

# Η προσφερόμενη περίθαλψη από τον Ο.Γ.Α. στον αγροτικό χώρο



Τεύχος 53, περίοδος: Οκτώβριος - Δεκέμβριος 1995

## Η προσφερόμενη περίθαλψη από τον Ο.Γ.Α. στον αγροτικό χώρο (Ειδική αναφορά στις Ψυχώσεις - Ψυχονευρώσεις και στις Κακοήθειες) της Γεωργίας Τζαμαλούκα

Εισαγωγή - τοποθέτηση τον προβλήματος

Η κοινωνική έρευνα στον αγροτικό χώρο είναι ανεπαρκής. Σε μία εποχή μάλιστα που και η μελέτη και η έρευνα είναι αναγκαίες για το θέμα της ασφάλισης ασθένειας και της υγείας στην Ελλάδα, μιας και ο τομέας της κοινωνικής ασφάλισης αποτελεί σοβαρό δείκτη της αποτελεσματικότητας, των κατευθύνσεων και των επιλογών μιας χώρας.

Η έκταση, η επάρκεια και η ποιότητα των υπηρεσιών ασφάλισης ασθένειας, δεν δείχνει μόνο τη πρόθεση του Κράτους να ικανοποιήσει με άμεσο ή έμμεσο τρόπο κάποιες βασικές ανάγκες του πληθυσμού στον τομέα της υγείας και ιδιαίτερα των ασθενέστερων κοινωνικών στρωμάτων όπως είναι οι αγρότες, αλλά καθορίζει συγχρόνως την ίδια την κατάσταση της υγείας.

Στα πλαίσια της έρευνας αυτής γίνεται προσπάθεια προσέγγισης του θέματος της ψυχολογικής και σωματικής παθολογίας όπως αυτή εμφανίζεται από την εικόνα που δίνει η νοσηλεία των αγροτών. Ιδιαίτερα θα εξετασθεί η νοσηλεία που αφορά το σύνολο των ψυχώσεων και ψυχονευρώσεων και των καρκίνων στον αγροτικό χώρο.

Στις μέρες μας, οι επιστήμονες στον τομέα της ιατρικής, υιοθετούν όλο και περισσότερο την άποψη των κοινωνικών επιστημόνων, ότι εντοπίζεται αναλυτικό βάρος τόσο σε βιολογικές όσο και σε ψυχοκοινωνικές και πολιτιστικές μεταβλητές. Σε μια προσπάθεια, λοιπόν, συμβολής στην ανάπτυξη ενός πολυδιάστατου πλαισίου ανάλυσης των αιτιών της νόσου του καρκίνου και των ψυχώσεων και ψυχονευρώσεων ορίσαμε σαν κύριο στόχο της έρευνας, τη διερεύνηση της συνεισφοράς ορισμένων περιβαλλοντικών και ψυχοκοινωνικών μεταβλητών στην εκδήλωση του καρκίνου και της ψυχασθένειας, λαμβάνοντας υπόψη κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά όπως τύπο διαμονής, τύπο επαγγέλματος, κοινωνικοοικονομικό status και φύλο.

Το μεγαλύτερο μέρος της έρευνας στηρίζεται στην κατανομή κατά φύλο των νοσηλευθέντων αγροτών στην τετραετία 1990-1993 στα θεραπευτήρια της χώρας.

Συγκεκριμένα σ' αυτή τη τετραετία παρατηρήσαμε ότι έχουν αυξηθεί τα περιστατικά του καρκίνου ενώ παρουσιάζεται στασιμότητα ψυχώσεων.

Η θεωρία που θα χρησιμοποιήσουμε για την προσέγγιση του αντικείμενου είναι η συγκριτική ανάλυση των δεδομένων που μας υποχρεώνει να συγκρίνουμε ανόμοιες ασθένειες που όμως έχουν κοινά στοιχεία όπως είναι οι ψυχώσεις, οι ψυχονευρώσεις και ο καρκίνος. Πιστεύουμε ότι η σύγχρονη κρίση των υποσυστημάτων της ιατρικής και της δημόσιας υγείας οφείλεται, σε μεγάλο βαθμό, στο γεγονός ότι η υγεία και η αρρώστια αντιμετωπίζονται μόνο από τη βιολογική πλευρά και δεν θεωρούνται στο ευρύτερο κοινωνικοοικολογικό τους πλαίσιο. Η υγεία της ανθρώπινης κοινότητας συνδέεται με μια πολλαπλότητα παραγόντων οι οποίοι συνιστούν επίσης ένα σύστημα πολύπλοκων σχέσεων με τα φυσικά και τα ανθρώπινα τεχνητά οικοσυστήματα.

Μέσα σ' αυτά τα πλαίσια τα τμήματα της μελέτης που ακολουθούν έχουν σαν στόχο να συμβάλλουν στην κατανόηση ορισμένων ερωτημάτων που αφορούν τη σχέση μεταξύ των σωματικών και ψυχικών ασθενειών καθώς και τον τρόπο αντίδρασης σε γεγονότα ψυχοπνευστικά στη ζωή του αγροτικού χώρου, τα οποία συνεπάγονται έντονες αλλαγές στη σφαίρα της οικογένειας, της απασχόλησης και των κοινωνικών του σχέσεων.

Μεθοδολογία Για την επεξεργασία των στοιχείων εφαρμόσαμε τη συγκριτική μέθοδο, ανάμεσα στα έτη 1990-1992 και 1993. Τα στοιχεία είναι της Στατιστικής Υπηρεσίας του ΟΓΑ και αφορούν την περίθαλψη που πρόσφερε ο ΟΓΑ στους ασφαλισμένους του στα Κρατικά θεραπευτήρια και σε συμβλημένες ιδιωτικές κλινικές σε όλη τη χώρα.

Για την παρουσίαση των αποτελεσμάτων μας δημιουργήσαμε τέσσερις μεταβλητές.

α) Συνολικές δαπάνες Είναι οι δαπάνες του ΟΓΑ τόσο συνολικά, για όλες δηλαδή τις ασθένειες και ανά έτος, όσο και για τις ασθένειες τις οποίες κρίναμε σκόπιμο να εξετάσουμε, ειδικά δηλαδή τις κακοήθειες ή καρκίνους και τις ψυχικές ασθένειες.

β) Ημέρες νοσηλείας Είναι οι ημέρες νοσηλείας που πρόσφερε ο ΟΓΑ στους ασθενείς του τόσο συνολικά όσο και για τις ασθένειες που εξετάζουμε. Λάβαμε υπόψη μας το σύνολο των ασθενών και όχι των εισαχθέντων στο Νοσοκομείο.

γ) Για την καλύτερη σύγκριση των δεδομένων αλλά και για την καλύτερη συναγωγή των κοινωνιολογικών και ψυχοκοινωνικών αποτελεσμάτων χρησιμοποιήσαμε δύο επιμέρους μεταβλητές ανάλογα με το φύλο: γ<sub>1</sub> (άνδρες), γ<sub>2</sub> (γυναίκες).

