Πρόσφατα επιδημιολογικά δεδομένα για την εξάπλωση του καρκίνου στην Ελλάδα και την οργάνωση φορέων πρόληψης σε παγκόσμιο επίπεδο: Μια ανασκόπηση της βιβλιογραφίας

Αθηνά Πατελάρου[1], Δήμητρα Σηφάκη-Πιστόλλα[2], Αριστέα Ξυλούρη[3], Αγγελική Πρινάρη[4]

1. Νοσηλεύτρια ΠΕ, Μεταπτυχιακή φοιτήτρια ΠΜΣ Δημόσια Υγεία και Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου
2. Γεωγράφος- GIS Expert, Μεταπτυχιακή φοιτήτρια ΠΜΣ Δημόσια Υγεία και Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας
3. Οικονομολόγος, Μεταπτυχιακή φοιτήτρια ΠΜΣ Δημόσια Υγεία και Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας
4. Νοσηλεύτρια ΠΕ, Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Ο καρκίνος συνιστά μείζον πρόβλημα δημόσιας υγείας, δεδομένου ότι εξαπλώνεται με ρυθμούς επιδημίας παρά την πρόοδο της ιατρικής επιστήμης. Στις μέρες μας αποτελεί τη δεύτερη αιτία θανάτου παγκοσμίως, μετά τα καρδιαγγειακά νοσήματα.

Αποτελέσματα: Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας 84 εκατομμύρια άνθρωποι θα πεθάνουν από καρκίνο μεταξύ 2005 και 2015 χωρίς καμία παρέμβαση, ενώ το 40% των καρκίνων μπορούν να προληφθούν και να αντιμετωπιστούν αποτελεσματικά. Πρόκειται για ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα που αντιμετωπίζει η παγκόσμια κοινότητα και η αποτελεσματική πρόληψη του προϋποθέτει άρτιο συντονισμό κυβερνητικών και μη οργανισμών σε εθνικό, αλλά και σε διεθνές επίπεδο. Οι δείκτες θνησιμότητας από καρκίνο διαφοροποιούνται μεταξύ των γεωγραφικών διαμερισμάτων της χώρας, του φύλου, των ηλικιακών ομάδων, στοιχεία που χρήζουν περαιτέρω διερεύνησης και ακριβούς χαρτογράφησης και αποκωδικοποίησης. Επιβεβλημένη δε, θεωρείται η διερεύνηση των δράσεων κατά του καρκίνου στο εξωτερικό και, τέλος, η υιοθέτηση παρόμοιων μέτρων στην Ελλάδα.

Συμπεράσματα -Προτάσεις: Ο καρκίνος αποτελεί ένα φαινόμενο πολλών ανισοτήτων σε παγκόσμια κλίμακα. Αναγκαία λοιπόν κρίνεται η οργάνωση της διεθνούς κοινότητας θέτοντας σαφείς στόχους απέναντι στο πρόβλημα και ενισχύοντας προγράμματα που αφορούν την πρόληψη, την θεραπευτική αντιμετώπιση, την εκπαίδευση και την έρευνα.

Λέξεις κλειδιά: επιπολασμός, επίπτωση, καρκίνος, πρόληψη, Ελλάδα, Ευρώπη

1. Εισαγωγή

Παρόλο που οι αρχαίοι Έλληνες χρησιμοποίησαν πρώτοι τον όρο «καρκίνος» για τη συγκεκριμένη νόσο, φαίνεται ο καρκίνος να εντοπίζεται σε ακόμη παλαιότερες χρονικές περιόδους. Πιο συγκεκριμένα, υπάρχουν ευρήματα που πιστοποιούν την εμφάνιση οστεοσαρκώματος σε οστά κεφαλής και αυχένα σε μούμιες στην Αρχαία Αίγυπτο. Ο Ιπποκράτης όμως είναι εκείνος που μέσα από τα κείμενά του απέδωσε σ' αυτή τη νόσο τον όρο «καρκίνος» (Τσεκουράκης Δαμιανός, 2001). Τον 17ο με 18ο αιώνα επικρατούσε η άποψη ότι ο καρκίνος ήταν μεταδοτική νόσος. Από τα τέλη του 19ου έως τις αρχές του 20ου αιώνα, επικρατούσε η πεποίθηση ότι ο καρκίνος προκαλείται από την

επιδείνωση κάποιου τραύματος. Όλους αυτούς τους αιώνες η άποψη ότι ο καρκίνος είναι μία ανίατη ασθένεια ακολουθούσε τις διάφορες θεωρίες και αυτό ήταν που ενίσχυσε τόσο πολύ το φαινόμενο της φοβίας που επικρατεί στον κοινό νου όσον αφορά τη νόσο αυτή. Πλέον η επιστήμη έχει απομυθοποιήσει πολλές από αυτές τις αντιλήψεις και έχει κατορθώσει να διαμορφώσει μία πιο σαφή εικόνα τόσο για τη φύση της νόσου όσο και για τα αίτιά της.

Στις μέρες μας, σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ., ο καρκίνος αποτελεί τη δεύτερη αιτία θανάτου παγκοσμίως, μετά τα καρδιαγγειακά νοσήματα. Μελέτες έχουν δείξει ότι ο καρκίνος είναι κυρίως αποτέλεσμα της έκθεσης του ατόμου σε καρκινογόνους παράγοντες και εξαρτάται άμεσα από κοινωνικοοικονομικούς προσδιοριστές (Merletti F και λοιποί, 2011). Οι συχνότεροι παράγοντες κινδύνου παγκοσμίως με βάση τα πιο πρόσφατα δεδομένα είναι η χρήση καπνού και αλκοόλ, η υποκατανάλωση φρούτων και λαχανικών, η απουσία σωματικής άσκησης και η έκθεση στο ιό των ανθρωπίνων θηλωμάτων . Όπως φαίνεται, η χρήση καπνού είναι υπεύθυνη συνολικά για το 20% των θανάτων από καρκίνο, ενώ για τις χώρες με υψηλό εισόδημα το ποσοστό αυτό αυξάνεται στο 30%. Στη συνέχεια ακολουθούν η κατανάλωση αλκοόλ και η υποκατανάλωση φρούτων και λαχανικών με περίπου 5% επί του συνόλου των θανάτων από καρκίνο (Danaei G και λοιποί, 2005).

