

**Α.Τ.Ε.Ι. ΚΡΗΤΗΣ**  
**ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ**  
**ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**«Επιδημιολογική μελέτη καταγραφής του προσδόκιμου  
ζωής μεταξύ ανδρών και γυναικών του Δήμου Κολυμβαρίου για  
την δεκαετία 1993-2003»**

**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ**

**ΣΤΙΒΑΝΑΚΗ ΔΕΣΠΟΙΝΑ – ΜΑΡΙΑ**

**ΦΑΣΟΥΛΑΚΗ ΕΛΕΟΝΟΡΑ**

**ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ**

**ΔΑΦΕΡΜΟΥ ΜΑΡΙΑ**

**ΗΡΑΚΛΕΙΟ**  
**ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΟ ΕΤΟΣ 2005**

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

2. Η ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ .....	8
3. «ΒΙΟΛΟΓΙΚΗ» ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ .....	12
Φυσιολογικοί Παράγοντες Θνησιμότητας .....	13
Α. Η κληρονομικότητα .....	13
Β. Το φύλο .....	13
Γ. Η διατροφή.....	14
Δ. Το κλίμα.....	14
Ε. Η Φυλή .....	14
ΣΤ. Οι συνθήκες της σύγχρονης ζωής .....	15
Κοινωνικοί Παράγοντες Θνησιμότητας.....	15
Α. Η δύναμη .....	15
Β. Η γνώση .....	16
Γ. Η θέληση.....	16
Δ. Η οικογενειακή κατάσταση.....	16
Ε. Ο τόπος διαμονής.....	17
ΣΤ. Το εισόδημα, το επάγγελμα και η μόρφωση .....	17
Κοινωνικοί παράγοντες που επηρεάζουν τα μεγέθη της θνησιμότητας.....	17
Θεσμικοί Παράγοντες Θνησιμότητας.....	22
Βρεφική Θνησιμότητα .....	23
Νοσολογική Θεώρηση Θνησιμότητας .....	24
4. ΑΙΤΙΕΣ ΘΑΝΑΤΟΥ .....	24

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

1. ΦΥΛΟ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ.....	31
Διαφορές των δύο φύλων στους δείκτες υγείας .....	31
ΑΙΤΙΑ ΤΩΝ ΔΙΑΦΟΡΩΝ ΣΤΟΥΣ ΔΕΙΚΤΕΣ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑΣ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΔΥΟ ΦΥΛΩΝ .....	32
Α) Γενετικοί παράγοντες.....	32
Β) Βιολογικοί παράγοντες .....	32

Γ) Κοινωνικο-ψυχολογικοί παράγοντες .....	33
Δ) ΑΤΟΜΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ / ΤΡΟΠΟΣ ΖΩΗΣ .....	34
1) Κάπνισμα .....	34
2) Αλκοόλ .....	38
Ε) ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ .....	69
ΣΤ) ΕΚΦΥΛΙΣΤΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ .....	73
1) ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΤΩΝ ΑΓΓΕΙΩΝ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ .....	73
2. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ .....	79

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

1. Η Εξέλιξη της θνησιμότητας στην Ελλάδα και την Ευρώπη .....	99
1.1 Η Μέτρηση της θνησιμότητας.....	99
Α. Ο αριθμός των θανάτων και το Ακαθάριστο Ποσοστό θνησιμότητας(Α.Π.Θ.)	99
Β. Η εξέλιξη της προσδοκώμενης ζωής .....	100
1.2 Η Διαφορική θνησιμότητα .....	102
Α. Οι γεωγραφικές ανισότητες της θνησιμότητας .....	102
Β. Οι Θνησιμότητα κατά Αιτία Θανάτου.....	103
1.3 Η Θνησιμότητα κατά Ηλικίες .....	108
Α. Η Βρεφική Θνησιμότητα .....	108
Β. Η Παιδική Θνησιμότητα .....	112
Γ. Η Εφηβική θνησιμότητα .....	113
Δ. Η μητρική θνησιμότητα .....	113
Ε. Η γεροντική θνησιμότητα.....	115
2. Τα Αίτια που Εξηγούν την Πορεία της Θνησιμότητας στη Μεταπολεμική Περίοδο.....	115
2.1 Παράγοντες που Επηρέασαν τη Γενική θνησιμότητα.....	116
Α. Παράγοντες που έχουν σχέση με τις προόδους της ιατρικής και τις βελτιώσεις στη Δημόσιο Υγεία .....	116
Β. Δημογραφικοί παράγοντες.....	117
Γ. Κοινωνικο-οικονομικοί παράγοντες.....	117

Δ. Ο «Λογιστικός» παράγοντας .....	118
Ε. Ο Βιολογικός παράγοντας .....	118
2. Αίτια της Μείωσης της Βρεφικής Θνησιμότητας και Αίτια της Υψηλής Περιγεννητικής και Νεογνικής Θνησιμότητας .....	119
3. Επιπτώσεις από τη Μείωση της Υψηλής Περιγεννητικής Θνησιμότητας ...	122
4. Προοπτικές .....	123
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ .....	160
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ .....	129
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ .....	168
ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ.....	179
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	180
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	181

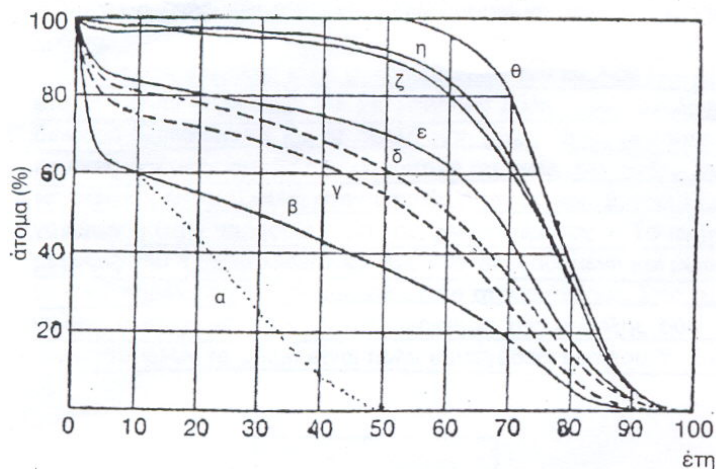
## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

### 1. ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΖΩΗΣ

Η διάρκεια της ζωής διαφέρει πάρα πολύ, όχι μόνο μεταξύ των διαφόρων ειδών των εμβίων όντων, αλλά και μεταξύ των ατόμων του ίδιου είδους.

Τα έντομα ζουν λίγες εβδομάδες και οι χελώνες διακόσια χρόνια, ενώ υπάρχουν φυτά ετήσια ή και υπεραιώνια με ζωή χιλιετηρίδων.

Στον άνθρωπο, ο μέσος όρος ζωής, παρουσιάζει μία αυξητική τάση από την πρωτόγονη εποχή, μέχρι τον αιώνα μας, μέσα στον οποίο η αύξηση αυτή πήρε εντυπωσιακές διαστάσεις. Έτσι παλαιοντολογικά ευρήματα δείχνουν, ότι στη λίθινη εποχή μόνο το 20% των ανθρώπων προσέγγιζαν την ηλικία των 35 χρόνων (Εικ. 1), ενώ σήμερα πιστεύεται ότι το ίδιο ποσοστό μπορεί να φθάσει στην ηλικία των 85 χρόνων.



**Εικ. 1.** Οι καμπύλες δείχνουν από διάφορες στατιστικές το πώς παρατείνεται ο μέσος όρος ζωής με την πάροδο των δεκαετιών.

Η καμπύλη α σχηματίσθηκε με βάση παλαιοντολογικά ευρήματα και αντιστοιχεί στη λίθινη εποχή.

Η θεωρητικά ιδανική καμπύλη είναι η θ.

Οι ενδιάμεσες καμπύλες αντιστοιχούν σε ορισμένες χώρες σε διαφορετικές εποχές.

β= Μεξικό έτος 1930

γ, η = Αγγλία 1900 και 1967 αντίστοιχα

δ, ζ = Η.Π.Α. 1900 και 1960 αντίστοιχα

ε = Ιταλία έτος 1930

Στην Αρχαία Ελλάδα, την εποχή του χρυσού αιώνα του Περικλή, ένα νεογέννητο είχε προσδόκιμο επιβίωσης 20 χρόνια. Τα δεδομένα για τα τελευταία 100 χρόνια στη χώρας μας σχετικά με το προσδόκιμο επιβίωσης φαίνονται στον Πίνακα 1.

Στις βιομηχανικά αναπτυγμένες χώρες του κόσμου, υπολογίζεται για το 2.000, μέσος όρος ζωής τα 73,2 χρόνια. Το αντίστοιχο για τους κατοίκους των χωρών του Τρίτου Κόσμου θα είναι 65,3 χρόνια. Υπάρχει βέβαια η αξιοπρόσεκτη άποψη των βιολόγων που πιστεύουν, ότι είναι δυνατόν μέσα στον 21ον αιώνα ο άνθρωπος να ζει 120 χρόνια. Αυτό θα μπορεί να επιτευχθεί αν δεχθούμε την άποψη, ότι γήρανση είναι η διαδικασία εκείνη, που με την πάροδο του χρόνου, οδηγεί στο βαθμιαίο περιορισμό της προσαρμοστικότητας (σε επίπεδο κυττάρου

**Πίνακας 1.** Προσδόκιμο επιβίωσης κατά τη γέννηση, Ελλάδα 1879 – 1970

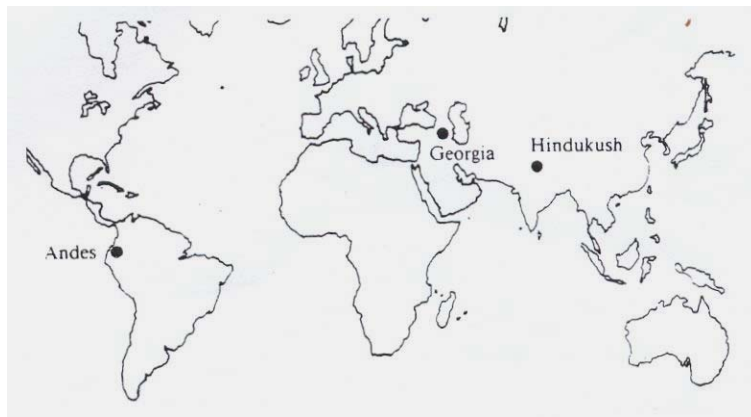
Χρονική περίοδος	Προσδοκώμενη ζωή (έτη)	
	Άρρενες	Θήλειες
1879	36,0	37,5
1926-1930	45,0	47,5
1940	52,9	55,8
1950	63,4	66,7
1960	67,3	70,4
1979	70,1	73,6

ή συστήματος) και των εφεδρειών του οργανισμού, με συνέπεια να είναι πιο επιρρεπής στις αρρώστιες και το θάνατο, αφού κάθε προσβολή ξεπερνάει εύκολα τον ουδό (κατώφλι) της αντιροπιστικής του ικανότητας και προκαλεί κρίσιμες διαταραχές της ομοιόστασης και αυξάνει τη θνησιμότητα. Στον άνθρωπο, η περίοδος της ελαχίστης θνησιμότητας είναι η ηλικία των 12 ετών και της μέγιστης στα 80-85 χρόνια.

Σ' όλο τον κόσμο έχουν εντοπισθεί τρεις γεωγραφικές περιοχές, οι οποίες χαρακτηρίζονται για τη μακροβιότερη ζωή των κατοίκων τους (άνω των 100

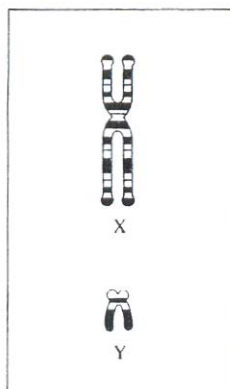
ετών). Αυτές είναι ένα μικρό ορεινό χωριό το Vilcabamba στις Άνδεις του Εκουαντόρ (N. Αμερική), μία περιοχή στη Γεωργία στο Σοβιετικό Καύκασο (Abkhazians) και η περιοχή Karakoram στο Χιντουκούς του Κασμίρ (Εικ.2).

Από την επιστημονική διερεύνηση των Σοβιετικών υπερωρεινών διαπιστώθηκε, ότι η μεγαλύτερη ηλικία τους ήταν 114 χρόνια και ότι από αυτούς 25% δεν μπορούσαν να αυτοεξυπηρετηθούν, 50% είχαν απώλεια ακοής, 24,3% υπέφεραν από κακή όραση και 2% είχαν ψυχικές διαταραχές. Η μελέτη αυτή έγινε το 1984 και δημοσιεύθηκε από το Institute of Gerontology AMS USSR. Με τα σημερινά επιστημονικά στοιχεία και για το δυνατό να προβλεφθεί μέλλον, όλοι οι ειδικοί συμφωνούν, ότι η διάρκεια ζωής του ανθρώπου δεν μπορεί να υπερβεί τα 116 χρόνια.



**Εικ. 2.** Οι τρεις περιοχές (μαύρες τελείες) του πλανήτη μας στις οποίες ζουν οι μακροβιότεροι άνθρωποι.

Το ότι οι γυναίκες είναι μακροβιότερες των ανδρών πιστεύεται ότι είναι φαινόμενο και με γενετική βάση, αφού ανάλογη διαφορά διαπιστώνεται και σε πολλά είδη ζώων. Έτσι, οι επιστημονικές έρευνες αποδίδουν σημαντική σημασία στο ποσόν του γενετικού υλικού (DNA), στην ύπαρξη ή μη ειδικών αυτοσώμων γονιδίων ή στην παρουσία ή μη του χρωμοσώματος Υ. το μικρό μέγεθος του Υ χρωμοσώματος, ίσως αποτελεί δυσμενή και μειονεκτικό παράγοντα για τη μακροβιότητα στους άνδρες. Στις γυναίκες υπάρχει το γενετικό πλεονέκτημα της ύπαρξης δύο Χ χρωμοσωμάτων τα οποία είναι πολύ ευμεγεθέστερα του Υ (Εικ. 3).



**Εικ. 3** Φυλετικά χρωμοσώματα. Το χρωμόσωμα X είναι πολύ μεγαλύτερο από το Y.

Αν και κατά τη γέννηση για κάθε 100 κορίτσια αντιστοιχούν 106-110 αγόρια, η αύξηση της ηλικίας αντιστρέφει σε μεγάλο βαθμό τα πράγματα. Στη γηριατρική, σημαντικό στοιχείο είναι ο αριθμός προσδοκώμενων ετών ζωής μετά τα 65, για κάθε φύλο. Έτσι, στις αναπτυγμένες χώρες, για τις γυναίκες αυτά είναι κατά μέσο όρο 18 χρόνια και για τους άνδρες 14 χρόνια. Βέβαια πέραν των πιθανολογούμενων γενετικών παραγόντων, που συμβάλλουν στη διαφορά αυτή, υπάρχουν πλείστοι άλλοι, που δρουν επιβαρυντικά και πλήττουν κυρίως το ανδρικό φύλο. Τέτοιοι είναι η αρτηριοσκληρωτική καρδιοπάθεια, τα ατυχήματα, ο καρκίνος του πνεύμονα, το εμφύσημα, το υπερβολικό κάπνισμα και ο αλκοολισμός κ.α.

## **2. Η ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ**

Η θνησιμότητα είναι η δεύτερη από τις βασικές δημογραφικές διαδικασίες. Είναι η διαδικασία της φυσιολογικής φθοράς του πληθυσμού. Κι όπως είναι φυσικό, τόσο μεγαλύτερη είναι η φθορά αυτή όσο συχνότεροι είναι οι θάνατοι. Όπως και η γεννητικότητα έτσι και η θνησιμότητα υποδηλώνει τη συχνότητα με την οποία εμφανίζεται ένα φυσιολογικό γεγονός, ο θάνατος, σε ένα κοινωνικό σύνολο σε μια χρονική περίοδο και μετριέται κατά αντίστοιχους με την γεννητικότητα τρόπους.

Ο γενικότερος και συχνότερα χρησιμοποιούμενος δείκτης είναι ο αδρός δείκτης (ή αδρό ποσοστό) θνησιμότητας, που μας δίνει την αναλογία των θανάτων ενός έτους σε 1000 κατοίκους. Ο δείκτης προκύπτει από τη διαίρεση



του συνόλου των ετήσιων θανάτων δια του συνολικού πληθυσμού του ίδιου έτους και του πολλαπλασιασμού του πληθυσμού επί το σταθερό μέγεθος 1000. Ιδιαίτερη θέση καταλαμβάνει ανάμεσα στους, δείκτες θνησιμότητας το ποσοστό βρεφικής θνησιμότητας. Ο δείκτης αυτός μας δείχνει τη συχνότητα των θανάτων βρεφών κάτω του έτους επί 1000 γεννηθέντων ζώντων. Η συχνότητα των θανάτων επηρεάζει άμεσα τη μέση διάρκεια ζωής των μελών μιας κοινωνίας και την προσδοκία ζωής των ατόμων κατά τα διάφορα έτη της ηλικίας τους.

Οι υψηλοί αδροί δείκτες θνησιμότητας μαρτυρούν υψηλή συχνότητα άκαιρων (προώρων) θανάτων. Μείωση της βρεφικής και της θνησιμότητας των άλλων ηλικιών σημαίνει παράταση της ζωής των ατόμων, που εκφράζεται τελικά με αύξηση της μέσης ηλικίας κατά το θάνατο ή (το ίδιο) με παράταση της μέσης διάρκειας ζωής. Οι Πίνακες 8:1 και 8:2 δείχνουν τις σχετικές μεταβολές που έχουν επέλθει στον ελληνικό πληθυσμό στην περίοδο 1928-1970. Ο αδρός δείκτης θνησιμότητας μειώθηκε κατά 50% περίπου και ο δείκτης της βρεφικής θνησιμότητας κατά 76%. Παράλληλα η μέση διάρκεια ζωής αυξήθηκε κατά 83% για τους άνδρες και κατά 93% για τις γυναίκες. Αποτέλεσμα των εξελίξεων αυτών ήταν η μεταβολή της κατανομής των θανάτων κατά ομάδες ηλικιών. Προπολεμικά (1933-1937) οι γεροντικοί θάνατοι (ηλικίες 65 ετών και άνω) μόλις ξεπερνούσαν το ένα τέταρτο του συνόλου (27%) και οι θάνατοι της παιδικής ηλικίας (0-4 ετών) αντιπροσώπευαν το 35% των θανάτων. Μεταπολεμικά (1958-1962) οι γεροντικοί θάνατοι αντιπροσώπευαν πλέον το 60% ενώ οι παιδικοί το 12% του συνόλου των θανάτων.

Από την ειδική κατά φύλο και ηλικία θνησιμότητα μπορούμε να υπολογίσουμε την πιθανότητα θανάτου, ή αντίστροφα την πιθανότητα επιβίωσης σε κάθε ηλικία. Είναι φυσικό πως όσο συχνότεροι οι θάνατοι σε μια ηλικία τόσο

### Πίνακας 1

**Μέση ηλικία κατά τον θάνατο, θάνατοι επί 1000 κατοίκων και θάνατοι κάτω του έτους επί 1000 γεννηθέντων ζώντων (βρεφική θνησιμότητα), Ελλάς 1928-1971)**

Έτος	Μέση ηλικία κατά το θάνατο		Θάνατοι επί 1000 κατοίκων	Βρεφική θνησιμότητα
	Άνδρες	Γυναίκες		
1928	35,0	35,2	17,0	93,7
1936	35,6	36,3	15,1	114,2
1938	39,2	40,3	13,2	99,4
1957	56,4	60,5	7,6	44,1
1968	62,3	67,3	8,3	34,4
1970	64,1	69,2	8,4	29,6
1979	67,9	73,1	8,7	18,7

Ε.Σ.Υ.Ε. (1982α)

### Πίνακας 2

**Ειδική κατά ηλικία θνησιμότητα. Ελλάς 1933-37 και 1958-62 (μέσοι όροι) (εκατοστιαία κατανομή)**

Ομάδες ηλικιών	1933-37	1958-62	1975-79
0	21,6	10,0	3,7
1-4	13,5	1,9	0,5
5-14	5,1	1,2	0,6
15-24	5,8	1,7	1,1
25-44	11,9	5,5	2,0
45-64	15,0	19,4	17,9
65+	27,1	60,3	74,2
Σύνολο	100,0	100,0	100,0

Ε.Σ.Υ.Ε. (1966 και 1982α)

μεγαλύτερη η πιθανότητα θανάτου και, αντίστροφα, τόσο μικρότερη η πιθανότητα επιβίωσης στην ηλικία αυτή. Η πιθανότητα επιβίωσης επηρεάζει, όπως είναι φυσικό, την προσδοκία ζωής. Ιδιαίτερα φανερή είναι η επίδραση αυτή μετά τη

συμπλήρωση του πρώτου έτους της ηλικίας. Όπως φαίνεται και από τον Πίνακα 8:3, όταν η βρεφική θνησιμότητα είναι υψηλή (όπως ήταν πριν 100 χρόνια) η προσδοκία ζωής αυξάνεται σημαντικά μετά τη συμπλήρωση του πρώτου έτους της ηλικίας. Όταν μειώνεται η βρεφική θνησιμότητα αυξάνεται η προσδοκία ζωής κατά τη γέννηση (αφού μειώνεται η πιθανότητα θανάτου κατά τη διάρκεια του πρώτου έτους) και μειώνεται η διαφορά της αυξημένης προσδοκίας ζωής μετά τη συμπλήρωση του πρώτου έτους (διότι το άτομο έχει ήδη από τη γέννησή του αυξημένες πιθανότητες επιβίωσης).

Από τα στοιχεία των Πινάκων 1 και 3 προκύπτει το συμπέρασμα, που βεβαιώνεται και από διεθνείς παρατηρήσεις, ότι οι γυναίκες ζουν περισσότερο από τους άνδρες και ότι εφόσον παρατείνεται η διάρκεια της ζωής η διαφορά της μακροβιότητας τείνει να αυξάνεται υπέρ των γυναικών. Η διάρκεια ζωής των ανδρών είναι μεγαλύτερη από τη διάρκεια ζωής των γυναικών σε χώρες όπου παρατηρούνται υψηλοί

### Πίνακας 3

Προσδοκώμενη ζωή κατά τη γέννηση και κατά το πρώτο έτος της ηλικίας.  
Ελλάς 1879-1970

Έτος ή Περίοδος	Προσδοκώμενη ζωή				Διαφορά σε έτη (κέρδος)	
	Κατά τη γέννηση		Κατά το πρώτο έτος		Άνδρες	Γυναίκες
	Άνδρες	Γυναίκες	Άνδρες	Γυναίκες	Άνδρες	Γυναίκες
1879	35,96	37,46	48,07	49,63	12,11	12,17
1926-1930	44,95	47,46	52,27	54,85	7,32	7,39
1940	52,94	55,80	58,65	61,73	5,71	5,93
1955-1959	66,36	69,74	69,68	72,79	3,32	3,05
1960-1962	67,46	70,70	70,47	73,52	3,01	2,82
1970	70,13	73,64	72,16	73,52	2,03	1,68

Ε.Σ.Υ.Ε. (1972 και 1982α)

δείκτες γεννητικότητας, υψηλή συχνότητα γάμων σε πολύ μικρή ηλικία και υψηλή συχνότητα θανάτων των γυναικών κατά τον τοκετό και τη λοχεία. Η υψηλή συχνότητα θανάτων από αυτή την αιτία μαρτυρεί ελλιπή προστασία της μητρότητας και έλλειψη ιατρικής συμπαράστασης και κατάλληλων συνθηκών κατά

τον τοκετό. Ο ειδικός αυτός δείκτης θνησιμότητας κατά φύλο και κατά αιτία θανάτου μπορεί λοιπόν να χρησιμεύσει ως ένδειξη του βαθμού κοινωνικής ανάπτυξης ενός κοινωνικού συνόλου. Σύμφωνα με τα στοιχεία του ΟΗΕ για το 1970 σε εφτά μόνον χώρες σε ολόκληρο τον κόσμο η προσδοκία ζωής ήταν μεγαλύτερη για τους άνδρες από ότι για τις γυναίκες (Άνω Βόλτα, Ινδία, Ιορδανία, Καμποδία, Κεϋλάνη, Νιγηρία, Πακιστάν). Στην Ελλάδα επί 1000 θανάτων το 1938 αντιστοιχούσαν 7 θάνατοι γυναικών που οφείλονταν σε επιπλοκές της εγκυμοσύνης, του τοκετού και της λοχείας. Το 1978 το ποσοστό αυτό είχε κατέβει σε 0,4. Η σημαντική αυτή μείωση πρέπει ασφαλώς να αποδοθεί στην αυξημένη ιατρική παρακολούθηση και στις ευνοϊκότερες συνθήκες κατά τον τοκετό στα μεταπολεμικά χρόνια. Είναι χαρακτηριστικό ότι το 1956 34,3% των τοκετών έγινε σε νοσοκομεία ή κλινικές και 62,5% σε ιδιωτικές κατοικίες ενώ το 1978 οι τοκετοί σε νοσοκομεία ή κλινικές αντιπροσώπευαν το 94,6% και σε ιδιωτικές κατοικίες μόνο το 5,3%. Εξάλλου το 1956 παραστάθηκε στο 37% των τοκετών γιατρός, στο 39% μαία και στο 22% άλλο πρόσωπο (συγγενείς κλπ.). Το 1978 οι αναλογίες ήταν: ιατρός 92,2%, μαία 6,7% και άλλο πρόσωπο 1,1%.

### **3. «ΒΙΟΛΟΓΙΚΗ» ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ**

Ο άνθρωπος είναι θνητός. Η κοινοτοπία αυτή σημαίνει ότι ο θάνατος, ως βιολογικό φαινόμενο, καιροφυλακτεί σε κάθε στιγμή της ζωής και αποτελεί την κατάληξη της μεμονωμένης ή συνδυασμένης δραστηριοποίησης ενός συνόλου παραγόντων που συνδέονται με την ιδιοσυστασία και τους μηχανισμούς γήρανσης του ανθρώπινου οργανισμού καθώς και με τις συνθήκες του εξωτερικού περιβάλλοντος. Ο γάλλος δημογράφος J. BOURGEOISPICHAT υπολόγισε σε σχετική εργασία του το 1952 ότι, αν αγνοηθεί η εξωγενής θνησιμότητα, δηλ. εκείνη που μπορεί να αποδοθεί στο εξωτερικό περιβάλλον, τότε με τα σύγχρονα μέσα της ιατρικής τεχνολογίας η μέση διάρκεια ζωής φτάνει στους άνδρες 76,3 έτη και στις γυναίκες 78,2 έτη. Αυτά τα όρια στην περίπτωση των γυναικών έχουν ήδη ξεπεραστεί σε τέσσερις ευρωπαϊκές χώρες (Ολλανδία,

Σουηδία, Νορβηγία και Ελβετία), όπως δείχνουν στοιχεία της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας. Η υπέρβαση δικαιολογείται αν σταθμιστούν οι πρόοδοι της ιατρικής επιστήμης και της οργάνωσης του συστήματος υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας στο διάστημα από το 1952 ως σήμερα.

### **Φυσιολογικοί Παράγοντες Θνησιμότητας**

Ειδικές έρευνες βεβαιώνουν ότι οι διαφοροποιήσεις στο επίπεδο θνησιμότητας είναι κυρίως κοινωνικής προέλευσης. Ταυτόχρονα, εντούτοις με τους κοινωνικούς, δρουν διαφοροποιητικά ορισμένοι φυσιολογικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες, έστω και αν η σημασία τους θεωρείται συγκριτικά μικρότερη.

Η εξατομίκευση των Φυσιολογικών και περιβαλλοντικών παραγόντων προκύπτει από σειρά μαθηματικά προσδιορισμένων συσχετίσεων μεταξύ μακροζωίας και ατομικών χαρακτηριστικών. Οι κυριότεροι παράγοντες είναι οι ακόλουθοι:

#### **A. Η κληρονομικότητα**

Διαπιστώνεται η ύπαρξη ατόμων με κληρονομημένα γονίδια μακροζωίας. Η μεταβίβαση των γονιδίων αυτών στις επερχόμενες γενιές του ίδιου συγγενικού κύκλου δεν αμφισβητείται. Είναι όμως εξαιρετικά δύσκολο να εξειδικευτεί στην περίπτωση του ανθρώπου ο πολύπλοκος μηχανισμός μεταβίβασης των γονιδίων μακροζωίας.

#### **B. Το φύλο**

Τόσο στις αναπτυγμένες όσο και στις υπο-ανάπτυξη χώρες η υπερθνησιμότητα των ανδρών αποτελεί καθολικά αναγνωρισμένο φαινόμενο. Το φαινόμενο αυτό μπορεί (κατά κύριο λόγο) να αποδοθεί σε κοινωνικούς παράγοντες και (κατά δευτερεύοντα λόγο) σε φυσιολογικούς παράγοντες. Η παρουσία των τελευταίων επισημαίνεται με ιδιαίτερη έμφαση στο πρώτο έτος της ζωής, όπου σχεδόν παντού, όπως δείχνουν οι διεθνείς στατιστικές σειρές

πεθαίνουν περισσότερα αγόρια από κορίτσια. Ανάλογες διαφοροποιήσεις στη θνησιμότητα σε βάρος των ανδρών καταγράφονται και σε άλλες ομάδες ηλικιών, μεταξύ ατόμων που ζουν κάτω από τις ίδιες κοινωνικές συνθήκες.

### **Γ. Η διατροφή**

Η σημερινή διαιτολογία έχει προσδιορίσει και προτείνει συγκεκριμένα πρότυπα σωστής διατροφής τόσο από άποψη αριθμού θερμίδων όσο και άποψη συστατικών στοιχείων, ανάλογα με τα σωματομετρικά χαρακτηριστικά και τη δραστηριότητα του ατόμου. Οι αισθητές και χρόνιες αποκλίσεις από τα πρότυπα διατροφής ευνοούν την εμφάνιση και κάποτε τη θανατηφόρα κατάληξη ορισμένων ασθενειών. Έτσι, ο παρατεινόμενος υποσιτισμός μειώνει την αντίσταση του οργανισμού στις νοσογόνες επιθέσεις, αυξάνοντας τη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα και περιορίζοντας την ικανότητα για εργασία. Ο χρόνιος και αδικαιολόγητος υπερσιτισμός και επίσης η κακή σύνθεση του σιτηρεσίου έχει παρόμοιες νοσηρές επιπτώσεις η εκτίμησή τους όμως είναι εξαιρετικά δύσκολη και αμφιλεγόμενη. Η έλλειψη βιταμινών αντιμετωπίζεται σήμερα άνετα, με τη χορήγηση Φαρμακευτικών σκευασμάτων, στις αναπτυσσόμενες ιδίως χώρες. Αντίθετα, η στέρηση πρωτεϊνών που μαστίζει τον τρίτο κόσμο αναγνωρίζεται ως σοβαρό και δυσεπίλυτο πρόβλημα.

### **Δ. Το κλίμα**

Η επίδραση του στη θνησιμότητα ήταν άλλοτε έντονη, ενώ σήμερα έχει αισθητά αποδυναμωθεί. Πράγματι, στην εποχή μας ένας πληθυσμός εύπορος, εκπαιδευόμενος, καλά διαιτώμενος και με εξασφαλισμένη περίθαλψη έχει χαμηλό δείκτη θανάτων κάτω από οποιοσδήποτε κλιματικές συνθήκες, ακόμη και τις πιο αντίξοες.

### **Ε. Η Φυλή**

Δεν έχει πειστικά αποδειχτεί ότι η ικανότητα για μακροζωία παρουσιάζει διαφοροποιήσεις μεταξύ φυλετικών και εθνικών ομάδων. Αντίθετα, φαίνεται να υπάρχουν φυλετικές διαφοροποιήσεις στη νοσηρότητα, αφού ορισμένες

ασθένειες προσβάλλουν κατά προτίμηση κάποιες ομάδες του πληθυσμού, χωρίς όμως να είναι δυνατή ούτε η εκτίμηση της σπουδαιότητας των διαφοροποιήσεων αυτών ούτε η επίδρασή τους στη θνησιμότητα. Έτσι, το αναμφισβήτητο γεγονός των διαφορών στη θνησιμότητα μεταξύ φυλετικών ομάδων πρέπει να αιτιολογηθεί κυρίως κοινωνικά.

## **ΣΤ. Οι συνθήκες της σύγχρονης ζωής**

Η ρύπανση της ατμόσφαιρας, η μόλυνση του βιομηχανικού περιβάλλοντος, το ψυχονευρωτικό άγχος, η μονοτονία, η έλλειψη επικοινωνίας, η καθιστική ζωή, η κακή διατροφή και ακόμη ένα πλήθος άλλων νοσηρών στοιχείων και συνθηκών της σύγχρονης ζωής, επιβαρύνουν τον ανθρώπινο οργανισμό και ευνοούν την εμφάνιση ασθενειών με θανατηφόρα πολλές φορές προοπτική.

Η επιμήκυνση της διάρκειας της ζωής θα εξαρτηθεί στο μέλλον, τουλάχιστο για τις βιομηχανικά αναπτυσσόμενες χώρες, από τον αγώνα άμβλυνσης των συνεπειών των νοσογόνων συντελεστών της σύγχρονης κοινωνίας, που προϋποθέτει πολυμέτρη σταυροφορία κινητοποίησης του μηχανισμού της πολιτικής γενικά και ειδικότερα υιοθέτηση ιατρο-κοινωνικών καινοτομιών υψηλής αποτελεσματικότητας.

## **Κοινωνικοί Παράγοντες Θνησιμότητας**

Ο καθηγητής Α. SAUVY, επιδιώκοντας να προσδιορίσει συστηματικά και συνθετικά το κοινωνικό στίγμα της θνησιμότητας, το συναρτά με παράγοντες που συνδέονται με τη δύναμη, τη γνώση και τη θέληση του ατόμου. Ειδικότερα.

### **A. Η δύναμη**

Είναι κυρίως η οικονομική και εκφράζεται ως επίπεδο διαβίωσης ή ως, αγοραστική ικανότητα. Από αυτήν εξαρτάται η ικανοποίηση των ζωτικών αναγκών (στέγαση, διατροφή, ένδυση, ένδυση, θέρμανση, αναψυχή κτλ.) και η εξασφάλιση των ιατροκοινωνικών φροντίδων, αν είναι εμπορευματοποιημένες.

## **B. Η γνώση**

Περιλαμβάνει το σύνολο των πληροφοριών και των συστάσεων που αναφέρονται στην ατομική υγιεινή, στους κανόνες της ενδεδειγμένης διατροφής, στην προσπελασιμότητα με το σύστημα περίθαλψης και πρόνοιας, στην παιδοκομία κτλ.

## **Γ. Η θέληση**

Η σημασία της είναι αυτονόητη για την αντιμετώπιση της θνησιμότητας και εξωτερικεύεται με ποικίλους τρόπους, που αντικατοπτρίζονται στις συνήθειες της καθημερινής ζωής και στην πιστή εκτέλεση των ιατρικών εντολών.

Αν η θέληση για ζωή θεωρηθεί ως κάτι δεδομένο εξαρχής, τότε μεταξύ των άλλων συνθετικών παραμέτρων φαίνεται ότι αποφασιστικότερης σημασίας ρόλο διαδραματίζουν οι γνώσεις παρά η οικονομική ευμάρεια. «Η άγνοια είναι πιο θανατηφόρα από την ανέχεια» παρατηρεί ο A. SAUVY. Η γνώση και η άρτια οργάνωση των κοινωνικό-ιατρικών υπηρεσιών αποτελούν τη βάση για τη στήριξη της πολιτικής περιορισμού της θνησιμότητας και της νοσηρότητας σε οποιαδήποτε κοινωνία.

Η αναλυτική προσέγγιση του κοινωνικού προσδιορισμού του επιπέδου της θνησιμότητας και των διαφοροποιήσεων του διαχρονικά και κοινωνικό-γεωγραφικά οδηγεί στην επισήμανση καίριας σημασίας παραγόντων που δρουν συμπληρωματικά και συνδυαστικά με τους φυσιολογικούς παράγοντες και είναι:

## **Δ. Η οικογενειακή κατάσταση.**

Είναι γνωστό ότι σ' όλο το φάσμα ηλικιών, σε άνδρες και γυναίκες, οι δείκτες θνησιμότητας των εγγάμων είναι καλύτεροι (Νόμος BERTILLON). Αυτό δεν οφείλεται τόσο στη φυσική επιλογή που προϋποθέτει ο γάμος όσο κυρίως στον κανονικό ρυθμό της έγγαμης ζωής, όπως πληροφορούν πολλά ιστορικά στοιχεία και οι στατιστικές σειρές θνησιμότητας στις αναπτυγμένες χώρες.



## **Ε. Ο τόπος διαμονής.**

Η ύπαιθρος ήταν στο παρελθόν πιο υγιεινός χώρος διαμονής από την πόλη, αφού διαθέτει τα δυο κύρια αγαθά, τον ήλιο και το οξυγόνο. Αν στη φυσική μειονεξία της πόλης προστεθούν και οι κλασικές κοινωνικές μάστιγες (αλκοολισμός, πορνεία, τρωγλοδυτισμός), τότε δεν είναι παράδοξο ότι σ' αυτή η θνησιμότητα διαμορφωνόταν σε πιο υψηλά επίπεδα. Σήμερα όμως η κατάσταση παρουσιάζεται συνήθως διαφορετική: στις αστικές περιοχές καταγράφεται χαμηλότερη θνησιμότητα, εξαιτίας των καλύτερων διατροφικών συνθηκών και της αρτιότερης οργάνωσης και ετοιμότητας του μηχανισμού των υπηρεσιών περίθαλψης και πρόνοιας.

## **ΣΤ. Το εισόδημα, το επάγγελμα και η μόρφωση**

Είναι παράγοντες που συνδέονται στενά μεταξύ τους και αλληλοεπηρεάζονται. Το ιδιότυπο γεγονός είναι ότι το εισόδημα υποδύεται στη διαμόρφωση της θνησιμότητας ρόλο προοδευτικά υποβαθμιζόμενο, ενώ οι συνήθειες και ο τρόπος ζωής, άμεσα και έμμεσα υπαγορευμένες και εξαρτημένες από το επάγγελμα και τη μόρφωση, αποκτούν με την πάροδο του χρόνου μεγαλύτερη βαρύτητα. Βέβαια, είναι αυταπόδεικτο ότι το εισόδημα όταν περιοριστεί σε χαμηλά επίπεδα, στα όρια της εξαθλίωσης, τότε επιδρά αποφασιστικά στη θνησιμότητα. Το επάγγελμα, εξάλλου, δεν συνεπάγεται μόνο αυτό καθαυτό κινδύνους και ασθένειες κατά περίπτωση αλλά αποτελεί, γενικότερα, σε συνδυασμό με τα συνδρώντα με αυτό στοιχεία, διαφοροποιητική μεταβλητή των τάσεων και των επιπέδων, της θνησιμότητας. Η μόρφωση, τέλος, ως προσδιοριστική παράμετρος της γνώσης, αποτελεί το σημαντικότερο ρυθμιστικό παράγοντα της θνησιμότητας. Ιδιαίτερα γνωστή είναι η επίδραση του μορφωτικού επιπέδου των γονέων στη θνησιμότητα των παιδιών.

## **Κοινωνικοί παράγοντες που επηρεάζουν τα μεγέθη της θνησιμότητας**

Μελετώντας τις αιτίες θανάτου είδαμε ότι ή συχνότητα με την οποία δρα κάθε κατηγορία εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από ευρύτερους κοινωνικούς

παράγοντες. Οι παράγοντες αυτοί, είτε υπάρχουν είτε απουσιάζουν, διαμορφώνουν τις ειδικότερες εκείνες συνθήκες που καθιστούν δυνατή η που εμποδίζουν την εμφάνιση και εκδήλωση των διαφόρων επιμέρους αιτιών. Συμβατικά θα μπορούσαμε να κατατάξουμε τούς παράγοντες αυτούς σε δύο μεγάλες κατηγορίες: στους οργανωτικούς και στους πολιτιστικούς.

Οργανωτικοί παράγοντες είναι όσοι αφορούν: (α) τα μέσα και (β) την διαδικασία πρόληψης των θανάτων.

Πολιτιστικοί παράγοντες είναι όσοι αφορούν τις αντιλήψεις που διαμορφώνουν:

- (α) την στάση των ατόμων και τού κοινωνικού συνόλου έναντι τού θανάτου και των αιτιών του,
- (β) την έκταση και αποτελεσματικότητα της χρήσης των υφιστάμενων μέσων και διαδικασιών πρόληψης θανάτων (οργανωτικών παραγόντων),
- (γ) την ανάληψη πρωτοβουλίας διεύρυνσης και αύξησης της αποτελεσματικότητας των μέσων και διαδικασιών πρόληψης θανάτων (οργανωτικών παραγόντων).

Με βάση την παραπάνω διάκριση θα κατατάξουμε τους διάφορους επιμέρους παράγοντες με τον ακόλουθο τρόπο. Ή κατάταξη είναι ενδεικτική. Στους οργανωτικούς παράγοντες περιλαμβάνονται:

1. Το πλαίσιο παροχής υγειονομικής προστασίας, που καλύπτει:
  - (α) έλεγχο του περιβάλλοντος (προστασία δημ. υγείας, εξυγίανση περιβάλλοντος, πρόληψη μόλυνσης περιβάλλοντος κλπ.)
  - (β) το σύστημα (μέσα και διαδικασίες) Ιατρικής, νοσοκομειακής και φαρμακευτικής περίθαλψης - ή, κατ' άλλη διατύπωση, τις αντικειμενικές δυνατότητες άσκησης προληπτικής και θεραπευτικής προστασίας του ατόμου
2. Το πλαίσιο παραγωγής και διανομής αγαθών (οικονομία και τεχνολογία)
3. Το πλαίσιο πρόληψης (νόμοι, κανονισμοί, τεχνολογικές εφαρμογές, ασκήσεις συναγερμού κλπ.)
4. Οι θεσμοί πρόληψης και καταστολής

(αστυνομία, δικαιοσύνη, σωφρονιστήρια, κοινωνικές υπηρεσίες κλπ.)

5. Ή τεχνολογία του πολέμου,

(επίθεση και άμυνα)

6. Ή οργάνωση της περίθαλψης (σε περίπτωση θεομηνιών κλπ.)

(εφόδια, πρόγραμμα ενέργειας, σύστημα άμεσης επέμβασης κλπ.)

Στους πολιτιστικούς παράγοντες περιλαμβάνονται:

1. Οι αντιλήψεις και δοξασίες για τη φύση και το φευκτό της νόσου και του θανάτου
2. Ο βαθμός χρήσης (έκταση και ένταση) των υφισταμένων μέσων και διαδικασιών παραγόντων)
3. Οι τρόποι ζωής (συνήθειες εργασίας, διατροφής, κατοικίας κλπ.)
4. Οι γνώσεις και το μορφωτικό επίπεδο
5. Το σύστημα αξιών και ιδιαίτερα ή αξία που δίδεται στην ανθρώπινη ζωή (προφύλαξη, διατήρηση, παράταση κλπ.)
6. Ο βαθμός πρόβλεψης και πιθανολόγησης του κινδύνου και προπαρασκευής για την αντιμετώπιση ή την παρεμπόδισή του (εκφράσεις όπως «δε βαριέσαι», «δεν έχει ανάγκη» κλπ. δείχνουν συνήθως χαμηλό βαθμό πρόβλεψης).

Διάφοροι κάθε φορά (μόνοι ή σε συνδυασμό) και με διαφορετική σε κάθε περίπτωση ένταση είναι οι παράγοντες που επενεργούν και διαμορφώνουν τα μεγέθη της θνησιμότητας σε κάθε κατηγορία αιτιών θανάτου, όπως ενδεικτικά σημειώνεται στο Διάγραμμα 7.

Τελειώνοντας, θα πρέπει να δούμε από κάπως πιο κοντά τους πολιτιστικούς εκείνους παράγοντες που τους ονομάσαμε αντιλήψεις για τη φύση και το φευκτό της νόσου και του θανάτου. Η εξέτασή τους είναι χρήσιμη, δεδομένου

## ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 7

Ενδεικτική κατάταξη των οργανωτικών και πολιτιστικών παραγόντων που διαμορφώνουν τα μεγέθη της θνησιμότητας κατά κατηγορίες αιτιών θανάτου όπου κυρίως επιδρούν.

ΑΙΤΙΕΣ ΘΑΝΑΤΟΥ	Κοινωνικοί παράγοντες	
	Οργανωτικοί	Πολιτιστικοί
<u>1. Βιολογικές</u>		
α. Γήρας	(1)	(α) (β) (γ) (ε)
β. Κληρονομικές κλπ. παθήσεις και ανωμαλίες	(1)	(α) (β)
γ. Ασيتία, κακή διατροφή κλπ.	(2)	(γ) (δ)
<u>2. Ασθένειες</u>		
α. Λοιμώδεις και μεταδοτικές νόσοι	(1)	(α) (β) (δ)
β. Εκφυλιστικές παθήσεις	(1)	(α) (β) (γ) (δ)
<u>3. Βίαιοι θάνατοι</u>		
α. Ανθρωποκτονίες	(4)	(β) (ε)
β. Ατυχήματα	(3) (1)	(στ) (β) (δ)
γ. Αυτοκτονίες		(ε)
<u>4. Πολεμικές αιτίες</u>	(5)	(ε) (δ)
<u>5. Θεομηνίες και έκτακτα γεγονότα</u>	(6) (3)	(ε) (στ) (δ)

### Οργανωτικοί παράγοντες

- (1) Πλαίσιο παροχής υγειονομικής προστασίας
- (2) Πλαίσιο παραγωγής και διανομής αγαθών
- (3) Πλαίσιο πρόληψης (κανονισμοί, μηχανισμοί κλπ.)
- (4) Θεσμοί πρόληψης και καταστολής (άστυν, ποιν, δικ., σωφρον, καταστήματα κλπ.)
- (5) Τεχνολογία του πολέμου. Τεχνολογία της άμυνας
- (6) Οργάνωση περίθαλψης (εφόδια, πρόγραμμα ενέργειας κλπ.)

### Πολιτιστικοί παράγοντες

- (α) Αντιλήψεις για τη φύση και το φευκτό της νόσου και του θανάτου
- (β) Βαθμός χρήσης υφιστάμενων μέσων και διαδικασιών
- (γ) Τρόποι ζωής
- (δ) Γνώσεις, μορφωτικό επίπεδο
- (ε) Σύστημα αξιών – αξία που δίδεται στην ανθρώπινη ζωή
- (στ) Βαθμός πρόβλεψης και πιθανολόγησης κινδύνου

ότι οι αντιλήψεις αυτές καθορίζουν σε σημαντική έκταση:

- (1) τον χαρακτηρισμό μιας ατομικής κατάστασης ως αδιαθεσίας, αρρώστιας κλπ.
- (2) την αρχική διάγνωση της αρρώστιας
- (3) την επιλογή του κατάλληλου θεραπευτή και της κατάλληλης θεραπείας (με πρώτο κριτήριο τη διάγνωση που έγινε)
- (4) την αξιολόγηση της ορθότητας και της αποτελεσματικότητας της θεραπείας που προτείνεται ή που ακολουθείται.

### ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 8

Αντιλήψεις και δοξασίες για τη φύση και το φευκτό της νόσου και του θανάτου

Είδη αντιλήψεων ή δοξασιών	Αιτία που προκαλεί την νόσο και/ή το θάνατο	Παράγων που επενεργεί	Κατάλληλη θεραπεία	Κατάλληλος θεραπευτής
<b>Δεισιδαιμονικές</b>	Άγνωστη ή δυσεξιχνίαστη δύναμη	Στοιχειό, «Πνεύμα», εξωτικό κλπ.	Μαγεία (ξόρκια, κλπ.)	Μάγος, γόης κλπ.
<b>Θρησκοληπτικές</b>	Θεία μήνις ή δίκη	Θεότητα	Λατρευτική και/ή τελετουργική	Μέλος του ιερατείου
<b>Ορθολογικές</b>	Φυσικά αίτια	Περιβάλλον και/ή οργανισμός	Εμπειρική και/ή επιστημονική	«Πρακτικός» και/ή ιατρός κλπ.

(5) τον βαθμό (ένταση και έκταση) χρήσης των υφισταμένων μέσων και διαδικασιών υγειονομικής κλπ. περίθαλψης (οργανωτικών παραγόντων).

Τις αντιλήψεις και τις δοξασίες για τη φύση και το φευκτό της νόσου και του θανάτου μπορούμε να τις κατατάξουμε σε τρεις μεγάλες κατηγορίες: στις δεισιδαιμονικές, στις θρησκοληπτικές και στις ορθολογικές (βλ. Διάγραμμα 8).

Δεισιδαιμονικές είναι εκείνες οι αντιλήψεις και δοξασίες που θεωρούν πως η αρρώστια και ο θάνατος προκαλούνται από μια άγνωστη η δυσεξιχνίαστη δύναμη, από κάποιο «στοιχειό», «ξωτικό», «πνεύμα» κλπ. Ός εκ τούτου μόνη κατάλληλη θεραπεία είναι τα ξόρκια, οι μαγανείες και τα μαγικά, μόνος δε κα-

τάλληλος θεραπευτής είναι ο μάγος, ο γόης, ή βάβω κλπ., που ξέρει «να λύνει τα μάγια», «να ξορκίζει τα ξωτικά» κλπ. Σύμφωνα με τις θρησκοληπτικές αντιλήψεις και δοξασίες κύρια (αν όχι και αποκλειστική) αίτια αρρώστιας και θανάτου είναι ή μήνις η ή δίκη μιας θεότητας. Γι αυτό ή σωστή θεραπεία δεν μπορεί να είναι άλλη από την λατρευτική η τελετουργική πράξη που εκτελείται από ένα μέλος του ιερατείου η του κλήρου. Οι ορθολογικές αντιλήψεις, τέλος, θεωρούν την αρρώστια και τον θάνατο ως φυσικά αποτελέσματα φυσικών αιτίων που προέρχονται από το περιβάλλον και από τις εγγενείς δυνάμεις του ανθρώπινου οργανισμού. Η θεραπεία, εμπειρική ή επιστημονική, γίνεται από ένα γιατρό, επιστήμονα η πρακτικό, και στηρίζεται σε ορθολογική διάγνωση και ορθολογική εφαρμογή επανειλημμένων παρατηρήσεων. Ποια κατηγορία αντιλήψεων είναι ή κρατούσα σε μία κοινωνία ή σε ένα κοινωνικό στρώμα εξαρτάται από το μορφωτικό επίπεδο του πληθυσμού. Είναι όμως φανερό ότι μόνον όπου επικρατούν οι ορθολογικές αντιλήψεις είναι δυνατόν, εφόσον υπάρχουν και τα απαραίτητα μέσα, να γίνει έγκαιρα μια σωστή διάγνωση και θεραπεία η να ληφθούν προληπτικά μέτρα (εμβολιασμοί, εξυγίανση περιβάλλοντος κλπ.) και να περιοριστούν έτσι οι άκαιροι θάνατοι, με αποτέλεσμα την παράταση της ζωής και τη μείωση της θνησιμότητας του πληθυσμού.

### **Θεσμικοί Παράγοντες Θνησιμότητας**

Βαρύνουσας σημασίας παράγοντας στην εξέλιξη της θνησιμότητας είναι το εθνικό σύστημα υγείας και πρόνοιας, τόσο το τμήμα του που ελέγχεται άμεσα από το κράτος όσο και το τμήμα του που ανήκει στην ιδιωτική πρωτοβουλία. Η ποσότητα, η ποιότητα και η ποικιλία των υπηρεσιών και των φροντίδων που παρέχει, σε εθνική και περιφερειακή κλίμακα, επιτρέπουν την αξιοποίηση των σύγχρονων γνώσεων της ιατρικής τεχνολογίας. Το σύστημα αυτό εντάσσεται και λειτουργεί στα πλαίσια του γενικού κοινωνικο-πολιτικού συστήματος διακυβέρνησης κάθε χώρας και αποδεικνύεται πιο αποτελεσματικό για την καταπολέμηση των ασθενειών και της ανέχειας στις οικονομικά ασθενέστερες ομάδες του πληθυσμού.

Η σπουδαιότητα της βελτιούμενης απόδοσης του συστήματος υγείας και

πρόνοιας έχει ιστορικά αναγνωρισθεί. Έτσι, η θεαματική κάμψη της θνησιμότητας στις υπό-ανάπτυξη χώρες μετά το Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο και η προοδευτική άμβλυνση των διαφοροποιήσεων της θνησιμότητας στο εσωτερικό των χωρών είναι αποτέλεσμα της καλύτερης οργάνωσης και χωροθέτησης των υπηρεσιών περίθαλψης και πρόνοιας. Το φάσμα των περιπτώσεων της προληπτικής και θεραπευτικής ιατρικής που καλύπτει το σύστημα βαθμιαία επεκτείνεται και οι σχετικές δαπάνες καλύπτονται από εθνικούς και, σε ορισμένες αναπτυσσόμενες χώρες, από διεθνείς πηγές χρηματοδότησης.

### **Βρεφική Θνησιμότητα**

Η θνησιμότητα που παρατηρείται στο πρώτο έτος της ζωής προσελκύει ιδιαίτερα τον ερευνητή, και αυτό επειδή συγκριτικά με τη γενική θνησιμότητα είναι πάντοτε υψηλότερη και παράλληλα αποτελεί άριστο δείκτη για την ανίχνευση του βαθμού ανάπτυξης ενός γεωγραφικού χώρου. Η μείωση της βρεφικής θνησιμότητας ήταν καθολική υπάρχουν όμως χώρες όπου δεν έχουν εξαντληθεί τα περιθώρια συμπίεσής της. Επίσης, επισημαίνονται σημαντικές διαφορές στο επίπεδο της μεταξύ περιοχών και κοινωνικών ομάδων στα πλαίσια του εθνικού χώρου.

Ο κίνδυνος του θανάτου δεν εμφανίζεται ισοκατανεμημένος μεταξύ των μηνών στο πρώτο έτος της ζωής. Είναι πολύ υψηλόβαθμος στον πρώτο μήνα, ενώ κατόπιν αρχίζει να ελαττώνεται προοδευτικά. Η θνησιμότητα στον πρώτο μήνα της ζωής είναι γνωστή ως νεογνική θνησιμότητα ή ως πρώιμη βρεφική θνησιμότητα και οφείλεται πρώτιστα σε γενετικές επιβαρύνσεις και σε κακώσεις που συμβαίνουν κατά τον τοκετό. Η θνησιμότητα στους επόμενους έντεκα μήνες φέρεται στη βιβλιογραφία ως μετά-νεογνική θνησιμότητα ή όψιμη βρεφική θνησιμότητα και αποδίδεται συνήθως σε αίτια μη βιολογικά, όπως οι τροφικές δηλητηριάσεις, οι μολύνσεις και γενικά ασθένειες ή ατυχήματα που προέρχονται από το εξωτερικό περιβάλλον. Ο έλεγχος των συνθηκών του περιβάλλοντος και η εξάπλωση και εκλαΐκευση των διαιτητικών και υγειονομικών γνώσεων, σε συνάρτηση με την καλύτερη οργάνωση του ιατρο-κοινωνικού συστήματος, αφήνουν περιθώρια σμίκρυνσης της μετα-νεογνικής ιδίως θνησιμότητας.

Η προέλευση της βρεφικής θνησιμότητας είναι κοινωνική, και μάλιστα σε μεγαλύτερο βαθμό απ' ό,τι η γενική θνησιμότητα. Βασικά το επάγγελμα και το μορφωτικό επίπεδο και ως ένα σημείο το εισόδημα συγκαταλέγονται στους πρωταγωνιστικούς παράγοντες διαφοροποίησης της βρεφικής θνησιμότητας. Ο κρατικός παρεμβατισμός στοχεύει στην εξάλειψη των διαφοροποιήσεων και στις περισσότερες φορές το έδαφος των πρωτοβουλιών του είναι πρόσφορο, αφού τόσο το άτομο όσο και το κοινωνικό σύνολο επιδιώκουν από κοινού την παράταση της διάρκειας της ζωής.

### **Νοσολογική Θεώρηση Θνησιμότητας**

Η σημαντική προσθήκη ετών στη διάρκεια της ανθρώπινης ζωής σε αναπτυγμένες και αναπτυσσόμενες χώρες υποδηλώνει την επιτυχημένη έκβαση του αγώνα καταπολέμησης των ασθενειών που αποτελούσαν άλλοτε πραγματική μάστιγα και έφεραν το κύριο βάρος της ευθύνης για την υψηλή θνησιμότητα και τις περιοδικές αποδεκατιστικές της εξάρσεις. Αναγνωρίζεται, έτσι, η σημασία της υποχώρησης των επιδημικών και μολυσματικών ασθενειών καθώς και ορισμένων τυχαίων αιτιών θανάτου (δηλητηριάσεις, πτώσεις, πνιγμοί κλπ.). Η επίδραση της καθοδικής εξέλιξής τους στη θνησιμότητα θα μπορούσε μάλιστα να ήταν μεγαλύτερη, αν δεν δρούσαν αντισταθμιστικά οι λεγόμενες «ασθένειες του πολιτισμού», που τείνουν να κυριαρχήσουν παντού.

Σήμερα, στις αναπτυγμένες χώρες τα καρδιο-αγγειακά νοσήματα αποτελούν την πρώτη αιτία θανάτου και ακολουθούν, κατά σειρά σπουδαιότητας, τα κακοήθη νεοπλασμάτα και τα ατυχήματα (ιδίως τα τροχαία), ενώ τα λοιμώδη και παρασιτικά νοσήματα επηρεάζουν ελάχιστα" τη θνησιμότητα. Στις υποανάπτυξη χώρες τα γαστρεντερικά νοσήματα επικρατούν ως πρώτη αιτία θανάτου και έπονται, κατά σειρά σπουδαιότητας, τα καρδιοαγγειακά νοσήματα, η γρίπη και η πνευμονία, τα κακοήθη νεοπλασμάτα και τα ατυχήματα.

