



ΑΝΟΙΚΤΟ  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΚΥΠΡΟΥ

# ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ  
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

## ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

Διερεύνηση των γνώσεων και της συμπεριφοράς  
των γυναικών για την πρόληψη του καρκίνου του  
Τραχήλου της μήτρας κατά την περίοδο της κρίσης.

*Μαρία Δρογώση*

Επιβλέπων Καθηγητής  
Άγγελος Παπαδόπουλος

[Ιούνιος, 2018]

# **Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου**

Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης

*Διερεύνηση των γνώσεων και της συμπεριφοράς των γυναικών για την πρόληψη του καρκίνου του Τραχήλου της μήτρας κατά την περίοδο της κρίσης.*

*Μαρία Δρογώση*

Επιβλέπων Καθηγητής  
Άγγελος Παπαδόπουλο

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στόχος της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση της χρησιμότητας του τεστ Παπανικολάου ως μέσου πρόληψης κατά του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, σε μια περίοδο που τη χαρακτηρίζει η οικονομική ύφεση. Για το σκοπό αυτό πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση καθώς και η χρήση ερωτηματολογίου.

Οι εκάστοτε ασθένειες έχουν επηρεάσει την ιστορία τόσο μέσω του δημογραφικού τους αντίκτυπου όσο και μέσω της διαμόρφωσης καθολικών κοινωνικών συμπεριφορών. Η ανθρωπότητα από τις συλλογικές μάστιγες των περασμένων αιώνων και το φαύλο κύκλο ασθένειας θανάτου, πέρασε σε μια εποχή σύγχρονων, μη μεταδοτικών ασθενειών και στην υιοθέτηση ενός μοντέλου με έμφαση πλέον στο άτομο. Παρόλα αυτά ο κύκλος των ασθενειών με επιδημικό χαρακτήρα δεν έδειξε να κλείνει. Μετά από μια περίοδο ύφεσης, νέες μολυσματικές ασθένειες, όπως είναι τα οξυτενή κονδυλώματα και ο ιός HPV, έκαναν την εμφάνισή τους και όχι μόνο επανέφεραν από τη συλλογική μνήμη το φόβο για το άγνωστο, αλλά συντέλεσαν και στην επανεμφάνιση ρατσιστικών συμπεριφορών μέσω του στιγματισμού και του κοινωνικού αποκλεισμού των ασθενών. Μέσα από αυτήν την κατάσταση αναδύθηκαν νέες τάσεις στον τρόπο διαχείρισης των σύγχρονων ασθενειών με έμφαση τόσο στην πρόληψη (όπως γίνεται με τον εμβολιασμό για τα νεαρά κορίτσια και μέσω του τεστ-Παπανικολάου) όσο και στο σεβασμό των ατομικών δικαιωμάτων του ασθενή.

(κρίση, τεστ Παπανικολάου, κονδυλώματα, πρόληψη, καρκίνος)

## **SUMMARY**

The aim of this paper is to investigate the usefulness of the Papanicolaou test as a means of preventing cervical cancer at a time when the economic downturn is characterized by it. For this purpose, a bibliographic literature has been used as well as the use of a questionnaire.

Diseases have affected history both through their demographic impact and through the formation of universal social behaviours. Humanity from the collective diseases of the past centuries and the vicious circle of death disease has passed into a model, non-contagious diseases and the adoption of a model with an emphasis on the individual. However, the circle of epidemic diseases did not show closure. After a period of recession, new infectious diseases such as warts and HPV have made their appearance, not only have the fear of the unknown recovered from the collective memory, but also contributed to the recurrence of racist behaviours through stigma and the Social exclusion of patients. Through this situation new trends emerged in the way of managing modern diseases with emphasis on prevention (as with vaccinations for young girls and through the Papanikolaou test) as well as respecting the individual patient's rights.

(crisis, test Papanikolaou, papilloma, prevention, cancer)

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Θα ήθελα να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα καθηγητή μου κύριο Παπαδόπουλο Άγγελο για την υπομονή, την καθοδήγηση, τη βοήθεια και τις εύστοχες παρατηρήσεις του καθ' όλη τη διάρκεια της εκπόνησης της διπλωματικής μου εργασίας.

Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω το Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου για τη δυνατότητα που μου έδωσε να φοιτήσω και να ολοκληρώσω με επιτυχία το μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών που επέλεξα.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω τη μαιευτήρα-χειρουργο-γυναικολόγο και πολύτιμη συνεργάτη μου Σλάβκοβιτς Ατζέλικα που μου επέτρεψε να χρησιμοποιήσω το χώρο του ιατρείου της και να συμπεριλάβω στην έρευνα μου τις ασθενείς της ώστε να διαθέσω τα ερωτηματολόγια που χρειάζονταν για να ολοκληρώσω τη διπλωματική μου εργασία.

# ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

<i>Εισαγωγή</i> .....	9
<b>1.1 Οικονομία και Υγεία</b> .....	10
<b>1.2 Επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης και σημάδια εμφάνισης</b> .....	10
1.2.1 Κατάθλιψη.....	14
1.2.2 Αυτοκτονίες.....	14
1.2.3 Επίδραση στο επίπεδο υγείας .....	15
<b>1.3 Ο Ρόλος Των Κοινωνικών Παραγόντων</b> .....	16
1.3.1 Αυξημένη εργασιακή ανασφάλεια .....	16
1.3.2 Αύξηση των νοικοκυριών με υψηλό χρέος.....	16
1.3.3 Οικογένειες υπό πίεση.....	16
<i>Κεφάλαιο Δεύτερο</i> .....	17
<i>Διεθνή Δεδομένα</i> .....	17
<b>2.1 Εισαγωγή</b> .....	17
<b>2.2 Θνησιμότητα</b> .....	17
<b>2.3 Σωματική Νοσηρότητα</b> .....	18
<b>2.4 Ψυχική Νοσηρότητα</b> .....	18
<b>2.5 Συμπεριφορές Υγείας</b> .....	19
<b>2.6 Υπηρεσίες Υγείας</b> .....	19
<b>2.7 Ανεργία Και Υγεία</b> .....	20
<i>Κεφάλαιο Τρίτο</i> .....	21
<i>Η Οικονομική Κρίση Παγκοσμίως</i> .....	21
<b>3.1 Οι Διαστάσεις Και Τα Αίτια Της Κρίσης</b> .....	21
3.1.1 Οι Παθογένειες Του Ελληνικού Αναπτυξιακού Και Κοινωνικού Προτύπου.....	22
3.1.2 Οικονομική Κρίση Και Κοινωνική Πολιτική.....	24
<b>3.2 Το Φαινόμενο Της Ανεργίας</b> .....	26
<b>3.3 Το Φαινόμενο Της Φτώχειας</b> .....	26
<i>Κεφάλαιο Τέταρτο</i> .....	27
<i>Οι Επιπτώσεις Στην Υγεία Του Ελληνικού Πληθυσμού</i> .....	27
<b>4.1 Δημογραφία</b> .....	27
4.1.1 Πληθυσμός Της Ελλάδας .....	27
4.1.2 Προσδόκιμο Ζωής .....	27
4.1.3 Προσδόκιμο Υγιούς Ζωής.....	27
4.1.4 Συμπεράσματα.....	28
<b>4.2 Θνησιμότητα</b> .....	28
4.2.1 Γενική Προσωποποιημένη Θνησιμότητα .....	29

4.2.1.1 Ειδική Θνησιμότητα, Κατά Ηλικία .....	29
4.2.1.2 Προγεννητική Θνησιμότητα.....	29
4.2.2 Δυσμενείς επιπτώσεις λόγω κρίσης.....	30
4.2.2.1 Κακοήθη Νεοπλάσματα .....	30
4.2.2.2 Ατυχήματα.....	30
4.2.2.3 Αναπνευστικό Σύστημα.....	30
4.2.3 Συμπεράσματα.....	31
<b>4.3 Σωματική Νοσηρότητα.....</b>	<b>31</b>
4.3.1 Εξιτήριο Ασθενών Ανά Νόσο, Φύλο, Ηλικία.....	31
4.3.2 Αυτό-αναφερόμενη Νοσηρότητα .....	32
4.3.3 Συμπεράσματα.....	32
<b>4.4 Ψυχική Υγεία.....</b>	<b>32</b>
4.4.1 Ψυχική Νοσηρότητα.....	33
4.4.2 Οικονομική Κρίση Και Ψυχική Υγεία .....	33
4.4.3 Κατάθλιψη.....	33
4.4.4 Αυτοκτονίες.....	34
4.4.5 Συμπεράσματα.....	34
<b>4.5 Ποιότητα Ζωής Που Σχετίζεται Με Τον κλάδο της Υγείας.....</b>	<b>35</b>
4.5.1 Ενήλικος Πληθυσμός .....	35
4.5.2 Συστήματα Αξιολόγησης.....	35
4.5.3 Μαθητικός Πληθυσμός .....	36
4.5.4 Συμπεράσματα.....	36
<b>Κεφάλαιο Πέμπτο .....</b>	<b>37</b>
<b><i>Οι Επιπτώσεις Στους Παράγοντες Συμπεριφοράς Που Επιδρούν Στην Υγεία</i></b>	<b>37</b>
<b>5.1 Κάπνισμα .....</b>	<b>37</b>
<b>5.2 Διατροφή, παχυσαρκία, φυσική άσκηση.....</b>	<b>39</b>
<b>5.3 Αλκοόλ και ναρκωτικά .....</b>	<b>40</b>
<b>Κεφάλαιο Έκτο .....</b>	<b>41</b>
<b><i>Οι Επιπτώσεις Στο Σύστημα Υγείας .....</i></b>	<b>41</b>
<b>6.1 Χρηματοδότηση - Δαπάνες Υγείας .....</b>	<b>41</b>
6.1.1 Εξέλιξη Της Χρηματοδότησης Του Συστήματος Υγείας .....	41
6.1.2 Κατανομή Χρηματοδότησης Ανά Τομείς.....	42
6.1.3 Δαπάνες Υγείας Στην Ελλάδα .....	43
6.1.4 Σύγκριση Της Ελλάδας Με Τις Χώρες της ΕΕ.....	44
6.1.5 Τα Προβλήματα Στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας Στην Ελλάδα .....	45
6.1.6 Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη Στην Ελλάδα.....	46
<b>6.2 Η Αξιολόγηση Του Συστήματος Υγείας.....</b>	<b>47</b>
<b>Κεφάλαιο Έβδομο.....</b>	<b>48</b>
<b><i>Ο ΙΟΣ ΤΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΚΟΝΔΥΛΩΜΑΤΩΝ (HPV)</i></b> .....	<b>48</b>
<b>7.1 Γενικά .....</b>	<b>48</b>
<b>7.2 Τι είναι ο ιός των Ανθρώπινων Κονδυλωμάτων (HPV).....</b>	<b>49</b>
<b>7.3 Σε ποια μέρη του σώματος συναντάται ο HPV.....</b>	<b>50</b>

<b>7.4 Με ποιο τρόπο τίθεται η διάγνωση για τον HPV .....</b>	<b>52</b>
<b>7.5 Πρόληψη και εμβολιασμός για την προστασία κατά του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας .....</b>	<b>55</b>
7.5.1 Πρόληψη και διαχείριση των ασθενειών .....	55
7.5.2 Μέθοδος πρόληψης και προστασίας κατά του HPV .....	56
7.5.3 Εμβολιασμός ως μέθοδος πρόληψης .....	56
<b>7.6 Αντιμετώπιση-θεραπεία.....</b>	<b>58</b>
<b><i>Κεφάλαιο Όγδοο.....</i></b>	<b>59</b>
<b><i>Μεθοδολογία της Έρευνας.....</i></b>	<b>59</b>
<b>8.1 Μέσα Συλλογής Δεδομένων.....</b>	<b>59</b>
<b>8.2. Στατιστική Ανάλυση.....</b>	<b>60</b>
<b>8.3 Δειγματοληψία.....</b>	<b>60</b>
8.3.1 Μηνιαίο Οικογενειακό Εισόδημα και τελευταίος έλεγχος τεστ Παπανικολάου .....	60
8.3.2 Μηνιαίο Οικογενειακό εισόδημα και Συχνότητα εξέτασης στο τεστ Παπανικολάου .....	60
8.3.3 Ασφάλιση και τελευταίος έλεγχος τεστ Παπανικολάου .....	61
8.3.4 Ασφάλιση και συχνότητα εξέτασης με τεστ Παπανικολάου .....	61
8.3.4 Εργασιακή κατάσταση και συχνότητα υποβολής σε τεστ Παπανικολάου .....	62
8.3.5 Κατάθλιψη και συχνότητα εξέτασης με τεστ Παπανικολάου .....	63
<b><i>Κεφάλαιο Ένατο .....</i></b>	<b>65</b>
<b><i>Αποτελέσματα Της Έρευνας.....</i></b>	<b>65</b>
<b>9.1 Δημογραφικά στοιχεία συμμετεχόντων.....</b>	<b>65</b>
<b>9.2 Στοιχεία εργασίας δείγματος.....</b>	<b>68</b>
<b>9.3 Τεστ Παπανικολάου .....</b>	<b>70</b>
<b>9.4 Κλίμακα αξιολόγησης της κατάθλιψης.....</b>	<b>84</b>
<b>9.5 Συζήτηση.....</b>	<b>85</b>
<b><i>Κεφάλαιο Δέκατο.....</i></b>	<b>88</b>
<b><i>Βιβλιογραφία.....</i></b>	<b>90</b>
<b><i>Παράρτημα-Ερωτηματολόγιο .....</i></b>	<b>96</b>



# Κεφάλαιο Πρώτο

## Εισαγωγή

Η ανεργία αποτελεί ένα σημαντικό πρόβλημα για την οικονομία αλλά και για την κοινωνία ιδιαίτερα. Η μεγάλη αύξησή της που παρατηρείται μετά την οικονομική κρίση σε εθνικό αλλά και σε ευρωπαϊκό επίπεδο έχει προκαλέσει μεγάλη ανησυχία στις κυβερνήσεις των κρατών. Γι' αυτό εντοπίζεται η αναγκαιότητα για κρατικές παρεμβάσεις με στόχο την καταπολέμηση της ανεργίας. Σε αυτό το πλαίσιο αναφοράς την περίοδο της οικονομικής κρίσης την οποία διανύει η Ελλάδα, λαμβάνονται πολιτικές για την προώθηση της απασχόλησης, οι οποίες εξειδικεύονται σε στοχευμένα προγράμματα προώθησης απασχόλησης των νέων, τα οποία εκπονεί ο Οργανισμός Απασχόλησης Εργατικού Δυναμικού.

Σκοπός του θέματος είναι να εστιάσει στις δυσκολίες της σημερινής εποχής λόγω της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα με αποτέλεσμα την αύξηση της ανεργίας ιδιαίτερα στο γυναικείο φύλο και τις περεταίρω δυσκολίες στον κλάδο της υγείας. Στην παρούσα φάση και με τις παρούσες οικονομικές συνθήκες που επικρατούν στη χώρα, έχουν επηρεαστεί η οικονομία, οι βασικοί δείκτες όπως το ακαθάριστο εγχώριο προϊόν το οποίο συρρικνώνεται.

Πιο συγκεκριμένα το ΑΕΠ έχει επηρεαστεί και κατά συνέπεια έχει επηρεαστεί και ο χώρος της υγείας. Έχουν δαπανηθεί πολύ λιγότεροι πόροι στο χώρο της υγείας από αυτό που θα ήταν απαραίτητο και με βάση αυτή την αλλαγή, σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η μελέτη/εκτίμηση της διενέργειας του τεστ Παπανικολάου και των γνώσεων/αντιλήψεων για τη χρησιμότητά του κατά την περίοδο της κρίσης.

## **1.1 Οικονομία και Υγεία**

Στην ΕΕ, υπάρχει ένας συσχετισμός μεταξύ των ποσοστών ανεργίας και των ποσοστών αυτοκτονιών. Στην ΕΕ, κάθε αύξηση 1% στο εθνικό ποσοστό ανεργίας έχει συσχετιστεί με μια αύξηση 0,8% στις αυτοκτονίες των ανθρώπων κάτω των 65 ετών. Μια αύξηση της ανεργίας περισσότερο από 3% συνδέεται με μία 4,5% αύξηση των αυτοκτονιών. Οι νεότεροι πληθυσμοί ήταν πιο ευαίσθητοι στις αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία λόγω της αύξησης της ανεργίας από ό,τι ήταν τα άτομα άνω των 60 ετών(Stuckler 2009).

Οι νέοι βρίσκονται σε κίνδυνο ψυχικών προβλημάτων μετά την απώλεια των θέσεων εργασίας. Ο κίνδυνος να γίνει ψυχολογικά διαταραγμένος ένας νέος (15-24 ετών), μετά την έναρξη της ανεργίας είναι 51% υψηλότερος σε σχέση με τους νέους που δεν βίωσαν απώλεια εργασίας. Τα ποσοστά ανεργίας στους νέους φαίνεται να συνδέονται με τα ποσοστά αυτοκτονίας (Milner et al., 2013).

## **1.2 Επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης και σημάδια εμφάνισης**

Κατά τη διάρκεια μιας οικονομικής κρίσης, το βασικό φαινόμενο το οποίο υπερισχύει και δημιουργεί τα περισσότερα προβλήματα από τη μια στους πολίτες και από την άλλη στο κράτος στο σύνολο του, είναι η έλλειψη ρευστότητας.

Συγκεκριμένα υπάρχουν μεγάλες δυσκολίες στις καθημερινές συναλλαγές, υπάρχει αδυναμία κάλυψης οικονομικών υποχρεώσεων, αύξηση της ανεργίας λόγω μείωσης της κατανάλωσης, μείωση της αγοραστικής δύναμης και ένας ευρύτερος επηρεασμός της ψυχολογίας των πολιτών.

Ιστορικά και σύμφωνα με τους Andrian και Shin (2007) η οικονομία υφίσταται συνεχείς κυκλικές διακυμάνσεις, οι οποίες για πρώτη φορά αναπτύχθηκαν από τον Schumpeter (1935), αυτές οι διακυμάνσεις είναι οι ακόλουθες (Adrian, & Shin 2007):

1. Kitchin ή αποθεματικός κύκλος με διάρκεια 3-5 χρόνια.

2. Jouglar ή επενδυτικός κύκλος με διάρκεια 7 έως 11 χρόνια, κατά τη διάρκεια του οποίου υπήρξαν μικρού μεγέθους καινοτομίες με αρκετές διακυμάνσεις στις διάφορες επενδύσεις οι οποίες έγιναν σε διάφορους τομείς.

3. Ο Kuznetz κύκλος ο οποίος διήρκησε 15-25 χρόνια και ο οποίος σχετίστηκε με διάφορες κατασκευαστικές δράσεις.

4. Kondratieff ή αλλιώς μακρά κύματα με διάρκεια 45-55 χρόνια, ο οποίος συνδέθηκε με καινοτόμες δράσεις και επενδύσεις σε τομείς μαζικής παραγωγής αυτοκινήτων, στην ενέργεια, στις νέες τεχνολογίες κ.λπ. Τη συγκεκριμένη περίοδο και με βάση τον Kondratieff (1892-1938), αναπτύχθηκε η θεώρηση των οικονομικών κρίσεων η οποία αναπτύχθηκε μέσα από τη θεωρία των μακρών κυμάτων. Ο συγγραφέας κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι οικονομίες των καπιταλιστών βιώνουν διακυμάνσεις διάρκειας 45-55 ετών. Μετά από μια μεγάλη περίοδο άνθησης πάντα έρχεται μια αντίστοιχη περίοδο κρίσης.

Στο Πίνακα 1-1 γίνεται μια παρουσίαση των μακρών κυμάτων της οικονομίας των περιόδων άνθησης και κρίσεων.

#### Πίνακας 1-1:

##### Σχηματική περιοδολόγηση Μακρών Κυμάτων

<b>Πρώτο μακρό κύμα</b>	<b>1790-1845</b>	<b>60 έτη</b>
Άνθηση (Η Μεγάλη Βιομηχανική Επανάσταση)	1790-1815	25 έτη
Κρίση (Η πείνα του 1840)	1815-1850	35 έτη
<b>Δεύτερο μακρό κύμα</b>	<b>1845-1895</b>	<b>45 έτη</b>
Άνθηση (Η Βικτωριανή ανακάμψη)	1850-1870	20 έτη

Κρίση (Η μεγάλη κρίση)	1870-1895	25 έτη
<b>Τρίτο Μακρό κύμα</b>	<b>1895-1940</b>	<b>45 έτη</b>
Άνθηση (Η belle époque)	1895-1920	25 έτη
Κρίση (Το κραχ του 1929)	1920-1940	20 έτη
<b>Τέταρτο μακρό κύμα</b>	<b>1940-1990</b>	<b>50 έτη</b>
Άνθηση (Ο χρυσός αιώνας της συσσώρευσης)	1940-1970	30 έτη
Κρίση (Η σιωπηρή κρίση)	1970-1990	20 έτη
<b>Πέμπτο μακρό κύμα</b>	<b>1990</b>	
Άνθηση (Η επανάσταση της πληροφορικής)	1989-2008	Περίπου 20 έτη
Κρίση	2008	

Πηγή: Τσουλφίδης Λ., (2003) Οικονομική Ιστορία της Ελλάδος Πανεπιστήμιο Μακεδονίας

Σύμφωνα με τους Kindleberger and Aliber (2005) τέθηκε το ρητορικό ερώτημα αν είναι δυνατό να προβλεφθεί το πότε θα ξεσπάσει μια κρίση, η απάντηση ήταν δεδομένη από πριν ότι φυσικά και μπορεί μέσα από τη διαδικασία του υπολογισμού της συνεχούς πτώσης των κερδών, η οποία οδηγεί αποδεδειγμένα σε κρίση (Kindleberger & Aliber, 2005).

Το πρώτο βασικό σύμπτωμα είναι η αδυναμία πώλησης εμπορευμάτων, η οποία στη συνέχεια οδηγεί στην αδυναμία αγοράς μέσω παραγωγής. Η έλλειψη ρευστότητας οδηγεί στο δανεισμό, πράγμα που αυξάνει από τη πλευρά των τραπεζών τα επιτόκια, ενώ αυξάνει και τη ζήτηση των χρημάτων, με αποτέλεσμα όλων αυτών τη χρεοκοπία των τραπεζών, ενώ πολλές επιχειρήσεις

κυρίως μικρομεσαίες οι οποίες δεν έχουν την οικονομική δυνατότητα να αντέξουν την περίοδο της ύφεσης επίσης κλείνουν. Η παραγωγή μειώνεται μέχρι να φτάσει σε επίπεδο που η κατανάλωση καλύπτει την παραγωγή (Franklin & Douglas 2007).

Σε δεύτερο στάδιο τα συμπτώματα είναι ότι η παραγωγή παύει να αυξάνεται, ο αριθμός των χρεοκοπημένων επιχειρήσεων ειδικά των μικρών και μεσαίων μειώνεται ενώ και οι τράπεζες σταματούν να κλείνουν υποκαταστήματα, τέλος τα αποθέματα απορροφώνται. Στο τρίτο στάδιο η αγορά αναζωογονείται. Στο τέταρτο και τελευταίο στάδιο η παραγωγή αυξάνεται η αγορά γυρνά στην πρότερη κατάστασή της και ξεκινά ένας νέος κύκλος που θα οδηγήσει σε μια νέα κρίση μετά από κάποια χρόνια (Franklin & Douglas 2007).

Οι τράπεζες λειτούργησαν με την ίδια λογική απόκρυψης στοιχείων. Σύμφωνα με την McKinsey Company το 2008 δυο άλλα σοβαρά αίτια ήταν τα ακόλουθα:

1. Πληθωρισμός-Τιμολογήσεις-Κεφάλαια: Η αρχική αιτία αύξησης του πληθωρισμού ήταν η αύξηση του πετρελαίου, η επόμενη ήταν η αύξηση του πληθωρισμού σε αγορές όπως η Κίνα και η Ινδία. Τέλος η αύξηση των τιμών ειδικά από τις μικρές και μεσαίες επιχειρήσεις προκειμένου να επιβιώσουν των πιέσεων που δέχονταν.
2. Μείωση προσλήψεων: Η συνεχής μείωση προσωπικού με στόχο τη μείωση του κόστους και την αύξηση των κερδών, μείωση της καταναλωτικής ισχύος, επηρέασε τις πωλήσεις και την αγορά ευρύτερα.
3. Η αυξημένη μείωση των τιμών των ακινήτων σε Ισπανία, Μεγάλη Βρετανία, Αμερική επηρέασε την αγορά επιφέροντας ζημιές στην παγκόσμια οικονομία. Συγχρόνως μεγάλες επιχειρήσεις παρουσίασαν τεράστια ελλείμματα τα οποία αδυνατούσαν να καλύψουν κάποιες από αυτές κι έκλεισαν.
4. Η τιτλοποίηση των στεγαστικών δανείων.
5. Η απελευθέρωση των αγορών χωρίς συγκεκριμένους νόμους και κανόνες.
6. Η αδυναμία σωστής αξιολόγησης από τους οίκους της διαβάθμισης των προϊόντων.
7. Το χαλαρό νομοθετικό πλαίσιο.
8. Η λανθασμένη διαχείριση από τους πολιτικούς φορείς και η διαφθορά.

9. Οι τεράστιες αμοιβές των υψηλόβαθμων στελεχών.

10. Η άνιση κατανομή του πλούτου.

Οι επιπτώσεις της κρίσης αναφέρονται στα ακόλουθα (Wright 2008): 1) Μείωση των ποσοστών του διεθνούς εμπορίου αγαθών, 2) Πτώση του ΑΕΠ σε παγκόσμια κλίμακα, 3) Πτώση τιμών πρώτων υλών, 4) Πτώση διεθνών επενδύσεων μείωση των κερδών στην παροχή υπηρεσιών, Ως δράσεις αντιμετώπισης, ορίστηκαν οι ακόλουθες (Wright 2008): 1) Αλλαγές στη στρατηγική των επιχειρήσεων, εστιάζοντας στην ποιότητα, στην καινοτομία, τη διαφορετικότητα, 2) Στήριξη οικονομιών από τις κυβερνήσεις, 3) Ενίσχυση της βιομηχανίας από τα κράτη, 4) Στήριξη και οικονομική βοήθεια από την Ευρωπαϊκή Ένωση σε χώρες που είχαν πρόβλημα όπως η Ελλάδα, η Πορτογαλία, η Κύπρος 5) Εστίαση στην ευελιξία από την πλευρά των μικρών και μεσαίων επιχειρήσεων, 5) Αύξηση της φορολογίας η οποία όμως δεν επιφέρει θετικά αποτελέσματα ειδικά για τους ιδιώτες και μικρές και μεσαίες επιχειρήσεις.

### **1.2.1 Κατάθλιψη**

Στοιχεία που περιγράφονται στην προηγούμενη ενότητα έδειξαν πειστικά ότι οι γνωστοί παράγοντες κινδύνου για την κατάθλιψη, όπως η ανεργία, τα υψηλά χρέη, και η κατανάλωση αλκοόλ θα αυξηθούν λόγω της οικονομικής κρίσης. Μεταξύ των ατόμων που χάνουν τη δουλειά τους, ο ψυχολογικός αντίκτυπος θα εμφανιστεί σε σύντομο χρονικό διάστημα, αλλά η οικονομική πίεση θα επηρεάσει επίσης τις οικογένειες και αυτό συνιστά παράγοντα κινδύνου για τη μακροπρόθεσμη ψυχική υγεία των παιδιών. Αν δεν γίνουν προληπτικές ενέργειες, υπάρχει ο κίνδυνος ότι τα αποτελέσματα από την κρίση θα τα βιώσει η επόμενη γενιά: δηλαδή εκείνοι που σήμερα είναι παιδιά (Stuckler 2009).

### **1.2.2 Αυτοκτονίες**

Οι οικονομικές κρίσεις αποτελούν κίνδυνο για την αύξηση των ποσοστών αυτοκτονιών. Το αν ο κίνδυνος αυτός θα εξελιχθεί σε πραγματική αύξηση των ποσοστών εξαρτάται από τα μέτρα πολιτικής (Simou & Koutsogeorgou, 2014).

Η ασιατική οικονομική κρίση στα τέλη της δεκαετίας του 1990 συνοδεύτηκε από μια αύξηση της θνησιμότητας αυτοκτονιών σε αρκετές χώρες. Ωστόσο, συγκριτικές μελέτες δείχνουν διεθνώς ότι οι αρνητικές επιπτώσεις της οικονομικής ύφεσης μπορούν να τροποποιηθούν ή ακόμη και να εξαλειφθούν από ενέργειες κοινωνικής προστασίας.

Δύο χώρες της ΕΕ είχαν τη δυνατότητα να αποσυνδέσουν την οικονομική κρίση από την αύξηση των θανάτων από την αυτοκτονία. Στη Σουηδία, η ανεργία αυξήθηκε από 2,1% σε 5,7% μεταξύ 1991 και 1992, αλλά τα ποσοστά αυτοκτονίας είχαν μειωθεί. Στη Φινλανδία, η ανεργία αυξήθηκε από 3,2% σε 16,6% μεταξύ του 1990 και του 1993, αλλά τα ποσοστά αυτοκτονίας μειώνονταν κάθε χρόνο. Πιθανές εξηγήσεις για τις επιτυχίες σε αυτές τις χώρες περιλαμβάνουν το Σκανδιναβικό μοντέλο κοινωνικής ευημερίας με υψηλό επίπεδο κοινωνικής προστασίας και ενεργά προγράμματα αγοράς εργασίας, καθώς και εθνικές δραστηριότητες πρόληψης των αυτοκτονιών (Stuckler 2009).