Σημειώνουμε ότι όταν αναφερόμαστε στις κακοήθειες εννοούμε συνολικά τις παρακάτω ασθένειες:

Κακοήθη νεοπλασμάτα: Φάρυγγα, Οισοφάγου, Στομάχου, Εντέρου Ορθού, Ορθού, Λάρυγγα, Τραχήλου, Βρογχ. Πνεύμ., Μαστού, Τραχήλου Μήτρας, Αλ. Τμήμ. Μήτρας, Προστάτου, Δέρματος, Οστών συνδ. Ιστών, Αλλων Οργάνων καθώς και: Λευχαιμία Αλευχαιμία, Λεμφοσάρκωμα.

Τα στοιχεία τα χειριστήκαμε συνολικά και για τις δεκαέξι ασθένειες, επομένως στα αποτελέσματα μας παρουσιάζονται οι μέσοι όροι των παραπάνω ασθενειών.

Την ίδια μεθοδολογία ακολουθήσαμε και στην περίπτωση των ψυχικών ασθενειών. Στην περίπτωση αυτή, η Στατιστική Υπηρεσία του ΟΓΑ έχει κωδικοποιήσει τις ψυχικές ασθένειες σε δύο κατηγορίες που στην ουσία η κάθε μία αποτελεί ομάδα ασθενειών.

1. Ψυχώσεις (βαρείς Διαταραχές)

2. Ψυχονευρώσεις και Διαταραχές Προσωπικότητας (ήπιες μορφές διαταραχές)

Όπως και προηγουμένως, τα παρουσιαζόμενα αποτελέσματα είναι οι μέσοι όροι και των δύο κατηγοριών ασθενειών.

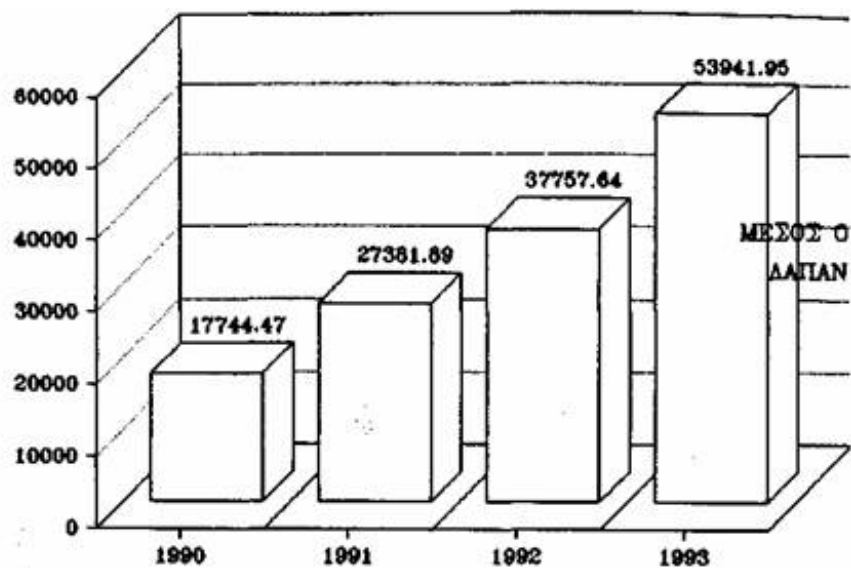
Αποτελέσματα 1. Στο Διάγραμμα 1 παρουσιάζεται ο μέσος όρος δαπάνης του ΟΓΑ για κάθε ασθενή ανεξάρτητα από το είδος της ασθένειας του. Παρατηρούμε ότι μέσα σε τρία χρόνια οι δαπάνες έχουν τριπλασιαστεί.

Το γεγονός αυτό οφείλεται:

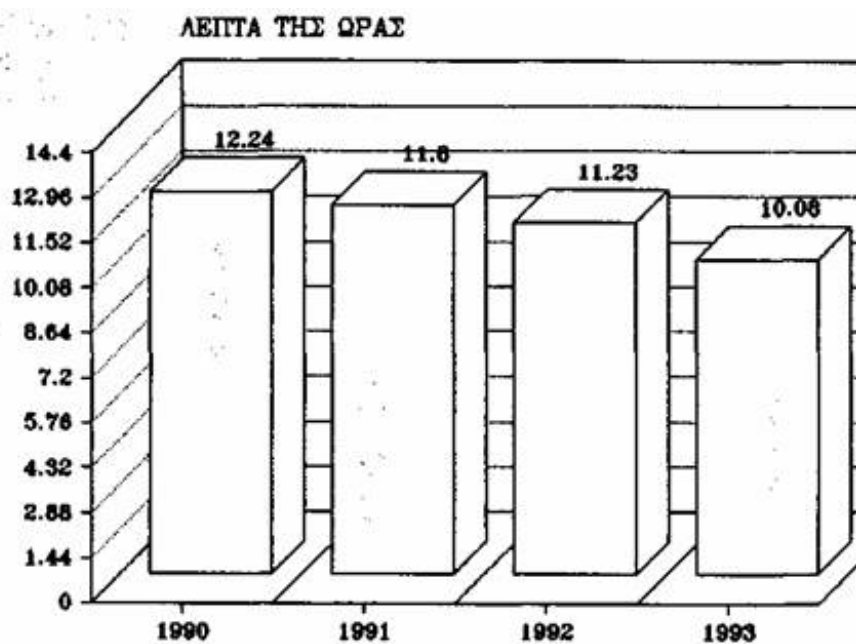
α: Στην αλματώδη αύξηση του κόστους της περίθαλψης.

β. Στο γεγονός ότι τα τελευταία χρόνια έχουν δημιουργηθεί πολυάριθμα διαγνωστικά κέντρα μέσα από άτυπες και πολλές φορές αθέμιτες συμφωνίες που επιβάλλουν ένα καθεστώς «πολυεξετάσεων» που δεν έχουν σαν στόχο την ιατρική φροντίδα. Επομένως η γνώμη μας είναι ότι ο τριπλασιασμός των χρημάτων που ξοδεύει ο ΟΓΑ για κάθε ασθενή δεν σημαίνει αναγκαστικά και καλύτερη προσφερόμενη περίθαλψη.

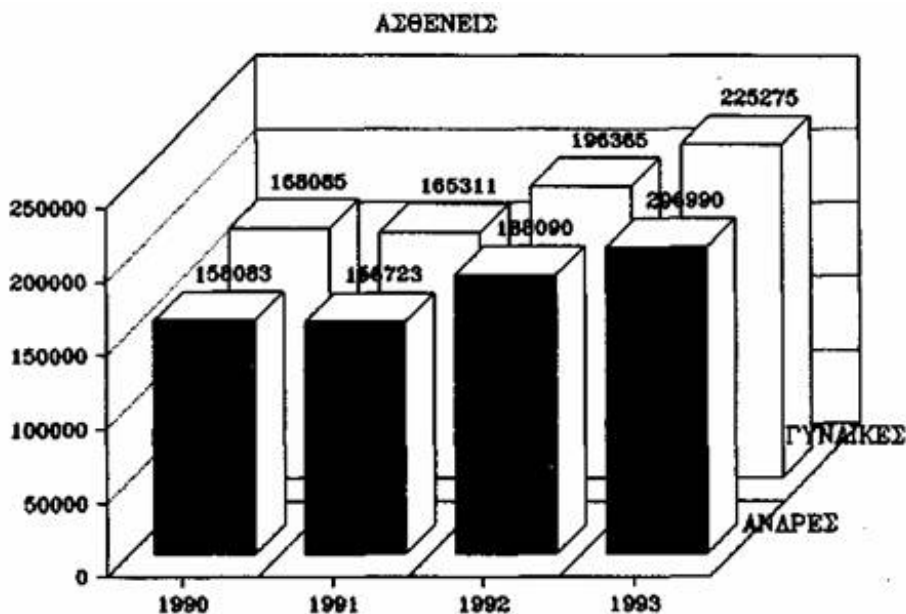
2. Στο διάγραμμα 2 παρουσιάζεται ο μέσος όρος χρόνου (σε λεπτά της ώρας) νοσηλείας για κάθε ασθενή και ανά έτος. Παρατηρούμε ότι η μεταβλητή αυτή παραμένει πρακτικά σταθερή (με ελάχιστη πτωτική τάση) για όλα τα έτη.



