

ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΤΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΡΟΠΟΣ ΖΩΗΣ

**Αθανασία Σταματοπούλου¹, Ελένη Σταματοπούλου², Δημήτριος Χανιώτης³,
Ευσταθία Παπαγεωργίου⁴, Φραγκίσκος Χανιώτης⁵**

¹PhD(c), Οικονομολόγος, M.Sc. Διεθνής Διοικητική των Επιχειρήσεων, M.Sc. Διοίκηση Μονάδων Υγείας & Κοινωνικής Πρόνοιας Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής & Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Εκπαιδευτικός, Ακαδημαϊκή Υπότροφος Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής (Πα.Δ.Α.)

²PhD(c), M.Sc-MPH Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, M.Sc. Διοίκηση Μονάδων Υγείας & Κοινωνικής Πρόνοιας Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής & Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Λειτουργός Δημόσιας Υγείας, Εκπαιδευτικός, R.N. Γ.Ν.Α. ΚΑΤ, Μέλος Ελληνικής Εταιρείας Εσωτερικής Παθολογίας, Member PCRS-UK

³MD, PhD, FESC, Καθηγητής, Πρόεδρος Τμήματος Βιοϊατρικών Επιστημών, Σχολή Επιστημών Υγείας και Πρόνοιας, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής (Πα.Δ.Α.)

⁴PhD, Αντιπρύτανης, Καθηγήτρια, Τμήμα Βιοϊατρικών Επιστημών, Σχολή Επιστημών Υγείας και Πρόνοιας, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής (Πα.Δ.Α.)

⁵MD, PhD, FESC, Ομότιμος Καθηγητής, Τμήμα Βιοϊατρικών Επιστημών, Σχολή Επιστημών Υγείας και Πρόνοιας, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής (Πα.Δ.Α.)

Υπεύθυνος Αλληλογραφίας: Αθανασία Σταματοπούλου, Υποψήφια Διδάκτωρ, Ακαδημαϊκή Υπότροφος, Τμήμα Βιοϊατρικών Επιστημών, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, Αγ. Σπυρίδωνος, Αιγάλεω 12243, E-mail: astamatopoyloy@uniwa.gr

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι κοινωνικοί καθοριστικοί παράγοντες της υγείας είναι οι συνθήκες υπό τις οποίες οι άνθρωποι γεννιούνται, μεγαλώνουν, ζουν, εργάζονται και γερνούν διαμορφώνοντας την υγεία. Ο τρόπος με τον οποίο οι άνθρωποι φροντίζουν την υγεία τους επηρεάζει την ευημερία και την ποιότητα ζωής τους. Υπάρχουν πολλοί παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία και οι περισσότεροι έχουν να κάνουν με τις προσωπικές συμπεριφορές και τον τρόπο ζωής. Η ενημέρωση και ευαισθητοποίηση της μελέτης για τους κοινωνικούς καθοριστικούς παράγοντες της υγείας έγκειται στο γεγονός ότι η ιατρική περίθαλψη από μόνη της, δεν μπορεί να βελτιώσει επαρκώς την υγεία συνολικά ή να μειώσει τις ανισότητες χωρίς να εξετάσει το πού, και το πώς ζουν οι άνθρωποι. Στη τρέχουσα ανασκοπική μελέτη παρουσιάζεται το μοντέλο του ουράνιου τόξου ως σημείο εκκίνησης, προκειμένου να αναδειχθούν οι καθοριστικοί παράγοντες της υγείας και να αξιολογηθεί ο τρόπος ζωής, η συμπεριφορά των ατόμων, με στόχο τη διαμόρφωση των δυναμικών προσεγγίσεων, τόσο για την πρόληψη των

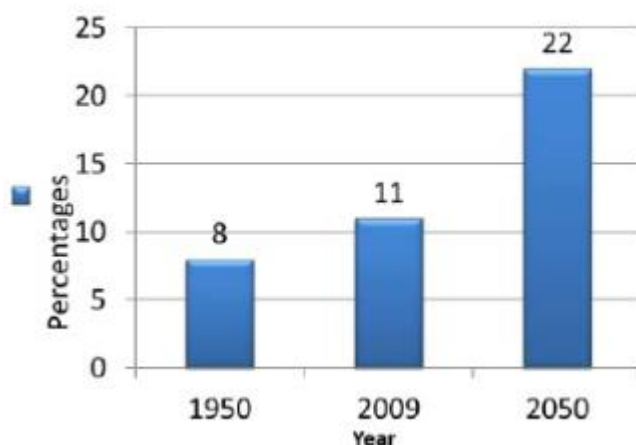
συνθηκών υγείας σε ενήλικες που ζουν στην κοινότητα, όσο και να επισημανθεί η προσοχή σε ευρήματα και να προταθούν κατευθύνσεις για έρευνα σε αυτό το θέμα.

Λέξεις κλειδιά: Προσδιοριστές υγείας, Τρόπος ζωής, Υγεία

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σύμφωνα με έκθεση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ.), οι κύριες δυνάμεις που οδηγούν στις αλλαγές στην υγεία είναι υποκείμενοι κοινωνικοί, οικονομικοί, πολιτισμικοί, και πολιτικοί παράγοντες (κύριοι καθοριστές της υγείας), καθώς επίσης σημαντικό ρόλο διαδραματίζει η γήρανση του πληθυσμού, η παγκοσμιοποίηση, η αστυφιλία και το γενικό πολιτικό περιβάλλον (WHO, 2005).

Διαχρονικά, η αναλογία των ατόμων ηλικίας 60 και άνω αυξάνεται σταθερά παγκοσμίως, από 8% το 1950 σε 11% το 2009 και εκτιμάται ότι θα ανέλθει σε ποσοστό 22% το 2050 (Γράφημα 1) (World Population Ageing, 2009).



Γράφημα 1: Αναλογία του πληθυσμού παγκοσμίως ηλικιακών ομάδων 60 ετών και άνω για τα έτη 1950-2050

Ένα ευρύ φάσμα παραγόντων όπως οι οικονομικοί, οι γενετικοί, τα πρότυπα συμπεριφοράς, καθώς και τα φυσικά και κοινωνικά περιβάλλοντα, όλα μπορούν να έχουν αντίκτυπο στην υγεία. Για παράδειγμα, το εισόδημα, η κοινωνική στήριξη και η στέγαση έχουν αποδειχθεί ότι σχετίζονται με τη σωματική και συναισθηματική ευεξία των ατόμων στις κοινότητες στις οποίες ζουν (Ross, 2004).

Οι μη μεταδοτικές ασθένειες είναι η κύρια αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας παγκοσμίως, ειδικά στις αναπτυσσόμενες χώρες, αντιπροσωπεύοντας περίπου το 60% όλων των θανάτων παγκοσμίως. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.)

επεσήμανε ότι το 60% της νοσηρότητας και της θνησιμότητας των μη μεταδοτικών ασθενειών εξαρτάται από παράγοντες συμπεριφοράς και τρόπου ζωής (Willett et al., 2006). Πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι το αρνητικό προφίλ των συμπεριφορών υγείας αυξάνει την ευπάθεια και την ευαισθησία ενός ατόμου σε βλαβερές επιπτώσεις στην υγεία. Αντίθετα, οι θετικές συμπεριφορές υγείας, μειώνουν τα ποσοστά νοσηρότητας και θνησιμότητας με αποτέλεσμα να διατηρείται η ευημερία ενός ατόμου (Murdaugh & Parsons, 2018).

Οι κοινωνικές αλλαγές συνεπάγονται με κινδύνους και προκλήσεις για την υγεία που σχετίζονται με τη συμπεριφορά, συμπεριλαμβανομένου της αυξημένης έκθεσης στον καπνό του τσιγάρου, της κατανάλωσης αλκοόλ, της σωματικής αδράνειας και των αλλαγών στη διατροφή που οδηγούν σε παχυσαρκία, περιγράφονται σε σχέση με την αύξηση των θανάτων από καρκίνο, καρδιαγγειακές παθήσεις και άλλες χρόνιες παθήσεις. Όλοι αυτοί οι «παράγοντες κινδύνου» εσωκλείονται στους κοινωνικούς καθοριστικούς παράγοντες της υγείας “Social Determinants of Health” (SDoH) (Trevor Dummer, 2018). Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.) οι καθοριστές της υγείας περιλαμβάνουν τόσο το κοινωνικό, οικονομικό, φυσικό περιβάλλον όσο και τα ατομικά χαρακτηριστικά και την συμπεριφορά του ατόμου. Γενικότερα, οι ατομικοί καθοριστικοί παράγοντες του τρόπου ζωής έχουν ισχυρή επίδραση στην ευημερία ενός ατόμου (WHO, 2007a).

1. ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΤΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Κατά τη διάρκεια των τελευταίων δύο δεκαετιών, η κοινότητα της Δημόσιας Υγείας προσελκύει όλο και περισσότερο τους κοινωνικούς καθοριστικούς παράγοντες της υγείας “Social Determinants of Health” (SDoH) οι οποίοι, εκτός από την ιατρική περίθαλψη μπορούν να επηρεαστούν από τις κοινωνικές πολιτικές και στάσεις για να διαμορφώσουν την υγεία με ισχυρούς τρόπους (Trevor Dummer, 2018).

Η Επιτροπή του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ.) για τους κοινωνικούς προσδιοριστές της υγείας έχει ορίσει τους SDoH ως «τις συνθήκες υπό τις οποίες γεννιούνται, μεγαλώνουν, ζουν, εργάζονται και γερνούν οι άνθρωποι» καθώς είναι θεμελιώδεις παράγοντες, που επηρεάζουν ένα ευρύ φάσμα δεικτών υγείας, λειτουργίας και ποιότητας ζωής των ανθρώπων. Αυτά τα σύνολα δυνάμεων διαμορφώνουν τις συνθήκες της καθημερινής ζωής και είναι υπεύθυνα για τις ανισότητες, καθώς και τις αθέμιτες και αναπόφευκτες διαφορές στην κατάσταση της υγείας των ανθρώπων που

παρατηρούνται εντός και μεταξύ των χωρών. Σε παγκόσμιο επίπεδο, οι ανισότητες στην υγεία αντιπροσωπεύουν την κύρια αιτία, την δυσφορία και την αγωνία που μπορεί να αποφευχθεί στις ζωές που χάνονται πρόωρα (Barr et al., 2017).

Οι ανισότητες στην υγεία δεν διαμορφώνονται μόνο από την άνιση κατανομή των πόρων, αλλά μπορούν να περιλαμβάνουν την κοινωνική απομόνωση και την αίσθηση του ελέγχου των συνθηκών και των επιλογών της ζωής του ατόμου. Οι άνθρωποι πρέπει να αισθάνονται ότι έχουν ένα συγκεκριμένο επίπεδο ελέγχου της ζωής τους, των θέσεων εργασίας, της στέγασης και του περιβάλλοντος, καθώς και άλλων πόρων που βελτιώνουν την ποιότητα ζωής, καθώς αυτά μπορούν να έχουν σημαντική επίδραση στα αποτελέσματα της υγείας του πληθυσμού (Social Determinants of Health, 2020).

Το 2012 τα κράτη μέλη των Ηνωμένων Εθνών ενέκριναν την «Πολιτική Διακήρυξη του Ρίο για τους κοινωνικούς καθοριστικούς παράγοντες της υγείας (Διακήρυξη του Ρίο), μια δέσμευση για την υιοθέτηση μιας κοινωνικής καθοριστικής προσέγγισης για τη μείωση των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας εντός και μεταξύ των χωρών. Η δήλωση στοχεύει στις χώρες να αναπτύξουν σχέδια δράσης για τη μείωση των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας, αναγνωρίζοντας ταυτόχρονα τη σημασία των κοινωνικοοικονομικών και πολιτικών παραγόντων (Stankiewicz et al., 2015).

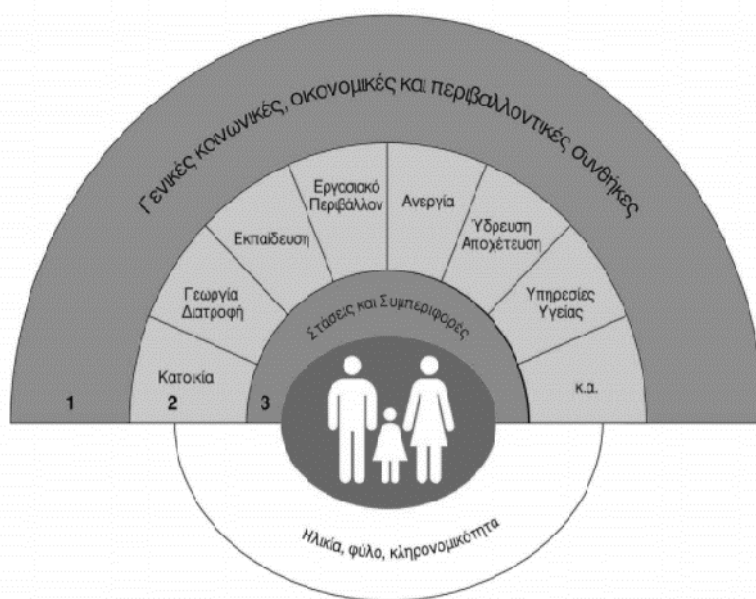
Ειδικότερα, η δράση για τη μείωση των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας έχει προτεραιότητα στους στόχους της αειφόρου ανάπτυξης των Ηνωμένων Εθνών που εγκρίθηκαν από 193 έθνη το 2015 και σε πολλές Εθνικές στρατηγικές για την υγεία. Οι πρωτοβουλίες παρουσιάζουν πολλά υποσχόμενες ευκαιρίες για περαιτέρω ενσωμάτωση και εστίαση στους κοινωνικούς καθοριστικούς παράγοντες για τις ανισότητες στην υγεία, με δραστηριότητες ανάπτυξης ικανοτήτων σε έρευνα, καθώς πρωταρχικός στόχος της δράσης, εξακολουθεί να είναι η αλλαγή συμπεριφοράς (Porroche-Escudero et al., 2021). Έρευνα έχει δείξει ότι, ενώ οι προσεγγίσεις του τρόπου ζωής μπορούν να συμβάλουν ουσιαστικά στη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού, είναι ανεπαρκείς στη μείωση των ανισοτήτων στην υγεία, διότι οι δομικές αιτίες είναι αδιαμφισβήτητες (Whitehead, 2007). Περισσότερες αναφορές για την έρευνα στην υγεία, έχουν κατευθυνθεί σε τρία ρεύματα εργασίας: α) την κατανόηση των αιτιών, β) την αξιολόγηση του αντίκτυπου της Εθνικής πολιτικής στην ισότητα και γ) την ανάπτυξη και αξιολόγηση του τρόπου ζωής και της συμπεριφοράς στη βελτίωση της υγείας. Ως αποτέλεσμα, υπάρχει έλλειψη έρευνας σχετικά με την

αποτελεσματικότητα και τις παρεμβάσεις για τη μείωση των ανισοτήτων υγείας που μπορούν να αναπτυχθούν και να εφαρμοστούν σε τοπικό επίπεδο (Popay et al., 2019; Marmot, 2017).

Ο όρος "κοινωνικοί καθοριστικοί παράγοντες της υγείας" που αναφέρονται επίσης ως Social Determinants of Health (SDoH) εμπεριέχει χαρακτηριστικά (π.χ., δυνατότητα πεζοπορίας, χώροι αναψυχής, προσβασιμότητα σε υγιεινή διατροφή), που μπορούν να επηρεάσουν τις συμπεριφορές που σχετίζονται με την υγεία. Άλλοι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες, όπως το εισόδημα, ο πλούτος και η εκπαίδευση είναι θεμελιώδεις αιτίες ενός ευρέος φάσματος αποτελεσμάτων υγείας (Trevor Dummer, 2018). Ως εκ τούτου, είναι σημαντικό η ατζέντα να περιλαμβάνει ερευνητικές προτεραιότητες που θα αξιολογούν τις παρεμβάσεις και την επίδραση της πολιτικής και της πρακτικής στα μονοπάτια των κοινωνικών καθοριστικών παραγόντων της υγείας. Η εν λόγω προτεραιότητα δεν είναι απλό καθήκον καθότι οι κοινωνικοί καθοριστικοί παράγοντες της υγείας είναι περίπλοκοι. Πολλαπλές ασθένειες και αιτίες οδηγούν σε πολλά διαφορετικά περιβάλλοντα παρέμβασης, στο πλαίσιο της πολιτικής, πολιτιστικής και κοινωνικοοικονομικής ποικιλομορφίας (McQueen, 2009). Επιπρόσθετα σημαντικό είναι να αναφερθεί ότι η American Medical Informatics Association (AMIA) πιστεύει ότι η πρόσβαση σε ευρυζωνική υπηρεσία διαδικτύου πρέπει να προστεθεί στον κατάλογο των κοινωνικών καθοριστικών παραγόντων της υγείας (AMIA, 2018).

