστασης μετά το καρδιαγγειακό συμβάν (31).

3.2.2.2 Το επάγγελμα και η εκπαίδευση ως δείκτες κινδύνου θνητότητας

Μία προοπτική μελέτη παρατήρησης συνέλεξε δεδομένα από άνδρες εργαζόμενους, ηλικίας 35-64 ετών, από διάφορες περιοχές της Σκωτίας οι οποίοι παρακολουθήθηκαν από τις αρχές του 1970 επί 21 χρόνια. Ανέλυσε τη συσχέτιση της επαγγελματικής κοινωνικής τάξης και του μορφωτικού επιπέδου με την κατάσταση της υγείας, τον κίνδυνο θνητότητας, τις συμπεριφορές υγείας και τους παράγοντες κινδύνου. Με βάση τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης η επαγγελματική κοινωνική τάξη και το επίπεδο εκπαίδευσης φαίνεται να σχετίζονται με τη θνητότητα στους άνδρες μέσης ηλικίας. Ωστόσο, το επάγγελμα σχετίζεται περισσότερο με τη συνολική θνητότητα και τη θνητότητα από μη καρδιαγγειακά αίτια ενώ η εκπαίδευση κυρίως με τη θνητότητα από καρδιαγγειακά αίτια. Οι άνδρες που είχαν τερματίσει νωρίτερα τη σχολική

εκπαίδευση καθώς και όσοι απασχολούνταν σε χειρωνακτική εργασία είχαν υψηλότερα ποσοστά θνητότητας. Οι ερευνητές καταλήγουν ότι η επαγγελματική κοινωνική τάξη στην ενήλικη ζωή, ως ξεχωριστός δείκτης κοινωνικοοικονομικής κατάστασης, διευκρινίζει καλύτερα τις ανισότητες που παρατηρούνται στη θνητότητα συγκριτικά με το μορφωτικό επίπεδο (32).

3.2.2.3 Ο ρόλος του συνδικαλισμού στις ανισότητες της υγείας

Στις Η.Π.Α. οι ανισότητες όσον αφορά το εισόδημα έχουν αυξηθεί από τη δεκαετία του 1970 έως το 2000 μεταξύ των διαφορετικών κοινωνικών τάξεων και παράλληλα έχουν αυξηθεί και οι ανισότητες στη θνητότητα. Αυτό μπορεί να αποδοθεί στη μείωση του σχετικού εισοδήματος στις φτωχότερες κοινωνικές τάξεις και στην εργατική τάξη καθώς επίσης και στην ενδυνάμωση της σχέσης εισοδήματος-θνητότητας. Η ενδυνάμωση αυτή οφείλεται σε αλλαγές – οικονομικές, κοινωνικές και πολιτικές - που έγιναν σε διάφορους τομείς. Για παράδειγμα οι περικοπές διαφόρων κοινωνικών υπηρεσιών, η αύξηση του κόστους των υπηρεσιών υγείας και η μαζική φυλάκιση που παρατηρείται στις ΗΠΑ τα τελευταία χρόνια μπορεί να ενίσχυσαν τις ανισότητες στην υγεία. Φαίνεται από διάφορες μελέτες ότι η παρακμή του συνδικαλισμού στις ΗΠΑ αποτελεί επίσης έναν δομικό παράγοντα που επιδείνωσε τις ανισότητες όσον αφορά καταρχήν στο εισόδημα. Η μειωμένη συμμετοχή σε εργατικά σωματεία των λιγότερο ευνοημένων και λιγότερο μορφωμένων εργαζόμενων είχε ως αποτέλεσμα την αύξηση των φυλετικών διακρίσεων στην εργασία, τη μείωση των μισθών, την αύξηση της εργασίας σε μη ασφαλή περιβάλλοντα και τη μη διεκδίκηση προνομίων και προστατευτικών πολιτικών με αποτέλεσμα και την αύξηση των ανισοτήτων όσον αφορά στη θνητότητα. Πιο συγκεκριμένα, στις ΗΠΑ, παρατηρήθηκε μείωση της συμμετοχής σε σωματεία των μισθωτών εργατών ηλικίας 25-64 ετών, από 27,1% σε 13,1% μεταξύ των ετών 1983-2017, με τη μεγαλύτερη μείωση να καταγράφεται στους εργαζόμενους που ανήκουν στη μαύρη φυλή και σε αυτούς με εκπαίδευση βαθμίδος απολυτηρίου λυκείου και κάτω. Επίσης, ο αριθμός των απεργιών, με συμμετοχή 1000 και άνω εργαζομένων, μειώθηκε από περίπου 300 ανά έτος σε λιγότερες από 20 ανά έτος μεταξύ των ετών 1970-2010. Οι ενώσεις των εργαζομένων μπορούν να προστατέψουν την υγεία και να μειώσουν τις ανισότητες στην υγεία ρυθμίζοντας την ισορροπία της εξουσίας που ασκείται από τους εργοδότες στους εργαζόμενους, εξασφαλίζοντας οικονομικά προνόμια, υγειονομική ασφάλιση καθώς επίσης και περιορίζοντας την επαγγελματική έκθεση σε επικίνδυνους για την υγεία παράγοντες και σε ιδιαίτερα στρεσογόνους παράγοντες που προκαλούν χρόνια νοσήματα, ψυχική νόσο και αυτοκτονική συμπεριφορά, κατάχρηση αλκοόλ και ουσιών. Ωστόσο, η αύξηση της συμμετοχής των εργαζομένων σε εργατικά σωματεία δε φαίνεται να επηρεάζει τη συνολική θνητότητα αλλά τη θνητότητα που σχετίζεται με καταστάσεις απόγνωσης, όπως οι απόπειρες αυτοκτονίας ή η τοξικότητα από ναρκωτικά. Αυτό θα μπορούσε να οφείλεται

στην παρουσία και άλλων κοινωνικοοικονομικών προσδιοριστών που παίζουν ρόλο στην έκβαση των αποτελεσμάτων για την υγεία, στο γεγονός ότι τα οικονομικά προνόμια που μπορούν να εξασφαλιστούν μέσω του συνδικαλισμού δεν επαρκούν για τη μείωση της θνητότητας καθώς και στην αποδυνάμωση του ίδιου του συνδικαλισμού (33).