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1: Ο μέσος όρος δαπανών σε δραχ. ανά ασθενή και ανά έτ



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2: Ο μέσος όρος χρόνου νοσηλείας ανά έτος.



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3: Το σύνολο των ασθενών ανά έτος και φύλλο.

3. Στο διάγραμμα 3 παρουσιάζεται το σύνολο των ασθενών ανά έτος για τους άνδρες, χωριστά για τις γυναίκες. Παρατηρούμε ότι στο σύνολο των ασθενών, η επιμέρους μεταβλητή που αφορά τις γυναίκες ασθενείς, είναι κατά 12,28% ψηλότερη από τους άνδρες στην ίδια τετραετία που εξετάζουμε. Το γεγονός αυτό οφείλεται στην ειδική διαμόρφωση της ελληνικής αγροτικής κοινωνίας και εξηγείται με τα εξής:

α. Με την κοινωνικοποίηση δηλ. τη διδασκαλία του αποδεχτού κοινωνικού τρόπου ζωής και συμπεριφοράς που αρχίζει από τη στιγμή που τα παιδιά γεννιούνται και συνεχίζεται μέχρι και το τέλος της ζωής τους, τα κορίτσια ειδικά μαθαίνουν πως πρέπει να διατηρούν ρόλο παθητικό, να δέχονται τη βοήθεια των άλλων όταν οι ίδιες έχουν κάποιο πρόβλημα και να υπακούουν σε άτομα που έχουν ισχύ π.χ. γονείς κ.λπ. Οι γυναίκες λοιπόν μαθαίνουν να υπακούουν στις λεγόμενες μορφές «ισχύος» (authority figures) (Weitzman 1979).

Χαρακτηριστικό παράδειγμα αυτής της κατάστασης είναι η υπακοή στους «ειδικούς» όπως είναι οι γιατροί (Ehrenreich and English 1979). Βλέπουμε λοιπόν ότι οι γυναίκες πιο εύκολα από τους άνδρες ζητούν τη βοήθεια «ειδικών γιατρών» για μια σειρά από προβλήματα, όπως γυναικολογικά, σωματικά, δερματολογικά, ψυχολογικά κ.λπ. (Bassuk 1986). Άρα οι γυναίκες κάνουν μεγαλύτερη χρήση υπηρεσιών υγείας σε σχέση με τους άνδρες. Αυτό όμως δεν σημαίνει υποχρεωτικά ότι νοσούν πραγματικά περισσότερο.

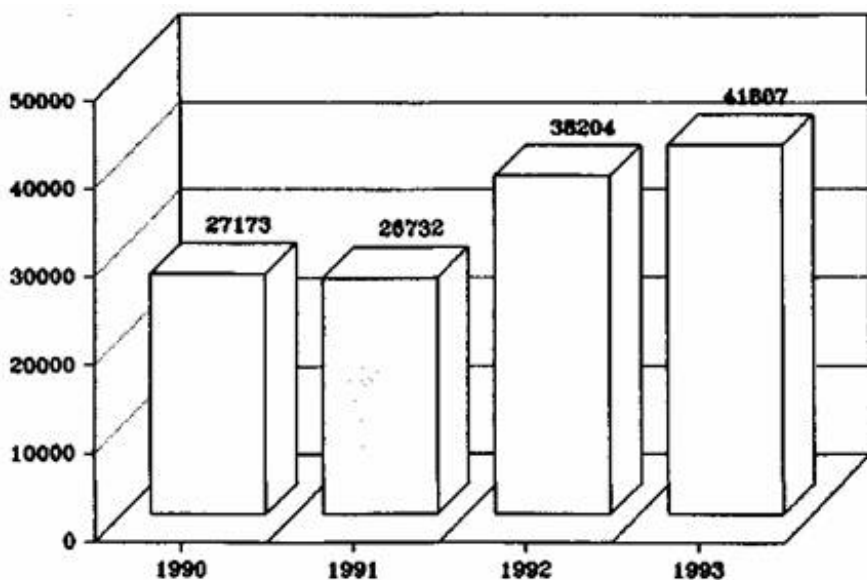
β. Οι γυναίκες υφίστανται πιο εύκολα την ιατροποίηση των εμπειριών τους σε σημαντικά γεγονότα στη ζωή τους, όπως εγκυμοσύνη και εμμηνόπαυση και συνεπώς δέχονται πιο εύκολα ιατρική συμβουλή και βοήθεια.

4. Στο διάγραμμα 4 παρουσιάζεται ο μέσος όρος δαπάνης του ΟΓΑ για κάθε ασθενή που πάσχει από κακοήθειες (καρκίνους). Παρατηρούμε μια έντονη αυξητική τάση στη διετία 1992-93. Το φαινόμενο αυτό οφείλεται κατά τη γνώμη μας στο ότι αυξήθηκε το κόστος της ιατρικής βοήθειας, και δευτερευόντως στις προαναφερθείσες πολυεξετάσεις.

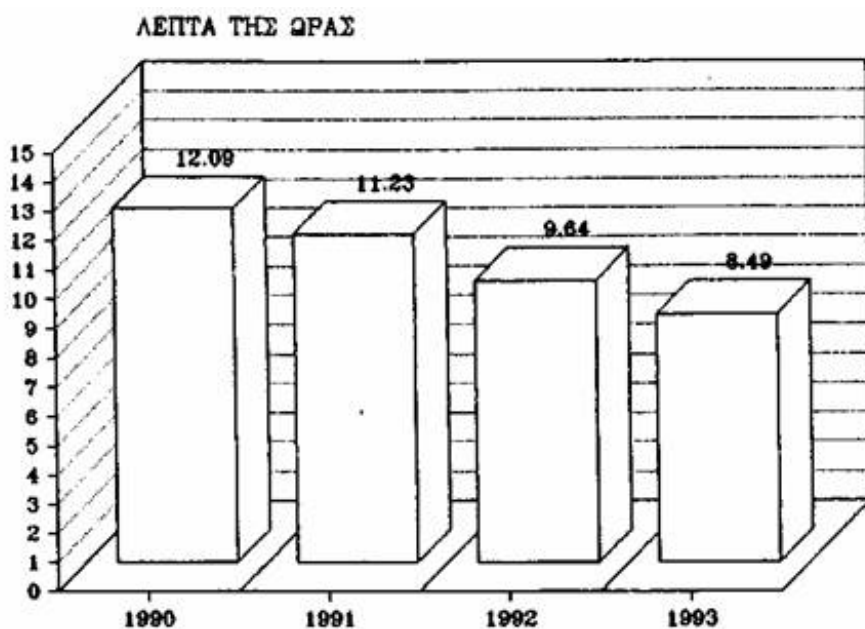
5. Στο διάγραμμα 5 παρουσιάζεται ο μέσος όρος χρόνου (σε λεπτά της ώρας) νοσηλείας για κάθε ασθενή που πάσχει από κακοήθειες νεοπλασίες. Διαπιστώνουμε ότι υπάρχει μια μικρή πτωτική τάση πράγμα που σημαίνει ότι η νοσοκομειακή περίθαλψη όχι μόνο δεν έχει βελτιωθεί αλλά έχει μειωθεί αξιοσημείωτα.