Αποδεικτικά στοιχεία για προστατευτικούς παράγοντες προέρχονται επίσης από τις αντιθετικές τάσεις αυτοκτονίας μεταξύ των νέων ανδρών στη Νέα Ζηλανδία και τη Φινλανδία κατά τη διάρκεια της ύφεσης της δεκαετίας του 1980 και του 1990. Η ανεργία αυξήθηκε σε μεγαλύτερο βαθμό στη Φινλανδία απ ό,τι στη Νέα Ζηλανδία, αλλά καμία αύξηση δεν καταγράφηκε σχετικά με τις αυτοκτονίες ανδρών στη Φινλανδία, όπου, σε αντίθεση με τη Νέα Ζηλανδία, οι κοινωνικές δαπάνες αυξήθηκαν (Simou & Koutsogeorgou, 2014).

### **1.2.3 Επίδραση στο επίπεδο υγείας**

Δεν είναι έτσι τυχαίο, όπως αναφέρεται, ότι στην Ελλάδα περισσότερο από κάθε άλλη Ευρωπαϊκή χώρα παρατηρείται αύξηση των αρνητικών και μείωση των θετικών συναισθημάτων μεταξύ των πολιτών (Μπαλασόπουλος 2013).

Η παράμετρος των χρεών και της μη δυνατότητας εξυπηρέτησης αυτών υπερισχύει συγκριτικά με εκείνη του χαμηλού εισοδήματος και αποτελεί εκλυτικό παράγοντα αύξησης της επίπτωσης των ψυχικών νοσημάτων. Γενικότερα, μια τόσο ισχυρή και διαρκής οικονομική κρίση έχει πολύ σοβαρές αλλά όχι απολύτως διευκρινισμένες επιπτώσεις στην υγεία, σε αντίθεση με τις κυκλικές

κρίσης στην διάρκεια του επιχειρηματικού κύκλου. Αυτό προκύπτει και από τα αποτελέσματα που έχουν δώσει στο παρελθόν διάφορες κρίσεις όπως αυτή του 1929, η κρίση στις σοσιαλιστικές χώρες το 1989, η κρίση στις χώρες τις Λατινικής Αμερικής και η κρίση του 2000 στις ασιατικές χώρες (Simou & Koutsogeorgou, 2014).

## **1.3 Ο Ρόλος Των Κοινωνικών Παραγόντων**

### **1.3.1 Αυξημένη εργασιακή ανασφάλεια**

Η απώλεια της εργασίας δεν είναι το μόνο άγχος κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης. Οι υφέσεις μπορούν να είναι εξίσου αγχωτικές και για εκείνους που εργάζονται ακόμα. Στενεύουν τα περιθώρια. Οι άνθρωποι φοβούνται ότι θα χάσουν τις δουλειές τους και ότι θα βιώσουν οικονομικές δυσκολίες· η εργασιακή ανασφάλεια συνδέεται με αύξηση 33% του κινδύνου εμφάνισης κοινών ψυχικών διαταραχών. Επιπλέον, ο φόρτος εργασίας εκείνων που παραμένουν στο χώρο εργασίας μετά από περικοπές προσωπικού μπορεί να αυξηθεί (Τσακίρη, 2011).

### **1.3.2 Αύξηση των νοικοκυριών με υψηλό χρέος**

Ο αριθμός των νοικοκυριών με υψηλά χρέη αυξάνεται στην Ευρώπη, ως αποτέλεσμα της τρέχουσας οικονομικής κρίσης. Τα χρέη είναι κοινωνικά σχεδιασμένα και επηρεάζουν δυσανάλογα τα άτομα με χαμηλό εισόδημα. Εξ ορισμού, οι μεγάλες οικονομικές υφέσεις θα επηρεάσουν τους ανθρώπους με λίγη προηγούμενη εμπειρία να αντιμετωπίζουν τις κακουχίες. Αυτοί οι άνθρωποι μπορεί να βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης προβλημάτων ψυχικής υγείας σε σχέση με άλλους που είναι πιο συνηθισμένοι στην οικονομική ανασφάλεια.

### **1.3.3 Οικογένειες υπό πίεση**

Οι επιπτώσεις της ανεργίας τόσο για τον εργαζόμενο όσο και για την οικογένειά του είναι διάχυτες, επειδή η εργασία είναι μια πρωταρχική πηγή υλικής, κοινωνικής και ψυχολογικής ασφάλειας εντός της οικογενειακής ενότητας (Ruhm, 2008).



# Κεφάλαιο Δεύτερο

## Διεθνή Δεδομένα

### 2.1 Εισαγωγή

Σημαντικό είναι ότι μετά την έναρξη της κρίσης, υφίσταται στατιστικά σημαντική ανάλυση σχετικά με την αυτό αξιολόγηση του επιπέδου υγείας μετά την έναρξη της οικονομικής κρίσης. Παρόμοια είναι τα αποτελέσματα της μελέτης, όταν η ανάλυση εστιάζει στους παράγοντες, οι οποίοι επιδρούν στην αυτό αναφερόμενη κατάθλιψη. Οι άνεργοι, οι συνταξιούχοι και οι νοικοκυρές εμφανίζουν μεγαλύτερη πιθανότητα να αναφέρουν αισθήματα κατάθλιψης, ενώ και στην περίπτωση αυτή, υψηλότερο εισόδημα ή επίπεδο εκπαίδευσης αλλά και η μη ύπαρξη κάποιου χρόνιου προβλήματος υγείας σχετίζεται αρνητικά σε στατιστικά σημαντικό βαθμό με την ύπαρξη αυτό αναφερόμενης κατάθλιψης (Ruhm, 2008 ; Τσακίρη ,2011).

### 2.2 Θνησιμότητα

Υφίσταται στην οικονομική κρίση μεγάλη αύξηση της χρήσης αντιψυχωσικών, ηρεμιστικών και αντικαταθλιπτικών από το 2006 σε σχέση με το 2011 (Κυριόπουλος και συν. 2012).

Σε μια σημαντική έρευνα σε δεκατρείς ευρωπαϊκές χώρες διαπιστώνεται σημαντική σχέση μεταξύ της ανεργίας και θνησιμότητας, σύμφωνα με την οποία αύξηση της ανεργίας κατά 1% συνεπάγεται αύξηση στο δείκτη θνησιμότητας κατά 2,18%. Επίσης σύμφωνα με άλλες έρευνες παρουσιάζεται η εικόνα ότι στις βιομηχανικές χώρες η οικονομική κρίση έχει ως αποτέλεσμα την αλλαγή των καταναλωτικών προτύπων προς την υιοθέτηση ενός πιο υγιεινού τρόπου ζωής και κατά συνέπεια την μείωση της θνησιμότητας. Οι επιδράσεις αυτές διαφοροποιούνται κατά φύλο, ηλικία και αιτία και έχουν διαφορετική ευαισθησία ως προς τους χρησιμοποιούμενους δείκτες (Simou & Koutsogeorgou, 2014).

Αυξάνονται τα περιστατικά αυτοκτονίας εξαιτίας των απολύσεων και των οικονομικών προβλημάτων, ένα φαινόμενο περισσότερο συχνό στους άνδρες από ό,τι στις γυναίκες, ίσως επειδή οι άνδρες πιστεύουν πιο συχνά από ό,τι οι γυναίκες ότι δεν έχουν στήριξη και βοήθεια όταν τα πράγματα πάνε στραβά (Ruhm, 2008 ; Τσακίρη ,2011).

Η κρίση μπορεί να προσφέρει δυνατότητες για ενίσχυση του κοινωνικού κεφαλαίου και για μετατόπιση των αξιών μας από τα χρήματα σε μη χρηματικές συνιστώσες της ζωής, με την προϋπόθεση ότι η κοινωνική προστασία είναι επαρκής. Η οικονομική κρίση προσφέρει μια ευκαιρία για αναπροσανατολισμό (Kondilis et al., 2013).

## **2.3 Σωματική Νοσηρότητα**

Η τρέχουσα οικονομική κρίση θα μπορούσε να έχει σημαντική επίδραση στην υγεία και την ευημερία των Ευρωπαίων (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2006).

Τα στοιχεία σχετικά με τις επιπτώσεις της ανεργίας στα ποσοστά θνησιμότητας είναι αντικρουόμενα. Υπάρχουν στοιχεία από την ΕΕ για μια σχέση μεταξύ ανεργίας και τα ποσοστά θνησιμότητας: δηλαδή όσο υψηλότερη είναι η ανεργία, τόσο υψηλότερο είναι και το ποσοστό θνησιμότητας (Κυριόπουλος & Μπεαζόγλου 2010)

## **2.4 Ψυχική Νοσηρότητα**

Οι άνθρωποι με προβλήματα ψυχικής υγείας στη Βρετανία έχουν σχεδόν τρεις φορές περισσότερες πιθανότητες να αναφέρουν το χρέος σε σύγκριση με τα άτομα που δε βρίσκονται σε παρόμοια κατάσταση. Οι άνθρωποι με χρέος που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές, συχνά δεν αναζητούν βοήθεια για τις οικονομικές δυσκολίες τους.

Διαχρονικά δεδομένα δείχνουν επίσης ότι προβλήματα πληρωμής στεγαστικών και καταναλωτικών δανείων μπορούν να οδηγήσουν σε φτωχότερη πνευματική υγεία. Όσο περισσότερα χρέη έχουν οι άνθρωποι, τόσο πιο πιθανό είναι να έχουν ψυχικές διαταραχές. Σχεδόν ένας στους δύο ενήλικες με χρέος έχει ψυχική διαταραχή. Στη Φινλανδία, τα δεδομένα δείχνουν

ότι οι άνθρωποι με υποθήκες έχουν χειρότερη ψυχολογική ευεξία και περισσότερες ψυχικές διαταραχές. Άτομα με χρέος είναι δύο έως τρεις φορές πιο πιθανό να υποφέρουν από κατάθλιψη από ό,τι ο υπόλοιπος κόσμος. Άγαμες μητέρες με χρέος ή που δανείζονται χρήματα έχουν αυξημένο κίνδυνο κατάθλιψης (Simou & Koutsogeorgou, 2014).

## **2.5 Συμπεριφορές Υγείας**

Στη σημερινή πρακτική, δεν υφίσταται κανένα Σύστημα Αξιολόγησης που να έχει γίνει αποδεκτό σαν πρότυπο και μοναδικό, με εφαρμογή σε κάθε περιβάλλον. Τα Νοσοκομεία θα πρέπει να αναπτύξουν μόνα τους το περιεχόμενο ενός τέτοιου συστήματος, εξετάζοντας προσεκτικά τις ιδιαιτερότητές τους. Όμως, η έρευνα στον τομέα αυτό εξετάζει τα κοινά στοιχεία και τις κοινές προσεγγίσεις που προσφέρουν τα ανεπτυγμένα συστήματα, ώστε να προσδιορίσει την κατάλληλη μεθοδολογία που θα ακολουθήσει σε κάθε περίπτωση. Στο περιεχόμενο αυτών των σημειώσεων επιχειρείται η προσέγγιση στην πιο πάνω τακτική (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2006).

## **2.6 Υπηρεσίες Υγείας**

Πολλοί σχολιαστές εξέφρασαν ανησυχία ότι η παρούσα οικονομική ύφεση θα επηρεάσει αρνητικά τη δημόσια υγεία ως αποτέλεσμα της απώλειας θέσεων εργασίας, συμβάλλοντας σε προβλήματα ψυχικής υγείας ή εθισμού, υιοθέτηση λιγότερο υγιεινού τρόπου ζωής (όπως η αυξημένη κατανάλωση των φθηνών τροφίμων με μικρή θρεπτική αξία, ή το κάπνισμα ως μια αντίδραση στο στρες) και η κακή διαχείριση των ασθενειών που προκύπτουν από υπερφορτωμένες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης ή καθυστερήσεις που αναζητούν φροντίδα για τους ασθενείς που ανησυχούν για το πρόσθετο κόστος (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2006).

## **2.7 Ανεργία Και Υγεία**

Σύμφωνα με έρευνα της Ελληνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας υφίσταται στατιστικά σημαντική σχέση στην αυτοεκτίμηση του επιπέδου υγείας πριν το 2006 και μετά την κρίση το 2011 και η κατάσταση αυτή σχετίζεται με διάφορους παράγοντες όπως το εισόδημα, η εκπαίδευση, η ανεργία, το επάγγελμα (συνταξιούχοι, νοικοκυρές), η ύπαρξη χρόνιου προβλήματος και η ηλικία. Οι άνεργοι, οι συνταξιούχοι, οι νοικοκυρές, τα άτομα προχωρημένης ηλικίας και κυρίως οι χρονίως πάσχοντες εμφανίζονται, σε στατιστικά σημαντικό βαθμό, να αναφέρουν χαμηλότερη αυτοεκτίμηση του επιπέδου υγείας κατά το 2011. Αντίθετα προφυλακτική επίδραση ενός χαμηλότερου επιπέδου αυτοεκτίμησης της υγείας φαίνεται να αποδίδεται στο υψηλότερο εισόδημα, στο υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης και στο φύλο (οι άνδρες έναντι των γυναικών) (Τσακίρη ,2011)

# Κεφάλαιο Τρίτο

## Η Οικονομική Κρίση Παγκοσμίως

### 3.1 Οι Διαστάσεις Και Τα Αίτια Της Κρίσης

Οι οικονομικές κρίσεις και τα αίτια τους μπορούν να εξηγηθούν μέσα από τρεις διαφορετικές προσεγγίσεις, τη θεωρία του Schumpeter, η θεωρία των κοινωνικών δομών της συσσώρευσης και η Μαρξιστική. Αναλυτικά η κάθε μια παραθέτεται παρακάτω (Παπαδάκης, 2010):

1. Η ερμηνεία των μακρών κυμάτων από τον Schumpeter: Μια οικονομία που είναι στάσιμη δεν έχει την ικανότητα να συγκεντρώνει κεφάλαια μέσω της διαδικασίας της αποταμίευσης, πράγμα που την αναγκάζει να τα εξασφαλίσει μέσω του χρηματοπιστωτικού συστήματος. Κατά την περίοδο της άνθησης υπάρχει αύξηση της ζήτησης, αύξηση των τιμών και των εισοδημάτων. Όταν η διαδικασία κορυφωθεί μετά αρχίζει η περίοδο της ύφεσης.
2. Η θεωρία των κοινωνικών δομών συσσώρευσης: Η συγκεκριμένη θεωρία αναφέρεται στη σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ εργαζομένων και εργοδοτών και πώς αυτή επηρεάζει την παραγωγική διαδικασία. Όταν η σχέση αυτή δε λειτουργεί αποτελεσματικά οδηγεί σε οικονομική κρίση (Zhao & Yu, 2016).
3. Μαρξιστική ερμηνεία: Στην καπιταλιστική κοινωνία, η επιχείρηση έχει να αντιμετωπίσει τρία μέτωπα. Στο πρώτο μέτωπο συγκρούεται με τους εργαζόμενους στοχεύοντας στη μείωση του κόστους παραγωγής μέσα από τη μείωση μισθών για την αύξηση του κέρδους. Στο δεύτερο ο επιχειρηματίας αντιμετωπίζει τους ανταγωνιστές του ενώ στο τρίτο και τελευταίο μειώνει τις τιμές με στόχο να αυξήσει τα μερίδια αγοράς του. Όταν δεν τα καταφέρνει και μειώνεται το κέρδος του, τότε αυτό συνεπάγεται ξέσπασμα οικονομικής κρίσης. Η καινοτομικότητα μπορεί να βοηθήσει στην αντιμετώπιση της δυσμενούς οικονομικής κατάστασης και αποσιώπηση της οικονομικής κρίσης (Grauwe and Moesen, 2009).

### **3.1.1 Οι Παθογένειες Του Ελληνικού Αναπτυξιακού Και Κοινωνικού Προτύπου**

Σύμφωνα με την Εθνική Στατιστική Υπηρεσία και στοιχεία για την έναρξη της κρίσης, το 2008 η ανεργία αυξήθηκε στο 8,9% με μέσο όρο στην ευρωζώνη 8,1%, ενώ την ίδια εποχή ο ρυθμός χρηματοδότησης σε επιχειρήσεις και νοικοκυριά ήταν 16,4% από 21,5% που ήταν το 2007. Παράλληλα το Χρηματιστήριο Αξιών Αθηνών ανακοίνωσε εκείνη την περίοδο πτώση του κύκλου εργασιών κατά 33%.

Το 2009 η Ελλάδα βρέθηκε στη δεύτερη χαμηλότερη κατάταξη στην Ευρωπαϊκή Ένωση μετά την Πολωνία, παρουσιάζοντας μειωμένη ανταγωνιστικότητα σε σχέση με τις λοιπές χώρες, μια και η ανάπτυξη κινήθηκε με αρνητικά πρόσημα (Eurostat,2008). Η χώρα ήταν υπερχρεωμένη, ενώ ενδεικτικά η αναλογία των ιδιωτικών δανείων σε σχέση με τις καταθέσεις ήταν πολύ μεγαλύτερη. Η κρίση ήταν αποτέλεσμα του υψηλού δανεισμού της χώρας, στην προσπάθειά της να καλύψει το μεγάλο δημοσιονομικό της έλλειμμα. Τα επόμενα χρόνια η κατάσταση έγινε μη διαχειρίσιμη για τη χώρα, δεδομένων και των κακών χειρισμών από τις διάφορες κυβερνήσεις που κλήθηκαν να βγάλουν την Ελλάδα από την κρίση. Στις επόμενες ενότητες του κεφαλαίου, θα μελετηθεί πιο αναλυτικά η αρνητική κατάσταση στην οποία υπεβλήθη η Ελλάδα λόγω της κρίσης (Zhao & Yu, 2016).

Δεδομένου ότι οι δαπάνες στην Ελληνική οικονομία ήταν περισσότερες επί πολλά χρόνια από τα έσοδα, δημιούργησε το βασικό πρόβλημα στην ελληνική οικονομία. Τα έσοδα προέρχονταν από φόρους και άλλες κρατικές πηγές. Η αδυναμία του κράτους να εισπράξει φόρους, να καταπολεμήσει τη διαφθορά και να αξιοποιήσει τις κρατικές πηγές, είχε ως αποτέλεσμα την αύξηση των ελλειμμάτων, τα οποία για να μπορέσει η χώρα να τα καλύπτει αναγκαζόταν να συνεχίζεται συνεχώς από εξωτερικούς πιστωτές. Ο συνεχής δανεισμός επέφερε μεγάλο δημόσιο χρέος, το οποίο ενσωματώθηκε στον κρατικό προϋπολογισμό της χώρας δημιουργώντας τεράστια ελλείμματα. Στο Πίνακα 2.1 παρουσιάζεται η εξέλιξη του ελλείμματος ως ποσοστό του ΑΕΠ της χώρας.

**Πίνακας 2.1:**

## Εξέλιξη Δημοσίου Ελλείμματος

Δεκαετία	1970-1979	1980-1989	1990-1999	2000-2009	2010+
Δημόσιο Έλλειμμα	-0,6%	1,2%	8,1%	8,4%	5,9%

Πηγή: ΟΟΣΑ

Παράλληλα με το δημόσιο έλλειμμα κινήθηκε και το δημόσιο χρέος. Ο Πίνακας 2.2 δηλώνει το δημόσιο χρέος.

**Πίνακας 2.2:**

## Εξέλιξη Δημόσιου Χρέους Έτος

	1980	1990	2000	2010
Δημόσιο Χρέος	26%	71%	101,5%	115,1%

Πηγή: ΟΟΣΑ

Το βασικό πρόβλημα με το δανεισμό είναι ότι δεν επενδύθηκε σε παραγωγικές διαδικασίες. Τα περισσότερα δαπανήθηκαν στην κατανάλωση. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα να υπάρχει επιφανειακή και μη αληθής οικονομική άνθηση. Στον Πίνακα 2.3 παρουσιάζονται οι επενδύσεις ως προς το ΑΕΠ για την τελευταία 10ετία.

**Πίνακας 2.3:**

## Κατανάλωση και Επενδύσεις ως Ποσοστά του ΑΕΠ

Δεκαετία	1980-1989	1990-1999	2000-2009	2010+
Κατανάλωση	77,2%	85,1%	90,1%	88,8%

Επενδύσεις	30,7%	23%	20,6%	22,6%
------------	-------	-----	-------	-------

Πηγή: ΟΟΣΑ

Συγκεντρωτικά στον Πίνακα 2.4 παρουσιάζονται το ΑΕΠ, το δημοσιονομικό έλλειμμα και το δημόσιο χρέος σε ευρώ και σε ποσοστό επί του ΑΕΠ όπως και τα ποσοστά ανεργίας από το 2007 και μετά.

#### Πίνακας 2.4:

##### Δημόσιο Έλλειμμα-Δημόσιο Χρέος-Ανεργία 2011-2015

Έτος	ΑΕΠ (ευρώ)	Έλλειμμα (%ΑΕΠ)	Χρέος (% ΑΕΠ)	Χρέος (ευρώ)	Ανεργία
2012	227 δις	6,4%	105,4%	239,4 δις	8,3%
2013	236,9 δις	9,8%	110,7%	262,3 δις	7,7%
2014	235 δις	15,4%	127,1%	298,7 δις	9,5%
2015	230 δις	10,5%	142,8%	328,6 δις	12,6%
2016	-	9,5%	157,7%	-	-

Πηγή: Eurostat 2016

### 3.1.2 Οικονομική Κρίση Και Κοινωνική Πολιτική

Τα Ευρωπαϊκά καταναλωτικά πρότυπα έχουν συνεχές και συγκεκριμένο αντίκτυπο σε πολλούς τομείς και καθορίζονται από την κουλτούρα των καταναλωτών μιας χώρας, από τη σχέση προσφοράς και ζήτησης, από τις πιέσεις που ασκούνται λόγω αυτών στην πολιτική, στο περιβάλλον, στη δομή της κοινωνίας. Η κρίση έχει επιφέρει σε πολλές χώρες



συμπεριλαμβανομένης και της Ελλάδας, μια ευρύτερη αλλαγή σε επίπεδο κατανάλωσης και έχει εισαγάγει ένα νέο ευρωπαϊκό καταναλωτικό πρότυπο το οποίο αναφέρεται κυρίως σε μια πιο μειωμένη τάση για συνεχή κατανάλωση, προάγοντας ουσιαστικά ένα πρότυπο λιγότερο καταναλωτικό, το οποίο έχει ως βάση του και την κάλυψη της ανάγκης για αποταμίευση (Solomon and Prevlite,2012).

Οι κοινωνικές αλλαγές που συντελέστηκαν τα τελευταία χρόνια στην Ευρώπη από την προσθήκη δέκα νέων χωρών επέφεραν μεγάλες και ουσιαστικές δημογραφικές αλλαγές, οι οποίες επηρέασαν σε μεγάλο βαθμό τα καταναλωτικά πρότυπα. Σήμερα τα τρία τέταρτα του πληθυσμού μένουν στο 15% της χερσαίας έκτασης, ενώ συνεχίζεται η τάση για δημιουργία αστικών κέντρων στις βιομηχανικές περιοχές της Βόρειας Γαλλίας, της Γερμανίας, των Κάτω Χωρών και του Βελγίου (Πρόντζας,2008).

Ο πληθυσμός της Ευρώπης είναι σταθερός, το πρόβλημα είναι ότι συνεχίζει να γηράσκει. Στον αντίποδα παρατηρείται μια συνεχής αύξηση των νοικοκυριών, τα οποία στην πλειοψηφία τους φανερώνουν τις αλλαγές στην κοινωνία και τον τρόπο ζωής της Ευρώπης. Λόγω της κρίσης τα νοικοκυριά αυτά παρουσιάζονται λιγότερο αποδοτικά. Μέχρι το 2020 θεωρείται ότι η αστικοποίηση θα αυξηθεί σε μεγάλο βαθμό για τη νέα μορφή των νοικοκυριών (Πρόντζας,2008).

Οι διεθνείς εξελίξεις τού σήμερα έχουν διαμορφώσει ένα νέο μοντέλο ευρωπαϊού καταναλωτή ενώ όπως φαίνεται όσο περνούν τα χρόνια η κατάσταση θα συνεχίζει να αναμορφώνεται και να διαφοροποιείται. Ο βασικός παράγοντας που θα καθορίσει την πορεία των κοινωνιών σε καταναλωτικό επίπεδο θα είναι η κουλτούρα των λαών, αυτή μαζί με την ευρύτερη μορφή και δομή των πολιτισμών θα ανάγουν την κατανάλωση στην Ευρώπη σε μια νέα κατάσταση, πολύ διαφοροποιημένη σε σχέση με το παρελθόν (Aglietta,2009).

Βέβαια η επίπτωση της οικονομικής ύφεσης σε ασθενείς οικονομικά χώρες όπως είναι κι η Ελλάδα, είναι περισσότερο αισθητή κι αυτό φαίνεται από τη μειωμένη καταναλωτική ζήτηση λόγω της περιορισμένης πρόσβασης σε κεφάλαια, μειωμένες ξένες επενδύσεις, ανεργία, χαμηλά εισοδήματα.

Δυστυχώς όμως θα πρέπει να λάβουμε υπόψη το περιορισμένο βεληνεκές στις ελληνικές έρευνες. Θα υπάρξουν όμως ενδιαφέροντα δεδομένα από έρευνες που θα διεξαχθούν μετά το πέρας της

οικονομικής ύφεσης ώστε να συγκριθούν με όσες διεξήχθησαν κατά τη διάρκειά της ώστε να έχουμε μια πιο ξεκάθαρη εικόνα για τις επιπτώσεις της κρίσης (Ευθυμίου, Αργαλιά, Κασκαμπά, Μακρή, 2013).

## **3.2 Το Φαινόμενο Της Ανεργίας**

Κατά τη διάρκεια της οικονομικής ύφεσης, η οικονομική δυσπραγία της οικογένειας δημιουργεί κίνδυνο για την ψυχική υγεία της μητέρας και του παιδιού. Διαχρονικά δεδομένα δείχνουν ότι η οικονομική ζημία μετά τον τοκετό μπορεί να οδηγήσει τη μητέρα σε κατάθλιψη. Η οικονομική πίεση, μέσω της επιρροής της στην ψυχική υγεία των γονιών, την οικογενειακή αλληλεπίδραση, και την ανατροφή των παιδιών, επηρεάζει την ψυχική υγεία των παιδιών και των νέων.

## **3.3 Το Φαινόμενο Της Φτώχειας**

Η παγκόσμια οικονομική κρίση έχει πλήξει σοβαρά την παγκόσμια οικονομία. Η αύξηση της ανεργίας, η συρρίκνωση των μισθών, κλπ, έχουν οδηγήσει τους καταναλωτές σε μεγάλη ψυχολογική πίεση. Οι καταναλωτές περικόπτουν τις δαπάνες τους. Σύμφωνα με μια έρευνα η αβεβαιότητα της οικονομικής ανάπτυξης και η αύξηση της ασφάλειας της απασχόλησης, οδήγησε σε πτώση το δείκτη εμπιστοσύνης των καταναλωτών στην Κίνα από 94,5 τον Μάρτιο του 2008 σε 86 το Μάρτιο του 2009, το οποίο είναι το χαμηλότερο σημείο των τελευταίων ετών. Από τις επιπτώσεις της τρέχουσας οικονομικής κατάστασης, πολλά εμπορικά κέντρα, θα αναγκαστούν να μειώσουν τα έξοδα. Οι καταναλωτές ρυθμίζουν την κατανάλωσή τους μειώνοντας τη συχνότητα των αγορών τους, ρίχνοντας την ποιότητα, κλπ (Shao Changbin, 2009 οπ. αν. Zhao & Yu, 2016). Οι καταναλωτές δαπανούν λιγότερα χρήματα στα προϊόντα οικιακής χρήσης, στα προϊόντα προσωπικής φροντίδας, στο φαγητό και το ποτό. Επίσης, αγοράζουν λιγότερα στον τομέα της αναψυχής και της ψυχαγωγίας, και αναβάλλουν την αγορά μεγάλων αγαθών (

## Κεφάλαιο Τέταρτο

### Οι Επιπτώσεις Στην Υγεία Του Ελληνικού Πληθυσμού

#### 4.1 Δημογραφία

##### 4.1.1 Πληθυσμός Της Ελλάδας

Ο πληθυσμός της Ελλάδας είναι μεταξύ των περισσότερο γηρασμένων πληθυσμών της Ευρώπης. Οι παράγοντες της δημογραφικής γήρανσης βρίσκονται στις συνιστώσες δυνάμεις της δημογραφικής μεταβολής, ήτοι, στη θνησιμότητα, τη γεννητικότητα, την εξωτερική μεταναστευτική κίνηση και την εσωτερική μετανάστευση.