Παρά την εξέλιξη της ιατρικής επιστήμης και τη συσσώρευση γνώσεων γύρω από τη συγκεκριμένη νόσο δεν έχει επιτευχθεί ο έλεγχος του προβλήματος. Ο έλεγχος του καρκίνου αφορά τόσο τις ανεπτυγμένες όσο και τις αναπτυσσόμενες χώρες και αποτελεί μια πρόκληση για την παγκόσμια κοινότητα. Η μείωση της επίπτωσης και της θνησιμότητας από καρκίνο, καθώς και η βελτίωση της ποιότητας ζωής των καρκινοπαθών αποτελούν πρωταρχικούς στόχους στον διεθνή αγώνα κατά του καρκίνου και προϋποθέτουν τη συστηματική εφαρμογή παρεμβάσεων προγραμμάτων πρόληψης, έγκαιρης διάγνωσης, θεραπείας και παρηγορητικής φροντίδας. Μεγάλο ποσοστό των καρκίνων είναι δυνατό να προληφθούν και οι συνέπειές τους να μετριασθούν με την έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία. Παράλληλα, ότι η αποτελεσματικότητα των εθνικών προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου εξαρτάται από το ποσοστό κάλυψης του πληθυσμού, την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και την ποιότητα την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Η καταπολέμηση του καρκίνου θα πρέπει να θεωρείται ουσιαστικό τμήμα της στρατηγικής για την υγεία και η άσκηση πολιτικών για τον έλεγχό του πρέπει να αποτελεί βασική προτεραιότητα για την προαγωγή της υγείας του πληθυσμού.

2. Σκοπός

Σκοπό της παρούσας ανασκόπησης αποτελεί η περιγραφή του επιπολασμού του καρκίνου διεθνώς βάσει πρόσφατων επιδημιολογικών στοιχείων, η διερεύνηση της οργάνωσης του συστήματος υγείας και των δομών της παγκόσμιας και της ευρωπαϊκής κοινότητας και η διατύπωση προτάσεων για μέτρα αντιμετώπισης του προβλήματος στην Ελλάδα.

3. Αποτελέσματα

3.1 Η παρούσα κατάσταση στην Ελλάδα και η έκταση του προβλήματος

Σύμφωνα με πρόσφατα δεδομένα προκύπτει ότι η κατανομή των δεικτών θνησιμότητας από καρκίνο στην Ελλάδα παρουσιάζει άνιση κατανομή για το έτος 2009 (Εικόνα 3). Οι δύο Νομοί με τον υψηλότερο επιπολασμό είναι της Αττικής με το μέγιστο δείκτη 12,89 και της Χίου 1,62 – σημαντική διαφορά που πιθανά οφείλεται σε περιβαλλοντικούς, γενετικούς ή κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες. Σημαντικό είναι ότι τα νησιά του Βόρειου Αιγαίου με υψηλό ή πολύ υψηλό δείκτη έρχονται σε αντίθεση με τη Χίο. Γενικότερα, οι πλειοψηφία των νομών έχει υψηλό δείκτη θνησιμότητας όπως ο νομός Φωκίδος και η πλειοψηφία της Πελοποννήσου. Στην Κρήτη η εικόνα είναι λιγότερο έντονη με τους Νομούς Ηρακλείου και Λασιθίου να παρουσιάζουν μικρό δείκτη θνησιμότητας και οι νομοί Χανίων και Ρεθύμνης μέτριο. Συγχρόνως παρουσιάζεται η διαφοροποίηση των δύο φύλων άνδρες - γυναίκες, όπου οι άντρες υπερέχουν των γυναικών σε ποσοστά σε όλους τους Νομούς. Σε ορισμένους νομούς η διαφορά αυτή είναι μεγαλύτερη, όπως στους νομούς Φωκίδος, Σερρών, Αχαΐας, Τρικάλων, Κυκλάδων και Ρεθύμνου, ενώ σε άλλους μικρότερη, όπως στο νομό Σάμου και στη Λευκάδα. Ωστόσο από τα δεδομένα αυτά δεν προκύπτει σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ των νομών ανά είδος καρκίνου. Αξιοσημείωτο είναι ότι σε εθνικό επίπεδο ο καρκίνος του λάρυγγα και ο καρκίνος του πνεύμονα αποτελούν τα κακοήθη νεοπλάσματα με τον μεγαλύτερο επιπολασμό.

Ο χάρτης- Εικόνα 4 αποτελεί μια εκτίμηση του επιπολασμού του καρκίνου τα επόμενα χρόνια 2009-2014 με χρήση της μεθόδου Inversed Distance Weighted-Interpolation, με χρήση του ArcMap (GIS) βασιζόμενη στη διακύμανση του δείκτη για τα έτη 2001-2006 και 2006-2009 για την Ελλάδα. Τα στοιχεία για τους δείκτες θνησιμότητας είναι από την Στατιστική Υπηρεσία Ελλάδας (ΕΣΥΕ) και προτυποποιήθηκαν βάσει του Ευρωπαϊκού πληθυσμού των G27 με τη μέθοδο της άμεσης προτυποποίησης. Πραγματοποιήθηκε cluster ανάλυση στο SPSS 18:00 και χωρική απεικόνιση, χωρική στατιστική και παρεμβολή στο ArcMap (GIS). Οι διαφορές είναι αισθητές σε ορισμένους νομούς-σε άλλους η μεταβολή είναι θετική και σε άλλους αρνητική. Ο νομός Γρεβενών από την cluster-ομαδοποίηση για το 2009 είναι στα 4,87-6,08 ενώ έως το 2014 αναμένεται να φτάσει από 6,6-7,8 που αποτελεί πολύ σημαντική αύξηση. Αντίθετη εικόνα έχουμε στη Λευκάδα που οι δείκτες από 4,87-6,08 (πολύ



ΕΙΚΟΝΑ 1. Παγκόσμιος Χάρτης Ανισοτήτων- Καρκίνου - 2002

Πηγή: http://www.worldmapper.org/index.html, International Classification of Diseases-10 codes – (Διεθνής Ταξινόμηση Ασθενειών): C00-C97

υψηλός) Βρίσκεται το 2014 στα 5,5-6,6 (και συγκεκριμένα <6,01). Επίσης, οι δείκτες για το νομό Μεσσηνίας κυμαίνονται από 4,87-6,08 πέφτει στα 2,87-4,5. Τέλος, για τα νησιά νοτίου Αιγαίου και τα Δωδεκάνησα οι δείκτες αυξάνονται από 1,63-3,94 (μικρός-μέτριος) σε 2,87-4,5.