6. Στο διάγραμμα 6 παρουσιάζεται η ανά φύλο και έτος κατανομή των ασθενών που πάσχουν από κακοήθη νεοπλάσματα. Παρατηρούμε ότι στο σύνολο των ασθενών, η επιμέρους μεταβλητή που αφορά τους άνδρες είναι κατά 14,25% μεγαλύτερη σε σχέση με τις γυναίκες, στην ίδια τετραετία που εξετάζουμε. Επ' αυτών πρέπει να σημειώσουμε τα ακόλουθα:

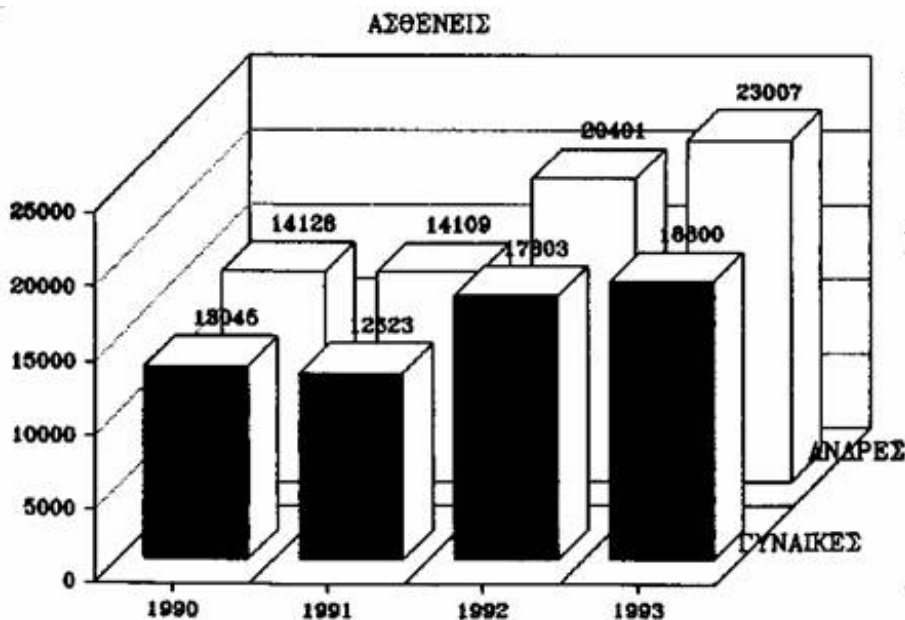
Α. Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες \. Ο ΟΓΑ είναι ένας ασφαλιστικός Οργανισμός που μαζί με το ΙΚΑ και το ΤΕΒΕ καλύπτουν το 1976, το 88% του συνολικού πληθυσμού της Ελλάδας



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4: Ο μέσος όρος δαπανών σε δρχ. ανά ασθενή και ανά έτος για κακοήθειες.



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5: Μέσος όρος χρόνου νοσηλείας ανά έτος που οφείλεται σε κακοήθειες



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 6: Το σύνολο των ασθενών από κακοήθειες ανά έτος και φύλο

(ΥΚΥ 1976). Στον ΟΓΑ και το ΙΚΑ είναι συγκεντρωμένα τα μεγαλύτερα ποσοστά αναλφάβητων και απόφοιτων δημοτικού σχολείου (Ν. Φακιολάς 1988). Περιλαμβάνουν τους ασφαλισμένους των χαμηλότερων κοινωνικοοικονομικών στρωμάτων του πληθυσμού με περιορισμένες γνώσεις και ελλιπή πληροφόρηση για τις παροχές αλλά και τους τρόπους σωστής κάλυψης των αναγκών υγείας τους. Ως στρώμα χαμηλού κοινωνικοοικονομικού και εκπαιδευτικού status, οι αγρότες αντιμετωπίζουν, ανεξάρτητα από το φύλο, αντίξοες συνθήκες ζωής και έχουν ελλιπή ενημέρωση και κατάρτιση ώστε να παρατηρείται μη έγκαιρη διάγνωση της νόσου λόγω καθυστερημένης προσέλευσης σε διαγνωστικό κέντρο (Μ. Σαμαρτζής, Γ. Ρηγάτος 1993).

2. Ενδεικτικά αναφέρουμε ότι αποτέλεσμα άλλης έρευνας έδειξε ότι οι γυναίκες έχουν την τάση να εκφράζουν πιο ελεύθερα τα συναισθήματά τους, ενώ οι άνδρες είναι σαφώς πιο εσωστρεφείς (Vasilίου κ.α. 1967), κάτι που κατ' αρχήν διευκολύνει την έγκαιρη διάγνωση.

Β. Πληθυσμιακές μεταβολές και καρκίνος Σε αντίθεση με τον αστικό πληθυσμό που γνωρίζει εντυπωσιακούς ρυθμούς αύξησης τα τελευταία πενήντα χρόνια, τόσο σε απόλυτους αριθμούς όσο και σε ποσοστά, ο αγροτικός πληθυσμός φθίνει σταθερά, γνωρίζοντας τη μεγαλύτερη του μείωση στη διάρκεια της Ιβητίας 1961-1971 με αποτέλεσμα την ουσιαστική διαφοροποίηση της δημογραφικής του δομής. Ο αγροτικός πληθυσμός παρουσιάζει κατά τη διάρκεια των τεσσάρων τελευταίων απογραφών σταθερή μείωση των νεαρών ηλικιών με παράλληλη αύξηση των ηλικιωμένων (άτομα άνω των 65 ετών), κατάσταση που αναμένεται να συνεχισθεί και τα επόμενα χρόνια, όπως προκύπτει από την πυραμίδα ηλικίας του αγροτικού πληθυσμού το 1981.

Λαμβάνοντας υπόψη την υπογεννητικότητα του αγροτικού πληθυσμού, τη συνεχιζόμενη εγκατάλειψη της αγροτικής υπαίθρου από τα νέα άτομα, καθώς και την ταυτόχρονη μετακίνηση προς την κορυφή των ενδιάμεσων ηλικιών που είναι ήδη δυσανάλογα διογκωμένες σε σχέση με τη βάση της πυραμίδας, είναι φανερό ότι θα υπάρξει ταχεία γήρανση του αγροτικού πληθυσμού τα επόμενα χρόνια. Αυτό είναι ένα φαινόμενο που εξηγεί τον μεγάλο αριθμό σωματικών συμπτωμάτων, τα οποία είναι εν γένει στατιστικά συχνότερα σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας (Ν. Φακιολάς, 1988).

