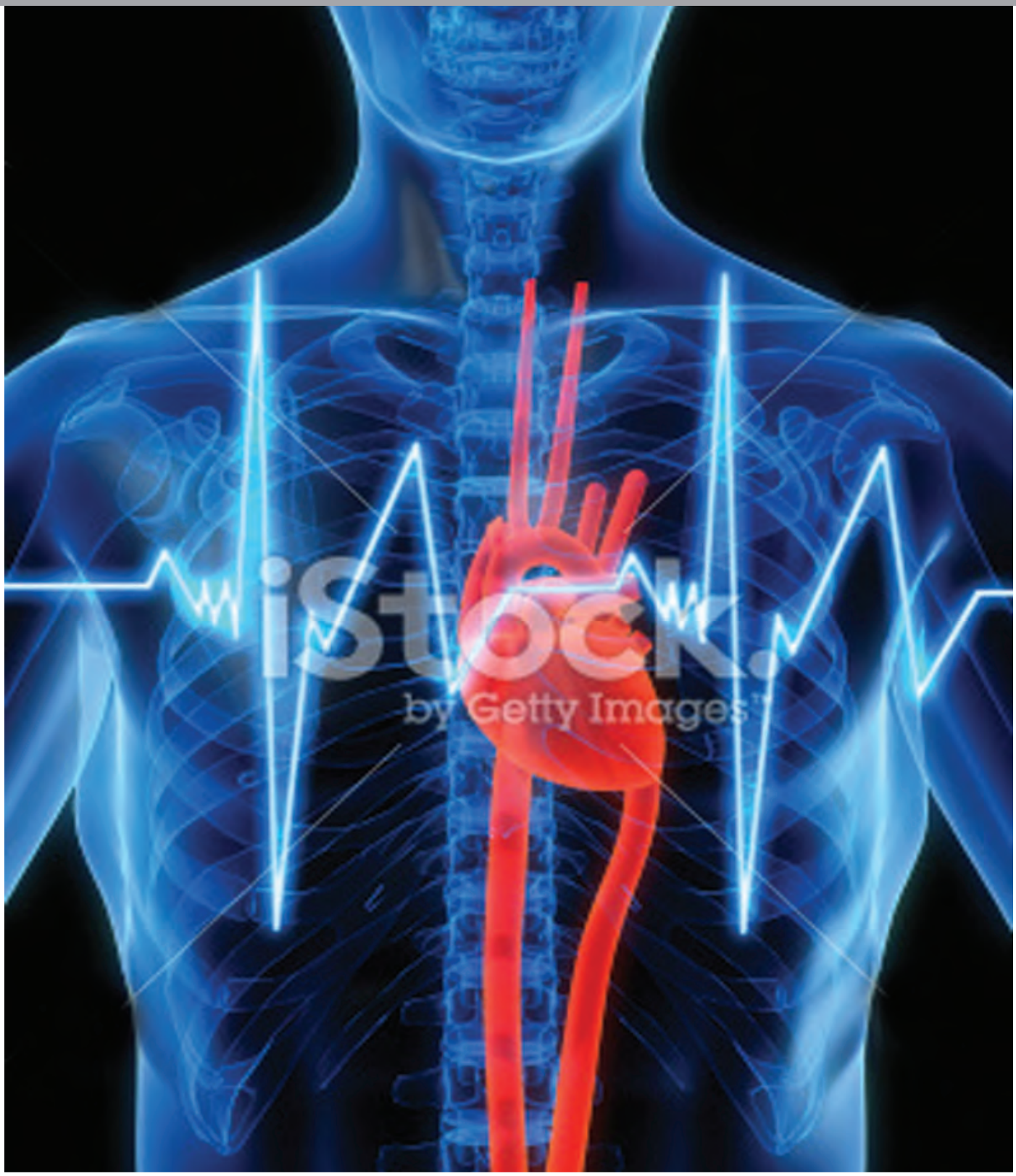
CMJ
CYPRUS MEDICAL JOURNAL

ΙΑΤΡΙΚΗ ΚΥΠΡΟΣ

ΤΡΙΜΗΝΙΑΙΑ ΕΚΔΟΣΗ ΤΟΥ ΠΑΓΚΥΠΡΙΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ

ΤΟΜΟΣ 27 - ΤΕΥΧΟΣ 4 2013

ΤΡΙΜΗΝΙΑΙΑ ΕΚΔΟΣΗ ΤΟΥ ΠΑΓΚΥΠΡΙΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ



CYPRUS MEDICAL JOURNAL
QUARTERLY PUBLICATION OF THE PANCYPRIAN MEDICAL ASSOCIATION
VOLUME 27 - ISSUE 4 2013

CMJ
Cyprus Medical Journal

Οι τρεις κύριες αιτίες θανάτου στον Κυπριακό και Ελλαδικό πληθυσμό, τα συναφή μέτρα πρόληψης για μείωση των θανάτων και η χρήση των νέων τεχνολογιών.

Κατωδρύτης Ν[1], Παυλάκης Α[2]
[1] Ακτινοθεραπευτής-Ογκολόγος, Ογκολογικό Κέντρο Τράπεζας Κύπρου, Λευκωσία
[2] Λέκτορας, Πρόγραμμα Σπουδών Διοίκησης Μονάδων Υγείας, Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η προστασία της υγείας των πολιτών αποτελεί πρώτιστη πολιτειακή ευθύνη. Η επίτευξη ψηλού επιπέδου υγείας δεν εξαρτάται μόνο από βιολογικούς αλλά και κοινωνικούς, οικονομικούς, πολιτικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες. Στην Ευρώπη οι κύριες αιτίες θανάτου είναι οι καρδιαγγειακές παθήσεις, ο καρκίνος και τα ατυχήματα. Στον ελληνικό χώρο, Ελλάδα και Κύπρο, η θνησιμότητα από καρδιαγγειακά νοσήματα και καρκίνο κατέχει τις πρώτες δύο θέσεις με τις πνευμονοπάθειες να ακολουθούν. Αυτό οφείλεται κυρίως στις καπνιστικές συνήθειες των Ελλήνων, στις κακές διατροφικές συνήθειες αλλά και στην έλλειψη άσκησης. Η πρόληψη μπορεί με συγκεκριμένα μέτρα, τόσο σε ατομικό όσο και κρατικό επίπεδο, να συμβάλει στη μείωση των νέων περιστατικών στην έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία αλλά και στην αποκατάσταση, κοινωνική και επαγγελματική επανένταξη του ατόμου. Η σωστή και συνεχής ενημέρωση του κοινού, η ενθάρρυνση για διακοπή κακών συνηθειών, η θέσπιση και εφαρμογή νομοθεσίας για το κάπνισμα, η εφαρμογή Προγραμμάτων Πληθυσμιακού Ελέγχου θα συμβάλουν στην πρόληψη. Η τεχνολογική πρόοδος συμβάλει στην βελτίωση τόσο των διαγνωστικών όσο και των θεραπευτικών δυνατοτήτων. Η εξέλιξη αυτή συνοδεύεται από σειρά ηθικών και νομικών διλημμάτων όπως επίσης αύξηση των δαπανών στον τομέα της υγείας.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το υπέρτατο αγαθό είναι η ζωή (Πρωτοπαπαδάκης, 2005), που διασφαλίζεται, κυρίως, μέσω της υγείας του ατόμου, που ορίζεται από το Russell (1975) αλλά και το Παγκόσμιου Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.) σαν «η πλήρης σωματική, ψυχική και κοινωνική ευεξία, και όχι απλώς η απουσία της αρρώστιας ή της αναπηρίας». Στη πορεία ο Π.Ο.Υ επαναπροσδιόρισε την υγεία ως «την ικανότητα του ατόμου, ή της ομάδας να αναγνωρίζει και να κατανοεί φιλοδοξίες, να ικανοποιεί ανάγκες και να τροποποιεί ή να συμβιβάζεται με το περιβάλλον» WHO (1986). Συνακόλουθα, η διασφάλιση και διατήρηση της ανθρώπινης υγείας, του ύψιστου αυτού ατομικού και κοινωνικού αγαθού (Τσιροπινά,2006) αποτελούσε και αποτελεί διαχρονικά πρωταρχικό στόχο και ζητούμενο.