3.2.2.4 Η επίδραση των φυλετικών διακρίσεων στην υγεία

Πολλές μελέτες στις ΗΠΑ και το Ηνωμένο Βασίλειο (Η.Β.) έχουν δείξει ότι η φυλή αποτελεί έναν σημαντικό προσδιοριστή της υγείας. Έχει φανεί ότι τα άτομα που ανήκουν στη μαύρη φυλή και ζουν στις ΗΠΑ έχουν υψηλότερα ποσοστά θνητότητας σε σχέση με τα άτομα που ανήκουν στη μαύρη φυλή και ζουν στο Η.Β. Πολλοί ερευνητές θεωρούν πως η φτωχότερη υγεία των μαύρων συγκριτικά με των λευκών Αμερικανών οφείλεται στο ρατσισμό. Έχουν καθοριστεί τρία είδη ρατσισμού που θα μπορούσαν να επιδρούν στην υγεία, τα οποία κάποιες φορές μπορεί και να συνυπάρχουν. Καταρχήν, ο «θεσμικός ρατσισμός» ο οποίος προκύπτει από πολιτικές που ιστορικά βασίζονται σε φυλετικές διακρίσεις. Μία δεύτερη μορφή είναι ο «εκ προθέσεως ρατσισμός», που προκύπτει όταν οι πράξεις ενός ατόμου με ρατσιστικές πεποιθήσεις πλήττουν την ευημερία ενός άλλου ατόμου. Τέλος, υπάρχει και ο «εξ ιδίας αντιλήψεως ρατσισμός», δηλαδή οι περιπτώσεις όπου τα άτομα πιστεύουν ότι υπόκεινται σε διακρίσεις ενώ αυτές δεν είναι υπαρκτές. Ο θεσμικός ρατσισμός μπορεί να οδηγήσει τα άτομα σε πτωχοποίηση με αποτέλεσμα την ακατάλληλη στέγαση και σίτιση, το πιο επικίνδυνο εργασιακό περιβάλλον, την έλλειψη υγειονομικής ασφάλισης, την αυξημένη εγκληματικότητα, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο κ.ά., που με τη σειρά τους οδηγούν σε χειρότερα αποτελέσματα για την υγεία. Επίσης, και τα τρία είδη ρατσισμού μπορούν να έχουν έμμεσες επιπτώσεις στην υγεία ως ψυχοπιεστικοί παράγοντες που μπορεί να προκαλούν ανεπιθύμητες επιδράσεις στη σωματική και ψυχική υγεία των ατόμων μέσω μονοπατιών του νευροενδοκρινικού συστήματος.

Στις ΗΠΑ, τα άτομα που ανήκουν στη μαύρη φυλή ζουν κατά μέσο όρο 7 χρόνια λιγότερο από τα άτομα της λευκής φυλής, παρότι παρατηρούνται διαφορές ανά περιοχές. Αν γίνει προσαρμογή των αποτελεσμάτων με βάση το εισόδημα και το μορφωτικό επίπεδο και αν αφαιρεθεί η υλική αποστέρηση, τότε οι διαφορές στη θνητότητα μεταξύ ατόμων λευκής-μαύρης φυλής μειώνονται. Ωστόσο, και πάλι τα άτομα της μαύρης φυλής ζουν λιγότερο. Αυτό θα μπορούσε να εξηγηθεί από γενετικές διαφορές ή διαφορές στον τρόπο ζωής που δε σχετίζονται με το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο ή ακόμη και από την επίδραση του στρες στην υγεία λόγω του «εξ ιδίας αντιλήψεως ρατσισμού». Οι μαύροι Αμερικανοί έχουν σε γενικές γραμμές υψηλότερα ποσοστά νοσηρότητας και θνητότητας αλλά αυτό δεν παρατηρείται για όλα τα νοσήματα. Για παράδειγμα, όσον αφορά τα καρδιαγγειακά νοσήματα οι γυναίκες της μαύρης φυλής έχουν

υψηλότερο κίνδυνο θνητότητας σε σχέση με τις γυναίκες της λευκής φυλής ενώ για τους άνδρες ισχύει το αντίθετο. Επίσης, όσον αφορά την επίπτωση του καρκίνου, που αποτελεί και τη δεύτερη πιο συχνή αιτία θανάτου για τους μαύρους Αμερικανούς μετά τα καρδιαγγειακά νοσήματα, είναι υψηλότερη στους άνδρες της μαύρης φυλής σε σχέση με τους άνδρες της λευκής φυλής. Το αντίθετο ισχύει για τις γυναίκες. Ωστόσο, η θνητότητα από καρκίνο είναι υψηλότερη και για τις γυναίκες και για τους άνδρες της μαύρης φυλής συγκριτικά με της λευκής φυλής. Αυτό υποδεικνύει ότι η διάγνωση της νόσου γίνεται σε πιο όψιμα στάδια ή ότι το ποσοστό θανάτου είναι υψηλότερο από τη στιγμή της διάγνωσης ή και τα δύο. Από την άλλη πλευρά, υπάρχει ποικιλομορφία όσον αφορά τη θνητότητα σε επιμέρους ομάδες μαύρων Αμερικανών. Για παράδειγμα, οι μετανάστες Αφροαμερικανοί παρουσιάζουν υψηλότερο προσδόκιμο επιβίωσης σε σχέση με τους γηγενείς μαύρους Αμερικανούς, το οποίο είναι παρόμοιο με το προσδόκιμο επιβίωσης των Ισπανόφωνων Αμερικανών.

Στο HB, οι διαφορές στη συνολική θνητότητα ανεξαρτήτως αιτίας μεταξύ ατόμων μαύρης και λευκής φυλής είναι μεγαλύτερες. Παρολαυτά, οι διαφορές όσον αφορά τα καρδιαγγειακά νοσήματα και τον καρκίνο δεν είναι τόσο εμφανείς συγκριτικά με τις ΗΠΑ και αν αντισταθμιστούν τα δεδομένα ως προς το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο σχεδόν εξαφανίζονται. Γι' αυτό το λόγο πολλοί ερευνητές θεωρούν πως σχεδόν όλες οι ανισότητες που παρατηρούνται στα άτομα διαφορετικών εθνικοτήτων απορρέουν από τις οικονομικές και κοινωνικές ανισότητες.

Η ανάλυση και σύγκριση στοιχείων από τις βάσεις δεδομένων και των δύο χωρών για το κατά πόσο η έκθεση σε ρατσιστικές συμπεριφορές επηρεάζει την υγεία κατέληξε στα εξής συμπεράσματα :

A) οι μαύροι μετανάστες της Αμερικής ζουν περισσότερο από τους αντίστοιχους μετανάστες του Η.Β., παρότι οι ΗΠΑ αποτελούν ένα δυσμενές περιβάλλον για τα άτομα της μαύρης φυλής γενικά. Φαίνεται πως οι πρόσφατοι μετανάστες στις ΗΠΑ μπορεί να είναι πιο υγιείς, να ζουν σε λιγότερο επικίνδυνα περιβάλλοντα και να έχουν καλύτερο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο συγκριτικά με τους πρόσφατους μετανάστες στο Η.Β. που μπορεί να ανήκουν περισσότερο στις κατηγορίες των αιτούντων άσυλο και των προσφύγων. Εξάλλου, η μακροχρόνια έκθεση στο πιο δυσμενές περιβάλλον των ΗΠΑ είναι απαραίτητη ώστε ο ρατσισμός να επηρεάσει την υγεία.

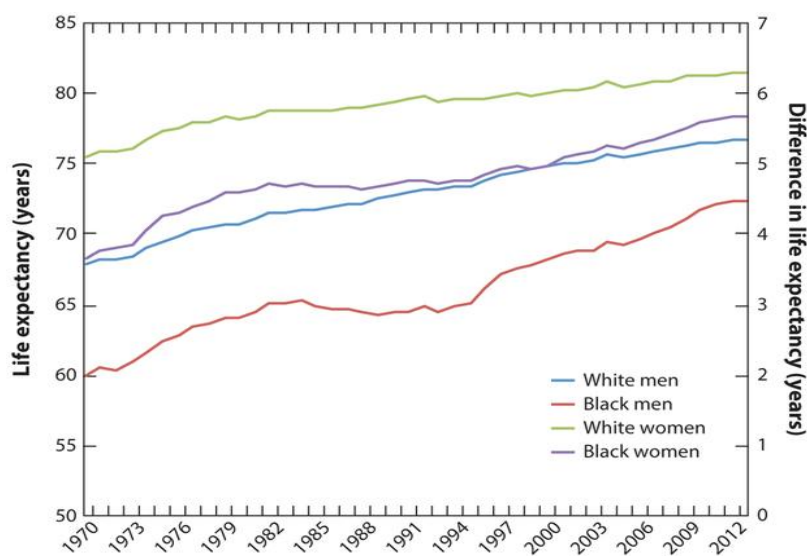
B) στο Η.Β. δεν επαληθεύεται το παραπάνω εύρημα και φαίνεται ότι οι μαύροι μετανάστες δεν έχουν καλύτερες εκβάσεις στην υγεία σε σχέση με τους μαύρους που έχουν γεννηθεί εκεί.

