

ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ Η ΣΥΝΑΝΤΙΛΗΨΗ ΤΗΣ ΑΤΟΜΙΚΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ ΣΤΟ ΝΕΟΦΙΛΕΛΕΥΘΕΡΟ ΜΟΝΤΕΛΟ

Κόφφας, Στέφανος¹

Περίληψη

Η παρούσα εργασία προσπαθεί να αναδείξει τη συσχέτιση της συναντίληψης περί ατομικής ευθύνης ως βασικού στοιχείου συνέργειας κατά τον σχεδιασμό και την εφαρμογή των πολιτικών υγείας με την αποτελεσματικότητά τους στις κοινωνίες του νεοφιλελεύθερου χώρου. Περαιτέρω, επικεντρώνεται στη σημασία της συνακόλουθης νοοτροπίας που επιδεικνύουν τα άτομα σε θέματα υγείας και στον τρόπο που κάνουν τις επιλογές τους σε θέματα υγείας, ως βασικά στοιχεία στη διαμόρφωση των επικοινωνιακών Κοινών² κατά τον σχεδιασμό κάθε πολιτικής.

Λέξεις κλειδιά: Πολιτική υγείας, ατομική ευθύνη, νοοτροπία, νεοφιλελεύθερο μοντέλο, επικοινωνιακά Κοινά.

Εισαγωγή

Στην πρώτη ενότητα, γίνεται περιληπτική αναφορά στη συσχέτιση του νεοφιλελεύθερου μοντέλου πολιτικής υγείας με την ατομική συμπεριφορά που επιδεικνύουν τα άτομα. Συγκεκριμένα, δίνεται βαρύτητα στη σημασία του διαφορετικού τρόπου συμμετοχής των ατόμων, στις συμπεριφορές που επιδεικνύουν και εκτιμούνται ως υψηλού κινδύνου για την υγεία τόσο των ίδιων όσο και της κοινωνίας γενικότερα. Βάσει του περιεχομένου της συγκεκριμένης θεώρησης για την πολιτική υγείας, επισημαίνεται η συσχέτισή της με την ατομική υπευθυνότητα, που αφορά την πρόληψη και την προαγωγή υγείας. Στην επόμενη ενότητα γίνεται ανάλυση της σχέσης υγείας, παραγόντων και πολιτικών προαγωγής της. Παρουσιάζονται τα μέτρα "επένδυσης στην υγεία" που προτείνονται, με βάση τις πολιτικές της Ευρωπαϊκής Ένωσης και του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, που πρέπει να λαμβάνουν υπόψιν οι διαμορφωτές πολιτικής σε τοπικό επίπεδο για τη βελτίωση της κατάστασης της χώρας μέσω της προαγωγής της υγείας.

1. Λέκτορας, Μ.Α., Ph.D., Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας, Πανεπιστήμιο Frederick, Λευκωσία, Κύπρος.

2. Επικοινωνιακά ή πληροφοριακά Κοινά (από την αγγλική λέξη *Commons* που σημαίνει, εν προκειμένω, κοινά "αγαθά") είναι το διαδίκτυο, το ανοιχτό και ελεύθερο λογισμικό, η διαδικτυακή εγκυκλοπαίδεια Wikipedia κ.α. Τα πληροφοριακά Κοινά έχουν δημόσιο χαρακτήρα, τυπικά είναι άφθονα και μπορούν να καταναλώνονται από όλους.

1. Το νεοφιλελεύθερο μοντέλο πολιτικής υγείας

1.1. Η ατομιστική προσέγγιση

Διαχρονικά για τη λέξη «υγεία» έχουν χρησιμοποιηθεί διάφοροι ορισμοί. Το 1946, στο καταστατικό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ), η υγεία χαρακτηρίζεται ως «η κατάσταση της απόλυτης φυσικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι αποκλειστικά η απουσία νόσου ή αναπηρίας»³ (WHO, p. 100). Η περιγραφή αυτής της ιδανικής για πολλούς επαγγελματίες κατάστασης του ατόμου αναδεικνύει την πολυπαραγοντική βάση στη σύλληψη της έννοιας της υγείας. Τις τελευταίες δεκαετίες, η μονοδιάστατη κλινική ιατρική θεώρηση της υγείας αποδυναμώθηκε και αντικαταστάθηκε από τη σημασία της σύζευξης της καρτεσιανής διάστασης σώματος – ψυχής. Σήμερα θεωρείται πλέον αυτονόητο ο ανθρώπινος οργανισμός να γίνεται αντιληπτός ολιστικά, δηλαδή ως αλληλοκαθοριζόμενη ενότητα βιολογικής και ψυχοκοινωνικής διάστασης, η οποία περιλαμβάνει τα είδη των σχέσεων που διατηρούν οι άνθρωποι με το περιβάλλον τους και μεταξύ τους (Τούντας, 2005, σελ.26-27, Καραδήμας, 2005 σελ.15). Η υγεία εξετάζεται με όρους μιας δυναμικής ισορροπίας μεταξύ των ατομικών χαρακτηριστικών (όπως φυσιολογία, συμπεριφορά, ψυχολογικοί παράγοντες, στρες), των κοινωνικών παραγόντων (όπως συνθήκες ζωής και ποιότητα ζωής) και των περιβαλλοντικών συστημάτων (π.χ πολιτισμός, οικονομία, συνθήκες περιβάλλοντος χώρου κ.λπ). Επομένως, δεν θα πρέπει να μελετάται χωρίς αναφορές στο υλικό, φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον, στο οποίο ζει και δρα κάθε άτομο.