3.2 Η κατάταξη της Ελλάδας σε παγκόσμιο και ευρωπαϊκό επίπεδο

Ο καρκίνος αποτελεί ένα φαινόμενο πολλών ανισοτήτων σε παγκόσμια κλίμακα και αυτό θα παρουσιαστεί στον επόμενο χάρτη ώστε να αποτυπωθεί σταδιακά η παρούσα κατάσταση. Σύμφωνα με τα στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ.) ένας στους τρεις κατοίκους του πλανήτη θα προσβληθεί από καρκίνο σε κάποια φάση της ζωής του. Ο καρκίνος μπορεί να εμφανισθεί σε οποιαδήποτε ηλικία και μας αφορά όλους, παρότι η συχνότητα εμφάνισής του είναι αυξάνεται συναρτήσει της ηλικίας του ατόμου. Έντεκα εκατομμύρια νέες περιπτώσεις με καρκίνο διαγιγνώσκονται κάθε χρόνο. Αυτός ο αριθμός αναμένεται να αυξηθεί και εκτιμάται ότι θα φτάσει τα 16 εκατομμύρια μέχρι το 2020. Ο καρκίνος είναι από τις πρώτες αιτίες θανάτου παγκοσμίως και το 70% αυτών συμβαίνουν στις χώρες με χαμηλό και μεσαίο εισόδημα. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας. εκτιμά ότι 84 εκατομμύρια άνθρωποι θα πεθάνουν από καρκίνο μεταξύ 2005 και 2015 χωρίς παρέμβαση, ενώ 30-40% μπορούν να αντιμετωπιστούν αποτελεσματικά. Στη χώρα μας, ο καρκίνος αποτελεί τη δεύτερη αιτία θανάτου (24.4%) μετά τα καρδιαγγειακά νοσήματα (29.4%), ενώ αυξητική τάση παρουσιάζει τόσο η συνολική, όσο και η κατά αιτία θνησιμότητα από καρκίνο (IARC 2008).

Αναλυτικότερα, στο χάρτη- Εικόνα 1 οι περιοχές είναι προσαρμοσμένες σε μέγεθος κατ 'αναλογία προς τον απόλυτο αριθμό των ανθρώπων που πέθαναν από καρκίνο σε διάστημα ενός έτους. Δύο σημαντικές παρατηρήσεις που προκύπτουν παρατηρώντας το χάρτη είναι το γεγονός ότι ο καρκίνος αποτελεί ένα φαινόμενο που παρουσιάζει ετερογένεια στο χώρο σε παγκόσμιο επίπεδο. Επιπλέον, η θέση της Ελλάδας στον Ευρωπαϊκό χώρο παραμένει σε χαμηλά επίπεδα. Μεταξύ 27 χωρών η Ελλάδα κατατάσσεται το 2004 στην 19η θέση ως προς τη θνησιμότητα στους άνδρες με προτυποποιημένο για την ηλικία δείκτη θνησιμότητας ίσο με 209/100.000 πληθυσμό. Τέλος, βρισκόμαστε στην 23η θέση ως προς τη θνησιμότητα στις γυναίκες με 108/100.000 πληθυσμό και στην 9η και για τα δύο φύλα (OECD Indicators, 2007). Η ευνοϊκή θέση της χώρας μας είναι σε κάποιο βαθμό πραγματική και σε κάποιο βαθμό πλασματική. Στη χώρα μας δεν υπάρχουν αξιόπιστα στοιχεία για την επίπτωση του καρκίνου και ως εκ τούτου η επιδημιολογική παρακολούθηση γίνεται έμμεσα μέσω των στοιχείων θνησιμότητας (Σέμογλου Χ., 1998).

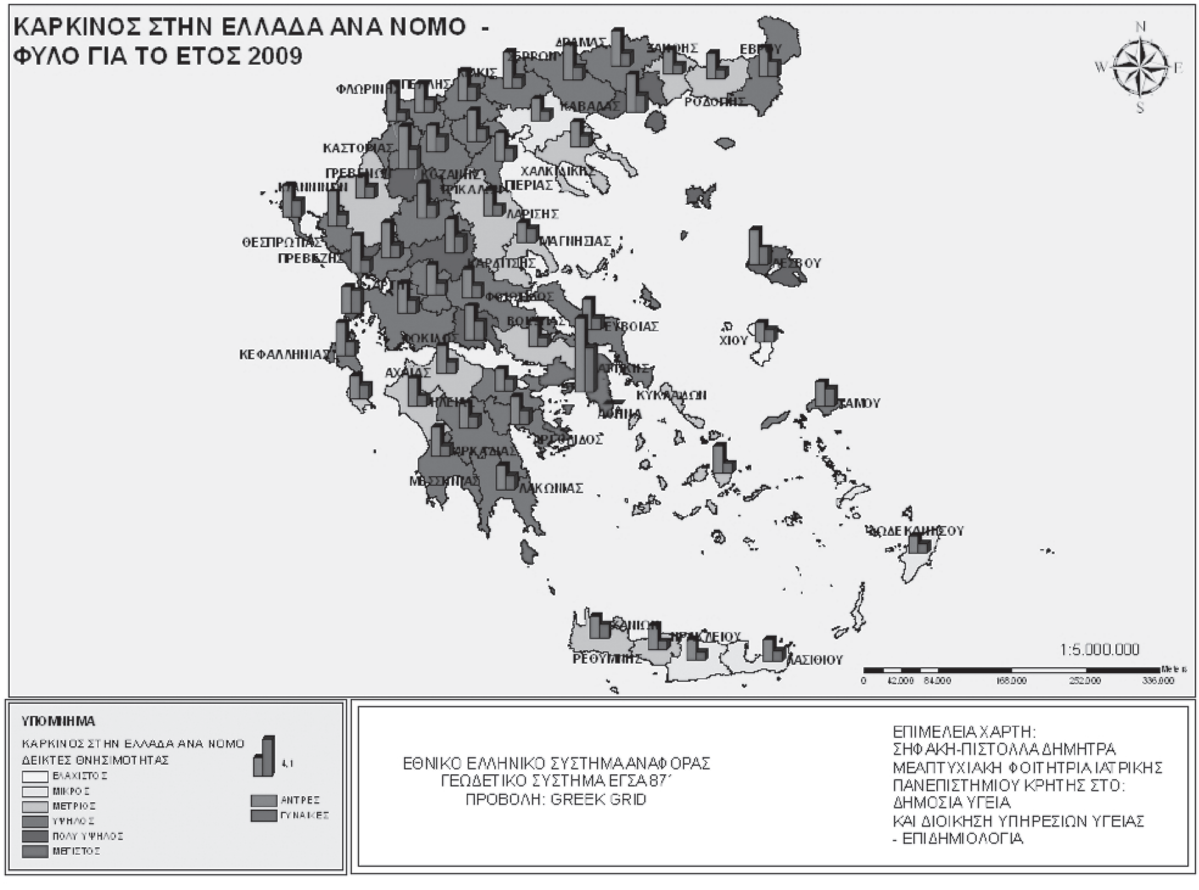
Από την Εικόνες 3 παρατηρείται ότι για το 2008 βάσει της επίπτωσης του καρκίνου τις πρώτες θέσεις καλύπτουν η Αυστραλία και η Νέα Ζηλανδία, ακολουθεί η Βόρεια Αμερική, Δυτική Ευρώπη, Βόρεια Ευρώπη, Νότια Ευρώπη, Κεντρική και Ανατολική Ευρώπη. Η Ελλάδα συγκριτικά με την Ευρώπη έχει από τα χαμηλότερα ποσοστά. Η εικόνα παραμένει ίδια με αυτή του 2003 (Εικόνα 1). Οι καρκίνοι που κυριαρχούν στην