Σύμφωνα με το μοντέλο των Dahlgren and Whitehead (1991) οι καθοριστικοί παράγοντες της γενικής υγείας του πληθυσμού μπορούν να θεωρηθούν ως στρώματα επιρροής σε σχήμα ουράνιου τόξου (σχήμα 1).

Σχήμα 1: Οι Κύριοι καθοριστικοί παράγοντες της υγείας



Πηγή: Dahlgren and Whitehead (1991)

Το μοντέλο, που αναπτύχθηκε από τους Dahlgren και Whitehead το 1991, χαρτογραφεί τη σχέση μεταξύ του ατόμου, του περιβάλλοντος και της υγείας του. Σύμφωνα με το ανωτέρω σχήμα τα άτομα τοποθετούνται στο κέντρο και γύρω από αυτά είναι τα διάφορα επίπεδα επιρροών στην υγεία όπως ατομικοί παράγοντες τρόπου ζωής, επιρροές στην κοινότητα, συνθήκες διαβίωσης και εργασίας και γενικότερες κοινωνικές συνθήκες.

Οι παράγοντες που επιδρούν στη διαμόρφωση της υγείας μπορεί να ταξινομηθούν σε τέσσερις μεγάλες κατηγορίες σε ευρύτερους κοινωνικούς - οικονομικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες, σε παράγοντες του άμεσου περιβάλλοντος (εργασία, κατοικία, τροφή κ.τ.λ.), σε παράγοντες που σχετίζονται με τη συμπεριφορά (lifestyle) και τέλος σε ατομικούς βιολογικούς παράγοντες όπως η ηλικία, το φύλο η κληρονομικότητα κ.α.

Αναλυτικότερα:

- τα προσωπικά χαρακτηριστικά καταλαμβάνουν τον πυρήνα του μοντέλου και περιλαμβάνουν το φύλο, την ηλικία, την εθνοτική ομάδα και τους κληρονομικούς παράγοντες
- οι ατομικοί παράγοντες «στον τρόπο ζωής» περιλαμβάνουν συμπεριφορές όπως το κάπνισμα, η χρήση αλκοόλ και η σωματική δραστηριότητα

- τα κοινωνικά και κοινοτικά δίκτυα περιλαμβάνουν την οικογένεια και τους ευρύτερους κοινωνικούς κύκλους
- οι συνθήκες διαβίωσης και εργασίας περιλαμβάνουν την πρόσβαση και τις ευκαιρίες σε σχέση με τις θέσεις εργασίας, τη στέγαση, την εκπαίδευση και τις υπηρεσίες πρόνοιας
- οι γενικές κοινωνικοοικονομικές, πολιτιστικές και περιβαλλοντικές συνθήκες περιλαμβάνουν παράγοντες όπως το διαθέσιμο εισόδημα, τη φορολογία και τη διαθεσιμότητα εργασίας.

Σύμφωνα με εκτιμήσεις, η υγεία ενός ατόμου ή ενός πληθυσμού επηρεάζεται κατά 40% έως 50% από τη συμπεριφορά, κατά 20% έως 30% από το κοινωνικό οικονομικό περιβάλλον και κατά 10%-20% από τις υπηρεσίες υγείας.

2. ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Ορισμένες μελέτες προσπάθησαν να αξιολογήσουν τις επιπτώσεις των κοινωνικών παραγόντων στην υγεία. Μελέτη των McGinnis et al. (2002) εκτίμησε ότι η ιατρική περίθαλψη ήταν υπεύθυνη μόνο για το 10%-15% της θνησιμότητας στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής (Η.Π.Α.), ενώ οι μελέτες του Mackenbach (1996) κατέδειξαν ότι αυτό το ποσοστό μπορεί να είναι υποτιμημένο, επιβεβαιώνοντας την καθοριστική σημασία των κοινωνικών παραγόντων. Οι McGinnis και Foege (1993) κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι μισοί από τους θανάτους στις Η.Π.Α. σχετίζονται με στάσεις και συμπεριφορές. Επίσης άλλα στοιχεία έχουν δείξει ότι οι συμπεριφορές που σχετίζονται με την υγεία διαμορφώνονται έντονα από κοινωνικούς παράγοντες, όπως το εισόδημα, η εκπαίδευση και η απασχόληση (Braveman et al., 2011; Stringhini et al., 2010). Ισχυροί δεσμοί μεταξύ της φτώχειας και της υγείας καταγράφονται διαχρονικά (Foege, 2010).

Παρατηρώντας τη σχέση μεταξύ των κοινωνικοοικονομικών παραγόντων με πολλούς διαφορετικούς δείκτες υγείας, υποδηλώνουν μια πιθανή σχέση αλληλεπίδρασης, ενισχύοντας την πιθανότητα να διαδραματίζουν έναν αιτιώδη ρόλο οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες. Ο αντίκτυπος των κοινωνικών παραγόντων στην υγεία υποστηρίζεται επίσης από τους ισχυρούς και ευρέως παρατηρούμενους συσχετισμούς μεταξύ ενός ευρέος φάσματος δεικτών υγείας και μέτρων των κοινωνικοοικονομικών πόρων ή της κοινωνικής θέσης των ατόμων, συνήθως του

εισοδήματος, του εκπαιδευτικού επιπέδου ή της επαγγελματικής ιεραρχίας. Στις Η.Π.Α., αλλά και στην Ευρώπη, αυτός ο συσχετισμός ακολουθεί συχνά ένα σταδιακό μοτίβο καταδεικνύοντας ότι η υγεία βελτιώνεται σταδιακά καθώς αυξάνεται η κοινωνική θέση (Martinson, 2012).

3. ΠΩΣ ΟΡΙΖΟΥΝ ΟΙ ΑΝΘΡΩΠΟΙ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ;

Η έννοια της υγείας θεωρείται συχνά ότι προέρχεται από την ιατρική επιστήμη (Hallberg, 2010). Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO, 1947) ορίζει την υγεία ως «μια κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς την απουσία ασθένειας ή αναπηρίας». Αυτός ο ορισμός δεν είναι απαλλαγμένος από αμφισβητήσεις, ιδίως λόγω της χρήσης της λέξης «πλήρης» που συνεπάγεται την απόλυτη σωματική, διανοητική και κοινωνική ευημερία ως ένα από τα θεμελιώδη δικαιώματα κάθε ανθρώπου. Πριν από περίπου 30 χρόνια, ο Χάρτης της Οτάβα για την Προαγωγή της Υγείας (1986) διακήρυξε ότι για να φτάσει στην κατάσταση της πλήρους υγείας η ομάδα ή το άτομο πρέπει να έχει τους απαραίτητους πόρους για να πραγματοποιήσει τις φιλοδοξίες και να αντιμετωπίσει ένα συνεχώς μεταβαλλόμενο περιβάλλον. Ως εκ τούτου, η υγεία θεωρείται ως «πόρος για την καθημερινή ζωή» και όχι ως πρωταρχικός στόχος της ανθρώπινης ζωής. Επιπλέον, ο χάρτης διακήρυξε την υγεία ως θετική ιδέα που δίνει έμφαση στους κοινωνικούς και προσωπικούς πόρους που δεν είναι μόνο ευθύνη του τομέα της υγείας, αλλά υπερβαίνουν έναν υγιή τρόπο ζωής για την ευημερία.