Πέραν τούτου πρέπει να επισημανθεί ότι, η υγεία σε σημαντικό βαθμό σχετίζεται όσον αφορά τον κάθε άνθρωπο ξεχωριστά με την καθαρά προσωπική του αντίληψη και συμπεριφορά. Πρόκειται για τη λειτουργία του ατομισμού⁴, στον οποίο κυριαρχεί η πεποίθηση ότι κάθε άτομο πρέπει να αναπτύξει τη δική του κρίση και συμπεριφορά και να θεωρείται υπεύθυνο για την κατάσταση της υγείας του (Μάρδας, Βαλκανός 2005, σελ.256), όπως είναι η ανάληψη ρίσκου από συμπεριφορές που ενέχουν αυξημένο κίνδυνο, π.χ. κάπνισμα, χρήση ουσιών κλπ. Με βάση αυτή τη θεωρία τα κράτη που ακολουθούν το νεοφιλελεύθερο μοντέλο κοινωνικής πολιτικής

3. Ο ορισμός αυτός που περιέχεται στην ιδρυτική διακήρυξη του καταστατικού χάρτη του ΠΟΥ επιβεβαιώθηκε και στην παγκόσμια συνδιάσκεψη για την Υγεία και την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας που έγινε στην Alma-Ata τον Σεπτέμβριο του 1978 (Κουρέα - Κρεμαστινού Τ., 2007).

4. Ο όρος *ατομισμός* στην κοινωνική θεωρία χρησιμοποιήθηκε από τους οπαδούς του γάλλου φιλοσόφου και οικονομολόγου Claude Henri de Rouvroy de Saint-Simon. Σύμφωνα με αυτή την ιδεολογία το άτομο είναι υπεύθυνο για την κατάσταση της υγείας του, και κατ' επέκταση η οικογένειά του θεωρείται συνυπεύθυνη (Μάρδας, 2005, σελ. 256).

μεταβιβάζουν σημαντικό μέρος της ευθύνης για υπηρεσίες υγείας στο κάθε άτομο και τη συμπεριφορά του. Κι αυτό γιατί η υγεία αποτελεί ένα οικονομικό αγαθό, όπως και άλλα αγαθά, όπου το κάθε άτομο ξεχωριστά έχει αυτόνομο ρόλο στην εξασφάλισή του. Έτσι η γενική αντίληψη για το επίπεδο υγείας διαφοροποιείται, ανάλογα με το βαθμό που επιτρέπεται να εκδηλωθεί η αυτόνομη προσωπική ευθύνη του ατόμου, ώστε να αντιμετωπίζονται οι δυσκολίες που υπάρχουν ή παρουσιάζονται (Μάρδας, 1993, σελ. 354). Εάν τα άτομα με τη συμπεριφορά που επιδεικνύουν είναι προσανατολισμένα στην προαγωγή της υγείας τους, τότε γίνεται λόγος για πρωτογενή πρόληψη⁵.

Πρωταρχικός στόχος στην εφαρμογή της πολιτικής της πρωτογενούς πρόληψης είναι να αναιρεθεί ο παθογόνος παράγοντας από το πρώτο στάδιο, δηλαδή να αποφευχθεί η έκθεση των ατόμων σε κάποιο γνωστό παράγοντα κινδύνου, έτσι ώστε να μην απειληθεί η υγεία με την πιθανή εμφάνιση της νόσου (Παπαδόπουλος, 2010, σελ. 13). Η πρωτογενής πρόληψη είναι με άλλα λόγια η ιδανική πρόληψη εφόσον η συνεπής και συνεχής εφαρμογή της θα οδηγούσε σε έλεγχο της επίπτωσης των νοσημάτων και την προστασία της υγείας του πληθυσμού. Η μορφή δε της παρέμβασης περιλαμβάνει ως επί το πλείστον μέτρα συμβουλευτικής και εκπαίδευσης των ατόμων προς υιοθέτηση ορθολογικών συμπεριφορών που μειώνουν την έκθεση στον κίνδυνο. Σημαντική στην επιτυχία της συμβουλευτικής και εκπαιδευτικής διαδικασίας θεωρείται επίσης και η επίδραση των στοιχείων του πολιτισμού όπως επίσης και των στοιχείων της νοοτροπίας, των συνηθειών και της αμεσότητας ή εμμεσότητας στην επικοινωνία.

Με οικονομικούς όρους στην περίπτωση του νεοφιλελεύθερου μοντέλου της πρωτογενούς πρόληψης, η υγεία είναι ένα οικονομικό αγαθό που υπόκειται μεν στον νόμο της προσφοράς και της ζήτησης, ωστόσο επιβαρύνει οικονομικά λιγότερο, διότι το κόστος της πρόληψης είναι χαμηλό συγκριτικά με τη θεραπεία. Επίσης η συμβολή της είναι μακροχρόνια και ασκεί θετική επίδραση σε πρακτικές που εφαρμόζουν οι άνθρωποι, μέσω της διαδικασίας της μάθησης και της κοινωνικοποίησης. Το αντίθετο συμβαίνει στην περίπτωση που η συμπεριφορά που επιδεικνύουν τα άτομα είναι επιβαρυντική και εγκυμονεί από μέρους τους συνειδητά ή και ασυνείδητα κίνδυνο, διότι τότε αυξάνει το συνολικό κόστος (ατομικό, κοινωνικό και δημόσιο) για τη διατήρηση ή αποκατάσταση της υγείας. Το κόστος αυτό είναι είτε έμμεσο είτε άμεσο που επιμερίζεται στα λεγόμενα επίπεδα υγείας δηλ. πρόληψη, θεραπεία, αποκατάσταση κλπ. και επιβαρύνει

5. Σύμφωνα με την τυπολογία του Caplan, η πρωτογενής πρόληψη περιλαμβάνει ενέργειες που αποσκοπούν στην αποφυγή ή μείωση της έκθεσης σε παράγοντες που συνδέονται αιτιολογικά με νοσήματα ή συμπτώματα, όπως για παράδειγμα είναι το κάπνισμα στην ανάπτυξη καρκίνου του πνεύμονα. Αποσκοπεί δηλαδή στη μείωση της επίπτωσης μιας νόσου στον πληθυσμό. Η πρωτογενής πρόληψη περιλαμβάνει μέτρα ατομικής και ομαδικής προστασίας (Caplan, G., 1964).

σαφέστατα πολλαπλάσια σε ατομικό αλλά και σε συλλογικό επίπεδο τις δημόσιες δομές υγείας αλλά και την κοινωνία.

