

**Ανισότητες στην υγεία**  
**Μια κριτική προσέγγιση**

1. Εισαγωγή
2. Μη υγιείς κοινωνίες και ανισότητες στην υγεία
3. Ερμηνευτικές θεωρίες και προσεγγίσεις
  - 3.1. Η θεωρία της τεχνητής ερμηνείας
  - 3.2. Η θεωρία της φυσικής ή κοινωνικής επιλογής
  - 3.3. Η θεωρία της υλιστικής ή δομικής ερμηνείας
  - 3.4. Η θεωρία της συμπεριφορικής και πολιτισμικής ερμηνείας
4. Εισόδημα και προσδόκιμο ζωής:  
Η παράδοξη σχέση της φθίνουσας οριακής χρησιμότητας
5. Μικρο- και μακρο-προσέγγιση των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία
6. Προς μια μετα-θεωρία των κοινωνικών ανισοτήτων:  
Σύνθεση θεωριών, πολυ-παραγοντική ανάλυση και πολυδιάστατη προσέγγιση των ανισοτήτων στην υγεία

ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2002, 19(6):672-687  
ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2002, 19(6):672-687

Μ. Σαρρής,<sup>1</sup>  
Μ. Χρυσάκης,<sup>2</sup>  
Σ. Σούλης<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ΤΕΙ Αθηνών

<sup>2</sup>Ινστιτούτο Κοινωνικής Πολιτικής,  
Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών

Health inequalities. A critical  
approach

*Abstract at the end of the article*

Λέξεις ευρετηρίου

Ανθρώπινη ανάπτυξη  
Εισόδημα  
Ποιότητα ζωής  
Προσδόκιμο ζωής

*Υποβλήθηκε 2.4.2002*  
*Εγκρίθηκε 9.4.2002*

**1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Η ύπαρξη διαφορών στα επίπεδα υγείας μεταξύ διαφορετικών κοινωνικών συστημάτων στις διάφορες χώρες, όπως και στο εσωτερικό της κάθε χώρας, μεταξύ των διαφόρων βαθμίδων της κοινωνικο-οικονομικής και πολιτισμικής διαστρωμάτωσης ή και μεταξύ των διαφόρων γεωγραφικών περιοχών μιας χώρας, αποτελεί σήμερα κοινή διαπίστωση. Ποιες όμως διαφορές στην υγεία μπορούν να αποφευχθούν, ποιες είναι αναπόφευκτες, ποιες διαφορές διαμορφώνουν τις ανισότητες στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού ή στην παροχή και χρήση των υπηρεσιών υγείας;

Διαφορές αναπόφευκτες στην υγεία θα μπορούσαν να οριστούν αυτές που οφείλονται στη σωματική λειτουργία του οργανισμού, όπως για παράδειγμα λόγω της διαφορετικής ηλικίας ή του διαφορετικού φύλου, και βασίζονται σε σωματικές βιολογικές διαφορές. Επιπλέον, όλοι οι άνθρωποι δεν είναι δυνατό να έχουν το ίδιο ακριβώς επίπεδο υγείας ή να ευρίσκονται στην ίδια κατάσταση υγείας, εξαιτίας όχι μόνο των βιολογικών διαφορών, αλλά και των προσωπικών επιλογών στην κοινωνική τους συμπεριφορά και στον τρόπο ζωής τους.

Η μοναδικότητα της προσωπικότητας του κάθε ατόμου είναι γνωστό ότι στηρίζεται στη μοναδικότητα της σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής του λειτουργίας.

Αντίθετα, διαφορές αποφεύξιμες, που μπορούν να οδηγήσουν σε ανισότητες στην υγεία, είναι αυτές που επηρεάζονται από κοινωνικο-οικονομικούς και κοινωνικο-πολιτισμικούς παράγοντες, οι οποίοι καθιστούν ορισμένες ομάδες του πληθυσμού περισσότερο ευάλωτες στην αρρώστια. Οι ανισότητες αυτές παρατηρούνται έντονα μεταξύ των διαφόρων κοινωνικο-επαγγελματικών κατηγοριών και κοινωνικών θέσεων, στις οποίες ανήκουν τα άτομα-μέλη των ομάδων του πληθυσμού.

Οι εισαγωγικές αυτές παρατηρήσεις οριοθετούν το πλαίσιο συζήτησης και θέτουν ορισμένα ερωτήματα: Παρά τα μέλη του πληθυσμού μιας κοινωνίας είναι υγιέστερα από άλλα ή γιατί κάποια άτομα είναι λιγότερο άρρωστα από κάποια άλλα; Ποιοι παράγοντες επιδρούν περισσότερο ή λιγότερο στην υγεία του σύγχρονου κοινωνικού ατόμου; Οι βιολογικοί, οι κοινωνικο-οικονομικοί, οι ψυχο-κοινωνικοί, οι κοινωνικο-πολιτισμικοί παράγοντες επιδρούν περιοριστικά στην υγεία και στην ποιότητα ζωής των ανθρώπων; Σε ποιους παράγοντες οφείλε-

ται η κοινή διαπίστωση ότι μια κοινωνία ή μια χώρα είναι περισσότερο ή λιγότερο υγιής από μια άλλη;

Στο πλαίσιο αυτό, όπως γίνεται αντιληπτό, η υγεία διερευνάται ως κοινωνικό φαινόμενο και εντάσσεται στο ερευνητικό ενδιαφέρον των κοινωνικών επιστημών. Η προσέγγιση της υγείας ως κοινωνικού φαινομένου δεν αποκλείει την παράλληλη προσέγγισή της ως ατομικό φαινόμενο, με την έννοια της σωματικής και ψυχο-κοινωνικής της διάστασης, της υποκειμενικής δηλαδή εμπειρίας της αρρώστιας. Εξάλλου, η ψυχο-κοινωνική προσέγγιση της υγείας έχει μια ιδιαίτερη χρησιμότητα, όταν η κοινωνικο-οικονομική της προσέγγιση οδηγείται συχνά στη διαπίστωση ενός παράδοξου. Το παράδοξο αυτό –παράδοξο σύμφωνα με την κλασική οικονομική ανάλυση– αφορά τη διαπίστωση ότι η οικονομική ανάπτυξη δεν επιφέρει, κατ' ανάγκη, βελτίωση της υγείας και της ποιότητας ζωής του πληθυσμού μιας χώρας.

Για παράδειγμα, πώς ερμηνεύεται το γεγονός της συνεχιζόμενης, σε όλες σχεδόν τις χώρες, αύξησης του προσδόκιμου ζωής, ενώ παράλληλα η υγεία και η ποιότητα ζωής περιορίζεται αισθητά από τις κοινωνικο-οικονομικές συνθήκες στις οποίες ζει το σύγχρονο κοινωνικό άτομο; Μήπως δεν επαρκεί η ερμηνεία που στηρίζεται στη βελτίωση των υλικών συνθηκών ζωής, έτσι όπως αυτές διαμορφώνονται από την οικονομική ανάπτυξη; Μήπως θα πρέπει να διερευνηθούν και οι κοινωνικο-πολιτιστικοί παράγοντες μιας χώρας, προκειμένου να επιτευχθεί μια επαρκής ερμηνεία του παράδοξου ότι, παρά την οικονομική ανάπτυξη και τη βελτίωση του προσδόκιμου ζωής, οι ανισότητες στην υγεία δεν περιορίζονται απλώς, αλλά σταθερά διαφοροποιούνται και διευρύνονται.

## 2. ΜΗ ΥΓΙΕΙΣ ΚΟΙΝΩΝΙΕΣ ΚΑΙ ΑΝΙΣΟΤΗΤΕΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Η βελτίωση των συνθηκών ζωής κατά τον 20ό αιώνα, σε σχέση με τις συνθήκες ζωής του προηγούμενου αιώνα, η ανάπτυξη θεσμών του κοινωνικού κράτους και η εγκατάσταση και λειτουργία σε πολλές χώρες εθνικών συστημάτων υγείας καλλιέργησαν την προσδοκία της συρρίκνωσης ή και της κατάργησης των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία. Οι ανισότητες αυτές ήταν ιδιαίτερα έντονες στο 19ο αιώνα και αποτυπώνονται με εύγλωττο τρόπο στους δείκτες υγείας (π.χ. στο δείκτη του προσδόκιμου ζωής μεταξύ των κοινωνικών τάξεων). Όπως πολλοί ερευνητές υποστηρίζουν, οι ανισότητες αυτές παρέμειναν ισχύουσες και σταθερές, αν και ενδεχομένως διαφοροποιήθηκαν, αυξήθηκαν ή επεκτάθηκαν, παρά την εμφανή βελτίωση του προσδόκιμου ζωής ή ορισμένων άλλων δεικτών υγείας.<sup>1</sup>

Με την έκθεση Black στην Αγγλία, τον Απρίλιο του 1980, επιχειρήθηκε μια πρώτη, στη σύγχρονη βιβλιογραφία, συστηματική επεξεργασία και ανάλυση των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία. Η επιτροπή που συνέταξε την έκθεση, αφού επεξεργάστηκε διαχρονικά στοιχεία και δεδομένα και αφού ανέλυσε τις συσχετίσεις μεταξύ των κοινωνικο-οικονομικών παραγόντων και των αποτελεσμάτων της κατάστασης υγείας (θνησιμότητα, νοσηρότητα, προσδόκιμο ζωής) του πληθυσμού της Αγγλίας, σε συνδυασμό με τα κοινωνικο-δημογραφικά του χαρακτηριστικά, κατέληξε στις εξής κύριες διαπιστώσεις:

- α. Υπάρχουν σημαντικές διαφορές στους δείκτες θνησιμότητας μεταξύ των κοινωνικο-επαγγελματικών κατηγοριών σε όλες τις ηλικίες και στα δύο φύλα
- β. Οι χαμηλότερες κοινωνικο-επαγγελματικές κατηγορίες έχουν αυξημένους κινδύνους θανάτου και αυξημένους δείκτες νοσηρότητας συγκριτικά με τις υψηλότερες κοινωνικο-επαγγελματικές κατηγορίες
- γ. Οι ανώτερες κοινωνικο-επαγγελματικές κατηγορίες χρησιμοποιούν περισσότερο συχνά τις υπηρεσίες υγείας, ιδιαίτερα τις υπηρεσίες πρόληψης
- δ. Οι ανισότητες στην υγεία μεταξύ των κατηγοριών αυτών διαγράφουν μια αυξητική τάση σε σχέση με τη μεταπολεμική περίοδο
- ε. Οι ανισότητες αυτές παρατηρούνται επίσης και σε άλλες χώρες.

Σύμφωνα με τα επίσημα στοιχεία της επαγγελματικής θνησιμότητας στην Αγγλία στη δεκαετία του '80, οι πιθανότητες να πεθάνουν οι άνδρες ή οι γυναίκες που ανήκαν στην επαγγελματική κατηγορία της ανειδίκευτης χειρωνακτικής εργασίας ήταν, αντίστοιχα, 2,5 ή 2 φορές περισσότερες από τους άνδρες ή τις γυναίκες που ασκούσαν ελεύθερα επαγγέλματα.<sup>2</sup>

Ορισμένα νοσήματα, όπως τα καρδιαγγειακά, οι χρόνιες παθήσεις, ορισμένες μορφές αναπηρίας, ορισμένες αιτίες θανάτου ή ακόμα οι απουσίες από την εργασία λόγω προβλημάτων υγείας, αποτελούν φαινόμενα που εκδηλώνονται συνθεότερα στα άτομα που ανήκουν στις χαμηλότερες κοινωνικο-επαγγελματικές κατηγορίες. Τα βρέφη οικογενειών των οποίων το επάγγελμα ανήκει στην κατηγορία της ανειδίκευτης χειρωνακτικής εργασίας έχουν 2 φορές περισσότερες πιθανότητες να πεθάνουν πριν από την ηλικία του πρώτου έτους της ζωής τους, συγκριτικά με τα βρέφη των οικογενειών που ασκούν ελεύθερα επαγγέλματα.

Στην Αγγλία, το προσδόκιμο ζωής ενός παιδιού γεννημένου από γονείς με πανεπιστημιακή εκπαίδευση και

ανάλογη κοινωνική θέση είναι 5 χρόνια μεγαλύτερο από το προσδόκιμο ζωής ενός παιδιού γεννημένου από ανειδίκευτους χειρώνακτες γονείς. Παρόμοιες διαφορές στο προσδόκιμο ζωής παρατηρούνται σε όλες τις χώρες. Λιγότερο προνομιούχες κοινωνικές ομάδες έχουν λιγότερες ευκαιρίες καλής ζωής ή και επιβίωσης σε ορισμένες περιπτώσεις. Η βρεφική θνησιμότητα στις χαμηλότερες κοινωνικές τάξεις είναι 2–3 φορές υψηλότερη από ό,τι στις υψηλότερες κοινωνικές τάξεις.<sup>3</sup>

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στη Γαλλία,<sup>4</sup> σχετικά με τις αιτίες θανάτου σε κάθε κοινωνικο-επαγγελματική κατηγορία, διαπιστώθηκε ότι το ανειδίκευτο εργατικό δυναμικό και οι μισθωτοί αγροτικών εκμεταλλεύσεων έχουν δείκτη θνησιμότητας για όλες τις αιτίες θανάτου πολύ μεγαλύτερο από το μέσο όρο. Οι ανισότητες γίνονται ακόμα μεγαλύτερες στις ειδικές αιτίες θανάτου, όπως η φυματίωση, τα ατυχήματα, ο αλκοολισμός. Η φυματίωση και τα ατυχήματα, ως αιτίες θανάτου, δείχνουν με σαφή τρόπο πώς οι συνθήκες εργασίας επηρεάζουν τη θνησιμότητα, ενώ ο αλκοολισμός τονίζει τη γενικότερη κοινωνικο-οικονομική και πολιτιστική κατάσταση που ζουν οι εργαζόμενοι της εν λόγω κατηγορίας και πώς αυτή επηρεάζει τις πιθανότητες θανάτου.