Ευρώπη είναι ο καρκίνος του προστάτη και του μαστού, και στην νότια Ευρώπη του παχέος εντέρου. Στην Ελλάδα την πρώτη θέση κατέχει του ο καρκίνος του μαστού, ακολουθεί του πνεύμονα και μετά του προστάτη. Καρκίνοι οι οποίοι μεταπηδούν από υψηλές θέσεις στην Ευρώπη σε χαμηλότερες στην Ελλάδα είναι τα λεμφώματα (εκτός Hodgkin's) και το μελάνωμα του δέρματος. Μόνο την πενταετία 2000-2005 πέθαναν στην Ελλάδα από καρκίνο 148.712 άνθρωποι. Ο καρκίνος του πνεύμονα είναι η πρώτη αιτία θανάτου στους άντρες με μεγάλη διαφορά από τις υπόλοιπες μορφές καρκίνου. Ακολουθούν ο καρκίνος του προστάτη και του παχέος εντέρου, οι οποίοι παρουσιάζουν σταθερά αυξητικές τάσεις σε όλο το διάστημα των 5 ετών. Στις γυναίκες η πιο συχνή αιτία θανάτου είναι ο καρκίνος του μαστού, ο οποίος παρουσιάζει αυξητική τάση το 2005 μετά από μια μικρή μείωση που σημείωσε από το 1996 και μετά. Ακολουθούν ο καρκίνος του πνεύμονα και του παχέος εντέρου με σταθερά αυξητικές τάσεις. Η θνησιμότητα από καρκίνο διαφοροποιείται ανά περιοχή στην Ελλάδα. Για τα πιο συχνά νεοπλάσματα παρατηρείται μεγαλύτερος επιπολασμός στο Βορρά σε σχέση με το Νότο, εύρημα το οποίο επιβεβαιώνεται με αρκετές μελέτες (Τούντας Ι. και λοιποί, 2001, Tzala E., 2004, Tzala E. & Best N., 2007).

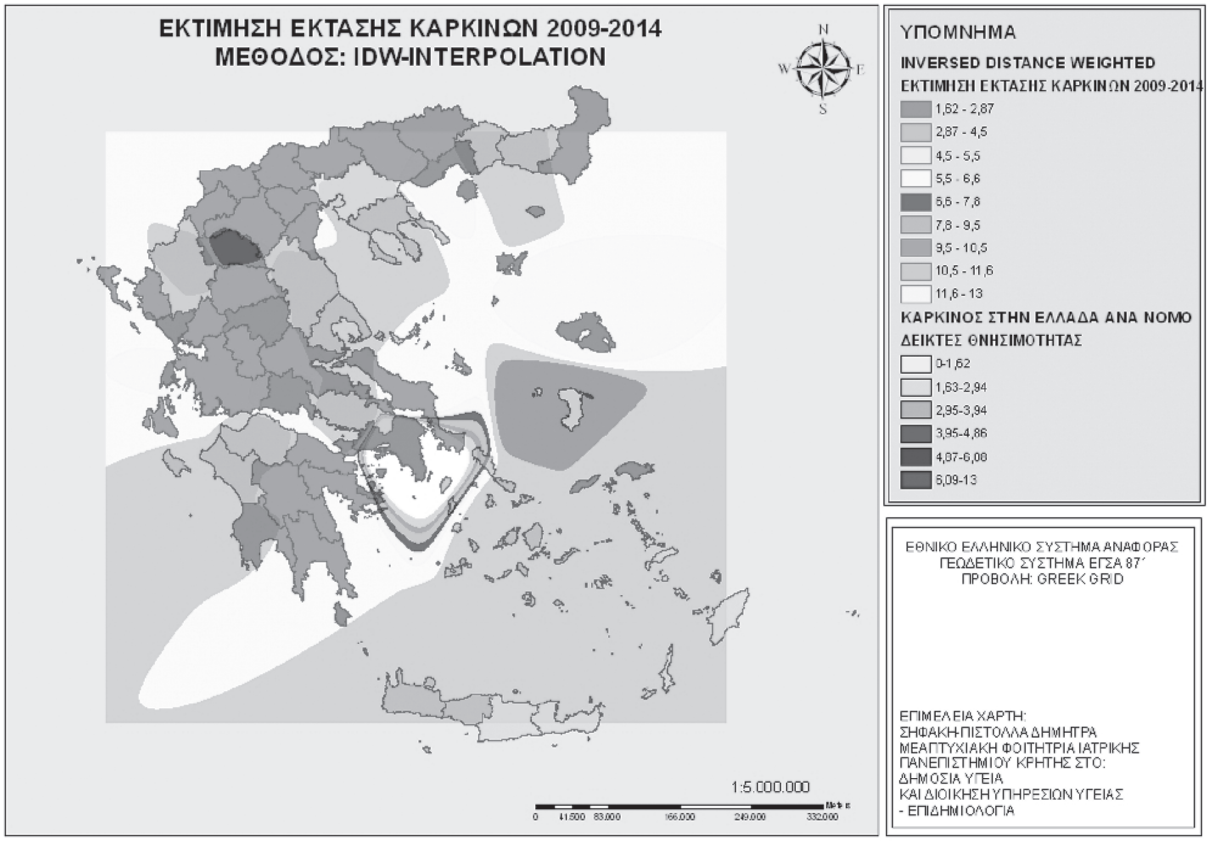
Τα δεδομένα αυτά σε συνδυασμό με την αύξηση της συχνότητας των παραγόντων κινδύνου που προκαλούν καρκίνο, όπως το κάπνισμα, η κατανάλωση αλκοόλ, ο σύγχρονος τρόπος ζωής με την υιοθέτηση ανθυγιεινών διατροφικών συνηθειών, η έλλειψη άσκησης και η δραματική αλλαγή του περιβάλλοντος, καθιστούν τον καρκίνο την πιο σημαντική πρόκληση για την προάσπιση της Δημόσιας Υγείας.