1.2. Η συγκεντρωτική προσέγγιση

Στις περιπτώσεις εφαρμογής εθνικού συστήματος παροχής υγείας κατά το ονομαζόμενο κρατικό πρότυπο⁶, η υγεία θεωρείται δημόσιο αγαθό, δεν αποτελεί ατομική υπόθεση και είναι υποχρέωση του κράτους να παρέχει τις κατάλληλες υπηρεσίες. Το κράτος ως ο βασικός προμηθευτής υπηρεσιών υγείας καθορίζει ταυτόχρονα και τις τιμές μέσω της ασφάλισης υγείας που είναι υποχρεωμένοι να έχουν και να πληρώνουν οι πολίτες. Το δε επίπεδο και η ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών διαφέρουν ανάλογα με τους πόρους που διαθέτει το κράτος. Στο σημείο αυτό εντοπίζεται η σημασία της συμμετοχής του ατόμου, το οποίο εάν και αποδέκτης των παρεχόμενων κρατικών υπηρεσιών, δεν είναι ωστόσο αμέτοχο ευθυνών. Κι αυτό διότι η υγεία είναι μια διαδικασία δυναμικής αλληλεπίδρασης, η οποία διαρκεί εφ' όρου ζωής και στην οποία συμμετέχουν πολυποίκιλοι παράγοντες που συνδέονται μεταξύ τους. Δεν είναι δηλαδή μόνον αποτέλεσμα διασφάλισης κάποιων τυποποιημένων παροχών από επίσημους ή και σε μικρότερο βαθμό ανεπίσημους φορείς, αλλά μια αυτόνομη αντίδραση στην κοινωνικά δημιουργούμενη πραγματικότητα, η οποία συνδιαμορφώνεται μέσα από τη συμμετοχή των ατόμων.

Σε σημαντικό βαθμό αποτελεί συνακόλουθο της αποκτηθείσας νοοτροπίας και των στάσεων με τις οποίες ο άνθρωπος επιλέγει τις συμπεριφορές του και ρυθμίζει τις ενέργειές του μέσα από ρόλους, επαφές και γενικότερες κοινωνικές διαντιδράσεις με υποκείμενα, αντικείμενα και φορείς. Δημιουργεί με λίγα λόγια και δέχεται πρότυπα, σύμφωνα με τα ισχύοντα τοπικά κοινωνικά δρώμενα, που αφορούν την ποιότητα ζωής, τη διατροφή, την απασχόληση, τη σωματική άσκηση, τις δράσεις του (Αλεξιάς Γ., 2001, σελ.8-9). Γίνεται εύκολα αντιληπτό, ότι και στην περίπτωση του κρατικού προτύπου υγείας το αποτέλεσμα εξαρτάται σε σημαντικό βαθμό από τη συνυπευθυνότητα που επιδεικνύει ο κάθε άνθρωπος, από την ορθολογικότητα των συμπεριφορών του αλλά και τον βαθμό της ικανότητάς του να προσαρμοστεί ώστε να αναγνωρίζει την επικινδυνότητα συγκεκριμένων πρακτικών στο κοινωνικό και βιολογικό περιβάλλον του. Σε τελευταία ανάλυση εξαρτάται σημαντικά από το ισχύον πρότυπο πολιτισμού μέσα στο οποίο ζει, δέχεται την επίδρασή του και τις εκφάνσεις των στοιχείων του πολιτισμού που

6. Στο Κρατικό ή Εθνικό ή Συγκεντρωτικό πρότυπο συστήματος υγείας, κυρίαρχος της αγοράς υγείας είναι το κράτος. Από τη μία ως προμηθευτής και από την άλλη ως ασφαλιστικός φορέας. Στην περίπτωση αυτή η υγεία θεωρείται δημόσιο αγαθό και η κάλυψή της εξαρτάται από την οικονομική ευρωστία του κράτους, από τους διατιθέμενους πόρους και από τους τρόπους αξιοποίησής τους. Ταυτόχρονα όμως με τον δημόσιο χαρακτήρα συνυπάρχουν και αντίστοιχοι ιδιωτικοί οργανισμοί ή και μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί που προσφέρουν υπηρεσίες υγείας (Σουλιάτης, 2010, σελ. 192-193).

αποδέχεται και ακολουθεί στη ζωή του. Στην ιδανική περίπτωση τόσο της θετικής πολιτισμικής επίδρασης όσο και της συνειδητοποιημένης εσωτερικότητας του ατόμου σε θέματα υγείας, η ιατρική παρέμβαση είναι η μικρότερη δυνατή.

1.3. Ο πολιτισμός και η κουλτούρα

Τα πρότυπα πολιτισμού και η ισχύουσα κουλτούρα επηρεάζουν και την επιλογή των πολιτικών υγείας. Η πολιτισμική εσωστρέφεια που εκδηλώνεται με μορφές συντήρησης ή παράδοσης ή αντίθετα η εξωστρέφεια με ελεύθερες μορφές σύγχρονης συναντίληψης σε θέματα υγείας και συμπεριφορών καθορίζουν σε σημαντικό βαθμό τις αποφάσεις σε ζητήματα πολιτικών υγείας. Συντηρητικές απόψεις για παράδειγμα υποστηρίζουν την αποχή ως πυρήνα της σεξουαλικής αγωγής, όπου οι νέοι θα πρέπει να απέχουν από οποιουδήποτε είδους σεξουαλική πράξη μέχρι το γάμο. Οπαδοί τέτοιων απόψεων υποστηρίζουν ότι με αυτό τον τρόπο θα μειωθούν τα περιστατικά σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων, εφηβικής εγκυμοσύνης και εκτρώσεων. Εν τούτοις, έρευνες έχουν δείξει ότι προγράμματα βασισμένα στην αποχή όχι μόνο δεν μειώνουν τα πιο πάνω περιστατικά, αλλά αντιθέτως παρατηρείται αύξησή τους αφού οι έφηβοι στερούνται αναγκαίων πληροφοριών που θα μπορούσαν να τα αποτρέψουν (Di Censo, Guyatt, Willan & Griffith, 2002). Έτσι στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής όπου εφαρμόζονται ευρέως προγράμματα αποχής, σημειώνονται από τις ψηλότερες αναλογίες περιστατικών εφηβικής εγκυμοσύνης στον κόσμο: 85,8/1000 (Monbiot, 2004, UNICEF, 2001).