##### 4.1.2 Προσδόκιμο Ζωής

Υπάρχουν νέες και σαφείς ενδείξεις σήμερα ότι τα αποτελέσματα της υγείας στην Ελλάδα έχει επιδεινωθεί κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης, ιδίως στις ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού. Οι ανησυχίες αυτές αναφέρονται λεπτομερώς σε μία έκθεση που δημοσιεύθηκε στο The Lancet, από τον Αλέξανδρο Κεντικελή και το Dr David Stuckler, από το University of Cambridge, UK, και τον καθηγητή Martin McKee, από το London School of Hygiene and Tropical Medicine, UK, και τους συνεργάτες του. Το EuroHealthNet βρίσκει αυτήν την έκθεση ανησυχητικά προβλέψιμη και αναπόφευκτη.

##### 4.1.3 Προσδόκιμο Υγιούς Ζωής

Με βάση τις στατιστικές της Ε.Ε. για το εισόδημα και τις συνθήκες διαβίωσης, τα στοιχεία δείχνουν ότι οι Έλληνες πολίτες είχαν 15% περισσότερες πιθανότητες να μην επισκεφθούν έναν γιατρό το 2009 από ό,τι πριν από την κρίση που ξεκίνησε το 2007 και οφείλεται σε παράγοντες όπως η μεγάλη διάρκεια αναμονής, η απόσταση από το κέντρο περίθαλψης και η αναμονή ότι θα αισθανθούν καλύτερα. Εφ' όσον το καθολικό σύστημα υγείας στην Ελλάδα δίνει το δικαίωμα στους ανθρώπους να λαμβάνουν δωρεάν συμβουλές από ένα γενικό ιατρό και οι επισκέψεις στα

εξωτερικά ιατρεία είναι πολύ φθηνές (0-5 ευρώ ανά επίσκεψη), οι συντάκτες λένε αυτές οι σημειωθείσες μειώσεις πρόσβασης αντανακλούν μάλλον τα προβλήματα από την πλευρά της παροχής των υπηρεσιών: υπήρχαν περικοπές της τάξης του 40% στους προϋπολογισμούς των νοσοκομείων, έλλειψη προσωπικού, περιστασιακές ελλείψεις σε ιατρικές προμήθειες και χρηματισμός του ιατρικού προσωπικού για να παρακαμφθούν οι ουρές στα υπερφορτωμένα νοσοκομεία.

#### **4.1.4 Συμπεράσματα**

Οι εισαγωγές στα δημόσια νοσοκομεία έχουν αυξηθεί κατά 24% το 2010 σε σύγκριση με το 2009, και κατά 8% το πρώτο εξάμηνο του 2011 σε σύγκριση με την αντίστοιχη περίοδο του 2010. Είναι ανησυχητικό το γεγονός ότι υπήρξε 14% αύξηση στο ποσοστό των Ελλήνων πολιτών που ανέφεραν ότι η υγεία τους ήταν «κακή» ή «πολύ κακή» το 2009 σε σύγκριση με το 2007. Οι αυτοκτονίες αυξήθηκαν κατά 17% το 2009, από το 2007 και ανεπίσημα στοιχεία του 2010 που αναφέρονται στην Βουλή, μιλούν για αύξηση 25% σε σύγκριση με το 2009. Ο Υπουργός Υγείας ανέφερε μια αύξηση κατά 40% το πρώτο εξάμηνο του 2011 σε σύγκριση με την αντίστοιχη περίοδο του 2010.

## **4.2 Θνησιμότητα**

Περίοδοι οικονομικής αστάθειας προκαλούν ψυχολογική πίεση, η οποία συνδέεται τόσο με την εμφάνιση όσο και με την εξέλιξη ψυχικών ασθενειών . Ανεπιθύμητες αλλαγές στις συνθήκες ζωής, όπως η ανεργία, είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την κατάθλιψη, τις αγχώδεις διαταραχές, και την αυτοκτονία. Τα αποτελέσματα τροποποιούνται από εμπειρίες όπως ντροπή στο να χάσει κάποιος τη δουλειά του και την οικονομική δυσπραγία (Economou et al., 2008; Milner et al., 2013).

Σε κάποιο βαθμό, η οικονομική ανάπτυξη ήταν σε βάρος της ψυχικής ευεξίας του πληθυσμού. Έτσι, η οικονομική κρίση μπορεί επίσης να φέρει μαζί της ευπρόσδεκτες αλλαγές, όπως η αύξηση του ελεύθερου χρόνου που οδηγεί σε αύξηση του χρόνου που αφιερώνεται στα μέλη της οικογένειας και σε άλλες δραστηριότητες. Το πώς οι άνθρωποι αντιμετωπίζουν δυσκολίες όπως η

ανεργία σε περιόδους οικονομικής κρίσης εξαρτάται από τους μηχανισμούς αντιμετώπισης του ατόμου.

#### **4.2.1 Γενική Προσωποποιημένη Θνησιμότητα**

Η εργασία θεωρείται μια σπουδαία παράμετρος, η οποία πλήττεται βάνανυσα από την οικονομική κρίση. Έχει διερευνηθεί αρκετά και διαπιστωθεί ότι η ανεργία, καθώς και η απώλεια διαθέσιμου εισοδήματος έχουν σημαντική επίδραση στην υγεία. Σημαντικός αριθμός μελετών παρουσιάζουν ευρήματα, τα οποία υποστηρίζουν ότι υπάρχει άρρηκτη σύνδεση μεταξύ ανεργίας και θνησιμότητας από 20-25% της μέσης τιμής σε ισοδύναμες κοινωνικές τάξεις (Ruhm, 2008 ; Τσακίρη ,2011).

##### **4.2.1.1 Ειδική Θνησιμότητα, Κατά Ηλικία**

Πολλές έρευνες σε αυτές τις χώρες σε περίοδο οικονομικής κρίσης, έχουν δώσει αντιφατικά αποτελέσματα ως προς τους δείκτες αδρής θνησιμότητας, καθώς και άλλους δείκτες, και ως εκ τούτου οι επιπτώσεις δεν έχουν διευκρινισθεί και εξαρτώνται από τα ειδικά χαρακτηριστικά κάθε χώρας, καθώς επίσης και από την ύπαρξη ή μη δικτύων κοινωνικής συνοχής και κοινωνικής προστασίας. Όπως είδαμε μέχρι τώρα η σημαντικότερη παράμετρος η οποία επιδρά δυσμενώς στην κατάσταση υγείας είναι η ανεργία σε συνθήκες οικονομικής κρίσης. Είναι γεγονός ότι η υγεία βρίσκεται σε κίνδυνο σε περιόδους ταχείας οικονομικής μεταβολής, αλλά έχει παρατηρηθεί ότι το μέγεθος της επίδρασης αυτών των φαινομένων στη θνησιμότητα έχει άμεση σχέση με την ύπαρξη ή μη κοινωνικών δικτύων υποστήριξης και προγραμμάτων κοινωνικής πρόνοιας. Στο ίδιο πλαίσιο έχει καταδειχθεί ότι η κοινωνική συνοχή και η προστασία συμβάλλουν στη μείωση αυτών των επιπτώσεων (Stuckler 2009).

##### **4.2.1.2 Προγεννητική Θνησιμότητα**

Η οικονομική κρίση και η μακροχρόνια ανεργία οδηγεί πολλά άτομα στον κοινωνικό αποκλεισμό και στη φτώχεια, με αποτέλεσμα τον αυξημένο κίνδυνο για πρόωρη θνησιμότητα και υψηλή νοσηρότητα κυρίως σε άτομα τα οποία ανήκουν σε μειονότητες, όπως οι μετανάστες και οι

χρονίως πάσχοντες από ψυχικά ή και σωματικά προβλήματα (Stuckler et al, 2009 ; Ruhm, 2008 ; Τσακίρη, 2011).

#### **4.2.2 Δυσμενείς επιπτώσεις λόγω κρίσης**

Τα δραματικά οικονομικά φαινόμενα, τα οποία συμβαίνουν την τελευταία περίοδο στη χώρα μας έχουν δυσμενή επίπτωση στο αυτό αναφερόμενο επίπεδο υγείας, κατανέμοντας τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας με άνισο τρόπο στον πληθυσμό σχετίζοντάς τες με κοινωνικούς, οικονομικούς, δημογραφικούς και επιδημιολογικούς παράγοντες (Ruhm, 2008).

##### **4.2.2.1 Κακοήθη Νεοπλάσματα**

Η οικονομική ύφεση έχει και αρνητικά (απώλεια εισοδήματος, ανασφάλεια) και θετικά (μειωμένο φόρτο εργασίας, λιγότερη κίνηση) αποτελέσματα στην υγεία, αλλά οι συγκεντρωτικές επιπτώσεις στην Ευρώπη είναι περισσότερο αρνητικές (Stuckler et al., 2009).

##### **4.2.2.2 Ατυχήματα**

Σε έρευνα της Ευρωπαϊκής Ένωσης σε είκοσι χώρες έδειξε μείωση της θνησιμότητας από τροχαία ατυχήματα κατά 1,39% και μη στατιστικά σημαντική σχέση με τη θνησιμότητα από καρδιαγγειακά και τη θνησιμότητα από όλες τις αιτίες. Στην περίπτωση κατά την οποία ο δείκτης ανεργίας αυξάνεται πλέον του 3% η αύξηση της θνησιμότητας από αυτοκτονίες ανέρχεται σε 4% έως 5% (Simou & Koutsogeorgou, 2014).

##### **4.2.2.3 Αναπνευστικό Σύστημα**

Οι δυσκολίες που προκύπτουν από την οικονομική κρίση στο θέμα της υγείας, ταξινομούνται ποικιλοτρόπως και όποιες ομάδες ανθρώπων βρίσκονται χαμηλά σε αυτήν την κλίμακα διατρέχουν πιο μεγάλο κίνδυνο πρόωρου θανάτου ή δημιουργία προβλημάτων υγείας λόγω άγχους, εξαιτίας των προβλημάτων σε όλους τους τομείς διαβίωσης και αυξάνουν ακόμα περισσότερο τον κίνδυνο.

### **4.2.3 Συμπεράσματα**

Ανησυχητικοί δείκτες περιλαμβάνουν την αύξηση της βίας, καθώς και των ανθρωποκτονιών και τα ποσοστά κλοπής σχεδόν διπλασιάστηκαν μεταξύ του 2007 και του 2009. Οι περικοπές του προϋπολογισμού για το 2009 και το 2010 είχαν ως αποτέλεσμα την απώλεια του ενός τρίτου των προγραμμάτων της χώρας στην προσέγγιση χρηστών στο δρόμο (Σπινέλλη, 2016).

## **4.3 Σωματική Νοσηρότητα**

Ο αριθμός των ατόμων που μπορούν να λάβουν παροχές ασθενοείας μειώθηκε κατά περίπου 40% μεταξύ του 2007 και 2009, πιθανώς λόγω των περικοπών στον προϋπολογισμό. Μια σημαντική αύξηση των μολύνσεων από τον HIV παρουσιάστηκε στα τέλη του 2010. Τα τελευταία στοιχεία δείχνουν ότι οι νέες μολύνσεις θα αυξηθούν κατά 52% το 2011 σε σύγκριση με το 2010 (922 νέες περιπτώσεις έναντι 605), με τις μισές από τις σήμερα παρατηρούμενες αυξήσεις να οφείλονται σε λοιμώξεις των χρηστών ενδοφλέβιων ναρκωτικών. Τα στοιχεία για τους πρώτους 7 μήνες του 2011 δείχνουν μία μεγαλύτερη από το 10-πλάσιο αύξηση των νέων μολύνσεων σε αυτούς τους χρήστες ναρκωτικών σε σύγκριση με την αντίστοιχη περίοδο του 2010. Η επικράτηση της χρήσης ηρωίνης φέρεται να αυξήθηκε κατά 20% το 2009, από 20 200 σε 24 100, σύμφωνα με τις εκτιμήσεις από το Ελληνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Παρακολούθησης των Ναρκωτικών.

### **4.3.1 Εξιτήρια Ασθενών Ανά Νόσο, Φύλο, Ηλικία**

Η Μέτρηση και Αξιολόγηση της Απόδοσης της Λειτουργίας των Προμηθειών στα νοσοκομεία δεν εφαρμόζεται όσο συχνά θα έπρεπε. Πάντως, εάν ένα Νοσοκομείο αποφασίσει να υλοποιήσει ένα σύστημα αξιολόγησης για άνδρες, γυναίκες και παιδιά όλων των ηλικιών θα πρέπει να το εφαρμόσει σε πρώτο στάδιο πιλοτικά, ώστε να υφίσταται το περιθώριο βελτίωσης των στοιχείων του και του βασικού περιεχομένου του.

### **4.3.2 Αυτό-αναφερόμενη Νοσηρότητα**

Ο ΠΟΥ προειδοποίησε ότι «δε θα πρέπει να μας εκπλήσσει το γεγονός ότι θα συνεχίσουμε να βλέπουμε περισσότερα άγχη, αυτοκτονίες και ψυχικές διαταραχές». «Οι φτωχοί και ευάλωτοι θα είναι οι πρώτοι που θα υποφέρουν» και «η υπεράσπιση των προϋπολογισμών για την υγεία θα γίνεται πιο δύσκολη» (Τσακίρη, 2011).

Επιπλέον, οι μειωμένες δημόσιες δαπάνες έχουν επιπτώσεις για τις υπηρεσίες υγείας και εκπαίδευσης και τελικά, για την ευημερία των οικογενειών και την ανάπτυξη της κοινότητας ως σύνολο (Soulaki, 2010).

### **4.3.3 Συμπεράσματα**

Η οικονομική κρίση θα αυξήσει τη φτώχεια στην Ευρώπη. Είναι οι φτωχοί που θα πληγούν περισσότερο από την οικονομική κρίση. Η φτώχεια είναι ένας σημαντικός κοινωνικο-οικονομικός παράγοντας κινδύνου για προβλήματα ψυχικής υγείας, τις διαταραχές, όπως η κατάθλιψη, ακόμα και η αυτοκτονία. Τα ελλείμματα στη γνωστική, συναισθηματική και σωματική ανάπτυξη των παιδιών που μεγαλώνουν σε ακραία φτώχεια και οι συνακόλουθες επιπτώσεις για την υγεία και την ευημερία σε όλη τη διάρκεια της ζωής τους, είναι δυνητικά τεράστια. Τα επίπεδα αυτοκτονίας συνεχώς εντοπίζονται να είναι υψηλότερα στις υποβαθμισμένες περιοχές (Stuckler et al., 2009).

## **4.4 Ψυχική Υγεία**

Οι κύριοι κίνδυνοι για τις διαταραχές της ψυχικής υγείας λόγω της οικονομικής κρίσης για τα επόμενα χρόνια είναι η αυξημένη ψυχολογική αγωνία, η αυξημένη κατάχρηση αλκοόλ και η αύξηση των αυτοκτονιών. Ωστόσο, οι κίνδυνοι αυτοί μπορούν σε μεγάλο βαθμό να αποφευχθούν με τη λήψη πολιτικών μέτρων. Αυτό που οδηγεί τις βιομηχανικές χώρες στην υγεία δεν είναι απόλυτα ο πλούτος ή η ανάπτυξη, αλλά το πώς οι εθνικοί πόροι θα κατανεμηθούν σε όλον τον πληθυσμό (Stuckler 2009).



#### **4.4.1 Ψυχική Νοσηρότητα**

Η ανεργία προκαλεί κακή ψυχική υγεία, ως αποτέλεσμα της οικονομικής στενότητας και της απουσίας των μη οικονομικών οφελών που παρέχονται από την εργασία, όπως η κοινωνική θέση, η αυτοεκτίμηση, η σωματική και ψυχική δραστηριότητα και η χρήση των δεξιοτήτων του ατόμου (Milner et al., 2013).

#### **4.4.2 Οικονομική Κρίση Και Ψυχική Υγεία**

Οι κύριες επιπτώσεις στην υγεία που αναμένονται σε σύντομο διάστημα από την αύξηση της ανεργίας στην Ευρώπη είναι: η ψυχολογική δυσφορία, η κατάχρηση στο αλκοόλ και οι αυτοκτονίες. Αναμενόμενες μελέτες δείχνουν ότι η ανεργία έχει αιτιώδη επίδραση στην κατάθλιψη και στις τάσεις αυτοκτονίας. Οι άνεργοι σκέφτονται 2-3 φορές περισσότερο την αυτοκτονία. Αυτό είναι εν μέρει επειδή οι άνθρωποι με ψυχικές διαταραχές βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο να χάσουν την δουλειά τους, αλλά ακόμη και μεταξύ των ανθρώπων που δεν έχουν ιστορικό σοβαρής ψυχικής ασθένειας, η ανεργία εξακολουθεί να συνδέεται με περίπου 70% μεγαλύτερη πιθανότητα αυτοκτονίας (Milner et al., 2013).

#### **4.4.3 Κατάθλιψη**

Η ανεργία συνδέεται με ψυχολογικές συνέπειες (ανησυχία, άγχος, κατάθλιψη), χαμηλή αυτοεκτίμηση του επιπέδου υγείας και με παράγοντες κινδύνου για καρδιαγγειακά νοσήματα. Χαρακτηριστικό είναι ότι η Ελλάδα βρίσκεται στην 70<sup>η</sup> θέση στην «παγκόσμια κατάταξη ευτυχίας», σύμφωνα με τη σχετική λίστα του 2013, στην οποία συνέταξε για λογαριασμό του ΟΗΕ ο οργανισμός βιώσιμης ανάπτυξης SDSN (Stuckler 2009).

Η έκθεση αυτή συντάχτηκε από μια ομάδα ψυχολόγων, επιστημόνων, στατιστικών και αναλυτών. Σύμφωνα με τα στοιχεία της έρευνας ο μέσος παγκόσμιος δείκτης ευτυχίας είναι 5,1 (με θεωρητικό άριστα το 10), η Ελλάδα βρίσκεται με δείκτη 5,4 ελαφρώς πάνω από το μέσο όρο. Σύμφωνα με τους ερευνητές στην Ευρώπη, η μεγαλύτερη μείωση της ευτυχίας καταγράφηκε στις τέσσερις χώρες (Ελλάδα, Ισπανία, Πορτογαλία, Ιταλία), που επλήγησαν περισσότερο από την

κρίση. Αυτό που υπογραμμίζεται στην έκθεση είναι πως οι μειώσεις της ευτυχίας δείχνουν πόσο μεγάλη επίπτωση έχει μια αντικειμενική οικονομική κρίση (ύφεση, ανεργία κ.α) πάνω στην υποκειμενική ψυχολογική κατάσταση των ανθρώπων, μάλιστα ασχέτως με την μείωση που παρατηρείται στα πραγματικά τους εισοδήματα. Ιδίως, όπως τονίζεται, το φάσμα της πραγματικής ή της επικείμενης ανεργίας είναι αυτό που πάνω από όλα υποσκάπτει την ευτυχία των ανθρώπων (Ruhm, 2008 ; Τσακίρη ,2011).

#### **4.4.4 Αυτοκτονίες**

Οι δυσκολίες αποπληρωμής του χρέους συνδέονται με αυτοκτονικές τάσεις και αρκετές μελέτες από το Χονγκ Κονγκ έχουν βρει ότι το ανεξέλεγκτο χρέος είναι προγνωστικός δείκτης της αυτοκτονίας.

Τα υψηλά χρέη έχουν αναγνωριστεί ως ένας σημαντικός παράγοντας κινδύνου για την ψυχική διαταραχή. Διαχρονικά δεδομένα παρέχουν αποδείξεις ότι οι οικονομικές δυσκολίες οδηγούν σε αυξημένη εμφάνιση μεγάλων καταθλίψεων (Τσακίρη, 2011).

#### **4.4.5 Συμπεράσματα**

Ο Clive Needle, διευθυντής της EuroHealthNet, σχολίασε σήμερα: «πρόκειται για πολύτιμα και σημαντικά νέα στοιχεία σχετικά με τις επιπτώσεις των οικονομικών αποφάσεων στην υγεία των ανθρώπων, καθώς και τις κοινωνικές επιπτώσεις της μη προστασίας της υγείας σε όλες τις πολιτικές επιλογές που γίνονται». Η ΕΕ θα πρέπει να βοηθήσει και να διασφαλίσει ότι οι άνθρωποι στην Ελλάδα γνωρίζουν την πραγματική αλήθεια. Μπορεί να χρησιμοποιήσει μία ομάδα εργασίας για την υγεία και την οικονομία με σκοπό την υποστήριξη των εθνικών κυβερνήσεων στην παροχή αποδεικτικών στοιχείων προς την τρόικα που εργάζεται πάνω στις οικονομικές αλλαγές. Η Συνθήκη της ΕΕ καλεί την ΕΕ και τα κράτη για την προστασία της υγείας σε όλα τα προγράμματά τους, ανεξάρτητα από την οικονομική κατάσταση: αυτή είναι η στιγμή για να πραγματοποιηθεί ακριβώς αυτό. (Κεντικελένης κα, 2010).

## **4.5 Ποιότητα Ζωής Που Σχετίζεται Με Τον κλάδο της Υγείας**

Σήμερα έχει επικεντρωθεί η προσπάθεια, για την επίλυση των προβλημάτων των συστημάτων ποιότητας, σε θέματα όπως η αποδοτικότητα και η αποτελεσματικότητα, και η ποιότητα της φροντίδας. Οι κυριότερες αιτίες της μη αποδοτικής χρήσης των πόρων του συστήματος θεωρούνται: οι διάφορες πηγές χρηματοδότησης, το χωρίς-ανώτατα-όρια σύστημα πληρωμών των προμηθευτών υπηρεσιών, η απουσία συστήματος παραπομπών και δικτύου οικογενειακών γιατρών και η ανάμιξη δημοσίου – ιδιωτικού τομέα παροχής υπηρεσιών. Η προαγωγή της υγείας και η ποιότητα της φροντίδας, είναι ζητήματα τα οποία αποτέλεσαν πολύ πρόσφατα αντικείμενα συζήτησης και σχεδιασμού δράσεων (Tragakes, 1996).

### **4.5.1 Ενήλικος Πληθυσμός**

Οι ενήλικοι πληθυσμοί διαφέρουν σημαντικά στο πόσο ευαίσθητη είναι η θνησιμότητα στις οικονομικές κρίσεις, και αυτό εξαρτάται εν μέρει από το επίπεδο της κοινωνικής προστασίας (Simou & Koutsogeorgou, 2014).

### **4.5.2 Συστήματα Αξιολόγησης**

Τα συστήματα Μέτρησης και Αξιολόγησης πρέπει να διακρίνονται από αυτά που αποκαλούνται συστήματα ελέγχου (system audit).

Τα συστήματα ελέγχου αποσκοπούν στον προσδιορισμό, εάν ισχύουσες διαδικασίες και κανονισμοί έχουν εφαρμοσθεί ή όχι και εάν το παραγόμενο αποτέλεσμα είναι σωστό σύμφωνα πάντοτε με τις προβλεπόμενες πολιτικές του περιβάλλοντος.

Η εφαρμογή των συστημάτων αξιολόγησης μέσω της θέσπισης ενός ενημερωτικού δελτίου απόδοσης (performance appraisal) το οποίο ο εργαζόμενος θα λαμβάνει τουλάχιστον μια φορά το χρόνο θα μπορούσε να λειτουργήσει υποκινητικά (Kasavana, Brooks 1995). Το μέτρο αυτό χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή μια και μπορεί πολύ εύκολα να λειτουργήσει αποθαρρυντικά. Σε καμία περίπτωση δε θα πρέπει να έχει επικριτικό χαρακτήρα αλλά θα πρέπει να χαρακτηρίζεται

από δικαιοσύνη και αντικειμενικότητα, να είναι πληροφοριακό και να ενισχύει την προσπάθεια βελτίωσης (Fisher, Sharp 1999).

### **4.5.3 Μαθητικός Πληθυσμός**

Τα παιδιά συχνά δεν κατανοούν την πολυπλοκότητα της οικογενειακής οικονομικής ζημιάς. Αυτό δημιουργεί ένα αίσθημα ανικανότητας ταυτόχρονα με την επιθυμία τους να ανακουφίσουν την αναταραχή που δημιουργήθηκε από την ανεργία. Αισθήματα σύγχυσης, θυμού και ανασφάλειας μπορούν να επηρεάσουν τις συμπεριφορές των παιδιών και των νέων ανθρώπων προς τους γονείς, το σχολείο και τον κόσμο της εργασίας (Ruhm, 2000).

### **4.5.4 Συμπεράσματα**

Οι έρευνες σχετικά με τη διαβίβαση των αρνητικών συναισθημάτων και ψυχικής δυσφορίας μέσα στην οικογένεια μεταξύ του γονέα και του παιδιού είναι περιορισμένες. Ωστόσο, αυτό δείχνει ότι ένα αυξημένο επίπεδο μητρικής ψυχικής οδύνης, μπορεί να έχει άμεσο αντίκτυπο στην ψυχική υγεία του παιδιού (Ruhm, 2008 ; Τσακίρη ,2011).

## Κεφάλαιο Πέμπτο

# Οι Επιπτώσεις Στους Παράγοντες Συμπεριφοράς Που Επιδρούν Στην Υγεία

### 5.1 Κάπνισμα

Το κάπνισμα για αιώνες ήταν στοιχείο κοινωνικής ανέλιξης, πέρασε στη φιλοσοφία του ανθρώπου ως κάτι θετικό και μεταφέρθηκε με αυτόν τον τρόπο μέσα στους αιώνες φτάνοντας σήμερα ο καπνός και πιο συγκεκριμένα το τσιγάρο να είναι αναπόσπαστο κομμάτι της ζωής του ανθρώπου. Ανεξάρτητα από το πόσο καταστρεπτικό για την υγεία είναι να καπνίζει κάποιος, του είναι πολύ δύσκολο να απαγκιστρωθεί από αυτή τη συνήθεια, που αποτελεί πια μέρος του DNA του. Το κεφάλαιο αυτό θα εστιάσει στην ιστορία του καπνού, θα αποτελέσει εισαγωγικό για το επόμενο κεφάλαιο που θα γίνει η παρουσίαση του αντικαπνιστικού νόμου στην Ευρώπη και τον κόσμο και θα γίνει προσπάθεια να παρουσιαστούν οι δυσκολίες στην εφαρμογή του.

Ανά τους αιώνες το τσιγάρο υπήρχε ενώ εξακολουθεί να υπάρχει και σήμερα στη ζωή των ανθρώπων. Η φήμη του από τη στιγμή της ανακάλυψής του εξαπλώθηκε με πολύ γρήγορους ρυθμούς και έγινε αναπόσπαστο κομμάτι της καθημερινότητας των ανθρώπων, συντροφεύοντας τους σε κάθε στιγμή της ζωής τους (Eriksen, et al., 2013). Η ύπαρξη του καπνού για πρώτη φορά ανακαλύφθηκε το 1492. Το φυτό του καπνού χρησιμοποιούνταν εκείνη την περίοδο από τους Ινδιάνους της Αμερικής ως θεραπευτικό υλικό για ασθένειες και πληγές. Οι κάτοικοι των Αντίλλων και του Νέου Κόσμου, χρησιμοποιούσαν τον καπνό ως ένα ιερό φυτό, προκειμένου να διώξουν τα πνεύματα. Ακόμα θεωρούνταν το φυτό της ειρήνης, μιας και με το κάπνισμά του σε μακριές πίπες, επισημοποιούσαν οι φυλές μεταξύ τους τη λήξη των πολεμικών συγκρούσεων (Kyriakoudes, 2016).

Όταν το φυτό πέρασε στην Ευρώπη αρχικά χρησιμοποιήθηκε σε χώρες όπως η Ισπανία και η Πορτογαλία ως αντικείμενο στολισμού για τους κήπους. Στη συνέχεια εντάχθηκε στο φαρμακευτικό κλάδο και χρησιμοποιούνταν κυρίως ως μέσο αντιμετώπισης του έλκους, της

στεριότητας, των αιμορραγιών. Λόγω της θεραπευτικής του ιδιότητας, ο καπνός άρχισε να θεωρείται αγαθό πρώτης ανάγκης και χρησιμοποιούταν όλο και περισσότερο από την αριστοκρατία (Bennett, 2012).

Παρότι εκείνη την εποχή ο τρόπος με τον οποίο χρησιμοποιούνταν ο καπνός μόνο καλό έκανε στον άνθρωπο, υπήρχε το αντίπαλο δέος υπήρχαν δηλαδή οι πολέμοι του τσιγάρου οι οποίοι ήταν συγκεντρωμένοι σε ομάδες και αντιδρούσαν στην ανάπτυξη του συγκεκριμένου προϊόντος. Σύμφωνα με τον Proctor (2012) οι αντικρουόμενες ομάδες τού τότε δεν είχαν μεγάλη διαφορά με τις ομάδες του σήμερα. Αυτές τις διαφορές τις αποδίδει στα πολιτισμικά χάσματα που υπήρχαν και τότε και σήμερα. Στη συνέχεια θα γίνει μια σύντομη αναφορά στην πολιτιστική πορεία για να διευκρινιστούν οι λόγοι σύγκρουσης, που ίσως φανούν και σήμερα σημαντικοί.

Τα τελευταία χρόνια, οι Έλληνες, ειδικά στις ηλικίες 18 έως 34, έχουν στρέψει το ενδιαφέρον τους από τα κλασικά τσιγάρα σε πακέτο, που εξακολουθούν να είναι και τα πρώτα σε κατανάλωση, στα στριφτά τσιγάρα. Οι βασικοί λόγοι είναι τρεις: ο οικονομικός, διότι τους συμφέρει να καπνίζουν στριφτά, ο αρωματικός, γιατί ο καπνός είναι εμπλουτισμένος με διάφορα αρώματα και ο ιατρικός, αφού ο μέσος καπνιστής κάνει λιγότερα τσιγάρα την ημέρα γιατί το χειροποίητο απαιτεί χρόνο (Αντωνίου κ.α.,2011).