Οι παραπάνω παρατηρήσεις ενισχύουν τους ισχυρισμούς ότι οι ανισότητες αυτές δεν σταμάτησαν να υπάρχουν διαχρονικά, εκτός από κάποιες σχετικές ανακατατάξεις σε ορισμένα επαγγέλματα. Στη Γαλλία, οι πιθανότητες θανάτου στις ηλικίες από 35–60 ετών ανά κοινωνικο-επαγγελματική κατηγορία σε μια διαχρονική εξέλιξη διάρκειας 20 περίπου ετών (περίοδοι 1955–1960 και 1975–1980) παραμένουν σταθερές, παρά την πρόοδο που έχει συντελεστεί σε όλες τις κοινωνικο-επαγγελματικές κατηγορίες.<sup>5</sup>

Στην Αγγλία, μετά από αρκετές επιδημιολογικές και κοινωνιολογικές μελέτες, διαπιστώθηκε ότι οι ανειδίκευτοι εργάτες (blue-collar workers) αναγκάζονται να αποσυρθούν, λόγω ασθένειας ή ανικανότητας, από την εργασία τους 2–3 χρόνια νωρίτερα απ' ό,τι οι ειδικευμένοι εργάτες (white-collar workers).<sup>6</sup>

Οι ανισότητες απέναντι στην αρρώστια και στο θάνατο μπορούν επίσης να επιβεβαιωθούν, όχι μόνο από τη σύγκριση στοιχείων που αντιπροσωπεύουν εθνικούς μέσους όρους, αλλά και μεταξύ των στοιχείων που αφορούν ίδιες κοινωνικο-επαγγελματικές κατηγορίες, αλλά σε διαφορετικές Ευρωπαϊκές χώρες. Συγκρίνοντας τα εργατικά ατυχήματα ως αιτία θανάτου σε Γαλλία, Ελλάδα και Σουηδία, διαπιστώνεται ότι η πιθανότητα να συμβεί ένα θανατηφόρο εργατικό ατύχημα στο Σουηδό εργαζόμενο του κλάδου των εξορυκτικών επιχειρήσεων

είναι 1 φορά, στο Γάλλο 2,2 φορές, ενώ στον Έλληνα 6,8 φορές. Αντίστοιχα, στον κλάδο των κατασκευών, οι Σουηδοί έχουν 1 πιθανότητα, οι Γάλλοι 11,9 και οι Έλληνες 7,2.<sup>7-10</sup>

Σύμφωνα με τα στοιχεία της μελέτης του ΕΚΚΕ σχετικά με τις διαστάσεις της φτώχειας στην Ελλάδα, η ανάλυση των στατιστικών δεδομένων που ήταν διαθέσιμα από την ΕΣΥΕ το 1982 και αφορούσαν τη φτώχεια και την υγεία,<sup>11</sup> έδειξε ότι οι υπάλληλοι γραφείου (181%), οι τεχνίτες-εργάτες (89,32%), οι επιστήμονες και οι ελεύθεροι επαγγελματίες (68,50%), οι έμποροι και οι πωλητές (49,96%), οι εργαζόμενοι στην παροχή υπηρεσιών (44,69%) και, τέλος, οι διευθυντές και τα ανώτερα στελέχη (22,35%) αποτύπωσαν, κατά σειρά κατάταξης, την κοινωνική κλίμακα της νοσηρότητας ανά κοινωνικο-επαγγελματική κατηγορία.

Ως προς την κατηγορία της νόσου, διαπιστώθηκαν τα ακόλουθα ευρήματα:

- α. Οι λοιμώξεις παρουσίασαν την υψηλότερη συχνότητα στους γεωργούς-κτηνοτρόφους (4,45%), στους εργαζόμενους στην παροχή υπηρεσιών (3,45%) και στους τεχνίτες-εργάτες (3,31%), ενώ ο μέσος όρος ήταν 2,9%.
- β. Τα νεοπλάσματα, ήταν συχνότερα στους διευθυντές και τα ανώτερα στελέχη (7,33%), στους γεωργούς-κτηνοτρόφους (7,23%) και στους εμπόρους-πωλητές (6,95%), με μέσο όρο 5,85%.
- γ. Τα νοσήματα του κυκλοφορικού ήταν συχνότερα στους διευθυντές και τα ανώτερα στελέχη (17,65%), στους εμπόρους και πωλητές (14,59%) και στους γεωργούς (11,19%), με μέσο όρο 11,27%.
- δ. Τα νοσήματα του αναπνευστικού παρουσιάζουν την υψηλότερη συχνότητα στους γεωργούς (8,46%), στους τεχνίτες-εργάτες (8,20%), στους εμπόρους-πωλητές (8,14%) και στους εργαζόμενους στην παροχή υπηρεσιών (8,06%), με μέσο όρο 7,55%.
- ε. Τα νοσήματα του πεπτικού συστήματος ήταν συχνότερα στους εμπόρους-πωλητές (20,23%), στους διευθυντές-ανώτερα στελέχη (18,80%) και στους γεωργούς (17,41%), με μέσο όρο 16,70%.
- στ. Τα νοσήματα του ουροποιογεννητικού συστήματος ήταν συχνότερα στους επιστήμονες και στους ελεύθερους επαγγελματίες (9,01%), στους υπάλληλους γραφείου (8,43%), στους εμπόρους-πωλητές (8,05%) και στους εργαζόμενους στην παροχή υπηρεσιών (7,88%), με μέσο όρο 7,74%.

z. Τα νοσήματα του μυοσκελετικού συστήματος ήταν πιο συχνά στους τεχνίτες-εργάτες (10,13%) και στους εργαζόμενους στην παροχή υπηρεσιών (9,39%), με μέσο όρο 6,08%.

n. Οι κακώσεις και τα ατυχήματα εμφανίζουν τη μεγαλύτερη συχνότητα στους τεχνίτες-εργάτες (18,16%), στους γεωργούς (16,87%), στους διευθυντές και τα ανώτερα στελέχη (13,14%) και στους εργαζόμενους στην παροχή υπηρεσιών (13,07%).

Σε σχετική μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Ελλάδα,<sup>12</sup> διερευνήθηκε η θνησιμότητα σε συνάρτηση με το επάγγελμα στη διάρκεια μιας πενταετούς περιόδου μεταξύ 1983–1988, ειδικότερα στην ομάδα ηλικιών μεταξύ 40–49 ετών και σύμφωνα με την κατηγοριοποίηση που χρησιμοποιείται από την ΕΣΥΕ σε ό,τι αφορά στις αιτίες θανάτου και στις κοινωνικο-επαγγελματικές κατηγορίες.

Τα κυριότερα ευρήματα της μελέτης αυτής ήταν τα εξής: (α) οι άνδρες είχαν πολύ μεγαλύτερη θνησιμότητα από τις γυναίκες, (β) οι υπάλληλοι γραφείου αποτέλεσαν την κατηγορία με τα μεγαλύτερα ποσοστά θνησιμότητας και στα δύο φύλα, (γ) στον πρωτογενή τομέα, η θνησιμότητα στους άνδρες ήταν πολύ υψηλότερη του μέσου όρου, ενώ στις γυναίκες πολύ χαμηλότερη, (δ) στους εργάτες-τεχνίτες-χειριστές, η θνησιμότητα κατατάσσεται στην τρίτη θέση και για τα δύο φύλα, (ε) στους εμπόρους-πωλητές, η θνησιμότητα σημειώνεται σε αρκετά χαμηλά επίπεδα και στα δύο φύλα, (στ) η θνησιμότητα στους διευθυντές, τα ανώτερα διοικητικά στελέχη και στους απασχολούμενους στην παροχή υπηρεσιών βρίσκεται σε χαμηλά επίπεδα και (z) η θνησιμότητα στους άνδρες επιστήμονες και ελεύθερους επαγγελματίες καταγράφεται στην προτελευταία σειρά κατάταξης, ενώ, αντίθετα, στις γυναίκες σημειώνεται πολύ υψηλότερα, στη δεύτερη θέση.

Συγκεντρωτικά, η θνησιμότητα ανά κοινωνικο-επαγγελματική κατηγορία εκδηλώνεται περισσότερο συχνά, κατά σειρά ταξινόμησης, στους υπάλληλους γραφείου, στους αγρότες, στους τεχνίτες-εργάτες, στους εμπόρους-πωλητές, στους διευθυντές και στα ανώτερα διοικητικά στελέχη, στους επιστήμονες και στους ελεύθερους επαγγελματίες και, στην τελευταία θέση, στους εργαζόμενους στην παροχή υπηρεσιών.

Ως προς τις συνηθέστερες αιτίες θανάτου, διαπιστώθηκαν οι εξής συσχετίσεις σχετικά με τις κοινωνικο-επαγγελματικές κατηγορίες:

α. *Νεοπλάσματα*. Οι άνδρες υπάλληλοι γραφείου εμφανίζουν πολύ υψηλά ποσοστά θνησιμότητας (135,7%),

οι αγρότες (97,7%), οι τεχνίτες-εργάτες (70%) και οι έμποροι-πωλητές (67,5%) σημειώνουν θνησιμότητα κάτω αλλά πλησίον του μέσου όρου (71,4%), ενώ οι επιστήμονες-ελεύθεροι επαγγελματίες (49,7%), οι διευθυντές-ανώτερα στελέχη (42,6%) και οι απασχολούμενοι στην παροχή υπηρεσιών (36,7%) εμφανίζουν τα μικρότερα ποσοστά θνησιμότητας.

β. *Καρδιαγγειακά νοσήματα*. Όπως και στα νεοπλάσματα, οι υπάλληλοι γραφείου (142,8%) σημειώνουν υψηλά ποσοστά θνησιμότητας, ενώ οι αγρότες (78,1%) ποσοστά πλησίον του μέσου όρου (73,4%). Ακολουθούν οι έμποροι-πωλητές (65,9%), οι διευθυντές-ανώτερα στοιχεία (62,3%), οι επιστήμονες-ελεύθεροι επαγγελματίες (51,7%) και, τέλος, οι εργαζόμενοι στην παροχή υπηρεσιών (47,1%).

γ. *Αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια*. Οι υπάλληλοι γραφείου εμφανίζουν τα μεγαλύτερα ποσοστά θνησιμότητας (22,4%), οι αγρότες παρουσιάζουν αρκετά υψηλά ποσοστά (19,9%), ενώ οι τεχνίτες-εργάτες (14,2%) ευρίσκονται άνω του μέσου όρου (13,4%). Οι έμποροι-πωλητές (12,1%), οι εργαζόμενοι στην παροχή υπηρεσιών (8,8%), όπως και οι διευθυντές-ανώτερα στελέχη (8,8%), επίσης κατατάσσονται στις τελευταίες θέσεις, μαζί με τους επιστήμονες και τους ελεύθερους επαγγελματίες (6,4%).

δ. *Ατυχήματα*. Οι αγρότες (62,1%), οι υπάλληλοι γραφείου (55,1%) και οι εργάτες-τεχνίτες (44,4%) παρουσιάζουν, κατά σειρά, τα υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας, ενώ οι διευθυντές-ανώτερα στελέχη (34,5%), οι έμποροι-πωλητές (31,4%), οι επιστήμονες-ελεύθεροι επαγγελματίες (2,9%) και οι απασχολούμενοι στην παροχή υπηρεσιών (21,3%) ευρίσκονται αρκετά χαμηλότερα του μέσου όρου (39,7%).

Οι πιθανότητες για μικρότερο ή μεγαλύτερο ποσοστό νοσηρότητας ή θνησιμότητας δεν εμφανίζονται μόνο μεταξύ των διαφόρων κοινωνικο-επαγγελματικών κατηγοριών, αλλά και μεταξύ των διαφόρων χωρών. Όσον αφορά το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση, διαπιστώνεται τουλάχιστον 20 χρόνια διαφορά μεταξύ αναπτυγμένων και αναπτυσσόμενων χωρών. Στις πρώτες είναι περίπου 72 έτη, ενώ στις δεύτερες μόλις 55 έτη και, ιδιαίτερα στην Αφρική και τη Νότια Ασία, ανέρχεται σε περίπου 50 έτη. Σε ορισμένες χώρες της Ευρώπης, η διαφορά στη βρεφική θνησιμότητα είναι 7 φορές πάνω από το ελάχιστο όριο. Στις αναπτυγμένες χώρες, το ποσοστό βρεφικής θνησιμότητας κατά τον πρώτο χρόνο της ζωής είναι 10–12%, ενώ στις αναπτυσσόμενες, στα 1000 παιδιά που γεννιούνται, τα 200 πεθαίνουν στη διάρκεια του πρώτου έτους, τα 100 μέχρι την ηλικία των

5 ετών και μόνο τα μισά θα φθάσουν μέχρι την ηλικία των 40 ετών.<sup>10</sup>

### 3. ΕΡΜΗΝΕΥΤΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ ΚΑΙ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ

Η έκθεση Black, πέραν της επεξεργασίας και της ανάλυσης των αποτελεσμάτων της μελέτης, προχώρησε στην ερμηνεία τους, χρησιμοποιώντας τέσσερις πιθανές ερμηνευτικές θεωρίες: (α) τη θεωρία της τεχνητής ερμηνείας, (β) τη θεωρία της φυσικής ή κοινωνικής επιλογής, (γ) τη θεωρία της υλιστικής ή δομικής ερμηνείας και (δ) τη θεωρία της πολιτιστικής ή συμπεριφορικής ερμηνείας. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι, για κάθε ερμηνευτική θεωρία, τα μέλη της επιτροπής ακολούθησαν δύο διαφορετικές εκδοχές, μια περισσότερο απόλυτη και μια περισσότερο σχετική.

