

# ΤΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΣΗΜΕΡΑ

ΜΑΝΟΛΗΣ ΚΟΓΕΒΙΝΑΣ

## 1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ανάγκη για τη δημιουργία Εθνικού Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα, είχε γίνει αντιληπτή εδώ και πολλά χρόνια. Η συζήτηση για το ΕΣΥ άρχισε τα πρώτα μεταδικτατορικά χρόνια και η άνοδος του ΠΑΣΟΚ στην κυβέρνηση έκανε πιο πιθανή την προτεινόμενη μεταρρύθμιση. Σε κάποιο βαθμό, «τα οράματα έγιναν πράξη». Τα προβλήματα ωστόσο παρέμειναν γιατί τα οράματα αποδείχτηκαν λανθασμένα.

Δυο στοιχεία καθόρισαν σε σημαντικό βαθμό την έκβαση όλης αυτής της διαδικασίας: 1) Η συζήτηση για το ΕΣΥ περιορίστηκε ανάμεσα στην κεντρική εξουσία και τις ιατρικές ενώσεις ενώ οι υπόλοιποι υγειονομικοί και κοινωνικοί φορείς ουσιαστικά απείχαν. 2) Η συζήτηση στράφηκε σε ζητήματα προνομίων ή σε θέματα ισχύος τόσο των γιατρών όσο και της κυβέρνησης. Ωστόσο το σύστημα υγείας, τελικά θα πρέπει να κριθεί από την δυνατότητά του να αντιμετωπίσει αποτελεσματικά τα σημερινά προβλήματα υγείας του Ελληνικού πληθυσμού και από την δυνατότητα προσαρμογής του στις νέες ανάγκες καθώς αυτές δημιουργούνται. Οι ικανοποιητικές συνθήκες εργασίας των εργαζομένων στο χώρο της υγείας ενώ αποτελούν προϋπόθεση για την ομαλή του λειτουργία, δεν αποτελούν ταυτόχρονα και «ικανή συνθήκη» για την αποτελεσματική αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας του πληθυσμού. Η ύπαρξη δηλαδή ενός μοντέρνου νοσοκομειακού συστήματος δεν εγγυάται την έγκαιρη και ριζική αντιμετώπιση της ασθένειας. Η ύπαρξη του ωστόσο, αποσωβαίνει τις κοινωνικές τριβές γιατί στη συνείδηση του πληθυσμού η υγεία είναι ταυτισμένη με τη νοσοκομειακή ιατρική. Μια κυβέρνηση θα κατηγορηθεί για τις ουρές στα νοσοκομεία αλλά όχι για τη μη καθιέρωση αντικαπνιστικής εκστρατείας, παρόλο που το τσιγάρο αποτελεί τον κυριότερο αιτιολογικό παράγοντα για χιλιάδες θανάτους κάθε χρόνο από καρκίνους, καρδιαγγειακά και αναπνευστικά νοσήματα.

Η μεταρρύθμιση που προτείνει το ΠΑΣΟΚ δε θέλησε τελικά να ξεφύγει από την κυρίαρχη αυτή λογική, που θεωρεί ότι η υγεία ενός πληθυσμού καθορίζεται κυρίως από το νοσοκομειακό σύστημα της χώρας. Αντίθετα απ' αυτή τη λογική η ιστορική εμπειρία και η σύγχρονη ανάλυση αποδεικνύουν ότι η υγεία καθορίζεται κυρίως από τις κοινωνικο-οικονομικές συνθήκες ζωής ενός πληθυσμού. Η θεραπευτική ιατρική δε μπορεί παρά να μεταβάλλει ελαφρά τη γενική εικόνα.

Η ύπαρξη σε ορισμένες ευρωπαϊκές χώρες, και ιδιαίτερα στην Αγγλία, στατιστικών στοιχείων θνησιμότητας κατά αιτία από τον περασμένο ήδη αιώνα, δίνει τη δυνατότητα εξέτασης των χρονικών αλλαγών στη θνησιμότητα τα τελευταία 150 χρόνια, σε σχέση με τις περιόδους εφαρμογής συγκεκριμένων ιατρικών μέτρων. Η μείωση της θνησιμότητας από τα λοιμώδη νοσήματα που προκαλούσαν παλιότερα τη συντριπτική πλειοψηφία των θανάτων, προηγείται κατά πολλές δεκαετίες της ανακάλυψης των αντιβιοτικών ή άλλων χημειοθεραπευτικών φαρμάκων, καθώς και της μαζικής χρήσης εμβολίων.

Έτσι λοιπόν, έχει δειχθεί ότι το 95% της βελτίωσης της θνησιμότητας από χολέρα (στη Βρεταννία) συντελέστηκε πριν τη δεκαετία του 1930 οπότε άρχισε να χρησιμοποιείται αποτελεσματική αγωγή. (1) Παρόμοια λίγο-πολύ δεδομένα υπάρχουν για τα περισσότερα λοιμώδη νοσήματα όπως φαίνεται παραστατικά στον Πιν. 1.

Σ' αυτό το άρθρο θα γίνει αναφορά στα βασικά προβλήματα υγείας στην Ελλάδα και στις προτεραιότητες που το σύστημα υγείας θα έπρεπε να θέσει σήμερα πολύ περισσότερο στην πρόληψη, παρά στη θεραπεία των μαζικότερων ασθενειών. Χρησιμοποιήθηκαν κυρίως στοιχεία θνησιμότητας, γιατί στην Ελλάδα αποτελούν τα πιο έγκυρα διαθέσιμα στατιστικά στοιχεία.

## 2. ΜΙΑ ΓΕΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ

Τα προβλήματα υγείας και κατά συνέπεια οι ανάγκες σε υπηρεσίες υγείας αλλάζουν στις διαφορετικές ηλικίες. Η θνησιμότητα είναι ψηλή τον πρώτο μήνα της ζωής, πέφτει στη συνέχεια και μετά την εφηβεία αρχίζει να αυξάνεται, στην αρχή σιγά και στις μεγάλες ηλικίες πια, ραγδαία (Σχήμα 1). Οι ανάγκες λοιπόν ενός πληθυσμού σε υπηρεσίες υγείας καθορίζονται σε σημαντικό βαθμό από την πληθυσμιακή δομή του. Οι αλλαγές που συντελέστηκαν αυτόν τον αιώνα στην Ελλάδα είναι πολύ σημαντικές. Μόλις το 1928 η πληθυσμιακή δομή προσέγγιζε αυτήν των χωρών του τρίτου κόσμου, με υψηλή γεννητικότητα, υψηλή βρεφική και παιδική θνησιμότητα, χαμηλά ποσοστά μεγάλων ηλικιών (Σχήμα 2). Αυτή η εικόνα έχει αλλάξει ριζικά τα τελευταία 50 χρόνια, με βασικό χαρακτηριστικό τη «γήρανση» του πληθυσμού. Στις μεγάλες ηλικίες, αυξάνεται η νοσηρότητα γενικά, αυξάνεται η συχνότητα των χρόνιων νοσημάτων και δημιουργούνται νέες ανάγκες για την επίλυση προβλημάτων της καθημερινής ζωής. Γίνεται λοιπόν αντιληπτό, ότι πολλαπλασιάζονται οι ανάγκες για παροχές υπηρεσιών υγείας και κοινωνικών υπηρεσιών γενικότερα και αυτό, θα πρέπει να ληφθεί υπόψη σε σημαντική συνιστώσα σ' οποιοδήποτε μακροχρόνιο προγραμματισμό.

Οι δείκτες γενικής θνησιμότητας του Ελληνικού πληθυσμού μειώθηκαν με ραγδαίο ρυθμό τα τελευταία 100 χρόνια, ακολουθώντας με καθυστέρηση 50-100 χρόνων την πορεία άλλων πιο αναπτυγμένων οικονομικά χωρών (Πίνακας 2). Ο μέσος όρος ζωής στην Ελλάδα σήμερα είναι 72 χρόνια για τους άντρες και 76 για τις γυναίκες, δηλαδή είναι διπλάσιος απ' ότι ήταν ένα αιώνα νωρίτερα (Πίνακας 2). Αυτή η αύξηση οφείλεται κυρίως στη σημαντική μείωση της βρεφικής θνησιμότητας από 200 περίπου θανάτους ανά 1000 γεννήσεις στην πενταετία 1860-1864, σε 120 τοις χιλίοις περίπου το 1935 και σε 15,1 τοις χιλίοις το 1982 (2). Σήμερα ο Ελληνικός και ιδιαίτερα ο γυναικείος πληθυσμός, είναι από τους μακροβιότερους στον κόσμο, με μέσο όρο ζωής ψηλότερο από πολλές άλλες ευρωπαϊκές χώ-

## ΠΙΝΑΚΑΣ 1

### ΠΤΩΣΗ ΤΗΣ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑΣ ΑΠΟ ΛΟΙΜΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΑ ΜΕ ΣΤΑΓΟΝΙΔΙΑ, ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΕΙΔΙΚΩΝ ΜΕΤΡΩΝ, ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΩΝ Ή ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ, ΑΓΓΛΙΑ ΚΑΙ ΟΥΑΛΙΑΣ<sup>1</sup>

| Αιτία                              | Πτώση του πρωτοτυποποιημένου δείκτη θνησιμότητας μεταξύ 1848-54 και 1971<br>(α) | Έτος εισαγωγής ειδικών μέτρων | Πτώση του πρωτοτυποποιημένου δείκτη θνησιμότητας μεταξύ έτους εισαγωγής ειδικού μέτρου και 1971<br>(β) | Ποσοστό της πτώσης της θνησιμότητας μετά την εισαγωγή ειδικού μέτρου<br>δ/α |
|------------------------------------|---|-------------------------------|--|---|
| Φυματίωση (αναπνευστικού)          | 2.888   | 1947                          | 409  | 14%   |
| Βρογχίτις, πνευμονία, γρίπη        | 1.635   | 1938                          | 531  | 32%   |
| Κοκκύτης                           | 422   | 1938                          | 43   | 10%   |
| Ιλαρά                              | 342   | 1935                          | 50   | 15%   |
| Οστρακιά, διφθερίτις               | 1.016   | 1935, 1894                    | 307  | 30%   |
| Ευλογιά                            | 263   | Πριν το 1848                  | 263  | 100%  |
| Λοιμώξεις αυτιών, φάρυγγα, λάρυγγα | 73  | 1935                          | 65   | 89%   |
| <b>Σύνολο</b>                      | <b>6.640</b>  |                               | <b>1.668</b>   | <b>25%</b>  |

ρες με πολύ πιο αναπτυγμένα συστήματα περίθαλψης (Πίνακας 3). Αυτό μπορεί να ηχεί παράδοξα, αλλά υποδηλώνει πολύ απλά ότι η υγεία ενός πληθυσμού δεν καθορίζεται από το σύστημα υγείας.