Οι περισσότεροι άνθρωποι συνδέουν τη λέξη «υγεία» με τα νοσοκομεία και τους επαγγελματίες υγείας. Όταν σκέφτονται την «καλή υγεία» τείνουν να σκέφτονται απλώς μια απουσία ασθένειας. Σε αυτή τη μελέτη παρουσιάζεται η υγεία με την ευρύτερη έννοια: το επίπεδο καλής σωματικής και ψυχικής υγείας ενός ατόμου, και το βαθμό στον οποίο τα άτομα σε μια κοινωνία έχουν τη δυνατότητα να ζήσουν υγιείς. Μέσω αυτής της οπτικής, ένα υγιές άτομο αναζητά την ευκαιρία για ουσιαστική εργασία, ασφαλή στέγαση, σταθερές σχέσεις, υψηλή αυτοεκτίμηση και υγιείς συμπεριφορές. Μια υγιής κοινωνία, με τη σειρά της, δεν είναι αυτή που περιμένει τους ανθρώπους να αρρωστήσουν, αλλά μια κοινωνία που βλέπει πώς διαμορφώνεται η υγεία από κοινωνικούς, πολιτιστικούς, πολιτικούς, οικονομικούς, εμπορικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες και αναλαμβάνει δράσεις για τις τρέχουσες και τις μελλοντικές γενιές. Η τελική πηγή πλούτου κάθε κοινωνίας είναι οι άνθρωποί της,

καθώς η επένδυση στην υγεία τους είναι μια σοφή επιλογή στις καλύτερες στιγμές και επείγουσα ανάγκη στις χειρότερες στιγμές τους (Stuckler & Sanjay, 2013).

Η υγεία είναι σημαντική για όλους καθώς επηρεάζει όχι μόνο το πώς αισθάνονται οι άνθρωποι, αλλά και το πώς λειτουργούν και συμμετέχουν μέσα σε μια κοινότητα. Οι έννοιες της «υγείας» και της κακής υγείας φτάνουν πολύ πέρα από το άτομο και μπορεί να είναι δύσκολο να οριστούν και να μετρηθούν. Περιλαμβάνουν ένα ευρύ φάσμα εμπειριών και γεγονότων και η ερμηνεία τους μπορεί να σχετίζεται με τους κοινωνικούς κανόνες και το κοινωνικό πλαίσιο (Aboriginal Healthand Medical).

Άλλες προσεγγίσεις που έχουν διερευνηθεί σχετίζονται με την ποιότητα ζωής, όσον αφορά τη διάσταση της υγείας. Η ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία Health-Related Quality of Life (HRQoL) είναι μια πολυδιάστατη έννοια που περιλαμβάνει τομείς που σχετίζονται με τη σωματική, διανοητική, συναισθηματική και κοινωνική λειτουργία. Η προσέγγιση της υγείας προσφέρει ένα διεπιστημονικό πλαίσιο για την καθοδήγηση της έρευνας από επιστήμονες όπως επαγγελματίες υγείας οικονομολόγους, επιδημιολόγους, βιολόγους, κοινωνιολόγους, ψυχολόγους (Healthy People, 2020).

4. ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ ΚΑΙ ΤΡΟΠΟΣ ΖΩΗΣ

Τις τελευταίες δεκαετίες, ο τρόπος ζωής έχει αναγνωριστεί ως σημαντικός καθοριστικός παράγοντας της κατάστασης της υγείας και έχει γίνει το επίκεντρο του αυξανόμενου ερευνητικού ενδιαφέροντος παγκοσμίως. Επιπρόσθετα, έχουν γίνει αλλαγές στην καθημερινότητα της ζωής των ανθρώπων, όπως για παράδειγμα: ο υποσιτισμός, η ανθυγιεινή διατροφή, το κάπνισμα, η κατανάλωση αλκοόλ, η χρήση ναρκωτικών, το άγχος, είναι εν πολλοίς συνέπειες ενός ανθυγιεινού τρόπου ζωής που κυριαρχεί σήμερα στις σύγχρονες δυτικές κοινωνίες (Ziglio et al., 2004).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) δήλωσε ότι το 60% της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία ενός ατόμου εξαρτάται από τον τρόπο ζωής του. Εκατομμύρια άνθρωποι ακολουθούν έναν ανθυγιεινό τρόπο ζωής και ως εκ τούτου, αντιμετωπίζουν ασθένειες, αναπηρίες, ακόμη και τον θάνατο. Προβλήματα όπως οι μεταβολικές ασθένειες, τα μυοσκελετικά προβλήματα, οι καρδιαγγειακές παθήσεις, η υπέρταση, το υπερβολικό βάρος, μπορεί να προκληθούν από έναν ανθυγιεινό τρόπο ζωής (Ziglio et al., 2004).

Οι χρόνιες ασθένειες, ιδίως οι καρδιαγγειακές παθήσεις, οι καρκίνοι, ο διαβήτης, η παχυσαρκία, η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, το άσθμα, κ.λπ. συχνά προκαλούνται από ανθυγιεινές συνθήκες διαβίωσης, και ως εκ τούτου, η προέλευση αυτών των ασθενειών, δηλαδή, ο τρόπος ζωής και η συμπεριφορά των ανθρώπων είναι το κύριο αίτιο. Σύμφωνα με τις στατιστικές του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, το 60% των θανάτων στις αναπτυσσόμενες χώρες οφείλονται σε ανθυγιεινούς τρόπους ζωής, και έως το 2030, αναμένεται να φθάσει το 75% της παγκόσμιας θνησιμότητας (Sousa et al., 2015). Ωστόσο, πολλές χρόνιες ασθένειες σχετίζονται με την πρόληψη και τον τρόπο ζωής (Al-Qahtani, 2015; Buck et al., 2013) και εφόσον εντοπιστούν έγκαιρα, αποτρέπονται οι επικίνδυνες συνέπειές τους για την υγεία. Από αυτήν την άποψη, η υπέρταση, η χρήση καπνού, ο διαβήτης, η έλλειψη σωματικής δραστηριότητας και η παχυσαρκία είναι οι πέντε κύριες αιτίες θανάτου στον κόσμο που μπορούν να μειωθούν και να ελεγχθούν με αλλαγές στον τρόπο ζωής (Al-Qahtani, 2015). Επομένως, αλλάζοντας τον τρόπο ζωής των ατόμων και αντικαθιστώντας τους ανθυγιεινούς τρόπους ζωής με έναν υγιεινό, μπορεί κανείς να μειώσει τόσο την επίπτωση όσο και τον επιπολασμό πολλών χρόνιων ασθενειών, με αποτέλεσμα να προληφθεί ο θάνατος από αυτές τις ασθένειες. Για παράδειγμα, το 2000, το 2,3% όλων των θανάτων οφείλονται σε χαμηλή πρόσληψη φρούτων και λαχανικών. Σύμφωνα με συστηματική ανασκόπηση, η αύξηση της καθημερινής πρόσληψης λαχανικών θα μπορούσε να μειώσει σημαντικά τον κίνδυνο διαβήτη τύπου 2 (Bishwajit et al., 2017).

Σε άλλη μελέτη του (Brahmbhatt, 2017) αναφέρεται ότι η παχυσαρκία είναι ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα υγείας και αυξάνει τον κίνδυνο πολλών προβλημάτων όπως καρδιαγγειακών παθήσεων, διαβήτη και υψηλής αρτηριακής πίεσης. Σύμφωνα με έρευνα του Κέντρου Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων Centers for Disease Control and Prevention (CDC), κατέληξε ότι το 35,1% των ενηλίκων άνω των είκοσι ετών ήταν παχύσαρκοι (NCHS, 2015).

Ο επιπολασμός της παχυσαρκίας αυξάνεται με ανησυχητικό ρυθμό σε πολλά μέρη του κόσμου. Περίπου 2 δισεκατομμύρια άνθρωποι είναι υπέρβαροι και το ένα τρίτο από αυτούς είναι παχύσαρκοι. Η κατάσταση των πληθυσμών που πλήττονται περισσότερο, είναι στις χώρες με υψηλό εισόδημα όπως στη Βόρεια Αμερική, την Αυστραλία και την Ευρώπη. Επιπρόσθετα οι Seidell & Halberstadt (2015) αναφέρουν ότι παρατηρείται όλο και περισσότερο η αύξηση της παχυσαρκίας του πληθυσμού σε χώρες με χαμηλό και μεσαίο εισόδημα.