Η θεωρία της τεχνητής ερμηνείας στηρίζεται στο αξίωμα ότι δεν υπάρχει καμία απολύτως πραγματική σχέση μεταξύ κοινωνικής τάξης και θνησιμότητας. Πρόκειται απλά για μια τεχνητή μέτρηση (απόλυτη εκδοχή). Συμπληρωματικά, το αξίωμα αυτό διατυπώνεται επίσης και με έναν παραπλήσιο τρόπο, υποστηρίζοντας ότι το μέγεθος και η σημασία αυτών των ανισοτήτων εξαρτώνται από την αξιοπιστία και εγκυρότητα των μετρήσεων που αφορούν τις σχετικές παραμέτρους τόσο των κοινωνικών τάξεων, όσο και της αρρώστιας-υγείας (σχετική εκδοχή).

Κατ' αντιστοιχία, η θεωρία της φυσικής ή κοινωνικής επιλογής, στην απόλυτη εκδοχή της, στηρίζεται στο αξίωμα ότι η υγεία προσδιορίζει την κοινωνική τάξη ή θέση και, επομένως, οι κοινωνικές ανισότητες είναι ουδέτερες. Στη σχετική εκδοχή της, υποστηρίζει παράλληλα ότι η υγεία μπορεί να συμβάλει στην επίτευξη μιας ορισμένης κοινωνικής θέσης και, επομένως, με αυτή την έννοια, μπορεί να ερμηνευτεί κάποια κοινωνική ανισότητα.

Η θεωρία της υλιστικής ή δομικής ερμηνείας υποστηρίζει, στην απόλυτή της εκδοχή, ότι οι υλικές συνθήκες ζωής που συσχετίζονται με τις κοινωνικές τάξεις προσφέρουν την πλήρη εξήγηση των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία. Η σχετική εκδοχή της θεωρίας αυτής εκφράζεται με τη διατύπωση ότι τα σωματικά και ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά που συσχετίζονται με τις κοινωνικές τάξεις επιδρούν στην υγεία και διαμορφώνουν τις κοινωνικές ανισότητες.

Τέλος, η θεωρία της πολιτιστικής ή συμπεριφορικής ερμηνείας υποστηρίζει, στην απόλυτη εκδοχή της, ότι τα άτομα επιλέγουν ελεύθερα τη συμπεριφορά υγείας τους, ενώ στη σχετική της εκδοχή, προτείνει ότι η συμπεριφορά υγείας των ατόμων κατανέμεται σύμφωνα με την

κοινωνική τους τάξη και συμβάλλει έτσι στη διαμόρφωση των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία.

Η διακριτή αυτή διαφοροποίηση των προτεινόμενων ερμηνευτικών θεωριών στην απόλυτη και τη σχετική εκδοχή τους, πέραν της πολιτικής τους χρησιμότητας, αναλόγως δηλαδή των προοπτικών αντιμετώπισης των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία, συνέβαλε, κατά τις επόμενες δύο δεκαετίες, στην ανάπτυξη του ερευνητικού αυτού πεδίου σε πολλές χώρες. Πολλές μελέτες στηρίχθηκαν είτε στην απόλυτη ή στη σχετική εκδοχή κάποιας από τις προαναφερόμενες θεωρίες, είτε στο συνδυασμό μεταξύ αυτών και των εκδοχών τους.

#### 3.1. Η θεωρία της τεχνητής ερμηνείας

Η θεωρία της τεχνητής ερμηνείας στηρίζεται στο αξίωμα ότι τόσο οι κοινωνικές τάξεις όσο και η υγεία αποτελούν τεχνητές συνιστώσες μιας σχέσης, προκειμένου να μετρηθεί ένα κοινωνικό φαινόμενο. Η σχέση αυτή είναι περισσότερο μια κατασκευή στην πραγματικότητα δεν υφίσταται ή, εάν υφίσταται, δεν υπάρχει κάποια σημαντική αιτιώδης συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών που εξετάζονται. Επομένως, μεταξύ της υγείας και της κοινωνικής τάξης δεν υπάρχει συσχέτιση, κατά συνέπεια οι κοινωνικές ανισότητες είναι μάλλον τεχνητά κατασκευασμένες και δεν εκφράζουν υπαρκτές, αντικειμενικές πραγματικότητες.

Το κύριο επιχείρημα της θεωρίας αυτής έγκειται στο πρόβλημα μέτρησης των συντελεστών, καθώς τα στοιχεία και δεδομένα που αφορούν τόσο την υγεία όσο και τις κοινωνικές τάξεις δεν χαρακτηρίζονται από ακρίβεια και αξιοπιστία ως προς τη μεθοδολογία εκτίμησής τους. Προβλήματα καταγραφής και τήρησης των στοιχείων που αφορούν τη θνησιμότητα, τη νοσηρότητα, το επάγγελμα, το εισόδημα, την κατάσταση ενός ατόμου σε μια κοινωνική τάξη ή θέση, καθώς και άλλες παράμετροι που συνθέτουν το φαινόμενο των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία, περιορίζουν αισθητά την εγκυρότητα των συναγόμενων συσχετίσεων μεταξύ κοινωνικο-οικονομικής θέσης ή κοινωνικο-επαγγελματικής κατηγορίας και υγείας.

Σύμφωνα με τη θεωρία της τεχνητής ερμηνείας, ο προσδιορισμός και η ανάλυση των παραγόντων ενός κοινωνικού φαινομένου δεν είναι δυνατός, εφόσον η συλλογή και επεξεργασία των δεδομένων δεν στηρίζεται σε αξιόπιστη μεθοδολογία αρχικής καταγραφής και τήρησής τους. Ως παράδειγμα αναφέρεται ο τρόπος συμπλήρωσης του πιστοποιητικού θανάτου από τον ιατρό, ο οποίος συμπληρώνει συνήθως όχι την αιτία θανάτου, αλλά το αποτέλεσμα της αιτίας του. Ένα άλλο παρά-

δειγμα αφορά τις δυσκολίες κατάταξης ενός θανάτου ή ενός νοσούντος σε μια κοινωνικο-επαγγελματική κατηγορία, ο ορισμός της οποίας πιθανόν να μην ανταποκρίνεται σε μια δεδομένη εποχή.

Με αυτή την έννοια, οι υποστηρικτές της θεωρίας αυτής στοιχειοθετούν επιχειρήματα ότι είναι αδύνατη η παρακολούθηση της διαχρονικής εξέλιξης της νοσηρότητας ή θνησιμότητας ενός πληθυσμού ανά κοινωνικο-επαγγελματική κατηγορία. Κατ' επέκταση, η συγκρισιμότητα των στοιχείων μεταξύ των εποχών περιορίζεται αισθητά ή καθίσταται σχεδόν αδύνατη. Για το λόγο αυτόν, υποστηρίζεται ο επανασχεδιασμός και η ανακατάταξη των τηρούμενων στοιχείων, που συνθέτουν τις πρωταρχικές πηγές δεδομένων. Επιπλέον, υποστηρίζεται ότι με την ανακατάταξη αυτή ενδέχεται να διαφοροποιηθεί το μέγεθος των ομάδων του πληθυσμού που ανήκουν στις κοινωνικο-επαγγελματικές κατηγορίες, καθώς και το νοσολογικό φάσμα που φαίνεται ότι αντιστοιχεί σε αυτές. Ως εκ τούτου, είναι πιθανή η διαπίστωση άλλων συσχετίσεων μεταξύ κοινωνικής τάξης και υγείας, τουλάχιστον ως προς την ακρίβεια των πιθανών εκτιμήσεών τους.

Όπως γίνεται αντιληπτό, η σχετική και όχι η απόλυτη εκδοχή της θεωρίας αυτής πιθανολογεί, χωρίς να αρνείται εκ προοιμίου, την ύπαρξη συσχετίσεων και τη διαπίστωση κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία. Το μέγεθος και το εύρος τους εξαρτώνται από την ακρίβεια και την αξιοπιστία των μετρήσεων που αφορούν τόσο τις κοινωνικο-οικονομικές, όσο και τις νοσολογικές παραμέτρους των διαφόρων ομάδων του πληθυσμού. Βέβαια, η θεωρία αυτή επικεντρώνεται μονομεριστικά στην τεχνική και όχι στην κοινωνική διάσταση της στατιστικής επεξεργασίας, η οποία αναφέρεται στην αντίληψη ότι κάθε προϊόν στατιστικής αποτελεί ένα κοινωνικό προϊόν. Με αυτή την έννοια, κάθε στατιστική επεξεργασία ενέχει κινδύνους μη αμερόληπτης κρίσης, καθώς ως κοινωνικό προϊόν αντανακλά στοιχεία από τους κατασκευαστές του.

### 3.2. Η θεωρία της φυσικής ή κοινωνικής επιλογής

Η θεωρία της φυσικής ή κοινωνικής επιλογής στηρίζεται στη διαπίστωση ότι οι άνθρωποι με κακή υγεία δεν κατέχουν συνήθως μια καλά αμειβόμενη εργασία και κατατάσσονται, ως επί το πλείστον, στις χαμηλότερες βαθμίδες της κοινωνικής ιεραρχίας. Τα άτομα, επομένως, με καλή υγεία, σύμφωνα με την εν λόγω θεωρία, έχουν περισσότερες πιθανότητες άσκησης μιας καλής εργασίας. Κατά συνέπεια, οι υψηλότερες κοινωνικές τάξεις συγκεντρώνουν, από γενεά σε γενεά, τους περισσότερους υγιείς, ενώ, αντίθετα, οι χαμηλότερες κοινωνικές τάξεις τους λιγότερο υγιείς.<sup>13</sup>

Έτσι, η θεωρία της κοινωνικής επιλογής στηρίζεται περισσότερο στην κοινωνική κινητικότητα, υποστηρίζοντας ότι η υγεία (επίπεδο και κατάσταση υγείας) αποτελεί το σημαντικότερο παράγοντα της κοινωνικο-οικονομικής και επαγγελματικής ιεράρχησης και κινητικότητας. Η θεωρία της κοινωνικής επιλογής αποδίδει ελάχιστη βαρύτητα σε άλλους σημαντικότερους παράγοντες, όπως η εκπαίδευση ή οι διαρθρωτικές αλλαγές και οι εξελίξεις στην αγορά εργασίας. Για παράδειγμα, η καθιέρωση και επέκταση των ελεύθερων επαγγελματιών και των τεχνολογικών ή διοικητικο-διαχειριστικών επαγγελματιών διαμορφώνει συνθήκες και ευκαιρίες ανοδικής κοινωνικο-επαγγελματικής κινητικότητας για τα παιδιά των οικογενειών που ανήκουν στις χαμηλότερες επαγγελματικές κατηγορίες.

Ένα άλλο σημείο κριτικής που έχει δεχθεί η θεωρία αυτή, είναι ότι παρουσιάζει ιδιαίτερες δυσκολίες στην κατανόηση και ερμηνεία των ανισοτήτων και διαφορών στο επίπεδο υγείας μεταξύ των κοινωνικο-επαγγελματικών κατηγοριών. Για παράδειγμα, ορισμένα νοσήματα, τα οποία συνδέονται με συγκεκριμένα επαγγέλματα, όπως οι αναπνευστικές παθήσεις στους εργάτες ορυχείων (βρογχίτιδα, πνευμονοκοκκίωση), είναι αποτέλεσμα έκθεσης στους παράγοντες κινδύνου της εργασίας (συνθήκες εργασίας). Η κατάταξη των ασθενών στις χαμηλές κοινωνικο-επαγγελματικές κατηγορίες δεν οφείλεται στο επίπεδο της υγείας τους, καθώς αυτό δεν είναι το συμβάν που προηγείται, αλλά αυτό που έπεται της συγκεκριμένης εργασίας.

Η περιορισμένη ισχύς της θεωρίας αυτής είναι έκδηλη στην περίπτωση της βρεφικής θνησιμότητας, καθώς είναι ιδιαίτερα δύσκολο να κατανοηθεί πώς το επίπεδο υγείας ενός βρέφους αποτελεί καθοριστικό παράγοντα της κοινωνικής του κινητικότητας, που δεν υφίσταται ακόμη. Το αξίωμα της θεωρίας της κοινωνικής επιλογής που στηρίζεται στον παράγοντα της υγείας ως τον καθοριστικό συντελεστή της κοινωνικο-επαγγελματικής κινητικότητας έχει υποστεί την κριτική μιας εξαρχής λαθεμένης ανάλυσης. Η διαδικασία της κοινωνικής επιλογής με βάση το επίπεδο υγείας ασκεί ένα δευτερεύοντα, αν όχι τριτεύοντα ή χωρίς ιδιαίτερης σημασίας, ρόλο στον προσδιορισμό και στην ερμηνεία των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία. Βέβαια, η θεωρία αυτή αναμένεται να αναζωογονηθεί στις επόμενες δεκαετίες, στηριζόμενη στις εφαρμογές που απορρέουν από τη χαρτογράφηση του ανθρώπινου γονιδιώματος και της ενδεχόμενης εκμετάλλευσής τους, για παράδειγμα, από τις ασφαλιστικές εταιρείες.

### 3.3. Η θεωρία της υλιστικής ή δομικής ερμηνείας

Η θεωρία της υλιστικής ή δομικής ερμηνείας υποστηρίζει ότι οι διαφορές των υλικών συνθηκών και καταστάσεων (εισόδημα, κατοικία, διατροφή, εργασιακό περιβάλλον κ.ά.) μεταξύ των κοινωνικών τάξεων αποτελούν τους προσδιοριστικούς παράγοντες των ανισοτήτων στην υγεία.<sup>14</sup> Όπως έχει διεξοδικά αναλυθεί και υποστηρικθεί από παλαιότερες και σύγχρονες μελέτες και έρευνες, η βελτίωση του προσδόκιμου ζωής οφείλεται κατά κύριο λόγο στη βελτίωση των υλικών συνθηκών (βελτίωση εισοδήματος, διατροφής και συνθηκών κατοικίας για το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού), σε συνδυασμό με τη λήψη μέτρων δημόσιας υγείας και συνθηκών υγιεινής. Η βελτίωση των συνθηκών αυτών απέφερε τη δραστική μείωση των μολυσματικών νοσημάτων πολύ πριν από την ανάπτυξη της ιατρικής θεραπευτικής αντιμετώπισής τους.

