

ΤΕΙ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΙΣΜΩΝ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ :

ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΚΡΑΤΩΝ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΑ
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥΣ

ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ : ΕΥΜΟΡΦΙΑ – ΕΛΕΝΗ ΧΟΥΛΙΑΡΑ

ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ: ΓΙΩΡΓΟΣ ΜΑΥΡΙΔΟΓΛΟΥ

ΚΑΛΑΜΑΤΑ 2015

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα μελέτη ασχολήθηκε με το ζήτημα της ταξινόμησης κρατών ανάλογα με τα στοιχεία θνησιμότητας τους και ολοκληρώθηκε μέσα από τέσσερα κεφάλαια, όπου πιο αναλυτικά το πρώτο κεφάλαιο ασχολήθηκε με το θέμα της θνησιμότητας και τα ποσοστά που υπάρχουν στην Ελλάδα . Στη συνέχεια, το δεύτερο κεφάλαιο εστίασε στη μεθοδολογία της έρευνας κάνοντας αναφορά στα ερευνητικά ερωτήματα, τη μέθοδο συλλογής δεδομένων, ενώ έγινε αναφορά στα κράτη που επιλέχθηκαν. Το τρίτο κεφάλαιο κατάρτισε τα αποτελέσματα του ερευνητικού μέρους καταγράφοντας τα ποσοστά θνησιμότητας, παιδικής θνησιμότητας και τα ποσοστά προσδόκιμου ζωής μετά τη γέννηση. Το τέταρτο και τελευταίο κεφάλαιο εστίασε στις στατιστικές των αιτιών θανάτου. Η εργασία έκλεισε με τα συμπεράσματα.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη	σελ. 2
Εισαγωγή	σελ. 6
Κεφάλαιο 1. Θνησιμότητα	
1.1 Ορισμός θνησιμότητας	σελ. 8
1.2 Το προσδόκιμο ζωής	σελ. 9
1.3 Ποσοστά θνησιμότητας στην Ελλάδα	σελ. 13
1.4 Ποσοστά θνησιμότητας παγκοσμίως	σελ. 15
Κεφάλαιο 2. Μεθοδολογία έρευνας	
2.1 Ερευνητικά ερωτήματα	σελ. 17
2.2 Μέθοδος συλλογής δεδομένων	σελ. 18
2.3 Επιλογή Κρατών	σελ. 19
2.3.1 Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής	σελ. 20
2.3.2 Καναδάς	σελ. 20
2.3.3 Ισραήλ	σελ. 21
2.3.4 Ταϊβάν	σελ. 21
2.3.5 Χιλή	σελ. 22
2.3.6 Αυστραλία	σελ. 23
2.3.7 Νορβηγία	σελ. 24
2.3.8 Ουκρανία	σελ. 24
2.3.9 Ρωσία	σελ. 25
2.3.10 Ιαπωνία	σελ. 26
Κεφάλαιο 3. Αποτελέσματα Ερευνητικού	
3.1 Προσδόκιμο ζωής τη στιγμή της γέννησης	σελ. 27
3.2 Παιδική θνησιμότητα	σελ. 36
3.3 Ποσοστό θνησιμότητας	σελ. 42
Κεφάλαιο 4. Στατιστικές αιτιών θανάτου	
4.1 Θνησιμότητα από καρδιαγγειακές παθήσεις	σελ. 50
4.2 Θνησιμότητα απο καρκίνο	σελ. 53
4.3 Θνησιμότητα από ατυχήματα στις μεταφορές	σελ. 55
4.4 Αυτοκτονίες	σελ. 57
4.5 Ανεργία και θνησιμότητα	σελ. 62
Συμπεράσματα	σελ. 65
Βιβλιογραφία	σελ. 67

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ

Γράφημα 1 : Προσδόκιμο ζωής στη γέννηση, 1950-2009, Αυστραλία	σελ. 27
Γράφημα 2 : Προσδόκιμο ζωής στη γέννηση, 1950-2009, Καναδάς	σελ. 28
Γράφημα 3 : Προσδόκιμο ζωής στη γέννηση, 1950-2009, Χιλή	σελ. 29
Γράφημα 4 : Προσδόκιμο ζωής στη γέννηση, 1950-2009, Ισραήλ	σελ. 30
Γράφημα 5: Προσδόκιμο ζωής στη γέννηση, 1950-2009, Ιαπωνία	σελ. 31
Γράφημα 6 : Προσδόκιμο ζωής στη γέννηση, 1950-2009, Ταιβάν	σελ. 31
Γράφημα 7 : Προσδόκιμο ζωής στη γέννηση, 1950-2009, Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής	σελ. 32
Γράφημα 8 : Προσδόκιμο ζωής στη γέννηση, 1950-2009, Ρωσία	σελ. 33
Γράφημα 9 : Προσδόκιμο ζωής στη γέννηση, 1950-2009, Ουκρανία	σελ. 33
Γράφημα 10 : Προσδόκιμο ζωής στη γέννηση, 1950-2009, Νορβηγία	σελ. 34
Γράφημα 11 : Προσδόκιμο ζωής στη γέννηση, 1950-2009, σύνολο χωρών	σελ. 35
Γράφημα 12: Παιδική θνησιμότητα, 1950-1959, 0 & 1-4 έτη	σελ. 36
Γράφημα 13: Παιδική θνησιμότητα, 1960-1969, 0 & 1-4 έτη	σελ. 37
Γράφημα 14: Παιδική θνησιμότητα, 1970-1979, 0 & 1-4 έτη	σελ. 37
Γράφημα 15: Παιδική θνησιμότητα, 1980-1989, 0 & 1-4 έτη	σελ. 38
Γράφημα 16: Παιδική θνησιμότητα, 1990-1999, 0 & 1-4 έτη	σελ. 38
Γράφημα 17: Παιδική θνησιμότητα, 2000-2009, 0 & 1-4 έτη	σελ. 39
Γράφημα 18: Παιδική θνησιμότητα, 1950-2009, 0 έτος	σελ. 40
Γράφημα 19: Παιδική θνησιμότητα, 1950-2009, 1-4 έτη	σελ. 41
Γράφημα 20: Ποσοστό θνησιμότητας, 1950-1959, 5-110 ηλικίες	σελ. 42
Γράφημα 21: Ποσοστό θνησιμότητας, 1960-1969, 5-110 ηλικίες	σελ. 43
Γράφημα 22: Ποσοστό θνησιμότητας, 1970-1979, 5-110 ηλικίες	σελ. 44
Γράφημα 23: Ποσοστό θνησιμότητας, 1980-1989, 5-110 ηλικίες	σελ. 45

Γράφημα 24: Ποσοστό θνησιμότητας, 1990-1999, 5-110 ηλικίες	σελ. 46
Γράφημα 25: Ποσοστό θνησιμότητας, 2000-2009, 5-110 ηλικίες	σελ. 47
Σχήμα 4- 1 Θνησιμότητα από ισχαιμική καρδιοπάθεια, 2011 και μεταβολή μεταξύ 1990 και 2011 (ή πλησιέστερο έτος)	σελ. 52
Σχήμα 4- 2 Όλα τα ποσοστά θνησιμότητας λόγω καρκίνου, συνολικά και ανά φύλο, 2011 (ή πλησιέστερο έτος)	σελ. 54
Σχήμα 4- 3 Μεταβολή σε όλα τα ποσοστά θνησιμότητας από καρκίνο, 1990-2011 (ή πλησιέστερο έτος)	σελ. 54
Σχήμα 4- 4 Ποσοστά θνησιμότητας από ατυχήματα στις μεταφορές, το 2011 (ή πλησιέστερο έτος)	σελ. 56
Σχήμα 4- 5 Τάσεις στα ποσοστά θνησιμότητας από ατυχήματα στις μεταφορές σε επιλεγμένες χώρες του ΟΟΣΑ, 1990-2011	σελ. 56
Σχήμα 4- 6 Ποσοστά θνησιμότητας από αυτοκτονίες, 2011 (ή πλησιέστερο έτος)	σελ. 58
Σχήμα 4- 7 Τάσεις στα ποσοστά αυτοκτονιών σε επιλεγμένες χώρες του ΟΟΣΑ, 1990-2011	σελ. 58

Εισαγωγή

Ένα από τα κύρια χαρακτηριστικά του περασμένου αιώνα, ήταν η σαφής αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης, και η ανάλογη μείωση της θνησιμότητας. Στην πενταετία 1950-1955 ο μέσος όρος του προσδόκιμου επιβίωσης κατά τη γέννηση, σε παγκόσμιο επίπεδο, ήταν τα 47 έτη, ενώ την πενταετία 2000-2005 ο μέσος όρος έφτασε στα 65 έτη. Οι εκτιμήσεις για το μέλλον αναφέρουν ότι ο αντίστοιχος μέσος όρος για την περίοδο 2045-2050 θα είναι τα 75 έτη. Όπως είναι αναμενόμενο, τα ποσοστά προσδόκιμου επιβίωσης στις ανεπτυγμένες χώρες ήταν και είναι σαφώς υψηλότερα, σε σχέση με τις αναπτυσσόμενες.

Τα δεδομένα αναφορικά με τον μέσο όρο του προσδόκιμου επιβίωσης είναι δυστυχώς πολύ χαμηλότερα στις 50 πολύ λιγότερο ανεπτυγμένες χώρες, μεταξύ των οποίων εντοπίζονται οι 30 χώρες που έχουν πληγεί από την θανατηφόρα επιδημία του AIDS. Για τις χώρες αυτές ο μέσος όρος προσδόκιμου επιβίωσης κατά την γέννηση για την πενταετία 2000-2005, ήταν τα 49.1 έτη, και αναμένεται την πενταετία 2045-2050 να προσεγγίσει τα 65.4 έτη.

Χαρακτηριστικό επίσης είναι ότι οι γυναίκες εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά από τους άνδρες στο προσδοκώμενο επιβίωσης κατά τη γέννηση, σχεδόν σε όλες τις χώρες του πλανήτη, μία διαφορά που προσεγγίζει, κατά μέσο όρο, τα 7 έτη στις αναπτυγμένες χώρες και τα 3 έτη στις αναπτυσσόμενες.

Η εν λόγω προαναφερθείσα αύξηση σχετίζεται άμεσα με την παρατηρούμενη μείωση θνησιμότητας κατά τις πρώτες δεκαετίες της ζωής, όπως αυτή αποτυπώνεται στους ειδικούς δείκτες, της βρεφικής και παιδικής θνησιμότητας, καθώς και στη μείωση των θανάτων στους εφήβους και τους νεαρούς ενήλικες. Θα πρέπει να τονιστεί, ωστόσο, ότι οι ειδικοί δείκτες θνησιμότητας, σε αντίθεση με τη σημαντική βελτίωση του προσδόκιμου επιβίωσης, δεν παρουσιάζουν μεγάλη μεταβολή και συνεπώς ένα δεδομένο τμήμα του πληθυσμού θα πεθαίνει κάθε χρόνο.

Η βρεφική θνησιμότητα, ιδιαίτερα, αποτελεί έναν πολύ σημαντικό δείκτη. Το 2001 ο μέσος όρος βρεφικής θνησιμότητας, σε παγκόσμιο επίπεδο, ήταν 56 ανά 1.000 γεννήσεις ζώντων. Ωστόσο, το ποσοστό βρεφικής θνησιμότητας στις ανεπτυγμένες χώρες, όπως της Ευρώπης, είναι πολύ χαμηλότερο και σύμφωνα με εκτιμήσεις του ΠΟΥ για το 2023 θα είναι 20 ανά 1.000 γεννήσεις ζώντων, ενώ στις πολύ λιγότερο ανεπτυγμένες και αναπτυσσόμενες, όπως της Αφρικανικής Ηπείρου, το ποσοστό βρεφικής θνησιμότητας θα είναι 100 ανά 1.000 γεννήσεις.

Είναι χαρακτηριστικό ότι τα βρέφη στις αναπτυσσόμενες χώρες πεθαίνουν κυρίως από λοιμώξεις του αναπνευστικού και του γαστρεντερικού, καθώς και από ασθένειες που συνδέονται με τον υποσιτισμό, την έλλειψη καθαρού νερού και τον ανεπαρκή εμβολιασμό. Αντίθετα, στις ανεπτυγμένες χώρες τα βρέφη πεθαίνουν κυρίως από συγγενείς ανωμαλίες, ή τυχόν επιπλοκές κατά την διάρκεια του τοκετού. Φυσικά και στις ανεπτυγμένες χώρες τα λιγότερο ευνοημένα στρώματα του πληθυσμού, που βιώνουν έντονες κοινωνικές ανισότητες, εμφανίζουν αυξημένα ποσοστά βρεφικής θνησιμότητας.

Σύμφωνα με εκτιμήσεις, περισσότερο από το 92% των παιδιών που πεθαίνουν κάθε χρόνο πριν να συμπληρώσουν τα 5 έτη, προέρχονται από οικογένειες χαμηλών εισοδηματικών στρωμάτων. Επιπροσθέτως, το 90% όλων των θανάτων εντοπίζονται σε μόλις 42 χώρες εκ των οποίων οι 39 βρίσκονται στην Αφρική.

Και τα στοιχεία αναφορικά με την μητρική θνησιμότητα, έναν εξίσου σημαντικό δείκτη για την υγεία, αναδεικνύουν τις μεγάλες ανισότητες μεταξύ των ανεπτυγμένων, αναπτυσσόμενων και των πολύ λιγότερο αναπτυγμένων χωρών, καθώς το ποσοστό μητρικής θνησιμότητας το 2010 ήταν 39 για την Ευρώπη και 910 για την Αφρικανική ήπειρο.

Σκοπός της παρούσης μελέτης είναι τα ταξινομήσει δέκα χώρες με βάση τα στοιχεία της θνησιμότητάς τους. Η μεθοδολογία της εργασίας στηρίζεται στη συλλογή δευτερογενών δεδομένων, τα οποία συλλέχθηκαν μέσα από βιβλία άρθρα σε περιοδικά αλλά και μέσα από επίσημους διαδικτυακούς τόπους.

Κεφάλαιο 1. Θνησιμότητα

1.1 Ορισμός θνησιμότητας

Ο όρος θνησιμότητα δηλώνει ένα βιολογικό φαινόμενο το οποίο έχει πολλές κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις. Η μελέτη της θνησιμότητας σε μια κοινωνία είναι απαραίτητη γιατί μέσα από αυτή μπορούν να γίνουν κατανοητά πολύ σημαντικά θέματα σε σχέση με αυτήν και συγκεκριμένα σε σχέση με το επίπεδο υγείας του πληθυσμού, τη λειτουργία της υγείας, την οικονομική δεινότητα της κοινωνίας αυτής, το ευρύτερο βιοτικό επίπεδο.

Η θνησιμότητα σε συνδυασμό με την αναπαραγωγή αποτελούν τη βάση εκτίμησης του μεγέθους ενός πληθυσμού, αλλά και της εξελικτικής του πορείας (Γαλάνης και Σπάρος, 2005).

Σημαντικό στοιχείο προς έρευνα με το οποίο ασχολήθηκαν αρκετοί ερευνητές (Miettinen,1978; Rothman, and Greenland1998; Rothman,2002) ήταν η σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ της θνησιμότητας και των αριθμών της και του συνόλου του πληθυσμού σε συγκεκριμένη χρονική περίοδο, σε συγκεκριμένο χρόνο και τόπο.

Στη μελέτη του ο Veen (1998) αναφέρει ότι στις αναπτυγμένες χώρες μετά το δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο και ειδικά από το 1950 και μετά παρουσιάζονται αρκετά παράδοξα. Όπως λέει είναι αδύνατο να προβλεφθεί η θεαματική πτώση της βρεφικής θνησιμότητας, τη πτωτική τάση της θνησιμότητας των ενηλίκων, τη διερεύνηση σε επίπεδο θνησιμότητας μεταξύ των δυο φύλλων, την αύξηση της κοινωνικής ανισότητας απέναντι στον θάνατο.

Η εξέλιξη της θνησιμότητας είναι ποια δύσκολο να μελετηθεί να προβλεφθεί από τη μια η ανάπτυξη της ιατρικής και από την άλλη οι διάφορες ανίατες ασθένειες οι οποίες κατά καιρούς εμφανίζονται οδηγεί σε αδυναμία αποτελεσματικής καταμέτρησης της θνησιμότητας. Σήμερα δεν είναι εφικτό να μετρηθεί η θνησιμότητα μέσω απλών παραγόντων, αντίθετα καθίσταται απαραίτητο η μελέτη να γίνεται μέσα από τη μελέτη πολλών και διαφορετικών δεδομένων σε εξελικτική πορεία από το παρελθόν μέχρι σήμερα. Είναι αναγκαία η μελέτη της θνησιμότητας σε συνδυασμό με διάφορα αίτια θανάτου πολύ περισσότερο από την απλή μελέτη της θνησιμότητας στο σύνολο της (Gjionva, et al. 1999).

1.2 Το προσδόκιμο ζωής

Το προσδόκιμο ζωής έχει αυξηθεί σημαντικά κατά τις τελευταίες δεκαετίες σε όλες τις χώρες του ΟΟΣΑ και σε πολλές αναδυόμενες οικονομίες. Η βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης, η μείωση ορισμένων παραγόντων κινδύνου (π.χ., τα ποσοστά καπνίσματος) και η πρόοδος στον τομέα της υγείας είναι οι κυριότεροι παράγοντες που εξηγούν την αύξηση της μακροζωίας. Για πρώτη φορά στην ιστορία, το 2011, το προσδόκιμο ζωής κατά μέσο όρο στις χώρες του ΟΟΣΑ ξεπέρασε τα 80 έτη, μια αύξηση 10 ετών από το 1970. Η Ελβετία, η Ιαπωνία και η Ιταλία ηγούνται μιας μεγάλης ομάδας με πάνω από τα δύο τρίτα των χωρών του ΟΟΣΑ στην οποία το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση έχει πλέον ξεπεράσει τα 80 έτη. Μια δεύτερη ομάδα, συμπεριλαμβανομένων των ΗΠΑ, της Χιλής και χώρες της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης, έχουν ένα προσδόκιμο ζωής μεταξύ 75 και 80 ετών. Μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ, το προσδόκιμο ζωής ήταν χαμηλότερο στο Μεξικό και την Τουρκία.

Οι αναδυόμενες χώρες όπως η Βραζιλία, η Κίνα, η Ινδονησία και η Ινδία έχουν επίσης επιτύχει αύξηση στο μέσο όρο ζωής κατά τις τελευταίες δεκαετίες, με το προσδόκιμο ζωής στις χώρες αυτές να συγκλίνει προς το μέσο όρο του ΟΟΣΑ. Υπήρξε πολύ μικρότερη πρόοδος στη Νότια Αφρική (κυρίως λόγω της επιδημίας του HIV / AIDS) και της Ρωσικής Ομοσπονδίας (που οφείλεται κυρίως στον αντίκτυπο της οικονομικής μετάβασης στη δεκαετία του 1990 και την αύξηση των επικίνδυνων συμπεριφορών μεταξύ των ανδρών). Στις ΗΠΑ, η αύξηση του προσδόκιμου ζωής από το 1970 υπήρξε επίσης πολύ πιο περιορισμένη από ό,τι στις περισσότερες άλλες χώρες του ΟΟΣΑ (National Research Council and Institute of Medicine, 2013).

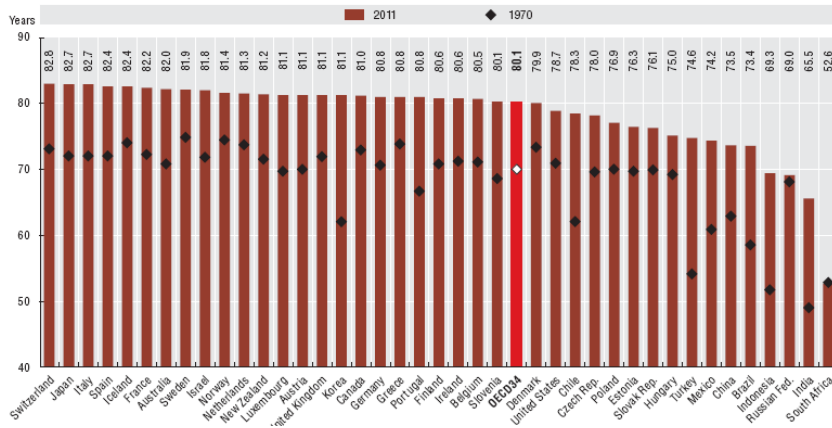
Το υψηλότερο εθνικό εισόδημα (όπως μετράται από το κατά κεφαλήν ΑΕΠ) συνδέεται γενικά με το υψηλότερο προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση, αν και η σχέση αυτή είναι λιγότερο έντονη στα υψηλότερα επίπεδα του εθνικού εισοδήματος.

Πολλοί άλλοι παράγοντες, πέρα από το εθνικό εισόδημα και τις συνολικές δαπάνες για την υγεία, επηρεάζουν το προσδόκιμο ζωής και εξηγούν τις διακυμάνσεις από χώρα σε χώρα.

Το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση μέτρα πόσο χρονικό διάστημα, κατά μέσο όρο, θα ζουν οι άνθρωποι με βάση ένα δεδομένο σύνολο ρυθμών θνησιμότητας ειδικά σε σχέση με την ηλικία. Ωστόσο, οι πραγματικοί ρυθμοί θνησιμότητας σε σχέση με την ηλικία, από οποιαδήποτε συγκεκριμένη κλάση γέννησης, δεν μπορούν να είναι γνωστοί εκ των προτέρων. Εάν πέφτουν οι ρυθμοί θνησιμότητας που

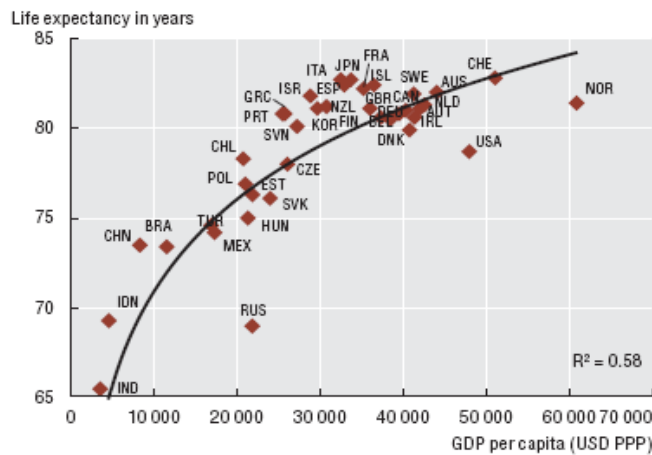
σχετίζονται ειδικά με την ηλικία (όπως έχει συμβεί κατά τη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών), η πραγματική διάρκεια ζωής θα είναι υψηλότερη από ό,τι υπολογίστηκε με βάση το προσδόκιμο ζωής και τους τρέχοντες ρυθμούς θνησιμότητας.

Προσδόκιμο ζωής κατά την γέννηση, 1970 και 2011 (ή πλησιέστερο έτος)



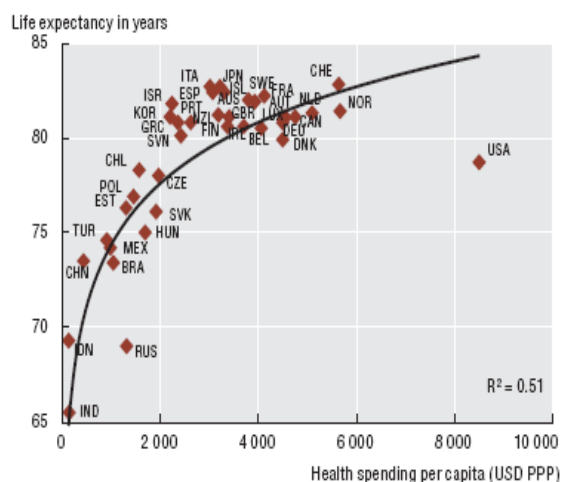
Πηγή: OECD Health Statistics 2013

Προσδόκιμο ζωής κατά την γέννηση και κατά κεφαλήν ΑΕΠ, 2011 (ή πλησιέστερο έτος)



Πηγή: OECD Health Statistics 2013

Προσδόκιμο ζωής κατά την γέννηση και κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας, 2011 (ή πλησιέστερο έτος)



Πηγή: OECD Health Statistics 2013

1.2.1 Προσδόκιμο ζωής κατά φύλο και επίπεδο εκπαίδευσης

Εξακολουθεί να υπάρχει μεγάλη διαφορά ανάμεσα στο προσδόκιμο ζωής των ανδρών και των γυναικών σε όλες τις χώρες του ΟΟΣΑ. Κατά μέσο όρο στις χώρες του ΟΟΣΑ, το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση για τις γυναίκες φτάνει τα 82,8 έτη το 2011, σε σύγκριση με τα 77,3 έτη για τους άνδρες, μία διαφορά 5,5 ετών (Σχήμα 1.2.1).

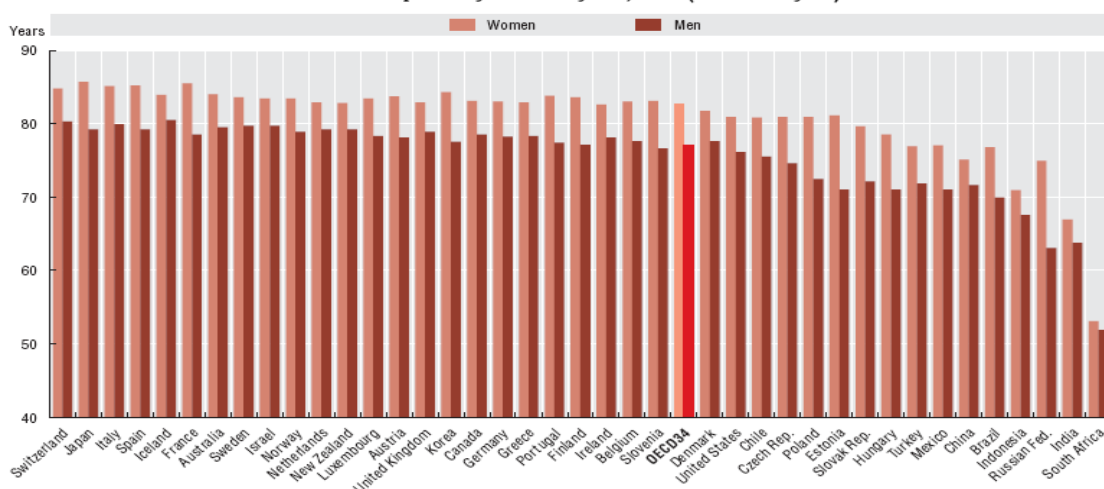
Η διαφορά μεταξύ των φύλων όσον αφορά στο προσδόκιμο ζωής αυξήθηκε σημαντικά σε πολλές χώρες του ΟΟΣΑ κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1970 και στις αρχές της δεκαετίας του 1980 για να κορυφωθεί σχεδόν στα 7 έτη στα μέσα της δεκαετίας του 1980, αλλά έχει μειωθεί κατά τα τελευταία 25 χρόνια, αντανακλώντας την άνοδο στο προσδόκιμο ζωής των ανδρών σε σχέση με των γυναικών. Αυτό μπορεί να αποδοθεί, τουλάχιστον εν μέρει, στην μείωση των διαφορών ως προς τις συμπεριφορές αυξημένου κινδύνου, όπως το κάπνισμα, η οποία συνοδεύεται από σημαντικές μειώσεις στα ποσοστά θνησιμότητας από καρδιαγγειακά νοσήματα στους άνδρες.