Ακολούθως σύμφωνα με επιδημιολογικά δεδομένα αναφέρεται ότι η παχυσαρκία κυρίως η κοιλιακού τύπου, επηρεάζει περισσότερο από 20% του ενήλικου πληθυσμού παγκοσμίως με αυξανόμενη επίπτωση με την πρόοδο των ετών και αποτελεί μείζονα παράγοντα κινδύνου καρδιαγγειακής νόσου εν γένει και ανάπτυξης υπέρτασης ειδικότερα. Στις Η.Π.Α. περισσότερο από το 40% των παχύσαρκων και 25% των υπέρβαρων ατόμων, έχουν υπέρταση ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στα άτομα με φυσιολογικό σωματικό βάρος είναι 15%, γεγονός που αντικατοπτρίζει μία σταδιακή αύξηση του κινδύνου εμφάνισης ιδιοπαθούς υπέρτασης με την αύξηση του δείκτη μάζας σώματος (Landsberg et al., 2013). Εκτιμάται το 78% του κινδύνου αυτού στους άντρες και το 65% στις γυναίκες οφείλεται στο υπερβάλλον σωματικό βάρος. Από την άλλη πλευρά το 70% των υπέρτασικών ατόμων είναι υπέρβαροι ή παχύσαρκοι (Leggio et al., 2017). Στα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 η επίπτωση του φαινοτύπου παχυσαρκίας- υπέρτασης κυμαίνεται από 33% ως 93% (Colosia et al., 2013).

Επιπρόσθετα η παχυσαρκία στις μέρες μας τείνει να λάβει διαστάσεις πανδημίας καθώς η επίπτωση της έχει σχεδόν διπλασιαστεί από το 1980. Στην Ευρώπη και στη Βόρεια Αμερική θεωρείται η δεύτερη πιο συχνή αιτία πρόωρων θανάτων μετά το κάπνισμα. Η ATLAS registry που διεξήχθη μεταξύ των κρατών-μελών της Ευρωπαϊκής Καρδιολογικής Εταιρείας βρήκε ότι από το 1980 έως το 2014 ο μέσος Δείκτης Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) αυξήθηκε για τις γυναίκες από το 25,2 kg/m² σε 25,8 kg/m² και για τους άντρες από 25,0 kg/m² σε 26,8 kg/m². Στην Ελλάδα ο μέσος ΔΜΣ κυμαίνεται στο 27,5 kg/m² περίπου και στα δύο φύλα με το 25% των γυναικών και το 23% των ανδρών να είναι παχύσαρκοι ΔΜΣ >30 kg/m². Ανησυχητικά όμως είναι τα στοιχεία που αφορούν την παιδική παχυσαρκία δεδομένου ότι το 11% των κοριτσιών και το 18% των αγοριών ηλικίας 5-19 ετών ήταν παχύσαρκα στην ίδια χρονική περίοδο (Timmis et al., 2017).

Σε μελέτη των Stamatopoulou et al. (2014) αναφέρεται ότι, το κάπνισμα είναι η κύρια αιτία θνησιμότητας παγκοσμίως. Μεταξύ 2005 και 2030, εκτιμάται ότι περισσότερα από 175 εκατομμύρια άτομα παγκοσμίως θα πεθάνουν από το κάπνισμα. Η διακοπή του καπνίσματος είναι η πρωταρχική παρέμβαση για την μείωση τόσο της θνησιμότητας όσο και της νοσηρότητας. Το κάπνισμα βλάπτει σοβαρά τόσο το άτομο όσο και την κοινότητα. Εκτιμάται ότι το κάπνισμα μειώνει το προσδόκιμο ζωής κατά 8 χρόνια καθώς σχετίζεται με καρκίνο του πνεύμονα, την χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, την στεφανιαία νόσο και επίσης με τον το καρκίνο της ουροδόχου

κύστης. Είναι ενδιαφέρον ότι υπάρχει μια ισχυρή σχέση μεταξύ των κοινωνικών, δημογραφικών και ψυχολογικών παραγόντων και του καπνίσματος. Οι περισσότεροι καπνιστές που προσπαθούν να σταματήσουν το κάπνισμα με τη δική τους θέληση, έχει επιτυχία σε ποσοστό μόνο 3% έως 5%. Συχνότερα, καπνιστές που έχουν αποτύχει μόνιμοι τους να διακόψουν το κάπνισμα χρησιμοποιούν φάρμακα, συμπεριλαμβανομένης της εντατικής συμβουλευτικής συμπεριφοράς (Stamatoroulou et al., 2014).

Μελέτη των Cockerham et al. (2017) αναφέρει ότι τα άτομα με υψηλότερο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο ήταν τα πρώτα που υιοθέτησαν το κάπνισμα στις αρχές του 20ου αιώνα και ακολούθησαν και άλλες κοινωνικές τάξεις. Η αύξηση της δημοσιότητας σχετικά με τις βλαβερές συνέπειες των τσιγάρων τη δεκαετία του 1960 οδήγησε στην αποφυγή της εν λόγω πρακτικής και αλλαγής στα πρότυπα συμπεριφοράς του καπνίσματος με την πάροδο του χρόνου σε άτομα με καλύτερο μορφωτικό και οικονομικό επίπεδο.

Στοιχεία από μελέτες που αναφέρονται στις παρεμβάσεις του τρόπου ζωής δείχνουν ότι τα χαμηλά ποσοστά των μη μεταδιδόμενων νοσημάτων μπορούν να επιτευχθούν με την τροποποίηση της συμπεριφοράς, όπως για παράδειγμα, η διακοπή του καπνίσματος, η μείωση της κατανάλωσης αλκοόλ, η τακτική σωματική άσκηση, και η υιοθέτηση υγιεινών διατροφικών συνηθειών (Bishwajit et al., 2017).

Σε άλλη μελέτη των Rajput et al. (2019) αναφέρεται ότι στο Ηνωμένο Βασίλειο, η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ αποτελεί ένα μείζον πρόβλημα Δημόσιας υγείας. Υπολογίζεται ότι 9 εκατομμύρια ενήλικες καταναλώνουν αλκοόλ σε επίπεδο που αυξάνει τον κίνδυνο βλάβης στην υγεία τους. Στην Αγγλία 1,6 εκατομμύρια ενήλικες έχουν κάποιο βαθμό εξάρτησης από το αλκοόλ και από αυτά περίπου 250.000 πιστεύεται ότι είναι μέτρια ή σοβαρά εξαρτώμενα με ανάγκη να υποβληθούν σε εξειδικευμένη εντατική θεραπεία.

Αλλωστε, οι ζωές των πολιτών αντιμετωπίζουν νέες προκλήσεις. Για παράδειγμα, αναδυόμενες νέες τεχνολογίες στο χώρο της πληροφορικής, όπως το διαδίκτυο και τα δίκτυα εικονικής επικοινωνίας, οδηγούν τον κόσμο μας σε μια μεγάλη πρόκληση που απειλεί τη σωματική και ψυχική υγεία των ατόμων από την υπερβολική χρήση τους (Ziglio et al., 2004).

Πολλάκις έχει υποστηριχθεί (Nothlings, 2010 ; Hu et al., 2011; Reddy et al., 2011) ότι οι πρακτικές υγιεινού τρόπου ζωής μειώνουν την εμφάνιση ασθενειών και τα ποσοστά θνησιμότητας, σε συνάρτηση με κοινωνικο-δημογραφικές διαστάσεις

(ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, οικονομικό επίπεδο, απασχόληση) καθώς σχετίζονται με τον υγιή τρόπο ζωής, όπου εξαρτάται από την έγκαιρη υιοθέτηση υγιών συνθηκών διαβίωσης (Krueger and Chang, 2008).

