



ΕΘΝΙΚΟ ΜΕΤΣΟΒΙΟ ΠΟΛΥΤΕΧΝΕΙΟ
ΣΧΟΛΗ ΗΛΕΚΤΡΟΛΟΓΩΝ ΜΗΧΑΝΙΚΩΝ
ΚΑΙ ΜΗΧΑΝΙΚΩΝ ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΩΝ
ΤΟΜΕΑΣ ΗΛΕΚΤΡΙΚΩΝ ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΞΕΩΝ ΚΑΙ
ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ

Κριτική Ανάλυση του ΑΕΠ και Ανάπτυξη Καινοτόμου Υγειοκεντρικού Δείκτη Ευημερίας

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Αριστοτέλης Ν. Πετράκης

Επιβλέπων: Ιωάννης Ψαρράς
Καθηγητής Ε.Μ.Π.

Αθήνα,2016



ΕΘΝΙΚΟ ΜΕΤΣΟΒΙΟ ΠΟΛΥΤΕΧΝΕΙΟ
ΣΧΟΛΗ ΗΛΕΚΤΡΟΛΟΓΩΝ ΜΗΧΑΝΙΚΩΝ
ΚΑΙ ΜΗΧΑΝΙΚΩΝ ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΩΝ
ΤΟΜΕΑΣ ΗΛΕΚΤΡΙΚΩΝ ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΞΕΩΝ ΚΑΙ
ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ

Κριτική Ανάλυση του ΑΕΠ και Ανάπτυξη Καινοτόμου Υγειοκεντρικού Δείκτη Ευημερίας

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Αριστοτέλης Ν. Πετράκης

Επιβλέπων : Ιωάννης Ψαρράς
Καθηγητής Ε.Μ.Π

Εγκρίθηκε από την τριμελή εξεταστική επιτροπή τηνΜαρτίου 2016.

.....
Ιωάννης Ψαρράς
Καθηγητής Ε.Μ.Π

.....
Δημήτριος Ασκούνης
Καθηγητής Ε.Μ.Π

.....
Χρυσόστομος Δούκας
Επικ. Καθηγητής Ε.Μ.Π

Αθήνα, Μάρτιος 2016

Copyright © ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΗΣ ΠΕΤΡΑΚΗΣ, 2016

.....

Αριστοτέλης Ν. Πετράκης

Διπλωματούχος Ηλεκτρολόγος Μηχανικός και Μηχανικός Υπολογιστών Ε.Μ.Π.

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Απαγορεύεται η αντιγραφή, αποθήκευση και διανομή της παρούσας εργασίας, εξ ολοκλήρου ή τμήματος αυτής, για εμπορικό σκοπό. Επιτρέπεται η ανατύπωση, αποθήκευση και διανομή για σκοπό μη κερδοσκοπικό, εκπαιδευτικής ή ερευνητικής φύσης, υπό την προϋπόθεση να αναφέρεται η πηγή προέλευσης και να διατηρείται το παρόν μήνυμα. Ερωτήματα που αφορούν τη χρήση της εργασίας για κερδοσκοπικό σκοπό πρέπει να απευθύνονται προς τον συγγραφέα.

Οι απόψεις και τα συμπεράσματα που περιέχονται σε αυτό το έγγραφο εκφράζουν τον συγγραφέα και δεν πρέπει να ερμηνευθεί ότι αντιπροσωπεύουν τις επίσημες θέσεις του Εθνικού Μετσόβιου Πολυτεχνείου.

Πρόλογος

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στον τομέα Ηλεκτρικών βιομηχανικών Διατάξεων και Συστημάτων Αποφάσεων της Σχολής Ηλεκτρολόγων Μηχανικών και Μηχανικών Υπολογιστών του ΕΜΠ, στο πλαίσιο των ερευνητικών δραστηριοτήτων του Εργαστηρίου Συστημάτων Αποφάσεων και Διοίκησης.

Υπεύθυνος κατά την εκπόνηση της διπλωματικής ήταν ο Καθηγητής κ. Ιωάννης Ψαρράς, στον οποίο οφείλω ιδιαίτερες ευχαριστίες για την ανάθεση αυτής και τη δυνατότητα που μου δόθηκε να ασχοληθώ με αυτό το ενδιαφέρον και επίκαιρο θέμα.

Θα ήθελα ακόμη να ευχαριστήσω θερμά τους συνεργάτες του Εργαστηρίου Συστημάτων Αποφάσεων και Διοίκησης, τους Υπ. Διδάκτορες Ουρανία Μαρκάκη και Παναγιώτη Κοκκινάκο, για την πολύτιμη υποστήριξη και την συνεχή καθοδήγηση που μου παρείχαν κατά την εκπόνησή της.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω την αδελφή μου Βιργινία για την συμβολή της στην τελική διόρθωση του τόμου και να εκφράσω την απεριόριστη ευγνωμοσύνη μου στην οικογένειά μου, η οποία καθ' όλη τη διάρκεια των σπουδών μου με έχει στηρίξει τόσο ηθικά όσο και οικονομικά και με έχει βοηθήσει να επιτύχω τους στόχους μου.

Αριστοτέλης Πετράκης
Φεβρουάριος 2016

Περίληψη

Η μέτρηση της ευημερίας αποτελούσε ανέκαθεν ένα σημαντικό και απαιτητικό ζήτημα το οποίο απασχολεί οικονομολόγους, πολιτικούς αναλυτές και κοινωνιολόγους. Πιστεύεται ευρέως πλέον πως η οικονομική ευμάρεια, η οποία συνήθως μετριέται βάση του εισοδήματος, δεν πρέπει να αποτελεί τον μοναδικό δείκτη ευημερίας διότι αγνοεί παντελώς άλλα γνωρίσματα της ευημερίας, όπως είναι η παιδεία ή η υγεία.

Η παρούσα διπλωματική καταπιάνεται σε πρώτο επίπεδο με την ανάλυση του τι είναι δείκτης και την διερεύνηση της έννοιας της ευημερίας μέσω μιας βιβλιογραφικής αναζήτησης σε οικονομικά, κοινωνικά και φιλοσοφικά κείμενα. Σε δεύτερο επίπεδο ασχολείται με την παρουσίαση του επικρατέστερου και πιο διαδεδομένου δείκτη ευημερίας, το ΑΕΠ. Πραγματοποιείται μια μελέτη και παρουσίαση του ΑΕΠ σαν δείκτη ευημερίας και επισημαίνονται οι κριτικές που δέχεται καθώς και τα δεδομένα που δεν λαμβάνει υπόψιν. Σε τρίτο επίπεδο γίνεται μια αναφορά σε υπάρχοντες δείκτες ευημερίας που έχουν σαν βασικούς πυλώνες, τομείς και δεδομένα που δεν υπολογίζει το ΑΕΠ. Ο κοινός πυλώνας των δεικτών αυτών είναι η υγεία, η οποία προσμετράται με διαφορετικό τρόπο στον κάθε δείκτη. Στη συνέχεια αναφέρονται γνωρίσματα τόσο σωματικής όσο και ψυχικής υγείας και επισημαίνεται η στενή σχέση της υγείας με την ευημερία. Τέλος πραγματοποιείται ο σχεδιασμός, υλοποίηση και υπολογισμός του Δείκτη ευημερίας F-Zin λαμβάνοντας υπόψιν πυλώνες κύριως από τον τομέα της υγείας. Γίνεται σύγκριση για το επίπεδο ευημερίας βάση του Δείκτη F-Zin για τις χώρες: Ελλάδα, Γερμανία, Νορβηγία, Κύπρο, Πορτογαλία καθώς και σύγκριση με το ΑΕΠ.

Λέξεις Κλειδιά: Ευημερία, Ευδαιμονία, Δείκτες ευημερίας, Υγεία, Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν (ΑΕΠ), Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, Ελλάδα, Ευρώπη, Δείκτης Ευημερίας F-Zin.

Abstract

Welfare measuring was all along both an important and challenging issue, which keeps bothering economists, political analysts and sociologists. Nowadays, it is widely believed that economic prosperity, which is usually measured, based on income, should not constitute the one and only prosperity index, because it completely ignores other common features of welfare, as education or health.

Initially, this thesis deals with the analysis of what an index is, as well as the investigation of welfare meaning through a bibliography research based in economic, social and philosophy texts. Secondly, it deals with the presentation both of the predominant and most common welfare index, the well-known GDP (Gross Domestic Product). Both a study and a presentation of GDP as a welfare index, are realized and all reviews received, as well as data not necessarily taken into account, are pointed out. Thirdly, a reference to the existing welfare index, which uses as principal pillars fields and data not measured by GDP, is carried out. Health is the common pillar of these indexes, which is counted differently in each index. As a next step, both physical and mental health features are mentioned and the close relation between health and welfare is also pinpointed.

Last but not least, the creation of welfare index F-Zin is also carried out, taking into account pillars come from the health field. Also a comparison concerning welfare level, based on F-Zin is taking place for the following countries: Greece, Germany, Norway, Cyprus, Portugal, as well as a comparison with GDP.

Keywords: Well-Being, Eudaimonia, Well-Being Indicators, Indexes, Health, Gross Domestic Product (GDP), World Health Organisation, Greece, Europe, Well-Being Indicator F-Zin.

Περιεχόμενα

<i>Κεφάλαιο 1^ο Δείκτες ευημερίας.....</i>	14
Δείκτης –Ορισμός.....	14
Ευημερία	14
Συναισθηματική ευημερία.....	17
Ατομική ευημερία.....	18
Σωματική ευημερία	19
Φιλοσοφικές προσεγγίσεις για την ευημερία.....	19
Ευδαιμονική ευημερία.....	20
Ηδονιστική ευημερία.....	22
Δείκτης ευημερίας-Ορισμός	22
<i>Κεφάλαιο 2 Το ΑΕΠ ως δείκτης ευημερίας.....</i>	24
Τί είναι το ΑΕΠ	24
Ιστορική αναδρομή.....	26
Το ΑΕΠ μπορεί να υπολογιστεί με τρεις διαφορετικούς τρόπους.....	27
Η επιρροή του ΑΕΠ στην οικονομία.....	27
Προβληματισμοί και κριτική για το ΑΕΠ	28
Σύνοψη κριτικής για το ΑΕΠ	31
Εμπειρική μελέτη της ευτυχίας.....	32
<i>Κεφάλαιο 3 Δείκτες Ευημερίας που προσμετρούν τομείς της υγείας.....</i>	33
Ανάγκη για νέους δείκτες ευημερίας.....	33
Γιατί είναι σημαντική η υγεία για την ευημερία ;	34
Ορισμός Υγείας	34
Σύνδεση υγείας και ευημερίας.....	34
Δείκτης Ευημερίας Gallup-Healthways.....	35
Δείκτης Ευτυχισμένου Πλανήτη (HPI)	37
Δείκτης Gross National Happiness Index	38
Δείκτης Better life index (BLI).....	40
<i>Κεφάλαιο 4 Δείκτης Ευημερίας F-Zin.....</i>	42
Γενικά.....	42
Αναλυτική παρουσίαση των δεικτών.....	43
Προσδόκιμο Ζωής.....	43
Παχυσαρκία και υπερβαρότητα.....	50
Αλκοόλ.....	59
Κάπνισμα.....	66

Κριτική Ανάλυση του ΑΕΠ και Ανάπτυξη Καινοτόμου Υγειοκεντρικού Δείκτη Ευημερίας

Ναρκωτικά.....	73
Αυτοκτονίες.....	86
Μόλυνση περιβάλλοντος.....	92
Συνάρτηση του δείκτη ευημερίας F-Zin.....	99
Σχολιασμός χρονοσειρών του δείκτη ευημερίας F-Zin.....	100
Τροχοπέδη κατά τη δόμηση και προβλήματα του δείκτη ευημερίας F-Zin.....	101
Δείκτες που δεν συμπεριλήφθησαν στον δείκτη ευημερίας F-Zin.....	103
Σχολιασμός ΑΕΠ και Κατά Κεφαλήν ΑΕΠ βάση των δεδομένων.....	112
Σύγκριση δείκτη ευημερίας F-Zin και ΑΕΠ.....	115
Κεφάλαιο 4 Συμπεράσματα και προοπτικές.....	116
Συμπεράσματα.....	116
Προοπτικές.....	118
Βιβλιογραφία.....	119

Ευρετήριο Εικόνων

Εικόνα 1 Λέξεις για θετικά συναισθήματα και αισθήματα στην αγγλική γλώσσα (Michalos, 2011).....	17
Εικόνα 2 Κυκλική ροή πόρων στην καπιταλιστική οικονομία (cstl-hcb.semo.edu).....	27
Εικόνα 3 Στοιχεία ευτυχίας και ευημερίας (Bergh, 2009).....	32
Εικόνα 4 Η διαδουκτιακή διαδραστηική πλατφόρμα σύγκρισης ευημερίας BLI του OECD (oecdbetterlifeindex.org).....	41
Εικόνα 5 Προσδόκιμο Ζωής και ΑΕΠ. (ourwoldindata.org).....	46
Εικόνα 6 Δείκτης Μάζας Σώματος και αντρικός σωματότυπος (scientificpsychic.com).....	51
Εικόνα 7 Δείκτης Μάζας Σώματος και γυναικείος σωματότυπος (scientificpsychic.com).....	51
Εικόνα 8 Περιβάλλον και υγεία (AIHW, 2011).....	94
Εικόνα 9 Συσχέτιση βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων στην ανάπτυξη ψυχικών ασθενειών (www.kidsmatter.edu.au).....	104

Ευρετήριο Διαγραμμάτων

Διάγραμμα 1 Παράγοντες που επηρεάζουν την Υποκειμενική Ευημερία (Sustainable Development Commission, 2009).....	16
Διάγραμμα 2 ΑΕΠ χωρών σαν ποσοστό επί του Παγκοσμίου ΑΕΠ για το 2014 (ΔΝΤ, 2016).....	26
Διάγραμμα 3 Προσδόκιμο Ζωής κατά τη γέννηση, συνολικά (χρόνια ζωής %) ...	49
Διάγραμμα 4 Υπερβαρότητα (%).....	57
Διάγραμμα 5 Παχυσαρκία (%).....	58
Διάγραμμα 6 Κατανάλωση αλκοόλ ανά κάτοικο (ηλικίας 15+)(%).....	65
Διάγραμμα 7 Ποσοστό καπνιστών ηλικίας ≥ 15 (%).....	72

Διάγραμμα 8 Αθροιστικός ποσοστιαίος δείκτης χρηστών ναρκωτικών ουσιών (%)	85
Διάγραμμα 9 Δείκτης αυτοκτονιών (%)	91
Διάγραμμα 10 Εκπομπές διοξειδίου του άνθρακα CO ₂ (%)	98
Διάγραμμα 11 Δείκτης ευημερίας F-Zin	100
Διάγραμμα 12 ΑΕΠ (\$)	113
Διάγραμμα 13 Κατά Κεφαλήν ΑΕΠ (\$)	114

Ευρετήριο Πινάκων

Πίνακας 1 Εκτίμηση του Προσδόκιμου Ζωής από το 1800 μέχρι το 2001 (ourworldindata.org)	45
Πίνακας 2 Προσδόκιμο Ζωής κατά τη γέννηση, συνολικά (χρόνια ζωής %)	48
Πίνακας 3 Υπερβαρότητα (% συνολικού πληθυσμού)	55
Πίνακας 4 Παχυσαρκία (% συνολικού πληθυσμού)	55
Πίνακας 5 Υψηλότερα ποσοστά παχυσαρκίας και υπερβαρότητας (% συνολικού πληθυσμού) παγκοσμίως	56
Πίνακας 6 Υπερβαρότητα (%)	56
Πίνακας 7 Παχυσαρκία (%)	57
Πίνακας 8 Κατανάλωση αλκοόλ ανά κάτοικο (ηλικίας 15+)(Λίτρα αλκοόλ ανά άτομο ανά χρόνο)	62
Πίνακας 9 Υψηλότερη κατανάλωση αλκοόλ ανά κάτοικο (ηλικίας 15+) παγκοσμίως (Λίτρα αλκοόλ ανά άτομο ανά χρόνο)	63
Πίνακας 10 Κατανάλωση αλκοόλ ανά κάτοικο (ηλικίας 15+) (%)	64
Πίνακας 11 Ποσοστό καπνιστών ηλικίας >=15 (% συνολικού πληθυσμού)	70
Πίνακας 12 Υψηλότερο Ποσοστό καπνιστών ηλικίας >=15 παγκοσμίως (% συνολικού πληθυσμού)	70
Πίνακας 13 Ποσοστό καπνιστών ηλικίας >=15 (%)	71
Πίνακας 14 Χρήστες Αμφεταμινών (% του συνολικού πληθυσμού)	80
Πίνακας 15 Χρήστες Κάνναβης (% του συνολικού πληθυσμού)	80
Πίνακας 16 Χρήστες Έκσταση (% του συνολικού πληθυσμού)	81
Πίνακας 17 Χρήστες Κοκαΐνης (% του συνολικού πληθυσμού)	81
Πίνακας 18 Χρήστες Οπιούχων (% του συνολικού πληθυσμού)	82
Πίνακας 19 Αθροιστικός ποσοστιαίος δείκτης χρηστών ναρκωτικών ουσιών (% συνολικού πληθυσμού)	83
Πίνακας 20 Αθροιστικός ποσοστιαίος δείκτης χρηστών ναρκωτικών ουσιών για τη χώρα με τους περισσότερους χρήστες (% συνολικού πληθυσμού)	84
Πίνακας 21 Αθροιστικός ποσοστιαίος δείκτης χρηστών ναρκωτικών ουσιών (%)	84
Πίνακας 22 Δείκτης αυτοκτονιών (ανά 100. 000 κατοίκους)	89
Πίνακας 23 Υψηλότερος δείκτης αυτοκτονιών (ανά 100.000 κατοίκους) παγκοσμίως για το 2012	90
Πίνακας 24 Αυτοκτονίες (%)	90

Πίνακας 25 Εκπομπή CO ₂ (μετρικοί τόνοι ανά κάτοικο).....	95
Πίνακας 26 Μέγιστη εκπομπή CO ₂ παγκοσμίως (μετρικοί τόνοι ανά κάτοικο) .	96
Πίνακας 27 Εκπομπή CO ₂ (%).....	97
Πίνακας 28 Δείκτης Ευημερίας F-zin	100
Πίνακας 29 ΑΕΠ (δισ \$)	112
Πίνακας 30 Κατά Κεφαλήν ΑΕΠ (\$).....	113

Ευρετήριο Χαρτών

Χάρτης 1 Παγκόσμιος χάρτης ΑΕΠ σε δισ δολλάρια \$ (www.glistatigenerali.com)	24
Χάρτης 2 Χάρτης των ΗΠΑ που αποτυπώνει την ευημερία σύμφωνα με τον δείκτη Gallup Healthways για το 2014. (gallup.com).....	37
Χάρτης 3 Παγκόσμιος χάρτης που αποτυπώνει την ευημερία σύμφωνα με τον HPI για το 2014. Πράσινο=καλό επίπεδο ευημερίας, Καφέ=μέτριο επίπεδο ευημερίας, Κόκκινο= κακό επίπεδο ευημερίας. (happyplanetindex.org)	38
Χάρτης 4 Επίπεδα κατανάλωσης αλκοόλ παγκοσμίως για το 2008 (who.int).....	60

Κεφάλαιο 1^ο Δείκτες ευημερίας

Δείκτης –Ορισμός

Δείκτης είναι «ένας αθροιστικός μετρητής που αναφέρεται ή χαρακτηρίζει ένα συγκεκριμένο τομέα ή φαινόμενο και μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να παρουσιάσει θετικές και αρνητικές μεταβολές. Οι δείκτες προσφέρουν τη δυνατότητα καλύτερης εποπτείας της προόδου και της πορείας μιας κοινωνίας, του περιβάλλοντος ή της οικονομίας μέσω μιας μετρήσιμης διάστασης» (C. Koutras, 2014).

Ένας άλλος ορισμός του δείκτη από τον Mario Bunge: «Σαν δείκτης ορίζεται μια μεταβλητή που σκοπό έχει να δείξει ή να υπολογίσει μια, δύσκολα παρατηρίσιμη συνήθως, μεταβλητή ποσότητα. Η μεταβλητή αυτή μπορεί να είναι είτε ένα φαινόμενο είτε ένα σύμπτωμα ενός γεγονότος. Κάθε δείκτης μπορεί να είναι συνάρτηση άλλων δεικτών ή να αξιοποιεί στατιστικά στοιχεία, τόσο ποσοτικά αλλά και ποιοτικά» (Bunge, 1975).

Οι δείκτες είτε αυτοί είναι κοινωνικοί είτε ευημερίας, η στατιστική και οι στατιστικές σειρές και όλοι οι άλλοι τρόποι ένδειξης, μας έχουν δώσει τη δυνατότητα εκτίμησης σε ποιο σημείο βρισκόμαστε και που οδεύουμε, με σεβασμό στις αρχές και τους στόχους που έχουμε θέσει. Ακόμα, μας δίνουν τη δυνατότητα εκτίμησης συγκεκριμένων προγραμμάτων καθώς και τη δυνατότητα προσδιορισμού του αντίκτυπου που έχουν συνολικά. (Bauer, 1966).

Ευημερία

Η λέξη ευημερία είναι αρχαία σύνθετη ελληνική λέξη και ετυμολογικά προέρχεται από το ευ και ημέρα. Η ευημερία αποτελεί μια σχετικά ασαφή έννοια η οποία είναι σχετικά δύσκολο να οριστεί. Μπορεί να συνδεθεί με την αξιολόγηση της ζωής ενός ατόμου όσο πιο ευρέως γίνεται (Gasper, 2004). Η ευημερία είναι ένα πολύπλοκο και πολυπαραγοντικό κατασκεύασμα το οποίο μπορεί να οριστεί ως το βέλτιστο ανθρώπινο βίωμα ή ως η ιδανική ψυχολογική κατάσταση (Ryan & Deci, 2001) και εξαρτάται από υποκειμενικές εμπειρίες και αντικειμενικές συνθήκες, όπως σωματικές, ψυχολογικές και κοινωνικές.

Μια σειρά άλλων όρων μπορούν επίσης να περιγράψουν μια τέτοιου είδους αξιολόγηση. Οι όροι ποιότητα ζωής, ευτυχία και ικανοποίηση ζωής, είναι οι πιο συχνά επαναλαμβανόμενοι όροι. Δυστυχώς, δεν υπάρχει συγκεκριμένο πλαίσιο στη βιβλιογραφία που να συνδέει αποτελεσματικά αυτές τις έννοιες και σαν μην έφτανε αυτό πολλές φορές χρησιμοποιούνται αντιφατικά. Παρόλαυτα, είναι ξεκάθαρο πως η ευημερία είναι μια πολυδιάστατη έννοια που περιλαμβάνει ένα ευρύ και ποικιλόμορφο φάσμα στοιχείων. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα, μια σωστή μέτρηση της ευημερίας να λαμβάνει υπόψιν αυτή την ευρεία ποικιλομορφία της (Bleys, 2011).

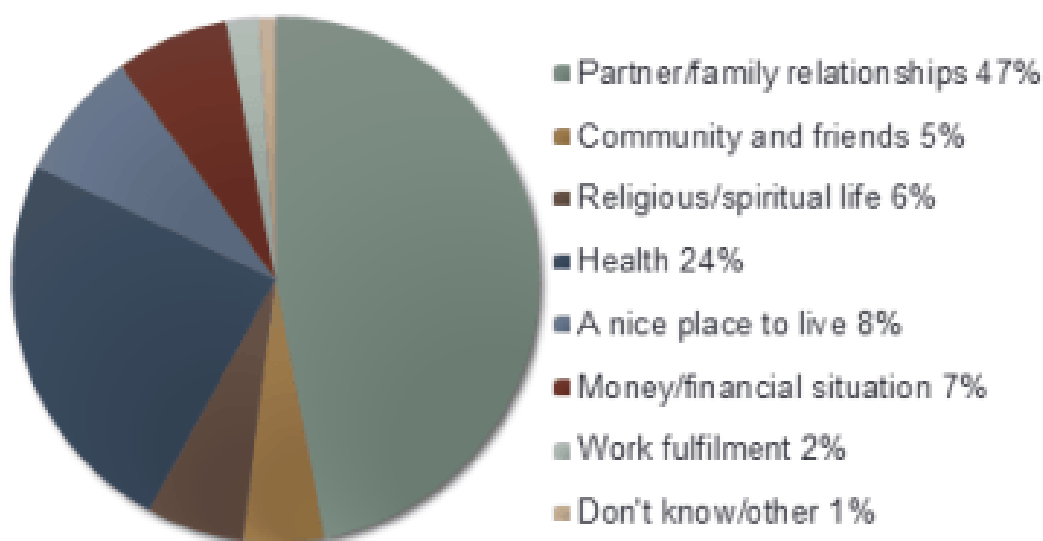
Ακόμα κι αν η ευημερία, σαν όρος, είναι δύσκολο να οριστεί, διαφορετικές συλλήψεις της έννοιας είναι διαθέσιμες, αν γίνει μια αναζήτηση σε φιλοσοφικά κείμενα. Οι συλλήψεις αυτές μπορούν να χρησιμοποιηθούν και σαν ποσοτική προσέγγιση της έννοιας της ευημερίας. Πολλές διαφορετικές συλλήψεις υπάρχουν, από τις πιο σημαντικές όμως είναι αυτή του ωφελισμού

(συμπεριλαμβανομένων της προσέγγισης των φανερών προτιμήσεων και και τη προσέγγιση της ευτυχίας), η ικανοποίηση των ανθρώπινων αναγκών (συμπεριλαμβανομένης της βιώσιμης ανάπτυξης), η ικανότητα και η λειτουργικότητα. Σύμφωνα με τον Gasper (Gasper, 2004) μπορεί να γίνει μια εκτενής ανάλυση των παράπανω συλλήψεων. Ο ωφελισμός αποτελεί θεμελιώδη λίθο της οικονομικής θεωρίας. Θεωρεί πως οι επιλογές μεταξύ διαφορετικών εναλλακτικών λύσεων παίρνονται βάση μιας σειράς προτίμησης που αναπαριστάται από μια συνάρτηση χρησιμότητας. Η ωφελιστική άποψη στα οικονομικά κέντρα είναι η εξής: κατόρθωση του μέγιστου ωφέλους σε όσο το δυνατό περισσότερους ανθρώπους. Οι οικονομολόγοι κατέβαλαν προσπάθειες για να μοντελοποιήσουν αριθμητικά την έννοια της ωφέλειας. Οι δυο συλλήψεις της ωφέλειας έχουν αναπτυχθεί και είναι η σειριακή και η απόλυτη. Η πρώτη βασίζεται σε ταξινομημένα στοιχεία και οδήγησε στον συμπεριφορισμό και ερμηνεία της θεωρίας επιλογών. Κάτω από συγκεκριμένες υποθέσεις αυτή η σύλληψη υποστηρίζει πως η παρατήρηση της κατανάλωσης μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να μετρηθεί η ευημερία. Η απόλυτη σύλληψη της ωφέλειας επικεντρώνεται σε προσωπικές εμπειρίες του κάθε ατόμου και οδηγεί στη ερμηνεία της ευτυχίας της ωφέλειας. Μπορεί να θεωρηθεί σαν αρχή των δεικτών αυτών η εστίαση στο πως το άτομο νιώθει από άποψη παροχών, απόλαυσης, υγείας, ευτυχίας και ικανοποίησης αναγκών. Παρόλο που η ωφέλεια ασχολείται με την νοητική αντίδραση σε θέματα που προκύπτουν στη ζωή του ανθρώπου, η προσέγγιση των ανθρώπινων αναγκών καταπιάνεται με την επί της ουσίας εκπλήρωση των ανθρώπινων αναγκών, κυρίως μέσω της παροχής αγαθών. Μερικές από τις προσεγγίσεις των ανθρώπινων αναγκών εστιάζουν κυρίως στην εκπλήρωση βασικών αναγκών, ενώ άλλες ασχολούνται με ένα πιο ευρύ φάσμα και περιλαμβάνουν και δευτερεύουσες ανάγκες. Η πρώτη (βασική) προσέγγιση των ανθρώπινων αναγκών ξεκίνησε από τον John Rawls που εισήγαγε τα στοιχειώδη κοινωνικά αγαθά στα θεμέλια της ευημερίας. Τα στοιχειώδη αγαθά είναι αγαθά που κάθε λογικός άνθρωπος επιθυμεί (Rawls, 1971) και περιλαμβάνει βασικά δικαιώματα όπως οικονομικά και κοινωνικά προνόμια. Οι Alkire (Alkire, 2002) και Gasper (Gasper, 2005) έχουν καταγράψει αναλυτικά διαφορετικές λίστες με τις βασικές ανθρώπινες ανάγκες. Όταν η τρέχουσα ευημερία συνδέεται με τις ανάγκες επόμενων γενεών, ιδέες όπως οικολογική βιωσιμότητα και ανάπτυξη συνδυάζονται σε ένα κοινωνικό όραμα (Neumayer, 1999). Έτσι γεννήθηκε η ανάγκη για τη δημιουργία δεικτών ευημερίας που αφορούν και τη τωρινή αλλά και μεταγενέστερες γενιές οι οποίοι λαμβάνουν υπόψιν τις δυο παραπάνω ιδέες (Bleys, 2011)

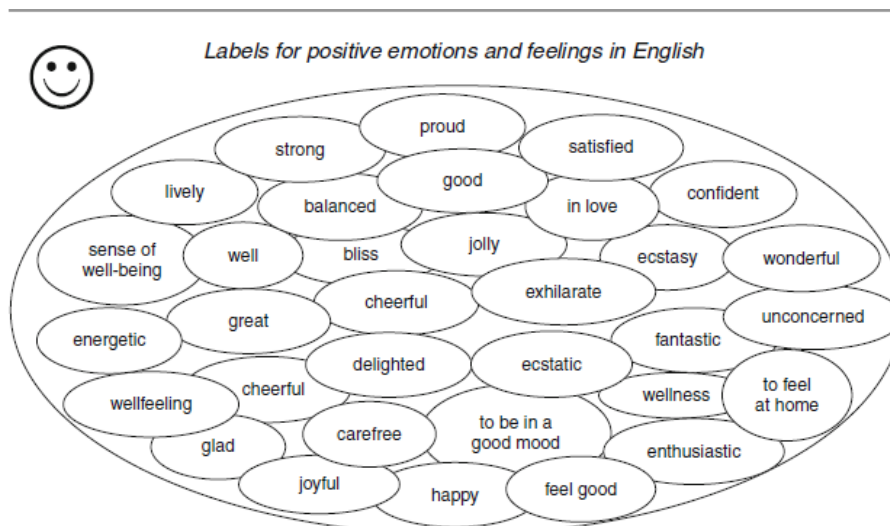
Υποκειμενική ευημερία

Η υποκειμενική ευημερία, όπως χρησιμοποιείται στους κοινωνικούς δείκτες ευημερίας και την έρευνα για την ποιότητα ζωής, αναφέρεται σε όλους τους τύπους αξιολόγησης, εξίσου θετικούς και αρνητικούς, που επηρεάζουν τη ζωή του ανθρώπου. Υπάρχουν πολλές λέξεις, ονόματα, όροι και έννοιες για να περιγράψουν συγκεκριμένες καταστάσεις ευημερίας αλλά και πτυχές της δυστυχίας (Diener, 2006). Κάθε γλώσσα διαθέτει ένα μακρύ κατάλογο λέξεων για την περιγραφή των αισθημάτων και των συναισθημάτων μας. Έτσι, κάθε άνθρωπος έχει τη δυνατότητα να ανατρέξει και να επιλέξει από ένα ευρύ λεξιλόγιο την κατάλληλη λέξη που φωτογραφίζει καταλληλότερα αυτό που νιώθει. Αυτή η διαδικασία αντιστοίχισης και ερμηνείας είναι μέρος της

κοινωνικής δόμησης της πραγματικότητας (Berger & Luckmann, 1967). Κατ' επέκταση, υπάρχει σωρεία λέξεων που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την περιγραφή αισθημάτων και συναισθημάτων που αφορούν την ευημερία. Εκτός από λέξεις και εκφράσεις του προσώπου για την εξέφραση της ευημερίας, οι άνθρωποι έχουν συναίτηση του βάθους των αισθημάτων, συναισθημάτων και των παθών μας. Η ατομική αξιολόγηση είναι συνήθως αποφασιστική για το πως τα συναισθήματα τους χαρακτηρίζονται, όμως πολύ συχνά άλλοι άνθρωποι επηρεάζουν την κατάσταση αυτή από τη στάση ή τα λεγόμενά τους. Η ερμηνεία των συναισθημάτων και των αισθημάτων της ευημερίας ή της δυστυχίας εξαρτάται από την προσωπικότητα, τις συνθήκες, την κουλτούρα και η φραστική απόδοση των συναισθημάτων. Ακόμα, η στάση του σώματος και οι εκφράσεις του προσώπου μεταδίδουν πληροφορίες για τον ψυχισμό του ανθρώπου. Υπάρχει πάντα αβεβαιότητα, άλλοτε περισσότερο και άλλοτε λιγότερο, στην διαδικασία αναγνώρισης και ερμηνείας των συναισθημάτων (Gulyas, 2014).



Διάγραμμα 1 Παράγοντες που επηρεάζουν την Υποκειμενική Ευημερία (Sustainable Development Commission, 2009)



Well-Being and Ill-Being: Names and Naming, Fig. 1 Labels for positive emotions and feelings in English (Source: Self-produced)

Εικόνα 1 Λέξεις για θετικά συναισθήματα και αισθήματα στην αγγλική γλώσσα (Michalos, 2011)

Συναισθηματική ευημερία

Η ευημερία και η ψυχική υγεία αποτελούν μείζονα ζητήματα της καθημερινής μας ζωής. Η συναισθηματική ευημερία μπορεί να φαίνεται εκ πρώτης όψεως σαν ένα συστατικό της θετικής και αισιόδοξης ψυχολογίας. Πυλώνες της θετικής ψυχολογίας αποτελούν η συναισθηματική ευημερία, η ψυχολογική ευημερία και η κοινωνική ευημερία. Η κακή κατάσταση της ψυχικής υγείας, χαρακτηρίζεται από χαμηλά επίπεδα συναισθηματικής ευημερίας και έλλειψη καλής λειτουργικότητας (Keyes, 2002).

Η συναισθηματική ευημερία επίσης περιλαμβάνει την εμπειρική αξιολόγηση όσο αφορά την ικανοποίηση από τη ζωή σε γενικότερα πλαίσια (Lamers, Westerhof, Bohlmeijer, ten Klooster, & Keyes, 2011).

Επιπρόσθετα η συναισθηματική ευημερία επικεντρώνεται στην υποκειμενική ευημερία σε σχέση με την καθολική ικανοποίηση από τη ζωή και την ευτυχία. Σε αυτό το χαρακτηριστικό έγκειται και η διαφορά από την ψυχολογική ευημερία, η οποία καταπιάνεται με την διαμόρφωση και την εξέλιξη του ανθρώπου και ασχολείται με θέματα όπως η αυτοαποδοχή, προσωπική ανάπτυξη, εύρεση του νοήματος της ζωής, αυτονομία και η ανάπτυξη καλών σχέσεων με τους ανθρώπους (Ryff, 1989). Επίσης, διαφορές παρατηρούνται μεταξύ της συναισθηματικής ευημερίας και της κοινωνικής ευημερίας, καθώς η δεύτερη ασχολείται με θέματα όπως κοινωνική αλληλεπίδραση, κοινωνική συνοχή, κοινωνική συνεισφορά, κοινωνική πραγμάτωση, κοινωνική ενσωμάτωση και κοινωνική ένταξη (Keyes, 1998). Η συναισθηματική ευημερία αποτελεί ένα σύμπλεγμα ενδείξεων που αντικατοπτρίζουν τόσο τη παρουσία όσο και την απουσία θετικών συναισθημάτων και αισθημάτων από τη ζωή. Τα θετικά ή συνδεδετικά, κατά τον Άλφρεν Άντλερ, συναισθήματα έχουν θετική επιρροή. Τέτοια συναισθήματα είναι η χαρά και η ικανοποίηση από τη ζωή, η ηρεμία, η τακτική ευθυμία, η γαλήνη και η ικανοποίηση. Η ευτυχία εξαρτάται και μπορεί να αφορά γεγονότα του παρελθόντος, το παρόν καθώς και σκέψεις για το μέλλον. Η συναισθηματική ευημερία όσο αφορά το παρελθόν σχετίζεται με την ευχαρίστηση και ικανοποίηση, και όσο αφορά την μέλλον με την αισιόδοξία και την ελπίδα. (Fredrickson & Joiner, 2002). Ακόμα εξαρτάται από διάφορες

πτυχές και τομείς της ζωής. όπως ο γάμος, η εργασία και οι σχέσεις με τους άλλους ανθρώπους (Keyes, 2003).

Τα θετικά συναισθήματα αποτελούν τους στυλοβάτες για τη προσέγγιση της Θετικής Ψυχολογίας. Η συναισθηματική ευημερία σχετίζεται τόσο με την βίωση των θετικών συναισθημάτων όσο και με την ρύθμιση και τον έλεγχο τους. Θεσμοί όπως η δημοκρατία, και η δεμένη οικογένεια βοηθούν στην ύπαρξη θετικών συναισθημάτων και συναισθηματικής ευημερίας. Το δυνατό σημείο της συναισθηματικής ευημερίας είναι πως λειτουργεί σαν ασπίδα ενάντια στις ατυχίες της ζωής, τις ψυχικές ασθένειες και αποτελεί το κλειδί για την προσαρμοστικότητα του ατόμου (Seligman, 2003).

Ατομική ευημερία

Υπό μια ευρεία έννοια η προσωπική ευημερία αποτελεί μια επιθυμητή και ικανοποιητική κατάσταση ατομικής ύπαρξης στη ζωή και την κοινωνία. Αντιπροσωπεύει μια προσωπική πτυχή της ποιότητας ζωής. Σύμφωνα με εμπεριχές έρευνες οι οποίες έλαβαν υπόψιν πολλούς παράγοντες, η προσωπική ευημερία αποτελεί ένα πολυεπίπεδο “κατασκευάσμα”, άμεσα εξαρτώμενο από την συναισθηματική ευημερία, που είναι άμεσα συνδεδεμένο με την καλή ποιότητα ζωής, τη ζωτικότητα, τη προσαρμοστικότητα, την αυτοεκτίμηση και την λειτουργικότητα (Michaelson, Abdallah, Steuer, Thompson, & Marks, 2009).

Επίσης, σχετίζεται με την έννοια της υποκειμενικής ευημερίας, της ψυχολογικής ευημερίας, της ψυχικής ευημερίας, της κοινωνικής ευημερίας, της πνευματικής ευημερίας, με την ικανοποίηση από τη ζωή και την ευτυχία. Από την εποχή του Δημόκριτου και του Αριστοτέλη η ευημερία και η ευτυχία, είχαν συλληφθεί σαν έννοιες που αποτελούσαν έμφυτο σκοπό στη ζωή του ανθρώπου. Η προσωπική ευημερία σχετίζεται ξεκάθαρα με την κατάσταση της υγείας, την υγιεινολογική συμπεριφορά και τον υγιεινό τρόπο ζωής. Παρόλο που οι καθοριστικοί παράγοντες της ευημερίας ξεπερνούν και υπερβαίνουν τα στενά και αυστηρά ψυχολογικά πεδία, αφού συμπεριλαμβάνουν μια πληθώρα ιατρικών, δημογραφικών, οικονομικών και κοινωνικών μεταβλητών, οι ψυχολογικοί παράγοντες είναι υποχρεωτικοί και απαραίτητοι για την ευημερία του ανθρώπου (Ryan & Deci, 2001). Το μοντέλο της προσωπικής ευημερίας τονίζει την σημασία της ευδαιμονίας για την επίτευξη της ευημερίας, καθώς και τη σημασία για την ύπαρξη σκοπού στη ζωή, γνώσεων, αυτονομίας, προσωπικής ανάπτυξης, διατήρησης καλών σχέσεων με τους άλλους ανθρώπους και αυτοαποδοχής (Ryff, 1989).

Η προσωπική ευημερία σχετίζεται με πολλούς άλλους τομείς της ποιότητας της ζωής όπως είναι η κοινωνική ευημερία, η οικονομική ευημερία, η κατάσταση υγείας και η πνευματική ευημερία. Η ανάπτυξη μια θεωρητικής ανάλυσης της προσωπικής ευημερίας είναι εξαιρετικά δύσκολη και πρέπει να συμπεριλάβει πολλούς συνεισφέροντες παράγοντες (νοητική ικανότητα, αυτοεκτίμηση, στόχοι, αξίες, δημογραφικά στοιχεία, κοινωνικούς και οικονομικούς παράγοντες, ηλικία, φύλο, παιδεία, εισόδημα, εθνικότητα, θρησκεία κλπ). Είναι επίσης πολύ πιθανόν, η σταθερή και ανεπηρέαστη προσωπικότητα, ακόμα και εξελικτικοί και γενετικοί παράγοντες να καθορίζουν και να δημιουργούν ένα σκελετό μηχανισμών που ομοιοστατικά να ελέγχουν την ευημερία του ανθρώπου (Theory of Subjective Well-being Homeostasis, Cummins, Gullone, & Lau, 2002).

Σωματική ευημερία

Η σωματική ευημερία συνίσταται από την ικανότητα του ανθρώπου να εκτελεί σωματικές δραστηριότητες και να μπορεί να αναλάβει κοινωνικούς ρόλους οι οποίοι δεν παρεμποδίζονται από σωματικούς περιορισμούς και σωματικό πόνο.

Σύμφωνα με πρόσφατες έρευνες ένας από τους πολλούς παράγοντες που εξαρτάται η σωματική ευημερία είναι και η τακτική σωματική άσκηση και η γυμναστική (Penedo & Dahn, 2005). Για παράδειγμα, ομαδικά προγράμματα εκγύμνασης έχει αποδεχτεί πως προάγουν και βελτιώνουν την σωματική ευημερία των ηλικιωμένων (Aranceta, Perez-Rodrigo, Gondra, & Orduna, 2001). Επίσης στους ηλικιωμένους η καλή ακοή, όραση, μνήμη και γενικότερα η καλή σωματική υγεία επηρεάζουν σε τεράστιο βαθμό την σωματική τους ευημερία. (Tibblin, Tibblin, Peciva, Kullman, & Svardsudd, 1990).

Παράγοντες που παίζουν σημαντικό ρόλο στην σωματική ευημερία των παιδιών αποτελούν η διατροφή, καθαρό και ασφαλές περιβάλλον και ιατρική περίθαλψη (Curtis, Dooley, & Phipps, 2004).

Εν κατακλείδι, η σωματική ευημερία αποτελεί κλειδί για την γενικότερη ευημερία και ποιότητα ζωής ενός ανθρώπου. Γίνεται αντιληπτή σαν ένα κατασκεύασμα που σχετίζεται και αποτελείται από σωματική λειτουργικότητα, την απόδοση σε κοινωνικούς ρόλους, απουσία σωματικού πόνου και βιολογικούς δείκτες υγείας. Η σωματική ευημερία όλο και πιο συχνά υπολογίζεται σαν ένα σημαντικό, αν όχι το κυριάρχο, παράγοντα στη μέτρηση της ευημερίας και της ποιότητας της ζωής.

Φιλοσοφικές προσεγγίσεις για την ευημερία

Ένας άνθρωπος που ευημερεί, ζει μια ζωή που πηγαίνει καλά γι αυτόν. Ευημερία είναι αυτό που ευχόμαστε και επιθυμούμε για το όφελος των άλλων ανθρώπων, χωρίς να περιέχεται κάποια ηθική διάσταση. Για τους ωφελιμιστές, η ευημερία είναι κάτι που θα πρέπει να μεγιστοποιήσουμε. Για τους δεοντολογιστές, η ευημερία είναι ο στόχος του καθήκοντος που έχουμε να βοηθάμε τους άλλους ανθρώπους. Για τους ηθικιστές, αποτελεί τη πραγμάτωση της αρετής της καλοσύνης. Η έννοια της ευημερίας είναι πολύ σημαντική στην ηθική φιλοσοφία, γι' αυτό και υπάρχει μια κοινή άποψη και αντίληψη για τα επιμέρους στοιχεία που την απαρτίζουν. Λίγοι είναι αυτοί που αμφιβάλουν πως η υγεία, η καλή ψυχολογική κατάσταση και η φιλία δεν είναι απαραίτητα στοιχεία για την επίτευξη της ευημερίας. Ένα χαρακτηριστικό που φαίνεται να είναι ενστικτωδώς ευεργετικό για τους ανθρώπους είναι η ευχαρίστηση. Ακόμα, πολλά στοιχεία που θεωρούν οι άνθρωποι θετικά, όπως η υγεία και η φιλία, αποτελούν πηγές ευχαρίστησης. Σύμφωνα με τον ηδονισμό η ευημερία αποτελεί ευχαρίστηση και έλλειψη πόνου, καθώς και το να ζεις καλά προϋποθέτει η ευχαρίστηση να υπερέχει του πόνου και της δυστυχίας, όσο το δυνατόν περισσότερο. Η θεώρηση του ηδονισμού δεν είναι απόλυτα σωστή από τη στιγμή που οι άνθρωποι επιθυμούν και νοιάζονται και για άλλα πράγματα πέρα από την ευχαρίστηση. Ειδάλως θα μπορούσαμε να ορίσουμε την ευημερία μόνο βάση του τι επιθυμούμε και τι νοιαζόμαστε.

Μια άμεση απάντηση στο κενό που δεν καλύπτει ο ηδονισμός έρχεται να καλύψει ο ευδαιμονισμός και η θεωρία του για την ευημερία. Σύμφωνα με τον ευδαιμονισμό, η ευημερία συνιστά το μέσο και οδηγεί στην ολοκλήρωση και την επίτευξη του χαρακτήρα και της φύσης του ανθρώπου. Σύμφωνα με τον Αριστοτέλη, το να ζεις καλά προϋποθέτει να ζεις σε αρμονία και σύμφωνα με τα πρότυπα του άριστου (Kraut, 2007). Λόγω της φύσης του ατόμου και της μοναδικότητας κάθε ανθρώπου η επίτευξη της ευδαιμονίας διαφέρει από άνθρωπο σε άνθρωπο και σχετίζεται με το ποιά είναι η φύση του κάθε ανθρώπου (Haybron, 2008). Οι ευδαιμονικές θεωρίες και οι αντικειμενικές θεωρίες της ευημερίας έχουν δεχθεί κριτική, για το γεγονός ότι αδυνατούν να συνδέσουν σωστά την ευημερία και την ευδαιμονία (Sumner, 1996).

Οι θεωρήσεις αυτές συνεπάγονται πως κάτι που μπορεί να είναι ευεργετικό για το προσωπικό καλό του άτομο, ακόμα και αν το άτομο δεν το θέλει, δεν του αρέσει ή δεν το επιθυμεί (Alexandrova forthcoming, Tiberius, 2007). Αυτό πρέπει να μας παρακινήσει να σκεφτούμε και να μελετήσουμε περισσότερο το σκοπό που μια θεωρία ευημερίας υπηρετεί καθώς και τα κριτήρια επιτυχίας για θεωρίες που επιδιώκουν να υπηρετήσουν το σκοπό αυτό.

Ευδαιμονική ευημερία

Ευδαιμονία είναι ο κασσικός ελληνικός όρος για την ευτυχία, η οποία έχει την έννοια της καλής ζωής για αυτόν που την βιώνει. Η κύρια ιδέα του ευδαιμονισμού αποτελείται, σύμφωνα με τον Russel (Russell, 2014), από:

1. την επεξήγηση του πρακτικού συλλογισμού για το ποιά ευδαιμονία αποτελεί το τέλος (σκοπό) του ανθρώπου.
2. το να ζεις μια γεμάτη και ικανοποιητική ζωή.
3. το να σκέφτεσαι για τη φύση και το είδος της ανθρώπινης τελμάτωσης και της αρετής.