Η υψηλή συσχέτιση φτώχειας και χαμηλού επιπέδου υγείας είναι το σημαντικότερο εύρημα σε πολλές μελέτες και έρευνες. Οι συσχετίσεις υλικών συνθηκών (χαμηλό εισόδημα, ανεργία, ιδιόκτητη στέγη ή αυτοκίνητο, ποιότητα κατοικίας και διατροφής, δυνατότητα διακοπών και ταξιδιών αναψυχής κ.ο.κ.) με τους δείκτες υγείας (θνησιμότητας, νοσηρότητας κ.ά.) αποδίδουν στον παράγοντα της φτώχειας το σημαντικότερο προσδιοριστή-κλειδί της υγείας.<sup>1</sup>

Το εργασιακό περιβάλλον αποτελεί επίσης μια σοβαρή απειλή για την υγεία. Απώλειες εργάσιμων ημερών, οφειλόμενες σε σχετιζόμενες με την εργασία αρρώστιες, έχουν αυξάνουσα τάση από χρόνο σε χρόνο. Ιδιαίτερα, οι εργαζόμενοι σε χειρωνακτικές εργασίες εκτίθενται συστηματικά σε παράγοντες κινδύνου εργατικών ατυχημάτων, με επιπτώσεις στην υγεία τους ή και με την ένταξή τους σε καταστάσεις αναπηρίας. Οι επαγγελματικές παθήσεις περιλαμβάνουν ένα ευρύ φάσμα νοσημάτων (καρκίνος λόγω έκθεσης σε επικίνδυνα χημικά, αναπνευστικές παθήσεις λόγω εισπνοής σκόνης, λοιμώξεις, δηλητηριάσεις κ.ά.). Το άγχος, ο ανταγωνισμός στο εργασιακό περιβάλλον, ο αυταρχικός έλεγχος σε συνδυασμό με τα χαμηλά επίπεδα αυτονομίας και ισχύος ενός εργαζόμενου μπορούν επίσης να προκαλέσουν προβλήματα ψυχο-σωματικής υγείας (π.χ. σύνδρομο επαγγελματικής κόπωσης ή εξουθένωσης, εργασιακή νεύρωση κ.ά.).

Η συσχέτιση των υλικών συνθηκών διαβίωσης ενός ατόμου με την κατάσταση και το επίπεδο υγείας του αντανακλάται επιπλέον και στην κατανάλωση των υπηρεσιών υγείας. Οι έχοντες υψηλό εισόδημα και υψηλής στάθμης συνθήκες ζωής καταναλώνουν υπηρεσίες υγείας

ας στον ιδιωτικό τομέα, ενώ, αντίθετα, στο δημόσιο σύστημα υγείας απευθύνονται οι χαμηλότερες κοινωνικές τάξεις. Όπως αναφέρουν και οι συγγραφείς της Έκθεσης Black στην Αγγλία, ο σημαντικότερος προσδιοριστής των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία είναι οι υλικές συνθήκες και δυνατότητες ενός ατόμου.

### 3.4. Η θεωρία της συμπεριφορικής και πολιτισμικής ερμηνείας

Αν και οι υλικές συνθήκες και δυνατότητες αναγνωρίζονται ως ο σημαντικότερος προσδιοριστικός παράγοντας της υγείας, εντούτοις ορισμένες όψεις της συμπεριφοράς υγείας των ατόμων που ανήκουν στις χαμηλότερες κοινωνικο-επαγγελματικές κατηγορίες δύσκολα ερμηνεύονται μόνο με τους οικονομικούς όρους και τις συνθήκες διαβίωσής τους. Το πλέον χρηστικό παράδειγμα αυτής της διαπίστωσης αποτελούν οι υψηλοί δείκτες καπνίσματος ή κατανάλωσης αλκοόλ, που παρατηρούνται συχνά στα άτομα των κατηγοριών αυτών. Η διαπίστωση αυτή παραπέμπει στην αναγκαιότητα διερεύνησης, πλην των οικονομικών, και άλλων διαφορών μεταξύ των κοινωνικών τάξεων, όπως αυτών που αφορούν τις πολιτισμικές και συμπεριφορικές διαφορές.

Οι πολιτισμικές και συμπεριφορικές θεωρίες επικεντρώνονται στις διαφορές των αντιλήψεων και πεποιθήσεων για την υγεία και των συνακόλουθων συμπεριφορών υγείας που παρατηρούνται μεταξύ των κοινωνικών τάξεων. Αυτές οι διαφορές προέρχονται, με τη σειρά τους, από τις διαφορετικές στάσεις, αξίες και τρόπους ζωής, που εκδηλώνονται με διάφορο τρόπο στις κοινωνικές τάξεις και ομάδες που συγκροτούν μια ορισμένη κοινωνία. Για παράδειγμα, τα άτομα που ασκούν χειρωνακτικά επαγγέλματα αντιλαμβάνονται την υγεία ως μια κατάσταση απουσίας συμπτωμάτων κάποιας νόσου, κατάσταση η οποία είναι αποτέλεσμα τύχης ή σύμπτωσης, ενώ, παράλληλα, οι προσδοκίες τους για καλή υγεία εκφράζονται σε χαμηλά επίπεδα. Η εκδήλωση μιας νόσου ερμηνεύεται ως επίδραση εξωτερικών παραγόντων, οι οποίοι δεν υπόκεινται στον ατομικό έλεγχο των ιδίων.

Αντίθετα, τα άτομα που τα επαγγέλματά τους κατατάσσονται στις ανώτερες βαθμίδες των κοινωνικο-επαγγελματικών κατηγοριών εκφράζουν μια ευρύτερη αντίληψη για την υγεία, που είναι περισσότερο θετικά προσδιορισμένη. Τα άτομα αυτά εκφράζουν υψηλότερες προσδοκίες, ερμηνεύουν την αρρώστια ως αποτέλεσμα των ατομικών τους επιλογών, ενεργειών και συμπεριφορών, παρά ως αποτέλεσμα εξωτερικών παραγόντων. Τα άτομα αυτά είναι επίσης περισσότερο διατεθειμένα να αντιμετωπίσουν τους ενδεχόμενους παράγοντες κινδύνου ή

να αναλάβουν πρωτοβουλίες για τη μείωση των επιπτώσεων των κινδύνων αυτών στην προσωπική τους υγεία.

Οι αντιλήψεις για την υγεία και οι απειλητικές για την υγεία συμπεριφορές, όπως για παράδειγμα η συμπεριφορά έναντι του καπνίσματος, υποστηρίζεται ότι συνδέεται στενά με εσωτερικευμένες απαισιόδοξες στάσεις του ατόμου, χαμηλού επιπέδου προσδοκίες και υπαρκτό φόβο αποτυχίας στην αντιμετώπιση των διαφόρων κινδύνων της ζωής. Παρόμοιες συμπεριφορές υγείας εκφράζονται έναντι των συνθηκών διατροφής, της σωματικής άσκησης, της κατανάλωσης αλκοόλ ή και των τροχαίων ατυχημάτων. Παραίτηση και αδιαφορία για την προσωπική και κοινωνική ζωή, απαισιοδοξία και παθητικότητα, αυτο-εγκατάλειψη και χαμηλή αυτο-εκτίμηση είναι στοιχεία νοοτροπίας και προσωπικότητας που χαρακτηρίζουν μια κακή ψυχοσωματική και κοινωνική κατάσταση υγείας, μιας χαμηλής στάθμης ποιότητα ζωής.

#### 4. ΕΙΣΟΔΗΜΑ ΚΑΙ ΠΡΟΣΔΟΚΙΜΟ ΖΩΗΣ: Η ΠΑΡΑΔΟΞΗ ΣΧΕΣΗ ΤΗΣ ΦΘΙΝΟΥΣΑΣ ΟΡΙΑΚΗΣ ΧΡΗΣΙΜΟΤΗΤΑΣ

Είναι ευρέως γνωστό σήμερα ότι η κοινωνικο-οικονομική θέση ενός ατόμου, είτε εκτιμάται ως εισόδημα ή επάγγελμα είτε ως εκπαίδευση, συσχετίζεται αντιστρόφως ανάλογα με τη θνησιμότητα και τη νοσηρότητά του. Όσο η κοινωνικο-οικονομική θέση ενός ατόμου ευρίσκεται χαμηλότερα στην κλίμακα κατάταξης των κοινωνικο-επαγγελματικών κατηγοριών, τόσο υψηλότερους δείκτες θνησιμότητας και νοσηρότητας παρουσιάζει. Αυτή η διαπίστωση φαίνεται να έχει μια διαχρονική επικαιρότητα, ενώ είναι παράλληλα διάχυτη τόσο στο εσωτερικό πλαίσιο μιας κοινωνίας, όσο και μεταξύ διαφόρων χωρών.

Βέβαια, αν και έχει παρατηρηθεί ότι η θνησιμότητα εμφανίζει ισχυρή συσχέτιση με τις εισοδηματικές ανισότητες στο εσωτερικό μιας χώρας, εντούτοις αυτή η συσχέτιση είναι μικρότερη μεταξύ των αναπτυγμένων χωρών, συγκρινομένων των δεικτών θνησιμότητας και του εθνικού εισοδήματος της κάθε χώρας. Επιπλέον, αυτή η συσχέτιση διαφοροποιείται στις λιγότερο αναπτυγμένες χώρες, όπου, καταρχήν, παρατηρείται μια ισχυρή συσχέτιση μεταξύ των δεικτών θνησιμότητας και του κατά κεφαλή εισοδήματος (η σχέση είναι πάντα αντίστροφη). Στη συνέχεια, διαπιστώνεται ότι η αύξηση του ακαθάριστου εθνικού προϊόντος (ΑΕΠ), από ένα σημείο και μετά, επιδρά λιγότερο σημαντικά στους δείκτες θνησιμότητας, αντίθετα με την προσδοκία ότι όσο αυξάνεται το ΑΕΠ μιας χώρας, τόσο θα βελτιώνονται οι δείκτες θνησιμότητας, νοσηρότητας ή της κατάστασης υγείας του πληθυσμού.

Το παράδοξο αυτό προέρχεται από την πεποίθηση ότι οι μεταβλητές που επηρεάζουν τη σχέση της κοινωνικο-οικονομικής θέσης με την υγεία λειτουργούν με όμοιο τρόπο, τόσο στο εσωτερικό των διαφόρων χωρών, όσο και μεταξύ τους.<sup>15</sup> Εάν στη διερεύνηση της σχέσης αυτής μελετώνται μόνο η ανισοκατανομή εισοδήματος και το προσδόκιμο ζωής ως οι κύριες μεταβλητές, τότε τα αποτελέσματα θα έχουν δυστοκία ερμηνείας, διότι παράδοξα, όπως για παράδειγμα το παραπάνω, θα περιορίζουν τη χρησιμότητά τους.

Η εμφάνιση του παράδοξου αυτού υποδεικνύει την ύπαρξη και άλλων μεταβλητών, οι οποίες οφείλουν να μελετώνται, προκειμένου να προσδιοριστεί με ακρίβεια η έκταση και το βάθος της επίδρασης της κοινωνικο-οικονομικής θέσης στην υγεία ενός ατόμου. Οι διαπιστώσεις αυτές προσανατολίζουν το ενδιαφέρον των κοινωνικών ερευνητών προς τους παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής ενός ατόμου και όχι απλά την επιμήκυνση του προσδόκιμου ζωής του.

Η διαπίστωση της αντιστρόφως ανάλογης σχέσης μεταξύ εισοδήματος και θνησιμότητας συμπεραίνεται σε κάθε μελέτη που εξετάζει τη συσχέτιση μεταξύ κοινωνικο-οικονομικής θέσης και υγείας. Μηδενιάς εξαιρουμένης μελέτης, τα αποτελέσματα στοιχειοθετούν το βασικό εύρημα ότι όσο ένα άτομο κατέρχεται στην κοινωνική κλίμακα κατάταξης εισοδήματος, επαγγέλματος ή εκπαίδευσης, τόσο αυξάνονται οι δείκτες νοσηρότητας και επιδεινώνεται η υγεία του.<sup>16</sup> Η ερμηνεία αυτού του ερήματος επικεντρώνεται στη φτώχεια και κατ' επέκταση λαμβάνεται υπόψη για τη διαμόρφωση και ανάπτυξη στρατηγικών πολιτικής και δημόσιας υγείας. Η φτώχεια νοείται μονομεριστικά και μονοδιάστατα ως οικονομική φτώχεια και η λήψη συναφών μέτρων επιδιώκει τον περιορισμό ή τουλάχιστον τη μη επέκτασή της.

Εντούτοις, μια άλλη ερμηνεία εστιάζεται περισσότερο στη διακύμανση μεταξύ του βαθμού αύξησης του εισοδήματος και του βαθμού μείωσης της θνησιμότητας. Η ερμηνεία αυτή υποστηρίζει ότι η θνησιμότητα ή η νοσηρότητα είναι παρούσα σε κάθε επίπεδο της κλίμακας, με την παρατήρηση ότι στη μεσαία τάξη εκδηλώνονται περισσότεροι ή υψηλότεροι κίνδυνοι από ό,τι στην τάξη που ευρίσκεται στην ανώτερη βαθμίδα της κλίμακας. Επομένως, η αυξημένη νοσηρότητα ή θνησιμότητα δεν αποτελεί «προνόμιο» μόνο των φτωχών και, υπ' αυτή την έννοια, οι ανισότητες στην υγεία δεν αντιμετωπίζονται μόνο με τον περιορισμό της φτώχειας.