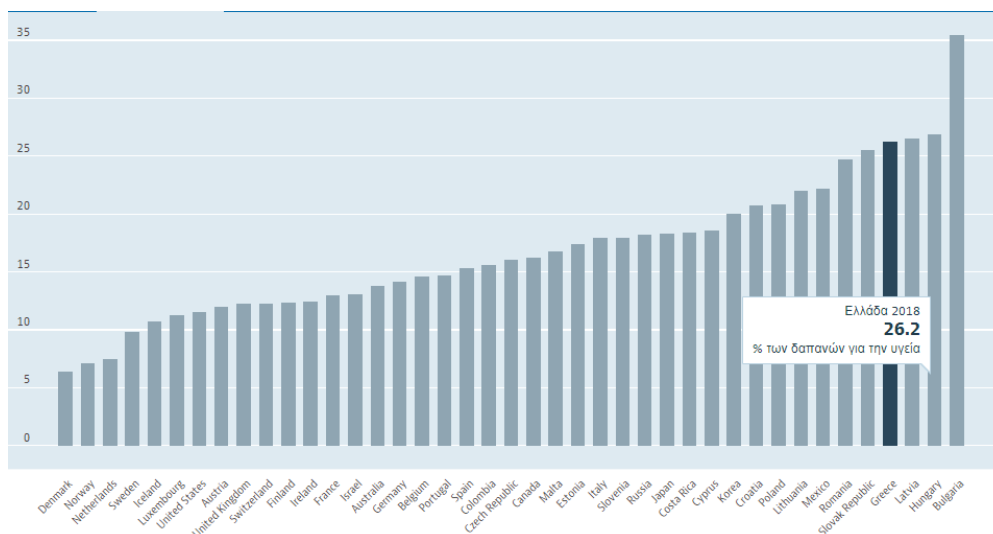
Ο ανθυγιεινός τρόπος ζωής μεταξύ των νέων συνδέεται στενά με τις ανθυγιεινές συνήθειες στην ενηλικίωση (Landsberg et al., 2010). Οι σχετικές με την υγεία συμπεριφορές στα πρώτα στάδια της ζωής αυξάνουν τον κίνδυνο από νοσήματα που εμφανίζονται σε μεταγενέστερες περιόδους ζωής. Αν και είναι δύσκολο να αλλάξουν ανθυγιεινές συνήθειες που έχουν υιοθετήσει οι ενήλικες κατά τη διάρκεια της εφηβείας και των μετεφηβικών χρόνων τους, πολλές επιπτώσεις των παραγόντων κινδύνου για την υγεία μεταξύ των ενηλίκων είναι αποφεύξιμες, εάν αυτές οι συμπεριφορές εντοπιστούν και αλλάξουν σε πρώιμο στάδιο (Gall et al., 2009). Άλλες μελέτες έχουν δείξει ότι η συμπεριφορά υγείας διαμορφώνεται από τις κοινωνικο-δημογραφικές μεταβλητές, όπως το φύλο, η ηλικία, το κοινωνικοοικονομικό και εκπαιδευτικό επίπεδο των γονιών των νέων (UllaD'iezandPerez-Fortis, 2010; Hacıhasanoglu et al., 2011).

Παρά την παραδοσιακή προσέγγιση της προώθησης της υγείας με βάση την ατομική συμπεριφορά, πρόσφατα μοντέλα Προαγωγής Υγείας έχουν υιοθετήσει τους προσδιοριστές υγείας (SDH) ως βασικά συστατικά του κοινωνικού, οικονομικού και πολιτικού περιβάλλοντος που επηρεάζουν τον τρόπο ζωής και την υγεία ενός ατόμου. Οι επιλογές συμπεριφοράς κατά συνέπεια, ενδυναμώνουν τα μοντέλα που εισάγονται στην Προαγωγή της Υγείας δίνοντας προσοχή στη δυναμική που υπονομεύει την πιθανότητα ενός ατόμου σε μια υγιή ζωή, ενώ ενδυναμώνει το άτομο δίνοντας εργαλεία, όπως γνώση, ευαισθητοποίηση σχετικά με τους κινδύνους για την υγεία και έλεγχο των συνθηκών που απαιτούνται, για τη διατήρηση ενός υγιούς τρόπου ζωής (Krumeich & Meershoek, 2014).

Η αύξηση του κόστους της υγειονομικής περίθαλψης μαζί με το γεγονός ότι οι θεραπείες δεν είναι πάντα αποτελεσματικές, οδήγησε τους επαγγελματίες υγείας να υποστηρίζουν την έννοια της προώθησης της υγείας. Για παράδειγμα σε μελέτη των Stamatoroulou et al. (2014) αναφέρεται ότι μόνο το 8% των επαγγελματιών υγείας είχε λάβει εκπαίδευση για τη διακοπή του καπνίσματος με στόχο την ενδυνάμωση και την προώθηση της υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ.).

Σύμφωνα με τα δεδομένα του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (Organisation for Economic Co-operation and Development) (OECD) (2021) τα αποτελέσματα της φαρμακευτικής δαπάνης στην Ελλάδα το 2018

ανέρχονται σε ποσοστό 26,2% καταλαμβάνοντας την τέταρτη θέση μεταξύ των χωρών του OECD (Γράφημα 2).



Γράφημα 2: Ποσοστιαία αναλογία δαπανών για την φαρμακευτική αγωγή
Πηγή: OECD (2021), Pharmaceutical spending (indicator).

Σημαντικό ρόλο διαδραματίζει τόσο η προαγωγή της υγείας όσο και η πρόληψη των συνθηκών υγείας δεδομένου ότι, η προαγωγή της υγείας είναι η κύρια στρατηγική για την ενθάρρυνση των ανθρώπων να υιοθετήσουν έναν υγιεινό τρόπο ζωής και για την πρόληψη μη μεταδοτικών ασθενειών.

Η προαγωγή της υγείας ορίζεται ως η ενδυνάμωση των ατόμων για τον εντοπισμό των παραγόντων που επηρεάζουν την ατομική-κοινωνική υγεία και την λήψη των σωστών αποφάσεων για την επιλογή ενός υγιεινού τρόπου ζωής και ανάλογων συμπεριφορών (Mehri et al., 2016).

Η Προαγωγής της Υγείας και ο τρόπος ζωής είναι μια διαδικασία που συνειδητά πραγματοποιείται από το άτομο και περιλαμβάνει συνεπείς συμπεριφορές που απαιτούν καθημερινές δραστηριότητες (Cheng, 2015). Ο τρόπος ζωής περιλαμβάνει στάσεις και συμπεριφορές δίνοντας τη δυνατότητα στα άτομα να αυξήσουν τον έλεγχο της υγείας τους και, τέλος, την υγεία του ατόμου και της κοινότητας (Baheiraei, 2013).

Ο υγιεινός τρόπος ζωής μειώνει το στρες, βελτιώνει την ποιότητα ζωής και έχει σημαντική επίδραση στη μείωση του κόστους υγείας και στην αύξηση του προσδόκιμου ζωής (Mo & Winnie, 2010). Ο τρόπος ζωής που προάγει την υγεία έχει διάφορες διαστάσεις, συμπεριλαμβανομένων των διαπροσωπικών σχέσεων, της ευθύνης για την υγεία, της πνευματικής ανάπτυξης, της διαχείρισης του άγχους, της διατροφής και της σωματικής δραστηριότητας (Pender, 2006 ; Tol et al., 2013). Η

σημασία αυτών των συμπεριφορών και της αλλαγής του τρόπου ζωής που προάγουν την υγεία συμβάλλουν καθοριστικά στην ποιότητα ζωής, στην πρόληψη ασθενειών και στην προώθηση της υγείας της κοινότητας καθώς είναι μια από τις πιο σημαντικές αρχές της κοινοτικής ανάπτυξης (Maheri et al., 2016).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι κοινωνικοί καθοριστικοί παράγοντες της υγείας (SDoH) είναι βασικοί δείκτες που επηρεάζουν άμεσα ή έμμεσα την ικανότητα ενός ατόμου να διαχειρίζεται τα αποτελέσματα της υγείας. Η αντιμετώπιση των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας αποτελεί προτεραιότητα στις σύγχρονες δυτικές κοινωνίες.

Τα τελευταία χρόνια, έχουν γίνει συντονισμένες προσπάθειες σε τοπικό και εθνικό επίπεδο για τη μείωση των ανισοτήτων που υπάρχουν κυρίως στον τομέα της προληπτικής διαγνωστικής ιατρικής για τους υγιείς ανθρώπους. Οι δείκτες θεωρείται ότι είναι το κλειδί δεδομένου ότι, οι προσεγγίσεις του τρόπου ζωής και της συμπεριφοράς, μπορούν να συμβάλουν συνολικά στη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού με στόχο την ενδυνάμωση της Προαγωγής της Υγείας.