Γ) οι διαφορές μεταξύ μαύρων-λευκών και στις δύο χώρες δεν είναι εμφανείς σε όλα τα αίτια νοσηρότητας και θνητότητας. Για παράδειγμα, ο κίνδυνος εμφάνισης υπέρτασης ή σακχαρώδη διαβήτη είναι υψηλότερος στους μαύρους Αμερικανούς σε σχέση με τους λευκούς ενώ για το λιπιδαιμικό προφίλ ισχύει το αντίθετο.

Δ) το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο παραδόξως δεν φαίνεται να επηρεάζει τους βασικούς παράγοντες κινδύνου για τα κύρια αίτια θανάτου στα άτομα της μαύρης φυλής, ωστόσο, μπορεί να εξηγήσει κάποιες ανισότητες που εμφανίζονται στη θνητότητα.

Συμπερασματικά, η συγκεκριμένη μελέτη κατέληξε πως οι φυλετικές διακρίσεις στο Η.Β. είναι λιγότερο εμφανείς, παρέχοντας έτσι ένα περισσότερο υγιές περιβάλλον σε σύγκριση με τις ΗΠΑ. Επίσης, στις ΗΠΑ η μακροχρόνια έκθεση σε ρατσισμό αποτελεί έναν σημαντικό προσδιοριστή της υγείας και της μακροζωίας (34).

Άλλη μελέτη, που αφορά στις διαφορετικές τάσεις της υγείας των μαύρων Αμερικανών, αναφέρει ότι παρά την κατάργηση της δουλείας, η διαφορά στο προσδόκιμο επιβίωσης κατά τη γέννηση, μεταξύ μαύρων και λευκών Αμερικανών, παραμένει στην πορεία του χρόνου και για τα δύο φύλα.



Εικόνα 2. Προσδόκιμο επιβίωσης κατά φυλή και φύλο, 1970–2013. Πηγή δεδομένων : Centers for Disease Control, National Center for Health Statistics, National Vital Statistics System, Life expectancy at birth for selected years (35).

Το 2013, οι τρεις κύριες αιτίες θανάτου συνολικά ήταν τα καρδιαγγειακά νοσήματα, ο καρκίνος και οι ακούσιοι τραυματισμοί. Ωστόσο, στους μαύρους Αμερικανούς άνδρες ηλικίας 15-44 ετών καταγράφονται και οι ανθρωποκτονίες ως πέμπτη αιτία θανάτου. Επίσης, άλλα νοσήματα που ανήκουν στις 10 κύριες αιτίες θανάτου των Αμερικανών ανδρών συνολικά, όπως η νόσος Alzheimer, η γρίπη, οι αυτοκτονίες κ.ά., δεν παρατηρούνται στις 10 κύριες αιτίες θανάτου των μαύρων Αμερικανών ανδρών. Αντιθέτως, σε αυτή την κατηγορία σημειώνονται λοιμώξεις κατώτερου ΑΝΣ, σηψαιμία και HIV/AIDS. Όσον αφορά τα χρόνια νοσήματα, όπως ο Σ.Δ., οι καρδιοπάθειες κτλ, οι μαύροι Αμερικανοί άνδρες φαίνεται να έχουν καθυστερημένη διάγνωση, πλημμελή παρακολούθηση, φτωχή διαχείριση και υψηλότερη πιθανότητα να πεθάνουν από αυτά

συγκριτικά με τους λευκούς Αμερικανούς άνδρες. Επιπλέον, οι μαύροι άνδρες έχουν μικρότερη πιθανότητα να έχουν πρόσβαση σε δομές υγείας και 75% μικρότερη πιθανότητα να έχουν ιατρική ασφάλιση σε σχέση με τους λευκούς άνδρες. Ένα άλλο χαρακτηριστικό που εμφανίζουν οι άνδρες της μαύρης φυλής, όπως και οι άνδρες που γενικά ανήκουν σε κοινωνικά ή/και οικονομικά μειονεκτική θέση, είναι η δυσπιστία ως προς το σύστημα υγείας και τους επαγγελματίες υγείας, καθώς και η αυξημένη πιθανότητα να υποστούν διακρίσεις σε δομές υγείας (35).

Όσον αφορά τις γυναίκες, αξίζει να σημειωθεί ότι τα ποσοστά της μητρικής θνησιμότητας είναι αυξημένα στις μη-Ισπανόφωνες μαύρες γυναίκες. Οι γυναίκες αυτές που πεθαίνουν από αιτίες που σχετίζονται με την κύηση είναι συνήθως νεότερες, λιγότερο μορφωμένες και ανύπαντρες. Έχει παρατηρηθεί ότι πολλές μαύρες γυναίκες δεν αναζητούν προγεννητική φροντίδα έγκαιρα ή δεν έχουν τη δυνατότητα πρόσβασης σε δομές που παρέχουν προγεννητική φροντίδα για οικονομικούς και άλλους λόγους. Διάφοροι κοινωνικοί προσδιοριστές παίζουν ρόλο στα παραπάνω όπως η απουσία ιατρικής ασφάλισης, οι ακατάλληλες συνθήκες διαβίωσης, η έλλειψη κοινωνικής στήριξης και οικογενειακού προγραμματισμού κ.ά. Επίσης, οι διακρίσεις και ο ρατσισμός φαίνεται πως μπορούν να επηρεάσουν τη χρήση των συστημάτων υγείας και περιγεννητικής φροντίδας καθώς σε σχετική μελέτη 40% των γυναικών ανέφεραν προβλήματα επικοινωνίας και 24% ανέφεραν ότι υπέστησαν διακρίσεις λόγω φυλής κατά τη νοσηλεία τους για τοκετό. Σε άλλη μελέτη η καθυστερημένη έναρξη προγεννητικής φροντίδας σχετίστηκε με περιστατικά ρατσισμού υποδεικνύοντας και την πιθανή έλλειψη εμπιστοσύνης στο σύστημα υγείας (36).