Κατά τον Αριστοτέλη το ύψιστο αγαθό που μπορούμε να αποκτήσουμε είναι η ευδαιμονία, η οποία ορίζεται ως ψυχής ενέργειά τις κατ' αρετήν τελείαν. Η ευδαιμονία του ανθρώπου είναι ενέργεια της ψυχής του και κατακτάται με τους κανόνες της τέλειας αρετής. Κατά συνέπεια, την ευδαιμονία τους οι άνθρωποι μόνο με την κατάκτηση της αρετής μπορούν τελικά να την εξασφαλίσουν. Έτσι, ο Αριστοτέλης, κρίνει αναγκαία τη μελέτη της αρετής, που διακρίνεται σε ηθική και διανοητική. Στην αριστοτελική τελεολογική σύλληψη η αρετή διαχωρίζεται από την ευδαιμονία, αλλά οι δύο έννοιες συνδέονται μεταξύ τους με σχέση μέσου (αρετή) και σκοπού (ευδαιμονία). Τελικός σκοπός (άρα και αυτοσκοπός) του ανθρώπου είναι η ευδαιμονία, την οποία ο άνθρωπος κατακτά με την αρετή.

Είναι σημαντικό να παρατηρήσουμε πως οι ευδαιμονιστές δεν ξεκινούν με μια a priori θέση και άποψη για το ποιά είναι τα γνωρίσματα της αρετής ώστε στην συνέχεια να προσπαθήσουν να αποδείξουν πως αυτά τα γνωρίσματα είναι με κάποιο τρόπο σημαντικά για την ευημερία. Εν αντιθέσει, στόχος τους είναι να ανακαλύψουν ποιά χαρακτηριστικά απαρτίζουν την αρετή, καθορίζοντας ποιά πραγματικά είναι σημαντικά για την επίτευξη της ευημερίας. Για παράδειγμα, ο Πλάτων πίστευε πως οι αρετές ήταν τα ψυχικά γνωρίσματα που ήταν περισσότερα κόντα σε αυτά των Θεών. Ο Επίκουρος θεωρούσε πως αρετές ήταν οι συνειδητές συνήθειες όπου εντέχνως κρατούσαν τον άνθρωπο μακριά από σωματικό άλγος, ψυχικό πόνο και δυσφορία σε μακροχρόνια

βάση. Οι περισσότεροι σύγχρονοι ευδαιμονιστές ενστερνίζονται την άποψη του Αριστοτέλη, πως οι αρετές είναι τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα που καθορίζουν την ζωή μας σε καθημερινή βάση και μας κάνουν να αποφασίζουμε βάση της λογικής και της ψυχολογικής ορθότητας. Όλοι οι αρχαίοι ευδαιμονιστές συμφωνούσαν πως η αρετή είναι απαραίτητη για την επίτευξη της ευτυχίας και της ευημερίας και μερικοί μάλιστα υποστήριζαν πως ήταν αρκετό. Οι Στωικοί αποτελούν το πιο αξιομείωτο παράδειγμα έκφρασης αυτής της άποψης και ο Αριστοτέλης την πιο αξιοσημείωτη εξαίρεση. Σε αντίθεση, οι σύγχρονοι ευδαιμονιστές αρνούνται πως η αρετή είναι αρκετή και επαρκής για την ευτυχία και την ευημερία και κάποιοι αρνούνται ακόμα και ότι είναι απαραίτητη (Hursthouse, 1999).

Πιο συγκεκριμένα, αυτό που καθορίζει την προσωπική εκπλήρωση του ατόμου, εξαρτάται από την άποψη που έχει για την ανθρώπινη ζωή και τις σχέσεις μεταξύ των ανθρώπων και σε αυτό ακριβώς το σημείο είναι που οι ευδαιμονιστές διαφωνούν και εκφράζουν διαφορετικές απόψεις. Για παράδειγμα, ο Πλάτων πίστευε πως ο σκοπός του ανθρώπου είναι να υπερβεί τη γήινη του υπόσταση και να γίνει σαν Θεός. Στο άλλο άκρο, ο Επίκουρος θεωρούσε πως η δυνατότητα του ανθρώπου για ευχαρίστηση σταματάει εκεί που βρίσκεται η υπέρτατη εκπλήρωσή του. Πάραυτα, οι περισσότεροι ευδαιμονιστές αντιλαμβάνονται την ανθρωπιά σαν την ικανότητα πρακτικού συλλογισμού και “κοινής λογικής”. Έτσι η αυτοπραγμάτωση αποτελείται τόσο από τη σοφία των επιλογών και των κινήσεων που κάνουμε σε σχέση με τους άλλους ανθρώπους, αλλά και την ύπαρξη αρμονίας μεταξύ των συναισθημάτων και της λογικής (Russell, 2014).

Η ευδαιμονική ευημερία αναφέρεται στις υποκειμενικές εμπειρίες που σχετίζονται με την ευδαιμονία και την υιοθέτηση ενός ενάρετου τρόπου ζωής που απώτερο σκοπό έχει την προσωπική ολοκλήρωση. Οι φαινομενολογικές εμπειρίες που προέρχονται από ένα τέτοιο τρόπο ζωής περιλαμβάνουν την αυτοπραγμάτωση, την εσωτερική έκφραση και την ζωτικότητα. Ο Αριστοτέλης στο έργο του Ηθικά Νικομάχεια (4^{ος} αιώνας π.Χ) υπογραμμίζει την σημασία του να ζεις μια στοχαστική και ενάρετη ζωή για την επίτευξη της αυτοπραγμάτωσης και την μεγιστοποίηση των προοπτικών ανάπτυξης. Σαν μια ηθικιστική φιλοσοφία, ο ευδαιμονισμός τονίζει την σπουδαιότητα του νοήματος και του σκοπού της ζωής, της αυτοπραγμάτωσης και της ατομικής εξέλιξης (Niemić, 2014). Η ευδαιμονία λοιπόν, σύμφωνα με όσα έχουν αναφερθεί, είναι ότι καλύτερο μπορεί να επιτευχθεί κατά τη διάρκεια της ανθρώπινης ζωής. Τέλος, στο έργο του Τέχνη Ρητορική ο Αριστοτέλης αναφέρει: Στα εξωτερικά αγαθά ανήκουν μεταξύ άλλων ο πλούτος, η φιλία, η ευγενής καταγωγή, οι άξιοι απόγονοι, η τιμή, η εύνοια της τύχης. Στα εσωτερικά αγαθά του σώματος ανήκουν η υγεία, η ομορφιά, η δύναμη, οι αθλητικές ικανότητες, και ως εσωτερικά αγαθά της ψυχής εκλαμβάνονται οι διάφορες αρετές (Ρητορική Α5). Επίσης στην Νικομάχεια, ο Αριστοτέλης αναφέρει το εξής δηλιακό επίγραμμα:

Το δίκαιο είναι το καλύτερο
και η υγεία η πιο αρεστή.
Κι αν ποθείς να πετύχεις,
Αυτό είναι το γλυκύτερο απ' όλα.

Παρόλαυτα, μπορεί να τεθεί το ερωτήμα για το τι ακριβώς μπορεί να σημαίνει αυτό και τι ορίζεται ως καλό. Μπορούμε να σκεφτούμε την ευδαιμονία σαν ευτυχία ή χαρά, αλλά πρέπει να γίνει σαφές τι σημαίνει αυτό. Συχνά χρησιμοποιούμε τη λέξη “ευτυχία” όταν αναφερόμαστε σε ένα συγκεκριμένο συναίσθημα, πράγμα που δεν μπορεί όμως να χαρακτηρίσει μια ολόκληρη ζωή πόσο μάλλον να είναι ο απόλυτος σκοπός της. Όταν λέμε λοιπόν πως η ευδαιμονία είναι ευτυχία, εννοούμε ευτυχία πιο πολύ με την έννοια που ευχόμαστε στους νεόνυμφους και στα νεογέννητα “κάθε ευτυχία” (Kraut, 1979).

Χαρακτηριστικά ο Αριστοτέλης στην Νικομάχεια αναφέρει: *«Πρέπει όλη η ζωή να είναι τέλεια γιατί ένα χελιδόνι δεν φέρνει την άνοιξη, ούτε μια μέρα ή μικρό χρονικό διάστημα κάνει ευτυχισμένο και ευδαίμονα έναν άνθρωπο».*

Ηδονιστική ευημερία

Ο όρος ηδονισμός προέρχεται από την ελληνική ηδονή, που σημαίνει ευχαρίστηση, και στην καθημερινότητα ηδονιστής θεωρείται αυτός που δεν είναι ανοιχτός στο να βιώσει μια ευχάριστη εμπειρία, αλλά επιζητά και την οδονή παραβλέποντας πολλές φορές τους άλλους. Ο ηδονισμός δεν πρέπει να γίνει αντιληπτός σαν τρόπος ζωής, αλλά σαν κοσμοθεωρία. Μια μορφή του ηδονισμού, που καλείται κινητήριο ηδονισμός ή ψυχολογικός ηδονισμός, υποστηρίζει πως μόνο η ευχαρίστηση και ο πόνος μας παρακινούν αποτελεσματικά και πως συνεχώς δρούμε με απώτερο σκοπό η ευχαρίστηση να είναι μεγαλύτερη από τον πόνο.

Ο ηδονισμός μπορεί να γίνει αντιληπτός και σαν μια εννοιολογική θεώρηση της ευτυχίας. Στην ηδονιστική προσέγγιση της ευτυχίας, η ευτυχία θεωρείται ως μια ευνοϊκή ισορροπία της ευχαρίστησης έναντι της δυστυχίας. Η κεντρική άποψη του εκτιμητικού ηδονισμού είναι πως σε τελική ανάλυση, μόνο η ευχαρίστηση και η απόλαυση έχουν θετικό αντίκτυπο στον άνθρωπο και σε αντιστοιχία μόνο ο πόνος (ανεπιθύμητο συναίσθημα ή ανεπιθύμητη εμπειρία) έχουν αρνητικό. Όλες οι υπόλοιπες αξίες, κατά την ηδονιστική κοσμοθεωρία, όπως η παιδεία, η φιλία, η αγάπη, η ομορφιά έχουν αξία επειδή τείνουν να αυξήσουν την ευχαρίστηση και να ελαττώσουν τον πόνο. Στην ηδονιστική ευημερία, η καλή ζωή ταυτίζεται με την ευχάριστη και απολαυστική ζωή. Το να έχεις καλή ζωή (ή υψηλό επίπεδο ευημερίας) σημαίνει να νιώθεις ωραία. Το μόνο πράγμα που έχει αξία σε τελικό στάδιο είναι η ευχάριστη εμπειρία και το μόνο πράγμα που έχει αρνητικό αντίκτυπο είναι μια δυσάρεστη εμπειρία. Εν συντομία, η αξία της ζωής σχετίζεται με το πόσο ευχαρίστηση και δυσάρεσκα περιέχει. Όσο περισσότερη η ευχαρίστηση και λιγότερη η δυσάρεσκα τόσο το καλύτερο. Όσο μεγαλύτερο το ισοζύγιο ευχαρίστησης και πόνου, τόσο μεγαλώνει ο βαθμός ευημερίας. Κατά τον Επίκουρο, μια ευχάριστη ζωή δεν σημαίνει ζωή γεμάτη με αισθητηριακές απολαύσεις, αλλά μια ζωή που χαρακτηρίζεται από γαλήνη, αταραξία (απελευθέρωση από το αίσθημα του φόβου) και μη βίωση πόνου. Όλα τα παραπάνω επιτυγχάνονται με το μέτρο και την αυτοσυγκράτηση (Brulde, 2014).

Δείκτης ευημερίας-Ορισμός

Οι δείκτες ευημερίας χρησιμοποιούνται για να προσδιορίσουν την ανάπτυξη και την ευημερία μιας χώρας, εστιάζοντας και λαμβάνοντας υπόψιν τομείς όπως η υγεία, το επίπεδο μόρφωσης και η διατροφή (Αποπ., 2014).

Οι δείκτες ευημερίας δίνουν τη δυνατότητα πιο λεπτομερούς και ενδεδειγμένης αξιολόγησης των κοινωνικών συνθηκών που επικρατούν σε μια χώρα. Επίσης, παρέχουν μια επιστημονικά ακριβή περιγραφή των κοινωνικών φορέων. Η πιο σημαντική καινοτομία των δεικτών αυτών δεν σχετίζεται τόσο με την ακρίβεια των μετρήσεων, όσο με τη δυνατότητα σύγκρισης της “ποιότητας ζωής” διαφορετικών κοινωνιών και εθνικοτήτων (Michalos, 2005).

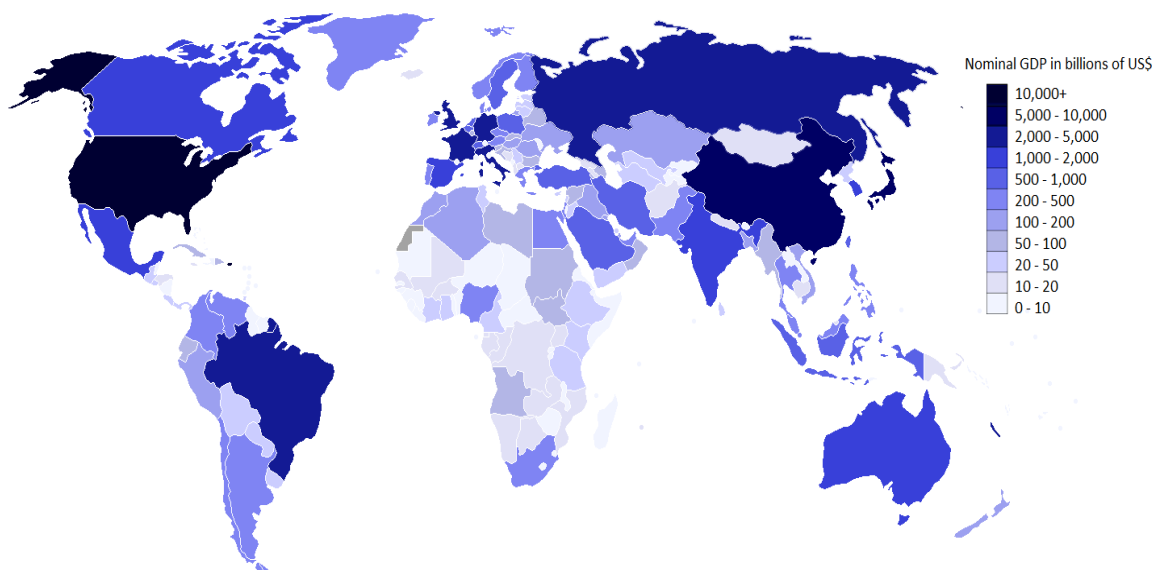
Ένας ικανοποιητικός δείκτης ευημερίας πρέπει να είναι ευαίσθητος στην άνιση κατανομή της ευημερίας. Πέρα από τα άμεσα προβλήματα αυτής της άνισης κατανομής, η ανισότητα μπορεί να έχει έμμεσα αρνητικό αντίκτυπο στην κοινωνική ευημερία. Για παράδειγμα, μεγάλα ποσοστά ανισότητας μπορούν να οδηγήσουν σε πολιτική αστάθεια, εντάσεις ανάμεσα σε κοινωνικές ομάδες, αύξηση της εγκληματικότητας και σε αίσθημα απομόνωσης από τα άλλα μέλη της κοινωνίας (Seth, 2011).

Κεφάλαιο 2 Το ΑΕΠ ως δείκτης ευημερίας

Τί είναι το ΑΕΠ

Το ακαθάριστο εγχώριο προϊόν (ή ΑΕΠ) είναι το σύνολο όλων των προϊόντων και αγαθών που παράγει μια οικονομία, εκφρασμένο σε χρηματικές μονάδες. Με άλλα λόγια είναι η συνολική αξία όλων των τελικών αγαθών (υλικών και άυλων) που παρήχθησαν εντός μιας χώρας σε διάστημα ενός έτους, ακόμα και αν μέρος αυτού παρήχθη από παραγωγικές μονάδες που ανήκουν σε κατοίκους του εξωτερικού.

Ακαθάριστο Εθνικό Προϊόν : Α.Ε.Π. είναι το Προϊόν ή Εισόδημα που αποκτούν οι πολίτες μιας χώρας, όποια και αν είναι αυτή. Με άλλα λόγια είναι η συνολική αξία όλων των τελικών αγαθών (υλικών και άυλων) που αποκτούν οι πολίτες μιας χώρας σε διάστημα ενός έτους. Διαφέρει από το Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν κατά το ότι συμπεριλαμβάνει και το Εισόδημα που απέκτησαν οι πολίτες μιας χώρας οι οποίοι κατοικούν στο εξωτερικό.



Χάρτης 1 Παγκόσμιος χάρτης ΑΕΠ σε δις δολάρια \$ (www.glistatigenerali.com)

Το Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν εκφράζεται μαθηματικά ως εξής:

$$GDP = C + I + G + NX$$

(C) κατανάλωση

(I) επένδυση

(G) δημόσιες δαπάνες για την αγορά αγαθών και υπηρεσιών

(NX) καθαρές εξαγωγές, δηλαδή εξαγωγές μείον τις εισαγωγές

Κατανάλωση (consumption) είναι η δαπάνη που πραγματοποιούν τα νοικοκυριά για την αγορά αγαθών και υπηρεσιών, δηλαδή η συνολική τους κατανάλωση.

Επένδυση (investment) είναι η δαπάνη για την αγορά κεφαλαιουχικού εξοπλισμού, αποθεμάτων και κτιρίων, συμπεριλαμβανόμενης και της δαπάνης για την αγορά νέων κατοικιών. Στην κατηγορία αυτή εντάσσονται και έξοδα αγοράς άυλων αγαθών, όπως τα έξοδα έρευνας και ανάπτυξης.

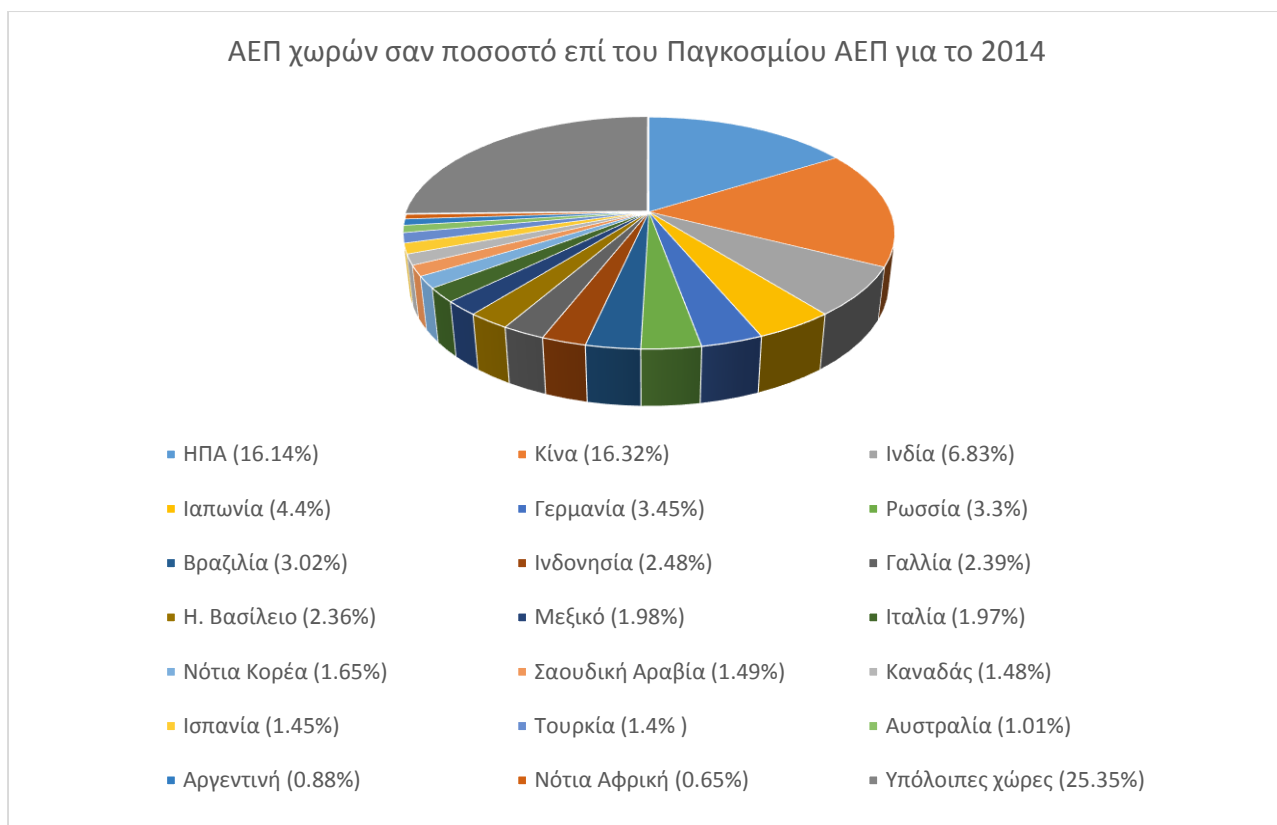
Δημόσιες δαπάνες (government expenses) είναι οι δαπάνες για την αγορά αγαθών και υπηρεσιών τις οποίες πραγματοποιούν η τοπική αυτοδιοίκηση, οι κυβερνήσεις των πολιτειών και η ομοσπονδιακή κυβέρνηση π. χ. αγορά υποβρυχίου για το ναυτικό.

Καθαρές εξαγωγές (net exports) είναι η δαπάνη για την αγορά αγαθών και υπηρεσιών που παράγονται στην εγχώρια οικονομία και αγοράζονται από αλλοδαπούς (εξαγωγές) μείον τη δαπάνη για την αγορά αγαθών και υπηρεσιών που παράγονται στην αλλοδαπή και αγοράζονται από τους κατοίκους της χώρας της οποίας το ΑΕΠ εξετάζεται.

Εισαγωγές (Imports) Είναι το κόστος οποιωνδήποτε αγαθών ή υπηρεσιών όπου ως χώρα κατασκευής δεν είναι η χώρα στην οποία υπολογίζεται το Α.Ε.Π.

Αποπληθωριστής του ΑΕΠ ή Δείκτης Τιμών του ΑΕΠ: αριθμοδείκτης που μετρά τις μεταβολές όλων των τιμών των αγαθών και υπηρεσιών που παράγονται σε μια οικονομία, δηλαδή του ΑΕΠ. Ισούται με το λόγο του ονομαστικού ΑΕΠ στο έτος βάσης προς το ονομαστικό ΑΕΠ στο έτος που έχει επιλεγεί ως βάση επί εκατό.

Μέτρηση του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος: Υπάρχουν τρεις τρόποι μέτρησης του Α.Ε.Π. :1. Η μέθοδος της δαπάνης 2. Μέθοδος αμοιβής συντελεστών και 3. Μέθοδος προστιθέμενης αξίας (Σαρτζετάκης, 2010), (Βικιπαίδεια, 2015).



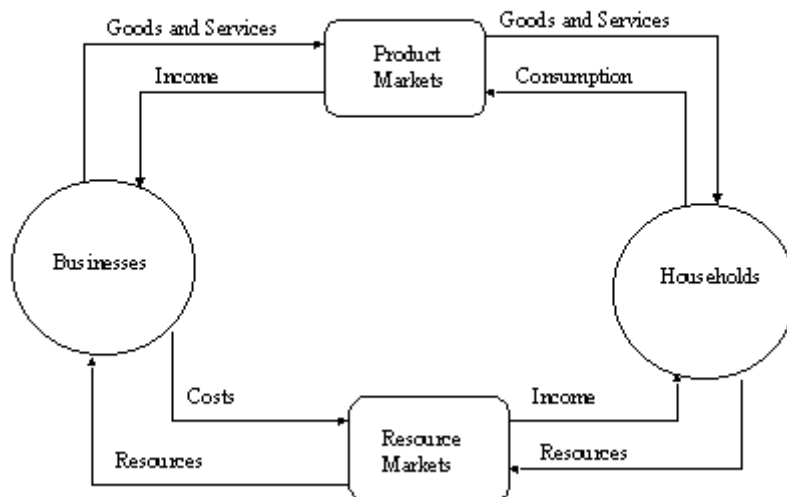
Διάγραμμα 2 ΑΕΠ χωρών σαν ποσοστό επί του Παγκοσμίου ΑΕΠ για το 2014 (ΔΝΤ, 2016)

Ιστορική αναδρομή

Μετά το Β' Παγκόσμιο Πόλεμο, το μέγεθος των απωλειών σε ανθρώπινες ζωές, φυσικές καταστροφές και περιουσιακά στοιχεία των πολιτών ήταν ανυπολόγιστο. Στις ηττημένες χώρες ολόκληρες πόλεις, εργοστάσια, γέφυρες, δρόμοι και σπίτια είχαν καταστραφεί ολοκληρωτικά. Παραδείγματος χάρη το τέλος του πολέμου βρήκε τη Γερμανία, την Ιαπωνία, την Ισπανία και την Ιταλία ολοκληρωτικά κατεστραμμένες και οικονομικά αλλά και από άποψη υποδομών. Η Αγγλία και η Γαλλία παρότι ήταν στη πλευρά των νικητών και σε καλύτερη κατάσταση από τις παραπάνω χώρες, χρωστούσαν υπέρογκα ποσά στην Αμερική. Οι συμμαχικές δυνάμεις διακρίνοντας την αδυναμία των ηττημένων ακόμα και να σιτίσουν τους πολίτες εφάρμοσαν το σχέδιο Μάρσαλ. Επίσης για να μην επαναληφθεί η ιστορία στο μέλλον ίδρυσαν παγκόσμιους οργανισμούς οι οποίοι αποτέλεσαν τους προπομπούς της Ευρωπαϊκής Ένωσης του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης και του Οργανισμού Ευρωπαϊκής Συνεργασίας. Ο τελευταίος ανέλαβε να συγκεντρώνει τα λογιστικά και περουνιακά στοιχεία κάθε κράτους μέλους και να κάνει συγκρίσεις μεταξύ τους (Coyle, 2014). Το 1944 μετά το συνέδριο στο Bretton Woods Το ΑΕΠ ξεκίνησε να αποτελεί τον επίσημο δείκτη μέτρησης της οικονομικής προόδου παγκοσμίως. Γίνεται λοιπόν αντιληπτό πως το ΑΕΠ δεν κατασκευάστηκε για τη μέτρηση της ανθρώπινης ευημερίας. Μεταπολεμικά δημιουργήθηκε η ανάγκη προσδιορισμού του όγκου παραγωγής των συμμαχικών χωρών πριν και κατά τη διάρκεια του Β' Παγκοσμίου πολέμου (Bergh, 2009).

Το ΑΕΠ μπορεί να υπολογιστεί με τρεις διαφορετικούς τρόπους

Η φύση της οικονομικής δραστηριότητας αντικατροπίζεται σε ένα κυκλικό διάγραμμα προτείνοντας τρεις τρόπους μέτρησης του ΑΕΠ. Πρώτον, το ΑΕΠ μπορεί να μετρηθεί σαν το άθροισμα των εξόδων, ή αγορών, απο τους τελικούς αγοραστές-χρήστες. Η μέθοδος αυτή είναι γνωστή σαν η προσέγγιση των εξόδων: ($GDP = Consumption + Investment + Government\ spending + eXports - iMports$) και χρησιμοποιείται για να προσδιορίσει τα τελικά προϊόντα και υπηρεσίες που αγοράζονται απο ιδιώτες, επιχειρήσεις και κυβερνήσεις. Δεύτερον, επειδή η λιανική τιμή του τελικού προϊόντος ή υπηρεσίας αντανακλά το σύνολο των εισόδων καθώς και του κόστους που προέκυψε κατά τη παραγωγή. Το ΑΕΠ μπορεί να μετρηθεί σαν το άθροισμα των τιμών των τελικών προϊόντων, η μέθοδος αυτή είναι γνωστή σαν η εισοδηματική προσέγγιση. Τέλος το ΑΕΠ μπορεί να μετρηθεί είτε σαν σύνολο των πωλήσεων χωρίς την αξία των ενδιάμεσων αγαθών ή σαν το άθροισμα της προστιθέμενης αξίας σε κάθε στάδιο της παραγωγικής διαδικασίας. Η μέθοδος αυτή είναι γνωστή ως μέθοδος προσέγγισης της προστιθέμενης αξίας.



Εικόνα 2 Κυκλική ροή πόρων στην καπιταλιστική οικονομία (cstl-hcb.semo.edu)

Η επιρροή του ΑΕΠ στην οικονομία

Το ΑΕΠ θεωρείται από τους περισσότερους οικονομολόγους και νομικούς σαν ο κύριος δείκτης ευημερίας μιας χώρας. Επακόλουθα, το ΑΕΠ είναι ο πιο σημαντικός δείκτης μέτρησης της ατομικής ευημερίας, συνεπώς η αύξηση του ΑΕΠ αποτελεί πρωταρχικό στόχο κάθε κυβέρνησης (Seth, 2011).

Ο δισεκατομμυριούχος επενδυτής Warren Buffet είχε πει κάποτε: «Θα μπορούσα να σταματήσω την ύπαρξη ελλείματος μέσα σε πέντε λεπτά. Θα περνούσα ένα νόμο βάση του οποίου όποτε υπάρχει έλλειμα πάνω απο 3% στο ΑΕΠ, όλα τα μέλη του

Κονγκρέσου αυτόματα χάνουν το δικαίωμα επανεκλογής». Παρά τη κριτική που δέχεται το ΑΕΠ οι κυβερνήσεις συνεχίζουν να το υπολογίζουν και να το προβλέπουν. Αυτό συμβαίνει σε όλες τις χώρες ανά το κόσμο και από τη στιγμή που το ΑΕΠ έχει καθιερωθεί από τον Οργανισμό Ηνωμένων Εθνών, καθίσταται δυνατή μια παγκόσμια σύγκριση των χωρών μέσω του συγκεκριμένου δείκτη. Αν όντως δεν είχε καμία επίδραση στην οικονομία στο σύνολο της, τότε όλη η δαπάνη για το ΑΕΠ θα θεωρούνταν άσκοπη. Μια πιο προφανής εξήγηση είναι πως πολλοί οικονομικοί πράκτορες λαμβάνουν σοβαρά υπόψιν το ΑΕΠ για την λήψη των αποφάσεων τους. Αυτό επίσης συμβαίνει και στους πολιτικούς που παρουσιάζουν και αναφέρουν το ΑΕΠ συνεχώς σε κυβερνητικά έγγραφα που καθορίζουν τους οικονομικούς στόχους και τα πλάνα των κυβερνήσεων. Ακόμα και από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης υπάρχει αυτή η τάση να προβάλλουν και να ενημερώνουν για το ΑΕΠ, με αποτέλεσμα να φαίνεται και μέσω των πολιτών αυτή η δημοτικότητα του ΑΕΠ. Σε μία αναζήτηση του αρθρολόγου GDP στο διαδίκτυο (8^η Ιουλίου 2015) έδειξε 44.700.000 αναζητήσεις και οι λέξεις “Gross domestic product” (Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν 4.970.000 περισσότερες). Αυτό είναι για παράδειγμα πάνω από πέντε φορές περισσότερες αναζητήσεις από τον αριθμό αναζητήσεων της λέξης “social welfare” (κοινωνική ευημερία) που ήταν περίπου 8.470.000. Επίσης υπάρχουν και άλλες ενδείξεις που κάνουν αντιληπτή την επίδραση του ΑΕΠ σε οικονομικά συνυφασμένες αποφάσεις. Οι παγκόσμιες αγορές είναι ευαίσθητες στις διακυμάνσεις και προβλέψεις του ΑΕΠ, αν είναι θετικές τότε επικρατεί αισιοδοξία ενώ αν είναι αρνητικές απαισιοδοξία για το οικονομικό κλίμα. Οι τράπεζες προσαρμόζουν και σχηματίζουν την πολιτική τους βάση της προσδοκίας σχετικά με το άνοδο του ΑΕΠ και τον πληθωρισμό. Οι ιδιωτικές επιχειρήσεις θεωρούν την αύξηση του ΑΕΠ σαν ένα σημαντικό παράγοντα του γενικότερου επενδυτικού κλίματος. Ακόμα και η αυτοπεποίθηση των πελατών, που καθορίζει την καταναλωτική τους συμπεριφορά, επηρεάζεται από τις προσδοκίες για την αύξηση του ΑΕΠ (Bergh, 2009).

Το ΑΕΠ ήταν ανέκαθεν ένας σημαντικός οικονομικός δείκτης, αλλά δεν δείχνει τη πλήρη εικόνα της οικονομικής και κοινωνικής κατάσταση μιας χώρας (Novascotia, 2011).

Προβληματισμοί και κριτική για το ΑΕΠ

Για πάνω από μισό αιώνα, Το ΑΕΠ δέχεται έντονη κριτική πως δεν συνάδει με τη ανθρώπινη ευημερία και ανάπτυξη. Παρόλαυτα, το ΑΕΠ παραμένει να είναι ο πιο ευρέως διαδεδομένος και γνωστός δείκτης ευημερίας μιας και χρησιμοποιείται κατά κόρον. Παρόλο που χρησιμοποιείται επανειλημμένα υπάρχει μια αποστροφή και ένας σκεπτικισμός ως προς τη σχετικότητα του εν λόγω δείκτη με τη πραγματικότητα. Η αποστροφή αυτή χωρίζεται σε δύο μέρη, στη πεποίθηση ότι το μέγεθος της επίδρασης της πληροφορίας που εξάγεται από το ΑΕΠ για την πραγματική οικονομία είναι λογικό και στη πεποίθηση πως παρόλη τη κριτική που δέχεται το ΑΕΠ συνεχίζει να παρέχει χρήσιμες πληροφορίες. Το πρώτο μέρος επί της ουσίας υποστηρίζει πως τα μειονεκτήματα του ΑΕΠ δεν επηρεάζουν ιδιαίτερα την πορεία της οικονομικής ανάπτυξης και το δεύτερο μέρος πως τα μειονεκτήματα αυτά είναι είτε ασήμαντα είτε επηρεάζουν στο ελάχιστο την κοινωνική βελτιστοποίηση της κοινωνικής ανάπτυξης. Παρακάτω θα γίνει μια προσπάθεια

παρουσίασης των προβλημάτων του ΑΕΠ καθώς και πτυχές της κοινωνικής και ατομικής ευημερίας που δε λάμβάνει υπόψιν. (Bergh, 2009).

Πρόσφατα μάλιστα, στο Παγκόσμιο Οικονομικό Φόρουμ που πραγματοποιήθηκε στο Νταβός της Ελβετίας τον Ιανουάριο του 2016 εκφράστηκαν περαιτέρω ανησυχίες και προβληματισμοί για το πόσο αποτελεσματικό είναι το ΑΕΠ.

Τρεις σημαντικοί ακαδημαϊκοί και οικονομολόγοι συμφώνησαν πως το ΑΕΠ αποτελεί έναν μη αποτελεσματικό τρόπο μέτρησης της βιωσιμότητας των οικονομιών και χρίζεται αναγκαία η έρευση ενός νέου τρόπου μέτρησης.

Σε διαφορετικές ομιλίες η επικεφαλής του Διεθνούς Νομισματικού Ταμείου Christine Lagarde, ο βραβευμένος με Νόμπελ οικονομολόγος Joseph Stiglitz καθώς και ο καθηγητής του MIT Erik Brynjolfsson διατύπωσαν την άποψη πως όπως ο κόσμος αλλάζει, έτσι πρέπει να αλλάζουν και οι τρόποι μέτρησης της ευημερίας και της προόδου.

Ο Brynjolfsson πιο συγκεκριμένα ανέφερε: *«Το ΑΕΠ αποτελεί μια προσέγγιση των συνολικών αγαθών και υπηρεσιών που παράγονται σε μια χώρα. Όμως όταν κατασκευάστηκε σαν δείκτης στο τέλος της δεκαετίας του 1930, ακόμα και ο ίδιος ο άνθρωπος που κατασκεύασε τον δείκτη, ο Simon Kuznets, προειδοποίησε πως ο εν λόγω δείκτης δεν είναι κατάλληλος για την μέτρηση της οικονομικής ανάπτυξης. Είχε καταλάβει πως το ΑΕΠ δεν αποτελεί έναν δείκτη ευημερίας και σε καμία περίπτωση δεν δείχνει το πόσο καλά περνάει ο πλυθυσμός και αρκετές φορές μπορεί να πηγαίνει σε αντίθετη κατεύθυνση απ' την ευημερία.»* Τέλος συμπλήρωσε πως όπως γίνεται ένας επαναπροσδιορισμός στις επιχειρήσεις, έτσι πρέπει να πραγματοποιηθεί και ένας επαναπροσδιορισμός του τρόπου μέτρησης της οικονομικής προόδου.

Μιλώντας σε μια άλλη ημερίδα η Christine Lagarde πραγματοποίησε μια παρόμοια δήλωση λέγοντας το εξής: *«Πρέπει να δούμε το ΑΕΠ από τη βάση του, τη μέτρηση της παραγωγικότητας, την αξία των πραγμάτων, ίσως και το τρόπο που βλέπουμε και προσεγγίζουμε την οικονομία.»*

Τέλος ο Joseph Stiglitz σημείωσε: *«Το ΑΕΠ στις ΗΠΑ αυξανόταν συνεχώς μέχρι το 2009. Παρόλαυτα, η ευημερία των Αμερικανών πολιτών ήταν σε χειρότερη κατάσταση απ' ότι ήταν 30 χρόνια πριν.»* (Thomson, 2016).

Το ΑΕΠ περιλαμβάνει αγοραστική παραγωγή και κάποια μη αγοραστική παραγωγή.

Το ΑΕΠ αποτελείται από αγαθά και υπηρεσίες που παράγονται για πώληση στην αγορά (ο γενικός όρος που χρησιμοποιείται για να περιγράψει τον χώρο οικονομικών συναλλαγών) καθώς και από αγαθά και υπηρεσίες που δεν πωλούνται στην αγορά, όπως υπηρεσίες Εθνικής Άμυνας που παρέχονται από το κράτος, δημόσια παιδεία ή υπηρεσίες νοσοκομειακής περίθαλψης που παρέχονται από μη κυβερνητικές οργανώσεις (όπως ο Ερυθρός Σταυρός). Ακόμα μερικές δραστηριότητες, όπως η φροντίδα των παιδιών από τους ίδιους τους γονείς, εθελοντική εργασία, εγκληματικές και παράνομες δραστηριότητες, δεν συμπεριλαμβάνονται στο ΑΕΠ καθώς δεν υπάρχουν δεδομένα ώστε να συμπεριληφθεί η αξία τους (Arnold, 2015).

Βασικές ανάγκες και ΑΕΠ

Βασικές ανάγκες όπως νερό, τροφή, στέγαση, συντροφιά, σεβασμός δεν μπορούν να αντικατασταθούν και δεν είναι σημαντικότερες από πολυτελείς υπηρεσίες και καταναλωτικά αγαθά. Η υποκατάσταση αγαθών έχει περιορισμένο εύρος, παραδείγματος χάρη, ένα ακριβό αμάξι μπορεί να στοιχίζει όσοι 10 τόνοι ρυζιού. Η πραγματική αξία τους όμως για τον άνθρωπο και την κοινωνία είναι τελείως διαφορετική. Έτσι, η αύξηση της κατανάλωσης προϊόντων, που έχει σαν συνέπεια την αύξηση του ΑΕΠ, δεν αντικατροπτίζει την έλλειψη βασικών αναγκών όπως η ηρεμία, ο καθαρός αέρας και η άμεση πρόσβαση στη φύση, τα οποία και δεν προσμετρώνεται στο ΑΕΠ (Bergh, 2009).

Το ΑΕΠ περιλαμβάνει την αξία τελικών αγαθών και υπηρεσιών.

Τελικά προϊόντα είναι εκείνα που καταναλώνονται και δεν χρησιμοποιούνται σε μετέπειτα παραγωγικό στάδιο, δεν μεταπωλούνται, δεν χαρίζονται, δεν μεταφέρονται στην κατοχή ατόμων που ζουν εκτός των συνόρων της εκάστοτε χώρας και δεν χρησιμοποιούνται για τη παραγωγή άλλου αγαθού. Αν λάβουμε υπόψιν τη παραγωγική διαδικασία για την οικονομία στο σύνολο της, ενδιάμεσα προϊόντα (αγαθά και υπηρεσίες που χρησιμοποιούνται σαν πρώτη ύλη στην παραγωγική διαδικασία) εξαιρούνται από το ΑΕΠ ώστε να μην προσμετρηθεί η αξία τους εις διπλούν (Arnold, 2015). Κάτι τέτοιο όμως δεν συμβαίνει στην πραγματικότητα και είναι πολύ δύσκολο έως αδύνατο να ελεγχθεί.

Άνιση κατανομή εισοδήματος, ατομικό εισόδημα και ανταγωνισμός

Το ΑΕΠ σαν δείκτης ευημερίας εστιάζει στο μέσο εισόδημα και δεν λαμβάνει υπόψιν την κατανομή του πλούτου, παρότι αυτό συνεπάγεται άνισες ευκαιρίες για προσωπική ανάπτυξη, επαγγελματική ανέλιξη και ευημερία. Ακόμα, τα άτομα ή οι οικογένειες με χαμηλά εισοδήματα επωφελούνται περισσότερο και ουσιαστικότερα με μια μικρή αύξηση στο εισόδημα τους κάτι που δεν προσμετράται στο ΑΕΠ. Επιπρόσθετα, οι άνθρωποι τείνουν να δημιουργούν ένα ανταγωνισμό μεταξύ τους που σχετίζεται με την αγορά και την κατανάλωση προϊόντων. Το ΑΕΠ τείνει να υπερεκτιμά την κοινωνική ευημερία και την πρόοδο. Παρόλο που το εισόδημα μπορεί να βελτιώσει τη ζωή ενός ατόμου, η κοινωνική ευημερία δεν επηρεάζεται θετικά από αυτό το γεγονός. Αυτό συμβαίνει γιατί το κοινωνικό στάτους είναι ένα “δυσεύρετο” αγαθό, το οποίο αυξάνει το ατομικό εισόδημα και την προσωπική ευημερία και βασίζεται στην εξής αρχή: Για να κερδίσει ένας, πρέπει να χάσουν οι πολλοί (Bergh, 2009).

Περιβαντολογικές καταστροφές και εξάντληση φυσικών πόρων

Μία σημαντική υποκατηγορία που δεν είναι δυνατόν να μετρηθεί η επίδρασή της μέσω του ΑΕΠ, καθώς δεν είναι οικονομικά μετρήσιμη, σχετίζεται με το περιβάλλον και την χρήση φυσικών πόρων. Αυτή περιλαμβάνει αρνητικές εξωτερικές επιδράσεις καθώς και προϊόντα και υπηρεσίες που πρόερχονται από την φύση. Η ύπαρξη εξωτερικού παράπλευρου κόστους υποδεικνύει πως

υπάρχει ανεπαρκής συσχέτιση μεταξύ των τιμών της αγοράς και των παράπλευρων ζημιών, που καθιστούν τις τιμές αναξιόπιστες για την μέτρηση της ευημερίας. Ακόμα αν υπάρξει μόλυνση στον αέρα, το νερό ή σε παρθένες εκτάσεις, η μόλυνση αυτή δεν επηρεάζει το ΑΕΠ. Παρόλαυτα αν χρησιμοποιηθούν χρηματικοί πόροι για να καθαριστεί το περιβάλλον τότε το ΑΕΠ θα αυξηθεί. Ακόμα η υποτίμηση του κεφαλαίου σχετίζεται με περιβαντολογικές αλλαγές (δάση, βιοποικιλότητα) καθώς και η εξάντληση φυσικών πόρων (πετρέλαιο, ορυκτός πλούτος) δεν συμπεριλαμβάνονται στον υπολογισμό του ΑΕΠ. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα το ΑΕΠ να δείχνει πως είμαστε περισσότερο πλούσιοι σε σχέση με τη πραγματικότητα (Bergh, 2009).

Το ΑΕΠ μετρά παρούσα παραγωγή, όχι πωλήσεις.

Ένα αγαθό προσμετράται και προστίθεται στο ΑΕΠ όταν κατασκευαστεί σαν αποθεματικό, σαν επένδυση ιδιωτικής επιχείρησης. Όταν το ίδιο αγαθό πωληθεί αργότερα, προσμετράται εις διπλούν, και σαν έξοδο του καταναλωτή αλλά και σαν απόσυρση από το απόθεμα της εταιρείας. Όμως από τη στιγμή που δεν υπάρχει παραγωγή αγαθού το ΑΕΠ παραμένει ανεπηρέαστο (Arnold, 2015).

Εξέταση του ΑΕΠ σε βάθος χρόνου

Οι οικονομολόγοι δεν θεωρούν πως το ΑΕΠ είναι ο ιδανικός δείκτης για τη μέτρηση της ευημερίας. Εν αντιθέσει, προτείνουν μοντέλα που χρησιμοποιούν αναλυτικές (συνήθως διαχρονικές) αντιλήψεις της κοινωνικής ευημερίας που δεν σχετίζονται με το τρόπο που προσεγγίζεται το ζήτημα μέσω του ΑΕΠ. Το γεγονός ότι σε αρκετές περιπτώσεις στο παρελθόν έχει ταυτιστεί η αύξηση του ΑΕΠ με την αύξηση της ευημερίας των ανθρώπων δεν σημαίνει πως το ΑΕΠ αποτελεί έναν εν γένει καλό δείκτη ευημερίας. Παραδείγματος χάρη, αν θεωρεί πως το ΑΕΠ θα αυξάνεται με ένα σταθερό ρυθμό για τα επόμενα χρόνια, είναι προφανές πως από ένα χρονικό σημείο και μετά δεν θα υπάρχει καμία συσχέτιση της κοινωνικής ευημερίας και του ΑΕΠ. Πιο συγκεκριμένα αν θεωρηθεί πως το ΑΕΠ θα αυξάνεται κάθε χρόνο κατά 2%, αυτό σημαίνει ότι σε 1000 χρόνια το ΑΕΠ θα είναι 400 εκατομμύρια φορές μεγαλύτερο από το σημερινό. Γίνεται αντιληπτό πως είναι μη ρεαλιστική μία τέτοια αύξηση της κοινωνικής ευημερίας και η συσχέτιση του ΑΕΠ και της κοινωνικής ευημερίας είναι σχεδόν μηδενική (Bergh, 2009).