### **4. ΑΙΤΙΕΣ ΘΑΝΑΤΟΥ**

Τις αιτίες θανάτου μπορούμε να τις κατατάξουμε κατά διάφορους τρόπους. Από κοινωνιολογική άποψη χρησιμότερη φαίνεται η κατάταξή τους σε πέντε

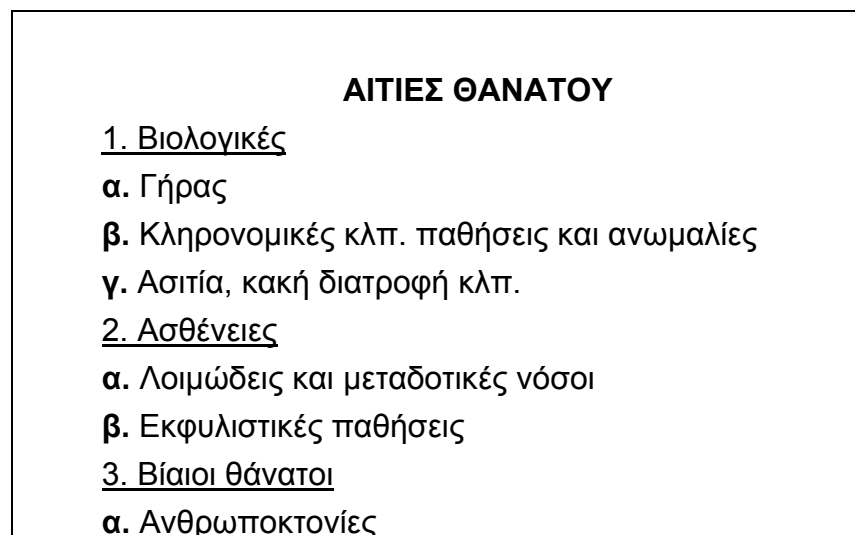


μεγάλες κατηγορίες:

1. Θάνατοι που προέρχονται από βιολογικές αιτίες
2. Θάνατοι που οφείλονται σε ασθένειες
3. Βίαιοι θάνατοι
4. Θάνατοι από πολεμικές αιτίες
5. Θάνατοι που οφείλονται σε θεομηνίες και έκτακτα γεγονότα

Στις περισσότερες από τις κατηγορίες αυτές μπορούμε να διακρίνουμε μερικές ιδιαίτερες ομάδες αιτιών θανάτου που παρουσιάζουν ειδικότερο κοινωνιολογικό ενδιαφέρον. Η συχνότητα θανάτων κατά κατηγορία αιτιών δεν είναι συμπτωματική. Καθορίζεται σε σημαντικό βαθμό από την επενέργεια διαφόρων οργανωτικών και πολιτιστικών παραγόντων, όπως θα δούμε αναλυτικότερα πιο κάτω. Η ταξινόμηση λοιπών των αιτιών σε κατηγορίες έχει δύο βασικά πλεονεκτήματα. Μας επιτρέπει, πρώτον, να μελετήσουμε τις κοινωνικές συνθήκες κάτω από τις οποίες μια κατηγορία ομοειδών φαινομένων εμφανίζεται περισσότερο ή λιγότερο συχνά ως αιτία θανάτων. Μας δίνει τη δυνατότητα, δεύτερον, να χρησιμοποιήσουμε τους διάφορους δείκτες της θνησιμότητας κατά κατηγορίες αιτιών θανάτου ως πρώτες ενδείξεις για την διάγνωση του επιπέδου πολιτιστικής και κοινωνικής ανάπτυξης στο οποίο βρίσκεται ένα κοινωνικό σύνολο.

**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 6** Ταξινομικό διάγραμμα των κυριότερων αιτιών θανάτου



- β. Ατυχήματα
- γ. Αυτοκτονίες
- 4. Πολεμικές αιτίες
- 5. Θεομηνίες και έκτακτα γεγονότα

Τις πέντε κύριες κατηγορίες αιτιών θανάτου μπορούμε να τις χωρίσουμε σε δύο μεγάλες ομάδες. Στην πρώτη περιλαμβάνονται οι τρεις πρώτες κατηγορίες (βιολογικές αιτίες, ασθένειες, βίαιοι θάνατοι) που αναφέρονται κατ' αρχήν σε μεμονωμένα συμβάντα (σε θανάτους μεμονωμένων ατόμων), έστω κι αν καμιά φορά συμβαίνει να εμφανισθούν ταυτόχρονα πολλά τέτοια συμβάντα (π.χ. πολλοί ταυτόχρονα θάνατοι σε ένα αεροπορικό ή ένα σιδηροδρομικό δυστύχημα). Στη δεύτερη ομάδα περιλαμβάνονται οι δύο τελευταίες κατηγορίες (πολεμικές αιτίες και έκτακτα γεγονότα και θεομηνίες, (φαινόμενα δηλαδή που πλήττουν ολόκληρους πληθυσμούς και προκαλούν ομαδικούς, θα λέγαμε, θανάτους).

Στην πρώτη κατηγορία αιτιών θανάτου, τις βιολογικές, κατατάσσονται φαινόμενα φυσιολογικά (γήρας), μειονεξίες του οργανισμού (κληρονομικές, «συγγενείς» κλπ., οργανικές και άλλες ανωμαλίες και παθήσεις) και αδυναμία του ατόμου να εξασφαλίσει την επιβίωσή του (ασιτία, κακή διατροφή κλπ.), αδιάφορο αν πρόκειται για υποκειμενική ή αντικειμενική αδυναμία. Και στις τρεις περιπτώσεις έχουμε να κάνουμε με παράγοντες που αναφέρονται στην ικανότητα ενός οργανισμού να ανταποκριθεί ικανοποιητικά στις απαιτήσεις της ζωής.

Η δεύτερη κατηγορία, οι ασθένειες, περιλαμβάνει δύο μεγάλες υποκατηγορίες: τις λοιμώδεις και μεταδοτικές ασθένειες και τις εκφυλιστικές παθήσεις. Στις πρώτες ανήκουν και αυτές που μεταδίδονται από άτομο σε άτομο και αυτές που μεταδίδονται μέσω του περιβάλλοντος (όπως λ.χ. οι επιδημικές αρρώστιες της χολέρας, του τύφου, της πανώλης κλπ.). Στη δεύτερη υποκατηγορία κατατάσσονται οι παθήσεις εκείνες που κατ' αρχήν εμφανίζονται σε μεγάλες ηλικίες που μαρτυρούν μια αποδιοργάνωση του οργανισμού. Τέτοιες είναι π.χ. οι αγγειοπάθειες, οι καρδιοπάθειες, τα καλοήθη (όγκοι) και τα κακοήθη νεοπλασμάτα (καρκίνοι) κλπ.

Ο αδρός δείκτης θνησιμότητας συνδέεται στενά με τις δύο τελευταίες υποκατηγορίες φαινομένων. Όταν ο δείκτης είναι ψηλός οι περισσότεροι θάνατοι (που είναι και πρόωροι) προέρχονται κατά κανόνα από λοιμώδεις και μεταδοτικές αρρώστιες. Η εξυγίανση του περιβάλλοντος, η έγκαιρη λήψη προληπτικών μέτρων κατά των επιδημιών (υγειονομικοί έλεγχοι, εμβολιασμοί κλπ.), η έγκαιρη και σωστή διάγνωση και θεραπεία, η επάρκεια ιατρικού και παρα-ιατρικού προσωπικού, νοσοκομειακών εγκαταστάσεων και τεχνικού εξοπλισμού, η έκταση και η ποιότητα της υγειονομικής ασφαλιστικής κάλυψης του πληθυσμού κλπ. – όλα αυτά συντελούν στη μείωση της θνησιμότητας και στην παράταση της ζωής. Ταυτόχρονα όμως οδηγούν και στην διαφορετική σύνθεση της θνησιμότητας κατά αιτία θανάτου. Εκεί που πρώτα οι περισσότεροι θάνατοι οφείλονταν σε λοιμώδεις και μεταδοτικές νόσους, τώρα στο μεγαλύτερο ποσοστό τους προκαλούνται από εκφυλιστικές παθήσεις. Χαρακτηριστική είναι η μεταβολή που σημειώθηκε στον τομέα αυτό στην μεταπολεμική Ελλάδα (βλ. Πίνακα 11). Στη χώρα μας προπολεμικά το 60% των θανάτων οφειλόταν σε λοιμώδεις και μεταδοτικές νόσους. Σήμερα το 60% των θανάτων οφείλεται σε εκφυλιστικές παθήσεις. Αρρώστιες που παλιά ήταν κοινωνικά στίγματα, όπως η φυματίωση (το χτικιό), ή εμφάνιζαν υψηλή συχνότητα σε ορισμένες περιοχές, όπως η ελονοσία, και που προκαλούσαν συχνούς θανάτους σήμερα σπάνια αποτελούν αιτίες θανάτου. Οι αρρώστιες που προκαλούνται από το ανθυγιεινό περιβάλλον (λοιμώξεις, εντερίτιδες κλπ.) τείνουν να εκλείψουν. Οι παιδικές αρρώστιες (κοκκύτης, ιλαρά κλπ.) κοντεύουν κι αυτές να εκλείψουν, χάρη στα σύγχρονα εμβόλια και χάρη στο γεγονός ότι οι σημερινές μητέρες δεν εκθέτουν πλέον εσκεμμένα τα παιδιά τους στις αρρώστιες αυτές «για να τις περάσουν μια ώρα αρχύτερα». Αντίστοιχες εξελίξεις έχουν σημειωθεί και σε άλλες χώρες. Μπορούμε έτσι να χρησιμοποιήσουμε.

## ΠΙΝΑΚΑΣ 11

Ειδικά ποσοστά θνησιμότητας κατά αιτία θανάτου (θάνατοι επί 100.000 κατοίκων).  
Ελλάς 1938, 1961, 1969.

Αιτία θανάτου	1938	1961	1969
Φυματίωση αναπνευστικού συστήματος	93,4	16,5	9,2
Εντερίτις και διάρροια	84,3	8,3	6,3
Δυσεντερία	19,7	1,4	-
Ελονοσία	39,9	-	-
Διφθερίτης	4,1	1,2	0,1
Κοκκύτης	14,3	0,9	0,2
Ιλαρά	5,1	0,4	0,1
Άλλες μολυσματικές ή παρασιτικές ασθένειες	26,9	9,9	7,8
Νεοπλάσματα (κακοήθη)	54,3	105,6	128,2
Καρδιοπάθειες	66,6	114,5	153,9
Νόσοι των αγγείων του εγκεφάλου	65,8	83,5	110,9
Κίρρωση του ήπατος	7,9	12,2	16,7
Σακχαρώδης διαβήτης	4,9	10,3	20,2
Ατυχήματα (εξ αυτοκινήτου)	29,4	6,0	11,3
Ατυχήματα (πάσης άλλης φύσεως)		26,4	25,1
Αυτοκτονίες	5,4	4,3	3,5
Ανθρωποκτονίες και άλλες εξωτερικές αιτίες	3,3	1,5	2,1

Πηγή: Ε.Σ.Υ.Ε. Στατιστική της φυσικής κινήσεως του πληθυσμού της Ελλάδας, ετών 1965 και 1969.

τους ειδικούς κατά αιτία θανάτου δείκτες ως ένδειξη επιπέδου πολιτιστικής και κοινωνικής ανάπτυξης. Όπου οι θάνατοι από λοιμώδεις και μεταδοτικές νόσους είναι συχνοί θα πρέπει να περιμένουμε χαμηλό επίπεδο ανάπτυξης. Όπου αντίθετα είναι συχνοί οι θάνατοι από εκφυλιστικές παθήσεις θα πρέπει να περιμένουμε μακροβιότητα και κατά συνέπεια, σχετικά υψηλή στάθμη κοινωνικής και πολιτιστικής ανάπτυξης.

Στην τρίτη κατηγορία αιτιών θανάτου, στους βίαιους θανάτους, περιλαμβάνονται οι ανθρωποκτονίες, τα ατυχήματα και οι αυτοκτονίες. Η συχνή

εμφάνιση της ανθρωποκτονίας παρέχει την ένδειξη ότι στις κοινωνίες αυτές δίδεται μικρή σημασία στη ζωή και ότι κυριαρχούν βίαιες και απότομες αντιδράσεις που οδηγούν σε δυναμική αναμέτρηση και λύση των διαφορών. Υπάρχουν επομένως πολιτιστικοί παράγοντες που ευθύνονται για την συχνότητα των ανθρωποκτονιών σε μια κοινωνία. Η υψηλή συχνότητα θανάτων από ατυχήματα είναι συνάρτηση του οικονομικού επιπέδου (π.χ. τα αυτοκινητιστικά ατυχήματα εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό και από τον αριθμό των κυκλοφορούντων οχημάτων), του οργανωτικού επιπέδου) ύπαρξη ή μη καταλλήλων κανονισμών πρόληψης ατυχημάτων κλπ.) και του πολιτιστικού επιπέδου μιας κοινωνίας (στάση έναντι στον κίνδυνο και την πιθανότητα επέλευσής του, εφαρμογή των κανονισμών κλπ.). Οι αυτοκτονίες αποτελούν και αυτές ένα χαρακτηριστικό κοινωνικό φαινόμενο που συνδυάζεται με διάφορα πολιτιστικά και άλλα χαρακτηριστικά των κοινωνικών κατηγοριών που εμφανίζονται συχνότερα. Η πρώτη εκτεταμένη κοινωνιολογική μελέτη του φαινομένου έγινε από τον Ε. Ντυρκάιμ το 1897. Σήμερα το φαινόμενο της αυτοκτονίας εξετάζεται και από άλλες απόψεις, οι μελέτες όμως που έχουν γίνει δεν έχουν ακόμα καταλήξει σε αναμφισβήτητες συσχετίσεις μεταξύ της συχνότητας των αυτοκτονιών και ορισμένων χαρακτηριστικών κοινωνικών συνθηκών και φαινομένων.

Όσον αφορά τις πολεμικές αιτίες πρέπει να παρατηρηθεί ότι υπάρχουν τόσο οργανωτικοί όσο και πολιτιστικοί παράγοντες που καθορίζουν τη σημασία τους ως αιτίας θανάτου σε μια δεδομένη στιγμή. Από οργανωτική πλευρά θα πρέπει να επισημανθούν εδώ οι οργανωτικές και τεχνολογικές όψεις της επίθεσης (πρόκληση θανάτων) και της άμυνας (αποτροπή θανάτων). Από πολιτιστική πλευρά θα πρέπει να αναφερθούν ενδεικτικά (α) το γενικό θέμα του πότε ένα κοινωνικό σύνολο καταφεύγει στη βία ως μέσο επίλυσης των διαφορών, (β) ποια όρια βίας θεωρεί ένα κοινωνικό σύνολο θεμιτά και ποιες μορφές βίας θεωρεί υπερβολικές και απαράδεκτες, (γ) ποια έκταση δίνει μια κοινωνία στην ένοπλη σύρραξη. Το τελευταίο θέμα είναι σημαντικό αν ληφθεί υπόψη ότι ο 20<sup>ος</sup> αιώνας κληροδότησε στην ανθρωπότητα την έννοια και την πρακτική του «καθολικού πολέμου», που δεν διακρίνει μεταξύ μάχιμου και άμαχου πληθυσμού

αλλά καταφέρει βαριά πλήγματα στα μετόπισθεν, με σκοπό να κάμψει την οικονομική αντοχή και το ηθικό του αντιπάλου.

Οι θεομηνίες και τα έκτακτα γεγονότα όπως είναι λ.χ. οι σεισμοί, οι πλημμύρες κλπ. Όμως οι θάνατοι που προέρχονται αμέσως από τα γεγονότα αυτά είναι συνήθως περιορισμένοι σε αριθμό. Οι περισσότεροι θάνατοι επέρχονται μετά το ζημιογόνο γεγονός, ενώ θα μπορούσαν να αποφευχθούν αν υπήρχε ο κατάλληλος μηχανισμός και οργάνωση διάσωσης και περίθαλψης. Συχνά πάλι πολλοί θάνατοι θα μπορούσαν να προληφθούν αν ήταν αρκετά διαδομένες οι κατάλληλες γνώσεις και τεχνικές (πρβλ. λ.χ. την περίπτωση των αντισεισμικών κατασκευών). Ακριβώς λοιπόν η έλλειψη των γνώσεων των μηχανισμών και των διαδικασιών πρόληψης ή καταστολής των επιζήμιων αποτελεσμάτων των θεομηνιών και των έκτακτων γεγονότων είναι που επιφέρει τελικά δυσανάλογα υψηλές απώλειες και υπογραμμίζει τη σημασία των πολιτιστικών και των οργανωτικών παραγόντων στη διαμόρφωση της θνησιμότητας αυτής σε χαμηλότερα ύψη.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### 1. ΦΥΛΟ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ

#### Διαφορές των δύο φύλων στους δείκτες υγείας

Οι διαφορές μεταξύ των δύο φύλων σε θέματα υγείας έχουν πολλαπλώς μελετηθεί και αποδειχθεί μέχρι σήμερα.

Μια αρχική διαπίστωση είναι ότι το προσδόκιμο επιβίωσης των γυναικών είναι πολύ υψηλότερο από εκείνο των ανδρών στις περισσότερες χώρες του κόσμου. Στην Ελλάδα η μέση διάρκεια ζωής είναι περίπου 75 χρόνια για τους άνδρες και 80 χρόνια για τις γυναίκες. Επίσης οι άνδρες έχουν υψηλότερους δείκτες θνησιμότητας σε όλες τις ηλικίες και ως προς τις κυριότερες αιτίες θανάτου (καρδιοπάθειες, καρκίνο, ασθένειες των εγκεφαλικών αγγείων, ατυχήματα κλπ.). αντίθετα οι γυναίκες πάσχουν συχνότερα από ασθένειες και ανικανότητες διάφορων μορφών, αλλά τα προβλήματα υγείας από τα οποία υποφέρουν συνήθως δεν είναι ούτε τόσο σοβαρά, ούτε τόσο απειλητικά για την επιβίωσή τους.

Ειδικότερα: α) Οι γυναίκες παρουσιάζουν υψηλότερους δείκτες νοσηρότητας στα οξέα νοσήματα, κυρίως διάφορες λοιμώξεις και καταστάσεις που σχετίζονται με το πεπτικό και το αναπνευστικό και μένουν εξαιτίας τους περισσότερο συχνά στο κρεβάτι από ότι οι άνδρες. Β) Επίσης εμφανίζουν υψηλότερους δείκτες χρόνιων νοσημάτων που δεν αποτελούν αιτίες θανάτου (κυρίως υπέρταση, θυρεοειδής, αναιμία, χοληδόχος κύστις, κολίτιδες, κεφαλαλγίες, αρθριτικά, διαβήτη και άλλα νοσήματα του ουροποιητικού, κλπ). ενώ οι άνδρες χρόνιων νοσημάτων που είναι δυνατόν να προκαλέσουν το θάνατο του πάσχοντος (εμφύσημα, στεφανιαία νόσο κλπ). γ) Τέλος, παρουσιάζουν υψηλότερους δείκτες αναφερόμενων συμπτωμάτων από τους άνδρες. Αυτό δείχνει ότι οι γυναίκες είναι περισσότερο ευαίσθητες στα σήματα που τους στέλνει το σώμα τους και με περισσότερη ευκολία αναφέρουν τα συμπτώματά τους στους άλλους. Έχει βρεθεί όμως ότι η διαφορά μεταξύ ανδρών και γυναικών στην αναφορά των συμπτωμάτων δεν είναι σημαντική, όταν

πρόκειται για πόνους στις αρθρώσεις και καρκίνο. Όμως τα αποτελέσματα συγκλίνουν μάλλον στην άποψη ότι οι συνολικές διαφορές στη νοσηρότητα είναι πραγματικές και όχι πλασματικές.

Τέλος οι γυναίκες είναι πιο συχνόι χρήστες των υπηρεσιών υγείας από τους άνδρες και αυτό ισχύει ακόμα και όταν δεν συνυπολογισθούν στις εκάστοτε σχετικές μελέτες για τη χρήση των υπηρεσιών υγείας από τα δύο φύλα οι υπηρεσίες εκείνες που χρησιμοποιήθηκαν εξ αιτίας του αναπαραγωγικού ρόλου των γυναικών (π.χ. επισκέψεις κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης, τοκετός κλπ)

Στην επόμενη ενότητα θα αναφερθούν ορισμένα από τα αίτια στα οποία αποδίδονται αυτές οι διαφορές.

## **ΑΙΤΙΑ ΤΩΝ ΔΙΑΦΟΡΩΝ ΣΤΟΥΣ ΔΕΙΚΤΕΣ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑΣ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΔΥΟ ΦΥΛΩΝ**

### **A) Γενετικοί παράγοντες**

Το ότι οι γυναίκες είναι μακροβιότερες των ανδρών πιστεύεται ότι είναι φαινόμενο και με γενετική βάση, αφού ανάλογη διαφορά διαπιστώνεται και σε πολλά είδη ζώων. Έτσι, οι επιστημονικές έρευνες αποδίδουν σημαντική σημασία στο ποσόν του γενετικού υλικού (DNA), στην ύπαρξη ή μη ειδικών αυτοσώμων γονιδίων ή στην παρουσία ή μη του χρωμοσώματος Y. Το μικρό μέγεθος του Y χρωμοσώματος, ίσως αποτελεί δυσμενή και μειονεκτικό παράγοντα για τη μακροβιότητα στους άνδρες. Στις γυναίκες υπάρχει το γενετικό πλεονέκτημα της ύπαρξης δύο X χρωμοσωμάτων τα οποία είναι πολύ ευμεγεθέστερα του Y.

### **B) Βιολογικοί παράγοντες**

Σαν οργανισμός ο άνδρας είναι πιο ευάλωτος από ότι η γυναίκα κι αυτό πολύ πριν εκτεθεί στους διαφορετικούς κοινωνικούς ρόλους και στις ψυχοπιεστικές καταστάσεις της μετέπειτα ζωής του Αυτό αποδεικνύεται από υψηλότερους δείκτες θνησιμότητας στο στάδιο πριν τη γέννηση (εμβρυϊκή θνησιμότητα) και σε εκείνο που ακολουθεί αμέσως μετά (νεογνική θνησιμότητα –



στις 4 πρώτες εβδομάδες της ζωής). Έτσι η πιθανότητα να πεθάνει κανείς κατά τη διάρκεια του σταδίου πριν τη γέννηση είναι 12% μεγαλύτερη στους άνδρες από ότι στις γυναίκες και 130% μεγαλύτερη στους άνδρες στις 4 πρώτες εβδομάδες της ζωής.

### **Γ) Κοινωνικο-ψυχολογικοί παράγοντες**

Οι διαφορετικοί κοινωνικοί ρόλοι των δύο φύλων επιδρούν στην υγεία. Ας δούμε πως συμβαίνει αυτό:

1) Οι άνδρες ασκούν συνήθως πιο επικίνδυνα επαγγέλματα από τις γυναίκες. Τα εργατικά ατυχήματα προκαλούν περισσότερους θανάτους στους άνδρες από ότι στις γυναίκες, πράγμα που υποδηλώνει διαφορετικούς ρόλους των δύο φύλων στον εργασιακό χώρο.

2) Επίσης ο επαγγελματικός ανταγωνισμός και το άγχος που σχετίζεται με την εργασία είναι εντονότερα στους άνδρες. Είναι χαρακτηριστικό ότι οι μεσήλικες εργαζόμενοι άνδρες στις Η.Π.Α. αποτελούν ομάδα υψηλού κινδύνου για τις εταιρείες που κάνουν ασφάλειες ζωής (δηλαδή διστάζουν να τους ασφαίσουν, ιδιαίτερα όταν είναι συγχρόνως καπνιστές παχύσαρκοι και εργάζονται πολλές ώρες).

3) Οι άνδρες ζουν γενικά πιο ριψοκίνδυνα; Καταναλώνουν πιο συχνά και σε μεγαλύτερες ποσότητες οινόπνευμα από τις γυναίκες, οδηγούν σε μεγαλύτερες ταχύτητες κλπ.

Βέβαια όλα τα παραπάνω δεδομένα μεταβάλλονται σταδιακά, εφ' όσον οι γυναίκες όλο και περισσότερο επιλέγουν επαγγέλματα υψηλού κινδύνου ή επιδιώκουν να κάνουν καριέρα στο χώρο της εργασίας ή υιοθετούν 'αντρική συμπεριφορά στις συνήθειες ζωής (κάπνισμα, οινόπνευμα κλπ).

Τα τελευταία χρόνια έχει ανανεωθεί το ενδιαφέρον για τη μελέτη των διαφορών μεταξύ των δύο φύλων εξ αιτίας αλλαγών στον τρόπο ζωής των ατόμων. Υπάρχουν ενδείξεις ότι τείνει να υπάρξει μεγαλύτερη εξίσωση ως προς τους δείκτες θνησιμότητας. Σχετικά πρόσφατο παράδειγμα αποτελεί ο καρκίνος του πνεύμονα. Στις Η.Π.Α. ήταν 8ος στους θανάτους από καρκίνο των γυναικών το 1961, το 1979 ήταν ήδη στη 2η θέση, ενώ το 1983 ξεπέρασε και τον καρκίνο

του στήθους. Αυτή η αύξηση οφείλεται στο ότι η κοορτή (ή γενιά) των γυναικών που άρχισε να καπνίζει αμέσως μετά τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο έφτασε στη δεκαετία του '80 σε ηλικίες κατά τις οποίες εμφανίζονται τα προβλήματα υγείας. Όμως τα τελευταία χρόνια το ποσοστό των καπνιστών, και στους άνδρες και στις γυναίκες, έχει μειωθεί σημαντικά.

## **Δ) ΑΤΟΜΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ / ΤΡΟΠΟΣ ΖΩΗΣ**

### **Κάπνισμα**

Είναι γνωστές οι βλαπτικές επιδράσεις του καπνίσματος στην υγεία.

Το κάπνισμα προκαλεί:

- Αυξημένη θνησιμότητα από έμφραγμα του μυοκαρδίου, μέχρι και δυο φορές σε κάποιον που καπνίζει ως 20 τσιγάρα την ημέρα και μέχρι έξι φορές σε όσους καπνίζουν περισσότερο.
- Στηθάγχη, αρρυθμίες.
- Ανευρύσματα αορτής, συχνότερα της κοιλιακής.
- Περιφερικές αγγειακές διαταραχές και βλάβες, το 90% των αποφρακτικών αρτηριοπαθειών.
- Εγκεφαλικά επεισόδια από σύσπαση, απόφραξη ή αιμορραγία από ρήξη αγγείου.

### **ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΦΥΛΟ**

Με την εξίσωση των 2 φύλων στο κάπνισμα, οι γυναίκες παρουσιάζουν πια τα ίδια νοσήματα με τους άνδρες.

Σε έρευνα μεταξύ 6:914 γυναικών στην Βρετανία αποδείχτηκε ότι:

- Οι καπνίστριες έχασαν τα 7 χρόνια ζωής που ζούσαν περισσότερο από τους άνδρες.
- Δεκαπλασιάστηκε η συχνότητα των στεφανιαίων νοσημάτων με το κάπνισμα και το αντισυλληπτικό χάπι.

- Εικοσαπλασιάστηκε το έμφραγμα του μυοκαρδίου με 25 τσιγάρα την ημέρα.
- Η υπαραχνοειδής αιμορραγία του εγκεφάλου, που είναι γενικά συχνότερη στις γυναίκες, εμφανίζεται 6 φορές συχνότερα στις καπνίστριες.

## ΣΠΟΥΔΑΙΟΤΕΡΕΣ ΤΟΞΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ ΟΙ ΒΛΑΠΤΙΚΕΣ ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΤΣΙΓΑΡΟΥ

*Τα τσιγάρα περιέχουν:*

**ΜΟΝΟΞΕΙΔΙΟ ΤΟΥ ΑΝΘΡΑΚΑ:** Μειώνει το Οξυγόνο του Αίματος.

**ΝΙΚΟΤΙΝΗ:** Αυξάνει την πίεση του αίματος και την καρδιακή συχνότητα.

**ΠΙΣΣΑ:** Περιέχει καρκινογόνες χημικές ουσίες.

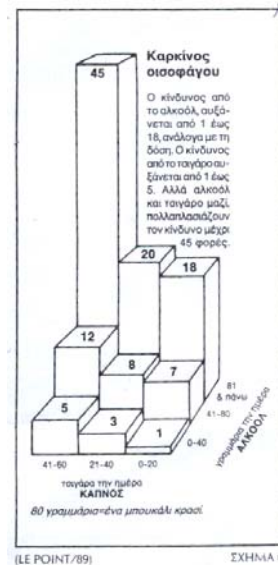
*Το κάπνισμα προκαλεί:*

- ΒΗΧΑ ΚΑΙ ΔΥΣΠΝΟΙΑ
- ΚΑΤΑΣΤΡΟΦΗ ΤΟΥ ΕΠΙΘΗΛΙΟΥ
- ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ
- ΣΥΣΣΩΡΕΥΣΗ ΟΥΣΙΩΝ ΣΤΟΝ ΠΝΕΥΜΟΝΑ . ΣΥΣΠΑΣΗ ΑΙΜΟΦΟΡΩΝ ΑΓΓΕΙΩΝ
- ΜΕΙΩΣΗ ΡΟΗΣ ΑΙΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΟΞΥΓΟΝΟΥ . ΕΝΤΟΝΟΤΕΡΗ ΚΑΙ ΤΑΧΥΤΕΡΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΚΑΡΔΙΑΣ
- ΑΥΞΗΣΗ ΤΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΕΛΚΟΣ ΣΤΟΜΑΧΟΥ
- ΑΠΩΛΕΙΑ ΤΗΣ ΑΙΣΘΗΣΗΣ ΤΗΣ ΓΕΥΣΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΟΣΦΡΗΣΗΣ

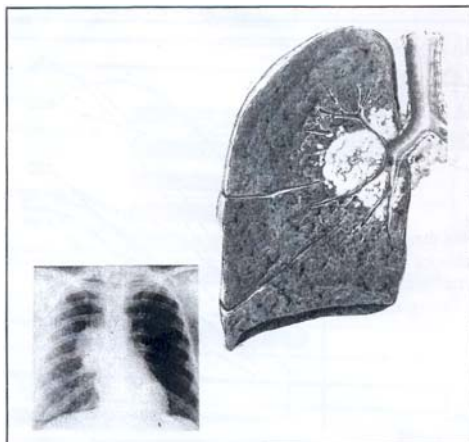
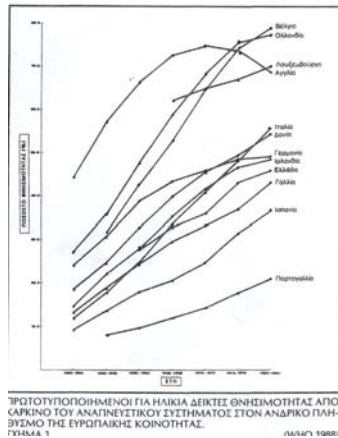
Είναι γνωστό ότι ο καρκίνος του πνεύμονα οφείλεται σχεδόν αποκλειστικά στο τσιγάρο (90%). Εμφανίζεται με μόνιμο βήχα (75%), πόνο στο στήθος (40%), προοδευτική απώλεια βάρους (40%), αιμόπτυση κ.ά.

Υπάρχουν όμως και άλλες μορφές καρκίνου που αποδίδονται στο κάπνισμα, μεταξύ των οποίων οι κυριότερες είναι:

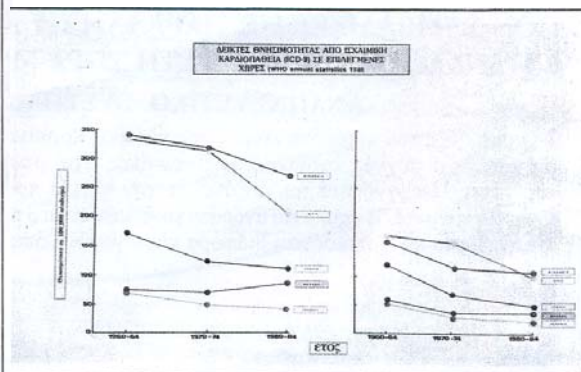
**Ο καρκίνος της στοματικής κοιλότητας.**



**Ο καρκίνος του οισοφάγου.** Πάνω από 50% των θανάτων από καρκίνο του οισοφάγου, έχουν σχέση με το τσιγάρο. Ο κίνδυνος για καρκίνο του οισοφάγου αυξάνεται ακόμη περισσότερο όταν το άτομο πίνει οινοπνευματώδη ποτά. (Σχήμα 6)



ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ ΚΑΙ ΣΧΗΜΑΤΙΚΗ ΠΑΡΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΧΩΡΟΥ ΠΟΥ ΚΑΤΑΛΑΜΒΑΝΕΙ (CIBA - F. NETTER, M.D.)



ΥΣΗΣΗ ΤΩΝ ΘΑΝΑΤΩΝ ΑΠΟ ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΤΑ ΤΕΛΕΥΤΙΑ 3 ΧΡΟΝΙΑ, ΣΕ ΑΝΤΙΘΕΣΗ ΜΕ ΑΛΛΕΣ ΧΩΡΕΣ, ΟΠΟΥ ΠΑΡΑΤΗΡΕΙΤΑΙ ΜΕΓΑΛΗ ΕΛΑΤΤΩΣΗ

**Ο καρκίνος του λάρυγγα.**

Ο καρκίνος των φωνητικών χορδών είναι, τουλάχιστον, 5 φορές συχνότερος στους καπνιστές. Το 66% περίπου των θανάτων έχουν σχέση με το τσιγάρο.

**Ο καρκίνος της ουροδόχου κύστης.** Άτομα που καπνίζουν 20 τσιγάρα/ημέρα έχουν διπλάσια συχνότητα θανάτου απ' αυτόν τον καρκίνο.

**Ο καρκίνος των νεφρών.**

**Ο καρκίνος του παγκρέατος.**

Περίπου το 33% των θανάτων απ' αυτόν τον καρκίνο, σχετίζονται με το κάπνισμα.

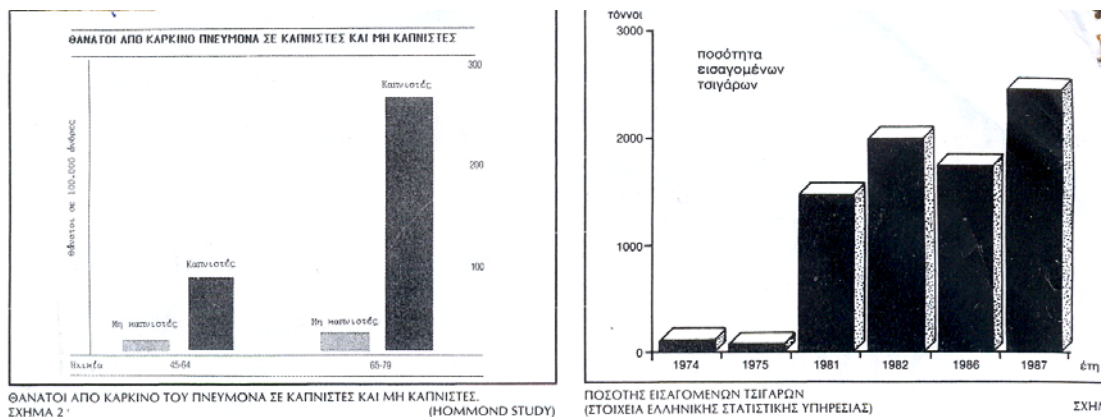
## Αναπνευστικό Σύστημα

Ο καρκίνος του πνεύμονα είναι ο συχνότερος καρκίνος στους άνδρες και ο τέταρτος πιο συχνός καρκίνος στις γυναίκες στις οποίες μάλιστα συνεχώς αυξάνεται. Η συχνότητά του αυξάνει με την ηλικία προοδευτικά από την 5<sup>η</sup> δεκαετία και μετά. Η αναλογία ανδρών/γυναικών είναι 3 προς 1. Για τον καρκίνο του πνεύμονα ενοχοποιούνται διάφορα καρκινογόνα όπως:

- Κάπνισμα
- Ακτινοβολία
- Αμιάντος
- Άλλα καρκινογόνα

Το κάπνισμα είναι υπεύθυνο για το 95-99% του καρκίνου του πνεύμονα στους άνδρες και για το 70% στις γυναίκες.

Οι θάνατοι από καρκίνο πνεύμονα είναι 5-10 φορές περισσότεροι στους καπνιστές σε σύγκριση με μη καπνιστές (Σχ. 2). Στενή σχέση υπάρχει μεταξύ καρκίνου πνεύμονα και αριθμού τσιγάρων και μεταξύ καρκίνου και ποσού περιεχόμενης νικοτίνης. Τέλος, είναι γνωστό ότι η συχνότητα καρκίνου πνεύμονα ελαττώνεται σε άτομα που κάπνιζαν και σταμάτησαν να καπνίζουν.



Στον καπνό του τσιγάρου βρέθηκαν περίπου 22 καρκινογόνες ουσίες. Ο καπνός του τσιγάρου, που καίγεται σε υψηλότερη θερμοκρασία απ' αυτόν της πίπας και των πούρων, παράγει διαφορετικό φάσμα πολυκυκλικών υδρογονανθράκων και άλλων καρκινογόνων ουσιών.

**Η ακτινοβολία**, είναι ισχυρότατος καρκινογόνος παράγοντας.

**Ο αμίαντος** αυξάνει τον κίνδυνο για καρκίνο του πνεύμονα, κατά 10-15 φορές, ιδιαίτερα σε άτομα που παράλληλα καπνίζουν.

**Καρκινογόνα** επίσης είναι το νικέλιο, το χρώμιο κ.ά.

Οι θάνατοι από καρκίνο του αναπνευστικού συστήματος αυξήθηκαν στην Ελλάδα από 27.5 ανά 100.000 κατοίκους την τετραετία 1960-1964, σε 45.7 ανά 100.000 κατοίκους στην τετραετία 1980-1984, δηλαδή αύξηση κατά 66% στα τελευταία 30 χρόνια (Σχήμα 1).

Αύξηση παρατηρήθηκε και στην κατανάλωση τσιγάρων, στην εγχώρια παραγωγή από το 1972-1985 κατά 50%, ενώ οι εισαγωγές αντίστοιχα αυξήθηκαν κατά 2.200% (Σχήμα 3).

Η συχνότητα καπνίσματος στις αγροτικές περιοχές της Κρήτης είναι, για τους άνδρες 64% και για τις γυναίκες 13%, ενώ στις αστικές περιοχές 53% των ανδρών είναι καπνιστές και 40% των γυναικών. Στους τελειόφοιτους λυκείου το ποσοστό είναι 46% για τ' αγόρια και 42% για τα κορίτσια.

## **2) Αλκοόλ**

### **Προβλήματα που σχετίζονται με την κατανάλωση και την κατάχρηση της αλκοόλης**

Σε αυτό το κεφάλαιο θα εξετάσουμε μερικά από τα σοβαρότερα προβλήματα που σχετίζονται με την κατανάλωση και την κατάχρηση της αλκοόλης. Παρόλο που η κατανάλωση της αλκοόλης στα περισσότερα άτομα δεν προξενεί καμία βλάβη, οι ατομικές διαφορές που έχουν παρατηρηθεί στο θέμα του μεταβολισμού (π.χ. υπάρχουν άτομα που παρουσιάζουν οργανικές βλάβες με ελάχιστη κατανάλωση αλκοόλης), αλλά και στις γενικότερες λειτουργίες του ατόμου μας υποχρεώνουν να τη λάβουμε υπόψη. Εξάλλου, όπως ήδη αναφέρθηκε τα κριτήρια που διαφοροποιούν την «κατανάλωση» από την «κατάχρηση» είναι τουλάχιστον ασαφή. Για παράδειγμα, προς το τέλος της δεκαετίας του '70 η καθημερινή κατανάλωση 160gr αλκοόλης θεωρείτο το ανώτατο όριο «ασφαλούς κατανάλωσης» από τους περισσότερους «αλκοολόγους», (ένα μπουκάλι «σκληρού οινοπνεύματος» π.χ. ούισκυ, τζιν,

βότκα κ.λπ. περιέχει 240gr αλκοόλης). Έκτοτε, τα πορίσματα επιδημιολογικών και κλινικών ερευνών δείχνουν ότι η καθημερινή κατανάλωση που υπερβαίνει τα 60 – 80gr για τους άνδρες και 20 – 40gr για τις γυναίκες μπορεί να προκαλέσει αρκετά από τα προβλήματα που σχετίζονται με το αλκοόλ (Requignot et al 1974, Sherlock 1982). Ένας δείκτης «επικινδυνότητας» σχετικός με την εβδομαδιαία κατανάλωση της αλκοόλης είναι αυτός που δημοσιεύτηκε πρόσφατα από το Βασιλικό Κολέγιο των Γενικών Γιατρών της Βρετανίας (Royal College of General practitioners 1986). Ο παρακάτω πίνακας (ΠΙΝΑΚΑΣ 9) μας δείχνει το «επίπεδο κινδύνου» με βάση την εβδομαδιαία κατανάλωση σε «μονάδες αλκοόλης» για άνδρες και γυναίκες.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 9**

<b>Επίπεδο κινδύνου και εβδομαδιαία κατανάλωση αλκοόλης</b>		
<b>Επίπεδο κινδύνου</b>	<b>Γυναίκες</b>	<b>Άνδρες</b>
Χαμηλός	Λιγότερο από 16 μονάδες	Λιγότερο από 21 μονάδες
Μέτριος	16 - 35 μονάδες	21 - 49 μονάδες
Υψηλός	36 + μονάδες	21 + μονάδες

Με βάση τα παραπάνω δεδομένα και παίρνοντας υπόψη την αξιοπρόσεκτη ποικιλία των αντιδράσεων (βιολογικών, ψυχολογικών, κοινωνικών κ.λπ.) που παρατηρούνται ως αποτέλεσμα τόσο της «αθώας» κατανάλωσης όσο και της κατάχρησης του αλκοόλ, είναι ευνόητο γιατί οι σύγχρονες απόψεις εξετάζουν όχι μόνο τη σχέση μεταξύ «κατάχρησης» και «προβλημάτων» αλλά και μεταξύ «κατανάλωσης» και πιθανής ύπαρξης προβλημάτων.

Σ' αυτό το κεφάλαιο θα εξετάσουμε μερικές από τις οργανικές και ψυχολογικές διαταραχές που προκαλούνται κυρίως από την κατάχρηση της αλκοόλης. Επίσης θα εξετάσουμε τις επιπτώσεις του αλκοολισμού στην οικογένεια και στην οικονομία.

## Οργανικές διαταραχές

### Ηπατικές βλάβες

Οι ηπατικές βλάβες εξαιτίας της κατάχρησης της αλκοόλης είναι γνωστές περισσότερο από κάθε άλλη οργανική διαταραχή. Στη Μ.Βρετανία και στις ΗΠΑ οι θάνατοι εξαιτίας της αλκοολικής κίρρωσας του ήπατος, στα τελευταία 15 χρόνια έχουν αυξηθεί κατά 25% περίπου. Εξάλλου, όπως φαίνεται και από τον παρακάτω πίνακα (ΠΙΝΑΚΑΣ 10), η σχέση μεταξύ θνησιμότητας από κίρρωση του ήπατος και κατά κεφαλή κατανάλωσης σε διάφορες χώρες είναι άμεση.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 10**

<b>Θνησιμότητα από κίρρωση του ήπατος και κατανάλωση αλκοόλης</b>		
	<b>Θνησιμότητα από κίρρωση ανά 100.000 άτομα ( 25 + ετών)</b>	<b>Κατά Κεφαλή κατανάλωση (λίτρα καθαρού οινοπνεύματος το χρόνο)</b>
<b>Γαλλία</b>	57,2	16,4
<b>Πορτογαλία</b>	55,1	14,1
<b>Ιταλία</b>	52,1	14,0
<b>Δυτ.Γερμανία</b>	39,6	11,3
<b>Ισπανία</b>	38,8	11,7
<b>ΗΠΑ</b>	28,6	5,8
<b>Καναδάς</b>	19,6	6,5
<b>Σουηδία</b>	15,6	5,7
<b>Ολλανδία</b>	7,4	4,8
<b>Μ.Βρετανία</b>	5,7	6,2

Οι Williams & Davis (1979) σε σχετικά πρόσφατη ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας αναφέρουν ότι ο δείκτης θνησιμότητας από αλκοολική κίρρωση του ήπατος είναι από 7 έως 13 φορές μεγαλύτερος στους αλκοολικούς σε σύγκριση με μετριοπαθείς πότες. Αυτοί οι συγγραφείς αναφέρουν στοιχεία που δείχνουν ότι οι γυναίκες είναι περισσότερο ευάλωτες στην κίρρωση και την αλκοολική ηπατίτιδα απ' ότι είναι οι άνδρες, παρόλο που τα αίτια αυτού του φαινομένου δεν είναι ακόμα γνωστά. Επίσης ο Leibach (1974) έδειξε ότι η



ποσότητα της αλκοόλης που καταναλώνει ένα άτομο έχει άμεση σχέση με το βαθμό της βλάβης που προξενείται στο ήπαρ, όπως καθορίζεται από τη βιοψία ήπατος. Σ' αυτό το σημείο θα πρέπει να τονιστεί ότι η επικρατούσα άποψη σχετικά με τον «τύπο αλκοολικού ποτού» και του βαθμού οργανικής ή άλλης διαταραχής είναι εσφαλμένη. Είναι κοινή η αντίληψη ότι τα «σκληρά ποτά» προξενούν μεγαλύτερη βλάβη από τα «μαλακά ποτά» (π.χ. μπύρα, κρασί κ.λπ). Αυτή η άποψη είναι λανθασμένη, στο βαθμό που το ήπαρ δεν «διαφοροποιεί» τα σκληρά από τα μαλακά ποτά. Απλά μεταβολίζει την αλκοόλη σε οποιαδήποτε μορφή αυτή καταναλώνεται. Κατά συνέπεια, η κατάχρηση κρασιού ή μπύρας είναι τόσο βλαβερή όσο και η κατάχρηση ούισκυ ή τζιν.

Οι πιό γνωστές διαταραχές του ήπατος σχετικές με την κατάχρηση της αλκοόλης είναι η οξεία αλκοολική ηπατίτιδα και βέβαια η κίρρωση του ήπατος. Είναι όμως ενδιαφέρον, ότι οι παραπάνω διαταραχές παρουσιάζονται σε σχετικά μικρό ποσοστό ατόμων που συνήθως χαρακτηρίζονται ως «χρόνιοι αλκοολικοί». Ένα πρόσφατο δημοσίευμα (Leibach 1975) αναφέρει ότι σε ένα μη επιλεγμένο δείγμα αλκοολικών (526 άνδρες αλκοολικοί) μόνο το ένα τέταρτο αυτών των ατόμων παρουσίασε σοβαρή ηπατολογική βλάβη. Όπως σχολιάζει και η Sherlock (1982) :

«Είναι άκρως ενδιαφέρον το γεγονός ότι ένας μεγάλος αριθμός χρόνιων αλκοολικών έχουν απόλυτα φυσιολογικό ήπαρ....γενετικοί παράγοντες θα πρέπει να καθορίζουν αυτό το φαινόμενο...».

### *Καρδιαγγειακές διαταραχές*

Η καρδιά είναι ένα άλλο σημαντικό όργανο, η λειτουργία του οποίου επηρεάζεται από την κατάχρηση της αλκοόλης. Σύμφωνα με τους Alderman & Coltart (1982), η σχέση μεταξύ κατανάλωσης της αλκοόλης και μυοκαρδιοπάθειας ήταν γνωστή από το 1873. επειδή όμως παράγοντες όπως η κακή διατροφή (ιδιαίτερα η έλλειψη πρωτεΐνης) συμβάλλουν στην πρόκληση της μυοκαρδιοπάθειας, η άμεση επίδραση της αλκοόλης στη λειτουργία της καρδιάς έγινε περισσότερο γνωστή από το τέλος της δεκαετίας του '30. πρόσφατα ερευνητικά στοιχεία δεν αφήνουν καμιά αμφιβολία για τον ουσιαστικό ρόλο της

αλκοόλης στη μυοκαρδιοπάθεια, παρόλο που η παράλληλη λήψη άλλων τοξικών ουσιών και η κακή διατροφή συμβάλλουν ουσιαστικά σ' αυτή τη διαταραχή. Πρόσφατες εργαστηριακές έρευνες με ποντίκια έχουν επιβεβαιώσει την εμφάνιση βιοχημικών και αιμοδυναμικών ανωμαλιών σε αυτά τα ζώα μετά από βραχεία λήψη αλκοόλης και παρόλο που η διατροφή τους ήταν κανονική (Alderman et al 1982).

Πρόσφατα, μία σειρά από μελέτες τόνισαν τη σχέση μεταξύ κατανάλωσης της αλκοόλης και υπέρτασης. Για παράδειγμα, οι D' Alonzo et al (1968) έδειξαν ότι οι προβληματικοί πότες είναι κατά 2,3 περισσότερο υπερτασικοί σε σύγκριση με μη-προβληματικούς πότες, ενώ οι Kannel et al (1974) ανέφεραν μια σημαντική σχέση μεταξύ κατανάλωσης αλκοόλ και συστολικής πίεσης. Παρόμοια αποτελέσματα δείχνουν και οι Klatsky et al (1977) που διερεύνησαν την κατανάλωση της αλκοόλης σε ένα δείγμα 83.947 ατόμων. Περαιτέρω ανάλυση των αποτελεσμάτων έδειξε ότι το ύψος και των δύο πιέσεων είχε άμεση σχέση με την ποσότητα των αλκοολούχων ποτών που κατανάλωνε ο πότης.

Δύο πρόσφατες μελέτες που έγιναν στη Γλασκώβη (Ramsay 1977, Beevers 1977) τόνισαν την ύπαρξη ηπατικής δυσλειτουργίας σε υπερτασικούς ασθενείς που έκαναν κατάχρηση αλκοόλης.

### *Καρκίνος*

Η σχέση μεταξύ του αλκοόλ και του καρκίνου άρχισε να διερευνάται μετά την καθιερωμένη άποψη ότι η νικοτίνη είναι ο κύριος παράγοντας που συμβάλλει στον καρκίνο του πνεύμονα (Mc Sween 1982). Ένας αξιόλογος αριθμός μελετών που εκπονήθηκαν από τη δεκαετία του '50 μέχρι σήμερα έφεραν στο φως ενδεικτικά στοιχεία για το ρόλο της κατάχρησης της αλκοόλης στην καρκινογένεση. Η πλειοψηφία αυτών των μελετών έδειξαν ότι η κατάχρηση του αλκοόλ μπορεί να συμβάλλει ουσιαστικά στον καρκίνο του στόματος, του φάρυγγος, του λάρυγγος, του οισοφάγου, του στομάχου και του ήπατος. Εκτιμάται ότι οι πιθανότητες καρκίνου σε αλκοολικά άτομα είναι 10 φορές περισσότερες σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό (Lieber et al 1979), ενώ σε αλκοολικούς που είναι και καπνιστές οι πιθανότητες καρκίνου αυξάνουν 15

φορές. Η μελέτη των Williams & Horn (1977) διερεύνησε τις επιπτώσεις από την κατανάλωση νικοτίνης και αλκοόλης σε ένα δείγμα 7.518 ατόμων. Οι παραπάνω ερευνητές επιβεβαίωσαν προηγούμενα ευρήματα σχετικά με την κατάχρηση της αλκοόλης ως παράγοντα καρκινογένεσης. Σύμφωνα με τα ερευνητικά τους στοιχεία, το αλκοόλ συνδέεται με τον καρκίνο του στόματος και του οισοφάγου, ενώ η νικοτίνη έχει περισσότερη σχέση με τον καρκίνο του λάρυγγος. Οι παραπάνω μελέτες είναι ένα μικρό δείγμα δημοσιευμάτων που τονίζουν τη σχέση μεταξύ κατάχρησης της αλκοόλης και καρκίνου. Σύμφωνα με τον Mc Sween (1982), οι επιδημιολογικές έρευνες έχουν καθιερώσει τη σχέση αλκοόλ-καρκίνου. Αυτό που θα πρέπει να διευκρινιστεί στο μέλλον είναι οι «μηχανισμοί» διαμέσου των οποίων το αλκοόλ δρα ως καρκινογενής ουσία.

#### *Αλκοολική μυοπάθεια*

Η χρόνια αλκοολική μυοπάθεια είναι ένα από τα πολλά οργανικά προβλήματα που σχετίζονται με την κατάχρηση του αλκοόλ. Η ασθένεια αυτή χαρακτηρίζεται από μια βαθμιαία και συνήθως ανώδυνη φθορά και αδυναμία κεντρικών μυών ιδιαίτερα αυτών που βρίσκονται στα πόδια (Martin 1982). Σύμφωνα με αυτόν τον συγγραφέα, η αλκοολική μυοπάθεια εμφανίζεται σε αλκοολικούς με τουλάχιστον 10χρονο ιστορικό κατάχρησης της αλκοόλης και με ελάχιστη καθημερινή κατανάλωση όχι μικρότερη των 10gr. Η επίπτωση (συχνότητα) αυτής της ασθένειας παραμένει απροσδιόριστη.

#### *Υποσιτισμός*

Ο υποσιτισμός είναι ένα από τα χαρακτηριστικά του αλκοολισμού, αν και η σχέση μεταξύ κατανάλωσης της αλκοόλης και διατροφής παραμένει ασαφής (Morgan 1982). Οι Hillman et al (1977) υποστήριξαν ότι ο αλκοολισμός είναι η κυριότερη αιτία του υποσιτισμού στο Δυτικό Κόσμο, αν και μια τέτοια δήλωση ίσως θεωρηθεί υπερβολή σήμερα! Είναι γνωστό όμως ότι οι περισσότεροι αλκοολικοί που εισάγονται στο νοσοκομείο αναφέρουν βαθμιαία μείωση του βάρους τους. (Είναι ευνόητο ότι η κατάχρηση αλκοόλης δεν είναι ο καλύτερος τρόπος δίαιτας!!!). Σε μία πρόσφατη έρευνα, η Morgan (1981) βρήκε ότι το 30%

ενός δείγματος αλκοολικών μιας ηπατολογικής μονάδας εμφάνισε κλινικά στοιχεία υποσιτισμού ανεξάρτητα από ηπατική δυσλειτουργία. Οι αλκοολικοί όμως που εισάγονται στο νοσοκομείο συνήθως επανακτούν το χαμένο βάρος τους αρκετά γρήγορα (Mezey et al 1971). Σε μία σειρά από μελέτες σχετικές με τον υποσιτισμό των αλκοολικών, υποστηρίχθηκε ότι το φαινόμενο του υποσιτισμού ήταν αποτέλεσμα της ανεπαρκούς διαίτας (ο όρος διαίτα χρησιμοποιείται με τη γενικότερη έννοια του σιτισμού) που χαρακτηρίζει πολλούς προβληματικούς πότες. Αυτή η άποψη όμως ήρθε σε αντίθεση με τα πορίσματα τριών ερευνών (Neville et al 1968, Hurt et al 1981 και Morgan 1981) που σύγκριναν το διαιτολόγιο ομάδων αλκοολικών με εκείνο μη-αλκοολικών ατόμων και δεν βρήκαν διαφορές μεταξύ τους. Σύμφωνα με τη Morgan (1982), ο υποσιτισμός των αλκοολικών οφείλεται κυρίως σε παράγοντες όπως η κακή πέψη και απορρόφηση θρεπτικών στοιχείων και ο ελαττωματικός μεταβολισμός αυτών των στοιχείων.

### *Νευρολογικές διαταραχές*

Οι νευρολογικές διαταραχές είναι από τις κύριες επιπτώσεις της κατάχρησης της αλκοόλης και παρουσιάζουν ανάλογο ενδιαφέρον με τις ηπατικές δυσλειτουργίες. Η περιφερειακή νευροπάθεια, η πολυνευρίτιδα, το σύνδρομο Wernicke-Korsakoff και η αλκοολική άνοια είναι μερικές από τις νευρολογικές διαταραχές που έχουν άμεση σχέση με τον αλκοολισμό. Ο ρόλος της ελλειπούς διατροφής έχει σημαντική θέση στις παραπάνω νευρολογικές διαταραχές αλλά και στη γενικότερη λειτουργία του εγκεφάλου (Thomson 1982). Ανεπάρκεια βιταμινών της σειράς Β και ιδιαίτερα έλλειψη βιταμίνης Β<sub>12</sub> είναι το κυριότερο αίτιο των νευρολογικών διαταραχών. Σύμφωνα με τον Marsden (1979), παρόλο που οι περισσότεροι αλκοολικοί παρουσιάζονται με ένα κύριο νευρολογικό πρόβλημα, πολλοί από αυτούς εκδηλώνουν και πρόσθετα νευρολογικά συμπτώματα ή/και άλλες διαταραχές (π.χ. επιληψία, εκφυλισμό του πρόσθιου λοβού της παρεγκεφαλίδας κ.λπ.) κατά τη διάρκεια της εξάρτησης από το αλκοόλ.

Η πιο κοινή από τις νευρολογικές διαταραχές είναι η περιφερειακή νευροπάθεια. Αυτή η ασθένεια εμφανίζεται τουλάχιστον στο 10% των «χρόνιων

αλκοολικών». Σύμφωνα με πρόσφατα ερευνητικά στοιχεία (Victor 1975), η περιφερειακή νευροπάθεια ποικίλλει από ασυμπτωματική νευροπάθεια μέχρι ουσιαστική αδυναμία των μυών και σημαντική ανεπάρκεια των αισθητηρίων οργάνων. Σύμφωνα με τους Martin et al (1982), η περιφερειακή νευροπάθεια εμφανίζεται ανεξάρτητα από τη χρόνια μυοπάθεια των σκελετικών μυών η οποία είναι κοινή διαταραχή στους χρόνιους αλκοολικούς.

Το σύνδρομο Wernicke-Korsakoff είναι η πιο σοβαρή περίπτωση νευρολογικής διαταραχής (ουσιαστικά εγκεφαλικής βλάβης). Το σύνδρομο οφείλεται στην ανεπάρκεια της θειαμίνης και τα κύρια συμπτώματα είναι διανοητική διαταραχή οργανικής μορφής, μυϊκή ασυνεργία και αμνησία. Πολλοί από τους ασθενείς με το παραπάνω σύνδρομο πεθαίνουν, εκτός και αν χορηγηθεί η κατάλληλη θεραπευτική αγωγή στα αρχικά στάδια της νόσου.

Τέλος, η αλκοολική άνοια είναι μία νόσος παρόμοιου χαρακτήρα με το σύνδρομο Wernicke-Korsakoff. Πολλοί ερευνητές υποστηρίζουν ότι η αλκοολική άνοια είναι μια πτυχή της ψύχωσης τύπου Korsakoff, αλλά μέχρι στιγμής αυτό παραμένει αντικείμενο περαιτέρω έρευνας (Thomson 1982). Οι κυριότερες επιπτώσεις αυτής της νόσου έχουν σχέση με τις γνωστικές λειτουργίες του ασθενούς και ιδιαίτερα με τη δυνατότητα μάθησης και οπτικής αντίληψης, όπως επίσης και με τη δυνατότητα της αφαιρετικής σκέψης και της ψυχοκινητικής λειτουργίας. Συνοψίζοντας, πρέπει να τονισθεί ότι οι νευρολογικές διαταραχές παρουσιάζονται συχνά στο «χρόνιο αλκοολικό» και προσβάλλουν περίπου το 10-20% αυτού του πληθυσμού. Επίσης οι νευρολογικές διαταραχές μπορεί να συνυπάρχουν με ψυχιατρικά σύνδρομα ή να εμφανίζονται αυτοτελώς.

### *Εμβρυακό αλκοολικό σύνδρομο*

Οι πιθανές επιπτώσεις που μπορεί να έχει η κατάχρηση της αλκοόλης στο έμβryo ήταν ήδη γνωστές το 18<sup>ο</sup> αιώνα στη Μ.Βρετανία. Εκείνη την εποχή, παρατηρήθηκε μία σημαντική αύξηση στην κατανάλωση του τζιν ιδιαίτερα από τα χαμηλά κοινωνικά στρώματα. Το γεγονός αυτό ανάγκασε το «Βασιλικό Κολέγιο των Ιατρών του Λονδίνου» να απευθύνει αίτηση στη βουλή για τον περιορισμό κατανάλωσης της αλκοόλης λόγω του μεγάλου αριθμού νεογέννητων παιδιών με

σοβαρές διαταραχές. Ως αποτέλεσμα, πολλές από τις αλκοολικές μέλλουσες μητέρες συνελήφθησαν και αναγκάστηκαν να γεννήσουν στη φυλακή προκειμένου να περιορισθεί δραστικά ο αριθμός των προβληματικών νεογνών.