Γ Διατροφή και καρκίνος Διαπιστώνεται επίσης ότι η κατανάλωση τροφίμων καθώς και τα ιδιαίτερα διατροφικά χαρακτηριστικά που κυριαρχούν στις επιμέρους ομάδες του πληθυσμού όπως είναι ο αγροτικός, ενώ περιλάμβαναν πολλά στοιχεία αυτού που ονομάζεται «παραδοσιακή μεσογειακή» ή «παραδοσιακή ελληνική δίαιτα», η σύνθεση της οποίας έχει άμεσα συνδεθεί με τη διατήρηση χαμηλών επιπέδων νοσηρότητας και θνησιμότητας από στεφανιαία νόσο και μερικούς τύπους καρκίνου, έχει σημαντικά διαφοροποιηθεί (Armstrong and Doll 1975, Berrin and Muti 1989, Miller 1989).

Ας σημειωθεί ότι αντίστοιχες τάσεις χαρακτηρίζουν κατά την ίδια περίοδο όλες τις μεσογειακές δίαιτες (Frank 1987, Ferro Luzzi and Seite 1989).

Η χαμηλή κατανάλωση κρέατος αποτελούσε στο παρελθόν ουσιαστικό χαρακτηριστικό της παραδοσιακής μεσογειακής διατροφής. Εντούτοις μετά τις πρόσφατες εξελίξεις (μετανάστευση περιόδου 1951-1977 σε συνδυασμό

με την εσωτερική μετακίνηση του αγροτικού πληθυσμού προς τα αστικά κέντρα), το χαρακτηριστικό αυτό τείνει να εξαφανιστεί, συνιστώντας μια από τις κυριότερες μεταβολές στο προφίλ της παραδοσιακής ελληνικής δίαιτας.

Η σταθερή βελτίωση της διατροφής του ελληνικού πληθυσμού έχει οδηγήσει σε αυξημένη κατανάλωση και στην Ελλάδα κρέατος, γαλακτοκομικών προϊόντων, φρουτολαχανικών και λιπαρών.

Συγχρόνως παρουσιάζεται αύξηση σε ροφήματα και ζαχαρώδη (ΕΣΥΕ, 1957/1978). Θρεπτικές ουσίες, η υπερκατανάλωση των οποίων θεωρείται ότι ενθαρρύνει την εμφάνιση κυρίως καρδιαγγειακών παθήσεων είναι τα λίπη, οι ζωϊκές πρωτεΐνες και οι υδατάνθρακες. Είναι ακριβώς οι ουσίες, στην αυξημένη κατανάλωση των οποίων έχει οδηγήσει η άνοδος του βιοτικού επιπέδου σε όλες τις αναπτυγμένες χώρες. Οι ίδιες αυτές ουσίες έχουν επίσης κατηγορηθεί ότι συμβάλλουν και στην ανάπτυξη ορισμένων μορφών καρκίνου.

Έτσι οι σύγχρονοι τρόποι διατροφής έχουν θεωρηθεί ότι από την μια συμβάλλουν στην ανάπτυξη ορισμένων μορφών καρκίνου και από την άλλη είναι οι βασικοί παράγοντες για την επικράτηση των σύγχρονων εκφυλιστικών νοσημάτων που θεωρούνται σαν οι βασικότεροι εχθροί της υγείας του σύγχρονου αναπτυγμένου κόσμου (Ο. Ζάρναρη 1988). Ο αγροτικός πληθυσμός τείνει με γρήγορους ρυθμούς να υιοθετήσει τα διαιτητικά πρότυπα του αστικού πληθυσμού, γεγονός που οδηγεί στην απώλεια των παραδοσιακών, διαιτητικών χαρακτηριστικών και στην επικράτηση ομοίμορφων διατροφικών προτύπων σε όλη τη χώρα.

#### Δ. Οικοσύστημα και καρκίνος'

Η υποβάθμιση του φυσικού περιβάλλοντος αποτελεί στη σημερινή φάση του ανθρώπινου πολιτισμού ένα από τα σημαντικά προβλήματα σε παγκόσμια κλίμακα. Η υποβάθιση αυτή μπορεί να θεωρηθεί είτε με τη πιο γενικευμένη έννοια, σαν προϊούσα εξάντληση των απαραίτητων φυσικών πόρων, είτε πιο ειδικά, σαν ρύπανση πρώτων υλών και των πηγών πρώτων υλών.

Ειδικότερα τα φυτοφάρμακα και τα χημικά λιπάσματα που χρησιμοποιούνται στις καλλιέργειες υπάρχουν ενδείξεις ότι μπορούν να βλάψουν τον ανθρώπινο οργανισμό όταν η χρήση τους γίνεται αλόγιστα και απρόσεκτα. Πέρα φυσικά από τη ρύπανση που προκαλούν στο έδαφος και στο νερό, δεν φαίνεται ότι οι προληπτικοί και κατασταλτικοί μηχανισμοί, που χρησιμοποιούν οι κοινωνίες σήμερα για τον έλεγχο της χρήσης τους, είναι πάντοτε αποτελεσματικοί.

Ε. Κοινωνικό οικονομικό επίπεδο και καρκίνος Το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο και η θνησιμότητα και η νοσηρότητα από ορισμένες παθήσεις έχει αποδειχθεί (Antonovsky, 1967, 1968) όπως και σε μια περίπτωση μελέτης και στη χώρα μας (Παπαχριστόπουλος και συνεργάτες, 1982).

Η διαμόρφωση της μεταβλητής του κοινωνικοοικονομικού επιπέδου επηρεάζεται από το εισόδημα, το κοινωνικό γόητρο του επαγγέλματος, τον τρόπο ζωής ελεύθερος χρόνος διατροφή και την κοινωνική απόδοση (Susser and Watson, 1971).

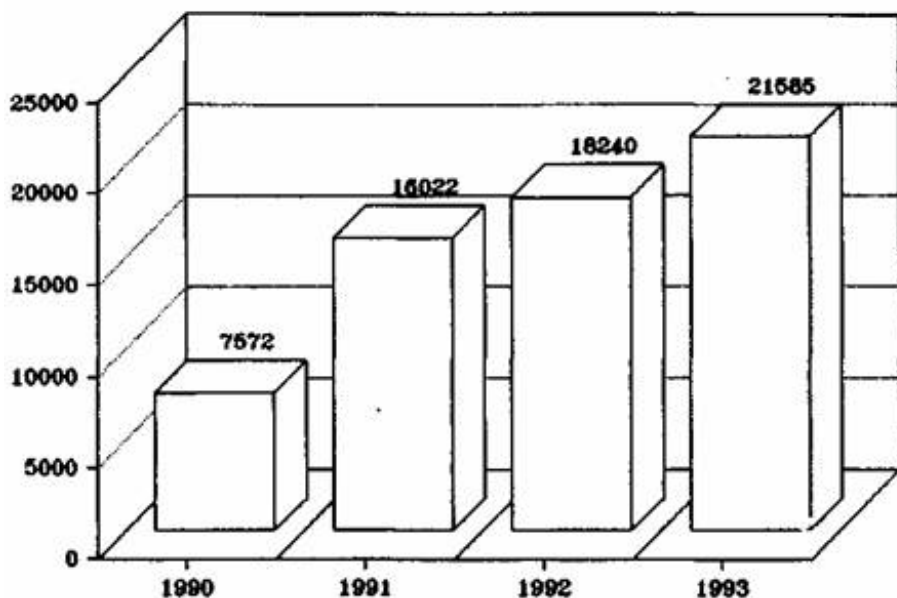
Με το σκεπτικό αυτό η σωματική υγεία του δείγματος είναι εξαρτημένη από το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο. Οι αγρότες και τα άτομα με λίγη ή καθόλου μόρφωση, είναι παθολογικότερα, ενώ και η ψυχική τους υγεία βρίσκεται σοβαρά διαταραγμένη συγκριτικά με εκείνη των ελεύθερων επαγγελματιών και ανώτερων υπαλλήλων.