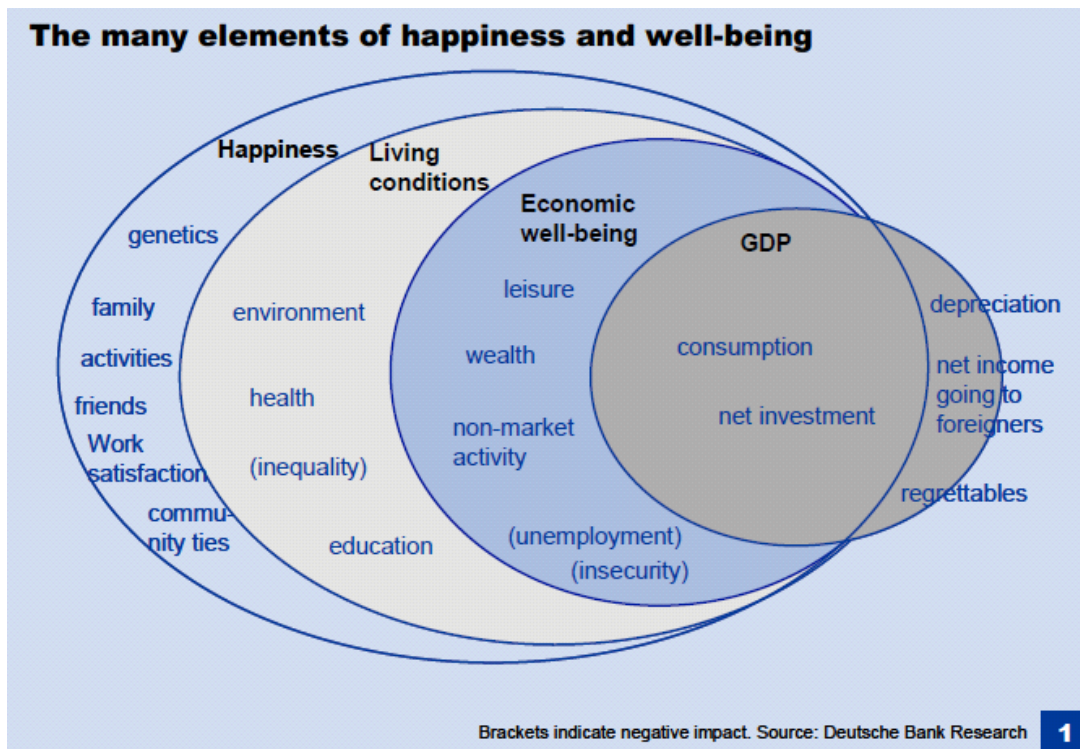
Σύνοψη κριτικής για το ΑΕΠ

- δεν μετρά επίπεδο υγείας, βρεφική θνησιμότητα και νοσηρότητα.
- δεν μετρά ποσοστά αυτοκτονιών και εγκλημάτων.
- δεν υπολογίζει το επίπεδο υποδομών (δρόμοι, γέφυρες κλπ).
- δεν λαμβάνει υπόψιν την αμισθή εργασία και συνεισφορά, όπως η φροντίδα παιδιών και η εθελοντική εργασία.
- δεν έχει σχεδιαστεί για να μετράει περιβαντολογικές αλλαγές και καταστροφές.

- δεν λαμβάνει υπόψιν αν η οικονομική δραστηριότητα είναι αποτέλεσμα: δραστηριοτήτων που έχουν βλάψει το κοινωνικό σύνολο, εγκληματικών ενεργειών κλπ.

Εμπειρική μελέτη της ευτυχίας

Σύμφωνα με έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί κάπου ανάμεσα στη δεκαετία του 1950 και 1970, στις περισσότερες δυτικές χώρες η αύξηση του επιπέδου ευημερίας σταθεροποιήθηκε. Σε μερικές μάλιστα περιπτώσεις πήρε την κατιούσα, παρά τη συνεχή αύξηση του ΑΕΠ. Αυτό το γεγονός επιβεβαιώθηκε από Ευρωπαϊκές υπηρεσίες, καθώς και από κάποιες διορθώσεις του ΑΕΠ όπως ο ISEW και ο GPI. Ακόμα, από ένα σημείο και μετά η αύξηση τους εισοδήματος δεν αποφέρει αύξηση της ευημερίας και της ευτυχίας, υπάρχουν άλλοι μη εισοδηματικοί και μη οικονομικοί παράγοντες που επηρεάζουν και καθορίζουν την ευτυχία ή την ευημερία των ανθρώπων. Είναι επίσης απίθανο το εισόδημα που αντιστοιχεί σε κάθε άνθρωπο σύμφωνα με το ΑΕΠ να αποτελεί στιβαρό και ρεαλιστικό δείκτη ευημερίας σε εθνικό επίπεδο. Ένα τρίτο γεγονός που πρέπει να ληφθεί υπόψιν το γεγονός πως οι άνθρωποι συνηθίζουν και προσαρμόζονται εύκολα στα εκάστοτε επίπεδα ευημερίας με αποτέλεσμα να επιζητούν συνεχώς καλύτερο επίπεδο ζωής και περισσότερη ευημερία. Αυτό το φαινόμενο προσαρμογής δεν προσμετράται στο ΑΕΠ (Bergh, 2009).



Εικόνα 3 Στοιχεία ευτυχίας και ευημερίας (Bergh, 2009)

Κεφάλαιο 3 Δείκτες Ευημερίας που προσμετρούν τομείς της υγείας

Ανάγκη για νέους δείκτες ευημερίας

Τα προβλήματα που δημιουργούνται με τη χρήση του ΑΕΠ σαν δείκτης ευημερίας έχουν αναγνωριστεί εδώ και καιρό από οικονομολόγους και ερευνητές κοινωνικών επιστημών. Ακόμα, δεν αποτελεί έκπληξη πως έχουν κατασκευαστεί και εναλλακτικές μέθοδοι για την μέτρηση της ευημερίας από τις αρχές της δεκαετίας του 1970. Τα τελευταία χρόνια η ανάπτυξη νέων μεθόδων για τη μέτρηση της ευημερίας έχει λάβει μεγάλη έκταση και απασχολεί νομικούς και στατιστικούς.

Το Νοέμβριο του 2007 η Ευρωπαϊκή Επιτροπή διοργάνωσε συνέδριο με τίτλο “Beyond GDP” όπου ο Manuel Barroso, Πρόεδρος της Ευρωπαϊκής Επιτροπής και ο Σταύρος Δήμας, επίτροπος για το περιβάλλον, τόνισαν την ανάγκη δημιουργίας και ανάπτυξης νέων δεικτών ευημερίας που είτε θα λειτουργούν συμπληρωματικά του ΑΕΠ είτε θα τον αντικαταστήσουν. Τον Ιανουάριο του 2008 η Επιτροπή Μέτρησης Οικονομικής Απόδοσης και Κοινωνικής Προόδου (Measurement of Economic Performance and Social Progress) δημιουργήθηκε από τη γαλλική κυβέρνηση. Είκοσι μήνες αργότερα η Επιτροπή αυτή εξέδωσε τη τελική της αναφορά, γνωστή και σαν αναφορά Stiglitz-Sen-Fitoussi. Τέλος ο Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (OECD) τον Οκτώβριο του 2009 παρουσίασε ένα ιστότοπο¹ που σχετίζεται με τη μέτρηση της προόδου των κοινωνιών. Πρόκειται για έναν διαδικτυακό χώρο συζήτησης και ανταλλαγής ιδεών που αφορούν καινοτόμους εναλλακτικούς τρόπους μέτρησης της ευημερίας (Bleys, 2011).

Σύμφωνα με τον (Offer, 2003), οι εναλλακτικοί δείκτες ευημερίας μπορούν να κατηγοριοποιηθούν σε 3 κλάσεις:

- Εκτενής οικονομική περιγραφή

Οι κλασσικές οικονομικές περιγραφές απέτυχαν να μετρήσουν με σωστό τρόπο την ευημερία. Οικονομολόγοι προσπάθησαν να επεκτείνουν τις περιγραφές αυτές συμπεριλαμβάνοντας κοινωνικά και περιβαντολογικά δεδομένα για να κτίσουν δείκτες προσαρμοσμένους στην ανθρώπινη ευημερία βασισμένους στην βιωσιμότητα και στο βιώσιμο εισόδημα.

Παραδείγματα: Measure of Economic Welfare, Index of Sustainable Economic Welfare, Environmentally Adjusted Net Domestic Product

- Κοινωνικοί δείκτες

Από τις αρχές του 1960 κοινωνιολόγοι άρχισαν να ερευνούν διάφορες εναλλακτικές μεθόδους μέτρησης της ευημερίας επηρεασμένοι από την ιδέα πως η ευημερία δεν μπορεί πλήρως να μετρηθεί από οικονομικούς δείκτες.

¹ http://ec.europa.eu/environment/beyond_gdp/index_en.html

Παραδείγματα: Physical Quality-of-Life Index, Human Development Index, Index of Social Progress

- Ψυχολογικοί δείκτες

Πιο πρόσφατα, ψυχολόγοι ξεκίνησαν να ασχολούνται με μια πιο στοχευμένη προσέγγιση της μέτρησης της ευημερίας μέσω δημοσκοπήσης, ρωτώντας μεμονωμένα άτομα ερωτήσεις σχετικές με τη προσωπική τους ευημερία (υποκειμενική ευημερία).

Παραδείγματα: Gallup-Healthways Well-Being Index, Happy Life Years Index, Personal Well-being Index (Bleys, 2011).

Γιατί είναι σημαντική η υγεία για την ευημερία ;

Ορισμός Υγείας

Σύμφωνα με τον ορισμό του 1948, από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, υγεία είναι μια ιδανική κατάσταση σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευημερίας και όχι μόνο η απουσία ασθένειας ή αδυναμίας (World Health Organization, 1948).

Σύνδεση υγείας και ευημερίας

Η υγεία αποτελεί μια από τις σημαντικότερες και ίσως τη σημαντικότερη πτυχή της ανθρώπινης ζωής. Έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί, δείχνουν συνεχώς πως οι άνθρωποι θεωρούν πως η υγεία, μαζί με τη δουλειά, επηρεάζουν σε μεγαλύτερο βαθμό τις συνθήκες διαβίωσής τους. Η ποιότητα ζωής είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την υγεία, η οποία αποτελεί έναν από τους καθοριστικότερους παράγοντες (Guyatt, Feeny, & Patrick, 1993). Η υγεία είναι από μόνη της σημαντική αλλά είναι και απαραίτητη για να μπορούν οι άνθρωποι να έχουν μια καλή δουλειά, ένα ικανοποιητικό εισόδημα, να είναι σε θέση να συμμετέχουν σε κοινωνικές δραστηριότητες, να αναπτύξουν διαπροσωπικές σχέσεις, να μορφωθούν και να εξελιχθούν σαν οντότητες (OECD, 2015). Η σωματική καθώς και η συναισθηματική ευημερία εξαρτάται επίσης από την παχυσαρκία, την υπερβαρότητα, τον Δείκτη Μάζας Σώματος, χρόνιες παθήσεις (AIDS, ηπατίτιδα κλπ) και άλλα σωματικά συμπτώματα (Doll et al., 2000).

Άνθρωποι που υποφέρουν από σωματικές ψυχικές ασθένειες συχνά αντιμετωπίζουν προβλήματα και δυσκολίες σε πολλούς τομείς της ζωής τους. Επίσης έχουν χαμηλότερο επίπεδο διαβίωσης και συχνά πάσχουν από σωματικές ασθένειες (Guan, Deng, Cohen, & Chen, 2011).

Επίσης πρέπει να σημειωθεί και να ληφθεί υπόψη η επίδραση των ψυχικών ασθενειών στο εισόδημα, την επαγγελματική σταδιοδρομία, την οικογένεια, τις κοινωνικές σχέσεις (Rapaport, Clary, Fayyad, & Endicott, 2005).

Οι ψυχικές διαταραχές πλήττουν συνήθως ανθρώπους νεαρής ηλικίας (15 έως 30 ετών) και προκαλούν ή σχετίζονται με κοινωνικά προβλήματα, ανεργία, βία, έγκληματικότητα και άλλα. Πολλά από τα προβλήματα αυτά έχουν αντίκτυπο και στους ανθρώπους που βρίσκονται στον ίδιο κοινωνικό περίγυρο με τον ψυχικά ασθενή (Pauly, McGuire and Barros, 2012).

Καθοριστικοί παράγοντες της ψυχικής υγείας και των ψυχικών διαταραχών δεν περιλαμβάνουν μόνο ατομικά χαρακτηριστικά όπως η ικανότητα να διαχειρίζεται ένας άνθρωπος τη σκέψη του, τα συναισθήματα του, τη συμπεριφορά και τις αντιδράσεις του, αλλά και εξωγενείς παράγοντες, παραδείγματος χάρη κοινωνικοί, οικονομικοί πολιτικοί, περιβαντολογικοί. Επίσης κοινωνική προστασία, οι συνθήκες διαβίωσης και οι εργασιακές συνθήκες. Ακόμα αντιξοότητες και οι κακουχίες επηρεάζουν αρνητικά το ψυχισμό των παιδιών και αποτελούν κύριο παράγοντα για την ανάπτυξη ψυχικών ασθενειών (Saxena, Funk and Chisholm, 2013).

Η τρέχουσα παγκόσμια χρηματοοικονομική κρίση είναι ένα κραυγαλέο παράδειγμα μακροοικονομικού παράγοντα που οδηγεί σε αύξηση των ποσοστών ψυχικών διαταραχών, όπως είναι η κατάθλιψη, και σε αύξηση των αυτοκτονιών σε ευαίσθητες κοινωνικές ομάδες (π.χ. ανεπάγγελτοι νέοι). Σε πολλές κοινωνίες η εμφάνιση ψυχικών διαταραχών σχετίζεται με την περιθωριοποίηση και την φτωχοποίηση, τη κρατική βία και κακοποίηση και ο υπερβολικός φόρτος εργασίας (Saxena, Funk and Chisholm, 2013).

Υπάρχει επίσης σημαντική συσχέτιση ψυχικών ασθενειών και ναρκωτικών. Συγκεντρωτικά ψυχικές διαταραχές, νευρολογικές ασθένειες και χρήση ναρκωτικών ουσιών αποτελούν το 13% των ασθενειών παγκοσμίως για το 2004 (Saxena, Funk and Chisholm, 2013).

Έτσι γίνεται κατανοητό πως η ποιότητα ζωής και η ευημερία είναι άρρηκτα συνδεδεμένες με έρευνες και πρακτικές που σχετίζονται με την υγεία. Η ιδέα που σχετίζει τη ποιότητα ζωής με την υγεία περιλαμβάνει παράγοντες όπως: η σωματική, η ψυχολογική και η κοινωνική λειτουργικότητα καθώς η αντίληψη για το τι είναι υγεία (Wilson & Cleary, 1995).

Ακόμα στο πρώτο κεφάλαιο έγινε μια αναφορά στα κυριότερα είδη ευημερίας καθώς και σε φιλοσοφικές αντιλήψεις για την ευημερία καθώς και την ευτυχία. Σε όλα τα παραπάνω υπάρχει ένα κοινό σημείο αναφοράς και αυτό δεν είναι άλλο από την υγεία. Από την ψυχολογική ευημερία και την σωματική ευημερία, που είναι άμεσα συνυφασμένες με την ψυχική και τη σωματική υγεία αντίστοιχα, μέχρι την ευδαιμονική και ηδονιστική ευημερία, η υγεία παίζει σημαντικό και κυρίαρχο ρόλο στην ανθρώπινη ευημερία, ευτυχία και ευμάρεια.

Επίσης μέσα από την επιγραμματική παρουσίαση εναλλακτικών δεικτών ευημερίας που αναφέρθηκαν και χρησιμοποιούνται ανά την υφήλιο, έγινε σαφές πως η σύνδεση υγείας και ευημερίας υφίσταται και απασχολεί την επιστημονική κοινότητα και τους κρατικούς φορείς. Μάλιστα σε αρκετές περιπτώσεις έχει και αρκετά μεγάλο βάρος στον υπολογισμό τελικού αποτελέσματος και την εξαγωγή συμπεράσματος για το επίπεδο ευημερίας. Τέλος, μια από τις κριτικές που δέχεται το ΑΕΠ είναι πως δεν προσμετρά το βιοτικό επίπεδο και το επίπεδο υγείας των κατοίκων της εκάστωτε χώρας.

Δείκτης Ευημερίας Gallup-Healthways

Ο δείκτης ευημερίας Gallup-Healthways δημοσκοπεί 500 Αμερικανούς πολίτες καθημερινά. Αποτελεί συλλογική εργασία των Gallup και Healthways η οποία ξεκίνησε το 2008. Από το 2008 μέχρι και το 2013 ο δείκτης υπολογιζόταν από δεδομένα που αφορούσαν την:

- Εκτίμηση της ζωής: Τωρινή κατάσταση και προσδόκιμο κατάσταση ζωής.

Κριτική Ανάλυση του ΑΕΠ και Ανάπτυξη Καινοτόμου Υγειοκεντρικού Δείκτη Ευημερίας

- Συναισθηματική υγεία: Καθημερινά συναισθήματα και ψυχική κατάσταση
- Περιβάλλον εργασίας: Ικανοποίηση από την εργασία και τις διαπροσωπικές σχέσεις με τους συναδέλφους.
- Σωματική υγεία: Σωματική ικανότητα για διεκπαιρέωση βασικών αναγκών.
- Υγιεινές συνήθειες: Συνήθειες που επηρεάζουν την σωματική υγεία.
- Πρόσβαση σε βασικές ανάγκες:αίσθημα ασφάλειας, ικανοποίηση, αισιοδοξία.

Από το 2014 και μετά στον Δείκτη προστέθηκε μια σειρά ερωτήσεων για πέντε τομείς ευημερίας και κάθε τομέας βαθμολογείται από 0 έως 10. Οι τομείς αυτοί είναι οι εξής:

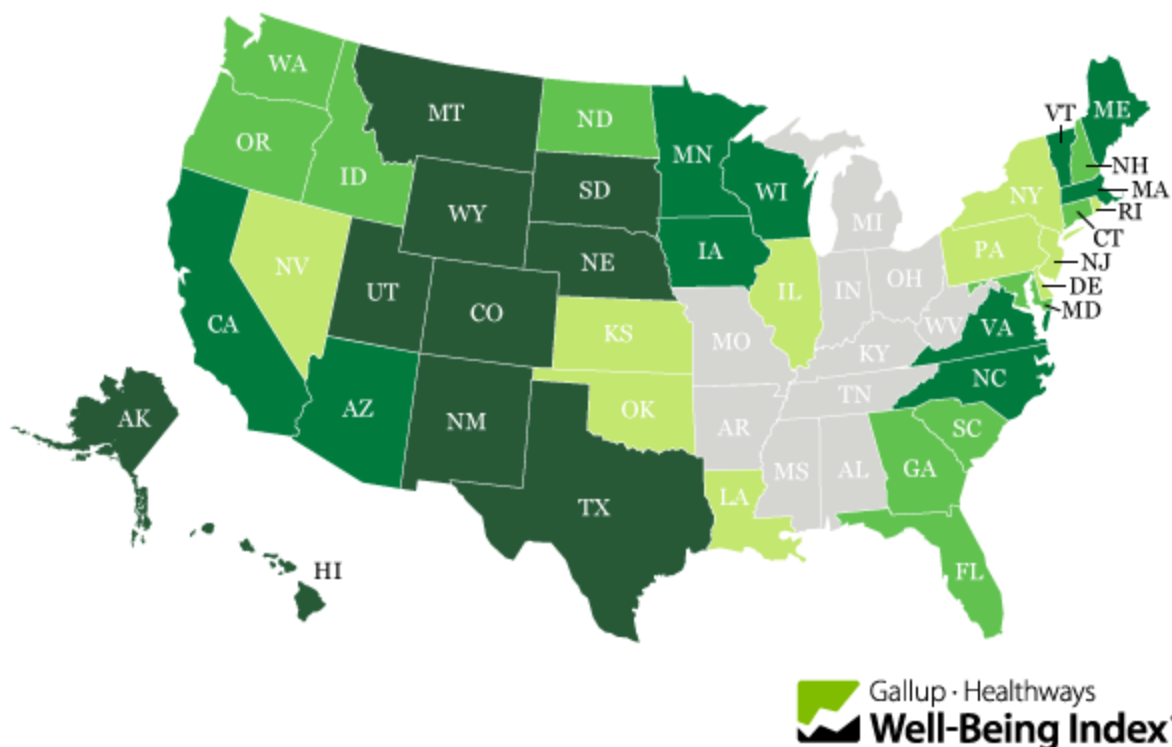
- Σκοπός ζωής: Η ικανοποίηση και η ευχαρίστηση από τις καθημερινές δραστηριότητες, αλλά και η ύπαρξη κίνητρου για επίτευξη στόχων.
- Κοινωνία: Η ύπαρξη υποστηρικτικών σχέσεων και αγάπης στη ζωή.
- Οικονομία: Διαχείριση της οικονομικής κατάστασης ώστε να υπάρχει μειωμένο άγχος και αυξημένο αίσθημα ασφάλειας.
- Κοινότητα: Ικανοποίηση από το μέρος διαβίωσης, αίσθημα ασφάλειας και περηφάνειας.
- Σωματική ευημερία: Υγεία και ενέργεια για την εκπλήρωση καθημερινών δραστηριοτήτων.

Ο δείκτης επίσης προσμετρά καθημερινά την εκτίμηση για τη ζωή καθώς και συναισθήματα.

Τα αποτελέσματα από τις έρευνες που διεξάγονται και τα αποτελέσματα του δείκτη αναρτώνται στην ιστοσελίδα τους δείκτη (Gallup, 2015).

Well-Being Index by State, 2014

Top quintile well-being
 2nd quintile well-being
 3rd quintile well-being
 4th quintile well-being
 Bottom quintile well-being



Χάρτης 2 Χάρτης των ΗΠΑ που αποτυπώνει την ευημερία σύμφωνα με τον δείκτη Gallup Healthways για το 2014. (gallup.com)

Δείκτης Ευτυχισμένου Πλανήτη (HPI)

Ο Δείκτης δείχνει σε ποιες χώρες οι κάτοικοι μακροημερεύουν, είναι χαρούμενοι και έχουν μια καλή ζωή. Αυτό γίνεται χρησιμοποιώντας δεδομένα όπως το προσδόκιμο ζωής, η ευημερία, και το οικολογικό αποτύπωμα.

Η εξίσωση για τον υπολογισμό του δείκτη είναι η εξής:

$$\text{Happy Planet Index} \approx \frac{\text{Experienced well-being} \times \text{Life expectancy}}{\text{Ecological footprint}}$$

Ευημερία

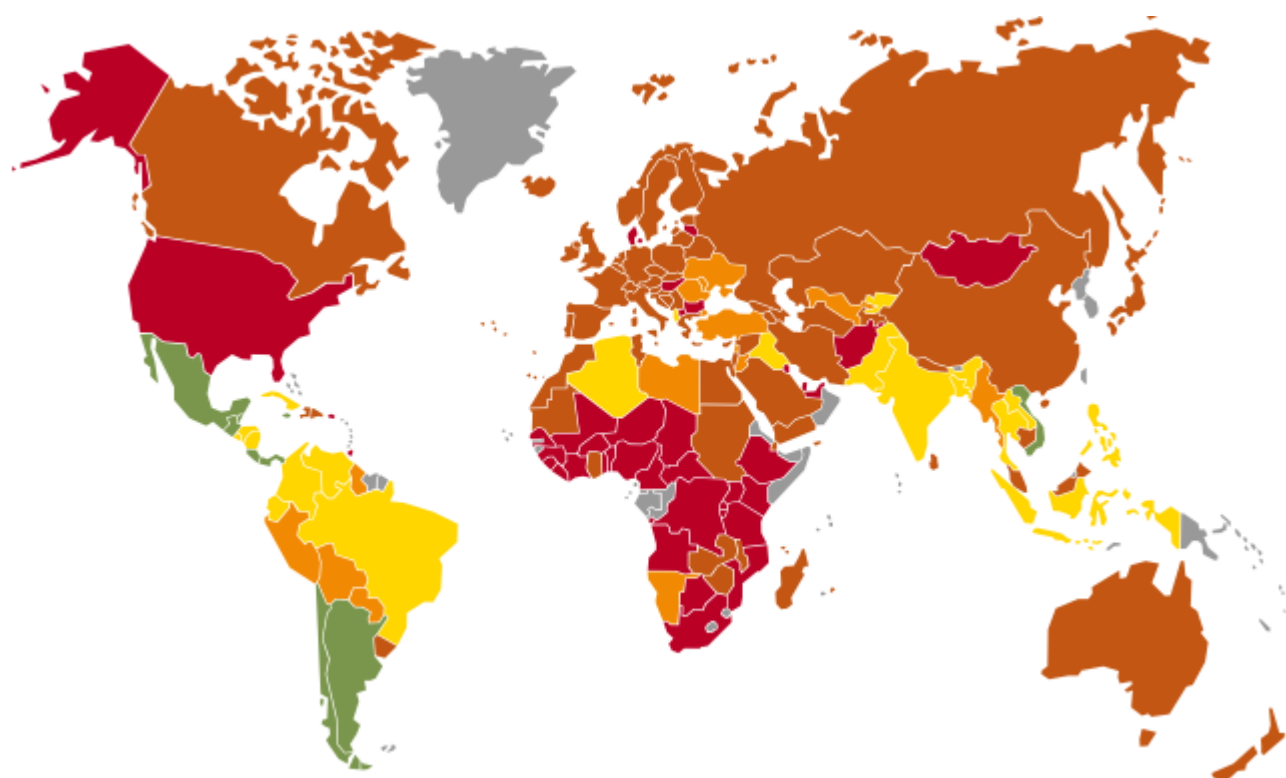
Σύμφωνα με τους δημιουργούς του HPI ο καλύτερος τρόπος για να μάθει κανείς το πόσο καλή είναι η ζωή ενός ανθρώπου, είναι να τον ρωτήσει. Έτσι, για τον υπολογισμό της ευημερίας χρησιμοποιείται το ερωτηματολόγιο “Κλίμακα Ζωής” από την Gallup World Poll. Στη κλίμακα αυτή το 0 αντιπροσωπεύει τη χειρότερη δυνατή ζωή και το 10 τη καλύτερη δυνατή ζωή.

Προσδόκιμο ζωής

Πέρα από την ευημερία, ο Δείκτης ένα παγκόσμιο και καθολικό δείκτη μέτρησης της υγείας, το προσδόκιμο ζωής.

Οικολογικό αποτύπωμα

Το οικολογικό αποτύπωμα κατασκευάστηκε από τη WWF και αποτελεί ένα τρόπο μέτρησης της κατανάλωσης των φυσικών πόρων. Μετρά τα εκτάρια ανά κάτοικο που είναι απαραίτητα ώστε τα καταναλωτικά πρότυπα της χώρας να παραμείνουν σταθερά (Gallup, 2015).



Χάρτης 3 Παγκόσμιος χάρτης που αποτυπώνει την ευημερία σύμφωνα με τον HPI για το 2014. Πράσινο=καλό επίπεδο ευημερίας, Καφέ=μέτριο επίπεδο ευημερίας, Κόκκινο= κακό επίπεδο ευημερίας. (happyplanetindex.org)

Δείκτης Gross National Happiness Index

Ο δείκτης δημιουργήθηκε για να αντικατοπτρίσει ακριβέστερα και πολυδιάστατα την ευτυχία και την γενικότερη ευημερία των κατοίκων του Μπουτάν.

Οι εννιά πυλώνες που επιλέχθηκαν για την κατασκευή του δείκτη αποτελούνται τόσο από κανονιστικά όσο και από στατιστικά στοιχεία και είναι το ίδιο βαθμοθετημένα, αφού ο κάθε πυλώνας θεωρείται εξίσου σημαντικός για την εθνική ευτυχία και ευημερία του Μπουτάν.

Ο δείκτης αυτός κατασκευάστηκε για να προσμετρά διάφορα δεδομένα τα οποία παίζουν ρόλο στην εθνική ευημερία και ευτυχία. Μερικοί από τους κλασσικούς τομείς κοινωνικού ενδιαφέροντος είναι:

- Υγεία
- Συνθήκες διαβίωσης
- Παιδεία

Άλλοι τομείς λιγότερο συνηθισμένοι είναι:

- Αξιοποίηση διαθέσιμου χρόνου
- Ψυχολογική ευημερία
- Κουλτούρα
- Κοινωνική ζωτικότητα
- Περιβαλλοντολογική ποικιλομορφία
- Κρατική διακυβέρνηση

Η υγεία στον GNH

Για το εθνικό σύστημα υγείας του Μπουτάν η ψυχική και η σωματική υγεία είναι εξίσου σημαντικές. Η υγεία λοιπόν είναι το αποτέλεσμα της σχετικής ισοροπίας μεταξύ μυαλού και σώματος καθώς και μεταξύ των ανθρώπων και του περιβάλλοντος. Ομοίως η συναισθηματική ισοροπία και η πνευματικότητα περιλαμβάνονται στο τομέα της ψυχολογικής ευημερίας.

Αυτοπροσδιοριζόμενη κατάσταση υγείας

Ο δείκτης αυτός χρησιμοποιείται συμπληρωματικά σε άλλους δείκτες που σχετίζονται με την υγεία (υγιείς ημέρες και ανικανότητα) και του προσδίδεται το ένα δέκατο του συνολικού βάρους που αφορά την υγεία. Η βαθμολόγηση είναι σε κλίμακα με πέντε επιλογές (άριστη υγεία μέχρι χειρίστη υγεία).

Υγιείς ημέρες

Ο εν λόγω δείκτης σχετίζεται με τον αριθμό υγιή ημερών τον τελευταίο μήνα. Ο χειρίστος αριθμός υγιών ημερών για το Μπουτάν είναι 26 μέρες (με τυπική απόκλιση 7.7) και ο μέσος όρος 30 ημέρες.

Μακροπρόθεσμη ανικανότητα

Με τον δείκτη αυτό εξετάζεται η ικανότητα ενός ανθρώπου να εκτελέσει βασικές λειτουργικές δραστηριότητες στην καθημερινότητα του, άνευ περιορισμών (U.S. Department of Health and

Human Services 2000). Οι συμμετέχοντες ερωτώνται αν ψυχουν από κάποια μακροχρόνια ασθένεια, η οποία να διήρκεσε πάνω από έξι μήνες. Αν η απάντηση είναι καταφατική τότε μέσω μιας κλίμακας πέντε απαντήσεων, διευκρινίζεται κατά πόσο η ασθένεια αυτή έχει επηρεάσει και έχει περιορίσει την καθημερινότητά τους. Η κλίμα κυμαίνεται από καθόλου έως συνέχεια.

Ψυχική υγεία

Ο δείκτης ψυχικής υγείας χρησιμοποιεί μια τροποποιημένη μορφή του Γενικού Ερωτηματολογίου Υγείας (του GHQ-12 πιο συγκεκριμένα), αντεπτυγμένη από τον Goldberg. Αποτελείται από 12 ερωτήσεις που παρέχουν πιθανή ένδειξη κατάθλιψης, άγχους, αυτοπεποίθησης όπως και επίπεδα συγκέντρωσης (Karma Ura, 2012).

Δείκτης Better life index (BLI)

Ο δείκτης Better Life Index αποτελεί μια διαδουκτιακή διαδραστική πλατφόρμα που κατασκευάστηκε ώστε να δωθεί η δυνατότητα στους πολίτες να ρθουν σε επαφή με την έννοια της ευημερίας και να καταλάβουν τί είναι πιο σημαντικό γι' αυτούς. Μέσω της πλατφόρμας καθίσταται εφικτή η σύγκριση της ευημερίας βάση έντεκα κατηγοριών: κοινωνία, παιδεία, περιβάλλον, εθελοντισμός, υγεία, στέγαση, εισόδημα, ανεργία, ικανοποίηση από τη ζωή, ασφάλεια και ισορροπία στη ζωή. Μόλις ο χρήστης δημιουργήσει τον δικό του δείκτη, έχει την δυνατότητα να δει την ευημερία των χωρών βάση των κατηγοριών που έχει επιλέξει, καθώς και μεταξύ αντρών και γυναικών στην εκάστοτε χώρα. Επίσης, υπάρχει η δυνατότητα σύγκρισης του δείκτη που έχει κατασκευαστεί ο χρήστης με δείκτες άλλων χρηστών καθώς και με το δείκτη που προτείνει ο ΟΕCD. Ακόμα, φαίνεται ο αριθμός των απαντήσεων ανά χώρα, το φύλο η ηλικία, καθώς και ποιές κατηγορίες θεωρούνται σημαντικές για την επίτευξη καλύτερου επιπέδου ζωής. Ο δείκτης Better Life Index ενημερώνεται κάθε χρόνο με νέα δεδομένα. Παρέχει δεδομένα για όλες τις χώρες που ανήκουν στον ΟΕCD καθώς και για τη Ρωσία και τη Βραζιλία. Επίσης είναι διαθέσιμο σε 7 γλώσσες (αγγλικά, γαλλικά, πορτογαλικά, ρώσικα, ισπανικά και ιταλικά) (ΟΕCD, n. d.).

Ο τομέας της υγείας στον BLI

Προσδόκιμο ζωής

Αποτελεί το συνηθέστερο και πιο ευρέως διαδεδομένο τρόπο μέτρησης της υγείας, παρότι λαμβάνει υπόψιν μόνο τη διάρκεια ζωής των ανθρώπων και όχι τη ποιότητα αυτής.

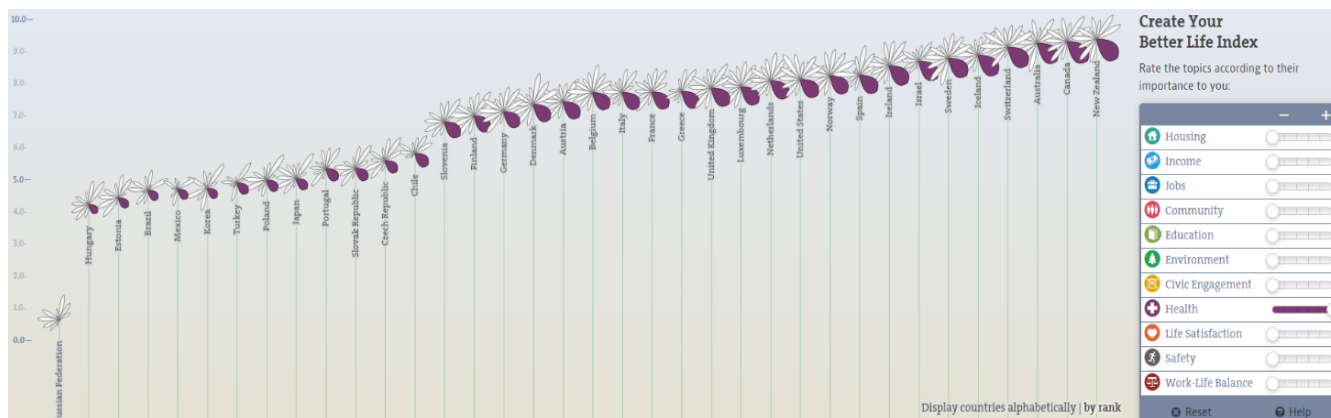
Πρόσφατες μελέτες του ΟΕCD δείχνουν πως οι δαπάνες στο τομέα της υγείας έχουν συμβάλει στη βελτίωση του προσδόκιμου ζωής.

Αυτοαξιολόγηση της υγείας

Οι περισσότερες χώρες που ανήκουν στον ΟΕCD διεξάξουν συχνά έρευνες που δίνουν τη δυνατότητα στους ερωτώμενους να αναφέρουν διαφορετικές πτυχές της υγείας τους. Η

Κριτική Ανάλυση του ΑΕΠ και Ανάπτυξη Καινοτόμου Υγειοκεντρικού Δείκτη Ευημερίας

συνηθέστερη ερώτηση είναι “Πώς είναι η υγεία σου ;” αποτελεί ένα τρόπο συλλογής δεδομένων για το πως αντιλαμβάνεται το άτομο την κατάσταση της υγείας του. Παρά την υποκειμενική φύση της ερώτησης, οι απαντήσεις που δίνονται αποτελούν ένα αρκετά καλό τρόπο μέτρησης της υγείας (OECD, 2015).



Εικόνα 4 Η διαδικτυακή διαδραστική πλατφόρμα σύγκρισης ευημερίας BLI του OECD (oecdbetterlifeindex.org)

Κεφάλαιο 4 Δείκτης Ευημερίας F-Zin

Γενικά

Στα πλαίσια αυτής της διπλωματικής πραγματοποιείται η κατασκευαστή ενός δείκτη ευημερίας ο οποίος έχει διαφορετικά χαρακτηριστικά και ετεροειδή προσανατολισμό από το ΑΕΠ. Ο δείκτης φέρει το όνομα F-Zin, λέξη ομόηχη με την αρχαιοελληνική φράση ευ ζην, δηλαδή ευδαιμονία και καλή ζωή εν συντομία και σε ελεύθερη μετάφραση.

Οι βασικοί του πυλώνες αποτελούνται από τομείς της υγείας, τόσο της ψυχικής όσο και της σωματικής. Η επιλογή των πυλώνων και των δεικτών είναι καθαρά υποκειμενική και παρακάτω γίνεται μια αναλυτική παρουσίαση τους. Στη παρουσίαση αυτή σκιαγραφούνται τα κύρια χαρακτηριστικά τους, αναφέρεται εκτενώς το πώς επηρεάζουν την υγεία και την ευημερία των ανθρώπων άρα κατά συνέπεια γίνεται αντιληπτός ο λόγος που χρησιμοποιήθηκαν οι συγκεκριμένοι πυλώνες και δείκτες. Ενδεικτικά οι πυλώνες που χρησιμοποιήθηκαν για την κατασκευή του δείκτη είναι οι εξής:

- Προσδόκιμο ζωής
- Παχυσαρκία και υπερβαρότητα
- Αλκοόλ
- Κάπνισμα
- Ναρκωτικά
- Αυτοκτονίες
- Μόλυνση του περιβάλλοντος

Τα δεδομένα για τους παραπάνω δείκτες προέρχονται από διεθνείς Οργανισμούς όπως ο Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, και η Παγκόσμια Τράπεζα.

Επιλογή χωρών για την εφαρμογή του δείκτη ευημερίας

Για την εφαρμογή του δείκτη F-Zin για την εξαγωγή συμπερασμάτων και τη δυνατότητα σύγκρισης με το ΑΕΠ επιλέχθηκαν πέντε ευρωπαϊκές χώρες με αρχικό περιορισμό να έχουν πάνω από 1 εκατομμύριο κατοίκους. Οι χώρες επιλέχθηκαν βάση του ΑΕΠ τους για το 2014 και είναι οι εξής: Ελλάδα, Γερμανία, Νορβηγία, Πορτογαλία, Ισπανία. Η Ελλάδα επιλέχθηκε λόγω του είναι η χώρα που κατοικοεδρεύω και η χώρα που βρίσκεται το Εθνικό Μετσόβιο Πολυτεχνείο. Η Γερμανία επιλέχθηκε επειδή ήταν η ευρωπαϊκή χώρα με το μεγαλύτερο ΑΕΠ, η Νορβηγία επειδή ήταν η ευρωπαϊκή χώρα με το μεγαλύτερο κατά κεφαλήν ΑΕΠ. Η Πορτογαλία ως η χώρα με το κοντινότερο αριθμητικά ΑΕΠ με την Ελλάδα και η Κύπρος καθώς είναι μια μεσογειακή χώρα, οι Κύπριοι έχουν αρκετά κοινά χαρακτηριστικά με τους Έλληνες και το κατά κεφαλήν ΑΕΠ της Κύπρου είναι αριθμητικά αρκετά κοντά με αυτό της Ελλάδας.

Αναλυτική παρουσίαση των δεικτών

Προσδόκιμο Ζωής

Τα κοινά συστατικά της καλής υγείας και της μακροζωίας είναι: Καλή διάθεση, καθαρός αέρας, όχι βαριά εργασία, λίγο άγχος.

Philip Sidney, 1554-1586, Άγγλος ποιητής & αυλικός

Θεωρητικό υπόβαθρο-επίδραση στην ευημερία

Το προσδόκιμο ζωής αποτελεί έναν αθροιστικό τρόπο μέτρησης της θνησιμότητας του πληθυσμού. Η επιστήμη της δημογραφίας, η οποία μελετά τα χαρακτηριστικά των ανθρώπινων πληθυσμών δίνει μεγάλο βάρος στη συγκεκριμένη μέτρηση. (Yaukey & Anderton, 2001).

Η στατιστική μελέτη που αφορά το προσδόκιμο ζωής προέρχεται από ένα μαθηματικό μοντέλο που μετατρέπει μια σειρά θανάτων εξαρτώμενων από την ηλικία σε καμπύλη επιβίωσης. Το μοντέλο αυτό είναι γνωστό ως πίνακας ζωής (Coale et al. , 1983).

Το προσδόκιμο ζωής είναι ένας κλασσικός τρόπος μέτρησης διάρκειας της ανθρώπινης ζωής. Το προσδόκιμο ζωής υπολογίζει πόσα χρόνια ζουν οι άνθρωποι κατά μέσο όρο βάση στατιστικών στοιχείων βασισμένων σε ληξιαρχικές πράξεις θανάτου. Παρόλαυτά, το πόσα χρόνια θα ζήσει ένας άνθρωπος δεν καθορίζει απαραίτητα και τη κατάσταση της υγείας ούτε το επίπεδο ευημερίας κατά τη διάρκεια των ετών αυτών. Στατιστικά στοιχεία που αφορούν την υγεία παρέχουν μια ανεπαρκή και υποκειμενική προσέγγιση της νοσηρότητας, από τη στιγμή που μπορεί να επηρεάζεται από πολιτισμικούς και κοινωνικούς παράγοντες. Η μέτρηση της νοσηρότητας αποτελεί πρόκληση για την επιστημονική κοινότητα καθώς επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες (σωματικούς και ψυχικούς) καθώς και από τη σημαντικότητα αυτών (αναπηρία, χρόνιες παθήσεις) (OECD, 2011).

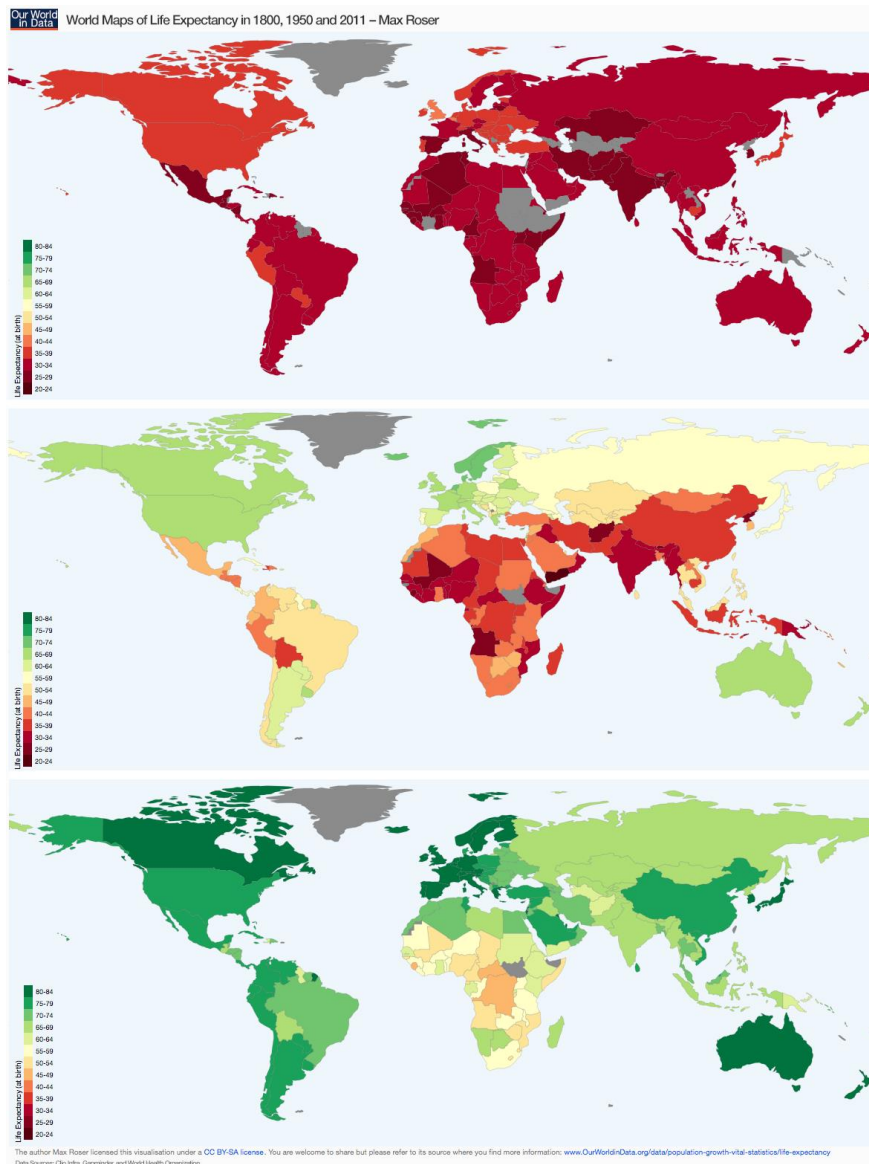
Επίσης άλλοι λόγοι όπως περιβαντολογικές βελτιώσεις, αλλαγές στο τρόπο ζωής και η παιδεία αποτελούν σημαντικούς παράγοντες για την αύξηση του προσδόκιμου ζωής (OECD, 2015).

Το προσδόκιμο ζωής έχει αυξηθεί σημαντικά από την αρχή της Βιομηχανικής Επανάστασης. Παλαιότερα, στις περισσότερες χώρες το προσδόκιμο ζωής ήταν περίπου 30 χρόνια. Στις αρχές του 19^{ου} αιώνα, το προσδόκιμο ζωής άρχισε να αυξάνεται στις πρώτες βιομηχανοποιημένες χώρες, ενώ παρέμενε χαμηλό στις υπόλοιπες. Για παράδειγμα, στην Αυστραλία ξεκίνησε να παρατηρείται αύξηση στο προσδόκιμο ζωής περίπου το 1870, ενώ σε χώρες της Αφρικής δεν είχε παρατηρηθεί διαφορά μέχρι και το 1920. Πριν μισό αιώνα, υπήρχαν διαφορές στα επίπεδα υγείας. Στις πλούσιες χώρες οι περισσότεροι άνθρωποι ήταν υγιείς και το ανάποδο στις χώρες που παρέμεναν φτωχές. Αυτή η παγκόσμια ανισότητα όμως μειώνεται, καθώς χώρες που δεν είχαν υψηλή ποσοστά υγείας τείνουν να φτάσουν τις ανεπτυγμένες χώρες. Καμία χώρα του κόσμου δεν έχει μικρότερο προσδόκιμο ζωής από το υψηλότερο χωρών τη περίοδο του 1800. Από το 1900

Κριτική Ανάλυση του ΑΕΠ και Ανάπτυξη Καινοτόμου Υγειοκεντρικού Δείκτη Ευημερίας

το μέσο παγκόσμιο προσδόκιμο ζωής έχει διπλασιαστεί και πλέον προσεγγίζει τα 70 χρόνια. (Max Roser, 2015).

Επίσης η καλύτερη κοινωνική και οικονομική κατάσταση, που μετρείται μέσω της παιδείας, του εισοδήματος και του είδους της εργασίας, σχετίζεται με χαμηλά ποσοστά θνησιμότητας και αυξημένο προσδόκιμο ζωής (Kitagawa & Hauser, 1973).



Χάρτης.4 Παγκόσμιος Χάρτης με το Προσδόκιμο Ζωής το 1800 το 1990 και το 2011 σε έτη(ourworldindata.org)

Ακόμα σύμφωνα με τον Cockerham υπάρχει μια μείωση στο προσδόκιμο ζωής στη Ρωσία και σ' άλλες ανατολικές χώρες η οποία οφείλεται στον προβληματικό τομέα της υγείας, στον ανθυγιινό τρόπο ζωής, στην κατανάλωση αλκοόλ, στο κάπνισμα, στην έλλειψη σωματικής άσκησης και στη κακή διατροφή (Cockerham, 1997).

Από τις χώρες που υπάγονται στον Οργανισμό Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης, το προσδόκιμο ζωής το 2008 κυμαινόταν από τα 82 χρόνια σε Ιαπωνία και Ελβετία και 74 χρόνια σε αρκετές χώρες της κεντρικής και ανατολικής Ευρώπης. Το προσδόκιμο ζωής στη Κίνα τη Βραζιλία, την Ινδονησία και τη Ρωσία είναι μικρότερο από το μέσο όρο των χωρών που ανήκουν στον ΟΟΣΑ και ακόμα μικρότερο στην Ινδία και στη Νότια Αφρική. Φτωχότερες χώρες συγκλίνουν ταχύτατα να φτάσουν στο προσδόκιμο ζωής πλουσιότερες χώρες (OECD, 2011).