Αυτή η πλεονεκτική θέση του Ελληνικού πληθυσμού έχει αποδοθεί στη συγκεκριμένη φάση ανάπτυξης που βρίσκεται η Ελλάδα σήμερα (3). Έχοντας ξεπεράσει την οικονομική υπανάπτυξη, έχουν καταπολεμηθεί οι κυριότερες αιτίες θανάτου που προεξήρχαν παλιότερα, δηλαδή τα λοιμώδη νοσήματα και η βρεφική θνησιμότητα. Σήμερα τα καρδιαγγειακά νοσήματα προκαλούν το 44% των θανάτων συνολικά, οι καρκίνοι το 20% τα αναπνευστικά νοσήματα 6%, τα ατυχήματα 5% και τα ενδοκρινικά και μεταβολικά νοσήματα 4% για να αναφερθούν οι 5 κυριότερες αιτίες θανάτου (4). Το φάσμα λοιπόν της νοσηρότητας μοιάζει μ' αυτό των βιομηχανοποιημένων χωρών. Ωστόσο η θνησιμότητα απ' αυτές τις ασθένειες παρόλο που αυξάνεται σταδιακά είναι χαμηλότερη στην Ελλάδα συγκριτικά μ' αυτές τις χώρες. Δεν έχουν δηλαδή εμφανιστεί ακόμα σ' όλη τους τη διάσταση τα προβλήματα υγείας που προεξάρχουν στις αναπτυγμένες οικονομικά χώρες. Αυτή η εικόνα της υγείας, αποτελεί μια ιδιομορφία της χώρας μας ανάμεσα στις άλλες ευ-

ρωπαϊκές χώρες και δημιουργεί δυνατότητες αποφυγής της αύξησης της θνησιμότητας απ' αυτά τα νοσήματα στα επίπεδα άλλων ευρωπαϊκών χωρών, εάν φυσικά ληφθούν τα κατάλληλα προληπτικά μέτρα.

### 3. ΤΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΙΣ ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΗΛΙΚΙΕΣ

Η αναλογική συμμετοχή διαφορετικών αιτιών θανάτου δεν είναι η ίδια σε κάθε ηλικία (Σχήμα 3). Αντίστοιχα διαφέρει η δυνατότητα παρέμβασης των υγειονομικών υπηρεσιών. Στη διάρκεια της βρεφικής ηλικίας, δηλαδή σε παιδιά κάτω του 1 έτους, τα τρία τέταρτα των θανάτων συμβαίνουν τον πρώτο μήνα της ζωής. 53% των θανάτων καταγράφονται σαν θάνατοι περιγεννητικής προέλευσης και 32% οφείλονται σε συγγενείς ανωμαλίες. Ένα μεγάλο ποσοστό της πρώτης κατηγορίας συμβαίνει σε λιποβαρή νεογνίδια. Η σημαντική μείωση της βρεφικής θνησιμότητας στη διάρκεια των τελευταίων χρόνων, οφείλεται κυρίως στην καταπολέμηση των λοιμωδών νοσημάτων που τώρα πια αποτελούν το 3% των θανάτων στη βρεφική ηλικία, ενώ στα μέσα ακόμα της δεκαετίας του '60 προκαλούσαν

## ΠΙΝΑΚΑΣ 2

### ΔΕΙΚΤΕΣ ΓΕΝΙΚΗΣ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΑΝΑΜΕΝΟΜΕΝΗ ΖΩΗ ΚΑΤΑ ΤΗ ΓΕΝΝΗΣΗ (προσδόκιμο επιβίωσης), ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΤΑ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ 100 ΧΡΟΝΙΑ

| Γενική θνησιμότητα (δείκτες τοις χιλίοις) |      | Προσδόκιμο επιβίωσης κατά τη γέννηση, κατά φύλο |           |
|---|------|---|-----------|
| 1860-64                                   | 26,5 | Άντρες  | Γυναίκες  |
| 1900-04                                   | 20,6 | 1879  | 36 χρόνια |
| 1930-34                                   | 16,6 | 1920  | 42,9 »    |
| 1970                                      | 8,4  | 1970  | 70,1 »    |
| 1981                                      | 8,9  | 1980  | 72,2 »    |

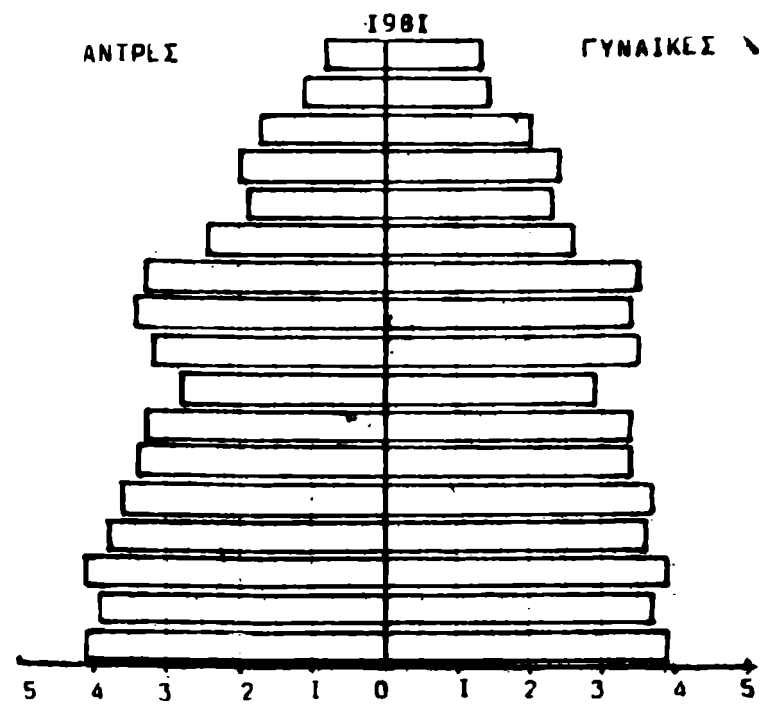
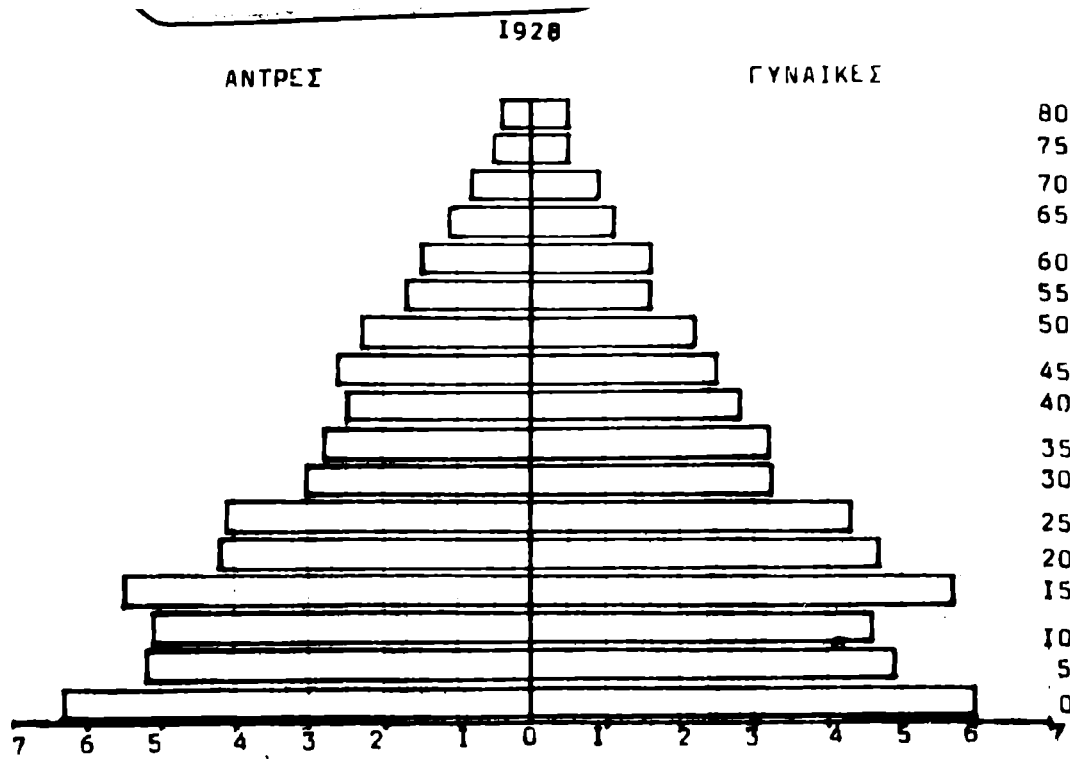
(Από ΕΣΥΕ 1980 ό.π. και ΕΣΥΕ, Στατιστική Επετηρίς της Ελλάδος 1983, Αθήνα 1984)