ΙΤ. Φύλλο και καρκίνος Προσπαθώντας να εξηγήσουμε το εύρημα της κατά 14,25% περισσότερο, νόσησης των ανδρών αγροτών από νεοπλασίες θεωρούμε ότι η πιθανή επίδραση του φύλου και των κοινωνικοοικονομικών παραγόντων στην εκδήλωση της νεοπλασίας οφείλονται και στο ρόλο που κάθε κοινωνία αναθέτει στις γυναίκες. Στην Ελλάδα, όπως και σε πολλές άλλες χώρες, το πρότυπο της γυναίκας χαρακτηρίζεται, ιδίως στα μορφωτικά - κοινωνικά «χαμηλότερα» στρώματα, από την έντονη εκδήλωση των συναισθημάτων της, όπως το άγχος, (εξηγεί και το φαινόμενο ιατροποίησης των εμπειριών της), ενώ αντίθετα ο άνδρας θεωρείται «σωστός» όταν δεν εκδηλώνει τα συναισθήματα, συνεπώς και το άγχος.

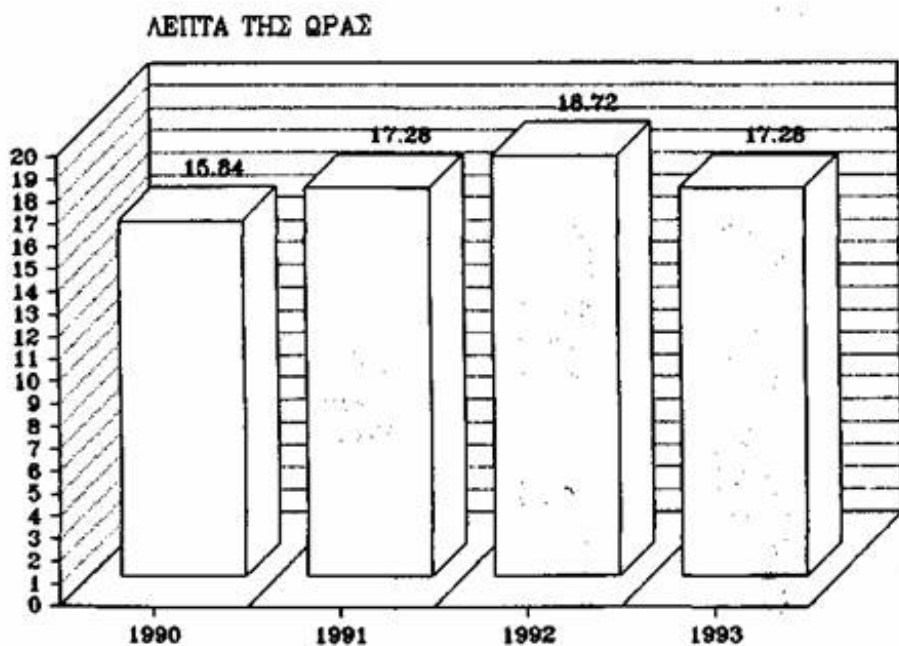
Αλλά γι' αυτό θα μιλήσουμε αναλυτικότερα παρακάτω όταν θα εξετάσουμε τις ψυχώσεις ψυχονευρώσεις που συνδέονται με την εμφάνιση του στρες κατά την ενήλικη ζωή και της τάσης να αντιδρά κανείς σ' αυτό με απελπισία και κατάθλιψη, συμπτώματα που πρέπει να θεωρούνται πιθανοί ψυχολογικοί βιωνοί νεοπλασιών. Και είναι γνωστό ότι όσο η ψυχική υγεία του ατόμου εμφανίζει έκπτωση, τόσο και το επίπεδο της σωματικής του υγείας υποβαθμίζεται.

7. Στο διάγραμμα 7 παρουσιάζεται ο μέσος όρος δαπάνης του ΟΓΑ για κάθε ασθενή που πάσχει από ψυχώσεις και ψυχονευρώσεις, όπου παρατηρούμε ότι σχεδόν τριπλασιάστηκε.

Α. Από εκτιμήσεις του ΚΕΠΕ(1979) και μελέτη εμπειρογνομόνων της ΕΟΚ (1984) προκύπτει ότι για την περίοδο 1978-1982 ναί μεν αυξήθηκαν σε απόλυτα ποσά οι δαπάνες για την ψυχική υγεία ωστόσο δεν διατέθηκαν νέοι πόροι που θα οδηγούσαν στην ανάπτυξη του τομέα.

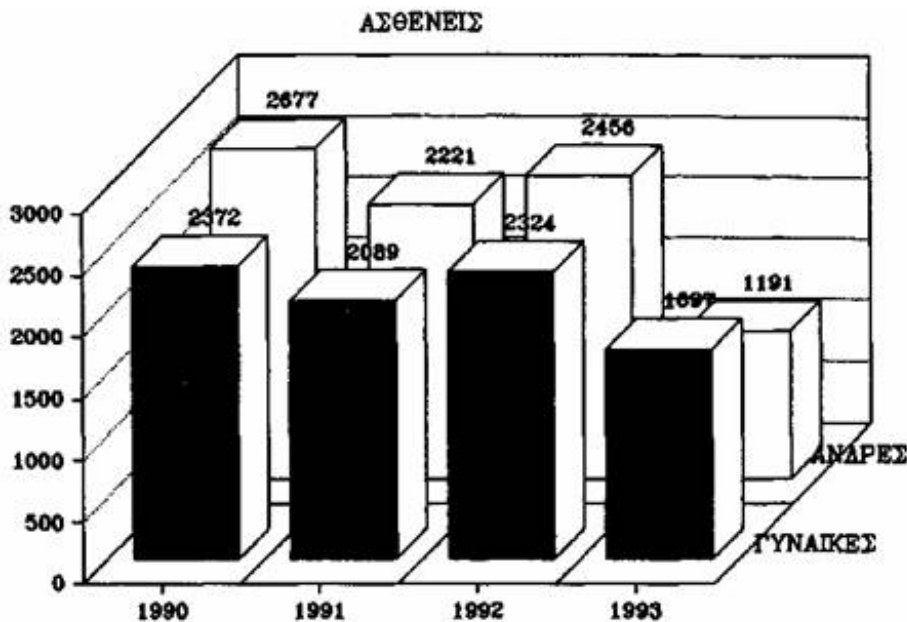


ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 7: Ο μέσος όρος δαπανών ανά έτος σε δραχ. για ψυχώσεις και ψυχωνευρώσεις.