Λαμβάνοντας υπόψη την Κριτική Θεωρία των Φυλών, τα άτομα της μαύρης φυλής φαίνεται πως συστηματικά δεν συμμετέχουν στις δομές που παρέχουν βοήθεια και στήριξη, όπως είναι οι δομές για την ανεργία, την εκπαίδευση ή την υγεία, καθώς εξακολουθούν να μην εξυπηρετούνται και να μην εκπροσωπούνται επαρκώς σε αυτές. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να μην απολαμβάνουν τα ίδια προνόμια ως προς το ζειν σε σχέση με τις υπόλοιπες ομάδες ατόμων και επίσης να έχουν φτωχότερη έκβαση όσον αφορά την υγεία. Η Κριτική Θεωρία των Φυλών αναδεικνύει την ανάγκη για εφαρμογή στρατηγικών στη Δημόσια Υγεία με στόχο: α) την εξασφάλιση επαρκούς εκπροσώπησης των περιθωριοποιημένων ατόμων, β) τον προσδιορισμό των κατάλληλων μέτρων προκειμένου να περιοριστούν οι κοινωνικές κατασκευές των φυλών και γ) την ανάπτυξη δράσεων για την αντιμετώπιση των ανισοτήτων μέσα στην κοινότητα. Οι μακροχρόνιες κοινωνικές και ιστορικές συνθήκες ανισότητας μεταξύ μαύρης και λευκής φυλής έχουν οδηγήσει τους μαύρους άνδρες να ακολουθούν συγκεκριμένο τρόπο ζωής και συμπεριφορές υγείας επιζήμιες. Αυτές οι συνθήκες βασίζονται στο θεσμικό ρατσισμό και σε ένα σύστημα κανόνων που απονέμει την αξία, τα προνόμια και τις ευκαιρίες βασιζόμενο στα φυσικά χαρακτηριστικά του ατόμου όπως είναι το χρώμα του δέρματος. Κάθε μορφή ρατσισμού και διακρίσεων τελικά υπονομεύει την πρόοδο (35).

3.2.2.5 Ο ρόλος της θρησκείας στην υγεία

Στην ιατρική πλέον είναι γνωστή η σημασία της παροχής φροντίδας με επίκεντρο τον ασθενή-η ολιστική προσέγγιση. Στα πλαίσια αυτής, είναι σημαντικό οι επαγγελματίες υγείας να σέβονται τις προσωπικές προτιμήσεις, τις ανάγκες και τις αξίες των ασθενών σε σωματικό, ψυχολογικό, κοινωνικό και πνευματικό επίπεδο, διασφαλίζοντας ότι οι αξίες αυτές καθοδηγούν τη λήψη των ιατρικών αποφάσεων (37).

Κατά γενική ομολογία η θρησκεία θεωρείται ένας από τους κοινωνικούς προσδιοριστές της υγείας. Για παράδειγμα, κάποιες θρησκείες προωθούν την υιοθέτηση ευνοϊκών συμπεριφορών υγείας, όπως η μη κατανάλωση αλκοόλ (Μουσουλμάνοι) ή η μη κατανάλωση κόκκινου κρέατος (Βουδιστές). Επίσης, με έμμεσο τρόπο μέσω της κοινωνικής συναναστροφής και της ψυχολογικής υποστήριξης των ατόμων που βιώνουν δυσκολίες, η θρησκεία βοηθάει στην ευημερία τους. Ωστόσο, υπάρχει διχογνωμία για το κατά πόσο τα ευεργετικά αποτελέσματα στην υγεία οφείλονται στην παρακολούθηση και συμμετοχή των πιστών στις θρησκευτικές λειτουργίες, δηλαδή στην κοινωνική συναναστροφή, ή σε πιο εσωτερικές πνευματικές παρακτικές όπως η προσευχή ή ο διαλογισμός. Οι πνευματικές τεχνικές, με βάση τη βιβλιογραφία, φαίνεται να συνδέονται περισσότερο με θετικά αποτελέσματα στην ψυχική υγεία ενώ δεν φαίνεται να επηρεάζουν τόσο την έκβαση των χρόνιων νοσημάτων ως προς την πρόληψη ή τα ποσοστά θνητότητας. Εξάλλου, η κοινωνική δικτύωση οποιουδήποτε είδους, πέρα από τη συμμετοχή σε θρησκευτικά δρώμενα, είναι γνωστό πως προσφέρει τη δυνατότητα ανταλλαγής και πρόσβασης σε πληροφορίες σχετικές με θέματα και συμπεριφορές υγείας, καθώς και τη δυνατότητα ευρύτερης στήριξης των ατόμων, οδηγώντας σε ευνοϊκά αποτελέσματα για την υγεία (38).

Μία προοπτική μελέτη διερεύνησε τη συσχέτιση της θρησκευτικής ανατροφής κατά την εφηβεία με ένα ευρύ φάσμα εκβάσεων της υγείας κατά την πρώιμη ενήλικη ζωή, βασιζόμενη στη συχνότητα συμμετοχής σε θρησκευτικές λειτουργίες και στη συχνότητα διαλογισμού και προσευχής. Τα αποτελέσματά της έδειξαν θετική συσχέτιση μεταξύ της συμμετοχής των εφήβων σε θρησκευτικές λειτουργίες και της ψυχικής τους υγείας όπως και της υιοθέτησης ευεργετικών συμπεριφορών στην πρώιμη ενήλικη ζωή (μειωμένη πιθανότητα κατάχρησης παράνομων ουσιών και επικίνδυνης σεξουαλικής συμπεριφοράς). Από την άλλη πλευρά, η συχνή ατομική προσευχή και ο διαλογισμός φάνηκε να σχετίζονται με περισσότερα προβλήματα της σωματικής υγείας. Αυτό βέβαια, όπως υποστηρίζουν οι συγγραφείς, θα μπορούσε να οφείλεται σε αντίστροφη αιτιότητα, δηλαδή αυτοί που έχουν πολλά προβλήματα υγείας παρατηρείται ότι προσεύχονται ή διαλογίζονται συχνότερα. Υπάρχει ακόμη και το ενδεχόμενο άτομα με ισχυρές θρησκευτικές πεποιθήσεις να

αποφεύγουν την ιατρική βοήθεια θεωρώντας ότι η προσευχή μπορεί να είναι επαρκής για την αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας (39).

Σε μία συστηματική ανασκόπηση, και πάλι η θρησκευτική δραστηριότητα φάνηκε πως έχει θετική επίδραση στην υγεία. Συγκεκριμένα στις περισσότερες μελέτες τα δεδομένα έδειξαν πως βελτιώνει την έκβαση διαφόρων καταστάσεων, όπως για παράδειγμα τα ποσοστά επιτυχίας εξωσωματικής γονιμοποίησης-εμβρυομεταφοράς, τη διάρκεια νοσηλείας των σηπτικών ασθενών, την ανοσοποιητική απόκριση, τα συμπτώματα της ρευματοειδούς αρθρίτιδας και τα επίπεδα άγχους. Σε τουλάχιστον μία μελέτη φάνηκε όμως και αρνητική συσχέτιση. Άτομα που αισθάνθηκαν εγκατάλειψη από το Θεό ή που απέδωσαν τα προβλήματα υγείας τους στον διάβολο, είχαν χειρότερα ποσοστά θνητότητας (40).