2. Πολιτικές της Ευρωπαϊκής Ένωσης και του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας

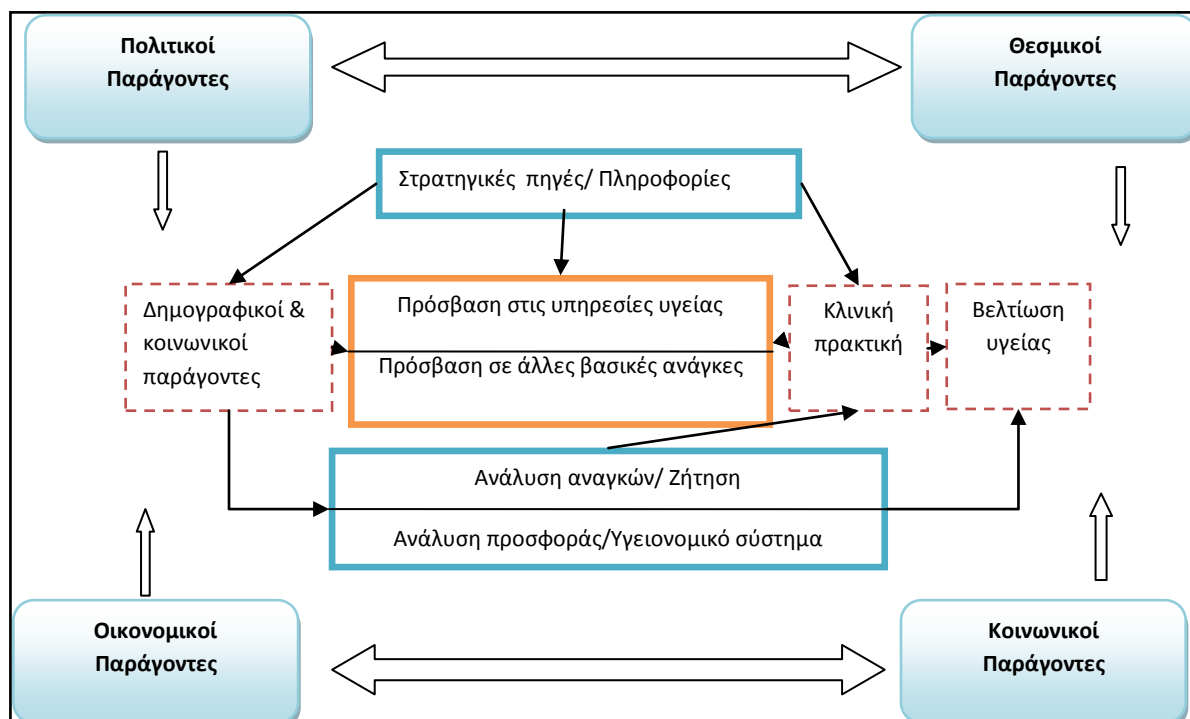
Η σημασία της υγείας έχει γίνει αντιληπτή και αποτελεί σημαντικό παράγοντα που απασχολεί την ΕΕ, η οποία την έχει συμπεριλάβει στη στρατηγική της για την 'Ευρώπη 2020'. Τα ευρήματα των ευρωπαϊκών δεδομένων δείχνουν πρώτον ότι, οι πληθυσμιακές ομάδες με χαμηλότερο εισόδημα και εκπαιδευτικό επίπεδο, καθώς και πολλές από όσες χαρακτηρίζονται ως ευάλωτες ομάδες ή και ομάδες υψηλού κινδύνου, έχουν χαμηλότερο προσδόκιμο ζωής και επίπεδα υγείας εξ' αιτίας κυρίως των δυσχερέστερων συνθηκών ζωής τους αλλά και των προβληματικών συμπεριφορών που εφαρμόζουν (European Commission, 2012, p.17).

http://ec.europa.eu/health/strategy/docs/swd_investing_in_health.pdf

Δεύτερον, αναγνωρίζεται άμεσα, ότι η ανθρώπινη συμπεριφορά αποτελεί καθοριστικό παράγοντα στη διαμόρφωση του επιπέδου υγείας. Κι αυτό διότι η σημασία της ανθρώπινης συμπεριφοράς προκύπτει από την επίδραση που ασκούν οι συμπεριφορικοί παράγοντες (συνήθειες, πρακτικές, διατροφή, φυσική άσκηση) στην υγεία και από την επίδραση που αυτή ασκεί στη διαμόρφωση των περιβαλλοντικών συνθηκών. Πολλοί δε υποστηρίζουν, ότι η

συμπεριφορά ευθύνεται κατά 50% και το περιβάλλον κατά 20% για τη διαμόρφωση του επιπέδου υγείας (Τούντας, 2000, σελ.215, 233).

Απεικόνιση 1: Παράγοντες που συμβάλλουν στην πολιτική υγείας



Πηγή: Υφαντόπουλος Γ., 2006, σελ. 179.