Η συνεχής και θεαματική εξέλιξη των Επιστημών Υγείας και της Τεχνολογίας σε συνδυασμό με Κοινωνικές Πολιτικές δίνουν τη δυνατότητα ανάκτησης της υγείας και μείωσης της θνησιμότητας σε όλο και μεγαλύτερα τμήματα του πληθυσμού που νοσούν. Η αλλαγή στα πρότυπα συμπεριφοράς για παράδειγμα όπως η μείωση χρήσης του καπνού, η κατανάλωση φρούτων και λαχανικών, μπορεί να αποτελέσει οδηγό για άλλες παρεμβάσεις σε νέους προσδιοριστές υγείας, όπως είναι η αλόγιστη χρήση των Μέσων Κοινωνικής Δικτύωσης.

Ωστόσο, κρίσιμο θα πρέπει να θεωρείται για τα επόμενα χρόνια η εφαρμογή, μέσω κατάλληλων μοντέλων των κοινωνικών προσδιοριστών υγείας, πολιτικών στοχευμένων δράσεων και παρεμβάσεων τόσο σε κοινωνικό, όσο και σε ατομικό επίπεδο ευθύνης καθότι οι μισοί από τους θανάτους σχετίζονται με στάσεις και συμπεριφορές.

Εν κατακλείδι, η έμφαση στις πολιτικές τροποποίησης συμπεριφοράς στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης είναι σημαντικό να εστιάζουν και να στοχεύουν στο να καταστούν προσβάσιμες οι υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης για όλους τους πολίτες, με στόχο τη μείωση των μη μεταδιδόμενων νοσημάτων και την προώθηση ενός υγιεινού και ενεργού τρόπου ζωής.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Aboriginal Health and Medical Research Council of New South Wales. Definition of Aboriginal Health. Available from: www.ahmrc.org.au/index.php?option=com_content&view=article&id=35&itemid=37 [accessed 05/01/2021]
2. Al-Qahtani, M.F. (2015) Health-promoting lifestyle behaviors among nurses in private hospitals in Al-Khobar, Saudi Arabia. *J Egypt Public Health Assoc*, 90 (1), 29-34.
3. American, Medical Informatics Association (AMIA) (2018). Consider Broadband Access a Social Determinant of Health. Available online at: <https://healthitanalytics.com/news/amia-consider-broadband-access-a-social-determinate-of-health> [accessed 10/01/2021]
4. Baheiraei, A., Mirghafourvand, M., Charandabi, S.M. & Mohammadi, E. (2013) Facilitators and inhibitors of health-promoting behaviors: The experience of Iranian women of reproductive age. *Int J Prev Med*, 4 (8), 929–39.
5. Barr, B., Higgerson, J. & Whitehead, M. (2017) Investigating the impact of the English health inequalities strategy: time trend analysis. *BMJ*, 358 (j3310), 1-7.
6. Bishwajit, G., Tang S., Yaya S., Zhifei H. & Feng Z. (2017) Lifestyle Behaviors, Subjective Health, and Quality of Life Among Chinese Men Living With Type 2 Diabetes, *Am J Mens Health*, 11(2), 357–364.
7. Brahmbhatt, M. (2017) Social and physical determinants of obesity in adults. *Adv Obes Weight Manag Control*, 6 (1), 17-23.
8. Braveman, P., Egerter, S. & Barclay, C. (2011) *What shapes health-related behaviors? The role of social factors. Exploring the social determinants of health: issue brief no. 1.* Princeton (NJ): Robert Wood Johnson Foundation.
9. Buck, K.D., Roe, D., Yanos, P., Buck, B., Fogley, R.L., Grant, M., et al. (2013) Challenges to assisting with the recovery of personal identity and wellness for persons with serious mental illness: Considerations for mental health professionals. *Psychosis*, 5 (2), 134-43.
10. Cheng, Y.R. (2015) Investigation and countermeasures on the health-promoting lifestyle of the disabled elderly in a rural area. *Chinese Nursing Research*, 2 (4), 107-109.
11. Cockerham, W.C., Hamby, B. W. & Oates, G.R. (2017) The Social Determinants of Chronic Disease, *Am J Prev Med*, 52 (1), 1-14.
12. Colosia, A. D., Palencia, R. & Khan, S. (2013) Prevalence of hypertension and obesity in patients with type 2 diabetes mellitus in observational studies: a systematic literature review, *Diabetes Metab Syndr Obes*, 17 (6), 327-38.

13. Dahlgren, G, & Whitehead, M. (1991) *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*. Stockholm, Sweden: Institute for Futures Studies.
14. Foege, W.H. (2010) Social determinants of health and health-care solutions. *Public Health Rep*, 125 (4), 8-10.
15. Gall, S. L., Jamrozik, K., Blizzard, L., Dwyer, T., and Venn, A. (2009). "Healthy lifestyles and cardiovascular risk profiles in young Australian adults: the Childhood Determinants of Adult Health Study," *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*, 16 (6), 684–68.
16. Hacıhasanoğlu, R., Yıldırım, A., Karakurt, P. & Glam, R. Sa. (2011). "Healthy lifestyle behaviour in university students and influential factors in eastern Turkey," *International Journal of Nursing Practice*, 17 (1), 43–51.
17. Hallberg, L. (Ed.). (2010) *Ha" Isochlivsstil Forskningochpraktiskattilla" mpningar* [Health and lifestyle Research and practical applications]. Lund: Studentlitteratur.
18. Healthy People (2020) Foundation Health Measure Report Health-Related Quality of Life and Well-Being Available online at:
<https://www.healthypeople.gov/sites/default/files/HRQoLWBFULLReport.pdf> [accessed 3/02/2021].
19. Hu, F. B., Liu, Y. & Willett, W. C. (2011) "Preventing chronic diseases by promoting healthy diet and lifestyle: public policy implications for China," *Obesity Reviews*, 12 (7), 552–559.
20. Krueger, P.M & Chang, V.W. (2008) "Being poor and coping with stress: health behaviors and the risk of death," *American Journal of Public Health*, 98 (5), 889-896.
21. Krumeich, A. & Meershoek, A. (2014) Health in global context; beyond the social determinants of health?, *Global Health Action*, 7 (1), 1-9.
22. Landsberg, B., Plachta-Danielzik, S., Lange, D., Johannsen, M., Seiberl, J. & Muller, M. J. (2010) "Clustering of lifestyle factors and " association with overweight in adolescents of the Kiel Obesity Prevention Study," *Public Health Nutrition*, 13 (10), 1708–1715.
23. Landsberg, L., Aronne, L.J., Beilin, L.J., Burke, V., Igel, L.I., Lloyd-Jones, D. & Sowers J. (2013) Obesity-related hypertension: pathogenesis, cardiovascular risk, and treatment: a position paper of The Obesity Society and the American Society of Hypertension, *J Clin Hypertens (Greenwich)*, 15 (1), 14-33.
24. Leggio, M., Lombardi, M., Caldarone, E., Severi, P., D'Emidio, S., Armeni, M., Bravi, V., Bendini, M.G. & Mazza, A. (2017) The relationship between obesity and hypertension:

- an updated comprehensive overview on vicious twins, *Hypertension Research*, 40 (12), 947–963
25. Mackenbach, J.P. (1996) The contribution of medical care to mortality decline: McKeown revisited. *J ClinEpidemiol*, 49 (11), 1207-13.
26. Maheri, A., Sadeghi, R., Shojaeizadeh, D., Tol, A., Yaseri, M. & Ebrahimi, M. (2016) Associations between a health-promoting lifestyle and quality of life among adults with beta-thalassemia major. *Epidemiol Health*, 38 (e2016050), 1-7.
27. Marmot, M. (2017) Inclusion health: addressing the causes of the causes. *Lancet*, 391, 186-188.
28. Martinson, M.L. (2012) Income inequality in health at all ages: a comparison of the United States and England. *Am J Public Health*, 102 (11), 2049-56.
29. McGinnis, J.M. & Foege, W.H. (1993) Actual causes of death in the United States. *JAMA*, 270 (18), 2207-12.
30. McGinnis, J.M., Williams-Russo, P. & Knickman, J.R. (2002) The case for more active policy attention to health promotion, *Health Aff (Millwood)* 21(3), 78-93.
31. McQueen, DV. (2009) Three challenges for the social determinants of health pursuit. *Int J Public Health*, 54 (1), 1-2.
32. Mehri, A., Solhi, M., Garmaroudi, G., Nadrian, H. & Sigaldehy, S.S. (2016) Health promoting lifestyle and its determinants among university students in Sabzevar, Iran. *Int J PrevMed*, 7 (65), 1-7.
33. Mo, P.K. & Winnie, W.M. (2010) The influence of health promoting practices on the quality of life of community adults in Hong Kong. *Soc Indic Res*, 95 (3), 503-17.
34. Murdaugh, C.L. & Parsons, M.A. (2018) Health promotion in nursing practice. Pearson Education Canada.
35. National Center for Health Statistics, (NCHS) (2015). Obesity and overweight. Centers for Disease Control and Prevention, USA.
36. Nothlings, U. Ford, E.S., "Oger, J. Kr. & Boeing, H. (2010) "Lifestyle " factors and mortality among adults with diabetes: findings from the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition-Potsdam study," *Journal of Diabetes*, 2 (2), 112–117.
37. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) (2021) Pharmaceutical spending (indicator). Available at: <https://data.oecd.org/healthres/pharmaceutical-spending.htm#indicator-chart> [Accessed 20/03/2021].