Επιπλέον, έχει διαπιστωθεί ότι, πέραν ενός ορισμένου επιπέδου αύξησης του εισοδήματος, η επίδρασή του στη

μείωση της θνησιμότητας είναι ιδιαίτερα ασθενής ή και μη υπαρκτή,<sup>17</sup> καθώς παρατηρείται μια κατιούσα κλίση στην καμπύλη συσχέτισης του εισοδήματος με τη νοσηρότητα. Στις περισσότερες μελέτες, η καμπύλη αυτή είναι συχνά μη συμπίπτουσα και η σχέση εισοδήματος και προσδόκιμου ζωής μη γραμμική και η σχέση αυτή διαπιστώνεται τόσο σε συγκρίσεις δεδομένων μεταξύ διαφόρων χωρών, όσο και μεταξύ των κοινωνικο-επαγγελματικών κατηγοριών μιας χώρας.

Στην περίπτωση, για παράδειγμα, των ατόμων που το εισόδημά τους κυμαίνεται από 10–20% του μέσου εισοδήματος του πληθυσμού, οι δείκτες θνησιμότητάς τους είναι ιδιαίτερα υψηλοί σε σύγκριση με τους δείκτες του υπόλοιπου πληθυσμού. Εντούτοις, αυξανόμενου του εισοδήματος, η καμπύλη ακολουθεί σχεδόν οριζόντια κατεύθυνση, καθώς οι δείκτες θνησιμότητας δεν παρουσιάζουν αντίστοιχα μεγάλη μεταβολή.<sup>15,16</sup>

Η παράδοξη αυτή μορφή της μη-συμπίπτουσας καμπύλης –παράδοξης με την έννοια ότι δεν συμβαδίζει με τις προσδοκώμενες προβλέψεις ότι αυξανόμενου του εισοδήματος βελτιώνεται η υγεία ενός πληθυσμού– διαπιστώνεται επίσης και σε μελέτες που διερευνούν τη σχέση όχι μόνο εισοδήματος και προσδόκιμου ζωής ή θνησιμότητας, αλλά και τη σχέση εισοδήματος και συχνότητας νοσημάτων. Ακόμα, το παράδοξο αυτό διαπιστώνεται και σε έρευνες που μελετούν τη σχέση εισοδήματος και αυτο-αναφερόμενης κατάστασης υγείας των διαφόρων ομάδων του γενικού πληθυσμού, π.χ. στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής (σωματική λειτουργικότητα, περιορισμοί στις καθημερινές δραστηριότητες, ψυχο-κοινωνική ευεξία κ.ά.).

Για παράδειγμα, η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής των ατόμων με εισόδημα υψηλότερο από ένα ορισμένο επίπεδο δεν παρουσίαζε καμία σχετική βελτίωση, μάλλον παρέμενε ιδιαίτερα στάσιμη. Αντίθετα, για όσα άτομα είχαν χαμηλότερο εισόδημα από το επίπεδο αυτό, η ποιότητα ζωής τους παρουσίαζε απότομη επιδείνωση σε σχέση με τα άτομα που είχαν υψηλότερο εισόδημα. Όπως φαίνεται, η αύξηση του εισοδήματος, μέσω απλά της οικονομικής μεγέθυνσης και ανάπτυξης, από ένα ορισμένο επίπεδο και μετά δεν επιφέρει αφεαυτής παρά μόνο μια οριακή (φθίνουσα) χρησιμότητα στη βελτίωση της υγείας ή της ποιότητας ζωής ενός ατόμου ή του πληθυσμού μιας χώρας.<sup>18</sup>

Όπως γίνεται αντιληπτό, η ισχυρή συσχέτιση μεταξύ φτώχειας και προσδόκιμου ζωής επιβεβαιώνεται με το προς τα κάτω οριακό αυτό επίπεδο εισοδήματος (απόλυτη στέρση), ενώ, αντίθετα, όσο αυξάνεται το εισόδημα πάνω από αυτό το επίπεδο, η επίδρασή του στο προσδό-

κιμο ζωής συγκριτικά παραμένει ασθενής (σχετική στέρση). Τα ευρήματα αυτά ερμηνεύουν με πειστικό τρόπο τις παρατηρούμενες διαφορές μεταξύ αναπτυγμένων και λιγότερο αναπτυγμένων χωρών. Στις λιγότερο αναπτυγμένες χώρες διαπιστώνεται ισχυρή συσχέτιση μεταξύ εισοδήματος και προσδόκιμου ζωής, ενώ στις αναπτυγμένες η συσχέτιση είναι τόσο ασθενής ή αμελητέα, ώστε σχεδόν να θεωρείται μη υπάρχουσα στο σύνολο του γενικού πληθυσμού.

Βέβαια, η διερεύνηση της σχέσης αυτής οφείλει να λαμβάνει υπόψη της τον τρόπο διανομής του εισοδήματος. Αν, για παράδειγμα, δύο χώρες έχουν το ίδιο μέσο εισόδημα αλλά διαφορετικό τρόπο κατανομής του, η βελτίωση του προσδόκιμου ζωής θα είναι εμφανέστερη στη χώρα που εφαρμόζει δικαιότερο σύστημα κατανομής του εισοδήματος. Αυτό σημαίνει ότι εάν η αναδιανομή του εισοδήματος γίνεται προς όφελος των ευρισκομένων κάτω από το οριακό εισόδημα της φτώχειας, τότε αυτά τα άτομα θα παρουσιάσουν τη μεγαλύτερη βελτίωση στο προσδόκιμο ζωής. Επιπλέον, η μείωση του εισοδήματος των ευρισκομένων στις ανώτερες κλίμακες εισοδήματος θα έχει μηδαμινές επιπτώσεις, δεδομένου ότι σε αυτές τις κλίμακες η βελτίωση του προσδόκιμου ζωής παραμένει στάσιμη.

Σύμφωνα με τα ανωτέρω, όσο μια λιγότερο αναπτυγμένη χώρα αναπτύσσεται και ευδοκιμεί, τόσο βελτιώνεται το προσδόκιμο ζωής. Εάν συνεχίσει να αναπτύσσεται, προσεγγίζοντας το επίπεδο των αναπτυγμένων χωρών, τότε η βελτίωση του προσδόκιμου ζωής εκτιμάται ότι θα παραμένει στάσιμη, όπως συμβαίνει με τις αναπτυγμένες χώρες. Εντούτοις, η υπόθεση αυτή δεν επαληθεύεται σε πολλές χώρες,<sup>17</sup> οι οποίες παρουσιάζουν διαφορετικές διακυμάνσεις ως προς τις αναμενόμενες επιδράσεις στο προσδόκιμο ζωής με την αύξηση του εισοδήματος. Οι διαφορετικές αυτές διακυμάνσεις ερμηνεύονται με την παράλληλη επίδραση εξωγενών της οικονομίας παραγόντων. Κοινωνικο-πολιτιστικοί παράγοντες, καθώς και η εφαρμογή επιτυχούς στρατηγικής μιας πολιτικής υγείας που αποσκοπεί στον έλεγχο της βρεφικής και παιδικής θνησιμότητας ή στον περιορισμό της συχνότητας διαφόρων νοσημάτων, έχουν ως αποτέλεσμα την εντυπωσιακή βελτίωση του δείκτη θνησιμότητας και νοσηρότητας σε ορισμένες χώρες (π.χ. Κόστα Ρίκα, Σρι Λάνκα) σε σχέση με άλλες.

Επομένως, σημαντικό προσδιοριστή του προσδόκιμου ζωής ενός πληθυσμού δεν αποτελεί μόνο το επίπεδο του εισοδήματος (ποσοτική διάσταση), αλλά επίσης ο τρόπος διανομής του, όπως και το κοινωνικο-πολιτιστικό μόρφωμα μιας χώρας (ποιοτική διάσταση). Οι κοινωνι-

κο-πολιτιστικοί επίσης παράγοντες, κατά τη διάρκεια του 20ού αιώνα, επέδρασαν καθοριστικά στη βελτίωση του προσδόκιμου ζωής στις περισσότερες χώρες. Ιδιαίτερα κατά το διάστημα των δεκαετιών από το 1930 έως το 1960, οι παράγοντες αυτοί συνέβαλαν στην κατά 75–90% βελτίωση του προσδόκιμου ζωής, ενώ η αύξηση του εισοδήματος μόνο στην κατά 10–25% αντίστοιχη βελτίωση.<sup>19</sup> Οι παράγοντες αυτοί αφορούν, για παράδειγμα, το σύστημα υγείας μιας χώρας, το σύστημα εκπαίδευσης, τις μεταφορές και τις επικοινωνίες, την ποιότητα κατοικίας, την επάρκεια διαθέσιμου νερού, τη δημόσια υγεία, την κουλτούρα, τις τέχνες και τα γράμματα, την κοινωνική θέση της γυναίκας, τον αλφαριθμητισμό, την πολιτική σταθερότητα κ.ά.

Ως προς την επίδοση του τρόπου διανομής του εισοδήματος σχετιζομένου με το επίπεδο του εισοδήματος, το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση, το προσδόκιμο ζωής στην ηλικία των 5 ετών και τη βρεφική θνησιμότητα, έχει διαπιστωθεί ότι ένας περισσότερο ίσος τρόπος διανομής του εισοδήματος, συγκριτικά με έναν περισσότερο άνισο τρόπο διανομής, προσθέτει από 5–10 έτη στο μέσο προσδόκιμο ζωής μιας χώρας.<sup>20</sup> Επίσης, έχει βρεθεί ισχυρή συσχέτιση μεταξύ εισοδηματικών ανισοτήτων και προσδόκιμου ζωής και μεταξύ προσδόκιμου ζωής και αναλογίας εισοδήματος που διανέμεται στο 70% του πληθυσμού, ενώ, αντίθετα, έχει διαπιστωθεί ασθενής συσχέτιση μεταξύ προσδόκιμου ζωής και κατά κεφαλή ΑΕΠ.<sup>15</sup> Επιπλέον, έχει βρεθεί ότι ούτε οι κατά κεφαλή δαπάνες υγείας, όπως επίσης ούτε το ΑΕΠ, επηρεάζουν τη μέση ηλικία θανάτου στις αναπτυγμένες χώρες. Αντίθετα, ο παράγοντας που επηρεάζει τη μέση ηλικία θανάτου σε πολύ μεγάλο βαθμό βρέθηκε ότι είναι ο τρόπος διανομής του εισοδήματος.<sup>21</sup>

## 5. ΜΙΚΡΟ- ΚΑΙ ΜΑΚΡΟ-ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΝΙΣΟΤΗΤΩΝ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Βέβαια, θα πρέπει να σημειωθεί η περιοριστικότητα των ευρημάτων αυτών, καθώς ανακύπτουν προβλήματα ποιότητας και αξιοπιστίας των δεδομένων, ιδιαίτερα αυτά που αφορούν τη συγκρισιμότητα μεταξύ διαφόρων χωρών. Στο εσωτερικό μιας χώρας, θα ήταν προτιμότερο να εξειδικευθούν οι μελέτες στο επίπεδο μικρότερων συνόλων (π.χ. κοινότητας, εργασίας), παρά στο γενικό επίπεδο της χώρας. Αυτός ο μεθοδολογικός αναπροσανατολισμός επιτρέπει την αναλυτική προσέγγιση του θέματος και όχι απλά την προσέγγιση που προκύπτει από τη διασταύρωση στατιστικών στοιχείων και δεδομένων. Προς αυτή την κατεύθυνση, αποκτά ιδιαίτερο ενδιαφέρον η διερεύνηση των σχέσεων μεταξύ των εισοδηματικών

ανισοτήτων και της κατάστασης υγείας στο επίπεδο του ατόμου, προκειμένου να καταστεί δυνατή η προσέγγιση της υποκειμενικής εμπειρίας σε ό,τι αφορά την απόλυτη στέρση (φτώχεια) ή τη σχετική στέρση (ανισότητα). Η υποκειμενική αυτή εμπειρία του ατόμου αποτελεί μια σημαντική μεταβλητή, που επηρεάζει την έκβαση της επίδρασης των κοινωνικο-οικονομικών παραγόντων στη νοσηρότητα ή στη θνησιμότητα.

Ως εκ τούτου, η ανάλυση και η ερμηνεία των συσχετίσεων μεταξύ του προσδόκιμου ζωής ή άλλων χαρακτηριστικών της υγείας και της κατανομής του εισοδήματος ή άλλων οικονομικών μεταβλητών καθίσταται εφικτή και αποτελεσματική, εφόσον επικεντρώνεται στο επίπεδο μιας κοινότητας. Η επικέντρωση του ερευνητικού ενδιαφέροντος στο επίπεδο αυτό θα επιτρέψει την προσέγγιση ταυτόχρονα των κοινωνικο-πολιτιστικών παραγόντων στο επίπεδο του ατόμου, ενώ, παράλληλα, είναι περισσότερο πιθανή η απομόνωση των διαφόρων δυνητικών συγχυτικών παραγόντων, που εκδηλώνονται όταν η μελέτη διενεργείται σε επίπεδο χώρας. Αυτός ο μεθοδολογικός αναπροσανατολισμός θα επιτρέψει, πιθανόν, την αποφυγή του παράδοξου που συχνά εμφανίζεται στις μελέτες αυτού του τύπου. Εάν, για παράδειγμα, η γενική διαπίστωση αναφέρεται στο ότι η κατανομή του εισοδήματος προκαθορίζει το επίπεδο υγείας ενός ολόκληρου πληθυσμού μιας χώρας, ενδεχομένως η γενική αυτή διαπίστωση να μην επαληθευτεί στο επίπεδο του πληθυσμού μιας κοινότητας.