## ΠΙΝΑΚΑΣ 3

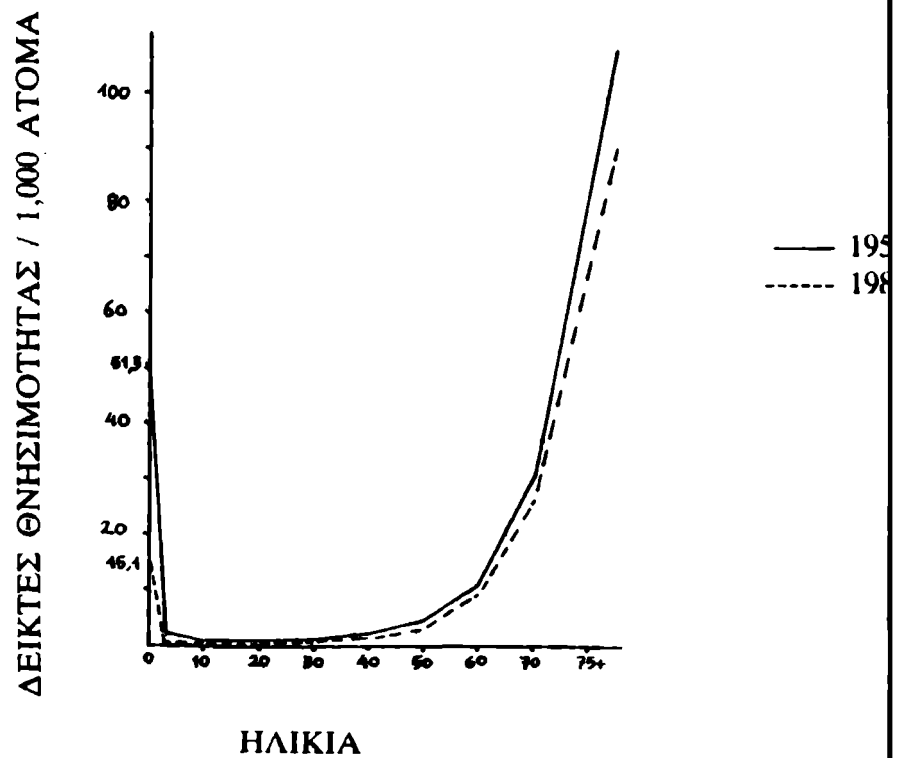
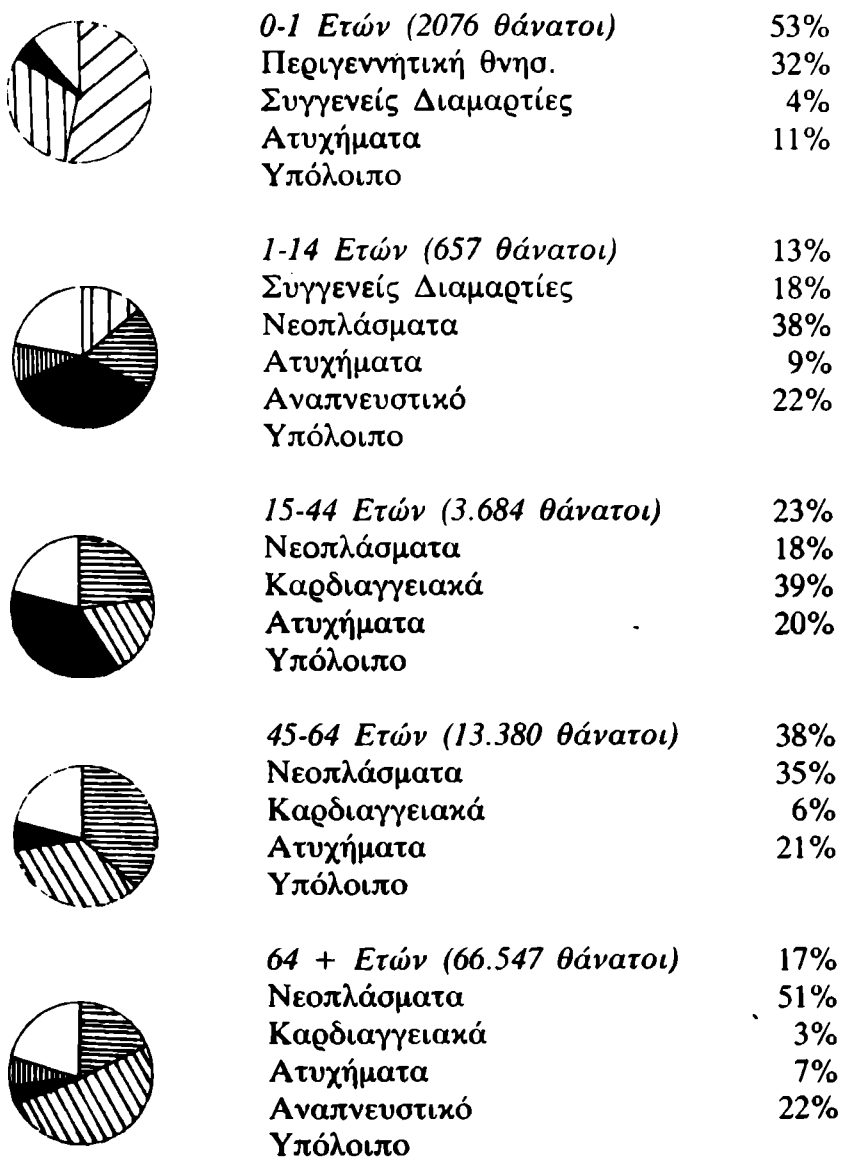
### ΑΝΑΜΕΝΟΜΕΝΗ ΖΩΗ ΚΑΤΑ ΤΗ ΓΕΝΝΗΣΗ, ΣΤΑ ΔΥΟ ΦΥΛΑ, ΣΕ ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΑΝΑΠΤΥΓΜΕΝΕΣ ΧΩΡΕΣ, 1980-83.

|                |        | Άντρες | Γυναίκες |
|----------------|--------|--------|----------|
| Ελλάδα         | (1982) | 73,6   | 78,3     |
| Ο.Δ. Γερμανίας | (1983) | 70,7   | 77,5     |
| Ουγγαρία       | (1983) | 65,1   | 73,0     |
| Ιταλία         | (1980) | 71,0   | 77,7     |
| Σουηδία        | (1982) | 73,5   | 79,6     |
| ΗΠΑ            | (1982) | 70,9   | 78,4     |
| Αγγλία-Ουαλλία | (1982) | 71,3   | 77,3     |

(Από WH Statistics Annual, 1984, 1985, WHO, Geneva)



Σχήμα 2. Πληθυσμιακή δομή στην Ελλάδα το 1928 και το 1981. Ποσοστό % κάθε ηλικιακής ομάδας και κάθε φύλου στο σύνολο του πληθυσμού. (ΕΣΥΕ 1980, ό.π. και ΕΣΥΕ. Απογραφή 1981, Αθήνα 1984).



ΣΧΗΜΑ 1. Δείκτες γενικής θνησιμότητας στην Ελλάδα κατά ηλικία για τα έτη 1956 και 1982. (ΕΣΥΕ, 1980 και 1985 ό.π.)

ΣΧΗΜΑ 3. Αναλογική συμμετοχή των κυριοτέρων αιτιών θανάτου, σε διαφορετικές ηλικιακές ομάδες. Ελλάδα, 1982. (ΕΣΥΕ. Στατιστική φυσικής κινήσεως του πληθυσμού 1982, Αθήνα 1985).

το ένα τρίτο του συνόλου. Έχει ενδιαφέρον ότι η κατανομή του βάρους των νεογέννητων στην Ελλάδα δε διαφέρει απ' αυτές άλλων ευρωπαϊκών χωρών με χαμηλότερους δείκτες βρεφικής θνησιμότητας. Αυτό σημαίνει ότι για να μειωθεί η θνησιμότητα στον πρώτο ιδιαίτερα μήνα της ζωής, είναι αναγκαία η πιο αποτελεσματική παρέμβαση των υγειονομικών υπηρεσιών.

Από τον πρώτο χρόνο της ζωής μέχρι το 15ο, οι δείκτες θνησιμότητας είναι χαμηλότεροι απ' οποιαδήποτε άλλη ηλικιακή ομάδα. Το 38% των θανάτων οφείλονται σε ατυχήματα και φυσικά όλοι αυτοί οι θάνατοι θα έπρεπε δυνητικά να προλαμβάνονται. Τα ατυχήματα είναι πιο συχνά στα αγόρια και παραπάνω από τα μισά είναι τροχαία. Τα νεοπλάσματα αποτελούν πια τη δεύτερη αιτία θανάτου. Τα περισσότερα απ' αυτά (43%) είναι λεμφώματα και λευχαιμίες, ενώ δεν είναι τόσο συχνά τα νεοπλάσματα που εμφανίζονται στις μεγαλύτερες ηλικίες. Οι παιδικές λευχαιμίες είναι μια από τις λιγοστές εντοπίσεις όπου αυξήθηκε σημαντικά η επιβίωση τα τελευταία χρόνια, με τη χρησιμοποίηση νέων φαρμάκων (Πίνακας 4).

Στις ηλικίες 15-44, τα ατυχήματα εξακολουθούν να αποτελούν τη βασική αιτία θανάτου (39% των θανάτων - Σχήμα 3). Τα τέσσερα πέμπτα απ' αυτά συμβαίνουν σε άντρες, και πάνω από 60% είναι τροχαία. Το κόστος των ατυχημάτων όταν μετριέται σε χαμένα χρόνια ζωής ή σε μόνιμες αναπηρίες, είναι ιδιαίτερα μεγάλο γιατί η πλειοψηφία τους συμβαίνει στις νεαρότερες ηλικίες. Τα νεοπλάσματα αποτελούν τη δεύτερη σημαντικότερη κατηγορία θανάτου και οι αιτιολογικοί παράγοντες είναι οι ίδιοι μ' αυτούς των μεγαλύτερων ηλικιών. Σ' αυτήν την ηλικιακή κατηγορία είναι συχνότερα στις γυναίκες, κυρίως λόγω της πρώιμης αύξησης της θνησιμότητας από καρκίνο του μαστού. Τα καρδιαγγειακά μόλις μετά την ηλικία 35-40 αρχίζουν να προκαλούν σημαντικούς αριθμούς θανάτων. Οι τρεις αυτές κατηγορίες νόσων (ατυχήματα, καρκίνοι, καρδιαγγειακά) προκαλούν το 80% του συνόλου των θανάτων και οι περισσότεροι θα μπορούσαν να προληφθούν.