Η πρώτη σύγχρονη μελέτη που διερεύνησε τα προβλήματα που παρουσιάζουν παιδιά από αλκοολικές μητέρες ήταν του Lamache (1967). Ο γάλλος αυτός γιατρός εξέτασε περισσότερα από 3.000 παιδιά που παρουσίαζαν οργανικά και ψυχολογικά προβλήματα και ανακοίνωσε ότι περίπου στο 1/3 αυτών των παιδιών οι διαταραχές ήταν αποτέλεσμα του αλκοολισμού της μητέρας. Ένα χρόνο αργότερα οι Lemoine et al (1968) δημοσίευσαν τα πορίσματα έρευνας από περιστατικά που είχαν εξετάσει στο νοσοκομείο. Σύμφωνα με αυτή την έρευνα, 25 από τα 54 παιδιά που παρουσίαζαν μορφολογικά, ψυχοκινητικά και ψυχολογικά προβλήματα είχαν αλκοολικές μητέρες.

Σύμφωνα με τον Pratt (1982), οι παραπάνω έρευνες δεν φαίνεται να ευαισθητοποίησαν τη διεθνή επιστημονική κοινότητα μέχρι τις αρχές της δεκαετίας του '70, όταν αμερικάνοι ερευνητές κατέληξαν σε παρόμοια συμπεράσματα με τους γάλλους συναδέλφους τους. Οι Ulleland (1972) και Jones & Smith (1973) ήταν οι πρώτοι που έδωσαν το χαρακτηρισμό «εμβρυακό αλκοολικό σύνδρομο» σε μία σειρά από διαταραχές που μπορεί να παρουσιάσουν παιδιά από αλκοολικές μητέρες.

#### *Πιθανές προγεννητικές επιπτώσεις*

Κατά τον Pratt, οι πιθανές προγεννητικές επιπτώσεις του αλκοολισμού είναι οι εξής (Πηγή : Morgan & Pratt 1982) :

1. Διαταραχές στη γονιμότητα της μητέρας και στην ολοκλήρωση της εγκυμοσύνης.
2. Επιβράδυνση της ενδομητρικής ανάπτυξης του εμβρύου.
3. Πρόκληση χαρακτηριστικών του ΕΑΣ (Εμβρυακού Αλκοολικού Συνδρόμου).

4. Διαταραχές ελαφρότερης μορφής που μπορεί να είναι σημαντικές στο βαθμό που υπάρχει πιθανότητα να εξελιχθούν σε νευρολογικές ή/και διανοητικές διαταραχές.

Η ύπαρξη των παραπάνω προβλημάτων μπορεί βέβαια να είναι και αποτέλεσμα άλλων παραγόντων εκτός του αλκοολισμού της μητέρας.

Τα συμπτώματα που χαρακτηρίζουν το ΕΑΣ είναι :

- Μικρό βάρος κατά τη γέννηση (μικρό βρέφος σε σχέση με την περίοδο κυοφορίας).
- Μειωμένο μέγεθος κεφαλιού και εγκεφάλου που συνήθως συνοδεύονται από διανοητική καθυστέρηση.
- Ασυνήθιστη συμπεριφορά που περιλαμβάνει μειωμένη κινητικότητα, αυξημένος χρόνος με τα μάτια ανοιχτά και σπασμοί σώματος.
- Μεγαλύτερη συχνότητα προβλημάτων ελαφράς μορφής (π.χ. κήλη).
- Χαρακτηριστική όψη προσώπου ΕΑΣ.
- Εμβρυακός ή βρεφικός θάνατος.

### **Ψυχιατρικές διαταραχές / Γνωστικές δυσλειτουργίες**

Η γενική έννοια των ψυχολογικών διαταραχών που θα εξεταστεί παρακάτω περιλαμβάνει α) τη σχέση αλκοολισμού και ψυχιατρικής νόσου και β) το βαθμό των γνωστικών δυσλειτουργιών, όπως αυτές αξιολογούνται διαμέσου ψυχολογικών δοκιμασιών στον αλκοολικό ασθενή.

Οι ψυχιατρικές διαταραχές μπορεί :

1. Να προϋπήρχαν του αλκοολισμού και να έχουν παίξει σημαντικό ρόλο στην αιτιολογία του.
2. Να είναι αποτέλεσμα της εξάρτησης από το αλκοόλ
3. Να εμφανίζονται ανεξάρτητα από τον αλκοολισμό

Η σχέση αλκοολισμού και ψυχιατρικής νόσου έχει διερευνηθεί από δύο πλευρές. Μερικές πλευρές διερευνούν τη συχνότητα ψυχιατρικής νόσου σε αλκοολικά άτομα, ενώ άλλες μελέτες διερευνούν την ύπαρξη του αλκοολισμού σε άτομα που εισάγονται στο ψυχιατρείο με κύρια διάγνωση κάποια ψυχιατρική νόσο και όχι αλκοολισμο ο Crowley και οι συνεργάτες του (1974) εξέτασαν 50 διαδοχικές εισαγωγές σε ψυχιατρείο και βρήκαν ότι η κατάχρηση αλκοόλης συνετέλεσε σε περισσότερες από το 25% αυτών των εισαγωγών. Οι Fowler et al (1977) ανέφεραν ότι περισσότεροι από το 50% των εισαχθέντων σε μία ψυχιατρική μονάδα είχαν διάγνωση αλκοολισμού. Από αυτούς, 33% είχαν μόνο διάγνωση αλκοολισμού ενώ το 67% είχαν και διάγνωση ψυχιατρικής νόσου εκτός αυτής του αλκοολισμού. Άλλα δύο δημοσιεύματα (Idestrom 1974 και Schwarz et al 1969) ανέφεραν παρόμοια αποτελέσματα. Η πρώτη έρευνα εξέτασε τα κατεπείγοντα ψυχιατρικά περιστατικά και βρήκε ότι το 35% αυτών των περιστατικών ήταν αλκοολικοί. Η δεύτερη έρευνα έδειξε ότι από 117 συνεχείς ψυχιατρικές εισαγωγές, οι 28 είχαν διάγνωση αλκοολισμού, 54 διαταραχή προσωπικότητας και 35 χρόνια εγκεφαλικό σύνδρομο.

Όπως ήδη αναφέρθηκε, υπάρχουν στοιχεία ψυχιατρικών διαταραχών σε ασθενείς που εισάγονται στο ψυχιατρείο με κύρια διάγνωση τον αλκοολισμό. Σε σχετικά πρόσφατη έρευνα, ο Tyndal (1974) υποστήριξε ότι από 1.000 εισαγωγές με διάγνωση αλκοολισμού καμία δεν θα μπορούσε να θεωρηθεί και ως «μη ψυχιατρικό περιστατικό». Επίσης οι Halikas et al (1981) βρήκαν ότι 56% γυναικών με κύρια διάγνωση αλκοολισμού, είχαν και δευτερεύουσα διάγνωση ψυχιατρικής νόσου. Όπως υποστήριξε και ο Solomon (1982), έρευνες όπως αυτές που αναφέρθηκαν δεν αφήνουν καμία αμφιβολία ότι ο αλκοολισμός και η ψυχιατρική συμπτωματολογία (κυρίως ψύχωση τύπου Korsakoff, κατάθλιψη, αλκοολική άνοια κ.λπ.) τείνουν να συνυπάρχουν σε μεγάλο αριθμό ασθενών.

Τα τελευταία χρόνια η διεθνής βιβλιογραφία εμπλουτίστηκε με ένας αριθμό μελετών που εξετάζουν τόσο τη συχνότητα και την ποικιλία εγκεφαλικής βλάβης όσο και τις γνωστικές δυσλειτουργίες στα αλκοολικά άτομα. Μία πρόσφατη μελέτη του Horvath (1975) έδειξε ότι το 9% 1.000 διαδοχικών εισαγωγών σε μονάδα αλκοολισμού παρουσίασαν χρόνια οργανικά σύνδρομα με κύρια



χαρακτηριστικά την απώλεια μνήμης και την ανεπάρκεια των διανοητικών λειτουργιών. Η συχνότητα των παραπάνω προβλημάτων ήταν μεγαλύτερη στις γυναίκες απ' ό,τι στους άνδρες αλκοολικούς. Επίσης η ηλικία του ασθενούς και η διάρκεια κατάχρησης της αλκοόλης αναφέρονται ως καθοριστικοί παράγοντες δυσλειτουργίας. Οι Long et al (1974) συνέκριναν τα αποτελέσματα των ψυχομετρικών δοκιμασιών ενός δείγματος αποτοξινωθέντων αλκοολικών και μιας ομάδας ελέγχου, διαπίστωσαν δε ότι η αλκοολική ομάδα είχε στατιστικά σημαντικά μικρότερη βαθμολογία από την ομάδα ελέγχου σε τρία από τα βασικά υπο-σύνολα (Block design, Digit symbol και Object assembly) της δοκιμασίας WAIS (δείκτης νοημοσύνης), όπως και στη συνολική εκτίμηση αυτής της δοκιμασίας. Μία περαιτέρω μελέτη από τους ίδιους ερευνητές έδειξε ότι η ίδια ομάδα των αλκοολικών παρουσίασε σημαντική βελτίωση στις ίδιες δοκιμασίες μετά από ένα χρόνο αποχής από το αλκοόλ. Παρόλη τη βελτίωση όμως, τα αποτελέσματα της «αλκοολικής ομάδας» δεν ήταν του επιπέδου της ομάδας ελέγχου. Όπως φαίνεται και από τα παραπάνω δημοσιεύματα, οι προβληματικοί πρότερες παρουσιάζουν συχνά προβλήματα μνήμης. Η ανεπάρκεια αυτή της μνήμης εστιάζεται κυρίως στη δυνατότητα μάθησης νέου μη λεκτικού υλικού και στην ανάκληση λεκτικού και μη λεκτικού υλικού. Σύμφωνα με τον Acker (1982) η ηλικία και ο χρόνος εξάρτησης του ασθενούς είναι καθοριστικοί παράγοντες τόσο για το βαθμό μνημονικής ανεπάρκειας όσο και στη δυνατότητα υπέρβασης μνημονικών προβλημάτων. Η παραπάνω χρονική περίοδος είναι μόνο ενδεικτική και ως εκ τούτου ποικίλλει σημαντικά. Αυτό επιβεβαιώνεται από την έρευνα των Miglioli et al (1979) που έδειξαν ότι αλκοολικοί με εμφανή ανεπάρκεια λεκτικής μνήμης (αυτό σημαίνει αδυναμία ανάκλησης ενός πεζού κειμένου που είτε διαβάζει ο εξεταζόμενος είτε του το διαβάζει ο εξεταστής) έδειξαν βελτίωση μετά από δίμηνη αποχή από το αλκοόλ. Επίσης οι Ryan et al (1980a) έδειξαν έλλειψη σημαντικών διαφορών σε θέματα μνημονικής ανεπάρκειας μεταξύ δύο ομάδων αλκοολικών με χρόνο αποχής 1,6 και 21,2 μηνών αντίστοιχα.

Από τις πιο αξιολογες ομάδες ερευνητών που μελετούν τα προβλήματα μνήμης και γενικών γνωστικών δυσλειτουργιών σε «αλκοολικούς πληθυσμούς» είναι αυτή του βρετανού ψυχολόγου Acker και των συνεργατών του στο

Ινστιτούτο Ψυχιατρικής του Πανεπιστημίου του Λονδίνου. Το παρακάτω απόσπασμα είναι ενδεικτικό του τρόπου προσέγγισης και αξιολόγησης των γνωστικών λειτουργιών των αλκοολικών.

«...Κατά τη διάρκεια των πρώτων ημερών αποχής οι περισσότεροι αλκοολικοί παρουσιάζουν συμπτώματα στέρησης και πολλοί απ' αυτούς έχουν παραλήρημα και ψευδαισθήσεις. Σ' αυτήν τη φάση η ψυχολογική αξιολόγηση των ασθενών ούτε είναι δυνατή αλλά ούτε και απαραίτητη... Μετά από την πρώτη αυτή *κρίση*, ο ασθενής συνήθως προσανατολίζεται σε σχέση με το χρόνο και το χώρο, η λεκτική του ικανότητα βελτιώνεται και κατά τη διάρκεια κλινικής συνέντευξης οι γνωστικές του λειτουργίες φαίνονται *επιφανειακά* βελτιωμένες. Η ψυχολογική αξιολόγηση μέσα στις δύο πρώτες εβδομάδες αποχής δείχνει ότι αξιόλογος αριθμός ασθενών έχουν ουσιαστικά μνημονικά και νοητικά προβλήματα. Η βελτίωση συνήθως αρχίζει μετά από το τέλος της δεύτερης εβδομάδας αποχής και συνεχίζει όσο και η αποχή από το αλκοόλ.... η αναγνώριση ειδικών γνωστικών δυσλειτουργιών είναι δυνατή μόνο με τη χρήση επιλεγμένων νευροψυχολογικών δοκιμασιών....».

Συνοψίζοντας, θα πρέπει να λάβουμε σοβαρά υπόψη τα πορίσματα των ερευνών που τονίζουν τις γνωστικές, νοητικές και τις γενικές δυσλειτουργίες της αντίληψης σε μεγάλο αριθμό αλκοολικών. Παρόλο που πολλές από τις παραπάνω δυσλειτουργίες είναι αντιστρέψιμες, οι μακροπρόθεσμες επιπτώσεις του αλκοολισμού σ' αυτό το θέμα είναι αντικείμενο περαιτέρω ενδιαφέροντος και επιστημονικής έρευνας.

### **Οι επιπτώσεις του αλκοολισμού στην οικογένεια**

Οι επιπτώσεις του αλκοολισμού στην οικογένεια είναι αντικείμενο επίπονης μελέτης ιδιαίτερα σε χώρες με υψηλούς δείκτες αλκοολισμού. Πριν εξετάσουμε ένα δείγμα από σημαντικές μελέτες σ' αυτόν τον τομέα, ας δούμε

πως δύο γνωστοί βρετανοί ψυχίατροι, οι Kessel και Walton, με μακρόχρονη κλινική πείρα στον τομέα του αλκοολισμού μεταφέρουν τις κλινικές τους παρατηρήσεις από τις αναρίθμητες συνεντεύξεις που τους παρεχώρησαν οι γυναίκες αλκοολικών ατόμων.

«... Η σύζυγος ενός αλκοολικού πολύ συχνά, και αυτό ίσως δεν είναι τυχαίο, είναι κόρη αλκοολικού πατέρα. Είναι λοιπόν πιθανό ότι μέσα απ' αυτό το γάμο *προσπαθεί* να αναβιώσει τη σχέση που είχε με τον πατέρα της, παρ' όλες τις συστάσεις φίλων και γνωστών αλλά και αυτής της οικογένειάς της ότι ο γάμος της θα είναι προβληματικός...

Πολύ συχνά οι αλκοολικοί άνδρες παντρεύονται γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας. Αυτό ίσως είναι ενδεικτικό της σχέσης που είχε ο αλκοολικός με τη μητέρα του, δηλαδή σχέση τα κύρια χαρακτηριστικά της οποίας ήταν η εξάρτηση από τη μητέρα και η αποδοχή της εξουσίας της...

Πολλές γυναίκες παντρεύονται προβληματικούς πότες με κίνητρο να τους βοηθήσουν, ενώ άλλες απλά είχαν άγνοια του προβλήματος του μέλλοντος συζύγου...

Πολλές φορές μας έκανε εντύπωση η απεριόριστη υπομονή, αλλά και οι δυνατότητες των συζύγων των αλκοολικών. Η σύζυγος γενικά έχει την ευθύνη όλων των υποθέσεων της οικογένειας και επιφανειακά τουλάχιστον φαίνεται να μην έχει την ανάγκη ενός ικανού συντρόφου. Ο ρόλος της απέναντι στα παιδιά της επεκτείνεται με την ανάληψη και του πατρικού ρόλου. Η ανάληψη των γενικών ευθυνών της οικογένειας συχνά μειώνει το σύντροφό της και του τονίζει την αίσθηση της ανικανότητάς του...

....Οι αλκοολικοί είναι κοινωνικά ανεύθυνα άτομα. Η σύζυγος δεν γνωρίζει τότε θα γυρίσει ο σύζυγος σπίτι για φαγητό και δεν τον εμπιστεύεται στις

κοινωνικές συναλλαγές του λόγω της αναξιοπιστίας του. Σε γενικές γραμμές οι σύζυγοι των αλκοολικών περιμένουν. Περιμένουν τους άντρες τους να γυρίσουν σπίτι, περιμένουν να ακούσουν ότι κάτι κακό τους έτυχε, περιμένουν να ακούσουν ότι έχασαν τη δουλειά τους, περιμένουν τη μοιραία καταστροφή...

...Της λείπει η συντροφικότητα, η αγάπη και η στοργή. Της λείπει η ευκαιρία για ανταλλαγή απόψεων στα θέματα των παιδιών και κοινού σχεδιασμού για το μέλλον. Ακόμα κι αν εκείνος την ακούει δεν είναι ποτέ σίγουρη ότι καταλαβαίνει τα προβλήματά της. Όσο περνάει ο καιρός αισθάνεται μοναξιά και απογοήτευση.

...Η γυναίκα του αλκοολικού είναι «μπερδεμένη». Πολλές φορές αναρωτιέται αν είναι η ίδια υπεύθυνη για την κατάσταση του άντρα της. Δεν ξέρει αν είναι ψυχρή, δύστροπη ή απλά άρρωστη. Δεν μπορεί να αποφασίσει αν πρέπει να του θυμώσει ή αν πρέπει να τον προστατέψει. Δεν ξέρει από που και από ποιόν να ζητήσει βοήθεια. Περιμένει ότι μια μέρα ο ίδιος θα μπορέσει να ξεπεράσει το πρόβλημά του...

...Ψάχνει να βρει τρόπους να τον δικαιολογήσει στον εργοδότη του, στους φίλους του, στους γονείς της. Δεν μπορεί να αποφασίσει αν θέλει να τον εγκαταλείψει ή να μείνει μαζί του...».

Οι παραπάνω παρατηρήσεις των βρετανών ψυχιάτρων είναι ενδεικτικές του ευρέως φάσματος των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι σύζυγοι αλκοολικών ατόμων. Πολύ συχνά η κλινική παρατήρηση μας δίνει μία περισσότερο «προσωπική» εικόνα ενός φαινομένου παρ' όλες τις μεθοδολογικές ελλείψεις για την επιστημονική του τεκμηρίωση.

Όπως ήδη αναφέρθηκε, έχει εκπονηθεί ένας αξιόλογος αριθμός μελετών σχετικά με τις επιπτώσεις του αλκοολισμού στην οικογένεια. Ένα ευρύ φάσμα επιστημόνων όπως ψυχίατροι, ψυχολόγοι, κοινωνιολόγοι, ανθρωπολόγοι και

ειδικοί στη θεραπεία οικογένειας έχουν εμπλουτίσει τη διεθνή βιβλιογραφία με τα ευρήματά τους. Όπως κάθε οικογένεια, έτσι και η οικογένεια του αλκοολικού χαρακτηρίζεται από μια «σύνθετη δυναμική» η κατανόηση της οποίας είναι τουλάχιστον δύσκολη. Όπως παρατηρεί ο Ghodse (1982), το πρόβλημα με τις περισσότερες σχετικές εμπειρικές έρευνες είναι ότι απευθύνονται στη διερεύνηση των ψυχοκοινωνικών διαστάσεων των μελών της οικογένειας του αλκοολικού μεμονωμένα και όχι στην οικογένεια ως σύνολο. Ο Orford (1977) σχολιάζοντας και αυτός την σχετική βιβλιογραφία αναφέρει ότι η πλειοψηφία των ερευνών απευθύνεται στις επιπτώσεις που υφίστανται οι γυναίκες αλκοολικών ανδρών, σε αντίθεση με τα ελάχιστα δημοσιεύματα που αναφέρονται στο σύζυγο της αλκοολικής γυναίκας. Στις αρχές της δεκαετίας του '60 οι Kogan et al (1963) ανέφεραν ότι οι γυναίκες αλκοολικών έχουν υψηλό δείκτη ψυχολογικών διαταραχών όπως αυτές αξιολογήθηκαν με το MMPI (ψυχοδιαγνωστική δοκιμασία προσωπικότητας). Πρόσφατα, ο Orford (1976a) εξέτασε 100 γυναίκες αλκοολικών με το EPI (δοκιμασία προσωπικότητας του Eysenck) και ανέφερε υψηλή βαθμολογία στην κλίμακα του «νευρωτισμού». Τα τελευταία χρόνια ένα ποσοστό ερευνών απευθύνθηκε στο ερώτημα της συζυγικής αλληλεπίδρασης και στη «μορφολογία» των σχέσεων των ζευγαριών με «αλκοολικούς» γάμους. Σύμφωνα με τους Becker et al (1976), οι «αλκοολικοί» γάμοι έχουν πολλά κοινά στοιχεία με τους «νευρωτικούς» γάμους. Το σημείο διαφοροποίησης έγκειται στο ότι ο «αλκοολικός» γάμος χαρακτηρίζεται από παθολογικά στοιχεία σχετικά με την επιβολή ελέγχου και εξουσίας που ασκεί ο ένας σύζυγος στον άλλο. Η παραπάνω έρευνα, όπως και πολλές άλλες, τονίζουν την επικρατούσα άποψη ότι η «συζυγική δυσλειτουργία» είναι το φυσικό αποτέλεσμα του αλκοολισμού. Ο Mc Grady (1982) σε μια ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας τονίζει τα παρακάτω :

«...Είναι γεγονός ότι οι αλκοολικοί γάμοι χαρακτηρίζονται από πολλά προβλήματα που βέβαια είναι το αποτέλεσμα της κατάχρησης της αλκοόλης. Ο αλκοολισμός συχνά προκαλεί δυσλειτουργίες στη σχέση του ζεύγους, όπως αλλαγές στην οριοθέτηση των ρόλων στην οικογένεια,

ανεπαρκείς επικοινωνιακές δεξιότητες και ένα γενικότερο πλαίσιο αλληλεπίδρασης που διαιωνίζει το πρόβλημα...».

Συνοψίζοντας τη συζήτηση για τον «αλκοολικό γάμο», δεν θα πρέπει να περιοριστούμε μόνο στις ιδιαιτερότητες που παρουσιάζει αλλά και στα κοινά στοιχεία που διακρίνουν όλες τις μορφές της ανθρώπινης αλληλεπίδρασης. Όπως σχολιάζει και ο Orford (1975), οι μελλοντικές έρευνες δεν θα πρέπει να διαφοροποιούν τα «αλκοολικά ζευγάρια» από άλλα ζευγάρια που έχουν προβλήματα με το γάμο τους. Αντίθετα οι διαστάσεις της αξιολόγησης των σχέσεων τόσο των «αλκοολικών» όσο και των «προβληματικών» ζευγαριών θα πρέπει να είναι κοινές.

Οι επιπτώσεις που έχει η κατάχρηση της αλκοόλης στα παιδιά των αλκοολικών ατόμων είναι αντικείμενο αξιόλογου αριθμού μελετών. Ένα μεγάλο μέρος των δημοσιευμάτων ασχολείται με τις βραχυπρόθεσμες αλλά και με τις μακροπρόθεσμες επιπτώσεις του στρες που αισθάνονται αυτά τα παιδιά λόγω της γονικής αλκοολικής συμπεριφοράς. Η έρευνα των Aronson et al (1963) έδειξε ότι έφηβοι από αλκοολικό πατέρα είχαν αρνητική αντιμετώπιση από τους δασκάλους τους σε σύγκριση με παιδιά από μη αλκοολικούς γονείς. Όσον αφορά στη συμπεριφορά των ίδιων των παιδιών, ο Haberman (1966) έδειξε ότι στη σχολική ηλικία παιδιά αλκοολικών είχαν προβλήματα κοινωνικής προσαρμογής και μάθησης σε σύγκριση με παιδιά ομάδας ελέγχου. Σ' ένα πρόσφατο δημοσίευμα, οι Keane et al (1974) αναφέρουν ότι μερικές από τις πιο συχνές συμπεριφορές που εκδηλώνουν τα παιδιά αλκοολικών είναι υπερκινητικότητα, επιθετικότητα και αυτοκαταστροφικές τάσεις.

Στο τομέα την κοινωνικότητας, οι Wilson et al (1978) παρατήρησαν ότι τα παιδιά των αλκοολικών έχουν δυσκολίες στην εξεύρεση φίλων και στη διατήρηση της φιλίας. Ίσως η πιο οδυνηρή επίπτωση του αλκοολισμού στα παιδιά αλκοολικών γονέων είναι η πιθανότητα να γίνουν αλκοολικοί όταν ενηλικιωθούν. Σχολιάζοντας αυτό το θέμα, ο Orford (1977) παρατηρεί :

«....Υπάρχουν σοβαρές ενδείξεις ότι τα παιδιά αλκοολικών γονέων επιδεικνύουν συμπεριφορές, κατά την εφηβεία, που προμηνύουν την

ανάπτυξη του αλκοολισμού. Για εκείνο που δεν είμαστε ακόμη σίγουροι είναι, αν αυτές οι συμπεριφορές είναι γενετικά καθορισμένες ή είναι αποτέλεσμα των πιέσεων (στρες) που δέχονται από το περιβάλλον τους...».

Παρ' όλα τα μεθοδολογικά προβλήματα που παρουσιάζουν αρκετές από τις σχετικές μελέτες, δεν υπάρχει αμφιβολία ότι η οικογένεια του αλκοολικού υποφέρει. Οι πιέσεις που δέχονται οι σύζυγοι και τα παιδιά, η βία και οι οικονομικές δυσκολίες είναι τα πιο κοινά προβλήματα.

Είναι γνωστό ότι εκτός από την «ατομική / προσωπική ταυτότητα» που έχουμε ως άτομα, έχουμε επίσης και μία «οικογενειακή ταυτότητα» μέσα από την οποία επικοινωνούμε με τα άλλα μέλη της κοινότητας. Μια από τις προσεγγίσεις που έχουν χρησιμοποιηθεί για τη διερεύνηση της δυναμικής της οικογένειας (δηλαδή το σύνολο των αλληλεπιδράσεων των μελών της οικογένειας) είναι γνωστή ως «συστημική προσέγγιση». Οι Kauffman και Pattison (1982) αναφέρουν ότι οι πρώτες πειραματικές παρατηρήσεις των «οικογενειακών συστημάτων» δείχνουν ότι η χρήση της αλκοόλης στην οικογένεια δεν είναι ένα «ατομικό ζήτημα». Η χρήση και η κατάχρηση της αλκοόλης είναι «δυναμικά» και άμεσα συνδεδεμένα με γεγονότα στο «οικογενειακό σύστημα». Όπως οι παραπάνω συγγραφείς εκθέτουν την άποψή τους :

«...Το πρόβλημα του αλκοολισμού δεν είναι μόνο οι επιπτώσεις της κατάχρησης *per se*, αλλά και οι συστημικές λειτουργίες που σχετίζονται με την κατάχρηση. Έτσι, ο αλκοολισμός μπορεί να θεωρηθεί ως πρόβλημα του *οικογενειακού συστήματος*...».

## **Οι επιπτώσεις του αλκοολισμού στην οικονομία**

Ο αλκοολισμός πληρώνεται ακριβά!!! Δεν είναι μόνο η γενική υγεία και η οικογένεια του αλκοολικού που εισπράττουν τις επιπτώσεις του αλκοολισμού, αλλά και η κοινωνία με την ευρύτερη έννοια. Τα τελευταία χρόνια οι

οικονομολόγοι υγείας έχουν κάνει προσπάθειες να εκτιμήσουν το κόστος του αλκοολισμού σε εθνικό επίπεδο (δηλαδή πόσο κοστίζει ο αλκοολισμός στο κράτος). Σύμφωνα με τους Weeden & Burchell (1982) υπάρχουν δύο ερευνητικές προσεγγίσεις στο θέμα του κόστους του αλκοολισμού. Η μία απευθύνεται στις εκτιμήσεις του κόστους όπως αυτό αξιολογείται από παράγοντες όπως η θνησιμότητα εξαιτίας του αλκοολισμού, νοσοκομειακές ή άλλες υπηρεσίες, μειωμένη παραγωγικότητα, απουσία από την εργασία κ.λπ. Η δεύτερη προσέγγιση διερευνά την ανάπτυξη κριτηρίων «κόστους-αποτελεσματικότητας» (cost-effectiveness) σχετικά με τα προβλήματα που συνδέονται με τον αλκοολισμό. Όπως είναι γνωστό, οι μελέτες «κόστους-αποτελεσματικότητας» παίζουν ίσως τον πιο ουσιαστικό ρόλο στο σχεδιασμό παροχής υπηρεσιών, στην κοινωνική επανένταξη, στην εκπαίδευση κ.λπ.

#### ΠΙΝΑΚΑΣ 11

<b>Εκτίμηση οικονομικού κόστους του αλκοολισμού το 1971 στις ΗΠΑ (σε εκατομμύρια \$).</b>		
<b>Κατηγορία κόστους</b>	<b>Συνολική Εκτίμηση κόστους</b>	<b>Εκτίμηση κόστους αλκοολισμού</b>
Μείωση παραγωγής	-	14.869
Παροχές Υγείας	81.595	8.293
Ατυχήματα	30.467	4.666
Φωτιά	3.320	270
Εγκληματικότητα	2.275	1.466
Διοικητικό κόστος	16.678	1.858
		<b>Σύνολο : 31.422</b>

**Πηγή :** Berry & Boland 1977.

Όπως δείχνει και ο Πίνακας 11, το 1971 οι Αμερικάνοι πλήρωσαν τον αλκοολισμό με 31.422 εκατομμύρια δολάρια! Οι συγγραφείς αυτής της μελέτης



σχολιάζουν ότι παρόλο που το κυριότερο κόστος του αλκοολισμού είναι η μείωση της παραγωγής, το κόστος των παροχών υγείας παραμένει υψηλό (8.293 εκατομμύρια δολάρια). Οι ίδιοι οι ερευνητές παραδέχονται ότι η παραπάνω εικόνα του κόστους του αλκοολισμού είναι συντηρητική εκτίμηση και παρατηρούν ότι ο αλκοολισμός κοστίζει περισσότερο από τον καρκίνο, τα καρδιακά και αναπνευστικά προβλήματα.

Η βρετανική μελέτη που εκπονήθηκε από τους Holterman και Burchell αναφέρεται στο κόστος του αλκοολισμού την περίοδο 1977 – 1978. Οι συγγραφείς αυτοί εξέτασαν πέντε τομείς της οικονομίας που επηρεάζονται άμεσα από την κατάχρηση της αλκοόλης. Αυτοί είναι : Μείωση της παραγωγής εξαιτίας νόσου, ανεργία ή πρόωρος θάνατος, υγεία και κοινωνικές υπηρεσίες, υλική ζημιά από ατυχήματα και μη εφαρμογή των νόμων. Ο Πίνακας 12 μας δίνει τις λεπτομέρειες.

<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 12</b>	
<b>Συνολική εκτίμηση κόστους αλκοολισμού. Τιμές Νοεμβρίου 1977.</b>	
<b>Τομέας Οικονομίας</b>	<b>Κόστος αλκοολισμού (σε εκατ.\$)</b>
Μειωμένη Παραγωγή	246,6
Ανεργία και πρόωρος θάνατος	271,2
Υπηρεσία υγείας και κοινωνικών υπηρεσιών	52,4
Υλική ζημιά από ατυχήματα	49,1
Μη εφαρμογή νόμων (αστυνομία, δικαστήρια, φυλακές)	10,1
	<b>Σύνολο : 629,4</b>

**Πηγή :** Holterman & Burchell 1981.

Εξετάσαμε μέχρι εδώ πόσο περίπου κοστίζει ο αλκοολισμός στην οικονομία αλλά και στην κοινωνία. Η εικόνα όμως των οικονομικών επιπτώσεων

του αλκοολισμού θα ήταν ελλιπείς αν δεν κοιτάξουμε και την άλλη όψη του νομίσματος. Δηλαδή το κέρδος που αποφέρει στην κοινωνία όχι βέβαια ο αλκοολισμός αλλά οι πωλήσεις αλκοολούχων ποτών. Αυτό το κέρδος συνήθως υπολογίζεται με βάση δύο παραμέτρους. Τις πωλήσεις και, κατά συνέπεια τα κέρδη των αλκοολούχων ποτών και την εργασία που προσφέρει η «αγορά» και η «βιομηχανία» του αλκοόλ. Και σ' αυτήν την περίπτωση θα αναφερθούμε σε μελέτες και παρατηρήσεις εκτός του ελληνικού χώρου.

Μία μελέτη του Thurman (1982) αναφέρεται ειδικά στον αριθμό των επιχειρήσεων που συνδέονται άμεσα με την παραγωγή και πώληση αλκοολούχων ποτών στη Βρετανία. Σύμφωνα με τα στοιχεία που παραθέτει ο παραπάνω συγγραφέας, το 1979 η Βρετανία είχε :

- 81 εταιρίες παραγωγής μπίρας που είχαν στην κατοχή τους 142 εργοστάσια παραγωγής μπίρας
- 129 εργοστάσια απόσταξης (ποτοποιεία)
- 230 αμπελώνες
- 75.700 pubs και ξενοδοχεία με άδεια πώλησης αλκοόλ
- 20.000 ξενώνες και εστιατόρια με περιορισμένη άδεια πώλησης ποτών
- 32.700 ιδιωτικές λέσχες με άδεια πώλησης αλκοόλ
- 41.100 κάβες
- 12.000 εισαγωγείς αλκοολούχων ποτών

Στα παραπάνω στοιχεία θα πρέπει να προστεθεί και ο αριθμός των 750.000 ατόμων που εργάζεται στη βιομηχανία παραγωγής αλκοόλ, που σε σύγκριση με άλλες βιομηχανίες εξακολουθεί να επεκτείνεται με γοργό ρυθμό.

Μία άλλη μελέτη από τον Holmes (1976) εκτιμά ότι στον Καναδά, το έτος 1971, τα κέρδη από τις πωλήσεις του αλκοόλ ήταν της τάξεως των 1.267 δισεκατομμυρίων δολαρίων! Σύμφωνα με την παραπάνω μελέτη, το κοινωνικό κόστος του αλκοολισμού για αυτό το έτος ήταν κατά 500 εκατομμύρια δολάρια λιγότερο από τα προαναφερθέντα κέρδη. Σε μία παρόμοια μελέτη, ο Gay (1979) εκτιμά ότι το 1975 τα κέρδη από τις πωλήσεις αλκοολούχων ποτών στο Οντάριο

του Καναδά ήταν περίπου 1 δισεκατομμύριο 87 εκατομμύρια δολάρια. Όπως σχολιάζει ο παραπάνω συγγραφέας, ο κύριος αποδέκτης του μεγαλύτερου ποσοστού των παραπάνω κερδών ήταν το κράτος.

Οι έρευνες που στοχεύουν στη διερεύνηση του κόστους του αλκοολισμού και στα κέρδη από τις πωλήσεις ή/και την προσφορά εργασίας στον τομέα του αλκοόλ παρουσιάζουν παρόμοια μεθοδολογικά προβλήματα με αυτά που εξετάσαμε στο κεφάλαιο της επιδημιολογίας της κατάχρησης αλκοόλης. Σε ένα πρόσφατο δημοσίευμα με στόχο την ανασκόπηση των οικονομικών μελετών στον τομέα του αλκοολισμού, ο Single (1981) αναφέρει τα εξής :

«...Αντιμετωπίζει κανείς τεράστια προβλήματα αν θελήσει να εκτιμήσει το κόστος και τα οφέλη από την αλκοόλη και θα ήταν ανόητο να επεξεργαστεί μια τόσο σύνθετη κοινωνική πολιτική συγκρίνοντας ασαφείς εκτιμήσεις κόστους και οφελών σε δολάρια...».

Είναι εμφανές από τα παραπάνω ότι το θέμα του αλκοολισμού, όπως και άλλων ουσιών εξάρτησης, έχει έντονες πολιτικές προεκτάσεις ιδιαίτερα στη διαμόρφωση κοινωνικής πολιτικής. Όπως παρατηρεί και ο Smith (1982), θα ήταν ιδεώδες αν εκπρόσωποι της βιομηχανίας αλκοόλ και αυτοί που ενδιαφέρονται για την μείωση του αλκοολισμού καθίσουν στο τραπέζι των διαπραγματεύσεων. Δυστυχώς οι μέχρι στιγμής προσπάθειες δείχνουν ότι αυτό είναι αδύνατο. Το γεγονός είναι ότι ο αλκοολισμός δε γίνεται να μειωθεί, αν ο πληθυσμός δεν καταναλώνει λιγότερο αλκοόλ.

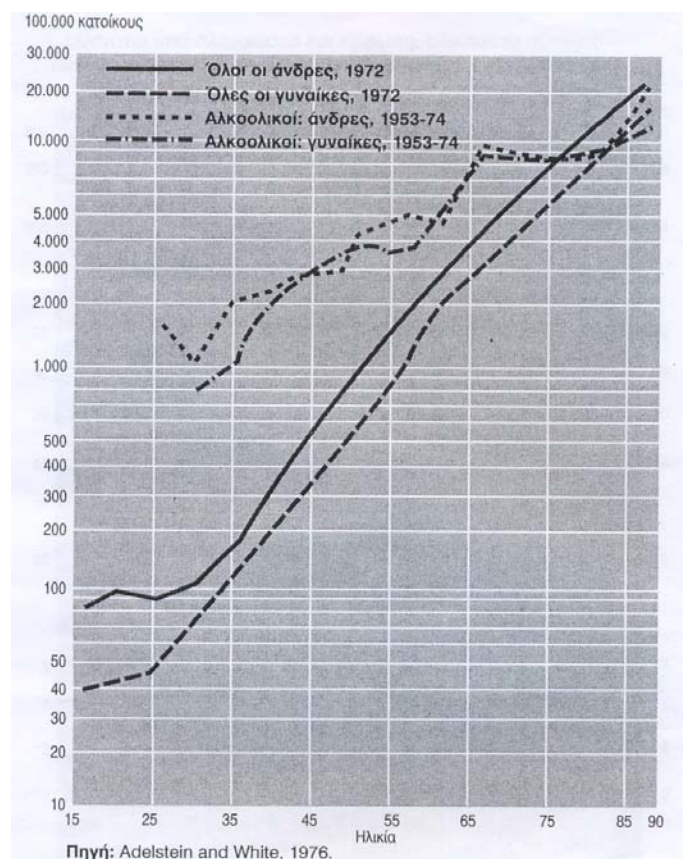
## **Θνησιμότητα**

Η θνησιμότητα εξαιτίας κίρρωσεως του ήπατος, (βλ. και σχετικό Πίνακα 10 στο Κεφ. 6.1), αυτοκτονιών και ατυχημάτων που συνδέονται με την κατανάλωση ή/και την κατάχρηση της αλκοόλης έχει αυξηθεί ιδιαίτερα στους νέους και στις γυναίκες. Αυτό επιβεβαιώνεται από την έρευνα των Adelstein et al (1976). Αυτοί οι ερευνητές μελέτησαν 2.000 αλκοολικούς ασθενείς σε διάφορα νοσοκομεία της Βρετανίας και βρήκαν ότι το ποσοστό θνησιμότητας σε νεαρούς ασθενείς και σε γυναίκες με διάγνωση αλκοολισμού ήταν πολύ μεγαλύτερο σε σύγκριση με το

γενικό πληθυσμό. Παρόμοια αποτελέσματα αναφέρουν και οι Sunby (1967) και Schmidt et al (1972). Πρόσφατα, οι Peterson et al (1980) ανέφεραν ότι προβλήματα σχετικά με την κατανάλωση αλκοόλης ήταν η κύρια αιτία σε περισσότερο από 60% των θανάτων που διερεύνησαν. Επίσης, οι Saunders et al (1981) σε μια προοπτική έρευνα (prospetive study) 20 ετών σχετικά με την κίρρωση του ήπατος λόγω αλκοολισμού, βρήκαν ότι το ετήσιο ποσοστό επίπτωσης (incidence rate) αυτής της ασθένειας μεταξύ 1950 και 1970 είχε τριπλασιαστεί. Τα διαγράμματα 1, 2 και 3 μας δίνουν μια συνοπτική εικόνα της θνησιμότητας σε σχέση με τον αλκοολισμό.

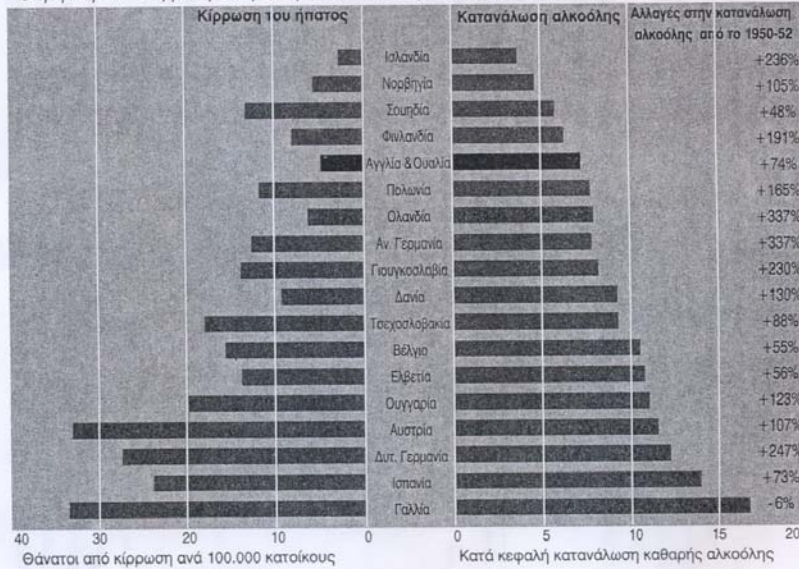
### Θάνατοι αλκοολικών ανά ηλικία και φύλο, Αγγλία και Ουλία

Θάνατοι ανά  
100.000 κατοίκους



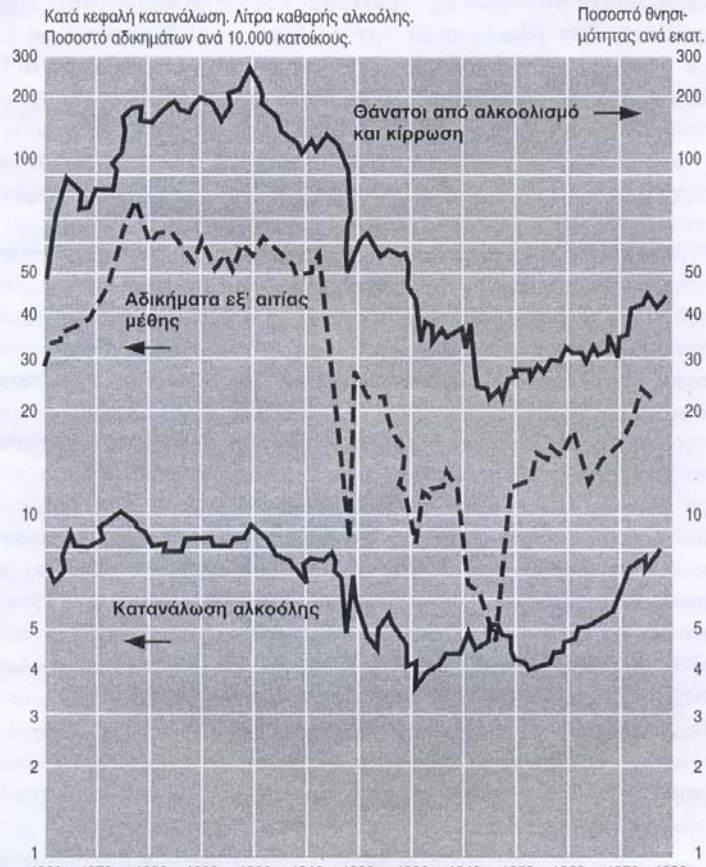
Θνησιμότητα από κίρρωση του ήπατος και κατανάλωση αλκοόλης. Επιλεγμένες χώρες δεκαετίας του '70.

Θνησιμότητα από κίρρωση του ήπατος και κατανάλωση αλκοόλης. Επιλεγμένες χώρες δεκαετίας του '70.



Πηγές: WHO publications, various years.

Θάνατοι από αλκοολισμό και κίρρωση, αδικήματα αξιαιτίας μέθης και κατανάλωση αλκοόλης. Αγγλία και Ουαλία 1860-1979



Πηγή: Registrar General, Home Office, Brewers Society.

## Εισαγωγές στο νοσοκομείο

Η καταγραφή των εισαγωγών στο νοσοκομείο (γενικό ή ψυχιατρείο) είναι ένας άλλος τρόπος εκτίμησης της συχνότητας μιας νόσου. Στην προκειμένη περίπτωση, οι σχετικές μελέτες διερεύνησαν την εισαγωγή ασθενών στο νοσοκομείο είτε με διάγνωση αλκοολισμού είτε με διάγνωση νόσου που είναι απόρροια της κατανάλωσης ή/και κατάχρησης της αλκοόλης. Ο παρακάτω πίνακας (ΠΙΝΑΚΑΣ 2) μας δίνει μια ιδέα του αριθμού των εισαγωγών στη Σκωτία μεταξύ 1965 και 1979.

### ΠΙΝΑΚΑΣ 2

Πρώτη εισαγωγή σε ψυχιατρικά νοσοκομεία με διάγνωση αλκοολισμού ή αλκοολικής ψύχωσης	Ανδρες	Γυναίκες
	1965	960
1967	1.000	182
1969	966	213
1971	1.120	301
1973	1.509	379
1975	1.647	434
1977	1.621	497
1979	1.532	558

Όπως δείχνει και ο Πίνακας 2 οι εισαγωγές ασθενών με διάγνωση αλκοολισμού στα ψυχιατρεία της Σκωτίας παρουσιάζουν σταθερή αύξηση σε μια περίοδο 15 περίπου ετών. Από το 1975 ένας αξιόλογος αριθμός μελετών διερεύνησε τον επιπολασμό (prevalence) του αλκοολισμού σε ασθενείς που είτε παραπέμφθηκαν (από τον οικογενειακό τους γιατρό) στα εξωτερικά ιατρεία είτε εισήχθησαν σε γενικό νοσοκομείο με διάγνωση αλκοολισμού ή με διαταραχή/ές σχετική με την κατανάλωση της αλκοόλης. Για παράδειγμα, ο Jarjwalla (1979) αξιολόγησε τη συμβολή του αλκοόλ σε οξέα περιστατικά που εισήχθησαν σε μια

μονάδα γενικής ιατρικής κατά τη διάρκεια 12 μηνών. Τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας έδειξαν ότι η κατανάλωση αλκοόλης ήταν ο κύριος παράγοντας του 27% των εισαγωγών στην παραπάνω χρονική διάρκεια. Η μελέτη των Jarman & Kellett (1979) στο γενικό νοσοκομείο St. George του Νοτίου Λονδίνου έδειξε ότι το 19,5% όλων των ασθενών που εισήχθησαν σε συγκεκριμένη χρονική περίοδο στο παραπάνω νοσοκομείο είχαν διαταραχές σχετιζόμενες με την κατανάλωση αλκοόλης. Δύο παρόμοιες βρετανικές έρευνες, (Holt 1980, Barrison et al 1982) επιβεβαίωσαν την παραπάνω εικόνα. Ο Holt βρήκε ότι 32% των ασθενών σε μονάδα ατυχημάτων ήταν προβληματικοί πότες (αυτός ήταν και ο λόγος παροχής πρώτων βοηθειών), ενώ ο Barrison και οι συνεργάτες του ανέφεραν ότι ένα ποσοστό 15,6-23,2% από μονάδες όπως της γενικής ιατρικής, της χειρουργικής, της μονάδας ατυχημάτων κ.λπ. ήταν προβληματικοί πότες. Τέλος, μια πρόσφατη έρευνα των Potamianos et al (1988) διερεύνησε την εβδομαδιαία κατανάλωση αλκοόλης σε ασθενείς που παρακολουθούσαν το Κέντρο Κλινικών Ερευνών του Νοσοκομείου Northwick Park του Λονδίνου. Στην έρευνα αυτή, εξετάσαμε 329 ασθενείς (εξωτερικά ιατρεία) από τις εξής κλινικές: καρδιολογική (υπερτασικούς ασθενείς), γενικής ιατρικής (διαβητικούς ασθενείς) και ορθοπεδική (κατάγματα). Παρόλο που η γενική εικόνα της κατανάλωσης της αλκοόλης από τους ασθενείς (άνδρες και γυναίκες) ήταν λίγο χαμηλότερη από αυτήν που έδειξαν οι προηγούμενες έρευνες (10-15% ήταν το δικό μας ποσοστό), περαιτέρω ανάλυση της εβδομαδιαίας κατανάλωσης των ανδρών του δείγματος έδειξε ότι οι ασθενείς που έκαναν υπερβολική κατανάλωση ήταν το 17% των οι ασθενείς που έκαναν υπερβολική κατανάλωση ήταν το 17% των υπερτασικών, το 19% των διαβητικών και το 73% των ασθενών της ορθοπεδικής κλινικής.

Συνοψίζοντας τα ευρήματα των παραπάνω δημοσιευμάτων παρατηρούμε τα εξής Πρώτον, ο ένας στους πέντε ασθενείς που παραπέμπονται στις υπηρεσίες του γενικού νοσοκομείου έχει προβλήματα που σχετίζονται με την κατανάλωση της αλκοόλης. Το στοιχείο αυτό είναι ανησυχητικό τόσο γιατί επιβεβαιώνεται ο επιζήμιος ρόλος της αλκοόλης στη γενικότερη υγεία του πληθυσμού όσο και για τις οικονομικές επιπτώσεις σε ένα εθνικό σύστημα υγείας. Δεύτερον, πολλοί από τους παραπάνω συγγραφείς παρατηρούν ότι η

πλειοψηφία των ασθενών του γενικού νοσοκομείου με διαταραχές που απορρέουν από την κατανάλωση του αλκοόλ δεν εντοπίζονται ως «προβληματικοί πότες» από το ιατρικό ή/και το νοσηλευτικό προσωπικό, με αποτέλεσμα να μην τυγχάνουν της κατάλληλης θεραπευτικής αγωγής της σχετικής με την κατάχρηση του αλκοόλ. Τρίτον, είναι γεγονός ότι η πλειοψηφία των επαγγελματιών υγείας δεν φαίνεται να έχουν την αναγκαία ενημέρωση σε θέματα «αλκοολισμού». Αυτό οδηγεί συχνά σε δυσκολίες αναγνώρισης του προβληματικού πότη και σε αρνητικές στάσεις και αντιλήψεις απέναντι στον αλκοολικό.

### Δείκτες κατανάλωσης

Τα συμπεράσματα των ερευνών σχετικά με τους δείκτες κατανάλωσης αλκοολούχων ποτών δείχνουν ότι η κατανάλωση αυξάνεται, ενώ η τιμή των αλκοολούχων ποτών δεν ακολουθεί το ρυθμό της αύξησης των περισσότερων καταναλωτικών αγαθών. Με άλλα λόγια, η τιμή του αλκοόλ αυξάνεται αλλά πιο αργά από των άλλων αγαθών (Υφαντοπούλου 1986). Το παρακάτω διαγράμματα και οι σχετικοί πίνακες είναι ενδεικτικοί τόσο της κατανάλωσης όσο και των τιμών της αλκοόλης.

### ΠΙΝΑΚΑΣ 3

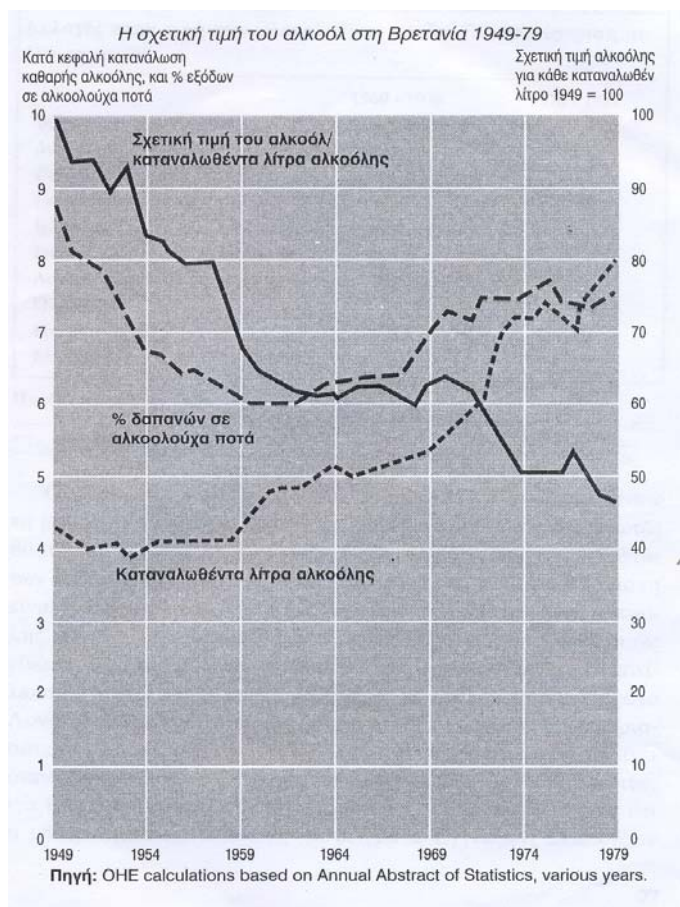
Κατά κεφαλή κατανάλωση αλκοόλ σε χώρες της ΕΟΚ κατά την περίοδο 1950-1975. (Ηλικία καταναλωτή 15+ ετών).			
	1950	1975	Αυξομείωση (%)
<b>Βέλγιο</b>	8,0	14,4	+80
<b>Δανία</b>	4,9	12,2	+149
<b>Γαλλία</b>	22,1	20,5	-7
<b>Γερμανία</b>	3,8	16,0	+321
<b>Ιρλανδία</b>	4,6	11,0	+146
<b>Ιταλία</b>	12,4	16,1	+30
<b>Λουξεμβούργο</b>	8,5	16,8	+98
<b>Ολλανδία</b>	3,0	12,2	+307
Ην. Βασίλειο	6,3	10,3	+63

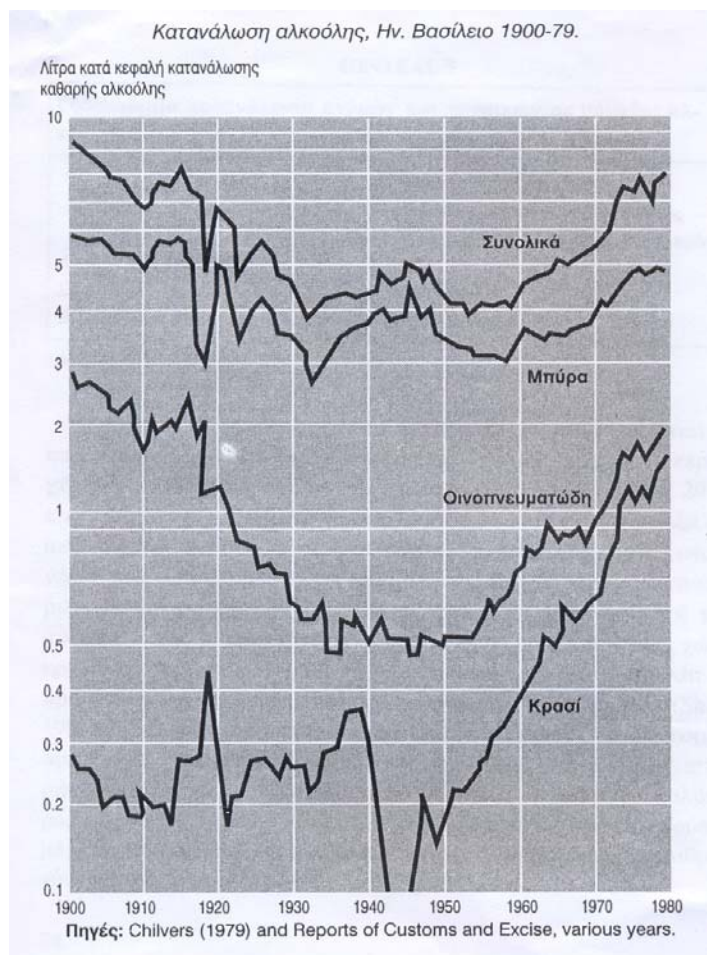


Πηγή: Yfantopoulos 1986

Όπως δείχνει και ο Πίνακας 3, με μόνη εξαίρεση τη Γαλλία που παρουσιάζει μια μικρή πτώση (7%) στην κατανάλωση, οι άλλες ευρωπαϊκές χώρες έχουν αυξήσει την κατανάλωση της αλκοόλης σε ποσοστά από 30-321%. (Παρόλη τη μείωση, οι Γάλλοι εξακολουθούν να καταναλώνουν αλκοολούχα ποτά περισσότερο από κάθε άλλη ευρωπαϊκή χώρα).

Ο επόμενος πίνακας (ΠΙΝΑΚΑΣ 4) μας καταγράφει τις αλλαγές στη σχετική τιμή της αλκοόλης για τις δεκαετίες 1960-1981. Οι τιμές με την ένδειξη μείον (-) δείχνουν ότι οι τιμές της αλκοόλης δεν έχουν ακολουθήσει το ρυθμό αύξησης συγκριτικά με όλα τα αγαθά.





**ΠΙΝΑΚΑΣ 4**

Αλλαγές στην τιμή των αλκοολούχων ποτών (%) σε σύγκριση με όλα τα αγαθά		
	1960-1970	1970-1981
<b>Βέλγιο</b>	-0,8	-1,5
<b>Δανία</b>	-3,8	-2,6
<b>Γαλλία</b>	-0,8	-0,2
<b>Γερμανία</b>	-2,7	-5,0
<b>Ιρλανδία</b>	*	-0,2
<b>Ιταλία</b>	+1,0	-2,4
<b>Λουξεμβούργο</b>	*	*
<b>Ολλανδία</b>	*	-3,6
<b>Ην. Βασίλειο</b>	+0,8	-2,5
<b>Ελλάδα</b>	-0,3	-2,6

Πηγή: Yfantopoulos 1986

Οι εμπειρικές μελέτες που διερευνούν την κατανάλωση έχουν τη μορφή της επιτόπιας έρευνας (Field Survey). Οι έρευνες αυτές βασίζονται κυρίως σε προσωπικές συνεντεύξεις και η αξιοπιστία των στοιχείων που συλλέγονται εξαρτάται από το πόσο αξιόπιστη είναι η αναφορά κάθε ατόμου σχετικά με την κατανάλωση αλκοόλης. Παρ' όλα τα μεθοδολογικά προβλήματα, οι έρευνες αυτές είναι πολύ χρήσιμες για τη διαμόρφωση της εικόνας της κατανάλωσης. Μια έρευνα των Edwards et al (1972) έδειξε ότι στο Λονδίνο οι Σκωτσέζοι και οι Ιρλανδοί καταναλώνουν πολύ περισσότερο αλκοόλ απ' ό τι οι Εγγλέζοι. Αυτό όμως δεν συμβαίνει όταν συγκρίνει κανείς την κατανάλωση μεταξύ Αγγλίας, Σκωτίας και Ουαλίας (Wilson 1980a). Ο Wilson (1980b) έδειξε επίσης ότι η εβδομαδιαία κατανάλωση σε δείγματα Εγγλέζων, Σκωτσέζων και Β. Ιρλανδών ήταν παρόμοια όπως φαίνεται και από τον παρακάτω πίνακα (ΠΙΝΑΚΑΣ 5).