Το ότι επιμένουν οι Έλληνες να καπνίζουν περισσότερο από τους Ευρωπαίους μπορούμε να το αποδώσουμε και στη σημαντική θέση της ελληνικής βιομηχανίας τσιγάρων (Αντωνίου κ.α., 2011). Αντλώντας τα στοιχεία από την Timeline, οι Αντωνίου κ.α. (2011), κατέγραψαν αναδρομικά τα παρακάτω γεγονότα στην ιστορία του τσιγάρου στην Ελλάδα.

Προκειμένου να αντιμετωπιστούν με βάση συγκεκριμένες επιστημονικές ανακαλύψεις οι θανάσιμες επιδράσεις του καπνού στην υγεία του ανθρώπου, οι Αμερικάνικες Πολιτείες και διάφοροι δήμοι τους, ανέπτυξαν μια σειρά από μέτρα και ρυθμίσεις που περιστέλλουν την πώληση και τη διαφήμιση προϊόντων καπνού.

Σήμερα δεκάδες Πολιτείες και εκατοντάδες δήμοι, που αποτελούν περίπου το 50% του αμερικάνικου πληθυσμού, περιόρισαν το κάπνισμα στους εσωτερικούς εργασιακούς χώρους, στους χώρους εστίασης αλλά και ψυχαγωγίας (καφέ – μπαρ).

## 5.2 Διατροφή, παχυσαρκία, φυσική άσκηση

Η οικονομική κρίση επομένως άλλαξε τον τρόπο ζωής, αν όχι όλων, των περισσότερων ανθρώπων και στον τομέα της υγείας. Η υπερκατανάλωση που ίσως γινόταν από τους πιο πολλούς Έλληνες έγινε πια παρελθόν. Οι στερήσεις στη διατροφή, στη διασκέδαση, στις αγορές τους άρχισαν να γίνονται ολοένα και περισσότερες. Συγκεκριμένα όσον αναφορά τη διατροφή των ανθρώπων οι περισσότεροι θα πίστευαν ότι με την οικονομική κρίση θα αντιμετωπιζόταν και το πρόβλημα της παχυσαρκίας στην Ελλάδα. Αντιθέτως, με πολλές έρευνες αποδείχθηκε ότι το πρόβλημα αυξήθηκε έντονα.

Για παράδειγμα, η παχυσαρκία αυξήθηκε την τελευταία δεκαετία έως και 50%. Αυτό συμβαίνει κυρίως για δύο λόγους. Ένας λόγος λοιπόν είναι ότι η ποιότητα των τροφίμων μειώνεται ενώ αυξάνεται η ποσότητα τροφών "δεύτερης κατηγορίας". Γι' αυτό και η παχυσαρκία άλλωστε καλείται ως η ασθένεια των φτωχών. Ο δεύτερος λόγος που η παχυσαρκία αυξήθηκε στην Ελλάδα είναι η ψυχολογική πίεση που υφίσταται ο κάθε άνθρωπος όταν το εισόδημά του δέχεται ολοένα και μεγαλύτερη μείωση. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να καταναλώνονται παραπάνω παχυντικές τροφές διότι με αυτόν τον τρόπο προσπαθούν να καλυτερεύσουν τη διάθεσή τους ή να αποβάλουν το άγχος που τους διακατέχει καθημερινά. Έτσι, το φαγητό λειτουργεί ως ένα μέσο ανακούφισης και παρηγοριάς (Κανάκης, 2013).

Σε περιόδους κρίσης λοιπόν παρατηρούνται αλλαγές στις διατροφικές συνήθειες. Πιο συγκεκριμένα, μειώθηκε η κατανάλωση λαχανικών, φρούτων, ψαριών, τροφίμων δηλαδή που έχουν υψηλές τιμές. Αντιθέτως όμως, αυξήθηκε η κατανάλωση τροφίμων που είναι πλούσια σε ζάχαρη και κορεσμένα λίπη. Επίσης αυξήθηκε πολύ και η κατανάλωση γρήγορου και φθηνού φαγητού. Ειδικοί ωστόσο αναφέρουν ότι οι άνθρωποι μπορούν να πάρουν τα απαραίτητα που χρειάζεται ο οργανισμός τους ακόμα κ με λίγα χρήματα. Καταλληλότερη διατροφή προτείνουν τη μεσογειακή, ενώ παράλληλα προτείνουν τη φυσική άσκηση που για πολλούς ανθρώπους είναι πολυτέλεια.

Μια ακόμη αλλαγή με το ξέσπασμα της οικονομικής κρίσης ήταν ότι πολλοί καταφεύγουν πια να τρώνε σπιτικό φαγητό και έχουν περιορίσει αρκετά τις εξόδους για φαγητό ενώ άλλοι έχουν

αυξήσει τις επισκέψεις τους στα λεγόμενα "fast- food". Επίσης, όσοι εργάζονται, παλιότερα αγόραζαν έτοιμο φαγητό απ'έξω καθημερινά χωρίς να σκέπτονται τη χρηματική αξία.

Η οικονομική κρίση, όμως, έδωσε αξία στο "τάπερ από το σπίτι". Δηλαδή οι εργαζόμενοι ετοίμαζαν ένα μικρό γεύμα από το σπίτι για να μη ξοδεύουν καθημερινά λεφτά. Ωστόσο, η οικονομική κρίση από την άλλη μεριά τιθασεύει την καταναλωτική μανία των Ελλήνων. Οι καταναλωτές κάνουν τις αγορές τους με λίστα χωρίς να ξεφεύγουν πια από αυτή, κάτι που γινόταν επανειλημμένως προ κρίσης. Σύμφωνα με έρευνες, η χρήση λίστας έχει φτάσει στο 86% και το 79% που πραγματοποιούσε επιπλέον αγορές πριν την οικονομική κρίση έπεσε κατακόρυφα στο 29%. Αρκετοί όμως καταναλωτές αγοράζουν τρόφιμα με κριτήριο την τιμή και όχι την ποιότητα και επιλέγουν προϊόντα ιδιωτικής ετικέτας (π.χ. προϊόντα με ονομασία του super market).

Σε μια συνέντευξη από τη διατροφολόγο- διαιτολόγο Νησιανάκη Α. (2012), αναφέρεται ότι η οικονομική κρίση, η κακή θρέψη και η παχυσαρκία συνδέονται μεταξύ τους μέσα από τη συστηματική αδυναμία αγοράς ποιοτικών τροφίμων και αντί αυτού συχνότερη κατανάλωση βιομηχανικά επεξεργασμένων ανθυγιεινών τροφών. Επίσης, θεωρεί ότι δεν είναι ανέφικτο να συνδυαστεί η υγιεινή με την οικονομική διατροφή αρκεί να υπάρχει οργάνωση και καλός προγραμματισμός στα οικιακά ψώνια. Η κακή όμως διατροφή δεν έχει ως επίπτωση μόνο την αύξηση της παχυσαρκίας στην Ελλάδα αλλά έχει επίπτωση και στην υγεία των πολιτών.

### **5.3 Αλκοόλ και ναρκωτικά**

Παράλληλα, παρατηρείται μια αρκετά μεγάλη αύξηση στα καρδιαγγειακά προβλήματα περίπου κατά 20% ενώ δεν είναι λίγοι αυτοί που καταφεύγουν σε ουσίες όπως είναι το αλκοόλ και τα ναρκωτικά επειδή δε μπορούν να αντιμετωπίσουν τα οικονομικά προβλήματα που τους παρουσιάζονται σχεδόν καθημερινά.



## Κεφάλαιο Έκτο

### Οι Επιπτώσεις Στο Σύστημα Υγείας

#### 6.1 Χρηματοδότηση - Δαπάνες Υγείας

Εκτός όμως από την υγεία, ψυχική και σωματική, των πολιτών η οικονομική κρίση και τα μέτρα λιτότητας που επιβλήθηκαν στην Ελλάδα υποβάθμισαν και το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.) που ήδη είχε προβλήματα με τη χρηματοδότηση, την οργάνωση και την παροχή υπηρεσιών.

Οι περικοπές που σημειώθηκαν από τους προϋπολογισμούς των νοσοκομείων και γενικά στο χώρο της υγείας θα αντιμετωπίσουν ακόμη μεγαλύτερη ζήτηση, αφού λόγω αυτών η κατανάλωση των υπηρεσιών υγείας θα στραφεί σε υπηρεσίες με ασφαλιστική κάλυψη. Αυτό σημαίνει ότι αυξάνονται οι πιέσεις για αποδοτικότητα του συστήματος υγείας.

Σύμφωνα με μελετητές διαπιστώθηκε ότι οι επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία των δημόσιων νοσοκομείων έχουν σημειώσει αύξηση σε σχέση με τα ιδιωτικά ιατρεία τα τελευταία χρόνια και αυτό συνεπάγεται αυξημένο άγχος λόγω της κρίσης, που οδηγεί σε αύξηση περειαίρω προβλημάτων υγείας (Θεοφίλη, 2014).

Συνδυάζοντας, λοιπόν, τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία των πολιτών και τις ελλείψεις που έχουν υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, από έρευνες που πραγματοποιήθηκαν από ειδικούς στα πλαίσια του Παγκόσμιου Συνεδρίου Ψυχικής Υγείας υπολογίζεται ότι το 50% περίπου των ψυχικά ασθενών παραμένουν χωρίς διάγνωση διότι δεν υπάρχει επαρκές προσωπικό με την απαραίτητη εκπαίδευση ώστε να διαγνωστούν τα ψυχικά νοσήματα (Θεοφίλη, 2014).

##### 6.1.1 Εξέλιξη Της Χρηματοδότησης Του Συστήματος Υγείας

Μια από τις θεμελιώδεις Αρχές του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ), το οποίο ιδρύθηκε με το νόμο 1397/83, ήταν η ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, μέσω ενός συστήματος

παραπομπών. Ο νόμος προέβλεπε την ίδρυση του δικτύου Κέντρων Υγείας, τόσο στις αγροτικές όσο και στις αστικές περιοχές της χώρας και τη στελέχωσή τους κυρίως με Γενικούς γιατρούς και άλλες ιατρικές ειδικότητες, οι οποίοι θα παρείχαν υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, θα ανέπτυσαν προγράμματα πρόληψης ασθενειών και θα προήγαγαν την υγεία του πληθυσμού των τοπικών κοινωνιών. Τα Κέντρα Υγείας θα συνδέονταν με τα τοπικά ή περιφερειακά νοσοκομεία και οι ασθενείς θα παραπέμπονταν σ' αυτά με εντολή των γιατρών των Κέντρων.

Παρόλα αυτά, σήμερα τα Κέντρα Υγείας έχουν αναπτυχθεί στην επαρχία αλλά όχι και στις πόλεις. Λειτουργούν περίπου 200 Κέντρα, 1000 αγροτικά ιατρεία και 19 μικρά νοσοκομεία – κέντρα υγείας καλύπτοντας τις ανάγκες 2,5 εκατομμυρίων κατοίκων της χώρας. Η στελέχωσή τους θεωρείται σήμερα ανεπαρκής (περιλαμβάνει κυρίως παθολόγους γιατρούς, παιδίατρους και λίγους γενικούς γιατρούς και νοσηλευτές). Καθώς έχει απαγορευτεί η ίδρυση ιδιωτικών νοσοκομείων αλλά επιτρέπεται η διαγνωστική δραστηριότητα, έχουν αναπτυχθεί πάρα πολλά διαγνωστικά κέντρα, τα περισσότερα από τα οποία συμβάλλονται με τα Ασφαλιστικά Ταμεία για να παρέχουν υπηρεσίες διάγνωσης (παρέχουν υπερβολικά μεγάλο αριθμό υπηρεσιών, συχνά μη απαραίτητων αλλά ακριβών).

### **6.1.2 Κατανομή Χρηματοδότησης Ανά Τομείς**

Τα δημόσια Ασφαλιστικά Ταμεία, ο ΕΟΠΥΥ και άλλα ασφαλιστικά ταμεία, χρηματοδοτούν την Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας μέσω των Πολυκλινικών που διαθέτουν ( Π.Ε.Δ.Υ) στις αστικές περιοχές, ενώ οι ασφαλισμένοι των υπόλοιπων Ταμείων μπορούν να επισκέπτονται τα Κέντρα Υγείας του ΕΣΥ ή τους ιδιώτες γιατρούς που έχουν σύμβαση μ' αυτά. Γενικότερα, έχουν γίνει πολλές αλλαγές στο ασφαλιστικό σύστημα, την οργάνωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και γενικότερα στη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας (Θεοφίλη, 2014).

Γενικά, ολόκληρος ο πληθυσμός της χώρας καλύπτεται απέναντι στους κινδύνους ασθένειας. Η συμμετοχή στα Ασφαλιστικά Ταμεία είναι υποχρεωτική για τους εργαζόμενους και βασίζεται στην επαγγελματική κατηγοριοποίηση. Τα Ταμεία έχουν Διοικήσεις που υπόκεινται σε εκτεταμένο έλεγχο από την Κεντρική Διοίκηση. Το εύρος των παρεχόμενων υπηρεσιών, οι ιατρικές ειδικότητες στις οποίες επιτρέπεται η πρόσβαση, και το ύψος των εισφορών των ασφαλισμένων

αποφασίζονται από την Κεντρική Διοίκηση, ανάλογα με τις προτεραιότητες της εκάστοτε κυβέρνησης (καθώς και την πίεση των διαφόρων επαγγελματικών ομάδων).

Ο Ιδιωτικός τομέας είναι ιδιαίτερα αναπτυγμένος στην Ελλάδα, ειδικότερα όσον αφορά υπηρεσίες όπως η αποκατάσταση (φυσιοθεραπείες, κλπ.) και οι υπηρεσίες για τους ηλικιωμένους (Simou & Koutsogeorgou, 2014).

### **6.1.3 Δαπάνες Υγείας Στην Ελλάδα**

Η χρηματοδότηση του συστήματος υγείας γίνεται εν μέρει μέσω φορολογίας και εν μέρει μέσω των ασφαλιστικών εισφορών.

Στον νοσοκομειακό τομέα λειτουργούν τμήματα εξωνοσοκομειακής περίθαλψης και επειγόντων περιστατικών, έτσι τελικά όλοι οι πολίτες της χώρας, αλλά και οι πολίτες όλων των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, μπορούν να επισκεφτούν κάποιο νοσοκομείο ή κέντρο υγείας. Στην πράξη, όλοι, ακόμη και οι παράνομοι μετανάστες δέχονται υπηρεσίες υγείας όταν υπάρχει ανάγκη.

Το εύρος των υπηρεσιών που καλύπτονται από τα Ασφαλιστικά Ταμεία ποικίλλει ανάλογα με το Ταμείο, καθώς και η ποιότητά τους. Τα περισσότερα παρέχουν αποζημιώσεις για τις Πρωτοβάθμιες, Δευτεροβάθμιες, φαρμακευτικές και οδοντιατρικές φροντίδες, μερικά Ταμεία καλύπτουν και διαγνωστικά και εργαστηριακά τέστ ή και διορθωτικά γυαλιά οράσεως. Οι out-of-pocket πληρωμές έχουν τις εξής μορφές:

- συνεισφορές για υπηρεσίες υγείας που καλύπτονται από τα Ταμεία, όπως και για υπηρεσίες που δεν καλύπτονται,
- πληρωμές σε ιδιώτες γιατρούς, διαγνωστικά κέντρα και νοσοκομεία,
- ανεπίσημες, παράνομες πληρωμές, κυρίως στον χειρουργικό τομέα των νοσοκομείων.

Τονίζεται, εδώ ότι παρόλο το γεγονός της δημόσιας ενασχόλησης με τις ίδιες πληρωμές, δεν έχουν ληφθεί συγκεκριμένα μέτρα περιορισμού τους. Αξιολογώντας, ειδικότερα την ανάπτυξη του

δικτύου των Κέντρων Υγείας μπορούμε να πούμε ότι αυτά δεν έχουν επιτύχει το στόχο που τέθηκε το 1983 για να λειτουργήσουν ως «gatekeepers» του συστήματος υγείας.

#### **6.1.4 Σύγκριση Της Ελλάδας Με Τις Χώρες της ΕΕ**

Στη συνέχεια ακολουθεί μια συνοπτική απεικόνιση των κυριότερων δομικών στοιχείων των συστημάτων Πρωτοβάθμιας φροντίδας των χωρών. Ως μεθοδολογικό εργαλείο, ο πίνακας αυτός μπορεί να αποτελέσει τη βάση για τη συστηματική και ορθολογική αξιολόγηση των συστημάτων. Έχει γίνει μια ομαδοποίηση των δομικών χαρακτηριστικών των συστημάτων ανάλογα με την περιοχή που αναφέρονται καθώς και των χωρών ανάλογα με το κυρίαρχο στοιχείο διεύθυνσης-συντονισμού του συστήματός τους. Ξεκινώντας τη συγκριτική αξιολόγηση των συστημάτων, σε ό,τι αφορά το μηχανισμό χρηματοδότησης, ο οποίος προσδίδει το κύριο χαρακτηριστικό σ'ένα σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, διακρίνουμε τα εξής:

- Συστήματα με φορολογική βάση χρηματοδότησης έχουν η Δανία, η Μ. Βρετανία και η Φινλανδία. (Thomson, 2012).
- Συστήματα που βασίζονται στην Κοινωνική Ασφάλιση Υγείας, τα Ασφαλιστικά Ταμεία, δηλαδή, έχουν η Γερμανία και η Ολλανδία.
- Η Ελβετία έχει ένα σύστημα που συνδυάζει ταυτόχρονα τις ιδιωτικές δαπάνες (μοντέλο ελεύθερης αγοράς), την κρατική χρηματοδότηση και την οικονομική προσφορά της κοινωνικής συνιστώσας (Thomson, 2012).

Τα επίπεδα διάθεσης υπηρεσιών υγείας είναι συνήθως τα εξής (Thomson, 2012):

- Ιδιώτες Γενικοί γιατροί, σε ιατρεία ή σε ομάδες.
- Νοσοκομεία, τμήματα εξωτερικών ιατρείων.
- Δημοτικές υπηρεσίες υγείας ( νοσηλεία κατ' οίκον, επισκέπτριες υγείας, κλπ.).
- Οδοντιατρική και οφθαλμολογική φροντίδα.

Σε όλες τις χώρες συναντάμε αυτά τα επίπεδα, για παράδειγμα στη Δανία οι συντελεστές του συστήματος είναι οι τρεις πρώτοι, στη Μ. Βρετανία είναι κυρίως οι Γενικοί Γιατροί, στην Ελβετία είναι οι ανεξάρτητοι Γενικοί γιατροί, οι ειδικευμένοι γιατροί, τα νοσοκομεία και τα βοηθητικά επαγγέλματα υγείας. Στη Φινλανδία παρέχονται υπηρεσίες υγείας στα Δημοτικά Κέντρα Υγείας και στα Δημόσια Νοσοκομεία. Στην Ολλανδία τον κεντρικό ρόλο στην προσφορά των υπηρεσιών τον παίζουν οι Ιδιώτες γενικοί γιατροί. Η Γερμανία έχει στηρίξει το σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας της σε ένα συνδυασμό δημοσίων, ιδιωτικών και μη κερδοσκοπικών οργανισμών, δηλαδή τα νοσοκομεία είναι δημόσια και οι γιατροί ιδιώτες (Thomson, 2012).

Ο ρόλος της κεντρικής κυβέρνησης διαφοροποιείται ανάλογα με το βαθμό αποκέντρωσης του συστήματος λήψης αποφάσεων. Μπορεί να είναι πολύ ισχυρός, ελεγκτικός ως προς τη χρηματοδότηση, την οργάνωση, τις νέες δυνατότητες, το εύρος των υπηρεσιών και το κόστος, όπως παρατηρείται στη Μ. Βρετανία, κυρίως και λιγότερο στη Δανία.

### **6.1.5 Τα Προβλήματα Στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας Στην Ελλάδα**

Αν και η κατασκευή και ο εξοπλισμός των Κέντρων Υγείας είχαν ως αποτέλεσμα την εκπλήρωση ενός από τους στόχους του ΕΣΥ, δηλαδή την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας για ολόκληρο τον πληθυσμό, τουλάχιστον στις αγροτικές περιοχές, παρόλα αυτά εξαιτίας ενός αριθμού προβλημάτων στελέχωσης, καθώς και οικονομικών και οργανωτικών, η σύγχρονη λειτουργία τους υπολείπεται των προσδοκιών (Simou & Koutsogeorgou, 2014).

Τα βασικά προβλήματα που εντοπίζονται στη λειτουργία της Πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας είναι:

1. Υπάρχουν σοβαρές ελλείψεις στις υποδομές του δημόσιου τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας και αδύναμη ανταπόκριση στις ανάγκες του ιατρικού κόσμου. Αυτές οι αδυναμίες έχουν ως αποτέλεσμα να παρέχουν οι δημόσιοι φορείς υπηρεσίες υγείας περιορισμένου εύρους και τα Ασφαλιστικά Ταμεία να αναζητούν λύσεις συνάπτοντας συμβόλαια με τους ιδιωτικούς φορείς.
2. Υπάρχει σημαντική έλλειψη κατάλληλα εκπαιδευμένου ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού. Η ειδικότητα του Γενικού Γιατρού θεωρείται χαμηλής επαγγελματικής και

κοινωνικής αποδοχής και ως αποτέλεσμα υπάρχει σοβαρή έλλειψη αυτής.

3. Υπάρχουν σοβαρές ελλείψεις σε νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό σε όλα τα Κέντρα Υγείας και τα ιατρεία του Π.Ε.Δ.Υ.

4. Οι χαμηλοί μισθοί και η έλλειψη κινήτρων έχει ως αποτέλεσμα την απροθυμία των γιατρών να στελεχώσουν τα Κέντρα Υγείας και οδηγεί το σύστημά τους σε χαμηλή παραγωγικότητα και αυθαίρετο περιορισμό των ωρών εργασίας τους.

Η απουσία ενός συστήματος οικογενειακών γιατρών και παραπομπών, ειδικά στις αστικές περιοχές, αποκλείει τη συνέχεια στη φροντίδα και αυξάνει την αναποτελεσματικότητα του συστήματος. Η πρόσβαση σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας κατά τις νυχτερινές ώρες είναι περιορισμένη, έτσι ειδικά στις πόλεις, οι ασθενείς επισκέπτονται τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων που διανυκτερεύουν ή ιδιώτες γιατρούς.

Η χαμηλή πιστότητα του συστήματος ωθεί, συχνά, τους ασθενείς να αναζητήσουν μια «δεύτερη γνώμη» από κάποιον ιδιώτη γιατρό. Έτσι δημιουργούνται πρόσθετες δαπάνες, υπερφόρτωση του συστήματος και μερικώς ακυρώνεται ο χαρακτήρας της δωρεάν φροντίδας υγείας.

### **6.1.6 Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη Στην Ελλάδα**

Διαπιστώνεται μειωμένη ζήτηση στον ιδιωτικό τομέα. Όμως υπάρχουν και περιπτώσεις που οι πολίτες είναι ανασφάλιστοι, γεγονός το οποίο έχει αυξηθεί κατά πολύ τα τελευταία χρόνια (Καραϊσκου Α., κ.ά., 2012). Επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στο χώρο της υγείας γενικά είναι οι μεγάλες περικοπές που έγιναν στις δημόσιες δαπάνες για την υγεία, όπως μείωση μισθών στο προσωπικό, ιατρούς και λοιπούς επαγγελματίες υγείας, μείωση προμήθειας ιατρικών προϊόντων, μειώσεις στις φαρμακευτικές δαπάνες, προώθηση γενόσημων φαρμάκων, ελλείψεις στην προμήθεια φαρμάκων, ηλεκτρονικές συνταγογραφήσεις κτλ. Για παράδειγμα, για να μειώσουν τις δαπάνες αποφασίστηκε να συγχωνευτούν μονάδες υγείας, καθώς και να δημιουργηθεί ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ., ένας ενιαίος φορέας ασφάλισης υγείας (Simou & Koutsogeorgou, 2014).

## 6.2 Η Αξιολόγηση Του Συστήματος Υγείας

Το ελληνικό σύστημα υγείας αποτελεί ένα *μικτό σύστημα δημόσιου χαρακτήρα* -όπως συμβαίνει με όλα τα ευρωπαϊκά συστήματα-, στο οποίο ο δημόσιος τομέας έχει τον κυρίαρχο ρόλο (υποδομές, χρηματοδότηση, εξουσία), τα πολλά ασφαλιστικά ταμεία έχουν δευτερεύοντα ρόλο και περιορισμένη παρουσία, ενώ ο ιδιαίτερα μεγάλος ιδιωτικός τομέας απορροφά περισσότερο από το 1/3 των συνολικών δαπανών υγείας.

Οργανωτικά/διοικητικά το σύστημα παραμένει έντονα συγκεντρωτικό και γραφειοκρατικό, χωρίς ισχυρή μέχρι σήμερα περιφερειακή διάρθρωση. Στην Ελλάδα παρά την πληθώρα των ιατρών ο τομέας της υγείας παρουσιάζεται υποστελεχωμένος σε σύγκριση με τις άλλες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Το ελληνικό ΕΣΥ παρόλο που βασίσθηκε στη φιλοσοφία και τα οργανωτικά πλαίσια του βρετανικού συστήματος, δεν ακολούθησε τον ίδιο προγραμματισμό στην ανάπτυξη και διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού. Έτσι το ελληνικό σύστημα υγείας παρέμεινε έντονα ιατροκεντρικό (Υφαντόπουλος, 2006).

Επιπλέον είναι αναγκαίο να εκπονηθούν και να εφαρμοσθούν συστήματα αξιολόγησης και διασφάλισης της ποιότητας εργασίας, τα οποία θα ελέγχουν ορθά το παραγόμενο έργο και θα θέτουν σαφείς προτεραιότητες στον προγραμματισμό.

## Κεφάλαιο Έβδομο

# Ο ΙΟΣ ΤΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΚΟΝΔΥΛΩΜΑΤΩΝ (HPV)

### 7.1 Γενικά

Το έτος 1981 αποτέλεσε ορόσημο για τον τομέα της υγείας στην Ελλάδα με τη θεσμοθέτηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Μέσα από αυτό οργανώθηκε το δημόσιο σύστημα υγείας με σκοπό την κάλυψη όλου του πληθυσμού και παροχή συνολικής πρόσβασης στην υγεία στον κάθε Έλληνα πολίτη. Μια σειρά όμως από ατέλειες όχι τόσο στο σχεδιασμό αλλά κυρίως στην εφαρμογή του σε συνδυασμό με την ελλιπή του χρηματοδότηση οδήγησε στη βαθμιαία μείωση της λειτουργικότητας και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Αυτό είχε σαν αποτέλεσμα την παράλληλη ανάπτυξη και ισχυροποίηση του ιδιωτικού τομέα μέσα από οργανισμούς που παρέχουν υπηρεσίες σε όλα τα επίπεδα περίθαλψης. Όμως από την άλλη μεριά η οικονομική ύφεση και η οικονομική δυσπραγία των πολιτών και σε συνδυασμό με τα παραπάνω, ουσιαστικά τους οδηγεί σε ένα αδιέξοδο.

Αν και τα τελευταία χρόνια στη χώρα μας γίνεται μια σημαντική προσπάθεια αναβάθμισης του συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας, παρόλα αυτά ο κίνδυνος εξάπλωσης ήδη υπαρχουσών νοσημάτων/ φλεγμονών όπως είναι η ύπαρξη και μετάδοση του ιού των ανθρώπινων κονδυλωμάτων (HPV), εξακολουθεί να ελοχεύει.

Η πολιτική χάραξης στρατηγικών δημόσιας υγείας που αφορά τις επιδημίες καλείται πλέον να διατηρήσει μια ευαίσθητη ισορροπία μεταξύ της προστασίας της δημόσιας υγείας και της εφαρμογής πρακτικών που μπορεί να οδηγήσουν άμεσα ή έμμεσα στο φόβο, το στιγματισμό και τον κοινωνικό αποκλεισμό πληθυσμών ή ατόμων σε μια εποχή που η ανθρώπινη ζωή έχει πάψει να είναι αναλώσιμη.



## 7.2 Τι είναι ο ιός των Ανθρώπινων Κονδυλωμάτων (HPV)

Ο ιός των Ανθρώπινων Κονδυλωμάτων (HPV-Human Papilloma Virus) είναι ο ιός που βασίζεται στο DNA και μολύνει το δέρμα και κάποιους βλεννογόνους (αμυγές στο επιθήλιο). Μεταδίδεται μέσω του δέρματος καθώς και μέσω διαφόρων τύπων σεξουαλικής επαφής (Α.Ε. Μορτάκης, 2007). Επίσης εμφανίζεται και σε περιπτώσεις όπου το ανοσοποιητικό σύστημα υπολειτουργεί. Βάσει των Bernard και συνεργατών (2010) μέχρι σήμερα έχουν βρεθεί 189 υποτύποι του ιού HPV από τους οποίους οι 120 προσβάλλουν τον άνθρωπο και οι 40 περίπου είναι σεξουαλικά μεταδιδόμενοι. Κάποιες από τις μορφές είναι υπεύθυνες για την ύπαρξη των κονδυλωμάτων ενώ κάποιες άλλες προκαλούν φλεγμονώδεις αλλοιώσεις οι οποίες εάν δε γίνει η σωστή παρακολούθηση μπορεί να οδηγήσουν σε προ-καρκινικές δυσπλασίες και σε σπάνιες περιπτώσεις, σε καρκινικές καταστάσεις. Ο HPV δε μεταδίδεται μόνο με τη σεξουαλική επαφή αλλά και μέσω της δερματικής επαφής.