Το προσδόκιμο ζωής στις χώρες του ΟΟΣΑ ποικίλλει όχι μόνο ανάλογα με το φύλο, αλλά και σε σχέση με την κοινωνικο-οικονομική κατάσταση, όπως μετράται για παράδειγμα από το επίπεδο εκπαίδευσης (Σχήμα 1.2.2). Το επίπεδο της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης όχι μόνο παρέχει τα μέσα για τη βελτίωση των κοινωνικοοικονομικών συνθηκών στις οποίες οι άνθρωποι ζουν και εργάζονται, αλλά

μπορεί επίσης να προωθήσει την υιοθέτηση πιο υγιεινού τρόπου ζωής και τη διευκόλυνση της πρόσβασης στην κατάλληλη υγειονομική περίθαλψη. Κατά μέσο όρο μεταξύ 14 χωρών του ΟΟΣΑ για τις οποίες υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία, τα άτομα με υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης μπορούν να αναμένονται να ζήσουν έξι χρόνια περισσότερο από ό,τι τα άτομα με χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης στην ηλικία των 30 ετών (53 έτη έναντι 47 έτη). Αυτές οι διαφορές στο προσδόκιμο ζωής κατά επίπεδο εκπαίδευσης είναι ιδιαίτερα έντονες για τους άνδρες, με διαφορά σχεδόν τα 8 έτη κατά μέσο όρο.

Είναι ιδιαίτερα μεγάλες στις χώρες της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης (Τσεχία, Εσθονία, Ουγγαρία, Πολωνία και Σλοβενία), όπου το προσδόκιμο ζωής μεταξύ των υψηλότερων και χαμηλότερων μορφωμένων ανδρών φθάνει τα περισσότερα από δέκα έτη. Οι διαφορές στην Πορτογαλία, την Σουηδία, την Ελβετία και την Ιταλία είναι λιγότερο έντονες, αλλά όχι αμελητέες.

Προσδόκιμο ζωής κατά την γέννηση ανά φύλο, 2011 (ή πλησιέστερο έτος)



Σημείωση: Οι χώρες κατατάσσονται κατά φθίνουσα σειρά του προσδόκιμου ζωής για το σύνολο του πληθυσμού.

Πηγή: OECD Health Statistics 2013

Διαφορά στο προσδόκιμο ζωής στην ηλικία των 30 κατά φύλο και επίπεδο εκπαίδευσης, 2010 (ή πλησιέστερο έτος)



Σημείωση: Τα στοιχεία δείχνουν την διαφορά στα αναμενόμενα έτη που απομένουν σε ηλικία 30 ετών μεταξύ των ενηλίκων με το υψηλότερο επίπεδο («τριτοβάθμια εκπαίδευση») και το χαμηλότερο επίπεδο («κάτω από την ανώτερη δευτεροβάθμια εκπαίδευση») εκπαίδευσης.

Πηγή: Eurostat database complemented with national data for Austria, Netherlands and Switzerland.

1.3 Ποσοστά θνησιμότητας στην Ελλάδα

Στο διάστημα των τελευταίων 20 ετών, οι Έλληνες έχουν καταφέρει να προσθέσουν περίπου 3 χρόνια στο προσδόκιμο επιβίωσης κατά τη γέννηση ο μέσος όρος του οποίου, είναι τα 78.4 έτη. Στην κατάκτηση αυτή, οι άντρες υπερτερούν των γυναικών καθώς έχουν κερδίσει περίπου 3.4 έτη ζωής, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τις γυναίκες είναι 2.7 έτη. Το προσδόκιμο επιβίωσης λοιπόν σύμφωνα με εκτιμήσεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας το 2003, είναι τα 75.8 έτη για τους άνδρες και τα 81.1 έτη για τις γυναίκες (WHO, 2005).

Η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης κατά τη γέννηση, συνδέεται στενά με την αντίστοιχη σημαντική μείωση της βρεφικής θνησιμότητας που σημειώθηκε τις τελευταίες δεκαετίες στην Ελλάδα. Αντίστοιχη μείωση έχει παρατηρηθεί και στον δείκτη νεογνικής θνησιμότητας, ενώ και η περιγεννητική θνησιμότητα έχει μειωθεί σημαντικά. Ωστόσο, θα πρέπει να σημειωθεί ότι τόσο η βρεφική, όσο και η νεογνική θνησιμότητα στην Ελλάδα, παραμένει ελαφρώς υψηλότερη σε σχέση με τον μέσο όρο μεταξύ των χωρών της δυτικής και της κεντρικής Ευρώπης, γεγονός που καθιστά εμφανή την ανάγκη περαιτέρω βελτίωσης τόσο των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας,

όσο και των κοινωνικών και οικονομικών συνισταμένων που επηρεάζουν τα επίπεδα της νεογνικής και βρεφικής θνησιμότητας.

Η γενική θνησιμότητα από όλες τις αιτίες για το έτος 2010, ήταν 639.7 ανά 100.000 στο σύνολο του ελληνικού πληθυσμού, σύμφωνα με στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO, 2010). Τα μη μεταδιδόμενα νοσήματα ευθύνονται για το 84%, (καρδιαγγειακά, νεοπλάσματα, ασθένειες του αναπνευστικού, κ.τ.λ) όλων των θανάτων στην Ελλάδα, αναδεικνύοντας το γεγονός, ότι και στην Ελλάδα επικρατεί το φαινόμενο που χαρακτηρίζει τις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες, σύμφωνα με το οποίο τα μη μεταδιδόμενα νοσήματα αποτελούν πια τους κύριους «δολοφόνους».

Σύμφωνα με τα δεδομένα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για την Ελλάδα, συνολικά τα καρδιαγγειακά νοσήματα συμβάλλουν στο 49% όλων των θανάτων, τα νεοπλάσματα στο 25% και ένα περίπου 6% οφείλεται σε ακούσια και εκούσια ατυχήματα, ενώ μόλις το 0.6% αποδίδεται στα λοιμώδη νοσήματα, χωρίς αυτό να σημαίνει φυσικά ότι θα πρέπει να μειωθεί η προσοχή που αποδίδεται σε αυτά. Είναι χαρακτηριστικό, ότι αναφορικά με την θνησιμότητα από ατυχήματα, από το 6% το 2.9% αποδίδεται στα τροχαία ατυχήματα, γεγονός ανησυχητικό, ιδιαίτερα αν αναλογιστεί κανείς ότι ο μέσος όρος στην Ευρώπη αυτών των θανάτων είναι 1.5%.

Οι βασικοί παράγοντες κινδύνου που συνδέονται με την θνησιμότητα στην Ελλάδα, σχετίζονται άμεσα με το σύγχρονο τρόπο ζωής, τα πρότυπα διατροφής, την καπνιστική συνήθεια, την έλλειψη σωματικής δραστηριότητας, την επισφαλή σεξουαλική συμπεριφορά, την έκθεση σε επικίνδυνους εργασιακούς παράγοντες, αλλά και την επιβάρυνση του αστικού περιβάλλοντος, στο οποίο ζει η πλειοψηφία πια των Ελλήνων.

Όλοι αυτοί οι παράγοντες συνδέονται στην βιβλιογραφία με την εμφάνιση των μη μεταδιδόμενων νοσημάτων, τα οποία, όπως έχει ήδη αναφερθεί, αποτελούν τις βασικές αιτίες θανάτου στην Ελλάδα (Δαρβίρη,2007).

Τα τελευταία χρόνια στην Ελλάδα η θνησιμότητα μειώθηκε ακόμα περισσότερο. Η μείωση αποδίδεται αρχικά στην υποχώρηση της θνησιμότητας από λοιμώδη νοσήματα, νοσήματα που έπλητταν κυρίως τους νέους και ήταν ταχείας εξέλιξης. Από την άλλη διαπιστώθηκε αύξηση της θνησιμότητας από χρόνιες παθήσεις, οι οποίες χαρακτηρίζουν κυρίως τους ηλικιωμένους.

Η μείωση των μολυσματικών παθήσεων βοήθησαν στην αντιμετώπιση της βρεφικής θνησιμότητας. Σήμερα η θνησιμότητα μειώνεται ακόμα περισσότερο, αν

και όπως αναφέρθηκε παραπάνω υπάρχουν περίοδοι που διάφορες μη ελεγχόμενες και αναμενόμενες παθήσεις πλήττουν σε μεγάλο βαθμό το πληθυσμό. Σήμερα η μέση προσδοκώμενη ζωή αυξήθηκε και για τα δυο φύλα, ενώ μειώθηκαν οι θάνατοι, αυξάνοντας έτσι το όριο ζωής (Κοτζαμάνης, και Αλιμπράνη, 2008).

Οι συνθήκες θνησιμότητας στην Ελλάδα έχουν διαφοροποιηθεί. Η θνησιμότητα στην Ελλάδα έχει μειωθεί σε μεγάλο βαθμό ειδικά μετά το πόλεμο, όπου εξελικτικά το κράτος αναπτυσσόταν. Σήμερα η νοσηρότητα σχετίζεται με τον τρόπο ζωής, το άγχος, τη διατροφή.

Το θέμα είναι ότι η ανάπτυξη της ιατρικής και η χορήγηση πιο εξελιγμένων φαρμάκων έχει βοηθήσει στη βελτίωση του επιπέδου υγείας των Ελλήνων, δίνοντάς τους τη δυνατότητα να ζουν περισσότερο και ποιοτικότερα χρόνια. Στην Ελλάδα δεν έχουν γίνει πολλές μελέτες σε σχέση με τη νοσηρότητα. Στις προηγούμενες ενότητες παρατέθηκαν κάποιες (Παπαευαγγέλου και Τσίμπος,1992; Δαρδαβέζης, 2003; Γαλάνη και Σπανός,2005;Κακλαμάνης και Κοτσυφάκης,2010; Λιβιεράτος, 2010 κ.α), μέσα από τις οποίες η ερευνήτρια αποκόμισε σημαντικά συμπεράσματα σε σχέση με τον τρόπο προσέγγισης του θέματος, τις αναλύσεις και τον τρόπο παράθεσης των συμπερασμάτων, ενώ κατά την ανάπτυξη των τελικών συμπερασμάτων προέβη και σε σχετικές με το θέμα διαπιστώσεις.

1.4 Ποσοστά θνησιμότητας παγκοσμίως

Στη παρούσα ενότητα θα παρατεθούν σχετικές με το θέμα έρευνες που διεξήχθησαν σε άλλες χώρες σε σχέση με τη θνησιμότητα. Ο Pollard (1996) μελέτησε τη θνησιμότητα στην Αυστραλία για το διάστημα 1982-1992, εστιάζοντας στους λόγους της μείωσης της θνησιμότητας των ανδρών κάνοντας συσχετίσεις με την ηλικία και με τα τροχαία ατυχήματα.

Πέρα από τους άντρες και τις παραπάνω συσχετίσεις, έκανε και γενικές μετρήσεις, που αναφέρονταν στους δημογραφικούς δείκτες για τα δυο φύλα, όπως οι δείκτες κατά ηλικία θανάτου, οι ακαθάριστοι δείκτες για δεκαεπτά συνολικά ομάδες αιτιών, καθώς και τυποποιημένοι δείκτες θνησιμότητας. Η μελέτη του παρουσίασε τους Πίνακες της επιβίωσης τω ετών 1982, 1992 ενώ έκανε και μια μελλοντική πρόβλεψη για το 2002. Το αποτέλεσμα της έρευνας του εστιάζεται στη μείωση της θνησιμότητας των αντρών λόγω της μείωσης των ατυχημάτων, τις αλλαγές στη

προσδοκώμενη ζωή κατά τη γέννηση καθώς και τις διαφορές θνησιμότητας κατά αιτία στα δυο φύλα.

Ο Tickle (1996) μελέτησε τις τάσεις της θνησιμότητας στη Μεγάλη Βρετανία. Η θνησιμότητα μελετήθηκε για τη περίοδο 1982-1996 με βάση το φύλο, τη προσδοκώμενη ζωή και γέννηση. Η εξέταση για τη θνησιμότητα διαχωρίστηκε ανά φύλο. Τα συμπεράσματα της μελέτης εστιάστηκαν στη πιθανότητα θανάτου από κάποια συγκεκριμένη αιτία, στη συνεισφορά των αιτιών στη βελτίωση της προσδοκώμενης ζωής και τέλος στη θνησιμότητα κατά αιτία για τους νέους ανθρώπους.

Οι Höhn και Pollard (2001) μελετούν τη θνησιμότητα στη Γερμανία, για τη περίοδο 1978-1990 κάνοντας και ένα διαχωρισμό Ανατολικής και Δυτικής Γερμανίας. Οι συγγραφείς μελέτησαν τα δεδομένα με τη βοήθεια στατιστικού προγράμματος, το οποίο παρήγαγε πίνακες σε σχέση με τα δημογραφικά δεδομένα και συσχετίσεων μεταξύ των δημογραφικών και των αιτιών θανάτου.

Ανάλογη μελέτη έγινε από τον Mesle (2002) για τη Ρωσία εστιάζοντας από τη περίοδο που ήταν ακόμα Σοβιετική Ένωση μέχρι και το 2001. Σκοπός της μελέτης του κατέστη: «Ο σκοπός της μελέτης αυτής είναι η αναθεώρηση των χρονολογικών σειρών θνησιμότητας κατά αιτία θανάτου, εξαιτίας αλλαγών στην ταξινόμηση των αιτιών θανάτου, που προέκυψε από την αναθεώρηση στο σοβιετικό σύστημα υγείας».

Ο Guo (2003) εκδίδει μια ενδιαφέρουσα μελέτη η οποία αναφέρεται και στην Ελλάδα εστιάζοντας στη μελέτη της θνησιμότητας στην Ανατολική και δυτική Ευρώπη από το 1980 έως το 2002. Ο ερευνητής μελετά τις αλλαγές στη προσδοκώμενη ζωή και τα συσχετίζει με την ηλικία, το φύλλο και άλλες δημογραφικές μεταβλητές. Ένα από τα βασικά του συμπεράσματα ήταν ότι η Δυτική Ευρώπη έχει καλύτερο προσδόκιμο ζωής ειδικά στις μεσαίες και μεγάλες ηλικίες.

Αργότερα το 2006 οι Spijker et al (2006) μελετώντας τις περιφερειακές διαφορές στη ειδική θνησιμότητα κατά αιτία, σε έντεκα Ευρωπαϊκές χώρες τη περίοδο 2000-2005, επιλέγοντας συγκεκριμένες αιτίες θανάτου κατέληξε ότι οι βασικοί λόγοι ήταν το αλκοόλ, κάπνισμα, διατροφή ενώ διαπιστώνει ότι ο σύγχρονος τρόπος ζωής δημιουργεί αυτό το πρόβλημα οδηγώντας σε θανάτους λόγω αυτών και άλλων παρόμοιων λόγων.

Κεφάλαιο 2 Μεθοδολογία έρευνας

Η φιλοσοφία μιας έρευνας μπορεί να είναι είτε οντολογική, είτε θετικιστική, είτε ρεαλιστική. Ο θετικισμός, ο οποίος αποτελεί και τη φιλοσοφία έρευνας στην παρούσα μελέτη, είναι μια περιγραφική κατηγορία - μια κατηγορία που περιγράφει μια φιλοσοφική θέση, η οποία μπορεί να γίνει αντιληπτή στην έρευνα. Παράλληλα γίνεται μια αρκετά σαφής διάκριση μεταξύ θεωρίας και έρευνας (Κυριαζόπουλος & Σαμαντά, 2011). Ο ρόλος της έρευνας είναι να ελέγχει τις θεωρίες και να προσφέρει υλικό για την ανάπτυξη των νόμων. Η ερευνητική προσέγγιση μπορεί να είναι είτε παραγωγική είτε επαγωγική. Η παρούσα έρευνα ακολουθεί την παραγωγική ερευνητική προσέγγιση καθώς η ερευνήτρια θα μείνει αμέτοχη σε όσα θα παρατηρήσει (Κυριαζόπουλος & Σαμαντά, 2011).

2.1 Ερευνητικά ερωτήματα

Το βασικό ερευνητικό ερώτημα είναι η σύγκριση της θνησιμότητας δέκα κρατών από το 1950 έως το 2009. Η σύγκριση αυτή θα γίνει με χρήση τριών δεικτών:

- Το προσδόκιμο ζωής στην γέννηση,
- Η παιδική θνησιμότητα,
- Η πιθανότητα θνησιμότητας.

Αναλυτικά εξετάστηκαν τα εξής ερευνητικά ερωτήματα:

1. Σύγκριση του προσδόκιμου ζωής στην γέννηση στην περίοδο της έρευνας.
2. Πως εξελίσσεται η παιδική θνησιμότητα τη στιγμή της γέννησης και στις ηλικίες 1-4 ετών
3. Πως εξελίσσεται η θνησιμότητα στις ηλικίες 5-110 ετών

Το χρονικό διάστημα της έρευνας ήταν από το 1950 έως το 2009 και εξετάστηκαν δέκα διαφορετικές χώρες: Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής, Καναδάς, Ισραήλ, Ταιβάν, Χιλή, Αυστραλία, Νορβηγία, Ιαπωνία, Ουκρανία και Ρωσία.

2.2 Μέθοδος συλλογής δεδομένων

Η μέθοδος μιας έρευνας μπορεί να είναι ποσοτική ή ποιοτική. Η παρούσα έρευνα είναι ποσοτική, δεδομένου ότι θα συλλεχθούν ποσοτικά στοιχεία. Η ποσοτική έρευνα βασίζεται σε αξιόπιστες, αριθμητικές και στατιστικές μετρήσεις του συνολικού πληθυσμού.

Οι τεχνικές μιας έρευνας αφορούν στη συλλογή πρωτογενών δεδομένων και δευτερογενών. Στην συγκεκριμένη έρευνα τα στοιχεία θνησιμότητας συλλέχθηκαν από δυο πηγές :

Η πρώτη είναι η βάση δεδομένων θνησιμότητας Human MortalityDatabase που περιλαμβάνει στοιχεία θνησιμότητας και Πίνακες Επιβίωσης Εθνικών Πληθυσμών 37 κρατών. Τα δεδομένα είναι διαθέσιμα στον χρήστη στην ιστοσελίδα www.mortality.org με απλή εγγραφή στο site. Η βάση δεδομένων HMD ξεκίνησε ως project του Τμήματος Δημογραφίας Πανεπιστημίου Berkeley και του ερευνητικού Ινστιτούτου MaxPlanck.

Η δεύτερη πηγή είναι ο Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ). Η Οργανισμός καταγράφει και δημοσιοποιεί δημογραφικά στοιχεία των κρατών που ανήκουν σε αυτόν. Τα στοιχεία είναι διαθέσιμα σε έντυπες εκδόσεις καθώς και ηλεκτρονικά μέσω της ιστοσελίδας του Οργανισμού www.oecd.org.

Τα απαραίτητα για την μελέτη στοιχεία συλλέχθηκαν και εισήχθησαν σε βάση δεδομένων και από εκεί έγινε η ανάλυση τους με χρήση του στατιστικού πακέτου IBMStatistics (SPSS) v20 καθώς και του MSExcel.

2.3 Επιλογή Κρατών

Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω στην συγκεκριμένη μελέτη συγκρίνουμε στοιχεία θνησιμότητας δέκα κρατών :

- i. Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής,
- ii. Καναδάς,
- iii. Ισραήλ,
- iv. Ταιβάν,
- v. Χιλή,
- vi. Αυστραλία,
- vii. Νορβηγία,
- viii. Ουκρανία
- ix. Ρωσία
- x. Ιαπωνία

Η επιλογή των κρατών έγινε από τα 37 διαθέσιμα κράτη στην βάση www.mortality.org με κριτήρια :

1. Την γεωγραφική του θέση
2. Την οικονομική τους εξέλιξη
3. Πολιτικά γεγονότα από το 1950 έως σήμερα
4. Ιστορικά στοιχεία

Παρακάτω παρουσιάζεται συνοπτικά η ιστορία των 9 αυτών κρατών από το 1950 έως σήμερα.

2.3.1 Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής

Ο πόλεμος της Κορέας, το 1950, επρόκειτο στην ουσία για έναν πόλεμο μεταξύ μιας κομμουνιστικής κυβέρνησης, υποστηριζόμενη από την Σοβιετική Ένωση και μίας νότιας υποστηριζόμενη από τις ΗΠΑ. Πέραν του πολιτικού ανταγωνισμού, ΗΠΑ και Σοβιετική Ένωση ανταγωνίζονταν και για το διάστημα, καθώς η Σοβιετική Ένωση έστειλε ένα δορυφόρο στο διάστημα τον λεγόμενο Σπούτνικ το 1957. Οι κάτοικοι των ΗΠΑ φοβήθηκαν ότι η ΕΣΣΔ είχε πιο ανεπτυγμένη τεχνολογία και έτσι ενισχύθηκε η μελέτη μαθηματικών και φυσικής στα σχολεία και το 1969 η διαστημική αποστολή Απόλλων 11 έστειλε αστροναύτες στο φεγγάρι. Με την κατάρρευση του κομμουνισμού στη Σοβιετική Ένωση ξεκίνησε η περίοδος της παγκοσμιοποίησης. Στις ΗΠΑ το 2008 εκλέγεται ο πρώτος αфроαμερικάνος πρόεδρος, ο Μπαράκ Ομπάμα, ο οποίος εισήγαγε μεταρρυθμίσεις στα τραπεζικά θέματα και στην υγεία, προκαλώντας αντιδράσεις. Το 2013 το Ντιτρόιτ δέχτηκε την μεγαλύτερη δημοτική χρεωκοπία στην ιστορία των ΗΠΑ. Ο πληθυσμός της Αμερικής φτάνει τους 858.000.000 κατοίκους σύμφωνα με στατιστικές των Ηνωμένων Εθνών και διαιρείται σε 501 εκατομμύρια στη Βόρεια Αμερική το 2002 και 357 εκατομμύρια στη Νότια Αμερική.

2.3.2 Καναδάς

Ο Καναδάς είναι χώρα της Βόρειας Αμερικής, η δεύτερη μεγαλύτερη σε έκταση χώρα της γης. Σύμφωνα με εκτιμήσεις του 2010 ο πληθυσμός ανέρχεται στα 33.759.742 και η απογραφή του 2006 έδειξε 31.612.897 πληθυσμό. Το προσδόκιμο ζωής στο σύνολο του πληθυσμού ήταν σύμφωνα με εκτιμήσεις του 2013 τα 81,57 χρόνια (78,98 χρόνια οι άνδρες και 84,31 οι γυναίκες).

2.3.3 Ισραήλ

Το Κράτος του Ισραήλ είναι ένα μικρό, ανεπτυγμένο, κράτος της Μέσης Ανατολής. Από το 1950 νόμος προβλέπει το δικαίωμα οποιουδήποτε Εβραίου ή απογόνου Εβραίου, και του/της συζύγου αυτού/ής, να πολιτογραφηθεί Ισραηλινός πολίτης και να εγκατασταθεί στη χώρα με κρατική βοήθεια. Μόνο μεταξύ 1990-1994 ο εβραϊκός πληθυσμός της χώρας αυξήθηκε 12% λόγω της μαζικής εισροής Εβραίων μεταναστών από την πρώην Σοβιετική Ένωση.

Περίπου 304.569 Ισραηλινοί (Ιούλιος 2009) ζουν σε, κατά το Διεθνές Δίκαιο παράνομους οικισμούς στην Παλαιστινιακή Δυτική Όχθη, 192.000 στην Ανατολική Ιερουσαλήμ, και πάνω από 20.000 στο Γκολάν.

Στο δείκτη ανθρώπινης ανάπτυξης του 2007 το Ισραήλ κατατάχθηκε στην 23η θέση, ακριβώς μία θέση πάνω από την Ελλάδα. Σε ευρωπαϊκά επίπεδα βρίσκονται η γενικότερη υποδομή του κράτους, η δημόσια περίθαλψη, η εκπαίδευση, και η συγκοινωνία. Το προσδόκιμο ζωής στο σύνολο του πληθυσμού ήταν σύμφωνα με εκτιμήσεις του 2013 τα 81,17 χρόνια (78,96 χρόνια οι άνδρες και 83,49 οι γυναίκες) .

2.3.4 Ταϊβάν

Η Δημοκρατία της Κίνας γνωστή ως Ταϊβάν είναι νησιωτική χώρα της Ανατολικής Ασίας. Τη δεκαετία του 1950, κι ενώ η εμπόλεμη κατάσταση μεταξύ των εθνικιστών και των κομμουνιστών συνεχιζόταν, τα παράκτια στην Κίνα νησιά Τσιν-μεν βομβαρδίστηκαν επί μήνες από το κινεζικό πυροβολικό, χωρίς όμως να καταφέρει η Κίνα να τα προσαρτήσει.

Κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1960 και 1970, η Δημοκρατία της Κίνας διατήρησε ένα αυταρχικό καθεστώς ενώ η ταχεία οικονομική ανάπτυξη, γνωστή ως θαύμα της Ταϊβάν, ήταν το αποτέλεσμα του φορολογικού καθεστώτος, ανεξάρτητο από την ηπειρωτική Κίνα, και υποστηρίχθηκε, μεταξύ άλλων, από τις ΗΠΑ με τη ζήτηση ταϊβανικών προϊόντων και επιχορηγήσεις. Αποτέλεσμα αυτών των δράσεων ήταν η Ταϊβάν να γίνει η δεύτερη πιο ταχέως αναπτυσσόμενη οικονομία της Ασίας μετά την Ιαπωνία.

Μετά το θάνατο του Τσιαν Κάι-Σεκ το 1975, πρόεδρος έγινε ο γιος του Τσιαν Τσιν-Κούου, ο οποίος ξεκίνησε μεταρρυθμίσεις. Η διαδικασία εκδημοκρατισμού και ο εκλογικός νόμος του 1996 οδήγησαν στις πρώτες άμεσες προεδρικές εκλογές με καθολική συμμετοχή όλων των ενήλικων πολιτών. Ο πρώτος εκλεγμένος από το λαό πρόεδρος αλλά και γεννημένος στην Ταϊβάν, Λι Τεν-Χουί, ξεκίνησε τον εκδημοκρατισμό της χώρας. Στις προεδρικές εκλογές του 2008 ο υποψήφιος του κόμματος Κουομιντάν (KMT) της αντιπολίτευσης Μα Ιν-Τζιόου, που τάχθηκε υπέρ μιας προσέγγισης με το Πεκίνο και υπέρ οικονομικών μεταρρυθμίσεων, αναδείχθηκε νικητής των εκλογών. Στις 14 Ιανουαρίου 2012 διεξήχθησαν προεδρικές εκλογές και επανεξελέγη πρόεδρος με ποσοστό 51,60% ο Μα Ιν-Τζιόου.

Το προσδόκιμο ζωής στο σύνολο του πληθυσμού ήταν σύμφωνα με εκτιμήσεις του 2013 τα 79,71 χρόνια (76,58 χρόνια οι άνδρες και 83,06 οι γυναίκες). Στις 30 Νοεμβρίου 2013 ο γυναικείος πληθυσμός ξεπέρασε, για πρώτη φορά στα τελευταία 100 χρόνια, τον ανδρικό (11.684.133 γυναίκες και 11.683.187 άνδρες).

2.3.5 Χιλή

Η Χιλή είναι χώρα της Νότιας Αμερικής που καταλαμβάνει στενή παραλιακή λωρίδα μεταξύ των Άνδεων και του Ειρηνικού Ωκεανού. Την περίοδο 1932-1952 κατά την περίοδο της κυριαρχίας του Ριζοσπαστικού Κόμματος, αυξήθηκε ο κρατικός έλεγχος στην οικονομία. Το 1952, οι εκλογές έδωσαν την εξουσία στον Ιμπάνιες ντελ Κάμπο για επιπλέον έξι έτη, ενώ το 1958 ο διάδοχός του Χόρχε Αλεσάντρι, επανέφερε, με δημοκρατικές διαδικασίες, συντηρητικές αξίες στο προσκήνιο. Το 1964 η προεδρική εκλογή του χριστιανοδημοκράτη Εδουάρδο Φρέι Μοντάλβα με απόλυτη πλειοψηφία ήταν η αρχή για μία περίοδο σημαντικών κοινωνικών και πολιτικών αναθεωρήσεων.