#### **ΠΙΝΑΚΑΣ 5**

<b>Εβδομαδιαία κατανάλωση ανδρών και γυναικών σε μονάδες αλκοόλης στην Αγγλία και Ουαλία, Σκωτία και Β. Ιρλανδία</b>		
	<b>Μέσος όρος εβδομαδιαίας κατανάλωσης σε μονάδες αλκοόλης</b>	
	<b>Άνδρες 20+ ετών</b>	<b>Γυναίκες 20+ ετών</b>
<b>Αγγλία και Ουαλία</b>	19,6	7,0
<b>Σκωτία</b>	19,5	6,2
<b>Β. Ιρλανδία</b>	14,5	6,5

Ο Dight (1976) έδειξε ότι το 3% του πληθυσμού της Σκωτίας καταναλώνει το 30% των αλκοολούχων ποτών αυτής της περιοχής. Η πλειοψηφία αυτών των καταναλωτών είναι άνδρες 20-30 ετών. Μια παρόμοια μελέτη των Cartwright et al (1978) έδειξε ότι από το 1960 μέχρι το 1975, η κατανάλωση αυξήθηκε κυρίως στους νέους, ενώ ο Plant (1979), σε μια κοινωνιολογική μελέτη, υποστήριξε ότι οι κυριότεροι παράγοντες που οδήγησαν σε αυτή την αύξηση ήταν: η δυνατότητα πρόσβασης στο αλκοόλ στο χώρο εργασίας, η κοινωνική πίεση, η κοινωνική απομόνωση και οι προβληματικές σχέσεις. Τέλος, πρόσφατα δημοσιεύματα

(Shaw 1980, Chick 1982) παρατηρούν μια ραγδαία αύξηση του αλκοολισμού στις γυναίκες. Σύμφωνα με τον Shaw, η αύξηση αυτή οφείλεται σε παράγοντες όπως: πιο υπεύθυνη εργασία και καλύτερες αποδοχές, ευρεία διάθεση αλκοολούχων ποτών στα σούπερ μάρκετ, διαφήμιση με στόχο τη γυναίκα, αυξανόμενος αριθμός γυναικών που δουλεύουν σε μπαρ, pubs κ.λπ.

## Ο αλκοολισμός στην Ελλάδα

Συχνά υποστηρίζεται ότι ο αλκοολισμός στην Ελλάδα είναι σε πολύ χαμηλά επίπεδα συγκριτικά με άλλες χώρες. Πρόσφατο δημοσίευμα των Liakos, Madianos & Stefanis (1980) έδειξε ότι μεταξύ 1971-1976 τόσο οι εισαγωγές όσο και οι επισκέψεις για προβλήματα που σχετίζονται με τον αλκοολισμό στα εξωτερικά ιατρεία του Αιγινήτειου Νοσοκομείου δεν αυξήθηκαν κατά το παραπάνω χρονικό διάστημα αξιοπρόσεκτο είναι επίσης το εύρημα αυτής της έρευνας που αναφέρεται στις διαφορές μεταξύ αστικών και αγροτικών περιοχών όσον αφορά στα εξιτήρια με διάγνωση αλκοολισμού από τα δημόσια ψυχιατρεία και τις ιδιωτικές κλινικές 27 νοών της χώρας. Οι παρακάτω πίνακες (ΠΙΝΑΚΕΣ 6, 7) δίνουν την εικόνων αυτών των ευρημάτων.

### ΠΙΝΑΚΑΣ 6

Αριθμός επισκέψεων για προβλήματα που σχετίζονται με το αλκοόλ στα εξωτερικά ιατρεία του Αιγινήτειου μεταξύ 1971-1976					
	Συνολικός αριθμός ασθενών	«Αλκοολικοί» ασθενείς		Σύνολο	Ποσοστό (%)
<b>1971</b>	2.946	205	35	240	8,1
<b>1972</b>	3.134	211	20	231	7,4
<b>1973</b>	3.559	280	16	296	8,3
<b>1974</b>	3.555	277	22	299	8,4
<b>1975</b>	3.914	267	23	290	7,4
<b>1976</b>	4.659	183	13	196	4,2
<b>Σύνολο:</b>	21.767	1.423	129	1.552	7,1

Πηγή: Liakos, Madianos & Stefanis 1980.

## **E) ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ**

### **Η ιατροκοινωνική σημασία των ατυχημάτων**

Τα πάσης φύσεως ατυχήματα αποτελούσαν ανέκαθεν σοβαρά παράγοντα θνησιμότητας. Το πρόβλημα των θανάτων από ατυχήματα, κακώσεις, τραυματισμούς, δηλητηριάσεις και των βίαιων θανάτων είναι τόσο παλαιό όσο και η ίδια η ανθρωπότητα. Μετά την βιομηχανική επανάσταση όμως, και ιδίως στον αιώνα μας, το πρόβλημα έλαβε σταδιακά τις σημερινές του «επιδημικές» διαστάσεις, συμβαδίζοντας με την εξέλιξη του μηχανικού πολιτισμού και την τεραστία αύξηση των τροχοφόρων. Τα τροχαία ατυχήματα αποτελούν την σύγχρονη επιδημική μάστιγα της ανθρωπότητας. Είμαστε όλοι μάρτυρες της γνωστής «επιδημίας της εξόδου», όπως χαρακτηρίζει μεταφορικά ο συγγραφέας τον μεγάλο αριθμό ατυχημάτων, τα οποία συνοδεύουν την ομαδική μετακίνηση των κατοίκων, των αστικών ιδίως κέντρων, στο τελικό διήμερο κάθε εβδομάδας και τις γιορτές των Χριστουγέννων και του Πάσχα και άλλων πολυήμερων εορτών.

Τα ατυχήματα κάθε φύσεως συνιστούν επίσης βασική πηγή νοσηρότητας. Οι μη θανατηφόροι κακώσεις, τραυματισμοί και δηλητηριάσεις επιβάλλουν την άλλοτε άλλης διάρκειας νοσηλεία των ατυχημάτων. Προκαλούν σοβαρές επιπλοκές και απαιτούν μακροχρόνια ή μόνιμη ιατρική παρακολούθηση του ασθενούς. Δημιουργούν πληθώρα δυσάρεστων ατομικών και οικογενειακών ψυχολογικών καταστάσεων, οδηγούν σε πρόσκαιρη, παροδική ή μόνιμη αναπηρία και συνοδεύονται από μεγάλο ποσοστό ημεραργιών και υψηλό ατομικό, οικογενειακό και κοινωνικό κόστος.

Η οικονομική επιβάρυνση της κοινωνίας εξαιτίας των ατυχημάτων είναι πελώρια, καίτοι δυσκαθόριστη επακριβώς. Οι θάνατοι από ατυχήματα συνοδεύονται από την μεγαλύτερη σε πληθυσμιακό επίπεδο απώλεια ετών επαγγελματικής δραστηριότητας από οποιαδήποτε άλλη αιτία θανάτου. Αλλά και η απώλεια ετών ζωής του γενικού πληθυσμού είναι τεράστια, λόγω της σχετικά μικρής μέσης ηλικίας στην οποία συμβαίνουν τα θανατηφόρα ατυχήματα. Το

οικονομικό κόστος από την νοσηρότητα (μη θανατηφόροι κακώσεις και ατυχήματα) είναι πολύ υψηλό και εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, μερικοί από τους οποίους είναι οι εξής. 1) Η μόνιμη κατάσταση ετοιμότητας των μηχανισμών και υπηρεσιών ταχείας μεταφοράς των τραυματιών - ατυχηματιών. Όπου δεν υπάρχουν τέτοια συστήματα (υπηρεσία ασθενοφόρων, άμεση ιατρική επέμβαση) επιβάλλεται φυσικά να δημιουργούνται και να λειτουργούν σωστά. 2) η νοσηλεία σε μονάδες εντατικής παρακολούθησης και θεραπείας των παθόντων, 3) η συνακόλουθη και σχεδόν πάντοτε απαραίτητη φυσιοθεραπεία, 4) η διαδικασία κοινωνικής αποκατάστασης των αναπήρων και επαναφοράς των ασθενών στην ενεργό ζωή, 5) η επανάκτηση των τραυματιών και η προσαρμογή τους σε νέες συνθήκες διαβίωσης και εργασιακής απασχολήσεως.

### **Βιοστατιστική ταξινόμηση**

Τα ατυχήματα (οδικά, σιδηροδρομικά, από θαλάσσια μεταφορικά μέσα, αεροπορικά), τα εργατικά ατυχήματα, οι διάφορες κακώσεις, οι δηλητηριάσεις, οι θάνατοι από πυρκαγιές, αυτοκτονίες και ανθρωποκτονίες έχουν κωδικοποιηθεί στις τριψήφιες κατηγορίες E 800-E 999 και αναλύονται στην συμπληρωματική ταξινόμηση των εξωτερικών αιτιών, κακώσεων και δηλητηριάσεων της 9ης αναθεώρησης του 1975 της Διεθνούς Ταξινόμησης των Νόσων. Περισσότερο εύχρηστος είναι ο συνοπτικός κατάλογος, στον οποίο περιλαμβάνονται στους κωδικούς E 47 έως E 55. Στην 8η αναθεώρηση του 1965 καταχωρούνται στις κατηγορίες BE 47 έως BE 50.

### **Η θνησιμότητα και η νοσηρότητα από ατυχήματα. Επιδημιολογικά χαρακτηριστικά**

Τα ατυχήματα συμβαίνουν σε όλες τις ηλικίες και αφορούν και τα δύο φύλα. Η συχνότητα (επίπτωση) και η θνησιμότητα από αυτά επηρεάζεται αμέσως από τα χρησιμοποιούμενα μηχανικά μέσα και τον αριθμό των αυτοκινήτων οχημάτων σε κάθε χώρα.

Στις περισσότερες χώρες με μεγάλο αριθμό αυτοκινήτων οχημάτων οι θάνατοι από ατυχήματα κατέχουν την 3η ή 4η θέση, αμέσως μετά τις

αγγειοκαρδιοπάθειες και τον καρκίνο και πριν ή αμέσως μετά τον διαβήτη. Στην χώρα μας οι θάνατοι από ατυχήματα το 1976 ήταν 4.096, 2537 αρρένων και 1559 θηλέων, πράγμα που σημαίνει ότι ο ειδικός συντελεστής θνησιμότητας από ατυχήματα ανέρχεται σε 45 θανάτους σε 100.000 πληθυσμό και η αναλογική θνησιμότητα από αυτά καλύπτει το 511/0 του σύνολο των θανάτων. Σημειώνεται ότι οι προηγούμενοι συντελεστές ήταν κατά 50% χαμηλότεροι προ 50ετίας.

Τα ατυχήματα κάθε φύσεως αποτελούν την τρίτη αιτία θνησιμότητας του ελληνικού πληθυσμού. Έρχονται αμέσως μετά τις νόσους των αγγείων της καρδιάς και του εγκεφάλου και τις κακοήθειες νεοπλασίες, όταν οι προηγούμενες ομάδες λογίζονται ως ενιαίες αιτίες θανάτου. Η μακροχρόνια ροπή της θνησιμότητας από ατυχήματα εμφανίζει στην χώρα μας ανιούσα πορεία, λόγω της αυξήσεως των τροχαίων ατυχημάτων (αύξηση αριθμού οχημάτων και διανυομένων χιλιομέτρων).

Η θνησιμότητα, όπως ακριβώς και η συχνότητα από ατυχήματα, είναι υψηλότερη επί των αρρένων. Στο σύνολο της είναι διπλάσια έως τριπλάσια επί των αρρένων. Η σχέση αυτή μεγεθύνεται σε βάρος των αρρένων σε ορισμένες ομάδες ηλικιών, 15-19 ετών και 20-24, διότι παρεμβάλλεται ο παράγοντας των τροχαίων ατυχημάτων; τα οποία είναι κατά πολύ συχνότερα επί των αρρένων (μεγαλύτερος αριθμός επαγγελματιών αλλά και ιδιωτών οδηγών, ροπή στον κίνδυνο, δίκυκλα, τέλος και μεγαλύτερος αριθμός, άγνωστος πάντως επακριβώς, εργατικών ατυχημάτων στους άρρενες). Στο σχετικό διάγραμμα εκτίθεται η πορεία του ειδικού συντελεστή θνησιμότητας (θάνατοι σε 100.000 κατοίκους) από τροχαία μόνον ατυχήματα στην Ελλάδα το 1976 σε συνάρτηση με την ηλικία και το φύλο, από την επισκόπηση του οποίου επιβεβαιώνονται τα παραπάνω.

Από καλά τεκμηριωμένα βιοστατιστικά στοιχεία προκύπτει ότι στις βιομηχανικές χώρες τα τροχαία ατυχήματα ευθύνονται για τα 50% και περισσότερο των θανάτων από ατυχήματα πάσης φύσεως. Αξίζει εξ άλλου να τονισθεί ότι οι θάνατοι από ατυχήματα, τροχαία κυρίως, αποτελούν την πρώτη αιτία θνησιμότητας στην νεανική ηλικία.

Τα πάσης φύσεως ατυχήματα αποτελούν, στις βιομηχανικές τουλάχιστο χώρες, την σπουδαιότερη αιτία νοσηρότητας. Οι νοσηλευόμενοι μόνον στα

νοσοκομεία από ατυχήματα καλύπτουν ποσοστό υψηλότερο και του 10% του συνόλου των ασθενών. Στην χώρα μας το 1976 σε σύνολο 1.032.543 εισαγωγών στα νοσοκομεία (περιλαμβάνονται και 130.000 περίπου τοκετού τα ατυχήματα κάθε μορφής ήταν 108.130, 68.322 αρρένων και 39.808 θηλέων. Η συχνότητα των ατυχημάτων, όπως και η θνησιμότητα, είναι υψηλότερη, διπλάσια, στους άρρενες.

Επιδημιολογικές έρευνες έχουν αποκαλύψει ότι οι τραυματισμοί, οι κακώσεις και τα κατάγματα από διάφορες μηχανές και τροχοφόρα καλύπτουν τα 50% και περισσότερο της συχνότητας των ατυχημάτων. Οι πτώσεις από ύψος και ολίσθηση και οι συνθλίψεις από ογκώδη αντικείμενα προκαλούν τα 25% περίπου και το υπόλοιπο ποσοστό των ατυχημάτων συνίσταται από εγκαύματα, δηλητηριάσεις, καταπόσεις ξένων σωμάτων πνιγμούς και ανθρωποκτονίες. Οι πνιγμοί, τα εγκαύματα και οι καταπόσεις ξένων σωμάτων συμβαίνουν κυρίως στην νηπιακή και παιδική ηλικία, τα τροχαία ατυχήματα στην νεαρά ηλικία, τα εργατικά ατυχήματα στην νεανική και ώριμη και τέλος οι πτώσεις και ολισθήσεις συνήθως στην τρίτη ηλικία.

## **Πρόληψη**

Η πρόληψη των ατυχημάτων επιτυγχάνεται με ένα πλέγμα πράξεων, ενεργειών, μέτρων, μέσων, νομοθεσίας και υγειονομολογικής διαφώτισεως και διαπαιδαγωγήσεως του πληθυσμού για τα αίτια που προκαλούν τα ατυχήματα ή δημιουργούν τις συνθήκες για να συμβούν.

Η νομοθεσία (κώδικας οδικής κυκλοφορίας, όρια ταχυτήτων, ζώνες ασφαλείας, περιοδικός μηχανικός έλεγχος οχημάτων, ικανότητα οδηγών, τήρηση των κανόνων υγιεινής και ασφαλείας στους χώρους εργασίας) είναι το βάθρο επάνω στο οποίο στηρίζεται ο αγώνας για την καταπολέμηση των ατυχημάτων.

Τα διάφορα μέσα περιλαμβάνουν όλες εκείνες τις τεχνικές και μηχανικές βελτιώσεις, που μπορούν να προλάβουν την γένεση του ατυχήματος στον δρόμο, το εργοστάσιο, το σπίτι (αρχιτεκτονικές βελτιώσεις των χώρων, των οδών, των διαβάσεων, προφυλακτήρες στα κινούμενα μέλη των μηχανών, άπλετος φωτισμός και αερισμός των χώρων εργασίας, απαγωγή του κονιορτού,



μείωση του θορύβου, διατήρηση της ζώνης ευεξίας στον χώρο εργασίας, προστατευτικά μέσα κατά της φωτιάς, μονώσεις των ηλεκτροφόρων καλωδίων, στεγανές φιάλες διατηρήσεως τοξικών και δηλητηριωδών προϊόντων).

Η θέση του υγιεινολόγου και του ιατρού της εργασίας είναι σημαντική και ουσιαστική στην πρόληψη των ατυχημάτων. Συνίσταται 1) στην έρευνα του ανθρωπίνου παράγοντα (σωματική και ψυχική υγεία των οδηγών, εργαζομένων, όραση, ακοή), 2) την υγιεινολογική διαφώτιση για τα αίτια που συμβάλλουν στην γένεση των ατυχημάτων, 3) τον έλεγχο των συνθηκών υγιεινής και ασφαλείας στους χώρους εργασίας και τέλος, εάν το ατύχημα συμβεί, στην παροχή πρώτων βοηθειών, επί τόπου νοσηλείας και ιατρικής φροντίδας στους ατυχηματίες.

## **ΣΤ) ΕΚΦΥΛΙΣΤΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ**

### **1) ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΤΩΝ ΑΓΓΕΙΩΝ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ**

#### **Εισαγωγή**

Η υποχώρηση των λοιμωδών και παρασιτικών νόσων, η οποία ήταν απόρροια των μέτρων της ιατρικής προλήψεως, είχε ως αποτέλεσμα 1) την αύξηση του μέσου όρου ζωής των ανθρώπων, 2) την αύξηση της επιπτώσεως των νόσων της φθοράς, των αθηροσκληρωτικών και αρτηριοσκληρυντικών αλλοιώσεων των αγγείων όλου του σώματος, κυρίως όμως των αγγείων της καρδιάς (ισχαιμική καρδιακή νόσος, έμφραγμα του μυοκαρδίου) και του εγκεφάλου (εγκεφαλική αγγειακή νόσος) και 3) την αύξηση της συχνότητας του καρκίνου και των άλλων νόσων μη λοιμικής αρχής, όπως ο σακχαρώδης διαβήτης.

Η στεφανιαία, ισχαιμική, νόσος της καρδιάς αποτελεί σήμερα την κυριότερη αιτία θανάτου στις προηγμένες υγειονομικά χώρες. Η νόσος εκδηλώνεται κλινικά ως στηθάγχη, έμφραγμα του μυοκαρδίου και αιφνίδιος θάνατος. Οι εκφυλιστικές αγγειακές νόσοι του εγκεφάλου και των αγγείων όλου του σώματος αποτελούν

επίσης σημαντικές αιτίες θανάτου. Τα νοσήματα αυτά συνοδεύονται επίσης από υψηλό ποσοστό τελικής αναπηρίας λόγω ημιπληγίας, παραπληγίας ή και τετραπληγίας.

### **Βιοστατιστική ταξινόμηση των αγγειακών νόσων.**

Η υπερτασική νόσος, η ισχαιμική καρδιοπάθεια και τα νοσήματα των αγγείων του εγκεφάλου περιλαμβάνονται στις κατηγορίες B<sub>27, 28</sub> και B<sub>30</sub> της ογδότης αναθεωρήσεως του 1965 του συνεπτυγμένου καταλόγου και στις κατηγορίες 410 - 440 της αναλυτικής διεθνούς ταξινόμησης των νόσων, των κακώσεων και των αιτίων θανάτου της Παγκόσμιας Οργανώσεως Υγείας. Στην 9η αναθεώρηση του 1975 τα παραπάνω νοσήματα περιέχονται στις κατηγορίες B<sub>26</sub> έως B<sub>30</sub> του συνεπτυγμένου και στις τριψήφιες κατηγορίες 401-459 του αναλυτικού καταλόγου.

### **Οι νόσοι των αγγείων της καρδιάς και του εγκεφάλου και η μέση μακροβιότητα των ανθρώπων.**

Η αύξηση των παθήσεων B<sub>26</sub> έως B<sub>30</sub> συμπίπτει με την επιμήκυνση της μέσης μακροβιότητας των ανθρώπων. Στον σχετικό πίνακα παρέχονται μερικά χαρακτηριστικά βιοστατιστικά στοιχεία της θνησιμότητας από αγγειοκαρδιοπάθειες και θρομβοεμβολικά εγκεφαλικά επεισόδια σε συνάρτηση με το προσδόκιμο της επιβιώσεως κατά τη γέννηση σε μερικές χώρες της γης. Τα στοιχεία προέρχονται από την Δημογραφική επετηρίδα του ΟΗΕ, 1977.

<b>Χώρα</b>	<b>Θάνατοι B<sup>B</sup> 27, 28, 30</b>	<b>e<sup>0</sup></b>
Αίγυπτος (1972)	5,5	52,7 (1972)
Μεξικό (1973)	12,4	61,0 (1970)
Γιουγκοσλαβία (1975)	37,6	67,5 (1967)
Καναδάς (1973)	43,4	72,0 (1967)
Σουηδία (1972)	48,4	75,0 (1975)

Αναλογική θνησιμότητα (%) από αγγειακά νοσήματα σε συνάρτηση με την μέση μακροβιότητα σε πέντε χώρες.

Από τα στοιχεία του πίνακα καταφαίνεται η έντονη θετική συσχέτιση που

υπάρχει μεταξύ της εκατοστιαίας αναλογίας των θανάτων από τις αθηροσκληρωτικές αγγειοπάθειες και του μέσου όρου ζωής. Επανελημμένες επιδημιολογικές μελέτες σε πολλές χώρες έχουν επιβεβαιώσει την παραπάνω ισχυρή θετική συσχέτιση μεταξύ της αύξησης του προσδόκιμου της επιβίωσης και της συχνότητας των εκφυλιστικών αγγειοπαθειών και της υψηλής θνησιμότητας από αυτές. Η παρακολούθηση εξάλλου των βιοστατιστικών στοιχείων νοσηρότητας και θνησιμότητας στις διάφορες περιοχές της γης επιβεβαιώνει το προηγούμενο χαρακτηριστικό γνώρισμα της μεταβαλλόμενης δημοπαθολογίας. Με την υποχώρηση των προληπτών λοιμωδών νόσων, ο πληθυσμός αρχίζει παράλληλα να κερδίζει σε μέση μακροβιότητα, ενώ ως κύριες αιτίες θανάτου αναφέρονται τα νοσήματα των αγγείων και οι κακοήθειες νεοπλασίες. Στα προηγμένα υγειονομικώς κράτη η στεφανιαία νόσος προκαλεί τους περισσότερους θανάτους από κάθε άλλη αιτία και το ίδιο ισχύει και για την χώρα μας.

### **Οι αιτιοπαθογενετικοί και προδιαθεσικοί γενεσιουργοί παράγοντες των νόσων των αγγείων της καρδιάς και του ΚΝΣ.**

Η αύξηση των παθήσεων B<sub>26</sub> έως B<sub>30</sub> αντικατοπτρίζει από την μία πλευρά τον αστικό τρόπο διαβίωσης, την καθιστική ζωή, την έλλειψη σωματικής ασκήσεως, την πλούσια διατροφή σε λίπη και ζάχαρη, την παχυσαρκία, τις επιπτώσεις της αγχώδους διαβιώσεως των ανθρώπων και τη χρήση καπνού. Από την άλλη πλευρά, όπως επανελημμένα έχει τονισθεί, συμπίπτει με την επιμήκυνση της μέσης μακροβιότητας των πληθυσμών. Τα νοσήματα αυτά έχουν ως κοινή παθολογοανατομική βάση την αρτηριοσκλήρυνση. Η ίδια η αρτηριοσκλήρυνση, η οποία δημιουργείται από εκφυλιστικές αλλοιώσεις των τοιχωμάτων των αγγείων, διήθησή τους από λιπιδείες ουσίες και εναπόθεση αλάτων ασβεστίου, είναι παθογενετικό αποτέλεσμα της υπερτάσεως και της υπερχοληστεριναιμίας. Η αναπτυσσόμενη αρτηριοσκλήρυνση μπορεί να είναι διάχυτη στα αγγεία όλου του σώματος. Συνήθως προεξάρχει στα αγγεία της καρδιάς και του ΚΝΣ., αλλά μπορεί να καταλαμβάνει τις αρτηρίες των σπλάχνων και των διαφόρων οργάνων και των άκρων του σώματος.

Υποστηρίζεται ότι σημαντικό ρόλο στην εγκατάσταση των εκφυλιστικών

αγγειοπαθειών και της υπερτάσεως διαδραματίζουν ενδογενείς παράγοντες, π.χ. η φυλή. Το έμφραγμα του μυοκαρδίου είναι π.χ. άγνωστο στους Μασσάι. Μεγαλύτερη σημασία έχουν οι εξωγενείς περιβαλλοντικοί γενεσιουργοί παράγοντες, ο τρόπος ζωής και διατροφής.

Η συχνότητα και η θνησιμότητα των νόσων B<sub>26-30</sub> είναι κατά πολύ υψηλότερη σε άτομα προερχόμενα από αγροτικές κοινωνίες, απομονωμένα νησιά ή πρωτόγονες φυλές, τα οποία μετανάστευσαν σε χώρες του βιομηχανικού κόσμου και ακολουθούν τον τρόπο ζωής των γηγενών, από ότι στους κατοίκους των αρχικών εστιών.

Η αύξηση του επιπέδου των λιπιδίων του αίματος είναι πρωτίστως αποτέλεσμα των διαιτητικών συνηθειών του ατόμου. Διατροφή πλούσια σε λίπη, ζωικής κυρίως προελεύσεως, οδηγεί σε υπερχοληστεριναιμία. Μεγάλη σημασία έχει η κατανάλωση κεκορεσμένων λιπαρών οξέων και η βρώση επεξεργασμένων σακχάρων. Η κακή διατροφή οδηγεί σε παχυσαρκία η οποία συσχετίζεται θετικά με την υπέρταση και την αύξηση των λιπιδίων του αίματος. Η ίδια η παχυσαρκία εξάλλου, η οποία είναι η κοινότερη διατροφική νόσος των προηγμένων χωρών, προκαλεί επίταση του μηχανικού έργου της καρδιάς.

Η δυσμενής επίδραση του καπνίσματος ως προδιαθεσικού αιτιοπαθογενετικού παράγοντα της ισχαιμικής καρδιακής νόσου θεωρείται βέβαια και έχει αποκαλυφθεί με πολλές επιδημιολογικές έρευνες. Οι αγχώδεις και συγκινησιακές καταστάσεις και το συνεχές stress είναι επίσης βασικής σημασίας βλαπτικοί παράγοντες.

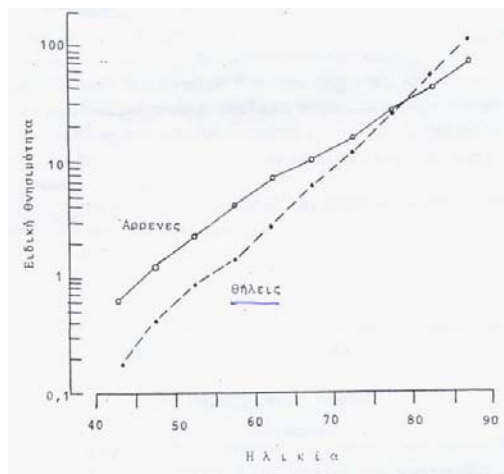
Η μόνιμη κατανάλωση ύδατος χαμηλής σκληρότητας αιτιολογείται τα τελευταία έτη ότι συμβάλλει στην εγκατάσταση στεφανιαίας νόσου. Συμβάλλουν ακόμη θετικά η ερυθροκυττάρωση και ο υψηλός αιματοκρίτης, η αύξηση του αριθμού των αιμοπεταλίων και της πυκνότητας της αιμοσφαιρίνης, διότι αυξάνουν το ιξώδες του αίματος και επιβραδύνουν το σχηματισμό θρόμβων. Οι πιθανότητες θρομβοεμβολικών επεισοδίων αυξάνουν σε γυναίκες που παίρνουν αντισυλληπτικά δισκία, διότι τα τελευταία έχουν θετική δράση στην εγκατάσταση θρομβοφλεβίτιδος. Θετική συνάρτηση υπάρχει επίσης μεταξύ ισχαιμικής καρδιακής νόσου, σακχαρώδους διαβήτη και πεπτικού έλκους.

## **Οι βασικοί επιδημιολογικοί χαρακτήρες των νόσων των αγγείων της καρδιάς και του ΚΝΣ**

Η νοσηρότητα (επίπτωση) και η θνησιμότητα των νόσων  $B_{26-30}$  παρουσιάζουν μακροχρονίως αυξητικές τάσεις. Η αύξηση, όπως αναλύεται πιο κάτω με την χρησιμοποίηση ελληνικών βιοστατιστικών στοιχείων, είναι αληθής, απόλυτη, και έμμεση, σχετική. Στην χώρα μας διαπιστώνεται σταθερά μακροχρόνια αυξητική τάση των νόσων 826-30. Οι θάνατοι από τα νοσήματα των αγγείων της καρδιάς και του εγκεφάλου έχουν υπερτριπλασιασθεί τα τελευταία 40 χρόνια. Το 1938 ο ειδικός συντελεστής θνησιμότητας από  $B_{26-30}$  ήταν 130 σε 100.000 πληθυσμό. Την ίδια περίοδο το προσδόκιμο της επιβίωσης ανερχόταν σε 50 περίπου έτη. Το 1976 σημειώθηκαν στην χώρα μας 81.816 θάνατοι και από αυτούς οι 30.401 είχαν ως αίτιο ένα από τα νοσήματα των κατηγοριών  $B_{26-30}$ , την ισχαιμική καρδιακή νόσο κυρίως. Από τα παραπάνω βιοστατιστικά στοιχεία προκύπτει ότι τα 37,1% των θανάτων στην Ελλάδα είναι συνέπεια της ισχαιμικής καρδιακής νόσου, της υπερέτασης και των νόσων των αγγείων του εγκεφάλου. Ο ειδικός συντελεστής θνησιμότητας ανερχόταν το 1976 σε 330 επί 100.000 κατοίκων. Τα προηγούμενα σημαίνουν ότι ένας στους τρεις Έλληνες αποθνήσκει από παθήσεις που έχουν ως βασικό γνώρισμα την αρτηριοσκλήρυνση. Σημειώνεται ότι ο μέσος όρος ζωής στην χώρα μας κυμαινόταν πέριξ των 70 ετών στην δεκαετία του 1970. Επιβεβαιώνονται έτσι όσα σε προηγούμενο εδάφιο έχουν αναπτυχθεί για την θετική συσχέτιση μεταξύ  $e_x^0$  και την συχνότητα των νόσων  $B_{26-30}$ .

Τα αγγειοκαρδιακά νοσήματα και οι νόσοι των αγγείων του ΚΝΣ είναι συχνότερα στο άρρεν φύλο. Η επίπτωση και η θνησιμότητα αυξάνουν με την ηλικία. Οι νόσοι είναι συχνότερες στον αστικό πληθυσμό παρά στον αγροτικό και προσβάλλουν περισσότερο τα άτομα που βρίσκονται στις υψηλότερες διοικητικές, επαγγελματικές και ιεραρχικές τάξεις (νόσοι των ευθυνών).

Στο σχετικό διάγραμμα παρουσιάζεται σε λογαριθμική κλίμακα η πορεία της θνησιμότητας από τα νοσήματα  $B_{26-30}$  στην χώρα μας σε συνάρτηση με το φύλο και την ηλικία κατά το 1976.



Η ειδική θνησιμότητα από νοσήματα B<sub>26-30</sub> σε συνάρτηση με την ηλικία και το φύλο. Ελλάδα, 1976.

Δύο βασικά συμπεράσματα εξάγονται από την μελέτη του σχήματος. 1) Η σταθερή υπεροχή της θνησιμότητας των αρρένων μέχρι το 75ο έτος από τα νοσήματα B<sub>26-30</sub>. Η πορεία των καμπυλών αντιστρέφεται στις πολύ μεγάλες ηλικίες, οπότε υπερέρχει η θνησιμότητα των θηλέων. 2) Μέχρι το 40ο έτος της ηλικίας, ανεξαρτήτως φύλου, οι αγγειοκαρδιοπάθειες και η αγγειακή εγκεφαλική νόσος δεν αποτελούν προέχουσα αιτία θανάτου. Η θνησιμότητα από την ισχαιμική καρδιοπάθεια και τα νοσήματα των αγγείων του εγκεφάλου αυξάνεται ραγδαία στην ώριμη ηλικία, κατά τρόπο ώστε να συνιστά τα 31% της γενικής θνησιμότητας στην ομάδα ηλικιών 40-64 ετών και τα 43% στον πληθυσμό ηλικίας 65 ετών και άνω.

## Πρόληψη

Οι δυνατότητες προλήψεως των νοσημάτων των αγγείων της καρδιάς και του ΚΝΣ στηρίζονται στην άρση της δράσεως των προδιαθεσικών γενεσιουργών αιτιών.

Η σπουδαιότερη προληπτική ενέργεια είναι η υγειονομολογική διαφώτιση του κοινού, των νέων ιδίως. Επιβάλλεται να τονισθεί ότι τα άτομα που καπνίζουν αποτελούν ομάδα υψηλού κινδύνου με πολύ μεγαλύτερες πιθανότητες εμφράγματος του μυοκαρδίου από ότι ο γενικός πληθυσμός. Οι γιατροί οφείλουν να διακόψουν οι ίδιοι το κάπνισμα. Στοιχειώδεις καθήκον τους είναι να διαφωτίσουν τους ασθενείς τους, κυρίως όμως όλον τον πληθυσμό, για τα αίτια

της επιδημίας της στεφανιαίας νόσου της εποχής μας. Η υγιεινολογική διαπαιδαγώγηση οφείλει να αρχίζει από την νεαρή ηλικία, από τα σχολεία, διότι οι αρτηριοσκληρυντικές αλλοιώσεις αρχίζουν να σχηματίζονται από την παιδική και εφηβική ηλικία.

Η αλλαγή του τρόπου ζωής, η σωμασκία, η αποχή από το κάπνισμα και η διατροφή είναι οι σπουδαιότεροι τομείς της πρωτογενούς προλήψεως. Στις διαιτητικές συνήθειες περιλαμβάνεται η μείωση του ολικού ποσού των θερμίδων και η ελάττωση της ποσότητας των λιπών, των κεκορεσμένων ιδίως λιπών ζωικής προελεύσεως. Προτιμότερη είναι η κατανάλωση ελαίου ελαίων και των άλλων σπορελαίων με ακόρεστα λιπαρά οξέα. Παράλληλα συνιστάται η μείωση της ημερήσιας προσλήψεως ζάχαρης.

Η ιατρική φροντίδα με τη συνεχή μέτρηση και ρύθμιση της αρτηριακής πίεσεως των υπερτασικών, ο έλεγχος της σκοπιμότητας λήψεως αντισυλληπτικών δισκίων και η ρύθμιση του σακχάρου στους διαβητικούς συμπληρώνουν τα γενικά μέτρα προλήψεως.

## 2. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

«Ἐπί δέ τῶν τιθῶν εἶδομεν πολλάκις ἀκριβῶς ὄγκον ὁμοιον καρκίνῳ ζῶν. Κάθαπερ γάρ ἐπ' ἐκείνου πόδες ἐκατέρωθεν εἰσὶ τοῦ σώματος οὕτω καί ἐπὶ τοῦδε τοῦ πάθους αἱ φλέβες ἀποτεταμέναι τοῦ παρὰ φύσιν ὄγκου τό σχῆμα καρκίνῳ παραπλήσιον ἐργάζονται».

### α. Ονοματολογία

Η κακοήθης νεοπλασία του μαστού ονομάστηκε από τον Ιπποκράτη και τον Γαληνό καρκίνος, διότι η όλη εικόνα του νεοπλασματος του μαστού, τουλάχιστο των περιστατικών που εξήτασαν οι μεγάλοι σοφοί, με την διόγκωση και την διήθηση της θηλής, και την διάταξη των αγγείων, των φλεβών, εκατέρωθεν του όγκου προσομοίαζε με τον θαλάσσιο καρκίνο, τον κάβουρα. Το όνομα καρκίνος επρόκειτο αργότερα να «σφετερισθούν» όλες οι κακοήθεις νεοπλασίες. Καρκίνους συνηθίζομε να αποκαλούμε σήμερα συλλογικά, χωρίς αυτό να είναι

απολύτως ορθό, όλα τα νεοπλάσματα ανεξαρτήτως προελεύσεως (από το επιθήλιο ή τον συνδετικό ιστό, κ.λ.π.), κλινικής και παθολογοανατομικής εικόνας και ιστοπαθολογικής υφής. Ορθότερον θα ήταν να ομιλούμε για κακοήθεις νεοπλασίες ή κακοήθη νεοπλάσματα. Στα παρακάτω εδάφια ο όρος καρκίνος χρησιμοποιείται με αυτή την ευρεία έννοια, των κακοηθών δηλαδή νεοπλασιών. Το αντίστοιχο λατινικό του καρκίνος είναι Cancer. Από αυτό προέρχεται η συντομογραφία ca, την οποία τόσο συχνά χρησιμοποιούμε στην καθημερινή ιατρική πράξη.

### **β. Βιοστατιστική ταξινόμηση των κακοήθων νεοπλασιών.**

Οι καρκίνοι γενικώς ταξινομούνται στην κατηγορία B<sub>19</sub> του συνεπτυγμένου καταλόγου και στις κατηγορίες A<sub>45</sub>-A<sub>60</sub> του ενδιαμέσου καταλόγου της 8ης αναθεώρησης του 1965 της Διεθνούς Ταξινόμησης των Νόσων, των Κακώσεων και των Αιτιών θανάτου της Π.Ο.Υ. Στην 9η αναθεώρηση του 1975 οι καρκίνοι περιλαμβάνονται στις τριψήφιες κατηγορίες 140-208 του εκτεταμένου καταλόγου και στους κωδικούς αριθμούς 08-14 του βασικού συνοπτικού πίνακα της ίδιας Διεθνούς Ταξινόμησης.

### **γ. Γενικές, παγκόσμιες επιδημιολογικές διαπιστώσεις για την συχνότητα του καρκίνου.**

Βασιζόμενοι σε καλά τεκμηριωμένα βιοστατιστικά στοιχεία μπορούμε να υποστηρίξουμε με βεβαιότητα ότι η συχνότητα του καρκίνου αυξάνει παγκοσμίως σταθερά τα τελευταία χρόνια. Η αύξηση είναι συνάρτηση τριών επί μέρους παραγόντων και γεγονότων, τα οποία έχουν το καθένα διαφορετική βαρύτητα. Η αλληλεπίδραση των τριών παραγόντων διαμορφώνει την τελική κατ' έτος συχνότητα του καρκίνου στον πληθυσμό μιας περιοχής.

1) Υπάρχει αληθινή, άμεση και απόλυτη, καθώς και έμμεση, αναλογική, αύξηση της επιπτώσεως της ολικής συχνότητας του καρκίνου, λόγω της πληθώρας των νεοφανών, εξωγενών, περιβαλλοντικών καρκινογόνων παραγόντων, στους οποίους υπόκειται η ανθρωπότητα τα τελευταία χρόνια. 2) Η αύξηση των περιστατικών στον γενικό πληθυσμό οφείλεται ακόμη στην



επιμήκυνση του μέσου όρου ζωής των ανθρώπων και επομένως στην διόγκωση του αριθμού νέων ατόμων ηλικίας άνω των 60-65 ετών, ηλικία στην οποία επιπολάζουν κυρίως τα νεοπλάσματα. 3) Η βελτίωση της διαγνώσεως των διαφόρων μορφών καρκίνου, οι οποίες στο παρελθόν, λόγω αδυναμίας διαγνώσεως ή λόγω κακής διαγνώσεως, καταχωρούνταν σε άλλες ομάδες παθήσεων ή παρέμειναν τελείως αδιάγνωστες, είναι ο τρίτος βασικός παράγοντας, έμμεσης, αναλογικής αυξήσεως της ολικής συχνότητας του καρκίνου. Θα μπορούσε να υποστηριχθεί ότι μόνο η βελτίωση των διαγνώσεων και η αύξηση του μέσου όρου ζωής ερμηνεύουν επαρκώς την παρατηρούμενη αύξηση της επιπτώσεως του καρκίνου. Βασίμως όμως πιστεύουμε ότι υπάρχει αληθής αύξηση της συχνότητας των πάσης φύσεως κακοηθών νεοπλασιών, ανεξάρτητη των προηγούμενων παραγόντων.

Τόσο η άμεση όσο και η έμμεση αύξηση της επιπτώσεως του καρκίνου, που παρατηρείται σε παγκόσμια κλίμακα τις τελευταίες δεκαετίες, φαίνεται ότι αναφέρεται πρωτίστως στο άρρεν φύλο. Υπάρχουν σοβαρές ενδείξεις ότι στις χώρες με άρτια υγειονομική οργάνωση τελευταίως άρχισε να σημειώνεται σχετική σταθερότητα της συχνότητας της νόσου στις γυναίκες. Το θέμα είναι υπό μελέτη. Χρειάζονται αρκετά χρόνια παρατηρήσεων για να υποστηριχθεί σοβαρά ότι η συχνότητα του καρκίνου στις γυναίκες έπαψε να αυξάνεται. Ακόμη, είναι δύσκολα να διευκρινισθεί εάν η παρατηρούμενη σταθερότητα είναι πραγματική, λόγω σταθεροποίησεως του αριθμού των περιστατικών στον πληθυσμό ή αναλογική, λόγω αυξήσεως άλλων νόσων της μεγάλης ηλικίας, των αγγειοκαρδιοπαθειών ιδίως και των νόσων των αγγείων του εγκεφάλου, οπότε η συχνότητα του καρκίνου φαίνεται εμμέσως να σταθεροποιείται.

Η συνεχής αύξηση των κακοηθών νεοπλασιών στους άνδρες οφείλεται πρωτίστως στην αδιάλειπτη ανοδική πορεία της επιπτώσεως του καρκίνου του πνεύμονας. Ο βρογχογενής καρκίνος του πνεύμονος αυξάνεται σε συχνότητα και στα δύο φύλα, στο άρρεν περισσότερο, και το ίδιο συμβαίνει και με τις λευχαιμίες. Στις χώρες ή περιοχές της γης, στις οποίες οι γυναίκες καθυστέρησαν στην συνήθεια του καπνίσματος, ο καρκίνος του πνεύμονος αυξάνεται τώρα, μετά τον «ασπασμό» της συνήθειας, με ταχύρυθμό.

#### **δ. Η επίπτωση του καρκίνου στην Ελλάδα**

Από τα στοιχεία που συλλέγει η Εθνική Στατιστική Υπηρεσία της Ελλάδος (ΕΣΥΕ) γνωρίζουμε ότι τα καταγραφέντα νέα περιστατικά καρκίνου σε 100.000 πληθυσμό και των δύο φύλων ανέρχονταν σε 200 το 1969 και σε 187 το 1978. Τα δεδομένα υπαινίσσονται μία πιθανή στασιμότητα ή και πτώση της επιπτώσεως του καρκίνου στην χώρα μας. Είναι μάλλον πρόωρο να υποστηριχθεί με βεβαιότητα το προηγούμενο εύρημα. Χρειάζονται περισσότερες επιδημιολογικές παρατηρήσεις, αλλά και βελτίωση των καταγραφών των νέων περιστατικών, ώστε να μην υπάρχουν διαφυγές ή αντιθέτως διπλοεγγραφές, οι οποίες ήταν πιθανότατα περισσότερες στο παρελθόν.

Η καταγραφή των νέων περιστατικών ενός νοσήματος, η επίπτωση, και επομένως και του καρκίνου είναι βιοστατιστική διεργασία η οποία όπως είναι γνωστό, χωλαίνει σχεδόν παγκοσμίως. Η καταγραφή προσκρούει σε ατομικές αντιλήψεις και πεποιθήσεις, σε γραφειοκρατικές δυσχέρειες και δυσκολίες διαλογής, κωδικοποίησης, πινακοποίησης και επεξεργασίας των βιοστατιστικών δεδομένων της νοσηρότητας και ακόμη εξαρτάται από αμιγώς ιατρικούς παράγοντες, όπως είναι η δυνατότητα διαγνώσεως της νόσου. Για τους παραπάνω λόγους τα στοιχεία της νοσηρότητας του καρκίνου θεωρούνται υποδεέστερα εκείνων της θνησιμότητας, στην οποία και στηρίζονται οι περισσότερες επιδημιολογικές πληθυσμιακές έρευνες.

#### **ε. Η συχνότητα του καρκίνου σε συνάρτηση με τον μέσο όρο ζωής**

Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζονται ορισμένα στοιχεία του θέματος της συσχετίσεως της μέσης μακροβιότητας των ανθρώπων και της συχνότητας του καρκίνου. Τα στοιχεία του πίνακα προέρχονται από την Δημογραφική Επετηρίδα του Ο.Η.Ε. (United Nations Demographic Yearbook, 1979).

Κράτος	Θάνατοι από B <sub>19</sub>	e <sub>o</sub> <sup>x</sup>
Κένυα	6,1 (1969)	50,1 (1972)
Αίγυπτος	19,9 (1974)	52,2 (1969)
Μεξικό	36,0 (1974)	64,7 (1975)
Γιουγκοσλαβία	113,8 (1975)	67,3 (1972)
Ιαπωνία	124,6 (1976)	74,6 (1976)
Βουλγαρία	138,1 (1975)	71,3 (1971)
Καναδάς	150,1 (1974)	72,9 (1972)
Ελλάς	155,5 (1975)	71,0 (1972)
ΗΠΑ	171,7 (1975)	72,6 (1975)
Δανία	246,0 (1976)	73,9 (1977)
Αυστρία	255,3 (1976)	71,3 (1976)

Μέσοι όροι ζωής και θανάτου από καρκίνο σε 100.000 πληθυσμό σε μερικές χώρες της Γης. (U.N. Demographic Yearbook, 1979)

Η θετική συσχέτιση μεταξύ του προσδόκιμου της επιβίωσης κατά την γέννηση,  $e_x^0$ , και του αριθμού θανάτων από 819 σε 100.000 πληθυσμό είναι εμφανής. Όσο χαμηλότερο είναι το προσδόκιμο της επιβίωσης τόσο μικρότερος είναι και ο ειδικός συντελεστής θνησιμότητας από 819 σε 100.000 πληθυσμό (Κένυα, Αίγυπτος, Μεξικό) και αντιστρόφως όσο υψηλότερο το προσδόκιμο επιβίωσης τόσο αυξάνει και ο παραπάνω ειδικός συντελεστής (Δανία, Αυστρία). Η παραπάνω γενική διαπίστωση έχει κατ' επανάληψη επιβεβαιωθεί για σειρά χωρών και σε διάφορες χρονικές περιόδους της τελευταίας 40ετίας. Η παραπάνω πάντως γενική διαπίστωση επιδέχεται διακυμάνσεις πέριξ μιας κεντρικής τάσεως, η οποία εκφράζει το γεγονός ότι η συχνότητα του καρκίνου είναι θετικά συσχετισμένη με τον μεγάλο μέσο όρο ζωής. Από τα στοιχεία του πίνακα διαφαίνονται καλώς μερικές αποκλίσεις, όπως π. χ. η περίπτωση της Ιαπωνίας, η οποία παρουσιάζει ένα εξαιρετικά υψηλό προσδόκιμο επιβίωσης και ταυτόχρονα μικρή συχνότητα θανάτων από καρκίνο κάθε μορφής σε 100.000 πληθυσμό. Υπάρχουν πολλές επιδημιολογικές ερμηνείες των αποκλίσεων που παρατηρούνται στην συχνότητα και θνησιμότητα του καρκίνου στις διάφορες ώρες και οι οποίες δεν πρόκειται να παρατεθούν εδώ.

## στ. Η θνησιμότητα του ελληνικού πληθυσμού από καρκίνο.

Στον παρακάτω πίνακα παρέχονται τα πληθυσμιακά στοιχεία της χώρας, η κατανομή κατά φύλο, οι θάνατοι και οι Αδρόι Συντελεστές Θνησιμότητας του ελληνικού πληθυσμού το 1976.

Πληθυσμός	: 9.167.190	A= 4.489.964	Θ= 4.677.226
Θάνατοι	: 81.818	A= 42.206	Θ= 39.612
ΑΣΘ	: 8.9 ο/οο	A= 9,4 ο/οο	Θ= 8.47 ο/οο
Θάνατοι Ca	: 15.175	A= 9,111	Θ= 6.064
ΕΣΘ – Ca	: 1,65 ο/οο	A= 2,03 ο/οο	Θ= 1,29 ο/οο
Αναλογική θν.	: 18,55 ο/ο	A= 21,59 ο/ο	Θ= 15,31 ο/ο

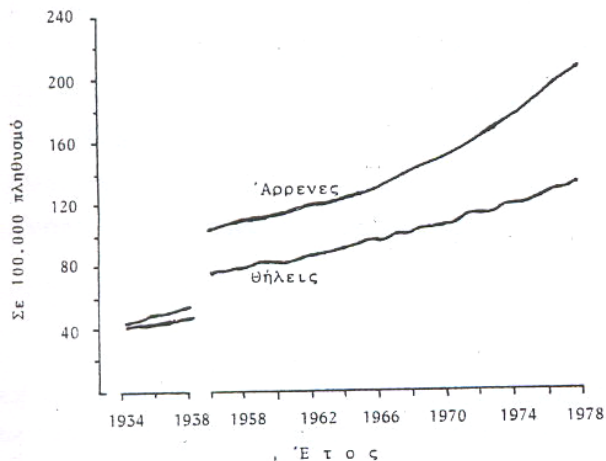
*Θάνατοι, θάνατοι από καρκίνο και αντίστοιχοι συντελεστές στην Ελλάδα το 1976*

Στον ίδιο πίνακα αναλύονται οι απόλυτοι και σχετικοί αριθμοί των θανάτων στην Ελλάδα το 1976 και ταυτόχρονα παρουσιάζεται ο Ειδικός Συντελεστής Θνησιμότητας και η Αναλογική Θνησιμότητα από τις Κακοήθειες Νεοπλασίες κάθε μορφής.

Από τα στοιχεία του προηγούμενου πίνακα και μετά την σχετική ανάλυση προκύπτουν τα εξής βασικά συμπεράσματα. 1) Τα κακοήθη νεοπλάσματα αποτελούν, ως ένα νόσημα, την πρώτη αιτία θανάτου στην Ελλάδα. 2) Ένας στους πέντε Έλληνες πεθαίνει από καρκίνο και μία στις έξι Ελληνίδες αποβιώνει από κάποια μορφή καρκίνου. 3) Οι κακοήθειες νεοπλασίες αποτελούν την δεύτερη αιτία θανάτου του ελληνικού πληθυσμού, μετά τις αγγειοκαρδιοπάθειες, όταν οι τελευταίες θεωρηθούν συλλογικά ως μία αιτία θανάτου (βλ. σχετικό κεφάλαιο πιο κάτω).

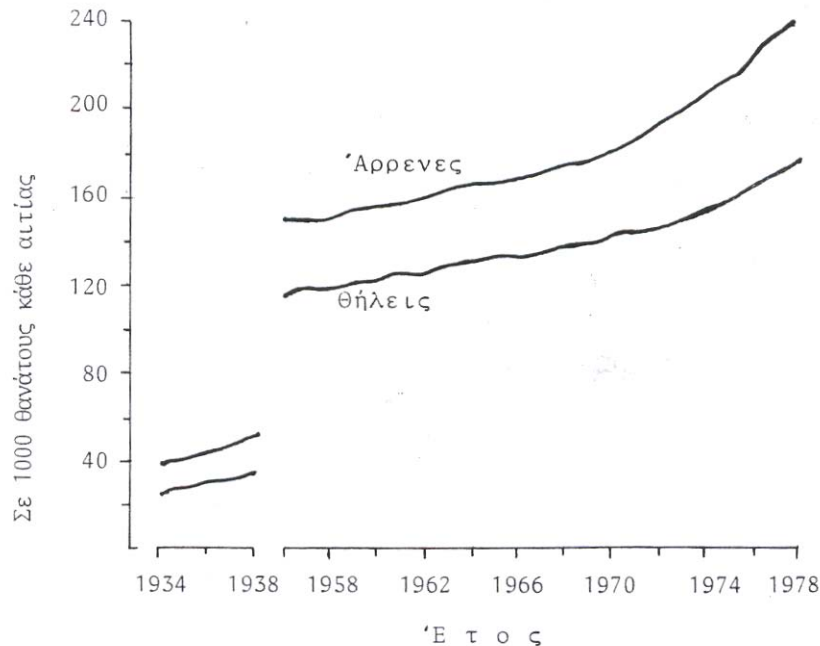
## ζ. Η μακροχρόνια εξέλιξη της θνησιμότητας από καρκίνο στην Ελλάδα.

Στα σχετικά διαγράμματα παρουσιάζεται η μακροχρόνια εξέλιξη του ειδικού Συντελεστή Θνησιμότητας και της Αναλογικής Θνησιμότητας από καρκίνο κάθε μορφής στην Ελλάδα, με βάση τα υπάρχοντα στοιχεία της ΕΣΥΕ.



*Μακροχρόνια εξέλιξη του ΕΣΘ από καρκίνο σε συνάρτηση με το φύλο. Ελλάδα, 1934 - 78.*

Ο ειδικός συντελεστής θνησιμότητας από καρκίνο αυξάνει σταθερά στην χώρα μας τα τελευταία 50 χρόνια. Η αύξηση αφορά και στα δύο φύλα, πρωτίστως όμως ισχύει για τους άρρενες. Από 45 που ήταν το 1934 και 106 το 1956 έφθασε στους 208 θανάτους αρρένων σε 100.000 πληθυσμό του ίδιου φύλου το 1978. Στα θήλεα η πορεία ήταν ολιγότερο ανιούσα, από 45 το 1934 έφθασε τους 78 το 1956 και τέλος τους 131 θανάτους θηλέων σε 100.000 πληθυσμό του ίδιου φύλου. Σημειώνεται ότι η διαφορά θνησιμότητας από καρκίνο κατά φύλο, υψηλότερη επί των αρρένων είναι παγκόσμιο φαινόμενο και έχει διαπιστωθεί κατ' επανάληψη σε πολλές χώρες και διαφορετικές χρονικές περιόδους.



*Μακροχρόνια εξέλιξη της αναλογικής θνησιμότητας από καρκίνο σε συνάρτηση με το φύλο. Ελλάδα 1934 - 78.*

Προσόμοια με την πορεία του ειδικού συντελεστή θνησιμότητας από καρκίνο είναι η Αναλογική Θνησιμότητα από το ίδιο νόσημα. Η αναλογική θνησιμότητα από καρκίνο είναι υψηλότερη στους άρρενες. Βαίνει προς τα άνω και στα δύο φύλα. Από 40 που ήταν το 1934 έφθασε τους 144 το 1956 και τέλος τους 224 θανάτους αρρένων από καρκίνο το 1978 σε 1000 θανάτους από κάθε αιτία του αυτού φύλου. Στο θήλυ φύλο η εξέλιξη ήταν ανιούσα, με χαμηλότερο όμως ρυθμό. Από 30 το 1934 έφθασε τους 115 το 1956 και τέλος του 160 θανάτους θηλέων από καρκίνο το 1978 σε 1000 θανάτους από κάθε αιτία του αυτού φύλου.

#### **η. Οι βασικοί γενικοί επιδημιολογικοί χαρακτήρες του καρκίνου**

Τα βασικά επιδημιολογικά γνωρίσματα του καρκίνου είναι εκείνα που διαμορφώνουν τελικά και την επίπτωση και την θνησιμότητα του νοσήματος στον γενικό πληθυσμό και στις επιμέρους πληθυσμιακές ομάδες και γεωγραφικές περιοχές μιας χώρας. Στον παρατιθέμενο σχετικό πίνακα παρουσιάζονται οι γενικώς παραδεκτοί βασικοί επιδημιολογικοί χαρακτήρες του καρκίνου, αυτοί

δηλαδή που ισχύουν γενικά σε όλους τους πληθυσμούς.

Βασικοί επιδημιολογικοί χαρακτήρες του καρκίνου
1. Δημογραφικοί μεταβλητότητα της ολικής συχνότητας
2. Η συχνότητα των διαφόρων εντοπίσεων διαφέρει: α. Από χώρα σε χώρα β. Στις διάφορες πληθυσμιακές ομάδες γ. Ως προς το φύλο και την ηλικία δ. Στα διάφορα επαγγέλματα ε. Ανάλογα με τις ατομικές συνήθειες στ. Ανάλογα με την κοινωνικοοικονομική θέση

Η ολική συχνότητα του καρκίνου, η επίπτωση δηλαδή όλων των μορφών και των επί μέρους εντοπίσεων του καρκίνου στα όργανα και τους ιστούς του ανθρώπου, διαφέρει από χώρα σε χώρα. Η διαφορική συχνότητα προσλαμβάνει έντονο δημογραφικό και ταυτόχρονα φυλετικό χαρακτήρα. Η ίδια διαπίστωση ισχύει και για την θνησιμότητα. Στον πίνακα της συσχέτισεως της θνησιμότητας από καρκίνο και της προσδοκίας ζωής (εδάφιο ε) οι έντονες διαφορές στην θνησιμότητα μεταξύ των διαφόρων χωρών αποδόθηκαν πρωτίστως στην μέση μακροβιότητα των κατοίκων των περιεχομένων στον πίνακα χωρών. Είναι όμως ταυτόχρονα εμφανής και η φυλετική επίδραση στην διαμόρφωση του ύψους της ειδικής από καρκινοθνησιμότητας.

Χαρακτηριστικό είναι το παράδειγμα του καρκίνου του μαστού. Η εντόπιση αυτή του Ca είναι εξαιρετικά συχνή στις Η.Π.Α., την Κ. και Β. Ευρώπη. Έχει ενδιάμεση συχνότητα στην Ελλάδα και τα άλλα Βαλκανικά κράτη και στην Α. Ευρώπη, ακόμη μικρότερη συχνότητα στις γυναίκες της Ν. Ασίας και είναι σχετικά σπάνια στις Ιαπωνίδες και Ινδονήσιες. Γενικά οι γυναίκες της κίτρινης φυλής εμφανίζουν την χαμηλότερη συχνότητα Ca μαστού. Τα αντίθετα συμβαίνουν με τον καρκίνο του στομάχου, ο οποίος είναι εξαιρετικά συχνός στην Ν. και την Άπω Ασία. Ο πρωτοπαθής καρκίνος του ήπατος είναι πολύ συχνός στην Ιάβα και την Ινδονησία. Το βρογχογενές καρκίνωμα του πνεύμονος είναι συχνότερο στις χώρες της Μεσευρώπης.

Οι διαφορές συχνότητας και θνησιμότητας στις διάφορες πληθυσμιακές ομάδες και σε σχέση με το φύλο και την ηλικία πρόκειται να μας απασχολήσουν πιο κάτω κατά την μελέτη των σχετικών στοιχείων της χώρας μας.

Η επίπτωση σε σχέση με το επάγγελμα έχει μελετηθεί επαρκώς και είναι εκείνη που έχει αποκαλύψει και τους περισσότερο επαγγελματικούς κινδύνους καρκινογένεσης, την επίδραση των περιβαλλοντικών καρκινογόνων παραγόντων και την δράση διαφόρων καρκινογόνων ουσιών. Γνωρίζουμε π.χ. καλά ότι το βινυλοχλωρίδιο προκαλεί καρκίνο του ήπατος, οι αζωτοχρωστικές και οι χρωστικές της ανιλίνης καρκίνο της ουροδόχου κύστεως. Ακόμη ξέρομε καλά ότι οι εκτιθέμενοι στις ιονίζουσες ακτινοβολίες διατρέχουν πολύ υψηλό κίνδυνο αναπτύξεως οξειών και χρόνιων λευχαιμιών. Είναι γνωστή και έχει μελετηθεί στο παρελθόν η μεγάλη επίπτωση ειδικής μορφής καρκίνου του πνεύμονος (παραπυλαία εντόπιση) σε εργάτες ορυχείων ουρανίου και επίσης η εγκατάσταση μεσοθηλιώματος οφειλομένη στον αμίαντο.