Οι τύποι του ιού που έχουν χαμηλό τίτλο επικινδυνότητας είναι οι εξής: 6,11,40,42,43,44,55,61,70,72,81,83,84,89. Είναι υπεύθυνοι για την εκδήλωση των οξυτενών κονδυλωμάτων, ενώ δεν εκδηλώνονται όλοι οι τύποι με συμπτώματα (Α.Ε. Μορτάκης, 2007). Οι τύποι του ιού με υψηλό τίτλο επικινδυνότητας είναι οι εξής: 16,18,31,33,35,39,45,51,52,53,56,58,59,66,68,70,73,82,85, χωρίς να σημαίνει ότι σε όποια γυναίκα ανευρίσκεται κάποιος από αυτούς τους τύπους, θα εμφανίσει καρκίνο του τραχήλου της μήτρας (Α.Ε. Μορτάκης, 2007). Συνήθως ο οργανισμός, ανάλογα με την ανοσιακή απάντησή του απέναντι στη μόλυνση με τον ιό απαλλάσσεται από αυτόν μετά από κάποιο χρονικό διάστημα. Εξάλλου οι γυναίκες που υποβάλλονται σε μοριακό έλεγχο για ανίχνευση του ιού (HPV DNA test) και είναι αρνητικό το αποτέλεσμα δε διατρέχουν κανένα κίνδυνο. Ούτως ή αλλιώς μόνο το 1-2% των γυναικών στις οποίες ανιχνεύθηκε κάποιος τύπος του ιού HPV, θα παρουσιάσουν προκαρκινικές ή καρκινικές αλλοιώσεις του τραχήλου της μήτρας (Α.Ε. Μορτάκης, 2007).

Χαρακτηριστικός είναι ο παρακάτω πίνακας ο οποίος δημοσιεύθηκε στο Journal of the American Medical Association (Dunne, Eileen F. et al, 2007) και αφορά στη μετάδοση του HPV ανάμεσα στις γυναίκες των ΗΠΑ:

24,5% μετάδοση του HPV μεταξύ γυναικών ηλικίας από 14 έως 19

44,8% μετάδοση του HPV μεταξύ γυναικών ηλικίας από 20 έως 24

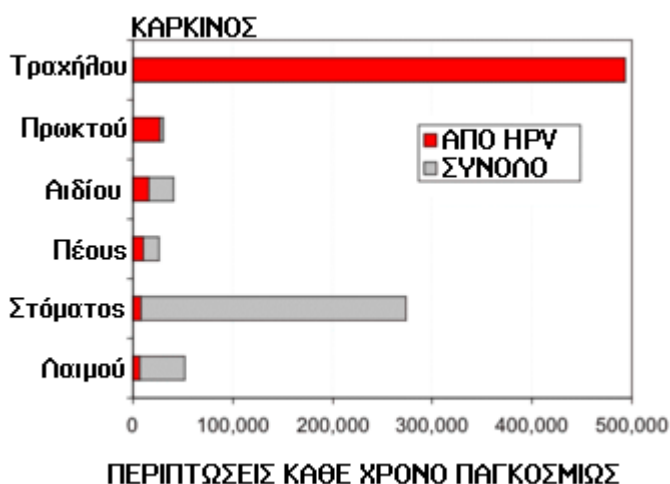
27,4% μετάδοση του HPV μεταξύ γυναικών ηλικίας από 25 έως 29

27,5% μετάδοση του HPV μεταξύ γυναικών ηλικίας από 30 έως 39

25,2% μετάδοση του HPV μεταξύ γυναικών ηλικίας από 40 έως 49

19,6% μετάδοση του HPV μεταξύ γυναικών ηλικίας από 50 έως 59

Γράφημα 1:



Πηγή: Journal of the American Medical Association (Dunne, Eileen F. et al, 2007)/translated in Wikipedia

### 7.3 Σε ποια μέρη του σώματος συναντάται ο HPV

Ο ιός των ανθρώπινων κονδυλωμάτων εκτός από χαρακτήρα σεξουαλικά μεταδιδόμενου νοσήματος, έχει βρεθεί ότι δεν πλήττει μόνο τα εξωτερικά γεννητικά όργανα και τον τράχηλο της

μήτρας αλλά έχουν βρεθεί εστίες μόλυνσης και σε άλλα σημεία του ανθρώπινου σώματος. Αναφορικά μερικά από αυτά είναι τα παρακάτω:

- Δέρμα: ο ιός των ανθρώπινων κονδυλωμάτων μέσω του κνησμού παραμένει στα νύχια και εποφθαλμιά στο τριχωτό της κεφαλής, στην πλάτη, στα γόνατα και στους αγκώνες. Οι τύποι του HPV που συναντώνται στο δέρμα δεν ευθύνονται για τα κονδυλώματα στα γεννητικά όργανα και δεν εξελίσσονται σε καρκίνο (B. Akgul, J. C. Cooke, A. Storey, 2006).
- Πέλματα ποδιών: έχουν βρεθεί εστίες στα πέλματα, οι οποίες αναπτύσσονται προς το εσωτερικό με αποτέλεσμα να δημιουργείται έντονο άλγος στο βάδισμα.
- Εξωτερικά γεννητικά όργανα και πρωκτό: σε αυτά τα σημεία συναντάται πιο συχνά ο HPV και οι τύποι 6 και 11. Στις περιπτώσεις αυτές δεν υπάρχουν απαραίτητα συμπτώματα, παρόλα αυτά και σε ασυμπτωματικές καταστάσεις ο ιός μεταδίδεται από άτομο σε άτομο (C. Greer et al., 1995), (E. Διακομανώλης, 2010).
- Καρκίνος (του τραχήλου, του πέους, του πρωκτού, του αιδοίου, του φάρυγγα, του στόματος): ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας για να εκδηλωθεί θα πρέπει η γυναίκα η οποία είχε διαγνωσθεί στο παρελθόν για HPV λοίμωξη, να έχει παραμελήσει για αρκετά χρόνια τον τακτικό έλεγχο στον οποίο θα πρέπει να υποβάλλεται καθώς η εξαλλαγή των φλεγμονωδών κυττάρων σε καρκινικά είναι εξαιρετικά αργή. Στις περιπτώσεις καρκίνου φάρυγγα στόματος, πρωκτού θα πρέπει να έχει υπάρξει επαφή με το ήδη μολυσμένο άτομο μέσω στοματικής ή πρωκτικής σεξουαλικής πράξης (E. Διακομανώλης, 2010).

Παρακάτω ο πίνακας απεικονίζει ποιοι τύποι HPV ανευρίσκονται στα διάφορα σημεία του σώματος και τι ασθένειες προκαλούν.

#### Πίνακας 2.5:

Ασθένεια	Τύπος του HPV
Απλά Κονδυλώματα	2, 7
Πελματικά Κονδυλώματα	1, 2, 4

Δερματικά Κονδυλώματα	3, 10
Γενετικά Κονδυλώματα	6,11,40,42,43,44,55,61,70,72,81, 83,84,89
Δυσπλασίες (καρκίνος) γεννητικών οργάνων	16,18,31,33,35,39,45,51,52,53, 56,58,59,66,68,70,73,82,85
Στοματική Ενδοεπιθηλιακή Υπερπλασία	13, 32
Κονδυλώματα του στόματος	6, 7, 11, 16, 32

Πηγή : Αλέξανδρος Μορτάκης Μόλυνση- Μετάδοση

## 7.4 Με ποιο τρόπο τίθεται η διάγνωση για τον HPV

Η διάγνωση του HPV τίθεται μέσω του τεστ Παπανικολάου ενώ η τυποποίηση του ιού γίνεται μέσω του HPV DNA test, το οποίο μας δείχνει τον τύπο του ιού από τον οποίο νοσεί το άτομο καθώς και την ύπαρξη συνοδών λοιμώξεων/φλεγμονών (Α.Ε. Μορτάκης, 2007).

Το τεστ Παπανικολάου, όπου πήρε το όνομά του από τον Γεώργιο Παπανικολάου γνωστό Έλληνα Ιατρό/Ερευνητή, είναι η σημαντικότερη εξέταση για τη διάγνωση προκαρκινικών και καρκινικών κυττάρων στον τράχηλο της μήτρας. Είναι εργαστηριακή κυτταρολογική εξέταση (Μ. Παπανικολάου-Κοκόρη,1985). Οι κατευθυντήριες γραμμές για το πότε πρέπει να ξεκινάει μια γυναίκα να εξετάζεται, μέχρι ποια ηλικία και κάθε πότε πρέπει να το επαναλαμβάνει, ποικίλλει από χώρα σε χώρα (Stradder B.,2009). Ο παρακάτω πίνακας δείχνει τους λόγους εξέτασης:

**Πίνακας 2.6:**

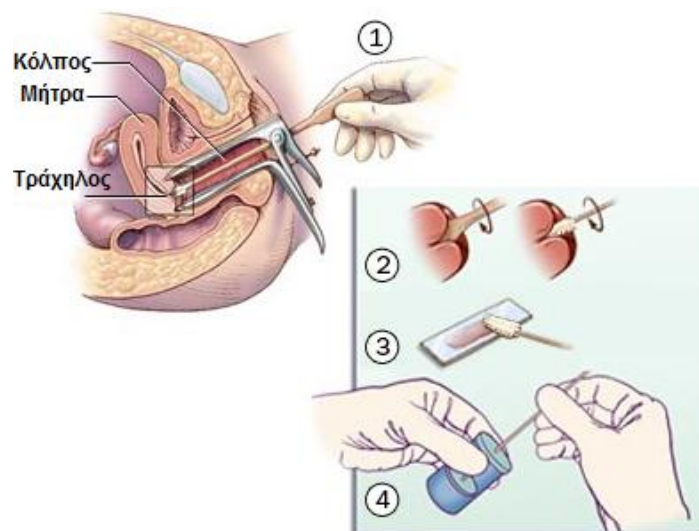
Λόγοι για εξέταση		
Ατομικά χαρακτηριστικά	Εξέταση	Αιτιολογία
δεν έχει προηγούμενες σεξουαλικές επαφές	OXI	Ο HPV μεταδίδεται με τη σεξουαλική επαφή
Κάτω των 21, ανεξαρτήτως σεξουαλικότητας	OXI	περισσότερα μειονεκτήματα από πιθανά πλεονεκτήματα
Απο τα 20-25 μέχρι τα 50-60	Κάθε 3 με 5 χρόνια αν τα αποτελέσματα είναι φυσιολογικά	Συνιστάται για όλες τις γυναίκες
Άνω των 65 με φυσιολογικό ιστορικό	Δεν απαιτείται περαιτέρω	Σύσταση για <b>USPSTF</b> , <b>ACOG</b> , <b>ACS</b> και <b>ASCP</b>
Με ολική υστερεκτομή	Δεν απαιτείται περαιτέρω	Οι κίνδυνοι τέτοιας εξέτασης μετά από υστερεκτομή είναι σημαντικοί
Με μερική υστερεκτομή	Τα τεστ συνεχίζονται κανονικά	
Έχει εμβολιαστεί για HPV	Τα τεστ συνεχίζονται κανονικά	Το εμβόλιο δεν καλύπτει όλους τους τύπους του ιού που προκαλούν καρκίνο
Ιστορικό ενδομήτριου καρκίνου	Αναστολή περαιτέρω εξετάσεων	Το τεστ δεν είναι πλέον αποτελεσματικό και συχνά δείχνει ψευδή θετικά αποτελέσματα

Πηγή : τεστ Παπανικολάου- Wikipedia

Η λήψη του τεστ Παπανικολάου είναι μια γρήγορη, ανώδυνη και τόσο ζωτικής σημασίας εξέταση. Ο γιατρός παίρνει κύτταρα από τρία διαφορετικά σημεία (οπίσθιο κολπικό τοίχωμα, εξωτράχηλο, ενδοτράχηλο), κι αφού τα επιστρώσει σε πλακίδιο, στέλνονται στο κυτταρολογικό εργαστήριο για εξέταση/διερεύνηση. Αν βρεθούν αλλοιώσεις από τον κυτταρολόγο στο δείγμα τότε ο ιατρός/γυναικολόγος ερευνά με λεπτομερέστερο τρόπο την έκταση και το βαθμό της αλλοίωσης μέσω της κολποσκόπησης.

Βέβαια η αλματώδης ανάπτυξη στο χώρο της επιστήμης δε θα μπορούσε να αφήσει απ' έξω και την εξέλιξη του τεστ Παπανικολάου. Από το 1996 και μετά από έγκριση του FDA (Οργανισμός Τροφίμων και Φαρμάκων των ΗΠΑ), χρησιμοποιείται το τεστ Παπανικολάου υγρής φάσης (Thin Prep). Η λήψη γίνεται κατά τον ίδιο τρόπο αλλά εδώ δεν έχουμε επίστρωση σε πλακίδιο αλλά το υλικό τοποθετείται σε φιαλίδιο με συντηρητικό υγρό ώστε να εξασφαλίσει πως τα κύτταρα που συλλέχθηκαν θα συντηρηθούν και θα αναλυθούν πιο εύκολα. Το υλικό φυγοκεντρείται ώστε να γίνει διαχωρισμός των κυττάρων από τη βλέννη και το αίμα και εν συνεχεία τα κύτταρα επιστρώνονται σε γυάλινο πλακάκι. Το τεστ Παπανικολάου υγρής φάσης είναι η πιο ευαίσθητη, έγκυρη και ακριβής κατά 25% εξέταση ενώ τα ποσοστά εγκυρότητας αγγίζουν το 90%. (Άννα Μαρούγκα-Χατζηγιάννη,2003)

### Εικόνα 1.



Πηγή : Google images – pare dwse net

## **7.5 Πρόληψη και εμβολιασμός για την προστασία κατά του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας**

### **7.5.1 Πρόληψη και διαχείριση των ασθενειών**

Οι αμιγώς ιατρικές παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση μιας ασθένειας είναι γνωστές και καλά μελετημένες εδώ και αρκετές δεκαετίες ώστε να δημιουργούν ασφάλεια και βεβαιότητα σε έναν τόσο γρήγορα μεταβαλλόμενο κόσμο.

Ιδιαίτερο βάρος δίνεται πλέον στην πρόληψη της ανάπτυξης επιδημιών και εξάρσεων των ασθενειών. Η επίτευξη αυτού του στόχου απαιτεί δραστηριοποίηση τόσο σε συλλογικό όσο και σε τοπικό επίπεδο με την ανάπτυξη κάθετων αλλά και οριζόντιων πολιτικών διαχείρισης των μεταδοτικών ασθενειών (Fidler, 2004).

Οι νέες τάσεις στη διαχείριση των σύγχρονων επιδημιών επικεντρώνονται στη δραστηριοποίηση σε μια σειρά τομέων της δημόσιας υγείας. Πιο συγκεκριμένα κρίνεται απαραίτητη η παρακολούθηση των μεταδοτικών νόσων από εξειδικευμένους φορείς με σκοπό την πρόωμη διαπίστωση μιας επιδημικής έκρηξης και την έγκαιρη αντιμετώπισή της. Η συλλογή και επεξεργασία των στοιχείων αυτών βοηθά στην έρευνα για την προτυποποίηση και έκδοση προτεινόμενων οδηγιών για κατά περίπτωση παρεμβάσεις από διεθνείς οργανισμούς που θα βοηθήσουν επιμέρους χώρες στην αντιμετώπιση παρόμοιων προβλημάτων (Porter, 1999). Με τον τρόπο αυτό γίνεται εφικτή η ανάπτυξη πολυδιάστατων διεθνών συνεργασιών στον τομέα της δημόσιας υγείας και ενός παγκόσμιου δικτύου επικοινωνίας και ανταλλαγής πληροφοριών.

Επιπλέον, η κατεύθυνση της έρευνας προς την ανάλυση των κοινωνικών προσδιοριστικών παραγόντων της ασθένειας, βοηθά στην ανακάλυψη νέων κοινωνικών παραμέτρων που σε συνδυασμό με τους βιολογικούς παράγοντες ευνοούν την ανάπτυξη μιας μεταδοτικής ασθένειας (Porter,1999), (Thisted,2003). Με τον τρόπο αυτό γίνεται πιο εύκολη η δυνατότητα ανάπτυξης προγραμμάτων πρόληψης, αγωγής και προαγωγής υγείας με σκοπό την υιοθέτηση υγιεινών συμπεριφορών.

### **7.5.2 Μέθοδος πρόληψης και προστασίας κατά του HPV**

Ένα μέσο πρόληψης και προστασίας θα μπορούσαμε να πούμε ότι είναι το προφυλακτικό. Παρόλα αυτά η προστασία που προσφέρει έναντι του ιού δεν είναι ουσιαστική απλά μειώνει τις πιθανότητες μετάδοσής του. Όσον αφορά το ανδρικό προφυλακτικό, επειδή δεν καλύπτει τη βάση του πέους ούτε όλη την περιγεννητική περιοχή καθώς ούτε και όλα τα είδη της σεξουαλικής συνεύρεσης, δεν προσφέρει εξ' ολοκλήρου προστασία κατά του ιού (Α.Ε. Μορτάκης, 2007).

### **7.5.3 Εμβολιασμός ως μέθοδος πρόληψης**

Στην Ελλάδα υπάρχουν δύο εγκεκριμένα εμβόλια, το διδύναμο (HPV<sub>2</sub>), γνωστό με την εμπορική ονομασία Cervarix, το οποίο προσφέρει στον οργανισμό υψηλή προστασία από τους τύπους 6,11,16 και 18 και έχει διάρκεια 5 χρόνια. Το Cervarix εγκρίθηκε στις 8 Ιουνίου 2006.

Το δεύτερο εμβόλιο είναι το τετραδύναμο (HPV<sub>4</sub>), γνωστό με την εμπορική ονομασία Gardasil/Silgard και Gardasil 9. Το εν λόγω εμβόλιο προσφέρει προστασία τουλάχιστον 6,5 χρόνια και προστατεύει από τους τύπους 16 και 18, οι οποίοι ευθύνονται για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Εγκρίθηκε στην Ευρώπη το Σεπτέμβριο του 2007.

Το Gardasil 9 είναι εγκεκριμένο για χρήση σε γυναίκες και άντρες για την πρόληψη του καρκίνου της μήτρας, του πρωκτού και των γεννητικών οργάνων. Εγκρίθηκε τον Ιούνιο του 2015 και προσφέρει προστασία από εννέα τύπους (6,11,16,18,31,33,45,52,58).

Η μικρότερη ηλικία η οποία θεωρείται κατάλληλη για τη χορήγηση του εμβολίου είναι τα 9 έτη. Προτεινόμενο ηλικιακό εύρος είναι μεταξύ 11 και 15 ετών αλλά και 15 έως και 26 εφόσον υπάρχει ως προϋπόθεση η μη μόλυνση του ατόμου που πρόκειται να εμβολιαστεί, από τον ιό.

Και τα δύο είδη εμβολίων χορηγούνται σε δύο δόσεις μεσολαβώντας έξι μήνες μεταξύ των δόσεων, σε κορίτσια ηλικίας 11-15 ετών. Όταν ο εμβολιασμός γίνεται μετά το 15<sup>ο</sup> έτος ηλικίας τότε χορηγούνται τρεις δόσεις. Αν οι δύο πρώτες δόσεις γίνουν σε μικρότερο μεταξύ τους διάστημα, τότε απαιτείται και 3<sup>η</sup> δόση μετά τους έξι μήνες.

Από 18-26 ετών η χορήγηση ήταν δωρεάν μέχρι 31/12/2016 ενώ από 01/01/2017 σταματά ο δωρεάν εμβολιασμός και το κόστος θα καλύπτεται εξ' ολοκλήρου από τους ενδιαφερόμενους με ό,τι συναπάγεται μια τέτοια απόφαση για όσους θέλουν να εμβολιαστούν αλλά η οικονομική



κρίση των ημερών στη χώρα μας δεν αφήνει περιθώρια σωστής συμπεριφοράς των ατόμων στην πρόληψη.

Δυστυχώς όμως υπάρχει κόσμος που αρνείται να εμβολιαστεί ή να εμβολιάσει τα παιδιά του μη λαμβάνοντας υπόψη του τα ευεργετικά οφέλη του εμβολίου, αλλά επηρεάζεται από μη εμπεριστατωμένες πληροφορίες που σχετίζουν διάφορες παρενέργειες ή ακόμα και θανάτους με το εμβόλιο. (Ε. Διακομανώλης, 2010), (Ελληνική HPV Εταιρεία για την Έρευνα και αντιμετώπιση του ιού των θηλωμάτων)

Έτσι συσχέτισαν το Σύνδρομο Συμπλόκου Περιοχικού Άλγους (ΣΣΠΑ/CRPS) (M. Martinez-Lavin, 2015) και το Σύνδρομο Ορθοστατικής Ταχυκαρδίας (ΣΟΤ/POTS) (S. Blitshteyn, 2014) με τη λήψη του εμβολίου. Το ΣΣΠΑ είναι ένα σύνδρομο χρόνιου πόνου που επηρεάζει ένα άκρο. Το ΣΟΤ είναι αύξηση του καρδιακού ρυθμού κατά τη μετάβαση από την καθιστή στην όρθια θέση, μαζί με συμπτώματα όπως ζάλη, λιποθυμία και αδυναμία, καθώς και πονοκέφαλος, πόνοι, ναυτία και κόπωση. Τέτοιου είδους συμπτώματα επηρεάζουν την κοινωνική ζωή των ασθενών, τα συναντάμε στο γενικότερο πληθυσμό και δε σχετίζονται με τον εμβολιασμό. Εξάλλου τέτοιου είδους συμπτώματα μπορεί να υποσκάπτουν άλλες καταστάσεις και παθήσεις καθιστώντας δύσκολη τη διάγνωση τόσο στα μη εμβολιασμένα όσο και στα εμβολιασμένα άτομα. Μια εκ των καταστάσεων με την οποία συνδέονται αυτά τα συμπτώματα είναι το Σύνδρομο Χρόνιας Κόπωσης (ΣΧΚ/CFS).

Η Επιτροπή Φαρμακοεπαγρύπνησης Αξιολόγησης Κινδύνου του Ευρωπαϊκού Οργανισμού Φαρμάκων μέσω μιας εμπεριστατωμένης επιστημονικής ανασκόπησης των στοιχείων που σχετίζονται με τις αναφορές για τα δύο σύνδρομα, πραγματοποίησε μια σπουδαία ανασκόπηση για την αξιολόγηση των θεμάτων ασφαλείας των εμβολίων στους ανθρώπους. Μέσω αυτής της διαδικασίας, η οποία ξεκίνησε 9 Ιουλίου 2015 από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή Φαρμάκων για Ανθρώπινη Χρήση, τέθηκαν οι απαραίτητες συστάσεις ώστε να υιοθετηθεί από την ευρωπαϊκή επιτροπή μια νομικά δεσμευτική απόφαση με εφαρμογή σε όλα τα κράτη μέλη της Ε.Ε.

## 7.6 Αντιμετώπιση-θεραπεία

Όταν αναφερόμαστε στον ιό των Ανθρώπινων Κονδυλωμάτων τότε η αντιμετώπισή του είναι επί των συμπτωμάτων. Ο HPV όπως και κάθε ιός ο οποίος εισέρχεται στον οργανισμό μας δεν απομακρύνεται ποτέ, αλλά θεραπεύονται τα συμπτώματα και ο ιός τίθεται σε ύφεση. Μπορούν να αντιμετωπιστούν οι δυσπλασίες καθώς και τα οξυτενή κονδυλώματα. Οι δυσπλασίες ανάλογα το βαθμό τους τίθενται υπό στενή παρακολούθηση από το γυναικολόγο και σε προχωρημένες καταστάσεις χειρουργική αντιμετώπιση. (Α.Ε. Μορτάκης, 2007)

Τα οξυτενή κονδυλώματα αντιμετωπίζονται με ειδικές κρέμες, αλοιφές ή με καυτηρίαση, laser ακόμα και χειρουργική αφαίρεση.

Σε κάθε περίπτωση η έγκαιρη και ακριβής διάγνωση θέτει τις βάσεις για ασφαλή αντιμετώπιση της εκάστοτε κατάστασης με την εφαρμογή της κατάλληλης θεραπείας κατά της μόλυνσης από τον ιό.

# Κεφάλαιο Όγδοο

## Μεθοδολογία της Έρευνας

### 8.1 Μέσα Συλλογής Δεδομένων

Για τη διεξαγωγή της έρευνας χρησιμοποιήθηκαν:

A) Ειδικά διαμορφωμένο ερωτηματολόγιο, το οποίο περιλάμβανε δημογραφικά στοιχεία (φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, εκπαίδευση, ασφαλιστική κάλυψη, μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα) ερωτήσεις αναφορικά με τις πληροφορίες που γνωρίζουν οι ερωτώμενες για το τεστ Παπανικολάου και την κλινική του χρησιμότητα.

B) Την εγκυροποιημένη για τον ελληνικό πληθυσμό κλίμακα αυτοαξιολόγησης της κατάθλιψης κατά Zung.<sup>6</sup> Η κλίμακα αυτοαξιολόγησης της κατάθλιψης κατά Zung αποτελεί ένα εργαλείο για την εκτίμηση της βαρύτητας της κατάθλιψης με τη μορφή ερωτηματολογίου που καλύπτει συναισθηματικές, γνωσιακές, συμπεριφορικές και σωματικές πλευρές της καταθλιπτικής νόσου και συμπληρώνεται από τον ίδιο τον ασθενή με τη βοήθεια, αν είναι αναγκαίο, κάποιου επαγγελματία υγείας. Η κλίμακα Zung περιλαμβάνει 20 ερωτήσεις, από τις οποίες οι 10 έχουν θετικό και οι υπόλοιπες 10 αρνητικό προσδιορισμό. Κάθε ερώτηση έχει τέσσερις πιθανές απαντήσεις χρονικού περιεχομένου που περιγράφουν την εκτίμηση του ερωτώμενου και βαθμολογούνται, αντίστοιχα, από 1-4. Η συνολική βαθμολογία που συγκεντρώνει ο ερωτώμενος, η «αδρή βαθμολογία», αντιστοιχεί σε μια τιμή στον πίνακα του δείκτη SDS (self depression scale) και η τιμή αυτή οδηγεί στο τελικό συμπέρασμα: Τιμές <50 θεωρείται ότι αντιστοιχούν στα φυσιολογικά πλαίσια, χωρίς ενδείξεις ψυχοπαθολογίας, τιμές 50-59 σε ήπια κατάθλιψη, 60-69 σε μέτρια έως σοβαρή και τιμές > 70 σε σοβαρή έως βαριά κατάθλιψη. Η κλίμακα συμπληρώνεται σε μικρό χρονικό διάστημα από άτομα που διατηρούν τη λειτουργικότητά τους, αλλά μπορεί να χρειαστούν έως και 30 λεπτά ανάλογα με την ψυχοπαθολογία κάθε ερωτώμενου. Η κλίμακα αυτοαξιολόγησης κατά Zung έχει προσαρμοσθεί στα ελληνικά από τους Φουντουλάκη, Ιακωβίδη, Κλεάνθους, Σαμόλη, Καπρινή.Σ., Καπρινή, Γ και Bech. Έχει καλό δείκτη αξιοπιστίας Cronbach α (0,9) και καλή αξιοπιστία επαναλαμβανόμενων μετρήσεων (Pearson r=0,086).

## **8.2. Στατιστική Ανάλυση**

Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων έγινε με τη χρήση του προγράμματος SPSS 24 (Statistical Package for the Social Sciences).

## **8.3 Δειγματοληψία**

Η χρήση πιθανοτικών δειγματοληπτικών τεχνικών, για λόγους εξοικονόμησης χρόνου δεν κατέστη εφικτή, γεγονός που επηρεάζει την εξωτερική εγκυρότητα της έρευνας και την αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος μας ως προς τον ερευνητικό πληθυσμό, στον οποίο ο ερευνητής στοχεύει να γενικεύσει τα αποτελέσματα της έρευνας του (Ρούσσος, Σταλικας). Για την συλλογή των δεδομένων του δείγματος χρησιμοποιήθηκε συμπτωματική δειγματοληψία. Το δείγμα συνελέγη από Ιδιωτικό Γυναικολογικό Ιατρείο, κατόπιν γραπτής συγκατάθεσης των συμμετεχουσών στην έρευνα.

### **8.3.1 Μηνιαίο Οικογενειακό Εισόδημα και τελευταίος έλεγχος τεστ Παπανικολάου**

Για την διερεύνηση της σχέσης μεταξύ μηνιαίου οικογενειακού εισοδήματος και τεστ Παπανικολάου, διενεργήθηκε έλεγχος της ανεξαρτησίας των μεταβλητών με το κριτήριο  $\chi^2$ , το οποίο έδειξε στατιστικά ασήμαντο αποτέλεσμα ( $\chi^2=7,819$ ,  $p=0,252$ ). Συνεπώς η τελευταία φορά εξέτασης με το τεστ Παπανικολάου δε συσχετίζεται με το μηνιαίο οικονομικό εισόδημα των γυναικών που συμμετείχαν στην έρευνα.