3.3. Οργάνωση φορέων για την πρόληψη και αντιμετώπιση καρκίνου σε παγκόσμιο επίπεδο

Ο καρκίνος αποτελεί ένα μείζον θέμα σε παγκόσμιο επίπεδο, το οποίο επιχειρούν πολλοί οργανισμοί -κυβερνητικοί και μη- να το διαχειριστούν. Η πλειοψηφία τους κινείται σε όμοιες γενικές αρχές και στόχους. Ακολούθως, παρουσιάζονται συνοπτικά ορισμένες από τις προσπάθειες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO,2007) Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας επικεντρώνεται σε τρείς άξονες, την πρόληψη, θεραπεία, και αντιμετώπιση. Όσον αφορά την πρόληψη ο Π.Ο.Υ. υποστηρίζει ότι είναι η πλέον αποδοτική από άποψη κόστους μακρο-



ΕΙΚΟΝΑ 2. Χάρτης Ελλάδας- Κατανομή δεικτών θνησιμότητας καρκίνων ανά Νομό και ανά Φύλο



ΕΙΚΟΝΑ 3. Χάρτης Ελλάδας- Εκτίμηση έκτασης καρκίνων για τα επόμενα 5 χρόνια (2009-2014)

πρόθεσμη στρατηγική για τον έλεγχο του καρκίνου είναι η πρωτογενής πρόληψη που περιλαμβάνει την τροποποίηση ή την αποφυγή παραγόντων υψηλού κινδύνου όπως το κάπνισμα, το υπερβολικό βάρος, τη χαμηλή πρόσληψη φρούτων και λαχανικών, την έλλειψη σωματικής δραστηριότητας και τη κατανάλωση αλκοόλ, την αποφυγή έκθεσης σε λοιμώδεις παράγοντες και σε ορισμένες χημικές ουσίες και στην ιονίζουσα ακτινοβολία.

Αρχικά, θα πρέπει να σημειωθεί ότι η χρήση καπνού θεωρείται η κύρια αιτία για το 1/3 των θανάτων από καρκίνο στο πλανήτη. Το 2030 αναμένεται αυτοί οι θάνατοι να φτάσουν τα 8 εκατομμύρια. Η αξιοσημείωτη Σύμβαση- Πλαίσιο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για τον έλεγχο του καπνού τέθηκε σε ισχύ το 2005 (WHO FCTC). Πιο συγκεκριμένα κατευθύνει τον έλεγχο της χρήσης καπνού από πλευράς προσφοράς και ζήτησης. Έχει υιοθετηθεί από περίπου 140 χώρες, όπως, η Βραζιλία η οποία μείωσε την θνησιμότητα από καρκίνους που σχετίζονται με το καπνό από 32% σε 19% το 2010. Η αντίστοιχη στρατηγική για την διατροφή και τη φυσική άσκηση είναι η DPAS κατά την οποία προτείνονται μέτρα πρόληψης για το καρκίνο του μαστού, οισοφάγου, ενδομητρίου και ήπατος. Προωθεί διατροφικές οδηγίες, άσκηση για το σπίτι, το σχολείο και τις καθημερινές δραστηριότητες. Επίσης, προάγει τον εμβολιασμό για ηπατίτιδα Β, η οποία ευθύνεται για το 50% περίπου των θανάτων από καρκίνο του ήπατος (340.000 θάνατοι ετησίως). Παράλληλα, δρομολογεί μέτρα για την αντιμετώπιση της έκθεσης σε χημικά, σε συνεργασία με τα Ηνωμένα Έθνη. Ένα παράδειγμα είναι το Περιβαλλοντικό Πρόγραμμα των Η.Ε. (UNEP) για την μείωση της έκθεσης σε καρκινογόνους παράγοντες που προέρχονται από τον αέρα, το φαγητό και το πόσιμο νερό. Αντίστοιχα προγράμματα διεξάγονται και για την έκθεση στην ακτινοβολία (ιονίζουσας αλλά και ηλιακής). Το 2006 δημοσιεύτηκε έρευνα 20 χρόνων μετά την έκρηξη του Τσερνομπίλ, η οποία παρέχει πολιτικές σε παγκόσμιο επίπεδο10. Επιπροσθέτως, με στόχο την πρόληψη αλλά και θεραπεία, οργανώνονται και διεξάγονται προγράμματα όπως το Reproductive Health and Research Department (RHR) για την αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού και της μήτρας. Το πρόγραμμα αυτό μεταξύ άλλων προωθεί την έρευνα για τις συγκεκριμένες μορφές καρκίνου με απώτερο σκοπό την καταγραφή, τον έλεγχο, την περιγραφή, την πρόγνωση και την αντιμετώπιση του προβλήματος

Αξίζει να σημειωθεί ότι η Διεθνής Ένωση κατά του Καρκίνου (UICC) είναι ο μεγαλύτερος οργανισμός ενά-

ντια στον καρκίνο παγκοσμίως, δεδομένου ότι συμμετέχουν σ΄αυτόν 400 οργανισμοί από 120 διαφορετικές χώρες. Στόχος της ένωσης αυτής είναι να μετριάσει τις απειλητικές διαστάσεις του προβλήματος του καρκίνου για τη ζωή των πολιτών εστιάζοντας στην υλοποίηση των στόχων που θέτει με τη σειρά της η Παγκόσμια Διακήρυξη Κατά του Καρκίνου (World Cancer Declaration). Η διακήρυξη αυτή είναι προϊόν της συναίνεσης κυβερνητικών εκπροσώπων, ειδικών δημόσιας υγείας και οργανισμών κατά του καρκίνου (UICC, Global Cancer Control). Τέλος, όσον αφορά το κομμάτι της έρευνας καθοριστική είναι η συμβολή του Διεθνούς Οργανισμού Ερευνών για το Καρκίνο (IARC). Πρόκειται για ένα διακρατικό οργανισμό, τμήμα της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας, που συντονίσει την έρευνα για τις αιτίες του καρκίνου και υλοποιεί παγκόσμιες επιδημιολογικές μελέτες για το καρκίνο. Επίσης μελετά τις αιτίες και τους μηχανισμούς της καρκινογένεσης και αναπτύσσει στρατηγικές για αντιμετώπιση. Σημαντική είναι και η παρουσία του Παγκόσμιου Ταμείου για το καρκίνο (WCRF), ο οποίος προάγει την έρευνα και προωθεί ερευνητικά προγράμματα που ασχολούνται με τη πρόληψη και τον έλεγχο του καρκίνου (Smith R.A. και λοιποί, 2011).