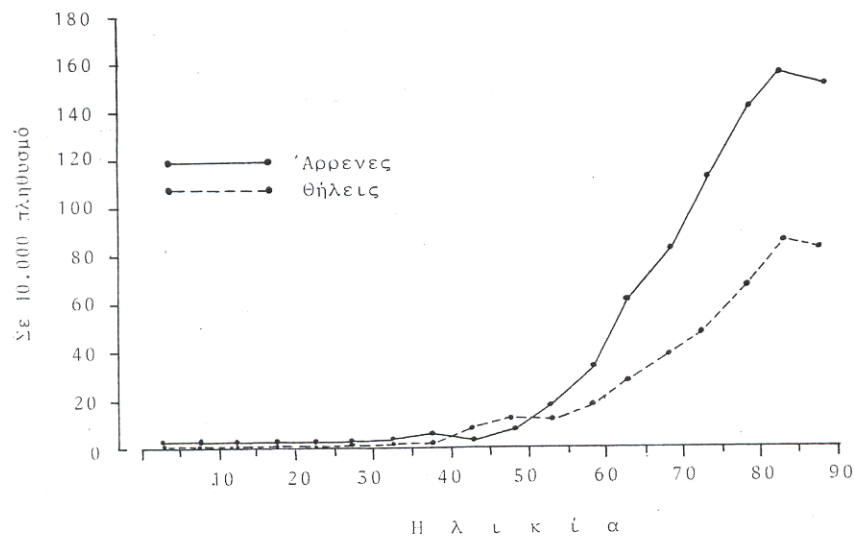
Κλασικό παράδειγμα διαμορφώσεως της συχνότητας του καρκίνου αποτελεί το κάπνισμα. Έχει κατ' επανάληψη αποδειχθεί βιοστατιστικά η υψηλή θετική συσχέτιση μεταξύ καπνίσματος, αριθμού τσιγάρων και χρόνου καπνίσματος με τον βρογχογενή καρκίνο του πνεύμονος. Το θέμα έχει αναπτυχθεί στο κεφάλαιο της Γενικής Επιδημιολογίας (Βλ. «η μέτρηση του πιθανού αιτιολογικού παράγοντα»), ώστε να μη χρειάζεται να επανέλθω εδώ.

Η κοινωνική και οικονομική θέση του ατόμου επηρεάζει έμμεσα την συχνότητα αναπτύξεως καρκίνου. Είναι γνωστή π.χ. η υψηλότερη επίπτωση του καρκίνου του μαστού σε γυναίκες με υψηλότερο κοινωνικοοικονομικό και πολιτιστικό επίπεδο. Στην πραγματικότητα πρόκειται για έμμεση συσχέτιση, διότι τα άτομα αυτά έχουν υψηλότερη παιδεία, την οποία απέκτησαν απομακρύνοντας τον χρόνο γάμου, αποκτήσεως τέκνων και γαλουχίας απωθώντας δηλαδή σε μεταγενέστερο χρόνο παράγοντες που δρουν προστατευτικά στην εμφάνιση του καρκίνου του μαστού, όπως είναι η πρώτη τελειόμηνη κύηση.



## θ. Η κατανομή της θνησιμότητας από καρκίνο σε συνάρτηση με την ηλικία και το φύλο

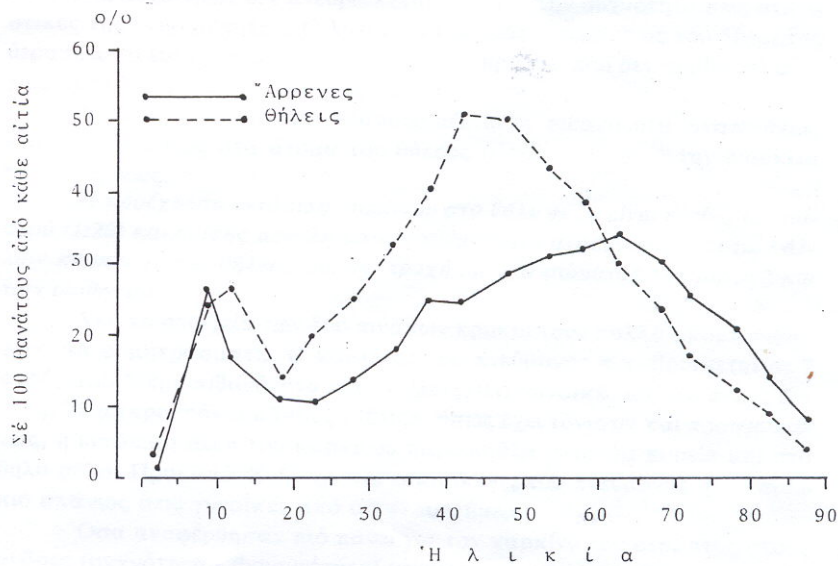
Την σχέση της θνησιμότητας από καρκίνο με την ηλικία και το φύλο εξετάζουμε χρησιμοποιώντας ελληνικά βιοστατιστικά στοιχεία και στο παρακάτω σχήμα εκτίθεται η πορεία της θνησιμότητας από καρκίνο στην Ελλάδα σε συνάρτηση με την ηλικία και το φύλο. Τα στοιχεία της γραφικής παραστάσεως αναφέρονται στο έτος 1976. Σημειώνεται ότι η πορεία είναι προσόμοια σε όλες τις χώρες και τους πληθυσμούς. Ορισμένες διαφορές επιβεβαιώνουν παρά αναιρούν τα παρακάτω.



*Θνησιμότητα από καρκίνο (όλες οι εντοπίσεις) σε συνάρτηση με την ηλικία και φύλο σε 10.000 πληθυσμό. Ελλάς. 1976.*

Το βασικό συμπέρασμα της πορείας της θνησιμότητας από καρκίνο σε σχέση με την ηλικία είναι η τεράστια έξαρσή της μετά το 50ο-55ο έτος της ηλικίας. Μπορούμε αβίαστα να υποστηρίξουμε ότι ο καρκίνος είναι νόσημα των ωρίμων και μεγάλων ηλικιών. Η ειδική από καρκίνο θνησιμότητα είναι σχεδόν ανύπαρκτη μέχρι το 30ο-40ο έτος και αυτή η διαπίστωση αντανακλά και στην επίπτωση της νόσου, την συχνότητα. Η θνησιμότητα από καρκίνο είναι υψηλότερη σε όλες τις ηλικίες στους άρρενες, με εξαίρεση το διάστημα 40-50 ετών, οπότε υπερέχει του θήλεος φύλου, πράγμα που οφείλεται στον καρκίνο του μαστού και στον καρκίνο του σώματος και του τραχήλου της μήτρας. Οι δύο αυτές εντοπίσεις του

καρκίνου, του μαστού και της μήτρας, επηρεάζονται από την ορμονική λειτουργία, η οποία, όπως είναι γνωστό, βρίσκεται σε έξαρση στο θήλυ φύλο κατά την διάρκεια των αναπαραγωγικών ηλικιών. Η μεγάλη συχνότητα, επίπτωση, των δύο αυτών μορφών καρκίνου, μαστού και μήτρας, στο θήλυ φύλο διαμορφώνει και την διαφορική πορεία της συχνότητας και θνησιμότητας όλων των εντοπίσεων του καρκίνου στις ηλικίες μεταξύ 40-50 ετών (αναστροφή της πορείας των καμπυλών), όπως φαίνεται στο σχήμα.



*Η αναλογική θνησιμότητα από καρκίνο (όλες οι εντοπίσεις) σε συνάρτηση με την ηλικία και το φύλο στην Ελλάδα το 1976.*

Ενδιαφέρον παρουσιάζει η παρακολούθηση της πορείας της αναλογίας των θανάτων από καρκίνο (όλες οι εντοπίσεις) στο σύνολο των θανάτων από κάθε αιτία (αναλογική θνησιμότητα). Η υψηλότερη αναλογική θνησιμότητα, εκατοστιαία σχέση, παρατηρείται στην έκτη δεκαετία της ζωής στους άνδρες και ενωρίτερα, μεταξύ 35ου-50ου έτους στις γυναίκες, όπως φαίνεται στο σχετικό σχήμα.

Η πορεία της ΑΘ από καρκίνο είναι δικόρυφη. Η πρώτη έξαρση σημειώνεται στην παιδική ηλικία και οφείλεται κυρίως στην λευχαιμία. Είναι ενδιαφέρον και ταυτόχρονα λυπηρό ότι ένας στους τέσσερις θανάτους στην παιδική ηλικία οφείλεται σε κακοήγη νεοπλασία, βασικώς στην οξεία λευχαιμία, συνήθως μυελογενή. Η πτώση της ΑΘ από καρκίνο μετά το 60ο έτος οφείλεται στην

αναλογική αύξηση άλλων θανατηφόρων νοσημάτων, των αγγειοκαρδιοπαθειών κυρίως, ώστε οι θάνατοι από νεοπλάσματα να εμφανίζονται ολιγότερο συχνοί.

### ι. Η πιθανότητα αναπτύξεως καρκίνου

Στους δύο σχετικούς πίνακες παρουσιάζεται η πιθανότητα αναπτύξεως καρκίνου γενικώς στα άτομα ενός πληθυσμού κατά την διάρκεια της όλης διαβιώσεώς τους. Τα στοιχεία προέρχονται από την Στατιστική Υπηρεσία της Αγγλίας, λόγω ελλείψεως παρόμοιων ελληνικών. Το Εργαστήριο Υγιεινής της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων ερευνά το θέμα καταρτίσεως παρομοίων πινάκων για τον ελληνικό πληθυσμό.

Άρρενες	
Εντόπιση	Πιθανότητα
Πνεύμονας	1 στους 15
Δερμα	1 στους 39
Στομαχος	1 στους 43
Προστάτης	1 στους 57
Ορθό	1 στους 71
Παχύ έντερο	1 στους 74
Κύστη	1 στους 83
Πάγκρεας	1 στους 155
Λευχαιμία	1 στους 211
Όρχεις	1 στους 632
Όλες	1 στους 4

Θήλεις	
Εντόπιση	Πιθανότητα
Μαστός	1 στους 20
Δέρμα	1 στους 49
Παχύ έντερο	1 στους 56
Στόμαχος	1 στους 67
Τράχηλος μήτρας	1 στους 80
Ωοθήκες	1 στους 90
Σώμα μήτρας	1 στους 98
Ορθός	1 στους 100
Πνεύμονας	1 στους 102
Πάγκρεας	1 στους 196
Κύστη	1 στους 250
Λευχαιμία	1 στους 255
Όλες	1 στους 5

#### *Πιθανότητες αναπτύξεως καρκίνου*

Παρατηρούμε ότι ένας στους 4 άνδρες θα αναπτύξει κατά την διάρκεια της ζωής του κάποια μορφή καρκίνου και πιθανώς θα αποθάνει από αυτήν (όλες οι εντοπίσεις: 1 στους 4). Η διαβάθμιση των μεμονωμένων εντοπίσεων παρουσιάζεται στον σχετικό πίνακα, από τον οποίο καταφαίνεται ότι η συχνότερη εντόπιση καρκίνου στον άνδρα είναι ο βρογχογενής καρκίνος του πνεύμονος και

ακολουθούν αμέσως μετά του δέρματος και του στομάχου. Συχνός είναι ακόμη ο καρκίνος του προστάτου, ενώ είναι σπάνιος ο άλλος αμιγής καρκίνος του άρρενος φύλου, των όρχεων (πιθανότητα αναπτύξεως του πρώτου 1:57 και 1:632 του δευτέρου). Ενδιαφέρον παρουσιάζει ο καρκίνος του δέρματος. Είναι από τους πιο συχνούς (1:39). Παρ' όλα αυτά όμως δεν ανευρίσκεται σ' αυτήν την συχνότητα στις στατιστικές της θνησιμότητας. Ο λόγος είναι απλός ο καρκίνος του δέρματος θεραπεύεται ευτυχώς εύκολα και πλήρως, πράγμα που δεν συμβαίνει ατυχώς με τις άλλες εντοπίσεις της νόσου.

Στον σχετικό πίνακα παρουσιάζεται η πιθανότητα αναπτύξεως καρκίνου γενικώς στα άτομα του θήλεος πληθυσμού κατά την διάρκεια της ζωής τους.

Η προέχουσα εντόπιση καρκίνου στο θήλυ φύλο είναι εκείνη του μαστού (1:20) και επίσης μεγάλη είναι η πιθανότητα αναπτύξεως και των άλλων καρκίνων του θήλεος φύλου, τραχήλου και σώματος της μήτρας και των ωοθηκών.

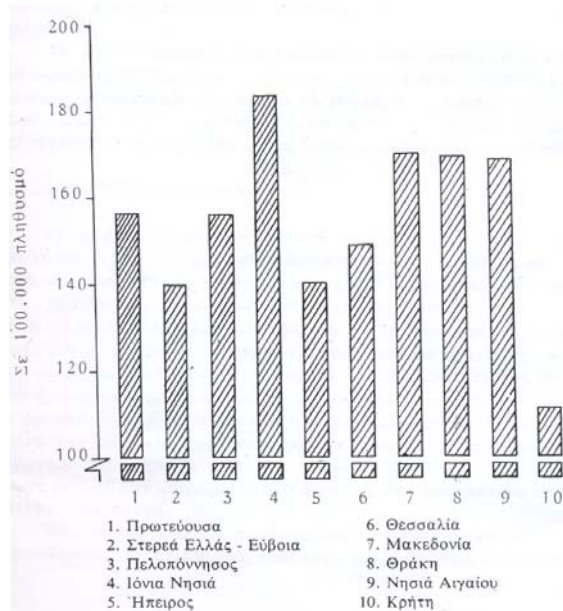
Από τα στοιχεία των δύο πινάκων προκύπτουν πολλά ακόμη ενδιαφέροντα συμπεράσματα. Ο καρκίνος του πνεύμονος π. χ. βρίσκεται σε 7 φορές μικρότερη πιθανότητα αναπτύξεως στις γυναίκες απ' ότι στους άνδρες. Σε μακροχρόνια πάντως εξέλιξη, όπως έχει τονιστεί και προηγουμένως, η εντόπιση αυτή του καρκίνου παρουσιάζει ανιούσα πορεία και στο θήλυ φύλο. Πριν από 40-50 χρόνια ο καρκίνος του πνεύμονος ήταν πολύ πιο σπάνιος στις γυναίκες από ότι είναι σήμερα.

Όσα αναφέρθηκαν πιο πάνω για τον καρκίνο του δέρματος στους άνδρες (συχνότητα - θνησιμότητα) ισχύουν και για τις γυναίκες.

Ενδιαφέρον παρουσιάζει η πιθανότητα αναπτύξεως λευχαιμίας κατ' άτομο στα δύο φύλα. Είναι περίπου η ίδια στους άνδρες και στις γυναίκες (1:211 και 1:225 αντιστοίχως). Η ερμηνεία πρέπει να αναζητηθεί στον κοινό ή τους κοινούς παράγοντες που δρουν στην γένεση της νόσου. Η ελαφρώς πιο αυξημένη πιθανότητα αναπτύξεως λευχαιμίας στους άνδρες μπορεί να εξηγηθεί από την μεγαλύτερη, επαγγελματική συνήθως, έκθεση σε ιονίζουσες ακτινοβολίες. Μακροχρόνιες στατιστικές παρατηρήσεις (Αγγλία, Σουηδία) εμφανίζουν την συχνότητα των λευχαιμιών αυξανόμενη.

## ια. Η γεωγραφική κατανομή της νοσηρότητας και θνησιμότητας από καρκίνο

Πολλοί είναι οι παράγοντες, όπως πολλές φορές έχει τονισθεί σ' αυτό το εγχειρίδιο, οι οποίοι διαμορφώνουν το ύψος της νοσηρότητας και της θνησιμότητας από μία ή περισσότερες παθήσεις στις διάφορες χώρες και τις διάφορες περιοχές μέσα στην ίδια χώρα. Το ίδιο ισχύει και για τα κακοήθη νεοπλασμάτα, τα οποία εμφανίζουν έντονη γεωγραφική μεταβλητότητα της νοσηρότητας και της θνησιμότητάς τους. Το φαινόμενο παρουσιάζεται με στοιχεία θνησιμότητας όλων των μορφών κακοηθών νεοπλασιών στην Ελλάδα. Στο σχετικό διάγραμμα εκτίθεται ο ειδικός συντελεστής θνησιμότητας από καρκίνο σε 100.000 πληθυσμό στο κάθε ένα από τα δέκα γεωγραφικά διαμερίσματα της Ελλάδος. Τα στοιχεία αναφέρονται στο έτος 1976.



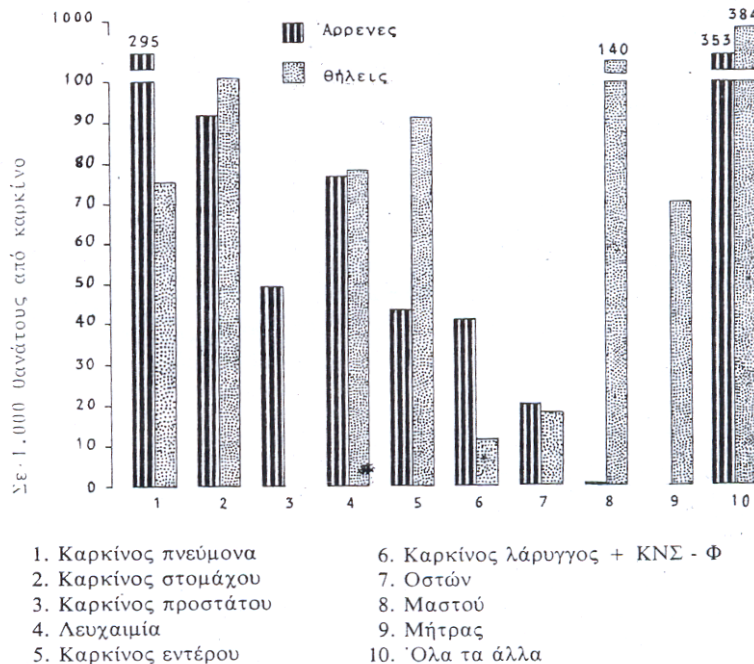
Ειδικός συντελεστής θνησιμότητας από καρκίνο στα δέκα διαμερίσματα της Ελλάδας το 1976.

Το διαφορετικό ύψος της ειδικής από καρκίνο θνησιμότητας στις διάφορες γεωγραφικές περιοχές της Ελλάδος εξαρτάται από πολλά αίτια. Μεταξύ αυτών συγκαταλέγονται η σύνθεση του πληθυσμού κατά φύλο και ηλικία (δημογραφική ωρίμανση), περιβαλλοντικοί καρκινογόνοι παράγοντες, το είδος και η συχνότητα των άλλων νοσημάτων, τα οποία εμμέσως διαμορφώνουν και την θνησιμότητα

του καρκίνου. Μεγάλης σημασίας είναι ακόμη και η επίδραση των δυνατοτήτων θεραπείας του καρκίνου στις διάφορες περιοχές και η σωστή αναγραφή από τους γιατρούς της ορθής αιτίας θανάτου.

### ιβ. Η θνησιμότητα σε συνάρτηση με τις διάφορες εντοπίσεις του καρκίνου

Στο παρατιθέμενο διάγραμμα παρουσιάζεται η αναλογική θνησιμότητα από κάθε εντόπιση του καρκίνου σε σύνολο 1.000 θανάτων από όλες τις μορφές κακοηθών νεοπλασιών. Εκτίθεται έτσι, η σειρά βαρύτητας κάθε εντοπίσεως του καρκίνου, τουλάχιστο στη χώρα μας, όπως προβάλλει μέσα από τα στοιχεία της αναλογικής θνησιμότητας, τα οποία αναφέρονται στο έτος 1976 και προέρχονται από την ΕΣΥΕ.



*Αναλογική θνησιμότητα των διαφόρων εντοπίσεων καρκίνου σε 1.000 θανάτους από καρκίνο κάθε μορφής σε συνάρτηση με το φύλο στην Ελλάδα το 1976.*

Εντυπωσιακή είναι η υψηλή αναλογική θνησιμότητα του καρκίνου του πνεύμονος στους άνδρες. Ένας στους τρεις περίπου καρκινοπαθείς πεθαίνει από Ca του πνεύμονος (295/1.000). Εξάλλου από τα στοιχεία του διαγράμματος καταφαίνεται η παντελής σχεδόν έλλειψη της θνησιμότητας από Ca δέρματος,

πράγμα που τονίσθηκε προηγουμένως. Ενδιαφέρον ακόμη παρουσιάζει το αυτό αναλογικό ποσοστό θανάτων στα δύο φύλα των λευχαιμιών.

Την ίδια περίπου αναλογική θνησιμότητα και στα δύο φύλα, στην ομάδα του καρκίνου, παρουσιάζουν ο καρκίνος του στομάχου και των οστών. Το ίδιο ισχύει και για όλες τις άλλες εντοπίσεις, οι οποίες παραμένουν, όταν αφαιρεθούν οι επώνυμες και πιο συχνές νεοπλασίες. Οι θάνατοι, κατ' επέκταση και η συχνότητα, από καρκίνο των εντέρων είναι περισσότεροι στο θήλυ φύλο. Οι λόγοι του γεγονότος είναι δυσερμήνευτοι. Αντιθέτως, πολύ συχνότερος είναι στο άρρεν φύλο ο καρκίνος του λάρυγγος (κάπνισμα) και της στοματικής κοιλότητας και του φάρυγγος (κάπνισμα οινόπνευμα).

Τα προηγούμενα στοιχεία αναλογικής θνησιμότητας από καρκίνο των διαφόρων εντοπίσεων παραλλάσσουν ολίγο από έτος σε έτος και στα διάφορα γεωγραφικά διαμερίσματα. Οι γενικές όμως διαπιστώσεις παραμένουν οι ίδιες για τα τελευταία έτη, για τα οποία διαθέτομε στοιχεία για την συχνότητα και θνησιμότητα του καρκίνου στον ελληνικό πληθυσμό.

#### **iv. Γενετικοί παράγοντες και καρκίνος**

Η υποψία ότι ο καρκίνος συνιστά αυτός ο ίδιος γενετική διαταραχή των κυττάρων του ατόμου αριθμεί δεκαετίες και διατυπώθηκε για πρώτη φορά από τον Boveri στις αρχές του αιώνα μας. Ποιος όμως είναι ο ειδικός ρόλος των διαφόρων συγκεκριμένων γενετικών παραγόντων είναι ακόμη άγνωστο. Δεν είναι εξάλλου ολίγοι εκείνοι που υποστηρίζουν πως οι διαταραχές που ανακαλύπτονται στο κυτταρικό επίπεδο είναι ίσως αποτέλεσμα και όχι αίτιο. Η άποψη αυτή υποχωρεί συνεχώς. Γεγονός είναι ότι στην χρόνια μυελογενή λευχαιμία ανευρίσκεται συστηματικά το παθολογικό χρωματόσωμα Philadelphia (Ph<sup>1</sup>), στις οξείες μυελογενείς λευχαιμίες συμβαίνουν πολλαπλές χρωματοσωματικές ανωμαλίες και ακόμη ότι στο μηνιγγίωμα έχουμε χρωματοσωματική απουσία 22. Προσβολή ενός μονωογενούς διδύμου από λευχαιμία ακολουθείται σχεδόν κατά κανόνα από προσβολή και του άλλου.

Το θέμα της γενετικής συνθέσεως του ατόμου, των καλουμένων ογκογονιδίων και της επιδράσεώς τους στην καρκινογένεση είναι υπό συνεχή

μελέτη και φαίνεται ότι είναι το πεδίο που υπόσχεται τα περισσότερα ερευνητικά αποτελέσματα στο μέλλον μαζί με τον άλλο, εξ ίσου πρωταρχικής σημασίας ερευνητικό χώρο, την καρκινογόνο δηλαδή δράση των ογκογόνων ιών.

#### **ιδ. Οι περιβαλλοντικοί καρκινογόνοι παράγοντες**

Οι περισσότεροι αιτιολογηθέντες περιβαλλοντικοί καρκινογόνοι παράγοντες παρουσιάζονται στον σχετικό πίνακα.

##### Περιβαλλοντικοί παράγοντες

Καπνός – κάπνισμα	Διαιτητικές συνήθειες
Οινόπνευμα	Ρύπανση της ατμόσφαιρας
Ακτινοβολίες	Ιοί, άλλοι μικροοργανισμοί
Επάγγελμα	Γενετήσια δραστηριότητα και κύηση

Ο καπνός είναι πέρα από κάθε αμφιβολία αίτιο αναπτύξεως καρκίνου του πνεύμονος, παρ' όλον ότι ο ακριβής παθογενετικός μηχανισμός καρκινογένεσεως δεν είναι γνωστός. Ταυτόχρονα συμβάλλει στην αυξημένη συχνότητα του καρκίνου του στοματοφάρυγγος και του οισοφάγου. Η αιτιολογική συσχέτιση μεταξύ καπνού και καρκίνου του οισοφάγου αυξάνει όταν προστεθεί και το οινόπνευμα.

Σε προηγούμενο εδάφιο αναπτύχθηκε η σημασία των ιονιζουσών ακτινοβολιών στην ανάπτυξη λευχαιμιών και αναφέρθηκε η βασική αιτιολογική σημασία ορισμένων καρκινογόνων παραγόντων που συσχετίζονται με το επάγγελμα (βινυλοχλωρίδιο, πολυβινυλοχλωρίδιο, αμίαντος, ουράνιο, χρωστικές της ανιλίνης, υπεριώδης ακτινοβολία, ηλιακή ακτινοβολία - ο καρκίνος του δέρματος στους αγρότες και ναυτικούς είναι αυξημένος και ορισμένα βαρέα μέταλλα και χημικές ενώσεις).

Τις τελευταίες δεκαετίες πληθαίνουν οι ενδείξεις για πιθανή συμμετοχή της ρυπάνσεως της ατμοσφαιρας στον βρογχογενή καρκίνο του πνεύμονος. Η εντόπιση πάντως αυτή είναι πολύ συχνότερη στους καπνιστές τόσο στις αστικές



όσο και στις αγροτικές περιοχές. Η δίαιτα, η πλούσια σε λίπη και φτωχή σε λαχανικά, κυτταρίνη και ξυλώδεις ουσίες των τροφίμων φυτικής προελεύσεως συσχετίζεται αιτιολογικά με τον καρκίνο του παχέος εντέρου και κατά δεύτερο λόγο με τον καρκίνο του μαστού.

Ο καρκίνος του μαστού των ποντικών οφείλεται σε ιό, ιός του Bittner, και αρκετές άλλες νεοπλασίες ζώων και πτηνών έχει αποδειχθεί ότι είναι ιογενούς προελεύσεως. ο πρωτοπαθής καρκίνος του ήπατος είναι εξαιρετικά συχνός στην Αφρική και ΝΑ Ασία λόγω της αφλατοξίνης, τοξικής ουσίας που παράγεται από τον μύκητα *Aspergillus flavus*, ο οποίος αναπτύσσεται στο κακώς συντηρημένο, στο μουχλιασμένο αλεύρι.

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι σχεδόν άγνωστος στις μοναχές και γενικά στις γυναίκες με γενετήσια αποχή, ενώ ο καρκίνος του μαστού είναι πολύ συχνός στις γυναίκες που δεν έχουν αποκτήσει παιδιά.

Οι προηγούμενοι και πολλοί άλλοι εξωγενείς καρκινογόνοι παράγοντες (χημικές ουσίες, φάρμακα, ορμόνες, φυτοφάρμακα, εντομοκτόνα, ζιζανιοκτόνα, ακτινοβολίες) έχουν αιτιολογηθεί κατά καιρούς ότι προκαλούν αναμφισβήτητη διάφορες εντοπίσεις κακοηθών νεοπλασιών, παρ' όλων ότι ο ακριβής παθογενετικός μηχανισμός δεν είναι εισέτι γνωστός.

## **ιε. Καρκίνος και πρόληψη**

Η γνώση ότι ορισμένες μορφές καρκίνου προκαλούνται από εξωγενείς περιβαλλοντικούς παράγοντες επιτρέπει και την εφαρμογή προγραμμάτων πρωτογενούς προλήψεως του καρκίνου.

Η υγιεινολογική διαφώτιση και διαπαιδαγώγηση του πληθυσμού σε θέματα σχετικά με τον καρκίνο είναι βασικής σημασίας για την πρόληψη. Κλασικό παράδειγμα αποτελεί η αδιαμφισβήτητη συσχέτιση μεταξύ καρκίνου του πνεύμονος και του καπνίσματος. Παλαιότερες επιδημιολογικές έρευνες είχαν αποκαλύψει ότι μεγάλο τμήμα του πληθυσμού αγνοούσε αυτόν τον συνδετικό κρίκο.

Η προάσπιση πληθυσμιακών ομάδων από την επίδραση συγκεκριμένων καρκινογόνων παραγόντων, (εργαζόμενοι σε ορυχεία ουρανίου, χειριστές

ραδιενεργών ουσιών, ισοτόπων και εργαζόμενοι σε τόπους πιθανής εκπομπής ακτινοβολίας, εργαζόμενοι σε βιομηχανίες και βιοτεχνίες αζωτοχρωστικών, αμιάντου και άλλων βεβαιωμένων καρκινογόνων) γίνεται με την λήψη ειδικών μέτρων σχετικών με την φύση της εργασίας και τον αιτιολογικό καρκινογόνο παράγοντα.

Τα νομοθετικά μέτρα είναι απαραίτητα για την συμπλήρωση του φάσματος της πρωτοβάθμιας προλήψεως του καρκίνου. Ως παράδειγμα μπορεί να μνημονευθεί η απαγόρευση με νόμο' σε πολλές χώρες της χρήσεως του DDT (διχλωρο-διφαινυλο-τριχλωραιθάνιο), του γνωστού και εξαιρετικά αποτελεσματικού και παλαιότερα σωτηρίου εντομοκτόνου, το οποίο όμως έχει αθροιστική ενέργεια και για το οποίο υπάρχουν βάσιμες υποψίες ότι δρα ως καρκινογόνο.

Η πρόληψη του καρκίνου στον γενικό πληθυσμό ή σε ειδικές πληθυσμιακές ομάδες υψηλού κινδύνου γίνεται ακόμη με την εφαρμογή τακτικών ιατρικών εξετάσεων μαζικού προσυμπτωματικού ελέγχου, όπως π.χ. είναι η σωτήρια μέθοδος κατά Παπανικολάου.

### **Διαφορές φύλου στην επιβίωση από τον καρκίνο**

Σύμφωνα με τα στοιχεία του προγράμματος ITALCARE, που διερευνά τα στοιχεία του αρχείου νεοπλασιών της γειτονικής χώρας, οι γυναίκες με ογκολογικές παθήσεις επιβιώνουν περισσότερο απ' ότι οι άνδρες. Η προφανής εξήγηση είναι ότι ο συχνότερος γυναικείος καρκίνος είναι εκείνος του στήθους, ο οποίος είναι πιο εύκολα και καλύτερα θεραπεύσιμος από τον αντίστοιχο συχνότερο ανδρικό καρκίνο, που είναι αυτός του πνεύμονα.

Αλλά και για όλα τα είδη καρκίνου, συγκρίνοντας τα ίδια στάδια της νόσου, οι ενήλικες γυναίκες είχαν καλύτερη πρόγνωση απ' εκείνη των ανδρών.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3**

### **1. Η Εξέλιξη της θνησιμότητας στην Ελλάδα και την Ευρώπη**

Θνησιμότητα είναι η συχνότητα των θανάτων στον πληθυσμό. Τα στατιστικά στοιχεία για τη θνησιμότητα στην Ελλάδα και στις περισσότερες χώρες παρουσιάζουν σφάλματα που τα πιο συνήθη είναι: διαφυγές βρεφικών θανάτων, εσφαλμένη δήλωση της ηλικίας των θανόντων, εσφαλμένη δήλωση της αιτίας θανάτου, καταγραφή θανάτων των οποίων η αιτία δεν έχει δηλωθεί.

#### **1.1 Η Μέτρηση της θνησιμότητας**

Για τη μέτρηση της θνησιμότητας εκτός από τον αριθμό των θανάτων χρησιμοποιούνται διάφοροι δείκτες όπως το Ακαθάριστο Ποσοστό Θνησιμότητας, η προσδοκώμενη ζωή, τα ειδικά ποσοστά θνησιμότητας κατά φύλο, ηλικία, αιτία θανάτου κλπ.

#### **A. Ο αριθμός των θανάτων και το Ακαθάριστο Ποσοστό θνησιμότητας(A.Π.Θ.)**

Στην Ελλάδα οι θάνατοι από 56 χιλιάδες το 1953 αυξήθηκαν σε 98 χιλιάδες το 1992. (Πίνακας 3).

Το Ακαθάριστο Ποσοστό Θνησιμότητας, δηλαδή ο αριθμός των θανάτων σε χίλιους κατοίκους (ανεξαρτήτως φύλου και ηλικίας) ακολούθησε ανοδική πορεία στη μεταπολεμική περίοδο. Στη δεκαετία του 1950 ήταν 7‰ ενώ στην περίοδο 1980-1992 κυμαίνεται γύρω από το 9‰ (Πίνακας 3). Δεν πρόκειται όμως για αύξηση της θνησιμότητας αλλά για «πλασματική» άνοδο του δείκτη γενικής θνησιμότητας. Η αύξηση του δείκτη αντανακλά τη γήρανση του πληθυσμού της χώρας. Ο δείκτης αυτός επηρεάζεται άμεσα από την κατά ηλικία σύνθεση του πληθυσμού και είναι υψηλός στις χώρες όπου ο πληθυσμός παρουσιάζει προχωρημένη γήρανση. Για το λόγο αυτό δεν αποδίδει με ακρίβεια τις δυνάμεις φθοράς που επικρατούν τη συγκεκριμένη περίοδο στους ανθρώπινους πληθυσμούς.

Μελέτη έδειξε ότι οι Έλληνες που είχαν τη μικρότερη γενική θνησιμότητα

στην Ευρώπη το 1970-1974 υποχώρησαν στη δεύτερη θέση το 1980-84 και προβλέπεται ότι θα κατέχουν την τρίτη θέση το 2000. Η σύγκριση των δεικτών γενικής θνησιμότητας των δύο φύλων δείχνει ότι η γενική θνησιμότητα των ανδρών ήταν κατά 40% μεγαλύτερη από την αντίστοιχη των γυναικών της ίδιας ηλικίας και ότι η διαφορά αυτή προβλέπεται να αυξηθεί σε 50% το έτος 2000.

Δυστυχώς δεν υπάρχουν στοιχεία θνησιμότητας και νοσηρότητας κατά κοινωνικο-οικονομική επαγγελματική κατάσταση του πληθυσμού.

## **B) Η εξέλιξη της προσδοκώμενης ζωής**

Αν και το Α.Π.Θ. υπολογίζεται με αρκετή ακρίβεια(σε αντίθεση με άλλους δείκτες) το πιο ενδιαφέρον μέσο μέτρησης της θνησιμότητας απαρτίζουν οι πίνακες επιβίωσης, μία από τις στήλες των οποίων, η προσδοκώμενη ζωή, αντανακλά τα επίπεδα θνησιμότητας. Ο δείκτης της προσδοκώμενης ζωής, δηλαδή ο αριθμός των ετών που κατά μέσο όρο ελπίζεται να ζήσουν άτομα ορισμένης ηλικίας, επιτρέπει καλύτερες συγκρίσεις από το Ακαθάριστο Ποσοστό Θνησιμότητας, διότι εξαλείφει τις διαφορές από τη διάρθρωση του πληθυσμού κατά ηλικίες. Συνηθέστερο μέσο διεθνών συγκρίσεων είναι η προσδοκώμενη ζωή κατά τη γέννηση.

Σύμφωνα με τα διαθέσιμα στοιχεία η βελτίωση των συνθηκών θνησιμότητας του ελληνικού πληθυσμού κατά την περίοδο 1928-1991 ήταν θεαματική. Η προσδοκώμενη ζωή κατά τη γέννηση αυξήθηκε για τους άνδρες από 44,9 χρόνια που ήταν το 1928 σε 74,6 χρόνια το 1991 και για τις γυναίκες από 47,5 σε 79,8 χρόνια αντίστοιχα.

Η προσδοκώμενη ζωή των γυναικών είναι μεγαλύτερη από εκείνη των ανδρών (υποδηλώνοντας έτσι μικρότερο επίπεδο θνησιμότητας στις γυναίκες) και μάλιστα το κέρδος της προσδοκώμενης ζωής σε χρόνια μεταξύ των ετών 1928 και 1991 (Βλ-Πίνακα 10) ήταν σαφώς μεγαλύτερο στο γυναικείο πληθυσμό. Αποτέλεσμα αυτών των τάσεων είναι η διεύρυνση διαχρονικά, της διαφοράς μακροβιότητας μεταξύ των φύλων, πράγμα άλλωστε που έχει παρατηρηθεί και σε άλλους πληθυσμούς με παρόμοιες συνθήκες διαβίωσης.

Εντυπωσιακή υπήρξε στην τελευταία τριακονταετία η άνοδος της

προσδοκώμενης ζωής κατά τη γέννηση. Το 1960 η προσδοκώμενη ζωή ανερχόταν σε 67,3 για τους άνδρες και 72,7 για τις γυναίκες κατά μέσο όρο στην Ευρώπη των 12. Τριάντα χρόνια αργότερα (1990) οι άνδρες έχουν κερδίσει 5,5 (Eo=72,8) χρόνια ζωής και οι γυναίκες 6,7 (Eo 74,9). Το άνοιγμα ανάμεσα στα δύο φύλα διευρύνθηκε ακόμα περισσότερο. Στην Ελλάδα το 1960 είχαμε αντίστοιχα 67,3 και 72,4 έτη προσδοκώμενης ζωής για άνδρες και γυναίκες ενώ το 1990 οι Έλληνες ζουν κατά μέσο όρο 74,5 έτη και οι Ελληνίδες 79,5. Η διαφορά ανάμεσα στα δύο φύλα αυξήθηκε από 3,1 σε 5,0 χρόνια στην ίδια περίοδο. Το γεγονός αυτό σημαίνει ότι σήμερα υπάρχουν περισσότερα άτομα που φτάνουν στην ηλικία των 70,80 και 90 ή πάνω χρόνων (βλ. Παράρτημα II πίνακα 12).

Τα τελευταία στοιχεία δείχνουν ότι ο ελληνικός πληθυσμός κατέχει μία από τις καλύτερες θέσεις σε ότι αφορά την προσδοκώμενη ζωή κατά τη γέννηση όχι μόνο ανάμεσα στις 12 χώρες της ΕΟΚ όπου οι Έλληνες άνδρες κατέχουν την πρώτη θέση και οι Ελληνίδες την πέμπτη. Η προσδοκώμενη ζωή ανδρών στην χώρα μας είναι από τις καλύτερες στην Ευρώπη, ανάλογη εκείνης των Σκανδιναβικών χωρών που έχουν επίσης υψηλούς δείκτες αλλά είναι υψηλότερου βαθμού οικονομικής και κοινωνικής ανάπτυξης και έχουν καλύτερες συνθήκες υγιεινής. Οι μόνοι Ευρωπαίοι που παρουσιάζουν κάπως υψηλότερη προσδοκώμενη ζωή από τους Έλληνες είναι οι Ισλανδοί. Οι Ελληνίδες δεν είναι εξ ίσου προνομιούχες στον Ευρωπαϊκό χώρο. Η προσδοκώμενη ζωή στις Σκανδιναβικές χώρες, στη Γαλλία, Ολλανδία και Ισπανία είναι υψηλότερη κατά 1-2 χρόνια. Η Ελλάδα τοποθετείται άνω του μέσου κοινοτικού όρου. Τα κέρδη σε έτη ζωής τόσο για τους άνδρες όσο και για τις γυναίκες είναι σαφώς σημαντικότερα από αυτά της Ευρώπης των 12 και αυτό παρά τις ελλείψεις και την υστέρηση τόσο στον τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας όσο και σ' αυτόν της προληπτικής ιατρικής. Συγκρίνοντας τη χώρα μας με την προσδοκώμενη ζωή κατά τη γέννηση των άλλων μεσογειακών χωρών της Κοινότητας (Ιταλία, Ισπανία, Πορτογαλία) διαπιστώνεται ότι οι Έλληνες ζουν περισσότερα χρόνια από τους Ιταλούς, τους Ισπανούς και Πορτογάλους, οι Ελληνίδες όμως λιγότερα έτη από τις Ιταλίδες και Ισπανίδες. Έλληνες και Ελληνίδες εμφανίζουν

προσδοκώμενη ζωή αισθητά υψηλότερη από εκείνη των χωρών της Ανατολικής Ευρώπης και των όμορων της Ελλάδας χωρών.

Η άνοδος της μέσης προσδοκώμενης ζωής κατά τη γέννηση οφείλεται κυρίως στα κέρδη στις μικρές ηλικίες, στη σημαντική βελτίωση του δείκτη βρεφικής θνησιμότητας από τις αρχές της δεκαετίας του 1960. Το κέρδος είναι σημαντικά μικρότερο στις ηλικίες 60 και άνω. Οι έλληνες με 60 συμπληρωμένα έτη μπορούσαν να ελπίζουν σε 16,9 έτη ζωής ακόμα το 1960 και σε 19,4 το 1991 (+2,5) οι δε Ελληνίδες σε 18,5 και 22,4 έτη ζωής αντίστοιχα (+3,9).

Πίνακας 10								
Εξέλιξη της προσδοκώμενης ζωής στην Ελλάδα 1928-1991								
Προσδοκώμενη ζωή κατά τη γέννηση στα 60 και στα 65 και στα 75 χρόνια								
Έτη	Κατά τη γέννηση		60 ετών		65 ετών		75 ετών	
1928	44,95	47,46	14,93	17,32	11,94	13,89	7,14	8,14
1960	67,30	70,42	16,88	18,59	13,37	14,77	7,69	8,45
1970	70,13	73,64	17,54	19,33	13,87	15,29	7,91	8,39
1980	42,15	76,35	18,17	20,63	14,59	16,69	8,84	10,32
1985	72,6	77,6	18,2	21,1	14,5	16,9	8,4	9,4
1990	74,5	79,5	19,3	22,4	15,6	18,1	9,3	10,5
1991	74,6	79,8	19,4	22,4	15,7	18,1	9,5	10,6

## 1.2 Η Διαφορική θνησιμότητα

Η θνησιμότητα σε όλες τις χώρες διαφέρει ανάλογα με την ηλικία, τις περιοχές και την αιτία θανάτου.

### A. Οι γεωγραφικές ανισότητες της θνησιμότητας

Στην Ελλάδα η θνησιμότητα είναι μεγαλύτερη στις μη αστικές (ημιαστικές και αγροτικές) περιοχές παρά στις αστικές. Επομένως η προσδοκώμενη ζωή είναι ανώτερη στις αστικές περιοχές. Η υψηλότερη θνησιμότητα των ημιαστικών

και αγροτικών περιοχών συνδέεται με το χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο, με μικρότερη ιατρική και φαρμακευτική περίθαλψη και με μικρότερο εισόδημα.<sup>8</sup>

Το 1960 όταν το Α.Π.Θ. στο σύνολο της χώρας ήταν 7,3% στις μη αστικές περιοχές ανερχόταν σε 7,7% και στις αστικές 6,7%. Το 1989 τα ποσοστά ήταν 9,2% για τις ημιαστικές, 12,0% για τις αγροτικές και 7,4% για τις αστικές περιοχές.

Εκτιμήσεις πινάκων επιβίωσης σε περιφερειακό επίπεδο για την περίοδο 1961-1981 έχουν δείξει ότι από τη μείωση της θνησιμότητας που σημειώθηκε στον ελλαδικό χώρο, επωφελήθηκαν όλα τα διαμερίσματα της χώρας και μάλιστα κατά τέτοιο τρόπο ώστε να περιορίζονται βαθμιαία οι μεταξύ τους διαφοροποιήσεις στο επίπεδο της προσδοκώμενης ζωής κατά τη γέννηση. ,οι περισσότεροι ευνοϊκές συνθήκες διαβίωσης παρατηρούνται στην Κρήτη, τη Στερεά και την Εύβοια, στην Ήπειρο και Νησιά του Αιγαίου ενώ σχετικά δυσμενέστερες στη Θράκη. Στα υπόλοιπα διαμερίσματα η θνησιμότητα εντάσσεται σε ενδιάμεσα επίπεδα. Σε όλα τα γεωγραφικά διαμερίσματα η διαφορά μακροβιότητας μεταξύ των φύλων βαθμιαία αυξάνεται, όπως και για το συνολικό πληθυσμό της χώρας. Οι συνθήκες επιβίωσης του πληθυσμού προοδευτικά βελτιώνονται και οι γεωγραφικές διαφοροποιήσεις τους περιορίζονται συνεχώς. Στις μεγαλύτερες ηλικίες οι συνθήκες επιβίωσης διαφοροποιούνται μεταξύ των διαμερισμάτων λιγότερο έντονα από ότι στις μικρότερες ηλικίες ενώ η βρεφική θνησιμότητα ευθύνεται κυρίως για τις υπάρχουσες περιφερειακές αποκλίσεις του επιπέδου προσδοκώμενης ζωής κατά τη γέννηση.

Η βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης είναι εμφανής σε όλα τα διαμερίσματα του ελληνικού χώρου.

## **B. Οι Θνησιμότητα κατά Αιτία Θανάτου**

Οι συνθήκες θνησιμότητας του Ελληνικού πληθυσμού έχουν βελτιωθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια τόσο σε εθνικό όσο και σε περιφερειακό επίπεδο. Όμως παρατηρείται διαχρονικά μία επιβάρυνση από χρόνιες παθήσεις και κυρίως νεοπλασίες και αγγειο-καρδιακά νοσήματα. Τα ευρήματα αυτά

συμφωνούν με τα διεθνή δεδομένα της θνησιμότητας των αναπτυσσόμενων χωρών. Οι αιτίες θανάτου μεταβλήθηκαν σημαντικά κατά τη μεταπολεμική περίοδο: συγκεκριμένα παρουσιάζουν αύξηση, τα καρδιαγγειακά νοσήματα, τα νεοπλασμάτα και τα ατυχήματα και μειώνονται οι λοιμώδεις ασθένειες (φυματίωση, πολυομυελίτιδα, ιλαρά κλπ

Μελέτη για τη γήρανση στις αναπτυσσόμενες χώρες έδειξε ότι ακόμα και στις χώρες αυτές η φύση της ασθένειας αλλάζει από τις λοιμώδεις στις χρόνιες. Οι καρδιαγγειακές παθήσεις αποτελούν την κύρια αιτία θανάτου σε 31 χώρες της Λ. Αμερικής και Καραϊβικής.

Μελέτη για την Ελλάδα απέδειξε ότι το γενικό επίπεδο θνησιμότητας παρουσίασε μεταξύ των ετών 1965-1969 και 1980-1984 μείωση κατά 14% για τους άνδρες και 20% για τις γυναίκες. Η μεγαλύτερη μείωση παρουσιάστηκε στη θνησιμότητα από τα λοιμώδη νοσήματα (70%) ενώ αξιοσημείωτη είναι η αύξηση που παρατηρήθηκε στο ίδιο χρονικό διάστημα στη θνησιμότητα από νεοπλασμάτα (15,5% στους άνδρες και περίπου 8% στις γυναίκες) και από τα νοσήματα του κυκλοφορικού (περίπου 18% και 7% αντίστοιχα). Σε γενικές γραμμές παρατηρείται ότι η θνησιμότητα από αιτίες που παρουσίασαν κάμψη μειώθηκε αναλογικά περισσότερο στις γυναίκες απ' ότι στους άνδρες με συνέπεια τη διεύρυνση της διαφορικής κατά φύλο θνησιμότητας. Η θνησιμότητα του ελληνικού πληθυσμού φαίνεται ότι ακολουθεί – περιφερειακά και διαχρονικά – τα πρότυπα άλλων δυτικό-ευρωπαϊκών χωρών, που είναι συνδεδεμένα με τις επικρατούσες συνθήκες κοινωνικο-οικονομικής ανάπτυξης αλλά και με το σύγχρονο τρόπο ζωής. Η μετατόπιση του κύριου βάρους της θνησιμότητας από τα οξέα και τα λοιμώδη νοσήματα (που πλήττουν περισσότερο το νεανικό πληθυσμό) στα χρόνια νοσήματα (που πλήττουν περισσότερο τις μεγαλύτερες ηλικίες) είχε ως αποτέλεσμα την αύξηση της μέσης ηλικίας κατά το θάνατο στην περίοδο 1960-1985 κατά 13 περίπου χρόνια.

Μελέτη για το 1986 έδειξε ότι οι κυριότερες αιτίες θανάτου του ελληνικού πληθυσμού είναι τα νοσήματα του κυκλοφορικού (50% του συνολικού αριθμού των θανάτων) οι κακοήθεις νεοπλασίες (21%) τα ατυχήματα (5%) και τα νοσήματα του αναπνευστικού συστήματος (5%). Οι δείκτες θνησιμότητας είναι



στην Ελλάδα χαμηλότεροι συγκριτικά με άλλες ευρωπαϊκές χώρες (εκτός από τα ατυχήματα). Η ευνοϊκή θέση της Ελλάδας στη γενική θνησιμότητα οφείλεται στους χαμηλούς δείκτες θνησιμότητας από ισχαιμική νόσο του μυοκαρδίου και από ορισμένα κακοήθη νεοπλασμάτα.

Αντίθετα σχετικά αυξημένη είναι η θνησιμότητα στη χώρα μας από καρκίνο του πνεύμονα, γεγονός που αντανακλά την αυξημένη συχνότητα καπνίσματος ιδίως στους άνδρες και η θνησιμότητα από αγγειακά νοσήματα του κεντρικού νευρικού συστήματος.

Οι περισσότερες αιτίες θανάτου εμφανίζουν κάποια εποχικότητα. Κατά τους χειμερινούς μήνες παρουσιάζεται έξαρση στη θνησιμότητα από νόσους του κυκλοφορικού και αναπνευστικού συστήματος, από ψυχικές διαταραχές και σε μικρότερο βαθμό από αιτίες του πεπτικού συστήματος, ενώ η θνησιμότητα από τροχαία ατυχήματα εμφανίζεται ιδιαίτερα αυξημένη στην περίοδο Ιουλίου έως Οκτωβρίου. Τα νεοπλασμάτα και τα λοιμώδη νοσήματα δεν φαίνεται να παρουσιάζουν ιδιαίτερες εποχικές κυμάνσεις.

Η έκθεση της Ελλάδας στην Ευρωπαϊκή Συνδιάσκεψη Πληθυσμού το 1993 αναφέρει ότι οι πέντε πρώτες αιτίες θανάτου στην Ελλάδα ήταν το 1990 κατά σειρά σπουδαιότητας οι καρδιοπάθειες, τα κακοήθη νεοπλασμάτα, οι νόσοι των εγκεφαλικών αγγείων, οι ασθένειες του αναπνευστικού συστήματος και τα ατυχήματα. Το 1980 η σειρά ήταν κάπως διαφορετική: Τα εγκεφαλικά επεισόδια κατείχαν τη δεύτερη θέση, και οι καρκίνοι την πρώτη.

Οι κύριες αιτίες θανάτου το 1992 ήταν τα νοσήματα καρδιακών και αγγειακών παθήσεων με συντελεστή 461,6 θανάτους ετησίως σε 100 χιλιάδες κατοίκους, τα κακοήθη νεοπλασμάτα έρχονται σε δεύτερη θέση με συντελεστή 198,5 θανάτους. Στη συνέχεια ακολουθούν άλλες ομάδες μεταξύ των οποίων τα νοσήματα του αναπνευστικού συστήματος, με συντελεστή 49,9 θανάτους, και τα ατυχήματα τα οποία παρουσιάζουν έξαρση κυρίως τα τροχαία ατυχήματα τα οποία πλήττουν τους νέους σε μεγαλύτερη αναλογία και προκαλούν μεγάλο αριθμό θανάτων με συντελεστή 34,5 θανάτους σε 100 χιλιάδες κατοίκους 17 (Βλ. Πίνακα 11).

<b>Πίνακας 11</b> <b>Ειδική θνησιμότητα στην Ελλάδα κατά αιτία θανάτου 1960-1992</b> <b>(θάνατοι επί 100.000 κατοίκων – Πέντε κύριες ομάδες αιτιών).</b>								
Αιτίες θανάτου	1960	1965	1970	1975	1980	1985	1990	1992
Λοιμώδη νοσήματα	33,5	20,4	22,7	14,5	8,6	6,8	6,2	6,5
Νεοπλασμάτα	107,6	125,7	141,7	158,8	168,4	184,3	192,5	198,5
Αγγειο-καρδιακά	194,1	241,5	289,9	325,4	387,4	437,1	479,0	461,6
Αναπνευστικού συστήματος	47,8	56,9	90,1	73,4	67,9	55,5	48,2	49,9
Βίαιοι θάνατοι	35,8	41,1	44,6	47,0	48,7	49,3	49,8	39,1
Εξ ων: ατυχήματα	6,9	10,6	13,0	16,8	17,6	21,7	21,3	34,5
Πηγή 1960-1990: Γ. Σιάμπος, «Η δημογραφική κατάσταση στην Ελλάδα», ΙΑΔΗΠ, <b>Ετήσια Έκθεση (1990)</b> <b>για τη δημογραφική κατάσταση στην Ελλάδα</b> , Αθήνα, 1991, σελ. 20. 1992: ΕΣΥΕ, Διεύθυνση Πληθυσμού, Τμήμα Φυσικής Κίνησης Πληθυσμού								

Γίνεται φανερή η σημασία των νεοπλασμάτων και των νόσων του κυκλοφορικού συστήματος στη θνησιμότητα του ελληνικού πληθυσμού. Ο ρόλος της θνησιμότητας από εξωτερικές κακώσεις αυξάνεται επίσης διαχρονικά. Από την άλλη πλευρά η επιβάρυνση από λοιμώδη νοσήματα και νοσήματα του αναπνευστικού όχι μόνο είναι σχετικά περιορισμένη σε έκταση αλλά και σταδιακά μειώνεται. Τα παραπάνω αποτελέσματα συμβαδίζουν με τα διεθνώς παρατηρούμενα στις αναπτυσσόμενες χώρες.

Ανησυχία προκαλεί η αύξηση των τροχαίων ατυχημάτων που πλήττουν κυρίως τους νέους σε μεγαλύτερη αναλογία και προκαλούν σημαντικό αριθμό θανάτων με συντελεστή 34,5 θανάτους σε 100.000 κατοίκους το 1992 (έναντι 6,9 το 1960) και πολλαπλάσιο αριθμό αναπηριών. Τα τελευταία χρόνια σημείωσε αισθητή αύξηση η θνησιμότητα των νέων ανθρώπων που είναι συνδεδεμένη με τα διάφορα ατυχήματα, τη βία, τη χρήση ναρκωτικών. Οι 46 στους 100 θανάτους ανδρών και οι 29 στους 100 θανάτους γυναικών ηλικίας 15-24 ετών οφείλονται μόνο σε τροχαία ατυχήματα.

Σε μελέτη του Συμβουλίου της Ευρώπης εξετάστηκαν τα αίτια των τροχαίων ατυχημάτων που διακρίνονται σε εκείνα που αφορούν α) τους οδηγούς (παραβίαση προτεραιότητας, υπερβολική ταχύτητα, αντικανονικό προσπέρασμα,

έλλειψη απόστασης ασφάλειας, αντικανονική αλλαγή πορείας, απουσία ή μη κανονική χρήση ζώνης ασφάλειας) β) τους επιβάτες και τους πεζούς (άνοδος ή κάθοδος όταν το όχημα κινείται, αντικανονικό βάδισμα) γ) τα οχήματα (έλλειψη φώτων, βλάβη φρένων, ελαττωματικοί τροχοί) δ) τους δρόμους και τις καιρικές συνθήκες.

Ελληνική μελέτη για την περίοδο 1974-1983 έδειξε ότι τα θύματα των τροχαίων ατυχημάτων της δεκαετίας ήταν 12.402 νεκροί, 39.487 βαριά τραυματισμένοι και 212,491 ελαφρά τραυματισμένοι και ότι οι νεκροί αυξάνονται με μέσο ετήσιο ρυθμό 5,5% το χρόνο και οι βαριά τραυματισμένοι με 7,7%. Η δεκαετία αυτή χαρακτηρίστηκε σαν «δεκαετία μεγάλων απωλειών σε τροχαία» λόγω αύξησης της κυκλοφορίας των αυτοκινήτων και αύξησης των ταχυτήτων. Οι νεκροί αυξήθηκαν κατά 67% και οι τραυματίες κατά 100%. Το κόστος σε υλικές ζημιές, ιατρικά και διοικητικά έξοδα, απώλεια παραγωγής και το γενικότερο κοινωνικό κόστος δεν είναι δυνατό να υπολογιστούν. Μια συγκριτική μελέτη μεταξύ διαφόρων χωρών έδειξε ότι σαν κόστος τροχαίων η Ελλάδα κρατάει τα πρωτεία συγκρινόμενη με χώρες όπως η Αυστρία, η Βρετανία, η Σουηδία οι Η.Π.Α. κλπ. Υπολογίστηκε για το 1985 ότι το συνολικό κόστος των τροχαίων ατυχημάτων για την εθνική οικονομία ήταν 55 δισεκ. δρχ. δηλ. το 1,6% του καθαρού εθνικού εισοδήματος της χώρας.

Ενώ στις περισσότερες χώρες της ΕΟΚ παρατηρήθηκε στην περίοδο 1980-1990 μείωση της θνησιμότητας από τροχαία ατυχήματα, η οποία οφείλεται στους επιβληθέντες αυστηρούς ελέγχους που αναφέρονται στη ρύθμιση και την ταχύτητα της κυκλοφορίας, την εμπειριστατωμένη εξέταση των οχημάτων κλπ. στην Ελλάδα σημειώθηκε αύξηση στους θανάτους των ανδρών από 1303 σε 1686 και των γυναικών από 395 σε 561.

Στην Ευρωπαϊκή Κοινότητα οι καρδιακές παθήσεις και ο καρκίνος παραμένουν οι σοβαρότερες αιτίες θανάτου παρόλο που οι ιατρικές δυνατότητες και το επίπεδο ζωής βελτιώνονται καθημερινά. Οι ασθένειες της καρδιάς και του κυκλοφορικού συστήματος ευθύνονται για το 43,5% των θανάτων. Τα ποσοστά θανάτων από καρκίνο του πνεύμονος, του στήθους και του τραχήλου είναι ιδιαίτερα υψηλά στις βόρειες χώρες.