Στις ηλικίες 45-64, τα καρδιαγγειακά νοσήματα προκαλούν πια τον ίδιο περίπου αριθμό θανάτων με τα νεοπλάσματα. Οι δυο αυτές κατηγορίες προκαλούν το 73% του συνολικού αριθμού θανάτων (Σχήμα 3). Τα ατυχήματα παρόλο που αποτελούν ακόμα την τρίτη αιτία θανάτου, προκαλούν πια μόνο το 6% των θανάτων. Πάνω από 50% των ατυχημάτων είναι τροχαία, ενώ αυξάνονται και οι αυτοκτονίες (14%). Οι καρκίνοι προκαλούν αναλογικά, περισσότερους θανάτους στις γυναίκες (44%). Το ένα τέταρτο απ' αυτούς οφείλονται στον καρκίνο του μαστού. Στους άντρες ο καρκίνος του πνεύμονα, προκαλεί το ένα τρίτο των θανάτων από καρκίνο συνολικά. Οι υπόλοιπες σημαντικές εντοπίσεις στους άντρες είναι ο καρκίνος του στομάχου, της ουροδόχου κύστεως, οι λευχαιμίες και τα λεμφώματα και ο καρκίνος του παχέως εντέρου. Στις γυναίκες, ο καρκίνος του πνεύμονα καταλαμβάνει ήδη τη δεύτερη θέση (8% των καρκίνων) και στη συνέχεια έρχονται οι λευχαιμίες και τα λεμφώματα και οι καρκίνοι του στομάχου και της μήτρας. Οι διαχρονικές εξελίξεις της θνησιμότητας από καρκίνους τα τελευταία 20-25 χρόνια είναι ιδιαίτερα ανησυχητικές (Πίνακας 5). Στην περίοδο 1966-70 ως 1976-80 η θνησιμότητα από τον καρκίνο του πνεύμονα στους άντρες, αυξάνονταν κατά 3,7% το χρόνο. Η θνησιμότητα από τον καρκίνο του στομάχου ακολουθεί την πτωτική τάση που εμφανίζεται σ' όλες τις χώρες καθώς διομηχανοποιούνται. Ανησυχητική ωστόσο θα πρέπει να θεωρηθεί η μη ύπαρξη καθαρής πτωτικής τάσης για τους καρκίνους της μήτρας, όπως συμβαίνει σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες. Αυξητικές τάσεις παρατηρούνται επίσης και για τα καρδιαγγειακά νοσήματα και ιδιαίτερα για την ισχαιμική νόσο του μυοκαρδίου στους άνδρες (5). Τέλος σ' αυτήν την ηλικιακή κατηγορία αρχίζει να εμφανίζεται σαν σημαντική αιτία θανάτου (4%) και ο σακχαρώδης διαβήτης.

Στις ηλικίες μετά τα 65 χρόνια, τα καρδιαγγειακά αποτε-

#### ΠΙΝΑΚΑΣ 4

### ΠΟΣΟΣΤΑ ΠΕΝΤΑΕΤΟΥΣ\* ΣΧΕΤΙΚΗΣ ΕΠΙΒΙΩΣΗΣ ΣΤΟ ΛΕΥΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΤΩΝ ΗΠΑ, ΓΙΑ ΔΙΑΦΟΡΟΥΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥΣ, ΣΕ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΕΣ ΧΡΟΝΙΚΕΣ ΠΕΡΙΟΔΟΥΣ

| Εντόπιση Καρκίνου           | Φύλο | Ποσοστά σχετικής επιβίωσης για ασθενείς που διαγνώστηκαν στις περιόδους: |         |         |
|-----------------------------|------|--|---------|---------|
|                             |      | 1950-54  | 1960-64 | 1970-73 |
| Στομάχι                     | A    | 12   | 10      | 12      |
|                             | Γ    | 11   | 14      | 14      |
| Παχύ έντερο (χωρίς το ορθό) | A    | 40   | 42      | 47      |
|                             | Γ    | 42   | 45      | 50      |
| Πνεύμονας                   | A    | 5  | 8       | 9       |
|                             | Γ    | 9  | 11      | 14      |
| Μαστός                      | Γ    | 60   | 64      | 68      |
| Τράχηλος μήτρας             | Γ    | 59   | 59      | 64      |
| Ουροδόχος κύστις            | A    | 54   | 58      | 61      |
| Λευχαιμία (< 35 ετών)**     | A+Γ  | 5  | 10      | 24      |
| Λευχαιμία (> 35 ετών)**     | A+Γ  | 22   | 22      | 20      |

\* Η πενταετής επιβίωση είναι ένα συμβατικό όριο που χρησιμοποιείται συχνά στην ιατρική έρευνα (Σημ. ΜΚ).

\*\* Τα ποσοστά για τη λευχαιμία είναι για 3-ετή επιβίωση και είναι για τις περιόδους 1950-59, 1960-66 και 1967-73.

(Από Doll R, Peto R. The Causes of Cancer, OUR, Oxford, 1981, σελ. 1278).

#### ΠΙΝΑΚΑΣ 5

### ΠΡΟΤΥΠΟΠΟΙΗΜΕΝΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑΣ ΑΝΑ 100.000 ΑΤΟΜΑ ΗΛΙΚΙΑΣ ΚΑΤΩ ΤΩΝ 65 ΕΤΩΝ, ΓΙΑ ΔΙΑΦΟΡΟΥΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥΣ, ΣΕ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΕΣ ΧΡΟΝΙΚΕΣ ΠΕΡΙΟΔΟΥΣ. ΕΛΛΑΔΑ.

| Εντόπιση Καρκίνου        | Φύλο | Προτυποποιημένοι δείκτες ανά 100.000 άτομα |         | Ετήσια ποσοστιαία αύξηση από το 1966-70 ως το 1976-80 |
|--------------------------|------|--|---------|---|
|                          |      | 1966-70                                    | 1976-80 |   |
| Στομάχι                  | A    | 8,3  | 7,3     | -1,2  |
|                          | Γ    | 4,8  | 3,8     | -2,1  |
| Παχύ έντερο (χωρίς ορθό) | A    | 2,7  | 3,0     | +1,1  |
|                          | Γ    | 2,8  | 3,5     | +2,5  |
| Πάγκρεας                 | A    | 1,9  | 2,3     | +2,1  |
|                          | Γ    | 1,0  | 1,3     | +3,0  |
| Πνεύμονας                | A    | 20,3                                       | 27,8    | +3,7  |
|                          | Γ    | 4,6  | 4,7     | +0,2  |
| Μαστός                   | Γ    | 8,7  | 13,1    | +5,2  |
| Λευχαιμίες               | A    | 5,6  | 4,7     | -1,7  |
|                          | Γ    | 4,0  | 3,1     | -2,2  |

(Από Kogevinas M., The increasing burden of cancer in Greece, MSc Thesis, London, 1984).

λούν πια την κυριάρχη αιτία θανάτου και προκαλούν το 51% των θανάτων. Στις γυναίκες, οι μισοί απ' αυτούς τους θανάτους οφείλονται σε εγκεφαλικά επεισόδια. Τα νεοπλάσματα προκαλούν το 17% των θανάτων από τους οποίους το ένα τρίτο περίπου στους άντρες οφείλεται στον καρκίνο του πνεύμονα. Οι παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος που αιτιολογικά άλλωστε συνδέονται με τους καρκίνους του αναπνευστικού, αποτελούν πια την τρίτη αιτία θανάτου και ο διαβήτης την τέταρτη. Από τα ατυχήματα (2,9% των θανάτων), τα περισσότερα γίνονται μέσα στο σπίτι.

Τα παραπάνω στοιχεία δίνουν μια εικόνα των πιο σημαντικών προβλημάτων υγείας στις διάφορες ηλικίες. Σε σχέση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες η κατάσταση δεν είναι σήμερα κακή. Η εξέταση ωστόσο των διαχρονικών τάσεων της θνησιμότητας στις μαζικές αρρώστιες, δεν μπορεί παρά να εμπνέει ανησυχία. Πολύ περισσότερο που οι κεντρικές υπηρεσίες υγείας δεν μοιάζουν να προγραμματίζουν κάποια μακροχρόνια πολιτική για την πρόληψη αυτών των ασθενειών.

Τα χρόνια νοσήματα όπως οι καρκίνοι και τα καρδιαγγειακά δεν εμφανίζονται αμέσως μετά την έκθεση στους εκάστοτε παράγοντες κινδύνου. Έτσι, η αύξηση π.χ. της κατανάλωσης καπνού σήμερα θα αρχίσει να φαίνεται καθαρά στη θνησιμότητα από καρκίνο του πνεύμονα μετά από 20-30 χρόνια. Το 1982 η Ελλάδα κατείχε τη δεύτερη θέση στον κόσμο (μετά την Κύπρο και πριν την Κούβα) σε κατ' άτομο κατανάλωση καπνού με 2.927 τσιγάρα κατ' άτομο το χρόνο. Το 1965 βρισκόμασταν περίπου στην 15η θέση με χίλια τσιγάρα λιγότερα κατ' άτομο (6). Η τάση αύξησης της κατανάλωσης δεν μπορεί παρά να δημιουργεί τις χειρότερες προοπτικές για τους καρκίνους του ανώτερου αναπνευστικού και του πνεύμονα, την ισχαιμική νόσο του μυοκαρδίου, τις περιφερικές αγγειοπάθειες και τις χρόνιες αποφρακτικές πνευμονοπάθειες (εμφύσημα, βρογχίτιδες κλπ.). Έχει υπολογισθεί ότι άτομα που καπνίζουν ένα πακέτο την ημέρα χάνουν κατά μέσο όρο πέντε ή έξι χρόνια ζωής (7). Οι αλλαγές στις συνήθειες καπνίσματος θα επιβαρύνουν ακόμα περισσότερο τις αλλαγές στις διαιτητικές συνήθειες που έχουν επέλθει το ίδιο διάστημα και που θα συνδέονται με την αύξηση της θνησιμότητας από καρδιαγγειακά νοσήματα κυρίως, αλλά και από μερικούς καρκίνους (παχέως εντέρου, μαστού). Η αυξημένη κατανάλωση κρέατος, βουτύρου, και γενικότερα κεκορεσμένων λιπών σε συνάρτηση με την εγκατάλειψη κάποιων παραδοσιακών τροφών, έχει επηρεάσει άμεσα τη συχνότητα εμφάνισης των καρδιαγγειακών (8).