Αρχικά, οι μάγοι ασκούσαν σε μικρές κοινωνίες την ιατρική τέχνη. Στη συνέχεια στην αρχαία Ελλάδα με την εμφάνιση του Ασκληπιού και αργότερα του Ιπποκράτη, η Ιατρική εξελίχθηκε σε επιστήμη αναπτύσσοντας θεωρίες, κάποιες από τις οποίες ισχύουν ακόμα. Ακολούθησαν οι Ρωμαίοι με το Γαληνό, η κυριαρχία της ρωμαιοκαθολικής εκκλησίας στο χώρο της ιατρικής κατά τον Μεσαίωνα και τέλος η απεξάρτηση της από τις αναχρονιστικές μεσαιωνικές αντιλήψεις κατά την αναγέννηση όπου αναπτύχθηκε η έρευνα και διευρύνθηκαν οι γνώσεις (Ιωαννίδη, και συν,1999).

Η προστασία της υγείας των πολιτών αποτελεί πρώτιστη πολιτειακή ευθύνη. Συνεπώς πρωταρχικός κοινωνικός σκοπός των κρατών, όπως αυτός αποφασίστηκε κατά την Παγκόσμια Συνέλευση της Υγείας το 1977, ήταν να επιτευχθεί τέτοιο επίπεδο υγείας παγκοσμίως που να διασφαλίζει μια παραγωγική κοινωνικά και οικονομικά ζωή - αρχικά μέχρι το 2000 - και στη συνέχεια τη διατήρηση του επιπέδου αυτού. Στα πλαίσια αυτά ο Π.Ο.Υ. αναφέρθηκε το 1991 σε -

1. διασφάλιση της ισότητας στην υγεία
2. έμφαση στη ποιότητα ζωής,
3. προσθήκη υγείας στη ζωή μειώνοντας τα νοσήματα και την ανικανότητα και
4. προσθήκη χρόνων στη ζωή αυξάνοντας το μέσο όρο ζωής.

Η επίτευξη ψηλού επιπέδου υγείας δεν εξαρτάται μόνο από βιολογικούς αλλά και κοινωνικούς, οικονομικούς, πολιτικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες. Για τη μέτρηση του επιπέδου υγείας υιοθετήθηκαν συγκεκριμένοι δείκτες που επιτρέπουν την παρακολούθηση της υγείας του πληθυσμού σε μια συγκεκριμένη στιγμή, την ένδειξη των όποιων μεταβολών στην υγεία του ατόμου ή και του πληθυσμού και την αξιολόγηση των συναφών προγραμμάτων βελτίωσης του γενικότερου επιπέδου υγείας. Οι δείκτες διακρίνονται σε αρνητικούς και θετικούς βάσει της σχέσης τους προς τον ορισμό της υγείας. Θετικοί δείκτες θεωρούνται η γεννητικότητα και ο χρόνος επιβίωσης και αρνητικοί η νοσηρότητα και η θνησιμότητα (Schrojenstein et al, 2007). Η μείωση της νοσηρότητας και κατ' επέκταση της θνησιμότητας μεταξύ του πληθυσμού αποτελούν στόχους κάθε κράτους.

Ποιες είναι όμως οι κύριες αιτίες θανάτου, οι οποίες έχουν διαφοροποιηθεί στην πάροδο του χρόνου και διαφοροποιούνται μεταξύ κρατών, λαών και ηλικιών; Ποια η εικόνα της Κύπρου και της Ελλάδας ως ανεπτυγμένων χωρών αναφορικά με το επίπεδο θνησιμότητας στον πληθυσμό; Πόσο διαφέρει συγκριτικά με άλλες χώρες; Ποιες είναι οι τρεις κυριότερες αιτίες θανάτου που χαρακτηρίζουν τον Κυπριακό και Ελλαδικό πληθυσμό και πως μπορούν να προληφθούν; Τέλος ποια η συμβολή της τεχνολογίας στην Ιατρική;

Νοσηρότητα και Θνησιμότητα

Για σκοπούς ορθής παρουσίασης των αιτιών θανάτου πρέπει να αναλυθούν οι όροι νοσηρότητα και θνησιμότητα καθ' ότι ο άνθρωπος, κατά κύριο λόγο με εξαίρεση τον θάνατο από ατύχημα, πρώτα νοσεί και μετά θνήσκει.



Όπως αναφέρουν οι Ιωαννίδη και συν (1999) η νοσηρότητα, βασική αιτία πρόκλησης φθοράς και θανάτου στον άνθρωπο, έχει διαφοροποιηθεί δια μέσου των χρόνων. Ασθένειες που είχαν εξολοθρεύσει στο παρελθόν μέσα από επιδημίες και πανδημίες πληθώρα ανθρώπων, με την εξέλιξη της επιστήμης και την ανακάλυψη νέων φαρμάκων, όπως τα αντιβιοτικά, δεν αποτελούν πλέον κίνδυνο. Για τη μέτρηση της νοσηρότητας σε ένα πληθυσμό χρησιμοποιούνται οι δείκτες νοσηρότητας, οι οποίοι εμπεριέχουν το δείκτη επιπολασμού (prevalence) που εκφράζει τη συχνότητα εμφάνισης μιας νόσου σε συγκεκριμένη χρονική περίοδο και το δείκτη επίπτωσης (incidence), ο οποίος εκφράζει τον αριθμό των νεοεμφανισθέντων κρουσμάτων μιας νόσου σε συγκεκριμένη και πάλι χρονική περίοδο.