Μία άλλη μελέτη για την επίδραση της θρησκείας στην υγεία σε συνδυασμό και με άλλους κοινωνικοοικονομικούς προσδιοριστές, έδειξε επίσης θετική συσχέτιση συγκρίσιμη με τη θετική επίδραση και άλλων προσδιοριστών, όπως το εισόδημα ή τα περιουσιακά στοιχεία και η εκπαίδευση. Για παράδειγμα, άτομα που συμμετείχαν συχνά (περισσότερο από μία φορά την εβδομάδα) σε θρησκευτικές λειτουργίες φάνηκε να έχουν 40% μικρότερο κίνδυνο θνητότητας συγκριτικά με όσους δεν συμμετείχαν ποτέ. Όπως συμπεραίνεται και σε άλλες μελέτες, το προστατευτικό αυτό αποτέλεσμα οφείλεται κυρίως στην προαγωγή της υγιεινής συμπεριφοράς και σε μικρότερο βαθμό στους κοινωνικούς δεσμούς μεταξύ των πιστών. Και σε αυτή τη μελέτη φάνηκε επίσης πως ο κίνδυνος θνητότητας είναι μεγαλύτερος σε αυτούς για τους οποίους η θρησκεία είναι «πολύ σημαντική». Αυτό παρατηρείται κυρίως σε ηλικιωμένα άτομα και συμπίπτει με την εμφάνιση σοβαρής νόσου ή λειτουργικής ανικανότητας και ως εκ τούτου με την ανάγκη για αναζήτηση παρηγοριάς. Η προστατευτική επίδραση της θρησκείας στην υγεία, η οποία είναι συγκρίσιμη και με άλλους κοινωνικοοικονομικούς προσδιοριστές, μπορεί επομένως να επισημάνει τη σημασία της στη δημόσια υγεία. Οι ερευνητές της μελέτης προτείνουν τη λήψη μέτρων που προωθούν τη συμμετοχή σε θρησκευτικές εκδηλώσεις ιδιαίτερα στους ηλικιωμένους. Θεωρούν ότι με αυτό τον τρόπο ενδυναμώνουν την κοινωνική συνοχή και παρέχουν ένα πιο ολοκληρωμένο κοινωνικό πλαίσιο που θα καθορίσει τους δείκτες υγείας τους (41).

Όσον αφορά τους ασθενείς με καρκίνο, φαίνεται πως η διάγνωση ή/και η θεραπεία της νόσου τους μπορεί να επηρεάσει τις θρησκευτικές και πνευματικές τους πεποιθήσεις. Συγκεκριμένα, σε μία μελέτη, το 58% των καρκινοπαθών ανέφερε πως η νόσος ενίσχυσε τα πιστεύω τους ενώ το 27,2% πως είχε αρνητική επίδραση στα πιστεύω τους (συχνά διατύπωσαν θυμό προς το Θεό). Σχετικά με τη θεραπεία τους, οι περισσότεροι (66,7%) ανέφεραν πως οι πεποιθήσεις τους δεν επηρέασαν τις αποφάσεις τους για θεραπεία και μία μερίδα (33%) ανέφερε πως τους βοήθησαν στην καλύτερη διαχείριση της πορείας της νόσου τους. Οι ασθενείς επίσης

ανέφεραν πως στη συντριπτική πλειοψηφία των περιπτώσεων οι επαγγελματίες υγείας δεν απευθύνθηκαν στις θρησκευτικές/πνευματικές τους πεποιθήσεις, αν και πολλοί θεωρούν ότι αυτό δεν ανήκει στις αρμοδιότητες των επαγγελματιών υγείας. Οι πλειοψηφία των ασθενών φάνηκε επίσης να προτιμάει να συζητήσει τα θέματα γύρω από τη θρησκεία/πνευματικότητα με άτομα της δικής τους επιλογής. Ωστόσο, περίπου ένας στους πέντε ασθενείς εξέφρασε την επιθυμία να είχαν συζητηθεί οι πεποιθήσεις του με την ομάδα των φροντιστών του στο σύστημα υγείας (37).

Δυστυχώς όμως οι θρησκευτικές και πολιτισμικές αντιλήψεις δεν έχουν πάντα θετική επίδραση στην υγεία. Παράδειγμα αποτελεί το υψηλό ποσοστό περιγεννητικής θνησιμότητας που παρατηρείται σε κάποιες ορεινές περιοχές του Νεπάλ παρά την ιατρική πρόοδο για το θέμα αυτό. Ενώ έχουν αναπτυχθεί στρατηγικές για τη μείωση της περιγεννητικής θνησιμότητας, τη θεραπεία των νεογνικών λοιμώξεων, ως βασική αιτία θανάτου, και τη βελτίωση της παροχής υπηρεσιών υγείας, δεν έχουν ληφθεί υπόψιν οι παραδόσεις, οι θρησκευτικές πεποιθήσεις και η κουλτούρα γενικότερα των συγκεκριμένων πληθυσμών για τη χάραξη πολιτικής, με αποτέλεσμα τα ποσοστά να παραμένουν υψηλά. Οι λαϊκές παραδόσεις και αντιλήψεις καθοδηγούν την ανθρώπινη συμπεριφορά, συμπεριλαμβανομένης και της υγιεινής συμπεριφοράς, και αποτελούν ζωτικής σημασίας κοινωνικούς προσδιοριστές για τον αποτελεσματικό σχεδιασμό παρεμβάσεων στον τομέα της υγείας. Στους υπό μελέτη πληθυσμούς οι νεογνικοί θάνατοι ή η γέννηση νεκρού εμβρύου θεωρούνται συχνά περιστατικά που δε χρήζουν καν καταγραφής από τις αρχές. Αποδίδονται στη βούληση του Θεού ή στη μοίρα και το πεπρωμένο. Επομένως, η μελέτη αυτή υπογραμμίζει τη σημασία της προσέγγισης των ιατρικών θεμάτων μέσα από το πρίσμα των πολιτισμικών και θρησκευτικών αντιλήψεων των ατόμων, καθώς και την ανάγκη συνεργασίας των επαγγελματιών υγείας με τους τοπικούς θεραπευτές και θρησκευτικούς λειτουργούς (42).

3.2.3 Χάραξη πολιτικής με βάση τους κοινωνικοοικονομικούς προσδιοριστές

Παρόλο που είναι πλέον εμφανής ο ρόλος των κοινωνικοοικονομικών προσδιοριστών στην υγεία, οι πολιτικές παρεμβάσεις αφορούν κυρίως την προώθηση της αλλαγής του τρόπου ζωής των ατόμων χωρίς να απευθύνονται ιδιαίτερα στα θεμελιώδη αίτια που καθορίζουν την υγεία. Η βιβλιογραφία σχετικά με την Παγκόσμια Υγεία δίνει ιδιαίτερη έμφαση στην αλλαγή του ατομικού τρόπου ζωής και την υιοθέτηση υγιεινής συμπεριφοράς, καθώς και στη σημασία της πρωτογενούς πρόληψης ως τα βασικά μέτρα για τη βελτίωση της δημόσιας υγείας. Τα μέτρα αυτά, που κυρίως αφορούν τα χρόνια εκφυλιστικά νοσήματα, θεωρούνται αποδοτικά και μη κοστοβόρα για τις κυβερνήσεις. Ωστόσο, ο τρόπος ζωής δεν είναι ο μοναδικός προσδιοριστής της υγείας διότι οι συμπεριφορές που υιοθετούν τα άτομα πηγάζουν και αυτές από κάποια αίτια, τα «πραγματικά αίτια». Θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη το οικονομικό και κοινωνικό πλαίσιο μέσα από το οποίο