Μέσος όρος ηλικίας ανά χώρα.

Τα τελευταία χρόνια η μείωση στη θνησιμότητα μωρών παιδιών παίζει καθοριστικό ρόλο στην αύξηση του προσδόκιμου ζωής. Πριν τη βιομηχανική επανάσταση η ζωή ήταν σχετικά σύντομη. Μέχρι τότε το χαμηλό προσδόκιμο ζωής οφειλόταν στο γεγονός ότι πολλά παιδιά πέθαιναν σε μικρή ηλικία. Ήταν συνηθισμένο κάθε τρίτο ή δεύτερο παιδί να πεθαίνει, κάτι που έχει μειωθεί δραματικά σε σχέση με εκείνα τα χρόνια. Η αύξηση στο προσδόκιμο ζωής όμως δεν έχει να κάνει μόνο με τη μείωση της παιδικής θνησιμότητας, η οποία ορίζεται σαν ο αριθμός των παιδιών που πεθαίνουν πριν συμπληρώσουν 5 χρόνια ζωής. Για να γίνει αντιληπτό πως έχει αυξηθεί το προσδόκιμο ζωής χωρίς να λάβουμε υπόψιν την παιδική θνησιμότητα αρκεί να δούμε τις προοπτικές ενός παιδιού που έχει συμπληρώσει τα 5 χρόνια ζωής. Το 1845 ένας άνθρωπος 5 ετών είχε προσδόκιμο ζωής 55 έτη, ενώ σήμερα έχει προσδόκιμο ζωής 83 έτη. Υπάρχει μια αύξηση 27 ετών. Ακόμα έχει αλλάξει και το προσδόκιμο ζωής σε μεγαλύτερες ηλικίες, παλαιότερα ένας άνθρωπος 50 ετών είχε προσδόκιμο ζωής ακόμα 20 χρόνια, σήμερα ένας άνθρωπος 50 ετών έχει προσδόκιμο ζωής άλλα 33 χρόνια.

Estimates of life expectancy before and after health transition by region, 1800-2001 – Riley (2005)³

	Africa	Americas	Asia	Europe	Former Soviet Union	Oceania	Global average (a)
Period when earliest health transition in region began	1920s	1820s or 1830s	1870s-1890s	1770s	1890s or 1900s	1860s or 1870s	
Life expectancy before health transition	26.4	34.8	27.5	34.3	29	22.5 (b)	
1800				33.3		excluded (c)	
1820				35.6		excluded (c)	29
1850		35.1		36.3			
1870		35.1		36.2		34.7	29.7
1900		41	28	42.7		47.6	
1913		45.1	28.1	46.8	34.2-38.6	51	34.1
1950	35.6	58.4	41.6	64.7	56.1	63.4	48
1973	46.9	66	57.5	70.9	68.9	68.2	60
1990	52.9	70.8	64.5	74.2	69.1	72.8	
2001	50.5	73.2	67.1	76.8	66.6	74.6	66.6

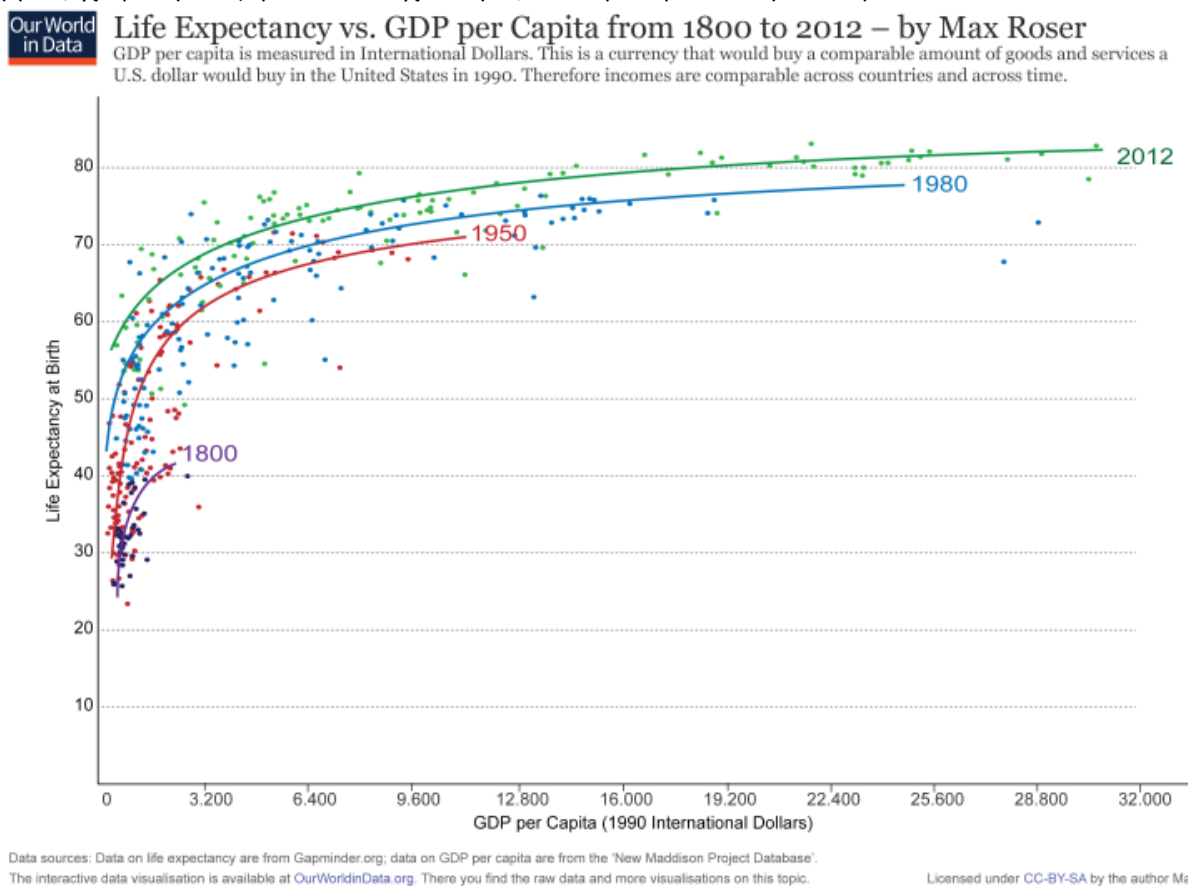
Πίνακας 1 Εκτίμηση του Προσδόκιμου Ζωής από το 1800 μέχρι το 2001(ourworldindata.org)

Κριτική Ανάλυση του ΑΕΠ και Ανάπτυξη Καινοτόμου Υγειοκεντρικού Δείκτη Ευημερίας

Ο μέσος όρος ηλικίας του πληθυσμού μιας χώρας αποτελεί ένα δημογραφικό δείκτη για την ανάπτυξη του ίδιου του πληθυσμού και της χώρας. Παρακάτω φαίνεται πως ο περισσότερος πληθυσμός παγκοσμίως γερνάει, ο μέσος όρος ηλικίας δηλαδή αυξάνεται. Παρόλαυτα, μερικές περιοχές στην Αφρική συνεχίζουν να έχουν μικρό μέσο όρο ηλικίας πληθυσμού, κάτι που δείχνει πως οι γεννήσεις είναι πολλές και το προσδόκιμο ζωής μικρό. Σε χώρες με μεγάλο μέσο όρο ηλικίας πληθυσμού συμβαίνει το ανάποδο.

Προσδόκιμο Ζωής και ΑΕΠ

Το παρακάτω γράφημα δείχνει τη σχέση μεταξύ του προσδόκιμου ζωής και του ΑΕΠ. Σε γενικές γραμμές, χώρες με υψηλό ΑΕΠ έχουν μεγαλύτερο προσδόκιμο ζωής.



Εικόνα 5 Προσδόκιμο Ζωής και ΑΕΠ. (ourworldindata.org)

Δείκτης και δεδομένα για Προσδόκιμο Ζωής

Όνομα δείκτη: Προσδόκιμο Ζωής κατά τη γέννηση, συνολικά (χρόνια)²

² Πηγή Δεδομένων: World Bank

Σύντομη επεξήγηση: Το Προσδόκιμο Ζωής κατά τη γέννηση δείχνει τον αριθμό των χρόνων που ένα νεογέννητο θα ζήσει αν το μοτίβο θνησιμότητας που υπάρχει από τη γέννηση παραμείνει σταθερό μέχρι το τέλος της ζωής του.

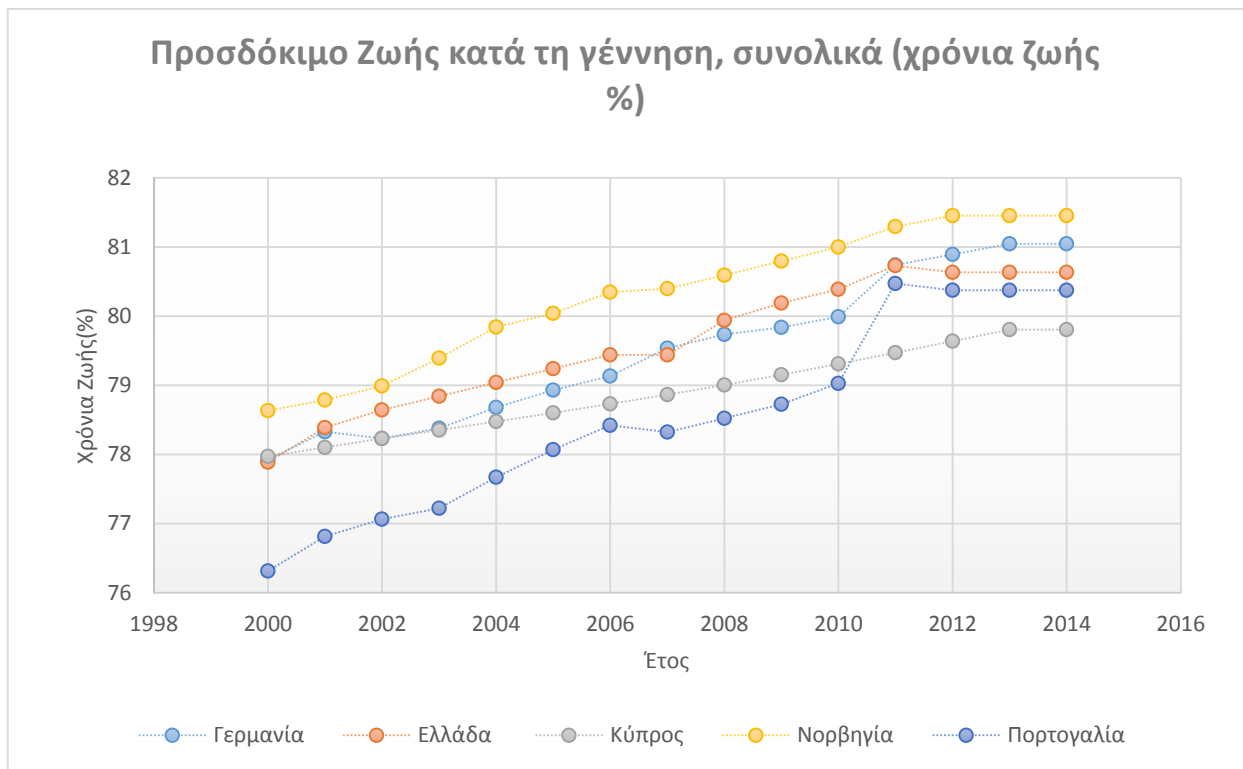
Παρουσίαση δεδομένων-παρατηρήσεις

- Έχει γίνει η υποκειμενική παραδοχή πως το μέγιστο και το βέλτιστο έτος προσδόκιμου ζωής είναι τα 100 έτη. Έτσι τα παρακάτω νούμερα είναι εκφρασμένα σε ποσοστό επί του βέλτιστου έτους.
- Λόγω έλλειψης δεδομένων για το 2014, χρησιμοποιήθηκε η στατιστική μέθοδος πρόβλεψης Naïve για την συμπλήρωση του πίνακα. Συνεπώς, το 2014 το προσδόκιμο ζωής είναι το ίδιο με του 2013 για όλες τις χώρες.

Πίνακας 2 Προσδόκιμο Ζωής κατά τη γέννηση, συνολικά (χρόνια ζωής %)

Προσδόκιμο Ζωής κατά τη γέννηση, συνολικά (χρόνια ζωής %)	Γερμανία	Νορβηγία	Ελλάδα	Πορτογαλία	Κύπρος
2000	77.927	78.634	77.888	76.315	77.972
2001	78.329	78.785	78.388	76.815	78.102
2002	78.229	78.988	78.641	77.066	78.229
2003	78.380	79.390	78.841	77.220	78.353
2004	78.680	79.841	79.039	77.671	78.476
2005	78.932	80.041	79.239	78.071	78.601
2006	79.132	80.344	79.439	78.420	78.729
2007	79.534	80.395	79.439	78.322	78.864
2008	79.737	80.593	79.939	78.524	79.005
2009	79.837	80.795	80.188	78.727	79.154
2010	79.988	80.998	80.388	79.027	79.310
2011	80.741	81.295	80.732	80.471	79.472
2012	80.893	81.451	80.634	80.373	79.637
2013	81.044	81.451	80.634	80.373	79.804
2014	81.044	81.451	80.634	80.373	79.804

Γραφική αναπαράσταση δείκτη Προσδόκιμου Ζωής



Διάγραμμα 3 Προσδόκιμο Ζωής κατά τη γέννηση, συνολικά (χρόνια ζωής %)

Παχυσαρκία και υπερβαρότητα

Η τροφή σου να είναι το φάρμακό σου και
το φάρμακό σου να είναι η τροφή σου.
Ιπποκράτης, 460-377 π. Χ. , Πατέρας της Ιατρικής

Θεωρητικό υπόβαθρο-επίδραση στην ευημερία

Η παχυσαρκία και η υπερβαρότητα ορίζονται σαν ασυνήθιστη ή υπερβολική συσσώρευση λίπους πράγμα που αποτελεί κίνδυνο για την υγεία και την ευημερία του ανθρώπου.

Υπάρχουν αμέτρητες παράμετροι που εντείνουν τις ανισότητες στους κατοίκους της Γης και δημιουργούν έντονες αντιθέσεις. Ο υποσιτισμός και η παχυσαρκία αποτελούν ένα τέτοιο παράδειγμα, στο οποίο δεν φαίνεται να βρίσκεται σύντομα λύση. Η ανεξέλεγκτη παρουσία του υποσιτισμού και της παχυσαρκίας υποδεικνύουν τον εφησυχασμό που επικρατεί παγκοσμίως για την αταξία και την ανισότητα στο τρόπο ζωής των ανθρώπων. Η ανωμαλία αυτή σκοτώνει παγκοσμίως περισσότερους ανθρώπους κάθε χρόνο απ' ότι η τρομοκρατία, σύμφωνα με το Oxford Healthy Alliance Summit.

Η παχυσαρκία και η υπερβαρότητα, με τεχνικούς και επιστημονικούς όρους, μετριέται με το Δείκτη Μάζας Σώματος (BMI, Body Mass Index). Δείκτης Μάζας σώματος είναι το βάρος του ανθρώπου σε κιλά δια το τετράγωνο του ύψους του σε μέτρα. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO), άνθρωποι με BMI μεγαλύτερο από 25 kg/m² θεωρούνται υπέρβαροι και με μεγαλύτερο από 30 kg/m² θεωρείται παχύσαρκος, νούμερα που προκαλούν πλεονάζων συσσωρευμένο λίπος. Ο BMI αποτελεί τη χρησιμότερη μονάδα μέτρησης του βάρους καθώς μπορεί να χρησιμοποιηθεί εξίσου και για τα δύο φύλα και για όλες τις ηλικίες. Παρόλαυτα ενδέχεται να μην αντιστοιχεί σωστά το ποσοστό πάχους σε δύο διαφορετικούς ανθρώπους.

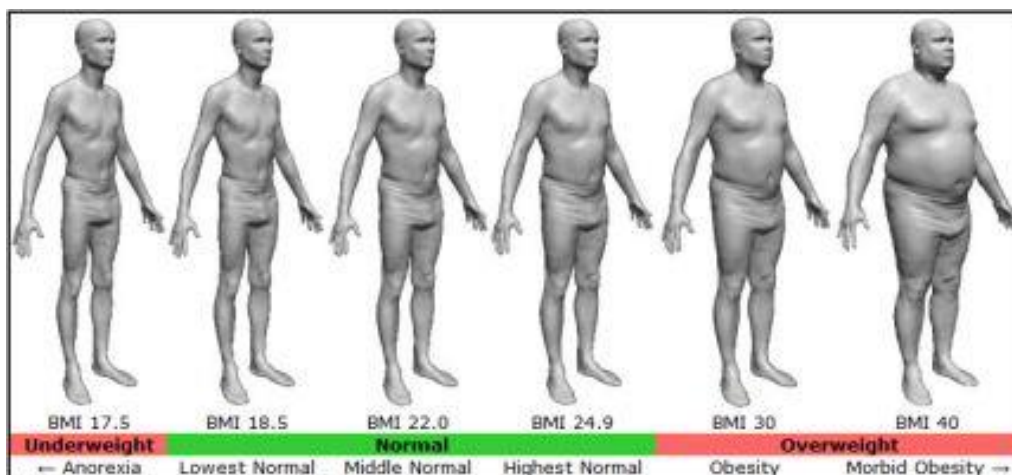
Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα τη σημαντική μείωση του προσδόκιμου ζωής. Αναφορικά στις ΗΠΑ, η παχυσαρκία είναι η δεύτερη σε σειρά αιτία θανάτου μετά το κάπνισμα. Η αστικοποίηση και η εκτενής χρήση της τεχνολογίας είχαν σαν αποτέλεσμα οι άνθρωποι να κάνουν καθιστική ζωή και η κίνηση τους να έχει μειωθεί δραματικά. Η παχυσαρκία και η υπερβαρότητα αποτελούν κυρίαρχες αιτίες για πολλές χρόνιες ασθένειες, όπως : διαβήτη, καρδιαγγειακά προβλήματα και καρκίνο. Παλιότερα αποτελούσε πρόβλημα μόνο των χωρών με ανεπτυγμένο εισόδημα, αλλά τα τελευταία χρόνια έχει αρχίσει να αυξάνεται ο αριθμός παχύσαρκων και υπέρβαρων ανθρώπων στις χώρες με χαμηλό και μεσαίο εισόδημα, κυρίως στις αστικές περιοχές (WHO, 2014).

Σημαντικά στοιχεία για την υπερβαρότητα και την παχυσαρκία:

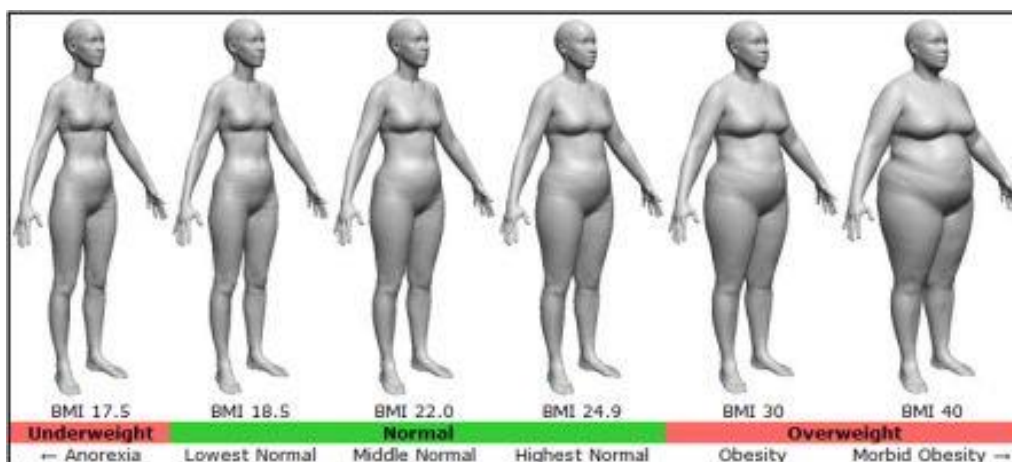
- Παγκοσμίως η παχυσαρκία έχει υπερδιπλασιαστεί από το 1980.

Κριτική Ανάλυση του ΑΕΠ και Ανάπτυξη Καινοτόμου Υγειοκεντρικού Δείκτη Ευημερίας

- Το 2014, περισσότεροι απο 1. 9 δισεκατομμύρια ενήλικοι ήταν υπέρβαροι. Οι 600 εκατομμύρια ήταν παχύσαρκοι.
- Το 39% των ενηλίκων το 2014 ήταν υπέρβαροι και το 13% παχύσαρκοι.
- Οι περισσότεροι άνθρωποι παγκοσμίως ζουν σε χώρες όπου η παχυσαρκία και η υπερβαρότητα σκοτώνει περισσότερους ανθρώπους απ' ότι ο υποσιτισμός.
- 42 εκατομμύρια παιδιά κάτω των 5 ετών ήταν παχύσαρκα το 2013.
- Η παχυσαρκία μπορεί να προληφθεί.



Εικόνα 6 Δείκτης Μάζας Σώματος και αντρικός σωματότυπος (scientificpsychic.com)



Εικόνα 7 Δείκτης Μάζας Σώματος και γυναικείος σωματότυπος (scientificpsychic.com)

Στοιχεία για την υπερβαρότητα και την παχυσαρκία

Στις αναπτυσσόμενες χώρες με εξελισσόμενες οικονομίες(κατηγοριοποιημένες από την Παγκόσμια Τράπεζα σαν χώρες χαμηλού και μέσου εισοδήματος), ο ρυθμός ανάπτυξης της παιδικής παχυσαρκίας είναι 30% μεγαλύτερος από αυτόν των ανεπτυγμένων χωρών.

Τι προκαλεί υπερβαρότητα και παχυσαρκία

Η θεμελιώδης αιτία της υπερβαρότητας και της παχυσαρκίας είναι η δυσαναλογία που υπάρχει μεταξύ των θερμίδων που καταναλώνονται και των θερμίδων που δαπανώνται. Παγκοσμίως παρατηρείται:

- Αύξηση στην κατανάλωση τροφών με υψηλά λιπαρά
- Μείωση στη σωματική δραστηριότητα λόγω της καθιστική ζωής που απαιτούν οι σύγχρονες εργασίες, αλλαγή των τρόπων μετακίνησης και η αστικοποίηση.

Αλλαγές στη διατροφή και τη φυσική δραστηριότητα οφείλονται σε περιβαντολογικές και κοινωνικές αλλαγές που συνδέονται με την ανάπτυξη και την έλλειψη αποτελεσματικών πολιτικών στο τομέα της υγείας, των μεταφορών, του περιβάλλοντος, στη διαχείριση της αστικοποίησης, στη διαδικασία επεξεργασίας των τροφών, στη διανομή τους και στη παιδεία

Οι κοινές συνέπειες στην υγεία λόγω υπερβαρότητας και παχυσαρκίας

Ο αυξημένος Δείκτης Μάζας Σώματος αποτελεί απειλή για την εμφάνιση μη μεταδοτικών ασθενειών όπως:

- Καρδιοαγγειακά νοσήματα(κυρίως καρδιοπάθειες και εμφράγματα) τα οποία το 2012 ήταν η κυρίαρχη αιτία θανάτου.
- Διαβήτης.
- Μυοσκελετικές διαταραχές (κυρίως οστεοαρθρίτιδα).
- Ορισμένοι τύποι καρκίνου (ενδομήτριοι, στήθους).

Η παιδική παχυσαρκία, συνδέεται τον πρόωρο θάνατο και την αναπηρία κατά την ενήλικη ζωή. Πέρα από τους κινδύνους για τη μετέπειτα ζωή τους τα υπέρβαρα παιδιά αντιμετωπίζουν αναπνευστικές δυσκολίες, υπέρταση, αυξημένη πιθανότητα κατάγματος και ψυχολογικά προβλήματα.

Αντιμετωπίζοντας το διπλό φορτίο μιας ασθένειας

Πολλές χώρες χαμηλού και μέσου εισοδήματος αντιμετωπίζουν το πρόβλημα τόσο της παχυσαρκίας όσο και του υποσιτισμού.

Την ίδια στιγμή που οι χώρες αυτές έρχονται αντιμέτωπες με μεταδοτικές ασθένειες και τον υποσιτισμό. Ένα ακόμα πρόβλημα προστίθεται στον τομέα της υγείας και αυτό δεν είναι άλλο από την αύξηση των ποσοστών της υπερβαρότητας και της παχυσαρκίας στις αστικές κυρίως περιοχές.

Δεν είναι ασυνήθιστο στην ίδια χώρα και στην ίδια κοινωνία να παρατηρούνται ποσοστά τόσο παχυσαρκίας όσο και υποσιτισμού.

Τα παιδιά στις χώρες με χαμηλό και μεσαίο εισόδημα είναι πιο εκτεθειμένα σε ανεπαρκή διατροφή κατά τη προβρεφική, βρεφική και παιδική τους ηλικία. Την ίδια στιγμή, είναι εκτεθειμένα σε

τροφές με υψηλά λιπαρά, υψηλά σάκχαρα, μεγάλη σε περιεκτικότητα ζαχάρων τα οποία είναι φτηνότερα αλλά είναι και φτωχότερα από άποψη διατροφικής αξίας. Οι διατροφικές αυτές συνήθειες σε συνδυασμό με τα χαμηλά επίπεδα σωματικής κίνησης έχουν σαν αποτέλεσμα την αύξηση των ποσοστών της παιδικής παχυσαρκίας ενώ το πρόβλημα του υποσιτισμού παραμένει άλυτο (WHO, 2015).

Η παγκόσμια εικόνα της υπερβαρότητας και της παχυσαρκίας

Σύμφωνα με το Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας τα ποσοστά υπερβαρότητας και παχυσαρκίας ήταν υψηλότερα στην Αμερική (61% των υπέρβαρων και 27% παχύσαρκων επί του συνόλου παγκοσμίως) και χαμηλότερα στην νοτιοανατολική Ασία (22% των υπέρβαρων και 5% παχύσαρκων επί του συνόλου παγκοσμίως). Στην Ευρώπη και τις μεσογειακές χώρες το 50% των γυναικών είναι υπέρβαρες και το 25% εξ αυτών στην Ευρώπη και το 24% στις μεσογειακές χώρες είναι παχύσαρκες. Παγκοσμίως είναι πιθανότερο να είναι οι γυναικές υπέρβαρες παρά οι άντρες. Στην Αφρική, την Ανατολική Μεσόγειο και τη νοτιοανατολική Ασία οι γυναίκες έχουν σχεδόν τα διπλάσια ποσοστά παχυσαρκία σε σχέση με τους άντρες. Το ποσοστό υπερβαρότητας αυξάνεται με εισόδημα των χωρών. Το ποσοστό υπερβαρότητας είναι διπλάσιο και το ποσοστό παχυσαρκίας τετραπλάσιο στις χώρες με υψηλό εισόδημα σε σχέση με τα ποσοστά των χωρών με χαμηλό εισόδημα. Το ποσοστό υπερβαρότητας είναι παγκοσμίως μεγαλύτερο με εξαίρεση τις χώρες με υψηλό εισόδημα όπου τα ποσοστά αντρών και γυναικών εξισοροούνται (WHO, 2015).

Δείκτες και δεδομένα για παχυσαρκία και υπερβαρότητα³

Υπερβαρότητα

Όνομα δείκτη	Ποσοστό υπέρβαρων ανθρώπων (με $\Delta\text{ΜΣ} \geq 25$)
Ορισμός	Ποσοστό πληθυσμού με Δείκτη Μάζας Σώματος μεγαλύτερο ή ισό από $25\text{kg}/\text{m}^2$.

Μέθοδος υπολογισμού	Βάση μετρήσεων του ανθρώπινου ύψους και βάρους
---------------------	--

Παχυσαρκία

³ Πηγή δεδομένων: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

Κριτική Ανάλυση του ΑΕΠ και Ανάπτυξη Καινοτόμου Υγειοκεντρικού Δείκτη Ευημερίας

Όνομα δείκτη Ποσοστό υπέρβαρων ανθρώπων (με $\Delta\text{Μ}\Sigma \geq 30$)
Ορισμός Ποσοστό πλυθησμού με Δείκτη Μάζας Σώματος μεγαλύτερο ή ισό από 30 kg/m².

Μέθοδος Βάση μετρήσεων του ανθρώπινου ύψους και του βάρους
υπολογισμού

Παρουσίαση δεδομένων-παρατηρήσεις

Διαθέσιμα δεδομένα υπήρχαν μόνο για τα έτη 2010 και 2014. Για την συμπλήρωση των ποσοστών παχυσαρκίας και υπερβαρότητας για τα υπόλοιπα έτη θεωρήθηκε πως υπάρχει γραμμική τάση των τιμών. Συνεπώς, θεωρήθηκε πως η αύξηση αυτή είναι γραμμική στη πάροδο των ετών.

Κριτική Ανάλυση του ΑΕΠ και Ανάπτυξη Καινοτόμου Υγειοκεντρικού Δείκτη Ευημερίας

Πίνακας 3 Υπερβαρότητα (% συνολικού πληθυσμού)

Υπερβαρότητα (% συνολικού πληθυσμού)	Γερμανία	Ελλάδα	Κύπρος	Νορβηγία	Πορτογαλία
2000	48.85	55.6	54.7	53.6	48.95
2001	49.275	55.95	55.1	53.95	49.425
2002	49.7	56.3	55.5	54.3	49.9
2003	50.125	56.65	55.9	55.65	50.375
2004	50.55	57	56.3	55	50.85
2005	50.975	57.35	56.7	55.35	51.325
2006	51.4	57.7	57.1	55.7	51.8
2007	51.825	58.05	57.5	56.05	52.275
2008	52.25	58.4	57.9	56.4	52.75
2009	52.675	58.75	58.3	56.75	53.225
2010	53.1	59.1	58.7	57.1	53.7
2011	53.535	59.45	59.1	57.45	54.175
2012	53.95	59.8	59.5	57.8	54.65
2013	54.375	60.15	59.9	58.15	55.125
2014	54.8	60.5	60.3	58.5	55.6

Πίνακας 4 Παχυσαρξία(% συνολικού πληθυσμού)

Παχυσαρξία(% συνολικού πληθυσμού)	Γερμανία	Ελλάδα	Κύπρος	Νορβηγία	Πορτογαλία
2000	14.5	17.3	17.5	17.85	14.15
2001	14.9	17.7	17.95	18.225	14.575
2002	15.3	18.1	18.4	18.6	15
2003	15.7	18.5	18.85	18.975	15.425
2004	16.1	18.9	19.3	19.35	15.85
2005	16.5	19.3	19.75	19.725	16.275
2006	16.9	19.7	20.2	20.11	16.7
2007	17.3	20.1	20.65	20.475	17.125
2008	17.7	20.5	21.1	20.85	17.55
2009	18.1	20.9	21.55	21.225	17.975
2010	18.5	21.3	22	21.6	18.4
2011	18.9	21.7	22.45	21.975	18.825
2012	19.3	22.1	22.9	22.35	19.25
2013	19.7	22.5	23.35	22.725	19.675
2014	20.1	22.9	23.8	23.1	20.1

Για να εκφραστούν τα δεδομένα σε ποσοστιαία μονάδα, ώστε να είναι δυνατόν να συνοπλογοιστούν στον δείκτη ευημερίας F-Zin, εκφράστηκαν επί των υψηλότερων ποσοστών

Κριτική Ανάλυση του ΑΕΠ και Ανάπτυξη Καινοτόμου Υγειοκεντρικού Δείκτη Ευημερίας

παχυσαρκίας και υπερβαρότητας για τα έτη 2010 και 2014, σε παγκόσμια κλίμακα. Πιο συγκεκριμένα:

Πίνακας 5 Υψηλότερα ποσοστά παχυσαρκίας και υπερβαρότητας (% συνολικού πληθυσμού) παγκοσμίως

Υψηλότερο ποσοστό υπερβαρότητας παγκοσμίως (% συνολικού πληθυσμού)	Χώρα	Τιμή
2010	Νήσοι Κουκ	79.4
2014	Παλάου	79.3
Υψηλότερο ποσοστό παχυσαρκίας παγκοσμίως (% συνολικού πληθυσμού)	Χώρα	Τιμή
2010	Νήσοι Κουκ	48.2
2014	Νήσοι Κουκ	50.8

Πίνακας 6 Υπερβαρότητα (%)

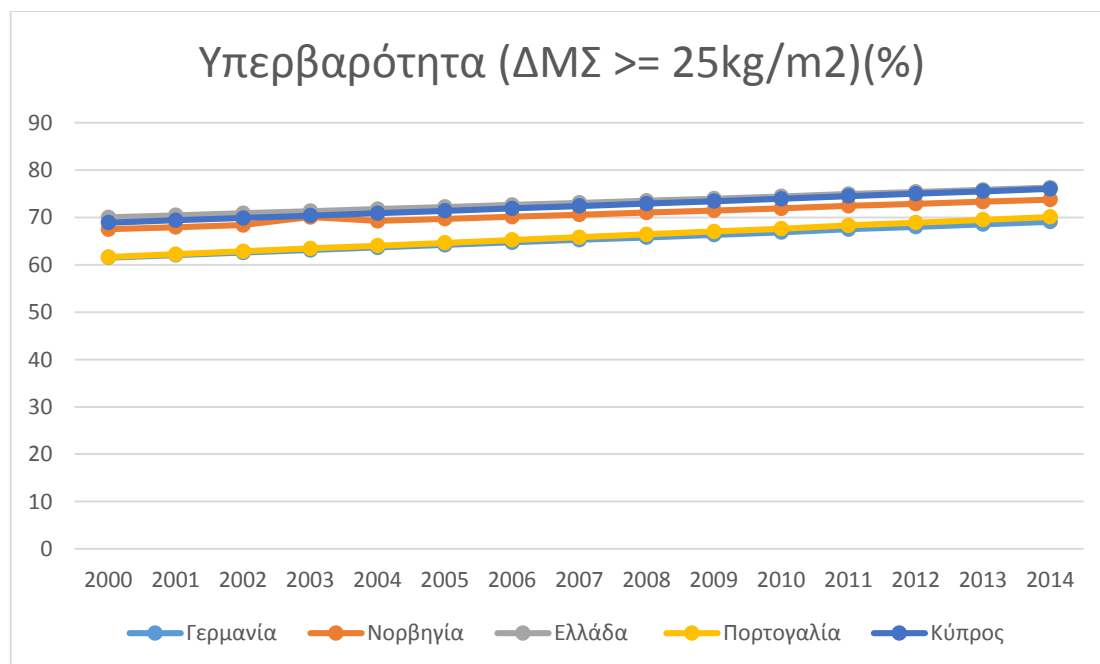
Υπερβαρότητα(%)	Γερμανία	Νορβηγία	Ελλάδα	Πορτογαλία	Κύπρος
2000	61.524	67.506	70.025	61.650	68.892
2001	62.059	67.947	70.466	62.248	69.395
2002	62.594	68.388	70.907	62.846	69.899
2003	63.130	70.088	71.348	63.445	70.403
2004	63.665	69.270	71.788	64.043	70.907
2005	64.200	69.710	72.229	64.641	71.411
2006	64.736	70.151	72.670	65.239	71.914
2007	65.271	70.592	73.111	65.838	72.418
2008	65.806	71.033	73.552	66.436	72.922
2009	66.341	71.474	73.992	67.034	73.426
2010	66.877	71.914	74.433	67.632	73.929
2011	67.509	72.446	74.968	68.317	74.527
2012	68.033	72.888	75.410	68.916	75.032
2013	68.569	73.329	75.851	69.515	75.536
2014	69.105	73.770	76.293	70.113	76.040

Πίνακας 7 Παχυσαρκία (%)

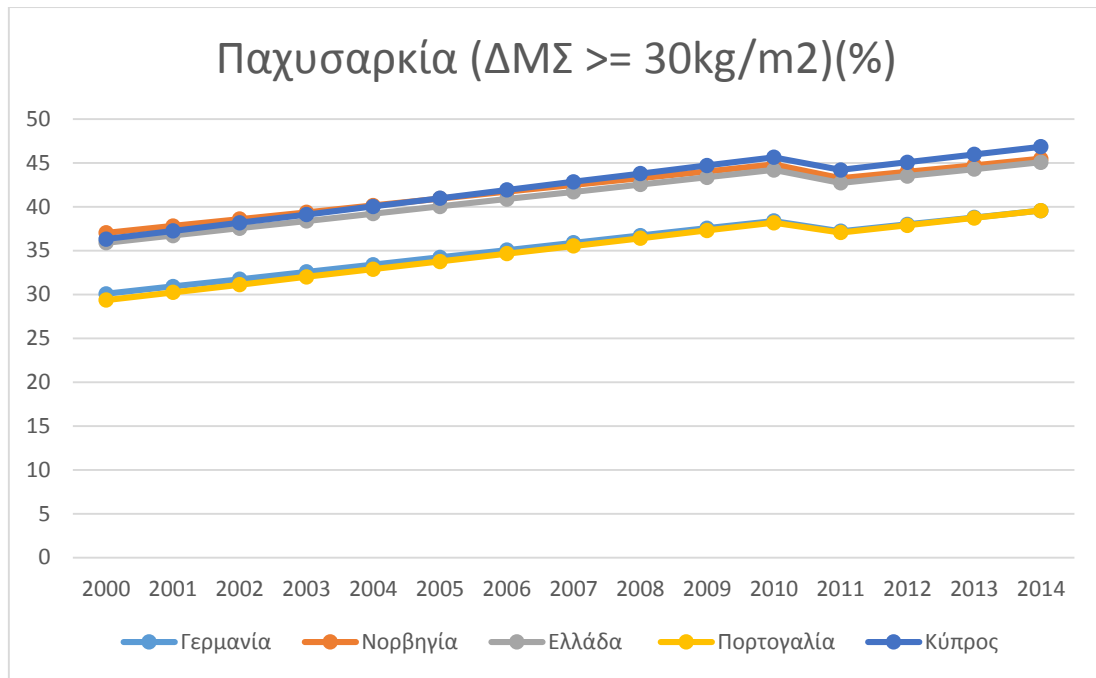
Παχυσαρκία(%)	Γερμανία	Νορβηγία	Ελλάδα	Πορτογαλία	Κύπρος
2000	30.083	37.033	35.892	29.357	36.307
2001	30.913	37.811	36.722	30.239	37.241
2002	31.743	38.589	37.552	31.120	38.174
2003	32.573	39.367	38.382	32.002	39.108
2004	33.402	40.145	39.212	32.884	40.041
2005	34.232	40.923	40.041	33.766	40.975
2006	35.062	41.722	40.871	34.647	41.909
2007	35.892	42.479	41.701	35.529	42.842
2008	36.722	43.257	42.531	36.411	43.776
2009	37.552	44.035	43.361	37.293	44.710
2010	38.382	44.813	44.191	38.174	45.643
2011	37.205	43.258	42.717	37.057	44.193
2012	37.992	43.996	43.504	37.894	45.079
2013	38.780	44.734	44.291	38.730	45.965
2014	39.567	45.472	45.079	39.567	46.850

*Με πράσινο χρώμα είναι οι χρονιές για τις οποίες υπάρχουν δεδομένα.

Γραφική αναπαράσταση δεδομένων για παχυσαρκία και υπερβαρότητα



Διάγραμμα 4 Υπερβαρότητα (%)



Διάγραμμα 5 Παχυσαρκία (%)

Αλκοόλ

Το αλκοόλ σβήνει τον άνθρωπο για ν' ανάψει το κτήνος, κάτι που τον κάνει να αντιληφθεί γιατί του αρέσει το αλκοόλ.

Albert Camus, 1913-1960, Γάλλος συγγραφέας

Θεωρητικό υπόβαθρο-επίδραση στην ευημερία

Οι άνθρωποι από αρχαιοτάτων χρόνων σε πολλές κοινωνίες και κουλτούρες καταναλώνουν αλκοολούχα ποτά, αλλά οι επιπτώσεις της εκτενούς κατανάλωσης αλκοόλ έχουν αρχίσει να γίνονται αντιληπτές τα τελευταία χρόνια. Η κατανάλωση αλκοόλ έχει αυξηθεί ραγδαία παγκοσμίως κατά τη διάρκεια των τελευταίων δεκατιών, με τη μεγαλύτερη αύξηση να παρατηρείται στις αναπτυγμένες χώρες πολλές από τις οποίες είχαν παραδοσιακά χαμηλή κατανάλωση αλκοόλ. Το αλκοόλ μπορεί να προκαλέσει σωρεία ασθενειών, συμπεριλαμβανομένου του καρκίνου του οισοφάγου, καρκίνο του συκωτιού και κίρωση του ήπατος. Επίσης αποτελεί βασικό παράγοντα για την ανάπτυξη ψυχικών ασθενειών, όπως είναι η κατάθλιψη, το άγχος, οι διπολικές διαταραχές και τα τροχαία ατυχήματα. Παγκοσμίως το αλκοόλ προκαλεί 2.3 εκατομμύρια θανάτους κάθε χρόνο (3.8% επί του συνόλου) (Fleck, 2011).

Αλκοολισμός

Μία ασθένεια που χαρακτηρίζεται από την ανικανότητα του ανθρώπου να σταματήσει να καταναλώνει αλκοόλ. Ο αλκοολισμός είναι μια από τις συνηθέστερες μορφές εξάρτησης. Περίπου το 8% του πληθυσμού στις ΗΠΑ αντιμετωπίζει προβλήματα με το αλκοόλ.

Παρότι τα αίτια που οδηγούν στον αλκοολισμό δεν είναι ξεκάθαρα, ερευνητές πιστεύουν πως είναι πολλοί οι παράγοντες που συμβάλουν, όπως η προσωπικότητα, η οικογένεια, ακόμα και η κληρονομικότητα. Ο αλκοολισμός επηρεάζει τις περισσότερες πτυχές της ζωής ενός ανθρώπου : ψυχική υγεία, σωματική υγεία, οικογενειακές και κοινωνικές σχέσεις καθώς και επαγγελματική και ακαδημαϊκή σταδιοδρομία. Πρόσφατες έρευνες μάλιστα δείχνουν την συσχέτιση μεταξύ υψηλών ποσοστών κατανάλωσης αλκοόλ και την εμφάνιση μεταδοτικών ασθενειών όπως φυματίωση και HIV/AIDS. Συνήθως το αλκοόλ κυριεύει τη ζωή του αλκοολικού και γίνεται αναπόσπαστο κομμάτι της καθημερινότητας του.

Το αλκοόλ προκαλεί τόσο σωματική, όσο και ψυχολογική εξάρτηση σε μακροχρόνιους μέθυσους. Οι αλκοολικοί παρουσιάζουν ανοχή στο αλκοόλ. Όταν σταματούν την κατανάλωση αλκοόλ συχνά έρχονται αντιμέτωποι με στερητικά σύνδρομα τα οποία ποικίλουν από ναυτία και ζαλάδα μέχρι επιληψία και παραισθήσεις. Αν τα συμπτώματα του στερητικού συνδρόμου δεν υποχωρήσει υπάρχει περίπτωση να επιδεινωθεί και να οδηγήσει σε ντελίριο (Carson-DeWitt, 2001).

Προβλήματα σωματικής υγείας

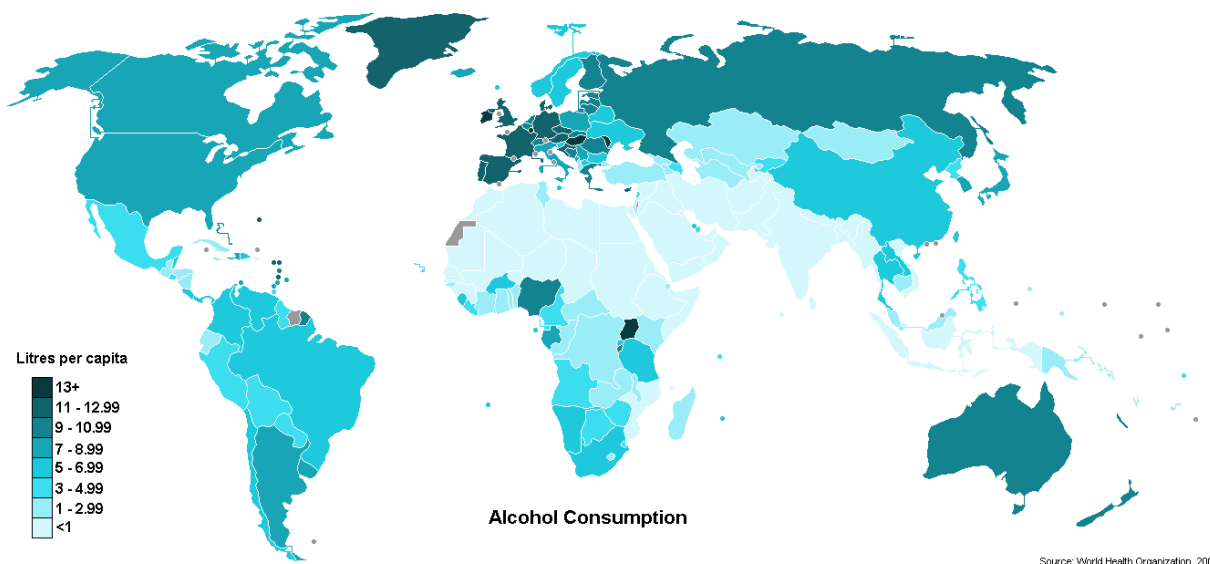
Νόσοι στο γαστρεντερικό σύστημα, καρκίνος, καρδιαγγειακά νοσήματα, εγκεφαλικά νοσήματα, προβλήματα στο κεντρικό νευρικό σύστημα.

Προβλήματα ψυχικής υγείας

Υπάρχει ένα μεγάλο εύρος νευρολογικών φθορών που σχετίζονται με τη κατανάλωση αλκοόλ. Οι φθορές αυτές έχουν ένα ευρύ φάσμα: από κακό συντονισμό κινήσεων και αργοπορία στην επίλυση προβλημάτων, που παρουσιάζεται σε αλκοολικούς μικρής ηλικίας, μέχρι άνοια και απώλεια μνήμης.

Κοινωνικά προβλήματα:

Αλκοόλ και εγκλήματα, οικονομικά προβλήματα, προβλήματα στις διαπροσωπικές σχέσεις, κακοποίηση παιδιών.



Χάρτης 4 Επίπεδα κατανάλωσης αλκοόλ παγκοσμίως για το 2008 (who.int)

Δείκτης και δεδομένα για αλκοόλ⁴

Όνομα δείκτη

Κατανάλωση αλκοόλ ανά κάτοικο (ηλικίας 15+).

Μονάδα μέτρησης

Λίτρα αλκοόλ ανά άτομο ανά χρόνο.

⁴ Πηγή δεδομένων: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

Ορισμός-Λογική

Ο δείκτης αυτός αποτελεί έναν από τους κυριότερους δείκτες που απώτερο σκοπό έχουν να παρακολουθούν την έκταση, το μοτίβο και την τάση κατανάλωσης αλκοόλ. Ο εν λόγω δείκτης ορίζεται ως η συνολική κατανάλωση ποσότητας αλκοόλ(σε λίτρα) ανά κάτοικο(ηλικίας 15+) κατά τη διάρκεια ενός ημερολογιακού έτους. Ο δείκτης υπολογίζει την κατανάλωση που παρατηρείται από την παραγωγή, εισαγωγή, εξαγωγή αλκοόλ και μέσω δεδομένων πωλήσεων (κυρίως μέσω της φορολογίας).