Οι ίδιοι συγγραφείς αναφέρουν ότι η θνησιμότητα αποτελεί αρνητικό δείκτη υγείας και μαζί με τη νοσηρότητα χαρακτηρίζουν την κατάσταση υγείας ενός πληθυσμού. Το προσδόκιμο επιβίωσης αποτελεί το καλύτερο μέσο μέτρησης της. Η μείωση της οφείλεται κυρίως στην κοινωνική και οικονομική ανάπτυξη ενός κράτους και κατά συνέπεια στη βελτίωση του βιοτικού επιπέδου, στη διεύρυνση και βελτίωση των ιατρικών υπηρεσιών, προληπτικά και θεραπευτικά, και στη δυνατότητα διατήρησης υγιών περιβαλλοντικών συνθηκών. Διαχωρίζεται σε γενική και βρεφική και είναι τόσο χαμηλότερη όσο ψηλότερο είναι το προσδόκιμο επιβίωσης. Αυτό διαφαίνεται κατά την σύγκριση του προσδόκιμου επιβίωσης μεταξύ των ετών 1879 και 1990, το οποίο αυξήθηκε κατά σχεδόν 40 χρόνια γεγονός που οδήγησε στη μείωση της θνησιμότητας. Ο στόχος που έχει θέσει ο Π.Ο.Υ. για αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης σε πάνω από 75 χρόνια επιτυγχάνεται στα πλείστα ευρωπαϊκά κράτη.

Η Ελλάδα καταλαμβάνει συνεχώς χαμηλότερη θέση μεταξύ των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Ε.Ε.) όπως κατέδειξε μελέτη του Πανεπιστημίου Αθηνών. Από την 2η θέση που κατείχε το 1991 όσον αφορά στη μακροζωία με 77.32 χρόνια έπεσε στην 5η θέση το 1996 με 77.79 χρόνια και στην 11η το 2004 με 79.05 χρόνια (Φυτά, 2007. Τούντας και συν,2007). Το προσδόκιμο επιβίωσης που ήταν 77 χρόνια το 1990, αυξήθηκε μόλις κατά 1,7 χρόνια μέχρι το 2004 ενώ στις πλείστες δυτικές χώρες παρατηρήθηκε διπλάσια αύξηση (Ιωαννίδη, και συν,1999. Φυτά, 2007). Το προσδόκιμο επιβίωσης των Ελληνίδων είναι 81,4 χρόνια και των ανδρών 76,6 χρόνια, σύμφωνα με την Ελληνική Στατιστική Αρχή (Τσουλέα,2011.). Το γεγονός αυτό υποδηλώνει ότι η αύξηση, στην

Ελλάδα, γίνεται με βραδύτερο, σε σχέση με την Ευρωπαϊκή Ένωση. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι άνδρες στην Ελλάδα εμφανίζουν ψηλότερο προσδόκιμο ζωής από τον μέσο όρο των ανδρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης των 15, ενώ η κατάταξη των Ελληνίδων γυναικών είναι χαμηλότερη. Σε απόλυτους αριθμούς, οι γυναίκες στην Ευρώπη ζουν ωστόσο, περισσότερο από τους άνδρες, λόγω κυρίως της μεγαλύτερης πρώιμης θνησιμότητας των ανδρών από τροχαία ατυχήματα αλλά και την κατάχρηση καπνού και αλκοόλ (Τούντας και συν,2007. Τσουλέα,2011). Μελέτη που πραγματοποίησαν επιστήμονες από το Ιατρικό Ερευνητικό Συμβούλιο (MRC) της Βρετανίας και το Τμήμα Επιδημιολογίας & Δημόσιας Υγείας του University College του Λονδίνου, οι οποίοι ανέλυσαν στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) για τη θνητότητα ανδρών και γυναικών, η οποία βασίστηκε στην ανάλυση στοιχείων από 30 ευρωπαϊκές χώρες (μεταξύ αυτών η Ελλάδα και η Κύπρος) κατέδειξε ότι κατά μέσον όρο το τσιγάρο ευθύνεται για το 60% της διαφοράς στο προσδόκιμο επιβίωσης ανδρών και γυναικών, ενώ το ποτό για άλλο ένα 20% (Τσουλέα,2011). Τα ποσοστά, πάντως, ποικίλουν στις 30 ευρωπαϊκές χώρες που κάλυψε η μελέτη. Στην Ελλάδα, η «ψαλίδα» στο προσδόκιμο επιβίωσης οφείλεται κατά περίπου 56% στο κάπνισμα και κατά 21% στο αλκοόλ (pafos24.com,2011).

Η Κύπρος παρουσίαζε το 2006 προσδόκιμο επιβίωσης 79 χρόνια αντίστοιχο του μέσου όρου των μέχρι το 2004 15 κρατών-μελών της Ε.Ε., γεγονός που καταδεικνύει το ψηλό βιοτικό, κοινωνικοοικονομικό αλλά και ιατρικό επίπεδο της (WHO Regional Office Of Europe,2006). Ανάλογη είναι και η εικόνα ξεχωριστής σύγκρισης των δύο φύλων στη Κύπρο με άνδρες και γυναίκες χωρών της Ε.Ε.. Συγκεκριμένα αναφέρεται για το 2001 μέσος όρος ζωής στην Κύπρο είναι 75,3 χρόνια για τους άνδρες και 80,4 για τις γυναίκες. Κατά το ίδιο έτος το προσδόκιμο επιβίωσης στην ΕΕ ήταν 75,3 χρόνια για τους άνδρες και 81,4 χρόνια για τις γυναίκες (typos.com.cy,2002) Το 2004/05 το προσδόκιμο επιβίωσης κατά τη γέννηση, ήταν περίπου το ίδιο με το μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης, για τους άντρες 77,0 και για τις γυναίκες 81,7 (Ετήσια Έκθεση Υ.Υ,2006)

Κύριες αιτίες θανάτου

Όπως έχει ήδη αναφερθεί η νοσηρότητα είναι η βασική αιτία πρόκλησης φθοράς και θανάτου. Η διαφοροποίηση της, διαχρονικά, οφείλεται στον τρόπο και συνθήκες ζωής, σε περιβαλλοντικούς παράγοντες όπως και στη ποιότητα των υπηρεσιών υγείας. Έτσι ασθένειες που αποτελούσαν κύριες αιτίες θανάτου στη Δυτική Ευρώπη μέχρι και το πρώτο μισό του 20ου αιώνα όπως πνευμονία, φυματίωση, ελονοσία, λοιμώδη και παρασιτικά νοσήματα έχουν υποχωρήσει μέχρι και εξαφανισθεί. Την θέση τους πήραν οι λεγόμενες «νόσοι του πολιτισμού» όπως τα καρδιοαγγειακά νοσήματα, ο καρκίνος κλπ (Χαραλάμπους Α, και συν 2010. Ιωαννίδη, και συν,1999). Για την αύξηση τους ενοχοποιούνται ο τρόπος ζωής των πολιτών στις δυτικές κοινωνίες, ο οποίος χαρακτηρίζεται από υπέρμετρη κατανάλωση φαγητού και αλκοόλ, το κάπνισμα και το άγχος της καθημερινότητας αλλά και περιβαλλοντικοί παράγοντες. Σχεδόν το 50% των θανάτων στις χώρες της Δυτικής και Βόρειας Ευρώπης οφείλεται σε καρδιαγγειακά νοσήματα. Ο καρκίνος αιτιολογείται για το 20%. Στην τρίτη θέση βρίσκονται εξωτερικοί περιβαλλοντικοί



παράγοντες, όπως θάνατοι από ατυχήματα.