Ριζική θεραπεία των καρκίνων και των καρδιαγγειακών νοσημάτων δεν υπάρχει. Παρόλες τις σημαντικές επενδύσεις στην περίθαλψη και την έρευνα για τον καρκίνο, η επιδίωξη των καρκινοπαθών έχει αλλάξει πολύ λίγο τα τελευταία 20-30 χρόνια (9). Δυστυχώς δεν υπάρχουν έγκυρα στοιχεία για την επιδίωξη των καρκινοπαθών στην Ελλάδα και αναγκαστικά αναφέρονται στοιχεία από τις ΗΠΑ (Πίνακας 4), όπου φαίνεται η σχετικά μικρή απόδοση των θεραπευτικών τεχνικών στις περισσότερες εντοπίσεις, με εξαίρεση κυρίως τις παιδικές λευχαιμίες και κάποια λεμφώματα. Όσον αφορά τα καρδιαγγειακά νοσήματα, η φυσική ιστορία τους αφήνει μικρά περιθώρια για παρέμβαση. Άλλωστε στις βιομηχανοποιημένες χώρες το ένα τρίτο περίπου των καρδιακών επεισοδίων εμφανίζονται ως αιφνίδιοι θάνατοι. Η προληπτική φαρμακευτική αντιυπερτασική αγωγή, έχει αποδώσει θετικά αποτελέσματα, μειώνοντας σημαντικά την συχνότητα των εγκεφαλικών επεισοδίων και των εμφραγμάτων σε μεσήλικες με υψηλή πίεση. Δυστυχώς δεν είναι το ίδιο αποδοτική όταν τα προγράμματα αντιυπερτασικής αγωγής εφαρμόζονται στο πολυπληθέστερο στρώμα ατόμων με ελαφρά αυξημένη πίεση (10). Η αιχμή για την πρόληψη των ατυχημάτων θα πρέπει να κατευθυνθεί προς τα τροχαία ατυχήματα με ένα σύνολο μέτρων που θα αναφέρονται σε οδηγούς

και πεζούς, στον έλεγχο των μέσων μαζικής μεταφοράς και στη βελτίωση του κυκλοφοριακού δικτύου.

#### 4. Η ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ

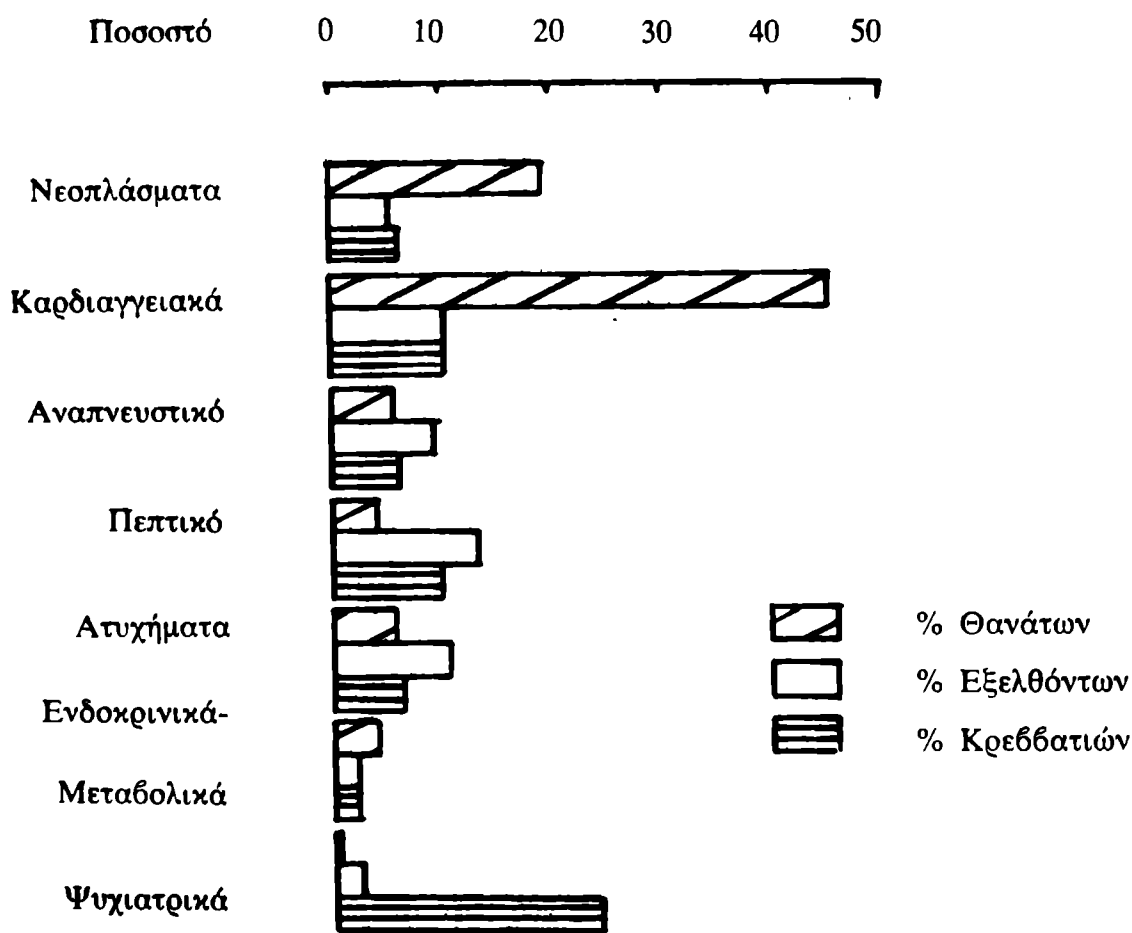
Παρόλο που τα καρδιαγγειακά, οι καρκίνοι και τα ατυχήματα αποτελούν τις σημαντικότερες αιτίες θανάτου, δεν αποτελούν ταυτόχρονα και τις συχνότερες κατηγορίες νοσηρότητας του πληθυσμού. Μια εικόνα της νοσηρότητας στην Ελλάδα μπορεί να δοθεί με τη μελέτη των εξαγωγών από τα νοσοκομεία κατά κατηγορία νόσων και τη μέση περίοδο νοσηλείας κατά αιτία. Στο Σχήμα 4 παρουσιάζονται οι κυριότερες κατηγορίες ασθενειών. Τα καρδιαγγειακά, που προκαλούν συνολικά σχεδόν τους μισούς θανάτους, συνιστούν μόνο το 11% περίπου των εξαγωγών από τα νοσοκομεία. Οι καρκίνοι με 20% των θανάτων είναι έβδομοι στη σειρά συχνότητας εξαγωγών. Αντίθετα τα νοσήματα του γαστροεντερικού (π.χ. πεπτικό έλκος, ελκώδης κολίτις κλπ.), είναι τα πιο συχνά απ' τα προβλήματα που νοσηλεύονται στα νοσοκομεία, παρόλο που προκαλούν μόνο 4% των θανάτων. Όταν διερευνηθεί η χρησιμοποίηση νοσοκομειακών κρεβατιών κατά αιτία θανάτου, τα ψυχιατρικά νοσήματα ξεχωρίζουν πολύ καθαρά απ' όλες τις υπόλοιπες κατηγορίες καταλαμβάνοντας το ένα τέταρτο του συνολικού αριθμού κρεβατιών, ενώ δεν προκαλούν ούτε 1% των θανάτων. Αυτό οφείλεται φυσικά στη μη ύπαρξη πολιτικής αποϊδρυματοποίησης των ψυχιατρικών ασθενειών.

Θα πρέπει εδώ να σημειωθεί ότι οι στατιστικές της χρησιμοποίησης των νοσοκομειακών κρεβατιών, έχουν σαφή όρια. Πρώτα-πρώτα, ο τρόπος που συλλέγονται τα στοιχεία κατά κανόνα δεν εγγυάται στην αξιοπιστία τους για την ανάλυση κατά συγκεκριμένο νόσημα· μπορούν να έχουν αξία μόνο στην μελέτη ομάδων νόσημάτων, παρέχοντας χρήσιμες αλλά αδρές πληροφορίες. Και είναι κρίμα που τόσα χρόνια δεν έχει γίνει τίποτα για την βελτίωση της αξιοπιστίας των στοιχείων αυτών, που έτσι κι αλλιώς συλλέγονται και δημοσιεύονται. Δεύτερον οι πληροφορίες που παρέχουν αφορούν τα άτομα που νοσηλεύονται σε νοσοκομείο. Αρρώστια, όμως, δεν είναι μόνο ό,τι μας οδηγεί στο νοσοκομείο, ούτε, πολύ περισσότερο, μόνον ό,τι προκαλεί τον θάνατο. Δυστυχώς η μελέτη της φύσης και της συχνότητας των νοσημάτων στον γενικό πληθυσμό (δηλ. όχι μόνο ανάμεσα σ' αυτούς που καταφεύγουν στο γιατρό) είναι σχεδόν ανύπαρκτη στη χώρα μας, ενώ όπου έχει ερευνηθεί έχει δείχθει ότι κυριαρχούν προβλήματα υγείας που συχνά υποτιμώνται από την κλασική θεραπευτική ιατρική αλλά προκαλούν όχι λίγο πόνο και δυστυχία.

Σε μια πρόσφατη έρευνα στο γενικό πληθυσμό στο Δήμο Περάματος (11) βρέθηκε ότι 15% του πληθυσμού θεωρούσε ότι η υγεία τους τον τελευταίο χρόνο ήταν κακή, 41% ότι ήταν μέτρια και μόνο 43% ότι ήταν καλή. Τα προβλήματα του μυοσκελετικού συστήματος, όπως πόνος στην οσφύ, τον αυχένα ή την ράχη, ήταν τα πιο συχνά από τα αναφερόμενα προβλήματα (62% του πληθυσμού κατά τους τελευταίους 3 μήνες). Εντυπωσιακή ήταν η συχνότητα συμπτωμάτων που σχετίζονται με ψυχολογικά προβλήματα ή ψυχικές διαταραχές (42% ανέφεραν αίσθημα λύπης ή απογοήτευσης και 32% αϋπνίες κατά τους τελευταίους 3 μήνες), ενώ η κατανάλωση ηρεμιστικών – υπνωτικών φαρμάκων ήταν 2η σε σειρά, μετά την κατανάλωση αντιπυρετικών – αναλγητικών.