Συνεπώς, είναι περισσότερο ακριβής και ποιοτικά αξιόπιστη η διαπίστωση της επίδρασης των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία, εφόσον αυτή διερευνάται στο επίπεδο της καθημερινής ζωής των ανθρώπων. Για παράδειγμα, ένα σημαντικό πεδίο της καθημερινής ζωής ενός ατόμου είναι ο χώρος ή το περιβάλλον της εργασίας του. Η σημαντικότητα αυτού του χώρου έγκειται στο ότι, σε αυτό το πεδίο της ζωής, συνυπάρχουν και αλληλοδρούν τόσο οι οικονομικοί, όσο και οι κοινωνικο-πολιτιστικοί παράγοντες (π.χ. εργασιακή νοοτροπία και κουλτούρα). Στο εργασιακό περιβάλλον της ζωής ενός ατόμου εκδηλώνονται οι παράγοντες εκείνοι που επιδρούν άμεσα στην υγεία, π.χ. το επαγγελματικό-εργασιακό άγχος, το οποίο, με τη σειρά του, προκαλεί υπέρταση, κάπνισμα και άλλους δυνητικούς παράγοντες κινδύνου για την εκδήλωση στεφανιαίας νόσου. Οι συνθήκες εργασίας, ο τρόπος οργάνωσης της εργασίας, η διαχείριση, ο έλεγχος, η συμμετοχή, η λήψη αποφάσεων αποτελούν παραμέτρους, οι οποίες, ανάλογα με το βαθμό της ανισοκατανομής τους στους εργαζόμενους, δημιουργούν ευνοϊκό πλαίσιο διαμόρφωσης επαγγελματικού άγχους, που μπορεί να καταλήξει σε μια αρρώστια ή ασθένεια.

Για παράδειγμα, εάν το σύστημα διοίκησης-διαχείρισης σε ένα χώρο εργασίας χαρακτηρίζεται περισσότερο ως αυταρχικό και λιγότερο ως δημοκρατικό ή συμμετοχικό, τότε ένας εργαζόμενος θα αισθάνεται και θα βιώνει περισσότερο έλεγχο και λιγότερο συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων. Η ανισοκατανομή του ελέγχου θα επιφέρει, με τη σειρά της, περισσότερο άγχος και ο εργαζόμενος θα καταστεί ευάλωτος, υπό αυτές τις συνθήκες εργασίας, στους παράγοντες κινδύνου εκδήλωσης μιας νόσου. Επομένως, οι ανισότητες που πηγάζουν από την οργάνωση και τις συνθήκες εργασίας επιδρούν επίσης στην κατάσταση υγείας του πληθυσμού (νοσηρότητα, θνησιμότητα, προσδόκιμο ζωής).

Προς αυτή την κατεύθυνση μελετήθηκαν οι συνθήκες εργασίας σε Αμερικανικές και Ιαπωνικές επιχειρήσεις και διαπιστώθηκε ότι ο περισσότερο ισότιμος τρόπος κατανομής του ελέγχου, της ανάπτυξης υπευθυνότητας και πρωτοβουλιών, καθώς και ο μεγαλύτερος βαθμός συμμετοχής των εργαζομένων στις Ιαπωνικές επιχειρήσεις, αποτέλεσαν σημαντικούς προσδιοριστές του μεγαλύτερου προσδόκιμου ζωής του πληθυσμού της Ιαπωνίας σε σχέση με τον πληθυσμό των ΗΠΑ.<sup>22</sup> Έτσι, η περισσότερη ίση κατανομή ελέγχου στις συνθήκες εργασίας έχει θετικές επιπτώσεις, πλην των άλλων, και στην υγεία των εργαζομένων, ενώ, αντίθετα, η ανισοκατανομή και η πλημμελής οργάνωση της εργασίας επιδρούν αρνητικά στον παράγοντα των συνθηκών εργασίας και τον καθιστούν επιζήμιο για την υγεία τους.

Εάν η διαπιστωμένη αυτή σχέση μεταξύ εισοδήματος και προσδόκιμου ζωής έχει κατευθύνει τις μελέτες προς μια μακρο-επιπέδου κατεύθυνση, το ερευνητικό ενδιαφέρον σήμερα προσανατολίζεται, αντίθετα, προς μια μικρο-επιπέδου προσέγγιση, προκειμένου η ανάλυση της σχέσης αυτής να συμπεριλάβει την περιπλοκότητα των αλληλοδράσεων που αναπτύσσονται στο επίπεδο ενός ατόμου στο χώρο εργασίας του. Η υποκειμενική εμπειρία που βιώνει σήμερα ένα άτομο μέσα στο σύγχρονο κοινωνικο-οικονομικό και κοινωνικο-πολιτιστικό γίνεσθαι διαμορφώνει τους δικούς του προσωπικούς μηχανισμούς αντιμετώπισης των επιπτώσεων της απόλυτης (φτώχεια) ή της σχετικής (ανισότητα) στέρησης στην υγεία και την ποιότητα της ζωής του.

Η μικρο-προσέγγιση αυτή ενισχύει την ερμηνευτική ισχύ, επιτρέποντας παράλληλα την ερμηνεία του παράδοξου που εμφανίζεται στα ευρήματα διαφόρων μελετών. Το παράδοξο αυτό στοιχειοθετείται από την πρόβλεψη μιας γενικής ισχύος διαπίστωσης: αφενός οι εισοδηματικές ανισότητες επιδρούν καθοριστικά στη νοσηρότητα και στη θνησιμότητα (μακρο-προσέγγιση) και αφε-

τέρου οι επιπτώσεις τους ποικίλλουν ανάλογα με την υποκειμενική εμπειρία του ατόμου (μικρο-προσέγγιση). Η σύνθεση των προσεγγίσεων αυτών μπορεί να ερμηνεύσει, ως ένα βαθμό τουλάχιστον, τις διακυμάνσεις της μεταβλητότητας της συσχέτισης εισοδήματος-προσδόκιμου ζωής, που παρατηρούνται τόσο μεταξύ των χωρών, όσο και στο εσωτερικό μιας χώρας.

Αν και η μη γραμμική σχέση που εμφανίζεται μεταξύ εισοδήματος και θνησιμότητας θεωρείται ότι μπορεί να αποτελέσει μια βασική συνισταμένη προσδιορισμού του προσδόκιμου ζωής,<sup>19,20</sup> εντούτοις η γενική αυτή παραδοχή δεν φαίνεται να είναι σε θέση να ερμηνεύσει τις αποκλίσεις από την καμπύλη της σχέσης εισοδήματος και προσδόκιμου ζωής. Αντίθετα, οι κοινωνικο-πολιτιστικοί παράγοντες (κοινωνικο-πολιτιστικό μόρφωμα, αντιλήψεις, πεποιθήσεις, νοοτροπία), με την επιρροή που ασκούν στη διαμόρφωση των προσδοκιών και αναγκών του ατόμου, μπορούν με τη σειρά τους να επηρεάσουν την κατεύθυνση αυτών των διακυμάνσεων και αποκλίσεων. Η άνιση κατανομή μεταξύ προσδοκιών και αναγκών και η διαταραχή της ισορροπίας μεταξύ μηχανισμών διαμόρφωσης προσδοκιών και διαδικασιών-διεργασιών ικανοποίησης αναγκών του σύγχρονου κοινωνικού ατόμου δημιουργούν άγχος και καταπίεση, η υποκειμενική εμπειρία των οποίων μπορεί να αποβεί επιζήμια για την υγεία του.

Η διαταραχή αυτή μπορεί να συμβεί τόσο σε περιόδους οικονομικής ύφεσης, όσο και σε περιόδους οικονομικής ανάπτυξης. Η οικονομική ύφεση προκαλεί ανασφάλεια και ανεργία σε άτομα των οποίων οι επαγγελματικές δεξιότητες και ικανότητες δεν είναι συμβατές με τις απαιτήσεις της αγοράς εργασίας και των επιχειρήσεων που διαμορφώνονται σε τέτοιες περιόδους. Συνήθως τα άτομα αυτά ανήκουν στις χαμηλότερες κοινωνικο-επαγγελματικές κατηγορίες και η μείωση ή η απώλεια του εισοδήματός τους τα οδηγεί σε καταστάσεις απόλυτης ή σχετικής στέρησης. Οι καταστάσεις αυτές, με τη σειρά τους, επιδρούν στις οικογενειακές σχέσεις, στην ανάπτυξη παραγόντων κινδύνου για την υγεία τους (κάπνισμα, αλκοόλ κ.ά.) και μπορούν να καταλήξουν σε αυξημένη νοσηρότητα ή και θνησιμότητα.

Το παράδοξο είναι ότι και σε περιόδους ταχείας οικονομικής ανάπτυξης και αύξησης των εισοδημάτων έχει διαπιστωθεί αυξημένη τάση θνησιμότητας (π.χ. αυτοκτονίες, ανθρωποκτονίες, καρδιαγγειακή θνησιμότητα).<sup>23</sup> Σύμφωνα με τη θεωρία, θα ανέμενε κανείς μια μείωση στους δείκτες θνησιμότητας, καθώς, αυξανόμενου του εισοδήματος, η θνησιμότητα όφειλε να μειώνεται. Εντούτοις, φαίνεται ότι οι άνθρωποι εκτιμούν την οικονομική

τους πρόοδο ανεξάρτητα από το αν οι υλικές συνθήκες ζωής βελτιώνονται, καθώς αξιολογούν την προσωπική τους ευεξία με το δικό τους υποκειμενικό τρόπο. Η προσωπική ευεξία του ατόμου αυτο-αξιολογείται, ως γνωστό, σύμφωνα με το κριτήριο της σχέσης κόστους-αποτελεσματικότητας μεταξύ διαμόρφωσης φιλοδοξιών ή προσδοκιών και ικανοποίησης αναγκών.

Η μη ισόρροπη σχέση μεταξύ προσδοκίας και ανάγκης ή μεταξύ φιλοδοξίας και πραγματικότητας οδηγεί συχνά τα άτομα σε απογοήτευση και απελπισία, βιώνοντας συναισθήματα ματαιώσης ή διάψευσης. Για παράδειγμα, σε περιόδους οικονομικής ανάπτυξης, το ευρύτερο κοινωνικο-πολιτικό περιβάλλον ευνοεί τη διαμόρφωση προσδοκιών και φιλοδοξιών από τα άτομα για τη βελτίωση των συνθηκών ζωής τους. Στο βαθμό όμως που οι προσδοκίες αναπτύσσονται ταχύτερα από τη βελτίωση των συνθηκών ζωής, δημιουργείται μια αναντιστοιχία μεταξύ προσδοκίας και πραγματικότητας, που οδηγεί συχνά σε εκδηλώσεις προβλημάτων υγείας. Η απογοήτευση ή η διάψευση-ματαιώση είναι ιδιαίτερα έντονη και η μείωση της αυτο-εκτίμησης και της εικόνας του εαυτού ενός ατόμου ιδιαίτερα μεγάλη. Όσο υψηλότερες είναι αυτές οι προσδοκίες ή οι φιλοδοξίες, τόσο η ματαιώση είναι μεγαλύτερη και εντονότερη.

Ανάλογα με το ρυθμό της οικονομικής ανάπτυξης, η ματαιώση αυτή εκδηλώνεται σε όλες τις διαβαθμίσεις της κοινωνικο-οικονομικής διάρθρωσης. Για παράδειγμα, στη φάση μιας ταχείας οικονομικής ανάπτυξης, τα καρδιαγγειακά νοσήματα είχαν μεγαλύτερη συχνότητα στα άτομα των υψηλότερων κοινωνικο-επαγγελματικών κατηγοριών. Αντίθετα, στη φάση σταθεροποίησης της οικονομικής εξέλιξης, τα καρδιαγγειακά νοσήματα είχαν μεγαλύτερη συχνότητα στις χαμηλότερες κοινωνικο-επαγγελματικές κατηγορίες. Αντίστοιχα, στις αναπτυσσόμενες χώρες, τα καρδιαγγειακά νοσήματα είχαν τη μεγαλύτερη συχνότητά τους στα άτομα με τα υψηλότερα εισοδήματα.<sup>24</sup> Φαίνεται ότι δεν υπάρχει ένα ελάχιστο επίπεδο εισοδήματος, το οποίο να ικανοποιεί το σύγχρονο κοινωνικό άτομο. Φαίνεται επίσης ότι οι επιθυμίες και οι προσδοκίες του ατόμου δεν συμβαδίζουν με την αύξηση του εισοδήματός του. Εάν, για παράδειγμα, το εισόδημα ενός ατόμου αυξάνεται λιγότερο γρήγορα από τις προσδοκίες ή τις επιθυμίες του, τότε μπορεί να συμβεί το παράδοξο της «φτώχειας», δηλαδή το άτομο να αισθάνεται «φτωχό», παρά την αύξηση του εισοδήματός του.

Αν και η γενική θεώρηση της σχέσης μεταξύ της κοινωνικο-οικονομικής θέσης και της υγείας υποστηρίζει ότι οι εισοδηματικές ανισότητες, από μόνες τους, αποτελούν έναν από τους σημαντικότερους προσδιορι-

στές της υγείας, εντούτοις, όπως προαναφέρθηκε, η διαπίστωση ότι το επίπεδο εισοδήματος έχει, μέχρι ενός ορισμένου σημείου, σημαντική επίδραση στο προσδόκιμο ζωής αποκτά ιδιαίτερη σημασία. Η διαπίστωση αυτή επιτρέπει τη διάκριση μεταξύ φτώχειας (απόλυτης στέρησης) και ανισότητας (σχετικής στέρησης) και η χρησιμότητά της έγκειται στη δυνατότητα ερμηνείας των σημαντικότερων ευρημάτων των μελετών που έχουν διεξαχθεί στις διάφορες χώρες. Τα σημαντικότερα από αυτά τα ευρήματα είναι τα εξής:

- Ο τρόπος κατανομής του εισοδήματος, σε αντίθεση με το επίπεδο του εισοδήματος, επιδρά περισσότερο στο προσδόκιμο ζωής και, με αυτή την έννοια, είναι δυνατή η ερμηνεία των διακυμάνσεών του μεταξύ των αναπτυγμένων χωρών.
- Το επίπεδο του εισοδήματος στις λιγότερο αναπτυγμένες χώρες προσδιορίζει περισσότερο το προσδόκιμο ζωής, σε αντίθεση με τις αναπτυγμένες χώρες.
- Οι κοινωνικο-πολιτισμικοί παράγοντες επιδρούν σημαντικά στο προσδόκιμο ζωής και στην υγεία, τόσο στο επίπεδο του ατόμου, όσο και στο επίπεδο της κοινότητας και του χώρου εργασίας.
- Η οργάνωση της εργασίας, η εργασιακή νοοτροπία και κουλτούρα, ο τρόπος διοίκησης-διαχείρισης και κατανομής του ελέγχου καθιστούν τις συνθήκες εργασίας ως έναν από τους σημαντικότερους προσδιοριστές της σχέσης μεταξύ κοινωνικο-οικονομικής θέσης και υγείας.
- Η πολιτική υγείας παρεμβαίνει και τροποποιεί επίσης τη σχέση εισοδήματος και προσδόκιμου ζωής, ανάλογα με τα μέτρα δημόσιας υγείας που λαμβάνονται.