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 8: Ο μέσος όρος νοσηλείας ανά έτος που οφείλεται σε ψυχώσεις και ψυχωνευρώσεις.





ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 9: Το σύνολο των ασθενών, ανά έτος και φύλο, από ψυχώσεις και ψυχονευρώσεις

Β. Απαιτείται αναλυτική εμπειρική έρευνα των μεγεθών και οικονομική αποτίμηση των επί μέρους αγαθών και υπηρεσιών που προσφέρονται.

Γ. Αυξήθηκε σημαντικά το υγειονομικό προσωπικό του τομέα της ψυχικής υγείας.

Δ. Πιθανόν η μεγάλη αύξηση δαπανών του ΟΓΑ να οφείλεται σε σπατάλη λόγω κακού προγραμματισμού και διοίκησης.

8. Στο διάγραμμα 8 παρουσιάζεται ο μέσος όρος ημερών νοσηλείας για κάθε ασθενή που πάσχει από ψυχώσεις και ψυχονευρώσεις, όπου διαπιστώνουμε ότι είναι σχετικά σταθερές. Η μικρή παραμονή των ασθενών στα Νοσοκομεία, κατά τη γνώμη μας δείχνει ότι:

Α. Η χωροταξική κατανομή των θεραπευτηρίων, των κρεβατιών και των γιατρών δεν ανταποκρίνεται στην αντίστοιχη πυκνότητα του πληθυσμού της χώρας. Υπάρχει δυσαναλογία, αφού το μεγαλύτερο ποσοστό τους συγκεντρώνεται στην Αθήνα Θεσσαλονίκη και το μικρότερο στην υπόλοιπη χώρα.

Β. Η παραμονή των ασθενών στα Νοσοκομεία εξαρτάται και από τη βραχεία νοσηλεία στα θεραπευτήρια της χώρας και τη μεγαλύτερη χρήση φαρμάκων.

9 α. Στο Διάγραμμα 9 παρουσιάζεται το σύνολο των ασθενών που πάσχουν από ψυχώσεις ψυχονευρώσεις χωριστά για τους άνδρες, χωριστά για τις γυναίκες. Παρατηρούμε ότι ενώ σ' αυτά τα 3 χρόνια νοσούν από βαρείες και ήπιες διαταραχές 8% περισσότεροι άνδρες, εντούτοις το 1993 έχουμε θεαματικά αντίστροφο αποτέλεσμα, όπου διαφαίνεται ότι οι γυναίκες ασθένησαν 42% περισσότερο. Το φαινόμενο της μεγαλύτερης ψυχοπαθολογίας των ανδρών οφείλεται πιθανόν στο ότι:

Α. Όπως προαναφέραμε και στις νεοπλασίες, το πρότυπο της Γυναίκας στην Ελλάδα χαρακτηρίζεται από την έντονη εκδήλωση των συναισθημάτων όπως το άγχος, ενώ αντίθετα ο άνδρας θεωρείται «σωστός» όταν δεν εκδηλώνει την ψυχική του κατάσταση.

Β. Οι γυναίκες σαν κύριοι φορείς των κοινωνικών σχέσεων ανάμεσα στις οικογένειες και εκφραστές της θρησκευτικής δραστηριότητας ενσωματώνουν τα θρησκευτικά αρχέτυπα όπως αυτό της Παναγίας, πρότυπο κατάλληλο προς μίμηση, με την έμφαση που δίνει στην αγνότητα και τη μητρότητα, που όχμιόνο συμφωνεί με τον κοινωνικό τους ρόλο αλλά τον εξυψώνει κιάλας (Dubisch 1987). Πρόκειται για το φαινόμενο ταύτισης που ονομάζεται Marianismo.

Επιπλέον, η προσπάθεια της εκκλησίας να ασκήσει περιορισμούς στη σεξουαλικότητα, ο θεσμός της εξομολόγησης και η ανάγκη να υποτάσσονται οι πιστοί στην εξουσία του ιερέα αποτελούν ίσως σημεία τριβής, που κρατούν τους άνδρες μακριά από την εκκλησία τόσο στην Ελλάδα, όσο και σε άλλα μέρη της Μεσογείου (Brandes 1980, Campbell 1962, Christian 1972, Herzfeld 1986).

9β. Παρατηρούμε όμως ότι το 1993 έχουμε θεαματικά αντίστροφο αποτέλεσμα όπου οι γυναίκες ασθένησαν σε ποσοστό 42% περισσότερο από τους άνδρες. Αυτό κατά τη γνώμη μας οφείλεται στο ότι το 1993 είχαμε εκλογές, με συνέπεια οι άνδρες να ασχολούνται με την πολιτική, πράγμα που είναι επακόλουθο της αυξημένης κοινωνικής κινητικότητας των ανδρών, ιδιαίτερα των αγροτών των οποίων κύρια πηγή ψυχαγωγίας στις μη αστικοποιημένες περιοχές είναι το καφενείο. Όσον αφορά τις γυναίκες, συμπεραίνουμε αυτή την ίδια χρονιά, ότι υπερφορτώθηκαν με ευθύνες καθημερινής φροντίδας, στερούμενες γενικά διεξόδων, όπως οι άνδρες, με αποτέλεσμα δυσμενείς επιπτώσεις στην υγεία τους, ιδιαίτερα σ' αυτή την κατηγορία πληθυσμού που ήδη βρίσκεται σε μειονεκτική θέση, από την άποψη των γενικότερων κοινωνικοπολιτιστικών συνθηκών διαβίωσης. Σε κάθε περίπτωση πάντως δεν είναι δυνατόν να εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα από μια μόνο χρονιά. - .

Συμπεράσματα · Προτάσεις Τα κύρια συμπεράσματα από αυτή την σύντομη συζήτηση για το χρονικό διάστημα 1990-1993 που εξετάζουμε είναι:

1. Η αύξηση των δαπανών του ΟΓΑ για κάθε ασθενή δεν συμβαδίζει με την ποιότητα των προσφερομένων ιατρικών υπηρεσιών.
2. Η περίθαλψη δεν είναι ουσιαστικά αναβαθμισμένη και επηρεάζεται από πολλούς κλινικούς και οργανωτικούς παράγοντες.
3. Οι γυναίκες κάνουν μεγαλύτερη χρήση των υπηρεσιών υγείας σε σχέση με τους άνδρες και εμφανίζονται να νοσούν συνολικά περισσότερο απ' τους άνδρες.
4. Αυξήθηκαν σημαντικά οι δαπάνες του ΟΓΑ για τους καρκινοπαθείς.
5. Παρατηρείται μείωση στη νοσοκομειακή περίθαλψη για τους καρκινοπαθείς γεγονός που οφείλεται μάλλον στην προτίμηση της ιδιωτικής ή οικογενειακής φροντίδας ιδίως κατά τα τελευταία στάδια της ασθένειας.
6. Οι άνδρες νοσούν περισσότερο από τις γυναίκες σε νεοπλασίες.
7. Σχεδόν τριπλασιάστηκαν οι δαπάνες του ΟΓΑ για τους πάσχοντες από ψυχολογικές διαταραχές.
8. Παρατηρήθηκε σχετικά σταθερή παραμονή των ψυχικά πασχόντων ασθενών στα θεραπευτήρια.
9. Οι άνδρες νοσούν περισσότερο από τις γυναίκες σε ψυχικές παθήσεις κατά 8,28%, εκτός του τελευταίου έτους, 1993, όπου οι γυναίκες νόσησαν περισσότερο ψυχικά σε θεαματικό ποσοστό 42% περισσότερο των ανδρών.