Είναι αποδεδειγμένο ότι τα καρδιαγγειακά νοσήματα είναι αποτέλεσμα αυξημένης σε λίπη διατροφής, υπερβολικής κατανάλωσης αλκοόλ και του καπνίσματος αλλά και έλλειψης άσκησης χωρίς να υποτιμάται η σημασία της κληρονομικότητας και του καθημερινού άγχους. Αξίζει να αναφερθεί ότι σε κοινωνίες που γίνεται χρήση ελαιόλαδου παρατηρείται μείωση των καρδιαγγειακών νοσημάτων. Οι ευεργετικές ιδιότητες του ελαιόλαδου έχουν αναγνωρισθεί πλέον επιστημονικά (Καπάντανς, 2007). Στην Κύπρο το 63% των θανάτων οφείλεται σε καρδιαγγειακά νοσήματα. Οι θάνατοι από καρδιοπάθειες με βάση στοιχεία του 2009 και συγκριτικά με το 2005 φαίνεται να παραμένουν σταθεροί, περίπου στο 26% (sigmalife.com,2011). Τα εμφράγματα μυοκαρδίου αποτελούν το 16% όλων των θανάτων (WHO Regional Office



Of Europe,2006), και τούτο παρά την μεγάλη εκστρατεία ενημέρωσης που γίνεται από το Υπουργείο Υγείας και ιδιωτικούς φορείς, για διακοπή του καπνίσματος, προσοχή στην διατροφή και τα ευεργετικά αποτελέσματα της άσκησης. Αξιοσημείωτη είναι η διαπίστωση πρώην Κύπριου Υπουργού Υγείας ότι «παρά το γεγονός ότι η ηλικία του πληθυσμού είναι σχετικά νέα (μόνο 16.1% > 60 ετών) εντούτοις η συχνότητα των καρδιαγγειακών νοσημάτων είναι πολύ ψηλή» (Γ.Τ.Π,2007). Η δήλωση αυτή καταδεικνύει την ανάγκη εντατικότερης προσπάθειας ενημέρωσης του κοινού αναφορικά με τη χρησιμότητα της πρωτογενούς πρόληψης.

Όσον αφορά στον καρκίνο πρόκειται για πάθηση για την οποία έχουν ενοχοποιηθεί ποικίλες μεταλλάξεις του γενετικού υλικού. Για τις μεταλλάξεις αυτές, φαίνεται ότι παίζουν καθοριστικό ρόλο, πέραν των γονιδιακών και περιβαλλοντικοί παράγοντες (Αγγελοπούλου,2010). Έτσι βλέπουμε συγκεκριμένα είδη καρκίνου να αναπτύσσονται σε συγκεκριμένες εθνικές ή πληθυσμιακές ομάδες. Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι η ανάπτυξη καρκίνων οισοφάγου και στομάχου στους Ιάπωνες, που οφείλεται κατά κύριο λόγο στην υπερβολική κατανάλωση μπαχαρικών. Επίσης χαρακτηριστικό είναι το γεγονός του μη εντοπισμού καρκίνου τραχήλου της μήτρας στις μοναχές που οφείλεται στην απουσία σεξουαλικής επαφής και κατά συνέπεια μη μετάδοσης τού, κατά κύριο λόγο υπεύθυνου για την εμφάνιση του συγκεκριμένου είδους καρκίνου, ανθρώπινου θηλώδους ιού (Human Papilloma Virus) (NCI, 2005).

Στην Κύπρο, όπως ανακοινώθηκε από το Υπουργείο Υγείας, ο καρκίνος αποτελεί όπως και σε όλες τις ανεπτυγμένες χώρες την 2η αιτία θανάτου με ποσοστό 22.7%. Τα στατιστικά στοιχεία δείχνουν για το 2009 μιαν αυξητική τάση σε σχέση με το 2005 για το οποίο αναφέρεται ποσοστό 18,7%. Ανάμεσα στους θανάτους 27% οφείλονται σε καρκίνους του λάρυγγα και του πνεύμονα, 11% σε καρκίνο του προστάτη και 6% σε καρκίνο του παχέος εντέρου (WHO Regional Office Of Europe, 2006, sigmalife.com,2011). Διαφαίνεται λοιπόν ότι δύο τουλάχιστον είδη σχετίζονται άμεσα με καθημερινές και διατροφικές συνήθειες, οι οποίες μπορούν να αλλάξουν στα πλαίσια της πρωτογενούς πρόληψης. Συγκριτικά να αναφερθεί ότι και στην Ευρώπη παρατηρείται η ίδια περίπου εικόνα όσον αφορά στην πρώτη αιτία θανάτου μεταξύ των καρκίνων, αφού το 2006 οι θάνατοι από καρκίνο του πνεύμονα αποτελούσαν το 26.3% όλων των θανάτων από καρκίνο. Στη 2η θέση κατατάσσεται ο καρκίνος του παχέος εντέρου με ποσοστό 11.4% (Ferlay et al,2007).

Σε αντίθεση με τις υπόλοιπες ανεπτυγμένες χώρες της Ευρώπης όπου τα ατυχήματα αποτελούν τη τρίτη συχνότερη αιτία θανάτου, στην Κύπρο τη τρίτη θέση κατέχουν με 11% οι ασθένειες του αναπνευστικού συστήματος (WHO Regional Office Of Europe, 2006). Αυτό οφείλεται κυρίως στις καπνιστικές συνήθειες των Κυπρίων οι οποίοι κατέχουν την 1η θέση μεταξύ των Ευρωπαίων (Φυτά,2007).

Ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι η ίδια εικόνα με την Κύπρο παρατηρείται και στην Ελλάδα όπου την 1η θέση με ποσοστό 48% κατέχουν τα καρδιοαγγειακά νοσήματα, στην 2η βρίσκεται ο καρκίνος με ποσοστό 25% και στην 3η τα νοσήματα του αναπνευστικού με 7%. Την 4η θέση όπως και στη Κύπρο καταλαμβάνουν τα ατυχήματα με ποσοστό 5% (Φυτά,2007. Τούντας και συν,2007. Μπαμπάτσικου,2009). Οι αριθμοί αυτοί πιστοποιούνται και στο «Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία» που εκπονήθηκε το 2008 από το Ελλαδικό Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, στο οποίο αναφέρεται ότι πάνω από το 50% των θανάτων οφείλεται σε νοσήματα του κυκλοφορικού (καρδιοπάθειες και εγκεφαλικά) και το 24% σε νεοπλάσματα (Μπραουδάκης και συν, 2008). Το γεγονός ότι Ελλάδα και Κύπρος παρουσιάζουν παρόμοια εικόνα καταδεικνύει ότι οι συνήθειες του Έλληνα παραμένουν οι ίδιες όπου και αν ζει. Όπως χαρακτηριστικά αναφέρει η Φυτά (2007) «οι Έλληνες καπνίζουν υπερβολικά, είναι υπερτασικοί, έχουν αυξημένο σωματικό βάρος, δεν ασκούνται και δεν κάνουν βασικές προληπτικές εξετάσεις».