Σύμφωνα με την απογραφή του 2002, ο πληθυσμός της Χιλής ανέρχονταν σε 15.116.435 κατοίκους. Ο ρυθμός της πληθυσμιακής αύξησης έχει μειωθεί από το 1990, λόγω της ελάττωσης του ρυθμού των γεννήσεων. Με βάση τις δημογραφικές

τάσεις, ο πληθυσμός της χώρας εκτιμάται ότι θα ανέρχεται περίπου στους 20,2 εκατ. κατοίκους το 2050. Σχεδόν το 85% του πληθυσμού ζει σε αστικές περιοχές, με το 40% να συγκεντρώνεται στην ευρύτερη μητροπολιτική περιοχή του Σαντιάγο. Σύμφωνα με την απογραφή του 2002, τα μεγαλύτερα αστικά κέντρα είναι το ευρύτερο Σαντιάγο με 5.4 εκατ. κατοίκους, η μητροπολιτική περιοχή του *Βαλπαράϊσο* με 804.000 πληθυσμό και η μητροπολιτική περιοχή της *Κονσεπσιόν* με 666.000 κατοίκους.

Στο μέλλον προβλέπεται γήρανση του πληθυσμού καθώς ήδη έχει αυξηθεί ο μέσος όρος ηλικιωμένων. Η μείωση του ποσοστού των νέων θα οφείλεται και στην άνοδο του προσδόκιμου ζωής με 74,8 έτη στους άντρες και 80,8 έτη γυναίκες, αλλά και στην μείωση του αριθμού παιδιών ανά γυναίκα.

2.3.6 Αυστραλία

Οι ιθαγενείς κάτοικοι της Αυστραλίας ανήκουν στην αυστραλιανή φυλή που θεωρείται αυτόχθον και υπάρχει μόνο εκεί. Σήμερα, ελάχιστοι κάτοικοι ανήκουν σ' αυτήν τη φυλή (το 2001 υπήρχαν 366.436). Σύμφωνα με την απογραφή του 2011, στην Αυστραλία κατοικούν 21.507.717 άτομα. Αν εξαιρεθούν οι αυτόχθονες Αβορίγινες οι υπόλοιποι κάτοικοι είναι μετανάστες άποικοι και οι απόγονοι τους, που ανήκουν φυλετικά κυρίως σε διάφορους πληθυσμούς της Ευρώπης. Οι Βρετανοί, οι Ιταλοί, οι Γερμανοί και οι Έλληνες είναι από τις κυριότερες εθνότητες Ευρωπαίων πολιτών της Αυστραλίας. Οι Έλληνες καθώς και οι ελληνικής καταγωγής Αυστραλοί είναι επίσημα περίπου 600.000 (109.988 γεννημένοι στην Ελλάδα και 565.147 γεννημένοι στην Αυστραλία), σύμφωνα με την απογραφή του 2006. Άλλες σημαντικές πληθυσμιακά εθνότητες της Αυστραλίας είναι οι Κινέζοι, οι Ινδοί καθώς και άλλοι λαοί της Ασίας. Σύμφωνα με εκτιμήσεις για το 2013, το προσδόκιμο ζωής στους άνδρες είναι 79,55 χρόνια, στις γυναίκες 84,54 χρόνια και στο σύνολο του πληθυσμού τα 81,98 χρόνια.

2.3.7 Νορβηγία

Το 1949 η Νορβηγία εγκατέλειψε την αρχή της ουδετερότητας και προσχώρησε στο ΝΑΤΟ. Την περίοδο αυτή υπήρξε τεράστια οικονομική ανάπτυξη, κυρίως χάρη στην ανακάλυψη πετρελαίου και φυσικού αερίου, ενώ παράλληλα δημιουργήθηκε ένα εκτεταμένο κράτος κοινωνικής πρόνοιας. Η χώρα μέχρι και σήμερα παραμένει έξω από την Ευρωπαϊκή Ένωση, όπως αποφασίστηκε με δημοψηφίσματα το 1972 και το 1994.

Έπειτα από τις βουλευτικές εκλογές του 2013, πρωθυπουργός ανέλαβε η Έρνα Σόλμπεργκ. Η Κεντροδεξιά πέτυχε νίκη στις εκλογές. Η Νορβηγική οικονομία είναι μία ιδιαίτερα επιτυχημένη μορφή μεικτής οικονομίας με το κράτος να ελέγχει κάποιους ζωτικούς τομείς. Η οικονομική ανάπτυξη της χώρας κορυφώθηκε το 2000 με ποσοστό ανάπτυξης 2.7%, σε σχέση με το 0.8% του 1999 και το 1.3% του 2001. Τη χρονιά εκείνη (2000) η κυβέρνηση της χώρας προχώρησε σε μερική ιδιωτικοποίηση της κρατικής εταιρίας πετρελαίου (Στατόιλ) διατηρώντας το 67% των μετοχών της εταιρίας που διαχειρίζεται το Υπουργείο Πετρελαίου και Ενέργειας της χώρας

Ο πληθυσμός της Νορβηγίας είναι περίπου 4,67 εκατομμύρια και αυξάνεται 0,33% το χρόνο (εκτ. Ιούλιος 2010). Η πλειοψηφία των κατοίκων είναι Νορβηγικής καταγωγής, ενώ στο βόρειο μέρος της χώρας υπάρχει και πληθυσμός Λαπώνων. Τα τελευταία χρόνια υπήρξε έντονη μετανάστευση προς τη χώρα, κυρίως Σουηδών, Δανών, Βιετναμέζων και Πακιστανών. Έτσι, το ποσοστό των μεταναστών στη χώρα φθάνει το 7.3% (2003).

2.3.8 Ουκρανία

Η Ουκρανία έγινε ανεξάρτητη μετά τη διάλυση της Σοβιετικής Ένωσης το 1991. Τότε άρχισε μια περίοδος μετάβασης στην οικονομία της αγοράς κατά την οποία η Ουκρανία βίωσε οκταετή ύφεση. Στα πρώτα χρόνια της δεκαετίας του 2000 η οικονομία σημείωσε πρόοδο, με κύριο δείκτη την αύξηση του ΑΕΠ. Με την παγκόσμια οικονομική κρίση του 2008 όμως, η Ουκρανία υπέστη πλήγμα και η

οικονομία της βυθίστηκε. Το ΑΕΠ μειώθηκε κατά 20% από την άνοιξη του 2008 έως την άνοιξη του 2009, και μόνο στη συνέχεια σταθεροποιήθηκε.

Σύμφωνα με εκτιμήσεις του 2013, ο πληθυσμός της χώρας είναι 44.573.205 κάτοικοι. Το προσδόκιμο ζωής για το 2013 στο σύνολο του πληθυσμού είναι 68,93 χρόνια (63,41 χρόνια οι άνδρες και 74,8 οι γυναίκες) .

2.3.9 Ρωσία

Τα πρώτα κράτη που δημιουργηθούν στη Ρωσία είχαν σοσιαλιστικές κυβερνήσεις, ενώ στην ουσία ήταν κράτη-δορυφόροι της Μόσχας, το λεγόμενο Ανατολικό Μπλοκ. Από το 1985 και μετά, ο τελευταίος ηγέτης της Σοβιετικής Ένωσης, Μιχαήλ Γκορμπατσόφ, προσπάθησε να θεσπίσει φιλελεύθερες μεταρρυθμίσεις στο σοβιετικό σύστημα, με την εισαγωγή πολιτικών διαφάνειας και αναδιάρθρωσης, σε μια προσπάθεια να τερματιστεί η περίοδος της οικονομικής στασιμότητας και για να εκδημοκρατιστεί η κυβέρνηση. Αυτό, ωστόσο, οδήγησε στην άνοδο ισχυρών εθνικιστικών και αυτονομιστικών κινημάτων. Πριν από το 1991, η σοβιετική οικονομία ήταν η δεύτερη μεγαλύτερη στον κόσμο, όμως κατά τη διάρκεια των τελευταίων ετών είχε πληγεί από ελλείψεις αγαθών στα καταστήματα, από μεγάλα ελλείμματα στον προϋπολογισμό και από την εκρηκτική αύξηση της προσφοράς χρήματος, που οδήγησε σε πληθωρισμό.

Σύμφωνα με την απογραφή του 2002, η Ρωσία είχε συνολικό πληθυσμό 145.166.731 κατοίκων, από τους οποίους 106.003.702 στις τέσσερις ευρωπαϊκές ομοσπονδιακές περιοχές και 39.129.729 στις τρεις ασιατικές ομοσπονδιακές περιοχές. Την 1η Ιανουαρίου του 2008 ο πληθυσμός της Ρωσίας μειώθηκε σε 142.008.838, σύμφωνα με τη ρωσική Στατιστική Υπηρεσία. Σύμφωνα με εκτιμήσεις την 1 Ιανουαρίου του 2012, ο πληθυσμός ήταν 143.030.106 κάτοικοι. Οι περισσότεροι Ρώσοι προέρχονται από την Ανατολική Σλαβική οικογένεια λαών, για την προέλευση των οποίων λίγα στοιχεία είναι γνωστά .

2.3.10 Ιαπωνία

Η Ιαπωνία είναι χώρα της Ανατολικής Ασίας. Είναι γνωστή επίσης ως Χώρα του Ανατέλλοντος Ηλίου. Εκτείνεται σε μεγάλο μέρος του Ιαπωνικού Αρχιπελάγους, στον βορειοδυτικό Ειρηνικό ωκεανό και κατά μήκος των ακτών της Ρωσίας και της Κορέας, από τις οποίες χωρίζεται από τη Θάλασσα της Ιαπωνίας. Αποτελείται από τέσσερα μεγάλα νησιά, Χοκκάιντο, Σικόκου, Κιούσου και Χονσού, τα οποία συνοδεύονται επίσης από χιλιάδες μικρότερα, τα περισσότερα από αυτά είναι ορεινά και ηφαιστειακά. Έχει πληθυσμό 128.057.352 κατοίκους και συνολική έκταση 377.835 τ.χμλ .

Το 1936 η Ιαπωνία υπέγραψε το σύμφωνο Αντι-Κομμιντέρν με τη ναζιστική Γερμανία και το 1940, με το Τριμερές Σύμφωνο, έγινε μία από τις Δυνάμεις του Άξονα .Το 1940, η Αυτοκρατορία της Ιαπωνίαςστη συνέχεια εισέβαλε στην Γαλλική Ινδοκίνα, μετά την οποία οι Ηνωμένες Πολιτείες άσκησαν εμπάργκο πετρελαίου στην Ιαπωνία. Τις 7 Δεκεμβρίου 1941, η Ιαπωνία επιτέθηκε στην ναυτική βάση των ΗΠΑ στο Περλ Χάρμπορ και κήρυξε τον πόλεμο, φέρνοντας τις ΗΠΑ στον Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο. Μετά τη σοβιετική εισβολή στη Μαντζουρία και τη ρίψη ατομικών βομβών σε Χιροσίμα και Ναγκασάκι το 1945, η Ιαπωνία συμφώνησε σε άνευ όρων παράδοση στις 15 Αυγούστου. Ο πόλεμος στοίχισε στην Ιαπωνία και στην υπόλοιπη Σφαίρα Συν-Ευημερίας της Ευρύτερης Ανατολικής Ασίας εκατομμύρια ζωές και άφησε ένα μεγάλο μέρος της βιομηχανίας και των υποδομών της χώρας κατεστραμμένο. Το 1947, η Ιαπωνία υιοθέτησε νέο σύνταγμα, τονίζοντας φιλελεύθερες δημοκρατικές πρακτικές. Η συμμαχική κατοχή έληξε με τη Συνθήκη του Σαν Φρανσίσκο το 1952 και η Ιαπωνία εντάχθηκε στα Ηνωμένα Έθνη το 1956.

Η Ιαπωνία είναι μια από τις ισχυρότερες βιομηχανικές χώρες και μαζί με άλλες αποτελούν σήμερα μια ισχυρή βιομηχανική και εμπορική ζώνη που ανταγωνίζονται τις Η.Π.Α και την Ευρώπη. Είναι η τρίτη μεγαλύτερη οικονομία στον κόσμο σε ονομαστικό ΑΕΠ και η τέταρτη μεγαλύτερη σε αγοραστική δύναμη. Επίσης, είναι ο τέταρτος μεγαλύτερος εξαγωγέας στον κόσμο και ο τέταρτος μεγαλύτερος εισαγωγέας. Η μεγάλη οικονομική ανάπτυξη της Ιαπωνίας συντελέστηκε σε πολύ μικρό χρονικό διάστημα και υστέρη από σημαντικές καταστροφές που είχαν συμβεί στη χώρα κατά τη διάρκεια του Β΄ παγκοσμίου πολέμου, γεγονός που αποτέλεσε το ιαπωνικό θαύμα.

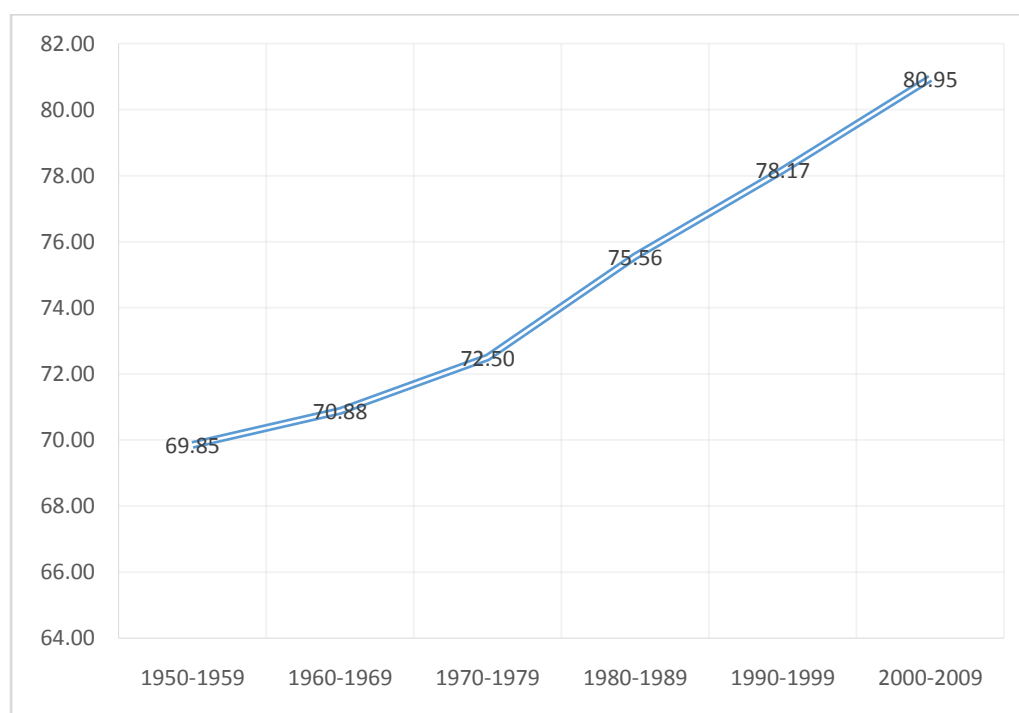
Κεφάλαιο 3. Αποτελέσματα Ερευνητικού

3.1 Προσδόκιμο ζωής τη στιγμή της γέννησης

Σε αυτή την ενότητα εξετάζεται το προσδόκιμο ζωής τη στιγμή της γέννησης από το 1950 έως το 2009 για δέκα διαφορετικές χώρες: Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής, Καναδάς, Ισραήλ, Ταϊβάν, Χιλή, Αυστραλία, Νορβηγία, Ιαπωνία, Ουκρανία και Ρωσία.

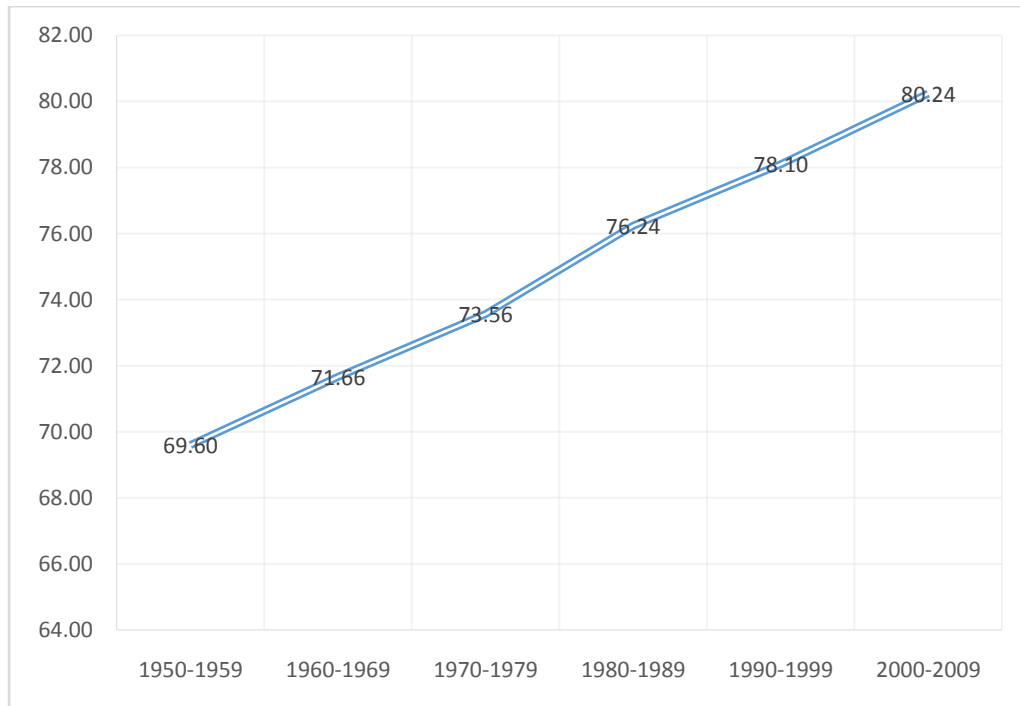
Παρακάτω παραθέτονται αρχικά για κάθε χώρα ξεχωριστά η εξέλιξη του προσδόκιμου ζωής ανά δεκαετία. Στο παράρτημα παραθέτεται πίνακας με τις τιμές του προσδόκιμου ζωής ανά χώρα και ανά δεκαετία.

Σύμφωνα με το γράφημα 1 παρατηρείται ραγδαία αύξηση του προσδόκιμου ζωής από τα 69,85 έτη στη δεκαετία του 1950-1959 σε 80,95 έτη στη δεκαετία του 2000-2009 για τη χώρα της Αυστραλίας.



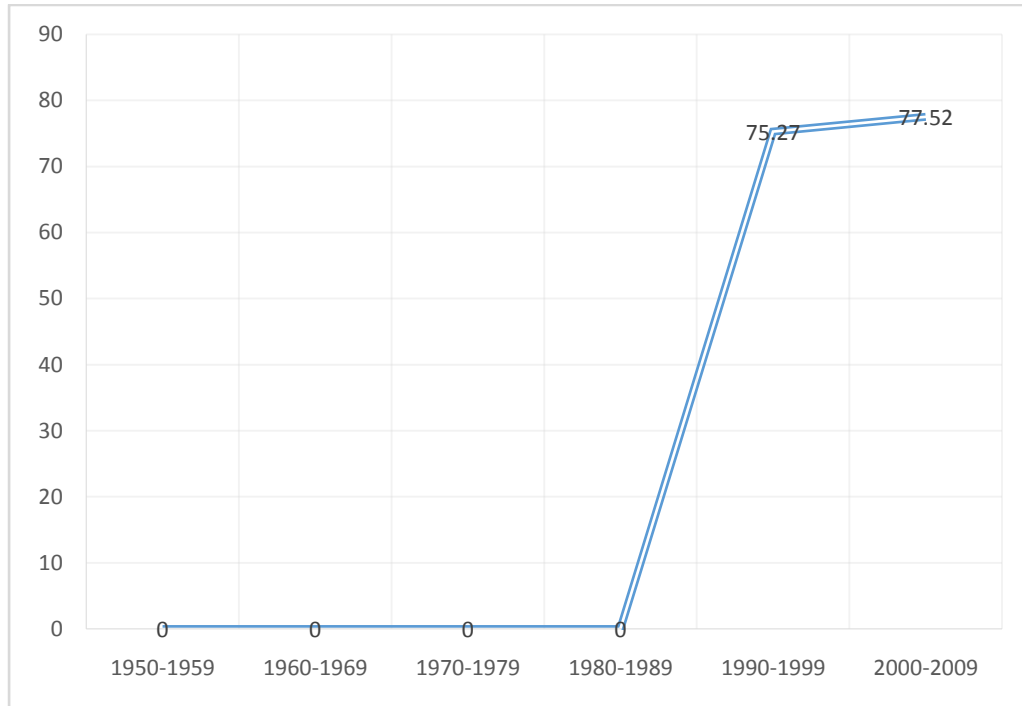
Γράφημα 1 : Προσδόκιμο ζωής στη γέννηση, 1950-2009, Αυστραλία

Σύμφωνα με το γράφημα 2 παρατηρούμε ραγδαία αύξηση του προσδόκιμου ζωής από τα 69,60 έτη στη δεκαετία του 1950-1959 σε 80,24 έτη στη δεκαετία του 2000-2009 για τη χώρα του Καναδά.



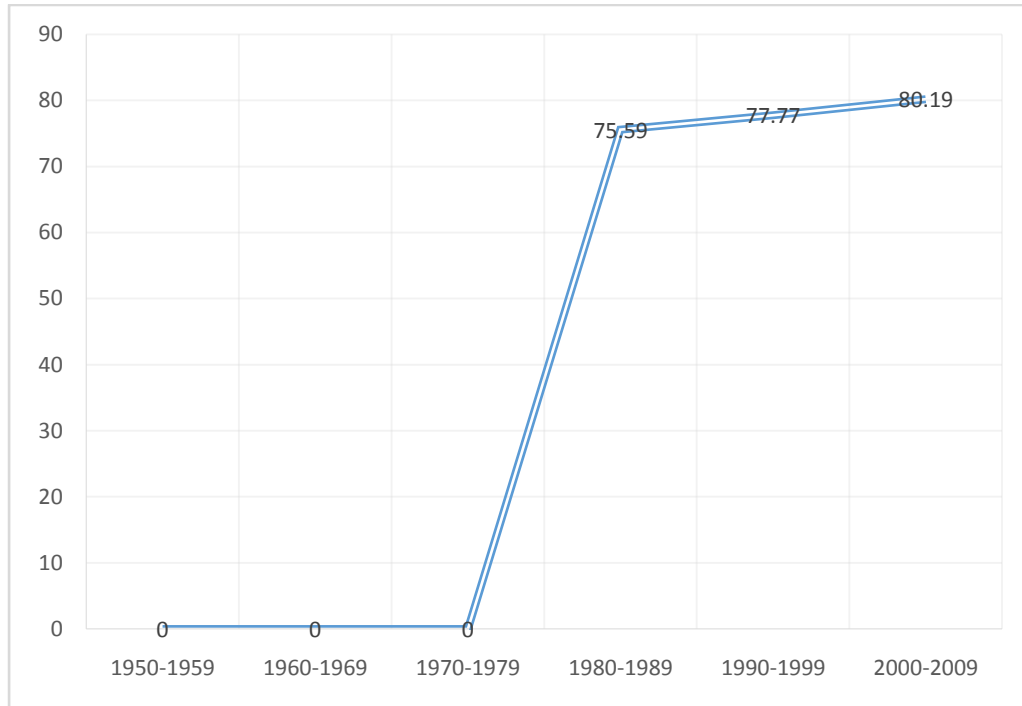
Γράφημα 2 : Προσδόκιμο ζωής στη γέννηση, 1950-2009, Καναδάς

Σύμφωνα με το γράφημα 3 παρατηρούμε αύξηση του προσδόκιμου ζωής από τα 75,27 έτη στη δεκαετία του 1990-1999 σε 77,52 έτη στη δεκαετία του 2000-2009 για τη χώρα της Χιλής. Για τις προηγούμενες δεκαετίες δεν υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία.



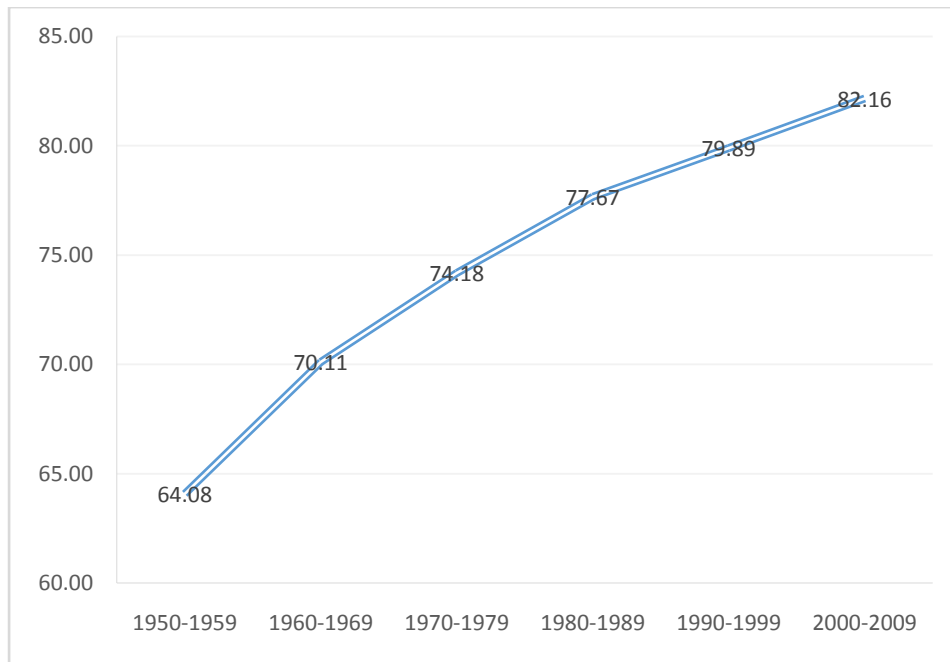
Γράφημα 3 : Προσδόκιμο ζωής στη γέννηση, 1950-2009, Χιλή

Σύμφωνα με το γράφημα 4 παρατηρούμε αύξηση του προσδόκιμου ζωής από τα 75,59 έτη στη δεκαετία του 1980-1989 σε 80,19 έτη στη δεκαετία του 2000-2009 για τη χώρα του Ισραήλ.



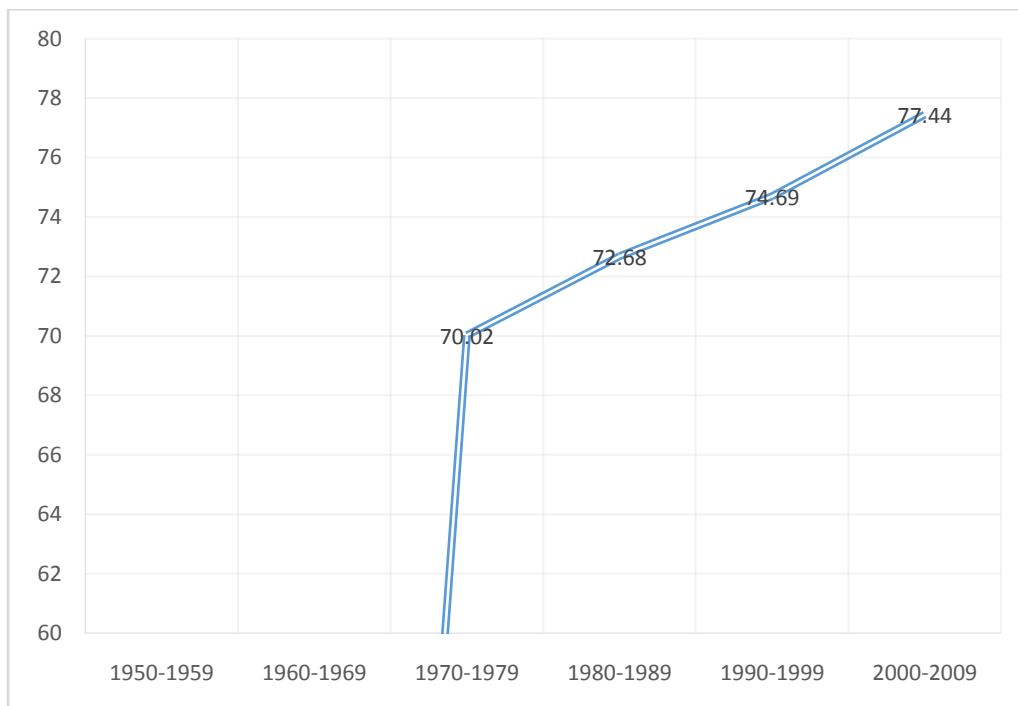
Γράφημα 4 : Προσδόκιμο ζωής στη γέννηση, 1950-2009, Ισραήλ

Σύμφωνα με το γράφημα 5 παρατηρούμε ραγδαία αύξηση του προσδόκιμου ζωής από τα 64,08 έτη στη δεκαετία του 1950-1959 σε 82,16 έτη στη δεκαετία του 2000-2009 για τη χώρα της Ιαπωνίας.