Οι παράγοντες υγείας που αναφέρονται στην ανθρώπινη συμπεριφορά και στην επίδραση του περιβάλλοντος αναφέρονται από την ΕΕ ως «προσδιοριστές» της ασθένειας αλλά και κατ' επέκταση της προστασίας της υγείας (http://ecdc.europa.eu/About_us/Key_Documents.html, p.7). Η κατανόηση του περιεχομένου τους έχει καίρια σημασία για τις στρατηγικές πρόληψης της ΕΕ και περιγράφονται ως εξής:

- *Κοινωνικές συνθήκες:* οι άνθρωποι που διαβιούν σε ακατάλληλες συνθήκες διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο να προσβληθούν από ορισμένες ασθένειες. Η κοινωνική ανισότητα μπορεί να αυξηθεί στο μέλλον, με αποτέλεσμα περισσότερες ομάδες ανθρώπων να διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο προσβολής από ορισμένες μολυσματικές νόσους. Επίσης ο κοινωνικός περίγυρος-περιβάλλον συμβάλει στον εγκοινωνισμό του ατόμου, προσφέρει εμπειρίες και πρότυπα, διαμορφώνει κανόνες συμπεριφοράς (ECDC, p.7, Τούντας, 2000, σελ.216, 221).
- *Τρόπος ζωής:* η αύξηση του τουρισμού και των επαγγελματικών ταξιδιών αυξάνει τον κίνδυνο «εισαγωγής» ασθενειών, το «μη ασφαλές σεξ» αποτελεί μέγιστο παράγοντα κινδύνου για τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα (ΣΜΝ), η χρήση ναρκωτικών αποτελεί μέγιστο παράγοντα

κινδύνου για τα ΣΜΝ και τις σηπτικές λοιμώξεις, τέλος, οι αλλαγές στην καταναλωτική συμπεριφορά οδηγούν σε περισσότερες λοιμώξεις συνδεδεμένες με τα τρόφιμα (ECDC, p.7).

- *Πολιτισμικοί παράγοντες*: καθορίζουν σε μεγάλο βαθμό τις εμπειρίες που βιώνουν τα άτομα στα πλαίσια ενός συγκεκριμένου πολιτισμικού περιβάλλοντος και των ιδιοσυμπεριφορών λόγω κουλτούρας. Κάθε πολιτισμός χαρακτηρίζεται από συγκεκριμένες συμπεριφορές, πεποιθήσεις και νοοτροπίες, που διαμορφώνουν κοινά χαρακτηριστικά προσωπικότητας. Αυτά αφορούν κυρίως την έκφραση συναισθημάτων, τη μορφή και το περιεχόμενο των ανθρώπινων σχέσεων, τις συνήθειες, την αντιμετώπιση της ζωής και του θανάτου, κ. α (Κόφφας, 2011, σελ.9).
- *Η οικογένεια* διαδραματίζει επίσης σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση της συμπεριφοράς. Η γονεϊκή συμπεριφορά επηρεάζει την ανάπτυξη της προσωπικότητας των παιδιών, προκαλώντας συγκεκριμένες συμπεριφερολογικές αντιδράσεις. Οι γονείς λειτουργούν ως ισχυρά πρότυπα για ταύτιση και συνηθίζουν να ανταμείβουν ορισμένες συμπεριφορές των παιδιών, ενισχύοντάς τις (Τούντας, 2000, σελ.216, 221).
- *Πληθυσμιακές μεταβολές*: υπάρχουν σημαντικές μεταναστευτικές ροές και διεθνή ταξίδια, που μπορούν να αποτελέσουν ευκαιρία διάδοσης μολυσματικών νόσων. Επίσης, η περαιτέρω αστικοποίηση οδηγεί σε μεγαλύτερη φτώχεια στο κέντρο της πόλης, σε συνθήκες συνωστισμού και σε υψηλότερο κίνδυνο μολυσματικών νόσων (ECDC, p.7).

Γι' αυτό σήμερα, η χάραξη στρατηγικής σε ευρωπαϊκό επίπεδο για την υγεία λαμβάνει υπόψη τους προσδιοριστές υγείας μέσα από το ακόλουθο τρίπτυχο συσχετισμού τους: εκσυγχρονισμός, χαμηλό κόστος, ποιότητα (Ευμορφίδου, 2009). Επιπρόσθετα στη διαμόρφωση της πολιτικής της ΕΕ για την υγεία, δίνεται πλέον ιδιαίτερη βαρύτητα στην προαγωγή και την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (<http://bookshop.europa.eu/el/public-health-pbNA0614046/?CatalogCategoryID=sciep2OwkqkAAAE.xjhtLxJz>, p.3). Συγκεκριμένα και σύμφωνα με το στρατηγικό πολυετές πρόγραμμα της ΕΕ που υλοποιείται μέσω του Ευρωπαϊκού Κέντρου Πρόληψης και Ελέγχου Νόσων ECDC, διακρίνονται επτά τομείς-στόχοι. Οι τομείς - στόχοι χωρίζονται σε τρεις ομάδες, οι οποίες αντικατοπτρίζουν τις κύριες εργασίες του στρατηγικού προγραμματισμού σχετικά α) με τη δημιουργία γνώσεων, β) την ενίσχυση των λειτουργιών δημόσιας υγείας και γ) την ανάπτυξη εταιρικών σχέσεων μεταξύ των κρατών μελών (ECDC, p.9).