Το 1990 είχε διαγνωστεί AIDS στην Ελλάδα σε 271 άνδρες και σε 30 γυναίκες. Ένα μεγάλο ποσοστό των θυμάτων της θανατηφόρας ασθένειας αποτελούν άνδρες ομοφυλόφιλοι ή αμφισεξουαλικοί, αρκετοί είναι χρήστες ναρκωτικών και σε λίγες περιπτώσεις διαπιστώθηκε μετάδοση του ιού με ετεροφυλοφιλικό έρωτα. Μέχρι τις 31-3-93 είχαν δηλωθεί 757 περιπτώσεις ασθενών με AIDS (670 άνδρες και 87 γυναίκες) το 51% είχαν δηλώσει ομοαμφιφυλοφιλικές σχέσεις ενώ το ποσοστό τοξικομανών ήταν πολύ χαμηλό (4,1%). Οι περισσότερες περιπτώσεις AIDS σημειώθηκαν στη Γαλλία (8178 άνδρες και 2375 γυναίκες) ενώ ακολουθεί η Δανία (9354 και 1157 αντίστοιχα). Η Ελλάδα παραμένει ανάμεσα στις χώρες της Ε.Ο.Κ. η χώρα με το μικρότερο αριθμό κρουσμάτων σε σχέση με τον πληθυσμό. Τα σχετικά στοιχεία για το AIDS δεν θεωρούνται αξιόπιστα διότι φαίνεται ότι οι Έλληνες που πάσχουν από AIDS πηγαίνουν σε ιδιώτες γιατρούς ή στο εξωτερικό και ο αριθμός που δείχνουν οι στατιστικές δεν ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα. Είναι πιθανό η επιδημία του AIDS να συμβάλλει στην επιβράδυνση της αύξησης της προσδοκώμενης ζωής στις Ευρωπαϊκές κοινωνίες στο μέλλον.

Στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης οι αυτοκτονίες δεν είναι συχνές. Το 1990 αυτοκτόνησαν στις 12 χώρες της ΕΟΚ 30862 άνδρες και 12746 γυναίκες. Η μεγαλύτερη συχνότητα παρατηρείται στη Δανία, Γαλλία και Βέλγιο και η μικρότερη στην Ελλάδα και Ισπανία.

Οι εμπειρογνώμονες πιστεύουν ότι το μέλλον είναι πιθανή μία αύξηση της προσδοκώμενης ζωής στις αναπτυγμένες χώρες αλλά θα χρειάζεται περισσότερος χρόνος από ότι στο παρελθόν για να αυξηθεί η προσδοκώμενη ζωή κατά ένα χρόνο.

### **1.3 Η Θνησιμότητα κατά Ηλικίες**

#### **A. Η Βρεφική Θνησιμότητα**

Η βρεφική θνησιμότητα, δηλαδή οι θάνατοι βρεφών κάτω του έτους σε χίλιες γεννήσεις ζωντανών παιδιών, αποτελεί τον πιο ευαίσθητο δείκτη του επιπέδου υγείας ενός λαού και του πολιτισμικού και κοινωνικο-οικονομικού του

επιπέδου. Η μακροχρόνια πορεία της αποτελεί αδιάψευστη μαρτυρία εφαρμογής ή μη μέτρων υγιεινής και προληπτικής ιατρικής σε μία χώρα.

Η βρεφική θνησιμότητα παρουσιάζει ενδιαφέρον από δημογραφική βιολογική και κοινωνικο-οικονομική πλευρά. Το χαρακτηριστικό της γνώρισμα είναι ότι είναι σχετικά υψηλή (ιδίως στις αναπτυσσόμενες χώρες και γενικά στις λιγότερο αναπτυγμένες περιοχές). Όμως, διαχρονικά έχει παρουσιάσει θεαματική βελτίωση όχι μόνο στις χώρες της ΕΟΚ (Βλ. Παράρτημα 11 Πίνακα 13) αλλά σε όλους τους πληθυσμούς.

Τα στατιστικά στοιχεία βρεφικών θανάτων θεωρούνται μειωμένης αξιοπιστίας λόγω διαφυγών που παρουσιάζονται στις ληξιαρχικές καταγραφές, ιδιαίτερα σε ορισμένες περιφέρειες (Θράκη, Ανατολική Στερεά και Νήσοι).

Το χαρακτηριστικό γνώρισμα της βρεφικής θνησιμότητας είναι ότι είναι υψηλή στις αναπτυσσόμενες χώρες, όπου σύμφωνα με στοιχεία της UNESCO ένα εκατομμύριο παιδιά πεθαίνουν το χρόνο από την πείνα και τις απαράδεκτες συνθήκες διαβίωσης. Στα 230 παιδιά που γεννιούνται κάθε λεπτό τα 23 πεθαίνουν αμέσως και τα 9 πριν κλείσουν τα 5 τους χρόνια. Τα στοιχεία του Συμβουλίου της Ευρώπης δείχνουν ότι η βρεφική θνησιμότητα το 1989-1990 έχει φτάσει σε χαμηλά επίπεδα κάτω του 10% στις χώρες της Βόρειας και Δυτικής Ευρώπης ενώ στις χώρες της Ανατολικής Ευρώπης κυμαίνεται από 11-27%.

Στην Ελλάδα στη μεταπολεμική περίοδο η βρεφική θνησιμότητα σημείωσε κατιούσα πορεία και μεγάλη μείωση από 43,3% το 1951 σε 17,9% το 1980 και σε 9,7% το 1990 ποσοστό που είναι ανάλογο με εκείνο των αναπτυγμένων χωρών στην αρχή της δεκαετίας του 1970. Αν και σημειώθηκε θεαματική πρόοδος υπάρχουν ακόμα περιθώρια βελτίωσης ώστε να προσεγγίσουν τους δείκτες βρεφικής θνησιμότητας σε πολλές αναπτυγμένες χώρες.

Εκτός από τη βρεφική θνησιμότητα (θάνατοι βρεφών κάτω του έτους σε γεννήσεις 1000 ζωντανών παιδιών) οι δημογράφοι και άλλοι επιστήμονες υπολογίζουν:

α) την **περιγεννητική θνησιμότητα** που εκφράζει τους θανάτους βρεφών που συμβαίνουν μετά την 28η εβδομάδα της εγκυμοσύνης έως και την 1η εβδομάδα της ζωής του νεογνού. Η χώρα μας κατέχει τον υψηλότερο δείκτη

περιγεννητικής θνησιμότητας ανάμεσα σε όλες τις χώρες της ΕΟΚ (βλ. Παράρτημα II Πίνακα 13).

β) τη **νεογνική θνησιμότητα** που εκφράζει τους θανάτους των νεογνών που γεννήθηκαν ζωντανά στη διάρκεια του πρώτου μήνα μετά τον τοκετό, δηλαδή τους θανάτους βρεφών μέχρι 30 ημερών. Η περιγεννητική και η νεογνική θνησιμότητα είναι δείκτες που δίνουν το μέτρο της ποσοτικής και ποιοτικής επάρκειας των μαιευτικών και παιδιατρικών υπηρεσιών μιας χώρας και σχετίζονται με την προωρότητα και την υγεία της μητέρας, την εγκυμοσύνη και τον τοκετό. Στην Ελλάδα ειδικά ιατρικά κέντρα άρχισαν να οργανώνονται στη δεκαετία του 1970 στα μεγάλα αστικά κέντρα όπου ακόμα και το 1994 είναι ανεπαρκή για την κάλυψη των αναγκών, ενώ είναι ανύπαρκτα στις αγροτικές περιοχές και σε ορισμένες περιφέρειες της χώρας. Εξ αιτίας όμως των ελλείπων καταγραφών οι στατιστικές δείχνουν ότι η νεογνική θνησιμότητα εξακολουθεί να βρίσκεται σε υψηλά επίπεδα στον αστικό πληθυσμό ενώ στον αγροτικό φαίνεται να είναι χαμηλότερη.

γ) τη **μετανεογνική (ή όψιμη βρεφική) θνησιμότητα** (θάνατοι βρεφών μετά τον πρώτο μήνα και μέχρι το τέλος του πρώτου χρόνου (δηλαδή από την 30ή ως την 365η ημέρα από τη γέννησή τους) που επηρεάζεται από το περιβάλλον του βρέφους, από το μορφωτικό και οικονομικό επίπεδο των γονέων και ιδιαίτερα της μητέρας, από την ιατρική παρακολούθηση κλπ., Στην χώρα μας η μείωση της βρεφικής θνησιμότητας οφείλεται κυρίως στη μείωση της μετανεογνικής παρά της νεογνικής θνησιμότητας.

Παρά τη συρρίκνωση της βρεφικής θνησιμότητας η Ελλάδα εξακολουθεί να έχει το υψηλότερο ποσοστό βρεφικής θνησιμότητας ανάμεσα στις χώρες μέλη της ΕΟΚ των 12 μετά την Πορτογαλία. (Βλ. Παράρτημα II Πίνακα 13). Η διαφορά με τις υπόλοιπες χώρες είναι σημαντικά μικρότερη απ' αυτήν του 1960 (40,1‰ έναντι 34,8‰ κατά μέσο όρο για την Ευρώπη των 12 αλλά 17,9‰ για την Ολλανδία η οποία βρίσκεται το 1990 στη δεύτερη θέση με 7,1% μετά από τη Γερμανία 7,0‰ με μέσο κοινοτικό όρο 7,7‰). Οι ειδικοί πιστεύουν ότι μπορούμε να ελπίζουμε σε μία ακόμα παράταση της προσδοκώμενης ζωής στην επόμενη δεκαετία υπό την προϋπόθεση της παραπέρα συρρίκνωσης της παιδικής και

βρεφικής θνησιμότητας που διατηρούνται σε υψηλότερο επίπεδο από τις λοιπές χώρες της Ευρώπης των 12, των οποίων οι κάτοικοι είναι εξ ίσου μακροζωείς με τους Έλληνες. Η μείωση αυτή μπορεί να επιτευχθεί με την οργάνωση προγεννητικής φροντίδας και ειδικών ιατρικών υπηρεσιών, τη βελτίωση της παρεχόμενης περίθαλψης και τεχνολογικής υποδομής, το ειδικευμένο προσωπικό και την εντόπιση των αιτίων θανάτου για τον προγραμματισμό ιατρικών και υγειονομικών μέτρων.

Αν και η νεογνική θνησιμότητα μειώθηκε σημαντικά στην Ελλάδα στην περίοδο 1960-1990 από 19,5 σε 6,5 θανάτους σε 1000 ζωντανά παιδιά, εξακολουθεί να παραμένει ο υψηλότερος στις χώρες της ΕΟΚ μετά την Πορτογαλία. Στις περισσότερες χώρες της ΕΟΚ ο δείκτης κυμαίνεται από 3,5 μέχρι 4,6. Εξάιρεση αποτελούν η Ιταλία 6,2 και η Πορτογαλία 7,0. (Βλ. Παράρτημα II Πίνακα 13)

Έρευνα που κάλυψε όλους τους τοκετούς που έγιναν στην Ελλάδα τον Απρίλιο του 1983, δηλαδή 11.048 τοκετούς που αποτελούν το 8% των γεννήσεων το χρόνο, βρήκε ότι η περιγεννητική θνησιμότητα ήταν 24‰ και η νεογνική 15,3‰. Η υψηλή νεογνική θνησιμότητα διατηρεί υψηλή και τη βρεφική θνησιμότητα που κατά τη μελέτη ήταν το 1983 18,7‰ και όχι 14‰ που αναφέρουν οι επίσημες στατιστικές. Η Θράκη, η Θεσσαλία και η Πελοπόννησος στις οποίες γεννιέται το 20% των παιδιών παρουσιάζουν μέχρι και διπλάσια περιγεννητική και νεογνική θνησιμότητα και η διαφορά αυτή οφείλεται κυρίως στη θνησιμότητα της πρώτης εβδομάδας ενώ η νεογνική θνησιμότητα βρέθηκε σημαντικά χαμηλότερη στα μεγάλα αστικά κέντρα (Αθήνα, Πειραιά, Θεσσαλονίκη) όπου γίνονται οι μισοί τοκετοί. Υπολογίστηκε ότι 3000 ζωές χάνονται την περιγεννητική περίοδο αλλά και από αυτά που γεννιούνται ζωντανά 2000 πεθαίνουν τον πρώτο μήνα της ζωής τους, τα 1500 την πρώτη εβδομάδα. Βρισκόμαστε 10 -15 χρόνια πίσω από τις αναπτυγμένες χώρες ως προς την περιγεννητική θνησιμότητα έχοντας διπλάσιο ή τριπλάσιο ποσοστό θανάτων νεογνών την πρώτη εβδομάδα και τον πρώτο μήνα ζωής. Αντίθετα η θνησιμότητα των βρεφών μετά τον πρώτο ως το δωδέκατο μήνα ζωής, φανερώνει κυρίως τις συνθήκες διαβίωσης του πληθυσμού και ελάχιστα το επίπεδο των υπηρεσιών

υγείας, είναι εξαιρετικά χαμηλή μόλις 3 στα 1000 παιδιά, και συμβαδίζει με τα ποσοστά χωρών όπως η Αγγλία, η Γερμανία κλπ.

Σύγκριση των αποτελεσμάτων της περιγεννητικής έρευνας στην Ελλάδα με έρευνα που έγινε την περίοδο 1982-1987 στη Βικτώρια της Αυστραλίας σε Ελληνίδες που απέκτησαν παιδί στην Αυστραλία αλλά είχαν γεννηθεί και μεγαλώσει στη Ελλάδα και ήταν παντρεμένες με Έλληνες δεν είχαν καμία διαφορά σε σχέση με βιολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες. Γεννούν στις ίδιες περιόδους ηλικίες τα παιδιά τους τα οποία παρουσιάζουν παρόμοιο βάρος στη γέννησή τους. Η μοναδική διαφορά που εντοπίστηκε είναι ότι η περιγεννητική θνησιμότητα ήταν πολύ υψηλότερη στην Ελλάδα. Είχαν παραπλήσια ποσοστά ενδομητρίων θανάτων, προωρότητας ή συγγενών ανωμαλιών των νεογνών τους, αλλά μεγάλη διαφορά στα ποσοστά θανάτων από περιγεννητική ασφυξία με επακόλουθο να διπλασιάζονται σχεδόν τα ποσοστά περιγεννητικής θνησιμότητας στην Ελλάδα σε 21,5 παιδιά στα 1000 ενώ το αντίστοιχο ποσοστό των Ελληνίδων της Αυστραλίας είναι 13,7 παιδιά στα 1000 ποσοστά που αφορούν απλές και όχι πολλαπλές κυήσεις.

Η περιγεννητική θνησιμότητα στην Ελλάδα είναι από τις υψηλότερες στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης αλλά χαμηλότερη από την Ιταλία και Πορτογαλία.

## **B. Η Παιδική Θνησιμότητα**

Σε πολύ καλή θέση μεταξύ των βιομηχανικών κρατών βρίσκεται η Ελλάδα όσον αφορά την παιδική θνησιμότητα, όπως δείχνουν τα στοιχεία της έκθεσης της UNICEF με τίτλο η πρόοδος των Εθνών που υπολόγισε με μαθηματικά μοντέλα για το 1991 τη θνησιμότητα των παιδιών κάτω των 5 ετών, (θάνατοι παιδιών κάτω των 5 ετών σε 1000 γεννήσεις ζωντανών παιδιών). Η χώρα μας με 11 θανάτους σε 1000 γεννήσεις ζωντανών παιδιών κατέχει την 19η θέση στον κόσμο με πρώτη τη Σουηδία (5‰). Ο δείκτης της Ελλάδας είναι ίσος με το μέσο όρο όλων των βιομηχανικών χωρών (11) και πολύ κατώτερος του παγκόσμιου μέσου όρου (97). Χρησιμοποιώντας το δείκτη θνησιμότητας παιδιών σε σύγκριση με το Ακαθάριστο Εθνικό Προϊόν η Ελλάδα βρίσκεται στην 6η καλύτερη θέση,



δηλαδή είναι σε καλύτερη θέση από τη Σουηδία και Μ.Βρετανία. Επί πλέον η χώρα μας συγκαταλέγεται μεταξύ των 20 κρατών που πέτυχαν να μειώσουν κατά το ήμισυ (52%) τη θνησιμότητα των παιδιών 39 στην περίοδο 1980-1991. Στα ποσοστά εμβολιασμού των παιδιών για την ιλαρά η Ελλάδα με ποσοστό 76% βρίσκεται κοντά στο μέσο όρο των αναπτυσσόμενων χωρών 80%.

### **Γ. Η Εφηβική θνησιμότητα**

Στοιχεία της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας δείχνουν ότι στις ηλικίες 10-29 ετών την κύρια αιτία θανάτου αγοριών και κοριτσιών αποτελούν τα τροχαία ατυχήματα. Στην Ελλάδα ενώ υπάρχει μείωση της νεογνικής και βρεφικής θνησιμότητας, η θνησιμότητα της εφηβικής ηλικίας δεν έχει μειωθεί και εξακολουθεί να είναι υψηλή. Από έρευνες φαίνεται ότι οι θάνατοι από τροχαία δυστυχήματα στην ηλικία των 18 ετών είναι πιο πολλοί από ότι σε οποιαδήποτε άλλη ηλικία. Οι έφηβοι καταναλίσκουν μεγάλες ποσότητες οιοπνευματωδών ποτών και προσβάλλονται συχνότερα από σεξουαλικά νοσήματα. Μετά τα ατυχήματα, δεύτερη αιτία θανάτου των νέων 15-24 την αποτελούν οι αυτοκτονίες. Μόλις 1,8% των νεανικών αυτοκτονιών οφείλονται σε ψυχοπαθολογικούς λόγους. Η απόπειρα και η πράξη της αυτοκτονίας αποτυπώνουν με τραγικό τρόπο την αδυναμία προσαρμογής ή την αντίδραση των εφήβων προς το περιβάλλον, είναι μια κραυγή απόγνωσης προς την οικογένεια και το σχολείο. Οι λόγοι απόπειρας είναι συγκρούσεις με την οικογένεια και πίεση για ακαδημαϊκή επιτυχία, συγκρούσεις γονέων (70%), αισθηματικοί λόγοι (5%). Συνυπεύθυνο για τις αυτοκτονίες των εφήβων είναι το άγχος της αποτυχίας, η αποθάρρυνση και απόρριψη ιδιαίτερα μαθητών που προέρχονται από τα ασθενέστερα κοινωνικά στρώματα.

### **Δ. Η μητρική θνησιμότητα**

Μητρική θνησιμότητα είναι οι θάνατοι μητέρων σε 100.000 γεννήσεις ζωντανών παιδιών, δηλαδή το ποσοστό θανάτων μητέρων που είναι αποτέλεσμα των επιπλοκών κατά τον τοκετό και της περιόδου μετά τη γέννηση. Σύμφωνα με την έκθεση για την πρόοδο των Εθνών της Unicef,<sup>42</sup> η Ελλάδα βρίσκεται στην 8η

θέση μαζί με την Ελβετία τη Γερμανία, τον Καναδά και την Ισπανία στα ποσοστά θανάτων γυναικών που έχουν σχέση με την εγκυμοσύνη ή τον τοκετό. Συγκεκριμένα για κάθε 100 χιλιάδες γεννήσεις συμβαίνουν 5 θάνατοι γυναικών, όταν ο μέσος όρος των βιομηχανικών χωρών είναι 13 στις 100 χιλιάδες γεννήσεις. Από αυτή την οπτική η Ελλάδα είναι σε καλύτερη θέση από την Αυστρία τη Γαλλία, την Ολλανδία, τη Φινλανδία, τη Μ. Βρετανία και τις Η.Π.Α. Υπάρχει πρόβλημα τεράστιο μητρικής θνησιμότητας στον κόσμο. Κάθε χρόνο πεθαίνουν 500 χιλιάδες γυναίκες από τέτοιες επιπλοκές ενώ το 99% αυτών των περιπτώσεων συμβαίνουν στον αναπτυσσόμενο κόσμο. Οι πιο κοινές αιτίες θανάτου είναι: αιμορραγία, υπέρταση που οφείλεται σε εγκυμοσύνη, μόλυνση, δύσκολη εργασία, έκτρωση με επισφαλή μέσα. Οι γυναίκες υποφέρουν ή πεθαίνουν γιατί δεν τους δίνεται η δέουσα προσοχή όταν είναι ακόμα παιδιά, παντρεύονται στην εφηβεία, ζουν σε άσχημες οικονομικά συνθήκες και είναι αναλφάβητες, υποσιτίζονται και εργάζονται σκληρά, υπόκεινται σε βλαβερές για την υγεία τους παραδοσιακές πρακτικές, δεν απολαμβάνουν ίσα κοινωνικά και νομικά δικαιώματα με τους άνδρες και δεν δύνανται να συμμετάσχουν στα κέντρα αποφάσεων, δεν έχουν πρόσβαση σε κέντρα εκπαίδευσης και οικογενειακού προγραμματισμού και σε κέντρα υγείας. Στον αναπτυσσόμενο κόσμο περίπου το 1/3 των κυήσεων είναι ανεπιθύμητες, ενώ οι εκτρώσεις με ακατάλληλα μέσα και συνθήκες ευθύνονται για τον θάνατο 100 χιλιάδων γυναικών το μήνα σε όλο τον κόσμο. Περίπου το 1/3 των θανάτων που σχετίζονται με τη μητρότητα συνδέονται άμεσα με το συνολικό αριθμό κυήσεων στη ζωή μιας γυναίκας (περισσότερες από 4) ή με την ηλικία της εγκύου (κάτω των 18 ή άνω των 35) ιδιαίτερα στον αναπτυσσόμενο κόσμο.

Στην Ελλάδα δεν υπάρχουν τα προβλήματα του τρίτου κόσμου όπου η απώλεια μιας γυναίκας στην προσπάθειά της να φέρει ένα παιδί στον κόσμο είναι συχνή. Η πολιτεία παρέχει ορισμένες παροχές στη γυναίκα έγκυο μητέρα. Υπάρχουν ιατρικές υπηρεσίες από ειδικευμένους μαιευτήρες γυναικολόγους παιδίατρους και μαιευτικά ιατρεία των νοσοκομείων του ΕΣΥ, στα ιατρεία του ΙΚΑ, των κέντρων υγείας, αλλά και τα πολυτελή ιδιωτικά μαιευτήρια και κλινικές και τα αμέτρητα ιδιωτικά εργαστήρια με υπερσύγχρονη τεχνολογία.

Η Ελληνική έκθεση στην Ευρωπαϊκή Διάσκεψη πληθυσμού υπογραμμίζει ότι η μητρική θνησιμότητα μειώθηκε εντυπωσιακά από 17,6 σε 1,1 θανάτους σε 100.000 γεννήσεις ζωντανών παιδιών<sup>43</sup> ποσοστό πολύ χαμηλότερο από εκείνο που αναφέρει η έκθεση της Unicef (5 θανάτους στις 100 χιλιάδες γεννήσεις).

### **Ε. Η γεροντική θνησιμότητα.**

Η θνησιμότητα είναι πολύ υψηλότερη στις μεγάλες ομάδες ηλικιών. Σημειώθηκε όμως μείωση της θνησιμότητας αυτής και αύξηση της προσδοκώμενης ζωής τα τελευταία χρόνια. Η ηλικία δεν είναι αιτία θανάτου. Η γεροντική εξάντληση δεν προκαλεί τον θάνατο ενός ατόμου αλλά πρέπει να υπάρχουν και ειδικές αιτίες. Η μεγάλη εξάπλωση του καρκίνου και των εγκεφαλοαγγειακών νοσημάτων οφείλεται και στη γήρανση του πληθυσμού.

## **2. Τα Αίτια που Εξηγούν την Πορεία της Θνησιμότητας στη Μεταπολεμική Περίοδο**

Στη μεταπολεμική περίοδο χάρη στις σύγχρονες επιστημονικές εφαρμογές και στη βελτίωση των συνθηκών ζωής, της υγείας, της διατροφής, ο αγώνας εναντίον της θνησιμότητας του ελληνικού πληθυσμού σημείωσε επιτυχία.

Η οικονομική ανάπτυξη συνδυάστηκε με καλύτερη διοικητική οργάνωση του κράτους. Συγχρόνως δημιουργήθηκαν υπηρεσίες δημόσιας υγείας που με την εφαρμογή προγραμμάτων προληπτικής ιατρικής (κυρίως εμβολιασμό και η θεραπευτική ιατρική συνέβαλαν στην παραπέρα μείωση της θνησιμότητας κυρίως με τη χρησιμοποίηση των νεότερων επιτεύξεων της χειρουργικής και άλλων ειδικοτήτων της θεραπευτικής αγωγής.

Η Ελλάδα που δαπανά στον τομέα υγείας το μικρότερο κονδύλι από όλες τις χώρες της ΕΟΚ παρουσιάζει την υψηλότερη προσδοκώμενη ζωή στους άνδρες. Μελέτη που δημοσιεύθηκε στο έγκυρο επιστημονικό περιοδικό Lancet αναφέρει ως αιτία την καθυστέρηση της καθιέρωσης του καπνίσματος στην Ελλάδα, την υγιεινή διατροφή του λαού και τα πλεονεκτήματα των σύγχρονων φαρμάκων. Εάν πράγματι αυτοί είναι οι λόγοι μακροβιότητας των Ελλήνων τότε με την καθιέρωση των λιγότερο υγιεινών συνθηκών διαβίωσης οι Έλληνες

άνδρες θα γίνουν λιγότερο μακροβιότεροι.

Από επιστημονική μελέτη προκύπτει ότι η Ελλάδα έχει τον χαμηλότερο δείκτη θνησιμότητας από καρδιαγγειακές παθήσεις σε σύγκριση με πολλές άλλες χώρες αλλά τα τελευταία χρόνια παρατηρείται κάποια αύξηση αυτής της θνησιμότητας που οφείλεται στην άνοδο της κατανάλωσης τροφών με ζωικά λίπη και στο κάπνισμα. Στην Ελλάδα η κατανάλωση κρέατος παρουσίασε ταχύτατη αυξητική πορεία (Το 1957 κάθε Έλληνας κατανάλωνε περίπου 18 κιλά κρέας και το 1993 80) . Τα τελευταία χρόνια ιδιαίτερα οι νέοι συχνάζουν σε καταστήματα Fast Food των οποίων τα προϊόντα έχουν μεγάλη περιεκτικότητα σε ζωικά λίπη. Οι διατροφικές συνήθειες σε συνδυασμό με το κάπνισμα θα συντελέσουν στην αύξηση της νοσηρότητας και θνησιμότητας από καρδιαγγειακές ασθένειες και από καρκίνους. Αν οι Έλληνες δεν επιστρέψουν στον παλαιό "υγιεινό" τρόπο διατροφής που περιλαμβάνει πολλά φρούτα, λαχανικά, όσπρια, ψάρια και ελαιόλαδο θα παρουσιάσουν αυξημένη θνησιμότητα στο μέλλον.

## **2.1 Παράγοντες που Επηρέασαν τη Γενική θνησιμότητα**

Η εξέλιξη της θνησιμότητας στη χώρα μας επηρεάστηκε από τις μεταβολές που πραγματοποιήθηκαν σε διάφορους παράγοντες. .

### **A. Παράγοντες που έχουν σχέση με τις προόδους της ιατρικής και τις βελτιώσεις στη Δημόσιο Υγεία**

Αμέσως μετά τον πόλεμο η ιατροφαρμακευτική περίθαλψη του πληθυσμού ήταν εξαιρετικά άσχημη και οι υγειονομικές υπηρεσίες του κράτους ανύπαρκτες ή σε υποτυπώδη κατάσταση. Ωστόσο η ιατρική επιστήμη σημείωσε σημαντικά άλματα κατά τα μεταπολεμικά χρόνια και η χώρα μας επωφελήθηκε αρκετά. Έτσι εμφανίζεται μία αξιόλογη βελτίωση στους τομείς της πρόληψης και καταπολέμησης των ασθενειών, ιδιαίτερα στα λοιμώδη νοσήματα. Επίσης η πρόοδος που παρατηρήθηκε στην παροχή ιατρικών υπηρεσιών, στο εκπαιδευμένο μαιευτικό και παραϊατρικό προσωπικό συνέβαλε στη μείωση της παιδικής θνησιμότητας και ιδιαίτερα της μετανεογνικής.

## **B. Δημογραφικοί παράγοντες**

Η γενική θνησιμότητα παρουσίασε αύξηση μετά τη δεκαετία του 1960, όπως διαπιστώνεται από την εξέλιξη του Ακαθάριστου Ποσοστού θνησιμότητας. Αυτό οφείλεται κυρίως στη δημογραφική γήρανση. Όσο περισσότεροι ηλικιωμένοι υπάρχουν σε ένα πληθυσμό τόσο μεγαλύτερη είναι η θνησιμότητά του. Στην Ελλάδα έχει υπολογιστεί ότι το 30% σχεδόν του Ακαθάριστου Ποσοστού θνησιμότητας οφείλεται στη γήρανση του πληθυσμού.

## **Γ. Κοινωνικο-οικονομικοί παράγοντες**

Έρευνες που έγιναν στην Ευρώπη και στις Η.Π.Α. έχουν αποδείξει ότι η μείωση της θνησιμότητας, ιδιαίτερα στη βρεφική ηλικία, ανάγεται κυρίως στην κοινωνικο-οικονομική και πολιτιστική ανάπτυξη και λιγότερο στην ιατρική τεχνολογία με την παρεπόμενη ευεργετική επίδραση τους στο βιοτικό επίπεδο του λαού.

Στην Ελλάδα έχει υπολογιστεί ότι μία κατά 10% αύξηση δαπανών υγείας προσδοκείται να μειώσει κατά 1,2% τη βρεφική θνησιμότητα. Επίσης μία ανάλογη αύξηση των δαπανών εκπαίδευσης θα ελαττώσει τη θνησιμότητα κατά 5,6%.

Είναι γεγονός ότι η άνοδος του βιοτικού επιπέδου, με συνέπεια την καλύτερη διατροφή, ένδυση, κατοικία και θέρμανση έχει συμβάλλει θετικά στην αύξηση της διάρκειας ζωής και στη βελτίωση της υγείας του Ελληνικού πληθυσμού. Αντίθετα η υπερτροφία, η νευρική υπερένταση και οι καταχρήσεις καπνού και ποτών επιβαρύνουν την νοσηρότητα και την θνησιμότητα.

Ακόμα η ρύπανση της ατμόσφαιρας, ιδιαίτερα στα μεγάλα αστικά κέντρα, προκαλεί θανάτους από καρδιαγγειακές παθήσεις, από νοσήματα του αναπνευστικού συστήματος και από διάφορες μορφές καρκίνου. Τα τελευταία χρόνια η ρύπανση του περιβάλλοντος, η επανεμφάνιση ασθενειών που είχαν εκλείψει (π.χ. φυματίωση), η συγκέντρωση των νοσηλευτικών ιδρυμάτων και των ιατρών ειδικοτήτων στα μεγάλα αστικά κέντρα και οι χαμηλές συνθήκες ατομικής και συλλογικής υγιεινής έχουν ως αποτέλεσμα την αύξηση του Α.Π.Θ. Έτσι ενώ στις πόλεις το βιοτικό, κοινωνικό, πολιτισμικό και υγειονομικό επίπεδο είναι

ανώτερο από την ύπαιθρο, μετά την ηλικία των 45 ετών η θνησιμότητα των πόλεων είναι υψηλότερη.

#### **Δ. Ο «Λογιστικός» παράγοντας**

Η αύξηση της θνησιμότητας που παρατηρήθηκε τα τελευταία χρόνια στις αστικές περιοχές οφείλεται και στη βελτίωση των ληξιαρχικών καταγραφών, που αφορούν κυρίως θανάτους νεογνών. Αντίθετα στις αγροτικές περιοχές σημειώνονται συχνά διαρροές στη δήλωση θανάτων νεογνών που πεθαίνουν τις πρώτες ημέρες μετά τον τοκετό. Βέβαια η ληξιαρχική καταγραφή γεννήσεων και θανάτων είναι υποχρεωτική, αλλά η προθεσμία που ορίζει ο νόμος για τη δήλωση είναι 10-90 ημέρες για τη γέννηση και 24 ώρες για το θάνατο. Έτσι, τα νεογνά που πεθαίνουν τις πρώτες ώρες ή ημέρες μετά τον τοκετό, δεν δηλώνονται ούτε για τη γέννηση ούτε για το θάνατο, από τους γονείς ή κάθε υπόχρεων για τη δήλωση. Τέλος πολλοί μεσήλικες και ηλικιωμένοι ασθενείς μεταβαίνουν για οποιοδήποτε λόγο στα αστικά κέντρα όπου πεθαίνουν και ο θάνατός τους καταγράφεται εκεί. Ακόμη η αμέλεια κατά τη δήλωση της πραγματικής ηλικίας των πεθαμένων ή/και ο συνδυασμός των δύο τελευταίων παραγόντων έχει ως αποτέλεσμα το μεγάλο ποσοστό θανάτων ηλικιωμένων ατόμων στις αστικές περιοχές. Υπάρχει ανάγκη βελτίωσης των καταγραφών της περιγεννητικής και νεογνικής θνησιμότητας, ιδιαίτερα στην περιφέρεια για τη σωστή μελέτη τον προγραμματισμό της περιγεννητικής φροντίδας, με ιδιαίτερη έμφαση σε ορισμένες ομάδες.

#### **Ε. Ο Βιολογικός παράγοντας**

Συχνά δημιουργείται το ερώτημα αν η διαφορική κατά φύλο θνησιμότητα εξηγείται από τη γενετική ανωτερότητα των γυναικών. Στις δυτικές κοινωνίες πριν από την εποχή της εκβιομηχάνισης και σήμερα σε μερικές αναπτυσσόμενες χώρες οι άνδρες ζουν περισσότερο εξαιτίας της αυξημένης θνησιμότητας των γυναικών στην περίοδο γύρω από τον τοκετό λόγω των άθλιων συνθηκών ζωής. Η αυξημένη θνησιμότητα των ανδρών στις αναπτυσσόμενες χώρες σήμερα εξηγείται από τους μεγαλύτερους κινδύνους στους οποίους υποβάλλονται όπως βαριές

δουλειές, επικίνδυνες και ανθυγιεινές συνθήκες εργασίας, περισσότερη βία, πόλεμοι, κάπνισμα. Έχει αποδειχθεί ότι οι καπνιστές παρουσιάζουν μεγαλύτερη θνησιμότητα από καρκίνο και καρδιαγγειακά νοσήματα και οι άνδρες είναι οι μεγαλύτεροι καπνιστές μέχρι σήμερα. Φαίνεται ότι το κοινωνικό περιβάλλον παίζει σημαντικότερο ρόλο στη μακροζωία των ατόμων από τη φυσική ή γενετική ανωτερότητα των γυναικών αλλά το θέμα αποτελεί αντικείμενο συζητήσεων γιατί δεν υπάρχει επαρκής πληροφόρηση.

Η διαφορά στη θνησιμότητα ανδρών και γυναικών στη χώρα μας που είναι μικρότερη από άλλες Ευρωπαϊκές χώρες (Βλ. Παράρτημα 11 Πίνακα 12), δεν έχει μελετηθεί. Ενδιαφέρον θα παρουσίαζε μία έρευνα πάνω σ' αυτό το θέμα, που εκτός από τους ιατρικούς, κοινωνικο-οικονομικούς και βιολογικούς παράγοντες που ήδη αναφέραμε θα εξέταζε επί πλέον και μερικές ιδιαιτερότητες της ελληνικής κοινωνίας π.χ. το γεγονός ότι στις αγροτικές περιοχές οι γυναίκες εργάζονται σκληρά στα χωράφια και στο σπίτι ενώ οι άνδρες κάθονται στα καφενεία. Επίσης τη μέχρι αυτοθυσίας περιποίηση του συζύγου: Είναι μοναδικό στην Ευρώπη το φαινόμενο- έχει μάλιστα προκαλέσει την έκπληξη Βρετανών γιατρών -της συμπαράστασης του συζύγου από τη σύζυγο. Μία ακόμα απόδειξη αυτής της κατάστασης είναι τα ελληνικά νοσοκομεία, όπου κοντά στο κρεβάτι του άρρωστου συζύγου βρίσκεται πολλές ώρες και κάποτε όλο το 24ωρο η σύζυγος, που δεν αποκλείεται να είναι και η ίδια ηλικιωμένη ή/και άρρωστη.

## **2. Αίτια της Μείωσης της Βρεφικής Θνησιμότητας και Αίτια της Υψηλής Περιγεννητικής και Νεογνικής Θνησιμότητας**

Η μείωση της βρεφικής θνησιμότητας στη μεταπολεμική περίοδο επιτεύχθηκε χάρη στην βελτίωση του οικονομικού επιπέδου των Ελλήνων και στην καλύτερευση του εκπαιδευτικού επιπέδου των μητέρων.

Το 99% των γυναικών γεννά σε κάποιο νοσοκομείο ή κλινική. Μόνο σποραδικά και σε περιοχές όπως τα νησιά και η Θράκη οι γυναίκες γεννούν στα σπίτια τους. Επίσης 7 στις 10 γυναίκες γεννούν σε ιδιωτικά μαιευτήρια και μόνο 3 στις 10 πηγαίνουν σε κρατικά νοσοκομεία. Παράλληλα η δημιουργία συμβουλευτικών σταθμών επιτόκων και στην ύπαιθρο, όπως και η ενημέρωση -

πρόληψη της μεσογειακής αναιμίας είχαν ως αποτέλεσμα τόσο τη μείωση της βρεφικής θνησιμότητας όσο και τη βελτίωση της ποιότητας του Ελληνικού πληθυσμού.

Γιατί όμως παραμένει υψηλή η περιγεννητική και η νεογνική θνησιμότητα στη χώρα μας; Η ανεπάρκεια της περιγεννητικής φροντίδας και η έλλειψη υποδομής εντατικής νοσηλείας νεογνών ευθύνεται για αυτήν την κατάσταση. Με την εντατική νοσηλεία δεν σώζονται μόνο από το θάνατο νεογέννητα αλλά είναι μικρότερος και ο αριθμός των πνευματικώς και σωματικώς αναπήρων ατόμων που παραδίδονται στην κοινωνία. Τα νεογέννητα πεθαίνουν όχι γιατί γεννιούνται μακριά από τους τόπους όπου μπορεί να τους παρασχεθεί ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα, δηλαδή στο σπίτι, αλλά επειδή τα μαιευτήρια στα οποία γεννιούνται δεν είναι σε θέση να παράσχουν την απαιτούμενη φροντίδα και νοσηλεία ούτε υπάρχουν αρκετές κλίνες εντατικής νοσηλείας νεογνών ώστε να μεταφερθούν εκεί τα νεογέννητα. Ειδική υπηρεσία μεταφοράς προβληματικών νεογνών όπου εξειδικευμένο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό σε ειδικά εξοπλισμένα ασθενοφόρα μεταφέρει τα μικρού βάρους βαριά άρρωστα νεογνά στα Κέντρα Εντατικής Νοσηλείας υπάρχει αλλά δεν επαρκεί.

Ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα αποτελέσματα έρευνας που έγινε το 1983 τα οποία παρουσιάζουμε συνοπτικά: Το βάρος των νεογνών των Ελληνίδων κατά τη γέννηση είναι σχεδόν ιδανικό: Μόνο το 5% των νεογνών γεννιούνται με βάρος κάτω των 2500 γραμμαρίων. Συγκριτικά με άλλες χώρες ο δείκτης προωρότητας είναι ικανοποιητικός (7,8%) και η επίπτωση των βαρειών συγγενών ανωμαλιών (1,6%) συμπίπτει με τους διεθνείς δείκτες. Επομένως το πρόβλημα δεν είναι τα «μειονεκτικά» μωρά. Η υψηλή θνησιμότητα νεογνών δεν δικαιολογείται ούτε ιατρικά ούτε ηθικά και εκφράζει την ανεπάρκεια της περιγεννητικής φροντίδας στον τόπο μας. Το εάν θα επιζήσει ένα νεογνό στην Ελλάδα έχει σχέση με το πού γεννιέται, ποια ώρα και ποια ημέρα. Ένα ενδιαφέρον εύρημα της έρευνας είναι ότι τα νεογνά που γεννιούνται τις πρωινές ώρες των εργάσιμων ημερών έχουν χαμηλότερη θνησιμότητα (18‰) ενώ έχουν αυξημένη θνησιμότητα όσα γεννιούνται τις απογευματινές ώρες (27‰) και τις Κυριακές και αργίες (32‰). Μόνο το 10% των τοκετών εξελίσσονται χωρίς ιατρική παρέμβαση. Ένας στους 2



τοκετούς επιταχύνεται με φάρμακα και 1 στους τρεις προκαλείται με μηχανικά ή φαρμακευτικά μέσα και ένας στους δύο τοκετούς γίνεται με γενική αναισθησία. 7 στις 10 περιπτώσεις ο θάνατος θα μπορούσε να είχε αποφευχθεί. 50% των νεογνών πέθαναν από ασφυξία κατά τη διάρκεια του τοκετού (ενδομήτριο ανοξία) και ένα μεγάλο ποσοστό των θανάτων οφείλεται σε λοίμωξη δηλαδή σε καταστάσεις προλήψιμες. Τα νεογνά που γεννιούνται φυσιολογικά μέσα από τέτοιες παρεμβάσεις είναι «μαραμένα», κοιμισμένα, δεν μπορούν να ξυπνήσουν και να πάρουν ανάσα, χρειάζονται ανάνηψη τις περισσότερες φορές. Κι αν γίνει ανάνηψη έχει καλώς, αν δεν γίνει όμως η στιγμιαία έλλειψη οξυγόνωσης του εγκεφάλου τους μπορεί να έχει επίδραση σε όλη τους τη ζωή. Τα πολύ «στραπατσαρισμένα» νεογνά δεν καταφέρνουν να περάσουν αυτή την τρομακτική δοκιμασία στη διάρκεια του τοκετού και γεννιούνται πεθαμένα ή πεθαίνουν κατά τη πρώτη εβδομάδα της ζωής τους με σπασμούς. Τα πιο άτυχα είναι εκείνα που επιβιώνουν αλλά κανείς δεν γνωρίζει τι προβλήματα θα αντιμετωπίσουν αργότερα. Στην Ελλάδα η μαιευτική φροντίδα παρέχεται στα μαιευτήρια. Έχει «ιατροκοποιηθεί» η εγκυμοσύνη και ο τοκετός, σε αντίθεση με άλλες χώρες της Ευρώπης όπως η Αγγλία, Ολλανδία, Δανία και Γαλλία όπου οι μαίες χρησιμοποιούνται αποκλειστικά για τη μαιευτική φροντίδα της επιτόκου. Έχει παρατηρηθεί ότι όπου ο τοκετός γίνεται από μαία οι παρεμβάσεις για πρόκληση του τοκετού ή επιτάχυνση με διάφορα φάρμακα, αναισθησία και καισαρική τομή είναι λιγότερες, όπου ο τοκετός γίνεται από γιατρούς οι παρεμβάσεις αυτές είναι περισσότερες. Οι μαίες από τη φύση τους και τις σπουδές τους είναι περισσότερο κοντά στη γυναίκα και την ψυχολογία της και μπορούν να της συμπαρασταθούν και να τη βοηθήσουν σε μία από τις πιο ευτυχισμένες στιγμές της ζωής της. Οι ερευνητές καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι «οι μαιευτήρες κάνουν περισσότερα απ' όσα χρειάζεται για να βοηθήσουν τη διεκπεραίωση του φυσιολογικού τοκετού ενώ οι παιδίατροι κάνουν λιγότερα από όσα χρειάζονται για να βοηθήσουν το προβληματικό νεογνό». Αφήνεται δηλαδή να εννοηθεί ότι η επιτάχυνση του τοκετού με φάρμακα, μία πρακτική που εφαρμόζεται από τους περισσότερους μαιευτήρες, ευθύνεται για την μεγάλη περιγεννητική θνησιμότητα στη χώρα μας.

Η έρευνα του 1983 ήταν πανελλαδική. Από τότε αρκετά πράγματα έχουν βελτιωθεί αλλά δεν ξέρουμε με ακρίβεια αφού έχουν γίνει μόνο μεμονωμένες μελέτες, αλλά αφορούν μεμονωμένα επιστημονικά κέντρα. Η περιγεννητική θνησιμότητα και νοσηρότητα αντικατοπτρίζουν τις υπηρεσίες υγείας που προσφέρονται στην κύηση. Και γι αυτό πρέπει να βελτιωθούν. Το ενδιαφέρον να υπάρχει όχι μόνο στο να βγει ζωντανό το μωρό αλλά και στο να βγει γερό. Είναι δυνατό να μειωθεί η βρεφική θνησιμότητα με σωστή νεογνική φροντίδα και σύγχρονη αντίληψη. Η Ελληνική Περιγεννητική Εταιρεία είχε στόχο να πραγματοποιήσει έρευνα της περιγεννητικής θνησιμότητας το 1993. Τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας αναμένονται με μεγάλο ενδιαφέρον.

Έρευνα που έγινε στην Ελευσίνα (707 εγκυμοσύνες σε 624 γυναίκες) και Μεσόγεια (678 εγκυμοσύνες 563 γυναίκες) η περιγεννητική θνησιμότητα ήταν πιο υψηλή στην Ελευσίνα όπου υπήρχαν περισσότεροι ανειδίκευτοι εργάτες και περισσότερες γυναίκες που δούλευαν έξω από το σπίτι, κυρίως σε εργοστάσια και υψηλότερο ποσοστό οικογενειών με δυσμενείς συνθήκες ζωής.

Σε επιστημονική συνάντηση που έγινε το 1993 αποδείχθηκε ότι θνησιμότητα των νεογνών έχει περιοριστεί εντυπωσιακά. Από 2000 μωρά που πέθαιναν το 1971 ανά 100.000 γεννήσεις το 1991 πεθαίνουν 600. Η εντατική νοσηλεία επέφερε διεθνώς όχι μόνο μείωση της νεογνικής νοσηρότητας αλλά και λιγότερες αναπηρίες στα νεογνά που επιβιώνουν όπως τύφλωση, κώφωση, διανοητική καθυστέρηση και εγκεφαλική παράλυση.

Σήμερα σώζονται βαριά άρρωστα νεογέννητα, ακόμη και με βάρος 500 γραμμαρίων που άλλοτε θα πέθαιναν πολύ σύντομα μετά τη γέννηση.

### **3. Επιπτώσεις από τη Μείωση της Υψηλής Περιγεννητικής θνησιμότητας**

Η θεωρητική μείωση της περιγεννητικής θνησιμότητας (από προλήψιμους θανάτους) κατά 40% και 60% (κατά το πρότυπο των χωρών της Ευρώπης) θα απέδιδε ετήσιο όφελος 1 % και 1,5% αντίστοιχα επί των γεννήσεων ζώντων στο σύνολο της χώρα\_6 με ανάλογη ευεργετική επίπτωση στην προσδοκώμενη ζωή και στην ανανέωση του πληθυσμού.

Σύμφωνα με δημοσιογραφικές πληροφορίες, οι τεράστιες ελλείψεις κλινών

εντατικής θεραπείας για παιδιά καθιστούν την κατάσταση δραματική και επικίνδυνη. Ενώ χρειάζονται 100 υπάρχουν μόνο 30 τέτοιες κλίνες.

Η μείωση της παιδικής, της εφηβικής και της μητρικής θνησιμότητας συμβάλλει στην ανανέωση του πληθυσμού. Η μείωση της θνησιμότητας των ηλικιωμένων αποτελεί αιτία γήρανσης του πληθυσμού. Πάνω απ' όλα όμως η μείωση της θνησιμότητας σημαίνει κέρδη σε ανθρώπινες ζωές σε όλες τις ηλικίες.

#### **4. Προοπτικές**

Σε μερικές χώρες η προσδοκώμενη ζωή είναι σήμερα περίπου τα 80 χρόνια για τις γυναίκες, ο αριθμός των αιωνόβιων αυξάνει στις αναπτυγμένες χώρες, αλλά μέχρι πρόσφατα λίγες μαρτυρίες υπήρχαν για άτομα που ξεπέρασαν τα 110 χρόνια ζωής.

Δανός ερευνητής ισχυρίζεται ότι κάθε δεκαετία κερδίζουμε 1-2 χρόνια: Ένα παιδί που γεννιέται σήμερα αναμένεται να ζήσει μέχρι τα 100 και ένα παιδί που θα γεννηθεί έπειτα από 200 χρόνια μπορεί να φτάσει μέχρι τα 140. Η διάρκεια ζωής μετά τα 100 αυξήθηκε κατά 50%. Πριν από 50 χρόνια ένας 80χρονος Σουηδός ζούσε κατά μέσο όρο 5 επιπλέον χρόνια, σήμερα ζει περισσότερο από 8 χρόνια διότι οι άνθρωποι τρέφονται καλύτερα και έχουν καλύτερη ιατρική περίθαλψη.

Πρόσφατες μελέτες Αμερικανών βιολόγων που δημοσιεύθηκαν στο περιοδικό Science οι οποίες στηρίζονται σε πειράματα σε δροσόφιλες (μύγες των φρούτων) κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι τα ποσοστά θνησιμότητας είναι στάσιμα ή μειώνονται στις μεγάλες ηλικίες και δεν αυξάνουν όπως οι επιστήμονες πίστευαν μέχρι τώρα. Αν ισχύει κάτι αντίστοιχο και για τους ανθρώπους αυτό σημαίνει ότι δεν μπορεί να καθοριστεί ανώτατο όριο ζωής και ότι είναι δυνατόν να ζουν πολύ περισσότερο από όσο ζουν σήμερα.

Στην Ελλάδα επιστημονική μελέτη προβλέπει ότι η προσδοκώμενη ζωή κατά τη γέννηση θα κερδίσει μερικά ακόμα χρόνια ζωής με την αναμενόμενη μείωση της βρεφικής θνησιμότητας τα επόμενα χρόνια. Με βάση τα δεδομένα των αρχών της δεκαετίας του 1990 μπορούμε να πούμε ότι ο συνολικός πληθυσμός των ηλικιωμένων ατόμων θα αυξηθεί κατά τις επόμενες δεκαετίες

χωρίς όμως να μακρύνει ιδιαίτερα η ηλικία θανάτου. Ενώ στις επόμενες δεκαετίες αναμένεται αύξηση της προσδοκώμενης ζωής κατά τη γέννηση από την προοδευτική βελτίωση των συνθηκών ζωής η θνησιμότητας στις παραγωγικές ηλικίες τείνει να αυξηθεί, με αρνητική επίδραση στη δημογραφική σύνθεση του πληθυσμού. Επίσης δεν μπορούμε να υπολογίσουμε τις συνέπειες που θα έχει στο σύνολο του πληθυσμού αλλά και στην κατά ηλικία σύνθεση του η διάδοση του AIDS που προοιωνίζεται να εξελιχθεί σε μάστιγα του αιώνα μας. Αν και απειλεί όλες τις πληθυσμιακές ομάδες έχει παρατηρηθεί ότι η ηλικία αυτών που προσβάλλονται και πεθαίνουν κυμαίνεται σε ποσοστό 90% μεταξύ των 20-49 ετών.

Συμπερασματικά μπορεί να λεχθεί ότι:

**α.** Οι Ελληνικοί δείκτες θνησιμότητας βρίσκονται σε πολύ καλά επίπεδα σε σύγκριση με τους αντίστοιχους δείκτες των αναπτυσσόμενων χωρών γενικά και των χωρών της ΕΟΚ ειδικότερα.

**β.** Στην Ελλάδα εμφανίζεται η καλύτερη προσδοκώμενη ζωή κατά τη γέννηση των ανδρών στις χώρες της ΕΟΚ. Η προσδοκώμενη ζωή κατά τη γέννηση των ανδρών στην Ελλάδα είναι μια από τις καλύτερες στον κόσμο.

**γ.** Οι γυναίκες ζουν περισσότερο από τους άνδρες σχεδόν σε όλες τις χώρες του κόσμου, ανεξάρτητα από το επίπεδο της προσδοκώμενης ζωής.

**δ.** Η κατά φύλο θνησιμότητα σε όλε τις ομάδες ηλικιών είναι υψηλότερη στους άνδρες και η διαφορά στη θνησιμότητα ανδρών και γυναικών διευρύνεται με την πάροδο του χρόνου. Στην Ελλάδα η διαφορά αυτή είναι μικρότερη από τη διαφορά που παρουσιάζεται στις άλλες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

**ε.** Οι Έλληνες και οι Ελληνίδες έχουν τη μικρότερη θνησιμότητα από αυτοκτονίες και μία από τις υψηλότερες θνησιμότητες από τροχαία ατυχήματα στον Ευρωπαϊκό χώρο.

**στ.** Όλα τα παραπάνω θέματα απαιτούν για διεπιστημονική έρευνα με τη συμμετοχή δημογράφων, οικονομολόγων, κοινωνιολόγων, ιατρών και άλλων επιστημόνων.

## **Οι μεταβολές στην οικογενειακή κατάσταση του πληθυσμού της Κρήτης με βάση τις απογραφές 1991 και 2001**

Με βάση τα στοιχεία των απογραφών του 1991 και του 2001 εξετάζουμε στο άρθρο αυτό τις αλλαγές που σημειώθηκαν στην οικογενειακή κατάσταση του πραγματικού πληθυσμού (δηλαδή του πληθυσμού που βρέθηκε το βράδυ της παραμονής της απογραφής) ηλικίας 20 ετών και άνω στην Κρήτη. Το άρθρο χωρίζεται σε 2 Τμήματα:

Στο Τμήμα 1 εξετάζεται η μεταβολή στην οικογενειακή κατάσταση κατά κατηγορία (έγγαμοι, άγαμοι χήροι και διαζευγμένοι) του συνόλου του πληθυσμού (ανδρών και γυναικών μαζί) ηλικίας 20 ετών και άνω και τριών μεγάλων ομάδων ηλικιών (20-34 ετών, 35-64 ετών και 65 ετών και άνω) της Κρήτης το 2001 σε σχέση με το 1991 και στο Τμήμα II των ανδρών και γυναικών χωριστά. Και στα δύο Τμήματα γίνονται και ορισμένες συγκρίσεις με το Σύνολο Χώρας. Θα πρέπει να σημειωθεί εδώ ότι στην απογραφή του 2001 εκτός από τις τέσσερις κατηγορίες που προαναφέρθηκαν έχει προστεθεί και μια ακόμη, εκείνων που βρίσκονται «σε διάσταση». Δεδομένου, όμως, ότι αυτή η κατηγορία δεν υπήρχε στην απογραφή του 1991, την προσθέτουμε στους έγγαμους του 2001 ώστε να μπορεί να γίνει σύγκρισή τους με τους έγγαμους του 1991.

- Του συνόλου των ομάδων ηλικιών 20-34 και 35-64 ετών το 1991 και το 2001.

Στις περιπτώσεις αυτές οι άνδρες είναι περισσότεροι από τις γυναίκες.

Στο διάστημα 1991-2001 οι γυναίκες αυξήθηκαν περισσότερο από τους άνδρες εκτός από τις περιπτώσεις του συνόλου του πληθυσμού και του συνόλου των τριών ομάδων ηλικιών, των εγγάμων και χήρων της ομάδας ηλικιών 20-34 ετών και των αγάμων και χήρων της ομάδας ηλικιών 35-44 ετών.

Τόσο εξαιτίας των διαφορών στους αριθμούς όσο και στους ρυθμούς μεταβολής τους το 2001 σε σχέση με το 1991 υπάρχουν διαφορές στις ποσοστιαίες κατανομές κατά κατηγορία και φύλο και στη μεταβολή τους τόσο στο σύνολο του πληθυσμού όσο και στις τρεις ομάδες ηλικιών. Π.χ. το ποσοστό

συμμετοχή των αγάμων στο σύνολο του πληθυσμού από 22,5% το 1991 έφτασε στο 28,7% το 2001 στους άνδρες και από 13,1% στο 17,1% στις γυναίκες και στην ομάδα ηλικιών 20-34 ετών από 58,7% το 1991 έφτασε στο 66,8% (!) το 2001 στους άνδρες και από 29,5% στο 41,4% στις γυναίκες (σε όλες τις περιπτώσεις τα αντίστοιχα ποσοστά στο Σύνολο Χώρας είναι μεγαλύτερα από εκείνα στην Κρήτη π.χ. στην ομάδα ηλικιών 20-34 το ποσοστό των αγάμων στο Σύνολο Χώρας το 2001 ήταν 69,7% στους άνδρες και 47,5% στις γυναίκες).

Η μεγάλη αύξηση των αγάμων – ιδιαίτερα στις νεότερες και γόνιμες ομάδες ηλικιών – αποτελεί μια από τις άμεσες αιτίες της μείωσης των γεννήσεων, δεδομένου ότι οι εκτός γάμου γεννήσεις στη χώρα μας αντιπροσωπεύουν

## ΠΙΝΑΚΑΣ 1

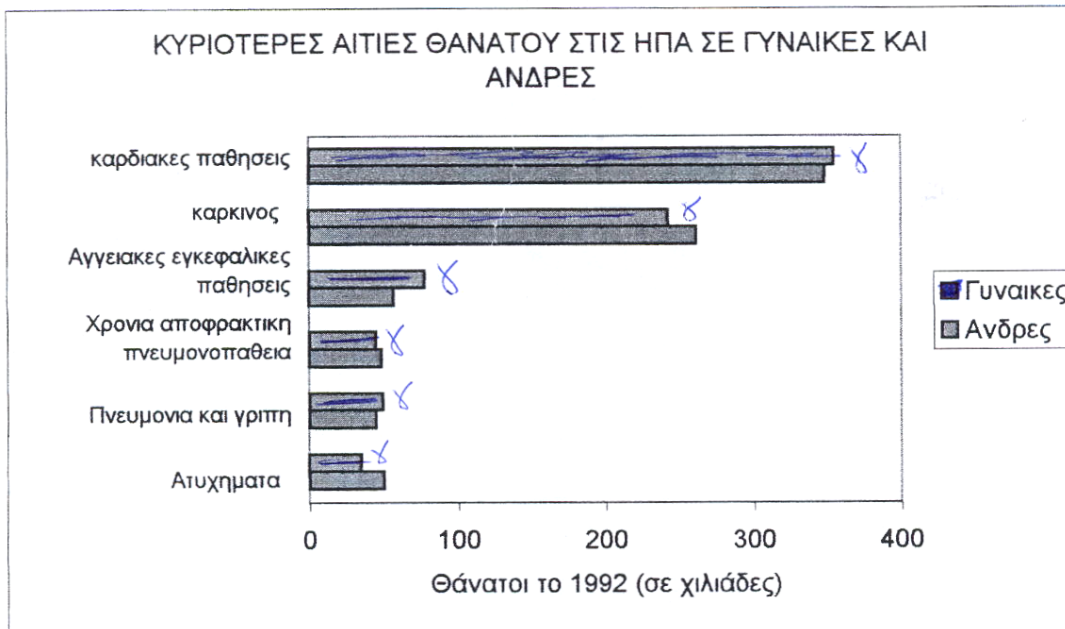
Οικογενειακή κατάσταση του συνόλου του πληθυσμού ηλικίας 20 ετών και άνω και τριών μεγάλων ομάδων ηλικιών (άνδρες και γυναίκες μαζί) στο νομό Ηρακλείου με βάση τις απογραφές των ετών 1991 και 2001

Κατηγορία	Σύνολο		20-34 ετών		35-64 ετών		65 ετών και άνω	
	1991	2001	1991	2001	1991	2001	1991	2001
Άγαμοι	31.923	51.916	24.856	40.293	5.219	8.771	1.848	2.852
Έγγαμοι	135.505	146.752	32.386	30.902	81.337	86.972	21.782	28.878
Χήροι	14.656	17.235	114	364	3.771	4.062	10.771	12.809
Διαζευγμένοι	2.151	5.382	511	1.076	1.439	3.578	201	728
Σύνολο	184.235	221.285	57.867	72.635	91.766	103.383	34.602	45.267
ΠΟΣΟΣΤΙΑΙΕΣ ΚΑΤΑΝΟΜΕΣ								
Άγαμοι	17,3	23,5	43,0	55,5	5,7	8,5	5,3	6,3
Έγγαμοι	73,6	66,3	56,0	42,5	88,6	84,1	63,0	6,8
Χήροι	8,0	7,8	0,2	0,5	4,1	3,9	31,1	28,3
Διαζευγμένοι	1,2	2,4	0,9	1,5	1,6	3,5	0,6	1,6
Σύνολο	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

## ΠΙΝΑΚΑΣ 2

Οικογενειακή κατάσταση του συνόλου του πληθυσμού ηλικίας 20 ετών και άνω και τριών μεγάλων ομάδων ηλικιών κατά φύλο στην Κρήτη με βάση τις απογραφές των ετών 1991 και 2001

Κατηγορία	Σύνολο		20-34 ετών		35-64 ετών		65 ετών και άνω	
	1991	2001	1991	2001	1991	2001	1991	2001
Άγαμοι	42.980	65.875	35.332	51.367	6.513	12.500	1.135	2.008
Έγγαμοι	140.494	152.637	24.522	24.588	85.299	90.746	30.673	37.303
Χήροι	6.042	6.809	36	233	1.052	1.318	4.954	5.258
Διαζευγμένοι	1.719	4.414	340	745	1.240	3.221	139	448
Σύνολο	191.235	229.735	60.230	76.933	94.104	107.785	36.901	45.017
ΠΟΣΟΣΤΙΑΙΕΣ ΚΑΤΑΝΟΜΕΣ								
Άγαμοι	25.224	38.959	16.652	28.526	5.203	6.537	3.369	3.896
Έγγαμοι	137.396	149.484	38.827	37.891	78.008	85.450	20.561	26.143
Χήροι	27.577	31.893	210	678	7.116	7.493	20.251	23.722
Διαζευγμένοι	2.737	7.482	761	1.728	1.647	4.539	329.44.510	1.215
Σύνολο	192.934	227.818	56.450	68.823	91.974	104.019		54.976



**Εικ. 1** Αριθμός θανάτων από έξι κυριότερες αιτίες θανάτου στις γυναίκες και στους άνδρες στις ΗΠΑ, ταξινομημένες ως προς τις γυναίκες.