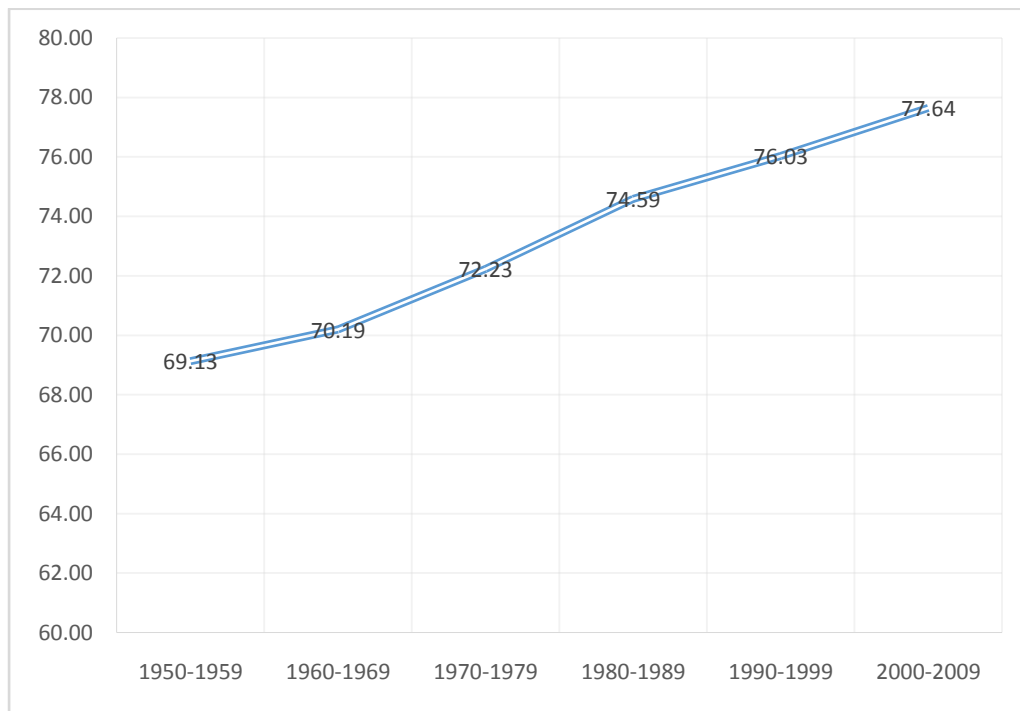
Γράφημα 5: Προσδόκιμο ζωής στη γέννηση, 1950-2009, Ιαπωνία

Σύμφωνα με το γράφημα 6 παρατηρούμε ραγδαία αύξηση του προσδόκιμου ζωής από τα 70,02 έτη στη δεκαετία του 1970-1979 σε 77,44 έτη στη δεκαετία του 2000-2009 για τη χώρα της Ταϊβάν.



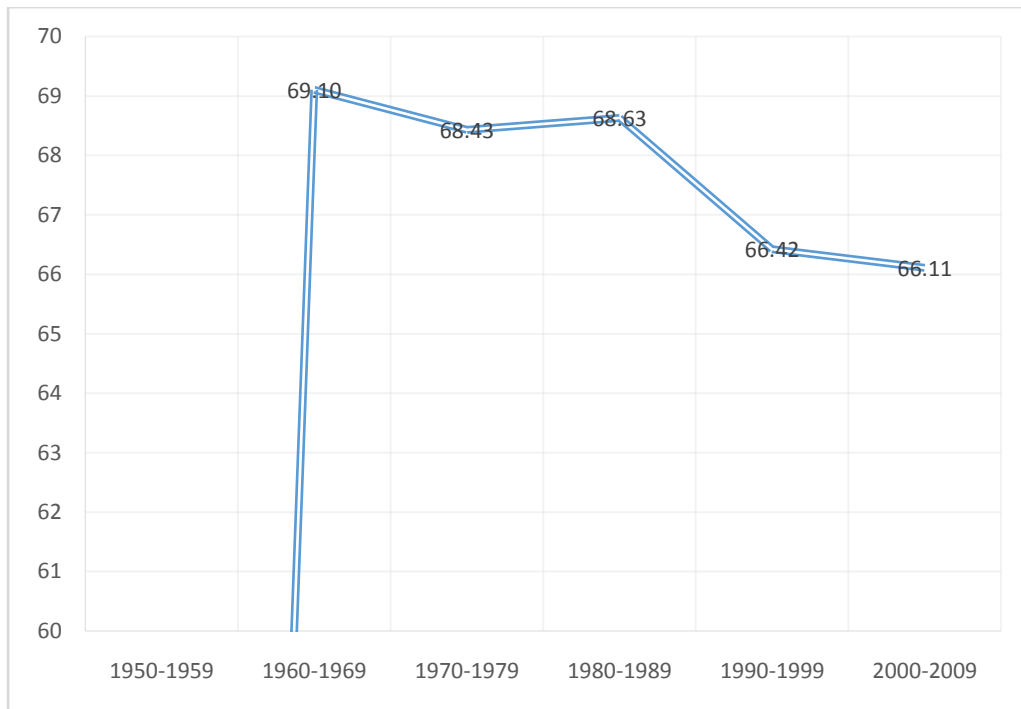
Γράφημα 6 : Προσδόκιμο ζωής στη γέννηση, 1950-2009, Ταϊβάν

Σύμφωνα με το γράφημα 7 παρατηρούμε μεγάλη αύξηση του προσδόκιμου ζωής από τα 69,13 έτη στη δεκαετία του 1950-1959 σε 77,64 έτη στη δεκαετία του 2000-2009 για τη χώρα των Ηνωμένων Πολιτειών της Αμερικής.



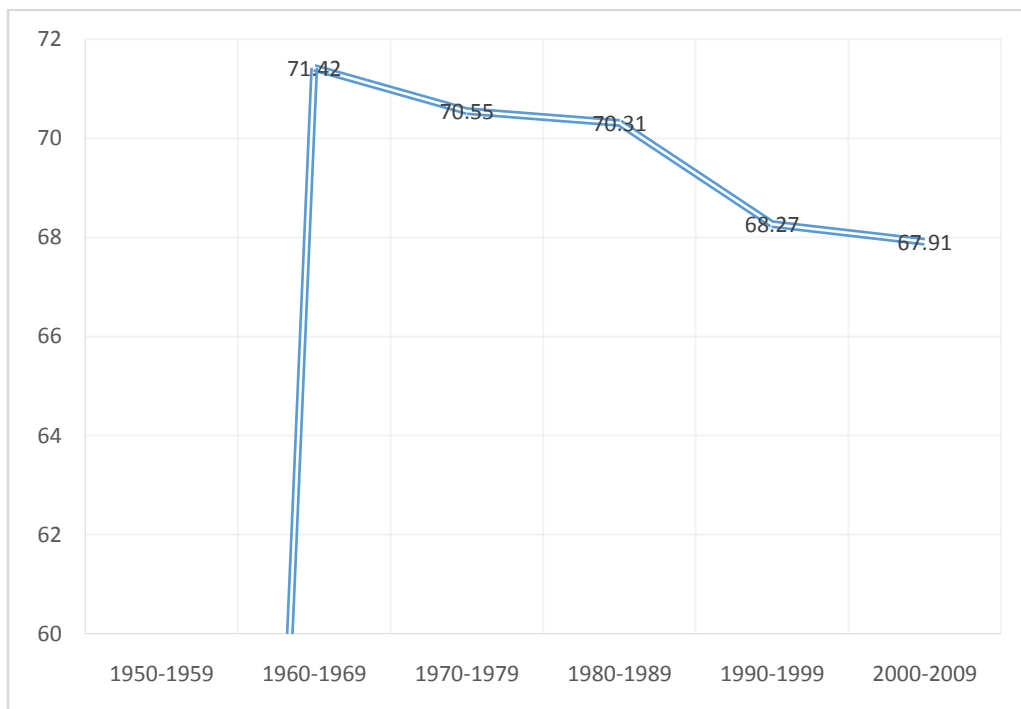
Γράφημα 7 : Προσδόκιμο ζωής στη γέννηση, 1950-2009, Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής

Σύμφωνα με το γράφημα 8 παρατηρούμε μείωση του προσδόκιμου ζωής από τα 69,10 έτη στη δεκαετία του 1960-1969 σε 66,1 έτη στη δεκαετία του 2000-2009 για τη χώρα της Ρωσίας.



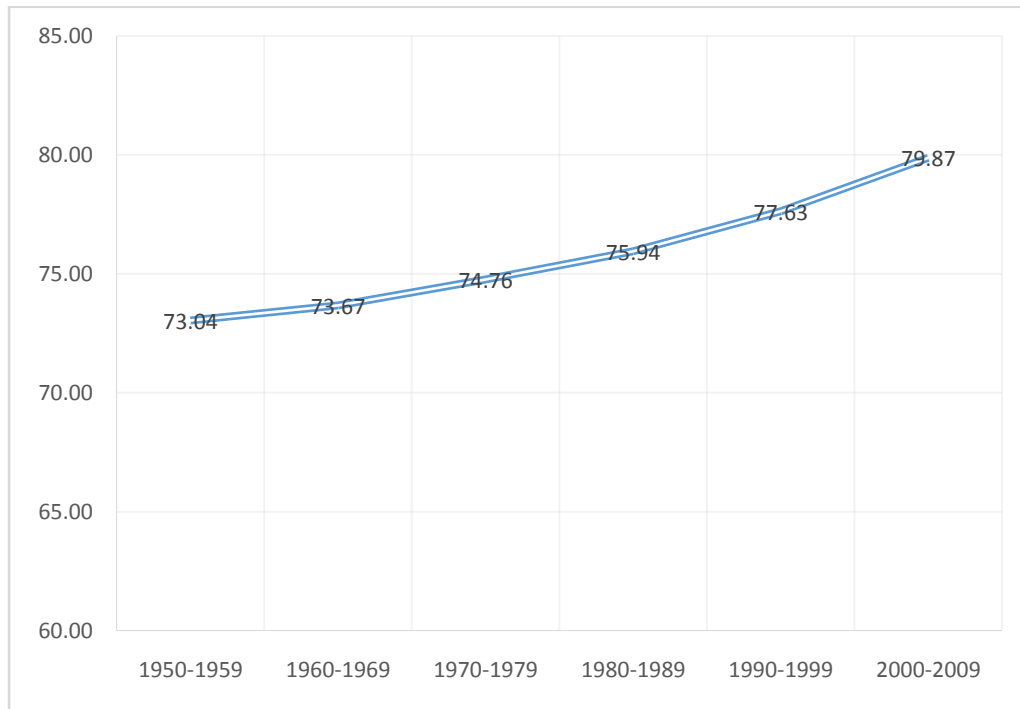
Γράφημα 8 : Προσδόκιμο ζωής στη γέννηση, 1950-2009, Ρωσία

Σύμφωνα με το γράφημα 9 παρατηρούμε μείωση του προσδόκιμου ζωής από τα 71,42 έτη στη δεκαετία του 1960-1969 σε 67,91 έτη στη δεκαετία του 2000-2009 για τη χώρα της Ουκρανίας.



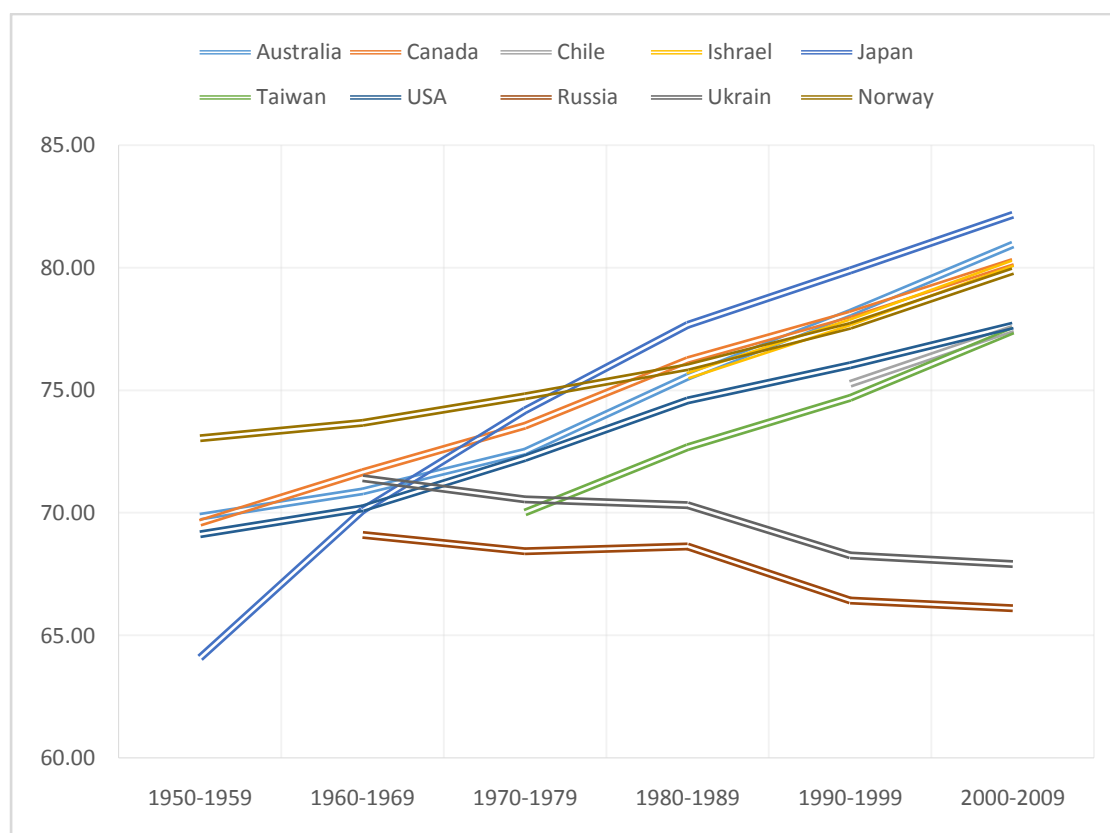
Γράφημα 9 : Προσδόκιμο ζωής στη γέννηση, 1950-2009, Ουκρανία

Σύμφωνα με το γράφημα 10 παρατηρούμε αύξηση του προσδόκιμου ζωής από τα 73,04 έτη στη δεκαετία του 1950-1959 σε 79,87 έτη στη δεκαετία του 2000-2009 για τη χώρα της Νορβηγίας.



Γράφημα 10 : Προσδόκιμο ζωής στη γέννηση, 1950-2009, Νορβηγία

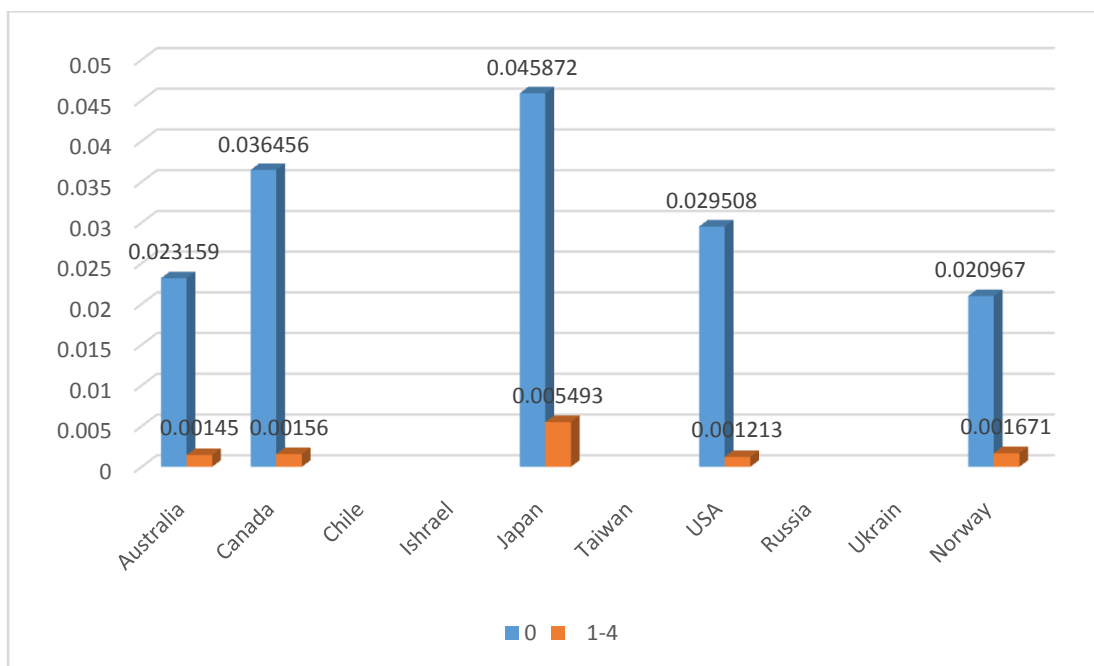
Σύμφωνα με το γράφημα 11 παρατηρούμε ραγδαία αύξηση του προσδόκιμου ζωής για τις χώρες όπως η Αυστραλία, η Ιαπωνία, ο Καναδάς, η Ταϊβάν. Οι Ηνωμένες πολιτείες της Αμερικής παρουσιάζουν σημαντική αύξηση ενώ το ίδιο ισχύει και για την Νορβηγία. Για την Νορβηγία η έλλειψη τόσο μεγάλης αύξησης σε σχέση με τις άλλες χώρες οφείλεται κυρίως στο ότι το προσδόκιμο ζωής ήταν αρκετά υψηλό από παλιά ενώ στις υπόλοιπες χώρες εξαιρετικά χαμηλό. Επίσης η Χιλή και το Ισραήλ παρουσιάζουν και αυτά αύξηση σύμφωνα με τα διαθέσιμα στοιχεία ανάλογη των υπόλοιπων χωρών. Οι χώρες που παρουσιάζουν μείωση είναι η Ουκρανία και η Ρωσία.



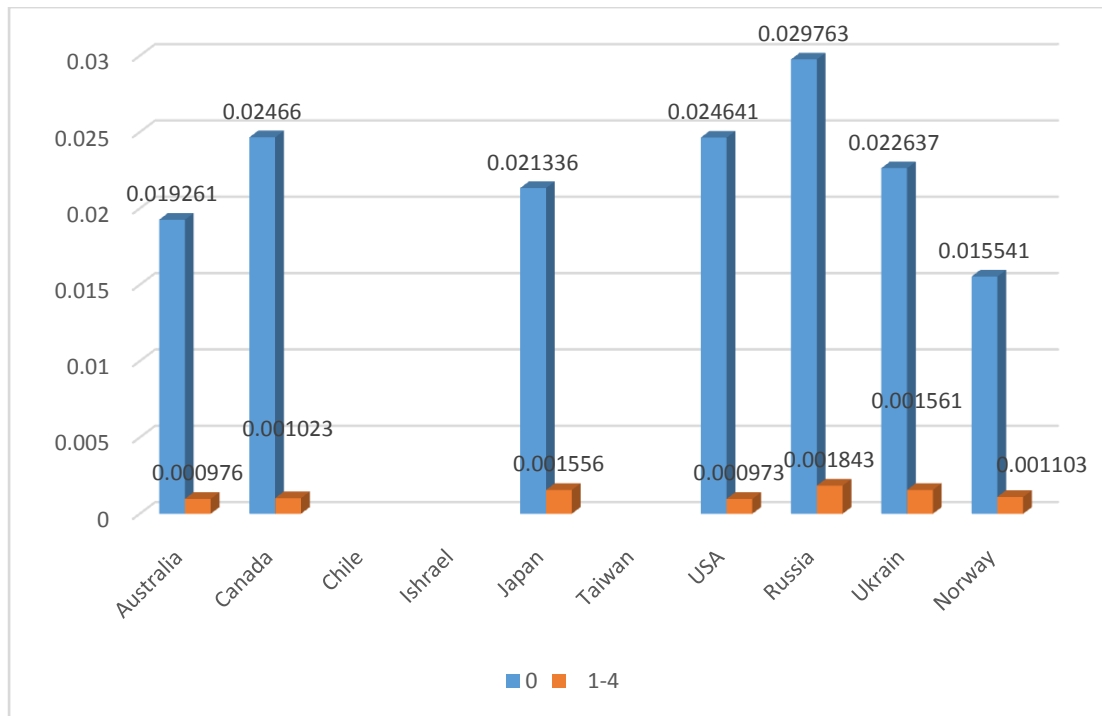
Γράφημα 11 : Προσδόκιμο ζωής στη γέννηση, 1950-2009, σύνολο χωρών

3.2 Παιδική θνησιμότητα

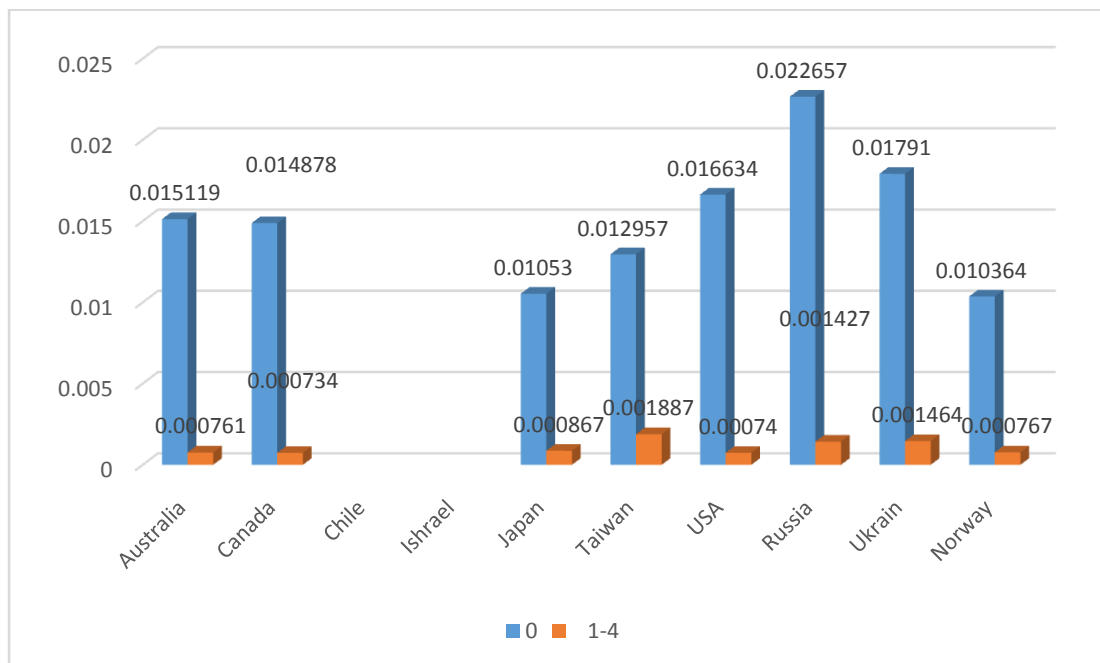
Σε αυτήν την ενότητα εξετάζεται η παιδική θνησιμότητα τη στιγμή της γέννησης και στις ηλικίες 1-4 ετών από 1950 έως το 2009 για δέκα διαφορετικές χώρες: Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής, Καναδάς, Ισραήλ, Ταϊβάν, Χιλή, Αυστραλία, Νορβηγία, Ιαπωνία, Ουκρανία και Ρωσία.