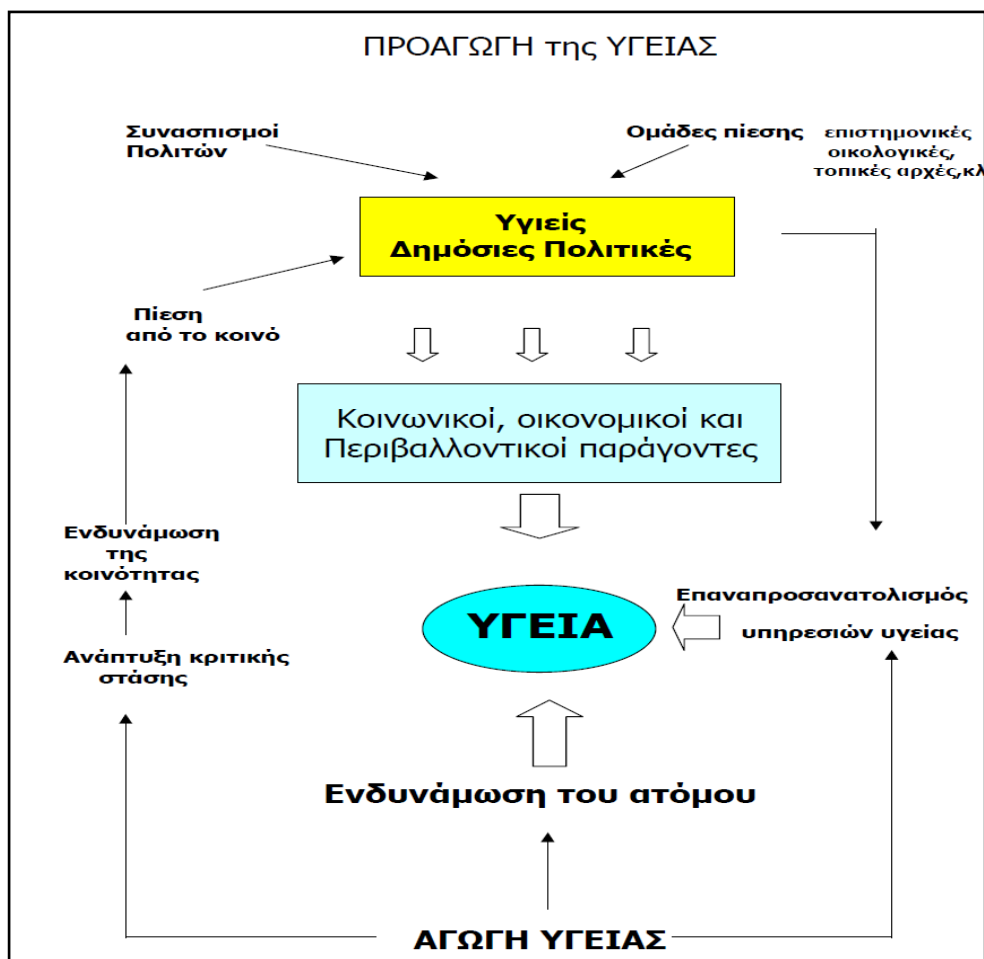
Ο πρώτος στόχος που αφορά την ομάδα δημιουργίας γνώσεων, που αποτελεί και το αντικείμενο του παρόντος άρθρου, εστιάζεται στην επέκταση των γνώσεων για την πρόληψη και τον έλεγχο άνω των 55 μολυσματικών νόσων, μεταξύ άλλων, των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων (ΣΜΝ), περιλαμβανομένου του HIV/AIDS και των αιματογενώς μεταδιδόμενων ιών (όπως της

ηπατίτιδας). Στο πλαίσιο αυτού του στόχου ορίζονται τέσσερις τομείς δράσης. Ο πρώτος τομέας δράσης εστιάζεται στην αύξηση των γνώσεων που αφορούν τις υγειονομικές, οικονομικές και κοινωνικές συνέπειες των διαφόρων αυτών μολυσματικών νόσων στους ανθρώπους και τις κοινωνίες. Παρατηρούνται μεγάλα κενά στην αξιοπιστία και την πληρότητα των δεδομένων που υπάρχουν σήμερα σε αυτόν τον τομέα. Προκειμένου να προγραμματιστούν και να ιεραρχηθούν οι δράσεις, τα κενά αυτά πρέπει να καλυφθούν. Ο δεύτερος τομέας καλύπτει την κατανόηση των «προσδιοριστών» μεμονωμένων ασθενειών. Επειδή υπάρχουν πολλοί προσδιοριστές-παράγοντες που επηρεάζουν την εμφάνιση και εξάπλωση των διαφόρων ασθενειών και οι οποίοι αλληλεπιδρούν μεταξύ τους, όπως π.χ. οι βιολογικοί παράγοντες με τους κοινωνικούς, οικονομικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες - είναι αναγκαίο να μάθουμε περισσότερα για το ποιοι από αυτούς τους προσδιοριστές είναι σημαντικότεροι και πώς αλληλεπιδρούν μεταξύ τους. Οι γνώσεις αυτές θα βοηθήσουν στην εξεύρεση των βέλτιστων τρόπων μείωσης των συνεπειών κάθε προσδιοριστή. Ο τρίτος τομέας καλύπτει τα επιστημονικά τεκμήρια σχετικά με τις καλύτερες μεθόδους πρόληψης και ελέγχου μεμονωμένων μολυσματικών νόσων. Υπάρχουν πολλές μέθοδοι πρόληψης και ελέγχου, ορισμένες όμως λειτουργούν καλύτερα από κάποιες άλλες ή παρέχουν μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα. Ο τέταρτος τομέας καλύπτει τη βοήθεια προς τα κράτη μέλη στις προσπάθειές τους να καταπολεμήσουν τις μολυσματικές νόσους. Στο πλαίσιο αυτό, η ΕΕ βοηθά τις χώρες να μοιραστούν επιστημονικές γνώσεις και εμπειρίες, καθορίζει επίσης πρότυπα που μπορούν να χρησιμοποιήσουν τα κράτη μέλη για να βελτιώσουν την ποιότητα των εργασιών τους όπως και διευκολύνει το συντονισμό μεταξύ των κρατών μελών και των θεσμικών οργάνων της ΕΕ (ECDC, p.10).

Για την ΕΕ η βιώσιμη πρόοδος για την επίτευξη της υγείας όπως αυτή αναφέρεται στους Αναπτυξιακούς Στόχους της Χιλιετίας είναι δυνατή με μια συνολική προσέγγιση που επικεντρώνεται στην προάσπιση και προαγωγή της υγείας. Όπως φαίνεται μέσα από τους στόχους της ΕΕ, βασικό μέτρο που προκρίνεται είναι η ενίσχυση των μέτρων πρόληψης και προαγωγής. Η αύξηση της ενημέρωσης είναι ένας αποδεδειγμένος τρόπος για να επέλθει μείωση των απιακών παραγόντων. Επιπλέον, η έμφαση στην πρόληψη των ασθενειών μπορεί να μειώσει τα υψηλά μακράς διάρκειας κόστη θεραπείας με την αποφυγή δεκάδων χιλιάδων περιστατικών εκδήλωσης νόσου και πρόωγων θανάτων (European Commission, *Investing in Health*, 2013).