Δεδομένα από Advance Report of Final Mortality Statistics for 1992, National Center for Health Statistics, 1995.



## ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

### ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Το ερωτηματολόγιο μας απευθύνεται σε γυναίκες και άντρες ηλικίας 40-50 ετών, του Δήμου Κολυμβαρίου του Νομού Χανίων. Πραγματοποιήθηκε ανώνυμα και τα δεδομένα του θα χρησιμοποιηθούν για πτυχιακή εργασία σπουδαστών του Τμήματος Νοσηλευτικής Α.Τ.Ε.Ι. Κρήτης.

#### 1. Φύλλο

Άρρεν

Θήλυ

Ηλικία .....

#### Οικογενειακή κατάσταση

Έγγαμος

Άγαμος

Διαζευγμένος -η

Χήρος -α

#### 2. Μορφωτικό επίπεδο

Αγράμματος

Δημοτικό

Γυμνάσιο

Λύκειο

Ανώτατη εκπαίδευση

#### 3. Εργασιακή κατάσταση

Εργάζεστε ναι  όχι

Είδος εργασίας

- Αγρότης
- Ναυτικός
- Δημόσιος υπάλληλος
- Ιδιωτικός υπάλληλος
- Οικιακά

Συνταξιούχος Ναι,  όχι

Χρόνος συνταξιοδότησης .....

Αίτια συνταξιοδότησης .....

#### 4. Ασφαλιστικός φορέας

- Δημόσιο
- Ι.Κ.Α.
- Ο.Γ.Α.
- Τ.Ε.Β.Ε.
- Ν.Α.Τ.

#### 5. Λαμβάνετε μέτρα ασφαλείας κατά την ώρα της εργασίας σας;

Ναι , Όχι

- Μάσκες
- Γάντια
- Αντηλιακά

Άλλο .....

#### 6. Κατάσταση κατοικίας

- |                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Ιδιόκτητη    | <input type="checkbox"/> Ενοικιαζόμενη                    |
| <input type="checkbox"/> Μονοκατοικία | <input type="checkbox"/> Πολυκατοικία                     |
| <input type="checkbox"/> Τηλέφωνο     | <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> όχι |
| <input type="checkbox"/> Αυλή         | <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> όχι |
| <input type="checkbox"/> Κήπος        | <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> όχι |
| <input type="checkbox"/> Γείτονες     | <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> όχι |

7. Οικονομική κατάσταση

- Μισθός
- Σύνταξη
- Εισόδημα αποκτήματα
- Βοηθούν τα παιδιά

Το εισόδημα σας επαρκεί για την κάλυψη των καθημερινών αναγκών;

Ναι  όχι

8. Ζείτε με

- τον/την σύζυγο
- μόνος-η
- παιδιά

9. Πόσες φορές τη βδομάδα τρώτε

Κόκκινο κρέας .....

Άσπρο κρέας .....

Ψάρια .....

Γαλακτοκομικά και αυγά .....

Φρούτα και λαχανικά .....

Όσπρια .....

Γλυκά .....

10. Τι λάδι χρησιμοποιείτε στο φαγητό σας;

- Ελαιόλαδο
- Ηλιέλαιο
- Φυστικέλαιο
- Κορεσμένα λίπη

11. Κάνετε χρήση αλκοόλ;

Ναι  όχι

Κρασί

1 ποτήρι ημερησίως

2 ποτήρια «

μόνο με φίλους

Σκληρά ποτά

1 φορά την ημέρα

κάθε μέρα

μόνο με φίλους

12. Καπνίζετε;

ναι  όχι

Πόσων ετών αρχίσατε το κάπνισμα .....

Πόσα τσιγάρα καπνίζετε ημερησίως; .....

Σκέπτεστε να κόψετε το κάπνισμα; .....

Ναι  όχι

13. Έχετε δικό σας μεταφορικό μέσον

Ναι  όχι

Μετακινείστε με μέσα μαζικής μεταφοράς

Με τα πόδια

14. Συμμετέχετε σε

Κοινωνικές εκδηλώσεις

Οικογενειακές συγκεντρώσεις

Φιλανθρωπικές οργανώσεις

ΚΑΠΗ

- Εκδρομές με συλλόγους
- Άλλα

15. Προβλήματα υγείας

- Καρδιοπάθειες
- Σακχαρώδης διαβήτης
- Αρτηριακή πίεση
- Πνευμονοπάθεια
- Νεφρολογικά Νοσήματα
- Οστεοπόρωση
- Ψυχολογικά νοσήματα
- Άλλο .....

16. Τι προβλήματα σας δημιουργεί η πάθησή σας;

- Πόνο
- Δύσπνοια
- Πυρετό
- Κατακλίσεις
- Ακίνησία
- Άλλο .....

17. Παίρνετε φάρμακα;

- Ναι  όχι
- Παισιίπωνα
  - Καρδιοτονωτικά
  - Αντιβιοτικά
  - Αντιδιαβητικά
  - Ηρεμιστικά
  - Υπνωτικά

18. Υποβάλλεστε σε προληπτικές εξετάσεις;

Ναι  όχι

Test pap

Μαστογραφία

Έλεγχο προστάτη

Μέτρηση οστικής μάζας

19. Αισθάνεστε στην καθημερινότητα σας

Αισιοδοξία

Φόβο

Μοναξιά

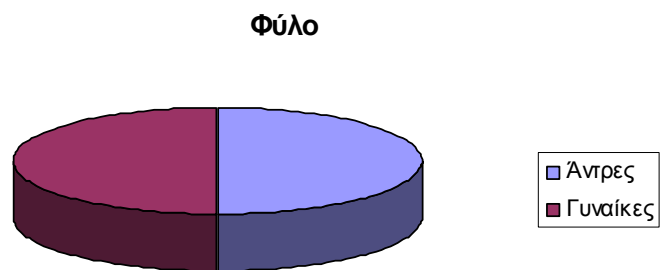
Άγχος

Εγκατάλειψη

### 1. Φύλο

Άντρες 80

Γυναίκες 80



### Ηλικία

#### Άντρες

40 χρονών → 5

41 χρονών → 4

42 χρονών → 7

43 χρονών → 5

44 χρονών → 6

45 χρονών → 5

46 χρονών → 5

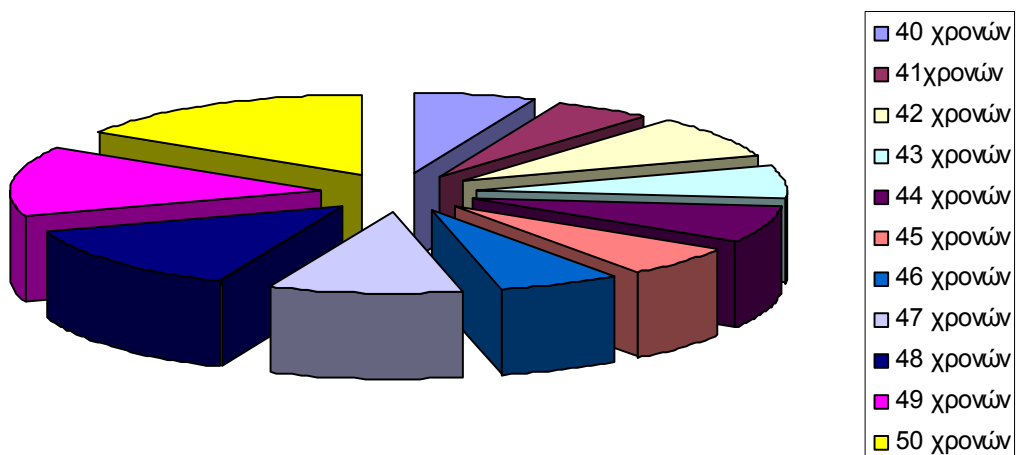
47 χρονών → 8

48 χρονών → 11

49 χρονών → 11

50 χρονών → 13

### Ηλικία Αντρών



## Γυναίκες

40 χρονών → 6

41 χρονών → 5

42 χρονών → 10

43 χρονών → 12

44 χρονών → 4

45 χρονών → 8

46 χρονών → 7

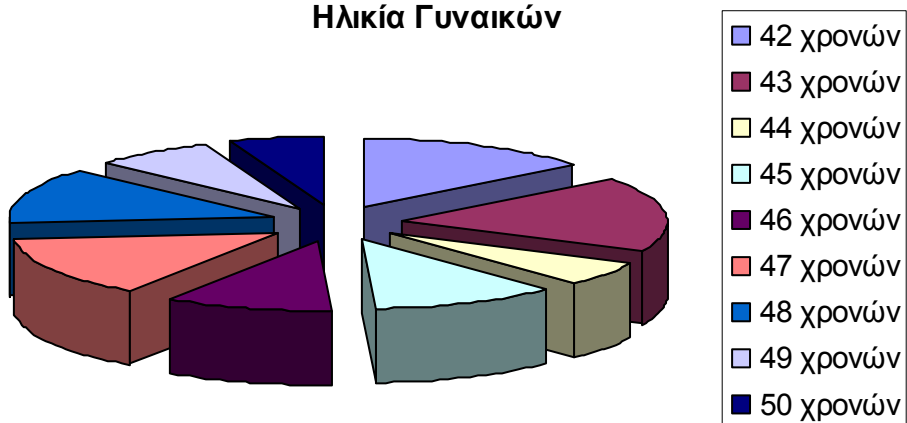
47 χρονών → 10

48 χρονών → 9

49 χρονών → 5

50 χρονών → 4

## Ηλικία Γυναικών

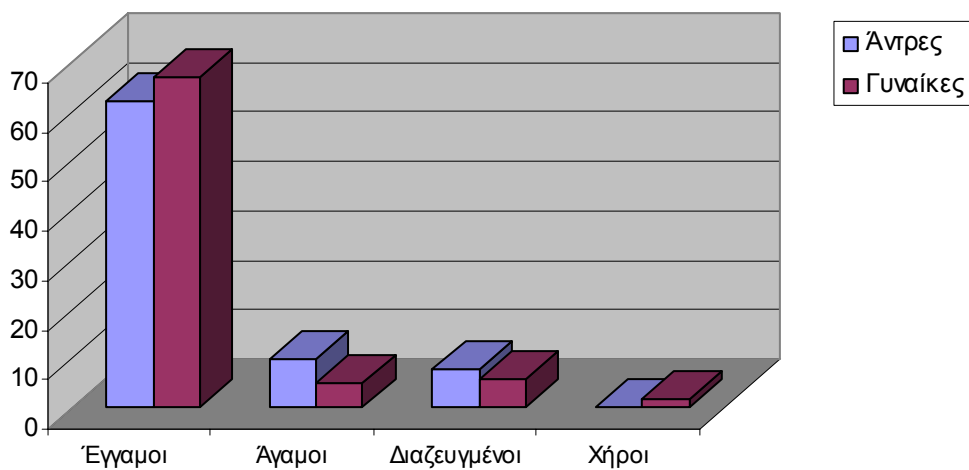




## Οικογενειακή Κατάσταση

	Άνδρες	Γυναίκες
Έγγαμος /η	62	67
Άγαμος /η	10	5
Διαζευγμένος /η	8	6
Χήροι /ες	0	2

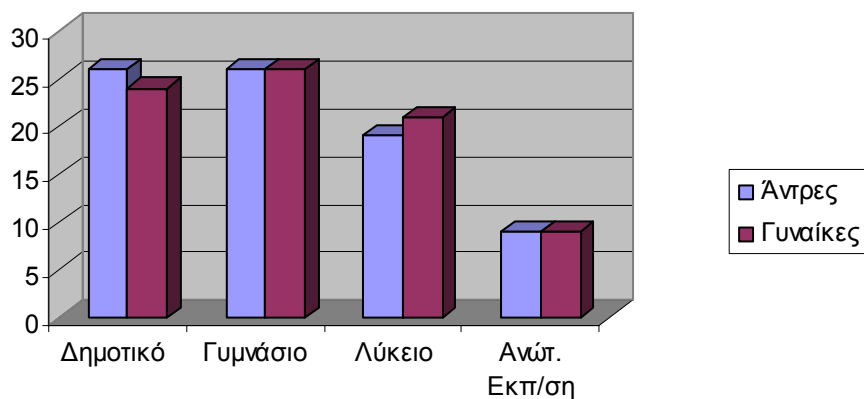
### Οικογενειακή κατάσταση



## 2. Μορφωτικό Επίπεδο

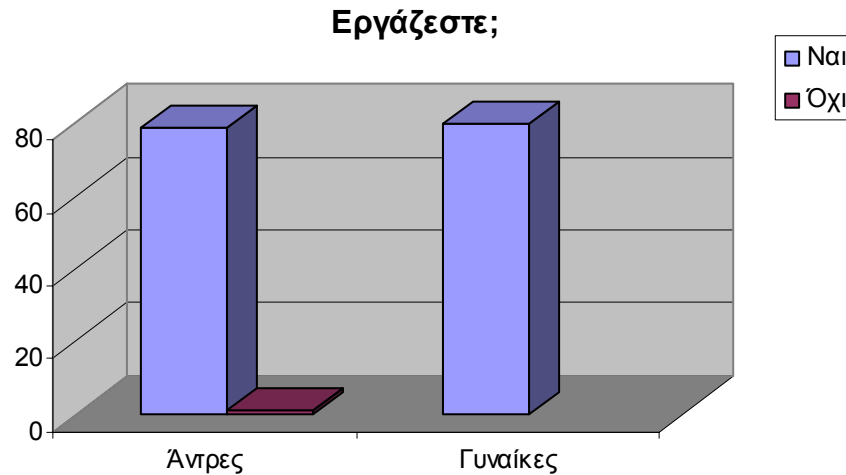
	Άνδρες	Γυναίκες
Δημοτικό	26	24
Γυμνάσιο	26	21
Λύκειο	19	21
Ανώτατη Εκπαίδευση	9	9

### Μορφωτικό Επίπεδο



### 3. Εργασιακή Κατάσταση

Εργάζεστε;	Άνδρες	Γυναίκες
ΝΑΙ	79	80
ΟΧΙ	1	-

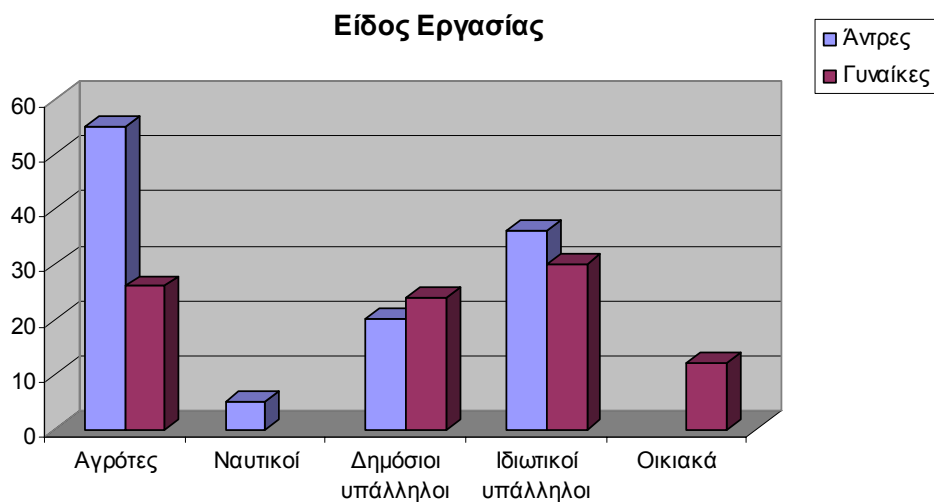


#### Είδος εργασίας άνδρες

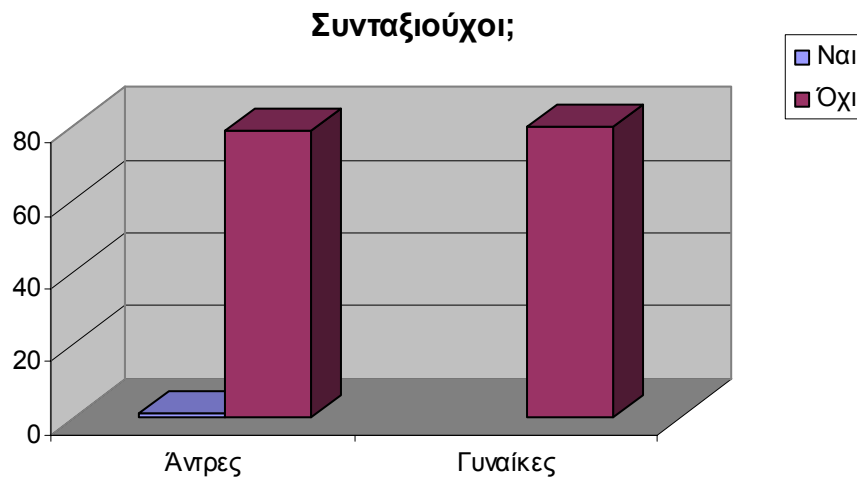
Αγρότες Κύρια εργασία 19 Δευτερεύουσα εργασία 36  
 Ναυτικοί 5  
 Δημόσιοι υπάλληλοι 20  
 Ιδιωτικοί υπάλληλοι 36

#### Είδος εργασίας γυναίκες

Αγρότισσες Κύρια εργασία 14 Δευτερεύουσα εργασία 12  
 Δημόσιοι υπάλληλοι 24  
 Ιδιωτικοί υπάλληλοι 30  
 Οικιακά 12

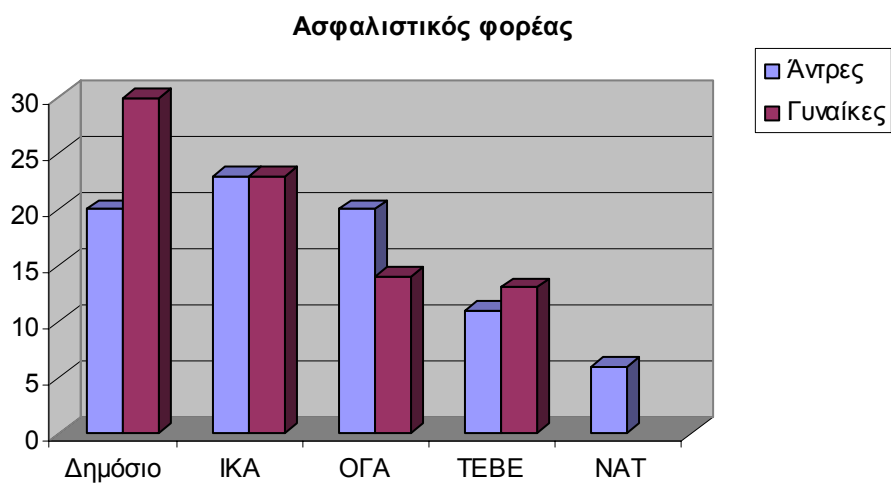


Συνταξιούχοι	Άνδρες	Γυναίκες
ΝΑΙ	1	-
ΟΧΙ	79	80
Χρόνος συνταξιοδότησης	1999	
Αίτια συνταξιοδότησης	νεφρική ανεπάρκεια	



#### 4. Ασφαλιστικός φορέας

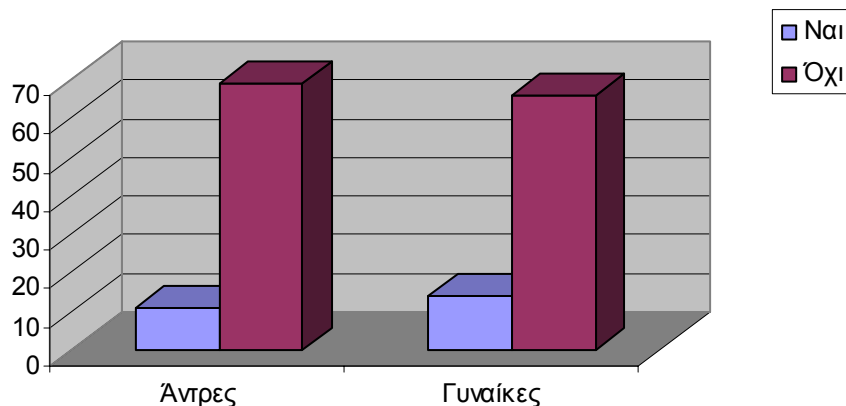
Εργάζεστε;	Άνδρες	Γυναίκες
Δημόσιο	20	30
ΙΚΑ	23	23
ΟΓΑ	20	14
ΤΕΒΕ	11	13
NAT	6	-



### 5. Λαμβάνετε μέτρα ασφάλειας κατά την ώρα εργασίας σας;

Εργάζεστε;	Άνδρες	Γυναίκες
ΝΑΙ	11	14
ΟΧΙ	69	66

Λαμβάνετε μέτρα ασφάλειας κατά την ώρα της εργασίας σας;



### Ποια μέτρα ασφαλείας λαμβάνετε κατά την ώρα εργασίας σας

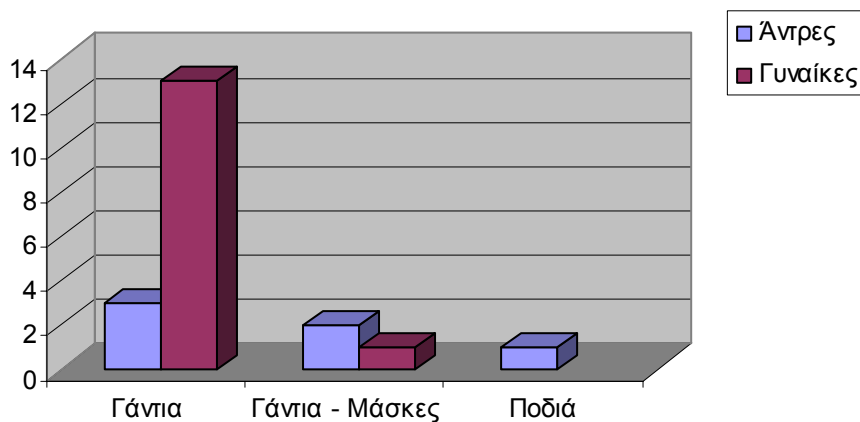
#### Άντρες

Γάντια – Μάσκες 5  
 Γάντια 3  
 Μάσκες 2  
 Ειδική ποδιά για ηλεκτροκολλήσεις 1

#### Γυναίκες

Γάντια 13  
 Γάντια – Μάσκες 1

Μέτρα ασφαλείας την ώρα της εργασίας



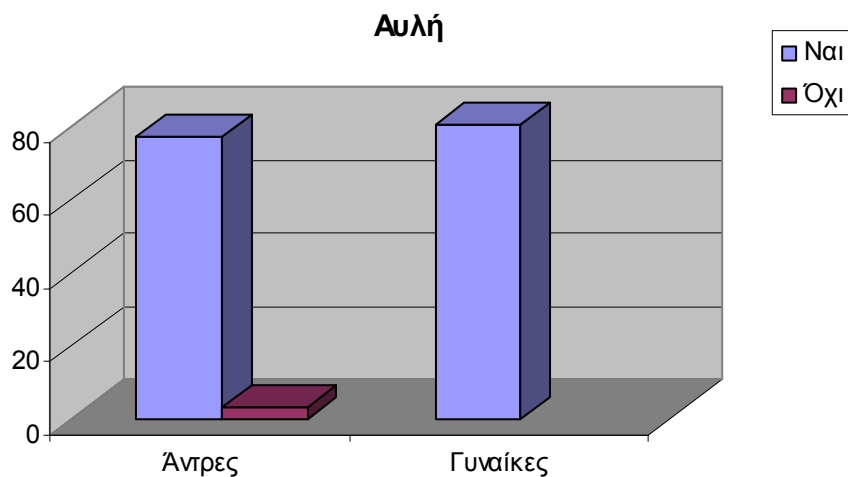
## 6. Κατάσταση κατοικίας

Κατάσταση κατοικίας	Άνδρες	Γυναίκες
Ιδιόκτητη	69	71
Ενοικιαζόμενη	11	9



## Αυλή

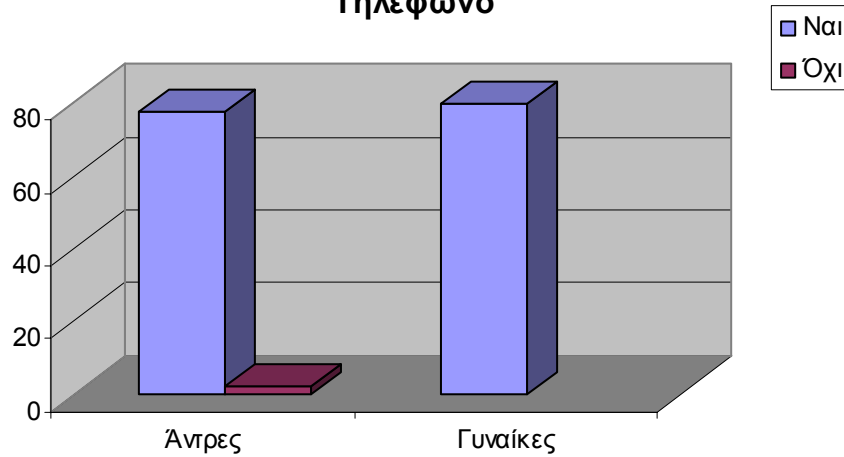
Αυλή	Άνδρες	Γυναίκες
Ναι	77	71
Όχι	3	9



### Τηλέφωνο

Τηλέφωνο	Άνδρες	Γυναίκες
Ναι	78	80
Όχι	2	-

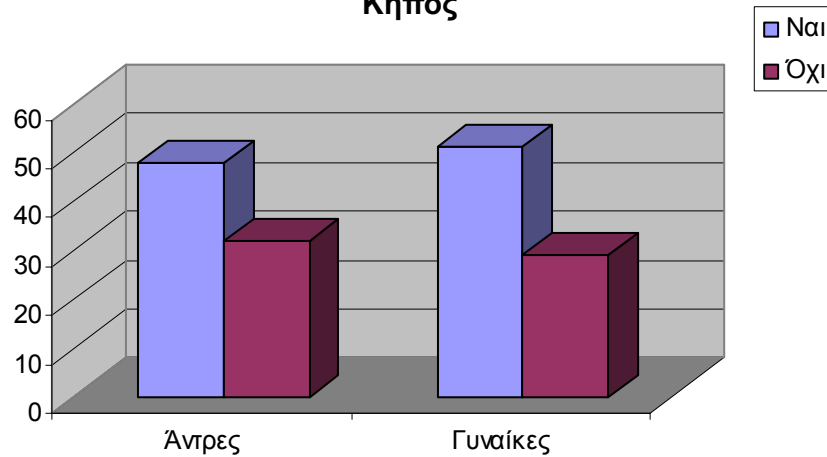
### Τηλέφωνο



### Κήπος

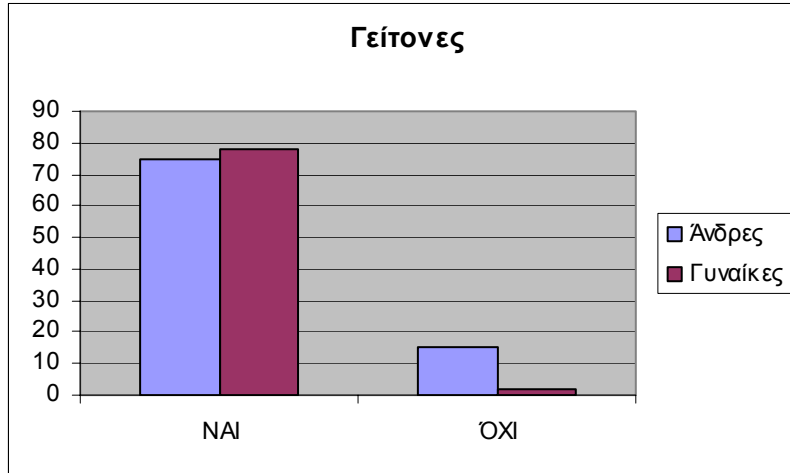
Κήπος	Άνδρες	Γυναίκες
Ναι	48	51
Όχι	32	29

### Κήπος



### Γείτονες

Γείτονες	Άνδρες	Γυναίκες
Ναι	78	75
Όχι	2	5



### 7. Οικονομική κατάσταση

#### Άντρες

Μισθός 25

Μισθός – εισόδημα από κτήματα 35

Εισόδημα από κτήματα 19

Σύνταξη 1

#### Γυναίκες

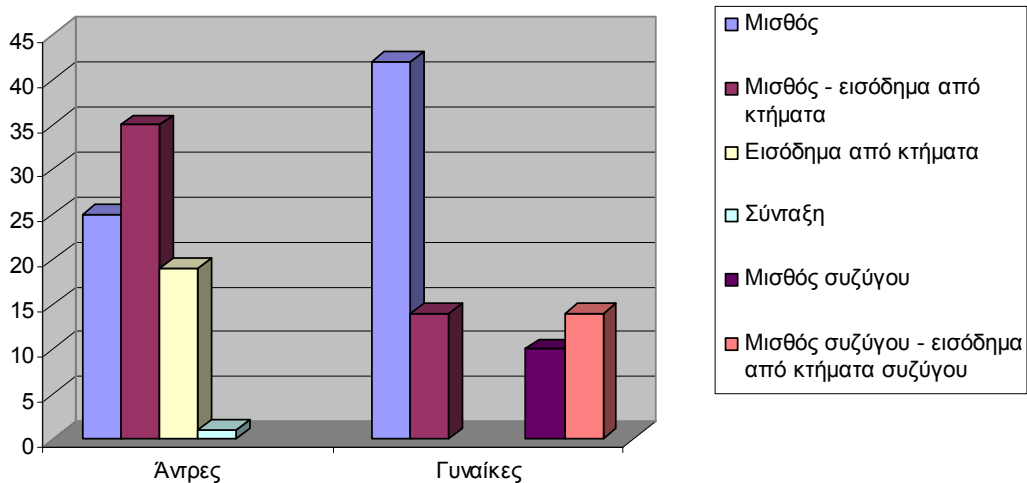
Μισθός 42

Μισθός – εισόδημα από κτήματα 14

Μισθός συζύγου 10

Μισθός συζύγου – εισόδημα από κτήματα συζύγου 14

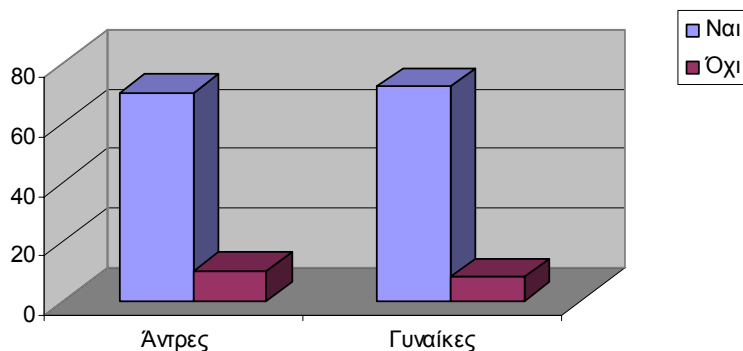
### Οικονομική κατάσταση



**Το εισόδημά σας επαρκεί για την κάλυψη των καθημερινών αναγκών;**

	<b>Άνδρες</b>	<b>Γυναίκες</b>
<b>Ναι</b>	70	72
<b>Όχι</b>	10	8

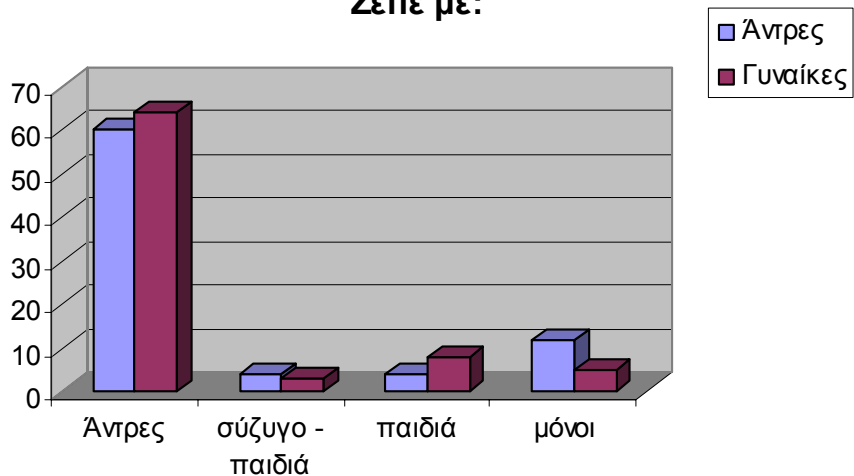
**Το εισόδημα σας επαρκεί για την κάλυψη των καθημερινών αναγκών;**



**8. Ζείτε με:**

	<b>Άνδρες</b>	<b>Γυναίκες</b>
<b>Το σύζυγο / τη σύζυγο – Παιδιά</b>	60	64
<b>Το σύζυγο / τη σύζυγο</b>	4	3
<b>Παιδιά</b>	4	8
<b>Μόνοι / Μόνες</b>	12	5

**Ζείτε με:**

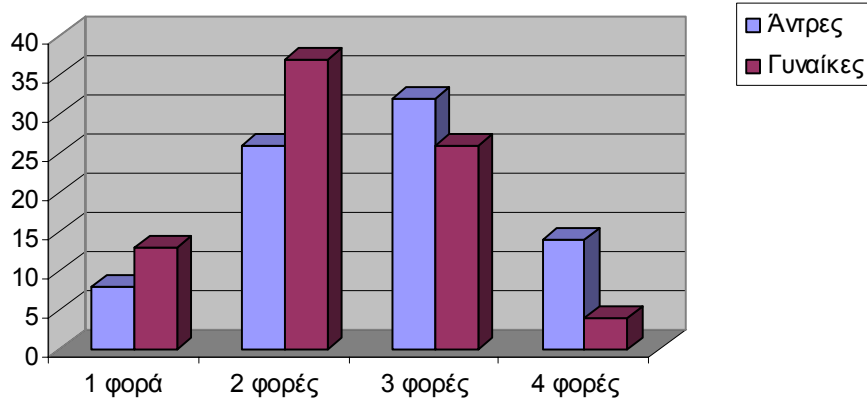




### 9. Πόσες φορές τη βδομάδα τρώτε:

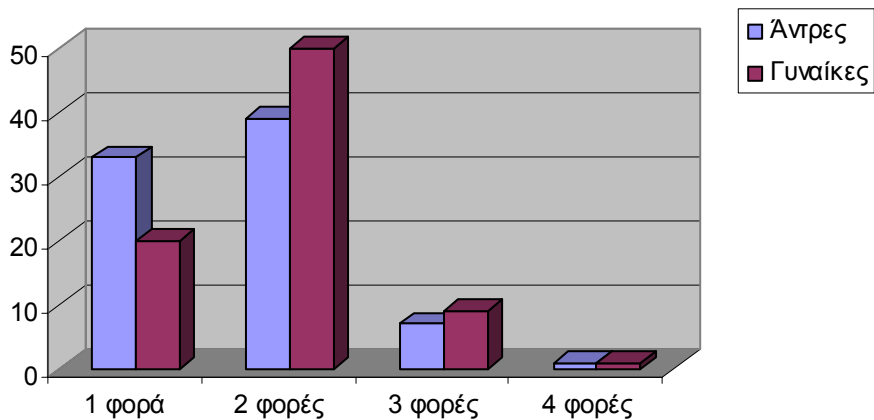
Κόκκινο Κρέας	Άνδρες	Γυναίκες
1 φορά την εβδομάδα	8	13
2 φορές την εβδομάδα	26	37
3 φορές την εβδομάδα	32	26
4 φορές την εβδομάδα	14	4

#### Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε κόκκινο κρέας;

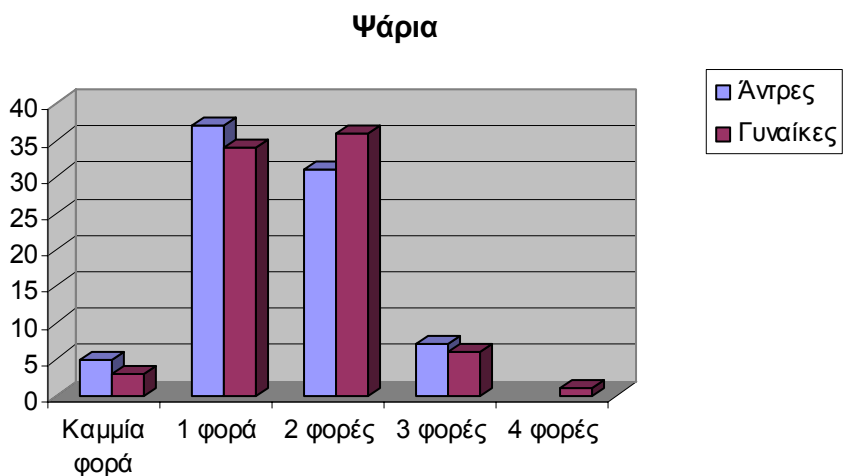


Άσπρο Κρέας	Άνδρες	Γυναίκες
1 φορά την εβδομάδα	33	20
2 φορές την εβδομάδα	39	50
3 φορές την εβδομάδα	7	9
4 φορές την εβδομάδα	1	1

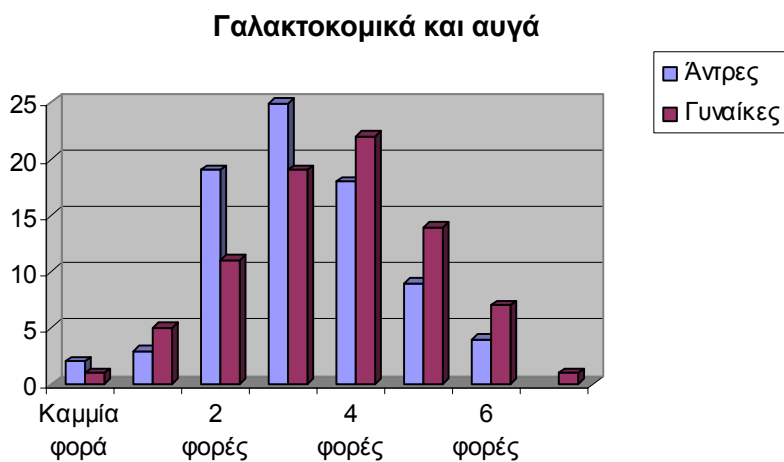
#### Άσπρο κρέας



Ψάρια	Άνδρες	Γυναίκες
1 φορά την εβδομάδα	5	3
2 φορές την εβδομάδα	37	34
3 φορές την εβδομάδα	31	36
4 φορές την εβδομάδα	7	1



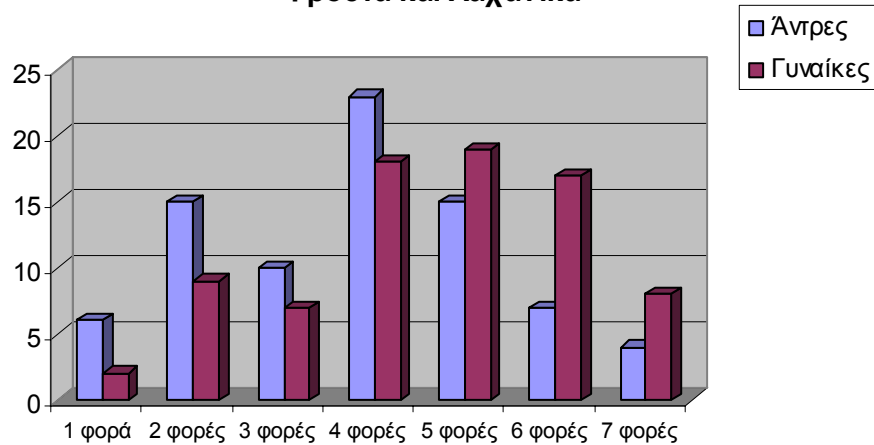
Γαλακτοκομικά και αυγά	Άνδρες	Γυναίκες
Καμία φορά την εβδομάδα	2	1
1 φορά την εβδομάδα	3	5
2 φορές την εβδομάδα	19	11
3 φορές την εβδομάδα	25	19
4 φορές την εβδομάδα	18	22
5 φορές την εβδομάδα	9	14
6 φορές την εβδομάδα	4	7
7 φορές την εβδομάδα	0	1



### Φρούτα και λαχανικά

	Ανδρες	Γυναίκες
1 φορά την εβδομάδα	6	2
2 φορές την εβδομάδα	15	9
3 φορές την εβδομάδα	10	7
4 φορές την εβδομάδα	23	18
5 φορές την εβδομάδα	15	19
6 φορές την εβδομάδα	7	17
7 φορές την εβδομάδα	4	8

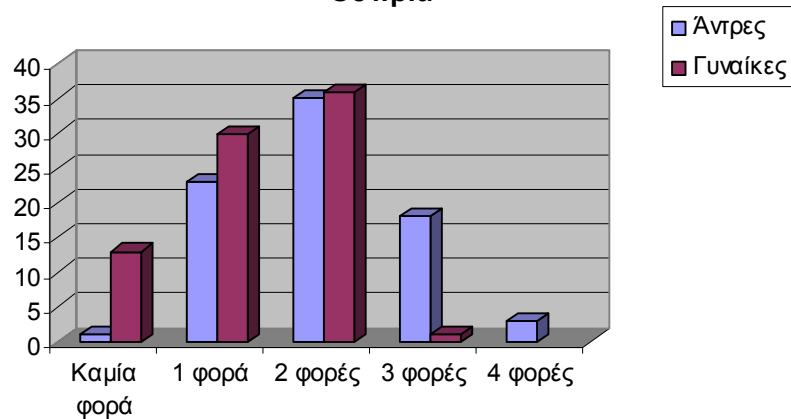
### Φρούτα και Λαχανικά



### Όσπρια

	Ανδρες	Γυναίκες
Καμία φορά την εβδομάδα	1	
1 φορά την εβδομάδα	23	13
2 φορές την εβδομάδα	35	30
3 φορές την εβδομάδα	18	36
4 φορές την εβδομάδα	3	1

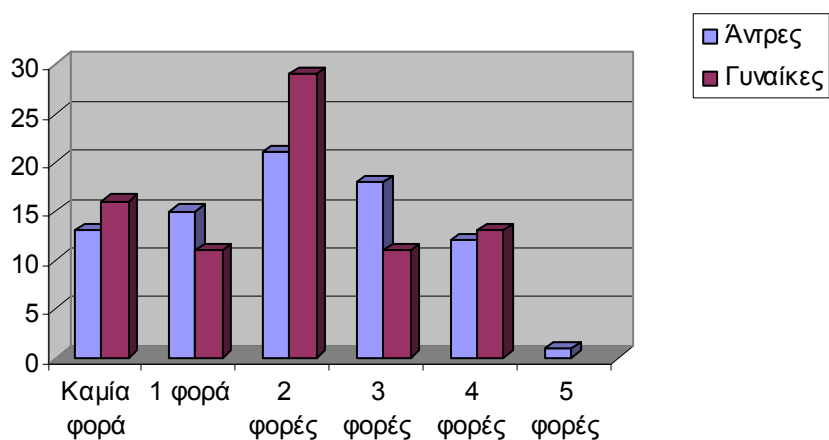
### Όσπρια



### Γλυκά

	Άνδρες	Γυναίκες
Καμία φορά την εβδομάδα	13	16
1 φορά την εβδομάδα	15	11
2 φορές την εβδομάδα	21	29
3 φορές την εβδομάδα	18	11
4 φορές την εβδομάδα	12	13
5 φορές την εβδομάδα	1	

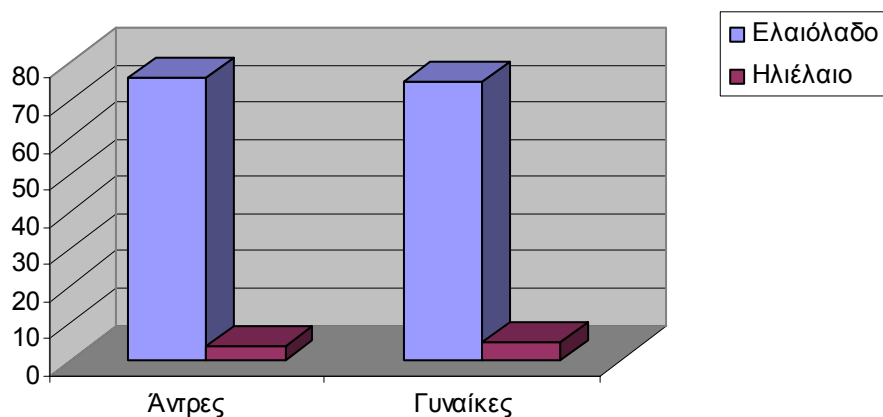
### Γλυκά



### 10. Τι λάδι χρησιμοποιείτε στο φαγητό σας

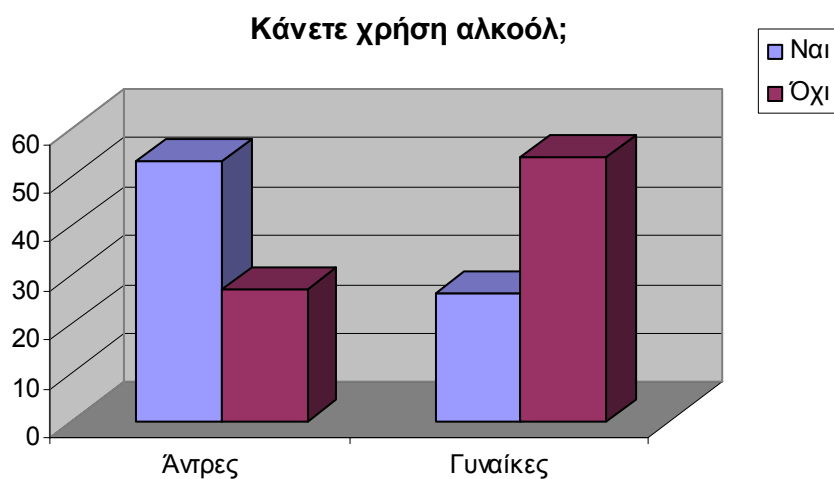
	Άνδρες	Γυναίκες
Ελαιόλαδο	76	75
Ηλιέλαιο	4	5

### Τι λάδι χρησιμοποιείτε στο φαγητό σας;



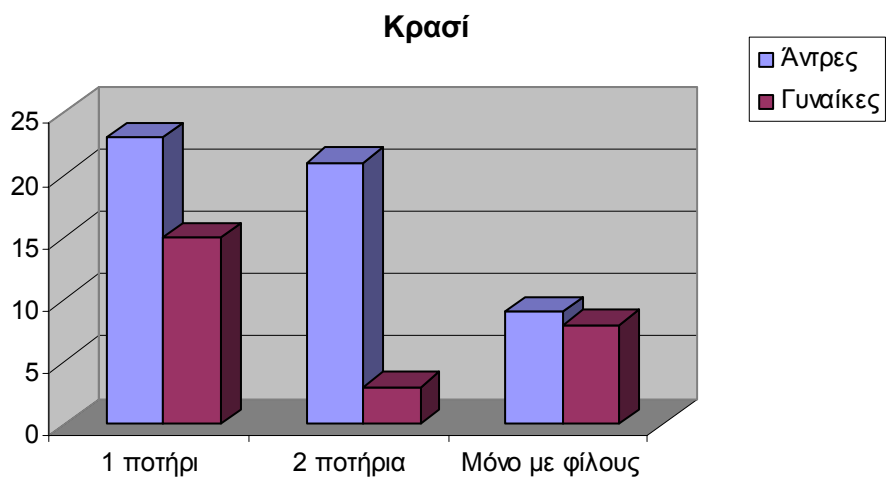
### 11. Κάνετε χρήση αλκοόλ;

	Άνδρες	Γυναίκες
ΝΑΙ	53	26
ΟΧΙ	27	54



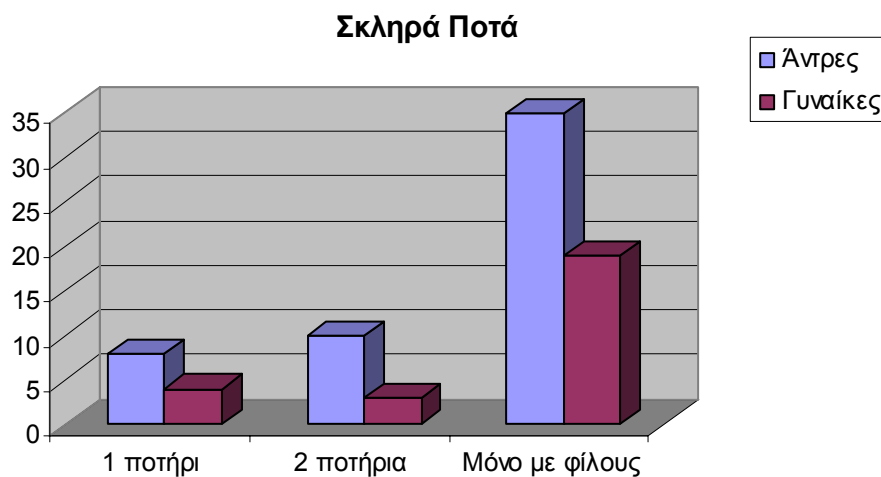
### Κρασί

	Άνδρες	Γυναίκες
1 Ποτήρι ημερησίως	23	15
2 ποτήρια ημερησίως	21	3
μόνο με φίλους	9	8



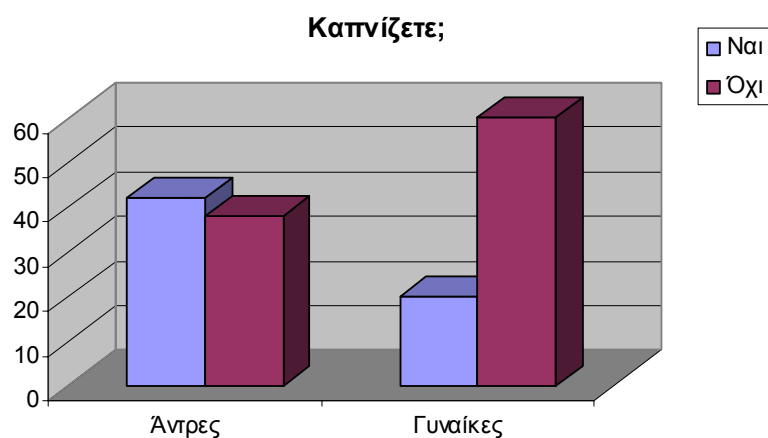
### Σκληρά ποτά

	Άνδρες	Γυναίκες
1 φορά την ημέρα	8	4
Κάθε μέρα	10	3
Μόνο με φίλους	35	19



### 12. Καπνίζετε;

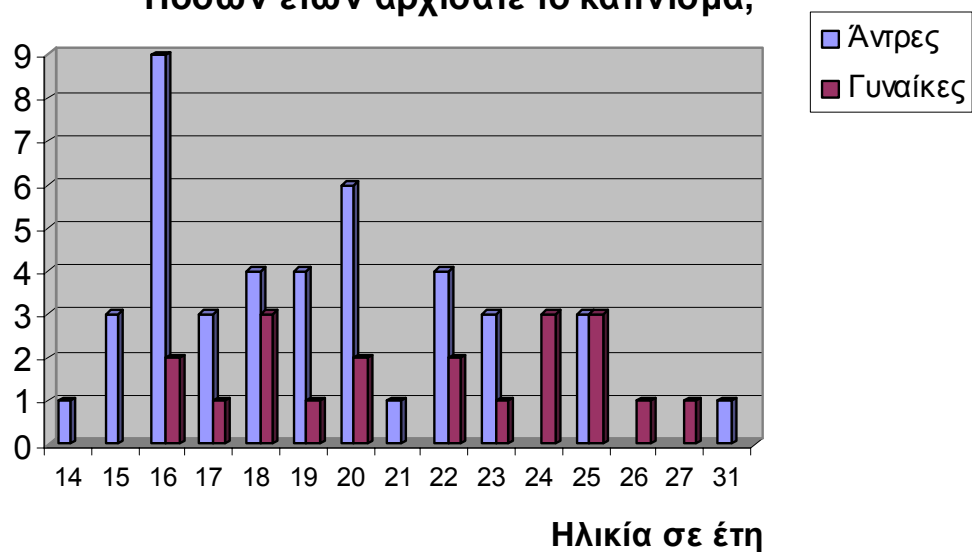
Καπνίζετε;	Άνδρες	Γυναίκες
ΝΑΙ	42	20
ΟΧΙ	38	60



**Πόσων ετών αρχίσατε το κάπνισμα;**

	<b>Άνδρες</b>	<b>Γυναίκες</b>
14 χρονών	1	-
15 χρονών	3	-
16 χρονών	9	2
17 χρονών	3	1
18 χρονών	4	3
19 χρονών	4	1
20 χρονών	6	2
21 χρονών	1	2
22 χρονών	4	1
23 χρονών	3	3
24 χρονών	3	3
25 χρονών	1	1
27 χρονών		1

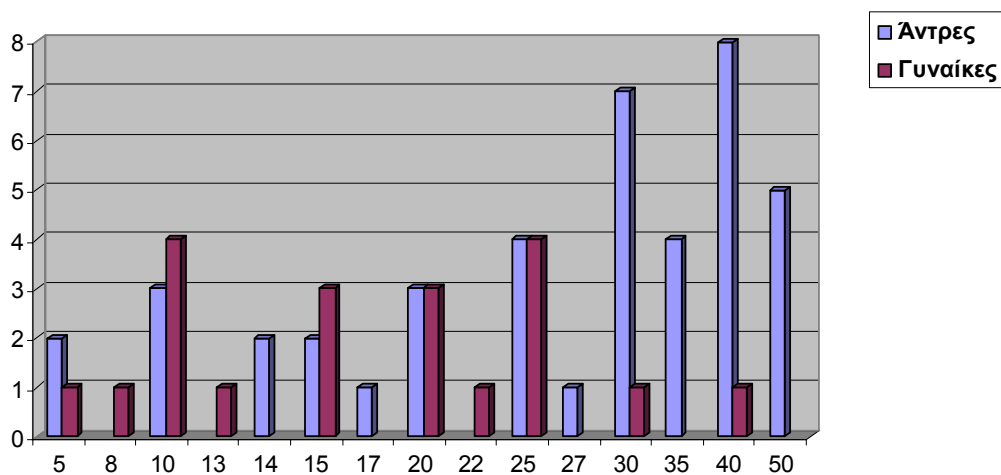
**Πόσων ετών αρχίσατε το κάπνισμα;**



**Πόσα τσιγάρα καπνίζετε ημερησίως;**

Πόσα τσιγ.καπνίζ.ημερησίως	Άνδρες	Πόσα τσιγ.καπνιζ.ημερησίως	Γυναίκες
5 τσιγάρα	2	5 τσιγάρα	1
10 τσιγάρα	3	8 τσιγάρα	1
14 τσιγάρα	2	10 τσιγάρα	4
15 τσιγάρα	2	13 τσιγάρα	1
17 τσιγάρα	1	15 τσιγάρα	3
20 τσιγάρα	3	20 τσιγάρα	3
25 τσιγάρα	4	22 τσιγάρα	1
27 τσιγάρα	1	25 τσιγάρα	4
30 τσιγάρα	7	30 τσιγάρα	1
35 τσιγάρα	4	40 τσιγάρα	1
40 τσιγάρα	8		
50 τσιγάρα	5		