#### 5. ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΑΝΙΣΟΤΗΤΕΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Η εικόνα της υγείας των Ελλήνων έτσι όπως παρουσιάστηκε παραπάνω αναφέρθηκε στα πιο σημαντικά προβλήματα υγείας του ελληνικού πληθυσμού συνολικά. Ωστόσο, διαφορετικές κοινωνικές κατηγορίες του πληθυσμού, έχουν τις δικές τους ιδιαίτερες συνθήκες ζωής και περιβαλλοντικές επιδράσεις. Εί-



**ΣΧΗΜΑ 4.** Αριθμός θανάτων, εξελθόντων ασθενών και χρησιμοποίηση νοσοκομειακών κρεββατιών, κατά κατηγορίες νόσων. Ποσοστά στα αντίστοιχα σύνολα. Ελλάδα 1982. (ΕΣΥΕ 1985 ό.π. και ΕΣΥΕ, Στατιστική κοινωνικής πρόνοιας και υγείας, 1982, Αθήνα 1985α).

ναι φυσικό λοιπόν να εμφανίζουν διαφορές στο νοσολογικό τους φάσμα: οι κάτοικοι των αστικών περιοχών παθαίνουν συχνότερα σακχαρώδη διαβήτη από τους κατοίκους των αγροτικών περιοχών, λόγω κυρίως διαφορών στη διατροφή· οι παντρεμένοι έχουν χαμηλότερους δείκτες θνησιμότητας από τους ανύπαντρους ή τους χωρισμένους, κάτι που έχει αποδοθεί και σε ψυχολογικούς παράγοντες· οι βιομηχανικοί εργάτες εκτίθενται σε βλαβερές ουσίες και εμφανίζουν ορισμένες επαγγελματικές ασθένειες.

Οι διαφορές λοιπόν στην υγεία δεν παρουσιάζονται εκ του μηδενός, αλλά προσδιορίζονται όπως όλες οι υπόλοιπες διαστάσεις της ζωής μας, από την αλληλεπίδραση ενός συνόλου κοινωνικο-οικονομικών και ψυχολογικών παραγόντων. Οι ασθενέστερες π.χ. κοινωνικο-οικονομικές τάξεις στην Ευρώπη έχουν ψηλότερη θνησιμότητα από καρκίνο του πνεύμονα. Ανάμεσα στους πιθανούς λόγους συγκαταλέγονται: η αυξημένη συχνότητα του καπνίσματος σ' αυτές τις τάξεις και συνήθως το καπνισμα πιο βλαβερών τσιγάρων, επιδράσεις από το περιβάλλον της δουλειάς, πιθανώς αυξημένη επίδραση του παθητικού καπνίσματος λόγω των συνθηκών κατοικίας, γενικότεροι λόγοι που επηρεάζουν την αντίσταση του οργανισμού. Οι λόγοι λοιπόν περιλαμβάνουν ένα ευρύ φάσμα παραγόντων με πολλαπλές επιδράσεις. Ακόμα και η σχέση καπνίσματος με τον καρκίνο, γίνεται πιο σύνθετη όταν το ερώτημα τεθεί: γιατί καπνίζουν περισσότερο οι ασθενέστερες κοινωνικο-οικονομικές τάξεις; Η απάντηση δεν μπορεί να βρεθεί στη βιο-ιατρική. Πιθανές εξηγήσεις θα ενοχοποιούσαν γενικότερους κοινωνικούς παράγοντες της ζωής και της δουλειάς αυτών των τάξεων, την μικρότερη επαφή τους με τα μηνύματα αγωγής υγείας, τη μικρότερη δεκτικότητα τους σ' αυτά τα μηνύματα.

Σε όσες χώρες έχουν διερευνηθεί οι δείκτες υγείας σε διαφορετικές κοινωνικές τάξεις ή στρώματα, έχουν βρεθεί χωρίς εξαίρεση κοινωνικές ανισότητες στην υγεία, με τις ασθενέστερες τάξεις να εμφανίζουν τους χειρότερους δείκτες υγείας (12). Η σταθερή αυτή σχέση ανάμεσα στην κοινωνικο-οικονομική θέση και του δείκτες υγείας, εκφράζει στο χώρο της υγείας του πλη-

θυσμού τις υπάρχουσες κοινωνικές ανισότητες και αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες για την κατανόηση της αιτιολογίας των ασθενειών και για τη χάραξη πολιτικής υγείας. Η σχέση αυτή ωστόσο, παραμένει έμμεση και δεν είναι καθόλου δεδομένο ότι οι ασθενέστερες τάξεις θα έχουν εξ ορισμού ψηλότερους δείκτες θνησιμότητας ή νοσηρότητας σε κάθε ασθένεια ξεχωριστά, ή ότι οι διαφορές στην υγεία παραμένουν αναλλοίωτες στο χρόνο και στις κοινωνικές μεταβολές (13).

Η μη ύπαρξη επαρκών στατιστικών στοιχείων στην Ελλάδα δεν επιτρέπει την εξαγωγή τεκμηριωμένων συμπερασμάτων και θα πρέπει να μας κάνει προσεκτικούς στην άκριτη μεταφορά εμπειριών από άλλες χώρες. Φυσικά, δε θα πρέπει να ελπίζουμε ότι φαινόμενα άλλων καπιταλιστικών (ή μη) κοινωνιών δεν υπάρχουν στην Ελλάδα, μόνο και μόνο γιατί εμείς δεν τα καταγράφουμε.

## 6. ΟΙ ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΤΗΣ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑΣ ΣΤΑ ΓΕΩΓΡΑΦΙΚΑ ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

Ένα μέτρο των διαφορών στην υγεία μπορεί να βρεθεί διερευνώντας τη θνησιμότητα στις γεωγραφικές περιοχές της Ελλάδας, αφού είναι δεδομένο ότι τα γεωγραφικά διαμερίσματα διαφέρουν όσον αφορά την οικονομική ανάπτυξη, την κοινωνική οργάνωση, την ύπαρξη θρησκευτικών μειονοτήτων, την παροχή υπηρεσιών υγείας, κ.ο.κ. (14). Στον Πίνακα 6 φαίνονται τα Προτυποποιημένα Πηλικά Θνησιμότητας (ΠΠΘ) για τα 10 σταθερά γεωγραφικά διαμερίσματα της χώρας το 1982 (για την εξήγηση των ΠΠΘ βλ. υποσημείωση στον Πίνακα 6). Η Θράκη και κατά δεύτερο λόγο τα Ιόνια Νησιά ξεχωρίζουν για την υψηλή συνολική θνησιμότητα που εμφανίζουν. Στην καλύτερη θέση βρίσκονται η Κρήτη και η Πελοπόννησος. Η εξέταση των δεικτών της Αθήνας και δευτερευόντως της Μακεδονίας, χρειάζονται προσοχή, γιατί επηρεάζονται από την εσωτερική μετανάστευση που γίνεται για λόγους υγείας, αφού πολλά από τα ειδικευμένα νοσοκομεία συγκεντρώνονται στην πρωτεύουσα και τη Θεσσαλονίκη. Η Θράκη με ΠΠΘ 117, έχει 17%

## ΠΙΝΑΚΑΣ 6

**ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΣΤΗ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΑΝΑΜΕΣΑ ΣΤΑ 10 ΓΕΩΓΡΑΦΙΚΑ ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ**  
**Προτυποποιημένα Πηλικά Θνησιμότητας\* 1981, για όλες τις αιτίες θανάτου, τα νεοπλάσματα (Α08-Α14) και τα καρδιαγγειακά νοσήματα (Α25-Α30). Δείκτες βρεφικής θνησιμότητας ανά 1.000 γεννήσεις ζώντων, 1982. Δείκτες μητρικής θνησιμότητας ανά 100.000 γεννήσεις ζώντων 1980-82.**

| Γεωγραφικό Διαμέρισμα | Προτυποποιημένα Πηλικά Θνησιμότητας |        |          | Νεοπλάσματα | Καρδιαγγειακά νοσήματα | Βρεφική θνησιμότης | Μητρική θνησιμότης |
|-----------------------|-------------------------------------|--------|----------|-------------|------------------------|--------------------|--------------------|
|                       | Όλες οι αιτίες θανάτου              | Άντρες | Γυναίκες |             |                        |                    |                    |
| 1. Πρωτεύουσα         | 107                                 | 107    | 107      | 115         | 111                    | 19,4               | 7,0                |
| 2. Στερεά Ελλάδα      | 99                                  | 98     | 100      | 95          | 101                    | 9,7                | 18,0               |
| 3. Πελοπόννησος       | 96                                  | 91     | 100      | 83          | 97                     | 14,5               | 7,4                |
| 4. Ιόνια Νησιά        | 112                                 | 106    | 119      | 93          | 120                    | 12,4               | 14,8               |
| 5. Ήπειρος            | 101                                 | 105    | 97       | 90          | 100                    | 16,9               | 29,4               |
| 6. Θεσσαλία           | 107                                 | 108    | 106      | 105         | 109                    | 10,5               | 0                  |
| 7. Μακεδονία          | 106                                 | 108    | 105      | 118         | 108                    | 14,0               | 8,8                |
| 8. Θράκη              | 117                                 | 120    | 114      | 112         | 118                    | 21,0               | 63,1               |
| 9. Νησιά Αιγαίου      | 102                                 | 101    | 103      | 94          | 100                    | 8,6                | 35,0               |
| 10. Κρήτη             | 93                                  | 90     | 97       | 75          | 90                     | 9,9                | 8,8                |

\* Η έμμεση προτύπωση είναι μια από τις μεθόδους που χρησιμοποιούνται για τη σύγκριση θνησιμότητας (ή άλλων μεταβλητών) ανάμεσα σε πληθυσμούς με διαφορετική ηλικιακή δομή. Ως πρότυποι δείκτες, χρησιμοποιήθηκαν οι δείκτες θνησιμότητας του συνόλου της Ελλάδας. Ως ΠΠΘ για όλη την Ελλάδα θεωρείται το 100. ΠΠΘ μεγαλύτερα ή μικρότερα από το 100, υποδηλώνουν ότι το συγκεκριμένο διαμέρισμα έχει αυξημένη ή μειωμένη θνησιμότητα αντίστοιχα, σε σχέση με το μέσο όρο. Εάν η τιμή ενός ΠΠΘ είναι π.χ. 112, αυτό σημαίνει ότι η θνησιμότητα είναι αυξημένη κατά 12%.