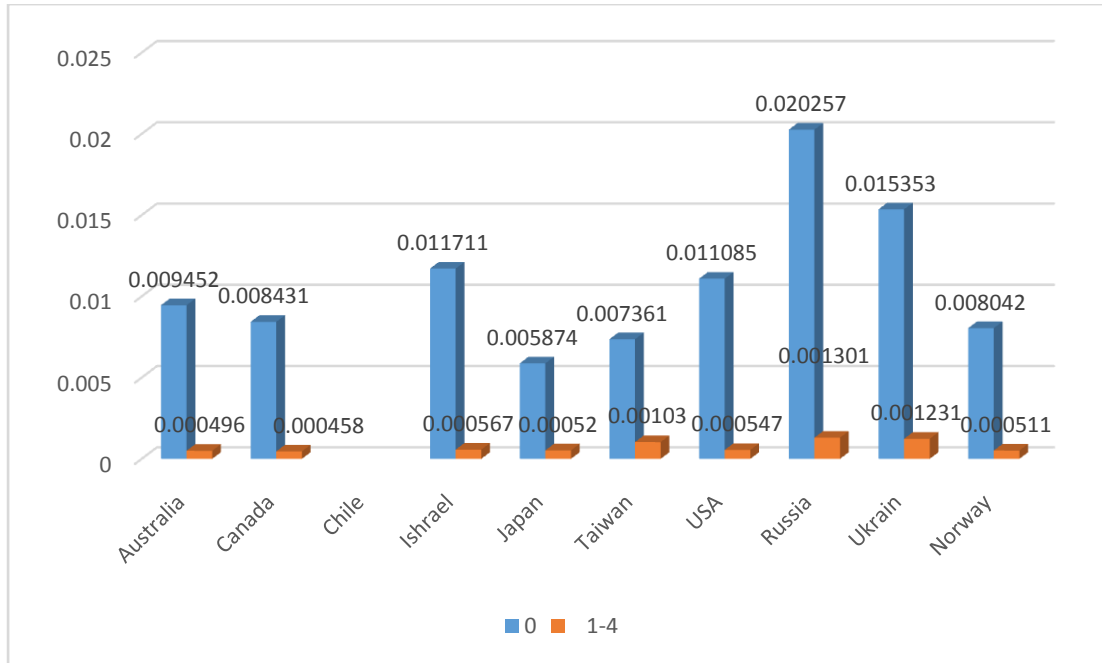
Γράφημα 12: Παιδική θνησιμότητα, 1950-1959, 0 & 1-4 έτη



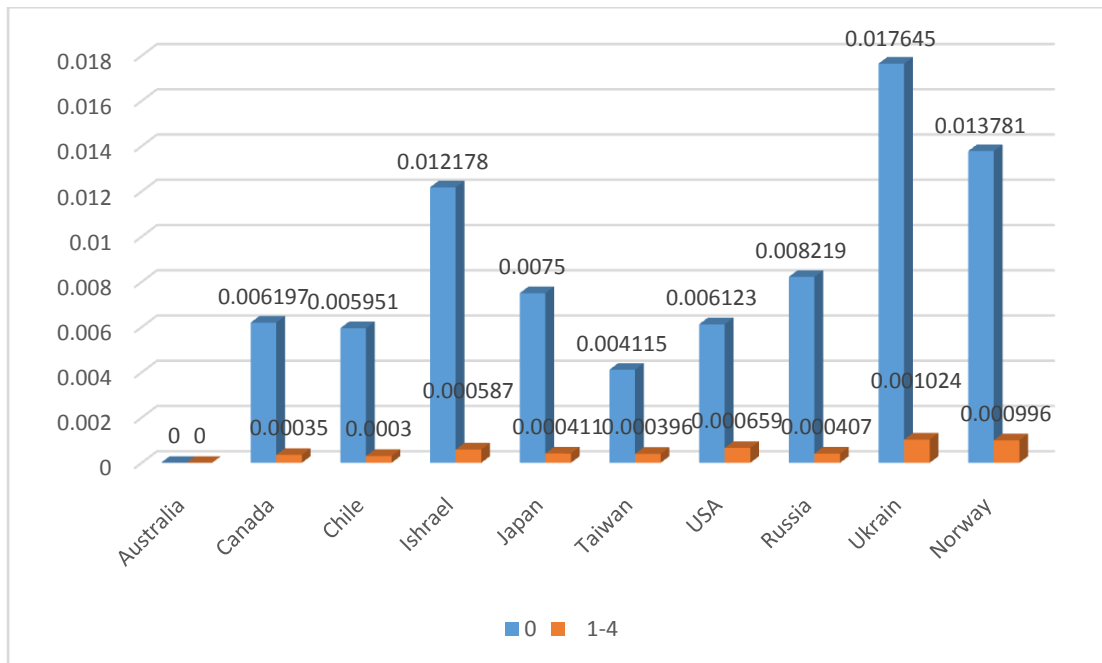
Γράφημα 13: Παιδική θνησιμότητα, 1960-1969, 0 & 1-4 έτη



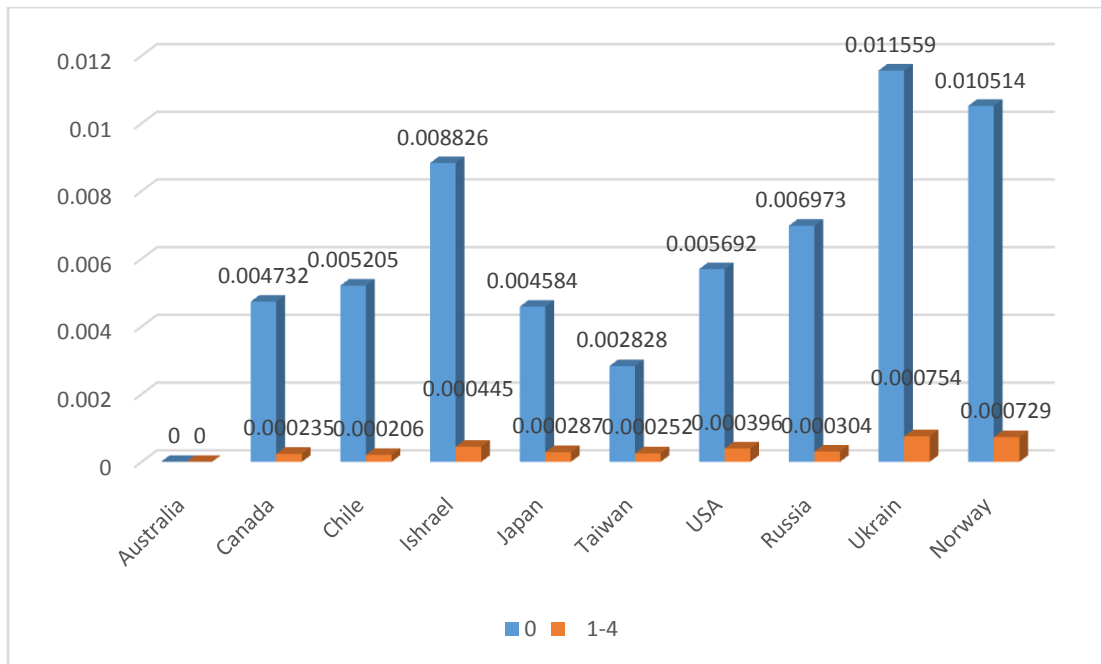
Γράφημα 14: Παιδική θνησιμότητα, 1970-1979, 0 & 1-4 έτη



Γράφημα 15: Παιδική θνησιμότητα, 1980-1989, 0 & 1-4 έτη

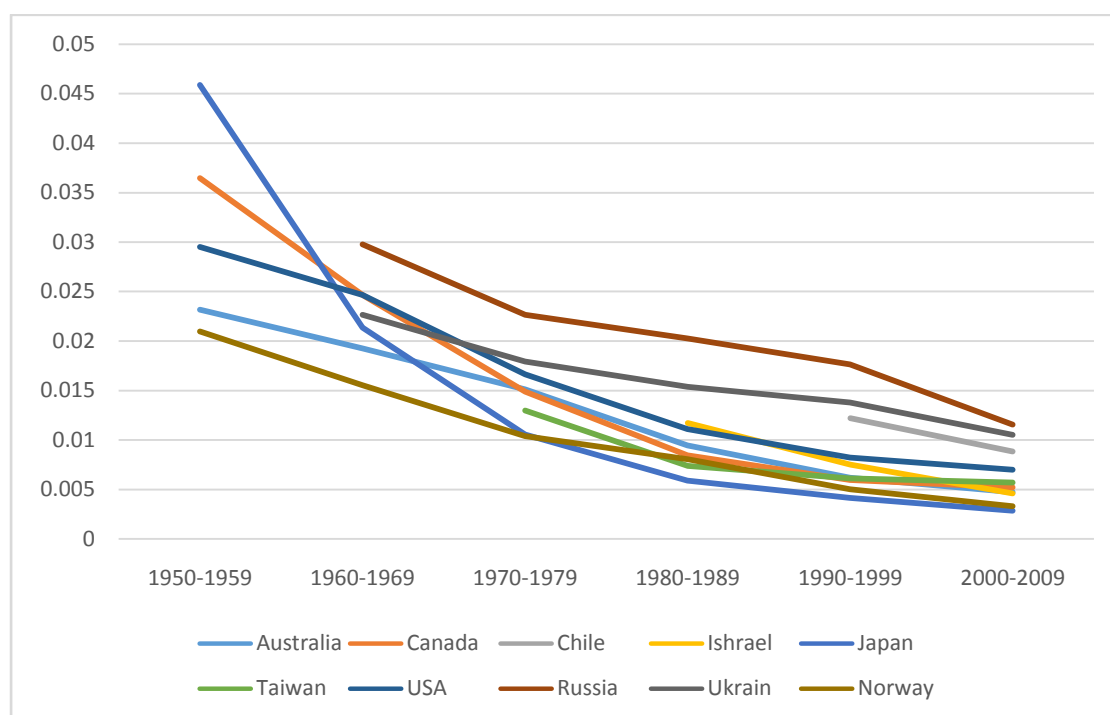


Γράφημα 16: Παιδική θνησιμότητα, 1990-1999, 0 & 1-4 έτη



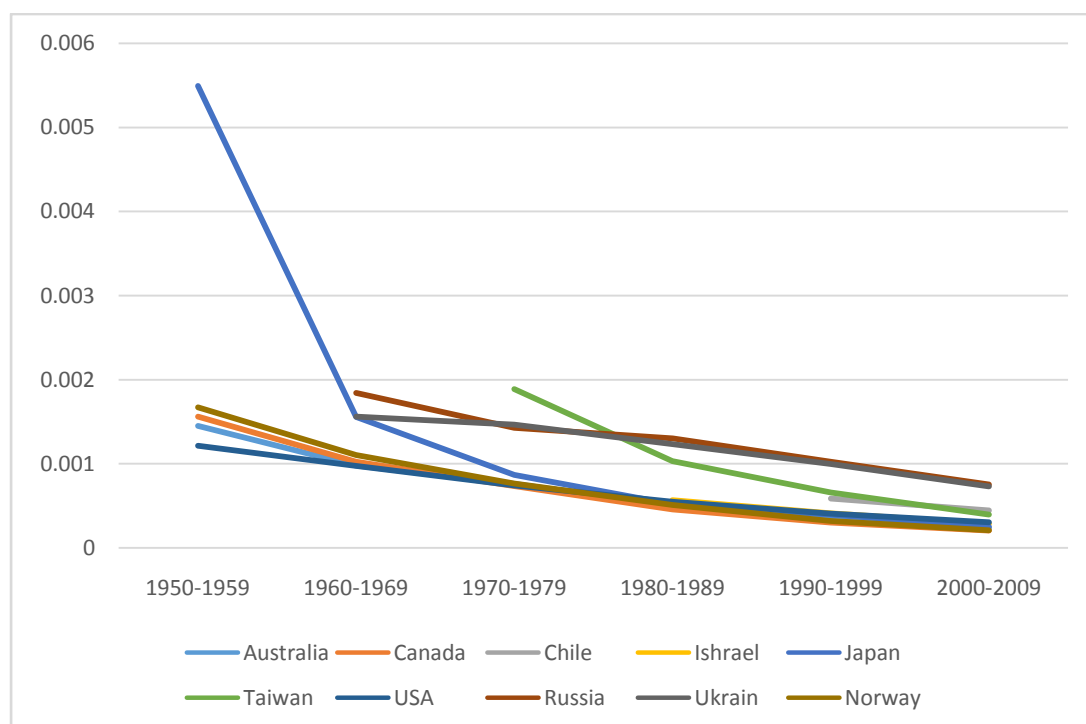
Γράφημα 17: Παιδική θνησιμότητα, 2000-2009, 0 & 1-4 έτη

Σύμφωνα με το γράφημα 18 παρατηρείται πτωτική πορεία για την παιδική θνησιμότητα στην ηλικία 0 και στις δέκα χώρες. Η Ρωσία έχει τα υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας για όλο το χρονικό διάστημα 1960-2009. Η Νορβηγία έχει το χαμηλότερο ποσοστό θνησιμότητας για το διάστημα 1950 -2009 με την εξαίρεση του χρονικού διαστήματος 1970-2009 όπου η Ιαπωνία την ξεπερνάει. Μάλιστα η Ιαπωνία έχει τη μεγαλύτερη βελτίωση έναντι των άλλων χωρών για το χρονικό διάστημα 1950-2009.



Γράφημα 18: Παιδική θνησιμότητα, 1950-2009, 0 έτος

Σύμφωνα με το γράφημα 19 παρατηρείται πτωτική πορεία για την παιδική θνησιμότητα στις ηλικίες 1-4 και στις δέκα χώρες. Η Ρωσία έχει τα υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας για όλο το χρονικό διάστημα 1960-2009 εκτός από την περίοδο 1970-1970 όπου η Ταϊβάν παρουσιάζει υψηλότερα ποσοστά. Η Νορβηγία έχει το χαμηλότερο ποσοστό θνησιμότητας για το διάστημα 1950 -2009 με την εξαίρεση του χρονικού διαστήματος 1950-1959 όπου η Αμερική την ξεπερνάει. Μάλιστα η Ιαπωνία έχει την μεγαλύτερη βελτίωση έναντι των άλλων χωρών για το χρονικό διάστημα 1950-2009.

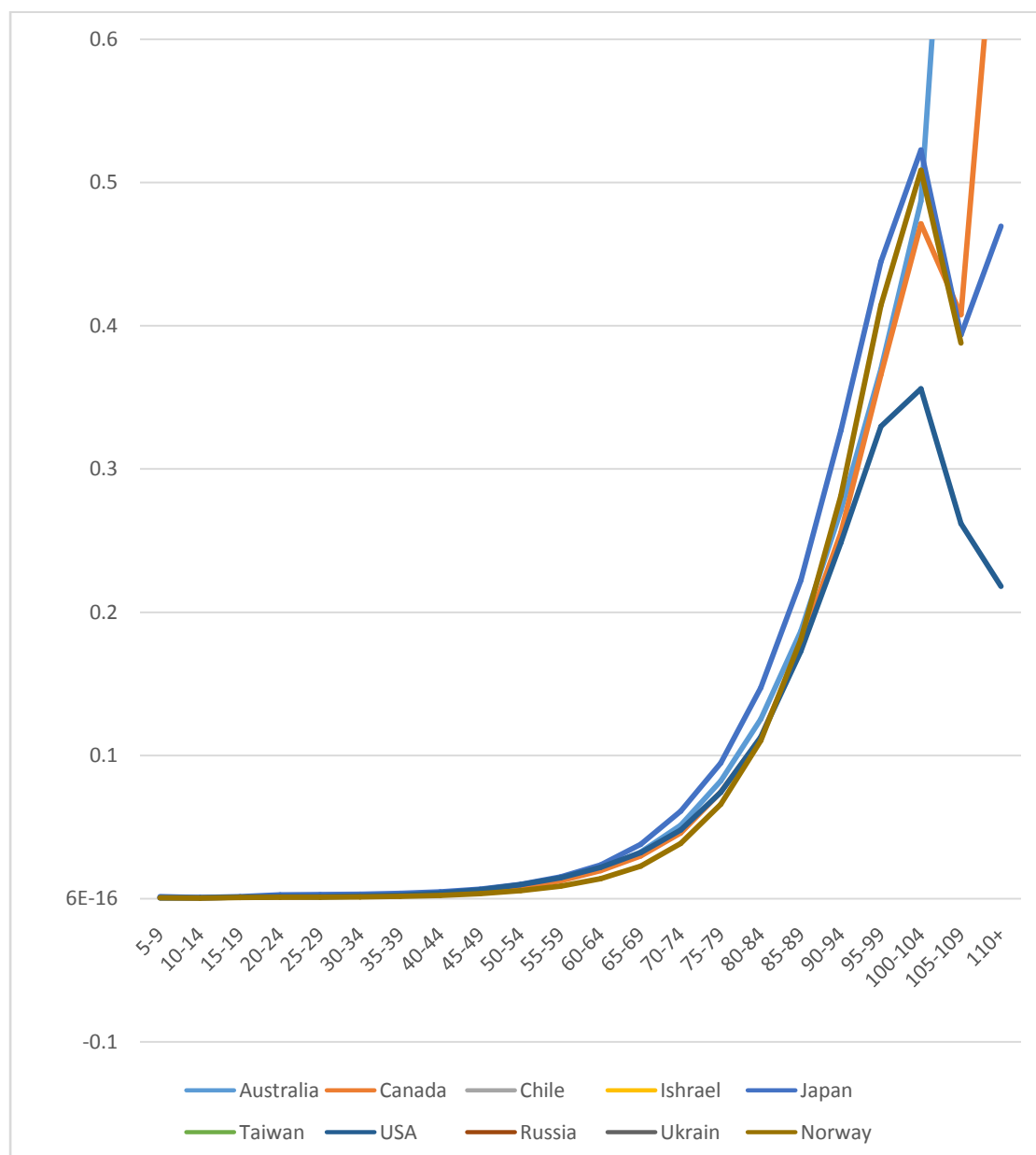


Γράφημα 19: Παιδική θνησιμότητα, 1950-2009, 1-4 έτη

3.3 Ποσοστό θνησιμότητας,

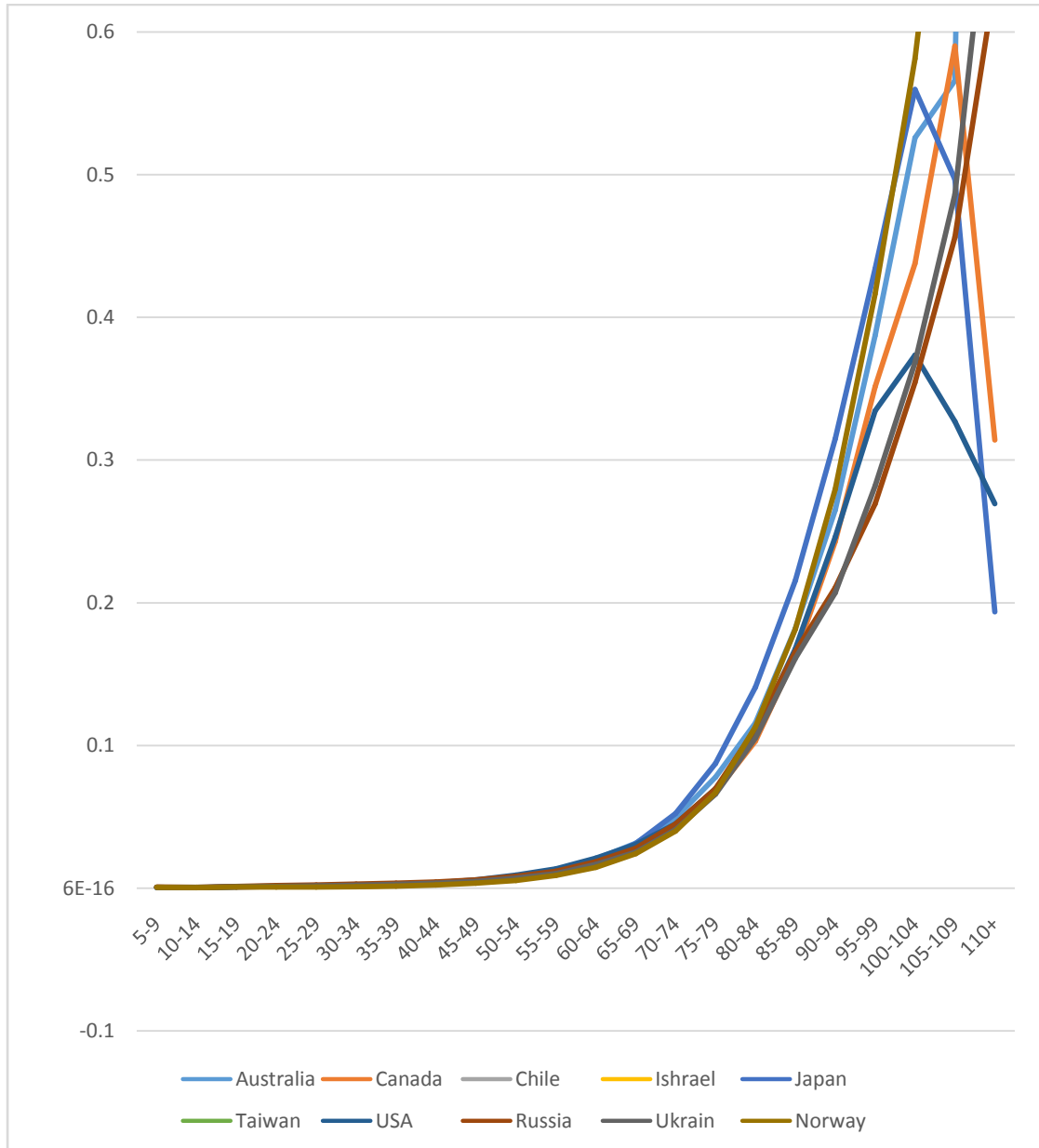
Σε αυτή την ενότητα εξετάζεται η θνησιμότητα στις ηλικίες 5-110 ετών από το 1950 έως το 2009 για δέκα διαφορετικές χώρες, Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής, Καναδάς, Ισραήλ, Ταϊβάν, Χιλή, Αυστραλία, Νορβηγία, Ιαπωνία, Ουκρανία και Ρωσία.

Σύμφωνα με το γράφημα 20 η Ιαπωνία έχει το μεγαλύτερο ποσοστό θνησιμότητας για όλες τις ηλικιακές ομάδες 5-109 έναντι των υπόλοιπων χωρών ενώ η Νορβηγία το μικρότερο ποσοστό.



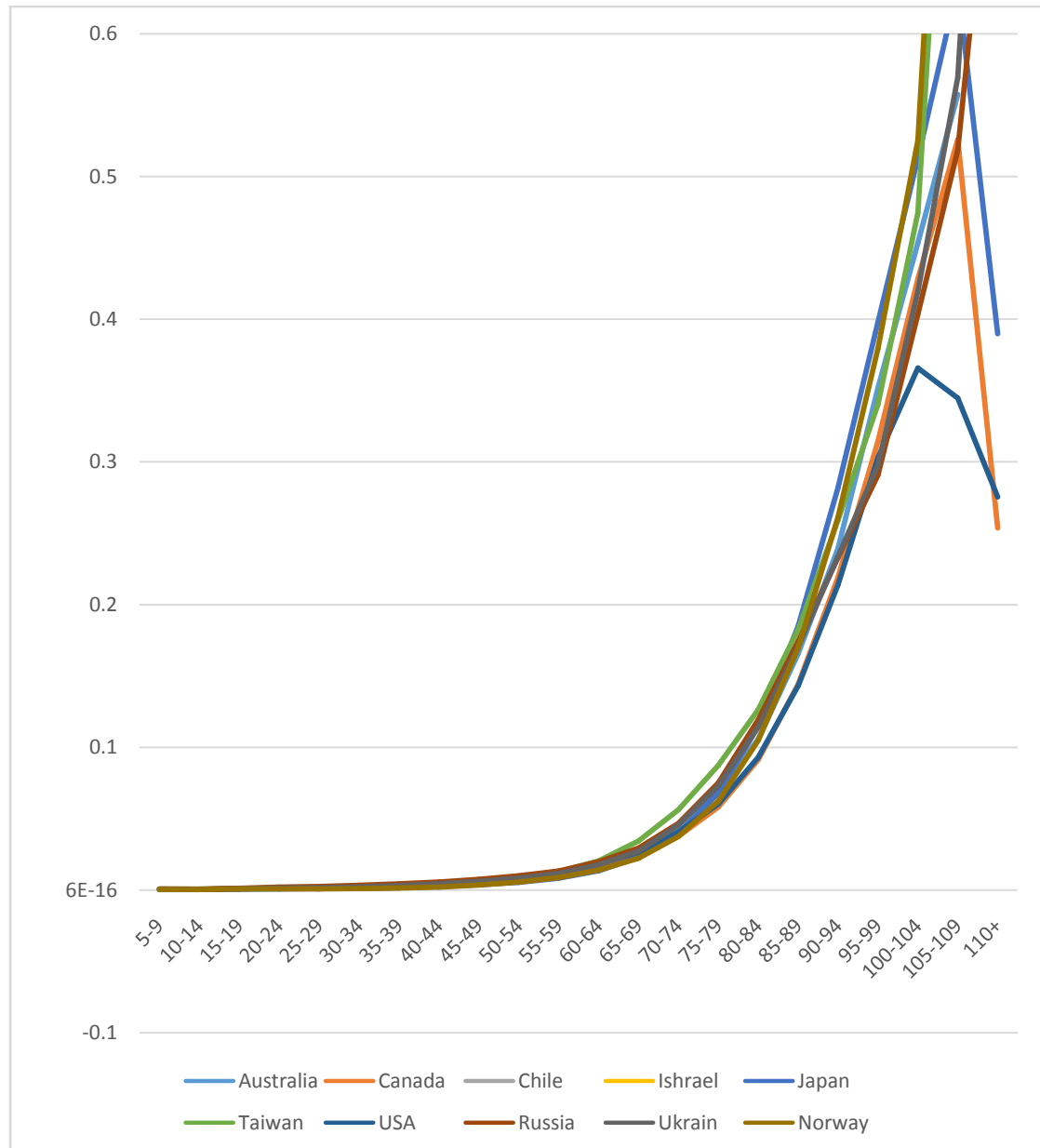
Γράφημα 20: Ποσοστό θνησιμότητας, 1950-1959, 5-110 ηλικίες

Σύμφωνα με το γράφημα 21 η Ιαπωνία έχει το μεγαλύτερο ποσοστό θνησιμότητας για όλες τις ηλικιακές ομάδες 5-109 έναντι των υπόλοιπων χωρών ενώ η Νορβηγία το μικρότερο ποσοστό.



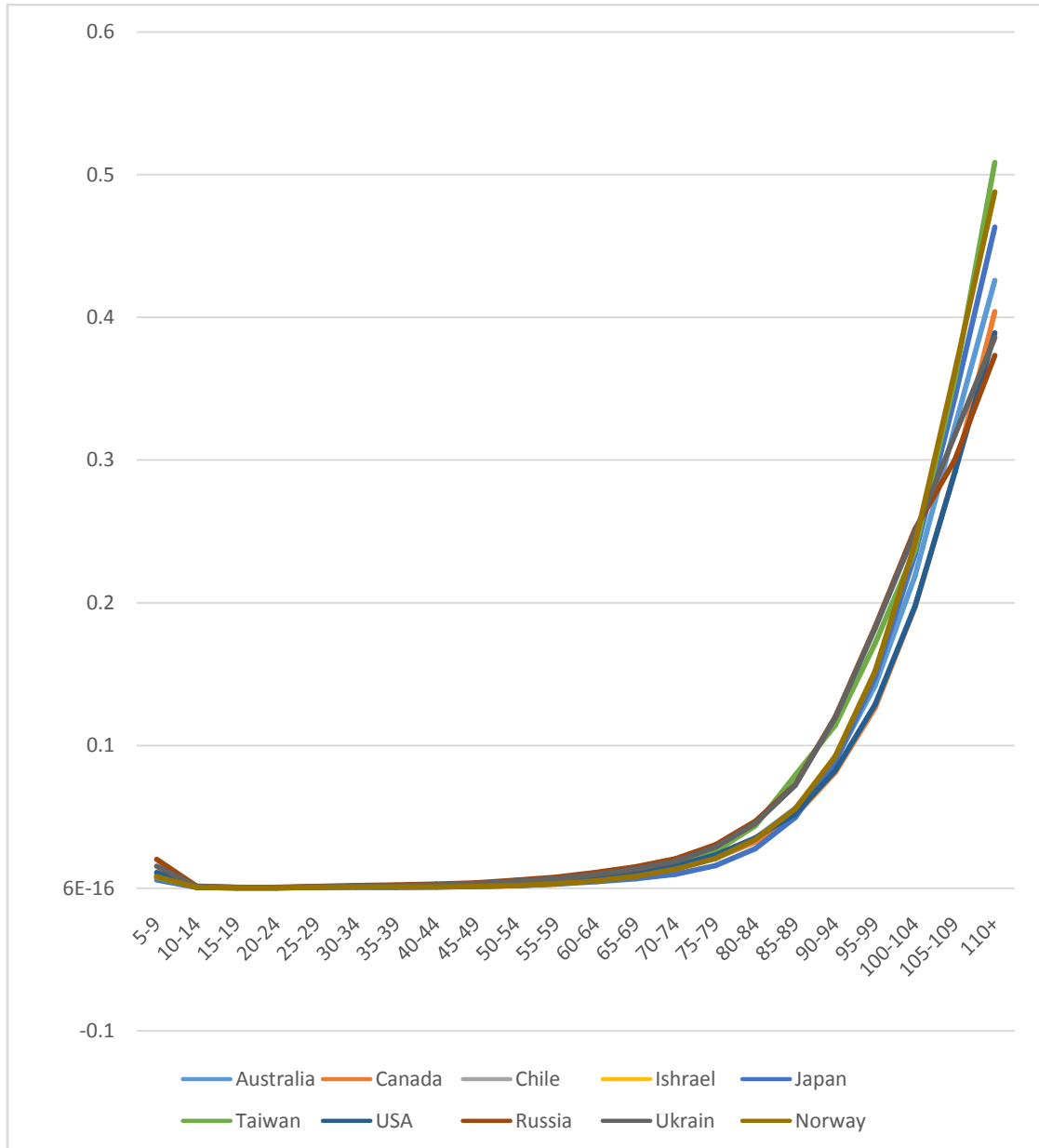
Γράφημα 21: Ποσοστό θνησιμότητας, 1960-1969, 5-110 ηλικίες

Σύμφωνα με το γράφημα 22 η Ταϊβάν έχει το μεγαλύτερο ποσοστό θνησιμότητας για τις ηλικιακές ομάδες 60-65 έναντι των υπόλοιπων χωρών ενώ Αμερική και ο Καναδάς το μικρότερο ποσοστό για όλες τις ηλικιακές ομάδες.