Αξίζει να αναφερθεί ότι η θνησιμότητα από καρδιαγγειακά νοσήματα στην Ελλάδα είναι πλέον η υψηλότερη της Ευρώπης, παρουσιάζοντας μάλιστα σημαντική διαφορά από τις περισσότερες άλλες χώρες. Η θνησιμότητα από

καρκίνο βρίσκεται σε επίπεδα αντίστοιχα των υπόλοιπων χωρών της Νοτίου Ευρώπης, ελαφρώς χαμηλότερα από εκείνα των χωρών της Βόρειας και Κεντρικής Ευρώπης (Μπραουδάκης και συν, 2008).

Μέτρα πρόληψης

Αναλύοντας τους κυριότερους λόγους νοσηρότητας αναφορικά με τις τρεις κύριες αιτίες θανάτου στη Κύπρο, διαφαίνεται ότι πρόκειται κυρίως για καταστάσεις που μπορούν να προληφθούν. Χαρακτηριστική της σημασίας της πρόληψης είναι η αναφορά του WHO Regional Office Of Europe (2010) ότι μέχρι και 40% των περιπτώσεων καρκίνου μπορούν να προληφθούν με αλλαγές στον τρόπο ζωής, βελτίωση των μεθόδων πρόληψης και τον πληθυσμιακό έλεγχο.

Η πρόληψη γενικά στοχεύει στη μείωση του κινδύνου εμφάνισης ή επιδείνωσης μιας νόσου ή άλλων καταστάσεων.

Στην προκειμένη περίπτωση που αφορά στα καρδιαγγειακά νοσήματα, στον καρκίνο και στις πνευμονοπάθειες μπορεί να γίνει χρήση και των τριών κατηγοριών πρόληψης τόσο σε ατομικό όσο και κρατικό επίπεδο. Από ατομικής πλευράς, στα πλαίσια της πρωτογενούς πρόληψης και οι τρεις αυτές καταστάσεις να μπορεί προληφθούν με λήψη μέτρων όπως η διακοπή του καπνίσματος, η σωστή διατροφή και η άσκηση δηλαδή των σημαντικότερων παραγόντων πρόκλησης καρδιαγγειακών νοσημάτων όπως ανέφερε χαρακτηριστικά και παλαιότερα Υπουργός Υγείας της Κύπρου (Τυρίμου,2007). Οι ίδιοι παράγοντες ευθύνονται όπως είναι ευρέως γνωστό και για την ανάπτυξη διαφόρων ειδών καρκίνου. Θα ήταν επίσης από κρατικής πλευράς δυνατή η ενίσχυση και ενθάρρυνση εφαρμογής των πιο πάνω μέτρων μέσω της ήδη σε πολλές χώρες



εφαρμοσθείσας νομοθετικής απαγόρευσης του καπνίσματος και της διαφήμισης καπνιστικών προϊόντων, μέσω της ενημέρωσης του κοινού σε θέματα διατροφής, μέσω έλεγχου των τροφίμων και των συνθηκών χώρων κατοίκησης και εργασίας. Με βάση αναφορές του Π.Ο.Υ. υπολογίζεται ότι 22% των περιπτώσεων καρκίνου σε χώρες χαμηλού και μέσου εισοδηματικού επιπέδου προκαλούνται από ιογενείς, βακτηριακές ή άλλες μολύνσεις, σε αντίθεση με 6% στις αναπτυγμένες χώρες (WHO Regional Office Of Europe, 2010).

Στα πλαίσια της δευτερογενούς πρόληψης ατομικά θα μπορούσε να εφαρμοσθεί τακτικός ιατρικός έλεγχος και έγκαιρη ιατρική εξέταση επί συμπτωμάτων. Η κρατική συμβολή μέσω Προγραμμάτων Πληθυσμιακού Ελέγχου χαρακτηρίζεται επιβεβλημένη αφού υπάρχει και σχετική σύσταση από την Ε.Ε. Επιστημονικά δεδομένα δείχνουν ότι τακτική γυναικολογική εξέταση σε συνδυασμό με το τεστ Παπανικολάου μειώνουν τη θνησιμότητα από καρκίνο τραχήλου της μήτρας κατά 70%. Σύμφωνα όμως με ανεπίσημα δεδομένα, μόνο το 25-30% των Ελληνίδων που θα έπρεπε να κάνουν το τεστ, υποβάλλονται σε έλεγχο και μάλιστα κάθε 2-3 χρόνια αντί κάθε χρόνο. Αντίστοιχα ο μαστογραφικός έλεγχος σε γυναίκες μπορεί να οδηγήσει σε μείωση της θνησιμότητας λόγω καρκίνου του μαστού μέχρι και 35% (IARC,2008). Ανεπίσημα επίσης στοιχεία δείχνουν ότι μόλις το 40-50% των Ελληνίδων που πρέπει να υποβάλλεται σε τακτικό κλινικό έλεγχο για καρκίνο του μαστού ελέγχεται (Αγγελοπούλου,2010) .

Η Κύπρος ακολουθώντας τη σύσταση της Ε.Ε. για μείωση της θνησιμότητας από τον καρκίνο του μαστού, τη συχνότερη αιτία θανάτου στις γυναίκες ηλικίας 35-55 ετών, κατά 25% μέχρι το 2008, εφαρμόζει από το 2003 Πρόγραμμα Μαστογραφικού Ελέγχου με στόχο την έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία (ΚΥΠΕ,2003). Όπως αναφέρεται από τη Europa Donna Κύπρου το πρόγραμμα καλύπτει όλη την Κύπρο και κατά το 2007 εξετάστηκαν 12250 γυναίκες σε όλες τις επαρχίες (ΚΥΠΕ,2007). Τέτοια προγράμματα χρειάζονται σοβαρό προγραμματισμό

και οργάνωση ούτως ώστε να αποφευχθούν καθυστερήσεις στη πραγματοποίηση και γνωμάτευση των εξετάσεων αλλά και ανακοίνωση των αποτελεσμάτων, κάτι που στη Κύπρο χρήζει βελτίωσης. Στόχος των προγραμμάτων πρόληψης του Π.Ο.Υ. ήταν η μείωση της θνησιμότητας από καρκίνο κατά 15% σε σχέση με τα επίπεδα του 1980, στόχος που είχε επιτευχθεί μέχρι το 2000 από 5 χώρες, αναμενόταν δε να επιτευχθεί από άλλες 8 εντός του 2000 (Disabled. GR-Βιβλιοθήκη). Η πρώτη έκθεση για την εφαρμογή της σύστασης του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου για το πληθυσμιακό έλεγχο (screening) για τον καρκίνο, δημοσιεύθηκε τον Ιούνιο του 2008 και παρατηρεί ότι το 2007 προγράμματα πληθυσμιακού ελέγχου έγιναν ή οργανώνονται σε 22 χώρες μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης (www.europadonna.com.cy).