### **8.3.2 Μηνιαίο Οικογενειακό εισόδημα και Συχνότητα εξέτασης στο τεστ Παπανικολάου**

Για την διερεύνηση της σχέσης μεταξύ μηνιαίου οικογενειακού εισοδήματος και συχνότητα υποβολής στο τεστ Παπανικολάου, εφαρμόστηκε ξανά το κριτήριο  $\chi^2$  για τον έλεγχο της

ανεξαρτησίας των δύο μεταβλητών. Ο έλεγχος έδειξε μη στατιστικά αποτελέσματα ( $\chi^2=5,216$ ,  $p=0,516$ ). Συνεπώς, η συχνότητα υποβολής σε τεστ Παπανικολάου είναι ανεξάρτητη από το μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα των γυναικών.

### 8.3.3 Ασφάλιση και τελευταίος έλεγχος τεστ Παπανικολάου

Το κριτήριο  $\chi^2$  εφαρμόστηκε και σ' αυτήν την περίπτωση για τον έλεγχο της ανεξαρτησίας μεταξύ των δύο μεταβλητών. Ο στατιστικός έλεγχος έδειξε στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα. Συγκεκριμένα οι γυναίκες με ασφαλιστική κάλυψη, δηλώνουν ότι έχουν κάνει πιο πρόσφατα έλεγχο με το τεστ Παπανικολάου σε σχέση με τις γυναίκες που δεν έχουν ασφαλιστική κάλυψη ( $\chi^2=17,531$ ,  $p<0,001$ ). (Πίνακας)

#### Πίνακας 2.7:

Κατανομή (Απόλυτες και σχετικές συχνότητες) της τελευταίας χρονολογίας εξέτασης ως προς την ασφαλιστική κάλυψη

			Τελευταία Εξέταση με Τεστ Παπανικολάου			
			2013	2014	2015	2016
Ασφάλιση	Ανασφάλιστη	f	8	8	9	20
		%	17,8%	17,8%	20,0%	44,4%
	Ασφαλιστικό ταμείο	f	5	18	57	29
		%	4,6%	16,5%	52,3%	26,6%
		N	13	26	66	49

### 8.3.4 Ασφάλιση και συχνότητα εξέτασης με τεστ Παπανικολάου

Ο στατιστικός έλεγχος με το κριτήριο  $\chi^2$  έδειξε στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα και στον έλεγχο της σχέσης μεταξύ ασφάλισης και συχνότητα υποβολής σε τεστ Παπανικολάου. Συγκεκριμένα, οι γυναίκες που έχουν ασφαλιστική κάλυψη υποβάλλονται συχνότερα σε τεστ

Παπανικολάου σε σχέση με τις γυναίκες που δεν έχουν ασφαλιστική κάλυψη ( $\chi^2=24,26$ ,  $p<0,001$ ).

### Πίνακας 2.8:

Κατανομή (Απόλυτες και σχετικές συχνότητες) συχνότητας εξέτασης με τεστ Παπανικολάου, ως προς την ασφαλιστική κάλυψη

		Συχνότητα Υποβολής σε τεστ Παπανικολάου				
		Ετησίως	Όποτε το επιτρέπουν τα οικονομικά	Κάθε 2 χρόνια	Δεν υπάρχει συγκεκριμένη συχνότητα	1η φορά
Ασφάλιση	Ανασφάλιστη	f 24	4	4	2	7
		% 58,5%	9,8%	9,8%	4,9%	17,1%
Ασφαλιστικό ταμείο	Ασφαλιστικό	f 89	0	9	7	2
		% 83,2%	0,0%	8,4%	6,5%	1,9%
		113	4	13	9	9

### 8.3.4 Εργασιακή κατάσταση και συχνότητα υποβολής σε τεστ Παπανικολάου

Ο έλεγχος  $\chi^2$  για τη ανεξαρτησία των μεταβλητών έδειξε ότι η εργασιακή κατάσταση σχετίζεται με την συχνότητα υποβολής σε τεστ Παπανικολάου. Συγκεκριμένα, οι εργαζόμενες με καθεστώς πλήρους απασχόλησης, εμφανίζουν τα μεγαλύτερα ποσοστά ετήσιας συχνότητας ελέγχου με τεστ Παπανικολάου, σε σχέση με τις γυναίκες που είναι άνεργες, συνταξιούχες ή εργάζονται με καθεστώς μερικής απασχόλησης ( $\chi^2=35,045$ ,  $p<0,001$ ) (Πίνακας).

### Πίνακας 2.9:

Κατανομή (Απόλυτες και σχετικές συχνότητες) συχνότητας εξέτασης με τεστ Παπανικολάου, ως προς την εργασιακή κατάσταση

		ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ ΚΑΝΕΤΕ ΤΕΣΤ ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ;				
		Ετησίως	Όποτε το επιτρέπουν τα οικονομικά	Κάθε 2 χρόνια	Δεν υπάρχει συγκεκριμένη συχνότητα	1η φορά
Εργασία	Πλήρης απασχόληση	76	0	6	5	0
		87,4%	0,0%	6,9%	5,7%	0,0%
Μερική απασχόληση	Μερική απασχόληση	4	0	0	0	2
		66,7%	0,0%	0,0%	0,0%	33,3%
Άνεργη	Άνεργη	26	4	4	4	7
		57,8%	8,9%	8,9%	8,9%	15,6%
Συνταξιούχος	Συνταξιούχος	8	0	0	0	0
		100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
N		114	4	10	9	9

### 8.3.5 Κατάθλιψη και συχνότητα εξέτασης με τεστ Παπανικολάου

Για την διερεύνηση της σχέσης μεταξύ κατάθλιψης και συχνότητας εξέτασης με τεστ Παπανικολάου, εφαρμόστηκε μη παραμετρική ανάλυση συσχέτισης με τον δείκτη Spearman rho, ο οποίος εφαρμόζεται στην περίπτωση κατά την οποία η μία μεταβλητή είναι συνεχής ποσοτική (κατάθλιψη) και η έτερη είναι τακτική, (συχνότητα υποβολής σε τεστ Παπανικολάου). Συγκεκριμένα η μεταβλητή της κατάθλιψης μετράται με την ποσοτική Κλίμακα Αυτοαξιολόγησης του Zung, ενώ η συχνότητα υποβολής σε τεστ Παπανικολάου μετράται μέσω μιας τακτικής κλίμακας με τέσσερις επιλογές ως προς την απάντηση που δηλώνουν διαβάθμιση ως προς την συχνότητα (ετησίως, όσο το επιτρέπουν τα οικονομικά, κάθε δύο χρόνια, δεν υπάρχει

συγκεκριμένη συχνότητα, 1η φορά). Η διάρθρωση των απαντήσεων στη συγκεκριμένη κλίμακα, δείχνει όσο κάποιος απαντά κατ'αύξουσα ακολουθία, ασυνέχεια στη συχνότητα εξέτασης με τεστ Παπανικολάου. Ο συναφειακός έλεγχος με τον δείκτη Spearman  $r_{ho}$  έδειξε θετική συσχέτιση μεταξύ κατάθλιψης και ασυνέχειας στη συχνότητα εξέτασης ( $r_{ho}=0,236$ ). Συνεπώς όσο αυξάνει η καταθλιπτική συμπτωματολογία, τόσο αυξάνεται και η ασυνέχεια στον έλεγχο με τεστ Παπανικολάου.

**Πίνακας 2.10:**

Συσχέτιση μεταξύ κατάθλιψης και συχνότητας υποβολής σε τεστ Παπανικολάου

	1	2
Κατάθλιψη	1,000	,263**
Συχνότητα Υποβολής σε τεστ Παπανικολάου	,263**	1,000

\*\**. p<0,01*

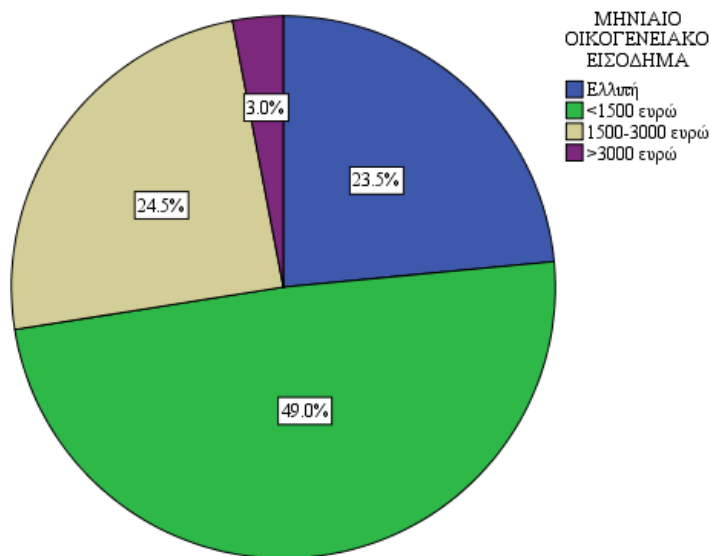


# Κεφάλαιο Ένατο

## Αποτελέσματα Της Έρευνας

### 9.1 Δημογραφικά στοιχεία συμμετεχόντων

Το δείγμα της παρούσας μελέτης αποτέλεσαν 200 γυναίκες, ηλικίας 15 έως και 61 ετών. Η μέση ηλικία των συμμετεχουσών ήταν 38.8 (Τ.Α.: 14) έτη. Αναφορικά με το μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα των συμμετεχουσών, το 49% δήλωσε ότι δεν ξεπερνάει τα 1500 ευρώ, το 24.5% δήλωσε ότι κυμαίνεται μεταξύ 1500 και 3000 ευρώ και το 3% δήλωσε ότι ξεπερνάει τα 3000 ευρώ. Ωστόσο, ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό του δείγματος δεν απάντησε στην ερώτηση αυτή (βλ. Σχήμα 1).

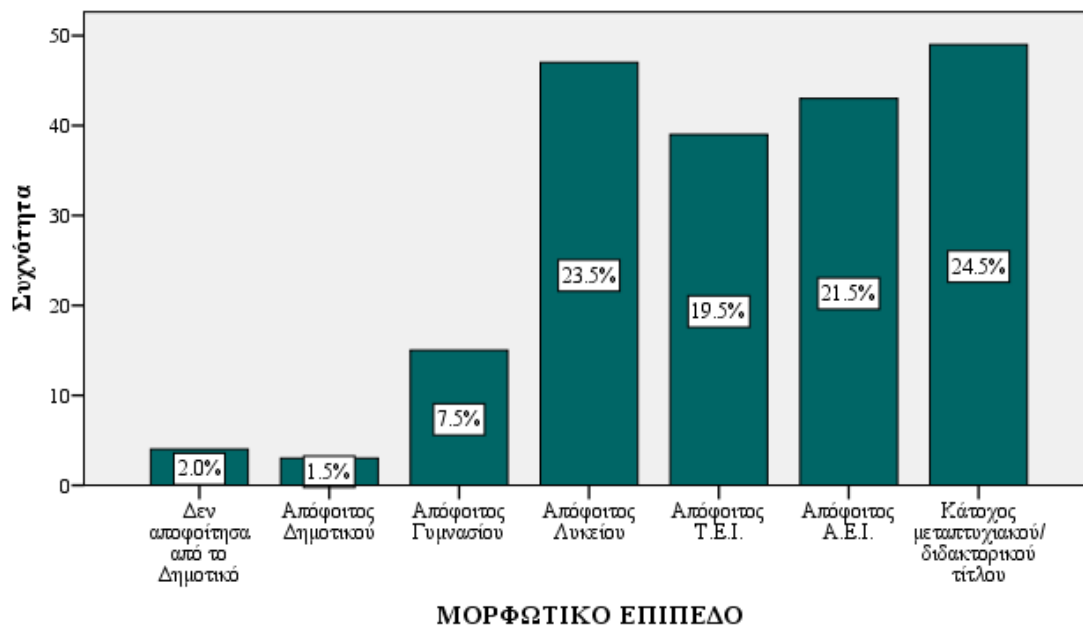


**Σχήμα 1:**

Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα

Σαράντα – επτά (23.5%) συμμετέχουσες ήταν απόφοιτες Λυκείου, 39 (19.5%) ήταν απόφοιτες Τ.Ε.Ι., 43 (21.5%) ήταν απόφοιτες Α.Ε.Ι. και 49 (24.5%) ήταν κάτοχοι μεταπτυχιακού ή

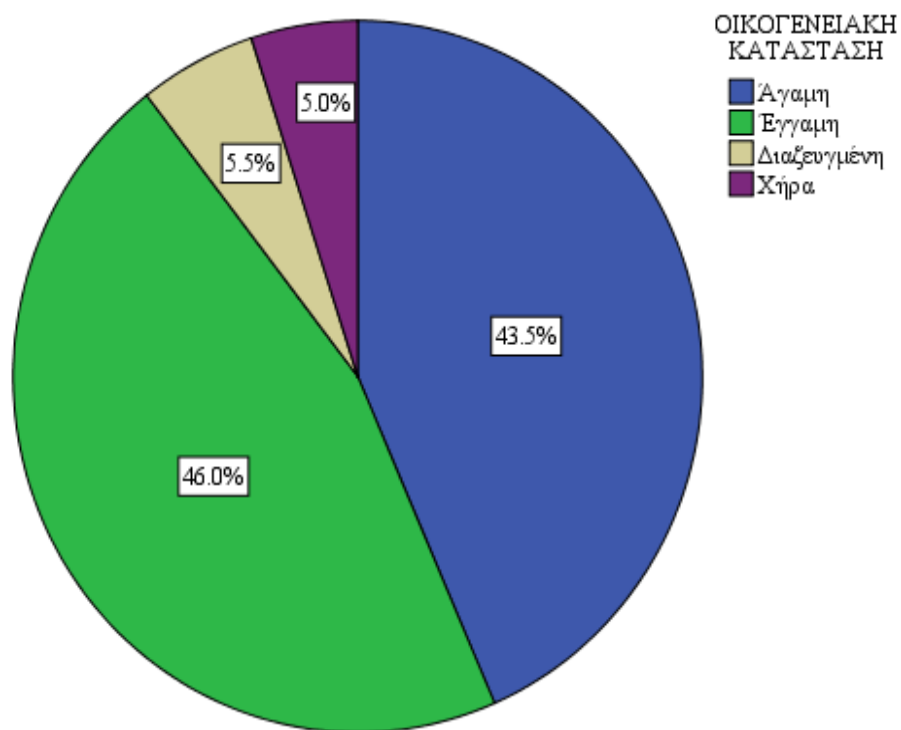
διδακτορικού τίτλου σπουδών. Το 11% των συμμετεχουσών είχαν χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης από τα παραπάνω (βλ. Σχήμα 2).



**Σχήμα 2:**

Μορφωτικό επίπεδο

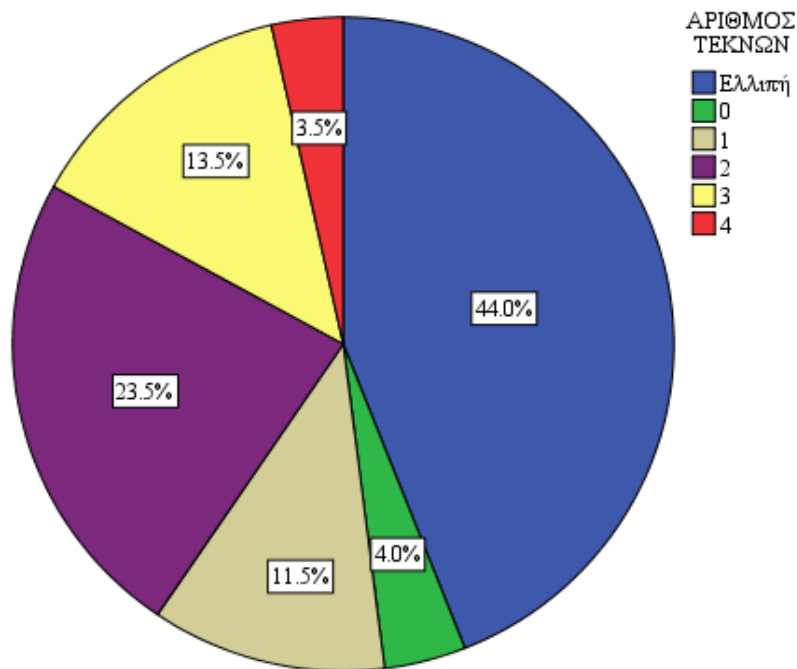
Αναφορικά με την οικογενειακή τους κατάσταση, 87 (43.5%) συμμετέχουσες και 92 (46%) ήταν άγαμες. Το υπόλοιπο 10% των συμμετεχουσών ήταν είτε χήρες είτε διαζευγμένες (βλ. Σχήμα 3).



**Σχήμα 3:**

Οικογενειακή κατάσταση

Είκοσι – τρεις (11.5%) συμμετέχουσες δήλωσαν ότι έχουν ένα παιδί, 47 (23.5%) συμμετέχουσες δήλωσαν ότι έχουν δύο παιδιά, 27 (13.5%) δήλωσαν ότι έχουν τρία παιδιά, 7 (3.5%) δήλωσαν ότι έχουν τέσσερα παιδιά και 8 (4%) δήλωσαν ότι δεν έχουν κανένα παιδί. Το υπόλοιπο 44% των συμμετεχουσών δεν απάντησε στην αντίστοιχη ερώτηση (βλ. Σχήμα 4).

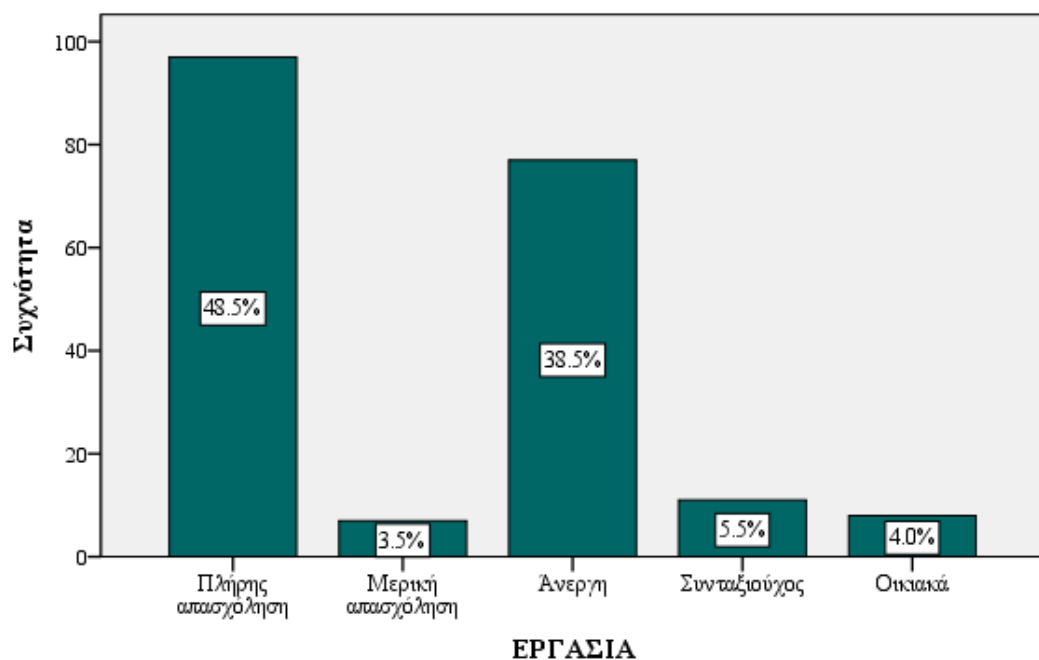


**Σχήμα 4:**

Αριθμός τέκνων

## 9.2 Στοιχεία εργασίας δείγματος

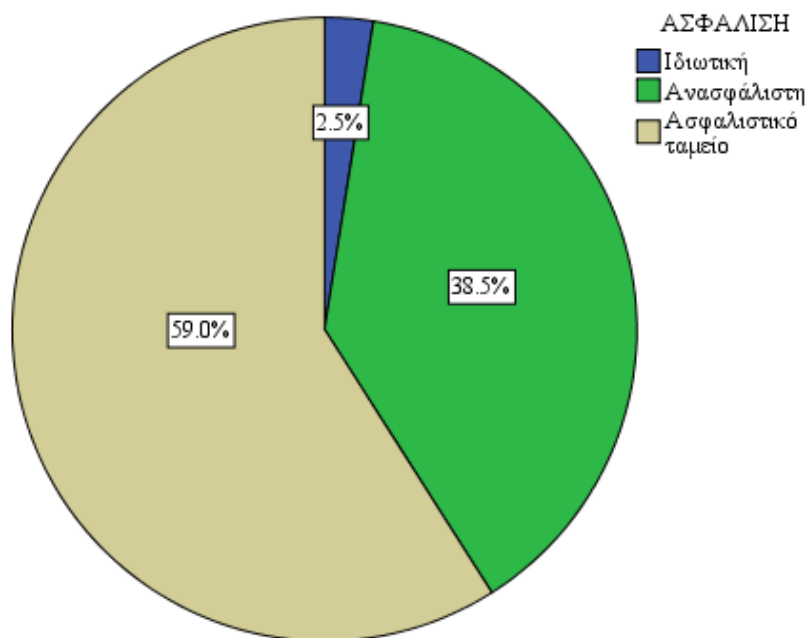
Οι μισές περίπου συμμετέχουσες δήλωσαν ότι έχουν εργασία πλήρους απασχόλησης (βλ. Σχήμα 5), το 38.5% ήταν άνεργες και το 3.5% δήλωσαν ότι έχουν εργασία μερικής απασχόλησης.



**Σχήμα 5:**

Κατάσταση εργασίας

Εβδομήντα – επτά (38.5%) συμμετέχουσες ήταν ανασφάλιστες (βλ. Σχήμα 6). Πέντε (2.5%) δήλωσαν ότι έχουν ιδιωτική ασφάλιση και 118 (59%) ήταν ασφαλισμένες σε κάποιο ταμείο από τα ασφαλιστικά ταμεία του ΕΟΠΥΥ (ΙΚΑ, ΟΑΕΕ, ΟΠΑΔ κ.ά.).



**Σχήμα 6:**

Κατάσταση ασφαλιστικής κάλυψης

### 9.3 Τεστ Παπανικολάου

Το 88% των συμμετεχουσών δήλωσε ότι έχει στο παρελθόν υποβληθεί σε τεστ Παπανικολάου. Αναφορικά με τους λόγους για τους οποίους υποβλήθηκαν σε τεστ Παπανικολάου, η πλειοψηφία (88.1%) των συμμετεχουσών δήλωσε ότι έγινε στα πλαίσια προληπτικού ελέγχου. Σε πολύ μικρότερη συχνότητα οι συμμετέχουσες δήλωσαν ότι υποβλήθηκαν σε τεστ Παπανικολάου λόγω επιβαρυσμένου οικογενειακού ιστορικού ή για τον έλεγχο κάποιου προβλήματος υγείας (βλ. Πίνακα 1). Δεκαέξι (9.1%) συμμετέχουσες δήλωσαν ότι το τεστ Παπανικολάου ήταν προσωπική τους πρωτοβουλία.

### Πίνακας 1:

#### Λόγοι εξέτασης με τεστ Παπανικολάου

	Συχνότητα	Ποσοστό
Στα πλαίσια προληπτικού ελέγχου	155	88.1
Λόγω επιβαρυσμένου οικογενειακού ιστορικού	8	4.5
Για τον έλεγχο κάποιου προβλήματος υγείας	11	6.3
Προσωπική πρωτοβουλία	16	9.1

Η ηλικία στην οποία οι συμμετέχουσες δήλωσαν ότι υποβλήθηκαν για πρώτη φορά σε τεστ Παπανικολάου κυμάνθηκε από τα 17 έως και τα 42 έτη. Η μέση ηλικία πρώτης εξέτασης με τεστ Παπανικολάου ήταν 22.3 (Τ.Α.: 5.2) έτη.

Το 29.3% των συμμετεχουσών οι οποίες δήλωσαν ότι έχουν κατά το παρελθόν υποβληθεί σε τεστ Παπανικολάου, δήλωσαν ότι η τελευταία φορά που πραγματοποίησαν την εξέταση ήταν κατά το έτος διεξαγωγής της έρευνας. Το 41.3% δήλωσε ότι η τελευταία φορά που πραγματοποίησε την εξέταση ήταν το προηγούμενο έτος από την διεξαγωγή της έρευνας, το 15.6% δήλωσε ότι έχουν παρέλθει δύο έτη από την τελευταία εξέταση με τεστ Παπανικολάου και το υπόλοιπο 13.8% δήλωσε ότι έχουν παρέλθει τρία ή περισσότερα έτη από την τελευταία εξέταση με τεστ Παπανικολάου (βλ. Πίνακα 2).

**Πίνακας 2:**

Χρονικό διάστημα από την τελευταία εξέταση με τεστ Παπανικολάου

	Συχνότητα	Ποσοστό
Λιγότερο από 1 έτος	49	29.3
1 έτος	69	41.3
2 έτη	26	15.6
3 έτη	13	7.8
4 έτη	4	2.4
5 έτη	4	2.4
10 έτη	2	1.2

Το 69.2% των συμμετεχουσών δήλωσε ότι υποβάλλεται σε τεστ Παπανικολάου ετησίως. Ωστόσο, 14 (8.3%) συμμετέχουσες δήλωσαν ότι δεν υπάρχει συγκεκριμένη συχνότητα στην πραγματοποίηση της εξέτασης και 9 (5.3%) δήλωσαν ότι υποβάλλονται σε εξέταση όποτε τους το επιτρέπουν τα οικονομικά τους. Επιπλέον, το 9.5% των συμμετεχουσών δήλωσαν ότι υποβάλλονται σε τεστ Παπανικολάου ανά δύο ή περισσότερα έτη (βλ. Πίνακα 3).

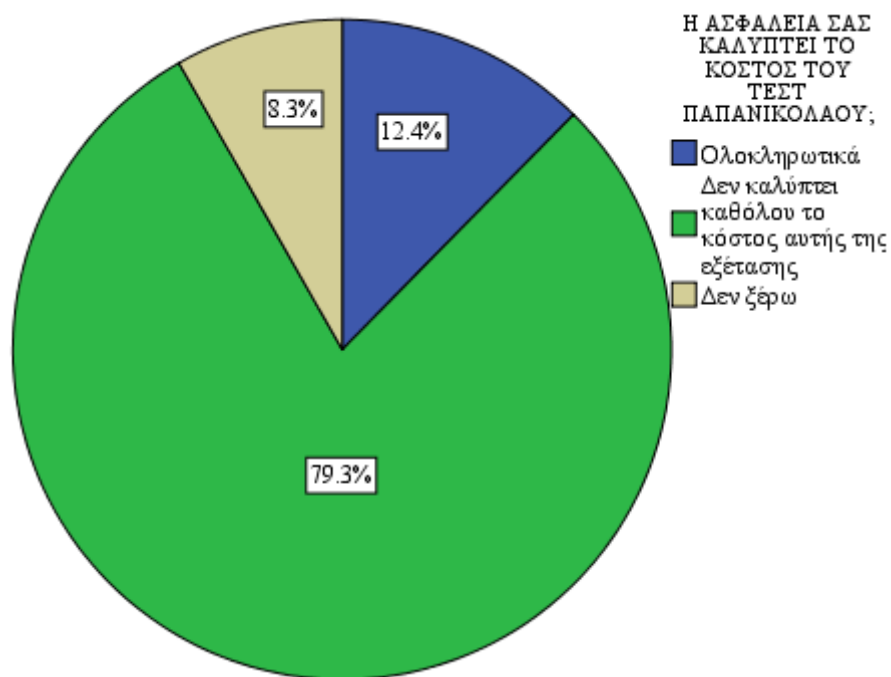


**Πίνακας 3:**

## Συχνότητα εξέτασης με τεστ Παπανικολάου

	Συχνότητα	Ποσοστό
1η φορά	9	5.3
Κάθε 6 μήνες	4	2.4
Ετησίως	117	69.2
Κάθε 2 έτη	13	7.7
Κάθε 5 έτη	3	1.8
Όποτε το επιτρέπουν τα οικονομικά	9	5.3
Δεν υπάρχει συγκεκριμένη συχνότητα	14	8.3

Από τις συμμετέχουσες που δήλωσαν ότι υποβάλλονται σε τεστ Παπανικολάου και έχουν ασφάλιση, μόλις το 12.4% δήλωσε ότι το κόστος της εξέτασης καλύπτεται ολοκληρωτικά από τον ασφαλιστικό τους φορέα. Αντίθετα, η συντριπτική πλειοψηφία των συμμετεχουσών δήλωσε ότι το κόστος της εξέτασης δεν καλύπτεται καθόλου από τον φορέα ασφάλισης (βλ. Σχήμα 7).