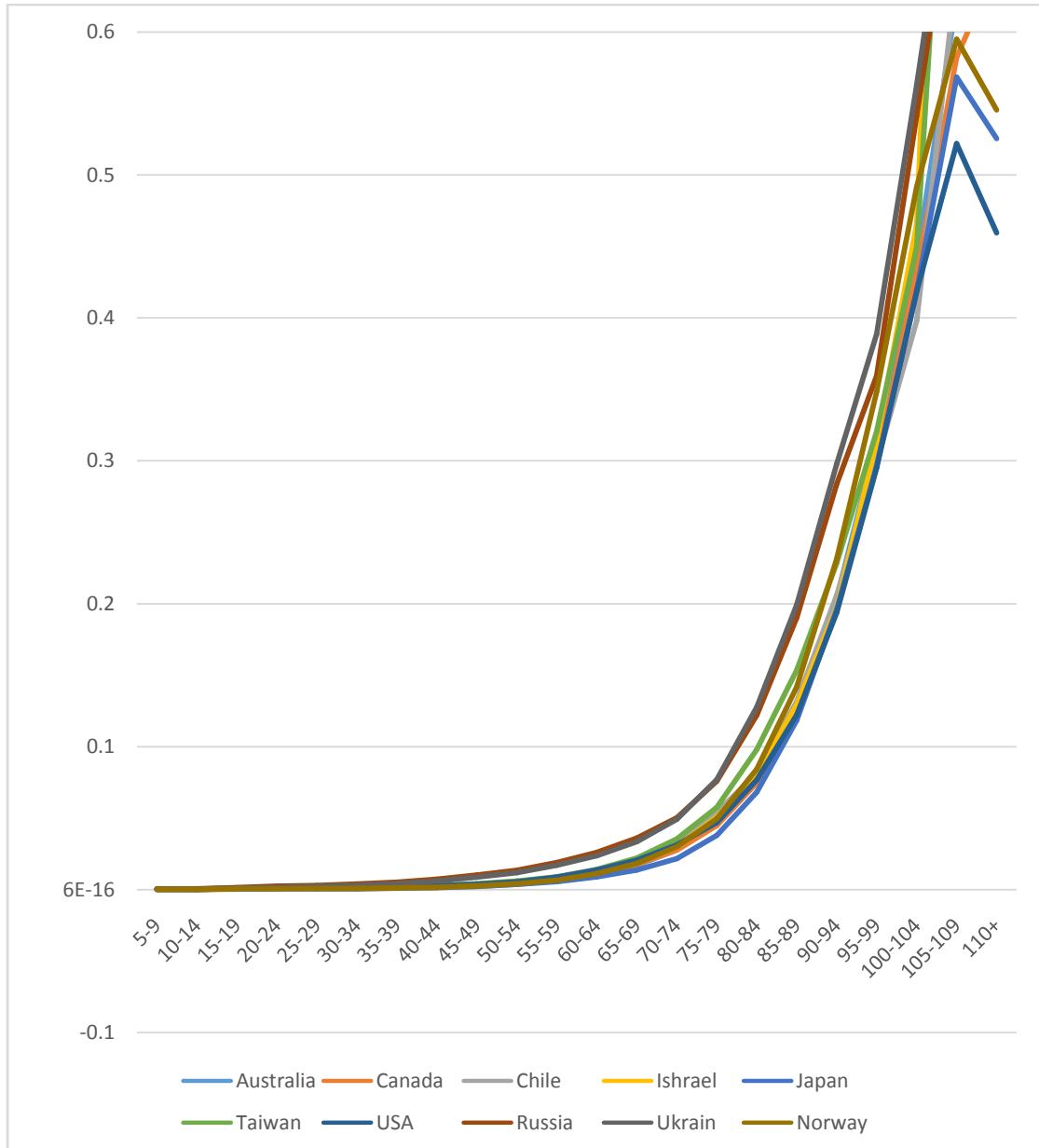
Γράφημα 22: Ποσοστό θνησιμότητας, 1970-1979, 5-110 ηλικίες

Σύμφωνα με το γράφημα 23 η Ταϊβάν και η Ρωσία έχουν το μεγαλύτερο ποσοστό θνησιμότητας για όλες τις ηλικιακές ομάδες έναντι των υπόλοιπων χωρών ενώ η Νορβηγία και η Ιαπωνία το μικρότερο ποσοστό για όλες τις ηλικιακές ομάδες.



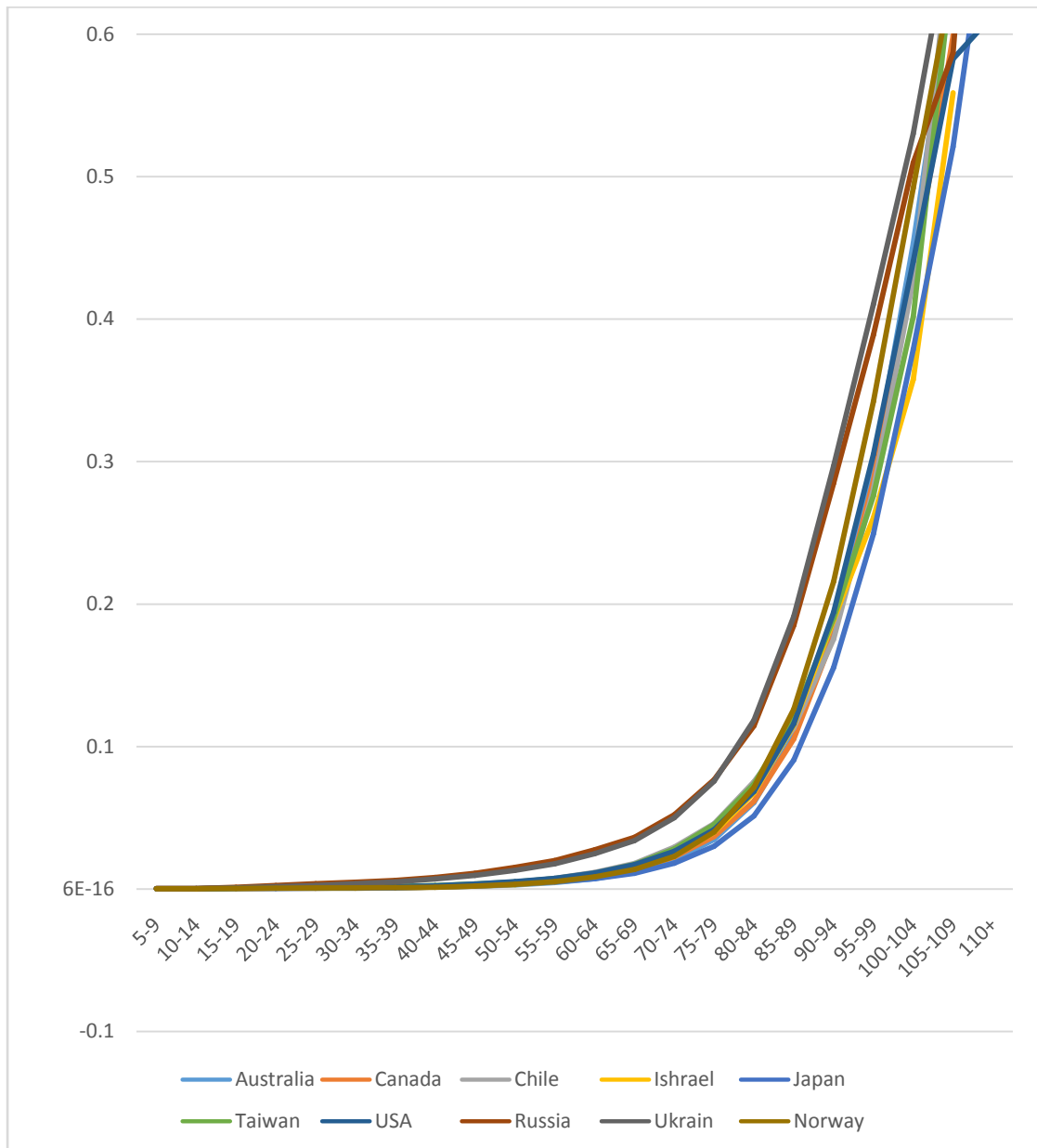
Γράφημα 23: Ποσοστό θνησιμότητας, 1980-1989, 5-110 ηλικίες

Σύμφωνα με το γράφημα 24 η Ουκρανία και η Ρωσία έχουν το μεγαλύτερο ποσοστό θνησιμότητας για όλες τις ηλικιακές ομάδες έναντι των υπόλοιπων χωρών ενώ η Νορβηγία και η Ιαπωνία το μικρότερο ποσοστό για όλες τις ηλικιακές ομάδες.



Γράφημα 24: Ποσοστό θνησιμότητας, 1990-1999, 5-110 ηλικίες

Σύμφωνα με το γράφημα 25 η Ουκρανία και η Ρωσία έχουν το μεγαλύτερο ποσοστό θνησιμότητας για όλες τις ηλικιακές ομάδες έναντι των υπόλοιπων χωρών ενώ η Νορβηγία και η Ιαπωνία το μικρότερο ποσοστό για όλες τις ηλικιακές ομάδες.



Γράφημα 25: Ποσοστό θνησιμότητας, 2000-2009, 5-110 ηλικίες

Κεφάλαιο 4. Στατιστικές αιτιών θανάτου

Σύμφωνα με εκτιμήσεις, ο αριθμός θανάτων σε παγκόσμιο επίπεδο αναμένεται να αυξηθεί από 57 εκατομμύρια το 2002, σε 64.3 εκατομμύρια το 2015, ενώ προβλέψεις για το 2030 ανεβάζουν τον αριθμό θανάτων σε 74.3 εκατομμύρια. Σύμφωνα με τις ίδιες εκτιμήσεις αναμένεται μία σημαντική αύξηση θανάτων στις μεγαλύτερες ηλικιακές ομάδες, σε σύγκριση με τις μικρότερες, ενώ ανάλογες αλλαγές αναμένονται και στις αιτίες θανάτου (Δαρβίρη, 2007).

Τα μη μεταδιδόμενα νοσήματα, λοιπόν, αναδεικνύονται σε βασικές αιτίες θανάτου για τα επόμενα χρόνια. Το 2002 το ποσοστό θανάτων που αποδίδεται στα μη μεταδιδόμενα νοσήματα ήταν 59%, ποσοστό που το 2030 εκτιμάται ότι θα προσεγγίσει το 66%. Ανάλογη αύξηση αναμένεται για δύο από τα κυριότερα μη μεταδιδόμενα νοσήματα, τον καρκίνο και τα καρδιαγγειακά νοσήματα. Αυτοί οι θάνατοι αναμένεται να αυξηθούν από 7.1 εκατομμύρια και 16.7 εκατομμύρια το 2002, σε 11.4 και 23 εκατομμύρια το 2030 αντίστοιχα. Από τα 16.7 εκ. θανάτους που αποδίδονται ετησίως στα καρδιαγγειακά, υπολογίζεται ότι τα 7.2 εκ. οφείλονται στην ισχαιμική καρδιακή νόσο, 5.5 εκ. σε καρδιαγγειακά και ένα πρόσθετο ποσοστό της τάξης των 5.5 εκ. σε καρδιακές νόσους που σχετίζονται με την υπέρταση και άλλες καταστάσεις. Τα καρδιαγγειακά νοσήματα δεν αφορούν μόνο τις ανεπτυγμένες χώρες, αλλά υπολογίζεται ότι περίπου το 80% αυτών των θανάτων λαμβάνουν χώρα σε αναπτυσσόμενες χώρες, και χώρες με χαμηλό και μεσαίο κατά κεφαλήν εισόδημα. Μάλιστα το έτος 2010 τα καρδιαγγειακά ήταν η κύρια αιτία θανάτου στις αναπτυσσόμενες χώρες.

Σε ποσοστό μεγαλύτερο του 70%, οι θάνατοι που οφείλονται στον καρκίνο επίσης αφορούν τις λιγότερο αναπτυσσόμενες και φτωχές χώρες, κυρίως λόγω της έλλειψης επαρκών πόρων για την πρόληψη, διάγνωση και θεραπεία. Μόνο το κάπνισμα εκτιμάται ότι προκαλεί περίπου 1.5 εκ. θανάτους από καρκίνο κάθε χρόνο. Ο καρκίνος του πνεύμονα αποτελεί το 17% όλων αυτών των θανάτων, ενώ το 65 % των περιπτώσεων αφορούν τους άνδρες. Ο καρκίνος του στομάχου, που παλαιότερα ήταν η κύρια αιτία θανάτου από καρκίνο παγκοσμίως, φαίνεται να έχει μειωθεί, προκαλώντας περίπου 850.000 θανάτους κάθε χρόνο. Στην τρίτη και τέταρτη θέση των θανατηφόρων μορφών καρκίνου εντοπίζονται ο καρκίνος στο συκώτι, του εντέρου και του κόλον. Στις γυναίκες ο καρκίνος του μαστού παραμένει, η κυριότερη αιτία θανάτου από καρκίνο, αν και έχει σημειωθεί σημαντική πρόοδος αναφορικά με

τα ποσοστά επιβίωσης, η οποία εξαρτάται ωστόσο από την έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία, η οποία στις λιγότερο ανεπτυγμένες χώρες εξακολουθεί να είναι ανεπαρκής. Είναι σημαντικό ότι περίπου το 40% όλων των τύπων καρκίνου μπορεί να προληφθεί (Δαρβίρη, 2007).

Από τα 45 εκ. των θανάτων που σημειώθηκαν το 2002 σε ενήλικες από 15 ετών και άνω τα 32 εκ. περίπου οφείλονται στα μη μεταδιδόμενα νοσήματα. Εξίσου σημαντική αιτία θανάτου σε αυτή την ηλικιακή ομάδα είναι οι τραυματισμοί οι οποίοι ευθύνονταν για τον θάνατο 4.5 εκ. ενηλίκων το 2002, δηλαδή για 1 σε κάθε 10 θανάτους ενηλίκων. Το 70% των τραυματισμών αφορούν τους άνδρες οι οποίοι παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο σε σχέση με τις γυναίκες αναφορικά με τροχαία ατυχήματα, ή τραυματισμό που οφείλεται σε εμπόλεμες καταστάσεις και βία. Θα πρέπει να τονιστεί ότι και πάλι υπάρχουν σαφείς διαφοροποιήσεις και διακυμάνσεις των ποσοστών αυτών μεταξύ των ανεπτυγμένων και αναπτυσσόμενων χωρών (Rothman, 2002).

Χαρακτηριστικό της διαφοράς αυτής είναι ότι παρατηρώντας τον συγκριτικό δείκτη πρόωρης θνησιμότητας στους ενήλικες παραγωγικής ηλικίας (15-59 ετών) μεταξύ των ανεπτυγμένων και αναπτυσσόμενων χωρών παρατηρείται ότι αυτός αυξήθηκε στο 340 ανά 1000 το 2002. Ωστόσο, ο δείκτης κινδύνου θανάτου στις ηλικίες από 15-59 ετών έχει μειωθεί σε παγκόσμιο επίπεδο σε 207 ανά 1000 το 2002, από 354 ανά 1000 που ήταν το 1955 (Guo, 2003).

Η εικόνα των μη μεταδιδόμενων νοσημάτων συμπληρώνεται με τις σημαντικές επιπτώσεις που έχει ο διαβήτης. Περίπου 3.2 εκ. θάνατοι οφείλονται κάθε χρόνο σε επιπλοκές σχετιζόμενες με το διαβήτη, δηλαδή 6 θάνατοι κάθε λεπτό. Οι χώρες που πλήττονται κυρίως είναι η Ινδία, η Κίνα, η Αμερική, η Ιαπωνία, η Ρωσία, η Βραζιλία, η Ιταλία και το Μπαγκλαντές (Rothman & Greenland, 1998).

Και τα μεταδιδόμενα ή λοιμώδη νοσήματα εξακολουθούν ωστόσο να κυριαρχούν στους πίνακες των κυριότερων αιτιών θανάτου. Η φυματίωση, η μαλάρια, τα διαρροϊκά νοσήματα αλλά κυρίως το AIDS αποτελούν νοσήματα που οδηγούν στην απώλεια της ζωής και υπολογίζεται ότι προκαλούν 6 εκ. θανάτους κάθε χρόνο (Δαρβίρη, 2007).

4.1 Θνησιμότητα από καρδιαγγειακές παθήσεις

Τα καρδιαγγειακά νοσήματα αποτελούν την κύρια αιτία θνησιμότητας στις περισσότερες χώρες του ΟΟΣΑ, και αντιπροσωπεύουν το 33% του συνόλου των θανάτων το 2011. Καλύπτουν ένα ευρύ φάσμα ασθενειών που σχετίζονται με το κυκλοφορικό σύστημα, συμπεριλαμβανομένης της ισχαιμικής καρδιακής νόσου (που συχνά αναφέρεται ως καρδιακή προσβολή) και των αγγειακών εγκεφαλικών ασθενειών όπως το εγκεφαλικό επεισόδιο.

Η στεφανιαία νόσος είναι μια από τις συχνότερες καρδιακές παθήσεις. Σύμφωνα με έρευνες είναι μία από τις πιο σημαντικές αιτίες που οδηγούν σε θάνατο τόσο τους άντρες όσο και τις γυναίκες, παγκοσμίως. Η στεφανιαία νόσος στενεύει τις στεφανιαίες αρτηρίες της καρδιάς με αποτέλεσμα να μην μπορεί να κυκλοφορήσει το αίμα. Επίσης, η στεφανιαία νόσος αποτελεί την πρώτη αιτία θανάτου σε όλες τις χώρες και προκαλείται είτε από το κάπνισμα, είτε από το σάκχαρο, είτε από νεφρική ανεπάρκεια είτε από παχυσαρκία κ.α (American Heart Association, 2003).

Η στεφανιαία αθηροσκλήρωση είναι μία πάθηση που άλλες φορές παρατηρείται σταθερότητα και άλλες αστάθεια. Όταν παρουσιάζονται οι αστάθειες, προκαλούνται φλεγμονές και τότε ο ασθενής μπορεί να πάθει έμφραγμα. Το έμφραγμα σε μία πάθηση χρόνιαία, από τη μία ίσως είναι ένα ανεπαίσθητο περιστατικό που μπορεί να μην του δοθεί σημασία και από την άλλη ίσως γίνει η αιτία για αιφνίδιο θάνατο.

Η στεφανιαία νόσος τις πιο πολλές φορές προκαλείται από την αθηρωματική πάθηση των στεφανιαίων αγγείων. Το γεγονός της στένωσης των αγγείων έχει ως αποτέλεσμα η καρδιά να μην αιματώνεται καλά και έτσι να κουράζεται ο οργανισμός. Τότε αναφέρεται η στηθάγχη. Παρόλα αυτά, όταν υπάρχει ήδη στένωση, τότε γίνεται λόγος για φράξιμο των αγγείων με θρόμβους και τότε η κατάσταση είναι πολύ σοβαρή, αφού πρόκειται για σοβαρά στεφανιαία σύνδρομα με ασταθή στηθάγχη και εμφράγματα. Όταν συμβαίνει το έμφραγμα δεν κυκλοφορεί αίμα στην καρδιά. Κατά τους Kurlaba et al.(2006), η στεφανιαία νόσος μπορεί να προκαλέσει ανεπάρκεια της καρδιάς, αρρυθμίες, αρρυθμίες, ακόμη και αιφνίδιο θάνατο.

Ακόμη, σύμφωνα με τους Levi et al. (2002), ορισμένοι από τους παράγοντες που προκαλούν την αθηρωμάτωση μπορούν να αλλάξουν ενώ άλλοι όχι. Στην κατηγορία αυτών που δεν γίνεται να αλλάξουν είναι η ηλικία, το φύλο, ή η

κληρονομικότητα. Αντιθέτως στην κατηγορία αυτών που μπορούν να αλλάξουν είναι η υψηλή χοληστερίνη, το βάρος, το σάκχαρο, το άγχος κ.α.

Η ισχαιμική καρδιοπάθεια προκαλείται από τη συσσώρευση λιπιδίων καταθέσεων στο εσωτερικό τοίχωμα μιας στεφανιαίας αρτηρίας, περιορίζοντας τη ροή του αίματος προς την καρδιά. Η ισχαιμική καρδιοπάθεια και μόνο ήταν υπεύθυνη για το 12% του συνόλου των θανάτων στις χώρες του ΟΟΣΑ το 2011. Η θνησιμότητα από ισχαιμική καρδιοπάθεια ποικίλλει σημαντικά, ωστόσο, σε όλες τις χώρες (Σχήμα 1.3.1). Οι χώρες της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης ανέφεραν τα υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας από ισχαιμική καρδιοπάθεια. Η Ιαπωνία, η Κορέα και η Γαλλία είναι οι χώρες με τα χαμηλότερα ποσοστά. Στις χώρες του ΟΟΣΑ, τα ποσοστά θνησιμότητας από ισχαιμική καρδιοπάθεια, το 2011 ήταν κατά 90% υψηλότερα για τους άνδρες από ό,τι για τις γυναίκες.

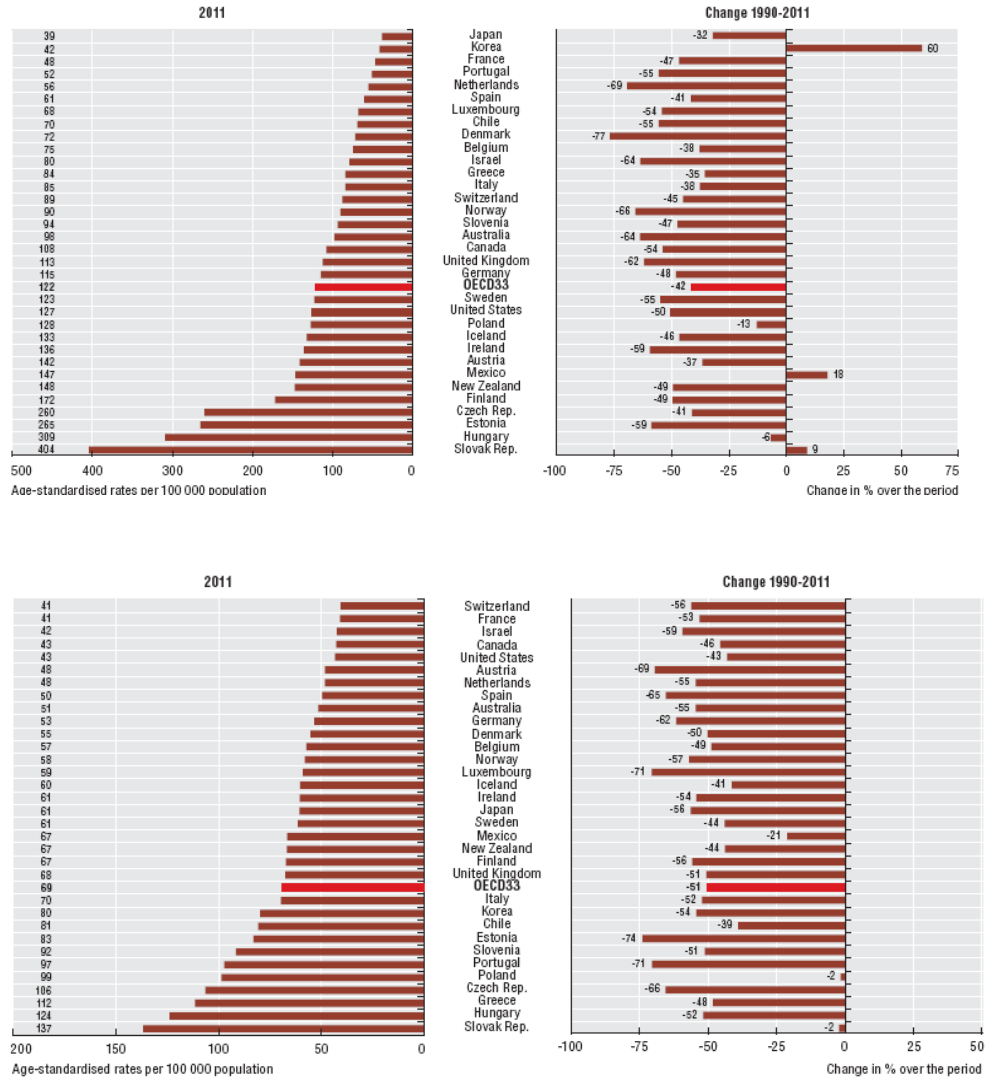
Τα ποσοστά θνησιμότητας από ισχαιμική καρδιοπάθεια έχουν μειωθεί σε όλες σχεδόν τις χώρες του ΟΟΣΑ, με μέση πτώση 40% από το 1990. Η μείωση της κατανάλωσης καπνού συνέβαλε σημαντικά στη μείωση της επίπτωσης της νόσου και κατά συνέπεια, στην μείωση των ποσοστών θνησιμότητας. Οι βελτιώσεις στην ιατρική περίθαλψη συνέβαλαν επίσης στη μείωση των ποσοστών θνησιμότητας.

Η αγγειακή εγκεφαλική νόσος, ήταν η βασική αιτία για περίπου το 8% του συνόλου των θανάτων στις χώρες του ΟΟΣΑ το 2011. Τα αγγειακά εγκεφαλικά νοσήματα αναφέρονται σε μια ομάδα ασθενειών που σχετίζονται με τα προβλήματα με τα αιμοφόρα αγγεία που τροφοδοτούν τον εγκέφαλο. Κοινοί τύποι εγκεφαλοαγγειακής νόσου περιλαμβάνουν το ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, το οποίο αναπτύσσεται όταν η παροχή αίματος του εγκεφάλου είναι αποκλεισμένη ή έχει διακοπεί και οδηγεί σε αιμορραγικό εγκεφαλικό επεισόδιο όταν το αίμα από τα αιμοφόρα αγγεία διαρρέει στην επιφάνεια του εγκεφάλου. Εκτός του ότι είναι μια σημαντική αιτία θνησιμότητας, η επιβάρυνση από την αναπηρία από ένα εγκεφαλικό επεισόδιο και άλλα αγγειακά εγκεφαλικά νοσήματα είναι επίσης σημαντική (Murray et al., 2013).

Υπάρχουν μεγάλες διακυμάνσεις στα ποσοστά θνησιμότητας από αγγειακές εγκεφαλικές ασθένειες σε όλες τις χώρες (Σχήμα 1.3.2).

Από το 1990, η θνησιμότητα από την αγγειακή εγκεφαλική νόσο έχει μειωθεί σε όλες τις χώρες του ΟΟΣΑ, αν και μόνο οριακά στην Πολωνία και τη Δημοκρατία της Σλοβακίας. Κατά μέσο όρο, η επιβάρυνση της θνησιμότητας από την αγγειακή εγκεφαλική νόσο έχει μειωθεί κατά το ήμισυ σε όλες τις χώρες του ΟΟΣΑ. Η μείωση

της θνησιμότητας από την εγκεφαλική αγγειακή νόσο μπορεί να αποδοθεί, τουλάχιστον εν μέρει, στη μείωση των παραγόντων κινδύνου, καθώς και στις βελτιώσεις στις ιατρικές θεραπείες.