Τέλος η διατήρηση και περαιτέρω βελτίωση του ψηλού επιπέδου ιατρικών υπηρεσιών αποτελεί απαραίτητο στοιχείο της τριτογενούς πρόληψης. Η αποκατάσταση και επανένταξη των ασθενών αποτελούν κυρίως κρατική μέριμνα η οποία όμως στην Κύπρο δεν φαίνεται να παρέχεται σε ικανοποιητικό βαθμό. Ελλείψει κρατικής μέριμνας την ευθύνη αναλαμβάνει συνήθως η οικογένεια και ιδιωτικοί φιλανθρωπικοί εθελοντικοί οργανισμοί. Το Υπουργείο Εργασίας ανέπτυξε προγράμματα κοινωνικής και επαγγελματικής επανένταξης ιδρύοντας το Κέντρο Επαγγελματικής Αποκατάστασης Αναπήρων (Κ.Ε.Α.Α.) το 1969 και παραχωρώντας επιπλέον κίνητρα για εργοδότηση ατόμων με διαφόρων μορφών αναπηρίες, χωρίς όμως ιδιαίτερη επιτυχία όπως δηλώνουν περιοδικά διάφοροι σύνδεσμοι ασθενών.

Νέες τεχνολογίες

Τα τεράστια άλματα προόδου στην ιατρική επιστήμη και τα συστήματα παροχής ιατρικών υπηρεσιών κατά τις τελευταίες δεκαετίες οφείλονται μεταξύ άλλων και στη τεχνολογική ανάπτυξη (Ιωαννίδη, και συν,1999).

Τι εννοούμε όμως με τον όρο ιατρική τεχνολογία; Με τον όρο ιατρική τεχνολογία εννοούμε οτιδήποτε χρησιμοποιείται για την παροχή υπηρεσιών υγείας, όπως:

- νοσοκομειακό εξοπλισμό (ξενοδοχειακός, υποδομών, κ.ά.)
- μηχανήματα διαγνωστικά και θεραπευτικά (υπερήχους, μηχανήματα μαγνητικής & αξονικής τομογραφίας, μηχανήματα ακτινοθεραπείας, πιεσόμετρα, εξοπλισμούς χειρουργείων, φυσικής αποκατάστασης, κλπ.)
- ιατρικές υπηρεσίες
- διαδικασίες (λαπαροσκόπηση, αρθροσκόπηση, καρδιοχειρουργική, αρθροπλαστική κ.ά.)
- φάρμακα
- διαγνωστικές εξετάσεις (έλεγχος θρομβοφιλίας, καρκινικοί δείκτες, κ.ά.)
- προληπτική ιατρική και φυσική αποκατάσταση (εμβόλια, ιατρικό τσεκ-απ, μηχανήματα, διαδικασίες φυσικοθεραπείας, κ.ά.)

(Apostolidis K, 2010)

Η ανακάλυψη, εξέλιξη και επιτυχής εφαρμογή μηχανημάτων και εργαστηριακών μεθόδων αλλά και η ανάπτυξη της φαρμακοβιομηχανίας βοήθησαν σημαντικά στην βελτίωση του επιπέδου της ιατρικής. Η τεχνολογική πρόοδος συνέβαλε τόσο στο τομέα της διάγνωσης (ακτινοδιαγνωστική, εργαστηριακή ιατρική) όσο και σ' αυτό της θεραπείας (χειρουργική, ακτινοθεραπεία). Η χρησιμοποίηση ψηλής τεχνολογίας για τον έγκαιρο, σε αρχικό και θεραπεύσιμο στάδιο, εντοπισμό νόσων συμβάλλει στα μέγιστα στην πρόληψη. Σημαντική είναι και η συμβολή στη θεραπεία αφού μέσω νέων τεχνολογικών μεθόδων κατέστη δυνατή η επέμβαση σε δύσκολα προσβάσιμες ανατομικές περιοχές, όπως επίσης η μείωση της επεμβατικότητας με επακόλουθο την μείωση της θνησιμότητας και βελτίωση της ποιότητας ζωής.

Θα πρέπει όμως ταυτόχρονα να επισημανθεί ο προβληματισμός για αύξηση των δαπανών στην υγεία. Όπως επισημαίνει το Ευρωπαϊκό Ινστιτούτο Κοινωνικοοικονομικών Ερευνών Τεχνολογίας Υγείας οι αποφάσεις περιορισμού του κόστους, είναι συνήθως πολιτικές, αφού εκτιμάται ότι το κόστος των υπηρεσιών υγείας αυξάνεται εξαιτίας της εισαγωγής νέας τεχνολογίας. Σύμφωνα όμως με μελέτες που έχουν γίνει στις ΗΠΑ, τη Μ. Βρετανία και την Ιταλία η ανησυχία για αύξηση των δαπανών λόγω εισαγωγής νέας τεχνολογίας δεν είναι βάσιμη αφού διαπιστώθηκε ότι η χρήση νέας ιατρικής τεχνολογίας δεν αυξάνεται με τους ίδιους ρυθμούς αύξησης των υπόλοιπων υπηρεσιών υγείας την τελευταία δεκαετία. Ωστόσο από τις ίδιες μελέτες διαπιστώθηκε ότι τα συστήματα υγείας δεν διαχειρίζονται σωστά τους πόρους τους και σημαντικό μέρος των εξόδων αφορά μισθοδοσίες, κτιριακό εξοπλισμό και λειτουργικά κόστη. Παρεμβαίνοντας ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας θέτει ως όριο οικονομικά αποτελεσματικής θεραπείας, ποσό που φθάνει μέχρι το τριπλάσιο του κατά κεφαλήν ΑΕΠ ενός κράτους (Ιατρικός Τύπος, 2009). Με σκοπό των έλεγχο των δαπανών επιβάλλεται η διαμόρφωση σαφών, διαφανών και αποτελεσματικών μηχανισμών, που θα εξασφαλίζουν τη δυνατότητα πρόσβασης σε όσον το δυνατό περισσότερους ανθρώπους στα νέα προϊόντα ή στις νέες θεραπευτικές μεθόδους (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2001).

Οι εξελίξεις στον Τομέα της Τεχνολογίας Υγείας τις τελευταίες δεκαετίες, είναι ραγδαίες. Η φαρμακοβιομηχανία, που είναι ο μεγαλύτερος χρηματοδότης ιατρικής έρευνας ανακαλύπτει και εξελίσσει συνεχώς νέα σκευάσματα.