Μέθοδος υπολογισμού

Ο δείκτης αποτελεί το άθροισμα της κατανάλωσης όλων των αλκοολικών ποτών (κρασί, τζιν, μπύρα, ουίσκι κλπ). Για να επιτευχθεί η μετατροπή σε καθαρά λίτρα αλκοόλης λαμβάνεται υπόψιν η περιεκτικότητα αλκοόλης σε κάθε ποτό.

Παρουσίαση δεδομένων-παρατηρήσεις

Λόγω έλλειψης δεδομένων χρησιμοποιήθηκε η στατιστική μέθοδος πρόβλεψης Naïve για την συμπλήρωση ποσοστών για τα υπόλοιπα έτη. Συνεπώς, το 2014 οι τιμές κατανάλωσης αλκοόλ για την Γερμανία και τη Νορβηγία είναι ίδιες με αυτές του 2013. Ομοίως για τις υπόλοιπες χώρες οι τιμές κατανάλωσης αλκοόλ για το 2012, 2013, 2014 είναι ίσες με αυτές του 2011.

Κριτική Ανάλυση του ΑΕΠ και Ανάπτυξη Καινοτόμου Υγειοκεντρικού Δείκτη Ευημερίας

Πίνακας 8 Κατανάλωση αλκοόλ ανά κάτοικο (ηλικίας 15+)(Λίτρα αλκοόλ ανά άτομο ανά χρόνο)

Κατανάλωση αλκοόλ ανά κάτοικο (ηλικίας 15+)(Λίτρα αλκοόλ ανά άτομο ανά χρόνο)	Γερμανία	Νορβηγία	Ελλάδα	Πορτογαλία	Κύπρος
2000	12.91	5.66	8.52	12.13	7.94
2001	12.46	5.49	8.62	12.1	8.43
2002	12.25	5.89	8.07	11.93	8.42
2003	11.92	6.03	8.74	12.74	9.32
2004	11.83	6.22	8.92	12.18	9.5
2005	11.68	6.37	9.24	12.06	8.73
2006	11.76	6.47	8.78	11.65	8.4
2007	11.51	6.6	8.99	11.32	8.63
2008	11.37	6.75	8.83	11.19	9.31
2009	11.23	6.68	8.32	10.9	8.53
2010	11.21	6.66	7.88	10.84	8.7
2011	11.2	6.44	7.35	10.3	8.88
2012	11.19	6.21	7.35	10.3	8.88
2013	10.94	6.22	7.35	10.3	8.88
2014	10.94	6.22	7.35	10.3	8.88

Για να εκφραστούν τα δεδομένα σε ποσοστιαία μονάδα, ώστε να είναι δυνατόν να συνυπολογιστούν στον δείκτη ευημερίας F-Zip, εκφράστηκαν επί την τιμή της μεγαλύτερης κατανάλωσης αλκοόλ για άτομα ηλικίας ≥ 15 , την εκάστωτε χρονιά, σε παγκόσμια κλίμακα. Πιο συγκεκριμένα:

Κριτική Ανάλυση του ΑΕΠ και Ανάπτυξη Καινοτόμου Υγειοκεντρικού Δείκτη Ευημερίας

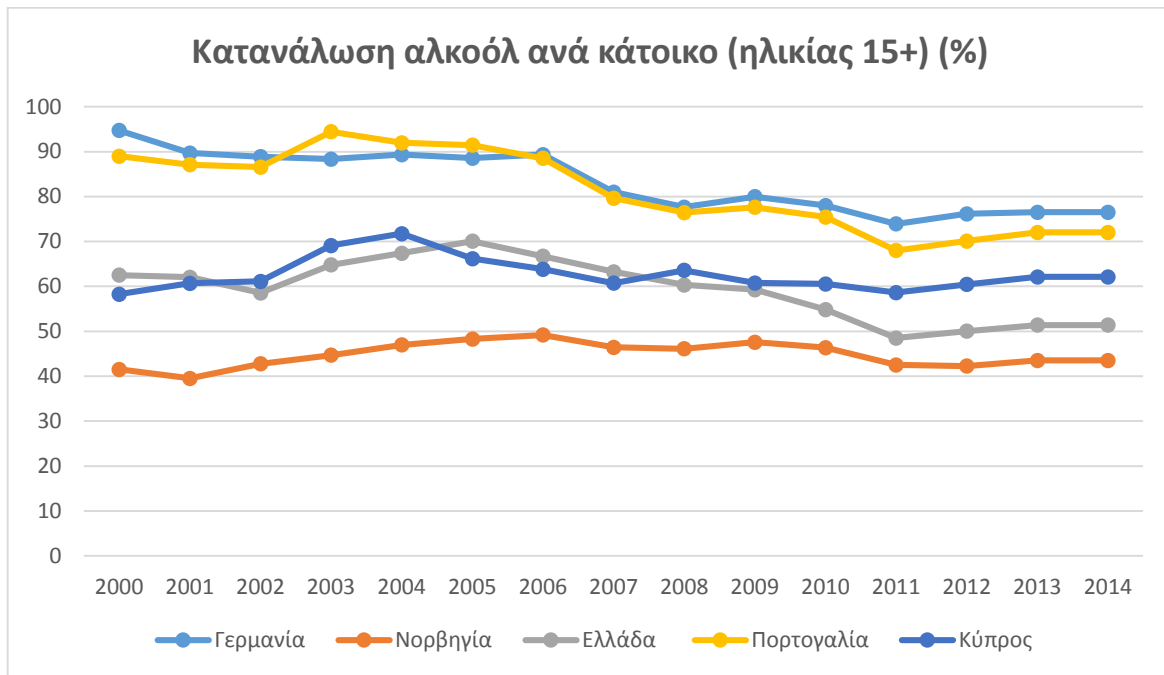
Πίνακας 9 Υψηλότερη κατανάλωση αλκοόλ ανά κάτοικο (ηλικίας 15+) παγκοσμίως(Λίτρα αλκοόλ ανά άτομο ανά χρόνο)

Υψηλότερη κατανάλωση αλκοόλ ανά κάτοικο (ηλικίας 15+) παγκοσμίως(Λίτρα αλκοόλ ανά άτομο ανά χρόνο)	Χώρα	Λίτρα
2000	Γαλλία	13.63
2001	Γαλλία	13.89
2002	Γαλλία	13.78
2003	Γαλλία	13.49
2004	Τσεχία	13.24
2005	Τσεχία	13.19
2006	Ουγγαρία	13.16
2007	Μπελαρούς	14.21
2008	Μπελαρούς	14.64
2009	Μπελαρούς	14.04
2010	Μπελαρούς	14.37
2011	Μπελαρούς	15.15
2012	Μπελαρούς	14.69
2013	Λιθουανία	14.3
2014	Λιθουανία	14.3

Πίνακας 10 Κατανάλωση αλκοόλ ανά κάτοικο (ηλικίας 15+) (%)

Κατανάλωση αλκοόλ ανά κάτοικο (ηλικίας 15+) (%)	Γερμανία	Νορβηγία	Ελλάδα	Πορτογαλία	Κύπρος
2000	94.718	41.526	62.509	88.995	58.254
2001	89.705	39.525	62.059	87.113	60.691
2002	88.897	42.743	58.563	86.575	61.103
2003	88.362	44.700	64.789	94.440	69.088
2004	89.350	46.979	67.372	91.994	71.752
2005	88.552	48.294	70.053	91.433	66.187
2006	89.362	49.164	66.717	88.526	63.830
2007	80.999	46.446	63.265	79.662	60.732
2008	77.664	46.107	60.314	76.434	63.593
2009	79.986	47.578	59.259	77.635	60.755
2010	78.010	46.347	54.836	75.435	60.543
2011	73.927	42.508	48.515	67.987	58.614
2012	76.174	42.274	50.034	70.116	60.449
2013	76.503	43.497	51.399	72.028	62.098
2014	76.503	43.497	51.399	72.028	62.098

Γραφική αναπαράσταση δεδομένων για το αλκοόλ



Διάγραμμα 6 Κατανάλωση αλκοόλ ανά κάτοικο (ηλικίας 15+)(%)

Κάπνισμα

Κάθε μέρα στην Αμερική χίλιοι άνθρωποι σταματάνε το κάπνισμα, λόγω θανάτου.
Άγνωστος

Θεωρητικό υπόβαθρο-επίδραση στην ευημερία

Ο καπνός είτε αυτός καπνίζεται μέσω τσιγάρου, ναργιλέ, πούρων, μάσημα καπνού κλπ αποτελεί το μεγαλύτερο κίνδυνο για την υγεία που έχει αντιμετωπίσει στα χρονικά η ανθρωπότητα. Αυτό συμβαίνει γιατί οι καπνιστές υπολογίζονται πως ξεπαιρνούν το 1 δισεκατομμύριο, δηλαδή 1 στους 7 ανθρώπους παγκοσμίως καπνίζει και συνεχώς ο αριθμός αυτός αυξάνεται. Επίσης τα μισά παιδιά παγκοσμίως είναι παθητικοί καπνιστές και αναπνέουν αέρα μολυσμένο από καπνό τσιγάρου κάτι που έχει σοβαρές επιπτώσεις στην υγεία τους. Πάνω από το 80% των καπνιστών ζουν σε περιοχές του κόσμου με χαμηλό και μεσαίο εισόδημα ανά κάτοικοι και αυτό το ποσοστό δεν αναμένεται να αλλάξει για τα επόμενα 30 χρόνια. Το κάπνισμα σκοτώνει πάνω από 5 εκατομμύρια ανθρώπους παγκοσμίως κάθε χρόνο (Fleek, 2011).

Κάπνισμα και ψυχικές διαταραχές

Το κάπνισμα είναι άρρηκτα συνδεδεμένο με τις ψυχικές ασθένειες. Βάση ερευνών πρέπει οι ψυχιάτροι και οι ψυχολόγοι που παρακολουθούν ασθενείς με ψυχικές διαταραχές να προσέχουν και να παρατηρούν τον αριθμό τσιγάρων που καπνίζουν οι ασθενείς, τόσο κατά τη διάρκεια, όσο και μετά το πέρας της θεραπείας. Άνθρωποι με ψυχολογικά προβλήματα είναι δύο φορές πιθανότερο να καπνίζουν σε σχέση με τους υγιείς. Άνθρωποι με κατάθλιψη, σχιζοφρένεια και προβλήματα αλκοολισμού είναι πολύ πιθανό να είναι τακτικοί καπνιστές, σε ποσοστό περίπου 86%. Πρόσφατα σχετικά έρευνα που διεξήχθη στην Αμερική έδειξε πως άνθρωποι με ψυχικές διαταραχές ήταν καπνιστές σε ποσοστό 41%, ενώ οι ψυχικά υγιείς σε ποσοστό 22.5%. Επίσης άνθρωποι με ψυχικές διαταραχές καταναλώνουν το 44% των τσιγάρων της Αμερικής. Οι έφηβοι με υπερκινητικότητα, διαταραχή ελλειμματικής προσοχής και κατάθλιψη, είναι εκείνοι που ξεκινούν νωρίτερα το κάπνισμα.

Ενώ για καιρό επικρατούσε η ιδέα πως έφηβοι με κατάθλιψη καπνίζουν και ευθύνεται η κατάθλιψη που οδηγήθηκαν στο τσιγάρο, νέες μελέτες δείχνουν πως έφηβοι με κατάθλιψη κάπνιζαν εκ των προτέρων πράγμα που υποδυναμεί πως το τσιγάρο τους οδηγεί στην κατάθλιψη. Χρήστες αλκοόλ και ναρκωτικών παρουσιάζουν συστηματικές αλλαγές στις καπνιστικές τους συνήθειες κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Πρόσφατα έρευνα έδειξε πως ενώ οι τακτικοί καπνιστές μειώνουν το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους, οι περιστασιακοί το αυξάνουν σημαντικά. Ο λόγος πίσω από τη μεγάλη αλλοσυσχέτιση τσιγάρου και ψυχικών ασθενειών δεν είναι απολύτως γνωστοί. Η νικοτίνη είναι ψυχοδραστικό χημικό, που έχει πολλές επιπτώσεις στον εγκέφαλο. Αυξάνει τις ποσότητες ντοπαμίνης σε μέρη του εγκεφάλου που είναι στενά συνδεδεμένα με ψυχικές διαταραχές. Η νικοτίνη καταναλώνεται επίσης για να μειώσει το άγχος και άλλες

ανεπιθύμητες επιπτώσεις ή ψυχολογικά συμπτώματα. Σε κοινωνικό επίπεδο, η απομόνωση και η ανία αποτελούν αιτίες για να ξεκινήσει κάποιος το κάπνισμα. Όποια και αν είναι η αιτία και η αφορμή, είναι αναμφισβήτητο το γεγονός πως άνθρωποι με ψυχικές διαταραχές και ψυχολογικά προβλήματα επιβαρύνουν την υγεία τους με το κάπνισμα (Mental Health: New Understanding, New Hope, 2001).

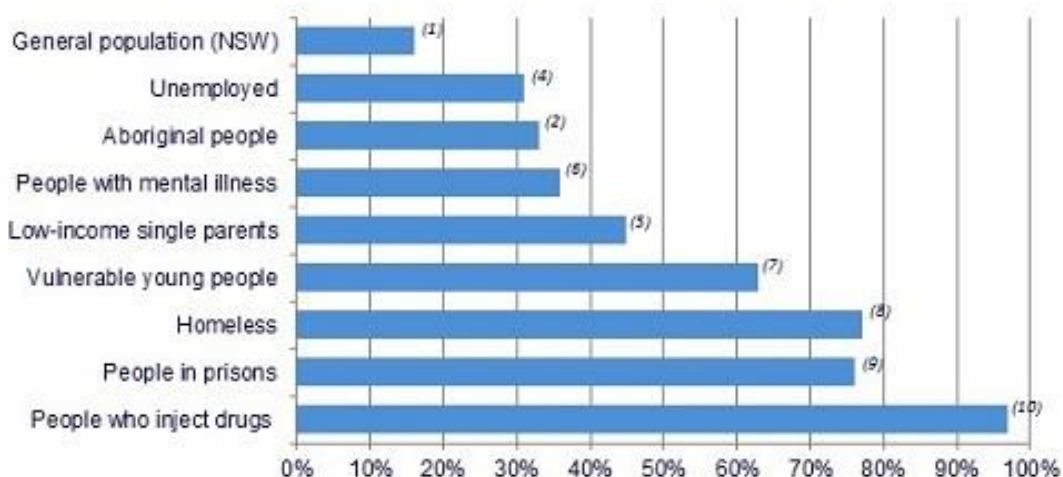
Κάθε χρόνο το κάπνισμα σκοτώνει 5 εκατομμύρια ανθρώπους παγκοσμίως, από καρκίνο του πνεύμονα, καρδιοπάθειες και άλλες αρρώστιες. Αν δεν παρθούν δραστικά μέτρα, οι θάνατοι που σχετίζονται με το κάπνισμα θα αυξηθούν κατακόρυφα και θα αγγίξουν τα 8 εκατομμύρια μέχρι το 2030. Ο εθισμός στο τσιγάρο στις αναπτυσσόμενες χώρες είναι ολέθριος. Για παράδειγμα, έρευνες στη Κίνα δείχνουν πως το κάπνισμα οδηγεί οικογένειες στην φτώχεια, καθώς είναι μια ακριβή συνήθεια για τα δεδομένα της Κίνας, και στην συνέχεια μπορεί να οδηγήσει σε περισσότερα έξοδα για τη θεραπεία και την νοσηλεία του καπνιστή. Επιπρόσθετα άνθρωποι που δεν θα μπορέσουν να συγκεντρώσουν τους απαραίτητους πόρους για την θεραπεία του καρκίνου το πιο πιθανό είναι να πεθάνουν πρόωρα. Παγκοσμίως και όχι μόνο στη Κίνα ο εθισμός στο κάπνισμα κάνει τους φτωχούς φτωχότερους. Οι κυριότερες αιτίες θανάτου τόσο στις φτωχές όσο και στις πλούσιες χώρες σχετίζονται με καρδιοαγγειακά νοσήματα και το τσιγάρο συμβάλει σημαντικά στην εμφάνιση τέτοιου είδους νοσημάτων. Το κόστος 5 μόλις τσιγάρων τη μέρα σε ένα φτωχό νυκτοκυριό στο Μπαγκλαντές υπολογίζεται να ισοδυναμεί με μείωση 8000 θερμίδων στην μηνιαία διατροφή της οικογένειας, γεγονός που ενδέχεται να ισοδυναμεί με θάνατο για τα υποσιτισμένα παιδιά. Επίσης η χώρα διαθέτει 100.000 εκτάρια γης για τη καλλιέργεια καπνού, στη θέση του οποίου θα μπορούσαν να καλλιεργηθούν παραδείγματος χάρη ρύζι ή σιτάρι (Fleek, 2011).

Καπνός

Ο καπνός περιέχει περισσότερα 4000 χημικά συστατικά, πολλά από τα οποία είναι εξαιρετικά επιβλαβή για τον ανθρώπινο οργανισμό. Ο καπνός περιέχει νικοτίνη, αμωνία, μονοξειδίο του άνθρακα, αρσενικό, κυάνιο και άλλα βαρέα μέταλλα. Περίπου 40 χημικά στοιχεία του καπνού είναι καρκινογόνα. Το κάπνισμα αποτελεί τη συνηθέστερη αιτία καρκίνου του πνεύμονα στις ΗΠΑ. Ο καπνός δεν έχει καμία ιατρική χρήση και προκαλεί ένα μεγάλο αριθμό παρενεργειών όπως: ημικρανίες, ζάλη, ναυτία, εμετό, διάρροια, αυξημένη αρτηριακή πίεση και αναπνευστικά προβλήματα. Μακροχρόνιες παρενέργειες του καπνίσματος, μεταξύ άλλων, είναι : χρόνια βρογχίτιδα, πνευμονία, φύσημα, στομαχικό έλκος, καρκίνος στους πνεύμονες, καρκίνος στο στόμα, καρκίνος στη γλώσσα, καρκίνος στον οισοφάγο, φράξιμο αρτηριών, καρδιοπάθειες. Το παθητικό κάπνισμα είναι πολύ επικίνδυνο, κυρίως για τα μικρά παιδιά, και μπορεί να προκαλέσει στον παθητικό καπνιστή τις παραπάνω παρενέργειες. Έρευνητές ισχυρίζονται πως το κάπνισμα ενός και μόνο τσιγάρου αφαιρεί περίπου 5 λεπτά από τη ζωή του καπνιστή. Η χρήση καπνού μπορεί γρήγορα και άμεσα να οδηγήσει τον άνθρωπο σε σωματική και ψυχολογική εξάρτηση. Οι νέοι καπνιστές συνήθως αντιμετωπίζουν ναυτία και πονοκεφάλους, αλλά γρήγορα αναπτύσσουν ανοχή στον καπνό και τα συμπτώματα αυτά εξαφανίζονται. Καπνιστές που σταματούν το κάπνισμα παρουσιάζουν νευρικότητα, πονοκεφάλους, αυπνίες, βουλιμία και δυσκολία στη

συγκέντρωση. Τα συμπτώματα αυτά είναι δύσκολο να αντιμετωπιστούν από χρόνιους καπνιστές και συνήθως οδηγούνται ξανά στο κάπνισμα. Σε αυτό συμβάλει το γεγονός ότι είναι νόμιμο, φτηνό και πολύ εύκολο να αγοραστεί.

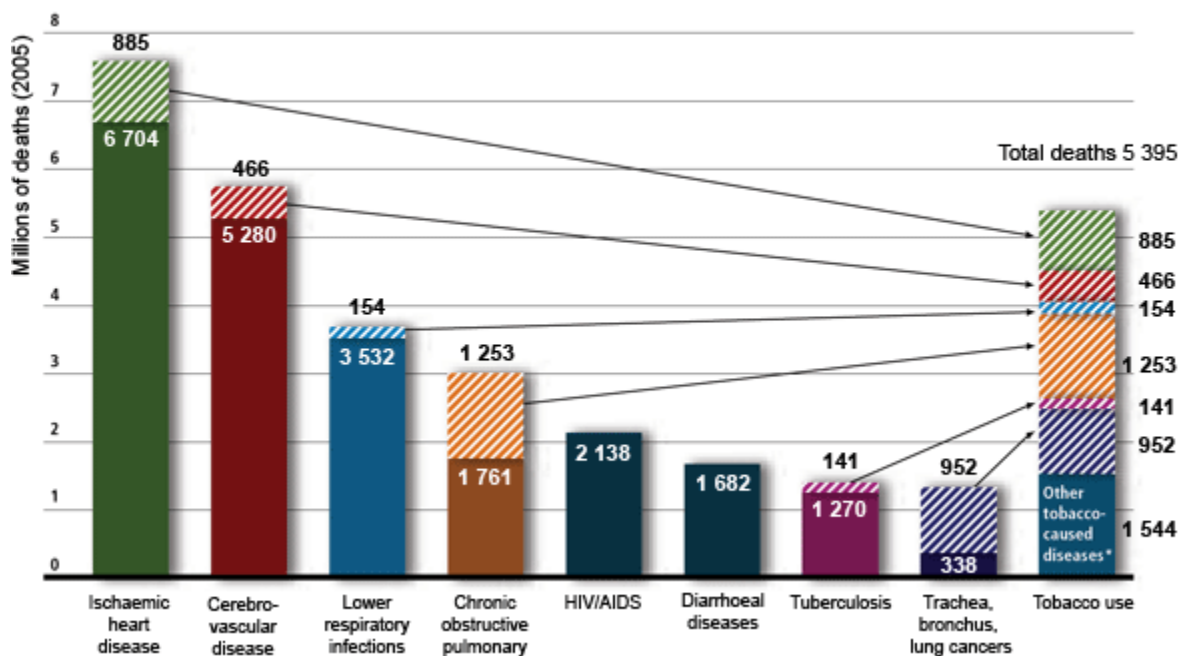
Figure 1. Smoking prevalence among disadvantaged groups



Source: multiple sources used. Refer to the reference corresponding to the the number indicated in the parentheses.

Διάγραμμα 7 Ποσοστό καπνιζόντων σε μη προνομιούχες ομάδες(cancercouncil. com. au)

TOBACCO USE IS A RISK FACTOR FOR SIX OF THE EIGHT LEADING CAUSES OF DEATH IN THE WORLD



Διάγραμμα 8 Θανατηφόρες παθήσεις που προκαλεί το κάπνισμα(who. int)

Δείκτης και δεδομένα για το κάπνισμα⁵

Όνομα Δείκτη:	Τρέχωντες καπνιστές οποιουδήποτε είδους καπνού(Κανονικοποιημένη ηλικία).
Τύπος αναπαράστασης δεδομένων	Ποσοστό επί τοις εκατό (%)
Ορισμός-Λογική	Το ποσοστό υπολογίζεται για τρέχωντες καπνιστές οποιουδήποτε είδους γραπτού, με κανικοποιημένη ηλικία ανθρώπων που έχουν συμπληρώσει το 15ο γενέθλιο έτος. Στην έρευνα περιλαμβάνονται όλοι οι γνωστοί τρόποι καπνίσματος όπως τσιγάρα, πούρα, πίπες και τσιμπούκια. Οι καπνιστές που υπολογίστηκαν καπνίζουν είτε σε καθημερινή βάση είτε περιστασιακά. Το ποσοστό της μέτρησης εξήχθη από αναλύσεις δημοσκοπήσεων (ακόμα και ερωτηματολογίων που περιήχαν ερωτήσεις για το κάπνισμα).

Παρουσίαση δεδομένων-παρατηρήσεις

- Τα δεδομένα από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας αναφερόντουσαν χωριστά σε άντρες και γυναίκες. Για τα δεδομένα που χρησιμοποιήθηκαν υπολογίστηκε το συνολικό ποσοστό καπνιστών εξάγωντας το μέσο όρο καπνιστών αντρών και γυναικών.
- Λόγω έλλειψης δεδομένων χρησιμοποιήθηκε η στατιστική μέθοδος πρόβλεψης Naive για την συμπλήρωση ποσοστών για τα έτη που δε υπήρχαν δεδομένα. Για το συγκεκριμένο δείκτη υπήρχαν διαθέσιμα δεδομένα για τις χρονιές 2000, 2005, 2010 και 2012.
- Για την Κύπρο υπήρχαν διαθέσιμα δεδομένα μόνο για το 1998 και χρησιμοποιήθηκαν τα δεδομένα αυτά για όλα τα έτη (Survey on Tobacco Prevalence in Cyprus, 1998. Reported in Country Profiles on Tobacco Control in the Eastern Mediterranean Region.).

⁵ Πηγή δεδομένων : Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

Κριτική Ανάλυση του ΑΕΠ και Ανάπτυξη Καινοτόμου Υγειοκεντρικού Δείκτη Ευημερίας

Πίνακας 11 Ποσοστό καπνιστών ηλικίας ≥ 15 (% συνολικού πληθυσμού)

Ποσοστό καπνιστών ηλικίας ≥ 15 (% συνολικού πληθυσμού)	Γερμανία	Νορβηγία	Ελλάδα	Πορτογαλία	Κύπρος
2000*	34.4	42.5	52.7	25.9	23.05
2001	34.4	42.5	52.7	25.9	23.05
2002	34.4	42.5	52.7	25.9	23.05
2003	34.4	42.5	52.7	25.9	23.05
2004	34.4	42.5	52.7	25.9	23.05
2005*	32.85	34.05	48.95	24.7	23.05
2006	32.85	34.05	48.95	24.7	23.05
2007	32.85	34.05	48.95	24.7	23.05
2008	32.85	34.05	48.95	24.7	23.05
2009	32.85	34.05	48.95	24.7	23.05
2010*	31.7	27.55	45.4	23.55	23.05
2011	31.7	27.55	45.4	23.55	23.05
2012*	31.15	25.2	44.25	23.2	23.05
2013	31.15	25.2	44.25	23.2	23.05
2014	31.15	25.2	44.25	23.2	23.05

Για να εκφραστούν τα δεδομένα σε ποσοστιαία μονάδα, ώστε να είναι δυνατόν να συνυπολογιστούν στον δείκτη ευημερίας F-Zip, εκφράστηκαν επί του υψηλότερου ποσοστού καπνιστών ηλικίας ≥ 15 , σε παγκόσμια κλίμακα. Πιο συγκεκριμένα:

Πίνακας 12 Υψηλότερο Ποσοστό καπνιστών ηλικίας ≥ 15 παγκοσμίως (% συνολικού πληθυσμού)

Υψηλότερο Ποσοστό καπνιστών ηλικίας ≥ 15 παγκοσμίως (% συνολικού πληθυσμού)	Κιριμπάτι
2000	66.55
2005	61.5
2010	56.5
2012	54.95

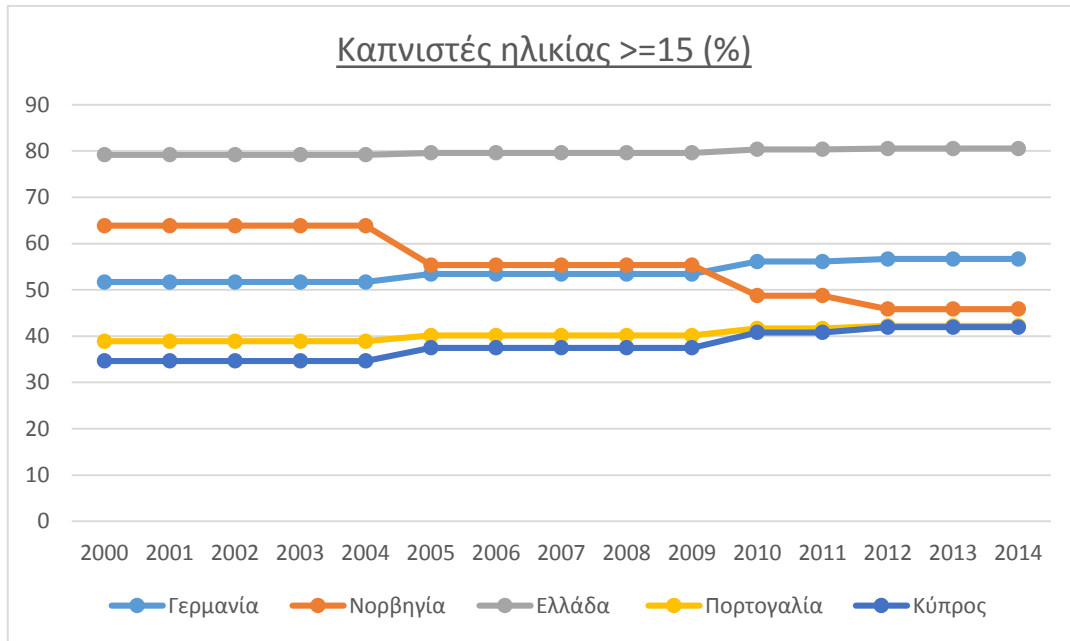
Κριτική Ανάλυση του ΑΕΠ και Ανάπτυξη Καινοτόμου Υγειοκεντρικού Δείκτη Ευημερίας

Πίνακας 13 Ποσοστό καπνιστών ηλικίας ≥ 15 (%)

Ποσοστό καπνιστών ηλικίας ≥ 15 (%)	Γερμανία	Νορβηγία	Ελλάδα	Πορτογαλία	Κύπρος
2000	51.690	63.862	79.189	38.918	34.636
2001	51.690	63.862	79.189	38.918	34.636
2002	51.690	63.862	79.189	38.918	34.636
2003	51.690	63.862	79.189	38.918	34.636
2004	51.690	63.862	79.189	38.918	34.636
2005	53.415	55.366	79.593	40.163	37.480
2006	53.415	55.366	79.593	40.163	37.480
2007	53.415	55.366	79.593	40.163	37.480
2008	53.415	55.366	79.593	40.163	37.480
2009	53.415	55.366	79.593	40.163	37.480
2010	56.106	48.761	80.354	41.681	40.796
2011	56.106	48.761	80.354	41.681	40.796
2012	56.688	45.860	80.528	42.220	41.947
2013	56.688	45.860	80.528	42.220	41.947
2014	56.688	45.860	80.528	42.220	41.947

*με πράσινο οι χρονιές για τις οποίες υπήρχαν διαθέσιμα δεδομένα για όλες τις χώρες εκτός της Κύπρου.

Γραφική αναπαράσταση ποσοστού καπνιστών ηλικίας ≥ 15 (%)



Διάγραμμα 7 Ποσοστό καπνιστών ηλικίας ≥ 15 (%)

Ναρκωτικά

Τα ναρκωτικά είναι καλά για να ξεφεύγεις από την πραγματικότητα, ενώ η πραγματικότητα είναι τόσο πλούσια, ώστε δεν αξίζει να ξεφεύγεις από αυτήν.

Τσάρλυ Τσάπλιν, 1889-1977, Βρετανός ηθοποιός

Θεωρητικό υπόβαθρο-επίδραση στην ευημερία

Ναρκωτικά

Ο όρος νάρκωση χρησιμοποιήθηκε αρχικά από τον Ιπποκράτη για τη διαδικασία ή την κατάσταση της έλλειψης αισθήσεων. Ναρκωτικό είναι η χημική ουσία που επηρεάζει το τρόπο που λειτουργεί το ανθρώπινο σώμα και τα ζωτικά όργανα. Τύποι ναρκωτικών θεωρούνται τα συνταγογραφημένα φάρμακα, ψυχαγωγικά ναρκωτικά και παράνομα ναρκωτικά. Τα ναρκωτικά μπορούν να κατηγοριοποιηθούν με τρεις τρόπους: βάση των χημικών συστατικών, βάση της ασθένειας που θεραπεύουν ή βάση των επιπτώσεων που έχουν στο ανθρώπινο σώμα, που μπορεί να είναι είτε θετικές είτε αρνητικές. Τα ναρκωτικά μπορούν να ληφθούν με διάφορους τρόπους: χάπια, κάψουλες, δισκία, υγρή μορφή, μέσω ενδοφλέβιων ενέσεων είτε μέσω του καπνίσματος. Η υπερβολική κατανάλωση οποιασδήποτε ναρκωτικής ουσίας έχει αρνητικές επιπτώσεις στον ανθρώπινο οργανισμό. Πολλά ναρκωτικά, όπως η μαριχουάνα και η πενικιλίνη, προέρχονται από φυτά, ζώα, μούχλα και άλλες ουσίες. Συνθετικά ναρκωτικά, όπως το LSD, κατασκευάζονται σε εργαστήρια. Μερικά ναρκωτικά περιέχουν συνδυασμό φυτικών και χημικών συστατικών, όπως τα οπιούχα και η νικοτίνη. Τα ναρκωτικά δρουν επηρεάζοντας τα ανθρώπινα κύτταρα. Μερικά προσκολλούνται στους αισθητήρες του νευρικού συστήματος και άλλα αλλάζουν τη χημική δραστηριότητα μέσα στα κύτταρα.

Κατάχρηση ναρκωτικών

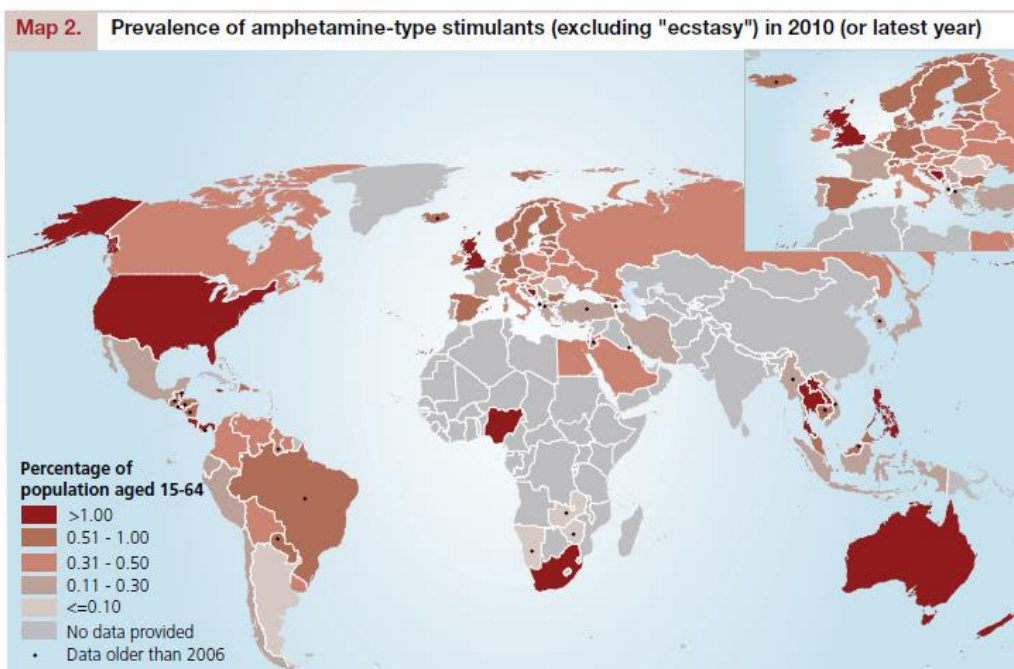
Κατάχρηση ναρκωτικών είναι η χρήση ναρκωτικών (παράνομων και νόμιμων) για διαφορετικό σκοπό από αυτόν που προορίζονται. Ο όρος γενικά αναφέρεται σε μια πράξη ανάρμοστη ή δυσλειτουργική από τη κοινωνία και δεν προϋποθέτει την εξάρτηση από ναρκωτικά. Η κατάχρηση ναρκωτικών σχετίζεται μεταξύ άλλων με τη χρήση ναρκωτικών για ανακούφιση προσωπικών προβλημάτων, την επίτευξη μεταβολής ψυχικής ή σωματικής κατάστασης και τη κατ'εξακολούθηση χρήση που οδηγεί σε σωματική ή ψυχολογική εξάρτηση. Η κατάχρηση ναρκωτικών συναντάται σε όλες τις κοινωνικές τάξεις και δεν παρατηρείται μόνο σε αστικές περιοχές. Επίσης δεν αφορά μόνο τα παράνομα ναρκωτικά, καθώς φαινόμενα κατάχρησης παρατηρούνται και σε συνταγογραφημένα φάρμακα. Μερικά από τα ναρκωτικά που παρατηρείται κατάχρηση είναι τα εξής: αντικαταθλιπτικά, αναβολικά στεροειδή, οπιούχα, μαριχουάνα, LSD και

άλλα. Η κατάχρηση ναρκωτικών οδηγεί σε σωματικά, νοητικά, ψυχολογικά, κοινωνικά και οικογενειακά προβλήματα. Μερικές από τις ενδείξεις κατάχρησης ναρκωτικών ουσιών είναι: η κατάθλιψη, το παθολογικό άγχος, η ομιλιτικότητα, ο λήθαργος, η ανάπτυξη επιθετικής συμπεριφοράς, οι ξαφνικές αλλαγές στην συμπεριφορά, η χαμηλή επίδοση σε ακαδημαϊκό και εργασιακό επίπεδο, η αυπνία.

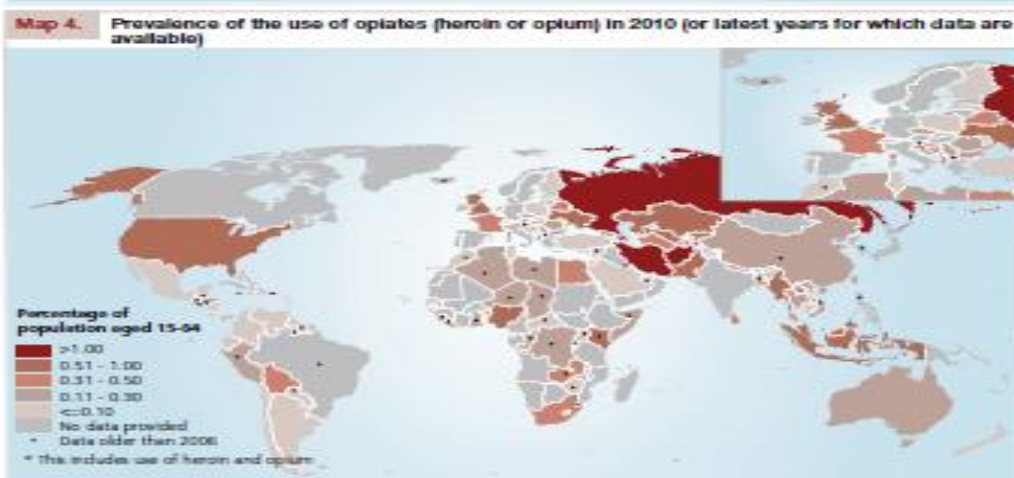
Η χρήση ναρκωτικών σε παγκόσμιο επίπεδο

Παγκοσμίως υπολογίζεται πως το 2010 περίπου 153 ως 300 εκατομμύρια άνθρωποι ηλικίας 15-64 (3.4-6.6% του παγκοσμίου πληθυσμού σε αυτή την ηλικία) κάνανε χρήση παράνομων ουσιών τουλάχιστον μία φορά. Παρότι ο αριθμός των χρηστών έχει μείνει σταθερός, τα 16-38 εκατομμύρια εξαρτημένων από ουσίες ανθρώπων συνεχίζουν να ανησυχούν την παγκόσμια κοινότητα. Επίσης υπολογίζεται πως το 2010 100-253 χιλιάδες θάνατοι προκλήθηκαν παγκοσμίως από χρήση ναρκωτικών (0.5%-1.3% επί των συνολικών θανάτων για τις ηλικίες 15-64). Ακόμα, υπολογίζεται πως το 2008 16 εκατομμύρια χρήστες κάνανε χρήση ναρκωτικών με σύριγγες και το 18, 9% εξ αυτών είχαν HIV. Ακόμα το 46.7% των χρηστών που κάνανε χρήση ναρκωτικών με σύριγγες ήταν θετικοί στην υπατίτιδα C και το 24% στην υπατίτιδα B (United Nations, 2010).

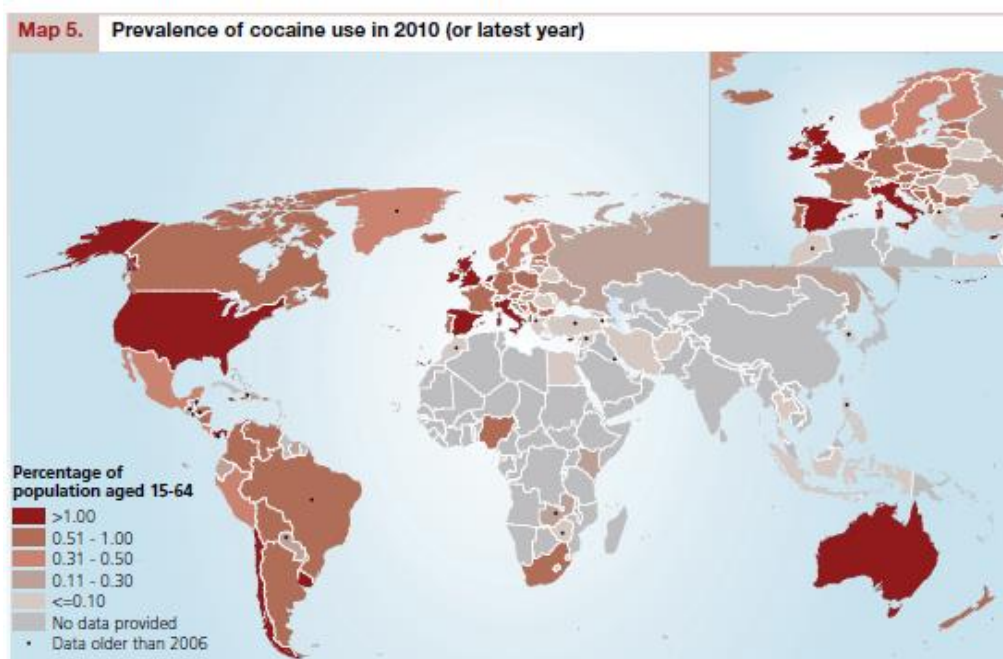
Για το 2010 υπολογίζεται πως το 5% των ενηλίκων παγκοσμίως έκανε χρήση μαριχουάνας, γεγονός που καθιστά την κάνναβη το δημοφιλέστερο ναρκωτικό. Οι αμφιταμίνες αποτελούν τη δεύτερη σε κατανάλωση ναρκωτική ουσία με 0.3%-1.3% να κάνουν χρήση. Τα τελευταία χρόνια γίνονται αναφορές για αύξηση επιληπτικών επεισοδίων που οφείλονται στην μεθαμφεταμίνη στην νοτιοδυτική και κεντρική Ασία καθώς και στις χώρες τους Καυκάσου. Όσο αφορά τα οπιούχα το 0.6%-0.8% των χρηστών για τις ηλικίες 15-64 κάνει χρήση εκ των οποίων οι μισοί κάνουν χρήση ηρωίνης. Οι ειδικοί αναφέρουν πως ο αριθμός των χρηστών αυξάνεται στην Ασία και την Αφρική και παραμένει σταθερό ή μειώνεται στην Ευρώπη. Όσο αφορά την κοκαΐνη οι περισσότεροι χρήστες είναι κάτοικοι της Βόρειας Αμερικής (5 εκατομμύρια) της Δυτικής και Κεντρικής Ευρώπης (4.2 εκατομμύρια) καθώς και της Ωκεανίας και αποτελούν το 25% των χρηστών παγκοσμίως. Επίσης δεν υπάρχουν αρκετά δεδομένα για τη χρήση κοκαΐνης στην Αφρική και χώρες της Ασίας, παρόλαυτα υπάρχουν ενδείξεις πως τα ποσοστά χρήση αυξάνονται (UNODC, 2010).



Χάρτης 4 Παγκόσμια κατανάλωση αμφεταμινών ανά χώρα(UNODC)



Χάρτης 5 Παγκόσμια κατανάλωση οπιούχων και ηρωίνης ανά χώρα(UNODC)



Χάρτης 6 Παγκόσμια κατανάλωση κοκαΐνης ανά χώρα(UNODC)

Συνέπειες στην υγεία από τη χρήση ναρκωτικών ουσιών

Σωματική εξάρτηση : Όταν το ναρκωτικό ή μια από τις ουσίες του έχουν γίνει απαραίτητες ώστε το ανθρώπινο σώμα να συνεχίσει να λειτουργεί. Αυτό σημαίνει πως με τη διακοπή χορήγησης του ναρκωτικού υπάρχουν σωματικά συμπτώματα, συνήθως πολύ δυσάρεστα για τον εξαρτημένο άνθρωπο. Πρέπει επίσης να σημειωθεί πως επιπρόσθετα στα σωματικά συμπτώματα, προκύπτουν και ψυχολογικά μέσω των οποίων εκδηλώνονται τα συμπτώματα διακοπής της χορήγησης της ουσίας στον εγκέφαλο.

Ψυχολογική εξάρτηση : Περιλαμβάνει μόνο ψυχολογικά χαρακτηριστικά χωρίς σωματικά συμπτώματα κατά τη διακοπή χορήγησης. Οι συναισθηματικές αλλαγές που προκύπτουν ποικίλουν και μπορεί να είναι από ήπια αμηχανία μέχρι επιμονή για τη χρήση του ναρκωτικού. Η ψυχολογική εξάρτηση μπορεί να οδηγήσει σε αλλαγές στη συμπεριφορά και στις συνήθειες της καθημερινότητας του εξαρτημένου ανθρώπου και πλέον η ζωή του περιστρέφεται γύρω από τα ναρκωτικά. Σε αυτή τη περίπτωση ο άνθρωπος συνήθως ζει σε μια υποκουλτούρα που απαρτίζεται κι από άλλους χρήστες ναρκωτικών ουσιών, οι οποίοι ζουν υπό τους δικούς τους άγραφους νόμους και έχουν διαφορετικές συμπεριφορές από το κοινωνικό σύνολο (Alan Cornwell, 1987).

Εθισμός

Ο εθισμός, κυρίως στα ναρκωτικά και το αλκοόλ, επιδεινώνουν τη προσωπική ευημερία του εξαρτημένου ανθρώπου. Αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία περιλαμβάνουν καρδιαγγειακά νοσήματα, παθήσεις στα νεφρά, στο συκώτι, στους πνεύμονες, διαταραχές στο νευρικό σύστημα

ακόμα και το θάνατο. Ο εθισμός μπορεί επίσης να επηρεάσει την ικανότητα στη δουλειά, στο σχολείο, στο πανεπιστήμιο, στις διαπροσωπικές επαφές με συγγενείς και φίλους καθώς και στη διεκπεραίωση καθημερινών δραστηριοτήτων. Οι εκδηλώσεις των εθισμών ποικίλουν και δεν έχει ξεκαθαριστεί επιστημονικά που οφείλεται αυτή η διαφοροποίηση και πως αναπτύσσονται οι ίδιοι οι εθισμοί, μπορούν όμως να προκληθούν όμως από ένα μεγάλο αριθμό παραγόντων όπως κοινωνική πίεση, προσωπικότητα και η διαθεσιμότητα της ναρκωτικής ουσίας. Επίσης οι χημικές ουσίες στον εγκέφαλο έχουν διαφορετικές επιπτώσεις από άνθρωπο σε άνθρωπο (Carson-DeWitt, 2001).

Μεταδοτικές ασθένειες και ναρκωτικά σε ενέσιμη μορφή

Οι χρήστες ναρκωτικών που κάνουν χρήση ναρκωτικών με ενέσιμα μέσα διατρέχουν σοβαρό κίνδυνο να μολυνθούν από ιούς όπως ο HIV, ηπατίτιδα Β και C μέσω της κοινής χρήσης μολυσμένων βελόνων και συρρίγγων. Το γεγονός αυτό προκαλεί μεγάλη ανησυχία για τη δημόσια υγεία, καθώς ορισμένες φορές οδηγεί στο θάνατο και προκαλεί σημαντικά κόστη στις υπηρεσίες υγείας. Η περιοχή με το μεγαλύτερο ποσοστών οροθετικών που κάνει χρήση ενέσιμων ναρκωτικών είναι η Λατινική Αμερική (29%), ακολουθεί η Δυτική Ευρώπη (27%) και η Νοτιοανατολική Ασία (17%), σύμφωνα με τον Οργανισμό Ηνωμένων Εθνών.