Σχήμα 4- 1 Θνησιμότητα από ισχαιμική καρδιοπάθεια, 2011 και μεταβολή μεταξύ 1990 και 2011 (ή πλησιέστερο έτος)

Πηγή: OECD Health Statistics 2013

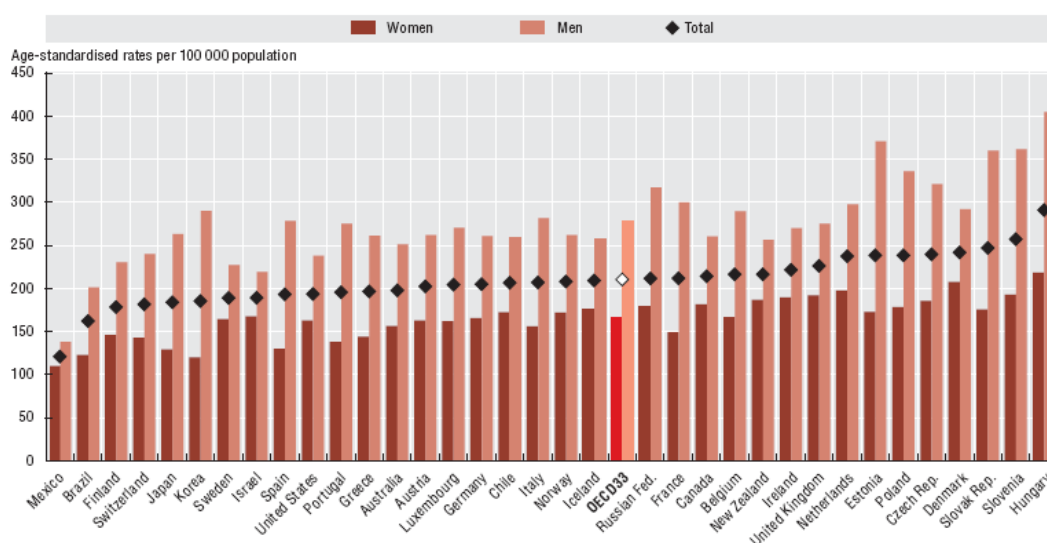
4.2 Θνησιμότητα από καρκίνο

Ο καρκίνος αντιπροσωπεύει πάνω από το ένα τέταρτο του συνόλου των θανάτων στις χώρες του ΟΟΣΑ και, μετά τις ασθένειες του κυκλοφορικού συστήματος, αποτελεί την δεύτερη κύρια αιτία θανάτου. Το ποσοστό των θανάτων που οφείλονται στον καρκίνο έχει αυξηθεί με την πάροδο του χρόνου, και σε χώρες όπως ο Καναδάς, η Δανία, η Γαλλία, η Ιαπωνία και η Ολλανδία έχει γίνει η νούμερο ένα αιτία θανάτου. Η αύξηση αυτή αντανακλά το γεγονός ότι η θνησιμότητα από άλλες αιτίες, ιδιαίτερα παθήσεις του κυκλοφορικού συστήματος, έχει αρχίσει να μειώνεται με ταχύτερο ρυθμό από ό,τι το ποσοστό θνησιμότητας για τον καρκίνο. Υπάρχουν πάνω από 100 διαφορετικοί τύποι καρκίνου. Ο καρκίνος εμφανίζεται όταν ανώμαλα κύτταρα διαιρούνται χωρίς έλεγχο και είναι σε θέση να εισβάλουν σε άλλους ιστούς. Για ένα μεγάλο αριθμό τύπων καρκίνου, ο κίνδυνος ανάπτυξης της νόσου αυξάνεται με την ηλικία. Ενώ η γενετική είναι ένας παράγοντας κινδύνου, μόνο περίπου 5% έως 10% όλων των καρκίνων είναι κληρονομικοί. Τροποποιήσιμοι παράγοντες κινδύνου, όπως το κάπνισμα, η παχυσαρκία, η άσκηση και η υπερβολική έκθεση στον ήλιο, καθώς και οι περιβαλλοντικές εκθέσεις, εξηγούν το 90-95% όλων των περιπτώσεων καρκίνου (Anand et al., 2008). Η πρόληψη, η έγκαιρη διάγνωση και η θεραπεία παραμένουν στην πρώτη γραμμή στη μάχη για τη μείωση του άχθους του καρκίνου.

Το 2011, το μέσο ποσοστό θνησιμότητας από καρκίνο μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ ήταν 211 ανά 100.000 κατοίκους. Τα ποσοστά θνησιμότητας από καρκίνο είναι σταθερά υψηλότερα για τους άνδρες παρά για τις γυναίκες σε όλες τις χώρες (Σχήμα 1.4.1). Η διαφορά μεταξύ των φύλων μπορεί να εξηγηθεί εν μέρει από την μεγαλύτερη επικράτηση των παραγόντων κινδύνου μεταξύ των ανδρών, κυρίως το κάπνισμα. Μεταξύ των ανδρών, ο καρκίνος του πνεύμονα εμφανίζει την υψηλότερη επιβάρυνση θνησιμότητας, αντιπροσωπεύοντας το 23% όλων των θανάτων από καρκίνο. Σε πολλές χώρες, τα ποσοστά θνησιμότητας λόγω καρκίνου των πνευμόνων για τους άνδρες έχουν μειωθεί τα τελευταία 20 χρόνια, ενώ η αντίθετη τάση μπορεί να παρατηρηθεί για τις γυναίκες. Αυτές οι αντικρουόμενες τάσεις, σε μεγάλο βαθμό, εξηγούνται από τον μεγάλο αριθμό των γυναικών που άρχισαν να καπνίζουν αρκετές δεκαετίες αργότερα από τους άνδρες (Ahmedin et al., 2011).

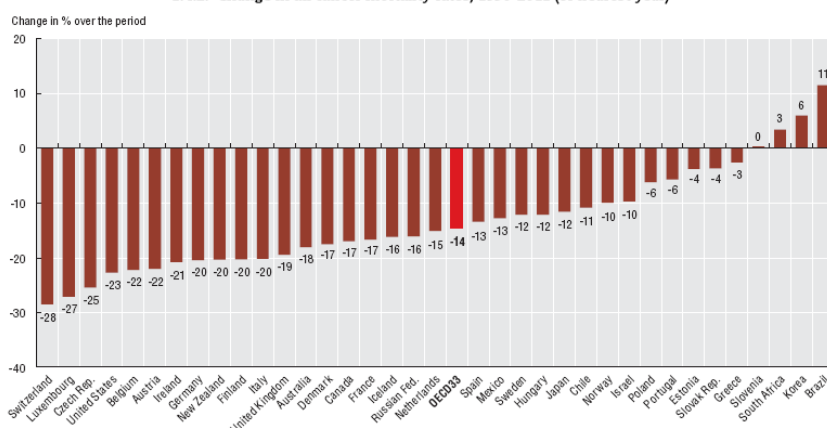
Στις περισσότερες χώρες του ΟΟΣΑ, ο καρκίνος που σχετίζεται με τα ποσοστά θνησιμότητας έχει μειωθεί από το 1990. Κατά μέσο όρο, ο καρκίνος που σχετίζεται

με τα ποσοστά θνησιμότητας μειώθηκε κατά σχεδόν 15% μεταξύ 1990 και 2011 (Σχήμα 1.4.2). Σημαντικές μειώσεις της θνησιμότητας από καρκίνο του στομάχου, του παχέος εντέρου, του μαστού και του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας για τις γυναίκες, καθώς επίσης και του προστάτη και του καρκίνου του πνεύμονα για τους άνδρες συνέβαλαν σε αυτή τη μείωση. Ωστόσο, τα οφέλη αυτά αντισταθμίστηκαν εν μέρει από την αύξηση του αριθμού των θανάτων που οφείλονται στον καρκίνο του παγκρέατος και του ήπατος για τα δύο φύλα, καθώς και στον καρκίνο του πνεύμονα για τις γυναίκες.



Σχήμα 4- 2 Όλα τα ποσοστά θνησιμότητας λόγω καρκίνου, συνολικά και ανά φύλο, 2011 (ή πλησιέστερο έτος)

Πηγή: OECD Health Statistics 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.



Σχήμα 4- 3 Μεταβολή σε όλα τα ποσοστά θνησιμότητας από καρκίνο, 1990-2011 (ή πλησιέστερο έτος)

Πηγή: OECD Health Statistics 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

4.3 Θνησιμότητα από ατυχήματα στις μεταφορές

Παγκοσμίως, υπολογίζεται ότι 1,3 εκατομμύρια άνθρωποι σκοτώνονται σε ατυχήματα στις μεταφορές, τα περισσότερα από τα οποία οφείλονται σε τροχαία ατυχήματα. Σε παγκόσμιο επίπεδο, τα ατυχήματα στις οδικές μεταφορές αντιπροσωπεύουν το 0,5% των θανάτων μεταξύ των γυναικών ηλικίας 15-45 και πάνω από το 10% για τους άνδρες στην ηλικιακή αυτή ομάδα (Lozano et al., 2012). Στις χώρες του ΟΟΣΑ, 107.000 ζώες χάθηκαν λόγω ατυχημάτων στις μεταφορές το 2011. Το 74% από τους θανάτους αυτούς σημειώθηκαν μεταξύ των ανδρών. Ο μεγαλύτερος αριθμός των τροχαίων ατυχημάτων συμβαίνει μεταξύ των νεότερων ηλικιακών ομάδων με τον κίνδυνο θανάτου να οφείλεται σε τροχαίο ατύχημα και να κορυφώνεται στις ηλικίες 15-24 (Walls et al, 2012; ΟΟΣΑ / ITF, 2013).

Το μέσο ποσοστό θνησιμότητας του ΟΟΣΑ που οφείλονται σε ατυχήματα στις μεταφορές ήταν 7,7 ανά 100.000 κατοίκους το 2011 (Σχήμα 1.5.1).

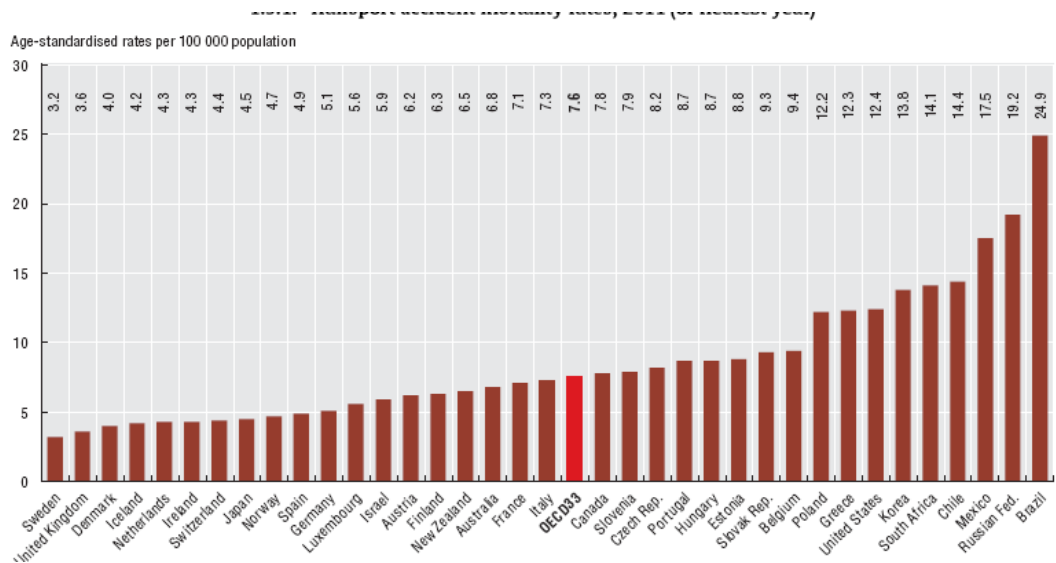
Οι θάνατοι που οφείλονται σε ατυχήματα στις μεταφορές έχουν μειωθεί σε όλες σχεδόν τις χώρες κατά τις τελευταίες δεκαετίες. Από το 1990, το μέσο ποσοστό θνησιμότητας του ΟΟΣΑ που οφείλεται σε ατυχήματα στις μεταφορές έχει μειωθεί κατά περισσότερο από το ήμισυ (Σχήμα 1.5.2).

Η οδική ασφάλεια για τους επιβάτες αυτοκινήτων έχει αυξηθεί σημαντικά τις τελευταίες δεκαετίες σε πολλές χώρες μέσω της βελτίωσης των οδικών συστημάτων, της εκπαίδευσης και των εκστρατειών πρόληψης, καθώς και του σχεδιασμού των οχημάτων. Επιπλέον, η υιοθέτηση νέων νόμων και κανονισμών και η εφαρμογή αυτών των νόμων για τη βελτίωση της τήρησης των ορίων ταχύτητας, της χρήσης της ζώνης ασφαλείας και των κανόνων οδήγησης σε κατάσταση μέθης, είχαν σημαντικό αντίκτυπο στη μείωση της επιβάρυνσης των τροχαίων ατυχημάτων (ΟΟΣΑ / ITF, 2013).

Η υποχώρηση των ποσοστών θνησιμότητας για τους ευάλωτους χρήστες των οδών, όπως οι πεζοί, οι ποδηλάτες και οι μοτοσικλετιστές ήταν σημαντικά μικρότερη από εκείνη για τους επιβάτες αυτοκινήτου. Μεταξύ του 2000 και του 2010, οι θάνατοι μοτοσικλετιστών μειώθηκαν μόνο κατά 14% στις χώρες του ΟΟΣΑ, με ορισμένες χώρες όπως οι ΗΠΑ, η Πολωνία και η Φινλανδία να εμφανίζουν σημαντική αύξηση σε αυτή την κατηγορία των χρηστών του οδικού δικτύου.

Σε ορισμένες χώρες που χτυπήθηκαν σκληρά από την οικονομική ύφεση, η πτωτική τάση έχει επιταχυνθεί μετά το 2008. Τα πρώτα στοιχεία δείχνουν ότι το

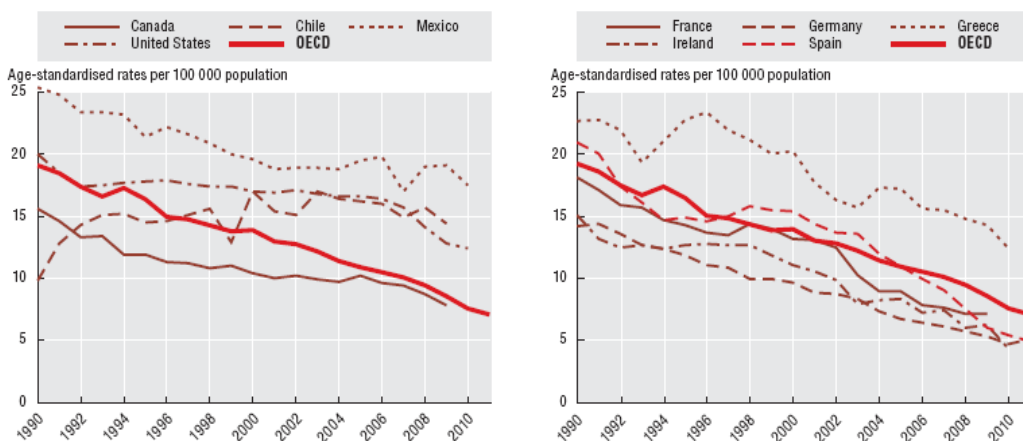
ποσοστό μείωσης μεταξύ του 2009 και του 2012 στην Ελλάδα και την Ιρλανδία είναι ακόμη μεγαλύτερο από το μακροπρόθεσμο μέσο που παρατηρείται στις χώρες αυτές. Μια πιθανή εξήγηση για αυτό είναι ότι η οικονομική κρίση έχει μειώσει την εξάρτησή της χρήσης των αυτοκινήτων οχημάτων. Ωστόσο, ο αντίκτυπος αυτός είναι πιθανό να είναι βραχύβιος και σε μακροπρόθεσμο ορίζοντα, και οι αποτελεσματικές πολιτικές για την οδική ασφάλεια θα εξακολουθήσουν να συμβάλλουν κυρίως στην μείωση της θνησιμότητας (ΟΟΣΑ / ITF, 2011).



Σχήμα 4- 4 Ποσοστά θνησιμότητας από ατυχήματα στις μεταφορές, το 2011 (ή πλησιέστερο έτος)

Πηγή: OECD

1.5.2. Trends in transport accident mortality rates, selected OECD countries, 1990-2011



Health Statistics 2013

Σχήμα 4- 5 Τάσεις στα ποσοστά θνησιμότητας από ατυχήματα στις μεταφορές σε επιλεγμένες χώρες του ΟΟΣΑ, 1990-2011

Πηγή: OECD Health Statistics 2013

4.4 Αυτοκτονίες

Η αυτοκτονία αποτελεί μια σημαντική αιτία θανάτου σε πολλές χώρες του ΟΟΣΑ και αντιπροσωπεύει πάνω από 150.000 θανάτους το 2011. Υπάρχει ένα πολύπλοκο σύνολο αιτιών για τους οποίους κάποιοι άνθρωποι επιλέγουν ή επιχειρούν να αυτοκτονήσουν, με πολλαπλούς παράγοντες κινδύνου που μπορεί να προδιαθέτουν ένα άτομο να επιχειρήσει να δώσει τέλος στη ζωή του. Πάνω από το 90% των ατόμων που αποπειράθηκαν ή αυτοκτόνησαν έχουν διαγνωστεί με ψυχιατρικές διαταραχές όπως σοβαρή κατάθλιψη, διπολική διαταραχή και σχιζοφρένεια (Nock et al., 2008). Το κοινωνικό πλαίσιο στο οποίο ζει ένα άτομο είναι επίσης σημαντικό. Το χαμηλό εισόδημα, το αλκοόλ και τα ναρκωτικά, η ανεργία και η άγαμος κατάσταση όλα συνδέονται με τα υψηλότερα ποσοστά αυτοκτονιών (Qin et al, 2003; Crump et al, 2013).

Τα ποσοστά αυτοκτονίας ήταν χαμηλότερα στην Ελλάδα, την Τουρκία, το Μεξικό, τη Βραζιλία και την Ιταλία, σε έξι ή λιγότερους θανάτους ανά 100.000 κατοίκους. Ωστόσο, ο αριθμός των αυτοκτονιών σε ορισμένες χώρες μπορεί να δημοσιοποιείται λιγότερο λόγω του στίγματος που συνδέεται με την πράξη, είτε λόγω ζητημάτων προσωπικών δεδομένων που σχετίζονται με τα κριτήρια αναφοράς.

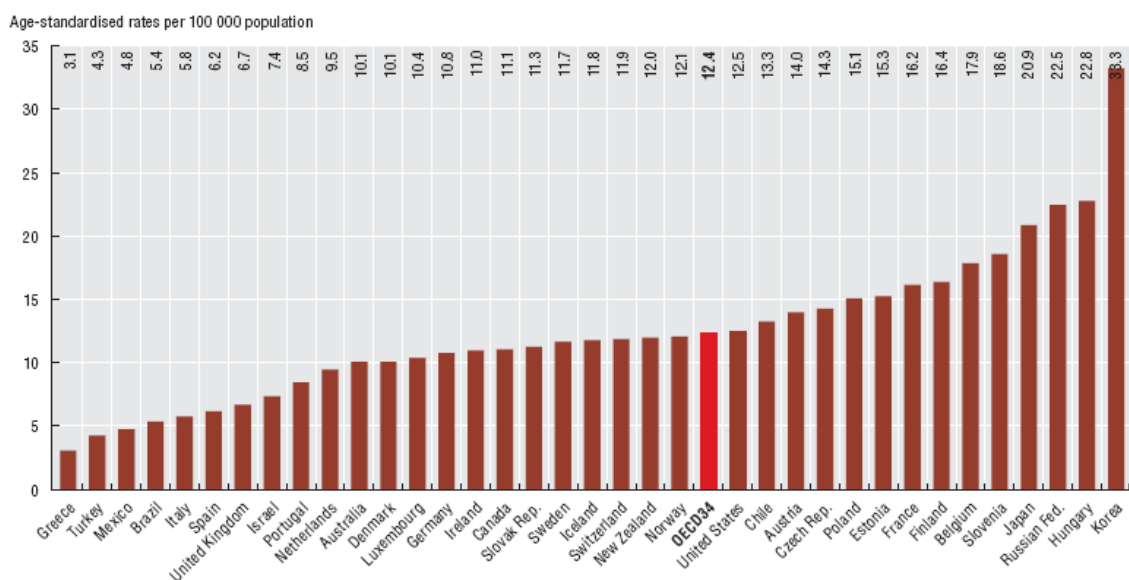
Τα ποσοστά θανάτου από αυτοκτονία είναι τέσσερις φορές μεγαλύτερα για τους άνδρες παρά για τις γυναίκες σε όλες τις χώρες του ΟΟΣΑ.

Από το 1990, τα ποσοστά αυτοκτονιών μειώθηκαν κατά περισσότερο από 20% στις χώρες του ΟΟΣΑ, με έντονες μειώσεις άνω του 40% σε ορισμένες χώρες, όπως η Ουγγαρία (Σχήμα 1.6.2).

Προηγούμενες μελέτες έχουν δείξει μια ισχυρή σύνδεση μεταξύ των δυσμενών οικονομικών συνθηκών και των υψηλότερων επιπέδων αυτοκτονίας (Ceccherini-Nelli et al., 2011; Classen και Dunn, 2012; Zivin et al., 2011). Το Σχήμα 1.6.2 δείχνει τα ποσοστά αυτοκτονίας για μια σειρά από χώρες που έχουν πληγεί σκληρά από την πρόσφατη οικονομική κρίση. Τα ποσοστά αυτοκτονιών αυξήθηκαν ελαφρά κατά την έναρξη της οικονομικής κρίσης σε ορισμένες χώρες, όπως στην Ιρλανδία, αλλά και πιο πρόσφατα στοιχεία δείχνουν ότι η τάση αυτή δεν έχει επιμείνει. Στην Ελλάδα, τα συνολικά ποσοστά αυτοκτονιών ήταν σταθερά το 2009 και το 2010, παρά την επιδείνωση των οικονομικών συνθηκών. Υπάρχει ανάγκη για τις χώρες να συνεχίσουν την εκ του σύνεγγυς παρακολούθηση των εξελίξεων, ώστε να είναι σε θέση να ανταποκριθούν γρήγορα, συμπεριλαμβανομένης της παρακολούθησης των

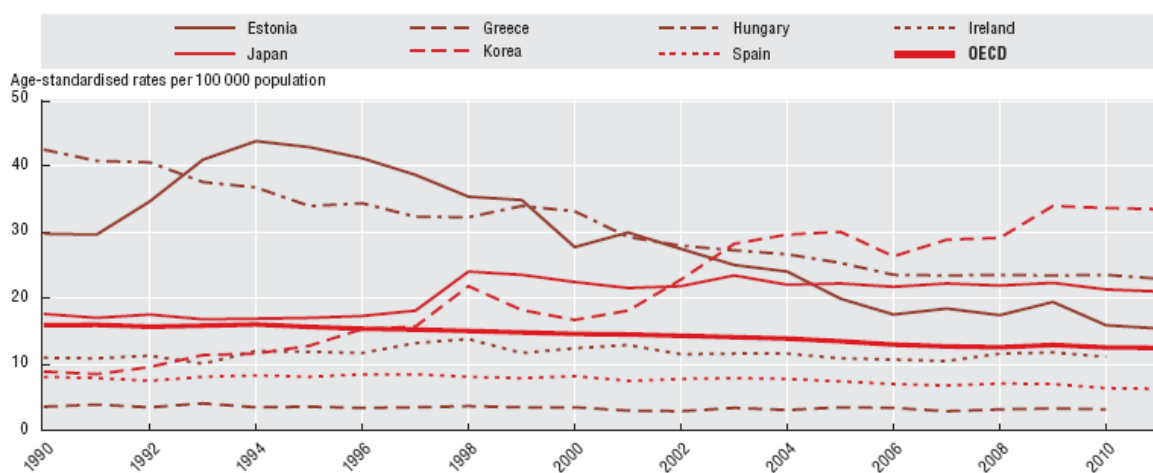
πληθυσμών υψηλού κινδύνου όπως οι άνεργοι και τα άτομα με ψυχιατρικές διαταραχές.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ορίζει την αυτοκτονία ως μία πράξη που γίνεται σκόπιμα και εκτελείται από ένα άτομο σε πλήρη γνώση ή με την προσδοκία της μοιραίας έκβασής της.



Σχήμα 4- 6 Ποσοστά θνησιμότητας από αυτοκτονίες, 2011 (ή πλησιέστερο έτος)

Πηγή: OECD Health Statistics 2013



Σχήμα 4- 7 Τάσεις στα ποσοστά αυτοκτονιών σε επιλεγμένες χώρες του ΟΟΣΑ, 1990-2011

Πηγή: OECD Health Statistics 2013

Η αυτοκτονία παρατηρείται τόσο στην εφηβική όσο και στη νεανική ηλικία. Εκείνο που οδηγεί πολλούς εφήβους στην κατάθλιψη, είναι οι υψηλοί στόχοι που θέτουν οι προ-έφηβοι και οι έφηβοι στους εαυτούς τους δημιουργώντας ταυτόχρονα και προβλήματα. Συναισθήματα όπως η χαμηλή αυτοπεποίθηση, η λύπη, ο θυμός, η δυστυχία, η μοναξιά, η απελπισία ή ακόμα και απέχθεια για τον εαυτό του όταν κυριαρχούν έντονα στον έφηβο και για μεγάλο χρονικό διάστημα μπορεί να τον οδηγήσουν σε κατάθλιψη (Herbert, 1999; Lewinson et al, 1994).

Τα χαρακτηριστικά της κατάθλιψης είναι η καταθλιπτική συναισθηματική διάθεση σε συνδυασμό με μείωση της ψυχοκινητικής δραστηριότητας (Παπαγεωργίου, 2009).

Σε εξεζητημένο βαθμό μελαγχολίας οι ασθενείς αισθάνονται «σαν νεκροί», σαν να «πέτρωσε» η καρδιά τους ή σαν να «άδειασε» το στήθος τους. Αυτή την «απώλεια» των συναισθημάτων τους, περιγράφουν σαν αδυναμία τους να λυπηθούν. Ακόμα, ιδιαίτερα συχνή είναι η ανικανότητα λήψης τυχόν αποφάσεων, η ανικανότητα εκπλήρωσης των καθημερινών υποχρεώσεων τους (επαγγελματικές, οικιακές εργασίες κ.λπ.) και όχι σπάνια δεν έχουν τη δύναμη να επισκεφθούν και τον ιατρό τους για όλα αυτά, ενώ κατανοούν το γεγονός ότι χρειάζονται βοήθεια.

Η μελαγχολική παθητικότητα μπορεί να μεταβληθεί σε μελαγχολική εμβροντησία (Stupor), κατά την οποία ο ασθενής παραμένει ακίνητος χωρίς να συμμετέχει στις αλλαγές του περιβάλλοντος και μόνο η έκφραση του προσώπου του προδίδει την ψυχική του κατάσταση. Οι κλινικές αυτές εικόνες εμφανίζονται σπανιότερα τα τελευταία χρόνια λόγω της ευρύτερης διάδοσης των ψυχοφαρμάκων.

Ορισμένες βαθιές μελαγχολίες συνοδεύονται και από παραληρητικές ιδέες αυτομομφής, ατομικής ανικανότητας και αναξιοτήτας ενοχής, οικονομικής καταστροφής και υποχονδρίας. Οι παραληρητικές αυτές ιδέες είναι δυνατόν να συνυπάρχουν με παραισθητικές ή ψευδαισθητικές διαταραχές (π.χ. είμαι ανάξιος να ζω, είμαι ένα μηδενικό, ακούω τις καμπάνες που προαναγγέλλουν το θάνατο μου). Τέλος, στη φάση της μελαγχολίας μπορούν να εμφανισθούν και ένας μεγάλος αριθμός ψυχοσωματικών συμπτωμάτων, που πολλές φορές καλύπτουν την συναισθηματική διαταραχή και αντιμετωπίζονται σαν σωματικές ασθένειες.

Η ψυχοδυναμική ερμηνεία της μανιοκατάθλιψης έχει σχέση με την κυριαρχία του ΑΥΤΟ στη φάση της μανίας και του ΥΠΕΡΕΓΩ στη φάση της κατάθλιψης. Βασικά θεωρείται ότι η μανία και η κατάθλιψη είναι δυο όψεις του ίδιου νομίσματος και ότι η μανία είναι ένας τρόπος άμυνας στην κατάθλιψη που λαμβάνει τον πυρήνα

της διαταραχής. Φυσικά, το ΕΓΩ και στις δυο περιπτώσεις κυριαρχείται από το ΑΥΤΟ και το ΥΠΕΡΕΓΩ αντίστοιχα.

Η επιθετικότητα αυτή προκαλεί τη δημιουργία ενοχών (μια που το αντικείμενο που χάθηκε ήταν αγαπημένο) που με τη σειρά τους «τύπτουν» το ΕΓΩ και καλούν κατάθλιψη. Φυσικά η απώλεια αυτή μπορεί να είναι είτε αντικειμενική, είτε φαντασιωσική. Για να λειτουργήσει ο μηχανισμός αυτός σ' ένα άτομο σημαίνει ότι στη φάση της ψυχοκινητικής ανάπτυξης, το άτομο αυτό είχε ανάλογες εμπειρίες στη σχέση του με το πρωτοπαθές αντικείμενο αγάπης (τη μητέρα του). Έτσι, σε κάθε απώλεια συναισθηματικά έντονα επενδεδυμένου αντικειμένου αναβιώνει η απωθημένη τραυματική εμπειρία.