**Σχήμα 7:**

Κάλυψη του κόστους του τεστ Παπανικολάου από τον ασφαλιστικό φορέα

Στη συνέχεια, ζητήθηκε από τις συμμετέχουσες, εκείνες που έχουν στο παρελθόν υποβληθεί σε τεστ Παπανικολάου, να δηλώσουν σε τι ιατρό απευθύνθηκαν για την ερμηνεία του. Σχεδόν η απόλυτη πλειοψηφία του δείγματος δήλωσε ότι απευθύνθηκε σε ιδιώτη ιατρό (βλ. Πίνακα 4), ενώ μόλις το 2.3% των συμμετεχουσών δήλωσε ότι απευθύνθηκε σε ιατρό εργαζόμενο σε νοσοκομείο.

**Πίνακας 4:**

**Ιατρός ερμηνείας του τεστ Παπανικολάου**

	Συχνότητα	Ποσοστό
Γυναικολόγο ιδιώτη γιατρό	172	97.7
Ιατρό εργαζόμενο σε νοσοκομείο	4	2.3

Στη συνέχεια, οι συμμετέχουσες ερωτήθηκαν σε ποια ηλικία πιστεύουν ότι πρέπει οι γυναίκες να υποβάλλονται για πρώτη φορά σε τεστ Παπανικολάου. Το 43.5% αυτών απάντησαν ότι δε γνωρίζουν. Το 17.5% απάντησε ότι η πρώτη εξέταση με τεστ Παπανικολάου πρέπει να πραγματοποιείται με την έναρξη των σεξουαλικών επαφών. Το υπόλοιπο 39% έδωσε διάφορες απαντήσεις, οι οποίες παρουσιάζονται αναλυτικά στον Πίνακα 5.

**Πίνακας 5:**

Απόψεις για την ηλικία πρώτης εξέτασης με τεστ Παπανικολάου

	Συχνότητα	Ποσοστό
16 ετών	2	2.6
18 ετών	3	3.8
20 ετών	20	25.6
24 ετών	5	6.4
25 ετών	44	56.4
26 ετών	1	1.3
30 ετών	3	3.8
Σύνολο	78	100.0

Σύμφωνα με τον Πίνακα 5, η ηλικία η οποία δηλώθηκε με τη μεγαλύτερη συχνότητα ως η κατάλληλη για την πρώτη εξέταση με τεστ Παπανικολάου ήταν εκείνη των 25 ετών. Με αρκετά μεγάλη συχνότητα δηλώθηκε, επίσης, η ηλικία των 20 ετών.

Έπειτα, οι συμμετέχουσες ερωτήθηκαν μέχρι ποια ηλικία πιστεύουν ότι μία γυναίκα πρέπει να υποβάλλεται σε τεστ Παπανικολάου. Το 27.5% απάντησε ότι δε γνωρίζει. Τρεις (1.5%) συμμετέχουσες δήλωσαν ότι πρέπει να εξετάζεται όσο έχει έμμηνο ρύση, 3 (1.5%) δήλωσαν ότι πρέπει να εξετάζεται για πάντα και 9 (4.5%) δήλωσαν ότι πρέπει να ακολουθεί τις συστάσεις του ιατρού. Οι απαντήσεις των υπόλοιπων συμμετεχουσών κυμάνθηκαν από 55 έως και 80 έτη. Οι απαντήσεις αυτές παρουσιάζονται αναλυτικά στον Πίνακα 6.

### Πίνακας 6:

Απόψεις για το άνω όριο στην ηλικία εξέτασης με τεστ Παπανικολάου

	Συχνότητα	Ποσοστό
55 ετών	2	1.6
60 ετών	24	18.8
65 ετών	59	46.1
70 ετών	28	21.9
75 ετών	11	8.6
80 ετών	4	3.1
Σύνολο	128	100.0

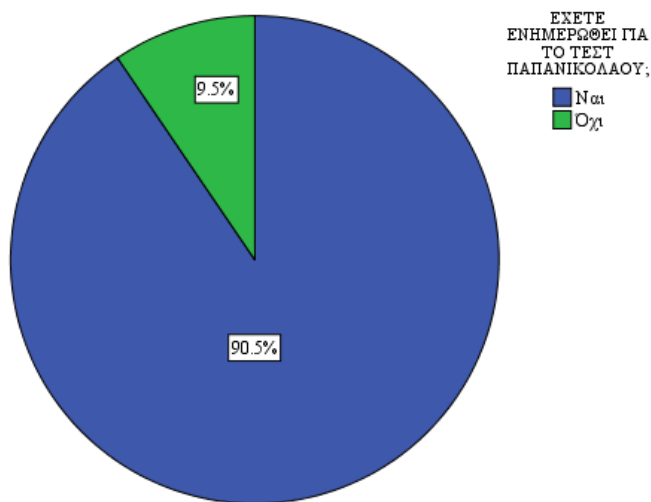
Στην ερώτηση «Για τον έλεγχο ποιας πάθησης πιστεύετε ότι πρέπει να υποβάλλεστε σε τεστ Παπανικολάου;» το 43% των συμμετεχουσών απάντησε τον καρκίνο (γενικά, μήτρας ή τραχήλου της μήτρας), το 40.5% απάντησε τα κονδυλώματα και το 3.5% απάντησε τον καρκίνο και τα κονδυλώματα. Ακόμα, ένα μικρό ποσοστό των συμμετεχουσών δήλωσε ότι το τεστ Παπανικολάου πραγματοποιείται για τον έλεγχο διάφορων παθήσεων, μολύνσεων ή μικροβίων (βλ. Πίνακα 7).

**Πίνακας 7:**

Απόψεις για τις παθήσεις που ανιχνεύει το τεστ Παπανικολάου

	Συχνότητα	Ποσοστό
Καρκίνος / Καρκίνος τραχήλου / Καρκίνος μήτρας	86	43.0
Κονδυλώματα	81	40.5
Δεν γνωρίζω	18	9.0
Διάφορες παθήσεις, μολύνσεις ή μικρόβια	8	4.0
Καρκίνος & κονδυλώματα	7	3.5

Η συντριπτική πλειοψηφία των συμμετεχουσών δήλωσε ενημερωμένη για το τεστ Παπανικολάου (βλ. Σχήμα 8).



**Σχήμα 8:**

#### Ενημέρωση για το τεστ Παπανικολάου

Αναφορικά με της πηγές ενημέρωσης για την εξέταση, το 76.2% των συμμετεχουσών δήλωσε ότι έχει λάβει πληροφορίες από την οικογένεια ή από φίλους, το 63% δήλωσε ότι έχει ενημερωθεί από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης, το 31.5% δήλωσε ότι έχει ενημερωθεί από ιδιώτη ιατρό, ενώ ελάχιστες συμμετέχουσες δήλωσαν ότι έχουν ενημερωθεί από κάποια δημόσια υπηρεσία υγείας (βλ. Πίνακα 8).

**Πίνακας 8:**

#### Πηγές ενημέρωσης για το τεστ Παπανικολάου

	Συχνότητα	Ποσοστό
Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης	114	63.0
Οικογένεια/φίλοι	138	76.2
Ιδιώτης ιατρός	57	31.5
Δημόσιες υπηρεσίες υγείας	2	1.1

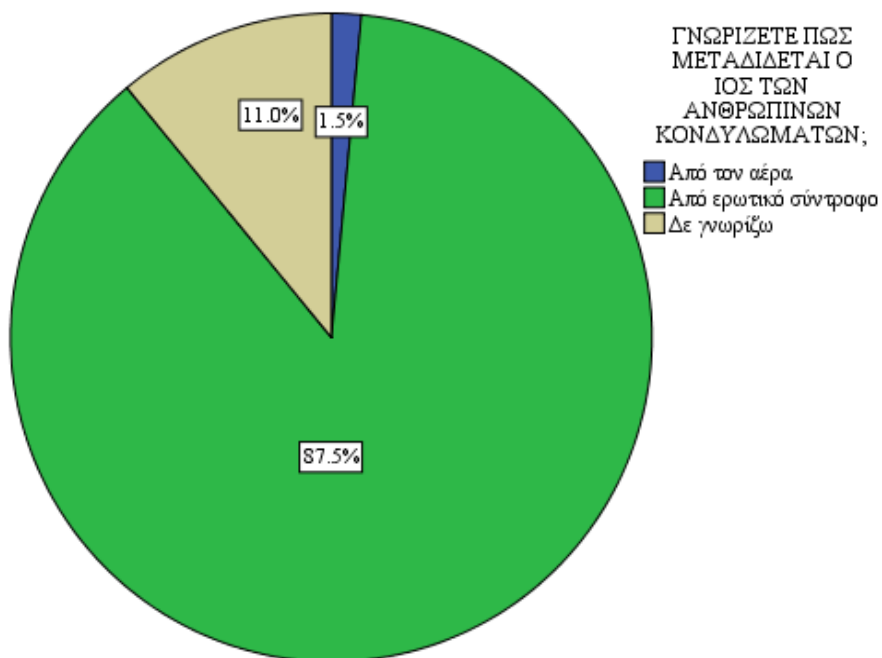
Η πλειοψηφία των συμμετεχουσών δήλωσε ότι υπήρχε ενθάρρυνση από την πλευρά του συζύγου/συντρόφου για την πραγματοποίηση του τεστ Παπανικολάου (βλ. Πίνακα 9). Ωστόσο, το 15% του δείγματος δήλωσε ότι δεν είχε τεθεί τέτοιο θέμα συζήτησης μεταξύ του ζευγαριού.

### Πίνακας 9:

Ενθάρρυνση από την πλευρά του συντρόφου για τη διενέργεια τεστ Παπανικολάου

	Συχνότητα	Ποσοστό
Ναι	109	54.5
Δεν έχω σύντροφο	61	30.5
Δεν το συζήτησα μαζί του	30	15.0

Έπειτα, οι συμμετέχουσες ερωτήθηκαν αν γνωρίζουν τι είναι ο ιός των ανθρώπινων κονδυλωμάτων. Το 91.5% του δείγματος απάντησε θετικά στην ερώτηση αυτή. Στην ερώτηση «Γνωρίζετε πώς μεταδίδεται ο ιός των ανθρώπινων κονδυλωμάτων;» το 87.5% απάντησε ότι μεταδίδεται από τον ερωτικό σύντροφο. Ωστόσο, το 11% των συμμετεχουσών δήλωσε ότι δε γνωρίζει πώς γίνεται η μετάδοση και το 1.5% δήλωσε ότι ο ιός μεταδίδεται μέσω του αέρα (βλ. Σχήμα 9).

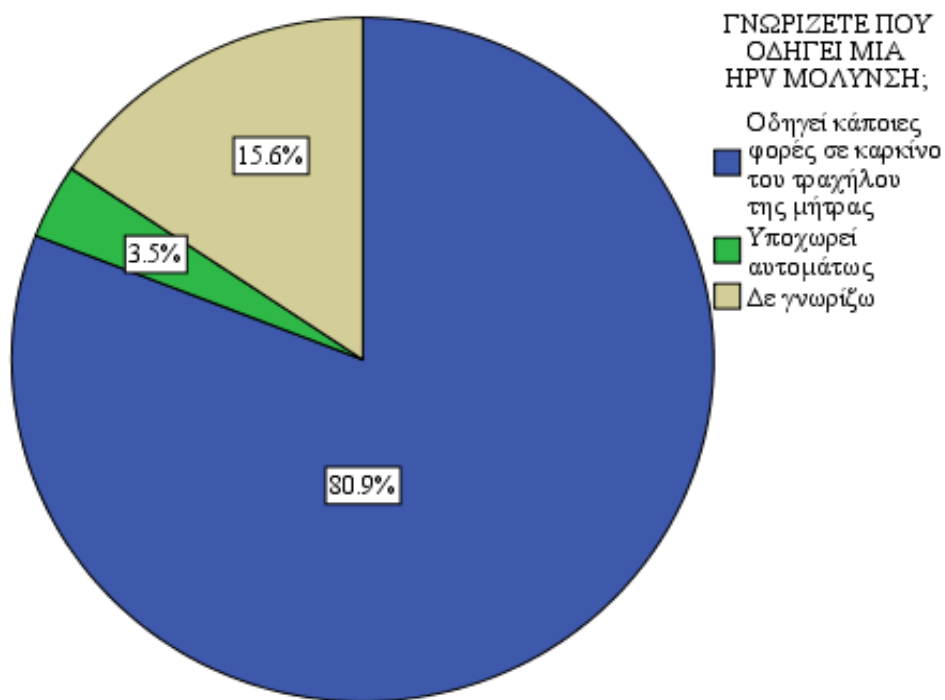


**Σχήμα 9:**

Γνώσεις για τη μετάδοση του ιού των ανθρώπινων κονδυλωμάτων

Το 80.9% των συμμετεχουσών δήλωσε ότι γνωρίζει ότι μία μόλυνση από τον ιό των ανθρώπινων κονδυλωμάτων οδηγεί κάποιες φορές σε καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Το 15.6% των συμμετεχουσών δήλωσε ότι δε γνωρίζει τις επιπτώσεις μίας τέτοιας μόλυνσης και το 3.5% δήλωσε ότι υποχωρεί αυτομάτως (βλ. Σχήμα 10).





**Σχήμα 10:**

Γνώσεις για τις επιπτώσεις της λοίμωξης από τον ιό των ανθρώπινων κονδυλωμάτων

Το 13.5% των συμμετεχουσών δήλωσε ότι δε γνωρίζει ότι ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας οφείλεται στον ιό των ανθρώπινων κονδυλωμάτων και το 14.1% δήλωσε ότι δε γνωρίζει ότι υπάρχει εμβόλιο για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.

Μόλις, το 12.5% των συμμετεχουσών δήλωσαν ότι έχουν εμβολιαστεί για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Από αυτές, το 60% εμβολιάστηκε σε ηλικία έως και 17 ετών και το υπόλοιπο 40% εμβολιάστηκε σε ηλικία 18 ή 19 ετών (βλ. Πίνακα 10).

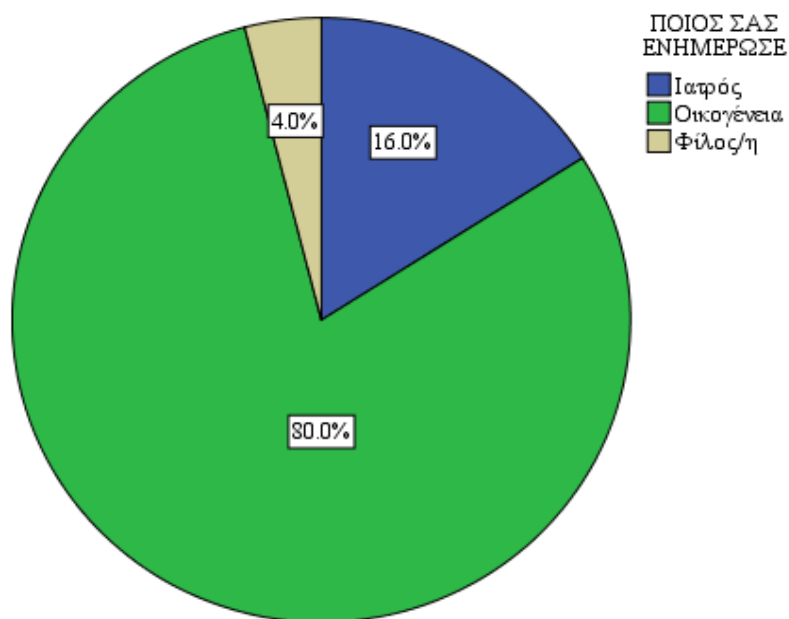
**Πίνακας 10:**

Ηλικία εμβολιασμού για την πρόληψη κατά του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας

	Συχνότητα	Ποσοστό
15 ετών	5	20.0
16 ετών	6	24.0
17 ετών	4	16.0
18 ετών	8	32.0
19 ετών	2	8.0

Το 64% των συμμετεχουσών χρησιμοποίησε το εμβόλιο GARDASIL και το 36% χρησιμοποίησε το εμβόλιο CERVARIX.

Η πλειοψηφία των συμμετεχουσών δήλωσε ότι ενημερώθηκε από τον οικογενειακό κύκλο για το εμβόλιο για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, ενώ μόλις το 16% δήλωσε ότι ενημερώθηκε από κάποιον ιατρό (βλ. Σχήμα 11).

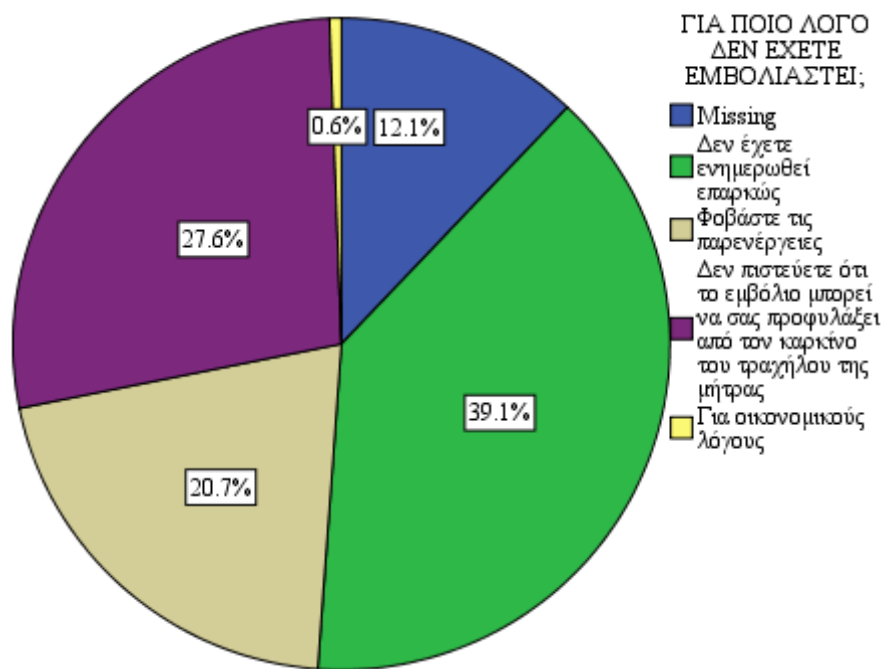


**Σχήμα 11:**

Πηγή ενημέρωσης για το εμβόλιο κατά του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας

Καμία από τις συμμετέχουσες δεν δήλωσε ότι αντιμετώπισε κάποια παρενέργεια από τον εμβολιασμό.

Από τις συμμετέχουσες εκείνες που δήλωσαν ότι δεν έχουν εμβολιαστεί για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, το 39.1% δήλωσε ότι αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι δεν έχει ενημερωθεί επαρκώς, το 20.7% επειδή φοβάται τις παρενέργειες, το 27.6% επειδή δεν πιστεύει ότι το εμβόλιο μπορεί να προφυλάξει από την ασθένεια και μία συμμετέχουσα για οικονομικούς λόγους (βλ. Σχήμα 12).



**Σχήμα 12:**

Λόγοι μη εμβολιασμού για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας

Τέλος, στην ερώτηση «Πιστεύετε ότι είναι αργά για να εμβολιαστείτε;» το 87.3% των συμμετεχουσών απάντησε θετικά, το 12% δήλωσε ότι δε γνωρίζει και μόλις το 0.6% απάντησε αρνητικά. (Simou & Koutsogeorgou, 2014).

## 9.4 Κλίμακα αξιολόγησης της κατάθλιψης

Στην παρούσα ενότητα παρουσιάζονται τα αποτελέσματα σχετικά με τα επίπεδα κατάθλιψης των συμμετεχουσών στη μελέτη, όπως αυτή μετρήθηκε μέσω της Κλίμακας Αξιολόγησης της Κατάθλιψης του Zung (1965).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της ανάλυσης το 96% των συμμετεχουσών δεν εμφάνισε ενδείξεις κατάθλιψης, εφόσον είχε σκορ στην Κλίμακα Αξιολόγησης Κατάθλιψης μικρότερο από 50 μονάδες, ενώ για το υπόλοιπο 4% υπήρχαν ενδείξεις ελάχιστης έως ήπιας κατάθλιψης, εφόσον είχε σκορ στην Κλίμακα αυτή μεταξύ 50 και 59 μονάδων. (Simou & Koutsogeorgou, 2014). Η κλίμακα αυτοαξιολόγησης της κατάθλιψης κατά Zung αποτελεί ένα εργαλείο για την εκτίμηση της βαρύτητας της κατάθλιψης με τη μορφή ερωτηματολογίου. Η συνολική βαθμολογία που συγκεντρώνει ο ερωτώμενος, η «αδρή βαθμολογία», αντιστοιχεί σε μια τιμή στον πίνακα του δείκτη SDS (Self Depression Scale) και η τιμή αυτή οδηγεί στο τελικό συμπέρασμα: Τιμές < 50 θεωρείται ότι αντιστοιχούν στα φυσιολογικά πλαίσια χωρίς ενδείξεις ψυχοπαθολογίας, τιμές από 50–59 σε παρουσία ελάχιστης έως ήπιας κατάθλιψης, τιμές 60–69 σε μέτριας έως σοβαρής και τιμές > 70 σε σοβαρής έως βαριάς κατάθλιψης.

## 9.5 Συζήτηση

Τα συμπεράσματα της ανάλυσης που προηγήθηκε συνοψίζονται ως εξής:

Στην ερώτηση πόσα παιδιά έχουν, παρατηρήθηκε μια αποχή στην απάντηση της τάξεως του 44%. Σε μια εποχή όπου η περιθωριοποίηση κι ο κοινωνικός αποκλεισμός είναι έκδηλα η αποχή σε μια τέτοια ερώτηση μόνο σε υποθέσεις μπορεί να στηριχθεί. Το δείγμα λήφθηκε στο χώρο ενός ιατρείου, περιλαμβάνοντας γυναίκες διαφόρων ηλικιών που ίσως δεν ήθελαν να απαντήσουν, ή ίσως θεώρησαν το να μην απαντήσουν θα προσμετρήσει ως «κανένα τέκνο», ή ακόμα γυναίκες που δεν έχουν τεκνοποιήσει και που ίσως ταυτόχρονα νοσούν από τον ιό HPV και προφανώς με την απάντησή τους δεν ήθελαν να συσχετίσουν αυτούς τους δύο παράγοντες.

Η πλειοψηφία των γυναικών υποβάλλεται σε τεστ Παπανικολάου στα πλαίσια προληπτικού ελέγχου. Η μέση ηλικία πρώτης εξέτασης με τεστ Παπανικολάου είναι τα 22.3 (T.A.: 5.2) έτη. Η πλειοψηφία των γυναικών υποβάλλεται σε τεστ Παπανικολάου ετησίως. Ωστόσο, ένα μικρό ποσοστό γυναικών δηλώνει ότι υποβάλλεται στην εξέταση αυτή όταν το επιτρέπουν οι οικονομικές συνθήκες. Η συντριπτική πλειοψηφία των γυναικών απευθύνεται σε ιδιώτη γυναικολόγο ιατρό για την ερμηνεία του τεστ Παπανικολάου.

Περίπου 4 στις 10 γυναίκες δε γνωρίζουν σε ποια ηλικία πρέπει οι γυναίκες να υποβάλλονται πρώτη φορά σε τεστ Παπανικολάου, και περίπου 3 στις 10 γυναίκες δεν γνωρίζουν μέχρι ποια ηλικία πρέπει μία γυναίκα να υποβάλλεται στην εξέταση. Η πλειοψηφία των γυναικών έχει ενημερωθεί για το τεστ Παπανικολάου είτε από οικογένεια/φίλους είτε από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης. Περίπου 1 στις 10 γυναίκες δεν γνωρίζει πως μεταδίδεται ο ιός των ανθρώπινων κονδυλωμάτων και περισσότερες από 1 στις 10 γυναίκες δε γνωρίζουν τις επιπτώσεις μίας μόλυνσης από τον ιό αυτό. Ακόμα, περισσότερες από 1 στις 10 γυναίκες δε γνωρίζουν ότι ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας οφείλεται στον ιό των ανθρώπινων κονδυλωμάτων και ότι υπάρχει εμβόλιο για την πρόληψη αυτού του τύπου καρκίνου.

Μόλις 1 στις 10 γυναίκες έχει εμβολιαστεί έναντι του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Η πλειοψηφία των γυναικών έχει ενημερωθεί για το εμβόλιο αυτό από το οικογενειακό περιβάλλον.

Περίπου 4 στις 10 γυναίκες δεν εμβολιάζονται για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας λόγω ελλιπούς ενημέρωσης και περίπου 3 στις 10 επειδή δεν πιστεύουν ότι το εμβόλιο μπορεί να προφυλάξει από την ασθένεια. Η πλειοψηφία των γυναικών που δεν έχει ήδη εμβολιαστεί, πιστεύει ότι είναι αργά για να κάνει το εμβόλιο.

Έχει γίνει συσχέτιση και μετά από έρευνες έχει αποδειχτεί ότι η απώλεια της εργασίας συνδέεται με ψυχικές διαταραχές και προβλήματα εθισμού και εξάρτησης σε ουσίες. Υπάρχει επίσης σύνδεση με την υιοθέτηση μη υγιεινού τρόπου ζωής με αυξανόμενη κατανάλωση τροφής χαμηλής διατροφικής αξίας, με την αύξηση της χρήσης καπνού και οινοπνεύματος και τέλος αμέλεια και πλημμελή διαχείριση των προβλημάτων υγείας που μπορεί να αντιμετωπίζουν.

Υπάρχει τεράστια αύξηση ψυχικών διαταραχών, των προβλημάτων εθισμού και εξάρτησης από ουσίες, των αυτοκτονιών και της θνησιμότητας από ισχαιμική καρδιοπάθεια. Όλα αυτά είναι οι πιο εμφανής επιπτώσεις που προκαλεί η οικονομική κρίση, με κυριότερους πληθυσμούς σε χαμηλές κοινωνικές τάξεις

Η οικονομική κρίση έχει χαρακτηριστεί ως καταστροφική κυρίως για την ψυχική υγεία των ανθρώπων. Καταστάσεις της σημερινής πραγματικότητας όπως: εργασιακή ανασφάλεια, ανεργία, εισοδηματική και κατ' επέκταση στεγαστική αβεβαιότητα, άστεγοι, φτώχεια, αύξηση

κοινωνικών ανισοτήτων, κοινωνικός αποκλεισμός, και γενικά αβεβαιότητα για τη μελλοντική του κατάσταση έχουν επιφέρει σοβαρά ψυχοσωματικά προβλήματα στον άνθρωπο.

Η κρίση «απειλεί» ουσιαστικά την επιβίωσή μας γεγονός που προκαλεί άγχος, μια ψυχοσυναισθηματική αντίδραση δηλαδή απέναντι στην κρίση με διάφορα και σοβαρά συμπτώματα όπως δύσπνοια, ταχυπαλμία, διαταραχές της όρεξης κτλ. Σε άρθρο της η ψυχολόγος Φρεγγίδου (2014), αναφέρει μια έρευνα που πραγματοποίησε η Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας έδειξε ότι 1 στους 5 Έλληνες και μάλιστα κυρίως γυναίκες επειδή είναι πιο συναισθηματικές βιώνουν το άγχος καθημερινά.

Εκτός από το άγχος όμως πολλοί Έλληνες πολίτες λόγω οικονομικής κρίσης έχουν εμφανίσει συμπτώματα κατάθλιψης. Στο ίδιο άρθρο παρουσιάζεται έρευνα που πραγματοποιήθηκε από την Εταιρεία Κοινωνικής Ψυχιατρικής και Ψυχικής Υγείας δηλώνει ότι 7 στους 10 Έλληνες βρίσκονται στα όρια της κατάθλιψης λόγω της κρίσης. Συμπτώματα της κατάθλιψης παρατηρούνται και σωματικά αλλά και ψυχικά όπως έλλειψη ενέργεια, επίμονη κούραση, δυσκολία συγκέντρωσης μέχρι και αυτοκτονικές τάσεις. Δεν είναι τυχαίο, λοιπόν, αν όλο και περισσότεροι πολίτες της Ελλάδας καταφεύγουν σε ψυχολόγο. Οι αυτοκτονίες μπορεί να αποτελούν την πιο ακραία μορφή εκδήλωσης της απόγνωσης και των ψυχολογικών προβλημάτων λόγω οικονομικής κρίσης όμως έχουν σημειωθεί πολλές, ωστόσο όχι μόνο αυτοκτονίες αλλά και περιπτώσεις μαζικής θανάτωσης λόγω χρεών.

Παρόλα αυτά, λόγω της οικονομικής κρίσης έχουμε και αύξηση στις μεταδιδόμενες ασθένειες όπως είναι το AIDS, η μαλάρια κτλ., στις επιδημίες και ειδικότερα στις λοιμώξεις από τον Ιό Ανθρώπινης Ανοσοανεπάρκειας, γνωστό ως HIV, λόγω του μεγάλου αριθμού χρηστών ενέσιμων ναρκωτικών ουσιών. Επίσης, με διάφορες έρευνες τα τελευταία χρόνια έχει διαπιστωθεί αυξημένος αριθμός επισκέψεων στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων με ωτορινολαρυγγολογικές διαταραχές, με ίλιγγο και εμβοές που πιθανόν να σχετίζονται με την αυξημένη δυσφορία και κοινωνική ανησυχία εξαιτίας της οικονομικής κρίσης .