Θάνατοι που σχετίζονται με τη χρήση ναρκωτικών

Η χρήση παράνομων ναρκωτικών έχει τις περισσότερες φορές σαν αποτέλεσμα τον πρόωρο θάνατο και αποτελεί τη χειρότερη έκβαση που μπορεί να προκληθεί από τη χρήση ναρκωτικών. Οι ορισμοί και οι μέθοδοι που χρησιμοποιούνται για την μέτρηση των θανάτων που σχετίζονται με τα ναρκωτικά διαφέρουν από χώρα σε χώρα, αλλά σχεδόν σε όλες περιλαμβάνουν τα εξής: ακούσια υπερβολική δόση, αυτοκτονία, HIV/AIDS, καθώς και τραυματισμοί που κύρια αιτία είναι τα ναρκωτικά (τροχαία ατυχήματα υπό την επήρεια ναρκωτικών ουσιών).

Οι θάνατοι που σχετίζονται με τη χρήση ναρκωτικών αποτελούν το 0.5%-1.3% των συνολικών θανάτων για τις ηλικίες 15-64, αλλά διαφέρουν αισθητά από χώρα σε χώρα. Υπολογίζεται πως στην Βόρεια Αμερική και στην Ωκεανία 1 στους 20 θανάτους σε ηλικία 15-64 οφείλεται στα ναρκωτικά. Στην Ασία αποτελούν 1 στους 100 θανάτους, στην Ευρώπη 1 στους 110, στην Αφρική 1 στους 150 και στην Νότια Αφρική 1 στους 200 θανάτους. Ο αριθμός είναι αυξημένος στην Βόρεια Αμερική και στην Ωκεανία όχι τόσο γιατί σε αυτές τις περιοχές υπάρχουν αρκετοί άνθρωποι εθισμένοι στα ναρκωτικά αλλά επειδή υπάρχει καλύτερη επίβλεψη του θέματος και ακριβής αναφορά των θανάτων που σχετίζονται με τα ναρκωτικά. Σε αντίθεση στην Ασία και την Αφρική, δεν υπάρχει η δυνατότητα εκτενούς παρακολούθησης του πλήθους των χρηστών και σπάνια οι θάνατοι που οφείλονται στα ναρκωτικά καταγράφονται.

Εγκληματικότητα που σχετίζεται με τη χρήση ναρκωτικών

Η εγκληματικότητα σχετίζεται με τα ναρκωτικά με πολλούς τρόπους. Για συγκεκριμένα ναρκωτικά, όπως η μαριχουάνα, κοκαΐνη, αμφεταμίνη, ηρωίνη και LSD, η παραγωγή, διανομή, αγορά και κατοχή είναι παράνομη και διώκεται στις περισσότερες χώρες παγκοσμίως. Αθλητές αρκετά συχνά βρίσκονται αντιμέτωποι με τον νόμο για χρήση παράνομων ναρκωτικών σκευασμάτων, όπως αναβολικά στεροειδή. Η διανομή και εμπορία ναρκωτικών είναι επίσης παράνομες δραστηριότητες και είναι η αιτία για την αύξηση μορφών βίας και εγκληματικών ενεργειών. Επίσης, άνθρωποι που δεν χρησιμοποιούν ή έχουν στη κατοχή τους ναρκωτικά αλλά διατηρούν επαφές και κοινωνικές σχέσεις με ανθρώπους που χρησιμοποιούν ή έχουν, ενδέχεται να αντιμετωπίσουν ποινικές ευθύνες. Η χρήση ναρκωτικών ουσιών οδηγεί τον χρήστη στην εγκληματικότητα. Αυτό συμβαίνει γιατί η χρήση ναρκωτικών τους κάνει εγωκεντρικούς, ειδικά όταν βρίσκονται σε απεπλισία ψάχνοντας τη δόση τους. Μερικοί άνθρωποι διαπράττουν εγκλήματα στην προσπάθειά τους να βρουν λεφτά για την αγορά της ναρκωτικής ουσίας που είναι εθισμένοι. Τέτοιου είδους εγκλήματα είναι : ξυλοδαρμοί, ληστείες, σύσταση και συμμετοχή και εγκληματικές οργανώσεις, δολοφονίες. Στατικές έρευνες έχουν δείξει πως άνθρωποι υπό την επήρεια συγκεκριμένων ναρκωτικών, όπως μεθαμφεταμίνη, κοκαΐνη, είναι αρκετά πιθανό να εμπλακούν σε εγκληματικές ενέργειες. Ενδοοικογενειακή βία, σεξουαλική παρενόχληση, συμμετοχή σε καυγάδες είναι μερικές από τις εγκληματικές ενέργειες που σχετίζονται με τα ναρκωτικά. Η καταδίκη για ναρκωτικά συνήθως συνοδεύεται και από άλλα εγκλήματα όπως : οπλοκατοχή, φόνους, σεξουαλική βία, εμπορία λευκής σαρκός, πορνεία, καταστροφή και φθορά ιδιωτικών περιουσιών (Carson-DeWitt, 2001).

Ανάγκη για περίθαλψη

Υπολογίζεται πως το 20% των εθισμένων χρηστών παγκοσμίως το 2010 ήταν σε κάποιο πρόγραμμα απεξάρτισης ή λάμβανε κάποιου είδους θεραπεία. Η χρήστες ηρωίνης συνεχίζουν να αποτελούν το μεγαλύτερο ποσοστό που χρίζουν απεξάρτησης ή ιατρικής βοήθειας τόσο στην Ασία όσο και στην Ευρώπη. Επίσης συμβαίνει το ίδιο, αλλά σε μικρότερο βαθμό, στην Αφρική τη Βόρεια Αμερική και την Ωκεανία. Μόνο στις χώρες τις Νοτίου Αμερικής είναι αμελητέα, καθώς μόνο το 1% των χρηστών που χρίζουν ιατρικής περίθαλψης είναι ηρωινομανείς.

Για την κάνναβη, που είναι το ναρκωτικό που χρησιμοποιείται κατά κόρον παγκοσμίως, και θεωρείται το λιγότερο επιβλαβές από τα παράνομα ναρκωτικά, υπάρχει ανάγκη για ιατρική αντιμετώπιση του εθισμού στην Αφρική, τη Βόρεια Αμερική, την Ευρώπη και την Ωκεανία.

Όσο αφορά την κοκαΐνη, οι μισοί χρήστες ναρκωτικών που χρίζουν απεξάρτησης, κάνουν χρήση κοκαΐνης. Για το ίδιο ναρκωτικό, στην Ασία, την Ανατολική Ευρώπη και την Ωκεανία αποτελεί το 1% των χρηστών.

Δείκτης και δεδομένα για ναρκωτικές ουσίες⁶

⁶ Πηγή Δεδομένων : Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών

Όνομα δείκτη	Αθροιστικός ποσοστιαίος δείκτης χρηστών ναρκωτικών ουσιών (%).
Όρισμός-Περιγραφή	Αθροιστικός δείκτης χρηστών ναρκωτικών που κατασκευάστηκε προσθέτωντας τα ποσοστιαία δεδομένα χρηστών για κάθε διαθέσιμη ουσία από τον Οργανισμό Ηνωμένων Εθνών.

Παρουσίαση Δεδομένων-παρατηρήσεις

Για την εξαγωγή του συγκεκριμένου δείκτη χρησιμοποιήθηκαν δεδομένα και στοιχεία για αμφεταμίνες, κοκαΐνη, έκσταση, κάνναβη και οπιούχα. Για κάθε χώρα και για κάθε ουσία αν υπήρχαν δεδομένα για ένα έτος έγινε η παραδοχή πως οι χρήστες κάθε ουσίας παρέμεναν σταθεροί στη πάροδο των ετών. Αν υπήρχαν δεδομένα για περισσότερα έτη εξήχθη ο μέσος όρος των χρηστών (οι προσαυξήσεις ήταν μηδαμινές). Για το τελικό αποτέλεσμα αθροίστηκαν οι χρήστες όλων των ουσιών.

Αμφεταμίνες

Πίνακας 14 Χρήστες Αμφεταμινών (% του συνολικού πληθυσμού)

Αμφεταμίνες	Ποσοστό χρηστών(%)	Έτος έρευνα	Ηλικιακή ομάδα
Γερμανία	0. 7	2012	18-64
Νορβηγία	0. 6	2013	16-64
Ελλάδα	0. 2	2004	15-64
Πορτογαλία	0. 05	2012	15-64
Κύπρος	0. 3	2012	15-64

Πηγή δεδομένων: ARQ (Annual Reports Questionnaire)

Μέθοδος: HHS (Household survey)

Κάναβη

Πίνακας 15 Χρήστες Κάναβης (% του συνολικού πληθυσμού)

Κάναβη	Ποσοστό χρηστών(%)	Έτος έρευνας	Ηλικιακή ομάδα
Γερμανία	4. 5	2012	18-64
Νορβηγία	5.1	2013	16-64
Ελλάδα	1.7	2004	15-64
Πορτογαλία	2.7	2012	15-64
Κύπρος	2.2	2012	15-64

Πηγή δεδομένων: ARQ (Annual Reports Questionnaire)

Μέθοδος: HHS (Household survey)

Έκσταση

Πίνακας 16 Χρήστες Έκσταση (% του συνολικού πληθυσμού)

Έκσταση	Ποσοστό χρηστών(%)	Έτος έρευνας	Ηλικιακή ομάδα
Γερμανία	0.4	2012	18-64
Νορβηγία	0.4	2013	16-64
Ελλάδα	0.2	2004	15-64
Πορτογαλία	0.3	2012	15-64
Κύπρος	0.3	2012	15-64

Πηγή δεδομένων: ARQ (Annual Reports Questionnaire)

Μέθοδος: HHS (Household survey)

Κοκαΐνη

Πίνακας 17 Χρήστες Κοκαΐνης (% του συνολικού πληθυσμού)

Κοκαΐνη	Ποσοστό χρηστών(%)	Έτος έρευνας	Ηλικιακή ομάδα
Γερμανία	0.8	2012	18-64
Νορβηγία	0.9	2013	16-64
Ελλάδα	0.1	2004	15-64
Πορτογαλία	0.6	2007	15-64
Κύπρος	0.3	2012	15-64

Πηγή δεδομένων: ARQ (Annual Reports Questionnaire)

Μέθοδος: HHS (Household survey)

Οπιούχα

Πίνακας 18 Χρήστες Οπιούχων (% του συνολικού πληθυσμού)

Οπιούχα	Ποσοστό χρηστών(%)	Έτος έρευνας	Ηλικιακή ομάδα
Γερμανία	0.4	2012	18-64
Νορβηγία	0.3	2008	15-64
Ελλάδα	0.29	2012	15-64
Πορτογαλία	0.29	2012	15-64
Κύπρος	0.12	2012	15-64

Πηγή δεδομένων: ARQ (Annual Reports Questionnaire) [Γερμανία, Πορτογαλία]
EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs Addiction)
[Νορβηγία, Ελλάδα, Κύπρος]

Μέθοδος: HHS (Household survey) [Γερμανία]
I (Indirect estimates) [Νορβηγία, Ελλάδα, Πορτογαλία, Κύπρος]

Αθροιστικά

Πίνακας 19 Αθροιστικός ποσοστιαίος δείκτης χρηστών ναρκωτικών ουσιών (% συνολικού πληθυσμού)

Αθροιστικός ποσοστιαίος δείκτης χρηστών ναρκωτικών ουσιών.(%)	Γερμανία	Ελλάδα	Κύπρος	Νορβηγία	Πορτογαλία
2000	5.3	2.47	4.66	7.4	5.08
2001	5.3	2.47	4.66	7.4	5.08
2002	5.3	2.47	4.66	7.4	5.08
2003	5.3	2.47	4.66	7.4	5.08
2004	5.3	2.47	4.66	7.4	5.08
2005	5.3	2.47	4.66	7.4	5.08
2006	5.3	2.47	4.66	7.4	5.08
2007	5.3	2.47	4.66	7.4	5.08
2008	5.3	2.47	4.66	7.4	5.08
2009	5.3	2.47	4.66	7.4	5.08
2010	5.3	2.47	4.66	7.4	5.08
2011	5.3	2.47	4.66	7.4	5.08
2012	5.3	2.47	4.66	7.4	5.08
2013	5.3	2.47	4.66	7.4	5.08
2014	5.3	2.47	4.66	7.4	5.08

Για να εκφραστούν τα δεδομένα σε ποσοστιαία μονάδα, ώστε να είναι δυνατόν να συνυπολογιστούν στον δείκτη ευημερίας F-Zip, εκφράστηκαν επί της χώρας με το μεγαλύτερο ποσοστό χρηστών ναρκωτικών ουσιών, σε παγκόσμια κλίμακα. Πιο συγκεκριμένα:

Κριτική Ανάλυση του ΑΕΠ και Ανάπτυξη Καινοτόμου Υγειοκεντρικού Δείκτη Ευημερίας

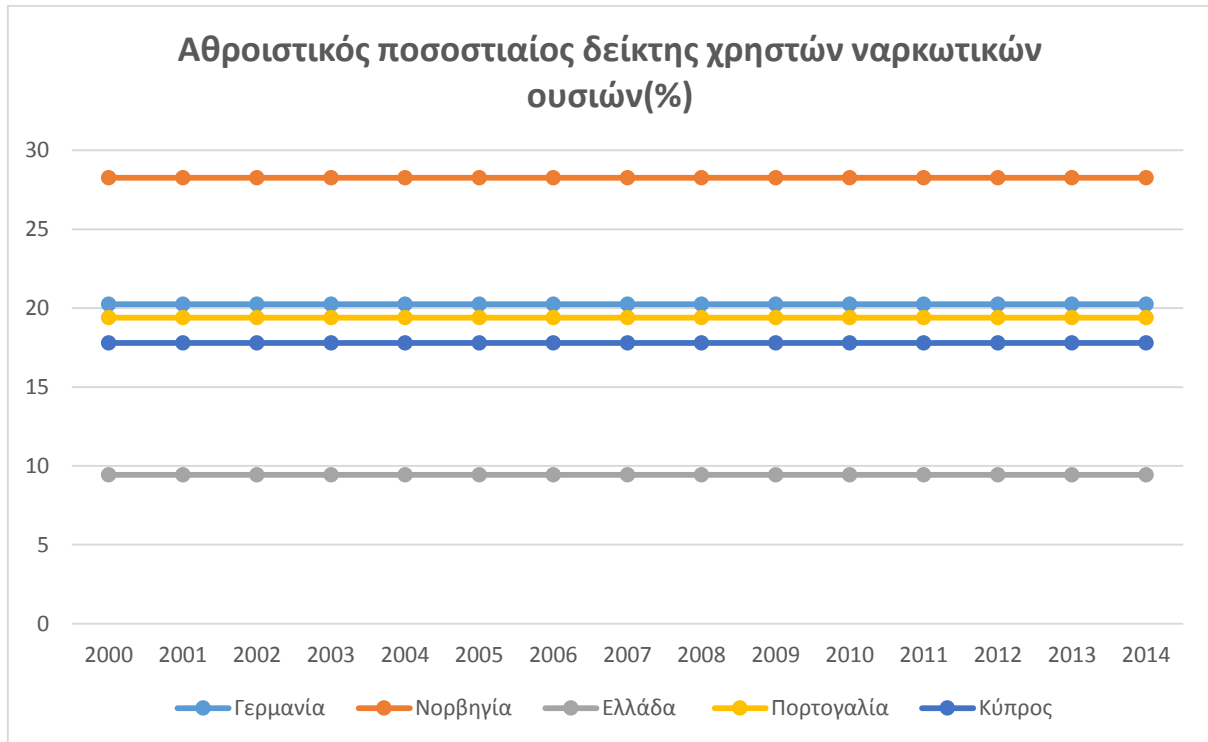
Πίνακας 20 Αθροιστικός ποσοστιαίος δείκτης χρηστών ναρκωτικών ουσιών για τη χώρα με τους περισσότερους χρήστες (% συνολικού πληθυσμού)

Αθροιστικός ποσοστιαίος δείκτης χρηστών ναρκωτικών ουσιών. (% συνολικού πληθυσμού)	ΗΠΑ
Αμφεταμίνες (%)	1.9
Κάνναβη (%)	15.4
Έκσταση (%)	1.2
Κοκαΐνη (%)	2.3
Οπιούχα (%)	5.39
Αθροιστικά (%)	26.19

Πίνακας 21 Αθροιστικός ποσοστιαίος δείκτης χρηστών ναρκωτικών ουσιών (%).

Αθροιστικός ποσοστιαίος δείκτης χρηστών ναρκωτικών ουσιών(%)	Γερμανία	Νορβηγία	Ελλάδα	Πορτογαλία	Κύπρος
2000	20.237	28.255	9.431	19.397	17.793
2001	20.237	28.255	9.431	19.397	17.793
2002	20.237	28.255	9.431	19.397	17.793
2003	20.237	28.255	9.431	19.397	17.793
2004	20.237	28.255	9.431	19.397	17.793
2005	20.237	28.255	9.431	19.397	17.793
2006	20.237	28.255	9.431	19.397	17.793
2007	20.237	28.255	9.431	19.397	17.793
2008	20.237	28.255	9.431	19.397	17.793
2009	20.237	28.255	9.431	19.397	17.793
2010	20.237	28.255	9.431	19.397	17.793
2011	20.237	28.255	9.431	19.397	17.793
2012	20.237	28.255	9.431	19.397	17.793
2013	20.237	28.255	9.431	19.397	17.793
2014	20.237	28.255	9.431	19.397	17.793

Γραφική αναπαράσταση δείκτη ναρκωτικών ουσιών



Διάγραμμα 8 Αθροιστικός ποσοστιαίος δείκτης χρηστών ναρκωτικών ουσιών (%)

Αυτοκτονίες

Η αυτοκτονία δεν είναι τίποτε άλλο από το έσχατο παράπονο, το πιο απαίσιο παράπονο για την ύπαρξη.

Όσσο, 1931-1990, Ινδός γκουρού

Θεωρητικό υπόβαθρο-επίδραση στην ευημερία

Η αυτοκτονία είναι αποτέλεσμα μιας σκόπιμης προμελετημένης πράξης και ο άνθρωπος που τη διαπράττει έχει πλήρη επίγνωση της θανατηφόρας κατάληξης. Η αυτοκτονία αποτελεί τεράστιο κοινωνικό πρόβλημα παγκοσμίως. Ανάμεσα στις 53 χώρες που υπάρχουν ολοκληρωμένα και διαθέσιμα στοιχεία, ο δείκτης αυτοκτονιών για το 1996 ήταν 15.1 στους 100 χιλιάδες θανάτους. Ο δείκτης των αντρών ήταν 24 στους 100 χιλιάδες θανάτους ενώ στις γυναίκες ήταν 6.8 στους 100 χιλιάδες θανάτους. Ο δείκτης αυτοκτονιών είναι παγκοσμίως μεγαλύτερος για του άντρες συγκριτικά με τις γυναίκες με συνολική αναλογία 5 προς 1. Τα τελευταία 30 χρόνια, για τις 39 χώρες που υπάρχουν πλήρη διαθέσιμα στοιχεία, την περίοδο 1970-96, ο ρυθμός αυτοκτονιών φαίνεται να παρέμεινε σταθερός, αλλά ο τρέχων συνολικός δείκτης αποκρύπτει σημαντικές διαφορές όσον αφορά το φύλο, την ηλικία και την τοποθεσία. Γεωγραφικά, οι αλλαγές στο δείκτη αυτοκτονιών διαφέρουν αισθητά. Οι τάσεις σε μεγαλουπόλεις παγκοσμίως, δηλαδή με πλυθησμό πάνω από 100 εκατομμύρια κατοίκους, είναι πιθανό να παρέχουν αξιόπιστα δεδομένα για τον αριθμό των αυτοκτονιών. Δεδομένα υπάρχουν για 7 από τις 11 χώρες, με τόσο μεγάλο πλυθησμό, για τα τελευταία 15 χρόνια. Οι τάσεις διαφέρουν, παραδείγματος χάρη παρατηρείται 62% αύξηση στο Μεξικό και 5.3% αύξηση στις ΗΠΑ και 17% μείωση στη Κίνα και 5.3% μείωση στην Ρωσία. Οι κοινωνικές και οικονομικές αλλαγές και ανακατατάξεις είναι ένας παράγοντας που συμβάλλει στην αύξηση των αυτοκτονιών. Παρόλαυτα, αύξηση στις αυτοκτονίες έχουν καταγραφεί και σε άλλες περιπτώσεις, όπως και σε περιόδους οικονομικής σταθερότητας, αλλά και ο δείκτης αυτοκτονιών έχει παραμείνει σταθερός σε περιόδους κοινωνικοοικονομικών ανακατατάξεων. Οι αλλαγές στο δείκτη αυτοκτονιών μπορεί να κρύβει σημαντικές διαφορές ανάμεσα σε σύνολα του πλυθησμού. Για παράδειγμα, μια αύξηση των αριθμού αυτοκτονιών μπορεί να εξαρτάται από την αύξηση του αντρικού πλυθησμού και μείωση του γυναικείου (όπως συνέβη για παράδειγμα σε Αυστραλία, Χιλή, Κίνα Ιαπωνία, Ισπανία). Το ίδιο ενδέχεται να έχει συμβεί αν υπάρξει αύξηση ή μείωση σε κάποιες ηλικιακές ομάδες (όπως συνέβη στην Νέα Ζηλανδία). Επίσης μια αύξηση της ανεργίας συνοδεύεται με μείωση των αυτοκτονιών του πλυθησμού (παράδειγμα η Φιλανδία), αλλά και σε αύξηση του αριθμού στους ηλικιωμένους και τους συνταξιούχους (όπως συνέβη στην Ελβετία). Η κατανάλωση αλκοολούχων ποτών (για παράδειγμα, χώρες της Βαλτικής και η Ρωσία), η εύκολη πρόσβαση σε τοξικές ουσίες (για παράδειγμα Κίνα, Ινδία, Σρι Λάνκα), η εύκολη πρόσβαση σε όπλα (για παράδειγμα, Ελ Σαβαδόρ και ΗΠΑ) σχετίζονται με την αύξηση του αριθμού αυτοκτονιών. Επίσης, διαφορές στον αριθμό αυτοκτονιών παρατηρούνται ανάμεσα σε αστικές και μη αστικές περιοχές (για παράδειγμα, Κίνα και Ιράν).

Οι αυτοκτονίες αποτελούν κυρίαρχη αιτία θανάτου ανάμεσα σε νέους ανθρώπους. Αποτελεί τη δεύτερη αιτία θανάτου για νέους ηλικίας 15-34, πράγμα που σημαίνει για τις κοινωνίες, απώλεια παραγωγικών ανθρώπων. Δεδομένα για τις απόπειρες αυτοκτονίας είναι διαθέσιμα από λίγες χώρες, εικάζεται όμως πως ο αριθμός τους είναι 20 φορές μεγαλύτερος από των αυτοκτονιών. Το 2000 ο αριθμός των αυτοτραυματισμών που οδήγησαν στον θάνατο ανήλθε στις 814 χιλιάδες. Η κυρίαρχη αιτία που οδηγεί στην αυτοκτονία είναι η κατάθλιψη, επίσης και τα ποσοστά αυτοκτονιών είναι υψηλά και στους σχιζοφρενείς. Ακόμα, η αυτοκτονία συχνά σχετίζεται με τη χρήση ναρκωτικών, είτε από τον ίδιο τον αυτόχειρα είτε από κάποιο μέλος της οικογένειας του. Τελευταία σε χώρες της κεντρικής και ανατολικής Ευρώπης μεγάλο ποσοστό αυτοκτονιών οφείλεται στον αλκοολισμό και την κατανάλωση αλκοολούχων ποτών (WHO, 2015).

Κάθε 40 δευτερόλεπτα παγκοσμίως πραγματοποιείται και μια αυτοκτονία. Η αυτοκτονία αποτελεί αναδιαμφισβήτητα την πιο ακραία έκφραση ψυχικής ασθένειας. Ο αριθμός αυτοκτονιών παλιότερα ήταν αυξημένος σε ανθρώπους μεγαλύτερης ηλικίας, αλλά τα τελευταία χρόνια οι νέοι είναι αυτοί που έχουν περισσότερο αυτοκτονικές τάσεις τόσο στις φτωχές όσο και στις πλούσιες χώρες, και κυρίως γυναίκες σε μικρή ηλικία. Για τις γυναίκες μεταξύ 20 και 59 ετών, η αυτοκτονία είναι η 7^η κατά σειρά αιτία θανάτου παγκοσμίως. Στη Κίνα οι αυτοκτονίες είναι η κυρίαρχη αιτία θανάτου ενήλικων γυναικών σε αγροτικές περιοχές και ο αριθμός αυτοκτονιών ξεπερνά κατά πολύ αυτό των αντρών. Οι κυριότεροι λόγοι στους οποίους αποδίδονται οι αυτοκτονίες είναι οικογενειακές αντιπαράθεσεις, ενδοοικογενειακή βία, κοινωνική απομόνωση. Στη Κίνα και σε πολλές περιοχές της Ασίας οι περισσότερες γυναίκες αποπειρούνται να αυτοκτονήσουν καταναλώνοντας εντομοκτόνα (Fleck, 2011).

Πρόληψη αυτοκτονιών

Η αυτοκτονία αποτελεί αναμφισβήτητα ένα σοβαρό δημόσιο πρόβλημα υγείας, μπορεί όμως να προληφθεί. Απαιτείται όμως μια ευρεία πολυπαραγοντική αποτρεπτική στρατηγική κατά των αυτοκτονιών. Οι αυτοκτονίες αποτελούν ένα πολυσύνθετο πρόβλημα και η πρόληψη αυτοκτονιών απαιτεί συντονισμό και συνεργασία πολλών φορέων, όπως: τομέας της υγείας, του εκπαιδευτικού συστήματος, της δικαιοσύνης, της πολιτικής, των μέσων μαζικής ενημέρωσης. Οι προσπάθειες πρέπει να είναι διεξοδικές και να αγγίζουν όλες τις κοινωνικές ομάδες καθώς το πρόβλημα πρέπει να αντιμετωπιστεί σε όλο του το φάσμα ριζικά.

Ποίοι άνθρωποι βρίσκονται σε κίνδυνο

Στις χώρες με υψηλό εισόδημα υπάρχει μεγάλη αλληλοσυσχέτιση των αυτοκτονιών με ψυχικές διαταραχές (πιο συγκεκριμένα, με τη κατάθλιψη και τον αλκοολισμό). Πολλές αυτοκτονίες επίσης επιχειρούνται αυθόρμητα και απρόβλεπτα σε στιγμές κρίσης που ο αυτόχειρας δεν είναι σε θέση να διαχειριστεί το άγχος και την κατάσταση που βιώνει εκείνη τη στιγμή. Τέτοιες καταστάσεις είναι : οικονομικά προβλήματα, διαζύγια ακόμα και χρόνιοι πόνοι και αρρώστιες. Επιπρόσθετα, συρράξεις, καταστροφές, βία, κακομεταχείριση, και αίσθημα απομόνωσης είναι στοιχεία άρρηκτα συνδεδεμένα με αυτοκτονικές τάσεις. Τα ποσοστά των αυτοκτονιών είναι

επίσης υψηλά ανάμεσα σε ευπαθείς ομάδες που βιώνουν διάκριση, όπως πρόσφυγες, φυλακισμένοι και ομοφυλόφιλοι.

Αξιοπιστία δεδομένων

Παγκοσμίως η διαθεσιμότητα και η ποιότητα των δεδομένων όσο αφορά τις αυτοκτονίες είναι περιοσμένες. μόνο 60 χώρες μέλη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας έχουν αξιόπιστο αρχείο ληξιαρχικών πράξεων που να επιτρέπει μια άμεση μέτρηση και προσέγγιση των αυτοκτονιών. Το πρόβλημα αυτό δεν αφορά μόνο τις αυτοκτονίες, αλλά δεδομένο την ευαισθησία του θέματος καθώς και το ότι σε κάποιες χώρες είναι παράνομο και υπάρχει στιγματισμός, είναι αρκετά πιθανό οι συγγενείς αλλά ακόμα και οι αρχές, να δηλώνουν διαφορετικές αιτίες θανάτου. Η εξελιγμένη παρακολούθηση και επισκόπηση των αυτοκτονιών και των αποπειρών κρίνεται απαραίτητη ώστε να είναι εφικτή η δημιουργία επιτυχημένης στρατηγικής για την μείωση του φαινομένου. Οι διακρατικές διαφοποιήσεις στα μοτίβα αυτοκτονιών, οι αλλαγές στη συχνότητα, στα χαρακτηριστικά και στις μεθόδους αυτοχειρίας, εντείνουν την ανάγκη ώστε κάθε κράτος να αναπτύξει και να βελτιώσει την καταγραφή των θανάτων που οφείλονται σε αυτοκτονία. Αυτό περιλαμβάνει σωστές ληξιαρχικές πράξεις, αναφορές θανάτου από τα νοσοκομεία, καθώς και σύσταση κρατικών ή μη υπηρεσιών που να αναλαμβάνουν την καταγραφή μέσω ερευνών.

Δείκτης και δεδομένα για τις αυτοκτονίες⁷

Όνομα δείκτη	Ηλικιακά κανονικοποιημένος δείκτης αυτοκτονιών (ανά 100.000 κατοίκους)
Ορισμός	Αριθμός αυτοκτονιών κατά τη διάρκεια ενός έτους, διαιρεμένος με το πλυθησμό του κράτους και πολλαπλασιασμένο με το 100.000.
Μέθοδος υπολογισμού	Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας υπολόγισε τον αριθμό αυτοκτονιών για το 2012. Οι υπολογισμοί αυτοί πραγματοποιήθηκαν βάση συγκεκριμένων κατηγοριών, ορισμών και μεθόδων ώστε να καθιστούν δυνατές οι διακρατικές συγκρίσεις. Τα δεδομένα ενδέχεται να διαφέρουν από τις επίσης εκτιμήσεις των κρατών. Τα δεδομένα είναι στρογγυλοποιημένα στο κατάλληλο ψηφίο και κανονικοποιημένα στον πλυθησμό κάθε κράτους βάση των διαθέσιμων δεδομένων που έχει διαθέσιμα ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας.

⁷ Πηγή Δεδομένων: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

Παρουσίαση δεδομένων-Παρατηρήσεις

Διαθέσιμα δεδομένα για τις αυτοκτονίες υπάρχουν μόνο για το 2012. Γι' αυτό το λόγο χρησιμοποιήθηκε η στατιστική μέθοδος πρόβλεψης Naïve για την συμπλήρωση του πίνακα

Πίνακας 22 Δείκτης αυτοκτονιών (ανά 100. 000 κατοίκους)

Δείκτης αυτοκτονιών (ανά 100.000 κατοίκους)	Γερμανία	Ελλάδα	Κύπρος	Νορβηγία	Πορτογαλία
2000	9.2	3.8	4.7	9.1	8.2
2001	9.2	3.8	4.7	9.1	8.2
2002	9.2	3.8	4.7	9.1	8.2
2003	9.2	3.8	4.7	9.1	8.2
2004	9.2	3.8	4.7	9.1	8.2
2005	9.2	3.8	4.7	9.1	8.2
2006	9.2	3.8	4.7	9.1	8.2
2007	9.2	3.8	4.7	9.1	8.2
2008	9.2	3.8	4.7	9.1	8.2
2009	9.2	3.8	4.7	9.1	8.2
2010	9.2	3.8	4.7	9.1	8.2
2011	9.2	3.8	4.7	9.1	8.2
2012*	9.2	3.8	4.7	9.1	8.2
2013	9.2	3.8	4.7	9.1	8.2
2014	9.2	3.8	4.7	9.1	8.2

*Με πράσινο χρώμα το έτος για το οποίο υπάρχουν δεδομένα.

Για να εκφραστούν τα δεδομένα σε ποσοστιαία μονάδα, ώστε να είναι δυνατόν να συνυπολογιστούν στον δείκτη ευημερίας F-Zip, εκφράστηκαν επί του υψηλότερου ποσοστού αυτοκτονιών, για το 2012 που υπάρχουν διαθέσιμα δεδομένα, σε παγκόσμια κλίμακα. Πιο συγκεκριμένα:

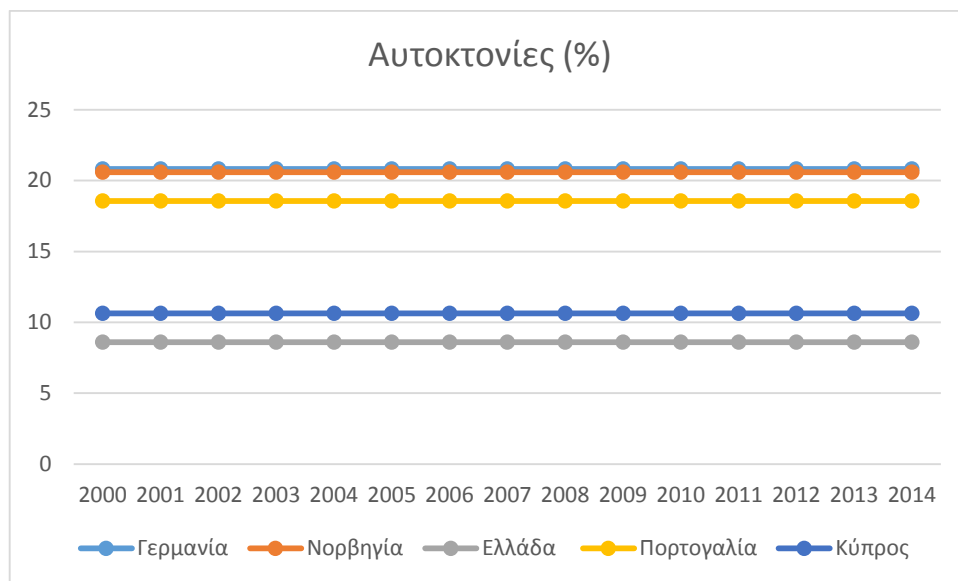
Πίνακας 23 Υψηλότερος δείκτης αυτοκτονιών (ανά 100.000 κατοίκους) παγκοσμίως για το 2012

Υψηλότερος Δείκτης αυτοκτονιών (ανά 100.000 κατοίκους)	Γουιάνα
2012	44.2

Πίνακας 24 Αυτοκτονίες (%)

Αυτοκτονίες (%)	Γερμανία	Νορβηγία	Ελλάδα	Πορτογαλία	Κύπρος
2000	20.814	20.588	8.597	18.552	10.633
2001	20.814	20.588	8.597	18.552	10.633
2002	20.814	20.588	8.597	18.552	10.633
2003	20.814	20.588	8.597	18.552	10.633
2004	20.814	20.588	8.597	18.552	10.633
2005	20.814	20.588	8.597	18.552	10.633
2006	20.814	20.588	8.597	18.552	10.633
2007	20.814	20.588	8.597	18.552	10.633
2008	20.814	20.588	8.597	18.552	10.633
2009	20.814	20.588	8. 597	18.552	10.633
2010	20.814	20.588	8.597	18.552	10.633
2011	20.814	20.588	8.597	18.552	10.633
2012	20.814	20.588	8.597	18.552	10.633
2013	20.814	20.588	8.597	18.552	10.633
2014	20.814	20.588	8.597	18.552	10.633

Γραφική αναπαράσταση δείκτη αυτοκτονιών (%)



Διάγραμμα 9 Δείκτης αυτοκτονιών (%)

Μόλυνση περιβάλλοντος

Η κρίση του περιβάλλοντος είναι ένα παγκόσμιο πρόβλημα και μόνο μια παγκόσμια ενεργοποίηση θα το λύσει.

Barry Commoner, 1917-2012, Αμερικανός πολιτικός & οικολόγος

Θεωρητικό υπόβαθρο-επίδραση στην ευημερία

Τα τελευταία χρόνια γίνεται ολοένα και πιο αντιληπτή η επίδραση του περιβάλλοντος στην ανθρώπινη υγεία καθώς η ανάγκη για την προστασία του. Ο σύγχρονος τρόπος ζωής και η εκβιομηχανοποίηση πολλών περιοχών αποτελούν απειλή για την υγεία δισεκατομμύρια ανθρώπων παγκοσμίως. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO) έχει αναγνωρίσει πως το περιβάλλον και η υγεία είναι άρρηκτα συνδεδεμένες και συνηφασμένες έννοιες (Pruss-Ustun & Corvalan, 2006). Η επίδραση του περιβάλλοντος στην υγεία είναι εξαιρετικά σημαντική, δεδομένου ότι το 2007 ο μισός παγκόσμιος πληθυσμός κατοικούσε σε αστικές περιοχές και προβλέπεται πως μέχρι το 2030 το 60% των ανθρώπων θα ζουν σε μεγαλουπόλεις (WHO, 2010).

Ο συνδυασμός του άγχους και των ανθυγιεινών συνηθειών οδηγεί σε υψηλότερα ποσοστά καρδιακών νοσημάτων, εγκεφαλικών και παχυσαρκίας. Η ψυχολογική πίεση αυξάνεται και οι ψυχικές διαταραχές γίνονται πιο σύνηθεις όταν οι άνθρωποι ζουν σε μολυσμένα περιβάλλοντα. Τοπία που περιέχουν δέντρα, γρασίδι και ανοιχτό ορίζοντα έχει αποδειχτεί πως συμβάλλουν στην μείωση εμφάνισης ψυχικών ασθενειών και του άγχους. Ακόμα, άνθρωποι που ζουν σε περιοχές με πράσινο αναπτύσσουν ισχυρότερους δεσμούς με τους γείτονες τους (Sullivan, 2014).

Τα τελευταία 50 χρόνια, οι ανθρώπινες δραστηριότητες, και κυρίως η καύση ορυκτών καυσίμων, έχουν ως αποτέλεσμα την απελευθέρωση τεράστιων ποσοτήτων διοξειδίου του άνθρακα το οποίο εγκλωβίζει θερμότητα στα χαμηλά στρώματα της ατμόσφαιρας και έτσι επηρεάζεται το παγκόσμιο κλίμα.

Τα τελευταία 130 χρόνια, η θερμοκρασία του πλανήτη έχει αυξηθεί περίπου κατά 0.85οC. Τις τελευταίες 3 δεκαετίες η αύξηση από δεκαετία σε δεκαετία είναι κατά πολύ μεγαλύτερη σε σχέση με το ρυθμό αύξησης τις προηγούμενες (Edenhofer O, 2014). Το επίπεδο της στάθμης της θάλασσας αυξάνεται ραγδαία λόγω του ότι οι πάγοι λιώνουν

Παρόλο που η μέση αύξηση της θερμοκρασίας μπορεί να αποφέρει κάποια τοπικά οφέλη, για παράδειγμα η μείωση των θανάτων το χειμώνα λόγω υποθερμίας και η αύξηση των καλλιεργειών, μακροπρόθεσμα αυτή η κλιματική αλλαγή αναμένεται να είναι καταστροφική. Η κλιματική αλλαγή επηρεάζει τους κοινωνικούς και περιβαντολογικούς παράγοντες που διαμορφώνουν την υγεία (καθαρός αέρας, πόσιμο νερό, επαρκές φαγητό, ασφαλής στέγαση).

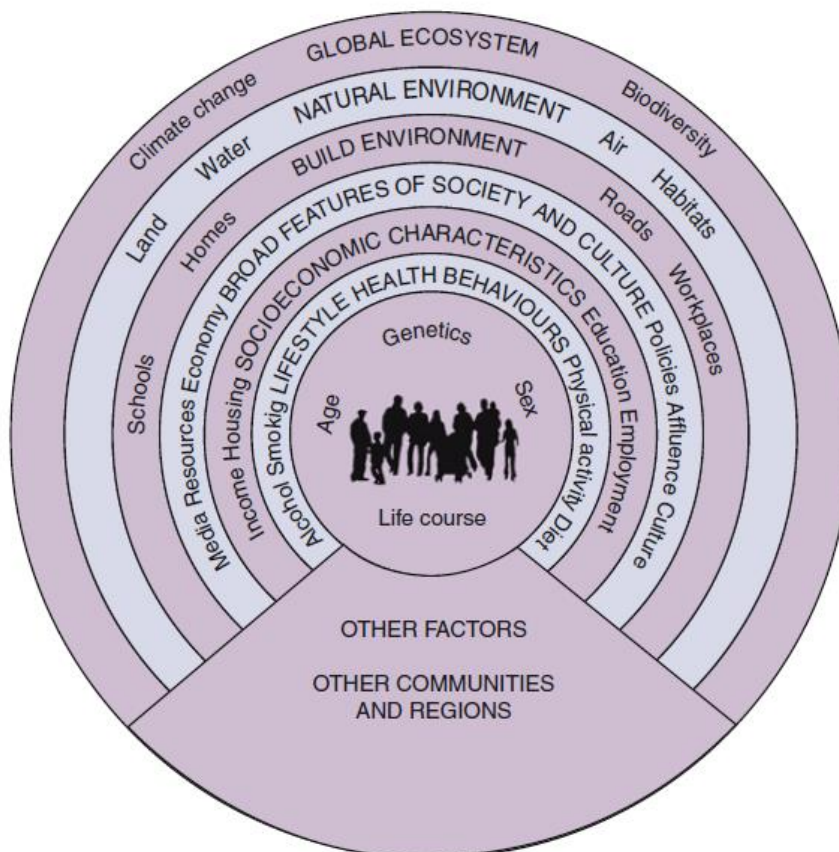
Οι υψηλές θερμοκρασίες σχετίζονται άμεσα με θανάτους από καρδιοαγγειακά και αναπνευστικά προβλήματα, κυρίως στους ηλικιωμένους. Για παράδειγμα το καλοκαίρι του 2003 στην Ευρώπη, όπου παρατηρήθηκαν πολύ υψηλές θερμοκρασίες, σημειώθηκαν 70 χιλιάδες περισσότεροι θάνατοι απ' ό,τι άλλες χρονιές (Robine JM, 2008). Οι υψηλές θερμοκρασίες επίσης αυξάνουν τα

επίπεδα του όζοντος και άλλων ζημιογόνων στοιχείων στην ατμόσφαιρα, στα οποία οφείλονται καρδιοαναπνευστικές παθήσεις. Η γύρη και άλλες αλλεργιογόνες ουσίες βρίσκονται σε υψηλά επίπεδα όταν υπάρχουν τέτοιες θερμοκρασίες. Οι ουσίες αυτές μπορούν να προκαλέσουν κρίση άσθματος, από το οποίο πάσχουν 300 εκατομμύρια άνθρωποι παγκοσμίως.

Παγκοσμίως ο αριθμός φυσικών καταστροφών έχει τριπλασιαστεί από το 1960. Κάθε χρόνο, τέτοιου είδους καταστροφές αφήνουν πίσω τους 60 χιλιάδες νεκρούς, κυρίως στις αναπτυσσόμενες χώρες. Η αύξηση του επιπέδου της στάθμης της θάλασσας πρόκειται να καταστρέψει σπίτια, νοσοκομεία και άλλες νευραλγικές υπηρεσίες. Ο μισός και πλέον παγκόσμιος πλυθησμός κατοικεί σε απόσταση 60 χιλιομέτρων από τη θάλασσα. Αυτό έχει σαν συνέπεια ένας τεράστιος αριθμός ανθρώπων να αναγκαστεί να μετακομίσει, πράγμα που θα αυξήσει τη πιθανότητα παρατήρησης ψυχικών διαταραχών. Η έλλειψη πόσιμου νερού θα δημιουργήσει προβλήματα υγιεινής καθώς και τα κρούσματα διάρροιας, η οποία σκοτώνει 760 χιλιάδες παιδιά κάτω των 5 ετών κάθε χρόνο. Τέλος η αύξηση της παγκόσμιας θερμοκρασίας είναι πιθανό να μειώσουν την παραγωγή βασικών τροφών στις φτωχότερες χώρες της υφηγίου. Κάτι τέτοιο θα αυξήσει τα κρούσματα υποσιτισμού, που ήδη προκαλεί 3. 1 εκατομμύρια θανάτους παγκοσμίως. Οι κλιματικές συνθήκες επηρεάζουν άμεσα τις ασθένειες που μεταδίδονται μέσω εντόμων. Η μαλάρια παραδείγματος χάρη, επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από το κλίμα. Μεταδίδεται από τα κουνούπια και σκοτώνει περίπου 600 χιλιάδες ανθρώπους κάθε χρόνο (κυρίως παιδιά στην Αφρική κάτω των 5 ετών).

Η μέτρηση του πόσο επηρεάζει το περιβάλλον την υγεία καθώς και οι επιπτώσεις της κλιματικής αλλαγής μπορεί μόνο να προσεγγιστεί και όχι να υπολογιστεί επ' ακριβώς. Παρόλαυτα, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας προβλέπει πως μεταξύ του 2030 και του 2050, η μόλυνση του περιβάλλοντος αναμένεται να προκαλεί 250 χιλιάδες περισσότερους θανάτους ετησίως (38 χιλιάδες λόγω της έκθεσης ηλικιωμένων σε υψηλές θερμοκρασίες, 48 χιλιάδες λόγω διάρροιας, 60 χιλιάδες λόγω μαλάριας και 95 χιλιάδες λόγω παιδικού υποσιτισμού). Το άμεσο χρηματικό κόστος στο τομέα της υγείας (εκτός από το κόστος του πόσιμου νερού και της υγιεινής), υπολογίζεται περίπου στα 2-4 δις \$ μέχρι το 2030. Όλοι οι άνθρωποι ανεξαιρέτως επηρεάζονται και θα επηρεστούν από την κλιματική αλλαγή αλλά μερικοί είναι αρκετά πιο ευπαθείς σε σχέση με άλλους. Άνθρωποι που ζουν σε μικρά αναπτυσσόμενα νησιά, παράκτιες περιοχές, μεγαλουπόλεις, ορεινές περιοχές, πολιτικές περιοχές θεωρούνται ιδιαίτερα ευπαθείς. Τα παιδιά και πιο συγκεκριμένα τα παιδιά που ζουν σε φτωχές χώρες, ανήκουν στις πιο ευάλωτες ομάδες που θα αντιμετωπίσουν προβλήματα υγείας λόγω της μόλυνσης του περιβάλλοντος.

Εν κατακλείδι, πολλές χώρες αλλά και οργανισμοί έχουν ευαισθητοποιηθεί και προσπαθούν να βρουν λύσεις στο πρόβλημα της μόλυνσης του περιβάλλοντος και ιδιαιτέρως στη μείωση του φαινομένου του θερμοκηπίου. Κάτι τέτοιο μπορεί να επιτευχθεί με αξιοποίηση καθαρών μορφών ενέργειας, παρότρυνση για χρήση των μέσων μαζικής μεταφοράς ακόμα και χρήση ποδηλάτου. Αυτό θα είχε σαν αποτέλεσμα τη μείωση των οικιακών εκπομπών CO₂, που προκαλεί 4.3 εκατομμύρια θανάτους παγκοσμίως κάθε χρόνο και της ατμοσφαιρικής μόλυνσης που προκαλεί παγκοσμίως 3. 7 εκατομμύρια θανάτους κάθε χρόνο.



Εικόνα 8 Περιβάλλον και υγεία (AIHW, 2011)

Δείκτης και δεδομένα για μόλυνση περιβάλλοντος⁸

Όνομα δείκτη	Εκπομπές διοξειδίου του άνθρακα (μετρικοί τόνοι ανά κάτοικο).
Ορισμός-επεξήγηση	Οι εκπομπές διοξειδίου του άνθρακα CO ₂ παράγονται από την καύση ορυκτών καυσίμων και τη κατασκευή τσιμεντοκονίας. Περιλαμβάνεται στον δείκτη το διοξείδιο του άνθρακα που παράγεται κατά τη κατανάλωση στερεών, υγρών και αέριων καυσίμων.