Σε ευρωπαϊκό επίπεδο βασικός άξονας κινητοποίησης των χωρών της Ε.Ε. για τον καρκίνο είναι η Ευρωπαϊκή Σύμπραξη για τη δράση κατά του καρκίνου. Στόχος της σύμπραξης είναι να υποστηριχθούν οι χώρες στις προσπάθειές τους για την αντιμετώπιση του καρκίνου μέσω της δημιουργίας ενός πλαισίου για τον εντοπισμό και την ανταλλαγή πληροφοριών όσον αφορά την πρόληψη και την καταπολέμηση του καρκίνου. Αποσκοπεί σε μια συλλογική προσπάθεια των χωρών με στόχο την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου, τη εφαρμογή βέλτιστων πρακτικών στην υγειονομική περίθαλψη καρκινοπαθών, την ανταλλαγή πληροφοριών και δεδομένων για την υγεία σε επίπεδο Ε.Ε. Γενικότερα, αξιοσημείωτο είναι ότι η Ευρωπαϊκή Ένωση δημιούργησε τον Ευρωπαϊκό Χώρο Έρευνας (ERA) για τον καλύτερο συντονισμό των ερευνητικών δραστηριοτήτων και πολιτικών σε εθνικό και ευρωπαϊκό επίπεδο, για την οργάνωση της διεθνούς συνεργασίας και ομάδων δικτύου, καθώς και για τη μεγαλύτερη κινητικότητα τόσο των εργαζομένων όσο και των ιδεών13.

Παράλληλα, ένας από τους βασικούς στόχους του Προγράμματος Δημόσιας Υγείας της Ε.Ε. (2008-2013) είναι να παρέχει συγκρίσιμες πληροφορίες για την υγεία των Ευρωπαίων πολιτών, με την κατάρτιση δεικτών για την υγεία και τη συγκέντρωση στοιχείων. Η συγκέντρωση στοιχείων θα βασίζεται σε συγκρίσιμους δείκτες για την υγεία, οι οποίοι θα εφαρμόζονται σε όλη την Ευρώπη, καθώς και σε κοινά αποδεκτούς ορισμούς και μεθόδους συγκέντρωσης και χρήσης. Στο πλαίσιο του εφαρμοζόμενου Προγράμματος Δημόσιας Υγείας της ΕΕ, καταρτίστηκε ένας κατάλογος κοινοτικών δεικτών για την υγεία (ECHI) (Η δικτυακή πύλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης για τη δημόσια υγεία, 2009). Τέλος, ιδιάζουσας σημασίας για την προαγωγή της πρόληψης του καρκίνου είναι η θέσπιση του Ευρωπαϊκού Κώδικα κατά του καρκίνου. Ο Κώδικας αυτός περιλαμβάνει προτάσεις προς του πολίτες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, όσον αφορά την πρωτογενή και δευτερογενή πρόληψη του καρκίνου και γενικότερα την προάσπιση της υγείας των πολιτών (Boylel, 2003).

Τέλος, όσον αφορά τα μέτρα και τις δράσεις στην Ελλάδα δεν θα μπορούσαμε να παραλείψουμε- το Εθνικό Σχέδιο Δράσης, το οποίο ανανεώνεται συχνά παρόλο που πολλές φορές υπάρχουν κενά στην υλοποίηση του. Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης κατά του καρκίνου για το 2008-2012 κινείται σε πέντε άξονες- έρευνα, πρόληψη, έγκαιρη διάγνωση, η πιστοποίηση και αναβάθμιση υπηρεσιών, η διαχείριση και φροντίδα της νόσου (ασθενείς – οικογένεια) (Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τον Καρκίνο 2008-2012). Η θεμελίωση του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για τον Καρκίνο, έρχεται να καλύψει το κενό που συνεχώς μεγάλωνε τα τελευταία χρόνια, καθώς, ενώ αυξανόταν το ειδικό βάρος της νοσοκομειακής/ θεραπευτικής ιατρικής, η πρόληψη περιοριζόταν κυρίως στο διαγνωστικό-εργαστηριακό τομέα. Η επιδίωξη αυτή συνεπάγεται αλλαγές στις πολιτικές του κράτους και των αντίστοιχων υπηρεσιών για τον καρκίνο, τη δημιουργία μιας ενιαίας πολιτικής πρόληψης και επικοινωνίας σε πανεθνικό επίπεδο, την ανάπτυξη ατομικής ευθύνης και δεξιοτήτων αντίστασης σε πρότυπα συμπεριφοράς που βλάπτουν την υγεία, την ενίσχυση των κοινωνικών δομών και της κοινωνικής υποστήριξης, την ποιοτική αναβάθμιση των υπηρεσιών υγείας που εμπλέκονται στη διάγνωση, τη θεραπεία και αποκατάσταση του καρκίνου, την οργανωτική διασύνδεση του εθελοντικού τομέα με το υγειονομικό σύστημα για τον καρκίνο, καθώς και την οριζόντια συνεργασία των υπηρεσιών υγείας μεταξύ τους.

4. Συζήτηση- Προτάσεις

Με έναυσμα την παρούσα κατάσταση του καρκίνου στην Ελλάδα και τη σύντομη βιβλιογραφική ανασκόπηση για το θέμα στο εξωτερικό προτείνονται ορισμένα μέτρα. Η υλοποίηση των μέτρων αυτών θα πρέπει να διεκπεραιωθεί βασιζόμενη σε τέσσερις άξονες- στη μείωση μακροπρόθεσμα του αριθμού των νέων περιπτώσεων καρκίνου και της βαρύτητας της νόσου, στην αύξηση της επιβίωσης και των ποιοτικά χρόνιων ζωής των νοσούντων από καρκίνο στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των πασχόντων, αλλά και της οικογένειάς τους και στη μείωση του κοινωνικού κόστους της νόσου. Η εστίαση των προσπαθειών στον τομέα της πρόληψης – πρωτογενή, δευτερογενή και τριτογενή- μπορεί να αποτελέσει εφαλτήριο για την προαγωγή της δημόσιας υγείας και να έχει μακροπρόθεσμα πολύ σημαντικά οφέλη για τον πληθυσμό σε κοινοτικό, εθνικό και διεθνές επίπεδο (Τούντας, 2008). Λαμβάνοντας υπόψη ότι ο καρκίνος είναι κυρίως ασθένεια των μεγαλύτερων ηλικιακών ομάδων, οι δαπάνες για τους καρκινοπαθείς αναμένονται να αυξηθούν δρα-

ματικά τα επόμενα χρόνια στη χώρα μας δεδομένης της γήρανσης του πληθυσμού.