Η ανακάλυψη και αποτελεσματική χρήση φαρμάκων έχουν σώσει ζωές, έχουν ελαττώσει την ανάγκη για χειρουργικές επεμβάσεις, έχουν συμβάλλει στην οικονομική αποδοτικότητα των Συστημάτων Υγείας και έχουν θεραπεύσει. Οι νέες ανακαλύψεις δίνουν τη δυνατότητα εξατομίκευσης θεραπειών, γεγονός που συμβάλει στην πιο αποτελεσματική αντιμετώπιση ασθενειών. Η πρόοδος της φαρμακευτικής έρευνας έχει βελτιώσει το επίπεδο ζωής σε εκατομμύρια κατοίκους στον πλανήτη (Αβραμόπουλος, 2009).

Η εξέλιξη αυτή πέραν των θετικών για την ανθρώπινη υγεία στοιχείων έχει αναμφίβολα επηρεάσει τη παραδοσιακή προσωπική σχέση ασθενή-ιατρού αφού η τεχνική υποστήριξη, οι γνώσεις και εξοικείωση του ιατρού με νέες τεχνολογίες είναι σημαντικοί παράγοντες για τον ασθενή στη λήψη αποφάσεων. Πέραν τούτου προκάλεσε ηθικά και νομικά διλήμματα και προβληματισμούς όπως σε θέματα τεχνητής γονιμοποίησης, κλωνοποίησης, δωρεάς και μεταμόσχευσης οργάνων, διακοπής τεχνικής υποστήριξης και ευθανασίας. Το κόστος παροχής ιατρικών υπηρεσιών αυξάνεται συνεχώς και διαφαίνεται τεράστια δυσκολία στην εξασφάλιση ίσης ιατρικής φροντίδας για όλους (Ιωαννίδη και συν,1999).

Η Κύπρος διαθέτει τόσο στο κρατικό όσο και τον ιδιωτικό τομέα ψηλή τεχνολογία για πρόληψη και θεραπεία. Με εξαίρεση πολύ εξειδικευμένες, ασύμφορες όμως λόγω του μικρού αριθμού ασθενών, διαγνωστικές και θεραπευτικές μεθόδους, προσφέρεται όλο το φάσμα διαγνωστικών και θεραπευτικών μεθόδων. Αξίζει να σημειωθεί ότι όλοι οι πολίτες έχουν πρόσβαση, κυρίως μέσω του κρατικού τομέα, σε ιατρικές υπηρεσίες ψηλής τεχνολογίας. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι η συντριπτική πλειοψηφία των πολιτών απολαμβάνει δωρεάν περίθαλψης στα κρατικά νοσηλευτήρια (Ετήσια Έκθεση ΥΥ, 2006)

Παρά τους έντονους προβληματισμούς η θετική συμβολή της τεχνολογικής προόδου στη βελτίωση των υπηρεσιών είναι αναμφισβήτητη. Η σωστή χρήση των τεχνολογικών δυνατοτήτων προς όφελος των ασθενών εναπόκειται στους λειτουργούς υγείας. Τα κράτη οφείλουν να εργασθούν υπέρ της εξασφάλισης πρόσβασης στη νέα τεχνολογία και τις διαγνωστικές και θεραπευτικές δυνατότητες που προσφέρει, για όλους τους ασθενείς όλων των κοινωνικών και οικονομικών στρωμάτων. Τα πιο πάνω μπορούν να διασφαλιστούν με την λειτουργία ενός καθολικού Γενικού Σχεδίου Υγείας (ΓεΣΥ).

Συμπεράσματα

Η θνησιμότητα ως αρνητικός δείκτης καταδεικνύει την κατάσταση της υγείας ενός πληθυσμού. Η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης μειώνει την θνησιμότητα. Το γεγονός της αύξησης του προσδόκιμου επιβίωσης στην Ευρώπη τα τελευταία 110 χρόνια κατά 40 χρόνια οφείλεται στη βελτίωση του βιοτικού επιπέδου αλλά και των ιατρικών υπηρεσιών.

Οι κύριες αιτίες θανάτου στην Ευρώπη είναι κατά σειρά οι καρδιαγγειακές παθήσεις, ο καρκίνος και τα ατυχήματα. Στον ελληνικό χώρο, Ελλάδα και Κύπρο, η θνησιμότητα τόσο από καρδιαγγειακά νοσήματα όσο και από καρκίνο κατέχει τις πρώτες δύο θέσεις. Τούτο οφείλεται κυρίως στις καπνιστικές συνήθειες των Ελλήνων. Τη τρίτη θέση καταλαμβάνουν οι πνευμονοπάθειες ενώ τα ατυχήματα περιορίζονται στην 4η θέση. Κύπρος και Ελλάδα κατέχουν την 1η και 2η θέση αντίστοιχα στην Ευρώπη, στις κακές διατροφικές συνήθειες αλλά και στην έλλειψη άσκησης.

Η πρόληψη, κατά τον Ιπποκράτη, είναι η καλύτερη θεραπεία και μπορεί με τη λήψη συγκεκριμένων μέτρων, σε ατομικό και κρατικό επίπεδο, να συμβάλει στη μείωση των νέων περιστατικών (πρωτογενής), στην έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία (δευτερογενής) αλλά και στην αποκατάσταση, κοινωνική και επαγγελματική επανένταξη του ατόμου (τριτογενής). Η σωστή και συνεχής ενημέρωση του κοινού, η ενθάρρυνση αλλαγής τρόπου ζωής, η θέσπιση σχετικής νομοθεσίας, η εφαρμογή Προγραμμάτων Πληθυσμιακού Ελέγχου και η τήρηση χρονοδιαγραμμάτων για επίτευξη συγκεκριμένων στόχων θα συμβάλουν σημαντικά στη πρόληψη.

Η τεχνολογική πρόοδος έχει τεράστια συμβολή στη βελτίωση των διαγνωστικών και θεραπευτικών δυνατοτήτων. Η ανακάλυψη και εφαρμογή νέων μηχανημάτων και η ανακάλυψη νέων φαρμάκων έχουν αυξήσει σημαντικά τις δυνατότητες της ιατρικής επιστήμης. Η τεχνολογική υποστήριξη, οι γνώσεις και η εξοικείωση του ιατρού με νέες τεχνολογικές μεθόδους έχουν θέση τη παραδοσιακή προσωπική σχέση ασθενή-ιατρού σε δεύτερη μοίρα. Η εξέλιξη αυτή συνοδεύεται από σειρά ηθικών και νομικών διλημμάτων όπως επίσης αύξηση των δαπανών στον τομέα της υγείας. Οι τελευταίες μπορούν να συγκρατηθούν μόνο με την σωστή λειτουργία ενός καθολικού Γενικού σχεδίου Υγείας (ΓεΣΥ).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Πρωτοπαπαδάκης, Ε.Δ. (2005), Η σκοποθεσία και η αισθητική ως κριτήρια αξιολόγησης του θανάτου. Φιλοσοφικά άρθρα, 3 Μαΐου 2005. www.filosophia.gr

2. WHO (1986) The Ottawa Chapter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986.
http://www.who.int/healthpromotion/

conferences/previous/ottawa... [Accessed 13 November 2010].