38. Pender, N.J., Murdaugh, C.L., Parsons, M.A. (2006) Health Promotion in Nursing Practice, 5th Edition, United States: Pearson;
39. Popay, J., Collins, M. & Lafortune, L. (2019) A review of the equity focus in research funded in the first five year of SPHR. Internal report. Lancaster: NIHR School of Public Health.
40. Porroche-Escudero, A., Popay, J., Ward, F., Ahmed, S., Akeju, D., Cloke, J., Gabbay, M., Hassan, S., Khan, K. & Khedmati-Morasae, E. (2021) From fringe to centre-stage: experiences of mainstreaming health equity in a health research collaboration, *Health Res Policy Sys*, 19 (28), 1-14.
41. Rajput S. A., Aziz M. O. & Siddiqui M.A. (2019). Social determinants of Health and Alcohol, Consumption in the UK, *Epidemiology Biostatistics and Public Health* 16 (3), 1-6.
42. Reddy, P., Rankins, D., Timoshanko, A. & Dunbar, J. A. (2011) "Life! in Australia: translating prevention research into a large-scale intervention," *British Journal of Diabetes and Vascular Disease*, 11(4), 193–197.
43. Ross, N.A. (2004) *What Have We Learned Studying Income Inequality and Population Health? Canadian Institute for Health Information*, Publications CPHI's, Ottawa, Ontario, Canada.
44. Seidell, J.C. & Halberstadt, J. (2015) The global burden of obesity and the challenges of prevention, *Ann Nutr Metab*, 66 (2), 7-12
45. Social Determinants of Health (2020) Healthy People [Internet]. Available from: <https://www.healthypeople.gov/2020/topics-objectives/topic/social-determinants-of-health> [accessed 10/12/2020].
46. Sousa, P., Gaspar, P., Fonseca, H., Hendricks, C. & Murdaugh, C. (2015) Health promoting behaviors in adolescence: Validation of the Portuguese version of the adolescent lifestyle profile. *J Pediatr*, 247, 1-8.
47. Stamatopoulou, E., Stamatiou, K., Voulioti, S., Christopoulos, G., Pantza, E., Stamatopoulou, A. & Giannopoulos, D. (2014). Smoking Behavior Among Nurses in Rural Greece. American Association of Occupational Health Nurses, Inc *Workplace Health & Safety*, 62 (4), 132-134.
48. Stankiewicz, A., Herel, M. & Des Meules, M. (2015) Report summary - Rio Political Declaration on Social Determinants of Health: a snapshot of Canadian actions 2015. *Health Promot Chronic Dis Prev Can*, 35(7), 113-4.

49. Stringhini, S., Sabia, S., Shipley, M., Brunner, E., Nabi, H., Kivimaki, M. & Singh-Manoux A. (2010) Association of socioeconomic position with health behaviors and mortality. *JAMA*, 303 (12), 1159-66.
50. Stuckler, D. & Sanjay B. (2013) *The Body Economic: Why Austerity Kills*. Basic Books; New York.
51. The Ottawa Charter for Health Promotion. (1986) First International Conference on Health Promotion. Retrieved November 15, 2014, Available from: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/> [accessed 19/12/2020].
52. Timmis, A., Townsend, N., Gale, C., Grobbee, R., Maniadakis, N., Flather, M., Wilkins, E., Wright, L., Vos, R., Bax, J., Blum, M., Pinto, F., Vardas, P. & Group ESCSD. (2017) European Society of Cardiology: Cardiovascular Disease Statistics, *European Heart Journal*, 39 (7), 508–579.
53. Tol, A., Tavassoli, E., Shariferad, G.R. & Shojaezadeh, D. (2013) Health-promoting lifestyle and quality of life among undergraduate students at school of health, Isfahan University of Medical Sciences. *J Educ Health Promot*, 2 (11), 29-32
54. Trevor Dummer, J.B. (2018) How should we act on the social determinants of health?, *Canadian Medical Association Journal*, 190 (42), 1241-2.
55. Ulla D'íez, S.M. & Perez-Fortis, A. (2010) "Socio-demographic predictors of health behaviors in Mexican college students," *Health Promotion International*, 25 (1), 85–93.
56. Whitehead, M. (2007) A typology of actions to tackle social inequalities in health. *J Epidemiol Community Health*, 61(6), 473–8.
57. Willett, W.C., Koplan, J.P. & Nugent, R. (2006) Prevention of chronic disease by means of diet and lifestyle changes. In: Jamison, DT, Breman, JG, Measham, AR (eds) Disease control priorities in developing countries. Washington, DC: The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank; New York: Oxford University Press.
58. World Health Organization (WHO) (1947) Constitution. Geneva: World Health Organization.
59. World Health Organization (WHO) (2005) Preventing Chronic Disease: A vital investment, WHO, Geneva.
60. World Health Organization (WHO) (2007a) The Determinants of Health. WHO. Available at: <http://www.who.int/hia/evidence/doh/en/index.html>. [Accessed 20/03/2021].
61. World Population Ageing (2009) Department of Economic and Social Affairs Population Division, United Nations.

62. Ziglio, E., Currie, C. & Rasmussen, V. B. (2004) "The WHO crossnational study of health behavior in school-aged children from 35 countries: findings from 2001-2002," *Journal of School Health*, 74 (6), 204–206.

HEALTH DETERMINANTS AND LIFESTYLE

**Athanasia Stamatopoulou¹, Eleni Stamatopoulou², Dimitrios Chaniotis³,
Effie Papageorgiou⁴, Fragiskos Chaniotis⁵**

¹PhD(c), Economist, M.Sc. International Business Administration, M.Sc. in Management of Health and Social Welfare Services University of West Attica and European University Cyprus, Teacher, Academic fellow in University of West Attica

²PhD(c), M.Sc-MPH National School of Public Health, M.Sc. in Management of Health and Social Welfare Services University of West Attica and European University Cyprus, Public Health Officer, R.N. General Hospital of Attica KAT, Teacher, Member Hellenic Society of Internal Medicine, Member PCRS UK

³MD, PhD, FESC, Professor, President of the Department of Biomedical Sciences, School of Health and Welfare Sciences, University of West Attica

⁴PhD, Vice Rector, Professor Department of Biomedical Sciences, School of Health and Welfare Sciences, University of West Attica

⁵MD, PhD, FESC, Professor Emeritus Department of Biomedical Sciences, School of Health and Welfare Sciences, University of West Attica

Corresponding Author: Athanasia Stamatopoulou, PhD (c), Academic fellow, Department of Biomedical Sciences, University of West Attica, Ag. Spyridonos Str., Egaleo 12243, Athens Greece, E-mail: astamatopoyloy@uniwa.gr

ABSTRACT

The social determinants of health are the health-shaping conditions under which people are born, grow up, live, work and grow old. The way people take care of their health affects their well-being and quality of life. There are many factors that affect health and most of them are influenced by personal behavior and lifestyle. Informing and raising awareness about the study of social determinants of health lies on the fact that medical care alone cannot sufficiently improve overall health or reduce inequalities without examining where and how people live. The current review presents the rainbow model of health as a starting point, in order to highlight the determinants of health and to evaluate the lifestyle and the behavior of individuals. The aim is to shape dynamic approaches, both to prevent health conditions in adults living in the community, as well as draw attention to findings and suggest directions for research on this topic.

Key words: Determinants of health, Lifestyle, Health