Η εφαρμογή μέτρων πρόληψης και η ενδυνάμωση των φορέων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας αποτελεί στρατηγική περιορισμού των δαπανών για την υγεία, λαμβάνοντας υπ΄ όψη ότι ο καρκίνος εκτός από το μεγάλο κοινωνικό κόστος επιφέρει και πολύ υψηλό οικονομικό κόστος για το σύστημα υγείας (Κυριακόπουλος Γ., Φιλαλήθης Τ., 1996). Η πιο οικονομική μέθοδος μείωσης των δαπανών είναι η οργάνωση προγραμμάτων πρωτογενούς πρόληψης. Η ενημέρωση, η ευαισθητοποίηση και η υιοθέτηση πιο υγιεινού τρόπου ζωής- διατροφή, άσκηση, αποφυγή εκθέσεων- καθώς και η γνώση για τους παράγοντες κινδύνου της νόσου αποτελούν σημαντικά οχυρά για τη μάχη κατά του καρκίνου.

Στα πλαίσια λοιπόν της πρωτογενούς πρόληψης κρίνεται σκόπιμη η οργάνωση εκστρατειών ενημέρωσης με στόχο:

- τη μείωση της επίπτωσης του καρκίνου που σχετίζεται με το κάπνισμα, με τη συνέχιση και εντατικοποίηση της εκστρατείας κατά του καπνίσματος.
- τον περιορισμό κατανάλωσης αλκοόλ.
- την υιοθέτηση υγιεινής διατροφής και την αύξηση της σωματικής άσκησης.
- την πρόληψη κακοήθων νεοπλασιών του δέρματος μέσω της μείωση της έκθεσης στην ηλιακή ακτινοβολία και την ευαισθητοποίηση στην αναγνώριση κλινικών σημείων.
- την οργάνωση δράσεων αγωγής και προαγωγής της υγείας του γενικού πληθυσμού εθνικής εμβέλειας όσον αφορά την πρώιμη αναγνώριση των συνηθέστερων μορφών κακοήθων νεοπλασιών, καθώς και την πληροφόρηση σχετικά με τους παράγοντες που σχετίζονται με αυτές.
- την προαγωγή της υγείας στα δημόσια σχολεία καθώς και την αγωγή υγείας σε ευάλωτες κοινωνικές ομάδες και πληθυσμούς υψηλού κινδύνου.

Όσον αφορά τη δευτερογενή πρόληψη, απαραίτητη είναι η ανάπτυξη εθνικών προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου, η παρότρυνση του πληθυσμού για συμμετοχή σε αυτά και η εξασφάλιση εύκολης πρόσβασης ανεξάρτητα από τον τόπο κατοικίας τους. Αυτό προϋποθέτει οργάνωση προγραμμάτων πρόληψης και, κατ΄ επέκταση, προαγωγής υγείας και στην περιφέρεια ώστε να μην υφίστανται ανισότητες και διακρίσεις. Αποτέλεσμα της εφαρμογής των προληπτικών ελέγχων και της πρώιμης διάγνωσης θα είναι μακροπρόθεσμα η μείωση της θνησιμότητας και του κόστους θεραπείας.

Επίσης, απαραίτητη κρίνεται η θεραπευτική αντιμετώπιση του διαγνωσμένου καρκίνου μέσω της προμήθειας και αξιοποίησης της βιοϊατρικής τεχνολογίας.

Ωστόσο, ενέργειες άμεσης προτεραιότητας για τον ορθολογικό σχεδιασμό και κατανομή της βιοϊατρικής τεχνολογίας στις μονάδες υγείας της χώρας, είναι η πλήρης αποτύπωση του υπάρχοντος εξοπλισμού στο Ε.Σ.Υ., η εκπόνηση επιχειρησιακού σχεδίου για τη βιοϊατρική τεχνολογία και τον καρκίνο και η εισαγωγή συστήματος ολοκληρωμένης διαχείρισής της.

Προσθέτοντας, συστήνεται ανάπτυξη θεσμικού πλαισίου για την κατ΄ οίκον νοσηλεία και τη λειτουργία ξενώνων ασθενών τελικού σταδίου. Απαραίτητες δε κρίνονται η θεσμοθέτηση της συμβουλευτικής και παρηγορητικής - ανακουφιστικής στήριξης, καθώς και η ανάπτυξη συστήματος επανελέγχου των ογκολογικών ασθενών για την έγκαιρη διάγνωση των μεταστάσεων της νόσου. Επίσης, αναγκαία είναι η δημιουργία ξενώνων φιλοξενίας ασθενών που υποβάλλονται σε θεραπεία και των συγγενών τους. Επιβεβλημένη κρίνεται και η δημιουργία ενιαίου θεσμικού πλαισίου και οδηγού παροχών και δικαιωμάτων των ασθενών με καρκίνο καθώς και η βελτίωση του θεσμικού πλαισίου και η ενίσχυση των μηχανισμών εργασιακής και κοινωνικής επανένταξης για ασθενείς με καρκίνο. Επισημαίνεται ότι μολονότι ένα ποσοστό μεγαλύτερο του 50% των ασθενών με καρκίνο θεραπεύονται πλήρως, μόλις το 10% επιστρέφει πλήρως στην παραγωγική και κοινωνική διαδικασία. Τέλος, προτείνουμε τη δημιουργία μηχανισμών ψυχοκοινωνικής υποστήριξης των καρκινοπαθών και των οικογενειών τους. Ολοκληρώνοντας, η εκπαίδευση αφορά τους επαγγελματίες υγείας δίνοντας ιδιαίτερη έμφαση στους φορείς πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, τους ασθενείς και τους φροντιστές τους. Αποτέλεσμα της εφαρμογής ενός τέτοιου προγράμματος εκπαίδευσης θα είναι η πρόληψη, η έγκαιρη διάγνωση, η πιο αποτελεσματική διαχείριση της νόσου, η ομαλή επανένταξη στην κοινωνία και στην παραγωγική διαδικασία.