Αντίστοιχη είναι και η στρατηγική του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για την προάσπιση της Υγείας, η οποία στοχεύει σε όλο τον πληθυσμό προκρίνοντας την πρωτογενή πρόληψη με εμπλοκή ατόμων και φορέων. Τα βασικά σημεία του Ottawa Charter for Health Promotion, προβλέπουν :

1. Την ανάπτυξη δημόσιας πολιτικής η οποία προασπίζει την υγεία. Η υγεία δεν αφορά μόνο στις υπηρεσίες υγείας αλλά συνολικά στην κοινωνία και τις επιλογές της.
2. Τη δημιουργία υποστηρικτικού περιβάλλοντος. Η υγεία ενός πληθυσμού εξαρτάται από τον τρόπο ζωής του, τον τρόπο με τον οποίο ο πληθυσμός αυτός διαχειρίζεται το φυσικό του περιβάλλον. Η προαγωγή υγείας στοχεύει στη δημιουργία συνθηκών ζωής και δουλειάς οι οποίες να είναι ασφαλείς, ευχάριστες και δημιουργικές.
3. Την ενεργοποίηση - κινητοποίηση της κοινότητας. Η προαγωγή της υγείας δεν είναι δυνατή χωρίς τη συμμετοχή της κοινότητας. Στόχος είναι η ίδια η κοινότητα να αναλάβει την προάσπιση της υγείας της. Ο στόχος αυτός επιβάλλει και αλλαγές στις αντιλήψεις και τον τρόπο δουλειάς των επαγγελματιών υγείας απέναντι σε άτομα και πληθυσμό. Απαιτείται ειδική εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας για την ανάπτυξη των δεξιοτήτων *επικοινωνίας* ώστε να δημιουργηθεί ένα κλίμα συνεργασίας, και όχι από καθέδρας οδηγίες, τόσο στην κλινική σχέση με το άτομο - ασθενή όσο και στην αντιμετώπιση προβλημάτων που αφορούν στο σύνολο του πληθυσμού.
4. Την ανάπτυξη ατομικών δεξιοτήτων - εκπαίδευση. Η προαγωγή υγείας υποστηρίζει την κοινωνική και ατομική ανάπτυξη με την παροχή πληροφοριών και εκπαίδευσης για την υγεία. Στόχος είναι να ελέγχει και να καθορίζει ο ίδιος ο πληθυσμός τόσο την υγεία του και το περιβάλλον, όσο και να είναι ικανός και προετοιμασμένος να αντιμετωπίσει την αρρώστια, την αναπηρία ή και το θάνατο.
5. Τον επαναπροσανατολισμό των υπηρεσιών υγείας. Η προαγωγή υγείας αποτελεί σημαντικό τμήμα της δραστηριότητας σύγχρονων υπηρεσιών υγείας. Η νοσοκομειοκεντρική, ιατροκεντρική οργάνωση υπηρεσιών που ασχολούνται μόνο με τη θεραπεία της αρρώστιας υποχωρεί διεθνώς, αργά αλλά σταθερά, προς όφελος της πρωτοβάθμιας, διεπιστημονικής οργάνωσης υπηρεσιών οι οποίες αντιμετωπίζουν ολιστικά την υγεία του πληθυσμού ευθύνης τους. Εκτός από την περίθαλψη, θεραπεία, αποκατάσταση, παρεμβαίνουν θετικά, συμμετέχοντας στη προαγωγή της υγείας και στην εξάλειψη των παραγόντων που προκαλούν την αρρώστια. Η προαγωγή υγείας έχει μακροπρόθεσμα αποτελέσματα, για την επίτευξη των οποίων απαιτείται συνεπής και συνεχής προσπάθεια σε τοπικό επίπεδο. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας είναι ο βασικός και κύριος μοχλός ανάπτυξης της προαγωγής υγείας στον πληθυσμό ευθύνης τους (<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index1.html>).

Απεικόνιση 2: Παράγοντες αγωγής και προαγωγής υγείας

Πηγή: www.iedep.gr/images/stories/.../9/friday15_30.pdf

3. Επίλογος

Η κυριαρχία των νεοφιλελεύθερων πολιτικών και αξιών διεθνώς έχει συμβάλει σε σημαντικό βαθμό στην προσέγγιση της υγείας ως ατομικού, καταναλωτικού αγαθού, η διαχείριση του οποίου ακολουθεί τους χρηματοοικονομικούς κανόνες της οικονομίας της αγοράς. Αναπόφευκτα η ασκούμενη πολιτική υγείας επικεντρώνεται στον οικονομικό εξορθολογισμό των δαπανών και στη διοικητική διαχείριση και δεν λαμβάνει υπόψη της στον απαιτούμενο βαθμό τους κοινωνικούς και θεσμικούς παράγοντες, γεγονός που την καθιστά μονόπλευρη ως προς την χάραξη της στρατηγικής. Όπως είναι όμως γνωστό, η ευημερία και η κοινωνική συνοχή δεν αποτελούν αποκλειστικά οικονομικό ζήτημα και δεν εξασφαλίζονται μόνο μέσω μονεταριστικών πολιτικών μεταβιβάσεων σε χρήμα.