τα άτομα «αποφασίζουν» για τον τρόπο ζωής που θα ακολουθήσουν, καθώς επίσης και το γεγονός ότι όλα τα άτομα δεν έχουν την ελεύθερη επιλογή και τον πλήρη έλεγχο για την υγεία τους. Ακόμη, δεν υπάρχει μοντέλο που να προβλέπει ποια άτομα θα εμφανίσουν νόσο μετά από έκθεση σε συγκεκριμένες συμπεριφορές υγείας, επομένως παρεμβάσεις δημόσιας υγείας που αφορούν όλο τον πληθυσμό και όχι στοχευμένες ομάδες του πληθυσμού είναι αφενώς δαπανηρές και αφετέρου μπορεί σε κάποιες περιπτώσεις να φέρουν ανεπιθύμητα αποτελέσματα. Άρα, η βελτίωση της δημόσιας υγείας απαιτεί σημαντικές παρεμβάσεις σε οικονομικό, κοινωνικό και πολιτικό επίπεδο και φυσικά προϋποθέτει καλή γνώση του αντικειμένου καθώς και συνεργασία διαφόρων φορέων σε πολλά επίπεδα πέραν της υγείας, όπως η εκπαίδευση, η γεωργία, το περιβάλλον, η στέγαση, η φορολογία, η ασφάλιση, η προστασία των καταναλωτών και άλλα. Η αλλαγή των πολιτικών και οικονομικών δομών όμως είναι πολύ πιο δύσκολη από την εφαρμογή νόμων που στοχεύουν στην ατομική συμπεριφορά. Είναι πιο δύσκολο για τους πολιτικούς να έρθουν σε ρήξη και να αντιμετωπίσουν τα ισχυρά συμφέροντα που κρύβονται πίσω από αυτές τις θεμελιώδεις αιτίες της υγείας, της ασθένειας και της αναπηρίας. Επίσης κατά καιρούς κάποιες επείγουσες καταστάσεις, όπως μία πανδημία, που απαιτούν άμεσες παρεμβάσεις, στρέφουν το ενδιαφέρον μακριά από τη διαχείριση των θεμελιωδών αιτιών, στις παρεμβάσεις που στοχεύουν στην ατομική προστασία και τον έλεγχο της νόσου και όχι τόσο στην πρόληψη αυτής. Για παράδειγμα, κατά την επιδημία του Ebola, ήταν πιο εύκολο για τις κυβερνήσεις να απαγορέψουν την είσοδο στις χώρες τους ατόμων με υποψία λοίμωξης παρά να εξασφαλίσουν τα απαραίτητα κονδύλια που απαιτούνται για την δημιουργία των κατάλληλων υποδομών και υπηρεσιών για την αντιμετώπιση των νοσημάτων. Η πολιτεία όμως έχει καθήκον να προστατεύει όλα τα ανθρώπινα δικαιώματα : α) να σέβεται τα ατομικά δικαιώματα και τις προσωπικές ελευθερίες, β) να προστατεύει τα άτομα από την καταπάτηση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων από εξωγενείς παράγοντες και γ) να εκπληρώνει τις ανάγκες του πληθυσμού (8).

Για τα περισσότερα μείζονα ζητήματα της δημόσιας υγείας υπάρχουν κάποιοι βασικοί προσδιοριστές που παίζουν ρόλο και είναι αναμενόμενο η αλλαγή τους σε ένα υψηλότερο επίπεδο, όπως είναι το κοινωνικοοικονομικό πλαίσιο, να επιφέρει και αλλαγές σε χαμηλότερα επίπεδα, όπως είναι η έκθεση σε παράγοντες κινδύνου, η ευαλωτότητα των ατόμων κτλ. Οι παρεμβάσεις για τη δημόσια υγεία θα πρέπει να απευθύνονται και στα αίτια που οδηγούν στην άνιση κατανομή της υγείας στον πληθυσμό, πέρα από τον τρόπο παροχής υπηρεσιών υγείας.

Όσον αφορά τις αλλαγές που απαιτούνται σε επίπεδο κοινωνικοοικονομικού πλαισίου, τα προγράμματα δημόσιας υγείας θα πρέπει να παρέχουν σαφείς ενδείξεις για τη συσχέτιση των προσδιοριστών με την υγεία και να προτείνουν μέτρα πριν και κατά τη διάρκεια της χάραξης πολιτικής σε εθνικό και διεθνές επίπεδο. Επίσης, θα πρέπει να υποστηρίζουν τη συμμετοχή ομάδων

δράσης σε δημόσιες διαβουλεύσεις με σκοπό την άσκηση πίεσης στους πολιτικούς και στους νομοθέτες ώστε να ενσωματώσουν τα ζητήματα για την ισότητα στην υγεία στα οικονομικά και κοινωνικά προγράμματα.

Τα κοινωνικά πρότυπα στα οποία τα άτομα εκτίθενται πηγάζουν από τις διαφορετικές κουλτούρες. Τα προγράμματα δημόσιας υγείας θα πρέπει να αναγνωρίσουν ποια από αυτά τα πρότυπα έχουν θετική και ποια αρνητική επίδραση στην υγεία ώστε σε συνεργασία με άλλους φορείς να γίνουν οι απαραίτητες τροποποιήσεις.

Οι παρεμβάσεις με στόχο τη βελτίωση του φυσικού περιβάλλοντος των ατόμων (πχ. βελτίωση των υποδομών της κοινότητας, του οδικού δικτύου, του δικτύου ύδρευσης κτλ) μπορούν επίσης να έχουν θετικά αποτελέσματα στην υγεία και να μειώσουν τις ανισότητες όσον αφορά την έκθεση σε παράγοντες κινδύνου. Απαραίτητες είναι και οι παρεμβάσεις όσον αφορά τη διαθεσιμότητα των καταναλωτικών προϊόντων που έχουν θετική ή αρνητική επίδραση στην υγεία. Για παράδειγμα, συστήνεται η φορολόγηση του καπνού και του αλκοόλ καθώς και η παροχή κινήτρων για την ίση κατανομή και διαθεσιμότητα υγιεινών προϊόντων. Κρίνεται απαραίτητο, για την εξάλειψη των διαφορών ως προς την έκθεση των ατόμων σε παράγοντες κινδύνου, οι φορείς που ασχολούνται με τη δημόσια υγεία να συνεργαστούν με ομάδες της κοινωνίας των πολιτών προκειμένου να διαμορφωθεί η κοινή γνώμη υπέρ των δράσεων για την προαγωγή της υγείας. Επιπλέον, θα πρέπει να συμμετέχουν σε προγράμματα εκπαίδευσης του κοινού, αλλά και σε άλλους τομείς όπως η διαφήμιση, ο σχεδιασμός της φορολογίας κτλ.

Για την αντιμετώπιση της διαφορετικής ευαλωτότητας των ατόμων που οδηγεί σε ανισότητες, οι στρατηγικές δημόσιας υγείας θα πρέπει καταρχήν να αναγνωρίσουν τους ευάλωτους πληθυσμούς και τα αίτια που καθορίζουν αυτές τις διαφορές, με σκοπό την οικονομική, κοινωνική και δομική ενδυνάμωση αυτών των πληθυσμών καθώς και την εφαρμογή επιμορφωτικών προγραμμάτων. Θα πρέπει επίσης να εξασφαλίζεται η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας καθώς και η προσαρμογή των υπηρεσιών αυτών σύμφωνα με τις διαφορετικές κουλτούρες και παραδόσεις των ατόμων. Σε αυτό το επίπεδο απαιτείται συνεργασία των φορέων υγείας με άλλους φορείς, όπως αυτοί της εκπαίδευσης, τα ΜΜΕ, οι θρησκευτικές οργανώσεις, κοινωνικές οργανώσεις ανάπτυξης κ.ά.