5. Συμπέρασμα

Ο καρκίνος αποτελεί ένα από τα κυριότερα προβλήματα υγείας παγκοσμίως. Το κοινωνικό κόστος του καρκίνου είναι δυσβάστακτο, πλήττει καίρια την κοινωνική ανάπτυξη και ευημερία και δοκιμάζει την κοινωνική συνοχή. Ως εκ τούτου, η εφαρμογή συγκεκριμένων πολιτικών δράσης κατά του καρκίνου θα έχει σημαντικά οφέλη τόσο στους δείκτες υγείας του ελληνικού πληθυσμού και στην ποιότητα της ζωής των καρκινοπαθών, όσο και στις συνολικές δαπάνες για την υγεία. Λαμβάνοντας υπόψη ότι ο καρκίνος είναι κυρίως ασθένεια των μεγαλύτερων ηλικιακών ομάδων, οι δαπάνες για τους καρκινοπαθείς αναμένονται να αυξηθούν δραματικά τα επόμενα χρόνια στη χώρα μας δεδομένης της γήρανσης του πληθυσμού. Επιπροσθέτως, διαφοροποιήσεις παρουσιάζονται ανάλογα με την γεωγραφική περιοχή, τις ιδιαιτερότητες και τις πιθανές εκθέσεις και τις διατροφικές συνήθειες των ανθρώπων και το γενικότερο τρόπο ζωής τους. Συμπερασματικά, θα πρέπει ο καρκίνος να αντιμετωπίζεται ως ένα θέμα ανισοτήτων ακόμα και στον ελληνικό πληθυσμό, το οποίο έχει ποικίλες ιδιαιτερότητες ανά περιφέρεια αλλά και νομό στη χώρα μας, επομένως χρήζει περαιτέρω διερεύνησης και ακριβούς χαρτογράφησης και αποκωδικοποίησης .

ABSTRACT

REVIEW
RECENT EPIDEMIOLOGICAL DATA ON THE SPREAD OF CANCER IN GREECE AND THE ORGANIZATION ACTORS UNIVERSAL PREVENTION: A REVIEW OF THE LITERATURE.

Patelarou A.[1], Sfaki-Pistolla D.[2], Xilouri A.[3],Prinari A[4]
[1. RN,BSc,MSc student of Public Health and Administration of Health Services, 2. GIS Expert, MSc student of Public Health and Administration of Health Services, 3. Economist, MSc student of Public Health and Administration of Health Services, 4. RN, BSc, Director of Nursing Service in University Hospital of Crete]

Introduction: Cancer consists a major public health problem because of its growing epidemic rates despite of the medical science progress. Nowadays, cancer consists the second cause of death worldwide following cardiovascular disease.
Results: According to World Health Organization 84 million people will die due to cancer disease from 2005 to 2015 without any intervention, while a percentage of 40% of cancer cases is preventable and can be effectively treated. Cancer consists one of the key problems of the global community and its efficient control requires the entire collaboration of both the government and the non-government organizations in national and international level. Cancer mortality rates vary between the geographical regions of a country differs by sex and different age groups which is of high interest for further investigation and accurate mapping and decoding. Additionally, the investigation of the existing actions against cancer in other countries and, consequently, the adoption of similar practices in Greece are considered to be vital.
Conclusions-Suggestions: Cancer consists a phenomenon with many inequalities worldwide. As a result, global community should be organized by putting clear aims and by supporting prevention, treatment, educational and research programs.

Key words: prevalence, incidence, prevention, cancer, Greece, Europe

Βιβλιογραφία

1. Bertino JR., 2002. Encyclopedia of cancer. 2nd ed. CA: Academic Press, San Diego
2. Boylel P., Autier P., Bartelink H., Baselga J., Boffetta P., Burn J., Burns HJG., Christensen L., Denis L., Dicato M., Diehl V., Doll R., Franceschi S., Gillis CR., Gray N., Griciute L., Hackshaw A., Kasler M., Kogevinas M., Kvinnsland S., La Vecchia C., Levi F., McVie JG, Maisonneuve P., Martin-Moreno JM., Newton Bishop J., Oleari F., Perrin P., Quinn M., Richards M., Ringborg U., Scully C., Siracka C., Storm H., Tubiana M., Tursz T., Veronesi U., Wald N., Weber W., Zaridze DG., Zatonski W., Hausen H., 2003. European Code Against Cancer and scientific justification: third version, annonc.oxfordjournals.org , στις 02/01/2011
3. Danaei G et al, 2005. Causes of cancer in the world: comparative risk assessment of nine behavioural and environmental risk factors. Lancet.19;366(9499):1784-93.
4. Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο Καρκίνου, στο http://eu-cancer.iarc.fr/1-home.html,en, 06/01/2011
5. International Classification of Diseases-10 codes – (Διεθνής Ταξινόμηση Ασθενειών) C00-C97, στο http://www.worldmapper.org/index.html, 5/01/2011
6. Globocan 2008, Cancer Research UK, στο http://info.cancerresearchuk.org/, 05/01/2011
7. Κοινωφελής Μη Κερδοσκοπική Οργάνωση Φίλων του Καρκίνου, (2007), «Στατιστικά για τον Καρκίνο στην Ελλάδα», (από μελέτες: Τούντας Ι. κα, 2001, Tzala E., 2004, Tzala E. & Best N., 2007), στο: http://www.bestrong.org.gr/el/learncancer/statisticscancer/greece, 7/12/2010
8. Κυριακόπουλος Γ., Φιλαλήθης Τ., 1996. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα. Θεμέλιο, Αθήνα
9. Merletti F., Galassi C., Spadea T., 2011. The socioeconomic determinants of cancer. Environ Health 5;10
10. OECD Indicators, 2007. Health at a Glance, OECD Publishing
11. Σέμογλου Χ., 1998. Η έρευνα του καρκίνου.University Studio Press, Θεσσαλονίκη
12. Smith RA., Cokkinides V., Brooks D., Saslow D., Shah M., Brawley OW., 2011. Cancer screening in the United States, A Review of Current American Cancer Society Guidelines and Issues in Cancer Screening, CA Cancer J Clin 61(1):8-30.
13. Στατιστική Υπηρεσία Ελλάδας: Αριθμητικά δεδομένα, για το έτος 2001 και 2009
14. Τούντας Γ., 2008. Υπηρεσίες υγείας. Οδυσσέας, Αθήνα
15. Τσεκουράκης Δ., 2001. Περί αρχαίας ιατρικής. Μετάφραση Ιπποκράτης, Εκδ. Ζαχόπουλος, Αθήνα
16. UICC, Global Cancer Control, στο www.uicc.org/declaration, στις 08/01/2011
17. World Cancer Declaration, http: www.worldcancerday.org/wcd-declaration στις 08/01/2011
18. World Health Organization's fight against cancer, Strategies that prevent, cure and care, World health Organization, 2007, ISBN 9789241595438 http://www.who.int/cancer/publicat/WHOCancerBrochure2007.FINALweb.pdf στις 02/02/2011
19. Υγεία-ΕΕ, 2009 Η δικτυακή πύλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης για τη δημόσια υγεία http://ec.europa.eu/healtheu/health_in_the_eu/ec_health_indicators/index_el.htm, στις 10/01/2011
20. Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2008. Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τον Καρκίνο 2008-2012, Αθήνα.