ψηλότερη θνησιμότητα από το μέσο όρο του Ελληνικού πληθυσμού. Αυτό μεταφράζεται σε 500 περίπου παραπάνω θανάτους κάθε χρόνο απ' αυτούς που θα αναμένονταν, αν οι συνθήκες ζωής στη Θράκη ήταν όμοιες με τις μέσες συνθήκες ζωής της Ελλάδας. Η συγκριτική θέση των διαμερισμάτων είναι περίπου η ίδια και για τα δύο φύλα. Έχει ενδιαφέρον ότι η αύξηση της θνησιμότητας δεν περιορίζεται ή μάλλον δεν οφείλεται στην επιδίωξη ενός πρωϊότερου νοσολογικού φάσματος. Αντίθετα, τα ψηλότερα ΠΠΘ για τα καρδιαγγειακά νοσήματα τα έχουν τα Ιόνια (120), η Θράκη (118) και η Αθήνα (111) και για τους καρκίνους η Μακεδονία (118) η Αθήνα (115) και η Θράκη (112).

Οι δείκτες μητρικής θνησιμότητας (Πίνακας 5) δηλαδή της θνησιμότητας που σχετίζεται με τη διαδικασία του τοκετού, παρόλο που εξαρτώνται σημαντικά από τις κατανομές της γεννητικότητας, σχετίζονται ταυτόχρονα άμεσα με την πρόσβαση στις κατάλληλες υπηρεσίες υγείας. Στην Ελλάδα καταγράφονται 15-20 μητρικοί θάνατοι κάθε χρόνο και θεωρητικά θα έπρεπε όλοι αυτοί οι θάνατοι να προλαμβάνονταν. Οι διαφορές ανάμεσα στα γεωγραφικά διαμερίσματα την τριετία 1980-82, είναι πολύ μεγάλες, με την Θράκη, την Ήπειρο και το Αιγαίο να εμφανίζουν την ψηλότερη θνησιμότητα. Αυτό σχετίζεται τόσο με τη κοινωνικο-οικονομική στάθμη σ' αυτά τα γεωγραφικά διαμερίσματα αλλά περισσότερο ίσως με την ύπαρξη απομακρυσμένων περιοχών.

Η βρεφική θνησιμότητα παρουσίαζε παλιότερα τεράστιες διαφορές ανάμεσα στα γεωγραφικά διαμερίσματα (15). Την πενταετία 1971-75 η βρεφική θνησιμότητα στη Θράκη ήταν 47,3 ανά χίλιες γεννήσεις, δηλαδή δυο φορές ψηλότερη από το μέσο όρο της Ελλάδας. Σήμερα οι διαφορές έχουν μικρύνει αισθητά (Πίνακας 6), αλλά παρόλα αυτά η στάθμη της βρεφικής θνησιμότητας σε ορισμένους νομούς εξακολουθεί να είναι απαράδεκτα υψηλή.

Το πρόβλημα των γεωγραφικών διαφοροποιήσεων της θνησιμότητας δεν έχει συζητηθεί ολοκληρωμένα τα τελευταία χρό-

νια. Κάποιες μάλιστα από τις υπάρχουσες εκτιμήσεις τείνουν να υποβαθμίζουν το πρόβλημα (16). Οι αποκλίσεις ωστόσο ανάμεσα στα γεωγραφικά διαμερίσματα ήταν και όπως φάνηκε παραμένουν σημαντικές. Σαν μέτρο σύγκρισης, στην Βρετανία όπου είναι κοινός τόπος ότι οι γεωγραφικές διαφοροποιήσεις αποτελούν σημαντικότατο πρόβλημα, τα ΠΠΘ για το σύνολο των αιτιών θανάτου στις πιο υποβαθμισμένες περιοχές, είναι συνήθως της ίδιας τάξης μεγέθους ή χαμηλότερα απ' αυτά που παρατηρήθηκαν στην Ελλάδα (17).

## 7. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - Η ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Ο στόχος αυτού του άρθρου δεν ήταν να κάνει εξαντλητική ανάλυση των προβλημάτων υγείας του Ελληνικού πληθυσμού. Παρουσιάστηκαν οι κυριότερες όψεις του προβλήματος που θα πρέπει να αποτελούν τις προτεραιότητες ενός συστήματος υγείας.

Τα καρδιαγγειακά, οι καρκίνοι και τα ατυχήματα αποτελούν τις βασικές αιτίες θανάτου σήμερα, προκαλώντας το 80% των θανάτων στις ηλικίες 15 ως 64 και το 70% στις μεγαλύτερες ηλικίες. Είναι λάθος φυσικά να αντιμετωπίζεται η κάθε κατηγορία σαν ενότητα. Οι αιτίες, η θεραπεία και η πρόγνωση του καρκίνου του στομάχου είναι εντελώς διαφορετική απ' αυτήν των λευχαιμιών. Τα επαγγελματικά ατυχήματα προκαλούνται από διαφορετικούς παράγοντες απ' ότι τα τροχαία. Ένας κοινός ωστόσο παρονομαστής, είναι ότι αυτές οι τρεις κατηγορίες νοσημάτων δεν αντιμετωπίζονται θεραπευτικά. Ένα άλλο κοινό χαρακτηριστικό είναι ότι η επιδημιολογική κυρίως έρευνα, έχει δώσει αρκετά στοιχεία για την πρόληψη ενός σημαντικού ποσοστού τους. Η πρόληψη αυτών των ασθενειών δεν συνεπάγεται φυσικά την αέναη αποφυγή του θανάτου, αλλά σημαίνει παράταση της ζωής και σημαίνει επίσης και «καλύτερες μέρες» με την αποφυγή της πρόωρης νοσηρότητας απ' αυτές τις αρρώστιες. Ταυτόχρονα, σαν αντίθετο αποτέλεσμα σημαίνει την

παράταση της ζωής σε μια ηλικιακή ομάδα που αντιμετωπίζει αυξημένη σχετικά νοσηρότητα. Μ' αυτήν την έννοια, είναι πέρα για πέρα αναγκαίος ο εκσυγχρονισμός της λειτουργίας του συστήματος της θεραπευτικής ιατρικής (που δεν ταυτίζεται με την παραμονή σε ένα νοσοκομείο). Ο εκσυγχρονισμός όμως αποκλειστικά του νοσοκομειακού συστήματος, δεν θα μπορέσει να αντιμετωπίσει στη γέννησή τους αυτά τα προβλήματα.

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, μπορεί να στραφεί σ' αυτές τις κατηγορίες νοσημάτων διερευνώντας τους παράγοντες κινδύνου αυτών των νοσημάτων στον ελληνικό πληθυσμό, παρεμβαίνοντας στην αλλαγή περιβαλλοντικών παραγόντων και συνθηκών ζωής, κάνοντας προγράμματα αγωγής υγείας και προκαλώντας την λήψη ευρύτερων κοινωνικο-οικονομικών μέτρων.

Η δευτερογενής πρόληψη ή προσυμπτωματικός έλεγχος, έχει αποδώσει λιγότερα από ότι πιστεύονταν παλιότερα στον έλεγχο του καρκίνου. Ενώ για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας τα υπάρχοντα στοιχεία αποδεικνύουν την αποτελεσματικότητα του τεστ Παπανικολάου όταν εφαρμόζεται ένα λίγο ως πολύ οργανωμένο πρόγραμμα ελέγχου (18), υπάρχει αμφισβήτηση για την αποδοτικότητα των προγραμμάτων μαστογραφίας για τον καρκίνο του μαστού και του προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του παχέως εντέρου.

Η πρόληψη των ψυχιατρικών ασθενειών ορίζεται δύσκολα γιατί συνυφάινεται άμεσα με κοινωνικούς και ψυχολογικούς παράγοντες. Η αλλαγή πολιτικής και η μεταφορά της παρακολουθήσεως των ψυχιατρικών ασθενειών στην Κοινότητα, απαιτεί τη λειτουργία της ΠΦΥ σε συνδυασμό με την κοινότητα, αλλάζοντας τη στάση της κοινότητας προς τους ψυχιατρικούς τους ασθενείς. Πολλές ασθένειες που δεν καταλαμβάνουν τις πρώτες θέσεις όσον αφορά τη θνησιμότητα, με κυρίαρχα τα προβλήματα του γαστρεντερικού συστήματος, επιβαρύνουν σημαντικά τον πληθυσμό και το υγειονομικό σύστημα. Η πλειοψηφία απ' αυτές τις ασθένειες μπορεί να αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά ή μάλλον πιο αποτελεσματικά από την εξωνοσοκομειακή ιατρική.

Δύο κατηγορίες ηλικιών χρειάζονται ιδιαίτερη προσοχή. Οι δημογραφικές τάσεις δείχνουν ότι το ποσοστό των ηλικιωμένων θα αυξηθεί στο μέλλον (με αργότερους ωστόσο ρυθμούς απ' ότι στο παρελθόν). Οι ηλικιωμένοι εμφανίζουν σε αυξημένη συχνότητα πέρα από τις θανατηφόρες αρρώστιες, ένα σύνολο ασθενειών ή καταστάσεων που επιβαρύνουν σημαντικά τη ζωή τους και που σήμερα δεν αντιμετωπίζονται ικανοποιητικά. Προβλήματα όπως οι αναιμίες, προβλήματα βιάδισης, όρασης, κώφωσης, άνοιες, κολπίτιδες κοκ, μπορούν να αντιμετωπιστούν αποτελεσματικά μόνο στα πλαίσια της ΠΦΥ. Ταυτόχρονα υπάρχει ένα τεράστιο πρόβλημα διερεύνησης της έκτασης αυτών των προβλημάτων σε κάθε περιοχή, λήψης ενός συνόλου μέτρων κοινωνικών παροχών και τέλος αλλαγής της αντιμετώπισης αυτών των ηλικιών από την κοινωνία συνολικά.