Η σύντομη αυτή συζήτηση κοινοποίησε τα μεγέθη των σωματικών και ψυχικών διαταραχών που μαστίζουν τον αγροτικό χώρο προσφέροντας πληροφορίες για τις ιατροκοινωνικές ανάγκες του αγροτικού πληθυσμού.

Η άνιση γεωγραφική κατανομή, η υποτονική ύπαρξη ψυχιατρικών και άλλων υπηρεσιών στην ύπαιθρο, η έλλειψη ενημέρωσης σε θέματα προληπτικής ιατρικής που άπτονται ασθενειών που μαστίζουν ειδικά τον αγροτικό χώρο (μεσογειακή αναιμία, καρκίνοι δερμάτων, καρκίνοι πνεύμονα λόγω φυτοφαρμάκων, ψυχώσεις και ψυχονευρώσεις), η κατάχρηση φαρμάκων που είναι η μόνη προσφερόμενη θεραπεία, καθώς επίσης η παραμονή των ασθενών στο σπίτι είναι φαινόμενα που οδηγούν σε συνολικότερη παθολογία οικογενειακού επιπέδου.

Αν θεωρήσουμε στόχο μας:

1. Την ύπαρξη κινήτρων για την αντικατάσταση του ηλικιακά φθίνοντος αγροτικού πληθυσμού με νεότερες γενιές αγροτών, πράξη που υποβοηθάται από τον θεσμό της Πρόσθετης Ασφάλισης του ΟΓΑ.
2. Τη συνειδητοποίηση από μεγάλη μερίδα του πληθυσμού των κοινωνικών αλλαγών που αφορούν το πιο χαμηλό οικονομικοκοινωνικό κομμάτι του συνολικού πληθυσμού (αγρότες) και τη γενικότερη ευημερία των αγροτών.
3. Την αποτροπή της διασπάθισης κρατικών πόρων και απωλειών στην παραγωγή λόγω ασθενειών του αγροτικού πληθυσμού (άμεσο και έμμεσο κόστος).
4. Τη σταδιακή ενοποίηση των ασφαλιστικών ταμείων και ποιοτικά κριτήρια στην παροχή υπηρεσιών υγείας για ισότητα στις προσφερόμενες στους πολίτες υπηρεσίες υγείας, τότε:

αναγκαία είναι πέρα από τη βελτίωση των υλικών όρων νοσηλείας, η ενημέρωση και επιμόρφωση του αγροτικού πληθυσμού από τους κατά τόπους ανταποκριτές, την Τοπική και Νομαρχιακή Αυτοδιοίκηση, και εξειδικευμένο προσωπικό, που θα αποτελείται από γιατρούς, νοσηλευτικό προσωπικό και κοινωνικούς λειτουργούς

ενημερωμένους σε ψυχιατρικά και ιατρικά θέαμα. Ο ΟΓΑ πρέπει να αποκτήσει εδώ και ιατροπαιδαγωγικό ρόλο.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ Antonovsky A, (1967): Social Class, Life Expectancy and Overall Mortality, Milbank Memorial Fund Quart, 45:3175. Armstrong B., Doll R., (1975): Environmental factors and cancer incidence and mortality in different countries, with special reference to dietary. Int. J.

Cancer, 15, 617. Bassuk, (1986), The Rest Cure: Repetition on Resolution of Victorian Women's Conflicts?, στο S.R. Suleman (ed), The Female Body in Western Culture:

Contemporary Perspectives (σ. 139151), Cambridge, Harvard University Press. Berrino F.Muti P. (1989): Mediterranean diet and cancer, Eur. J. Clin. Nutr., 43

(Suppl 2), 49. Brandes, S. (1980): Metaphors of Masculinity: Sex and Status in Andalusian

Folklore, Philadelphia, University of Pennsylvania Press. Campbell, J.K. (1962): Honour, Family and Patronage: A study of Institutions and

Moral Values in A Greek Mountain Community, Oxford: Clarendon Press. Christian, W. (1972): Person and God in a Spanish Valley, N. Υόρκη Seminar

Press. Ehrenreich, B. and J. English (1979): For Her Own Good:150 Years of Experts

Advice to Women, Garden City, N.Y. Anchor Books. FerroLuzzi A., Sette (1989): The Mediterranean diet: An attempt to define its present and past composition, Eur. J. Clin. Nutr, 43 (suppl.), 13. Frank J. (1987): U.K. and international Food Consumption Patterns (Vol I and II), Yorkshire, Food Policy Research Unit, University of Bradford. Hezzefeld, M. (1986): Within and Without: The Category of «Female» in the Ethnography of Modern Greece. Miller A. (Ed) (1989): Diet and the Aetiology of cancer, European School of Oncology Monographs, SpringerVerlag, Heidelbergf Susser M. and Watson W. (1971): Sex role socialization, Palo Alto, Alto, California: Mayfield Publishing Company. Vasiliou B., Georgas D., Vasiliou G. (1967): Measurements of variations of manifest anxiety in relation to socioeconomic and cultural determinants.

Κεφ. 2 στο σύγγραμμα του Lesse S.: An evaluation of the results of the Psychotherapies, Charles Thomas: Springfield, Illinois.

Εθνική Στατιστική Υπηρεσία Ελλάδος (1977): Έρευνα Οικογενειακών Προϋπολογισμών 1974, Αθήνα, ΕΣΥΕ.

Εθνική Στατιστική Υπηρεσία Ελλάδος (1990): Έρευνα Οικογενειακών Προϋπολογισμών 1987 8, Αθήνα, ΕΣΥΕ.

Ζάρναρη Ο. (1988): Υγεία και Ελληνική Κοινωνία, Κεφ. 7 «Τάσεις και Συνήθειες στην Καθημερινή διατροφή», Εμπειρική έρευνα, ΕΚΚΕ, ΑΘΗΝΑ.

Dubish J. (1987): Ταυτότητες και φύλο στη σύγχρονη Ελλάδα, Κεφ. 2 «Κοινωνικό φύλο, συγγένεια και θρησκεία».

Παπαχριστόπουλος Γ. και συνεργάτες (1982): Κοινωνικοοικονομική κατάσταση και επιβίωση καρκινοπαθών του μαστού, Materia Medica Greca, 10: 251254.

Υπουργείο Κοινωνικών Υπηρεσιών: Κοινωνικός Προϋπολογισμός 1977.

Φακιολάς Ν. (1988): Υγεία και Ελληνική Κοινωνία, Κεφάλ. 8, «Ασφάλιση Ασθένειας στην Ελλάδα». Εμπειρική έρευνα, ΕΚΚΕ, Αθήνα.