Παρουσίαση δεδομένων-παρατηρήσεις

Για τα έτη 2012-2014 λόγω έλλειψης δεδομένων χρησιμοποιήθηκε η στατιστική μέθοδος πρόβλεψης Naïve για την συμπλήρωση των δεδομένων. Τα δεδομένα συνεπώς είναι ίσα με αυτά του 2011 και σταθερά.

⁸ Πηγή δεδομένων: World Bank

Πίνακας 25 Εκπομπή CO₂ (μετρικοί τόνοι ανά κάτοικο)

Εκπομπή CO ₂ (μετρικοί τόνοι ανά κάτοικο)	Γερμανία	Νορβηγία	Ελλάδα	Πορτογαλία	Κύπρος
2000	10.096	8.624	8.392	6.119	7.262
2001	10.366	9.112	8.565	6.066	7.121
2002	10.047	8.262	8.528	6.413	7.166
2003	9.976	9.339	8.689	5.859	7.763
2004	9.910	9.287	8.787	6.026	7.220
2005	9.668	9.179	8.895	6.218	7.266
2006	9.782	9.496	8.742	5.617	7.430
2007	9.489	9.575	8.801	5.773	7.703
2008	9.526	10.554	8.744	5.244	7.930
2009	8.804	10.819	8.483	5.159	7.438
2010	9.180	11.616	7.775	4.690	6.984
2011	8.918	9.193	7.556	4.710	6.735
2012	8.918	9.193	7.556	4.710	6.735
2013	8.918	9.193	7.556	4.710	6.735
2014	8.918	9.193	7.556	4.710	6.735

Για να εκφραστούν τα δεδομένα σε ποσοστιαία μονάδα, ώστε να είναι δυνατόν να συνυπολογιστούν στον δείκτη ευημερίας F-Zip, εκφράστηκαν επί της χείριστης τιμής εκπομπής CO₂, την εκάστωτε χρονιά, σε παγκόσμια κλίμακα. Πιο συγκεκριμένα:

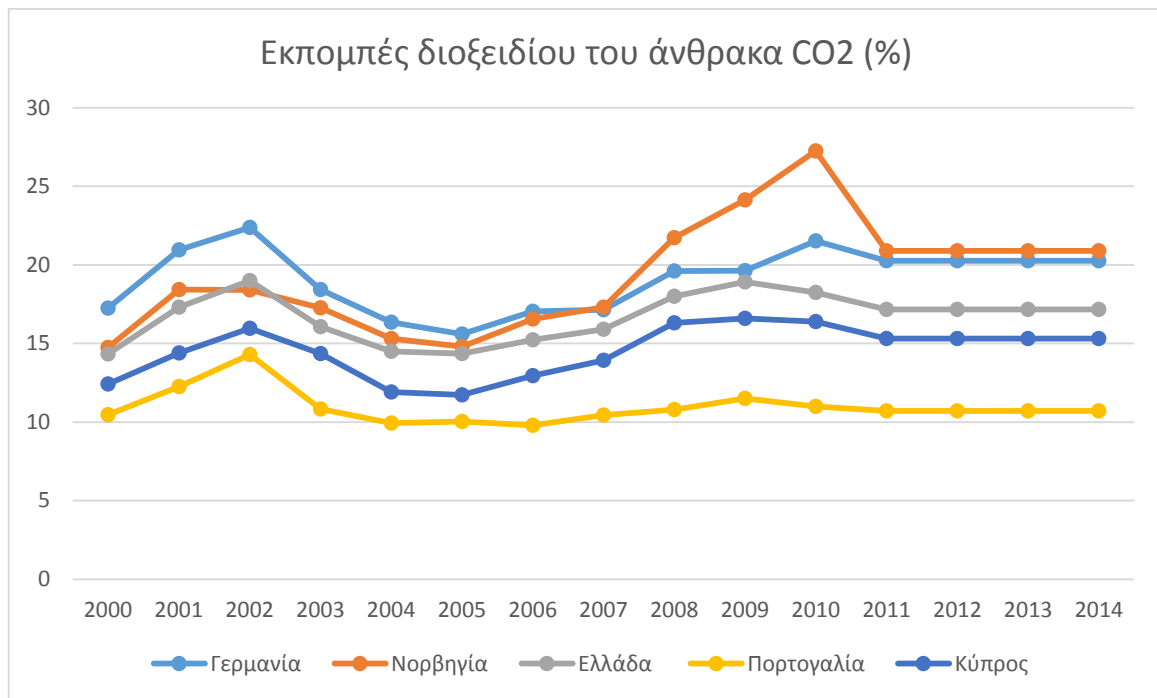
Πίνακας 26 Μέγιστη εκπομπή CO₂ παγκοσμίως (μετρικοί τόνοι ανά κάτοικο)

Μέγιστη εκπομπή CO ₂ (μετρικοί τόνοι ανά κάτοικο)	Κατάρ
2000	58.52217
2001	49.47331
2002	44.89617
2003	54.11331
2004	60.63782
2005	61.98976
2006	57.3989
2007	55.3368
2008	48.60162
2009	44.8364
2010	42.63908
2011	44.01893
2012	44.01893
2013	44.01893

Πίνακας 27 Εκπομπή CO₂ (%)

Εκπομπή CO ₂ (μετρικοί τόννοι ανά κάτοικο) (%)	Γερμανία	Νορβηγία	Ελλάδα	Πορτογαλία	Κύπρος
2000	17.251	14.737	14.339	10.456	12.409
2001	20.953	18.418	17.313	12.262	14.393
2002	22.379	18.403	18.995	14.284	15.962
2003	18.436	17.259	16.057	10.827	14.345
2004	16.342	15.316	14.491	9.938	11.906
2005	15.595	14.808	14.350	10.031	11.721
2006	17.043	16.544	15.231	9.787	12.944
2007	17.148	17.303	15.905	10.433	13.920
2008	19.599	21.716	17.990	10.789	16.316
2009	19.636	24.129	18.920	11.505	16.590
2010	21.529	27.243	18.234	11.000	16.379
2011	20.259	20.884	17.165	10.700	15.301
2012	20.259	20.884	17.165	10.700	15.301
2013	20.259	20.884	17.165	10.700	15.301
2014	20.259	20.884	17.165	10.700	15.301

Γραφική αναπαράσταση εκπομπών διοξειδίου του άνθρακα CO₂ (%)



Διάγραμμα 10 Εκπομπές διοξειδίου του άνθρακα CO₂ (%)

Συνάρτηση του δείκτη ευημερίας F-Zin

Βάση όλων των παραπάνω, τοποθετώντας βάρη στους δείκτες και μέσω του σταθμισμένου μέσου όρου προκύπτει η συνάρτηση για τον δείκτη ευημερίας F-Zin:

$$F-Zin = - \frac{W_1X_1+W_2X_2+W_3X_3+W_4X_4+W_5X_5+W_6X_6+W_7X_7+W_8X_8}{W_1+W_2+W_3+W_4+W_5+W_6+W_7+W_8}$$

Όπου W_i είναι ο συντελεστής βαρύτητας του i στοιχείου X_i και X_i ο κάθε δείκτης που χρησιμοποιείται για τον υπολογισμό του δείκτη ευημερίας F-zin με $i \in [1,8]$.

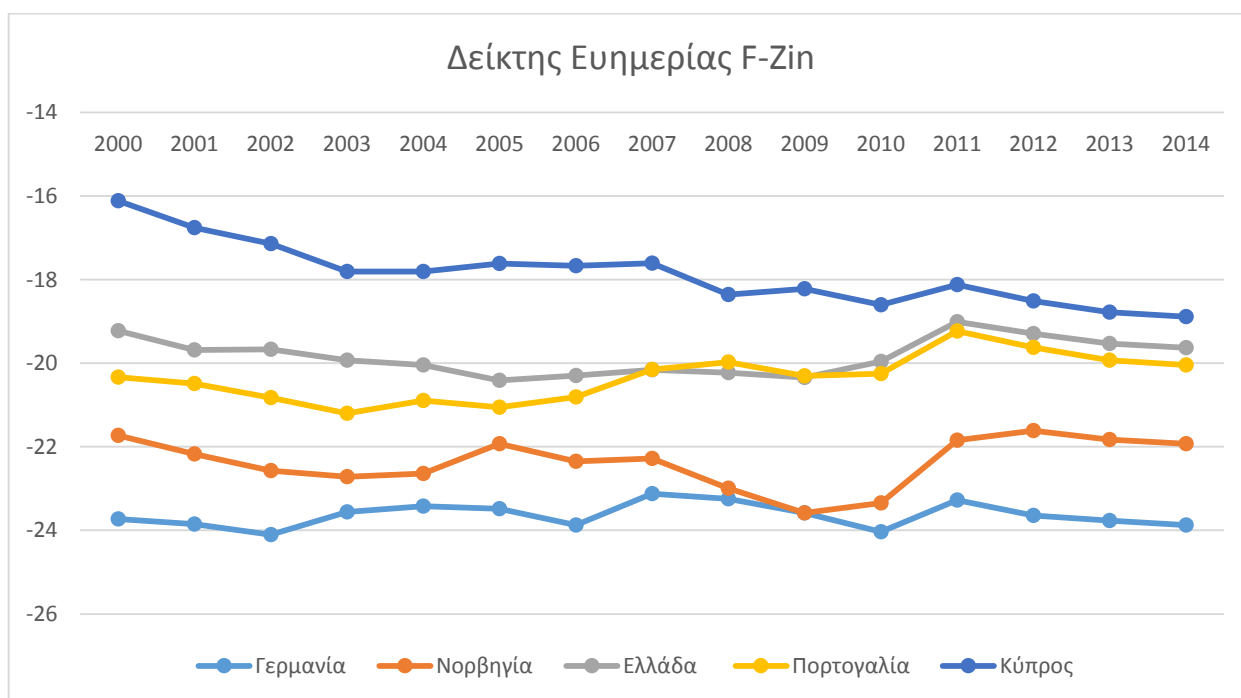
- $X_1 =$ - Προσδόκιμο Ζωής κατά τη γέννηση, συνολικά (χρόνια ζωής %), $W_1 = 0.1$
- $X_2 =$ Κατανάλωση αλκοόλ ανά κάτοικο (ηλικίας 15+), $W_2 = 0.1$
- $X_3 =$ Ποσοστό καπνιστών ηλικίας ≥ 15 (%), $W_3 = 0.1$
- $X_4 =$ Αθροιστικός ποσοστιαίος δείκτης χρηστών ναρκωτικών ουσιών. (%), $W_4 = 0.2$
- $X_5 =$ Υπερβαρότητα(%), $W_5 = 0.05$
- $X_6 =$ Παχυσαρκία(%), $W_6 = 0.1$
- $X_7 =$ Δείκτης αυτοκτονιών(%), $W_7 = 0.2$
- $X_8 =$ Εκπομπή ρύπων CO₂, $W_8 = 0.15$

Όλοι οι δείκτες, εκτός από το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση, που χρησιμοποιήθηκαν για τη δόμηση του δείκτη ευημερίας F-Zin έχουν αρνητικό χαρακτήρα και αντίκτυπο στην ανθρώπινη ευημερία. Έτσι για να υπάρχει θετική λογική αντιστοίχιση και να είναι πιο εύκολο να εξαχθούν συμπεράσματα από το διάγραμμα εισήχθη ένα αρνητικό πρόσθετο μπροστά από το κλάσμα του δείκτη. Επίσης, το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση έχει αρνητικό βάρος ώστε να είναι ορθό το αποτέλεσμα του δείκτη ευημερίας.

Εφαρμόζοντας τα παραπάνω βάρη προκύπτουν τα εξής δεδομένα :

Πίνακας 28 Δείκτης Ευημερίας F-zin

Δείκτης ευημερίας F-Zin	Γερμανία	Νορβηγία	Ελλάδα	Πορτογαλία	Κύπρος
2000	-23.730	-21.733	-19.228	-20.336	-16.114
2001	-23.854	-22.170	-19.684	-20.487	-16.761
2002	-24.107	-22.569	-19.666	-20.829	-17.143
2003	-23.557	-22.716	-19.933	-21.200	-17.805
2004	-23.421	-22.644	-20.042	-20.895	-17.812
2005	-23.486	-21.929	-20.414	-21.055	-17.618
2006	-23.874	-22.349	-20.298	-20.811	-17.672
2007	-23.123	-22.283	-20.159	-20.150	-17.613
2008	-23.247	-22.991	-20.232	-19.978	-18.363
2009	-23.584	-23.580	-20.346	-20.304	-18.224
2010	-24.034	-23.343	-19.962	-20.248	-18.606
2011	-23.274	-21.847	-19.014	-19.236	-18.120
2012	-23.647	-21.613	-19.294	-19.626	-18.516
2013	-23.770	-21.832	-19.531	-19.931	-18.778
2014	-23.876	-21.928	-19.632	-20.045	-18.892



Διάγραμμα 11 Δείκτης ευημερίας F-Zin

Σχολιασμός χρονοσειρών του δείκτη ευημερίας F-Zin

Στο δείκτη ευημερίας F-Zin οι χρονοσειρές των χωρών δεν έχουν πολλά ακρότατα, είναι αρκετά εξομαλυμένες και το επίπεδο ευημερίας κάθε χώρας είναι είναι σχεδόν σταθερό. Αυτό συμβαίνει

κυρίως για δύο λόγους. Πρώτον, η φύση των δεικτών που χρησιμοποιήθηκαν είναι τέτοια που δεν επιτρέπει να υπάρχουν ραγδαίες αυξομειώσεις των τιμών των δεδομένων ούτε από χρονιά σε χρονιά, αλλά ούτε και σε δεκαπέντε χρόνια. Παραδείγματος χάρη, το ποσοστό παχύσαρκων είναι ανέφικτο να αλλάξει δραματικά στη διάρκεια ενός έτους. Ο δεύτερος λόγος αφορά την ύπαρξη δεδομένων μόνο για ένα ή δύο έτη σε ορισμένους δείκτες (π.χ. αυτοκτονίες και χρήση ναρκωτικών), πράγμα που είχε ως αποτέλεσμα την αναγκαστική παραδοχή πως τα νούμερα αυτά παραμένουν σταθερά και τα προηγούμενα αλλά και τα επόμενα έτη. Συνεπώς, οι δείκτες με μεταβλητές τιμές και πληθώρα δεδομένων είναι αυτοί που δημιουργούν και καθορίζουν την τάση της ευημερίας από έτος σε έτος.

Η Γερμανία από το 2000 μέχρι το 2008 έχει το χαμηλότερο επίπεδο ευημερίας βάση του δείκτη F-Zin. Το 2009 το επίπεδο ευημερίας της Γερμανίας συμπίπτει με αυτό της Νορβηγίας και κατόπιν δεν παρουσιάζονται εξομαλύνσεις.

Η Νορβηγία από το 2000 μέχρι το 2004 παρουσιάζει μια μικρή πτώση στο επίπεδο της ευημερίας. Η τιμή της ευημερίας αυξάνεται το 2005 και παραμένει περίπου στο ίδιο επίπεδο μέχρι το 2007. Από το 2007 μέχρι το 2009, όπου και τέμνει τη χρονοσειρά της Γερμανίας, παρατηρείται μια μικρή μείωση και από το 2009 μέχρι και το 2011 μια αύξηση. Το 2011 το επίπεδο ευημερίας παραμένει σταθερό μέχρι και το 2014.

Στην Ελλάδα από το 2000 μέχρι και το 2009 σημειώνεται μια πτωτική τάση στο επίπεδο της ευημερίας. Από το 2009 μέχρι και το 2011 παρατηρείται μια μικρή αύξηση και οι τιμές παραμένουν σχεδόν σταθερές μέχρι και το 2014.

Το επίπεδο ευημερίας της Πορτογαλίας, βάση του δείκτη F-Zin, είναι σταθερό και ελαφρώς χειρότερο από της Ελλάδας. Το 2007 οι χρονοσειρά της Ελλάδας και της Πορτογαλίας τέμνονται. Έπειτα και μέχρι το 2014 οι δυο χρονοσειρές ακολουθούν σχεδόν τις ίδες διακυμάνσεις. Η Κύπρος έχει το υψηλότερο επίπεδο ευημερίας από το 2000 μέχρι και το 2014 σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες σύγκρισης, παρουσιάζει όμως μια πτωτική τάση η χρονοσειρά της στο πέρα των ετών.

Τροχοπέδη κατά τη δόμηση και προβλήματα του δείκτη ευημερίας F-Zin

Το μεγαλύτερο πρόβλημα που αντιμετωπίστηκε κατά τη δόμηση του δείκτη ήταν η έλλειψη δεδομένων. Στους περισσότερους δείκτες, τουλάχιστον σε αυτούς που αφορούν την υγεία, δεν υπάρχουν διαθέσιμα δεδομένα είτε για όλες τις χώρες είτε για όλα τα έτη. Στο ίδιο πλαίσιο, σε αρκετούς δείκτες έχουν πραγματοποιηθεί έρευνες διαφορετικά έτη για κάθε χώρα. Γι' αυτό το λόγο χρησιμοποιήθηκε η στατιστική μέθοδος πρόβλεψης Naïve, η οποία βέβαια αλλοιώνει το πραγματικό αποτέλεσμα και δημιουργεί σφάλματα στο τελικό επίπεδο ευημερίας. Σε άλλες μάλιστα περιπτώσεις (όπως θα γίνει σαφές και παρακάτω) δεν υπάρχουν καθόλου διαθέσιμα δεδομένα για βασικά θέματα που αφορούν την υγεία και επηρεάζουν την ανθρώπινη ευημερία. Άλλωστε σύμφωνα με τον H. James Harrington, μηχανικός και διοικητικό στέλεχος της IBM: *«οι μετρήσεις αποτελούν το πρώτο βήμα που οδηγεί στον έλεγχο και τελικά στην βελτίωση. Αν δεν είναι εφικτή η μέτρηση είναι αδύνατη και η κατανόηση. Αν είναι αδύνατη η κατανόηση είναι αδύνατος ο έλεγχος. Αν είναι αδύνατος ο έλεγχος είναι αδύνατη η βελτίωσή του»* (Maxwell, 2012).

Ένα άλλο πρόβλημα ήταν η μονάδα μέτρησης των δεικτών, αφού ο κάθε δείκτης μετράει διαφορετικά μεγέθη. Για τον λόγο αυτό όλα τα δεδομένα μετατράπηκαν και εκφράστηκαν σε μια ενιαία βάση. Τα τελικά δεδομένα των δεικτών που χρησιμοποιήθηκαν στον δείκτη F-Zip είναι ποσοστιαία και είναι αποτέλεσμα κανονικοποίησης βάση της χειρότερης επίδοσης παγκοσμίως. Τέλος, σημείο προβληματισμού και πειραματισμού αποτέλεσε η υποκειμενική επιλογή του κατάλληλου βάρους για τους δείκτες. Έγινε προσπάθεια η επιλογή να είναι όσο το δυνατόν πιο αντικειμενική, να στηρίζεται σε αυτά που αναφέρονται στη διεθνή βιβλιογραφία και όχι σε προσωπικές πεποιθήσεις.

Δείκτες που δεν συμπεριλήφθησαν στον δείκτη ευημερίας F-Zin

Παρακάτω παρατίθενται κάποιοι τομείς και θέματα που αφορούν είτε άμεσα είτε έμμεσα την υγεία και δεν συμπεριλήφθησαν στον δείκτη ευημερίας F-Zin. Γίνεται μια συνοπτική παρουσίαση, καθίσταται σαφές το πως επηρεάζουν την ανθρώπινη ευημερία και γιατί ήταν επιθυμητό να συμπεριληφθούν στον F-Zin.

Κατάθλιψη και Άγχος

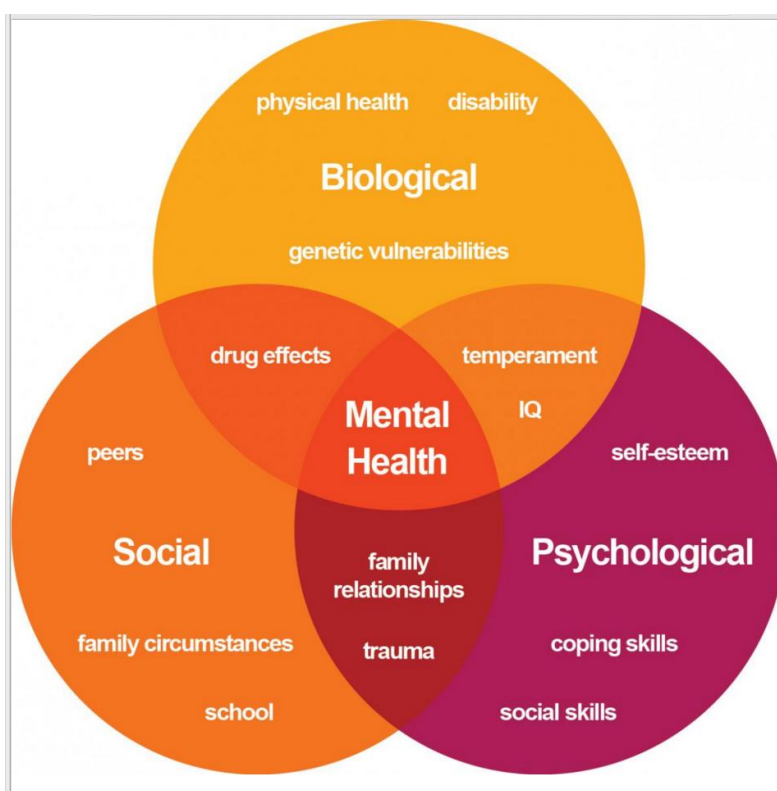
Η κατάθλιψη είναι έντονα συναισθήματα μελαγχολίας, λύπης, απαισιοδοξίας και απόγνωσης. Η κατάθλιψη μπορεί να προκληθεί όταν ένας άνθρωπος βιώσει ένα τραγικό ή δυσάρεστο γεγονός (π.χ. θάνατος μέλους της οικογένειας), αλλά μπορεί να προκληθεί και χωρίς κάποιο ιδιαίτερο λόγο και να διαρκέσει μόνο μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο (από έξι μήνες ως ένα χρόνο). Επίσης τα συμπτώματα ενδέχεται να ξαναπαρουσιαστούν αρκετές φορές, πράγμα που υποδηλώνει βαθύτερα ψυχολογικά προβλήματα. Πολλές καταστάσεις και ασθένειες μπορούν να προκαλέσουν κατάθλιψη, και είναι συνήθως δύσκολο να απομονωθεί η κυρίαρχη αιτία. Μερικές από τις αιτίες κατάθλιψης είναι: ορμονικές διαταραχές, σωματικές αρρώστιες και τραυματισμοί, ψυχολογικές ασθένειες, κληρονομικότητα, τραγικά ή δυσάρεστα γεγονότα, κοινωνικές ατυχίες, οικογενειακά προβλήματα. Ακόμα συγκεκριμένα φάρμακα και παράνομα ναρκωτικά μπορούν να προκαλέσουν κατάθλιψη, κυρίως κατά τη διάρκεια της απεξάρτησης. Συχνά η κατάθλιψη είναι αποτέλεσμα πολλών παραγόντων. Η ένταση των συμπτωμάτων της κατάθλιψης διαφέρουν ανάλογα τη σοβαρότητα της κατάστασης. Σε όλες όμως τις περιπτώσεις κάποια συμπτώματα είναι κοινά.

Το καταθλιπτικό άτομο είναι συνήθως ευέξαπτο, αγχώδες, ντροπαλό και έχει έντονες μεταβολές στη διάθεση. Άλλα συμπτώματα είναι το κλάμα, η έλλειψη ενδιαφέροντος για κοινωνικές δραστηριότητες και φίλους, δυσκολία κατανόησης συναισθημάτων εκτός από αυτά της λύπης και της ενοχής, αναποφασιστηκότητα, κόπωση, μείωση όρεξης, υπερβολική μείωση ή αύξηση βάρους, απαισιοδοξία, μειωμένη αντίληψη. Έντονότερα συμπτώματα περιλαμβάνουν τάσεις αυτοκτονίας, παραισθήσεις, ψευδαισθήσεις, παραίτηση από τη ζωή και τα προβλήματά της. Η θεραπεία και η αντιμετώπιση της κατάθλιψης περιλαμβάνει μερικές φορές νοσοκομειακή περίθαλψη. Οι δύο κύριες μέθοδοι αντιμετώπισης της κατάθλιψης είναι η ψυχοθεραπεία και χορήγηση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων (Carson-DeWitt, 2001).

Η κατάθλιψη επηρεάζει και τα δύο φύλα αλλά στις γυναικές παρουσιάζονται πιο συχνά όλες της οι μορφές. Στις πιο σοβαρές μορφές κατάθλιψης, η διάθεση δεν είναι καλή, η σωματική δραστηριότητα ελλατώνεται, η έλλειψη αυτοπεποίθησης και τα κυρίαρχα συναισθήματα είναι ενοχή και απαισιοδοξία. Η μείωση της σωματικής δραστηριότητας έχει ως αποτέλεσμα έλλειψη έντονων εκφράσεων του προσώπου και χαμηλή ζωτικότητα. Σοβαρές περιπτώσεις κατάθλιψης αντιμετωπίζονται με χορήγηση αντικαταθλιπτικών χαπιών. Αν το καταθλιπτικό άτομο φτάσει στο σημείο να μην μπορεί να μιλήσει, να πιεί νερό ή να φάει και τα αντικαταθλιπτικά χάπια δεν έχουν αποτέλεσμα, εφαρμόζεται ηλεκτροσπασμοθεραπευτική αγωγή (electroconvulsive therapy ή ECT). Η θεραπεία αυτή δεν προτιμάται ιδιαιτέρως, αρχικά γιατί οι άνθρωποι νιώθουν μια αποστροφή στην ιδέα του ηλεκτροσόκ και εν συνεχεία γιατί η αγωγή αυτή παλαιότερα γινόταν

χωρίς τη χορήγηση μυοχαλαρωτικών ή αναισθητικών, πράγμα που είχε σαν αποτέλεσμα εμφάνισης κρίσεων και σπασμών στους ασθενείς (Alan Cornwell, 1987).

Η κατάθλιψη αποτελεί τη δεύτερη αιτία του DALY (Disability-Adjusted Life Year) μετά το HIV/AIDS παγκοσμίως, κυρίως σε χώρες με υψηλό εισόδημα. Ο δείκτης DALY μετρά τα χαμένα υγιή χρόνια ενός ανθρώπου. Το άθροισμα των DALY στο σύνολο του πληθυσμού μπορεί να θεωρηθεί ως η μέτρηση της διαφοράς μεταξύ της τρέχουσας κατάστασης υγείας και της ιδανικής, όπου όλοι οι ενήλικοι ζουν μια ζωή χωρίς καθόλου αρρώστιες και δυσκολίες (Mathers & Loncar, 2006). Η κατάθλιψη είναι από τις κυριότερες αιτίες απραγίας για τις γυναίκες. (Saxena, Funk and Chisholm, 2013).



Εικόνα 9 Συσχέτιση βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων στην ανάπτυξη ψυχικών ασθενειών(www.kidsmatter.edu.au)

Αγχώδης νεύρωση

Το άγχος όταν προκαλείται από απειλητική κατάσταση για τον άνθρωπο, αποτελεί φυσιολογική αντίδραση. Αποτελεί ένα βιολογικό μηχανισμό προστασίας και προετοιμάζει τον άνθρωπο, τόσο σωματικά όσο και ψυχολογικά, να αντιμετωπίσει επικύνδινες και δύσκολες καταστάσεις. Το άγχος σε φυσιολογικά επίπεδα εξαφανίζεται όταν η στρεσογόνα κατάσταση αντιμετωπιστεί και ρυθμίζεται από την αδρεναλίνη και άλλες ορμόνες. Η αγχώδης νεύρωση παρουσιάζεται λόγω μιας ασήμαντης ή φανταστικής απειλής και η αντίδραση είναι υπερβολική. Βαριές περιπτώσεις αγχώδους νεύρωσης μπορούν να προκαλέσουν σοβαρά προβλήματα στην καθημερινότητα του ανθρώπου και είναι αρκετά δύσκολο να αντιμετωπιστούν (Alan Cornwell, 1987).

Ηρεμιστικά φάρμακα

Συνταγογραφημένα φάρμακα που χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση του άγχους, όπως είναι ο πανικός και φοβίες. Χαλαρώνει τους μύες, μειώνει την ένταση, και εξομαλύνει την αιπνία. Αρνητικές παρενέργειες των ηρεμιστικών αποτελούν, το τραύλισμα, η σύγχυση, η ασθενής αναπνοή, η κατάθλιψη, η απώλεια μνήμης, η έλλειψη συγκέντρωσης και οι απότομες εναλλαγές στη διάθεση. Σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας ενδέχεται να παρουσιαστεί άνοια και η αντοχή των κοκάλων ελαχιστοποιείται. Μια υπερβολική δόση από ηρεμιστικά μπορεί να οδηγήσει σε απώλεια των αισθήσεων, ακόμα και στον θάνατο. Τα αντικαταθλιπτικά μπορούν να προκαλέσουν σωματική και ψυχολογική εξάρτηση σε πολύ μικρό χρονικό διάστημα. Οι περισσότεροι άνθρωποι που εθίζονται στα αντικαταθλιπτικά ξεκινούν τη χορήγηση τους για ιατρικούς λόγους. Τα συμπτώματα απεξάρτησης από ηρεμιστικά σχετίζονται και έχουν αρκετά κοινά με τα συμπτώματα απεξάρτησης από το αλκόολ και περιλαμβάνουν νευρική κατάσταση, αιπνία, αφυδάτωση, σύγχυση, επιληψία, ακόμα και τον θάνατο. Η φαρμακευτική θεραπεία για την απεξάρτηση από τα ηρεμιστικά προϋποθέτει και απαιτεί στενή ιατρική παρακολούθηση. Επίσης αν ένα άτομο δεν λάβει την σωστή δόση ηρεμιστικών ή σταματήσει απότομα τη χορήγηση τους, τα συμπτώματα εξάρτησης είναι: ναυτία, εμετός, κράμπες, διάρροια, ρίγη, αιπνία και άγχος.

Αντικαταθλιπτικά φάρμακα

Συνταγογραφημένα χάπια κατασκευασμένα για να αντιμετωπίσουν σωρεία ψυχικών ασθενειών, κυριώς της κατάθλιψης και διαταραχές άγχους. Τα αντικαταθλιπτικά τα τελευταία χρόνια έχουν χρησιμοποιηθεί και για την αντιμετώπιση κι άλλων ασθενειών όπως η βουλιμία, χρόνιους πόνους, πονοκεφάλους, διαταραχές ύπνου, σε άτομα που προσπαθούν να απεξαρτηθούν από την κοκαΐνη. Τα αντικαταθλιπτικά ρυθμίζουν το ποσοστό νευρομεταβιβαστών στον εγκέφαλο. Μετά από μερικές εβδομάδες χορήγησής του, τα νεύρα του εγκεφάλου λειτουργούν πιο αποδοτικά (Roza, 2001).

Αντιμετώπιση ψυχικών ασθενειών

Χώρες με χαμηλό εισόδημα έχουν 0.05 ψυχιάτρους και 0.42 νοσοκόμους ανά 100.000 κατοίκους. Σε χώρες με υψηλό εισόδημα ο αριθμός των γιατρών είναι 170 φορές μεγαλύτερος και των νοσοκόμων 70.

Λίγες είναι οι χώρες που έχουν νομοθεσία που να προστατεύει επαρκώς τα δικαιώματα των ανθρώπων με ψυχικά νοσήματα. Οι άνθρωποι που νοσούν από ψυχικές ασθένειες αλλά και οι οικογένειες τους στιγματίζονται από τον κοινωνικό περίγυρο πράγμα που έχει σαν αποτέλεσμα να μην καταφεύγουν στην ιατρική περίθαλψη και ψυχολογική υποστήριξη.

Λόγοι που δεν συμπεριλήφθηκε στον δείκτη ευημερίας F-Zin

Το ποσοστό ανθρώπων που πάσχουν από κατάθλιψη αλλά και άγχος, αποτελεί ένα δείκτη που θα διαμόρφωνεται καθοριστικά το επίπεδο ευημερίας βάση της υγείας και θα έπαιζε καθοριστικό παράγοντα και βασικό πυλώνα του δείκτη ευημερίας F-Zip. Δυστυχώς λόγω του χαρακτήρα των δύο αυτών διαταραχών η μέτρηση καθίσταται αρκετά δύσκολη. Έπειτα από ενδελεχή έρευνα σε όλους τους Παγκόσμιους Οργανισμούς και στους περισσότερους επιστημονικούς ο μόνος δείκτης που αφορούσε το εν λόγω θέμα ήταν ο Psychological distress by sex, age and educational attainment level (average score) ο οποίος όμως έχει αποτελέσματα μιας έρευνας μέσω ερωτηματολογίου που πραγματοποιήθηκε το 2008 και δεν αφορά τις χώρες που επιλέχθηκαν για σύγκριση στα πλαίσια της παρούσας διπλωματικής. Ένας άλλος τρόπος μέτρησης και προσέγγισης του ζητήματος είναι μέσω του αριθμού αντικαταθλιπτικών και ηρεμιστικών φαρμάκων που καταναλώνονται σε κάθε χώρα. Λόγω της ευαισθησίας του ζητήματος, οι φαρμακευτικές εταιρείες δεν δημοσιεύουν στατιστικά που να αφορούν τις πωλήσεις των συγκεκριμένων φαρμάκων.

Σωματική Άσκηση

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ως σωματική άσκηση νοείται οποιαδήποτε κίνηση του σώματος που απαιτεί καύση θερμίδων και ενέργειας, συμπεριλαμβανομένων των δραστηριοτήτων και των κινήσεων που πραγματοποιούνται κατά τη διάρκεια της εργασίας, του παιχνιδιού, της αναψυχής και λοιπά.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας προτείνει για ηλικίες 5-17 τουλάχιστον 60 λεπτά ήπιας ή έντονης σωματικής άσκησης καθημερινά. Για τους ενήλικες ανεξαρτήτως ηλικίας προτείνει τουλάχιστον 150 λεπτά ήπιας άσκησης μέσα στη βδομάδα, ή τουλάχιστον 75 λεπτά έντονης άσκησης.

Πλεονεκτήματα της σωματικής άσκησης

Η συχνή και τακτική σωματική άσκηση ήπιας έντασης, όπως για παράδειγμα το περπάτημα, η ποδηλασία, ή η ενασχόληση με κάποιο άθλημα αποφέρει σημαντικά οφέλη για την ανθρώπινη υγεία ανεξαρτήτως ηλικίας. Έστω και λίγη σωματική άσκηση είναι καλύτερη από την απραγία. Η συχνή και ικανοποιητική σωματική άσκηση έχει σαν αποτέλεσμα:

- Βελτίωση μυϊκού και αναπνευστικού συστήματος.
- Βελτίωση υγείας των οστών.
- Μείωση πιθανοτήτων εμφάνισης καρδιακών προβλημάτων, εγκεφαλικών, διαβήτη, πολλών μορφών καρκίνου και κατάθλιψης.
- Βελτίωση βάρους και σωστή ρύθμιση του μεταβολισμού.

Η ελλιπής σωματικής άσκηση αποτελεί έναν από τους δέκα λόγους θνησιμότητας σε παγκόσμια επίπεδο. Σε μερικές χώρες μάλιστα το φαινόμενο αυτό βρίσκεται σε έξαρση, με αποτέλεσμα οι μη ιάσιμες ασθένειες να αυξάνονται δραματικά. Οι άνθρωποι που δεν έχουν ικανοποιητικά επίπεδα σωματικής άσκησης έχουν 20% με 30% περισσότερες πιθανότητες να πεθάνουν σε σχέση με αυτούς που ασκούνται σε ικανοποιητικό επίπεδο.

Η παγκόσμια εικόνα

Παγκοσμίως περίπου το 23% των ενηλίκων δεν ήταν αρκετά σωματικά ενεργοί το 2010 (20% των αντρών και 27% των γυναικών). Στις χώρες με υψηλό εισόδημα το 26% των αντρών και το 35% των γυναικών είχε χαμηλά επίπεδα σωματικής άσκησης, ενώ στις χώρες με χαμηλό εισόδημα τα νούμερα αυτά κυμαίνονται στο 12% για τους άντρες και 24% για τις γυναίκες. Συνήθως χαμηλά επίπεδα σωματικής άσκησης ή μείωση του επιπέδου ακολουθούνται ή ταυτίζονται με αύξηση του ΑΕΠ. Η μείωση της σωματικής άσκησης σε αυτές τις περιπτώσεις οφείλεται λόγω της καθιστικής ζωής λόγω εργασιακών αναγκών. Επίσης, η αύξηση χρήσης του αυτοκινήτου και των Μέσων Μαζικής Μεταφοράς επιδρά αρνητικά στα επίπεδα σωματικής άσκησης. Παγκοσμίως το 81% των εφήβων ασκήθηκαν σωματικά ανεπαρκώς το 2010. Πολλοί

περιβαντολογικοί είναι επίσης οι λόγοι που αποτρέπουν τους ανθρώπους που ζούν σε πόλεις να ασκούνται επαρκώς. Για παράδειγμα :

- Φόβος εγκληματικότητας και βίας σε εξωτερικούς χώρους.
- Πυκνή κίνηση αυτοκινήτων
- Μόλυνση, κακή ποιότητα ατμόσφαιρας.
- Έλλειψη πάρκων, πεζοδρομίων και σταδίων

Τρόποι αύξησης του επιπέδου σωματικής άσκησης

- Εύκολη πρόσβαση σε χώρους κατάλληλους για περπάτημα, ποδηλασία.
- Εργασιακοί κανόνες και ρυθμίσεις που να προάγουν την σωματική άσκηση.
- Σχολικές εγκαταστάσεις κατάλληλες για αθλοπαιδιές.
- Φυσική αγωγή στα σχολεία που να προάγει τον αθλητισμό και να δημιουργεί πολίτες που να εντάσουν στην καθημερινότητά τους την σωματική άσκηση.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έχει αναπτύξει το Global Physical Activity Questionnaire (GPAQ) ένα ερωτηματολόγιο για την μέτρηση της σωματικής άσκησης. Το ερωτηματολόγιο αυτό βοηθάει τις χώρες να παρακολουθούν τα επίπεδα σωματικής άσκησης των κατοίκων της (WHO, 2015).

Λόγοι που δεν συμπεριλήφθηκε στον δείκτη ευημερίας F-Zin

Δεν υπάρχουν διαθέσιμα δεδομένα για τα επίπεδα σωματικής άσκησης ούτε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ούτε από κάποιον άλλο φορέα.

HIV/AIDS

AIDS

Το AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome), δηλαδή η κατάρευση του ανοσοποιητικού συστήματος του ανθρώπινου σώματος εξαιτίας του ιού HIV. Όσο οι επιπτώσεις του HIV χειροτερεύουν, ο ανθρώπινος οργανισμός αδυνατεί να αντιμετωπίσει μολύνσεις που υπό κανονικές περιπτώσεις δεν θα ήταν απειλητικές. Οι μολύνσεις αυτές ονομάζονται καιροσκοπικές επειδή ταλανίζουν το αποδυναμωμένο ανοσοποιητικό σύστημα και δημιουργούνται από οργανισμούς που κανονικά ζουν στο ανθρώπινο σώμα. Όσο η εμφάνιση αυτών των μολύνσεων γίνεται ολοένα εντονότερη, ο άνθρωπος λέγεται πως πάσχει από AIDS. Ένας άνθρωπος μπορεί να διαγνωστεί θετικός στον ιό HIV και να μην αναπτύξει AIDS από δύο ως δεκαπέντε χρόνια ή ακόμα και παραπάνω χρόνια. Όταν ο HIV εξελιχθεί σε AIDS, ο άνθρωπος υπάρχει περίπτωση σε μικρό χρονικό διάστημα να προσβληθεί από μεγάλο αριθμό καιροσκοπικών μολύνσεων. Τα συνήθη συμπτώματα του AIDS αποτελούνται από πρησμένους λεμφαδένες, απώλεια βάρους, πυρετό, κόπωση, διάρροια, αναιμία και αύτρες. Η κυρίαρχη αιτία θανάτου των οροθετικών είναι το πνευμονικό οίδημα. Οι ασθενείς που πάσχουν από AIDS υπάρχει περίπτωση επίσης να αναπτύξουν τα εξής: σάρκωμα Καπόσι (αφρώστια του δέρματος), φυματίωση, cytomegalovirus retinitis (μολύνη στο μάτι που μπορεί να οδηγήσει στη τύφλωση), multifocal leukoencephalopathy (βαριά ασθένεια του εγκεφάλου). Θεραπεία για το AIDS δεν έχει βρεθεί (Carson-DeWitt, 2001).

HIV

Απαρχή του HIV

Οι περισσότεροι ερευνητές πιστεύουν πως ο HIV προέρχεται από έναν ιο χιμπατζίδων που μεταδόθηκε στους ανθρώπους τις αρχές του 20^{ου} αιώνα κάπου στη κεντρική ή δυτική Αφρική. Οι ειδικοί δεν είναι σίγουροι για το πως μεταδόθηκε ο ιός, αλλά εικάζεται πως η μετάδοση έγινε κατά τη διάρκεια σφαγής πιθήκων ή κατανάλωσης του κρέατος τους. Ο ιός έλαβε πανδημικές διαστάσεις την δεκαετία του 1950 όταν άνθρωποι που είχαν τον ιό, άρχισαν να μεταναστεύουν σε μεγάλα αστικά κέντρα. Το τελευταίο στάδιο του ιού, το AIDS δεν είχε αναγνωριστεί από τους γιατρούς μέχρι το 1981, όπου και παρατηρήθηκε μια ασυνήθιστη ασθένεια μεταξύ ομοφυλόφιλων ανδρών στο Λος Άντζελες των ΗΠΑ. Αργότερα το 1984 επιστήμονες Γάλλοι και Αμερικάνοι επιστήμονες πιστοποίησαν πως ο HIV είναι η αιτία του προκαλεί το AIDS (Fleck, 2011).

Ο HIV (ακρωνύμιο των αγγλικών λέξεων Human Immunodeficiency Virus) αποτελεί λοίμωξη του αίματος που σταδιακά καταστρέφει τα λευκά αιμοσφαίρια, που είναι απαραίτητα για την καταπολέμηση μολύνσεων. Τελικά αυτό οδηγεί στο σύνδρομο AIDS, μια βλάβη του ανοσοποιητικού συστήματος του ανθρώπινου σώματος. Το HIV μεταδίδεται με 3 τρόπους. Πρώτον, μπορεί να μεταδοθεί μέσω της σεξουαλικής επαφής. Δεύτερον, με απευθείας επαφή με

μολυσμένο αίμα από HIV. Πολλοί άνθρωποι εκτίθενται στον HIV χρησιμοποιώντας τις ίδιες ιατρικές βελόνες για χρήση ναρκωτικών ουσιών. Τρίτον, ο HIV μπορεί να μεταδοθεί από μια έγγυο μητέρα στο αγέννητο παιδί της. Η μετάδοση προϋποθέτει επαφή με σωματικά υγρά. Δεν μπορεί να μεταδοθεί μέσω της απλής καθημερινής κοινωνικής επαφής ούτε μέσω του αέρα. Μόλις κάποιος έχει μολυνθεί από τον ιό, ο ιός πολλαπλασιάζεται και καταστρέφει τα λευκά αιμοσφαίρια, τα οποία ενεργοποιούν όλα τα άλλα κύτταρα του ανοσοποιητικού μας συστήματος. Καταστρέφοντας τα κύτταρα αυτά, ο HIV δεν επιτρέπει στο σώμα να προστατευτεί από τυχόν μολύνσεις και τον καρκίνο. Πολλοί άνθρωποι ενδέχεται να ζήσουν ως και 15 χρόνια χωρίς σοβαρές επιπλοκές στην υγεία τους. Το 95% των περιπτώσεων τελικά αναπτύσσει AIDS, για το οποίο δεν υπάρχει θεραπεία. Η θεραπεία του HIV αποτελείται από αντιβιοτικά και αντιϊικά τα οποία αποτρέπουν στον ιό να αναπαραχθεί. Για να αποτραπεί η διάδοση του HIV, πρέπει οι άνθρωποι να χρησιμοποιούν τις κατάλληλες προφυλάξεις κατά την ερωτική συνεύρεση. Στους χρήστες ναρκωτικών ουσιών συνιστάται να μην χρησιμοποιούν τις βελόνες καθώς και να μην τις μοιράζονται και το ιατρικό προσωπικό να φοράει ειδικά γάντια από latex όταν έρχεται σε επαφή με σωματικά υγρά (Carson-DeWitt, 2001).

Το AIDS σαν πανδημία

Από την εποχή που εμφανίστηκε υπολογίζεται πως το AIDS έχει σκοτώσει περισσότερους από 25 εκατομμύρια ανθρώπους και συνεχίζει να σκοτώνει περίπου 2 εκατομμύρια ανθρώπους κάθε χρόνο. Το 2008 υπολογίζεται πως 33 εκατομμύρια ενήλικοι και παιδιά έχουν AIDS παγκοσμίως. Υπολογίζεται πως 30 εκατομμύρια είναι μεταξύ 15-49 χρονών και τα 20 εκατομμύρια εξ αυτών ζουν νότια της υποσαχάριας Αφρικής, ένα νούμερο που συνεχώς μεγαλώνει. Αυτό σημαίνει πως ο αριθμός μολύνσεων από HIV αυξάνεται και/ή οι οροθετικοί που λαμβάνουν ιατρική περίθαλψη ζουν περισσότερο. Το 2008 περίπου 2.7 εκατομμύρια άνθρωποι μολύνθηκαν από τον HIV (Fleck, 2011).

Λόγοι που δεν συμπεριλήφθηκε στον δείκτη ευημερίας F-Zin

- Λόγω των μικρών ποσοστών που παρατηρούνται στις ευρωπαϊκές χώρες (της τάξης του 0.1 και 0.2 %) τα δεδομένα δεν έχουν κάποια επίδραση στον δείκτη ευημερίας.
- Για την Ελλάδα την Γερμανία και την Κύπρο δεν υπάρχουν διαθέσιμα δεδομένα.

Ανεπιθύμητες γέννες

Ο αριθμός ανεπιθύμητων γεννών αποτελεί ένα αμφιλεγόμενο και έμμεσο δείκτη μέτρησης της ευημερίας. Ο αριθμός ανεπιθύμητων γεννών είναι ιδιαίτερα αυξημένος σε κοινωνικές ομάδες με χαμηλό επίπεδο μόρφωσης και χαμηλό εισόδημα. Για παράδειγμα, το 1970, στις ΗΠΑ σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε γυναίκες που δεν είχαν απολυτήριο λυκείου, ανέφεραν πως το 31% των γεννών τους τα προηγούμενα πέντε χρόνια ήταν ανεπιθύμητες. Το αντίστοιχο ποσοστό για γυναίκες που είχαν τελειώσει πανεπιστήμιο ήταν 7%. Η διαφορά αυτή οφείλεται κυρίως σε κοινωνικοοικονομικούς και εκπαιδευτικούς λόγους. Οι ανεπιθύμητες γέννες εμφανίζονται κυρίως δηλαδή σε μη προνομιούχες ομάδες του πληθυσμού.