Η δεύτερη ηλικιακή κατηγορία στην οποία απαιτείται η άμεση παρέμβαση των υγειονομικών υπηρεσιών, είναι η βρεφική. Η βρεφική θνησιμότητα έχει μειωθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια και οι γεωγραφικές διαφορές έχουν κάπως εξομαλυνθεί. Υπάρχουν ωστόσο δυνατότητες σημαντικής περαιτέρω μείωσής της και αυτό θα εξαρτηθεί από τις βελτιώσεις των γενικότερων συνθηκών ζωής, των συνθηκών ζωής και εργασίας των εγκύων γυναικών, καθώς και από τη δυνατότητα ευκολότερης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας και αποτελεσματικότερης αντιμετώπισης από τις υπηρεσίες υγείας.

Από τα παραπάνω φαίνεται η αναγκαιότητα ύπαρξης ενός συστήματος ΠΦΥ με πολλαπλές λειτουργίες και πολλαπλές συνδέσεις με την κοινότητα. Η μετεκπαίδευση και σε κάποιο βαθμό η αντικατάσταση του υγειονομικού προσωπικού είναι αναγκαία, αφού το υπάρχον δυναμικό είναι στηριγμένο στη νοσοκομειακή ιατρική και βρίσκεται μακριά από τη λογική της

ΠΦΥ. Η εμπειρία από άλλες χώρες δείχνει ότι είναι κυρίως η συνεχής και όχι η αποσπασματική πολιτική αυτή που μπορεί να φέρει αποτελέσματα στην αντιμετώπιση των χρόνιων νοσημάτων. Η απλή ανέγερση Κέντρων Υγείας ανά την επικράτεια, δεν αποτελεί συγκροτημένη πολιτική Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Υπάρχουν ωστόσο δυνατότητες σχετικής προσέγγισης στη λογική της ΠΦΥ με τρόπο που να αξιοποιεί το υπάρχον νοσοκομειακό σύστημα μεταβάλλοντας πλευρές της λειτουργίας του. Αυτό είναι σημαντικό γιατί θα επιτρέψει την προσαρμογή της μοναδικής υπάρχουσας δομής σε μια νέα πολιτική και θα προετοιμάσει έτσι την μελλοντική σταδιακή συγκρότηση ενός νέου συστήματος το οποίο θα ενοποιεί τις προληπτικές με τις θεραπευτικές υπηρεσίες και θα προσεγγίζει την κοινότητα πολύ περισσότερο από ότι το σημερινό.

## Σημειώσεις

1. T. MC KEOWN, the role of medicine, B. Blackwell Oxford, 1979.
2. ΕΣΥΕ. Ο πληθυσμός της Ελλάδος κατά το δεύτερο ήμισυ του 20ου αιώνας. Αθήνα 1980.
3. Δ. ΤΡΙΧΟΠΟΥΛΟΣ, Λ. ΣΠΑΡΡΟΣ. Οικονομικός Ταχυδρόμος, Ιούνιος 1983.
4. ΕΣΥΕ. Στατιστική φυσικής κινήσεως του πληθυσμού, 1982. Αθήνα, 1985.
5. Γ. ΠΑΠΑΕΥΑΓΓΕΛΟΥ, Κ. ΤΣΙΜΠΟΣ. Mat Med Greca, 3: 239-250, 1985.
6. «LEE PN. (ED). Tobacco consumption in varius countries. Tobacco research council. London, 1975» και «MMWR, 33 (22): 321-323, 1984».
7. HEALTH OR SMOKING? Royal College of Physicians, Pitman, London, 1984.
8. Είναι χαρακτηριστικές οι συμβουλές των ελληνικών μαγειρικών, που μας προτρέπουν να καταναλώνουμε ζωικά προϊόντα, ιδιαίτερα μάλιστα αν υπάρχουν παιδιά στην οικογένεια! (βλ. π.χ. Σοφία Σκούρα, «Μαγειρική» σελ. 418). Είναι επίσης χαρακτηριστική η ρύση «αν δεν φάω κρέας δε χορταίνω», αίσθηση που φυσικά δεν εξηγείται βιολογικά.
9. Σε χώρες όπως οι ΗΠΑ με συγκροτημένη πολιτική αντιμετώπισης του καρκίνου, το κοινό αίσθημα ανάμεσα στους εργαζόμενους στο χώρο της δημόσιας υγείας είναι ότι η μάχη κατά του καρκίνου χάνεται γιατί το βάρος της αντιμετώπισης πέφτει στη θεραπεία και όχι στην πρόληψή του. Βλ. «Ballar JC, Smith EM. Progress against cancer? N Eng J Med, 314:1226-32, 1986».
10. MEDICAL RESERCH COUNCIL Working Party, MRC Trial of treatment of mild hypertension: principal results, Brit. Med. J., 1985, 291: 97-104.
11. Αλαμάνος Γ., Γκορίτσας Κ., Κατσουγιάννη Κ., Κογεβίνας Μ., Μόσιαλος Η., Παναγιωτόπουλος Τ., Παπασπυρόπουλος Σ., Τούντας Γ., Τσαμανδουράκη Κ. Αποτέλεσμα της έρευνας νοσηρότητας στο γενικό πληθυσμό του Περάματος και συμπεράσματα για τη λειτουργία ενός Κέντρου Υγείας. 2η Εκθεση, Αθήνα 1986.
12. Βλ. «LYNGE E., Socioeconomic Differences in Mortality in Europe. Council of Europe, Population studies No 9, Strasbourg 1984», «Kitagawa E, Hauser UP. Differential Mortality in the United States. Harvard UP, 1973». «Szalai J. Inequalities in Acces to Healhte Care in Hungary. Soc Sci Med, 22 (2). 135-40, 1986». Από τα πιο γνωστά βιβλία είναι των «Townsend P, Davidson N. Inequalities in Health. The Black Report. Penguin, 1982». που αναφέρεται στην Βρετανία.
13. Σε ορισμένες βιομηχανοποιημένες χώρες, η θνησιμότητα από τα καρδιαγγειακά νοσήματα αυξήθηκε πρώτα στις ισχυρότερες κοινωνικές τάξεις, γιατί πρώτες αυτές υιοθέτησαν συνθήκες ζωής που ευνοούσαν την ανάπτυξη αυτών των νοσημάτων. Μετά το 1950 περίπου η τάση αναστράφηκε, οι ασθενέστερες κοινωνικές τάξεις υιοθέτησαν με τη σειρά τους αντίστοιχες συνθήκες ζωής και είναι αυτές πια οι τάξεις που εμφανίζουν την ψηλότερη θνησιμότητα από καρδιαγγειακά. Ένα άλλο πρόσφατο παράδειγμα μπορεί να βρεθεί στην Μ. Βρετανία. Τα τελευταία χρόνια η γενική θνησιμότητα του συνόλου του Αγγλικού πληθυσμού μειώνεται. Η μείωση ωστόσο είναι πιο αργή στις ασθενέστερες κοινωνικές τάξεις. Το α-



ποτέλεσμα είναι ότι οι διαφορές της θνησιμότητας ανάμεσα στις κοινωνικές τάξεις διευρύνονται. Βλ. «MARMOT MG, MCDOWALL ME, Lancet, ii: 274-76, 1986».

14. Ανάλυση των διαφορών της θνησιμότητας στα γεωγραφικά διαμερίσματα για το 1970-72, μπορεί να βρεθεί στο, «ΚΕΠΕ, ΥΓΕΙΑ, Αθήνα 1976». Βλ. επίσης, «Κυριόπουλος Ι, Καλαντίδη Α, Τριχόπουλος Δ. Mat Med Grec, ii(3). 192-6, 1983» και «Σιούνα-Βασιλοπούλου Α. Επίδραση Κοινωνικών και Οικονομικών Παραμέτρων στη Βρεφική Θνησιμότητα στην Ελλάδα. Διδακτορική Διατριβή, Πανεπιστήμιο Αθηνών, 1984.
15. ΚΕΠΕ, Πρόγραμμα Περιφερειακής Αναπτύξεως. Περιφερειακοποίηση των Υπηρεσιών Υγείας. Αθήνα, 1979.
16. ΚΕΠΕ 1979, ο.π., σελ. 187-97: Υφαντόπουλος ΙΝ. Περιφερειακές

διαφοροποιήσεις της καταστάσεως υγείας του πληθυσμού. Η ανάλυση που γίνεται εδώ, ενώ δεν είναι στατιστικά λανθασμένη, γίνεται με ένα εξαιρετικά σχηματικό τρόπο. Έτσι προτείνεται να παρθούν μέτρα για να περιοριστούν οι διαφορές στη θνησιμότητα σε τρεις ασθένειες. Ανάμεσα σ' αυτές που προτείνονται είναι και ο καρκίνος του στομάχου, που αποτελεί έναν απ' τους λίγους καρκίνους όπου παρουσιάζεται μείωση της επίπτωσης και της θνησιμότητας στην Ελλάδα, και σε όλες τις βιομηχανοποιημένες χώρες. Κανείς δεν έχει εξηγήσει γιατί συμβαίνει αυτή η μείωση και κανείς φυσικά δεν έχει να προτείνει συγκεκριμένα υγειονομικά μέτρα.

17. DHSS. Prevention and Health. HMSO, 1976, London.
18. IARC WORKING GROUP Evaluation of cervical cancer screening programs. Brit Med J, 293: 659-64, 1986.



*Ν. Λουλέ-Θεοδωράκη: Εμείς οι Τσιγγάνοι σελ. 150 (εκδ. Καμπερόπουλος, Αθήνα 1983).*

Α. Βρυχέα, Κ. Γαβρόγλου

## ΑΠΟΠΕΙΡΕΣ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗΣ ΤΗΣ ΑΝΩΤΑΤΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ 1911-1981

Ένα βιβλίο κλειδί  
για την κατανόηση της πορείας  
του Ελληνικού Πανεπιστημίου  
από τη σύστασή του το 1837  
μέχρι σήμερα