## **6. ΠΡΟΣ ΜΙΑ ΜΕΤΑ-ΘΕΩΡΙΑ ΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΝΙΣΟΤΗΤΩΝ: ΣΥΝΘΕΣΗ ΘΕΩΡΙΩΝ, ΠΟΛΥ-ΠΑΡΑΓΟΝΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΚΑΙ ΠΟΛΥΔΙΑΣΤΑΤΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΩΝ ΑΝΙΣΟΤΗΤΩΝ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ**

Η θεώρηση της πολιτισμικής προσέγγισης της φτώχειας υποδεικνύει την παρουσία συγκεκριμένης συμπεριφοράς και στάσης ζωής, η οποία χαρακτηρίζεται από κοινωνική αποδιοργάνωση με ασθενείς οικογενειακούς και κοινωνικούς δεσμούς. Η εξάρτηση από τα επιδόματα κοινωνικής προστασίας και πρόνοιας δημιουργεί συχνά συνθήκες γενικότερης παθητικότητας και χαμηλού επιπέδου προσωπικών και κοινωνικών προσδοκιών. Αντίθετα, η προσέγγιση μέσω της θεωρίας της κοινωνικής υποκουλτούρας υποδεικνύει ότι η φτώχεια δημιουργεί εμφανείς δεσμούς με την κοινότητα στην οποία ζει το άτο-

μο, ιδιαίτερα με το φιλικό και γειτονικό του περιβάλλον, εκφράζοντας μια ορισμένου τύπου αντίληψη και πεποίθηση στη συμμετοχή συλλογικών μορφών κοινωνικής ζωής (π.χ. οικογένεια, γειτονιά, κοινότητα). Ανεξάρτητα όμως από τις παραπάνω θεωρήσεις, το κύριο πρόβλημα των ατόμων που ζουν σε συνθήκες φτώχειας είναι η έλλειψη πόρων και πληροφόρησης,<sup>25</sup> καθώς πολλές μορφές κοινωνικής συμπεριφοράς και τρόπου ζωής, που επιδρούν στην κατάσταση υγείας ενός ατόμου, μπορούν να ερμηνευθούν με οικονομικούς όρους.

Όμως, παρόλα αυτά, οι σχετιζόμενες με την υγεία κοινωνικο-οικονομικές και πολιτισμικές διαφορές που παρατηρούνται μεταξύ των κοινωνικών τάξεων ενέχουν τον κίνδυνο στερεότυπων προκαταλήψεων και στιγματισμού της ζωής των ανθρώπων, καθώς τα στερεότυπα αυτά υπονοούν, πιθανόν, ότι επιβάλλεται η αλλαγή της συμπεριφοράς υγείας και, εάν αυτή δεν επιτυγχάνεται, τότε υπεύθυνα για τα προβλήματα υγείας τους είναι τα ίδια τα άτομα. Κατά συνέπεια, είναι πλέον ορατός ο κίνδυνος της ενδοχοποίησης του ατόμου και ο στιγματισμός του ως κοινωνικού θύματος.

Η αποφυγή της κοινωνικής αυτής «ετικέτας», αλλά κυρίως η ολιστική προσέγγιση των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία, προσφέρεται από το συνδυασμό και τη σύνθεση των επιμέρους θεωρήσεων και ιδιαίτερα της υλιστικής-δομικής και συμπεριφορικής-πολιτισμικής θεώρησης. Οι διαφορές στις υλικές συνθήκες διαβίωσης και κουλτούρας, διερευνώμενες ως ένα σύνολο, συνθέτουν τις προϋποθέσεις εκείνες για μια αξιόπιστη ερμηνεία των διαφορών στην κατάσταση και στη συμπεριφορά υγείας των ατόμων μεταξύ των κοινωνικών τάξεων και ομάδων μιας κοινωνίας.

Για παράδειγμα, ένα άτομο που ζει σε συνθήκες φτώχειας, διαθέτει χαμηλού επιπέδου κοινωνική ισχύ, έλεγχο και αυτονομία. Η εργασία του τού προσφέρει ελάχιστες ευκαιρίες ανάπτυξης δεξιοτήτων και ικανοτήτων, υφίσταται συνήθως επαναλαμβανόμενες περιόδους ανεργίας, αδυνατεί επομένως να σχεδιάσει τους μακροπρόθεσμους στόχους της ζωής του, καθοριζόμενος από μια μεγάλη στενότητα ή και παντελή έλλειψη επιλογών. Η κατάσταση φτώχειας που ζει, δημιουργεί με τη σειρά της βιώματα συναισθηματικής και ψυχολογικής αποσύνθεσης και αποδόμησής του. Συναισθήματα απελπισίας, θυμού, ενοχής, άγχους και χαμηλής αυτο-εκτίμησης μπορούν να προκαλέσουν ευνοϊκές συνθήκες για την εκδήλωση κάποιας νόσου, με σοβαρές επιπτώσεις στην κατάσταση της υγείας του.

Η αντιμετώπιση των προβλημάτων αυτών δεν μπορεί να έχει μακροπρόθεσμο χαρακτήρα ή προγραμματισμό,

καθώς η έλλειψη πόρων συνιστά έναν τρόπο ζωής που κυριαρχείται από άμεσες επαναλαμβανόμενες κρίσεις οξείας φάσης. Στο πλαίσιο αυτό, η στάση και η συμπεριφορά υγείας χαρακτηρίζεται από διάθεση άμεσης ή βραχυπρόθεσμης αντιμετώπισης, όπως συμβαίνει για παράδειγμα με το κάπνισμα, το οποίο θεωρείται ως «μέσο αντιμετώπισης» του άγχους και των προβλημάτων της καθημερινότητας, παρά το γεγονός ότι είναι γνωστοί οι κίνδυνοι που προκαλεί στην υγεία.<sup>26</sup> Οι σχετιζόμενες με την υγεία αντιλήψεις, πεποιθήσεις, αξίες και συμπεριφορές ενός ατόμου (πολιτισμική θεώρηση) μπορούν, επομένως, να διερευνηθούν σε συνάρτηση με τις υλικές συνθήκες ζωής του, παρέχοντας έτσι ένα συνολικό πλαίσιο κατανόησης και ερμηνείας των κοινωνικών ανισοτήτων και διαφορών στην υγεία.

Η κοινωνικο-οικονομική προσέγγιση της υγείας στηρίζεται περισσότερο στην ανάλυση της σχέσης μεταξύ κοινωνικο-οικονομικής θέσης και υγείας και τα αποτελέσματα της ανάλυσης αυτής χρησιμοποιούνται για να ερμηνευτούν οι ανισότητες στην υγεία. Δεν ενδιαφέρεται τόσο για άλλους κοινωνικούς (π.χ. κοινωνική κινητικότητα), βιολογικούς (π.χ. γενετική προδιάθεση μιας νόσου), περιβαλλοντικούς (π.χ. μόλυνση της ατμόσφαιρας) ή πολιτιστικούς (π.χ. κουλτούρα) παράγοντες, θεωρώντας ότι οι οικονομικοί παράγοντες που απορρέουν από την κοινωνικο-οικονομική θέση του ατόμου στη διάρθρωση και λειτουργία της κοινωνίας επιδρούν καθοριστικά στην υγεία του.

Μεταξύ των οικονομικών αυτών παραγόντων, ο σημαντικότερος φέρεται ότι είναι το εισόδημα ως προς το μέγεθος και τον τρόπο διανομής του στον πληθυσμό μιας χώρας. Τόσο το μέγεθος όσο και ο τρόπος διανομής του εισοδήματος αποτελούν τη σημαντικότερη μεταβλητή των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία.<sup>27</sup> Συσχετιζόμενου επίσης του εισοδήματος με τους παράγοντες της κοινωνικής αλλαγής και της κοινωνικής σταθερότητας, διαπιστώνεται ότι το απόλυτο εισόδημα (απόλυτη στέρση - φτώχεια) ή το σχετικό εισόδημα (σχετική στέρση - ανισότητες) επιδρούν στην επιδείνωση της υγείας. Μια περισσότερο ίση διανομή του εισοδήματος περιορίζει την επιδείνωση της κατάστασης υγείας του πληθυσμού, καθιστά περισσότερο εφικτή την κοινωνική σταθερότητα και προσδίδει στη δημόσια ζωή χαρακτηριστικά περισσότερο κοινωνικά παρά ατομικά.

Η κοινωνικο-πολιτισμική προσέγγιση της υγείας εστιάζει το ενδιαφέρον της περισσότερο στην ανάλυση της σχέσης μεταξύ κοινωνικο-πολιτισμικού μορφώματος και υγείας. Οι κοινωνικές αξίες και αντιλήψεις, οι ιδέες και οι πεποιθήσεις, η νοοτροπία και η κουλτούρα, επι-

δρουν επίσης σημαντικά στη διαμόρφωση των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία και οι επιπτώσεις των επιδράσεων αυτών μπορούν να ερμηνεύσουν τα παράδοξα που εμφανίζονται κατά την ανάλυση των συσχετίσεων μεταξύ των διαφόρων προσδιοριστικών παραγόντων της υγείας. Για παράδειγμα, ο σύγχρονος τρόπος ζωής, με τον καταναλωτικό του χαρακτήρα, δημιουργεί και επιτείνει τις κοινωνικές ανισότητες στην υγεία. Ο ταχύς και καταναλωτικός τρόπος ζωής ενοχοποιείται για την εκδήλωση καρδιαγγειακών νοσημάτων και την εγκατάσταση χρόνιου άγχους στο σύγχρονο κοινωνικό άτομο.

Με τη δημιουργία της καταναλωτικής κοινωνίας και την επιβλητική καθιέρωση των υλικών συνθηκών ζωής, σε αντιδιαστολή με τις πρώιμες κοινωνικές οργανώσεις του ανθρώπου, όπου κυριαρχούσε η ανταλλαγή δώρων ή αγαθών και οι υλικές συνθήκες ζωής εξυπηρετούσαν την κοινωνική συνοχή, ο σύγχρονος τρόπος ζωής προαπαιτεί περισσότερο άνιση διανομή εισοδήματος. Η ανάπτυξη της αγοράς και η καθιέρωση της εμπορικής ζωής δημιουργεί ευνοϊκές συνθήκες για τη δημιουργία του χρόνιου άγχους στην κοινωνική ζωή και καθιστά εύαλωτο το άτομο στην εκδήλωση των διαφόρων νοσημάτων του σύγχρονου πολιτισμού.

Η ψυχο-κοινωνική προσέγγιση της υγείας επικεντρώνεται περισσότερο στη σχέση του ατόμου με την κοινωνία και μέσω αυτής ερμηνεύονται οι κοινωνικές ανισότητες στην υγεία. Το χρόνιο κοινωνικό άγχος, που δημιουργείται από την αναντιστοιχία μεταξύ φιλοδοξίας και πραγματικότητας, μεταξύ προσδοκιών και αναγκών, δυσχεραίνει τη μη προσαρμογή του ατόμου στις απαιτήσεις της πραγματικότητας, διευκολύνει τη μη ανάπτυξη στρατηγικών αντιμετώπισής τους και επηρεάζει τη συμπεριφορά υγείας του. Ο τρόπος διανομής του εισοδήματος και η μη ψυχολογική προσαρμογή του ατόμου στις απαιτήσεις της πραγματικότητας, το οδηγούν συχνά σε απόλυτη ή σχετική στέρηση.

Οι συνθήκες ζωής σε καταστάσεις απόλυτης ή σχετικής στέρησης επιδρούν, με τη σειρά, τους στην εκδήλωση των σύγχρονων νοσημάτων, με επιδείνωση της υγείας και της ποιότητας ζωής. Σε πολλές περιπτώσεις, όπου κατά την ανάλυση των κοινωνικο-οικονομικών παραγόντων εμφανίζονται παράδοξα ευρήματα, όπως για παράδειγμα ότι, ενώ αυξάνεται το εισόδημα ενός ατόμου, εντούτοις δεν βελτιώνεται η υγεία του, οι ψυχο-κοινωνικοί παράγοντες διαθέτουν μια ερμηνευτική ισχύ επαρκή για την κατανόηση των μηχανισμών επίδρασης των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία ενός ατόμου ή μιας ομάδας του πληθυσμού.

Στις περισσότερες (αν όχι σε όλες) μελέτες περί των κοινωνικών ανισοτήτων διαπιστώνεται η σχέση μεταξύ φτώχειας και αρρώστιας, καθώς η αρρώστια εκδηλώνεται συχνότερα στα άτομα που ευρίσκονται προς τις κατώτερες κοινωνικο-οικονομικές θέσεις, σε σύγκριση με αυτά που ευρίσκονται προς τις ανώτερες. Παράλληλα, διαπιστώνεται μια κοινωνική διαβάθμιση της αρρώστιας, που διαπερνά το σύνολο του πληθυσμού και συναντάται σε όλες τις βαθμίδες της κοινωνικής ιεραρχίας. Όσο χαμηλότερα ευρίσκεται η κοινωνικο-οικονομική θέση του ατόμου, τόσο επιδεινούμενη είναι η σωματική και ψυχο-κοινωνική του υγεία και η ποιότητα ζωής.