**Πόσα τσιγάρα καπνίζετε ημερησίως;**

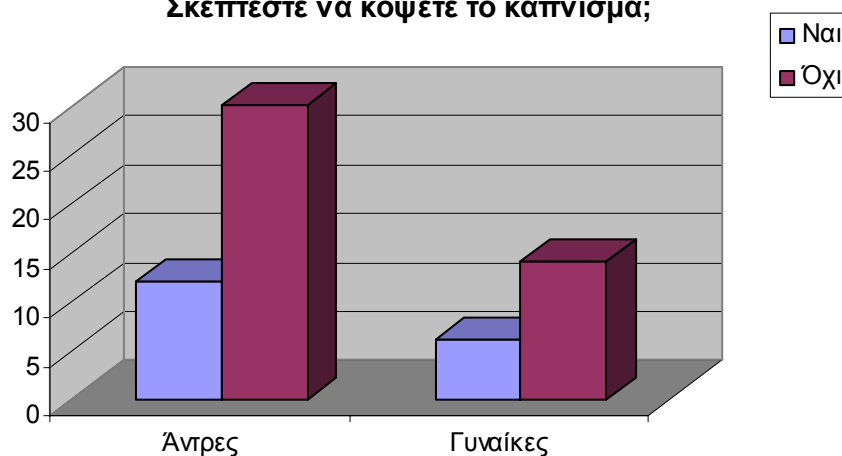




**Σκέπτεστε να κόψετε το κάπνισμα;**

	<b>Άνδρες</b>	<b>Γυναίκες</b>
ΝΑΙ	12	6
ΟΧΙ	30	14

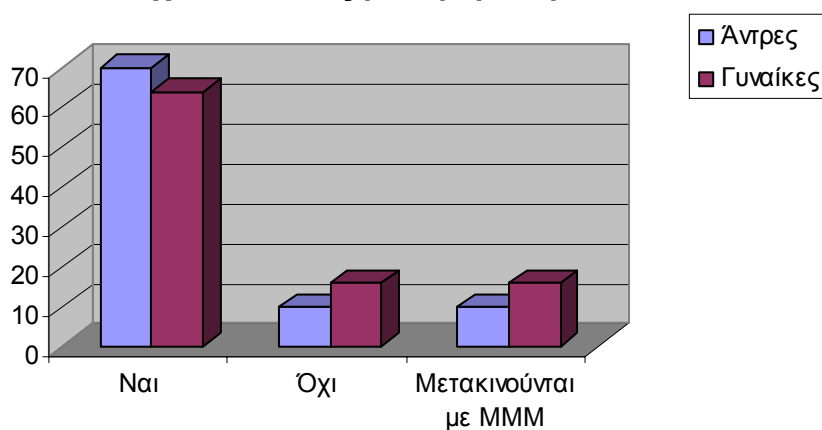
**Σκέπτεστε να κόψετε το κάπνισμα;**



**13. Έχετε δικό σας μεταφορικό μέσο;**

	<b>Άνδρες</b>	<b>Γυναίκες</b>
ΝΑΙ	70	64
ΟΧΙ	10	16

**Έχετε δικό σας μεταφορικό μέσον;**



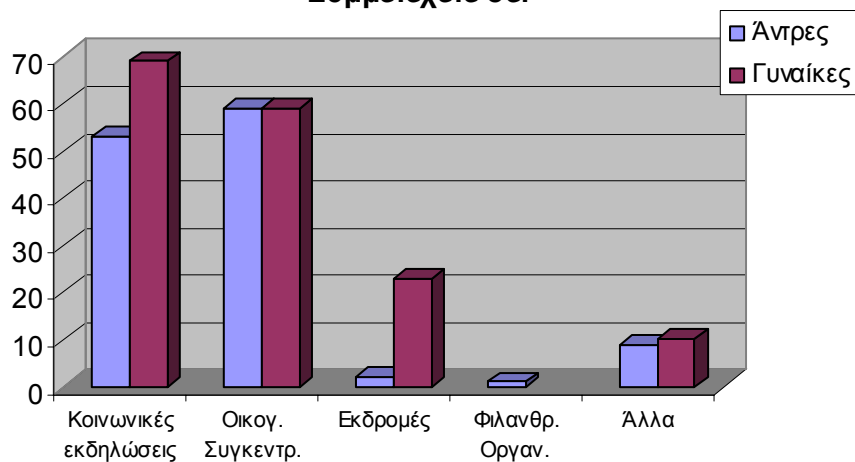
Άνδρες: Μετακινούνται με μέσα μαζικής μεταφοράς 10

Γυναίκες: Μετακινούνται με μέσα μαζικής μεταφοράς 16

#### 14. Συμμετέχετε σε:

	Άνδρες	Γυναίκες
Κοινωνικές εκδηλώσεις	53	69
Οικογενειακές συγκεντρώσεις	59	59
Εκδρομές με συλλόγους	2	23
Φιλανθρωπικές οργανώσεις	1	-
Άλλα	9	10

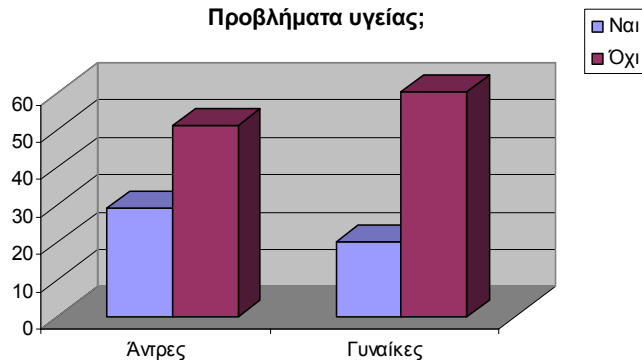
#### Συμμετέχετε σε:



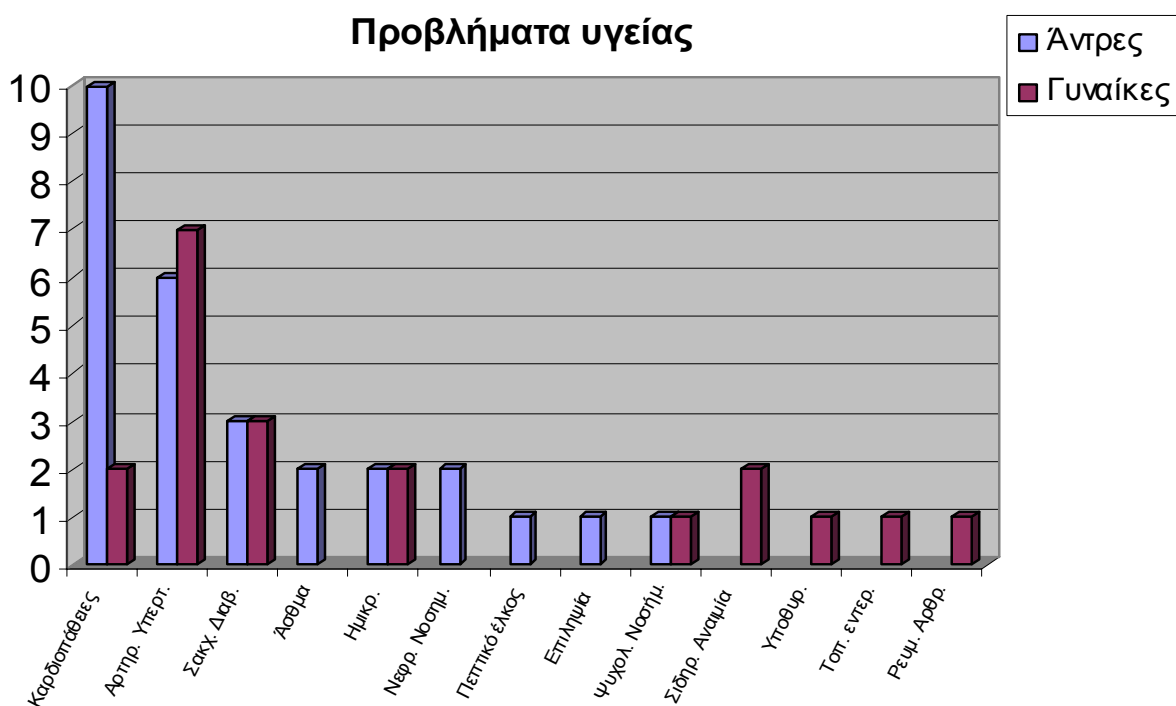
#### 15. Προβλήματα υγείας

	Άνδρες	Γυναίκες
ΝΑΙ	29	20
ΟΧΙ	51	60

#### Προβλήματα υγείας;



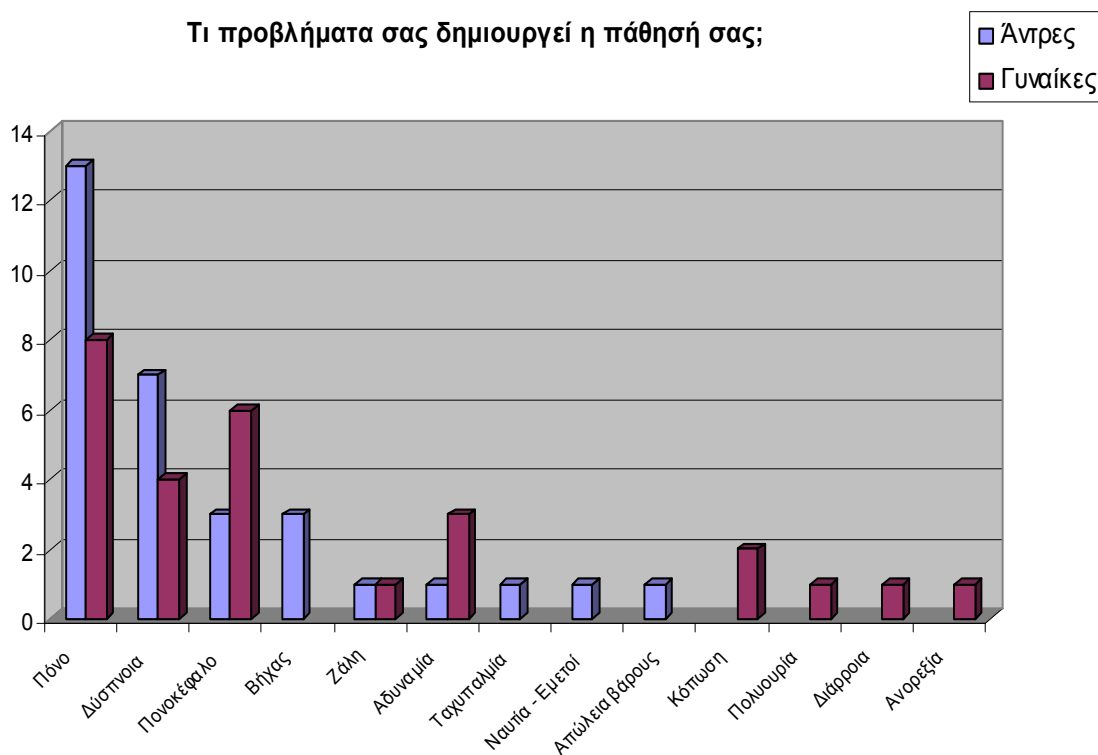
	Άνδρες		Γυναίκες
Καρδιοπάθειες	10	Αρτηριακή υπέρταση	7
Αρτηριακή υπέρταση	6	Σακχαρώδης διαβήτης	3
Πνευμονοπάθεια	3	Καρδιοπάθειες	2
Σακχαρώδη διαβήτη	2	Σιδηροπενική αναιμία	2
Άσθμα	2	Ημικρανίες	2
Ημικρανίες	2	Υποθυρεοειδισμός	1
Νεφρολογικά νοσήματα	1	Τοπική εντερίτιδα	1
Πεπτικό έλκος	1	Ρευματοειδής αρθρίτιδα	1
Επιληψία	1	Ψυχολογικά νοσήματα	1
Ψυχολογικά νοσήματα	1		



### 16. Τι προβλήματα σας δημιουργεί η πάθησή σας;

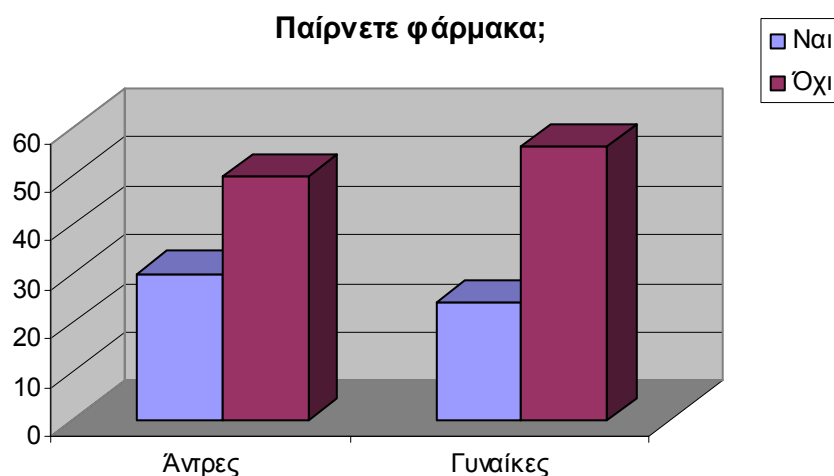
	Άνδρες		Γυναίκες
Πόνο	13	Πόνο	8
Δύσπνοια	7	Πονοκέφαλο	6
Πονοκέφαλο	3	Δύσπνοια	4
Βήχας	3	Αδυναμία	3
Ζάλη	1	Αίσθημα κόπωσης	2
Αδυναμία	1	Ζάλη	1
Ταχυπαλμία	1	Δυσκαμψία	1
Ναυτία – έμετοι	1	Πολυουρία-πολυδιψία	1
Απώλεια βάρους	1	Διάρροια	1
		Ανορεξία	1

### Τι προβλήματα σας δημιουργεί η πάθησή σας;



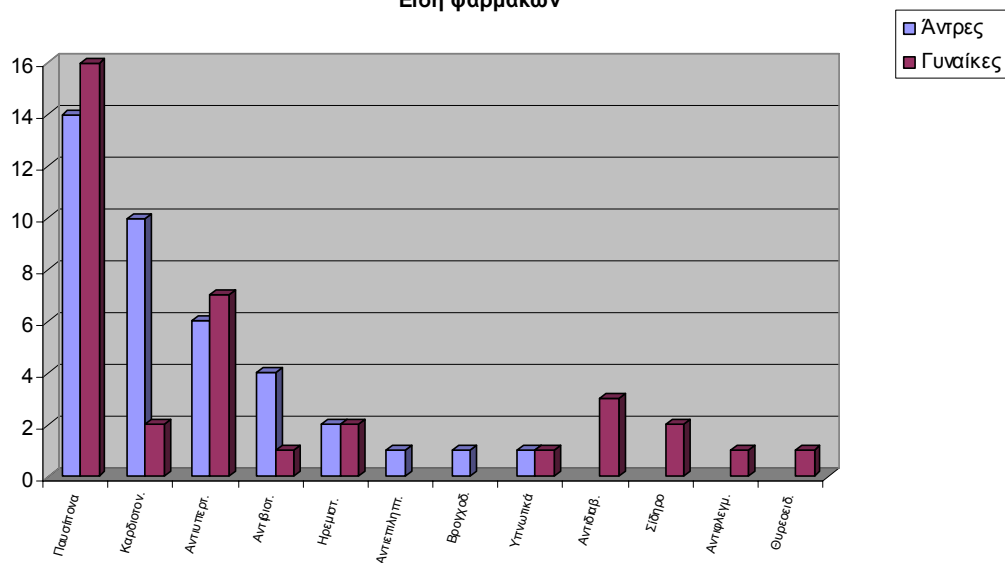
### 17. Παίρνετε φάρμακα;

	Ανδρες	Γυναίκες
ΝΑΙ	30	24
ΟΧΙ	50	56



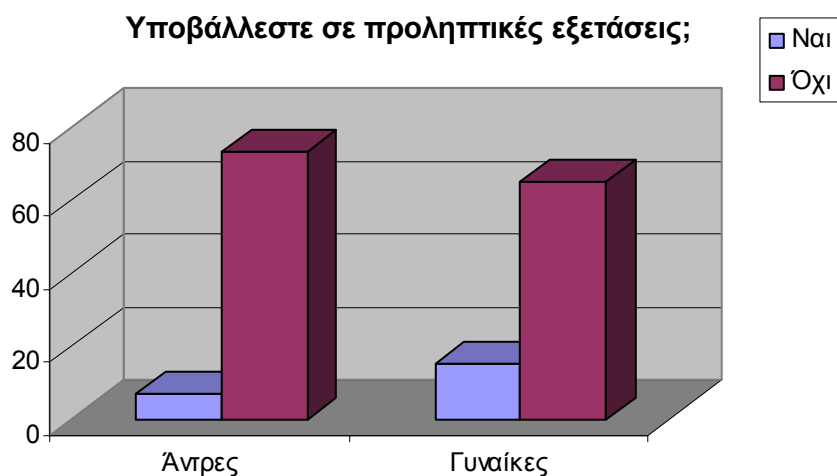
	Ανδρες	Γυναίκες
Παυσίπονα	14	14
Καρδιοτονωτικά	10	10
Αντιυπερτασικά	6	6
Αντιβιοτικά	4	4
Ηρεμιστικά	2	2
Αντιεπιληπτικά	1	1
Βρογχοδιασταλτικά	1	
Υπνωτικά	1	
Αντιφλεγμονώδη		
Θυρεοειδικές ορμόνες		
Υπνωτικά		

### Είδη φαρμάκων

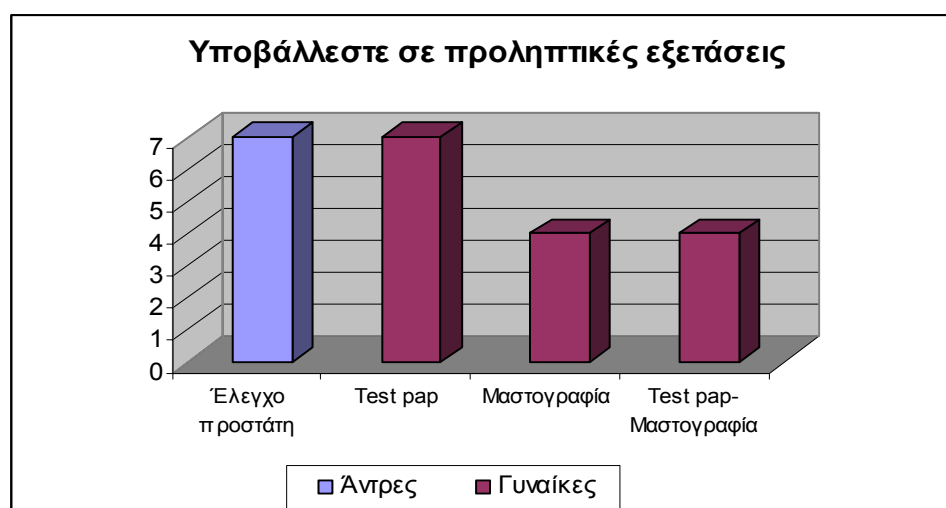


### 18. Υποβάλλεστε σε προληπτικές εξετάσεις;

	Άνδρες	Γυναίκες
ΝΑΙ	7	15
ΟΧΙ	73	65

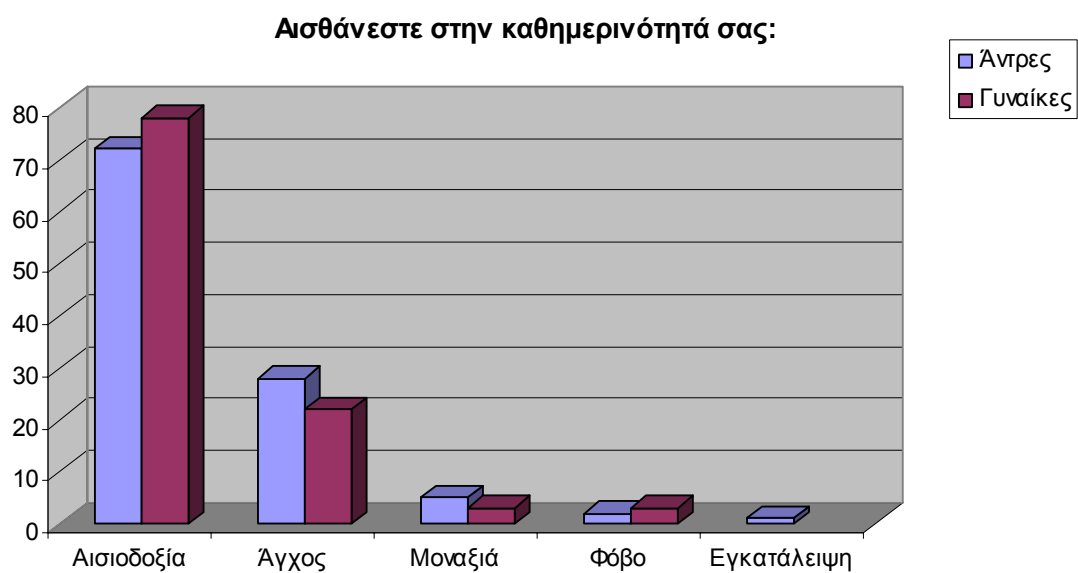


	Άνδρες		Γυναίκες
Έλεγχο Προστάτη	7	Test pap	7
		Μαστογραφία	4
		Test pap-Μαστογραφία	4



### 19. Τι Αισθάνεστε στην καθημερινότητά σας;

	Άνδρες	Γυναίκες
Αισιοδοξία	72	78
Άγχος	28	22
Μοναξιά	5	3
Φόβο	2	3
Εγκατάλειψη	1	



## **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

**Στην ερώτηση 1** σχετικά με το φύλο, την ηλικία και την οικογενειακή κατάσταση, το δείγμα μας αποτέλεσε 80 άντρες και 80 γυναίκες του Δήμου Κολυμβαρίου του Νομού Χανίων, ηλικίας 40-50 χρονών.

Ως προς την οικογενειακή τους κατάσταση, από τους άντρες 62 απάντησαν ότι είναι έγγαμοι 10 ότι είναι άγαμοι και 8 ότι είναι διαζευγμένοι. Από τις γυναίκες 67 απάντησαν ότι είναι έγγαμες, 5 ότι είναι άγαμες και 6 ότι είναι διαζευγμένες. Αξίζει να σημειωθεί ότι στο δείγμα μας υπάρχουν 2 χήρες και κανένας χήρος.

Συνοψίζοντας τα παραπάνω μπορούμε να δούμε ότι το ποσοστό των αντρών που είναι άγαμοι ή διαζευγμένοι είναι μεγαλύτερο από το αντίστοιχο ποσοστό των γυναικών.

Είναι γνωστό ότι σ' όλο το φάσμα των ηλικιών, σε άνδρες και γυναίκες, οι δείκτες θνησιμότητας των εγγάμων είναι καλύτεροι. Αυτό δεν οφείλεται τόσο στη φυσική επιλογή που προϋποθέτει ο γάμος, όσο κυρίως στον κανονικό ρυθμό της έγγαμης ζωής, όπως πληροφορούν πολλά ιστορικά στοιχεία και οι στατιστικές σειρές θνησιμότητας στις αναπτυγμένες χώρες.

**Στην ερώτηση 2** σχετικά με το μορφωτικό τους επίπεδο από τους άντρες 26 είναι τελειόφοιτοι δημοτικού, 26 επίσης είναι τελειόφοιτοι γυμνασίου, 19 είναι τελειόφοιτοι λυκείου και 9 έχουν ανώτατη εκπαίδευση. Από τις γυναίκες 24 είναι τελειόφοιτες δημοτικού, 26 είναι τελειόφοιτες γυμνασίου, 21 είναι τελειόφοιτες λυκείου και 9 έχουν ανώτατη εκπαίδευση.

Συνοψίζοντας τα παραπάνω μπορούμε να δούμε ότι οι άντρες και οι γυναίκες δεν έχουν αξιολογές διαφορές ως προς το μορφωτικό τους επίπεδο. Η μόρφωση ως προσδιοριστική παράμετρος της γνώσης, αποτελεί τον σημαντικότερο ρυθμιστικό παράγοντα της θνησιμότητας. Ιδιαίτερα γνωστή είναι η επίδραση του μορφωτικού επιπέδου των γονέων στην θνησιμότητα των παιδιών.

**Στην ερώτηση 3** σχετικά με τον αν εργάζονται, 79 από τους άντρες απάντησαν ότι εργάζονται ενώ 1 έχει συνταξιοδοτηθεί λόγω αναπηρίας (νεφρική ανεπάρκεια).



Από τις γυναίκες και οι 80 απάντησαν ότι εργάζονται. Ως προς το είδος εργασίας τους, από τους άντρες 19 είναι αγρότες, 5 είναι ναυτικοί, 20 είναι δημόσιοι υπάλληλοι και τέλος 36 είναι ιδιωτικοί υπάλληλοι.

Από τους δημόσιους και ιδιωτικούς υπαλλήλους 36 ασχολούνται και με αγροτικές δουλειές ως δευτερεύουσα εργασία.

Από τις γυναίκες 14 είναι αγρότισσες, 24 είναι δημόσιοι υπάλληλοι, 30 είναι ιδιωτικοί υπάλληλοι και τέλος 12 ασχολούνται με τα οικιακά.

Από τους δημόσιους και ιδιωτικούς υπαλλήλους 12 ασχολούνται και με αγροτικές δουλειές ως δευτερεύουσα εργασία.

Το επάγγελμα δεν συνεπάγεται μόνο αυτό καθαυτό κινδύνους και ασθένειες κατά περίπτωση αλλά αποτελεί, γενικότερα σε συνδυασμό με τα συνδρόντα με αυτό στοιχεία, διαφοροποιητική μεταβλητή των τάσεων και των επιπέδων της θνησιμότητας

**Στην ερώτηση 4** σχετικά με τον ασφαλιστικό τους φορέα από τους άντρες 20 είναι ασφαλισμένοι στο Δημόσιο, 23 είναι ασφαλισμένοι στο ΙΚΑ, 20 είναι ασφαλισμένοι στον ΟΓΑ, 11 είναι ασφαλισμένοι στο ΤΕΒΕ και τέλος 6 είναι ασφαλισμένοι στο ΝΑΤ.

Από τις γυναίκες 30 είναι ασφαλισμένες στο Δημόσιο, 23 είναι ασφαλισμένες στο ΙΚΑ, 14 είναι ασφαλισμένες στον ΟΓΑ και τέλος 13 είναι ασφαλισμένες στο ΤΕΒΕ.

**Στην ερώτηση 5** σχετικά με το αν λαμβάνουν μέτρα ασφάλειας κατά την ώρα της εργασίας τους, από τους άντρες απάντησαν θετικά 11 ενώ από τις γυναίκες απάντησαν θετικά 14.

Από τους άντρες 5 χρησιμοποιούν γάντια και μάσκα, 3 χρησιμοποιούν γάντια, 2 χρησιμοποιούν μάσκα και τέλος 1 χρησιμοποιεί ειδική ποδιά για ηλεκτροκολλήσεις.

Από τις γυναίκες 13 χρησιμοποιούν γάντια ενώ 1 χρησιμοποιεί γάντια και μάσκα.

Συνοψίζοντας τα παραπάνω μπορούμε να δούμε ότι το ποσοστό των αντρών και των γυναικών που λαμβάνουν μέτρα ασφάλειας κατά την ώρα της εργασίας τους είναι περίπου το ίδιο.

**Στην ερώτηση 6** σχετικά με την κατάσταση κατοικίας, από τους άντρες 69 μένουν σε ιδιόκτητη μονοκατοικία ενώ 11 μένουν σε ενοικιαζόμενη μονοκατοικία.

Από τις γυναίκες 71 μένουν σε ιδιόκτητη μονοκατοικία ενώ 9 μένουν σε ενοικιαζόμενοι μονοκατοικία.

Τηλέφωνα από τους άντρες απάντησαν ότι έχουν οι 78 ενώ από τις γυναίκες απάντησαν ότι έχουν και οι 80.

Αυλή από τους άντρες απάντησαν ότι έχουν οι 77 ενώ από τις γυναίκες απάντησαν ότι έχουν και οι 80.

Κήπο από τους άντρες απάντησαν ότι έχουν οι 48 ενώ από τις γυναίκες απάντησαν ότι έχουν οι 51.

Γείτονες από τους άντρες απάντησαν ότι έχουν οι 75 ενώ από τις γυναίκες απάντησαν ότι έχουν οι 78.

Συνοψίζοντας τα παραπάνω μπορούμε να δούμε ότι οι άντρες και οι γυναίκες δεν έχουν αξιόλογες διαφορές ως προς την κατάσταση κατοικίας.

**Στην ερώτηση 7** σχετικά με την οικονομική τους κατάσταση από τους άντρες 25 απάντησαν ότι ζουν από το μισθό τους, 35 απάντησαν ότι ζουν από το μισθό τους αλλά και από εισοδήματα από κτήματα, 19 απάντησαν ότι ζουν από εισοδήματα από κτήματα και τέλος 1 απάντησε ότι ζει από τη σύνταξή του.

Από τις γυναίκες 42 απάντησαν ότι ζουν από το μισθό τους, 14 απάντησαν ότι ζουν από το μισθό τους αλλά και από εισοδήματα από κτήματα, 10 απάντησαν ότι ζουν από το μισθό του συζύγου και τέλος 14 απάντησαν ότι ζουν από το μισθό του συζύγου αλλά και από εισοδήματα από κτήματα του συζύγου.

Στην ερώτηση σχετικά με το αν το εισόδημα τους επαρκεί για την κάλυψη των καθημερινών τους αναγκών από τους άντρες απάντησαν θετικά 70 ενώ από τις γυναίκες απάντησαν θετικά 72.

Το εισόδημα υποδύεται στην διαμόρφωση της θνησιμότητας ρόλο προοδευτικά υποβαθμιζόμενο, ενώ οι συνήθειες και ο τρόπος ζωής, άμεσα και έμμεσα υπαγορευμένες και εξαρτημένες από το επάγγελμα και τη μόρφωση, αποκτούν με την πάροδο του χρόνου μεγαλύτερη βαρύτητα. Βέβαια, είναι αυταπόδεικτο ότι το εισόδημα όταν περιοριστεί σε χαμηλά επίπεδα, στα όρια εξαθλίωσης, τότε επιδρά αποφασιστικά στη θνησιμότητα.

**Στην ερώτηση 8** σχετικά με ποιον ζουν, από τους άντρες 60 απάντησαν ότι ζουν με τη σύζυγο και τα παιδιά, 4 απάντησαν ότι ζουν με τη σύζυγο, 4 επίσης απάντησαν ότι ζουν με τα παιδιά και τέλος 12 απάντησαν ότι ζουν μόνοι.

Από τις γυναίκες 64 απάντησαν ότι ζουν με το σύζυγο και τα παιδιά, 3 απάντησαν ότι ζουν με το σύζυγο, 8 απάντησαν ότι ζουν με τα παιδιά και τέλος 5 απάντησαν ότι ζουν μόνες.

Συνοψίζοντας τα παραπάνω μπορούμε να δούμε ότι το ποσοστό των αντρών που ζουν μόνοι είναι μεγαλύτερο από το αντίστοιχο ποσοστό των γυναικών.

**Στην ερώτηση 9** από ότι φαίνεται από τις απαντήσεις τους οι άντρες καταναλώνουν κόκκινο κρέας περισσότερες φορές την εβδομάδα από τις γυναίκες.

Οι γυναίκες αντίθετα καταναλώνουν άσπρο κρέας, όσπρια, φρούτα και λαχανικά περισσότερες φορές την εβδομάδα από τους άντρες. Και τέλος οι άντρες και οι γυναίκες καταναλώνουν ψάρια, γαλακτοκομικά προϊόντα, αυγά και γλυκά περίπου το ίδιο συχνά μέσα στην εβδομάδα από ότι φαίνεται από τις απαντήσεις τους.

Συμπερασματικά οι γυναίκες κάνουν πιο υγιεινή διατροφή από τους άντρες.

**Στην ερώτηση 10** σχετικά με το τι λάδι χρησιμοποιούν στο φαγητό τους, από τους άντρες 76 απάντησαν ότι χρησιμοποιούν ελαιόλαδο ενώ 4 χρησιμοποιούν ηλιέλαιο.

Από τις γυναίκες 75 απάντησαν ότι χρησιμοποιούν ελαιόλαδο ενώ 5 απάντησαν ότι χρησιμοποιούν ηλιέλαιο.

Συνοψίζοντας μπορούμε να δούμε ότι η πλειοψηφία των αντρών και των γυναικών χρησιμοποιούν ελαιόλαδο στο φαγητό τους.

Το ελαιόλαδο είναι γνωστό για τις ευεργετικές του ιδιότητες. Εκτός των άλλων περιέχει μια ουσία που ονομάζεται σκουαλένιο και η οποία κατεβάζει τα επίπεδα της χοληστερίνης. Έτσι μειώνει τη χοληστερόλη του αίματος, αλλά δεν ελαττώνει την «καλή» χοληστερόλη. Εμποδίζει την οξειδωση της «κακής» χοληστερόλης. Παρέχει κάποιας μορφής προστασία έναντι του καρκίνου του μαστού.

Η βιταμίνη Ε που περιέχεται στο ελαιόλαδο μειώνει τον κίνδυνο για στεφανιαία νόσο, ενώ τα μονοακόρεστα λιπαρά οξέα που προέρχονται από το ελαιόλαδο συντελούν στη μείωση του καρκίνου του παχέος εντέρου.

**Στην ερώτηση 11** σχετικά με το αν κάνουν χρήση αλκοόλ από τους άντρες απάντησαν θετικά 53 ενώ από τις γυναίκες απάντησαν θετικά 26.

Από τους άντρες 23 απάντησαν ότι καταναλώνουν έως και 1 ποτήρι κρασί ημερησίως, 21 απάντησαν ότι καταναλώνουν έως και 2 ποτήρια κρασί ημερησίως ενώ 9 απάντησαν ότι πίνουν κρασί μόνο με φίλους.

Από τις γυναίκες 15 απάντησαν ότι καταναλώνουν έως και 1 ποτήρι κρασί ημερησίως, 3 απάντησαν ότι καταναλώνουν έως και 2 ποτήρια κρασί ημερησίως ενώ 8 απάντησαν ότι πίνουν κρασί μόνο με φίλους. Από τους άντρες 8 απάντησαν ότι καταναλώνουν σκληρά ποτά 1 φορά την ημέρα, 10 απάντησαν ότι καταναλώνουν σκληρά ποτά κάθε μέρα ενώ 35 απάντησαν ότι καταναλώνουν σκληρά ποτά μόνο με φίλους.

Από τις γυναίκες 4 απάντησαν ότι καταναλώνουν σκληρά ποτά 1 φορά την ημέρα, 3 απάντησαν ότι καταναλώνουν σκληρά ποτά κάθε μέρα ενώ 19 απάντησαν ότι καταναλώνουν σκληρά ποτά μόνο με φίλους.

Συμπερασματικά το ποσοστό των αντρών που απάντησαν ότι κάνουν χρήση αλκοόλ είναι διπλάσιο από το αντίστοιχο ποσοστό των γυναικών. Οι άντρες από ότι φαίνεται από τις απαντήσεις τους καταναλώνουν συχνότερα και σε μεγαλύτερες ποσότητες κρασί και σκληρά ποτά από τις γυναίκες.

Οι βλαπτικές επιδράσεις της κατάχρησης του αλκοόλ έχουν αναφερθεί σε προηγούμενο κεφαλαίο.

**Στην ερώτηση 12** σχετικά με το αν καπνίζουν από τους άντρες απάντησαν θετικά 42 ενώ από τις γυναίκες απάντησαν θετικά 20.

Συμπερασματικά το ποσοστό των αντρών που απάντησαν ότι καπνίζουν είναι διπλάσιο από το αντίστοιχο ποσοστό των γυναικών.

Ως προς τις ηλικίες έναρξης του καπνίσματος, από τις απαντήσεις τους φαίνεται ότι οι άντρες άρχισαν το κάπνισμα σε μικρότερες ηλικίες από τις γυναίκες.

Στην ερώτηση σχετικά με τον αριθμό των τσιγάρων που καπνίζουν ημερησίως οι άντρες σύμφωνα με τις απαντήσεις τους καπνίζουν περισσότερα τσιγάρα ημερησίως από τις γυναίκες.

Στην ερώτηση σχετικά με το αν σκέφτονται να κόψουν το κάπνισμα από τους άντρες απάντησαν θετικά 12 ενώ από τις γυναίκες απάντησαν θετικά 6.

Οι βλαπτικές επιδράσεις του καπνίσματος έχουν αναφερθεί σε προηγούμενο κεφάλαιο.

**Στην ερώτηση 13** σχετικά με το αν έχουν δικό τους μεταφορικό μέσο από τους άντρες απάντησαν θετικά 70 ενώ από τις γυναίκες απάντησαν θετικά 64.

Οι υπόλοιποι άντρες (10) και γυναίκες 16 μετακινούνται με μέσα μαζικής μεταφοράς.

**Στην ερώτηση 14** σχετικά με τη συμμετοχή τους σε διάφορες εκδηλώσεις από τους άντρες 53 απάντησαν ότι συμμετέχουν σε κοινωνικές εκδηλώσεις, 59 συμμετέχουν σε οικογενειακές συγκεντρώσεις, 2 συμμετέχουν σε εκδρομές με συλλόγους, 1 συμμετέχει σε φιλανθρωπικές οργανώσεις και τέλος 9 απάντησαν ότι συμμετέχουν σε διάφορες άλλες εκδηλώσεις.

Από τις γυναίκες 69 απάντησαν ότι συμμετέχουν σε κοινωνικές εκδηλώσεις, 59 συμμετέχουν σε οικογενειακές συγκεντρώσεις, 23 συμμετέχουν σε εκδρομές με συλλόγους και τέλος 10 απάντησαν ότι συμμετέχουν σε διάφορες άλλες εκδηλώσεις.

Συνοψίζοντας τα παραπάνω μπορούμε να δούμε ότι οι άντρες και οι γυναίκες δεν έχουν αξιόλογες διαφορές ως προς τη συμμετοχή τους σε διάφορες εκδηλώσεις.

**Στην ερώτηση 15** σχετικά με το αν αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας από τους άντρες απάντησαν θετικά 29 ενώ από τις γυναίκες απάντησαν θετικά 20.

Από τους άντρες 10 απάντησαν ότι πάσχουν από καρδιαγγειακές παθήσεις, 6 από υπέρταση, 3 από πνευμονοπάθεια, 2 από άσθμα, 2 από ημικρανίες, 1 από νεφρολογικό νόσημα, 1 από πεπτικό έλκος, 1 από επιληψία και τέλος 1 από ψυχολογικό νόσημα.

Από τις γυναίκες 7 απάντησαν ότι πάσχουν από υπέρταση, 3 από σακχαρώδη διαβήτη, 2 από καρδιαγγειακές παθήσεις 2 από σιδηροπενική αναιμία

2 από ημικρανίες, 1 από υποθυρεοειδισμό, 1 από τοπική εντερίτιδα, 1 από ρευματοειδή αρθρίτιδα και τέλος 1 απάντησε ότι πάσχει από ψυχολογικό νόσημα.

Συμπερασματικά τα προβλήματα υγείας τα οποία αντιμετωπίζει η πλειοψηφία των αντρών είναι πιο σοβαρά και πιο απειλητικά για τη ζωή τους από τα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν οι γυναίκες.

**Στην ερώτηση 16** σχετικά με τι προβλήματα τους δημιουργεί η πάθησή τους από τους άντρες 13 απάντησαν πόνο, 7 δύσπνοια, 3 πονοκέφαλο, 3 βήχα, 1 ζάλη, 1 αδυναμία, 1 ταχυπαλμία, 1 ναυτία – εμετούς και τέλος 1 απώλεια βάρους.

Από τις γυναίκες 8 απάντησαν πόνο, 6 πονοκέφαλο, 4 δύσπνοια, 3 αδυναμία, 2 αίσθημα κόπωσης, 1 ζάλη, 1 δυσκαμψία, 1 πολυουρία – πολυδιψία, 1 διάρροια και τέλος 1 ανορεξία.

**Στην ερώτηση 17** σχετικά με το αν παίρνουν φάρμακα από τους άντρες θετικά απάντησαν 30 ενώ από τις γυναίκες απάντησαν θετικά 24.

Από τους άντρες 14 απάντησαν ότι παίρνουν παυσίπονα, 10 παίρνουν καρδιοτονωτικά, 6 παίρνουν αντιυπερτασικά, 4 παίρνουν αντιβιοτικά, 2 παίρνουν ηρεμιστικά, 1 παίρνει αντιεπιληπτικά, 1 παίρνει βρογχοδιασταλτικά και τέλος 1 παίρνει υπνωτικά.

Από τις γυναίκες 16 απάντησαν ότι παίρνουν παυσίπονα, 7 παίρνουν αντιυπερτασικά, 3 παίρνουν αντιδιαβητικά, 2 παίρνουν καρδιοτονωτικά, 2 παίρνουν σκευάσματα σιδήρου, 2 παίρνουν ηρεμιστικά, 1 παίρνει αντιβιοτικά, 1 παίρνει αντιφλεγμονώδη φάρμακα, 1 παίρνει θυρεοειδικές ορμόνες και τέλος 1 απάντησε ότι παίρνει υπνωτικά.

**Στην ερώτηση 18** σχετικά με το αν υποβάλλονται σε προληπτικές εξετάσεις από τους άντρες απάντησαν θετικά 7 ενώ από τις γυναίκες απάντησαν θετικά 15. Η προληπτική εξέταση στην οποία υποβάλλονται οι άντρες είναι ο έλεγχος προστάτη. Από τις γυναίκες 7 υποβάλλονται σε test pap, 4

υποβάλλονται σε μαστογραφία και τέλος 4 υποβάλλονται σε test pap και μαστογραφία.

Συνοψίζοντας τα παραπάνω μπορούμε να δούμε ότι το ποσοστό των γυναικών που απάντησαν ότι υποβάλλονται σε προληπτικές εξετάσεις είναι διπλάσιο από το αντίστοιχο ποσοστό των αντρών.

**Στην ερώτηση 19** σχετικά με το τι αισθάνονται, στην καθημερινότητά τους, από τους άντρες 72 απάντησαν αισιοδοξία, 28 άγχος 5 μοναξιά, 2 φόβο και τέλος 1 εγκατάλειψη.

Από τις γυναίκες 78 απάντησαν αισιοδοξία, 22 άγχος, 3 μοναξιά και τέλος 3 φόβο.

Συμπερασματικά οι άντρες και οι γυναίκες δεν έχουν αξιόλογες διαφορές ως προς τα συναισθήματά τους.

Από όλη την έρευνα συμπεραίνουμε ότι οι άντρες συγκεντρώνουν πιο πολλούς επιβαρυντικούς για την υγεία τους παράγοντες από τις γυναίκες.

Αναλυτικότερα οι άντρες πίνουν και καπνίζουν πολύ περισσότερο από τις γυναίκες κάνουν λιγότερο σωστή διατροφή, υποβάλλονται λιγότερο συχνά σε προληπτικές εξετάσεις και γενικότερα ακολουθούν λιγότερο υγιεινό τρόπο ζωής από τις γυναίκες. Επίσης τα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν οι άντρες είναι πιο σοβαρά και πιο απειλητικά για τη ζωή τους από τα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν οι γυναίκες.

## ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Συγκριτική μελέτη στο ληξιαρχείο του Δήμου Κολυμβαρίου σύγκρισης των δεικτών θνησιμότητας μεταξύ ανδρών και γυναικών, του μέσου όρου ζωής μεταξύ αυτών και των αιτιών θανάτου στα 2 φύλα για τη δεκαετία 1993-2003.

### ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΖΩΗΣ ΑΝΤΡΩΝ ΚΑΙ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΤΗ ΔΕΚΑΕΤΙΑ 1993-2003

ΧΡΟΝΟΛΟΓΙΑ	ΑΝΤΡΕΣ		ΓΥΝΑΙΚΕΣ	
	ΘΑΝΑΤΟΙ	Μ.Ο. ΖΩΗΣ	ΘΑΝΑΤΟΙ	Μ.Ο. ΖΩΗΣ
1993	44	79.00 χρόνια	42	80.24 χρόνια
1994	40	77.23 χρόνια	31	80.32 χρόνια
1995	41	78.46 χρόνια	36	79.83 χρόνια
1996	53	78.28 χρόνια	34	82.97 χρόνια
1997	48	77.17 χρόνια	43	80.53 χρόνια
1998	39	75.85 χρόνια	43	83.81 χρόνια
1999	57	77.96 χρόνια	35	78.34 χρόνια
2000	53	73.45 χρόνια	51	80.08 χρόνια
2001	51	75.00 χρόνια	47	82.06 χρόνια
2002	52	75.60 χρόνια	38	82.32 χρόνια
2003	44	80.64 χρόνια	33	83.21 χρόνια

ΣΥΝΟΛΟ ΘΑΝΑΤΩΝ ΑΝΤΡΩΝ ΤΗ ΔΕΚΑΕΤΙΑ 1993-2003: 522 άντρες

ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΖΩΗΣ ΑΝΤΡΩΝ ΤΗ ΔΕΚΑΕΤΙΑ 1993-2003: 76.97 χρόνια

ΣΥΝΟΛΟ ΘΑΝΑΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΤΗ ΔΕΚΑΕΤΙΑ 1993-2003: 433 γυναίκες

ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΖΩΗΣ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΤΗ ΔΕΚΑΕΤΙΑ 1993-2003: 81,25 χρόνια



### ΗΛΙΚΙΕΣ ΘΑΝΑΤΟΥ ΑΝΔΡΩΝ ΤΗ ΔΕΚΑΕΤΙΑ 1993-2003

3 χρονών →	1
18 χρονών →	1
20 χρονών →	2
23 χρονών →	1
25 χρονών →	1
26 χρονών →	1
28 χρονών →	1
30 χρονών →	1
31 χρονών →	1
33 χρονών →	2
34 χρονών →	1
35 χρονών →	1
37 χρονών →	1
40 χρονών →	1
41 χρονών →	2
42 χρονών →	2
43 χρονών →	1
44 χρονών →	1
45 χρονών →	1
46 χρονών →	1
47 χρονών →	1
50 χρονών →	2
52 χρονών →	1
53 χρονών →	1
54 χρονών →	6
55 χρονών →	3
56 χρονών →	2
57 χρονών →	2
58 χρονών →	2
59 χρονών →	9

60 χρονών → 6  
61 χρονών → 5  
62 χρονών → 4  
63 χρονών → 2  
64 χρονών → 10  
65 χρονών → 5  
66 χρονών → 7  
67 χρονών → 9  
68 χρονών → 5  
69 χρονών → 9  
70 χρονών → 5  
71 χρονών → 17  
72 χρονών → 11  
73 χρονών → 15  
74 χρονών → 16  
75 χρονών → 12  
76 χρονών → 15  
77 χρονών → 24  
78 χρονών → 10  
79 χρονών → 16  
80 χρονών → 18  
81 χρονών → 19  
82 χρονών → 21  
83 χρονών → 16  
84 χρονών → 17  
85 χρονών → 12  
86 χρονών → 23  
87 χρονών → 16  
88 χρονών → 23  
89 χρονών → 18  
90 χρονών → 15

91 χρονών → 14  
92 χρονών → 6  
93 χρονών → 18  
94 χρονών → 11  
95 χρονών → 7  
96 χρονών → 7  
97 χρονών → 1  
100 χρονών → 2  
102 χρονών → 2

### **ΗΛΙΚΙΕΣ ΘΑΝΑΤΟΥ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΤΗ ΔΕΚΑΕΤΙΑ 1993-2003**

1 χρονών → 1  
19 χρονών → 1  
23 χρονών → 1  
32 χρονών → 2  
40 χρονών → 1  
43 χρονών → 1  
45 χρονών → 2  
46 χρονών → 2  
48 χρονών → 1  
50 χρονών → 1  
51 χρονών → 1  
53 χρονών → 1  
55 χρονών → 3  
58 χρονών → 1  
59 χρονών → 1  
60 χρονών → 2  
61 χρονών → 4  
62 χρονών → 2  
63 χρονών → 2  
64 χρονών → 6

65 χρονών → 2  
66 χρονών → 5  
67 χρονών → 6  
68 χρονών → 2  
69 χρονών → 2  
70 χρονών → 4  
71 χρονών → 9  
72 χρονών → 6  
73 χρονών → 6  
74 χρονών → 15  
75 χρονών → 9  
76 χρονών → 12  
77 χρονών → 7  
78 χρονών → 10  
79 χρονών → 19  
80 χρονών → 12  
81 χρονών → 14  
82 χρονών → 15  
83 χρονών → 23  
84 χρονών → 24  
85 χρονών → 14  
86 χρονών → 25  
87 χρονών → 18  
88 χρονών → 18  
89 χρονών → 15  
90 χρονών → 22  
91 χρονών → 13  
92 χρονών → 16  
93 χρονών → 15  
94 χρονών → 9  
95 χρονών → 6

96 χρονών → 8  
97 χρονών → 6  
98 χρονών → 2  
99 χρονών → 1  
100 χρονών → 2  
102 χρονών → 1  
104 χρονών → 3  
105 χρονών → 1

**ΑΙΤΙΕΣ ΘΑΝΑΤΟΥ ΣΤΟΥΣ ΑΝΤΡΕΣ ΤΟΥ ΔΗΜΟΥ ΚΟΛΥΜΒΑΡΙΟΥ ΤΗ**  
**ΔΕΚΑΕΤΙΑ 1993-2003**

**ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ**

Καρδιακή ανακοπή 85  
Καρδιακή ανεπάρκεια 43  
Οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου 30  
Οξύ πνευμονικό οίδημα 22  
Στεφανιαία νόσος 6  
Υπερτροφική εκφυλιστική καρδιοπάθεια 3  
Αρρυθμιολογικές διαταραχές 2  
Καρδιογενές shock  
Ρήξη ανευρύσματος κοιλιακής αορτής 1  
Βαριά στένωση αορτής 1  
**Σύνολο 195**

**ΚΑΡΚΙΝΟΙ**

Καρκίνος πνεύμονα 33  
Καρκίνος ουροδόχου κύστεως 9  
Καρκίνος προστάτη 8  
Καρκίνος παχέος εντέρου 8

Καρκίνος παγκρέατος 7

Καρκίνος ήπατος 6

Καρκίνος εγκεφάλου 5

Καρκίνος στομάχου 4

Καρκίνος νεφρού 3

Καρκίνος χοληφόρων 2

Καρκίνος όρχεως 1

Καρκίνος λάρυγγα 1

**Σύνολο 87**

### **ΑΓΓΕΙΑΚΕΣ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ**

Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο 37

Εγκεφαλική αιμορραγία 19

**Σύνολο 56**

### **ΚΑΡΔΙΟΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ 40**

#### **ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ**

Λοίμωξη αναπνευστικού 11

Αναπνευστική ανεπάρκεια 8

Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια 4

Πνευμονία 3

Βαριά Βρογχοπνευμονία 1

**Σύνολο 33**

#### **ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ**

Βαριά κρανιοεγκεφαλική κάκωση τροχαίο 8

Βαριές κακώσεις θώρακος τροχαίο 3

Βαριές κακώσεις λεκάνης τροχαίο 2

Βαριές κακώσεις κοιλίας τροχαίο 2

Βαριές κακώσεις σπονδυλικής στήλης τροχαίο 1  
Βαριές κακώσεις κεφαλής και κοιλίας τροχαίο 1  
Βαριές κακώσεις θώρακος και κοιλίας τροχαίο 1  
Βαριές κακώσεις σε ολόκληρο το σώμα τροχαίο 1  
Πνιγμός εντός θαλάσσιου ύδατος 2  
Τραύμα τυφλό του θώρακος προήλθε από κυνηγετικό όπλο 1  
Ηλεκτροπληξία 1  
Απανθράκωση 1  
**Σύνολο 24**

### **ΝΕΦΡΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ**

Οξεία νεφρική ανεπάρκεια 10  
Χρόνια νεφρική ανεπάρκεια 9  
**Σύνολο 19**

### **ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ**

Οξεία λευχαιμία 3  
Χρόνια μυελογενής λευχαιμία 2  
Χρόνια λεμφογενής λευχαιμία 1  
Πολλαπλό μύελωμα 1  
Μη – Hodgkin λέμφωμα 1  
Μυελοδυσπλαστικό σύνδρομο 2  
**Σύνολο 11**

### **ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΕΣ**

Απαγχονισμός 2  
Τραύμα διαμπερές της κεφαλής δια κυνηγετικού πυροβόλου εξ επαφής1  
**Σύνολο 3**

### **ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΑΝΟΣΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ**

Επίκτητη ανοσολογική ανεπάρκεια 1

### **ΛΟΙΠΕΣ ΑΙΤΙΕΣ ΘΑΝΑΤΟΥ**

Σηπτικό shock 20

Σηψαιμία 10

Κίρρωση ήπατος 4

Πολυοργανική ανεπάρκεια 5

### **ΦΥΣΙΚΑ ΑΙΤΙΑ**

Γεροντικό μαρασμό 14

## **ΑΙΤΙΕΣ ΘΑΝΑΤΟΥ ΣΤΙΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΤΟΥ ΔΗΜΟΥ ΚΟΛΥΜΒΑΡΙΟΥ ΤΗ ΔΕΚΑΕΤΙΑ 1993-2003**

### **ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ**

Καρδιακή ανακοπή 80

Καρδιακή ανεπάρκεια 38

Οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου 17

Υπερτροφική εκφυλιστική καρδιοπάθεια 3

Καρδιογενές shock 3

Ρήξη ανευρύσματος κοιλιακής αορτής 2

Στεφανιαία νόσος 2

Οξύ διαχωρισμό αορτής 1

Αρρυθμιολογικές διαταραχές 1

**Σύνολο 175**

### **ΑΓΓΕΙΑΚΕΣ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ**

Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο 53

Εγκεφαλική αιμορραγία 12

**Σύνολο 65**

### **ΚΑΡΚΙΝΟΙ**

Καρκίνος μαστού 9



Καρκίνος παχέος εντέρου 6  
Καρκίνος ήπατος 6  
Καρκίνος ωοθηκών 5  
Καρκίνος παγκρέατος 3  
Καρκίνος πνεύμονος 3  
Καρκίνος εγκεφάλου 3  
Καρκίνος ουροδόχου κύστεως 2  
Καρκίνος στομάχου 2  
Καρκίνος τραχήλου της μήτρας 2  
Καρκίνος ενδομητρίου 1  
**Σύνολο 42**

#### **ΚΑΡΔΙΟΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ 34**

##### **ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ**

Αναπνευστική ανεπάρκεια 8  
Λοίμωξη αναπνευστικού 5  
Πνευμονική εμβολή 4  
Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια 2  
Πνευμονία 2  
Φλεγμονώδη νόσο πνευμόνων 1  
Αμφοτερόπλευρη συμφορητική πνευμονική πύκνωση 1  
**Σύνολο 23**

##### **ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ**

Βαριές κακώσεις θώρακος και κοιλίας τροχαίο 2  
Βαριά κρανιοεγκεφαλική κάκωση τροχαίο 1  
Βαριές κακώσεις κεφαλής και κοιλίας τροχαίο 1  
Βαριές κακώσεις θώρακος τροχαίο 1  
Πνιγμός εντός θαλάσσιου ύδατος 1  
**Σύνολο 6**

## **ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΚΑΙ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ 7**

### **ΝΕΦΡΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ**

Οξεία νεφρική ανεπάρκεια 4

Χρόνια νεφρική ανεπάρκεια 2

**Σύνολο 6**

### **ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ**

Οξεία λευχαιμία 2

Χρόνια λευχαιμία 1

Πολλαπλό μύελωμα 1

Μυελοδυσπλαστικό σύνδρομο 1

**Σύνολο 5**

### **ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΕΣ**

Απαγχονισμός 1

### **ΛΟΙΠΕΣ ΑΙΤΙΕΣ ΘΑΝΑΤΟΥ**

Σηπτικό shock 26

Σηψαιμία 6

Βαριά εκφύλιση μυοκαρδίου ήπατος και νεφρών 2

Ηπατική ανεπάρκεια 1

Κίρρωση ήπατος 1

Γαστροραγία – αιμορραγικό shock 1

Εγκολεασμός 1

Σακχαρώδης διαβήτης – Διαβητικό κώμα 1

### **ΦΥΣΙΚΑ ΑΙΤΙΑ**

Γεροντικός μαρασμός 30.

## **ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ**

Τα συμπεράσματα που εξάγονται από τη συγκριτική μελέτη στο ληξιαρχείο του Δήμου Κολυμβαρίου είναι τα εξής:

Οι θάνατοι των αρρένων (522 θάνατοι καθ' όλη τη δεκαετία 1993-2003 ήταν περισσότεροι από τους θανάτους των θηλέων (433 θάνατοι).

Ο μέσος όρος ζωής ήταν πολύ υψηλότερος στις θήλειες (81,25 χρόνια ζωής) καθ' όλη τη δεκαετία 1993-2003 από το μέσο όρο ζωής των αρρένων (76,97 χρόνια ζωής).

Ως προς τις αιτίες θανάτου οι καρδιαγγειακές παθήσεις ήταν η πρώτη αιτία θανάτου στους άρρενες και ακολουθούν κατά σειρά οι κακοήθεις νεοπλασίες, οι αγγειακές εγκεφαλικές παθήσεις, οι αναπνευστικές παθήσεις τα ατυχήματα, οι νεφρικές παθήσεις, οι αιματολογικές παθήσεις και οι αυτοκτονίες.

Πρώτη αιτία θανάτου στις γυναίκες ήταν οι καρδιαγγειακές παθήσεις και ακολουθούν, κατά σειρά οι αγγειακές εγκεφαλικές παθήσεις

οι κακοήθεις νεοπλασίες,

οι αναπνευστικές παθήσεις,

τα ατυχήματα,

οι νεφρικές παθήσεις και οι αιματολογικές παθήσεις.

Οι άρρενες είχαν υψηλότερη θνησιμότητα σε όλες τις αιτίες θανάτου εκτός από τις αγγειακές εγκεφαλικές παθήσεις στις οποίες είχαν υψηλότερη θνησιμότητα οι θήλειες.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το προσδόκιμο επιβίωσης των γυναικών είναι πολύ υψηλότερο από εκείνο των ανδρών στις περισσότερες χώρες του κόσμου.

Στην Ελλάδα η μέση διάρκεια ζωής είναι περίπου 75 χρόνια για τους άνδρες και 80 χρόνια για τις γυναίκες.

Επίσης οι άνδρες έχουν υψηλότερους δείκτες θνησιμότητας σε όλες τις ηλικίες και ως προς τις κυριότερες αιτίες θανάτου (καρδιοπάθειες, καρκίνο, ασθένειες των εγκεφαλικών αγγείων, ατυχήματα, κλπ).

Αντίθετα οι γυναίκες πάσχουν συχνότερα από ασθένειες και ανικανότητες διαφόρων μορφών, αλλά τα προβλήματα υγείας από τα οποία υποφέρουν συνήθως δεν είναι ούτε τόσο σοβαρά, ούτε τόσο απειλητικά για την επιβίωση τους.

Βιολογικοί παράγοντες, γενετικοί παράγοντες, κοινωνικο-ψυχολογικοί παράγοντες, ατομικές συνήθειες – τρόπος ζωής (κάπνισμα, αλκοόλ) επαγγελματικός ανταγωνισμός και το άγχος που σχετίζεται με την εργασία, εκφυλιστικές παθήσεις (καρδιαγγειακά νοσήματα, κακοήθη νεοπλασμάτα) και τα ατυχήματα είναι ορισμένα από τα αίτια που δρουν επιβαρυντικά και πλήττουν κυρίως το αντρικό φύλο και στα οποία αποδίδονται οι διαφορές στους δείκτες νοσηρότητας και θνησιμότητας μεταξύ των δύο φύλων.

Βέβαια όλα τα παραπάνω δεδομένα μεταβάλλονται σταδιακά, εφόσον οι γυναίκες όλο και περισσότερο επιλέγουν επαγγέλματα υψηλού κινδύνου ή επιδιώκουν να κάνουν καριέρα στο χώρο της εργασίας ή υιοθετούν «αντρική συμπεριφορά» στις συνήθειες ζωής (κάπνισμα, οινόπνευμα κλπ.)

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

- 1) Έρα Εμκε – Πουλόπουλου, Το δημογραφικό
- 2) Δ.Γ. Τσαούση, Στοιχεία Κοινωνιολογίας.
- 3) Δ.Γ. Τσαούση, Η κοινωνία του ανθρώπου, Εισαγωγή στην Κοινωνιολογία.
- 4) Δημήτρη Τριχόπουλου, Επιδημιολογία, Αρχές, μέθοδοι, εφαρμογές.
- 5) Φραγκίσκου Ιωαν. Χανιώτη, Γηριατρική (Με στοιχεία γεροντολογίας).
- 6) Γρηγόρης Α. Ποταμιάνος, Νόμιμες Ουσίες εξάρτησης. Αλκοόλ.
- 7) Βασίλειος Χρ. Κουτσογιαννόπουλος, Καθηγητής υγιεινής της Ιατρικής Σχολής του Παν/μίου Ιωαννίνων, Επιδημιολογία.
- 8) Στοιχεία Κοινωνικής Δημογραφίας, Τεύχος Α΄.