Σύμφωνα με μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε στη Σουηδία, παιδιά που γεννήθηκαν κατόπιν άρνησης για έκτρωση παρακολούθηθηκαν στενά για 20 χρόνια μαζί με παιδιά που γεννήθηκαν την ίδια χρονιά στο ίδιο νοσοκομείο. Τα πρώτα παιδιά παρουσίασαν υψηλότερα ποσοστά ψυχικών νοσημάτων, εκδήλωσαν περισσότερες αντικοινωνικές και εγκληματικές συμπεριφορές και λάμβαναν περισσότερα επιδόματα από την πρόνοια.

Το ψυχολογικό φορτίο για τα παιδιά αυτά που τις περισσότερες φορές απορρίπτονται από τους γονείς και πολλές φορές δίνονται σε ορφανοτροφεία δεν μπορεί να μετρηθεί εύκολα. Το μόνο σίγουρο όμως είναι πως αυτό κοστίζει συνολικά στην κοινωνία. Το κόστος αυτό δεν οφείλεται τόσο στην εγκατάλειψη των παιδιών αυτών σε ορφανοτροφεία αλλά στα καθημερινά προβλήματα που αντιμετωπίζουν αυτά τα παιδιά στις βιολογικές τους οικογένειες. Ο οικογενειακός προϋπολογισμός αυξάνεται δραματικά έπειτα από τον ερχομό ενός παιδιού, πόσο μάλλον όταν η γέννα είναι ανεπιθύμητη ή απρόσμενη. Η έλλειψη των απαραίτητων υλικών αγαθών επηρεάζει καθοριστικά την ανατροφή ενός παιδιού (The Commission on Population Growth and the American Future, 1972).

Οι Lewitt και Donohue, από τα πανεπιστήμια Yale και Chicago αντίστοιχα, υποστηρίζουν πως η νομιμοποίηση των εκτρώσεων στις ΗΠΑ έχει συνεισφέρει καθοριστικά στην μείωση της εγκληματικότητας. Τα ποσοστά εγκληματικότητας στις ΗΠΑ ξεκίνησαν να μειώνονται αισθητά 18 χρόνια μετά την νομιμοποίηση των εκτρώσεων. Στις πέντε πολιτείες των ΗΠΑ που είχαν νομιμοποιηθεί οι εκτρώσεις από το 1970, παρουσιάστηκαν μειώσεις τα ποσοστά εγκληματικότητας νωρίτερα σε σχέση με την υπόλοιπη χώρα που νομιμοποιήθηκαν το 1973. Σε πολιτείες με υψηλά ποσοστά εκτρώσεων τις δεκαετίες του 1970 και του 1980 παρατηρήθηκε ακόμα εντονότερη μείωση της εγκληματικότητας τη δεκαετία του 1990, σε σχέση με τις υπόλοιπες πολιτείες. Η νομιμοποίηση των εκτρώσεων φαίνεται να ευθύνεται το πολύ για το 50% της μείωσης της εγκληματικότητας που παρατηρείται τα τελευταία χρόνια στις ΗΠΑ. (Levitt, 2001).

Λόγος που δεν συμπεριλήφθηκε στον δείκτη ευημερίας F-Zin

Δεν υπάρχουν διαθέσιμα δεδομένα για τον εν λόγω δείκτη.

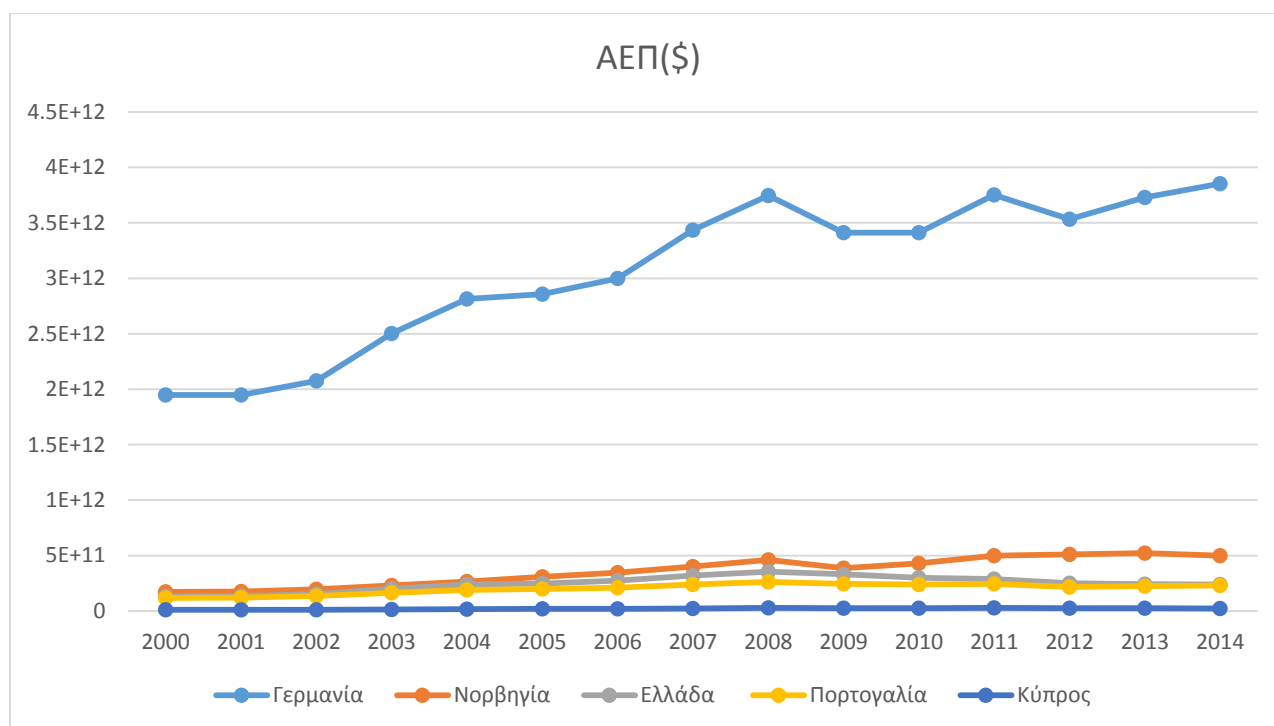
Σχολιασμός ΑΕΠ και Κατά Κεφαλήν ΑΕΠ βάση των δεδομένων

Παρακάτω παρατίθενται οι πίνακες και τα διαγράμματα με το Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν και το Κατά Κεφαλήν Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν για τις παραπάνω χώρες για τα έτη 2000 έως και 2014 :

Πίνακας 29 ΑΕΠ (δισ \$)

ΑΕΠ (δισ \$)	Γερμανία	Νορβηγία	Ελλάδα	Πορτογαλία	Κύπρος
2000	1.94721E+12	1.71316E+11	1.3058E+11	1.18358E+11	9929632422
2001	1.94793E+12	1.74003E+11	1.36006E+11	1.21546E+11	10328979964
2002	2.0763E+12	1.95418E+11	1.52714E+11	1.34229E+11	11345759615
2003	2.50231E+12	2.28752E+11	2.01547E+11	1.64964E+11	14445240091
2004	2.81547E+12	2.64357E+11	2.39649E+11	1.89187E+11	17164625000
2005	2.85763E+12	3.08722E+11	2.47672E+11	1.97305E+11	18270009451
2006	2.99862E+12	3.45425E+11	2.73279E+11	2.08567E+11	19866878479
2007	3.43568E+12	4.00884E+11	3.18685E+11	2.40169E+11	23716042497
2008	3.74692E+12	4.61947E+11	3.54616E+11	2.62008E+11	27493064742
2009	3.41298E+12	3.86384E+11	3.29857E+11	2.43746E+11	25593262401
2010	3.41221E+12	4.28525E+11	2.99615E+11	2.38318E+11	25247424011
2011	3.75188E+12	4.98157E+11	2.88785E+11	2.4488E+11	27089174646
2012	3.53324E+12	5.09705E+11	2.49525E+11	2.16368E+11	24940600822
2013	3.73026E+12	5.22349E+11	2.42231E+11	2.24912E+11	24057251749
2014	3.85256E+12	5.00103E+11	2.37592E+11	2.29584E+11	23226158986

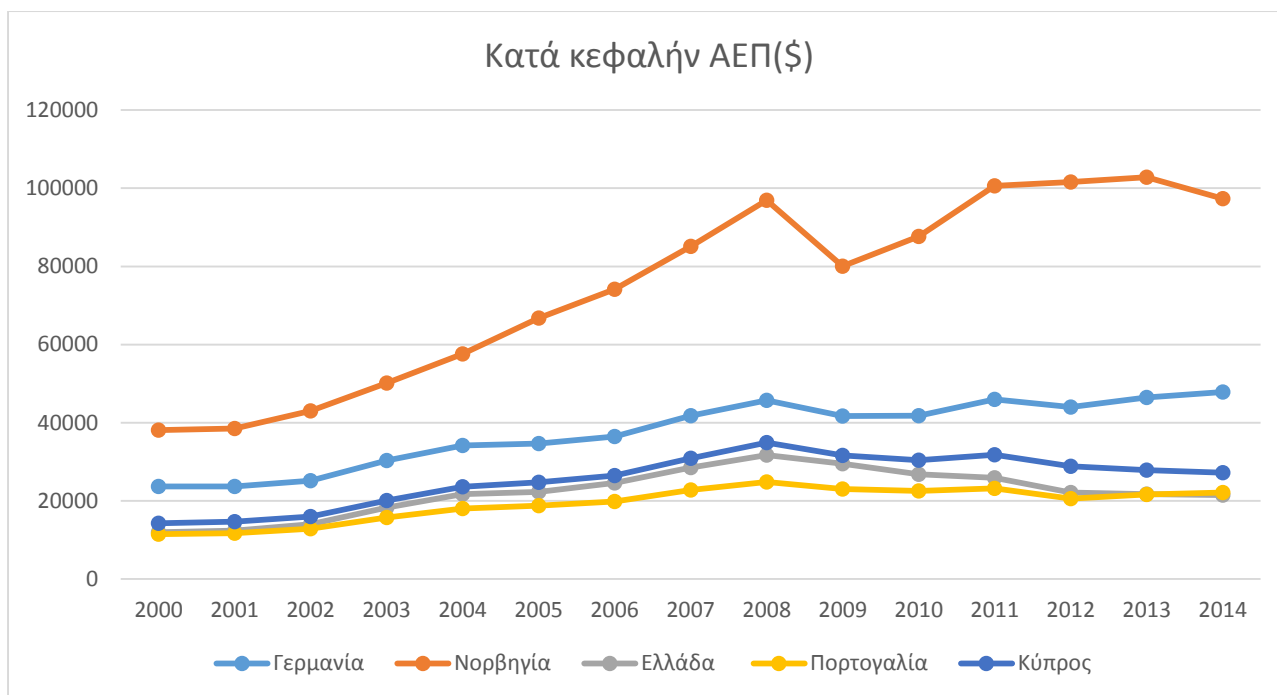
Κριτική Ανάλυση του ΑΕΠ και Ανάπτυξη Καινοτόμου Υγειοκεντρικού Δείκτη Ευημερίας



Διάγραμμα 12 ΑΕΠ(\$)

Πίνακας 30 Κατά Κεφαλήν ΑΕΠ(\$)

Κατά Κεφαλήν ΑΕΠ(\$)	Γερμανία	Νορβηγία	Ελλάδα	Πορτογαλία	Κύπρος
2000	23718.74	38146.715	11952.857	11502.396	14307.353
2001	23687.316	38549.589	12435.563	11729.146	14723.210
2002	25205.164	43061.150	14005.355	12882.288	15988.275
2003	30359.952	50111.654	18326.223	15772.733	20110.120
2004	34165.934	57570.269	21755.350	18045.588	23578.429
2005	34696.629	66775.394	22337.054	18784.94	24738.009
2006	36447.873	74114.697	24561.380	19821.444	26455.132
2007	41814.81	85128.657	28531.566	22780.058	30915.486
2008	45699.198	96880.509	31686.652	24815.608	34950.35
2009	41732.707	80017.776	29498.323	23063.971	31673.457
2010	41788.044	87646.271	26841.855	22539.996	30438.900
2011	45936.081	100575.173	25872.013	23194.740	31836.619
2012	44010.931	101563.02	22146.915	20577.402	28868.273
2013	46441.677	102832.25	21719.227	21618.735	27910.619
2014	47821.917	97307.421	21498.418	22132.174	27194.391



Διάγραμμα 13 Κατά Κεφαλήν ΑΕΠ(\$)

Μία πρώτη παρατήρηση που μπορεί να γίνει αφορά για την καμπύλη του ΑΕΠ της Γερμανίας και την καμπύλη του κατά κεφαλήν ΑΕΠ της Νορβηγίας, που είναι οι χώρες με το μεγαλύτερο ΑΕΠ και το μεγαλύτερο κατά κεφαλήν ΑΕΠ αντίστοιχα.

Η Γερμανία θεωρείται η μεγαλύτερη οικονομική δύναμη της Ευρώπης, και μια από τις μεγαλύτερες του κόσμου, και παίζει καταλυτικό ρόλο στις οικονομικές και πολιτικές αποφάσεις της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Αυτό είναι κάτι που αποτυπώνεται στο ΑΕΠ με τη μεγάλη διαφορά της Γερμανίας από τις υπόλοιπες χώρες σύγκρισης.

Το ΑΕΠ όμως δε χρησιμοποιείται μόνο σαν δείκτη οικονομικής ανάπτυξης, όπου και σαν δείκτης οικονομικής ανάπτυξης έχει δεχτεί κατά καιρούς κριτικές (βλ. Προβληματισμοί για το ΑΕΠ, Κεφάλαιο 2), αλλά χρησιμοποιείται ευρέως και σαν δείκτης ευημερίας. Έχει γίνει εκτενής αναφορά στο Κεφάλαιο 2 για ποιούς λόγους το ΑΕΠ δεν αποτελεί καλό δείκτη ευημερίας, τα παραπάνω γραφήματα όμως μας δίνουν τη δυνατότητα για δυο περεταίρω σχόλια:

- Οι εξαιρετικά μεγάλες διαφορές που παρατηρούνται στο Κατά Κεφαλήν ΑΕΠ και το ΑΕΠ δεν δίνουν τη δυνατότητα εξαγωγής συμπερασμάτων σε ποια από τις δύο χώρες οι κάτοικοι της ευημερούν περισσότερο. Αυτό θέτει το ερώτημα, ποιος από τους δύο δείκτες είναι καταλληλότερος ώστε να σχηματίσουμε άποψη για την ευημερία των κατοίκων.
- Η παραδοχή πως το Κατά Κεφαλήν ΑΕΠ αποτελεί καταλληλότερο δείκτη ευημερίας, από τη στιγμή που υπολογίζει τι “μερίδιο” του ΑΕΠ αντιστοιχεί σε κάθε κάτοικο αυτής της χώρας, δεν είναι ορθή αφού υπάρχει τεράστιο χάσμα μεταξύ πλουσίων και φτωχών παγκοσμίως. Ακόμα η ανθρώπινη ευημερία και ευτυχία δεν εξαρτάται μόνο από χρηματικά ποσά.

Σύγκριση δείκτη ευημερίας F-Zip και ΑΕΠ

Οι διαφορές στα επίπεδα ευημερίας βάση του δείκτη F-Zip και του ΑΕΠ είναι εμφανείς. Η Νορβηγία, η οποία έχει το μεγαλύτερο Κατά Κεφαλή ΑΕΠ από τις χώρες σύγκρισης, και η Γερμανία, η οποία έχει το μεγαλύτερο ΑΕΠ από τις χώρες σύγκρισης, σύμφωνα με τον δείκτη ευημερίας F-Zip έχουν το χαμηλότερο επίπεδο ευημερίας από το 2000 μέχρι και το 2014. Αυτό οφείλεται κυρίως στα πολύ μεγάλα ποσοστά αυτοκτονιών αλλά και χρήσης ναρκωτικών ουσιών που παρατηρούνται σε αυτές τις δύο χώρες. Κατά τα κριτήρια που χρησιμοποιήθηκαν στην ανάλυση αλλά και βάση των λόγων που έχουν αναφερθεί στο Κεφάλαιο 2, οι δύο αυτοί δείκτες παίζουν καταλυτικό ρόλο στην ευημερία των ανθρώπων γι' αυτό και τους δόθηκε το μεγαλύτερο βάρος (0.2) στην συνάρτηση του F-Zip. Επίσης, τόσο το ΑΕΠ της Γερμανίας όσο και το Κατά Κεφαλή ΑΕΠ της Νορβηγίας από το 2000 μέχρι και το 2014, αν εξαιρεθεί η μείωση από το 2008 στο 2009 λόγω της οικονομικής κρίσης, παρουσιάζουν πολύ μεγάλη αύξηση. Κάτι τέτοιο δεν παρατηρείται όμως και στο διάγραμμα του δείκτη F-Zip για τις εν λόγω χώρες.

Η Ελλάδα και η Πορτογαλία έχουν αρκετά κοντινά επίπεδα ευημερίας, με την Πορτογαλία να έχει λίγο καλύτερα αποτελέσματα σύμφωνα με τον δείκτη ευημερίας F-Zip. Στο ΑΕΠ και το Κατά Κεφαλή ΑΕΠ συμβαίνει το αντίθετο για τις δύο αυτές χώρες. Παρότι έχουν κοντινές τιμές η Ελλάδα έχει υψηλότερες τιμές και στους δύο δείκτες.

Τέλος, η Κύπρος, η χώρα με το χαμηλότερο ΑΕΠ, είναι αυτή με το υψηλότερο επίπεδο ευημερίας σύμφωνα με τα αποτελέσματα που εξήχθησαν από τον υγειοκεντρικό δείκτη ευημερίας F-Zip.

Γίνεται αντιληπτό πως τα αποτελέσματα για το επίπεδο ευημερίας του δείκτη ευημερίας F-Zip και του ΑΕΠ δεν συμφωνούν. Με αυτόν τον τρόπο ο F-Zip προστίθεται σε μια μακριά λίστα δεικτών ευημερίας, οι οποίοι προσεγγίζουν την ευημερία από μια πιο ανθρωποκεντρική σκοπιά, και τους δεν συνάδουν με αυτά του ΑΕΠ.

Κεφάλαιο 4 Συμπεράσματα και προοπτικές

Συμπεράσματα

Η ευημερία αποτελεί μια πολυδιάστατη έννοια η οποία πέρα από το ότι μπορεί να προσεγγιστεί από πολλές σκοπιές, διαφέρει και στον τρόπο που γίνεται αντιληπτή από άνθρωπο σε άνθρωπο. Αυτό καθιστά δύσκολη την δόμηση ενός ικανού δείκτη που να μπορεί να αντικατοπτρίζει συνολικά το πραγματικό επίπεδο της ευημερίας. Η κατηγοριοποίηση της ευημερίας αποτελεί μια προσέγγιση αυτού του προβλήματος από τη στιγμή που συγκεκριμενοποιεί τον όρο και κάτι τέτοιο διευκολύνει τόσο την καθολική σύλληψη της έννοιας της ευημερίας όσο και την μέτρηση της.

Μέσω του ΑΕΠ, που αποτελεί το πιο διαδεδομένο και πολυχρησιμοποιημένο δείκτη ευημερίας παγκοσμίως, υπάρχει μια εξίσωση της συνολικής ευημερίας με την οικονομική πρόοδο. Η γενίκευση αυτή, για τον λόγο που αναφέρθηκε παραπάνω αλλά και για τους λόγους που αναλύθηκαν εκτενώς στον Κεφάλαιο 2, καθιστά το ΑΕΠ ένα κακό δείκτη ευημερίας. Μέσω του ΑΕΠ πραγματοποιείται μέτρηση της χρηματοπιστωτικής και όχι της ανθρώπινης ευημερίας. Αυτή είναι και η αιτία που δέχεται τα τελευταία χρόνια τόση σφοδρή κριτική και παγκόσμιοι φορείς αναζητούν όλο και εντονότερα εναλλακτικούς τρόπους μέτρησης της ευημερίας.

Στα πλαίσια της εν λόγω διπλωματικής κατασκευάστηκε ένας δείκτης ευημερίας που εστιάζει σε έναν από τους θεμελιώδεις πυλώνες της συνολικής ανθρώπινης ευημερίας, την υγεία. Η υγεία, τόσο η σωματική όσο και η ψυχική, αποτελεί και θα αποτελεί ακρογωνιαίο λίθο της ευημερίας και απαραίτητο φυσικό αγαθό για τον άνθρωπο. Ο υγειοκεντρικός δείκτης ευημερίας F-Zin απαρτίζεται από δείκτες που σχετίζονται με την υγεία και επηρεάζουν καθοριστικά την ευημερία του ανθρώπου, κυρίως από τη σκοπιά της υγείας αλλά και συνολικά. Βέβαια, όπως και οι περισσότεροι δείκτες ευημερίας, έχει κάποια μειονεκτήματα και κάποια αδύναμα σημεία. Η έλλειψη δεδομένων για δείκτες που χρησιμοποιήθηκαν δημιουργεί το μεγαλύτερο πρόβλημα στην αξιοπιστία και στιβαρότητα των αποτελεσμάτων. Ακόμα, ορισμένοι ερευνητές που ασχολούνται με την ευημερία θεωρούν πως κάθε άνθρωπος έχει διαφορετική άποψη για το πως και πόσο επηρεάζεται η ευημερία από την υγεία. Καθώς και πως οι άνθρωποι και μόνο είναι υπεύθυνοι για την προσωπική τους ευημερία. Αυτό βασίζεται στο γεγονός πως υπάρχουν πολλοί άνθρωποι που παρά τα σοβαρά προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν καταφέρουν να αντεπεξέλθουν στις απαιτήσεις της ζωής και πολλές φορές μεγαλουργούν. (Meyerowitz, 1983) και (Cassileth et al., 1984). Αυτή η προσέγγιση ενδέχεται, και έχει, σημαντικούς περιορισμούς αλλά και σφάλματα στη σύγκριση ευημερίας μεταξύ ατόμων (Sen, 1987). Επίσης, η εξίσωση του δείκτη F-Zin και γενικότερα η μαθηματικοποίηση της ευημερίας δημιουργεί δύο κύριες αμφιβολίες για την αξιοπιστία του δείκτη. Πρώτον, η υποκειμενική τοποθέτηση βάρους στους δείκτες που χρησιμοποιήθηκαν επηρεάζει καθοριστικά τα αποτελέσματα του δείκτη F-Zin. Δεύτερον, η γραμμική σχέση των δεικτών που χρησιμοποιήθηκαν υποδηλώνει την ύπαρξη άμεσης εξάρτησης μεταξύ τους, κάτι που δεν αντικατοπτρίζει πλήρως την πραγματικότητα αλλά είναι και δύσκολο να οριστεί. Για παράδειγμα, μια αύξηση του ποσοστού των καπνιστών κατά 10% και μια μείωση των χρηστών ναρκωτικών κατά 10%, αν είχαν τα ίδια βάρη, θα άφηνε το επίπεδο ευημερίας

ανεπηρεάστο, ενώ οι επιπτώσεις στην ευημερία των ανθρώπων από την αλλαγή αυτή ενδέχεται να είναι διαφορετική. Παρόλαυτα, ο F-Zip αποτελεί χρήσιμο εργαλείο και μπορεί να δώσει μια εικόνα για το επίπεδο ευημερίας, από τη σκοπιά της υγείας, για οποιαδήποτε χώρα.

Αρκετά ενδιαφέροντα θα μπορούσαν να χαρακτηριστούν και τα αποτελέσματα της σύγκρισης μεταξύ του ΑΕΠ και του δείκτη ευημερίας F-Zip. Τα αποτελέσματα των δύο αυτών δεικτών είναι τελείως διαφορετικά και απέχουν κατά πολύ. Αυτό δείχνει πως το ΑΕΠ δεν αποτελεί και δεν μπορεί να αποτελεί το μοναδικό και καθολικά αποδεκτό δείκτη μέτρησης της ευημερίας. Ο F-Zip προστίθεται στη μακριά λίστα των δεικτών ευημερίας που τα αποτελέσματά τους δεν συνάδουν με αυτά του ΑΕΠ και προσεγγίζουν την μέτρηση της ευημερίας από μια άλλη οπτική γωνία, πιο ανθρωποκεντρική. Επίσης με αυτόν τον τρόπο φαίνεται πόσο διαφορετικά μπορεί να προσεγγιστεί το συγκεκριμένο ζήτημα και πόσο διαφορετικά αποτελέσματα μπορούν να προκύψουν αν ληφθούν υπόψη διαφορετικοί δείκτες και πυλώνες.

Προοπτικές

Στις μέρες μας γίνεται ολοένα και μεγαλύτερη η ανάγκη του επαναπροσδιορισμού της έννοιας της ευημερίας και της έρευνας νέων μεθόδων μέτρησής της. Χρειάζεται λοιπόν μια συντονισμένη, οργανωμένη και μαζική προσπάθεια από όλους τους παγκόσμιους φορείς και οργανισμούς για την σωστότερη προσέγγιση τους ζητήματος και την δημιουργία δεικτών που θα δείχνουν ρεαλιστικότερα τόσο το επίπεδο της ευημερίας όσο και τις ανακατατάξεις που σημειώνονται σε αυτό. Η παγκόσμια κοινότητα έχει ανάγκη από νέους στόχους και νέους τρόπους να μετρήσει τη πρόοδο που επιτυγχάνεται προς αυτούς. Καθίσταται αναγκαίος ένας παγκόσμιος διάλογος ώστε να προκύψει ομοφωνία πάνω σε αυτά τα θέματα.

Όσο αφορά το ΑΕΠ θα πρέπει να σταματήσει να συνδεέται με την ανθρώπινη ευημερία και να πάψει να αποτελεί το απόλυτο και μοναδικό οικονομικό οδηγό επιχειρήσεων, οργανισμών και κυβερνήσεων. Χρειάζεται είτε να εκσυγχρονιστεί ώστε να καλύπτει τις ανάγκες της σύγχρονης οικονομίας, είτε να αντικατασταθεί.

Η συνεχής δόμηση νέων δεικτών ευημερίας σε συνδυασμό με την κριτική που δέχεται το ΑΕΠ υποδηλώνουν πως υπάρχει μια εγρήγορση γύρω από το ζήτημα, πράγμα που δίνει αισιοδοξία για το τι πρόκειται να συμβεί στο μέλλον στη μέτρηση της ευημερίας. Πολύ σημαντικό κατά τη γνώμη μου τόσο για τον δείκτη ευημερίας F-Zip, όσο και για τους υπόλοιπους δείκτες είναι η ύπαρξη αξιόπιστων, ενημερωμένων δεικτών και δεδομένων για κάθε χώρα και για κάθε έτος, ώστε οι δείκτες να είναι πιο στιβαροί και πιο αξιόπιστοι. Είναι κάτι πολύ σημαντικό που πρέπει να εστιάσουν οι αρμόδιοι φορείς και να αναπτύξουν νέες μεθόδους ερευνών και μέτρησης διάφορων πτυχών της ανθρώπινης ζωής.

Η σωστή θεμελίωση των αποτελεσμάτων των δεικτών ευημερίας αλλά και της αντίληψης για το τι σημαίνει ευημερία και σε ποια επίπεδα κυμαίνεται θα δώσει τη δυνατότητα όχι μόνο επισκόπησής της αλλά και βελτίωσής της.

Βιβλιογραφία

- Alan Cornwell, V. C. , 1987. *DRUGS, ALCOHOL AND MENTAL HEALTH*, Sao Paulo: CAMBRIDGE UNIVERSITY PRESS.
- Alexandrova, A. (2007). “Doing Well In The Circumstances”,*The Journal of Moral Philosophy*(forthcoming).
- Alkire, S. (2002). Dimensions of human development. *World Development*, 30(2), 181–205.
- Neumayer, E. (1999). The ISEW: Not an index of sustainable economic welfare. *Social Indicators Research*, 48(1), 77–101.
- Anon. , 2014. *BBC*. [Ηλεκτρονικό]
Available at: <http://www.bbc.co.uk/scotland/education/int/geog/health/development/social/index.shtml>
[Πρόσβαση 1 January 2016].
- Aranceta, J. , Perez-Rodrigo, C. , Gondra, J. , & Orduna, J. (2001). Community-based programme to promote physical activity among elderly people: The GeroBilbo study. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 5(4), 238–242.
- Arnold, B. C. M. P. S. P. K. , 2015. *Measuring the Economy. A Primer on GDP and the National Income and Product Accounts*, s. l. : Bureau of Economic Analysis (BEA), U. S. Department of Commerce.
- Australian Bureau of Statistics. (2012). Australian Health Survey: First results, 2011-12. Cat. no. 4364. 0. 55. 001. Available at:<http://www.abs.gov.au/AUSSTATS/abs@.nsf/DetailsPage/4364.0.55.0012011-12?OpenDocument>
- Australian Institute of Health and Welfare. (2011). Health and the environment: A compilation of evidence (Cat. No. PHE 136). Canberra: AIHW.
- Barton, H. , & Grant, M. (2006). A health map for the local human habitat. *Journal of the Royal Society for the Promotion of Health*, 126(6), 252–253.
- Bauer, R. A. , 1966. *Social Indicators*. s. l. : MIT Press.
- Berger, P. L. , & Luckmann, T. (1967). *The social construction of reality*. New York: Anchor.
- Bergh, J. (2009). The GDP paradox. *Journal of Economic Psychology*, 30(2), pp. 117–135.
- Bleys, B. (2011). Beyond GDP: Classifying Alternative Measures for Progress. *Soc Indic Res*, 109(3), pp. 355–376.
- Bleys, B. , 2011. *Beyond GDP: Classifying Alternative Measures*, s. l. : Springer Science+Business Media.
- Brulde, B. , 2014. Hedonism. Στο: A. C. Michalos, επιμ. *Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research*. s. l. :Springer Netherlands, p. 2834.
- Bunge, M. , 1975. *WHAT IS A QUALITY OF LIFE INDICATOR?*, s. l. : s. n.
- C. Koutras, P. K. S. K. (, 2014. *D1. 3 - Prosperity Metrics and Open data Sources*, s. l. : s. n.

Carbon Dioxide Information Analysis Center, Environmental Sciences Division, Oak Ridge National Laboratory, Tennessee, United States.

Carson-DeWitt, R. (2001). *Encyclopedia of drugs, alcohol & addictive behavior*. New York: Macmillan Reference USA.

Centre for Epidemiology and Research. New South Wales School Students Health Behaviours Survey: 2008 Report. Sydney: NSW Department of Health, 2009. Available at:http://www0.health.nsw.gov.au/resources/publichealth/surveys/hss_08.pdf

Centre for Epidemiology and Research. The health of Aboriginal people of NSW: report of the Chief Health Officer. Available at:http://www.healthstats.nsw.gov.au/ContentText/Display/ahchor_toc

Coale, A. (1983). Recent trends in fertility in less developed countries. *Science*, 221(4613), pp. 828-832.

Coale, A. J. , Demeny, P. , & Vaughan, B. (1983). Regional model life tables and stable populations. New York: Academic Press.

Cockerham, W. C. (1997). The social determinants of the decline in life expectancy in Russia and Eastern Europe: A lifestyle explanation. *Journal of Health and Social Behavior*, 38, 117–130

Coyle, D. (2014). *GDP*.

Cummins, R. A. , Gullone, E. , & Lau, A. (2002). A model of subjective wellbeing homeostasis: The role of personality. In A. Michalos (Ed.), *Social indicators research series* (Vol. 16, pp. 7–46). Dordrecht: Kluwer Academic.

Curtis, L. J. , Dooley, M. D. , & Phipps, S. A. (2004). Child wellbeing and neighbourhood quality: Evidence from the Canadian National Longitudinal Survey of Children and Youth. *Social Science & Medicine*, 58(10), 1917–1927.

Diener, E. (2006). Guidelines for national indicators of subjective well-being and ill-being. *Journal of Happiness Studies*, 7, 397–404.

Doll, H. A. , Petersen, S. E. , & Stewart-Brown, S. L. (2000). Obesity and physical and emotional wellbeing: Associations between body mass index, chronic illness, and the physical and mental components of the SF-36 questionnaire. *Obesity Research*, 8(2), 160–170.

Edenhofer O, R. P. -M. Y. S. E. F. S. K. K. S. A. A. I. B. S. B. P. E. B. K. J. S. S. C. v. S. T. Z. a. J. M. e. , 2014. *Climate Change 2014, Mitigation of Climate Change Contribution of Working Group III to the Fifth Assessment Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change*, Cambridge, United Kingdom and New York, NY, USA. : Cambridge University Press.

Fleck, F. , 2011. *BUGS, DRUGS & SMOKE*, s. 1. : World Health Organization.

Fredrickson, B. L. , & Joiner, T. (2002). Positive emotions trigger upward spirals toward emotional well-being. *Psychological Science*, 13(2), 172–175.

- Gallup, 2015. <http://www.gallup.com/>. [Ηλεκτρονικό]
Available at: <http://www.gallup.com/poll/128186/gallup-healthways-index-work.aspx>
[Πρόσβαση 3 May 2015].
- Gasper, D. (2004). Human well-being: Concepts and conceptualizations. Discussion paper 2004/06. Helsinki, Finland: United Nations University, World Institute for Development Economics Research.
- Gasper, D. , 2004. *Human well-being: Concepts and conceptualizations. Discussion paper 2004/06.* , Helsinki: United Nations University, World Institute for Development Economics Research. .
- Guan, B., Deng, Y., Cohen, P., & Chen, H. (2011). Relative impact of Axis I mental disorders on quality of life among adults in the community. *Journal of Affective Disorders*, 131(1–3), 293–298.
- Gulyas, W. G. a. J. , 2014. Well-Being and Ill-Being: Names. Στο: A. C. Michalos, επιμ. *Encyclopedia of Quality of Life*. Frankfurt: Springer Reference, p. 7051.
- Guyatt, G. H., Feeny, D. H., & Patrick, D. L. (1993). Measuring health-related quality of life. *Annals of Internal Medicine*, 118(8), 622–629.
- Harvie, D., Slater, G., Philp, B. and Wheatley, D. (2009). Economic Well-being and British Regions: The Problem with GDP Per Capita. *Review of Social Economy*, 67(4), pp. 483-505.
- Haybron, D. (2008). *The pursuit of unhappiness: The elusive psychology of well-being*. Oxford: Oxford University Press
- <http://apps.who.int/gho/data/node.main.1250?lang=en>
<http://data.worldbank.org/indicator/EN.ATM.CO2E.PC>
<http://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.IN?display=map>
<http://www.justicehealth.nsw.gov.au/about-us/publications/2009-ihs-report.pdf>
http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/metrics_daly/en/
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs266/en/>
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/en/>
http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower_graph_p9.gif
http://www.who.int/topics/alcohol_drinking/en/
<http://www.who.int/topics/obesity/en/>
<https://data.unodc.org/>
- Hursthouse, R. (1999). *On virtue ethics*. New York: Oxford University Press.
- index, h. p. , 2015. <http://www.happyplanetindex.org/>. [Ηλεκτρονικό]
Available at: <http://www.happyplanetindex.org/about/#sthash.7E9ehoQ8.dpuf>
[Πρόσβαση 23 November 2015].
- Indig, D. Topp, L. Ross, B. Marmoon, H. Kumar, S. McNamara, M. (2010). 2009 NSW Inmate Health Survey: Key findings report. Justice Health. Sydney.
- International Wellbeing Group. (2006). *Personal wellbeing index (4th ed.)*. Melbourne: Australian Centre on Quality of Life, Deakin University.

- IPCC. Summary for Policymakers. In: Edenhofer O, R. Pichs-Madruga, Y. Sokona, E. Farahani, S. Kadner, K. Seyboth, A. Adler, I. Baum, S. Brunner, P. Eickemeier, B. , Kriemann JS, S. Schlömer, C. von Stechow, T. Zwickel and J. C. Minx editors. Climate Change 2014, Mitigation of Climate Change Contribution of Working Group III to the Fifth Assessment Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change. Cambridge, United Kingdom and New York, NY, USA. : Cambridge University Press; 2014.
- Karma Ura, S. A. ,. Z. ,. W. , 2012. *A Short Guide to Gross National*, Thimphu: The Centre for Bhutan Studies.
- Kermode, M. Crofts, N. Miller, P. Speed, B. Streeton, J. (2008). Health indicators and risks among people experiencing homelessness in Melbourne, 1995-1996. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 22(4):464-470.
- Kessler, D., and M. McClellan (1998), "Is hospital competition socially wasteful?", unpublished manuscript (Stanford University).
- Keyes, C. L. M. (1998). Social well-being. *Social Psychology Quarterly*, 61(2), 121–140.
- Keyes, C. L. M. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43(2), 207–222.
- Keyes, C. L. M. (2003). Complete mental health: An agenda for the 21st century. In C. L. M. Keyes & J. Haidt (Eds.), *Flourishing: Positive psychology and the life well-lived* (pp. 293–312). Washington, DC: American Psychological Association.
- Kitagawa, E. and Hauser, P. (1968). Education differentials in mortality by cause of death: United States, 1960. *Demography*, 5(1), pp. 318-353.
- Kitagawa, E. M. , & Hauser, P. M. (1973). *Differential mortality in the United States: A study in socioeconomic epidemiology*. Cambridge, MA: Harvard University Press.]
- Kraut, R. (1979). Two conceptions of happiness. *Philosophical Review*, 88, 167–197
- Kraut, R. (2007). *What is good and Why: The ethics of well-being*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Lamers, S. M. A. , Westerhof, G. J. , Bohlmeijer, E. T. , ten Klooster, P. M. , & Keyes, C. L. M. (2011). Evaluating the psychometric properties of the mental health continuum-short form (MHC-SF). *Journal of Clinical Psychology*, 67(1), 99–110.
- Lawrence, D. Mitrou, F. Zubrick, S. (2009). Smoking and mental illness: results from population surveys in Australia and the United States. *BMC Public Health*, 9:285.
- Levitt, J. J. D. D. S. D. , 2001. *THE IMPACT OF LEGALIZED ABORTION ON CRIME*, Chicago: Department of Economics, University of Chicago.
- Life Expectancy. Published online at OurWorldInData. org. Retrieved from: <http://ourworldindata.org/data/population-growth-vital-statistics/life-expectancy/> [Online Resource]
- Mathers, C. and Loncar, D. (2006). Projections of Global Mortality and Burden of Disease from 2002 to 2030. *PLoS Med*, 3(11), p. e442.
- Maxwell, J. (2012). *The 15 invaluable laws of growth*. New York: Center Street.
- Mental Health: New Understanding, New Hope. (2001). *JAMA*, 286(19), p. 2391.

- Michaelson, J. , Abdallah, S. , Steuer, N. , Thompson, S. , & Marks, N. (2009). <http://www.neweconomics.org/publications/national-accounts-well-being>. Accessed 21 Nov 2015.
- Michalos, A. C. , 2005. *Social Indicators Research Series Volume 26*. Prince George, Canada: Springer.
- Neumayer, E. (1999). The ISEW: Not an index of sustainable economic welfare. *Social Indicators Research*, 48(1), 77–101.
- Niemiec, C. P. , 2014. Eudaimonic Well-Being. Στο: A. C. Michalos, επιμ. *Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research*. NY, USA: Department of Clinical and Social Sciences in Psychology University of Rochester, Rochester,, p. 2004.
- novascotia, 2011. *Indicators of Prosperity*, s. l. : novascotia.
- OECD, 2011. *COMPENDIUM OF OECD WELL-BEING INDICATORS*, s. l. : OECD.
- OECD, 2015. <http://www.oecdbetterlifeindex.org/>. [Ηλεκτρονικό]
Available at: <http://www.oecdbetterlifeindex.org/topics/health/>
[Πρόσβαση 21 November 2015].
- Offer, A. (2003). Economic welfare measures and human well-being. In P. David & M. Thomas (Eds.), *The economic future in historical perspective* (pp. 371–399). Oxford, UK: Oxford University Press.
- OECD, n. d. www.oecdbetterlifeindex.org. [Ηλεκτρονικό]
Available at: <http://www.oecdbetterlifeindex.org/media/bli/documents/BLI%20exec%20summary%20updated%202015-final.pdf>
[Πρόσβαση 15 November 2015].
- Pauly, M. , McGuire, T. and Barros, P. (2012). *Handbook of health economics*. Amsterdam: Elsevier/North Holland.
- Pauly, M. , McGuire, T. and Barros, P. (2012). *Handbook of health economics*. Amsterdam: Elsevier/North Holland.
- Penedo, F. J. , & Dahn, J. R. (2005). Exercise and wellbeing: A review of mental and physical health benefits associated with physical activity. *Current Opinion in Psychiatry*, 18(2), 189–193.
- Phillips, B. Burns, L. (2012) *New South Wales Drug Trends 2011: Findings from the Illicit Drug Reporting System (IDRS)*. Australia Drug Trends Series No. 74. Sydney, National Drug And Alcohol Research Centre, University of New South Wales.
- Pruss-Ustun, A. , & Corvalan, C. (2006). Preventing disease through healthy environments. Towards an estimate of the environmental burden of disease. Geneva: WHO.
- Quality-of-life impairment in depressive and anxiety disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 162(6), 1171–1178
- Rapaport, M. , Clary, C. , Fayyad, R. , & Endicott, J. (2005).
- Rawls, J. (1971). *A theory of justice*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Reyes, J. W. , 2007. *Environmental Policy as Social Policy? The Impact of Childhood Lead Exposure on Crime*, s. l. : The Berkeley Electronic Press.

- Robine JM, C. S. L. R. S. V. O. H. G. C. M. J. e. a. , 2008. *Death toll exceeded 70,000 in Europe during the summer of 2003*, s. l. : C R Biol.
- Robine JM, Cheung SL, Le Roy S, Van Oyen H, Griffiths C, Michel JP, et al. Death toll exceeded 70,000 in Europe during the summer of 2003. *C R Biol.* 2008;331(2):171-8.
- Roza, G. (2001). *The encyclopedia of drugs and alcohol*. New York: Franklin Watts.
- Russell, D. , 2014. Eudaimonia. Στο: A. C. Michalos, επιμ. *Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research*. s. l. :University of Arizona, Tucson, AZ, USA, p. 1995.
- Ryan, R. M. , & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. In S. T. Fiske, D. L. Schacter, & C. Zahn-Waxler (Eds.), *Annual review of psychology* (Vol. 52, pp. 141–166). Palo Alto, CA: Annual Reviews.
- Ryan, R. , & Deci, E. (2001). On happiness and human potential: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141–166.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological wellbeing. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069–1081.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological wellbeing. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069–1081.
- Saxena, S. , Funk, M. and Chisholm, D. (2013). World Health Assembly adopts Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2020. *The Lancet*, 381(9882), pp. 1970–1971.
- Seligman, M. (2003). Foreword. In C. L. M. Keyes & J. Haidt (Eds.), *Flourishing: Positive psychology and the life well-lived* (pp. xi–xx). Washington, DC: American Psychological Association.
- Seth, S. (2011). A class of distribution and association sensitive multidimensional welfare indices. *The Journal of Economic Inequality*, 11(2), pp. 133-162.
- Siahpush, M. , Borland, R. , & Scollo, M. (2002). Prevalence and socioeconomic correlates of smoking among lone mothers in Australia. *Aust N Z J Public Health*, 26, 132-5.
- Sophie A. Miller, G. T. , 2014. Environment and Health. Στο: A. C. Michalos, επιμ. *Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research*. s. l. :Springer Netherlands, p. 1903.
- Sullivan, W. , 2014. Nature and Well-Being. Στο: A. C. Michalos, επιμ. *Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research*. s. l. :Springer Netherlands, p. 4260.
- Sumner, L. W. (1996). *Welfare and happiness in ethics*. New York: Oxford University Press.
- The Commission on Population Growth and the American Future, 1972. *www. population-security. org*. [Ηλεκτρονικό]
- Available at: http://www. population-security. org/rockefeller/011_human_reproduction.htm
- [Πρόσβαση 11 September 2015].
- Thomson, S. , 2016. <http://www. weforum. org/>. [Ηλεκτρονικό]
- Available at: <http://www. weforum. org/>

org/agenda/2016/01/gdp?utm_content=buffer25440&utm_medium=social&utm_source=facebook.com&utm_campaign=buffer

[Πρόσβαση 23 January 2016].

Tibblin, G. , Tibblin, B. , Peciva, S. , Kullman, S. , & Svardsudd, K. (1990). “The Goteborg quality of life instrument” – An assessment of wellbeing and symptoms among men born 1913 and 1923. Methods and validity. *Scandinavian Journal of Primary Health Care. Supplement*, 1, 33–38.

U. S. Department of Health and Human Services. (2000). *Healthy People 2010*, Washington, DC: U. S. Government Printing Office.

United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, *World Population Prospects: The 2010 Revision*. Available from <http://esa.un.org/unpd/wpp>. UNODC, 2010. *RECENT STATISTICS AND TREND ANALYSIS OF ILLICIT DRUG MARKETS*, s. 1. : UNODC.

WHO, 2014. <http://www.who.int>. [Ηλεκτρονικό]

Available at: <http://www.who.int/topics/obesity/en>

[Πρόσβαση 12 September 2015].

WHO, 2015. <http://www.who.int/>. [Ηλεκτρονικό]

Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>

[Πρόσβαση 2 August 2015].

WHO, 2015. <http://www.who.int/>. [Ηλεκτρονικό]

Available at: http://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/overweight_text/en/

[Πρόσβαση 11 August 2015].

WHO, 2015. www.who.int. [Ηλεκτρονικό]

Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs385/en/>

[Πρόσβαση 9 February 2016].

WHO, W. H. O. , 2015. www.who.int. [Ηλεκτρονικό]

Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs266/en/>

[Πρόσβαση 10 September 2015].

WHO. (2005). *Promoting Mental Health: Concepts, emerging evidence, practice: A report of the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and The University of Melbourne*. Geneva: Author.

WHO. *Quantitative risk assessment of the effects of climate change on selected causes of death, 2030s and 2050s*. Geneva: World Health Organization, 2014.

Wilson, I. B. , & Cleary, P. D. (1995). Linking clinical variables with health-related quality of life. *Journal of the American Medical Association*, 273(1), 59–65.

World Health Organization [WHO]. (2010). *Why urban health matters: 1000 cities 1000 lives*. Geneva, Switzerland: WHO from <http://www.who.int/world-health-day/2010/media/whd2010background.pdf>.

World Health Organization. (1948). *Website of World Health Organization*. Available at: <http://www.who.int/about/en>. Accessed 21 Nov 2015

Yaukey, D. (1985). *Demography, the study of human population*. New York: St. Martin's Press.

Yaukey, D. , & Anderton, D. L. (2001). *Demography: The study of human population*. Waveland: Prospect Heights.

Youthblock Health and Resource Service. Smoking survey 2007. Sydney: YHRS; 2010.

Zhou XN, Yang GJ, Yang K, Wang XH, Hong QB, Sun LP, et al. Potential Impact of Climate Change on Schistosomiasis Transmission in China. *Am J Trop Med Hyg*. 2008;78(2):188-94.

Αριστοτέλης, 2005. *Ηθικά Νικομάχεια Τόμος Α'*. s. l. :ΒΙΒΛΙΟΣΥΝΕΡΓΑΤΙΚΗ Α. Ε. Π. Ε. Ε. .

Βικιπαίδεια, 2015. *wikipedia.org*. [Ηλεκτρονικό]

Available at: https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%91%CE%BA%CE%B1%CE%B8%CE%AC%CF%81%CE%B9%CF%83%CF%84%CE%BF_%CE%95%CE%B3%CF%87%CF%8E%CF%81%CE%B9%CE%BF_%CE%A0%CF%81%CE%BF%CF%8A%CF%8C%CE%BD

[Πρόσβαση 8 March 2015].

Σαρτζετάκης, Ε. , 2010. *Εισαγωγή στην Μακροοικονομική, Τμήμα Λογιστικής και Χρηματοοικονομικής*. [Ηλεκτρονικό]

Available at: <http://users.uom.gr/~esartz/teaching/macro/Kef22.pdf>

[Πρόσβαση 8 March 2015].