Επιπλέον, όπως διαφαίνεται και από βιβλιογραφική διερεύνηση, το κοινωνικό πλαίσιο γνώσεων και αντιλήψεων των υποκειμένων σε θέματα υγείας και οι συμπεριφορές κινδύνου που

επιδεικνύουν, σχετίζονται με την κατανάλωση υπηρεσιών υγείας. Αυτό προκύπτει και ως προαπαιτούμενο της ατομικής ευθύνης εκδήλωσης συγκεκριμένων συμπεριφορών, αλλά και ως στοιχείο που απορρέει από τη λειτουργία των φορέων κοινωνικοποίησης, παράγοντες που συνδέονται πολύπλευρα με τη λειτουργία της οικονομίας της αγοράς. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας αλλά και η Ευρωπαϊκή Επιτροπή τονίζουν επανειλημμένα ότι η αποτελεσματικότητα της πολιτικής υγείας είναι συνυφασμένη με προληπτικά μέτρα ενημέρωσης και διάχυσης ιδιαίτερα για τις περισσότερο ενεργές σεξουαλικά ομάδες πληθυσμού. Οι διαμορφωτές πολιτικής οφείλουν να λάβουν υπόψη τους, εκτός άλλων, και την εισαγωγή μέτρων ενίσχυσης ορθολογικών συμπεριφορών χαμηλού κινδύνου, με την προώθηση εναλλακτικών τρόπων προαγωγής της κοινωνικής προστασίας. Απαιτείται καλά σχεδιασμένη στρατηγική ώστε η πολιτική υγείας να απεγκλωβιστεί από το κρατούν μονόπλευρο οικονομικό πλαίσιο και να επεκταθεί στην προαγωγή υγείας και την πρόνοια μέσω ενίσχυσης διαδικασιών μάθησης θετικών συμπεριφορών.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνόγλωσσον

Αλεξιάς Γ., (2001), Κοινωνιολογία της Υγείας. Ένα ξεχασμένο γνωστικό αντικείμενο. *Κοινωνιόγραμμα*, Ιούλιος-Σεπτέμβριος.

Ευμορφίδου Π., (2009), Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα. Κριτική της εξέλιξης της και οι προκλήσεις του μέλλοντος, *Διοικητική Ενημέρωση*, 50, σ. 76-87.

ECDC Ευρωπαϊκό Κέντρο Ελέγχου Πρόληψης και Ελέγχου των Νόσων, <http://ecdc.europa.eu>, Η προστασία της υγείας στην Ευρώπη: το όραμά μας για το μέλλον. Στόχοι και στρατηγικές για την περίοδο 2007-2013.

Καραδήμας, Ε. (2005). *Ψυχολογία της Υγείας. Θεωρία και Κλινική Πράξη*. Αθήνα: Τυποθήτω.

Κουρέα-Κρεμαστινού Τ. (2007). *Δημόσια Υγεία, Θεωρία-Πράξη-Πολιτικές*. Αθήνα: Τεχνόγραμμα.

Κόφφας, Σ. (2011). Τάσεις και ιδιομορφίες κατά την άσκηση της κοινωνικής πολιτικής στην Ελλάδα και τη Γερμανία. Η επίδραση της κουλτούρας και της νοοτροπίας ως παραγόντων διαφορετικής σκέψης και δράσης κατά την άσκηση των μοντέλων κοινωνικής πολιτικής. *Κοινωνική Εργασία*, τεύχος 104, σελ. 199-221.

- Μάρδας, Γ., Βαλκανός Ε. (2005). *Κοινωνική Πολιτική, Θεωρία και Πράξη. Διοίκηση, Οικονομία, Δίκαιο, Κοινωνιολογία*. Αθήνα: Παπαζήση.
- Μάρδας, Γ. (1993). *Εφαρμοσμένη Κοινωνιολογία*. Αθήνα: Κ. & Π. Σμπίλιας.
- Σουλιώτης, Κ. (2010). Πολιτική, οικονομία και υπηρεσίες υγείας. Από το στρατηγικό σχεδιασμό στη διοίκηση και την αξιολόγηση, στο Κοντιάδη, Ξ., Σουλιώτη, Κ. (2010). *Θεσμοί και Πολιτικές Υγείας*. Αθήνα: Παπαζήση.
- Τούντας, Γ. (2000). *Κοινωνία και Υγεία*. Αθήνα: Οδυσσέας-Νέα Υγεία.
- Υφαντόπουλος, Γ. (2006). *Τα Οικονομικά της Υγείας. Θεωρία και Πολιτική*. Αθήνα: Τυπωθήτω.

Ξενόγλωσση

- Caplan, G. (ed.) (1964). *Principles of Preventive Psychiatry*. New York, USA: Basic Books.
- Di Censo, A., Guyatt, G., Willan, A., & Griffith, L. (2002). Interventions to reduce unintended pregnancies among adolescents: systematic review of randomized controlled trials. *British Medical Journal*, 324, p. 1426.
- Monbiot, G. (2004). Joy of sex education. *Guardian Newspaper*, 11/05/2004.
- UNICEF. (2001). A league table of teenage births in rich nations. *Innocenti Report Card*, Issue No.3.

Ηλεκτρονικές Πηγές

- European Commission (2012), Investing in Health, retrieved in February 2015, ανακτήθηκε 25.06.2014 από http://ec.europa.eu/health/strategy/docs/swd_investing_in_health.pdf.
- Ευρωπαϊκή Ένωση, 2014, Δημόσια Υγεία, ανακτήθηκε 05.07.2014 από <http://bookshop.europa.eu/el/public-health-pbNA0614046/?CatalogCategoryID=sciep2OwkgkAAAE.xjhtLxJz>,

Καθαράκη, Μ. Υγεία 2020: Η Ευρωπαϊκή Πολιτική για την Υγεία, ανακτήθηκε 20/06/2014 από <http://www.indepanalysis.gr/?q=kladikes-analyseis/ygeia-2020-h-eyrwpaikh-politikh-gia-thn-ygeia-kai-thn-eyhmeria>.

Παπαδόπουλος, Α. (2010). Η έννοια της Πρωτογενούς Πρόληψης, σε: Μαντζουράτος Δ., Παπαδόπουλος Ι., Πρωτογενής πρόληψη παθήσεων, Πρακτικά Ιατρικής Ημερίδας, ανακτήθηκε 20.06.2014 από <http://www.oatye.gr/img/praktika2010.pdf>

WHO, (1948), Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100, ανακτήθηκε 28.06.2014 από http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85573/1/Official_record2_eng.pdf

WHO, (1986), The Ottawa Charter for Health Promotion, ανακτήθηκε 30.06.2014 από <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index1.html>,

www.iedep.gr/images/stories/.../9/friday15_30.pdf, ανακτήθηκε 07.07.2014