Παρόμοια κοινωνική διαβάθμιση παρατηρείται και στη θνησιμότητα. Εντούτοις, η νοσηρότητα, ως υποκείμενη μιας ενδεχόμενης θνησιμότητας, αποκτά ιδιαίτερη σημασία κατά την εκδήλωση των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία, διότι η νοσηρότητα επιδρά αρνητικά σε όλες τις διαστάσεις της υγείας ενός ατόμου. Στο βαθμό που ένα άτομο, ευρισκόμενο στις χαμηλότερες βαθμίδες των κοινωνικο-οικονομικών θέσεων, έχει αυξημένες πιθανότητες εκδήλωσης μιας νόσου, εμφανίζει παράλληλα μειωμένες δυνατότητες ή ευκαιρίες ψυχο-κοινωνικής ευεξίας. Ως εκ τούτου, δεν κινδυνεύει μόνο από την αρρώστια, αλλά και από μια κακή και επιδεινούμενη ποιότητα ζωής. Αντίθετα, στο βαθμό που η ψυχολογική ευεξία και οι άλλοι προσδιοριστές της ποιότητας ζωής ενός ατόμου είναι επαρκείς, η ανάπτυξη στρατηγικών αντιμετώπισης και προστατευτικών μηχανισμών, έναντι των αγχογόνων γεγονότων και εμπειριών που απορρέουν από την κοινωνικο-οικονομική του θέση και το πολιτιστικό του μόρφωμα, μειώνουν τις επιβλαβείς επιπτώσεις των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία.<sup>28</sup>

Οι αλληλεπιδράσεις και αλληλεξαρτήσεις μεταξύ των παραγόντων που προσδιορίζουν αρνητικά την υγεία και την ποιότητα ζωής οφείλουν να συνεκτιμώνται κατά την ανάλυση των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία και τη διερεύνηση των επιβλαβών επιπτώσεών τους στη ζωή ενός ατόμου ή μιας ομάδας του πληθυσμού. Για παράδειγμα, παράγοντες που αφορούν το εργασιακό περιβάλλον, όπως ο χαμηλός βαθμός ελέγχου, δεξιοτήτων και ενδιαφέροντος, υποστήριξης και ικανοποίησης από την εργασία, οφείλουν να συνεξετάζονται. Επίσης, οι παράγοντες που αφορούν τη συμπεριφορά υγείας, όπως η κατανάλωση αλκοόλ και καπνού, η κακή διατροφή, ο καταναλωτικός τρόπος ζωής κ.ά., θα πρέπει να συμπεριλαμβάνονται σε μια πολυπαραγοντική ανάλυση. Ο συνδυασμός αυτών των παραγόντων επιδρά στη συνολική υγεία και διαμορφώνει συνθήκες άγχους, κατάθλιψης και αρνητικής ψυχολογικής ευεξίας. Με αυτή την έννοια, οι κοινωνικές ανισότη-

τες διαπερνούν την κοινωνική ιεραρχία και διάρθρωση, αλλά δεν εκδηλώνονται σε όλες τις κοινωνικο-οικονομικές θέσεις με το ίδιο μέγεθος και την ίδια ένταση.

Ανάλογα με το επίπεδο της στέρσης, εάν ένα άτομο ευρίσκεται σε συνθήκες απόλυτης στέρσης (φτώχεια) ή σε συνθήκες σχετικής στέρσης (ανισότητα), οι επιπτώσεις των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία του θα είναι, αντίστοιχα, περισσότερο ή λιγότερο επιβλαβείς. Βέβαια, στις χαμηλότερες θέσεις της κοινωνικο-οικονομικής διαστρωμάτωσης, οι επιπτώσεις είναι ιδιαίτερα επιβαρυνμένες για την εκδήλωση αυξημένης συχνότητας νοσημάτων, καθώς η στέρση των υλικών συνθηκών ασκεί σημαντικότερο ρόλο. Αντίθετα, στο επίπεδο της σχετικής στέρσης, άλλοι παράγοντες μπορούν να αποβούν ιδιαίτερης σημασίας, όπως για παράδειγμα οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες που αφορούν τη θέση και την κατάταξη στην κοινωνική ιεραρχία και σχετίζονται τόσο με το εργασιακό περιβάλλον, όσο και με το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον του ατόμου.

Όπως γίνεται αντιληπτό, σύμφωνα με τα ανωτέρω, η πολυδιάστατη προσέγγιση των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία διαμορφώνει διαφορετικές ερμηνευτικές θεωρήσεις, που επιδιώκουν να δημιουργήσουν ένα επεξηγηματικό πλαίσιο κατανόησής τους. Το πλαίσιο αυτό διαφέρει και είναι ανάλογο των βαθμίδων της κοινωνικής ιεραρχίας, σύμφωνα με τις οποίες εκφράζονται αντίστοιχα οι κοινωνικές ανισότητες στην υγεία. Παράλληλα, οι ανισότητες στην υγεία δεν παρουσιάζουν μια σταθερότητα στο χρόνο και στο χώρο, αλλά μεταβάλλονται ως προς το μέγεθος και το είδος τους, π.χ. οι δείκτες θνησιμότητας, νοσηρότητας και το νοσολογικό φάσμα διαφοροποιούνται από εποχή σε εποχή, από χώρα σε χώρα ή στο εσωτερικό μιας χώρας. Επεκτεινομένης της διαπίστωσης αυτής, μια στρατηγική υγείας που επιδιώκει τη μείωση και τον περιορισμό της έκτασης των ανισοτήτων στην υγεία δεν φαντάζει ως ουτοπία. Αντίθετα, το ενδια-

φέρον πρέπει να επικεντρωθεί στις συνθήκες ζωής και εργασίας του ατόμου, καθώς και στους όρους διαβίωσης και ύπαρξης του σύγχρονου κοινωνικού ατόμου.

Τα αποτελέσματα των μελετών που έχουν διεξαχθεί τις τελευταίες δεκαετίες υποδεικνύουν σήμερα την αναγκαιότητα της σύνθεσης των ερμηνευτικών θεωριών και καθιστούν αναγκαία την πολυδιάστατη προσέγγιση των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία. Η πολυδιάστατη αυτή προσέγγιση θα επιτρέψει σε μελλοντικές μελέτες τη διαμόρφωση μιας μετα-θεωρίας των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία, καθώς τόσο η υγεία όσο και η ποιότητα ζωής του ατόμου στο σύγχρονο κοινωνικο-οικονομικό και πολιτιστικό γίνεσθαι χαρακτηρίζονται από ένα συνδυασμό υποκειμενικών και αντικειμενικών παραγόντων και μια περιπλοκότητα της κοινωνικής πραγματικότητας και των αναπαραστάσεών της.

Τα οφέλη από μια σύνθεση των ανωτέρω προσεγγίσεων των επιμέρους διαστάσεων των ανισοτήτων στην υγεία και των επιδράσεων των συναντίστοιχων παραγόντων σ' αυτήν είναι προφανή και η χρησιμότητά τους κρίνεται αποτελεσματική. Η πολυδιάστατη προσέγγιση των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία προσφέρει επίσης ένα κατανοητό και επεξηγηματικό πλαίσιο των επιδράσεών τους στο σύνολο της κοινωνίας, επιδράσεις που καθιστούν μια κοινωνία περισσότερο ή λιγότερο υγιή από μια άλλη, ένα άτομο περισσότερο ή λιγότερο υγιές από ένα άλλο. Μια κοινωνία που χαρακτηρίζεται ως μη υγιής, ανεξάρτητα από το βαθμό της οικονομικής της ανάπτυξης, οφείλει να επικεντρωθεί στην ανθρώπινη ανάπτυξη, προκειμένου να αποκτήσει χαρακτηριστικά υγιούς κοινωνίας. Προς αυτή την κατεύθυνση, μια υγιής κοινωνία οφείλει, επιπλέον, να στηριχθεί περισσότερο στο κοινωνικό κεφάλαιο, το οποίο, ως συστατικό-δομικό στοιχείο της κοινωνικής ζωής, έχει την ισχύ να περιορίσει τις επιβλαβείς επιπτώσεις των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία του πληθυσμού.

## ABSTRACT

### Health inequalities. A critical approach

M. SARRIS,<sup>1</sup> M. CHRYSIAKIS,<sup>2</sup> S. SOULIS<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Technological Educational Institute of Athens

<sup>2</sup>National Center of Social Research, Athens, Greece

*Archives of Hellenic Medicine* 2002, 19(6):672-687

Until recently now the well-known relationship between income and life expectancy has oriented the scientific research of health inequalities towards a one-dimensional and macro-level approach. Scientific interest has now become focused on a multi-dimensional and micro-level approach. This methodological re-orientation is required

in order to make an understandable framework concerning the interactions between people and society, health and illness. Within this framework, when health inequalities are analysed, then health related quality of life should be considered as an interaction of subjective and objective factors. These interactions should be analysed at the micro- and multi-dimensional level in order to reach an understanding how health inequalities affect of the quality of life of a person or of a society. This multi-dimensional approach draws attention to the necessity for a meta-theory about health inequalities in the 21st century.

**Key words:** Human development, Income, Life expectancy, Quality of life

## Βιβλιογραφία

- TOWNSEND P, DAVIDSON N, WHITEHEAD M. *Inequalities in health: The Black Report/The Health Divide*. Penguin, Harmondsworth, 1988
- OFFICE OF POPULATION CENSUSES AND SURVEYS. *Occupational class and deaths of adults: standardized mortality ratios*. HMSO, London, 1986
- WHO. *The concepts and principles of equity and health*. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 1990
- SOULIS S. *La protection de la santé et de la sécurité de l'homme au travail*. Thèse, Université de Dijon, 1982
- Le Monde Diplomatique, 26 Mars 1984
- WHO. Targets for health for all 2000. Targets in support of the European Regional Strategy for health for all. Regional Office for Europe, Copenhagen, 1985
- Statistiques Nationales d'Accidents du Travail (Années 1974–1978), CNAMTS, Paris 1978, 1980
- Annuaire des Statistiques de Travail. BIT, Geneva, 1978
- Έκθεση Δραστηριοτήτων Περιφερειακών Υπηρεσιών Υπουργείου Εργασίας περιόδου 1975–1978. Υπουργείο Εργασίας, Αθήνα, 1979
- WHO. *Global Strategy for Health for All by the Year 2000*. Geneva, 1981
- ΥΦΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ Γ. Φτώχεια και υγεία. Στο: Καράγιωργας Σ (Επιμ. Έκδ.) *Διαστάσεις της φτώχειας στην Ελλάδα*. ΕΚΚΕ, Αθήνα, 1990
- ΣΟΥΛΗΣ Σ, ΣΑΡΡΗΣ Μ. *Θνησιμότητα και κοινωνικο-επαγγελματικές ανισότητες*. ΤΕΙ Αθηνών, Αθήνα, 1992
- WEST PA. Re-thinking the health selection explanation for health inequalities. *Soc Sci Med* 1991, 32:373–384
- BLACKBURN C. *Poverty and health*. Open University Press, Milton Keynes, 1991
- WILKINSON RG. Income distribution and life expectancy. *Br Med J* 1992, 304:165–168
- PAPPAS G, QUEEN S, HADDEN W, FISHER G. The increasing disparity in mortality between socioeconomic groups in the United States, 1960 and 1986. *N Engl J Med* 1993, 329:103–109
- MURRAY CJL, CHEN LC. In research of a contemporary theory for understanding mortality change. *Soc Sci Med* 1993, 36:143–155
- ΣΟΥΛΗΣ Σ, ΣΑΡΡΗΣ Μ, ΚΟΝΙΟΡΔΟΣ Μ. Οικονομική ανάπτυξη και ποιότητα ζωής στο σύγχρονο κοινωνικο-οικονομικό γίγνεσθαι. Στο: Ναξάκης Χ (Συντ.) *Οι προοπτικές ανάπτυξης των λιγότερο αναπτυγμένων περιοχών της Ευρώπης*. ΤΕΙ Ηπείρου, Πρέβεζα, 2001:267–289
- PRESTON SH. The changing relationship between mortality and level of economic development. *Pop Studies* 1975, 29:231–248
- RODGERS GB. Income and inequality as determinants of mortality: an international cross-section analysis. *Pop Studies* 1979, 33:343–351
- LEGRAND J. Inequalities in health. Some international comparisons. *Eur Econ Review* 1987, 31:182–191
- MARMOT MG, DAVEY SMITH G. Why are the Japanese living longer? *Br Med J* 1989, 299:1547–1551
- BRENNER MH. Mortality and the national economy. A review, and the experience of England and Wales, 1936–1976. *Lancet* 1979, i:568–573
- KAWACHI I, MARSHALL S, PEARCE N. Social class inequalities in the decline of coronary heart disease among New Zealand men 1975–1977 to 1985–1987. *Int J Epidemiol* 1991, 20:393–398
- BLAXTER M, PATTERSON E. *Mothers and daughters: A three generation study of health attitudes and behavior*. Heineman, London, 1982
- GRAHAM H. Women's smoking and family health. *Soc Sci Med* 1987, 33:361–368
- ΣΟΥΛΗΣ Σ. *Οικονομική της Υγείας*. Παπαζήσης, Αθήνα, 1998
- ΣΑΡΡΗΣ Μ, ΣΟΥΛΗΣ Σ, ΥΦΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ Γ. Θεωρία της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2001, 18:230–238

*Corresponding author:*

M Sarris, 8 Ath. Diakou street,  
GR-145 72 Drossia Attikis, Greece