Η βιολογική άποψη ενοχοποιεί διάφορες διαταραχές του μεταβολισμού ορισμένων χημικών ουσιών του οργανισμού σαν αιτίες για την εμφάνιση μανίας ή κατάθλιψης αντίστοιχα. Ακόμα, υπάρχει και η άποψη της κληρονομικής μεταβίβασης της προδιάθεσης τουλάχιστον για τη νόσο. Έχει παρατηρηθεί ότι τα παιδιά μανιοκαταθλιπτικών έχουν 30% περισσότερες πιθανότητες να νοσήσουν απ' ό,τι παιδιά φυσιολογικών γονέων.

Η σωματική ιδιοσυστασία «πυκνικός τύπος» είχε επίσης ενοχοποιηθεί παλαιότερα σαν αίτιο της νόσου (Κρέτςμερ), σήμερα όμως πιστεύεται ότι η σωματική αυτή διάπλαση είναι μάλλον αποτέλεσμα παρά αίτιο της ψυχικής διαταραχής.

Επίσης, η ανεργία προκαλεί κακή ψυχική υγεία, ως αποτέλεσμα της οικονομικής στενότητας και της απουσίας των μη οικονομικών οφελών που παρέχονται από τη δουλειά του, όπως η κοινωνική θέση, την αυτοεκτίμηση, τη σωματική και ψυχική δραστηριότητα, και τη χρήση των δεξιοτήτων του (Suhrcke & Stuckler, 2010).

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

Στην ΕΕ, υπάρχει ένας συσχετισμός μεταξύ των ποσοστών ανεργίας και των ποσοστών αυτοκτονιών. Στην ΕΕ, κάθε αύξηση 1% στο εθνικό ποσοστό ανεργίας έχει συσχετιστεί με μια αύξηση 0,8% στις αυτοκτονίες των ανθρώπων κάτω των 65 ετών. Μια περισσότερο από 3% αύξηση της ανεργίας συνδέεται με μία 4,5% αύξηση των αυτοκτονιών. Οι νεότεροι πληθυσμοί ήταν πιο ευαίσθητοι στις αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία λόγω της αύξησης της ανεργίας από ό, τι ήταν άτομα άνω των 60 ετών (Matsaganis, 2012).

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

Αναφορικά με το φύλο οι γυναίκες κάνουν απόπειρες αυτοκτονίας τουλάχιστον τρεις φορές συχνότερα από τους άνδρες, ενώ οι άνδρες ολοκληρώνουν την αυτοκτονία περίπου τέσσερις φορές συχνότερα από τις γυναίκες. Η εξήγηση γι' αυτό φαίνεται να σχετίζεται με την επιλογή της μεθόδου. Σε αντίθεση με τις αυτοκτονίες των ανδρών, τα δύο τρίτα των οποίων πεθαίνουν από τραύματα που οφείλονται σε αυτο-πυροβολισμό, η τυπική απόπειρα αυτοκτονίας των γυναικών συνίσταται στη λήψη φαρμάκων στο σπίτι. Η τελευταία περίπτωση αποκαλείται συμπεριφορά χαμηλής θνησιμότητας, εξαιτίας του χρονικού διαστήματος που απαιτείται για τη δράση της μεθόδου και την πιθανότητα ότι κάποιος θα βρει το άτομο, προτού να είναι πάρα πολύ αργά για να επαναφερθεί στη ζωή. Δεν πρέπει να υποτεθεί, ωστόσο, ότι οι νέες γυναίκες είναι λιγότερο σοβαρές ως προς την επιθυμία να πεθάνουν. Οι γυναίκες είναι πιθανότερο να αισθάνονται αποστροφή προς τις βίαιες μεθόδους, και μερικές φορές η κατανόηση των νέων σχετικά με το πόσο θανατηφόρο είναι ένα φάρμακο μπορεί να είναι απλώς ανακριβής. Επιπλέον, αυτές οι στατιστικές προέρχονται συχνά από υπηρεσίες ψυχικής υγείας και δεν περιλαμβάνουν μια πολύ σημαντική ομάδα, τους έγκλειστους άνδρες. Εάν περιλάβουμε τους άνδρες σε σωφρονιστικά καταστήματα ανηλίκων σ' αυτές τις στατιστικές, οι διαφορές φύλου στις απόπειρες αυτοκτονίας ενδέχεται να μην είναι τόσο μεγάλες.

4.5 Ανεργία και θνησιμότητα

Μια σειρά από μελέτες (Stern, 1983; Creed, 1998; Ungvary et al., 1999) αξιολόγησαν τα υπάρχοντα στοιχεία σχετικά με την άμεση σύνδεση και τους πολλαπλούς υποβόσκοντες παράγοντες οι οποίοι παρεμβαίνουν στη σχέση ανεργίας-θνησιμότητας. Η ανεργία μπορεί να είναι επιζήμια για το βιοτικό επίπεδο της ζωής του ατόμου και των οικονομικών του πόρων. Ο περιορισμός των οικονομικών πόρων μπορεί να οδηγήσει σε κακή διατροφή και περιορισμένη πρόσβαση στην απαραίτητη ιατρική περίθαλψη. Αυτό μπορεί να προκαλέσει αυξημένη σωματική νοσηρότητα, ακόμα και θάνατο.

Πράγματι, ο Junankar (1991) βρήκε μια θετική σχέση μεταξύ ανεργίας και θνησιμότητας και οι Gerdtham και Johannesson (2003) διαπίστωσαν ότι η ανεργία αποτελεί κίνδυνο για την υγεία. Αυξάνει τον κίνδυνο θανάτου κατά περίπου 50 τοις εκατό, ακόμη και μετά από έλεγχο για το εισόδημα. Οι Martikainen και Valkonen (1996) απέδειξαν ότι τα άτομα που βιώνουν την ανεργία βρέθηκαν να παρουσιάζουν μεγαλύτερα ποσοστά θνησιμότητας σε σύγκριση με τα άτομα που απολαμβάνουν ακόμη έναν μισθό, μετά τον έλεγχο δημογραφικών και SES δεικτών.

Οι Morris et al. (1994) έδειξαν επίσης ότι όχι μόνο η εμπειρία της ανεργίας, αλλά και η διάρκεια των περιόδων ανεργίας αυξάνουν τον κίνδυνο θανάτου μετά από έλεγχο για πιθανούς συγχυτικούς παράγοντες όπως η ηλικία, η φυλή, ο γάμος, το εισόδημα και επαγγελματική κατηγορία. Οι Junankar (1991), Ungvary et al. (1999), και Moser et al. (1986), επεσήμαναν τις αρνητικές εξωτερικότητες που αντιμετωπίζουν οι οικογένειες των ανέργων ατόμων, αφού οι σύζυγοι των ανέργων ανδρών φαίνεται να αντιμετωπίζουν αυξημένο κίνδυνο θνησιμότητας. Περαιτέρω, οι Ungvary et al. (1999) έδειξαν ότι η θνησιμότητα των ανέργων μεσήλικων ανδρών είναι πιο ευαίσθητη στην ανεργία σε σύγκριση με άλλες ηλικιακές ομάδες, αλλά οι Snyder και Evans (2002) έδειξαν ότι η υψηλότερη ηλικιακή ομάδα (ηλικία άνω των 65 ετών) φαίνεται να βιώνει ένα υψηλότερο ποσοστό θνησιμότητας σε σύγκριση με μια νεότερη ομάδα (από λίγους μήνες έως ένα έτος).

Σε αντίθεση με τα παραπάνω, ο Ruhm (2000) επανεξέτασε τη σχέση μεταξύ ανεργίας και θνησιμότητας και τα ευρήματά του έδειξαν ότι η οικονομική ανάκαμψη με τη μείωση του ποσοστού ανεργίας, έχει αρνητικές επιπτώσεις στη σωματική υγεία, σε αντίθεση με την έννοια ότι η ανεργία επιδεινώνει την υγεία, σωματικά και ψυχικά.

Ο Ruhm υποστήριξε ότι υπάρχουν τουλάχιστον τρεις λόγοι για τους οποίους η αύξηση των ποσοστών απασχόλησης επηρεάζει αρνητικά την ατομική υγεία:

(1) Ο χρόνος αναψυχής μειώνεται, μειώνοντας παράλληλα και την πιθανότητα ενίσχυσης της υγείας με δραστηριότητες όπως η άσκηση.

(2) Η υγεία θα μπορούσε να θεωρηθεί ως «μία εισροή» στην παραγωγή των προϊόντων και υπηρεσιών. Έτσι, λόγω της μεγαλύτερης απαίτησης των εισροών σε μια αναπτυσσόμενη οικονομία, θα πρέπει να υπάρξει μια αύξηση σε επικίνδυνες συνθήκες εργασίας, σωματική προσπάθεια και ώρες εργασίας.

(3) Η διαθεσιμότητα υψηλότερου εισοδήματος αυξάνει την τάση των ατόμων να αναλαμβάνουν κινδύνους και να επιδίδονται σε δραστηριότητες όπως το κάπνισμα, η κατανάλωση αλκοόλ και η υπερβολική κατανάλωση μιας διατροφής υψηλής περιεκτικότητας σε λιπαρά.

Ο Ruhm (2000) κατέληξε στο συμπέρασμα ότι κατά τη διάρκεια της οικονομικής ύφεσης, όπως προσεγγίζεται από το ποσοστό ανεργίας, τόσο συνολικά όσο και ειδικά με τα αίτια τα ποσοστά θνησιμότητας πέφτουν. Μεταγενέστερες μελέτες από τους Gerdtam και Ruhm (2003) και Neumayer (2004) επιβεβαίωσαν τα ευρήματα του Ruhm (2000).

Η έρευνα έχει δείξει ότι μεσολαμβάνουν συγχυτικοί παράγοντες μεταξύ των οικονομικών συνθηκών και της σχέσης ανεργίας-θνησιμότητας. Έτσι, προκειμένου να αποκαλυφθούν οι πραγματικές επιπτώσεις των οικονομικών συνθηκών και της ανεργίας στην θνησιμότητα, οι συγχυτικοί παράγοντες που μεσολαμβάνουν θα πρέπει να ελεγχθούν.

Μερικές συμπεριφορές στον τρόπο ζωής προάγουν την υγεία, ενώ άλλες είναι επιβλαβείς. Σε αντίθεση με τον Ruhm (2000, 2003), ο οποίος υποστηρίζει ότι η ανεργία είναι αντιστρόφως ανάλογη με το κάπνισμα και την παχυσαρκία, φαίνεται ότι η ανεργία συνδέεται με την υιοθέτηση ενός ανθυγιεινού τρόπου ζωής, όπως η αύξηση του καπνίσματος. Ο Stern (1983) υποστηρίζει ότι η σύνδεση αυτή είναι πιθανόν να καθοριστεί λόγω του αυξημένου ψυχολογικού «βάρους» και του άγχους που αισθάνονται οι άνεργοι. Οι Wood et al. (1999) υποστήριξαν ότι τα άτομα που ανήκουν σε χαμηλά κοινωνικοοικονομικά επίπεδα είναι πολύ πιο πιθανό να υιοθετήσουν μια καθιστική ζωή, να είναι υπέρβαρα και να καπνίζουν και οι Morris et al. (1992) διαπίστωσαν ότι η αύξηση του σωματικού βάρους συνδέεται με την ανεργία. Άλλες μελέτες έδειξαν ότι το κάπνισμα και το ποτό αυξάνουν περισσότερο

και η διατροφή είναι χειρότερη μεταξύ των ανέργων (Hammarstrom, 1994; Morris et al., 1994).

Τα υψηλά ποσοστά ανεργίας φαίνεται να συνοδεύονται από την υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης ψυχολογικών και συμπεριφορικών διαταραχών και ψυχοσωματικές ασθένειες, αυτοκτονίες και αυτοτραυματισμούς και να προκαλούν σε πράξεις βίας και ανθρωποκτονίες, με τη μεσολάβηση καταστροφικών ψυχοκοινωνικών παραγόντων (Moser et al., 1986; Junankar, 1991; Morrell et al., 1993; Morrell et al., 1994; Yang και Lester, 1995; Theodosiou, 1998; Lewis και Sloggett, 1998; Ungvary et al., 1999; Lester, 2001; Chisiti et al., 2003; Gerdtham και Johannesson, 2003).

Τέλος, οι Hitiris και Posnett (1992) και Rivera (2004) έδειξαν τον αντίκτυπο στις δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης από τη μείωση των ανισοτήτων στον τομέα της θνησιμότητας και ο Or (2000) επιβεβαίωσε ότι η βελτίωση των οικονομικών συνθηκών μειώνει τα ποσοστά θνησιμότητας και υπογράμμισε κυρίως την ισχυρή επίδραση των περιβαλλοντικών παραγόντων στην αύξηση της θνησιμότητας. Η επιδείνωση της υγείας λόγω της υποβάθμισης του περιβάλλοντος επίσης παρουσιάστηκε από τον Weiss (2000).

Συμπεράσματα

Από την παραπάνω ανάλυση προέκυψε ότι υπάρχει ραγδαία αύξηση του προσδόκιμου ζωής για τις χώρες όπως η Αυστραλία, η Ιαπωνία, ο Καναδάς, η Ταιβάν. Οι Ηνωμένες πολιτείες της Αμερικής παρουσιάζουν σημαντική αύξηση ενώ το ίδιο ισχύει και για την Νορβηγία. Για την Νορβηγία η έλλειψη τόσο μεγάλης αύξησης σε σχέση με τις άλλες χώρες οφείλεται κυρίως στο ότι το προσδόκιμο ζωής ήταν αρκετά υψηλό από παλιά ενώ στις υπόλοιπες χώρες εξαιρετικά χαμηλό. Επίσης η Χιλή και το Ισραήλ παρουσιάζουν και αυτά αύξηση σύμφωνα με τα διαθέσιμα στοιχεία ανάλογη των υπόλοιπων χωρών. Οι χώρες που παρουσιάζουν μείωση είναι η Ουκρανία και η Ρωσία.

Ως προς την παιδική θνησιμότητα παρατηρήσαμε πτωτική πορεία στην ηλικία 0 και στις δέκα χώρες. Η Ρωσία έχει τα υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας για όλο το χρονικό διάστημα 1960-2009. Η Νορβηγία έχει το χαμηλότερο ποσοστό θνησιμότητας για το διάστημα 1950 -2009 με την εξαίρεση του χρονικού διαστήματος 1970-2009 όπου η Ιαπωνία την ξεπερνάει. Μάλιστα η Ιαπωνία έχει την μεγαλύτερη βελτίωση έναντι των άλλων χωρών για το χρονικό διάστημα 1950-2009. Επιπλέον παρατηρήσαμε πτωτική πορεία για την παιδική θνησιμότητα στις ηλικίες 1-4 και στις δέκα χώρες. Η Ρωσία έχει τα υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας για όλο το χρονικό διάστημα 1960-2009 εκτός από την περίοδο 1970-1970 όπου η Ταιβάν παρουσιάζει υψηλότερα ποσοστά.

Η Νορβηγία έχει το χαμηλότερο ποσοστό θνησιμότητας για το διάστημα 1950 -2009 με την εξαίρεση του χρονικού διαστήματος 1950-1959 όπου η Αμερική την ξεπερνάει. Μάλιστα η Ιαπωνία έχει την μεγαλύτερη βελτίωση έναντι των άλλων χωρών για το χρονικό διάστημα 1950-2009.

Τέλος ως προς το ποσοστό θνησιμότητα την περίοδο 1950-1969 στις ηλικίες 5-109 ετών βρήκαμε ότι η Ιαπωνία έχει το μεγαλύτερο ποσοστό θνησιμότητας για όλες τις ηλικιακές ομάδες 5-109 έναντι των υπόλοιπων χωρών ενώ η Νορβηγία το μικρότερο ποσοστό. Ακόμα η Ταιβάν έχει το μεγαλύτερο ποσοστό θνησιμότητας την περίοδο 1970-1979 για τις ηλικιακές ομάδες 60-65 έναντι των υπόλοιπων χωρών ενώ Αμερική και ο Καναδάς το μικρότερο ποσοστό για όλες τις ηλικιακές ομάδες.

Επιπλέον η Ταιβάν και η Ρωσία έχουν το μεγαλύτερο ποσοστό θνησιμότητας την περίοδο 1980-1989 για όλες τις ηλικιακές ομάδες έναντι των υπόλοιπων χωρών ενώ η Νορβηγία και η Ιαπωνία το μικρότερο ποσοστό για όλες τις

ηλικιακές ομάδες. Η Ουκρανία και η Ρωσία έχουν το μεγαλύτερο ποσοστό θνησιμότητας την περίοδο 1990-2009 για όλες τις ηλικιακές ομάδες έναντι των υπόλοιπων χωρών ενώ η Νορβηγία και η Ιαπωνία το μικρότερο ποσοστό για όλες τις ηλικιακές ομάδες.

Βιβλιογραφία

- American Hearth Association (2003). *Hearth Attack and Angina Statistics*.
http://www.org/st-agnes/EHAC_LifeandDeath/TimeisMuscle.htm
- Chisiti, P., Stone, D.H., Corcoran, P., Williamson, E. and Petridou, E. (2003),
“Suicide mortality in the European Union”, *European Journal of Public Health*,
Vol. 13, pp. 108-14.
- Creed, P.A. (1998), “Improving the mental and physical health of unemployed
people: why and how?”, *Medical Journal of Australia*, Vol. 168 No. 4, pp. 177-8.
- Duczko, W. (2004). *Viking Rus: Studies on the Presence of Scandinavians in Eastern
Europe*. Koninklijke Brill NV, Leiden, The Netherlands
- Gerdtham, U.-G. and Johannesson, M. (2003), “A note on the effect of unemployment
on mortality”, *Journal of Health Economics*, Vol. 22, pp. 505-18.
- Gerdtham, U-G. and Ruhm, C.J. (2003), “Deaths rise in good economic times:
evidence from the OECD”, Discussion Paper No. 654, Institute for the Study of
Labor (IZA), Bonn.
- Guo, G., (2003), “Mortality trends and Causes of Death: A Comparison Between
Eastern and Western Europe, 1960s-1980s”, *European Journal of Population* 9,
287-312, Kluwer Academic Publishers, Netherlands.
- Hammarström, A. (1994), “Health consequences of youth unemployment-review
from a gender perspective”, *Social Science and Medicine*, Vol. 38, pp. 699-709.
- Hancock B., Windridge K. and Ockleford E. (2007) *An introduction to qualitative
research*, Trend RDSU.
- Herbert M. (1999). *Ψυχολογικά προβλήματα εφηβικής ηλικίας*, (στ’εκ),
Αθήνα Ελληνικά Γράμματα
- Hitiris, T. and Posnett, J. (1992), “The determinants and effects of health care
expenditure in developed countries”, *Journal of Health Economics*, Vol. 11, pp.
173-81.
- Höhn, C., Pollard, J., (2001), “Mortality in the two Germanies in 1986 and trends
1976-1986”, *European Journal of Population* 7, 1-28, North-Holland.

- Junankar, P.N. (1991), "Unemployment and mortality in England and Wales: a preliminary analysis", *Oxford Economic Papers*, Vol. 43 No. 2, pp. 305-20.
- Kurlaba G., C. Pitsavos, D. Panagiotacos, A. Antonoulas, S. Zombolos, Y. Kogias, Y. Mantas, P. Stravopodis, C. Stefanidis (2006). Epidemiology of acute coronary syndromes in Greece: Aims, design and baseline characteristics of the Greek study of acute coronary syndromes (GREEKS) *Archives of Hellenic Medicine* 23: 365-374.
- Lester, D. (2001), "Regional studies of homicide: a meta-analysis", *Death Studies*, Vol. 25, pp. 705-8.
- Levi F, Lucchini F, Negri E, La Vecchia C (2002). Trends in mortality from cardiovascular and cerebrovascular disease in Europe and other areas of the world. *Heart* 88: 119-24.
- Lewinsohn PM, Clarke GN, Seeley JR, Rohde P. Major depression in community adolescents: age of onset, episode duration, and time to recurrence. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psych.* 1994;33:809–18.
- Lewis, G. and Sloggett, A. (1998), "Suicide, deprivation and unemployment: record linkage study", *British Medical Journal*, Vol. 317, pp. 1283-6.
- Likhachev, V. (2013). «Right-Wing Extremism on the Rise in Ukraine». *Russian Politics and Law* **51**
- Martikainen, P.T. and Valkonen, T. (1996), "Excess mortality of unemployed men and women during a period of rapidly increasing unemployment", *Lancet*, Vol. 348, pp. 909-12.
- Matsaganis M. (2012) Unemployment in Greece Department of International and European Economics Athens University of Economics and Business
- Miettinen, O. S., (1978), "Estimability and estimation in case-referent studies". *Am J Epidemiol*, 103:226–235
- Milner, A., Page, A., LaMontagne, A., D., (2013), "Long-Term Unemployment and Suicide: A Systematic Review and Meta-Analysis", *Plos One*, Volume 8, Issue 1
- Morrell, S., Taylor, R., Quine, S. and Kerr, C. (1993), "Suicide and unemployment in Australia 1907-1990", *Social Science & Medicine*, Vol. 36 No. 6, pp. 749-56.
- Morrell, S., Taylor, R., Quine, S., Kerr, C. and Western, J. (1994), "A cohort study of unemployment as a cause of psychological disturbance in Australian youth", *Social Science & Medicine*, Vol. 38 No. 11, pp. 1553-64.

- Morris, J.K., Cook, D.G. and Shaper, A.G. (1992), “Non-employment and changes in smoking, drinking, and body weight”, *British Medical Journal*, Vol. 304 No. 6826, pp. 536-41.
- Morris, J.K., Cook, D.G. and Shaper, A.G. (1994), “Loss of employment and mortality”, *British Medical Journal*, Vol. 308, pp. 1135-9.
- Moser, K.A., Fox, A.J., Goldblatt, P.O. and Jones, D.R. (1986), “Stress and heart disease: evidence of associations between unemployment and heart disease from the OPCS Longitudinal Study”, *Postgraduate Medical Journal*, Vol. 62, pp. 797-9.
- Neumayer, E. (2004), “Recessions lower (some) mortality rates: evidence from Germany”, *Social Science and Medicine*, Vol. 8 No. 6, pp. 1037-47.
- Or, Z. (2000), “Determinants of health outcomes in industrialised countries: a pooled, cross-country, time-series analysis”, *OECD Economic Studies*, Vol. 30, pp. 53-77.
- Pollard, J. H. (1996), “On the changing shape of the Australian mortality curve”, Nanyang Technological University, Singapore and Macquarie University, Sydney, *Health Transition Review*, Supplement 6, 283-300
- Rivera, B. (2004), “Evidence on the relationship between public medical resources and health indicators”, *Journal of Economic Studies*, Vol. 31, pp. 98-111.
- Roger L. Kemp (30 May 2010). *Documents of American Democracy: A Collection of Essential Works*. McFarland
- Rothman, K. J., (2002), “*Epidemiology: An introduction*”, Oxford University Press, New York, 24–33, 40–44
- Rothman, K. J., Greenland, S., (1998), “*Modern epidemiology*”. 2nd ed. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 29–46
- Ruhm, C.J. (2000), “Are recessions good for your health?”, *Quarterly Journal of Economics*, Vol. 115 No. 2, pp. 617-50.
- Ruhm, C.J. (2003), “Healthy living in hard times”, Working Paper No. 9468, National Bureau of Economic Research, Cambridge, MA.
- Snyder, S.E. and Evans, W.N. (2002), “The impact of income on mortality: evidence from the social security notch”, Working Paper No. 9197, National Bureau of Economic Research, Cambridge, MA.
- Spijker, J., Tabeau, E., Vean, W. J., (2006), “*Regional differences in cause-specific mortality in eleven European Countries in 1990-91*”, Netherlands

Inderdisciplinary Demographic Institute (NIDI), Working Paper No. 4

Stern, J. (1983), "The relationship between unemployment, morbidity and mortality in Britain", *Population Studies*, Vol. 37, pp. 61-74.

Stein, L. (2003), *The Hope Fulfilled: The Rise of Modern Israel*, Greenwood Press

Suhrcke, M., Stuckler, D., Suk, J., E., Desai, M., Senek, M., et al., (2011), "The Impact of Economic Crises on Communicable Disease Transmission and Control: A Systematic Review of the Evidence", *Plos One*, Volume 6, Issue 6

Theodossiou, I. (1998), "The effects of low-pay and unemployment on psychological well-being: a logistic regression approach", *Journal of Health Economics*, Vol. 17 No. 1, pp. 85-104.

Tickle, L., (1996), "Recent Trends in Mortality in the United Kingdom. Actuarial studies and Demography", Research Paper No. 010/96 ISBN No. 1 86408 255, *School of Economic and Financial Studies*, Macquarie University Sydney, Australia.

Ungváry, G., Morvai, V. and Nagy, I. (1999), "Health risk of unemployment", *Central European Journal of Occupational and Environmental Medicine*, Vol. 5 No. 2, pp. 91-112.

Van Maanen, J. (1979) The fact of fiction in organizational ethnography, *Administrative Science Quarterly*, 24, p.539-550

Veen, W. J., (1998), "*Regional Mortality Differentials in Belgium, Germany and the Netherlands*", Demographic reports 18, Faculty of Spatial Sciences, University of Groningen the Netherlands.

Walsh. M. (1991). 'Overview of indigenous languages of Australia' in Suzanne Romaine (ed) *Language in Australia* Cambridge: Cambridge University Press

Weiss, J. (2000), "Some reflections on project economics and environmental issues", *Journal of Economic Studies*, Vol. 27, pp. 126-34.

WHO (2005). The World Health Report 2005: make every mother and child count. Geneva, World Health Organization, 2005

WHO (2010). Highlights on health in Greece 2010

Wood, E., Sallar, A.M., Schechter, T. and Hogg, R.S. (1999), *Universal Health Care?*, Monograph Series No. 1, Center for Health Evaluation and Outcome Sciences, Vancouver, BC.

Yang, B. and Lester, D. (1995), "Suicide, homicide and unemployment", *Applied Economic Letters*, Vol. 2, pp. 278-9.

Αθανασίου, Λ. (2000). *Μέθοδοι και Τεχνικές Έρευνας στις Επιστήμες της Αγωγής*, Ιωάννινα

Γαλάνης, Π., και Σπάρος, Λ., (2005) "Μέτρα συχνότητας νοσημάτων", *Εφαρμοσμένη Ιατρική Έρευνα*, Αρ.22,2, σ.σ. 178–19

Δαρβίρη Χ. (2007). *Προαγωγή Υγείας*, Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδης

Κακλαμάνη, Σ., Κοτσυφάκης, Γ., (2010), "Η Φυσιογνωμία της Θνητότητας στην Ελλάδα (1960-1998)". *Δημογραφικό Συνέδριο*

Λιβιεράτος, Δ., (2010), "Οι πρόσφυγες στον μεσοπόλεμο", *Περιοδικό: Αρδην ρήξη*, Τεύχος 38-39. Διαθέσιμο στο <http://www.ardin.gr/?q=node/2809>

Παπαγεωργίου Ε. (2009), *Ψυχιατρική*, Αθήνα

Παπαευαγγέλου, Γ., Τσίμπος, Κ., (1992), "Ιατρική Δημογραφία και Οικογενειακός Προγραμματισμός". Εκδ. Βήτα, 24

Παρασκευόπουλος, Ι. (1993). *Μεθοδολογία της Επιστημονικής Έρευνας* Αθήνα

Σταθακόπουλος, Β. (2001). *Μέθοδοι Έρευνας Αγοράς*. Αθήνα: Σταμούλης

Τομάρας Π. (2000). *Εισαγωγή στο μάρκετινγκ και την έρευνα αγοράς*. Αθήνα

Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) www.oecd.org.

Human Mortality Database. University of California, Berkeley (USA), and Max Planck Institute for Demographic Research (Germany). Available at www.mortality.org or www.humanmortality.de

Εγκυκλοπαίδεια Βικιπαίδεια (2014).