3. Ιωαννίδη, Ε. Μάντη, Π. Λοπατατζίδη, Α (1999), Υπηρεσίες Υγείας/Νοσοκομείο. Ιδιοτυπίες και προκλήσεις. Τόμος Α, Υγεία: Οριοθετήσεις και Προοπτικές. Πάτρα

4. Τσιροπινά, Ε. (2003) Αγωγή Υγείας. www.eduportal.gr

5. Υπουργείο Μακεδονίας-Θράκης (2005), Χαιρετισμός ΥΜΑ-Θ κ. Μ.Τζίμα Μ 20ο Βορειοελλαδικό Συνέδριο. www.mathra.gr

6. Schrojenstein Lantman-de Valk, H., Lineham, C., Kerr, M., Noonan-Walsh, P. (2007). Developing health indicators for people with intellectual disabilities. The method of the Pomona project. Journal of Intellectual Disability Reasearch. 51 (6), 427-434.]

7. Φυτά, Ο. (2007), Μακροζωία και Ελλάδα, Υγεία. 17 Οκτωβρίου 2007. Σκάϊ.gr

8. Τυρίμου, Α. (2007), Προκαλούν 49% των θανάτων, Πολίτης-Κοινωνία. Πολίτης online 3 Οκτωβρίου 2007. www.politis.com.cy

9. Καπάνταης, Ε. (2007). Λίπη, Δίαιτα και Υγεία. in. gr health, 12 Νοεμβρίου 2007. www.diet4all.gr/articles.htm

10. Κυβερνητική Ιστοσελίδα (2007), Κυπριακή Δημοκρατία. www.cyprus.gov.cy

11. Κυπριακό Πρακτορείο Ειδήσεων (ΚΥΠΕ): Ειδήσεις στα Ελληνικά (2003), Υπουργός Υγείας-Μαστογραφικός έλεγχος γυναικών, 10 Ιουλίου 2003. www.cyna.org.cy

12. Κυπριακό Πρακτορείο Ειδήσεων (ΚΥΠΕ) (2007), Πάνω από ένα νέο περιστατικό καρκίνου του μαστού την ημέρα, Φιλελεύθερος, 7 Οκτωβρίου 2007

13. Γραφείο Τύπου και Πληροφοριών (2007). Χαιρετισμός ΥΥ Δρ.Κ.Καδή κατά την 1η Καρδιολογική Ημερίδα, www.gov.cy, 15 Οκτωβρίου 2007.

14. Ιστοχώρος Disabled.GR-Βιβλιοθήκη. Δείκτες Υγείας στη Ευρώπη, www.disabled.gr

15. Europa Donna, Έκθεση για 15 Οκτωβρίου διεθνή ημέρα Καρκίνου Μαστού. www.europadonna.com.cy

16. Τούντας Γ, Φιλιππίδης Φ, Γκούβερη Ε, Δημητρακάκη Χ, Κούτρη Ε, Λωσταράκος Β (2007), Η υγεία του Ελληνικού πληθυσμού. Κέντρο μελετών υπηρεσιών υγείας, εργαστηρίου υγιεινής και επιδημιολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών. www.neahygeia.gr

17. Μπραουδάκης Γ, Ζηλίδης Χ, Μαστρογιαννάκης Α, Αδαμόπουλος Α, Βλαντώνη Δ, Γκούγκλας Δ, Κακούρος Μ (2008), Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία. Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Αθήνα 2008

18. Εφημερίδα «η σημερινή» (18/3/2011), Ο καρκίνος σκοτώνει ολοένα περισσότερους Πρωτιά στον καρκίνο τραχείας στους άντρες, μαστού στις γυναίκες. sigmalife.com, 2011

19. Ιατρικός Τύπος, 2009, Αξιολόγηση των νέων τεχνολογιών στην υγεία. Ιατρικός Τύπος 18/3/2011. www.iatrikostypos.com

20. Τσουλέα Ρ (2011), Το τσιγάρο πίσω από τον πρόωρο θάνατο των Ελλήνων. ΤΑ ΝΕΑ online, www.ygeia.tanea.gr 18/3/11

21. Pafos24.com, (2011), Κάπνισμα και αλκοόλ οι λόγοι που οι άνδρες ζουν λιγότερο. www.pafos24.com 19/1/11

22. Μπαμπάτσικου Φ (2009). Διαχρονική δημογραφική εξέλιξη του ελληνικού πληθυσμού. Το Βήμα του Ασκληπιού; 8(4) σελ278, Οκτώβριος-Δεκέμβριος 2009. www.vima-asklipiou.gr

23. Ετήσια Έκθεση Υπουργείου υγείας Κυπριακής δημοκρατίας (2006), Γενικό Επίπεδο υγείας.σελ 15. www.gov.cy

24. Apostolidis Kathi, Τί είναι η Αξιολόγηση Ιατρικής Τεχνολογίας (ΑΙΤ); Γιατί να με ενδιαφέρει; www.epatientgr.wordpress.com 14/11/2010

25. Russell, R. (1975), Health education, National Education Association, Washington DC

26. WHO Regional Office Of Europe (2006), 10 health questions about the 10

27.WHO Regional Office Of Europe (February, 2010), news.randburg.com

28. Ferlay, J. Autier, P. Boniol, M. Heanue, M. Colombet, M. Boyle, P.(2007) Estimates of the cancer incidence and mortality in Europe in 2006. Annals of Oncology, Advance Access published on line on February 7, 2007

29. National Cancer Institute (NCI) (2005), Recent studies regarding HPV and Cervical Cancer: Questions and Answers, National Cancer Institute Fact sheet 27 July 2005

30. TYPOS.COM.CY, (2002). Ζούμε περισσότερο. www.typos.com.cy

31. Αγγελοπούλου Α (2010), Εθνικό Σχέδιο Δράσης για το Καρκίνο. Ιατρικός Τύπος 16/12/2010. www.iatrikostypos.com

32. Αβραμόπουλος Δ (2009). Η ομιλία του υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης Δ. Αβραμόπουλου στο 14ο Πανελλήνιο Φαρμακευτικό Συνέδριο, 13/05/2009.www.farmakeutikoskosmos.gr

33. International Agency for Research on Cancer (IARC) (2008) Cancer Mondial. (Internet), France. Available at http://www-dep.iarc.fr

34. Χαραλάμπους Α, Ρούσου Ε (2010). Οι παράγοντες που συνέβαλαν στην «επιδημιολογική μετάβαση» και οι επιπτώσεις της παραπάνω τάσης στην οργάνωση των υπηρεσιών υγείας και τη διαμόρφωση της πολιτικής υγείας. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2010, 27(6):976-983

35. Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2001). ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ ΣΤΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ, ΣΤΟ ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΚΟΙΝΟΒΟΥΛΙΟ, ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΤΩΝ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΩΝ - Το μέλλον της υγειονομικής περίθαλψης και της μέριμνας για τους ηλικιωμένους: εξασφάλιση της δυνατότητας πρόσβασης, της ποιότητας και της οικονομικής βιωσιμότητας