# Κεφάλαιο Δέκατο

## *Εισηγήσεις*

Τον τελευταίο καιρό η ανάγκη διεξαγωγής όλο και περισσότερων και εκτενέστερων μελετών, σχετικά με τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στο σύστημα υγείας και πιο συγκεκριμένα στο επίπεδο υγείας των πολιτών της Ελλάδας και κυρίως του γυναικείου πληθυσμού όλο και αυξάνεται. Αυτό συμβαίνει διότι, σύμφωνα και με λεγόμενα που υποστηρίζουν τόσο πολιτικά όσο και επιστημονικά πρόσωπα, το αρχικό πλάνο ψήφισης των μνημονιακών νόμων ήταν που οδήγησε στην αρνητικά εξελισσόμενη κατάρρευση του Ελληνικού Συστήματος Υγείας. Ωστόσο όμως υπάρχουν δεδομένα τα οποία ξεκάθαρα δείχνουν ότι το Ελληνικό σύστημα υγείας, αντιμετώπιζε σοβαρά προβλήματα από πιο πριν. Προβλήματα τα οποία, ποτέ δεν αντιμετωπίστηκαν και τα οποία δεδομένης της παρούσας κρίσης, οφείλουν να αναγνωριστούν και να αντιμετωπισθούν.

Ολοκληρώνοντας, καταλήγουμε ότι θα πρέπει να γίνουν ορισμένες προτάσεις αρχικά όσον αφορά τις γυναίκες, να γίνουν περισσότερα προγράμματα γι' αυτές που να τις καλύπτουν επαγγελματικά, όπως επίσης να προβλέπουν συγκεκριμένες συνθήκες εργασίας για μητέρες και εργαζόμενες πράγμα που τις εμποδίζει σε μεγάλο βαθμό να αναζητούν δουλειά ή να κάνουν οικογένεια.

Είναι αναγκαίο να ενισχυθούν τα δημόσια ταμεία που έχουν εξαθλιωθεί στα χρόνια της κρίσης, γεγονός που έχει ως αποτέλεσμα στις μέρες μας οι περισσότεροι εργαζόμενοι ειδικά στον ιδιωτικό τομέα να καταφεύγουν σε ιδιωτικές λύσεις ή να είναι εντελώς ανασφάλιστοι. Ειδικά οι γυναίκες δεν έχουν την κατάλληλη ασφάλιση και θα πρέπει να υπάρξει ειδική πρόβλεψη γι' αυτές.

Θα πρέπει να υπάρξει περισσότερη ψυχολογική υποστήριξη και είναι πολύ βασικό να προβλεφθεί κάτι τέτοιο ειδικά σε περιπτώσεις μικρομεσαίων επιχειρηματιών οι οποίοι βρέθηκαν σε αδιέξοδες καταστάσεις λόγω της κρίσης.

Υπάρχουν βέβαια και υπηρεσίες τέτοιου τύπου στα δημόσια νοσοκομεία αλλά είναι σε πολύ χαμηλό επίπεδο.



Είναι βασικό δε να προστεθεί το θέμα διάδοσης νοσημάτων. Αυτό μπορεί να αντιμετωπιστεί με περαιτέρω επενδύσεις στο τομέα της υγείας προκειμένου να αυξηθεί το ιατρικό εργατικό δυναμικό το οποίο έχει αυτή τη στιγμή μειωθεί σε μεγάλο βαθμό.

Θα πρέπει να αυξηθεί και το νοσηλευτικό προσωπικό το οποίο και αυτό έχει μειωθεί. Αυτό καθιστά αυτονόητο ότι αφού δεν υπάρχει ιατρονοσηλευτική περίθαλψη είναι φυσικό να αυξάνονται και οι αρνητικές δράσεις στο τομέα της υγείας.

# Βιβλιογραφία

1. Adrian, T., and Shin H. S.(2007). “Liquidity and Financial Cycles”, *6th BIS Annual Conference, Financial System and Macroeconomic Resilience*, 18-19 June 2007, Brunnen, Switzerland.,
2. Annual Report on EU Small and Medium sized Enterprises 2010-2011
3. Charles P. Kindleberger and Robert A. (2005), *Manias, Panics, and Crashes: A History of Financial Crises*, 5th ed. Wiley,
4. Economou, A., Nikolaou, A., Theodossiou, I., (2008), “Are recessions harmful to health after all?”, *Journal of Economic Studies*, Vol. 35 No. 5, 2008, pp. 368-384
5. ERIKSEN, M., MACKAY, J., and ROSS, H. (2013). *The tobacco atlas*. American Cancer Society.
6. Franklin A., and Douglas G. (2007), *Understanding Financial Crises*, *Journal of Political Economy* Vol.108, No.1, pp. 1–33
7. Ghellab, G. και Παπαδάκης, Κ.(2011) «Η πολιτική της οικονομικής προσαρμογής: Μονομέρεια κράτος ή κοινωνικό διάλογο», ΔΟΕ, σελ. 81-91, 2011.
8. Grauwe P. De., και Moesen, W.(2009) Κέρδη για όλους: Μια πρόταση για ένα κοινό Euro Bond, *Intereconomics*, Vol. 44, No. 3, σελ. 132-141
9. Zhao, Z. (2016). Peking university first hospital logistics information Construction. *Chinese Hospital Architecture & Equipment*, 2, 026.
10. Kindleberger, C. P.,and Aliber, R. (2005), *Manias, Panics, and Crashes: A History of Financial Crises*(Palgrave Macmillan, 2005

11. Kondilis E, Giannakopoulos S, Gavana M, Ierodiakonou I, Waitzkin H, Benos A. “Economic crisis, Restrictive policies and the population’s health and health care: The Greek case.” *American Journal of Public Health* 2013;103(6): 973-980
12. Kyriakoudes, L. M. (2016). *The tobacco industry's deadly distortions of history.*
13. Milner, A., Page, A., LaMontagne, A., D., (2013), “Long-Term Unemployment and Suicide: A Systematic Review and Meta-Analysis”, *Plos One*, Volume 8, Issue 1
14. Muijs, D. (2010). *Doing quantitative research in education with SPSS.* Sage.
15. Ruhm C. (2008). A healthy economy can break your heart. *Demography.* 44:829–848
16. Ruhm C. (2008). Macroeconomic conditions, health and government policy. In: Schoeni R, House JS, Kaplan GA, Pollack H. *Making Americans healthier: Social and economic policy as health policy.* Russell Sage, New York.
17. Simou, E., Koutsogeorgou, E., (2014), “Effects of the economic crisis on health and healthcare in Greece in the literature from 2009 to 2013: A systematic review”, *Health Policy* 115 (2014) 111–119
18. Soulaki, A. (2010). *Can a financial crisis shaken Greek consumers’ brand loyalty?* International Hellenic University School of Economics and Business MSc in Management
19. Stuckler D. , Basu S. , Surhcke M. , McKee M. (2009) *The health implication of financial crisis: a review of the evidence.* *The Ulster Medical Journal* 78(3) 142-145
20. Thomson, S. (2012). *International profiles of health care systems Australia, Canada, Denmark, England, France, Germany, Italy, Japan, The Netherlands, New Zealand, Norway, Sweden, Switzerland, and the United States.* Commonwealth Funds.
21. Wright R.E.,(2008), *Financial crisis and reform: Looking back for clues to the future,* McKinsey, pp.1-3

22. Zhao B. & Yu J. (2016). The Impact of the Financial Crisis on Consumer Behavior and the Implications of Retail Revolution. Ανάκτηση από: <http://www.seiofbluemountain.com/upload/product/201008/2010shcyx06a12.pdf> [ 19-11-2016]
23. ΓΣΕΕ – ΑΔΕΔΥ.(2011) *„Η Ελληνική οικονομία και η απασχόληση*, Ετήσια Έκθεση 2011 του Ινστιτούτου Εργασίας σελ.107-109
24. Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας,(2011) Η Αναζήτηση της Αποδοτικότητας ως Προϋπόθεση της Υγειονομικής Ανάπτυξης: από τα Ταμεία και τον ΕΟΠΥΥ στα Ολοκληρωμένα Δίκτυα Υγείας. 2011, Αθήνα, Ανάκτηση στις από [http://www.esdy.edu.gr/default.aspx?page=toy\\_meletes\\_toy](http://www.esdy.edu.gr/default.aspx?page=toy_meletes_toy) [10.2.2017]
25. Κεντικελένης κα, (2010) ΔΕΛΤΙΟ ΤΥΠΟΥ: Στοιχεία για τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία στην Ελλάδα, EuroHealthNet
26. Κρουγκμαν, Π.(2008), *Η Κρίση του 2008*, Καστανιώτης
27. Κυριόπουλος Γ, Μπεαζόγλου Τ.(2010) Η Επίδραση του Ασφαλιστικού Μονοφωνίου στην Αγορά Υπηρεσιών Υγείας, στο: Κυριόπουλος Γ. και συν., *Η Ασφάλιση Υγείας στην Ελλάδα*. Θεμέλιο, Αθήνα, σελ.93-110
28. Κυριόπουλος Γ., Αθανασάκης Κ., Πάβη, Ε.(2000), *Οικονομική κρίση και υγεία: Ένα δοκίμιο πολιτικής οικονομίας για την ανασυγκρότηση του υγειονομικού τομέα*. Εκδόσεις Παπαζήσης, Αθήνα
29. Μπαλασόπουλος Δ. (2013) Πέφτει συνεχώς η ψυχολογία του Έλληνα. Διαθέσιμο από: [http://nonews-news.blogspot.com/2013/09/blog-post\\_1621.html?m=1](http://nonews-news.blogspot.com/2013/09/blog-post_1621.html?m=1) (11/11/2016)
30. Παπαδάκης, Κ(2010). Αναδιάρθρωση των επιχειρήσεων μέσω του κοινωνικού διαλόγου: Κοινωνικά υπεύθυνων πρακτικών σε περιόδους κρίσης, "Έγγραφο εργασίας αριθ. 19, Γενεύη, ILO.

31. Τσακίρη Τ. (2011). Η κρίση βλάπτει σοβαρά την (ψυχική) υγεία. *Εφημερίδα Το Βήμα*<http://www.tovima.gr/science/psychology-sociology/article/?aid=386448>ήμα. [πρόσβαση στις 2-11-2016]
32. Τσιαντού Β., Κυριόπουλος Γ. (2010) Η οικονομική κρίση και η επιπτώσεις της στην υγεία και την Ιατρική περίθαλψη. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 27(5): 834-840
33. Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, (2006). *Ενδημικά νοσήματα στα Βαλκάνια*, τ. 4, σ.67, ΕΣΔΥ.
34. Aglietta, M. (2009), *Η οικονομική κρίση*, Εκδόσεις Πόλις, Αθήνα
35. Solomon, M., Russell-Bennett, R., & Previte, J. (2012). *Consumer behaviour*. Pearson Higher Education AU
36. Πρόντζας, Π., και Λώλος Σ. (2010), *Η συμπεριφορά του καταναλωτικού προτύπου στην Ευρωπαϊκή Ένωση*, Ινστιτούτο Διεθνών Οικονομικών Σχέσεων, Αθήνα
37. Fidler D., Germs, governance and global public health in the wake of SARS, *Journal of Clinical Investigation*, 2004, Volume 13, No 6, 799-804
38. Porter J., Ogden J., Pronyk P., Infections disease policy: towards the production of health, *Health Policy and Planning*, 1999, Volume 14, No 4, 322-328
39. Bernard Hu., Burk RD, Chen Z., van Doorslaer K., Zur Hansen H., de Villiers EM, Classification of papillomaviruses (PVs) based on 189 pv types and proposal of taxonomic amendments, 2010 May 25; 401(1): 70-9
40. Thisted R., Are there social determinants of health and disease? *Perspectives in Biology and Medicine*, 2003, Volume 46, No 3 (supplement), S65-S73
41. Άννα Μαρούγκα-Χατζηγιάννη, Συγκριτική Μελέτη των συνήθων τεχνικών της κυτταρολογίας με τις νέες μεθόδους της κυτταρολογίας υγρής φάσης, Μάιος 2003, 61-64

42. Μαρία Παπανικολάου-Κοκκόρη, Γεώργιος Ν. Παπανικολάου, Μέσα από τη ζωή και το Έργο του, ΚΕΔΡΟΣ, Αθήνα 1985
43. Saslow D., American Cancer Society, American Society for Colposcopy and Cervical Pathology, and American Society for Clinical Pathology Screening Guidelines for the Prevention and Early Detection of Cervical Cancer, Journal of Lower Genital Tract Disease, 2012, 1-29
44. U.S. Preventive Services Task Force (2003), Screening for Cervical Cancer Recommendations and Rational, AHRQ Publication No 3- 515A
45. Sosieni P. Adams J., Cuzick J, Benefit of cervical screening at different ages: evidence from the UK audit of screening histories, 2003, Br J Cancer 89(1): 88-93
46. Strander B., At what age should cervical screening stop?, 2009, Brit Med J 338, 1022-23
47. Arbyn M., Anttila A, Jordan J, Ronco G, Schenck U, Segnan N, Wiener H, Herbert A, von Karsa L, European Guidelines for Quality Assurance in Cervical Cancer Screening, Second Edition- Summary Document, 2010, Annals of Oncology 21(3): 448-458
48. US Preventive Services, Cervical Cancer: Screening, March 2012
49. Salain R, Backes FJ, Fung MF, Holschneider CH, Parker LP, Bristow RE, Goff BA, Post treatment surveillance and diagnosis of recurrence in women with gynaecologic malignancies: Society of Gynaecologic Oncologists recommendations, American Journal of Obstetrics and Gynaecology, 2011, 204(6), 466-78
50. Salain R, Nagel CI, Drennen E, Bristow RE, Recurrence patterns and surveillance for patients with early stage endometrial cancer, Gynaecologic Oncology, 2011, 123(2), 205-7
51. Bristow RE, Purinton SC, Santillan A, Diaz-Maites TP, Garduer GJ, Giuntoli RL, Cost effectiveness of routine vaginal cytology for endometrial cancer surveillance, Gynaecologic Oncology, 2006, 103(2), 709-13

52. Αλέξανδρος Ε. Μορτάκης, Γυναίκα και HPV, Πρόληψη της Μόλυνσης και των επιπλοκών της, ΟΔΗΓΟΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ, εκδ. Λίτσας, 2007, 11-78 και 88-98
53. Εμμανουήλ Διακομανώλης, ΚΟΛΠΟΣΚΟΠΗΣΗ και Παθολογία του Κατώτερου Γεννητικού Συστήματος της Γυναίκας, εκδ. Πασχαλίδης, 2010, 131-139, 148-161, 541-547, 551-559
54. S. Blitshteyn, Postural tachycardia syndrome following human papillomavirus vaccination, Volume 21, issue 1, Jan 2014, 135-9
55. Martinez-Lavin M, Hypothesis: Human papillomavirus vaccination syndrome- small fiber neuropathy and dysautonomia could be its underlying pathogenesis, Volume 34, issue 7, July 2015, 1165-9
56. Baki Akgul, James C Cooke, Alan Storey, HPV- associated skin disease, Journal of Pathology, 2006; 208: 165-175
57. Catherine Greer, Cosette M. Wheeler, Martha B. Ladner, Karl Beutner, Mazie Y Coyne, Harriet Liang, Andria Laugenberg, T S Benedict Yen and Robert Ralston, Human Papillomavirus(HPV) Type Distribution and Serological Response to HPV Type 6 Virus- Like Particles in Patients with Genital Warts, Journal of Clinical Microbiology, Aug 1995, Vol 33, No. 8, 2058-2063
58. Κωνσταντίνος Ευθυμίου, Αργαλιά Ευτυχία, Κασκαμπά Ευγενία, Μακρή Αθανασία, Οικονομική Κρίση και Ψυχική Υγεία. Τι γνωρίζουμε για τη σημερινή κατάσταση στην Ελλάδα;, ΕΓΚΕΦΑΛΟΣ 50, 2013, 22-30
59. Κυρίτση Ελένη, Οικονομική κρίση και υγεία, Νοσηλευτική 52, τεύχος 3, 2013
60. Σπινέλλη Δ. Καλλιόπη, Δ. Καλλιόπη, Οικονομική Κρίση και Εγκληματικότητα: 3 αφηγήσεις, 2016

## **Παράρτημα-Ερωτηματολόγιο**

### **ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ**

**1) ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ Η ΗΛΙΚΙΑ ΣΑΣ?**

**2) ΠΟΙΟ ΕΙΝΑΙ ΤΟ ΜΗΝΙΑΙΟ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΣΑΣ ΕΙΣΟΔΗΜΑ?(συμπεριλαμβανομένου και του συζύγου σας)**

a) <1500ευρώ

b) 1500-3000ευρώ

c) >3000ευρώ

**3) ΠΟΙΟ ΕΙΝΑΙ ΤΟ ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΣΑΣ ΕΠΙΠΕΔΟ?**

a) Δεν αποφοίτησα από το Δημοτικό

b) Απόφοιτος Δημοτικού

c) Απόφοιτος Γυμνασίου

d) Απόφοιτος Λυκείου

e) Απόφοιτος Τ.Ε.Ι

f) Απόφοιτος Α.Ε.Ι

g) Κάτοχος μεταπτυχιακού/διδακτορικού τίτλου

**4) ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΣΑΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ?**

a) Άγαμος

b) Έγγαμος

c) Διαζευγμένης

d) Χήρα



e) Σε διάσταση

5) ΠΟΙΟΣ ΕΙΝΑΙ Ο ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΩΝ ΤΕΚΝΩΝ ΣΑΣ?....

6) ΤΙ ΕΙΔΟΥΣ ΕΡΓΑΣΙΑ ΚΑΝΕΤΕ?(αναφέρατε την εργασία σας)

a) Πλήρης απασχόληση

b) Μερική απασχόληση

c) Άνεργη

d) Συνταξιούχος

e) Οικιακά

7) ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ Η ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΣΑΣ?

a) Ιδιωτική

b) Ανασφάλιστη

c) Ασφαλιστικό ταμείο(αναφέρατε το ταμείο σας)

8) ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ Η ΚΑΤΑΓΩΓΗ ΣΑΣ?

9) ΕΧΕΤΕ ΥΠΟΒΛΗΘΕΙ ΣΕ ποτέ σε ΤΕΣΤ ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ?

a) Ναι

b) Όχι

10) ΑΝ ΝΑΙ, ΓΙΑ ΠΟΙΟ ΛΟΓΟ ΥΠΟΒΛΗΘΗΚΑΤΕ ΣΕ ΤΕΣΤ ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ?(μπορείτε να επιλέξετε περισσότερες από 1 απαντήσεις)

a) Στα πλαίσια προληπτικού ελέγχου

b) Λόγω επιβαρυσμένου οικογενειακού ιστορικού

c) Για τον έλεγχο κάποιου προβλήματος υγείας

d) Προσωπική πρωτοβουλία

e) Δεν ξέρω

11) ΣΕ ΠΟΙΑ ΗΛΙΚΙΑ ΠΡΑΓΜΑΤΟΠΟΙΗΣΑΤΕ ΠΡΩΤΗ ΦΟΡΑ ΤΟ ΤΕΣΤ ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ?

12) ΠΟΤΕ ΚΑΝΑΤΕ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΦΟΡΑ ΤΕΣΤ ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ?

13) ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ ΚΑΝΕΤΕ ΤΕΣΤ ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ?

14) Η ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΣΑΣ ΚΑΛΥΠΤΕΙ ΤΟ ΚΟΣΤΟΣ ΤΟΥ ΤΕΣΤ ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ?

a) Ολοκληρωτικά

b) Κατά ένα μέρος

c) Δεν καλύπτει καθόλου το κόστος αυτής της εξέτασης

d) Δεν ξέρω

15) ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΡΜΗΝΕΙΑ ΤΟΥ ΤΕΣΤ ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ(εξήγηση αποτελέσματος), ΑΠΕΥΘΥΝΘΗΚΑΤΕ ΣΕ:(μπορείτε να επιλέξετε περισσότερες από 1 απαντήσεις)

a) Γυναικολόγο ιδιώτη γιατρό

b) Ιδιώτη γιατρό με ειδικότητα άλλη πλην της γυναικολογίας

c) Γενικό ιατρό του οικείου Κέντρου υγείας/Περιφερειακού ιατρείου

d) Ιατρό εργαζόμενο σε νοσοκομείο

16) ΣΕ ΠΟΙΑ ΗΛΙΚΙΑ ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ ΜΙΑ ΓΥΝΑΙΚΑ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΑΡΧΙΖΕΙ ΝΑ ΥΠΟΒΑΛΛΕΤΑΙ ΣΕ ΤΕΣΤ ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ?

17) ΜΕΧΡΙ ΠΟΙΑ ΗΛΙΚΙΑ ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΥΠΟΒΑΛΛΕΣΤΕ ΣΕ ΤΕΣΤ ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ?

18) ΓΙΑ ΤΟΝ ΕΛΕΓΧΟ ΠΟΙΑΣ ΠΑΘΗΣΗΣ ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ ΠΡΑΓΜΑΤΟΠΟΙΕΙΤΑΙ ΤΟ ΤΕΣΤ ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ?

19) ΕΧΕΤΕ ΕΝΗΜΕΡΩΘΕΙ ΓΙΑ ΤΟ ΤΕΣΤ ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ?

a) **Ναι**

b) **Όχι**

**20) ΠΩΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΘΗΚΑΤΕ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΞΕΤΑΣΗ?(μπορείτε να επιλέξετε περισσότερες από 1 απαντήσεις)**

a) **Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης**

b) **Οικογένεια/φίλοι**

c) **Ιδιώτης ιατρός**

d) **Δημόσιες υπηρεσίες υγείας**

e) **Δεν έχω ενημερωθεί**

**21) Ο ΣΥΖΥΓΟΣ ΣΑΣ/ΣΥΝΤΡΟΦΟΣ ΣΑΣ, ΣΑΣ ΕΝΘΑΡΡΥΝΕ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΑΓΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΤΕΣΤ ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ?**

a) **Ναι**

b) **Όχι**

c) **Δεν έχω σύντροφο**

d) **Δεν το συζήτησα μαζί του**

**22) ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ ΤΙ ΕΙΝΑΙ Ο ΙΟΣ ΤΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΚΟΝΔΥΛΩΜΑΤΩΝ(HPV)?**

a) **Ναι**

b) **Όχι**

c) **Δεν απαντώ**

**23) ΑΝ ΝΑΙ,ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ ΠΩΣ ΜΕΤΑΔΙΔΕΤΑΙ?**

a) **Από τον αέρα**

b) **Από ερωτικό σύντροφο**

c) **Είναι κληρονομικό**

d) Δε γνωρίζω

24) ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ ΠΟΥ ΟΔΗΓΕΙ ΜΙΑ ΗΡVΜΟΛΥΝΣΗ?

a) Οδηγεί κάποιες φορές σε καρκίνο του τραχήλου της μήτρας

b) Υποχωρεί αυτομάτως

c) Δε γνωρίζω

25) ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ ΟΤΙ Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ ΟΦΕΙΛΕΤΑΙ ΣΤΟΝ ΙΟ ΗΡV?

a) Ναι

b) Όχι

c) Δεν απαντώ

26) ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ ΟΤΙ ΥΠΑΡΧΕΙ ΕΜΒΟΛΙΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ?

a) Ναι

b) Όχι

c) Δεν απαντώ

27) ΕΧΕΤΕ ΕΜΒΟΛΙΑΣΤΕΙ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ?

a) Ναι

b) Όχι

c) Δεν απαντώ

Αν Ναι,

Σε ποια ηλικία:

Ποιο εμβόλιο χρησιμοποιήσατε?

i. GARDASIL

ii. **CERVARIX**

**Ποιος σας ενημέρωσε?**

i. **Ιατρός**

ii. **Οικογένεια**

iii. **Φίλος/η**

**Αντιμετωπίσατε κάποια παρενέργεια?**

i. **Ναι**

ii. **Όχι**

**Αν Ναι, αναφέρετε:**

**Αν ΔΕΝ ΕΧΕΤΕ ΕΜΒΟΛΙΑΣΤΕΙ**

**Για ποιο λόγο δεν έχετε εμβολιαστεί?**

i. **Δεν έχετε ενημερωθεί επαρκώς**

ii. **Φοβάστε τις παρενέργειες**

iii. **Δεν πιστεύετε ότι το εμβόλιο μπορεί να σας προφυλάξει από τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας**

**Πιστεύετε ότι είναι αργά να εμβολιαστείτε?**

i. **Ναι**

ii. **Όχι**

iii. **Δε γνωρίζω**

**Απάντηστε στις πιο κάτω ερωτήσεις που αφορούν την ψυχολογική σας διάθεση**

**ΚΑΘΟΛ ΜΕΡ.ΦΟΡ ΣΥΧΝ ΠΑΝΤ ΒΑΘΜΟΛΟ  
ΟΥ ΕΣ Α Α ΓΙΑ**

<b>28)ΑΙΣΘΑΝΟΜΑ</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>Ι ΚΑΚΟΚΕΦΗ</b>				
<b>ΚΙ ΕΧΩ ΤΙΣ</b>				
<b>ΜΑΥΡΕΣ ΜΟΥ</b>				
<b>29)ΤΟ ΠΡΩΙ</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
<b>ΑΙΣΘΑΝΟΜΑΙ</b>				
<b>ΚΑΛΥΤΕΡΑ</b>				
<b>30)ΚΛΑΙΩ</b>	<b>Ή 1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>ΜΟΥ'ΡΧΕΤΑΙ</b>				
<b>ΝΑ ΚΛΑΨΩ</b>				
<b>31)ΕΧΩ</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>ΠΡΟΒΛΗΜΑ</b>				
<b>ΜΕ ΤΟΝ ΥΠΝΟ</b>				
<b>ΜΟΥ ΤΗ</b>				
<b>ΝΥΧΤΑ</b>				
<b>32)ΤΡΩΩ</b>	<b>ΟΣΟ 4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
<b>ΕΤΡΩΓΑ</b>				
<b>ΣΥΝΗΘΩΣ</b>				
<b>33)ΜΟΥ ΑΡΕΣΕΙ</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
<b>ΝΑ ΚΟΙΤΑΩ,ΝΑ</b>				
<b>ΜΙΛΑΩ ΚΑΙ ΝΑ</b>				
<b>ΒΡΙΣΚΟΜΑΙ ΜΕ</b>				
<b>ΕΛΚΥΣΤΙΚΑ</b>				
<b>ΑΤΟΜΑ</b>				
<b>34)ΠΑΡΑΤΗΡΩ</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>

**ΟΤΙ ΧΑΝΩ  
ΒΑΡΟΣ**

**35)ΕΧΩ 1 2 3 4  
ΠΡΟΒΛΗΜΑ  
ΔΥΣΚΟΙΛΙΟΤΗ  
ΤΑΣ**

**36)Η ΚΑΡΔΙΑ 1 2 3 4  
ΜΟΥ ΧΤΥΠΑ  
ΓΡΗΓΟΡΟΤΕΡΑ  
ΑΠΟ ΤΟ  
ΣΥΝΗΘΙΣΜΕΝΟ**

**37)ΚΟΥΡΑΖΟΜ 1 2 3 4  
ΑΙ ΧΩΡΙΣ ΝΑ  
ΥΠΑΡΧΕΙ  
ΛΟΓΟΣ**

**38)ΤΟ ΜΥΑΛΟ 4 3 2 1  
ΜΟΥ ΕΙΝΑΙ  
ΤΟΣΟ ΚΑΘΑΡΟ  
ΟΣΟ ΗΤΑΝ  
ΠΑΝΤΑ**

**39)ΜΟΥ ΕΙΝΑΙ 4 3 2 1  
ΕΥΚΟΛΟ ΝΑ  
ΚΑΝΩ ΤΑ  
ΠΡΑΓΜΑΤΑ  
ΠΟΥ ΠΑΝΤΑ  
ΕΚΑΝΑ**

40)ΕΙΜΑΙ ΑΝΗΣΥΧΗ ΚΑΙ ΔΕ ΜΠΟΡΩ ΝΑ ΚΑΘΙΣΩ ΑΚΙΝΗΤΗ	1	2	3	4
41)ΑΙΣΘΑΝΟΜΑ Ι ΑΙΣΙΟΔΟΞΑ ΓΙΑ ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ	4	3	2	1
42)ΕΙΜΑΙ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ ΕΥΕΡΕΘΙΣΤΗ ΑΠΟ ΤΟ ΣΥΝΗΘΙΣΜΕΝΟ	1	2	3	4
43)ΤΟ ΒΡΙΣΚΩ ΕΥΚΟΛΟ ΝΑ ΠΑΙΡΝΩ ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ	4	3	2	1
44)ΑΙΣΘΑΝΟΜΑ Ι ΟΤΙ ΕΙΜΑΙ ΧΡΗΣΙΜΗ ΚΑΙ ΜΕ ΕΧΟΥΝ ΑΝΑΓΚΗ	4	3	2	1
45)Η ΖΩΗ ΜΟΥ ΕΙΝΑΙ ΓΕΜΑΤΗ	4	3	2	1



46) ΑΙΣΘΑΝΟΜΑ 1            2            3            4  
Ι ΟΤΙ ΘΑ ΗΤΑΝ  
ΚΑΛΥΤΕΡΟ ΓΙΑ  
ΤΟΥΣ ΑΛΛΟΥΣ  
ΑΝ            ΕΓΩ  
ΠΕΘΑΙΝΑ

47) ΑΚΟΜΑ 4            3            2            1  
ΑΠΟΛΑΜΒΑΝΩ  
ΤΑ ΠΡΑΓΜΑΤΑ  
ΠΟΥ  
ΣΥΝΗΘΙΖΑ ΝΑ  
ΚΑΝΩ