Ακόμη, τα ίδια τα συστήματα υγείας μπορούν να αποτελέσουν κοινωνικούς προσδιοριστές της υγείας με δύο τρόπους. Καταρχήν με κακής ποιότητας παροχή υπηρεσιών υγείας, συμπεριλαμβανομένης και της πιθανότητας φυλετικών ή άλλων διακρίσεων, όπως και της παροχής υγείας βάσει της δυνατότητας πληρωμής από τη μεριά του ασθενούς. Δεύτερον, μέσω κακής επικοινωνίας και αλληλεπίδρασης με τους ασθενείς, με αποτέλεσμα οι δεύτεροι να μην επωφελούνται το μέγιστο από το σύστημα υγείας. Για την καλύτερη συμμόρφωση των

επαγγελματιών υγείας και την εξάλειψη συμπεριφορών που βασίζονται σε οποιουδήποτε είδους διακρίσεις, τα προγράμματα δημόσιας υγείας θα πρέπει να φροντίζουν για τη σωστή εκπαίδευση τους όσον αφορά σε θέματα ηθικής και ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Επίσης, καλό είναι να δίνονται κίνητρα, οικονομικά και μη, ούτως ώστε να ενθαρρύνεται η εργασία τους με ευάλωτες και μειονεκτικές ομάδες ασθενών. Από την άλλη πλευρά, θα πρέπει τα εργαλεία της υγείας να είναι εύχρηστα για όλους, απλοποιημένα και να προσαρμόζονται στις ανάγκες όλων των ομάδων ασθενών. Επιπλέον, οι ίδιοι οι ασθενείς θα πρέπει να είναι σωστά ενημερωμένοι για τα δικαιώματά τους όσον αφορά την ισότητα στην υγεία και θα πρέπει και αυτοί να εκπαιδεύονται για τη σωστή χρήση των υπηρεσιών υγείας.

Τέλος, οι συνέπειες των νοσημάτων δεν είναι ίδιες για όλους τους ασθενείς. Παρατηρούνται διαφορετικές οικονομικές, κοινωνικές και εργασιακές συνέπειες, όπως επίσης κοινωνική απομόνωση, στιγματισμός και ασφαλιστικός αποκλεισμός κυρίως σε άτομα τα οποία ήδη βρίσκονται σε μειονεκτική θέση. Ακόμη, οι συνέπειες αυτές πολλές φορές πλήττουν και τα άτομα του στενού περιβάλλοντος των ασθενών και μπορεί να μεταφέρονται και σε επόμενες γενιές. Οι απαιτούμενες παρεμβάσεις αφορούν στρατηγικές κοινωνικής πρόνοιας, δηλαδή την ενδυνάμωση των ατόμων όσον αφορά την αποκατάστασή τους, την ψυχολογική υποστήριξη μέσω δημιουργίας κοινωνικών δικτύων και την επίτευξη δικτύου ασφαλείας για τους ασθενείς και τις οικογένειές τους. Επίσης, η δημιουργία εκπαιδευτικών και επαγγελματικών ευκαιριών με στόχο τη βελτίωση του εισοδήματός τους, η αύξηση της φυσικής πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας, η εξασφάλιση προσιτών τιμών και υγειονομικής ασφάλισης για όλους, κρίνονται απαραίτητα μέτρα. Σε συνεργασία και με άλλους φορείς, όπως η εκπαίδευση, οι μη κυβερνητικές οργανώσεις, τα ΜΜΕ, οι σύλλογοι ασθενών, ο τομέας κοινωνικής πρόνοιας κ.ά., θα πρέπει να γίνεται συνεχώς προσπάθεια για σωστή ενημέρωση των πολιτών με στόχο τη μείωση του στίγματος και των πάσης φύσεως διακρίσεων (43).

4. Συμπεράσματα

Η άνιση κατανομή των οικονομικών και κοινωνικών προσδιοριστών ευθύνεται για τις ανισότητες στην υγεία και τη θνητότητα. Οι βασικές αιτίες θανάτου διαφέρουν από χώρα σε χώρα αν λάβουμε υπόψη το οικονομικό εισόδημα. Έτσι, ακόμη και σήμερα, παρά την επιδημιολογική μετάβαση, στις χώρες χαμηλού εισοδήματος το μεγαλύτερο ποσοστό θανάτων οφείλεται σε λοιμώδη αίτια, σε αίτια που προκαλούν περιγεννητική και μητρική θνησιμότητα και σε διαταραχές θρέψης. Από την άλλη πλευρά στις χώρες υψηλού εισοδήματος το ποσοστό θανάτων οφείλεται σχεδόν αποκλειστικά σε μη μεταδιδόμενα, χρόνια νοσήματα. Ωστόσο, η αύξηση του ΑΕΠ των χωρών ή/και του κατά κεφαλή εισοδήματος δεν επαρκεί για να εξαλειφθούν οι ανισότητες στην

υγεία. Φαίνεται, πως ο ρόλος των κοινωνικών προσδιοριστών είναι ιδιαίτερα σημαντικός για την έκβαση των διαφόρων νοσημάτων. Τα θεμελιώδη κοινωνικά αίτια είναι και αυτά που τελικά καθορίζουν το αν τα άτομα θα ακολουθήσουν μία πιο ευνοϊκή ή μία πιο επικίνδυνη συμπεριφορά υγείας και τελικά καθορίζουν τους δείκτες υγείας.

Είναι σημαντικό επομένως να γνωρίζουμε γιατί πεθαίνουν οι άνθρωποι. Μέσω της καταγραφής των αιτιών θανάτου, και φυσικά του αριθμού των θανάτων, αξιολογείται και η αποτελεσματικότητα των συστημάτων υγείας των χωρών. Επίσης, τα κράτη μπορούν να κάνουν πιο σωστό σχεδιασμό ώστε να εφαρμοστούν τα κατάλληλα μέτρα δημόσιας υγείας, λαμβάνοντας υπόψη το κοινωνικό, οικονομικό και πολιτικό πλαίσιο στο οποίο οι πολίτες μίας χώρας ζουν, ακολουθώντας παράλληλα και τις αρχές των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Για να επιτευχθούν οι επιθυμητές αλλαγές στη δημόσια υγεία και να εξαλειφθούν οι ανισότητες ο δρόμος είναι δύσκολος και απαιτείται ισχυρή βούληση, κυρίως σε πολιτικό επίπεδο, καθώς και συνεργασία διαφόρων φορέων σε πολλούς τομείς.

5. Βιβλιογραφία

1. Krouse HJ. COVID-19 and the Widening Gap in Health Inequity. *Otolaryngol Neck Surg*. 2020 May 5;0194599820926463.
2. Ahmed F, Ahmed N, Pissarides C, Stiglitz J. Why inequality could spread COVID-19. *Lancet Public Health*. 2020 May;5(5):e240.
3. Alliance EPH. COVID-19 reveals urgent need for common European public health strategy [Internet]. <https://epha.org/>. [cited 2020 May 12]. Available from: <https://epha.org/covid-19-reveals-urgent-need-for-a-common-european-public-health-approach/>
4. Alter GC, Carmichael AG. Classifying the Dead: Toward a History of the Registration of Causes of Death. *J Hist Med Allied Sci*. 1999 Apr 1;54(2):114–32.
5. Moriyama IM, Loy RM, Robb-Smith AHT, Rosenberg HM, Hoyert DL. History of the statistical classification of diseases and causes of death. Hyattsville, Md: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics; 2011. 66 p. (DHHS publication).
6. The top 10 causes of death [Internet]. [cited 2020 Jan 9]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>

7. WHO | Causes of death, by WHO region [Internet]. WHO. [cited 2020 Jan 9]. Available from: http://www.who.int/gho/mortality_burden_disease/causes_death/region_text/en/
8. Mariner WK. Beyond Lifestyle: Governing the Social Determinants of Health. *Am J Law Med.* 2016;42(2–3):284–309.
9. World Health Organization. World Health Statistics 2018: monitoring health for the SDGs : sustainable development goals. 2018.
10. Torre LA, Bray F, Siegel RL, Ferlay J, Lortet-Tieulent J, Jemal A. Global cancer statistics, 2012: Global Cancer Statistics, 2012. *CA Cancer J Clin.* 2015 Mar;65(2):87–108.
11. Reiner RC, Olsen HE, Ikeda CT, Echko MM, Ballestreros KE, Manguerra H, et al. Diseases, Injuries, and Risk Factors in Child and Adolescent Health, 1990 to 2017: Findings From the Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors 2017 Study. *JAMA Pediatr.* 2019 Jun 1;173(6):e190337–e190337.
12. Levine RS, Kilbourne BA, Rust GS, Langston MA, Husaini BA, Gittner LS, et al. Social determinants and the classification of disease: descriptive epidemiology of selected socially mediated disease constellations. *PloS One.* 2014;9(11):e110271.
13. Adler NE, Newman K. Socioeconomic Disparities In Health: Pathways And Policies. *Health Aff (Millwood).* 2002 Mar 1;21(2):60–76.
14. Pasarín MI, Borrell C, Brugal MT, Díaz-Quijano E. Weighing social and economic determinants related to inequalities in mortality. *J Urban Health.* 2004 Sep 1;81(3):349–62.
15. Marmot M. Epidemiology of Socioeconomic Status and Health: Are Determinants Within Countries the Same as Between Countries? *Ann N Y Acad Sci.* 1999;896(1):16–29.
16. Marí-Dell’Olmo M, Gotsens M, Palència L, Burström B, Corman D, Costa G, et al. Socioeconomic inequalities in cause-specific mortality in 15 European cities. *J Epidemiol Community Health.* 2015 May;69(5):432–41.
17. Wilkinson RG. The need for an interdisciplinary perspective on the social determinants of health. *Health Econ.* 2000;9(7):581–3.
18. Mackenbach JP, Looman CW. Life expectancy and national income in Europe, 1900-2008: an update of Preston’s analysis. *Int J Epidemiol.* 2013 Aug 1;42(4):1100–10.
19. Granados JAT, Ionides EL. Population health and the economy: Mortality and the Great Recession in Europe. *Health Econ.* 2017;26(12):e219–35.
20. Preston SH. The changing relation between mortality and level of economic development. *Popul Stud.* 1975 Jul;29:231–48.
21. Cutler D, Deaton A, Lleras-Muney A. The Determinants of Mortality. *J Econ Perspect.* 2006 Sep;20(3):97–120.

22. Ballester J, Robine J-M, Herrmann FR, Rodó X. Effect of the Great Recession on regional mortality trends in Europe. *Nat Commun*. 2019 Feb 8;10(1):1–9.
23. Toffolutti V, Suhrcke M. Does austerity really kill? *Econ Hum Biol*. 2019 May;33:211–23.
24. Regidor E, Lostao L, Pascual C, Martínez D, Calle ME, Domínguez V. Income in large residential areas and premature mortality in six countries of the European Union. *Health Policy*. 2005 Dec 1;75(1):99–108.
25. Janssen F, Kunst AE, Mackenbach JP. Association between gross domestic product throughout the life course and old-age mortality across birth cohorts: Parallel analyses of seven European countries, 1950–1999. *Soc Sci Med*. 2006 Jul 1;63(1):239–54.
26. Swift R. The relationship between health and GDP in OECD countries in the very long run. *Health Econ*. 2011;20(3):306–22.
27. Link BG, Phelan J. Social conditions as fundamental causes of disease. *J Health Soc Behav*. 1995;Spec No:80–94.
28. Phelan JC, Link BG, Tehranifar P. Social Conditions as Fundamental Causes of Health Inequalities: Theory, Evidence, and Policy Implications: *J Health Soc Behav* [Internet]. 2010 Oct 8 [cited 2020 Mar 6]; Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0022146510383498>
29. Clark D, Royer H. The Effect of Education on Adult Mortality and Health: Evidence from Britain. *Am Econ Rev*. 2013 Oct;103(6):2087–120.
30. Mackenbach JP, Kulhánová I, Bopp M, Deboosere P, Eikemo TA, Hoffmann R, et al. Variations in the relation between education and cause-specific mortality in 19 European populations: a test of the “fundamental causes” theory of social inequalities in health. *Soc Sci Med* 1982. 2015 Feb;127:51–62.
31. Khaing W, Vallibhakara SA, Attia J, McEvoy M, Thakkestian A. Effects of education and income on cardiovascular outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Eur J Prev Cardiol*. 2017;24(10):1032–42.
32. Smith GD, Hart C, Hole D, MacKinnon P, Gillis C, Watt G, et al. Education and occupational social class: which is the more important indicator of mortality risk? *J Epidemiol Community Health*. 1998 Mar 1;52(3):153–60.
33. Eisenberg-Guyot J, Mooney SJ, Hagopian A, Barrington WE, Hajat A. Solidarity and disparity: Declining labor union density and changing racial and educational mortality inequities in the United States. *Am J Ind Med* [Internet]. [cited 2020 Jan 15];n/a(n/a). Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/ajim.23081>
34. Muennig P, Murphy M. Does Racism Affect Health? Evidence from the United States and the United Kingdom. *J Health Polit Policy Law*. 2011 Feb 1;36(1):187–214.

35. Gilbert KL, Ray R, Siddiqi A, Shetty S, Baker EA, Elder K, et al. Visible and Invisible Trends in Black Men's Health: Pitfalls and Promises for Addressing Racial, Ethnic, and Gender Inequities in Health. *Annu Rev Public Health*. 2016;37:295–311.
36. Gadson A, Akpovi E, Mehta PK. Exploring the social determinants of racial/ethnic disparities in prenatal care utilization and maternal outcome. *Semin Perinatol*. 2017 Aug 1;41(5):308–17.
37. Merath K, Palmer Kelly E, Hyer JM, Mehta R, Agne JL, Deans K, et al. Patient Perceptions About the Role of Religion and Spirituality During Cancer Care. *J Relig Health*. 2019 Sep 3;
38. Kawachi I. Religion as a Social Determinant of Health. *Am J Epidemiol*. 2019 Nov 12;
39. Chen Y, VanderWeele TJ. Associations of Religious Upbringing With Subsequent Health and Well-Being From Adolescence to Young Adulthood: An Outcome-Wide Analysis. *Am J Epidemiol*. 2018 Nov;187(11):2355–64.
40. Çoruh B, Ayele H, Pugh M, Mulligan T. Does Religious Activity Improve Health Outcomes? A Critical Review of the Recent Literature. *EXPLORE*. 2005 May 1;1(3):186–91.
41. Idler E, Blevins J, Kiser M, Hogue C. Religion, a social determinant of mortality? A 10-year follow-up of the Health and Retirement Study. *PLOS ONE*. 2017;12(12):e0189134.
42. Paudel M, Javanparast S, Dasvarma G, Newman L. Religio-cultural factors contributing to perinatal mortality and morbidity in mountain villages of Nepal: Implications for future healthcare provision. *PloS One*. 2018;13(3):e0194328.
43. Blas E, Kurup AS, World Health Organization, editors. Equity, social determinants, and public health programmes. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2010. 291 p.